

Probleme und Lösungen in der Pflege aus Sicht der Arbeits- und Gesundheitswissenschaften

J. Glaser, Th. Höge

J. Glaser
Th. Höge

**Probleme und Lösungen in der Pflege
aus Sicht der Arbeits-
und Gesundheitswissenschaften**

Dortmund/Berlin/Dresden 2005

Die Expertise zum Thema „Probleme und Lösungen in der Pflege aus Sicht der Arbeits- und Gesundheitswissenschaften“ wurde im Jahre 2004 im Rahmen des Modellprogramms zur Bekämpfung arbeitsbedingter Erkrankungen zum Schwerpunktthema „Pflege“ erstellt. Das Vorhaben wurde vom Bundesministerium für Wirtschaft und Arbeit und der Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin gefördert und gemeinsam mit dem Thematischen Initiativkreis „Gesund Pflegen“ der Initiative Neue Qualität der Arbeit (INQA) fachlich begleitet.

Die Verantwortung für den Inhalt dieser Veröffentlichung liegt bei den Autoren.

Autoren: PD Dr. Jürgen Glaser
Wotanstr. 60
D-80639 München

Dr. Thomas Höge
Leopold-Franzens-Universität Innsbruck
Fakultät für Psychologie und Sportwissenschaft
Inrain 52 f, Bruno-Sander-Haus
A-6020 Innsbruck

Fachliche Begleitung: Dr. Jürgen Kopske, BAuA
Dr. Gabriele Richter, BAuA

Herausgeber: Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin
Friedrich-Henkel-Weg 1-25, D-44149 Dortmund
Telefon: (02 31) 90 71 – 0
Telefax: (02 31) 90 71 – 24 54
E-Mail: poststelle@buaa.bund.de
Internet: www.buaa.de

Berlin:
Nöldnerstr. 40-42, D-10317 Berlin
Telefon: (0 30) 5 15 48 – 0
Telefax: (0 30) 5 15 48 – 41 70

Dresden:
Proschhübelstr. 8, D-01099 Dresden
Telefon: (03 51) 56 39 – 50
Telefax: (03 51) 56 39 – 52 10

Alle Rechte einschließlich der fotomechanischen Wiedergabe und des auszugsweisen Nachdrucks vorbehalten.

Inhaltsverzeichnis

	Seite
Kurzreferat	4
1 Problemfeld Pflege	5
2 Arbeit in der Pflege – Anforderungen, Belastungen, Ressourcen, Gesundheit	7
2.1 Charakteristika der stationären Krankenpflege	10
2.2 Charakteristika der stationären Altenpflege	13
2.3 Charakteristika der ambulanten Pflege	16
3 Bestandsaufnahme arbeits- und gesundheitswissenschaftlicher Projekte	19
3.1 Projekte zur stationären Krankenpflege	21
3.2 Projekte zur stationären Altenpflege	39
3.3 Projekte zur ambulanten Pflege	49
3.4 Pflegebereichsübergreifende Projekte	60
4 Fazit und Empfehlungen	69

Probleme und Lösungen in der Pflege aus Sicht der Arbeits- und Gesundheitswissenschaften

Kurzreferat

Arbeit in der Pflege wurde in vielen wissenschaftlichen und betrieblichen Projekten erforscht. Erfreulich ist der Umstand, dass es zahlreiche Bemühungen zur Verbesserung der Arbeitssituation in der Pflege gibt. Bisweilen stellt sich jedoch die Frage, ob nicht „so manches Rad neu erfunden“ wurde und wird. Im Sinne einer Nachhaltigkeit arbeits- und gesundheitswissenschaftlicher Forschung zur Pflege wird mit der Expertise eine Bestandsaufnahme prototypischer Vorhaben vorgelegt. Mit der Bestandsaufnahme wird der Bekanntheitsgrad durchgeführter Vorhaben gesteigert, und es wird eine Grundlage für die weitere Ausrichtung der Forschung und der Bemühungen in der Pflegepraxis um eine Verbesserung der Arbeitssituation geschaffen. Damit lässt sich beurteilen, in welchen Themenbereichen und Segmenten der Pflege noch Forschungsdefizite bestehen. Zudem lässt sich erkennen, welche Gestaltungslösungen erfolgreich erprobt wurden, und ob sich prototypische Ansätze auf andere Bereiche der Pflege übertragen lassen.

In der Expertise werden ausgewählte arbeits- und gesundheitswissenschaftliche Projekte im Bereich der stationären Krankenpflege (18 Projekte), der stationären Altenpflege (10 Projekte) und der ambulanten Pflege (11 Projekte) sowie einige pflegebereichsübergreifende Vorhaben (10 Projekte) in Kurzform dargestellt. Die Informationen basieren auf Literaturrecherchen, auf Korrespondenz und Telefonaten mit Projektverantwortlichen. Die Projektportfolien sind einheitlich strukturiert. Sie umfassen Angaben zu Durchführungszeitraum, Zielsetzungen, Durchführungsbedingungen, Lösungswegen, ausgewählte Ergebnisse und – soweit vorhanden – Lösungsansätzen für die Praxis. Hinzu kommen Kontaktadressen und Hinweise auf Veröffentlichungen. Die beschriebenen Projekte sind als „offene Bestandsaufnahme“ zu verstehen – weitere Projekte können und sollen ergänzt werden.

Die Expertise gibt abschließende Empfehlungen. So wird neben erkennbaren Forschungsdefiziten auf Themenbereiche der arbeits- und gesundheitswissenschaftlichen Forschung hingewiesen, die im Feld der Pflege bislang nicht hinreichend untersucht wurden.

Schlagwörter:

stationäre Pflege, ambulante Pflege, Altenpflege, Arbeitsbedingungen, Gesundheitsförderung, Bestandsaufnahme

1 Problemfeld Pflege

Mit der aktuellen Diskussion um den demografischen Wandel in Deutschland rückt das Berufsfeld der Pflege mehr und mehr in das öffentliche Bewusstsein. Bei einer rückläufigen Geburtenrate, steigender Lebenserwartung und einer – dadurch bedingt – alternden Gesellschaft, einer zudem voranschreitenden Auflösung familiärer Strukturen und steigender Erwerbsquote von Frauen nimmt der Bedarf nach professionellen pflegerischen Dienstleistungen unaufhaltsam zu. Was früher noch in (Groß-)Familien an Pflege- und Versorgungsleistungen bewältigt wurde, ist im Zuge des gesellschaftlichen Trends der Individualisierung mehr und mehr zur Aufgabe öffentlicher oder privater Anbieter geworden.

Zu diesen Anbietern von Pflegeleistungen zählten zu Jahresbeginn 2002 nach Angaben des Statistischen Bundesamtes in Deutschland 2.240 Krankenhäuser und 1.388 Vorsorge- und Rehabilitationskliniken; hinzu kommen rund 9.200 Pflegeheime und 10.600 ambulante Pflegedienste. Das Gesundheitswesen mit seinen 4.18 Mio. Beschäftigten zählt inzwischen zu einem der bedeutendsten Wirtschaftszweige in Deutschland. Hier hat etwa jeder zehnte Erwerbstätige seine Beschäftigung gefunden – mehr als zum Beispiel in der deutschen Automobilindustrie tätig sind. Ein Blick auf die Entwicklung des Arbeitsmarktes in Deutschland zeigt darüber hinaus, dass der Übergang in die „Dienstleistungsgesellschaft“ überproportional durch Beschäftigungsfelder im Gesundheitswesen getragen wurde. Im Bereich der „Gesundheitsdienstberufe“ mit insgesamt 2.2 Mio. Erwerbstätigen im Jahr 2002 stellen die 705.000 Beschäftigten in der Krankenpflege (inkl. Hebammen) zahlenmäßig die größte Gruppe. Zählt man 229.000 Helfer in der Krankenpflege und im Bereich der „Sozialen Berufe“ zusätzlich 277.000 Altenpfleger hinzu, so wird das Beschäftigungspotenzial der Pflege in Deutschland gut erkennbar.

Die Gesundheitsausgaben, die in Deutschland unaufhaltsam ansteigen, und die bereits seit dem Beginn der 90er Jahre wiederkehrender Anlass für gesetzliche Strukturreformen waren und sind, beliefen sich im Jahr 2001 auf knapp 226 Mrd. €. Demnach wurden 10.9% des Bruttoinlandsprodukts für das Gesundheitswesen aufgewendet, das waren im Durchschnitt 2.740 € pro Einwohner. Besonders stark sind in den vergangenen zehn Jahren die Ausgaben für die pflegerischen/therapeutischen Leistungen angestiegen, nämlich um 6,1% jährlich auf insgesamt 51.6 Mrd. €.

Diesen Ausgaben für pflegerische Leistungen standen im Jahr 2001 nahezu 17 Mio. Patienten in Krankenhäusern und insgesamt 2.04 Mio. Pflegebedürftige im Sinne des Pflegeversicherungsgesetzes (SGB XI) gegenüber. Von diesen Pflegebedürftigen haben 81% das Alter von 65 Jahren erreicht oder überschritten. 604.000 Pflegebedürftige werden in Pflegeheimen und 1.44 Mio. Pflegebedürftige zuhause versorgt, davon wiederum 435.000 teilweise oder vollständig durch ambulante Pflegedienste. Die Zahl der Pflegebedürftigen hat seit Einführung der Pflegeversicherung im Jahr 1994 kontinuierlich zugenommen. Seither ist auch eine deutliche Verschiebung zu verzeichnen, weg vom „reinen Pflegegeld-Empfänger“ (versorgende Angehörige) hin zur Betreuung und Versorgung im Heim oder durch ambulante Dienste. Das bedeutet, dass die Inanspruchnahme professioneller Pflegeleistungen steigt. Und mit Blick auf die oben genannte demografische Entwicklung ist davon auszugehen, dass dieser Bedarf weiter anwachsen wird.

In den verschiedenen Berufsfeldern der Pflege zeichnen sich bereits personelle Engpässe ab. Im Krankenhauswesen waren laut einer repräsentativen Befragung durch das Deutsche Institut für angewandte Pflegeforschung im Jahre 2002 bundesweit

mehr als 12.000 offene Stellen zu verzeichnen, hinzu kamen gut 30.000 weitere unbesetzte Stellen im Bereich der stationären Altenhilfe sowie im ambulanten Pflegebereich. Demgegenüber waren auf dem Arbeitsmarkt vergleichsweise wenige arbeitssuchende Angehörige der Pflegeberufe auszumachen (im Jahr 2000 nur etwa 18.000 Personen) – die Arbeitslosenquote bei den Pflegeberufen lag demnach sehr niedrig, nämlich bei einem bundesdeutschen Durchschnitt von nur 2.8%.

Die Studie kommt weiterhin zu der Einschätzung, dass die Arbeitsbelastung in den vergangenen Jahren in allen Bereichen der Pflege zugenommen hat. Eine steigende Zahl an geleisteten Überstunden, ebenso wie von Krankheitsausfällen, besonders im Bereich der stationären Altenhilfe, können als vergleichsweise „harte“ Indikatoren für die angesprochene Verschlechterung der Arbeitssituation in der Pflege herangezogen werden. Dabei wurde bereits in den 80er Jahren auf einen Pflegenotstand aufmerksam gemacht, als zur damaligen Zeit erste Krankenhausstationen wegen Pflegepersonalmangel geschlossen werden mussten. In einzelnen Bundesländern wird heute wieder offen von einem Pflegenotstand im Bereich der Altenpflege wie auch im Bereich der häuslichen Pflege gesprochen.

In einigen Studien wurde schon vor geraumer Zeit auf Belastungsschwerpunkte der Arbeitssituation im Pflegebereich aufmerksam gemacht. (Wechsel-)Schichtarbeit, Gefahren durch Noxen und Toxine (u.a. Infektionsrisiken), der Umgang mit Sterben und Tod und andere Faktoren gelten seitdem als charakteristisch für die Arbeit in der Pflege. Jedoch waren solche Studien entweder ausschließlich arbeitsmedizinisch ausgerichtet oder aber vergleichsweise phänomenologisch orientiert, so dass psychologische Aspekte der Pflegetätigkeit bislang kaum oder wenn, dann nur recht unsystematisch und wenig theoriegeleitet untersucht worden waren. Überforderung, Unzufriedenheit und Stress bei den Pflegekräften, ein hoher Krankenstand und eine geringe Verweildauer im Beruf als mögliche Konsequenzen einer ungünstigen Arbeitssituation, haben die Pflege in der Öffentlichkeit in „Verruf“ und dem Berufsbild ein recht negatives Image gebracht. Dieses Image der Pflege ist auch verantwortlich für die hohe Quote an Berufsaussteigern, welche die Kombination aus hohen Arbeitsbelastungen bei geringer Anerkennung vermutlich nicht mehr bewältigen.

2 Arbeit in der Pflege – Anforderungen, Belastungen, Ressourcen, Gesundheit

Pflege lässt sich als Tätigkeit mit hohen *Anforderungen* bezeichnen, und dies in geistiger wie auch in körperlicher Hinsicht. Neben einem modernen Fachwissen auf unterschiedlichen Gebieten (u.a. Medizin, Psychologie, Sozialarbeit und Recht) und spezifischen Fertigkeiten, die im Rahmen einer langjährigen beruflichen Aus-, Fort- und Weiterbildung vermittelt werden, verlangt die Pflege körperliche Fähigkeiten (etwa Geschicklichkeit, Ausdauer und Kraft) und in einem erheblichen Umfang auch soziale Fähigkeiten und soziales Wissen. Über die notwendige Fachkompetenz hinaus wird als eine wichtige Schlüsselqualifikation ein hohes Maß an Kommunikations- und Sozialkompetenz gefordert. Eigene repräsentative Analysen von Anforderungen (Tätigkeits- und Qualifikationserfordernissen) in der Pflege haben Folgendes gezeigt: Zum einen lässt sich belegen, dass Pflege keineswegs eine „einfache, anspruchslose“ Arbeitstätigkeit ist, wie bisweilen unterstellt wird. Vielmehr lassen sich komplexe und anforderungsreiche Aufgabenbestandteile identifizieren (z.B. die individuelle Pflegeplanung). Zum anderen ist der Grad der Anforderungen in der pflegerischen Arbeitstätigkeit ganz maßgeblich durch die Form der Arbeitsorganisation bestimmt. So ließen sich im Rahmen von Arbeitsbeobachtungen prägnante Unterschiede im Anforderungsgehalt pflegerischer Arbeitsaufgaben je nach Form der vorherrschenden Pflegeorganisation nachweisen. Darin lassen sich Möglichkeiten für eine Verbesserung der Arbeitssituation durch Reorganisation von Arbeitsabläufen erkennen. Im Unterschied zu den Anforderungen wurden *Belastungen* im Bereich der Pflege vergleichsweise häufig untersucht. Schwerpunkte solcher überwiegend arbeitsmedizinischen Studien lagen bei klassischen ergonomischen Belastungen in Form von toxischen, mutagenen oder allergenen Stoffen, Infektionsgefahren, Strahlenexposition, Belastungen des Bewegungs- und Stützapparates und Risiken von Stich- und Schnittverletzungen. Den psychischen Belastungen in der Pflege wurde bislang weniger Bedeutung beigemessen, und wenn, dann wurden vor allem Faktoren wie Zeitdruck oder der Umgang mit schwierigen und sterbenden Patienten thematisiert. In eigenen und anderen neueren Studien konnten über diese Aspekte eines traditionellen Arbeits- und Gesundheitsschutz hinaus zahlreiche psychomentele Belastungsfaktoren in der Pflege nachgewiesen werden. Neben organisationalen (z.B. Überbelegung) und sozialen Stressoren (mit Patienten, Kollegen, Vorgesetzten) ließen sich auch viele Formen von Überforderungen und Hindernissen in der pflegerischen Arbeit nachweisen. Solche Belastungen stören ein effizientes und effektives Arbeitshandeln in der Pflege und führen zu einem erheblichen unnötigen Zusatzaufwand, aber auch zu riskantem Handeln. Neben motorischen (z.B. zu kleine Zimmer, daher Umschieben von Betten) und informatorischen Erschwerungen (z.B. unleserliche Handschrift, daher Nachfragen bei Ärzten oder Kollegen) sowie neben Arbeitsunterbrechungen durch andere Personen, Telefonanrufe o.ä. ließen sich Überforderungen in Form des Zeitdrucks oder aufgabenunspezifischer ergonomischer Art (z.B. Lärm) nachweisen. Unterbrechungen durch Personen, motorische Erschwerungen und Regulationsüberforderungen durch mangelhafte ergonomische Bedingungen konnten in eigenen Studien als stärkste Belastungsquellen in der stationären Pflege identifiziert werden.

Neben Anforderungen und Belastungen in der pflegerischen Arbeit spielen aus einer arbeits- und gesundheitswissenschaftlichen Perspektive gerade auch sogenannte *Ressourcen* eine wichtige Rolle. Ihnen kommt eine entscheidende Funktion bei der

Bewältigung von Anforderungen und Belastungen zu. Im Vordergrund stehen hier Tätigkeitsspielräume und Möglichkeiten der Partizipation als Formen der Autonomie in der Arbeit. Darüber hinaus sind Voraussetzungen zur Nutzung solcher Einflussmöglichkeiten von entscheidender Bedeutung, vor allem die Transparenz (Durchschaubarkeit, Vorhersehbarkeit) organisationaler Bezüge und der Arbeitsaufgabe. Zudem sind personelle, materielle und soziale Ressourcen wichtig, die für die Arbeit in der Pflege eine unterstützende Funktion haben. Für die stationäre Krankenpflege lässt sich zusammenfassend sagen, dass Ergebnisse zu den Ressourcen vergleichsweise günstig im Bereich der Transparenz und des Tätigkeitsspielraums sowie im Hinblick auf soziale Ressourcen im Team ausfallen. Demgegenüber sind die personellen Ressourcen ebenso wie die materiell-räumliche Ausstattung bestenfalls als zufriedenstellend, in vielen Fällen als unbefriedigend zu bewerten. Defizite zeigen sich teilweise auch im Bereich des Führungsverhaltens durch die Stationschwestern/-pfleger. So mangelt es offenbar auf vielen Stationen an einer klaren und kontingenten Rückmeldung zur Arbeitsleistung und zum Arbeitsverhalten der Pflegekräfte. Von Haus zu Haus recht unterschiedlich fallen die Urteile hinsichtlich der Kooperation mit anderen Berufsgruppen und Diensten aus. Während zum Teil sehr positive Kooperationsbeziehungen gerade bei kleineren Einrichtungen bestehen, zeigen sich in anderen (größeren) Krankenhäusern vielfältige Schnittstellenprobleme, meist in der Kooperation mit dem ärztlichen Dienst und den Funktionsdiensten, die zu erheblichen Reibungsverlusten und Qualitätseinbußen in der täglichen Arbeit führen können.

Mit Blick auf die *Gesundheit* der Pflegekräfte ist medienwirksam, häufig leider nur in anekdotischer Form berichtet worden. Die ernst zu nehmende arbeits- und gesundheitswissenschaftliche Literatur fällt vergleichsweise spärlich aus. Vor allem psychische Befindensbeeinträchtigungen in Form von psychosomatischen Beschwerden wurden bei Pflegekräften systematischer untersucht. Zu den gesundheitlichen Wirkungen pflegerischer Arbeit existiert auch eine Fülle neuerer Arbeiten, die sich mit der Arbeitsunzufriedenheit oder dem Burnout befassen. Eine überdurchschnittlich hohe Zahl an Arbeitsunfähigkeitstagen vor allem bei den älteren Beschäftigten wie auch die geringe Verweildauer im Beruf der Pflege deuten darauf hin, dass die Pflege Tätigkeit eine ausgeprägte psychische und körperliche Beanspruchung mit sich führt, an deren Ende nicht nur Schädigungen der Gesundheit, sondern nicht selten der Berufsausstieg steht. Bislang finden sich jedoch nur wenige Studien, in denen Zusammenhänge zwischen Bedingungen und Konsequenzen, d.h. Ursachen in den Arbeitsbedingungen einerseits und Wirkungen und Folgen für die psychophysische Gesundheit der Pflegekräfte andererseits, untersucht wurden. Dementsprechend vorläufig sind die Erklärungsmodelle zur Entstehung von Arbeitsunzufriedenheit, psychischem Stress und Burnout in der Pflege.

Pflege ist eine dialogische Tätigkeit. Wegen der nahezu durchgängigen Beziehung zu hilfs- und pflegebedürftigen Personen sind hier selbst einfache Handlungen in komplexe Zusammenhänge der Kommunikation und Kooperation eingebettet. Kommunikation findet in der Pflege nicht nur auf einer Inhaltsebene statt, indem Sachinformationen unterschiedlicher Art an Kooperationspartner übermittelt bzw. von ihnen aufgenommen werden. Vielmehr verläuft sie auch auf einer Beziehungsebene über Affekte und Emotionen im verbalen wie auch im nonverbalen Ausdruck. Dies gilt für Arbeitsbeziehungen zu den Kollegen im Team, zu den Ärzten und Vorgesetzten und zu zahlreichen anderen Bezugsgruppen. Und dies gilt in besonderem Maße für die Kooperationsbeziehung zu den Patienten. Die Interaktion mit den Patienten kann auch als Kernaufgabe der pflegerischen Tätigkeit verstanden werden. Pflege ist so-

mit als *Interaktionsarbeit* zu begreifen, die einen eigenständigen, therapeutisch relevanten Beitrag zur Genesung liefert. Gerade zu diesem Themenbereich ist bislang noch wenig geforscht worden.

2.1 Charakteristika der stationären Krankenpflege

Die stationäre Krankenpflege stellt auf dem deutschen Pflegemarkt nach wie vor das größte Segment. Im Jahr 2001 wurden in 2.240 Krankenhäusern 16.6 Mio. Patienten stationär versorgt. Getragen wird diese Arbeit maßgeblich durch 517.226 Beschäftigte in der stationären Krankenpflege (inkl. Funktionsdienste). Krankenpflegekräfte sind die stellen- und kostenmäßig größte Personalgruppe im Krankenhaus. Die Sekundärleistungswerte der Krankenhäuser im zeitlichen Verlauf zeigen eine klare Leistungssteigerung. Während die Patientenzahlen von 13.8 Mio. im Jahr 1990 auf 16.6 Mio. in 2001 angestiegen sind, wurden die Pflgetage im selben Zeitraum von 209.8 Mio. auf 162.8 Mio. reduziert. Dies drückt sich auch in der deutlich kürzeren Verweildauer von 9.8 Tagen gegenüber 15.3 Tagen im Jahr 1990 aus. Letztlich wurde diese Leistungssteigerung auf dem Rücken der Beschäftigten und der Patienten ausgetragen. Es ist davon auszugehen, dass die Arbeitsbelastungen in der stationären Krankenpflege in den vergangenen Jahren deutlich zugenommen haben. Leider liegen dazu bislang keine vergleichbaren Längsschnittbefunde vor.

Die Aufbauorganisation des Krankenhauses ist gekennzeichnet durch eine traditionell hierarchische Drei-Linien-Organisation: dem Pflegedienst, dem ärztlichen Dienst und dem Verwaltungsdienst. Im Pflegedienst sind Mehrfachunterstellungen vorgesehen, denn die Pflegekraft ist in pflegerischen Belangen der Stationschwester bzw. der Pflegedienstleitung, in medizinischen Belangen dem Stationsarzt und in Personalfragen dem Verwaltungsdirektor unterstellt. Als vorherrschende Form der Ablauforganisation in der stationären Krankenpflege war das System der Funktionspflege bzw. der funktionalen Pflege über eine lange Zeit fest etabliert. Bei dieser Form der Arbeitsteilung waren Pflgetätigkeiten auf einer Station in kleine Verrichtungseinheiten zerlegt und einzelnen Pflegekräften zur Erledigung zugewiesen. Aus dieser Verteilung resultierten „Rundgänge“, bei denen Pflegekräfte einzelne Arbeitsfunktionen bei allen Patienten der Station nacheinander verrichteten (z.B. Bettenrundgang, Rundgang zur Verteilung von Medikamenten). An dieser Form der Arbeitsteilung war zunehmend Kritik laut geworden. Heute sind in den meisten Krankenhäusern ganzheitlichere Formen der Pflege eingeführt oder zumindest in Erprobung.

Die Arbeit in der stationären Krankenpflege ist eng verwoben mit Arbeitsabläufen anderer Berufsgruppen und Dienste im Krankenhaus. Vielfältige Bezüge bestehen zum ärztlichen Dienst und zu den Funktionsdiensten. Diese enge arbeitsbezogene Kooperation führt zahlreiche Probleme mit sich. Zum einen finden sich ernsthafte Schnittstellenprobleme die etwa aus asynchronen Arbeitszeiten zwischen pflegerischem und ärztlichen Dienst, aus einer mangelhaften Abstimmung von Arbeitsabläufen mit anderen Berufsgruppen (z.B. Terminpläne von Funktionsdiensten) oder aufgrund unzureichender Transparenz resultieren. So ist etwa meist nicht im voraus bekannt, wann Ärzte auf einer chirurgischen Abteilung zur Visite kommen.

