

Endbericht

Arbeitsbewältigung in der ambulanten Pflege

PIZA-Längsschnittstudie 2003-2005-2007-2009

Verfasser: Arbeitsleben KG

**Brigitta Gruber
Alexander Frevel**

**unter Mitarbeit von:
Heinrich Geißler
Bianca Lißner
Torsten Bökenheide
Jürgen Tempel
Monika Steindl**

Stand: Dezember 2009

Inhalt

Zusammenfassung	4
1. Längsschnittstudie: Arbeitsbewältigung in der ambulanten Pflege	8
1.1 Anlässe und Förderzusammenhänge.....	8
1.1.1 Erste Förderphase 2002-2005.....	8
1.1.2 Abschluss 2005.....	12
1.1.3 Zweite Förderphase 2007-2009	12
1.2 Kooperationseinrichtungen der Längsschnittuntersuchung	14
1.2.1 Strukturdaten der beteiligten Pflegedienste	14
2. Demografischer Wandel in der (ambulanten) Pflege	17
2.1. Betriebe und Beschäftigte	17
2.2. Pflegebedürftige und Pflegeversorgung	20
2.3. Erwartete Auswirkungen von Veränderungen in der Altersstruktur auf die Pflege	20
3. Arbeitsbewältigungsfähigkeit und ihre Einfluss- bzw. Gestaltungsfaktoren: Das finnische Fördermodell	23
3.1 Arbeitsbewältigungs-Index (ABI) / Work Ability Index (WAI): Das finnische Messinstrument	25
3.2 „Arbeitsbewältigungs-Coaching®“ – Das Untersuchungs- und Interventionsinstrument.....	25
4. Ergebnisse: Arbeitsbewältigung in der ambulanten Pflege	27
4.1 Querschnittuntersuchung 2009	27
4.1.1 Teilnehmende beim „Arbeitsbewältigungs-Coaching“.....	27
4.1.2 Arbeitsbewältigungsfähigkeit 2009	28
4.1.2 Arbeits-Renten-Perspektive 2009.....	32
4.2 Vergleich der Querschnittuntersuchungen 2003-2005-2007-2009	33
4.2.1 Teilnehmende der Querschnittuntersuchungen.....	33
4.2.2 Arbeitsbewältigungsfähigkeit in den Betrieben zu verschiedenen Zeitpunkten	34
4.2.3 Arbeits-Renten-Perspektive im Wandel.....	35
4.2.4 Was hat sich aus Sicht der Beschäftigten verändert?.....	36
4.3 Längsschnittuntersuchung 2003-2005-2007-2009	37
4.3.1 Teilnehmende zu allen vier Zeitpunkten	37
4.3.2 Entwicklung der Arbeitsbewältigungsfähigkeit 2003-2005-2007-2009	38
4.3.3 Arbeits-Renten-Perspektive im Wandel.....	40
4.4 Unterschiedliche Längsschnittgruppen.....	41
4.4.1 Entwicklung der Arbeitsbewältigungsfähigkeit	41
5. Förderung der Arbeitsbewältigung	43
5.1 Förderthemen der Teilnehmenden 2009	43

5.1.1	Betriebliche Maßnahmenpläne 2009	44
6.	Evaluation der Förderprogramme 2007 im Jahr 2009	46
6.1	Output-Evaluation 2007-2009: Umsetzung der Fördervorsätze und -bedarfe aus Sicht der Beschäftigten	46
6.1.1	Anzahl und inhaltliche Ausrichtung der Förderthemen 2007	46
6.1.2	Anzahl und inhaltliche Ausrichtung der betrieblichen Maßnahmenpläne 2007	48
6.1.3	Anzahl und inhaltliche Ausrichtung der umgesetzten Maßnahmen zwischen 2007 und 2009 aus Sicht der Beschäftigten.....	49
6.2	Outcome-Evaluation	51
6.2.1	Arbeitsbewältigungsfähigkeit.....	52
6.2.2	Arbeits-Renten-Perspektive	58
6.2.3	Selbstwirksamkeit	58
7.	Ausblick	60
7.1	Transfer-Skizze „Arbeitsbewältigungs-Coaching“ in Rheinland-Pfalz	63
8.	Anhang: Projekt-Kurzdarstellung	65
	Literatur	66
	Impressum	69

*„Keine Zukunft vermag wieder gut zu machen,
was Du in der Gegenwart versäumst“*
Albert Schweitzer

Zusammenfassung

Kurzantworten auf Fragen des/r interessierten Lesers/in

<p>Was ist Arbeitsbewältigungsfähigkeit (Work Ability)?</p>	<p>Als Arbeitsbewältigungsfähigkeit gilt das Potenzial eines Menschen, eine gegebene Aufgabe/Tätigkeit zu einem gegebenen Zeitpunkt zu bewältigen. Arbeitsbewältigungsfähigkeit ist eine veränderliche und gestaltbare Größe, die von den individuellen (körperlichen, geistigen, psychischen und sozialen) Kapazitäten und Ressourcen ebenso beeinflusst wird wie von den Arbeitsanforderungen. Die wesentlichen individuellen und betrieblichen Gestaltungsbereiche sind:</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Gesundheit / Gesundheitsförderung ● Betriebsklima, Arbeitsorganisation und Führungskultur ● Kompetenz und Personalentwicklung ● Arbeitsbedingungen und Arbeitsgestaltung. <p>Befinden sich Person und Arbeit (Arbeitsanforderungen) in einem ausgewogenen Passungsverhältnis, dann liegt eine sehr gute bis gute Arbeitsbewältigungsfähigkeit vor. Passen Arbeit und Person nicht gut zusammen, sind Ressourcen erschöpft oder von Arbeitsbedingungen überfordert, dann liegt eine mäßige bis kritische Arbeitsbewältigungsfähigkeit vor.</p>
<p>Was beschreibt der Arbeitsbewältigungs-Index?</p>	<p>Der Arbeitsbewältigungs-Index (Work Ability Index) misst die Arbeitsbewältigungsfähigkeit mit einem validen Erhebungsbogen (subjektive Beanspruchungs-Analyse). Der Wert zwischen 7 und 49 Punkten zeigt den Grad der Passung zwischen Arbeitsanforderungen und persönlichen Kapazitäten.</p>
<p>Was ist das „Arbeitsbewältigungs-Coaching“?</p>	<p>Das Arbeitsbewältigungs-Coaching[®] ist ein Instrument zur Förderung der persönlichen und belegschaftsbezogenen Arbeitsbewältigung. Es stärkt die Selbstbeobachtungs- und Selbsthandlungskompetenz von Personen (Erhebung des Arbeitsbewältigungs-Index; Erarbeitung individueller Förderziele und Fördermaßnahmen; Formulierung von Förderwünschen an den Betrieb in einem einstündigen Gespräch) und Betrieben/betrieblichen Entscheidungsträgern (Rückmeldung des anonymisierten Arbeitsbewältigungsstatus der Befragten und der Förderthemen als betriebliche Steuerungshinweise und Planung betrieblicher Fördermaßnahmen).</p> <p>Das Arbeitsbewältigungs-Coaching trägt bei zu einem Frühhinweissystem „Arbeitsbewältigungs-Entwicklung“ und hat ein Interventionspotenzial auf persönlicher, betrieblicher und Branchen-Ebene.</p>
<p>Wer sind die Beteiligten dieser Studie?</p>	<p>Beteiligt waren insgesamt 289 Beschäftigte aus acht (2003 – 2005) bzw. fünf (2007 – 2009) ambulanten Pflegeeinrichtungen in Rheinland-Pfalz. Das Durchschnittsalter der 101 Teilnehmenden im Jahr 2009 beträgt 48,6 Jahre. Es sind alle Berufsgruppen vertreten: examinierte Pflege-</p>

	<p>kräfte (47 %), Pflegehilfskräfte (9 %) Beschäftigte der Hauswirtschaft, des Fahrtendienstes und der Verwaltung einschließlich Führungskräfte (Geschäftsführung, Pflegedienstleitung; 43 %).</p>
<p>Wie ist der Arbeitsbewältigungsstatus bei den Beteiligten der ambulanten Pflege im Jahr 2009?</p>	<p>Der durchschnittliche Arbeitsbewältigungs-Index aller beteiligten Beschäftigten beträgt 38,8 Punkte im Jahr 2009; zum Vergleich: Pflegekräfte aus allen Pflegesparten hatten im Jahr 2003 in Deutschland einen Wert von 37,9 Punkten (NEXT-Study; s. Hasselhorn et al. 2003). Beide Werte befinden sich im Bereich einer durchschnittlich guten Arbeitsbewältigung mit dem Schutz- und Förderziel „Unterstützungsbedarf“.</p> <p>Im Detail bedeutet es im Jahr 2009, dass mehr als zwei Drittel der beteiligten Beschäftigten sich in einer sehr guten/guten Arbeitsbewältigungssituation befinden. Gleichzeitig müssen die beteiligten ambulanten Pflegeeinrichtungen mit knapp einem Drittel der Belegschaft (31,7 %) in einer mäßigen/kritischen Arbeitsbewältigungssituation umgehen. Das kann bedeuten: höhere/längere Fehlzeiten, vermehrt Entlastungs- und Unterstützungsbedarf in der Arbeit oder ein erhöhtes Risiko des vorzeitigen Ausstiegs aus dem Betrieb oder aus dem Beruf.</p> <p>Die Berufsgruppen unterscheiden sich signifikant in der durchschnittlichen Arbeitsbewältigung. PflegehelferInnen und examinierte Pflegekräfte haben eher ungünstigere Arbeitsbewältigungssituationen als die Befragten in der Hauswirtschaft, in der Verwaltung und im Krankentransport.</p> <p>Weiter unterscheiden sich die Arbeitsbewältigungswerte signifikant nach Einrichtungen.</p> <p>Nach Altersgruppen lassen sich tendenziell Unterschiede in der Arbeitsbewältigung feststellen, allerdings sind diese nicht signifikant. Das Ansteigen der durchschnittlichen Arbeitsbewältigungswerte mit dem Lebensalter ist eher dem „Healthy Worker Effect“ und dem geringeren Beschäftigungsumfang der älteren Befragten zuzuschreiben.</p> <p>Arbeitsbewältigungsfähigkeit erweist sich als eine eher von anderen Faktoren als vordergründig dem Lebensalter abhängige Größe.</p>
<p>Gibt es einen Zusammenhang zwischen der Arbeitsbewältigungskonstellation und der Einschätzung, die Arbeit bis zum Renteneintrittsalter ausüben zu können (Arbeits-Renten-Perspektive)?</p>	<p>Beschäftigte, die sich die Ausübung der Tätigkeit bis zum regulären Rentenalter vorstellen können, haben signifikant einen durchschnittlich höheren Arbeitsbewältigungswert (41,3 Index-Punkte) als die Befragten mit anderen Einschätzungen. Alle sind im Schnitt im Bereich einer mäßigen Arbeitsbewältigungskonstellation.</p>
<p>Wie entwickelte sich die Arbeitsbewältigung der Beteiligten, die an allen vier Untersuchungszeitpunkten teilnahmen? (Längsschnittergebnis)</p>	<p>Die Gruppe der an allen vier Erhebungen beteiligten Personen (Längsschnittgruppe) besteht aus 24 Teilnehmenden. Die Arbeitsbewältigungsfähigkeit nahm von 2003 auf 2005 deutlich zu. Bei der neuerlichen Erhebung 2007 zeigte sich ein rapides Absinken noch unter den Ausgangswert von 2003. Die Interventionsphase zwischen 2007 und 2009 erreichte im Durchschnitt keine Umkehr dieser negativen Arbeitsbewältigungs-Entwicklung; bremste aber die Abnahme des durchschnittlichen Arbeitsbewältigungswertes.</p>

<p>Was bringt das „Arbeitsbewältigungs-Coaching“? (Output)</p>	<p>Das „Arbeitsbewältigungs-Coaching“ wurde nur 2007 und 2009 durchgeführt. Die Wiederholung im Jahr 2009 erreichte in den fünf Kooperationsunternehmen insgesamt 63 Beschäftigte, die schon im Jahr 2007 beteiligt waren. Nach eigenen Angaben wurden die – im Schnitt 1,7 pro Beteiligten – individuellen Fördermaßnahmen zu zwei Dritteln umgesetzt. Weiter wurden 2007 durchschnittlich 2,8 Förderthemen pro Beteiligten an die Unternehmen adressiert. Im Rückblick bestätigen die Befragten, dass die Maßnahmen zu einem hohen Teil (65 %) realisiert wurden. Der Umsetzungsgrad ist zwischen den beteiligten Unternehmen unterschiedlich.</p>
<p>Was bewirkt das „Arbeitsbewältigungs-Coaching“? (Outcome)</p>	<p>Die Entwicklungsrichtungen in der Arbeitsbewältigungsfähigkeit bilden sich in den Einschätzungen zu Veränderungen im Unternehmen und in der Pflege ab. Positive Entwicklungen sind – insbesondere in der Interventionsphase ab 2007 – in den Bereichen betriebliche Weiterbildung, arbeitsorganisatorische Veränderungen und bezüglich des Betriebsklimas festzustellen.</p> <p>Die Intensivierung der betrieblichen Kommunikation, Verständigung über – gemeinsame – Fördermaßnahmen wie auch die individuellen Fördervorsätze scheinen insgesamt eine Verbesserung der betrieblichen Bedingungen zu erzeugen.</p> <p>Deutlich negative Entwicklungstendenzen werden in den Bereichen der Arbeitsbedingungen bei Klienten/Patienten sowie in der Zusammenarbeit mit anderen Professionen beschrieben. Diese beiden außerbetrieblichen Rahmenbedingungen haben sich im Zeitlauf kontinuierlich aus Sicht der Beteiligten verschlechtert.</p> <p>Gesundheitliche Beschwerden spielen bei der Arbeitsbewältigungsfähigkeit eine Rolle. Die vergleichende Darstellung der Auftretenshäufigkeit von aktuellen Arztdiagnosen gibt die Entwicklung des durchschnittlichen Arbeitsbewältigungswertes wider. Trotz Zunahme der Diagnosen bis zum Jahr 2009 verschlechterte sich aufgrund der stattfindenden Förderaktivitäten die Arbeitsbewältigung nicht in dem möglichen Maße. Die Quintessenz lautet: Die Arbeitsbewältigungsfähigkeit der Beschäftigten in der ambulanten Pflege hängt nicht nur vom Lebensalter, der Verweilzeit im Beruf und dem Gesundheitsstatus der Personen ab; weitere arbeits- und organisationsbezogene Faktoren spielen eine gewichtige Rolle.</p>
<p>Was sind die Schlussfolgerungen/Empfehlungen?</p>	<p>1. <i>Ergänzung der systematischen Präventionsstrategie des Arbeits- und Gesundheitsschutzes mit einer Vorsorge- und Förderstrategie für Arbeitsbewältigung</i> allgemein und in der ambulanten Pflege.</p> <p>Der Interventionsansatz „Arbeitsbewältigungsfähigkeit“ sollte Bestandteil der Pflichtenhefte der Präventivfachkräfte werden. Ein erster Schritt in diese Richtung wäre die Integration dieser Zielsetzungen in die laufende Deutsche Arbeitsschutzstrategie.</p>

	<p>Die Grundlagen für den Know-how-Transfer an diese Zielgruppe sind geschaffen. Die Berufsverbände (z. B. der Arbeitsmedizin) könnten eine Fortbildungsoffensive auf Basis der landes- und branchenspezifischen Erkenntnisse starten.</p> <ol style="list-style-type: none"> 2. Bewährte Instrumente wie z.B. das „<i>Arbeitsbewältigungs-Coaching</i>“ sollten in Rheinland-Pfalz – nach gelungener Einführung – offiziell den Einrichtungen der (ambulanten) Pflege <i>weiter verfügbar und abrufbar</i> gemacht werden. Dafür bieten sich MASGFF-nahe Vermittlungsinstanzen an: Zentrum für Zukunftsfähige Arbeit (ZA) oder eine noch zu entwickelnde operative Struktur der Qualitätsoffensive „Menschen-pflegen-Menschen“. Während der Studienphase wurden die diesbezüglichen Voraussetzungen in Rheinland-Pfalz geschaffen: Es gibt derzeit knapp 50 regionale BeraterInnen mit Kenntnissen in der Anwendung des „Arbeitsbewältigungs-Coaching“. 3. Die Weiterführung eines <i>Monitoring-/Frühhinweissystems</i> „Arbeitsbewältigungs-Entwicklung in der ambulanten Pflege“ ist bei Vernetzung der regionalen BeraterInnen und ihrer Beratungserkenntnisse im gesellschaftlichen Interesse möglich. Wir empfehlen die systematische Aufbereitung dieser (anonymisierten) Daten als laufende politische Steuerungshinweise. 4. Als eine Leerstelle des Arbeitsbewältigungsförderprozesses stellte sich die Entwicklung und Veränderung der Arbeitsbedingungen der ambulanten Pflege bei ihren Klienten/Patienten und an den interdisziplinären Schnittstellen dar. In diesem Zusammenhang bedarf es einer <i>überbetrieblichen und überregionalen Beratungs- und Sensibilisierungsoffensive</i> (z. B. getragen von der Pflegeversicherung u. a.) gegenüber der Gruppe der zu Pflegenden (Klienten, Patienten, Angehörige) und an den Schnittstellen.
--	--

1. Längsschnittstudie: Arbeitsbewältigung in der ambulanten Pflege

Der vorliegende Bericht beschreibt das Vorgehen der Untersuchungen sowie der Interventionen zur Förderung der Arbeitsbewältigungsfähigkeit in Betrieben der ambulanten Pflege in Rheinland-Pfalz. Erläutert werden die Ergebnisse und Erkenntnisse einer kleinen, aber für Deutschland einzigartigen Längsschnittstudie: Entwicklung und Förderung der Arbeitsbewältigungsfähigkeit im Zeitraum von 2003 bis 2009.

Das Vorhaben war nicht von vornherein als eine Längsschnittstudie konzipiert. Die Kombination von zwei Förderprogrammen, die Innovationsbereitschaft von zwei Fördergebern und die Kreativität einer Forschungs-/Beratungsgemeinschaft ließ dies über die Jahre entstehen.

Damit liegen nun Erkenntnisse vor, wie sich die Arbeitsbewältigung in der ambulanten Pflege über einen längeren Zeitraum (sieben Jahre) entwickelt hat und ob bzw. wie die Arbeitsbewältigung beeinflusst werden kann.

1.1 Anlässe und Förderzusammenhänge

Die Längsschnittstudie gliedert sich in zwei Förder-Phasen.

1.1.1 Erste Förderphase 2002-2005

Von 2002 bis 2005 fanden im Rahmen des vom Bundesministerium für Bildung und Forschung (BMBF) geförderten Projekts PIZA¹ verschiedene Untersuchungen und Methoden-Entwicklungen zukunftsfähiger Arbeitsforschung im Praxisfeld der ambulanten Pflege statt.

Die forschungsleitenden Fragestellungen waren:

- Wie sind die Gestaltungs(an)forderungen der Pflegenden kooperativ mit den Kunden (Klienten bzw. Angehörige) zu erfüllen, gegebenenfalls mit Unterstützung öffentlicher Systeme (Kassen, Sozialressorts in Verwaltungen ...) und privater Anbieter (z. B. Handwerksunternehmen der Orthopädie-/ Reha-technik, Sanitätshäuser)?
- Wie ist die individuelle Gesundheitsförderung im Sinne neuer Lernformen (wie z. B. des Selbst-Managements) effektiver und effizienter zu gestalten?

¹ "Partizipation und interaktive Interdisziplinarität für eine zukunftsfähige Arbeitsforschung – PIZA", gefördert vom BMBF (FKZ 01HN150; 2002 – 2005), Projektnehmer: Arbeit und Zukunft e.V., Hamburg. Veröffentlichung: Arbeit und Zukunft e.V. (Hg.): Dialoge verändern. Partizipative Arbeitsgestaltung – Voraussetzungen, Methoden und Erfahrungen für eine zukunftsfähige Arbeitsforschung, Köln (Kölner Wissenschaftsverlag) 2006.

- Wie können Früherkennungssysteme für psychische und/oder körperliche Überlastung aufgebaut werden? Wie ist die Umsetzung/Bearbeitung dieser Frühhinweise zu gewährleisten?

Als Kooperationspartner wurden 2002 das (jetzige) Ministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit, Familie und Frauen (MASGFF) des Landes Rheinland-Pfalz und acht ambulante Pflegedienste aus Rheinland-Pfalz gewonnen.

Dienst/Einrichtung	Ort	Anzahl Beschäftigte 2003
Pflegedienst Lebensbaum	67227 Frankenthal	Privat-gewerblich, 9 MA
Krankenpflege und Betreuung Kuttler	67592 Flörsheim	Privat-gewerblich, 12 MA
Ambulante Kranken- und Altenpflege Annweiler	76855 Annweiler	Privat-gewerblich, 6 MA
Malteser Hilfsdienst gGmbH	76770 Hatzenbühl	Privat-gewerblich, 50 MA
Ökumenische Sozialstation Westpfalz e.V.	66849 Landstuhl	Freigemeinnützig, 62 MA
Caritas Sozialstation Bodenheim	55294 Bodenheim	Freigemeinnützig, 25 MA
Evangelische Sozialstation (Diakonie) Hachenburg-Bad Marienberg	57627 Hachenburg	Freigemeinnützig, 35 MA
Evangelische Sozialstation Mainz-Oppenheim gGmbH	55116 Mainz	Freigemeinnützig, 25 MA

Tabelle : Übersicht der Kooperationsunternehmen „ambulante Dienste/Sozialstationen in Rheinland-Pfalz“ einschl. Anzahl der Beschäftigten 2003

Die Zusammensetzung der PIZA-Kooperationsunternehmen entsprach 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 % von freigemeinnützigen, zu 49 % von privatgewerblichen und zu 1 % von öffentlichen Organisationen getragen. Der Frauenanteil bei den Beschäftigten der ambulanten Pflegedienste betrug 88,8 %. Eine Entsprechung findet sich in der PIZA-Befragungspopulation.

