



EZA
Pavla Wagner

[ARBEITSWELT 2020]

Psychosoziale Folgen des Strukturwandels der Arbeit im europäischen Vergleich - effiziente Instrumente für eine Salutogenese in Unternehmen und Organisationen, die im Bereich der Alten- und Krankenpflege tätig sind.

Inhaltsverzeichnis

EINLEITUNG	2
ZIELSETZUNG DES PROJEKTES	3
AUFBAU DES BUCHES	4
TEIL I ARBEITSFELD PFLEGE	5
1. ARBEIT IN DER PFLEGE	6
1.1. STATIONÄRE KRANKEN- UND ALTENPFLEGE	7
1.2. AMBULANTE PFLEGE	8
2. SCHUTZ UND SICHERHEIT AM ARBEITSPLATZ IM EUROPÄISCHEN KONTEXT	8
2.1. PFLEGEBEREICH IN EUROPÄISCHEN STUDIEN	10
2.2. PFLEGEBERUFE IN EUROPA	12
3. PROBLEMBEREICHE IN DER PFLEGE	13
3.1. PHYSISCHE BELASTUNGSFAKTOREN	14
3.2. PSYCHO-SOZIALE BELASTUNGSFAKTOREN	15
4. BILDUNGSANSÄTZE IN DER PFLEGE	16
4.1. BILDUNGSANSÄTZE FÜR GESUNDHEITSFÖRDERNDE PFLEGE	17
LITERATURVERZEICHNIS	21

In der Mitteilung vom Jahr 2001 hatte die Europäische Kommission das Berufsfeld der Pflege mehr in das öffentliche Bewusstsein gerückt.¹ Sie hatte darauf hingewiesen, dass nationale Konzepte in der Europäischen Union im Gesundheitswesen vor ähnlichen Herausforderungen stehen. Medizinische Technologien nehmen an Kostenintensivität zu und Menschen stellen neue Ansprüche an die Kranken- und Altenpflege. Die Gesellschaften werden immer älter und traditionelle Familienstrukturen ändern sich.² Die Familienangehörigen können aus beruflichen Gründen nicht für pflegebedürftige Personen sorgen und sind gezwungen eine Alternative zur häuslichen Pflege zu suchen. In Folge dessen werden Pflege- und Versorgungsleistungen zunehmend zur Aufgabe öffentlicher oder privater Anbieter.

Das Älterwerden der Population bringt noch einen anderen wichtigen Aspekt mit sich. Der Altersdurchschnitt der Arbeitskräfte in Krankenhäusern, Kliniken und besonders in der Pflege ist in den letzten Jahren bereits deutlich angestiegen.³ Aufgrund einer solchen demographischen Entwicklung wird es zunehmend schwierig, Arbeitsplätze in der Pflege adäquat zu besetzen. Der Berufsbereich kämpft bereits mit Arbeitskräftemangel.⁴ Hinzu kommt, dass nach wie vor viele Beschäftigte gerade im Gesundheitswesen lange vor dem gesetzlichen Rentenalter krankheitsbedingt oder wegen ungünstiger Arbeitsbedingungen aus dem Berufsleben aussteigen.⁵ Studien belegen, dass die Arbeitsbelastung tatsächlich in den vergangenen Jahren in allen Bereichen der Pflege zugenommen hat.⁶ Zu den Belastungsschwerpunkten der Arbeitssituation im Pflegebereich gehören eine steigende Zahl an geleisteten Überstunden, Schichtarbeit, Infektionsrisiken, der Umgang mit Sterben und Tod und andere Faktoren. Als mögliche Konsequenzen einer ungünstigen Arbeitssituation können Überforderung, Unzufriedenheit und Stress bei den Pflegekräften, ein hoher Krankenstand und wie bereits gesagt eine geringe Verweildauer im Beruf sein.⁷

Aus diesen Gründen ist es wichtig, Arbeitgeber und Führungskräfte in Alten- und Krankenpflege gut zu beraten, und mit deren Zusammenarbeit Bildungsprogramme zu schaffen, die helfen attraktive und gesunde Arbeitsbedingungen der Pflegekräfte zu schaffen.

1 Europäische Kommission. COM (2001): Mitteilung über einen strategischen Rahmen der EU für Gesundheit und Sicherheit am Arbeitsplatz 2001-2006.

2 Eurostat. Bevölkerungsstatistik. (2006). Amt für amtliche Veröffentlichungen Europäischer Gemeinschaften. Luxemburg.

3 Hasselhorn, H.; Ebener, M. (2014): Gesundheit, Arbeitsfähigkeit und Motivation bei älter werdenden Belegschaften. Fehlzahlen-Report. Berlin.

4 www.pflege2011.de. Im- Dialog: Zukunft der Pflege, 2011.

5 Hasselhorn, H.; Müller, B. (2005): Berufsausstieg bei Pflegepersonal. Arbeitsbedingungen und beabsichtigter Berufsausstieg bei Pflegepersonal in Deutschland und Europa. BAuA.

6 Kordt, M. (2013): DAK-Gesundheitsreport. Berlin.

7 Hasselhorn, H.; Ebener, M. (2014): Gesundheit, Arbeitsfähigkeit und Motivation bei älter werdenden Belegschaften. Fehlzahlen-Report. Berlin.

Die betriebliche Gesundheitsförderung sollte dort angesetzt werden, wo die meisten Probleme entstehen. Denn je mehr berufliche Belastungen vermindert werden, umso länger bleiben die Beschäftigten fit und gesund im Beruf. Besonders in der Pflege gibt es nämlich einen Zusammenhang zwischen gesunden Beschäftigten und gesunden Unternehmen.⁸ Der einzige Weg, die Pflege der Zukunft zu sichern, scheint also darin zu bestehen, die verbleibenden Pflegekräfte zu unterstützen und ihnen attraktive und gesunde Arbeitsplätze schaffen.⁹

Zielsetzung des Projektes

Das Projekt verfolgt das Ziel salutogene Arbeitsbedingungen in der Kranken- und Altenpflege vorzuschlagen und dadurch zur Entstehung gesundheitsfördernder Arbeitsplätze beizutragen. Darüber hinaus soll es einen Überblick über die bisherige Forschung zu Fragen der psychosozialen Gesundheit am Arbeitsplatz in diesem Bereich geben. Die am Projekt teilnehmenden Personen und Institutionen sollen anschließend sowohl Anregungen für eigene wissenschaftliche und praxisorientierte Projekte gewinnen, als auch Einblick in die weiterführende Literatur und politische Ansätze gewinnen.

An dem Projekt sollen Bildungsexperten, Fachleute im Bereich der psychischen Gesundheitsprävention, sowie Führungskräfte von Unternehmen und Organisationen, die in der Kranken- und Altenpflege tätig sind, mitwirken. Aufgrund dieser Zusammenarbeit sollen Bildungsinstrumente entstehen, die in zwei Bereichen einsetzbar werden können. Zum einen sollen solche Bildungsinstrumente in Fort- und Weiterbildungskonzepte für Kranken- und Altenpflegekräfte hineinfließen. Laut Studien der Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin trägt die "Verbesserung des Fortbildung-, Supervisions- und Ausbildungsangebots zur Bewältigung des Stress von Pflegekräften bei".¹⁰ Zum Zweiten sollen die Bildungsbausteine direkt in der Ausbildung der Pflegekräfte eingesetzt werden können.

Um das primäre Ziel des Projektes zu erreichen, tatsächliche Bedürfnisse von Alten- und Pflegekräften konkret zu erörtern, wird an den theoretischen Teil anschließend eine schriftliche Befragung durchgeführt. An der Befragung nehmen Einrichtungen in den Partnerländern (Deutschland, Rumänien, Italien, Estland, Polen und Belgien), die Kontakte zu den Pflege- und Krankenzentren haben, teil. Die Ergebnisse der Umfrage sollen zu Vorschlägen von Bildungsmodulen des Kranken- und Pflegepersonal in den jeweiligen Ländern verarbeitet werden. Anschließend wird mit den Projektpartnern in der Praxis getestet, welche Ergebnisse als "europäische Empfehlung" genutzt werden können und welche regionalen Spezifika in den Partnerländern berücksichtigt werden müssen. Solche

⁸ Detlef, F. (2007): Initiative Neue Qualität der Arbeit. Leitgedanken einer Gesunder Pflege-Memorandum. Dortmund.

⁹ Hasselhorn, H.; Müller, B.; Tackenberg, P. (2005): Die Untersuchung des vorzeitigen Ausstiegs aus dem Pflegeberuf in Europa – Europäische NEXT Studien.

¹⁰ Jahresbericht 2005-2007 der Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin (2008): Für sichere, gesunde und wettbewerbsfähige Arbeitsplätze. Dortmund.

Handlungsempfehlungen sollen schließlich in berufsbegleitende Qualifizierungen von Mitarbeiter/innen im Gesundheitswesen einmünden. Andererseits sollen aus den Ergebnissen Empfehlungen und Anregungen für die politische und gesetzliche Rahmensetzung abgeleitet werden. Die Sozialpartner könnten auf bei der Suche nach neuen Methoden und Wegen, gesundheitsfördernde Arbeitsplätze einzurichten, auf ein solches Vorgehensmuster zurückgreifen.

Aufbau des Buches

Der vorliegende Text teilt sich in zwei Teile. Das erste Teil ist theoretisch, basiert auf einer Quellen- und Literaturrecherche und verschafft in den vier Kapiteln eine Zusammenfassung von für das Projekt relevanter grundlegender Informationen zu dem Arbeitsfeld Pflege und in diesem Berufsbereich vorkommende Belastungsfaktoren. Das erste Kapitel dieses Teiles liefert einen Überblick über den Forschungsstand und Literaturquellen, die im Pflegebereich bereits existieren. Es wird im Einzelnen an den Unterschied zwischen der stationären Alten- und Krankenpflege, sowie auf Spezifika der ambulanten Pflege eingegangen, weil die möglichen physischen, sowie psychosozialen Probleme in beiden Bereich unterschiedlich ausfallen können.