Bei einer wöchentlichen Betriebszeit der Krankenhäuser von 168 Stunden wird Arbeit in der stationären Krankenpflege im Dreischichtbetrieb verrichtet. Traditionell arbeiten die Pflegekräfte im Wechsel zwischen Früh- und Spätdienst, nicht selten mit zusätzlichen Blöcken von Nachtdiensten. Charakteristisch sind hohe zeitliche Flexibilitätsanforderungen bei eher geringerer Autonomie zur Gestaltung der eigenen Arbeitszeit. Überstunden bzw. Mehrarbeit sowie Wochenendarbeit sind eher Regel als Ausnahme. Arbeitszeiten in der stationären Pflege müssen daher als wenig sozialverträglich eingestuft werden. Regelmäßige außerberufliche Aktivitäten (z.B. Engagement in Vereinen) sind kaum möglich und die Arbeitszeiten werden überwiegend als Belastung erlebt. Viele, fast ausschließlich weibliche Pflegekräfte bemühen sich

um eine Teilzeitbeschäftigung, um die beruflichen und familiären Anforderungen besser in Einklang bringen zu können. Teilzeitquoten von bis zu 40% stellen den stationären Pflegedienst bisweilen vor erhebliche arbeitsorganisatorische Herausforderungen. Sozialverträgliche Arbeitszeitmodelle als Alternativen zur gesundheitsbeeinträchtigenden Schichtarbeit wurden zum Teil mit gutem Erfolg erprobt, eine breitere Umsetzung scheitert jedoch meist an der genannten Schnittstellenproblematik.

Die Arbeitsaufgaben der Krankenpflegekräfte sind im Krankenpflegegesetz (KrPflG) geregelt, das am 01.01.2004 novelliert wurde. Sie umfassen die folgenden eigenständigen Aufgaben: Erhebung und Feststellung des Pflegebedarfs, Planung, Organisation, Durchführung und Dokumentation der Pflege; Evaluation der Pflege, Sicherung und Entwicklung der Qualität der Pflege; Beratung, Anleitung und Unterstützung von Patienten und ihrer Bezugspersonen in der individuellen Auseinandersetzung mit Gesundheit und Krankheit; Einleitung lebenserhaltender Sofortmaßnahmen bis zum Eintreffen der Ärzte. Hinzu kommen eigenständige Durchführung ärztlich veranlasseter Maßnahmen, Mitwirkung bei Maßnahmen der medizinischen Diagnostik, Therapie oder Rehabilitation, bei Maßnahmen in Krisen- und Katastrophensituationen sowie bei der interdisziplinären Entwicklung von Lösungen für Gesundheitsprobleme. Nicht selten bestehen trotz Zuständigkeitsdefinition Abgrenzungskonflikte zu ärztlichen Tätigkeiten einerseits und zu hauswirtschaftlichen Tätigkeiten andererseits. Infolge der Bemühungen um Qualitätssicherung haben administrative Aufgaben in Relation zur Allgemeinen (Grundpflege) und Speziellen Pflege (Behandlungspflege) zugenommen, anstatt mehr Zeit für (sozioemotionale) Belange der Patienten einbringen zu können.

Mit der Arbeitssituation in der stationären Krankenpflege haben sich verschiedene Disziplinen befasst. In arbeitsmedizinischen Untersuchungen wurde ein Bündel an gesundheitsrelevanten Gefahren am Arbeitsplatz Krankenhaus identifiziert. Dazu zählen Belastungen durch toxische, mutagene und allergene Stoffe (z.B. Zytostatika, Narkosegase, Latex und Desinfektionsmittel), Infektionsgefahren (z.B. Hepatitis), Strahlenexposition, Belastungen des Bewegungs- und Stützapparates durch häufiges und schweres Heben, Tragen oder Lagern sowie die Gefahr von Stich- und Schnittverletzungen. Hinzu kommen im ergonomischen Bereich Faktoren wie Lärm, unzureichende Belüftung oder Beleuchtung am Arbeitsplatz und vieles mehr. Diese körperlich-physiologischen Arbeitsbelastungen, ihre Wirkungen und die Möglichkeiten zum Abbau bzw. zur Prävention sind vergleichsweise gut erforscht. Bei zahlreichen Schutzbestimmungen und Präventionsmaßnahmen sind Arbeitssicherheit und Hygiene im Krankenhaus weit vorangeschritten. Inzwischen liegen auch zahlreiche Befunde vor, die einen hohen Grad an psychischer Belastung in der Krankenpflege dokumentieren: Neben verschiedenen organisationalen Stressoren (z.B. Über- und Fehlbelegung) zählen ungünstige und unregelmäßige Arbeitszeiten (siehe oben), Informationsunsicherheit und Rollenunklarheit, hohes Arbeitstempo und Zeitdruck, Belastungen durch leidende, sterbende Patienten, Umgang mit krankheits- oder persönlichkeitsbedingt schwierigen Patienten oder soziale Belastungen in der Kooperation mit Ärzten, Vorgesetzten, Angehörigen zu den typischen Belastungen in der stationären Krankenpflege.

Das arbeitspsychologisch wichtige Potenzial von Arbeitsanforderungen wird bei der Gestaltung der Pflegetätigkeit im Krankenhaus nur unzureichend ausgeschöpft. Je nach Arbeitsorganisationsform sind Anforderungsvielfalt, Planungserfordernisse, Qualifikationsanforderungen und andere lern- und gesundheitsförderliche Merkmale zum Teil nur gering, zum Teil aber auch recht zufriedenstellend ausgeprägt. Eigenständige planerische Aufgabenbestandteile sind in einigen Belangen den Ärzten (z.B.

Diagnostik, Therapie) oder der pflegerischen Stationsleitung (z.B. Arbeitsorganisation) vorbehalten. Im Falle einer patientenorientierten Bereichs- oder Bezugspflege und bei konsequenter Umsetzung des Pflegeprozesses lassen sich hingegen auch angemessene Arbeitsanforderungen für die verantwortlich zuständigen Krankenpflegekräfte in den Bereichen herstellen. Solche Anforderungen sind nicht nur wichtig, um dem Verlernen von Wissen und Kompetenz vorzubeugen, sie begünstigen auch das Hinzulernen bzw. die Kompetenzentwicklung in der Arbeit.

Im modernen Arbeitsleben kommt den Ressourcen in der Arbeit eine entscheidende Rolle zu. In dem Maße, in dem Arbeitsbelastungen etwa durch die Verdichtung von Arbeit unter steigendem Zeitdruck zunehmen, und in dem Arbeitsanforderungen im Zuge der Delegation von Pflichten und Verantwortung ansteigen, werden Spielräume zur Bewältigung der zunehmenden Anforderungen und Belastungen immer wichtiger. Für die stationäre Krankenpflege fallen tätigkeitsbezogene Ressourcen (z.B. Handlungs-, Gestaltungsspielräume) und soziale Ressourcen (z.B. Unterstützung im Team) eher günstig aus. Demgegenüber sind personelle Ressourcen (z.B. Ausstattung mit Fachkräften) ebenso wie viele Aspekte im Bereich der materiell-räumlichen Ressourcen bestenfalls als zufriedenstellend, in vielen Fällen als unbefriedigend zu bewerten. Defizite zeigen sich auch im Bereich des Führungsverhaltens. So mangelt es auf vielen Stationen an einer klaren und kontingenten Rückmeldung zur Arbeitsleistung und zum Arbeitsverhalten der Pflegekräfte. Von Haus zu Haus recht unterschiedlich stellt sich die Kooperation mit anderen Berufsgruppen und Diensten dar; zum Teil bestehen gut funktionierende Kooperationsbeziehungen gerade bei kleineren Einrichtungen, bisweilen zeigen sich – überwiegend in größeren Krankenhäusern – erhebliche Schnittstellenprobleme, meist in der Kooperation mit dem ärztlichen Dienst und den Funktionsdiensten, die zu erheblichen Reibungsverlusten und Qualitätseinbußen in der täglichen Arbeit führen können.

Wenn ein hohes Maß an Belastungen mit unzureichenden Ressourcen in der Arbeit zusammentrifft, was in der stationären Krankenpflege leider immer wieder der Fall ist, so hat dies negative Konsequenzen für die Gesundheit der Pflegekräfte in physischer wie auch in psychischer Hinsicht. Auswirkungen solcher Gesundheitsbeeinträchtigungen zeigen sich in vielfältiger Weise, u.a. motivations-, einstellungs- und verhaltensbezogen. Die stationäre Krankenpflegetätigkeit führt – so die Ergebnisse vieler Studien – eine ausgeprägte psychische und körperliche Beanspruchung mit sich, an deren Ende Schädigungen der psychophysischen Gesundheit in Form von Demotivation, Arbeitsunzufriedenheit, psychosomatischen Beschwerden, psychischem Stress und Burnout stehen. Die verhaltensbezogenen Folgen solcher Gesundheitsbeeinträchtigungen lassen sich letztlich auch „hart ökonomisch“ messen, so etwa in Form hoher Arbeitsunfähigkeitsquoten, erhöhter Fluktuation und frühzeitigem Ausstieg aus der stationären Krankenpflege. Statistiken zur Entwicklung des Krankenstands von Pflegekräften im Krankenhaus zeigen, dass besonders der Krankenstand in den höheren Altersgruppen überdurchschnittlich stark im Vergleich zu anderen Berufsgruppen zunimmt, dies obwohl ein beträchtlicher Teil aus gesundheitlichen Gründen bereits vorzeitig aus dem Beruf ausscheidet.

2.2 Charakteristika der stationären Altenpflege

Laut Pflegestatistik des Statistischen Bundesamtes wurden zum Jahresende 2001 in 9.165 Altenpflegeeinrichtungen insgesamt 604.365 Pflegebedürftige gepflegt und versorgt. Das größte Marktsegment (56%) halten die freigemeinnützigen Träger, gefolgt von privaten Institutionen (35%). Öffentliche Träger haben in diesem Pflege-segment kaum Marktanteile (9%). Die privaten Einrichtungen sind mit durchschnittlich 50 Heimplätzen kleiner als Einrichtungen unter freigemeinnütziger (73 Plätze) und öffentlicher Trägerschaft (84 Plätze). Ein Großteil der in den Pflegeheimen versorgten Bewohner ist in Pflegestufe II (45%) eingruppiert, gefolgt von Bewohnern der Pflegestufe I (33%) und der Pflegestufe III (21%). Die restlichen knapp 2% der Bewohner waren zum Stichtag noch keiner Pflegestufe zugeordnet. Die stationäre Altenpflege ist im Unterschied zur stationären Krankenpflege im Wachstum begriffen, dies sowohl was die Anzahl der Institutionen wie auch der Beschäftigten betrifft. In den Altenpflegeeinrichtungen arbeiten insgesamt 475.368 Erwerbstätige, zum einem großen Teil examinierte Alten- und Krankenpflegekräfte (31%). Der Anteil der Beschäftigten ohne Berufsabschluss bzw. in Ausbildung ist mit 22% hoch. Es finden sich zahlreiche Beschäftigtengruppen mit anderen Berufsabschlüssen (z.B. hauswirtschaftliche Berufe). Der Frauenanteil liegt mit knapp 85% ähnlich hoch wie in der stationären Krankenpflege.

Organisatorisch sind die meisten Heime wie folgt aufgebaut: Neben der Heimleitung mit Gesamtverantwortung für das Haus ist die Pflegedienstleitung dem Pflegebereich weisungsbefugt. Ihr stehen ggf. Qualitätsbeauftragte und/oder Pflegeüberleitungskräfte zur Seite, welche v.a. die Neuaufnahme von Bewohnern koordinieren. Neben dem Pflegebereich gibt es zumeist eine Verwaltungs- und Hauswirtschaftsabteilung, zum Teil sind weitere Dienste wie etwa die Raumpflege fremdvergeben. Altenpflegeheime sind unter privater Trägerschaft mit durchschnittlich 2-3 Stationen (Wohngruppen, Pflegegruppen o.ä.), unter öffentlicher oder freigemeinnütziger Trägerschaft mit 3-4 Stationen ausgestattet. Pro Station werden rund 25 Bewohner gepflegt und versorgt, was eine familienähnliche Lebenssituation bis auf wenige Ausnahmen (z.B. betreute Hausgemeinschaften) nicht zulässt. Bedürfnisse nach Orientierung und Vertrautheit können folglich nur schwer erfüllt werden. Nach der Heimpersonalverordnung sind Pflegeheime verpflichtet, mindestens zur Hälfte Fachkräfte (z.B. examinierte Altenpflegekräfte) in der Betreuung der Bewohner einzusetzen. In repräsentativen Studien zeigte sich jedoch, dass fast jede dritte Einrichtung, allen voran die privaten, diese Fachkraftquote nicht erfüllt.

Die Verwurzelung in der Krankenpflege zeigt sich heute noch am funktionalen Charakter vieler Altenheime: lange Stationsflure, sterile weiße Wände und Zimmer, die meist mit einer zuvor fremden Person geteilt werden müssen. Die Arbeitsabläufe auf den Heimstationen folgen in gewisser Hinsicht ebenso der krankenhausförmigen Organisation mit strengen Zeitplänen. Auf den Stationen wird, soweit möglich – d.h. besonders im Frühdienst – in Bereichspflege gearbeitet. Ähnlich wie in der stationären Krankenpflege lässt sich aber auch für die stationäre Altenpflege ein Defizit an patienten- bzw. bewohnerorientierter Pflege konstatieren. Dies drückt sich auch hier in Rundgängen (z.B. Medikamentenvergabe) aus, teilweise dadurch bedingt, dass pro Schicht nicht genügend für die Tätigkeit befugte Fachkräfte verfügbar sind. Auf Bedürfnisse der Bewohner nach einer individuellen Mitgestaltung ihrer Tagesabläufe kann von den Pflegekräften daher nur unzureichend eingegangen werden.

Arbeit in der Altenpflege wird im Drei-Schicht-Betrieb verrichtet. Während einer Früh-schicht arbeiten etwa vier bis fünf Pflegenden zusammen auf einer Station. Die Spät-

schicht ist etwas geringer besetzt, im Nachtdienst ist meist nur eine Person anwesend. Diese arbeitet häufig als Dauernachtwache, sodass ein Teil der Pflegekräfte im Wechsel zwischen Früh- und Spätdienst, ein anderer Teil aber auch noch im Wechsel zwischen Früh-, Spät- und Nachtdienst tätig ist. In vielen Einrichtungen findet sich neben diesen gesundheitlich und sozial eher unverträglichen Arbeitszeitmodellen noch das Modell des „geteilten Dienstes“. Bei dieser Variante des Schichtdienstes arbeiten Pflegekräfte morgens und kehren nach einer längeren Pause nachmittags wieder zur Arbeit zurück, wodurch Arbeitsbeginn und -ende an einem Tag nicht selten 12 Stunden auseinanderliegen. Eine Arbeitszeitregelung ohne Schichtdienst haben weniger als 10% der Beschäftigten in der stationären Altenpflege. Fast die Hälfte der Beschäftigten arbeiten in Teilzeit.

Die Arbeitsaufgaben in der Altenpflege umfassen zu einem substanziellen Teil Tätigkeiten der Grundpflege. Studien beziffern den zeitlichen Umfang mit rund 50% der Arbeitszeit der Pflegekräfte. Im Vergleich zur Krankenpflege entfällt ein geringerer Teil (ca. 15-20%) der Arbeit auf Tätigkeiten der Behandlungspflege. Hinzu kommen Aufgaben der psychosozialen Betreuung, der Dokumentation, Übergaben und Dienstgespräche sowie weitere Nebentätigkeiten. Eine Unterteilung in Grund-, Behandlungspflege und psychosoziale Betreuung ist nach Ansicht der Pflegewissenschaft in der Praxis sehr schwer vorzunehmen, da diese Arbeitshandlungen sich gegenseitig bedingen und eine Zergliederung gerade auch mit Blick auf die Forderung nach ganzheitlicher Pflege wenig sinnvoll ist. Gleichwohl wird diese Unterteilung in der Pflegeversicherung zugrunde gelegt. Abgrenzungsprobleme zur Tätigkeit anderer Berufsgruppen („pflegefremde Tätigkeiten“) stellen sich deutlich weniger als im Krankenhaus. Da rund drei Viertel der Arbeit mit und bei den Bewohnern verrichtet wird, spielt die eingangs erwähnte Interaktionsarbeit eine sehr wichtige Rolle. Häufig wird jedoch beklagt, dass bei dem Zeitaufwand, der seit Einführung der Pflegeversicherung für Dokumentationsarbeiten zu erbringen ist, zu wenig Zeit bleibt, um sich mit den psychosozialen Bedürfnissen der Bewohner angemessen auseinanderzusetzen.

Die Arbeitssituation in der stationären Altenpflege ist aus einer arbeits- und gesundheitswissenschaftlichen Perspektive bislang weitaus weniger gut untersucht worden als die Arbeitsbedingungen der Pflegekräfte im Krankenhaus. Daher lassen sich zu den Arbeitsbelastungen, besonders aber zu Anforderungen und Ressourcen in der Altenpflege kaum repräsentative Aussagen machen. Nach den Ergebnissen der vorliegenden Studien resultieren körperliche Belastungen vor allem daraus, dass beim Heben, Tragen und Lagern von Bewohnern entweder keine geeigneten Hilfsmittel (z.B. Hebelifter) zur Verfügung stehen, oder dass diese Hilfsmittel – in der Mehrzahl der Fälle – umständlich zu bedienen bzw. erst aus entfernten Räumen zu holen sind, so dass aus zeitlichen Gründen von der Inanspruchnahme abgesehen und damit unergonomisch bzw. gesundheitsschädigend gearbeitet wird. Mit Blick auf die psychischen Arbeitsbelastungen nehmen Zeitdruck, Umgang mit Leiden, Sterben und Tod, Arbeitsunterbrechungen, teilweise auch der Umgang mit Angehörigen eine zentrale Stellung ein.

Paradox mutet die Situation an, dass die in der Ausbildung vermittelten Zielvorstellungen von einem humanen Sterben und einer Sterbebegleitung durch die Pflegekräfte bei den gegebenen organisationalen Rahmenbedingungen und deren Folgen (z.B. Zeitknappheit) kaum umsetzbar sind. Das bedeutet letztlich, dass in Einrichtungen, in denen Tod und Sterben fast auf der Tagesordnung stehen, diese von den Strukturen eigentlich nicht vorgesehen sind. Die für eine angemessene Arbeit der Altenpflegekräfte erforderlichen Ressourcen werden demnach in verschiedener Hin-

sicht als unzureichend bewertet. Zum einen ist eine häufig ungünstige räumliche Situation zu bemängeln, die etwa im Zuschnitt von Stationen wie auch von Bewohnerzimmern begründet liegt. Auf die zum Teil problematische personelle Situation wurde im Zusammenhang mit der Fachkraftquote zuvor bereits eingegangen. Mit Blick auf die Anforderungen in der stationären Altenpflege lässt sich konstatieren, dass ähnlich wie in der stationären Krankenpflege bei einer konsequenten Umsetzung des Pflegeprozesses in einer bewohnerorientierten Bereichs- oder Bezugspflege hinreichend förderliche Anforderungen im Sinne der Aufgabenvielfalt, des Planens, Entscheidens und des arbeitsimmanenten Lernens gegeben wären. In der Realität ist dies jedoch häufig nur in Teilen umgesetzt. Besondere Anforderungen rühren des Weiteren aus der Interaktion mit den Bewohnern und den damit verbundenen emotionalen Anforderungen.

Mit Blick auf die psychophysische Gesundheit ist insgesamt zu konstatieren, dass Altenpflegekräfte deutlich schlechter abschneiden als viele andere Berufsgruppen. In den vorliegenden Studien zeigen sich eine ungünstigere psychische Befindlichkeit, erhöhte Burnoutraten, mehr psychosomatische Beschwerden, psychische Störungen und Rückenbeschwerden. Im Vergleich zeigen die Statistiken auch eine erhöhte Krankenstandsquote für die Beschäftigten in Altenpflegeeinrichtungen. Eine hohe Fluktuation und vergleichsweise hohe Berufsaussteigerquoten, zum Teil bereits während oder unmittelbar nach der Ausbildung sind ähnlich wie geringe Arbeitsmotivation und -zufriedenheit vergleichsweise gut dokumentiert.

2.3 Charakteristika der ambulanten Pflege

Mit dem Pflegeversicherungsgesetz wurde der Vorrang der häuslichen Pflege vor der stationären Versorgung als gesundheitspolitisches Ziel gesetzlich verankert. Zugleich wurde der ambulante Pflegemarkt auch für private Anbieter geöffnet, der bis dato fast ausschließlich von freigemeinnützigen Pflegediensten (v.a. Sozialstationen der professionellen Träger) und pflegenden Angehörigen bedient wurde. In Folge dieser gesetzlichen Neuordnung stieg die Zahl ambulanter Einrichtungen zunächst sprunghaft um mehr als das dreifache an. In den letzten Jahren ist eine „Flurbereinigung“ zu bemerken, wonach die Zahl kleinerer Einrichtungen – vermutlich aus ökonomischen Gründen – zurückgeht. Die Pflegestatistik weist zum Jahresende 2001 insgesamt 10.594 Pflegedienste aus. Die Mehrzahl der Einrichtungen (52%) befindet sich inzwischen unter privater Trägerschaft, gefolgt von 46% freigemeinnütziger Einrichtungen; der Anteil der Dienste unter öffentlicher Trägerschaft fällt kaum ins Gewicht. Im Durchschnitt werden von einem Pflegedienst 41 Patienten versorgt, in privaten Einrichtungen durchschnittlich weniger (30 Patienten), in freigemeinnützigen Diensten mehr (53 Patienten). Von den 2.04 Mio. Pflegebedürftigen wurden 1.44 Mio. zuhause versorgt, davon ca. 435.000 professionell von ambulanten Pflegediensten, der Rest von Angehörigen oder anderen Personen. Das Gros der Patienten (48.2%) ist Pflegestufe II zugeordnet, weitere 38.4% Pflegestufe I. Schwerst Pflegebedürftige werden selten ambulant, vielmehr in den Altenpflegeheimen versorgt. Knapp 190.000 Erwerbstätige sind in den Pflegediensten tätig, darunter 86% Frauen. Knapp die Hälfte der Beschäftigten (47.6%) hat ein Examen in der Kranken-, Alten- oder Kinderkrankenpflege, hinzu kommen 7.4% Alten- oder Krankenpflegehelferinnen.

Die Anerkennung eines Pflegedienstes durch die Pflegekassen ist an das Vorhandensein einer Pflegefachkraft geknüpft, welche die Steuerungsaufgaben in der Pflege (Pflegeanamnese, Pflegeplanung, Pflegeevaluation) übernimmt. Die Pflegefachkraft muss nicht zwingend zugleich die Gesamtleitung des Pflegedienstes innehaben. Die Beschäftigtenzahl der (kleineren) privaten Pflegedienste liegt bei 8-10 Personen, in freigemeinnützigen Diensten sind 18-25 Beschäftigte tätig. Private Dienste betreuen durchschnittlich 30 Klienten, freigemeinnützige Dienste im Durchschnitt über 50 Klienten. Arbeitsorganisatorisch ist ein Hauptunterschied zur stationären Pflege ganz offenkundig: ambulante Pflege findet ortsflexibel in den Privatwohnungen der Klienten statt. Die Arbeit ist in sogenannten Touren organisiert, bei denen eine Pflegekraft, nach einem vorab festgelegten Tourenplan, sequenziell eine bestimmte Anzahl pflegebedürftiger Personen versorgt und betreut. Im allgemeinen werden die Touren immer wieder gewechselt (alle 1-4 Wochen), so dass die Pflegekräfte mit den meisten Patienten vertraut sind, und so die Einsatzplanung flexibler gestaltet werden kann. Aus dieser Form der Pflegeorganisation ergibt sich ein im Vergleich zur stationären Pflege geringerer Grad an Arbeitsteilung. Damit bestehen auch gute Voraussetzungen für die Umsetzung von wesentlichen Aspekten einer ganzheitlichen Pflege. Durchschnittlich werden auf einer Tour rund 10 Patienten versorgt, was je nach Grad der Pflegebedürftigkeit jedoch stark variieren kann.

Ein Großteil der Beschäftigten (65%) arbeitet in Teilzeit oder in geringfügigen Beschäftigungsverhältnissen. Der geteilte Dienst ist hier sogar noch stärker verbreitet als in der stationären Altenpflege und ist vor allem in den kleineren privaten Pflegediensten das überwiegend praktizierte Arbeitszeitmodell, gefolgt vom Arbeitsbetrieb in zwei Schichten. In der ambulanten Pflege wird aber auch vergleichsweise häufig in Gleitzeit oder in Normalarbeitszeit (z.B. 8.00 bis 16.00 Uhr) gearbeitet, was mit Blick auf die Gesundheit und die sozialen und familiären Belange der Beschäftigten posi-

tiv hervorzuheben ist. Hingegen stellt sich ein erhebliches Problem in Form der Pausenzeiten. Tatsächliche Arbeitspausen im Sinne der Erholungspause gibt es so gut wie nicht. Vielfach werden Fahrtzeiten als „Pause“ bezeichnet, bei denen nicht selten nebenher gegessen, geraucht oder telefoniert wird.

