



AMS report

68

Andrea Egger-Subotitsch, Marie Jelenko, René Sturm (Hg.)

Betriebliche Gesundheitsförderung in der mobilen und stationären Pflege

Beiträge zur Fachtagung

»Gesund pflegen und gesund bleiben! – Betriebliche Gesundheitsförderung in der mobilen und stationären Pflege«
vom 20. Mai 2008 in Wien

Herausgegeben vom
Arbeitsmarktservice Österreich

Andrea Egger-Subotitsch, Marie Jelenko, René Sturm (Hg.)

Betriebliche Gesundheitsförderung in der mobilen und stationären Pflege

Beiträge zur Fachtagung

»Gesund pflegen und gesund bleiben! – Betriebliche Gesundheitsförderung in der mobilen und stationären Pflege«
vom 20. Mai 2008 in Wien

Herausgegeben vom
Arbeitsmarktservice Österreich

Medieninhaber und Herausgeber: Arbeitsmarktservice Österreich, Abt. Arbeitsmarktforschung und Berufsinformation, Maria Hofstätter, René Sturm, A-1200 Wien, Treustraße 35–43 • Verlegt bei Communicatio – Kommunikations- und PublikationsgmbH, Wien, November 2009 • Grafik und Titelfoto: Lanz, A-1030 Wien • Druck: Ferdinand Berger & Söhne Ges.m.b.H., A-3580 Horn

© Arbeitsmarktservice Österreich 2009

Verlegt bei Communicatio – Kommunikations- und PublikationsgmbH, A-1190 Wien

ISBN 978-3-85495-249-X

Inhalt

Einleitung	5
-------------------------	----------

Marie Jelenko

Berufsverläufe in der Diplomierten Pflege – Zwischen Belastung und Sicherheit. Ergebnisse aus einer Studie im Auftrag des AMS Österreich	7
---	----------

1	Einleitung	7
2	Methodisches Vorgehen	8
3	Ausgewählte Ergebnisse	9
3.1	Motive für die Ausübung des Pflegeberufes	9
3.2	Ausbildung und Praxiserfahrung	10
3.3	Der Berufseinstieg	11
3.4	Fort- und Weiterbildungen	12
3.5	Berufliche Verläufe: Wechsel, Karrieren und Unterbrechungen	14
3.6	Parameter für die berufliche Entwicklung	15
3.7	Positive und negative Seiten des Pflegeberufes	16
4	Resümee	18
5	Literatur	20

Ingrid Spicker

Betriebliche Gesundheitsförderung (BGF) in der mobilen Pflege und Betreuung	22
--	-----------

1	Einleitung	22
2	Arbeitsbedingungen in der mobilen Pflege und Betreuung: Merkmale und Besonderheiten	23
3	Belastungen, Ressourcen und Gesundheit	24
4	BGF: Definition, Konzept und Ablauf	26
5	Herausforderungen in der Umsetzung von BGF	27
6	Strategien für eine nachhaltige BGF in der mobilen Pflege und Betreuung	28
7	Ansatzpunkte für BGF-Maßnahmen in Pflege- und Sozialdiensten	30
7.1	Förderung von sozialer Vernetzung, Kommunikation und Austausch	30
7.2	Förderung einer vertrauensvollen Zusammenarbeit	31
7.3	Förderung einer »gesunden« Führungskultur	31
8	Resümee	32
9	Literatur	33

Marie Jelenko

Unternehmerische, politische und gesellschaftliche Herausforderungen für die Betriebliche Gesundheitsförderung in der Pflege. Ergebnisse der Podiumsdiskussion	35
---	-----------

1	Maßnahmen in der Pflege	35
2	Künftige Herausforderungen	36

3	Frauen und Ältere als spezifische Zielgruppen	37
4	Die Pflege als uneinheitliches Feld	38
5	Grenzen zwischen unternehmerischer und gesellschaftlicher Verantwortlichkeit	39
6	Resümee	40
7	Literatur	40