Im zweiten Kapitel wird erörtert, wie die aktuelle Debatte auf der Europäischen Ebene zu diesem Bereich ausfällt. Die Europäische Kommission hat in ihrer Mitteilung zum Schutz und Sicherheit am Arbeitsplatz für Jahre 2014-2020 zwei Hauptprogramme zum Erreichen des Ziels genannt: ein Rahmen für einzelstaatliche politische Maßnahmen und EU-Rechtsvorschriften. Die Notwendigkeit, den Arbeitsschutz am Arbeitsplatz zu garantieren resultiert aus der Idee, dass die Wettbewerbsfähigkeit der EU nur dann aufrechtzuerhalten ist, wenn durch gesunde Arbeitskräfte die Produktivität und damit die Sozialversicherungssysteme aufrechterhalten bleiben. Anschließend werden Studien der Europäischen Agentur für Sicherheit und Gesundheit am Arbeitsplatz, sowie der Europäischen Stiftung zur Verbesserung der Lebens- und Arbeitsbedingungen, die sich mit psychosozialen Belastungsfaktoren am Arbeitsplatz beschäftigen, vorgestellt.

Im dritten Kapitel wird ausführlich erläutert, was man unter den Belastungsfaktoren in der Pflege versteht. Es wird einzeln auf die physischen sowie auf die psychischen Schwierigkeiten, mit denen die Pflegekräfte zu kämpfen haben, eingegangen. Die Studien belegen relativ hohe physische Belastungen und Gefährdungen von Pflegekräften. Es handelt sich überwiegend um Heben, Tragen oder um die Infektionsrisiken. Die psychosozialen Belastungsfaktoren fallen dagegen mehr mannigfaltig aus. Mithilfe mehrerer Studien wird in diesem Kapitel eine ganze Reihe möglicher Belastungsfaktoren ausführlich erörtert.

Im Kapitel vier werden Fort- und Weiterbildungsmaßnahmen empfohlen, die gesundheitliche Belastungen von Pflegekräften verringern, ihre Berufszufriedenheit erhöhen und damit gegen die hohe Fluktuation in diesem Beruf steuern können. Es wird ein Instrument zur Erfassung von Fähigkeiten, Defiziten und Gestaltungsmöglichkeiten in der Pflege (ein AEDP-

Strukturmodell) vorgestellt, mit deren Hilfe neun Handlungsfelder definiert werden und dadurch verschiedene Felder einer ganzheitlichen Prävention in der Pflege erfasst werden können.

Im zweiten Teil, der praxisorientiert ist, wird eine Datenerhebung mittels eines Fragebogens durchgeführt.

TEIL I Arbeitsfeld Pflege

Keine andere Berufsgruppe erhält europaweit so viel öffentliche und sozialpolitische Aufmerksamkeit wie das Pflegepersonal. Drei Aspekte, die zusammen eng verbunden sind, werden dabei diskutiert: die Arbeitsbedingungen, sowie die psychischen und physischen Konsequenzen; der strukturelle Wandel im Gesundheitswesen; sowie der Mangel an Pflegepersonal. Das Arbeitsfeld Pflege wird in vielen wissenschaftlichen Projekten und Studien nationaler und europäischer Instituten und Organisationen erforscht.¹¹ Es handelt sich, für die Erhaltung der Qualität der gesundheitlichen Pflege in Europa, um ein wichtiges Thema und deswegen wird den verschiedenen Aspekten dieses Berufs ein großes Interesse geschenkt.

Außer den drei oben genannten Aspekten werden weitere Forschungsberichte zu anderen Problemfeldern des Pflegeberufs durchgeführt: z. B. auf die interessante Frage, wie das Prestige der Pflegeberufe in der EU ausfällt, antwortet eine Studie des Allensbachers Instituts für Demoskopie: "Laut der Ergebnisse fällt die Prestige eher schlecht aus."¹² Auf die ernüchternden Ergebnisse reagiert eine andere Studie und sagt aus, ein Pflegeberuf sei für viele junge Menschen ein Traumjob.¹³ Im Gegensatz zu dieser Behauptung stehen allerdings Ergebnisse der NEXT-Studie, die belegen, dass dieser Beruf mit einem hohen Grad an Fluktuation verbunden ist.¹⁴

Andere Themen der Pflegeforschung betreffen unter anderem Untersuchungen zur Förderung der Selbstständigkeit und Unabhängigkeit von pflegebedürftigen Menschen zu Hause, zum Einfluss neuer Technologien auf die Versorgung älterer Menschen oder zu Entlastungsangeboten für pflegende Angehörige von Demenzkranken. Im Altersbereich werden pflegewissenschaftliche Forschungen zu mobilitätsfördernden Maßnahmen, zu Interventionen gegen Mangelernährung und zum Umgang mit Depression durchgeführt¹⁵. Da

11 Zu den wichtigsten Forschungsorganisationen gehören z. B. die BAUA-Die Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin; die Europäische Agentur für Sicherheit und Gesundheitsschutz am Arbeitsplatz, oder die Initiative Neue Qualität der Arbeit.

12 Institut für Demoskopie Allensbach (2009). Pflege in Deutschland. Ansichten der Bevölkerung über Pflegequalität und Pflegesituation.

13 Hasselhorn, H, Müller, B. (2005): Berufsausstieg bei Pflegepersonal. Arbeitsbedingungen und beabsichtigter Berufsausstieg bei Pflegepersonal in Deutschland und Europa. BAUA.

14 Hasselhorn, H.; Müller, B.; Tackenberg, P. (2005): Die Untersuchung des vorzeitigen Ausstiegs aus dem Pflegeberuf in Europa – Europäische NEXT Studie.

15 Knüppel, J. (2012): Zahlen-Daten-Fakten „Pflege“. Deutscher Berufsverband für Pflegeberufe. Berlin.

sich die Patientenzufriedenheit als Indikator für Qualität im Gesundheitswesen eignet, werden auch Studien zu diesem Bereich durchgeführt.

Allerdings bestehen Forschungsdefizite sowohl im Bereich der psychosozialen Belastung der Pflegetätigkeit als auch mangelt es an der arbeits- und gesundheitswissenschaftlichen Literatur. Des Weiteren existieren nur wenige Studien, die Arbeitsbedingungen einerseits und Wirkungen und Folgen für die psychophysische Gesundheit der Pflegekräfte andererseits, untersuchen. Außerdem lässt sich sagen, dass die Forschungsarbeiten zu theoretisch gewichtet sind. 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.

1. Arbeit in der Pflege

Pflege ist keineswegs eine „einfache, anspruchslose“ Arbeitstätigkeit, im Gegensatz zu dem, was bisweilen viele Menschen denken. Sie verlangt sowohl körperliche Fähigkeiten wie etwa Geschicklichkeit, Ausdauer und Kraft als auch in einem erheblichen Umfang soziale Fähigkeiten und soziales Wissen. Kooperationsbeziehungen mit dem Patienten gelten als Kernaufgabe der pflegerischen Tätigkeit. Ein solides fachliches Wissen bildet eine dritte Säule einer effizienten Pflegekraft. In der Vergangenheit wurde der Pflege nur eine assistierende Tätigkeit für den ärztlichen Bereich zugeschrieben. Heute stellt sie sich dagegen als eigenständige Profession dar. Medizinische Versorgung ist ohne den Pflegeberuf kaum vorstellbar. Den Pflegenden stehen mehr Entscheidungskompetenzen zu und sie wirken darüber hinaus als Informationsquelle und Vermittler zwischen Ärzten und Patienten.

Die Anzahl grundständig pflegeberufsausbildender Studiengänge und die fortschreitende Akademisierung im Bereich von Management, Forschung und Lehre eröffnet dem Pflegepersonal ein breites Spektrum an Entwicklungs- und Karrierechancen. Eine Ausprägung ist die vertiefte praktische Pflege, analog der bekannten Advanced Nursing Practice. Mit dem Pflegeentwicklungsgesetz von 2008 in Deutschland wird auch das Berufsrecht der Heilberufe geändert und die Möglichkeit eröffnet, dass Pflegepersonen inhaltliche und zeitliche Ausgestaltung der Pflege anordnen und bei entsprechender Qualifikation Heilkunde ausüben.¹⁶ Dabei geht es um eine Übernahme bisher ärztlicher Tätigkeiten. Es wird damit gerechnet, dass es in der Zukunft zur weiteren Erweiterung pflegerischer Handlungsfelder und zur Spezialisierung pflegerischer Tätigkeiten kommt.

Die WHO und andere internationalen Organisationen haben eine Vielzahl an Aufgaben zusammengefasst, die durch Pflegepersonal ausgeführt werden.¹⁷ Je nach der Ausbildung und der Qualifikation bemüht sich eine Pflegekraft um die Gesunderhaltung und die Genesung pflegebedürftiger Menschen oder begleitet Menschen in ihrem Kranksein oder Sterben-

¹⁶ Deutscher Berufsverband für Pflegeberufe (2011): Advanced Nursing Practice in Deutschland.

