



Berichte aus der Pflege

Nr. 10 – Oktober 2008

**Alternsgerechte Arbeit in der
ambulanten Pflege**
- Bestandsaufnahme und Ausblick -

Ministerium für
Arbeit, Soziales, Gesundheit, Familie und Frauen
des Landes Rheinland-Pfalz



**Ministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit, Familie und Frauen
Rheinland-Pfalz (Hrsg.)**

**Alternsgerechte Arbeit in der ambulanten Pflege –
Bestandsaufnahmen und Ausblick**

Verfasser:

Projektbeirat der Modellprojekte

**„Partizipative Prävention im Arbeits- und Gesundheitsschutz durch sozialen
Dialog (PaPsD)“ und**

„Arbeitsbewältigungs-Coaching in der ambulanten Pflege (PIZA II)“

sowie

Arbeit und Zukunft e.V.

und

arbeitsleben KG

Vorwort



Alten- und Krankenpflege wird in unserer Gesellschaft, in der die Menschen glücklicherweise immer länger leben, immer wichtiger. Täglich stehen beruflich Pflegende engagiert und fachkundig Millionen von pflegebedürftigen Menschen und ihren Angehörigen zur Seite. Sie leisten eine wichtige Arbeit zum Wohle ihrer Patientinnen und Patienten und für unsere Gesellschaft.

Besorgniserregend sind die Ergebnisse zweier Projekte, die die vorliegende Broschüre zusammenfasst. Die Projekte „Arbeitsbewältigungs-Coaching in der ambulanten Pflege (PIZA II)“ und „Partizipative Prävention im Arbeits- und Gesundheitsschutz durch sozialen Dialog (PaPsD)“ meiner Initiative „Menschen pflegen“ befassen sich mit der Verbesserung der Arbeitssituation beruflich Pflegender in ambulanten Diensten. Befragungen der Beschäftigten in der ambulanten Pflege haben ergeben, dass weniger als die Hälfte der Beschäftigten zuversichtlich sind, ihren Beruf bis ins Rentenalter ausüben zu können. Als Ursachen dafür nennen sie die große körperliche und seelische Belastung aber auch zermürende Rahmenbedingungen. Deutlich wird vor allem, dass die untersuchten ambulanten Dienste nur wenig auf die Belange von älteren Beschäftigten eingehen und dass es keine altersgerechten Entwicklungsmöglichkeiten gibt.

Die Ergebnisse der Befragungen nehme ich sehr ernst. Als Sozialministerin setze ich mich für eine Verbesserung der Arbeitsbedingungen in der ambulanten Pflege, besonders auch für ältere Beschäftigte, ein. Das ist zur langfristigen Sicherung der Pflege wichtig. Der Arbeitsmarkt Pflege insgesamt wird mittel- und langfristig stark von den demographischen Entwicklungen betroffen sein.

Deshalb freue ich mich, dass der Beirat der beiden Projekte PIZA II und PaPsD die vorliegende Broschüre erarbeitet hat. Die Beiratsmitglieder, Mitarbeiter aus den Pflegediensten, Verantwortliche aus den Betrieben, Einrichtungsträger und Kostenträger, haben die Ergebnisse der Projekte ausgewertet und Perspektiven für das altersgerechte Arbeit in der ambulanten Pflege diskutiert. Neben der Bestandsaufnahme stellt die Broschüre deshalb auch gute Beispiele aus der Praxis vor. Moderiert wurde der Prozess von den Unternehmen „Arbeitsleben“ und „Arbeit und Zukunft“. Ich danke allen Mitgliedern des Projektbeirates für die tatkräftige Mitarbeit. Die Arbeit des Projektbeirates ist ein gutes Beispiel dafür, dass konkrete Veränderungen gelingen können, wenn alle Beteiligten gemeinsam daran arbeiten. Hier hat die Zukunft erst begonnen.

A handwritten signature in black ink, reading "M. Dreyer".

Malu Dreyer

Ministerin für Arbeit, Soziales,
Gesundheit, Familie und Frauen
des Landes Rheinland-Pfalz

Vorwort

Das Ministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit, Familie und Frauen (MASGFF) des Landes Rheinland-Pfalz hat Anfang 2007 einen Projektbeirat¹ für zwei Forschungs- und Entwicklungsprojekte in der ambulanten Pflege berufen. Die Projekte sind:

- Arbeitsbewältigungs-Coaching in der ambulanten Pflege (PIZA II), gefördert vom MASGFF, Laufzeit 2007 – 2009
- Partizipative Prävention im Arbeits- und Gesundheitsschutz durch sozialen Dialog (PaPsD) – Teilprojekt Ambulante Pflege, gefördert vom Bundesministerium für Bildung und Forschung über die Projektträgerschaft DLR im Förderschwerpunkt Präventiver Arbeits- und Gesundheitsschutz, Laufzeit 2006 bis 2009.

Beide Vorhaben arbeiten mit jeweils fünf Pflegediensten² in Rheinland-Pfalz; davon sind zwei Betriebe in beiden Projekten beteiligt.

Mit dieser Broschüre legt der Beirat eine Zwischenbilanz der Arbeit vor.

Im ersten Teil A wird der Stand zum Gesamtthema „Arbeit in der ambulanten Pflege“ dargestellt, vor allem anhand der empirischen Ergebnisse aus beiden Projekten³.

Die Ergebnisse sind statistisch nicht repräsentativ, zeigen aus Sicht des Beirats aber ein realistisches Bild der Wirklichkeit: Die Arbeit in der Pflege ist, hoch anspruchsvoll und individuell erfüllend, aber auch physisch, psychisch und sozial hoch belastend.

Ein dringliches und wichtiges Thema wird in allen Betrieben angesprochen: Die Arbeit in der Pflege ist (noch) nicht ausreichend alters- und alternsgerecht gestaltet. Vor dem Hintergrund des demographischen Wandels gehört die Erhaltung respektive aktive Förderung der Beschäftigungs- und Arbeitsfähigkeit zu den drängendsten Themen. Angesichts der Zukunftsprognosen müssen die Pflegeberufe und die Arbeit in den Pflegeeinrichtungen für Nachwuchskräfte attraktiver sein/werden und Beschäftigten die Möglichkeit bieten, bis zum Renteneintrittsalter schädigungslos tätig sein zu können.

Die damit verbundenen Aufgaben kann niemand allein bewältigen. Deshalb wünschen sich viele Beschäftigte und die beteiligten Betriebe einen überbetrieblichen Erfahrungsaustausch.

Im Beirat wurde beschlossen, dies aufzugreifen.

Zum einen sollten Beispiele guter Praxis in Betrieben und Organisationen erhoben und zusammengestellt werden. – Dies sind die Kapitel B und C dieser Broschüre. Zum zweiten wurde im August 2008 ein Zukunftsforum zum Thema durchgeführt. – Die Inhalte und Ergebnisse sind in Teil D dieser Broschüre dokumentiert.

¹ Der Projektbeirat umfasst unter anderem Vertreterinnen und Vertreter von Berufsverbänden, Sozialversicherungen und Sozialpartnern. Die vollständige Liste der Beteiligten findet sich in Anlage c).

² Die vollständige Liste der beteiligten Betriebe findet sich ebenfalls in Anlage c).

³ Hier erfolgt insbesondere der Zwischenbericht zum PaPsD-Projekt. Die Ergebnisse zum PIZA-II-Projekt sind hier nur kurz zusammengefasst; zur Langfassung siehe arbeitsleben KG: Zwischenbericht „Arbeitsbewältigung in der ambulanten Pflege“. PIZA II – Ergebnisse 2007; MASGFF (Hrsg.): Berichte aus der Pflege, Heft Nr. 8, Mainz, Oktober 2008

Der Beirat möchte mit dieser Veröffentlichung einen Beitrag zur altersgerechten Arbeit in der Pflege leisten. Sicherlich gibt es über die hier genannten Beispiele hinaus in weiteren Institutionen und Organisationen wie auch in Betrieben eine größere Zahl praxistauglicher Konzepte und Lösungen. Wir würden uns freuen, wenn Sie diese uns bzw. dem Kompetenzzentrum „Zukunftsfähige Arbeit in Rheinland-Pfalz“ zur Verfügung stellen, damit sie anderen zur Anregung dienen können.

Wir danken allen Beteiligten, die ihre Kompetenz, ihre Zeit und auch die erforderlichen finanziellen Mittel dafür eingesetzt haben, dass für alle in der ambulanten Pflege Tätigen und damit auch für alle zu Pflegenden Verbesserungen gedacht, untersucht und verwirklicht werden können.

Wir danken insbesondere den Beschäftigten, Pflegedienstleitungen und Geschäftsführungen sowie den Vorständen der beteiligten Betriebe und Organisationen für ihr Engagement und ihre aktive Mitwirkung wie auch für die offene und vertrauensvolle Kommunikation.

Mainz, im Oktober 2008

Der Projektbeirat

i.A. Alexander Frevel

Gliederung

A Bestandsaufnahme

- | | | |
|---|--|----|
| 1 | Demographischer Wandel – Auswirkungen auf die und in der (ambulanten) Pflege
<i>Alexander Frevel, Arbeit und Zukunft e.V.</i> | 9 |
| 2 | Soziales Benchmarking – Arbeitsbedingungen in der Pflege aus Sicht der Beschäftigten
<i>Alexander Frevel, Heinz-Josef Itkowiak, Arbeit und Zukunft e.V.</i> | 15 |
| 3 | Pflege für die Zukunft sichern – Arbeitsfähigkeit erhalten und fördern
<i>Brigitta Geißler-Gruber, Alexander Frevel, arbeitsleben KG</i> | 37 |
| 4 | Aktuelle Informationen zur Initiative „Menschen pflegen“
<i>Uta Becker, Ministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit, Familie und Frauen</i> | 43 |

B Was tun Betriebe in der ambulanten Pflege aktuell für die Ausgestaltung einer altersngerechten Arbeit? – Fallbeispiele

- | | | |
|---|--|----|
| 5 | Ausgestaltung eines Präventionskonzeptes im sozialen Dialog
<i>Andrea Bernd, Mitarbeitervertretung; Ingbert Ochs, Inhaber/ Geschäftsführung/Pflegedienstleitung
Ambulanter Pflegedienst Ingbert Ochs GmbH, Damscheid</i> | 45 |
| 6 | Beispiele für altersgerechte Arbeitsgestaltung im Pflegedienst
<i>Hilmar Schwager, Inhaber/Geschäftsführung/Pflegedienstleitung Ambulanter Pflegedienst Schwager, Otterberg</i> | 51 |
| 7 | Beispiele für altersgerechte Arbeitsgestaltung
<i>Ralf Kortus, Geschäftsführung/Pflegedienstleitung
Diakoniestation Sozialstation Hachenburg-Bad Marienberg</i> | 53 |
| 8 | Kleiner Betrieb investiert in das Arbeitsvermögen seiner Beschäftigten
<i>Doris Grenner, Geschäftsführung/Pflegedienstleitung;
Sabine Meckbach, Mitarbeitervertretung
Ökumenische Sozialstation Westpfalz e.V., Landstuhl</i> | 55 |

C Welche Hinweise und Unterstützung bieten Organisationen

- | | | |
|----|---|----|
| 9 | Gewerbeärztliche Hinweise
<i>Dr. Christoph Smieszko, Staatlicher Gewerbearzt für Rheinland-Pfalz</i> | 57 |
| 10 | Mit Erfolg pflegen – in jedem Alter
<i>Berufsgenossenschaft Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege</i> | 61 |

11	Beschäftigungsfähigkeit durch betriebliche Gesundheitsförderung <i>AOK – die Gesundheitskasse</i>	65
12	Bildung im Hinblick auf alternsgerechte Arbeit <i>Helmut Müller, Dachverband der Pflegeorganisationen; Akademie für Berufe im Sozial- und Gesundheitswesen, Kreuznacher Diakonie</i>	69
13	Bewältigung psychischer und sozialer Belastungen <i>Arbeitsgemeinschaft Pflege der LIGA der Spitzenverbände der freien Wohlfahrtspflege in Rheinland-Pfalz</i>	73
D	Dokumentation des Zukunfts-Forums „Alternsgerechte Arbeit in der ambulanten Pflege“, Mainz, 27.08.2008 <i>Alexander Frevel, Arbeit und Zukunft e.V.</i>	77

Anlagen

- a Erhebungsbogen PaPsD-Projekt
- b Literaturhinweise und Internet-Links
- c Beteiligte Pflegedienste und Mitglieder im Beirat
- d Bisherige Veröffentlichungen der Reihe „Berichte aus der Pflege“

A Bestandsaufnahme

1. Demographischer Wandel – Auswirkungen auf die und in der (ambulanten) Pflege

*Alexander Frevel,
Arbeit und Zukunft e.V.*

Ausgangslage – Strukturdaten zur (ambulanten) Pflege

Betriebe und Beschäftigte

- In Deutschland gab es mit Stand Ende 2005¹ insgesamt 10.977 ambulante und 10.424 stationäre Pflegeeinrichtungen (nach § 109 SGB XI).
- Diese rund 21.000 Betriebe hatten insgesamt 760.704 Beschäftigte, davon 214.307 in ambulanten und 546.397 in stationären Einrichtungen.
- Zum 15.12.2005 waren von diesen Beschäftigten im ambulanten Bereich 26,3 % in Vollzeit, 31,8 % in Teilzeit über 50 %, 16,4 % in Teilzeit unter 50 % und 22,4 % geringfügig beschäftigt.
- 69 % der im Pflegedienst tätigen Personen arbeitet in der Grundpflege, 14,9 % in der hauswirtschaftlichen Versorgung, 5,4 % in der Verwaltung / Geschäftsführung und 6,4 % in der Pflegedienstleitung.
- Das Personal ist insgesamt zu 87,7 % weiblich.

Alterskritische Tätigkeiten

- Das durchschnittliche Rentenzugangsalter in den Gesundheitsberufen liegt mit 59,9 Jahren bei den Männern und 58,0 Jahren bei den Frauen jeweils unter dem Wert für alle Berufe mit 60,8 bzw. 61,1 Jahren.
- Das durchschnittliche Renteneintrittsalter aufgrund verminderter Erwerbsfähigkeit liegt in diesem Berufszweig bei 50,1 Jahren bei Männern und 48,8 Jahren bei Frauen.
- Betrachten wir den Anteil von Personen, die in einer Altersgruppe vorzeitig wegen verminderter Erwerbsfähigkeit verrentet werden, so liegt deren Anteil in den Gesundheitsberufen höher als im Durchschnitt aller Berufsgruppen; bei den Frauen sogar mehr als doppelt so hoch (siehe Tabelle).

¹ Zahlen und Fakten zur Pflegeversicherung 05/2008; Pflegestatistik 2005 – Deutschlandergebnisse, Statistisches Bundesamt

	< 40 J.	< 40 J.	40 - 49	40 - 49	50 - 59	50 - 59
	Männer	Frauen	Männer	Frauen	Männer	Frauen
Gesundheitsdienstberufe	2,95	4,51	7,79	9,53	14,03	16,44
insgesamt	2,11	2,11	4,91	4,56	10,82	8,04

Tabelle: Rentenzugang wg. verminderter Erwerbsfähigkeit (Rentenzugang 2006; Statistisches Bundesamt, Bd. 163, S. 34 f.; eigene Zusammenstellung)

Pflegeversorgung

- Von den insgesamt rund 2,16 Mio. Leistungsbeziehenden aus der Pflegeversicherung wurden rund 1,45 Mio. ambulant gepflegt.
- Von diesen wurden 67,5 % zu Hause (davon zwei Drittel allein durch Angehörige und ein Drittel durch ambulante Dienste) und 32,5 % in Heimen versorgt.
- Zum Jahresende 2007 waren im Bereich der sozialen Pflegeversicherung von den knapp 1,36 Mio. Pflegebedürftigen im ambulanten Bereich 59,2 % in Pflegestufe I, 31,4 % in Pflegestufe II und 9,3 % in Pflegestufe III.

Demographischer Wandel in der ambulanten Pflege

Die ambulante Alten- und Krankenpflege ist in zweifacher Hinsicht vom demographischen Wandel, also den Veränderungen in der Altersstruktur der Gesellschaft, betroffen.

1. Die Gesellschaft altert rapide.
Der absolute Anteil der über 60-, 70-, 80- und 90-jährigen steigt seit Jahren und wird in den nächsten Jahrzehnten auch weiter steigen.
 - o Dies ist einerseits begründet durch die Größenordnungen der Geburtenjahrgänge, die besonders stark in den 1950-er und 1960-er Jahren ausgeprägt waren. Diese Personen werden etwa bis 2030 im Erwerbsleben stehen – und dann ab etwa 2040/2050 zum Pflegefall werden können.
 - o Das ist andererseits begründet mit dem Anstieg der Lebenserwartung aufgrund des medizinischen Fortschritts und der gestiegenen Wertigkeit von Gesundheit. Immer mehr Menschen werden immer älter.
2. Die Belegschaften in den Betrieben / Pflegediensten altern.
Dem kollektiven Durchwandern geburtenstarker Jahrgänge (s. o.) folgt ab etwa 2010 die „Entjüngung“; der Mangel an Geborenen bedeutet für die Wirtschaft eine spürbare Verringerung des Erwerbspersonenpotenzials um etwa 25 % bis zum Jahr 2050.

In der amtlichen Prognose² wird beschrieben, dass die Bevölkerungsentwicklung³ in den nächsten gut zwanzig Jahren geprägt sein wird durch eine Verschiebung der Altersstruktur hin zu den höheren Altersklassen. Bis zum Jahr 2030 werden gut fünf Millionen Menschen weniger zur inländischen Bevölkerung zählen; im gleichen Zeitraum nimmt die Zahl der über 60-jährigen um fast acht Millionen zu. Damit steigt dann der Anteil der über 60-jährigen an der Gesamtbevölkerung von knapp 25 % im Jahr 2005 auf fast 37 % im Jahr 2030. Dies bedeutet, dass sich auch die Struktur innerhalb der älteren Bevölkerung dergestalt verschiebt, dass es tendenziell mehr Menschen geben wird, die ein höheres Risiko haben, pflegebedürftig zu werden (vgl. DW-Pflege, S. 5).

Der Anteil der Pflegebedürftigen hängt insbesondere auch davon ab, wie sich die Folgen von Prävention und besserer gesundheitlichen Standards (Ernährung, Bewegung, Stress, ...) realisieren, also die Menschen länger gesund leben.

Bevölkerung im Alter von ... bis unter ... Jahren	2005	2010	2020	2030	Veränderung gegenüber 2005 abs.	Veränderung gegenüber 2005 in %
	Anzahl in 1000					
insgesamt	82.391	81.887	80.057	77.203	-5.188	-6,3%
<i>darunter</i>						
60 - 70	10.044	9.083	10.957	12.618	2.574	25,6%
70 - 80	6.815	8.131	7.601	9.446	2.631	38,6%
80 - 90	3.076	3.724	5.014	4.854	1.778	57,8%
90 und mehr	557	563	910	1.432	875	157,1%
					7.858	

Tabelle: Bevölkerung Deutschlands in den Altersgruppen mit erhöhtem Krankheits- und Pflegerisiko 2005 bis 2030 (Quelle: DW-Pflege, S. 6)

Die Statistiken zur Pflegebedürftigkeit zeigen, dass mit zunehmendem Alter eine deutliche Steigerung der Pflegequote zu verzeichnen ist. „Während bei den 70- bis unter 75-jährigen „nur“ jeder Zwanzigste (5 %) pflegebedürftig war ... waren dies bei den 90-jährigen und Älteren 60 %“ (DW-Pflege, S. 21 f.).

² Statistische Ämter des Bundes und der Länder (Hrsg.): Demografischer Wandel in Deutschland. Heft 2: Auswirkungen auf Krankenhausbehandlungen und Pflegebedürftige im Bund und in den Ländern, Wiesbaden 2008, Download von www.statistikportal.de/Statistik-Portal/publ.asp [im Folgenden abgekürzt mit **DW-Pflege**]

³ Die folgenden Aussagen beruhen auf der 11. koordinierten Bevölkerungsvorausberechnung in der Variante „Untergrenze der mittleren Bevölkerung“: Geburtenhäufigkeit 1,4 Kinder/Frau, Anstieg Lebenserwartung Neugeborener auf 80,6 (Jungen) bzw. 85,5 (Mädchen) Jahre, Außenwanderungssaldo von + 100.000 Personen. Siehe DW-Pflege, S. 5

In der Status-Quo-Variante (= konstante Pflegequote) steigt die Zahl der Pflegebedürftigen von 2,13 Millionen Personen in 2005 um 1,23 Millionen (entspr. 58 %) auf 3,36 Millionen im Jahr 2030 (vgl. DW-Pflege, S. 24).

Für Rheinland-Pfalz zum Beispiel wird in dieser Variante bis zum Jahr 2020 ein Anstieg von 90.000 auf 130.000 Pflegebedürftige zu verzeichnen sein, also um knapp ein Drittel (vgl. DW-Pflege, S. 25).

Selbst in einem optimistischen Szenario von sinkenden Pflegequoten aufgrund von medizinisch-technischem Fortschritt steigt die Zahl der Pflegebedürftigen bis zum Jahr 2030 immer noch um 39 % auf dann ca. 2,95 Millionen Personen (vgl. DW-Pflege, S. 26).

Legt man die Berechnungen der Status-Quo-Variante zugrunde, so wird sich der rechnerische Anteil der Beschäftigten in den ambulanten Pflegediensten von 214.000 des Jahres 2005 um die errechneten 57,8 %, entspricht etwa 124.000 Personen, auf etwa 338.000 Beschäftigte erhöhen. Diese Zahl bedeutet einen Nettozuwachs von etwa 5.000 Pflegekräften pro Jahr.

Zu prüfen ist, ob der erforderliche Nachwuchs in ausreichender Anzahl rekrutiert (beachte: Konkurrenz mit anderen attraktiven Berufen/Arbeitgebern) und in ausreichender Qualität ausgebildet werden kann. Ebenfalls gilt es, verstärkt Maßnahmen zur Erhöhung der Verweildauer im Beruf wirksam werden zu lassen.

Am demographischen Wandel lässt sich kurzfristig sowieso nichts ändern; alle Personen, die in den nächsten zwanzig (plus/minus) Jahren als Erwerbspersonen zur Verfügung stehen, sind schon geboren.

Mittelfristig kann eine Entlastung der Arbeitsmärkte und Sozialversicherungssysteme allenfalls durch Zuwanderung⁴ geschehen.

Langfristig kann nur eine deutliche Steigerung der Geburtenrate auf mindestens das gesellschaftliche Reproduktionsniveau⁵ zu einer nachhaltigen Veränderung führen.

Dabei ist vordergründig nicht das individuelle Altern ein Problem – das ist evolutionsbiologisch so und das Altern heute unterscheidet sich nicht grundsätzlich vom Altern vor 50 Jahren oder in 50 Jahren.

Aber das Altern im Beruf kann durch hohe Leistungsanforderungen von Betrieben und Kunden, durch technisch-organisatorische Bedingungen (hier z. B. Online-Dokumentation, Schichtdienst, Zeitvorgaben, Tourenplanung ...), durch Chronifizierung von Erkrankungen und ähnliches mehr beeinflusst werden.

⁴ Dabei ist zu beachten, dass auch die Zugewanderten älter werden und die Geburtenquote sich relativ rasch dem Niveau des aufnehmenden Landes anpasst. Die Migration kann die Bevölkerungsalterung nicht stoppen - die erhöhte Fertilität von Migrantinnen der ersten Generation nimmt bereits in der zweiten Generation ab und deren Kinderzahl gleicht sich jener der Deutschen an. Siehe Nadja Milewski: Auf einen Streich: Umzug, Heirat und das erste Kind. Mutterschaft von Migrantinnen der ersten und zweiten Generation in Westdeutschland, in: Demografische Forschung. Aus erster Hand. Jg. 5 (2008), Nr. 2, S. 4

⁵ Zum Erhalt einer Bevölkerung (Nettoreproduktionsrate) ist im Schnitt eine Geburtenrate von 2,1 Kindern je Frau erforderlich. Seit Mitte der 1980-er Jahre liegt die Rate jedoch konstant unter 1,4 Kindern – die Bevölkerungszahl wird tendenziell deutlich sinken.

Für jede einzelne Person ist also zu prüfen, welche persönlichen und betrieblichen Bedingungen erfüllt sein müssen, um die gegebene Arbeit gut, gerne und gesund bis zum Renteneintritt ausüben zu können. Dabei ist es nicht unerheblich, dass das Rentenzugangsalter gesetzlich auf 67 Jahre erhöht wurde und die Altersteilzeitregelungen deutlich beschnitten sind.

Und für die Betriebe gilt: Wenn die gleichen oder gar steigende Anforderungen mit insgesamt älter werdenden Belegschaften zu erfüllen sind, dann ist die Frage zu beantworten, ob die Tätigkeiten alters- und alternsgerecht sind bzw. (rechtzeitig) werden können, um die gegebene Arbeit gut, gerne und gesund bis zum Renteneintritt auszuüben.

2. Sozialer Dialog zu den Arbeitsbedingungen in der ambulanten Pflege

*Alexander Frevel, Heinz-Josef Itkowiak,
Arbeit und Zukunft e.V.*

Arbeit und Zukunft e.V. (Teilprojekt Ambulante Pflege) bearbeitet gemeinsam mit der Arbeitnehmerkammer Bremen (Teilprojekt Berufliche Bildung) und dem Bereich „Innovationspolitik und Gute Arbeit“ beim ver.di-Bundesvorstand (Teilprojekt Fachkräfte in der Mobilen Informationstechnik) das Forschungs- und Entwicklungsprojekt „Partizipative Prävention im Arbeits- und Gesundheitsschutz durch Sozialen Dialog (PaPsD)“.

Dieses Vorhaben wird von Oktober 2006 bis September 2009 gefördert vom Bundesministerium für Bildung und Forschung bei der Projektträgerschaft DLR im Förderschwerpunkt Präventiver Arbeits- und Gesundheitsschutz.

Das Teilprojekt „Ambulante Pflege“ geschieht in Zusammenarbeit mit dem Ministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit, Familie und Frauen des Landes Rheinland-Pfalz und ist dort eingebunden in die Initiative „Menschen pflegen“.

Gegenstand dieses Berichtes ist die Pilot-Erhebung „Soziales Benchmarking“ zu Arbeitsbedingungen in der ambulanten Pflege in fünf Pflegediensten in Rheinland-Pfalz. Dargestellt werden die Auswertungsergebnisse sowie der Einstieg in den sozialen Dialog in den beteiligten Betrieben.

Angaben zur PaPsD-Erhebung

Von November 2007 bis Februar 2008 wurde im Rahmen des Projektes „Partizipative Prävention im Arbeits- und Gesundheitsschutz durch sozialen Dialog (PaPsD)“ eine Erhebung zur Situation des Arbeits- und Gesundheitsschutzes in fünf ambulanten Pflegediensten durchgeführt.

Grundlage der Analyse ist ein standardisierter Erhebungsbogen, der online und/oder in Papierform zur Verfügung gestellt wurde.

Gegenstand dieses Berichts ist eine Übersicht zu den allgemeinen Ergebnissen.

An der Erhebung in den Pflegediensten haben sich insgesamt 89 Personen (von insgesamt 147 Beschäftigten) beteiligt; das entspricht einer Quote von 60 %.



Die fünf Pflegeeinrichtungen sind sowohl im ländlichen als auch im städtischen Raum angesiedelt. Drei Einrichtungen sind in kirchlicher Trägerschaft, zwei Dienste sind privat geführt. Im Einzelnen beteiligen sich die folgenden Unternehmen an dem Projekt:

- AHZ-AKD Ingbert Ochs GmbH, Damscheid
- Caritas Sozialstation Heilig Geist, Mainz
- Pflegedienst Schwager, Otterberg
- Diakoniestation Hachenburg/Bad Marienberg, Hachenburg [auch PIZA II]
- Ökumenische Sozialstation Westpfalz, Landstuhl [auch PIZA II].

Zwei Betriebe beteiligen sich zusätzlich auch an dem Projekt „Arbeitsbewältigungs-Coaching“ (PIZA II), das vom MASGFF gefördert wird. (Eine Kurzfassung zu diesem Projekt finden Sie in Kapitel 3 dieser Broschüre; die Langfassung ist in der Reihe „Berichte aus der Pflege“ des Ministeriums für Arbeit, Soziales, Gesundheit, Familie und Frauen des Landes Rheinland-Pfalz als Bericht Nr. 8 erschienen.)

Da mit den Daten die Arbeitsbedingungen im Betrieb zu verschiedenen Gesichtspunkten entlang eines vereinbarten Qualitätsanspruchs verglichen werden können und zugleich auch die Möglichkeit eröffnet wird, diese Ergebnisse denen anderer Betriebe gegenüberzustellen, sprechen wir von einem Qualitätsabgleich zu den (im weitesten Sinne) sozialen Bedingungen im Betrieb, also von einem Sozialen Benchmarking.

Soziales Benchmarking: Leitsätze guter Qualität der Arbeit, Produktivität und Wohlbefinden

Erhoben wird die Wahrnehmung der Beschäftigten zu neun zentralen Bereichen von Arbeit und Beschäftigung. Diese Themen wurden vom Projektteam als Quintessenzen der Arbeitsforschung vorgeschlagen und als Ergebnis eines Workshops mit Pflegedienstleitungen und Beschäftigten(vertreterinnen) sowie Verbänden als gemeinsame Qualitätskriterien formuliert. Die „Leitsätze“ lauten:

Gute Qualität der Arbeit, Produktivität und Wohlbefinden bedeutet ...

- ... ausführbare und schädigungsfreie Arbeit
- ... Handlungsspielräume und Gestaltungsmöglichkeiten
- ... bedarfsgerechte Unterstützung der Beschäftigten durch die Führungskräfte
- ... vertrauensvolle Kultur wechselseitiger Anerkennung und Wertschätzung
- ... leistungsgerechte und transparente Entlohnung
- ... Einhaltung und Förderung des Arbeits- und Gesundheitsschutzes
- ... qualifizierte Einarbeitung und Entwicklungsmöglichkeiten
- ... Sicherung der Beschäftigung durch innovative Unternehmensentwicklung
- ... Gestaltung der Schnittstelle zum Kunden.

Für die ambulante Pflege wurden zusätzlich sieben spezifische Aussagen erhoben.

Jedem dieser Leitsätze sind einzelne Bereiche der Arbeitsgestaltung zugeordnet; wir sprechen im Folgenden von Gestaltungsdimensionen.



Bild 01: Übersicht der neun Gestaltungsdimensionen

Hinweise zum Verständnis der Ergebnisse

Die Ergebnisse der PaPSD-Erhebung können auf drei Ebenen betrachtet werden.

- Die obere Ebene mit der größten Verdichtung der Daten bilden die neun Leitsätze zu guter Qualität der Arbeit, Produktivität und Wohlbefinden. Die Themenfelder entsprechen den neun Gestaltungsdimensionen des Erhebungsbogens (siehe Bild 01). Für die Branche der ambulanten Pflege gibt es zusätzlich noch einen zehnten Bereich mit einigen spezifischen Aussagen zur Pflege Tätigkeit.
- Jeder Leitsatz besteht aus mehreren Qualitätsthemen ... (insgesamt 28)
- ... und jedes Qualitätsthema aus mindestens zwei Aussagen (insgesamt 89).

Wir erläutern im Folgenden das Gesamtergebnis der einzelnen Leitsätze und zeigen grafisch die Ausprägungen der diesen Leitsatz prägenden Qualitätsthemen. Im Falle besonders auffälliger Ergebnisse werden einzelne Qualitätsaussagen dargestellt.

Die gültigen Angaben zu einzelnen Aussagen des Erhebungsbogens bewegen sich auf einer fünfstufigen Skala mit Aussagen von

„trifft immer zu“ ... bis „trifft nie zu“ oder

„sehr gut“ ... bis „mangelhaft“.

Diesen Aussagen sind Werte von 1 (positiv) bis 5 (negative Einschätzung) zugewiesen. Bewertungen negativ formulierter Aussagen werden entsprechend umcodiert.

Die Ergebnisse werden in diesem Bericht in der Regel als statistische Mittelwerte dargestellt, also der Summe aller so erreichten Werte dividiert durch die Anzahl der Antwortenden. **Je niedriger der Wert ist, umso positiver haben die Beschäftigten die Aussage bewertet.**

Abgesehen von der Übersicht der Gestaltungsdimensionen und der vergleichenden Darstellung der Ergebnisse erfolgt die Präsentation in Form von Balkengrafiken. Hierbei bekommen die einzelnen Wertebalken eine bestimmte farbliche Darstellung. Mit der farblichen Gestaltung grün, gelb oder rot sind entsprechend einem Ampelsystem die folgenden Werteeinteilungen dargestellt:

- Mittelwerte von 1,0 bis 2,0 bezeichnen Gestaltungsbereiche, die aus Sicht der Beschäftigten sehr gute bis gute Ausprägungen haben. Diese werden in den Grafiken grün dargestellt.
- Werte größer 2,0 bis 3,0 bezeichnen Gestaltungsbereiche, die aus Sicht der Beschäftigten einen (größeren) Veränderungsbedarf anzeigen. Sie sind in den Grafiken gelb gekennzeichnet.
- Alle Erhebungsergebnisse mit einem Wert größer 3 zeigen aus Sicht der Beschäftigten einen dringenden Handlungsbedarf. Sie sind in den Grafiken rot eingefärbt.