Anhang 1

Beispielprojekt zur Gesundheitsförderung in der mobilen Pflege – Volkshilfe Wien: »Ich tu' was für mich! Arbeitsbewältigung und lang- fristiger Verbleib am Arbeitsplatz »Mobile Pflege und Betreuung«	41
---	-----------

Anhang 2

Beispielprojekt der Gesundheitsförderung im stationären Bereich – Krankenhaus Hietzing: »Pflege braucht Erfahrung – Erfahrung braucht Pflege«: Jung und Alt profitieren voneinander	44
--	-----------

Einleitung

Besonders jene Menschen, die für die Gesundheit anderer Menschen arbeiten, sind von gesundheitlichen Belastungen in ihrer Arbeit betroffen. Dazu gehören sowohl physische, zum Teil extrem hohe Belastungen durch Heben und Stützen, als auch psychische Belastungen, die die direkte Arbeit mit kranken Menschen mit sich bringt. Zeitdruck und administrativer und organisatorischer Aufwand in der mobilen Pflege, Schichtdienst in der stationären Pflege und relativ wenig Gestaltungsmöglichkeiten der eigenen Karriere belasten gerade eine Berufsgruppe, die in Zukunft noch viel stärker gefragt sein wird. Welche Möglichkeiten gibt es für das Pflegepersonal, die gesundheitlichen Belastungen in der Arbeit zu reduzieren und die Ressourcen der einzelnen Beschäftigten zu stärken? Betriebliche Gesundheitsförderung (BGF) könnte eine Antwort sein.

Am 20. Mai 2008 fand im Kardinal-König-Haus in Wien die Fachtagung »Gesund pflegen und gesund bleiben! – Betriebliche Gesundheitsförderung in der mobilen und stationären Pflege« statt. Veranstaltet wurde diese Fachtagung von der Abt. Arbeitsmarktforschung und Berufsinformation des AMS Österreich (www.ams.at), von der Caritas Österreich (www.caritas.at) und vom sozialwissenschaftlichen Forschungs- und Beratungsinstitut abif (www.abif.at). Der vorliegende Tagungsband enthält Artikel der Vortragenden und eine Zusammenfassung der Podiumsdiskussion dieser Veranstaltung. Präsentationen verschiedener Projekte zur Betrieblichen Gesundheitsförderung (BGF) schließen den Band ab.

Mag.^a Andrea Egger-Subotitsch

Mag.^a Marie Jelenko, abif

abif – Analyse, Beratung und interdisziplinäre Forschung

www.abif.at

René Sturm

AMS Österreich, Abt. Arbeitsmarktforschung und Berufsinformation

www.ams-forschungsnetzwerk.at

Marie Jelenko¹

Berufsverläufe in der Diplomierten Pflege – Zwischen Belastung und Sicherheit

**Ergebnisse aus einer Studie im Auftrag des AMS
Österreich**

1 Einleitung

Der Bedarf an Gesundheits- und Krankenpflegepersonen ist weiterhin im Steigen begriffen.² Der Arbeitsmarkt wird mit dieser steigenden Nachfrage aber langfristig überfordert sein. Schon heute sind in der Gesundheits- und Krankenpflege eine relativ hohe Rate an Ausbildungsabbrüchen und starke Diskontinuitäten (Unterbrechungen, Wechsel bis hin zum vorzeitigen Ausstieg) im Berufsverlauf zu beobachten. Der demographische Wandel der nächsten 20 bis 30 Jahre wird die Arbeitsmarktsituation im Pflegebereich verschärfen, sofern nicht rechtzeitig gegengesteuert wird. Dies betrifft nicht nur Österreich, sondern ist ein Phänomen, das in nahezu allen europäischen Ländern zu beobachten ist. Denn der Anteil an jüngeren ArbeitnehmerInnen wird abnehmen, der Anteil an älteren ArbeitnehmerInnen wird ansteigen, und immer mehr Menschen werden zur Altersgruppe der 65+ zählen.³

Damit stellt sich zunehmend die Frage, wie Interesse am Pflegeberuf geweckt werden kann, was die Attraktivität des Berufes ausmacht, wie diese gesteigert werden kann und wie und unter welchen Bedingungen die Bindung an den Pflegeberuf gestärkt werden kann. Diese Fragestellungen fanden auch in dieser vom AMS Österreich (Abteilung Arbeitsmarktforschung und Berufsinformation/ABI) beauftragten und von den beiden Sozialforschungsinstituten abif und SORA durchgeführten Studie Berücksichtigung.⁴ Der Schwerpunkt der Untersuchung lag insbesondere auf Aus- und Weiterbildungsmöglichkeiten, der Arbeitssituation sowie auf beruflichen Verläufen im Gesundheits- und Krankenpflegebereich.