Aufgrund der geringen Arbeitsteilung ist die Pflegekraft in der ambulanten Pflege für ein breites Spektrum an Tätigkeiten zuständig. Sie bereitet neben Körperpflege und pflegerischen Behandlungen (z.B. Dekubitusprophylaxe) auch das Frühstück vor; zu Tätigkeiten der Grund- und Behandlungspflege, die einen Großteil der Tätigkeit ausmachen, kommen also etliche hauswirtschaftliche Verrichtungen hinzu. Zudem sind – bedingt durch das Pflegequalitätssicherungsgesetz – erhebliche Dokumentationsaufgaben zu leisten, die nach Ansicht vieler Pflegekräfte einen vernünftigen zeitlichen Rahmen deutlich übersteigen. Am frühen Vormittag müssen in einem engen zeitlichen Korridor eine relativ große Zahl an Grundpflegen durchgeführt werden, woraus nicht selten Zeitdruck resultiert (siehe unten). Ein nicht unerheblicher Anteil der Arbeitszeit – im ländlichen Bereich oft mehr als 25% bei Strecken bis 150 km – entfällt auf Wegezeiten, immer wieder verlängert durch Staus und Parkplatzsuche.

Zur Arbeitssituation in der ambulanten Pflege liegen bislang noch vergleichsweise wenige arbeits- und gesundheitswissenschaftliche Studien vor. Den Befunden ist zu entnehmen, dass hauptsächliche Arbeitsbelastungen zunächst in den körperlichen Belastungen (Heben, Tragen, ungünstige Körperhaltungen) zu sehen sind. Diese sind auch bedingt durch defizitäre räumliche, ergonomische und hygienische Bedingungen in den Patientenwohnungen, z.B. enge Räume, veraltete Ausstattung, schlechte Lichtverhältnisse und Belüftung, unzureichende Sicherheitsvorkehrungen und durch das Fehlen von Hilfsmitteln (Hebehilfen, patientengerechte Betten und Bäder u. v. m.). Im Bereich der psychischen Arbeitsbelastungen spielt neben dem Zeitdruck auch der grundlegende Widerspruch zwischen Finanzierbarkeit und tatsächlich erforderlichen pflegerischen Leistungen eine wichtige Rolle. Ein weiterer Belastungsschwerpunkt resultiert aus der Interaktion mit Angehörigen und Klienten: sozialer Stress und Konflikte, zum Teil bedingt durch überhöhte Ansprüche, emotionale Belastungen, Formen von Aggression und Gewalt verbaler, bisweilen aber auch körperlicher Art. Andere für die stationäre Pflege charakteristische Formen von Arbeitsbelastungen wie etwa häufige Unterbrechungen im Arbeitsablauf, sozialer Stress mit anderen Berufsgruppen etc. kommen in der ambulanten Pflege so gut wie nicht vor.

Der Anforderungsgehalt der ambulanten Pflege bietet grundsätzlich gute Chancen für die Pflegekräfte, Kompetenzen aufrechtzuerhalten und weiterzuentwickeln. Das selbstorganisierte Arbeiten in Eigenverantwortung für die Touren bringt, selbständige Entscheidungserfordernisse und -möglichkeiten mit sich. Die bereits angesprochenen Chancen, den Pflegeprozess und Aspekte einer ganzheitlichen Pflege umzusetzen, sind ebenfalls positiv zu bewerten. Mit Blick auf die tätigkeitsbezogenen Ressourcen in der ambulanten Pflege wurde auf die, nicht nur wenig unterstützende, sondern zum Teil höchst defizitäre räumliche und materielle Ausstattung bereits hingewiesen. Unmittelbare Unterstützung durch Kollegen oder Vorgesetzte ist in der Regel nicht möglich, da die ambulante Pflege von „Einzelkämpfern“ verrichtet wird. Positiv hingegen sind die bestehenden Tätigkeitsspielräume zu bewerten, die es den Pflegekräften ermöglichen, die Arbeitsaufgaben besser zu bewältigen.

Besonders lückenhaft, zum Teil widersprüchlich sind die Befunde zur Beanspruchung und zur psychophysischen Gesundheit der Beschäftigten in den ambulanten Pflegediensten. In eigenen Studien bei 721 Pflegekräften in 97 Pflegediensten in Bayern haben wir festgestellt, dass die Arbeitszufriedenheit gerade im Vergleich zu

anderen Pflegesegmenten recht hoch, die psychische Befindlichkeit im mittel- und langfristigen Bereich (z.B. Gereiztheit, Burnout) vergleichsweise günstig ausfällt, und dass auch verhaltensbezogene negative Folgen wie etwa Kündigungsabsichten eher selten auftreten. Kleinere, weniger repräsentative Studien, die andere, zum Teil weniger einschlägige Verfahren einsetzen, kommen zu anderen Ergebnissen, etwa dass ein Drittel der Pflegekräfte in der ambulanten Pflege kritische Werte in einzelnen Facetten des „Burnout“ aufweist, dass ein Viertel unzufrieden mit der Arbeit ist, etc. Einhellig deuten die Befunde aber darauf hin, dass körperliche Beschwerden und Verschleißerscheinungen, insbesondere im Rücken-, Nacken-, Schulterbereich infolge der hohen körperlichen Belastungen in der ambulanten Pflege besonders stark ausgeprägt sind.

3 Bestandsaufnahme arbeits- und gesundheitswissenschaftlicher Projekte

Die Arbeit in der Pflege wurde in vielen wissenschaftlichen und betrieblichen Projekten erforscht und es konnten einige Maßnahmen zur Verbesserung der Arbeitssituation der Pflegekräfte durchgeführt werden. Solche Analyse- und Gestaltungsprojekte wurden von Ministerien und Behörden des Bundes und der Länder, von Versicherungsträgern, Gewerkschaften, Verbänden, Stiftungen und anderen Institutionen in Auftrag gegeben, um von wissenschaftlichen und/oder betrieblichen Einrichtungen bearbeitet und dokumentiert zu werden. Zweifellos erfreulich ist der Umstand, dass es eine Vielzahl an Bemühungen zur Verbesserung der Arbeitssituation in der Pflege gibt. Bisweilen stellt sich jedoch auch die Frage, ob nicht „so manches Rad neu erfunden“ wurde und wird, und ob es im Sinne der Nachhaltigkeit arbeits- und gesundheitswissenschaftlicher Forschung in der Pflege nicht bisweilen angeraten wäre, eine Bestandsaufnahme vorzunehmen, prototypische Vorhaben zu bilanzieren und weitere Aktivitäten stärker miteinander zu verzahnen.

Dies gilt umso mehr, wenn man sich die Veränderungen betrachtet, die sich auf dem deutschen Pflegemarkt bereits vollzogen haben und die sich in den nächsten Jahren noch vollziehen werden. Das Pflegeversicherungsgesetz und der Grundsatz „ambulant vor stationär“ hat – wie zuvor ausgeführt – zu einer deutlichen Verschiebung zwischen stationären und ambulanten Pflegesegmenten geführt. Mit einem regelrechten Boom an Neugründungen ambulanter Pflegedienste, mit einer Verschiebung der Marktanteile weg von öffentlichen und freigemeinnützigen hin zu privaten Trägern, und mit dem zukünftig überproportionalen Bedarf nach stationärer Altenpflege haben sich die Verhältnisse bereits ganz grundlegend gewandelt und werden dies zukünftig weiter tun. Zweifellos ist die stationäre Krankenpflege bislang am stärksten beforscht. Hier gab es allein zu einzelnen Themenbereichen wie etwa der Arbeitszeitgestaltung unzählige Gestaltungsansätze. Ganz anders sieht es in den Feldern der ambulanten Pflege und der stationären Altenpflege aus, wo erst seit wenigen Jahren arbeitswissenschaftliche Forschung betrieben wird. In diesen zukunftsweisenden Feldern der Pflege wie auch im Übergang zwischen den Feldern und mit Blick auf eine Integration der pflegerischen Versorgung besteht noch substanzieller Forschungs- und Gestaltungsbedarf.

Mit der Bestandsaufnahme arbeits- und gesundheitswissenschaftlicher Projekte im Bereich der Pflege wird der Bekanntheitsgrad der Vorhaben gefördert, und es wird eine Grundlage für die zukünftige Ausrichtung der Forschung zur Pflege ebenso wie für die Bemühungen der Pflegepraxis um eine Verbesserung der Arbeitssituation geschaffen. Vor dem Hintergrund der Bestandsaufnahme lässt sich beurteilen, bei welchen Themenbereichen und in welchen Segmenten der Pflege noch besondere Defizite bei der Forschung und Gestaltung bestehen. Zugleich lässt sich besser abschätzen, welche Gestaltungslösungen bereits erfolgreich erprobt wurden, und ob sich prototypische Ansätze auf andere Segmente der Pflege übertragen lassen. Damit wird ein Beitrag für das Wissensmanagement wie auch für die Nachhaltigkeit der Bemühungen um eine Verbesserung der Arbeitssituation in der Pflege geleistet.

Im Folgenden werden ausgewählte arbeits- und gesundheitswissenschaftliche Projekte im Bereich der stationären Krankenpflege (18 Projekte), der stationären Altenpflege (10 Projekte) und der ambulanten Pflege (11 Projekte) sowie einige pflegebereichsübergreifende Vorhaben (10 Projekte) in Kurzform dargestellt. Die Informationen basieren auf systematischen Literaturrecherchen zu abgeschlossenen und

zum Teil noch laufenden Forschungsvorhaben im Feld der Pflege, zum Teil auf Korrespondenz und Telefonaten mit Projektverantwortlichen bei den durchführenden Einrichtungen. Die erarbeiteten Projektportfolien sind einheitlich strukturiert. Sie umfassen Angaben zum Zeitraum in dem die Projekte durchgeführt wurden, eine Darstellung der Zielsetzungen, der Durchführungsbedingungen, der Lösungswege bzw. Methoden, ausgewählter wissenschaftlicher Ergebnisse und – soweit vorhanden – von Lösungsansätzen für die Praxis. Hinzu kommen Kontaktadressen bzw. Ansprechpartner und Hinweise auf weiterführende Veröffentlichungen. Die Bestandsaufnahme soll einen raschen Überblick über wesentliche, bereits vorhandene Problemstellungen und Ergebnisse ermöglichen, Unterschiede und Gemeinsamkeiten sichtbar machen und Anregungen für weitere Forschung wie auch nicht zuletzt für die weitere Erarbeitung und Umsetzung von Lösungen in der Praxis geben. Die Liste der Projekte ist als „offen“ zu verstehen, d.h. weitere Projekte, die bislang nicht berücksichtigt wurden, die aktuell oder zukünftig durchgeführt werden, können und sollen ergänzt werden.

3.1 Projekte zur stationären Krankenpflege

Projekttitel:	Arbeitssituation in der stationären Krankenpflege
Pflegebereich:	Stationäre Krankenpflege
Projektstatus:	Abgelaufen. Durchführung im Zeitraum von 1989 bis 1991. Gefördert vom Bundesministerium für Bildung und Forschung (bmb+f).
Institution(en):	Prognos AG; Institut für Medizinische Informatik und Systemforschung (medis)
Ziele:	Analyse der Arbeitsbedingungen in der Krankenpflege
Methoden und Durchführung:	Neben Dokumentenanalysen, Expertengesprächen und Workshops wurde eine schriftliche Befragung von Führungskräften in Krankenhäusern durchgeführt. Daten basieren auf Fragebögen von 396 Verwaltungsleitungen, 338 Pflegedienstleitungen und 289 Mitarbeitervertretungen.
Ergebnisse:	Die Studie liefert Ergebnisse zur Personal- und Beschäftigungssituation, zur Aufbau- und Ablauforganisation im Bereich der stationären Krankenpflege, zur Verbreitung verschiedener Schichtformen und von Belastungen des Pflegepersonals. Als typische Belastungsfaktoren wurden in der Studie folgende Aspekte identifiziert: Unzureichende Personalbesetzung, Übernahme pflegefremder Tätigkeiten, geringes Ansehen des Berufsstandes, unzureichende Abstimmung zwischen den Funktionsbereichen, ständige Konfrontation mit Leid und Sterben, unzureichende Abgrenzung zum ärztlichen Dienst sowie Übernahme ärztlicher Tätigkeiten. Körperliche Beanspruchung resultiert vor allem aus dem hohen Arbeitstempo und schwerem Heben und Tragen. Die Ergebnisse wurden in die Praxis rückgemeldet und dienten als Diskussionsgrundlage für die Entwicklung von Verbesserungsmaßnahmen.
Umsetzung in die Praxis:	Keine konkreten Hinweise.
Literatur:	Baumann, M. & Zell, U. (1992). Die Arbeitssituation in der stationären Krankenpflege. Ausgewählte Ergebnisse einer Befragung in Krankenhäusern. In Prognos (Hrsg.), <i>Auf dem Weg aus der Pflegekrise? Neue Ideen und Lösungsansätze in der Krankenpflege</i> (S. 41-65). Berlin: edition sigma.
Ansprechpartner:	Prognos AG E-Mail: info@prognos.com

Projekttitle:	Beanspruchungsmuster im Pflegeberuf
Pflegebereich:	Stationäre Krankenpflege
Projektstatus:	Abgeschlossen. Durchführung im Zeitraum von 1995 bis 2000.
Institution(en):	Abteilung Persönlichkeits- und Differentielle Psychologie, Institut für Psychologie der Universität Potsdam; COPING - Büro für psychologische Diagnostik und Personalentwicklung
Ziele:	Analyse der persönlichen Muster beruflicher Beanspruchung.
Methoden und Durchführung:	Die Stichprobe der Pflegekräfte rekrutierte sich aus Krankenhäusern in Wien (N=1606), Brandenburg (N=466) und Berlin (N=163). Neben Querschnittstudien wurde eine Längsschnittuntersuchung an N=315 Personen der Wiener Stichprobe durchgeführt. Außerdem wurden 170 Schüler/-innen einer Wiener Krankenpflegeschule einbezogen. Die Pflegekräfte wurden mit Hilfe des AVEM-Verfahrens (Arbeitsbezogenes Verhaltens- und Erlebensmuster) befragt.
Ergebnisse:	Typische Beanspruchungsmuster in der Krankenpflege waren das sogenannte G-Muster und das S-Muster. Das G-Muster ist Ausdruck von Gesundheit und Hinweis auf ein gesundheitsförderliches Verhältnis gegenüber der Arbeit. Das S-Muster lässt sich durch „Schonung“ charakterisieren (geringes Bedeutsamkeitserleben, geringer Ehrgeiz, geringe Verausgabebereitschaft und Perfektionsstreben, hohe Distanzierungsfähigkeit). Es zeigten sich starke regionale Unterschiede. In der Brandenburger Stichprobe war das Risikomuster A besonders stark verbreitet (überhöhtes Engagement, geringe Distanzierungsfähigkeit, negative Emotionen, hohe Resignationstendenz). Darüber hinaus wurden individuelle Veränderungen in den Beanspruchungsmustern analysiert.
Umsetzung in die Praxis:	Keine konkreten Hinweise.
Literatur:	Fischer A. W. & Schaarschmidt, U. (2003). Beanspruchungsmuster in Pflegeberufen. In Ulich E. (Hrsg.), <i>Arbeitspsychologie in Krankenhaus und Arztpraxis. Arbeitsbedingungen, Belastungen, Ressourcen</i> (S. 169-194). Bern: Huber.
Ansprechpartner:	Prof. Dr. Uwe Schaarschmidt schaar@rz.uni-potsdam.de

Projekttitle:	DAK-BGW Krankenpflegereport 2000
Pflegebereich:	Stationäre Krankenpflege
Projektstatus:	Abgeschlossen. Durchführung im Zeitraum von 1999 bis 2000.
Institution(en):	Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege (BGW), DAK Gesundheitsmanagement für Betriebe, IGES Institut für Gesundheits- und Sozialforschung GmbH
Ziele:	Analyse der gesundheitlichen Situation von Krankenpflegekräften in Deutschland.
Methoden und Durchführung:	Neben einer Analyse von Arbeitsunfähigkeitsdaten und Arbeitsunfallstatistiken wurden N=1017 examinierte Krankenpflegekräfte aus Akutkrankenhäusern schriftlich befragt.
Ergebnisse:	Die Analyse der Arbeitsunfähigkeiten nach Krankheitsarten hat zwei Schwerpunkte herausgearbeitet: Pflegekräfte haben jeweils etwa doppelt so viele Krankheitstage wegen Muskel-Skelett-Erkrankungen und psychiatrischen Erkrankungen. Pflegekräfte sind durch ihre Arbeitstätigkeiten nach wie vor erheblichen Belastungen der Wirbelsäule ausgesetzt. Wirbelsäulenbelastungen sind jedoch nicht die einzige Ursache für Rückenbeschwerden. Eine wichtige Rolle spielen auch Faktoren wie der psychische Stress am Arbeitsplatz und die Arbeitszufriedenheit. Die Befragungsergebnisse zeigen einen engen Zusammenhang zwischen psychosomatischen Beschwerden, die sich in der Krankenstandsstatistik vielfach als psychiatrische Diagnosen niederschlagen, und dem arbeitsbedingten psychischen Stress. Zeitdruck, Informationsmangel, Überforderung – im Zusammenwirken mit geringen Entscheidungs- und Handlungsspielräumen sowie mangelnder sozialer Unterstützung am Arbeitsplatz – sind typische Faktoren, die Stress in der Pflege verursachen. Hinweise zur Belastungsreduktion und zur Gesundheitsförderung werden gegeben.
Umsetzung in die Praxis:	Keine konkreten Hinweise.
Literatur:	DAK/BGW (2000). <i>Krankenpflegereport 2000. Arbeitsbedingungen und Gesundheit von Pflegekräften in der Bundesrepublik Deutschland.</i>
Ansprechpartner:	IGES Institut für Gesundheit und Sozialforschung GmbH E-Mail: iges@iges.de

Projekttitle:	Einfluss der Arbeitsorganisation auf die psychische Anforderung, Beanspruchung und das Wohlbefinden des Pflegepersonals
Pflegebereich:	Stationäre Krankenpflege
Projektstatus:	Abgeschlossen. Durchführung im Zeitraum von 1994 bis 1996. Gefördert vom Bundesministerium für Bildung und Forschung im Rahmen des sächsischen Public-Health-Verbundes
Institution(en):	Technische Universität Dresden, Institut für Allgemeine Psychologie, Biopsychologie und Methoden der Psychologie
Ziele:	Untersuchung der Frage, ob durch Maßnahmen der Arbeitsgestaltung eine Verbesserung der Pflegequalität und des Erlebens der Arbeitsauswirkungen bei den Pflegenden möglich ist.
Methoden und Durchführung:	Untersucht wurden 51 Stationen und 347 Krankenpflegekräfte in mehreren Krankenhäusern. Es wurden Zeitbudget- und Arbeitsanforderungsanalysen durchgeführt. Zudem wurden Fragebögen zu wahrgenommenen Arbeitsmerkmalen und zum erlebten Befinden der Pflegekräfte eingesetzt.
Ergebnisse:	In der Studie wurde davon ausgegangen, dass ein patientenzentriertes Zeitbudget der Pflegekräfte die Pflegequalität und das Wohlbefinden der Pflegekräfte mehr begünstigt als ein organisational zentriertes Zeitbudget. Es zeigte sich, dass etwa 50% der Arbeitszeit des Pflegepersonals für organisational zentrierte Tätigkeiten (Dokumentieren, Organisieren) benötigt werden. Die Bedeutung dieser Tätigkeiten für die Genesung der Patienten wird vom Pflegepersonal als eher niedrig eingestuft. Die Tätigkeiten sind wenig beliebt und werden tendenziell als belastend erlebt. Es zeigen sich signifikante Zusammenhänge zwischen objektiven Organisations- und Prozessmerkmalen und der erlebten Arbeitsbeanspruchung des Pflegepersonals. Die Ergebnisse wurden rückgemeldet und dienten als Ausgangspunkt für weiterführende Analysen und zur Entwicklung von Maßnahmen der Arbeitsgestaltung.
Umsetzung in die Praxis:	Keine konkreten Hinweise.
Literatur:	Hacker, W., Böger, S. & Merboth, H. (2003). Beanspruchungsoptimierung als Beitrag zur Qualitätssicherung in der Krankenpflege. In E. Ulich (Hrsg.), <i>Arbeitspsychologie in Krankenhaus und Arztpraxis</i> (S. 235-249). Bern: Huber. Merboth, H., Walter, A. & Böger, S. (1997). <i>Einfluss der Arbeitsorganisation in Krankenhäusern der neuen Bundesländer auf die psychische Anforderung, die Beanspruchung und das Wohlbefinden des Pflegepersonal</i> (Forschungsbericht). Dresden: Eigenverlag der Technischen Universität.
Ansprechpartner:	Prof. Dr. Winfried Hacker E-Mail: hacker@psychologie.tu-dresden.de

- Projekttitle:** **Entwicklung und Erprobung eines ganzheitlichen Pflegesystems zum Abbau der arbeitsbelastenden und qualitätseinschränkenden Auswirkungen von Funktionspflege**
- Pflegebereich:** Stationäre Krankenpflege
- Projektstatus:** Abgeschlossen. Durchführung im Zeitraum von 1994 bis 1998.
Gefördert vom Bundesministerium für Bildung und Forschung (bmb+f)
- Institution(en):** St. Elisabeth Krankenhaus Mayen; Prognos AG Köln; Technische Universität München, Lehrstuhl für Psychologie
- Ziele:** Entwicklung und Implementierung eines ganzheitlichen Pflegesystems in einem Krankenhaus der Regelversorgung sowie Evaluation aus arbeits- und organisationspsychologischer Perspektive.
- Methoden und Durchführung:** Im Krankenhaus St. Elisabeth in Mayen wurde ein ganzheitliches Pflegesystem implementiert. Die wissenschaftliche Evaluation erfolgte in einer Längsschnittstudie mit fünf Messzeitpunkten über einen Zeitraum von fünf Jahren. Hierbei wurden Modellstationen mit Kontrollstationen (ohne Implementierung eines ganzheitlichen Pflegesystems) verglichen.
- Ergebnisse:** Anhand der Ergebnisse lassen sich Veränderungen in der Aufbau- und Ablauforganisation des Krankenhauses, an den Schnittstellen zu anderen Berufsgruppen, in den pflegerischen Arbeitsaufgaben, in den Anforderungen, Spielräumen, Ressourcen und Belastungen für die Pflegenden sowie in Einstellungen, im Befinden und Verhalten derselben detailliert nachzeichnen.
Die Ergebnisse des Projekts belegen, dass die Arbeitsbedingungen der Pflegekräfte auf den Modellstationen sich im Zuge der Einführung eines ganzheitlichen Pflegesystems kontinuierlich verbessert haben. Es finden sich Hinweise auf die Verbesserung der Pflegequalität infolge der Implementierung eines ganzheitlichen Pflegesystems.
- Umsetzung in die Praxis:** Beispielhafte Implementierung eines ganzheitlichen Pflegesystems.
- Literatur:** Büssing (Hrsg.). (1997). *Von der funktionalen zur ganzheitlichen Pflege*. Göttingen: Hogrefe.
Glaser, J. & Büssing, A. (1996). Ganzheitliche Pflege: Präzisierung und Umsetzungschancen. *Pflege*, 9, 221-232.
Prognos (Hrsg.) (1998). *Patientenorientierung - eine Utopie?* Stuttgart: Gustav Fischer.
- Ansprechpartner:** PD Dr. Jürgen Glaser,
E-Mail: glaser@wi.tum.de