Bei der Betrachtung dieser Ergebnisse muss immer berücksichtigt werden, dass es sich hierbei um Durchschnittswerte auf einer sehr hohen Verallgemeinerungsebene handelt. Bei der Betrachtung der Werte auf konkreteren Ebenen können im Detail deutlich abweichende Aussagen enthalten sein, positiv wie negativ.

Bei der Betrachtung der Ergebnisse aus den einzelnen Gestaltungsdimensionen werden wir auf einige herausragende Details eingehen.

Nicht alle an der Erhebung beteiligten Personen haben zu allen Einzelaussagen eine gültige Angabe gemacht. Einige haben einzelne Fragen möglicherweise übersehen oder von der Auswahlmöglichkeit „keine Angabe“ Gebrauch gemacht. Bei der Berechnung der Werte, die sich aus der durchgeführten Erhebung ergeben, wurde immer nur die Personenzahl berücksichtigt, die eine gültige Angabe gemacht hat.

Alle folgenden Abbildungen zeigen Vergleiche der fünf Pflegedienste miteinander bzw. mit den Gesamtergebnissen. Die Reihenfolge der Dienste in den Grafiken entspricht nicht der Reihenfolge in der obigen Aufstellung der beteiligten Unternehmen, sodass keinerlei Rückschlüsse auf einen konkreten Betrieb gemacht werden können.

Strukturdaten der Erhebung

Von den insgesamt 89 Beteiligten haben 76 Angaben zu ihrem Alter gemacht. Die größte Gruppe bilden die 40- bis 49-jährigen mit insgesamt 40 Nennungen. Der Dienst F ist am jüngsten. In Dienst D haben 38 % der Befragten keine Angabe gemacht.

Alter	alle	B	C	D	E	F
bis 30	7	0	2	0	0	5
30 - 39	18	1	3	4	1	9
40 - 49	40	6	7	9	10	8
50 und älter	11	3	1	5	2	0
keine Angabe	13	2	0	11	0	0
Gesamt	89	12	13	29	13	22
Quote 40 und älter an allen gültigen Antworten	67 %	90 %	61 %	78 %	92 %	36 %

Die ambulante Pflege ist mit einem Anteil von 94 % der Befragten ein „weiblicher Beruf“.

Geschlecht	alle	B	C	D	E	F
männlich	5	1	1	1	1	1
weiblich	72	10	12	17	12	21
keine Angabe	12	1	0	11	0	0
Gesamt	89	12	13	29	13	22

Der überwiegende Teil der Befragten ist in Teilzeit beschäftigt. Dabei sind 2/3 der Beteiligten bis zu 29 Wochenstunden tätig; lediglich ein Viertel ist Vollzeit tätig. Die niedrigste Teilzeitquote unter 30 Stunden hat der Pflegedienst B mit 36 %; die höchste der Pflegedienst C mit 92 %.

Wochen- arbeitszeit	alle	B	C	D	E	F
bis 19 Std.	28	3	6	5	6	8
20 - 29 Std.	22	1	5	5	3	8
30 Std. u. mehr	7	3	0	3	1	0
Vollzeit	19	4	1	5	3	6
keine Angabe	13	1	1	11	0	0
Summe	89	12	13	29	13	22

Fast alle Befragten (89 %) geben an, unbefristet beschäftigt zu sein.

Beschäfti- gungs- verhältnis	alle	B	C	D	E	F
befristet	8	0	1	3	2	2
unbefristet	67	11	12	14	11	19
keine Angabe	14	1	0	12	0	1
Summe	89	12	13	29	13	22

Ebenso auffällig ist der hohe Anteil von erfahrenem Personal. 73 % geben an, schon mehr als 5 Jahre in der Pflege tätig zu sein.

Dauer der Beschäftigung	alle	B	C	D	E	F
unter 1 J.	4	0	1	0	1	2
bis 2 J.	5	0	1	0	0	4
2 - 5 J.	12	1	1	0	2	8
mehr als 5 J.	56	10	10	18	10	8
keine Angabe	12	1	0	11	0	0
Summe	89	12	13	29	13	22

Übersichtsauswertung zu den Gestaltungsdimensionen

Die in Bild 02 dargestellte Übersicht der Erhebungsergebnisse für alle Gestaltungsdimensionen (plus der ergänzenden Dimension für Pflege) zeigt die Mittelwerte für die Sozialstation X (als Basis = blaue Linie) im Vergleich zu den anderen vier beteiligten Betrieben sowie zum Gesamtdurchschnitt aller Ergebnisse in der ambulanten Pflege (orange Linie).

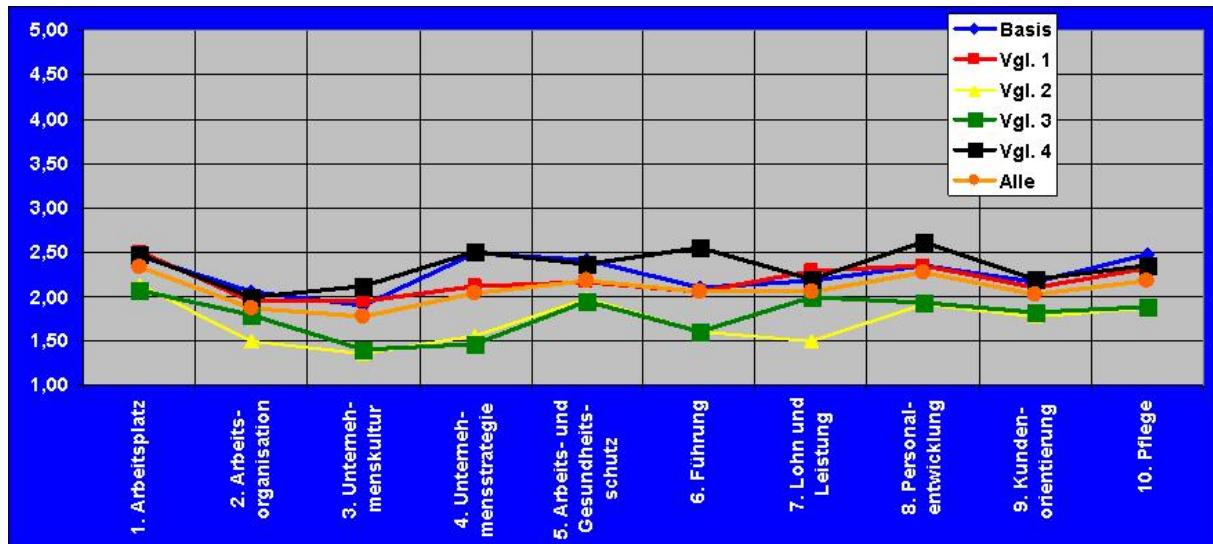


Bild 02: Die Werte der Gestaltungsdimensionen für den Pflegedienst X (= Basis) im Vergleich mit allen beteiligten Pflegediensten

Auffällig ist, dass zwischen den beteiligten Betrieben eine deutliche Grenze verläuft. Die beiden privatgewerblichen Betriebe liegen durchgängig in allen Gestaltungsdimensionen besser als der Durchschnitt, die drei freigemeinnützigen Dienste wurden durchweg negativer als der Durchschnitt beurteilt.

Die Gestaltungsdimension Arbeitsplatz (1)

Der vollständige Leitsatz für die Gestaltungsdimension Arbeitsplatz lautet: „Gute Qualität der Arbeit; Produktivität und Wohlbefinden erfordert ausführbare und schädigungsfreie Arbeit“. Er besteht aus den zwei Qualitätsthemen *Arbeitsplatz* und *Arbeitsumgebung*, die jeweils drei Einzelaussagen in sich zusammenfassen.

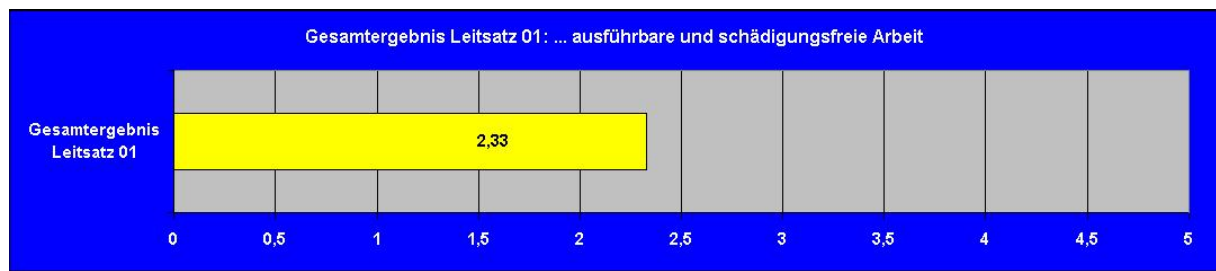


Bild 03: Gesamtergebnis der Gestaltungsdimension Arbeitsplatz

Der Leitsatz wird mit einem Mittelwert von 2,33 insgesamt als befriedigend bewertet. Dabei wird der Arbeitsplatz mit 1,87 deutlich positiver beurteilt als die Arbeitsumgebung mit 2,77.



Bild 04: Auswertung der Qualitätsthemen der Gestaltungsdimension Arbeitsplatz

Bei den Einzelwerten ist vor allem die hohe Belastung durch schwere körperliche Arbeit (Heben, Zwangshaltung u. ä.) zu nennen, die mit einem Durchschnittswert von 3,65 von allen Beschäftigten als negatives Moment ihrer Arbeit beschrieben wird.

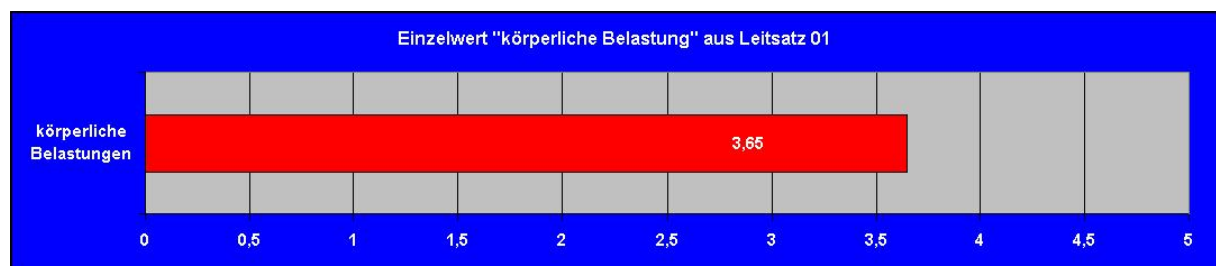


Bild 05: Auswertung des Einzelthemas „Belastung durch schwere körperliche Arbeit“

Die Gestaltungsdimension Arbeitsorganisation (2)

„Gute Qualität der Arbeit, Produktivität und Wohlbefinden erfordert Handlungsspielräume und Entscheidungsmöglichkeiten.“ Die Gestaltungsdimension Arbeitsorganisation wird (Bild 07) aus fünf Qualitätsthemen gebildet, nämlich drei Beschreibungen von positiven Ressourcen mit den Themen *Überschaubarkeit* (mit 2 Einzelaussagen), *Planbarkeit* (2) und *Sinnhaftigkeit* (2) sowie mit Aussagen zu *Handlungsspielräumen* (4) und *Kommunikationsmöglichkeiten* (2).

Insgesamt wird der Leitsatz positiv beurteilt, wobei insbesondere die Ressourcen der Arbeit und hier die Sinnhaftigkeit des eigenen Tun ins Gewicht fallen, die von fast allen Beschäftigten aus allen Betrieben im grünen Bereich bewertet werden.

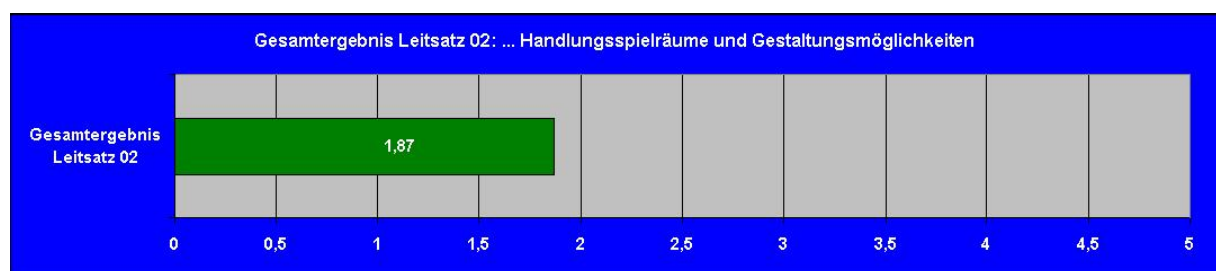


Bild 06: Gesamtergebnis der Gestaltungsdimension Arbeitsorganisation

Am häufigsten kritisiert wird die mangelnde Möglichkeit, das Arbeitstempo selbst bestimmen zu können (Mittelwert 2,61; negativster Einzelwert bei Betrieb B mit 3,46).

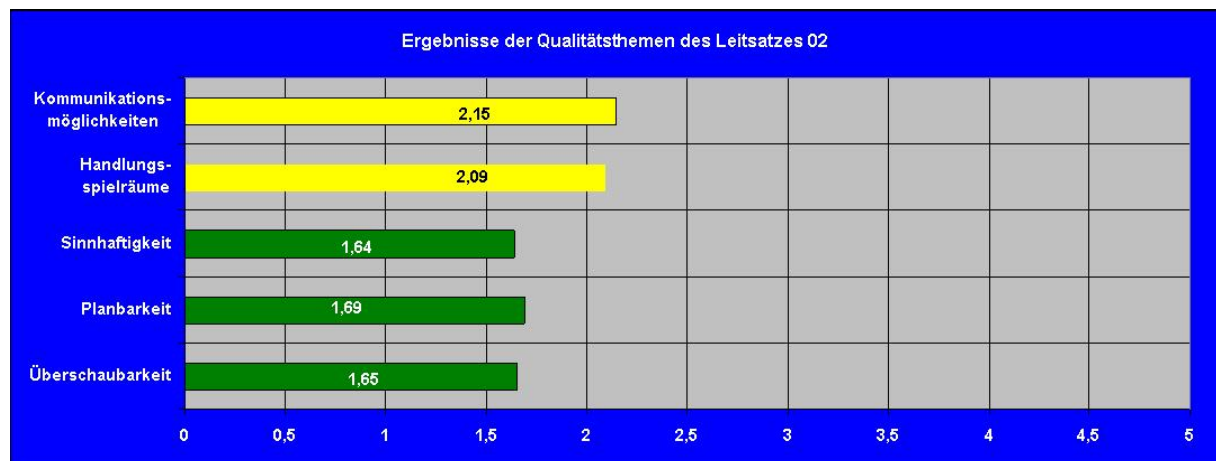


Bild 07: Übersicht der Ergebnisse der Qualitätsthemen für die Gestaltungsdimension Arbeitsorganisation

In der Einzelauswertung ist interessant, dass über alle Betriebe die Aussagen zu den Themen *Überschaubarkeit* und *Sinnhaftigkeit* der Arbeit fast völlig identisch beurteilt werden (Werte zwischen 1,42 bis 1,78 bzw. 1,58 bis 1,68), wohingegen z. B. die Einschätzungen zu *Kommunikationsmöglichkeiten* mit Werten zwischen 1,50 und 2,52 zwischen den Betrieben deutlich unterschiedlicher ausfallen.

Die Gestaltungsdimension Unternehmenskultur (3)

Der dritte Leitsatz beschäftigt sich mit der betrieblichen Kultur wechselseitiger Anerkennung und Wertschätzung. Diese Gestaltungsdimension Unternehmenskultur gliedert sich in vier Qualitätsthemen: kommunizierte und gelebte *Unternehmensziele* (3 Einzelaussagen), *persönlicher Stellenwert* der Beschäftigten (3), *persönliche Gleichstellung* (3) sowie das Thema *Datenschutz* (2).

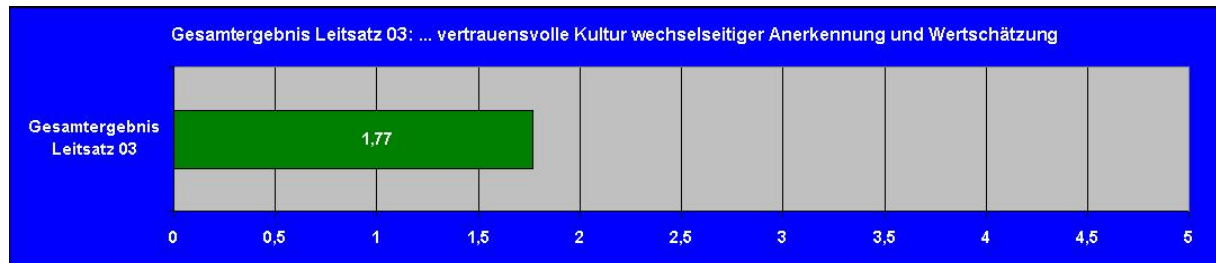


Bild 08: Gesamtergebnis der Gestaltungsdimension Unternehmenskultur

Dieser Leitsatz ist mit einem Mittelwert von 1,77 der insgesamt am positivsten beurteilte Gestaltungsbereich. Die einzelnen Bewertungen der Betriebe reichen dabei von 1,35 bis 2,11. Fragen der Gleichstellung werden besonders positiv bewertet.

Unter allen gut bis sehr gut beurteilten Themen fallen zwei nur befriedigend bewertete ins Auge: die Tatsache, dass bei der Gestaltung der Arbeit die Belange älterer Beschäftigter nicht ausreichend berücksichtigt wird, ist mit 2,29 Punkten ebenso eher kritisch eingeschätzt wie die Empfindung, von der Führung ermutigt zu werden, im Betrieb initiativ zu werden und die Interessen selbstbewusst zu vertreten (2,33). Diese Themen sind allerdings zwischen den Betrieben deutlich unterschiedlich beurteilt; im ersten Fall reichen die Werte von 1,54 bis 2,69, im zweiten von 1,67 bis 2,92.

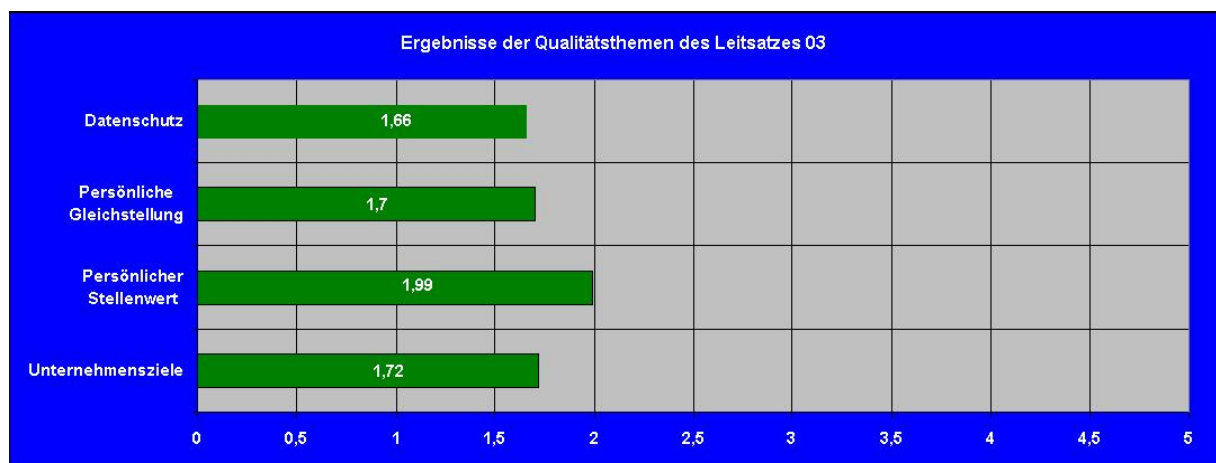


Bild 09: Übersicht der einzelnen Qualitätsthemen für die Gestaltungsdimension Unternehmenskultur

Die Gestaltungsdimension Unternehmensstrategie (4)

Für die Gestaltungsdimension Unternehmensstrategie lautet der vollständige Leitsatz: „Gute Qualität der Arbeit, Produktivität und Wohlbefinden erfordert die Sicherung der Beschäftigung durch innovative Unternehmensentwicklung“. Dieser Leitsatz gliedert sich in die beiden Qualitätsthemen *Sicherung der Beschäftigung* und *Zusammenarbeit mit der Interessenvertretung* (mit je 3 Einzelaussagen).

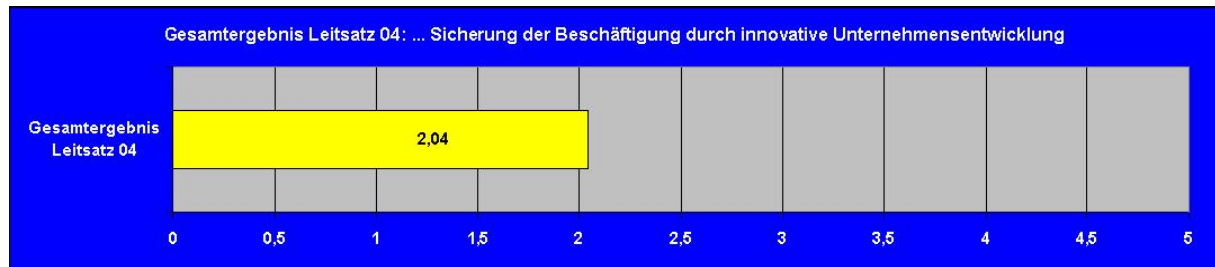


Bild 10: Gesamtergebnis der Gestaltungsdimension Unternehmensstrategie

In der Einzelbetrachtung ist auffällig, dass große Unterschiede in den Einschätzungen bestehen. Die Beschäftigten in den privaten Pflegediensten haben eine durchweg positive Einschätzung zur Sicherung ihrer Arbeitsplätze wie auch zur positiven Zusammenarbeit von Betriebsleitung und Interessenvertretung der Belegschaft, wohingegen dies in den anderen drei Betrieben als ein größeres Problem geäußert wird und in einem Betrieb gar mit einem kritischen Wert von 3,15 deutlich die Befürchtung formuliert wird, den Arbeitsplatz in absehbarer Zeit zu verlieren.

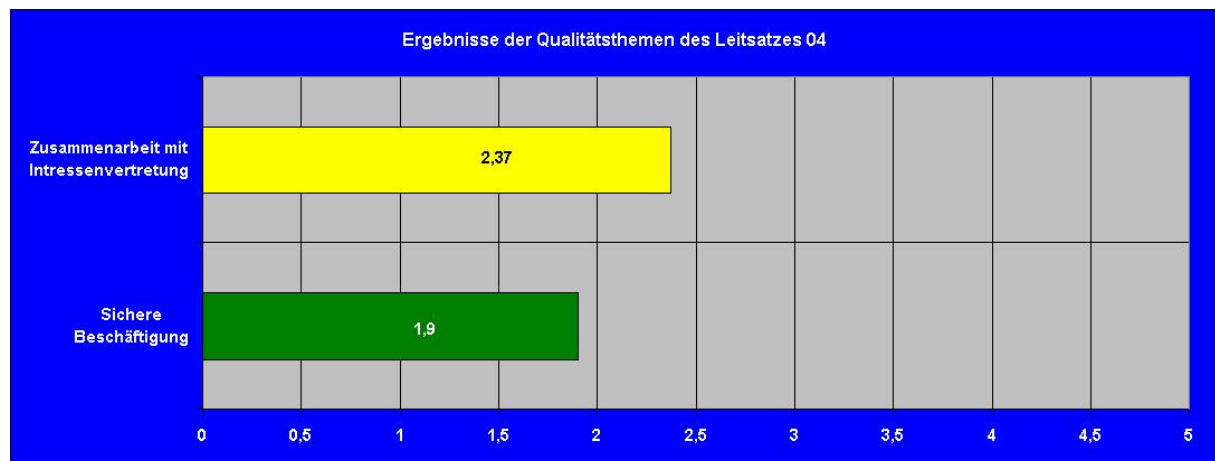


Bild 11: Übersicht der einzelnen Qualitätsthemen für die Gestaltungsdimension Unternehmensstrategie

Die Gestaltungsdimension Arbeits- und Gesundheitsschutz (5)

Der vollständige Leitsatz zu der Gestaltungsdimension Arbeits- und Gesundheitsschutz lautet: „Gute Qualität der Arbeit und Wohlbefinden erfordern Einhaltung und Förderung des Arbeits- und Gesundheitsschutzes“. In ihm sind fünf Qualitätsthemen zusammengefasst: *Einhaltung gesetzlicher Vorgaben* (5 Einzelaussagen), *Arbeitszeit* (4), *Belastung* (6), *Gesundheit wird kommuniziert* (3) und *persönliche Bereitschaft zur Prävention* (2).

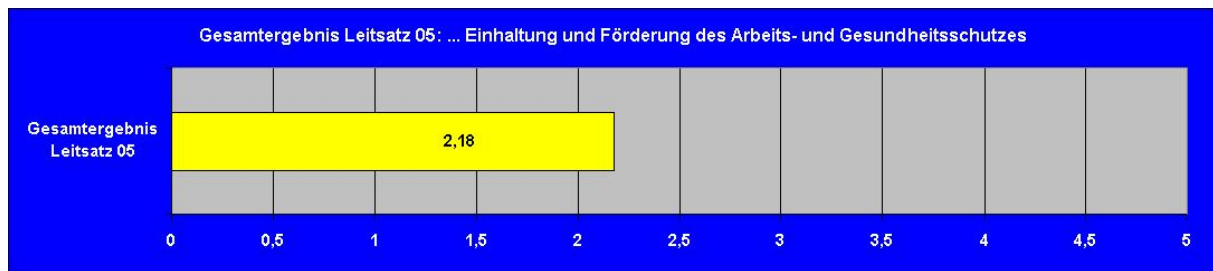


Bild 12: Gesamtergebnis der Gestaltungsdimension Arbeits- und Gesundheitsschutz

In diesem insgesamt eher als befriedigend einzustufenden Gestaltungsbereich zeigt sich, dass aus Sicht der Beschäftigten die gesetzlichen Vorgaben zwar eingehalten werden, aber die Belastungen eher hoch sind und im Betrieb nicht ausreichend über Aspekte von Gesundheit/Gesundheitsförderung gesprochen wird.

In den Einzelaussagen wird deutlich, dass das private und soziale Leben durch die Arbeit belastet wird (2,43) und es vielen schwer fällt, nach der Arbeit abzuschalten (2,57). Besonders deutlich wird die Belastungssituation in der Aussage, dass ein großer Teil der Befragten davon ausgeht, dass die Arbeit vermutlich nicht bis zum Rentenalter ausgeübt werden kann (Mittelwert 3,06; 38 % geben an, dass sie der Aussage so zustimmen, ein Drittel ist optimistisch gestimmt, gut ein Viertel kreuzt teils/teils an).

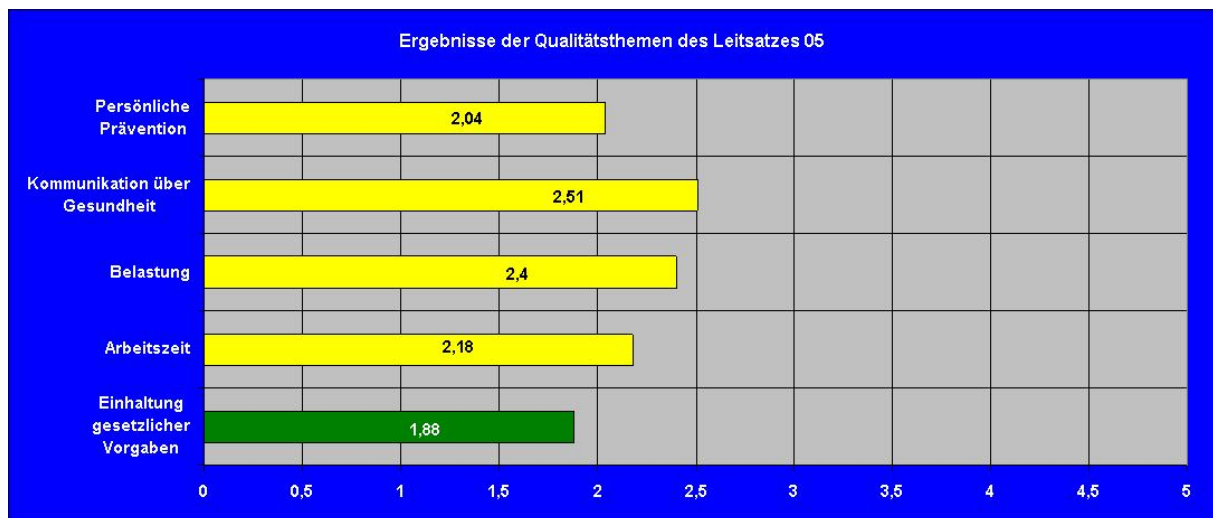


Bild 13: Die Qualitätsthemen zur Gestaltungsdimension Arbeits- und Gesundheitsschutz

Die Gestaltungsdimension Führung (6)

Der Leitsatz „Gute Qualität der Arbeit, Produktivität und Wohlbefinden erfordern bedarfsgerechte Unterstützung der Beschäftigten durch die Führungskräfte“ ist als Gestaltungsdimension Führung zusammengefasst. Die drei Qualitätsthemen heißen *Unterstützung durch den Vorgesetzten*, *Anerkennung persönlicher Umstände* sowie *Beurteilung und Förderung* (je 2 Einzelaussagen).

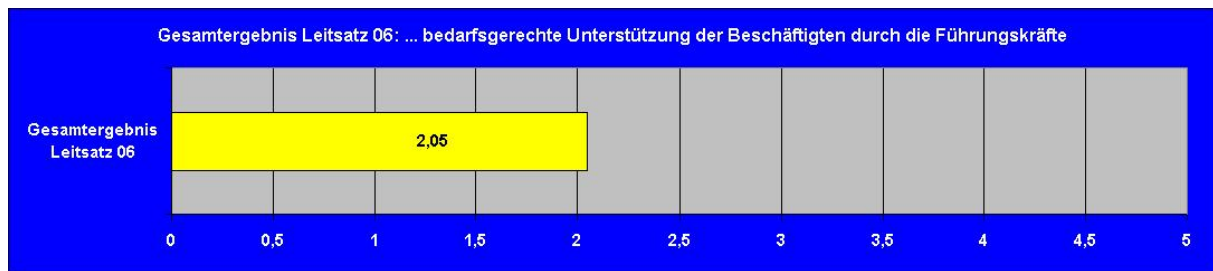


Bild 14: Gesamtergebnis der Gestaltungsdimension Führung

In diesem Leitsatz zeigt sich auf den ersten Blick ein eher homogenes Bild relativer Zufriedenheit. Auf den zweiten Blick ist hier ähnlich wie in Leitsatz 4 ein deutlicher Unterschied zwischen den privaten und den gemeinnützigen Diensten zu erkennen. Die Privaten werden in der Führung nahezu identisch gut (1,60 und 1,61) beurteilt, wohingegen die Beschäftigten aus Diensten in freigemeinnütziger Trägerschaft mit Werten zwischen 2,06 und 2,55 die Führung eher kritisch bewerten.

Bei den Einzelthemen fällt auf, dass mit einem Mittelwert von 2,59 (Werte zwischen 2,0 bis 3,15 in den fünf Betrieben) kritisiert wird, dass keine angemessenen Rückmeldungen über die Qualität der individuellen Arbeitsergebnisse vermittelt werden.

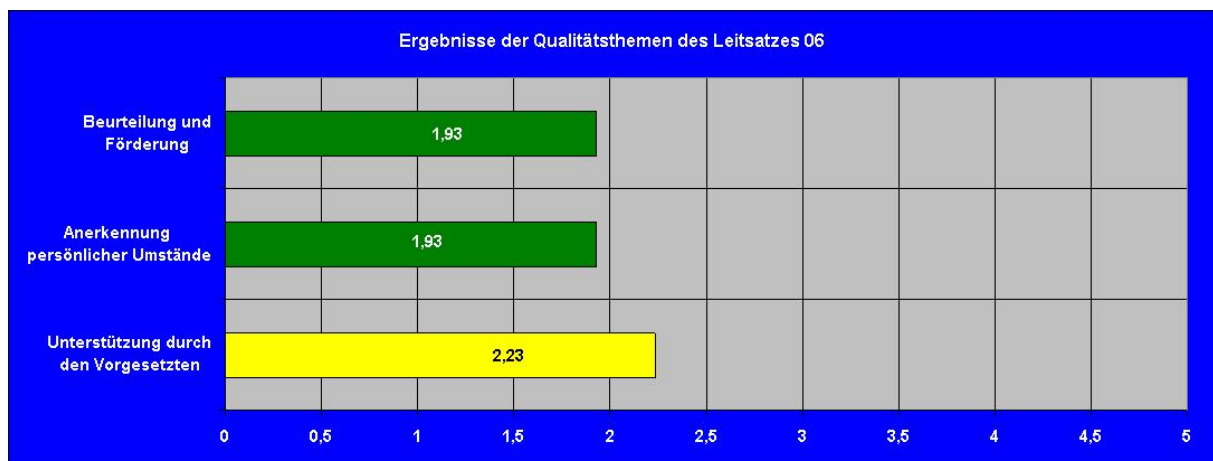


Bild 15: Die Qualitätsthemen zur Gestaltungsdimension Führung

Die Gestaltungsdimension Lohn und Leistung (7)

Die Gestaltungsdimension Lohn und Leistung folgt dem Leitsatz „Gute Qualität der Arbeit, Produktivität und Wohlbefinden erfordern leistungsgerechte und transparente Entlohnung“. Hier sind zwei Qualitätsthemen zugeordnet: *Leistungsgerechte Entlohnung* und *Leistungsbeurteilung* (mit je 3 Einzelaussagen).