Im Forschungsmittelpunkt stand die Suche nach und die Erprobung von Wegen für Betriebe, für das Gesundheitswesen und für Personen, die Gesundheit und die Arbeitsbewältigung der berufstätig Pflegenden unter den neuen Herausforderungen des demografischen Wandels zu erhalten und zu fördern.

Im Jahr 2003 widmeten sich zwei aufeinanderfolgende Untersuchungsbausteine der Belastungs- und Beanspruchungssituation der Beschäftigten in der ambulanten Pflege. Ab Februar 2003 fanden in den acht Kooperationsunternehmen vertrauliche Gesundheits- und Arbeitsbewältigungsgespräche mit Hilfe des Gesprächs- und Erhebungsleitfadens Arbeitsbewältigungs-Index – ABI (Work Ability Index – WAI nach Tuomi et al. 2001) statt. Diese Dialoge wurden von einem Arbeitsmediziner und einer

Arbeitspsychologin durchgeführt. Diese Gesundheits- und Arbeitsbewältigungsgespräche waren freiwillig; es nahmen insgesamt 151 Beschäftigte (das sind 66 % der Belegschaften der Partnerbetriebe) teil. Die Auswertung erfolgte über die gesamte Stichprobe. Die Ergebnisse wurden in allen Kooperationsunternehmen zum Teil im Rahmen von Teambesprechungen und zum Teil durch die informierte Pflegedienstleitung und unterstützt durch schriftliche Kurznachrichten an das Unternehmen an die Beschäftigten rückgemeldet. Die Rückmeldung der Gesamtergebnisse hatte zum Ziel, allen Beschäftigten und Führungskräften den Status der Arbeitsbewältigungsfähigkeit der Berufsgruppe im Sinne eines Beitrags zur Selbstbeobachtung (Erhöhung der Selbstbeobachtungskompetenz) zu vermitteln. Gleichzeitig wurde das „Haus der Arbeitsbewältigungsfähigkeit“ mit den Einfluss- und damit Interventionsebenen zur Erhaltung und Förderung von Arbeitsbewältigungsfähigkeit vorgestellt. Erste, zögerliche Diskussionen betrieblicher und individueller Arbeitsgestaltung und Gesundheitsförderung schlossen sich daran an.



Abbildung: Haus der Arbeitsfähigkeit (überarbeitet nach Ilmarinen/Tempel 2002)

Der zweite Untersuchungsbaustein konzentrierte sich auf Belastungen in der ambulanten Pflege und hier insbesondere bei der Pfl egetätigkeit selbst. Bei diesem Baustein handelte es sich um ein adaptiertes Verfahren der psychischen Gefährdungsbeurteilung, basierend auf den Vorarbeiten von Büssing und anderen (2000). Als Verfahrensform wurden die Beobachtungsmessung und Beobachtungsinterviews mit den begleiteten Beschäftigten gewählt. Insgesamt wurden im Herbst 2003 examinier-

te Pflegekräfte auf 11 Touren begleitet und 137 Klientinnen und Klienten besucht. Die Klientinnen und Klienten wurden über die Untersuchung informiert und haben ihre Zustimmung erteilt. Anhand eines Beobachtungsblattes wurden Behinderungen und Ressourcen der Arbeitstätigkeit der Pflegekräfte und der räumlichen wie der sozialen Arbeitsumgebung erfasst. Anschließend wurde ein vorläufiger Auswertungsbericht erstellt und mit Führungskräften aller Kooperationsunternehmen hinsichtlich Verständlichkeit und Plausibilität der Schlussfolgerungen diskutiert. Teilweise erfolgten daraufhin Anpassungen der Gestaltungsvorschläge. Der endgültige Bericht ging im Frühjahr 2004 an alle Kooperationsunternehmen und an den Steuerungsbeirat als Entwicklungs-Grundlage für Arbeitsgestaltung im Betrieb und insbesondere im System der ambulanten Pflege.

Nach 1,5 Jahren wurden die acht Kooperationsunternehmen zu einer Folgeuntersuchung aufgesucht. Das Angebot für neuerliche Gesundheits- bzw. Arbeitsbewältigungsgespräche mit der Möglichkeit zu einer vertraulichen Auswertungsberatung ging an alle Beschäftigten, unabhängig davon, ob sie im Jahr 2003 teilgenommen hatten oder nicht. An dieser Aktion beteiligten sich 125 Beschäftigte, das ist eine Beteiligung von 51 %. Von diesen 125 GesprächspartnerInnen haben 80 Personen das zweite Mal die Gelegenheit zur Beteiligung an der Erhebung mit dem Arbeitsbewältigungs-Index genutzt.

Folgende Elemente zukunftsfähiger Arbeitsforschung wurden für die Praxis der ambulanten Pflege identifiziert und zwischen 2003 und 2005 erprobt:

Arbeitsbewältigungs-Index (WAI/ABI)	2003 und 2005 (inkl. individuelles Arbeitsbewältigungs-Gespräch für die Beschäftigten auf Wunsch)
Psychische Gefährdungsbeurteilung	angepasstes RHIA-Verfahren nach Büssing et al. (als Beobachtungsmessung)
Foren der Arbeitsforschung	Mainz 2003, Landstuhl 2004, Mainz 2005
Förderung der Selbstbeobachtungskompetenz – individuell	Einsatz des Arbeitsbewältigungs-Index T ₁ (2005) in Kombination mit dem Arbeitsbewältigungs-Gespräch Training „Selbst-Management für Gesundheit und Wohlbefinden bei der Arbeit“
Förderung der Selbstbeobachtungskompetenz – betrieblich	Einsatz des Arbeitsbewältigungs-Index T ₀ (2003) und T ₁ (2005) – Branchen-Auswertung und -Monitoring Tätigkeitsbezogene psychische Gefährdungsbeurteilung Foren der Arbeitsforschung (Mainz und Landstuhl) und „Runder Tisch“ (Hachenburg)
Förderung der Selbstbeobachtungskompetenz – im System	Foren der Arbeitsforschung (Mainz und Landstuhl) und „Runder Tisch“ (Hachenburg) Analyseberichte über den Zustand und Verlauf der Arbeitsbewältigung und der psychischen Gefährdungen bei der Pflegetätigkeit Folgaufträge bei Referaten, Regionalkonferenzen (MASFG) und im Rahmen des Projekts Sozialer Dialog in Callcentern (SoCa)

Tabelle: Elemente zukunftsfähiger Arbeitsforschung in der PIZA-Untersuchung 2002 - 2005

Die Ergebnisse dieses Forschungsprojektes sind veröffentlicht in der Broschüre: Ministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit, Familie und Frauen (MASGFF) des Landes Rheinland-Pfalz (Hrsg.) / Arbeit und Zukunft e.V.: Gesunde Beschäftigte und gute Servicequalität in der ambulanten Pflege. Berichte aus der Pflege Nr. 4, Mainz, 2005.

1.1.2 Abschluss 2005

Die Abschlussarbeiten für das Forschungsprojekt waren das vorerst offizielle Ende der Förderaktivitäten in Rheinland-Pfalz und insbesondere in den Kooperationsunternehmen zu diesem Thema.

1.1.3 Zweite Förderphase 2007-2009

Die ungebrochene Aktualität des Themas sowie die Aktivitäten des MASGFF mit der Qualitätsoffensive „Menschen pflegen“ führten zur Fortsetzung des Projekts unter neuer Schirmherrschaft und Schwerpunktsetzung: Das MASGFF beschloss im Jahr 2007, die Entwicklung der Arbeitsbewältigungsfähigkeit der Pflegekräfte und die Zukunftsfähigkeit der ambulanten Pflegedienste für weitere drei Jahre zu begleiten, einer Längsschnittuntersuchung zu unterziehen und mit Interventionen zu unterstützen. Bei der Methodenwahl sollte auf die Instrumente aus den Jahren 2003 und 2005 zum Zweck der Vergleichbarkeit der Daten zurückgegriffen werden. Gleichzeitig sollte die weiterentwickelte Interventionsmethode „Arbeitsbewältigungs-Coaching für Personen und Betriebe“² zum Einsatz kommen.

Für die Projektlaufzeit wurde ein gemeinsamer Projektbeirat mit dem vom BMBF geförderten Projekt „Partizipation Prävention im Arbeits- und Gesundheitsschutz durch sozialen Dialog – PaPsD“ beim MASGFF eingerichtet, in dem Fach- und Berufsverbände, Krankenkasse und Medizinischer Dienst und verschiedene Ressorts des Arbeits- und Gesundheitsministeriums Rheinland-Pfalz vertreten waren.

Folgende Ziele und folgendes Vorgehen wurden festgelegt:

² Die Vorgehensweise beim Einsatz dieses Beratungsinstrumentes ist veröffentlicht: Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin (Hrsg.): Das Individuum stärken, die betriebliche Zukunft sichern! Arbeitsbewältigungs-Coaching® als Antwort auf neue Herausforderungen. Fachliche Beratung: Brigitta Geißler-Gruber, Alexander Frevel. Broschüre der BAuA, Dortmund 2009

Ziele	Vorgehen/Methodenwahl	Zielgruppen	Phase
<p>1. Ermittlung von Steuerungshinweisen hinsichtlich der Entwicklung der Arbeitsbewältigungsfähigkeit der Berufsgruppen im Bereich der ambulanten Pflege in Form von gültigen wie praktikablen Kennzahlen.</p> <p>→ Untersuchung</p>	<p>Messung der Arbeitsbewältigungsfähigkeit mit Hilfe des „Arbeitsbewältigungs-Index“ (Tuomi et al., 2001) integriert im Beratungsinstrument „Arbeitsbewältigungs-Coaching®“.</p>	<p>Die Hinweise werden als Denkanstöße und Handlungsimpulse aufbereitet für</p> <ul style="list-style-type: none"> a) die/den Beschäftigte/n selbst b) den Betrieb (in anonymisierter Zusammenfassung der individuellen Förderhinweise) c) für den überbetrieblichen Projektbeirat unter Leitung des MASGFF (in anonymisierter Zusammenfassung für die befragte Berufsgruppe). 	<p>2007 und 2009 (unter Einbeziehung der Erhebungen in den Jahren 2003 und 2005)</p>
<p>2. Ermittlung von bedarfsgerechten Maßnahmen zur Erhaltung und Förderung der Arbeitsbewältigungsfähigkeit und Ermunterung zur Umsetzung auf persönlicher und betrieblicher Ebene.</p> <p>→ Intervention</p>	<p>Beratungen mit Hilfe des „Arbeitsbewältigungs-Coaching®“.</p>	<p>Die Beratungen finden auf mindestens zwei Ebenen statt:</p> <ul style="list-style-type: none"> a) im „persönlich-vertraulichen Arbeitsbewältigungs-Coaching®“ b) im „betrieblichen Arbeitsbewältigungs-Workshop“ mit betrieblichen Entscheidungsträgern (Geschäftsführung, Trägervorstand, Mitarbeitervertretung, Pflegedienstleitung, Qualitätsmanagement). 	<p>2007 und 2009</p>
<p>3. Ergebnis- und Wirkungsüberprüfung (Output- und Outcome-Evaluation) der Förderaktivitäten und der umgesetzten individuellen und betrieblichen Maßnahmen und weiterer Einflussfaktoren auf die Entwicklung der Arbeitsbewältigungsfähigkeit.</p> <p>→ Evaluation</p>	<p>Wiederholungsmessung mit den ausgewählten Instrumenten und zusätzlichen Evaluationsfragestellungen durch „interventionsferne“ Beraterinnen und Berater pro Unternehmen.</p>	<p>Die Wirkungsüberprüfung bezieht individuelle und betriebliche Einflussfaktoren wie Auswirkungen ein. Die Ergebnisse fließen ein in die individuelle, betriebliche und politische Rückmeldung / Beratung.</p>	<p>2009</p>

Tabelle: Ziele und Vorgehensweise des MASGFF-Projekts „Entwicklung der Arbeitsbewältigungsfähigkeit in ambulanten Pflegediensten in Rheinland-Pfalz“ (2007 – 2009)

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

1.2 Kooperationseinrichtungen der Längsschnittuntersuchung

An der Fortsetzung ab 2007 nahmen aus der Gruppe der vormals acht Kooperationsunternehmen aus der ersten Phase folgende fünf ambulante Pflegeeinrichtungen teil:

Dienst/Einrichtung (Kooperationsunternehmen)	Ort	Anzahl Beschäftigte 2003	Anzahl Beschäftigte 2009
Ambulante Kranken- und Altenpflege Annweiler	76855 Annweiler	Privat-gewerblich, 6 MA	8 MA
Malteser Hilfsdienst gGmbH	76770 Hatzenbühl	Privat-gewerblich, 50 MA	121 MA
Ökumenische Sozialstation Westpfalz e.V.	66849 Landstuhl	Freigemeinnützig, 62 MA	57 MA
Evangelische Sozialstation (Diakonie) Hachenburg-Bad Marienberg	57627 Hachenburg	Freigemeinnützig, 35 MA	29 MA
Evangelische Sozialstation Mainz-Oppenheim gGmbH	55116 Mainz	Freigemeinnützig, 25 MA	33 MA

Tabelle: Beteiligte Unternehmen an der Untersuchung 2007 - 2009

1.2.1 Strukturdaten der beteiligten Pflegedienste

In den fünf beteiligten Pflegediensten waren zum Zeitpunkt der Analyse Mitte 2009 insgesamt 248 Personen beschäftigt. Die Betriebsgröße hatte eine Spanne vom Betrieb mit der niedrigsten Beschäftigtenzahl von 8 Personen bis zum größten Unternehmen mit 121 MitarbeiterInnen.

Das Durchschnittsalter lag insgesamt bei 47,9 Jahren. Die größte Altersgruppe mit 34 % stellen dabei die 45- bis 54-jährigen; mehr als die Hälfte aller Beschäftigten ist älter als 44 Jahre, lediglich 16 % sind jünger als 34 Jahre.

Diese eher alterszentrierte Struktur verweist auf die Problemstellung des zunehmenden Alters der stärksten Belegschaftsgruppe und damit auf die Anforderung, die Arbeit alters- und alternsgerecht zu gestalten. Zugleich ist deutlich, dass angesichts der relativ kleinen Gruppe an jüngeren Beschäftigten die Frage der Nachwuchssicherung an Bedeutung zunimmt.

	Häufigkeit	Prozent
bis 24 Jahre	6	2,4
25-34 Jahre	34	13,7
35-44 Jahre	52	21,0
45-54 Jahre	84	33,9
55-64 Jahre	44	17,7
65 plus Jahre	28	11,3
Gesamt	248	100,0

Tabelle: Häufigkeitsverteilung der Altersgruppen der Gesamtpopulation 2009

Das Durchschnittsalter von 47,9 Jahren differiert zwischen den Betrieben von 43,2 bis zu 49,6 Jahren.

Betrieb	Alter 2009
A	44,00
B	43,21
C	49,50
D	46,81
E	49,59
Insgesamt	47,87

Tabelle: Durchschnittsalter der Gesamtpopulation nach Kooperationseinrichtungen 2009

Die durchschnittliche Dauer der Betriebszugehörigkeit liegt mit 5,7 Jahren auf einem relativ niedrigen Niveau. Dieser Umstand ist u. a. darauf zurückzuführen, dass es in einigen Betrieben in dieser Zeit in der Untersuchungsphase einen beträchtlichen Personalzuwachs gab. Die Unterschiede zwischen den Betrieben sind angesichts dessen beträchtlich; die Betriebszugehörigkeit variiert zwischen 3,6 und 9,4 Jahren. Zu beachten ist, dass diese Werte nichts über die Dauer der Berufszugehörigkeit bzw. Tätigkeitsdauer insgesamt aussagen.

Betrieb	Betriebszugehörigkeit 2009
A	3,63
B	8,21
C	2,51
D	9,26
E	9,41
Insgesamt	5,67

Tabelle: Durchschnittliche Dauer der Betriebszugehörigkeit der Gesamtpopulation 2009

Bei den Berufsgruppen sind die examinierten Krankenschwestern/-pfleger mit knapp über der Hälfte aller Beschäftigten am häufigsten vertreten. Auffällig ist die hohe Anzahl anderer Berufe; häufig sind hier Personen erfasst, die im Bereich Essen auf Rädern und sonstige Fahrdienste tätig sind, aber natürlich auch Fachkräfte in der Verwaltung und Buchhaltung.

Berufsgruppen	Häufigkeit	Prozent
Krankenschwester/-pfleger	126	50,8
AltenpflegerIn	9	3,6
HauswirtschaftlerIn	20	8,1
Krankenpflegehelferin	20	8,1
andere Berufe	63	25,4
Keine Angabe	10	4,0
Gesamt	248	100,0

Tabelle: Berufsgruppen in der Gesamtpopulation 2009

Von allen Beschäftigten sind gut 61 % in der Alten- und Krankenpflege tätig, knapp 30 % in der hauswirtschaftlichen Betreuung einschließlich Essen auf Rädern und Fahrdienst und knapp 10 % in der Führung, Verwaltung oder mit sonstigen Aufgaben.

	Häufigkeit	Prozent
Pflege	152	61,3
Fahrdienst und Essen auf Rädern	31	12,5
Hauswirtschaft / mobile soziale Dienste	42	16,9
Verwaltung etc.	23	9,3
Gesamt	248	100,0

Tabelle: Tätigkeitsschwerpunkte der Gesamtpopulation 2009

Lediglich knapp 30 % der Beschäftigten sind Vollzeit tätig; mehr als die Hälfte ist in Teilzeit und jede/r Fünfte ist geringfügig beschäftigt.

	Häufigkeit	Prozent
Vollzeit	73	29,4
Teilzeit	128	51,6
Geringfügig	47	19,0
Gesamt	248	100,0

Tabelle: Arbeitsvertraglicher Status 2009

2. Demografischer Wandel in der (ambulanten) Pflege

Die Pflege steht angesichts des demografischen Wandels vor einer dreifachen Herausforderung:

- a) Der wachsende Anteil älterer Menschen führt nach allen Prognosen zu einem zunehmenden Anteil pflegebedürftiger Personen.
- b) Der zunehmende Anteil älterer Beschäftigter bedeutet die Aufgabenstellung, alters- und altersgerechte Arbeitsbedingungen zu gestalten.
- c) Der abnehmende Anteil potenzieller Nachwuchskräfte bedeutet die Notwendigkeit, quantitativ und qualitativ genügend Personal rekrutieren zu können, also attraktive Arbeitsbedingungen und Berufsverläufe (Karrieremöglichkeiten) zu schaffen.

2.1. Betriebe und Beschäftigte

Ambulante Pflege

- In Deutschland gab es mit Stand 17.12.2007 insgesamt 11.529 ambulante Pflegeeinrichtungen mit 236.162 Beschäftigten³.
26,4 % waren in Vollzeit-, 48,4 % in Teilzeit-, und 22,5 % geringfügig beschäftigt. 1,8 % waren Auszubildende, Praktikanten und Helfende im FSJ. Der Haupteinsatzbereich war die Grundpflege – hier hatten mehr als zwei Drittel (69 %) ihren Arbeitsschwerpunkt.
Bis auf geringfügige Abweichungen entspricht die Struktur der untersuchten Pflegedienste diesen Verteilungsgrößen.
- 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.
- Die Zahl der Praktikanten und Auszubildenden in der ambulanten Pflege nahm gegenüber 2005 um 1,9 %, die der FSJ Helferinnen und Helfer um 14,8 % und die der Zivildienstleistenden um 14,1 % ab.
- Das Personal ist zu über 85 % weiblich.

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 Auszubil-

³ Statistisches Bundesamt: Berichte 1-4 zur Pflegestatistik 2007 – Pflege im Rahmen der Pflegeversicherung, Wiesbaden 2008

dende, Praktikanten 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. 5.000 Personen. Die Zahl der Teilzeitbeschäftigten stieg dagegen um 13,7 %, und die der Auszubildenden und Praktikanten um 2,2 %.

Krankenhäuser

- Am 31.12.2007 gab es insgesamt 2.087 Krankenhäuser⁴. Im Pflegedienst waren 393.000 Pflegekräfte beschäftigt, das entspricht umgerechnet 298.325 statistischen Vollzeitkräften. Annähernd jede/r zweite KrankenhausmitarbeiterIn im Pflegedienst (46,7 %) war 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 elf Jahren von 48 auf 61, was einem Zuwachs von 29 % entspricht⁵.

Qualifikation der Beschäftigten in der Altenpflege

- Ausgebildete Gesundheits- und Krankenpfleger/-innen sowie Altenpfleger/-innen übernehmen zu je einem Drittel die Versorgung in der Grundpflege, Altenpfleger/-innen und Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger/innen bilden gemeinsam mit der Pflegedienstleitung das letzte Drittel.
- Ca. 34 % der Pflegekräfte sind ohne mehrjährige Ausbildung.

⁴ Statistisches Bundesamt (Hrsg.), Fachserie 12 Gesundheitswesen, Reihe 6.1.1 Grunddaten der Krankenhäuser

⁵ INQA, Gesund Pflegen, Zahlen und Fakten

Verweildauer der Beschäftigten in der Pflege

Nachdem die NEXT-Studie⁶ die Verweildauer von Pflegekräften thematisierte und unter anderem Ausstiegsabsichten erfragte, hat eine neue Studie⁷ die tatsächlichen Verweildauern in der Pflege in Rheinland-Pfalz untersucht.

- Zwischen den Berufsgruppen der Gesundheits- und Krankenpflege und der Alten- und Sozialpflege gibt es enorme Unterschiede. 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 10 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.

