

Berichte aus der Pflege

Nr. 4 – Oktober 2005

Gesunde Beschäftigte und gute Servicequalität in der ambulanten Pflege

Verfasser: Arbeit und Zukunft e. V.

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



Gesunde Beschäftigte und gute Servicequalität in der ambulanten Pflege



Eine Handreichung des
Ministeriums für Arbeit, Soziales, Familie und Gesundheit
in Kooperation mit Arbeit und Zukunft e.V.



IMPRESSUM

Herausgeber: Ministerium für Arbeit, Soziales, Familie und Gesundheit,
Referat für Reden und Öffentlichkeitsarbeit
Bauhofstraße 9, 55116 Mainz
www.masfg.rlp.de
Broschürentelefon: 06131/16-2016
(Bürgerservice-Telefon: 0800/1181387)

1. Auflage

Mainz, Oktober 2005

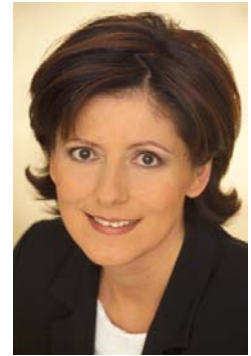
Verantwortlich für den Inhalt: Brigitta Geißler-Gruber, Heinrich Geißler,
Alexander Frevel, Jürgen Tempel

Redaktion: Renate Adam-Paffrath

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

Inhalt

Einleitung der Ministerin	4
Anlass und Vision.....	6
Arbeitsalltag und Arbeitsbewältigung in der ambulanten Pflege von 2003 bis 2005..	11
Arbeitsbewältigungsfähigkeit	11
Bewältigungs- und Wohlfühl-Ressourcen im Beruf.....	20
Was sollte verbessert werden aus Sicht der Pflegedienstleitung und Mitarbeiterinnenvertretung.....	23
Psychische Belastungen in Form von Handlungshindernissen und - überforderungen bei der Pflegetätigkeit.....	26
Arbeiten bis zur Regelrente?!	29
Förder- und Entwicklungsmodelle für Gesundheit und Arbeitsbewältigung.....	32
Das finnische Fördermodell der Arbeitsbewältigungsfähigkeit.....	32
Werkzeuge zur Erhaltung und Förderung von Arbeitsbewältigungsfähigkeit.	
Steckbriefe	38
Arbeitsbewältigungs-Coaching	38
Psychische Gefährdungsbeurteilung	41
Selbstmanagement-Training für Gesundheit und Wohlbefinden im Beruf	46
Zukunfts-Forum	48
Service	50
Literatur.....	50
Adressen.....	51
Links	52



Grußwort

Die Pflege und Betreuung pflegebedürftiger Menschen erfordert auch von professionellen Pflegekräften in ambulanten Diensten höchsten psychischen und körperlichen Einsatz, der sie oft bis an die Grenzen ihrer Belastbarkeit bringt. Viele scheiden nicht zuletzt deshalb vorzeitig aus dem Pflegeberuf aus. Der professionelle Umgang mit pflegebedürftigen Menschen und deren Angehörigen im eigenen Haushalt erfordert ein hohes Maß an Empathie und Flexibilität von Pflegekräften. Die institutionellen Rahmenbedingungen sind neben den täglichen Herausforderungen in der pflegerischen Arbeit ausschlaggebend für das gesundheitliche Wohlbefinden und den Erhalt der Arbeitskraft der Pflegekräfte. Die Fähigkeit, die Anforderungen des pflegerischen Alltags in einem ambulanten Pflegedienst Tag für Tag zu bewältigen, ist eine zentrale Fragestellung nicht nur für die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter, sondern auch für die Führungskräfte in den Diensten. Die Landesregierung will Pflegekräfte darin unterstützen, ihre pflegerische Arbeit trotz vielfältiger Herausforderungen gut zu bewältigen und sich dabei die Freude an ihrem Beruf zu erhalten. "Gute Arbeitsbedingungen für die berufstätig Pflegenden", so lautet daher einer der Leitsätze meiner Initiative „Menschen pflegen“.

Mit einem Praxisprojekt in Kooperation mit dem Bundesministerium für Bildung und Forschung und der Forschungsgruppe ‚Arbeit und Zukunft e.V.‘ sowie acht Kooperationsunternehmen aus dem ambulanten Pflegebereich haben wir die besonderen Belastungen und Anforderungen an die Beschäftigten in den ambulanten Diensten in den Jahren 2003 bis 2005 untersucht.

Die vorliegende Broschüre bietet einen Einblick in die zweijährige Entwicklungsarbeit dieser Pflegedienste, die bereit waren, ihre Unternehmensstrukturen für die Untersuchung transparent zu machen, um eine Verbesserung von Arbeitsabläufen und Schnittstellen zu erreichen. Die tatkräftige Umsetzung der aus den Ergebnissen gewonnenen Erkenntnisse kommt letztlich auch den Pflegebedürftigen und ihren Angehörigen zugute. Ich möchte alle rheinland-pfälzischen Pflegedienste dazu ermutigen, die präventiven Potentiale dieser Verlaufsstudie zu nutzen und weiterzuentwickeln. An dieser Stelle möchte ich mich auch für das große Engagement der an der Studie beteiligten Pflegedienste und ihren Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern sowie den komplementären Einrichtungen bedanken. Ich wünsche Ihnen allen weiterhin viel Erfolg bei Ihrer Arbeit.



Malu Dreyer

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

Anlass und Vision

In den letzten zwei Jahren haben zwei Initiativen mit dem Ziel "Gesunde Beschäftigte und gute Servicequalität in der ambulanten Pflege" zusammengearbeitet: Die Qualitätsoffensive "Menschen pflegen" des Landes Rheinland-Pfalz und das Forschungsprojekt "PIZA"¹ gefördert im Rahmen des Programms "Innovative Arbeitsgestaltung" des Bundesministeriums für Bildung und Forschung. Die Ergebnisse - Erkenntnisse und Instrumente - werden nun allen Interessierten zur Verfügung gestellt.

Zielgruppe dieser Broschüre sind in erster Linie die ambulanten Pflegedienste und hier die verantwortlichen Vorstände, Geschäftsführungen und Pflegedienstleitungen sowie die Beschäftigten und ihre Vertretungen. Darüber hinaus wendet sich diese Broschüre auch an alle Kooperationspartnerinnen² und natürlich auch die Kundinnen der ambulanten Pflegedienste.

Die Erhaltung und Förderung der Gesundheit und Arbeitsbewältigung genauso wie der Servicequalität setzt eine gelingende Zusammenarbeit im System der ambulanten Pflege voraus. Zu diesem System der ambulanten Pflege gehören: Ambulante Dienste (Führungskräfte, Beschäftigte, Mitarbeitervertretung), Klientinnen und ihre Angehörigen, niedergelassene Ärztinnen, Pflege- und Krankenkassen und Sozialhilfeträger, Politik, Verbände, Aus- und Fortbildungsstätten, Beratungsstellen, Krankenhäuser und andere stationäre Einrichtungen sowie ihre Überleitungsbüros, die Berufsgenossenschaft, Gewerkschaft, Pflegewissenschaft genauso wie Reha-Gewerbe/Sanitätshäuser. Je mehr Kooperationspartnerinnen an den Schnittstellen des Systems der ambulanten Pflege sich über ihren Einfluss und ihre Gestaltungsmöglichkeiten bewusst sind, desto eher sind die sozialen Herausforderungen der Gesellschaft gesundheitsgerecht und qualitätsgesichert zu meistern.

¹ Forschungsprojekt "Partizipation und interaktive Interdisziplinarität für eine zukunftsfähige Arbeitsforschung – PIZA", gefördert vom BMBF (FKZ 01HN0150; 2002 – 2005)

² Zur besseren Lesbarkeit verwenden wir im Text die weiblichen Bezeichnungen, um u.a. auch der größeren Anzahl an weiblichen Beschäftigten und weiblichen Betreuten Rechnung zu tragen. Die männlichen Beschäftigten und männlichen Betreuten sind hier selbstverständlich mit angesprochen. Wir bitten um Verständnis.

Welchen neuen Fragen und Aufgaben hat sich die ambulante Pflege zu stellen?

Der demografische Wandel schlägt sich hier gleich in zweifacher Weise nieder:

Die lange Periode von Frieden und Wachstum, die verbesserte medizinische Versorgung und die gesundheitsgerechteren Lebensbedingungen ermöglichen, dass die Menschen in den westlichen Industrienationen älter werden. Es gilt, die größer werdende Gruppe der Älteren kostenbewusst wie qualitativ zu betreuen und zu versorgen. Die ambulante Pflege und Betreuung sind dabei unverzichtbare Säulen des Gesundheits- und Sozialwesens. Sie erlaubt die gezielte Erhaltung und Unterstützung der Selbsthilfekräfte der Älteren wie ihrer familiären und ehrenamtlichen Helferinnen.

Der demografische Wandel vollzieht sich aber auch auf der Seite der Beschäftigten der ambulanten Pflege. Die Belegschaften werden durchschnittlich älter und die Pflege- und Betreuungskräfte werden künftig länger im Berufsleben stehen (müssen) als die Jahrzehnte vorher. Im Jahr 2020 sollen laut Hochrechnungen 35 Prozent der Erwerbsbevölkerung älter als 50 Jahre sein, 46 Prozent zwischen 30 und 49 Jahren und 19 Prozent zwischen 15 und 29 Jahren. Mindestens jede dritte Pflegekraft wird über 50 Jahre alt sein und mit großer Wahrscheinlichkeit noch 15 Berufsjahre vor sich haben. Ihr Erfahrungsreichtum ist ein großer Gewinn für die ambulante Pflege. Es erfordert aber auch ein Umdenken in der Personalführung und in der Arbeitsorganisation. Eine vorausschauende gesundheits- wie altersgerechte Arbeitsorganisation erhöht die Wahrscheinlichkeit, dass Pflegekräfte länger und gern in dieser Dienstleistungsbranche arbeiten können.

Auch mit großer Erfahrung und vielleicht Gelassenheit bleibt die ambulante Pflege und Betreuung körperlich anstrengend. Hier gilt es, zum Wohle der Beschäftigten wie zur Erhaltung der Versorgungsqualität, Entlastungen vorzusehen. Oder muss man die Frage stellen, ob und wie der Pflegeberuf im Allgemeinen eine arbeitslebenslange Ausübung erlaubt. Welche betriebliche, persönliche und politische Vorsorge ist dann zu treffen? Dieser Ansatz legt somit nicht nur das Augenmerk auf ältere Pflegekräfte, sondern berücksichtigt ebenso die Bedürfnisse der Beschäftigten in verschiedenen Lebensabschnitten. Auch jüngere Mitarbeiterinnen weisen auf Schwierigkeiten hin, Familie und Beruf zu vereinen. Oder sie können – gerade am Berufsbeginn – Überforderungen erleben, wenn sie alleine

die Aufgaben und Unplanmäßigkeiten zu bewältigen haben. Das sind unter anderen Gründe für übermäßige Fluktuation oder durchschnittlich kurze Verweildauer im Beruf. Hier bietet eine relativ ausgewogene Altersstruktur der Belegschaft und die bewusste Personalpflege der verschiedenen Generationen im Arbeitsteam mehr Flexibilität bei der Arbeitseinteilung und erlaubt einen Wissenstransfer in beide Richtungen.

"Gute Arbeitsbedingungen für die berufstätig Pflegenden", so lautet einer der Leitsätze der Qualitätsoffensive „Menschen pflegen“ von Rheinland-Pfalz. Zu entwickeln sind Organisationsformen, in denen sich gesunde und sozial verträgliche Arbeitsbedingungen vereinbaren lassen mit betriebswirtschaftlichen Erwägungen wie Vermeidung übermäßiger krankheitsbedingter Fehlzeiten der Beschäftigten, effiziente Tourenplanung, mäßige und geplante Fluktuation sowie Attraktivität des Pflegedienstes bei der Personalrekrutierung usw.

Das Bemühen um gesundheitsgerechtes Arbeiten in der ambulanten Pflege wirkt auch auf die Servicequalität und Betreuungssicherheit für die Kundinnen und ihre Angehörigen. Die gute Ausbildung und die Arbeit nach Qualitätsstandards, kurz: die Professionalität der Pflegekräfte, ist ein Baustein guter Servicequalität. Zusätzlich werden die Zufriedenheit der Kundinnen und die humanen Prinzipien der ambulanten Versorgung wesentlich beeinflusst vom aktuellen Wohlbefinden und von der Arbeitszufriedenheit der Beschäftigten. Die Pflegekräfte sind gerüstet, um schwierige und herausfordernde Aufgaben zu erfüllen. Gleichzeitig muss ein belastungsoptimales, behinderungsfreies und wertgeschätztes Arbeiten gegeben sein. Dann führt gute Arbeitsqualität zu Servicequalität und umgekehrt Zufriedenheit der Kundinnen und der Gesellschaft zu Mitarbeiterinnenzufriedenheit.

Während das Ministerium für Arbeit, Soziales, Familie und Gesundheit mit dem Programm „Menschen pflegen“, eine Qualitätsoffensive in der ambulanten Pflege Dienstleistungsnehmerinnen und –geberinnen führt, startete das Bundesministerium für Bildung und Forschung eine Förderinitiative, um Arbeitsforschung zukunftsfähig zu machen, das heißt für Betriebe, Beschäftigte und ihre Interessensvertretungen

sowie die Kundinnen wirksam werden zu lassen. Arbeit und Zukunft e.V. wurde mit dem Vorhaben „PIZA“ als eines von neun Projekten beauftragt.

Arbeitsforschung bleibt und wird künftig nur dem Auftrag gerecht, wenn Arbeitsforscherinnen und -beraterinnen nahe an den Bedürfnissen und den sich wandelnden Anforderungen der arbeitspolitischen Akteurinnen bleiben. Der Ausgangspunkt von Arbeitsforschung wird also verstärkt im Austausch mit ihren Kundinnen geschehen müssen. Es bedarf praxistauglicher und praktischer Lösungen von Arbeitsgestaltung. Das PIZA-Team hat sich diesen Aufgaben von einer besonderen Position aus genähert: alle Beteiligten haben sowohl wissenschaftliche als auch beratende Erfahrungen in der Arbeits- und Organisationsentwicklung. Der erste Weg führte daher neben den arbeitspolitischen Akteurinnen aus der Politik und den Verbänden zu den ambulanten Pflegediensten, um mit ihnen gemeinsam zukunftsgerichtet, entwicklungs- und lösungsorientiert die Notwendigkeiten, Schwierigkeiten, Stärken und Entwicklungskräfte dieser Dienstleistung kennen lernen, berücksichtigen und unterstützen zu können. Die wesentlichen Quintessenzen der gemeinsamen Forschungs- und Entwicklungsaktivitäten für die ambulante Pflege lassen sich kurz zusammenfassen:

- Die Erkenntnisse über Stand und Veränderung der Gesundheit und der Arbeitsbewältigung der Beschäftigten zeigen Handlungsbedarfe und Entwicklungsmöglichkeiten auf, wenn sie frühzeitig aufgegriffen werden (Frühhinweise) und sowohl Betriebe als auch Beschäftigte in ihrer Zukunftsfähigkeit unterstützen (siehe dazu im Folgenden das Kapitel „Arbeitsalltag und Arbeitsbewältigung in der ambulanten Pflege von 2003 bis 2005“).
- Jeder Betrieb, jede Arbeitende und jede Dienstleistungssituation sind einzigartig (Volkholz 2004). Einzigartigkeit ist für erfolgreiche Betriebe zu koppeln mit Wandlungsfähigkeit. Dabei helfen nicht Rezepte, sondern inner- und außerbetriebliche wie auch individuelle Selbstfähigkeiten und Vorgehensweisen zum Abgleich der veränderten Bedingungen mit Erwartungen und vorhandenen Potenzialen (siehe dazu im Folgenden das Kapitel „Werkzeuge“).