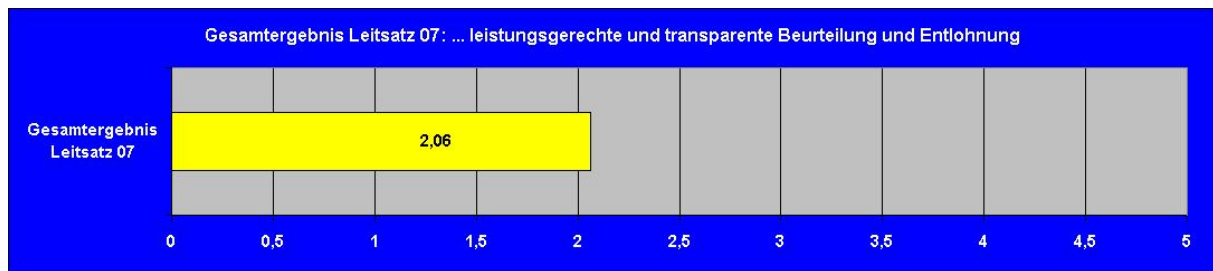


Bild 16: Gesamtergebnis der Gestaltungsdimension Lohn und Leistung

Bei einem insgesamt eher zufriedenstellenden Gesamtergebnis für diesen Leitsatz ist deutlich, dass zwar das Gehalt regelmäßig gezahlt wird (diese Aussage hat mit 1,26 – gemeinsam mit der Aussage zur Gleichstellung der Geschlechter – den Besten aller Werte für eine Qualitätsaussage), aber insgesamt nicht als angemessen betrachtet wird (2,56 insgesamt, im einzelnen Betrieb bis zu 3,33).

Unzufriedenheit besteht insgesamt – besonders jedoch in den nicht-privaten Diensten – mit der Tatsache, dass die Kriterien der Leistungsbeurteilung nicht ausreichend bekannt und nachvollziehbar sind (2,5; im Einzelfall von 1,56 bis 3,0).

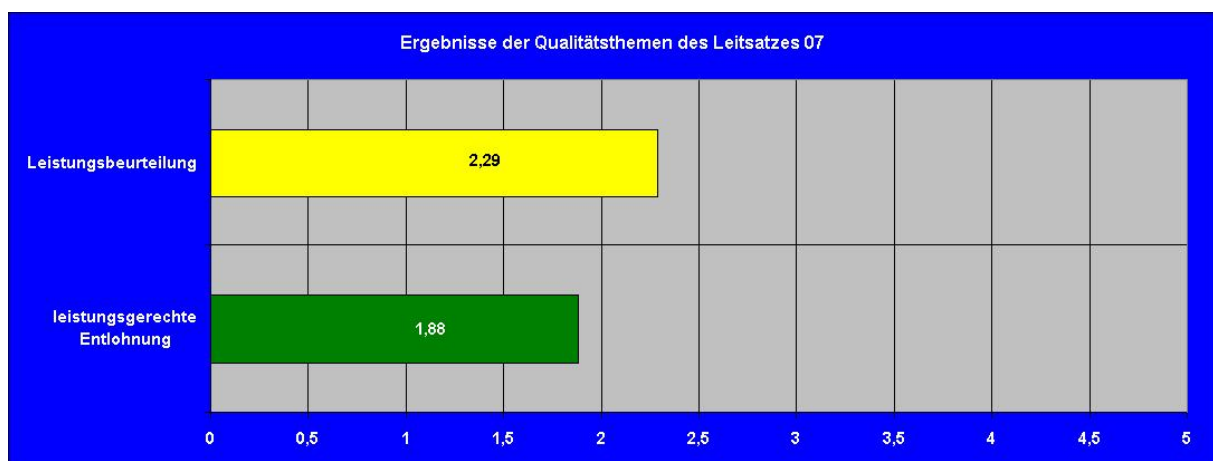


Bild 17: Die Qualitätsthemen zur Gestaltungsdimension Lohn und Leistung

Die Gestaltungsdimension Personalentwicklung (8)

Für die Gestaltungsdimension Personalentwicklung gilt der Leitsatz „Gute Arbeit, Produktivität und Wohlbefinden erfordern qualifizierte Einarbeitung und Entwicklungsmöglichkeiten“. Die hier zusammengefassten drei Qualitätsthemen lauten: *Einarbeitung* (2), *Weiterbildung* (4), *Entwicklungsmöglichkeiten* (3 Einzelaussagen).

Nach den Arbeitsbedingungen ist dieser Gestaltungsbereich mit einem Durchschnittswert von 2,27 der am negativsten bewertete. Lediglich das Qualitätsthema Einarbeitung wird noch als eher positiv beurteilt (die freigemeinnützigen Dienste schneiden auch hier eher nur befriedigend ab).

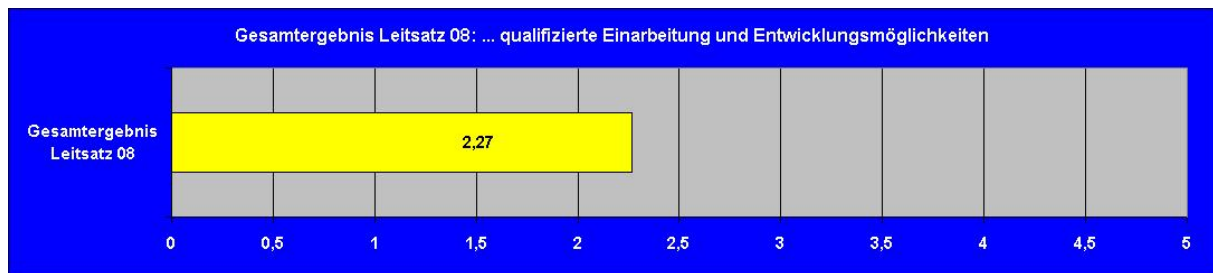


Bild 18: Gesamtergebnis der Gestaltungsdimension Personalentwicklung

Das Thema Weiterbildung einschließlich lernförderlicher Arbeitsbedingungen im Betrieb wird insgesamt kritisch gesehen; insbesondere wird bemängelt, dass die Planung beruflicher Weiterbildung nicht durchgängig Gegenstand von Gesprächen mit der/dem Vorgesetzten ist (3,13).

Noch kritischer werden die Entwicklungsmöglichkeiten beurteilt und hier als die insgesamt negativste Beurteilung aller Qualitätsaussagen die Tatsache, dass es nach Ansicht der Befragten im Betrieb keine alternsgerechten Entwicklungsmöglichkeiten gibt (3,70). Hier findet sich auch die negativste Ausprägung in einem Einzelbetrieb mit der Bewertung von 4,25.

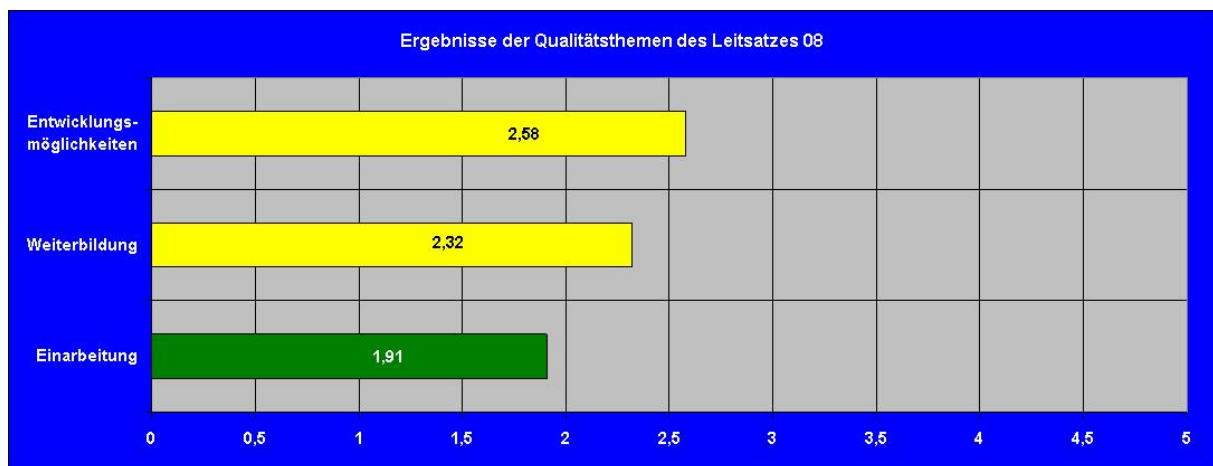


Bild 18: Die Qualitätsthemen zur Gestaltungsdimension Personalentwicklung



Bild 19: Einzelthemen aus der Gestaltungsdimension Personalentwicklung

Die Gestaltungsdimension Kundenorientierung (9)

Die drei Qualitätsthemen *Kundenorientierung*, *Kundenkontakt* und *Kundenbelastung* (mit je 3 Einzelaussagen) sind in der Gestaltungsdimension Kundenorientierung zusammengefasst. Ihr ist der Leitsatz zugeordnet „Gute Qualität der Arbeit, Produktivität und Wohlbefinden erfordern die Gestaltung der Schnittstelle zum Kunden“.

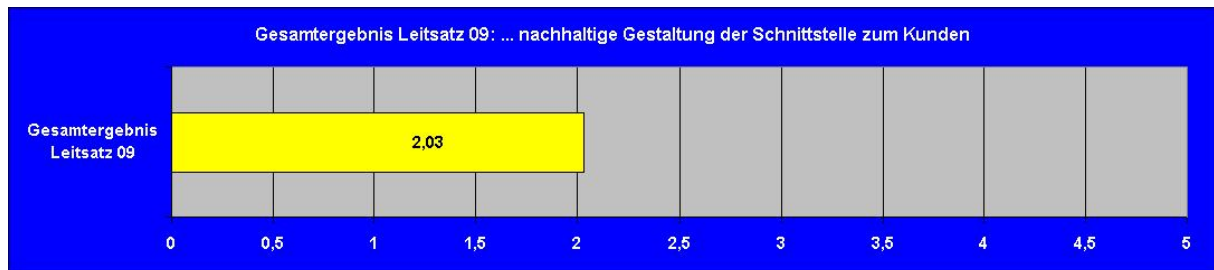


Bild 20: Gesamtergebnis der Gestaltungsdimension Kundenorientierung

Während die Betriebe ihre Schnittstellen zum Kunden relativ gut bewältigen, ist die individuelle Bewältigung des Kundenkontaktes für die Mehrzahl der Beschäftigten eine Belastung, die seitens der Betriebe nicht angemessen bearbeitet wird. Insbesondere wird angemerkt, dass es keine ausreichenden betrieblichen Angebote für die Bewältigung emotionaler oder psychischer Belastungen gibt (3,63 mit Einzelwerten zwischen 2,75 und 4,20).

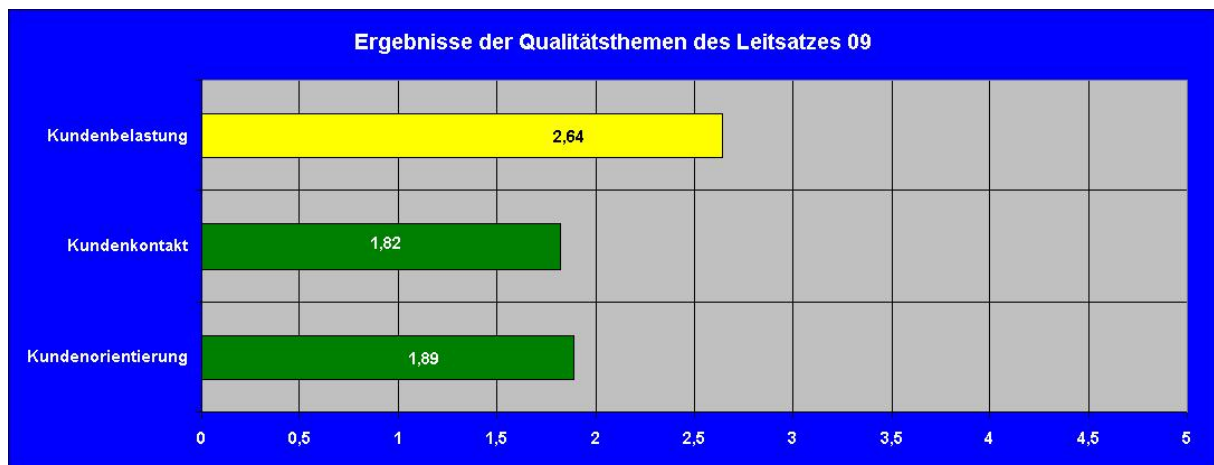


Bild 21: Die Gestaltungsdimension Kundenorientierung



Bild 22: Einzelergebnis „Angebote zur Bewältigung psychischer Belastungen“

Die Gestaltungsdimension Pflege – sonstiges (10)

Im Unterschied zu den anderen Gestaltungsdimensionen gibt es bei der spezifisch ergänzten Kategorie sonstiger Themen in der Pflege keine weitere Unterteilung in Qualitätsthemen. Die betrieblichen Gestaltungsfelder werden im positiven Bereich bewertet, wohingegen die nicht/nicht ausschließlich vom Betrieb zu gestaltenden Bereiche wie z. B. die – bezahlten – Zeiten für die Anfahrt und insbesondere für die Pflgetätigkeit (mit 2,96 im Schnitt und einem Spitzenwert von 3,69) deutlich kritisch beurteilt werden.

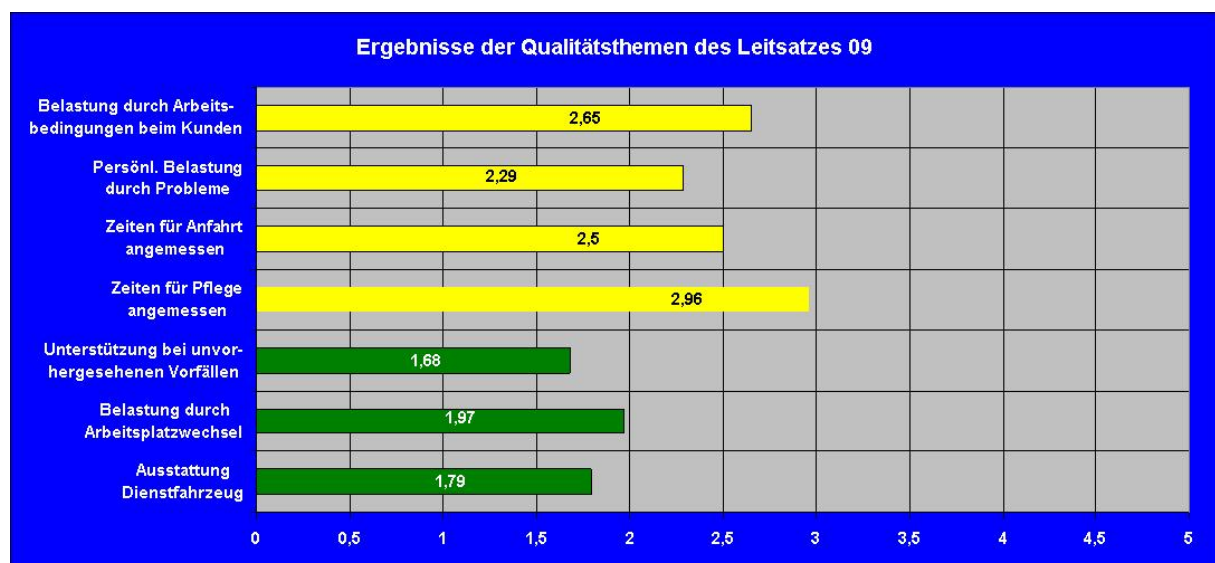


Bild 23: Die Einzelaussagen der Gestaltungsdimension Pflege

Rangliste der +/- Qualitätsthemen

Die wichtigsten

- positiven (und damit zu erhaltenden, fördernden, stärkenden)
- und kritischen (und damit zu verbessernden)

Leitsätze, Qualitätsthemen und Einzelaussagen sind in den nachfolgenden Tabellen noch einmal zusammengestellt.

Verglichen werden die Mittelwerte (MW) über alle fünf Betriebe; mit +/- wird jeweils der niedrigste (positivste) und höchste (negativste) Mittelwert aus dem Kreis der fünf Betriebe dargestellt, um die Bandbreite der Einschätzungen zu verdeutlichen.

Auf der Ebene der Leitsätze erreichen Leitsatz 3 (Anerkennungskultur) und Leitsatz 2 (Handlungsspielräume) die besten Bewertungen. Die kritischeren Gestaltungsbereiche sind mit den Leitsätzen 8 (Entwicklungsmöglichkeiten) und 1 (ausführbare und schädigungsfreie Arbeit) benannt.

Leitsatz		MW	+/-
positivste Ausprägung	3: vertrauensvolle Kultur wechselseitiger Anerkennung und Wertschätzung	1,77	1,35 2,11
	2: Handlungsspielräume und Gestaltungsmöglichkeiten	1,87	1,49 2,05
negativste Ausprägung	8: qualifizierte Einarbeitung und Entwicklungsmöglichkeiten	2,27	1,91 2,62
	1: ausführbare und schädigungsfreie Arbeit	2,33	2,07 2,50

Auf der Ebene der Qualitätsthemen wird die Bandbreite der Beurteilungen größer. Die positivsten Bewertungen erreichen die drei Ressourcenthemen Sinnhaftigkeit, Überschaubarkeit und Planbarkeit aus dem Leitsatz 2. Am negativsten eingeschätzt werden die Entwicklungsmöglichkeiten, die Belastungen durch/beim Kunden und die (körperlichen) Belastungen durch die Arbeitsumgebung.

Qualitätsthema		MW	+/-
positivste Ausprägung	2.c: Sinnhaftigkeit	1,64	1,54 1,69
	2.a: Überschaubarkeit	1,65	1,42 1,78
	2.b: Planbarkeit	1,69	1,37 2,08
negativste Ausprägung	8.c: Entwicklungsmöglichkeiten	2,58	2,01 3,04
	9.c: Kundenbelastung	2,64	2,46 2,77
	1.b: Arbeitsumgebung	2,77	2,48 3,00

Im Vergleich der Werte über alle beteiligten Betriebe sind unter den fünf positivsten Qualitätsaussagen vier aus dem Leitsatz „vertrauensvolle Kultur wechselseitiger Anerkennung und Wertschätzung“.

Die negativsten Ausprägungen finden sich in der Einschätzung von Belastungen und in den Zukunftserwartungen, insbesondere bezüglich alternsgerechter Entwicklungsmöglichkeiten.

Qualitätsaussage (über alle fünf Betriebe)			+/-
positivste Ausprägung	3.8: Beschäftigte werden aufgrund ihrer Herkunft, Nationalität oder Weltanschauung nicht benachteiligt oder belästigt	1,26	1,00 1,50
	7.1: Ich erhalte ein regelmäßiges Einkommen	1,26	1,08 1,31
	3.7: Frauen und Männer sind gleichgestellt	1,41	1,18 1,63
	3.11: Die Daten über mich werden nur zum Zweck der Qualitätsverbesserung und nicht zu meinem Nachteil herangezogen	1,43	1,00 2,00
	3.1: Ich akzeptiere und unterstütze die Ziele meines Betriebes	1,44	1,09 1,92
negativste Ausprägung	5.14: Ich kann meine Arbeit vermutlich bis zum Rentenalter ausüben.	3,06	2,90 3,26
	8.6: Die Planung meiner beruflichen Weiterbildung ist Gegenstand von Gesprächen mit meinem/meiner Vorgesetzten.	3,13	2,61 3,78
	9.9: Es gibt betriebliche Angebote für die Bewältigung emotionaler oder psychischer Belastungen.	3,63	2,75 4,20
	1.6: Die Arbeit ist durch körperliche Belastungen geprägt (schweres Heben, Arbeit in aufgezwungener Haltung, permanentes Stehen/Sitzen usw.)	3,65	3,50 4,00
	8.9: Es gibt im Betrieb alternsgerechte Entwicklungsmöglichkeiten.	3,70	2,67 4,25

Sozialer Dialog in den Betrieben

Die betriebsbezogenen Auswertungen wie auch der Vergleich mit den anderen beteiligten Pflegediensten auf der Basis der Leitsätze wurden allen Betrieben, das heißt zunächst den jeweiligen Geschäftsführungen und den Mitarbeitervertretungen als pdf-Datei zur Verfügung gestellt.

In einem Gespräch mit diesen Personen wurden die Ergebnisse durch die Forschungsgruppe erläutert und von allen Beteiligten kommentiert. Schon in diesen Gesprächen wurden Veränderungsbedarfe und mögliche betriebliche Gestaltungsansätze thematisiert.

Häufig in enger zeitlicher Verknüpfung damit wurden der gesamten Belegschaft – z. B. auf einer der regelmäßigen Teamsitzungen oder in Form einer außerordentlichen Belegschaftsversammlung – die Ergebnisse präsentiert. Dabei wurde entsprechend der Absprache mit Geschäftsführung und Mitarbeitervertretung eine Auswahl der wesentlichen Ergebnisse gezeigt. Nach der etwa 30- bis 45-minütigen Präsentation erfolgte eine Beurteilung der Ergebnisse durch die beteiligten Beschäftigten.

Die Leitfragen im betrieblichen Workshop zum Einstieg in den betrieblichen Dialog zur präventiven Arbeitsgestaltung lauten:

- Was ist gut und soll im Betrieb aktiv erhalten/gefördert werden?
- Was überrascht uns negativ und soll (dringend) verändert werden?
- Was können Einzelne tun? Was soll/kann der Betrieb tun? Was soll überbetrieblich getan werden?
- Womit beginnen wir? Wofür brauchen wir externe Unterstützung?

Als „sozialen Dialog“ bezeichnen wir die Kommunikation von Menschen zu den sie betreffenden (sozialen) Bedingungen, hier: Bedingungen der Erwerbsarbeit. Da bei gilt:

- Der Dialogprozess ist eine Intervention, da er Ausgangspunkt und Gegenstand von Gestaltungsprozessen ist, z. B. in der gemeinsamen Erarbeitung von Ursachen für hohe Belastungen und Ansätzen zu diesbezüglichen Veränderungen in der Verknüpfung von Verhaltens- und Verhältnisprävention.
- Der Dialog ist eine (entscheidungsvorbereitende) Methode. Er unterstützt die würdigende Wahrnehmung von Stärken/Schwächen sowie von Verschiedenartigkeit und er fördert die Kreativität in der gemeinsamen Entwicklung von Verbesserungsvorschlägen.
- Der Dialog ist eine ergebnisoffene Veränderungsstrategie und zugleich ein probater Ansatz für Partizipation und organisationales Lernen. (Partizipation ist dabei zugleich Voraussetzung, Gegenstand und Ergebnis von Veränderungsprozessen.)

In betrieblichen Arbeitskreisen wird der soziale Dialog wirksam durch die gemeinsame Entwicklung konkreter Gestaltungen und durch die Erarbeitung von Präventionsansätzen.

Im laufenden Projekt haben die beteiligten Pflegedienste eine oder mehrere Gestaltungsmaßnahmen geplant. Als Beispiele sind zu nennen:

- Betrieb X hat zwei zusätzliche Teilzeitbeschäftigte eingestellt, um Entlastungen in den geteilten Diensten und an den Wochenenden zu realisieren.
- Betrieb Y beschäftigt sich mit Verbesserungen in der Pausengestaltung.
- Drei Betriebe erproben externe Supervision im Hinblick auf die Bewältigung emotionaler und psychischer Belastungen.

In den nächsten Monaten werden die Betriebe ihre Maßnahmen realisieren, mal mit, mal ohne externe Begleitung.

Vereinbart ist, dass nach etwa einem halben Jahr nach Maßnahmenbeginn eine Zwischenbilanz gezogen wird. Dabei wird dann auch daran gearbeitet, im Betrieb eine Präventionsvereinbarung zu erstellen.

Verabredet ist außerdem, die Erhebung mit dem Sozialen Benchmarking im Sommer 2009 zu wiederholen, um einen Abgleich mit dem Ausgangszustand Anfang 2008 zu haben und eine Wirkungsüberprüfung zu den umgesetzten Maßnahmen zu verwirklichen.

3. Pflege für die Zukunft sichern – Arbeitsfähigkeit der Pflegekräfte erhalten und fördern⁶

*Brigitta Geißler-Gruber, Alexander Frevel,
arbeitsleben KG, Hamburg*

„Keine Zukunft vermag wieder gut zu machen, was Du in der Gegenwart versäumst“. Dieser Ausspruch von Albert Schweitzer gilt auch für ein noch wenig beleuchtetes Thema in der Altenpflege als Hinweis. Wir wissen, dass die demographische Entwicklung, die Gruppe der Pflegekunden in den nächsten Jahren anwachsen lassen wird. Gleichzeitig werden die professionellen und im aktiven Erwerbsleben stehenden Pflegekräfte älter und ein Übermaß an Personal, das neu in den Beruf einsteigen wird, ist nicht zu erwarten. Der längere Verbleib von Pflegekräften im Beruf wird somit Voraussetzung für die Aufrechterhaltung des Pflegesystems in der Zukunft.

Die Kranken- und Altenpflege trägt ein menschliches Antlitz. Zwar sind die pflegetechnischen Neuerungen über die Jahre enorm. Gleichwohl bleibt die Pflege ein Mensch-zu-Mensch-Beruf; die Dienstleistung wird von Menschen für Menschen geleistet. Die Kundenorientierung setzt zwangsläufig eine Beschäftigtenorientierung voraus.

So erhält die Frage „Was können *wir* gemeinsam tun, um gesund, gut und gerne den Beruf bis zur regulären Rente auszuüben?“, eine mehrfache Bedeutung.

- Die Beantwortung der Frage ist von Belang für die Bevölkerung bzw. die (potenziellen) Patienten und Klienten, um ausreichend Arbeitskapazitäten für ihre gute Pflege auch künftig vorzufinden.
- Es ist von Bedeutung für die Betriebe bzw. Pflegeeinrichtungen, um personalwirtschaftlichen Engpässen oder betriebswirtschaftlichen Problemlagen wie z. B. hohen Fehlzeiten und den damit verbundenen Kosten vorzubeugen.
- Und nicht zuletzt ist es wichtig für die Beschäftigten selbst, damit ein krankheitsbedingtes Ausscheiden aus dem Beruf oder gar Erwerbsunfähigkeit verhindert werden kann.

Was braucht es? – Arbeitsbewältigungsfähigkeit!

Landläufig werden mit dem Begriff ‚Arbeitsbewältigungsfähigkeit‘ ausschließlich die Leistungskapazitäten von Personen in Verbindung gebracht. Man meint, dass diese darüber entscheiden, ob jemand einen Beruf ausüben kann und will – oder eben nicht.

⁶ Die Ergebnisse zu dem hier dargestellten Projekt sind in einer Langfassung veröffentlicht: Arbeitsleben KG: Zwischenbericht „Arbeitsbewältigung in der ambulanten Pflege“. PIZA II – Ergebnisse 2007; MASGFF (Hrsg.): Berichte aus der Pflege, Heft Nr. 8, Mainz, Oktober 2008

Finnische Forschungs- und Beratungsergebnisse⁷ weisen hingegen in eine andere Richtung. Die Vorsorge zur Erhaltung und Förderung von Arbeits(bewältigungs)-fähigkeit für die Zukunft ist in der Gegenwart möglich.

- Eine (sehr) gute Arbeitsbewältigungsfähigkeit ist gegeben, wenn eine Person mit ihren gesundheitlichen und qualifikatorischen Kapazitäten und die (physischen wie psychischen) Arbeitsanforderungen gut zueinander passen.
- Es besteht dann ein Risiko, die Arbeit heute und insbesondere morgen noch ausreichend gut bewältigen zu können, wenn aus dem Zusammenspiel von Person und Arbeit eine Über- oder Unterforderung resultiert.

Vorsorgehandeln seitens der Beschäftigten, der Betriebe und der Kunden bedeutet, eine Balance der Arbeitsbewältigungsfähigkeit zu erhalten oder wieder herzustellen. Dies erfordert ein regelmäßiges Beobachten dieser Person-Arbeit-Konstellation, weil sich Menschen über die Jahre in ihren Kapazitäten verändern und die Arbeitswelt sich ebenfalls in einem ständigen Wandel befindet. Dieser Check und die Wartung der Arbeitsbewältigungsfähigkeit – übrigens etwas, das wir bei Anlagen und Maschinen ganz selbstverständlich machen – ist Garant dafür, dass man Frühhinweise zur Vorsorge und für Nachhaltigkeit erhält. Mit einem einfachen Wert, der einem Ampelsystem zuzuordnen ist, kann die Arbeitsbewältigungsfähigkeit sichtbar gemacht werden. Das Ergebnis ist sinnvoller Weise der Ausgangspunkt für persönliches und für betriebliches Vorsorgehandeln und gezielte Fördermaßnahmen.

In Rheinland-Pfalz wurde mit Unterstützung des MASGFF seit 2003 in Zwei-Jahres-Abständen die Arbeitsbewältigungsfähigkeit der Beschäftigten in mehreren ambulanten Pflegediensten ermittelt⁸. Kooperationspartner in dieser Langzeitstudie sind die Führung und die Beschäftigten von drei freigemeinnützigen und zwei privatgewerblichen Unternehmen. Im Jahr 2007 wurde die Messung mit einem „persönlich-vertraulichen Arbeitsbewältigungs-Coaching“ für die Beschäftigten und mit einer Beratung der Geschäftsführungen und der Mitarbeitervertretungen zur Erarbeitung betrieblicher Fördermaßnahmen verbunden. Das Zwischenergebnis über die Entwicklung der Arbeitsbewältigungsfähigkeit in der ambulanten Pflege bestätigt, dass es höchste Zeit für Interventionen ist.

Die aktuelle personalwirtschaftliche und arbeitsorganisatorische Herausforderung für die beteiligten ambulanten Pflegedienste ist die Tatsache, dass die Zahl von Beschäftigten, die sich in einer mäßigen oder kritischen Arbeitsbewältigungskonstellation befinden (d. h. beginnende oder schon eingetretene Imbalance zwischen Person und Arbeit), deutlich gestiegen ist. Für mehr als jede vierte Beschäftigte (28 %) besteht ein dringender Handlungsbedarf zur Verbesserung bzw. Wiederherstellung ihrer Arbeitsbewältigung.

⁷ Vgl. die Zusammenfassung in J. Ilmarinen/J. Tempel: Arbeitsfähigkeit 2010. Was können wir tun, damit Sie gesund bleiben? Hamburg 2002.

⁸ Siehe dazu a) Arbeit und Arbeit und Zukunft e.V.: Gesunde Beschäftigte und gute Servicequalität in der Ambulanten Pflege. Hrsgg. vom Ministerium für Arbeit, Soziales, Familie und Gesundheit Rheinland-Pfalz; Berichte aus der Pflege, Heft Nr. 4, Mainz, 2005.

b) Arbeit und Zukunft e.V. (Hrsg.): Dialoge verändern. Partizipative Arbeitsgestaltung – Voraussetzungen, Methoden und Erfahrungen für eine zukunftsfähige Arbeitsforschung, Köln) 2006.