Projekttitle:	Erfassen und Bewerten psychischer Belastungen im Pflegebereich
Pflegebereich:	Stationäre Krankenpflege
Projektstatus:	Abgeschlossen. Durchführung im Zeitraum von 1998 bis 2000. Vergeben von der Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin (BAuA)
Institution(en):	Technische Universität München, Lehrstuhl für Psychologie
Ziele:	Entwicklung eines praxisorientierten, wissenschaftlich geprüften Screening psychischer Belastungen sowie Erarbeitung von Empfehlungen zur belastungsreduzierenden Arbeitsgestaltung.
Methoden und Durchführung:	Auf Basis des Tätigkeits- und Arbeitsanalyseverfahren für das Krankenhaus (TAA-KH) wurde ein Belastungsscreening entwickelt und an einer Stichprobe mit 120 Krankenpflegekräften eines Krankenhauses der Maximalversorgung erprobt. Auf Grundlage der Ergebnisse wurde das Belastungsscreening überarbeitet und an weiteren 160 Krankenpflegekräften aus zwei Krankenhäusern (Maximalversorgung, Regelversorgung) getestet. Neben Fragebogenerhebungen wurden Beobachtungsinterviews zur Validierung durchgeführt. Eine Pilotstudie für den Bereich der ambulanten Krankenpflege schloss sich an.
Ergebnisse:	Mit dem Belastungsscreening TAA-KH-S liegt ein praxisorientiertes und wissenschaftlich fundiertes Selbstbeobachtungsverfahren zur Belastungsanalyse in der stationären Krankenpflege vor. Auf Basis der Ergebnisse zur Belastungssituation in der Erprobungsstichprobe wurden Gestaltungsempfehlungen gegeben.
Umsetzung in die Praxis:	Keine konkreten Hinweise.
Literatur:	Büssing, A., Glaser, J. & Höge, T. (2002). <i>Screening psychischer Belastungen in der stationären Krankenpflege (Belastungsscreening TAA-KH-S) – Handbuch zur Erfassung und Bewertung psychischer Belastungen bei Beschäftigten im Pflegebereich</i> . Bremerhaven: Wirtschaftsverlag NW. Büssing, A., Glaser, J. & Höge, T. (2002). <i>Screening psychischer Belastungen in der stationären Krankenpflege (Belastungsscreening TAA-KH-S) – Manual und Materialien</i> . Bremerhaven: Wirtschaftsverlag NW.
Ansprechpartner:	PD Dr. Jürgen Glaser, E-Mail: glaser@wi.tum.de

Projekttitel:	Gruppenarbeit im Gesundheitswesen (GIG)
Pflegebereich:	Stationäre Krankenpflege
Projektstatus:	Abgelaufen. Durchführung im Zeitraum zwischen 1998 und 1999. Gefördert von der Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege (BGW)
Institution(en):	Universität Bochum, Fakultät für Psychologie, Lehrstuhl für Arbeits- und Organisationspsychologie
Ziele:	Evaluation von ganzheitlichen Pflegesystemen vor dem Hintergrund von arbeitspsychologischen Konzepten wie etwa der „teilautonomen Gruppenarbeit“ oder dem Konzept der „vollständigen Tätigkeit“.
Methoden und Durchführung:	Die Stichprobe umfasste sieben Krankenhäuser mit 18 Stationen, wobei insgesamt N=172 Pflegekräfte und 95 Patienten teilnahmen. In der Fragebogenstudie kamen verschiedene, zum Teil neu entwickelte Fragebogen zur Auswirkung des Pflegesystems auf den stationären Arbeitsalltag, auf Wohlbefinden und Beschwerden der Pflegekräfte und auf die Dienstleistungsqualität aus Sicht der Patienten zum Einsatz.
Ergebnisse:	Die Untersuchung zeigt, dass die Einführung ganzheitlicher Pflegesysteme eine Steigerung der Kundenorientierung bewirkt. Ferner wird deutlich, dass ganzheitliche Pflegesysteme einige günstige Auswirkungen auf die Mitarbeiter haben, jedoch auch höhere Anforderungen an die fachlichen und sozialen Qualifikationen der Pflegekräfte stellen. Damit dies nicht zu langfristig ungünstigen Effekten führt, ist eine Überprüfung der Aufbau- und Ablauforganisation nicht nur in der Pflege, sondern im Gesamtsystem Krankenhaus erforderlich. Aus den Ergebnissen des Projekts lassen sich Handlungsempfehlungen für die praktische Umsetzung von ganzheitlichen Pflegesystemen ableiten.
Umsetzung in die Praxis:	Keine konkreten Hinweise.
Literatur:	Windel, A., Wolf, D. C., Teichert, C. & Zimolong, B. (1999). <i>Gruppenarbeit im Gesundheitswesen</i> . (Unveröffentlichter Abschlussbericht). Bochum: Ruhr-Universität Bochum.
Ansprechpartner:	Prof. Dr. Bernhard Zimolong bz@auo.psy.ruhr-uni-bochum.de

Projekttitle:	Informations- und Kommunikationssysteme im Krankenhaus
Pflegebereich:	Stationäre Krankenpflege
Projektstatus:	Laufend. Durchführung seit 1997. Kooperation mit dem Deutschen Herzzentrum sowie mit dem Bayerischen Staatsministerium für Arbeit, Familie und Sozialordnung
Institution(en):	Technische Universität München, Lehrstuhl für Psychologie
Ziele:	Erprobung und Evaluation eines EDV-Verfahrens zur Unterstützung des Pflegedienstes mit Schwerpunkt bei der Pflegeplanung und Dokumentation unter Berücksichtigung des Pflegeprozesses.
Methoden und Durchführung:	In einer ersten Projektphase wurde im Labor für drei aufeinander folgende Programmversionen untersucht, wie potentielle Nutzer intuitiv mit diesem Programm umgehen, welche Probleme und Fehler auftreten und wie das Programm den Prozess der Pflegeplanung und der Pflegedokumentation unterstützt. Ergebnisse der Untersuchungen wurden an die Entwickler zurückgemeldet. In einer zweiten Projektphase fließen diese Erkenntnisse in eine Feldstudie ein. Zu diesem Zweck werden vor und nach der Implementierung von PIK auf unterschiedlichen Krankenhausstationen Veränderungen in der Arbeitstätigkeit der Pflegenden und ihre subjektiven und objektiven Konsequenzen untersucht.
Ergebnisse:	Mit PIK wurde eine benutzerfreundliche und an den praktischen Anforderungen der Pflege orientiertes EDV-Verfahren zur Unterstützung des Pflegeprozesses samt Pflegeplanung und -dokumentation entwickelt.
Umsetzung in die Praxis:	Einsatz und Erprobung des Programms PIK zur Unterstützung des Pflegeprozesses in verschiedenen Kliniken.
Literatur:	Büssing, A. & Herbig, B. (1998). Das Pflegeinformationssystem PIK: Eine arbeitspsychologische Exploration zur Usability. <i>Zeitschrift für Arbeitswissenschaft</i> , 52, 240-249. Büssing, A. & Herbig, B. (Hrsg.). (2005). <i>Informations- und Kommunikationstechnologien im Krankenhaus: Analyse, Bewertung, Gestaltung</i> . Stuttgart: Schattauer.
Ansprechpartner:	Dr. Britta Herbig E-Mail: herbig@wi.tum.de

Projekttitle:	Multimediale IuK-Techniken für die Unterstützung der Krankenpflege
Pflegebereich:	Stationäre Krankenpflege
Projektstatus:	Abgeschlossen. Durchführung im Zeitraum von 1994 bis 1997. Gefördert vom Bundesministerium für Bildung und Forschung (bmb+f)
Institution(en):	RWTH Aachen, Lehrstuhl für Messtechnik und Bildverarbeitung
Ziele:	Belastungsabbau in der Krankenpflege durch einen sinnvollen Einsatz medialer Informations- und Kommunikationstechnik (IuK-Technik); Entwicklung eines prototypischen multimedialen Arbeitsplatzsystems, das mit unterschiedlichen Darstellungsformen die Prozesstransparenz verbessert und damit den Entscheidungsprozess unterstützt.
Methoden und Durchführung:	In drei repräsentativen Kliniken im Großraum Hamburg wurden Analysen durchgeführt mit dem Ziel, Einsatzmöglichkeiten für mediale IuK-Techniken zu identifizieren. Auf dieser Basis wurden verschiedene, aufeinander aufbauende Prototypversionen entwickelt. Bei der Entwicklung kam das Arbeitskonzept der „Kommunikativen Systementwicklung“ zur Anwendung.
Ergebnisse:	Es resultierte ein Prototyp, der in der Praxis erprobt wurde und als Grundlage für zukünftige Entwicklungen in diesem Umfeld dient. Auf Grund der Gestaltung der Benutzeroberfläche, die intuitiv bedient und an die Bedürfnisse der Nutzer angepasst werden kann, ist die Einarbeitungszeit relativ kurz. Das Konzept des Programmprototyps lässt sich prinzipiell auf alle Bereiche der Pflege übertragen.
Umsetzung in die Praxis:	Dem Pflegepersonal wurde ein Werkzeug zur Unterstützung des Pflegeprozesses an die Hand gegeben.
Literatur:	Meyer-Ebrecht, D. (1997). <i>Multimediale IuK-Techniken für die Unterstützung der Krankenpflege</i> (Abschlussbericht). Aachen: RWTH, Lehrstuhl für Messtechnik.
Ansprechpartner:	Prof. Dr.-Ing. D. Meyer-Ebrecht E-Mail: me@lfm.rwth-aachen.de

Projekttitle:	Patientenorientierung und Arbeitszufriedenheit im Krankenhaus. Neue Arbeitsmodelle in der Pflege
Pflegebereich:	Stationäre Krankenpflege
Projektstatus:	Abgelaufen. Durchführung im Zeitraum von 1991 bis 1994. Modellprogramm gefördert vom Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales des Landes Nordrhein-Westfalen
Institution(en):	Träger: Projektgruppe zur Umsetzung der Empfehlungen der 3. Landespflegekonferenz am Klinikum Leverkusen gGmbH
Ziele:	Untersuchung der Möglichkeiten und Grenzen von Reorganisationsprozessen im Pflegebereich von Krankenhäusern.
Methoden und Durchführung:	In neun Modellkrankenhäusern wurden Einzelprojekte durchgeführt, die sich folgenden vier Projektschwerpunkten zuordnen lassen: (1) Entlastung von pflegefremden Tätigkeiten, (2) Abbau von Belastungsspitzen, (3) Einführung der Bereichs- und Bezugspflege, (4) Einführung alternativer Arbeitsmodelle. Als Methode wurde in den Einzelprojekten die Qualitätszirkelarbeit eingesetzt.
Ergebnisse:	Die Maßnahmen zur Entlastung pflegefremder Tätigkeiten (Projektschwerpunkt 1) in zwei Krankenhäusern veränderten das Stationsklima auf den Modellstationen positiv. Die Mitarbeiter konnten sich stärker mit den originären pflegerischen Aufgaben beschäftigen. Dies erhöhte auch die Arbeitszufriedenheit. Die Maßnahmen zum Abbau von Belastungsspitzen in zwei weiteren Modellkrankenhäusern (Projektschwerpunkt 2) führten zu einer Abflachung der Belastungsspitzen, zu einer besseren Kooperation und Kommunikation auf den Stationen, einer aus Sicht der Pflegekräfte verbesserten Versorgungsqualität und einer Erhöhung der Arbeitszufriedenheit. Die Einführung der Bereichs- und Bezugspflege in drei Modellkrankenhäusern (Projektschwerpunkt 3) verbesserte die Transparenz der Arbeitsaufgaben, die Intensität der Betreuung der Patienten, die Kooperation auf den Stationen und führte zu einer stärkeren Orientierung am Pflegeprozess. Durch Implementierung alternativer Arbeitszeitmodelle (Projektschwerpunkt 4) konnte die Arbeitszufriedenheit der Mitarbeiter erhöht werden. Außerdem wurde ein geringerer Zeitdruck berichtet. Im Kern der Veränderungsmaßnahmen stand die Einführung eines Regeldienstes mit „Normalarbeitszeiten“.
Umsetzung in die Praxis:	Alle Maßnahmen wurden direkt in den Modellkrankenhäusern umgesetzt.
Literatur:	Mühlbauer, B. H., Reinardt, J., Strack, D. & Süllwold, G. (1994). <i>Patientenorientierung und Arbeitszufriedenheit im Krankenhaus</i> . Düsseldorf: MAGS NRW.
Ansprechpartner:	Prof. Dr. Bernd H. Mühlbauer E-Mail: bernd.muehlbauer@fh-gelsenkirchen.de

Projekttitle:	Psychische Belastung von Krankenpflegekräften und Ärzten
Pflegebereich:	Stationäre Krankenpflege
Projektstatus:	Abgelaufen. Durchführung im Zeitraum von 1988 bis 1989. Gefördert vom Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung, Bundesministerium für Forschung und Technologie, Bundesministerium für Jugend, Familie, Frauen und Gesundheit.
Institution(en):	Technische Universität München. Institut und Poliklinik für Psychosomatische Medizin, Psychotherapie und medizinische Psychologie
Ziele:	Analyse der Belastungen in der Arbeit von Krankenpflegekräften sowie Ärzten in Krankenhäusern. Im Mittelpunkt stand die Frage, mit welchen persönlichen, fachlichen und institutionellen Aspekten die Belastungen zusammenhängen.
Methoden und Durchführung:	Es wurden 592 stationäre Krankenpflegekräfte und 299 Ärzte mittels standardisiertem Fragebogen untersucht. Erhoben wurden Aspekte der Arbeitstätigkeit, Berufsausbildung/-erfahrung, Stationsmerkmale, Belastungen, körperliche und allgemeine Beschwerden, Burnout, Arbeitszufriedenheit und Vorschläge zur Entlastung.
Ergebnisse:	In der Krankenpflege waren folgende fünf Belastungen zentral: (1) Telefonklingeln, (2) Miterleben fortschreitender Krankheitsprozesse, (3) Zeitdruck, (4) unangemessene Lebensverlängerung Sterbender, (5) zu wenig Zeit für Patienten. Die Krankenpflegekräfte litten überdurchschnittlich stark an körperlichen und Allgemeinbeschwerden. Faktoren der Arbeitssituation, die in engem Zusammenhang zu Belastungen und Beanspruchungen der Pflegekräfte stehen, sind Alter und Berufserfahrung, medizinisches Fachgebiet, Anteil moribunder bzw. sterbender Patienten auf Station, Personalausstattung, Verfügbarkeit eines Psychologen, Schichtform, Gesamtarbeitszeit, Zeit für Pausen, Zeit für Patienten, Liegezeit der Patienten, Ausstattung der Station mit Ärzten, Verfügbarkeit von Balint-Gruppen, Verfügbarkeit eines Krankenhaus-Seelsorgers. Auf Basis der Analyseergebnisse wurden Entlastungsmaßnahmen entworfen.
Umsetzung in die Praxis:	Keine konkreten Hinweise.
Literatur:	Herschbach, P. (1991). <i>Psychische Belastung von Ärzten und Krankenpflegekräften</i> . Weinheim: VCH.
Ansprechpartner:	Dr. Peter Herschbach E-Mail: P.Herschbach@lrz.tu-muenchen.de

Projekttitle:	Psychischer Stress und Burnout in der Krankenpflege
Pflegebereich:	Stationäre Krankenpflege
Projektstatus:	Abgeschlossen. Durchführung im Zeitraum von 1994 bis 1998. Gefördert vom Bundesministerium für Bildung und Forschung (bmb+f)
Institution(en):	Technische Universität München, Lehrstuhl für Psychologie
Ziele:	Analyse der Ursachen für psychischen Stress in der stationären Krankenpflege. Das Hauptaugenmerk lag auf den pflegerischen Arbeitsaufgaben mit ihren spezifischen Anforderungen, Spielräumen und Ressourcen, sowie den Arbeitsbelastungen. Außerdem sollten Zusammenhänge zwischen Aufbau- und Ablauforganisation und dem Erleben, Befinden und Verhalten der Beschäftigten ermittelt werden.
Methoden und Durchführung:	Im Rahmen des Projektes wurden repräsentative Fragebogenerhebungen mit insgesamt 720 Krankenpflegekräften durchgeführt. Es erfolgte eine Längsschnittstudie in drei Krankenhäusern der Regelversorgung vergleichbarer Größe, aber unterschiedlicher Rechtsform. Neben Selbstbeobachtungsdaten wurden Interviews und Aufgabenanalysen auf insgesamt 32 Stationen durchgeführt.
Ergebnisse:	Im Hinblick auf die Entstehung von psychischem Stress und Burnout ließen sich verschiedene Formen von Arbeitsbelastungen als Ursachen identifizieren. Dabei handelt es sich vor allem um Regulationsbehinderungen (z.B. Unterbrechungen der Arbeitsabläufe), soziale Stressoren und Zeitdruck. Darüber hinaus erbrachte das Projekt zahlreiche Ergebnisse zu Anforderungen und Ressourcen in der pflegerischen Arbeit, zu Problemen an den Schnittstellen zu anderen Berufsgruppen, zur Arbeitszeitgestaltung und zur Entwicklung ganzheitlicher Pflegesysteme. Die Ergebnisse wurden in zahlreichen Publikationen veröffentlicht. Gestaltungsempfehlungen wurden abgeleitet.
Umsetzung in die Praxis:	Keine konkreten Hinweise.
Literatur:	Büssing, A. & Glaser, J. (2000). <i>Psychischer Stress und Burnout in der Krankenpflege. Ergebnisse der Abschlussuntersuchung im Längsschnitt</i> (Bericht Nr. 47 aus dem Lehrstuhl für Psychologie). München: Lehrstuhl für Psychologie, Lehrstuhl für Psychologie. Büssing, A. & Glaser, J. (2000). The "four-stage process model of core factors of burnout". The role of work stressors and work-related resources. <i>Work & Stress</i> , 14, 329-346.
Ansprechpartner:	PD Dr. Jürgen Glaser, E-Mail: glaser@wi.tum.de

Projekttitle:	Reduzierung von Belastungen und Fördern von Ressourcen in der Pflege: Das „Freiburger Modell“
Pflegebereich:	Stationäre Krankenpflege
Projektstatus:	Laufend. Durchführung seit 2001.
Institution(en):	Universitätsklinikum Freiburg
Ziele:	Durch Supervisionsangebote sollen Belastungen bearbeitet und Bewältigungsstrategien erarbeitet werden.
Methoden und Durchführung:	Im Universitätsklinikum Freiburg wurde ein „Supervisionsdienst für Pflegende und Stationsteams“ eingerichtet. Der Supervisionsdienst ist eine Instrument institutioneller Unterstützung der Beschäftigten und ein integrierter Teil der betrieblichen Gesundheitsförderung am Klinikum. Der Dienst ist mit einer Vollzeitstelle für eine Arbeits- und Organisationspsychologin ausgestattet. Die Beschäftigten des Klinikums können Supervision kostenfrei und innerhalb der Arbeitszeit in Anspruch nehmen. Das Supervisionsangebot umfasst drei Formen: Regelsupervision und Kriseninterventionen für Gruppen, sowie Einzelsupervision/Coaching für Führungskräfte. In den Sitzungen werden vor allem Belastungen aus folgenden Bereichen thematisiert und Lösungen erarbeitet: Kommunikation innerhalb des Pflegeteams, Belastungen durch Rahmenbedingungen und Organisation der Arbeit, Umgang mit Patienten und Angehörigen, Zusammenarbeit zwischen Pflegeteam und Ärzten, berufliches Selbstverständnis.
Ergebnisse:	Erfolgskriterien sind z.B. die Bewertung des Angebots durch die NutzerInnen, die Beurteilung durch Teamvorgesetzte, der Beitrag zur Bewältigung und Reduzierung berufsbedingter Belastungen, die Unterstützung der beruflichen Kompetenz, die aktive Mitgestaltung der Veränderungsprozesse in Team und Klinik und die Reflexion der eigenen Tätigkeit.
Umsetzung in die Praxis:	Die Maßnahme wird in der Praxis umgesetzt und kann als Beispiel auch für andere Krankenhäuser dienen.
Literatur:	Liegt bisher nicht vor.
Ansprechpartner:	Dipl.-Psych. Andrea Wittich wittich@psysom.ukl.uni-freiburg.de

Projekttitle:	Reduzierung psychischer Fehlbelastungen von Krankenpflegekräften durch Gesundheitsförderung
Pflegebereich:	Stationäre Krankenpflege
Projektstatus:	Abgeschlossen. Durchführung im Zeitraum von 2002 bis 2004. Gefördert im Rahmen der Initiative Neue Qualität der Arbeit (INQA) sowie durch die Havellandklinik Nauen.
Institution(en):	Universität Potsdam, Institut für Psychologie, Abt. Arbeits-, Betriebs- und Organisationspsychologie; Havellandklinik Nauen
Ziele:	Erfassung psychischer Fehlbelastungen. Fehlbelastungen sollten mit Hilfe bedingungsbezogener Maßnahmen reduziert werden, um die individuellen Ressourcen der Mitarbeiter im Pflegedienst zu stärken.
Methoden und Durchführung:	Sechs Stationen des Krankenhauses Nauen wurden einbezogen. Die Datenerhebung zur Belastungsanalyse erfolgte anhand von Einzelinterviews, Tätigkeitsbeobachtungen und einer Fragebogenuntersuchung.
Ergebnisse:	Vier der sechs Stationen sind durch hohe psychische Belastungen gekennzeichnet. Die Bewertung erfolgt sowohl aus Experten- als auch aus Mitarbeitersicht. Die Mitarbeiter im Pflegedienst geben eine psychische Fehlbelastung an. Insgesamt 58.7% der Befragten haben ein gesundheitsgefährdendes Verhaltens- und Erlebensmuster. Die Arbeitsinhalte sind durch hohe Anforderungen gekennzeichnet, denen niedrige Ressourcen bei persönlichen Gestaltungsmöglichkeiten der Arbeit gegenüber stehen. Es wurden Gesundheitszirkel gebildet, in denen Analyseergebnisse diskutiert wurden. In Zusammenarbeit mit den Stationsleitungen wurden kurz- und langfristige Maßnahmen der Intervention abgeleitet. Außerdem wurden individuelle Trainingsangebote geplant.
Umsetzung in die Praxis:	Keine konkreten Hinweise.
Literatur:	Baumgart, U., Metz, A.-M. & Degener, M. (2003). Psychische Belastungen und Beanspruchungen von Pflegekräften in Brandenburger Krankenhäusern. In E. Ulich (Ed.), <i>Arbeitspsychologie in Krankenhaus und Arztpraxis</i> (pp. 195-212). Bern: Huber. Neuhaus, K. & Metz, A.-M. (2003). Nachhaltige Reduzierung psychischer Fehlbelastung von Krankenpflegekräften durch Gesundheitsförderung. <i>Wirtschaftspsychologie</i> , 1, 145-147.
Ansprechpartner:	Prof. Dr. Anna-Marie Metz E-Mail: metz@rz.uni-potsdam.de

Projekttitle:	Rückenschmerzen bei Auszubildenden der Kranken- und Kinderkrankenpflege
Pflegebereich:	Stationäre Krankenpflege
Projektstatus:	Abgeschlossen. Durchführung im Zeitraum von 1991 bis 2002. Gefördert von der Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege (BGW)
Institution(en):	Freiburger Forschungsstelle Arbeits- und Sozialmedizin (FFAS)
Ziele:	Ermittlung des berufsbedingten Anteils an Wirbelsäulenerkrankungen beim Pflegepersonal durch Befragung vom Anfang der Ausbildung an. Dabei sollte der „Healthy Worker Effect“ durch Ermittlung der „drop-out“-Gründe kontrolliert werden.
Methoden und Durchführung:	Bei der Studie handelt es sich um eine Längsschnittstudie über 10 Jahre. Die Datenerhebung erfolgte mittels teilstandardisierter Methoden an einer Stichprobe von 500 Schülern von Krankenpflege- und Kinderkrankenpflegeschulen. Es wurde eine orthopädische Funktionsdiagnostik durchgeführt.
Ergebnisse:	Die Ergebnisse belegen die Problematik der Wirbelsäulenerkrankungen im Pflegebereich. Die Studie liefert eine Grundlage für die Entwicklung von Präventionsmaßnahmen zur Verhütung von Wirbelsäulenerkrankungen in der stationären Krankenpflege
Umsetzung in die Praxis:	Keine konkreten Hinweise.
Literatur:	Stroink, U., Durringer, C., Michaelis, M., Siegel, A., Stößel, U. & Hofmann, F. (1993). Performance of orthopaedic spine diagnostics nursing students and control group. In F. Hofmann (Ed.), <i>Occupational health for health care workers</i> . Landsberg: ecomed.
Ansprechpartner:	Dr. Ulrich Stößel E-Mail: ulrich.stoessel@medsoz.uni-freiburg.de

Projekttitle:	Umsetzung eines offenen Konzepts der Erfassung und Prävention psychischer Belastungen im Krankenhaus
Pflegebereich:	Stationäre Krankenpflege
Projektstatus:	Abgeschlossen. Durchführung im Zeitraum von 2002 bis 2003. Gefördert im Rahmen der Initiative Neue Qualität der Arbeit (INQA)
Institution(en):	Universität zu Köln, Zentrum für Versorgungsforschung und Abteilung Medizinische Soziologie
Ziele:	Am Beispiel eines Verfahrens zur Identifikation dysfunktionaler psychischer Belastungen soll die Umsetzung von Konzepten der Belastungsermittlung hinsichtlich Erfolgsvoraussetzungen qualitativ evaluiert und ein optimales regionales Umsetzungs- und Kooperationsmodell erarbeitet werden.
Methoden und Durchführung:	Im Universitätsklinikum zu Köln wurden Interviews und drei Workshops durchgeführt. An zwei Workshops nahmen neben Klinik-Mitarbeitern auch Vertreter der Unfallversicherungsträger, der Krankenkassen, Berufsverbände, von Arbeitsschutzämtern und Berufsgenossenschaften teil.
Ergebnisse:	Mit dem <i>Aktionsplan Prävention</i> wurde ein Verfahren zur Erfassung von Belastungen entwickelt, aus dessen Ergebnissen sich Handlungsbedarf ableiten lässt. Das Verfahren wurde durch Experten des Klinikums und Vertretern von Krankenversicherungen, Unfallversicherungsträgern, staatlichem Arbeitsschutz, Berufsverbänden und der Krankenhausgesellschaft positiv evaluiert. Ein exemplarisches Kooperationsmodell <i>Kooperation Pro Prävention</i> für das Universitätsklinikum zu Köln wurde implementiert.
Umsetzung in die Praxis:	Keine konkreten Hinweise.
Literatur:	Pfaff, H. & Kuch, C. (2004). <i>Projekt-Endbericht „Umsetzung eines offenen Konzepts der Erfassung und Prävention psychischer Belastungen im Krankenhaus: Erfolgsbedingungen und Modelle der Kooperation zwischen Klinik, Krankenkassen und Berufsgenossenschaften“</i> . Köln: Universität zu Köln, Zentrum für Versorgungsforschung und Abteilung Medizinische Soziologie.
Ansprechpartner:	Prof. Dr. Holger Pfaff E-Mail: holger.pfaff@uni-koeln.de

