



Zukunft PFLEGEN

Grenzüberschreitendes
Agemanagement in der Pflege

ENDBERICHT

Zukunft PFLEGEN: Grenzüberschreitendes Agemanagement in der Pflege

J00067

Bericht aus den Betriebsberatungen von Arbeit und Zukunft e.V.

**VerfasserInnen:
Arbeit und Zukunft e.V.**

**Torsten Bökenheide
Barbara Fleissner
Alexander Frevel
Brigitta Gruber (Koordination)
Bianca Lißner
Kaspar Vogel**

September 2010



INTERREG - GEMEINSAM
GRENZENLOS GESTALTEN



Landkreis
Altötting



Bayerisches Staatsministerium für
Arbeit und Sozialordnung, Familie und Frauen



bmask.gv.at
BUNDESMINISTERIUM FÜR
ARBEIT, SOZIALES UND
KONSUMENTENSCHUTZ



Inhaltsverzeichnis

Einleitung – Gegenstand und Aufbau des Berichts	4
1. Demografischer Wandel in der Pflege	7
1.1 Daten und Fakten zur Pflege in Deutschland und Österreich	7
1.2 Demografischer Wandel in der ambulanten Pflege	10
1.3 Inhalte und Ergebnisse aus Forschungsprojekten	13
2. Strategie – Konzept – Methode. Was braucht es, um Alternsmanagement praktikabel zu machen? Die Förderung der Arbeitsbewältigungsfähigkeit!	21
2.1 Vom Agermanagement zum Alterns-Management	21
2.2 Arbeits(bewältigungs)fähigkeit	22
2.3 Arbeitsbewältigungs-Coaching®	25
3. Erfahrungen aus den Betriebsberatungen (Empirie)	32
3.1 Die Kooperationsbetriebe und die Teilnehmenden 2009 und 2010	32
3.1.1 Ausgangssituation in den Kooperationsbetrieben 2009: Altersstruktur der Pflegekräfte	34
3.1.2 Teilnehmende aus den Kooperationsbetrieben in den Jahren 2009 und 2010	36
3.2 Der Betriebsberatungsprozess mit Arbeitsbewältigungs-Coaching®	38
3.3 Arbeitsbewältigungs-Status 2009 (Querschnittauswertung zum Projektstart)	40
3.3.1 Arbeits-Renten/Pensions-Perspektive 2009 (Querschnittauswertung zum Projektstart).....	43
3.3.2 Förderbedarfe 2009	44
3.3.3 Zusammenfassung der Ausgangslage zum Prozessstart im Jahr 2009.....	46
3.4 Fördermaßnahmenpläne	48
3.4.1 Wahrnehmung und Bewertung der betrieblichen Maßnahmen aus Sicht der Beschäftigten.....	51
3.4.2 Umsetzung persönlicher Fördervorsätze aus Sicht der Beschäftigten	53
3.4.3 Überbetriebliches Arbeitsbewältigungs-Coaching®	54
3.5 Wirkungsüberprüfung 2010 (Längsschnittauswertung zum Projektende).....	55
3.5.1 Wahrnehmung und Bewertung des „Arbeitsbewältigungs-Coaching®“ aus Sicht der Beschäftigten	56
3.5.2 Wahrnehmung und Bewertung des Betriebsprojekts „Zukunft PFLEGEN“ aus Sicht der Beschäftigten	57
3.5.3 Betriebliche Veränderungsprozesse aus Sicht der Beschäftigten	58
3.5.4 Entwicklung der Arbeitsbewältigung von 2009 bis 2010 (Längsschnittauswertung zum Projektende)	61
3.5.5 Entwicklung der Arbeits-Renten/Pensionsperspektive von 2009 bis 2010	64
3.5.6 Fazit zum Projektschluss bzw. am (vorläufigen) Prozessende.....	66
3.6 Qualitative Bewertung des Betriebsberatungsprojekts aus Sicht der betrieblichen EntscheidungsträgerInnen	70
3.7 Tabellenanhang.....	73
4. Lessons learned	76
4.1 Fazit der Ergebnisse und Erkenntnisse.....	77
4.1.1 Erfolg betrieblicher Maßnahmen.....	77
4.1.2 Erfolg überbetrieblicher Maßnahmen	82
4.1.3 Evaluierung des Beratungsprozesses (AB-C)	83

4.1.4 Koordination und Zusammenarbeit unter den ProjektpartnerInnen	84
4.1.5 Arbeiten bis 67 – ist das im Pflegeberuf möglich?	85
4.2 Schlussfolgerungen	86
5. Literatur	88
6. Anhang Prozessmaterialien	92
a) AB-C-Fragebogen und Auswertungsblätter	92
b) Leitfaden- Reviewgespräche	105
Impressum	107

Einleitung – Gegenstand und Aufbau des Berichts

Der Pflegebereich gewinnt durch die demografische Entwicklung zunehmend an Bedeutung. Dabei stehen meist die Pflegebedürftigen im Mittelpunkt. Im INTERREG-Projekt „Zukunft PFLEGEN – Grenzüberschreitendes Agemanagement in der Pflege“ waren die in der Pflege Beschäftigten Zielgruppe. Mit dem steigenden Bedarf an Pflegekräften stellt der Pflegebereich ein wachsendes Beschäftigungssegment dar; die Beschäftigungsmöglichkeiten sind gut: Pflegeberufe sind in diesem Sinn attraktive Berufe. Das Image der Pflege ist aber zumindest ambivalent. Bei aller gesellschaftlichen Anerkennung der Leistungen von Pflegekräften sind die Arbeitsbedingungen geprägt durch hohe physische, psychische und soziale Belastungen und wegen Schichtarbeit und geteilten Diensten nicht familienfreundliche Arbeitszeiten bei einem geringen Einkommen.

Wir wissen, dass aufgrund der demografischen Entwicklung die Gruppe der älteren Bevölkerung in den nächsten Jahren wachsen wird. Voraussichtlich wird damit auch der Anteil pflegebedürftiger und kranker Personen zunehmen.

Gleichzeitig wird sich das Durchschnittsalter des Pflegepersonals erhöhen, weil es bei insgesamt weniger Nachwuchskräften schwieriger wird, Nachwuchs für die Pflege zu gewinnen. Der längere Verbleib von Pflegekräften im Beruf wird somit Voraussetzung für die Aufrechterhaltung des Pflegesystems in der Zukunft.

Die Kranken- und Altenpflege hat ein menschliches Antlitz. Die pflegetechnischen Neuerungen über die Jahre sind enorm. Gleichwohl bleibt die Pflege ein Mensch-zu-Mensch-Beruf, eine Dienstleistung mit hohen emotionalen und körperlichen Anforderungen. Die Orientierung an den Bedürfnissen und Fähigkeiten der KlientInnen setzt zwangsläufig eine Beschäftigtenorientierung voraus: Gute Pflegearbeit kann nur geleistet werden, wenn die Voraussetzungen für gute Arbeit in der Pflege gegeben sind. So erhält die Frage „Was können wir gemeinsam tun, um wohlbehalten, gut und gerne den Beruf bis zur regulären Rente auszuüben?“, eine mehrfache Bedeutung.

- Die Beantwortung der Frage ist von Interesse für die *Bevölkerung bzw. die (potenziellen) PatientInnen und KlientInnen*, wenn es gilt, auch künftig ausreichende Arbeitskapazitäten für gute Pflege vorzufinden.
- Sie ist von Bedeutung für die *Pflege- und Gesundheitseinrichtungen*, um personalwirtschaftlichen Engpässen oder betriebswirtschaftlichen Problemlagen wie hohen Fehlzeiten und den damit verbundenen Kosten vorzubeugen.
- Und nicht zuletzt ist sie wichtig für die *Beschäftigten* selbst, damit ein vorzeitiges Ausscheiden aus dem Beruf oder gar Erwerbsunfähigkeit möglichst verhindert werden kann.

Das Projekt „Zukunft PFLEGEN – Grenzüberschreitendes Agemanagement in der Pflege“ wurde von September 2008 bis August 2010 im Rahmen des Europäischen Förderprogramms INTERREG Bayern-Österreich mit Mitteln des Europäischen Fonds für Regionale Entwicklung (EFRE) finanziert. Zusätzliche Finanzmittel wurden vom Österreichischen Bun-

desministerium für Wirtschaft und Arbeit, dem Bayerischen Staatsministerium für Arbeit und Sozialordnung, Familie und Frauen sowie dem Landkreis Altötting beigesteuert.

Gefördert und entwickelt wurden Initiativen in Pflegeeinrichtungen des Landkreises Altötting und des Innviertels. Beteiligt waren die Führungen und die Belegschaften von Krankenhäusern, Ambulanten Pflegediensten und Altenheimen. Die Leitung des Gesamtprojekts hatte die Kammer für Arbeiter und Angestellte Oberösterreich. Auf bayerischer Seite lag die Koordination beim Katholischen Berufsverband für Pflegeberufe; strategische Unterstützung leisteten die AOK und Euregio Bayern.

Gegenstand des Projekts war es, durch gezielte Maßnahmen und Änderungen von betrieblichen und überbetrieblichen Rahmenbedingungen Pflegeberufe attraktiver zu machen. Angesetzt wurde auf den Ebenen des Individuums (Arbeitsfähigkeit, Gesundheit, Motivation, Weiterbildung), des Betriebs (Verbesserung der Arbeitsbedingungen, der Unternehmenskultur und der wertschätzenden Führung) und der grenzüberschreitenden Region (Einbindung aller regionalen Akteure).

Die wesentlichen Ziele des Projekts waren:

- Entwicklung von Strukturen für einen grenzüberschreitenden Arbeitsmarkt für ambulante und stationäre Pflege durch den Aufbau eines Netzwerks
- Erkennen von Problemfeldern, die es in Zukunft grenzüberschreitend zu bearbeiten gilt
- Initiierung von betrieblichen Pilotprojekten guter Arbeit für die Pflege
- Information und Sensibilisierung.

Arbeit und Zukunft e. V. war in dem Projekt im Wesentlichen beteiligt, um innovative Betriebsmodelle in Österreich und Bayern (weiter) zu entwickeln.

- Im Bereich der stationären Krankenpflege wurde eine Zusammenarbeit mit der AK OÖ (Consult) realisiert. Arbeit und Zukunft hat mit zwei Abteilungen in einem Krankenhaus in Bayern gearbeitet.
- Im Austausch mit der Johannes Kepler Universität (JKU) hat Arbeit und Zukunft in zwei Altenheimen der Grenzregion gearbeitet.
- Arbeit und Zukunft war federführend verantwortlich für die grenzüberschreitenden Betriebsprojekte in je drei ambulanten/mobilen Alten- und Krankenpflegeeinrichtungen im Landkreis Altötting und im Innviertel.

Mit diesem Bericht werden die Ergebnisse und Erkenntnisse der Arbeiten von Arbeit und Zukunft e. V. vorgelegt.

- Vorab wird zur Einführung in Kapitel 1 die Situation des demografischen Wandels in der Pflege mit Daten aus Deutschland und Österreich dargestellt. Dies wird ergänzt um Kurzbeschreibungen zum Stand des Wissens aus (geförderten) Forschungs- und Entwicklungsprojekten in beiden Ländern¹.

¹ Hier ist notwendig auf die Studie „Grenzland-Vergleich in der mobilen und stationären Pflege im Innviertel/Oberösterreich und in Altötting/Bayern“ zu verweisen, in der von Daniela Wittinger, Christina Kein, Verena Paul, Johanna Breuer und Carmen Kittel vom Institute for Social Research and Analysis, Wien 2009, eine regi-

- Die Grundlagen der Arbeit mit Beschäftigten und in Betrieben sind für uns das Konzept der Arbeitsbewältigungsfähigkeit (Work Ability). Dieses und der Bezug zum Altersmanagement werden in Kapitel 2 erläutert.
- Im Kern und damit im umfangreichsten Teil des Berichts werden die empirischen Ergebnisse der betrieblichen Entwicklungsprozesse beschrieben. Dies schließt die Resultate und sowohl die Output- als auch die Outcome-Evaluation ein (Kapitel 3).
- Kapitel 4 – Lessons learned – schildert unser Fazit aus Ergebnissen und Erkenntnissen des Projektes.

onale Kontext- und Ursachenanalyse dargestellt wird. Hier finden sich dezidierte Aussagen zum Stand und zu den Entwicklungsperspektiven des spezifischen Arbeitsmarktes in den Regionen.

1. Demografischer Wandel in der Pflege

1.1 Daten und Fakten zur Pflege in Deutschland und Österreich²

Pflegeversorgung

- In Deutschland wurden 2005 von den insgesamt rund 2,16 Mio. Leistungsbeziehenden aus der Pflegeversicherung rund 1,45 Mio. Personen ambulant gepflegt (Statistisches Bundesamt 2005).
- 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 III.
Im Vergleich mit dem Jahr 2005 hat sich die Zahl der Pflegebedürftigen bundesweit um insgesamt 118.000 Personen, das entspricht etwa 6 %, erhöht und betrug Ende 2007 2,25 Millionen Menschen.
83 % der Pflegebedürftigen waren älter als 65 Jahre und 35 % waren Hochbetagte mit 85 Jahren und mehr.
- Insgesamt 415.993 Menschen bezogen 2008 in Österreich Pflegegeld vom Bund (351.057 Personen) bzw. den Ländern (64.936 Personen).³
17,5 % der PflegegeldbezieherInnen werden in Alten- und Pflegeheimen, 25 % durch mobile Dienste (auch in Kombination mit Angehörigenpflege), 5 % durch 24-Stunden-Betreuung und 52,5 % durch Angehörigenpflege (vorwiegend Familie) betreut.⁴
Von 2003 bis 2008 ist die Anzahl der PflegegeldbezieherInnen um 12 % gestiegen, wobei insbesondere die in Anspruch genommenen Leistungen der ambulanten/mobilen Dienste deutliche Zuwächse zu verzeichnen hatten.⁵

Beschäftigte in der Pflege

- In Österreich waren 2008 zwischen 60.000 und 80.000 Menschen in Pflegeberufen tätig. Inoffizielle Zahlen sprechen von ca. 43.000 legalen und etwa 40.000 illegalen Beschäftigungen. Wie dem Pflegebericht 2006 zu entnehmen ist, gab es 2004 rund 44.600 vollzeitbeschäftigte Pflegepersonen. Insgesamt zeigt sich, dass der Personalstand in den untersuchten Berufsgruppen zwischen 1994 und 2004 um fast 11 % gestiegen ist (plus 4.380 Vollzeitäquivalente).
Laut einer Untersuchung von „Gesundheit Österreich GmbH“, Geschäftsbereich ÖBIG, ist

² Die statistischen Quellen sind uneinheitlich und bieten häufig nur Daten zu unterschiedlichen Zeitpunkten oder für nicht vergleichbare Beschäftigtengruppen an. Dies erschwert die Vergleichbarkeit und mindert die Aussagekraft, ist aber durch die VerfasserInnen nicht veränderlich.

³ Statistik Austria, 2008.

⁴ Rudda / Fürstl-Grasser / Rubisch 2008.

⁵ Bundesministerium für Soziales und Konsumentenschutz: Sozialbericht 2007-2008.

der Personalstand von 2003 bis 2006 um 12% gestiegen.⁶

Der Frauenanteil des Personals beträgt 82 %.

54% des Personals sind Teilzeit beschäftigt mit einem durchschnittlichen Beschäftigungsumfang von 30 Wochenstunden. Und es ist ein deutlicher Trend zu höherer Qualifizierung festzustellen.⁷

Ambulante Pflege

- In Deutschland gab es mit Stand 17.12.2007⁸ insgesamt 11.529 ambulante Pflegeeinrichtungen mit 236.162 Beschäftigten. 26,4 % waren in Vollzeit-, 48,4 % in Teilzeit-, und 22,5 % geringfügig beschäftigt. 1,8 % waren Auszubildende, Praktikanten und Helfende im FSJ (Freiwilliges Soziales Jahr). Der Haupteinsatzbereich war die Grundpflege – hier hatten mehr als zwei Drittel (69 %) ihren Arbeitsschwerpunkt. Gegenüber 2005 hat die Zahl der ambulanten Dienste um 5 % zugenommen, die der ambulant Versorgten um 6,9 % (33.000) und die Personalzahl um 10,2 % (22.000), wobei die Zuwächse bei Voll- und Teilzeitbeschäftigten etwa gleich stark ausfielen. Das Personal ist zu über 85 % weiblich.
- Bei den mobilen Diensten in Österreich waren 2002 insgesamt 3.400 MitarbeiterInnen (im Folgenden MA abgekürzt) beschäftigt, davon 1.734 Diplomierte Gesundheits- und KrankenpflegerInnen; 1.665 Beschäftigte gehören den Berufsgruppen der Altenpflege-/AltenfachbetreuerInnen an. (Der errechnete Sollstand für 2010 sind 4.428 Beschäftigte, das ist ein Mehr von 1.082 MA)⁹.

Stationäre Pflege

- In Deutschland gab es mit Stand 17.12.2007 rund 11.029 stationäre Pflegeeinrichtungen (nach SGB XI) mit 573.545 Beschäftigten. 35,4 % waren in Vollzeit, 32,47 % in Teilzeit und 10,2 % geringfügig beschäftigt. 6,3 % waren Auszubildende, PraktikantInnen und Helfende im FSJ. 69 % hatten ihren Arbeitsschwerpunkt im Bereich Pflege und Betreuung. Gegenüber 2005 hat die Betreuung der stationären Versorgung zugenommen. Die Zahl der Heime stieg um 5,8 % bzw. rund 500 Einrichtungen, die Zahl der Versorgten um 4,8 %, und das Personal um 5 %. Die Zahl der Vollzeitbeschäftigten hat jedoch abgenommen, um 2,6 % bzw. 5000 Personen. Die Zahl der Teilzeitbeschäftigten stieg dagegen um 13,7 %, und die der Auszubildenden und PraktikantInnen um 2,2 %.
- Die Alten- und Pflegeheime in Österreich beschäftigten mit Stand 2002 insgesamt 16.963 Pflegekräfte, davon 7.123 Diplomierte Gesundheits- und KrankenpflegerInnen und 9.840 Beschäftigte gehören den Berufsgruppen der Altenpflege/AltenfachbetreuerInnen an.

⁶ Pflegebericht 2006, ÖBIG.

⁷ Rudda / Marschitz: Reform der Pflegevorsorge in Österreich II, in: Soziale Sicherheit Nr. 11/2007.

⁸ Statistisches Bundesamt: Berichte 1-4 zur Pflegestatistik 2007 – Pflege im Rahmen der Pflegeversicherung, Wiesbaden 2008.

⁹ Österreichischer Pflegebericht, 2006.

(Der errechnete Sollstand für 2010 sind 21.067 Beschäftigte, das ist ein Mehr von 3.859 MA)¹⁰.

Krankenhäuser

- Am 31.12.2007 gab es insgesamt 2.087¹¹ Krankenhäuser. Im Pflegedienst waren 393.000 Pflegekräfte beschäftigt, das entspricht umgerechnet 298.325 statistischen Vollzeitkräften. Annähernd jeder zweite Krankenhausmitarbeiter im Pflegedienst (46,7 %) ist teilzeit- oder geringfügig beschäftigt.
Gegenüber 2006 hat sich die Anzahl der Einrichtungen um 17 verringert. Die Zahl der statistischen Vollzeitkräfte in der Pflege verringerte sich um 1.000.
Der Frauenanteil an den Pflegekräften insgesamt betrug 2007 86,4 %, bei den Kinderkrankenpflegern und -pflegerinnen waren es sogar 98,4 %.
Insgesamt wurden in den letzten 16 Jahren etwa 114.000 Vollzeitäquivalente für Krankenpflegekräfte abgebaut. Im gleichen Zeitraum hat sich die Fallzahl der stationär behandelten Patienten deutlich erhöht (+2.659 je 100.000 Einwohner), während die Verweildauer um 5,64 Tage sank. Die Belastungszahl des Pflegedienstes nach Fällen stieg in den allgemeinen Krankenhäusern in den vergangenen 11 Jahren von 48 auf 61, was einem Zuwachs von 29 % entspricht.¹²
- Die Fondskrankenhäuser Österreichs beschäftigten mit Stand 2004 insgesamt 44.558 Pflegekräfte, davon 37.597 Diplomierte Gesundheits- und KrankenpflegerInnen und 6.962 PflegehelferInnen. (Der errechnete Sollstand für 2010 sind 45.121 Beschäftigte, das ist ein mehr von 1.243 MA)¹³.

Qualifikation der Beschäftigten in der Altenpflege

- Ausgebildete Gesundheits- und KrankenpflegerInnen bzw. AltenpflegerInnen übernehmen zu einem Drittel die Versorgung in der Grundpflege, AltenpflegerInnen und Gesundheits- und KinderkrankenpflegerInnen bilden gemeinsam mit der Pflegedienstleitung das letzte Drittel. Ca. 34 % der Pflegekräfte sind ohne mehrjährige Ausbildung.
- Die Gesundheits- und Krankenpflegepersonen in Österreich können ihre Dienstleistung in einem Dienstverhältnis oder freiberuflich anbieten. Pflege findet im Rahmen der Akutversorgung im Krankenhaus, in Alten-/Pflegeheimen als Langzeitpflege und im Rahmen der Hauskranken- bzw. der mobilen Pflege statt. Im österreichischen Pflegebericht 2007 (ÖBIG) wird daher nach folgenden Settings differenziert:
 - Krankenhaus(Akutpflege)
 - Altenheim (Langzeitpflege) sowie
 - Pflege zu Hause/Mobile Pflege (Hauskrankenpflege).

¹⁰ Österreichischer Pflegebericht, 2006.

¹¹ Statistisches Bundesamt (Hrsg.), Fachserie 12 Gesundheitswesen, Reihe 6.1.1 Grunddaten der Krankenhäuser.

¹² INQA, Gesund Pflegen, Zahlen und Fakten.

¹³ Österreichischer Pflegebericht, 2006.

Bei den Gesundheits- und Krankenpflegeberufen in Österreich wird unterschieden zwischen dem gehobenen Dienst für Gesundheits- und Krankenpflege und der Pflegehilfe, die unter Anordnung und Aufsicht des gehobenen Dienstes arbeitet. (Der/die AltenfachbetreuerIn gehört in Österreich nicht zu den GuK-Berufen, sondern zu den Sozialberufen).

Verweildauer der Beschäftigten in der Pflege

Nachdem die NEXT-Studie¹⁴ die Verweildauer von Pflegekräften thematisierte und unter anderem Ausstiegsabsichten erfragte, hat eine neuere Studie in Deutschland die tatsächlichen Verweildauern in der Pflege untersucht:

- Zwischen den Berufsgruppen der Gesundheits- und Krankenpflege und der Alten- und Sozialpflege gibt es enorme Unterschiede¹⁵. Auch die Qualifikation wirkt sich stark aus. So sind nach 10 Jahren noch 70 % der KrankenpflegerInnen im Beruf, während es von den KrankenpflegehelferInnen nur mehr 35 % sind. In der Altenpflege sind nach zehn Jahren noch 52 % im Beruf. Die derzeitigen Berufskennziffern erlauben in der Altenpflege leider keine Differenzierung in Fach- und Hilfskräfte.
- Eine Sonderstellung nehmen Pflegekräfte ein, die erst im mittleren Alter nach einer Umschulung in den Pflegeberuf eintreten. Hier sind nach 10 Jahren in der Alten- und Sozialpflege noch zwischen 70 und 80 % tätig.

1.2 Demografischer Wandel in der ambulanten Pflege

Die ambulante Alten- und Krankenpflege ist in zweifacher Hinsicht vom demografischen Wandel betroffen:

- a) 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. 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. 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.
- b) Die Belegschaften in den Betrieben / Pflegediensten altern. Dem kollektiven Durchwandern geburtenstarker Jahrgänge folgt parallel 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.

¹⁴ Hasselhorn HM, Müller BH, Tackenberg P, Kümmering A, Simon M (Hrsg.): Berufsausstieg bei Pflegepersonal – Arbeitsbedingungen und beabsichtigter Berufsausstieg bei Pflegepersonal in Deutschland und Europa. Schriftenreihe der Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin Ü15, Bremerhaven 2005.

¹⁵ Berichte aus der Pflege Nr.12, Mai 2009, Forschungsstudie zur Verweildauer in Pflegeberufen in Rheinland-Pfalz.

In der amtlichen Prognose¹⁶ wird für Deutschland beschrieben, dass die Bevölkerungsentwicklung¹⁷ 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).

Ähnlich stellt sich die Situation in Österreich dar. Bis 2030 wird sich der Anteil der über 60-Jährigen von etwa 23 % in 2010 auf ca. 32 % steigern; das entspricht einem Zuwachs in dieser Altersgruppe um etwa 500.000 Personen. Im gleichen Zeitraum wird sich der Anteil der über 85-Jährigen mehr als verdoppeln (Schipfer 2005 und Mitterer 2006).

Der Anteil der Pflegebedürftigen hängt insbesondere auch davon ab, wie sich die Folgen von Prävention und besserer gesundheitlicher Standards (Ernährung, Bewegung, Stress, ...) realisieren, also die Menschen länger gesund leben. Für Deutschland sieht die Prognose folgendermaßen aus.

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%
darunter						
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 1.1: 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.).

¹⁶ 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]

¹⁷ Die folgenden Aussagen beruhen auf der 11. koordinierten Bevölkerungsvorausberechnung in der Variante „Untergrenze der mittleren Bevölkerung“: Geburtenhäufigkeit 1,4 Kinder/Frau, Anstieg Lebenserwartung Neu-

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).

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).

Was bedeutet das für die Nachfrage nach Pflegekräften? Nach einer Studie des Freiburger Forschungszentrums Generationenverträge im Auftrag der BGW¹⁸ wird der Fachkräftebedarf in der Altenpflege von 320.000 Vollzeitäquivalenten im Jahr 2007 auf voraussichtlich 840.000 Vollzeitäquivalente im Jahr 2050 steigen.

Wie kann diesem Bedarf entsprochen werden? Rechnet man die bisherigen Trends hoch, werden diesem Bedarf voraussichtlich nur 410.000 Pflegevollzeitäquivalente gegenüberstehen. Es bleibt eine große Lücke.

Zwei Möglichkeiten gibt es, diese Lücke zu füllen: mehr Nachwuchs und Verlängerung der Verweildauer. Es ist zu prüfen, ob der erforderliche Nachwuchs in ausreichender Zahl rekrutiert und in ausreichender Qualität ausgebildet werden kann. Die Zahl der BerufsanfängerInnen sinkt auf Grund des demografischen Wandels, und die Konkurrenz anderer attraktiver Branchen und Arbeitgeber ist groß.

Deshalb gilt es, die Verweildauer im Beruf zu erhöhen. Wie die Freiburger Studie errechnet hat, arbeiten Altenpflegekräfte durchschnittlich 8,4 Jahre in ihrem Beruf, Pflegekräfte in Krankenhäusern dagegen 13,7 Jahre. Wenn die Beschäftigten in der Altenpflege so lange in ihrem Beruf aktiv blieben wie ihre KollegInnen in der stationären Krankenpflege, würde sich die voraussichtliche Personallücke in der Altenpflege bis zum Jahr 2050 um etwa 60 Prozent verringern.

Für jede einzelne Person ist also zu prüfen, welche persönlichen und betrieblichen Bedingungen erfüllt sein müssen, um die gegebene Arbeit gut, gerne und gesund so lange wie möglich ausüben zu können, im Idealfall bis zum Renteneintritt. 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 altersgerecht sind bzw. (rechtzeitig) werden können, um die gegebene Arbeit gut, gerne und gesund bis zum Renteneintritt auszuüben.

geborener auf 80,6 (Jungen) bzw. 85,5 (Mädchen) Jahre, Außenwanderungssaldo von + 100.000 Personen. Siehe DW-Pflege, S. 5

¹⁸ Presseinformation der BGW vom 16.06.2009, Zugriff am 31.07.2009 unter http://www.bgw-online.de/internet/generator/Inhalt/OnlineInhalt/Medientypen/Presseinformation/Aktuelle_Pressemeldungen/PM_Verweildauer_Altenpflegekraefte.html.

1.3 Inhalte und Ergebnisse aus Forschungsprojekten

Es gibt aus Forschungs- und Entwicklungsprojekten eine Vielzahl von Konzepten und Modellen. In Deutschland wurden deutlich mehr Vorhaben in der Pflege durchgeführt als in Österreich. Etliche Lösungsansätze und Beispiele Guter Praxis sind in der Datenbank des Thematischen Initiativkreises Gesund Pflegen bei INQA (Initiative Neue Qualität der Arbeit – www.inqa.bund.de) verzeichnet. Für Österreich finden sich Beispiele und Ergebnisberichte in der Projektdatenbank des Fonds Gesundes Österreich (www.fgoe.org).

Beispiele für ganzheitliche Konzepte zur Förderung

Umfassende Konzepte zur Förderung der Arbeits- und Beschäftigungsfähigkeit, die mehrere der für die Bewältigung des demografischen Wandels definierten Handlungsfelder berücksichtigen, beschäftigen sich mit folgenden Themen:

- Gesundheit (unter multiplen Aspekten)
- Arbeitsorganisation und -gestaltung (z. B. Schichtplan, Lebensarbeitszeitkonten, Aufgabenwechsel, Ergonomie)
- Qualifikation, Weiterbildung und lebensbegleitendes Lernen (das ganze Spektrum von Ausbildung, Weiterbildung, Fortbildung sowie von Entwicklungsmaßnahmen für Wiedereinsteigende, Hilfskräfte, Quereinsteiger, Führungskräfte im Umgang mit dem demografischen Wandel)
- Führung und Unternehmenskultur (Pflegedienstleitung und Geschäftsführung, Arbeitgeberattraktivität, Arbeitgeberbindung, altersgerechte Arbeitsplätze, Erfahrungswissen im Unternehmen halten)
- Demografiegerechte Personal- und Rekrutierungspolitik (z. B. Vereinbarkeit von Familie und Beruf, Wiedereinstieg erleichtern, Migration).

Konzepte und beispielhafte Projekte

- In den Sozialdiensten der Volkssolidarität Berlin wurde durch umfassendes betriebliches Gesundheitsmanagement der Krankenstand gesenkt, die Mitarbeiterzufriedenheit und die Identifikation mit dem Unternehmen erhöht¹⁹.
- Im Kooperationsprojekt „Arbeitsschutz in der Ambulanten Pflege“ von BGW und Hamburger Amt für Arbeitsschutz wurde ein Beratungskonzept entwickelt, das den Betrieben hilft, selbstständig tätig zu werden und Schwerpunkte zu setzen, wobei Arbeitsschutz bis hinein in Qualitätsmanagement und Organisationsentwicklung reicht²⁰. Es soll den Missstand beheben, dass Betreuung in kleinen Betrieben entweder gar nicht stattfindet oder nur technisch orientiert ist. Mit der Methode der „Modierten Gefährdungsbeurteilung“ wird

¹⁹ Gute Lösungen in der Pflege, BAuA, 2005.

²⁰ Abschlussbericht „Arbeitsschutz in der Ambulanten Pflege“, 2007.

den Betrieben zudem die Möglichkeit gegeben, psychische Belastungen besser zu erfassen und Maßnahmen zu entwickeln²¹.

- Das Evangelische Krankenhaus Lutherhaus GmbH in Essen hat auf dem Gebiet der Arbeitsorganisation zahlreiche Lösungswege entwickelt. Dazu gehören flexible Arbeitszeit- und Arbeitsorganisation, freie Absprache von Arbeitsbeginn und Arbeitsende, Kurzsabbaticals oder betrieblich unterstützte Tagespflege für die Betreuung von Kindern. Damit lassen sich Beruf und Familie erheblich besser vereinen. Den Erfolg beweisen unter anderem geringe Fluktuation und ein sehr niedriger Krankenstand. Dass die attraktiven Arbeitszeitansätze dabei helfen, qualifizierte Kräfte an das Haus zu binden, zeigen zahlreiche Betriebsjubiläen zwischen 10 und 40 Jahren²².
- Im Projekt CheFsache Familie²³ werden kleine und mittlere Unternehmen auf dem Weg zu einer langjährigen Mitarbeiterbindung von der Universität Flensburg begleitet und beraten. Dazu gehören flexible Arbeitszeiten, Teilzeitstellen auch für Führungskräfte, Kontaktangebote für die Elternzeit und Einstiegsprogramme für BerufsrückkehrerInnen, Unterstützung bei der Suche nach Betreuungsmöglichkeiten, oder ganz allgemein ein familienfreundlicheres Betriebsklima mit dazu passendem Führungsverhalten.
- Ein neues Karrieremodell für Pflegekräfte hat der Wiener Krankenanstaltenverbund (KAV) entwickelt und umgesetzt. Es umfasst unterschiedliche Kompetenzstufen vom Anfängerbis zum Expertenstatus. Die verbesserte Perspektive im Pflegeberuf führt zu einer erhöhten Motivation der Pflegekräfte, und verbessert die Kompetenzen ganzer Pflgeteams²⁴.
- Im Pflegezentrum Mainterrasse, das als bester Arbeitgeber 2009 in der Kategorie Kleinunternehmen ausgezeichnet wurde, werden moderne Personalmanagementmethoden eingesetzt, mit dem Ziel, Begabungen möglichst genau zu identifizieren und geeignete Aufgabenzuschneide für Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter zu finden. Das Ergebnis ist hohe Mitarbeiterzufriedenheit und die Bereitschaft, sich mit allen Ideen und Fähigkeiten einzubringen²⁵.
- Die Gemeinsame Deutsche Arbeitsschutzstrategie (GDA), die von Bund, Ländern und Unfallversicherungsträgern gemeinsam getragene, bundesweit geltende Arbeitsschutzstrategie, befasst sich aktuell mit der Entwicklung einer Präventionskultur in den Unternehmen und bei den Führungskräften der Pflegebranche und mit der Förderung der Gesundheitskompetenz der Beschäftigten und Versicherten in den Pflegeberufen²⁶.
- Die BGW unterstützt alternsgerechte Personalentwicklung durch ihr Seminar- und Qualifizierungsprogramm „Betriebliche Gesundheitsförderung durch Personalentwicklung“²⁷.

²¹ Moderierte Gefährdungsbeurteilung“, BGW, 2009.

²² Gute Lösungen in der Pflege, BAuA, 2005.

²³ Abschlussbericht CheFSache Familie, 2006.

²⁴ Abschlussbericht „Meisterhafte Pflegekunst – Gesundheitsgerechte Karrierewege im Pflegeberuf“, Wien, 2001.

²⁵ Management mit Herz und Verstand, Great Place to Work Institute, 2009.

²⁶ <http://www.gda-portal.de/> (Zugriff am 29.07.2009).

²⁷ BGW, Pflegereport 2007.

- Das Institut für Arbeits- und Organisationspsychologie der Universität Flensburg führt in Kooperation mit der Diakonie Flensburg das Projekt zur "Gestaltung altersgerechter Arbeitsbedingungen in Krankenhaus und Altenheim - GAbI" durch. Ziel des Projektes ist es, gemeinschaftlich zukunftsweisende und vor allem praktikable Ideen zur Bewältigung des demografischen Wandels zu erarbeiten und in der Praxis zu erproben. Die Ergebnisse werden im September 2009 präsentiert.²⁸

Konzepte für spezifische Themenbereiche

Alter

- Die Sozial-Holding der Stadt Mönchengladbach GmbH setzt auf einen demografiesensiblen Personalentwicklungsansatz.²⁹ Im Bereich der Qualifizierung gilt generell, dass es für die Teilnahme an Weiterbildungsmaßnahmen keine Altersgrenzen gibt. Im Gegenteil: Ältere Beschäftigte werden dazu ermutigt, an Weiterbildung teilzunehmen. Im Ergebnis wurden höhere Mitarbeiterzufriedenheit und Beschäftigungsfähigkeit erreicht.