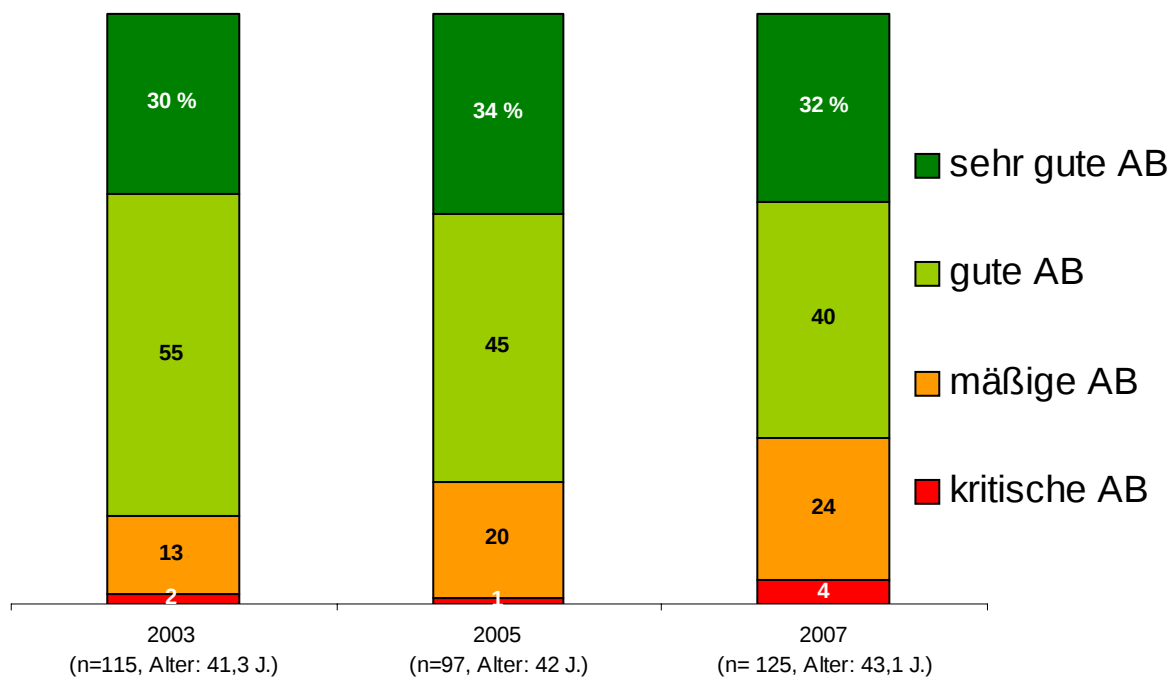


Bild 1: Vergleich der Querschnittuntersuchungsergebnisse in den Jahren 2003, 2005 und 2007; n=5 Betriebe

Um Menschen in der Arbeit zu halten, braucht es Gesundheitsangebote, anpassbare und mitalternde Arbeitsbedingungen, Entwicklungschancen und soziale Unterstützungsstrukturen, so formulieren es Beschäftigte in den Coaching-Gesprächen. Im Durchschnitt nennen sie insgesamt sechs eigene Fördervorsätze und Unterstützungsbedarfe durch den Betrieb in den Bereichen (gereiht nach Häufigkeit der Nennungen):

- a. Persönliche Gesundheitsförderung
- b. Arbeitsgestaltung
- c. Führungsorganisation
- d. Kompetenzentwicklung.

Auf der Grundlage anonymisierter Zusammenfassungen wurden durch betriebliche Entscheidungspersonen (Vorstand, Geschäftsführung/Pflegedienstleitung, Mitarbeitervertretung) in Workshops zum „betrieblichen Arbeitsbewältigungs-Coaching“ durchschnittlich zwei Fördermaßnahmen beschlossen. Es überwiegen Maßnahmen im Bereich der Arbeitsgestaltung (wie z. B. Veränderungen in der Dienstplangestaltung) und in der Gesundheitsförderung (wie z. B. richtiges Heben und Bewegen von Patienten, Supervision).

Wie können Förderprogramme in Betrieben mit den Beschäftigten angestoßen werden: Das Beratungswerkzeug „Arbeitsbewältigungs-Coaching“

Das „Arbeitsbewältigungs-Coaching“ (AB-C) verfolgt die Ziele, den Personen selbst und den betrieblichen Entscheidungsträgern Denkanstöße und Handlungsimpulse zur Erhaltung bzw. Förderung der Arbeitsbewältigungsfähigkeit zu vermitteln. Die Denkanstöße ergeben sich im Beratungsprozess aus der Ermittlung der gegebenen Arbeitsbewältigungs-Konstellation mit Hilfe des „Arbeitsbewältigungs-Index“. Das anschließende Coaching-Gespräch leitet an, eigene Handlungsvorsätze und Maßnahmenbedarfe an den Betrieb zu formulieren und die ersten Umsetzungsschritte zu planen. Es entsteht ein individueller, bedürfnisgerechter und von der Person verfassender Förderplan zur Erreichung des eigenen Förder- und Schutzzieles.

In anonymisierter Form werden die Ergebnisse der „persönlich-vertraulichen Arbeitsbewältigungs-Coachings“ an die betrieblichen Entscheidungspersonen rückgemeldet mit dem Ziel, Fördermaßnahmen im Betrieb umzusetzen.

Das „Arbeitsbewältigungs-Coaching“ wird von entsprechend qualifizierten und zur Verschwiegenheit verpflichteten Beraterinnen und Beratern⁹ eingesetzt. Die Auswertung der Arbeitsbewältigungs-Index-Fragebögen und der Coaching-Dokumente erfolgt ausschließlich außerhalb der Betriebe.

Arbeitsbewältigung erhalten und fördern bedeutet, Menschen eine Arbeitsperspektive bis zum regulären Rentenalter zu geben

Eine weitere Erkenntnis aus den Ermittlungen 2007 ist, dass die aktuelle Arbeitsbewältigungsfähigkeit einen Einfluss auf die Arbeits-Renten-Perspektive der Beschäftigten hat. D. h. eine höhere Arbeitsbewältigungsfähigkeit und damit das Vorhandensein einer ausreichend guten Passung zwischen persönlichen Kapazitäten und Arbeitsbedingungen begünstigt die Einschätzung, diesen Beruf bis zur regulären Rente ausüben zu können und zu wollen.

Hier schließt sich der Bogen zum Anfang des Beitrags: Wenn wir der Arbeitsbewältigungsfähigkeit der Erwerbstätigen in der (ambulanten) Pflege heute persönliche, betriebliche und gesellschaftliche Aufmerksamkeit schenken, d. h. diese kontinuierlich beobachten, vorsorgende Maßnahmen setzen und frühzeitig auf Imbalancen Rücksicht nehmen, so besteht die Chance, die demographischen Herausforderungen in der Pflege innovativ zu meistern.

⁹ Das Kompetenzzentrum „Zukunftsfähige Arbeit in Rheinland-Pfalz“ stellt eine Liste der Beraterinnen und Berater mit AB-C-Kenntnissen in Rheinland-Pfalz zur Verfügung.

	ABI-Mittelwert 2007 (p= .003)
JA, kann und will bis zur reg.Rente	41,9
NEIN, kann nicht	36,6
WEISS NICHT	39,1
WILL NICHT	37,0

Tabelle: Mittelwertvergleich des Arbeitsbewältigungs-Index nach Arbeits-Renten-Perspektive der Befragten auf die Frage „Können Sie sich vorstellen, Ihren derzeitigen Beruf bis zum regulären Rentenalter auszuüben?“
(max. Indexwert = 49, min. Indexwert = 7)

Förderung der Arbeitsfähigkeit ist eine Investition, die Nutzen bringt – für Beschäftigte und den Betrieb. Ein Fallbeispiel

Die diplomierte Krankenschwester B. ist 48 Jahre. Sie war nach ihrer Berufsausbildung in der stationären Krankenpflege Vollzeit tätig; zusätzlich arbeitete sie auf Basis einer geringfügigen Beschäftigung in einem ambulanten Pflegedienst in ihrem Heimatort. Diese doppelte Kraftanstrengung hatte ein Ziel: ein Einfamilienhaus sollte finanziert werden. Im Alter von 28 Jahren hat sie ihre erste Tochter geboren. Stolz erwähnt sie, dass sie den Beruf auch während der Kindererziehungszeit nie verlassen hat, weil der ambulante Pflegedienst günstige, flexible Arbeitszeiten geboten hat.

Nach weiteren acht Jahren hat sie sich für eine der raren Vollzeitstellen in der ambulanten Pflege beworben und diese erhalten. Der kurze Weg zwischen zu Hause und den ersten Patienten bzw. der Sozialstation, die umfassende Zuständigkeit für ihre Pflegebedürftigen und sogar die geteilten Dienste, die die Mittagsversorgung ihrer Kinder zuließen, waren ausschlaggebend für ihre hohe Zufriedenheit mit dem Beruf. Sie schaffte beruflich wie privat viel und vergaß zeitweise ihre persönliche Gesundheitsförderung.

Mit gut 40 Jahren waren die Rückenbeschwerden im Lendenwirbelbereich nicht mehr zu verdrängen. Sie musste handeln: Nach ärztlicher Diagnose und Therapie beruhigten sich die Beschwerden, gleichzeitig war klar, dass noch weitere Vorsorgemaßnahmen getroffen werden mussten.

In dieser Nachdenkphase hat sie das betriebliche Angebot „persönlich-vertrauliches Arbeitsbewältigungs-Coaching“ in Anspruch genommen. Ihre Einschätzung stimmte mit dem relativ guten Arbeitsbewältigungs-Ergebnis überein, doch aufgrund der Vorgeschichte wusste sie, wie schnell sich das auch ändern kann.

Im Coaching überlegte sie mit großer Ernsthaftigkeit ihre eigenen und die betrieblichen Vorsorgemöglichkeiten für einen Verbleib in diesem von ihr geliebten Beruf. Neben persönlichen Vorsätzen, die sie in die Tat umsetzte, gelang es ihr, die Pflegedienstleitung von ihrem Weiterbildungsinteresse zu überzeugen. Der Betrieb musste eine Qualitätsmanagerin benennen und dazu wurde sie ausgewählt. Die Ausbildung

machte sie berufsbegleitend; Ausbildungskosten und der Großteil der Ausbildungszeit hat der Betrieb übernommen. Den Eigenzeitanteil investierte sie gerne, weil sie als Qualitätsmanagerin Aussicht auf Mischarbeit hatte, die zum Teil die beschwerlichen Autofahrten bzw. das Ein- und Aussteigen zugunsten von Verwaltungszeiten reduzierte.

Mit Neugier und mit Stolz kam sie nach zwei Jahren wieder ins „Arbeitsbewältigungs-Coaching“ und konnte die Früchte dieser Maßnahmen nun auch an dem verbesserten Wert ihrer Arbeitsbewältigung ablesen.

4. Aktuelle Informationen zur Initiative „Menschen pflegen“

*Uta Becker,
Ministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit, Familie und Frauen, Projektleitung der Initiative „Menschen pflegen“*

Das Thema Pflege rückt zunehmend in das öffentliche Bewusstsein. Pflegebedürftige haben ein Recht auf eine qualitativ hochwertige, an ihren individuellen Bedürfnissen ausgerichtete Pflege. Pflegende haben ein Recht auf Rahmenbedingungen, die ihnen eine qualitativ hochwertige Pflege ermöglichen.

Ministerin Malu Dreyer hat deshalb bereits im Jahr 2002 eine bundesweit erstmalige Initiative gegründet, "Menschen pflegen".

Gemeinsam mit zahlreichen Kooperationspartnern will diese Initiative die Strukturen und Rahmenbedingungen der Pflege in Rheinland-Pfalz sichern und sinnvoll weiterentwickeln. Wir wollen für Rheinland-Pfalz:

- konsequent Strukturen entwickeln, die eine Umsetzung des Grundsatzes „ambulant vor stationär“ ermöglichen. Diese haben auch die Teilhabe pflege- und hilfebedürftiger Menschen am Leben in der Gemeinschaft zum Ziel.
- uns intensiv mit der Weiterentwicklung der Pflegequalität auseinandersetzen.
- das Ausbildungssystem in der Alten- und in der Krankenpflege weiterentwickeln.
- analysieren, wie gesundheitsfördernde Arbeitsbedingungen und Verhaltensweisen bei den Pflegekräften etabliert werden können.
- im Rahmen von Modellprojekten erproben, wie die Qualifizierung der Pflegekräfte und die Organisationen der Pflegeeinrichtungen besser auf die Bedürfnisse dementiell erkrankter Menschen ausgerichtet werden können.
- Familien mit pflegebedürftigen Angehörigen verstärkt informieren, situationsgerecht unterstützen und entlasten.

Aktuell geht es um die Umsetzung zahlreicher Maßnahmen, die folgende fünf Ziele der Initiative „Menschen pflegen“ verwirklichen sollen:

- Wir fördern flexible und vernetzte Strukturen, die Pflege im Sozialraum ermöglichen. Nicht beruflich Pflegende in Familien und anderen sozialen Netzwerken werden wir stärken und unterstützen.
- Wir wollen eine qualitativ gute und menschliche Pflege gewährleisten – ambulant und stationär.
- Wir stärken die professionellen Pflegeressourcen.
- Wir verbessern die Versorgung von Menschen mit Demenz.
- Es gilt: Die Pflege für die Zukunft sichern.

Wichtige Projekte in Rheinland-Pfalz sind dabei die Modellprojekte „Arbeitsbewältigungs-Coaching in der ambulanten Pflege (PIZA II)“ und „Partizipative Prävention im Arbeits- und Gesundheitsschutz durch sozialen Dialog (PaPsD)“, deren Ergebnisse Gegenstand der vorliegenden Schrift sind.

Darüber hinaus geht es im Rahmen der Initiative „Menschen pflegen“ aktuell u. a. um die Umsetzung des PflegeWeiterentwicklungsgesetzes und die Einrichtung von Pflegestützpunkten für Rheinland-Pfalz. Diese werden auf den bereits seit Jahren auf der Basis des LandesPflegeASG eingerichteten Beratungs- und Koordinierungsstellen aufbauen.

Das Land unterstützt mit einem speziellen Modellprogramm die Kommunen bei der Umsetzung der regionalen Pflegestrukturplanung. Eine wissenschaftlich entwickelte Handreichung vermittelt wichtige Grundlagen für diese Aufgabe.

Unser Ziel ist die Gestaltung von sozialräumlichen Versorgungsstrukturen. Das bedeutet, dass alle Hilfen dort abgerufen werden können, wo sie gebraucht werden. Deshalb hat das Ministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit, Familie und Frauen eine Studie in Auftrag gegeben, die für Träger, Initiatoren, Kommunen und das Land Impulse vermitteln soll zur Umsetzung von neuen kleinräumigen Konzepten, die auch das bürgerschaftliche Engagement und die Teilhabe und Öffnung von Einrichtungen in das Gemeinwesen im Blick haben.

Die Umsetzung solch neuer Konzepte steht und fällt mit dem Interesse und der Offenheit der Pflegenden. Wir sehen in allen Pflegenden wichtige Partner für die Weiterentwicklung der pflegerischen Versorgungsqualität. Deshalb möchten wir Sie sehr herzlich einladen, die Aktivitäten unserer Initiative zu begleiten und mit uns in einen Dialog einzutreten. Unter www.menschen-pflegen.de können Sie die aktuellen Entwicklungen zur Pflegepolitik nachlesen. Ein monatlicher Newsletter, den Sie gleichfalls unter der genannten Web-Adresse abonnieren können, vermittelt Informationen zu Projekten, Veranstaltungen und Maßnahmen.

Am 20. November 2008 findet der 2. Pflegekongress Rheinland-Pfalz statt, zu dem Sie herzlich eingeladen sind. Alle Informationen hierzu wie auch die Dokumentation des Tages finden Sie auf unserer Homepage. Wenn Sie Fragen oder Anregungen haben, stehe ich Ihnen gerne als Ansprechpartnerin zur Verfügung.

Uta Becker

Projektleitung der Initiative „Menschen pflegen“

Ministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit, Familie und Frauen (MASGFF)
Rheinland-Pfalz

pflegeinfo@masgff.rlp.de

Tel.: 06131 / 16 20 53

B Was tun Betriebe in der ambulanten Pflege aktuell für die Ausgestaltung einer altersgerechten Arbeit? – Fallbeispiele

5. Ausgestaltung eines Präventionskonzeptes im sozialen Dialog

*Andrea Bernd, MAV; Ingbert Ochs, Inhaber
Ambulanter Krankenpflegedienst Ingbert Ochs GmbH, Damscheid*

Unser Ambulanter Krankenpflegedienst Ingbert Ochs GmbH beteiligt sich seit 2007 an dem Projekt PaPsD. Die Inhalte des Projektes in unserem Betrieb sind:

- Ganzheitliches und präventives Verhalten im Arbeits- und Gesundheitsschutz
- Prävention als Gestaltungsansatz im Betrieb
- Partizipation als Ausgangspunkt und Zielsetzung im Betrieb
- Überprüfung und Gestaltung des betrieblichen Umfeldes.

Die mitwirkenden Personen sind alle Beschäftigten in der ambulanten Pflege, in der Hauswirtschaft und Betreuung, in der Verwaltung, in der Beratungs- und Koordinierungsstelle, aus dem Modellprojekt Netzwerk Demenz und natürlich auch die Betriebsleitung.

Gemeinsam von Beschäftigten, Mitarbeitervertretung und Geschäftsführung werden die Ziele des Projektes getragen:

- Vorhandene Quellen für Gefährdungen im eigenen Betrieb erkennen und zielgerichtet reagieren
- Wechselwirkungen zwischen Organisationsstruktur, Qualifikation der Mitarbeiter/-innen, Technik und Gesundheit visualisieren
- gute Arbeitsqualität und hohe Produktivität durch individuelle innerbetriebliche Gestaltungsmöglichkeiten weiter entwickeln
- externe Rahmenbedingungen im Tätigkeitsfeld aufzeigen, die das Feld ambulante Pflege erheblich beeinflussen
- umfassenden Überblick über die Arbeitsqualität in unserem Betrieb erlangen
- gemeinsam einen Dialog über präventive Gestaltung führen.

Hieraus ergibt sich die Weiterentwicklung eines umfassenden Konzeptes, das neben der Verhaltensweise und den krankmachenden Wirkungen von Einflussfaktoren auf die Mitarbeiter auch die Gesundheit erhaltenden und fördernden Bedingungen bei der Gestaltung des Arbeitsumfeldes in die Betrachtung einbezieht. Die Ausgestaltung eines Präventionskonzeptes im sozialen Dialog mit allen Menschen im Betrieb entwickelt so die Inhalte aus ihrer Sichtweise heraus.

Ambulante Pflege

Der demografische Wandel entwickelt sich in der ambulanten Pflege gleich in zweifacher Weise:

- Die Anforderung an den Betrieb besteht darin, die größer werdende Gruppe der Älteren kostenbewusst sowie mit der geforderten Qualität zu betreuen und zu versorgen.
Die ambulante Pflege und Betreuung wird dabei zur unverzichtbaren Säule des Gesundheits- und Sozialwesens, bei erheblicher Zunahme der Überalterung und der Singularisierung von Haushalten in den Dörfern unserer Region. Sie fordert die gezielte Erhaltung und Unterstützung der Selbsthilfekräfte der Älteren wie auch ihrer familiären und ehrenamtlichen Helferinnen/Helfer.
- Der demografische Wandel vollzieht sich aber auch auf der Seite unserer Beschäftigten in der ambulanten Pflege (Durchschnittsalter ca. 45 Jahre mit einer Berufserfahrung im Schnitt von 25 Jahren). Ihr Erfahrungsreichtum ist ein großer Gewinn für die ambulante Pflege insgesamt, aber auch für unseren Betrieb.

Dies erfordert ein Umdenken in der Personalführung und in der Arbeitsorganisation. Eine vorausschauende gesundheits- wie altersngerechte Arbeitsorganisation erhöht die Wahrscheinlichkeit, dass unsere Mitarbeiter/-innen länger und gerne in der ambulanten Pflege arbeiten können.

Auch mit großer Erfahrung und der erworbenen Gelassenheit bleibt die ambulante Pflege und Betreuung psychisch und körperlich anstrengend. Hier gilt es, zum Wohle der Beschäftigten wie zur Erhaltung der Versorgungsqualität, Entlastungen vorzusehen.

Welche betriebliche, persönliche und politische Vorsorge ist hierzu zu treffen?

Hier ist nicht nur das Augenmerk auf ältere Pflegekräfte, sondern ebenso auf die Bedürfnisse der Beschäftigten in verschiedenen Lebensabschnitten zu richten. Auch jüngere Mitarbeiterinnen weisen auf Schwierigkeiten hin, Familie und Beruf zu vereinen. Oder sie können – gerade am Berufsanfang – Überforderungen erleben, wenn sie alleine die Aufgaben und Unplanmäßigkeiten zu bewältigen haben (Generationenkonflikte in den Haushalten, Ausnutzung von Unerfahrenheit usw.).

Das sind unter anderem Gründe für kurze Verweildauer junger Menschen in der ambulanten Pflege. Hier bietet eine relativ ausgewogene Altersstruktur der Belegschaft und die bewusste Personalpflege der verschiedenen Generationen im Arbeitsteam mehr Flexibilität bei der Arbeitseinteilung und erlaubt einen Wissenstransfer in beide Richtungen.

Unsere Beschäftigten in der ambulanten Pflege, Betreuung und Hauswirtschaft sind von vielen Belastungen betroffen, die sich aus der spezifischen Arbeitssituation in diesem Arbeitsfeld ergeben. Hierzu gehören:

- Belastungen, die sich aus der unterschiedlichen Dauer der gleichen Leistung an verschiedenen Einsatzorten ergeben (haushaltsspezifische Anpassungen, psychische Anforderungsprofile, räumliche Gegebenheiten usw.)
- Spezifische Belastungen aus unvorhergesehenen Ereignissen, die sich während der Touren zu den Klientinnen und Klienten ergeben (Notfallsituationen, hohe Eigenverantwortung, andere Berufsgruppen im Handlungsfeld, nicht zuletzt pflegerische Gegebenheiten, passive Klientinnen/Klienten usw.)

- Die Touren selbst stellen eine Belastungsquelle insbesondere für ältere Beschäftigte dar (Fahrtätigkeiten, Verkehrssituationen, wechselnde Witterungsbedingungen usw.)

Hinzu kommen informatorische Erschwerungen (z. B. Unklarheit der Medikamentenverschreibung, fehlende ärztliche Dokumentation, Übergabe von Anderen), hohe Erwartungshaltungen und teilweise geringe Wertschätzung der Pflege in der Gesellschaft (Aussagen wie „Mach mal grad, aber kosten darf es nichts“, Termine durch andere Berufsgruppen, Qualitätsanforderungen durch Rahmenbedingungen ohne ausreichende Kostendeckung, Bürokratie, unzureichende Schnittstellenarbeit usw.).

Ein wesentliches Problem in der ambulanten Pflegedienstleistung ist die unterschiedliche Dauer der gleichen Leistungen bei verschiedenen Klientinnen bzw. Klienten oder sehr verschiedene Betreuungszeiten aufgrund von Unvorhergesehenem und Ungeplantem.

Die in der Gesellschaft entwickelten Erwartungshaltungen der Klientinnen und Klienten sowie die Modulvorgaben der Pflegeversicherung tragen dem aber kaum Rechnung. Diese Differenz führt in den Augen der Pflegekräfte zu Arbeitsverdichtung, Zeitdruck, Konzentration auf die Basisleistungen und insbesondere zu einem Gefühl, dass man es anders könnte und will als es in der Realität und Erwartungshaltung möglich ist.

Zwischenfazit

Unsere Kolleginnen und Kollegen kennen sehr genau ihre Stärken und Schwächen und die ihres Berufes. Selbstbewusst sprechen sie auch über beide Aspekte. Wegen der turbulenten Entwicklungen in den letzten Jahren in der ambulanten Pflege ist es für uns wichtig, die guten und schönen Seiten der Arbeit nicht aus dem Auge zu verlieren. Vielmehr war und ist es uns wichtig, diese Ressourcen persönlich und betrieblich zu bewahren, Lösungswege zu entwickeln und auszubauen. Dazu zählen die folgenden Gesichtspunkte.

Eigenverantwortliches Arbeiten

Es gibt eine Reihe von Gestaltungsspielräumen mit Klienten und Kolleginnen oder beim täglichen Arbeitsablauf. Das sind zum Beispiel: langfristige Dienstplangestaltung, ausreichende Erholungsphasen, Straffung der Aufbau- und Ablauforganisation sowie Touren- und Einsatzplanung, also flexible Möglichkeiten, den Klienten und sich selbst gerecht zu werden.

In der ambulanten Pflege wird das „Einzelkämpfertum“ überwiegend als attraktiv empfunden werden. Das eigenverantwortliche Arbeiten draußen umfasst die Möglichkeit zur Kommunikation mit verschiedenen Berufsgruppen wie Ärzten, Krankengymnasten, Therapeuten usw. Es bleibt andererseits dennoch ein „eigenverantwortliches Arbeiten“, ohne im Notfall auf einen Arzt oder Kollegen zurückgreifen zu können.

Man kann sich wirklich auf den Klienten konzentrieren, der im Moment versorgt wird, ohne gleichzeitig für x weitere Zimmer verantwortlich zu sein wie dies im stationären Bereich der Fall ist. Das setzt aber zugleich voraus, dass die Mitarbeiterinnen viel Erfahrung und breite Kompetenz einbringen müssen, aber auch ein Einarbeitungs-

konzept und ausreichend Zeit für neue und junge Kolleginnen und Kollegen zur Verfügung stehen.

Abwechslungsreiche Tätigkeit – Möglichkeit der Bezugspflege

Praktisch werden alle Fachgebiete der Medizin und Pflege bis zur Palliativversorgung bedient. Eine Mischung aus Behandlungs- und Grundpflege ermöglicht ein anspruchsvolles und körperlich ausgewogenes Arbeiten, wenn die Einsatz- und Tourenplanung darauf abgestellt wird und erforderliche Hilfsmittel zur Verfügung stehen.

Im ambulanten Pflegefeld ergibt sich eine gute Möglichkeit, eine Beziehung zum Klienten/zur Klientin, zu Angehörigen, sowie zum sozialen Umfeld aufzubauen.

Das „Arbeiten mit dem Menschen, seinem Umfeld“ macht die Freude bei der Arbeit aus – das ist Bezugspflege im ambulanten Bereich. Hierzu bedarf es einer langfristigen Dienst- und Urlaubsplanung sowie einer vorausschauenden Personalplanung. Nach unserer Meinung ist diese prinzipielle Arbeitsfreude und Planbarkeit auch der Garant für die Funktionsfähigkeit der ambulanten Pflegeversorgung. Wenn das nicht wäre, würde die ambulante Pflege unter den derzeitigen Rahmenbedingungen nicht funktionieren. Um dies zu erreichen, bedarf es einer engen Beziehung und Kontinuität, über einen längeren Zeitraum, um einen Menschen zu betreuen.

Arbeitszeiten für Alleinerziehende und familienfreundliche Beschäftigungsarten/Teilzeitmodelle

Alle Beschäftigten erwähnen die spezifischen Arbeitszeiten und Beschäftigungsformen, die für Kindererziehende mehr Spielräume eröffnen. Dies führt zu Arbeitszeitmodellen im Rahmen von Kernarbeitszeiten im Tagesablauf. Auch hier bedarf es einer langfristigen Dienst- und Tourenplanung sowie einer Terminabsprache mit den Klienten. Daraus ergeben sich verschiedenste Teilzeitmodelle in der Stellenbesetzung und in der Dienstzeitbesetzung (Entzerrung in der Doppeldienstbelastung, längere Erholungsphasen für die Mitarbeiterinnen, feste Zuordnung zum Klientel, verbesserte Bezugspflegemöglichkeiten).

Sozialer Rückhalt und Wertschätzung

Eine weitere Ressource stellt der erlebte soziale Rückhalt im Leben und insbesondere auch im Arbeitsleben dar. Wir haben daher diese soziale Ressource systematisch aus der Sicht der Beschäftigten im Rahmen einer anonymen Befragung 2006 erhoben.

Zusammengefasst erleben die Kolleginnen und Kollegen innerbetrieblich einen relativ hohen sozialen Rückhalt bei Kolleginnen und Vorgesetzten. Die Ressource „Kollegialität“ hilft bei der Bewältigung der Arbeit.

Ein weiterer Punkt ist eine transparente und leistungsbezogene Vergütung der Arbeit. Jede erbrachte Leistung findet sich in der Vergütung wieder, so dass die Mitarbeiterinnen sich einerseits aus dem Zeitdruck nehmen können, aber auch in der Lage sind, zusätzliche Leistungen beim Klienten anzubieten.

Hingegen haben sich die gesellschaftlichen Rahmenbedingungen als sozialer Rückhalt bei der Bewältigung der Arbeit gegenläufig entwickelt. Hier geht es vorrangig um

fixe Terminvorstellungen und im Falle der Nichteinhaltung des Termins kann oder muss mit abwertenden Äußerungen gegenüber der Pflegekraft gerechnet werden. Die Bereitschaft zur Beantragung und zum Einsatz von Pflegehilfen ist von den Kundinnen/Kunden nicht durchgängig gegeben. Die Beschäftigten ambulanter Dienste sind angehalten, am neuesten Stand zu arbeiten und entsprechende Fortbildungen zu absolvieren, doch dieses Wissen wird nicht nachgefragt (außer bei Qualitätsprüfungen durch den MDK im Rahmen der Prüfrichtlinie, ohne in einigen Punkten die Umsetzbarkeit in der Realität zu überprüfen).

Im Gegenteil: Die erworbenen Kenntnisse lassen sich zum Teil in Kooperation mit Arzt und Kasse nicht umsetzen (Stichwort: Wundmanagement, Katheterversorgung), oder werden abgelehnt, zum Beispiel mit Begründungen dies könnten Angehörige übernehmen. Entweder bestehen „Informationslücken“ bei den Kooperationspartnern oder Kostenargumente verhindern die Umsetzung von Pflegeempfehlungen durch Kostenträger. Pflegestandards, die in Aus- und Fortbildung vermittelt werden, stoßen an Schnittstellen-Grenzen oder verletzen Expertenstatus.

Unsere Zukunftsvisionen für eine gute Arbeitsqualität und eine gute Pflegequalität sind:

- Erschließung neuer Handlungsfelder zur Schaffung von Mischarbeitsplätzen
- Verbesserung der Schnittstellen stationär – ambulant durch Netzwerke mit unterschiedlichen Leistungsanbietern und Leistungsträgern
- Abbau der Bürokratie und Verringerung des immensen Aufwandes mit Verordnungen
- Kompetenzerweiterung und Festschreibung von Kompetenzen für Pflegekräfte im Bereich der Verordnung von Pflegehilfsmitteln
- Enge Leistungsvorgaben der Kassen und der Angehörigen – angemessene Auswahl erforderlicher Module
- Ansehen und Wertschätzung des Berufsstandes in der Gesellschaft steigt. Nicht mehr gilt: „Vom Grundsatz ist es so, dass die Pflegekraft ausweichen soll, wenn der Arzt zum Hausbesuch kommt, wenn der Pfarrer zur Krankenkommunion kommt, wenn der Logopäde oder der Masseur seine Termine festlegt.“ Die Pflege wird als eigenständiger Beruf – so wie es gelehrt wird – anerkannt und hat ihren gleichberechtigten Platz in der Versorgungskette
- Verbesserung der Gesundheitsprävention
- Angemessene kostendeckende Vergütung.



Ambulantes Hilfezentrum (AHZ)
Ambulanter Krankenpflegedienst Ingbert Ochs GmbH

6. Beispiele für altersgerechte Arbeitsgestaltung im Pflegedienst

*Hilmar Schwager, Inhaber
Ambulanter Pflegedienst Schwager GmbH, Ottersberg*

Für unseren ambulanten Pflegedienst mit insgesamt 25 Beschäftigten und bpa-Mitgliedseinrichtung war „Prävention bei der Arbeit“ schon immer ein Thema. Von Anfang an haben wir als Einrichtung gemeinsam mit unserem Team versucht, bestmögliche Arbeitsbedingungen zu schaffen und das Arbeitsumfeld praktikabel zu gestalten.

In der Arbeitsorganisation zählt dazu eine sehr frühzeitige und langfristige Dienstplanung. Auf der Grundlage eines Wunschplanes liegen in unserem Betrieb die Dienste im Wesentlichen für das ganze Jahr im Voraus aus.

Gravierend sind die körperlichen Anforderungen. Gemeinsam mit unseren Klienten und pflegenden Angehörigen versuchen wir, ein optimales Arbeitsumfeld für die Beschäftigten zu schaffen, das zugleich die individuelle Ausgestaltung des Privat- raumes nach Möglichkeit beibehält. Wir achten darauf, sinnvolle ergonomische Hilfsmittel einzusetzen und dauerhaft zu nutzen. Das sind zum Beispiel Pflegebetten, aber auch ausreichende Ablagemöglichkeiten für Hilfsmittel, Dokumente usw.

Gelegentlich gibt es bei der Umgestaltung des Pflegehauses Widerstand von Kunden oder Angehörigen. In einer solchen Situation suchen wir umgehend den Dialog mit den Beteiligten, um sie für die Situation unserer Pflegekräfte zu sensibilisieren und schnellstmöglich eine einvernehmliche Lösung herbeizuführen.

Neben den Belastungen, die während der Pflege und Betreuung im häuslichen Umfeld zu beobachten sind, haben wir festgestellt, dass auch die Fahrten zwischen den Kunden unsere Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter belasten. Aus diesem Grund gestalten wir seit ca. einem Jahr gemeinsam im Pflegeteam die Touren, um unnötige Wege soweit möglich zu vermeiden und die Fahrzeiten den tatsächlichen Situationen anzupassen. Im Ergebnis konnten wir feststellen, dass unsere Beschäftigten viel entspannter von ihren Touren zurückkommen.

Des Weiteren legen wir großen Wert auf Fahrzeuge, die dem neuesten technischen Stand entsprechen. Wichtig sind uns: genug Platz für die Mitarbeiter/innen, vor allem gute Ein-/Ausstiegsmöglichkeiten, ergonomische Sitze, ausreichend Ablagemöglichkeiten, Klimaanlage, zusätzlich Seiten- und Kopfairbags, eine verstärkte Fahrgastzelle sowie eine freundliche Innenausstattung.

