

**DEMOGRAFISCHER WANDEL IN DER PFLEGE**

**KONZEPTE UND MODELLE FÜR DEN ERHALT UND  
DIE FÖRDERUNG DER ARBEITS- UND  
BESCHÄFTIGUNGSFÄHIGKEIT VON  
PFLEGEKRÄFTEN**

**Machbarkeitsstudie im Rahmen des Modellprogramms zur  
Bekämpfung arbeitsbedingter Erkrankungen**

gefördert vom

 Bundesministerium  
für Arbeit und Soziales

fachlich begleitet durch

**baa:**  
Bundesanstalt für Arbeitsschutz  
und Arbeitsmedizin

**Impressum:**

Die vorliegende Veröffentlichung ist der Abschlussbericht zur Machbarkeitsstudie „DEMOGRAFISCHER WANDEL IN DER PFLEGE – KONZEPTE UND MODELLE FÜR DEN ERHALT UND DIE FÖRDERUNG DER ARBEITS- UND BESCHÄFTIGUNGSFÄHIGKEIT VON PFLEGEKRÄFTEN“. Die Studie wurde im Rahmen des Modellprogramms zur Bekämpfung arbeitsbedingter Erkrankungen vom Bundesministerium für Arbeit und Soziales gefördert und durch die Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin (BAuA) fachlich begleitet.

Studientitel: „DEMOGRAFISCHER WANDEL IN DER PFLEGE – KONZEPTE UND MODELLE FÜR DEN ERHALT UND DIE FÖRDERUNG DER ARBEITS- UND BESCHÄFTIGUNGSFÄHIGKEIT VON PFLEGEKRÄFTEN“

Autoren: Prof. Dr. Anna-Marie Metz <sup>a</sup>  
 Dipl.-Psych. Daniela Kunze <sup>a</sup>  
 MA Soz. Lucie Hamann <sup>a</sup>  
 Dipl.-Päd., Dipl.-Soz.Päd. Eva Gehltomholt <sup>b</sup>  
 Dipl.-Psych. Tina Urbach <sup>a</sup>

Erscheinungsdatum/Drucklegung:

Kontaktdaten der Projektnehmer:

- <sup>a</sup> Kompetenzzentrum Mensch, Gesundheit, Arbeit e.V. (komega e.V.)  
 Postfach 60 08 01  
 14408 Potsdam  
 Telefon: 0331 9772336  
 E-Mail: dkunze@uni-potsdam.de
- <sup>b</sup> Förderverein Akademie 2. Lebenshälfte im Land Brandenburg e.V.  
 Oderstr. 23-25  
 14513 Teltow  
 Telefon: 03328 473134  
 E-Mail: gehltomholt@lebenshaelfte.de

Modellprogramm zur Bekämpfung arbeitsbedingter Erkrankungen  
 c/o Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin (BAuA)  
 Nöldnerstraße 40-42  
 10317 Berlin  
 modellprogramm@baua.bund.de

# Inhaltsverzeichnis

## KURZREFERAT

## ABSTRACT

## I EINLEITUNG

### 1. Ziel der Untersuchung

## II LITERATURANALYSE

### 2. Das Branchenbild des Pflegeberufes

- 2.1 Beschäftigtenstruktur im Gesundheitswesen
- 2.2 Belastungsfaktoren im Gesundheitswesen
- 2.3 Ressourcen
- 2.4 Unfallrisiken
- 2.5 Allgemeine Gesundheitssituation von Pflegekräften
- 2.6 Der vorzeitige Ausstieg
- 2.7 Hindernisse für den Wiedereinstieg

### 3. Analyse vorhandener Konzepte und bisheriger Projekte

- 3.1 Kurzbeschreibung der ausgewählten Projekte
- 3.2 Einordnung der Maßnahmen in das Arbeitsfähigkeitskonzept
- 3.3 Implementierung und Nachhaltigkeit der Maßnahmen

## III EXPLORATIVE FELDUNTERSUCHUNG

### 4. Methodisches Vorgehen

- 4.1 Online-Fragebogen
- 4.2 Interview
- 4.3 Open Space
- 4.4 Expertenworkshop

### 5. Ergebnisse

- 5.1. Online-Fragebogen
- 5.2 Interviews
- 5.3 Open Space
- 5.4 Expertenworkshop

## IV FAZIT

### 6. Schlussfolgerungen und Handlungsempfehlungen

- 6.1. Zusammenfassung der Ergebnisse
- 6.2. Identifizierte Problembereiche
- 6.3 Übergreifende Empfehlungen für Modellvorhaben

## LITERATUR

## Abbildungsverzeichnis

- Abb. 1.1** Altersaufbau der Bevölkerung 2005  
**Abb. 1.2** Prognose für den Altersaufbau der Bevölkerung 2050  
**Abb. 2.1** Anstieg der Gesamtbeschäftigten im Gesundheitswesen  
**Abb. 2.2** Entwicklung der Beschäftigtenzahlen in den unterschiedlichen Einrichtungen des Gesundheitswesens  
**Abb. 2.3** Trägerstruktur der verschiedenen Einrichtungsarten und Gesamtträgerverteilung  
**Abb. 2.4** Altersentwicklung der Erwerbstätigen im Gesundheitswesen  
**Abb. 2.5** Spannungen zwischen Pflegekräften der verschiedenen Einrichtungsarten und übrigen Angestelltengruppe  
**Abb. 3.1.** Maßnahmen innerhalb der Projekte im Handlungsfeld Gesundheit  
**Abb. 3.2** Maßnahmen innerhalb der Projekte im Handlungsfeld Führung  
**Abb. 3.3** Maßnahmen innerhalb der Projekte im Handlungsfeld Arbeitsorganisation  
**Abb. 3.4** Maßnahmen innerhalb der Projekte im Handlungsfeld Qualifikation  
**Abb. 5.1** Verteilung der Befragungsteilnehmer auf Bundesländer und Einrichtungsformen  
**Abb. 5.2** Demografie der Pflegekräfte  
**Abb. 5.3** Mittlerer Anteil angebotener Maßnahmen in verschiedenen Einrichtungsformen  
**Abb. 5.4** Angebotene Maßnahmen im Bereich Gesundheitsförderung  
**Abb. 5.5** Angebotene Maßnahmen im Bereich Arbeitsorganisation  
**Abb. 5.6** Angebotene Maßnahmen im Bereich Fort- und Weiterbildung  
**Abb. 5.7** Häufigkeit der Durchführung von Mitarbeitergesprächen  
**Abb. 5.8** Gründe für nicht angebotene Maßnahmen im Bereich Gesundheitsförderung  
**Abb. 5.9** Gründe für nicht angebotene Maßnahmen im Bereich Arbeitsorganisation  
**Abb. 5.10** Gründe für nicht angebotene Maßnahmen im Bereich Fort- und Weiterbildung

## Tabellenverzeichnis

- Tab. 2.1** Beschäftigte im Bereich der Pflege 2002 bis 2006  
**Tab. 2.2** Beschäftigte in der Grundpflege 2007, unterteilt nach Berufsgruppen und Einrichtungsart  
**Tab. 2.3** Arbeitsunfähigkeitsgeschehen in den Krankenpflegeberufen  
**Tab. 4.1** Aufbau und Inhalte des Online-Fragebogens  
**Tab. 5.1** Maßnahmen der Personalentwicklung im Zusammenhang mit dem Anteil älterer Pflegekräfte in der Einrichtung  
**Tab. 6.1** Handlungsfeld: Gesundheit der Mitarbeiter/-innen  
**Tab. 6.2** Handlungsfeld: Führung/Personalentwicklung  
**Tab. 6.3** Handlungsfeld: Arbeitsorganisation/Arbeitsgestaltung  
**Tab. 6.4** Handlungsfeld: Qualifizierung

## Abkürzungsverzeichnis

<b>BAuA</b>	Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin
<b>BEM</b>	Betriebliches Eingliederungsmanagement
<b>BGF</b>	Institut für Betriebliche Gesundheitsförderung BGF GmbH
<b>BGW</b>	Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege
<b>BMAS</b>	Bundesministerium für Arbeit und Soziales
<b>BMBF</b>	Bundesministerium für Bildung und Forschung
<b>BMFSFJ</b>	Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend
<b>BMG</b>	Bundesministerium für Gesundheit
<b>DGNfK</b>	Deutsches Netz gesundheitsfördernder Krankenhäuser
<b>EFRE</b>	Europäischer Fonds für regionale Entwicklung
<b>EU</b>	Europäische Union
<b>FIOSH</b>	German Federal Ministry of Labour and Social Affairs and Health
<b>FSJ</b>	Freiwilliges Soziales Jahr
<b>GDA</b>	Gemeinsame Deutsche Arbeitsschutzstrategie
<b>ICD</b>	Internationale Klassifikation der Erkrankungen
<b>INQA</b>	Initiative Neue Qualität der Arbeit
<b>KMU</b>	Kleine und mittelständische Unternehmen
<b>MAGS NRW</b>	Ministerium für Arbeit Gesundheit und Soziales Nordrhein-Westfalen
<b>MDK</b>	Medizinischer Dienst der Krankenversicherung
<b>MSE</b>	Muskel-Skelett Erkrankung
<b>NEXT-Studie</b>	Nurses early exit-Studie
<b>PDL</b>	Pflegedienstleitung
<b>RP</b>	Rückengerechter Patiententransfer
<b>QM</b>	Qualitätsmanagement
<b>TBS NRW</b>	Technologieberatungsstelle beim DGB NRW e.V.
<b>TIK</b>	Thematischer Initiativkreis

## **Kurzreferat**

### **Demografischer Wandel in der Pflege – Konzepte und Modelle für den Erhalt und die Förderung der Arbeits- und Beschäftigungsfähigkeit von Pflegekräften**

Die vorliegende Machbarkeitsstudie wurde im Rahmen des „Modellprogramms zur Bekämpfung arbeitsbedingter Erkrankungen“ durchgeführt, welches durch das Bundesministerium für Arbeit und Soziales (BMAS) gefördert und von der Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin (BAuA) fachlich begleitet wird. Die Laufzeit des Projektes betrug 4,5 Monate (15.10.2008 bis 28.02.2009).

Ziel der Studie ist die Ableitung von Empfehlungen für zukünftige Modellprojekte im Bereich „Demografischer Wandel in der Pflege“, die zur arbeitslebenslangen Sicherung und Förderung der Arbeits- und Beschäftigungsfähigkeit von Pflegekräften beitragen können.

Neben einer Literaturanalyse wurde eine explorative Felduntersuchung durchgeführt, welche die bundesweite Befragung von Experten aus der Pflegepraxis und des betreffenden Forschungsfeldes via Online-Fragebogen (n= 789), Telefoninterviews (38 Einrichtungsleiter, 4 Forschungsexperten) und zwei Workshops beinhaltet.

Die Basis der abzuleitenden Empfehlungen bildet zum einen die Beschreibung der Beschäftigungssituation insbesondere älterer Pflegekräfte in Deutschland. Infolge des demografischen Wandels zu erwartende Veränderungen dieser Situation und die daraus resultierenden Herausforderungen für die Pflegebranche werden diskutiert. Die Anwendung und Bewertung bereits bestehender Bewältigungsstrategien in Pflegeeinrichtungen und Problemstellungen bzw. Handlungsbedarfe aus Sicht der Praxis werden dargestellt.

Neben der Beschreibung der Praxissituation, wird zum anderen der Stand der Forschung zum Thema Alter, Pflege und demografischer Wandel aufgearbeitet. Bestehende Modelle und Konzepte zum Erhalt der Arbeits- und Beschäftigungsfähigkeit werden analysiert und bewertet. Aus arbeitswissenschaftlicher und beschäftigungspolitischer Sicht werden bestehende sowie weitere Entwicklungsbedarfe abgeleitet.

Als Integration aller erlangten Informationen werden Empfehlungen zu möglichen Modellprojekten im Bereich Demografie und Pflege gegeben.

#### **Schlagwörter:**

Demografischer Wandel, Pflege, Erhalt der Arbeitsfähigkeit, altersgerechte Personalentwicklung, Beschäftigungsfähigkeit

## **Abstract**

### **Demographic change in health care – Concepts and models for preventing and promoting the work ability and employability of nursing staff**

The feasibility study at hand was conducted within the scope of the “Model Programme for the Abatement of Work-related Diseases” which is promoted by the German Federal Ministry of Labour and Social Affairs (BAMS), and professionally supported by the Federal Institute for Occupational Safety and Health (FIOSH). The duration of the project was 4,5 months (October, 15<sup>th</sup>, 2008 to February, 28<sup>th</sup>, 2009).

The study aimed at deriving recommendations on possible future projects in the field of demographic change and health care, which could contribute to the prevention and promotion of the work ability of nursing staff.

In addition to reviewing the relevant literature, an explorative field study was conducted. This field study comprised a nationwide survey of experts in research (n=4) and practice (n=38), applying an online questionnaire (n=789), telephone interviews, and two workshops.

As a basis for the recommendations to be given, the current employment situation in health care in Germany was described, with special regard to the elder nursing staff. Changes of the employment situation due to demographic change and resulting challenges to the health care system are discussed. The implementation and evaluation of existing strategies and concepts as well as difficulties and needs for action in work design and personnel development are presented. Furthermore, the body of research dealing with age, health care, and demographic change was reviewed. Existing models and concepts for preventing and promoting work ability and employability are analyzed and presented. Taking the perspective of occupational science and employment policy, future research questions are derived.

Integrating all obtained information, recommendations on adjacent model projects in health care research are given.

#### **Keywords:**

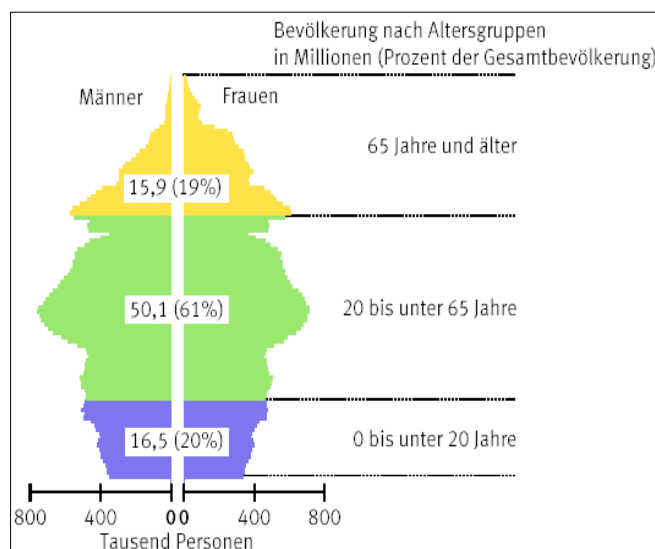
demographic change, health care, preservation of work ability, age-based personnel development

## I Einleitung

Das Gesundheitswesen gehört schon heute zu den größten und aller Voraussicht nach weiter wachsenden Arbeitsmarktsegmenten in Deutschland. Von den gegenwärtig ca. 4,4 Millionen Beschäftigten (STATISTISCHES BUNDESAMT, 2008) sind etwa ein Drittel als examinierte Pflegekräfte oder Helfer in Einrichtungen der stationären, ambulanten und teilstationären Kranken- und Altenpflege tätig.

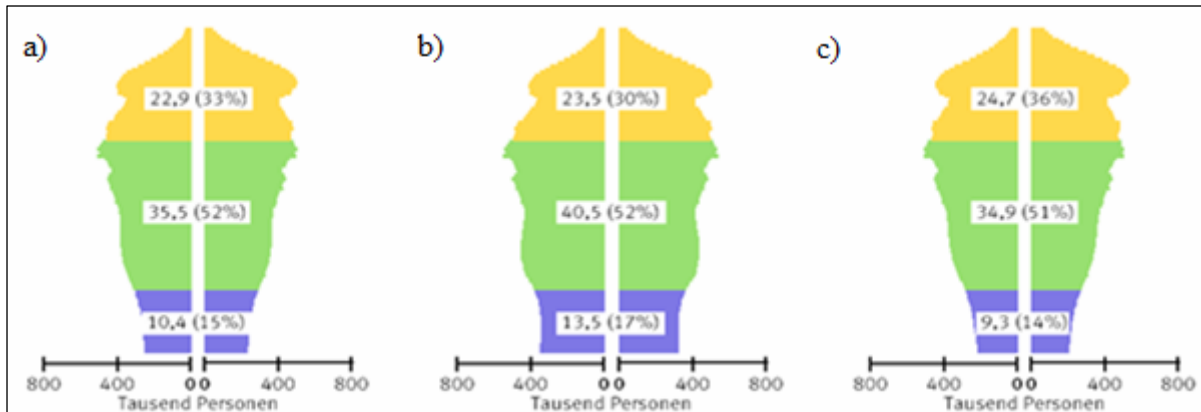
Seit Jahren vollziehen sich im Gesundheitswesen tief greifende strukturelle Veränderungen, die die Arbeitssituation der Mitarbeiter in starkem Maße beeinflussen. Einige seien genannt: Die Einführung der Pflegeversicherung 1995 führte zu einer steigenden Nachfrage nach professioneller Pflege. Die Reformen unterstützen den Trend der Bevorzugung ambulanter Pflege gegenüber der stationären. Die Umstellung der Finanzierungssysteme für Krankenhäuser ist mit höheren Anforderungen an die Optimierung der innerbetrieblichen Arbeitsprozesse sowie die poststationäre Versorgung verbunden. Kürzere Verweildauern der Patienten sind die angestrebte und realisierte Folge. Die aufwendigen Dokumentations-, Abrechnungs-, Qualitätssicherungs-, Fehlermanagementsysteme u. ä. werden von den Pflegekräften häufig als zusätzliche, die Kernaufgaben der Pflege behindernde Anforderungen wahrgenommen.

Die skizzierten strukturellen Veränderungen verschärfen die Auswirkungen des demografischen Wandels. Sinkende Geburtenraten und der Anstieg der Lebenserwartung führen zu einem „säkulare[n] Trend einer schrumpfenden und alternden Bevölkerung“ (WEISS, 2006, S.7). Abbildung 1.1 veranschaulicht den Aufbau der deutschen Bevölkerung im Jahr 2005, unterteilt nach Geschlecht und Altersabschnitten. 61% der Bevölkerung waren im erwerbsfähigen Alter zwischen 20 bis unter 65 Jahren. Der Anteil der über 65-Jährigen lag bei 19% und der Anteil der unter 20-Jährigen bei 20%.



**Abb. 1.1** Altersaufbau der Bevölkerung 2005  
(Statistisches Bundesamt, 2006).

In Abbildung 1.2 sind drei Varianten der Bevölkerungsentwicklung dargestellt, die von verschiedenen Szenarien der Geburtenhäufigkeiten, Lebenserwartungen und Zuwanderungsraten ausgehen (STATISTISCHES BUNDESAMT, 2006). Die drei Grafiken zeigen mögliche Bevölkerungsstrukturen im Jahr 2050. Übereinstimmend wird der Anstieg der über 65-Jährigen, die Abnahme des Anteils der 20- bis unter 65-Jährigen und die Abnahme der unter 20-Jährigen prognostiziert.



**Abb. 1.2** Prognose für den Altersaufbau der Bevölkerung 2050 unter den Bedingungen: a) Konstante Geburtenhäufigkeit, Basisannahme der Lebenserwartung, 100.000 Menschen jährlicher Wanderungssaldo; b) Steigende Geburtenhäufigkeit, Basisannahme der Lebenserwartung, 200.000 Menschen jährlicher Wanderungssaldo; c) fallende Geburtenhäufigkeit, hoher Anstieg der Lebenserwartung, 100.000 Menschen jährlicher Wanderungssaldo (STATISTISCHES BUNDESAMT, 2006)

Die Anzahl der Menschen im Erwerbsalter, also zwischen 20 und 65 Jahren, bestimmt die Größe des Erwerbspersonenpotenzials (STATISTISCHES BUNDESAMT, 2006). Die in den drei Szenarien prognostizierte Abnahme dieses Bevölkerungsanteils geht auch mit einem Rückgang des Fachkräfteangebots einher (ROTH et al., 2007). Vor allem wird, so BRANDENBURG et al. (2007), die Zahl der Hochqualifizierten (Hochschulabsolventen) abnehmen.

Wie zudem aus dem Vergleich von Abbildung 1 und 2 ersichtlich, findet innerhalb der Gruppe der 20- bis unter 65-Jährigen eine Altersverschiebung statt (FUCHS et al., 2005): Im Jahr 2050 wird die Gruppe der 15- bis unter 30-Jährigen circa 20% des Erwerbspersonenpotenzials umfassen, der Anteil der 30- bis 49-Jährigen wird unter 48% sinken und der der 50- bis 64-Jährigen wird auf über 30% steigen (Prozentwerte variieren leicht in Abhängigkeit von der angenommenen Zuwanderung).

Zusammenfassend lässt sich sagen, dass der demografische Wandel in Deutschland zu drei den Arbeitsmarkt betreffenden Veränderungen führt: Verringerung des Erwerbspersonenpotenzials, Abnahme der Fachkräfte und Erhöhung des Durchschnittsalters der arbeitenden Bevölkerung.

Diese Prognose löst überwiegend Verunsicherung aus. Nach BRANDENBURG et al. (2007, S. 13) wird „der demographische Wandel [...] als Bedrohung des sozialen, politischen und ökonomischen Fundaments der Gesellschaft betrachtet. Seine

möglichen Folgen bereiten vielen Menschen – älteren mehr als jüngeren – Sorgen und werden mit düsteren Zukunftsaussichten assoziiert.“

Berichte aus den Medien scheinen dies zu bestätigen. So gibt DER TAGESSPIEGEL (2008) an, dass von 1.000 befragten 15- bis 25-Jährigen 82% Schwierigkeiten bei der Finanzierung der Renten und 85% Probleme bei der Finanzierung der Krankenkassenbeiträge erwarten. Auch WELT ONLINE (2008) berichtet, dass viele Deutsche tief verunsichert seien. Die Globalisierung und der demografische Wandel würden als Bedrohungen wahrgenommen.

Der demografische Wandel ist voraussichtlich kaum mehr zu verhindern. Ob sich allerdings die damit verknüpften negativen Visionen bestätigen, hängt vor allem vom Umgang der Gesellschaft und insbesondere der Wirtschaft mit den Konsequenzen der Altersverteilungen ab. Unternehmen haben im Wesentlichen drei Möglichkeiten: Sie ignorieren den demografischen Wandel und ersetzen weiter alte durch junge Mitarbeiter, sie verlagern Arbeitsplätze ins Ausland oder sie investieren in die Arbeitskraft älterer Mitarbeiter (BRANDENBURG et al., 2007). Der letzten Möglichkeit steht dabei oft das Vorurteil im Wege, dass ältere Menschen „durchweg weniger leistungs- und innovationsfähig“ (PACK et al., 2000, S. 6) seien. Es kann vermutet werden, dass das wirkliche Problem weniger die „schrumpfende und alternde Bevölkerung“ an sich ist. Vielmehr sind es die mentalen Barrieren, die verhindern, die Mitarbeiter von heute auch als gesunde und leistungsfähige Mitarbeiter von morgen anzusehen, in die es sich zu investieren lohnt.

*Was bedeutet der demografische Wandel für die Pflege?* In einer alternden Gesellschaft muss mit steigender Zahl chronischer Erkrankungen, zunehmender Multimorbidität und dauerhafter Pflegebedürftigkeit zumindest bei den Hochaltrigen gerechnet werden, so dass die Nachfrage nach und der Bedarf an Gesundheitsdienstleistungen wachsen. Dies begründet, im Gesundheitswesen ein wachsendes Arbeitsmarktsegment zu sehen.

Die Mittel zur Finanzierung des Gesundheitswesens sind jedoch begrenzt. Die in anderen Bereichen der Volkswirtschaft sinnvollen Maßnahmen, Kosten zu reduzieren durch Rationalisierung von Arbeitsprozessen, extensiven Technikeinsatz und Automatisierung, stoßen in Humandienstleistungen schnell an Grenzen. Patienten-/klienten- und bewohnerorientierte Pflege gelingt nicht ohne zwischenmenschliche Interaktion und Kommunikation. Soziale Betreuung braucht würdevollen Umgang, Zuwendung und Zeit.

Jedoch, auch die Pflegekräfte selbst sind Teil des demografischen Wandels. Ebenso wie in der sonstigen Erwerbsbevölkerung verändert sich die Alterstruktur der Beschäftigten in der Pflege (STATISTISCHES BUNDESAMT, 2008). Erschwerend kommt hinzu, dass viele Pflegekräfte vorzeitig u.a. aus familiären Gründen aus ihrem Beruf ausscheiden. Dass Pflegetätigkeiten mit erheblichen physischen und psychischen Belastungen verbunden sind, ist allenthalben bekannt und äußert im vorzeitigen Berufsausstieg (SIMON et al., 2005). Wenn der Fachkräftebedarf künftig in Folge der demografischen Entwicklung nicht mehr ausreichend gedeckt werden kann – in einigen Regionen Deutschlands ist das heute schon der Fall – ist es nicht nur humanitäre Verpflichtung, sondern auch wirtschaftliche Notwendigkeit,

Pflegekräften den arbeitslebenslangen Erhalt und die Förderung ihrer Gesundheit und beruflichen Arbeits- und Beschäftigungsfähigkeit zu ermöglichen.

Mehr noch, ältere Pflegekräfte haben im Laufe ihres Berufslebens über die qualifizierte Ausbildung und weitergehende Fortbildungen hinaus sehr viel Erfahrungswissen, auf das sowohl Patienten wie Kolleginnen und Unternehmen nicht verzichten können.

## **1. Ziel der Untersuchung**

Das zentrale Thema der vorliegenden Studie bilden der arbeitslebenslange Erhalt und die Förderung der Arbeits- und Beschäftigungsfähigkeit von Pflegekräften. Auf Basis der Beschreibung des diesbezüglichen Ist-Zustandes in der Pflegepraxis, des Forschungsstandes und der zu erwartenden demografischen Entwicklungen im Pflegeberuf sollen Empfehlungen für zukünftige Modellprojekte gegeben werden, die zur prospektiven Sicherung der Arbeitsfähigkeit von Pflegekräften beitragen können.

Zur Erfassung des Ist-Zustandes der Pflegepraxis soll ein aktuelles Branchenbild des Pflegeberufs gezeichnet werden, welches die derzeitige Beschäftigtenstruktur, bestehende Belastungen in der Pflege und die Erfassung bereits praktizierter Bewältigungsstrategien in Pflegeeinrichtungen umfasst.

Aufbauend auf den zu erwartenden demografischen Entwicklungen, wie zum Beispiel dem steigenden Bedarf an Pflegekräften bei zunehmendem Anteil älterer Pflegekräfte und alterskorrelierten Leistungsveränderungen, werden konkrete Forschungs- und Handlungsbedarfe für den Pflegebereich abgeleitet.

Die Analyse und Bewertung bestehender Forschungserkenntnisse soll dabei Redundanzen bei der Ableitung zukünftiger Forschungsvorhaben vermeiden und weiterführende Problemstellungen aufzeigen.

Zu klären bleibt insbesondere, wie zukünftige Modellvorhaben strukturiert sein könnten, ob bestimmte Tätigkeits-, Berufs- oder Altersgruppen bevorzugt betrachtet werden sollten, welche einrichtungsübergreifenden Institutionen oder Kooperationspartner einzubeziehen sind und wie der Nutzen von Maßnahmen zur Entgegnung des demografischen Wandels beurteilt werden kann.

## II Literaturanalyse

### 2. Das Branchenbild des Pflegeberufes

#### 2.1 Beschäftigtenstruktur im Gesundheitswesen

Nach Angaben des STATISTISCHEN BUNDESAMTES (2008) waren 2006<sup>1</sup> circa 4.306.000 Personen im Gesundheitswesen angestellt. Wie Tabelle 2.1 zeigt, übten rund 30% dieser Beschäftigten Berufe aus dem Bereich der Pflege aus. Hierbei waren Hebammen, Gesundheits- und Krankenpfleger am stärksten (17%) und Heilerziehungspfleger (0,2%) und Heilpädagogen (0,3%) am geringsten vertreten.

Tab. 2.1 Beschäftigte im Bereich der Pflege 2002 bis 2006 (STATISTISCHES BUNDESAMT, 2008a)								
	Anzahl der Beschäftigten in 1.000					Veränderung 2002-2006	Frauenanteil 2006	Anteil am gesamten Gesundheits- personal 2006
	2002	2003	2004	2005	2006			
Insgesamt im Gesundheitswesen Beschäftigte	4 187	4 230	4 244	4 272	4 306	2.0	72.0	100.0
Sonstige Berufe (z. B. Zahnärzte, Augenoptiker)	2 961	2 986	2 991	3 002	3 023	2.0	67.0	70.2
Beschäftigte in der Pflege	1 226	1 244	1 253	1 270	1 283			29.8
Helfer in der Krankenpflege	222	224	222	222	223	0.0	75.0	5.2
Gesundheits- und Krankenpfleger / Hebammen	709	712	713	716	717	1.0	86.0	16.7
Altenpfleger	276	288	298	311	321	16.0	87.0	7.4
Heilerziehungspfleger	7	7	8	8	9	28.0	67.0	0.2
Heilpädagogen	12	13	12	13	13	8.0	77.0	0.3

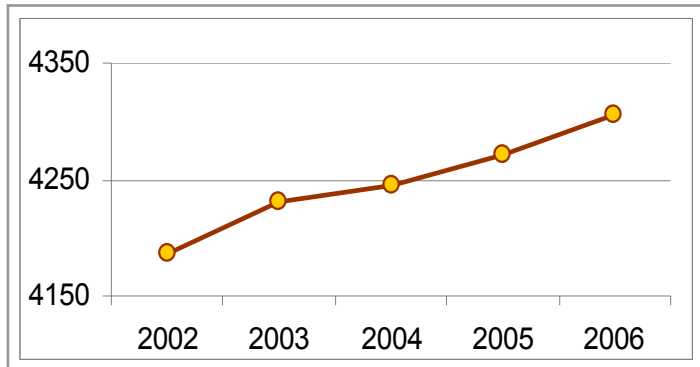
<sup>1</sup> Das Statistische Jahrbuch 2008 des Statistischen Bundesamtes (Redaktionsschluss 31.Juli 2008) enthält im Bereich Gesundheitswesen keine Daten zu den Jahren 2007/2008.

Auch der prozentuale Anteil der weiblichen Beschäftigten im Jahr 2006 ist in Tabelle 2.1 aufgeführt. Nur eine der fünf Berufsgruppen weist einen Frauenanteil von unter 70% auf. In den übrigen vier Gruppen sind mindestens 75% weibliche Erwerbstätige beschäftigt, und zwei dieser Gruppen erreichen sogar Werte von über 85% weiblicher Beschäftigter.

Zwischen den Jahren 2002 und 2006 stieg die Zahl der im Gesundheitswesen Beschäftigten um 2%. Dieser Anstieg war allerdings nicht zu gleichen Teilen auf die verschiedenen Berufsgruppen zurück zu führen. Wie allein im Bereich der Pflege deutlich wird (Tab. 2.1), blieb bei einigen Gruppen die Zahl der Beschäftigten nahezu konstant (z. B. Gesundheits- und Krankenpfleger / Hebammen) und stieg in anderen Gruppen um fast ein Drittel des Anfangswertes (z. B. +28% bei Heilerziehungspflegern).

<b>Tab. 2.2</b> Beschäftigte in der Grundpflege 2007, unterteilt nach Berufsgruppen und Einrichtungsart (STATISTISCHES BUNDESAMT, 2008b)				
<b>Krankenhäuser</b>		<b>Pflegedienste</b>		
<i>Berufsgruppe</i>	<i>Anzahl</i>	<i>Berufsgruppe</i>	<i>Ambulant</i>	<i>Stationär</i>
Gesundheits- und Krankenpfleger/-innen	<b>337 408</b>	staatlich anerkannte/r Altenpfleger/in	<b>39 810</b>	<b>129 560</b>
Krankenpflegehelfer/-innen	20 405	staatlich anerkannte/r Altenpflegehelfer/in	5 369	21 139
Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger/-innen	38 568	Gesundheits- und Krankenpfleger/in	<b>62 200</b>	<b>57 908</b>
Sonstige Pflegepersonen (ohne/mit staatlicher Prüfung)	22 999	Krankenpflegehelfer/in	9 081	18 193
		Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger/in	5 554	3 633
		Heilerziehungspfleger/in; Heilerzieher/in	683	1 994
		Heilerziehungspflegehelfer/in	131	363
		Heilpädagogin, Heilpädagoge	43	86
		sonstiger Abschluss im Bereich der nichtärztlichen Heilberufe	1 897	2 172
		sonstiger pflegerischer Beruf	13 183	31 945
Gesamtbeschäftigte je Einrichtungsart	<b>419 380</b>		<b>137 951</b>	<b>266 993</b>
<b>Gesamtzahl der 2007 in der Pflege Beschäftigten</b>				<b>824 324</b>

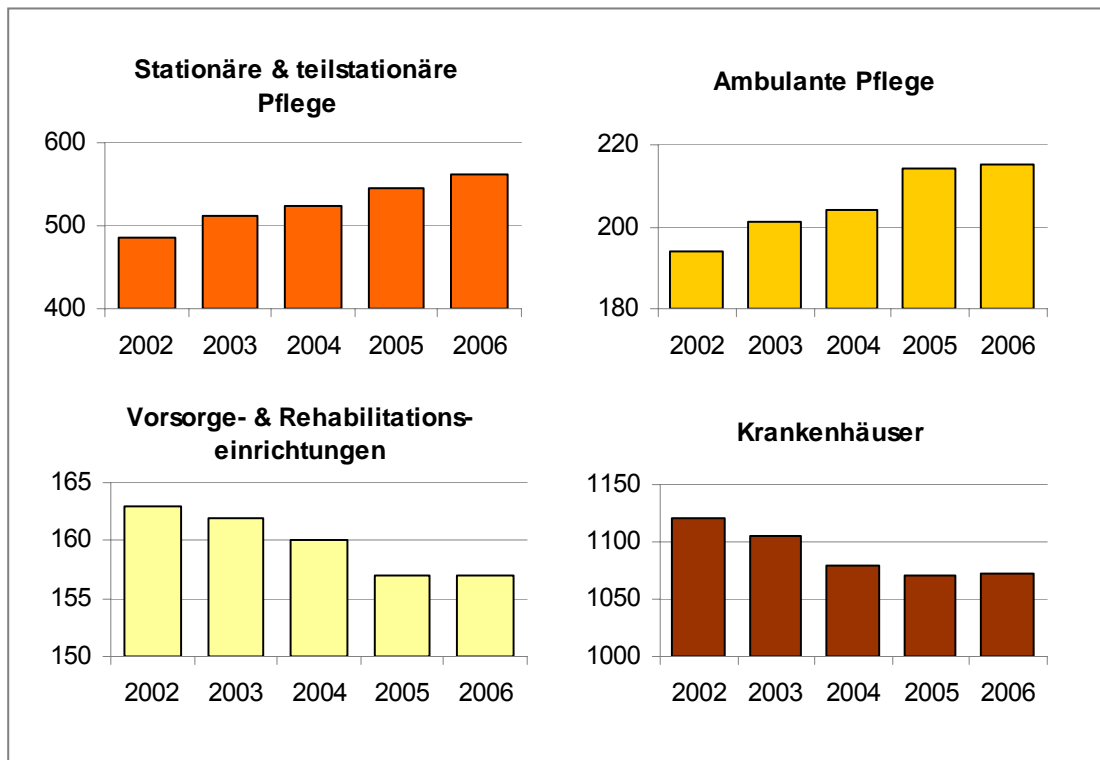
Da die Daten des Statistischen Jahrbuchs 2008 (STATISTISCHES BUNDESAMT, 2008b) keinen Aufschluss über die weitere Entwicklung der Beschäftigtenzahlen geben, sind in Tabelle 2.2 zusätzlich die Zahlen der Erwerbstätigen 2007 aufgeführt. Diese Daten gelten allerdings nicht für das gesamte Gesundheitswesen, sondern beziehen sich speziell auf die Beschäftigten, welche in der Grundpflege (d.h. keine Pflegedienstleitung, Verwaltung, etc.) arbeiten.



**Abb. 2.1** Anstieg der Gesamtbeschäftigten (Beschäftigte in 1.000) im Gesundheitswesen (STATISTISCHES BUNDESAMT, 2008b).

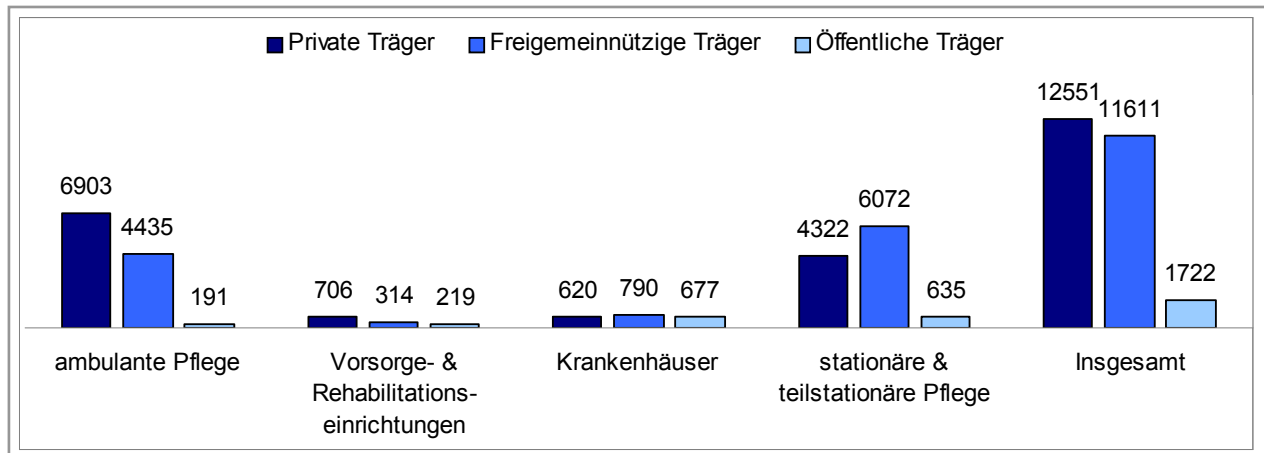
Die Zu- bzw. Abnahme der Beschäftigtenzahlen im Bereich des Gesundheitswesens ist jedoch nicht nur abhängig von der Berufsgruppe. Auch die Form des Unternehmens übt einen Einfluss aus. Abbildung 2.1 veranschaulicht den Anstieg der Gesamtbeschäftigten im Gesundheitswesen bis ins Jahr 2006. Abbildung 2.2 zeigt allerdings, dass diese Entwicklung nicht in allen

Unternehmensformen zu beobachten ist. Während in ambulanten, stationären und teilstationären Pflegeeinrichtungen die Beschäftigtenzahlen zunehmen, ist in Krankenhäusern, Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen eine Abnahme zu erkennen.



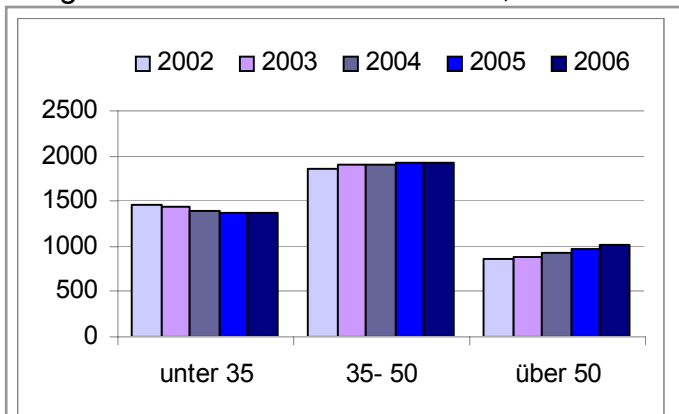
**Abb. 2.2** Entwicklung der Beschäftigtenzahlen (Beschäftigte in 1000) in unterschiedlichen Einrichtungen des Gesundheitswesens (STATISTISCHES BUNDESAMT, 2008a).

Ebenfalls in engem Zusammenhang mit der Unternehmensart steht die Verteilung der verschiedenen Träger. Mit Ausnahme der Krankenhäuser beträgt die Anzahl öffentlicher Träger für alle Einrichtungen nur einen Bruchteil derer von freigemeinnützigen und privaten Trägern. Abbildung 2.3 stellt die Verteilung der verschiedenen Träger auf die jeweiligen Unternehmen dar. Bei der ambulanten Pflege überwiegen die privaten Träger, während in der stationären und teilstationären Pflege eher die freigemeinnützigen Träger präsent sind



**Abb. 2.3** Trägerstruktur der verschiedenen Einrichtungsarten und Gesamtträgerverteilung (STATISTISCHES BUNDESAMT, 2008a).

Unabhängig von der Art des Unternehmens ist hingegen die Entwicklung der Altersstruktur der Beschäftigten. In Abbildung 2.4 ist die Tendenz zu sehen, dass die durch den demografischen Wandel erzeugte Verschiebung des Altersdurchschnitts der Erwerbstätigen auch im Gesundheitswesen erste Auswirkungen zeigt. Die Anzahl der unter 35-jährigen Pflegekräfte sank zwischen 2002 und 2005. Zum Jahr 2006 war keine Veränderung der Anzahl der Pflegekräfte zu erkennen. Die Kohorte der 30-50-jährigen Beschäftigten zeigte einen leichten Anstieg von 2002 bis 2004 und blieb danach unverändert. Lediglich die Anzahl der über 50-Jährigen zeigte einen kontinuierlichen Zuwachs.



**Abb. 2.4** Altersentwicklung der Erwerbstätigen im Gesundheitswesen (Beschäftigte in 1000) (STATISTISCHES BUNDESAMT, 2008a).