Qualifikation

- Unter anderem mit den Qualifizierungsbedarfen von Pflegekräften unterschiedlicher Qualifikationsstufen befasst sich eine von der BAuA initiierte Studie³⁰. Sie kommt zum Schluss, dass sich Angebote insbesondere auch an inter- und intradisziplinäre Teams, gering qualifizierte Pflegekräfte und neue MitarbeiterInnen richten sollen, und dass „Professionalisierung“ die Schlüsselkategorie bei der Konzeption von Qualifizierungsmaßnahmen sein muss.

Wiedereinsteigende

- Mit dem Wiedereinstieg in den Pflegeberuf befasst sich eine Machbarkeitsstudie des Instituts für Betriebliche Gesundheitsförderung, Köln im Auftrag der BAuA. In einem Leitfaden sind die Ergebnisse sowohl für Einrichtungen als auch für Wiedereinsteigerinnen aufbereitet worden. Grundvoraussetzung für einen gesunden Wiedereinstieg ist eine frühzeitige intensive Vorbereitung auf beiden Seiten, und eine verstärkte Unterstützung in der Wiedereinstiegsphase³¹.

²⁸http://www.gabiprojekt.de/index.php?option=com_content&task=view&id=12&Itemid=26 (download vom 18.07.2009)

²⁹ So(Ho)lsses! – Unternehmenszeitung der Sozial-Holding Mönchengladbach, Ausgabe 13, April 2008

³⁰ Blättner, B.; Michelsen, K.; Sichtung, J.; Stegmüller, K.: Analyse des Angebotes und des Qualifizierungsbedarfes aus der Sicht von praktisch in der Pflege tätiger Personen, 1. Auflage. Dortmund: Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin 2005

³¹ Gesunder Wiedereinstieg in den Altenpflegeberuf, Machbarkeitsstudie, BAuA, 2005

Einsteigende Langzeitarbeitslose

- Eine weitere Studie der BAuA untersucht speziell die Integrationsmöglichkeiten Langzeitarbeitsloser³². Einige der dort konstatierten hemmenden Faktoren haben sich inzwischen verändert. So hat sich das damalige (2005) Überangebot von Pflegekräften in einen Mangel verwandelt. Gleichzeitig zeigt die Studie Ansätze, wie Arbeitslose auch bei ungünstigen Voraussetzungen auf eine Integration hin betreut und qualifiziert werden können. Besondere Relevanz bekommt diese Studie in Hinblick auf die neuen Erkenntnisse bezüglich der langen Verweildauer umgeschulter Pflegekräfte, die erst im mittleren Alter zum Pflegeberuf finden.

Konzepte für unterschiedliche Einrichtungsarten und -orte

Ambulante Pflege

- Speziell für ambulante Pflegebetriebe mit bis zu 50 Beschäftigten ist das oben erwähnte Beratungskonzept der BGW (siehe Fußnote 20) entwickelt worden. An der Übertragung auf stationäre Einrichtungen wird derzeit gearbeitet.
- Im Teilprojekt „Sozialer Dialog Pflege“ des Projektes PaPsD³³, einem Projekt von Arbeit und Zukunft e.V., werden Beispiele altersgerechter Arbeitsgestaltung in der ambulanten Pflege geschildert.

Stationäre Pflege

- Neue Wege in der stationären Altenpflege geht die Bremer Heimstiftung mit ihrem „Haus im Viertel“. Bei diesem Modellprojekt stehen zwar die Bewohner im Mittelpunkt, durch die Schaffung „unterstützender Assistenzsysteme“ hat es aber auch beträchtliche Auswirkungen auf die Gestaltung der Arbeitsorganisation der Beschäftigten³⁴.
- Die 3Q-Studie hat das Ziel, die Arbeitsbedingungen in Altenpflegeeinrichtungen zu verbessern. Dabei soll auch untersucht werden, inwieweit sich die Qualität der Arbeitsbedingungen auf die Pflegequalität sowie auf die betriebswirtschaftliche Situation der Altenpflegeeinrichtungen auswirkt. Untersuchungen in den USA haben gezeigt, dass die Arbeitsbedingungen und das Qualifikationsniveau der Pflegekräfte einen hohen Einfluss auf die Pflegequalität und direkte Konsequenzen für die betriebswirtschaftliche Situation der Einrichtungen haben. In Deutschland liegen zu diesem Bereich noch keine Erkenntnisse vor³⁵.

³² Jaudas, J.; Dunkel, W.: Integration Langzeitarbeitsloser in Einrichtungen der Pflege
1. Auflage. BAuA 2005.

³³ Berichte aus der Pflege, Nr. 10 - Bestandsaufnahme und Ausblick zum Thema "Altersgerechte Arbeit in der ambulanten Pflege".

³⁴ Zukunft Quartier – Lebensräume zum Älterwerden, Themenheft 1, Netzwerk: Soziales neu gestalten (Song) 2009.

³⁵ Schmidt S, Hasselhorn M, Müller B: Qualität in Altenpflegeeinrichtungen (2007-2009), Sachbericht Zeitraum 1.Juni bis 30.November 2008, Bergische Universität Wuppertal, November 2008

Krankenhaus

- Das Alice-Hospital Darmstadt erprobte in Zusammenarbeit mit der Fachhochschule Wiesbaden ein Konzept zur partizipativen Belastungsreduktion von Pflegenden mit dem Ziel, so genannte Gesundheitshebel zu definieren, mit denen Arbeitsbelastungen im Pflegedienst abgebaut werden können.³⁶
- Die Sicherung professioneller Selbständigkeit und die Förderung der Professionalisierung von Gefühlsarbeit wie z. B. Empathie und Einfühlungsvermögen stehen im Zentrum des Verbundprojekts „Quiero – Qualifizierung durch Integration erfahrungsbezogener Ressourcen in Organisationen der Pflege“. Wege für den Transfer werden in der Uniklinik Dresden erprobt.³⁷

Konzepte zur Bewältigung des demografischen Wandels in Betrieben

Zum Thema Umsetzungsunterstützung gibt es wenig pflegespezifische Beispiele. Gleichwohl gibt es eine Vielzahl von nicht branchenspezifischen Ansätzen, die für die Pflege herangezogen und adaptiert werden können.

- Eines der wenigen Unterstützungs-Angebote, das sich direkt an die Pflege wendet, ist „Hoffnung Alter“ im Land Brandenburg. Es hilft kleinen und mittleren Unternehmen in der Pflege durch kostengünstige Beratung, Qualifizierung und Coaching-Angebote bei der alter(n)sgerechten Personalentwicklung. Unternehmen haben dabei die Wahl zwischen verschiedenen Angeboten – sie können mittels Altersstruktur- und Kompetenzanalyse, Arbeitsbewältigungsindex oder Gefährdungsbeurteilung ihre Situation untersuchen, können sich zu Personalgewinnung oder alter(n)sgerechter Personalentwicklung beraten lassen, ihre Personalverantwortlichen coachen lassen oder Methoden des Erfahrungstransfers implementieren³⁸.
- Ebenfalls spezifisch für die Pflege ist die Sammelmappe Handlungshilfen, die vom INQA-Initiativkreis „Gesund Pflegen“ zusammengestellt wurde. Sie vereinigt wirksame Instrumente für eine bessere Qualität der Arbeit und bietet damit eine Möglichkeit für Betriebe, in Themen einzusteigen, die für die Attraktivität der Pflegebranche wichtig sind.
- Ein Leitfaden war auch ein Ergebnis des Modellprojekts „Alter(n)sgerechte Arbeitsplätze in der Altenpflege“ im Rahmen des von der Europäischen Union geförderten EQUAL-Projekts. Er soll die Träger von Pflegeheimen und ambulanten Diensten dabei unterstützen, die Arbeitsplätze so zu gestalten, dass die Ressourcen und Kompetenzen älterer Arbeitnehmer besser genutzt werden können³⁹.

³⁶ North K, Friedrich P, Bernhardt M: Die Gesundheitshebel – Gesundheitskompetenzen für die Pflege entwickeln. Gabler 2009.

³⁷ www.quiero-online.de (Zugriff am 31.07.2009).

³⁸ Gute Lösungen in der Pflege II, BAuA 2007.

³⁹ Zimmer A, Berger G: Alter(n)sgerechte Arbeitsplätze in der Altenpflege – Eine Handreichung für Pflegeeinrichtungen, Stuttgart, Diakonisches Werk Württemberg 2005.

- Handlungsleitfäden, wenn auch nicht pflegespezifisch, bietet die IG-Metall in einer Arbeitsmappe, die Wege zu einem gesunden Älterwerden im Betrieb aufzeigen und so die Beschäftigungsfähigkeit und -chancen Älterer erhöhen soll.
- Der Aufbau und die Stärkung einer regionalen Vernetzung zwischen den Betrieben sowie zwischen den betriebs-externen Gesundheitsakteuren ist zentrales Anliegen des Projektes „Gesunde Arbeitswelten“. Durch den Aufbau regionaler Kompetenzzentren für betriebliche Gesundheitspolitik sollten nachhaltig wirksame Konzepte für Klein- und Mittelbetriebe entwickelt und deren Verbreitung in den Regionen gefördert werden. Ergebnis des Projektes ist unter anderem ein Leitfaden, der Empfehlungen gibt, wie eine regionale Vernetzung von betrieblichen und überbetrieblichen Akteuren der Gesundheitspolitik erfolgen kann⁴⁰.
- Mit DemoKomp wurde ein Angebot geschaffen, um das inzwischen umfangreich vorliegende Wissen über eine altersgerechte Betriebspolitik für kleine und mittlere Betriebe verfügbar zu machen. Ausgangspunkt war hier die Erkenntnis, dass die Mehrzahl der Betriebe bisher nicht erreicht werden konnte. Das Angebot bestand aus einem onlinebasierten Instrument zur Selbsteinschätzung, Informationsmodulen zu einzelnen Handlungsfeldern und der Möglichkeit zu – anfangs – kostenloser Beratung.
- In den Modellprojekten GeniAL I und GeniAL II (Generationenmanagement im Arbeitsleben) nutzt die Deutsche Rentenversicherung ihre flächendeckende Präsenz, um kleine und mittlere Unternehmen zum betrieblichen Altersmanagement zu beraten. Die Ergebnisse der ersten einjährigen Erprobungsphase⁴¹ haben dazu geführt, dass das Projekt nun in einer zweiten Förderphase mit insgesamt neun Rentenversicherungsträgern und 21 Auskunfts- und Beratungsstellen fortgesetzt wird. Angestrebt wird ein bundesweit einheitliches Beratungsangebot.
- In dem Projekt "Demografie-Wissen kompakt: Qualifizierung zum Demografie-Lotsen" werden Beraterinnen und Berater qualifiziert, um insbesondere kleine und mittlere Unternehmen für die demografische Entwicklung in ihrer Region und deren Auswirkungen auf betriebliche Fragestellungen zu sensibilisieren und weitergehende Aktivitäten zu initiieren⁴². Es baut auf dem INQA-Projekt „DemoKomp – Kompetenz für den demografischen Wandel“ auf, in dem dieser Qualifizierungsansatz entwickelt wurde.

⁴⁰ Vernetzte Gesundheit, Der Aufbau regionaler Unterstützungsstrukturen für kleine und mittlere Betriebe, Abschlussbericht 2008.

⁴¹ GeniAL – Generationenmanagement im Arbeitsleben, Deutsche Rentenversicherung Bund, 2009.

⁴² <http://www.demographie-lotsen.de/> (Zugriff am 29.07.2009).

Beispiele für Forschungs- und Entwicklungsprojekte in Österreich

- „Für interkulturelle Chancen in der Pflege“
Der Anteil von MigrantInnen unter den Pflegekräften ist hoch. Diese Tatsache verstehen die Initiatoren von „diversity@care“ als Chance. Im Mittelpunkt dieses Projektes steht die Gestaltung des interkulturellen Pflegealltags der Zukunft. Arbeits- und Ausbildungsbedingungen für MigrantInnen sollen langfristig und nachhaltig verbessert werden. Benachteiligungen im Bereich der mobilen Pflege und Betreuung sollen abgebaut werden durch integrationsfördernde Maßnahmen. Das Projekt diversity@care- MigrantInnen in der mobilen Pflege und Betreuung wird im Rahmen der Europäischen Gemeinschaftsinitiative EQUAL in Wien durchgeführt und aus den Mitteln des Europäischen Sozialfonds (ESF) und des Bundesministeriums für Wirtschaft und Arbeit (BMWA) gefördert.⁴³
- „Für mich“
Das in der Steiermark durchgeführte Projekt „FÜR MICH“ verfolgt das Ziel, für MitarbeiterInnen im Bereich der mobilen Pflege Maßnahmen zur Entlastung zu entwickeln. Zur Erfassung von gesundheitlichen Anforderungen, Belastungen und Ressourcen der MitarbeiterInnen des Unternehmens wird eine MitarbeiterInnenbefragung mit einem standardisierten Fragebogen durchgeführt. MitarbeiterInnen der mobilen Pflege werden zu GesundheitszirkelmoderatorInnen ausgebildet, es erfolgt die Bildung von regionalen Gesundheitszirkeln, deren Mitglieder unter Einbeziehung externer ExpertInnen die Problematik erarbeiten und Lösungsvorschläge entwickeln. Die Ergebnisse der Gesundheitszirkel werden der Geschäftsführung vorgestellt, daraufhin erfolgt die Umsetzung von vorgeschlagenen Maßnahmen. Um die Nachhaltigkeit der erarbeiteten Maßnahmen zu sichern werden sie in ein bestehendes Qualitätsmanagement-System integriert, außerdem werden die Gesundheitszirkel nach Abschluss des Projekts weitergeführt, um die Arbeitsabläufe dauerhaft zu optimieren.⁴⁴
- „Meisterhafte Pflegekunst - gesundheitsgerechte Karriere im Pflegeberuf“
Ziel dieses Projektes ist, den gerade in Pflegebranche vorherrschenden hohen Belastungsfaktoren präventiv entgegen zu wirken und motivierte Mitarbeiter/innen möglichst lange gesund in ihrem Beruf beschäftigen zu können. Das Projekt baut auf eine Studie über die Entwicklung von Gesundheit, Arbeitsfähigkeit und Kompetenz im Pflegeberuf auf, bei der insbesondere Gründe für das vorzeitige Ausscheiden vieler PflegemitarbeiterInnen erhoben wurden. Mit Hilfe der Ergebnisse wurde ein Karrieremodell entwickelt, welches den gesunden und interessierten Verbleib im Pflegeberuf ermöglichen soll. Dieses Modell wird nun in mehreren Abteilungen/Stationen in Wiener Krankenhäusern bzw. Pflege- und Pensionistenheimen im Rahmen eines Pilotprojektes eingesetzt und evaluiert. Wichtige Beurteilungskriterien für die Evaluation sind vor allem die damit erzielten Gesundheits- und Zufriedenheitseffekte bei den PflegemitarbeiterInnen und der Einfluss des Modells auf die Betreuungsqualität für PatientInnen und HeimbewohnerInnen.

⁴³ Fonds Gesundes Österreich: Projektdatenbank

⁴⁴ Projektdatenbank, FGÖ

Das Projekt verschreibt sich mit der Unterzeichnung der BGF-Charta den Qualitätskriterien des Österreichischen Netzwerks BGF. Es wird durchgeführt vom IBG – Institut für humanökologische Unternehmensführung GmbH, Wien (www.ibg.co.at) in Kooperation mit: Wiener Krankenanstaltenverbund und dem Kuratorium Wiener Pensionistenheime mit Unterstützung durch das Geriatriezentrum am Wienerwald, der Krankenfürsorgeanstalt der Bediensteten der Stadt Wien und der Gewerkschaft der Gemeindebediensteten⁴⁵.

⁴⁵ Projektdatenbank, FGÖ.

2. Strategie – Konzept – Methode. Was braucht es, um Alternsmanagement praktikabel zu machen? Die Förderung der Arbeitsbewältigungsfähigkeit!

2.1 Vom Agemanagement zum Alterns-Management

Betriebliches Alters- und Alternsmanagement hat primär den Ansatz, die Menschen in der Ausübung ihrer beruflichen Tätigkeit derart zu unterstützen, dass sie bis zum Erreichen des Rentenalters möglichst wohlbehalten und gerne arbeiten und damit im betrieblichen Sinne produktiv sein können. Einschränkungen ergeben sich zweifelsfrei aus dem natürlichen Alterungsprozess, der eine gleichförmige Beanspruchung über den gesamten Lebensarbeitszyklus ausschließt.

Es ist jedenfalls verständlich, dass das körperliche Bewältigungspotential eines Jugendlichen das eines dreißig Jahre älteren Beschäftigten bei Weitem übersteigt. Auf der psychischen und mentalen Ebene hingegen gewinnen Erfahrungswissen oder soziale Kompetenz durchaus mit zunehmendem Alter.

Das bedeutet, dass in jedem Lebensabschnitt die verfügbaren Ressourcen anders verteilt werden müssten, um einer ausgewogenen – und erstrebenswerten – Balance zwischen Arbeitsanforderungen und individuellen Kapazitäten gerecht zu werden.

Bedingt durch den demografischen Wandel konzentrieren sich die meisten bekannten Ansätze im Agemanagement auf den Umgang mit älteren ArbeitnehmerInnen (50+), ungeachtet der Notwendigkeit eines das gesamte Arbeitsleben erfassenden Konzeptes. Wenn die körperlichen Ressourcen frühzeitig verbraucht werden, schlägt sich das in einer Erhöhung der Frühinvalidität, hohen Krankenstandsquoten und Frühverrentung wie aber auch in (Berufs-)Fluktuation nieder. Es bleibt dann letztlich keine andere Wahl, als (beispielsweise durch Arbeitszeitreduktionen oder Altersteilzeit) die Lösung für ein Problem zu finden, bei dem zum gegenwärtigen Zeitpunkt bereits die Weichen gestellt sind. Es wird deutlich, dass der Begriff des Alternsmanagements im Sinne eines frühzeitig einsetzenden umfassenden, präventiven Ansatzes einen sinnvolleren Bezug zu erforderlichen Maßnahmen in allen Lebensabschnitten sicherstellt.

Alternsmanagement setzt an verschiedenen Gestaltungsfeldern an.

- Die politisch-gesellschaftliche Ebene definiert gesetzliche Rahmenbedingungen⁴⁶ mit dem Ziel einer Verminderung krankheits- und unfallbedingter Risiken. Dies ist einerseits, neben ethischen Ansprüchen, der Minderung arbeitsbedingter Frühinvalidität und hohen Gesundheitskosten geschuldet, andererseits wird damit versucht, der aufgrund der demografischen Entwicklung fraglichen Bewältigung der Rentenkosten entgegenzuwirken.

⁴⁶ Die gesetzlichen Rahmenbedingungen beziehen sich hier auf a) den institutionalisierte Arbeits- und Gesundheitsschutz (Berufsgenossenschaften, Gewerbeaufsicht, Krankenversicherung) und b) die Gesetze und Verordnungen, die z. B. Arbeitsschutzgesetz, Arbeitsstättenverordnung, Arbeitssicherheitsgesetz, Unfallverhütungsvorschriften regeln.

Mit der Erhöhung des Rentenalters sind gleichwohl die Arbeitsbedingungen nicht per se so gestaltet, dass ein Arbeiten bis 67 möglich ist. Der auf dem Sozialversicherungssystem lastende Kostendruck kann allerdings nur begrenzt individualisiert werden. Personenbezogene Ansätze stellen das individuelle Verhalten in den Mittelpunkt, mit dem Ziel, allgemein bekannte Risikofaktoren zu reduzieren und damit die Leistungsfähigkeit zu erhalten.

- Durch Verbesserungen in der Gestaltung der Arbeitsbedingungen wird auf betrieblicher Ebene versucht, Krankheit fördernde Einflüsse (z. B. durch Gesundheitsförderung) zu vermindern, wobei in der jüngeren Vergangenheit entsprechende Anstrengungen durch die allgemeine Entwertung der älteren Arbeitskräfte unterlaufen wurden.
- Alternsmanagement setzt am ersten bis zum letzten Arbeitstag eines Beschäftigten an und begleitet kontinuierlich den lebensphasengeprägten Wandel der Belegschaft.

2.2 Arbeits(bewältigungs)fähigkeit

In den letzten Jahren hat sich ein umfassenderes Verständnis für die Entstehung von (berufsbedingten) Krankheiten durchgesetzt, welches einerseits die Gesamtheit der Einflussgrößen berücksichtigt, andererseits aber auch der psychischen Komponente mehr Aufmerksamkeit schenkt.

Ein erfolgreiches Gesundheitsmanagement im Betrieb orientiert sich dementsprechend an allen Faktoren und versucht diese zugunsten der Produktivität der MitarbeiterInnen zu beeinflussen. Der weitestgehende uns bekannte Ansatz, in dem die verschiedenen Bereiche in ihrem Zusammenwirken beschrieben sind, ist das Konzept der Arbeitsfähigkeit.

Arbeitsbewältigungsfähigkeit (Work Ability; häufig und hier im Folgenden kurz Arbeitsfähigkeit genannt) beschreibt das Potenzial eines Menschen, eine Anforderung zu einem gegebenen Zeitpunkt zu bewältigen. Dabei muss die Entwicklung der individuellen funktionellen Kapazität ins Verhältnis gesetzt werden zur Arbeitsanforderung. Beide Größen können sich verändern und müssen ggf. alters-, alterns- und gesundheitsadäquat gestaltet werden.⁴⁷

Prof. Juhani Ilmarinen und sein Team vom Finnischen Institut für Berufliche Gesundheit (Finnish Institute of Occupational Health – FIOH) hat in mittlerweile 30-jährigen Forschungen zur Arbeitsfähigkeit ein Konzept und ein Messverfahren entwickelt. Zur besseren Darstellung der Zusammenhänge hat er das Bild eines Hauses gewählt (s. nächste Seite).

⁴⁷ Ilmarinen & Tempel 2002.

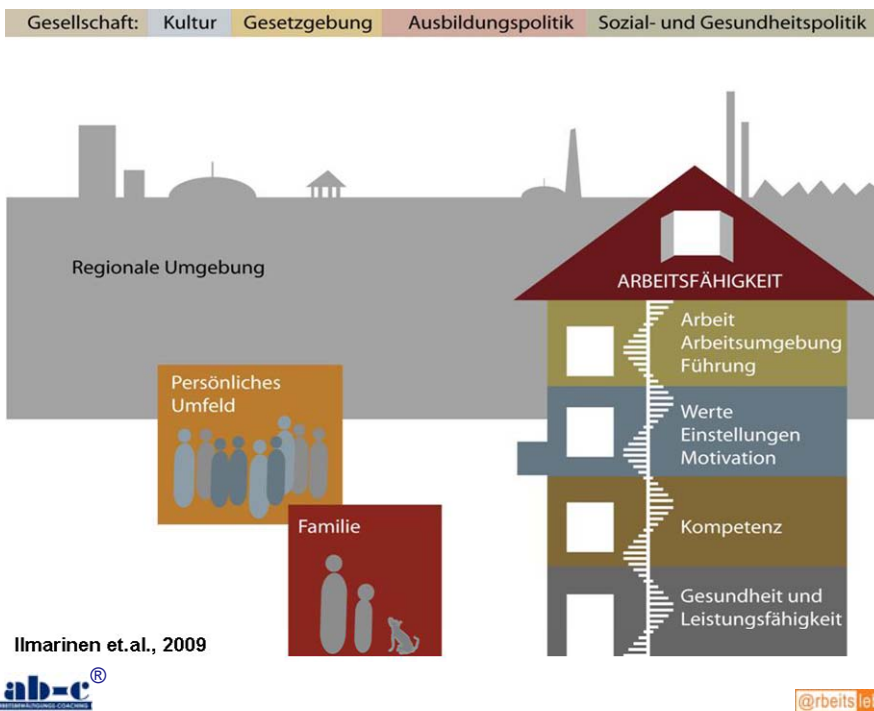


Abbildung 2.1: Haus der Arbeitsfähigkeit

Demnach wird die Arbeitsbewältigungsfähigkeit beeinflusst von

- der körperlich-seelischen Konstitution und dem Gesundheitsverhalten (Gesundheit),
- den Fähigkeiten und Fertigkeiten sowie dem Erfahrungswissen (Kompetenz),
- der Einstellung zur Arbeit und zum Leben, den Werten und Verhaltensweisen (Motivation) sowie
- den Anforderungen (einschließlich Arbeitszeit, Arbeitsumgebung usw.), die an die Arbeitenden gestellt werden.

Dabei steht das Haus der Arbeitsbewältigungsfähigkeit in einer Wechselbeziehung mit den privaten Möglichkeiten und den gesellschaftlichen Rahmenbedingungen in einem regionalen Bezug.

Eine (sehr) gute Arbeitsbewältigungsfähigkeit ist gegeben, wenn die Person (mit ihrer Gesundheit, Motivation sowie den Kompetenzen einerseits und die Arbeit (Arbeitsbedingungen, Arbeitsorganisation, Unternehmenskultur und Führung) andererseits gut aufeinander abgestimmt sind.

Es besteht allerdings dann ein Risiko, die Arbeit heute und insbesondere morgen noch bewältigen zu können, wenn aus dem Zusammenspiel von Person und Arbeit eine Über- oder Unterforderung resultiert und keine ausreichenden betrieblichen und individuellen Anpassungen erfolgen.

Wenn sich nur ein Baustein des Hauses der Arbeitsbewältigungsfähigkeit verändert, sei es eine gesundheitliche Beeinträchtigung, fehlende Kenntnisse, Verringerung der Motivation, Überforderung durch Arbeitsschwere, Schwierigkeiten der Vereinbarkeit von Beruf und Privatem, neue Technik, Organisation oder ein anderer Führungsstil etc., und keine Kompensatio-

nen, Anpassungen oder Wiederherstellungen folgen, dann werden die Person und der Betrieb mit Arbeits- bis hin zu Erwerbsunfähigkeit zu kämpfen haben.



Abbildung 2.2: Haus der Arbeitsfähigkeit mit instabilen Etagen

Vorsorgehandeln von Seiten der Beschäftigten, der Betriebe und der KundInnen bedeutet, die Stabilität im Haus der Arbeitsbewältigungsfähigkeit zu erhalten bzw. wiederherzustellen. Dies erfordert ein kontinuierliches Beobachten der Bedingungen, weil sich Menschen über die Jahre in ihren Kapazitäten verändern und die Arbeitswelt sich ebenfalls in einem ständigen Wandel befindet. Der regelmäßige Check und die Wartung der Arbeitsbewältigungsfähigkeit 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 sinnvollerweise der Ausgangspunkt für persönliches wie betriebliches Vorsorgehandeln und Fördermaßnahmen auf den Ebenen

- Gesundheitsförderung
- Arbeitsgestaltung
- Führungsorganisation
- Kompetenzentwicklung,

schließt aber auch weitere Aspekte wie zum Beispiel

- Vereinbarkeit von Beruf und Privatem
- Sozial- und Arbeitsmarktpolitik

notwendig mit ein.

Altersmanagement wird, diesem Grundkonzept folgend, Vorschläge für eine kontinuierliche, und damit nachhaltigere, Lebensarbeitsgestaltung zu liefern haben. Genau genommen hat also jede betriebliche Maßnahme einen Effekt auf die Arbeitsfähigkeit. Natürlich ist diesem Ansatz die betriebswirtschaftliche Komponente zu hinterlegen. Bei Verschlechterung der gesamtwirtschaftlichen Lage, wenn also beispielsweise die gesundheitlichen Implikationen einer Tätigkeit der geforderten Arbeitsmenge oder dem Arbeitsschutz nachgereicht wird, wird die präventive Idee nachhaltiger Arbeitsbewältigungsfähigkeit vernachlässigt werden. Dennoch kann behauptet werden, dass jeder Betrieb letztlich vom Wohlbefinden seiner MitarbeiterInnen profitieren wird. Es ist daher eine wichtige Aufgabe, diese Zusammenhänge zu verdeutlichen. In Ablösung des verbreiteten Mottos: „Besser ein riskanter Arbeitsplatz, als arbeitslos zu sein“, wird sich in Zukunft möglicherweise eine andere Haltung durchsetzen. Dann nämlich, wenn der zunehmende Personalbedarf in der Pflege die Wahlmöglichkeiten der Fachkräfte erhöht, wird die Attraktivität der Betriebe zu einem entscheidenden Kriterium werden. Die Höhe der Vergütung der erbrachten Leistung ist dabei wahrscheinlich weniger

relevant als die so genannten weichen Faktoren wie beispielsweise Betriebsklima, Entwicklungsmöglichkeiten oder Arbeitszeitflexibilität.

Die Betriebe können daher dann erfolgreich sein, wenn sie die individuelle Bedarfslage der MitarbeiterInnen verstehen und berücksichtigen können. Mit Hilfe eines entsprechenden Beratungs- und Entwicklungsprozesses ist das möglich. Mit dem im nächsten Teilkapitel vorgestellten Arbeitsbewältigungs-Coaching[®] lässt sich eine konsensuelle Gewichtung arbeitsplatzrelevanter Veränderungen erreichen, von der Beschäftigte und Betriebe profitieren können.

Welche Formen der Gestaltung nun die geeigneten wären, wird von Unternehmen zu Unternehmen variieren und orientiert sich an der gegebenen Alterstruktur, an vorhandenen Qualifikationen, an den Erwartungen der KlientInnen, an regionalen und betriebskulturellen Besonderheiten usw. Sie berücksichtigt Fragen der beruflichen Perspektive, der individuellen Anforderungen an Arbeitszeitgestaltung (z. B. aufgrund der Familiensituation) oder ähnlichen Faktoren.

2.3 Arbeitsbewältigungs-Coaching[®]

Ein bewährtes Instrument zur Messung der Arbeitsfähigkeit ist der in Finnland entwickelte und mittlerweile weltweit eingesetzte Arbeitsbewältigungs-Index (Work Ability Index – WAI)⁴⁸. Der aktuelle deutschsprachige Leitfaden zur Anwendung des WAI wurde von der Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin im Jahr 2007 vorgelegt⁴⁹.

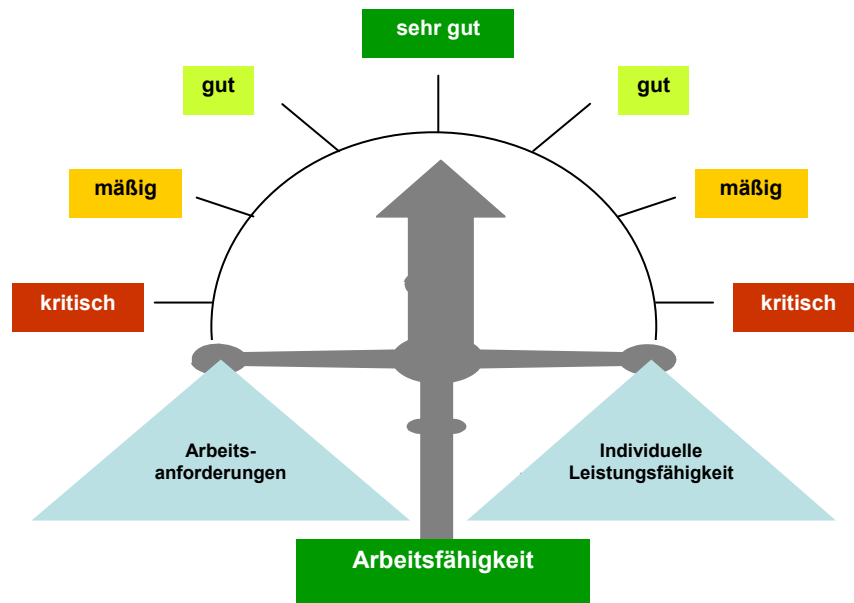
Bei diesem Messinstrument handelt es sich um ein anerkanntes Analysewerkzeug (im Fachjargon: subjektive Beanspruchungsanalyse), das den Grad der Passung von Arbeitsanforderungen und Belastungen einerseits und den individuellen funktionellen Kapazitäten (körperliche, geistige und psychische Fähigkeiten) andererseits identifiziert.

Damit kann das schwer greifbare Phänomen „Arbeitsbewältigungsfähigkeit“ für die Beteiligten sichtbar gemacht werden. Das persönliche Ergebnis des „Work Ability Index“ drückt sich in einer Kennzahl zwischen 7 und 49 Indexpunkten aus. Je höher der Indexwert ist, desto besser ist die Arbeitsbewältigungsfähigkeit, die sich aufgrund der Passung zwischen Person und Arbeit ergibt.

Befinden sich die Person (mit ihren Kompetenzen und ihrem Gesundheitszustand) und ihre Arbeit in einem ausgewogenen Passungsverhältnis, liegt eine sehr gute bis gute Arbeitsfähigkeit vor.

⁴⁸ Tuomi et al. 2001

⁴⁹ Hasselhorn & Freude 2007



nach: Tempel 2010

Abbildung 2.3: Die Balance der Arbeitsfähigkeit

Die Arbeitsbewältigungsfähigkeit ist hingegen gefährdet, wenn ein Wandel der individuellen körperlichen, geistigen und psychischen Kapazitäten – wie beim Alterungsprozess – keine entsprechende Anpassung der Arbeitsanforderungen nach sich zieht. Genauso erhöhen auch Kompetenzlücken, Probleme im sozialen Miteinander, Mängel bei den Arbeitsbedingungen oder im Arbeits- und Gesundheitsschutz die Wahrscheinlichkeit von Arbeits- und Erwerbsunfähigkeit.

Die Maßzahl des Work Ability Index sagt zwar aus, in welchem Grad die Balance zwischen Arbeit und Person ausgeprägt ist. Sie liefert aber ohne zusätzliche Analysen keine Aussagen darüber, in welchen Bereichen es gut läuft und in welchen es gegebenenfalls Probleme gibt.

Prinzipiell gibt es verschiedene Möglichkeiten, weitere Untersuchungen durchzuführen. Die Arbeitsbedingungen und die Belastungen können untersucht werden, Gefährdungen können identifiziert werden, Einstellungen zur Arbeit können mithilfe einer Mitarbeiterbefragung erhoben werden, der Gesundheitszustand kann analysiert werden usw. Solche Untersuchungen sind sinnvoll und teilweise auch gesetzlich gefordert, wie die Gefährdungsbeurteilung nach dem Arbeitsschutzgesetz.

Aber vielen dieser Analysen ist gemeinsam, dass sie interpretationsbedürftig sind, also von (externen) ExpertInnen im Hinblick auf erforderliche oder mögliche Veränderungsmaßnahmen gedeutet werden müssen. Das bedeutet zeitlichen und finanziellen Aufwand und gewährleistet nicht notwendig, dass die vorgeschlagenen Maßnahmen im Betrieb auch akzeptiert werden.

Aus unserer Sicht ist es deshalb viel nahe liegender, die Beschäftigten direkt einzubinden. Sie sind ExpertInnen in eigener Sache und für ihre Arbeit. Sie können ihre eigene Kompetenz und Gesundheit ebenso gut einschätzen wie die Arbeitsbedingungen. Sie haben in aller Regel gute Vorschläge, was und gegebenenfalls auch wie die Arbeit gut gestaltet werden kann. Und sie sind selbst verantwortlich für ihr Handeln.

Deshalb wurde ein Instrument entwickelt, mit dem dieses Wissen erfasst und damit im Betrieb wirksam werden kann.

Das Beratungswerkzeug „Arbeitsbewältigungs-Coaching®“

Dieses Instrument zur bedarfsgerechten Analyse und Planung von Gestaltungsmaßnahmen zur Förderung der Arbeitsbewältigungsfähigkeit ist das „Arbeitsbewältigungs-Coaching®“ (ab-c). Es basiert auf den wissenschaftlichen Erkenntnissen und überprüften Praxiserfahrungen zum Arbeitsbewältigungs-Konzept (s. oben) und zum Messverfahren des Arbeitsbewältigungs-Index.



Im Rahmen eines geförderten Projektes⁵⁰ wurde das Beratungswerkzeug entwickelt und in verschiedenen weiteren Projekten in Deutschland und Österreich seit 2006 eingesetzt und weiterentwickelt⁵¹. Die Prozessberatung mit dem Arbeitsbewältigungs-Coaching wird nur von ausgebildeten BeraterInnen durchgeführt, die zur Verschwiegenheit verpflichtet sind⁵². Eine ausführliche Beschreibung des Beratungswerkzeugs ist als Bericht der Initiative Neue Qualität der Arbeit (INQA) veröffentlicht⁵³.