PIZA setzte dafür auf verschiedene dialogische Werkzeuge, die selbst oder mit fachlicher Unterstützung angewandt werden können. Das Prinzip „Dialog“ hat PIZA auch als Grundmuster „Zukunftsfähiger Arbeitsforschung“ formuliert und als Empfehlung für den Auftraggeber aufgenommen.

Verstehen Sie die vorliegende Broschüre auch als ein Dankeschön an die verschiedenen Kooperationspartnerinnen, von denen wir in ihrer spezifischen Arbeitswelt lernen durften.

Arbeitsalltag und Arbeitsbewältigung in der ambulanten Pflege von 2003 bis 2005

Aufgrund der Projektrahmenbedingungen konnten sich acht ambulante Pflegedienste und ihre Beschäftigten an dem Forschungs- und Entwicklungsprojekt beteiligen. Es handelte sich um vier Betriebe in freigemeinnütziger Trägerschaft und vier privatgewerbliche Dienste. Die Gesamtbelegschaft im Jahr 2003 betrug über 230 Beschäftigte; wobei die durchschnittliche Anzahl Mitarbeiterinnen in privatgewerblichen kleiner war (zwischen 6 und 50 Beschäftigte) als die der freigemeinnützigen Dienste (zwischen 25 und 62 Beschäftigte). Die Zusammensetzung der PIZA-Kooperationsunternehmen entspricht in hohem Maße der Struktur der ambulanten Pflegeeinrichtungen des Landes Rheinland-Pfalz laut Pflegestatistik 2001 (vgl. Hehl, 2003). Zum Stichtag 15. Dezember 2001 waren in Rheinland-Pfalz 380 ambulante Pflegeeinrichtungen tätig. Diese Pflegeeinrichtungen wurden zu 50 Prozent von freigemeinnützigen, zu 49 Prozent von privatgewerblichen und zu 1 Prozent von öffentlichen Organisationen getragen. Der Frauenanteil bei den Beschäftigten der ambulanten Pflegedienste betrug 88,8 Prozent. Auch in diesem Punkt besteht eine relative Übereinstimmung mit den im Projekt „PIZA“ eingebundenen Beschäftigten³.

Trotz aller Einzigartigkeit nehmen wir an, dass sich die folgenden Erkenntnisse auch Schlussfolgerungen für die gesamte Berufsgruppe und Branche zulassen.

Arbeitsbewältigungsfähigkeit

Die Arbeitsbewältigungsfähigkeit hat heute auf mehreren Ebenen Bedeutung:

Wenn eine „sich-wohl-fühlende“ Person jemand ist, die das Leben gut „meistert“ und positive Erlebnisse mit angenehmen körperlichen und seelischen Empfindungen hat, dann stellt bei *Erwerbstätigen* die

³ Zur besseren Lesbarkeit verwenden wir im Text die weiblichen Bezeichnungen, um u.a. auch der größeren Anzahl an weiblichen Beschäftigten und weiblichen Betreuten Rechnung zu tragen. Die männlichen Beschäftigten und männlichen Betreuten sind hier selbstverständlich mit angesprochen. Wir bitten um Verständnis.

Arbeitsbewältigungsfähigkeit einen wesentlichen Baustein des Wohlbefindens dar.

Für *Betriebe* entscheidet die Arbeitsbewältigungsfähigkeit ihrer Beschäftigten über Produktivität und Wettbewerbsfähigkeit.

Die *Politik und Gesellschaft* können in den Arbeitsbewältigungswerten ihrer Erwerbsbevölkerung ablesen, wie künftig soziale Sicherungssysteme beansprucht werden.

Was bedeutet „Arbeitsbewältigungsfähigkeit“?

Es hat nichts mit Leistungsfähigkeit oder den Fragen zu tun, wie viel und gut gearbeitet wird. Die arbeitswissenschaftliche Definition beschreibt mit Arbeitsbewältigungsfähigkeit die *Summe und Güte aller Faktoren, die eine Person in einer bestimmten Situation in die Lage versetzen, eine gestellte Aufgabe mit Blick auf das eigene Befinden zu bewältigen* (Ilmarinen & Tempel, 2002). Da spielen nicht nur die individuellen, gesundheitlichen Voraussetzungen eine Rolle. Im Gegenteil eine relativ positive Arbeitsbewältigung tritt bei einer entsprechenden Passung zwischen persönlichen gesundheitlichen Möglichkeiten und den gestellten Arbeitsbedingungen ein. Eine kritische Arbeitsbewältigung mit dem Risiko, mittelfristig gesundheitlichen Schaden oder Berufsunfähigkeit zu erleiden, entsteht durch eine Nicht-Passung.

Zu den Faktoren, die die Arbeitsbewältigung beeinflussen, gehören:

Gesundheit: körperliche, psychische, geistige und soziale Ressourcen

Kompetenz: einschließlich professionelle und persönliche Fähigkeiten und berufliches Erfahrungswissen

Werte und Einstellungen: einschließlich der Möglichkeiten zur Motivation, Arbeitszufriedenheit und Verbundenheit mit der Arbeit

Arbeitsbedingungen: körperliche, psychische, geistige und soziale Anforderungen, Arbeitsgestaltung und Führungsverhalten

Die Erhebung der Arbeitsbewältigungsfähigkeit sagt damit also mehr aus als Gesundheitsuntersuchungen leisten könnten.

Die Arbeitsbewältigungsfähigkeit kann mit zunehmendem Alter abnehmen. Werden Frühhinweise zur Arbeitsbewältigungsfähigkeit ernstgenommen, dann kann

gesundheitgerechtes Altern im Beruf durch gezielte arbeits- und personenbezogene Maßnahmen unterstützt werden. Ein Gleichbleiben oder sogar eine Verbesserung der Arbeitsbewältigungsfähigkeit ist möglich.

Es war gemeinsames Anliegen, die Selbstbeobachtung zur Arbeitsbewältigungsfähigkeit und den Status wie die Veränderung der Arbeitsbewältigungsfähigkeit anonymisiert für die gesamte befragte Berufsgruppe für Pflegedienste, Politik und Gesellschaft als Frühhinweise sichtbar zu machen.

Ein PIZA-Team aus einem Arbeitsmediziner und einer Arbeitspsychologin lud daher sowohl 2003 als auch 2005 die Beschäftigten der beteiligten Pflegedienste zu vertraulichen Arbeitsbewältigungsgesprächen ein. Das Gesprächsangebot während der bezahlten Arbeitszeit haben zu Beginn 151 und zum Abschluss 124 Mitarbeiterinnen wahrgenommen.

An beiden Gesprächen nahmen insgesamt 80 Personen teil. Gerade auf die Entwicklungen der Arbeitsbewältigung dieser Personen im Zwei-Jahres-Überblick werden wir im Besonderen eingehen: Hat sich die Arbeitsbewältigungssituation verbessert, verschlechtert oder ist sie – was aufgrund von zwei verstrichenen Jahren auch positiv wäre – gleichgeblieben. Im Jahr 2005 betrug das durchschnittliche Alter dieser Befragtengruppe 45 Jahre; wobei die jüngste 33 Jahre und die älteste Befragte 67 Jahre alt war.

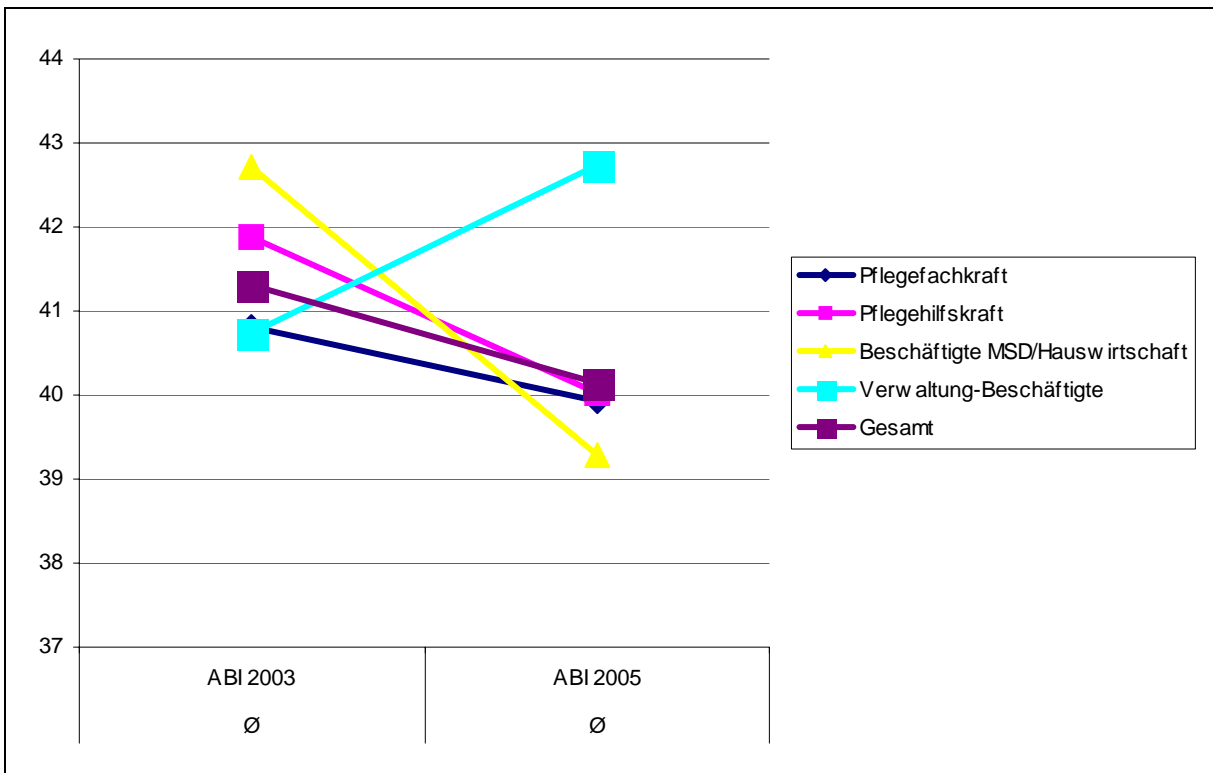
Als Erhebungs- und Gesprächsleitfaden diente den arbeitswissenschaftlichen Beraterinnen das bewährte finnische Instrument „Arbeitsbewältigungs-Index“. Die Auswertung erfolgt im Arbeitsbewältigungs-Wert (ABI-Wert), der sich zwischen 7 und 49 Punkten bewegen kann. Je höher der ABI-Wert, umso besser passt die Arbeit zu den persönlichen Arbeitsreserven. Je niedriger die ABI-Werte – insbesondere unter 37 Punkten –, desto größer ist der Handlungsbedarf, um diese verminderte Arbeitsbewältigungsfähigkeit mit Anpassungen der Arbeitsbedingungen und durch Gesundheitsförderung zu verbessern.

Wie hat sich durchschnittlich die Arbeitsbewältigungsfähigkeit der Berufsgruppen von 2003 auf 2005 verändert?

Der durchschnittliche ABI-Wert dieser Befragtengruppe betrug im Jahr 2005 40,1 Punkte und lag damit etwas niedriger als der im Jahr 2003 (41,3 Punkte).

Das sind um 1,2 Punkte weniger. Der niedrigste ABI-Wert in der Gruppe der 80 Pflegekräfte betrug 27 Punkte und der höchste 49 Punkte.

Die Verminderung der durchschnittlichen ABI- Werte war in der Gruppe der mobilen sozialen Betreuerinnen (MSD, Hauswirtschaft) und bei den Pflegehilfskräften am deutlichsten ausgeprägt. Auch die Gruppe der Pflegefachkräfte hatte durchschnittlich einen ABI-Punkt verloren. Für die kleine befragte Verwaltungsberufsgruppe verbesserte sich im Durchschnitt die Arbeitsbewältigungssituation.

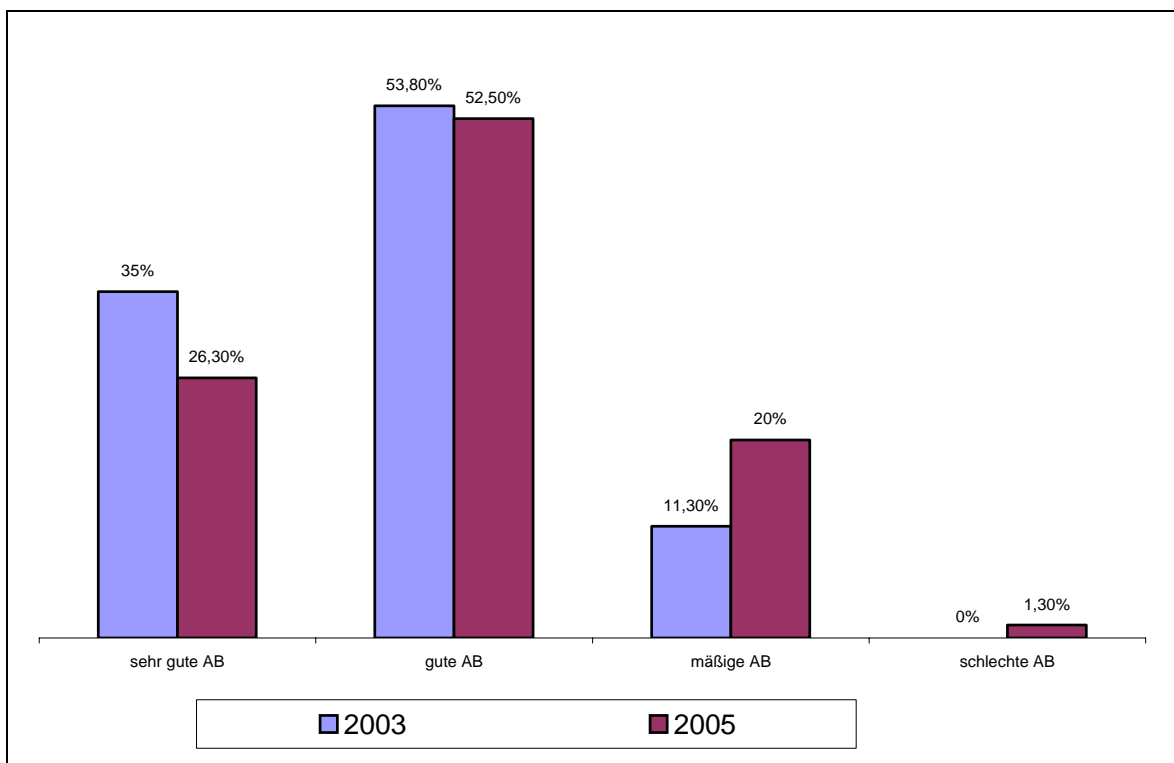


Die Daten der oben stehenden Grafik folgt nun als Tabelle:

(n= 80)	Häufigkeit	Ø Alter 2005	Ø ABI 2003	Ø ABI 2005
Pflegefachkraft (Krankenschwester/-pfleger, Kinderkrankenschwester/-pfleger und Altenpflegerin)	50	44,7	40,82	39,94
Pflegehilfskraft (Krankenpflegehelferin, Altenpflegehelferin, Schwesternhelferin)	17	44,4	41,88	40,03
Beschäftigte des mobilen sozialen Dienstes und der Hauswirtschaft	7	47,0	42,71	39,29
Verwaltung-Beschäftigte	4	47,0	40,75	42,75
Fahrdienst-Beschäftigte	1			
k.A.	1			
Gesamt	80	45,1	41,30	40,14

Die ABI-Werte lassen sich weiter in vier Arbeitsbewältigungs-Kategorien einordnen, denen jeweils unterschiedliche Schutz- und Förderziele des Gesundheitsschutzes zugeordnet sind.