## 2.2 Belastungsfaktoren im Gesundheitswesen

Die Ausprägung der Belastungen in der Pflege differiert vor allem zwischen den Einrichtungsarten und in geringerem Maße auch innerhalb einer Einrichtung. In der bislang größten im deutschen Raum vorliegenden Studie, der NEXT-Studie (HASSELHORN et. al, 2005) wurden neben allgemeinen arbeitspsychologischen

Aspekten des Pflegeberufes auch verschiedene Schutz- und Belastungsfaktoren in unterschiedlichen Einrichtungsarten verglichen. Da sich viele der folgenden Ergebnisse auf die NEXT-Studie beziehen, sei eine kurze Vorstellung der Studie vorangestellt. Die NEXT-Studie (nurses' early exit) ist eine umfangreiche Fragebogenerhebung in elf europäischen Ländern. Die beschriebenen Ergebnisse beziehen sich auf die Basiserhebung 2002/2003 in Deutschland. Es wurden bundesweit über 6.000 Pflegekräfte angeschrieben, insgesamt antworteten 3.565 Pflegekräfte (Rücklaufquote 55%) verteilt auf 16 Krankenhäuser, 29 Alten- und Pflegeheime und 30 ambulante Pflegedienste. Die Autoren berichten von einer annähernd normal verteilten Stichprobe hinsichtlich des Alters der Teilnehmenden (vgl. SIMON et al., 2005). Die Ergebnisse seien nachfolgend kurz zusammengefasst (SIMON et al., 2005)<sup>2</sup>.

### 2.2.1. Belastungen durch Umwelteinflüsse

Die Pflegenden wurden befragt, inwieweit sie sich durch „Infektionsgefährdung, Lärm, gefährliche Stoffe und extreme Temperaturen“ beeinflusst fühlen. Dabei zeigte sich, dass sich Pflegekräfte in Krankenhäusern zu 53%, in Pflegeheimen zu 37% und in ambulanten Diensten 33% „sehr oder ziemlich“ durch das Infektionsrisiko belastet sehen.

Lärm, d.h. „dauerhafte Geräusche und Unruhe“, scheint hingegen besonders das Krankenhauspersonal (61,5%) zu stören, wohingegen sich Heimpersonal (27,5%) und Beschäftigte ambulanter Dienste (16%) weniger belastet fühlen.

Anders verhält es sich für unangenehme Temperaturen. Hier fühlen sich vor allem Angestellte im ambulanten Dienst gestört (49,2%), gefolgt von Beschäftigten des stationären Dienstes (25,1%) und Krankenhauspersonal (28,7%).

Gefährliche Stoffe (z. B. Chemotherapeutika, Desinfektions- und Reinigungsmittel) stellen für 43,1% im Krankenhaus, 17,1% in stationären Diensten und 14,3% in ambulanten Diensten ein Risiko dar.

### 2.2.2. Belastungen durch Arbeitsmenge und -inhalte

Nach den Ergebnissen der NEXT-Studie fühlt sich die Mehrzahl der Beschäftigten durch zu hohe quantitative Anforderungen und Zeitdruck belastet. Alten- und Pflegeheime (65,4%) liegen hierbei sogar noch vor Krankenhäusern (61%) und ambulanten Diensten (55,2%)<sup>3</sup>.

Körperliche Anforderungen zeichnen sich zwar durch geringere Häufigkeiten aus, sind aber dennoch verhältnismäßig hoch. So fühlen sich knapp die Hälfte (49,7%) der Befragten in der stationären Altenpflege durch ihre körperlichen Anforderungen belastet. In Krankenhäusern sind es 32,4% und in ambulanten Diensten 23,4%. Die

<sup>2</sup> Ergänzend werden vorläufige Ergebnisse aus der noch nicht abgeschlossenen Online-Befragung des DBfK (2008/2009) „Wie sieht es in der Pflege wirklich aus“ angefügt (2864 Befragte, davon 67% Krankenhaus, 20% Pflegeheim, 10% ambulante Pflege, Stand 5. Januar 2008)

<sup>3</sup> In der DBfK-Befragung schätzen 80% der Befragten ein, dass die Personalausstattung unangemessen sei und sich infolgedessen die Pflegequalität in den letzten 12 Monaten verschlechtert habe.

Autoren machen zudem darauf aufmerksam, dass bei genauerer Differenzierung 40% der Krankenhausangestellten auf Normalstationen über Belastungen durch körperliche Anforderungen berichten. Dies ist insofern bedeutsam, als in diesem Bereich 71% über keinerlei Hebehilfen verfügen. Im Bereich der Alten- und Pflegeheime sind es zwar nur 15%, die nicht auf Hilfsmittel zurückgreifen können, die verbleibende starke körperliche Belastung (oder die Nicht-Nutzung vorhandener Hilfsmittel) stellt nichtsdestotrotz ein unnötig hohes Gesundheitsrisiko dar.

Emotionale Anforderungen, wie sie durch den Kontakt mit Tod, Krankheit oder andere menschliche Leiden bzw. durch den häufigen Patienten-/Klientenkontakt insgesamt auftreten, führen wiederum in allen Bereichen zu starker Belastung. Beschäftigte in Alten- und Pflegeheimen (79,1%) stehen hierbei noch vor ihren Kollegen in ambulanten Diensten (74,2%) und im Krankenhaus (71,5%). Die Belastungen bezüglich der Emotionsarbeit durch den Umgang mit aggressiven und unfreundlichen Patienten sind weniger stark, aber dennoch hoch ausgeprägt: Im stationären Dienst fühlen sich 69,1% der Befragten belastet, in Krankenhäusern sind es 57,8% und im ambulanten Dienst 52,8%.

### 2.2.3. Belastungen durch Organisationsstrukturen

Die vorhandenen Arbeitszeitregelungen werden einrichtungsübergreifend von ca. 30% der Befragten als belastend wahrgenommen, 45% sehen ihre Work-Life Balance durch die Arbeitszeitregelungen gestört. Genauere Analysen zeigen jedoch eine hohe Varianz zwischen den Einrichtungsarten. Vor allem die Organisation der Arbeitszeiten in den Einrichtungen bestimmt die Zufriedenheit bzw. Unzufriedenheit. Hohe zeitliche und qualitative Anforderungen im Beruf und in der Familie versetzen die Beschäftigten in eine zwiespältige Situation: Einer der beiden Bereiche wird oftmals zugunsten des anderen vernachlässigt. In der NEXT-Studie zeigte sich, dass das Personal in ambulanten Diensten am stärksten (46,4%) von diesem Konflikt betroffen ist. Danach folgen Mitarbeiter in Alten- und Pflegeheimen mit 44,1% sowie Krankenhausbeschäftigte mit 43,6%. SIMON et al. (2005) führten zu diesen Daten eine separate Analyse durch und stellten fest, dass vor allem bei hohen quantitativen Belastungen der Konflikt deutlich stärker ausgeprägt war als bei niedrigen quantitativen Anforderungen.

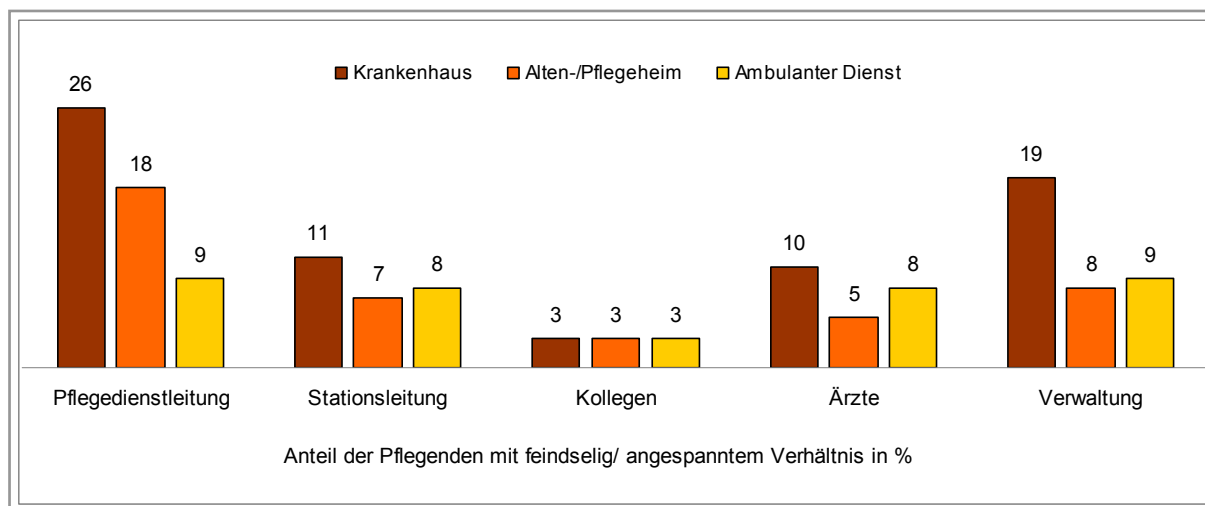
Ein weiterer belastender Faktor ist der Nachtdienst, rund 60% der Pflegekräfte im Krankenhaus, 29% in Alten- und Pflegeheimen, aber weniger als 10% in den ambulanten Diensten sind davon betroffen.

Eine ähnliche Belastungsabstufung zeigt sich für den Faktor „unzureichende oder verspätete Informationen“. Circa 50% der Beschäftigten in Krankenhäusern, 35% des Personals der stationären Pflegedienste und 25% der Angestellten in ambulanten Pflegediensten geben an „mehrfach pro Woche bis ständig Probleme mit dem Informationsfluss [zu] haben“ (SIMON et al., 2005, S. 40)<sup>4</sup>.

<sup>4</sup> Die vorläufigen Ergebnisse der Online Befragung des DBfK weisen in die gleiche Richtung: 74% der Pflegekräfte im Krankenhaus, 63% in der stationären Altenpflege und 55% in den ambulanten Diensten beklagen unzureichende oder nicht zeitgerechte Informationsübermittlung.

### 2.2.4. Belastungen durch das soziale Klima

Gefragt nach „Spannung und Feindseligkeiten zwischen Pflegenden und anderem Personal“ zeichnen sich, wie in Abbildung 2.5 zu sehen, zwei Tendenzen ab. Zum Ersten treten Spannungen zwischen Pflegekräften und den übrigen Angestelltengruppen (d.h. Verwaltung, Ärzte, Kollegen, Stationsleitung, Pflegedienstleitung) am häufigsten im Krankenhaus auf. Zum Zweiten wird das Verhältnis zur Pflegedienstleitung und zur Verwaltung in allen Einrichtungsarten als spannungsreich erlebt.



**Abb. 2.5** Spannungen zwischen Pflegekräften der verschiedenen Einrichtungsarten und übrigen Angestelltengruppen

### 2.2.5. Belastungen durch geringe Qualifikation

Examinierte Pflegekräfte verfügen über eine qualitativ hochwertige Ausbildung. Vor Aufgaben gestellt zu sein, die durch die eigene Qualifikation nicht zu bewältigen sind, führt zu dem Gefühl der Überforderung und ist somit ein belastender Faktor. Unter den Beschäftigten im Pflegedienst fühlt sich allerdings nur ein geringer Teil häufig, bzw. ständig mit dieser Art Aufgaben konfrontiert: in Krankenhäusern und ambulanten Pflegediensten sind es nach den Ergebnissen der NEXT-Studie 10% und im ambulanten Diensten 5% der Pflegepersonals<sup>5</sup>.

Durch fehlende Entwicklungsmöglichkeiten in ihrem Beruf fühlen sich laut NEXT-Studie 23,7% der Beschäftigte im Ambulanten Dienst, 25,2% der Beschäftigten im Krankenhaus und 30,3% der Angestellten von Alten- und Pflegeheimen belastet.

<sup>5</sup> Die vorläufigen Ergebnisse der online-Befragung des DBfK (2008/2009) weisen hingegen auf deutlichere Qualifizierungsdefizite hin: fast 1/3 der knapp 3.000 befragten Pflegekräfte berichten, dass sie mehrmals täglich oder häufig Aufgaben erfüllen müssen, für die sie nicht ausreichend qualifiziert sind. Dies trifft für 36% der Pflegekräfte im Krankenhaus, 25% im Pflegeheim und 15% in der ambulanten Pflege zu.

## 2.3 Ressourcen

Zusätzlich zu belastenden Faktoren gibt es in der Pflege eine Reihe von Faktoren (sog. Ressourcen), die einen positiven Einfluss auf das Wohlbefinden der Beschäftigten haben können. Auch diese Faktoren wurden in der NEXT-Studie erfasst und ausgewertet.

Die *Bedeutung der Arbeit* ist einer dieser protektiven Faktoren und bezeichnet „die Wichtigkeit, die der eigenen Arbeit beigemessen wird“ (SIMON et al., 2005, S. 28). Hierbei unterscheiden sich die unterschiedlichen Einrichtungen nur in geringem Maße. So empfinden 81,2% der Pflegekräfte in Krankenhäusern, 83,6% des Personals im stationären Pflegedienst und 86,2% der Mitarbeiter im ambulanten Pflegedienst ihre Arbeit als bedeutsam.

In allen Einrichtungsarten stellt die wahrgenommene Unterstützung durch Vorgesetzte oder auch Kollegen eine wichtige Ressource dar. Entscheidender Faktor ob bzw. wie viel *Unterstützung durch Vorgesetzte* wahrgenommen wird, ist dabei jedoch nicht die Art der Einrichtung (Krankenhaus, ambulanter Pflegedienst oder Alten/Pflegeheim), sondern vielmehr die Größe der Einrichtung (Anzahl Betten, Mitarbeiteranzahl). So wird in großen Einrichtungen weniger Unterstützung wahrgenommen als in kleineren.

Im Bereich der *Unterstützung durch Kollegen* kann bezogen auf die verschiedenen Einrichtungsarten keine generelle Aussage getroffen werden, hier zeigt sich zwischen den einzelnen Einrichtungen eine große Varianz.

## 2.4 Unfallrisiken

Unfälle in Krankenhäusern werden vor allem durch scharfe und spitze Gegenstände (z. B. Kanülen) verursacht. Des Weiteren kommt es auch zu Verletzungen durch Stürze, Anstoßen oder Einklemmen, zu Unfällen bei Förderarbeiten und mit herab- oder umfallenden Gegenständen sowie mit maschinellen Betriebseinrichtungen. Die daraus resultierenden Verletzungen sind hauptsächlich Schnitt-, Hieb-, Stich- und Hackwunden, Quetschungen, Prellungen, Rissquetschwunden, Verstauchungen, Zerrungen, Knochenbrüche, Verrenkungen, Bänderrisse und Meniskusverletzungen (ALLGEMEINE UNVALLVERSICHERUNGSANSTALT, 2007).

Mit 45% machen die „Stolperunfälle“ bei Unfällen in Berufen der Altenpflege den Hauptanteil aus. Erst in deutlichem Abstand folgen „sich stoßen, sich selbst verletzen“ (24%) und „verletzt im Ruhestand“ (z. B. durch umkippende oder herunterfallende Gegenstände) mit 19%. Zu den Hauptauslösern von Unfällen zählen Gehwege, Fußböden, Türen und Treppen mit 42%, andere Menschen (hauptsächlich aggressive, demenzkranke und verwirrte Patienten) mit 23% und Betten und Rollstühle mit 11% (BERGER et al., 2004). Im Gegensatz zur stationären Alten- und Krankenpflege beschränkt sich die Tätigkeit der ambulanten Pfleger/-innen nicht nur auf die Arbeit vor Ort, sondern schließt auch häufige Fahrten ein. Nach GRABBE et al. (2006) nutzen 94,3% Prozent der Angestellten für diese Wege das Auto. Insofern

zählen für die Beschäftigten in der ambulanten Pflege auch diese Autounfälle zu den direkt mit dem Beruf verbundenen Unfallrisiken. In der Studie von GRABBE et al. (2006, S. 53) gaben 9,5% der Befragten an, „innerhalb der letzten 12 Monate einen Autounfall auf den Arbeitswegen“ gehabt zu haben.

Die aus den Unfällen resultierenden Verletzungen spiegeln die Hauptursachen wider. In der ambulanten Pflege sind vor allem Füße und Sprunggelenke bei Arbeitsunfällen betroffen, sie machen knapp ein Viertel aller Arbeitsunfälle mit mehr als drei Tagen Arbeitsunfähigkeit (GRABBE et al., 2006, S. 111) aus. Weitere Körperteile, die weniger lange Arbeitsausfälle bewirken, aber einen Hauptanteil der Verletzungen tragen, sind Finger und Hand, bzw. handnahe Knochen, Knie und Unterschenkel, Kopf und Gesicht.

Auch in der stationären Altenpflege und in Krankenhäusern betreffen Unfälle vor allem die Extremitäten, wobei in Krankenhäusern die Hände und handnahen Bereiche bei den Verletzungen an erster Stelle stehen. In der stationären Altenpflege ist das Unfallrisiko zudem um circa 40% höher als in der stationären Krankenpflege (GRABBE et al., 2006).

## **2.5 Allgemeine Gesundheitssituation von Pflegekräften**

Bei den Berufskrankheiten stehen in der Altenpflege Hauterkrankungen an erster Stelle. Durch langjähriges Heben und Tragen schwerer Lasten verursachte, bandscheibenbedingte Lendenwirbelsäulenerkrankungen folgen an zweiter Stelle. An dritter Stelle kommen Infektionserkrankungen, wie Hepatitis B und C und Tuberkulose. Weniger stark ausgeprägt sind hingegen Krankheiten der Halswirbelsäule und allergiebedingte Atemwegserkrankungen (BERGER et al., 2004).

Auch in Krankenhäusern machen Haut- und Infektionskrankheiten (u. a. Hepatitis B und C, Tuberkulose, HIV und AIDS) den mit Abstand größten Anteil der Berufskrankheiten aus. Des Weiteren treten verstärkt Erkrankungen der Atemwege auf.

Tabelle 2.3 fasst alle Diagnosegruppen<sup>6</sup> im Arbeitsunfähigkeitsgeschehen über die Bereiche der Krankenpflege zusammen und unterteilt die Angestellten dabei in zwei Altersgruppen: unter und über 45 Jahre. Die Gruppe der über 45-jährigen Pflegekräfte weist – wie in allen Krankenstandsstatistiken – im Mittel über alle Diagnosegruppen die höheren Falldauern gegenüber den Jüngeren auf (vgl. Bericht der Bundesregierung Sicherheit und Gesundheit bei der Arbeit, 2003, S. 49). Das betrifft besonders die Diagnosegruppen psychische und Verhaltensstörungen, Krankheiten des Kreislaufsystems und Muskel Skeletterkrankungen. In diesen Diagnosegruppen sind auch die Fallhäufigkeiten gegenüber den Jüngeren erhöht.

---

<sup>6</sup>Daten von 2003, aktuellere bisher nicht verfügbar

<b>Tab. 2.3</b> Arbeitsunfähigkeitsgeschehen in den Krankenpflegeberufen (Bericht der Bundesregierung Sicherheit und Gesundheit bei der Arbeit, 2003)				
Diagnosegruppen	Diagnosen	% an den Gesamt-diagnosen	AU-Tage absolut	% an AU-Tagen gesamt
Psychische Störungen und Verhaltensstörungen	38 838	5.1	1 023 824	11.2
< 45 Jahre	24 985	4.8	574 727	11.0
≥ 45 Jahre	13 853	6.0	449 097	11.5
Krankheiten des Kreislaufsystems	28 897	3.8	473 076	4.8
< 45 Jahre	14 183	2.7	156 245	3.0
≥ 45 Jahre	14 714	6.4	280 831	7.2
Krankheiten des Atmungssystems	197 990	26.2	1 338 315	14.6
< 45 Jahre	147 699	28.1	910 931	17.4
≥ 45 Jahre	50 291	21.9	427 383	10.9
Krankheiten des Verdauungssystems	74 454	9.9	517 854	5.7
< 45 Jahre	54 891	10.4	330 799	6.3
≥ 45 Jahre	19 563	8.5	187 057	4.8
Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes	116 888	15.5	2 245 135	24.6
< 45 Jahre	67 037	12.7	1 029 319	19.7
≥ 45 Jahre	49 851	21.7	1 215 817	31.1
Verletzungen, Vergiftungen	56 721	7.5	918 314	10.1
< 45 Jahre	40 462	7.7	582 722	11.2
≥ 45 Jahre	16 259	7.1	335 592	8.6
Sonstige Krankheiten	241 515	32.0	2 655 541	29.1
< 45 Jahre	176 653	33.6	1 635 894	31.3
< 45 Jahre	40 462	7.7	1 019 648	11.2
Alle Diagnosegruppen	755 303	100.0	9 136.059	100.0
≥ 45 Jahre	525 910	100.0	5 220.637	100.0
≥ 45 Jahre	229 393	100.0	3 915.425	100.0

SIMON et al. (2005) zeigen, dass es kaum Unterschiede zwischen den Einrichtungsarten bezüglich der Arbeitsunfähigkeit gibt. Durchschnittlich fehlten die Befragten der NEXT-Studie 9,5 Tage im vorhergehenden Kalenderjahr (2001). Diese Zahl bestätigt auch der Bericht „Sicherheit und Gesundheit bei der Arbeit 2007“: Im Mittel über alle Beschäftigten in Gesundheitsdienstberufen sind 11,4 Tage ausgewiesen. Dieser Befund ist gegenüber anderen Branchen zunächst nicht auffällig. Spezifische Angaben für die Pflegekräfte sind in diesem Bericht nicht genannt. Der Gesundheitsreport 2009 der Barmer Ersatzkasse belegt jedoch, dass

der Krankenstand der Pflegekräfte mit 4,5 % zu den höchsten Raten gehört. Ebenso verzeichnet der DAK-BGW Gesundheitsreport 2005 für die Mitarbeiter der stationären Krankenpflege einen höheren Krankenstand im Vergleich zu allen DAK Versicherten.

Des Weiteren ist auch die Anzahl der Tage von Bedeutung, an denen die Pflegekräfte trotz gesundheitlich bedingter Arbeitsunfähigkeit zur Arbeit gegangen sind. Diese Tage geben Aufschluss über die Gesamtzeit der eigentlichen Arbeitsunfähigkeit. Im stationären Dienst handelt es sich hierbei um 5,9, in Krankenhäusern um 4,7 und im ambulanten Dienst um 4,5 Tage pro Jahr. Diese Zahlen deuten auf ein zusätzliches Gesundheitsrisiko, da Krankheit nicht auskuriert, sondern ignoriert wurde.

Ein weiteres gesundheitliches Risiko für die Beschäftigten in der Pflege ist das des *Burnout*, d.h. ein Zustand emotionaler Erschöpfung mit den drei Komponenten (MASLACH et. al, 2001): Erleben verminderter Leistungsfähigkeit, emotionale Erschöpfung und Depersonalisation (Aversion/Zynismus gegenüber den zu Betreuenden). Burnout wird nicht als spezielle Berufskrankheit geführt. In der Internationalen Klassifikation der Erkrankungen (ICD 10, 1998) wird Burnout im Abschnitt Z erfasst und ist nach dieser ein Einflussfaktor und kein eigenständiges Krankheitsbild. Nach den Analysen von SIMON et al. (2005) stehen der Umgang mit aggressiven und unfreundlichen Patienten, die Unzufriedenheit bezüglich des persönlichen Wohlbefindens und des Privatlebens und der Arbeits-Familien-Konflikt in direktem Zusammenhang mit Burnout. Ein schlechter allgemeiner Gesundheitszustand und erhöhte Arbeitsunzufriedenheit sind mit höherem Burnout-Risiko assoziiert. In Alten- und Pflegeheimen weisen 44,2% der in der Pflege Beschäftigten die typischen Burnout-Symptome auf. In den ambulanten Diensten sind es 40,8% und in Krankenhäusern 36,4% der Angestellten (SIMON et al., 2005). Die Befunde zur Beziehung des Burnout-Syndrom und dem Alter der Beschäftigten sind nicht eindeutig: Der Bericht „Gesundheit und Sicherheit in der Arbeit 2006“ weist einen alterskorrelierten Anstieg der Burnout-Rate nur bis zur Alterskohorte der 45-55jährigen Erwerbstätigen auf 8% aus und nimmt bei den 55-65 Jährigen wieder ab. Die NEXT-Studie zeigt keinen altersassoziierten Zusammenhang mit der Burnout-Häufigkeit. Hingegen berichten SCHARSCHMIDT et. al. (2003) sowie FISCHER (2006) für Pflegekräfte einen deutlichen Anstieg der Burnout-Rate jenseits des 50. Lebensjahres. Die letztgenannten Befunde sprechen für eine Akkumulation der Beanspruchungsfolgen, die vorgenannten Studien könnten durch einen Healthy Worker Effekt erklärt werden.

Die psychischen Erkrankungen – hier vor allem Depressionen/depressive Episoden (Diagnosegruppe F32) sowie Reaktionen auf schwere Belastungen und Anpassungsstörungen (Diagnosegruppe F43) – stehen an 3. Stelle der Diagnosen, die zur Arbeitsunfähigkeit führen (für stationäre Krankenpflege, vgl. DAK-BGW Report 2005). Die Häufigkeit psychischer Erkrankungen steigt bis zum 45. Lebensjahr, danach ist ein moderater Rückgang zu verzeichnen. Auch hier ist ein Healthy Worker Effekt anzunehmen.

In den ambulanten Diensten gaben nur 6% der Pflegekräfte einen schlechten allgemeinen Gesundheitszustand an und in den Alten- und Pflegeheimen sowie in

den Krankenhäusern waren es 8%. Diese Ergebnisse spiegeln nur teilweise den Gesundheitszustand und die Arbeitsfähigkeit wider. Aussagekräftiger sind die objektiven Krankenstandsstatistiken.

## 2.6 Der vorzeitige Ausstieg

In einer anderen Analyse der NEXT-Studiendaten beschäftigten sich HASSELHORN et al. (2005) mit dem „Wunsch nach Berufsausstieg“ des Pflegepersonals. Dabei zeigte sich, dass 19,1% der Beschäftigten in Krankenhäusern, 15,6% der Angestellten der Pflegeheime und 10,8% der Beschäftigten des ambulanten Pflegedienstes oft in Betracht zogen, aus ihrem Beruf auszusteigen. Diese Werte unterscheiden sich nicht signifikant voneinander. Aus anderen Branchen liegen keine Vergleichszahlen vor, wohl aber zu Pflegeberufen in anderen Ländern: Bis zum 40. Lebensjahr erwägen deutsche Pflegekräfte häufiger, den Pflegeberuf zu verlassen, als der Durchschnitt der in der NEXT-Studie einbezogenen Pflegekräfte aus elf Ländern<sup>7</sup>.

Anhand der statistischen Daten lässt sich belegen, dass in den Pflegeberufen ein prozentual hoher Frauenanteil zu finden ist. Aus diesem Grund spielen für den vorzeitigen Berufsausstieg vor allem die Gründe eine Rolle, die für Frauen typisch sind. Eine Studie von BLUM et al. (2004) zeigt, dass für Frauen persönliche bzw. familiäre Gründe (56,7%) das Hauptausstiegsmotiv für das Verlassen des Pflegeberufes sind. Schwangerschaft und Kindererziehung machen davon den maßgeblichen Anteil (38,9%) aus, gefolgt von Problemen im Zusammenhang mit der eigenen Gesundheit (11,9%). Insofern kommt an dieser Stelle erneut der Arbeit/Familie-Konflikt zum Tragen, welcher oftmals zugunsten der Familie entschieden wird. Die 17,1% Aussteiger, welche aufgrund der ungünstigen Arbeitszeiten den Beruf verlassen hatten, fühlten sich vor allem durch die Nacharbeit und die eingeschränkten Möglichkeiten zur Teilzeitarbeit belastet.

Spezielle Arbeitsinhalte waren für nur 12,3% ein Grund zum Ausstieg aus der Pflege. Hierzu sollte allerdings erwähnt werden, dass weniger die Faktoren als belastend empfunden wurden, die die Pflege ausmachen (z. B. der Umgang mit Tod, Krankheit und Leiden), als vielmehr jene, die durch die Einrichtungen reguliert werden (z. B. Zeitdruck/ wenig Zeit für die Patienten mit 5,8% und körperliche Belastungen mit 3,4%). Für die übrigen 5,1% war das Arbeitsklima der Hauptausstiegsgrund, wiederum ein Faktor, der maßgeblich in der Hand der Einrichtungen liegt (BLUM et al., 2004).

Es zeigen sich auch in der NEXT-Studie signifikante Unterschiede zwischen den einzelnen Einrichtungen, was HASSELHORN et al. (2005) zu der Annahme bringt, dass es „attraktive“ und weniger „attraktive“ Einrichtungen gibt. Auch SIMON et al. (2005) fanden diese Divergenz und unterschieden die potenziellen Aussteiger in die Gruppen: potenzielle Berufsaussteiger (10,6%), potenzielle Berufsaussteiger/

<sup>7</sup> In der DBfK-Befragung hat sich dieser Trend fortgesetzt und verstärkt: 1/3 der Befragten erwägt mehrfach wöchentlich bis täglich, die Berufsaufgabe und den Wechsel in eine andere Tätigkeit (Online-Befragung des DBfK (2008/2009) „Wie sieht es in der Pflege wirklich aus“, Stand 5. Januar 2008)

Einrichtungswechsler (7,8%) und potenzielle Einrichtungswechsler (9,7%). Beschäftigte, die zwar daran denken, die Einrichtung, nicht aber den Beruf zu wechseln, könnten auf das Vorhandensein attraktiver vs. nicht attraktiver Einrichtungen zurückzuführen sein. SIMON et al. (2005) konnten zeigen, dass besonders Faktoren wie Spannungen mit der Pflegedienstleitung und fehlende Unterstützung durch Vorgesetzte die Bindung an die Einrichtung beeinflussen können, welche sich wiederum auf die Absicht die Einrichtung zu verlassen auswirkt.

Die übrigen Gründe für die „Unattraktivität“ einer Einrichtung decken sich stark mit denen, die auch für den Wunsch nach dem Berufsausstieg angegeben werden (SIMON et al., 2005). Dies ist insofern nachvollziehbar, als dass viele der belastenden Faktoren des Pflegeberufes über die Einrichtungen verstärkt oder abgeschwächt werden können. So sind Probleme bei der Koordination von Familie und Beruf ein belastender Faktor der der Pflege innewohnt, da die nächtliche Betreuung von Pflegebedürftigen unvermeidbar ist und Nachtschichten das Familienleben belasten (BLUM et al., 2004). Inwieweit das Schichtsystem aber auf eine Art und Weise konzipiert ist, die es erlaubt zu gleichen Teilen für den Beruf und die Familie da zu sein, hängt wiederum von der Einrichtung ab.

Faktoren, die dem Beruf innewohnen, aber deren Auswirkungen durch die Einrichtungen beeinflusst werden, sind neben dem genannten Arbeit/Familie-Konflikt, der Einfluss bei der Arbeit, quantitative Arbeitsanforderungen, fehlende Entwicklungsmöglichkeiten (z. B. Aufstiegschancen, Weiterbildungsangebote), geringer Einfluss bei der Arbeit, wenig Unterstützung durch Kollegen, Unzufriedenheit mit den Arbeitszeiten, mit der Bezahlung (oft in Zusammenhang mit zusätzlich erworbener Qualifikation), allgemeine Arbeitsunzufriedenheit und Burnout (SIMON et al., 2005). Diese Faktoren tragen sowohl zum Wechselgedanken bezüglich der Einrichtung wie auch zu Berufsausstiegswünschen bei.

Nach BARTJES et al. (2006) sind Pflegeberufe speziell für Männer meist nur ein Sprungbrett für andere Berufe. In diesem Zusammenhang vermutet JOST (2007), dass die Pflege für männliche Beschäftigte auf Grund der geringen sozialen und materiellen Anerkennung weniger attraktiv ist. Demzufolge haben die fehlenden Entwicklungsmöglichkeiten und die Zufriedenheit mit der Bezahlung für diese Gruppe ein besonders starkes Gewicht und verstärken das ohnehin schon vorhandene Übergewicht weiblicher Beschäftigter.

Ein weiterer Faktor, der auf den ersten Anschein hin den Berufsausstiegswunsch beeinflusst, ist das Alter bzw. die Berufszugehörigkeitsdauer. SIMON et al. (2005) geben an, dass die Bindung an den Beruf von einem hohen Level zum Ausbildungsbeginn in den folgenden Berufsjahren stetig absinkt. Nach ungefähr 11-15 Jahren erreicht sie dann ihren Wendepunkt und beginnt wieder zu steigen, wobei der Ursprungswert nicht mehr erreicht wird. Nach HASSELHORN et al. (2005) hat auch die Dauer der Beschäftigung im gegenwärtigen Unternehmen einen ähnlichen Einfluss: mit zunehmender Einrichtungszugehörigkeit sinkt der Wunsch die Pflege zu verlassen.

Aus dieser Entwicklung lässt sich nicht zwangsläufig ableiten, dass Ältere im Allgemeinen auch zufriedener mit ihrer Tätigkeit sind. Zwar existieren Theorien, nach denen es zu einer Gewöhnung und zunehmenden Vertrautheit sowie einer

Anpassung des Anspruchsniveaus an die gegebenen Bedingungen (sog. resignative Arbeitszufriedenheit) mit der Zeit kommt (WENDERLEIN, 2002, S. 115). Doch spielen auch andere Mechanismen eine Rolle. Beispielsweise steigt mit dem Alter auch die Anzahl derer, die als Teilzeitkräfte beschäftigt sind, eine Arbeitsregelung, die hilft den Arbeit/Familie-Konflikt zu entspannen. Andererseits zeigen auch jüngere Frauen mit Kindern eine höhere Zufriedenheit mit dieser Art der Arbeitsregelung (BLUM et al., 2004). Ein weiterer Erklärungsansatz ist die Selbstselektion. Demzufolge verlassen Beschäftigte mit hohen Unzufriedenheitswerten den Beruf. Von den älteren Beschäftigten verbleiben nur noch diejenigen, die mit ihrem Beruf zufrieden sind, bzw. sich damit arrangieren konnten (PRÖLL et al., 1984). Dass zudem der Wunsch, den Beruf zu verlassen, von der Arbeitszufriedenheit abhängt (SIMON et al., 2005), nicht aber von diesem Wunsch zwangsläufig auf die Arbeitszufriedenheit rückgeschlossen werden kann, belegen Befunde von WENDERLEIN (2002). Die Autorin konnte zeigen, dass mit zunehmendem Alter auch die Anzahl derer stieg, die den Beruf nicht noch einmal wählen würden (über 40-Jährige: 37%). Sie nimmt an, dass dieser Anteil durch andere Gründe als durch Zufriedenheit im Beruf gehalten wird. Mögliche Alternativen wären z. B. finanzielle Zwänge und geringe berufliche Alternativen jenseits des 40. Lebensjahres. Eine Studie von BERGER et al. (2004) lieferte ebenfalls Hinweise auf den Zusammenhang zwischen „attraktiven“ Einrichtungen und der Zufriedenheit Älterer. Die Ergebnisse ihrer Studie zeigen, dass ältere Beschäftigte nur dann eine höhere Zufriedenheit als ihre jüngeren Kollegen zeigen, wenn sie in einer Einrichtung mit einer „günstigen Arbeitssituation“ (BERGER et al., 2004, S. 35) beschäftigt sind. Auch insgesamt gesehen ist die Arbeitszufriedenheit in diesen Betrieben höher.

Zusammenfassend lässt sich sagen, dass eine Reihe von Faktoren den Wunsch beeinflusst, die Pflege zu verlassen. Diese sind aber nicht zwangsläufig an den Pflegeberuf gebunden, sondern werden offensichtlich durch die Situationen in den einzelnen Einrichtungen, d.h. durch die spezifische Belastungs- und Ressourcenkonstellation beeinflusst. Ältere Beschäftigte ziehen den Berufsausstieg im Gegensatz zu jüngeren seltener in Erwägung. Dies kann u. a. darauf zurückzuführen sein, dass sie das „Überbleibsel“ der Aussteiger im mittleren Alter sind, keine Alternative sehen oder ihre Erwartungen der Realität angepasst haben. Ob die Zufriedenheit mit dem Alter steigt, hängt wiederum von den Gegebenheiten in den einzelnen Einrichtungen ab.

## **2.7 Hindernisse für den Wiedereinstieg**

In der oben beschriebenen Studie wurde den Aussteigerinnen auch die Frage „Wären Sie grundsätzlich gerne bereit, wieder in der Pflege zu arbeiten?“ (BLUM et al. 2004, S. 29) gestellt. 23,8% antworteten darauf mit „sehr“ und 25% mit „ziemlich“. Somit war knapp die Hälfte willens, wieder in die Pflege zurückzukehren. 26,6% gaben zudem eine mittelmäßige Rückkehrbereitschaft an und weniger als ein Drittel war „wenig“ (15,9%) oder „gar nicht“ (12,8%) bereit für einen Wiedereinstieg.

Die potenziellen Rückkehrer sind mit Problemen konfrontiert, die den Wiedereinstieg behindern. In der Studie von BLUM et al. (2004, S. 16) galten fehlende

Betreuungsmöglichkeiten für ihr(e) Kind(er) sowie der zeitliche Konflikt von Arbeit und Familie als wichtigste Gründe, die eine Wiederaufnahme der Pfl egetätigkeit verhindern. Neben den 17,1% Befragter, die wegen der Arbeitszeiten den Pflegeberuf verlassen haben, sind es also vor allem die Aussteiger aufgrund familiärer Gründe, welche die typischen Arbeitszeitbedingungen des Pflegeberufs als Wiedereinstiegshindernis sehen. Diese Annahme spiegelt sich auch in den Zahlen wieder: 91,9% der Befragten würden bevorzugt in Teilzeit arbeiten und 77,9% befürworten flexible Arbeitszeiten. Ablehnung finden hingegen Schichtdienst mit Nachtdienst (82,8%), Nachtdienst (86,4%), geteilte Dienste (81,3%), Spätdienst (76,9%) und der Wochenenddienst (62,7%).

Bemerkenswert ist, dass ein Großteil der Befragten in der Studie von BLUM et al. (2004, S. 43) neben finanziellen und persönlichen Gründen (z. B. dem Wunsch nach Verantwortung), pflegespezifische Gründe als Wiedereinstiegs motivation angaben. So waren für 83,8% die Zusammenarbeit mit Patienten und für 79,5% die Hilfe für anderen Menschen wichtige Beweggründe für die Rückkehr in den Beruf.

Diese Bereitschaft und Motivation werden konterkariert durch aktuelle Arbeitsbedingungen. So nimmt in Krankenhäusern die durchschnittliche Verweildauer der Patienten ab bei gleichzeitigem Anstieg der Patientenzahlen. Pflegekräften steht demnach weniger Zeit zur Verfügung sich um die einzelnen Patienten zu kümmern. In der Studie von BLUM et al. (2004) zeigte sich, dass die unzureichende Zeit für die Patienten wesentlich zum Berufsausstieg beigetragen hat. Demzufolge ist es nicht verwunderlich, wenn das Wissen um die unbefriedigenden Arbeitsbedingungen das Wiedereinstiegs motiv „Menschen helfen wollen“ blockiert. In einer Studie von KASMANN et al. (1994, zitiert nach JOOST, 2007) wurden Beschäftigte befragt, welche über Wiedereingliederungsmaßnahmen in den Beruf zurückkehrten. Rund 50% der Befragten gaben in dieser Studie an, dass sie ohne diese Maßnahme die Rückkehr in den Beruf nicht geschafft bzw. sie sich die Rückkehr erst gar nicht zugetraut hätten. Demzufolge scheint auch das Vertrauen in die eigenen Fähigkeiten durch die fehlende Praxis zu sinken, was ein weiteres Hindernis für den Wiedereinstieg darstellt.

### *Zwischenfazit: Das Branchenbild Pflege*

Betrachtet man die Entwicklungen in der Pflegebranche innerhalb der vergangenen 15 Jahre, so zeigen sich bereits erste Auswirkungen der demografischen Veränderung der Bevölkerungsstruktur. Der wachsende Bedarf an Dienstleistungen des Gesundheitswesens drückt sich nicht nur in steigenden Fall- bzw. Patientenzahlen aus, sondern auch in einer stetigen Zunahme der Beschäftigten im Gesundheitswesen. Diese besteht v. a. im Bereich der ambulanten, teilstationären und stationären Pflege. Eine gegenläufige Entwicklung ist in Krankenhäusern und Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen zu erkennen, in denen trotz konstanter bzw. steigender Fallzahlen Personal abgebaut wurde. Auch die Veränderung der Altersstruktur der Beschäftigten im Gesundheitswesen spiegelt bereits die in Zukunft noch stärker zu erwartenden demografischen Entwicklungen wider: der Anteil jüngerer Beschäftigter (unter 35 Jahren) sinkt langsam, aber stetig, während der

Anteil älterer Beschäftigter (über 50 Jahren) komplementär ansteigt (STATISTISCHES BUNDESAMT, 2008a, 2008b).

Pflegekräfte sind verschiedenen Belastungsfaktoren ausgesetzt. Die am häufigsten genannten Faktoren sind hierbei die zu bewältigende Arbeitsmenge, verbunden mit Zeitdruck, und beanspruchende Arbeitsinhalte. Die stärksten Ausprägungen emotionaler und körperlicher Beanspruchungen finden sich hierbei in der stationären Altenpflege; insbesondere die emotionalen Anforderungen der Pflege Tätigkeit werden jedoch auch in allen anderen Einrichtungsformen als zentraler Punkt benannt.

Ebenso als Belastung wahrgenommen wird die Arbeitszeitregelung in der Pflege, die v. a. in Krankenhäusern und stationären Pflegeeinrichtungen Schicht- und Nachtdienste umfasst, und somit eine dauerhafte Störung der Work-Life Balance der Beschäftigten nach sich zieht. Zusätzlich zum hohen Beanspruchungsgrad der Arbeit sind für viele Pflegekräfte somit auch die Erholungs- und Regenerierungsphasen in der Freizeit gestört bzw. nur eingeschränkt vorhanden (SIMON et al., 2005).