Relevant für die Kooperationsbetriebe im Projekt Zukunft Pflegen ist, dass das Arbeitsbewältigungs-Coaching® besonders gut geeignet für Klein- und Mittelbetriebe und in allen Branchen einsetzbar ist.

Ziel des Einsatzes ist es, Beschäftigte und Unternehmen in ihrer Selbstbeobachtungs- und Selbstmanagement-Kompetenz zu unterstützen und sowohl auf individueller als auch auf betrieblicher Ebene zu Gestaltungs-/Veränderungsmaßnahmen zu gelangen sowie aus den Erkenntnissen auch Maßnahmen für regionale Arbeitsbewältigungsentwicklung abzuleiten. Mittelpunkt des ab-c ist das Modell zur Förderung der Arbeitsbewältigungsfähigkeit und damit zur Entwicklung von bedarfsgerechten individuellen und betrieblichen Maßnahmen.

⁵⁰ Die Grundlagen für das Beratungswerkzeug wurden im Rahmen eines BMBF-Projekts zur zukunftsfähigen Arbeitsforschung entwickelt. Siehe: Arbeit und Zukunft e.V. 2006.

⁵¹ Siehe unter anderem: Geißler-Gruber et al. 2007, MASGFF 2008a, 2008b und 2010.

⁵² Mittlerweile gibt es im deutschsprachigen Raum mehr als 350 Beraterinnen und Berater aus den Bereichen Gesundheitsförderung, Organisations- und Personalentwicklung, Demografieberatung u. ä., die für die Anwendung des Instruments qualifiziert sind.

⁵³ Initiative Neue Qualität der Arbeit 2009.

Der Beratungsprozess mit dem Arbeitsbewältigungs-Coaching®

Das Arbeitsbewältigungs-Coaching® ist im Kern ein zweistufiger Entwicklungsprozess. Dabei stellt die Analysephase zugleich schon einen Eingriff (eine Intervention) in das betriebliche Gefüge dar, insofern als externe BeraterInnen Gespräche über Bedingungen der Arbeit (der Passung von Arbeit und Person) führen und alle Beschäftigten sich beteiligen können.

Die Kernbausteine des Beratungsprozesses sind:

- Das persönlich-vertrauliche Arbeitsbewältigungs-Gespräch zur Entwicklung von individuellen Fördermaßnahmen.
- Der Arbeitsbewältigungs-Workshop zur Entwicklung von betrieblichen Fördermaßnahmen.

Für den Einsatz im Betrieb erfolgen notwendigerweise zunächst Absprachen mit Geschäftsführung, Belegschaftsvertretung und – soweit vorhanden – Fachleuten aus den Bereichen Arbeitssicherheit und Arbeitsmedizin. Dafür bietet sich die Einrichtung eines Projektsteuerkreises an. Vereinbart werden u. a. die Zielausrichtung auf Maßnahmenumsetzung, Art und Reichweite der Beschäftigten-Information, zeitlicher Ablauf und Regelungen zum Datenschutz.

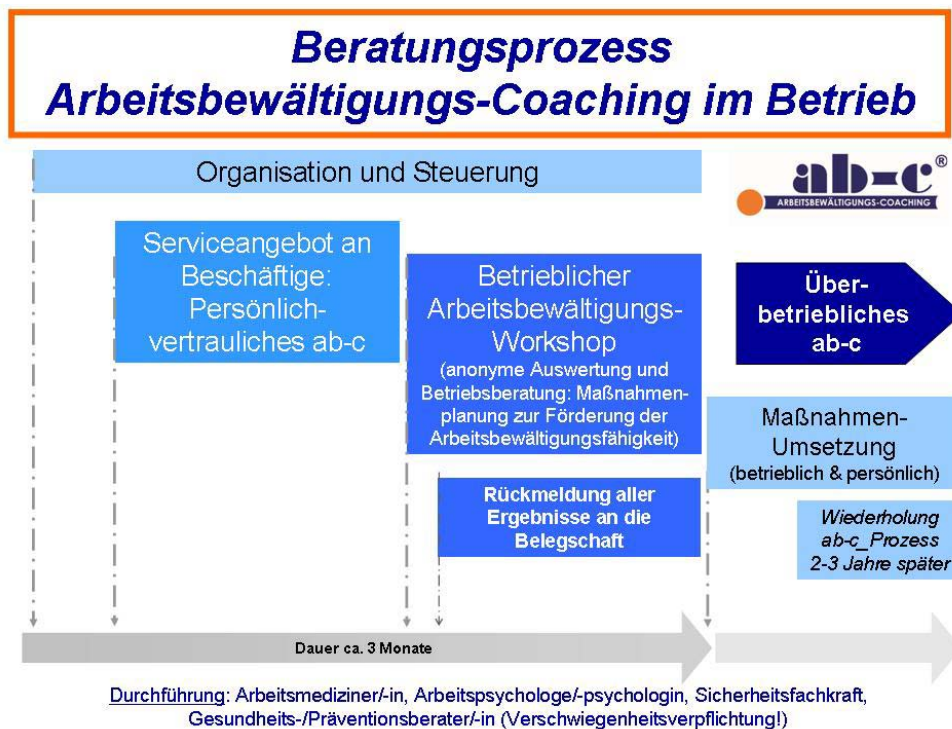


Abbildung 2.4: Der Beratungsprozess zum Arbeitsbewältigungs-Coaching

Das persönlich-vertrauliche Arbeitsbewältigungs-Gespräch

Das persönlich-vertrauliche Arbeitsbewältigungs-Gespräch ist ein Serviceangebot im Betrieb für alle Beschäftigten. Die Teilnahme an dem Gespräch ist freiwillig. Im Mittelpunkt eines ca. 60-minütigen Gesprächs steht die/der Beschäftigte.

Im ersten Teil wird die aktuelle Arbeitsbewältigungssituation mit Hilfe des „Work Ability Index“ erhoben, für die GesprächspartnerInnen sichtbar gemacht und erläutert. Das Ausfüllen des Fragebogens dauert ca. 10 Minuten. Der Arbeitsbewältigungs-Index dient hier sowohl der Untersuchung wie der Visualisierung der aktuellen Arbeitsbewältigungssituation. Die Ergebnisdarstellung soll sensibilisieren und Selbstbeobachtung ermöglichen.

Auf diesen Ergebnissen aufbauend wird der/die GesprächspartnerIn mit Fragen angeleitet, geeignete persönliche sowie betriebliche Maßnahmen zur Förderung (Erhaltung, Unterstützung, Verbesserung oder Wiederherstellung) der Arbeitsbewältigung zu suchen und die Umsetzungsschritte zu überlegen. Die wesentlichen Fragen lauten:

- Was kann ich tun, um meine Arbeitsbewältigungsfähigkeit zu fördern?
- Was brauche ich (dafür) vom Betrieb?

Diese beiden Fragen werden entsprechend dem individuellen Schutz- und Förderziel (Arbeitsbewältigungs-Konstellation) in den vier wesentlichen Gestaltungsbereichen Gesundheit, Kompetenz, Arbeitsbedingungen, Führung/ Arbeitsorganisation gestellt. Die Personen werden durch die beratende Person darin unterstützt, möglichst konkrete Maßnahmen zu entwickeln und erste Schritte zur Realisierung zu beschreiben. Jede/ r schließt für die persönlichen Fördervorsätze mit sich selbst eine Vereinbarung: „Das will ich tun. So will ich beginnen.“ Es entsteht ein individueller, bedarfsgerechter und von der Person verfasster Förderplan zur Erreichung des eigenen Förder- und Schutzzieles.

Das persönlich-vertrauliche Arbeitsbewältigungs-Gespräch dient einerseits der Selbstbeobachtung (wo stehe ich), andererseits der Selbstregulation (was kann / will ich selber tun) und drittens der Entwicklung von Vorschlägen für betriebliche Maßnahmen zur Erhaltung oder Förderung der Arbeitsbewältigungsfähigkeit.

Alle Förderziele und -maßnahmen werden handschriftlich protokolliert. Die Beschäftigten erhalten einen Durchschlag des Protokolls ausgehändigt.

Die Haltung der beratenden Person in diesem Gespräch ist geprägt von einer zurückhaltenden und fragenden Verhaltensweise. Die zu beratende Person ist für ihre Anliegen kundig und sie soll ermutigt werden, ihre Vorstellungen und Ideen zu entwickeln. Absolute Vertraulichkeit im Umgang mit den personenbezogenen Daten und Inhalten des Gesprächs sind wesentliche Grundvoraussetzung für das Gelingen des Gesprächs und für eine positive Wirkung bei den Beteiligten.

Auswertung und Arbeitsbewältigungs-Bericht

Die Resultate aller Work Ability-Indexwerte werden als Mittelwert ausgewertet und bilden somit den durchschnittlichen Indexwert der Belegschaft bzw. der beteiligten MitarbeiterInnen. Bei einer ausreichenden Zahl von Beteiligten – also unter Beachtung der Maßgabe von Ano-

nymität und Nicht-Identifizierbarkeit einzelner Personen – kann eine Verteilung auf die Arbeitsbewältigungs-Konstellationen erstellt werden.

Die protokollierten individuellen und auf den Betrieb bezogenen Förderziele und -maßnahmen aus den persönlich-vertraulichen Arbeitsbewältigungs-Gesprächen werden anonym erfasst und so aufbereitet, dass keine Person identifizierbar ist. Mit Hilfe eines Schlagwortregisters ist eine einfache Auszählung der Häufigkeit von Themen möglich. Einschließlich einiger allgemeiner Daten wird ein Arbeitsbewältigungs-Bericht erstellt. Die folgenden Abbildungen zeigen beispielhaft einige Auszüge aus einem solchen Bericht.

Betrieblicher Planungsworkshop

Die im Arbeitsbewältigungs-Bericht zusammengestellten Ergebnisse werden in einem ca. zwei- bis dreistündigen Workshop dem betrieblichen Steuerungskreis (Entscheidungsträger einschließlich Mitarbeitervertretung) zur Kenntnis gebracht. Ziel des Workshops ist es, auf der Basis der Erkenntnisse über den aktuellen Status der Arbeitsfähigkeit der Belegschaft (oder von ausgewählten Belegschaftsgruppen) und den entsprechenden Förderbedarfen nun ebenfalls konkrete betriebliche Fördermaßnahmen zu formulieren. Die Leitfragen lauten:

- Was kann der Betrieb tun, um die Arbeitsbewältigungsfähigkeit der Belegschaft zu fördern?
- Was braucht der Betrieb von außerhalb?

Angestrebtes Ergebnis des Workshops ist die Vereinbarung von mindestens einer Fördermaßnahme – idealerweise auf allen vier Handlungsebenen:

- Gesundheitsvorsorge und -förderung
- Arbeitsbedingungen
- Personalentwicklung und Berufsplanung
- Führungs- und Unternehmenskultur

In den betrieblichen Workshops und Belegschaftsversammlungen werden aus den Hinweisen, die in den persönlichen Gesprächen entwickelt wurden, Maßnahmen zur Arbeitsgestaltung und zur Förderung der Arbeitsbewältigungsfähigkeit abgeleitet. Sie werden dann in ihrer Bedeutung (wichtig/ dringlich) beurteilt und in betriebliche Entwicklungsprojekte überführt. Von Vorteil ist es, wenn jeweils die erforderlichen Aufwendungen (Zeit, Investitionen) kalkuliert und Ressourcen (Personal, Verantwortlichkeit etc.) abgeschätzt bzw. benannt werden. Die Maßnahmen können von schnellen und einfach zu realisierenden Aufgaben bis zu längerfristigen Projekten reichen.

Die im Workshop beschlossenen Maßnahmen, also der betriebliche Aktionsplan zur Erhaltung und Förderung der Arbeitsbewältigungsfähigkeit, werden schriftlich wie mündlich den Beschäftigten zurückgemeldet, nach Bedarf mit ihnen konkretisiert und in der Folge umgesetzt.

Überbetriebliches Arbeitsbewältigungs-Coaching®

Optional kann zudem ein überbetriebliches Arbeitsbewältigungs-Coaching® durchgeführt werden. Es ist durchaus eine Unterstützung, wenn sich ein Gremium überbetrieblicher Akteure (aus der Region oder der Branche) zuständig erklärt, aus den persönlichen und betrieblichen Arbeitsbewältigungs-Coachings überbetriebliche Schlussfolgerungen abzuleiten. Auch hier geht es um das Erkennen der IST-Situation der beteiligten Arbeitskräfte (ggf. nach Branchen, Betriebsgrößen etc. strukturiert) und des Standes der getroffenen Maßnahmen mit dem Ziel, verstärkende Handlungen in der Region oder in der Branche zu setzen. Das sind zum Beispiel:

- Regionale / branchen-bezogene Gesundheitsförderungsprogramme
- Regionale / branchen-bezogene Unterstützung bei der Arbeitsgestaltung
- Regionale / branchen-bezogene Bildungsprogramme
- Regionale / branchen-bezogene Steuerung (z. B. Beschäftigungsprogramme).

3. Erfahrungen aus den Betriebsberatungen (Empirie)

Das Projekt „Zukunft PFLEGEN“ widmete sich in drei Arbeitspaketen der Aufgabenstellung:
„Initiierung konkreter Pilotprojekte in Zusammenarbeit mit Einrichtungen im Innviertel und in Oberbayern. Im Mittelpunkt des Projekts stehen Good Practice Modelle für die Pflege in Krankenhäusern, ambulanten Diensten und in Alten- und Pflegeheimen. Innovative Beratungsmodelle werden weiterentwickelt.“

Arbeit und Zukunft e.V. verantwortete in diesem Zusammenhang die Betriebsberatungen in

- einem bayerischen Kreiskrankenhaus (mit zwei beteiligten Abteilungen),
- zwei bayerischen Altenheimen,
- drei ambulanten Pflegediensten in Bayern und drei mobilen Pflegediensten in Oberösterreich.

Vorrangiges Ziel in den Betriebsberatungen war die Initiierung, Einführung und Begleitung eines betrieblichen Arbeitsbewältigungsmanagements bzw. -förderprogramms zum Wohle der Beschäftigten und zum personalwirtschaftlichen Nutzen der Einrichtungen.

Die Einladung von Arbeit und Zukunft e.V. zur Mitarbeit in diesem Förderprojekt kam vom Leadpartner Arbeiterkammer OÖ und ist begründet in dem langjährigen theoretischen und beratungspraktischen Know-How zum Erhalt und zur Förderung der Arbeitsbewältigungsfähigkeit nach den Arbeiten von Prof. Juhani Ilmarinen und Team (zum Überblick: Ilmarinen 2009, Ilmarinen & Tempel 2002 und 2003) des Vereins. In den letzten Jahren konnte in mehreren Forschungs-, Förder- und privatwirtschaftlichen Projekten der mehrdimensionale Förderansatz (Individuum – Betrieb – Region/Branche) vertieft und das innovative Beratungswerkzeug Arbeitsbewältigungs-Coaching® entwickelt werden. Die Erfahrungen von Arbeit und Zukunft e.V. in der Berufsgruppe Pflege und in Gesundheits- und Pflegeeinrichtungen (Arbeit und Zukunft e.V. 2005 und 2006; arbeitsleben 2007 und 2009, Arbeit und Zukunft e.V. & arbeitsleben 2008) kommen hinzu. Die erwähnten Förderansätze, das Beratungswerkzeug und die Praxiserfahrungen flossen in die Betriebsberatungen von „Zukunft PFLEGEN“ ein.

Das vorliegende Kapitel 3 sammelt und bewertet die Erfahrungen von Arbeit und Zukunft e.V. aus diesen Betriebsberatungen.

3.1 Die Kooperationsbetriebe und die Teilnehmenden 2009 und 2010

Für die Bewerbung des Förderprojekts in der Branche und die Rekrutierung von Kooperationspartnern wurden verschiedene Wege eingeschlagen: Es fand eine Informationsveranstaltung im Oktober 2008 in Burghausen statt. Informationsschreiben und -telefonate von Arbeit und Zukunft selbst wie auch durch den Katholischen Berufsverband und das Regionalmanagement folgten. Insgesamt elf Einrichtungen wurden für ein Informations- und Klärungsgespräch aufgesucht, um die geplanten 9 Kooperationspartner zu gewinnen.

Während sich die Einrichtungen auf bayerischer Seite relativ rasch zur Teilnahme entschlossen (Beratungsbeginn ab Januar/Februar 2009), verzögerte sich der Beratungsbeginn auf oberösterreichischer Seite bei zwei der insgesamt drei Einrichtungen auf September/Oktober 2009. Begründet wurde dies mit einem höheren Abstimmungsaufwand der dezentralen Betriebseinheiten mit ihrer Landeszentrale, deren VertreterInnen bei keinen Informationsveranstaltungen und Klärungsgesprächen vor Ort anwesend gewesen waren.

In der Förderregion konnten schlussendlich drei privatgewerbliche und 6 freigemeinnützige Einrichtungen als Kooperationspartner gewonnen werden. Wir bedanken uns und im Namen der Fördergeber bei den folgenden Einrichtungen, die sich in Kooperationsverträgen für den standardisierten Beratungsprozess, das Prozesswerkzeug und die abschließende Wirkungsüberprüfung im eigenen, aber auch öffentlichen Interesse bereit erklärten.

Kooperationseinrichtungen	Standorte
<i>Ambulante/mobile Altenpflege</i>	
BRK Soziale Dienste Altötting	Altötting, Garching, Töging, Winhöring
Alten- und Krankenpflegeverein Schultz Emmerting	Emmerting, Winhöring
Soziale Dienstleistung/Betreutes Wohnen Obere Hofmark (Rauschecker)	Winhöring
RIFA	Ried im Innkreis
OÖRK Soziale Dienste Braunau	Braunau
Volkshilfe Braunau	Braunau
<i>Stationäre Altenpflege</i>	
Pur Vital Seniorenpark Alztal	Garching
BRK Altenheim Haiming	Haiming
<i>Stationäre Krankenpflege</i>	
Kreiskrankenhaus Altötting-Burghausen	Altötting, Burghausen
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Unfallchirurgie ▪ Geriatrische Rehabilitation 	

Während hier noch die Kooperationspartner genannt werden, folgt im weiteren Berichtsverlauf nur mehr die Pflegesparten-Nennung. Entsprechend der Kooperationsvereinbarung wurden nämlich

- alle im INTERREG-Projekt „Zukunft PFLEGEN“ Daten in anonymisierter Form erhoben,
- alle personenbezogenen Daten und Ergebnisse allein in aggregierter Form im Betrieb dargestellt, die keine Rückschlüsse auf Personen zulässt,
- alle betriebsinternen Daten und Ergebnisse nur in aggregierter Form dargestellt und den Betrieben, sowie der Öffentlichkeit, in einer Form zu Verfügung gestellt, die keine Rückschlüsse auf Personen oder Betriebe zulässt, sofern diese nicht ausdrücklich zugestimmt haben. Das Kreiskrankenhaus Altötting-Burghausen hat einer Verwendung der Analyse-

daten der beteiligten Pilotstationen unter der Rubrik „Stationäre Krankenpflege“ zugestimmt.

3.1.1 Ausgangssituation in den Kooperationsbetrieben 2009: Altersstruktur der Pflegekräfte

Mit Hilfe einer Altersstrukturanalyse und -prognose auf quantitativer Ebene soll am Beginn des Prozesses ein allgemeiner Blick auf die Lage der Kooperationsbetriebe geworfen werden.

Fünf Kooperationsbetriebe (n=226) haben Arbeit und Zukunft e.V. die anonymisierten demografischen Daten 2008 ihrer Beschäftigten zur Verfügung gestellt.

Das Durchschnittsalter der insgesamt **226 Beschäftigten im Jahr 2008 betrug 39 Jahre**. Die durchschnittlich älteste Belegschaftsgruppe fand sich in der mobilen/ambulanten Altenpflege mit 42,3 Jahren, gefolgt von den Beschäftigten der stationären Krankenpflege mit einem Durchschnittsalter von 40,1 Jahren, die „jüngste“ Beschäftigtengruppe ist in der stationären Altenpflege (37,4 Jahre) tätig. Die Betriebszugehörigkeit beträgt \bar{x} 7,7 Jahre; in der stationären Krankenpflege ist sie am höchsten (15,9 Jahre) und in der stationären Altenpflege am kürzesten (3,7 Jahre). Mit \bar{x} 5,7 Jahren liegt die Betriebszugehörigkeit der Beschäftigten in der ambulanten/mobilen Altenpflege auch relativ niedrig (siehe Anhang Tabelle A.1: Betriebszugehörigkeit der Belegschaften 2008). Teilweise ist dieser Unterschied auf die relativ kurze Unternehmensgeschichte der ambulanten/mobilen Einrichtungen zurückzuführen. Dennoch ist es auch ein Hinweis auf eine erfreulich geringe Fluktuation in der stationären Krankenpflege, bei gleichzeitigem Aufnahmestopp in den letzten Jahren. Dem steht die wachsende Anzahl von Beschäftigungsverhältnissen im Bereich der Altenpflege gegenüber und lässt damit auch Berufs-NeueinsteigerInnen in größerer Anzahl in der Altenpflege sichtbar werden.

Fassen wir die Beschäftigten in Altersgruppen zusammen, so zeigt sich folgendes Bild für 2008: Ein gutes Drittel (36 %) gehört der jüngeren Generation (unter 35 Jahren) an, fast die Hälfte der Beschäftigten sind im mittleren Alter und 17 % zählen zur älteren Generation der über 50-Jährigen (siehe Anhang Tabelle A.2: Generationenzusammensetzung der Kooperations-Belegschaften 2008). Die mobile/ambulante Altenpflege mit nur 26 % Beschäftigten der jüngeren Generation (im Vergleich dazu 34 % in der stationären Krankenpflege und 41 % in der stationären Altenpflege) erweist sich auch bei dieser Untersuchung als ein Beruf im zweiten Karriereweg: Der Anteil der Beschäftigten im mittleren oder höheren Alter ist vergleichsweise hoch, während die Betriebszugehörigkeit (und teilweise auch die Branchenzugehörigkeit; siehe Tabelle A.1 im Anhang) im Vergleich niedriger ist.

Wenn wir eine einfache Altersstrukturprognose für die folgenden 10 Jahre auf Basis gleichbleibender Dienstleistungs- und Belegschaftsstruktur (also auch ohne Neueinstellungen) erstellen, zeigt sich im **Jahr 2018**, dass sich die Generationenzusammensetzung in diesen Kooperationsbetrieben verkehren wird: Dann wird knapp die Hälfte der Belegschaft der älteren

Generation angehören (48 %), wobei die ambulante/mobile Pflege dann mit 62 % führend sein wird, gefolgt mit 52 % Älterer in der stationären Krankenpflege und 41 % in der stationären Altenpflege (siehe Anhang Tabelle 3.3: Altersstrukturprognose 2018).

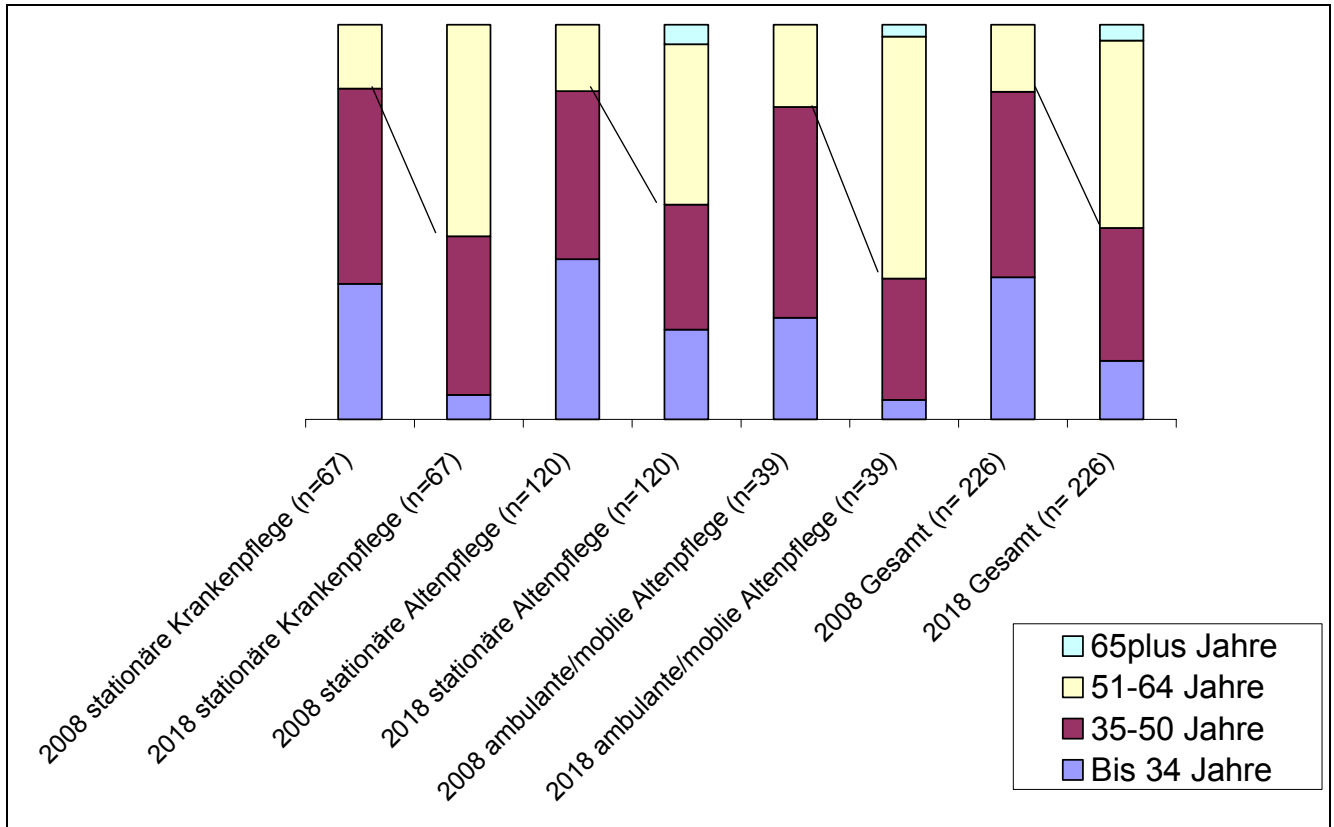


Abbildung 3.1: Altersstruktur 2008 und Altersstrukturprognose 2018 von fünf Kooperationsbetrieben nach Pflegesparten

In diesen Kooperationsbetrieben wird – durchgängig für alle Pflegesparten – in absehbarer Zeit mehrheitlich die Dienstleistung durch Beschäftigte der älteren Generation bewerkstelligt werden. Das erfordert aus unserer Sicht heute,

- a) Vorkehrungen zu treffen, damit diese erfahrenen MitarbeiterInnen die Pflegeaufgaben noch wohlbehalten ausüben können und
- b) Maßnahmen zur MitarbeiterInnenbindung und für Beschäftigungsanreize zu verwirklichen, um diese zahlenmäßig starke Gruppe nach langen Dienstjahren nicht vorzeitig zu verlieren. Ein Übermaß an BerufseinsteigerInnen für die Pflege wird es demografiebedingt in zehn Jahren wahrscheinlich nicht geben.

Wir stellen abschließend fest: Es ist in allen Pflegesparten höchste Zeit Vorbeuge- und Fördermaßnahmen zu erarbeiten und zu erproben, um für das nächste Jahrzehnt gerüstet zu sein. Jetzt gibt es noch „Spielraum“, ein Arbeitsbewältigungsmanagement in den Einrichtungen zu entwickeln und aufzusetzen. In zehn Jahren sollte dessen Wirksamkeit erkennbar sein.

3.1.2 Teilnehmende aus den Kooperationsbetrieben in den Jahren 2009 und 2010

Arbeit und Zukunft e. V. steht für einen partizipativen Betriebsberatungsprozess. Das bedeutet:

- von Anfang an sollen alle Beschäftigten aktiv im Analyse- und Veränderungsprozess beteiligt sein („Betroffene zu Beteiligten machen“)
- ihre Befindlichkeit wie auch ihre Förderbedarfe zur Grundlage von Maßnahmenentwicklungen gemacht werden
- die Einschätzung/Bewertungen der Beschäftigten und ihre veränderte Befindlichkeit Auskunft über die Wirkung der Beratung geben.

Neben den UnternehmerInnen bzw. Vorständen, Führungskräften und Belegschaftsvertretungen haben sich daher die Beschäftigten zentral an dem Beratungsprozess beteiligt.

In den neun Kooperationsbetrieben waren insgesamt **34 Führungskräfte** involviert; d. h. durchschnittlich bildeten vier betriebliche EntscheidungsträgerInnen die Projektsteuerungsgruppe über den gesamten Prozessverlauf.

Für die IST-Analyse zum Arbeitsbewältigungsstatus und zu den Förderbedarfen im Rahmen von persönlich-vertraulichen Arbeitsbewältigungs-Coachings zum Prozessstart im Jahr 2009 konnten insgesamt **259 Beschäftigte**, das waren **69 %** der Gesamtbelegschaft (n=374), erreicht werden. Bei der anonymen schriftlichen Wirkungsüberprüfung zur Bewertung der Fördermaßnahmen und zur Ermittlung des veränderten Arbeitsbewältigungsstatus nach ca. 12 Monaten im Jahr 2010 haben sich **173 Beschäftigte (46 %** der Gesamtbelegschaft) beteiligt. Davon haben **96 Befragte** des Jahres 2010 an den persönlich-vertraulichen Arbeitsbewältigungs-Coachings des Jahres 2009 teilgenommen. Diese 96 Befragten bilden die Längsschnittgruppe und stellen mit ihren Einschätzungen die Basis für Aussagen zur Wirkungsüberprüfung.

Es folgen nun sozialstatistische Beschreibungen der beteiligten Beschäftigten.

Die 259 Beteiligten im Jahr 2009 mit einem Durchschnittsalter von 40,9 Jahren lassen sich wie folgt charakterisieren (siehe Anhang Tabelle A.4: Sozialstatistik der Teilnehmenden im Jahr 2009 / Querschnittuntersuchung):

Die überwiegende Mehrheit (93 %) ist weiblich.

29 % gehören der jüngeren Generation (bis zum 34. Lebensjahr) an. Fast die Hälfte (48 %) bilden die mittlere Generation (vom 35. bis 50. Lebensjahr) und etwa zwei Fünftel (21 %) zählen zur älteren Generation. Die Teilnehmendenstruktur 2009 entspricht damit annäherungsweise den realen Belegschaften (siehe Kapitel 3.1.1 „Ausgangslage in den Kooperationsbetrieben: Altersstruktur der Pflegekräfte“).

Die Teilnehmenden 2009 sind im Durchschnitt 13,9 Jahre in der Pflegebranche tätig. Die „Branchenältesten“ befinden sich in der stationären Krankenpflege mit im Schnitt 20,1 Jah-

ren, am kürzesten in der Branche tätig sind die Beschäftigten der stationären Altenpflege mit 10,6 und in der ambulanten/mobilen Pflege mit 13,1 Jahren. Die größte Teilnehmendengruppe in der stationären Altenpflege (31 %) sind jene, die erst 1 bis 5 Jahre professionelle Pflegetätigkeiten ausführen. Hingegen sind nur 2 % der Teilnehmenden aus der stationären Krankenpflege erst kurz in der Pflege tätig. In der ambulanten Pflege finden sich alle Branchenzugehörigkeiten in einem relativ hohen und gleichen Ausmaß vertreten. Wir können also zusammenfassen, dass die beteiligten stationären Altenpflege-Einrichtungen in den letzten Jahren durch Branchen-NeueinsteigerInnen geprägt wurden. Hingegen wurden in der stationären Krankenpflege in den letzten Jahren weniger Berufs-NeueinsteigerInnen aufgenommen, hier ruht die Erfüllung der stationären Krankenpflege-Dienstleistung besonders auf langjährig erfahrenen Beschäftigten.

Die Ø Betriebszugehörigkeit der Teilnehmenden 2009 beträgt 8,7 Jahre. Wobei auch hier die Zugehörigkeit zu diesem Krankenhaus mit 16,9 Jahren mit Abstand am höchsten im Vergleich zur stationären Altenpflege mit 6,7 Jahren und zur ambulanten/mobilen Altenpflege mit 6,9 Jahren ist. Mehr als die Hälfte der Teilnehmenden (54 %) in der ambulanten/mobilen Altenpflege sind erst bis zu 5 Jahren in der Einrichtung beschäftigt. Bei der stationären Altenpflege sind es ein gutes Drittel (36 %) und in der stationären Krankenpflege 13 %. Hingegen ist in der stationären Krankenpflege knapp jede siebte Pflegekraft schon mehr als 25 Jahre im Unternehmen tätig. Diese langen Betriebszugehörigkeiten sind (z. T. auch unternehmensgeschichtlich begründet) in der Altenpflege allgemein nicht gegeben.

Die meisten Vollzeitbeschäftigungsverhältnisse finden sich bei den Teilnehmenden der stationären Altenpflege (49 %) und die meisten Teilzeitbeschäftigten in der stationären Krankenpflege (72 %). Insgesamt überwiegen die Teilzeitbeschäftigungsformen mit 56 %. Geringfügig Beschäftigte machen 2009 in der Teilnehmendengruppe 7 % aus. Die Vollzeitbeschäftigung schlägt mit 37 % insgesamt zu Buche.

Insgesamt arbeitet ein Drittel der Teilnehmenden (33 %) in fest zusammenhängenden Arbeitszeitmodellen, wobei diese Arbeitszeit in der stationären Krankenpflege nicht vorkommt, sondern nur in der stationären wie ambulanten/mobilen Altenpflege.

In der stationären Krankenpflege steht die Schichtarbeit im Mittelpunkt, dabei üben mehr als die Hälfte (55 %) Schichtarbeit mit regelmäßiger Nachtarbeit aus. In einem relevanten Ausmaß kommt Schichtarbeit mit regelmäßiger Nachtarbeit noch in der stationären Altenpflege vor, wo 16 % der Teilnehmenden in dieser Arbeitszeitform tätig sind.

Die 173 Beteiligten des Jahres 2010 mit einem Durchschnittsalter von 41,5 Jahren entsprechen nahezu der strukturellen Zusammensetzung wie zum Zeitpunkt der Ersterhebung (siehe Anhang Tabelle A.5: Sozialstatistik der Teilnehmenden im Jahr 2010 / Querschnittuntersuchung). Es sind insofern keine Beschäftigtengruppen in der zweiten MitarbeiterInnenbefragung verloren gegangen oder hinzugekommen. Gleichwohl können wir aufgrund einer geringeren Beteiligungsquote nicht von einer repräsentativen Erhebung sprechen und legen daher in diesem Bericht keine Querschnittauswertung 2010 vor.

Wir werden uns vielmehr in diesem Kapitel der Entwicklung der Längsschnittgruppe widmen und die Aussagen der Wirkungsüberprüfung darauf begründen. Die Längsschnittgruppe sind **96 Beteiligte, die an beiden Untersuchungszeitpunkten teilgenommen haben**. Sie waren im Jahr 2010 \bar{x} 41,6 Jahre alt (siehe Anhang Tabelle A.6: Sozialstatistik der Längsschnittgruppe 2009 und 2010). Sie sind nach dem Kriterium der Generationszusammensetzung in hohem Ausmaß mit der Erhebungsgruppe 2009 vergleichbar.

3.2 Der Betriebsberatungsprozess mit Arbeitsbewältigungs-Coaching®

Der Beratungsprozess orientierte sich an den Erfolgskriterien des betrieblichen Gesundheitsmanagements (Europäisches Netzwerk für Betriebliche Gesundheitsförderung) und folgte einem systematischen Projektmanagement. Jede Kooperationseinrichtung wurde von einer/m BezugsberaterIn und einer/m Co-BeraterIn von Arbeit und Zukunft e.V. betreut. Alle Beteiligten sind mit den wissenschaftlichen und methodischen Grundlagen vertraut und zur Beachtung des Datenschutzes verpflichtet.