Hier hatte von 2003 auf 2005 eine deutliche Verschiebung zwischen den Kategorien stattgefunden. Im Jahr 2005 ist der Anteil der Befragten in einer kritischen Arbeitsbewältigungssituation gewachsen. Nun hat jede Fünfte mäßige oder schlechte Arbeitsbewältigungs-Chancen. Das Förderziel für diese Pflegekräfte ist, Arbeitsbewältigung verbessern bzw. wiederherstellen.

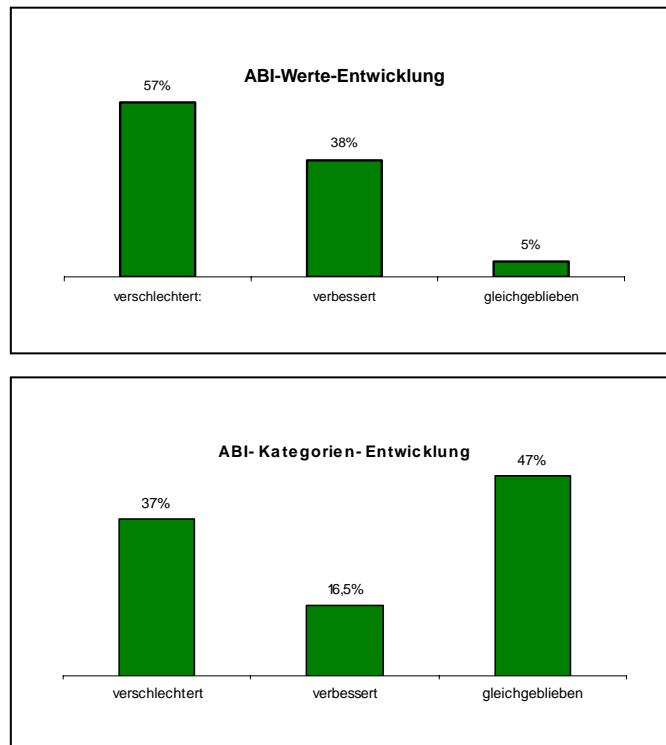


Hier folgen die Daten der obenstehenden Grafik:

Arbeitsbewältigungssituation (ABI- Kategorien) (n= 80)	Prozent (2003)	Prozent (2005)	Schutz- und Förderziel
Sehr gute Arbeitsbewältigung (AB) (44-49 Punkte)	35,0	26,3	Arbeitsbewältigung erhalten
Gute Arbeitsbewältigung (37-43 Punkte)	53,8	52,5	Arbeitsbewältigung unterstützen
Mäßige Arbeitsbewältigung (28-36 Punkte)	11,3	20,0	Arbeitsbewältigung verbessern
Schlechte Arbeitsbewältigung (7-27 Punkte)	0	1,3	Arbeitsbewältigung wiederherstellen

Die Detailergebnisse zeigen, dass mehr als die Hälfte der Befragten (57 %) nach zwei Jahren niedrigere ABI-Punkte hat; bei einem guten Drittel (38 %)

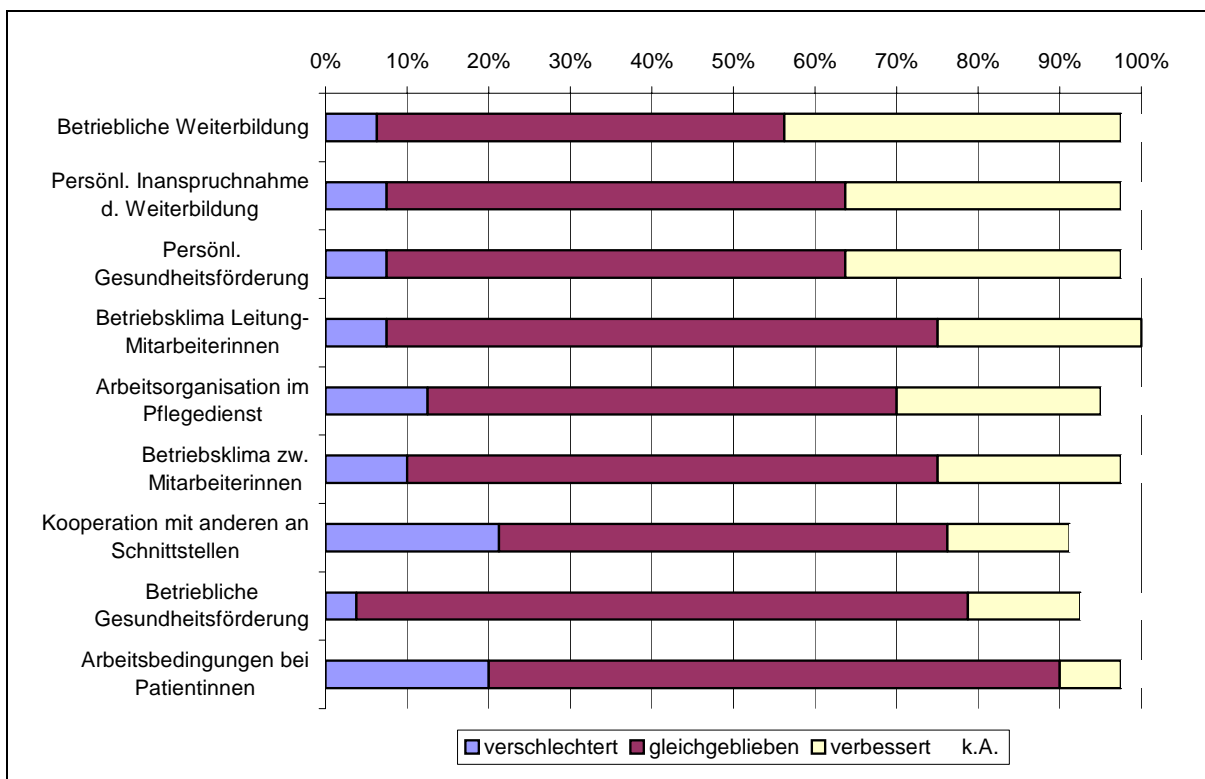
war der ABI-Wert gestiegen und bei 5 % war der ABI-Wert gleichgeblieben. Moderater war die Verschiebung in den Kategorien: Ein gutes Drittel „sank“ in eine schlechtere Arbeitsbewältigungskonstellation (37 %); für 16 % hat sich die Arbeitsbewältigung verbessert und bei 47 % blieb die Arbeitsbewältigungssituation gleich.



Was sind die Hintergründe für die Entwicklung der Arbeitsbewältigungsfähigkeit

Vorweg: Ein wesentlicher Einflussfaktor ist, dass wir uns im Laufe unseres Berufslebens mehrmals verändern. Individuelle körperliche Kapazitäten und psychische Reserven wandeln sich, werden umgebaut, nehmen ab und zu. Ohne besondere individuelle und betriebliche Förder- und Unterstützungsmaßnahmen ist die durchschnittliche Tendenz der Arbeitsbewältigungsfähigkeit abnehmend, auch wenn über lange Zeit der Zuwachs an Erfahrung, Gelassenheit bei der Arbeit, größeren Überblick über die Arbeitsanforderungen etc. beginnende körperliche Veränderungen unbemerkt ausgleicht. Das heißt von 2003 bis 2005 sind die beteiligten 80 Mitarbeiterinnen schlicht um nahezu zwei Jahre älter geworden.

Doch dieser Hinweis erklärt nicht hinreichend die unterschiedlichen Entwicklungen. Das PIZA-Team hat daher die Pflege- und Betreuungskräfte gefragt: Was hat sich seit 2003 verändert?



Die obenstehende Grafik als Tabelle:

(n= 80)	in Prozent			
	verschlechtert	gleichgeblieben	verbessert	k.A.
Betriebliche Weiterbildung	6,3	50	41,3	2,5
Persönliche Inanspruchnahme der Weiterbildung	7,5	56,3	33,8	2,5
Persönliche Gesundheitsförderung	7,5	56,3	33,8	2,5
Betriebsklima Leitung-Mitarbeiterinnen	7,5	67,5	25	0
Arbeitsorganisation im Pflegedienst	12,5	57,5	25	5
Betriebsklima zw. Mitarbeiterinnen	10	65	22,5	2,5
Kooperation mit anderen an Schnittstellen	21,3	55	15	8,8
Betriebliche Gesundheitsförderung	3,8	75	13,8	7,5
Arbeitsbedingungen bei Patientinnen	20	70	7,5	2,5

Die große Mehrheit der 80 Befragten (50 – 75%) ist der Meinung, dass ihre Bedingungen und Möglichkeiten bei der Arbeit gleichgeblieben sind. Hier ist aber zu bedenken, dass die Befragten eine mittelschwere körperliche Tätigkeit ausüben, die

mit steigendem Alter (plus ca. 2 Lebensjahre) schwerer fällt. Aber es gibt weitere wichtige Unterschiede im Detail, die Hinweise liefern für Einflussfaktoren und Ansätze zu Fördermaßnahmen:

Aus der Sicht der Mitarbeiterinnen hat es positive Entwicklungen gegeben, die mit erklären können, warum der Durchschnittswert der Arbeitsbewältigungsfähigkeit relativ gering gesunken ist:

- Für 41 % hat sich die betriebliche Weiterbildung verbessert; 6 % nehmen eine Verschlechterung wahr.
- Parallel dazu nahmen 34 % verstärkt Weiterbildungsangebote in Anspruch; für 8% hat es sich verschlechtert.

Die Weiterbildung ist besonders wichtig, weil sie oft die Voraussetzung für eine organisierte Entlastung von körperlicher Arbeit bildet. Die Spezialisierung auf die pflegerische Betreuung von z.B. Demenzkranken kann in der Praxis zu einer relativen Entlastung von der körperlichen Pflegearbeit führen.

Die befragten Pflegekräfte setzten selbst verstärkt Initiativen zur Erhaltung und Förderung ihrer Gesundheit und Arbeitsbewältigung:

- 34% haben in diesen zwei Jahren ihre persönliche Gesundheitsförderung verbessert, 7,1% haben sich dabei verschlechtert.

Die sozialen Beziehungen im Pflegedienst zwischen Leitung und Mitarbeiterinnen und zwischen den Kolleginnen haben für die Arbeitsbewältigung wie das Wohlbefinden eine große Bedeutung. Auch hier stellte eine bedeutsame Gruppe von Befragten Veränderungen fest:

- Für 25% hat sich das Betriebsklima zwischen Leitung und Mitarbeiterinnen verbessert, während 8% eine Verschlechterung anführen
- 23% beschreiben, dass sich das Betriebsklima zwischen den Mitarbeiterinnen verbessert hat; doch gleichzeitig sagen 10% es hat sich verschlechtert.

Die Meinung über die Veränderungen der Arbeitsorganisation im Pflegedienst ist trotz einer Mehrheit, die es gleichbleibend einschätzt, etwas zweigeteilt:

Ein Viertel der Befragten (25%) sehen darin Verbesserungen und 13% Verschlechterungen.

Bei der Zusammenarbeit an den Schnittstellen des Systems ambulanter Dienste und bei den Arbeitsbedingungen vor Ort dreht sich hingegen die Beurteilung um:

- Für 55 % ist es gleichgeblieben, aber 21% nehmen Verschlechterungen wahr und gleichzeitig 15% Verbesserungen. Hier kommen im besonderen regionale Unterschiede zum Tragen.
- Für 20% haben sich die Arbeitsbedingungen bei den Patientinnen und Klientinnen verschlechtert, nur 8% berichten von Verbesserungen.

Die Hintergründe für die Veränderungen der Arbeitsbewältigungsfähigkeit sind selbstverständlich individuell. Hier sollen zwei Beispiele der Verbesserung der Arbeitsbewältigungsfähigkeit herausgehoben werden:

Frau A. ist 51 Jahre alt und seit 11 Jahren examinierte Altenpflegerin. 2003 hat sie neben ihrer Vollzeitbeschäftigung ihre pflegebedürftige Mutter zu Hause versorgt. Ihre Familienaufgaben sind in der Zwischenzeit gewachsen und nach reiflicher Überlegung entschloss sie sich im Jahr 2004, mit ihrer Pflegedienstleitung über eine Reduzierung der Arbeitszeit zu sprechen. Jetzt arbeitet sie durchschnittlich 20 Stunden die Woche und kann ihren Verpflichtungen besser nachkommen, ohne selbst auf der Strecke zu bleiben. Sie ist erfreut, dass sich ihr eigenes Gefühl, dass alles besser zu bewältigen ist, im Arbeitsbewältigungs-Index widerspiegelt: Ein Punkt Zugewinn auf den ABI-Wert 43, obwohl eine körperliche Beschwerde, die im letzten Jahr ärztlich behandelt wurde und noch eine gewisse Achtsamkeit erfordert, dazugekommen ist. Frau A. fragt am Ende des

Arbeitsbewältigungsgesprächs, ob es in zwei Jahren wieder das Angebot und die Möglichkeit zur Selbstbeobachtung der Arbeitsbewältigungsfähigkeit gibt.

Frau B. ist 43 Jahre alt und examinierte Krankenschwester. Seit 25 Jahren einschließlich der Ausbildung arbeitet sie ohne Unterbrechung in der Pflege. Nun ist sie im 12. Dienstjahr in der ambulanten Pflege. Schon seit einiger Zeit wird sie wegen Muskel-Skelett-Beschwerden und anderem behandelt. Das hat sich auch zwischen 2003 und 2005 nicht geändert. Trotzdem stieg ihr ABL-Wert von 35 Punkten im Jahr 2003 auf 40 Punkte. Ihre Arbeitsbewältigungsmöglichkeiten haben sich von mäßig auf gut entwickelt. Was aber führte nun zu dieser deutlichen Verbesserung: Sie selbst führt es auf ihre Zusatzqualifikation in „Qualitätsmanagement“ zurück. Frau B. hat im Anschluss von der Pflegedienstleitung diesbezügliche Aufgaben übertragen bekommen und kann nun Mischarbeit machen. Sie verliert nicht den Draht zur praktischen Pfl egetätigkeit, kann es aber in ihrer Vollbeschäftigung mit Arbeiten in der Verwaltung und Anleitung ihrer Kolleginnen kombinieren. Derzeit kann sie ihre Arbeit ohne Einschränkungen und Beschwerden ausführen, sogar der Krankenstand ist im letzten Jahr niedriger geworden im Vergleich zum Vorjahr. Während sie 2003 noch einschätzte, dass es unwahrscheinlich ist, dass sie in zwei Jahren noch diesen Beruf ausüben kann, sagt sie heute: ganz sicher.