Ein Thema mit dem wir uns in nächster Zukunft auseinandersetzen werden, wird die aktive Gestaltung von Pausen innerhalb der Touren sein. Hier hat die Analyse des PaPsD-Projektes gezeigt, dass bei etlichen Beschäftigten dieser Teil der Arbeitszeitgestaltung als kritisch empfunden wird. Einerseits besteht die Einsicht, dass Pausen wichtig sind, andererseits besteht aber auch das Interesse, die Tour möglichst bald zu beenden, um z. B. rechtzeitig die Kinder betreuen zu können. Für eine Verbesserung der Situation gibt es schon einige Ideen, die wir gemeinsam mit unserem Team erarbeiten und in der Praxis erproben werden. Die ermittelten Ergebnisse werden

dann schnellstmöglich in unsere Tour- und Einsatzplanung einfließen, um auch hier eine Entlastung für unser Personal zu schaffen.

Prävention bei der Arbeit bedeutet für uns nicht nur, den bisherigen guten Stand beizubehalten, sondern ihn kontinuierlich weiterzuentwickeln und zeitnah an sich verändernde Situationen anzupassen.

Wir bedanken uns bei unserem Verband (bpa e.V.) für die Möglichkeit der Teilnahme an dem Projekt und die mehr als gute Zusammenarbeit mit allen Beteiligten.

Ambulanter Pflegedienst Schwager
TÜV Zertifizierte Pflegeeinrichtung
Otterberg / Kaiserslautern



7. Beispiele für altersgerechte Arbeitsgestaltung

*Ralf Kortus, Geschäftsführer und Pflegedienstleitung
Diakoniestation Sozialstation Hachenburg – Bad Marienberg*

Der Ambulante Pflegedienst ist als Sozialstation zuständig für die Verbandsgemeinden Hachenburg und Bad Marienberg. Er befindet sich als Diakoniestation in Trägerschaft der ansässigen Kirchengemeinden. Die insgesamt 30 Beschäftigten sind überwiegend in Teilzeit tätig und verfügen über unterschiedliche Qualifikationen, von der examinierten Altenpflegerin und geschulten Pflegefachkraft bis zur hauswirtschaftlichen Hilfskraft.

In den mittlerweile 30 Jahren Erfahrung in der ambulanten Pflege wurde immer großer Wert auf gute Fort- und Weiterbildung gelegt. Dies betrifft zum Beispiel einerseits die moderne Wundversorgung, andererseits die Qualifizierung ehrenamtlicher Personen für die Seniorenbetreuung und die Betreuung von Demenzkranken zur Entlastung der Angehörigen.

Altersgerechte Arbeitsgestaltung - Was wir jetzt schon tun

Die Arbeit muss zeitlich schaffbar sein. Die Pflegekräfte dürfen zeitlich nicht überfordert werden. Aufgrund der räumlichen Verteilung unserer Klienten und unserer Beschäftigten versuchen wir deshalb, die Arbeitszeiten so zu legen, dass geteilte Dienste (Früh- und Spätdienste) ebenso vermieden werden wie zu häufige Wochenenddienste. Ebenso wird darauf geachtet, dass kein Frühdienst im Anschluss an die Rufbereitschaft stattfindet. Die Rufbereitschaft ist zudem immer auf mehrere Personen verteilt. Mehrarbeitsstunden werden durch Freizeit ausgeglichen.

Die besonders hohen körperlichen Belastungen werden verringert durch die Sicherstellung/Organisation von Pflegehilfsmitteln (Lifter, Pflegebetten, sonstiges). Zugleich erhalten die Beschäftigten eine Weiterbildung in Kinästhetik.

Die Gefährdungen der Arbeit sind Gegenstand der arbeitsmedizinischen Vorsorgeuntersuchungen.

Für die professionelle Prävention psychischer Beanspruchungen führen wir im Betrieb regelmäßige Dienstbesprechungen mit Fallbesprechungen durch. Die Durchführung von Supervision für unser Team hat sich ebenso bewährt wie das Angebot von Mitarbeitergesprächen zur Verbesserung der Kommunikation und zur gemeinsamen Zielvereinbarung.

DIAKONIESTATION

Sozialstation Hachenburg – Bad Marienberg



8. Kleiner Betrieb investiert in das Arbeitsvermögen seiner Beschäftigten

*Doris Grenner, Pflegedienstleitung; Sabine Meckbach, Mitarbeitervertretung
Ökumenische Sozialstation Westpfalz e.V., Landstuhl*

Die „Ökumenische Sozialstation Westpfalz e.V.“ feiert im Jahr 2008 ihr 35-jähriges Bestehen. Wir sind stolz darauf, dass es genauso wie langjährige Klienten auch langjährige Mitarbeiterinnen in der 50-köpfigen Belegschaft gibt, die nahezu ihr halbes Leben in der ambulanten Pflege tätig und mit der Sozialstation verbunden sind. Auch im Betriebsbereich der Haushaltshilfe, den es bereits seit 1994 gibt, sind Mitarbeiterinnen von Anfang an dabei. Das ist in dieser Branche nicht unbedingt die Regel. Die ambulante Pflege wie auch die Sozialstation selbst haben schon einige Höhen und Tiefen erlebt und immer wieder auch Veränderungen durchführen müssen, die sich auch auf die Zahl der Beschäftigten ausgewirkt haben.

Wir arbeiten zusätzlich zu den Leitungsstellen mit neun Vollzeitstellen im aktiven Bereich der Pflege. Mit Ausnahme von zwei (langjährig beschäftigten) Krankenpflegehelferinnen arbeiten wir ausschließlich mit Pflegefachkräften. Dies schafft eine relative Sicherheit für die Mitarbeiterinnen. Jede Fachkraft ist in der Lage, Risiken und Chancen bei Patienten und Angehörigen einzuschätzen. Das Team arbeitet stets auf Augenhöhe. Unseres Erachtens sind Vollzeitstellen eine Bedingung, welche die Voraussetzung schafft, seinen Lebensunterhalt mit eigenem Einkommen bestreiten zu können. Dies forciert allerdings die Problematik, die Arbeitseinsatzplanung gleichzeitig an die Bedürfnisse der Kunden und der Mitarbeiterinnen anzupassen. Diese Faktoren spielen aus unserer Sicht eine wichtige Rolle, gesund und gerne seine Arbeit lange erbringen zu können. Uns sie sind nicht zuletzt Faktoren, die auch kostenwirksam sind.

Der Pflegedienst steht „heute“ vor einer neuen personalwirtschaftlichen Herausforderung: Etwa die Hälfte der Beschäftigten sind über 45 Jahre alt.

Einerseits gibt es eine beträchtliche Zahl von neuen Kolleginnen, die in den herausfordernden Beruf eingeführt werden müssen. Berufsanfänger sind mit neuestem theoretischem Fachwissen gut gerüstet und auch körperlich topfit, doch erst der Erfahrungsschatz und eine gewisse Routine machen die Arbeitsanforderungen gut und gesundheitsgerecht bewältigbar.

Andererseits ist über die Jahre die Gruppe der Beschäftigten größer geworden, die unter mehr oder minder gravierenden gesundheitlichen Problemen leiden, wodurch die Arbeit für die eine oder andere nun schwerer zu meistern ist.

Bei der Pflege handelt es sich um eine Dienstleistung, die in hohem Maße von den Beschäftigten abhängt. Wenn eine Mitarbeiterin fehlt, dann entstehen Schwierigkeiten, die vereinbarte Dienstleistung durchzuführen. Motivierte, erfahrene und arbeitsfähige Pflegekräfte sind die Basis für eine gute Servicequalität. Das alles lenkt die Aufmerksamkeit auf die Erhaltung und Förderung des Arbeitsvermögens der Beschäftigten.

So beschließen Geschäftsführung und Vorstand mit Zustimmung der Mitarbeitervertretung die Fortsetzung eines diesbezüglichen Förderprogramms. Zum dritten Mal

nach 2003 und 2005 fand auch im Jahr 2007 die Analyse zur Arbeitsbewältigungsfähigkeit in der Sozialstation statt. Und zusätzlich hat sich unser Betrieb auch an der Erhebung im PaPsD-Projekt beteiligt.

Die Durchschnittswerte der Arbeitsbewältigungsfähigkeit der Teilnehmenden sind über die letzten fünf Jahre relativ stabil geblieben. Doch der Anteil der Beschäftigten nach Arbeitsbewältigungskonstellation hat sich verändert:

- Während im Jahr 2003 der Anteil der Personen in mäßiger bzw. kritischer Arbeitssituation etwa um die 18 % betrug, ist dieser im Jahr 2007 auf 31 % angewachsen;
- gleichzeitig ist aber auch der Anteil der Personen in sehr guter Arbeitsbewältigungskonstellation größer geworden (vormals 19 % nun ebenfalls 31 %).

So groß die Freude über den Zuwachs an gelungenen und sehr gut bewältigbaren Arbeitsbedingungen ist, so bedenklich stimmt die Einschätzung, dass mehr Mitarbeiterinnen mit der Arbeitsbewältigung kämpfen. Die Fördervorsätze und -bedarfe der Beschäftigten wurden daher im „Arbeitsbewältigungs-Workshop“ mit Geschäftsführung, Vorstand, Mitarbeitervertretung, Pflegedienstleitung und Qualitätsmanagement mit großer Ernsthaftigkeit durchgesehen.

Am häufigsten wurde die persönliche Gesundheitsförderung von den Beschäftigten genannt, doch gleichzeitig kam zur Sprache, wie persönliche Gesundheit zu fördern sei, wenn Dienstzeiten und private Verpflichtungen die Umsetzung erschweren.

Eine Erkenntnis aus den 45 „persönlich-vertraulichen AB-C“ war, die Arbeitszeitgestaltung und Dienstplanung nochmals unter die Lupe zu nehmen. Die Entscheidungsträger beschlossen, zwei zusätzliche Teilzeitkräfte mit hauptsächlicher Einsatzzeit im Spät- und Wochenenddienst einzustellen. Damit soll eine neue Basis für die Dienstplanung geschaffen und eine Verringerung der belastenden „geteilten Dienste“ erreicht werden.

Diese Investition ist zum Wohle der Beschäftigten sowie zum Nutzen der Klienten und die Sozialstation erwartet sich damit auch eine Kostenstabilisierung im Bereich der Fehlzeiten. Die von Verwaltungsausschuss und Vorstand beschlossene Fördermaßnahme ist zunächst auf ein Jahr befristet mit der Möglichkeit zur Verlängerung um ein weiteres Jahr.

Die Evaluation durch die vierte Durchführung des AB-C im Jahr 2009 wird zeigen, ob diese Förderinvestition Früchte trägt.

Ökumenische Sozialstation Westpfalz e. V.,
Landstuhl



C Welche Hinweise und Unterstützung bieten Organisationen

9. Durch alternsgerechte Arbeitsplätze in der ambulanten Pflege zum erfolgreichen Unternehmen – gewerbeärztliche Hinweise

*Dr. med. Christoph Smieszko
Staatlicher Gewerbearzt für Rheinland-Pfalz*

Die steigende Lebenserwartung der Bevölkerung und der Rückgang der Geburtenzahlen führen zu einer längerfristigen Reduzierung des Erwerbspersonenpotenzials. Um dem entgegen zu wirken ist es erforderlich, Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer durch alternsgerechte Arbeitsplätze länger im Erwerbsleben zu halten. Hierfür sind Arbeitsbedingungen und Mitarbeiterqualifikationen notwendig, die es ermöglichen, dass die Menschen länger in Arbeit bleiben. Dies gilt gerade bei zunehmender Alterung der Bevölkerung, da es in den nächsten Jahrzehnten zwangsläufig zu einem erheblich höheren Bedarf an professionellen Pflegeleistungen für ältere und kranke Menschen kommen wird.

Es ist daher erforderlich, dass den Arbeitsbedingungen und der betrieblichen Gesundheitsförderung am Arbeitsplatz – auch und gerade in der Pflege – angesichts einer zunehmenden Arbeitsverdichtung ein größeres Augenmerk geschenkt wird. Dies gilt gerade vor dem Hintergrund, dass die Anzahl anerkannter Berufskrankheiten in diesen Berufen deutlich angestiegen ist, wobei mehr als 75 % auf Hauterkrankungen zurückzuführen sind.

Da die Arbeit in der ambulanten Pflege durch die häufigen Hebe- und Tragetätigkeiten mit erheblichen Belastungen des Muskel-Skelett-Apparates verbunden ist, überrascht es auch nicht, dass bei der Analyse von Arbeitsunfähigkeitsdaten von DAK-Versicherten Pflegekräften in den ambulanten Diensten, Erkrankungen des Muskel-Skelett-Systems die häufigsten Krankheitsarten waren. Diese machten zusammen mit Verletzungen sowie Erkrankungen der Atmungsorgane im Jahre 2006 54,8 % des Gesamtkrankenstandes aus (s. DAK-BGW (Hrsg.): Gesundheitsreport 2006 – Ambulante Pflege).

Hinzu kommt, dass zunehmender Zeitdruck, häufig nicht eingehaltene Pausen und der Leistungsdruck zu erhöhten psychischen Belastungen führen. So machten psychische Erkrankungen, Erkrankungen des Verdauungssystems sowie Krankheiten des Kreislaufsystems weitere 22,6 % des Krankenstandes laut DAK-Erhebung aus.

Es ist daher erforderlich, dass die Arbeitgeber verstärkte Anstrengungen zur Gesunderhaltung und Gesundheitsförderung gemeinsam mit den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern unternehmen. Ziel muss dabei sein, durch eine verstärkte Humanisierung der Arbeit und durch die Einführung eines angemessenen betrieblichen Gesundheitsmanagements bzw. einer wirksamen betrieblichen Gesundheitsförderung alternsgerechte Arbeitsplätze zu schaffen. Dies wird nur unter Einbindung aller erforderlicher Partner (wie z. B. Geschäftsleitungen, den Beschäftigten selbst, Mitarbeitervertretungen, Betriebsärztinnen und Betriebsärzten, Fachkräften für Arbeitssicherheit, Unfallversicherung und Krankenkassen) gelingen. Ziel muss es sein, die Beschäftigung für die Dauer des gesamten Erwerbslebens zu sichern und die Gesundheit bis ins Rentenalter zu erhalten. Unverzichtbare Hilfe bei der

Schaffung von alternsgerechten Arbeitsplätzen leistet dabei die Betriebsmedizin. Nach Maßgabe des Arbeitssicherheitsgesetzes hat der Arbeitgeber Betriebsärztinnen und Betriebsärzte wie Fachkräfte für Arbeitssicherheit zu bestellen, die ihn beim Arbeitsschutz und der Unfallverhütung unterstützen.

Zur Schaffung von alternsgerechten Arbeitsplätzen ist es hilfreich, wenn der Arbeitgeber regelmäßig die beruflichen Gefährdungen nach § 5 Arbeitsschutzgesetz (ArbSchG) zunächst beurteilt, um dann im zweiten Schritt geeignete Maßnahmen des Gesundheits- und Arbeitsschutzes zu treffen. Die Gefährdungsbeurteilung kann für alternsgerechte Arbeitsplätze eine wichtige Hilfestellung leisten.

Präventive Maßnahmen betreffen alle Beschäftigten – und sollen bereits bei den Auszubildenden ansetzen. Gerade beim Einstieg in einen neuen Beruf müssen die richtigen präventiven Verhaltensweisen gelernt werden, um sich später während des gesamten Berufslebens vor beruflich bedingten Erkrankungen zu schützen. So müssen zur Vermeidung von Muskel-Skelett-Erkrankungen die Auszubildenden beispielsweise lernen, wie die Pflegemaßnahmen am Patienten ergonomisch durchzuführen sind. Der Arbeitgeber ist dabei verpflichtet, nach Lastenhandhabungsverordnung die Gefährdungen durch Pflegetätigkeiten mit manueller Handhabung von Lasten durch geeignete Hebehilfen (z. B. sogenannte kleine Hebehilfen, technische Lifter, im weiteren Sinne auch verstellbare Betten) oder durch organisatorische Maßnahmen (Durchführung der Pflegetätigkeiten zu zweit) zu verringern und diesbezüglich die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter zu unterweisen. Dies sollte gemeinsam mit dem Betriebsarzt bzw. der Betriebsärztin geschehen.

Zur Reduzierung von Hauterkrankungen (häufigste Berufskrankheit im ambulanten Pflegebereich) müssen bereits die Auszubildenden die Zusammenhänge der Entstehung beruflicher Hautschädigungen und deren notwendige Präventivmaßnahmen erlernen. Dazu gehören adäquate Hautschutz-, Hautreinigungs- und Hautpflegemaßnahmen. Bei allen Tätigkeiten, bei denen die Hände mehr als 2 Std./Tag Kontakt zu feuchtem Milieu haben, dazu zählen auch pflegerische Tätigkeiten mit Handschuhen (Schweiß), ist der Arbeitgeber nach Gefahrstoffverordnung (GefStoffV) verpflichtet, arbeitsmedizinische Vorsorgeuntersuchungen anzubieten. Bei mehr als 4 Stunden hautbelastender Tätigkeit pro Arbeitstag ist diese Vorsorgeuntersuchung nach GefStoffV verpflichtend durchzuführen und Voraussetzung für die Ausübung dieser Tätigkeit. Auch hier ist eine Unterweisung der Beschäftigten bzgl. der hautschädigenden beruflichen Tätigkeiten und bzgl. der Auswahl und der Handhabung der richtigen Hautschutz-, Hautreinigungs- und Hautpflegemittel – gemeinsam mit der Betriebsärztin bzw. mit dem Betriebsarzt – durchzuführen.

Ambulante Pflegetätigkeiten können durch Kontakt mit biologischen Arbeitsstoffen (dazu zählen auch alle Körpersekrete und Körperausscheidungen wie Blut- und Atemtröpfchen) zu vermehrten Infektionen mit allergischen oder gar toxischen Wirkungen führen. Nach der Biostoffverordnung (BioStoffV) ist der Arbeitgeber verpflichtet, Art und Umfang der infektionsgefährdenden Tätigkeit zu ermitteln. Da er in aller Regel dazu alleine nicht imstande ist, ist diese Gefährdungsbeurteilung mit Hilfe der Betriebsärztin bzw. des Betriebsarztes und ggf. gemeinsam mit der Fachkraft für Arbeitssicherheit durchzuführen. Auch hier muss der Arbeitgeber abhängig vom Ergebnis dieser Gefährdungsbeurteilung arbeitsmedizinische Vorsorgeuntersuchungen anbieten oder ggf. verpflichtend durchführen lassen. Es kann nur im Sinne des Arbeitgebers sein, die Beschäftigten vor Infektionen zu schützen, um damit auch

Krankheitsausfälle bzw. eine vorzeitige Berentung durch chronische schwere Krankheitsverläufe (z. B. Hepatitis B oder C, TBC usw.) zu verhindern. Er muss dabei auch die Infektionsgefährdung durch Stich- oder Schnittverletzungen beachten. Abhängig vom Ergebnis der Gefährdungsbeurteilung ist er verpflichtet, gemeinsam mit der Betriebsärztin bzw. dem Betriebsarzt die Beschäftigten über die möglichen Infektionen bzw. deren Prävention durch Hygieneplan bzw. Anwendung geeigneter Personenschutz-ausrüstung (ist seitens des Arbeitgebers zur Verfügung zu stellen!), zu informieren oder geeignete Impfungen anzubieten (siehe auch Technische Regel für biologische Arbeitsstoffe Nr. 250: Biologische Arbeitsstoffe im Gesundheitswesen und in der Wohlfahrtspflege).

Die Durchführung der Gefährdungsbeurteilung nach ArbSchG muss gerade in den Pflegeberufen auch psychische Belastungen im Zusammenhang mit der Tätigkeit umfassen. Belastungen bei der Pflege alter, kranker oder sterbender Menschen können vielfältige Beschwerden auslösen und im Extremfall zur Berufsunfähigkeit führen, wie z. B. durch das Burnout-Syndrom. Ein Missverhältnis zwischen dem zeitlichen Bedarf für eine umfassende Pflege unter Berücksichtigung psychischer, sozialer und emotionaler Bedürfnisse der Pflegebedürftigen und häufig auch der Angehörigen und den tatsächlichen Möglichkeiten sowie ein ungünstiges Betriebsklima fördern eine solche Entwicklung. Die Betriebsärztin bzw. der Betriebsarzt ist auch hier durch medizinische Kenntnisse bzw. durch die Kenntnisse über den Gesundheitszustand der Beschäftigten geradezu prädestiniert, bei den Geschäftsleitungen wie auch bei den Beschäftigten selbst beratend tätig zu sein bzw. zu vermitteln. Die Unternehmen sind auch im Sinne einer guten Unternehmenskultur gehalten, vermehrt die Hilfe der Betriebsärztin bzw. des Betriebsarztes in Anspruch zu nehmen.

Es ist zu erwarten, dass bei Schaffung von alternsgerechten Arbeitsplätzen im ambulanten Pflegebereich die Zahl von Berufskrankheiten wie auch Arbeitsausfällen insbesondere im Bereich psychischer Belastungen und Muskel-Skelett-Erkrankungen deutlich gesenkt werden kann und die Beschäftigten somit auch länger in diesen interessanten Berufen weiterarbeiten können und wollen. Denn eines zeigen die Studien und Umfragenergebnisse auch ganz klar; der größte Teil der Pflegenden möchte im Pflegeberuf weiterarbeiten (s. NEXT Studie: Hasselhorn u. a. 2003/2005) und die Pflegenden in der ambulanten Pflege sind im Vergleich zur stationären Pflege zufriedener und bewerten auch ihre Mitgestaltungsmöglichkeit am Arbeitsplatz höher.

Staatlicher Gewerbearzt für Rheinland-Pfalz
Referat Vorbeugender Gesundheitsschutz, arbeitsmedizinische Aufklärung,
DV-Fachanwendungen
Landesamt für Umwelt, Wasserwirtschaft und Gewerbeaufsicht Rheinland-Pfalz

10. Mit Erfolg pflegen – in jedem Alter

Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege

Mehr ältere Menschen, das heißt mehr Pflegebedürftige, aber auch immer ältere Beschäftigte – und wo bleibt der Pflegenachwuchs? Leitungen und Personalplanern in der Altenpflege steht angesichts des demografischen Wandels bisweilen der Schweiß auf der Stirn. Die BGW zeigt den Handlungsbedarf sowie Lösungswege auf.

80-Jährige, die von 60-Jährigen gepflegt werden: Dass dieses Szenario bald Realität sein könnte, prognostizierte schon im Vorjahr der »BGW-Pflegereport - Sieht die Pflege bald alt aus?« der Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege (BGW). Aufgrund der demografischen Entwicklung wird es nicht nur immer mehr pflegebedürftige alte Menschen geben, sondern auch immer weniger junge Pflegekräfte. Das bedeutet, dass die älteren Beschäftigten im Beruf gehalten werden müssen; andernfalls droht ein Pflegenotstand.

Es stellt sich die Situation wenig Erfolg versprechend dar: Wegen der hohen körperlichen und seelischen Belastungen des Pflegeberufs steigen viele Pflegekräfte vorzeitig aus dem Beruf aus. »Die Gründe sind Haut- und Rückenerkrankungen, Stress und Burn-out«, erklärt Prof. Dr. Stephan Brandenburg, Mitglied der Geschäftsführung der BGW. »Als gesetzliche Unfallversicherung für die Pflegebranche wollen wir jedoch darauf hinwirken, dass Pflegekräfte ihren Beruf gesund und motiviert bis zum Rentenalter ausüben können. Denn wir werden bald dringend auf die älteren Beschäftigten angewiesen sein.«

Alters-Dilemma in der Altenpflege

Ausgangspunkt des zweiten BGW-Pflegereports sind Daten zur wachsenden Zahl der alten Menschen in Deutschland. So wird beispielsweise der Anteil der über 80-jährigen sogenannten »Hochaltrigen« von heute etwa 4 auf schätzungsweise 16 Prozent im Jahr 2050 ansteigen. Wie gesund oder krank und damit pflegebedürftig die zukünftige ältere Generation sein wird, kann allerdings nicht genau vorhergesehen werden. Trotzdem steht fest, dass in Zukunft mehr alte Menschen gepflegt werden müssen als heute. Das Statistische Bundesamt geht in einer Prognose davon aus, dass im Zuge der zunehmenden Alterung der Gesellschaft die Zahl der Pflegebedürftigen bis 2020 um 39 Prozent gegenüber 2001 ansteigen wird.

Gleichzeitig schrumpft jedoch die Erwerbsbevölkerung, in der Altenpflege rücken zu wenig Berufsneulinge nach – der Anteil der über 50-jährigen Pflegerinnen und Pfleger ist deshalb zwischen 1997 und 2005 bereits von 18 auf 23 Prozent gestiegen.

Ältere müssen im Beruf bleiben (können)

Ältere Menschen müssen in Zukunft länger arbeiten, werden angesichts des fehlenden beruflichen Nachwuchses aber auch interessanter für die Unternehmen. Dies gilt grundsätzlich branchenübergreifend, ganz besonders aber für die Altenpflege. Die

Pflegeeinrichtungen sind unweigerlich auf ihre älteren, erfahrenen, gesundheitlich aber oft bereits belasteten Kräfte angewiesen.

»Diejenigen, die heute diesen Beruf ausüben, müssen auf jeden Fall gehalten werden«, fasst Prof. Brandenburg die Entwicklung zusammen. »Das geht nur, wenn sich die belastenden Arbeitsbedingungen ändern und der Altenpflegeberuf attraktiv gestaltet wird.«

Doch die Ausgangsbedingungen sind nicht unproblematisch: Die Altenpflege ist durch besonders hohe psychische und körperliche Belastungen geprägt. Hinzu kommen Qualifikationsdefizite, ungünstige Arbeitszeiten, Zeitdruck und Zeitmangel sowie Mängel im Führungsverhalten und ein abgekühltes Betriebsklima. Hier gilt es anzusetzen, um wieder mehr jüngere Menschen für den Pflegeberuf zu gewinnen und attraktive – und gesunde – Arbeitsbedingungen zu bieten.

Die Arbeitsbewältigungsfähigkeit erhalten und fördern

Erst in einer optimalen Arbeitsumgebung kommen auch die großen Vorteile zum Tragen, die ältere Pflegekräfte für die Unternehmen bieten. Denn diese identifizieren sich nicht nur stärker mit ihrer Einrichtung als Jüngere, sondern können sogar einer drohenden Burn-out-Gefährdung mehr entgegensetzen.

Die besonderen Kompetenzen von älteren Beschäftigten hängen allerdings eng mit deren jeweiliger Arbeitsbewältigungsfähigkeit zusammen. Und diese fällt ohne entsprechende Gegenmaßnahmen des Arbeitgebers mit zunehmendem Alter der Beschäftigten stärker ab als nötig.

Die Unternehmensleitung muss deshalb nicht nur die Beschäftigten individuell fördern, sondern auch die Arbeitsbedingungen so optimieren, dass die Arbeit überhaupt bewältigt werden kann. Dazu gehört insbesondere eine gesundheitsförderliche sowie alters- und alternsgerechte Gestaltung der Arbeit.

Wie kann man sich dies nun in der Praxis vorstellen? Eine Annäherung bietet das Theoriemodell »Haus der Arbeitsbewältigungsfähigkeit« nach dem finnischen Arbeitsforscher Ilmarinen, das die deutschen Arbeits- und Organisationspsychologen Berger und Zimmer modifiziert haben (siehe Abbildung). Das Modell weist vier Handlungsfelder für den Arbeitgeber aus, die als »Stockwerke« beziehungsweise Ebenen des Hauses veranschaulicht werden.



Handlungsfelder im Haus der Arbeitsbewältigungsfähigkeit

Ebene A: ein angemessenes Führungsverhalten und eine mitarbeiterorientierte Unternehmenskultur

- **Mögliche Maßnahmen:**
 (Basis z. B.: Altersstrukturanalyse) – langfristig ausgeglichene Altersverteilung sicherstellen
 Leistungen der älteren Beschäftigten anerkennen
 ältere Personen einarbeiten und wiedereingliedern
 mehr Verantwortung und Abwechslung durch Sonderaufgaben

Ebene B: Qualifizierung, um die Kompetenzen der Mitarbeiter zu erhalten und zu erweitern

- **Mögliche Maßnahmen:**
 Bildungsangebote für ältere Beschäftigte
 Mitarbeiter in Bildungsfragen beraten
 Wissen und Erfahrungen im Betrieb erhalten und weitergeben

Ebene C: individuelle, auf das Verhalten der Beschäftigten bezogene Gesundheitsförderung

- **Mögliche Maßnahmen:**
 kollegiale Beratung/Fallbesprechung
 Angebote zur gesundheitlichen Prävention
 Unterstützungsgespräche

Ebene D: verbesserte Ergonomie, Arbeitsorganisation und -gestaltung

- **Mögliche Maßnahmen:**
Arbeitsumgebung und -organisation altersgerecht gestalten
Job-Rotation und Hospitation
Arbeitszeiten flexibel gestalten

Insellösungen vermeiden

Ein effektiver Umgang mit dem demografischen Wandel im Unternehmen ist nur möglich, wenn ein übergreifendes Konzept vorliegt und systematisch alle Ebenen einbezogen werden. Ausgangspunkt sollte eine gründliche Analyse der Ist-Situation sein. Einzelmaßnahmen und Insellösungen – wie eine einmalige Rückenschulung oder eine Fortbildung ohne Anbindung an die betriebliche Praxis – verpuffen dagegen leicht.

Die BGW berät und unterstützt die bei ihr versicherten Altenpflegeeinrichtungen bei der Konzeption und Umsetzung von Maßnahmen zur Verbesserung der Arbeitsbewältigungsfähigkeit der Beschäftigten aller Altersgruppen. Wesentliche Voraussetzung ist ein funktionierender Arbeits- und Gesundheitsschutz. Die BGW stärkt deshalb Aktivitäten der Organisationsentwicklung mit dem Ziel, ein umfassendes Gesundheitsmanagement aufzubauen, das auch Maßnahmen für ältere Beschäftigte enthalten sollte.

Einen guten Einstieg bietet das BGW-Seminar »Betriebliche Gesundheitsförderung durch Personalentwicklung – ein Qualifizierungsprogramm für Pflegende« (GSQA). Bei Bedarf wird hier ein Modul integriert, das die Folgen des demografischen Wandels deutlich macht und konkret zeigt, wie das Unternehmen »Demografie-fit« werden kann. Eine Reihe weiterer BGW-Produkte eignet sich darüber hinaus, einzelne Aspekte zur Sicherung der Arbeitsbewältigungsfähigkeit anzugehen – einen Überblick gibt der »BGW-Pflegereport - Sieht die Pflege bald alt aus?«.

Weitere Informationen finden Sie in der Rubrik »Aufbruch Pflege«. Dort finden Pflegeeinrichtungen unter anderem Links zu einem »Demografie-Check« sowie einem »Altersstruktur-Kurzcheck«.



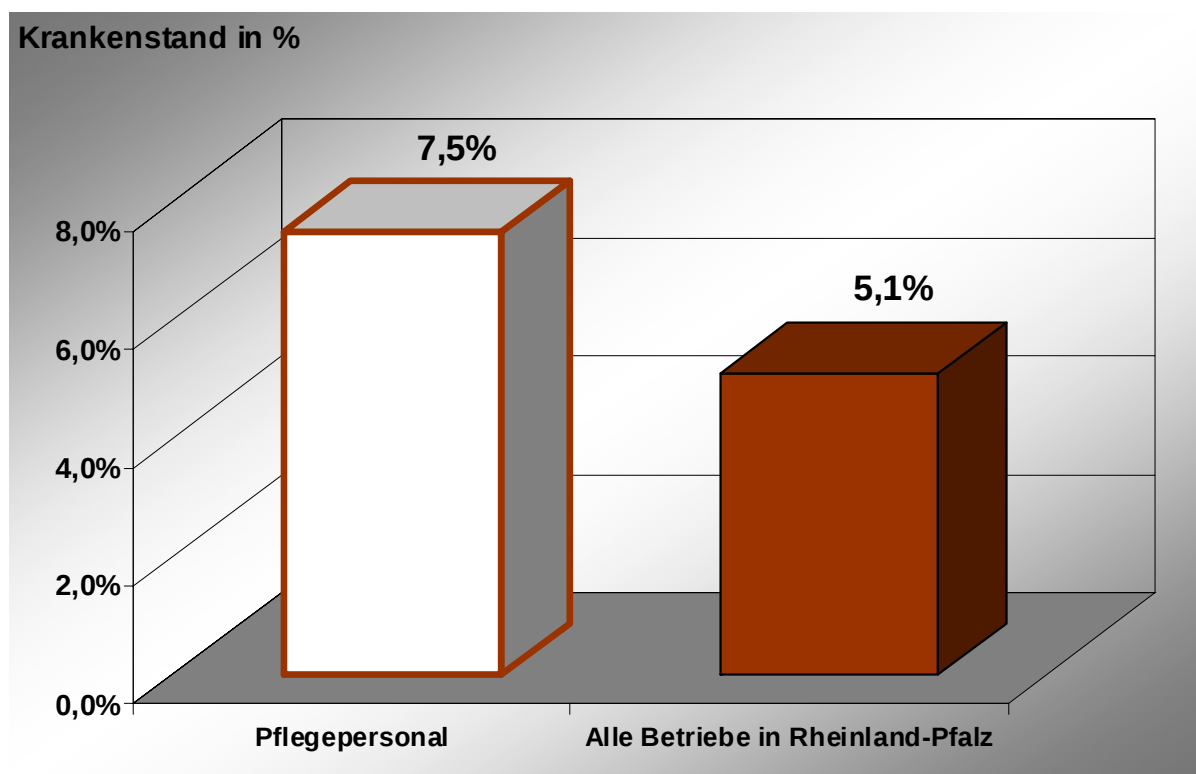
Die BGW hat außerdem ein Service-Telefon »Demografischer Wandel« eingerichtet. Von dort vermitteln wir Sie gern an unsere Experten oder an einen Ansprechpartner in Ihrer Region weiter: Telefon (0721) 972 02 00, montags bis freitags von 8.00 bis 14.30 Uhr.