Rentenzugang

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

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

Tabelle: Rentenzugang wg. verminderter Erwerbsfähigkeit⁸ (Angaben in %)

⁶ Hasselhorn, Hans Martin; Tackenberg, Peter; Müller, Bernd Hans (Ed.): Working conditions and intent to leave the profession among nursing staff in Europe (NEXT-Study). Stockholm: Working Life Research in Europe Report N. 7:2003 (deutsch: Hasselhorn / Müller / Tackenberg / Kümmerling / Simon: Berufsausstieg bei Pflegepersonal, Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin, Ü 15, Dortmund u. a. 2005)

⁷ Berichte aus der Pflege Nr.12, Mai 2009, Forschungsstudie zur Verweildauer in Pflegeberufen in Rheinland-Pfalz

⁸ Rentenzugang 2006; Statistisches Bundesamt, Bd. 163, S. 34 f.; eigene Zusammenstellung

2.2. Pflegebedürftige und Pflegeversorgung

- Von den insgesamt rund 2,16 Mio. Leistungsbeziehenden aus der Pflegeversicherung wurden 2007 rund 1,45 Mio. ambulant gepflegt.
- Von diesen wurden 67,5 % zu Hause (davon zwei Drittel allein durch Angehörige und ein Drittel durch ambulante Dienste) und 32,5 % in Heimen versorgt.
- Zum Jahresende 2007 waren im Bereich der sozialen Pflegeversicherung von den knapp 1,36 Mio. Pflegebedürftigen im ambulanten Bereich 59,2 % in Pflegestufe I, 31,4 % in Pflegestufe II und 9,3 % in Stufe III eingestuft.
- 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.
- Pflegebedürftige, die zu Hause versorgt werden, machen mehr als zwei Drittel aus, unabhängig davon, ob sie von Angehörigen oder ambulanten Pflegediensten betreut wurden. Ein Drittel wurde stationär in Pflegeheimen untergebracht. Den Daten ist kein eindeutiger Trend zu mehr professioneller statt privater Pflege zu entnehmen.

2.3. Erwartete Auswirkungen von Veränderungen in der Altersstruktur auf die Pflege

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

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.

Die Gesellschaft altert insgesamt 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 möglicherweise 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.

In der amtlichen Prognose⁹ wird beschrieben, dass die Bevölkerungsentwicklung¹⁰ in den nächsten gut zwanzig Jahren geprägt sein wird durch eine Verschiebung der Altersstruktur hin zu den höheren Altersklassen. Bis zum Jahr 2030 werden gut fünf Millionen Menschen weniger zur inländischen Bevölkerung zählen; im gleichen Zeitraum nimmt die Zahl der über 60-jährigen um fast acht Millionen zu. Damit steigt dann der Anteil der über 60-jährigen an der Gesamtbevölkerung von knapp 25 % im Jahr 2005 auf fast 37 % im Jahr 2030. Dies bedeutet, dass sich auch die Struktur innerhalb der älteren Bevölkerung dergestalt verschiebt, dass es tendenziell mehr Menschen geben wird, die ein höheres Risiko haben, pflegebedürftig zu werden (vgl. DW-Pflege, S. 5).

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

Bevölkerung im Alter von ... bis unter ... Jahren	2005	2010	2020	2030	Veränderung gegenüber 2005 abs.	Veränderung gegenüber 2005 in %
	Anzahl in 1.000					
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: 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.).

In der Status-quo-Variante (= konstante Pflegequote) steigt die Zahl der Pflegebedürftigen von 2,13 Millionen Personen in 2005 um 1,23 Millionen (entspricht 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

⁹ 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**]

¹⁰ Die folgenden Aussagen beruhen auf der 11. koordinierten Bevölkerungsvorausberechnung in der Variante „Untergrenze der mittleren Bevölkerung“: Geburtenhäufigkeit 1,4 Kinder/Frau, Anstieg Lebenserwartung Neugeborener auf 80,6 (Jungen) bzw. 85,5 (Mädchen) Jahre, Außenwanderungssaldo von + 100.000 Personen. Siehe DW-Pflege, S. 5

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 BGW¹¹ 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 Berufsanfänger 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. Wenn die Beschäftigten in der Altenpflege so lange in ihrem Beruf aktiv blieben wie ihre Kolleginnen und Kollegen 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.

¹¹ 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

3. Arbeitsbewältigungsfähigkeit und ihre Einfluss- bzw. Gestaltungsfaktoren: Das finnische Fördermodell

Die Ergebnisse der finnischen Forschungsarbeiten zur Arbeitsfähigkeit¹² zeigen, dass diese als variable und gestaltbare Größe zu verstehen ist.

Arbeitsfähigkeit (Work Ability) wird demnach definiert als das „Potenzial eines Menschen, eine gegebene Aufgabe zu einem gegebenen Zeitpunkt zu bewältigen.“¹³ Dabei muss die Entwicklung der individuellen Voraussetzungen ins Verhältnis gesetzt werden zur Arbeitsanforderung – beide Größen können sich verändern und müssen gegebenenfalls angepasst werden.

In dieser Sichtweise geht es also um die Passung zwischen den individuellen Kapazitäten und den Arbeitsanforderungen und nicht um ein individuelles Erfüllen oder Nicht-Erfüllen einer statischen Vorgabe. Um zu verdeutlichen, dass es sich hierbei um ein dynamisches Potenzial zur Bewältigung einer gestellten Aufgabe handelt und nicht um eine globale Fähigkeit, arbeiten oder nicht arbeiten zu können, wird in diesem Zusammenhang auch der Begriff der Arbeitsbewältigungsfähigkeit verwendet.

Wodurch wird nun die Arbeitsbewältigungsfähigkeit eines Menschen beeinflusst?

Das am Finnish Institute of Occupational Health (FIOH) entwickelte „Fördermodell der Arbeitsfähigkeit“ fasst jene Bereiche, die für die Erhaltung der Arbeitsbewältigungsfähigkeit und damit verbunden für die Erhaltung der Gesundheit auch nach dem Erwerbsleben wesentlich sind, auf vier Ebenen zusammen:

- ❑ die individuellen Voraussetzungen einer Person (im Sinn der funktionellen Kapazität¹⁴ und der Gesundheit),
- ❑ die Arbeitsumgebung,
- ❑ die Führungsorganisation (zu der auch die Arbeitsorganisation zählt) sowie
- ❑ die professionelle Kompetenz.

Auf all diesen Ebenen ist Gestaltbarkeit gegeben – die wirksamsten Veränderungen werden nachweislich dann erzielt, wenn auch Interventionen auf allen Ebenen gesetzt werden.¹⁵

¹² Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin (Hrsg.): Mehr Ältere in Beschäftigung. Wie Finnland auf den demographischen Wandel reagiert. Dortmund/Dresden 2005

¹³ Ilmarinen & Tempel (2003), S. 88

¹⁴ Die „funktionelle Kapazität“ wird verstanden als die Gesamtheit aus physischer, mentaler und sozialer Leistungsfähigkeit.

¹⁵ siehe Richenhagen (2003), nach Tuomi et al. (1999)

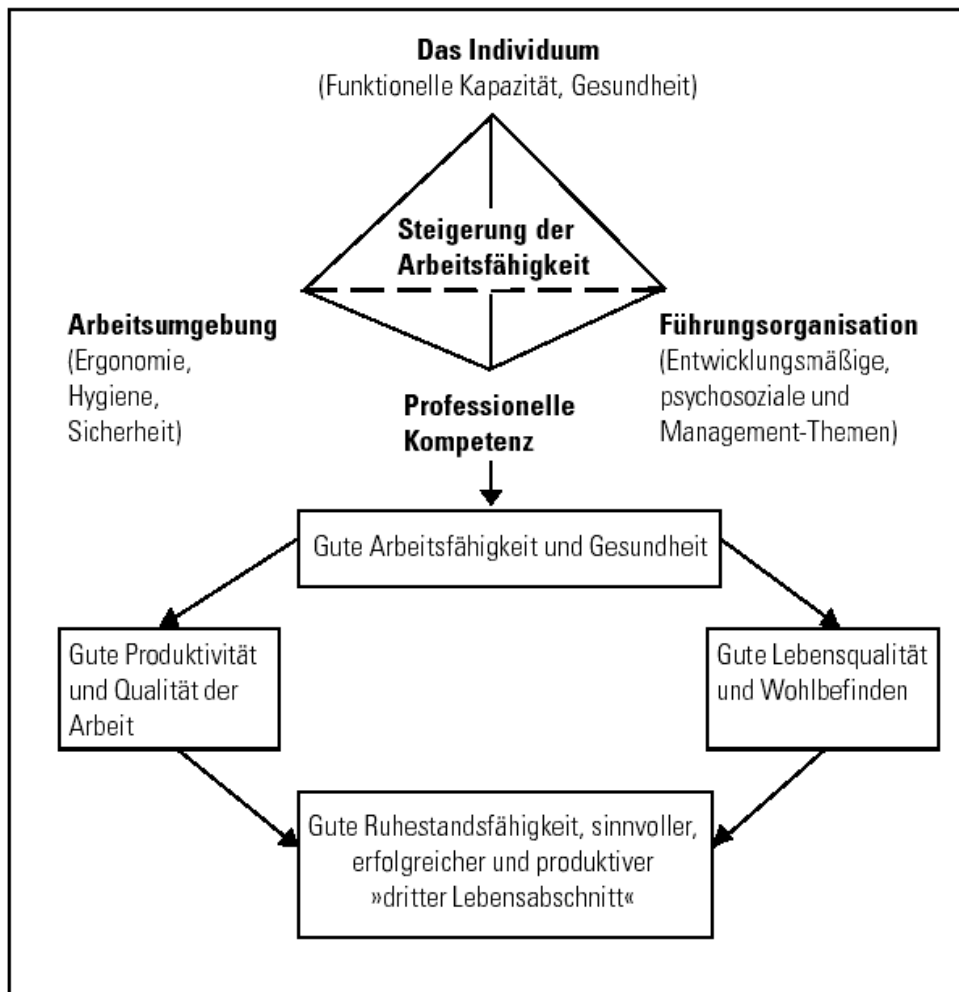


Abbildung: Fördermodell der Arbeitsfähigkeit¹⁶

Wie sich die Arbeitsbewältigungsfähigkeit einer Person entwickelt, wenn keine Maßnahmen ergriffen werden, zeigen Untersuchungen anhand des Arbeitsbewältigungs-Index (ABI) auf. In Längsschnittstudien unter Einsatz des ABI konnte gezeigt werden, dass das Ergebnis dieser Selbsteinschätzung einen hohen prognostischen Wert für die weitere Entwicklung des Arbeitsbewältigungsgeschehens hat; jene Personen, die in den Studien zum ersten Zeitpunkt eine kritische („poor“) Arbeitsbewältigungsfähigkeit hatten, waren bei nochmaliger Messung elf Jahre später in einem wesentlich höheren (sechsfachen) Ausmaß von Frühpensionierung wegen Berufs- und Erwerbsunfähigkeit betroffen.¹⁷ Generell führen fehlende – persönliche und betriebliche – Vorsorgemaßnahmen zu einem durchschnittlichen Absinken der gemessenen Arbeitsbewältigungsfähigkeit von 0,4 ABI-Punkten pro Jahr.¹⁸ Diese Ergebnisse machen also deutlich, „was geschieht, wenn nichts geschieht“.

¹⁶ Abbildung nach Ilmarinen & Tempel (2002), S. 237

¹⁷ siehe Tuomi, Ilmarinen et al. (1997)

¹⁸ vgl. Hasselhorn et al. (2003)

3.1 Arbeitsbewältigungs-Index (ABI) / Work Ability Index (WAI): Das finnische Messinstrument

Der „Arbeitsbewältigungs-Index“ (ABI) ist ein spezifisches Gefährdungsbeurteilungsinstrument, 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 Passung zwischen Person und Arbeit ergibt, bzw. umgekehrt. Der Indexwert wird Konstellationsgruppen zugeordnet, die entsprechende Förder- bzw. Schutzziele zur Folge haben.

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

Tabelle: Auswertungskategorien des „Arbeitsbewältigungs-Index“ und Förder- und Schutzziele

3.2 „Arbeitsbewältigungs-Coaching®“ – Das Untersuchungs- und Interventionsinstrument

Das „Arbeitsbewältigungs-Coaching“ (AB-C)¹⁹ verfolgt die Ziele, den Personen selbst und den betrieblichen Entscheidungsträgern Denkanstöße und Handlungsimpulse zur Erhaltung bzw. Förderung der Arbeitsbewältigungsfähigkeit zu vermitteln. Die Denkanstöße ergeben sich im Beratungsprozess aus der Ermittlung der IST-Arbeitsbewältigung mit Hilfe des „Arbeitsbewältigungs-Index“.

Der „Arbeitsbewältigungs-Index“ dient hier sowohl der Untersuchung wie der Visualisierung. Die Ergebnisdarstellung soll sensibilisieren und Selbstbeobachtung ermöglichen. Das anschließende Coachinggespräch 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, bedarfsgerechter und von der Person verfasster Förderplan zur Erreichung des eigenen

¹⁹ Für eine ausführliche Beschreibung des Beratungswerkzeuges siehe Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin (Hrsg.): Das Individuum stärken, die betriebliche Zukunft sichern! Arbeitsbewältigungs-Coaching® als Antwort auf neue Herausforderungen. Fachliche Beratung: Brigitta Geißler-Gruber, Alexander Frevel. Broschüre der BAuA, Dortmund 2009

Förder- und Schutzziele. Damit findet im „Arbeitsbewältigungs-Coaching“ Empowerment²⁰ statt oder anders ausgedrückt: Ermutigung zur Selbstregulation.

Das „Arbeitsbewältigungs-Coaching“ ist ein mehrstufiger Prozess, der aus zwei aufeinander aufbauenden Kernbausteinen besteht:

- a) „Persönlich-vertrauliches Arbeitsbewältigungs-Coaching“ mit Beschäftigten
- b) „Betriebliches Arbeitsbewältigungs-Coaching“ mit Entscheidungsträgern.

Im Rahmen eines betrieblichen Workshops werden die anonyme Zusammenfassung der Arbeitsbewältigungs-Werte und der Förderthemen der Teilnehmenden am „persönlich-vertraulichen Arbeitsbewältigungs-Coaching“ den betrieblichen Entscheidungsträgern 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 „Arbeitsbewältigungs-Coaching“ wird von entsprechend qualifizierten und zur Verschwiegenheit verpflichteten Beraterinnen und Beratern eingesetzt. Die Auswertung der Arbeitsbewältigungs-Index-Fragebögen und der Coaching-Dokumente erfolgte außerhalb der Betriebe durch externe BeraterInnen unter Beachtung von Vertraulichkeit und der Datenschutzbestimmungen.

²⁰ 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.

4. Ergebnisse: Arbeitsbewältigung in der ambulanten Pflege

In das vorliegende Kapitel fließen die Untersuchungserkenntnisse des „Arbeitsbewältigungs-Index“ und aus weiteren Zusatzfragen (z. B. Sozialstatistik, Arbeits-Renten-Perspektive, Selbstwirksamkeit) ein. Die folgenden Ergebnisse dokumentieren die Querschnittuntersuchung 2009, den Vergleich der Querschnittuntersuchungen 2003 – 2005 – 2007 - 2009 und die Längsschnittuntersuchung jener Beschäftigten, die an mehreren Untersuchungen bzw. Beratungen teilgenommen haben.

4.1 Querschnittuntersuchung 2009

4.1.1 Teilnehmende beim „Arbeitsbewältigungs-Coaching“

In den fünf ambulanten Pflegediensten wurden 2009 insgesamt 101 Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter mit dem „Arbeitsbewältigungs-Coaching“ erreicht. Die Beteiligungsquote liegt insgesamt bei 40,7 % der Grundgesamtheit und variiert zwischen 28,9 % und 64,9 % in den einzelnen Einrichtungen.

Einrichtungen	Grundgesamtheit (n = 248)		Beteiligte (n = 101)	
	Häufigkeit	Prozent	Häufigkeit	Beteiligungsquote (in Prozent)
A	8	3,2	3	37,5
B	33	13,3	14	42,4
C	121	48,8	35	28,9
D	57	23,0	37	64,9
E	29	11,7	12	41,4
Gesamt	248	100,0	101	40,7

Tabelle: Beteiligung der Beschäftigten im Vergleich zur Grundgesamtheit 2009

Die Repräsentativität der Aussagen bemisst sich an der Ähnlichkeit der Auswahl der Beteiligten mit den Strukturdaten aller Beschäftigten.

Die Teilnehmenden waren im Sommer 2009 durchschnittlich **48,6 Jahre** alt (zum Vergleich: das Durchschnittsalter aller Beschäftigten betrug zum gleichen Zeitpunkt 47,9 Jahre). Die jüngste Teilnehmerin war 23 und die älteste 72 Jahre alt.

Ein nahezu identisches Durchschnittsalter ist gegeben. Bezüglich der Altersstruktur ist in der Gruppe der Beteiligten eine überproportionale Häufigkeit der Altersgruppe der 45- bis 54-jährigen und eine unterproportionale Beteiligte von Beschäftigten aus den Gruppen der 25- bis 34-jährigen und der über 65-jährigen zu verzeichnen.

Bezüglich der Beschäftigungsverhältnisse gibt es eine weitgehende Übereinstimmung; an der Erhebung haben relativ gesehen etwas weniger Vollzeit- und Teilzeitbeschäftigte und etwas mehr geringfügig Beschäftigte teilgenommen.

Im Hinblick auf die Berufsausbildung ist bei den Beteiligten die Gruppe der examinierten Krankenschwestern/-pfleger und der AltenpflegerInnen etwas geringer vertreten als in der Grundgesamtheit, wohingegen der Anteil der anderen Berufe einschließlich Verwaltung und Fahrdienst etwas überproportional besetzt ist.

Die Teilnehmer sind ... zu x %

	Beteiligte 2009 n = 101 (in Prozent)	Beschäftigte 2009 n = 248 (in Prozent)
weiblich	85	-
männlich	15	-
bis 24 Jahre alt	2	2
25 – 34 Jahre	7	14
35 – 44 Jahre	24	21
45 – 54 Jahre	44	34
55 – 64 Jahre	18	18
65 plus Jahre	6	11
verheiratet oder in Lebensgemeinschaft	72	-
geschieden, getrennt, verwitwet oder Single	26	-
Elternteil von noch im Hause lebenden Kindern	53	-
mit der Betreuung eigener pflegebedürftiger Angehöriger beschäftigt	19	-
AlleinverdienerIn	29	-
Vollzeitbeschäftigt	24	29
Teilzeitbeschäftigt	50	52
Geringfügig beschäftigt	23	19
examinierte Krankenschwestern/-pfleger	32	54
AltenpflegerInnen	15	
Alten- und KrankenpflegehelferInnen	8	8
HauswirtschaftlerInnen	8	8
andere Berufe in Verwaltung oder im Fahrdienst	34	25

Tabelle: Strukturdaten im Vergleich der Grundgesamtheit mit den beteiligten Beschäftigten (2009)

4.1.2 Arbeitsbewältigungsfähigkeit 2009

Der durchschnittliche Arbeitsbewältigungs-Indexwert der **101 Teilnehmenden** der fünf Kooperationsunternehmen beträgt **38,8 Indexpunkte**; der Durchschnitt befindet sich damit in einer guten Arbeitsbewältigungs-Konstellation. Das entsprechende Schutz- und Förderziel für diesen Wert bzw. diese Konstellation (37-43 Indexpunkte) lautet „Unterstützungsbedarf“.

Nach **Altersgruppen** liegen Unterschiede im Arbeitsbewältigungs-Status vor, die aber *nicht statistisch signifikant* sind. Den niedrigsten Durchschnittswert zeigt die Al-

tersgruppe 35-44 Jahre mit 36,4 Indexpunkten, die sich damit in der mittleren/mäßigen Arbeitsbewältigungssituation befinden.

Der kontinuierliche Anstieg des durchschnittlichen Arbeitsbewältigungswertes in den Altersgruppen ab dem 45. Lebensjahr darf nicht zum vorschnellen Schluss führen, dass dies ausschließlich auf den Zugewinn an Lebenserfahrung zurückgeht. Vielmehr dürfte hier der „Healthy Worker Effect“ zu Buche schlagen, also die Tatsache, dass diejenigen noch in Erwerbsarbeit sind, die es gesundheitlich noch bewältigen können. Gleichwohl zeigt dieser Befund, dass eine Beschäftigung – ggf. eine spezifisch angepasste Beschäftigung, was noch zu prüfen sein wird – im höheren Berufsalter in ambulanten Pflegeeinrichtungen auch möglich ist.

Altersgruppen	Arbeitsbewältigungs-Index 2009	
	Mittelwert	SD ²¹
bis 24 Jahre (n=2)	38,0	1,4
25 bis 34 Jahre (n=7)	38,6	6,1
35 bis 44 Jahre (n=24)	36,4	6,0
45 bis 54 Jahre (n=44)	39,1	5,9
55 bis 64 Jahre (n=18)	40,1	6,5
ab 65 Jahre (n=6)	43,8	4,4
Insgesamt (n=101)	38,8	6,1

Tabelle: Durchschnittlicher Arbeitsbewältigungs-Index 2009 nach Altersgruppen

Das **Beschäftigungsverhältnis** zeigt ebenfalls *nicht signifikante*, aber tendenzielle Unterschiede. So haben Beschäftigte mit Vollzeitbeschäftigung einen durchschnittlich schwächeren Arbeitsbewältigungsstatus (36,3 Indexpunkte, also im Bereich der mittleren/mäßigen Arbeitsbewältigung) als Beschäftigte in Teilzeit oder mit geringfügiger Anstellung.