¹⁷ Hasselhorn, H, Müller, B.: (2005): Berufsausstieg bei Pflegepersonal. Arbeitsbedingungen und beabsichtigter Berufsausstieg bei Pflegepersonal in Deutschland und Europa. BAuA.

müssen. Die Funktion der Pflegekraft besteht dabei in Hilfeleistungen für andere Menschen und in der Durchführung von Handreichungen, die zur Gesundheit oder Genesung beitragen oder einen friedlichen Tod ermöglichen.¹⁸

Es wird in Deutschland zwischen vier pflegenden Berufsgruppen unterschieden: Krankenschwester/-pfleger; Hebammen und Entbindungshelfer. Dazu kommen Helfer in der Krankenpflege und die Altenpfleger. Eine kleine Gruppe bilden die Familienpfleger und Dorfhelfer.¹⁹ Darüber hinaus herrscht in Deutschland eine in Europa einzigartige Unterscheidung zwischen Alten-, Kranken- und Kinderkrankenpflege.²⁰ Die zweite Besonderheit liegt im deutschen Ausbildungssystem. Die Ausbildung zu Pflegeberufe wird in den Bundesländer durch eigene Gesetze geregelt.²¹

Die Gesundheitssysteme in Europa fallen zwar unterschiedlich aus, es lassen sich allerdings Einrichtungen des Gesundheitswesens definieren, die in allen Ländern vorkommen:²² (1) Krankenhäuser, (2) Altenpflegeheime und (3) ambulante Pflegedienste. Im Rahmen von Arbeitsbeobachtungen lassen sich prägnante Unterschiede im Anforderungsgehalt pflegerischer Arbeitsaufgaben je nach Form der vorherrschenden Pflegeorganisation nachweisen.

1.1. Stationäre Kranken- und Altenpflege

Es ist wichtig, zwischen stationärer Altenpflege in Heimeinrichtungen und den Pflegekräften im Krankenhaus zu unterscheiden. Die Arbeitssituation in der stationären Altenpflege ist aus gesundheitswissenschaftlicher Perspektive weniger untersucht als die Arbeitsbedingungen der Arbeitskollegen im Krankenhaus. Es liegt nahe, dass die Pflegekräfte in den Altersheimen durch das Heben, Tragen und Lagern von Bewohnern körperlich stark belastet werden. Mit Blick auf psychologische Belastungen nehmen Arbeitsunterbrechungen durch das Telefonklingeln, Umgang mit Leiden, Sterben und Tod sowie Zeitdruck eine zentrale Stellung ein. Laut statistischer Daten ist es davon auszugehen, dass die Arbeitsbelastung in den vergangenen Jahren deutlich zugenommen hat.²³

Die Arbeit in der stationären Pflege ist eng mit Arbeitsabläufen anderer Berufsgruppen verbunden, d.h. sie bringt eine enge arbeitsbezogene Kooperation mit sich. Eine mangelhafte Abstimmung von Arbeitsabläufen mit anderen Berufsgruppen kann zu erheblichen Problemen

18 Hasselhorn, H.; Müller, B.; Tackenberg, P. (2005): Die Untersuchung des vorzeitigen Ausstiegs aus dem Pflegeberuf in Europa – Europäische NEXT Studie.

19 Destatis. Statistisches Bundesamt, 1992. Klassifikation der Berufe.

20 Qualifizierung in Gesundheits- und Pflegeberufen. In: Zeitschrift des Bundesinstituts für Berufsbildung. W. Bertelsmann Verlag. 41 Verlag 41 Jahrgang. 6/2012.

21 Initiative Neue Qualität der Arbeit. INQA (2007): Für eine neue Qualität der Arbeit in der Pflege. Leitgedanken einer Gesunden Pflege. Memorandum.

22 Eurostat (2012): Statistiken zur Gesundheitsversorgung.

23 Glaser, J.; Höge, T. (2005): Probleme und Lösungen in der Pflege aus der Sicht der Arbeits- und Gesundheitswissenschaften. Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin (BAuA).

führen. Die Pflegekräfte sind also auf intensive Kommunikation mit den Stationsärzten angewiesen. Eine traditionelle Arbeitsteilung in der stationären Pflege wird meistens in Dreischichtbetrieb verrichtet, d. h. es wird vom Pflegepersonal ein hohes Maß an Flexibilität verlangt. In vielen Einrichtungen findet sich neben diesen gesundheitlich und sozial ungünstigen Arbeitszeitmodellen noch das Modell des „geteilten Dienstes“. Diese Variante des Schichtdienstes besteht aus längeren Pausen zwischen den Arbeitsblöcken.

Die Arbeitsaufgaben in der Altenpflege umfassen zum größten Teil die Grundpflege. Hinzu kommen noch Aufgaben der psychosozialen Betreuung, der Dokumentation und weitere Nebentätigkeiten. Förderliche Anforderungen im Sinne der Aufgabenvielfalt, des Planens und Entscheidens sind häufig nur zum Teil umgesetzt.

1.2. Ambulante Pflege

Wie bereits in der „Einleitung“ angedeutet, ist eine der allgemeinen Tendenzen in den europäischen Gesundheitssystemen die Tatsache, dass die Pflegebedürftigen zunehmend Menschen mit akuten Erkrankungen sind. Die Krankenhausaufenthalte werden immer kürzer und die Übergänge vom Krankenhaus in die ambulante Pflege müssen reibungslos ablaufen. Die ambulante Pflege verändert sich dementsprechend von sozialer Betreuung zu hoch spezialisierter Pflege. Es ist wichtig hervorzuheben, dass in der ambulanten Pflege meist keine schwerstpflegebedürftigen versorgt werden. Solche Patienten müssen grundsätzlich in die Pflegeheime aufgenommen werden.

Der größte Unterschied zwischen ambulanter und der stationärer Pflege besteht in der Organisation. Die ambulante Pflege wird lediglich von einer Person ortsflexibel in den Privatwohnungen durchgeführt. Die Arbeit ist in Touren organisiert und es wird im Voraus bestimmt, wie viele pflegebedürftige Personen am Tag versorgt werden müssen. Durch die Arbeitsorganisation wird deutlich, dass es sich um ganzheitliche Pflege handelt und bedingt durch die Individualisierung können sich die Pflegekräfte nicht auf Unterstützung von Kollegen verlassen. Die Arbeit beinhaltet ein ganzes Spektrum an Tätigkeiten, die von der Körperpflege und hauswirtschaftlicher Arbeiten bis hin zur Dokumentation reicht. Aus einer Eurostat Studie geht es hervor, dass viele Pflegekräfte in der ambulanten Pflege in Teilzeit beschäftigt sind. Sie arbeiten auch nicht in drei Schichten, wie es in der stationären Pflege der Fall ist sondern haben überwiegend normale und Gleitzeitarbeits.²⁴

In der häuslichen Pflege kommen die Pflegekräfte oft in Interaktion mit Familien oder Angehörigen was zu Auseinandersetzungen führen kann. Solche möglichen Konflikte bringen Stress und emotionale Belastung mit sich. Auch eine häufige Unterbrechung im Arbeitsablauf wirkt sich negativ auf die psychische Belastung der Pflegekräfte im ambulanten Bereich aus.

2. Schutz und Sicherheit am Arbeitsplatz im Europäischen Kontext

²⁴ Das AOK-Forum für Politik, Praxis und Wissenschaft. Spezial Pflege für die Pflege. 11/2011.

Der Schutz und die Sicherheit am Arbeitsplatz ist das Thema der Mitteilung der Europäischen Kommission für die Jahre 2014-2020. In diesem Bericht wird die Notwendigkeit, die sichere und gesunde Arbeitsumgebung in den europäischen Mitgliedstaaten zu schaffen, betont.²⁵ Die Rolle der EU beim Erlass solcher Vorschriften wird im Vertrag ausdrücklich anerkannt. Der strategische Rahmen der Maßnahmen für sichere und gesunde Arbeitsplätze umfasst zwei Hauptbestandteile. Der erste Teil betrifft EU-Rechtsvorschriften zu den größten Berufsrisiken, einschließlich allgemeiner Definitionen, Strukturen und Regeln, die von den Mitgliedstaaten an die jeweiligen Bedingungen ihres Landes angepasst werden sollen. Der zweite Teil beinhaltet eine Reihe mehrjähriger Aktionsprogramme zwischen 1978 und 2002, die dazu dienten, Prioritäten und gemeinsame Ziele festzulegen, einen Rahmen zur Koordinierung der einzelstaatlichen politischen Maßnahmen zu schaffen und eine ganzheitliche Präventionskultur voranzutreiben.

Um das genannte Ziel zu erreichen, hält Europäische Kommission den bereits erwähnten Rechtsrahmen für alle Unternehmen unabhängig von deren Größe, Standort oder Geschäftsfeld für unerlässlich. Des Weiteren werden den Staaten finanzielle Hilfsmittel für Maßnahmen zur Förderung einer nachhaltigen, qualitativ hochwertigen Beschäftigung und sozialen Eingliederung zur Verfügung stehen. Im Sinne der Bestimmungen des Vertrags und der Entwicklung und Umsetzung von Strategien im Bereich Sicherheit und Gesundheitsschutz bei der Arbeit spielen die Sozialpartner eine wichtige Rolle.

Zu einer besseren Arbeitsumgebung kann auch die Politik im öffentlichen Bereich beitragen. Die Sensibilisierung für Sicherheit und Gesundheitsschutz am Arbeitsplatz beginnt bereits in der Schule. Es wurden von der Europäischen Kommission Empfehlungen dazu ausgesprochen, Themen der Sicherheit und des Gesundheitsschutzes am Arbeitsplatz in den schulischen Lehrplänen (insbesondere in der Berufsausbildung) stärker hervorzuheben und die Themen geistige Gesundheit und Wohlbefinden deutlicher anzusprechen. Die bestehenden Programme und Leitlinien sollen dann in die rechtlichen Rahmen einfließen können und die politischen Entscheidungsträger, müssen diesbezüglich Endbenutzer, öffentliche Behörden, Industrie kooperieren.