Bewältigungs- und Wohlfühl-Ressourcen im Beruf

Ambulante Pflegekräfte wissen sehr genau über Stärken und Schwächen des Berufs Bescheid. Selbstbewusst sprechen sie auch von beiden Aspekten. Während der turbulenten Entwicklungen der Arbeitswelt und in diesem Fall des ambulanten Gesundheitswesens ist es wichtig die guten und schönen Seiten der Arbeit nicht aus dem Auge zu verlieren und noch vielmehr diese Ressourcen betrieblich zu bewahren und auszubauen.

Zu den Bewältigungs- und Wohlfühl-Ressourcen gehören:

Eigenständiges und eigenverantwortliches Arbeiten

Es gibt gewisse Gestaltungsspielräume mit Klientinnen und Kolleginnen oder beim täglichen Arbeitsablauf (Frankenthal). Also flexible Möglichkeiten, den Klienten und sich selbst gerecht zu werden. Ebenso kann das „*Einzelkämpfertum*“ (Landstuhl) als attraktiv empfunden werden. Das eigenverantwortliche Arbeiten draußen umfasst auch die Möglichkeit zur Kommunikation mit verschiedenen Berufsgruppen wie Ärzten, Krankengymnasten, Therapeuten usw. (Hatzenbühl). Es bleibt dennoch ein „*eigenverantwortliches Arbeiten ohne Oberarzt im Nacken* (Bodenheim). Man kann sich wirklich auf den Patienten konzentrieren, der im Moment versorgt wird ohne gleichzeitig für drei weitere Zimmer verantwortlich zu sein“ (Hachenburg).

Das setzt gleichzeitig voraus, dass die Mitarbeiterinnen viel Erfahrung und breite Kompetenz einbringen müssen: „*Wir nehmen daher auch nicht ganz Junge und investieren viel in Einarbeitung und Anleitung*“ (Flörsheim).

Abwechslungsreiche Tätigkeit

Praktisch können alle Fachgebiete der Medizin und Pflege auftauchen (Mainz). Ein Mix an Behandlungs- und Grundpflege ermöglicht anspruchsvolles und körperlich ausgewogenes Arbeiten (Bodenheim).

Möglichkeit, eine Beziehung zu Patientinnen und Angehörigen aufzubauen

Das ‚Arbeiten mit dem Menschen‘ macht die Freude bei der Arbeit aus. Nach Meinung der Gesprächspartnerinnen ist diese prinzipielle Arbeitsfreude auch der Garant für das Funktionieren der ambulanten Gesundheitsversorgung: „*Wenn das nicht wäre, würde die ambulante Pflege unter den Rahmenbedingungen nicht funktionieren*“ (Bodenheim). Die Arbeitsqualität, die hier gemeint ist, umfasst „*die enge Beziehung und die Kontinuität, über längere Zeit einen Menschen zu betreuen. Auch wenn dies sowohl Vor- als auch Nachteile hat,*“ (Mainz). Es besteht die Möglichkeit zu umfassender Pflege: „*Die positive Seite ist, den Patienten in seinem häuslichen Umfeld, in seiner Gesamtheit zu begreifen ..., was man im stationären Bereich in dem Maße nicht mitkriegt*“ (Landstuhl).

Relativ störungsfreies Arbeiten

Im Vergleich zur stationären Pflege wurde hervorgehoben, *„dass man hier in Ruhe einen Patienten pflegen kann ohne, laufend unterbrochen zu werden (Bodenheim). Arbeiten ohne ständige Kontrolle oder die Gefahr, dass man auf der Station verschickt wird“* (Landstuhl).

Arbeitszeiten für Alleinerziehende und familienfreundliche Beschäftigungsarten/Teilzeitmodelle

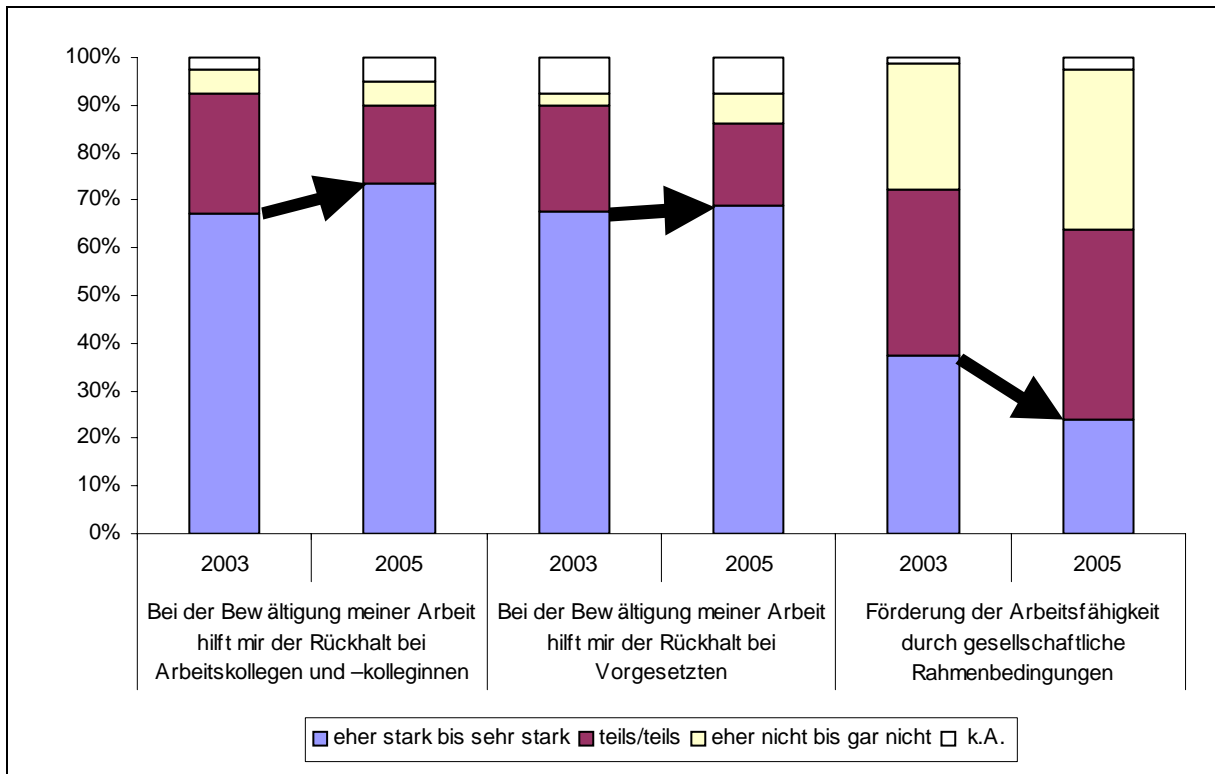
Alle Gesprächspartnerinnen erwähnten die spezifischen Arbeitszeiten und Beschäftigungsformen, die für Kindererziehende mehr Spielräume eröffnen. *„Einige Mitarbeiterinnen wechselten nach der Erziehungszeit in die ambulante Pflege, weil hier bessere Arbeitszeiten tagsüber möglich sind als im Krankenhaus“* (Annweiler).

Sozialer Rückhalt

Eine weitere aus der Arbeits- und Gesundheitswissenschaft bekannte Ressource stellt der erlebte soziale Rückhalt im Leben und insbesondere auch im Arbeitsleben dar. Wir haben daher diese soziale Ressource systematisch aus der Sicht der befragten Pflegekräfte erhoben und wieder über die Jahre 2003 bis 2005 beobachtet.

Kurz gefasst erlebt die Berufsgruppe (mindestens in den beteiligten acht Kooperationsunternehmen) innerbetrieblich einen relativ hohen sozialen Rückhalt. Mehr als zwei Drittel der 80 befragten Mitarbeiterinnen empfindet den sozialen Rückhalt bei Kolleginnen und Vorgesetzte eher bis sehr stark. Das blieb in Laufe von zwei Jahren stabil, was die Beurteilung des sozialen Rückhalts durch Vorgesetzte angeht. Die Ressource „Kollegialität“ hilft im Jahr 2005 sogar noch mehr Befragten (74%) eher und sehr stark bei der Bewältigung der Arbeit.

Hingegen hat sich die gesellschaftlichen Rahmenbedingungen als sozialer Rückhalt bei der Bewältigung der Arbeit gegenläufig entwickelt. Einen sehr starken Rückhalt für ihre Arbeit durch gesellschaftliche Rahmenbedingungen wurde in 2003 lediglich von 38% der Beschäftigten angegeben. Im Jahr 2005 hat sich diese Gruppe auf 24% verringert.



Die Daten der obenstehenden Grafik folgen als Tabelle:

(n= 80)		in Prozent			
		eher stark bis sehr stark	teils/teils	eher nicht bis gar nicht	k.A.
Bei der Bewältigung meiner Arbeit hilft mir der Rückhalt bei Arbeitskolleginnen ...	2003	67,5	25	5,1	2,5
	2005	73,8	16,3	5	5
Bei der Bewältigung meiner Arbeit hilft mir der Rückhalt bei Vorgesetzten ...	2003	67,5	22,5	2,5	7,5
	2005	68,8	17,5	6,3	7,5
Förderung der Arbeitsbewältigungsfähigkeit durch gesellschaftliche Rahmenbedingungen ...	2003	37,5	35	26,3	1,3
	2005	23,8	40	33,8	2,5

Was sollte verbessert werden aus Sicht der Pflegedienstleitung und Mitarbeiterinnenvertretung

Das PIZA-Team hat dazu im Jahr 2003 Fachgespräche mit Pflegedienstleitung und/oder Geschäftsführung und separat mit der Mitarbeiterinnenvertretung (soweit

die Dienste eine MAV haben) geführt. Es wurde nach den Schwächen des Berufs und der Branche gefragt.

Mit hoher Übereinstimmung zwischen den Kooperationsunternehmen werden als *Schwächen* die „unendlich vielen Reibungspunkte“ an den Schnittstellen des Systems der ambulanten Pflege erwähnt. Hier eine Zusammenfassung und eine Reihung nach Häufigkeit der Nennungen:

Erworbenes Wissen wird im System nicht nachgefragt und anerkannt

Die Ambulanten Dienste sind angehalten, am neuesten Stand zu arbeiten und entsprechende Fortbildungen vorzusehen, doch dieses Wissen wird nicht nachgefragt. Im Gegenteil: Die erworbenen Kenntnisse lassen sich zum Teil in Kooperation mit Arzt und Kasse nicht umsetzen (Stichwort: Wundmanagement, Katheterversorgung). Entweder bestehen „Informationslücken“ bei den Kooperationspartnerinnen oder Kostenargumente verhindern die Umsetzung von Pflegeempfehlungen. Pflegestandards, die in Aus- und Fortbildung vermittelt werden, stoßen an Schnittstellen-Grenzen oder verletzen Expertenstatus: *„Wenn wir sehen, dass ein Patient einen Verband nicht richtig trägt, machen wir oder die Mitarbeiterin einen anderen Vorschlag, dann kam es schon vor, dass der Arzt hier bei uns in der Station anruft und sich über meine Mitarbeiterinnen beschwert. Er ist ja schließlich der Arzt und er entscheidet, wie etwas zu funktionieren hat. Fertig. Das war's. Dann versuch' ich wieder, der Mitarbeiterin zu sagen, also es ist gut gemeint, und Du hast auch die Erfahrung, aber eigentlich ist es nicht gern gesehen“* (Frankenthal).

Immenser Aufwand mit Verordnungen

Auch wenn es Aufgabe der Patientinnen bzw. der Angehörigen ist, die Verordnungen zu besorgen, fällt diese Arbeit doch immer wieder dem ambulanten Dienst zu. Der bürokratische Aufwand in Zusammenhang mit den Verordnungen wird als groß und immer größer werdend eingeschätzt. Die Kooperationsbereitschaft anderer Akteurinnen ist gering: Hinterlegen Ärzte ihre Verordnung gleich bei der Patientin im Rahmen des Hausbesuches oder bedarf es der computergestützten Ausfertigung in der Ordination und einer neuerlichen Abholung durch den ambulanten Dienst? Es kann vorkommen,

dass dann Dienstleistungen auf eigene Kosten und Risiken erbracht werden, um nicht den Vorwurf, unterlassener Hilfeleistung zu bekommen.

Enge Leistungsvorgaben der Kassen und der Angehörigen

Die Rahmenbedingungen vom Leistungsträger sind eng und die Pflegekräfte haben natürlich den Druck, draußen vernünftige Arbeit zu bringen, weil sie *„die Bezugspersonen der Leute sind und es moralisch, ethisch gar nicht aushalten würden, wenn sie schnell Tür zu und raus“* (Bodenheim). Das Modul zur Mobilisation wird als eines der ersten immer wieder aus Kostengründen abgewählt. Die Bereitschaft zur Beantragung und zum Einsatz von Pflegehilfen ist von den Kundinnen nicht durchgängig gegeben. Das eingesetzte Verbandmaterial wird von allen Akteurinnen – Angehörige, Arzt usw. – genutzt, die Kosten lassen sich nicht mehr anteilig mit den Leistungsmodulen abdecken.

„Lückenbüßer vor Ort“ – Ansehen und Anerkennung des Berufsstandes in der Öffentlichkeit ist gering

Folgendes Bild verdeutlicht einen weiteren Schwachpunkt: Vom Grundsatz ist es so, *„dass die Schwester, die da kommt, immer hinten runterfällt, weil sie ausweichen muss: Wenn der Arzt zum Hausbesuch kommt, wenn der Pfarrer zur Krankenkommunion kommt, der Logopäde oder der Masseur und muss plötzlich zu einer anderen Zeit kommen“* (Landstuhl). Man wünschte sich, dass die Pflege als eigenständiger Beruf – so wie es gelehrt wird – anerkannt wird und ihren Platz in der Versorgungskette hat.

Zeitverzögerungen – Zeitengpässe - Zeitdruck

Das Gefühl von Zeitdruck scheint bei vielen ein ständiger Begleiter zu sein: Es rührt her z.B. von Schwierigkeiten bei der Parkplatzsuche, enge Zeitvorgaben des Leistungsmoduls und Unvorhergesehenes bei der Betreuung.

Unterstützung geht an den Knackpunkten der ambulanten Pflege vorbei

Eine Übereinstimmung gab es auch in der Kritik an Behörden, Einrichtungen wie Berufsgenossenschaft, Gewerbebehörde bis hin zur Arbeitsforschung, dass *„ihre guten Ratschläge oftmals wenig an den Knackpunkten“* (Landstuhl), an denen ambulante Dienste und ihre Beschäftigten leiden, ändern.