Beschäftigungsverhältnis	Arbeitsbewältigungs-Index 2009	
	Mittelwert	SD
Vollzeit ab 36 Wochenstunden (n=24)	36,3	5,8
Teilzeit zwischen 13 und 35 Wochenstunden (n=50)	39,3	6,1
Geringfügig beschäftigt bis 12 Wochenstunden (n=23)	39,6	5,6
Insgesamt (n=101)	38,8	6,1

Tabelle: Durchschnittlicher Arbeitsbewältigungs-Index 2009 nach Beschäftigungsverhältnis

Untersucht man welches Durchschnittsalter die Befragten in den verschiedenen Beschäftigungsformen haben, zeigt sich ein *signifikanter Unterschied* ($p = .035$; $\eta^2 = .12$): Die älteren Beschäftigten befinden sich überwiegend in Teilzeit oder in geringfügiger Beschäftigung.

²¹ 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 normalverteilten Werten ca. 67% der Werte in diesem Intervall.

Beschäftigungsverhältnis	Alter 2009	
	Mittelwert	SD
Vollzeit ab 36 Wochenstunden	44,1	10,5
Teilzeit zwischen 13 und 35 Wochenstunden	48,4	9,3
Geringfügig beschäftigt bis 12 Wochenstunden	51,4	9,1
Insgesamt (n=101)	48,0	9,8

Tabelle: Durchschnittliches Alter nach Beschäftigungsgruppen 2009

Statistisch signifikante Unterschiede im Arbeitsbewältigungsstatus findet sich nach Berufsgruppen ($p = .011$; $\eta^2 = .11$): Eher in mittlerer/mäßiger Arbeitsbewältigungssituationen befinden sich die PflegehelferInnen, die examinierten Pflegekräfte haben im Schnitt nur knapp eine gute Arbeitsbewältigungskonstellation. Zusätzlich finden sich auch signifikante Altersunterschiede zwischen den Berufsgruppen ($p = .000$; $\eta^2 = .18$). PflegehelferInnen sind mit durchschnittlich 43,2 Jahren am „jüngsten“; die examinierten Pflegekräfte sind im Schnitt 45,3 Jahre alt und in den anderen Berufen finden sich die im Mittel Älteren.

Berufsgruppen	Alter in Jahren		Arbeitsbewältigungs-Index 2009	
	Mittelwert	SD	Mittelwert	SD
Examinierte DGKP und AltenpflegerInnen (n=47)	45,3	8,912	37,3	5,9
Altenpflege- und KrankenpflegehelferInnen (n=9)	43,2	9,550	36,0	6,6
Hauswirtschaft, Verwaltung, Fahrt- und Sozialdienste (n=43)	53,4	9,767	41,1	5,6
Insgesamt (n=99/101)	48,7	10,187	38,8	6,1

Tabelle: Durchschnittlicher Arbeitsbewältigungs-Index und durchschnittliches Alter nach Berufsgruppen 2009

Wie verteilen sich die individuellen Arbeitsbewältigungswerte im Rahmen der Berufsgruppen auf die Arbeitsbewältigungs-Konstellationen?

Insgesamt befindet sich ein Viertel der Beteiligten in einer sehr guten Arbeitsbewältigungskonstellation und gut zwei von fünf Beteiligten (42 %) erreichen eine gute Arbeitsbewältigungssituation. In der Summe weisen demnach zwei Drittel der Befragten eine gute / sehr gute Arbeitsbewältigungskonstellation auf.

In allen Berufsgruppen gibt es Befragte, die heute mehr oder weniger Arbeitsbewältigungsschwierigkeiten haben; das sind insgesamt ein knappes Drittel (32 %).

Bei den examinierten Pflegekräften befinden sich ein gutes Drittel (36 %) in mäßigen/kritischen Arbeitsbewältigungssituationen, bei den PflegehelferInnen sind es allerdings mit 56 % mehr als die Hälfte der Befragten (!) und bei den anderen Berufen sind es knapp ein Viertel (23 %).

Arbeitsbewältigungs-Konstellation (AB) 2009	in Prozent			
	Examinierte DGKP und AltenpflegerInnen (n=47)	Altenpflege- und KrankenpflegerInnen (n=9)	Hauswirtschaft, Verwaltung, Fahr- und Sozialdienste (n=43)	Insgesamt (n=99)
sehr gute AB	17	11	37	25
gute AB	47	33	40	42
mäßige AB	30	56	21	28
kritische AB	6	0	2	4

Tabelle: Häufigkeitsverteilung der Arbeitsbewältigungs-Konstellationen nach Berufsgruppen (2009)

Die Werte unterscheiden sich signifikant nach Einrichtungen ($p = .018$; $\eta^2 = .12$): Während ein Unternehmen mit einem Mittelwert von 34,7 Indexpunkten sich im mittleren/mäßigen Arbeitsbewältigungsstatus befindet, rangiert ein anderes Unternehmen mit 41,8 Indexpunkten im oberen Feld der guten Arbeitsbewältigung. Es muss darauf hingewiesen werden, dass nur beim Betrieb D mit einer Beteiligung von 65 % der Gesamtbelegschaft eine gute Auskunftsbasis für das Gesamtunternehmen erreicht werden konnte.

Kooperationsunternehmen	Alter in Jahren		Arbeitsbewältigungs-Index 2009	
	Mittelwert	SD	Mittelwert	SD
A (n=3)	48,0	5,3	38,3	5,5
B (n=14)	44,5	7,3	34,7	6,1
C (n=35)	48,7	12,3	40,2	5,6
D (n=37)	49,9	8,3	38,2	6,1
E (n=11)	49,2	12,1	41,8	5,2
Insgesamt (n=101)	48,6	10,2	38,8	6,1

Tabelle: Durchschnittlicher Arbeitsbewältigungs-Index und durchschnittliches Alter nach Kooperationsunternehmen (2009)

Insgesamt befinden sich ein Viertel der Beteiligten in einer sehr guten; 43,6 % in einer guten und ein knappes Drittel (31,7 %) in einer mittleren/mäßigen Arbeitsbewältigungssituation. Ein überdurchschnittlicher Anteil von Personen in mittlerer/mäßiger Arbeitsbewältigungssituationen mit dem entsprechendem Schutz- und Förderziel „Verbesserungsbedarf“ befindet sich in den Einrichtungen B und – etwas weniger ausgeprägt – in D und C. (Aufgrund der geringen Fallgröße werden die Werte für Betrieb A nicht ausgewiesen).

Arbeitsbewältigungs-Konstellation (AB) 2009	in Prozent					
	A	B	C	D	E	Ingesamt
sehr gute AB	-	7,1	31,4	21,6	41,7	24,8
gute AB	-	35,7	42,9	43,2	50,0	43,6
mäßige AB	-	42,9	25,7	29,7	8,3	27,7
kritische AB	-	14,3	0	5,4	0	4,0

Tabelle: Häufigkeitsverteilung der Arbeitsbewältigungs-Konstellationen nach Kooperationsunternehmen (2009)

4.1.2 Arbeits-Renten-Perspektive 2009

Die Arbeits-Renten-Perspektive fragt nach der subjektiven Einschätzung, den derzeitigen Beruf bis zum regulären Renteneintrittsalter ausüben zu können. Sie ist von der eigenen aktuellen Arbeitsbewältigungssituation beeinflusst. Liegt eher eine Passung der Person und der Arbeit vor, also eine sehr gute oder gute Arbeitsbewältigungssituation, dann ist die Wahrscheinlichkeit größer, dass man den Beruf bis zum regulären Rentenalter ausüben kann und will.

Im „Arbeitsbewältigungs-Coaching“ wurde die Frage gestellt: „Können Sie sich vorstellen, Ihren derzeitigen Beruf bis zum regulären Rentenalter auszuüben?“

Knapp die Hälfte der Befragten (46 %) antworten mit „Ja, kann und will bis zur regulären Rente diesen Beruf ausüben“. Ein gutes Zehntel (11 %) verneint diese Frage, weil sie einschätzen, dass sie es aus gesundheitlichen Gründen nicht bewältigen können. In der direkten Pflegearbeit liegt der Anteil an Beschäftigten, die sich dies bis zum Rentenalter vorstellen können, unter dem allgemeinen Durchschnittswert.

	in Prozent			
	Examinierte DGKP u. AltenpflegerInnen (n=47)	Altenpflege- u. KrankenpflegehelferInnen (n=9)	Hauswirtschaft, Verwaltung, Fahr- und Sozialdienste (n=43)	Insgesamt (n=101)
JA, kann und will bis zur regulären Rente	36,2	22,2	64,9	46,2
NEIN, kann nicht	12,8	11,1	8,1	10,8
WEISS NICHT	44,7	55,6	10,8	32,3
WILL NICHT	6,4	11,1	16,2	10,8

Tabelle: Häufigkeitsverteilung der Arbeits-Renten-Perspektive nach Berufsgruppen (2009)

Wiederum sind die Unterschiede bei der Selbsteinschätzung der Arbeits-Renten-Perspektive zwischen den Einrichtungen deutlich unterschiedlich, wobei Betrieb B die schwierigste Konstellation aufweist.

	in Prozent					Insgesamt
	A	B	C	D	E	
JA, kann und will bis zur regulären Rente	-	14	58	46	50	46
NEIN, kann nicht	-	21	3	11	8	11
WEISS NICHT	0	64	29	26	25	31
WILL NICHT	0	0	10	17	17	12

Tabelle: Häufigkeitsverteilung der Arbeits-Renten-Perspektive nach Einrichtungen (2009)

Die bisher aufgezeigten Zusammenhänge lassen vermuten, dass die persönliche Arbeits-Renten-Perspektive von der eigenen Arbeitsbewältigungssituation beeinflusst ist.

Es bestehen signifikante Unterschiede ($p = .000$; $\eta^2: .18$). Beschäftigte, die sich die Ausübung der Tätigkeit bis zum regulären Rentenalter vorstellen können, haben zum selben Zeitpunkt einen durchschnittlich höheren Arbeitsbewältigungswert (41,3 Index-Punkte) als die Befragten mit anderen Einschätzungen, die sich allesamt im Schnitt im Bereich einer mäßigen Arbeitsbewältigungskonstellation befinden. Den niedrigsten durchschnittlichen Indexwert der Arbeitsbewältigungsfähigkeit weisen diejenigen Personen auf, die in dieser Tätigkeit keine Perspektive sehen („nein, will nicht“).

	Arbeitsbewältigungs-Index 2009	
	Mittelwert	SD
Ja, kann und will (n=44)	41,3	4,9
nein, kann nicht (n=10)	36,4	5,0
weiß nicht (n=30)	36,6	6,2
nein, will nicht (n=11)	34,9	6,3
Insgesamt (n=95)	38,5	6,0

Tabelle: Durchschnittlicher Arbeitsbewältigungs-Index nach Arbeits-Renten-Perspektive (2009)

4.2 Vergleich der Querschnittuntersuchungen 2003-2005-2007-2009

Vergleiche von Querschnittuntersuchungen geben keine Auskünfte über Entwicklungsverläufe von Personen. Dennoch machen wir in dieser Studie eine Gegenüberstellung, um Auskünfte über die Entwicklung der personalbezogenen Aufgaben- und gegebenenfalls Problemstellungen in den beteiligten Einrichtungen zu erhalten.

4.2.1 Teilnehmende der Querschnittuntersuchungen

Während die vorausgegangenen Untersuchungen mit mehr als 50 % Beteiligung der Beschäftigten eine solide Basis für Betriebsauswertungen darstellt, ist die vierte Untersuchung im Jahr 2009 durch eine geringere Beteiligung (41 %) gekennzeichnet.

	2003	2005	2007	2009
Teilnehmende in abs. Zahlen	151	124	126	101
Beteiligungsquote an der Gesamtbelegschaft	66%	51%	51%	41%
Frauen	-	-	92	85
Männer	-	-	8	15
Altersdurchschnitt in Jahren	41,3	42,0	43,1	48,6
bis 24 Jahre alt	9 %	10	9 %	2 %
25 – 34 Jahre	9 %	7	9 %	7 %
35 – 44 Jahre	44 %	37	32 %	24 %
45 – 54 Jahre	31 %	39	38 %	44 %
55 – 64 Jahre	7 %	7	12 %	18 %
65 plus Jahre	1 %	1	0 %	6 %
verheiratet oder in Lebensgemeinschaft	-	75 %	73 %	72 %
geschieden, getrennt, verwitwet oder Single	-	25 %	27 %	26 %
Elternteil von noch im Hause lebenden Kindern	65 %	63 %	64 %	53 %
mit Betreuung eigener pflegebedürftiger Angehöriger beschäftigt	18 %	15 %	24 %	19 %
AlleinverdienerIn	26 %	30 %	27 %	29 %
Vollzeitbeschäftigt (ab 36 Wochenstunden)	32 %	36 %	27 %	24 %
Teilzeitbeschäftigt (13 bis 35 Wochenstunden)	54 %	47 %	39 %	50 %
geringfügig beschäftigt (bis 12 Wochenstunden)	13 %	15 %	23 %	23 %
examinierte Krankenschwestern/-pfleger	39 %	35 %	37 %	32 %
AltenpflegerInnen	18 %	19 %	18 %	15 %
PflegehelferInnen	8 %	8 %	10 %	8 %
HauswirtschaftlerInnen	4 %	4 %	10 %	8 %
andere Berufe in Verwaltung oder im Fahrdienst	30 %	32 %	25 %	34 %

Tabelle: Strukturdaten der beteiligten Beschäftigten

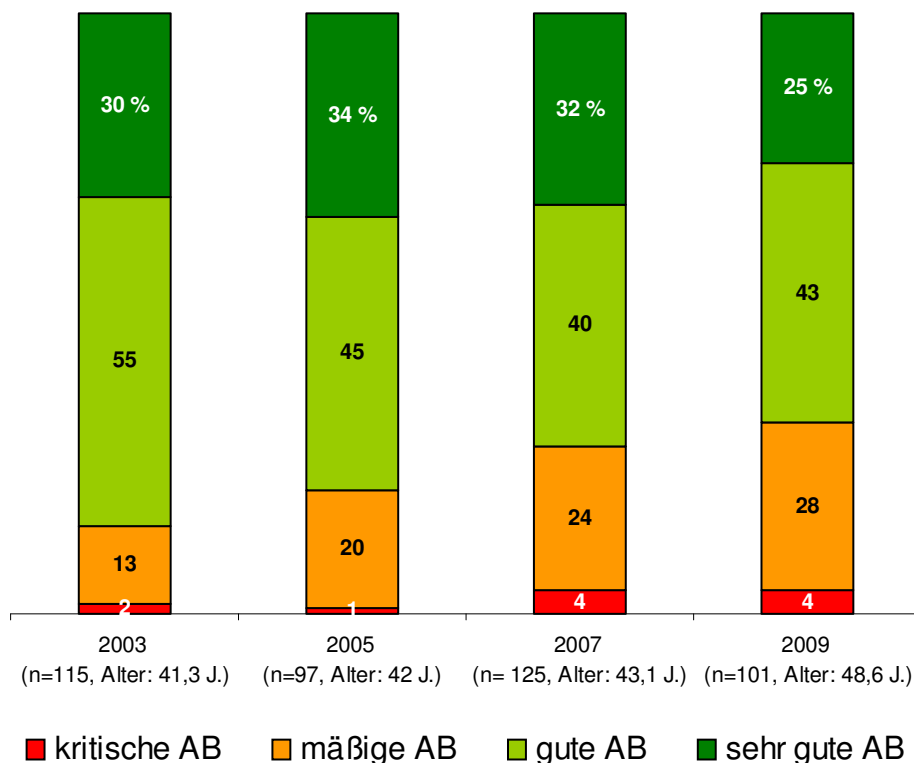
4.2.2 Arbeitsbewältigungsfähigkeit in den Betrieben zu verschiedenen Zeitpunkten

Vergleicht man den Arbeitsbewältigungs-Status aller Teilnehmenden zu den vier Untersuchungszeitpunkten (Querschnittswerte 2003, 2005, 2007 und 2009), so zeigt sich seit 2005 insgesamt eine Tendenz zur Verringerung der durchschnittlichen Arbeitsbewältigung. Diese Entwicklung findet sich mit einer Ausnahme in allen beteiligten Einrichtungen. Zu beachten ist, dass von 2007 auf 2009 ein beträchtlicher Anstieg im Durchschnittsalter der Beteiligten zu verzeichnen ist. Allerdings zeigt sich kein signifikanter Zusammenhang von Alter und Arbeitsbewältigungs-Index.

	Alter in Jahren	Arbeitsbewältigungs-Index	
	Mittelwert	Mittelwert	SD
2003 (n= 115)	41,3	40,7	4,6
2005 (n= 124)	42,0	40,7	5,1
2007 (n= 125)	43,1	39,8	6,3
2009 (n=101)	48,6	38,8	6,1

Tabelle: Querschnittswerte der durchschnittlichen Arbeitsbewältigungsfähigkeit zu den Zeitpunkten 2003, 2005, 2007 und 2009

Im Laufe der sieben Untersuchungsjahre hat sich in den befragten Belegschaften die Aufteilung der Arbeitsbewältigungs-Konstellationen insofern verändert, als der Anteil der Beschäftigten mit sehr guter Arbeitsbewältigungs-Konstellations um etwa ein Sechstel kleiner geworden ist und der Anteil der Beschäftigten mit mäßiger und kritischer Arbeitsbewältigungs-Konstellations verdoppelt hat.



Darstellung: Querschnittvergleich der Häufigkeitsverteilung der Arbeitsbewältigungskonstellationen zu den Zeitpunkten 2003, 2005, 2007 und 2009

Die kontinuierliche Zunahme der Beschäftigten mit mäßiger/kritischer Arbeitsbewältigung verweist auf die Notwendigkeit einer Intensivierung der Personalarbeit in den Einrichtungen. Mäßige/kritische Arbeitsbewältigungssituationen können höhere Fehlzeiten oder vermehrt das Erfordernis von Veränderungen der Arbeitsbedingungen bedeuten. In jedem Fall wächst das Aufgabenfeld und Personalarbeitsaufkommen für die zuständigen Führungskräfte der Einrichtungen.

4.2.3 Arbeits-Renten-Perspektive im Wandel

Die Einschätzungen der Beschäftigten sind 2009 relativ gleich wie in der Erhebung vor zwei Jahren. Zu verzeichnen ist eine geringe Zunahme der Personen, die meinen, dass sie den Beruf bis zur regulären Rente ausüben können und wollen. Weiter liegt eine kleine Abnahme der Personen vor, die ihrer Einschätzung nach den Beruf nicht bis zur regulären Rente ausüben können.

in Prozent	2007 (n=123)	2009 (n=101)	Entwicklungs- tendenz
JA, kann und will bis zur regulären Rente arbeiten	44	46	(↔)
NEIN, kann nicht (2005: NEIN)	13	11	(↘)
WEISS NICHT	30	31	(↔)
WILL NICHT	13	12	(↘)

Tabelle: Häufigkeitsverteilung der Arbeits-Renten-Perspektive (Vergleich 2007 und 2009)

4.2.4 Was hat sich aus Sicht der Beschäftigten verändert?

Die Teilnehmenden wurden in standardisierter Form darüber befragt, was sich in der vorhergehenden Zeitperiode von jeweils etwa zwei Jahren verändert hat.

Fanden Veränderungen in den folgenden Punkten in den letzten 2 Jahren statt? (Angaben in %)	2003-2005 (n=92-101)			2005-2007 (n=89-110)			2007-2009 (n=71-87)		
	↓	↔	↑	↓	↔	↑	↓	↔	↑
Arbeitsbedingungen beim Klienten/ Patienten	19	74	7	19	76	5	23	74	3
Arbeitsorganisation des Pflegedienstes	14	59	27	14	65	21	17	60	23
Betriebliche Weiterbildungsangebote	7	55	38	9	67	24	6	55	39
Persönliche Nutzung der Weiterbildungsangebote	8	62	30	13	66	21	4	65	31
Betriebsklima zwischen Leitung und MitarbeiterInnen	7	69	24	9	69	22	22	59	20
Betriebsklima zwischen MitarbeiterInnen	9	67	24	14	61	25	7	66	28
Zusammenarbeit mit anderen Professionen	23	62	15	19	71	10	20	73	7
Betriebliche Gesundheitsförderung	4	82	14	3	77	20	5	80	15
Meine persönliche Gesundheitsförderung	7	58	35	8	71	22	8	66	26

Tabelle: Häufigkeitsverteilung der Einschätzungen der Veränderungen der Arbeits- und Organisationsbedingungen über die Jahre 2003 bis 2009 (alle Befragten)

Größere positive Beurteilungsanteile fallen auf die Aspekte „Arbeitsorganisation des Pflegedienstes“, „Betriebliche Weiterbildung“, „Betriebsklima zwischen MitarbeiterInnen“ und „Persönliche Gesundheitsförderung“.

Ein etwas höheren Anteil an Einschätzungen, dass es sich verschlechtert hat, fällt auf den Aspekt „Zusammenarbeit mit anderen Professionen“. Im Zeitfenster 2007-2009 kommen die Aspekte „Arbeitsbedingungen beim Klienten/Patienten“ und „Betriebsklima zwischen Leitung und MitarbeiterInnen“ dazu. Hier haben mehr als 20% der Befragten eine Verschlechterung festgestellt.

4.3. Längsschnittuntersuchung 2003-2005-2007-2009

In der Längsschnittanalyse wird die Entwicklung derselben Beschäftigtengruppe dokumentiert. Sie lässt Rückschlüsse über Einflussgrößen unter dem Aspekt einer mindestens siebenjährigen Verweildauer in diesem Betrieb/Beruf zu.

4.3.1 Teilnehmende zu allen vier Zeitpunkten

Unter den insgesamt 289 Personen, die seit 2003 an Arbeitsbewältigungsgesprächen bzw. -Coachings teilgenommen haben, befinden sich **24 Personen**, die sich zu allen vier Zeitpunkten (Frühjahr 2003, Frühjahr 2005, Herbst 2007, Sommer 2009) beteiligt waren.

Diese Teilnehmerinnen und Teilnehmer waren im Sommer 2009 durchschnittlich **47,4 Jahre** alt, was mit dem Durchschnittsalter 2009 der Gesamtzielgruppe von 47,9 Jahren nahezu identisch ist. Fast die Hälfte (46 %) gehörten der Altersgruppe 45 bis 54 Jahre an (zum Vergleich: in dieser sind 34 % der Gesamtpopulation der fünf Einrichtungen vertreten).