Die gesamte Anregung zur Risikoverhütung resultiert aus der Notwendigkeit die Wettbewerbsfähigkeit der Europäischen Union aufrechtzuerhalten. Der Erhalt der Arbeitnehmergesundheit wirkt sich direkt auf die Produktivität aus und trägt zur Verbesserung der Nachhaltigkeit von Sozialversicherungssystemen bei. Die zentralen Faktoren, damit Arbeitnehmer länger im Berufsleben bleiben, sind die Verhinderung von schweren Unfällen, bzw. Berufskrankheiten sowie die Förderung der Arbeitnehmergesundheit vom Berufseinstieg an. Es handelt sich also um wichtige Investitionen, die mit hoher Rentabilität verbunden sind. In den vergangenen 25 Jahren wurde im Bereich Sicherheit und Gesundheitsschutz am Arbeitsplatz ein einheitlicher Koordinierungsrahmen erzielt und die 27 Mitgliedstaaten

²⁵ Mitteilung der EU Kommission an das europäische Parlament über einen strategischen Rahmen der EU für Gesundheit und Sicherheit am Arbeitsplatz 2014-2020.

verfügen mittlerweile über eine eigene angepasste Strategie für Gesundheit und Sicherheit am Arbeitsplatz. Die Inzidenzrate von Unfällen konnte tatsächlich um fast 28% gesenkt werden.

Wie bereits angedeutet, wurden große Anstrengungen seitens der Europäischen Kommission unternommen, um Berufskrankheiten und neue oder aufkommende Risiken zu verhindern. Laut einer neueren Eurobarometer-Umfrage stellt nach Ansicht der Arbeitnehmer Stress eine der wichtigsten berufsbedingten Gefahren (53 %) dar, gefolgt von ergonomischen Problemen (sich wiederholende Bewegungen und ermüdende oder schmerzhafte Haltungen) (28 %) sowie dem täglichen Heben, Tragen oder Bewegen von Lasten (24%)²⁶. Besondere Aufmerksamkeit sollte den Auswirkungen von Änderungen der Arbeitsorganisation auf die physische und psychische Gesundheit gewidmet werden. Beide Belastungen kommen gerade im Pflegeberuf oft vor. Das heißt, die Europäische Union ist sich der Belastungsfaktoren in den Berufen (auch im Pflegeberuf) bewusst und es werden Strategien zur Verbesserung der Arbeitsbedingungen sogar verlangt.

2.1. Pflegebereich in Europäischen Studien

Der Bereich der Pflege wird von den international agierenden Agenturen und Forschungsinstituten relativ häufig untersucht. Die Europäische Kommission hatte 2013 ihren Kurzbericht zur Überwindung des Personalmangels in der Pflege durch eine Migrationspolitik vorgestellt.²⁷ In demselben Bericht wurden außerdem weitere Empfehlungen ausgesprochen, die die Wirksamkeit und den Status des Pflegeberufs aufwerten. Es gilt, die Entlohnung, die Arbeitsbedingungen und die Ausbildung zu verbessern. Es sollen die spezifischen Aufgaben definiert werden, die in der Langzeitpflege wahrzunehmen sind. Hierin liegt eine Voraussetzung für die Planung von Pflegedienstleistungen wobei ein personenzentrierter und integrierter Ansatz zum Tragen kommen muss.

Ein anderer Kurzbericht berichtet über die Situation der Pflege in Schweden.²⁸ Dort funktioniert eine auf junge Menschen ausgerichtete Garantie für gute Ausbildungs- und Beschäftigungsbedingungen in der Pflege. Dazu kommt die schrittweise Anhebung des Rentenalters, die eine hohe Beschäftigung und damit die finanzielle Tragfähigkeit des Sozialsystems ermöglicht. Ein weiterer Aspekt ist, dass eine Verschiebung von stationärer/ambulanter Pflege in Einrichtungen hin zur Betreuung zu Hause stattfindet. Hilfskräfte im Haushalt erhalten Schulungen, um älteren Menschen dabei zu helfen, den Anschluss an die Gesellschaft wiederzufinden. Aus dem schwedischen Beispiel lässt sich zu entnehmen, dass Pflege personenzentriert sein muss und die häusliche Betreuung zunehmen wird. Es sollte eine stärkere soziale Einbindung von Rentnern stattfinden. Des Weiteren sollte der das Geschlechterungleichgewicht sowohl in der formellen als auch der informellen

26 Flash Eurobarometer über Arbeitsbedingungen http://ec.europa.eu/public_opinion/archives/flash_arch_404_391_en.htm#398

27 Europäische Kommission (2013): Kurzbericht: Zweckorientierte Migrationspolitik gegen Fachkräftemangel in der Pflege. EC.

28 Europäische Kommission (2014): Würde im Alter – Reformprioritäten im Pflegedienstleistungsbereich.

Pflegearbeit beseitigt werden. Die überwiegende Mehrheit der Pflegenden sind nämlich Frauen, die mit Unterbezahlung und schlechten Karriereaussichten zu kämpfen haben.

Psychosoziale Risiken stellen für die Mehrzahl der pflege anbietenden Unternehmen ein Problem dar (aus diesem Grunde gehen wir davon aus, dass Ergebnisse der Studien für das Gesundheitssektor plausibel sind). Stress am Arbeitsplatz ist laut einer Studie der Europäischen Agentur für Sicherheit und Gesundheitsschutz am Arbeitsplatz ein schwerwiegender negativer Faktor in mehreren Berufen²⁹ unter anderem auch beim Gesundheitspersonal (zu den weiter betroffenen Berufsgruppen gehören Lehrer oder Manager). Stress entsteht meistens durch einen ungünstigen sozialen Kontext am Arbeitsplatz und er kann sich psychisch, körperlich und sozial negativ - wie z. B. Stress, Burnout und Depression auswirken. Zu den Arbeitsbedingungen, die psychosoziale Risiken fördern, gehören zum Beispiel: übermäßige Arbeitslast; widersprüchliche Anforderungen und unklare Abgrenzung der Zuständigkeiten; mangelnde Einbeziehung von Arbeitnehmern bei Entscheidungen, die sie betreffen, und mangelnder Einfluss darauf, wie die Arbeit ausgeübt wird; schlecht gemanagte organisatorische Veränderungen, Arbeitsplatzunsicherheit; ineffiziente Kommunikation, fehlende Unterstützung des Managements oder der Kollegen; psychische und sexuelle Belästigung, Gewalt durch Dritte.³⁰

Für das Unternehmen sind eine insgesamt schlechtere Geschäftsentwicklung, höhere Fehlzeiten, Präsentismus (Arbeitnehmer, die krank zur Arbeit erscheinen und nicht leistungsfähig sind) und höhere Unfall- und Verletzungsraten die Folge des Stresses. Stressbedingte Fehlzeiten sind in der Regel länger als solche, die auf andere Ursachen zurückzuführen sind, und arbeitsbedingter Stress kann zu einer Zunahme der Frühverrentungen führen. Das heißt, dass für die Unternehmen und die Gesellschaft damit hohe Kosten entstehen. Eine wichtige Zusammenfassung wird am Ende dieser Studie eingeführt: Mit dem richtigen Ansatz sind psychosoziale Risiken vermeid- bzw. beherrschbar. Sie können ebenso systematisch angegangen werden wie andere Risiken für Gesundheit und Sicherheit bei der Arbeit.

Zu ähnlichen Ergebnissen kommt auch die Europäische Stiftung zur Verbesserung der Lebens- und Arbeitsbedingungen (Eurofound), die in ihrer Studie über psychosoziale Risiken am Arbeitsplatz anführt, dass 25 % der Arbeitnehmer während ihrer Arbeitszeit immer oder meistens arbeitsbedingtem Stress ausgesetzt sind.³¹ Die häufigsten Risiken hängen mit der Art der von den Arbeitnehmern auszuführenden Tätigkeiten zusammen. Es ist von Bedeutung, ob die Arbeit monoton oder komplex ist, sowie wie hoch die Arbeitsintensität ist. Eine hohe Arbeitsintensität wird mit negativen Folgen für die Gesundheit und das Wohlbefinden,

29 Europäische Agentur für Sicherheit und Gesundheitsschutz am Arbeitsplatz (2012): Drivers and barriers for psychosocial risk management: an analysis of the findings of the European Survey of Enterprises on New and Emerging Risks (ESENER). Report.

30 Europäische Agentur für Sicherheit und Gesundheitsschutz am Arbeitsplatz. www.osha.europa.eu. Psychosocial risks in Europa.

31 European Foundation for the Improvement of Working and Living Conditions. "Psycho-soziale Risiken in Europa: Prävalenz und Präventionsstrategien".

insbesondere mit arbeitsbedingtem Stress, assoziiert. Es wird weniger über Gewalt und Belästigung berichtet, doch diese zwei Faktoren wirken sich auch sehr negativ auf das Wohlbefinden aus. Es ist interessant, dass laut der Studie einige psychosoziale Risikofaktoren seit 2005 weniger häufig auftreten. So beklagen sich heute weniger Menschen über zu viele Überstunden und fehlende soziale Unterstützung. Allerdings hat die Angst um die Arbeitsplätze zugenommen und aus einigen Ländern wurde in letzter Zeit über eine Zunahme der Arbeitsbelastung sowie von Gewalt und Belästigungen berichtet.