11. Altersgerechte Arbeitsgestaltung – Beschäftigungsfähigkeit durch betriebliche Gesundheitsförderung sichern

AOK – die Gesundheitskasse

Immer weniger Junge stehen einer wachsenden Zahl Älterer gegenüber – und damit auch einer wachsenden Zahl pflege- und hilfebedürftiger Personen. Der Bedarf an professioneller Pflege steigt, während das Arbeitskräftepotenzial geringer wird.

Eine Analyse der Arbeitsunfähigkeitsdaten zeigt, dass der Krankenstand beim Pflegepersonal in Rheinland-Pfalz überdurchschnittlich hoch ist.



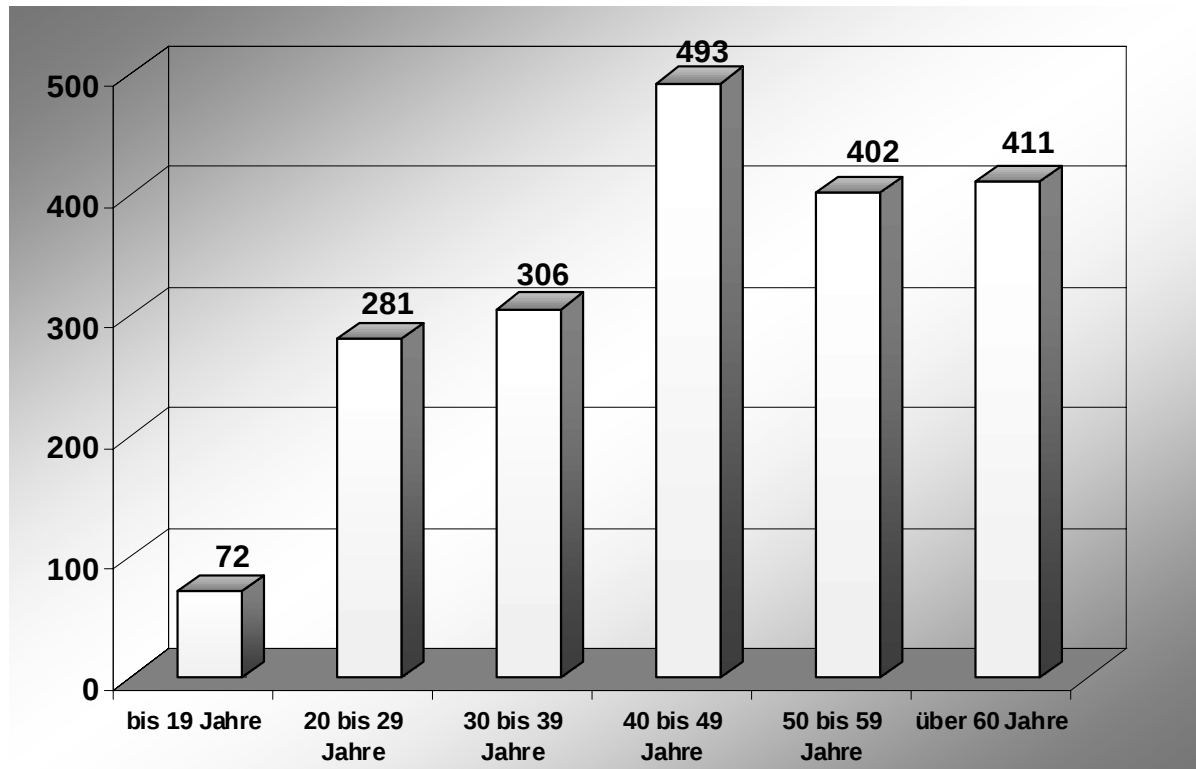
Quelle: AOK Rheinland-Pfalz 2008

Dies ist u. a. dadurch zu erklären, dass Pflegekräfte allgemein hohen körperlichen und psychischen Belastungen ausgesetzt sind.

Gleichzeitig wurden bei unterschiedlichen Befragungen trotz schwieriger Bedingungen der Arbeitszeit, von wechselnden Arbeitsorten sowie der Konfrontation mit Krankheit, Tod und sozialen Konflikten bei den Beschäftigten in Pflegeberufen ein hohes Maß an Motivation und Zufriedenheit festgestellt. Diese grundsätzliche Motivation der in der Pflege Beschäftigten gilt es in deren Sinne für die Sicherung der Beschäftigungsfähigkeit zu nutzen.

Demographie, Gesundheit und Beschäftigungsfähigkeit

Viele Betriebe im Pflegebereich haben bereits einen Altersdurchschnitt von über 40 Jahren erreicht und blicken nicht selten sorgenvoll zehn Jahre weiter. Eine Auswertung der in der Pflege Beschäftigten Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer in Rheinland-Pfalz zeigt, dass der überwiegende Anteil des Pflegepersonals älter als 40 Jahre ist.



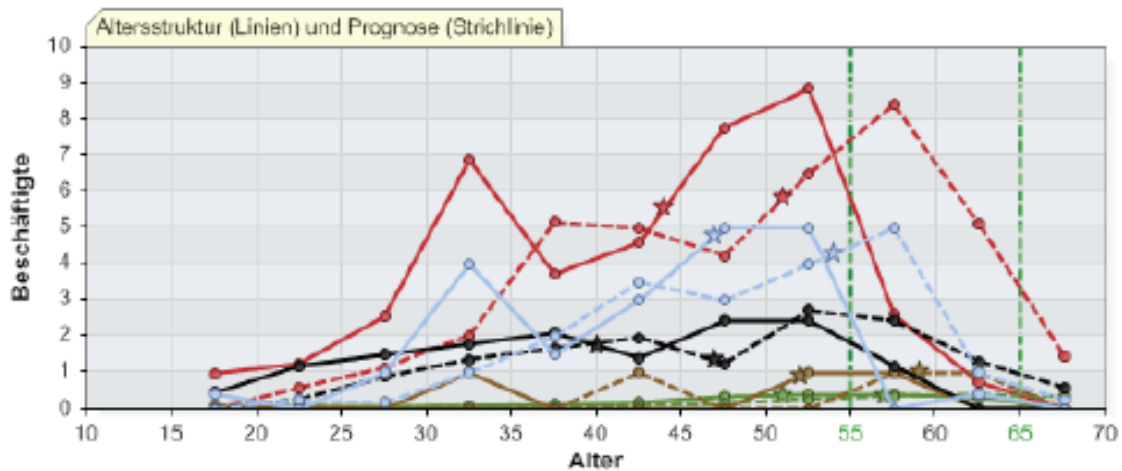
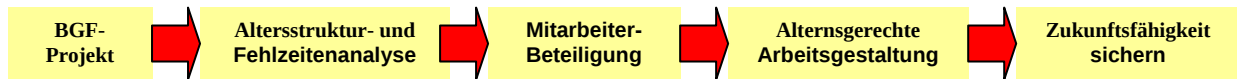
Quelle: AOK Rheinland-Pfalz 2008

Alt bedeutet jedoch nicht gleich „krank“ und auch nicht gleichzeitig „weniger leistungsfähig“. Entscheidend ist, ob die Fitness der Beschäftigten stimmt, und zwar geistig, seelisch und körperlich. Lebenslanges Lernen und lebenslange Fitness werden daher die entscheidenden Erfolgsfaktoren der Zukunft sein.

Dabei ist von wesentlicher Bedeutung, ob auch die Unternehmen, die im Bereich der Pflege tätig sind, „fit“ für die Zukunft sind: Durch sichere und ergonomische Arbeitsplatzverhältnisse und durch gute Personal- und Organisationsentwicklungen werden Rahmenbedingungen geschaffen, die zusammen mit einem gesundheitsgerechten Verhalten der Beschäftigten die Beschäftigungsfähigkeit im Alter nachhaltig fördern.

Das AOK-Beratungsangebot zur Erhaltung der Beschäftigungsfähigkeit durch Gesundheitsförderung

Die AOK Rheinland-Pfalz bietet im Rahmen des AOK-Service „Gesunde Unternehmen“ umfangreiche Maßnahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung (BGF) an. Ein Baustein ist dabei u. a. die Demographieberatung unter Nutzung einer **Altersstrukturanalyse**.



Quelle: demobib

Eine Altersstrukturanalyse ist eine systematische Betrachtung der gegenwärtigen und zukünftigen Alterszusammensetzung der Beschäftigten in einem Unternehmen. Die Analyse liefert Informationen über den Ist-Zustand und die voraussichtliche Entwicklung der Alterzusammensetzung.

Auf Basis der „Altersstrukturanalyse“ können betriebliche Schritte zur Beschäftigungsplanung und zur Erhaltung von Gesundheit und Beschäftigungsfähigkeit eingeleitet werden.

Langfristig können die Beschäftigten die Leistungs- und Beschäftigungsfähigkeit erheblich verlängern. Für Betriebe im Rahmen der Pflege bedeutet dies, dass langfristig eine erhöhte Personalverfügbarkeit von qualifiziertem Pflegepersonal gegeben ist.

Die AOK bietet mit dem „**AOK Service Gesunde Unternehmen**“ Hilfen und Unterstützung bei der Umsetzung an:

- *Beratungsangebote für Beschäftigte und betriebsspezifische Projektskizze*
- *Workshop mit Pflegepersonal, Führungskräften, Personalrat und Personalverantwortlichen*
- *Ideenliste als Check der machbaren Maßnahmen*
- *Programm-Entwicklung einschließlich der innerbetrieblichen Kommunikation*
- *Altersstrukturanalyse*
- *Gesundheitsbericht mit Krankenständen nach Altersstufen*
- *Ergonomische Arbeitsplatzanalyse*
- *Rückenangebote, z.B. speziell für Pflegekräfte*
- *Entspannungstraining und Stressmanagement*
- *Nichtrauchertraining*
- *Gesundheitsberatung (Ernährung, Bewegung, Psyche, Sucht, Wellness)*
- *Betriebliche Info-Kampagne zum Thema Demographie und Gesundheit*
- *Unterstützung beim Betrieblichen Eingliederungsmanagement (BEM) nach § 84 Abs. 2 SGB IX.*

AOK-Service „Das gesunde Unternehmen“

Die AOK-Projektleiter
für die betriebliche
Gesundheitsförderung

AOK – Die Gesundheitskasse
in Rheinland-Pfalz
Wir sind immer für Sie da.
www.aok.de

Bezirk Nord-Ost

Ansprechpartner:
Stefan Hönicke
Karlstraße 18
57610 Altenkirchen
Telefon 02681 805-245

Bezirk Nord-West

Ansprechpartner:
Werner Blasweiler
Bäckerstraße 8
56727 Mayen
Telefon 02651 984-104

Bezirk West

Ansprechpartnerin:
Sandra Tittelbach
Beethovenstraße 30
54516 Wittlich
Telefon 06571 919-252

Bezirk Süd-West

Ansprechpartner:
Bernd Bohrer
Vogelsang 3
66869 Kusel
Telefon 06381 4208-363

Bezirk Süd-Ost

Ansprechpartner:
Udo Kratz
Kurfürstenstraße 11
67061 Ludwigshafen
Telefon 0621 5617-322

Bezirk Ost

Ansprechpartner:
Micha Coeleveid
Bosenheimer Straße 81-83
55543 Bad Kreuznach
Telefon 0671 791-275





AOK
Die Gesundheitskasse.



12. Bildung im Hinblick auf alternsgerechte Arbeit in der Pflege

*Helmut Müller, Dipl.-Päd., Lehrer für Pflegeberufe in der Akademie für Berufe im Sozial- und Gesundheitswesen, Kreuznacher Diakonie;
Vertreter für den Dachverband der Pflegeorganisationen im Projektbeirat
PaPsD/PIZA II*

Der demographische Wandel ist bereits viel diskutiert worden. Für die Arbeitswelt bedeutet er sowohl die Notwendigkeit eines pro-aktiven Alterns, als auch die eines Alters-Managements. Dies beinhaltet einerseits die Förderung der Arbeitsfähigkeit von Anfang an und in allen Phasen des Berufslebens und andererseits die Anpassung der Arbeitsabläufe, Fortbildung, Karrierechancen und Unternehmenskultur an älter werdende Belegschaften. Rechtzeitige Qualifizierung und lebenslanges Lernen sind dabei neben einem vorbeugenden betrieblichen Gesundheitsschutz wichtige Voraussetzungen, um bestehende Arbeitsplätze zu erhalten und neue zu schaffen.

Ziel: Die Beschäftigungsfähigkeit im Alter erhalten

In einer sich dynamisch verändernden Arbeits- und Erwerbsgesellschaft kann der Erhalt der Beschäftigungsfähigkeit nur dann gelingen, wenn sich auch die einzelnen Erwerbstätigen der Risiken auf dem Weg in die Zukunft bewusst bleiben und sie sich nicht auf Politiker, Arbeitgeber oder Gesetze verlassen. So wichtig und unverzichtbar diese sind und so sehr die Verantwortlichen dafür in die Pflicht genommen werden müssen – auch sie sehen sich unvorhersehbaren Entwicklungen ausgesetzt und können unter dem hohen Effizienzdruck und der ungebremsen Dynamik auf den Einzelnen nur begrenzt Rücksicht nehmen. Umso wichtiger erscheint es, den Erhalt der Beschäftigungsfähigkeit ständig zu trainieren. Dafür werden in der Literatur vier Ansätze unterschieden, die es alternsgerecht zu kombinieren gilt:

1. Die kontinuierliche Qualifizierung, mit der auch nach Aufnahme der Erwerbstätigkeit die praktischen Erfahrungen alternsgerecht weiterentwickelt, zusätzliche Qualifikationen erworben und die Entstehung von Spezialisierungsfallen verhindert werden.
2. Der betriebsinterne Tätigkeitswechsel, bei dem bewusst die Kenntnis des Betriebs und das erworbene Betriebs-Know-how zur individuellen Weiterentwicklung und Anpassung der Aufgaben an die eigene Leistungsfähigkeit genutzt werden.
3. Der externe Wechsel, bei welchem der Tätigkeitswechsel nur über einen Betriebs- oder Berufswechsel erreichbar scheint und überall dort unverzichtbar ist, wo beim bisherigen Arbeitgeber keine ausreichenden Alternativen bestehen.
4. Die außerberufliche Kompensation, mit deren Hilfe die Belastungen im Beruf durch ein entsprechendes außerberufliches Engagement ausgeglichen werden können.

Untersuchungen von Erwerbsbiographien in verschiedenen Berufszweigen haben empirisch bewiesen, dass sich bei fast allen erfolgreichen Arbeitsbiographien alle vier Strategieansätze in zeitlich unterschiedlicher Mischung und Intensität nachweisen lassen.

Eine bewusst gestaltete Kompetenzentwicklung ist mit Sicherheit eine der wichtigsten Voraussetzungen für eine altersngerechte Erhaltung der Erwerbsfähigkeit. Sie ist letztendlich die Voraussetzung für jede berufliche Entwicklung und die beste Voraussetzung, um Unwägbarkeiten und hoher Dynamik der Arbeitsmärkte begegnen zu können. Noch nie hat lebenslanges Lernen eine solch immense Bedeutung für die Sicherung der Erwerbstätigkeit gehabt wie gegenwärtig. Wobei jeder Wechsel in ein neues Feld des Pflegeberufes schon als berufs- bzw. tätigkeitsbezogene Fort- und Weiterbildung angesehen werden kann.

Was wissen Ältere?

Erfahrungswissen

Erfahrungswissen wird älteren Erwerbspersonen vornehmlich zugeschrieben. Es stellt sich dar als Kombination von einzelnen Wissens- und Erkenntnisblöcken, wie implizitem und explizitem Wissen, Handlungs- und Erfahrungswissen, Lebenserfahrung, Menschenkenntnis, persönlicher Reife, Autorität, Ausgeglichenheit und Selbstbewusstsein. Sowohl Branchen mit hoher Beschäftigung Älterer (z. B. Gesundheits- und Sozialwesen) als auch Branchen mit geringer Beschäftigung Älterer (Kredit- und Versicherungsgewerbe, Bauwesen) schätzen Erfahrungswissen als sehr bedeutsam für ihr Unternehmen ein und schreiben Älteren höhere Anteile zu. Unternehmen, die Ältere beschäftigen, bringen dies verstärkt zum Ausdruck. Das könnte ein Zeichen für das gute Funktionieren altersgemischter Teams in Unternehmen sein, in denen diese Vorteile älterer Beschäftigter besonders zum Tragen kommen. Allerdings sind zum Erfahrungswissen noch tiefer gehende Untersuchungen notwendig, um gesicherte Erkenntnisse zu erzielen.

Theoriewissen

Im Zentrum der Kritik am Theoriewissen Älterer steht, dass dieses, auch als explizites Wissen bezeichnet, veraltet und mangels Lernbereitschaft und Lernfähigkeit nur unzureichend an den aktuellen Stand angepasst werden könne. Inwieweit jüngere Arbeitnehmer hier im „Vorteil“ sind, kann anhand von Untersuchungen jedoch nicht belegt werden. Es ist aber deutlich geworden, dass es auch hier branchenspezifische Unterschiede gibt und nicht prinzipiell von einem geringeren Theoriewissen der Älteren gesprochen werden kann. Die Untersuchungen gehen weiter davon aus, dass das Theoriewissen Älterer, wenn man das der Jüngeren bei 100 % ansetzt, nur geringfügig unter diesem Wert liegt (im Durchschnitt bei 93 %). Dennoch zeigen diese Werte, dass das Theoriewissen Älterer im Vergleich zu ihren jüngeren Kollegen erweitert und aktualisiert werden muss. Dabei spielen neue Konzepte der Wissensvermittlung eine wichtige Rolle, denn sie müssen sich an dem schon vorhandenen Wissen der Mitarbeiter orientieren, darauf aufbauen und dieses aktualisieren. Konzepte von generationenübergreifendem Lernen und Lehren im Prozess der Arbeit scheinen hier am wirkungsvollsten zu sein.

Lernbereitschaft und Lernfähigkeit Älterer

Untersuchungen zeigen deutlich, dass Älteren im Vergleich zu Jüngeren von Seiten der Unternehmer weniger Lernbereitschaft und Lernfähigkeit zugeschrieben wird. Die Ergebnisse werfen dennoch Fragen und Probleme auf. Geht man von einer stark formalisierten Form der Weiterbildung und Kompetenzaneignung aus, trifft es zu, dass man hier weniger über 50-Jährige antrifft. Werden aber auch außerbetriebliche

Formen des Lernens und der Kompetenzaneignung betrachtet, die gerade bei Älteren mehr Bedeutung haben, verschiebt sich dieses Bild.

Fazit der Überlegungen dieser Thematik ist, dass Aussagen in ihrer Komplexität überdacht und berücksichtigt werden müssen. Den Älteren per se weniger Lernbereitschaft und Lernfähigkeit in betrieblichen Zusammenhängen vorzuwerfen, ist zu kurz gedacht.

Anhand von Studien kann belegt werden, dass Unternehmen, die im Zuge des demographischen Wandels auf die Potenziale Älterer setzen, keine Nachteile in der Innovations- und Wettbewerbsfähigkeit zu erwarten haben. Im Gegenteil: Es konnte gezeigt werden, dass Ältere verschiedene Merkmale aufweisen, die für die Arbeit in Unternehmen von großer Bedeutung sind. Zu gleichen Ergebnissen kommen Studien aus der Schweiz und aus Belgien. Hier konnten außerdem klare Vorzüge älterer Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter z. B. im Dienstleistungssektor herausgearbeitet werden. Gerade im Kundenkontakt kommt ihnen Menschenkenntnis, entgegengebrachtes Vertrauen, Zuverlässigkeit und Gewissenhaftigkeit zu Gute.

Wie sind Lernprozesse zu gestalten?

Eigeninitiative und Selbstmotivation sowie Konsequenz und Durchstehvermögen spielen hierbei eine nicht zu unterschätzende Rolle – und beim älteren Menschen ist all das besonders ausgeprägt.

Für das Lernen Älterer – wie in der Erwachsenenbildung überhaupt – ist das Hinwenden von traditionellen Formen des Lernens (wie es die meisten von ihrer Schulzeit her kennen) zu sozial-konstruktivistischen Formen unbedingt zu empfehlen. Das schließt ein den Übergang von der passiven Aufnahme des Wissens hin zur aktiven – oft interaktiven – und bewussten Verarbeitung des Wissens und der zu vollziehenden Handlungen. Das verändert auch die Lehrerrolle grundsätzlich. Dabei werden die Lehrenden von „Wissensvermittlern“ oder „Wissensausschüttern“ zu Gestaltern von interaktiven Lehrsituationen, zu Partnern im Lernprozess, die durch ihre Persönlichkeit als Vorbild und Berater wirken, Vertrauen und Orientierung schaffen und die Lernenden so bei der Kreierung, Erweiterung und Vervollkommen von Kompetenzen begleiten. Der oder die Lehrende ist quasi Lotse in der Flut der Informationen, Methoden und Konzepte und hilft den Lernenden, sich in der Vielfalt von Informationen zurechtzufinden.

Hierzu ist es erforderlich, dass die Förderung der Beschäftigungsvielfalt einer generell älter werdenden Erwerbsbevölkerung (auch durch eigenes engagiertes Zutun) einhergeht mit der beträchtlich zu erhöhenden Beschäftigungsbereitschaft seitens der Verantwortlichen in Wirtschaft und Politik.

Fazit

In alternden Belegschaften erhöht sich die Zahl der Beschäftigten mit Einsatzeinschränkungen. Diese Einschränkungen sind meist körperlicher Art. Das bedeutet, dass auch für Anbieter von Pflegeleistungen Handlungsbedarf an einem betrieblichen Altersmanagement besteht und sie ihre Personalstrategien vorausschauend auf den demographischen Wandel anpassen müssen.

Insbesondere für die Gruppe Pflegender mit körperlich beanspruchungsintensiven Tätigkeiten ändert sich im Verlauf des Erwerbslebens das individuelle Leistungsver-

mögen. Es entwickeln sich aber mit zunehmendem Alter auch Potenziale, die es zu aktivieren und optimal zu nutzen gilt.

Einige geistige Fähigkeiten und Einstellungen sind im Alter stärker ausgeprägt. Dazu gehören u. a. Zuverlässigkeit, Sorgfalt, Genauigkeit, Urteilsvermögen, ausgeprägter Sinn für das Machbare, aber auch Sozialkompetenzen wie Teamfähigkeit, soziale Kenntnisse, Fähigkeiten und Lebenserfahrung.

Außerdem wird Älteren ein höheres Maß an Ansehen und Vertrauen entgegengebracht als ihren jungen Kolleginnen und Kollegen. Das kann im Pflegebereich für das sich neu strukturierende Gebiet der Pflegeberatung bedeuten, dass sich hier ein Arbeitsbereich für berufserfahrene, ältere Fachkräfte entwickelt.

Ein weiterer Gesichtspunkt ist das reichhaltige berufliche Erfahrungswissen, das sich langjährige Beschäftigte im Verlauf des Erwerbslebens aneignen. Diese speziellen Kenntnisse und Fähigkeiten mit Ausscheiden von Stammkräften aus dem Unternehmen zu verlieren, kann besonders für kleinere Betriebe existenzielle Auswirkungen haben. Diese Kenntnisse nicht zu verlieren, sondern sie sich zu sichern, ist eine Herausforderung für die Zukunftsfähigkeit der Betriebe.

13. Bewältigung psychischer und sozialer Belastungen

Arbeitsgemeinschaft Pflege der LIGA der Spitzenverbände der freien Wohlfahrtspflege in RLP

Die fünf Spitzenverbände der Freien Wohlfahrtspflege (Arbeiterwohlfahrt, Caritas, Deutscher Paritätischer Wohlfahrtsverband, Diakonie und Deutsches Rotes Kreuz) unterhalten etwa 180 ambulante Pflegedienste in Rheinland-Pfalz. In diesen Einrichtungen sind rund 5.770 Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter beschäftigt, die jährlich für die Pflege und Betreuung von weit mehr als 13.500 hilfe- und pflegebedürftiger Menschen verantwortlich sind.

Vor dem Hintergrund einer alternden Gesellschaft ist die Pflege für die Wohlfahrtsverbände eine der wichtigsten Zukunftsaufgaben, und das in zweifacher Hinsicht:

- Zum einen wird der Pflegebedarf zukünftig sicher steigen, da es immer mehr pflege- und betreuungsbedürftige Menschen geben wird.
- Zum anderen wird auch der Bedarf an professionellen Kräften kontinuierlich weiter zunehmen.

Mit dieser Entwicklung ist zudem verbunden, dass immer mehr ältere Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter in Zukunft immer mehr ältere Menschen pflegen werden.

Den Wohlfahrtsverbänden ist bewusst, dass der Pflegesektor wie kaum eine andere Branche durch permanent steigende Arbeitsanforderungen und Arbeitsbelastungen gekennzeichnet ist.

Allgemeine Ursachen für diese Entwicklungen liegen beispielsweise in der schlechten Refinanzierung bei gleichzeitig steigenden Bewohner- und Patientenzahlen wie auch in der Zunahme multimorbider und damit pflegeintensiverer sowie anspruchsvollerer älterer Menschen.

Zudem wird die Arbeitssituation der Pflegenden durch hohe körperliche und psychische Belastungen, durch einen enormen Zeitdruck sowie durch extreme Arbeitszeiten zusätzlich verschärft.

Die daraus resultierenden Folgeprobleme sind Nachwuchsmangel, fehlende Fachkräfte, frühzeitiger Berufsausstieg und überdurchschnittlich hohe krankheitsbedingte Fehlzeiten.

Zu den zentralen Fragen, mit denen sich die Wohlfahrtsverbände auseinandersetzen müssen, zählen die Finanzierung und die Qualität der pflegerischen Versorgung. Um auch zukünftig eine wirtschaftliche und qualitativ hochwertige Versorgung hilfe- und pflegebedürftiger Menschen anbieten zu können, sind wir auf qualifizierte, motivierte und gesunde Mitarbeiter angewiesen; sie sind die maßgeblichen Garanten für eine qualitativ hochwertige Pflege.

Unsere Träger in der ambulanten Pflege und Betreuung sind daher verstärkt darum bemüht, gesundheitsförderliche bzw. gesund erhaltende Arbeitsbedingungen zu schaffen. Sie setzen sich zunehmend mit Fragen alternsgerechter Arbeitsgestaltung, arbeitsbedingten Belastungen, Maßnahmen für Gesundheit und Wohlbefinden sowie Chancen und Nutzen betrieblicher Gesundheitsförderung auseinander. Ziel ist eine Verbesserung der Strukturen und Arbeitsbedingungen, um die Belastungen der

Pflegenden zu reduzieren und ihre Ressourcen zu stärken sowie die Verweildauer im Beruf zu verlängern.

Darüber hinaus bieten alle fünf Wohlfahrtsverbände ihren Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern eine breite Angebotspalette an präventiven und gesundheitsförderlichen Maßnahmen an. So gibt es beispielsweise Angebote, um die eigenen Arbeitsstrukturen und Arbeitsweisen zu optimieren. Es werden Maßnahmen angeboten, die dazu beitragen, die soziale Kommunikation und die Mitarbeiterführung zu verbessern. Aber auch zielgerichtete und spezifische Maßnahmen sollen das physische und psychische Wohlbefinden der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter verbessern bzw. stärken. Die Angebotspalette reicht hier von klassischen Rückenschulen, Hebe- und Tragetrainings, Yoga und Entspannungstrainings bis hin zur Supervision und zum Einzelfallcoaching.

Verwiesen sei hier auf die Beispiele der an den Projekten beteiligten LIGA-Einrichtungen, den Pflegediensten Diakoniestation Hachenburg und Ökumenische Sozialstation Westpfalz (Kapitel 7 und 8), die für viele andere präventive und gesundheitsförderliche Maßnahmen der LIGA-Verbände stehen.

Begleitung und Unterstützung der Mitarbeiter der Sozialstationen in der Diözese Mainz

Mitarbeitende in Sozialstationen der Caritas stehen einerseits unter einem besonderen Zeit- und Verantwortungsdruck, andererseits wissen sie sich dem (christlichen) Auftrag verpflichtet, die Würde und Einzigartigkeit im Umgang mit jedem Menschen zu achten. Dabei sehen sie sich mit den Herausforderungen des Leidens und Sterbens Ihrer Patienten, dem manchmal hilflosen Umgang der Angehörigen mit ihren Verwandten und Freunden konfrontiert.

Und andererseits sind sie in einem System eingebunden, das in abrechenbaren Zeiteinheiten den persönlichen Einsatz bemisst.

So bleibt oft während der Arbeitszeit keine Zeit, der Frage nach dem eigenen Befinden der Mitarbeitenden im Umgang mit Krankheit, Leid und Sterben eine angemessene Wahrnehmung zu geben. Diese Erfahrungen werden nach Hause mitgenommen und sie werden, wenn möglich, beiseite gedrängt, um arbeitsfähig zu bleiben. Nicht selten führt dies zu einer Unzufriedenheit mit der Arbeit oder auch zu persönlichen Überforderungen, möglicherweise zur Aufgabe des Berufes.

Die Diözese Mainz hat vor drei Jahren das „Institut für Geistliche Begleitung von Hauptamtlichen in Seelsorge und Caritas“ gegründet. Die Aufgaben des Institutes bestehen u. a. in der Begleitung und Betreuung von Einzelnen und Teams in Einrichtungen der Caritas mit dem Ziel, die persönlich belastenden Erfahrungen in und mit dem Beruf bearbeiten zu können und gegebenenfalls eine Prävention vor Überforderung, Erkrankungen und „Burnout“ zu ermöglichen.

Das Angebot reicht von Gesprächsangeboten mit supervisorischen oder therapeutischen Ansätzen für Einzelne über Gesprächsrunden in den Einrichtungen bis zu mehrtägigen Auszeiten, für die der Träger Zeit zur Verfügung stellt und einen Großteil der Kosten übernimmt.

Ebenso veranstaltet das Institut für die Leitungsebene Tagungen und Seminare, die Fragen ethischen Handelns angesichts der Ökonomisierung der Pflegearbeit behandeln und zu Veränderungen in den Einrichtungen führen sollen. Veränderungen, die auch den Bedürfnissen der Mitarbeitenden gerecht werden und nicht zuletzt eine glaubwürdige Umsetzung des christlichen Leitbildes ermöglichen.

Institut für Geistliche Begleitung
für Hauptamtlich in Seelsorge und Caritas
Himmelgasse 7
55116 Mainz

Caritas für die Diözese Mainz
Bahnstraße 32
55128 Mainz



Arbeitsgemeinschaft Pflege



LIGA DER SPITZENVERBÄNDE DER FREIEN WOHLFAHRTSPFLEGE IM LANDE RHEINLAND-PFALZ

D Alternsgerechte Arbeit in der Ambulanten Pflege

Dokumentation des Zukunfts-Forums, Mainz, 27. August 2008

Einführung in das Thema und Impuls-Folien

Ausgangslage

Pflege kann dann gut und produktiv geleistet werden, wenn die Rahmenbedingungen stimmen. Angesichts des demographischen Wandels wird es immer wichtiger, die Arbeit so zu gestalten, dass sie im Regelfall bis zum Renteneintritt gesund und gerne ausgeführt werden kann.

Aus den laufenden Projekten (siehe Kapitel 2 und 3) ist bekannt, dass die Arbeit in der ambulanten Pflege von den Beschäftigten als hoch belastend empfunden wird und viele nicht davon überzeugt sind, dass sie in der Pflege alt werden können.

- Weniger als die Hälfte der befragten Beschäftigten sind zuversichtlich, dass sie die Arbeit in der ambulanten Pflege bis zum Rentenalter ausüben können und dies auch wollen.
- 13 % sind der Auffassung, dass sie den derzeitigen Beruf nicht bis dahin werden ausüben können.
- Beschäftigte mit einer positiven „Renten-Perspektive“ befinden sich durchschnittlich in einer besseren Arbeitsbewältigungs-Konstellationen als Personen, die nicht bis zur regulären Rente arbeiten können oder wollen.

Deutlich wird bei den Erhebungen und Gesprächen auch:

- Bei der Arbeitsgestaltung werden die Belange der älteren Beschäftigten nicht immer ausreichend berücksichtigt;
- es gibt in den Betrieben kaum alternsgerechte Entwicklungsmöglichkeiten.