Psychische Belastungen in Form von Handlungshindernissen und -überforderungen bei der Pfl egetätigkeit

Die Arbeitseinflüsse in der ambulanten Pflege werden im Vergleich zur stationären Kranken- und Altenpflege im deutschsprachigen Raum erst in den letzten 10 Jahren untersucht. Im Vergleich mit der stationären Altenpflege sind relativ wenige empirische Untersuchungen der ambulanten Pflege öffentlich zugänglich (vgl. Zimmer, 1999). Eine Reihe von Einflussfaktoren in der ambulanten Pflege mit einem Potenzial zur psychischen Fehlbelastung werden aufgezeigt, wobei sogenannte emotionale Faktoren dominieren. Die Gefährdungsbeurteilung der Pfl egetätigkeit hat hier wertvolle Hinweise auf die Risiken für das psychische Gleichgewicht der Arbeitenden und ihrer Leistungsfähigkeit geliefert. Es handelt sich dabei um

- Belastungen aus dem interaktiven Charakter der Arbeit (Auftreten der Klientinnen, Verhalten der Angehörigen, Konflikte etc.),
- Belastungen aus den Wirtschaftlichkeitsabwägungen in der Interaktionsarbeit bzw. widersprüchliche Anforderungen in bezug auf qualitativ hochwertige Pflege versus Abrechenbarkeit/Wirtschaftlichkeit,
- emotionale Belastungen wie z. B. Aussichtslosigkeit auf Besserung bei Patienten, Konfrontation mit Tod und Sterben und
- fehlende Anerkennung der Dienstleistung und des Berufsstandes.

Diese Erhebungen beruhen vorrangig auf Befragung der Pflegekräfte. Wir wollten zusätzlich psychische Einflüsse dokumentieren, die im Ablauf und in der Organisation der Pfl egetätigkeit liegen. Auch hier gibt es schon erste Hinweise aus der Arbeitswissenschaft wie

- Belastungen aus den organisatorischen Rahmenbedingungen der Arbeit (Arbeits- und Dienstplanung, Leistungsmodule der Kostenträger und private Leistungsbereitschaft, Tourenplanung mit Wegzeitanteilen etc.),
- Belastungen aufgrund der administrativen Arbeiten wie Dokumentationsverpflichtung und
- körperliche Fehlbelastungen durch Heben und Bewegen von Patientinnen wie auch Zwangshaltungen, die zu Überforderungen führen.

Das PIZA-Team hat sich zu einer weiteren Arbeitsanalyse in Abstimmung mit den Pflegediensten entschlossen. Der berufliche Alltag der Pflegekräfte in der ambulanten Pflege sollte sichtbar gemacht werden. Die arbeitswissenschaftliche Untersuchung fand im Herbst 2003 in Zusammenarbeit mit Pflegekräften und mit Einverständnis der besuchten Patientinnen statt. Es wurden systematische und methodengeleitete Beobachtungen und Beobachtungsinterviews durchgeführt auf insgesamt 11 vollständigen Touren mit insgesamt 137 Klientinnen-Besuchen, 3 Arzt-Kontakten und 1 Sozialstation-Anfahrt. Die folgenden Ergebnisse beziehen sich auf mehrheitlich Frühdienste (81% der dokumentierten Betreuungen). Zwei Touren fanden im Rahmen der Spätschicht statt. Vorrangig wurden examinierte Krankenschwestern bzw. -pfleger (56% der dokumentierten Betreuungen) begleitet. 30% der Klientinnen wurden mit examinierten Altenpflegerinnen und 14% mit Krankenpflegehelferinnen (eine davon in Ausbildung zur Altenpflegerin) aufgesucht.

Diese Arbeitsanalyse selbst wurde als anerkennendes Interesse von den Mitarbeiterinnen wahrgenommen. Die Aufbereitung der beobachteten und allseits bekannten Tätigkeiten, Abläufe, Rahmenbedingungen, Vorkommnisse und Interaktionen vor Ort bei der Erfüllung der Dienstleistung verweist auf Ansatzpunkte für die Gestaltung der Arbeitsbedingungen wie z.B.

- **Die Dienstleistungsstruktur im Frühdienst unterscheidet sich von der im Spätdienst.** Während im Frühdienst die ‚große Pflege‘ am häufigsten durchgeführt wird, ist im Spätdienst (nach unseren Beobachtungen) die Insulin-Injektion die häufigste Dienstleistung. Damit ergeben sich durchschnittlich etwas längere Betreuungszeiten pro Klientin im Frühdienst und umgekehrt im Spätdienst etwas kürzere Betreuungszeiten und gleichzeitig eine eher größere Anzahl an Klientinnen.

Nun kann geprüft werden, ob mit der Herausarbeitung der Besonderheiten der Dienste gesundheitsförderliche und mitarbeiterinnenorientierte Ansatzpunkte entstehen, die es den Beschäftigten ermöglichen, den Dienst zu wählen, der zu ihr/ihm am besten passt.

- Ein wesentliches Merkmal dieser Mensch-zu-Mensch-Dienstleistung sind die **unterschiedlichen Leistungszeiten für die gleiche Leistungsart.** Die Schwankungsbreite ist beachtlich und variiert zwischen 9 Minuten bei Aus- oder

Anziehen von Kompressionsstrümpfen bis 34 Minuten bei der großen Pflege. Die Gründe für die unterschiedliche Leistungsdauer ist mannigfaltig und meist nicht planbar: Gründe für eine relativ kurze Betreuung sind ggf. der Termindruck durch die folgende Klientin, der spezielle Wunsch der Klientin, dass Betreuungsmodule weggelassen werden u.v.a.m.. Die Gründe für ungeplant lange Betreuung können unvorhergesehene Handlungsbehinderungen sein. Dazu zählen z.B. auftretende Funktionsstörungen an Hilfsmitteln, Erschwerungen durch fehlende Informationen oder menschliche Befindlichkeiten der Klientinnen wie beispielsweise (langandauernder Stuhlgang oder großes Gesprächsbedürfnis).

Dieses Ungeplante erfordert von der Pflegekraft ein großes Geschick im Zeitmanagement und führt im schlechtesten Fall zu Arbeitsverdichtung, Konzentration auf die Basisleistungen und insbesondere zu einem – oftmals bedrückenden - Gefühl bei der Pflegekraft, dass man es anders könnte und wollte als es dann in der Realität möglich ist. **Das Gefühl von Zeitdruck ist ein ständiger Begleiter der ambulanten Pflegekräfte.** Hier drängt sich die Frage auf, ob nicht eine klientinnenorientierte Zeiterfassung im Rahmen eines vereinbarten Betreuungskontingents eine Alternative und Erleichterung für die Mitarbeiterinnen darstellen könnte? Gleichzeitig könnte dies nur funktionieren, wenn mit den Klientinnen ein besonderer Modus zur Terminflexibilität gefunden werden kann.

- Zirka 26% der Tourenzeiten verbringen die **Pflegekräfte auf dem Weg** und nahezu ausschließlich im Auto. Die arbeitswissenschaftliche Beobachtung hat in 84% der Fälle eine reguläre Verkehrssituation festgehalten. In 16% der Fälle gab es Ungeplantes oder Irreguläres wie Parkschwierigkeiten (6%). Ein Faktor, der dann Zeitdruck verschärfen kann.
- **Hindernisse in der Durchführung der Arbeit, die Zusatzaufwand für die Beschäftigten bedeuten**, stellen eine psychische Belastung dar. Dabei geht es nicht um Schwierigkeiten, die der Beruf mit sich bringt und die die Beschäftigten mit ausreichend Ressourcen z.B. Zeit- und Handlungsspielraum effektiv und gesundheitsgerecht bewältigen könnten. Dies ist in 2/3 der Betreuungen auch der Fall. Hingegen trat in 11% der Betreuungskontakte eine Wartezeit durch Blockierungen auf; in 12% eine informatorische Erschwerung, in 7% eine

Unterbrechung durch Funktionsstörungen und in 13% der Kontakte wurde eine Arbeitssituation mit motorischer Erschwerung festgestellt.

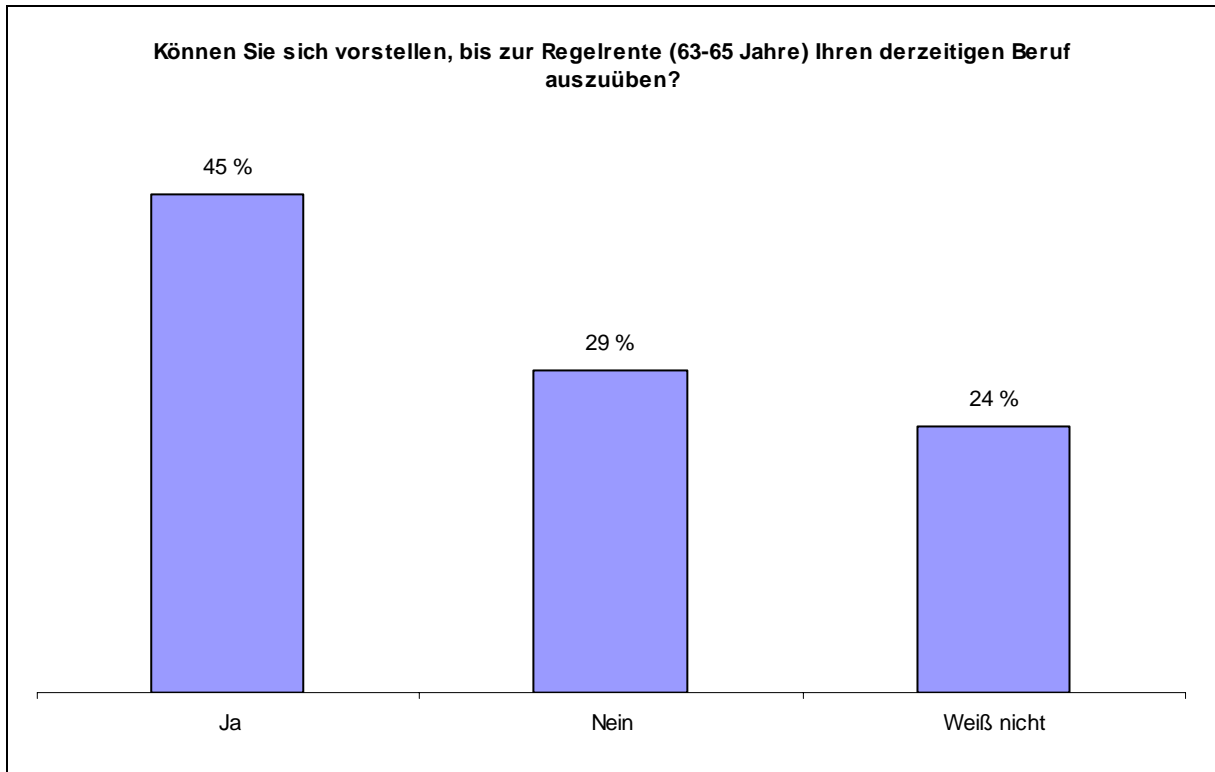
- **Körperliche Überforderungen** kommen in ebenfalls 2/3 der Betreuungskontakte nicht vor. Die verbleibenden Pflegehandlungen weisen ein körperlich-beanspruchendes Arbeiten im Besonderen in Zusammenhang mit dem Bewegen der Klientinnen auf.
- Weiter kommen in 70% der Betreuungen keine **psychosozialen Überforderungen** vor. In den verbleibenden 30% der Betreuungen spielen ggf. belastende Faktoren wie Interaktionsschwierigkeiten mit Klientinnen und insbesondere mit Angehörigen (12%) eine Rolle. Hier geht es vorrangig um fixe Terminvorstellungen und im Falle der Nichteinhaltung des Termins kann oder muss mit abwertenden Äußerungen gegenüber der Pflegekraft gerechnet werden. Gefolgt von einer Gruppe emotionaler Faktoren, die hervorgerufen sind durch die Krankheit oder das Sterben und andere Themen. **Die verschiedenen Faktoren mit möglichen Überforderungscharakter für Beschäftigte zeigen deutlich welche hohe professionelle Kompetenz diese Arbeit erfordert. Das Ausbildungsniveau und die berufsbegleitende Unterstützung der Profession ist in diesem Mensch-zu-Mensch-Beruf qualitäts- und gesundheitserhaltend.**

Arbeiten bis zur Regelrente?!

Es ist Ziel der Europäischen Gemeinschaft wie der nationalen Regierungen, dass die Menschen zur Sicherung der Sozialsysteme länger als die Jahrzehnte vorher erwerbstätig bleiben. Die Frage drängt sich auf, wie sehen die Erwerbstätigen und in unserem Fall die Arbeitenden in ambulanten Diensten ihre Chancen, den derzeitigen Beruf bis zur Regelrente, d.h. bis zum 63. bzw. 65. Lebensjahr, auszuüben.

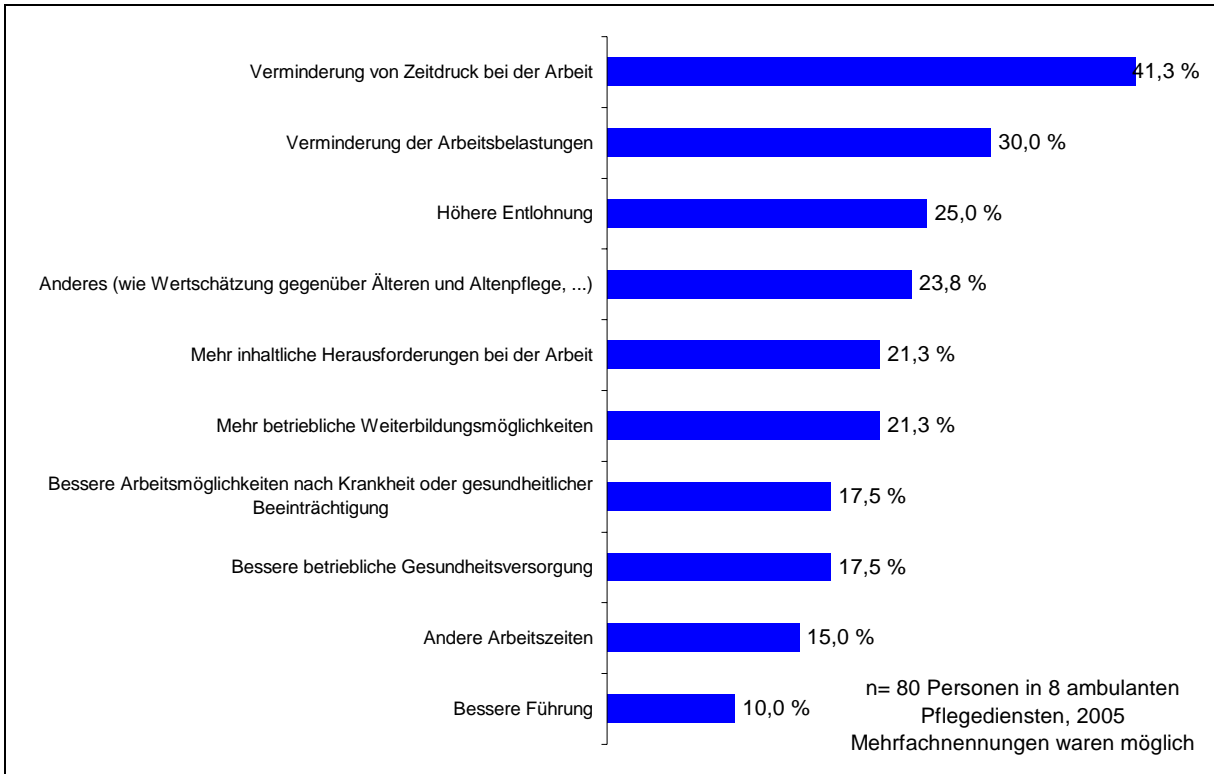
Das PIZA-Team hat dieses Thema im Jahr 2005 in den Arbeitsbewältigungsgesprächen angeschnitten. Die Ergebnisse (der 80 Pflegekräfte) regen zum Nachdenken an:

45% der befragten Pflegekräfte meint, dass das Arbeiten in der ambulanten Pflege bis zum Regelrentenalter möglich ist; 29% verneinen und 24% wissen es nicht.