Der Prozessablauf gliederte sich in folgende Bausteine:

Prozess-Bausteine	Arbeitsschritte
1. Aufbau einer internen Projektstruktur	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Einrichtung und Begleitung einer Steuerungsgruppe mit ArbeitgeberInnen- und ArbeitnehmerInnen-Vertretung, Führungskräften (der beteiligten Bereiche, Pflegedienstleitung, Qualitätsmanagement), ggf. Arbeitsmedizin und Sicherheitsfachkraft u. a. von der Einrichtung genannte Personen) ▪ Benennung und Unterstützung einer internen Projektkoordinationsperson ▪ Aufbau und Begleitung einer internen Kommunikationsstruktur ▪ Abstimmung der Projektziele, des Vorgehens etc.
2. IST-Analyse	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Standortbestimmung zu demografischen und personalwirtschaftlichen Fragen der Einrichtung ▪ Altersstrukturanalyse ▪ Ermittlung des Arbeitsbewältigungs-Status der Beschäftigten mit Hilfe standardisierter Methoden (Arbeitsbewältigungs-Index) ▪ Erfassung von Fördervorsätzen und -bedarfen der Beschäftigten in Bezug auf ihre Arbeitsbewältigungs-Zukunft mit Hilfe der standardisierten Methode Arbeitsbewältigungs-Coaching® ▪ Erstellung betrieblicher Arbeitsbewältigungs-Berichte
3. Maßnahmenentwicklung/-planung	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Maßnahmen- und Schlussfolgerungs-Workshops mit betrieblichen EntscheidungsträgerInnen ▪ Erstellung eines betrieblichen Aktionsplans / Förderprogramms ▪ MitarbeiterInnen-Rückmeldung

4. Maßnahmen-Umsetzung	▪ Bedarfsbezogene Beratung und Begleitung der Umsetzung
5. Regionale, grenzüberschreitende Arbeitsbewältigung-Förderung	▪ Initiierung und Moderation eines Maßnahmen- und Schlussfolgerungs-Workshops mit betrieblichen EntscheidungsträgerInnen der Pilotbetriebe und regional-, pflege- und beschäftigungspolitischen AkteurInnen
6. Wirkungsüberprüfung und Outputevaluation sowie Prozesssicherung	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Anonyme schriftliche MitarbeiterInnenbefragung ▪ Reviewgespräche mit der betrieblichen Steuerungsgruppe / teilweise Rückmelde-Workshops mit Beschäftigten

Das entlang dieser Prozesskette eingesetzte Beratungswerkzeug war das Arbeitsbewältigungs-Coaching[®]. Das Beratungswerkzeug ist im Kapitel 2 ausführlich beschrieben. Hier zur schnellen Erinnerung: Das Arbeitsbewältigungs-Coaching[®] (ab-c[®]) verfolgt die Ziele, den Personen selbst und den betrieblichen EntscheidungsträgerInnen Denkanstöße und Handlungsimpulse zur Erhaltung bzw. Förderung der Arbeitsbewältigungsfähigkeit zu vermitteln. Die Denkanstöße ergeben sich im Beratungsprozess aus der Ermittlung der IST-Situation zur Arbeitsbewältigung mit Hilfe des „Arbeitsbewältigungs-Index“ (Tuomi et al. 2002). Der „Arbeitsbewältigungs-Index“ dient hier sowohl der Untersuchung wie der Visualisierung. Die Ergebnisdarstellung soll sensibilisieren und Selbstbeobachtung ermöglichen. Das anschließende Coaching leitet auf Basis des Fördermodells 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 verfasster Förderplan zur Erreichung des eigenen Förder- und Schutzzieles. Damit findet im Arbeitsbewältigungs-Coaching[®] Empowerment⁵⁴ oder anders ausgedrückt: Ermutigung zur Selbstregulation statt. Das Arbeitsbewältigungs-Coaching[®] ist ein mehrstufiger Prozess, der aus mindestens zwei, in unserem Projekt drei, aufeinander aufbauenden Kernelementen besteht:

- a) „Persönlich-vertrauliches Arbeitsbewältigungs-Coaching“ mit Beschäftigten
- b) „Betriebliches Arbeitsbewältigungs-Coaching“ mit Entscheidungsträgern
- c) „Überbetriebliches Arbeitsbewältigungs-Coaching“ mit Kooperationsbetrieben und regionalpolitischen AkteurInnen.

Im Rahmen des betrieblichen Arbeitsbewältigungs-Workshops (ad b) werden die anonyme Zusammenfassung der Arbeitsbewältigungs-Werte und der Förderthemen der Teilnehmenden am „persönlich-vertraulichen Arbeitsbewältigungs-Coaching“ den betrieblichen EntscheidungsträgerInnen vorgestellt und erläutert. Die anschließende Gesprächsmoderation hat zum Ziel, dass mindestens eine zielführende und für den Betrieb mögliche Fördermaßnahme (idealerweise auf allen vier Handlungsebenen) beschlossen und umgesetzt wird.

Das überbetriebliche Arbeitsbewältigungs-Coaching (ad c) setzt die Teilnehmenden über den anonymisierten Arbeitsbewältigungsstatus der Berufsgruppe, die Förderbedarfe und die För-

⁵⁴ Empowerment oder „Jemanden-in-die-Lage-versetzen“ ist ein Prozess, mit dem die Fähigkeiten von Menschen gestärkt und aktiviert werden, Herausforderungen zu bewältigen, Bedürfnisse zu befriedigen, Probleme zu lösen und sich die notwendigen Ressourcen zu verschaffen, um die Kontrolle über die Entscheidungen und Handlungen zu gewinnen, die ihre Gesundheit bzw. Arbeitsbewältigungsfähigkeit beeinflussen.

dermaßnahmen der Betriebe in Kenntnis. Ziel ist, Gelegenheiten für Umsetzungs-Synergien und -Netzwerke zu schaffen.

3.3 Arbeitsbewältigungs-Status 2009 (Querschnittauswertung zum Projektstart)

Das Konstrukt der Arbeitsbewältigungsfähigkeit geht zurück auf Arbeiten von Prof. Juhani Ilmarinen und seinem Team am Finnish Institute of Occupational Health (FIOH). Dazu wurde in Finnland in langjährigen Studien in den 80-er und 90-er Jahren das Mess- bzw. Visualisierungsinstrument „Arbeitsbewältigungs-Index“ entwickelt und getestet.

Der „Arbeitsbewältigungs-Index“ (ABI) ist ein spezifisches Gefährdungsbeurteilungs-Instrument, das den Grad der Passung von Arbeitsanforderungen und individuellen funktionellen Kapazitäten identifiziert. Die Vorhersagekraft des Messergebnisses in Bezug auf drohende Gesundheitsbeeinträchtigungen bis hin zu Erwerbsunfähigkeit ermöglicht Prävention. Das persönliche bzw. Gruppen-Ergebnis des „Arbeitsbewältigungs-Index“ drückt sich in einer Kennzahl zwischen 7 und 49 Indexpunkten aus. Ein hoher Indexwert bedeutet eine hohe Arbeitsbewältigungsfähigkeit, die sich aufgrund der guten/stimmigen Balance zwischen Person und Arbeit ergibt; bzw. umgekehrt bedeutet ein niedriger Indexwert eine nicht mehr ausreichende Passung zwischen Arbeitsanforderungen und persönlichen Kapazitäten.

Der Indexwert wird Konstellationsgruppen zugeordnet, die mit entsprechenden Förder- bzw. Schutzziele verknüpft sind.

ABI (Indexpunkte)	Arbeitsbewältigungs-Konstellation (AB)	Förder- und Schutzziel
44 – 49 Punkte	Sehr gute AB	→ Arbeitsbewältigung erhalten
37 – 43	Gute AB	→ Arbeitsbewältigung unterstützen
28 – 36	Mäßige AB	→ Arbeitsbewältigung verbessern
07 – 27	Kritische AB	→ Arbeitsbewältigung wiederherstellen

Im Folgenden wird der Ø Arbeitsbewältigungsstatus der Berufsgruppe zum Projektstart allgemein und nach Pflegesparten beschrieben. Damit soll einerseits der IST-Zustand der Arbeitsbewältigung zu diesem Zeitpunkt sichtbar gemacht werden. Andererseits ermöglicht es Vorhersagen über die Zukunft dieser Befragtengruppe und der Einrichtungen. Positiv formuliert: Welche Schutz- und Förderstrategien müssen eingeschlagen werden, um die Arbeitsbewältigung, trotz Veränderung von Beschäftigten und Arbeitswelt, wenigstens durchschnittlich zu erhalten.

Der Ø Indexwert der repräsentativen Befragtengruppe aller neun Kooperationseinrichtungen betrug im Jahr 2009 **39 Indexpunkte** und befand sich damit Ø in einer guten Arbeitsbewältigungs-Konstellation. D. h. persönliche Kapazitäten und Arbeitsbedingungen sind im Gleichgewicht, wobei Reserven und Entwicklungsräume geringer sind als in einer sehr guten Arbeitsbewältigungs-Konstellation. Das damit verbundene Schutz- und Förderziel lautet: Die Arbeitsbewältigungsfähigkeit der Teilnehmenden am Projekt ‚Zukunft PFLEGEN‘ muss unterstützt werden.

Die \bar{x} Indexwerte variierten signifikant zwischen den Pflegesparten. Den höchsten Arbeitsbewältigungsdurchschnittswert erreichten die Beschäftigten der ambulanten/mobilen Pflege (39,8 Indexpunkte) bei gleichzeitig \bar{x} ältester Befragtengruppe (41,7 Jahre). Die \bar{x} kritischere Ausprägung der Arbeitsbewältigung fand man bei den Befragten aus der stationären Altenpflege (37,6 Indexpunkte), was schon nahe an die „mäßige Arbeitsbewältigungskonstellation“ heranreicht.

Pflegesparten	Alter in Jahren		Arbeitsbewältigungs-Index	
	Mittelwert	SD ⁵⁵	Mittelwert	SD
Stationäre Krankenpflege (n= 45)	40,0	10,1	39,4	5,6
Stationäre Altenpflege (n= 80)	40,2	11,6	37,6	5,9
Ambulante/mobile Pflege (n= 126)	41,7	10,5	39,8	5,9
Insgesamt (n=251)	40,9	10,8	39,0	5,9

Tabelle 3.1: \bar{x} Lebensalter und Arbeitsbewältigungs-Index nach Pflegesparten

Die \bar{x} Arbeitsbewältigungsfähigkeit nach Altersgruppen/Generationen zeigte ebenfalls signifikante Unterschiede: Während sich die jüngere und mittlere Generation in \bar{x} guter Arbeitsbewältigungskonstellation befand, lag im Durchschnitt für die ältere Generation eine mäßige Konstellation vor. Diese Situation erfordert nicht nur unterstützende, sondern das Zusammenspiel zwischen Person und Arbeit verbessernde Maßnahmen. Wobei die Standardabweichung der Mittelwerte für die ältere Generation erfahrungsgemäß auch hier deutlich größer war als in den anderen Generationen. Betrachtet man die Sparten separat, zeigt sich nur in der stationären Altenpflege ein signifikanter Zusammenhang mit dem Lebensalter. Es kann die These aufgestellt werden, dass insbesondere die stationäre Altenpflege für das Älterwerden im Beruf problematisch ist.

Altersgruppen	Arbeitsbewältigungs-Index	
	Mittelwert	SD
Bis 34 Jahre (n=75)	40,4	5,4
35 - 50 Jahre (n=123)	39,1	5,3
51 plus Jahre (n=53)	36,8	7,3
Insgesamt (n=259)	39,0	5,9

Tabelle 3.2: Durchschnittlicher Arbeitsbewältigungs-Index nach Altersgruppen

Es fanden sich keine signifikanten Unterschiede bei der durchschnittlichen Arbeitsbewältigungsfähigkeit in Zusammenhang mit Beschäftigungsverhältnissen, Arbeitszeitmodellen und Funktion der Beschäftigten (Führungskraft ja/nein).

⁵⁵ SD steht für Standardabweichung. Es ist ein Maß für die Streuung der Messwerte. Trägt man die Standardabweichung zu beiden Seiten des Mittelwertes auf, so liegen bei normal verteilten Werten ca. 67 % der Werte in diesem Intervall.

Die Arbeitsbewältigungs-Indexwerte lassen sich in Passungs- bzw. Nichtpassungsgruppen einordnen. Es entstehen dann vier Arbeitsbewältigungs-Konstellationen.

Im Jahr 2009 befanden sich ein Viertel der beteiligten Beschäftigten in einer sehr guten; knapp die Hälfte in einer guten; ein knappes Viertel in einer mäßigen und 5 % in einer kritischen Arbeitsbewältigungs-Konstellation. Erwartungsgemäß fiel auch hier die Situation der Befragten in der stationären Altenpflege auf: Unterdurchschnittlich befanden sie sich in sehr guten (18 %) und überdurchschnittlich in mäßigen/kritischen Arbeitsbewältigungssituationen (38 %). Zur Verdeutlichung bedeutet dieses Ergebnis, dass fast zwei von fünf Befragten aus der stationären Altenpflege im Jahr 2009 schon mehr oder weniger mit ihrer Arbeitsbewältigungssituation zu kämpfen hatten, während dies in der stationären Krankenpflege für eine von vier (25 %) und in der ambulanten/mobilen Pflege für eine von fünf Befragten der Fall war. Bei diesen insgesamt 28 % der Befragten galt als Schutzziel „Verbesserungs- und Wiederherstellungsbedarf“. Den höchsten Anteil an Befragten in einer „grünen“ (sehr guten oder guten) Arbeitsbewältigungssituation fand sich in der ambulanten/mobilen Pflege mit mehr als drei Viertel der Befragten (78 %), dicht gefolgt von den Befragten in der stationären Krankenpflege (74 %). Hier gilt als Schutz- und Förderziel: „Erhaltungs- und Unterstützungsbedarf“.

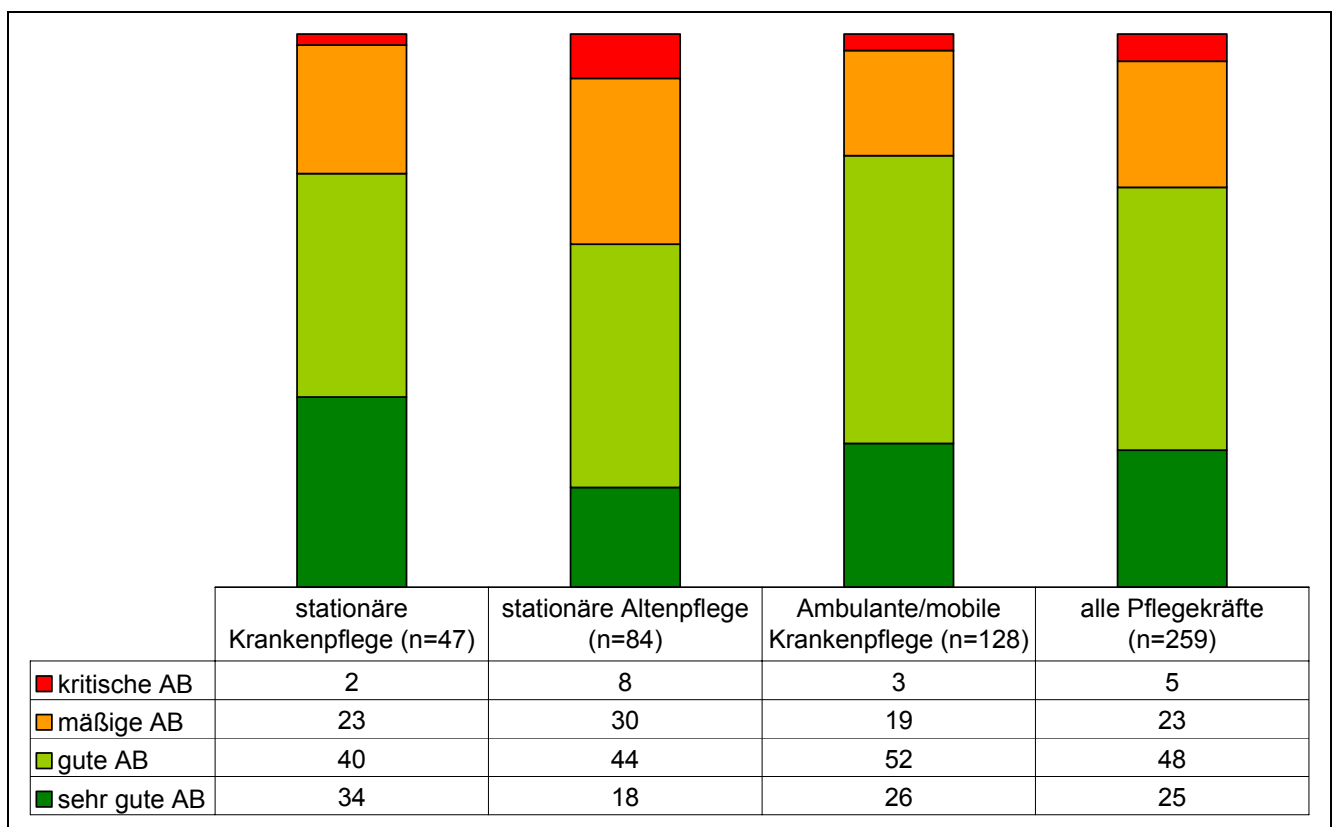


Tabelle 3.3: Häufigkeitsverteilung der Arbeitsbewältigungs-Konstellationen nach Pflegesparten

3.3.1 Arbeits-Renten/Pensions-Perspektive 2009 (Querschnittauswertung zum Projektstart)

Im Rahmen der IST-Analyse wurde die Frage gestellt: „Können Sie sich vorstellen, Ihren derzeitigen Beruf bis zum regulären Rentenalter auszuüben?“ Nur ein knappes Drittel der Befragten (31 %) meinen, dass sie dies können und wollen. 15 % sind der Meinung, dass sie den derzeitigen Beruf nicht bis dahin ausüben können. Zwei von fünf Befragten (43 %) wissen es nicht bzw. zweifeln daran und weitere 11 % der Befragten haben andere Pläne bzw. wollen die Tätigkeit / den Beruf wechseln.

Es bestehen signifikante Unterschiede zwischen den Pflegesparten. Relativ durchgängig in allen Pflegesparten fand man eine Gruppe von ca. 15 % der Befragten, die sich nicht in der Lage sehen, bis zur regulären Rente arbeiten zu können. Auffällig war der relativ hohe Anteil der Befragten aus der stationären Krankenpflege, die dies zum Zeitpunkt 2009 noch nicht wussten oder dies nicht tun wollten. Im Gegenzug war der Anteil der Befragten in der stationären Krankenpflege, die sich diese Tätigkeit bis zur regulären Rente vorstellen können und wollen mit 17 % unterdurchschnittlich.

	in Prozentanteilen			
	Stationäre Krankenpflege (n=47)	Stationäre Altenpflege (n=84)	Ambulante/mobile Alten- und Krankenpflege (n=128)	Gesamt (n=259)
JA, kann und will bis zur regulären Rente	17	27	38	31
NEIN, kann nicht	15	17	14	15
WEISS NICHT	51	42	41	43
WILL NICHT	17	14	7	11

Tabelle 3.4: Häufigkeitsverteilung der Arbeits-Renten-Perspektive nach Pflegesparten

Die Einschätzungen sowie die Möglichkeiten, das reguläre Rentenalter im derzeitigen Beruf zu erreichen unterschieden sich signifikant nach dem durchschnittlichen Arbeitsbewältigungs-Indexwert der Beschäftigten. Beschäftigte mit der Perspektive, den Beruf bis zur regulären Rente ausüben zu können und zu wollen, befanden sich durchschnittlich in einer besseren Arbeitsbewältigungs-Konstellationen als jene Personen, die nicht bis zur regulären Rente arbeiten können oder wollen.

	ABI-Mittelwert 2009	SD
JA, kann und will bis zur regulären Rente	42,2	4,78
NEIN, kann nicht	35,0	6,24
WEISS NICHT	38,2	5,63
WILL NICHT	39,0	5,13
Insgesamt (n= 259)	39,0	5,90

Tabelle 3.5: Arbeits-Renten-Perspektive und durchschnittliche Arbeitsbewältigungsfähigkeit

Aus personalwirtschaftlicher Sicht war der Befund aus dem Jahr 2009 bedeutsam, weil er zeigte, dass insgesamt nur knapp ein Drittel der Befragten sich eine Tätigkeit in der Pflege bis zum regulären Rentenalter vorstellen könnten. Grobe Einschätzungen des Lebensalters und damit der „beruflichen Verweilzeit“ der Beschäftigten durch Personalverantwortliche kann trügen. Hingegen gibt es Anzeichen dafür, dass Betriebe durch Fördermaßnahmen für gute Arbeitsbewältigung einen Einflussfaktor in der Hand halten, um Beschäftigte länger/so lang als möglich an Beruf und Betrieb binden zu können.

Weiter muss – angesichts des vorliegenden Befragungsergebnisses - davon ausgegangen werden, dass etwa 15 % einer Belegschaftsgruppe von Pflegekräften keine Chancen für eine arbeitslebenslange Berufsausübung sehen. Ihre Arbeitsbewältigungssituationen hat durchschnittlich eine mäßige Ausprägung (35 Indexpunkte). Hier müssten deutliche, kompromisslose betriebliche Verbesserungs- und Entlastungsmaßnahmen gesetzt werden. So lange dies in der dichter werdenden Arbeitswelt nicht möglich ist, kann für diese Gruppe kein „Arbeiten bis 67 Jahre“ gelten.

3.3.2 Förderbedarfe 2009

Die an der IST-Analyse beteiligten Beschäftigten wurden aufgefordert, die Maßnahmebereiche zu nennen, die ihre Arbeitsbewältigung erhalten bzw. unterstützen, verbessern oder wiederherstellen. Die qualitative Erhebung wurde mittels Inhaltsanalyse ausgewertet.

Die Befragten formulierten am häufigsten Fördervorsätze bzw. Förderbedarfe zur Erhaltung bzw. Verbesserung ihrer Arbeitsbewältigung im Handlungsfeld „Förderung durch Gestaltung der Arbeitsbedingungen“, knapp gefolgt von „Förderung durch Führungsorganisation und Arbeitsorganisationsgestaltung“, an dritter Stelle nach Häufigkeit der Nennungen steht „Persönliche Gesundheitsförderung“ und zuletzt „Förderung durch Kompetenzstärkung“. Diese Reihenfolge findet sich nahezu durchgängig in allen Pflegesparten; lediglich in der stationären Altenpflege wurden an zweiter Stelle Gesundheitsförderungsmaßnahmen erwähnt.

Anzahl ausgewerteter Fördergespräche	128		47		84		259	
	Ambulanter Dienste abs. Zahl	Ambulanter Dienste Prozentanteil	Krankenhaus abs. Zahl	Krankenhaus Prozentanteil*	Altenheim abs. Zahl	Altenheim Prozentanteil	Gesamt abs. Zahl	Gesamt Prozentanteil
Arbeitsbedingungen	286	29,6	96	32,1	167	28,8	549	29,8
Arbeitszeit	79	8,2	20	0,7	43	7,4	142	7,7
Arbeitsmenge	46	4,8	29	1,0	37	6,4	112	6,1
Arbeitsaufgabe	57	5,9	14	0,5	28	4,8	99	5,4
Arbeitsmittel	66	6,8	11	0,4	19	3,3	96	5,2
Sonstiges	19	2,0	14	0,5	14	2,4	47	2,5
Arbeitsumgebung	6	0,6	3	0,1	10	1,7	19	1,0
Arbeitsplatz	8	0,8	4	0,1	5	0,9	17	0,9
Information	5		1	0,0	11	1,9	17	1,0
Führung, Arbeitsorganisation	281	29,1	85	28,4	144	24,9	510	27,7
Vorgesetzten-MitarbeiterInnen-Beziehung	84	8,7	7	0,2	62	10,7	153	8,3
Betriebsklima	45	4,7	25	0,8	12	2,1	82	4,4
Kollegialität	34	3,5	17	0,6	26	4,5	77	4,2
Arbeitsabläufe	32	3,3	16	0,5	14	2,4	62	3,4
Sonstiges	16	1,7	12	0,4	19	3,3	47	2,8
Mitsprache	27	2,8	0	0,0	5	0,9	32	1,7
Information	23	2,4	5	0,2	1	0,2	29	1,6
Arbeitsaufgabe	20	2,1	3	0,1	5	0,9	28	1,5
Persönliche Gesundheit	235	24,3	82	27,4	168	29,0	485	26,3
Bewegung	65	6,7	23	0,8	41	7,1	129	7,0
Lebensbalance	45	4,7	11	0,4	51	8,8	107	5,8
Gesundheitsgerechtes Arbeiten	57	5,9	27	0,9	21	3,6	105	5,7
Entspannung	18	1,9	6	0,2	23	4,0	47	2,5
Gesundheitsuntersuchung & -behandlung	23	2,4	8	0,3	12	2,1	43	2,3
Ernährung	15	1,6	4	0,1	14	2,4	33	1,8
Sonstiges	12	1,2	3	0,1	6	1,0	21	1,1
Kompetenz	164	17	36	12,0	100	17,3	300	16,3
Betriebliche Weiterbildung	68	7,0	17	0,6	43	7,4	128	6,9
Karrieremöglichkeit	10	1,0	12	0,4	18	3,1	40	2,2
Trainings zur prof. Gesundheitskompetenz	25	2,6	6	0,2	3	0,5	34	1,8
Fachausbildung	16	1,7	1	0,0	16	2,8	33	1,8
Sonstiges	21	2,2	0	0,0	10	1,7	31	1,7
Persönlichkeitsentwicklung	10	1,0	0	0,0	7	1,2	17	0,9
Einsatz von Erfahrungswissen	14	1,4	0	0,0	3	0,5	17	0,9
Gesamt	966		299		579		1844	
je Beteiligte	7,5		6		6,9		7	

Tabelle 3.6: Überblick über die genannten Fördervorsätze und -bedarfe, geclustert nach inhaltlichen Stichworten.

3.3.3 Zusammenfassung der Ausgangslage zum Prozessstart im Jahr 2009

Arbeit und Zukunft e.V. konnte neun Kooperationsbetriebe für die Entwicklung und Erprobung eines betrieblichen Arbeitsbewältigungsmanagements gewinnen. Es handelt sich dabei um drei privatgewerbliche und 6 freigemeinnützige Einrichtungen mit insgesamt 375 Beschäftigten in den Pilotbereichen.

In diesen Kooperationsbetrieben – durchgängig für alle Pflegesparten – wird in absehbarer Zeit (2018) mehrheitlich die Dienstleistung durch Beschäftigte der älteren Generation bewerkstelligt werden. Das erfordert aus unserer Sicht heute

- a) Vorkehrungen, so dass diese erfahrenen MitarbeiterInnen die Pflegeaufgaben noch wohlbehalten ausüben können und
- b) Maßnahmen zur MitarbeiterInnenbindung und für Beschäftigungsanreize zu verwirklichen, um diese zahlenmäßig starke Gruppe nach langen Dienstjahren nicht vorzeitig zu verlieren.

Der Arbeitsbewältigungsstatus der repräsentativen Befragtengruppe aller neun Kooperationseinrichtungen betrug im Jahr 2009 39 Indexpunkte und befand sich damit \emptyset in einer guten Arbeitsbewältigungs-Konstellation. D. h. persönliche Kapazitäten und Arbeitsbedingungen sind im Gleichgewicht, wobei Reserven und Entwicklungsräume geringer sind als in einer sehr guten Arbeitsbewältigungs-Konstellation. Das damit verbundene Schutz- und Förderziel lautet: Die Arbeitsbewältigungsfähigkeit der Teilnehmenden am Projekt ‚Zukunft PFLEGEN‘ war unterstützungsbedürftig.

Der Arbeitsbewältigungsstatus variierte signifikant zwischen den Pflegesparten. Den höchsten Arbeitsbewältigungsdurchschnittswert erreichten die Beschäftigten der ambulanten/mobilen Pflege (39,8 Indexpunkte) bei gleichzeitig \emptyset ältester Befragtengruppe (41,7 Jahre). Die \emptyset kritischere Ausprägung der Arbeitsbewältigung fand man bei den Befragten aus der stationären Altenpflege (37,6 Indexpunkte), was schon nahe an „mäßige Arbeitsbewältigungs-Konstellation“ heranreicht.

Die \emptyset Arbeitsbewältigungsfähigkeit nach Altersgruppen/Generationen zeigte ebenfalls signifikante Unterschiede: Während sich die jüngere und mittlere Generation in \emptyset guter Arbeitsbewältigungs-Konstellation befand, lag im Durchschnitt für die ältere Generation eine mäßige Konstellation vor. Diese Situation erfordert nicht nur unterstützende, sondern das Zusammenspiel zwischen Person und Arbeit verbessernde Maßnahmen. Betrachtet man die Sparten separat so zeigte sich nur in der stationären Altenpflege ein signifikanter Zusammenhang mit dem Lebensalter. So kann die These aufgestellt werden, dass das Älterwerden im Beruf besonders in der stationären Altenpflege Problemsituationen schafft.

Aus personalwirtschaftlicher Sicht war der Befund zur subjektiven Arbeits-Renten-Perspektive aus dem Jahr 2009 bedeutsam, weil er zeigte, dass insgesamt nur knapp ein Drittel der Befragten sich eine Tätigkeit in der Pflege bis zum regulären Rentenalter vorstellen könnten. Grobe Einschätzungen des Lebensalters und damit der beruflichen Verweilzeit

der Beschäftigten durch Personalverantwortliche könnten trügen. Hingegen gibt es Anzeichen dafür, dass Betriebe durch Fördermaßnahmen für gute Arbeitsbewältigung Einfluss auf die Verweildauer in Beruf und Betrieb nehmen können.

Weiter muss davon ausgegangen werden, dass etwa 15 % der Pflegekräfte für sich keine Chancen für eine arbeitslebenslange Berufsausübung sehen. Ihre Arbeitsbewältigungssituationen hat durchschnittlich eine \emptyset mäßige Ausprägung (35 Indexpunkte). Hier müssten deutliche betriebliche Verbesserungs- und Entlastungsmaßnahmen gesetzt werden. So lange dies in der dichter werdenden Arbeitswelt nicht möglich ist, kann für diese Gruppe kein „Arbeiten bis 67 Jahre“ gelten.

Die Befragten formulierten am häufigsten Fördervorsätze bzw. Förderbedarfe zur Erhaltung bzw. Verbesserung ihrer Arbeitsbewältigung im Handlungsfeld „Förderung durch Gestaltung der Arbeitsbedingungen“, knapp gefolgt von „Förderung durch Führungsorganisation und Arbeitsorganisationsgestaltung“. Diese Reihenfolge findet sich in allen Pflegesparten mit einer Ausnahme: In der stationären Altenpflege wurde an zweithäufigster Stelle klassische Gesundheitsförderungsmaßnahmen erwähnt.

Kurz zusammengefasst:

- Arbeit und Zukunft e.V. konnte mit einer motivierten Gruppe von Einrichtungen kooperieren, die durchgängig aufgrund der demografischen Prognosen in personalwirtschaftlicher Hinsicht Handlungs- und Entwicklungsbedarf aufwiesen.
- Das erforderliche Vorbeugeprogramm musste mindestens bedarfsgerechte Unterstützungsmaßnahmen für und mit den Beschäftigten vorsehen, um die Arbeitsbewältigung zu stabilisieren.
- Ein besonderes Augenmerk muss auf die Einrichtungen und Beschäftigten der stationären Altenpflege gelegt werden.
- Für eine relevant große Gruppe von etwa 15 % insgesamt und, insbesondere für die ältere Generation in der stationären Pflege, bräuchte es erhebliche Verbesserungs- und Entlastungsmaßnahmen. Dann könnte wieder an eine längere Ausübung der Tätigkeit gedacht werden. Möglicherweise können notwendige Maßnahmen nicht allein von den Betrieben bewerkstelligt werden.

Damit war der erste Analyse- und Interventionsschritt im Arbeitsbewältigungsförderprozess gesetzt und die zweite Etappe des betrieblichen Arbeitsbewältigungs-Coachings wurde eingeläutet.

3.4 Fördermaßnahmenpläne

Auf Basis der einrichtungsspezifischen IST-Analysen zum Arbeitsbewältigungs-Status und zu den Förderbedarfen der Beschäftigten haben die beteiligten Kooperationseinrichtungen in Schlussfolgerungs-Workshops betriebliche Maßnahmenpläne zur Erhaltung und Förderung der Arbeitsbewältigungsfähigkeit erarbeitet und beschlossen. Diese wurden den MitarbeiterInnen im Anschluss bekanntgegeben.

Die Output-Evaluation als ein Teil der abschließenden Wirkungsüberprüfung ging der Frage nach, welche und in welchem Umfang Förderaktivitäten durch diesen Beratungsprozess mit Arbeitsbewältigungs-Coaching® angeregt werden konnten. Zusammengefasst kann festgehalten werden: In den neun Kooperationsbetrieben wurden insgesamt 57 betriebliche Fördermaßnahmen beschlossen und einer Umsetzung zugeführt. Das bedeutet, dass in jedem Kooperationsbetrieb durchschnittlich sechs bedarfsorientierte Maßnahmen initiiert wurden, die der Erhaltung und Förderung der Arbeitsbewältigungsfähigkeit ihrer Beschäftigten dienen sollen.