Projekttitel:	Unterstützung des Pflegeprozesses mit IuK-Technik
Pflegebereich:	Stationäre Krankenpflege
Projektstatus:	Abgeschlossen. Durchführung im Zeitraum von 1994 bis 1997. Gefördert vom Bundesministerium für Bildung und Forschung (bmb+f)
Institution(en):	Deutsches Herzzentrum München, Zentralklinikum Augsburg, Sächsisches Krankenhaus für Psychiatrie und Neurologie Arnsdorf, Technische Universität Dresden, Institut für Allgemeine Psychologie und Methoden der Psychologie
Ziele:	Im Fokus des Projekts stand die beispielhafte Anwendung von IuK-Technologien in der stationären Krankenpflege und die Prüfung der Beanspruchungsveränderung beim Pflegepersonal. Außerdem wurde untersucht, inwieweit sich mobile Kommunikationsmedien für den Einsatz auf Stationen eignen.
Methoden und Durchführung:	In einem ersten Schritt wurden die Informations- und Kommunikationsbeziehungen auf ausgewählten Stationen im Rahmen einer Pflegekräftebefragung analysiert. Nach Einführung des Pflegeinformationssystems fand eine zweite Befragung statt, um die erzielten Verbesserungen zu messen. Der Einführungsprozess der neuen Software umfasste verschiedene Phasen: Zieldefinition, Vorbereitung, Analysen, Sollkonzept, Pflichtenhefterstellung, Auswahl des Systems, Testläufe und Anpassung der Software. Anschließend erfolgte eine Schulung für die Nutzer. Die abschließenden Phasen bildeten die Einführung im Routinebetrieb und die Evaluation. Gleichzeitig wurden sogenannte Handheld-Computer auf ihre Tauglichkeit geprüft.
Ergebnisse:	Während der Einführungsphase stieg der Zeitaufwand für die Pflegedokumentation an, im Routinebetrieb erreichte er jedoch das selbe Niveau wie vor der Einführung der elektronischen Patientenakte. Auch wenn keine Verkürzung der Bearbeitungszeit erreicht wurde, konnte eine Verbesserung der Vollständigkeit, Verfügbarkeit, Transparenz und Sicherheit in der Pflege beobachtet werden. Die Untersuchungen der mobilen Datenverarbeitung (Handheld-Computer) ergaben, dass zum damaligen Zeitpunkt nur eine eingeschränkte Verwendung sinnvoll erscheint.
Umsetzung in die Praxis:	Das Pflegeinformationssystem hat sich in der Pflegepraxis bewährt.
Literatur:	Hacker, W., Scheuch, K., Kunath, H. & Haux, R. (1999). <i>Computer in der Krankenpflege</i> . Regensburg: S. Roderer.
Ansprechpartner:	Prof. Dr. Winfried Hacker hacker@psychologie.tu-dresden.de

- Projekttitle:** **Zusammenführung von ärztlichen und pflegerischen Berufsgruppen in Stationsteams zur Verbesserung von Motivation und Effizienz**
- Pflegebereich:** Stationäre Krankenpflege
- Projektstatus:** Abgeschlossen. Durchführung im Zeitraum von 1993 bis 1997.
Gefördert vom Bundesministerium für Bildung und Forschung (bmb+f)
- Institution(en):** Klinikum der Johann-Wolfgang-Goethe Universität Frankfurt am Main,
RWTH Aachen, Lehrstuhl für Informatik im Maschinenbau
- Ziele:** Entwicklung und Erprobung von neuen Kommunikations- und Kooperationsstrukturen mit dem Ziel, Qualität der Patientenbetreuung und Arbeitszufriedenheit der Mitarbeiter zu verbessern.
- Methoden und Durchführung:** Auf zwei Pilotstationen der Universitätsklinik Frankfurt a.M. wurden Interventionen zur Verbesserung der Kommunikation der Berufsgruppen implementiert. Außerdem wurde das Erreichen von Wirtschaftlichkeitszielen als gemeinschaftliches Thema aller Berufsgruppen in den Vordergrund gestellt. Ein Softwareprogramm zur Erstellung von Monatsabschlüssen wurde entwickelt.
- Ergebnisse:** Die Maßnahmen wurden erfolgreich wissenschaftlich evaluiert.
- Umsetzung in die Praxis:** Die Maßnahmen wurden von Trainings zur Mitarbeiterqualifizierung flankiert.
- Literatur:** Henning, K., Isenhardt, I. & Flock, C. (Hrsg.). (1998). *Kooperation im Krankenhaus: Strukturwandel, Kostendruck, Qualitätsansprüche. Mit Handlungsempfehlungen für Reorganisationsprozesse in Krankenhäusern*. Bern: Hans Huber.
- Ansprechpartner:** Dipl. Verw. Wiss. Clemens Flock; Prof. Dr. Klaus Henning
E-Mail: Clemens.Flock@kgu.de; henning@zwi-ima.rwth-aachen.de

3.2 Projekte zur stationären Altenpflege

Projekttitel: **Belastungsanalyse und gesundheitsförderliche Arbeit in der Altenpflege (BELUGA)**

Pflegebereich: Stationäre Altenpflege

Projektstatus: Laufend. Durchführung seit 2004 bis 2006.
Vergeben von der Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin (BAuA)

Institution(en): Technische Universität München, Lehrstuhl für Psychologie

Ziele: Das Projekt hat folgende Ziele: (a) Untersuchung von Formen der Aufbau- und Ablauforganisation in der stationären Altenpflege; (b) Entwicklung eines Screeningverfahrens zur Erfassung psychischer und physischer Belastungen in der stationären Altenpflege.; (c) Ermittlung der Belastungs- und Beanspruchungssituation; (d) Analyse der Interaktionen zwischen Pflegekräften, Pflegebedürftigen und Angehörigen; (e) Vergleiche von Arbeitsbelastungen und Beanspruchung der Beschäftigten in der stationären Altenpflege mit Ergebnissen aus der stationären Krankenpflege und der ambulanten Pflege; (f) Empfehlungen für eine sicherheits- und gesundheitsförderliche Arbeitsgestaltung; (g) Exemplarische Erprobung von Gestaltungsempfehlungen und Evaluation in einer Altenpflegeeinrichtung.

Methoden und Durchführung: Zunächst wurden Experteninterviews durchgeführt und die Methodenentwicklungen vorgenommen. In einer Pilotstudie wird das Screeningverfahren getestet, sowie Beobachtungsinterviews durchgeführt. Im Anschluss werden in einer repräsentativen bayernweiten Fragebogenerhebung die typischen Formen der Aufbau- und Ablauforganisation ermittelt. Eine repräsentative Befragung von Altenpflegekräften schließt sich an. Schließlich werden Gestaltungsmaßnahmen erarbeitet, auf einer Pflegestation beispielhaft implementiert und evaluiert.

Ergebnisse: Es werden detaillierte Ergebnisse zur Belastungssituation und zur psychophysischen Beanspruchung der Beschäftigten in der stationären Altenpflege, sowie praxisorientierte und wissenschaftlich überprüfte Gestaltungsempfehlungen erwartet. Praxisorientierte Verfahren zum Screening von psychischen und physischen Belastungen in der stationären Altenpflege werden bereitgestellt und praxiserprobte Gestaltungsempfehlungen publiziert.

Umsetzung in die Praxis: Exemplarische Erprobung von Gestaltungsmaßnahmen auf einer Station eines Altenpflegeheims.

Literatur: Glaser, J., Lampert, B. & Weigl, M. (2005). *Psychische Belastung: Analyse, Bewertung und Gestaltung sicherheits- und gesundheitsförderlicher Arbeitsplätze in der stationären Altenpflege. Zwischenbericht*. München: Lehrstuhl für Psychologie.

Ansprechpartner: PD Dr. Jürgen Glaser
E-Mail: glaser@wi.tum.de

Projekttitle:	BGW-DAK Gesundheitsreport 2003 Altenpflege
Pflegebereich:	Stationäre Altenpflege
Projektstatus:	Abgeschlossen. Durchführung im Zeitraum von 1999 bis 2003.
Institution(en):	Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege (BGW), DAK Prävention/Gesundheitsberatung, Wissenschaftliches Institut der AOK (WidO), IGES Institut für Gesundheits- und Sozialforschung GmbH
Ziele:	Analyse der gesundheitlichen Situation von Beschäftigten in der Altenpflege und von Ursachen hoher Belastung und Beanspruchung.
Methoden und Durchführung:	Neben Analysen von Arbeitsunfähigkeitsdaten und Arbeitsunfallstatistiken wurden 23 Berufsgruppen, u.a. N=261 Altenpflegekräfte schriftlich befragt (BGW-DAK-Stress-Monitoring). Außerdem erfolgte eine weitere schriftliche Befragung von Beschäftigten in Pflegeberufen (DAK-BGW-Pflegekräfte-Befragung). Dabei wurden 194 Altenpflegekräfte befragt.
Ergebnisse:	Die Ergebnisse belegen das hohe gesundheitliche Risiko im Altenpflegeberuf. Der psychische Gesundheitszustand ist um 12% schlechter als der Vergleichswert der berufstätigen Bevölkerung. Altenpflegekräfte leiden stärker als die Vergleichsbevölkerung unter psychosomatischen Beschwerden. Arbeitsbelastungen sind vor allem ein hoher Zeitdruck und häufige Arbeitsunterbrechungen. Das Arbeitsunfallrisiko ist in der Altenpflege höher als in der Krankenpflege. Detaillierte Ergebnisdarstellungen werden geliefert. Auf Basis der Ergebnisse werden Maßnahmen zum Abbau psychischer Belastungen, zur Verbesserung des Betriebsklimas, zur Mitarbeiterförderung und zur Verbesserung der Arbeitszufriedenheit sowie Maßnahmen zum Abbau von körperlichen Belastungen vorgeschlagen.
Umsetzung in die Praxis:	Keine konkreten Hinweise.
Literatur:	BGW/DAK (2003). <i>BGW-DAK-Gesundheitsreport 2003 – Altenpflege</i> . Hamburg: BGW.
Ansprechpartner:	Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege (BGW), Bereich Gesundheits- und Mobilitätsmanagement. E-Mail: gesundheitsmanagement@bgw-online.de

Projekttitle:	Flexible und situative Arbeitsorganisation in der stationären, integrativen Pflege orientierter und desorientierter alter Menschen
Pflegebereich:	Stationäre Altenpflege
Projektstatus:	Abgeschlossen. Durchführung im Zeitraum von 1993 bis 1997. Gefördert vom Bundesministerium für Bildung und Forschung (bmb+f)
Institution(en):	Haus Aja Textor-Goethe Sozial-pädagogisches Zentrum e.V., Gesellschaft für Ausbildungsforschung und Berufsentwicklung GAB GbR, München
Ziele:	Die Selbstverantwortungsfähigkeit von Altenpflegekräften sollte zu einer nachhaltig effizienten Organisationsphilosophie verdichtet werden. Dabei lag die Auffassung zu Grunde, dass Arbeitsorganisation nicht den Sinn hat, Ordnung und Einheitlichkeit zu schaffen, sondern kreative Potenziale zu entfalten. Die Arbeitssituation der Pflegekräfte sollte verbessert werden.
Methoden und Durchführung:	Zunächst wurden Kernbedürfnisse der Heimbewohner identifiziert und objektive Anforderungen an die Altenpflege und die Organisationsform im Heim abgeleitet. Dann wurden Arbeitsablaufstudien durchgeführt. Es wurde eine moderne, schlanke Arbeitsorganisation entwickelt und erprobt. Patenschaftspflege – eine besondere Form der Bezugspflege – wurde eingeführt und Gestaltungs-, Entscheidungs- und Handlungsspielräume der Pflegekräfte erweitert. Ein Leitbild wurde erarbeitet und ein Verfahren zur Qualitätsentwicklung eingeführt.
Ergebnisse:	In den Analysen zeigte sich, dass tradierte Formen rationeller Arbeitsorganisation nicht geeignet sind, eine im Bewohnerinteresse effiziente Dienstleistung zuverlässig und „just in time“ zu erbringen. Die Maßnahmen waren geeignet, die Situation zu verbessern. Außerdem entsprach die neue Arbeitsorganisationsform besser dem professionellen Selbstverständnis und den Entwicklungsbedürfnissen der Pflegekräfte. Für die einzelnen Mitarbeiter ergaben sich Vorteile durch ein besseres Verständnis der Führungsebene und einen intensiveren Informationsaustausch. So konnte eine Steigerung der Effektivität der Arbeit und höhere Motivation festgestellt werden.
Umsetzung in die Praxis:	Die Maßnahmen wurden in der Praxis erprobt.
Literatur:	Brater, M. & Maurus, A. (1999). <i>Das schlanke Heim. Lean-Management in der stationären Altenpflege</i> . Hannover: Vincentz-Verlag.
Ansprechpartner:	Dr. Michael Brater Michael.brater@gab-muenchen.de

Projekttitle:	Einführung von Qualitätszirkeln und Jurorengruppen (Expertenzirkel) in stationäre Pflegeeinrichtungen als Teile eines Innovations- und Beschwerdemanagements
Pflegebereich:	Stationäre Altenpflege
Projektstatus:	Laufend. Durchführung im Zeitraum von 2004 bis 2005. Gefördert von den Spitzenverbänden der Pflegekassen
Institution(en):	Akademie für Gesundheits- und Sozialberufe, Itzehoe; Projektbüro Dr. Breitzkreuz und Kollegen
Ziele:	Die Versorgungsstrukturen und -konzepte der Pflegeversicherung sollen im Hinblick auf neue Versorgungsformen weiterentwickelt, neue qualitätsgesicherte Versorgungsformen für die Pflegebedürftigen erprobt und vereinbart werden.
Methoden und Durchführung:	In den Modelleinrichtungen werden Qualitätszirkel implementiert. Dabei geht es um die Verbesserung der Ergebnisqualität. Die Heimbewohner und Mitarbeiter stehen im Mittelpunkt. In moderierten Qualitätszirkeln sollen konkrete Anliegen besprochen und gelöst werden. Jurorengruppen sollen über die von den Qualitätszirkeln eingebrachten Beschwerden und Vorschläge diskutieren. Die Jurorengruppen setzen sich aus Experten zusammen. Sie sollen sich als Netzwerk verstehen, die dazu beitragen, den Inselcharakter stationärer Einrichtungen aufzuheben und als Netzwerke sozialer Stadtteil- und Gemeindeentwicklung die kommunale Infrastruktur durch Vernetzung und Freiwilligenarbeit zu stärken.
Ergebnisse:	Als Ergebnis wird ein erprobtes, übertragbares Konzept eines integrierten Qualitätszirkel- und Jurorenkonzeptes erwartet, das die Ergebnisqualität in der Altenpflege steigert.
Umsetzung in die Praxis:	Die Konzepte sollen direkt in der Praxis umgesetzt werden.
Literatur:	Liegt bisher noch nicht vor.
Ansprechpartner:	Hans-Joachim Ramlow info@ags-sh.de

Projekttitlel:	Interaktionsarbeit in der Altenpflege
Pflegebereich:	Stationäre Altenpflege
Projektstatus:	Abgeschlossen. Durchführung im Zeitraum von 2000 bis 2004. Gefördert vom Bundesministerium für Bildung und Forschung (bmb+b) im Rahmen des Verbundprojektes "Interaktionsarbeit" als ein zukunftsweisender Ansatz zur qualitätsorientierten Organisation von Dienstleistungsprozessen“.
Institution(en):	Münchenstift gGmbH; Internationales Institut für Empirische Sozialökonomie (INIFES); Technische Universität München, Lehrstuhl für Psychologie
Ziele:	Erarbeitung und Implementierung von arbeitgestalterischen Maßnahmen zur Förderung von Interaktionsarbeit in der stationären Altenpflege
Methoden und Durchführung:	Auf Grundlage einer Ist-Analyse (Fragebogenstudie, Beobachtungsinterviews) wurden auf einer Modellstation arbeitsorganisatorische Maßnahmen zur Förderung von Interaktionsarbeit partizipativ erarbeitet und umgesetzt. Im Zentrum stand die Umsetzung eines Bezugspflegesystems. Außerdem wurden personenbezogene Maßnahmen wie z.B. Trainings zum subjektivierenden Arbeitshandeln in der Pflege durchgeführt. Die Maßnahmen wurden formativ und summativ evaluiert. Dabei kamen qualitative als auch quantitative Methoden zum Einsatz.
Ergebnisse:	Die neue Form der Arbeitsorganisation wirkte sich unmittelbar auf die Beziehungen zwischen Mitarbeitern und Bewohnern aus. Außerdem zeigen sich in verschiedenen Bereichen aus Sicht der Mitarbeiter eine Reduktion von Arbeitsbelastungen sowie aus Sicht der Bewohner eine Verbesserung der Pflegequalität.
Umsetzung in die Praxis:	Die Maßnahmen wurden vom Träger des Altenheims aufgegriffen und auch auf anderen Stationen bzw. Einrichtungen implementiert.
Literatur:	Böhle, F., Glaser, J. & Büssing, A. (Hrsg.). (2005). <i>Arbeit in der Interaktion – Interaktion als Arbeit</i> . Köln: Westdeutscher Verlag. Sing, D. & Kistler, E. (Hrsg.). (2003). <i>Lernfeld Altenpflege. Praxisprojekte zur Verbesserung der Dienstleistung an und mit alten Menschen</i> (S. 35-50). München: Hampp.
Ansprechpartner:	Dr. Dorit Sing (INIFES); PD Dr. Jürgen Glaser (TUM) E-Mail: d.sing@inifes.de; glaser@wi.tum.de

- Projekttitle:** **Konflikt- und Belastungssituationen in stationären Einrichtungen der Altenhilfe und Möglichkeiten ihrer Bewältigung**
- Pflegebereich:** Stationäre Altenpflege
- Projektstatus:** Abgelaufen. Durchführung im Zeitraum vor 1992.
Gefördert vom Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend
- Institution(en):** Universität Heidelberg, Institut für Gerontologie
- Ziele:** Ziel war die Analyse und Beschreibung von typischen Konflikt- und Belastungssituationen in Alten- und Altenpflegeheimen sowie die Erarbeitung von Möglichkeiten zur Verbesserung der Arbeitssituation in der Altenpflege auf Basis der Befunde.
- Methoden und Durchführung:** Im Rahmen des Projektes wurden insgesamt 241 Bewohner/-innen und 100 Mitarbeiter/-innen in 26 Alten-, Pflege- und Wohnheimen befragt.
- Ergebnisse:** Die Ergebnisse zeigen, dass Konfliktsituationen, die sich durch Unstimmigkeiten zwischen Mitgliedern des Pflegepersonals kennzeichnen lassen, und Konfliktsituationen, die sich auf Unstimmigkeiten zwischen Mitarbeitern und Bewohnern zurückführen lassen, gleichermaßen typisch sind. Die Mehrzahl der Konflikte zwischen Mitarbeitern geht nach Einschätzung der Befragten auf unterschiedliche Vorstellungen einer angemessenen Betreuung und Versorgung der Heimbewohner zurück. Daneben ist vor allem die Gestaltung des Dienstplanes mit Konflikten verbunden. Hohe Belastungen führen zu erhöhter Gereiztheit und reduzierter Toleranz gegenüber dem Verhalten von Kollegen. Konflikte mit Bewohnern beruhen aus Sicht der Pflegekräfte vor allem auf unberechtigten Forderungen, Aggressionen, Ungeduld und einer erhöhten Klagsamkeit von Bewohnern.
Es wurden Schlussfolgerungen für die Gestaltung der Altenpflegetätigkeit gezogen. Diese beziehen sich auf eine Verbesserung des Personalschlüssels, Veränderungen in der Arbeitsorganisation, Maßnahmen zur Verbesserung des Arbeitsklimas, Verbesserung des Fortbildungs-, Supervisions- und Ausbildungsangebots sowie Verbesserungen im Bereich der Förderung, Aktivierung und Rehabilitation der Bewohner.
- Umsetzung in die Praxis:** Kein konkreten Hinweise.
- Literatur:** Kruse, A. & Schmitt, E. (1999). Konfliktsituationen in Alten- und Altenpflegeheimen. In A. Zimmer & S. Weyerer (Hrsg.), *Arbeitsbelastung in der Altenpflege* (S. 155-169). Göttingen: Hogrefe.
- Ansprechpartner:** Prof. Dr. Andreas Kruse
andreas.kruse@urz.uni-heidelberg.de

Projekttitle:	Professionelle Pflege an der Brücke zwischen Leben und Tod. Patho- und salutogenetische Relevanz von Arbeitsbedingungen, Bewältigungsstrategien und Religiosität der Pflegekräfte
Pflegebereich:	Stationäre Altenpflege, Palliativstationen, Hospize
Projektstatus:	Abgeschlossen. Durchführung im Zeitraum von 2000 bis 2001.
Institution(en):	Universität Leipzig, Institut für Angewandte Psychologie, Abteilung Klinische und Gesundheitspsychologie
Ziele:	Ziele waren: 1. deutschlandweite Repräsentativbefragung des Pflegepersonals stationärer Hospize und Palliativstationen (systematische betriebliche Gesundheitsanalyse). 2. Ableitung von krankheitspräventiven und gesundheitsfördernden Schlussfolgerungen. 3. Verfügbarmachung der Befunde für praxisverändernde Maßnahmen.
Methoden und Durchführung:	Es wurde eine Fragebogenstudie an N=820 Pflegekräften durchgeführt. Neben Arbeitsbedingungen wurden Stressverarbeitungsstrategien, die Ausprägung des Burnout-Syndroms und transpersonales Vertrauen erfasst.
Ergebnisse:	Insgesamt zeigen die Ergebnisse, dass die Arbeitsbedingungen in Hospizen und Palliativstationen positiver zu bewerten sind als in sonstigen Pflegeeinrichtungen (z.B. weniger Zeitdruck und Störungen der Abläufe). Negative Aspekte waren eine geringe betriebliche Fürsorge um das Wohlergehen der Pflegenden, geringe als leistungsgerecht erlebte Gratifikationen, eine eher schlechte betriebliche Informations- und Partizipationspolitik in den Einrichtungen. In Stresssituationen werden im Vergleich zur Normalbevölkerung überdurchschnittlich häufig soziale Unterstützungspartner zur Stressbewältigung herangezogen. Sterbebegleitung ist außergewöhnlich eng mit Religiosität verbunden (88.2% der Befragten waren religiös). Bei den Befragten resultierten vergleichsweise niedrige Burnout-Werte. Die Ausübung der Pflege wurde subjektiv als daseinsbereichernd empfunden. Religiosität scheint ein gesundheitlicher Protektivfaktor für Pflegekräfte in der Sterbebegleitung zu sein. Aus den Ergebnissen wurden Präventionskonzepte abgeleitet.
Umsetzung in die Praxis:	Kein konkreten Hinweise.
Literatur:	Ergebnisbericht unter http://www.uni-leipzig.de/~gespsych/material/palhos.pdf
Ansprechpartner:	Prof. Dr. Harry Schröder E-Mail: hschr@uni-leipzig.de