Der allgemeine Gesundheitszustand von Pflegekräften erscheint nach Selbstauskünften der Pflegekräfte und objektiven Kennzahlen, wie bspw. Ausfalltagen aufgrund von Arbeitsunfähigkeit, nicht schlechter als der bundesdeutsche Durchschnitt aller Beschäftigungsgruppen bzw. Branchen (SIMON et al., 2005; STATISTISCHES BUNDESAMT, 2008b). Neben den pflegetypischen Berufskrankheiten wie Haut-, Infektions- oder Wirbelsäulenerkrankungen entwickelt sich das Burnout-Syndrom zu einem erheblichen Gesundheitsrisiko für Pflegekräfte. Bereits gegenwärtig zeigen mehr als ein Drittel der in der Pflege Beschäftigten typische Burnout-Symptome (SIMON et al., 2005); depressive Episoden und Erkrankungen bilden im Bereich der stationären Pflege die dritthäufigste Ursache für Arbeitsunfähigkeit (DAK-BGW Report, 2005). Verschiedene Studien beschreiben einen deutlichen Anstieg der Burnout-Prävalenz ab dem 50. Lebensjahr, welche als Folge kumulierter Beanspruchung durch die Arbeit betrachtet werden kann (FISCHER, 2006; SCHAARSCHMIDT et al., 2003). Vor dem Hintergrund des steigenden Anteils älterer Beschäftigter in der Pflege ist in Zukunft mit einer Verschärfung dieses Problems zu rechnen.

Den genannten Beanspruchungen stehen zwei zentrale Ressourcen als protektive bzw. kompensatorische Faktoren gegenüber: Zum einen ist hier die subjektive wahrgenommene Bedeutung der eigenen Arbeit zu nennen, zum anderen die soziale Unterstützung durch Kollegen und Vorgesetzte. Es zeigte sich, dass mehr als drei Viertel der in der Pflege Beschäftigten ihre Arbeit als bedeutsam ansehen, diese Ressource demzufolge von vielen auch ausgeschöpft wird. Die soziale Unterstützung durch Kollegen und Vorgesetzte scheint dagegen verbesserungswürdig. Das Verhältnis der Pflegekräfte zur Pflegedienst- oder Stationsleitung wird v. a. in Krankenhäusern, teilweise aber auch in Pflegeheimen, als spannungsreich beschrieben (SIMON et al., 2005); ein schlechtes soziales Klima ist für manche Pflegekräfte ein Hauptgrund für den Wechsel der Einrichtung oder den frühzeitigen Berufsaustieg (BLUM et al., 2004).

Zumindest zum Teil auf die genannten Belastungen zurückzuführen ist neben berufsbedingten Erkrankungen auch der Wunsch, frühzeitig aus dem Pflegeberuf auszusteigen, welcher, je nach Einrichtungsform, bei bis zu einem Fünftel der in der

Pflege Beschäftigten besteht (HASSELHORN et al., 2003). Für den geringen Anteil der Männer in der Pflege stellt dieser Beruf häufig keine attraktive Möglichkeit der Karrieregestaltung dar; die Wahrscheinlichkeit eines frühzeitigen Berufwechsels ist bei ihnen demzufolge hoch (JOST, 2007). Frauen geben familiäre oder gesundheitliche Gründe als Hauptursachen für den frühzeitigen oder auch temporären Berufsausstieg an. Einrichtungen haben einen noch nicht ausgeschöpften Handlungsspielraum, um Mitarbeiter langfristig an das Unternehmen und den Beruf zu binden. Familienorientierte Arbeitszeitregelungen, betriebsnahe Betreuungsmöglichkeiten für Kinder, Unterstützung und Anerkennung durch Vorgesetzte und Kollegen gehören zu den verbesserungsbedürftigen potenzialen. Der Wiedereinstieg in den Pflegeberuf gestaltet sich hinsichtlich der Vereinbarkeit von Familie und einem Beruf in Schichtarbeit für viele Frauen schwierig. Durch gezielte, unterstützende Maßnahmen kann jedoch der Wiedereinstieg erleichtert und Fachkräfte in den Beruf zurückgeholt werden (BLUM et al., 2004). Mit Blick auf den zukünftig zu erwartenden Fachkräftemangel in der Pflege gewinnen solche systematischen Wiedereinstiegsprogramme weiter an Bedeutung.

### 3. Analyse vorhandener Konzepte und bisheriger Projekte

Zahlreiche Forschungsarbeiten und praxisnahe Projekte beschäftigten sich in den letzten Jahren mit dem demografischen Wandel, den Belastungen und der Rolle älterer Arbeitskräfte, oder den Belastungen von Pflegekräften. Ziel der meisten dieser Arbeiten ist die Implementierung von Interventionen, die die Arbeitsfähigkeit der Beschäftigten erhalten und fördern. Arbeitsfähigkeit umschreibt nach ILMARINEN et al. (2002), inwieweit ein Arbeitnehmer in der Lage ist, seine Arbeit angesichts der Arbeitsanforderungen, Gesundheit und mentalen Ressourcen zu erledigen. Dabei bestimmen zwei Komponenten die Arbeitsfähigkeit: die individuellen Ressourcen des Arbeitnehmers (körperliche, mentale, soziale Fähigkeiten, Gesundheit, Kompetenz, Werte) sowie die Arbeit (Arbeitsinhalt, Arbeitsorganisation, soziales Arbeitsumfeld, Führung). ILMARINEN et al. (2002) konnten in ihrer Untersuchung vier „Handlungsfelder“ zum Erhalt bzw. zur Verbesserung der Arbeitsfähigkeit identifizieren. In diesen Feldern sollten Interventionsmaßnahmen durchgeführt werden, um die Arbeitsfähigkeit der Beschäftigten zu erhöhen. In Anlehnung an dieses Konzept wurden im Vorfeld der in diesem Kapitel beschriebenen Literaturanalyse die vier Handlungsfelder als Einordnungskriterium festgelegt. Die erste Ebene umfasst die Arbeitsfähigkeit des Individuums oder auch die Gesundheit der Beschäftigten. Hierunter fallen v. a. gesundheitsfördernden Maßnahmen. Die zweite Ebene betrifft den Bereich Führung. In dieser Ebene lassen sich Maßnahmen zur Verbesserung der Führungskompetenz einordnen (z. B. Mitarbeitergespräche, Konfliktmanagement, Führungskräftebildungen etc.). Die dritte Ebene beinhaltet Veränderungen bzw. optimale Bedingungen im Rahmen der Arbeitsorganisation und -gestaltung (z. B. Pausenregelungen, Schichtregelungen, etc.). Die letzte Ebene, auf der Einfluss auf die Beschäftigungsfähigkeit der Mitarbeiter/-innen genommen werden kann, ist die Qualifizierung. Die Reihenfolge der verschiedenen Ebenen ist willkürlich gewählt und es ist keine besonders hervorgehobene Relevanz einer Ebene auszumachen.

In der nachfolgenden Analyse vorhandener Konzepte und bisheriger Modelle werden die verschiedenen Ebenen, auf denen positiv auf die Arbeitsfähigkeit eingewirkt werden kann, einzeln untersucht. Maßnahmen, die im Rahmen von Projekten vorgeschlagen bzw. umgesetzt wurden, werden den jeweiligen Ebenen zugeordnet. Dazu wurde in der nachfolgenden Kurzdarstellung der einzelnen Projekte jeweils am Ende eine farbliche Hervorhebung der zentralen Zielstellung in der Reihenfolge G – Gesundheit, F – Führung, A – Arbeitsorganisation, Q – Qualifizierung vorgenommen.

#### 3.1 Kurzbeschreibung der ausgewählten Projekte

Für die nachfolgende Literaturanalyse wurden in einem ersten Schritt 63 Studien, die sich in den oben genannten Themenfeldern ansiedeln, recherchiert. Eine tabellarische Darstellung aller recherchierten Projekte findet sich im Anhang 1. GLASER hat bereits 2005 eine umfassende Auflistung und Darstellung von Projekten, die im Pflegebereich durchgeführt wurden, veröffentlicht. Diese wird mit neuen Projekten (nach 2005) ergänzt und weitergeführt. Recherchiert wurde in größeren Datenbanken (BAuA, Hans Böckler Stiftung, BMAS, BGW, TU München,

TU Dresden, Universität Potsdam u.a.). Aufgrund der Vielzahl kleiner und großer Projekte im Bereich der Pflege musste vor der detaillierten Analyse eine Reduktion der Anzahl vorgenommen werden. Die recherchierten Projekte wurden hinsichtlich ihrer Relevanz für die Zielstellung der vorliegenden Machbarkeitsstudie überprüft. Dabei wurden Projekte und Forschungsarbeiten, die ausschließlich analytische Methoden gewählt haben, von der weiteren Bearbeitung ausgeschlossen. Aufgrund der beschriebenen Reduzierung gingen 32 Projekte in die weitere Betrachtung ein. Der Fokus der nachfolgenden Beurteilung der Projekte liegt auf der Beschreibung der Konzepte und des methodischen Vorgehens, innerhalb des Projektes aufgezeigter Möglichkeiten der Implementierung, der aktiven Beteiligung der Beschäftigten an dem Projektverlauf sowie der Nachhaltigkeit der Ergebnisse. Auch nach intensiver Recherche und dem Versenden der zusammengetragenen Informationen an die jeweiligen Projektnehmer, mit der Bitte um Ergänzungen, konnten nicht in allen Projekten vollständige Informationen zusammengetragen werden. Zum besseren Verständnis der aus der Betrachtung der Projekte gezogenen Erkenntnisse wird eine Kurzbeschreibung der ausgewählten Projekte vorangestellt. Aus Gründen der Übersichtlichkeit sind die Projekte getrennt nach Einrichtungsarten (stationäre Alten- und Krankenpflege, ambulante Alten- und Krankenpflege, teilstationäre Pflege<sup>8</sup>) dargestellt. Zudem wurden einrichtungsübergreifende Projekte und solche, die sich explizit auf ältere Beschäftigte beziehen, separat aufgelistet.

### 3.1.1 Projekte im Bereich stationäre Alten- und Krankenpflege

Insgesamt wurden 16 Projekte aus der stationären Alten- und Krankenpflege ausgewählt. Davon sind neun Projekte dem Bereich stationäre Altenpflege zuzuordnen; diese sind mit einem (A) gekennzeichnet. Sechs der ausgewählten Projekte wurden in der stationären Krankenpflege durchgeführt; diese sind mit einem (K) gekennzeichnet. Zusätzlich wurde noch ein Projekt ausgewählt, welches in beiden Bereichen eingesetzt wurde (A, K).

#### **Gesunder Wiedereinstieg in den Altenpflegeberuf (A)**

(*BMWA, BAuA, TIK „Gesund Pflegen“, INQA*)

Die speziellen Belastungen der Wiedereinsteiger im Altenpflegeberuf wurden in diesem Projekt aufgezeigt, Empfehlungen (Leitfaden) wurden mittels teilstandardisierter Leitfrageninterviews (n=47) abgeleitet und Workshops zur Informationsweitergabe durchgeführt. Informationen zu Erfolg und Nachhaltigkeit der Maßnahmen liegen nicht vor.

G	F	A	O
---	---	---	---

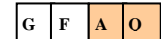
#### **INTEGRA - Gute Arbeit und Gute Pflege für demenzerkrankte alte Menschen (A)**

(*MAGS NRW, ESF*)

Ziel des Projektes war die Entwicklung von Konzepten für eine fachlich gute stationäre Pflege demenzerkrankter, alter Menschen zur gezielten Verbesserung der Arbeitsorganisation in den teilnehmenden Einrichtungen. Die verwendeten Methoden sind Interviews, Expertenworkshops, einrichtungsspezifische und einrichtungsübergreifende Mitarbeitergespräche und Erfahrungsaustausch, der Abgleich mit pflege- und arbeitswissenschaftlichen Erkenntnissen, die Ableitung modellhafter Umsetzungsprojekte und deren Evaluation. Das INTEGRA-Demenz-

<sup>8</sup> Im Bereich teilstationäre Pflege ging nach der oben beschriebenen Reduktion der Projekte kein Projekt in die weitere Betrachtung ein.

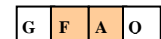
Label wird zurzeit (2009) vom Amt für Altenarbeit des Kreises Aachen modellhaft mit verschiedenen Einrichtungen getestet und nach entsprechenden Überarbeitungen ab 2010 zur landesweiten Implementierung zur Verfügung stehen. In allen Phasen des Projektes fand eine aktive Beteiligung von Beschäftigten statt.



### **Lebensarbeitszeitgestaltung in der Altenpflege – Handlungsleitfaden für eine altersgerechte Personalentwicklung (A)**

*(BMBF)*

Ziel des Projektes war die Beratung der Einrichtungen durch einen mitarbeiterorientierten Arbeitszirkel sowie einen überbetrieblichen Arbeitszirkel (Heimleitung, Träger, Mitarbeitervertretung) hinsichtlich der Lebensarbeitszeitgestaltung der Mitarbeiter in der Altenpflege. Daraus abgeleitet wurde der Transfer der lebensarbeitszeitlichen Gestaltungsansätze. Im Zuge der Arbeitszirkel wurden praxistaugliche Konzepte durch Einbezug aller Ebenen (Heimleitung, Träger, Mitarbeiter) entwickelt. Die Absicherung der entwickelten Ergebnisse durch Betriebsvereinbarungen und die Beteiligung aller Ebenen an der Entwicklung bieten gute Implementierungschancen.



### **Die 3Q-Studie (A)**

*(Johanniterorden, Johanniter-Unfall-Hilfe e.V., Johanniter GmbH, INQA)*

Verbesserung der Arbeitsbedingungen und Erhöhung der Arbeitszufriedenheit der Beschäftigten; Überprüfung der betriebswirtschaftlichen Auswirkungen von Interventionsmaßnahmen, vor allem im Bereich der Organisation; Identifikation „attraktiver Einrichtungen der stationären Altenpflege“ sowie deren Schlüsselindikatoren waren die Ziele dieses Projektes. Von 2007-2009 werden jährlich Mitarbeiterbefragungen in 50 Altenpflegeeinrichtungen durchgeführt. Alle drei Monate werden zudem pflegespezifische und betriebswirtschaftliche Schlüsseldaten erhoben, die den Einrichtungen als Grundlage für eigenständige Verbesserungen rückgemeldet werden. Zudem werden jährlich die Einrichtungen telefonisch zur Evaluation der Maßnahmen befragt. Aufgrund der regelmäßigen Rückmeldung der Kennzahlen in Verbindung mit der Beurteilung der einrichtungsspezifischen Maßnahmen ist von einer Nachhaltigkeit der Interventionen auszugehen. Weitere Ergebnisse werden nach Abschluss des Projektes erwartet.



### **Handlungsstudie über die Einführung von Qualitätszirkeln und Jurorengruppen in stationäre Pflegeeinrichtungen als Teile eines Innovations- und Beschwerdemanagements (A)**

*(Spitzenverbände der Pflegekassen)*

Das Konzept bestand aus zwei wesentlichen Teilelementen, die miteinander verknüpft werden sollten: dem Aufbau und der Durchführung moderierter Qualitätszirkel auf der Basis der Balanced Score Card und der Etablierung von Jurorengruppen im Sinne einer „externen“ Qualitätsentwicklung und dem Ziel der Einbindung der Pflegeeinrichtungen in soziale Netzwerke. Als praktische Methode der Projektdurchführung in den Qualitätszirkeln wurde die Methode der Balanced Score Card erfolgreich erprobt. Die wissenschaftliche Begleitforschung folgte den Prinzipien der Handlungsforschung und versuchte, auf den Durchführungsprozess Einfluss auszuüben. Als Resultat des Modellversuchs lässt sich festhalten, dass die Verzahnung von Qualitätszirkeln und Jurorengruppen durchaus für alle Beteiligten produktiv sein kann, wenn die Repräsentanten der Einrichtungen und Institutionen von Freiwilligkeit und Überzeugung geprägt sind. Beide Systeme setzten eine

professionelle und engagierte Leitung und Moderation der Jurorensysteme voraus. An allen Qualitätszirkeln beteiligten sich unterschiedliche Berufsgruppen in den Einrichtungen. Es ließ sich teilweise Nachhaltigkeit herstellen. Es ist auch abzuklären, ob in der Region nicht auch gleichartige Institutionen der Pflegekoordinierung vorhanden sind, die diese Aufgaben mit übernehmen 

G	F	A	O
---	---	---	---

### **Alter(n)sgerechte Arbeitsplätze in der Altenpflege – Wege zur Stärkung der Arbeits(bewältigungs)fähigkeit (nicht nur) der älteren Mitarbeiter/-innen (A)**

*(EU, BMWA, Landesstiftung Baden-Württemberg, Bundesagentur für Arbeit)*

Es soll mittels Literaturanalyse und Mitarbeiterbefragungen aufgezeigt werden, auf welchen Handlungsfeldern und mit welchen Maßnahmen(bündeln) eine alter(n)sgerechte Arbeitssituation in der Altenpflege gefördert und damit die Arbeits(bewältigungs)fähigkeit von Pflegekräften gestärkt werden kann. 

G	F	A	O
---	---	---	---

### **BELUGA-Belastungsanalyse und gesundheitsförderliche Arbeit in der Altenpflege (A)**

*(BAuA)*

Das Projekt befasste sich mit der Untersuchung der Aufbau- und Ablauforganisation der Pflege, der Entwicklung eines Screeningverfahrens zur Erfassung psychischer und physischer Belastungen, der Ermittlung der Belastungs- und Beanspruchungssituation sowie der Analyse der Interaktionen zwischen Pflegekräften, Pflegebedürftigen und Angehörigen. Zudem wurde ein Vergleich der Arbeitsbelastungen in der stationären Altenpflege mit Ergebnissen aus der stationären Krankenpflege und der ambulanten Pflege durchgeführt sowie Empfehlungen für sicherheits- und gesundheitsförderliche Arbeitsgestaltung abgeleitet. Dabei verwendete Methoden sind: Experteninterviews, Beobachtungsinterviews, Fragebogenerhebung, zudem wurden Gestaltungsmaßnahmen mittels aufgabenbezogenem Informationsaustausch (10 Sitzungen) erarbeitet und auf einer Pflegestation beispielhaft implementiert und evaluiert. Nachhaltigkeit ist auf der Modellstation durch hohe Partizipation der Beschäftigten gegeben. 

G	F	A	O
---	---	---	---

### **Reduzierung der Arbeitsbelastung in der Altenpflege durch Fehlermanagementsysteme (A)**

*(BMWA, INQA)*

Hauptanliegen des Projektes war die Einführung eines systematischen Beschwerde- und Fehlermanagements mit dem Ziel, die Verminderung von Arbeitsbelastungen und die Verbesserung der Arbeitsqualität mit Pflegequalitätsverbesserungen und Effizienzgewinnen zu verbinden. Der Durchführung des Projekts liegt ein partizipativer Ansatz zugrunde. In zwei Einrichtungen der stationären Altenpflege wurden psychische Belastungsmomente identifiziert und modellhaft Maßnahmen zum Abbau der Belastungen entwickelt, umgesetzt und evaluiert. Jede Einrichtung wurde für das Thema „Belastungen und Gesundheit“ sensibilisiert und eine Analyse der Ist-Situation durchgeführt (Experteninterviews, Workshops, teilstandardisierte Beschäftigtenbefragung). In der Umsetzungsphase wurden Gestaltungszirkel installiert, Maßnahmen für eine Reduktion der Arbeitsbelastungen erarbeitet und modellhaft erprobt.

Erfolgschancen haben partizipative Konzepte dann, wenn die Führungskräfte in der Lage sind, Partizipation auch zuzulassen. Zudem muss für ein solches Projekt ausreichend Zeit zur Verfügung stehen. Zwischen Implementierung, Umsetzung und Evaluation muss ebenfalls genügend Zeit liegen. Wenn externe Projektbegleitung

vorgesehen ist, sollte die Einrichtung auch während der Umsetzungsphase in regelmäßigen Abständen besucht und betreut werden. In allen Phasen des Projektes fand eine aktive Beteiligung von Beschäftigten statt (Qualitätszirkel). Die Mitarbeiter/innen wurden somit als Expert/innen ihrer eigenen Situation ernst genommen.

G	F	A	O
---	---	---	---

### **Selbstbewertung als partizipationsorientierte und nachhaltige Methode für die gesundheitsförderliche Arbeitsgestaltung in der Pflege (A)**

*(BMWA, INQA)*

Ziel des Projektes war die Übertragung des Qualitätsmanagementinstruments „Selbstbewertungssystem für stationäre Einrichtungen der Altenhilfe“ auf gesundheitsrelevante Fragestellungen, mit dem die Einrichtungen schnell und mit geringem Aufwand eine Qualitätsdiagnose der gesundheitsrelevanten Bereiche durchführen und Verbesserungen einleiten können. Die entwickelte Methode und die Instrumente ermöglichten ein strukturiertes Vorgehen und eine zielgerichtete und schnelle Analyse der Belastungs- und Entlastungsfaktoren. Verbesserungsvorschläge wurden von den Mitarbeiter/-innen und Mitarbeitern formuliert und die Übertragung in die Praxis systematisch geplant und gesichert. Zudem wurde die Gründung eines regionalen Netzwerkes mit gleichen oder anderen Pflegeeinrichtungen angeregt. Die aktive Einbeziehung der Mitarbeiter in die Maßnahmenentwicklung und die dauerhafte Implementierung in den Einrichtungen führt zu guten Erfolgschancen des Projektes. Von 227 Verbesserungsvorschlägen konnten 142 konkrete Maßnahmen abgeleitet werden. Über 75% konnten während der Projektlaufzeit begonnen werden. In diesem Projekt wurden die Pflegekräfte von Anfang an in die Analyse und Veränderung ihrer Arbeitssituation einbezogen. Durch das Verfahren des Selbstbewertungssystems wurden die Pflegekräfte sensibilisiert. Dadurch wurden Lernprozesse zur Einschätzung der Pflegesituation im eigenen Haus und zum eigenen Verhalten in Gang gesetzt. Durch aktive Einbindung der Beschäftigten sowie die Anbindung an eine Netzwerkstruktur bestehen gute Implementierungschancen.

G	F	A	O
---	---	---	---

### **Entwicklung und Erprobung eines ganzheitlichen Pflegesystems zum Abbau der arbeitsbelastenden und qualitätseinschränkenden Auswirkungen von Funktionspflege (K)**

*(BMBF)*

Ziel des Projektes war die Implementierung eines ganzheitlichen Pflegesystems. Die wissenschaftliche Evaluation erfolgte in einer Längsschnittstudie mit fünf Messzeitpunkten. Zielstellung war eine Veränderung in der Aufbau- und Ablauforganisation des Krankenhauses, an den Schnittstellen zu anderen Berufsgruppen sowie in den pflegerischen Arbeitsaufgaben. Es sind gute Erfolgschancen gegeben, da dauerhaft ein ganzheitliches Pflegesystem installiert wurde.

G	F	A	O
---	---	---	---

### **Reduzierung von Belastungen und Fördern von Ressourcen in der Pflege: Supervision im Krankenhaus – das „Freiburger Modell“ (K)**

*(Universitätsklinikum Freiburg)*

Am Universitätsklinikum Freiburg wurde die Supervision von Pflegenden auf breiter Datenbasis empirisch evaluiert. Untersucht wurde, wie Pflegenden in einem Krankenhaus ihre Arbeitssituation erleben, welchen (psychischen) Belastungen sie sich dabei ausgesetzt sehen und wie sie den Beitrag der krankenhausinternen

Supervision zur Prävention und Bewältigung dieser Belastungen beurteilen. Die Evaluation der Ergebnisse belegen Effekte und Nutzen des Verfahrens insbesondere im Hinblick auf die Bearbeitung von Kommunikationsproblemen und Belastungen an der Schnittstelle Individuum - Organisation, und sie zeigen notwendige Voraussetzungen erfolgreicher Supervision auf, wie die Informiertheit über diese Interventionsmethode oder eine themenadäquate Gruppenzusammensetzung. Durch die gewählten Formen (Rückmeldungen, Gesundheitszirkel) ist die aktive Einbeziehung der Pflegekräfte gewährleistet.

G	F	A	O
---	---	---	---

### **Reduzierung psychischer Fehlbelastungen von Krankenpflegekräften durch Gesundheitsförderung (K)**

*(INQA, Havellandklinik Nauen)*

Durch differenzierte Arbeitsanalysen wurden Fehlbelastungsquellen der Pflegenden ermittelt (Einzelinterviews, Tätigkeitsbeobachtungen, Fragebogenuntersuchung). Die Bewertung erfolgt sowohl aus Experten- als auch aus Mitarbeitersicht. Die Ergebnisse wurden an die Beschäftigten und an die Geschäftsführung rückgemeldet. Die Umsetzung erfolgte durch partizipative Entwicklung von Lösungsvorschlägen zu arbeitsorganisatorischen und arbeitgestalterischen Maßnahmen in 2 extern moderierten Gesundheitszirkeln (stationsintern und stationsübergreifend). Die Ergebnisse der Interventionen einschließlich ergänzender personbezogener Maßnahmen (Kommunikationstrainings) wurden von den Mitarbeitern und den Führungskräften positiv bewertet. Die auf die spezifische Situation bezogenen Maßnahmen ließen sich dank der intensiven Kommunikation mit den Beschäftigten und den Führungskräften erfolgreich umsetzen. Förderlich waren die Einbindung in das Qualitätsmanagement des Krankenhauses, eindeutige Festlegungen der Verantwortlichkeiten sowie die Kontrolle der Umsetzung. Durch die Kommunikation der Ergebnisse innerhalb des Netzwerks gesundheitsförderlicher Krankenhäuser bestehen gute Chancen auf den Transfer des Vorgehens auf andere Einrichtungen. Durch die gewählten Formen (Rückmeldungen, Gesundheitszirkel) ist die aktive Einbeziehung der Pflegekräfte gewährleistet. Die positiven Erfahrungen durch die erfolgreiche Umsetzung unterstützen die Veränderungsbereitschaft der Beschäftigten. Die durch den Projektnehmer vorgeschlagenen, im Projektzeitraum nicht bearbeiteten weiteren Maßnahmen wurden langfristig in das Qualitätsmanagement des Krankenhauses aufgenommen und schrittweise in eigener Zuständigkeit umgesetzt; zwei Jahre nach Beendigung des geförderten Projekts war der größte Teil der Vorschläge realisiert.

G	F	A	O
---	---	---	---

### **Umsetzung eines offenen Konzepts der Erfassung und Prävention psychischer Belastungen im Krankenhaus (K)**

*(INQA)*

Kern dieses Projektes war die Entwicklung eines offenen Verfahrens zur Erfassung und Prävention dysfunktionaler psychischer Belastungen im Krankenhaus sowie die Entwicklung eines Kooperationsmodells zwischen Krankenversicherungen, Unfallversicherungsträgern und Krankenhaus bei der Durchführung der Diagnostik und präventiver Maßnahmen im Krankenhaus unter Berücksichtigung der Rolle des staatlichen Arbeitsschutzes. Darüber hinaus wurde die Übertragbarkeit des erarbeiteten Verfahrens und des Kooperationsmodells auf Krankenhäuser der Region Nordrhein-Westfalen in öffentlicher Trägerschaft geprüft. Die Durchführung erfolgte in Form von moderierten Workshops, leitfadengestützten Experteninterviews ("thematisch strukturierte Interviews"), offenen unstrukturierten Interviews sowie

Verfahren zur Erfassung und Prävention psychischer Belastung. Der Aktionsplan Prävention wurde im Rahmen einer Expertenbewertung innerhalb des Projektes positiv eingeschätzt.

G	F	A	O
---	---	---	---

### **InterKiK "Interprofessionelle Kommunikation im Krankenhaus" (K)**

*(BMG)*

Zielstellung des Projektes war die Entwicklung und Erprobung von Maßnahmen zur Verbesserung der Kooperation im Krankenhaus sowie die Evaluation der Maßnahmen und die Erstellung des Handbuchs «Kommunikation im Krankenhaus». Im Projekt wurden folgende Methoden angewendet: Basisassessment (Struktur- und Konzeptanalyse, Beobachtung, Interviews), Dokumentationsanalyse, Patientenbefragung, Mitarbeiterbefragung, Qualitätsgruppen sowie Kommunikationstrainings. Die Nachhaltigkeit der Maßnahmen ist abhängig von den Bedingungen in den Häusern. Voraussetzungen für den Erfolg sind echte Bereitschaft zur Veränderung und eine von Partizipation und umfassendem Qualitätsgedanken geprägte Krankenhauskultur. Die Verbesserung/ Veränderung der Kommunikation und Kooperation zwischen Ärzten und Pflegenden ist ohne Beteiligung der Führungskräfte, insbesondere Chefärzte und Pflegedienstleitungen, nicht nachhaltig zu erreichen. In allen Phasen des Projektes fand eine aktive Beteiligung der Beschäftigten statt (Qualitätszirkel).

G	F	A	O
---	---	---	---

### **3P-Pflege Dich selbst! Gesundheitskompetenzen entwickeln – Partizipative Prävention Pflege – Präventionskompetenz und Gesundheits-Score-Card des Pflegepersonals im Krankenhaus (K)**

*(BMBF)*

Es sollen im Rahmen des Projektes neue Wege zur Bewältigung von Belastungen gefunden werden, die sich nicht nur auf einzelne Präventionsstrategien beschränken. Generell erscheint es viel versprechender, Schlüsselqualifikationen und -fähigkeiten der Pflegenden zu unterstützen und Voraussetzungen in der Organisation zu schaffen, um diese Kompetenzen anwenden zu können. Durch eine partizipative Entwicklung von Gesundheitskompetenzen sollen Pflegekräfte in der flexiblen Auswahl von Bewältigungsstrategien bestärkt werden und in der Lage sein, die Organisation erfolgreich mit zu gestalten und zu verändern. Präventionserfolg wird mittels Gesundheits-Score-Card auf individueller, Gruppen- und Organisationsebene gemessen. Eine Übernahme der Score Card in die Pflegeausbildung ist angestrebt. Zudem soll der Aufbau eines Netzwerkes erfolgen. Eine prozessbegleitende Evaluation ist vorgesehen, genaue Ergebnisse stehen noch aus. Im Projekt ist keine Konzentration auf einzelne Präventionsstrategien vorgesehen, sondern die Ausbildung von Schlüsselqualifikationen der Pflegenden sowie die Verankerung von organisatorischen Routinen.

G	F	A	O
---	---	---	---

### **GAbi "Gestaltung altersgerechter Arbeitsbedingungen in Krankenhaus und Altenheim" (A, K)**

*(BMAS)*

Verbesserung der Arbeitsbedingungen älterer Mitarbeiter (55+) in Kliniken und Altenheimen. Erfahrungen sollen in einem Praxisleitfaden und E-Learning-Tool für Krankenhäuser und Altenheime zusammengefasst werden. Die methodische Umsetzung erfolgt durch eine gründliche Bestandsaufnahme der Arbeitssituation (schriftliche Befragung, halbstrukturierte Interviews mit leitenden Angestellten,

Arbeitsanalysen ausgewählter Stellen) sowie durch die Weiterbildung der Beschäftigten in Hinblick auf eine dem Alter entsprechenden Arbeitsgestaltung (Workshops mit altersgemischten Teams). Darüber hinaus wird die Befähigung der Mitarbeiter, eigenständig Belastungen zu erkennen und Verbesserungsvorschläge zu entwickeln, gefördert (Schulung entsprechender Kompetenzen durch Projektteam auf allen Ebenen). Einleitung und Begleitung der aus dem Projekt abgeleiteten Maßnahmen sowie externe Evaluation fördern die Nachhaltigkeit. Es sind mehrere Evaluationszeitpunkte geplant; die Überprüfung steht noch aus.

G	F	A	O
---	---	---	---

### 3.1.2 Projekte im Bereich ambulante Alten- und Krankenpflege

Im Bereich der ambulanten Alten- und Krankenpflege wurden vier Projekte ausgewählt, die eingehende Betrachtung finden.

#### **Entwicklung und Erprobung eines Organisationsentwicklungs- und Qualifizierungskonzepts zur Verbesserung der Arbeitsbedingungen in ambulant-, sozial- und gesundheitspflegerischen Diensten**

*(BMBF)*

Projektziel war die Erprobung von Maßnahmen zur Organisationsentwicklung und die Verbesserung der Arbeitsbedingungen in einem ambulanten Pflegedienst. Die methodische Umsetzung erfolgte durch die Ermittlung der Ist-Situation in der Einrichtung und im Umfeld. Auf der Basis der Ergebnisse wurden gemeinsam mit den Mitarbeiter/-innen Maßnahmen zur Verbesserung der Situation entwickelt, umgesetzt und evaluiert. Besondere Bedeutung kam dabei der Durchführung von flankierenden Qualifizierungsmaßnahmen zu. Der Aufbau von multiprofessionellen, regionalisierten Arbeitsteams wurde initiiert. Diese wurden teilweise dezentral in eigenen Zweigstellen organisiert, um nahe am Wohnort der Patienten agieren zu können. Flexible Arbeitszeitmodelle wurden eingeführt, ursprüngliche Leitungsaufgaben wurden an die Mitarbeiter/-innen delegiert. Ein EDV gestütztes Dokumentationssystem wurde implementiert. Die Maßnahmen wurden in der Praxis umgesetzt und evaluiert. Sie führten zu einer Verbesserung der Arbeitszufriedenheit der Beschäftigten sowie zu verminderten Belastungen und einer besseren Versorgungsqualität.

G	F	A	O
---	---	---	---

#### **prag – Präventiver Arbeits- und Gesundheitsschutz – Qualitätssicherung für die ambulante Pflege**

*(ESF, Freie Hansestadt Bremen)*

Hauptanliegen des Projektes war die Unterstützung bei der betrieblichen Organisation und Verbesserung von Arbeits- und Gesundheitsschutz und Qualitätssicherung in Einrichtungen der ambulanten Pflege. Die Qualifizierung der Mitarbeiter stand dabei im Vordergrund. Das Maßnahmenangebot umfasste die Bereitstellung von Informationen, Handlungs- und Umsetzungshilfen bei Themen des Arbeits- und Gesundheitsschutzes und der Qualitätssicherung, Schulungen, Schwachstellenanalysen der Einrichtung, den Aufbau eines integrierten Managementsystems sowie die Durchführung von beteiligungsorientierten Arbeitsplatz- und Belastungsanalysen. Ergebnis des Projektes ist die Sicherstellung von Dienstleistungsqualität und die Verbesserung des Arbeits- und Gesundheitsschutzes in den Einrichtungen. Die Maßnahmen wurden direkt in der

Praxis umgesetzt. Das Angebot ist von zwölf Pflegediensten mit über 400 Mitarbeiter/-innen in Anspruch genommen worden.

G	F	A	O
---	---	---	---

### **Prävention psychischer und physischer Fehlbelastungen in der ambulanten Pflege**

*(Staatsministerium für Wirtschaft und Arbeit Sachsen)*

Ziel des Projektes ist die Verbesserung der Arbeitsbedingungen in der ambulanten Pflege. Dazu wurde eine Ist-Erhebung der Belastungssituation mittels standardisierter Befragung mit dem Belastungsscreening TAA – Ambulante Pflege durchgeführt und entsprechende Gestaltungsmaßnahmen und Fortbildungen abgeleitet. Zum Ergebnistransfer wurden Workshops in den Pflegediensten durchgeführt. Das erarbeitete Wissen soll durch Mitarbeiter von Arbeitsschutzbehörden und Trägerverbänden weiter verbreitet werden.

G	F	A	O
---	---	---	---

### **Arbeitsschutz in der ambulanten Pflege**

*(BGW, Amt für Arbeitsschutz Hamburg )*

Das Kooperationsprojekt entwickelte praxisnahe und umsetzbare Konzepte, um einen wirkungsvollen und modernen Arbeitsschutz in den Betrieben aufzubauen. Umgesetzt wurde dies mit Hilfe von Gefährdungsbeurteilungen, betriebsärztlicher und sicherheitstechnischer Betreuung sowie einer umfangreichen Evaluation. Verwendete Methoden waren: eine Ist-Analyse (Fragebogenerhebung, Experteninterviews), die Entwicklung und Durchführung jeweils eines Konzeptes zur Umsetzung des Arbeitsschutzgesetzes und des Arbeitssicherheitsgesetzes, die Qualifizierung von Betriebsärzten und Fachkräften für Arbeitssicherheit sowie eine ergebnis- und prozessorientierte Evaluation. Systematische Weiterqualifizierung der Arbeitsschutzexperten zu Prozessbegleitern im Rahmen des Multiplikatorenkonzeptes fördert die Nachhaltigkeit der eingeführten Arbeitsschutzmaßnahmen. Innerhalb des Projektes wurde ein Konzept für ein Zentrum zur Umsetzung der Arbeitssicherheitskonzepte in KMU entwickelt, das die Nachhaltigkeit stark befördern würde (die Erprobung steht noch aus). Die Betriebe gaben in der Ergebnisevaluation an, viele der erstellten Materialien weiterverwenden zu wollen. Die Autoren berichten, dass der geänderte Arbeits- und Gesundheitsschutz in den Betrieben als sinnvoll erlebt wird, die gesetzlichen Vorschriften umgesetzt werden und ein ökonomischer Nutzen für die Betriebe entsteht. Durch die Kooperation von BGW, dem Amt für Arbeitsschutz und den Einrichtungen sowie die begleitende Prozessevaluation sind gute Implementierungschancen gegeben.

G	F	A	O
---	---	---	---

### 3.1.3 Projekte im Bereich Pflege - einrichtungsübergreifend

Insgesamt neun der 32 näher betrachteten Projekte wählten als Zielgruppe die Pflegenden unabhängig von der Art der Einrichtung. Diese sollen im Folgenden dargestellt werden.

#### **Älter werden in der Pflege**

*(Robert Bosch Stiftung)*

Anliegen des Projektes war die Entwicklung und Umsetzung unternehmens- und personalpolitischer Strategien, um dem demografischen Wandel entgegenzuwirken. Zudem wurden die Erkenntnisse als Handlungsleitfaden für andere Einrichtungen aufbereitet. Die Umsetzung erfolgte durch eine Analyse der Situation in Hinblick auf

die Altersstruktur und die vorhandenen Schlüsselkompetenzen der Mitarbeiter. Danach wurde eine Gefährdungsbeurteilung erstellt. Anschließend wurde ein Workshop mit Vertretern der Einrichtungen und Beratern veranstaltet. Dort wurde ein Portfolio aus Strategien, Zielen und Maßnahmen für die jeweiligen Einrichtungen erarbeitet. Handlungsfelder sind: „Kompetenz und Entwicklung“, „Führung und Unternehmenskultur“, „Personalgewinnung und Personalbindung“, „Arbeitsorganisation und Arbeitsgestaltung“ sowie „Gesundheit und Arbeitsbedingungen“. An der Umsetzung des Portfolios wurde in drei eintägigen "Reflexions-Workshops" gearbeitet. Abschließend erfolgte eine anonymisierte Evaluation des Gesamtprojektes zur Bewertung und Verbesserung der Methoden. Es sind gute Implementierungsmöglichkeiten gegeben, da gemeinsam mit den Einrichtungen eine Bedarfsanalyse sowie die Maßnahmenplanung vorgenommen und der Implementierungsprozess fachlich begleitet werden. In alle Phasen des Projektes sind im Vorfeld festgelegte betriebliche Akteure eingebunden. Die Einbindung der gesamten Beschäftigten in den Prozess hängt von den geplanten Maßnahmen ab und wird nicht weiter beschrieben.

G	F	A	O
---	---	---	---

### **Hoffnung Alter**

*(ESF, Land Brandenburg)*

Innerhalb des Projektes lagen die Schwerpunkte auf der Kompetenzentwicklung und dem Erhalt der Arbeitsfähigkeit älterer Arbeitskräfte. Zielrichtung dabei war die Antwort auf die Frage: Wie kann eine langfristige Tätigkeit des vorhandenen und des neu hinzukommenden älteren Pflegepersonals gesichert werden? Als methodisches Vorgehen wurden gewählt: Ist-Analyse (Altersstrukturanalyse, kompetenzorientierte Mitarbeitergespräche, Arbeitsbewältigungsindex und Gefährdungsbeurteilung), zudem erfolgte Beratung, Coaching, Qualifizierung (der älteren Beschäftigten) sowie Erfahrungstransfer. Es wurden zunächst 70 Unternehmen für die alternsgerechte Personalentwicklung sensibilisiert. Mit zehn der KMU wurden dann gemeinsam betriebsspezifische Konzepte entwickelt. Diese wurden anschließend erprobt und überprüft. Der Erfolg war abhängig von den teilnehmenden Einrichtungen. Da es ein umfangreiches Beratungsangebot und auf die Einrichtungen zugeschnittene Angebote gab, ist von Nachhaltigkeit auszugehen. Durch persönliche Ansprache und Beratung in den Einrichtungen sind gute Implementierungsbedingungen gegeben. Besonders im Bereich Weiterbildung wurden die älteren Mitarbeiter einbezogen.

G	F	A	O
---	---	---	---

### **Neue Arbeitsformen für das Pflegepersonal in regionalen psychiatrischen und sozialen Betreuungs- und Versorgungsnetzen**

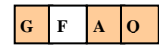
*(BMBF)*

Intensivierung der Kooperation zwischen Einrichtungen in der Region und die Verbesserung der Arbeitsbedingungen des Pflegepersonals im Einklang mit der Verbesserung der Pflegequalität in den Einrichtungen waren die Hauptbestandteile des Projektes. Es wurde eine Bestandsanalyse der Betreuungssituation durchgeführt. Dann wurde die Arbeitssituation der Beschäftigten in den beteiligten Einrichtungen untersucht. In den Kooperationsnetzen wurden Maßnahmen durchgeführt. Die Evaluation zeigte nachweisbar Verbesserungen sowohl in der Arbeitssituation als auch bezüglich der Qualität. Die Projektarbeit führte zu weit reichenden Veränderungen in der Versorgung innerhalb der Modellregion.