Gleichzeitig sollte auch beleuchtet werden unter welchen Bedingungen ein längeres Arbeiten als bisher denkbar ist. Hier nun die Antworten auf die Frage: Was muss erfüllt sein, dass Sie bis zur Regelrente gerne und gesund arbeiten? Nach der Häufigkeit der Nennung, wobei Mehrfachantworten möglich waren, sind die „Top-3“-Wünsche:

1. Verminderung von Zeitdruck bei der Arbeit (41%)
2. Verminderung von Arbeitsbelastungen (30%)
3. Höhere Entlohnung (25%)



Förder- und Entwicklungsmodelle für Gesundheit und Arbeitsbewältigung

Das finnische Fördermodell der Arbeitsbewältigungsfähigkeit⁴

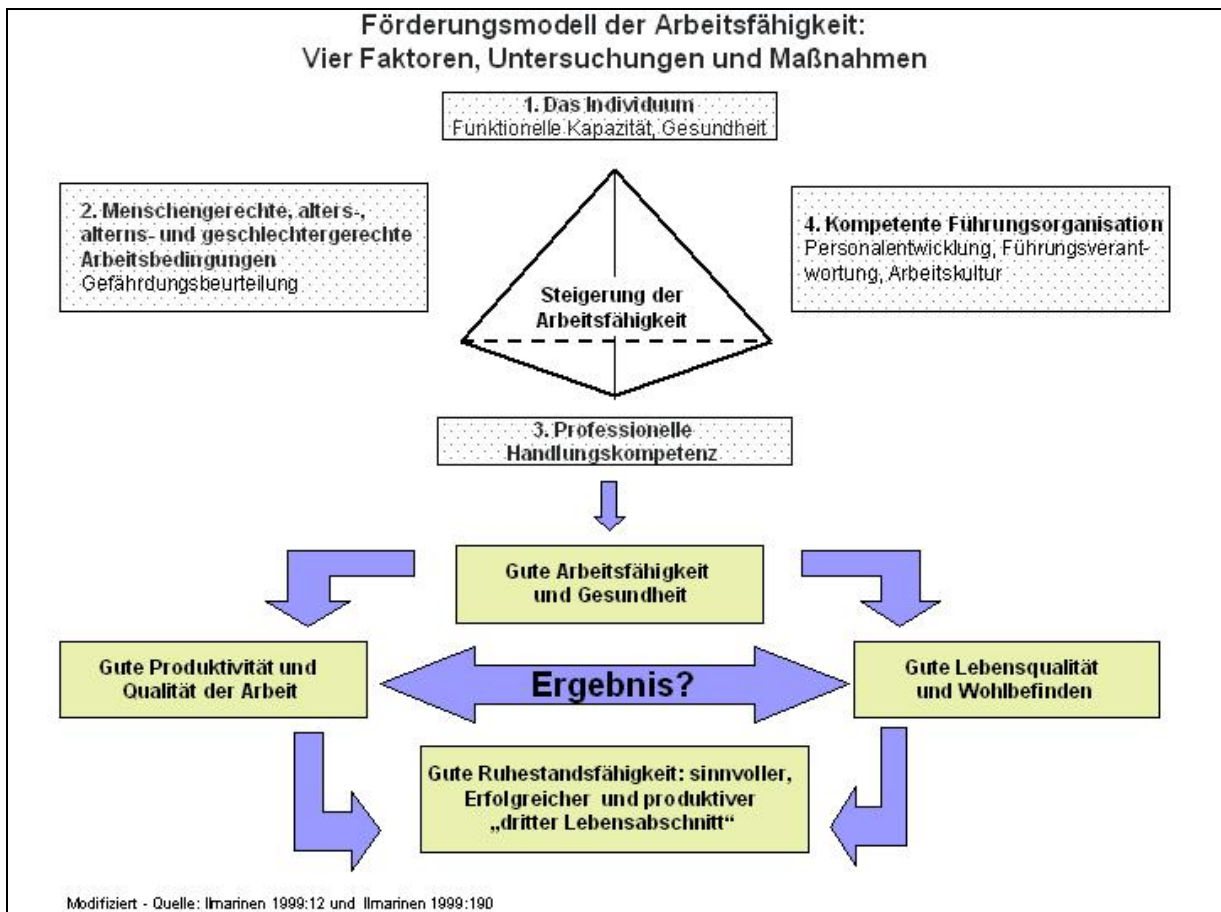
Ausgangspunkt der Überlegungen ist der Wunsch der Dienste und der Sozialpolitik nach guter Produktivität und Qualität der Dienstleistung sowie der Wunsch der Mitarbeiterinnen nach guter Lebensqualität und Wohlbefinden bei der Arbeit und im Alltag. Diese beiden Komponenten bedingen sich gegenseitig und werden geprägt durch das Ausmaß der Arbeitsbewältigungsfähigkeit der Mitarbeiterinnen.

Die Arbeitsbewältigungsfähigkeit beschreibt das Potenzial eines Menschen, zu einem gegebenen Zeitpunkt eine gestellte Arbeitsanforderung zu erfüllen, zu bewältigen. Eine einseitige Betrachtung, z. B. nur der individuellen Leistungsfähigkeit, ist per Definition nicht zulässig, denn es ist ein entscheidendes Forschungsergebnis der finnischen Langzeitstudien über 11 bzw. 16 Jahre, dass der Zustand der Arbeitsbewältigungsfähigkeit wesentlich durch vier Faktoren geprägt wird:

- 1. Das Individuum mit seiner funktionellen Kapazität und seiner aktuellen Gesundheit**
- 2. Die Arbeitsbedingungen**
- 3. Die professionelle Handlungskompetenz der Beschäftigten**
- 4. Die Führungsorganisation und Unternehmenskultur**

Die folgende Grafik zeigt die Zusammenhänge für die Förderung der Arbeitsbewältigungsfähigkeit:

⁴ Wesentliche Teile dieses Kapitels basieren auf dem Abschlussbericht zum ABI-NRW-Projekt. Hier besteht ein Kooperationsabkommen mit dem PIZA-Projekt. Das ABI-NRW-Projekt wurde durch das Ministerium für Wirtschaft und Arbeit des Landes Nordrhein-Westfalen und die Europäische Union gefördert. Projektleitung: Frau Marianne Giesert. Dieser Bericht kann bei der IQ-Consult gGmbH, Hans-Böckler-Str. 39 in 40476 Düsseldorf, angefordert werden. Siehe auch www.abi-nrw.de



Damit ist dieses Konzept geeignet, ein statisches Verständnis von Arbeitsbewältigungsfähigkeit „entweder man schafft die Arbeit – oder nicht!“ zu überwinden. Dies gilt besonders für das in vielen Betrieben noch immer vorherrschende Defizitmodell von älteren oder älter werdenden Arbeitenden, die ausscheiden müssen, wenn eine gestellte Arbeitsanforderung nicht mehr bewältigt werden kann (Ilmarinen / Tempel 2002).

Bei der Anwendung des Arbeitsbewältigungsfähigkeits-Konzeptes in der betrieblichen Praxis kommt es nun darauf an, diese vier Faktoren systematisch zu untersuchen, eine Bestandsaufnahme (IST-Analyse) durchzuführen und dann die Maßnahmen festzulegen, mit deren Hilfe die Arbeitsbewältigungsfähigkeit langfristig erhalten, wieder hergestellt oder auch verbessert werden kann. Mit steigendem Durchschnittsalter der Erwerbsbevölkerung und der Mitarbeiterinnen müssen Unternehmen in die Lage versetzt werden, die arbeitsbedingten Gesundheitsrisiken

zu erkennen, zu beseitigen und gesundheitsförderliche Formen der Arbeitsgestaltung zu entwickeln und auszubauen.

Das oben beschriebene Konzept zur Erhaltung der Arbeitsfähigkeit hat also zwei Achsen:

Die Unternehmensachse mit

- den Arbeitsbedingungen und
- der kompetenten Führungsorganisation.

Die individuelle Achse mit

- der professionellen Handlungskompetenz und
- dem Individuum (im Sinne der körperlich-psychischen Verfassung).

Diese beiden Achsen werden im Folgenden erläutert.

Arbeitsbedingungen

Die Gestaltung der Arbeitsbedingung basiert wesentlich auf der Durchführung des Arbeitsschutzes als „ständiger Verbesserungsprozess“, der kontinuierlich mit der Durchführung der Gefährdungsanalyse beginnt und dann in die Maßnahmen zur Verbesserung von Gesundheit und Sicherheit bei der Arbeit einmündet. Im Kern geht es dabei um die fortlaufende Gestaltung des Verhältnisses von Arbeitsanforderungen zu individueller Leistungsfähigkeit, wie sie oben beschrieben worden ist.

Im Zusammenhang mit dem Arbeitsbewältigungsfähigkeits-Konzept ist festzuhalten, dass die nationalen Bestimmungen des jeweiligen Arbeitsschutzgesetzes in ihren entscheidenden Positionen in das theoretische und praktische Vorgehen integriert werden können. Betriebe, die sich für die Anwendung des Konzeptes in der Praxis interessieren, brauchen keine zusätzlichen Mittel oder Akteure. Entscheidend ist vielmehr, ob diese sich mit den Grundlagen des Konzeptes vertraut machen und das Unternehmen beschließt, ein entsprechendes betriebliches Gesundheitsmanagement aufzubauen.

Kompetente Führungsorganisation

Mitarbeiterinnen sind Träger von wichtigen Kenntnissen, Berufserfahrungen und Ideen. Eine kompetente Führungsorganisation weiß dieses anzuerkennen und auszubauen. Die finnische Langzeituntersuchung an über 6.000 Personen hat als wichtigstes Ergebnis den außerordentlich hohen Einfluss guter Führung auf die Erhaltung und Förderung der Arbeitsbewältigungsfähigkeit nachgewiesen.

Auf dieser Grundlage können Führungskräfte nur zu leicht zu „gescholtenen Akteuren“ der betrieblichen Gesundheitspolitik werden. Ein wichtiger Teil dieses Problems ist sicherlich in den Köpfen der Führungskräfte über Jahre und Jahrzehnte verankert worden (tayloristisches Menschenbild), aber die entscheidende Veränderung findet in der Praxis, im alltäglichen Umgang miteinander bei der Arbeit statt. „Dazu gibt es Handwerkszeug und Vorgehensweisen. Der „Anerkennende Erfahrungsaustausch ... ist dieses strukturierte Instrument, mit dem sich eine wertschätzende Haltung zwischen den Gesprächspartnern entwickeln lässt. Die Hinwendung zur Mitarbeiterin als Beraterin der Führungskraft in Sachen Arbeit und Gesundheit hat bei den Mitarbeiterinnen folgende Auswirkungen:

- Identifikation und Verbundenheit wachsen durch das Gefühl des Eingebundenwerdens; Stärkung der Selbstwirksamkeit; gemeinsames Reflektieren der Aspekte, die gut tun; es gibt Klarheit über die persönlichen Möglichkeiten, für sich gesundheitlich wirksam zu werden;
- Langsames Wachsen und „sich bestätigen“, dass eine betriebliche Kultur gewollt und möglich ist, wo Arbeitsprobleme offen angesprochen werden können;
- Verdeutlichung, dass das Unternehmen von Personen gesteuert ist;
- Zusammengehörigkeitserlebnis statt Anonymität;
- Gefühl, dass ein Interesse am Denken und Fühlen von Menschen besteht;
- Vertrauen in die unmittelbare Führungskraft gewinnen; gleichzeitig wächst auch das Vertrauen der Führungskraft in ihre Mitarbeiter, weil sie mehr Einblick in die Beweggründe für deren Handeln gewinnt;
- Gefühl von sozialer Rückendeckung im Rahmen wirtschaftlicher Möglichkeiten;

- Gefühl der Anerkennung von Person und Leistung“ (Geißler, Bökenheide et al., 2003).

Professionelle Handlungskompetenz

Im Arbeitsleben dienen Bildungsmaßnahmen in der Regel der Erhaltung, Wiederherstellung und/oder Weiterentwicklung der professionellen Handlungskompetenz. Entscheidend ist dabei, wie weit es gelingt, den lebenslangen Lernprozess mit wechselnden Schwerpunkten zu versehen und dabei sicher zu stellen, dass die durchgeführten Bildungsmaßnahmen an die Bedürfnisse und Lernformen unterschiedlicher Altersgruppen angepasst werden. „Ältere lernen anders als Jüngere, wenn sie lange Zeit vom Lernen entwöhnt sind. Damit der Wiedereinstieg ins Lernen besser gelingt, ist Folgendes zu beachten:

- Ob alt oder jung – wer längere Zeit nicht gelernt hat, braucht in der Regel längere Zeit zum Lernen, wenn er oder sie wieder damit beginnt. Deshalb sollten alle und müssen insbesondere die älteren Lernenden das Lerntempo selbst bestimmen können.
- Wer lange nicht gelernt hat, hat oft Angst davor, Neues zu lernen. Deshalb sind Konkurrenzsituationen für den Lernerfolg hinderlich, da sie eventuell vorhandene Versagensängste noch verstärken. Bestehen solche Ängste, sollten sie thematisiert werden.
- Neues sollte an Bekanntem anknüpfen und nach Möglichkeit die Erfahrungen und Tätigkeitsinhalte des Lernenden berücksichtigen. So wird dem Umsetzungs- und Praxisinteresse der Beschäftigten Rechnung getragen, bestehende Blockaden und fehlende Lernmotivation abgebaut. Für abstrakte Lerninhalte gilt: Sie sollten zur Lösung praktischer Aufgaben und Fragen zweckdienlich sein. Grundsätzlich ist ein aufgabenbezogenes, arbeitsnahes Lernen zu bevorzugen.“ (BAuA, 2004)

Die Erhaltung der Handlungskompetenz ist zugleich ein wichtiges Instrument der betrieblichen Gesundheitsförderung und die Unternehmen sind vor die Aufgabe gestellt, eine lernförderliche Arbeitsorganisation zu entwickeln, damit dieses auch in der Praxis gewährleistet ist. Je vielseitiger die Beschäftigten in einem Unternehmen

ausgebildet sind („allrounder“), desto leichter wird es sein, sie im Rahmen ihres Arbeitslebens in Tätigkeiten mit unterschiedlicher Arbeitsanforderung zu beschäftigen. Vor allem die Entlastung von schwerer körperlicher Arbeitsanforderung kann in der Praxis immer wieder daran scheitern, dass eine entsprechende Ausbildung für andere Tätigkeiten nicht vorhanden ist.