<p>49 % Maßnahmen zur Arbeitsgestaltung für nachhaltige Arbeitsanforderungen</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Dienstplanung mit Augenmerk auf u. a. Durcharbeitszeiträume ▪ Arbeitsorganisatorische Verbesserungen durch Verlagerung von Arbeiten von Nacht- auf Tagdienst oder von Diplomierten Kräften auf Präsenzdienste ▪ Verbesserung des Einsatzes von Hilfs- und Arbeitsmitteln ▪ Verbesserung der Information über bevorstehende Arbeiten oder über KlientInnen ▪ Einrichtung eines gemischten Arbeitskreises zur Bearbeitung einer alternsensiblen Dienstplanung ▪ Partizipative und optimierte Urlaubsplanung ▪ Überdenken der Dienstplanung und Tourenplanung; Prüfung von Wunschkosten-Regeln ▪ Verbesserte Kommunikation und verbessertes Modell zur Mehrarbeits-Stundenobergrenze ▪ Analyse und Kommunikation der Dienstplanung in Bezug auf Durcharbeitszeiträume ▪ Dienstplananalyse und Redesign Dienstplangestaltung ▪ Durchführung einer MA-Befragung zur Pausengestaltung ▪ Neu-Diskussion der Nachtdienstverteilung im Team ▪ Einführung von Gruppenarbeit ▪ Pilotprojekt zur Erweiterung des Tätigkeitsfeldes von AltenfachbetreuerInnen ▪ Verbesserung der Stellenbeschreibungen für Präsenz- und Betreuungskräfte, Überprüfung der Realität, Kommunikation der Aufgabenzuständigkeit in der Gesamtbelegschaft ▪ Erhebung pflegefremder Tätigkeiten im Alltag ▪ Neuerungen bei der Dienstkleidung ▪ Prüfung der Möglichkeiten für Dienstfahräder ▪ Weiterleitung der Kritik an von der Kasse beigebrachten Pflegemitteln und Wunsch nach ganzheitlicher Case-Management-Struktur ▪ Erhebung vorhandener Hilfs- und Arbeitsmittel sowie Arbeitsmittel auf den Stand bringen ▪ Überarbeitung der EDV- und QM-Infrastruktur ▪ Verbesserung der schriftlichen und mündlichen Informationsweitergabe ▪ Verbesserung der Informations-Weitergabe durch Leitungsteam
<p>24 % Maßnahmen der Führungsorganisation und für unterstützendes</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Einführung von wertschätzenden MitarbeiterInnen-Gesprächen ▪ Verbesserung der Zusammenarbeit der verschiedenen Berufsgruppen

Betriebsklima	<p>pen</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Verstärkte Austauschmöglichkeiten mit der Einrichtungsleitung ▪ Einführung von Willkommens- und Eingliederungsmaßnahmen nach Krankheit ▪ Pilotprojekt zur Einführung von MitarbeiterInnen-Gesprächen ▪ Einführung eines halbjährlichen anerkennenden Erfahrungsaustausches zwischen PDL und MA ▪ Einführung eines systematischen Personalgesprächs ▪ Verstärkung der Anwesenheit der Heimleitung bei Dienstbesprechungen ▪ Einführung monatlicher Teamsitzungen ▪ Aktionen zur Verbesserung des wechselseitigen Verständnisses und der wechselseitigen Wertschätzung zwischen Berufsgruppen; Wiederbelebung des interdisziplinären Leitbildes ▪ Neues betriebliches SchülerInnen-Begleitprogramm ▪ Teamentwicklungsprozess ▪ Beibehaltung der Einstellungsstrategie ▪ Klärung und Verbesserung der Abteilungsstrukturen und Zuständigkeiten ▪ Partizipative Erarbeitung eines Modells für Fixgebiete; Einsatz von SpringerInnen ▪ Verbesserung/Optimierung des Schnittstellenmanagements zwischen Pflege und anderen Berufsgruppen (insbes. Medizin, Therapie und Hauswirtschaft) ▪ Überarbeitung des QM-bezogenen Fehlerprotokolls ▪ Schaffen von mehr Transparenz über den betriebswirtschaftlichen Status der Einrichtung (regelmäßige Berichte zur Wirtschaftslage) ▪ Verbesserung der Erreichbarkeit der Zuständigen der Personalverwaltung ▪ Coaching- und Supervisions-Initiative auf Führungsebene ▪ Einführung eines Gesprächskreises zum Erfahrungsaustausch auf Wohnbereichsleitungsebene ▪ Einführung einer regelmäßigen Leitungskonferenz
19 % Maßnahmen für zukunftsorientierte Berufs- und Persönlichkeitsentwicklung	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Bobath- oder Kinästhetik-Schulungsangebote ▪ Karrieremöglichkeiten in der Organisation ▪ Supervision, u. a. zur Stärkung des beruflichen Selbstbewusstseins ▪ Erarbeitung eines Modells zur 100 %-Abgeltung der angeordneten Fortbildung für Teilzeitkräfte ▪ Erweiterung der Terminangebote durch einrichtungsübergreifenden

	<p>Zugang zum Fortbildungsprogramm</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Wiederaufnahme der Konzeptschulungen für MA ▪ Fortsetzung und Verstärkung der Fortbildung im Bereich Erste-Hilfe, Kinästhetik und Sterbebegleitung ▪ Erarbeitung eines Modells für eine Karriere in der Organisation (Unterstützung der individuellen Planung; Abklärung der Einsatzmöglichkeiten) ▪ Einrichtung einer internen Job-Börse ▪ Schaffen eines Fortbildungs-Angebots zu „Rückenschonendem Arbeiten“
6 % Maßnahmen zur Gesundheitsvorsorge	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Gesundheitstag ▪ Gesundheitsangebote im Betrieb ▪ Start einer betriebsärztlichen Beratung und Aktualisierung der Gefährdungsbeurteilung ▪ Einführung eines betrieblichen Eingliederungsmanagements ▪ Angebot Yoga in Zusammenarbeit mit AOK ▪ Durchführung eines Gesundheitstages ▪ Neues Umgangsmodell mit Arbeitsunfähigkeit von MitarbeiterInnen („Gute-Besserung“-Karte; Wiedereingliederungsgespräch) ▪ Anbieten eines Fahrsicherheitstrainings
2 % Maßnahmen zur gesellschaftlichen Steuerung	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Angebot von Praktikumsstellen für Interessierte aus der Nachbar-Region

Tabelle 3.7: Übersicht über betriebliche Fördermaßnahmen

3.4.1 Wahrnehmung und Bewertung der betrieblichen Maßnahmen aus Sicht der Beschäftigten

Es handelte sich um unterschiedliche betriebliche Fördermaßnahmen, die sich nach dem konkreten Bedarf der Beschäftigten und nach den betrieblichen Realisierungsmöglichkeiten und -notwendigkeiten richteten. Daher wurden die Evaluationsfragen hinsichtlich Wahrnehmung und Bewertung der betrieblichen Fördermaßnahme im schriftlichen MitarbeiterInnenfragebogen spezifisch an die jeweilige Einrichtung angepasst. Im Wirkungsüberprüfungsbericht an den Betrieb und die Beschäftigten liegen die konkreten Evaluationsergebnisse vor, die in diesem Endbericht ob der Vielfalt nicht zusammenfassend dargestellt werden können. Im Folgenden werden Spartenexemplare vorgestellt:

	<p>JA, wahrgenommen in Prozent</p>	<p>Bewertung in Mittelwerten (1= sehr gut, 2= gut, 3: befriedigend, 4= genügend, 5= nicht genügend)</p>
--	------------------------------------	---

Arbeitsorganisatorische Verbesserung durch Zentrales Belegmanagement	68 %	3,7
Arbeitsorganisatorische Verbesserung durch Wegfall der ambulanten OP-Versorgung auf Station	64 %	2,4
Arbeitsorganisatorische Verbesserung durch Einführung eines dritten, kurzen Spätdienstes an arbeitsintensiven Tagen	73 %	1,6
Arbeitsorganisatorische Verbesserung durch Verlagerung von Routinearbeiten vom Nachtdienst auf den Tagdienst	73 %	1,8

Tabelle 3.8: Wahrnehmung und Bewertung der umgesetzten Fördermaßnahmen in der stationären Krankenpflege (n=23)

	JA, wahrgenommen in Prozent	Bewertung in Mittelwerten (1= sehr gut, 2= gut, 3: befriedigend, 4= genügend, 5= nicht genügend)
Organisation eines Angebots Yoga gemeinsam mit AOK in der Einrichtung im Herbst 2009	70 %	2,7
Beteiligung der MitarbeiterInnen zum Thema Arbeitszeit und Nachtdienst im Rahmen von Dienstbesprechungen im Juli 2009. Ergebnis: Gemeinsamer Beschluss der Beibehaltung der jetzigen Dienstzeit.	61 %	2,3
Einführung einer „Gute-Besserung-Grußkarte“ der Einrichtung an kranke KollegInnen	61 %	1,8
Einführung von „Willkommensgesprächen nach Krankenständen“	44 %	1,6
Durchführung von Konzeptschulungen durch Heimleitung	61 %	1,8
Teilnahme der Heimleitung bei Dienstbesprechungen	74 %	1,7
Durchführung von Erste-Hilfe-Kursen 2009-2010	83 %	1,6
Besetzung der Qualitätsmanagement-Stelle	70 %	1,6
Überarbeitung der Dokumentations-Software durch QM zur künftigen vereinfachten Anwendung	74 %	1,9
Beteiligung der MitarbeiterInnen zum Thema Fehlerprotokoll im Rahmen von Dienstbesprechungen im Sommer 2009. Ergebnis: Gemeinsamer Beschluss der Beibehaltung.	56 %	2,3

Tabelle 3.9: Wahrnehmung und Bewertung der umgesetzten Fördermaßnahmen in der stationären Altenpflege (n=23)

	JA, wahrgenommen in Prozent	Bewertung in Mittelwerten (1= sehr gut, 2= gut, 3: befriedigend, 4=

		genügend, 5= nicht genügend)
Arbeitskreis Dienstplanung z. B. zu Themen: Geteilter Dienst, Durcharbeitszeiträume, Handydienst	74 %	2,6
Pilotprojekt „Verordnungen bündeln“	53 %	3,6
Kinästhetik-Fortbildungen	68 %	1,5
Anerkennender Erfahrungsaustausch zwischen MitarbeiterInnen und Führungskräften	53 %	2,2
Mehr Transparenz schaffen durch regelmäßigen Input in Besprechungen zum Stand der Wirtschaftslage	68 %	2,0

Tabelle 3.10: Wahrnehmung und Bewertung der umgesetzten Fördermaßnahmen in der ambulanten/mobilen Altenpflege (n=19)

Die Wahrnehmung dieser Maßnahmen durch die MitarbeiterInnen und insbesondere deren Bewertung, bildete hinsichtlich der Fortführung von Fördermaßnahmen eine Grundlage für die betriebliche Entscheidungsfindung.

3.4.2 Umsetzung persönlicher Fördervorsätze aus Sicht der Beschäftigten

Im Rahmen des „persönlich-vertraulichen Arbeitsbewältigungs-Coaching“ wurden die Befragten unterstützt, ihren individuellen Förderplan zu formulieren. Dieser besteht aus Anliegen und Wünschen an die Einrichtung und aus persönlichen Fördervorsätzen. In der schriftlichen MitarbeiterInnenbefragung im Rahmen der Wirkungsüberprüfung wollte Arbeit und Zukunft^e.^oV. auch eine Bewertung aus der Sicht der Beteiligten einholen, wie sehr das „Arbeitsbewältigungs-Coaching“ eine Anschubhilfe zur Realisierung der Fördervorsätze war. Die folgende Auswertung bezieht sich ausschließlich auf die subjektive Einschätzung, genauer gesagt auf die Erinnerungsleistung der Befragten.

Zwei Drittel der Beteiligten oder 64 Personen (das sind 67 % der Personen, die beim persönlich-vertraulichen Arbeitsbewältigungs-Coaching und der schriftlichen MitarbeiterInnenbefragung teilgenommen haben, n=96) haben sich mindestens an einen persönlichen Fördervorsatz erinnert. Insgesamt wurden von diesen 64 Pflegekräften 96 Fördervorsätze aufgelistet, d. h. im Durchschnitt 1,5 Fördervorsätze pro Person. Während sich in allen Pflegesparten die Fördervorsätze von einem gleich großen Anteil von Beteiligten erinnert wurden, liegt die Anzahl von Fördervorsätzen in der stationären und mobilen/ambulanten Altenpflege höher.

	Stationäre Krankenpflege (n= 27)	Stationäre Altenpflege (n= 21)	Mobile/ambul. Altenpflege (n= 48)	Gesamt (n= 96)
Anzahl der Beteiligten mit erinnerten Fördervorsatz in Prozentanteilen	67 %	67 %	67 %	67 %
Gesamtanzahl (absolute Zahl) der erinnerten persönlichen Fördervorsätze aus dem „persönlich-vertraulichen Arbeitsbewältigungs-Coaching“	23	22	51	96
Ø-Anzahl der Fördervorsätze pro Person	1,3	1,6	1,6	1,5

Tabelle 3.11: Überblick über Ausmaß persönlicher Fördervorsätze

Insgesamt wurden nach Auskunft der Beschäftigten die Fördervorsätze zu 72 % umgesetzt. Wobei im Bereich der stationären Krankenpflege und der stationären Altenpflege deutlich mehr (78 bis 82 %) als von den Befragten in der mobilen/ambulanten Altenpflege (65 % realisierte Fördervorsätze) genannt wurden.

Umsetzungsquote der persönlichen Fördervorsätze (n=96 genannte Fördervorsätze gesamt)	78 %	82 %	65 %	72 %
---	------	------	------	------

Tabelle 3.12: Umsetzungsquote der persönlichen Fördervorsätze

3.4.3 Überbetriebliches Arbeitsbewältigungs-Coaching®

Am 11. Februar 2010 fand im Technologiezentrum Techno-Z Braunau ein regionales / grenzüberschreitendes Arbeitsbewältigungs-Coaching als vierter Prozessbaustein der Projektberatung statt. Zielgruppen waren betriebliche EntscheidungsträgerInnen der Kooperationsseinrichtungen sowie regional-, pflege- und beschäftigungspolitische AkteurInnen. Die VertreterInnen von Arbeit und Zukunft^{e.V.} moderierten diese Veranstaltung.

Hier galt es, nach dem Vorbild des innerbetrieblichen Arbeitsbewältigungs-Workshops, Maßnahmen zum überbetrieblichen Handeln zu erarbeiten.

Mit dem Untertitel „AkteurInnen der Grenzregion meistern den demografischen Wandel: Erhaltung und Förderung der Arbeitsfähigkeit der Pflegekräfte“ wurde ein gemeinsames Anliegen formuliert, Verantwortliche der regionalen Institutionen in ihren Bemühungen zu vernetzen, Kooperationen und gemeinsames Handeln anzuregen und den Erfahrungsaustausch auf Basis der bereits vorliegenden Arbeitsbewältigungsdaten zu moderieren.

Nach Präsentation und Diskussion des Arbeitsbewältigungsstatus der Pflegekräfte (siehe Kapitel 3.4) wurden in drei Arbeitsgruppen die vier im Modell der Arbeitsfähigkeit repräsentierten Förderbereiche

1. persönliche Gesundheitsförderung
2. Förderung der Arbeitsbedingungen
3. Förderung durch Führungsorganisation
4. Kompetenzförderung

diskutiert und Handlungsvorschläge erarbeitet. Als Schlussfolgerung zur Erhaltung und Förderung der Arbeitsbewältigung der Beschäftigten und der Zukunftsfähigkeit der Einrichtungen wurde konsensual folgende Maßnahme beschlossen: Einrichtung eines grenzübergreifenden Pflege-Stammtisches in Selbstorganisation der regionalen AkteurInnen. Es bildete sich eine Kerngruppe mit VertreterInnen von bayerischen und oberösterreichischen Einrichtungen.

In der Folge arbeite diese Kerngruppe an der Verwirklichung dieser Maßnahme. Erste Vorschläge dieser Kerngruppen an den Leadpartner fanden bedauerlicherweise geringe Unterstützung. Erst in einem Austausch zwischen der Kerngruppe und dem Regionalmanagement im Juni 2010 fand diese in ihrem Bemühen eine Würdigung. Die Idee wurde daraufhin vom Regionalmanagement aufgegriffen, umgewandelt in einen Stammtisch für Beschäftigte und die Pilotveranstaltung fand im Juli 2010 statt.

3.5 Wirkungsüberprüfung 2010 (Längsschnittauswertung zum Projektende)

Während des laufenden Prozessschrittes „Maßnahmenumsetzung“ bzw. etwa 6 bis 15 Monate nach Beschluss der Fördermaßnahmen wurde mit den betrieblichen Steuerungsgruppen eine vertiefende Wirkungsüberprüfung von den BeraterInnen von Arbeit und Zukunft^e.^oV. gestartet. Die Wirkungsüberprüfung besteht aus zwei Säulen: Einerseits wurde das bei der IST-Analyse verwendete standardisierte Erhebungsinstrument „Arbeitsbewältigungs-Index“ mit zusätzlichen, maßnahmenspezifischen Evaluationsfragen als schriftliche MitarbeiterInnenbefragung eingesetzt. Andererseits wurde mit Hilfe eines teilstrukturierten Interviewleitfadens die betriebliche Steuerungsgruppe um ihre Prozessbewertungen gebeten.

Die Wirkungsüberprüfung verfolgte die Ziele:

- a) die durch das Projekt initiierten Aktivitäten auf betrieblicher und persönlicher Ebene darzustellen (siehe Kapitel 3.4),
- b) den Beratungs- und Veränderungsprozess aus Sicht der Beteiligten zu bewerten und
- c) die Wirkung der Aktivitäten, Maßnahmen bzw. der verstrichenen Lebensarbeitszeit auf die Arbeitsbewältigungsfähigkeit der Beteiligten festzustellen.

Damit wurde sowohl dem Wunsch der FördergeberInnen nach Nachweis erreichter Wirkung als auch der betriebsinternen Prozesssicherung im Rahmen des laufenden Arbeitsbewältigungsfördermanagements Rechnung getragen. Weiter versuchten wir darauf aufbauend Schlussfolgerungen (siehe Kapitel 4) in wohlfahrtsstaatlicher, arbeitsmarkt- und gesundheitspolitischer Hinsicht abzuleiten.

In die folgende Auswertung sind die Daten der von Projektanfang bis zum Projektende beteiligten Beschäftigten (n=96 aus neun Kooperationsbetrieben) eingeflossen. Es handelt sich also um Ergebnisse einer relativ kleinen, aber in den Aussagen robusten Längsschnittstudie. Im Folgenden werden zuerst die Projektaktivitäten und Maßnahmen, also die potenziellen Einflussfaktoren einer Bewertung unterzogen und anschließend die durch diese Faktoren (mindestens mit-) beeinflussten Auswirkungen auf der Ebene der Arbeitsbewältigungsfähigkeit und der persönlichen Arbeits-Renten/Pensions-Perspektive dargestellt.

3.5.1 Wahrnehmung und Bewertung des „Arbeitsbewältigungs-Coaching®“ aus Sicht der Beschäftigten

Im Gegensatz zu den betriebsspezifischen Fördermaßnahmen fanden einheitlich in allen Kooperationsbetrieben zwei – den Beschäftigten direkt zugewandte – Elemente des „Arbeitsbewältigungs-Coachings“ statt: Einerseits das Service-Angebot „persönlich-vertrauliches Arbeitsbewältigungs-Coaching“ und andererseits die betriebsinterne MitarbeiterInnen-Veranstaltung zur Rückmeldung der Gesamtergebnisse zum aktuellen Arbeitsbewältigungsstatus der Belegschaft und des beschlossenen Maßnahmenplans.

Alle Beteiligten der Längsschnittsgruppe haben das „persönlich-vertrauliche Arbeitsbewältigungs-Coaching“ wahrgenommen. Hingegen fällt die Wahrnehmung der MitarbeiterInnen-Veranstaltung mit 74 % etwas geringer aus.

	Prozentanteil			
	Stationäre Krankenpflege (n= 27)	Stationäre Altenpflege (n= 21)	Ambulante/mobile Altenpflege (n= 48)	Gesamt (n= 96)
Ja, ich habe die MitarbeiterInnen-Rückmeldung zu den Ergebnissen wahrgenommen	82 %	67 %	73 %	74 %

Tabelle 3.13: Wahrnehmung der MitarbeiterInnen-Rückmeldung

Die Befragten unterzogen beide Beratungsprozesselemente einer persönlichen Bewertung auf einer fünfstufigen Skala (1 = „sehr gut“, 2 = „gut“, 3 = „befriedigend“, 4 = „genügend“, 5 = „nicht genügend“). Insgesamt wurden das „persönlich-vertrauliche Arbeitsbewältigungs-Coaching“ mit einer „Durchschnitts-Note“ von 2,0 und die MitarbeiterInnen-Rückmeldung mit

2,2 beurteilt. Die besten Beurteilungen erfolgten durch die Befragten aus der mobilen/ambulanten Pflege.

	Mittelwert			
	Stationäre Krankenpflege (n= 25)	Stationäre Altenpflege (n= 20)	Mobile/ambulante Altenpflege (n= 40)	Gesamt (n= 85)
Wie beurteilen Sie das „persönlich-vertrauliche Arbeitsbewältigungs-Coaching“?	2,3	2,1	1,8	2,0
Wie beurteilen Sie die MitarbeiterInnen-Rückmeldung?	2,6	2,1	2,0	2,2

Tabelle 3.14: Bewertung der den MitarbeiterInnen zugewandten Beratungselemente

3.5.2 Wahrnehmung und Bewertung des Betriebsprojekts „Zukunft PFLEGEN“ aus Sicht der Beschäftigten

Die Beschäftigten wurden gebeten, das gesamte Betriebsprojekt „Zukunft PFLEGEN“ zu bewerten. Auch hier lag eine 5-stufige Benotungsskala vor. Insgesamt erhält das Betriebsprojekt eine gute Bewertung von 2,3. Die positiven Bewertungen gehen insbesondere auf die Beteiligten der stationären und mobilen/ambulanten Altenpflege mit 2,2 im Durchschnitt zurück. Eine durchschnittlich kritischere Bewertung erfolgte durch die Beteiligten in der stationären Krankenpflege mit 2,7.

	Mittelwert			
	Stationäre Krankenpflege (n= 25)	Stationäre Altenpflege (n= 20)	Mobile/ambulante Altenpflege (n= 40)	Gesamt (n= 85)
Alles in allem gesehen: Wie bewerten Sie das Projekt „Zukunft Pflegen“?	2,7	2,2	2,2	2,3

Tabelle 3.15: Bewertung des gesamten Betriebsprojekts „Zukunft PFLEGEN“

Weiter wurden die Beschäftigten gefragt, ob all diese Aktivitäten (persönlich wie betrieblich) Einfluss auf a) Ihr Wohlbefinden und b) Ihre Arbeitsbewältigung hatten? Mehr als zwei von fünf Beteiligten (41 % bis 42 %) schreiben den Zukunft-PFLEGEN-Aktivitäten voll und ganz einen Einfluss auf ihr Befinden und ihre Arbeitsbewältigung zu.

	Prozentanteil			
	Stationäre Krankenpflege (n= 27)	Stationäre Altenpflege (n= 21)	Mobile/ambulante Altenpflege (n= 48)	Gesamt (n= 96)
Ad a) Wohlbefinden				
Ja, hatte einen Einfluss auf mein Wohlbefinden	26 %	38 %	52 %	42 %
Teils/teils ...	44 %	38 %	23 %	32 %

Nein, ...	11 %	14 %	2 %	7 %
Keine Angabe	19 %	10 %	23 %	19 %

Tabelle 3.16: Einschätzung der Auswirkungen des Betriebsberatungsprojekts auf das eigene Wohlbefinden

Ad b) Arbeitsbewältigung	Prozentanteil			
	Stationäre Krankenpflege (n= 27)	Stationäre Altenpflege (n= 21)	Mobile/ambulante Altenpflege (n= 48)	Gesamt (n= 96)
Ja, hatte einen Einfluss auf die Arbeitsbewältigung	22 %	38 %	52 %	41 %
Teils/teils ...	44 %	29 %	17 %	27 %
Nein, ...	15 %	19 %	8 %	13 %
Keine Angabe	19 %	14 %	23 %	20 %

Tabelle 3.17: Einschätzung der Auswirkungen des Betriebsberatungsprojekts auf die eigene Arbeitsbewältigung

3.5.3 Betriebliche Veränderungsprozesse aus Sicht der Beschäftigten

Die bisher genannten Aktivitäten des Betriebsprojekts „Zukunft PFLEGEN“ konnten einfach benannt werden und daher ebenso einfach einer Bewertung im Rahmen der schriftlichen MitarbeiterInnen-Befragung unterzogen werden. Gleichwohl sind viele ggf. auch durch das Projekt angestossene Veränderungen der Arbeitswelt während der Projektlaufzeit noch unberücksichtigt, aber in ihrem Einfluss auf die Arbeitsbewältigungsfähigkeit der Beschäftigten sehr wohl vorhanden. Diesem Umstand wurde mit der Frage „Fanden Veränderungen in den folgenden Punkten im letzten Jahr statt?“ Rechnung getragen. Die Erhebung sah die Antwortmöglichkeiten „verschlechtert“, „gleichgeblieben“ und „verbessert“ vor.

Insgesamt haben sich zwischen Frühjahr 2009 und Frühjahr 2010 aus Sicht der Längsschnittgruppe folgende Entwicklungen ergeben. Der Anteil der Beteiligten, die keine Veränderung feststellten ist durchgängig hoch (> 56 %). Gleichwohl fallen Häufungen bei Nennung von Verbesserungen auf folgenden Ebenen auf:

1. Arbeitsorganisation der Einrichtung (30 %)
2. Betriebsklima (26 %) und
3. Persönliche Gesundheitsförderung (25 %).

Hinweise auf Verschlechterungen liegen nur im geringen Ausmaß vor; die „breiteste“ Einschätzung findet sich dazu auf der Ebene ‚Betriebsklima‘ mit 8 % der Beteiligten.

	Prozentanteile der Längsschnittgruppe (n=96)			
	verschlechtert	gleichbleibend	verbessert	Keine Angaben
Arbeitsbedingungen beim Klienten / Patienten	4 %	78 %	8 %	10 %

Arbeitsorganisation der Einrichtung	5 %	56 %	30 %	9 %
Betriebliche Weiterbildungsangebote	5 %	71 %	18 %	6 %
Persönliche Nutzung der Weiterbildungsangebote	2 %	70 %	21 %	7 %
Betriebsklima	8 %	63 %	26 %	3 %
Zusammenarbeit mit anderen Berufsgruppen wie Medizin, Therapie, Hauswirtschaft	2 %	78 %	16 %	4 %
Betriebliche Gesundheitsförderung	4 %	70 %	13 %	13 %
Meine persönliche Gesundheitsförderung	3 %	62 %	25 %	10 %

Tabelle 3.18: Übersicht über die erlebten Veränderungen im letzten Jahr

Nach Pflegesparte zeigen sich unterschiedliche Einschätzungen: In der stationären Krankenpflege und Altenpflege zeigen sich die meisten und ausgeprägtesten (>25 %) Verbesserungseinschätzungen im Vergleich zur mobilen/ambulanten Altenpflege. Dies betrifft insbesondere die Bereiche ‚Betriebsklima‘ und ‚Persönliche Gesundheitsförderung‘ und für die stationäre Krankenpflege ebenfalls noch den Bereich ‚Arbeitsorganisation‘. Kurz gesagt: Die Beteiligten dokumentieren, dass sich während des Projektzeitraums am meisten in der stationären Kranken- und Altenpflege verändert hat und dies in einem höheren Ausmaß im positiven, verbesserten Sinne.

	Stationäre Krankenpflege (n=27)			Stationäre Altenpflege (n=21)			Mobile/ambulante Altenpflege (n=48)		
	verschlechtert	gleichbleibend	verbessert	verschlechtert	gleichbleibend	verbessert	verschlechtert	gleichbleibend	verbessert
Arbeitsbedingungen beim Klienten / Patienten	7 %	89 %	4 %	5 %	71 %	19 %	2 %	75 %	6 %
Arbeitsorganisation der Einrichtung	4 %	59 %	37 %	5 %	62 %	24 %	6 %	52 %	29 %
Betriebliche Weiterbildungsangebote	4 %	78 %	15 %	5 %	67 %	24 %	6 %	69 %	17 %
Persönliche Nutzung der Weiterbildungsangebote	0 %	82 %	19 %	5 %	62 %	19 %	2 %	67 %	23 %
Betriebsklima	7 %	63 %	30 %	5 %	48 %	48 %	10 %	69 %	15 %
Zusammenarbeit mit anderen Berufsgruppen wie Medizin, Therapie, Hauswirtschaft	4 %	70 %	26 %	5 %	76 %	14 %	0 %	83 %	10 %
Betriebliche Gesundheitsförderung	4 %	92 %	4 %	10 %	71 %	14 %	2 %	56 %	17 %
Meine persönliche Gesundheitsförderung	0 %	74 %	26 %	5 %	48 %	43 %	4 %	61 %	17 %

Tabelle 3.19: Übersicht über die erlebten Veränderungen im letzten Jahr nach Pflegesparten; fehlende Werte beziehen sich auf „keine Angaben“

3.5.4 Entwicklung der Arbeitsbewältigung von 2009 bis 2010 (Längsschnittauswertung zum Projektende)

In diesem Unterkapitel berichten wir von dem Überprüfungsergebnis, ob und in welchem Ausmaß die Beratungs-, Betriebs- und Jahresaktivitäten eine Auswirkung auf die Arbeitsbewältigungsfähigkeit der Längsschnittgruppe hatten. Dazu noch eine Vorbemerkung: Eine Veränderung von 2009 auf 2010 muss auf jeden Fall erwähnt werden: Während des Projektzeitraums wurden die Beteiligten um ein Lebensjahr älter bzw. sammelten ein Berufsjahr mehr an. Generell führen fehlende – persönliche sowie betriebliche – Fördermaßnahmen zu einem durchschnittlichen Absinken der gemessenen Arbeitsbewältigungsfähigkeit von 0,4 Arbeitsbewältigungs-Index-Punkten pro Jahr. Dieses Ergebnis - basierend auf finnischen Längsschnittstudien - macht deutlich, „dass etwas Kritisches geschieht, wenn nichts getan wird“.

Das Team von Arbeit und Zukunft e.V. hat sich angesichts der für eine Wirkungsüberprüfung relativ kurzen Projektlaufzeit das Ziel gesteckt, mit den Betriebsberatungen einen Beitrag dazu zu leisten, dass die gemessene Arbeitsbewältigungsfähigkeit der Belegschaften im Durchschnitt stabilisiert wird.

Zum Prozessbeginn 2009 starteten die Beteiligten der Längsschnittgruppe aller Sparten im Alter von durchschnittlich 40,5 Jahren mit einem Ø Arbeitsbewältigungsstatus von 39,86 Indexpunkten. Dieser Wert befand sich – ebenso wie das Ergebnis der Gesamtstichprobe 2009 – in der Kategorie ‚gute Arbeitsbewältigung‘ und zog theoriegestützt den Schutz- und Förderbedarf „Arbeitsbewältigungs-Balance unterstützen“ nach sich (siehe Ausführungen im Kapitel 3.2.). Zum Projektabschluss im Jahr 2010 befinden sich diese Befragten wieder im Durchschnitt auf dem Niveau 39,91 Indexpunkte bei einem nun durchschnittlichen Lebensalter von 41,4 Jahren.

Die Entwicklungen der Arbeitsbewältigungsfähigkeit nach Pflegesparten waren jedoch unterschiedlich: Während bei der stationären Kranken- und Altenpflege durchschnittlich ein Anstieg der Arbeitsbewältigungsfähigkeit verzeichnet wurde (plus 1 bis 1,2 Indexpunkte), war die Ø Entwicklung der Arbeitsbewältigungsfähigkeit in der mobilen/ambulanten Pflege gesunken (minus 1,1 Indexpunkte).

Pflegesparten	2010: Alter in Jahren	2010: Arbeitsbewältigungs-Index	Arbeitsbewältigungs-Index-Veränderung 2009-2010
	Mittelwert		Abs.Zahl
Stationäre Krankenpflege (n= 27)	40,7	40,8	Plus 1,0
Stationäre Altenpflege (n= 19)	41,0	39,7	Plus 1,2
Ambulante/mobile Alten-/Krankenpflege (n=41)	42,0	39,4	Minus 1,1
Insgesamt (n=96)	41,4	39,9	Plus/minus 0,0

Tabelle 3.20: Übersicht über durchschnittliches Alter und Arbeitsbewältigungs-Index im Jahr 2010 nach Pflegesparten

Die Entwicklungsdynamik in der mobilen/ambulanten Altenpflege war zwischen den sechs Kooperationsbetrieben äußerst unterschiedlich: Während in zwei Kooperationsbetrieben der Arbeitsbewältigungsstatus durchschnittlich verbessert wurde, war in den anderen vier die \emptyset Arbeitsbewältigungsfähigkeit der Beteiligten der Längsschnittgruppe gesunken.

Kurz gesagt: Den größten Gewinn aus dem Projekt „Zukunft Pflegen“ konnten die stationäre Krankenpflege und stationäre Altenpflege ziehen und haben damit (mit Blick auf die Querschnittauswertung 2009) die ambulante/mobile Pflege „überholt“.

Bei der Durchsicht der unterschiedlichen Entwicklungsdynamiken der Beteiligten zeigte sich, dass sich insgesamt 39 % in ihrer gemessenen Arbeitsbewältigungsfähigkeit mindestens um einen Indexpunkt verbessert hatten, für 14 % war es exakt gleichgeblieben und für wieder 39 % hatte sich die Arbeitsbewältigungskonstellation um mindestens einen Indexpunkt verschlechtert. Selbstverständlich bestehen auch hier Unterschiede in den Sparten bei oben beschriebener Entwicklungstendenz mit höheren Anteilen der Verbesserung in der stationären Kranken- und stationären Altenpflege. Auffällig war die nahezu gleich große Aufteilung von Personen in der stationären Altenpflege, deren Arbeitsbewältigungsfähigkeit sich entweder verbessert bzw. verschlechtert hat.

	Prozentanteil			
Arbeitsbewältigungs-Index ...	Stationäre Krankenpflege (n= 27)	Stationäre Altenpflege (n= 21)	Mobile/ambulante Altenpflege (n= 48)	Gesamt (n= 96)
... verbessert	52 %	48 %	27 %	39 %
... gleichgeblieben	19 %	0 %	17 %	14 %
... verschlechtert	29 %	43 %	42 %	39 %
Keine Berechnung möglich	0 %	9 %	14 %	8 %

Tabelle 3.21: Übersicht über die Entwicklung der Arbeitsbewältigung nach Pflegesparten

Die Arbeitsbewältigungskonstellationen der Längsschnittgruppe verteilten sich im Jahr 2010 wie folgt: 23 % befanden sich in einer sehr guten, 48 % in einer guten, 19 % in einer mäßigen und 1 % in einer kritischen Arbeitsbewältigungssituation. Wiederum zeigte sich tendenziell,

dass mehr Beteiligte der stationären Kranken- und Altenpflege in einer sehr guten Arbeitsbewältigungskonstellation als in der mobilen/ambulanten Pflege waren. Gleichzeitig war der Anteil der Personen mit mäßig/kritischer Arbeitsbewältigungskonstellation tendenziell in der stationären Altenpflege im Vergleich zu den anderen Sparten am höchsten.

Arbeitsbewältigungs-Konstellation 2010 ist	Prozentanteil			
	Stationäre Krankenpflege (n= 27)	Stationäre Altenpflege (n= 21)	Mobile/ambulante Altenpflege (n= 48)	Gesamt (n= 96)
... sehr gut	33 %	24 %	17 %	23 %
... gut	48 %	43 %	50 %	48 %
... mäßig	19 %	19 %	19 %	19 %
... kritisch	0 %	5 %	0 %	1 %
Keine Berechnung möglich	0 %	9 %	14 %	9 %

Tabelle 3.22: Übersicht über die Entwicklung der Arbeitsbewältigungs-Konstellationen 2010 nach Pflegesparten

Dabei haben sich insgesamt die Arbeitsbewältigungskonstellationen im Laufe des Prozessjahres für 23 % verbessert, für 56 % blieben sie gleich und für 21 % haben sie sich verschlechtert. In der mobilen/ambulanten Altenpflege war die Chance auf Verbesserung mit nur 10 % am geringsten und mit 24 % die Verschlechterung am höchsten.

Arbeitsbewältigungs-Konstellation ...	Prozentanteil			
	Stationäre Krankenpflege (n= 27)	Stationäre Altenpflege (n= 21)	Mobile/ambulante Altenpflege (n= 48)	Gesamt (n= 96)
... verbessert	33 %	37 %	10 %	23 %
... gleichgeblieben	48 %	48 %	66 %	56 %
... verschlechtert	19 %	15 %	24 %	21 %

Tabelle 3.23: Übersicht über die Entwicklung der Arbeitsbewältigungs-Konstellationen zwischen 2009 und 2010 nach Pflegesparten

Arbeit und Zukunft e.V. hat auch die Frage untersucht, wie weit die unterschiedlichen Generationen mit dem Arbeitsbewältigungsfördermanagement erreicht wurden und wie sich dies auf ihre Arbeitsbewältigungsfähigkeit ausgewirkt hat. Bei den Entwicklungsrichtungen lassen sich keine statistisch signifikanten Aussagen treffen. Es zeigt sich folgendes Bild: Überdurchschnittlich verbesserte sich die Arbeitsbewältigungssituation für die 35- bis 50-Jährigen (48 %). Überdurchschnittlich gleichgeblieben ist die Arbeitsbewältigungssituation für die ab 35-Jährigen bis zu den ältesten Beteiligtegruppe (18 % bzw. 19 %). Überdurchschnittlich häufig verschlechtert hat sich die Arbeitsbewältigung für die Gruppe der bis 34-Jährigen.