G	F	A	O
---	---	---	---

**Pilotstudie zur Evaluation eines modernen Pflegekonzeptes (BAGUV-Methode) hinsichtlich der Effekte auf die Prävention arbeitsbedingter Muskel-Skelett-Erkrankungen beim Pflegepersonal sowie auf das Befinden von Patienten (BAuA)**

Ziel des Projektes war die Erprobung und Evaluation des Präventivprogramms „Rückengerechter Patiententransfer (RP) in der Kranken- und Altenpflege“. Im Projekt wurden fünf verschiedene Methoden in einer Basis- und einer Abschlusserhebung eingesetzt: schriftliche Mitarbeiterbefragung, Beobachtungsratings der Qualität von Patiententransfers, videogestützte Analyse zur Berechnung der Bandscheibendruckbelastung, orthopädische Untersuchung zum Funktionsstatus und zu Auffälligkeiten des Bewegungsapparates, Patientenbefragung zur Akzeptanz der veränderten Arbeitsweise. Als Effekt der RP-Methode zeigte sich eine statistisch signifikante Abnahme der subjektiv wahrgenommenen körperlichen Belastung. Die RP-Methode wurde direkt in der Praxis erprobt. Die Arbeitstechnik konnte weitgehend in den Arbeitsalltag integriert werden. Ein Langzeit-Follow-up zu Effekten wurde 2008 durchgeführt.



**Pflegen und Gesund bleiben**

*(Institut für Betriebliche Gesundheitsförderung BGF GmbH der AOK Rheinland)*

Zielstellung des Projektes sind die Steigerung des Problemlösungspotenzials durch aktive Mitarbeiterbeteiligung, die Verbesserung der Leistungsfähigkeit einer Organisation sowie die Verbesserung der Qualität der Zusammenarbeit und des Arbeitslebens. Dazu wurde folgendes Vorgehen gewählt: Analyse von Arbeitsunfähigkeitsdaten, Mitarbeiterbefragungen mittels standardisierter Fragebögen, gruppenmoderierte Verfahren zur Analyse der Arbeitssituation und Beobachtungsinstrumente insbesondere zur Erfassung von ergonomischen Belastungen. Zusätzlich erfolgte eine Prozessberatung zur Erarbeitung von präventiven Maßnahmen. Es wurden Gesundheitstage, Gesundheitszirkel und Seminare zur Mitarbeiterführung in den Einrichtungen durchgeführt.



**Verbesserung von Kommunikation, Kooperation und Qualifikation bei Partnern und Partnerinnen der Altenpflege**

*(EU/EFRE) und Senator für Arbeit, Frauen, Gesundheit, Jugend und Soziales des Landes Bremen)*

Anliegen des Projektes war die Beratung und Qualifizierung von Pflegeeinrichtungen zur Verbesserung von Managementstrukturen, zur Organisations- und Personalentwicklung, zur Verbesserung von Kommunikation, Kooperationsfähigkeit und Qualifikation, zur Verbesserung der Arbeitsbedingungen durch Integration von präventiven Maßnahmen des Arbeits- und Gesundheitsschutzes in ein betriebliches Management und zur Verbesserung der Zusammenarbeit zwischen Einrichtungen der Altenpflege und ihren Partnern im Umfeld. Das Projekt folgt einem modularen Konzept. Dazu gehörten: Workshops im Kreis der Experten und der betrieblichen Partner, schriftliche Befragungen, Interviews sowie Beratungs- und Coachingmaßnahmen. Die Ergebnisse waren betriebliche Transfer-Module, Seminar-Module, betriebliche Workshops sowie die Erprobung und Realisierung der Marktfähigkeit der entwickelten Leistungs- und Beratungsangebote durch kommerzielle Partner. Die Projektaktivitäten sind direkt mit der Praxis verzahnt. Die „Marktfähigkeit“ der Verfahren und Instrumente war Projektanliegen.



## **Entwicklung, Umsetzung und Evaluierung eines Programms zur gesundheitsfördernden Gestaltung von Arbeitsprozessen**

*(BMBF, Forschungsverbund Public Health Sachsen)*

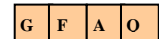
In Ergänzung zu den arbeitsumwelt- und ergonomiezentrierten präventiven Gestaltungsmaßnahmen wurde ein Maßnahmensystem zur gesundheitsfördernden Arbeitsprozessgestaltung als Beitrag zur primären Prävention im Sinne einer Verhältnisprävention entwickelt und auf Praktikabilität sowie Effektivität geprüft. Erfasst wurden über einen Zeitraum von drei Jahren, neben der Bewertung der Arbeitssituation durch den Arbeitsplatzinhaber, arbeitsspezifische Befindensmerkmale (Arbeitsbeanspruchung, Arbeitsmotivation und Arbeitszufriedenheit) und unspezifische Befindensmerkmale (körperliche und seelische Gesundheit). Zusätzlich wurden auch noch Informationen zu Arbeitsplatzwechsel und Fehlzeiten erhoben. Als Methode wurde der „aufgabenbezogenen Informationsaustausch“ gewählt. Durch die aktive Einbindung der Beschäftigten in die Maßnahmenplanung und Umsetzung ist Nachhaltigkeit anzunehmen.



## **demoBiB – Betriebliche Beschäftigungsfähigkeit im demografischen Wandel**

*(Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales NRW, Hans Böckler Stiftung, ESF)*

Das Projekt zeigt Chancen und Herausforderungen des demografischen Wandels für Unternehmen und Beschäftigte auf. Die Ziele des Projektes waren betriebliche Lösungen und Konzepte zu finden, die die Beschäftigungsfähigkeit der Mitarbeiter verbessern und dadurch die Fähigkeit von Unternehmen und Beschäftigten stärken. Das Projekt entwickelt beispielhafte Lösungen in Unternehmen in den Bereichen Pflege, industrielle Fertigung und gewerbliche mobile Arbeit. Das Konzept Beschäftigungsfähigkeit der TBS NRW ist gekennzeichnet durch die sechs Dimensionen Kompetenz, Gesundheit, Lernfähigkeit, Integration, (Selbst-)Management und Verantwortung. Verwendete Methoden dabei sind: Beteiligungsorientierte Arbeitsgruppen und Workshops, Entwicklung und Anwendung von Tools für die Einrichtungen: Unternehmens-Check, Beschäftigungsfähigkeit, EDV-gestützte Analyse betrieblicher Potenziale, Selbst-Check Beschäftigungsfähigkeit, EDV-gestützte Analyse individueller Potenziale, Demografie-Kompass, EDV-Instrument zur Analyse betrieblicher Altersstrukturen. Die Lösungserarbeitung orientiert die beteiligten Akteure und Beschäftigte auf Ansätze, die den Anforderungen des durch den demografischen Wandel veränderten Arbeitslebens und der Förderung der Beschäftigungsfähigkeit gerecht werden. Durch die beteiligungsorientierte Bearbeitung betrieblicher Fragestellungen wird in den Betrieben praktisches Problemlösungswissen aufgebaut. Die kostenlos und frei verfügbaren Instrumente bieten Unternehmensleitungen, Personalverantwortlichen, Betriebsräten, Beratenden und Beschäftigten die Möglichkeit, eigenständig betriebliche Potenziale und Handlungsbedarfe einzuschätzen und daraus Maßnahmen abzuleiten.



## **Wissenstransfer in der Pflege**

*(INQA)*

Zum einen wurden in diesem Projekt alte und neue Wege des Wissenstransfers in Einrichtungen der Pflege analysiert und beschrieben. Zum anderen wurde eine regionale Plattform für Einrichtungen der stationären Altenpflege und der ambulanten Pflege geschaffen. Dazu wurden hauptsächlich Interviews geführt. Wichtiges Ergebnis des Projektes ist eine Checkliste zur Gründung und zum Aufbau regionaler Netzwerke Pflege, wobei notwendige Voraussetzungen und Bedingungen dafür aufgelistet werden.



### 3.1.4 Projekte im Bereich: Ältere Arbeitnehmer (branchenübergreifend)

Zusätzlich zu den Projekten im Berufsfeld Pflege wurden drei Projekte ausgewählt, die sich mit älteren Beschäftigten in anderen Branchen beschäftigen.

#### **Pfiff – Programm zur Förderung und zum Erhalt intellektueller Fähigkeiten älterer Arbeitnehmer**

*(BMWA, BAuA)*

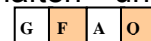
In diesem Projekt sollte mit Hilfe neuester Forschungserkenntnisse aufgezeigt werden, was das Individuum selbst tun kann, um die geistige Fitness zu erhalten und zu fördern. Neurophysiologische Untersuchungen zu Aspekten der fluiden Intelligenz sowie Untersuchungen der Faktoren Arbeitssituation, Lebensstil, Ernährung und Stresskompetenz von Beschäftigten wurden durchgeführt. Es wurden Maßnahmen auf drei Ebenen vorgeschlagen 1. Betriebliche Gesundheitsförderung (z.B. Stressreduktion, Ernährung, Fitness), 2. Personalentwicklung (z.B. regelmäßige Schulungen, abwechslungsreiche Tätigkeiten), 3. Unternehmenskultur (z.B. Diversity Management, Etablieren einer Gesprächskultur). Es erfolgte eine teilweise Implementierung der Erkenntnisse und Handlungsleitfäden bei der Adam Opel GmbH sowie die Veröffentlichung von kostenlosem Workshopkonzept inkl. Materialien. Die Beschäftigten müssen bei der Selbstverantwortung für den Erhalt der geistigen Fitness vom Unternehmen/der Einrichtung unterstützt werden.



#### **ALBA – Alternde Belegschaften**

*(Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales des Landes Nordrhein-Westfalen, ESF)*

Anliegen des Projektes war die Entwicklung eines Informations- und Instrumentensets für die betrieblichen Folgen des demografischen Wandels durch Bereitstellung von Informationen über Fördermöglichkeiten und tarifliche Rahmenbedingungen, Vorstellen von Lösungsansätzen aus der Praxis, Gesprächskreise mit Arbeitsmarktakteuren, Verbänden, Gewerkschaften und Unternehmen vor Ort.



#### **STABILA – Stärkung der Arbeits-, Beschäftigungs-, Innovations- und Leistungsfähigkeit von alternden Belegschaften in der Region Aachen**

*(Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales NRW)*

Die Befähigung von Unternehmen und Einrichtungen, gemeinsam mit den Beschäftigten, dem demografischen Wandel aktiv zu begegnen war Hauptziel dieses Projektes. Die gewählten Methoden bestanden aus: Alterstrukturanalyse, alternsgerechter Arbeitsgestaltung, Gesundheitsförderung und Personalauswahl sowie Personalentwicklung. Zahlreiche Betriebe haben mit dem STABILA-Konzept positive Anstöße für mittel- und langfristige unternehmensspezifische Demografie-Projekte bekommen. Die aktive Beteiligung von Beschäftigten gehört zum Grundkonzept von STABILA, ist aber immer abhängig davon, dass sie auch von Unternehmens- bzw. Einrichtungsleitungen unterstützt wird.

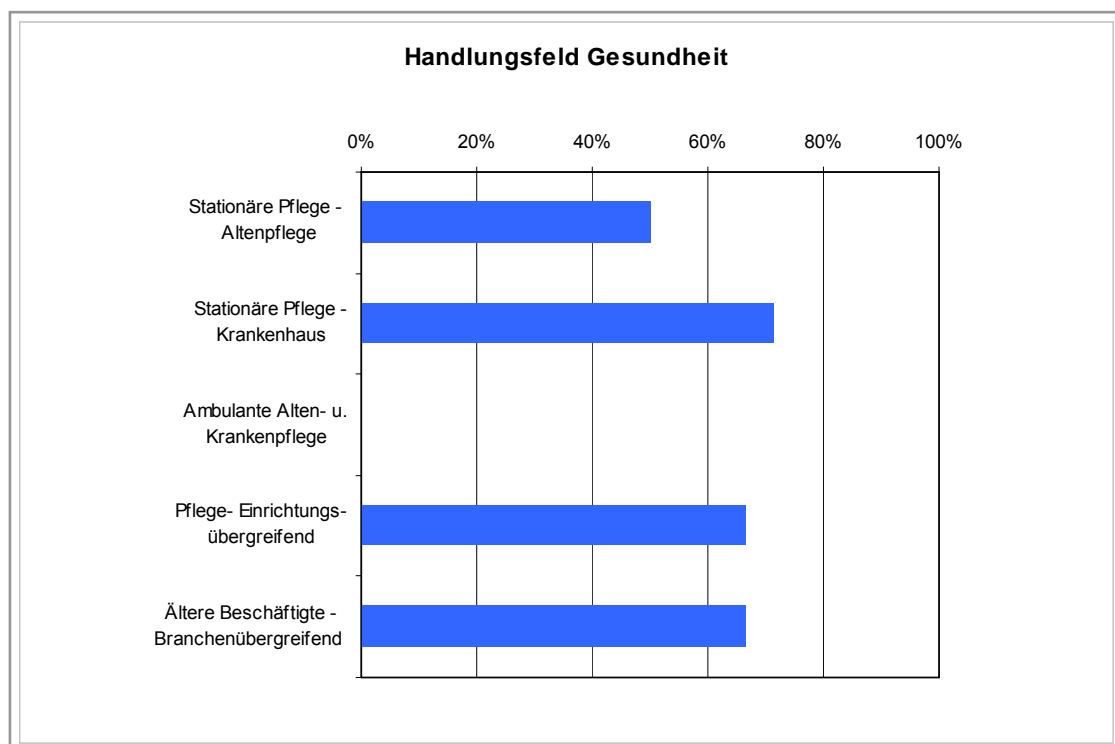


### 3.2 Einordnung der Maßnahmen in das Arbeitsfähigkeitskonzept

Die in den 32 Projekten betrachteten Zielstellungen und Maßnahmen zum Erhalt und der Förderung der Arbeitsfähigkeit lassen sich den verschiedenen Handlungsfeldern (ILMARINEN et al., 2002) zuordnen. Anhand der Kurzbeschreibung der Projekte wird ersichtlich, dass sich viele der Projekte mehreren Handlungsfeldern zuordnen lassen. Eine Zielstellung der vorliegenden Machbarkeitstudie ist zu prüfen, in welchen Themenfeldern und für welche Zielgruppen zukünftig noch weiterer Bedarf an umsetzungsorientierten Projekten gesehen wird. Dazu wurden die beschriebenen Maßnahmen nach Zielgruppen und Handlungsfeldern gegliedert und zur Erhöhung der Übersichtlichkeit zusammenfassend aufgelistet.

#### *Handlungsfeld: Gesundheit und Arbeitsfähigkeit des Individuums*

Es zeigt sich bei der Betrachtung des Handlungsfeldes Gesundheit, dass hier im Vergleich zu den nachfolgenden Handlungsfeldern wenige Maßnahmen durchgeführt werden. Von den 32 Projekten lassen sich 16 diesem Handlungsfeld zuordnen. Besonders auffällig dabei ist der Bereich ambulante Alten- und Krankenpflege: In keinem der vier ausgewählten Projekte wurden explizit Maßnahmen in diesem Handlungsfeld beschrieben. Weniger eindrücklich, dennoch auffällig ist auch der Bereich stationäre Altenpflege; nur fünf der zehn Projekte beschreiben Maßnahmen in diesem Handlungsfeld. Positiv fallen die Projekte im Krankenhaus auf, hier sind bei fünf von sieben Projekten Maßnahmen beschrieben (vgl. Abb. 3.1.).



**Abb. 3.1** Maßnahmen innerhalb der Projekte im Handlungsfeld Gesundheit

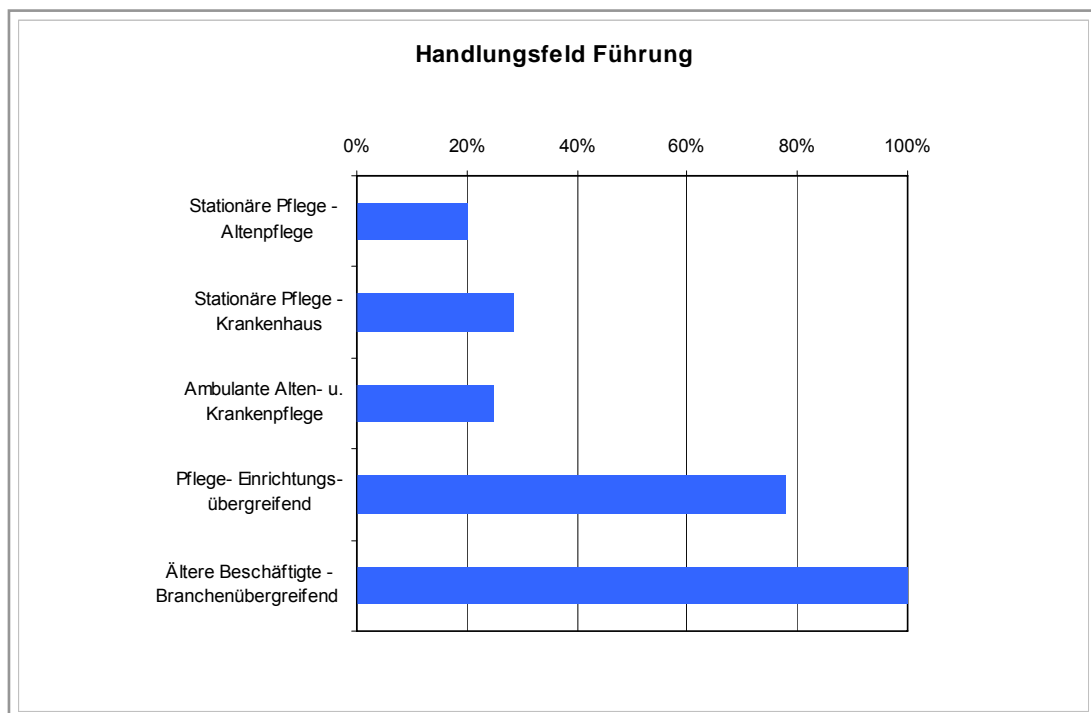
In den betrachteten Projekten wurden folgende Maßnahmen im Handlungsfeld Gesundheit erfolgreich durchgeführt:

- Supervision zur Bewältigung der psychischen Belastungen
- Kommunikationstraining
- rückengerechter Patiententransfer
- Gesundheitstage
- Einführung einer Gesundheits-Score-Card
- Stressbewältigungskurse
- Ernährungsberatung, Fitnesskurse
- Selbstcheck: Beschäftigungsfähigkeit

Es bleibt festzuhalten, dass besonders in den Bereichen ambulante und stationäre Altenpflege verstärkt personenbezogene, gesundheitsfördernde Maßnahmen entwickelt und durchgeführt werden sollten.

### *Handlungsfeld: Führung*

Auch im Handlungsfeld Führung sind bei den betrachteten Projekten im Vergleich zu den Handlungsfeldern Arbeitsorganisation und Qualifikation noch deutliche Reserven zu erkennen. In lediglich 15 von 32 Projekten werden explizit Maßnahmen in diesem Handlungsfeld beschrieben. Bei der Betrachtung der Abbildung 3.2. wird deutlich, dass die Projekte in der stationären Altenpflege (zwei von zehn), der stationären Krankenpflege (zwei von sieben) und der ambulanten Pflege (eins von vier) nur wenige Maßnahmen durchgeführt haben. Anders stellt sich das in den einrichtungs- und branchenübergreifenden Projekten dar. In den Projekten für diese Zielgruppen wurde das Thema Führung umfänglich bearbeitet.



**Abb. 3.2** Maßnahmen innerhalb der Projekte im Handlungsfeld Führung

In den betrachteten Projekten wurden folgende Maßnahmen im Handlungsfeld Führung erfolgreich durchgeführt:

- überbetriebliche Arbeitszirkel unter Einbezug der Heimleiter, Träger und einer Mitarbeitervertretung
- intensive Kommunikation und Ergebnismeldung an die Leitungskräfte
- Kooperationsmodell von Krankenversicherung, Unfallversicherungsträger und Einrichtung
- Kooperation gleicher Einrichtungen – Durchführung von Maßnahmen in Kooperationsnetzen
- Delegation von Führungsaufgaben an die Mitarbeiter
- Seminare zur Mitarbeiterführung
- Managementberatung zur Integration von präventiven Maßnahmen in das betriebliche Management
- Aufbau regionaler Netzwerke
- Unternehmenscheck: Beschäftigungsfähigkeit

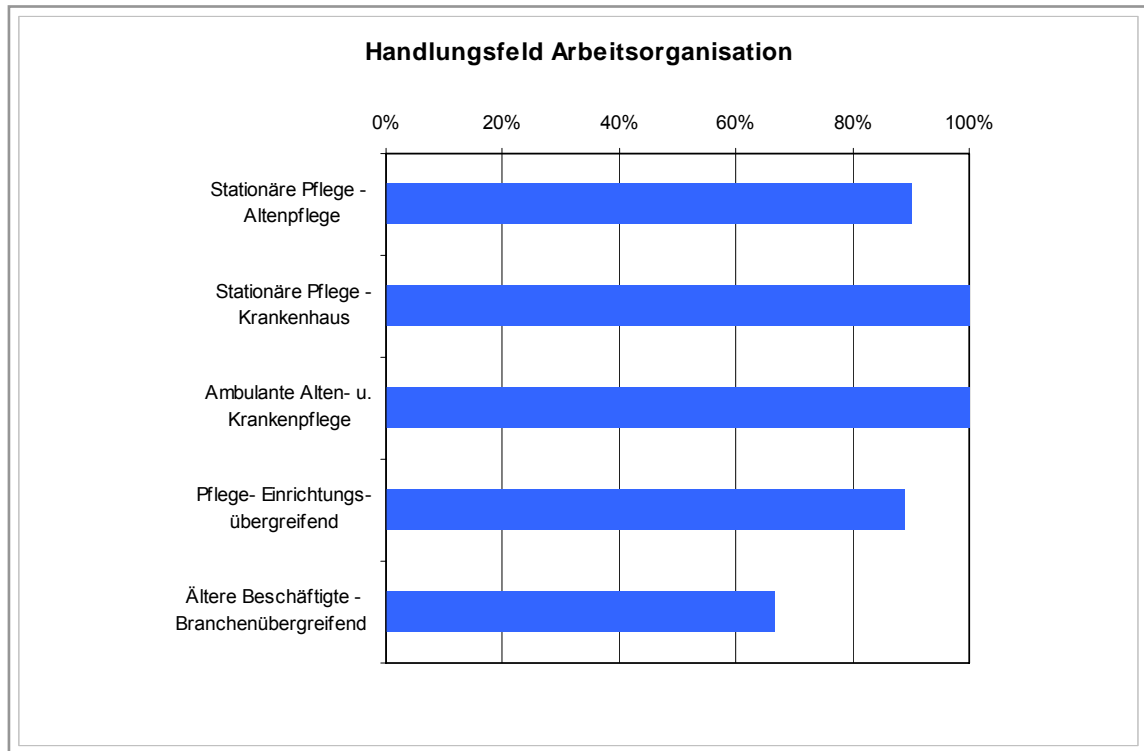
Insgesamt lässt sich für das Handlungsfeld Führung festhalten, dass in zukünftigen Projekten dieses Thema besonders im Bereich der stationären und ambulanten Pflege stärker gewichtet werden sollte. Zudem sollte geprüft werden, inwieweit die positiven Beispiele aus den Projekten für ältere Beschäftigte (branchenübergreifend) sowie aus den einrichtungsübergreifenden Projekten im Bereich der Pflege für stationäre und ambulante Pflegeeinrichtungen angepasst werden können.

#### *Handlungsfeld: Arbeitsorganisation und Arbeitsgestaltung*

Sehr positiv stellt sich dieses Handlungsfeld dar. Insgesamt 30 von 32 Projekten haben Maßnahmen zur Arbeitsgestaltung und Arbeitsorganisation beschrieben (vgl. Abb. 3.3.). Besonders hervorzuheben sind die mitarbeiterorientierten Arbeitszirkel, die in sehr vielen Projekten in verschiedenen Variationen, z. B. in Form von Qualitätszirkeln, Gesundheitszirkeln, Gestaltungszirkeln, aufgabenbezogenem Informationsaustausch, etc., zum Einsatz kamen.

Weitere Maßnahmen, die beschrieben wurden, sind:

- Erfahrungsaustausch der Mitarbeiter
- partizipative Lebensarbeitszeitgestaltung
- Einführung flexibler Arbeitszeitmodelle
- Einführung eines ganzheitlichen Pflegesystems
- EDV-gestütztes Dokumentationssystem
- beteiligungsorientierte Arbeitsplatz- und Belastungsanalysen



**Abb. 3.3** Maßnahmen innerhalb der Projekte im Handlungsfeld Arbeitsorganisation

Der Bereich Arbeitsorganisation wurde in den betrachteten Projekten sehr gut abgedeckt. Die umfängliche Bearbeitung dieses Themas weist jedoch auch auf den großen Handlungsbedarf im Bereich der Arbeitsorganisation hin; daher sollte dieses Thema auch weiterhin so intensiv bearbeitet werden. Zudem sollte sichergestellt werden, dass die in bisherigen Projekten gewonnenen Erkenntnisse in vielen Einrichtungen Umsetzung finden.

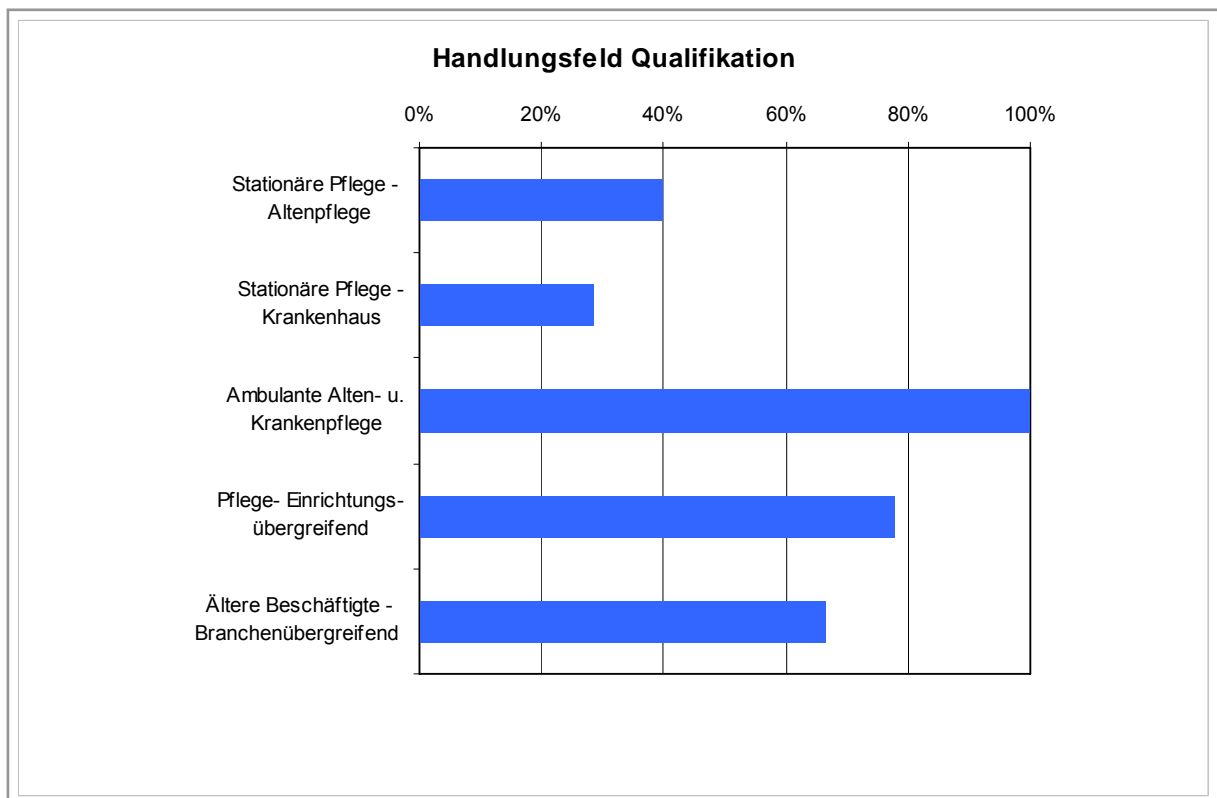
#### *Handlungsfeld: Qualifikation*

Das vierte Handlungsfeld, das an dieser Stelle betrachtet werden soll, umfasst die Qualifikation der Beschäftigten. In 19 von 32 Projekten wurden Maßnahmen zur Qualifizierung angeboten. Abbildung 3.4. verdeutlicht, dass die Projekte in der stationären Alten- und Krankenpflege bisher noch wenig im Bereich der Qualifikation anbieten. Nur vier von zehn Projekten in der stationären Altenpflege und zwei von sieben Projekten in der stationären Krankenpflege beschreiben Maßnahmen zur Qualifizierung, wohingegen in der ambulanten Alten- und Krankenpflege in allen vier Projekten Maßnahmen angeboten wurden.

Beispiele für Qualifizierungsmaßnahmen in den betrachteten Projekten sind:

- Workshops zur Informationsweitergabe von wissenschaftlichen Erkenntnissen
- Schulung in Bewertungssystemen zur selbständigen Einschätzung der Pflegesituation
- partizipative Entwicklung von Gesundheitskompetenz (insbesondere von Bewältigungsstrategien)

- Workshops mit altersgemischten Teams zur Vermittlung einer dem individuellen Alter entsprechenden Arbeitsgestaltung
- Schulung zur selbständigen Bearbeitung von Belastungen (Belastungen erkennen und Verbesserungsvorschläge erarbeiten)
- Schulungen im Bereich Arbeits- und Gesundheitsschutz (Informationen, Handlungs- und Umsetzungshilfen)
- Weiterqualifizierung von Betriebsärzten und Fachkräften für Arbeitssicherheit im Bereich der Umsetzung des Arbeitsschutz- und des Arbeitssicherheitsgesetzes
- kompetenzorientierte Mitarbeitergespräche



**Abb. 3.4** Maßnahmen innerhalb der Projekte im Handlungsfeld Qualifikation

Im Handlungsfeld Qualifikation sollten zukünftig besonders in Projekten in der stationären Alten- und Krankenpflege verstärkt Maßnahmen zur Qualifizierung der Beschäftigten entwickelt und angeboten werden<sup>9</sup>.

<sup>9</sup> Diese Forderung ist auch begründet durch die Ergebnisse der Online-Befragung des DBfK: ca. ein Drittel der Pflegekräfte in der stationären Krankenpflege und ein Viertel in der stationären Altenpflege, aber nur 15 Prozent der Befragten in der ambulanten Pflege beklagen Qualifizierungsdefizite.

### 3.3 Implementierung und Nachhaltigkeit der Maßnahmen

Aufgrund der Betrachtung der verschiedenen Projekte lassen sich für eine erfolgreiche Implementierung von Veränderungen in den Einrichtungen folgende Empfehlungen ableiten: Wichtig ist die aktive Beteiligung aller Beschäftigten bei der Entwicklung und Umsetzung von Veränderungsprozessen in den Einrichtungen. Die Absicherung der entwickelten Ergebnisse durch eine Betriebsvereinbarung und die Beteiligung aller Ebenen an der Entwicklung erhöht zudem die Implementierungschancen. Darüber hinaus sind strukturelle Veränderungen nur langfristig erfolgreich, wenn Führungskräfte intensiv am Veränderungsprozess beteiligt werden. Nur wenn diese sich mit den Anforderungen einer alters- und altersgerechten Personalentwicklung vertraut machen können und selbst voll und ganz hinter dem Projekt stehen, können die Veränderungen auch im Alltagsgeschäft umgesetzt werden. Weiterhin förderlich für eine erfolgreiche Implementierung könnte eine Anbindung der Einrichtungen an regionale oder überregionale Netzwerke sein. Erste Bestrebungen, Netzwerke zu gründen, werden vereinzelt in den betrachteten Projekten beschrieben. Der Erfolg dieser Netzwerke für die Implementierung und Verbreitung von Maßnahmen für den Erhalt und die Förderung der Arbeitsfähigkeit von Pflegekräften ist noch zu überprüfen.

Bei der Betrachtung der ausgewählten Projekte fällt auf, dass nur in wenigen Projekten die Nachhaltigkeit der Ergebnisse überprüft werden konnte. Auch wenn durch die o. g. Erkenntnisse eine Implementierung der jeweiligen Projektkonzepte erfolgreich war, können über die langfristigen Auswirkungen der umgesetzten Maßnahmen kaum Aussagen getroffen werden. Dieses Defizit sollte in künftigen Projekten und Forschungsvorhaben durch gezielte wissenschaftliche Evaluation reduziert werden. Aus den wenigen Projekten, in denen die Nachhaltigkeit der Ergebnisse geprüft und dokumentiert wurde, können lediglich vorsichtige Handlungsvorschläge abgeleitet werden. Förderlich für die Nachhaltigkeit der Maßnahmen in den betrachteten Projekten waren die langfristige fachliche Begleitung bei der Durchführung der abgeleiteten Maßnahmen sowie eine externe Prozessevaluation. Zudem zeigten sich nachhaltige Effekte, wenn die erarbeiteten Maßnahmen dauerhaft in das Qualitätsmanagement der Einrichtung aufgenommen und die Maßnahmen durch Betriebsvereinbarungen abgesichert wurden.

#### *Zwischenfazit: Analyse vorhandener Modelle und Projekte*

Die Betrachtung der vielfältigen Projekte zum Erhalt und der Förderung der Arbeitsfähigkeit der Pflegekräfte mit dem Schwerpunkt auf ältere Beschäftigte ergab ein interessantes Bild. Die von ILMARINEN (2002) vorgeschlagenen vier Handlungsfelder, innerhalb derer im Sinne einer Ganzheitlichkeit Interventionen zum Erhalt und der Förderung der Arbeitsfähigkeit der Beschäftigten durchgeführt werden sollten, weisen über alle Einrichtungsarten Verbesserungspotenzial auf. In der stationären Alten- und Krankenpflege sind besonders in den Handlungsfeldern Führung und Qualifikation gezielte Interventionsprojekte einzusetzen. In der ambulanten Alten- und Krankenpflege sollten zukünftige Schwerpunkte in den Handlungsfeldern Gesundheit der Mitarbeiter sowie ebenfalls in der der Führung liegen. Gute Beispiele dafür finden sich in den einrichtungsübergreifenden und

branchenübergreifenden Projekten. Hierbei sollte überprüft werden, inwieweit sich diese Konzepte auf die ambulante und stationäre Altenpflege übertragen lassen.

Besonders auffällig bei der Projektanalyse gestaltete sich der Bereich teilstationäre Pflege. Bei der Projektrecherche wurde kein adäquates Projekt gefunden. Daher sollten speziell für diese Zielgruppe Forschungs-, Entwicklungs- und Interventionsprojekte durchgeführt und evaluiert werden.

Insgesamt konnten in den betrachteten Projekten viele verschiedene Maßnahmen innerhalb der einzelnen Handlungsfelder umgesetzt werden. Nur fünf der 32 Projekte haben Interventionen in allen vier Handlungsfeldern umgesetzt. Für zukünftige Projekte in diesem Feld bedeutet das, zu prüfen, inwieweit die erfolgreichen Einzelmaßnahmen in ein Gesamtkonzept eingebettet werden können, welches alle vier Handlungsfelder berücksichtigt. Darüber hinaus zeigt sich auch, dass der Fokus nur in wenigen Projekten auf älteren Beschäftigten lag. Nur in sechs der 32 Projekte wurden spezielle Maßnahmen für ältere Beschäftigte angeboten. Unter Berücksichtigung des beginnenden demografischen Wandels sollte in zukünftigen Projekten geprüft werden, inwieweit die angebotenen Interventionsmaßnahmen für alle Altersklassen gewinnbringend sein können.

Generell konnten anhand der Ergebnisse der betrachteten Projekte einige Empfehlungen für eine Implementierung von Interventionsmaßnahmen abgeleitet werden. Ein wesentlicher Punkt dabei ist die aktive Einbindung der Pflegekräfte in die Entwicklung und Umsetzung von Interventionsmaßnahmen. Darüber hinaus hat sich in den Projekten gezeigt, dass praxisnahe und einrichtungsspezifische Konzepte sowie extern moderierte Veränderungsprozesse die Implementierung fördern. Voraussetzung dabei ist eine hohe Veränderungsbereitschaft der jeweiligen Einrichtung.

Über die Nachhaltigkeit der durchgeführten Interventionen konnten nur wenige Erkenntnisse abgeleitet werden. Zur Förderung einer effektiven und dennoch ökonomischen Umsetzung von ganzheitlichen Interventionsprogrammen im Bereich der Pflege sollte die Nachhaltigkeit der beschriebenen Interventionsmaßnahmen gezielt wissenschaftlich evaluiert werden.

## III Explorative Felduntersuchung

### 4. Methodisches Vorgehen

#### 4.1 Online-Fragebogen

##### 4.1.1. Instrumententwicklung und Aufbau

Ziel der Online-Befragung war es, den Ist-Zustand der Situation von Pflegekräften in Deutschland, übergreifend über verschiedenste Einrichtungsformen, Größen und Trägerschaften, zu erfassen.

Um eine nicht zu heterogene Stichprobe zu erhalten und Personen mit möglichst viel Hintergrundwissen zu ihrer Einrichtung zu befragen, wurde die potenzielle Stichprobe von vornherein auf Führungskräfte in Pflegeeinrichtungen (Geschäftsführung, Pflegedienstleitung) beschränkt. Entsprechend dieser Eingrenzung konnten die zu erhebenden Informationen zielgruppenspezifisch bestimmt werden.

Des Weiteren sollte aus Gründen der Auswertungsökonomie weitestgehend auf offene Antwortformate verzichtet werden. Informationen sollten über Einfach- bzw. Mehrfachwahloptionen und absolute bzw. relative Zahlenangaben erhoben werden.

In mehreren Diskussionsrunden und internen Feedbackschleifen wurde ein Fragebogenmanuskript erstellt. Das Gerüst zur Auswahl der Fragebogeninhalte bildeten die vier Handlungsfelder zur Verbesserung der Arbeitsfähigkeit nach ILMARINEN et al. (2002), in welche die verschiedenen Fragestellungen des Projektplanes integriert wurden. Aus dem Handlungsfeld „Arbeitsfähigkeit des Individuums (Mitarbeiter/-in)“ wurde die Gesundheitsförderung als zu erfragender Maßnahmenbereich ausgewählt. Der Bereich „Qualifizierung“ ist durch Maßnahmen der Fort- und Weiterbildung repräsentiert. Zu den Bereichen „Führung“ und „Arbeitsorganisation“ wurden verschiedene Gestaltungsformen alter(n)sgerechter Arbeit erfragt (bspw. Arbeitszeitverkürzungen, Altersteilzeit und altersgemischte Arbeitsteams).

Der Aufbau des Fragebogens ist in Tabelle 4.1 zusammengefasst. Der vollständige Fragebogen ist in Anhang 2 einsehbar. Die Auswahl der spezifischen Inhalte stellt einen nicht zu vermeidenden Kompromiss aus inhaltlicher Vollständigkeit und Testökonomie dar. Aus Gründen der Zumutbarkeit für die Befragungsteilnehmer sollte eine maximale Bearbeitungszeit von 30 Minuten nicht überschritten werden.

Als Rahmenbedingung unverzichtbar war die Erfassung soziodemografischer (z. B. Anteil älterer Pflegekräfte) und institutionaler Merkmale der Einrichtungen (Größe, Trägerschaft, etc.). Diese sind wichtig, um die übrigen Informationen kontextabhängig auswerten zu können (siehe Teil I und II in Tabelle 4.1).

Den inhaltlichen Schwerpunkt des Fragebogens bildete die Erfassung von Maßnahmen alter(n)sgerechter Arbeitsgestaltung und Personalentwicklung, die bereits in den Einrichtungen Anwendung finden. Die Befragten sollten bezüglich einer Vorauswahl von Maßnahmen der Gesundheitsförderung, der Arbeitsorganisation und der Fort- und Weiterbildung angeben, welche dieser

Maßnahmen in ihrer Einrichtung speziell für ältere Pflegekräfte angeboten werden (siehe Teil IIIa in Tabelle 4.1).

Unter Bezugnahme auf die gegebenen Antworten wurden die Befragten gebeten, die in ihrer Einrichtung angebotenen Maßnahmen hinsichtlich des Erfolgs, der Nutzung und der Akzeptanz zu bewerten (siehe Teil IIIb in Tabelle 4.1). Wenn Maßnahmen in der Einrichtung nicht angeboten wurden, wurde nach möglichen Ursachen dafür gefragt (siehe Teil IIIc in Tabelle 4.1).