Handlungsmöglichkeiten: Was ist, wenn ...?

Es ist sinnvoll frühzeitig wenigstens zwei Fragen in der betrieblichen Praxis zu beantworten:

1. Welches Risiko für Gesundheit und Arbeitsbewältigungsfähigkeit liegt vor, wenn erkanntes Problem nicht beseitigt?
2. Welche Chancen und Möglichkeiten bis hin zu Wettbewerbsvorteilen entstehen, wenn ich eine bestimmte Arbeitssituation richtungweisend in Hinblick auf die Erhaltung bzw. Verbesserung der Arbeitsbewältigungsfähigkeit verändere?

Wenn sich ein Dienst für die aktive Erhaltung und Förderung der Arbeitsbewältigungsfähigkeit seiner Beschäftigten entscheidet, dann ...

- kommt es nicht so sehr darauf an, an welchem Punkt man ansetzt - darüber werden die betrieblichen Gegebenheiten entscheiden -, sondern, dass
- im Rahmen des betrieblichen Gesundheitsmanagements darauf geachtet wird, alle vier Komponenten des Förderungsmodells der Arbeitsbewältigungsfähigkeit systematisch durchzuarbeiten.
- Die Verbesserungen in den einzelnen Bereichen können sich gegenseitig ergänzen und damit möglicherweise optimieren, aber nicht gegenseitig ersetzen: Ein schlechter Führungsstil etwa wird nicht durch gute Ergonomie ausgeglichen und umgekehrt.

Werkzeuge zur Erhaltung und Förderung von Arbeitsbewältigungsfähigkeit. Steckbriefe

Arbeitsbewältigungs-Coaching

Zweck:

Betriebliche Gesundheitsförderung zielt „auf einen Prozess, allen Menschen ein höheres Maß an Selbstbestimmung über ihre Gesundheit zu ermöglichen und sie damit zur Stärkung ihrer Gesundheit zu befähigen.“ (Ottawa-Charta der Weltgesundheitsorganisation, 1986). Die Vision bedeutet: Gesundheits-bewusstes Leben und Arbeiten in einer gesundheits-gerechten Lebens- und Arbeitsumwelt. Die Befähigung und das ‚In-die-Lage-versetzen‘ von Menschen ist nicht nur Ziel, sondern auch Weg: Partizipative – meist auf Gruppenebene angesiedelte – Instrumente wie der Gesundheitszirkel sind weit verbreitet. Aufbauend auf den Präventionsleistungen des Arbeits- und Gesundheitsschutzes setzt die betriebliche Gesundheitsförderung auf die Potenziale und die Selbstregulation der Beschäftigten. Voraussetzung dafür ist, dass Menschen ihre gesundheitliche und arbeitsbezogene IST-Situation erkennen und beurteilen können und die entsprechenden Schlüsse daraus ziehen. Damit soll die Handlungs- und Entscheidungsfähigkeit und die entsprechenden Wahlmöglichkeiten für das Menschsein unterstützt werden, kurz die Selbstbestimmung.

Einige bewegt heute die Frage: „Was können wir gemeinsam tun, damit ich gesund und gern länger als bisher arbeiten kann?“ Das Arbeitsbewältigungs-Coaching kann auf zweifache Weise bei der Suche nach Fördermöglichkeiten hilfreich sein:

- für die einzelne Beschäftigte: im Arbeitsbewältigungsgespräch selbst durch die kombinierte Kurz-„Diagnose“ und Kurzberatung über die Fördermöglichkeiten der Arbeitsbewältigungsfähigkeit
- für den Betrieb: durch die personen-unabhängige Auswertung des Arbeitsbewältigungsstatus der Beschäftigten zur Planung von Gesundheitsförderungsmaßnahmen.

Instrument:

Das Arbeitsbewältigungs-Coaching setzt auf das finnische Instrument „Arbeitsbewältigungs-Index“. Es ist ein spezielles Gefährdungsbeurteilungsinstrument, das frühzeitig eine Nicht-Passung von Arbeitsanforderungen und individuellen funktionellen Kapazitäten identifiziert. Die Vorhersagekraft in bezug auf drohende Gesundheitsbeeinträchtigungen bis hin zu Erwerbsunfähigkeit ermöglicht Prävention. Die Wirksamkeit des Vier-Ebenen-Interventionsmodells zur Erhaltung und Förderung von Arbeitsbewältigungsfähigkeit ist wissenschaftlich belegt.

Einsatz:

Während bislang die Durchführung des „Arbeitsbewältigungs-Index“ ausschließlich in den Händen von Arbeitsmedizinern und arbeitsmedizinischen Assistenzpersonal lag, zeigen erste Studien, dass er auch von entsprechend geschulten Präventivfachleuten aus Arbeitspsychologie, Arbeitswissenschaft und Gesundheitsberatung bei Einhaltung der Vertraulichkeits-Regeln in bezug auf die persönlichen Daten gehandhabt werden kann.

Wie läuft das Arbeitsbewältigungs-Coaching ab?

- Angebot eines (freiwilligen) Arbeitsbewältigungsgespräches durch einen kundigen Gesundheitsberater im Betrieb/Pflegedienst
- Reservierung einer Gesprächszeit von mindestens 30 Minuten
- Ausreichend Zeit und erklärende Unterstützung für das Selbstauffüllen des „Arbeitsbewältigungs-Index“- Fragebogens
- Vorlage eines verständlichen, nachvollziehbaren Auswertungsblattes
- Erläuterung und Anleitung zum Verstehen der individuellen Teilergebnisse und des individuellen Endergebnisses
- Erläuterung zur Ableitung von Schutz- und Entwicklungszielen auf Basis des Endergebnisses
- Gemeinsame Erarbeitung von Interventionen anhand des Vier-Ebenen-Fördermodells

- Festlegung eines Selbstkontrakts für die Umsetzung der Maßnahmen.

Das wiederholte Angebot des „Arbeitsbewältigungs-Index“ in einem 2- bis 3-jährigen Rhythmus vermehrt die Hinweise, die Selbstbeobachtung und Selbstregulation unterstützen können. Mit dem Überblick über Entwicklungslinien in Rahmen von Zeitperioden bekommt der Einzelne ein biopsychosoziales Feedback über eigenes Tun und die Auswirkungen verschiedener Einflussfaktoren der Arbeitswelt.

Die Vorteile des Arbeitsbewältigungs-Coachings für die Beschäftigten bilden sich - sowohl im Positiven wie im Negativen – schon erahnte und gespürte Entwicklungen ab und werden damit sichtbar und besprechbar.

Im Falle positiver Entwicklungen stellte sich eine Gewissheit über die Wirksamkeit getroffener Veränderungen ein. Im Falle negativer Entwicklungen entsteht ein Handlungsimpuls zur Veränderung.

Die Gesprächspartnerinnen formulierten - von sich aus - den Wunsch, dass das Arbeitsbewältigungsgespräch in zwei Jahren wieder angeboten werden soll.

Service:

Wenn Sie in Ihrem Pflegedienst an dem Mitarbeiterinnen-Angebot von regelmäßigen Arbeitsbewältigungs- Coaching interessiert sind, dann wenden Sie sich an Ihren arbeitsmedizinischen Dienst und besprechen Sie dessen Möglichkeiten zur Umsetzung.

- Bezüglich Ausbildungen/Trainings zum Einsatz des ABI für Arbeitsmedizinerinnen, Arbeitspsychologinnen, Gesundheitsberaterinnen, arbeitswissenschaftlich versierte Personen: Arbeit und Zukunft e.V. (sekretariat@arbeitundzukunft.de)
- Anwendungshandbuch und Fragebogen „Arbeitsbewältigungs-Index“: Tuomi, K. / Ilmarinen, J. / Jahkola, A. / Katajarinne, L. & Tulkki, A. (2001): Arbeitsbewältigungsindex. Work Ability Index. Dortmund/Berlin 2001 (=Schriftreihe der Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin, Übersetzung Ü14)

- Service- und Informationsportal: www.arbeitsfaehigkeit.net
- Weitere Publikationen, Veranstaltungen und Forschung zum Arbeitsbewältigung-Index bei der Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin (BAuA, www.baua.de)

Psychische Gefährdungsbeurteilung

Zweck:

Der Begriff „Gefährdungsbeurteilung“ ist eng mit dem Arbeits- und Gesundheitsschutz verbunden. Sie stellt das zentrale Instrument der Prävention nach § 5 des Arbeitsschutzgesetzes dar. So ist jedes Unternehmen verpflichtet, frühzeitig und systematisch Gefährdungen bei der Arbeit zu ermitteln, zu beurteilen und entsprechende Maßnahmen zur Reduktion und Bewältigung des Restrisikos festzulegen. Die – dokumentierten – Ergebnisse der Gefährdungsbeurteilung zeigen auf, an welchen Stellen, in welchen Situationen und bei welchen Tätigkeiten Handlungsbedarf für Sicherheit und Gesundheit der Beschäftigten besteht.

In der Aufmerksamkeit ganz oben stand bislang eher die Gefährdungsbeurteilung physikalischer, biologischer, chemischer und physischer Faktoren. Während die Risiken z.B. in Zusammenhang mit dem Fahrzeug, mit Injektionen oder Ansteckungserkrankungen der Patientinnen bekannt und die diesbezüglichen Sicherheits- und Gesundheitsmaßnahmen relativ klar sind, sind psychische Belastungsfaktoren schwerer erfassbar und veränderbar. Der erste Schritt der psychischen Gefährdungsbeurteilung ist das Erkennen. Dazu werden häufig erfolgreich verschiedene Befragungsinstrumente eingesetzt. Die Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienste und Wohlfahrtswesen stellt hier Materialien, ein Fragebogeninstrument und Service zur Verfügung.

Oftmals werden eine Reihe relativ kleiner, alltäglicher aber unnötiger Behinderungen der Pflege- und Betreuungshandlung zur psychischen Fehlbelastung. Dazu zählen folgende Kategorien von **Handlungshindernissen**:

- **„Unterbrechungen durch Blockierungen“**
sind jene ungeplanten Behinderungen bei der Arbeitsdurchführung, welche zu Wartezeiten führen. Diese Blockierungen können während der Fahrtätigkeit auftreten, dabei handelt es sich z.B. um Stau, Parkplatzsuche etc. oder treten kurz vor oder während der eigentlichen Betreuungsaufgabe auf und ergeben sich aus z.B. Schwerhörigkeit der Klientin und damit verzögertem Öffnen der Tür, fehlende Infrastruktur wie Warmwasser in der Privatwohnung etc.
- **„Informatorische Erschwerungen“**
stellen sich bei Fehlen von für die Arbeitsdurchführung notwendigen Informationen ein. Sie sind Ergebnis fehlerhafter oder überhaupt fehlender Informationsweitergaben zwischen unterschiedlichen Personengruppen. Es erfordert nachträglichen und ungeplanten Zusatzaufwand zur Recherche dieser Informationen.
- **„Unterbrechungen durch Funktionsstörungen“**
sind jene ungeplanten Behinderungen bei der Arbeitsdurchführung, die durch Mängel an Hilfsmitteln für die Betreuung auftreten.
- **„Motorische Erschwerungen“**
sind unterschiedliche schwierige Ausführungsbedingungen. Es handelt sich um Behinderungen bei der Fortbewegung, der Körperbewegung oder der Handhabung von Personen oder Geräten. Dazu gehören fehlende Hilfsmittel wie auch ungünstige Raumbedingungen für ergonomisches Arbeiten. Hier handelt es sich um Umgebungseinflüsse, die Zusatzaufwand an Kraft oder Zeit hervorrufen.
- **„Unterbrechungen durch Personen“**
sind mehr oder weniger mit der unmittelbaren Arbeitsaufgabe zusammenhängende Unterbrechungen durch andere Personen vorrangig außerhalb des Betreuungsbeziehung. Zum Beispiel könnte dies ein Anruf von Kolleginnen von der Dienststelle sein.

Weiter spielen bei der ambulanten Pflgetätigkeit sogenannte **Überforderungen** eine Rolle. Sie resultieren aus Arbeitssituationen mit Zeitdruck, ungünstigen ergonomischen Faktoren oder mit spezifischen Merkmalen der Interaktions- und Gefühlsarbeit mit Klientinnen und Angehörigen wie auch der Kooperation mit

Schnittstellen des Systems der ambulanten Pflege. Dabei werden die Leistungskapazitäten der Arbeitenden im Übermaß beansprucht und bedürfen spezifischer individueller Bewältigungs- oder Selbstmanagementstrategien.

Folgende Kategorien von arbeitsbezogener Überforderung sind anzuführen:

- Verschiedene **körperliche Belastungsfaktoren** führen zu zusätzlichem Kraftaufwand oder zu Fehlbeanspruchungen bei besonderen Mitarbeiterinnengruppen. Wir subsumieren diese Faktoren nicht in der Kategorie der „motorischen Erschwerungen“, da es sich weniger um aktuelle ungeplante Behinderungen handelt, sondern um strukturelle Charakteristika des jeweiligen Arbeitsortes. Es stellt vielmehr eine Konstante der Arbeitstätigkeit an einem bestimmten Arbeitsort dar. Eine Veränderung des Beanspruchungspotenzials für die Mitarbeiterinnen ist nicht durch die Veränderung der Belastung, sondern nur durch arbeitsorganisatorische Maßnahmen (z.B. gesundheitsgerechte Arbeitseinteilung und Tourenplanung) zu bewerkstelligen. Zu diesen körperlichen Belastungsfaktoren zählen wir z.B. Stiegensteigen, erforderliche Körperhaltungen beim Bewegen von Patienten usw.
- Dieser Mensch-zu-Mensch-Beruf birgt spezifische **Belastungsfaktoren aus der Interaktion und Kommunikation** mit Klientinnen und Angehörigen. Darüber hinaus haben auch Kooperationsschwierigkeiten mit anderen Schnittstellen aus dem System der ambulanten Pflege (Meinungsverschiedenheit mit Hausarzt, ungeklärte Sachlage mit der Krankenversicherung usw.) Auswirkungen auf die Arbeitssituation.
- Die Dienstleistung für und mit den Klientinnen in außergewöhnlichen Lebenssituationen bedeutet **Gefühlsarbeit**. Gefühle in Zusammenhang mit Krankheit, Sterben, Verwirrtheit, Depression, Aggression, sexuellen Übergriffen, mangelnder Compliance etc. treten im professionellen Kontext auch bei den Fachkräften auf.
- Wie eingangs angeführt, sind verschiedene klientenspezifische Besonderheiten wie Gestank und Schmutz in der Wohnung, andere soziale Lebensstile oder kulturelle Besonderheiten ein begleitender Einflussfaktor bei der Ausführung der Arbeit.