Arbeitsbewältigungs-Konstellation ...	Prozentanteil			
	Bis 34 Jahre (n= 25)	35 – 50 Jahre (n= 44)	51 plus Jahre (n= 16)	Gesamt (n= 85)
... verbessert	32 %	48 %	38 %	41 %
... gleichgeblieben	8 %	18 %	19 %	15 %
... verschlechtert	60 %	34 %	44 %	44 %

Tabelle 3.24: Übersicht über die Entwicklung der Arbeitsbewältigungs-Konstellationen zwischen 2009 und 2010 nach Generationen

Arbeit und Zukunft e.V. beschäftigt auch die Frage, welche Elemente eines betrieblichen Arbeitsbewältigungsfördermanagements sich wie auf die Arbeitsbewältigungsfähigkeit der Beteiligten auswirken. Die statistische Aufklärung in diesem Projekt brachte nur wenige Hinweise. Stellt man die Entwicklungen auf verschiedenen Arbeits- und Organisationsaspekten aus Sicht der Befragten in Zusammenhang mit der Entwicklung der Arbeitsbewältigungsfähigkeit, findet man nur auf der Ebene des Betriebsklimas zwischen Leitung (Management) und MitarbeiterInnen eine statistisch signifikanten Zusammenhang ($p = .012$ nach Pearson-R und Korrelation nach Spearman):

Betriebsklima ...	Prozentanteil			
	AB-Kategorie verbessert (n= 7)	AB-Kategorie gleichgeblieben (n=30)	AB-Kategorie verschlechtert (n= 10)	Gesamt (n= 47)
... verbessert	0 %	7 %	30 %	11 %
... gleichgeblieben	57 %	83 %	60 %	75 %
... verschlechtert	43 %	10 %	10 %	15 %

Tabelle 3.25: Überblick über den Zusammenhang zwischen Umweltveränderungen (Betriebsklima) und Entwicklung der Arbeitsbewältigungs-Konstellation

Damit verstärkt sich der Eindruck, dass die eher positiven Entwicklungen der Arbeitsbewältigung in der stationären Krankenpflege und stationären Altenpflege auf mehr Umweltveränderungen insbesondere im Bereich des Betriebsklimas zurückzuführen sind.

3.5.5 Entwicklung der Arbeits-Renten/Pensionsperspektive von 2009 bis 2010

Neben dem Einfluss auf die Arbeitsbewältigungsfähigkeit interessieren auch die Auswirkungen auf die persönlichen Lebens-Arbeits-Perspektiven. In der Wiederholungsbefragung wurde von Arbeit und Zukunft e.V. neuerlich die Frage gestellt: „Können Sie sich vorstellen, Ihren derzeitigen Beruf bis zum regulären Rentenalter auszuüben?“ Unsere Hypothese lautete, dass bei einer Stabilisierung der Arbeitsbewältigungsfähigkeit auch die Arbeits-Renten/Pensions-Perspektive mindestens untermauert werden kann bzw. bei entscheidender Verbesserung der Arbeitsbewältigungssituation sich auch die Arbeits-Renten/Pensions-Perspektive verbessert.

Die Längsschnittgruppe wies im Jahr 2009 folgende Einstellungen auf: 28 % der Beteiligten konnten sich vorstellen, ihre Arbeit bis zum Rentenalter ausüben zu können und zu wollen, während 15 % dies heute schon dezidiert ausschließen, weil sie es nicht mehr können, und 12 % weil sie es nicht wollen. Der Großteil 46 % konnte es noch nicht einschätzen.

2009	in Prozentanteil			
	Stationäre Krankenpflege (n=27)	Stationäre Altenpflege (n=21)	Ambulante/mobile Alten- und Krankenpflege (n=48)	Gesamt (n=96)
JA, kann und will bis zur regulären Rente	19 %	29 %	33 %	28 %
NEIN, kann nicht	15 %	14 %	15 %	15 %
WEISS NICHT	48 %	48 %	44 %	46 %
WILL NICHT	19 %	10 %	8 %	12 %

Tabelle 3.36: Überblick über die Arbeits-Renten/Pensions-Perspektive 2009 nach Pflegesparten

Der höchste Anteil der Beteiligten, die diesen Beruf bis zum regulären Rentenalter ausüben können und wollen fand sich mit 33 % der Befragten in der mobilen/ambulanten Pflege und der relativ höchste Anteil der Beteiligten, die diesen Beruf nicht bis zum regulären Rentenalter ausüben wollen, fand sich mit 19 % in der stationären Krankenpflege. Durchgängig waren 15 % der Beteiligten der Meinung, dies bis zum regulären Pensionsalter ausüben zu können.

Die Wiederholungsbefragung im Jahr 2010 zeigte nun folgendes Einstellungsbild: Insgesamt hat sich trotz stabilisierter Arbeitsbewältigungsfähigkeit die Anzahl der Beteiligten, die diesen Beruf bis zum Rentenalter ausüben können und wollen auf 23 % verringert und die Anzahl der Personen, die einschätzen, diesen Beruf nicht bis zum Rentenalter ausüben zu können, hat sich auf 21 % erhöht. Der Anteil der Beteiligten, die es heute nicht wissen bzw. den Beruf nicht bis zum Rentenalter ausüben wollen, blieb relativ gleich mit 44 % bzw. 12 %.

2010	in Prozentanteil			
	Stationäre Krankenpflege (n=27)*	Stationäre Altenpflege (n=19)	Ambulante/mobile Alten- und Krankenpflege (n=45)	Gesamt (n=91)
JA, kann und will bis zur regulären Rente	15 %	26 %	27 %	23 %
NEIN, kann nicht	30 %	16 %	18 %	21 %
WEISS NICHT	44 %	32 %	49 %	44 %
WILL NICHT	11 %	26 %	7 %	12 %

Tabelle 3.27: Überblick über die Arbeits-Renten/Pensions-Perspektive 2010 nach Pflegesparten

Die Entwicklungen unterscheiden sich nach Pflegesparten. Die Annahme, dass es sich besonders in der mobilen/ambulanten Pflege, wo auch durchschnittlich die Arbeitsbewältigungsfähigkeit gesunken ist, berufskritisch entwickelt hätte, traf nicht in diesem Ausmaß zu. Die stärkste Zunahme an Personen, die nun den Beruf nicht mehr bis zum regulären Ren-

tenalter ausüben können, ist im Bereich der stationären Krankenpflege (insbesondere zu Lasten der Antwortkategorien „will nicht“ und natürlich auch „ja, kann und will“) gegeben. In der mobilen/ambulanten Pflege kam es ebenfalls zu einer Abnahme der Personen, die den Beruf bis zum Rentenalter ausüben können und wollen, aber eher in Richtung der Einstellung, es heute noch nicht genau zu wissen. In der stationären Altenpflege stabilisierten sich die Arbeits-Renten/Pensions-Perspektiven mit einer Verschiebung von der Einstellung „weiß nicht“ hin in Richtung „nein, will nicht“.

Wie schon in der Querschnittuntersuchung 2009 (siehe Kap. 3.4.) festgestellt, besteht dennoch weiterhin ein statistisch hoher Zusammenhang ($p \leq .001$) zwischen der Arbeits-Renten/Pension-Perspektive und der Arbeitsbewältigungsfähigkeit. Beschäftigte mit der Perspektive, den Beruf bis zur regulären Rente ausüben zu können und zu wollen, befinden sich durchschnittlich in einer besseren Arbeitsbewältigungssituation als jene Personen, die nicht bis zur regulären Rente arbeiten können oder wollen.

	ABI-Mittelwert 2009	ABI-Mittelwert 2010
JA, kann und will bis zur regulären Rente	43,0	43,1
NEIN, kann nicht	34,1	36,1
WEISS NICHT	39,2	40,0
WILL NICHT	39,6	40,1
Insgesamt (n= 83)	39,6	39,9

Tabelle 3.28: Zusammenhang zwischen Arbeitsbewältigungsfähigkeit und Arbeits-Renten/Pensions-Perspektive im Vergleich zwischen 2009 und 2010

3.5.6 Fazit zum Projektschluss bzw. am (vorläufigen) Prozessende

Arbeit und Zukunft e.V. konnte in allen neun Kooperationsbetrieben den gesamten Beratungsprozess Arbeitsbewältigungs-Coaching® durchführen und einer ersten Wirkungsüberprüfung aus Sicht der Beteiligten unterziehen.

Bei der Wirkungsüberprüfung werden grob zwei Dimensionen verfolgt:

- a. Einerseits die Darstellung und Bewertung der Einflussgrößen wie Beratungsaktivitäten auf der individuellen und betrieblichen Ebene, persönlich und betrieblich umgesetzte Fördermaßnahmen und allgemein Veränderungen der Arbeitsumweltbedingungen;
- b. andererseits die Darstellung und Bewertung der Auswirkungen bei den beteiligten Beschäftigten. Es wird versucht, gewisse Zusammenhänge zwischen Einflussgrößen und Auswirkungen aufzuzeigen.

Welche Einflussfaktoren konnten die Betriebsberatungsprojekte in den Einrichtungen und für die Berufsgruppe Pflege einbringen und anstoßen?

- Insgesamt 69 % der Belegschaften oder 259 Personen haben das Angebot „persönlich-vertrauliche Arbeitsbewältigungs-Coachings“ wahrgenommen.
- In diesen kombinierten Untersuchungs- und Förderplangesprächen wurden von den Beteiligten insgesamt 1.844 Förderbedarfe formuliert, das sind durchschnittlich sieben pro Beteiligte.
- Darauf aufbauend haben die betrieblichen Steuerungsgruppen insgesamt 57 betriebliche Fördermaßnahmen beschlossen und einer noch andauernden Umsetzung zugeführt. Die meisten dieser Fördermaßnahmen (49 %) beziehen sich auf das Handlungsfeld „Arbeitsanforderungen und -bedingungen“, gefolgt von Maßnahmen die Führungsorganisation und das Betriebsklima betreffend (24 %). Durchschnittlich wurden 6 Fördermaßnahmen pro Kooperationseinrichtung umgesetzt.
- Bei 96 Beschäftigten, die an beiden Untersuchungen teilgenommen haben, konnte festgestellt werden, dass etwa zwei Drittel ihre persönlichen Fördervorsätze (mindestens einen) erinnern. Diese Fördervorsätze wurden zu 72 % umgesetzt.
- Das überbetriebliche Arbeitsbewältigungs-Coaching® endete mit einer konsensual beschlossenen Fördermaßnahme.
- Die Beschäftigten bewerteten das „persönlich-vertrauliche Arbeitsbewältigungs-Coaching“ mit einer „Durchschnittsnote von 2 auf einer fünfstufigen Antwortskala (1=sehr gut bis 5=nicht genügend).
- Insgesamt bewerten die Beteiligten das Betriebsprojekt „Zukunft Pflegen“ mit einer Durchschnittsnote von 2,3.
- Ein beträchtlicher Teil der Befragten (>56 %) hatte während dem Projektzeitraum keine Veränderungen bemerkt. Gleichwohl fielen einer relevant großen Gruppe aber auch Verbesserungen auf: Die meisten positiven Veränderungen wurden bei der Arbeitsorganisation (30 %), beim Betriebsklima (26 %) und bei der persönlichen Gesundheitsförderung (25 %) angeführt. Deutlich kleinere Gruppen haben Verschlechterungen konstatiert; am auffälligsten dabei mit 8 % Verschlechterungseinschätzungen auf der Ebene des Betriebsklimas.
- Nach Pflegesparte zeigten sich unterschiedliche Einschätzungen: In der stationären Krankenpflege und Altenpflege zeigten sich die meisten und ausgeprägtesten Verbesserungseinschätzungen im Vergleich zur mobilen/ambulanten Altenpflege. Dies betrifft insbesondere die Bereiche ‚Betriebsklima‘ und ‚Persönliche Gesundheitsförderung‘ und für die stationäre Krankenpflege ebenfalls noch den Bereich ‚Arbeitsorganisation‘. Kurz gesagt: Die Beteiligten dokumentierten, dass sich während des Projektzeitraums am meisten in der stationären Kranken- und Altenpflege verändert hat und dies in einem höheren Ausmaß im positiven Sinne.
- Zwei von fünf Befragten meinten, dass das Betriebsprojekt „Zukunft Pflegen“ voll und ganz einen Einfluss auf ihr Wohlbefinden und ihre Arbeitsbewältigung hatte.

In welchem Ausmaß gab es Auswirkungen der oben genannten Einflussfaktoren auf die gemessene Arbeitsbewältigungsfähigkeit und ihre Arbeits-Renten/Pensions-Perspektive der Beteiligten?

- Die gemessene Arbeitsbewältigungsfähigkeit konnte im Durchschnitt über alle Beteiligten, die an beiden Untersuchungen teilgenommen haben, erhalten werden. Nach finnischen Studien ist anzunehmen, dass bei Fehlen von persönlichen und betrieblichen Fördermaßnahmen eine jährliche Abnahme der Arbeitsbewältigungsfähigkeit von 0,4 Indexpunkte zu verzeichnen ist. Bei „Zukunft PFLEGEN“ starteten 2009 die Beteiligten der Längsschnittgruppe im Alter von \bar{x} 40,5 Jahren mit einem \bar{x} Arbeitsbewältigungsstatus von 39,86 Indexpunkten. Dieser Wert befand sich – ebenso wie das Ergebnis der Gesamtstichprobe 2009 – in der Kategorie „gute Arbeitsbewältigung“ - und zog theoriegestützt den Schutz- und Förderbedarf „Arbeitsbewältigungs-Balance unterstützen“ nach sich. Zum Projektabschluss im Jahr 2010 befanden sich diese Befragten wieder im \bar{x} auf dem gleichen Niveau mit 39,91 Indexpunkte bei einem nun durchschnittlichen Lebensalter von 41,4 Jahren.
- Insgesamt haben sich die Arbeitsbewältigungskonstellationen der Beteiligten im Laufe des Prozessjahres zu 23 % verbessert, für 56 % blieben sie gleich und für 21 % haben sie sich verschlechtert. In der mobilen/ambulanten Altenpflege war die Chance auf Verbesserung mit nur 10 % am geringsten und mit 24 % die Verschlechterung am höchsten.
- Die Entwicklungen der Arbeitsbewältigungsfähigkeit nach Pflegesparten waren jedoch unterschiedlich: Während bei der stationären Kranken- und stationären Altenpflege durchschnittlich ein Anstieg der Arbeitsbewältigungsfähigkeit verzeichnet wurde (plus 1 bis 1,2 Indexpunkte), war die \bar{x} Entwicklung der Arbeitsbewältigungsfähigkeit in der mobilen/ambulanten Pflege gesunken (minus 1,1 Indexpunkte). Den größten Gewinn aus dem Projekt „Zukunft PFLEGEN“ konnten die stationäre Krankenpflege und stationäre Altenpflege ziehen und haben damit (mit Blick auf die Querschnittauswertung 2009) die ambulante/mobile Pflege „überholt“. Gleichzeitig muss darauf hingewiesen werden, dass die Entwicklungsdynamik in der mobilen/ambulanten Altenpflege zwischen den sechs Kooperationsbetrieben äußerst unterschiedlich war: Während in zwei Kooperationsbetrieben der Arbeitsbewältigungsstatus durchschnittlich verbessert wurde, war in den anderen vier die \bar{x} Arbeitsbewältigungsfähigkeit der Beteiligten der Längsschnittgruppe gesunken.
- Insgesamt verbesserte sich die Arbeitsbewältigungssituation für die 35- bis 50-Jährigen (48 %). Überdurchschnittlich gleichgeblieben ist die Arbeitsbewältigungssituation für die ab 35-Jährigen bis zu der ältesten Beteiligtegruppe (18 % bzw. 19 %). Überdurchschnittlich häufig verschlechtert hat sich die Arbeitsbewältigung für die Gruppe der bis 34-Jährigen.
- Stellt man die Entwicklungen auf verschiedenen Arbeits- und Organisationsaspekten aus Sicht der Befragten in Zusammenhang mit der Entwicklung der Arbeitsbewältigungsfähigkeit, findet man nur auf der Ebene des Betriebsklimas eine statistisch signifikanten Zusammenhang
- Gleichzeitig konnte mit der Stabilisierung der Arbeitsbewältigungsfähigkeit kein Beitrag dazu geleistet werden, dass die positive Arbeits-Renten/Pensions-Perspektive der betei-

lichten Pflegekräfte unterstützt wurde. Im Gegenteil: Die Anzahl der Personen, die sich diese Tätigkeit bis zum regulären Rentenalter vorstellen konnten, sank.

Kurz zusammengefasst:

- Die Beratungstätigkeit von Arbeit und Zukunft^{e.V.} und das Engagement der Betriebe und Beteiligten hat im Durchschnitt zu einer Stabilisierung / Erhaltung der gemessenen Arbeitsbewältigungsfähigkeit geführt.
- Gleichwohl sind die Entwicklungen im Detail äußerst unterschiedlich: Zu den „Fördergebern“ gehören allgemein die stationäre Krankenpflege und die stationäre Altenpflege. Durchschnittlich sank die Arbeitsbewältigungsfähigkeit in der ambulanten/mobilen Pflege. Wohl hier auch unterschiedlich: zwei ambulante Pflegedienste erzielten Arbeitsbewältigungsfähigkeitsverbesserungen und vier müssen Arbeitsbewältigungsfähigkeitsverluste hinnehmen.
- Das Ausmaß und die Art der Fördermaßnahmen und der erlebten Veränderungen den Arbeits- und Organisationsbedingungen hatten einen relevanten Einfluss auf die Erhaltung bzw. Verbesserung der Arbeitsbewältigungsfähigkeit. Insbesondere liegen überzufällige Zusammenhänge zwischen erlebter Verbesserung des Betriebsklimas und Arbeitsbewältigungsverbesserungen vor.
- Mit der Stabilisierung der Arbeitsbewältigungsfähigkeit kann nicht gleichzeitig ein ausreichender Beitrag zur Verbesserung der Arbeits-Renten/Pensions-Perspektive geleistet werden.

Arbeit und Zukunft^{e.V.} wertet dieses Wirkungsüberprüfungsergebnis, gemeinsam mit den fünf der insgesamt neun Kooperationsbetrieben, als Erfolg. Das Arbeitsbewältigungsförderziel konnte mit beteiligungs-, bedarfsgerechten und maßnahmenorientierten Prozessen erreicht werden. Insbesondere die kritische Arbeitsbewältigungslage in der stationären Altenpflege konnte teilweise verbessert werden. Wiederum mussten wir einen Anteil von etwa 15 % von Pflegekräften erkennen, die auch trotz Arbeitsbewältigungsfördermaßnahmen nicht ausreichend unterstützt und entlastet wurden. Sie können mit großer Wahrscheinlichkeit diese Tätigkeit nicht bis zum regulären Rentenalter ausführen. Hier braucht es branchen- und sozialpolitische Antworten, die derzeit noch individualisiert getragen (ertragen) werden (müssen).

Gleichwohl bleiben neue (Forschungs- und Praxis-)Fragen offen:

- Welche Faktoren haben die Arbeitsbewältigungs-Chancen in der ambulanten/mobilen Pflege geschmälert?
- Welche Maßnahmen sind zusätzlich zur Förderung der Arbeitsbewältigungsfähigkeit notwendig, um eine positive Perspektive, Pfl egetätigkeit bis 67 Jahren, entwickeln zu können und zu wollen?

3.6 Qualitative Bewertung des Betriebsberatungsprojekts aus Sicht der betrieblichen EntscheidungsträgerInnen

Im letzten Schritt der betrieblichen Projektbegleitung wurden mit den Mitgliedern der Steuerungsgruppen bzw. den betrieblichen EntscheidungsträgerInnen Evaluierungsgespräche geführt. Diese beinhalteten einerseits eine Präsentation der Ergebnisse der finalen schriftlichen MitarbeiterInnenbefragung, andererseits wurde den Teilnehmenden die Gelegenheit gegeben, eine subjektive Bewertung des Betriebsberatungsprojektes nach einem vorher festgelegten Befragungsschema abzugeben.

Diesem Reviewgespräch kommt insofern eine besondere Bedeutung zu, als hier deutlich wird, welchen Einfluss das Projekt auf die weitere Gestaltung zukünftiger Maßnahmen einer gesundheitsförderlichen Arbeitsgestaltung und die Fortführung des Arbeitsbewältigungsfördermanagements haben wird.

Die Rückmeldung ist natürlich auch unter dem Einfluss der vorhergehenden Ergebnispräsentation der MitarbeiterInnenbefragung, je nach positiver, neutraler oder kritischer Wirkungsüberprüfung zu sehen. Es wurde jedenfalls auf die eingeschränkte Bewertbarkeit der Ergebnisse, einerseits durch noch in Umsetzung begriffene Maßnahmen, andererseits durch die eng begrenzte Erfahrungszeit, hingewiesen, die eine abschließende Bewertung teilweise einschränkt.

Zusammengefasst kann gesagt werden:

- Grundsätzlich wurden die Betriebsberatungen positiv bewertet. Der Beratungsprozess hatte in jedem Fall zu einem Informationsgewinn, angeregten Diskussion sowie zur Überzeugung geführt, dass es Handlungsalternativen gibt.
- Der Begriff der Arbeits(bewältigungs)fähigkeit im Sinne einer ganzheitlichen Betrachtungsweise von Einflussgrößen auf die Gesundheit am Arbeitsplatz hat sich in den meisten Betrieben etabliert. Es führte zu veränderten Betrachtungsweisen auf bisher und scheinbar weniger wichtiger Themen (z. B. Arbeitsbedingungen wie Urlaubsplanung etc.). Die MitarbeiterInnen werden in Ihren Bedürfnissen umfassender und ernsthafter wahrgenommen. Allerdings wird von manchen Entscheidungsträgern teilweise Unverständnis über eine geringe Motivation in der Mitwirkung an der Lösung von Problemen geäußert.
- Die derzeitige Arbeitsbewältigungsfähigkeit der MitarbeiterInnen wird sehr heterogen bewertet und bildet die Ergebnisse der abschließenden Befragung weitgehend ab.
- Bei der Einschätzung der zurückliegenden Veränderungen während der Projektlaufzeit wurde nur in geringem Maße von Verschlechterungen berichtet. Im Besonderen beklagten die Betriebe Schwierigkeiten bei der Personalrekrutierung. Außerdem treten Reibungsverluste in Zusammenhang mit übergeordneten Verwaltungsbereichen auf, die sich außerhalb des direkten Einflussbereiches der betrieblichen EntscheidungsträgerInnen vor Ort befinden. In einem Betrieb wird von einer Verschlechterung des Betriebsklimas berichtet.

- Unverändert zeigten sich in der Mehrzahl der Betriebe die Parameter Rentabilität, die Einschätzung der gesellschaftlichen Bedeutung der Dienstleistung und die betriebliche Gesundheitsförderung sowie die Frage der Finanzierung.
- Beim Betriebsklima unter KollegInnen wurde in sechs Einrichtungen eine Veränderung zum Positiven berichtet, in einem eine Verschlechterung und zwei Betriebe gaben dazu keine Angaben.
- Hervorzuheben sind auch die Verbesserungen bei den Fortbildungsmöglichkeiten und der Führungsorganisation, bei den Arbeitsbedingungen, im Bereich Personalstand und bezüglich der Vereinbarkeit von Beruf und Familie. Die betriebliche Gesundheitsvorsorge und die Umsatz- und Klientenentwicklung wird in 3 Betrieben als verbessert bewertet.

	Verschlechterung	Gleichbleibend	Verbesserung	Keine Angaben
Betriebsklima unter den KollegInnen	1		6	2
Weiterbildung und berufliche Entwicklungsmöglichkeiten		2	5	2
Führungsorganisation		2	4	3
Arbeitsbedingungen (Arbeitszeit, Arbeitsumgebung, Arbeitsaufgaben, Entlohnung, Arbeitsorganisation...)		3	4	2
Vereinbarkeit von Beruf und Privatem		4	4	1
Personalstand		4	4	1
Betriebliche Gesundheitsvorsorge		3	3	3
Umsatz- und KlientInnen-Entwicklung	1	3	3	1
Finanzierungssystem der Dienstleistung	1	4	3	1
Rentabilität der Einrichtung		5	3	1
Gesellschaftliche Bedeutung der Dienstleistung		5	2	2
Möglichkeiten der Personalrekrutierung	4	2	1	2

Tabelle 3.29: Anzahl der Nennungen (sortiert nach Verbesserungen) aus Sicht der EntscheidungsträgerInnen (neun Kooperationseinrichtungen)

- In der Frage nach der Gestaltbarkeit der Arbeitsanforderungen im Hinblick auf ein „Arbeiten bis 67“ äußerte sich die Mehrzahl der betrieblichen EntscheidungsträgerInnen skeptisch bis negativ. Nur zwei Einrichtungsververtretungen hielten diesbezügliche Anpassungen für möglich. Im Vordergrund dieser Diskussion standen kritisch veränderte Rahmenbedingungen, das Fehlen tragfähiger Konzepte in Bezug auf Arbeitszeitgestaltung sowie die Veränderung von Berufsbild und Motivation der MitarbeiterInnen.
- Das Arbeitsbewältigungs-Coaching® als betrieblicher Beratungsprozess wurde einhellig als hilfreich empfunden. Bestand dazu gleichwohl in einigen Kooperationsbetrieben in der Anfangsphase noch eine eher skeptische Haltung, wick diese mit Fortdauer des Prozesses der durchwegs positiven Erkenntnis, Ideen, Anregungen und Maßnahmen zu gewinnen, die sich nachhaltig auf die weitere Organisation im Betrieb auswirken. Besonders hervorgehoben wurde der Ansatz, die MitarbeiterInnen mit ihren Anliegen und Ideen ein-

zubinden, die klare Strukturierung der Prozesse und deren Einmündung in konkrete Ergebnisse und Maßnahmen. Mehrheitlich wurde die Praxistauglichkeit des Konzepts bestätigt. Bezüglich des erforderlichen Aufwandes waren die Befragten uneinheitlich: Wurde der Prozess in einem Unternehmen als zäh und mühsam für die Verantwortlichen beschrieben, sprachen andere von einer praktikablen Lösung mit wenig Aufwand und hohem Erkenntnisgewinn. Die Frage nach der Bereitschaft einer Wiederholung des Arbeitsbewältigungs-Coaching® in zwei Jahren wurde mehrheitlich befürwortet, jedoch in einen größeren zeitlichen Kontext gesetzt, um anfallende Kosten zu relativieren, die generell bei den Einrichtungen vorerst Schwierigkeiten aufwerfen würden. Einige Institutionen sehen sich derzeit nicht in der Lage, ein derartiges Projekt zu finanzieren.

3.7 Tabellenanhang

Betriebszugehörigkeit 2008	Mittelwert			Alle (n=226)
	Stationäre Krankenpflege (n=67) *	Stationäre Altenpflege (n=120)	Ambulante/mobile Alten- und Kran- kenpflege (n=39)	
	15,9 Jahre	3,7 Jahre	5,7 Jahre	7,7 Jahre

Tabelle A.1: Tabelle Betriebszugehörigkeit der Belegschaften 2008

Generationen im Jahr 2008	in Prozent von Sparten			Alle (n=226)
	Stationäre Krankenpflege (n=67) *	Stationäre Altenpflege (n=120)	Ambulante/mobile Alten- und Kran- kenpflege (n=39)	
Bis 34 Jahre	34	41	26	36
35-50 Jahre	49	43	54	47
51 plus Jahre	16	17	21	17

Tabelle A.2: Generationenzusammensetzung der Kooperations-Belegschaften 2008

Generationen im Jahr 2018	in Prozent von Sparten			Alle (n=226)
	Stationäre Krankenpflege (n=67) *	Stationäre Altenpflege (n=120)	Ambulante/mobile Alten- und Kran- kenpflege (n=39)	
Bis 34 Jahre	6	23	5	15
35-50 Jahre	39	32	31	34
51 plus Jahre	52	41	62	48
65plus Jahre	0	5	3	4

Tabelle A.3: Altersstrukturprognose 2018

	in Prozentanteilen			
	Stationäre Krankenpflege (n=47)	Stationäre Altenpflege (n=84)	Ambulante/mobile Alten- und Kran- kenpflege (n=128)	Alle Pflegerkräfte (n=259)
Frauen	92	94	94	93
Männer	6	5	6	5
Bis 34 Lebensjahre alt	36	30	26	29
35 – 50 Lebensjahre alt	43	46	50	48
51 plus Lebensjahre alt	17	19	23	21
In der Pflegebranche seit 1-5 Jahren	2	31	26	23

seit 6-10 Jahren	11	25	18	18
seit 11-15 Jahren	28	19	17	20
seit 16-20 Jahre	11	17	21	18
seit 21-25 Jahre	20	6	10	11
seit 26-30 Jahre	11	0	4	4
seit 31-35 Jahre	11	2	2	4
seit 36-40 Jahre	4	2	3	3
seit 41-45 Jahre	2	0	0	0
In der Einrichtung tätig				
seit 1-5 Jahre	13	36	54	41
seit 6-10 Jahren	13	58	18	30
seit 11-15 Jahren	28	3	15	14
seit 16-20 Jahre	11	4	11	9
seit 21-25 Jahre	20	0	1	4
seit 26-30 Jahre	4	0	1	1
seit 31-35 Jahre	7	0	0	1
seit 36-40 Jahre	2	0	0	0
seit 41-45 Jahre	2	0	0	0
Elternteil von noch im Hause lebenden Kindern	68	60	64	63
mit Betreuung eigener pflegebedürftiger Angehöriger beschäftigt	28	16	15	17
vollzeitbeschäftigt	26	49	33	37
teilzeitbeschäftigt	72	43	58	56
geringfügigbeschäftigt	0	8	9	7
Feste zusammenhängende Arbeitszeit	0	32	45	33
Schichtarbeit ohne regelmäßige Nachtarbeit	45	39	34	38
Schichtarbeit mit regelmäßiger Nachtarbeit	55	19	3	18
Sonstige Arbeitszeiten	0	6	16	10

Tabelle A.4: Sozialstatistik der Teilnehmenden im Jahr 2009 / Querschnittuntersuchung

	in Prozentanteilen
--	--------------------

	Stationäre Krankenpflege (n=36)	Stationäre Altenpflege (n=50)	Ambulante/mobile Alten- und Kran- kenpflege (n=87)	Alle Pflegerkräfte (n=173)
Frauen	89	88	94	91
Männer	11	8	2	6
Bis 34 Lebensjahre alt	31	28	23	26
35 – 50 Lebensjahre alt	44	46	48	47
51 plus Lebensjahre alt	19	18	22	20
Feste zusammenhängende Arbeitszeit	0	42	61	43
Schichtarbeit ohne regelmäßige Nachtarbeit	36	34	22	28
Schichtarbeit mit regelmäßiger Nachtarbeit	61	16	2	19
Sonstige Arbeitszeiten	3	8	10	8

Tabelle A.5: Sozialstatistik der Teilnehmenden im Jahr 2010

	in Prozentanteilen			
	Stationäre Krankenpflege (n=27)	Stationäre Altenpflege (n=21)	Ambulante/mobile Alten- und Kran- kenpflege (n=48)	Alle Pflegerkräfte (n=96)
Frauen	96	91	96	95
Männer	4	10	2	4
Bis 34 Lebensjahre alt	33	24	27	28
35 – 50 Lebensjahre alt	44	62	48	50
51 plus Lebensjahre alt	19	10	23	19
Feste zusammenhängende Arbeitszeit	0	52	52	38
Schichtarbeit ohne regelmäßige Nachtarbeit	41	24	31	32
Schichtarbeit mit regelmäßiger Nachtarbeit	56	14	2	20
Sonstige Arbeitszeiten	4	10	8	7

Tabelle A.6: Sozialstatistik der Längsschnittgruppe 2009 und 2010)

4. Lessons learned

Die Zielsetzungen für das gesamte Projekt „Zukunft PFLEGEN - Grenzüberschreitendes Agemanagement in der Pflege“ lauteten gemäß der Antragstellung:

- Entwicklung von Strukturen für einen grenzüberschreitenden Arbeitsmarkt für ambulante und stationäre Pflege durch den Aufbau eines Netzwerks
- Erkennen von Problemfeldern, die es in Zukunft grenzüberschreitend zu bearbeiten gilt
- Initiierung von betrieblichen Pilotprojekten guter Arbeit für die Pflege
- Information und Sensibilisierung.

Dabei geht es im einzelnen darum, durch gezielte Maßnahmen und Änderungen von betrieblichen und überbetrieblichen Rahmenbedingungen Pflegeberufe attraktiver zu machen. Angesetzt wird auf den drei Ebenen

- Individuum: Stärkung der Arbeitsfähigkeit und Umsetzung von Maßnahmen in den Bereichen Gesundheit, Motivation, Kompetenz.
- Betrieb: Verbesserung der Arbeitsbedingungen und damit der Marktfähigkeit; Unterstützung durch Beratungsprojekte, in denen neue, innovative Modelle für „Gute Praxis“ entwickelt werden.
- Grenzüberschreitende Region: Stärkung der wirtschaftlichen Basis der Grenzregion Innviertel und Landkreis Altötting durch Harmonisierung des grenzüberschreitenden Arbeitsmarkts im Bereich personenbezogener Gesundheitsdienstleistungen. Gemeinsame Strategie und Entwicklung eines grenzüberschreitenden Beschäftigungspakts und Netzwerkes für die Pflege.

Arbeit und Zukunft e. V. hatte in diesem Projekt einen ausgeprägten Schwerpunkt in der Arbeit in und mit Betrieben. Dies umschloss vor allem Erhebungen und Interventionen in sechs ambulanten/mobilen Alten- und Krankenpflegeeinrichtungen, in zwei stationären Altenheimen und in einem Krankenhaus. Die Ergebnisse dieser Arbeiten (siehe Kapitel 3 dieses Berichts) sind allen Projektpartnern, insbesondere aber weiteren Betrieben, Einrichtungen, Institutionen usw. in der Region zur Verfügung gestellt worden. Dafür wurden sie zielgruppengerecht aufbereitet und öffentlich präsentiert, so dass auch der überbetriebliche und vernetzende Auftrag des Projekts gut unterstützt wurde.

Nach dem operativem Abschluss des Projektes „Zukunft PFLEGEN“, nach vielfältigen Erfahrungen in unterschiedlichen Einrichtungen und innerhalb der Organisationsstruktur gilt es abschliessend zu bewerten, inwieweit wir dem Ansatz, grenzüberschreitendes Agemanagement in der Pflege zu fördern, gerecht wurden.

4.1 Fazit der Ergebnisse und Erkenntnisse

Hier sollen einerseits Erfolgsergebnisse und -erlebnisse identifiziert werden, die zukünftig verstärkt als bewährte Elemente in Veränderungsprozesse integriert werden können, andererseits sollen mögliche Fehler und Schwachpunkte analysiert werden.

Dabei sind folgende Ebenen zu berücksichtigen:

1. Erfolg betrieblicher Maßnahmen
2. Erfolg überbetrieblicher Maßnahmen
3. Evaluierung des Beratungsprozesses (ab-c)
4. Koordination und Zusammenarbeit unter den ProjektpartnerInnen
5. Arbeiten bis 67 im Pflegeberuf.

4.1.1 Erfolg betrieblicher Maßnahmen

Eines lässt sich vorab feststellen: Unternehmen lassen sich nur bedingt vergleichen. Es gibt zwar, je nach Aufgabenfeld, grundlegende Ähnlichkeiten in der Organisationsstruktur. Entscheidend aber erscheinen/sind spezifische Merkmale, die in den Persönlichkeiten und damit der Betriebskultur der beteiligten Einrichtungen begründet sind. Wir gehen davon aus, dass die Selektion, d. h. die Bereitschaft, an einem solchen Projekt teilzunehmen, Sensibilität für die Herausforderungen der zukünftigen Arbeit in der Pflege demonstriert. Was nicht bedeutet, dass die Betriebe unbedingt schwierig lösbare Probleme zu bewältigen hatten, dass aber, wie im ersten Prozessabschnitt durch die Auswertung der Beratungsgespräche bestätigt wurde, ein Handlungsbedarf evident war und wahrscheinlich auch in anderen Betrieben zu beobachten wäre.