Zur Prävention im Bereich der psychosozialen Risiken tragen auf politischer Ebene Rechtsvorschriften und die Initiativen der Sozialpartner bei. Auch der soziale Dialog hat maßgeblichen Anteil an der Verbesserung der Arbeitsbedingungen. Der auf verschiedenen Ebenen – von der EU-Ebene bis zur betrieblichen Arbeitsplatzebene – geführte soziale Dialog trägt zu einer Sensibilisierung für psychosoziale Risiken bei und fördert die Entwicklung von Strategien und Maßnahmen. Des Weiteren wird angedeutet, dass Maßnahmen zur Unterbindung psychosozialer Risiken sich am besten im Rahmen der Gefährdungsbeurteilung umsetzen lassen. Psychosoziale Risiken lassen sich in solchen Unternehmen, die dies anwenden, erfolgreicher vermeiden bzw. verringern.³²

2.2. Pflegeberufe in Europa

In der EU erfolgt die automatische gegenseitige Anerkennung von verschiedenen Berufsabschlüssen (unter anderem die Krankenschwester, Krankenpfleger und Hebammen) mithilfe der Richtlinie 2005/36/EG.³³ Die EU-Kommission hat Ende 2011 vorgeschlagen, die Richtlinie zu modernisieren und die Zugangsvoraussetzungen für die Pflege- und Hebammenausbildungen von zehn Jahren auf zwölf Jahre allgemeiner Schulbildung zu erhöhen. Begründet wird dies mit den steigenden Bedarfen und Anforderungen in den Pflegeberufen in ganz Europa. Wie gesagt, wird in derselben EU-Richtlinie die gegenseitige Anerkennung der Berufsqualifikationen für Hebammen geregelt. Die Richtlinie sichert grundlegend den Zugang zum Beruf und die Ausübung der Tätigkeit in Europa, wenn die Ausbildung bestimmten Mindestanforderungen genügt. Unabhängig davon wurden 2002 vom Internationalen Hebammenverband (ICM, International Confederation of Midwives)³⁴ die »Essential Competencies for Basic Midwifery Practice« definiert, welche weltweit als Rahmen für die Ausbildung und als Orientierung für politische Entscheidungsträger dienen.

Im Jahr 2000 hat der Europäische Rat beschlossen, Transparenz und Durchlässigkeit der Qualifikationen in Europa durch geeignete Instrumente zu verbessern. In diesem Zusammenhang wird dem Europäischen Qualifikationsrahmen (EQR), der 2008 vom Europäischen Parlament und dem Ministerrat als Referenzrahmen für die Entwicklung

³² European Foundation for the Improvement of Working and Living Conditions. "Psycho-soziale Risiken in Europa: Prävalenz und Präventionsstrategien".

³³ Richtlinie 2005/36/EG des Europäischen Parlaments und des Rates vom 7. September 2005 über die Anerkennung von Berufsqualifikationen

³⁴ The International Confederation of Midwives' study of essential competencies of midwifery practice. 2002.

Nationaler Qualifikationsrahmen (NQR) in Kraft gesetzt wurde, eine besondere Bedeutung zugeschrieben.³⁵

Es werden systematisch Bildungsgänge mithilfe von Kompetenzbeschreibungen verschiedenen Niveaustufen zugeordnet. Der europäische Referenzrahmen EQR hat als sogenannter „softer policy tool“ der EU Empfehlungscharakter und dient als Orientierungsrahmen für die einzelnen Mitgliedsstaaten. Er wurde insbesondere im Hinblick auf die Zielperspektive entwickelt, internationale Transparenz der Bildungssysteme zu schaffen und die Anerkennungspraxis von Bildungsabschlüssen in Europa zu optimieren. Prinzipiell ist im EQR vorgesehen, alle Qualifikationen – vom Pflichtschulabschluss über Zeugnisse der beruflichen Aus- und Weiterbildung bis hin zu den höchsten akademischen Abschlüssen, sowie non-formal und informell erworbene Kompetenzen – zu berücksichtigen und in acht Niveaustufen einzuordnen.

Wie bereits erwähnt, werden durch den direkten Verweis auf das EQR-Referenzniveau neue Möglichkeiten eröffnet, eine transparente, nationale und internationale Anerkennungspraxis von Qualifikationen zu etablieren. Dies ist von zentraler Bedeutung, vor allem angesichts des gegenwärtigen und zukünftigen wirtschaftlichen und gesellschaftlichen Stellenwertes personenbezogener Dienstleistungen sowie des Mobilitätspotentials in diesem Beschäftigungssektor. Insbesondere die Berücksichtigung informeller und non-formal erworbener Kompetenzen für die Gesundheits- und Pflegeberufe stellt eine interessante Perspektive dar, da hierdurch z.B. auch praktische Fertigkeiten, die außerhalb der formalen Bildungsgänge erworben wurden, in die Gesamtqualifikation einfließen. Zum anderen stellt die Gleichgewichtung von personaler Kompetenz und Fachkompetenz eine für die Gesundheits- und Pflegeberufe bedeutsame Strukturvorgabe dar. Berufsfeldspezifische Charakteristika wie z.B. die Nähe zum Menschen sowie die Entwicklung sozialer Kompetenzen und Teamfähigkeit werden hierdurch in besonderem Maße berücksichtigt.

Es muss allerdings angedeutet werden, dass trotz der o.g. Beispiele für Relevanz und Perspektiven von Qualifikationsrahmen in den Gesundheits- und Pflegeberufen die Niveauzuordnung der Bildungsgänge zunächst auf Basis von normativ geprägten Unterlagen nur bedingt möglich bleibt. An dieser Stelle sei auf die Bedeutung der empirischen Absicherung, z.B. durch Leistungsvergleichstest und Qualitätssicherungsstrategien und -verfahren (Qualitätszirkel und Akkreditierungen) verwiesen, anhand derer die tatsächlich erreichten Kompetenzen erfasst und mit den in den Ordnungsmitteln angegeben »Lernergebnissen« abgeglichen werden können.

3. Problembereiche in der Pflege

³⁵ Institut für Public Health and Pflegeforschung (2011): Universität Bremen. Kompetenzmessung in der Pflegeausbildung.

Die deutsche Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin hat am 14. 11. 2007 ihren Bericht hinsichtlich physischer Belastungsfaktoren vorgestellt: die Pflegenden müssen häufiger schwer heben als Bauarbeiter (68 % der Pflegenden, 54 % der Bauarbeiter), d.h. Beschwerden durch Muskel- und Skeletterkrankungen (z.B. Rückenschmerzen) sind in Pflegeberufen deutlich häufiger als in anderen Branchen; Schichtarbeit trifft rund 77 % der Pflegenden, mehr als 90 % arbeiten an Sonn- und Feiertagen, 50 % leisten Nachtschichten; 27 % der Pflegenden haben das Gefühl, häufig an die Grenze der Leistungsfähigkeit gehen zu müssen (bei anderen Berufe sind es 16,6 %).³⁶

Es ist kein Geheimnis, dass sich im Bereich der Pflege hohe Anforderungen sowohl in geistiger als auch in körperlicher Hinsicht beobachten lassen.³⁷ Die körperlichen Belastungsfaktoren wurden vergleichsweise häufig untersucht. Schwerpunkte solcher arbeitsmedizinischen Studien liegen bei klassischen Belastungen in Form von toxischen oder allergenen Stoffen, Infektionsgefahren, Strahlenexposition, Belastungen des Bewegungs- und Stützapparates und Risiken von Stich- und Schnittverletzungen.³⁸ 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. Neuere Studien dagegen belegen, dass über diese Aspekte eines traditionellen Gesundheitsschutzes hinaus zahlreiche psychomentele Belastungsfaktoren in der Pflege existieren.

Neben den zwei oben genannten Hauptproblembereichen lässt sich als ein weiterer schwerwiegender Faktor das Verlangen nach hoher Zeitflexibilität beschreiben. Der organisatorische Anteil der Arbeit lässt sich als sehr belastend beschreiben. Pflegekräfte arbeiten traditionell in drei Schichten: Früh-, Spät- und Nachtdienst. Dabei haben sie grundsätzlich geringe Autonomie zur Gestaltung ihrer Arbeitszeit. Das soziale Leben in Vereinen oder Sportclubs wird dann kaum möglich. Berufliche und familiäre Anforderungen in Einklang zu bringen wird zu einer Herausforderung.

Zu weiteren Problemen zählt laut der Ergebnisse einer Diskussion des Bundesministeriums für Gesundheit ein hoher Grad an Bürokratie. Die Dokumentationspflicht verursacht einen hohen Zeitaufwand und die Pflegeplanung sei sehr zeitaufwändig. Hinzu kommt eine Vielfalt von Ansprechpartnern, wie unterschiedliche Kassen mit unterschiedlichen Formularen. Berufsanfänger können durch die Bürokratie abgeschreckt werden.

Die genannten Belastungsfaktoren belegen, dass viele Situationen und Umgebungen im Gesundheitswesen mit einer Vielzahl von Gefährdungen verbunden sind. Der Gesundheitsschutz und die Sicherheit stellen daher in diesem Sektor eine Priorität dar. Sonst können die Belastungen zu verschiedenen Krankheiten führen: Dauerstress, Burnout-Syndrom

36 Knüppel, J. (2010): Zahlen-Daten-Fakten "Pflege". DBfK.

37 Europäische Agentur für Sicherheit und Gesundheitsschutz am Arbeitsplatz. Gesundheitsschutz und Sicherheit von Beschäftigten im Gesundheitswesen.

38 Glaser, J., Höge, T. (2005): Probleme und Lösungen in der Pflege aus Sicht der Arbeits- und Gesundheitswissenschaften.

und psychische Erkrankungen gehören zu den häufigsten Beschwerden. Dazu kommen eine hohe Fluktuationsrate sowie ein Mangel an Arbeitsmotivation und -zufriedenheit bei Pflegekräften. Laut Ergebnisse mancher Studien ist die Krankenstandsquote bei Mitarbeitern in Alten- und Pflegeheimen erhöht.³⁹

3.1. Physische Belastungsfaktoren

Aus den Studien lässt sich entnehmen, dass physische Belastungen zwar gravierend sind, allerdings führen die Studien eine begrenzte Menge von Gefahren an: die Arbeiter sind durch häufiges Heben, Bücken und Tragen bei der Versorgung und dem Betten der Bewohner belastet. Dazu kommen Belastungen durch Gefahrstoffe und Infektionskrankheiten. Zu den meisten Verletzungsgefahren gehören Rutschen oder Stolpern. Dies wird oft durch Stress und Zeitdruck verursacht. Das Rutschen kann auch durch nasse und rutschige Böden ohne Warnschild verursacht werden. Ungeeignete Schuhe spielen eine wichtige Rolle. In den meisten Einrichtungen wird auf geeignete Schuhe mit rutschhemmenden Sohlen geachtet.