Projekttitle:	Reduzierung der Arbeitsbelastung in der Altenpflege durch Fehlermanagementsysteme
Pflegebereich:	Stationäre Altenpflege
Projektstatus:	Laufend. Durchführung im Zeitraum von 2003 bis 2004. Gefördert im Rahmen der Initiative Neue Qualität der Arbeit (INQA)
Institution(en):	Institut für Sozialforschung und Sozialwirtschaft e.V., Saarbrücken
Ziele:	In zwei Einrichtungen der stationären Altenpflege sollen psychische Belastungsmomente identifiziert und modellhaft Maßnahmen zum Abbau der Belastungen entwickelt, umgesetzt und evaluiert werden.
Methoden und Durchführung:	In einer Einstiegs- und Erhebungsphase wird jede Einrichtungen für das Thema „Belastungen und Gesundheit“ sensibilisiert und eine Analyse der Ist-Situation durchgeführt (Experteninterviews, Workshops, teilstandardisierte Beschäftigtenbefragung). In der Umsetzungsphase wird ein Gestaltungszirkel installiert, der Maßnahmen für eine Reduktion der Arbeitsbelastungen erarbeiten und modellhaft erproben soll. In der Evaluations- und Transferphase erfolgen die Evaluation, die Dokumentation und die Verbreitung der Projektergebnisse.
Ergebnisse:	Nach Abschluss des Projektes werden Erkenntnisse vorliegen, wie die Belastungssituation in Altenpflegeeinrichtungen nachhaltig verbessert werden kann. Neben Inhalten der Maßnahmen wird auch die Prozesskenntnis erweitert. Ein Transfer in andere Einrichtungen soll möglich sein.
Umsetzung in die Praxis:	Keine konkreten Hinweise.
Literatur:	Liegt noch nicht vor.
Ansprechpartner:	Kerstin Blass E-Mail: blass@iso-institut.de

Projekttitle:	Selbstbewertung als partizipationsorientierte und nachhaltige Methode für die gesundheitsförderliche Arbeitsgestaltung in der Pflege
Pflegebereich:	Stationäre Altenpflege
Projektstatus:	Laufend. Durchführung im Zeitraum von 2003 bis 2004. Gefördert im Rahmen der Initiative Neue Qualität der Arbeit (INQA)
Institution(en):	Fraunhofer IAO, Stuttgart
Ziele:	Das Modellprojekt soll die psychische und physische Gesundheit der Pflegekräfte in stationären Einrichtungen der Altenhilfe nachhaltig verbessern. Durch Netzwerkbildung soll der Praxistransfer in regionalen und überregionalen Kontexten sichergestellt werden.
Methoden und Durchführung:	Ein vorhandenes Selbstbewertungssystem für stationäre Einrichtungen zur Analyse von Qualitätskoordinaten wird übertragen und die Güte des Verfahrens wissenschaftlich evaluiert. Gleichzeitig wird im Rahmen des Projektes ein Netzwerk „Gesunde Pflege“ aufgebaut, das sich aus Vertretern und Vertreterinnen der beteiligten acht Altenpflegeeinrichtungen sowie Akteuren im Bereich Arbeitssicherheit und Gesundheitsschutz zusammensetzt. Hier sollen Kommunikations- und Kooperationsstrukturen geschaffen werden, die den fachlichen Erfahrungsaustausch fördern, Best-Practice verbreiten und Benchmarks ermöglichen. Mit dem Selbstbewertungssystem werden gesundheitsgefährdende und -fördernde Faktoren durch Mitarbeiter der Einrichtungen evaluiert. Praxisorientierte Handlungsstrategien zur nachhaltigen Verbesserung der Gesundheit der Beschäftigten werden erarbeitet.
Ergebnisse:	Nach Abschluss des Projekts wird mit dem Selbstbewertungssystem ein praxisorientiertes Instrument zur Analyse der Gesundheitsschutz-Situation in Einrichtungen der Altenhilfe vorliegen. Handlungsstrategien werden erarbeitet und dokumentiert sein. Ein exemplarisches Netzwerk wird etabliert sein, um die Kommunikation der relevanten Akteure zu verbessern.
Umsetzung in die Praxis:	Kein konkreten Hinweise.
Literatur:	Liegt noch nicht vor.
Ansprechpartner:	Dr. Barbara Klein E-Mail: Barbara.Klein@iao.fhg.de

Projekttitle:	Stress in der stationären Altenpflege. Arbeitsbedingungen und Arbeitsbelastungen in Heimen
Pflegebereich:	Stationäre Altenpflege
Projektstatus:	Abgelaufen. Durchführung im Zeitraum von 1996 bis 1998.
Institution(en):	Zentralinstitut für Seelische Gesundheit, Mannheim
Ziele:	Erfassung der Arbeitsbedingungen und Arbeitsbelastungen in der stationären Altenpflege, Analyse der Beziehungen zwischen beruflicher Beanspruchung und Merkmalen der beruflichen bzw. außerberuflichen Situation sowie Überprüfung der Auswirkungen der zweiten Stufe der Pflegeversicherung .
Methoden und Durchführung:	Die Untersuchung wurde in 15 Mannheimer Altenpflegeheimen durchgeführt. Querschnitts- und Längsschnittsdesigns wurden kombiniert. Insgesamt handelte es sich um drei Messzeitpunkte (1996, 1997 und 1998). Neben Setting-Begehungen und strukturierten Interviews mit Führungskräften wurde eine standardisierte Mitarbeiterbefragung durchgeführt.
Ergebnisse:	Belastungsschwerpunkte waren ein hoher Zeitdruck, die Zuständigkeit für zu viele Bewohner und zu wenig Zeit für die psychosoziale Betreuung von Bewohnern. Aus Sicht der Befragten sind mangelhafte Aufstiegs-, Karriere- und Qualifikationsmöglichkeiten sowie die geringe Anerkennung des Altenpflegeberufs ebenfalls bedeutsame Belastungsfaktoren. Im organisatorischen Bereich waren unzeitgemäße hierarchische Führungsstrukturen auffällig, die sich unter anderem in geringen Partizipationsmöglichkeiten äußerten. Der Anteil von Personen mit einer kritischen Ausprägung der emotionalen Erschöpfung lag zwischen 28.7% und 30.5%. Im Vergleich zur Gesamtbevölkerung litten die befragten Pflegekräfte in erheblich stärkerem Ausmaß an Rückenschmerzen und Kopfschmerzen. Ebenfalls überdurchschnittlich häufig traten Muskelschmerzen, Schweregefühle in Armen und Beinen oder Schwächegefühle in den einzelnen Körperteilen auf. Die Ergebnisse für Müdigkeit und Schlafstörungen waren leicht erhöht. Die Ergebnisse stießen die Diskussion um die beruflichen Belastungen in der Altenpflege nachhaltig an. Sie dienten als Grundlage für die Entwicklung von Interventionsmaßnahmen.
Umsetzung in die Praxis:	Keine konkreten Hinweise.
Literatur:	Zimber, A., Albrecht, A. & Weyerer, S. (1999). Arbeitsbedingungen und Arbeitsbelastungen in der stationären Altenpflege. In A. Zimber & S. Weyerer (Hrsg.), Arbeitsbelastung in der stationären Altenpflege (S. 185-199). Göttingen: Hogrefe.
Ansprechpartner:	Prof. Dr. Siegfried Weyerer E-Mail: weyerer@zi-mannheim.de

3.3 Projekte zur ambulanten Pflege

Projekttitel:	Arbeitsschutz in der ambulanten Pflege
Pflegebereich:	Ambulante Pflege
Projektstatus:	Laufend. Durchführung im Zeitraum von 2003 bis 2006. Gefördert im Rahmen der Initiative Neue Qualität der Arbeit (INQA)
Institution(en):	Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege (BGW); Amt für Arbeitsschutz Hamburg; Relations Gesellschaft für Unternehmensentwicklung mbH
Ziele:	Arbeitsschutzbedingungen in der ambulanten Pflege sollen langfristig verbessert werden. Es soll eine branchenbezogene Betreuung nach dem Arbeitssicherheitsgesetz (ASiG) umgesetzt werden. Weiteres Ziel ist eine Mustergefährdungsbeurteilung in der ambulanten Altenpflege (Kleinbetriebe, mobile Arbeitsplätze, psychische Belastungen, schwierige ökonomische Bedingungen).
Methoden und Durchführung:	Befragung von 320 ambulanten Pflegediensten in Hamburg hinsichtlich der Umsetzung arbeitsschutzrelevanter Maßnahmen und Einstellungen zu Themen des Arbeitsschutzes. Die Ergebnisse wurden in Workshops rückgemeldet und Maßnahmen zur Verbesserung der Situation diskutiert. Nächster Schritt ist die Umsetzung der Mustergefährdungsbeurteilung im Rahmen von moderierten Mitarbeiterbesprechungen. Dieses Vorgehen wird in 70 Pilotbetrieben erprobt. Darüber hinaus wird ein branchenbezogenes Modell zur Umsetzung des ASiG erarbeitet. Die Ideen gehen in Richtung eines "Netzwerk-Zentrums". Dieses sollte für alle Beteiligten (Betriebe, ASiG-Dienstleister und Aufsichtsbehörden) Angebote und optimale Rahmenbedingungen schaffen, um die Umsetzung der gesetzlichen Anforderungen attraktiv, effektiv und ökonomisch sinnvoll zu gestalten.
Ergebnisse:	Bereits vorliegende Ergebnisse der Befragung von 320 ambulanten Pflegedienste zeigen, die Umsetzung der Anforderungen, die sich aus dem Arbeitsschutz- und Arbeitssicherheitsgesetz ergeben, sind in dieser Branche nur in Ansätzen erfüllt. Inhalte wie die Verpflichtung zur Durchführung einer Gefährdungsbeurteilung oder die Bestellung von betriebsärztlicher und sicherheitstechnischer Betreuung sind kaum bekannt, der Nutzen wird hinterfragt. Auf der anderen Seite sind die Betriebe an einer Verbesserung des Arbeits- und Gesundheitsschutzes interessiert und aufgeschlossen, sich mit den Anforderungen auseinander zusetzen. Konzepte, die sich im Rahmen der Evaluation als wirksam erweisen, werden durch die BGW bundesweit auf ambulante Pflegedienste in anderen Regionen übertragen.
Umsetzung in die Praxis:	Keine konkreten Hinweise.
Literatur:	Liegt noch nicht vor.
Ansprechpartner:	Carola Brennert E-Mail: carola.brennert@bgw-online.de

Projekttitle:	Ambulante Dienste unter veränderten Bedingungen
Pflegebereich:	Ambulante Pflege
Projektstatus:	Abgeschlossen. Durchführung im Zeitraum von 1997 bis 1998. Gefördert vom Bundesministerium für Bildung und Forschung im Rahmen der Aktivitäten des Berliner Zentrums Public Health
Institution(en):	Institut für Gesundheitsanalysen und soziale Konzepte e.V., Berlin
Ziele:	Die Einführung der Pflegeversicherung hat die Arbeit von ambulanten Pflegediensten grundlegend verändert. Zu nennen wären hier etwa der stärkere Wettbewerb, neue Anforderungen an die Qualitätssicherung und Wirtschaftlichkeit. Ziel des Projektes war, diese Veränderungen und ihre Auswirkungen auf die Arbeit in den Diensten eingehend zu analysieren. Ein Baustein war die Untersuchung der Belastungssituation von ambulanten Pflegekräften.
Methoden und Durchführung:	Für die Belastungsanalyse wurden 184 Pflegekräfte aus 31 Pflegediensten schriftlich befragt. In 43 Pflegediensten wurde eine Befragung der Leitungskräfte zu strukturellen Aspekten durchgeführt.
Ergebnisse:	Die Analysen zeigen, dass Belastungen in der ambulanten Pflege weniger aus den Tätigkeiten selbst, sondern aus den Bedingungen, unter denen sie verrichtet werden müssen, entstehen. Die Befragten bezeichneten den Zeitdruck als schwerwiegendsten Belastungsfaktor. An zweiter Stelle stand die oft nicht ausreichende pflegerische Versorgung der Klienten auf Grund der ökonomischen Rahmenbedingungen. Die Ergebnisse wurden an die Pflegedienste rückgemeldet und durch Publikationen einer breiten Öffentlichkeit zugänglich gemacht.
Umsetzung in die Praxis:	Keine konkreten Hinweise.
Literatur:	Barthelme, G., Garms-Homolová, V. & Polak, U. (1999). Belastungen in der ambulanten Pflege. In R. Schmidt, H. Entzian, K.-I. Giercke & T. Klie (Hrsg.), <i>Die Versorgung pflegebedürftiger alter Menschen in der Kommune. Daseinsvorsorge, Leistungserbringung und bürgerschaftliche Verantwortung in der Modernisierung der Pflege</i> (S. 235-243). Frankfurt/M.: Mabuse.
Ansprechpartner:	Prof. Dr. Vjenka Garms-Homolova E-Mail: igkloftneu@aol.com

Projekttitle:	Entwicklung und Erprobung eines Organisationsentwicklungs- und Qualifizierungskonzepts zur Verbesserung der Arbeitsbedingungen in ambulant-, sozial- und gesundheitspflegerischen Diensten
Pflegebereich:	Ambulante Pflege
Projektstatus:	Abgeschlossen. Durchführung im Zeitraum von 1993 bis 1996. Gefördert vom Bundesministerium für Bildung und Forschung (bmb+f)
Institution(en):	Arbeiterwohlfahrt Kreisverband Potsdam e.V.; Institut für Gesundheits-, Umwelt- und Sozialplanung IGUS e.V., Hamburg
Ziele:	Projektziel war die Erprobung von Maßnahmen zur Organisationsentwicklung und die Verbesserung der Arbeitsbedingungen in einem ambulanten Pflegedienst.
Methoden und Durchführung:	Zur Umsetzung der Projektziele wurde ein prozess- und partizipationsorientierter Ansatz der Organisations- und Personalentwicklung im Praxisfeld der Sozialstation, aber auch einrichtungsübergreifend erprobt. Zunächst wurde die Ist-Situation in der Einrichtung und im Umfeld erfasst. Auf der Basis der Ergebnisse wurden gemeinsam mit den Mitarbeitern Maßnahmen zur Verbesserung der Situation entwickelt, umgesetzt und evaluiert. Besondere Bedeutung kam dabei der Durchführung von flankierenden Qualifizierungsmaßnahmen zu.
Ergebnisse:	Es wurde der Aufbau von multiprofessionellen, regionalisierten Arbeitsteams 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 MitarbeiterInnen delegiert. Ein EDV-gestütztes Dokumentationssystem wurde implementiert. Die Maßnahmen führten zu einer Verbesserung der Arbeitszufriedenheit der Beschäftigten sowie zu verminderten Belastungen und einer besseren Versorgungsqualität.
Umsetzung in die Praxis:	Die Maßnahmen wurde in der Praxis umgesetzt und evaluiert.
Literatur:	Damkowski, W., Klie, T., Kronseder, E., Luckey, K. & Stappenbeck, J. (1997). <i>Ambulanter Pflegedienst – Veränderungen wahrnehmen, Ideen umsetzen</i> . Hannover: Vincentz-Verlag.
Ansprechpartner:	Prof. Dr. Karin Luckey E-Mail: IGUS-Beratung-Forschung@t-online.de

Projekttitle:	Erfassen psychischer und physischer Belastungen bei der Arbeit in ambulanten Pflegediensten
Pflegebereich:	Ambulante Pflege
Projektstatus:	Abgelaufen. Durchführung im Zeitraum von 2001 bis 2004. Vergeben von der Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin (BAuA)
Institution(en):	Technische Universität München, Lehrstuhl für Psychologie
Ziele:	Ziele des Projekts waren (a) Untersuchung von Formen der Aufbau- und Ablauforganisation; (b) Überprüfung der Tragfähigkeit bewährter Belastungskonzepte aus der stationären Pflege im ambulanten Bereich; (c) Entwicklung von Methoden zur Erfassung und Bewertung von Arbeitsbelastungen in der ambulanten Pflege; (d) Untersuchung „neuartiger“ Belastungsformen im Beschäftigungsfeld der ambulanten Pflege; (e) Untersuchung der Beanspruchungssituation von Beschäftigten in der ambulanten Pflege; (f) Vergleiche von Arbeitsbelastungen und Beanspruchung der Beschäftigten im stationären mit dem ambulanten Pflegebereich; (g) Erarbeitung von Empfehlungen zur Arbeitsgestaltung in der ambulanten Pflege.
Methoden und Durchführung:	Bayernweite Erhebung der Aufbau- und Ablauforganisation ambulanter Pflegedienste (318 Pflegedienste). Entwicklung des Belastungsscreening TAA – ambulante Pflege und des ergänzenden Verfahrensmoduls „AuG-Schutz – ambulante Pflege“. Die Verfahren wurden an einer Stichprobe von 721 ambulanten Pflegekräften aus 97 Pflegediensten erprobt. In acht Pflegediensten wurden zudem Beobachtungsinterviews und Organisationsscreenings durchgeführt. Die Ergebnisse wurden der stationären Krankenpflege verglichen
Ergebnisse:	Mit dem Belastungsscreening TAA – ambulante Pflege und dem Verfahrensmodul „AuG-Schutz – ambulante Pflege“ liegen praxisorientierte Verfahren zur Analyse von psychischen und physischen Belastungen vor. Die Belastung und Beanspruchung im ambulanten Pflege-segment zeigt deutliche Unterschiede zur stationären Pflege. Die Verfahren wurden für Praktiker in ambulanten Pflegediensten mit Gestaltungsempfehlungen veröffentlicht.
Umsetzung in die Praxis:	Keine konkreten Hinweise.
Literatur:	Büssing, A., Glaser, J. & Höge, T. (2005). <i>Erfassung und Bewertung psychischer und physischer Belastungen bei der Arbeit in ambulanten Pflegediensten mit dem Belastungsscreening TAA – Ambulante Pflege</i> . Bremerhaven: Wirtschaftsverlag NW. Büssing, A., Glaser, J. & Höge, T. (2005). <i>Das Belastungsscreening TAA – Ambulante Pflege: Manual und Materialien</i> . Bremerhaven: Wirtschaftsverlag: NW.
Ansprechpartner:	PD Dr. Jürgen Glaser E-Mail: glaser@wi.tum.de

Projekttitle:	Gesundheitsrisiken in ambulanten Pflegediensten
Pflegebereich:	Ambulante Pflege
Projektstatus:	Abgelaufen. Durchführung im Zeitraum von 2000 bis 2001. Vergeben von der Bundesgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege (BGW)
Institution(en):	Zentralinstitut für Seelische Gesundheit, Mannheim
Ziele:	Ziel der Studie war die Erfassung und Abschätzung der körperlichen und psychischen Belastungen sowie der langfristigen Gesundheitsgefährdungen in der ambulanten Pflege.
Methoden und Durchführung:	Insgesamt 28 ambulante Pflegedienste im Rhein-Neckar-Raum wurden untersucht. Dabei wurden N=273 Pflegekräfte befragt. Neben den Fragebogenuntersuchungen wurden in ausgewählten Pflegediensten Tätigkeitsbegleitungen durchgeführt.
Ergebnisse:	Insgesamt sind die Pflegekräfte in der ambulanten Pflege eher mit ihrer Arbeit zufrieden. Positiv werden vor allem die flexible Arbeitszeitgestaltung, die Eigenverantwortung und die Möglichkeit, den Ansprüchen an das Selbstbild als Pflegekraft im Großen und Ganzen gerecht zu werden, bezeichnet. Negativ werden Zeitdruck, Überstunden, geringer Handlungsspielraum, Konfrontation mit Tod und Sterben, begrenzte Karrieremöglichkeiten und starke körperliche Belastung durch Heben und Tragen eingestuft. Verschiedene Belastungsfolgen sind überdurchschnittlich stark ausgeprägt. Dazu zählen emotionale Erschöpfung, somatische Symptome (insb. Wirbelsäulenleiden und Muskelschmerzen), erhöhter Gebrauch von Medikamenten und Nikotin. Basierend auf den Studienergebnissen wurden von der BGW für ihre Mitgliedsbetriebe Präventionsangebote und Maßnahmen erarbeitet. Dazu zählen Methoden zur Erfassung von Belastungsquellen und Gesundheitsfolgen.
Umsetzung in die Praxis:	Keine konkreten Hinweise.
Literatur:	Weyerer, S., Schäufele, M., Anton, R., Teufel, S. & Sattel, H. (2001). <i>Gesundheitsrisiken in ambulanten Pflegediensten</i> . (Abschlussbericht an die BGW). Hamburg: BGW.
Ansprechpartner:	Prof. Dr. Siegfried Weyerer E-Mail: weyerer@zi-mannheim.de

- Projektstitel:** **Längsschnittstudie zur Belastung pflegender Angehöriger von demenziell Erkrankten (LEANDER)**
- Pflegebereich:** Häusliche Pflege durch Angehörige
- Projektstatus:** Laufend. Durchführung im Zeitraum von 2001 bis 2005.
Gefördert vom Bundesministerium für Familien, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSFJ)
- Institution(en):** Freie Universität Berlin, Institut für Prävention und psychosoziale Gesundheitsforschung (IPG)
- Ziele:** Die Studie hat zum Ziel, eine Verbesserung der Qualitätssicherung in der Altenhilfe zu gewährleisten. Die Situation der pflegenden Angehörigen demenzerkrankter Menschen steht dabei im Vordergrund.
- Methoden und Durchführung:** In der ersten Phase (abgeschlossen) wurde ein standardisierter, stresstheoretische begründeter Fragebogen zur Erfassung der Belastung von pflegenden Angehörigen entwickelt und evaluiert (Berliner Inventar zur Angehörigenbelastung – Demenz, BIZA-D). Auf der Basis von 74 Interviewprotokollen wurde ein differenzierter Fragebogen entwickelt, der die unterschiedlichen Facetten von Belastungen und Entlastungen berücksichtigt. Der Fragebogen wurde in einer Stichprobe bestehend aus N=888 pflegenden Angehörigen eingesetzt. In einem dritten Schritt wurde das Instrument zur Evaluation einer demenzbezogenen Intervention herangezogen, um die angestrebte Veränderungssensitivität zu prüfen. In den zukünftigen Projektphasen werden Interventionen entwickelt und umgesetzt. Die Wirkungen werden im Längsschnitt an vier Erhebungszeitpunkten im Abstand von neun Monaten analysiert.
- Ergebnisse:** Nach der abgeschlossenen 1. Projektphase liegt mit dem BIZA-D ein wissenschaftlich geprüftes mehrdimensionales Erhebungsverfahren für die Belastung von pflegenden Angehörigen von Demenzerkrankten vor. Das Verfahren verfügt über eine hohe Zuverlässigkeit (Reliabilität) und eine überzeugende inhaltliche Gültigkeit (Validität). Die Belastungsprofile unterscheiden sich erheblich in Abhängigkeit von soziodemographischen Merkmalen der Pflegenden (Geschlecht, Verwandtschaftsgrad zum Pflegebedürftigen usw.). Die Veränderungssensitivität konnte nachgewiesen werden. Auf der Basis der Ergebnisse werden Interventionsmaßnahmen entwickelt.
- Umsetzung in die Praxis:** Keine konkreten Hinweise.
- Literatur:** Zank, S. & Schacke, C. (2004). *Die Entwicklung des Berliner Inventars zur Angehörigenbelastung – Demenz (BIZA-D)*. (Abschlussbericht der Phase 1 der „Längsschnittstudie zur Angehörigenbelastung durch die Pflege demenziell Erkrankter“ (LEANDER)). Berlin: BMFSFJ.
- Ansprechpartner:** PD Dr. Susanne Zank
E-Mail: zank@ipg-berlin.de

- Projekttitle:** **Präventiver Arbeits- und Gesundheitsschutz – Qualitätssicherung für die ambulante Pflege (prag)**
- Pflegebereich:** Ambulante Pflege
- Projektstatus:** Laufend. Durchführung im Zeitraum von 2002 bis 2005.
Gefördert aus Mitteln des Europäischen Sozialfonds und durch die Freie Hansestadt Bremen
- Institution(en):** Universität Bremen, Institut Arbeit und Wirtschaft (IAW); in Kooperation mit der Arbeitnehmerkammer Bremen und fact+film
- Ziele:** Unterstützung bei der betrieblichen Organisation und Verbesserung von Arbeits- und Gesundheitsschutz und Qualitätssicherung in Einrichtungen der ambulanten Pflege. Die Qualifizierung der Mitarbeiter steht im Vordergrund.
- Methoden und Durchführung:** Das Projekt steht allen Einrichtungen der ambulanten Pflege im Land Bremen zur Beteiligung offen; sein Angebot ist von 12 Pflegediensten mit über 400 Mitarbeiterin in Anspruch genommen worden. Das Maßnahmenangebot besteht in der innerbetrieblichen Qualifizierung, der Bereitstellung von Informationen, Handlungs- und Umsetzungshilfen bei Themen des Arbeits- und Gesundheitsschutzes und der Qualitätssicherung. Die Mitarbeiter werden geschult in der Durchführung von Schwachenstellenanalysen, der Einrichtung eines kontinuierlichen Verbesserungsprozesses, dem Aufbau eines integrierten Managementsystems, der Durchführung von beteiligungsorientierten Arbeitsplatz- und Belastungsanalysen.
- Ergebnisse:** Ergebnis des Projektes ist die Sicherstellung von Dienstleistungsqualität und die Verbesserung des Arbeits- und Gesundheitsschutzes in den Einrichtungen.
- Umsetzung in die Praxis:** Die Maßnahmen werden direkt in der Praxis umgesetzt.
- Literatur:** Praxisorientierte Projektdarstellung unter www.pflege-projekt.de
- Ansprechpartner:** Dr. Norbert Schöll
E-Mail: nschoell@uni-bremen.de