Die Beschäftigten und Betriebsleitungen sind von der Wichtigkeit und Dringlichkeit des Themas ‚Alternsgerechte Arbeit‘ überzeugt, sagen allerdings übereinstimmend, dass sie als einzelner Betrieb mit der Komplexität der Herausforderung tendenziell überfordert sind.

Sie möchten sich über das Thema miteinander austauschen und nach Möglichkeit auch Verbände, Organisationen und Politik in die Diskussion einbeziehen.

Diese Initiative wurde von Arbeit und Zukunft e. V. in Zusammenarbeit mit arbeitsleben KG aufgegriffen. Mit dem MASGFF und der BGW fanden sich Kooperationspartner, um eine gemeinsame Veranstaltung durchzuführen.

Als geeignete Form des überbetrieblichen Dialogs wurde ein Zukunfts-Forum geplant, das dann als gemeinsame Veranstaltung Ende August 2008 stattfand.

Die Leitfragen lauteten:

- Was ist der Stand des Wissens und Tuns „alternsgerechter Arbeitsgestaltung“ bei Beschäftigten, in Betrieben und durch überbetriebliche Einrichtungen? Gibt es übertragbare Beispiele?
- Was können Betriebe/Beschäftigte/überbetriebliche Einrichtungen in diesem Themenfeld (zusätzlich) tun?

Zukunfts-Forum

Alternsgerechte Arbeit in der Ambulanten Pflege

27. August 2008

BGW – Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege,
Bezirksverwaltung Mainz

GEFÖRDERT VOM



Bundesministerium
für Bildung
und Forschung



Förderschwerpunkt
Präventiver Arbeits-
und Gesundheitsschutz



Ministerium für Arbeit, Soziales,
Gesundheit, Familie und Frauen
Rheinland-Pfalz



BGW

Berufsgenossenschaft
für Gesundheitsdienst
und Wohlfahrtspflege
Bezirksverwaltung Mainz

Ablaufplanung:

Randolf Mäser, Bezirksleitung der BGW: Begrüßung

Doris Bartelmes, Abteilungsleiterin im MASGFF: Grußwort

Alexander Frevel, Arbeit und Zukunft e.V. / **Brigitta Geißler-Gruber**, arbeitsleben KG: Ergebnisse aus den Pilotprojekten PaPsD und PIZA – thematische Einführung

Dr. Thomas Mohn, Marienhaus GmbH Waldbreitbach (Itd. Betriebsarzt): Alternsgerechte Arbeit in der ambulanten Pflege aus arbeits-medizinischer Sicht (Impulsreferat)

Alexander Frevel: Ziele sowie Hinweise zur Methodik des Zukunftsforums

Von der Vergangenheit bis heute – das Barometer der Gegenwart [homogene Gruppen aus den vertretenen Bereichen Beschäftigte/MAV, Geschäftsführung/PDL, Verbände/Institutionen]:

Wenn wir an die aktuelle Situation der alternsgerechten Gestaltung der Pflegearbeit denken – Worauf sind wir stolz? Was bedauern wir?

Trends und Herausforderungen:

Erstellung einer **Gedanken-Landkarte: Welche wesentlichen Entwicklungen / Veränderungen erwarten wir in der ambulanten Pflege?**

Zukunft ist gestaltbar – die Vision [vollständig gemischte Gruppen]:

Wir sind im Jahr 2018. Die Arbeit in der Pflege ist attraktiv, hohe Nachfrage / keine Nachwuchssorgen, hohe Beschäftigungsquote > 50-jährige. Hohe Gesundheitsquote / Arbeitsfähigkeit, niedrige Fluktuation, ...

- **Wie haben wir das erreicht?**
- **Welche Chancen haben wir genutzt?**
- **Welche Hindernisse haben wir überwunden?**

Gewichtung: Die **wichtigsten** Vorstellungen / **Punkte** für die **optimale Nutzung der Chancen**

Vorschläge für Vereinbarungen: Wichtigste Maßnahmen und fortzuführende Aktivitäten

Schlussdiskussion; Zusammenfassung und Ausblick

Exkurs: Anmerkungen zur Methode des Zukunfts-Forums

Die für Kunden qualitätsvolle und für Beschäftigte gesundheitsgerechte Erbringung der Dienstleistung „ambulante Pflege“ hängt von einer Vielzahl von Bedingungen, Personen, Organisationen usw. ab. Um sie in der Breite der Gesichtspunkte bearbeiten zu können sind Menschen aus möglichst vielen Bereichen der ambulanten Pflege in einen Raum zusammenzubringen, um ihnen die Möglichkeit zum Dialog miteinander zu schaffen und sie zur gemeinsamen Weiterentwicklung der Rahmenbedingungen für zukunftsfähige Arbeit in der ambulanten Pflege einladen.

Um in großen und unterschiedlich zusammengesetzten Gruppen gut und zielorientiert arbeiten zu können, lehnen wir uns an das Konzept der „future search conference“ (Zukunftskonferenz) von Marvin Weisbord an. Eine Zukunftskonferenz unterstützt den schnellen Wandel. Sie kann die Energie vieler für neue Ziele und Programme mobilisieren und sie kann helfen, dass eine Gemeinsamkeit von Visionen und für Entwicklungsmaßnahmen entsteht. Üblicherweise dauert eine Zukunftskonferenz 2,5 Tage. Diesen Zeitaufwand können wir Niemandem aus dem System Pflege zumuten. Mit dem FORUM gibt es eine knappere Variante, die innerhalb eines Tages einen Gedankenaustausch ermöglicht, den Teilnehmenden zusätzliche Anstöße liefert und einen Entwicklungsprozess beginnen lassen kann.

Der lateinische Begriff FORUM bedeutet Markt oder Marktplatz. Hier vermischen sich Bedarfe und Lösungen zu Nachfrage und Angebot. Eine Kooperation wird hier eingegangen, ohne die für beide Seiten kein befriedigendes Ergebnis erzielt werden würde. Foren sind im Zeitalter des Internets in aller Munde; allgemein versteht man unter FORUM einen geeigneten Ort für den Austausch über ein öffentliches Anliegen.

In diesem Sinne sind die Säulen des FORUMs:

- *Die (geladenen) TeilnehmerInnen, die das ganze System bzw. einen großen Querschnitt des Systems vertreten. Sie liefern und untersuchen Informationen. Sie arbeiten selbstständig in kleinen Gruppen und planen Ziele und Maßnahmen für das System.*
- *Der/die ModeratorIn gibt Zeiten und Aufgaben vor, leitet Diskussionen im Plenum und stellt wichtige Themen heraus.*

*Die Kooperationsvereinbarung für ein Forum umfasst wenige **Regeln**:*

- *Alle Wahrnehmungen sind gültig.*
- *Alle Informationen werden auf Flipcharts geschrieben.*
- *Die vereinbarten Zeiten werden eingehalten.*
- *Die FORUM-TeilnehmerInnen bemühen sich, nach Gemeinsamkeiten zu suchen.*
- *Differenzen und Probleme werden gewürdigt und erkundet, aber es wird nicht versucht, diese zu bearbeiten oder sich darin zu verheddern.*

Der gemeinsame Dialog startet mit der Untersuchung der Gegenwart aus der Perspektive von homogenen Gruppen. Die VertreterInnen einer Berufsgruppe (hier: Pflegefachkräfte; Pflegedienstleitung) oder eines Systembereiches (z. B. Verbände und

Organisationen) schätzen die derzeitigen Hochs und Tiefs ein und präsentieren die Ergebnisse im Anschluss im Plenum. Ein gemeinsamer Wissensraum entsteht.

In der zweiten Phase geht es um die Entwicklung von Zukunftsvisionen. Eventuell ist dieser Phase die gemeinsame Erarbeitung von wesentlichen Entwicklungstrends vorgeschaltet.

Im dritten Schritt werden die wichtigsten Maßnahmen zur Realisierung der Vision ausgewählt, im Plenum in Cluster geordnet und in eine Prioritätenliste verwandelt.

Der letzte Schritt ist nochmals ein zentraler Abschnitt des FORUMs. Hier durchlaufen die Maßnahmen-Vorschläge einen demokratischen Flaschenhals, indem in den Gruppen bzw. im Plenum darüber ein Konsens hergestellt werden soll oder indem sich Menschen zusammenfinden, die ein Thema oder mehrere Themen gemeinsam vertiefend bearbeiten wollen.

In dem hier durchgeführten Zukunfts-Forum „Alternsgerechte Arbeit in der Ambulanten Pflege“ wird von

- + Pflegekräften und Pflegedienstleitungen,*
- + Personen aus Krankenkassen und der Berufsgenossenschaft,*
- + Verbänden und Organisationen,*
- + Forschung und Beratung ...*

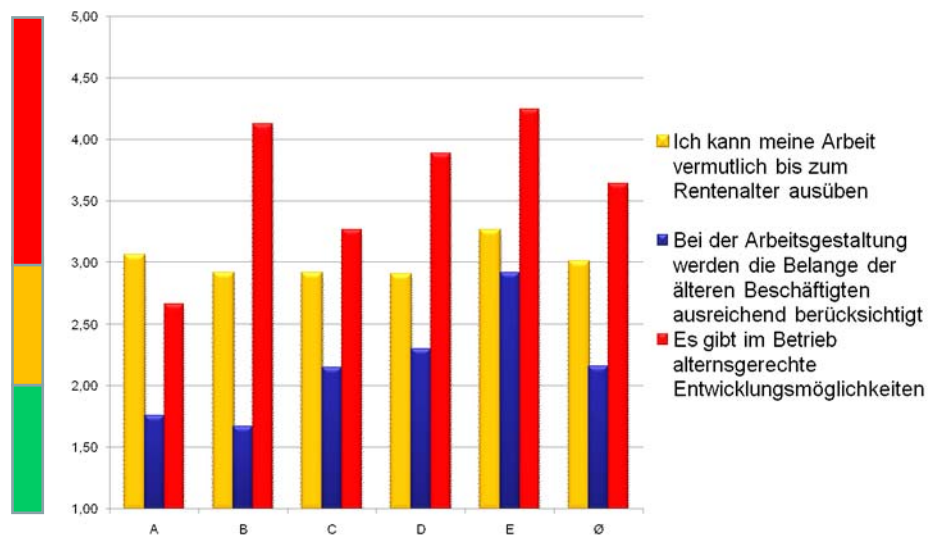
gemeinsam entwickelt, welche Anforderungen an eine alternsgerechte Arbeit in der ambulanten Pflege zu stellen sind, welche Lösungsansätze denkbar und möglich sind und wie das umzusetzen ist.

Im Folgenden sind die Folien aus den drei Vorträgen sowie die wesentlichen Erarbeitungen des Zukunftsforums dokumentiert.

Das Protokoll enthält Abschriften der Erarbeitungen in den Gruppenphasen (Flip-Charts, Metaplan-Wandzeitungen, Kärtchen). Diese sind um Ausschnitte von Mitschnitten aus den Präsentationen im Plenum ergänzt worden.

Ergebnisse der PaPsD-Erhebung 2007/2008
Alexander Frevel

Alternsgerechte Arbeitsgestaltung?



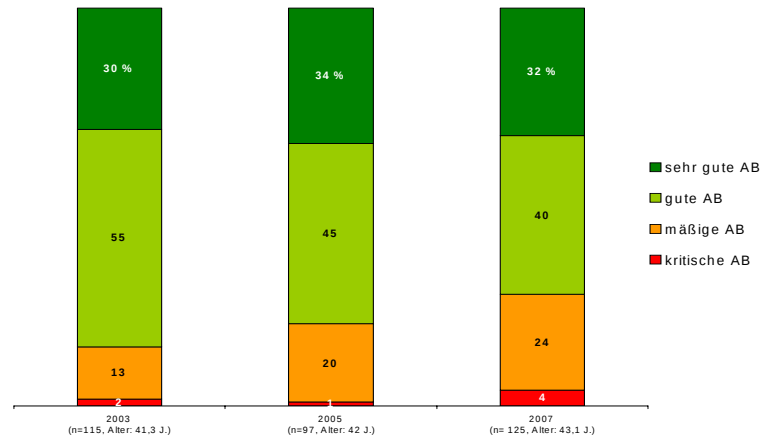
[Zur Erläuterung der Methodik siehe Kapitel 2 dieser Broschüre]

	A	B	C	D	E	Ø
Ich kann meine Arbeit vermutlich bis zum Rentenalter ausüben	3,06	2,91	2,91	2,90	3,26	3,01
Bei der Arbeitsgestaltung werden die Belange der älteren Beschäftigten ausreichend berücksichtigt	1,76	1,67	2,15	2,30	2,92	2,16
Es gibt im Betrieb alternsgerechte Entwicklungsmöglichkeiten	2,67	4,13	3,27	3,89	4,25	3,64

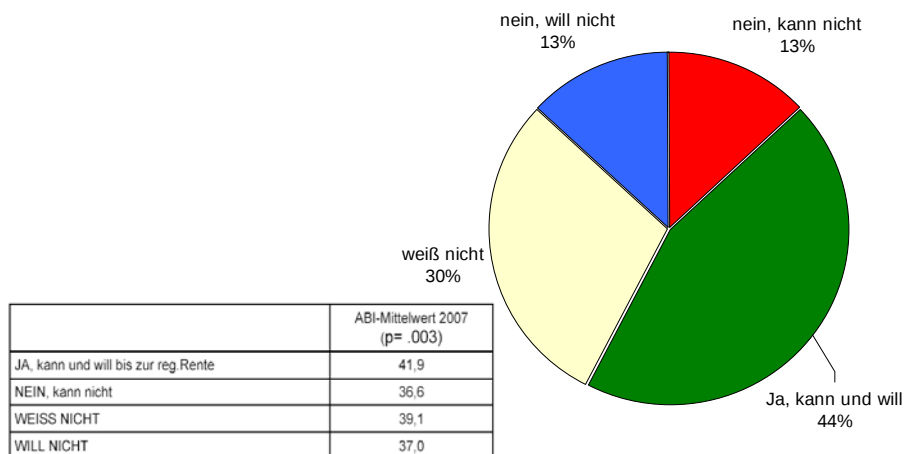
Entwicklung der Arbeitsbewältigungsfähigkeit in der ambulanten Pflege PIZA 2003-2005-2007(-2009)



IST-Stand der Arbeitsbewältigung in den 5 Kooperationsunternehmen 03-05-07 (Querschnitte)



Können Sie sich vorstellen, Ihren derzeitigen Beruf bis zum gesetzlichen Rentenalter auszuüben? (2007)



Zukunftsforum am 27.08.2008 in Mainz
„Alternsgerechte Arbeit in der Ambulanten Pflege“

MARIENHAUS
GmbH Waldbreitbach



Alternsgerechte Arbeit in der ambulanten Pflege aus arbeitsmedizinischer Sicht

Dr. med. Thomas Mohn
Leitender Betriebsarzt Marienhaus GmbH

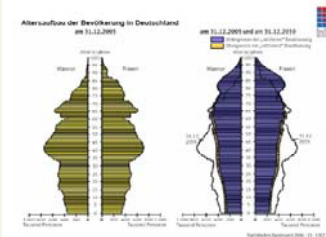


Alternsgerechte Arbeit in der ambulanten Pflege

MARIENHAUS
GmbH Waldbreitbach

Demographischer Wandel:

- Alterung der Gesellschaft
- Alterung der Mitarbeiter in den Betrieben
- Verlängerung der Lebensarbeitszeit
- Sinkender Anteil an Nachwuchskräften



E.Kistler BAUA-Jahrestagung, Dortmund 27.08.2007

Prognose: (aus Fehlzeitenreport 2006)

Bis 2020 Zunahme der über 50-jährigen Erwerbstätigen um 5 Millionen,
→ Erhöhung des Anteils dieser Personen am gesamten
Arbeitskräftepotenzial von derzeit 22 % auf 34 %

Zukunftsforum am 27.08.2008 in Mainz
„Alternsgerechte Arbeit in der Ambulanten Pflege“

Hitliste der Krankheitsarten und der Arbeitsunfähigkeitstage

nach Fehlzeitenreport 2006



**1. Muskulo-skelettale Erkrankungen
→ deutliche Zunahme > 50 Jahre**

2. Herz-Kreislauf-Erkrankungen

3. Atemwegserkrankungen

4. Verletzungen

5. Psychische Erkrankungen

6. Erkrankungen der Verdauungsorgane

7. Sonstige

Verursachen
bei 60-64
Jährigen
> 40 % der
Ausfalltage



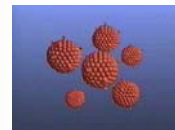
Zukunftsforum am 27.08.2008 in Mainz
„Alternsgerechte Arbeit in der Ambulanten Pflege“

3

© Mohn, 27.08.2008

Belastungsfaktoren in der Ambulanten Pflege

- Verletzungs-, Infektionsgefahren
- Hautgefährdende Arbeiten
- Heben und Tragen
- Schichtarbeit / (Nachtschicht)
- Zeitdruck
- Fahrtätigkeit
- Psychomentele/-soziale Einwirkungen
- Mehrfachbelastung bei den weiblichen Pflegekräften
- ...



Zukunftsforum am 27.08.2008 in Mainz
„Alternsgerechte Arbeit in der Ambulanten Pflege“

4

© Mohn, 27.08.2008

Mögliche negative Auswirkungen der Belastungsfaktoren



- Infektionsgefahren → Hepatitis B, C, Krätze
- Hautgefährdungen → Allergien, Ekzeme
- Heben und Tragen → Wirbelsäulenschäden
- Schichtarbeit → Schlafstörungen, Magen-Darmstörungen,
- Zeitdruck → Nervosität, Aggressivität, Burn-out
- Fahrtätigkeit → Verkehrsunfälle
- Psychomentele/
-soziale Einwirkungen → psychische Erkrankungen
- ...

Zukunftsforum am 27.08.2008 in Mainz
„Alternsgerechte Arbeit in der Ambulanten Pflege“

5

© Mohn, 27.08.2008

Mögliche Auswirkungen der Überlastung



- Erhöhter Krankenstand
- Höhere Fluktuationsrate
- Niedrigere Arbeitsmotivation / -zufriedenheit
- Früheres Ausscheiden aus dem Beruf
- Auswirkungen auf die Gesundheit der zu Pflegenden
- ...

Zukunftsforum am 27.08.2008 in Mainz
„Alternsgerechte Arbeit in der Ambulanten Pflege“

6

© Mohn, 27.08.2008

Eigene Beobachtungen in der Ambulanten Pflege



- Durchschnittsalter: zwischen 39 bis 46 Jahre
- Hautveränderungen: > 50% der Mitarbeiter
- HWS-Bewegungseinschränkungen: über 40 %
- LWS-Bewegungseinschränkungen: ca. 13 %
- Weiterbeschäftigung trotz Hüft-TEP (1x), Bandscheibenvorfall (1x), Kniearthrose (1x)
- Keine erfolgreiche Wiedereingliederung:
 - Nach Arbeitsunfall mit Handverletzung (1x)
 - Nach wiederholtem Bandscheibenvorfall (1x)
- Fluktuation abhängig vom Führungsverhalten
- Viele Teilzeitkräfte, da überwiegend weibl. Pflegekräfte

Zukunftsforum am 27.08.2008 in Mainz
„Altersgerechte Arbeit in der Ambulanten Pflege“

7

© Mohn, 27.08.2008

Arbeitsmedizinische Vorsorge §§ 15/15a nach Biostoffverordnung



- Gefährdungsbeurteilung
- Schutzmaßnahmenempfehlung
- Aufklärung und Beratung der Beschäftigten über und zu Gesundheitsgefährdungen
- Aktive Mitarbeit zur Weiterentwicklung des Arbeits-/Gesundheitsschutzes
- regelmäßige Untersuchungen:
 - Pflichtuntersuchungen Anhang IV BiostoffV
 - Angebotsuntersuchungen
- incl. Impfung gegen impfpräventable Erkrankungen

Zukunftsforum am 27.08.2008 in Mainz
„Altersgerechte Arbeit in der Ambulanten Pflege“

8

© Mohn, 27.08.2008

Was kann die Arbeitsmedizin vorbeugend tun?



Untersuchung und Beratung

- nach ASiG und BGV A7
- nach staatlichen Vorschriften
 - BioStoffV / G42
 - BildschirmarbeitsplatzV
 - Fahr-Steuer-Tätigkeit
- nach anderen speziellen Grundsätzen der BG

z.B.

- Unfallprävention
- bei arbeitsbedingten Erkrankungen

z.B.

- Hepatitis B/C
- ...

z.B.

- Sehtest G 37 in der Verwaltung,...

Zukunftsforum am 27.08.2008 in Mainz
„Alternsgerechte Arbeit in der Ambulanten Pflege“

9

© Mohn, 27.08.2008

Was kann die Arbeitsmedizin vorbeugend tun?



- Untersuchungen auf Wunsch des Arbeitgebers oder des Arbeitnehmers
- betriebliche Impfschutzorganisation nach gesetzlichen Vorgaben
- präventive Arbeitsplatzgestaltung

z.B.

Leistungs-
einschränkung

z.B.

Impfung gegen
Hepatitis A / B
Influenza ...

z.B.

Arbeitsplätze in
Verwaltung,
Fahrzeuge ...

Zukunftsforum am 27.08.2008 in Mainz
„Alternsgerechte Arbeit in der Ambulanten Pflege“

10

© Mohn, 27.08.2008

Was kann die Arbeitsmedizin tun?



Beratung, Begleitung und Mitwirkung bei

- Gesundheitsförderung z.B. Gesundheitszirkel
- Integration Schwerbehinderter z.B. psychisch Kranker
- Wiedereingliederung Langzeitkranker
- → Betriebliches Eingliederungsmanagement
- Umgang mit Abhängigkeitserkrankten

Zukunftsforum am 27.08.2008 in Mainz
„Altersgerechte Arbeit in der Ambulanten Pflege“

11

© Mohn, 27.08.2008

Vernetzungen schaffen



Effektivere Vernetzung von Mitarbeiter, Betrieb und Arbeitsmedizin mit

- Krankenkassen
- Rentenversicherungsträger
- Integrationsämter
- Rehabilitationseinrichtungen
- Berufsgenossenschaften
- ...

Ziel: Erhalt oder Wiederherstellung der Gesundheit
langfristige Arbeitsfähigkeit des Mitarbeiters
Sicherung des Arbeitsplatzes

Zukunftsforum am 27.08.2008 in Mainz „Altersgerechte Arbeit in der Ambulanten Pflege“

12

© Mohn, 27.08.2008

Das Barometer der Gegenwart

Arbeitsphase 1: Barometer der Gegenwart

Erarbeiten Sie in ihrer (fachlich homogenen) Gruppe:

Wenn wir an die aktuelle Situation der altersgerechten Gestaltung der Pflegearbeit denken -

- **Worauf sind wir stolz?**
- **Was bedauern wir?**

- ↳ *Machen Sie sich zunächst selbst Gedanken über die wichtigsten Gesichtspunkte (2-3 Min.)*
- ↳ *Bearbeiten Sie die „Hochs“ und „Tiefs“ in der Gruppe*
- ↳ *Schreiben Sie alle wichtigen Punkte auf die Flip-Chart*
- ↳ *Bereiten Sie einen etwa 3- bis 5-minütigen Bericht für das Plenum vor*



@rbeitsleben

Gruppe A: Pflegedienstleitung

Stolz

- Problem erkannt
 - Auseinandersetzung
 - Suche nach Lösungen
- gehört zu werden
 - Mitbeteiligung an Änderungen der Rahmenbedingungen, z. B. Landespflegegesetz, neues Altenpflegeausbildungsgesetz
 - Kompetenznutzung älterer Mitarbeiter (§ 45)
- neue Handlungsfelder (Kooperation mit Ärzten) / Beratung
- gefährlicher Stolz: mit den Vorgaben immer wieder zurecht zu kommen
 - Kompensation durch die Pflegekräfte

Bedauern

- mangelnde Anerkennung der Pflege in der Gesellschaft und eigene Wertschätzung
 - o Pflege kann jeder
 - o Langzeitarbeitslose in der Betreuung Dementer
- ↳ mangelnde Anerkennung führt zum Ausscheiden aus dem Beruf
- sehr enge Rahmenbedingungen
 - o gesetzlich

- organisatorisch
- Problem zu spät angenommen
- „Alter“ als Problem sehr spät erkannt (z. B. Werbung für Inko-Artikel)
- fehlende Modelle wie Arbeitsfähigkeit bis ins Rentenalter erhalten bleiben kann
- Zeitdruck im Modulsystem

Herausforderung: Wo kann ein Mitarbeiter, der ggf. älter ist als der Pflegebedürftige, eingesetzt werden (jenseits 60 J.)



Impressionen
aus der
Gruppenarbeit

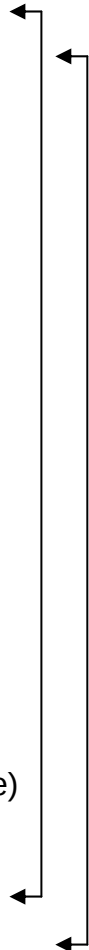


Hoch / Stolz

- Zufriedenheit durch Selbstbestimmung des Pflegealltags
- Ausdauer im Beruf [jede/r in der Gruppe über 10 Jahre tätig im Beruf]
- Spaß an der Arbeit
- Qualität, die geleistet wird
- Ausstattung mit Hilfsmitteln
- Lob und Anerkennung von Kunden
- Positives Feedback allgemein – und auch von der Pflegedienstleitung
- Teamgeist ist wichtig – und hält uns bei der Stange
- Wochenend-Dienst !!! (positiv, wenn er nur alle 3 Wochen ist)
- Rücksicht auf persönliche Einschränkungen (Umsetzung in einzelnen Sozialstationen)
- Rotation von Kunden, um psychische Belastungen zu minimieren

Tief / Bedauern

- kontinuierliche Verschlechterung der allg. Arbeitssituation
- Zeitdruck
- Benutzung von Handy und PDAs
- Menge der Patienten
- viele Bürokratie
- und Dokumentation, um auch unsere Qualität darzustellen
- Nicht gerecht werden der Ansprüche von Kunden aus vielerlei Gründen (z. B. fehlende finanzielle Mittel der Kunden; dem Patienten nicht gerecht werden, gemessen daran, was er eigentlich bräuchte)
- Fehlendes Angebot an entlastenden Tätigkeiten (keine Schon-Arbeitsplätze)
- Finanzielle Situation
- Geteilte Dienste
- Jedes 2. Wochenende Dienst
- keine rückenfreundlichen Autos
- keine Stimme, die für uns spricht



Gruppe C: Organisationen i. w. S.

“Aus der Vogelperspektive – und trotzdem vieles identisch mit den Ergebnissen der anderen Gruppen” ...

+ Positiva / Stolz auf:

- Anteil älterer Beschäftigter i. d. ambulanten Pflege höher als in stationärer Krankenpflege
- Tätigkeit/Branche, die erfahrene Beschäftigte braucht.
Da man Ältere, Erfahrene schwer findet; mehr Anstrengung bei Einarbeitung Jüngerer
- Thema bekommt immer mehr öffentliche Aufmerksamkeit; auf ministerieller Ebene tut sich viel; es wird bald kommunales Thema werden; mehr Produktentwicklungen, dies zu unterstützen
- Teilzeitbeschäftigungsmöglichkeiten, die Bewältigung der Arbeit möglich machen
- Beruf bringt/birgt viele Ressourcen (Sinn der Arbeit etc.), die Arbeit bewältigbar machen (positive Rückmeldung von den Patienten; Motivation)
- nur: vereinzelte Lösungen für „Leistungsgewandelte“ für Verbleib im Beruf (ggf. Notwendigkeit der Abgabe von Zeitanteilen = ungerecht)

- Bedauerliches:

- Unterstützung/Beratung im ambulanten Bereich schwieriger (es gibt noch weniger Produkte)
- ambulante Arbeitsorganisation anders als in stationären Einrichtungen (AP = privat, viele Schnittstellen z. B. zu Arzt etc.)
- gute, gesundheitsgerechte Arbeit wird/kann nicht entsprechend finanziert werden („Denken in Pflegeminuten“)
- Es gibt wenige/keine Vollarbeitsstellen, von der jede/r leben kann
- Mangelnde Anerkennung/Akzeptanz des Berufsstandes i. d. Öffentlichkeit ... führt u. a. zu Rekrutierungsschwierigkeiten (Medien vermitteln nicht stimmendes Berufsbild; wir müssen mehr das Positive an dem Beruf darstellen und andererseits auch Unterstützung bieten, dass der Beruf für viele viele Jahre und bis ins Rentenalter Freude machen kann)
- Zeitdruck in der Pflege gestiegen u. a. aufgrund Vergütungssystem (Problem sowohl Pflegeversicherung und Arbeitsorganisation)
- keine systematische Eingliederung und vollständige Weiterbeschäftigung von „Leistungsgewandelten“
- MDK – Qualitätsstandards entsprechen nicht der Praxis
Personalqualität beim MDK



Exkurs-Thema:

Die Teilnehmenden waren übereinstimmend der Auffassung, dass die wesentlichen Themen für den Tagesordnungspunkt „wesentliche Einflüsse und Entwicklungstrends“ nicht weiter diskutiert werden müssen, sondern ein direkter Einstieg in die Visions-Phase möglich sei.

Aufgrund einer Nachfrage wurde vor dem Einstieg allerdings ein Thema doch noch etwas intensiver besprochen:

Pflege und Migration

- Zuwanderung/Arbeitskräftenachwuchs
- Migranten/-innen als Kunden
- „Fremdpflege“
- Fachlichkeit und Anerkennung stärken
- interkulturelle Pflege
- Mentalitäts-/Diversitätsverständnis
- Kultur-angemessene Pflege
- klare(re) gesetzliche Regelungen
- Kooperation/Schulung
- Behandlungspflege professionalisieren
- arbeits-/sozialrechtliche Aspekte beachten → auch KV!

Alternsgerechte Pflege 2018 – drei Visionen

Zukunft ist gestaltbar - Vision 2018

Erarbeiten Sie in ihrer (fachlich heterogenen) Gruppe Ideen für eine **Arbeit in der ambulanten Pflege, die alters- und altersangemessen ist, sodass die Pflegepersonen gut und gerne bis zum Eintritt in die Rente dort arbeiten können und wollen.**

Versetzen Sie sich in das Jahr 2018 -

Die Gesundheitssystemreformen sind erfolgreich. Es gibt neue Anbieterstrukturen auf dem wachsenden Markt der Pflegeleistungen, die Dienstleistungen sind ausgeprägt an den Interessen der Klientel ausgerichtet.

Die Arbeit in der Pflege ist attraktiv; die Branche hat keine Nachwuchssorgen. Zugleich gibt es eine hohe Beschäftigungsquote von über 50-jährigen. Die Gesundheitsquote ist auf einem hohen Niveau, die Betriebe haben eine niedrige Fluktuationsquote.

Die Arbeitsbedingungen der Pflegekräfte sind im Vergleich zu 2008 deutlich verändert. ...



@rbeitsleben

Zukunft ist gestaltbar - Vision 2018

- **Wie haben wir das erreicht?**
 - Welche Praxisbeispiele für gute Arbeitsgestaltung (Ergonomie, Arbeitszeit, Arbeitsorganisation ...) sind bekannt?
 - Welche Entwicklungsmöglichkeiten wurden wahrgenommen?
- **Welche Chancen haben wir genutzt?**
- **Welche Hindernisse haben wir überwunden?**

👉 **Wagen Sie zu träumen!**

👉 *Entwickeln Sie in der Gruppe Bilder, Geschichten ... für eine alternsgerechte Pflegearbeit*

👉 *Schreiben Sie alle wichtigen Punkte auf die Flip-Charts*

👉 *Bereiten Sie einen etwa 3- bis 5-minütigen Bericht für das Plenum vor*



@rbeitsleben

Die Ergebnisse der Gruppenarbeiten wurden im Plenum vorgestellt.

Die Präsentationen wurden von drei Personen auf die wichtigsten Themen für

- Beschäftigte
- Betriebe
- Politik i.w.S., Organisationen ...

verdichtet.

Diese Themensammlung wurde anschließend im Plenum besprochen und auf wesentliche Aspekte konzentriert.

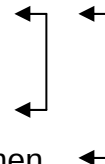
Diese Themenbündel sind als Grundlage für die abschließende Dialogrunde nach den drei Präsentationen zusammengefasst.

Gruppe 1

Wir haben/sind Pflegekräfte mit deutlich ausgeprägtem Selbstbewusstsein. Dafür mussten wir

Hindernisse überwinden

- Pflegekraft stellt (Ärztliche) Verordnung selbst aus weil sie erlauben kann, was benötigt wird
- Krankenkasse hat dadurch Mitarbeiterzahl reduzieren können
- Selbstständige Arbeit führt zu attraktiverem Berufsbild, wir bekommen qualifiziertes Personal
- Feststellen des Pflegebedarfs
- Einsatzmöglichkeiten geschaffen, um Pflegekräfte mit Einschränkungen zu beschäftigen
- Verschlankung der Verwaltung
- Kasse bezahlt tatsächliche Pflegezeit und keine Pauschalbeträge mehr



→ dadurch stehen wir finanziell besser da und können mehr für die Beschäftigten tun ...

Wie sind wir dahin gekommen?