Die Teilnehmenden sind 2009 zu ...

92 %	Frauen
8 %	Männer
0 %	bis 24 Jahre alt
4 %	25 – 34 Jahre
33 %	35 – 44 Jahre
46 %	45 – 54 Jahre
17 %	55 – 64 Jahre
71 %	verheiratet oder in Lebensgemeinschaft
38 %	geschieden, getrennt, verwitwet oder Single
50 %	Elternteil von noch im Hause lebenden Kindern
29 %	mit Betreuung eigener pflegebedürftiger Angehöriger beschäftigt
25 %	AlleinverdienerIn
29 %	vollzeitbeschäftigt
54 %	teilzeitbeschäftigt
13 %	Geringfügig beschäftigt
33 %	examinierte Krankenschwestern/-pfleger
25 %	Altenpflegerinnen
8 %	Krankenpflegehelferinnen
4 %	Hauswirtschafterinnen
29 %	andere Berufe in Verwaltung oder im Fahrdienst

Tabelle: Strukturdaten der Teilgruppe, die an allen vier Erhebungen (2003 – 2009) teilgenommen haben (2009)

In dieser Stichprobe sind etwas mehr Vollzeitbeschäftigte und weniger geringfügig Beschäftigte als in der Querschnitt-Stichprobe vertreten.

4.3.2 Entwicklung der Arbeitsbewältigungsfähigkeit 2003-2005-2007-2009

Die Arbeitsbewältigung der 24 Teilnehmerinnen und Teilnehmer von 2003 bis 2009 zeigt folgende Entwicklung: Die Arbeitsbewältigung zwischen 2003 und 2005 stieg durchschnittlich an; zwischen 2005 und 2007 sank sie deutlich ab und zwischen 2007 und 2009 setzt sich diese Abnahme in geringerem Maße fort. Allerdings ist die individuelle Streubreite gewachsen, was sich an der Erhöhung des Wertes der Standardabweichung zeigt. Die Entwicklung bleibt insgesamt gleichwohl in der Konstellation „Gute Arbeitsbewältigung“.

	2003	2005	2007	2009
Arbeitsbewältigungs-Index (ABI) (min. 7 – max. 49 Indexpunkte, gute Arbeitsbewältigungskonstellation bei 37 – 43 Indexpunkten) (n=24)	40,1	41,3	39,1	38,5
SD	3,9	4,7	6,0	5,1

Tabelle: Entwicklung des Arbeitsbewältigungs-Index der Teilnehmer von 2003, 2005, 2007 und 2009 gesamt

Die Dynamik der Arbeitsbewältigung zeigt von 2005 auf 2007 in allen Betrieben eine zunehmende Arbeitsbewältigungsfähigkeit. Von 2005 auf 2007 sank dieser Wert in drei von vier auswertbaren Betrieben und auf 2009 noch einmal, allerdings bei den meisten nicht mehr so deutlich. Lediglich in einem von vier Betrieben wird 2009 der Ausgangswert von 2005 überstiegen.

Bei den an allen vier Erhebungen Beteiligten aus den Betrieben B und C sind zwischen 2003 und 2009 deutliche Verringerungen des Arbeitsbewältigungs-Index von – 2,5 bzw. –2,6 Indexpunkten festzustellen; im Betrieb C sinkt dieser Wert lediglich um –0,9 Punkte, wohingegen die drei Beschäftigten aus Betrieb E einen Anstieg um +1,0 Punkten zu verzeichnen haben.

Das Ausmaß der Veränderung von 2007 auf 2009 ist unterschiedlich nach Betrieben. Im Unternehmen D und E bleibt die Arbeitsbewältigung der beteiligten Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern relativ stabil; die Differenzpunkte bewegen sich zwischen 0,2 und 0,6 Indexpunkten. In den Unternehmen B und C sinkt die durchschnittliche Arbeitsbewältigung der beteiligten Mitarbeiter zwischen 2007 und 2009 um 1,3 bzw. 2,0 Indexpunkte.

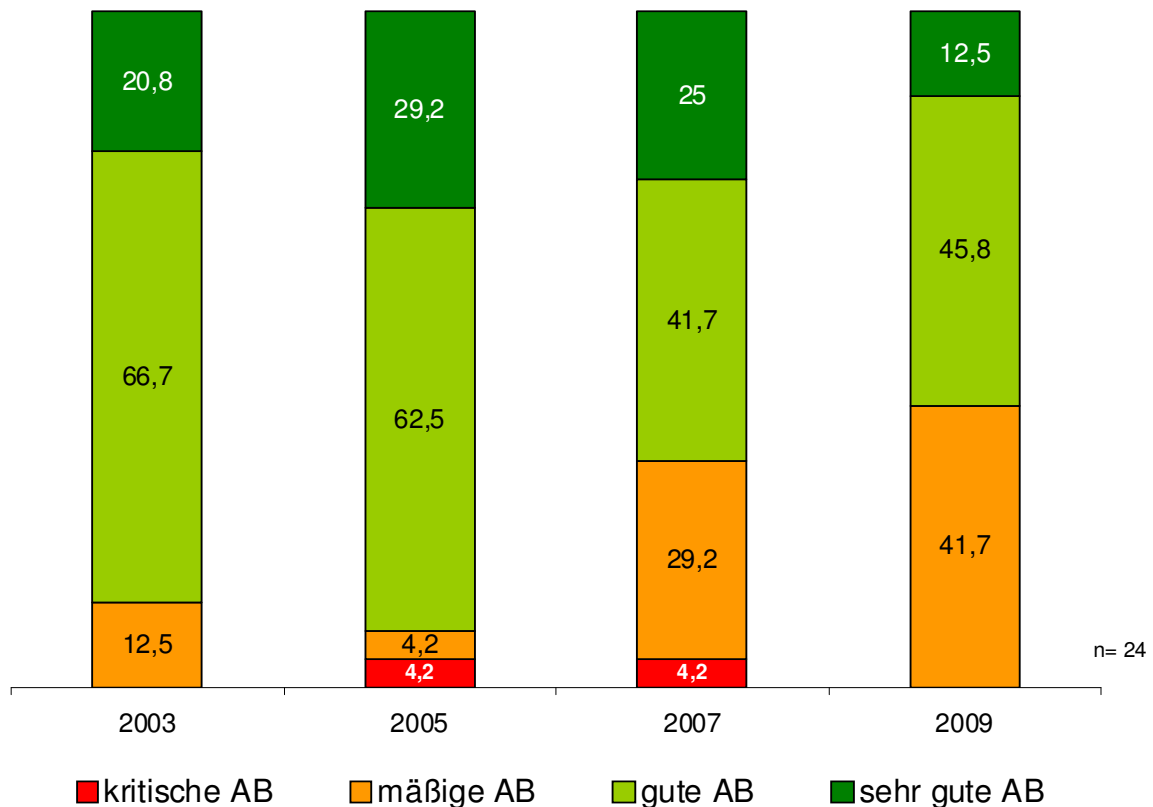
	2003	2005	2007	2009
Ø ABI der Mitarbeiter (MA) des Betriebes A (n=1)	zu kleine Fallzahl			
Ø ABI der MA des Betriebes B (n=6; Ø-Alter = 45,3 Jahre in 2009)	38,0	39,0	36,8	35,5
Ø ABI der MA des Betriebes C (n=5; Ø-Alter = 45,3 Jahre in 2009)	41,2	42,2	40,6	38,6
Ø ABI der MA des Betriebes D (n=9; Ø-Alter = 45,3 Jahre in 2009)	39,7	42,7	39,0	38,8
Ø ABI der MA des Betriebes E (n=3; Ø-Alter = 45,3 Jahre in 2009)	41,7	43,3	43,3	42,7

Tabelle: Entwicklung des Ø Arbeitsbewältigungs-Index der Teilnehmer von 2003, 2005, 2007 und 2009 nach Kooperationsunternehmen

Die Arbeitsbewältigungs-Konstellationen verschieben sich in den beobachteten Jahren beträchtlich. Der Anteil der Personen in einer sehr guten AB-Konstellation halbierte sich nahezu, wohingegen sich der Anteil der Personen in einer mäßigen AB-Konstellation seit 2003 verdreifacht hat.

Arbeitsbewältigungs-Konstellation (AB) in Prozentanteilen	2003	2005	2007	2009
sehr gute AB	20,8	29,2	25,0	12,5
gute AB	66,7	62,5	41,7	45,8
mäßige AB	12,5	4,2	29,2	41,7
kritische AB	0,0	4,2	4,2	0,0

Tabelle: Entwicklung des Anteils der Arbeitsbewältigungs-Konstellation von 2003, 2005, 2007 und 2009



Darstellung: Entwicklung des Anteils der Arbeitsbewältigungs-Konstellationen von 2003, 2005, 2007 und 2009

4.3.3. Arbeits-Renten-Perspektive im Wandel

Unter den Beschäftigten, die an allen vier Erhebungen teilgenommen haben, wurde der Anteil derjenigen die angeben, den Beruf nicht bis zum regulären Rentenalter ausüben zu können, halbiert und stabilisiert. Zugleich ist von 2007 auf 2009 ein kleiner Aufwärtstrend bei der Anzahl der Personen zu verzeichnen, die sich vorstellen können, die Tätigkeit bis zum regulären Rentenalter ausüben zu können und zu wollen; allerdings liegt dieser Wert unter dem der Gesamtauswahl (37,5 zu 46,2 %).

	2007 (in%)	2009 (in%)
JA, kann und will bis zur regulären Rente arbeiten	33,3	37,5
NEIN, kann nicht	12,5	12,5
WEISS NICHT	50,0	41,7
NEIN, will nicht	4,2	8,3

Tabelle: Entwicklung der Arbeits-Renten-Perspektiven von 2007 und 2009

4.4. Unterschiedliche Längsschnittgruppen

Die bisherigen Ergebnisse basieren auf der Teilstichprobe, die zu allen 4 Zeitpunkten (2003, 2005, 2007 und 2009) befragt werden konnte. Unter den insgesamt 286 Personen, die seit 2003 an Arbeitsbewältigungsgesprächen bzw. -Coachings teilgenommen haben, befinden sich

24 Personen, die 2003, 2005, 2007 und 2009	}	24 „Vierlinge“
18 Personen, die 2003, 2005 und 2007		}
3 Personen, die 2003, 2005 und 2009		
11 Personen, die 2003, 2007 und 2009		
6 Personen, die 2005, 2007 und 2009“		
35 Personen, die 2003 und 2005	}	66 „Zwillinge“
3 Personen, die 2003 und 2007		
1 Person, die 2003 und 2009		
4 Personen, die 2005 und 2007		
1 Person, die 2005 und 2009		
22 Personen, die 2007 und 2009 sowie		

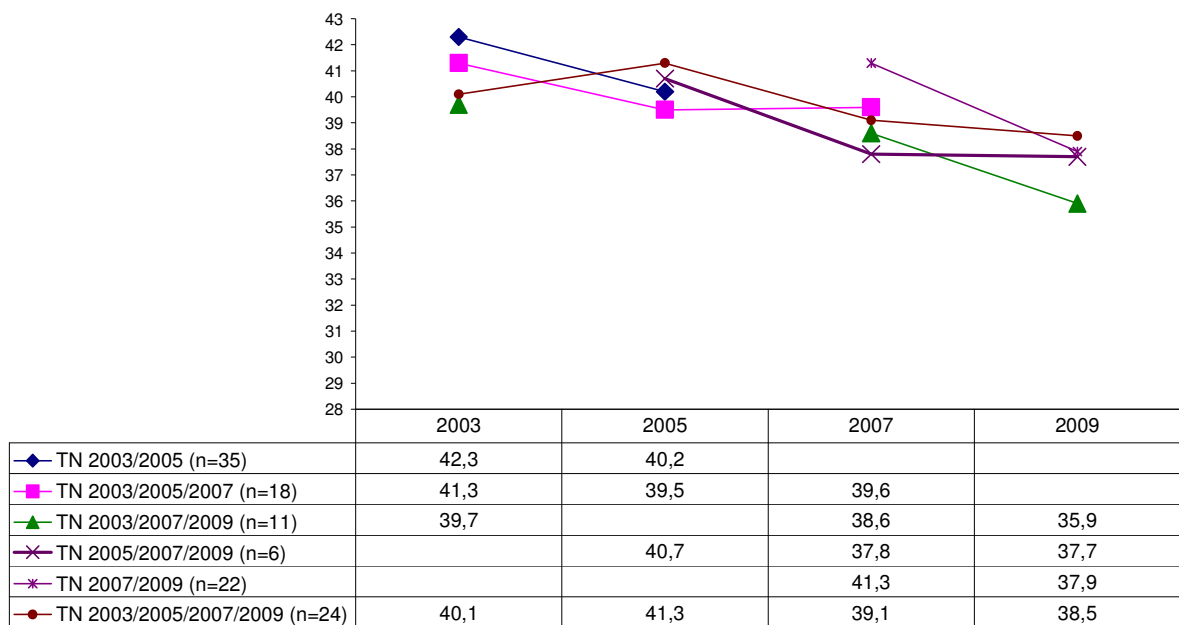
161 Personen, die lediglich an einer der vier Erhebungen teilgenommen haben.

4.4.1 Entwicklung der Arbeitsbewältigungsfähigkeit

Die Entwicklung der Arbeitsbewältigung dieser Personengruppen von 2003 bis 2009 zeigt folgende durchschnittliche Dynamik:

Arbeitsbewältigungs-Index (ABI) ...	2003	2005	2007	2009
... der Personengruppe 2003/2005 (n=35)	42,3 (ØAlter: 43,8)	40,2 (ØAlter: 45,8)		
... der Personengruppe 2003/2005/2007 (n=18)	41,3 (ØAlter: 42,4)	39,5 (ØAlter: 44,3)	39,6 (ØAlter: 46,7)	
... der Personengruppe 2003/2007/2009 (n=11)	39,7 (ØAlter: 43,0)		38,6 (ØAlter: 47,4)	35,9 (ØAlter: 49,1)
... der Personengruppe 2005/2007/2009 (n=6)		40,7 (ØAlter: 37,7)	37,8 (ØAlter: 40,3)	37,7 (ØAlter: 42,2)
... der Personengruppe 2007/2009 (n=22)			41,3 (ØAlter: 45,8)	37,9 (ØAlter: 45,8)
... der Personengruppe 2003/2005/2007 und 2009 (n=24)	40,1 (ØAlter: 42,3)	41,3 (ØAlter: 44,2)	39,1 (ØAlter: 46,6)	38,5 (ØAlter: 47,4)

Tabelle: Durchschnittlicher Arbeitsbewältigungs-Index und durchschnittliches Alter bei verschiedenen Gruppen von Beteiligten



Darstellung: Durchschnittlicher Arbeitsbewältigungs-Index in der Entwicklung zwischen 2003 und 2009 für verschiedene Gruppen von Beteiligten

Unabhängig davon, welchen Beschäftigungsumfang die Teilnehmenden haben, nimmt die Arbeitsbewältigung über die Jahre ab. Am stärksten ausgeprägt ist das Absinken bei den Vollzeitbeschäftigten zwischen 2007 und 2009.

Beschäftigungsverhältnis 2009	Arbeitsbewältigungs-Index (ABI)			
	2003	2005	2007	2009
Vollzeitbeschäftigt (ab 36 Wochenstunden)	39,2	39,0	39,1	36,3
Teilzeitbeschäftigt (13 bis 35 Wochenstunden)	40,1	41,1	39,6	39,3
Geringfügig Beschäftigt (bis 12 Wochenstunden)	41,3	42,5	40,0	39,7
Insgesamt	40	40,5	39,5	38,6

Tabelle: Durchschnittlicher Arbeitsbewältigungs-Index nach Beschäftigungsumfang

5. Förderung der Arbeitsbewältigung

Im Mittelpunkt des „Arbeitsbewältigungs-Coachings“ steht die Anleitung zur Erstellung eines individuellen Förderplans. Die zwei Coaching-Fragestellungen an die Person lauten:

- Was können Sie zum Erreichen Ihres Förderziels beitragen?
- Was brauchen Sie dazu von betrieblicher Seite?

Die in diesem Zusammenhang genannten Themen können sowohl vorhandene positive Einflussfaktoren auf die Arbeitsbewältigung beinhalten und ihre Beibehaltung betreffen als auch Veränderungsbedarfe/-wünsche ausdrücken.

5.1 Förderthemen der Teilnehmenden 2009

Von den 101 Beteiligten wurden insgesamt 587 Förderthemen genannt, das sind durchschnittlich 5,8 Nennungen pro Person. Die Inhaltsanalyse zeigt folgende Häufigkeiten in der Verteilung auf die vier Förderfelder und die jeweiligen Unterthemen/-Subkategorien:

- Mit einem Anteil von 31,3 % an allen Nennungen wurden Fördermaßnahmen im Bereich „Individuelle Gesundheitsförderung“ am häufigsten formuliert.
- Maßnahmen im Themenfeld der „Führungsorganisation“ liegen mit 27,1 % nahezu gleich auf wie mit Nennungen im Bereich „Arbeitsbedingungen“ (26,1 %).
- Fördermaßnahmen im Bereich „Kompetenz-Förderung“ wurden mit einem Anteil von 15,5 % am seltensten genannt.

		A	B	C	D	E	Gesamt_ Sub- kategorie	Gesamt_ Haupt- kategorie	Gesamt in %
1.	Individuelle Gesundheitsförderung							184	31,3
a	Bewegung	1	9	20	24	8	62		
b	Gesundheitsgerechtes Arbeiten	2	6	12	6	5	31		
c	ILebensbalance	1	4	5	14	3	27		
d	IGesundheitsuntersuchung und - behandlung		7	10	5	2	24		
e	Ernährung	1	1	8	10		20		
f	Entspannung			2	9	1	12		
g	Sonstiges		1	2	5		8		
2.	Förderung durch Führungs- organisation							159	27,1
a	Vorgesetztenverhalten		4	16	22	8	50		
b	Kollegialität	1	7	13	10	2	33		
c	Betriebsklima	1	2	13	9	6	31		
d	Arbeitsabläufe	2	2	7	5	2	18		
e	Arbeitsaufgabe				10		10		
f	Information		2	2	3		7		
g	Sonstiges		3		3		6		
h	Mitsprache				4		4		

3.	Förderung durch Arbeitsbedingungen							153	26,1
a	Arbeitszeit		7	10	20	5	42		
b	Arbeitsaufgaben	1	5	8	16	1	31		
c	Arbeitsmenge		4	10	10	1	25		
d	Arbeitsmittel	1		12	8		21		
e	Sonstiges		3	6	7		16		
f	Arbeitsumgebung	2		7	1		10		
g	Information & Mitsprache			4	1	2	7		
h	Arbeitsplatz				1		1		
4.	Kompetenz-Förderung							91	15,5
a	Betriebliche Weiterbildung	1	7	17	17	4	46		
b	Ausbildung	2	4	5	5		16		
c	Berufliche Entwicklungsmöglichkeiten		3	5	1	2	11		
d	Persönlichkeitsentwicklung			1	6		7		
e	Trainings zur professionellen Gesundheitskompetenz		1	2	4		7		
f	Einsatz des Erfahrungswissens				2		2		
g	Sonstiges			1		1	2		
	Gesamt	16	82	198	238	53	587		100%
	Anzahl der TN	3	14	35	37	12	101		
	Nennungen pro TN	5,3	5,9	5,7	6,4	4,4	5,8		

Tabelle: Häufigkeitsverteilung der Förderthemen (2009)

5.1.1 Betriebliche Maßnahmenpläne 2009

Die angeführten Förderthemen umfassen sowohl persönliche Vorsätze als auch Förderwünsche an das Unternehmen. Diese gesamte Förderthemenliste wurde im Rahmen des „Arbeitsbewältigungs-Coaching“-Prozesses den betrieblichen Entscheidungsträgern zur Beschlussfassung von betrieblichen, kollektiv ausgerichteten Maßnahmen vorgelegt. Die daraus entstandenen Aktionspläne zeigen die Vielfältigkeit und Ernsthaftigkeit der Umsetzungsplanungen.