<b>Tab. 4.1</b> Aufbau und Inhalte des Online-Fragebogens	
<b>I. Fragen zur Einrichtung</b>	
a.	Funktion des Teilnehmers (Geschäftsführung, Pflegedienstleitung, etc.)
b.	Art der Einrichtung, Trägerschaft, Art der Pflege, Versorgungsstufe, Standort der Einrichtung, Bevölkerungsdichte des Standortes
<b>II. Fragen zu den Pflegekräften</b>	
c.	Anzahl der beschäftigten Pflegekräfte, Anteil weiblicher Pflegekräfte, Anteil von Pflegekräften im Alter zwischen 45 und 54 Jahren bzw. über 55 Jahre
d.	Frequenz der Durchführung von Mitarbeitergesprächen
<b>IIIa. Maßnahmen alter(n)sgerechter Arbeitsgestaltung und Personalentwicklung</b>	
e.	Gesundheitsförderung (für alle bzw. insbesondere für Ältere): Gesundheitszirkel, Stressbewältigung, Rückenschule, Sportangebote, Selbsthilfegruppen, physiotherapeutische Maßnahmen, Supervision
f.	Arbeitsorganisation: Altersteilzeit, Arbeitszeitverkürzung, Schichtplananpassung, interne Umsetzungen, altersgemischte Teams, Tandems
g.	Fort- und Weiterbildung: arbeitsbezogene Fortbildungsprogramme, altersbezogene Angebote (z. B. gesundheitliche Risiken), karrierebezogene Maßnahmen
<b>IIIb. Bewertung angebotener Maßnahmen</b>	
h.	Initiator, Dauer des Angebotes, Grad der Nutzung durch Pflegekräfte, Zufriedenheit mit der Maßnahme
j.	Kosten-Nutzen-Verhältnis, Widerstände (durch wen), Weiterführung (ggf. Gründe, warum nicht)
<b>IIIc. Abfrage von Gründen für nicht angebotene Maßnahmen</b>	
k.	finanzielle Gründe, organisatorische Gründe, mangelnde Akzeptanz der Pflegekräfte, unpassend für die Einrichtung, kein Bedarf, nicht in Betracht gezogen
<b>IV. Individuelle Anmerkungen</b> (offen)	

#### 4.1.2. Technische Umsetzung

Da die Datenerhebung bundesweit stattfinden sollte, stellte die Onlinebefragung die ökonomischste Methode der Befragung dar. Das erstellte Fragenbogenmanuskript musste dazu in eine über das Internet publizierbare und anwenderfreundlich bearbeitbare Form transferiert werden. Zur Programmierung des Fragebogens wurde die Online-Befragungssoftware UniPark© genutzt, die zur selbständigen Erstellung und Verwaltung von Umfragen durch nichtkommerzielle Nutzer angeboten wird. Nach mehreren Kontrollschleifen durch interne und externe Testnutzer konnte der Fragebogen am 08.12.2008, verlinkt über die Homepage des Projektes, online geschaltet werden.

Potenzielle Befragungsteilnehmer bekamen eine Einladung zur Teilnahme an der Befragung per E-Mail zugesandt, um entsprechende Personen gezielt anzusprechen und das Projekt als Ganzes zu bewerben. Es konnten rund 10.000 E-Mail-Adressen im Internet identifiziert werden, an die die Einladung zur Teilnahme an der Online-Befragung zusammen mit dem Internetlink am 09.12.2008 versandt wurde. Zusätzlich wurde der Link zur Befragung u.a. auf den Internetseiten der BauA und der BGW publiziert.

Der Fragebogen konnte bis 25.01.2009 im Internet bearbeitet werden. Alle Daten wurden automatisch und anonymisiert in einer externen Datenbank gespeichert. Um die Teilnehmerquote zu steigern, wurde zehn Tage nach Befragungsbeginn per E-Mail eine Erinnerung an die vorher Eingeladenen versendet. Erfahrungen mit Online-Befragungen belegen, dass die Wahrscheinlichkeit der Teilnahme nach mehr als 2 Wochen und erneuter Erinnerung an die Teilnahme drastisch sinkt, weswegen die Akquisition im Januar 2009 abgeschlossen wurde.

#### 4.1.3. Datenauswertung

Die Auswertung der Befragungsdaten erfolgte mithilfe der Statistiksoftware SPSS 17.0. Schwerpunkt der Auswertung bildete, entsprechend der Fragestellung, die deskriptive Analyse der Angaben zu bestehenden Maßnahmen alter(n)sgerechter Arbeitsgestaltung und Personalentwicklung.

Vertiefend wurde geprüft, ob soziodemografische oder institutionelle Merkmale Einfluss auf die Art der angebotenen Maßnahmen bzw. deren Erfolg zeigen.

### **4.2 Interview**

Vertiefend zur Online-Befragung sollten in leitfadengestützten Telefoninterviews Informationen zu bereits praktizierten Maßnahmen, Konzepten und Modellen eruiert werden, die auf den Erhalt und die Förderung der Arbeits- und Beschäftigungsfähigkeit älterer Pflegekräfte gerichtet sind.

Das leitfadengestützte bzw. halbstandardisierte Interview stellt eine Mischform aus freiem und standardisiertem Interview dar. Es ist unter anderem dadurch gekennzeichnet, dass es innerhalb des Gesprächs Freiraum für individuelle

Variationen lässt. Durch den im Vorfeld entwickelten Interviewleitfaden wird sichergestellt, dass eine verbindliche Struktur vorliegt und alle wichtigen Aspekte angesprochen werden. Die Reihenfolge und Formulierung der Fragen bleiben dabei dem Interviewer überlassen. Es kann flexibel auf die Auskunftsbereitschaft der Befragten sowie den Gesprächsverlauf reagiert und eingegangen werden. Vorteil hierbei ist, dass neue Informationen noch während des Gesprächs vertieft und verfolgt werden können. Der Erhebungs- und Auswertungsaufwand ist im Gegensatz zum freien Interview verhältnismäßig gering.

#### 4.2.1. Zielgruppen und Auswahl der Interviewpartner

Befragt werden sollten zum einen die Geschäftsführung oder die Pflegedienstleitung ausgewählter Einrichtungen und zum anderen wissenschaftliche Projektnehmer und Experten, die Projekte im Bereich des Erhalts der Arbeitsfähigkeit in Pflegeberufen durchgeführt oder betreut haben.

Die Auswahl der Interviewpartner erfolgte auf zwei Wegen: Die Gruppe der Projektnehmer wurde zielgerichtet angesprochen und um Teilnahme gebeten. Vertreter der Geschäftsführung oder Pflegedienstleitung von Pflegeeinrichtungen hatten die Möglichkeit, sich am Ende des Online-Fragebogens freiwillig für ein zusätzliches Interview anzumelden. Parallel hierzu wurden mögliche Interviewpartner gezielt angesprochen. Für diesen Zweck und um eine repräsentative Stichprobe gewährleisten zu können, wurden die vier Bundesländer Baden-Württemberg, Nordrhein-Westfalen, Mecklenburg-Vorpommern und Brandenburg ausgewählt. Des Weiteren wurde die Unterteilung in städtische und ländliche Region vorgenommen. Nach Festlegung der Auswahlkriterien (Art der Einrichtung, Lage in städtischer oder ländlicher Region) wurden diesen gemäß mit Hilfe des Branchenbuches Krankenhäuser, Pflegeheime, teilstationäre Einrichtungen sowie ambulante Pflegedienste ermittelt. Mittels telefonischer Akquisition wurden Gesprächstermine mit Pflegedienstleitungen oder Geschäftsführer/-innen vereinbart.

#### 4.2.2. Aufbau der Interviewleitfäden

Aufbauend auf dem Konzept zum Erhalt der Beschäftigungsfähigkeit nach ILMARINEN et al. (2002) wurden zwei Interviewleitfäden entwickelt, deren Inhalte sich, angepasst an die Zielgruppe der Vertreter der Einrichtungen bzw. der Projektnehmer, unterscheiden. Die Interviewleitfäden wurden in Anhang 3 zusammengestellt.

Der Interviewleitfaden für die Vertreter der Pflegeeinrichtungen umfasste acht Leitfragen, denen jeweils Detailfragen untergeordnet waren. Diese konnte der Interviewer flexibel einsetzen oder als Merkpunkte nutzen. Da davon ausgegangen wurde, dass die meisten Gesprächspartner die interessierenden Informationen nicht unter dem Begriff „alter(n)sgerechte Arbeitsgestaltung und Personalentwicklung“ repräsentiert sehen, sollte über diese Leitfragen eruiert werden, welche Maßnahmen zur Begegnung des demografischen Wandels bereits in der Einrichtung vorhanden sind und v. a. wo die Führungskräfte weiteren Handlungsbedarf sehen. Die

halbstandardisierten Interviews ließen den Gesprächspartnern Zeit und Raum für eigene Reflektionen und trugen zur Sensibilisierung für das Thema bei.

Der Interviewleitfaden für die Projektnehmer umfasste sieben Leitfragen, denen ebenso verschiedene optionale Unterfragen zugeordnet sind. Im Gegensatz zu den Vertretern der Einrichtungen wurden die Projektnehmer zu ihrer wissenschaftlichen Perspektive, ihren Erfahrungen aus durchgeführten Projekten und ihren Eindrücken in verschiedenen Pflegeeinrichtungen befragt. Inhaltlich wurden vergleichbare Themen wie in den Interviews mit den Vertretern der Einrichtungen besprochen.

#### 4.2.3. Durchführung der Interviews

Bis einschließlich Januar 2009 wurden insgesamt 38 Telefoninterviews mit Vertretern von Einrichtungen und sieben Interviews mit Projektnehmern und Experten geführt. Die Interviews mit den Vertretern der verschiedenen Einrichtungen dauerten ca. 20 bis 60 Minuten. Die Experteninterviews fanden in einem zeitlichen Rahmen von 90 bis 120 Minuten statt. Die Interviews wurden aufgezeichnet und direkt im Anschluss protokolliert.

Um die Vergleichbarkeit der Interviews und einen reibungslosen Ablauf der Gespräche zu gewährleisten, wurden die Interviewer intensiv geschult und in die Technik eingewiesen. Die Inhalte der Leitfäden wurden durchgesprochen und auf individuelle Unklarheiten geprüft. Jeder Interviewer führte ein Probeinterview mit einem anderen Interviewer durch, um den Interviewablauf zu üben, zu reflektieren und zu optimieren.

#### 4.2.4. Auswertung der Interviews

Die Interviews wurden in mehreren Schritten ausgewertet. Zunächst wurden die Protokolle analysiert und die Aussagen den verschiedenen von ILMARINEN et al. (2002) definierten Kategorien Gesundheit, Führung/Personalentwicklung, Arbeitsorganisation, Qualifizierung sowie Besonderheiten des Betriebs zugeordnet. In einem weiteren Schritt wurden diese Aussagen zusammengefasst und in einer Tabelle vermerkt (siehe Anhang 3, Tab. 2). Anschließend wurden die Erkenntnisse und Aussagen beider Interviewtypen (Vertreter der Einrichtungen und Experten) in der Projektgruppe ausgewertet, diskutiert und gegenüber gestellt. Aus diesen Ergebnissen wurden schließlich erste zukünftige Handlungs- und Entwicklungsbedarfe abgeleitet.

### 4.3 Open Space

Um sicherzustellen, dass die am Ende der Machbarkeitsstudie empfohlenen Modellprojekte nicht an der Praxis der Pflege vorbei argumentieren, sollten als Teil der Beschreibung des Branchenbildes „Pflege in Deutschland“ auch die themenbezogenen Interessen, Probleme und Bedürfnisse von Führungskräften und Personalverantwortlichen von Pflegeeinrichtungen Beachtung finden. Diese sollten im direkten Dialog mit den Praxisexpert/-innen gesammelt werden.

Eine Methode zur Strukturierung von Gruppengesprächen ist die des so genannten „Open Space“. „Open Space“ (engl.) bedeutet „offener Raum“, welcher Teilnehmern zur Diskussion ihnen wichtiger Problemstellungen im Rahmen eines gemeinsam gestellten Themas gegeben wird. Der Open Space stellt somit eine alternative Form der Gestaltung von Konferenzen dar, welche sich der Selbstbestimmung der teilnehmenden Personen bedient und weitestgehend auf Kontrolle und inhaltliche Vorgaben verzichtet. Ein Vorteil dieser Methode ist, dass sie sich zur Arbeit mit Klein- und Großgruppen eignet (15 bis 1.000 Personen), da konkrete Diskussionsthemen zu Beginn der Veranstaltung gemeinsam gesucht und in Kleingruppen weiter ausgearbeitet werden. Eine größere Anzahl von Teilnehmern ermöglicht demzufolge eine größere Anzahl gleichzeitig bearbeiteter spezifischerer Diskussionsthemen. Ziel des Gesprächsprozesses ist es, möglichst kreative Ansätze für Problemlösungen zum genannten Thema zu sammeln und zu integrieren (OWEN, 2001).

Zu dem übergreifenden Thema *„Was können wir dafür tun, dass unsere älteren Beschäftigten gut arbeiten und gesund in Rente gehen können?“* fand am 16.01.2009, in den Räumlichkeiten der Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin in Berlin, eine eintägige Open-Space-Veranstaltung statt. Als Teilnehmer eingeladen wurden Führungskräfte und Personalverantwortliche von Pflegeeinrichtungen im gesamten Bundesgebiet. Die Veranstaltung wurde im Rahmen der Online-Befragung, der Öffentlichkeitsarbeit (Flyer, Homepage des Projektes, Veranstaltungsverzeichnis der Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin) und der telefonischen Experteninterviews beworben. Insgesamt nahmen 32 Vertreter der genannten Zielgruppe an der Veranstaltung teil. Entsprechend der Methode des Open Space wurden zu Beginn der Veranstaltung mit allen Teilnehmern Diskussionsthemen gesammelt, welche nachfolgend in sieben verschiedenen Kleingruppen bearbeitet wurden. Die in diesen Arbeitsgruppen vertieften Inhalte wurden simultan zusammengetragen und allen Teilnehmern in Form einer Ergebnisdokumentation überreicht. In einer abschließenden Leserunde wurde jedem Teilnehmer die Möglichkeit gegeben, alle Ergebnisse zu reflektieren und sich gegebenenfalls nochmals dazu zu äußern. Die Methode war den meisten Teilnehmern vorab nicht bekannt, sie wurde jedoch gerne angenommen und in der Abschlussrunde allgemein als interessant und hilfreich eingeschätzt.

#### **4.4 Expertenworkshop**

Der Abschlussworkshop ging über die Präsentation und Diskussion der Ergebnisse der Machbarkeitsstudie hinaus und verfolgte zwei Ziele:

1. Kurzvorstellung und Diskussion der wichtigsten Ergebnisse des Projekts
2. Diskussion, Ergänzung und Erweiterung der vom Projektnehmer vorgeschlagenen Themen für künftige Projekte im Rahmen des Modellprogramms zur Bekämpfung arbeitsbedingter Erkrankungen.

Er richtete sich vorzugsweise an Experten der Pflegewirtschaft, also Projektträger und Projektnehmer, Berufsverbände und Forschungseinrichtungen, deren Erfahrungswissen in die Schlussfolgerungen der Machbarkeitsstudie integriert wird.

Der Workshop fand am 06.02.2009 in der BauA Berlin statt. Ca. 100 Adressaten wurden angeschrieben, 26 Teilnehmer folgten der Einladung. Die Themen wurden protokolliert, die Ergebnisse den Teilnehmern abschließend vorgestellt.

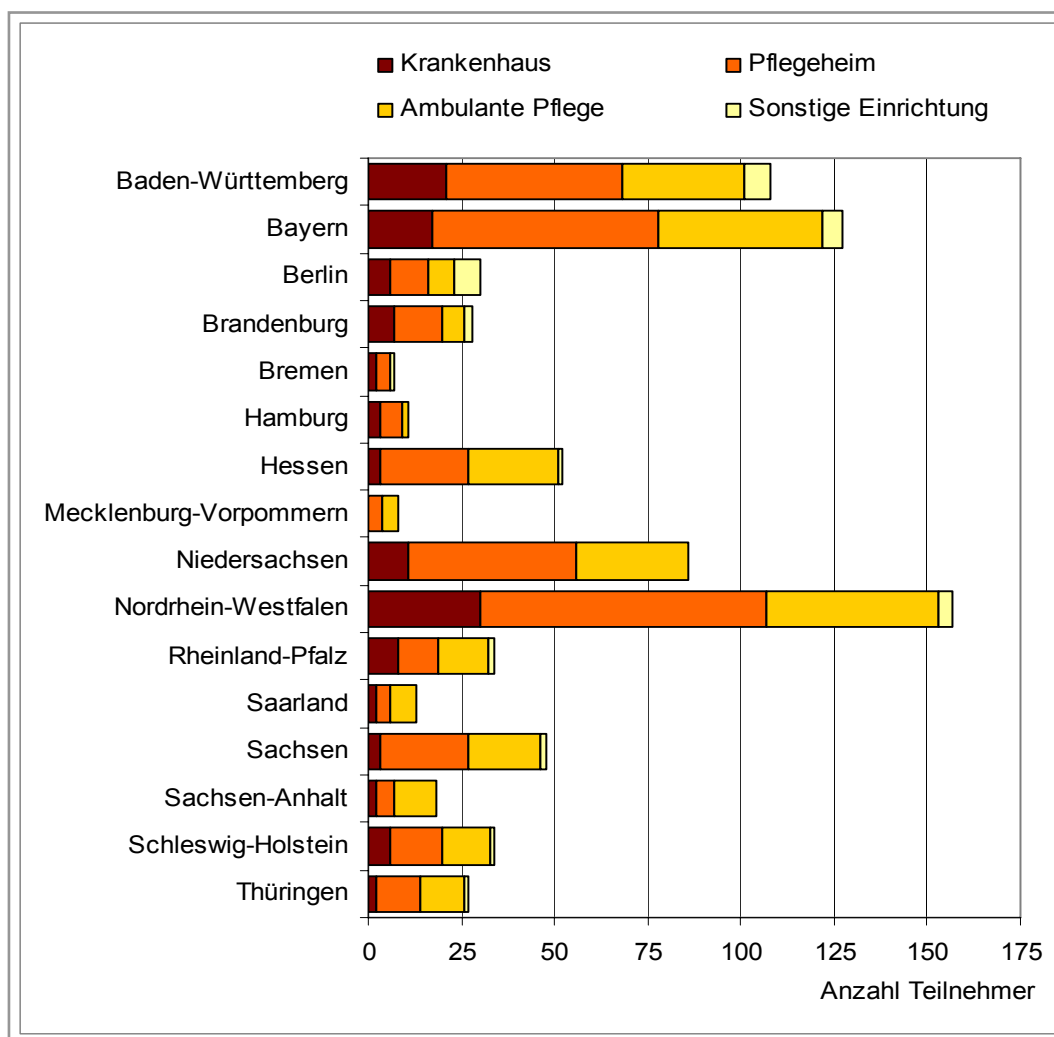
## 5. Ergebnisse

### 5.1. Online-Fragebogen

Im folgenden Abschnitt werden die zentralen Ergebnisse der Online-Befragung vorgestellt. Die Analyse gliedert sich in Informationen zur befragten Stichprobe, deren Einrichtungen, den dort arbeitenden Pflegekräften und der ausführlichen Betrachtung der angebotenen Maßnahmen zur alter(n)sgerechten Arbeitsgestaltung und Personalentwicklung. Über die hier dargestellten Ergebnisse hinaus befinden sich weitere Tabellen und Abbildungen in Anhang 2.

#### 5.1.1. Stichprobenbeschreibung

Von ca. 10.000 eingeladenen Mitgliedern der Geschäftsführung oder Pflegedienstleitung deutscher Pflegeeinrichtungen griffen 3.476 auf die Seiten der Online-Befragung zu (Zugriffquote: 34,8%). 789 füllten den Fragebogen vollständig aus (Rücklaufquote Netto: 22,7%). Die nachfolgend dargestellten Ergebnisse beziehen sich auf diese Stichprobe von 789 vollständigen Datensätzen.



**Abb. 5.1** Verteilung der Teilnehmer auf Bundesländer und Einrichtungsformen

89,6% der Befragten bekleiden eine Führungsposition in ihrer Einrichtung (je 31% Pflegedienstleitung oder Geschäftsführung, 28% andere Führungskräfte), und gehörten somit der angestrebten Zielgruppe an.

Es sind Teilnehmer aller 16 Bundesländer in der Stichprobe vertreten, jedoch nicht immer in bevölkerungsrepräsentativen Anteilen (siehe Abb. 5.1). 61,8% der Teilnehmer kommen aus den bevölkerungsstärksten Bundesländern Bayern, Baden-Württemberg, Niedersachsen oder Nordrheinwestfalen. Dagegen stellen Bremen, Hamburg, Mecklenburg-Vorpommern und das Saarland zusammen nur 4,4% der Teilnehmer.

### 5.1.2. Informationen zu den Einrichtungen

Die Verteilung der Befragten auf die verschiedenen Einrichtungsarten ist, nach Bundesländern aufgeschlüsselt, ebenso in Abbildung 5.1 dargestellt. Über alle Bundesländer gemittelt, arbeiten 16% der Befragten in Krankenhäusern, 46% in Senioren- und Pflegeheimen, 34% in ambulanten Pflegediensten und 4% in sonstigen Pflegeeinrichtungen.

In 62% der genannten Einrichtungen wird hauptsächlich stationär gepflegt, nur 2% betreiben teilstationäre Pflege, 36% der Einrichtungen pflegen ambulant. In der Gruppe der befragten Krankenhäuser sind alle vier Versorgungsstufen repräsentiert: 15% bieten v. a. Grundversorgung (Stufe I), 29% Regelversorgung (Stufe II), 26% Schwerpunktversorgung (Stufe III) und 30% Maximalversorgung (Stufe IV).

Ebenso repräsentativ vertreten sind die möglichen Träger von Pflegeeinrichtungen. 15% der Einrichtung befinden sich in öffentlicher, 39% in privater und 42% in freigemeinnütziger Trägerschaft (4% andere Träger).

Geografisch sind 24% der befragten Einrichtungen im ländlichen Raum angesiedelt (weniger als 10.000 Einwohner am Standort), 45% in kleineren und mittelgroßen Städten (zwischen 10.000 und 100.000 Einwohnern), und 31% im städtischen Bereich (mit mehr als 100.000 Einwohnern am Standort).

### 5.1.3. Informationen zu den Pflegekräften

Bezüglich der Anzahl der beschäftigten Pflegekräfte kann in 80% der befragten Einrichtungen von kleinen und mittelständischen Unternehmen gesprochen werden, in denen nicht mehr als 100 Pflegekräfte tätig sind. Die Hälfte (51%) der Befragten gibt an, zwischen 10 und 50 Pflegekräfte zu beschäftigen. Nur 11% der Einrichtungen haben mehr als 250 Pflegekräfte.

Im Mittel sind 87% (SD = 11,4) der Pflegekräfte in den befragten Einrichtungen weiblich. Mit 80% weisen Krankenhäuser den niedrigsten Frauenanteil auf, die ambulanten Pflegedienste mit 90% Frauen den höchsten (siehe Abb. 5.2).

Der Anteil älterer Pflegekräfte in den verschiedenen Einrichtungen zeigt eine sehr hohe Varianz, d.h. es gibt Pflegeeinrichtungen mit sehr wenigen älteren Beschäftigten, aber auch einzelne mit 100% Beschäftigten über 45 Jahre. Im Mittel liegt der Anteil der Pflegekräfte, die zwischen 45 und 54 Jahre alt sind, bei 35,5% (SD = 18,5). Der Anteil von Pflegekräften, die bereits 55 und älter sind, beträgt durchschnittlich 10,5% (SD = 8,9). Die verschiedenen Einrichtungsarten unterscheiden sich nicht bedeutsam im mittleren Anteil älterer Pflegekräfte (siehe Abbildung 5.2). Es zeigt sich lediglich die Tendenz, dass in Krankenhäusern mehr Pflegekräfte über 55 vertreten sind als in ambulanten Pflegediensten (12,3% vs. 8,9%)<sup>10</sup>.

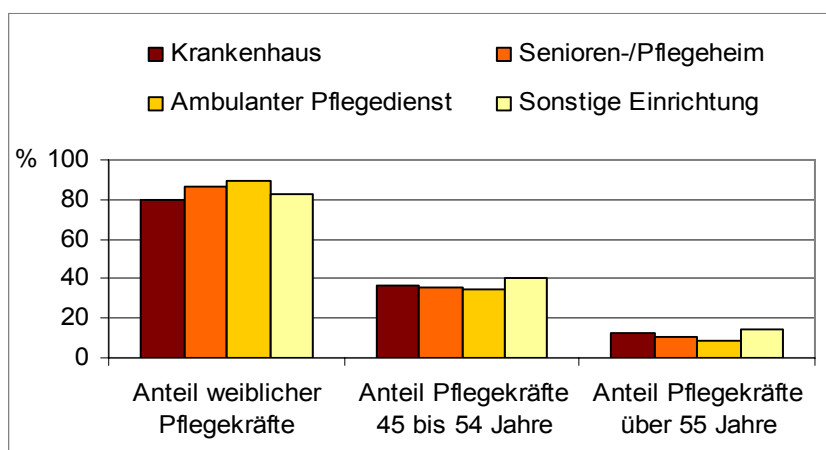


Abb. 5.2 Demografie der Pflegekräfte

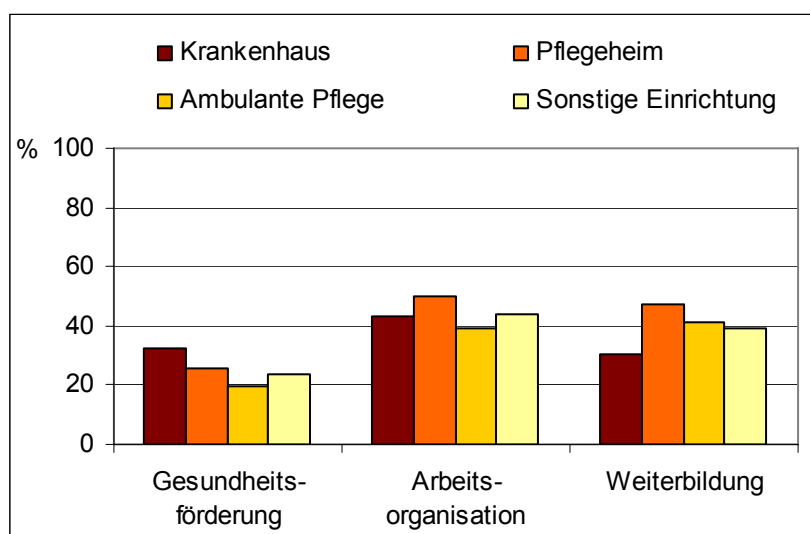
#### 5.1.4. Maßnahmen alter(n)sgerechter Arbeitsgestaltung und Personalentwicklung

Die Befragten wurden gebeten, zu verschiedenen Maßnahmen der Arbeitsgestaltung und Personalentwicklung anzugeben, ob diese in ihrer Einrichtung angeboten werden, und wenn ja, welche Erfahrungen dazu bestehen. Die zu bewertenden Maßnahmen bezogen sich in acht Fällen auf die Gesundheitsförderung, in sieben Fällen auf die Arbeitsorganisation und vier Fällen auf die Fort- und Weiterbildung.

Über alle Einrichtungsformen gemittelt werden je Einrichtung durchschnittlich zwei Maßnahmen zur Gesundheitsförderung (SD = 1,75) angeboten. Dies entspricht 25% der erfragten acht Maßnahmen. 26% der befragten Einrichtungen machen jedoch gar keine Angebote zur Gesundheitsförderung. Zur Arbeitsorganisation werden im Mittel 3,2 der sieben erfragten Maßnahmen angeboten (SD = 1,70, entspricht 45%), und nur 10% der Einrichtungen praktizieren keine der genannten Maßnahmen der Arbeitsorganisation. Zur Weiterbildung werden durchschnittlich 1,7 der vier Maßnahmen (SD = 1,1, entspricht 42%) angeboten, 22% der Einrichtungen bieten keine der genannten Fortbildungsmaßnahmen an.

<sup>10</sup> Der Anteil älterer Pflegekräfte in der Einrichtung wurde sowohl als absolute Zahl als auch als relative Prozentangabe erfragt. Eine geringe Korrelation zwischen absoluter und relativer Angabe des gleichen Sachverhaltes lässt auf eine mögliche Fehlerbehaftetheit der Prozentschätzungen schließen. Die Ergebnisse sind demzufolge mit Vorsicht zu betrachten und an vergleichbaren Statistiken zu validieren.

Abbildung 5.3 zeigt den Anteil durchschnittlich angebotener Maßnahmen (100% bildet die Gesamtzahl der erfragten Maßnahmen je Bereich), aufgeschlüsselt nach den verschiedenen Einrichtungsformen (siehe auch Anhang 2, Tab. 1). Einige der Einrichtungsformen unterscheiden sich bezüglich der Anzahl angebotener Maßnahmen signifikant voneinander: In Krankenhäusern und Pflegeheimen werden signifikant mehr Maßnahmen zur Gesundheitsförderung angeboten als bei ambulanten Pflegediensten. Pflegeheime ergreifen signifikant mehr Maßnahmen der Arbeitsorganisation als ambulante Pflegedienste, und tendenziell auch mehr als Krankenhäuser. In Krankenhäusern bestehen signifikant weniger Weiterbildungsmaßnahmen für Pflegekräfte als in Pflegeheimen oder bei ambulanten Diensten.



**Abb. 5.3** Mittlerer Anteil angebotener Maßnahmen in verschiedenen Einrichtungsformen (100% entsprechen allen erfragten Maßnahmen je Bereich)

Vergleicht man die verschiedenen Einrichtungsträger bezüglich der durchschnittlichen Anzahl angebotener Maßnahmen, zeigt sich, dass Einrichtungen öffentlicher Trägerschaft signifikant mehr Maßnahmen zur Gesundheitsförderung anbieten als Einrichtungen privater oder freigemeinnütziger Trägerschaft. Bezüglich den arbeitsorganisatorischen Maßnahmen oder der Weiterbildung gibt es keine signifikanten Unterschiede zwischen Einrichtungen unterschiedlicher Träger (Anhang 2, Tab. 2).

Des Weiteren zeigte sich ein signifikant positiver Zusammenhang zwischen den durchschnittlichen Anzahlen angebotener Maßnahmen in den drei Bereichen. Das heißt, Einrichtungen, die z. B. mehr Maßnahmen zur Gesundheitsförderung anbieten, bieten tendenziell auch mehr Maßnahmen zur Arbeitsorganisation oder Weiterbildung an. Diese Zusammenhänge sind als mittelhoch einzuschätzen. In signifikant positivem Zusammenhang steht ebenfalls der Anteil älterer Beschäftigter (sowohl der Gruppe zwischen 45 und 54 als auch der über 55) und das Angebot gesundheitsförderlicher Maßnahmen in den befragten Einrichtungen. Die

Menge an Weiterbildungsangeboten korreliert dagegen negativ mit dem Anteil älterer Pflegekräfte. Diese Zusammenhänge sind als niedrig einzustufen (siehe Tabelle 5.1).

Tab. 5.1 Maßnahmen der Personalentwicklung und Arbeitsgestaltung im Zusammenhang mit dem Anteil älterer Pflegekräfte in der Einrichtung		1	2	3	4	5
1	Anzahl angebotener Maßnahmen zur Gesundheitsförderung	---				
2	Anzahl angebotener Maßnahmen zur Arbeitsorganisation	.37**	---			
3	Anzahl angebotener Maßnahmen zur Weiterbildung	.25**	.33**	---		
4	Anteil Pflegekräfte zwischen 45 und 54 J.	.13**	-.03	-.01	---	
5	Anteil Pflegekräfte über 55 J.	.14**	-.02	-.08*	.47**	---

Anmerkung: \*\* signifikant bei  $p < .01$ , \* signifikant bei  $p < .05$

Im Folgenden werden die Erfahrungen der befragten Einrichtungen mit den verschiedenen Maßnahmen alter(n)sgerechter Arbeitsgestaltung und Personalentwicklung dargestellt.

#### Handlungsfeld „Individuum“: Maßnahmen der Gesundheitsförderung

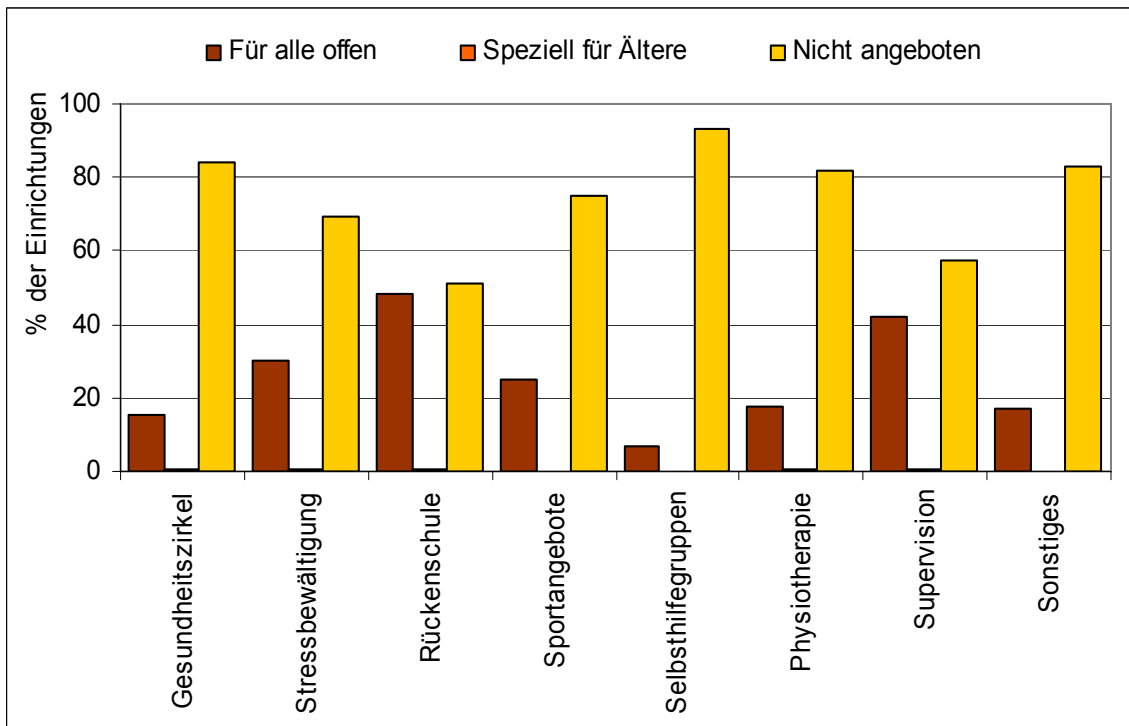
Abbildung 5.4 zeigt, wie häufig die erfragten Angebote zur Gesundheitsförderung in den Einrichtungen angeboten werden. Zu den am häufigsten für alle Pflegekräfte angebotenen Maßnahmen gehören die Rückenschule (48,5%), die Supervision (41,8%) und Programme zur Stressbewältigung (30,2%). Am wenigsten verbreitet sind Selbsthilfegruppen (6,7%) und Gesundheitszirkel (15,6%). Angebote speziell für Ältere werden sehr selten genannt.

Die Zufriedenheit der Pflegekräfte mit den angebotenen Maßnahmen wird von den befragten Führungskräften durchweg als hoch eingeschätzt. Gleichmaßen hoch wird der Nutzen aller gegebenen Maßnahmen für die Pflegekräfte und die Einrichtungen eingeschätzt. Das Verhältnis der zu leistenden Kosten und des resultierenden Nutzens der einzelnen Angebote wird von jeweils mindestens 80% der Befragten als äquivalent oder zugunsten des Nutzens bewertet.

Die verschiedenen Angebote werden nach Angaben der Befragten jedoch im Mittel nicht einmal von der Hälfte der Pflegekräfte genutzt. Die durchschnittliche Nutzung

aller Angebote durch die Pflegekräfte beträgt 28,8% (Spannweite von 8,3% für Selbsthilfegruppen bis 39,6% für Supervision).

Die Befragten berichten darüber hinaus, dass in den Einrichtungen durchaus Widerstände gegenüber den Maßnahmen zu beobachten waren bzw. sind. Im Fall der Supervision fielen diese mit durchschnittlich 43,2% am höchsten aus, gefolgt von Gesundheitszirkeln mit 26,0%. Als Quellen des Widerstandes werden bezüglich aller Maßnahmen an erster Stelle die Pflegekräfte genannt, Widerstände durch Führungskräfte oder den Einrichtungsträger sind deutlich seltener (siehe Anhang 2, Abb. 3).

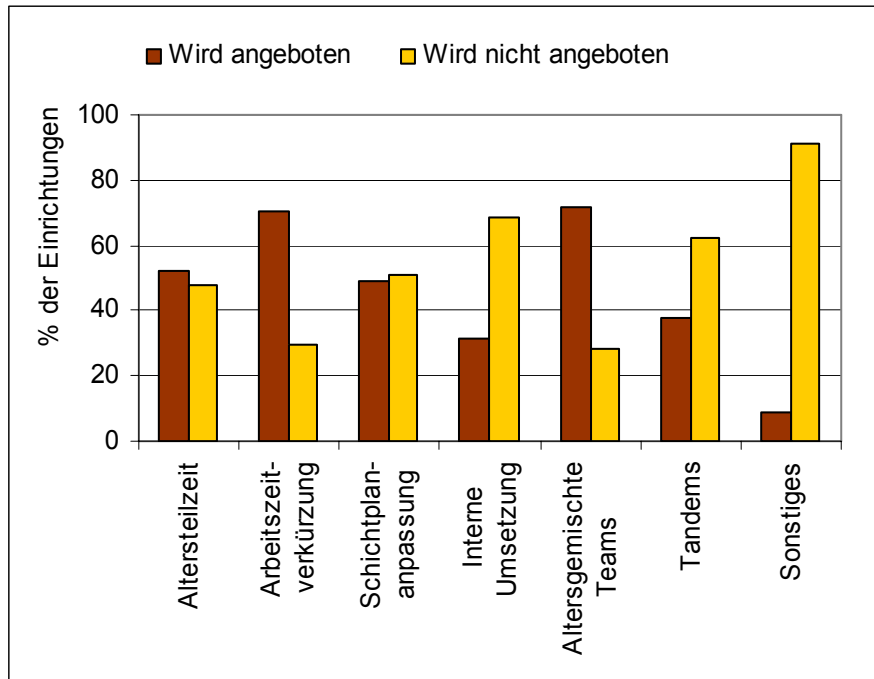


**Abb. 5.4** Angebotene Maßnahmen im Bereich Gesundheitsförderung

Basierend auf ihren Erfahrungen mit den Maßnahmen wird die Mehrheit der Befragten (je Maßnahme mindestens 60%) diese auch weiterführen. Mindestens weitere 20% der Befragten schließen ein Weiterführen der Maßnahmen nicht aus. Als Gründe für das Nicht-Weiterführen der Maßnahmen wird an erster Stelle die mangelnde Akzeptanz der Pflegekräfte angeführt, gefolgt von finanziellen und organisatorischen Gründen (siehe Anhang 2, Abb. 4).

#### *Handlungsfeld „Arbeitsorganisation und Arbeitsgestaltung“: Maßnahmen der Arbeitsorganisation*

In den befragten Einrichtungen finden Maßnahmen der Arbeitsorganisation zur Begegnung altersbedingter Veränderungen deutlich häufiger Anwendung als die oben beschriebenen Maßnahmen zur Gesundheitsförderung. Abbildung 5.5 gibt eine Übersicht über die Häufigkeit der verschiedenen Angebote.



**Abb. 5.5** Angebotene Maßnahmen im Bereich Arbeitsorganisation

In mehr als zwei Drittel der befragten Einrichtungen werden altersgemischte Teams (72,0%) oder Arbeitszeitverkürzungen (70,6%) angeboten. 52,2% bieten darüber hinaus Altersteilzeitmodelle an. Nur begrenzt praktiziert werden interne Umsetzungen (31,4%).

Die Zufriedenheit der Pflegekräfte mit den Angeboten zur Arbeitsorganisation wird durchweg als hoch eingeschätzt. Anders als bei den o. g. Gesundheitsmaßnahmen gehen die Einschätzungen des Nutzens der Maßnahmen für die Pflegekräfte versus für die Einrichtungen weiter auseinander. Für altersgemischte Teams und Tandems aus Jung und Alt wird der Nutzen für Einrichtungen und Pflegekräfte gleichermaßen hoch bewertet. Altersteilzeit, Schichtplananpassungen und interne Umsetzungen kommen nach Meinung der Befragten den Pflegekräften deutlich mehr zugute als den Einrichtungen.

Das Verhältnis von Kosten der Maßnahmen und deren Nutzen wird größtenteils als mindestens ausgeglichen eingeschätzt. Lediglich die Altersteilzeit wird von einem Viertel der Befragten als zu kostenintensiv betrachtet.

Die verschiedenen Maßnahmen der Arbeitsorganisation werden im Mittel von 28,3% der Pflegekräfte genutzt (Spannweite von 6,5% bis 55,9%). Im Vergleich zur Gesundheitsförderung ist dies als hoch zu bewerten, da einige der genannten Maßnahmen speziell auf ältere Pflegekräfte ausgerichtet sind (wie bspw. Altersteilzeit, interne Umsetzungen) und anders als gesundheitsförderliche Maßnahmen auch nicht als Präventionsmaßnahmen dienen. Demzufolge kann der jüngere Anteil der Pflegekräfte diese Maßnahmen nicht nutzen und fällt aus dieser Statistik heraus; der Anteil Älterer an den 28,3% sollte höher sein als bei den Maßnahmen zur Gesundheitsförderung.

Ähnlich wie bei den Angeboten zur Gesundheitsförderung werden auch hier von bis zu 20% der Befragten Widerstände gegenüber arbeitsorganisatorischen Maßnahmen

berichtet, welche wiederum hauptsächlich von den Pflegekräften selbst, aber auch von Führungskräften ausgingen.

65 bis 88% der befragten Einrichtungen werden die bereits praktizierten Maßnahmen mit Sicherheit weiterführen, weitere 10 bis 20% haben ein Weiterführen der Maßnahmen nicht ausgeschlossen. 12% der Befragten geben an, das Angebot der Altersteilzeit einzustellen, vornehmlich aus finanziellen Gründen.