Es hat sich jedenfalls gezeigt, dass eine kontinuierliche Auseinandersetzung mit der Frage alternsgerechten Arbeitens erforderlich ist. Ein solcher Ansatz ist notwendigerweise ein Prozess, der sich verändernden Belegschaften Rechnung trägt, um Anforderungen begegnen zu können, die ebenfalls einer permanenten Wandlung unterworfen sind. Denn nicht allein das Alter der Beschäftigten oder ein Mangel an Nachwuchs schafft Probleme, auch eine zunehmende Belastung durch die KlientInnen (quantitativ, aber auch aufgrund einer erwarteten Zunahme multimorbider und demenzieller Klientel sowie veränderter Erwartungshaltungen an die Pflege) ist mit Zunahme der Lebenserwartung in der Bevölkerung zu erwarten. Vor allem geht es hier auch um die Perspektive in einer Berufsgruppe, die einer Ausübung dieser Tätigkeit bis zum – sich nach oben verschiebenden° – Rentenalter skeptisch gegenübersteht.

- Das Projekt hat gezeigt, dass eine Veränderung möglich ist, die von den Betroffenen als Verbesserung wahrgenommen wird.
- Die Veränderungsbereitschaft und das Bewusstsein für zukünftige Herausforderungen in der Pflege durch die EntscheidungsträgerInnen waren ausschlaggebend für eine Teilnahme am Projekt.

- Die Ergebnisse zeigen eine durchschnittlich gute Arbeitsbewältigungsfähigkeit der Beschäftigten, verdeutlichen aber Handlungsbedarf, vor allem bei älteren resp. dienstälteren MitarbeiterInnen.
- Die Arbeitsbewältigungsfähigkeit lässt sich durch geeignete Maßnahmen stabilisieren oder verbessern.
- Im stationären Bereich führte die Summe der gesetzten Maßnahmen zu einer Verbesserung der Arbeitsbewältigungsfähigkeit, in einer Branche musste allerdings eine Verschlechterung konstatiert werden.
- Das Betriebsklima hat sich mit einer Ausnahme in allen Betrieben verbessert. Maßnahmen in den Bereichen Fortbildung, Führungsorganisation, Arbeitsbedingungen, Personalstand oder der Balance zwischen Beruf und Privat wurden ebenfalls mehrheitlich als erfolgreich identifiziert.
- Keinen Einfluss hatte das Projekt in Bezug auf Fragen der Personalrekrutierung oder der übergeordneten Verwaltung. Auch die Frage nach einer möglichen Rentabilitätsverbesserung lässt sich in diesem Zeitraum ebenfalls nicht beantworten. Hier ist zu beachten, dass verschiedene Maßnahmen noch nicht abgeschlossen sind und sich damit einer abschliessenden Bewertung entziehen.
- Auf allen Interventions- und Betrachtungsebenen wurden Veränderungsmöglichkeiten formuliert und bestätigen den ganzheitlichen Ansatz des Konzepts.

Folgen wir dem Modell der Arbeitsfähigkeit, so lassen sich Maßnahmen im Projekt identifizieren, die betrieblich auf vier Förderbereiche verteilt sind:

- a. Persönliche Gesundheit
- b. Arbeitsbedingungen
- c. Führung, Organisation
- d. Kompetenz.

Bewerten können wir den Erfolg betrieblicher Maßnahmen anhand der Daten der Wirkungsüberprüfung (schriftliche Befragung) und deren Vergleich mit den Ergebnissen der persönlich-vertraulichen Beratungsgespräche, sowie anhand der Ergebnisse der Reviewgespräche mit den EntscheidungsträgerInnen in der Steuerungsgruppe. Siehe dazu im Einzelnen die Aussagen in Kapitel 3.

Persönliche Gesundheit

Die Bedeutung intakter familiärer oder sozialer Verhältnisse wurde im Rahmen der persönlich-vertraulichen Beratungsgespräche deutlich. Einschränkungen sind dort zu erwarten, wo private Verpflichtungen (Pflege von Angehörigen, Kinderbetreuung) oder körperliche Risikofaktoren persönliche Vorsätze unterlaufen. Gerade das Angebot der beratenden Gespräche im Rahmen des Arbeitsbewältigungs- Coachings signalisierte die Bereitschaft des Betriebes, die Bedürfnisse und Wünsche der Beschäftigten wahrzunehmen. In der Häufigkeit der Nennungen standen Vorsätze bzw. Bedarfe zu Bewegung, Lebensbalance und gesundheitsgerechtem Arbeiten an oberster Stelle.

- Die Arbeitsfähigkeit wird auf der privaten Ebene durch ein funktionierendes soziales Umfeld (Familie, FreundInnen) unterstützt; im Gegensatz dazu können private Probleme zu einer verminderten Leistungsfähigkeit führen, bei der oft dem Arbeitsumfeld eine hohe soziale Bedeutung beigemessen wird. Hier können die Betriebe unterstützend darauf achten, dass die Balance zwischen privaten und beruflichen Anforderungen gewahrt bleibt. Die Urlaubsplanung beispielsweise scheint ein Thema zu sein, an dem sich die Berücksichtigung individueller Interessen bemessen lässt. Eine gemeinsame Planung hat sich als sehr hilfreich erwiesen.
- Die bekannten Risikomuster des Pflegeberufes mit den Schwerpunkten Muskel-Skelettsystem und psychische Störungen haben sich bestätigt und bedürfen besonderer Aufmerksamkeit.
- Die klassische betriebliche Gesundheitsförderung im Sinne personenbezogener Maßnahmen hat sich im Rahmen des Projekts wenig verändert. Aktivitäten, wie beispielsweise die Planung eines Gesundheitstages, gesundes Essen oder die Bereitstellung von Fahrrädern für die Betreuung von KlientInnen kommt der individuellen Gesundheit zu Gute, genauso wie etwa die Intensivierung des Trainings für rückschonendes Arbeiten (Bobath, Kinästhetik).
- Die Bereitstellung kommunikativer Unterstützung durch Angebote für Supervision oder der Förderung persönlicher Beziehungen ist sinnvoll. Es ist auch anzunehmen, dass die Beteiligung der MitarbeiterInnen an der Maßnahmenumsetzung im Projekt zur Wahrnehmung eines verbesserten Betriebsklimas beigetragen hat.
- Das persönlich-vertrauliche Beratungsgespräch im Rahmen des ab-c unterstützt in der Wahrnehmung gesundheitsförderlicher Kriterien und hilft bei der Formulierung von Lösungsansätzen. 25 % der Beteiligten haben nach eigener Aussage im Rahmen des Projektzeitraumes davon profitiert.

Arbeitsbedingungen

Hinweise zum Thema Arbeitszeit, Arbeitsmenge oder Fragen der Arbeitserleichterung gehörten zu den am häufigsten genannten Themen, die in den Maßnahmenkatalogen Eingang fanden.

Hier sind vor allem Maßnahmen zu nennen, die Belastungen vermindern (z. B. Optimierung des Einsatzes von Hilfsmitteln, Trainings), Anforderungen anders verteilen (Arbeitsmenge, Aufgabenverteilung, Arbeitszeit) oder die Bewältigung von Beanspruchungen verbessern (z. B. Kompetenzentwicklung, Pausengestaltung).

- Die Sicherstellung von Zeit für Kommunikation mit den betreuten KlientInnen ist bedeutsam für eine befriedigende Reflexion der Tätigkeit in der Pflege und war oft ausschlaggebend für die Wahl des Berufes. Dieser Aspekt sollte im Ringen um Effizienz in der Arbeitsgestaltung beachtet werden.
- Eine Vermeidung zu langer Dienstblöcke erscheint in der Vermeidung von Überlastungssymptomen hilfreich zu sein. Dies wird von der Arbeitsforschung insoweit bestätigt, dass verkürzte Dienstblöcke (Diensttage in Folge) der individuellen Regeneration dienlicher sind, vor allem bei älteren MitarbeiterInnen.

- Verbesserungen sind durch eine Reduktion geteilter Dienste zu erwarten, da die alltägliche Planbarkeit in Bezug auf private Verpflichtungen sowie regenerative Betätigungen erleichtert wird.
- Kommunikative Maßnahmen, wie Verbesserungen der Absprache in den Teams oder die Beteiligung der MitarbeiterInnen an Veränderungsprozessen, stärken das Zusammengehörigkeitsgefühl und fördern das Betriebsklima.
- Die Sicherstellung von Pausen und deren Gestaltung dient der Regeneration und ist für eine nachhaltige Arbeitsbewältigung von großer Bedeutung.
- Ausweitung von Schulungen zum Thema Patientenmobilisierung oder Hilfsmiteileinsatz (Bobath, Kinästhetik) spielen bei der Reduzierung physischer Belastungen eine wichtige Rolle und sollten wiederholt in Erinnerung gerufen werden.
- Eine klare Abgrenzung und Definition von Aufgabenbereichen unterstützt bei der Vermeidung von Mehrfachbelastungen bzw. der leichteren Einschätzbarkeit von Verteilungsmöglichkeiten. Gerade in Zeiten höherer Krankenstände oder Urlaubszeiten hilft eine hohe Transparenz, Arbeit angemessen zu verteilen und objektivierbar zu machen.
- Die Dokumentation der Pflege nimmt viel Zeit in Anspruch und wird oft als Hindernis einer ausreichenden KlientInnenversorgung gesehen. Eine Optimierung und Vereinfachung in Abstimmung mit den betroffenen MitarbeiterInnen ist opportun.

Führung, Organisation

Die Führungskräfte, wie auch die Art der Arbeitsorganisation, spielen eine gewichtige Rolle in der betrieblichen Gesundheitsförderung und damit bei der Unterstützung der Produktivität. Dabei sind persönliche Eigenschaften, vorherrschende hierarchische Strukturen, Kommunikation und die Verbundenheit mit den MitarbeiterInnen entscheidende Kriterien, die einen unmittelbaren Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit haben. Die Steuerung dieser Faktoren ist getragen von der Ambivalenz zwischen ökonomischen Vorgaben, qualitativen Ansprüchen und einem Bewusstsein für die Bedürfnisse des Personals. Dabei wird unter schwierigen Bedingungen oft auch die Arbeitsfähigkeit des Managements auf eine harte Probe gestellt, wenn die Anerkennung für die geleistete Arbeit oder die notwendige Unterstützung der Trägerorganisationen ausbleibt. In der Häufigkeit der Wünsche an das Management stehen Veränderungen der Vorgesetzten-MitarbeiterInnen Beziehung an erster Stelle, gefolgt von Wünschen, die das Betriebsklima, die Kollegialität, Mitsprachemöglichkeiten und die Gestaltung der Arbeitsabläufe betreffen. Dafür ist die Weitergabe von Information wichtig. Die Erfahrungen im Projekt bestätigen damit im Wesentlichen hinlänglich bekannte Einflussgrößen auf die Motivation, Gesundheit und Arbeitsfähigkeit der Belegschaft.

- Aus den Ergebnissen der Wirkungsüberprüfung lässt sich erkennen, dass der Prozess des Arbeitsbewältigungs-Coachings einen positiven Einfluss auf gesundheitsförderliche Kriterien ausgeübt hat. Immerhin 30 % der Befragten haben Maßnahmen auf dieser Ebene als Verbesserung erlebt, was die Bedeutung der Führung und Arbeitsorganisation erneut unterstreicht.

- Überhaupt einen solchen Prozess zuzulassen, wenn auch teilweise mit anfänglicher Skepsis, spricht schon für Offenheit gegenüber der Erkenntnis, dass ein hohes Mass an Partizipation, Kommunikation und Transparenz in der Bewältigung zukünftiger Herausforderungen hilfreich sein kann.
- Die Beteiligung der MitarbeiterInnen an den Veränderungsprozessen innerhalb der Maßnahmenpakete bestätigt deren Kompetenz, weckt das Verständnis für die Komplexität in der Vereinbarkeit unterschiedlicher Interessen und stellt die Verbundenheit mit den Ergebnissen sicher.
- Die Intensivierung der MitarbeiterInnenkontakte durch die Führungsebene zeigt sich in der Implementierung von regelmäßigen persönlichen Gesprächen (Anerkennender Erfahrungsaustausch, Personalgespräche u. a.) und der systematischen Teilnahme an Dienstbesprechungen.
- Die Einführung wöchentlicher Teamsitzungen betont das Interesse an den Bedürfnissen der Beschäftigten und stärkt deren Kompetenz bei der Mitgestaltung der Arbeitsabläufe.
- Reorganisationen im Bereich der Teamgrößen und Aufgabenverteilungen wurden in einzelnen Betrieben im Rahmen der Maßnahmenpakete unter Mitarbeit der Beschäftigten evaluiert und umgesetzt oder sind derzeit noch im Gange.
- Die Intensivierung der interdisziplinären Zusammenarbeit zwischen den Berufsgruppen unterstützt das Verständnis für die unterschiedlichen Aufgabenbereiche, verdeutlicht Probleme an den Schnittstellen und wurde durch verschiedene Aktivitäten neu belebt.
- Eine Coaching- und Supervisionsinitiative unterstützt die Führungskräfte in der Bewältigung Ihrer Aufgaben und nimmt sie in ihrer Belastung und Beanspruchung wahr.

Kompetenz

Kompetenzentwicklung ist ein wichtiger Baustein in der Förderung individueller Arbeitsfähigkeiten. Die diesbezüglichen Bedürfnisse, wie auch die Motivation zur Weiter- und Fortbildung, sind je nach Alter und Ausbildungsgrad breit gestreut. Für die Entwicklung der individuellen Berufslaufbahn spielen inhaltliche Interessen, persönliche Förderbedarfe und die Zugänglichkeit zu entsprechenden Angeboten eine entscheidende Rolle. Vergütungsfragen und Anrechenbarkeit auf die Arbeitszeit sind für die Motivation ebenso förderlich oder limitierend, wie eine eingeschränkte Gewichtung des beruflichen Stellenwertes in der individuellen Lebensplanung. Diesbezügliche Maßnahmen werden umso erfolgreicher sein, je mehr sie sich an den individuellen Interessen und Fähigkeiten der MitarbeiterInnen orientieren. Dabei ist natürlich zu berücksichtigen, dass gewisse Themen in der Steigerung von Qualität und Weiterentwicklung der beruflichen Inhalte unumgänglich sind (Hygiene, Dokumentation).

- Die Kommunikation innerbetrieblicher Karrieremöglichkeiten (Jobbörse) schaffte neue Perspektiven und Entwicklungsräume.
- Durch Kenntnis der Wünsche der MitarbeiterInnen und kooperierende Angebote können Karrierewege und Bedürfnisse mittelfristig definiert und koordiniert werden.
- Eine alternsgerechte Kompetenzentwicklung stellt wiederholt Trainings zur körperlichen Entlastung in der Pflege, wie auch den Umgang mit psychischen Belastungen (Sterbebegleitung, Kommunikation) in den Mittelpunkt.

- Fragen der Anrechenbarkeit von Fortbildungen auf Arbeitszeit und Vergütung sollten innerbetrieblich geklärt und einheitlich geregelt werden.

4.1.2 Erfolg überbetrieblicher Maßnahmen

Häufig wurde von den EntscheidungsträgerInnen auf einschränkende Rahmenbedingungen hingewiesen, die es den Betrieben erschweren, arbeits- und gesundheitsförderliche Arbeitsbedingungen zu gestalten. Dies sind zum Beispiel Regelungen seitens des Gesetzgebers oder der Versicherungsträger hinsichtlich der finanziellen Abgeltung von Leistungen (Zuordnung zu Pflegestufen, u. a.) sowie qualitative und administrative Vorgaben (z. B. Modulzeiten, Dokumentationspflichten u. ä.). Auch die haftungsrechtliche Zuordnung gewisser Tätigkeiten erschwert häufig eine fürsorgliche Lastenverteilung in der täglichen Pflegearbeit. Darüber hinaus erfahren die Betriebe unterschiedliche Unterstützung durch ihre Trägerorganisationen.

- Derzeitig gehen überbetriebliche Maßnahmen über einen vorwiegend informellen Charakter nicht hinaus. Der Organisationsgrad zur Formulierung und Förderung gemeinsamer Interessen ist angestossen, befindet sich aber im Anfangsstadium. Die verschiedenen Berufs- und Fachverbände haben noch keinen ausreichenden synergetischen Weg der Zusammenarbeit gefunden.
- Im Rahmen des überbetrieblichen Maßnahmen-Workshops ist es gelungen, Konsens über den Wert eines gemeinsamen Erfahrungsaustausches zu gewinnen, um dadurch betriebliche und überbetriebliche Interessen besser an die politischen Ebenen artikulieren zu können. Ein Pflegestammtisch als erster Schritt zur Förderung dieses Erfahrungsaustausches, mit dem mittelfristigen Ziel einer Beeinflussung der politischen Willensbildung, wurde im Juli erstmalig veranstaltet. Weitergehende Aktivitäten sind abzuwarten.
- Die gesellschaftliche Bedeutung der Pflege muß nach Ansicht der beteiligten Betriebe stärker betont und kommuniziert werden.
- Bedeutsam ist eine wertschätzende Kommunikation durch bestehende Trägerorganisationen. Die betrieblichen EntscheidungsträgerInnen stehen im Spannungsfeld zwischen Mitarbeiterinteressen und betriebswirtschaftlichen oder qualitativen Vorgaben. Eine Wahrnehmung der im Dienste eines reibungslosen Ablaufs geleisteten Arbeit und der damit verbundenen Anstrengungen dient der Motivation aller Beteiligten und sensibilisiert für nötige Entlastungen im betrieblichen Alltag. Im Rahmen des Projekts konnte dies beispielsweise durch die Genehmigung zu Personalaufstockungen demonstriert werden.
- Die Rekrutierung von Nachwuchskräften wird als zunehmend schwierig wahrgenommen. Unterschiede in der Tarifgestaltung, aber auch betriebsbezogene Charakteristika und Standortfragen werden zukünftig ausschlaggebend für eine erfolgreiche Personalpolitik sein.

4.1.3 Evaluierung des Beratungsprozesses (AB-C)

So gut sich die Zustimmung im Laufe der Beratung entwickelte, sollte man dennoch gewisse Schwierigkeiten in der Rekrutierung und am Beginn des Prozesses analysieren. Gründe für die anfängliche Skepsis sind wahrscheinlich auf mehreren Ebenen zu suchen.

In einigen Betrieben wurde eine Zusatzbelastung durch das Projekt befürchtet, da die Unternehmen häufig mit einer Vielzahl von Evaluierungsprozessen beschäftigt sind, die beispielsweise die Qualität Ihrer Dienstleistung betrifft. Diese Argumentation hat auch in der Rekrutierungsphase zu Absagen geführt.

Vereinzelt wurde darauf hingewiesen, dass es im Vorfeld Schwierigkeiten mit dem erwarteten Aufwand der Intervention gab, d. h. alle MitarbeiterInnen zur Teilnahme einzuladen. Für die EntscheidungsträgerInnen ist es oft schwierig, einen hohen Grad an Partizipation zuzulassen. Dies generiert sich aus dem Bewusstsein, ohnehin sehr viel für die Belegschaft zu tun; zum anderen wird befürchtet, alle Wünsche der MitarbeiterInnen erfüllen zu müssen. Vor allem in kleineren Betrieben wird argumentiert, dass der Kontakt zu den MitarbeiterInnen ohnehin sehr eng sei und entsprechende Probleme artikuliert und bearbeitet werden können.

Diese Bedenken konnten großteils durch die Erfahrung im Prozess zerstreut werden, vor allem auch durch die persönliche Teilnahme der EntscheidungsträgerInnen am persönlich-vertraulichen Beratungsgespräch. Rückmeldungen wie: „Es gab einige Aha-Erlebnisse.“ oder „Plötzlich habe ich gewusst, was wichtig ist.“ dokumentieren den Erkenntnisgewinn. Natürlich generiert ein solcher Prozess den Wunsch nach Verbesserungen im betrieblichen Umfeld. Allein die Möglichkeit, seine Wünsche und Beschwerden artikulieren zu können und dabei ernst genommen zu werden, ist bereits Teil der Intervention. Das zeigt auch die Bedeutung einer externen Begleitung, die dazu geeignet ist, der vieldiskutierten Betriebsblindheit vorzubeugen und es den TeilnehmerInnen ermöglicht, (in anonymisierter Form) aktiv zu werden. Der Respekt gegenüber den Bedürfnissen der einzelnen Mitarbeiter(Innen) wird damit hervorgehoben.

Man sollte auch nicht ausser acht lassen, dass die Teilnahme am Prozess durch die Förderung kostenfrei war, wobei die zur Verfügung gestellten Arbeitszeiten und der Organisationsaufwand durchaus beträchtlich war. Bei genauem Hinterfragen im Rahmen der Wirkungsüberprüfung wurde deutlich, dass die Kosten eines selbstständig unterstützten Projektes für die meisten Institutionen nicht tragbar wären.

Die Vergleichbarkeit der persönlich-vertraulichen Beratungsgespräche mit der abschliessenden schriftlichen Wirkungsüberprüfung ist eingeschränkt, war aber aufgrund des zeitlichen und finanziellen Rahmens notwendig.

- Allgemein ist das Vorgehen im Rahmen des AB-C Prozesses als hilfreich, gut strukturiert und vor allem als praxistauglich bewertet worden.
- Insgesamt ist der Weg der Intervention (Arbeitsbewältigungs-Coaching), von allen Betroffenen im Mittel als gut bewertet worden.
- Die Wahrnehmung des Prozesses lag bei 71 %. 41 % haben durch die betrieblichen Maßnahmen subjektiv eine Verbesserung ihrer Arbeitsbewältigungsfähigkeit erfahren. Die Bereitschaft, gesundheitsförderliche Maßnahmen unter Einbindung aller

MitarbeiterInnen zu entwickeln, ist die Voraussetzung einer erfolgreichen Umsetzung. Wahrscheinlich ist nicht nur die inhaltliche Auseinandersetzung von Bedeutung, sondern die Tatsache, dass etwas geschieht.

- Durch eine konsequente Rückmeldung und Information an die Belegschaft mit Präsentation der Befragungsergebnisse sowie der Einbindung der MitarbeiterInnen in die Umsetzung der festgelegten Maßnahmen lehrt realistische von unrealistischen Zielen zu unterscheiden. Das Sichtbarmachen einer Veränderungsbereitschaft ist entscheidend.
- Die Vielzahl an Maßnahmen dokumentiert die Effizienz der Methode. Über die Nachhaltigkeit der Ergebnisse kann angesichts der Kürze der Projektlaufzeit keine endgültige Aussage getroffen werden. Es wäre unter Umständen sinnvoll, den Begleitungszeitraum zu verlängern. Dies würde dabei helfen, die Nachhaltigkeit von Maßnahmen und deren Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit der MitarbeiterInnen, aber auch den Erfolg der Implementierung des Arbeitsfähigkeitskonzeptes in den betrieblichen Alltag, zu evaluieren.
- Eine Wiederholung der persönlich-vertraulichen Beratungsgespräche nach zwei Jahren würde mehr Klarheit über die Effekte der Veränderungsprozesse bringen und persönliche Fördervorsätze erneuern.

4.1.4 Koordination und Zusammenarbeit unter den ProjektpartnerInnen

Unter diesem Punkt sind einerseits die Zusammenarbeit der PartnerInnen im Rahmen der Interventionen (Arbeit und Zukunft[°]e.[°]V.) sowie andererseits die Kooperation mit dem Leadpartner und den weiteren operativen ProjektpartnerInnen zu bewerten.

Bewährt hat sich im Rahmen des ab-c Prozesses die Begleitung durch zwei BeraterInnen, wobei eine Person als BezugsberaterIn hauptverantwortlich und als betriebliche AnsprechpartnerIn tätig war. Dadurch konnten die unterschiedlichen Bedürfnisse der Projektteilnehmenden besser wahrgenommen werden. Hilfreich ist auch die Wahlmöglichkeit unter verschiedenen BeraterInnen bei der Belegung des persönlich-vertraulichen Coachings durch die MitarbeiterInnen.

Regelmäßige Treffen dienten der gemeinsamen Abstimmung und Interpretation und garantierten ein einheitliches Vorgehen im Rahmen der Prozessgestaltung.

Mit den operativen ProjektpartnerInnen gab es vereinzelte Zusammenkünfte zum Erfahrungsaustausch und im Rahmen der ProjektpartnerInnen-Treffen. Eine Diskussion der Verfahren, der Erfahrungen im betrieblichen Entwicklungsprozess und daraus abzuleitender Handlungswege fand jedoch nur marginal statt. Dies soll nach Auslaufen der Förderung nachgeholt werden.

Die Koordination im Rahmen des Gesamtkonzepts funktionierte aus unserer Sicht weitgehend gut. Hilfreich waren insbesondere die überregionalen/transnationalen Veranstaltungen und die Vernetzungsaktivitäten von Betrieben und Organisationen.

Schwierigkeiten bereitet(e) die finanzielle Konzeption eines solchen Förderprojektes. Vereine/Organisationen mit geringem Eigenkapital (wie hier Arbeit und Zukunft^{e.V.}) ist es nicht möglich, etliche zigtausend Euro für mehrere Monate vorzufinanzieren. Die gewählte Hilfskonstruktion einer privaten Kreditierung war aufgrund der Besonderheiten des Vereins und eines hohen individuellen Engagements möglich, ist aber keine befriedigende und dauerhaft taugliche Lösung. Die Fördermittelgeber sind hiermit aufgefordert, verbesserte Lösungen für die Projektfinanzierung freier Institute zu entwickeln.

Verbesserungswürdig erscheint das Engagement im Hinblick auf die Projektzielsetzung des grenzüberschreitenden Agemanagements in der Pflege. Das Ziel, die Pflegeberufe für die Beschäftigten in der Pflege attraktiver zu machen, wurde primär auf der betrieblichen Ebene bearbeitet. In der überbetrieblichen Ebene wurden zwar die von Arbeit und Zukunft^{e.V.} betreuten Betriebe im Rahmen eines Workshops vernetzt, auch gab es verschiedene Veranstaltungen und Analysen im Rahmen der „Zukunft PFLEGEN“-Initiative, Handlungsinitiativen zur Verbesserung der überbetrieblichen Rahmenbedingungen wurden jedoch u. E. zu wenig konkretisiert.

- Die betriebliche Projektbegleitung im Team mit zwei BeraterInnen hat sich bewährt.
- Der Erfahrungsaustausch innerhalb der ProjektpartnerInnen bezüglich der unterschiedlichen Beratungsstrategien sollte intensiviert werden.
- Die Ergebnisse der Interventionen sollten gemeinsam interpretiert und zusammengefasst werden, um die Einflussmöglichkeiten auf der überbetrieblichen und politischen Ebene zu erhöhen.
- Die finanziellen Rahmenbedingungen sollten überarbeitet werden, um es auch kleineren innovativen Organisationen einfacher zu machen, sich an entsprechenden Ausschreibungen zu beteiligen.

4.1.5 Arbeiten bis 67 – ist das im Pflegeberuf möglich?

Fasst man die diesbezügliche Rückfrage bei den TeilnehmerInnen und die eigenen Erfahrungen im Projekt hinsichtlich dieser Frage zusammen, so ist deutliche Skepsis angebracht, dass der Pflegeberuf gut, gerne und gesund (in Vollzeit, so dass eine gute Existenz möglich ist) über 40 bis 50 Jahre Tätigkeit ausgeübt werden kann.

- Nur 31 % der Beschäftigten wollen und glauben bis zur Erreichung des Rentenalters arbeiten zu können.
- Der durchschnittliche Arbeitsbewältigungsindex der über 50 Jährigen mit 36,8 Punkten signalisiert deutlichen Handlungsbedarf.
- Bisher sind 21 % der Belegschaft über 50 Jahre. Dieser Anteil wird sich in den nächsten zehn Jahren deutlich erhöhen.

Man kann allerdings ein Profil optimaler Bedingungen definieren, die ein Arbeiten bis zum 67. Lebensjahr wahrscheinlicher machen.

4.2 Schlussfolgerungen

- Alternsmanagement lässt sich nicht verordnen, sollte aber integraler Bestandteil betrieblicher Arbeitsgestaltung sein. Problematisch ist die assoziative Verknüpfung des Begriffes mit älteren DienstnehmerInnen und sollte durch einen Begriff ersetzt/ergänzt werden, der im Englischen als “Life Course Management” bezeichnet wird. Damit wird der Tatsache Rechnung getragen, dass wirksame Prävention prinzipiell bereits in jüngeren Jahren einsetzen sollte und nicht erst reparativ im höheren Alter zum Tragen kommt, wenn entsprechende Maßnahmen häufig zu spät kommen.
- Die Einschränkung der Arbeitsbewältigungsfähigkeit korreliert direkt mit dauerhafter Vollbeschäftigung und Alter. Dies bedeutet, dass die Pflege realistisch nur als Teilzeitbeschäftigung und/oder durch Reduktion der körperlichen Belastungen langfristig gesund bewältigbar ist. Angesichts der Vergütung ist es vielen Beschäftigten jedoch aus finanziellen Gründen unmöglich, eine Reduktion der Arbeitszeit in Kauf zu nehmen. Unter den vorherrschenden Bedingungen wird deutlich, dass ein gesamtes Berufsleben in der Pflege für viele Menschen überfordernd ist. Gleichwohl ist es notwendig, den in der Pflege Tätigen Ideen und Möglichkeiten zur Verfügung zu stellen, flexibel zu arbeiten bzw. sogar in alternative, weniger belastende Berufe zu wechseln. Natürlich enthebt uns das nicht der Verantwortung, die Arbeitsbedingungen zu optimieren und erfahrenen MitarbeiterInnen Rahmenbedingungen zu bieten, unter denen sie gesund und gerne länger arbeiten können.
- Hohe Flexibilität in Bezug auf persönliche Bedürfnisse, unter Berücksichtigung des Belastungs-Beanspruchungskonzeptes, ermöglicht es, Altersgerechtigkeit zu gestalten. Erforderlich ist es, dem Individuum zusätzlichen Handlungsspielraum im Hinblick auf sich wandelnde Lebensabschnitte und deren Herausforderungen (Kinder, Pflege von Angehörigen, Veränderung und Anpassung der Lebensziele) zu gewähren. Das erfordert allerdings ein Umdenken im Arbeitsverteilungsmanagement, in der Definition von Ausbildungsrichtlinien und Arbeitsbeschreibungen, wie auch im erleichterten Zugang zu Fort- und Weiterbildungsmöglichkeiten.
- Das Thema Pflege für die nächsten Jahre bewältigen zu können, erfordert ein Eingreifen auf mehreren Ebenen. Ausserhalb des betrieblichen Umfeldes gehört die Kompetenzerweiterung pflegender Angehöriger genauso wie die Erweiterung der Selbstständigkeit der Pflegebedürftigen zu einer Minderung der erwarteten Schwierigkeiten.
- Einzelne Schritte können bereits ausreichend sein, letztlich entscheidend für die Aufrechterhaltung der Arbeitsfähigkeit ist die Summe aller betrieblicher und ausserbetrieblicher Maßnahmen.
- Bei allem Respekt für die Bemühungen der betrieblichen Arbeitsgestaltung ist auch eine Berücksichtigung der individuellen Verantwortung für die Gesundheit zu fördern.
- Die Wertschätzung pflegerischer Tätigkeiten sollte auch in der Vergütung erbrachter Leistungen zum Ausdruck gebracht werden können. Der Vergleich der Pflegekosten mit anderen EU-Ländern (z. B. im Verhältnis zum Bruttoinlandsprodukt), zeigt sowohl in Österreich als auch in Deutschland noch Spielräume.

- Es sollte über eine Veränderung oder Erleichterung der Dokumentationsanforderung im Hinblick auf qualitative Kriterien auf übergeordneter Ebene nachgedacht werden.
- Veränderungsprozesse, wie das vorliegende Projekt, sollten nicht allein der Autonomie der einzelnen Betriebe überlassen werden, sondern die Trägerorganisationen miteinbeziehen. Damit wird ein breiteres Verständnis für die Bedürfnisse des Managements und der Belegschaft sichergestellt und ein erleichterter Zugang zu übergreifenden Maßnahmen ermöglicht. Erfolgreiche Veränderungsmodelle könnten dadurch schneller in anderen Teilorganisationen zur Anwendung kommen.
- Eine breite Zugänglichkeit zu Fortbildungsmöglichkeiten in zeitlicher und räumlicher Hinsicht wäre hilfreich. Hier empfiehlt sich auch die überbetriebliche und grenzüberschreitende Koordination von Angeboten, um einerseits Doppelgleisigkeiten zu vermeiden, andererseits eine möglichst breites inhaltliches Spektrum anbieten zu können. Eine betriebsübergreifende Koordination von Weiterbildungsangeboten würde zukünftigen Ausbildungsbedarfen Rechnung tragen und die allgemeine Verfügbarkeit verbessern.
- Ein Weiterbildungsplan sollte zukünftige Bedarfe in der Personalstruktur berücksichtigen.
- Im Sinne einer alternsgerechten Belastungsverteilung sollten innerbetriebliche Umstiegsszenarien entwickelt und umgesetzt werden, um die Verweildauer der Arbeitskräfte im Betrieb zu erhöhen.
- Im Rahmen der überregionalen Arbeitsmarktförderung sollten Behinderungen des grenzüberschreitenden Arbeitskräfteaustausches Berücksichtigung finden: Angleichung von Ausbildungsrichtlinien, Fragen der Anerkennung von Ausbildungen, Berufsqualifikationen oder Tätigkeitsbeschreibungen.
- Die Verantwortlichen, vor allem auch die MitarbeiterInnen, für die Idee des Arbeitsbewältigungs-Coachings[®] zu gewinnen, sollte hochgradig sensibel und kommunikativ überzeugend sein.
- Durch Publikation der Ergebnisse kann der Nutzen einer solchen Intervention einer breiteren Öffentlichkeit zugänglich gemacht werden und das Interesse anderer Institutionen wecken.
- Eine weitere Evaluierung des Aufwand-Nutzen Verhältnisses würde helfen, andere Unternehmen von der Effizienz des Beratungsprozesses zu überzeugen. Beteiligte Trägerorganisationen könnten für die Bereitschaft sensibilisiert werden, entsprechende Mittel zur Verfügung zu stellen.
- Aus übergeordneter Ebene sollte die Vernetzung der Betriebe im Sinne der kommenden Anforderungen gefördert und unterstützt werden.

Wir bedanken uns herzlich bei allen MitarbeiterInnen und beteiligten Organisationen für Ihr Engagement und das in uns gesetzte Vertrauen.