		Förderfelder		
	betriebliche Gesundheitsangebote	zukunfts-fähige Gestaltung der Arbeitsbedingungen	alternssensible Führungsorganisation und Arbeitsorganisation	lebensbegleitende Weiterbildung und berufliche Entwicklungsmöglichkeiten
A		<ul style="list-style-type: none"> Als besonderer Hebel für Arbeitsfähigkeit und Zufriedenheit wurde die Dienstplangestaltung gesehen: Doppeldienste werden nach Möglichkeit auseinander genommen, auch die Wünsche der Halbtagskräfte (mehrere freie Tage hintereinander) werden berücksichtigt 		<ul style="list-style-type: none"> Eine MA will/soll die PDL-Ausbildung machen In Kooperation mit einem Dermatologen wird ein Wundmanagement aufgebaut

Fortsetzung

Förderfelder				
	betriebliche Gesundheitsangebote	zukunftsfähige Gestaltung der Arbeitsbedingungen	alternssensible Führungsorganisation und Arbeitsorganisation	lebensbegleitende Weiterbildung und berufliche Entwicklungsmöglichkeiten
B	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Prüfung der finanziellen Möglichkeiten zur Unterstützung oder zum Angebot von Bewegungsvorsorge 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Prüfung, ob Freizeitausgleich geblockt vor oder nach Urlauben geplant werden kann (meist sind diese Erleichterungen durch Belastung anderer „erkauft“ – hier muss auch Aufklärung stattfinden) ▪ Aufklärung über die Schwierigkeit, ein ausgeglichenes Arbeitsaufkommen in dieser Dienstleistungsbranche zu gewährleisten 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Förderung der Kollegialität durch mehr Zeit und Moderation zum Austausch über persönliche Anliegen im Rahmen der Dienstbesprechung ▪ Verstärkung von Lob und Anerkennung durch Vorgesetzte (wobei es schon allein dadurch schwierig ist, weil innerbetrieblich die besonderen Leistungen meist unbemerkt bleiben) 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Förderung und Forderung, die extern besetzten Fortbildungsangebote (u.a. auch für den betriebsübergreifenden Austausch geeignet) zu besuchen
C		<ul style="list-style-type: none"> ▪ Anschaffung neuer Dienstfahrzeuge 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Gründung eines Arbeitskreises mit Mitarbeitervertretung, die die Förderthemen zu Maßnahmen entwickeln 	
D	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Schichtplanung und Sportaktivitäten aufeinander abstimmen 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Verbesserung der Kommunikation über Dienstplangestaltung ▪ Re-Organisation des Einsatzes von Teilzeitkräften und stundenweise Beschäftigten 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Lösung des manifesten Konflikts zwischen GF und MAV ▪ Intensivierung der Personalgespräche 	
	<ul style="list-style-type: none"> ▪ 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Veränderung der Zeiterfassungsmodule / der differenzierten Zeitkontrollen 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Führungskultur stärken ▪ Sozialstation als Team-Anlaufstelle (Raum und Regeln für kollegialen Austausch). Die Diskussion über die Regeln läuft im Rahmen der Supervision ▪ Weitere Termine für Supervision geplant 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Suche und Festlegen von Fortbildungsterminen für Kinästhetik

Tabelle: Betriebliche Förderpläne (2009)

6. Evaluation der Förderprogramme 2007 im Jahr 2009

6.1 Output-Evaluation 2007-2009: Umsetzung der Fördervorsätze und -bedarfe aus Sicht der Beschäftigten

Mit der Verlängerung der Längsschnittuntersuchung durch das MASGFF hat sich die Gelegenheit geboten, ein schon in der Vorprojektphase angelegtes Instrument weiterzuentwickeln und einzusetzen: Das „Arbeitsbewältigungs-Coaching“.

Die damit verbundenen Ziele sind:

- Einsatz eines Interventionswerkzeugs zum Meistern personalwirtschaftlicher Herausforderungen (hier: in Pflegediensten) und
- Durchführung von Vorsorgeberatungen (zusätzlich zur Untersuchungsabsicht) sowohl für die einzelnen Beschäftigten als auch für die beteiligten Pflegedienste, um Maßnahmenumsetzungen für den Erhalt und die Förderung der Arbeitsbewältigungsfähigkeit der Beschäftigten zu planen und umzusetzen.

In diesem Zusammenhang werden zur Überprüfung der Praxistauglichkeit des „Arbeitsbewältigungs-Coaching“ folgende Output-Indikatoren dokumentiert und untersucht:

1. Anzahl und inhaltliche Ausrichtung der formulierten Förderthemen im Rahmen der „persönlich-vertraulichen Arbeitsbewältigungs-Coachings“
2. Anzahl und inhaltliche Ausrichtung der betrieblich beschlossenen Fördermaßnahmen
3. Anzahl und inhaltliche Ausrichtung der umgesetzten Maßnahmen aus Sicht der Beschäftigten.

6.1.1 Anzahl und inhaltliche Ausrichtung der Förderthemen 2007

Die 125 Teilnehmenden am „Arbeitsbewältigungs-Coaching“ haben insgesamt 702 Fördervorsätze sowie -bedarfe an das Unternehmen formuliert, das sind im Durchschnitt 5,6 Nennungen pro Person.

Die Gesamtergebnisse gereiht nach der Häufigkeit der Nennungen zeigen:

1. Das Förderfeld „Individuelle Gesundheit“ erhält insgesamt mit 32 % die meisten Nennungen. Davon beziehen sich die (zumeist persönlichen) Vorsätze auf die Weiterführung oder Verbesserung von Bewegungsaktivitäten, gefolgt von Maßnahmen zur Gesundheitsuntersuchung bzw. -behandlung.
2. Mehr als ein Viertel der Fördervorsätze bzw. -wünsche (28 %) beziehen sich auf die Förderung/Gestaltung der Arbeitsbedingungen; am häufigsten wird hier das Förderthema Arbeitszeit genannt.

3. Mit knapp einem Viertel der Nennungen folgen Maßnahmenvorschläge zur Unternehmenskultur und Führung, hier insbesondere das Vorgesetztenverhalten.
4. Etwa ein Sechstel aller Nennungen beschäftigt sich mit der Stärkung der beruflichen und fachlichen Kompetenz. Dabei ist die Unterkategorie „Förderung durch betriebliche Weiterbildung“ (gleichauf mit „Bewegung“) die am häufigsten genannte Förderaktivität über alle Bereiche hinweg.

	A	B	C	D	E	Gesamt_ Subkategorie	Gesamt_ Hauptkategorie	Gesamt in %
1. Individuelle Gesundheitsförderung							223	32
a Bewegung	4	14	23	23	11	75		
b Gesundheitsuntersuchung und - behandlung	0	13	11	8	2	34		
c Gesundheitsgerechtes Arbeiten	2	7	13	5	5	32		
d Ernährung	1	7	9	8	5	30		
e Lebensbalance	0	2	8	12	1	23		
f Entspannung	1	7	3	9	1	21		
g Sonstiges	2	1	1	4	0	8		
2. Förderung durch Arbeitsbedingungen							197	28
a Arbeitszeit	2	13	16	28	5	64		
b Arbeitsaufgaben	3	9	10	15	4	41		
c Sonstiges	2	5	15	8	3	33		
d Arbeitsmittel	1	6	7	6	7	27		
e Arbeitsumgebung	0	2	9	1	3	15		
f Arbeitsmenge	0	1	4	3	3	11		
g Information & Mitsprache	0	1	2	1	2	6		
3. Förderung durch Führungsorganisation							168	24
a Vorgesetztenverhalten	1	15	14	22	6	58		
b Betriebsklima	0	12	10	12	4	38		
c Kollegialität	2	4	15	11	3	35		
d Arbeitsabläufe	3	3	7	4	4	21		
e Information & Mitsprache	0	3	4	1	2	10		
f Sonstiges	0	1	1	4	0	6		
4. Kompetenz-Förderung							114	16
a Betriebliche Weiterbildung	2	15	23	24	11	75		
b Berufliche Entwicklungsmöglichkeiten	1	2	8	6	0	17		
c Ausbildung	1	0	5	8	2	16		
d Persönlichkeitsentwicklung	0	1	2	1	0	4		
e Sonstiges	0	0	1	1	0	2		
Gesamt	28	144	221	225	84	702		
Anzahl der TN	7	22	40	45	11	125		
Nennungen pro TN	4	7	6	5	8	6		

Tabelle: Überblicks-Rangliste 2007 der im „Arbeitsbewältigungs-Coaching“ genannten Fördervorsätze und -bedarfe an das Unternehmen

6.1.2 Anzahl und inhaltliche Ausrichtung der betrieblichen Maßnahmenpläne 2007

Die oben dargestellten Ergebnisse wurden für den jeweiligen Betrieb ausgewertet und in sogenannten „Betrieblichen Arbeitsbewältigungs-Workshops“ den Entscheidungsträgern vorgestellt. Sie bildeten die Grundlage zur Entscheidungsfindung, welche Förderthemen im Betrieb aufgegriffen werden, um die Arbeitsbewältigung der Belegschaft positiv zu beeinflussen. Die Ziele der Förderprogramme lauten: **Stabilisierung der Arbeitsbewältigungsfähigkeit der Belegschaft und Verbesserung der Arbeitsbewältigungsfähigkeit bei Personen in mäßiger/kritischer Arbeitsbewältigungs-Konstellation.**

Die beschlossenen Förderthemen und die -maßnahmen werden im Folgenden dokumentiert. Das Unternehmen B ist in einen Organisations-Veränderungsprozess eingetreten und hat daher keine konkreten Maßnahmen in den Förderfeldern beschließen können. Gleichwohl wurden auch in diesem Unternehmen die Steuerungshinweise des Arbeitsbewältigungsstatus und die Förderbedarfe ein antreibender Faktor.

Insgesamt haben anderen Unternehmen zwischen zwei und vier Maßnahmenpakete abgeleitet und beschlossen. Durchgängig wurden Arbeitsgestaltungs- und Führungsorganisationsmaßnahmen festgelegt.

Förderfelder				
	betriebliche Gesundheitsangebote	zukunftsfähige Gestaltung der Arbeitsbedingungen	alternssensible Führungs- und Arbeitsorganisation	lebensbegleitende Weiterbildung und berufliche Entwicklungsmöglichkeiten
A	Erährungsberatung in Teambesprechung und private Haushalte integrieren	Patenschaften zwischen Kollegen zur Vermittlung gesundheitsgerechter Arbeitsweisen bilden, nach dem Motto: Von Kolleginnen und Kollegen lernen, wie sie es gut bewältigen können	Team-Reflexion für individuell-gesundheitlich besseren Umgang mit Pflege-Zeitvorgaben nach dem Motto: Von KollegInnen lernen, wie sie es gut bewältigen können	Weiterbildungsplanung 2008 öffentlich in Form eines Aushangs erstellen; Beschäftigte zu mehr Eigenverantwortung motivieren, Planungssicherheit und Transparenz im betrieblichen Weiterbildungsprogramm gewährleisten
B		Verringerung der Reduktion der internen Modulzeiten	Verbesserung der Kommunikation zwischen Vorstand und Beschäftigten Entlastung der PDL von administrativen Aufgaben; Stärkung der Führungsaufgabe	

C		Tätigkeitsprofil in der neu eröffneten Tagesstätte für Demenzz Klienten umfasst körperlich weniger beanspruchende, dafür aber mehr sozial herausfordernde Aufgaben. Gleichzeitig ist Teamarbeit möglich. Mit dieser Dienstleistungserweiterung sollen sich mehr Entlastungsangebote für Mitarbeiter mit körperlichen Beeinträchtigungen ergeben.	Schaffen einer transparenten Lohnstruktur	
D	Unterstützung der Mitarbeiter-Vorsätze im Bereich persönlicher Gesundheitsförderung durch Erleichterungen in der Dienstplanung	Dienstplan-Modell „Geben & Nehmen“: Ziel ist die Verringerung der Spätdienst-Häufigkeit durch a) zusätzliche Anstellung von zwei Teilzeitkräften und b) Abbau / „Auf-Null-Stellung“ der Mehrarbeitsstunden 2007	Verbesserte Zusammenarbeit bei der Modell-Umsetzung zwischen Vorstand, Geschäftsleitung, Mitarbeitervertretung; verstärkte Mitarbeiter-Einbindung/-information. Ehrung langjähriger Mitarbeiter im Rahmen des Unternehmensjubiläums	
	Weiterführung des Kursangebotes ‚Rückenschule‘; Ernährungsthema beim Mitarbeiter-Forum; BGW-Kurse recherchieren	Verstärkte Motivierung zur Teilnahme an Supervision und Berücksichtigung des Alters oder gesundheitlicher Beeinträchtigungen bei der Tourenplanung	Unsicherheiten nach Zusammenlegung von Einsatzorten klären	Nachfrage und Berücksichtigung der PC-Weiterbildungswünsche unter Berücksichtigung altersgerechter Didaktik

Tabelle: Überblick über beschlossene Förderthemen und -maßnahmen der Kooperationsunternehmen 2007

6.1.3 Anzahl und inhaltliche Ausrichtung der umgesetzten Maßnahmen zwischen 2007 und 2009 aus Sicht der Beschäftigten

Die Wiederholung des „Arbeitsbewältigungs-Coachings“ im Jahr 2009 erreichte in den fünf Kooperationsunternehmen insgesamt 63 Beschäftigte, die schon im Jahr 2007 an diesem Prozess beteiligt waren. Für diese Personengruppe lag demnach ein individueller Förderplan vor. Sie hatten im Jahr 2007 für sich selbst Fördervorsätze festgehalten und hatten Förderbedarfe an das Unternehmen formuliert. Sie können daher Auskunft geben, wie weit sie ihre eigenen Vorsätze umsetzen konnten und darüber hinaus waren sie auch die direkten BeobachterInnen der Umsetzung ihrer an das Unternehmen gerichteten Förderbedarfe bzw. der betrieblichen Maßnahmen.

Durchschnittlich wurden 1,7 Fördervorsätze pro Person 2007 formuliert. Im Rahmen des Evaluations-/Wiederholungs-Arbeitsbewältigungs-Coachings bestätigten die Befragten, dass sie diese insgesamt zu zwei Drittel umgesetzt haben. Der Umsetzungsgrad ist nach Standorten/Unternehmen unterschiedlich.

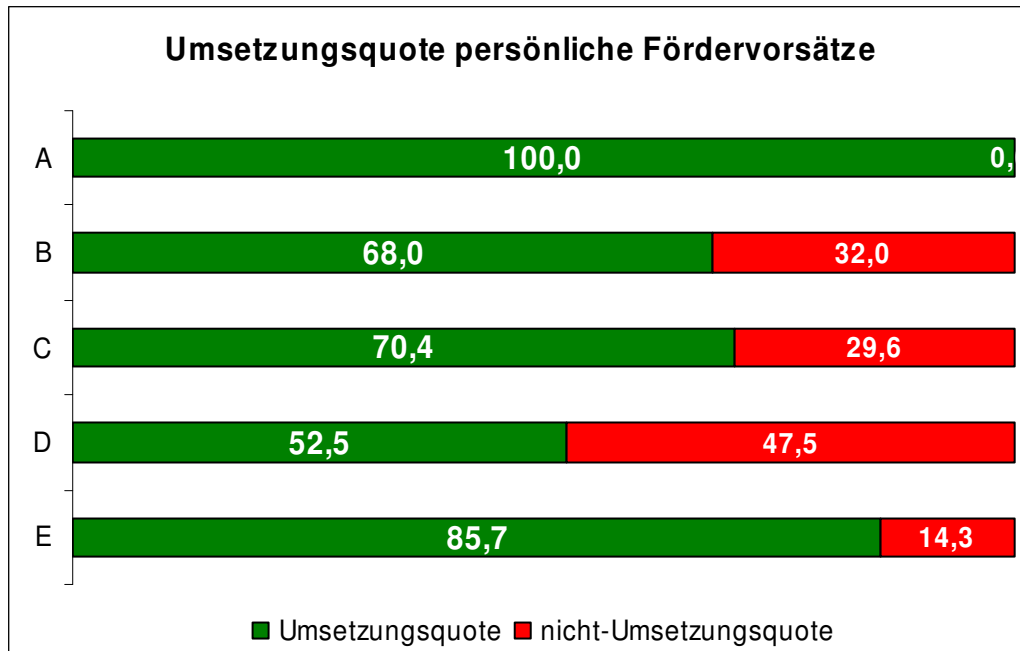


Abbildung: Umsetzungsquote der persönlichen Fördervorsätze von 2007 in der Beurteilung 2009 nach Standorten

Die Anzahl der an die Unternehmen gerichteten Förderwünsche ist höher. Durchschnittlich 2,8 Förderthemen wurden von den Beteiligten formuliert. Im Rückblick bestätigen sie, dass diese Bedürfnisse ebenfalls zu einem ähnlich hohen Teil (65 %) realisiert wurden.

Auch hier gibt es Unterschiede nach Unternehmen. Im kleinsten Unternehmen haben aus Sicht der Beteiligten alle geäußerten Bedürfnisse Berücksichtigung gefunden. Auch in den Unternehmen B, C und E wurden mehr als zwei Drittel der Vorschläge berücksichtigt; lediglich in Betrieb D liegt die Quote der berücksichtigten Fördervorschläge niedrig, übersteigt aber die Zahl der nicht berücksichtigten Maßnahmenideen.

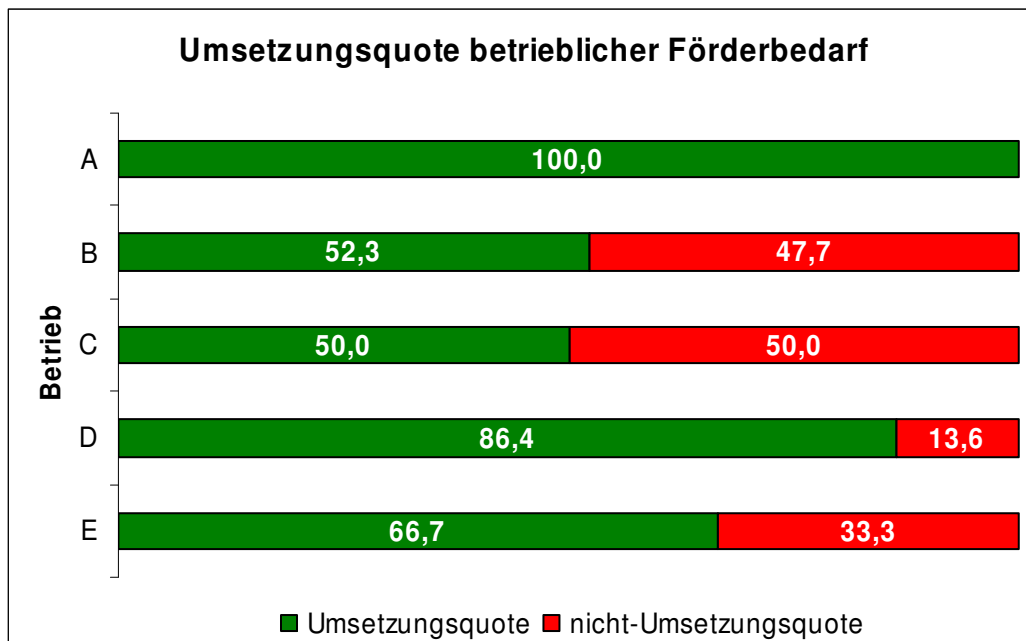


Abbildung: Umsetzungsquote der betrieblichen Fördermaßnahmen von 2007 in der Beurteilung 2009 nach Standorten

6.2 Outcome-Evaluation

Die Output-Evaluation beschäftigt sich mit der Frage „Was bringt das Arbeitsbewältigungs-Coaching?“. Ergänzend versucht die Outcome-Bewertung die Frage zu ergründen: „Was bewirkt das „Arbeitsbewältigungs-Coaching?“. Die Zielgrößen des Interventionsprojekts sind mehrschichtig und beziehen sich vorrangig auf die Ebene der Beschäftigten:

- Erhaltung und Förderung der Arbeitsbewältigungsfähigkeit,
- Stabilisierung und Verbesserung der Arbeits-Renten-Perspektive,
- Stärkung und Erweiterung der Selbstwirksamkeit.

Diese Zielgrößen wurden im Rahmen des Projekts mit Indikatoren verbunden, die mit z. T. standardisierten Messinstrumenten zu dem Zeitpunkt 2007 und 2009 erhoben werden konnten.

Weitere, betriebliche Zielgrößen wie z. B. Fehlzeitenentwicklung, Fluktuationsneigung, Dienstleistungskennzahlen u. a. m. stehen in einem Zusammenhang mit den oben genannten Humankennzahlen. Diese wurden aber in dieser Längsschnitt- und Interventionsstudie nicht erhoben und sind damit nicht Teil der Outcome-Evaluation.

Bei den Einflussgrößen werden aus unserer Sicht insbesondere zwei Faktoren einer Wirksamkeitsbewertung unterzogen:

- a) der Arbeitsbewältigungs-Coaching-Prozess in den Einrichtungen mit den zwei Kernbausteinen „persönlich-vertrauliches Arbeitsbewältigungs-Coaching“ und „betriebliche Arbeitsbewältigungsstrategie“ und
- b) die konkreten betrieblichen Fördermaßnahmen und -aktionen zur Erhaltung und Förderung der Arbeitsbewältigungsfähigkeit.

Einer fundierten Wirksamkeitsüberprüfung fehlt in dieser Untersuchung eine Kontrollgruppe. Gleichwohl können durch Gegenüberstellung der Längsschnittwerte heuristisch Hypothesen über Wirkzusammenhänge mit bekannten oder möglichen Einflussgrößen gewonnen werden.

6.2.1 Arbeitsbewältigungsfähigkeit

Die Arbeitsbewältigungsfähigkeit der Längsschnittgruppe bestehend aus 24 Teilnehmenden an allen vier Untersuchungs- und späteren Interventionszeitpunkten zeigt eine Richtung wechselnde Dynamik: In der Forschungsphase von 2003 auf 2005 nimmt die Arbeitsbewältigungsfähigkeit der Beteiligten (von 40,1 auf 41,3 Indexpunkte) deutlich zu. Der Abschluss des Forschungsprojekts war ohne Perspektive auf eine projektbezogene Fortsetzung und persönliche wie betriebliche Interventionen. Der Arbeitsbewältigungsindex bei der neuerlichen Erhebung 2007 zeigte gegenüber 2005 ein rapides Absinken (von 41,3 auf 39,1 Indexpunkte), also noch unter den Ausgangswert von 2003. Die Interventionsphase zwischen 2007 und 2009 erreichte im Durchschnitt keine Umkehr dieser negativen Arbeitsbewältigungs-Entwicklung; bremste aber die Abnahme des durchschnittlichen Arbeitsbewältigungswertes (von 39,1 auf 38,5 Punkte).

Diese Entwicklungsrichtungen lassen sich augenscheinlich mit der Einschätzung der Veränderungsgüte während dieser drei Zeitperioden in Einklang bringen. Hohe Anteile an Verbesserungseinschätzungen sind in der ersten Untersuchungsperiode von 2003 bis 2005 der betrieblichen Weiterbildung und der verstärkten Nutzung entsprechender Angebote zuzuschreiben, aber auch verstärkten individuellen Gesundheitsförderungsaktivitäten und Verbesserungen im Betriebsklima. Mit negativen Vorzeichen versehen sind die Aspekte der Arbeitsbedingungen bei Klienten/ Patienten sowie die Zusammenarbeit mit anderen Professionen, also die Schnittstellen zu Krankenhäusern, Ärzten und Kranken-/Pflegeversicherung.