Projekttitle:	Partizipation und interaktive Interdisziplinarität für eine zukunftsfähige Arbeitsforschung – PIZA
Pflegebereich:	Ambulante Pflege
Projektstatus:	Laufend. Durchführung im Zeitraum von 2002 bis 2005. Gefördert vom Bundesministerium für Bildung und Forschung (bmb+f)
Institution(en):	Arbeit und Zukunft e.V.
Ziele:	Das Projekt „PIZA“ beschäftigt sich als Erprobungsfeld für zukunftsfähige Arbeitsforschung unter anderem mit der ambulanten Pflege. Belastungen und Ressourcen in diesem Feld werden eingehend analysiert. Besonderes Augenmerk wird auf Schnittstellenprobleme gerichtet.
Methoden und Durchführung:	Dem Projekt liegen folgende Thesen zu Grunde, die empirisch geprüft werden: (1) Einflüsse aus dem Gesamt-System der ambulanten Pflege führen zu Fehlbeanspruchungen und Befindensbeeinträchtigungen bei Beschäftigten; (2) Kooperationsergebnisse und -erfahrungen aus dem System führen zu arbeitsbezogenen Ressourcen, welche die Aufgabenbewältigung unterstützen; (3) Zur Belastungsverminderung und der Gestaltung gesundheitsgerechter Arbeitsanforderungen, sowie dem Aufbau von Ressourcen bedarf es der Kooperation im Gesamt-System. In der ersten Projektphase erfolgte eine Analyse der Arbeitssituation von ambulanten Pflegekräften mittels Beobachtungsinterviews bei 11 Touren. Außerdem wurde eine schriftliche Befragung von 151 ambulanten Pflegekräften zur Analyse der Arbeitsfähigkeit (Arbeitsbewältigungs-Index) und erlebter Ressourcen durchgeführt.
Ergebnisse:	Bei dem Großteil der Pflegekräfte zeigte sich eine gute bis sehr gute Arbeitsbewältigungssituation. Die Beobachtungsinterviews offenbarten hohe zeitliche Schwankungsbreiten bei einzelnen Leistungskomplexen. Gründe für lange Betreuungszeiten waren z.B. Funktionsstörungen an Hilfsmitteln, Erschwerungen durch fehlende Informationen, menschliche Befindlichkeiten (z.B. großes Gesprächsbedürfnis) oder andere Unvorhersehbarkeiten. Relativ häufig auftretende „unnötige“ Belastungen waren motorische Erschwerungen auf Grund ungünstiger ergonomischer Bedingungen, Blockierungen (Wartezeiten) und informativische Erschwerungen. Körperliche Belastungen entstehen vor allem durch Zwangshaltungen und hockende Arbeitshaltungen bei der Pflegegetätigkeit. Die Ergebnisse werden in die Praxis rückgemeldet. Maßnahmen der Arbeitsgestaltung werden abgeleitet.
Umsetzung in die Praxis:	Kein konkreten Hinweise.
Literatur:	Liegt bisher nicht vor
Ansprechpartner:	Mag. Brigitta Geißler-Gruber E-mail: geissler@arbeitundzukunft.de

Projekttitle:	Partizipative Personaleinsatzplanung für den ambulanten Pflegedienst (PARPAP)
Pflegebereich:	Ambulante Pflege
Projektstatus:	Abgeschlossen. Durchführung im Zeitraum von 2000 bis 2003. Gefördert vom Bundesministerium für Bildung und Forschung (bmb+f)
Institution(en):	Unilog Integrata GmbH, Bremen; Universität Karlsruhe; Universität Paderborn, AKS Ambulante Kranken- und Seniorenbetreuung; ASB Arbeiter-Samariter-Bund; BPD-Bremer Pflegedienst.
Ziele:	Ziel war die Entwicklung einer prototypischen, innovativen Lösung für das Management, die Steuerung und die Organisation der Personaleinsatzplanung in der ambulanten Pflege.
Methoden und Durchführung:	In Kooperation zwischen vier ambulanten Pflegediensten, Arbeitswissenschaftlern und Informatikern wurde ein Programm zur Personaleinsatzplanung in der ambulanten Pflege entwickelt und erprobt. Der partizipative Ansatz sollte Ängste und Widerstände der Betroffenen gegenüber Veränderungsprozessen reduzieren und über erhöhte Mitarbeiterzufriedenheit zu einer verbesserten Motivation führen. Die Umsetzung stützte sich auf ein neuartiges Planungswerkzeug mit komplexen Optimierungsalgorithmen.
Ergebnisse:	Es entstand ein für kleine und mittlere Unternehmen geeigneter Methodenkoffer für den Aushandlungsprozess, unterstützt durch ein neuartiges Softwaretool für die Touren- und Personaleinsatzplanung. Die prototypische Lösung ist über den Projektrahmen hinaus transferierbar.
Umsetzung in die Praxis:	Keine konkreten Hinweise.
Literatur:	Knauth, P. (Hrsg.). <i>Partizipative Personaleinsatzplanung für den ambulanten Pflegedienst</i> . (Abschlussbericht des BMBF-Forschungsprojekts PARPAP). Lohmar: Josef Eul Verlag.
Ansprechpartner:	Uwe Stratmann E-Mail: ustratmann@unilog.de

Projekttitle:	Prävention psychischer und physischer Fehlbelastungen in der ambulanten Pflege
Pflegebereich:	Ambulante Pflege
Projektstatus:	Laufend. Durchführung seit 2004.
Institution(en):	Staatliche Arbeitsschutzbehörden des Freistaates Sachsen
Ziele:	Aufgabe der staatlichen Arbeitsschutzbehörden ist es, die Unternehmer und Beschäftigten bei der Bewältigung der an sie gestellten Arbeitsanforderungen zu beraten, und die Einhaltung der Arbeitsschutzvorschriften durchzusetzen. Sowohl die objektive Problemlage als auch das Interesse seitens der Pflegeverbände verdeutlichen die Notwendigkeit eines besonderen arbeitsschutzbezogenen Unterstützungsbedarfs im ambulanten Pflegesektor. Ziel der sachsenweiten Schwerpunktaktion ist die Verbesserung der Arbeitsbedingungen in der ambulanten Pflege.
Methoden und Durchführung:	Zunächst soll eine Erhebung des Ist-Zustandes der Belastungssituation in sächsischen ambulanten Pflegediensten durchgeführt werden. Dies erfolgt mittels standardisierter Befragung mit dem Belastungsscreening TAA – Ambulante Pflege. Im Anschluss sollen Gestaltungsmaßnahmen abgeleitet werden. Diese zielen auf die Vermeidung/Verringerung von Fehlbelastungen, den Aufbau gesundheitsförderlicher Ressourcen und eine Verbesserung der Arbeitsqualität.
Ergebnisse:	Zum Zeitpunkt der Projektbeschreibung wurde die Erhebung des Ist-Zustandes durchgeführt. Ergebnisse liegen noch nicht vor. Durch Verbreitung des praxisorientierten, speziell auf die ambulante Pflege zugeschnittenen Arbeitsanalyseverfahrens sollen Pflegedienste Hilfe zur Selbsthilfe erhalten.
Umsetzung in die Praxis:	Zum Ergebnistransfer werden Workshops in den Pflegediensten durchgeführt. Das erarbeitete Wissen soll durch Mitarbeiter von Arbeitsschutzbehörden und Trägerverbänden weiter verbreitet werden.
Literatur:	Liegt noch nicht vor.
Ansprechpartner:	Dr. Karla Heinicke E-Mail: Karla.Heinicke@smwa.sachsen.de

Projekttitle:	Projekt „Hauskrankenpflege“
Pflegebereich:	Ambulante Pflege
Projektstatus:	Abgeschlossen. Durchführung im Zeitraum von 1999 bis 2001.
Institution(en):	Institut und Poliklinik für Arbeits- und Sozialmedizin, Medizinische Fakultät Carl Gustav Carus der Technischen Universität Dresden
Ziele:	Ziel des Projektes war die Analyse der -Beanspruchungssituation von ambulanten Pflegekräften aus arbeitsmedizinischer Perspektive.
Methoden und Durchführung:	Es wurden insgesamt N=398 Pflegekräfte mittels Fragebogen befragt.
Ergebnisse:	Insgesamt konnte in der gesamten Gruppe eine hohe Arbeitszufriedenheit festgestellt werden. Die Befriedigung essenzieller Bedürfnisse und Motive wird von den Befragten als gut bzw. im mittleren Bereich liegend eingeschätzt. Häufigkeit und Ausprägung allgemeiner psychosomatischer Beschwerden fallen eher gering aus. Hingegen fällt die Ausprägung des Burnout-Syndroms überdurchschnittlich aus. Es werden Empfehlungen zur Prävention von Burnout und Steigerung der Arbeitszufriedenheit gegeben.
Umsetzung in die Praxis:	Keine konkreten Hinweise.
Literatur:	Haufe, E., Dzuck, M. & Scheuch, K. (2001). <i>Projekt „Hauskrankenpflege“</i> – Abschlussbericht. Dresden: Technische Universität Dresden, Institut und Poliklinik für Arbeits- und Sozialmedizin, Medizinische Fakultät Carl Gustav Carus.
Ansprechpartner:	Dr. Monika Dzuck E-Mail: Dzuck@imib.med.tu-dresden.de

3.4 Pflegebereichsübergreifende Projekte

Projekttitel:	Bundesmodellprogramm „Altenhilfestrukturen der Zukunft“
Pflegebereich:	Übergreifend. Stationäre und ambulante Altenpflege
Projektstatus:	Abgelaufen. Durchführung im Zeitraum von 2000 bis 2004. Initiiert und gefördert vom Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSFJ)
Institution(en):	Prognos AG; Wissenschaftliches Institut der Ärzte Deutschlands (WIAD) e.V.; TNS Healthcare GmbH; TNS Infratest Sozialforschung
Ziele:	Ziel des Modellprogramms war die Förderung und wissenschaftliche Evaluation von insgesamt 20 Modellprojekten zur Verbesserung der Lebenssituation älterer hilfsbedürftiger Menschen. Es wurden solche Projekte ins Programm aufgenommen, von denen wichtige Impulse für die Weiterentwicklung der Altenhilfe in Deutschland erwartet werden. Auch wenn eher Aspekte der Versorgungsqualität im Mittelpunkt der Projekte standen, spielte die Arbeitssituation der Beschäftigten ebenfalls in vielen Aktivitäten eine Rolle.
Methoden und Durchführung:	Die Einzel-Projekte lassen sich vier Schwerpunkten zuordnen: (1) Struktur- und Systementwicklung, Planung, und Koordinierung, (2) Verknüpfung von Altenhilfe und Rehabilitation, (3) Lebenswelten, örtliche Ebenen, Quartiersbezug, (4) Besondere Hilfen und Versorgungsmaßnahmen für Demenzkranke.
Ergebnisse:	Die im Modellprogramm erarbeiteten Erfahrungen belegen, dass eine systematisch angelegte Kooperation und Vernetzung von verschiedenen Leistungsanbietern Synergien schafft, die zu qualitativ besseren Leistungen bei einem rationelleren Ressourceneinsatz führen. Neue Wohn- und Lebensformen (Wohngruppen, „Hausgemeinschaften“) sind nicht nur geeignet, die Lebensqualität der alten Menschen zu verbessern, sondern führen in aller Regel auch zu einer verbesserten Arbeitssituation für die Pflegekräfte. Der Einbezug von freiwilligen Helfern und die Einbindung von Einrichtungen in nachbarschaftliche Netzwerke kann Pflegekräfte entlasten. Die geförderten Einzelprojekte setzten direkt an der Praxis an. Die Ergebnisse und Erfahrungen wurden in einem Abschlussbericht dokumentiert, kommuniziert und somit für andere Einrichtungen nutzbar gemacht.
Umsetzung in die Praxis:	Keine konkreten Hinweise.
Literatur:	Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend [BMFSFJ] (Hrsg.). (2004). <i>Altenhilfestrukturen der Zukunft. Abschlussbericht der wissenschaftlichen Begleitforschung zum Bundesmodellprogramm</i> . Berlin: BMFSFJ.
Ansprechpartner:	Dr. Lothar Klaes (WIAD) E-Mail: wiad@wiad.de

- Projekttitle:** **Machbarkeitsstudie zur Anwendung moderner pflegerischer Methoden bei der Krankenbetreuung und deren Effekt auf die Prävention arbeitsbedingter Muskel-Skelett-Erkrankungen des Pflegepersonals sowie auf das Befinden von Patienten**
- Pflegebereich:** Übergreifend
- Projektstatus:** Abgelaufen. Durchführung in 1997. Vergeben von der Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin (BAuA)
- Institution(en):** Universität Freiburg. Abteilung für Medizinische Soziologie.
- Ziele:** Die Studie verfolgte das Ziel, ausgehend von nationalen und internationalen Forschungsergebnissen zur Epidemiologie von arbeitsbedingten Muskel-Skelett-Erkrankungen im Pflegeberuf die Machbarkeit von Studien zu prüfen, die den Einsatz moderner pflegerischer Methoden bei der Krankenbetreuung und deren Effekt auf die Prävention arbeitsbedingter Muskel-Skelett-Erkrankungen des Personals sowie auf das Befinden von Patienten bewertbar machen.
- Methoden und Durchführung:** Es wurden Literaturrecherchen zum Thema „rückengerechte Arbeitsmethoden in der Pflege“ und Auswirkungen auf die Rückengesundheit von Pflegekräften sowie die Befindlichkeit von Patienten durchgeführt. Die Einschätzung von Interventionsmaßnahmen erfolgte in einem mehrstufigen Prozess. Zunächst wurden Evaluationsstudien, die Effekte von Programmen, Methoden und Interventionen auf Rückengesundheit von Pflegekräften untersuchten, in einer Synopse zusammengefasst. Dann wurde eine Beschreibung der Programme, Elemente, Operationsziele und zugrunde liegender Wirkungsmodelle vorgenommen. Schließlich wurden Personen, die das Programm initiiert oder entwickelt haben, zur Programmbegründung und näheren Informationen befragt.
- Ergebnisse:** Neben Elementen in bestimmten Methoden wie *Alexander-Technik* oder *Feldenkrais-Methode* wurden vor allem Ansätze der *Kinästhetik*, das *Bobath-Konzept*, das *Aktivitas-Konzept*, das Programm *Rückengerechter Patiententransfer* der BAGUV sowie das *Sich-Bewegen – Bewegen von Patienten – Konzept* analysiert. Es wurde deutlich, dass es aufwändiger längsschnittlicher Untersuchungen bedürfte, um spezifische Effekte messen zu können. Es werden Empfehlungen für die Implementierung und Evaluation gegeben.
- Umsetzung in die Praxis:** Keine konkreten Hinweise.
- Literatur:** Hendel-Kramer, A., Stößel, U. & Krumm, S. (1998). *Moderne Pflegemethoden und rückengerechtes Arbeiten. Machbarkeitsstudie zur Bewertung präventiver Effekte*. Bremerhaven: Wirtschaftsverlag NW.
- Ansprechpartner:** Dr. Ulrich Stößel
E-Mail: ulrich.stoessel@medsoz.uni-freiburg.de

Projekttitle:	Neue Arbeitsformen für das Pflegepersonal in regionalen psychiatrischen und sozialen Betreuungs- und Versorgungsnetzen.
Pflegebereich:	Übergreifend
Projektstatus:	Abgelaufen. Durchführung im Zeitraum von 1994 bis 1997. Gefördert vom Bundesministerium für Bildung und Forschung (bmb+f)
Institution(en):	Asklepios Fachklinikum Wiesen; Technik. Organisation. – Angewandte Arbeitswissenschaften GmbH
Ziele:	Ziel des Projekts war die 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.
Methoden und Durchführung:	Am Projekt beteiligten sich folgende Einrichtungen in der Region: Psychiatrisches Fachklinikum mit integrierter Fachambulanz, acht Sozialstationen, fünf Alten- und Pflegeheime mit integrierten Wohnheimen für geistig Behinderte, zwei Tagesstätten für Altenbetreuung, eine Werkstatt für Behinderte, ein sozialpsychiatrischer Dienst. Zunächst wurde eine Bestandsanalyse der Betreuungssituation durchgeführt. Dann wurde die Arbeitssituation der Beschäftigten in den beteiligten Einrichtungen untersucht. In den Kooperationsnetzen wurden Maßnahmen durchgeführt, bei denen folgende Ziele im Vordergrund standen: Schaffung eines „optimalen Altenpflegeheims“ unter Optimierung der Beanspruchung des Pflegepersonals und der Pflegequalität, Verflechtung der medizinischen und sozialen Betreuungs- und Versorgungseinrichtungen, Organisationsentwicklung, Einführung neuer Betreuungsinhalte, Personalentwicklung inklusive Qualifizierung.
Ergebnisse:	Die Evaluation zeigte nachweisbar Verbesserungen in der Arbeitssituation als auch bezüglich der Qualität auf. Die Projektarbeit führte zu weitreichenden Veränderungen in der Versorgung innerhalb der Modellregion.
Umsetzung in die Praxis:	Keine konkreten Hinweise.
Literatur:	Frisch, A., Gersten, K. & Sieler, K. (2000). <i>Wirtschaftlich arbeiten durch Kooperation in der Alten- und Behindertenhilfe</i> . München: Urban & Fischer.
Ansprechpartner:	Klaus Gerstner E-Mail: top.heidenau@t-online.de

Projekttitle:	NEXT – Nurses Early Exit Study: Studie zum vorzeitigen Ausstieg aus dem Pflegeberuf
Pflegebereich:	Übergreifend
Projektstatus:	Laufend. Durchführung im Zeitraum von 2002 bis 2005. Vergeben von der Europäischen Kommission
Institution(en):	Durchführung in Deutschland durch Universität Wuppertal, Fachbereich Bauingenieurwesen, Maschinenbau, Sicherheitstechnik, Arbeitssicherheit und Ergonomie
Ziele:	Ziel der europäischen NEXT-Studie ist die systematische Analyse von Faktoren, die zu einem vorzeitigen Ausstieg aus der Pflege führen im internationalen Vergleich.
Methoden und Durchführung:	Das der Studie zugrunde liegende Modell basiert auf der Annahme, dass die persönliche Entscheidung zu einem vorzeitigen Berufsausstieg von folgenden Faktoren beeinflusst wird: (1) Anforderungen im Beruf und im Privatleben, (2) Art der Exposition von Anforderungen, (3) die individuellen Umstände und Ressourcen, (4) sich eröffnende Alternativen. Das Modell macht es möglich, gleichzeitig den Einfluss von Berufsleben, Privatleben, organisationalen Aspekten sowie von staatlichen Regelungen zu untersuchen. Kern der Studie bildet eine europaweite standardisierte Befragung von Pflegekräften in Krankenhäusern, Pflegeheimen und ambulanten Pflegediensten. In der Erstbefragung wurden 39.893 Pflegekräfte in Europa erreicht. An der deutschen Befragung nahmen 3.565 Pflegekräfte aus unterschiedlichsten Einrichtungen teil.
Ergebnisse:	Die folgenden Ergebnisse werden erwartet: Gründe, Umstände und Konsequenzen des vorzeitigen Ausstiegs; Definition von Risikogruppen und -faktoren; Bestimmung des Einflusses von Alter und Gesundheit auf den Prozess des Ausstiegs; Identifizierung von Umständen, die gesundes Altern in der Pflege fördern; Identifikation des Einflusses der Arbeitsmarktpolitik. Die Ergebnisse sollen eine Basis für eine betriebliche Gesundheitsförderung und für eine Verbesserung der Arbeitssituation in der Pflege bilden.
Umsetzung in die Praxis:	Keine konkreten Hinweise.
Literatur:	Hasselhorn, H.-M., Tackenberg, P. & Müller, B. H. (2003). Vorzeitiger Berufsausstieg aus der Pflege in Deutschland als zunehmendes Problem für den Gesundheitsdienst – eine Übersichtsarbeit. <i>Gesundheitswesen</i> , 65, 40-46. Müller, B. H. & Hasselhorn, H.-M. (2004). Arbeitsfähigkeit in der stationären Pflege in Deutschland im europäischen Vergleich. <i>Zeitschrift für Arbeitswissenschaft</i> , 58, 167-177.
Ansprechpartner:	PD Dr. Hans-Martin Hasselhorn E-Mail: hasselho@uni-wuppertal.de

Projekttitle:	Partizipative Entwicklung patientenbezogener, sektorenübergreifender Versorgungsketten („Verket“)
Pflegebereich:	Übergreifend
Projektstatus:	Abgeschlossen. Durchführung im Zeitraum von 1997 bis 2000. Gefördert vom Bundesministerium für Bildung und Forschung (bmb+f)
Institution(en):	Institut für Arbeitswissenschaft und Technologiemanagement (IAT); Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg, Institut für Gesundheits- und Pflegewissenschaften; Klinikum der Stadt Ludwigshafen gGmbH
Ziele:	Etablierung und Erprobung einer patientenorientierten regionalen Versorgungskette zwischen dem ambulanten und stationären Sektor.
Methoden und Durchführung:	Anhand der „Karrieren“ von Patientengruppen mit hohem Vor- und Nachbehandlungsbedarf wurde der Ablauf der gesamten Behandlung erfasst. Dabei konnten Verbesserungspotenziale aufgedeckt werden. Auf Basis von TQM wurden Kooperationsmodelle und ganzheitliche Konzepte für einrichtungsinterne sowie einrichtungsübergreifende Prozesse der Versorgungskette erarbeitet. Diese organisatorischen Lösungen wurden in Teams berufsgruppenübergreifend diskutiert und praxisnah umgesetzt. Die Implementierung der Maßnahmen wurden wissenschaftlich evaluiert. Darüber hinaus erfolgte eine Literaturrecherche zu Erfahrungen mit der Verzahnung von ambulanten und stationären Versorgungsstrukturen. Experteninterviews wurden durchgeführt und dokumentiert.
Ergebnisse:	Nach Abschluss der Analysen konnte die These aufgestellt werden, dass Versorgungsketten anhand von fünf Schritten aufgebaut werden sollten. Innerhalb dieser Schritte sind Maßnahmen in den Bereichen Prozess- und Arbeitsorganisation, Dokumentation, technische Unterstützung, Personalentwicklung und Qualitätsmanagement integriert. Die Versorgungskette führte zu einer Verbesserung der Arbeitssituation der Beschäftigten und der Patientenversorgung. Die notwendigen Schritte zur Etablierung von Versorgungsketten wurden praxisfreundlich in einem Leitfaden dokumentiert. Darüber hinaus wurde ein exemplarischer Software-Prototyp entwickelt, der aufzeigt, wie eine Versorgungskette technisch unterstützt werden kann.
Umsetzung in die Praxis:	Keine konkreten Hinweise.
Literatur:	Dieffenbach, S., Landenberger, M., von der Weiden, G. (Hrsg.). (2002). <i>Kooperation in der Gesundheitsversorgung. Das Projekt „Verket“ – praxisorientierte, regionale Versorgungsketten</i> . Neuwied: Luchterhand.
Ansprechpartner:	Prof. Dr. Margarete Landenberger E-Mail: Margarete.Landenberger@medizin.uni-halle.de

Projekttitle:	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
Pflegebereich:	Übergreifend
Projektstatus:	Abgeschlossen. Durchführung im Zeitraum von 2000 bis 2001. Vergeben von der Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin (BAuA)
Institution(en):	Freiburger Forschungsstelle Arbeits- und Sozialmedizin (FFAS); Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin
Ziele:	Ziel des Projektes war die Erprobung und Evaluation des Präventivprogramms „Rückengerechter Patiententransfer in der Kranken- und Altenpflege“ (RP)
Methoden und Durchführung:	Das Präventivprogramm wurde in vier Pflegeeinrichtungen modellhaft eingeführt und während der einjährigen Interventionsphase wissenschaftlich begleitet. Die Ergebnisse wurden denen einer Vergleichsgruppe ohne Intervention gegenüber gestellt. Zur Ergebnisevaluation 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).
Ergebnisse:	Als Effekte der RP-Methode zeigte sich eine statistisch signifikante Abnahme der subjektiv wahrgenommenen körperlichen Belastung. In der Studiengruppe wurde ein signifikantes protektives relatives Risiko für aktuelle LWS-Beschwerden von 0.4 gefunden. Aus statistischer Sicht wären somit in der Vergleichsgruppe 64% dieser Symptome nicht aufgetreten, wenn die Gruppe nach RP-Prinzipien gearbeitet hätte.
Umsetzung in die Praxis:	Die RP-Methode wurde direkt in der Praxis erprobt. Die Arbeitstechnik konnte weit gehend in den Arbeitsalltag integriert werden. Die Wissensvermittlung erfolgte durch „Instruktoren“ und das Gelernte wurde in einer dreimonatigen Praxisanleitung vertieft.
Literatur:	Michaelis, M., Nienhaus, A., Hermann, S. & Soyka, M. (2003). <i>Rückengerechter Patiententransfer in der Kranken- und Altenpflege – Evaluation eines modernen Pflegekonzeptes</i> . Bremerhaven: Wirtschaftsverlag NW.
Ansprechpartner:	Dr. Martina Michaelis E-Mail: FFAS.Freiburg@t-online.de