Die Pflegekräfte werden oft wie Hohl- und Bringdienste, Reinigungsdienste, Hotelservicedienste (Bettenmachen, Essensbestellung aufnehmen und Essen austeilen) oder Sekretariatsdienste für die Schreib-, Organisations- und Dokumentationsaufgaben zur Übernahme patientenferner Aufgaben gesehen.⁴⁰ Der Patiententransfer gehört zum Arbeitsalltag einer Pflegekraft, daneben müssen Pflegekräfte oft ziehen oder schieben und das Ganze oft in ungünstigen Körperhaltungen. Dies kann zu Verspannungen im Schulter- und Nackenbereich führen. Des Weiteren können durch dauerhafte Belastungen ernsthafte Erkrankungen des Muskel-Skelet-Systems entwickelt werden. Neben dem Rücken kann auch die Haut geschädigt werden. Durch nasse Hände können Fremdstoffe einfach in die Haut eindringen. Dies kann zu Entzündungen und Allergien führen. Dagegen kann arbeitsmedizinische Vorsorge vor Hauterkrankungen und Feuchtigkeit helfen.

Des Weiteren ist Pflegepersonal durch blutübertragbare Viren, die durch kleine Verletzungen der Haut oder über die Schleimhäute eindringen können, gefährdet. Eine hohe Infektionsgefahr besteht durch Schnitt- und Stichverletzungen. Ansteckungsgefahr geht auch von infektiöser Wäsche, die in sich Brechdurchfallerkrankungen versteckt, aus. Krankheitsvorbeugend soll das Personal Handschuhe und Schutzmasken tragen.

3.2. Psycho-soziale Belastungsfaktoren

Wie bereits beschrieben, erfordert Pflege nicht nur die Bewältigung emotionaler Anforderungen, wie z. B. die Bereitschaft intime Nähe zuzulassen, mit Leid und Tod umgehen zu können, oder Ekel überwinden zu können, sondern es handelt sich um eine

³⁹ AOK Bayer (2003). Betriebliche Gesundheitsförderung. Krankenstands Statistik.

⁴⁰ Blättner, B.; Michelsen, K. (2005): Analyse des Angebotes und des Qualifizierungsbedarfs aus der Sicht von praktisch in der Pflege tätiger Personen. Auflage. Dortmund: Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin.

emotionale Arbeit. Es gibt Überlegungen, ob man geeignete Personen auswählen soll, die solchen Belastungen gewachsen sind, oder aber Betroffene darin zu schulen, mit solchen Belastungen umgehen zu können. Der Grad an psychischer Belastung mit möglichen Krankheitsfolgen steigt durch die Überforderung, was gerade bei den geringfügig Qualifizierten der Fall ist. Des Weiteren müssen oft die qualifizierten Pflegekräfte die Funktion der Anleitung der gering qualifizierten Kräfte übernehmen. Da können psychische Überlastungen durch Überforderung entstehen, denn manchmal sind die Pflegekräfte dazu nur unzureichend qualifiziert und bekommen darin nur wenig Unterstützung.

Im Gegensatz dazu lassen sich psychische Belastungen durch Unterforderung von qualifizierten Berufsrückkehrerinnen, die nach einer Familienphase wieder in der Pflege arbeiten wollen feststellen. Solche Frauen werden schlechter bezahlt und es werden ihnen Tätigkeiten unterhalb ihres Qualifikationsniveaus angeboten. Sie werden nicht in Entscheidungen einbezogen und dies wirkt sich negativ auf ihre psychische Lage aus.

Weitere psychische Belastungen steigern sich durch die wahrgenommene drohende Arbeitslosigkeit bei den qualifizierten Pflegekräften und aufgrund fehlender Gestaltungsmöglichkeiten am Arbeitsplatz. Ineffiziente Kommunikation und fehlende Unterstützung durch das Management gehören zu wichtigen Stressfaktoren. Arbeitsteilung und die mit ihr verbundene Hierarchie zwischen Berufsgruppen oder innerhalb einer Berufsgruppe ist auch in der Krankenpflege ein unter Belastungsgesichtspunkten wichtiges Thema.

Neben den oben genannten Problembereichen kommen in der Pflege folgende Belastungsschwerpunkte noch dazu. Laut einer Studie⁴¹ 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. Im engen Zusammenhang mit psychischen Belastungen und Erkrankungen stehen auch Haut- und Rückenerkrankungen.⁴² Da es sich um ein „Frauenberuf“ handelt, sind die Frauen mehrfach überfordert.

Die erwähnte Studie der Gefährdungsbeurteilung in der Pflege-BGW vom Jahr 2014 führt noch einen weiteren Belastungsfaktor an: Gewaltvorfälle. Es haben mit aggressiven Patienten oder Bewohnern fast alle Pflegekräfte Erfahrungen gemacht. Als Folge solcher Vorfälle können neben Verletzungen psychische Belastungen oder Infektionsgefahr (aggressive Patienten Beißen gelegentlich zu) auftreten. Wie bereits dargelegt, gehören psychosoziale Risiken und arbeitsbedingter Stress zu den größten Herausforderungen der Arbeit.⁴³ Bis heute existieren nur wenige Studien, die sich mit diesem Thema intensiv auseinandersetzen.

41 Glaser, J.; Höge, T. (2005): Psychische Belastungen bei Pflegekräften und Ärzten im Krankenhaus. Technische Universität München.

42 Brennert, C. (2014): Gefährdungsbeurteilung in der Pflege-BGW.

43 Europäische Agentur für Sicherheit und Gesundheitsschutz am Arbeitsplatz. Psychosocial risks in Europe.

4. Bildungsansätze

Um die in den vorigen Kapitel eingeführten gesundheitlichen Belastungen von Pflegekräften zu verringern, ihre Berufszufriedenheit zu erhöhen und damit gegen die hohe Fluktuation zu steuern, sollen Fort- und Weiterbildungsmaßnahmen eingesetzt werden. Es wird in diesem Kapitel der Frage nachgegangen, welchen Beitrag Fort- und Weiterbildungsmaßnahmen leisten können um die Belastungen in den Pflege Tätigkeiten zu verringern und die Attraktivität des Pflegeberufes zu erhöhen. Ansatzpunkte sind zum einen entsprechende Reformen der institutionellen und gesetzlichen Rahmenbedingungen, zum anderen geht es um das Führungsverhalten und die organisatorischen Rahmenbedingungen. Es wird allerdings darauf hingewiesen, dass Fort- und Weiterbildungsangebote nur eine begrenzte Wirkung auf die Lösung der Problematik wie die Interaktivität des Pflegeberufs, die Vereinbarkeit von Beruf und Familie sowie Bewältigung arbeitsbedingter Belastungen, haben.

Zum Qualifizierungsbedarf, den die Pflegekräfte benötigen um sich wohl und sicher in dem Beruf zu fühlen, gehört die "Professionalisierung". Zu zentralen Dimensionen gehört das Berufsverständnis, die Arbeit in interdisziplinären Teams, die Interaktion mit Pflegebedürftigen, die eigenständige Wissensbasis und Handlungsautonomie sowie die Organisation pflegerischer Arbeit.⁴⁴ In diesem Zusammenhang wird eine zunehmende Diskrepanz zwischen der Forderung nach Qualitätssicherung, Weiterbildung und Akademisierung der Pflege einerseits und der zunehmenden Beschäftigung von gering qualifizierten Pflegekräften aus Kostengründen andererseits festgestellt.⁴⁵ Daraus resultiert eine Reihe von Problemen, die sich auch auf die gesundheitlichen Belastungen in der Pflege und die Frage des Berufsausstiegs und Wiedereinstiegs auswirken:

4.1. Bildungsansätze für gesundheitsfördernde Pflege

Nachdem im Kapitel drei die typischen und am meisten vorkommenden Problembereiche im Pflegeberuf beschrieben wurden, werden in diesem Kapitel Handlungsbedarfe im Rahmen einer Aus-, Fort- und Weiterbildung festgelegt. Die Bildungsbedarfe beziehen sich einerseits auf die Führungskräfte, mit deren Hilfe eine bessere Gestaltung der Arbeitsbedingungen erreicht werden soll, andererseits auch auf die Pflegenden und Ausbilder/innen an Schulen, deren Wissen und Verhaltensweisen an gesundheitsfördernde Arbeitsbedingungen angepasst werden soll. Die Pflegenden gehören nämlich zu einer Berufsgruppe, die vergleichsweise wenig an der innerbetrieblichen Fortbildung teilnimmt.

Als Instrument zur Erfassung von Fähigkeiten, Defiziten und Gestaltungsmöglichkeiten in der Pflege kann ein AEDP-Strukturmodell der fördernden Prozesspflege eingesetzt werden.⁴⁶ Es handelt sich um einen wissenschaftlichen Ansatz, der Selbständigkeit und Individualität als

44 Blättner, B.; Michelsen, K. (2005): Analyse des Angebotes und des Qualifizierungsbedarfs aus der Sicht von praktisch in der Pflege tätiger Personen.

45 Blättner, B.; Michelsen, K. (2005): Analyse des Angebotes und des Qualifizierungsbedarfs aus der Sicht von praktisch in der Pflege tätiger Personen.

wichtige Zielsetzungen bei der Versorgung pflegebedürftiger Menschen beschreibt. Entwickelt wurde er in direkter Zusammenarbeit zwischen Pflege- und Führungskräften. Eine solche Zusammenarbeit ist sehr wichtig, denn gerade die Mitarbeiter kennen die Defizite in Arbeitsbedingungen am besten und haben sich häufig bereits Gedanken darüber gemacht, wie man oben genannte Belastungen und Probleme lindern kann.