Dies setzt sich prinzipiell in der folgenden Periode 2005 bis 2009 – teilweise auf erhöhtem Niveau – fort. Berufliche Weiterbildung, Kollegialität und persönliche Gesundheitsförderung werden in der Tendenz eher als gleich geblieben oder verbessert beschrieben, wohingegen die Arbeitsbedingungen bei Klienten/ Patienten sowie die Zusammenarbeit mit anderen Professionen nochmals als eher verschlechtert darge-

stellt werden. Mit eher negativen Vorzeichen versehen sind neuerlich auch Aspekte der Arbeitsorganisation im Pflegedienst.

Hingegen gibt es in der letzten Beobachtungsperiode, die aktive Interventionen mit dem Arbeitsbewältigungs-Coaching beinhaltet, wieder deutlich positivere Entwicklungen. Dies betrifft neben den betrieblichen Weiterbildungsangeboten und deren verstärkte Nutzung insbesondere die Arbeitsorganisation der Pflegedienste und das Betriebsklima.

Die Intensivierung der betrieblichen Kommunikation, Verständigung über – gemeinsame – Fördermaßnahmen wie auch die individuellen Fördervorsätze scheinen insgesamt eine Verbesserung der betrieblichen Bedingungen zu erzeugen. Wiederum mit deutlich negativen Entwicklungstendenzen beschrieben werden die Bereiche der Arbeitsbedingungen bei Klienten/Patienten sowie die Zusammenarbeit mit anderen Professionen. Diese beiden außerbetrieblichen Rahmenbedingungen haben sich im Zeitlauf kontinuierlich verschlechtert.

Fanden Veränderungen in den folgenden Punkten in den letzten 2 Jahren statt? (in %)	2003-2005 (n=23)			2005-2007 (n=24)			2007-2009 (n=24)		
	↓	↔	↑	↓	↔	↑	↓	↔	↑
Arbeitsbedingungen beim Klienten/ Patienten	25	71	0	21	67	0	29	71	0
Arbeitsorganisation des Pflegedienstes	17	67	17	21	58	13	8	50	42
Betriebliche Weiterbildungsangebote	4	46	50	8	63	25	0	54	46
Persönliche Nutzung der Weiterbildungsangebote	8	54	38	17	58	21	0	71	29
Betriebsklima zwischen Leitung und MitarbeiterInnen	13	63	25	8	79	8	13	58	29
Betriebsklima zwischen MitarbeiterInnen	8	67	21	13	63	21	4	67	29
Zusammenarbeit mit anderen Professionen	25	54	13	29	46	4	17	67	4
Betriebliche Gesundheitsförderung	4	75	17	8	67	13	0	79	13
Meine persönliche Gesundheitsförderung	17	54	29	4	67	25	8	54	33

Tabelle: Häufigkeitsverteilung der Einschätzungen der Veränderungen der Arbeitsbedingungen über die Jahre 2003 – 2009 (Panel der Befragten, die an allen vier Erhebungen teilgenommen haben)

Die These, dass eine positive Veränderung individueller und betrieblicher Bedingungen auch positive (also stabilisierende oder verbessernde) Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit hat, lässt sich belegen. Deutlich wird aus den aufgezeigten Daten allerdings auch, dass die äußeren Rahmenbedingungen ein belastendes Gegengewicht bilden, das gravierende negative Einflüsse auf eine an sich positive Entwicklung haben können.

Insofern ist die Frage von Bedeutung, ob die gesellschaftlichen Rahmenbedingungen – hier allerdings ohne konkretisierende Differenzierung – die Arbeitsbewältigungsfähigkeit aus Sicht der Befragten förderlich beeinflussen. Auch hier lohnt sich ein Blick auf die Auswahl der 24 Personen, die an allen Erhebungen teilgenommen haben.

Deutlich ist vor allem die Entwicklung derjenigen, die einen starken Einfluss der **gesellschaftlichen Bedingungen** auf die Förderung der Arbeitsfähigkeit ansprechen; die Zahl reduziert sich von 46 % um fast die Hälfte auf 26 %. Sowohl förderliche als auch nicht förderliche Aspekte nennen fast die Hälfte der Befragten. Ein Fünftel bis ein Drittel der Befragten gibt an, dass die gesellschaftlichen Rahmenbedingungen die Arbeitsfähigkeit gar nicht bzw. eher nicht fördern. Somit hält es sich in der Einschätzung der Befragten eher die Waage zwischen förderlichen und nicht förderlichen Bedingungen; gegenüber der Erstbefragung 2003 ist im Jahr 2009 der Anteil derjenigen, die eine förderliche Unterstützung sehen, nahezu halbiert.

Förderung der Arbeitsfähigkeit durch gesellschaftliche Rahmenbedingungen (n=24)	2003	2005	2007	2009
gar nicht / eher nicht (in %)	21	33	33	29
teils-teils (in %)	33	46	42	46
eher / sehr stark (in %)	46	18	25	26
Mittelwert (Kategorien zwischen 1 = gar nicht und 5 = sehr stark)	3,33	2,82	2,96	3,08

Tabelle: Auswirkungen gesellschaftlicher Rahmenbedingungen auf die Arbeitsbewältigungsfähigkeit

Gesundheitliche Beschwerden, insbesondere von Arzt diagnostizierte/behandelte Erkrankungen, spielen bei der Arbeitsbewältigungsfähigkeit eine Rolle. Die vergleichende Darstellung der Auftretenshäufigkeit von aktuellen Arztdiagnosen bei der Längsschnittgruppe über die vier Untersuchungs-/Interventionszeitpunkte zeichnet vorerst die Entwicklung des durchschnittlichen Arbeitsbewältigungswertes wider.

Im Jahr 2003 liegen drei Diagnosegruppen in einem auffälligen Ausmaß (> 20 %) vor: Es handelt sich ausschließlich um verschiedene Muskel-Skelett-Erkrankungen.

Im Jahr 2005 liegen in diesem Ausmaß keine entsprechen auffälligen Diagnosen/Erkrankungen bei den Beteiligten vor.

Im Jahr 2007 erhöht sich die Erkrankungsanzahl auf vier Diagnosegruppen, wobei zu den Muskel-Skelett-Erkrankungen eine Herz-Kreislauf-Erkrankung (Hypertonie) bei 25 % der Beteiligten hinzukommt.

In der augenscheinlichen Betrachtung steht die Entwicklung gesundheitlicher Parameter in einem Wirkzusammenhang mit der Entwicklung der gemessenen Arbeitsbewältigungsfähigkeit: Im Jahr 2003 steht ein relativ hoher Arbeitsbewältigungswert (40,1 Indexpunkte); in der folgenden Periode zeigt sich eine deutliche Verbesserung

des Arbeitsbewältigungswertes auf 41,3 Indexpunkte. Das drastische Absinken der Arbeitsbewältigungsfähigkeit bis 2007 auf 39,1 Indexpunkte ist begleitet von einer Zunahme an aktuellen ärztlichen Diagnosen/Behandlungen.

Die gesundheitlichen Beschwerden haben sich in der Periode 2007 bis 2009 nochmals verbreitet. Einerseits liegen nun fünf auffällige Diagnosegruppen in der Längsschnittgruppe vor und mehr Personen sind davon betroffen. Gleichzeitig hat sich aber in dieser Periode die durchschnittliche Arbeitsbewältigung nicht in dem erwarteten Ausmaß verschlechtert. Es liegt eine gebremste Abnahme des Arbeitsbewältigungswertes auf den Stand von 38,5 Indexpunkte vor.

Mit Blick auf die Verbesserungseinschätzungen und der Qualität wie Quantität des Arbeitsbewältigungs-Outputs aus Sicht der Beteiligten kann angenommen werden, dass die Arbeitsbewältigungsfähigkeit der Beschäftigten in der ambulanten Pflege sowohl nicht nur vom Lebensalter, der Verweilzeit im Beruf und dem Gesundheitsstatus der Personen abhängt, sondern andere arbeits- und organisationsbezogene Faktoren eine Rolle spielen. Im Fall der gegenständlichen Längsschnitt- und Interventionsstudie dürften die durchgeführten Prozesse und Aktionen in der Periode 2007-2009 einen positiven, moderierenden Einfluss ausgeübt haben.

	In Prozentanteilen (Mehrfachantworten möglich)			
	2003	2005	2007	2009
Unfallverletzungen				
Rücken	0	0	0	4
Arm/Hand	4	0	0	0
Bein/Fuß	0	0	0	0
anderer Körperteil	8	0	0	0
Erkrankungen des Muskel-Skelett-Systems				
oberer Bereich des Rückens oder der Halswirbelsäule, wiederholte Schmerzen	21	13	25	33
Beschwerden im unteren Bereich des Rückens, wiederholte Schmerzen	33	17	25	33
vom Rücken in das Bein ausstrahlender Schmerz, Ischias	0	0	4	17
Muskel-Skelett-Beschwerden der Gliedmaßen, (Hand, Fuß), wiederholte Schmerzen	0	4	17	25
rheumatische Gelenkbeschwerden	0	4	4	8
andere Erkrankungen des Muskel-Skelett-Systems	33	13	21	17

Herz-Kreislauf-Erkrankungen				
Hypertonie (Bluthochdruck)	13	13	25	29
koronare Herzkrankheit, Brustschmerzen bei körperlicher Anstrengung (Angina pectoris)	0	0	0	0
Herzinfarkt	0	0	0	0
Herzleistungsschwäche	0	0	4	4
andere Herz-Kreislauserkrankungen	4	8	0	8
Atemwegserkrankungen				
wiederholte Atemwegsinfektionen (auch Mandel-, Nasennebenhöhlenentzündung, Bronchitis)	13	13	4	0
chronische Bronchitis	4	0	0	4
chronische Nasennebenhöhlenentzündung	0	0	4	0
Bronchialasthma	13	4	4	0
Lungenemphysem	0	0	0	0
Lungentuberkulose	0	0	0	0
andere Atemwegserkrankungen	4	0	8	0
Psychische Erkrankungen				
schwere psychische Erkrankungen (z. B. Depressionen, Psychosen, Verwirrtheit, ...)	0	0	0	0
leichte psychische Störungen oder Probleme (z. B. leichte Depressionen, Angespanntheit, Angstzustände, Schlaflosigkeit)	0	0	8	0
Neurologische und sensorische Erkrankungen				
Schwerhörigkeit oder Hörschaden	4	0	4	4
Erkrankungen oder Verletzungen der Augen	0	8	4	4
neurologische Krankheit (z. B. Schlaganfall, Neuralgie, Migräne, Epilepsie)	4	0	8	8
andere neurologische oder sensorische Erkrankungen	4	4	0	0

Erkrankungen des Verdauungs-Systems				
Erkrankungen der Galle, Gallensteine	0	0	4	0
Leber- und Bauspeicheldrüsenerkrankungen	0	0	0	0
Magen- oder Zwölffingerdarmgeschwür	0	4	0	4
Gastritis oder Zwölffingerdarmreizung	0	0	4	4
Dickdarmreizung, Colitis	4	8	13	8
andere Krankheiten des Verdauungssystems,	0	0	4	4
Geschlechts- und Harnwegserkrankungen				
Harnwegserkrankungen	0	0	0	4
Nierenleiden	0	0	0	0
Krankheit der Geschlechtsorgane (z. B. Eileiterinfektion bei Frauen oder Prostatainfektion bei Männern)	0	0	0	0
andere Geschlechts- oder Harnwegserkrankungen,	4	0	0	0
Hautkrankheiten				
allergischer Hautausschlag, Ekzeme	8	8	4	17
anderer Hautausschlag	17	4	8	8
andere Hautinfektion	4	0	0	4
Tumore				
gutartiger Tumor	0	0	0	0
bösartiger Tumor (Krebs)	4	0	0	4
Hormon- und Stoffwechselerkrankungen				
Übergewicht	4	17	13	17
Diabetes (Blutzuckererkrankung)	4	4	4	4
Kropf oder Schilddrüsenerkrankungen	0	8	4	21
andere Hormon- und Stoffwechselerkrankung,	4	0	0	0
Blutkrankheiten				
Anämie	0	0	0	0
andere Blutkrankheiten	0	0	0	0
Geburtsfehler	0	0	0	0
Andere Leiden oder Krankheiten	0	4	0	0

Tabelle: Erkrankungen der Befragten im Zeitlauf 2003 - 2009

6.2.2 Arbeits-Renten-Perspektive

Der Anteil der Personen, die den Beruf nicht bis zum regulären Rentenalter ausüben können, wurde gesenkt und stabilisiert. Es ist ein kleiner Aufwärtstrend bei der Anzahl von Personen feststellbar, die sich vorstellen können, die Tätigkeit bis zum regulären Rentenalter ausüben zu können und zu wollen.

	2007 (in%)	2009 (in%)
JA, kann und will bis zur regulären Rente	33,3	37,5
NEIN, kann nicht	12,5	12,5
WEISS NICHT	50,0	41,7
NEIN, will nicht	4,2	8,3

Tabelle: Entwicklung der Arbeits-Renten-Perspektiven von 2007 und 2009

6.2.3 Selbstwirksamkeit

Das „Arbeitsbewältigungs-Coaching“ setzt sich u. a. zum Ziel, die Beteiligten zu ermutigen, die Arbeitsbewältigung in die Hand zu nehmen und ihre/seine Rolle im betrieblichen Aushandlungsprozess zu stärken. Zur Darstellung des möglichen Effekts zur Messung dieser Selbstmanagementkompetenz wurde sowohl 2007 als auch 2009 die Skala zur Allgemeinen Selbstwirksamkeit von Jerusalem & Schwarzer (1999) eingesetzt.

Unter dem Konstrukt „Selbstwirksamkeit“ verstehen die Entwickler allgemeine optimistische Selbstüberzeugungen. Die Skala misst die „optimistische Kompetenzerwartung, also das Vertrauen darauf, eine schwierige Lage zu meistern, wobei der Erfolg der eigenen Kompetenz zugeschrieben wird“ (Schwarzer). Das gewählte Modell ist eine allgemeine sozial-kognitive Überzeugung/Einstellung der Person und wird von einer Vielzahl von (persönlichen, betrieblichen, gesellschaftlichen) Einflussfaktoren bestimmt, die im Rahmen dieser Untersuchung nicht weiter erörtert werden sollen. Gleichwohl dient die Gegenüberstellung der Selbstwirksamkeits-Werte 2007 und 2009 dazu, das Einflusspotenzial von „Arbeitsbewältigungs-Coaching“ zu beleuchten.

Die Untersuchung der gepaarten Stichproben hinsichtlich der Selbstwirksamkeitserwartung der Beteiligten ergibt eine leicht *signifikante* Abnahme der – grundsätzlich im Normbereich befindlichen – optimistischen Kompetenzerwartung.

Beteiligte Gruppen	Skala Selbstwirksamkeitserwartung (SWE) (Wert zwischen 10 und 40 Punkten)		
	2007 (SD)	2009 (SD)	Normwert Frauen zw. 31-60 Jahre (SD)
Beteiligte 2007 und 2009 (n=60)	28,72 (SD: 4,9)	28,02 (SD: 4,8)	28,88 (SD: 5,1)
Beteiligte 2003-2005-2007-2009 (n=23)	29,61 (SD: 5,4)	28,96 (SD: 5,3)	

Tabelle: Entwicklung der Selbstwirksamkeitserwartung zwischen 2007 und 2009

Mangels Kontrollgruppe können keine aussagekräftigen Schlussfolgerungen, ob und wenn welche Wirkung vom „Arbeitsbewältigungs-Coaching“ auf die Personen ausgehen, gezogen werden.

7. Ausblick

Das MASGFF und der Landtag Rheinland-Pfalz erwarten Schlussfolgerungen und Empfehlungen aus der PIZA-Längsschnittstudie zu folgenden zwei Fragestellungen:

- Inwieweit lassen sich aus den Ergebnissen Verbesserungsmöglichkeiten für den Arbeits- und Gesundheitsschutz in der Pflege in Rheinland-Pfalz ableiten, insbesondere auch im Bereich der ambulanten Pflege?
- Lässt sich aus den Ergebnissen Handlungsbedarf auf der Bundesebene ableiten?

Die PIZA-Längsschnittstudie beobachtete und begleitete acht resp. fünf ambulante Pflegeeinrichtungen in Rheinland-Pfalz von 2003 bis 2009. Insgesamt waren 289 Beschäftigte und EntscheidungsträgerInnen und Führungskräften unmittelbar beteiligt.

Auf Basis der Entwicklung dieser relativ kleinen Untersuchungsgruppe, die aber einmalig für Rheinland-Pfalz und für die ambulante Pflege in Deutschland über sieben Jahre verfolgt werden konnte, stellen die AutorInnen einen **Handlungsbedarf bei der Erhaltung und Förderung der Arbeitsbewältigung der Beschäftigten in der ambulanten Pflege** fest.

Dieser Befund begründet sich wie folgt:

- *Die Arbeitsbewältigungsfähigkeit (gemessen mit dem Arbeitsbewältigungs-Index) sinkt.*
Im Untersuchungszeitraum gab es eine erste Phase des durchschnittlichen Ausbaus der Arbeitsbewältigungsfähigkeit (bis 2005); die zwei letzten Phasen sind von einem Absinken der Arbeitsbewältigungsfähigkeit geprägt, wobei zuletzt diese Entwicklung aufgrund von Interventionen gebremst werden konnte. Generell kann festgehalten werden, dass die Arbeitsbewältigungsfähigkeit keine stabile Größe darstellt. Sie wird von unterschiedlichen Faktoren beeinflusst. Vielmehr als vom Lebensalter der Beschäftigten hängt sie ab von der Beschäftigungsdauer, den arbeitsorganisatorischen Bedingungen, den Möglichkeiten zum Erhalt und Ausbau der Kompetenz, der individuellen und betrieblichen Gesundheitsförderung, dem Betriebsklima, aber auch von Rahmenbedingungen wie den Arbeitsbedingungen bei KlientInnen, der Qualität der Zusammenarbeit an den Schnittstellen des professionellen Systems (Ärzte, Überleitungen; Kranken-/Pflegeversicherung, Berufsgenossenschaft u. ä. m.).
- *Mäßige und kritische Arbeitsbewältigungssituationen nehmen zu.*
Durchschnittlich ein Drittel der Belegschaften sind (mehr oder weniger) mit Arbeitsbewältigungs-Schwierigkeiten konfrontiert. Bei aller Unterschiedlichkeit der Entwicklung nach Einrichtungen und Berufsgruppen zeigt sich allgemein eine steigende Tendenz problematischer Arbeitsbewältigungssituationen in den von

uns untersuchten Betrieben der ambulanten Pflege. In den sieben Jahren der Untersuchung hat sich der Anteil von Personen in mäßigen/kritischen Konstellationen mit einem Anteil von 15 % in 2003 auf einen Anteil von 32 % in 2009 mehr als verdoppelt (im Querschnittvergleich) und von 13 % in 2003 auf einen Anteil von 42% in 2009 verdreifacht (in der Längsschnittgruppe).

Damit besteht in Zukunft eine erhöhte Wahrscheinlichkeit, dass in den ambulanten Pflegeeinrichtungen krankheitsbedingte Fehlzeiten zunehmen und sich etliche Berufsverläufe in Richtung Erwerbsunfähigkeit entwickeln können. Dies kann kurz- und mittelfristig zu Personalengpässen in den Einrichtungen mit der Folge von Mehrbelastungen für Führungskräfte und Belegschaft führen.

- Allgemein ist festzustellen, dass knapp die Hälfte der Beschäftigten meinen, dass sie diesen *Beruf bis zum regulären Berufsalter* ausüben können und wollen. Allerdings sehen sich gut ein Zehntel der Befragten dazu nicht imstande.
- Besonderes Augenmerk ist auf die direkt in der Pflege tätigen Personen und auf die Führungskräfte zu legen. Potenziell bis ins hohe Lebens- und Berufsalter ausführbar sind jene Tätigkeiten in den pflegenahen Bereichen Verwaltung, Hauswirtschaft, soziale Dienste u. ä. Innerbetriebliche Tätigkeits- und damit Belastungswechsel sind in begrenztem Umfang möglich. Überbetriebliche Kooperationen in Richtung alternsgerechter Berufsverläufe sind nicht systematisch entwickelt und scheitern oft an rechtlichen Rahmenbedingungen, u. a. unterschiedlichen Kostenträgern.

Es konnte festgestellt werden, dass diese Entwicklung von unterschiedlichen Faktoren bzw. Förderstrategien beeinflusst wird. Neben betrieblichen Handlungsmöglichkeiten sind dies insbesondere überbetriebliche Rahmenbedingungen, die durch gesetzliche Bestimmungen und institutionelle Akteure bestimmt werden.

Der umfassende Arbeits- und Gesundheitsschutz leistet einen fundamentalen Beitrag in Bezug auf Schutz des Lebens und Vorbeugung arbeitsbedingter Erkrankungen. Damit ist ein Grundstein für eine gute Arbeitsbewältigung gelegt. Gleichwohl bedeutet Arbeitsbewältigungsfähigkeit mehr als Schutz des Lebens und der Gesundheit. Das multidimensionale Modell „Erhaltung und Förderung der Arbeitsbewältigungsfähigkeit“ nach Ilmarinen bietet Integrations- und Fördermöglichkeiten. Eine integrierte und umfassende Herangehensweise mit situationsgerechten, partizipativen und handlungsinstruktiven Lösungsansätzen hat sich in der Längsschnittstudie sowohl als Untersuchungs- als auch als Interventionsansatz bewährt.

Im Besonderen wurde das Interventionswerkzeug „Arbeitsbewältigungs-Coaching®“ (ab-c) von 2007 bis 2009 einer Praxis-Bewertung unterzogen. Es erweist sich tauglich, ergebnisreich und – mit Einschränkungen – wirksam.