#### *Handlungsfeld „Qualifizierung“: Maßnahmen der Fort- und Weiterbildung*

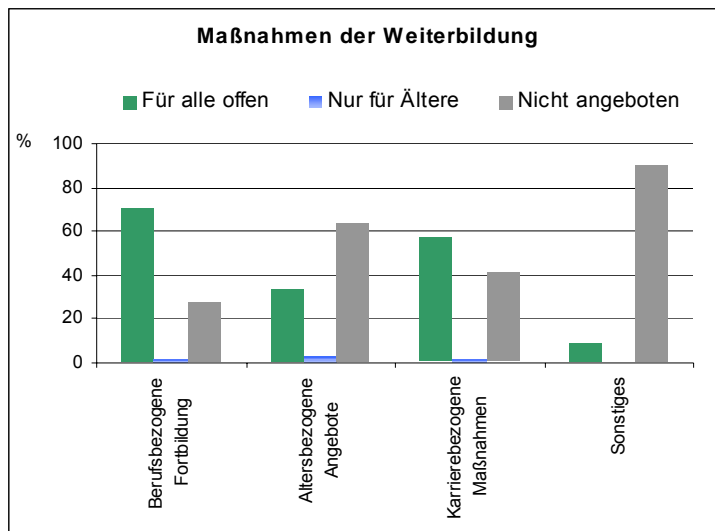


Abbildung 5.6 gibt einen Überblick über die Häufigkeit der Angebote im Fort- und Weiterbildungsbereich. 71% der befragten Einrichtungen bieten berufsbezogene Fortbildungsmaßnahmen an, altersbezogene Weiterbildung gibt es in 34% der Einrichtungen. Spezielle Angebote für Ältere sind jedoch auch hier selten.

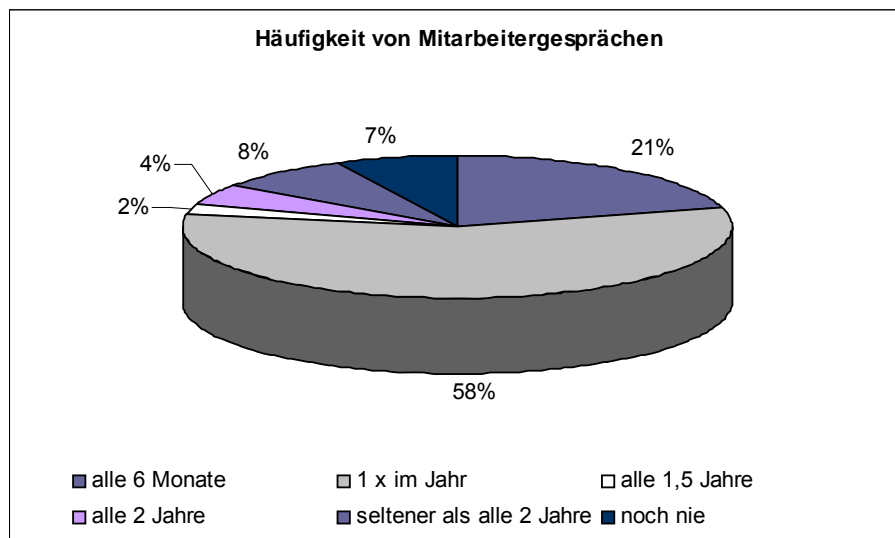
**Abb. 5.6** Angebotene Maßnahmen im Bereich Fort- und Weiterbildung

Die Zufriedenheit der Pflegekräfte mit den Angeboten wird, wie auch bei den Maßnahmen zur Gesundheitsförderung und Arbeitsorganisation, als hoch eingeschätzt. Der Nutzen der Maßnahmen wird sowohl für die Pflegekräfte als auch für die Einrichtungen als hoch bewertet. Kosten und Nutzen der Angebote stehen laut Angaben der Befragten in einem ausgewogenen Verhältnis. Lediglich bei den altersbezogenen Angeboten übersteigen nach Schätzung von 17% der Befragten die Kosten den Nutzen.

Auch gegenüber den Maßnahmen zur Fort- und Weiterbildung werden durchaus Widerstände beobachtet, vordergründig gegenüber berufsbezogenen Schulungsangeboten (19%). Als Quellen des Widerstandes werden wiederum die Pflegekräfte selbst genannt (siehe Anhang 2, Abb. 5). Die Motivation zum Weiterführen der Maßnahmen ist in den Einrichtungen sehr hoch ausgeprägt. Etwa 80% der Einrichtungen werden auf jeden Fall weiterhin berufsbezogene Schulungen und karrierebezogene Maßnahmen anbieten. Die altersbezogenen Angebote werden nur von 65% mit Sicherheit weiter gefördert, 30% der Einrichtungen sind noch unsicher, und 5% werden ihre altersbezogenen Angebote in Zukunft nicht weiterführen. Als Gründe für das Beenden altersbezogener Angebote wird an erster Stelle die mangelnde Akzeptanz der Pflegekräfte genannt. Im Falle karrierebezogener Maßnahmen bilden finanzielle Gründe die Hauptursache.

### Handlungsfeld „Führung“

Das Handlungsfeld „Führung“ steht mit allen bisher beschriebenen Bereichen des Ansatzes von ILMARINEN et al. (2002) in Zusammenhang. Als ein Indikator für die explizite Ausgestaltung von Führung wurde die Häufigkeit von Mitarbeitergesprächen, die ein bedeutsames Instrument der Personalentwicklung darstellen, erfragt. Abbildung 5.7 zeigt die Verteilung der Häufigkeit von Mitarbeitergesprächen in den befragten Einrichtungen. Mehr als drei Viertel der Einrichtungen führen mindestens einmal jährlich Mitarbeitergespräche durch, 21% der Einrichtungen sogar alle sechs Monate. Dem entgegen stehen 15% der befragten Einrichtungen, in denen seltener als alle zwei Jahre bzw. nie Mitarbeitergespräche geführt werden.



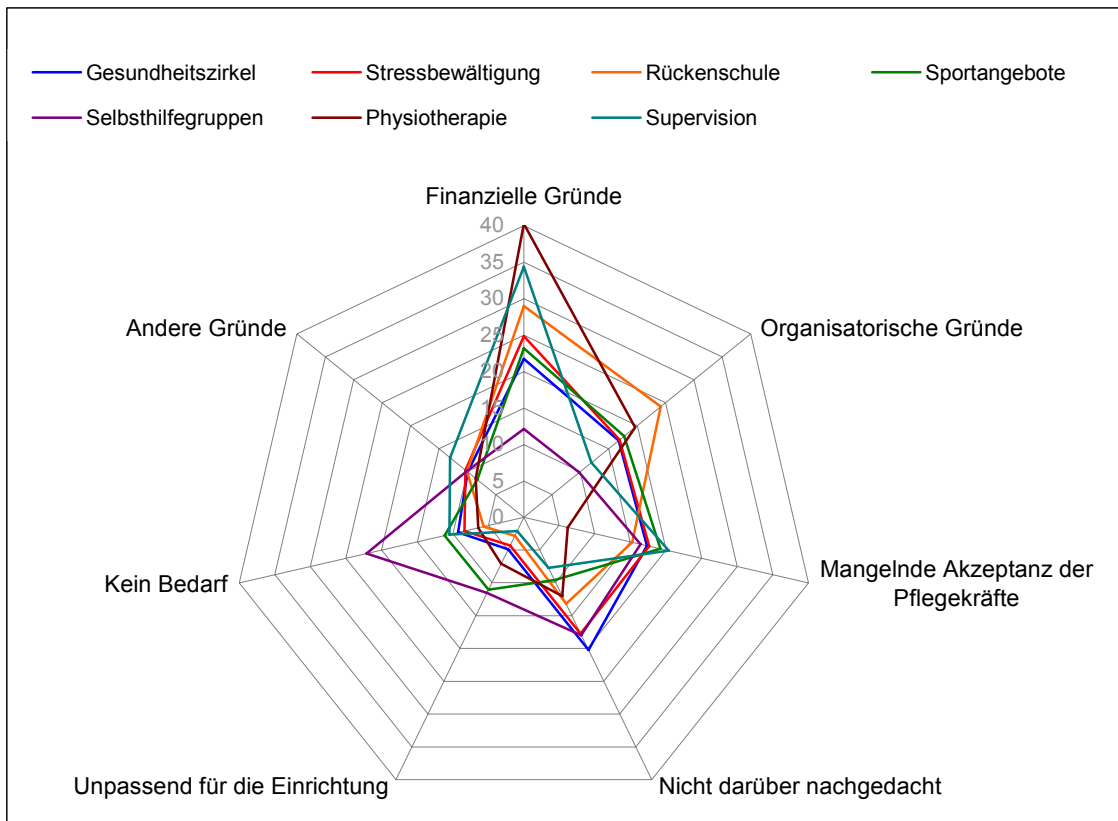
**Abb. 5.7** Häufigkeit der Durchführung von Mitarbeitergesprächen

### Offene Handlungsfelder: Nicht angebotene Maßnahmen

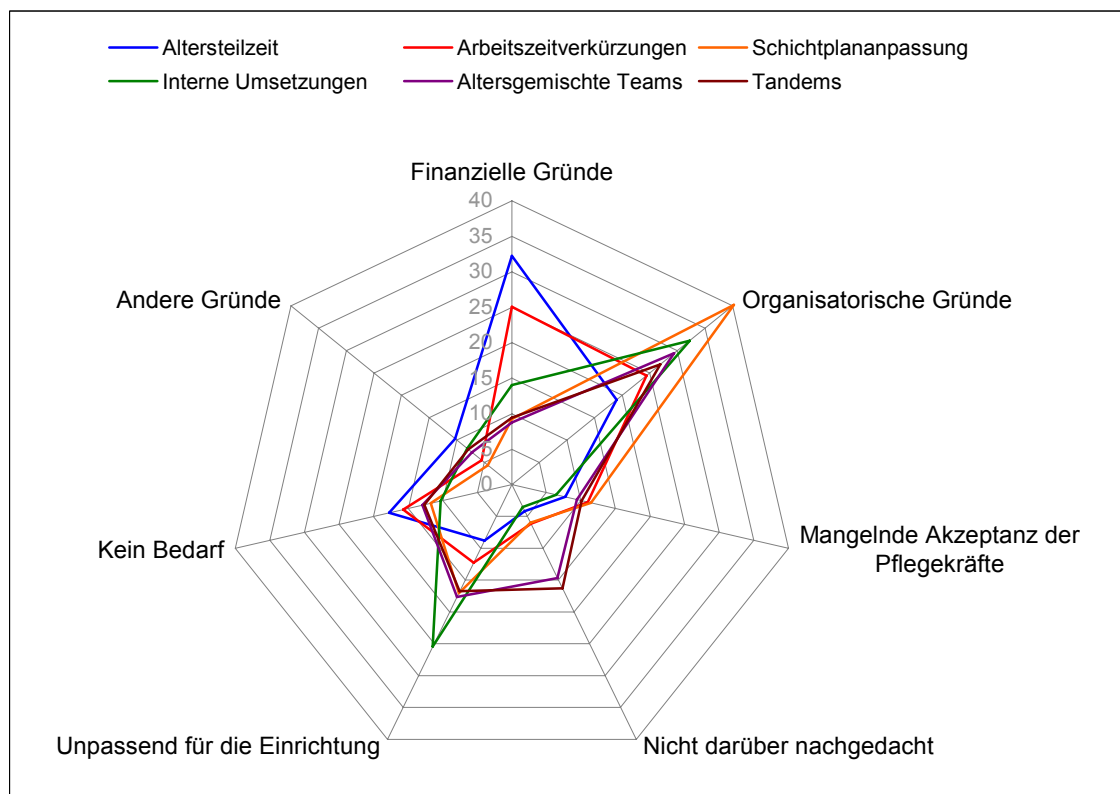
In vorigen Abschnitt wurde bereits deutlich, dass im Mittel weniger als die Hälfte der in der Befragung thematisierten Maßnahmen der alter(n)sgerechten Arbeitsgestaltung und Personalentwicklung von den Einrichtungen angeboten werden. Um zu beleuchten, aus welchen Gründen einzelne Angebote nicht bestehen, wurden die Teilnehmer explizit nach Gründen für die fehlenden Angebote gefragt.

Abbildung 5.8 bis 5.10 stellen zusammenfassend dar, welche Gründe die Befragten für mangelnde Angebote im Gesundheitsbereich, in der Arbeitsorganisation und zur Weiterbildung angegeben haben (siehe auch Anhang 2, Tab. 3 bis Tab. 5). Die drei Netzdiagramme bilden ab, wie häufig die an den Eckpunkten des Diagramms aufgeführten Gründe für die einzelnen Maßnahmen des Bereichs genannt wurden.

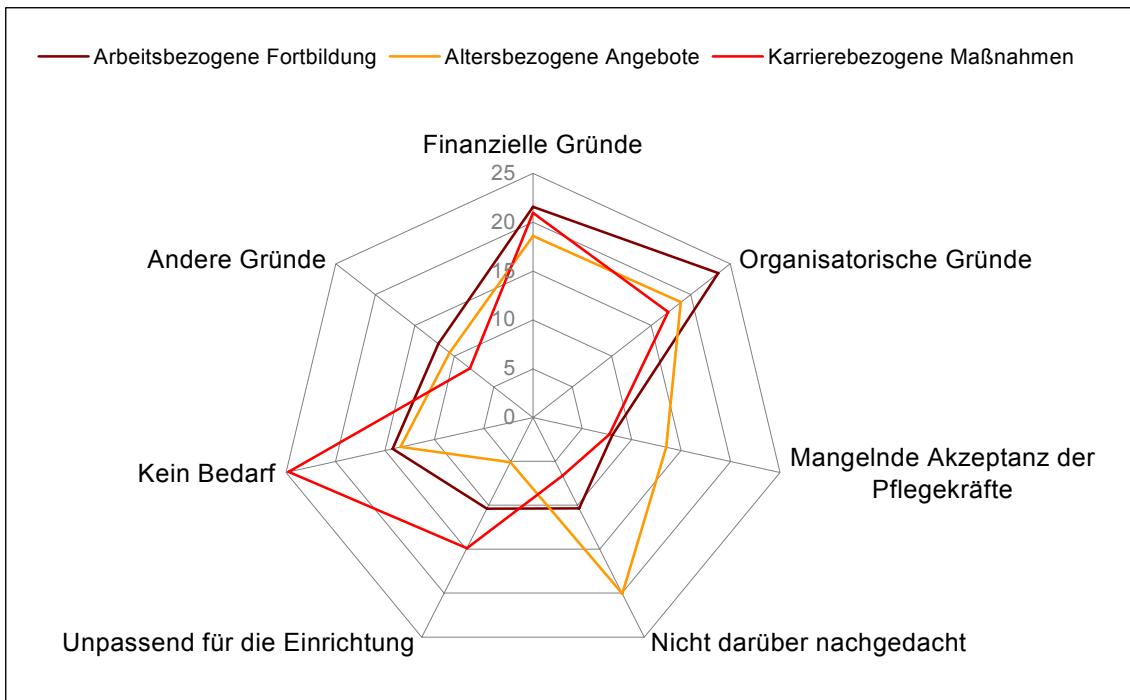
Es wird deutlich, dass das Fehlen verschiedener Angebote im Gesundheitsbereich häufig auf finanzielle Gründe zurückgeführt wird (z. B. Physiotherapie). Bezüglich der Maßnahmen zur Arbeitsorganisation werden organisatorische und finanzielle Gründe, aber auch eine mangelnde Passung zur Einrichtung oder fehlender Bedarf genannt. Für den Bereich der Fort- und Weiterbildung sind die Angaben sehr heterogen.



**Abb. 5.8** Gründe für nicht angebotene Maßnahmen im Bereich Gesundheitsförderung



**Abb. 5.9** Gründe für nicht angebotene Maßnahmen im Bereich Arbeitsorganisation



**Abb. 5.10** Gründe für nicht angebotene Maßnahmen im Bereich Fort- und Weiterbildung

Ein Teil der befragten Führungskräfte hat einige der thematisierten Maßnahmen bisher noch gar nicht in Betracht gezogen, wie beispielsweise altersbezogene Weiterbildung (20%), Gesundheitszirkel (20%), Tandems aus Jung und Alt oder altersgemischte Teams (16% bzw. 15%).

Bezüglich der vier Handlungsfelder nach ILMARINEN et al. (2002) lässt sich folgendes Resümee aus der Online-Befragung ziehen: Die befragten Einrichtungen bieten aktuell die meisten Maßnahmen im Bereich der Arbeitsorganisation, der Führung und der Qualifizierung an. Individuelle Gesundheitsförderung wird in geringerem Maße angeboten. Hervorzuheben ist, dass die Summe angebotener Maßnahmen eine hohe Variabilität zwischen den Einrichtungen aufweist. Dies bedeutet, dass manche Einrichtungen fast alles Erfragte anbieten, andere wiederum keine der Maßnahmen. Über alle Handlungsfelder hinweg wird deutlich, dass spezifische Maßnahmen für Ältere fast gar nicht bestehen.

Der Nutzen der angebotenen Maßnahmen wird durchweg als hoch eingeschätzt, jedoch ist die Nutzung dieser durch die Beschäftigten im Mittel gering. Darüber hinaus sind die Pflegekräfte selbst oftmals die stärkste Quelle des Widerstandes gegenüber vielen Maßnahmen und tragen somit maßgeblich dazu bei, dass Angebote wieder eingestellt werden. Offene Handlungsfelder, d.h. nicht angebotene Maßnahmen, gibt es in allen vier Bereichen. Als Gründe hierfür werden vorrangig finanzielle und organisatorische Gründe, aber auch Nicht-Wissen um Möglichkeiten und als gering eingeschätzter Bedarf genannt.

Einschränkend bleibt zu erwähnen, dass die erlangten Ergebnisse durch positive Stichprobenselektionseffekte beeinflusst sein könnten. Es ist davon auszugehen, dass Führungskräfte von Einrichtungen, die im Bereich alter(n)sgerechter Arbeitsgestaltung und Personalentwicklung aktiver sind, auch eher dazu bereit sind,

an Befragungen dieser Art teilzunehmen und Auskünfte zu geben, als Führungskräfte, in deren Einrichtungen wenig Derartiges getan wird. Unterstützt wird diese Annahme dadurch, dass nur knapp ein Viertel derer, die den Fragebogen aufrufen, diesen auch vollständig bearbeitet haben. Somit ist die Repräsentativität bzw. Generalisierbarkeit der Ergebnisse etwas einzuschränken. Es ist davon auszugehen, dass der Anteil der Einrichtungen mit wenigen oder keinen Aktivitäten im Bereich alter(n)sgerechter Arbeitsgestaltung und Personalentwicklung höher ist, als es sich in der Online-Befragung darstellt.

## 5.2 Interviews

Bereits nach Auswertung der ersten Interviews mit Führungskräften aus den Einrichtungen wurde deutlich, dass der demografische Wandel und die damit verbundenen Auswirkungen sehr präsent im Bewusstsein sind. Die Reaktionen der Einrichtungen darauf sind jedoch unterschiedlich und lassen sich in drei Kategorien einteilen: Unternehmen die (A) diesbezüglich keine oder nur geringfügig Maßnahmen einleiten, (B) die innerbetriebliche Veränderungen einleiten und Umstrukturierungsmaßnahmen planen bzw. teilweise durchführen oder (C), die bereits Modelle bezüglich der Erhaltung der Arbeitsfähigkeit eingeführt haben und damit arbeiten. Auch hier lassen sich die Ansatzpunkte den verschiedenen Handlungsfeldern nach ILMARINEN et al. (2002): Gesundheit der Mitarbeiter/-innen, Führung, Arbeitsorganisation und Qualifikation, zuordnen. Einrichtungen der Kategorie A vertreten überwiegend die Einstellung, dass die Beschäftigten selbst für ihre Gesundheit und die Erhaltung ihrer Arbeitsfähigkeit verantwortlich sind. Hilfsmittel werden zwar zum größten Teil zur Verfügung gestellt, spezielle oder gar aufeinander abgestimmte gesundheitsfördernde Maßnahmen werden jedoch nicht angeboten. Dies hat verschiedene Ursachen, u. a. wurde das mangelnde Interesse der Beschäftigten angegeben, sich aktiv zu beteiligen bzw. außerhalb der Dienstzeit an Maßnahmen teilzunehmen. Es können aber auch andere - organisatorische - Ursachen für die Einordnung in Kategorie A vorliegen, zum Beispiel geringe Mitarbeiterzahlen und eine Arbeitszeit von 8.00 bis 18.00 Uhr. In der Tagespflege wird überwiegend in einem Zweischichtdienst gearbeitet und es sind häufig keine schweren pflegerischen Tätigkeiten zu verrichten, da die Klienten fast ausschließlich mobil und selbstständig sind. Das stellt eine verhältnismäßig geringere Belastung für die Pflegekräfte dar, wodurch der Bedarf, laut Angaben der Interviewten nach alter(n)sgerechten Arbeitsbedingungen nur gering bis gar nicht vorhanden ist.

Von den insgesamt 38 Interviewteilnehmern lassen sich 20 Einrichtungen in die Kategorie B einordnen. In diesen Einrichtungen werden bereits verschiedene Maßnahmen, hauptsächlich auf der Ebene der Gesundheit oder der Arbeitsorganisation angeboten. In der Kategorie C befinden sich die Unternehmen die bereits erfolgreich Konzepte zur alter(n)sgerechten Personalentwicklung umgesetzt haben. Die Umsetzung umfasst hier die Analyse des IST-Zustands, die Umsetzung des Konzepts und die Überprüfung der Veränderungen (z. B. durch Qualitätsmanagement). Zu den Maßnahmen gehören u. a. Arbeitszeitmodelle, die mehr Zeit für die Regeneration bieten (z.B. Teilzeit, Jobsharing) oder das Modell der Bezugspflege („primary nurse“), wodurch die Arbeitszufriedenheit und auch die Qualität der Pflege steigen. Des Weiteren gibt es in diesen Einrichtungen ein breit

gefächertes Fort- und Weiterbildungsangebot. Teilweise wird auch mit leistungsbezogenen Bonuszahlungen oder Geschenken (z.B. in Form von Massage-Gutscheinen) gearbeitet um die Beschäftigten zu motivieren. Die Grundidee dahinter meint, dass die Beschäftigten die Pfeiler bzw. Stützen des Unternehmens sind und zufriedene Beschäftigte auch zufriedene Klienten bedeuten. Dieser These zufolge kommen zufriedene Beschäftigte gern zur Arbeit und sind weniger krank. Gleichzeitig sind sie motivierter und arbeiten in Folge dessen besser, was sich laut der befragten Führungskräfte wiederum auf die Versorgung der Klienten bzw. Bewohner auswirkt. Insgesamt lassen sich sieben Einrichtungen in diese Kategorie einordnen, wodurch sich eine Anzahl von 27 Einrichtungen ergibt, die bereits Maßnahmen bezüglich der Auswirkungen des demografischen Wandels ergriffen haben.

#### *Handlungsfeld: Gesundheit der Mitarbeiter/-innen*

Von den verschiedenen Ebenen, bei denen zum Erhalt der Beschäftigungsfähigkeit angesetzt werden kann, wird von allen Einrichtungen hauptsächlich die Verbesserung der Gesundheitssituation gewählt.

So gaben 24 Einrichtungen an, Hilfsmittel für die tägliche Arbeit zur Verfügung zu stellen. Doch auch wenn diese vorhanden sind, kommen sie in einigen Einrichtungen selten zum Einsatz. Dies liegt laut den Interviewpartnern daran, dass sich die (jüngeren) Pflegekräfte häufig auf Ihre Muskelkraft verlassen und meinen so Zeit einsparen zu können. Dass die Hilfsmittel teilweise auch erst zum Patienten geschafft werden müssen (z. B. von einem anderen Stockwerk), erschwert die Integration in den Alltag. Im Bereich der ambulanten Pflege sind es vor allem die „Überbrückungszeiten“, also die Dauer bis die Hilfsmittel von der Krankenkasse bewilligt und beim Patienten vor Ort sind, die für die Pflegekräfte starke physische Belastungen hervorrufen. Die häufigste Gesundheitsmaßnahme knüpft daher auch bei den physischen Belastungen an. Bei 22 Einrichtungen werden speziell Rückenkurse angeboten. Diese werden durch verschiedene Angebote, wie z. B. Fitness, Anti-Rauch-Trainings oder Entspannungskurse ergänzt. Knapp die Hälfte der befragten Einrichtungen (15 Einrichtungen) bieten ihren Beschäftigten Supervision an. Diese wird vor allem in den Schwerpunktbereichen wie OP, Anästhesie, Intensivstation oder Palliativstation genutzt. Häufig wird das Angebot von den Beschäftigten jedoch nicht ausreichend genutzt. So bieten einige Einrichtungen das Angebot nur nach Bedarf an. Maßnahmen, in denen die Mitarbeiter zusätzliche Zeit aufwenden und sich aktiv beteiligen müssen, werden häufig nicht angenommen. Dies wird von den Geschäftsführer/-innen oder der PDL als hervorstechendes Problem bei dem Versuch, die Gesundheit der Mitarbeiter/-innen zu verbessern, gesehen. Auch von den Experten wird das Problem der fehlenden Eigenmotivation der Pflegekräfte erkannt. Die momentanen Ansätze greifen zu kurz. Einzelmaßnahmen versanden – entweder weil sie von der Belegschaft nicht angenommen werden oder weil sie sich durch die Arbeitsorganisation nicht umsetzen lassen.

### *Handlungsfeld: Führung/Personalentwicklung*

In Bezug auf die Personalentwicklung gibt es bei den Einrichtungen den gemeinsamen Konsens, dass Erfahrung in der Pflege unerlässlich ist. Ältere Beschäftigte werden für ihre Berufspraxis und Lebenserfahrung, ihre Zuverlässigkeit, Arbeitseinstellung und Identifikation mit dem Unternehmen sehr geschätzt. Häufig werden sie auch als sozial kompetenter beschrieben im Vergleich zu jungen Pflegekräften. Diese stehen überwiegend für Flexibilität und Dynamik. Die Aussagen zur Personalgewinnung stehen hier im starken Kontrast zu den erwarteten Ergebnissen: So gaben nur vier der befragten Führungskräfte an, gezielt junge Pflegekräfte zu suchen. Meist wurde dies zudem noch durch eine gute Altersmischung begründet. Zehn der befragten Führungskräfte gaben an, gezielt ältere Beschäftigte wegen der o. g. Qualitäten einzustellen. Im Hinblick auf eine Stellenbesetzung steht bei den meisten Einrichtungen die Qualifikation von Bewerbern/-innen an erster Stelle. Ältere Bewerber/-innen werden prinzipiell gern genommen, in einigen Unternehmen (vier Einrichtungen) gibt es lediglich eine Einstellungsgrenze bei 60 Jahren.

Diese Ergebnisse wurden innerhalb der Projektgruppe hinsichtlich der verschiedenen Verzerrungen bzw. Einflussfaktoren bei der Erhebung diskutiert. Zum einen stellte sich die Frage, ob bei dem Begriff „Ältere“ unterschiedliche Alterskategorien angenommen wurden. Durch den Aufbau der Leitfragen, in denen „Ältere“ als Personen ab 45 Jahren definiert wurden, lässt sich eine mögliche Verzerrung jedoch ausschließen. Lediglich eine Verzerrung in Anlehnung an den „Healthy Worker Effekt“ scheint hier möglich. Es bewerben sich nur ältere Fachkräfte, wenn diese (noch) nicht durch die jahrelange Arbeit verschlissen worden sind. Eine physisch gesunde Pflegekraft mit umfassender Berufserfahrung wird daher als Bewerber/-in bevorzugt.

Zusammenfassend kann festgehalten werden, dass mit wenigen Ausnahmen alle Einrichtungen auf eine gute Altersmischung achten, da dies ein Zusammenwirken von Erfahrung (Alt) und Innovation (Jung) bedeutet. Die Einstellung ist in der Regel vom Altersdurchschnitt in der Einrichtung abhängig. Einige Einrichtungen haben eine große Anzahl an Beschäftigten, die in naher Zukunft in Altersrente gehen. Sie benötigen junges Pflegepersonal, um die Altersmischung noch gewährleisten zu können. In den Interviews wurde deutlich, dass in Mecklenburg-Vorpommern und Brandenburg bereits ein großer Mangel an (insbesondere jungen) Fachkräften herrscht. Dieses Problem ist in ländlichen Regionen wesentlich stärker ausgeprägt als in den Städten. In Nordrhein-Westfalen und Baden-Württemberg konnte dieser Mangel noch nicht beobachtet werden. Generell beklagen viele Einrichtungen einen Personalmangel, der jedoch überwiegend auf fehlenden finanziellen Mitteln beruht und nicht auf Fachkräftemangel.

Bezüglich der Erfassung von Belastungen oder der Gefährdungsbeurteilung führen einige Unternehmen Mitarbeiterbefragungen durch, prinzipiell gibt es aber keine spezifischen Standardmessverfahren. Hinzu kommt, dass laut Einschätzung der Experten bei 80% der Beurteilungen nur die physischen Belastungen erfasst werden. Hauptsächlich werden diese Themen innerhalb von Mitarbeitergesprächen bearbeitet. Diese werden in allen Einrichtungen, abhängig von Größe und Anzahl der Beschäftigten, durchgeführt. In großen Einrichtungen gibt es diesbezüglich feste

Vereinbarungen, zum Beispiel ein Mal pro Jahr mit allen Beschäftigten. In kleineren Einrichtungen gibt es kaum feste, sondern hauptsächlich individuelle Vereinbarungen. Eine Regelmäßigkeit ist dadurch nicht gewährleistet. Jedoch wird aber auch hier vorwiegend versucht, ein Mal pro Jahr Mitarbeitergespräche durchzuführen. Auch im Hinblick auf Themen wie Konfliktmanagement und Qualifizierungsbedarfsanalysen wird auf Mitarbeitergespräche zurückgegriffen. Standardisierte Verfahren sind vorwiegend in großen Einrichtungen zu finden. In den Kleinen werden diese Themen individuell besprochen. Ein Konfliktmanagement im eigentlichen Sinn gibt es nicht, vielmehr sollen die Beschäftigten in regelmäßigen Besprechungen Probleme zur Sprache bringen bzw. bei Bedarf einen Gesprächstermin mit der Pflegedienstleitung vereinbaren.

Expertenmeinungen bestätigen die hier vorliegenden Erkenntnisse. Die Arbeit mit oder für Ältere verläuft häufig noch unkoordiniert und vereinzelt. Ältere sind zwar im Unternehmen gewollt, aber noch nicht gezielt in der Personalentwicklung berücksichtigt. Einige Führungskräfte sind offen für diese Thematik und unterstützen die individuelle Entwicklung des Einzelnen, jedoch hauptsächlich ohne System. Einer der Gründe hierfür mag darin liegen, dass oft Jüngere die Mitarbeitergespräche führen oder für das Qualitätsmanagement verantwortlich sind. Dadurch, dass jüngere Beschäftigte von der Problematik der Älteren nur indirekt betroffen sind, sind sie naturgemäß noch nicht ausreichend für die Thematik sensibilisiert.

#### *Handlungsfeld: Arbeitsorganisation*

Im Bereich der Arbeitsorganisation werden in den befragten Einrichtungen ebenfalls alter(n)sgerechte Vereinbarungen getroffen. Es finden sich insgesamt jedoch weitaus weniger Ansätze, als dies bei der Gesundheitsförderung der Fall ist.

Die häufigste Einflussnahme besteht darin, die Dienstplangestaltung bzw. in ambulanten Einrichtungen die Tourzusammenstellung an ältere Beschäftigte und ihre Belastbarkeit anzupassen. Dies ist jedoch nur möglich, wenn die Personalsituation dies zulässt. In größeren, vor allem stationären Einrichtungen (vier Einrichtungen) wird umgesetzt, dass Beschäftigte ab 50 Jahre keinen Nachtdienst mehr leisten müssen. In kleineren Unternehmen wird darauf geachtet, dass zum Beispiel nur zwei bis drei Klienten mit kompletter grundpflegerischer Versorgung in einer Tour (ambulante Pflege) bzw. in einem Versorgungsbereich (stationär) von älteren Pflegekräften zu betreuen sind. Generell bemühen sich die Einrichtungen Überstunden oder Mehrstunden (bei Teilzeitkräften) zu vermeiden. In der Regel sollen sie durch Freizeit ausgeglichen werden.

Im Rahmen der Arbeits- und Schichtgestaltung werden ältere Beschäftigte (zwölf Einrichtungen) und solche mit kleinen Kindern (vier Einrichtungen) sowie individuelle Wünsche (zehn Einrichtungen) nach Möglichkeit berücksichtigt. Feste Verabredungen zum Thema Vereinbarkeit von Familie und Beruf gibt es nur selten. Verbindliche Freizeit und Pausen werden durch das Arbeitszeitgesetz geregelt, wobei die Pausen vorwiegend an die verschiedenen Arbeitsabläufe angepasst und individuell innerhalb der Stationsteams geregelt werden mit der Prämisse, nach spätestens vier Stunden eine Pause zu machen. Von den insgesamt 38

Interviewteilnehmern gaben nur zwei explizit an, feste Pausenzeiten vereinbart zu haben und auch einzuhalten.

Bei der pflegerischen Arbeit kommt es immer wieder zu Unterbrechungen im Arbeitsablauf, die als gravierende Störfaktoren wahrgenommen werden. Um Arbeitsabläufe zu optimieren, werden häufig regelmäßige Teambesprechungen durchgeführt. Zusätzlich gaben sechs Einrichtungen an, ein Schnittstellenmanagement umzusetzen.

Alternative Arbeitsmodelle finden sich in den befragten Einrichtungen nur selten. So führen nur drei Einrichtungen Bezugspflege durch und zwei haben alternative Arbeitszeitmodelle eingeführt.

Eine weitere Möglichkeit der Arbeitsorganisation bietet die Jobrotation (7 Einrichtungen), die jedoch bei den Beschäftigten auf Ablehnung stößt. Viele Beschäftigte haben Hemmungen auf einer anderen Station oder in einem anderen Bereich neu anzufangen, speziell solche, die schon mehrere Jahre in dem gleichen Bereich arbeiten.

Auf den ersten Blick erstaunlich ist die Häufigkeit von altersgemischten Teams. Bei einer genaueren Betrachtung lässt sich allerdings feststellen, dass diese natürlich gewachsen und nicht aufgrund von strategischen Überlegungen entstanden sind. Weiterhin stellt sich dadurch die Frage, ob das Prinzip der altersgemischten Teams in den zukünftigen Jahren in Anbetracht mangelnder junger Pflegekräfte überhaupt aufrecht erhalten werden kann.

Ein großer Belastungsfaktor im Bereich der Arbeitsorganisation ist die Dokumentation. Diese wird von den Pflegekräften als sehr störend empfunden. Zudem wird von zehn Einrichtungen der Dokumentationsaufwand als steigend wahrgenommen. Eine Umstrukturierung, um Pflegekräfte von Dokumentations-tätigkeiten oder einfachen Hilfstätigkeiten zu entlasten erscheint sinnvoll und wurde in einigen Einrichtungen (der Kategorie C) bereits umgesetzt. In einigen Einrichtungen wurden Hilfskräfte eingestellt, die pflegeferne Aufgaben, wie zum Beispiel die Essensverteilung oder das Bettenmachen übernommen haben. Andere Unternehmen haben die Stelle einer Stationssekretärin geschaffen, wodurch zusätzlich die Möglichkeit besteht, Mitarbeiter/-innen, die nach Krankheit oder aufgrund des Alters nicht mehr in der Pflege arbeiten können oder wollen, in den Arbeitsalltag zu reintegrieren.

Auch die Experten sehen bei der Dienstplangestaltung große Handlungsmöglichkeiten. So könnte z. B. durch den vermehrten Einsatz von EDV-Technik die Touren-, oder Schichtplanung individueller auf die Bedürfnisse der (älteren) Beschäftigten abgestimmt werden. Gleichzeitig könnte die Dokumentation durch Computertechnik vereinfacht und erleichtert werden. Sinnvoll erscheint es auch eine ausgearbeitete Aufgabenteilung umzusetzen. So können Helfer für die Dokumentation oder die einfachen Tätigkeiten (z. B. Essensausgabe, Betten machen) eingesetzt werden, die eigenverantwortlich diese Aufgaben übernehmen.

Als einen großen Belastungsfaktor werden bei den Experten ebenfalls die verschiedenen Unterbrechungen und Störungen des Arbeitsablaufs eingeschätzt. Zum einen werden häufig „viele Wege umsonst gemacht“, was bedeutet, dass durch einfache organisationale Veränderungen Wege eingespart werden könnten. Doch der Umgang mit Störfaktoren wird allgemein bemängelt. Sicherlich ist die Arbeit am Menschen nicht vollständig plan- und kalkulierbar, doch fehlt den Pflegekräften häufig die Kompetenz Unterbrechungen in „wichtig“ und „dringend“ zu unterscheiden. So werden Unterbrechungen bei einem laufenden Arbeitsprozess zugelassen (z. B. ein Telefonanruf während einer Pflegehandlung), die unweigerlich zu Verzögerungen und einer erhöhten Belastung der Person führen. Häufig werden auch die Pausen nicht als Pausen wahrgenommen, da es keine fixen Pausenregelungen gibt. Damit eine Pause wirklich regenerativ wirken kann, darf diese nicht unterbrochen werden. Hier sollte ein räumlicher Abstand zur Arbeit, zum Beispiel durch einen separaten Pausenraum geschaffen werden.

### *Handlungsfeld: Qualifizierung*

In der Pflegebranche gibt es eine gesetzlich geregelte Fortbildungspflicht. Jedoch können die Fortbildungen unterschiedlich gestaltet werden. So bieten bei den befragten Einrichtungen immerhin neun Einrichtungen einen individuell nach den Wünschen der Mitarbeiter/-innen abgestimmten Fortbildungskatalog an. Der Umfang des Angebots ist abhängig von der Größe des Unternehmens sowie dem bestehenden Bedarf. Wenn zum Beispiel bestimmte Pflegefälle auftreten, werden gezielt Fortbildungen für diesen Bereich angeboten. Das Angebot wird überwiegend durch die Pflegedienstleitung, in manchen Einrichtungen auch im Rahmen des Qualitätsmanagements erarbeitet und zusammengestellt. Der Pflegeberuf stellt eine starke physische und psychische Belastung dar. Wenn Fortbildungsveranstaltungen außerhalb der Dienstzeit stattfinden, dann werden sie von den Beschäftigten, insbesondere von älteren Mitarbeiter/-innen, ungern angenommen. Ebenfalls erschwert ein Schichtdienst eine regelmäßige Teilnahme an Veranstaltungen. Auch Qualifizierungsmaßnahmen, zum Beispiel die Weiterbildung zur Pflegedienstleitung (von 21 Einrichtungen angeboten), werden überwiegend von jüngeren Beschäftigten wahrgenommen, wobei hier Persönlichkeitsvariablen eine Rolle spielen. So möchten manche Beschäftigte ab einem bestimmten Alter keine Karriere mehr machen oder aber sie wollen generell die Verantwortung einer PDL nicht übernehmen. Zudem sind diese Qualifizierungsmaßnahmen überwiegend externe Veranstaltungen, die teilweise über einen längeren Zeitraum andauern. Vor allem Beschäftigte, die familiär bereits sehr eingebunden sind, können oder wollen diese Investition nicht machen. Die unzureichende Nutzung des Angebots lässt sich demnach nicht nur auf mangelndes Interesse zurückführen. Einige Einrichtungen bieten zusätzlich zu den gängigen internen und externen Weiterbildungsveranstaltungen den Beschäftigten die Möglichkeit, sich im Selbststudium weiterzuentwickeln. So werden zum Beispiel Literatur oder Fachzeitschriften angeboten, die ausgeliehen werden können. Zwei Einrichtungen bieten sogar E-Learning Programme an. Diese Art der Fortbildung wird vor allem von Beschäftigten mit kleinen Kindern sehr gern genutzt, könnte jedoch auch bei der Fortbildung älterer Beschäftigter eine Rolle spielen.

Der Begriff des Lernens ist heute, nach Einschätzung der befragten Experten, zu eng gefasst. Vielmehr müssen verschiedene Ansätze gewählt werden. Diese umfassen zum Beispiel das Lernen am Modell, hier wird z. B. die Beobachtungskompetenz gefordert. Gleichzeitig ist Erfahrungswissen, das nur aktiv erworben werden kann, von großer Bedeutung. Dabei wird die Problematik, dass Pflegekräfte sich ungern (selbständig) fortbilden (v. a. Ältere) ebenfalls erkannt. Hier könnte ein Lernen in Modulform, mit kleinen Moduleinheiten gut greifen. Werden die Fort- und Weiterbildungen in das Qualitätsmanagement integriert, könnte der Qualifizierung über die gesetzlichen Bestimmungen hinaus, eine zentrale Rolle eingeräumt werden.

Wie bereits zu den Ergebnissen der Online-Befragung angemerkt wurde, ist auch bezüglich der Interviewergebnisse von einem positiven Selektionseffekt der Stichprobe und einem überproportionalen Anteil positiver Rückmeldungen auszugehen (siehe Abschnitt 5.2). Es muss angenommen werden, dass der Stellenwert und die Anwendung von Maßnahmen alter(n)sgerechter Arbeitsgestaltung und Personalentwicklung in deutschen Pflegeeinrichtungen insgesamt weniger positiv ausfällt, als es die Ergebnisse der Interviews nahe legen.

### 5.3 Open Space

Schon zu Beginn der Machbarkeitsstudie „Demografischer Wandel in der Pflege“ wurde an zahlreichen Reaktionen deutlich, wie wichtig und aktuell dieses Thema ist. Daher sollten Führungskräfte, Personalverantwortliche und Expert/-innen die Gelegenheit erhalten, miteinander ins Gespräch zu kommen. Unter dem Motto: *„Was können wir dafür tun, dass unsere älteren Beschäftigten gut arbeiten und gesund in Rente gehen können?“* waren Fach- und Führungskräfte eingeladen, Interessen und Bedürfnisse aber auch Hinderungsgründe einzubringen. Dabei ging es um folgende Fragen:

- Wie kann der demografische Wandel in der Pflege gestaltet werden - auch unter schwierigen Bedingungen?
- Wie werden und wollen wir arbeiten, wenn der Altersdurchschnitt im Betrieb bei über 50 Jahren liegt?
- Welche Ideen und Vorstellungen haben Sie im Bereich der Arbeitsorganisation, der Gesundheitsförderung, zukünftiger Innovationen und Herausforderungen?