Projekttitle:	Pflegen und gesund bleiben
Pflegebereich:	Übergreifend. Stationäre und ambulante Altenpflege
Projektstatus:	Laufend. Durchführung seit 2004.
Institution(en):	Institut für Betriebliche Gesundheitsförderung BGF GmbH
Ziele:	Das Projekt will Bewältigungsstrategien entwickeln, die Pflegeeinrichtungen und Mitarbeiter unterstützen. Das sind im Einzelnen: (1) Die Steigerung des Problemlösungspotenzials durch aktive Mitarbeiterbeteiligung, Befragung der Mitarbeiter, Beteiligung der Mitarbeiter in Form von Zirkelarbeit und kontinuierlicher Verbesserungsprozesse, (2) die Verbesserung der Leistungsfähigkeit einer Organisation durch Reduktion von Ausfallzeiten, Analyse und Verbesserung von Arbeitsbedingungen, Analyse und Steigerung der Mitarbeiterzufriedenheit und Motivation, (3) die Verbesserung der Qualität der Zusammenarbeit und des Arbeitslebens (Zufriedenheit der Mitarbeiter, Erhöhung der Beteiligung an Entscheidungen, Verantwortungsübernahme, Selbstorganisation der Mitarbeiter).
Methoden und Durchführung:	Zielgruppe sind ambulante und stationäre Pflegeeinrichtungen im Kreis Aachen. Neben der Analyse von Arbeitsunfähigkeitsdaten werden Mitarbeiterbefragungen mittels standardisierter Fragebögen durchgeführt. Außerdem kommen gruppenmoderierte Verfahren zur Analyse der Arbeitssituation und Beobachtungsinstrumente insbesondere zur Erfassung von ergonomischen Belastungen zum Einsatz. Auf Grundlage der Ergebnisse erfolgt eine Prozessberatung zur Erarbeitung von präventiven Maßnahmen innerhalb der Einrichtungen. Weitere konkrete Präventionsmaßnahmen (z.B. „Gesundheitstage“) werden umgesetzt. Die Einrichtungen erhalten Begleitung und Unterstützung für eine gesundheitsförderliche Arbeitsplatz- und Arbeitsumfeldgestaltung. Alle Maßnahmen werden wissenschaftlich evaluiert (Wiederholungsbefragungen der Mitarbeiter, halbjährliche Analyse der Arbeitsunfähigkeitsdaten, Fluktuationsrate).
Ergebnisse:	In einer Mitarbeiterbefragung wurden stressauslösende Faktoren identifiziert: Personalmangel, Übernahme zusätzlicher Aufgaben, Unterbrechungen der Arbeitsabläufe, Termindruck, steigende Flexibilität, Arbeitszeiten, schlecht geregelte Organisationsabläufe, unklare Zuständigkeiten, ergonomische Probleme.
Umsetzung in die Praxis:	Bislang wurden Gesundheitstage, Gesundheitszirkel, Seminare zur Mitarbeiterführung und Schulungen der Wohnbereichsleitungen in den Einrichtungen durchgeführt.
Literatur:	Liegt bisher nicht vor.
Ansprechpartner:	Günther Pauli E-Mail: guenther.pauli@bgf-institut.de

Projekttitle:	Verbesserung der Arbeitssituation im Pflegebereich im Kanton Bern (VAP)
Pflegebereich:	Übergreifend
Projektstatus:	Laufend. Durchführung im Zeitraum von 2000 bis 2002.
Institution(en):	Büro für arbeits- und sozialpolitische Studien (BASS); Büro für arbeits- und organisationspsychologische Forschung (büro a&o), Bern
Ziele:	Im Rahmen des Projektes wurde eine breit angelegte Untersuchung der Arbeitssituation von Pflegekräften durchgeführt. Die Ergebnisse sollen Grundlagen für Verbesserungsmaßnahmen bereitstellen.
Methoden und Durchführung:	Insgesamt wurden N=1954 Pflegekräfte aller Pflegedisziplinen schriftlich befragt. Damit wurde ca. ein Sechstel aller Pflegekräfte im Kanton Bern erreicht. Erfasst wurde die generelle Arbeitssituation, allgemeine und spezifische Belastungen, Arbeitszufriedenheit, Burnout, Fluktuationsabsicht sowie Einschätzungen zur Lohnsituation, zur Pflegequalität und zur Ausbildungssituation in der Praxis. Darüber hinaus wurden 30 Interviews mit Pflegekräften durchgeführt sowie Dokumentenanalysen und Analysen von Statistiken (z.B. Lohndaten, Sekundärleistungsdaten etc.)
Ergebnisse:	Als besonders problematisch erweisen sich jene Aspekte, die mit der knappen Personalsituation in den Institutionen verbunden sind. Hierzu zählen quantitative Überforderung, Personalmangel und Zeitdruck. Die Aussagen zur Pflegequalität fallen kritisch aus. Dennoch sind die Befragten mit ihrer Arbeitssituation insgesamt zufrieden. Resignative Arbeitszufriedenheit ist relativ weit verbreitet. Die Ergebnisse bilden eine Grundlage für die Feststellung von Handlungsbedarf und die Ableitung von Maßnahmen zur Verbesserung der Arbeitssituation.
Umsetzung in die Praxis:	Keine konkreten Hinweise.
Literatur:	Baillod, J. & Schär Moser, M. (2003). Arbeitszufriedenheit, Belastungen und Qualität in der Pflege – Resultate aus einer Untersuchung im Kanton Bern. In E. Ulich (Hrsg.), <i>Arbeitspsychologie in Krankenhaus und Arztpraxis. Arbeitsbedingungen, Belastungen, Ressourcen</i> (S. 213-234). Bern: Huber.
Ansprechpartner:	Dr. Jürg Baillod E-Mail: Baillod@bueroaundo.ch

Projekttitle:	Verbesserung von Kommunikation, Kooperation und Qualifikation bei Partnern und Partnerinnen der Altenpflege
Pflegebereich:	Übergreifend. Stationäre und ambulante Altenpflege
Projektstatus:	Laufend. Durchführung im Zeitraum von 2005 bis 2007. Gefördert von der Europäischen Union (EU/EFRE) und dem Senator für Arbeit, Frauen, Gesundheit, Jugend und Soziales des Landes Bremen
Institution(en):	Universität Bremen, Institut Arbeit und Wirtschaft (IAW); Verbundpartner: Technologie-Beratungs-System der Arbeitnehmerkammer Bremen (TBS); Institut für betriebswirtschaftliche und arbeitsorientierte Beratung (BAB), Bremen; fact+film, Bremen; AOK Bremen, Handelskrankenkasse Bremen, MDK Niedersachsen und Bremen; Kassenärztliche Vereinigung Bremen; Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege (BGW); Bundesverband privater Anbieter sozialer Dienste e.V., Hannover; Senator für Arbeit, Frauen, Jugend, Gesundheit und Soziales des Landes Bremen; ver.di Vereinigte Dienstleistungsgewerkschaft Niedersachsen/Bremen; sechs ambulante und zwei stationäre Pflegeeinrichtungen
Ziele:	Beratung und Qualifizierung (Coaching) von Pflegeeinrichtungen (ambulant/stationär) für (1) Verbesserung von Managementstrukturen, Organisations- und Personalentwicklung, (2) Verbesserung von Kommunikation, Kooperationsfähigkeit und Qualifikation, (3) Verbesserung der Arbeitsbedingungen durch Integration von präventiven Maßnahmen des Arbeits- und Gesundheitsschutzes in betriebliches Management und Abläufe, (4) Verbesserung der Zusammenarbeit zwischen Einrichtungen der Altenpflege und ihren Partnern im Umfeld.
Methoden und Durchführung:	Das Projekt folgt einem modularen Konzept: 5 Arbeitspakete für die acht Verbundpartner, 2 Arbeitspakete für Unternehmen, 6 Workshops im Kreis der Experten und betrieblichen Partner. Außerdem werden schriftliche Befragungen und Interviews durchgeführt. Beratungs- und Coachingmaßnahmen werden in den Einrichtungen durchgeführt.
Ergebnisse:	Zu erwartende Ergebnisse sind betriebliche Transfer-Module, Seminar-Module, betriebliche Workshops sowie die Erprobung und Realisierung der Marktfähigkeit der entwickelten Leistungs- und Beratungsangebote durch kommerzielle Partner.
Umsetzung in die Praxis:	Die Projektaktivitäten sind direkt mit der Praxis verzahnt. Die „Marktfähigkeit“ der Verfahren und Instrumente ist Projektanliegen.
Literatur:	Liegt bisher nicht vor.
Ansprechpartner:	Gundi Kuhr E-Mail: gkuhr@uni-bremen.de

4 Fazit und Empfehlungen

Mit der vorliegenden Bestandsaufnahme von arbeits- und gesundheitswissenschaftlichen Projekten in verschiedenen Feldern der Pflege ist eine Grundlage geschaffen, auf der mit weiteren Aktivitäten aufgebaut werden kann. Die Dokumentation kann als Kompendium dienen, das Interessierten in Forschung und Praxis eine Orientierung und darüber hinaus einen raschen Überblick über die bisherige Forschung gibt. Aus den Projektportfolien lassen sich Anregungen für eigene wissenschaftliche und praxisorientierte Projekte gewinnen, Hinweise auf Vorgehensweisen und Methoden finden, interessante Ergebnisse und Lösungsansätze erkennen und nicht zuletzt Kontakte herstellen und vertiefende Literatur ersehen. In diesem Sinne ist die Bestandsaufnahme ein Beitrag zum Wissensmanagement im Feld der arbeits- und gesundheitswissenschaftlichen Pflegeforschung.

Zugleich muss aber darauf hingewiesen werden, dass die hier dokumentierten Projekte eine Auswahl darstellen. Es existieren deutlich mehr abgeschlossene und laufende Forschungsvorhaben allein im Bereich der Arbeits- und Gesundheitswissenschaften, die ebenfalls interessante Fragestellungen im Bereich der Pflege untersucht und Antworten auf wichtige Fragen gefunden haben. Als Autoren der Bestandsaufnahme durften wir uns – angesichts begrenzter Ressourcen – die „Freiheit“ nehmen, die Auswahl erfahrungs- und interessengeleitet, sicherlich zuweilen auch subjektiv zu treffen. All diejenigen, die sich mit ihren Projekten nicht hier wiederfinden, seien herzlich ermuntert, einen eigenen Beitrag zur Erweiterung zu leisten. Die Projektbeschreibungen zeigen, dass besonders im Bereich der stationären Krankenpflege, in den vergangenen Jahren zunehmend aber auch in der Altenpflege und in der ambulanten Pflege, wissenschaftliche Forschungsvorhaben durchgeführt werden, welche die Arbeitssituation der Pflegekräfte verbessern sollen. Zu diesen pflegesegmentspezifischen Projekten kommen ebenfalls seit jüngerer Zeit solche Vorhaben hinzu, die sich übergreifend mit mehreren Feldern der Pflege, mit Aspekten einer integrierten Versorgung, der Vernetzung und Kooperation befassen. Solche übergreifenden Forschungsansätze werden gerne im Verbund mehrerer Projekte bearbeitet und haben bislang eine vorwiegend konzeptuelle Ausrichtung.

Nicht nur in den Pflegesegmente übergreifenden, auch in den feldspezifischen Projekten stellen wir fest, dass nur wenige Forschungsprojekte konkrete praxisorientierte Gestaltungslösungen umgesetzt haben und zugänglich dokumentieren. Dies dürfte verschiedene Gründe haben: Zum einen handelt es sich überwiegend um Forschungsprojekte, die an universitären Einrichtungen angesiedelt sind. Dementsprechend stehen konzeptuelle und methodische Fragen im Vordergrund. Es geht mehr um Ursachenanalysen und die Frage, welche Faktoren verantwortlich für die problematische Arbeitssituation der Pflegekräfte sind, als um die darauf aufbauenden konkreten Lösungen, wie sich die Arbeitssituation verbessern lässt. Zum zweiten sind solche wissenschaftlichen Forschungsprojekte naturgemäß in wissenschaftlicher Manier dokumentiert. Es finden sich deshalb auch mehr konzeptuelle und methodische Überlegungen sowie statistische Zusammenhänge als konkrete praktische Hinweise, was genau gemacht wurde oder werden müsste, um Probleme zu lösen. Zum dritten, und damit verbunden, sind diese Publikationen häufig wiederum an wissenschaftliche Adressaten gerichtet und weniger an Praktiker, die konkrete Lösungen für ihre Probleme suchen. Es bleibt aber zu konstatieren, dass Initiativen im Sinne des „Research goes public“, die vor einigen Jahren ins Leben gerufen wurden, im Feld der arbeits- und gesundheitswissenschaftlichen Pflegeforschung noch nicht so

weit gekommen sind, wie sich manche betroffene Pflegekraft in der Praxis wünschen mag.

Gleichwohl bergen die Beschreibungen der Projekte und die unzähligen Veröffentlichungen, die aus diesen Projekten hervorgegangen sind, einen reichhaltigen Fundus an Wissen, in dem nach unserer Ansicht bislang noch nicht hinreichend „geschürft“ wurde. Es müssten praxisorientierte Veröffentlichungen bzw. weiterführende Empfehlungen für die Praxis aus diesen Projekten erarbeitet werden, um darauf aufbauend konkretere Lösungsansätze für die Verbesserung der Arbeitssituation und der Qualität der Pflege zu entwickeln. Um Missverständnisse zu vermeiden: Die vermeintliche „Praxisferne“ bei den meisten der hier dokumentierten Projekte muss angemessen bewertet werden. Man muss trotz dem berechtigten Wunsch nach konkreten und schnellen Patentrezepten bei wissenschaftlichen Projekten „die Kirche im Dorf lassen“. Die Universität unterscheidet sich in ihrem Bildungsauftrag von Fachhochschulen, diese wiederum deutlich von Volkshochschulen – ein Sachverhalt der unumstritten sein dürfte. Analog dazu sind aber auch Forschungsaufträge an wissenschaftliche Institutionen, an praxisorientierte Institutionen und an Betriebe mit höchst unterschiedlichen Erwartungen zu verbinden.

Dennoch stellen sich nun weiterführende Fragen: Was ist zu tun? Welche Empfehlungen lassen sich für die Forschung und für die weitere Entwicklung von Lösungen im Bereich der Pflege geben? Hierzu sollen abschließend einige Gedanken dargelegt werden. Diese Ideen richten sich zum einen auf die Weiterführung, Verbreiterung und Nutzung der hier vorgelegten Projektbestandsaufnahme resp. den Aufbau einer „Wissensdatenbank“ für den Arbeits- und Gesundheitsschutz im Bereich der Pflege. Zum anderen richten sich die Empfehlungen auf mögliche Defizite bisheriger Forschung, auf Themenfelder, die noch vergleichsweise wenig bearbeitet sind und auf vielversprechende Ansätze zur Verbesserung und Gestaltung der pflegerischen Arbeit in den unterschiedlichen Segmenten.

Die Projektportfolien sollten – wie schon angedeutet – kontinuierlich um weitere Kurzbeschreibungen von Forschungsprojekten im Bereich des Arbeits- und Gesundheitsschutzes angereichert werden. Verbreiterungen dieser „Wissensdatenbank“ sind in mehrerlei Hinsicht vorstellbar. Zum einen könnte ein zweiter Abschnitt mit Projekten aus dem europäischen Ausland, ggf. einer noch weiter gefassten internationalen Forschung zum Themenbereich ergänzt werden. Denn in zahlreichen Ländern, beispielsweise in den USA, in England, in den Niederlanden, zum Teil auch in den skandinavischen Ländern existieren viele Projekte, aus denen wichtige Anregungen gezogen werden könnten. Dabei wäre selbstverständlich zu beachten, dass die jeweiligen nationalen Verhältnisse zum Teil höchst unterschiedlich sind, und dass deshalb eine unmittelbare Übertragung von Forschungsergebnissen und Lösungsansätzen kaum in Frage kommt. Zudem ist darauf hinzuweisen, dass solche Projekte weniger gut zugänglich sind, und die Erweiterung der Datenbank in dieser Hinsicht also aufwändiger wäre.

Andererseits könnten die Projektportfolien auch um weitere Projekte aus dem pflegewissenschaftlichen Bereich ergänzt werden. Diese befassen sich zum Teil ebenfalls mit der Arbeits- und Gesundheitsschutzsituation der Beschäftigten in der Pflege. Leider ist die Interdisziplinarität zwischen Arbeits-, Gesundheits- und Pflegewissenschaften bislang nicht so weit vorangeschritten, wie man sich wünschen würde. Stattdessen werden in der noch vergleichsweise jungen Pflegewissenschaft bisweilen „Räder“ neu erfunden, die in traditionellen Disziplinen wie zum Beispiel der Psychologie, Soziologie, Betriebswirtschaftslehre seit Jahrzehnten existieren. Dies wird besonders augenfällig, wenn man sich zum Beispiel die im vergangenen Jahrzehnt

entstandenen Bücher zu methodischen Fragen etwa der empirischen Sozialforschung in der Pflege oder zu arbeitswissenschaftlichen Themen ansieht. Diese bleiben zum Teil weit hinter dem Qualitätsstandard langjährig etablierter Werke zurück. Die Pflegewissenschaft könnte sich sicherlich selbstbewusst auf eigene Kernkompetenzen besinnen und sich zugleich anderen Disziplinen mehr öffnen und von deren Kenntnisstand profitieren. Umgekehrt wäre es sicherlich ebenso ratsam, wenn die große Zahl an Arbeitswissenschaftlern, die sich erst in den vergangenen Jahren neu oder verstärkt der Forschung im Gesundheitswesen oder der Pflege zuwendet, sich hier und da intensiver mit pflegewissenschaftlichen Ansätzen, Konzepten und Methoden auseinandersetzen würde, anstatt Theorien und Methoden aus dem industriellen Kontext zum Teil umstandslos und mit wenig Kontextwissen einfach auf das Feld der Pflege zu beziehen.

Eine weitere Bereicherung und ein grundlegender Beitrag beim Aufbau einer Wissensdatenbank könnte darin bestehen, Daten zum Arbeits- und Gesundheitsschutz der Beschäftigten in der Pflege zu sammeln, aufzubereiten und wiederum der Forschung und Praxis zur Verfügung zu stellen. Hiermit würde man den einzelnen Einrichtungen eine wertvolle, bislang gänzlich fehlende Orientierung geben, zum Beispiel wo sie im Vergleich zu anderen Institutionen etwa hinsichtlich Ergebnissen von Gefährdungsbeurteilungen stehen. Dies würde jedoch eine Vergleichbarkeit der Ergebnisse voraussetzen. Damit ist ein Problem angesprochen, das sich auch durch die hier bilanzierten Pflegeprojekte zieht. In den Projektberichten werden zahlreiche spezifische Befunde zur Arbeitssituation und zur Gesundheit der Beschäftigten berichtet, die jedoch mit höchst unterschiedlichen Erhebungsmethoden zustande gekommen sind. Häufig sind diese Erhebungsmethoden nicht einmal in ihrer Qualität für das Feld der Pflege überprüft oder dokumentiert. So stellen sich viele Fragen nach der Gültigkeit der Ergebnisse, nach der Verallgemeinerungsfähigkeit von Aussagen und nach der Vergleichbarkeit zwischen den Ergebnissen einzelner Studien. Eine wichtige Maßnahme könnte darin bestehen, eine Ergebnisdatenbank aufzubauen, welche die Arbeits- und Gesundheitsschutzlage in der Pflege möglichst umfassend dokumentiert, und die den Verantwortlichen in der Praxis eine zuverlässige Grundlage zum Vergleich und zur Bewertung bieten kann. Die Sammlung, Aufbereitung und Pflege solcher Daten wäre auch im Sinne eines Benchmarking ein Schritt für die Verbesserung des Arbeits- und Gesundheitsschutz in der Pflege.

Weitere Empfehlungen richten sich auf bislang eher „stiefväterlich“ behandelte Themen der arbeits- und gesundheitswissenschaftlichen Forschung in der Pflege. In diesem Zusammenhang lässt sich zunächst konstatieren, dass ein Großteil der Forschung sich auf negative Sachverhalte im Sinne eines pathogenen Verständnisses von Arbeits- und Gesundheitsschutz, d.h. auf Arbeitsbelastungen, Krankheit, Unzufriedenheit, Burnout etc. richtet. Die moderne Forschung in anderen Branchen und Berufsfeldern hat hingegen seit längerem den Blick auch verstärkt auf positive Aspekte der Arbeit und die Frage gerichtet, wie man solche Merkmale ausbauen, fördern, entwickeln kann. Themen sind in diese Zusammenhang etwa salutogene Bedingungen der Pflege, Verbesserung von Anforderungen und Ressourcen, Selbstorganisation, Bindung, Qualifizierung und Personalentwicklung, etc.

Bemerkenswert wenig Forschung wurde bislang auch zur Führung in der Pflege geleistet. Liegt dies daran, dass Pflege lange als ein karitativer, aufopfernder Liebedienst verstanden wurde, der keine professionelle Führung braucht? Unseres Erachtens ist die Führung gerade in Pflegeeinrichtungen ein entscheidender Schlüssel zum Erfolg. Hier besteht unserer Erfahrung und den Ergebnissen der wenigen hierzu existierenden Studien zu Folge noch ein deutliches Verbesserungspotenzial. Dies

beginnt mit der Ausbildung der pflegerischen Führungskräfte auf der Stationsebene und geht mit dem Aufgabenbereich derselben weiter. Nicht selten ist die Tätigkeit der Stationsleitung ein „Konglomerat“ an pflegerischen Aufgaben im Patientenbereich und administrativen Aufgaben (z.B. Dienstplanerstellung), so dass nur wenig Zeit für originäre Führungsaufgaben bleibt. Führung in einem modernen Verständnis, d.h. Kommunikation zum Zweck der Zielvermittlung und -vereinbarung, zur Motivation u.a. durch Aufgabengestaltung, zum Feedback in Form von Anerkennung und konstruktiver Kritik hinsichtlich Arbeitsleistung und Arbeitsverhalten, zur Abklärung von Unterstützungsbedarf mit arbeitsnotwendigen Ressourcen etc. kommt häufig zu kurz. Ein Forschungsprojekt, das sich näher mit dem Zuschnitt der „Führungsaufgaben“ in der Pflege befasst, mit Führungskräftebeurteilung und ggf. interventionsorientiertem Coaching mit Evaluation, könnte in diesem Feld wichtige Einsichten sammeln und Wege zur Verbesserung erproben.

Weitere wichtige Themenfelder mit Forschungsbedarf in der Pflege, die hier nur kurz aufgeführt werden sollen, liegen

- im Spannungsfeld von Qualitätssicherung versus Bürokratisierung,
- bei der Förderung einer klientenorientierten Interaktion und den erforderlichen Kompetenzen hierfür,
- bei Fragen klientenorientierter versus standardisierter Vorgehensweisen,
- bei Wegen des „Empowerment“ und der Förderung des „Intrapreneurship“ sowie der Bindung von Mitarbeitern in und an Pflegeeinrichtungen,
- bei der berufsgruppenübergreifenden Forschung im Krankenhaus unter verstärktem Einbezug der Schnittstellenprobleme,
- bei der drohenden Gefahr eines Neotaylorismus in Zeiten der DRGs,
- bei der stärkeren Berücksichtigung und Einbindung von Angehörigen,
- bei systematischeren Vergleichen der arbeitsbezogenen Bedingungen und der Gesundheit der Beschäftigten in den verschiedenen Pflegesegmenten,
- bei Fragen der staatlichen Kontrolle versus betrieblichen Selbstorganisation des Arbeits- und Gesundheitsschutz,
- bei Möglichkeiten zur Verbesserung des Berufsbildes,
- bei Modellen der Förderung des Arbeits- und Gesundheitsschutzes in Klein- und Kleinstbetrieben des ambulanten Bereichs, und viele mehr.

Der Arbeits- und Gesundheitsschutz im Feld der Pflege bewegt sich bislang häufig noch auf Wegen, die in anderen Wirtschaftsbereichen bereits als „ausgetreten“ gelten. Impulse können nicht nur zwischen den Pflegesegmenten gegeben werden, sondern auch aus anderen Wirtschaftsbereichen stammen. Einerseits könnten Initiativen wie zum Beispiel das „Netzwerk gesundheitsfördernder Krankenhäuser“ Modell auch für Altenpflegeheime und ambulante Pflegedienste stehen – ein Beispiel für einen Transfer von Lösungsansätzen zwischen Pflegesegmenten. Andererseits wären Anreize wie etwa ein spezifischer „best employer“-Preis für Einrichtungen in der Pflege ein gutes Beispiel für den Innovationstransfer aus anderen Bereichen. Die Verstärkung von Querbezügen und das Lernen von „best practice“-Modellen aus anderen wirtschaftlichen Bereichen könnten neue Wege zur Verbesserung des Arbeits- und Gesundheitsschutzes in der Pflege aufzeigen.