Zur Erhebung dieser Handlungshindernisse und Überforderungsfaktoren dient eine Beobachtungsmessung der ambulanten Pfl egetätigkeit und Beobachtungsinterviews mit Mitarbeiterinnen aufbauend auf dem Gefährdungsbeurteilungs-Instrument von Büssing et al. (2000). Es kann unterschiedlich eingesetzt werden: Im PIZA-Projekt wurde es als expertengestütztes Verfahren von einer Gesundheitsberaterin eingesetzt. Weiter liegt es als vereinfachte und damit grobe Beobachtungs-Checkliste vor, die z. B. im Rahmen der Erstgespräche bzw. der Pflegevisiten von der Pflegedienstleitung oder als kontinuierliches Berichtsblatt der Beschäftigten an die Pflegedienstleitung über ihre Arbeitssituationen verwendet werden kann. Damit werden konkrete Belastungsfaktoren festgehalten und je nach Möglichkeit verändert oder ein gesundheitsbezogener Ausgleich organisiert.

Auf diesem Wege kann die psychische Gefährdungsbeurteilung mit Leben erfüllt und in die Abläufe des ambulanten Pflegedienstes integriert werden. Mit der groben Darstellung der einzelnen Arbeitsbedingungen bei den Patientinnen und Klientinnen entsteht eine konkrete Grundlage zu Fragen der Arbeitsqualität. Nach Möglichkeit werden Initiativen zur Verbesserung durch den ambulanten Pflegedienst gemeinsam mit den Kundinnen gesetzt. Sollten die Bedingungen nicht veränderbar sein und Bestandteil der Pfl egetätigkeit, dann sind Belastungswechsel oder professionelle Unterstützungsmöglichkeiten auszuloten.

Instrument:

Die psychische Gefährdungsbeurteilung nach Büssing et al. (2000) liegt als Publikation vor.

Der Prototyp der vereinfachten Beobachtungs-Checkliste für die Pflegedienstleitung im Rahmen der Pflegevisite oder für die Mitarbeiterinnen selbst findet sich im Anschluss:

Datum: Exam. Krankenschwester o Exam. Altenpflegerin o Krankenpflegehelferin o
CASE-Nr.: Auftrag (Morgentoilette, Verbandswechsel,...): Pflege o Hauswirtschaft o

Patientin-Charakteristika:

Fahrtzeit:	Zusatzaufwand durch:	geplant
Leistungszeit:	Zusatzaufwand durch:	geplant
Doku:		
Blockierungen (Strom, Wasser, Telefon fehlt , langsames Öffnen):		
Informatorische Erschwerungen (Medikamentation, Übergabe von anderen, ...):		
Unterbrechungen durch Funktionsstörungen (Lifter, Bett, Rollstuhl,... oder eigene Arbeitsmittel wie Diahand,...):		
Motorische Erschwerungen (durch räumliche Ausstattung, passiven Patienten, Infrastruktur, ...) (Hinweise auf Körperhaltung):		
<i>Besondere Kooperation/Kommunikation-Anforderungen</i>		<i>Konflikt</i>
Patientin (hohe oder andere Erwartungen/ Behandlungsvorstellung, fixe Zeitwünsche, bes. Gesprächsbedürfnis, faking good faith, Distanz-Nähe-Bedürfnis, ...):		
Angehörige (hohe oder andere Erwartungen, Diagnose verschweigen, keinen Kontakt zum Patienten, ...)		
Krankenhaus		
Hausarzt		
Apotheke		
Andere Dienste		
Kassen		
Reha		
Essen auf Rädern / Hauswirtschaftliche Hilfen		
Spezifische Überforderung (z. B. fehlende Hilfe beim Bewegen des Patienten):		
Unspezifische Überforderungen (Krankheit, Sterben, Verwirrtheit, Depression, Aggression, sexuelle Übergriffe, keine Compliance,)		
Besondere Ressourcen:		
Pausen / Zeit für private Dinge (Toilette, Trinken, Essen):		

Bemerkungen:

Einsatz:

Die vereinfachte Beobachtungs-Checkliste ist ein Laieninstrument und soll den innerbetrieblichen Austausch über konkrete Handlungs- und Entwicklungsbedarfe bei der konkreten Pflege- und Betreuungstätigkeit unterstützen.

Service:

- Angebote für die Durchführung der expertengestützten Beobachtungsmessung: Arbeit und Zukunft e.V. (sekretariat@arbeitundzukunft.de)
- Mappe „Gefährdungsermittlung und –beurteilung: Psychische Belastung und Beanspruchung. Anleitung zur Mitarbeiterbefragung für die ambulante Pflege“ der Berufgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege (www.bgw-online.de)

Weitere Informationen zur (ambulanten) Pflege:

- Thematischer Initiativkreis Gesunde Pflege (www.inqa.de)

Selbstmanagement-Training für Gesundheit und Wohlbefinden im Beruf**Zweck:**

Es handelt sich um eine Sensibilisierung für Handlungshindernissen (Unterbrechungen, Erschwerungen, Blockierungen) und der Erarbeitung von Lösungsstrategien in der Gruppe betroffener Kolleginnen. Dafür wurde ein Konzept von Lüders & Pust übernommen und für ein Trainings-Werkstatt von zwei Halbtagen angepasst.

Die Trainingskonzeption orientiert sich an zwei Zielen:

- Erkennen, Benennen und Bearbeiten von arbeitsorganisatorischen Fehlbelastungsfaktoren bzw. psychischen Belastungsfaktoren auf Grund von Handlungsregulationshindernissen (in Anlehnung an Lüders & Pust, 1992) und

- Problemlösungsstrategien auf individueller und betrieblicher Ebene zur Prävention und Bewältigung von Fehlbelastungen (in Anlehnung an Kaluza, 2004).

Instrument:

Moderations-Ablauf beinhaltet:

<p>Einstieg</p> <p>Vorstellung</p> <p>Was bringen Sie mit? – Was wünschen Sie sich mitzunehmen?</p> <p>Input: „Meine Gesundheit bei der Arbeit managen“</p>
<p>Selbst-Beobachtung „Last und Lust der Arbeit“</p> <p>Beschreibung der liebsten und schwierigsten Arbeiten</p> <p>Was sind erste Stresssignale? – Was sind Stressverstärker?</p> <p>(auf Wunsch) Wohlfühl-Übung</p>
<p>Erfahrungsaustausch:</p> <p>Wandzeitung über Stärken und Schwächen einer geschilderten Arbeitssituationen</p>
<p>„Gesunde Arbeit“</p> <p>Input „Kriterien für gesunde Arbeit“</p>
<p>Problemlösungsstrategie am Beispiel</p> <p>① Belastungen erkennen</p> <p>② Sammlung von Bewältigungs- und Entlastungsmöglichkeiten</p> <p>③ Anschubhilfe für Umsetzung in den Arbeits- und Betriebsalltag</p>
<p>Selbst-Regulation</p> <p>Möglichkeiten der Umsetzung der Vorschläge</p> <p>Selbstbelohnung – Entwicklungspaten – Selbstkontrakt</p>
<p>Trainings-Schluss</p>

Einsatz:

Das Trainings- bzw. Moderationskonzept kann auf betriebsinterne Multiplikatorinnen zur internen Weiterführung übertragen werden.

Service:

- Angebote für die Durchführung der externen Moderation oder der Ausbildung für interne Moderatorinnen: Arbeit und Zukunft e.V.
(sekretariat@arbeitundzukunft.de)

Zukunfts-Forum**Zweck:**

Das eintägige Zukunfts-Forum ist geeignet zur Schnittstellen-Optimierung im System der ambulanten Pflege oder als innerbetriebliche Gesundheitskonferenz zur Entwicklung von Maßnahmen zur Erhaltung und Förderung von Arbeitsbewältigungsfähigkeit in ambulanten Diensten.

Instrument:

Um in großen und unterschiedlich zusammengesetzten Gruppen gut und zielorientiert arbeiten zu können, wurde in Anlehnung an das Konzept der „*future search conference*“ (Zukunftskonferenz) von Marvin Weisbord ein Moderationskonzept für das Zukunfts-Forum entwickelt. Eine Zukunftskonferenz unterstützt den schnellen Wandel. Sie kann die Energie vieler für neue Ziele und Programme mobilisieren und nicht zu letzt kann sie helfen, dass eine Gemeinsamkeit von Visionen und für Entwicklungsmaßnahmen entsteht. Der lateinische Begriff FORUM bedeutet Markt oder Marktplatz. Hier vermischen sich Bedarfe und Lösungen zu Nachfrage und Angebot. Eine spezifische Kooperation wird hier eingegangen ohne die für beide Seiten kein befriedigendes Ergebnis erzielt werden würde. In diesem Sinne sind die Säulen des FORUMs:

- Die (geladenen) Teilnehmerinnen, die das ganze System bzw. einen großen Querschnitt des Systems vertreten. Sie liefern und untersuchen Informationen. Sie arbeiten selbständig in kleinen Gruppen und planen Ziele und Maßnahmen für das System.
- Der/die Moderatorin gibt Zeiten und Aufgaben vor, leitet Diskussionen im Plenum und stellt wichtige Themen heraus.
- Die Kooperationsvereinbarung auf diesem Forum umfasst wenige Regeln:
 - Alle Wahrnehmungen sind gültig.
 - Alle Informationen werden auf Flipcharts geschrieben.
 - Die Zeiten werden strikt eingehalten.
 - Die FORUM-Teilnehmerinnen bemühen sich, nach Gemeinsamkeiten zu suchen.
 - Differenzen und Probleme werden gewürdigt und erkundet, aber es wird nicht versucht, diese zu bearbeiten oder sich darin zu verheddern.

Service:

- Der Moderationsleitfaden für das Zukunfts-Forum ist anschaulich im Methodenfilm auf www.piza.org aufbereitet.
- Angebote externe Moderation: verschiedene Anbieter u.a. Arbeit und Zukunft e.V. (sekretariat@arbeitundzukunft.de)

Service

Literatur

- Büssing, A. / Giesenbauer, G. / Glaser, J. / Höge, T. (2000): Ambulante Pflege: Arbeitsorganisation Anforderungen und Belastungen. Eine Pilotstudie mit Erfahrungsberichten. Dortmund/Berlin (=Schriftenreihe der Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin - Fb 902)
- Geißler, H. / Bökenheide, T. / Geißler-Gruber, B. / Schlünkes, H. & Rinninsland, G. (2004): Der Anerkennende Erfahrungsaustausch. Frankfurt/M.
- Gregersen, S. / Ohlsen, S. & Sattel, H. (2002): Gesundheitsrisiken in Ambulanten Pflegediensten. Hrsg. von Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege (BGW). Hamburg: Information zu Grundlagen der Prävention und Rehabilitation - Psychologie
- Hasselhorn, H.-M. / Tackenberg, P. / Müller, B.H. (2003): Working conditions and intent to leave the profession among nursing staff in Europe. SALTSA Working Life Research in Europe 2003. Stockholm
- Ilmarinen, J. & Tempel, J. (2002): Arbeitsfähigkeit 2010 - Was können wir tun, damit Sie gesund bleiben? Hamburg
- Ilmarinen, J. & Tempel, J. (2002): Erhaltung, Förderung und Entwicklung der Arbeitsfähigkeit - Konzepte und Forschungsergebnisse aus Finnland. In: Fehlzeiten-Report 2002 - Demographischer Wandel. Hrsg. Von B. Badura, H. Schellschmidt & C. Vetter. Berlin u.a., S. 84-99
- Kaluza, G. (2004): Stressbewältigung. Trainingsmanual zur psychologischen Gesundheitsförderung. Berlin-Heidelberg-New York
- Lüders, E. & Pust, C. (1992): Frauen untersuchen ihren Arbeitsalltag und verändern ihn. Bericht über ein Seminar zur Arbeitsanalyse und -Gestaltung. Berlin (= IfHA-Berichte. Berichte und Preprints aus dem Institut für Humanwissenschaft in Arbeit und Ausbildung der Technischen Universität Berlin, Nr. 31)
- Tuomi, K. / Ilmarinen, J. / Jahkola, A. / Katajarinne, L. & Tulkki, A. (2001): Arbeitsbewältigungsindex. Work Ability Index. Dortmund/Berlin 2001 (=Schriftreihe der Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin, Übersetzung Ü14)
- Volkholz, V. (2004): Einzigartigkeit gestalten. Zu Vielfalt und Individualität von Unternehmen. Stuttgart

Zimber, A. (1999): Arbeitsbelastung und Beanspruchung in der Altenpflege:
Forschungsstand in der Bundesrepublik Deutschland. In: Zimber, A. &
Weyerer (Hg.): Arbeitsbelastung in der Altenpflege. Göttingen, S. 170-184

Adressen

Kooperationsunternehmen:

- Ambulante Kranken- und Altenpflege Annweiler, Krämerstraße 9, 76855 Annweiler
- Caritas- Sozialstation Ambulantes Hilfezentrum, Am Reichsritterstift 3, 55294 Bodenheim
- Evangelische Sozialstation Hachenburg- Bad Marienberg, Gartenstraße 11, 57627 Hachenburg
- Evangelische Sozialstation Mainz, Kaiserstraße 37, 55116 Mainz
- Krankenpflege und Betreuung Kuttler, Berthold-Brecht- Weg 1, 67592 Flörsheim
- Malteser Hilfsdienst gGmbH, Luitpoldstraße 79, 76770 Hatzenbühl
- Ökumenische Sozialstation Westpfalz e.V., Bruchwiesenstraße 43, 66849 Landstuhl
- Pflegedienst Lebensbaum, Ernst-Barlach-Straße 3, 67227 Frankenthal

Weitere Ansprechpartnerinnen:

- Arbeitgeber- und Berufsverband Privater Pflege e.V. (ABVP), Geschäftsstelle West, Schusterstraße 15, 55116 Mainz
- Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege, Bezirksstelle Mainz, Referat für Prävention, Göttelmannstraße 3, 55130 Mainz
- Bundesverband privater Anbieter sozialer Dienste e.V., Adolfsallee 59, 65185 Wiesbaden

- DPO e.V., Dachverband der Pflegeorganisationen, Bösgrunder Weg 10, 55543 Bad Kreuznach
- Evangelische Fachhochschule Ludwigshafen, Postfach 210628, 67006 Ludwigshafen
- Forschungsgruppe ‚Arbeit und Zukunft e.V.‘, Rissener Landstraße 193, 22559 Hamburg
- Katholische Fachhochschule Mainz, Saarstraße 3, 55122 Mainz
- LIGA der Spitzenverbände der Freien Wohlfahrtspflege im Land Rheinland-Pfalz, Bauerngasse 7, 55116 Mainz
- MASFG, Gewerbeaufsicht, Bauhofstraße 9, 55116 Mainz
- MASFG, Referat „Gesundheitsfachberufe“, Bauhofstraße 9, 55116 Mainz
- MASFG, Referat „Pflege“, Bauhofstraße 9, 55116 Mainz
- Ver.di-Landeszirksleitung, Muselstraße 35, 55118 Mainz

Links

www.inqa.de ... Initiative „Neue Qualität der Arbeit“

www.inqa.de/Inqa/Navigation/Themen//Pflege/tik-pflege.html ... Thematischer Initiativkreis (TIK) Gesund Pflegen

www.bgw-online.de ... Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege

www.menschen-pflegen.de ... Qualitätsoffensive „Menschen pflegen“

www.piza.org ... Forschungsprojekt „PIZA“