Der Grundgedanke des Ansatzes liegt in den Aktivitäten und existenziellen Erfahrungen im Leben.⁴⁷ Gemeint sind: kommunizieren, sich bewegen, vitale Funktionen, sich pflegen, essen und trinken, sich kleiden, ruhen und schlafen, sich beschäftigen, sich als Mann und Frau fühlen, für eine sichere Umgebung sorgen, den sozialen Bereich des Lebens sichern, mit existenziellen Erfahrungen des Lebens umgehen. Mit den neuen Handlungsfeldern können verschiedene Felder einer ganzheitlichen Prävention in der Pflege erfasst werden.

Die Gesundheit, das Wohlbefinden und die Zufriedenheit der Pflegekräfte ermöglicht Freude am Beruf zu haben und unterstützt ein patientenorientiertes und ein eigenverantwortliches pflegerisches Handeln. Arbeitszufriedenheit lässt sich durch die Art der Arbeit und der auszuführenden Aufgaben bestimmen. Es lassen sich weitere auf die Zufriedenheit wirkende Faktoren bestimmen: Qualität der zwischenmenschlichen Beziehungen, Arbeitsklima, Ausmaß an Professionalität und Autonomie und Bezahlung. Es lässt sich sagen, dass die Zufriedenheit des Personals zu einem großen Teil in den Händen des Managements liegt. Gerade am Anfang der Karriere junger Pflegekräfte ist es wichtig, eine affektive Bindung zu schaffen und den arbeitsbezogenen Fähigkeiten und Erwartungen Aufmerksamkeit zu schenken. Eine gezielte Aus-, Fort- und Weiterbildung sowohl für die Pflegekräfte als auch für das Management sollen die Arbeitszufriedenheit erhöhen. Zum Beispiel durch Fortbildungen mit dem Schwerpunkt pflegespezifischer Tätigkeiten und Kompetenzen werden die Pflegekräfte dabei unterstützt, sich als kompetente Fachkräfte zu fühlen, die eine qualifizierte Unterstützung anbieten können. Auf diese Weise kann man gegen eine potenzielle Unzufriedenheit am Arbeitsplatz steuern. Sie führt nämlich zu Ausfallzeiten, Beschwerden und Fluktuation. Unzufriedene Mitarbeiter haben auch größere Absichten, den Beruf gänzlich zu verlassen.

Zum zweiten Handlungsfeld einer ganzheitlichen Prävention in der Pflege gehört ein „klassischer Arbeitsschutz“, der Unfälle und Berufskrankheiten verhindern soll. Es handelt sich um einen ganzheitlichen Ansatz, der auch Arbeitsinhalte, Arbeitsorganisation und das soziale Miteinander mit einschließt. Um eine reibungslose Umsetzung der gesundheitsschützenden Maßnahmen zu ermöglichen, müssen Fort- und Weiterbildungen (z.B. welche Arbeitsmittel zur Infektions- und Sturzprophylaxe es gibt und Hilfsmittel zum Heben) in den Einrichtungen funktionieren.

Um gesundheitsfördernde Arbeitsplätze zu schaffen, soll ihre Gestaltung so ausgerichtet werden, dass der Bewegungsapparat möglichst viel geschont wird und Rückenbeschwerden

46 Initiative Neue Qualität der Arbeit (2007). INQA: Für eine neue Qualität der Arbeit in der Pflege. Leitgedanken einer Gesunden Pflege. Memorandum. 2007.

47 Initiative Neue Qualität der Arbeit (2007). INQA: Für eine neue Qualität der Arbeit in der Pflege. Leitgedanken einer Gesunden Pflege. Memorandum.

dadurch verhindert werden können. Durch folgende Hilfsmittel kann beim Patiententransfer rückengerechtes Arbeiten erreicht werden: Schieben oder Ziehen soll dem Heben bevorzugt, die Reibung soll reduziert werden und es sollen Höhengefälle, schiefe Ebenen und Rampen ausgenutzt werden. Die Arbeit sollte in Etappen erfolgen, damit der Körper nicht überfordert wird. Der Patient sollte aktiviert werden und dadurch zur körperlichen Entlastung der Pflegekraft beitragen.⁴⁸

Aber auch räumliche Gegebenheiten und selbst die Arbeitskleidung gehören zu diesen Einflüssen. Die „weichen“ Faktoren, wie Ressourcenorientierung, Arbeitsorganisation, Motivation und Selbstpflege runden die Betrachtung der ganzheitlichen Rückengesundheit ab: Es sollen Strategien und Konzepte für rückengerechtes Arbeiten entwickelt werden.⁴⁹ Durch Fortbildungsangebote, Schulungen und Unterweisungen sollen Prozesse der Verhaltensänderungen gesichert werden und Rückenerkrankungen vermieden werden. In diesem Zusammenhang ist darauf hinzuweisen, dass bestehende Bildungsangebote teilweise praxisfern sind. Es existiert bisher keine systematische Bestandsaufnahme von Fortbildung unter dem Aspekt des Abbaus von Arbeitsbelastungen.⁵⁰

Die Soziologen Greenhaus und Beutell definieren den Arbeits- und Familienkonflikt wie eine Art Rollenkonflikt, in dem die Rollenbelastungen des Arbeits- und des Familienbereiches in einigen Punkten miteinander nicht zu vereinbaren sind. Die Vereinbarkeit von Beruf und Familie in der Pflege wird nur in wenigen Studien untersucht. Trotzdem werden Verbindungen zwischen Alter, Geschlecht, Familienstand und Arbeitsstunden gezogen und es wird angenommen, dass sie eine Rolle beim vorzeitigen Ausstieg aus dem Pflegeberuf spielen. Schicht- und Nachtarbeit stellen für die Pflegekräfte eine besondere Belastung dar. Durch die Einbeziehung in die Dienstplanung wird die Vereinbarkeit von Beruf und Familie gefördert. Es können auch individuelle Rücksichten auf die Arbeitsplanung sowohl von älteren als auch jungen Pflegefachkräfte genommen werden. Schulungen über den richtigen Umgang mit Wechselschichtarbeit, z. B. Tipps zur Schlafförderung und zur Anpassung des Biorhythmus, sollen den Betroffenen helfen, die Probleme der Schichtarbeit besser zu bewältigen und dadurch zur besseren Vereinbarkeit mit den Familienpflichten führen.

Wie bereits mehrmals gesagt, ist der Beruf in der Pflege mit hoher emotionaler und psychischer Belastung verbunden. Es ist für die Pflegekräfte oft unmöglich, richtig abzuschalten und sich in den Pausen zu erholen. Für die Ausübung dieses Berufes ist es allerdings unentbehrlich mit schwierigen Situationen umgehen zu können. Die emotionale Anteilnahme, die von den Arbeitern verlangt wird, erfordert ein hohes Maß an

48 Michaelis, M; Hermann, S. (2010): Evaluation des Pflegekonzepts Rückengerechter Patiententransfer in der Kranken- und Altenpflege. Langzeit-Follow-up zur Ermittlung der Nachhaltigkeit präventiver Effekte. Dortmund.

49 Hermann, S.; Caffier, G. (2009): Ergonomie in Krankenhaus und Klinik. Gute Praxis in der Rückenprävention. Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin. BAuA.

50 Rückengerechtes Arbeiten in der Pflege und in der Betreuung (2007): Deutsche gesetzliche Unfallversicherung.

Professionalität. Eine wichtige Voraussetzung dafür ist die Fähigkeit zur Selbstreflexion; und die muss geschult werden. Durch regelmäßige Fort- und Weiterbildung, die sich mit Wertvorstellungen, Normen oder Rollenerwartungen in der Pflege beschäftigt, lernen die Pflegekräfte über ihre Einstellungen zu reflektieren und mit den schwierigen Situationen des Berufsalltags besser umzugehen. Des Weiteren bieten Schulungen über Konzepte und Handlungshilfen, wie Mitarbeiter in akuten Krisensituationen unterstützt werden können, zusätzliche Sicherheit.

Burn-out im Pflegeberuf betrifft etwa 25% der Pflegekräfte (vor allem Menschen in pflegerischen, sozialen und medizinischen Berufen leiden unter diesem Syndrom, Frauen seien davon stärker betroffen als Männer, da sie sich z. B. weniger offensiv gegen ungünstige Arbeitsbedingungen oder Mobbing wehrten als Männer). Es handelt sich um einen Zustand emotionaler Erschöpfung und dem Gefühl der Inkompetenz. Anfangs führt er zum Beispiel zu chronischer Müdigkeit, Schlaflosigkeit, Energie- und Konzentrationsmängeln, im Endstadium bis hin zu schweren Depressionen, Angstzuständen, äußerster Verzweiflung und Selbstmordgedanken. Es ist allerdings wichtig zu sagen, dass der Arbeitsort eine wichtige Rolle spielt, zum Beispiel leiden Pflegekräfte, die in der Onkologie arbeiten, öfter an Burn-out als die Kollegen aus der Geriatrie. Lange anhaltende Belastung und Stress am Arbeitsplatz und im Arbeitsumfeld, Unzufriedenheit mit Beruf-, Arbeitsplatz- und Arbeitsklima und Arbeitsbedingungen und der Situation in der Familie gelten als häufigste Auslöser für Burnouts bzw. Burnout-Syndrome. Durch Stressreduktion wie Arbeitspausen, Spaziergänge, Wanderungen oder Schwimmbadbesuche, Sport, Freizeitaktivitäten, Kurz-Urlaube und die Pflege sozialer Kontakte ist es stets möglich, Burnouts vorzubeugen. Auch bei bereits Betroffenen wirken diese Maßnahmen, denn sie entführen sie aus der ihre Gedanken bestimmenden Arbeitswelt.⁵¹

Zu weiteren möglichen Ursachen psychischer Belastungen gehören Über- und Unterforderungen, die unbedingt vermieden werden sollen. Die beruflichen Anforderungen werden nämlich nur dann als sinnvoll erlebt, wenn die Qualifikation mit den tatsächlich zu erfüllenden Aufgaben übereinstimmt. Aktiver Führungsstil kann dabei eine große Auswirkung haben. Studien belegen, dass Pflegepersonal, das durch aktives Management gesteuert wird, höhere Qualitätsstandards einbringen können.⁵² Dabei spielen Fort- und Weiterbildungsmaßnahmen eine wichtige Rolle, denn sie ermöglichen, Defizite zu überwinden und eröffnen neue Perspektiven. Durch den Erwerb von neuen Kompetenzen können sich Pflegekräfte beruflich weiterentwickeln. Um mit möglicher Überforderung umgehen zu können, sollten Pflegekräfte Selbstmanagement beherrschen. Dazu gehören ein gutes Zeitmanagement, sowie Stress- und Konfliktmanagement, die in Seminaren und Schulungen gelernt werden können.⁵³

51 www.pflege.de; Burn-out in Pflegeberufen.