Folgende Anliegen wurden dann in sieben Kleingruppen intensiv diskutiert:

1. Neue Aufgabenfelder für Pflegekräfte, die nicht mehr am Bett arbeiten können
2. Angebotspaket, um Arbeit im Alter angenehm zu machen – gesundheitsfördernde Maßnahmen nicht erst im „hohen“ Alter
3. Erkennen + Anerkennen von Grenzen
4. Potenziale und Defizite älterer Mitarbeiter
5. Umgang mit schwerbehinderten Mitarbeiter – Grenzen für Entlastung der Älteren
6. Offenes Gespräch: Entlastung Mitarbeiter / Betriebsklima / innerbetriebliche Kommunikation / gesetzliche Vorgaben

## 7. Erfahrung mit betrieblichem Gesundheitsmanagement

Die Ergebnisse wurden in allen Workshops festgehalten und in einer Dokumentation zusammengetragen, die allen Beteiligten schon am Nachmittag zur Verfügung gestellt werden konnte. Eine gemeinsame Leserunde bot Gelegenheit zu Rückfragen an die anderen Gruppen und ggf. zu Ergänzungen. Die Teilnehmer/-innen äußerten sich sehr zufrieden über die Arbeitstagung und fanden auch die Methodik ansprechend, um wichtige Themen aus der eigenen Praxis zu diskutieren. Aus der Runde wurde die Anregung gegeben, dieses Angebot gelegentlich zu wiederholen, um so die Handlungsbedarfe von Fach- und Führungskräften besser zu erfassen und die Vernetzung von betrieblichen Praktikern, die sich intensiv mit dem Thema „Gesund pflegen“ auseinander setzen, Raum zu geben.

Die Ergebnisse aus der Veranstaltung greifen wesentliche Beobachtungen und Problemstellungen aus dem Bereich der alters- und altersgerechten Personalentwicklung auf (eine detaillierte Übersicht über die einzelnen Stellungnahmen ist als Anlage in Anhang 4 beigefügt).

So trug die **erste Arbeitsgruppe** eine ganze Reihe von Möglichkeiten zusammen, wie und wo alternative Einsatzmöglichkeiten für ältere Pflegekräfte geschaffen werden können, wenn die Beanspruchungen altersbedingt zunehmen. Im hoch qualifizierten Arbeitsfeld der Pflege setzt jedoch die Übernahme neuer Aufgaben zumeist den Erwerb zusätzlicher und/oder neuer Kompetenzen voraus. Da es – insbesondere in kleinen und mittleren Unternehmen (KMU) – keine Schonarbeitsplätze gibt, muss eine veränderte Laufbahngestaltung rechtzeitig in Angriff genommen werden. Dies erfordert vorausschauendes Handeln bei Beschäftigten und Führungskräften. Alternativen müssen zeitig geplant werden und „nicht erst dann, wenn jemand schon lange krank ist“.

Die **zweite Gruppe** konzentrierte sich auf Fragen der Arbeitsorganisation. Hier wurde deutlich, dass Führungskräfte, die für Belegschaften mit höherem Durchschnittsalter Verantwortung tragen, Gestaltungsmöglichkeiten besser nutzen können, um übermäßiger Belastung vorzubeugen. Ob man hier die Dienstplangestaltung nimmt (geregelter Rhythmus, Pausen...) oder einen strengen Blick auf die Frage wirft, ob und wie viel Mehrarbeit notwendig ist, die Erfahrungen zeigen, dass auch im Bestehenden eine alter(n)sgerechte Personalarbeit beginnen kann, wenn es die Unternehmensleitung will. Einig war man sich, dass in Zukunft die Flexibilität der Beschäftigten verbessert werden muss (auch wenn es hier mitunter Widerstände gibt, weil lieber mit dem eingespielten Team gearbeitet und die Herausforderung neuer Aufgaben und Kollegen gescheut wird).

**Arbeitsgruppe drei** befasste sich mit dem Erkennen und Anerkennen von Grenzen. Dieser Aspekt ist in unserer Gesellschaft, für die häufig „mehr, schneller, besser“ zählt, ein wichtiger Punkt. Sich auf die Leistungsfähigkeit und die Gesundheit zu besinnen, kann auch erfordern, auf Manches zu verzichten, was vielleicht heute noch als unabdingbar gilt (z. B. ausufernde Dokumentationspflichten). Möglicherweise lohnt es sich hier, sich Errungenschaften, wie ein gutes Betriebsklima oder Achtsamkeit im Umgang mit älteren und jungen Beschäftigten zu vergegenwärtigen

und gemeinsamen Aktivitäten wie Feste und Feiern (anstatt nur „gemeinsamem Stress“) mehr Aufmerksamkeit zu widmen.

Die **vierte Arbeitsgruppe** befasste sich mit den Kompetenzen und Defiziten älterer Beschäftigter. Ein Punkt, der verbessert werden muss, ist die Selbstpflegekompetenz. Dazu gehört neben der Auseinandersetzung mit psychischen Belastungen und der Notwendigkeit ausreichender Erholungszeiten auch die Frage der technischen Entwicklung (Hilfsmittel, EDV), bei der z. T. Vorbehalte bei den Älteren festgestellt wurden. Gesehen wurde das Potenzial älterer Berufsrückkehrer/-innen, die neben der Lebenserfahrung häufig eine aktuelle Aus- oder Weiterbildung im pflegerischen Bereich mitbringen. Diese sind bei den Unternehmen sehr begehrt, bemängelt wurde jedoch, dass die Zugangsmöglichkeiten für Quer- und Neueinsteiger/-innen zu kompliziert sind.

Die **fünfte und sechste Arbeitsgruppe** befassten sich mit den Möglichkeiten, schwerbehinderte Beschäftigte zu halten und Entlastungsmöglichkeiten zu nutzen bzw. zu schaffen. Gerade in Berufen, die lang andauernde körperliche Belastungen aufweisen, ist vor dem Hintergrund der „Rente mit 67“ mit einem steigenden Anteil von Beschäftigten mit erworbenen Schwerbehinderungen zu rechnen. Zudem müssen die Betriebe darauf vorbereitet sein, dass Belastungen Spuren hinterlassen und immer wieder Maßnahmen zur Begrenzung und zur Entwicklung neuer Motivation erforderlich sind. Bestehende Rahmenbedingungen (Zunahme multimorbider Patienten) und Strukturen müssen kritisch betrachtet und Alternativen entwickelt werden.

Die **siebte Arbeitsgruppe** setzte sich kritisch mit den Erfahrungen im betrieblichen Gesundheitsmanagement auseinander. Konstatiert wurde, dass viele (gut gemeinte) Ansätze zu wenig effektiv sind und viele Angebote die Beschäftigten kaum erreichen. Auch in der Fragebogenerhebung und den Expertengesprächen wurde deutlich, dass isolierte Maßnahmen im Bereich des Gesundheitsschutzes und der Gesundheitsförderung nicht die erhofften Effekte zeigen. Vielmehr ist hier eine systematischere Herangehensweise erforderlich, die unterschiedliche Handlungsfelder berührt.

#### 5.4 Expertenworkshop

Die insgesamt fünf Arbeitsgruppen diskutierten die drei nachfolgenden Themen:

- zukünftiger Forschungs- und Handlungsbedarf im Themenfeld „Gesund Pflegen“
- Instrumente/Maßnahmen in den verschiedenen Einrichtungen des Gesundheitswesens zum Umgang mit dem demografischen Wandel
- Wie gestaltet sich die Zukunft der Pflege?

Die beabsichtigten Überschneidungen zwischen den Leitthemen gestatten, die Ergebnisse zusammenfassend nach den bewährten Handlungsfeldern (Gesundheit der Mitarbeiter/-innen, Arbeitsorganisation / Arbeitsinhalt, Qualifizierung) darzustellen.

Das bisher beschriebene Handlungsfeld Führung/Personalentwicklung spielte bei dem Expertenworkshop nur eine untergeordnete Rolle, daher wird auf eine separate Nennung im Folgenden verzichtet.

### *Handlungsfeld: Qualifizierung*

Grundständige Ausbildung, berufsbezogene Weiter- und Fortbildungen realisieren im Idealfall das Prinzip des lebenslangen Lernens. Erforderlich ist jedoch ein systematisches und kontinuierliches Vorgehen, das sich zunächst an alle Altersgruppen richtet. Bezogen auf ältere Pflegekräfte ist zu konstatieren, dass Ältere generell seltener in Weiter- und Fortbildungsmaßnahmen integriert sind als Jüngere (vgl. ROSENBLADT et al., 2008). Es ist offen, ob dies durch eine geringere Weiterbildungsbereitschaft dieser Beschäftigtengruppe determiniert ist oder ob älteren Beschäftigten durch die Einrichtungen seltener Qualifizierungen angeboten werden. Unabhängig davon – Ältere haben somit seltener Erfahrungen mit strukturierter Weiterbildung, sind also weniger „lerngewohnt“. Qualifizierungsmaßnahmen werden häufig als zu „theorielastig“ angesehen, sie knüpfen nicht an das praktische Erfahrungswissen der Beschäftigten an. Gefordert werden innovative Bildungs- und Lernformen im Handlungsfeld, die sowohl den erworbenen beruflichen Kompetenzen Rechnung tragen, wie auch altersgerechte didaktische Vermittlungsprozeduren einschließen (z. B. kleinere Lerneinheiten, häufigere Rückmeldungen zu Lernfortschritten, Beteiligung an der Auswahl der Lerninhalte). Die sinnfällige Verbindung zur täglichen beruflichen Tätigkeit ist gerade für die Älteren substantiell wichtig, um die individuelle Lernbereitschaft zu fördern. Gemeinsam mit den Experten wurden folgende Entwicklungsbedarfe in diesem Feld abgeleitet:

#### **Entwicklung innovativer Weiterbildungsformen**

Der systematisierte Wissens- und Erfahrungstransfer von älteren zu jüngeren Pflegekräften (Mentoring, Tandemkonzepte) unterstreicht den „Expertenstatus“ der Älteren und fördert damit wiederum die individuelle Weiterbildungsbereitschaft. Darüber hinaus sollten durch die Einrichtungen geeignete Anreize zur berufsbezogenen Weiterbildung geschaffen werden. Finanzielle Anreize sind wünschenswert, aber schwierig zu realisieren, deshalb kommt den nichtmonetären Anreizen (Anerkennung, Wertschätzung) eine Schlüsselfunktion zur Entwicklung und Aufrechterhaltung der Lernmotivation zu.

Die Möglichkeiten von Aufstiegsqualifikationen sind im Pflegeberuf begrenzt, zudem streben nur wenige ältere Pflegekräfte Leitungsfunktionen an. Mehr Aufmerksamkeit sollte auch aus diesem Grunde auf Erweiterungen/Spezialisierungen des Aufgabenspektrums innerhalb des Berufsbildes gerichtet werden, um horizontale Berufskarrieren zu eröffnen. Case-Management, Beratung in Pflegestützpunkten, Beratung pflegender Angehöriger, Unterweisung und Mentoring von „pflegefremden“ Personen (Zivildienstleistende, Jugendliche im FSJ), primary nursing, Dokumentationsassistenten u. ä. sind hier zu nennen. Die Notwendigkeit von

Bildungsberatung im Rahmen von Personalentwicklungsgesprächen wurde betont.

### **Alternative, neue Aufgaben im Berufsfeld**

Grundsätzlich wurde die Zweckmäßigkeit des gegenwärtigen Ausbildungssystems auf dem Hintergrund künftiger Aufgaben in der Pflege kritisch diskutiert. Insbesondere werden die eingeschränkten Aufstiegsmöglichkeiten, das Defizit bezüglich modularisierter Ausbildungen mit intensiven Praxisphasen sowie die Schwierigkeiten für eine Integration von „Quereinsteigern“ in das Berufsfeld problematisiert. Auch die mangelnde Transparenz und Durchlässigkeit im Bereich der Fachhochschul- und Hochschulausbildung (z. B. „Studieren ohne Abitur“) wurde bemängelt. Eine eindeutige Bewertung der Zukunftsfähigkeit des Modellprojekts des BMFSFJ „Pflege in Bewegung“ (generalistische Ausbildung mit anschließender Spezialisierung) scheint den Diskutanten noch nicht möglich.

### *Handlungsfeld: Gesundheit der Mitarbeiter/-innen*

Interventionen zur Förderung der Gesundheit von Pflegekräften sind in vielen Einrichtungen des Gesundheits- und Sozialwesens bekannt und werden – als Einzelmaßnahmen – nicht selten praktiziert. Im Workshop wurden vor allem die Gründe für die mangelnde Akzeptanz und Nutzung der in den Einrichtungen angebotenen oder durch sie vermittelten und unterstützten externen Maßnahmen diskutiert. Neben arbeitsorganisatorischen, finanziellen und zeitlichen Gründen wird vermutet, dass mangelnde Motivation und Bereitschaft der Pflegekräfte eine erhebliche Rolle spielt.

Sowohl für das Handlungsfeld Qualifizierung wie für das Handlungsfeld Gesundheit wird die Entwicklung von wirksamen Anreizsystemen (nicht nur für Ältere!) als Entwicklungsbedarf abgeleitet.

### **Entwicklung und Evaluation der Wirksamkeit von Anreizsystemen**

Prinzipiell sind Gratifikationen als positive Anreize Sanktionen vorzuziehen; positive Bekräftigungen sind lern- und motivationsförderlicher zur Änderung und Aufrechterhaltung des erwünschten gesundheitsrelevanten und qualifizierungsorientierten Verhaltens. Da direkte finanzielle Belohnungen (z.B. Bonussysteme in Form von Gehaltszuschlägen/Prämien) schnell an Grenzen stoßen werden, gewinnen immaterielle Gratifikationen (z.B. Anerkennung, Wertschätzung) und auch geldwerte Leistungen (z.B. Beteiligung des Unternehmens an Kursgebühren, Arbeitszeitfreistellungen) höhere Bedeutung.

### *Handlungsfeld: Arbeitsorganisation / Arbeitsgestaltung*

Die Fertigkeiten älterer Pflegekräfte im Umgang mit den bereits vorhandenen Computern wird für verbesserungsbedürftig gehalten, mehr noch, für diese Altersgruppe wird vermutet, dass durch die Dokumentation mit Hilfe von Computern eher eine Be- als Entlastung entsteht. Zudem scheint die Akzeptanz für Informations- und Kommunikationstechnologien auch deshalb gering, weil sie gerade von Älteren als eine Tätigkeit wahrgenommen wird, die nichts mit dem eigentlichen „Kerngeschäft“ der Pflege zu tun hat. Voraussetzung ist, dass die eingesetzte Software tatsächlich den notwendigen Dokumentationsbedarf unterstützt und damit die Pflegekräfte entlastet. Praxisnahe Schulungen und dem individuellen Lerntempo angepasste Trainings für Ältere sollten Abhilfe schaffen.

Technische Hilfsmittel und Geräte, die vor allem der Sicherheit der Bewohner/Betreuten (auch in der häuslichen Umgebung) dienen, sind noch nicht flächendeckend im Einsatz. Ebenso sind pflegeunterstützende Technologien wie z. B. die Ansätze des Ambient Assisted Living oder der Einsatz von Robotern noch im Experimentierstadium. Dringend zu empfehlen wäre eine rechtzeitige Technikfolgenabschätzung. Dies bedeutet auch, den tatsächlichen Bedarf unter Berücksichtigung der Bedürfnisse der zu Pflegenden kritisch zu hinterfragen. Daraus wurde der nachfolgende Entwicklungsbedarf abgeleitet:

#### **Seniorenwirtschaft und Technikfolgenabschätzung**

Die jetzige Generation der Pflegebedürftigen, die im häuslichen Umfeld verbleiben möchte, ist im Umgang mit Informations- und Kommunikationstechnologien weniger geübt. Deshalb scheint im Bereich der Ambient Assisted Living die auf diese Gruppe zugeschnittene Nutzerfreundlichkeit (Usability) besonders vordringlich zu lösen. Die Teilnehmer stimmten allerdings mehrheitlich überein, dass die Verantwortung für technische Lösungen nicht im Zuständigkeitsbereich des Arbeitsschutzes liegt, jedoch einer Zusammenarbeit mit den potenziellen Nutzern bedarf.

Weitere Themen wurden im Workshop nur angesprochen und nicht vertiefend diskutiert. Daher sollen diese hier nur genannt werden:

- Im Zusammenhang mit Konzepten der integrierten Pflege sind Weiterbildungen zum *Case- und Care-Management* vorzusehen. Darüber hinaus wird es notwendig, die Aufgabenbereiche der Pflegekräfte durch zunehmenden Bedarf an Beratungsleistungen zu erweitern.
- Andere Vorschläge befassten sich mit einer *Änderung der Aufgabenzuschnitte* der Pflegekräfte zum einen durch Delegation von (ärztlichen) Teilaufgaben an die Pflege, zum andern durch die Übernahme administrativer Aufgaben (z. B. Qualitäts-, Fehlermanagement, Dokumentationsassistenz).
- Ältere Pflegekräfte hätten durch die *Einführung von Misch Tätigkeiten* die Chance, von schwerer körperlicher Arbeit teilweise entlastet zu werden. Es ist jedoch zu erwarten, dass pflegefremde Tätigkeiten nicht ohne weiteres akzeptiert werden.

## IV Fazit

### 6. Schlussfolgerungen und Handlungsempfehlungen

#### 6.1. Zusammenfassung der Ergebnisse

Ziel dieser Machbarkeitsstudie ist es, Empfehlungen für Modellvorhaben im Bereich Demografie und Pflege abzuleiten, die dazu beitragen können, in Zukunft den Erhalt und die Förderung der Arbeits- und Beschäftigungsfähigkeit von Pflegekräften maßgeblich zu verbessern. Mithilfe einer umfassenden Literaturanalyse und der Befragung von Experten aus Forschung und Praxis der Pflege wurde eine breite Basis an Ergebnissen zur Ableitung zukünftiger Forschungs- und Handlungsbedarfe geschaffen.

Es kann festgehalten werden, dass der demografische Wandel in Deutschland zu drei zentralen, den Arbeitsmarkt unvermeidlich beeinflussenden Veränderungen führen wird: Der steigende Anteil älterer und die Abnahme jüngerer Gesellschaftsmitglieder wird zu einer Verringerung des Erwerbspersonenpotenzials führen und eine noch gravierendere Abnahme an zur Verfügung stehenden Fachkräften nach sich ziehen. Außerdem wird sich das Durchschnittsalter der arbeitenden Bevölkerung insgesamt erhöhen.

Dies wird auch für das Gesundheitswesen in Deutschland und seine circa 4,5 Millionen Beschäftigten nicht ohne Folgen bleiben. Die beschriebenen Belastungen in Pflegeberufen – insbesondere durch hohe Arbeitsmengen, beanspruchende Arbeitsinhalte und schädliche Umwelteinflüsse – werden sich deutlicher als bisher in pflegetypischen Berufskrankheiten, wie Haut-, Wirbelsäulen- und Infektionserkrankungen, manifestieren. Ebenso zu erwarten ist ein Anstieg der Häufigkeit des Burnout-Syndroms und psychischer Erkrankungen. Den vielfältigen Belastungen stehen allerdings auch Ressourcen aus der Pflegetätigkeit gegenüber, die tätigkeitssimmanentes Potenzial zur Kompensation der Belastungen bergen. Das positive Einschätzen der Bedeutung der eigenen Tätigkeit und die instrumentelle und emotionale Unterstützung durch Kollegen und Vorgesetzte sind diesbezüglich von besonderer Bedeutung.

Das Bewusstsein, dass der demografische Wandel begonnen hat und nachhaltig die Arbeits- und Beschäftigungsfähigkeit verändert, ist bei den meisten Pflegeeinrichtungen vorhanden. Nicht selten fehlt es jedoch an Informationen und praxistauglichen Handlungsstrategien, um auf diese Umstände zu reagieren. In erster Instanz ist hierbei wichtig, Vorurteile abzubauen und die besonderen Kompetenzen und Vorzüge älterer Beschäftigter herauszustellen. Prospektive Investitionen in die gesamte Belegschaft sind sinnvoll, um das lebenslange Lernen zu fördern, Fachkräfte frühzeitig an das Unternehmen zu binden, dadurch das Erfahrungswissen langjähriger Beschäftigter im Unternehmen zu halten und nutzbar zu machen und Ältere dabei zu unterstützen, altersbedingte Einschränkungen durch adaptierte Unternehmensstrukturen besser kompensieren zu können.

Konkrete Ansatzpunkte zur Begegnung der demografischen Entwicklungen in Pflegeeinrichtungen bestehen auf allen personalen und strukturellen Ebenen. Ausgangspunkt jeglicher Intervention sollte die Analyse der vorliegenden Alterstruktur sein, um den spezifischen Bedingungen und Bedürfnissen einzelner Einrichtungen durch strategisches Personalmanagement gezielt zu begegnen. Ebenso elementar ist es, die Pflegekräfte selbst für das Thema Alter, Gesundheit und die Notwendigkeit aktiven sowie eigenverantwortlichen Handelns zu sensibilisieren. Der Erfolg jeglicher Maßnahmen zur Gesundheitsförderung oder Qualifizierung hängt maßgeblich davon ab, dass die Pflegekräfte diese auch effektiv nutzen. Hier ist Handlungsbedarf gegeben.

Zahlreiche Gestaltungsmöglichkeiten bieten sich des Weiteren in der Arbeitsorganisation: Arbeitsaufgaben sollten so umgestaltet und verteilt werden, dass das Erfahrungswissen Älterer effektiv weitergegeben (wie beispielsweise in altersgemischten Teams) oder mögliche physische Defizite ausgeglichen werden können. Zur Verbesserung der individuellen Widerstandsfähigkeit gilt es allgemein, Stressoren durch die Tätigkeit zu reduzieren und gleichzeitig die genannten Ressourcen, v. a. die der sozialen Unterstützung, zu optimieren. Der gesamte Anpassungsprozess der Pflegeeinrichtungen an die Erfordernisse der sich wandelnden Beschäftigungssituation muss maßgeblich durch dazu befähigte Führungskräfte initiiert und gestaltet werden.

In jedem Fall muss das Vorhaben, den Entwicklungen des demografischen Wandels entgegenzutreten, in der Unternehmenskultur der Pflegeeinrichtungen verankert sein, damit es systematisch auf allen personalen und strukturellen Ebenen Umsetzung finden kann. Durch ein gezieltes und in das Unternehmen integriertes Employability Management könnte diesen Anforderungen umfassend begegnet werden.

Damit das Beschriebene auf der Mikroebene der Pflegeeinrichtungen geschehen kann, muss auch auf der gesundheitspolitischen Makroebene von Einrichtungsträgern, übergeordneten Institutionen und Verbänden über Veränderungen und Unterstützungsmöglichkeiten nachgedacht werden. Mögliche Themen sind hierbei die Erleichterung des Zugangs zu Pflegeberufen, das Etablieren systematischer Maßnahmen zur Wiedereingliederung zeitweilig aus dem Beruf ausgeschiedener Pflegekräfte, und die sowohl finanzielle als auch strukturelle Förderung einzelner, möglicherweise einrichtungsübergreifender Programme zur Qualifizierung von Beschäftigten und Führungskräften, Maßnahmen der Arbeitsorganisation oder Möglichkeiten der Gesundheitsförderung.

## **6.2. Identifizierte Problembereiche**

Ausgehend von den Ergebnissen der Expertengespräche, den Interviews mit den Einrichtungsleitern, der Fragebogenerhebung sowie der Literaturanalyse konnten entsprechend den vier Handlungsfeldern nach ILMARINEN et al. (2002) spezifische Problemlagen herausgearbeitet und dementsprechende Handlungs- und Entwicklungsbedarfe abgeleitet werden (siehe Tabelle 6.2.1 – 6.2.4). Auf Basis dieser Ausarbeitung werden im Anschluss an jedes Handlungsfeld mögliche Modellvorhaben vorgeschlagen.

<b>Tab. 6.1 Handlungsfeld: Gesundheit der Mitarbeiter/-innen</b>	
<b>Problemlage</b>	<b>Handlungs- und Entwicklungsbedarfe</b>
In den Befragungen und Interviews wurde mehrheitlich angenommen, dass die Kosten für Maßnahmen der Gesundheitsförderung in angemessener Relation zum Nutzen stehen. Über die Annahmen hinaus gibt es keine präziseren Angaben.	Es ist notwendig, den „Nutzen“ zu operationalisieren, d.h. geeignete und überprüfbare Kriterien für die Gesundheit der Pflegekräfte, für die Qualität der Pflege sowie den wirtschaftlichen Erfolg zu entwickeln.
In vielen Einrichtungen werden einzelne gesundheitsfördernde Maßnahmen angeboten, jedoch fehlen weitgehend systematische, in das Unternehmensmanagement integrierte Konzepte. Viele Angebote erreichen die Beschäftigten kaum.	Gesundheitsförderung muss eingebettet sein in ein betriebliches Gesundheitsmanagement. Verhaltens- und Verhältnisprävention sind systematisch aufeinander zu beziehen. Es ist zu prüfen, ob und gegebenenfalls welche Maßnahmen spezifisch für Ältere anzubieten sind.
Die Arbeitsbedingungen in der Pflege werden bei einigen europäischen Nachbarn als deutlich besser beschrieben, so dass gut ausgebildete Pflegekräfte und Ärzte abwandern. Positive Beispiele im Inland werden z.B. über den Wettbewerb „Beste Arbeitgeber im Gesundheitswesen“ identifiziert.	Ein systematisches Austausch- und Hospitationsprogramm – auch im Rahmen regionaler Netzwerke – könnte helfen, Anregungen und gute Ideen in den eigenen Tätigkeitsbereich zu übertragen und somit optimierte und innovative Arbeitsbedingungen zu gewährleisten.
Akzeptanz und Teilnahmebereitschaft der älteren Pflegekräfte gegenüber positiv evaluierten gesundheitsfördernden Maßnahmen sind zu gering.	Mittel und Maßnahmen zur Erhöhung der Motivation, gesundheitsfördernde Aktivitäten in Anspruch zu nehmen, sind zu entwickeln. In diesem Zusammenhang ist auch die Wirksamkeit von Anreizsystemen zu prüfen.

Folgendes Modellvorhaben wird vorgeschlagen:

### **Gesundheitsförderung und demografischer Wandel in der Pflege**

Ziel	Entwicklung von Maßnahmen zum Erhalt und zur nachhaltigen Förderung der Gesundheit von älteren Pflegekräften
Inhalte	<p>Einzelne Maßnahmen der Gesundheitsförderungen werden in vielen Einrichtungen angeboten. Jedoch fehlen häufig</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- die Berücksichtigung von Spezifika des Gesundheitszustands Älterer (alterskorrelierte Gesundheitsbeeinträchtigungen, somatische und psychosomatische Beschwerden Älterer)</li> <li>- die Einbettung in ein systematisches Gesundheitsmanagement des Unternehmens</li> <li>- eine ausgewogene Relation von Verhältnis- und Verhaltensprävention</li> <li>- die Beachtung von internationalen Erkenntnissen und der Austausch von positiven Beispielen/Erfahrungen zwischen Einrichtungen</li> <li>- die Betrachtung des Einflusses auf die wirtschaftliche Unternehmensentwicklung</li> </ul> <p>Diese Defizite sollten in einem Modellvorhaben bearbeitet werden.</p>
methodisches Vorgehen	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Entwicklung und Erprobung von systematisch aufeinander bezogenen Maßnahmen der Gesundheitsförderung für ältere Pflegekräfte unter Einschluss von verhältnis- und verhaltenspräventiven Angeboten</li> <li>- Entwicklung und Erprobung wirksamer Anreizsysteme, die Partizipation und Selbstverantwortung („Selbstpflege“) der Pflegekräfte stärken sowie die Akzeptanz angebotener Maßnahmen fördern</li> <li>- Formative und summative Evaluation unter Nutzung von Indikatoren der Gesundheit älterer Pflegekräfte, der Pflegequalität, der wirtschaftlichen Unternehmensentwicklung</li> <li>- Transfermöglichkeiten auf andere Einrichtungen durch             <ul style="list-style-type: none"> <li>o Entwicklung von Leitfäden, Ableitung des Beratungsbedarfs zur Implementierung</li> <li>o Kommunikation in regionalen und überregionalen Netzwerken, ggf. Hospitationen</li> <li>o Verbreitung Ergebnisse in Datenbanken, elektronischen und Printmedien</li> </ul> </li> <li>- Entwicklung und Erprobung von Handlungshilfen</li> </ul>

Einrichtungstypen und Regionen	Einbeziehung von unterschiedlichen Einrichtungsarten der Kranken- und Altenpflege (stationär, ambulant, teilstationär) und Einrichtungsgrößen Repräsentativität bezüglich der regionalen Verteilung (Ost-West bzw. Nord-Süd, städtischer-ländlicher Raum)
Kooperationspartner	Unfallversicherungsträger, ggf. Krankenkassen, Einrichtungsträger, Projekte zum Ziel 2 der GDA – MSE und psychische Fehlbelastung
Bearbeitungszeitraum	mindestens 24 Monate + 4-6 Monate (summative Evaluation der Nachhaltigkeit, ggf. Refreshing)
interne Strukturen (Implementierung)	Innerbetriebliches Gesundheitsmanagement als Bestandteil der Unternehmensstrategie
bundesweite Branchenkonferenzen	Wissens- und Erfahrungsvermittlung über bestehende Strukturen und Netzwerke (DGNfK, INQA, TIK Gesund Pflegen, Berufsverbände, Trägereinrichtungen, Pflegerat, NAK - prioritäres Arbeitsschutzziel 2 – MSE und psychische Fehlbelastung)

<b>Tab. 6.2 Handlungsfeld: Führung / Personalentwicklung</b>	
<b>Problemlage</b>	<b>Handlungs- und Entwicklungsbedarfe</b>
<p>Gerade in Berufen, die lang andauernde körperliche Belastungen aufweisen, ist vor dem Hintergrund der „Rente mit 67“ mit einem steigenden Anteil von Beschäftigten mit erworbenen Schwerbehinderungen und chronischen Erkrankungen zu rechnen.</p>	<p>Das betriebliche Eingliederungsmanagements (BEM) ist für Ältere weiterzuentwickeln. Instrumente wie die Altersteilzeit sollten so ausgestaltet sein, dass auch kleine Unternehmen sie praktizieren können. Zu den Fördermöglichkeiten der Bundesagentur für Arbeit, der Integrationsämter und der Versicherungsträger im Umgang mit leistungsgewandelten Beschäftigten sollten die Betriebe beraten werden.</p>
<p>Ältere werden in der Personalentwicklung noch nicht bzw. nur selten gezielt berücksichtigt. Einige Führungskräfte sind offen für diese Thematik und unterstützen die individuelle Entwicklung älterer Pflegekräfte, jedoch fehlen systematische Ansätze. Einer der Gründe hierfür mag darin liegen, dass oft Jüngere die Mitarbeitergespräche führen oder für das Qualitätsmanagement verantwortlich sind. Diese sind häufig nicht ausreichend für die Thematik sensibilisiert, und auch Führungskräfte, die für Belegschaften mit höherem Durchschnittsalter Verantwortung tragen, erkennen noch zu wenig ihre Gestaltungsmöglichkeiten.</p>	<p>Führungskräfte müssen zum Umgang mit dem demografischen Wandel in ihrem Betrieb befähigt werden. Sie müssen in der Lage sein, den Umgang mit demografischen Entwicklungen zu planen und auf allen Ebenen (Qualitätsmanagement, Arbeitsorganisation, Qualifizierung, Gesundheit) geeignete Maßnahmen abzuleiten. Ein Schwerpunkt sollte hierbei auf der Motivation der älteren Beschäftigten liegen. Nur wenn diese die Angebote auch nutzen, kann ihre Arbeits- und Beschäftigungsfähigkeit erhalten werden. Dafür benötigen Führungskräfte fachliche, methodische und soziale Kompetenzen, die in Fort- und Weiterbildungen vermittelt und trainiert werden müssen. Insgesamt sollten nutzerfreundliche Handlungshilfen für Führungskräfte in Pflegeeinrichtungen entwickelt werden.</p>

Folgendes Modellvorhaben wird vorgeschlagen

### **Berufsbegleitende Weiter- und Fortbildung für Führungskräfte bezüglich des demografischen Wandels in der Pflege**

Ziel	Befähigung der Führungskräfte (PDL, Geschäftsführer) zum Umgang mit dem demografischen Wandel innerhalb der Pflegebranche
Inhalte	<p>Erwerb von Wissen und fachlicher Kompetenzen zu</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- altersassoziierten Veränderungen der Arbeitsfähigkeit (Chancen und Einschränkungen)</li> <li>- Möglichkeiten alter(n)sgerechter Arbeitsgestaltung und Arbeitsorganisation</li> <li>- Weiterentwicklung/Nutzung der Instrumente des betrieblichen Eingliederungsmanagements für ältere Pflegekräfte</li> </ul> <p>Erweiterung methodischer und sozialer Kompetenzen zur</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Führung alterssensibler Personalentwicklungsgespräche</li> <li>- Motivierung zu gesundheitsfördernden (Eigen)Aktivitäten</li> <li>- Motivierung zu Qualifizierungen, Fort- und Weiterbildungen</li> <li>- Motivierung zur partizipativen Arbeit in Projekten, zur Verantwortungsübernahme</li> </ul>
methodische Ansätze	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Entwicklung und Erprobung von Curricula für grundständige und Auffrischungs-Seminare zur Erweiterung fachlicher, methodischer und sozialer Kompetenzen zum Umgang mit dem demografischen Wandel</li> <li>- Möglichkeit zum Erfahrungsaustausch zwischen den Führungskräften während und nach der Weiterbildung</li> <li>- Vielfalt didaktischer Vermittlungsformen (theoretischer Input, Kleingruppenarbeit, praxisbezogene Projekte, Gesprächsführungstraining etc.)</li> <li>- Entwicklung und Erprobung von Handlungshilfen</li> </ul>
Einrichtungstypen und Regionen	Alle Einrichtungsarten der Kranken- und Altenpflege (stationär, ambulant, teilstationär) und Einrichtungsgrößen, alle Regionen
Kooperationspartner	Unfallversicherungsträger, Fort- und Weiterbildungsakademien, Einrichtungsträger, Demografie-Netzwerk
Bearbeitungszeitraum	mindestens 18 Monate + 4-6 Monate (summative

Evaluation der Nachhaltigkeit, ggf. Refreshing)

interne Strukturen  
(Implementierung)

Funktionierendes innerbetriebliches Personalmanagement

bundesweite  
Branchen-  
konferenzen

Wissens- und Erfahrungsvermittlung über bestehende  
Strukturen und Netzwerke (Unfallversicherungsträger, dnn,  
Trägerverbände, Pflegerat)

**Tab. 6.3 Handlungsfeld: Arbeitsorganisation / Arbeitsgestaltung**

Problemlage	Handlungs- und Entwicklungsbedarfe
<p>Die Verbesserung/Optimierung der Arbeitsorganisation kann gerade für Ältere entlastend sein. Zeitaufwändige pflegenah administrative Aufgaben (v. a. Dokumentation) werden von den Pflegekräften negativ wahrgenommen, zumal, wenn sie zu Lasten der patientennahen Arbeit erledigt werden müssen.</p>	<p>Auch im Rahmen von Kosten- und Effizienzüberlegungen ist zu ermitteln: Welche administrativen Aufgaben können durch Rationalisierung optimiert werden? Kann der Dokumentationsaufwand durch neuartige und benutzerfreundliche technische Hilfsmittel und/oder Ausgliederung (Dokumentationsassistent) reduziert werden? Besteht hinsichtlich der Nutzung der bereits vorhandenen technischen Unterstützungssysteme zusätzlicher Qualifizierungsbedarf? Kann im Rahmen von Vernetzung und Kooperation die Dokumentation von mehreren Einrichtungen genutzt werden?</p> <p>In der stationären Altenpflege könnte das BGW-Konzept der Arbeitslogistik zu Verbesserungen der Arbeitsorganisation führen. Hinzuweisen ist auch auf das von der TU Dresden entwickelte Selbstbewertungssystem für die Verbesserung der Stationsorganisation in Krankenhäusern.</p>
<p>Vor allem im Krankenhaus werden die Gestaltung der intra- und interprofessionellen Schnittstellen sowie der Schnittstellen zwischen Stationen und Funktionsbereichen als suboptimal erlebt, unproduktive Wartezeiten und</p>	<p>Die Optimierung der innerorganisationalen Schnittstellen in der Pflegebranche erfordert Organisationsentwicklung (OE), die die gesamte Einrichtung einschließt. Vor allem Ältere sollten ihr Erfahrungswissen produktiv</p>

<p>längere Verweildauer der Patienten sind die Folge. In Altenpflegeeinrichtungen erfordert die Zusammenarbeit mit Hausärzten, Krankenhäusern, (externen) Sozialdiensten und Heilhilfspersonal hohen Koordinierungsaufwand.</p>	<p>einbringen können, allerdings nur unter der Voraussetzung, dass die OE-Projekte partizipativ ausgelegt werden. In der stationären, teilstationären und ambulanten Altenpflege sind Ältere ebenfalls prädestiniert, mit ihrem Wissen und ihren Erfahrungen einrichtungsübergreifende Zusammenarbeit zu befördern (Case Management). Modelle der integrierten Versorgung könnten gerade für Ältere ein attraktives Berufsfeld werden.</p>
<p>Ungünstige Arbeitszeitregelungen sind in der Pflege verbreitet: Stationäre Pflege ist zwingend mit Schichtarbeit verbunden, das hohe Arbeitsvolumen zieht Zeitdruckerleben nach sich. Pausen, wenn überhaupt verbindlich geregelt, können oft nicht eingehalten werden und schränken damit die Regenerationsmöglichkeiten ein. In der ambulanten Pflege sind geteilte Schichten nicht unüblich.</p>	<p>Obwohl es eine Vielzahl von Modellen zur belastungsgünstigen Arbeitszeitgestaltung gibt, erfordert ihre Anwendung immer eine Anpassung an die unternehmensspezifischen Bedingungen unter Berücksichtigung der individueller Interessen der Pflegekräfte (u.a. Arbeitswege, familiäre Verpflichtungen) . Entwicklungsbedarf wird in diesem Feld nicht gesehen, wohl aber dringender Handlungsbedarf. Insbesondere die Einbeziehung der Beschäftigten in die Gestaltung der Arbeitszeiten ist zu empfehlen. Die Möglichkeiten der Altersteilzeit sowie reduzierter Arbeitszeiten (Teilzeitmodelle) sind für Ältere zu nutzen.</p>
<p>Unterschiedliche Pflegekonzepte (Funktions-, Bereichs-, Bezugspflege) sind verbunden mit unterschiedlichen Belastungen der Pflegekräfte. Obwohl seit langem bekannt, werden die belastungsgünstigeren Bereichs- und Bezugspflegen noch nicht ausreichend praktiziert.</p>	<p>Bezüglich günstiger Pflegekonzepte für ältere Pflegekräfte ist zwar ausreichend Wissen vorhanden, aber nicht in allen Einrichtungen ist es hinreichend verbreitet. Es besteht weniger Entwicklungs- sondern eher Beratungsbedarf.</p>
<p>Altenpflegeeinrichtungen sind z. T. teilstationäre Tagespflegestationen, spezielle Stationen zur Betreuung demenziell Erkrankter, betreute</p>	<p>Die Vielfalt der Betreuungsformen würde einen Wechsel der Pflegekräfte erlauben. Damit könnte die Arbeit der einzelnen Pflegekraft abwechslungs-</p>

<p>Wohngemeinschaften und ambulante Dienste angeschlossen. In der Regel sind die Beschäftigten nur einer dieser Abteilungen/Stationen zugeordnet, obwohl ein Wechsel zwischen den Pflegebereichen möglich wäre.</p>	<p>reicher und lernförderlicher, eventuell auch belastungsgünstiger werden. Entwicklungsbedarf besteht bezüglich des Vergleichs der Belastungen und Ressourcen sowie der Bereitschaft der Pflegekräfte zur Job Rotation.</p>
---	--

Folgendes Modellvorhaben wird vorgeschlagen

### **Modelle und Maßnahmen zu gesundheitsfördernder, lernanregender, belastungsgünstiger Arbeitsgestaltung für ältere Pflegekräfte**

**Ziel** Entwicklung und Erprobung von Maßnahmen zur altersgerechten Arbeits- und Organisationsgestaltung für ältere Pflegekräfte

**Inhalte** Reorganisation/Optimierung von Arbeitsgestaltung und Arbeitsorganisation sind für alle Altersgruppen notwendig. Ältere Pflegekräfte profitieren dabei in besonderem Maße. Arbeitsgestaltung hat viele Facetten, so dass mehrere Modellvorhaben sinnvoll sein können. Folgende Prioritäten werden gesehen:

- ergonomische Gestaltung der Arbeitsmittel sowie verhaltensmodifizierende Trainings zur Reduktion physischer Belastungen/Arbeitsschwere (hohe Priorität für Ältere)
- Entlastung der Pflegekräfte von pflegefernen Tätigkeiten (z.B. Dokumentationsaufgaben) durch technische Hilfsmittel, durch Änderung der Aufgabenzuschnitte (z.B. Dokumentationsassistenten, gemeinsamer Zugriff auf im Intranet verfügbare Dokumente) zu Gunsten patientenorientierter Beratung und Betreuung
- Optimierung innerorganisationaler Schnittstellen (v.a. stationäre Krankenpflege) sowie Schnittstellen zwischen Einrichtungen des Gesundheitswesens (integrierte Versorgung – Berufserfahrung Älterer in Projektgruppen vorteilhaft)
- Wechsel der Pflegekräfte zwischen vielfältigen Betreuungsformen in der Altenpflege (z.B. Kombination von stationärer und Tagespflege, betreutes Wohnen, Wohngemeinschaften demenziell Erkrankter, geriatrische Stationen etc.) fordern Weiterlernen, vermindern einseitige (physische) Belastungen, sind herausfordernder und interessanter. Ältere wären dank ihrer Berufserfahrung und um einseitige Belastungen

zu reduzieren prädestiniert für job rotation, scheuen allerdings die Veränderung. Die subjektiven Hinderungsgründe sind zu identifizieren.