- Alle Einrichtungen haben den ab-c-Prozess – trotz eines erheblichen Zeitaufwandes (jeweils 60 Minuten pro interessierten Beschäftigten und 4 Stunden Arbeitsbewältigungs-Workshop mit betrieblichen EntscheidungsträgerInnen) – mehrmals durchlaufen und prinzipiell positiv bewertet.
- Das ab-c fördert bedürfnisgerechte Fördermaßnahmen auf persönlicher und betrieblicher Ebene.
- Die Umsetzungsquote der formulierten individuellen Fördervorsätze und betrieblichen Fördermaßnahmen ist aus Sicht der Beschäftigten relativ hoch.
- Die Evaluation zeigt, dass damit von den Beschäftigten positiv bewertete betriebliche Veränderungsprozesse verstärkt und angeschoben werden konnten.
- Das ab-c erreicht weniger bis gar nicht Pflegesystem bezogene Faktoren wie z. B. die konstatierten kontinuierlichen Verschlechterungen der Arbeitsbedingungen bei den Klienten/Patienten. Darüber hinaus zeigt das ab-c noch keine Effekte hinsichtlich Stärkung der Selbstwirksamkeitserwartung der Beteiligten.
- Der Beitrag des ab-c und der sich daran anschließenden betrieblichen Fördermaßnahmen hat aus unserer Sicht dazu beigetragen, dass die Abwärtsentwicklung der durchschnittlichen Arbeitsbewältigungsfähigkeit – trotz gleichbleibender schwieriger Pflegesystemkomponenten (z. B. Arbeitsbedingungen bei den Klienten oder schwierige Zusammenarbeit mit anderen Professionen) und einem Anstieg der Erkrankungen bei den Beteiligten – gebremst werden konnte. Ebenso meinen wir einen Beitrag des ab-c bei der Stabilisierung bzw. leichten Verbesserung der Arbeits-Renten-Perspektive der Beschäftigten feststellen zu können.

Im Sinne des bisher Gesagten empfehlen die AutorInnen/BeraterInnen:

- *Ergänzung der systematischen Präventionsstrategie des Arbeits- und Gesundheitsschutzes mit einer Vorsorge- und Förderstrategie für Arbeitsbewältigung* allgemein und in der ambulanten Pflege.
Der Interventionsansatz „Arbeitsbewältigungsfähigkeit“ sollte Bestandteil der Pflichtenhefte der Präventivfachkräfte werden. Ein erster Schritt in diese Richtung wäre die Integration dieser Zielsetzungen in die laufende Deutsche Arbeitsschutzstrategie.
Die Grundlagen für den Know-how-Transfer an diese Zielgruppe sind geschaffen. Die Berufsverbände (z. B. der Arbeitsmedizin) könnten eine Fortbildungs-offensive auf Basis der landes- und branchenspezifischen Erkenntnisse starten.

- Bewährte Instrumente wie z. B. das „*Arbeitsbewältigungs-Coaching*“ sollten in Rheinland-Pfalz – nach gelungener Einführung – offiziell den Einrichtungen der (ambulanten) Pflege *weiter verfügbar und abrufbar* gemacht werden. Dafür bieten sich MASGFF-nahe Vermittlungsinstanzen an: Zentrum für Zukunftsfähige Arbeit (ZA) oder eine noch zu entwickelnde operative Struktur der Qualitäts-offensive „Menschen-pflegen-Menschen“. Während der Studienphase wurden die diesbezüglichen Voraussetzungen in Rheinland-Pfalz geschaffen: Es gibt derzeit knapp 50 regionale BeraterInnen mit Kenntnissen in der Anwendung des Beratungsinstrumentes „Arbeitsbewältigungs-Coaching“.
- Die Weiterführung eines *Monitoring-/Frühhinweissystems* „Arbeitsbewältigungs-Entwicklung in der ambulanten Pflege“ ist bei Vernetzung der regionalen BeraterInnen und ihrer Beratungserkenntnisse im gesellschaftlichen Interesse möglich. Wir empfehlen die systematische Aufbereitung dieser (anonymisierten) Daten als laufende politische Steuerungshinweise.
- Als eine Leerstelle des Arbeitsbewältigungsförderprozesses stellte sich die Entwicklung und Veränderung der Arbeitsbedingungen der ambulanten Pflege bei ihren Klienten/Patienten und an den interdisziplinären Schnittstellen dar. In diesem Zusammenhang bedarf es einer *überbetrieblichen und überregionalen Beratungs- und Sensibilisierungsoffensive* (z. B. getragen von der Pflegeversicherung u. a.) gegenüber der Gruppe der zu Pflegenden (Klienten, Patienten, Angehörige) und an den Schnittstellen.

7.1 Transfer-Skizze „Arbeitsbewältigungs-Coaching“ in Rheinland-Pfalz

Die Längsschnittstudie im Auftrag des MASGFF zeigt auf, dass die Anzahl der Beschäftigten mit mäßiger und kritischer Arbeitsbewältigung über die letzten sieben Jahre in den untersuchten Diensten zugenommen hat. Das birgt das Risiko erhöhter Arbeits- und Erwerbsunfähigkeit für die Beschäftigten und drohender Personalengpässe in den Diensten. Es besteht Bedarf nach Vorsorge zur Erhaltung und nach Unterstützung zur Förderung der Arbeitsfähigkeit von einzelnen Beschäftigten und Belegschaften.

Zur Stärkung betrieblicher Handlungsoptionen stehen Instrumente zur Verfügung, diese Herausforderungen und Problemstellungen in den Pflegediensten gemeinsam mit den Beschäftigten zu meistern. Eines davon ist das „Arbeitsbewältigungs-Coaching®“. Es ist eine kombinierte persönlich-vertrauliche und betriebliche Intervention. Die Beschäftigten erarbeiten im einstündigen Coachinggespräch einen individuellen Förderplan und Förderwünsche an den Betrieb; der Steuerkreis (Führung und MAV) des Dienstes erhält einen anonymen Arbeitsbewältigungsstatus der Beleg-

schaft sowie eine Zusammenstellung aller Fördervorschläge und damit eine Grundlage zur Entwicklung bedarfsgerechter betrieblicher Personalfördermaßnahmen. Durchschnittlich werden zwei persönliche Fördervorsätze und drei betriebliche Förderwünsche formuliert. Etwa zwei Drittel dieser Maßnahmen wurden von 2007 auf 2009 von den Beteiligten umgesetzt.

Das „Arbeitsbewältigungs-Coaching“ hilft, dass die Beteiligten zum eigenen und betrieblichen Wohle ins Tun kommen.

Aufwand für den Pflegedienst/die Sozialstation:

Das „Arbeitsbewältigungs-Coaching“ wird mit externer Beratung durchgeführt. Die erforderliche Investition eines Betriebes mit 20 Beschäftigten beträgt ca. 4.000 Euro; eine Einrichtung mit 80 Beschäftigten hat etwa 12.000 Euro zu investieren. Wenn mit dem „Arbeitsbewältigungs-Coaching“ die Arbeitsfähigkeit der Beschäftigten unterstützt wird, dann wirkt dies positiv auf Dienstleistungsqualität, Bindung an das Unternehmen und die Gesundheitsquote.

Beratungsangebot:

In Rheinland-Pfalz sind an die 50 BeraterInnen in der Anwendung des „Arbeitsbewältigungs-Coaching“ geschult. Davon befinden sich 36 Personen in Beratungs- oder Interessensvertretungseinrichtungen (wie z. B. ism, gettmann, schneider-beratung, arbeit-und-leben, tbs u. a. oder wie z. B. Berufsgenossenschaften, Handwerkskammer, Krankenversicherungsanstalten, Kompetenzzentrum Zukunftsfähige Arbeit). Sieben dieser BeraterInnen sind freiberuflich tätig.

Es könnte ein Kompetenz-Beratungs-Netzwerk „ab-c für die Ambulante Pflege“ geschaffen werden, das eigenverantwortlich Anfragen und Beratungsaufträge abwickelt. Für den Vermittlungsservice und die überbetriebliche Qualitätssicherung könnte eine Einrichtung als Dreh- und Angelpunkt gewonnen werden, wie z. B. BGW, Kompetenzzentrum Zukunftsfähige Arbeit oder eine interessierte Beratungseinrichtung wie ism oder andere.

Weitere mögliche / aus unserer Sicht erforderliche Schritte der öffentlichen Hand:

- Beschlussfassung zur Ankündigung/Verbreitung des Beratungswerkzeuges
- Veröffentlichung eines Beratungsflyers für die Zielgruppe
- Transferworkshop zur Bildung eines Kompetenz-Beratungs-Netzwerks „ab-c für die Ambulante Pflege“ oder „Förderung der Arbeitsbewältigungsfähigkeit in der Pflege“
- Recherche von Impulsförderungen/Cofinanzierungsmöglichkeiten für interessierte Dienste
- Einladung von Betrieben und Institutionen, die die Arbeitsbewältigung fördern / fördern wollen, zu einem überbetrieblichen Austausch-Forum.

8. Anhang: Projekt-Kurzdarstellung

(Erstmalige Vorstellung im Rahmen der GDA-Auftaktveranstaltung des Pflegeprojekts im November 2009)



ARBEITSBEWÄLTIGUNGS-COACHING

Arbeitsbewältigung in der ambulanten Pflege: Wie erhalten und fördern?

Projekt zur Untersuchung, Entwicklung, Beratung und Maßnahmenumsetzung

Die Nachfrage nach Mensch-zu-Mensch-Dienstleistungen wird angesichts der wachsenden Gruppe der Hochbetagten größer. Für eine qualitätsvolle und kostenbewusste Pflege ist entsprechend geschultes, motiviertes und arbeitsfähiges Personal erforderlich. Der demografische Wandel stellt auch neue, personalwirtschaftliche Herausforderungen an die Pflegedienste: Die Belegschaften werden durchschnittlich älter, die Arbeitskräfte werden künftig länger im Berufsleben stehen und es wird schwieriger, Nachwuchs zu rekrutieren. Braucht es dafür eine betriebliche Vorsorgestrategie? Wenn ja, wie kann mit vorausschauender Personalpflege und mit altersgerechter Arbeitsorganisation die Wahrscheinlichkeit erhöht werden, dass Arbeitskräfte länger und gerne in dieser Dienstleistungsbranche arbeiten können?

PROJEKT 2003-2009

Das Gesamtprojekt 2003-2009 widmete sich der

- Untersuchung der Entwicklung der Arbeitsbewältigung der Beschäftigten in der ambulanten Pflege am Beispiel von 5 Pflegediensten aus RLP
- Entwicklung eines Interventionswerkzeugs zum Meistern der personalwirtschaftlichen Herausforderungen im Pflegedienst
- Durchführung von Vorsorgeberatungen sowohl für die einzelnen Beschäftigten, die Pflegedienste als auch für Repräsentanten des Pflegesystems, um Maßnahmenumsetzungen anzuschließen.

AUFTRAGGEBER/INNEN

Von 2003 bis 2006 wurde das Projekt gefördert vom BMBF im Rahmen des Forschungsprogramms „Zukunftsfähige Arbeitsforschung“. Die Fortsetzung 2007 bis 2009 beauftragte und finanzierte das MASGFF RLP.

KOOPERATIONSPARTNER/INNEN

Es beteiligten sich über den gesamten Zeitraum 2 privatgewerbliche und 3 freigemeinnützige Pflegedienste. Die Belegschaftsgröße war zwischen 8 und 70 Beschäftigten.

VORSORGESTRATEGIE

Finnische Forschungs- und Beratungsergebnisse verweisen darauf, dass die Möglichkeit eines Menschen, eine gegebene Arbeitsanforderung zu bewältigen, neben den individuellen Fähigkeiten auch die geeigneten Arbeitsbedingungen erfordert. Im „Haus der Arbeitsbewältigungsfähigkeit“ werden die Einfluss- und Gestaltungsfaktoren abgebildet:

- Gesundheit
- Kompetenz
- Motivation
- Arbeitsanforderungen

Mit Hilfe des Work Ability Index kann die Passung/Nichtpassung und damit die Arbeitsbewältigungsfähigkeit sichtbar und gestaltbar gemacht werden.

Das „Arbeitsbewältigungs-Coaching®“ (ab-c) integriert die bewährten Instrumente und wird zu einem Ermütigungs-Instrument für Beschäftigte und Betriebe, die Arbeitsbewältigung vorsorglich in die Hand zu nehmen.



ERKENNTNISSE

- Der Arbeitsbewältigungs-Status der Belegschaften verändert sich über die sieben Jahre im Querschnittvergleich: Die Zahl von Personen in mäßiger/kritischer Arbeitsbewältigung hat zugenommen; die Anzahl von Personen in (sehr) guter Arbeitsbewältigung hat sich verringert. Die personalwirtschaftlichen Problemstellungen in den Pflegediensten/für die Führung nehmen zu.
- Das finnische Modell „Arbeitsbewältigungsfähigkeit“ und das Messinstrument „Work Ability Index“ ermöglichen ein besseres Verstehen und bieten Gestaltungshinweise in personalwirtschaftlichen Belangen auf betrieblicher, persönlicher und System-Ebene.
- Die Vorsorgeberatung ab-c, die 2007 und 2009 als Kombination von persönlich-vertraulicher Intervention für Beschäftigte und als betriebliche Intervention für Entscheidungsträger umgesetzt wurde, bewirkte einen relativ hohen Output an (umgesetzten) Maßnahmenvorschlägen.

MASSNAHMENUMSETZUNG

Die Beschäftigten nannten 2 persönliche Förderwünsche und 3 betriebliche Förderwünsche. Etwa 2/3 der Maßnahmen wurden umgesetzt. Von den Pflegediensten wurden 2007 folgende Förderaktionen gestartet:

Arbeitsanforderungen (41% der Vorschläge)	<ul style="list-style-type: none"> Reduktion der Häufigkeit geteilter Dienste Entlastende Arbeitsmöglichkeit in Tagesstätte Berücksichtigung individueller Bedarfe bei Tourenplanung
Motivation (13%)	<ul style="list-style-type: none"> Team-Reflexion im Umgang mit Zeitdruck Ehrung langjähriger Mitarbeiterinnen
Kompetenz (16%)	<ul style="list-style-type: none"> Beteiligung bei Weiterbildungsprogrammen
Gesundheit (30%)	<ul style="list-style-type: none"> Kursangebot Rückenschule

BERATUNGSANGEBOT

Es stehen Instrumente zur Verfügung, die Problemstellungen in den Pflegediensten gemeinsam mit den Beschäftigten zu meistern. Eines davon ist das „Arbeitsbewältigungs-Coaching®“ (ab-c). Es ist eine kombinierte persönlich-vertrauliche und betriebliche Intervention. Die Beschäftigten erarbeiten im 1-stündigen Coaching ihren Förderplan; die Führung und der MAV des Dienstes bekommen den anonymen Arbeitsbewältigungsstatus der Belegschaft und damit eine Grundlage zur Entwicklung bedarfsgerechter betrieblicher Personalfördermaßnahmen. ab-c hilft, dass Betroffene und Beteiligte zum eigenen und betrieblichen Wohle ins Tun kommen.

ab-c kann nur mit externer Beratung durchgeführt werden. Die erforderliche Investition eines Betriebes mit 16 Beschäftigten beträgt ca. 4.000 €; eine Einrichtung mit 80 Beschäftigten hat etwa 12.000 € zu investieren. Wenn mit dem ab-c die Arbeitsfähigkeit der Beschäftigten unterstützt wird, dann wirkt dies positiv auf Dienstleistungsqualität, Bindung an das Unternehmen und Gesundheitsquote.

Verantwortlich: arbeitsleben KG, www.arbeitsleben.com, office@arbeitsleben.com

Literatur

Antonovsky, Aaron: Salutogenese. Zur Entmystifizierung der Gesundheit. Deutsche erweiterte Herausgabe von A. Franke, Tübingen 1997

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

Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin (Hrsg.): Mehr Ältere in Beschäftigung. Wie Finnland auf den demographischen Wandel reagiert. Aus dem Abschlussbericht des finnischen Ministeriums für Soziales und Gesundheit, Dortmund/Dresden 2005

Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin (Hrsg.): Das Individuum stärken, die betriebliche Zukunft sichern! Arbeitsbewältigungs-Coaching® als Antwort auf neue Herausforderungen. Fachliche Beratung: Brigitta Geißler-Gruber, Alexander Frevel. Broschüre der BAuA, Dortmund 2009

DAK-BGW (Hrsg.): Gesundheitsreport 2006. Ambulante Pflege. Arbeitsbedingungen und Gesundheit in ambulanten Pflegediensten, Hamburg 2006. PDF-Broschüre (www.dak.de)

Deutsches Zentrum für Altersfragen: GeroStat Report Altersdaten 03/2007 (Elke Hoffmann, Juliane Nachtmann): Alter und Pflege. PDF-Broschüre (www.dza.de; www.gerostat.de), Berlin 2008

Geißler, Heinrich; Bökenheide, Torsten; Schlünkes, Holger; Geißler-Gruber, Brigitta: Faktor Anerkennung. Betriebliche Erfahrungen mit wertschätzenden Dialogen. Frankfurt/M. 2007

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; 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

Geißler-Gruber, Brigitta; Frevel, Alexander: Arbeitsbewältigungs-Coaching®. Neue Herausforderungen erfordern neue Beratungswerkzeuge, hrsgg. von INQA, Bericht 38, Dortmund 2009

Hasselhorn, Hans Martin; Tackenberg, Peter; Müller, Bernd Hans (Ed.): Working conditions and intent to leave the profession among nursing staff in Europe (NEXT-Study). Stockholm: Working Life Research in Europe Report N. 7:2003
deutsch: Hasselhorn / Müller / Tackenberg / Kümmerling / Simon: Berufsausstieg bei Pflegepersonal, Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin, Ü 15, Dortmund u.a. 2005

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: Ageing Workers in the European Union – Status and promotion of work ability, employability and employment. Finnish Institute of Occupational Health, Ministry of Social Affairs and Health, Ministry of Labour, Helsinki 1999

Ilmarinen, Juhani; Tempel, Jürgen: Erhaltung, Förderung und Entwicklung der Arbeitsfähigkeit – Konzepte und Forschungsergebnisse aus Finnland, in: Badura, B., Schellschmidt, H.,

Vetter, C. (Hg.): Fehlzeiten-Report 2002 – Demographischer Wandel, Berlin u. a. (Springer) 2002b (S. 84 – 99)

Ilmarinen, Juhani; Tempel, Jürgen: Arbeitsfähigkeit 2010. Was können wir tun, damit Sie gesund bleiben?. Hrsg. von Marianne Giesert im Auftrag des DGB-Bildungswerk e.V. Hamburg. 2002

Ilmarinen, Juhani; Tuomi, Kaija: Past, present and future of work ability. Proceedings of the 1st International Symposium on Work Ability, Helsinki 2004

Ilmarinen, Juhani: Towards a Longer Worklife! Ageing and the quality of worklife in the European Union. Finnish Institute of Occupational Health, Helsinki 2005

Initiative Neue Qualität der Arbeit (Hrsg.) / Thematischer Initiativkreis „Gesund pflegen“: Für eine neue Qualität der Arbeit in der Pflege – Leitgedanken einer Gesunden Pflege – Memorandum, Dortmund u.a. 2007

Initiative Neue Qualität der Arbeit (Hrsg.) / Thematischer Initiativkreis „Gesund pflegen“: Fels in der Brandung – Ältere Beschäftigte im Pflegeberuf, Dortmund u.a. 2007

Ministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit, Familie und Frauen (MASGFF) des Landes Rheinland-Pfalz (Hrsg.) / Arbeit und Zukunft e.V.: Gesunde Beschäftigte und gute Servicequalität in der Ambulanten Pflege. Berichte aus der Pflege, Heft Nr. 4, Mainz, 2005

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

Ministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit, Familie und Frauen (MASGFF) des Landes Rheinland-Pfalz (Hrsg.) / Verfasser: Projektbeirat der Modellprojekte PaPsD und PIZA II sowie Arbeit und Zukunft e.V. und Arbeitsleben KG: Alterngerechte Arbeit in der ambulanten Pflege – Bestandsaufnahmen und Ausblick, Berichte aus der Pflege Nr. 10, 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, Mai 2009

Richenhagen, Gottfried: Länger gesünder arbeiten – Handlungsmöglichkeiten für Unternehmen im demografischen Wandel. Online-Dokument verfügbar unter www.gesuenderarbeiten.de

Richenhagen, Gottfried: Der Eurem15-Indikator – Ein internationaler Vergleich der Employability mit Hilfe der EU-Arbeitskräfteerhebung, in: Zeitschrift für Arbeitswissenschaft, 61. Jg., H. 2 (Mai) 2007, S. 103-108

Richenhagen, Gottfried: Demographischer Wandel in der Arbeitswelt – Internationale Vergleiche weisen den Weg, in: Zeitschrift für Arbeitswissenschaft, 61. Jg., H. 2 (Mai) 2007, S. 109-114

Schwarzer, Ralf; Jerusalem, Matthias (Hrsg.): Skalen zur Erfassung von Lehrer- und Schülermerkmalen. Dokumentation der psychometrischen Verfahren im Rahmen der wissenschaftlichen Begleitung des Modellversuchs Selbstwirksame Schulen. Berlin 1999

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

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

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

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.), Fachserie 12 Gesundheitswesen, Reihe 6.1.1 Grunddaten der Krankenhäuser

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

Tuomi, Kaija; Ilmarinen, Juhani 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), 1997, S. 58-65

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

Impressum

arbeitsleben KG
Griegstraße 75, Haus 3/II, 22763 Hamburg
www.arbeitsleben.com
Email: office@arbeitsleben.com

Verantwortlich für den Inhalt: Brigitta Gruber & Alexander Frevel
Arbeitsleben KG, Hamburg

Gefördert durch: Ministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit, Familie
und Frauen Rheinland-Pfalz
Bauhofstraße 9
55116 Mainz

Hamburg, Dezember 2009