1 Mag.^a Marie Jelenko ist Soziologin und als wissenschaftliche Projektmitarbeiterin bei abif tätig. Ihre Forschungsschwerpunkte sind Arbeit, Gender, Work-Life-Balance, Gesundheit und Ernährung.

2 Vgl. ÖBIG 2006.

3 Vgl. www.next.uni-wuppertal.de [12.8.2008]. Die aktuelle Europäische Studie NEXT (Nurses' Early Exit Study) beschäftigt sich mit den Ursachen, Umständen und Folgen des vorzeitigen Berufsausstieges aus dem Pflegeberuf, insbesondere mit der Frage nach der Bedeutung dieses Schrittes für die betroffenen Pflegepersonen, für die Pflegeinstitutionen und das Gesundheitswesen im Allgemeinen.

4 Marie Jelenko, Isabella Kaupa u. a. (2007): Erwerbsbiographien und Qualifikationsprofile von Diplomierten Pflegebediensteten, Studie im Auftrag des AMS Österreich, Wien, Download im Menüpunkt »Publikationen« unter www.ams-forschungsnetzwerk.at.

Die Ergebnisse zeigen, dass Berufsverläufe im Gesundheits- und Krankenpflegeberuf wesentlich durch Arbeitsplatzsicherheit und Arbeitskräftemangel auf der einen Seite sowie das Bewusstsein der Endlichkeit persönlicher Belastungsfähigkeit und die Abgrenzung vom Altenpflegebereich auf der anderen Seite bestimmt werden. Auch das Geschlecht hat entscheidenden Einfluss.

2 Methodisches Vorgehen

Im Rahmen der Studie wurden quantitative und qualitative Methoden angewandt und in einem integrativen Design miteinander verknüpft. Zunächst dienten fünf ExpertInneninterviews der Exploration des Forschungsfeldes. Darauf folgten eine quantitative Befragung von 376 Gesundheits- und Krankenpflegepersonen und schließlich fünf qualitative problemzentrierte Interviews aus dem gleichen Sample.

Die Interviews mit ExpertInnen basieren auf einem strukturierten Leitfaden. Sie wurden mit drei berufsnahen Personen (aus Berufsverbänden und Ausbildungseinrichtungen) und zwei ArbeitsmarktexpertInnen (AMS, Forschungsinstitut) im April 2006 geführt. Diese lieferten einen Einblick in praktische Erfahrungen der beruflichen Tätigkeit, einen Überblick über Trends, Herausforderungen und Potenziale des Berufes.

Die Kombination aus schriftlicher Befragung und qualitativen Interviews zur Erfassung der beruflichen Verläufe von Pflegepersonen entsprach einem Phasenmodell.⁵ Interessierte TeilnehmerInnen gaben im Rahmen der schriftlichen Befragung freiwillig ihre Kontaktdaten (E-Mail-Adresse und/oder Telefonnummer) an und wurden anschließend basierend auf den Ergebnissen der quantitativen Typenbildung für ein qualitatives Interview eingeladen. Relevante Kriterien für die Auswahl der InterviewpartnerInnen waren das Geschlecht, berufliche Unterbrechungen, die aktuelle Erwerbstätigkeit oder Arbeitslosigkeit und vorhandene Leitungsfunktion oder auch eine Spezialisierung auf ein Fachgebiet.