5. Literatur

Kapitel 1

- Bauer-Sternberg, Dörte; Brennert, Carola; Deters, Jürgen; Müller-Bagehl, Sabine: Abschlussbericht „Arbeitsschutz in der Ambulanten Pflege“, 2007.
- Berger, Gerhard; Zimber Andreas: Alter(n)sgerechte Arbeitsplätze in der Altenpflege. Wege zur Stärkung der Arbeit(bewältigungs)fähigkeit (nicht nur) der älteren Mitarbeiter/innen. Bericht im Rahmen des EQUAL-Modellprojekts Altersgerechte Arbeitsplätze. Stuttgart, Diakonisches Werk Württemberg 2004.
- BGW, Pflegereport 2007.
- Blättner, Beate; Michelsen, Kau; Sichtung, Juliane; Stegmüller, Klaus: Analyse des Angebotes und des Qualifizierungsbedarfes aus der Sicht von praktisch in der Pflege tätigen Personen, 1. Auflage. Dortmund: Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin 2005.
- Brennert, Carola; Müller-Bagehl, Sabine; Bauer-Sternberg, Dörte; Säckl, Wolfgang: Moderierte Gefährdungsbeurteilung, BAuA, Dortmund 2009.
- Brennert, Carola; Müller-Bagehl, Sabine; Bauer-Sternberg, Dörte; Säckl, Wolfgang: Moderierte Unterweisung, BAuA, Dortmund 2009.
- Bundesministerium für Soziales und Konsumentenschutz: Sozialbericht 2007-2008., www.bmsk.gv.at.
- DW-Pflege / Demographischer Wandel in der Pflege □ siehe Statistische Ämter des Bundes und der Länder 2008.
- Fond Gesundes Österreich: Projektdatenbank (www.fgoe.org).
- Geißler-Gruber, Brigitta; Geißler, Heinrich, Frevel, Alexander: Alternsgerechte Arbeitskarrieren. Ein betriebliches Modell zur Erhaltung der Arbeitsbewältigungsfähigkeit. Beratungshandbuch. Im Auftrag der Beratungsstelle Humane Arbeitswelt und dem nationalen Träger Allgemeine Unfallversicherungsanstalt (AUVA), gefördert vom Bundessozialamt im Rahmen der Beschäftigungsoffensive der Österreichischen Bundesregierung und des Europäischen Sozialfonds. Wien, Juli 2005.
- Geißler-Gruber, Brigitta; Frevel, Alexander: Arbeitsbewältigungs-Coaching. Neue Herausforderungen erfordern neue Beratungswerkzeuge. Initiative Neue Qualität der Arbeit (INQA), Wirtschaftsverlag NW – Verlag für neue Wissenschaft GmbH, Bremerhaven, 2008 (Im Druck).
- GenIAL – Generationenmanagement im Arbeitsleben, Deutsche Rentenversicherung Bund, Berlin 2009.
- Gesunder Wiedereinstieg in den Altenpflegeberuf, Machbarkeitsstudie, BAuA, 2005.
- Gute Lösungen in der Pflege Bd.II, Dortmund/Dresden BAuA 2007.
- Gute Lösungen in der Pflege, BAuA, Dortmund 2005.
- Hasselhorn, Hans Martin; Müller, Bernd Hans, Tackenberg, Peter; Kümmerling, Angelika; Simon, Michael (Hrsg): Berufsausstieg bei Pflegepersonal – Arbeitsbedingungen und beabsichtigter Berufsausstieg bei Pflegepersonal in Deutschland und Europa. Schriftenreihe der Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin Ü15, Bremerhaven 2005.
- Hasselhorn, Hans Martin, Freude, Gabriele: Der Work Ability Index – ein Leitfaden. Schriftenreihe der Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin, S 87) 2007.
- INQA, Gesund Pflegen, Zahlen und Fakten.
- Jaudas, Joachim; Dunkel, Wolfgang: Integration Langzeitarbeitsloser in Einrichtungen der Pflege, 1. Auflage. BauA, Dortmund 2005.

- Kloimüller, Irene: Abschlussbericht „Meisterhafte Pflegekunst – Gesundheitsgerechte Karrierewege im Pflegeberuf“, Wien, 2001.
- Knoop, Gabriele; Hett, Hans-Jürgen: Abschlussbericht CheFSache Familie, 2006.
- Management mit Herz und Verstand, Great Place to Work Institute, 2009.
- Mitterer, Caroline: Demographischer Wandel in Österreich – ein Überblick. Österreichischer Städte- tag 2006. Zentrum für Verwaltungsforschung, Wien 2006.
- Ministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit, Familie und Frauen (MASGFF) des Landes Rheinland- Pfalz (Hrsg.): Berichte aus der Pflege, Nr. 10 - Bestandsaufnahme und Ausblick zum Thema "Al- ternsgerechte Arbeit in der ambulanten Pflege", verantwortlich: Alexander Frevel, Mainz 2008.
- Ministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit, Familie und Frauen (MASGFF) des Landes Rheinland- Pfalz (Hrsg.): Forschungsstudie zur Verweildauer in Pflegeberufen in Rheinland-Pfalz. Berichte aus der Pflege Nr.12, Mainz 2008.
- Ministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit, Familie und Frauen (MASGFF) des Landes Rheinland- Pfalz (Hrsg.): Soziale Dialoge zur Förderung der Arbeitsbewältigung in der ambulanten Pflege - Projektergebnisse, Berichte aus der Pflege Nr. 14, verantwortlich: Alexander Frevel, Mainz 2010.
- North, Klaus; Friedrich, Peter; Bernhardt, Maja: Die Gesundheitshebel – Gesundheitskompetenzen für die Pflege entwickeln. Gabler 2009.
- Österreichisches Bundesinstitut für Gesundheitswesen (ÖBIG), im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit und Frauen: Österreichischer Pflegebericht 2006.
- Rudda, Dr. Johannes / Marschitz, Mag. Walter: Reform der Pflegevorsorge in Österreich II, in: Sozi- ale Sicherheit Nr. 11/2007.
- Rudda, Dr. Johannes / Fürstl-Grasser, MR Margarethe / Rubisch MR Dr. Max: Neue Tendenzen der Pflegevorsorge in Österreich, in: Soziale Sicherheit Online, hrsgg. vom Hauptverband der öster- reichischen Sozialversicherungsträger, Ausgabe Juni 2008.
- Schipfer, Rudolf Karl: Der Wandel der Bevölkerungsstruktur in Österreich. Auswirkungen auf Regio- nen und Kommunen. Österreichisches Institut für Familienforschung, H. 5, Wien 2005.
- Schmidt, Sascha; Hasselhorn, Hans Martin; Müller, Bernd Hans: Qualität in Altenpflegeeinrich- tungen (2007-2009), Sachbericht Zeitraum 1. Juni bis 30. November 2008, Bergische Universität Wuppertal, November 2008.
- Statistik Austria, Online Datenbank.
- 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.
- Statistisches Bundesamt (Hrsg.): Zahlen und Fakten zur Pflegeversicherung 05/2008; Pflegestatistik 2005 – Deutschlandergebnisse.
- Statistisches Bundesamt (Hrsg.), Fachserie 12 Gesundheitswesen, Reihe 6.1.1 Grunddaten der Krankenhäuser.
- Statistisches Bundesamt: Berichte 1-4 zur Pflegestatistik 2007 – Pflege im Rahmen der Pflegeversi- cherung, Wiesbaden 2008.
- Vernetzte Gesundheit, Der Aufbau regionaler Unterstützungsstrukturen für kleine und mittlere Be- triebe, Abschlussbericht 2008.
- Zimber, Andreas; Berger, Gerhard: Alter(n)sgerechte Arbeitsplätze in der Altenpflege – Eine Hand- reichung für Pflegeeinrichtungen, Stuttgart, Diakonisches Werk Württemberg 2005.
- Zukunft Quartier – Lebensräume zum Älterwerden, Themenheft 1, Netzwerk: Soziales neu gestalten (Song) 2009.

Kapitel 2

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

Geißler-Gruber, Brigitta; Geißler, Heinrich & Frevel, Alexander: Die Dinge in die eigene Hand nehmen! Arbeitsbewältigungs-Coaching als Antwort auf veränderte Bedürfnisse und Arbeitswelten. In: Why WAI? Der Work Ability Index im Einsatz für Arbeitsfähigkeit und Prävention. Erfahrungsberichte aus der Praxis, Hrsg.: Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin, Berlin 2007, S. 101 – 107.

Hasselhorn, Hans Martin & Freude, Gabriele: Der Work Ability Index – ein Leitfaden. Schriftenreihe der Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin, Sonderschrift S 87, Dortmund / Berlin / Dresden 2007.

Ilmarinen, Juhani: Current and future challenges related to ageing workforce management. The first case-study workshop on demographic changes, ageing workers and working life patterns. Finse, Norway 26-28 May 2009.

Ilmarinen, Juhani & Tempel, Jürgen: Arbeitsfähigkeit 2010. Was können wir tun, damit Sie gesund bleiben? Hamburg 2002.

Initiative Neue Qualität der Arbeit (INQA) (Hrsg.) / Text von Brigitta Geißler-Gruber und Alexander Frevel: Arbeitsbewältigungs-Coaching®. Neue Herausforderungen erfordern neue Beratungswerkzeuge. Bericht Nr. 38, Dortmund / Berlin 2009.

MASGFF – Ministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit, Familie und Frauen des Landes Rheinland-Pfalz (Hrsg.) / Arbeitsleben KG: Zwischenbericht „Arbeitsbewältigung in der ambulanten Pflege“. PIZA II – Ergebnisse 2007. Berichte aus der Pflege Nr. 8, Mainz, Oktober 2008a.

MASGFF – Ministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit, Familie und Frauen des Landes Rheinland-Pfalz (Hrsg.) / Projektbeirat der Projekte PaPsD und PIZA / Arbeit und Zukunft e.V. / Arbeitsleben KG: Alternsgerechte Arbeit in der ambulanten Pflege – Bestandsaufnahme und Ausblick. Berichte aus der Pflege Nr. 10, Mainz, Oktober 2008b.

MASGFF – Ministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit, Familie und Frauen des Landes Rheinland-Pfalz (Hrsg.) / Projektbeirat der Projekte PaPsD und PIZA / Arbeit und Zukunft e.V. / Arbeitsleben KG: Soziale Dialoge zur Förderung der Arbeitsbewältigung in der ambulanten Pflege. Berichte aus der Pflege Nr. 14, Mainz, August 2010.

Tempel, Jürgen: Unternehmen im Wandel und Entwicklung der Arbeitsfähigkeit der Belegschaft: Beobachtungen im Quer- und Längsschnitt über 4 Jahre, Vortrag auf der Konferenz „Der Work Ability Index. Erfahrungen und Perspektiven in der WAI-Anwendung, Berlin, 29. bis 30. April 2010.

Tuomi, Kaija; Ilmarinen, Juhani; Jahkola, Antti; Katajarinne, Lea & Tulkki, Arto: Arbeitsbewältigungsindex. Work Ability Index. Schriftenreihe der Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin, Übersetzung Ü14, Dortmund / Berlin 2001.

Kapitel 3

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. ((Dokument online mit 26. August 2010 http://www.arbeitsleben.at/cms/images/stories/masf-broschuere_gesunde_beschaeftigte.pdf). 2005.

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

Arbeit und Zukunft e.V. & arbeitsleben: Alternsgerechte Arbeit in der ambulanten Pflege - Bestandsaufnahme und Ausblick. Hrsg. vom Ministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit, Familie und Frauen Rheinland-Pfalz. Berichte aus der Pflege Nr. 10. Mainz 2008.

- arbeitsleben: Endbericht Arbeitsbewältigung in der ambulanten Pflege. PIZA-Längsschnittstudie 2003-2005-2007-2009. Hrsg. vom Ministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit, Familie und Frauen Rheinland-Pfalz. (Dokument online mit 26. August 2010 http://www.arbeitsleben.at/cms/images/stories/endbericht_piza_ii_2009_endfassung.pdf). 2009.
- arbeitsleben: Zwischenbericht Arbeitsbewältigung in der ambulanten Pflege. PIZA II-Ergebnisse 2007. Hrsg. vom Ministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit, Familie und Frauen Rheinland-Pfalz. Berichte aus der Pflege Nr. 8. (Dokument online mit 26. August 2010 http://www.arbeitsleben.at/cms/images/stories/masfg_piza_broschuere.pdf). 2007.
- Hasselhorn, Hans-Martin, Bernd Hans Müller, Peter Tackenberg, Angelika Kümmerling, Michael Simon: Berufsausstieg bei Pflegepersonal. Arbeitsbedingungen und beabsichtigter Berufsausstieg bei Pflegepersonal in Deutschland und Europa. Schriftenreihe der Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin, Übersetzung Ü15. Berlin/Dortmund/Dresden 2005.
- Hasselhorn, Hans-Martin & Freude, Gabriele: Der Work Ability Index - ein Leitfaden. 1. Auflage. (Schriftenreihe der Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin: Sonderschrift. Bremerhaven 2007.
- Ilmarinen, Juhani: Towards a Longer Worklife! Ageing and the quality of worklife in the European Union. Hrsg. v. Finnish Institute of Occupational Health and Ministry of Social Affairs and Health. Helsinki 2005.
- Ilmarinen, Juhani & Tempel, Jürgen: Erhaltung, Förderung und Entwicklung der Arbeitsfähigkeit – Konzepte und Forschungsergebnisse aus Finnland. In: Badura, B. / Schellschmidt, H. & Vetter, C. (Hg.): Fehlzeitenreport 2002. Demographischer Wandel. Frankfurt/M. 2003, S. 85-100.
- Ilmarinen, Juhani & Tempel, Jürgen: Arbeitsfähigkeit 2010 - Was können wir tun, damit Sie gesund bleiben? Hamburg 2002.
- Tuomi, K. / Ilmarinen, J. / Jahkola, A. / Katajarinne, L. & Tulkki, A.: Arbeitsbewältigungsindex. Work Ability Index. Dortmund/Berlin 2001 (=Schriftreihe der Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin, Übersetzung Ü14).
- Tuomi, K., J. Ilmarinen et al. Aging, work, life-style and work ability among Finnish municipal workers in 1981-1992. In: Scand J Work Environ Health 23 (Suppl. 1): 58-65, 1997.

6. Anhang Prozessmaterialien

a) AB-C-Fragebogen und Auswertungsblätter

(s. folgende Seiten)

Zukunft Pflegen



INTERREG - gemeinsam
grenzenlos gestalten



Landkreis
Altötting



Bayerisches Staatsministerium für Arbeit
und Sozialordnung, Familie und Frauen



Willkommen beim Arbeitsbewältigungs-Coaching^{56,57}

*Ihre Daten werden vertraulich behandelt: anonym ausgewertet und anonym zusammengefasst. Über die genauen und persönlichen Inhalte herrscht völlige **Schweigepflicht**.*

Um anonym Vergleiche von heute mit Werten der Zukunft machen zu können, bitten wir Sie um ein unverwechselbares Kennwort, das nur für Sie erkennbar ist.

a1) Kennwort

	= Anfangsbuchstabe des Vornamens der Mutter
	= Geburtsmonat des Vaters (zweistellig z.B. 02 für Februar)
	= Anfangsbuchstabe des eigenen Geburtsortes

Allgemeine Angaben

a2) Einrichtung:

- a3) **Geschlecht:** weiblich ①
männlich ②

- a4) **Alter in Jahren:**

a6) Familiensituation:

- a) Leben Kinder im Haushalt Ja ① Nein ②
c) Gibt es pflegebedürftige Familienangehörige? Ja ① Nein ②

a8) Berufsausbildung für gegenwärtige Tätigkeit

- Examierte Krankenschwester oder -pfleger (1)
Examierte Kinderkrankenschwester oder -pfleger (2)
Examierte AltenpflegerIn (3)
Examierte KrankenpflegehelferIn (4)
Examierte AltenpflegehelferIn (5)

⁵⁶ Tuomi, K et al. (2001): Arbeitsbewältigungs-Index. Hrsg. von BAUA, Dortmund-Berlin, NW-Verlag.

⁵⁷ Arbeit und Zukunft e.V. (2007): Dialoge verändern. Wissenschaftsverlag Köln.

w2) **Arbeitsfähigkeit in Bezug auf die Anforderungen der Arbeit**

Wie schätzen Sie Ihre derzeitige Arbeitsfähigkeit in Bezug auf die **körperlichen Anforderungen** ein?

- sehr gut ⑤
- eher gut ④
- mittelmäßig ③
- eher schlecht ②
- sehr schlecht ①

Wie schätzen Sie Ihre derzeitige Arbeitsfähigkeit in Bezug auf die **seelischen, geistigen Arbeitsanforderungen** ein?

- sehr gut ⑤
- eher gut ④
- mittelmäßig ③
- eher schlecht ②
- sehr schlecht ①

w3) **Anzahl der aktuellen, vom Arzt diagnostizierten Krankheiten**

Kreuzen Sie in der folgenden Liste Ihre **aktuellen** Krankheiten oder Verletzungen an. Geben Sie bitte auch an, ob ein Arzt diese Krankheiten diagnostiziert oder behandelt hat.

		Ja	
		eigene Diagnose	Diagnose vom Arzt
Unfallverletzungen			
01	Rücken	②	①
02	Arm/Hand	②	①
03	Bein/Fuß	②	①
04	anderer Körperteil	②	①
	Art der Verletzung?		

Erkrankungen des Muskel-Skelett-Systems

05	oberer Bereich des Rückens oder der Halswirbelsäule, wiederholte Schmerzen	②	①
06	Beschwerden im unteren Bereich des Rückens, wiederholte Schmerzen	②	①
07	vom Rücken in das Bein ausstrahlender Schmerz, Ischias	②	①
08	Muskel-Skelett-Beschwerden der Gliedmaßen (Hand, Fuß), wiederholte Schmerzen	②	①
09	rheumatische Gelenkbeschwerden	②	①
10	andere Erkrankungen des Muskel-Skelett-Systems, welche?	②	①

		Ja	
		eigene Diagnose	Diagnose vom Arzt
Herz-Kreislauf-Erkrankungen			
11	Hypertonie (Bluthochdruck)	②	①
12	koronare Herzkrankheit, Brustschmerzen bei körperlicher Anstrengung (Angina pectoris)	②	①
13	Herzinfarkt	②	①
14	Herzleistungsschwäche	②	①
15	andere Herz-Kreislaufferkrankungen, welche?	②	①
.....			
Atemwegserkrankungen			
16	wiederholte Atemwegsinfektionen (auch Mandel-, Nasennebenhöhlenentzündung, Bronchitis)	②	①
17	chronische Bronchitis	②	①
18	chronische Nasennebenhöhlenentzündung	②	①
19	Bronchialasthma	②	①
20	Lungenemphysem	②	①
21	Lungentuberkulose	②	①
22	andere Atemwegserkrankungen, welche?	②	①
.....			
Psychische Erkrankungen			
23	schwere psychische Erkrankungen (z.B. schwere Depressionen, Psychosen, Verwirrtheit, Halluzinationen)	②	①
24	leichte psychische Störungen oder Probleme (z.B. leichte Depressionen, Angespanntheit, Angstzustände, Schlaflosigkeit)	②	①
Neurologische und sensorische Erkrankungen			
25	Schwerhörigkeit oder Hörschaden	②	①
26	Erkrankungen oder Verletzungen der Augen	②	①
27	neurologische Krankheit (z.B. Schlaganfall, Neuralgie, Migräne, Epilepsie)	②	①
28	andere neurologische oder sensorische Erkrankungen, welche?	②	①
Erkrankungen des Verdauungs-Systems			
29	Erkrankungen der Galle, Gallensteine	②	①
30	Leber- und Bauspeicheldrüsenerkrankungen	②	①
31	Magen- oder Zwölffingerdarmgeschwür	②	①
32	Gastritis oder Zwölffingerdarmreizung	②	①
33	Dickdarmreizung, Colitis	②	①
34	andere Krankheiten des Verdauungssystems, welche?	②	①

		Ja	
		eigene Diagnose	Diagnose vom Arzt
Geschlechts- und Harnwegserkrankungen			
35	Harnwegserkrankungen	②	①
36	Nierenleiden	②	①
37	Krankheit der Geschlechtsorgane (z.B. Eileiterinfektion bei Frauen oder Prostatinfektion bei Männern)	②	①
38	andere Geschlechts- oder Harnwegserkrankungen, welche?	②	①
Hautkrankheiten			
39	allergischer Hautausschlag, Ekzeme	②	①
40	anderer Hautausschlag, welcher Art?	②	①
41	andere Hautinfektion, welcher Art?	②	①
Tumore			
42	gutartiger Tumor	②	①
43	bösartiger Tumor (Krebs), welcher?	②	①
Hormon- und Stoffwechsel-Erkrankungen			
44	Übergewicht (siehe BMI)	②	①
45	Diabetes (Blutzuckererkrankung)	②	①
46	Kropf oder Schilddrüsenerkrankungen	②	①
47	andere Hormon- und Stoffwechselerkrankung, welche?	②	①
Blutkrankheiten			
48	Anämie	②	①
49	andere Blutkrankheiten, welche?	②	①
Geburtsfehler			
50	Geburtsfehler, welche?	②	①
Andere Leiden oder Krankheiten			
51	welche?	②	①

w4) **Geschätzte Beeinträchtigung der Arbeitsleistung durch die Krankheiten**

Behindert Sie derzeit eine Erkrankungen oder Verletzung bei der Ausübung Ihrer Arbeit?
Falls nötig, kreuzen Sie bitte mehr als eine Antwortmöglichkeit an.

- Keine Beeinträchtigung / Ich habe keine Erkrankung. ⑥
- Ich kann meine Arbeit ausführen, aber sie verursacht mir Beschwerden ⑤
- Ich bin **manchmal** gezwungen, langsamer zu arbeiten
oder meine Arbeitsmethoden zu ändern. ④
- Ich bin **oft** gezwungen, langsamer zu arbeiten
oder meine Arbeitsmethoden zu ändern. ③
- Wegen meiner Krankheit bin ich nur in der Lage, Teilzeitarbeit zu verrichten. ②
- Meiner Meinung nach bin ich völlig arbeitsunfähig. ①

w5) **Krankenstand im vergangenen Jahr (in den letzten 12 Monate)**

Wie viele **ganze Tage** blieben Sie auf Grund eines gesundheitlichen Problems (Krankheit, Gesundheitsvorsorge oder Untersuchung) im letzten Jahr (12 Monate) der Arbeit fern?

- überhaupt keinen ⑤
- höchstens 9 Tage ④
- 10 - 24 Tage ③
- 25 - 99 Tage ②
- 100 - 365 Tage ①

w6) **Einschätzung der eigenen Arbeitsfähigkeit in zwei Jahren**

Glauben Sie, dass Sie, ausgehend von Ihrem jetzigen Gesundheitszustand, Ihre derzeitige Arbeit auch in den nächsten zwei Jahren ausüben können?

- unwahrscheinlich ①
- nicht sicher ④
- ziemlich sicher ⑦

w7) **Seelische, geistige Leistungsreserven**

Haben Sie in der letzten Zeit Ihre täglichen Aufgaben mit Freude erledigt?

- häufig ④
- eher häufig ③
- manchmal ②
- eher selten ①
- niemals ①

Waren Sie in letzter Zeit aktiv und rege?

- häufig ④
- eher häufig ③
- manchmal ②
- eher selten ①
- niemals ①

Waren Sie in der letzten Zeit zuversichtlich, was die Zukunft betrifft?

- häufig ④
- eher häufig ③
- manchmal ②
- eher selten ①
- niemals ①

28) **Können Sie sich vorstellen, bis zum regulären Pensionsalter Ihren derzeitigen Beruf auszuüben?**

JA, kann und will ① NEIN, kann nicht ① Weiß nicht ② NEIN, will nicht ③

29) **Was muss erfüllt sein, dass Sie bis zum regulären Pensionsalter gerne und gesund arbeiten können?**

Mehrfachantworten sind möglich.

- Unternehmens- und Arbeitsbedingungen sollen so bleiben wie bisher
- Verminderung körperlicher Arbeitsbelastungen, wie z.B.
- Verminderung seelischer Arbeitsbelastungen, wie z.B.
- Mehr inhaltliche Herausforderungen bei der Arbeit
- Bessere Arbeitsmöglichkeiten nach Erkrankung/bei körperlicher Beeinträchtigung
- Bessere Führung
- Höhere Entlohnung
- Mehr betriebliche Weiterbildungsmöglichkeiten
- Andere Arbeitszeiten wie
- Bessere betriebliche Gesundheitsversorgung
- Anderes:

Vielen Dank!

Code:

Arbeitsbewältigungs-Coaching

w1. Dimension „derzeitiger Arbeitsfähigkeit (AF)“ - siehe FB			
w2. Dimension „derzeitige Bewältigung der Anforderungen“ Entsprechend ABI-Vorfrage; a) geistig tätig ... (Punkt x 0,5)+(Punkt x 1,5) = b) körperlich tätig ... (Punkt x 1,5)+(Punkt x 0,5) = c) in gleichen Maße ... Punkt+Punkt =			
w3. Dimension „aktuelle, vom Arzt diagnostizierte Krankheiten“ 0 Krankheiten = 7 Punkte 1 Krankheit = 5 Punkte 2 Krankheiten = 4 Punkte 3 Krankheiten = 3 Punkte 4 Krankheiten = 2 Punkte 5+ Krankheiten = 1 Punkt			
w4. Dimension (geschätzte Beeinträchtigung durch die K.) siehe angekreuzter Punkt – bei Mehrfachnennung der niedrigste Wert			
w5. Dimension „Krankenstandstage“ - siehe angekreuzter Punkt			
w6. Dimension „Eigene AF in den nächsten zwei Jahren“ - siehe angekreuzter Punkt			
w7. Dimension „Psychische Leistungsreserven“ – Summe 0 – 3 = 1 Punkt Summe 4 – 6 = 2 Punkte Summe 7 – 9 = 3 Punkte Summe 10-12= 4 Punkte			
Punkte insgesamt= Arbeitsbewältigungs-Index			

Einstufung:				
Arbeitsbewältigungs-Konstellation		Schutz- und Förderziel		
44 - 49	1. Sehr gut	→ Arbeitsbewältigung erhalten		
37 - 43	2. Gut	→ Arbeitsbewältigung unterstützen		
28 - 36	3. Mäßig	→ Arbeitsbewältigung verbessern		
07 - 27	4. Kritisch	→ Arbeitsbewältigung wiederherstellen		

Bemerkungen zum IST-Stand:

Code:

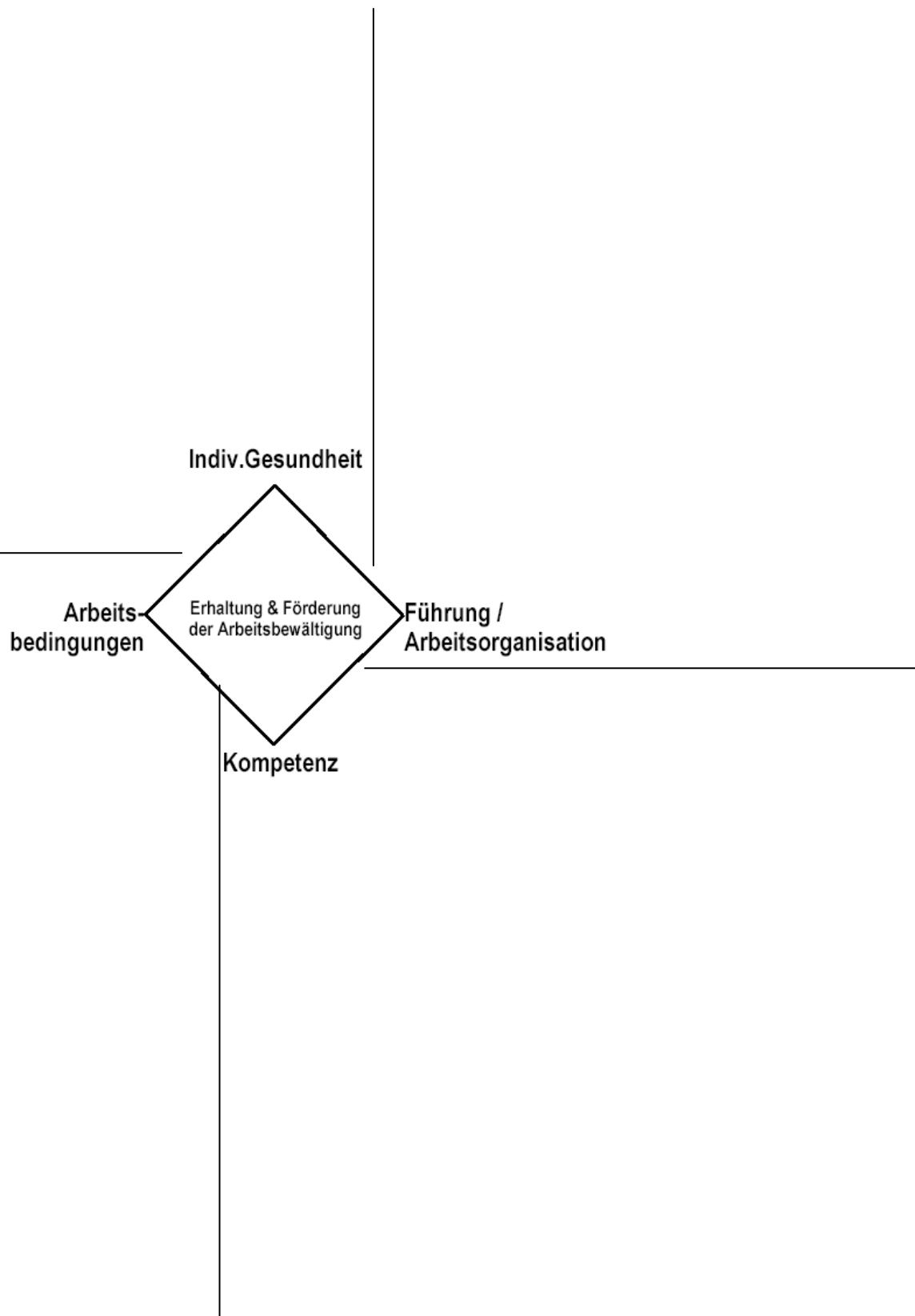
Arbeitsbewältigungs-Coaching

w1. Dimension „derzeitiger Arbeitsfähigkeit (AF)“ - siehe FB			
w2. Dimension „derzeitige Bewältigung der Anforderungen“			
w3. Dimension „aktuelle, vom Arzt diagnostizierte Krankheiten“			
w4. Dimension (geschätzte Beeinträchtigung durch die K.“)			
w5. Dimension „Krankenstandstage“			
w6. Dimension „Eigene AF in den nächsten zwei Jahren“ -			
w7. Dimension „Psychische Leistungsreserven“ –			
Punkte insgesamt= Arbeitsbewältigungs-Index			

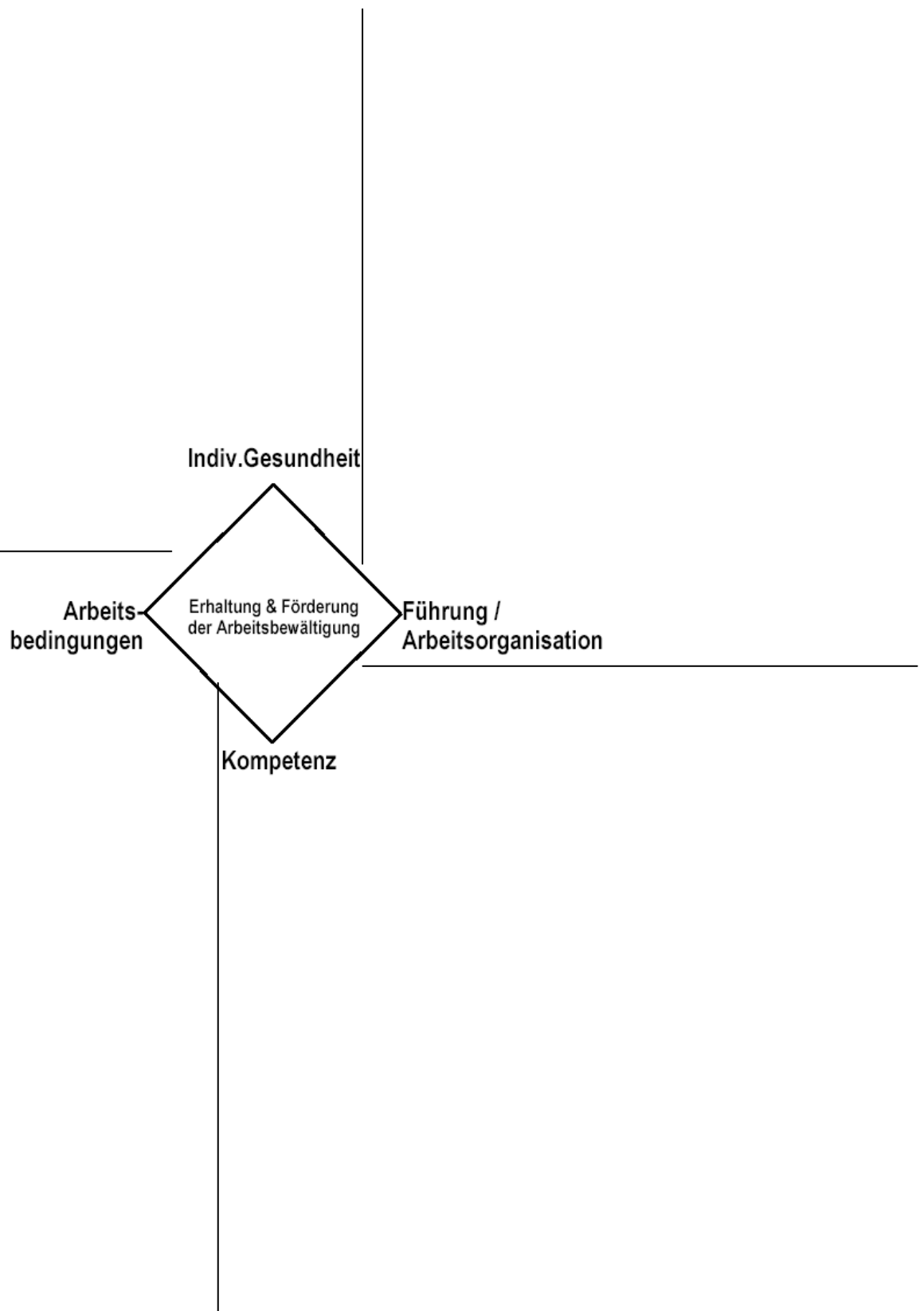
Einstufung:			
Arbeitsbewältigungs-Konstellation		Schutz- und Förderziel	
44 - 49	1. Sehr gut	→ Arbeitsbewältigung erhalten	
37 - 43	2. Gut	→ Arbeitsbewältigung unterstützen	
28 - 36	3. Mäßig	→ Arbeitsbewältigung verbessern	
07 - 27	4. Kritisch	→ Arbeitsbewältigung wiederherstellen	

Bemerkungen zum IST-Stand:

Jahr:	Arbeitsbewältigungs-Coaching	Code:
-------------	-------------------------------------	----------------



Jahr:	Arbeitsbewältigungs-Coaching	Code:
-------------	-------------------------------------	----------------



b) Leitfaden- Reviewgespräche

1. Wie sehen Sie derzeit die „Arbeitsbewältigungsfähigkeit“ der Beschäftigten?
2. Findet „Arbeitsbewältigungsfähigkeit“ als Thema Berücksichtigung in Ihrem Betrieb? Bei welchen Gelegenheiten, durch welche Maßnahmen, wie genau?
3. Was hat sich in der Einrichtung von 2009 bis heute ereignet?
3a. Was fällt Ihnen da spontan ein?

Ereignisse	Geschätzte Ø Auswirkung auf die Arbeitsbewältigungsfähigkeit der Beschäftigten		
	Positiv	Negativ	Kein Einfluss

3b. Gab es auf folgenden Ebenen Veränderungen?

Bitte die konkrete Veränderung anführen:	Gleichbleibend	Verbesserung	Verschlechterung
Umsatz- und KlientInnen-Entwicklung			
Rentabilität der Einrichtung			
Personalstand			
Arbeitsbedingungen (Arbeitszeit, Arbeitsumgebung, Arbeitsaufgaben, Entlohnung, Arbeitsorganisation...)			
Führungsorganisation			
Betriebsklima (insbes. unter den KollegInnen)			
Weiterbildung und berufliche Entwicklungsmöglichkeiten			
Betriebliche Gesundheitsvorsorge			
Vereinbarkeit von Beruf und Privatem			
Finanzierungssystem der Dienstleistung			
Gesellschaftliche Bedeutung der Dienstleistung			
Möglichkeiten der Personalrekrutierung			

4. Welche Maßnahmen und Aktionen haben Sie nach dem „Arbeitsbewältigungs-Coaching“ 2009 in der Einrichtung gesetzt? Und welche Erfahrungen haben Sie damit gemacht

5. Was meinen Sie: Sind die Arbeitsanforderungen der Pflege gestaltbar, sodass ein Arbeiten bis 67 möglich wird?
6. Welchen Eindruck haben Sie vom „Arbeitsbewältigungs-Coaching“ gewonnen?
7. Wie schätzen sie die Praxistauglichkeit und Nützlichkeit des „Arbeitsbewältigungs-Coaching“ für Beschäftigte und Einrichtung ein?
8. Würden Sie das „Arbeitsbewältigungs-Coaching“ in zwei Jahren wieder einsetzen wollen? Was wäre Ihnen das wert, eine solche externe Unterstützung zu erhalten? (Was würden Sie dafür bezahlen wollen und können?)

Impressum

Herausgeber: Arbeit und Zukunft e.°V.
Behringstraße 28a (Haus 1)
D-22765 Hamburg
www.arbeitundzukunft.de
sekretariat@arbeitundzukunft.de

Hamburg, September 2010