- Gesundheitsfördernde Maßnahmen umgesetzt
 - o Bonus für Mitgliedschaft im Fitness-Studio
 - o Gesundheitstage; hälftig Arbeitgeber – Arbeitnehmer getragen
 - o Fahrsicherheitstraining
- unsere Autos sind komfortabel (Sitzheizung, ergonomische Rückenlehne, Navi, Klimaanlage, Freisprechanlage)
 - o Entwicklung eines Pflegeautos

Unser Pflegedienst 2018

hat auf dem Weg dahin viele Chancen genutzt und etliche Hindernisse überwunden. Aus dem Grund haben wir

- eine sehr gute räumliche und technische Ausstattung, die den Bedürfnissen der Mitarbeiter entspricht; nicht nur Grunderfordernisse wie Besprechungsraum oder Raum für die Leitung, sondern auch – nicht gerade Wellness, aber – Erholungsbereich für Mitarbeiter.
- Ausbildung ist reformiert, Pflegekräfte sind selbstbewusst; hoher Bedarf, z. B. Wissen über Krankenhausarbeit in der ambulanten Pflege und von Krankenschwestern über Demenzerkrankung
- sprachbasierte Dokumentation schon während der Tätigkeit, die daraus entstehende Zeitersparnis fließt ein in die Pflege
- bezahlte Pufferphasen im Tourenplan integriert, Ruhephasen zur individuellen Integration in den Ablauf; nicht nur an den Arbeitgeber und den Patienten denken, sondern auch an sich selbst denken, um die Ressourcen zu erhalten
- vereinfachte Dokumentation
- Zeit, die für soziale Vernetzung benötigt wird, wird bezahlt, z. B. Gang zum Arzt, Gespräch mit Physiotherapeuten oder mit der Beratungskoordinierungsstelle
- großer Meilenstein: unterstützende Vernetzung (EDV) verschiedener Arbeitsbereiche (zum Wohle der Patienten und zur Arbeitersparnis und Arbeitserleichterung)
- Hilfsmittel können von den Pflegekräften direkt bestellt werden, Verringerung des Aufwandes der Beantragung mit Kostenträgern und Sanitätshäusern (unbürokratisch)
- regelmäßige Einweisung
- Angebote von betrieblicher Seite an Personal (z. B. Rückenschule), betriebliches Gesundheitsmanagement
- bei Entlassungen von Patienten aus dem Krankenhaus sind sämtliche Hilfsmittel vorhanden (o. k. durch Pflegedienst als Voraussetzung)
- Entlassungsmanagement: optimal für Klient und Pflegekraft mit größerem zeitlichen Vorlauf, entsprechende Verordnungen, vorhandenen Hilfsmitteln usw. bei insgesamt guter Vorausplanung
- gesicherte Finanzierung erreicht – das war der schwierigste Weg und die größte Hürde
- individuelle Arbeitszeitmodelle entwickelt – für den Betrieb: wie ist der Bedarf unserer Klienten, aber auch: wie ist der Bedarf unserer Mitarbeiter unter Berücksichtigung der Privatsituation

- Vollzeitkräfte mit Mischarbeit, also pflegerischer Bereich und Organisation, Koordination
- ganzheitlich durch Bezugsschwester = nicht nur Grund- und Behandlungspflege
- breiteres Dienstleistungsangebot (Pflege alleine reicht nicht zum wirtschaftlichen Überleben)
- Vernetzung verschiedener Anbieter – zum Wohle der Kunden und der Mitarbeiter



Was uns primär beschäftigt ist, was uns 2018 als Betriebe, als Mitarbeiter, mehr und mehr beschäftigen wird, das sind

Alternative Wohnformen, „Generationenhäuser“ oder „Senioren-WGs“

weil bis dahin die Einkommen – gerade der älteren Menschen – immer mehr sinken werden. Sie werden oft keine andere Möglichkeit haben, selbstbewusst und selbstbestimmt leben zu können, als in solchen alternativen Wohnformen.

Geträumt haben wir von einer ganzen Menge.

erreicht durch / Die Einrichtungen werden 2018 nur dann überlebensfähig sein, wenn sie

- ihre Arbeitsfelder erweitern
- Netzwerke mit verschiedenen Dienstleistern (einer allein kann die Aufgaben nicht mehr bewältigen)
- Sozialpolitische Betätigung / Einflussnahme auf kommunaler Ebene / gesellschaftliche Verantwortung für Sozialsystem darf nicht ausschließliche Aufgabe von Sozialstationen sein
- geändertes Abrechnungssystem (weg von Zeithinterlegungen wie am Fließband)
- Bürokratieabbau (die Bürokratie hat uns in den letzten Jahren immer mehr in den Griff genommen – und wir kommen kaum zu den wichtigen Dingen)
- Kooperationen – auch Pflegedienste untereinander, regionale Pflege-Netzwerke / Pflege-Kooperationen; Stichwort „Kultur-sensible Pflege“; z. B. auch für wohnortnahe Medikamentenversorgung ...)
- positive Medienberichterstattung (Darstellung der ambulanten Pflege ähnlich wie die „Schwarzwaldklinik“ anstelle von Negativ-Berichterstattung; „Gemeindegemeinschaft Schwester Rita“)

überwundene Hindernisse / genutzte Chancen

- geänderte Kompetenzen, die zugeschrieben und festgeschrieben sind wie z. B. bei Krankengymnasten, Physiotherapeuten
- Vergütung endlich leistungsgerecht
 - das setzt allerdings eine bessere Lobby (v. a. gegenüber Kassen/Kostenträgern) voraus → Traum von einem (!) eigenen Dachverband in der Pflege (ähnlich wie Ärztekammer)
- Samariterstatus abschaffen bis 2018, sodass alle sehen, dass Pflege eine Dienstleistung darstellt und dass in der Gesellschaft bewusst ist, dass Dienstleistung Geld kostet
- Fremdmittel (EU)
- mindestens 2 Pflegereformen, so dass wirklich umgesetzt ist „ambulant vor stationär“

- andere Arbeitszeitmodelle erprobt
- Sponsoring ähnlich wie im Sport ... „Ambulanter Pflegedienst sowie, sponsored by ...“
- Präventionsmaßnahmen im eigenen Betrieb, vor allem für ältere Mitarbeiter
- Pflicht zur Angehörigenschulung bei Einstufung durch die Pflegekräfte, die auch im MDK-Gutachten eingetragen sind
- Veränderung der Einstellung zum Stellenwert des alten Menschen in der Gesellschaft



Wichtigste Themen

Aus den Ergebnissen der Gruppenarbeit wurden im Plenumgespräch die wichtigsten Themen benannt:

für Beschäftigte	für Betriebe	für Politik (i.w.S.) / Organisationen ...
qualifizierte Ausbildung qualifiziertes Personal	kompetente Führungskräfte	
Kompetenzen anwenden Pflegekraft stellt Verordnung selbst aus	Verordnung durch Pflegekraft	Kompetenzen zulassen Erlaubnis für Pflegekräfte, Verordnungen auszustellen
	Prävention ermöglichen	
Mischarbeit		
Pufferzeiten (Regeneration)	Tourenplanung	zeitliche Flexibilitäten mit kalkulieren lassen können (gesetzlich regeln!)
		Ausbildungsreform
	Vernetzung (regional) [kein Konkurrenzdenken]	
Dokumentation	sprachgestützte / vereinfachte Dokumentation	
	Erweiterung der Arbeitsfelder	
	Fremdmittel, z. B. EU	
	Arbeitszeitmodelle	

Themen für die weitere Arbeit

Bezogen auf die verdichteten wichtigsten Themen für die weitere Bearbeitung wurden alle Beteiligten gefragt:

Vereinbarungen / weitere Aktivitäten

- Wer „brennt“ für welches Thema / welche Aufgabe und möchte (federführend) weitere Schritte angehen, koordinieren ...?
- Wer möchte mitmachen?
- Was sollen die nächsten Schritte sein?
- ...



@rbeitsleben

13

Aus der offenen Runde wurden zwei Themen gewählt, die in den nächsten Monaten intensiver bearbeitet werden sollen. Die beteiligten Personen neben den beiden Begleitforschungs- und Beratungseinrichtungen sind:

Thema **Mischarbeit**

Frau Schwender-Schunck, Ludwigshafen

Frau Annawald, Otterberg

Frau Fischer, Grünstadt

Thema **Altern und Betriebliches Gesundheitsmanagement**

Frau Rapp, Lambrecht

Frau Buchner, Grünstadt

Frau Strang, Haßloch

Herr Anton, Bonn

Herr Dr. Mohn, Neuwied

Anlagen

- a Erhebungsbogen PaPsD-Projekt
- b Literaturhinweise und Internet-Links
- c Beteiligte Pflegedienste und Mitglieder im Beirat
- d Bisherige Veröffentlichungen der Reihe „Berichte aus der Pflege“

Anlage a

Erhebungsbogen PaPsD-Projekt

(ohne Bewertungsteil) für das soziale Benchmarking

- Leitsätze, Qualitätsthemen und Qualitätsaussagen -

Gute Qualität der Arbeit, Produktivität und Wohlbefinden bedeutet ...

Leitsatz 1: ... ausführbare und schädigungsfreie Arbeit

Arbeitsplatz

1. Mein Arbeitsplatz bietet ausreichende Bewegungs- und Ablagemöglichkeiten
2. Für meine Arbeitsaufgaben stehen mir alle erforderlichen Arbeitsmittel in ausreichender Anzahl und Qualität zur Verfügung.
3. Ich bekomme ausreichend Unterstützung, wenn meine Arbeitsmittel ausfallen.

Arbeitsumgebung

4. Die Arbeitsumgebung (Beleuchtung, Temperatur, unangenehmer Geruch, Lärm, Dämpfe usw.) stellt für mich keine Belastung dar.
5. Die Arbeitsumgebung ist frei von Unfallgefahren (Gefährdung durch elektrische Kabel, Stolperfallen, unsichere Arbeitsgeräte usw.).
6. Die Arbeit ist durch körperliche Belastungen geprägt (schweres Heben, Arbeit in aufgezwungener Haltung, permanentes Stehen/Sitzen usw.)

Leitsatz 2: ... Handlungsspielräume und Gestaltungsmöglichkeiten

Überschaubarkeit

1. Meine Arbeitsaufgabe ist eindeutig und nachvollziehbar.
2. Ich habe ausreichend Kenntnis über die meiner Arbeitsaufgabe vor- und nachgelagerten Arbeitsschritte.

Planbarkeit

3. Die zur Erfüllung meiner Arbeitsaufgaben erforderlichen Informationen stehen mir rechtzeitig und in ausreichendem Umfang zur Verfügung.
4. Es werden Gruppen-/Teamsitzungen durchgeführt, die der gemeinsamen Arbeits- und Aufgabenplanung dienen.
5. Die Zeiten des Arbeitseinsatzes sind mir rechtzeitig bekannt.

Sinnhaftigkeit

6. Ich kann Einfluss auf die Qualität der Arbeitsergebnisse nehmen.
7. Am Ende des Arbeitstages habe ich das Gefühl etwas Sinnvolles geleistet zu haben.

Handlungsspielräume

8. Meine Arbeitsaufgabe beinhaltet sowohl planende als auch ausführende und kontrollierende Tätigkeiten.
9. Meine Arbeitsaufgaben lassen es zu, auftretende Fehler selbstständig zu korrigieren.
10. Ich habe Einfluss auf die Reihenfolge der von mir zu erledigenden Tätigkeiten.
11. Ich kann mein Arbeitstempo selbst bestimmen.

Kommunikationsmöglichkeiten

12. Es ist möglich, mit Kolleginnen und Kollegen auch über nicht arbeitsbezogene Themen zu reden.
13. Arbeitsbezogene und unterstützende Kommunikation und Kooperation ist auch bei hoher Arbeitsbelastung möglich.

Leitsatz 3: ... eine vertrauensvolle Kultur wechselseitiger Anerkennung und Wertschätzung
Kommunizierte und gelebte Unternehmensziele

1. Ich akzeptiere und unterstütze die Ziele meines Betriebes.
2. Die Unternehmensziele werden im Betrieb umgesetzt und weiterentwickelt.
3. Das Bekenntnis des Unternehmens zur Erhaltung von Gesundheit und Förderung des Wohlbefindens der Beschäftigten ist Bestandteil der Unternehmensziele.

Persönlicher Stellenwert

4. Ich fühle mich ermutigt, im Betrieb initiativ zu werden und selbstbewusst meine Interessen zu vertreten.
5. Ich werde durch Vorgesetzte nicht zu unrecht kritisiert oder vor Anderen bloßgestellt.
6. Meine Kolleginnen und Kollegen kritisieren mich nicht zu unrecht und schikanieren mich nicht.

Persönliche Gleichstellung

7. Frauen und Männer sind gleichgestellt.
8. Beschäftigte im Betrieb werden aufgrund ihrer Herkunft, Nationalität oder Weltanschauung nicht benachteiligt oder belästigt.
9. Bei der Arbeitsgestaltung werden die Belange der älteren Beschäftigten ausreichend berücksichtigt.

Datenschutz

10. Die Daten, die zu meiner Beurteilung herangezogen werden, sind mir vollständig bekannt.
11. Die Daten über mich werden nur zum Zweck der Qualitätsverbesserung und nicht zu meinem Nachteil herangezogen.

Leitsatz 4: ... Sicherung der Beschäftigung durch innovative Unternehmensentwicklung

Sicherung von Beschäftigung

1. Der Erhalt der Arbeitsplätze hat im Betrieb einen hohen Stellenwert.
2. Ich habe Angst, in absehbarer Zeit meinen Arbeitsplatz zu verlieren.
3. Bei der Weiterentwicklung von Dienstleistungen werden Kundenwünsche berücksichtigt.

Zusammenarbeit mit Interessenvertretung

4. Nach meiner Wahrnehmung arbeiten die betriebliche Interessenvertretung und die Betriebsleitung vertrauensvoll zusammen.
5. Die Zusammenarbeit zwischen Interessenvertretung und Betriebsleitung nutzt der Beschäftigungssicherung und Unternehmensentwicklung.
6. Die Zusammenarbeit zwischen Interessenvertretung und Betriebsleitung dient dem Erhalt und der Förderung von Gesundheit und Wohlbefinden der Beschäftigten.

Leitsatz 5: ... die Einhaltung und Förderung des Arbeits- und Gesundheitsschutzes

Einhaltung gesetzlicher Vorgaben

1. In meinem Betrieb wird die Beurteilung der Gefährdungen an den Arbeitsplätzen durchgeführt.
2. Erkenntnisse aus der Gefährdungsbeurteilung werden umgesetzt.
3. Ich werde über die Unfall- und Gesundheitsgefahren, denen ich bei der Arbeit ausgesetzt bin, informiert.
4. Ich werde über die Möglichkeiten und Einrichtungen zur Abwehr von Unfall- und Gesundheitsgefahren informiert.
5. Es finden betriebsärztliche Untersuchungen und Beratungen statt.

Arbeitszeit

6. Mir stehen während der Arbeit ausreichend Pausenzeiten zur Verfügung.
7. Nach der Beendigung der Arbeit stehen mir ausreichend Zeiten zur Erholung zur Verfügung.
8. Ich kann die Lage meiner Arbeitszeit nach Absprache an meine persönlichen Erfordernisse anpassen.
9. Es gibt im Betrieb Möglichkeiten, die Arbeitszeit entsprechend einzelner Lebensphasen/-aufgaben (z. B. Elternzeit, Pflege, Alter) anzupassen.

Belastung

10. Ich fühle mich durch meine Arbeit überfordert.
11. Ich fühle mich durch meine Arbeit nicht unterfordert.
12. Mein privates und soziales Leben wird durch meine Arbeit belastet.
13. Ich nehme Probleme von der Arbeit mit nach Hause und es fällt mir schwer, abzuschalten.
14. Ich kann meine Arbeit vermutlich bis zum Rentenalter ausüben.
15. Es fällt mir schwer, Anforderungen von Beruf und Familie in Einklang zu bringen.

Gesundheit wird kommuniziert

16. Über Arbeitsbelastungen und betriebliche Gesundheitsförderung wird zielgerichtet gesprochen.
17. Maßnahmen zur Gesundheitsförderung und Arbeitssicherheit werden erfolgreich umgesetzt.
18. Die aktive Beteiligung der Beschäftigten bei der Planung und Umsetzung von Maßnahmen zur Verbesserung von Gesundheit und Wohlbefinden wird auf allen Ebenen gefördert.

Persönliche Prävention

19. Ich halte es für sinnvoll, mich persönlich für gesundheitsförderliche Arbeitsbedingungen aktiv zu engagieren.
20. Ich arbeite konsequent an der Verbesserung meiner Gesundheit.

Leitsatz 6: ... die bedarfsgerechte Unterstützung der Beschäftigten durch die Führungskraft

Unterstützung durch den Vorgesetzten

1. Ich erhalte angemessene Rückmeldungen über die Qualität meiner Arbeitsergebnisse.
2. Mein(e) Vorgesetzte(r) unterstützt mich mit fachlicher Kompetenz.

Anerkennung persönlicher Umstände

3. Mein(e) Vorgesetzte(r) kennt die persönlichen Belange der Beschäftigten und beachtet sie bei Entscheidungen.
4. Mein(e) Vorgesetzte(r) kennt meine persönlichen Kompetenzen und berücksichtigt sie beim Arbeitseinsatz.

Beurteilung und Förderung

5. Ich habe ausreichend Möglichkeiten, meine Sichtweise in Mitarbeitergesprächen einzubringen.
6. Mit Fehlern wird fair und konstruktiv umgegangen.

Leitsatz 7: ... leistungsgerechte und transparente Beurteilung und Entlohnung

Leistungsgerechte Entlohnung

1. Ich erhalte ein regelmäßiges Einkommen.
2. Ich halte mein Einkommen für angemessen.
3. Mir sind die Kriterien, nach denen im Betrieb unterschiedliche Löhne/Gehälter gezahlt werden, bekannt.

Leistungsbeurteilung

4. In meinem Betrieb gibt es bekannte und nachvollziehbare Kriterien der Leistungsbeurteilung.
5. Ich empfinde diese Kriterien als sachlich und gerecht.
6. Die Leistungsbeurteilung setzt mich unter Druck.

Leitsatz 8: ... qualifizierte Einarbeitung und Entwicklungsmöglichkeiten

Einarbeitung

1. Mir wurde bei der Einarbeitung eine qualifizierte Ansprechperson für eventuell notwendige Unterstützung benannt.
2. Bei Aufnahme neuer Techniken und Tätigkeiten gibt es zeitlich und qualitativ ausreichende Einarbeitungen.

Weiterbildung

3. Es gibt ausreichende Weiterbildung für meinen Aufgabenbereich.
4. Die Arbeitsbedingungen im Betrieb motivieren mich zum Lernen.
5. Im Rahmen meiner Tätigkeit kann ich erworbene Kenntnisse und Fähigkeiten anwenden.

6. Die Planung meiner beruflichen Weiterbildung ist Gegenstand von Gesprächen mit meinem/meiner Vorgesetzten.

Entwicklungsmöglichkeiten

7. Mein neben der beruflichen Tätigkeit bestehendes Engagement wird vom Betrieb unterstützt und wertgeschätzt.

8. Nach meiner Kenntnis wirken sich Teilzeitarbeit oder fortgeschrittenes Alter negativ auf berufliche Entwicklungsmöglichkeiten im Betrieb aus.

9. Es gibt im Betrieb alternsgerechte Entwicklungsmöglichkeiten.

Leitsatz 9: ... eine nachhaltige Gestaltung der Schnittstelle zum Kunden

Kundenorientierung

1. Ich habe den Eindruck, dass die Dienstleistungen meines Betriebes den Bedarf des Kunden entsprechen.

2. Meine Hinweise auf die Wahrnehmung unserer Dienstleistung durch die Kunden werden im Betrieb aktiv aufgegriffen und führen zu Veränderungen.

3. Ich fühle mich in meiner Position bei den Kunden durch meine(n) Vorgesetzte(n) angemessen unterstützt.

4. Um mein Arbeitspensum zu schaffen, muss ich häufig Abstriche bei der Qualität der Arbeitsergebnisse machen.

Kundenkontakt

5. Ich fühle mich ausreichend befähigt, auch mit schwierigen Kunden umzugehen.

6. Bei der Arbeitsausführung kann ich selbstständig auf die Kundenbedarfe eingehen und diese angemessen berücksichtigen.

7. Ich habe ausreichende Kommunikationsmöglichkeiten mit den Kunden.

Kundenbelastung

8. Der Umgang mit den Kunden stellt mich des Öfteren vor Situationen, denen ich mich emotional nicht gewachsen fühle.

9. Es gibt betriebliche Angebote für die Bewältigung emotionaler oder psychischer Belastungen.

Zusatzaspekte „Ambulante Pflege“

1. Die Ausstattung und Qualität des Dienstfahrzeuges unterstützt mich bei der Ausübung meiner Arbeit.

2. Der häufige Wechsel des Arbeitsplatzes stellt für mich eine Belastung dar.

3. Bei unvorhersehbaren Vorfällen während der Arbeit ist ausreichende Unterstützung durch den Betrieb gewährleistet.

4. Die vorgegebenen Zeiten für die Pflegetätigkeiten sind angemessen.

5. Die vorgegebenen Zeiten für die Anfahrt zum Patienten sind angemessen.

6. Der Pflegealltag ist durch persönlich belastende Probleme geprägt.

7. Die Arbeitsbedingungen beim Patienten (Treppen steigen, räumliche Enge, ...) stellen eine starke Belastung dar.

Anlage b

Literaturhinweise und Internet-Links

- arbeitsleben KG: Zwischenbericht „Arbeitsbewältigung in der ambulanten Pflege“. PIZA II – Ergebnisse 2007; MASGFF (Hrsg.): Berichte aus der Pflege, Heft Nr. 8, Mainz, Oktober 2008.
- Arbeit und Zukunft e.V.: Gesunde Beschäftigte und gute Servicequalität in der Ambulanten Pflege. Hrsg. vom Ministerium für Arbeit, Soziales, Familie und Gesundheit Rheinland-Pfalz; Berichte aus der Pflege, Heft Nr. 4, Mainz, 2005. (Dokument online verfügbar unter www.menschen-pflegen.de).
- Arbeit und Zukunft e.V. (Hrsg.): Dialoge verändern. Partizipative Arbeitsgestaltung – Voraussetzungen, Methoden und Erfahrungen für eine zukunftsfähige Arbeitsforschung, Köln (Kölner Wissenschaftsverlag) 2006.
- BGW – Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege (Hrsg.): Aufbruch Pflege. Moderne Prävention für Altenpflegekräfte, Hamburg 2007
- BKK, BGAG/DGUV, AOK, AEK (Bundesverband der Betriebskrankenkassen und andere) (Hrsg.): Wirksamkeit und Nutzen betrieblicher Gesundheitsförderung und Prävention. Zusammenstellung der wissenschaftlichen Evidenz 2000 bis 2006 von Ina Sockoll, Ina Kramer und Wolfgang Bödeker, Initiative Gesundheit und Arbeit, IGA-Report 13, Essen u. a. 2008
- BMFSFJ / BMG – Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend / Bundesministerium für Gesundheit (Hrsg.) in Zusammenarbeit mit DZA – Geschäftsstelle Runder Tisch Pflege: Charta der Rechte hilfe- und pflegebedürftiger Menschen. Berlin 2007 (www.bmfsfj.de und www.bmg.bund.de)
- DAK-BGW (Hrsg.): Gesundheitsreport 2006. Ambulante Pflege. Arbeitsbedingungen und Gesundheit in ambulanten Pflegediensten, Hamburg 2006. PDF-Broschüre (www.dak.de)
- DZA – Deutsches Zentrum für Altersfragen: GeroStat Report Altersdaten 03/2007 (Elke Hoffmann, Juliane Nachtmann): Alter und Pflege. PDF-Broschüre (www.dza.de; www.gerostat.de), Berlin 2008.
- Hasselhorn, H.-M. / Tackenberg, P. & Müller, B.H. (Ed.) (2003): Working conditions and intent to leave the profession among nursing staff in Europe (NEXT-Study). Stockholm: Working Life Research in Europe Report N. 7: 2003.
deutsch: Hasselhorn / Müller / Tackenberg / Kümmerling / Simon: Berufsausstieg bei Pflegepersonal, Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin, Ü 15, Dortmund u. a. 2005.
- INQA – Initiative Neue Qualität der Arbeit (Hrsg.): Arbeitsschutz bringt Aufschwung. Merkblätter zum Arbeits- und Gesundheitsschutz in der ambulanten Pflege, Dortmund u. a. 2005.
- INQA – Initiative Neue Qualität der Arbeit (Hrsg.) / Thematischer Initiativkreis „Gesund pflegen“: Für eine neue Qualität der Arbeit in der Pflege – Leitgedanken einer Gesunden Pflege – Memorandum, Dortmund u. a. 2007.
- INQA – Initiative Neue Qualität der Arbeit (Hrsg.) / Thematischer Initiativkreis „Gesund pflegen“: Fels in der Brandung – Ältere Beschäftigte im Pflegeberuf, Dortmund u. a. 2007.
- Medizinischer Dienst der Spitzenverbände der Krankenkassen e.V. (Hrsg.): Präventionsbericht 2007. Dokumentation von Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung in

der Primärprävention und betrieblichen Gesundheitsförderung. Berichtsjahr 2006, Mülheim/R. 2008.

Statistische Ämter des Bundes und der Länder (Hrsg.): Demografischer Wandel in Deutschland. Heft 1: Bevölkerungs- und Haushaltsentwicklung im Bund und in den Ländern, Ausgabe 2007, Wiesbaden 2007, Download von www.statistikportal.de/Statistik-Portal/publ.asp.

Statistische Ämter des Bundes und der Länder (Hrsg.): Demografischer Wandel in Deutschland. Heft 2: Auswirkungen auf Krankenhausbehandlungen und Pflegebedürftige im Bund und in den Ländern, Wiesbaden 2008, Download von www.statistikportal.de/Statistik-Portal/publ.asp.

Statistisches Bundesamt (Hrsg.): Zahlen und Fakten zur Pflegeversicherung 05/2008; Pflegestatistik 2005 – Deutschlandergebnisse.

arbeitsleben KG	www.arbeitsleben.com
Arbeit und Zukunft e.V.	www.arbeitundzukunft.de
Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege	www.bgw-online.de
Bundesministerium für Bildung und Forschung	www.bmbf.de
Bundesministerium für Gesundheit	www.bmg.bund.de
Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend	www.bmfsfj.de
Deutsches Zentrum für Altersfragen	www.dza.de
Initiative Arbeit und Gesundheit	www.iga-info.de
Initiative „Menschen pflegen“ in Rheinland-Pfalz	www.menschen-pflegen.de
INQA – Initiative Neue Qualität der Arbeit	www.inqa.de
- Thematischer Initiativkreis „Gesund pflegen“	www.inqa-pflege.de
- Thematischer Initiativkreis „30, 40, 50 plus – Älterwerden im Beruf“	
Kuratorium Deutsche Altershilfe	www.kda.de
Ministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit, Familie und Frauen des Landes Rheinland-Pfalz	www.masgff.rlp.de
Statistische Ämter des Bundes und der Länder	www.statistikportal.de

Anlage c

Beteiligte Betriebe

PaPsD-Projekt

AHZ-AKD Ingbert Ochs GmbH, Damscheid
Caritas Sozialstation Heilig Geist, Mainz
Diakoniestation Hachenburg-Bad Marienberg
Ökumenische Sozialstation Westpfalz e.V.
Pflegedienst Schwager, Otterberg

PIZA II-Projekt

Ambulante Kranken- und Altenpflege, Annweiler
Diakoniestation Hachenburg-Bad Marienberg
Ökumenische Sozialstation Westpfalz e.V., Landstuhl
Ökumenische Sozialstation, Mainz
Pflegedienst Hartenstein c/o Malteserhilfsdienst gGmbH, Hatzenbühl

Mitglieder des Projektbeirates

- MASGFF
 - Abteilung Arbeit
 - Referat Gesundheitsfachberufe
 - Referat Pflege
- ABVP - Arbeitgeber- und Berufsverband Pflege
- AOK Rheinland-Pfalz
- BGW Bezirksstelle Mainz
- bpa - Bundesverband privater Anbieter sozialer Dienste, Landesgeschäftsstelle Rheinland-Pfalz
- Dachverband der Pflegeorganisationen [Kreuznacher Akademie für Sozial- und Gesundheitsberufe]
- LIGA der Spitzenverbände der freien Wohlfahrtspflege
- Medizinischer Dienst der Krankenversicherung (MDK)
- Staatlicher Gewerbearzt für Rheinland-Pfalz; Referat Vorbeugender Gesundheitsschutz, arbeitsmedizinische Aufklärung, DV-Fachanwendungen
- ver.di Landesbezirk
- Arbeit und Zukunft, Hamburg
- arbeitsleben KG, Gmunden/Hamburg

In der Reihe „Berichte aus der Pflege“ des Ministeriums für Arbeit, Soziales, Gesundheit, Familie und Frauen des Landes Rheinland-Pfalz sind bisher erschienen:



- Nr.1, September 2005
Rahmenlehrplan und Ausbildungsrahmenplan für die Ausbildung in der Gesundheits- und Krankenpflege und Gesundheits- und Kinderkrankenpflege des Landes Rheinland-Pfalz
- Nr. 2, August 2005
Institut für Wirtschaft, Arbeit und Kultur:
Abschlussbericht. Fachkräftesituation und Fachkräftebedarf in der Pflege in Rheinland-Pfalz
- Nr. 3, September 2005
Institut für Wirtschaft, Arbeit und Kultur:
Branchenmonitoring Pflege Rheinland-Pfalz. Verfahren und Erhebungsbogen
- Nr. 4, Oktober 2005
Arbeit und Zukunft e.V.:
Gesunde Beschäftigung und gute Servicequalität in der ambulanten Pflege
- Nr. 5, September 2006
Richtlinien zu den Prüfungen in der Gesundheits- und Krankenpflege sowie in der Gesundheits- und Kinderkrankenpflege des Landes Rheinland-Pfalz
- Nr. 6, März 2007
Optimierung der Versorgung von Menschen mit Demenzerkrankungen in Pflegeeinrichtungen
- Nr. 7, November 2007
Abschlussbericht Branchenmonitoring Pflege Rheinland-Pfalz 2005/2006
- Nr. 8, September 2008
Zwischenbericht Arbeitsbewältigung in der ambulanten Pflege
PIZA II-Ergebnisse
- Nr. 9, Oktober 2008
Gutachten: Zukünftige Handlungsfelder in der Krankenhauspflege
- Nr. 10, Oktober 2008
Alternsgerechte Arbeit in der ambulanten Pflege
- Bestandsaufnahme und Ausblick

Weitere Veröffentlichungen zu „Menschen pflegen“:

- Regionale Pflegekonferenzen in Rheinland-Pfalz
- Musterdokumentation für die ambulante Pflege
- Musterdokumentation für die stationäre Pflege

Die Berichte sind zu beziehen über das Broschürentelefon (Nr.: 06131/16-2016) oder per E-Mail: bestellservice@masgff.rlp.de

Impressum

Herausgeber: Ministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit,
Familie und Frauen
Referat für Reden und Öffentlichkeitsarbeit
Bauhofstraße 9, 55116 Mainz
www.masgff.rlp.de
E-Mail: bestellservice@masgff.rlp.de

1. Auflage
Mainz, Oktober 2008

Verantwortlich für den Inhalt: Alexander Frevel,
Arbeit und Zukunft e.V., Hamburg
sekretariat@arbeitundzukunft.de

Redaktion: Roland Krick und Rita Schilp,
Referat Gesundheitsfachberufe, MASGFF RLP
Telefon: 06131-16-2336



Das Projekt „Partizipative Prävention im Arbeits- und Gesundheitsschutz durch sozialen Dialog (PaPsD)“ wird von 2006 bis 2009 gefördert vom Bundesministerium für Bildung und Forschung über die Projektträgerschaft DLR im Rahmen des Förderschwerpunkts Präventiver Arbeits- und Gesundheitsschutz.

Diese Druckschrift wird im Rahmen der Öffentlichkeitsarbeit der Landesregierung Rheinland-Pfalz herausgegeben. Sie darf weder von Parteien noch Wahlbewerberinnen und Wahlbewerbern oder Wahlhelferinnen und Wahlhelfern im Zeitraum von sechs Monaten vor einer Wahl zum Zweck der Wahlwerbung verwendet werden. Dies gilt für Kommunal-, Landtags-, Bundestags- und Europawahlen. Missbräuchlich ist während dieser Zeit insbesondere die Verteilung auf Wahlveranstaltungen, an Informationsständen der Parteien sowie das Einlegen, Aufdrucken und Aufkleben parteipolitischer Informationen oder Werbemittel. Untersagt ist gleichfalls die Weitergabe an Dritte zum Zwecke der Wahlwerbung. Auch ohne zeitlichen Bezug zu einer bevorstehenden Wahl darf die Druckschrift nicht in einer Weise verwendet werden, die als Parteinahme der Landesregierung zugunsten einzelner politischer Gruppen verstanden werden könnte. Den Parteien ist es gestattet, die Druckschrift zur Unterrichtung ihrer eigenen Mitglieder zu verwenden.