Für die quantitative Befragung wurden im Mai und Juni 2006 Pflegepersonen von Krankenhäusern, Pflegeheimen und Mobilen Pflegediensten in Wien und Niederösterreich dazu eingeladen, an der schriftlichen Befragung teilzunehmen. Insgesamt wurden 683 Fragebögen verteilt und 381 retourniert (Rücklaufquote 56 Prozent). Die TeilnehmerInnen an dieser Studie sind durch folgende Merkmale charakterisiert: 86 Prozent sind Frauen, 14 Prozent sind Männer. Das Durchschnittsalter der Befragten liegt bei 38 Jahren. 60 Prozent der in der Pflege Beschäftigten geben an, keine betreuungspflichtigen Kinder (bis zum Alter von 15 Jahren) zu haben. 21 Prozent berichten über ein Kind, 16 Prozent über zwei betreuungspflichtige Kinder.

Der qualitative Teil der Untersuchung zielte auf die Herausarbeitung struktureller Bedingungen, Entscheidungsprozesse und Motivlagen für Erwerbsverläufe in der Gesundheits- und Kran-

5 Vgl. Uwe Flick 1995.

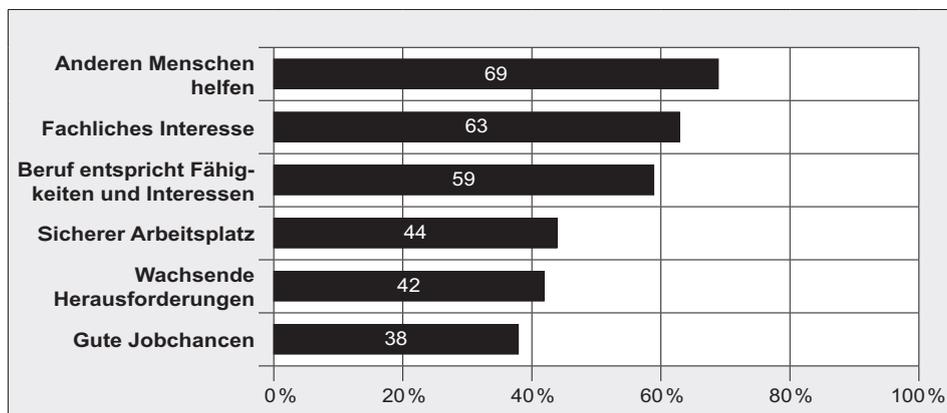
kenpflege ab. Fünf problemzentrierte Interviews⁶ mit Fokus auf berufsrelevante biographische Aspekte wurden hierfür geführt. Die auf Tonband aufgezeichneten Interviews wurden anschließend vollständig und wörtlich transkribiert. Die Auswertung der Interviews fand unter Berücksichtigung der Grobanalyse nach Froschauer und dem analytischen Verfahren der Grounded Theory statt.⁷

3 Ausgewählte Ergebnisse

3.1 Motive für die Ausübung des Pflegeberufes

Zentrales Motiv, um den Beruf der Diplomierten Gesundheits- und Krankenpflegeperson zu ergreifen, ist der Wunsch, anderen Menschen zu helfen (69 Prozent). Auch fachliches Interesse und die Übereinstimmung zwischen den Anforderungen des Berufes und den eigenen Interessen und Fähigkeiten spielten bei jeweils rund sechs von zehn StudienteilnehmerInnen eine wichtige Rolle für die Berufswahl. In diesem Sinne sind die Diplomierten Pflegekräfte im Einklang mit der Berufswahltheorie von Holland dem sozialen Typ zuzuordnen, der zu pflegerischen, lehrenden und fortbildenden Arbeiten mit anderen Menschen tendiert. Dabei beschreibt Holland die Verknüpfung von Persönlichkeit (z. B. sozialer Typ) und Beruf (z. B. Pflege) als erstrebenswert, da sich eine hohe Kongruenz zwischen der eigenen Persönlichkeit (eigene Interessen und Fertigkeiten) einerseits und der Umwelt (Anforderungen des Berufes und der Ausbildung) andererseits positiv auf die Stabilität der Berufsausübung, die Zufriedenheit und die Leistung auswirkt.⁸

Abbildung 1: Motive der Berufswahl, in Prozent



Quelle: Jelenko u. a. 2007 (Angaben in gültigen Prozent; n=376, davon 86 Prozent Frauen)

⁶ Vgl. Andreas Witzel 2000.