methodisches Vorgehen	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Entwicklung, Erprobung und Evaluation von arbeitsorganisatorischen und arbeitgestalterischen Lösungen in unterschiedlichen Einrichtungsformen und -größen</li> <li>- Maßnahmen zur Überwindung von Widerständen gegenüber Aufgabenwechsel, Aufgabenerweiterung</li> <li>- Entwicklung von Handlungsleitfäden und Implementierungshilfen</li> <li>- Verbreitung in Netzwerken, Print- und elektronischen Medien</li> </ul>
Einrichtungstypen und Regionen	Einbeziehung von unterschiedlichen Einrichtungsarten der Kranken- und Altenpflege (stationär, ambulant, teilstationär) und Einrichtungsgrößen ( <i>evtl. auch mehrere Projekte im Verbund</i> )
Kooperationspartner	Unfallversicherungsträger, Einrichtungsträger, Entwickler von pflegebezogener Software, Entwickler und Hersteller von pflegeunterstützenden Hilfsmitteln/Technologien ggf. Forschungsverbund
Bearbeitungszeitraum	mindestens 24 Monate + 4-6 Monate für summative Evaluation
interne Strukturen (Implementierung)	innerbetriebliche Strukturen zur Projektsteuerung und Koordination von Projektgruppen
bundesweite Branchenkonferenzen	Wissens- und Erfahrungsvermittlung über bestehende Strukturen und Netzwerke (UVT, MDK, DGNfK, INQA/TIK Gesund Pflegen, Pflegerat)

<b>Tab. 6.4. Handlungsfeld: Qualifizierung</b>	
<b>Problemlage</b>	<b>Handlungs- und Entwicklungsbedarfe</b>
<p>Wenn die Belastungen altersbedingt zunehmen, besteht ein großer Bedarf, alternative Einsatzmöglichkeiten für ältere Pflegekräfte zu schaffen. Im hoch qualifizierten Arbeitsfeld der Pflege setzt jedoch die Übernahme neuer Aufgaben zumeist den Erwerb zusätzlicher und/oder neuer Kompetenzen voraus. Eine veränderte Laufbahngestaltung muss rechtzeitig vorausschauend geplant werden.</p>	<p>Für Pflegekräfte gibt es gegenwärtig nur eingeschränkte Karrieremöglichkeiten. Unter Nutzung der sozialen Kompetenzen und des Erfahrungswissens Älterer sind neue Arbeitsfelder zu entwickeln, wie z.B. Mentoring für jüngere Arbeitskräfte, Anleitung und Begleitung pflegender Angehöriger, Jobrotation zwischen den verschiedenen Einsatzbereichen, Sonderaufgaben (Hygienebeauftragter, Wundmanager, Integration in Projektgruppen). Für die dafür notwendige Kompetenzerweiterung sind innovative altersgerechte Weiterbildungskonzepte zu entwickeln.</p>
<p>Technische und technologische Entwicklungen (Hilfsmittel, Computer, telemedizinische, diagnose- und therapieunterstützende Geräte etc.) führen zu einem verstärkten Einsatz von Informations- und Kommunikationstechniken. Ältere Pflegekräfte haben hierbei z. T. Vorbehalte und unzureichende Fertigkeiten.</p>	<p>Es müssen mehr und attraktive Möglichkeiten geschaffen werden, auch in fortgeschrittenem Alter neue (technische) Fähigkeiten und Fertigkeiten zu erwerben und diese sicher anwenden zu können.</p>
<p>Ältere Berufsrückkehrer/-innen verfügen über eine abgeschlossene Ausbildung, nötig sind darüber hinaus aktuelle Weiter- und Fortbildungen. Die Zugangsmöglichkeiten für ältere Quer- und Neueinsteiger in den Pflegeberuf, die einen zertifizierten Abschluss anstreben, sind gegenwärtig kompliziert und schwierig.</p>	<p>Weiter- und Fortbildungen für Wiedereinsteiger sowie die grundständige Ausbildung für „Späteinsteiger“ bedürfen innovativer altersgerechter Vermittlungsdidaktik. Die administrativen Barrieren für berufsbegleitende Ausbildungen müssen abgebaut werden (z.B. Finanzierung durch Stipendien, Refinanzierung der ausbildenden ambulanten Dienste).</p>

Problemlage	Handlungs- und Entwicklungsbedarfe
<p>Neue Arbeitsformen der Pflege, wie integrierte Versorgung, „Case Management“, Arbeit in Pflegestützpunkten und Pflegeberatungsstellen sind mit erweiterten Anforderungen verbunden.</p>	<p>In einem Projekt sollten die bereits bestehenden Ansätze zur Weiterbildung von Pflegekräften in Bezug auf die erweiterten Anforderungen evaluiert und in der Praxis erprobt werden.</p>
<p>Burnout als eine spezifische Beanspruchungsfolge ist in der Pflegebranche weit verbreitet. Im Vergleich zwischen jüngeren und älteren Pflegekräften zeigen sich überwiegend Unterschiede im geringeren Burnouterleben zugunsten der älteren Beschäftigten. Dies mag zum einen auf den sog. „healthy worker“-Effekt zurückzuführen sein. Zum anderen ist aber auch davon auszugehen, dass gerade die im Beruf verbliebenen älteren Pflegekräfte sich im Laufe ihrer beruflichen Erfahrung besondere soziale Kompetenzen und Bewältigungsstrategien erworben haben. Solche Kompetenzen werden in der Berufsausbildung noch zu wenig vermittelt.</p>	<p>Eine altersgemischte Besetzung von Pflegeteams bietet Möglichkeiten, solche Kompetenzen und Bewältigungsstrategien für die Interaktionsarbeit mit Patienten und Bewohnern zunächst durch Lernen am Modell bzw. Mentorensysteme auch an jüngere Pflegekräfte zu vermitteln. In einem Projekt sollte diese Möglichkeit systematisch begleitet und evaluiert werden.</p> <p>Darauf aufbauend könnten spezifische Lernangebote auf Basis der Erfahrung und Kompetenzen und Bewältigungsstrategien älterer Pflegekräfte entwickelt und in Curricula der Aus- und Weiterbildung integriert werden.</p>
<p>Aufgrund der demografischen Entwicklung ist mit einer deutlichen Zunahme des Bedarfes an Pflegepersonal zu rechnen. Hinzu kommt, dass zunehmend mehr Patienten mit Migrationshintergrund betreut werden. Ein Weg, diesen Bedarf abzudecken, ist die Gewinnung neuer Personengruppen, wie Zuwanderer und Migranten und die Integration der Migranten in die Pflegeteams.</p>	<p>In Modellversuchen (MigA<sup>11</sup>, EQUAL – SEPiA) konnten erste Handlungsbedarfe abgeleitet werden, wie fehlende Deutschkenntnisse und Probleme im Bereich Pflege- und Kulturverständnisses. Zur Sicherung der Pflegequalität und der Gesundheit der Beschäftigten, der Qualität der Teamarbeit sowie der Betreuungsqualität der Patienten mit Migrationshintergrund sind geeignete Qualifizierungskonzepte (z.B. zur kultursensiblen Pflege oder Deutsch am Arbeitsplatz,) zu entwickeln und zu evaluieren.</p>

<sup>11</sup> - Migrant/inn/en in der Altenpflege - Bestandsaufnahme, Personalgewinnung und Qualifizierungen in NRW

Folgendes Modellvorhaben wird vorgeschlagen:

### **Berufswegeplanung und innovative Qualifizierungskonzepte für ältere Pflegekräfte**

Ziel	Altersgerechte Aus-, Fort- und Weiterbildungen für Wieder- und Quereinsteiger in den Pflegeberuf, Anpassungsqualifizierungen für alternative Berufsfelder
Inhalte	<p>Im Zusammenhang mit den andauernden Reformen im Gesundheitswesen und den Versicherungssystemen entstehen neue Berufsfelder, die für ältere Pflegekräfte altersgerechte alternative herausfordernde und zugleich physisch weniger belastende Arbeitsmöglichkeiten bieten (können). Diese Arbeitsplätze sind mit neuen/veränderten Anforderungen verbunden. Daraus ergeben sich Qualifizierungsnotwendigkeiten und neue Möglichkeiten für Berufswegeplanungen.</p> <p>Wieder- und Neueinsteiger in den Pflegeberuf haben Aus-, Weiter- und Fortbildungsbedarf.</p> <p>Zunehmend mehr Menschen mit Migrationshintergrund werden benötigt, wenn die Forderung nach kultursensibler Pflege ernst genommen wird.</p> <p>In allen Fällen sind altersgerechte, innovative Qualifizierungsformen zu entwickeln, zu erproben und zu evaluieren.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Die Inhalte der jeweiligen Qualifizierungsmaßnahmen sind aus den gegenwärtigen und künftigen Aufgaben abzuleiten (Qualifizierungsbedarfsanalyse)</li> <li>- Innovative altersgerechte Vermittlungsdidaktiken müssen entwickelt und gestaltet werden</li> </ul>
methodisches Vorgehen	Entwicklung, Erprobung altersgerechter Qualifizierungsformen
Einrichtungstypen	unterschiedliche Einrichtungsarten der Kranken- und Altenpflege (stationär, ambulant, teilstationär), um alternative Berufsfelder zu identifizieren
Kooperationspartner	Unfallversicherungsträger; Fort- und Weiterbildungseinrichtungen des Gesundheitswesens; Einrichtungen, die alternative und neue Beschäftigungsfelder entwickeln; Bundesamt für Arbeit bzgl. Fördermöglichkeiten für Wieder- und Quereinsteiger
Bearbeitungszeitraum	mindestens 24 Monate + 4-6 Monate für summative

## Evaluation

interne Strukturen (Implementierung)	Innerbetriebliches Personalentwicklungsmanagement als Bestandteil der Unternehmensstrategie
bundesweite Branchen- konferenzen	Wissens- und Erfahrungsvermittlung über bestehende Strukturen und Netzwerke (MDK, DGNfK, Trägereinrichtungen, INQA/TIK Gesund Pflegen, Pflegerat)

### 6.3 Übergreifende Empfehlungen für Modellvorhaben

*Es ist notwendig, die Kombination physischer und psychischer Belastungen im Pflegeberuf sowie deren Wirkung in einem Modellprojekt gemeinsam zu betrachten.*

Die Gemeinsame Deutsche Arbeitsschutzstrategie (GDA) benennt als eines der prioritären Ziele „Verringerung von Muskel-Skelett-Belastungen und Erkrankungen unter Einbeziehung der Verringerung von psychischen Fehlbelastungen und Förderung der systematischen Wahrnehmung des Arbeitsschutzes in Unternehmen“ und bezieht sich dabei explizit auf das Handlungsfeld Gesundheitsdienst/Pflege.

Aus Metaanalysen schlussfolgern u.a. HOOGENDOORN et al. (2000), HARTVIGSEN et al. (2004), auch SEIDLER et al. (2008), dass zwar ein Zusammenhang zwischen psychosozialen Faktoren (z.B. Arbeitstempo, qualitative Anforderungen, Kontrolle, soziale Unterstützung) und Muskel-Skelett-Erkrankungen vielfach angenommen wird, jedoch eindeutige Befunde zur Kombinationswirkung weitgehend fehlen. Die methodenkritischen Einwände beziehen sich vor allem auf die fehlende Adjustierung psychischer Beanspruchungen an die physischen Arbeitsbelastungen sowie die uneinheitliche und häufig den methodischen Standards nicht genügenden Methoden der Datenerhebung und Auswertungsstrategien. Insgesamt ist der gegenwärtige Erkenntnisstand zu den Wirkungsmechanismen kombinierter physischer und psychischer Belastungen unzureichend. Auch wenn dieses Grundlagenproblem nicht in einem Modellprojekt zu lösen ist, sollte zumindest die sorgfältige methodische Erhebung sowohl der physischen wie der psychischen Belastungen und Beanspruchungen gefordert werden.

*Es ist notwendig, ganzheitliche Konzepte für die verschiedenen Einrichtungsgroßen und -arten zu entwickeln und zu evaluieren.*

Im Rahmen der Machbarkeitsstudie wurde neben den oben dargestellten Empfehlungen deutlich, dass es zwar einige vereinzelte Maßnahmen gibt, mit deren Hilfe die negativen Folgen des demografischen Wandels zumindest verringert werden können, den Einrichtungen aber keine übergreifenden Konzepte bekannt sind. Großen Einrichtungen gelingt es leichter als kleineren, die Folgen des demografischen Wandels aufzufangen (Tandems, Jobrotation, Schonarbeitsplätze). Gründe dafür sind unter anderem die höheren Kapazitäten großer Häuser, geeignete Maßnahmen umzusetzen.

*Es ist notwendig, die Attraktivität des Pflegeberufs zu erhöhen, öffentlichkeitswirksam zu kommunizieren und zu vermarkten.*

Trotz Entlastungsstrategien und Vernetzung wird es in Zukunft einen Mangel an qualifizierten Pflegekräften geben. Dies liegt nur zum Teil an der hohen Zahl von Aussteigern aus dem Pflegeberuf, ebenfalls verantwortlich ist auch ein Mangel von Nachwuchskräften. Neben hohen Ausbildungskosten, die für kleinere Betriebe kaum zu tragen sind, leidet das Berufsfeld Pflege unter einem schlechten Image. Dabei sind nicht nur die relativ geringe Bezahlung oder die Arbeitsverhältnisse ausschlaggebende Gründe, sondern vielmehr auch die mangelnde Anerkennung der Pflegeberufe. Vor allem aber benötigt die Pflege eine Lobby. Eine große Anzahl der Vertreter von Geschäftsführung oder Pflegedienstleitung ist der Ansicht, dass die Pflege in der Politik nicht gut genug bzw. gar nicht vertreten wird, v. a. im Vergleich zur Berufsgruppe der Ärzte. Einige Schritte zur Steigerung der öffentlichen Anerkennung des Pflegeberuf wurden bereits unternommen (u.a. die Wanderausstellung PflegeFit, die Imagekampagne: Berufsfeld - Moderne Altenpflege „Was wir können, können nur wir“). Weitere öffentlichkeitswirksame Aktionen sind in diesem Zusammenhang wünschenswert.

*Es ist notwendig, internationale Erfahrungen in Modellprojekten stärker zu berücksichtigen.*

Die Ergebnisse der NEXT-Studie belegen, dass in einigen anderen europäischen Ländern der Pflegeberuf unter günstigeren Rahmenbedingungen ausgeübt und als attraktives Berufsfeld wahrgenommen wird. Das zeigt sich nicht zuletzt auch in der Abwanderung von Pflegekräften (und Ärzten) in diese Länder. In künftigen Modellprojekten sollte bereits in der Ausschreibung gefordert sein, die internationalen Erfahrungen aufzuarbeiten und die Übertragbarkeit auf deutsche Verhältnisse zu prüfen.

*Es ist notwendig, die Laufzeiten von Modellprojekten so auszulegen, dass die Nachhaltigkeit der Interventionsmaßnahmen geprüft werden kann.*

Viele Modellprojekte haben gute Lösungen für die an den Projekten beteiligten Einrichtungen des Gesundheitswesens entwickelt und (formativ) evaluiert. Die Ergebnisse sind zwar in den Abschlussberichten dokumentiert und häufig auch darüber hinaus publiziert worden (u.a. Integration in INQA-Datenbank „Gute Praxis“), jedoch liegen keine systematisierten Erkenntnisse und Erfahrungen zur Nachhaltigkeit innerhalb der Einrichtungen wie auch zum Transfer in andere Einrichtungen vor. Alternativ wäre eine summative Evaluation 1-2 Jahre nach Projektabschluss als gesondertes Vorhaben zu planen.

*Es ist notwendig, mögliche Modelle und Konzepte zum Thema „Integration neuer Wohn- und Betreuungsformen in der Pflege“ zu entwickeln, in Modellprojekten zu erproben und zu implementieren.*

Zu den Problemen, mit denen die Pflege heute schon konfrontiert ist (psychische und physische Belastungen, mangelndes Interesse am Pflegeberuf, etc.), werden in Zukunft noch weitere Belastungen hinzukommen. Zum einen wird es durch den demografischen Wandel nicht nur vermehrt Ältere in unserer Gesellschaft geben, sondern es werden sich gleichzeitig die Strukturen in der Gesellschaft verändern. Es hat in den letzten Jahren eine zunehmende Individualisierung und Globalisierung

stattgefunden, welche sich darin auswirkt, dass familiäre Strukturen aufgebrochen werden und Pflege durch Angehörige in den nächsten Jahren zurückgehen wird. Einige Modelle, wie z.B. Wohngemeinschaften von Senioren, in denen sich die Bewohner gegenseitig unterstützen, haben sich in der Praxis unabhängig von der Forschung bereits herausgebildet. Gerade für ältere Pflegekräfte können sich hier attraktive Berufsfelder eröffnen wie z.B. Beratung von pflegenden Angehörigen, Betreuung von Wohngemeinschaften.

## Literatur

**Allgemeine Unfallversicherungsanstalt (AUVA) (Hrsg.):** Sicherheit im Krankenhaus. Unfallstatistik 2007. Wien 2008. URL: [http://www.auva.at/mediaDB/MMDB131333\\_Unfallstatistik%20Sicherheit%20im%20Krankenhaus%202007.pdf](http://www.auva.at/mediaDB/MMDB131333_Unfallstatistik%20Sicherheit%20im%20Krankenhaus%202007.pdf) (Seitenaufruf 05.01.2009)

**Allmendinger, J.; Ebner, C.:** Arbeitsmarkt und demografischer Wandel. Die Zukunft der Beschäftigung in Deutschland. Zeitschrift für Arbeits- und Organisationspsychologie 50 (2006), 221-239.

**Arking, R.:** Biology of aging. Englewood Cliffs, NJ: Prentice Hall 2006

**Bailey, A.J.; Mansell, J.P.:** Do subchondral bone changes exacerbate or precede articular cartilage destruction in osteoarthritis of the elderly? Gerontology 43 (1997), 5, 296-304

**Ball, K.; Berch, D.B.; Helmers, K.F.; Jobe, J.B.; Leveck, M.D.; Marsiske, M.; Morris, J.N.; Rebok, G.W.; Smith, D.M.; Tennstedt, S.L.; Unverzagt, F.W.; Willis, S.L.:** Effects of Cognitive Training Interventions With Older Adults. Journal of the American Medical Association, 288 (2002), 2271-2281

**Baltes, P.B.:** Intelligenz im Alter. Spektrum der Wissenschaft 5 (1984), 15-61

**Baltes, P.B.; Baltes, M.M.:** Optimierung durch Selektion und Kompensation: Ein psychologisches Modell erfolgreichen Alterns. Zeitschrift für Pädagogik 35 (1989), 85-105

**Baltes, P.B.; Dittmann-Kohli, F.; Dixon, R.A.:** New perspectives on the development of intelligence in adulthood: Toward a dual-process conception and a model of selective optimization with compensation. In: Baltes, P. B.; Brim, O. G., Jr. (Eds.): Life-Span development and behaviour. San Diego: Academic Press 1984, Vol. 6, 33-76

**Basu, R.; Basu, A.; Nair, K.S.:** Muscle changes in aging. Journal of Nutrition, Health and Aging 6 (2002), 5, 336-341

**Berg, C.A.:** Intellectual development in adulthood. In: Sternberg, R. J. (Ed.): Handbook of intelligence. New York: Cambridge University Press 2000, 117-137

**Barmer Gesundheitsreport 2009:** Psychische Gesundheit und psychische Belastungen. URL: [http://www.barmer.de/barmer/web/Portale/Unternehmensportal/Gesundheit\\_20im\\_20Unternehmen/GesundheitPublik/Gesundheitsreport/2009\\_Gesundheitsreport.property=Data.pdf](http://www.barmer.de/barmer/web/Portale/Unternehmensportal/Gesundheit_20im_20Unternehmen/GesundheitPublik/Gesundheitsreport/2009_Gesundheitsreport.property=Data.pdf) (Seitenaufruf 26.03.2009)

**Berger, G.; Zimmer, A.:** Alter(n)sgerechte Arbeitsplätze in der Altenpflege. Wege zur Stärkung der Arbeits(bewältigungs)fähigkeit (nicht nur) der älteren Mitarbeiter/innen. Stuttgart: EQUAL Modellprojekt 2004. URL: <http://www.equal-altenhilfe.de> (Seitenaufruf 02.11.2008)

**Bericht der Bundesregierung „ Sicherheit und Gesundheit bei der Arbeit“** (2001). URL: <http://de.osha.europa.eu/docs/uvb2001/tabellen/145td2.pdf> (Seitenaufruf 03.03.2009)

**Bericht der Bundesregierung „ Sicherheit und Gesundheit bei der Arbeit“** (2003). URL: [http://www.baua.de/nr\\_28722/de/Publikationen/Sonderschriften/2000-/S82,xv=vt.pdf](http://www.baua.de/nr_28722/de/Publikationen/Sonderschriften/2000-/S82,xv=vt.pdf) (Seitenaufruf 15.01.2009)

**Bericht der Bundesregierung „ Sicherheit und Gesundheit bei der Arbeit“** (2006). URL: [http://www.baua.de/nr\\_11598/de/Publikationen/Fachbeitraege/Suga-2006,xv=vt.pdf](http://www.baua.de/nr_11598/de/Publikationen/Fachbeitraege/Suga-2006,xv=vt.pdf) (Seitenaufruf 27.02.2009)

**Bericht der Bundesregierung „ Sicherheit und Gesundheit bei der Arbeit“** (2007). URL: [http://www.baua.de/nr\\_12006/de/Informationen-fuer-die-Praxis/Statistiken/Arbeitsunfaehigkeit/pdf/Tabellen-Arbeitsunfaehigkeit.pdf](http://www.baua.de/nr_12006/de/Informationen-fuer-die-Praxis/Statistiken/Arbeitsunfaehigkeit/pdf/Tabellen-Arbeitsunfaehigkeit.pdf) (Seitenaufruf 03.03.2009)

**BGW Pflegereport 2007.** Sieht die Pflege bald alt aus? URL: [http://www.bgw-online.de/internet/generator/Inhalt/OnlineInhalt/Medientypen/bgw\\_20themen/TS-AP07-11\\_Pflegereport2007.property=pdfDownload.pdf](http://www.bgw-online.de/internet/generator/Inhalt/OnlineInhalt/Medientypen/bgw_20themen/TS-AP07-11_Pflegereport2007.property=pdfDownload.pdf) (Seitenaufruf 16.12.2008)

**Blanchard-Fields, F.; Chen, Y.; Norris, L.:** Everyday problem solving across adult life span: Influence of domain specificity and cognitive appraisal. *Psychology and Aging* 12 (1997), 684-693

**Blum, D.K.; Müller, U.; Schilz, P.:** Wiedereinstieg ehemals berufstätiger Pflegekräfte in den Pflegeberuf. Forschungsprojekt des Deutschen Krankenhausinstituts im Auftrag der Katholischen Fachhochschule Freiburg mit Unterstützung der Krankenhausgesellschaft Baden-Württemberg. Düsseldorf 2004. URL: [http://www.kfh-freiburg.de/cms/kfh/media/iaf/dokumente/wieder\\_pflege.pdf](http://www.kfh-freiburg.de/cms/kfh/media/iaf/dokumente/wieder_pflege.pdf) (Seitenaufruf 09.12.2008)

**Börsch-Supan, A.; Düzgün, I.; Weiss, M.:** Der Zusammenhang zwischen Alter und Arbeitsproduktivität: Eine empirische Untersuchung auf Betriebsebene. Mannheim 2007. Forschungsbericht Hans-Böckler-Stiftung, S-2004-697-3 F

**Brandenburg, U.; Domschke, J.-P.:** Die Zukunft sieht alt aus. Herausforderungen des demographischen Wandels für das Personalmanagement. Wiesbaden: Gabler 2007

**Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin (BAuA):** Sicherheit und Gesundheit bei der Arbeit 2003. Unfallverhütungsbericht Arbeit. 1. Aufl. Bremerhaven: Wirtschaftsverlag NW Verlag für neue Wissenschaft GmbH 2005

**Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin (BAuA):** Volkswirtschaftliche Kosten durch Arbeitsunfähigkeit 2003. URL: [http://www.baua.de/nn\\_53930/de/Informationen-fuer-die-Praxis/Statistiken/Arbeitsunfaehigkeit/pdf/Kosten-2003.pdf](http://www.baua.de/nn_53930/de/Informationen-fuer-die-Praxis/Statistiken/Arbeitsunfaehigkeit/pdf/Kosten-2003.pdf) (Seitenaufruf 18.12.2008)

**Büssing, A.; Barkhaus, A.; Glaser, J.:** Modernisierung der Pflege durch ganzheitliche Pflegesysteme? Pflege 4 (1998), 183-191

**Dawson-Hughes, B.; Harris, S.S.; Krall, E.A.; Dallal, G.E.; Falconer, G.; Green, C.L.:** Rates of bone loss in postmenopausal women randomly assigned to one of two dosages of vitamin D. American Journal of Clinical Nutrition 61 (1995), 1140-1145

**DBfK-Online-Umfrage** (2008/2009) „Wie sieht es im Pflegealltag wirklich aus“. Vorläufige Ergebnisse. URL: <http://www.dbfk.de> (unveröffentlichtes Manuskript)

**Der Tagesspiegel:** Demographischer Wandel? Wie jetzt? (01.07.2008). URL: <http://www.tagesspiegel.de/politik/deutschland/Demographie-Gesellschaft;art122,2451634> (Seitenaufruf 18.11.2008)

**Erlemeier, N.:** Alternspsychologie – Grundlagen für Sozial- und Pflegeberufe. Münster: Waxmann 1998

**€uro:** Die verdrängte Gefahr. (22.05.2007, Lohrer, U.). URL: [http://www.finanzen.net/euro/archiv/berichte\\_detail.asp?pkBerichtNr=150397](http://www.finanzen.net/euro/archiv/berichte_detail.asp?pkBerichtNr=150397) (Seitenaufruf 17.11.2008)

**Fischer, A.:** Beanspruchungsmuster im Pflegeberuf. Dissertationsschrift, Universität Potsdam 2006

**Fuchs, J.:** Erwerbspersonenpotenzial und Stille Reserve- Konzeption und Berechnungsweise. In: Kleinhenz, G. (Hrsg.): IAB-Kompendium Arbeitsmarkt- und Berufsforschung. Nürnberg 2002, 79-94. (Beiträge zur Arbeitsmarkt- und Berufsforschung, BeitrAB 250)

**Fuchs, J.; Dörfler, K.:** Projektion des Erwerbspersonenpotenzials bis 2050. Annahmen und Datengrundlage. Nürnberg 2005. IAB Forschungsbericht, 25/2005

**Garms-Homolová, V.; Schaeffer, D.:** Medizin und Pflege. Kooperation in der ambulanten Versorgung. Wiesbaden: Ullstein Medical 1998

**Goldmann, M.:** Pflege auf dem Weg in die integrierte Versorgung. Beispiele aus der Praxis. Dortmund 2009. (Broschüre der Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin). URL: <http://www.inqa.de/Inqa/Redaktion/Zentralredaktion/PDF/Publikationen/pflege-auf-dem-weg-integrierte-versorgung.property=pdf,bereich=inqa,sprache=de,rwb=true.pdf> (Seitenaufruf 11.02.2009)

**Grabbe, Y.; Nolting, H.-D.; Loos, S.; Krämer, K.:** DAK-BGW Gesundheitsreport 2006 "Ambulante Pflege". Arbeitsbedingungen und Gesundheit in ambulanten Pflegediensten. Hamburg 2006. (Schriftenreihe der Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege, SP-DAK06). URL: <http://www.inqa.de/Inqa/Redaktion/TIKs/Gesund-Pflegen/PDF/gesundheitsreport-2006-ambulant,property=pdf,bereich=inqa,sprache=de,rwb=true.pdf> (Seitenaufruf 09.12.2008)

**Grabbe, Y., Nolting, HD., Loos, S.:** DAK-BGW Gesundheitsreport 2005. „Stationäre Krankenpflege, Arbeitsbedingungen und Gesundheit von Pflegenden in Einrichtungen der stationären Krankenpflege in Deutschland vor dem Hintergrund eines sich wandelnden Gesundheitswesens“, (Schriftenreihe der Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege, SP-DAK06). URL: [http://www.dak.de/content/filesopen/KrankenpflegeGesamt\\_110106.pdf](http://www.dak.de/content/filesopen/KrankenpflegeGesamt_110106.pdf) (Seitenaufruf 07.01. 2009)

**GRÜNBUCH über Arbeitskräfte des Gesundheitswesens in Europa.** Brüssel: Kommission der Europäischen Gemeinschaften 2008. URL: [http://ec.europa.eu/health/ph\\_systems/docs/workforce\\_gp\\_de.pdf](http://ec.europa.eu/health/ph_systems/docs/workforce_gp_de.pdf) (Seitenaufruf 09.03.2009)

**Hartvigsen, J.; Lings, S.; Leboeuf-Yde, C.; Bakketeig, L.:** Psychosocial Factors at Work in Relation to Low Back pain and Consequences of Low Back Pain; a Systematic, critical Review of Prospective Cohort Studies. *Occup. Environ. Med.* 61:e2 (2004).

**Hasher, L.; Zacks, R.T.; May, C.P.:** Inhibitory control, circadian arousal and age. In: Koriat, D. G. A. (Hrsg.): *Attention and performance* (17). Cambridge, MA: MIT Press 1999, 653-675

**Hasselhorn, H.-M.; Tackenberg, P.; Büscher, A.; Stelzig, S.; Kümmerling, A.; Müller, B.H.:** Wunsch nach Berufsausstieg bei Pflegepersonal in Deutschland. In: Hasselhorn, H.M.; Müller, B.H.; Tackenberg, P.; Kümmerling, A.; Simon, M.: *Berufsausstieg bei Pflegepersonal - Arbeitsbedingungen und beabsichtigter Berufsausstieg bei Pflegepersonal in Deutschland und Europa*. NW Verlag Bremerhaven, 2005; 135-146. (Schriftenreihe der Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin, Ü 15)

**Hoogendoorn, W.E.; van Poppel, N.M.; Bongers, P.M.; Koes, B.W.; Bouter, I.M.:** Systematic Review of Psychosocial Factors at Work and Private Life as Risk Factors for Back Pain. *Spine* 25 (2000), N 16, 2114-2125

**Hultsch, D.F.; Hertzog, C.; Dixon, R.A.; Small, B.J.:** *Memory change in the aged*. New York: Cambridge University Press 1998

**ICD-10:** Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme, 10. Revision / hrsg. vom Deutschen Institut für medizinische

Dokumentation und Information, DIMDI im Auftr. des Bundesministeriums für Gesundheit; Teil: 2/3: Regelwerk, alphabetisches Verzeichnis, Bern: Huber 1998

**Ilmarinen, J.; Tempel, J.:** Arbeitsfähigkeit 2010 - Was können wir tun, damit Sie gesund bleiben?, Hamburg: VSA Verlag 2002

**Jackson, G.R.; Owsley, C.:** Scotopic sensitivity during adulthood. *Vision Research* 40 (2000), 2467-2472

**Joost, A.:** Berufsverbleib und Fluktuation von Altenpflegerinnen und Altenpflegern. Literatúrauswertung, angefertigt im Rahmen einer Machbarkeitsstudie zum Berufsverbleib von Altenpflegerinnen und Altenpflegern. Frankfurt/Main 2007. URL: <http://www.iwak-frankfurt.de/documents/Berufsverbleib.pdf> (Seitenaufwurf 05.01.2009)

**Kalsi, M.; Heron, G.; Charmann, W.N.:** Changes in the static accommodation response with age. *Ophthalmic and Physiological Optics* 21 (2001), 77-84

**Kausler, D.H.:** Learning, memory in normal aging. San Diego: Academic Press 1994

**Ketcham, C.J.; Stelmach, G.E. (Hrsg.):** Movement control in the older adult. Washington DC: National Academic Press 2004

**Kite, M.E.; Stockdale, G.D.; Whitley, B.E.; Johnson, B.T.:** Attitudes toward younger and older adults: An updated meta-analytic review. *Journal of Social Issues* 61 (2005), 241-266

**Kliegl, R.; Smith, J.; Baltes, P.B.:** Testing-the-Limits and the study of adult age differences in cognitive plasticity of a mnemonic skill. *Developmental Psychology* 25 (1989), 2, 247-255

**Krampe, R.T.; Engbert, R.; Kliegl, R.:** The Effects of expertise and age on rhythm production: Adaptations to timing and sequencing constraints. *Brain and Cognition* 48 (2002), 179-194

**Krueger, H.:** Objektive, kontinuierliche Messung der Refraktion des Auges. *Biomedizinische Technik* 27 (1982), 142-147

**Lawton, M.P.; Moss, M.; Grant, R.; Ten Have, T.; Kleban, M.H.:** Health, evaluation of life, and the wish to live. *The Gerontologist* 39 (1999), 406-416

**Lehr, U.:** Psychologie des Alterns. 11. Auflage. Wiebelsheim: Quelle & Meyer Verlag 2007

**Lindenberger, U.:** Was ist kognitives Altern? Begriffsbestimmung und Forschungstrend. In: Staudinger, U.; Häfner, H. (Hrsg.): Was ist Altern(n)? Heidelberg: Springer 2008

**Lindenberger, U.; Baltes, P.:** Intellectual functioning in old and very old age: Cross sectional results from the Berlin Aging Study. *Psychology and Aging* 12 (1997), 410-432

**Maslach, C.; Leiter, M.P.:** Die Wahrheit über Burnout. Stress am Arbeitsplatz und was Sie dagegen tun können. Wien: Springer 2001

**Martin, M.:** Erinnern und Planen. Therapeutische Umschau 62 (2005), 801-806

**Owen, H.:** Open Space Technology - Ein Leitfaden für die Praxis. Stuttgart: Klett-Cotta 2001

**Pack, J.; Buck, H.; Kistler, E.; Mendius, H.-G.; Morschhäuser, M.; Wolff, H.:** Zukunftsreport demographischer Wandel. Innovationsfähigkeit in einer alternden Gesellschaft. Bonn 2000. Forschungsbericht Fraunhofer IAO. URL: <http://publica.fraunhofer.de/eprints/urn:nbn:de:0011-b-747099.pdf> (Seitenaufruf 18.11.2008)

**Perlmutter, M.; Kaplan, M.; Nyquist, L.:** Development of adaptive competence in adulthood. Human Development 33 (1990), 185-197

**Pröll, U.; Streich, W.:** Arbeitszeit und Arbeitsbedingungen im Krankenhaus. Dortmund: 1984. (Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin, Forschungsbericht Nr. 386)

**Reginster, J.Y.:** The prevalence and burden of arthritis. Rheumatology 41 (2002), Suppl. 1, 3-6

**Reid, I.R.:** Therapy of osteoporosis- calcium, vitamin D and exercise. American Journal of the Medical Sciences 312 (1996), 278-286

**Rosenblatt, B.; Bilger, F.:** Weiterbildungsbeteiligung in Deutschland. TNS Infratest Sozialforschung, München: 2008. (Eckdaten zum BSW-AES 2007). URL: [www.bmbf.de/pub/weiterbildungsbeteiligung\\_in\\_deutschland.pdf](http://www.bmbf.de/pub/weiterbildungsbeteiligung_in_deutschland.pdf) (Seitenaufruf 20.02.2009)

**Roth, C.; Wegge, J.; Schmidt, K.H.:** Konsequenzen des demographischen Wandels für das Management von Humanressourcen. Zeitschrift für Personalpsychologie 6 (2007), 99-116

**Salthouse, T.A.:** Effects of age and skill in typing. Journal of Experimental Psychology: General 113 (1984), 345-371

**Salthouse, T.A.; Babcock, R.L.:** Decomposing adult age differences in working memory. Developmental Psychology 27 (1991), 763-776

**Schaeffer, D.:** Wissenstransfer in der Pflege. Ergebnisse eines Expertenworkshops. Bielefeld 2006. (Veröffentlichungsreihe des Instituts für Pflegewissenschaft an der Universität Bielefeld (IPW). URL: [http://ipw-bielefeld.de/fileadmin/PDF/Publikationen/ipw\\_133.pdf](http://ipw-bielefeld.de/fileadmin/PDF/Publikationen/ipw_133.pdf) (Seitenaufruf 19.12.2008)

**Schaie, K.W., & Baltes, P.B.:** Intellectual development in adulthood the seattle longitudinal study. Cambridge: Cambridge University Press 1996

**Schaarschmidt, U.; Fischer, A.:** Beanspruchungsmuster im Pflegeberuf. In: Ulich, E. (Hrsg.): Arbeitspsychologie in Krankenhaus und Arztpraxis. Bern: Huber 2003

**Seidler, A.; Liebers, F.; Latza, U.:** Prävention von Low-Back-Pain im beruflichen Kontext. Bundesgesundheitsblatt 51 (2008), 3, 322-333.

**Shimamura, A.P.; Berry, J.M.; Mangels, J.A.; Rusting, C.L.; Jurica, P.J.:** Memory and cognitive abilities in university professors: Evidence for successful aging. Psychological Science 6 (1995), 271-277

**Simon, M.; Tackenberg, P.; Hasselhorn, H.-M.; Kümmerling, A.; Büscher, A.; Müller, B.H.:** Auswertung der ersten Befragung der NEXT-Studie in Deutschland. Universität Wuppertal 2005. URL: <http://www.next.uni-wuppertal.de> (Seitenaufruf 26.10.2008)

**Skirbekk, V.:** Age and individual productivity: A literature survey. In: Feichtinger, G. (Hrsg.): Vienna yearbook of population research 2004. Wien: Austrian Academy of Sciences Press 2003, 133-153

**Statistisches Bundesamt Deutschland (destatis):** Gesundheit. Grunddaten der Krankenhäuser 2007. Wiesbaden: 2008a. (Fachserie des Statistischen Bundesamtes, 12, Reihe 6.1.1).

**Statistisches Bundesamt Deutschland (destatis):** Statistisches Jahrbuch 2008 für die Bundesrepublik Deutschland. Wiesbaden 2008b. URL: <http://www.destatis.de/jetspeed/portal/cms/Sites/destatis/SharedContent/Oeffentlich/A/IC/Publikationen/Jahrbuch/StatistischesJahrbuch,property=file.pdf> (Seitenaufruf 05.01.2009)

**Statistisches Bundesamt Deutschland (destatis):** 11. Koordinierte Bevölkerungs-Vorausberechnung. Annahmen und Ergebnisse. Wiesbaden: 2006. URL: <http://www.destatis.de/jetspeed/portal/cms/Sites/destatis/Internet/DE/Content/Statistiken/Bevoelkerung/VorausberechnungBevoelkerung/InteraktiveDarstellung/InteraktiveDarstellung,templated=renderPrint.psm> (Seitenaufruf 05.01.2009)

**Statistisches Bundesamt Deutschland (destatis):** Pressemitteilung Nr.490: Beschäftigung im Gesundheitswesen steigt weiter an. (n.n.; 17.12.2008). URL: [http://www.destatis.de/jetspeed/portal/cms/Sites/destatis/Internet/DE/Presse/pm/2008/12/PD08\\_490\\_23621,templated=renderPrint.psm](http://www.destatis.de/jetspeed/portal/cms/Sites/destatis/Internet/DE/Presse/pm/2008/12/PD08_490_23621,templated=renderPrint.psm) (Seitenaufruf 19.01.2009)

**Tittlbach, S.:** Entwicklung der körperlichen Leistungsfähigkeit. Eine prospektive Längsschnittstudie mit Personen im mittleren und späteren Erwachsenenalter. Schorndorf: Hofmann 2002

**Tsang, P. S.; Shaner, T. L.:** Age, attention, expertise and time-sharing performance. Psychology and Aging 13 (1998), 323-347

**Wahl, H.-W.; Diehl, M.; Kruse, A.; Lang, F.R.; Martin, M.:** Psychologische Altersforschung: Beiträge und Perspektiven. Psychologische Rundschau 59 (2008), 2-23

**Welt Online:** Leitartikel: Wohlstand hat viele Facetten. Es geht uns allen gut. (Siems, D.; 24.07.2008).URL: [http://www.welt.de/welt\\_print/article2244219/Es-geht-uns-allen-gut.html](http://www.welt.de/welt_print/article2244219/Es-geht-uns-allen-gut.html) .(Seitenaufruf 18.11.2008)

**Wenderlein, F. U.:** Analyse hoher Fehlzeiten bei Pflegekräften. Schwerpunkt Arbeitszufriedenheit. Dissertationsschrift, Universität Ulm 2002. URL: [http://vts.uni-ulm.de/docs/2002/1761/vts\\_1761.pdf](http://vts.uni-ulm.de/docs/2002/1761/vts_1761.pdf) (Seitenaufruf 02.11.2008)

**Weiß, M.:** Einführung in das Thema. In: Statistisches Bundesamt (destatis) (Hrsg.): Demographischer Wandel - Auswirkungen auf das Bildungssystem. Wiesbaden 2006, 7-13. (Schriftenreihe Statistik und Wissenschaft, Band 6)

**Winter, R.; Baur, J.:** Motorische Entwicklung im Erwachsenenalter. In: Baur, J.; Bös, K.; Singer, R. (Hrsg.): Motorische Entwicklung. Ein Handbuch. Schorndorf: Hofmann 1994, 309-332

## Links

Bundesministerium für Arbeit und Soziales (BMAS)  
[www.bmas.de](http://www.bmas.de)

Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin (BAuA),  
Modellprogramm zur Bekämpfung arbeitsbedingter Erkrankungen  
[www.baua.de/modellprogramm](http://www.baua.de/modellprogramm)