52 Stordeur, S.; D'hoore, W. (2005): Führungsqualität, Arbeitszufriedenheit und berufliche Bindung von Pflegekräften. BAuA.

53 Gerstner, A. (2006): Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege-BGW.

Um sich auf dem Arbeitsplatz wohl zu fühlen ist es nicht nur wichtig, positive Rückmeldung von der Führung zu haben, sondern auch gute zwischenmenschliche Beziehungen. Darüber hinaus fördert ein gesundes Arbeitsklima mit der Unterstützung von Kollegen und Vorgesetzten die professionelle Entwicklung des Einzelnen. Im Mittelpunkt eines positiven Arbeitsklimas steht die direkte Verbindung zwischen dem Individuum und dem Vorgesetzten. Eine positive Rückmeldung und direkte Kommunikation fördert die Weiterentwicklung der Fähigkeiten des Arbeitnehmers. Im Umfeld der Pflege ist es besonders wichtig, durch ständiges Lernen Kompetenzen und Fähigkeiten zu erhöhen. Dies bringt auch eine soziale Unterstützung von direkten Kollegen mit sich. Die Anerkennung der Pflege als eigenständiges Aufgabengebiet im Kontrast zu einer Sichtweise als überwiegend medizinische Assistenztätigkeit wäre mit einer größeren, auch zeitlichen Autonomie pflegerischen Handelns verbunden. Der Mangel an Anerkennung und Wertschätzung ist für die pflegende Person sehr wichtig.

Um die Pflege patientenorientiert betreiben zu können, sollten Unterbrechungen der unmittelbar pflegerischen Arbeit möglichst stark eingeschränkt werden. Die Pflegenden sollten über die notwendigen Behandlungs- und Pflegeabläufe umfassend informiert werden. Eine planvolle Pflege wäre dann möglich, wenn die Anzahl der gleichzeitig zu versorgenden Patienten geringer wäre. Eine größere Autonomie der Patienten (z. B. Essensversorgung für mobile Patienten am Buffet über einen größeren Essenszeitraum hinweg) würde einen solchen ganzheitlichen Arbeitsvollzug zusätzlich erleichtern.

Die angeführten Fort- und Weiterbildungsmaßnahmen für Pflegekräfte können gesundheitliche Belastungen verringern, die Berufszufriedenheit erhöhen und damit einem sich abzeichnenden Mangel an Pflegekräften und einem Ausstieg aus der Pflagetätigkeit entgegenwirken.

Literaturverzeichnis

AOK Bayern. 2003. Betriebliche Gesundheitsförderung. Krankenstand Statistik.

Blätner, B.; Michelsen, K.; Sichtung, J.; Stegmüller, K. (2005): Analyse des Angebotes und des Qualifizierungsbedarfs aus der Sicht von praktisch in der Pflege tätiger Personen. Dortmund. Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin.

Brennert, C. (2014): Gefährdungsbeurteilung in der Pflege-BGW.

DARES. Agency for Research, Studies and Statistics.

Das AOK-Forum für Politik, Praxis und Wissenschaft. Spezial Pflege für die Pflege. 11/2011.

Destatis. Statistisches Bundesamt. 1992. Klassifikation der Berufe.

Detlef, F. (2007): Initiative Neue Qualität der Arbeit – INQA. Leitgedanken einer Gesunder Pflege-Memorandum. Dortmund.

Deutscher Berufsverband für Pflegeberufe. 2011. Advanced Nursing Practice in Deutschland.

European Foundation for the Improvement of Working and Living Conditions. “Psychosoziale Risiken in Europa: Prävalenz und Präventionsstrategien“.

European Agency for Safety and Health at Work. Expert forecast on emerging physical risks related to occupational safety and health. Luxembourg. Publications Office of the European Union. 2005.

Europäische Agentur für Sicherheit und Gesundheitsschutz am Arbeitsplatz.

www.osha.europa.eu. Psychosocial risks in Europa.

Europäische Agentur für Sicherheit und Gesundheitsschutz am Arbeitsplatz. 2012. Drivers and barriers for psychosocial risk management: an analysis of the findings of the European Survey of Enterprises on New and Emerging Risks (ESENER). Report.

Europäische Agentur für Sicherheit und Gesundheitsschutz am Arbeitsplatz. Psychosoziale Risiken in Europa: Prävalenz und Präventionsstrategien. Zusammenfassung.

Europäische Kommission. 2013. Kurzbericht: Zweckorientierte Migrationspolitik gegen Fachkräftemangel in der Pflege.

Europäische Kommission. 2014. Würde im Alter – Reformprioritäten im Pflegedienstleistungsbereich.

Europäische Kommission. Mitteilung der Kommission an das Europäische Parlament, den Rat, den Europäischen Wirtschafts- und Sozialausschuss und den Ausschuss der Regionen über einen strategischen Rahmen der EU für Gesundheit und Sicherheit am Arbeitsplatz 2014-2020.

Europäische Kommission. 2013. Kurzbericht: Zweckorientierte Migrationspolitik gegen Fachkräftemangel in der Pflege. EC.

Europäische Kommission. 2014. Würde im Alter – Reformprioritäten im Pflegedienstleistungsbereich.

Eurostat. 2006. Bevölkerungsstatistik. Amt für amtliche Veröffentlichungen Europäischer Gemeinschaften. Luxembourg.

Eurostat. 2012. Statistiken zur Gesundheitsversorgung.

Flash Eurobarometer über Arbeitsbedingungen.

http://ec.europa.eu/public_opinion/archives/flash_arch_404_391_en.htm#398.

Gerstner, A. (2006): Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege.

Glaser, J.; Höge, T. (2005): Probleme und Lösungen in der Pflege aus der Sicht der Arbeits- und Gesundheitswissenschaften. Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin. BAuA. Dortmund/Berlin/Dresden.

Glaser, J.; Höge, T. (2005): Psychische Belastungen bei Pflegekräften und Ärzten im Krankenhaus. Technische Universität München.

Gesundheitsmanagement in Krankenhäusern und Pflegeeinrichtungen. Iso Institut.

Hasselhorn, H.; Müller, B.; Tackenberg, P. (2005): Die Untersuchung des vorzeitigen Ausstiegs aus dem Pflegeberuf in Europa – Europäische NEXT Studie.

Hasselhorn, H.; Ebener, M. (2014): Gesundheit, Arbeitsfähigkeit und Motivation bei älter werdenden Belegschaften. Fehlzahlen-Report. Berlin.

Hasselhorn, H.; Müller, B. (2005): Berufsausstieg bei Pflegepersonal. Arbeitsbedingungen und beabsichtigter Berufsausstieg bei Pflegepersonal in Deutschland und Europa. BAuA.

Hermann, S.; Dr. Caffier, G. (2009): Ergonomie in Krankenhaus und Klinik. Gute Praxis in der Rückenprävention. Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin. BAuA.

Institut für Wirtschaftsforschung DIW; www.diw.de/deutsch

Institut für Demoskopie Allensbach. Pflege in Deutschland. 2009. Ansichten der Bevölkerung über Pflegequalität und Pflegesituation.

Institut für Public Health and Pflegeforschung. 2011. Universität Bremen. Kompetenzmessung in der Pflegeausbildung.

International Labour Organisation: Recommendation 157 concerning employment and condition of work and life for nursing personnel (1977). Geneva. International Labour Office. 1986.

Initiative Neue Qualität der Arbeit (2007). INQA: Für eine neue Qualität der Arbeit in der Pflege. Leitgedanken einer Gesunden Pflege. Memorandum.

Institut für Public Health and Pflegeforschung. 2011. Universität Bremen. Kompetenzmessung in der Pflegeausbildung.

Jahresbericht 2005-2007 der Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin. 2008. Für sichere, gesunde und wettbewerbsfähige Arbeitsplätze. Dortmund.

Kordt, M. (2013): DAK-Gesundheitsreport. Berlin.

Knüppel, J. (2010): Zahlen-Daten-Fakten „Pflege“. Deutscher Berufsverband für Pflegeberufe. Berlin.

Michaelis, M.; Hermann, S. (2010): Evaluation des Pflegekonzepts Rückengerechter Patiententransfer in der Kranken- und Altenpflege. Langzeit-Follow-up zur Ermittlung der Nachhaltigkeit präventiver Effekte. Dortmund.

Qualifizierung in Gesundheits- und Pflegeberufen. In: Zeitschrift des Bundesinstituts für Berufsbildung. W. Bertelsmann Verlag. 41 Jahrgang. 6/2012.

Richtlinie 2005/36/EG des Europäischen Parlaments und des Rates vom 7. September 2005 über die Anerkennung von Berufsqualifikationen.

Rückengerechtes Arbeiten in der Pflege und in der Betreuung. Deutsche gesetzliche Unfallversicherung. 2007.

Stordeur, S.; D'hoore, W. (2005): Führungsqualität, Arbeitszufriedenheit und berufliche Bindung von Pflegekräften. Baua.

The International Confederation of Midwives' study of essential competencies of midwifery practice. 2002.

www.pflege2011.de: Im-Dialog: Zukunft der Pflege. 2011.