⁷ Vgl. Ulrike Froschauer 1992; Anselm Strauss 1998.

⁸ Vgl. John L. Holland 1985.

Im Hinblick auf geschlechtsspezifische Unterschiede fällt auf, dass der Gesundheits- und Krankenpflegeberuf nur bei 50 Prozent der Männer der gewählte Erstberuf ist, dagegen bei fast 80 Prozent der Frauen.⁹ Diese Unterschiede können ebenso wie der insgesamt hohe Frauenanteil in der Gesundheits- und Krankenpflege dadurch erklärt werden, dass vielen Frauen schon in der Kindheit stärker die Rolle als »helfende und dienende« Person zugewiesen wurde und sie zum Teil pflegerische Aufgaben bei Familienmitgliedern übernahmen. Folge davon ist eine intensivere Auseinandersetzung mit der Arbeit einer »Krankenschwester«, die zur Identifikation mit dem Beruf von klein auf führen kann. Bei Männern haben dagegen die Motive »Gute Jobchancen« (49 Prozent vs. 36 Prozent) und »Gute Karriere- und Aufstiegsmöglichkeiten« (15 Prozent vs. sieben Prozent) vergleichsweise mehr Gewicht als bei Frauen. In jüngeren Generationen gewinnen arbeitsmarktorientierte Überlegungen, wie z. B. »Gute Jobchancen« und »Sicherheit des Arbeitsplatzes« bei beiden Geschlechtern, an Bedeutung.

3.2 Ausbildung und Praxiserfahrung

Die Ausbildung zur/zum Diplomierten Gesundheits- und KrankenpflegerIn kann bereits nach zehn absolvierten Schuljahren begonnen werden und dauert drei Jahre. Sie findet an Gesundheits- und Krankenpflegeschulen statt, erfolgt im Rahmen einer 40-Stunden-Woche und umfasst abwechselnd Praxis- (mindestens 2.480 Stunden) und Theorieeinheiten (mindestens 2.000 Stunden). Hinzu kommen noch 120 Stunden vertiefender oder erweiternder Unterricht als schulautonomer Schwerpunkt. Als wichtige persönliche Voraussetzungen für den Beruf werden u. a. körperliche und geistige Gesundheit, psychische und physische Belastbarkeit, Einfühlungsvermögen, Kontaktfähigkeit, Respektierung anderer Personen, Verschwiegenheit und Diskretion gefordert.¹⁰

Aufgrund hoher Praxisanteile sind die psychischen und sozialen Anforderungen des Pflegeberufes schon während der Ausbildung groß, z. T. sind Ausbildungsabbrüche die Folge. Laut Pflegebericht betrug die Drop-out-Rate der Auszubildenden in Österreich im Jahrgang 2002/2003 zwischen 18 und 25 Prozent.¹¹ In der hier vorgestellten Studie bezeichnet rund ein Drittel der Befragten die praktische Ausbildung als Belastung bzw. auch als »Praxischock«. Als positive Bedingungen für die Absolvierung eines Praktikums konnten im Rahmen der qualitativen Untersuchung folgende zentrale Gestaltungselemente herausgearbeitet werden: flache Hierarchien auf der Station, eine gute Integration ins Team verbunden mit der Möglichkeit zu eigenverantwortlichem Handeln (z. B. Einlernen jüngerer durch ältere PflegeschülerInnen). Problematisch ist dagegen ein junges Ausbildungsalter, durch das ein rasantes Abfallen des beruflichen Engagements bis hin zum Ausbildungsabbruch begünstigt wird. Denn bei jungen Auszubildenden sind das Verantwortungsbewusstsein und die Fähigkeit zur Verantwortungs-

9 Mit einem Frauenanteil von rund 87 Prozent kann die Diplomierte Pflege als »typischer Frauenberuf« bezeichnet werden.

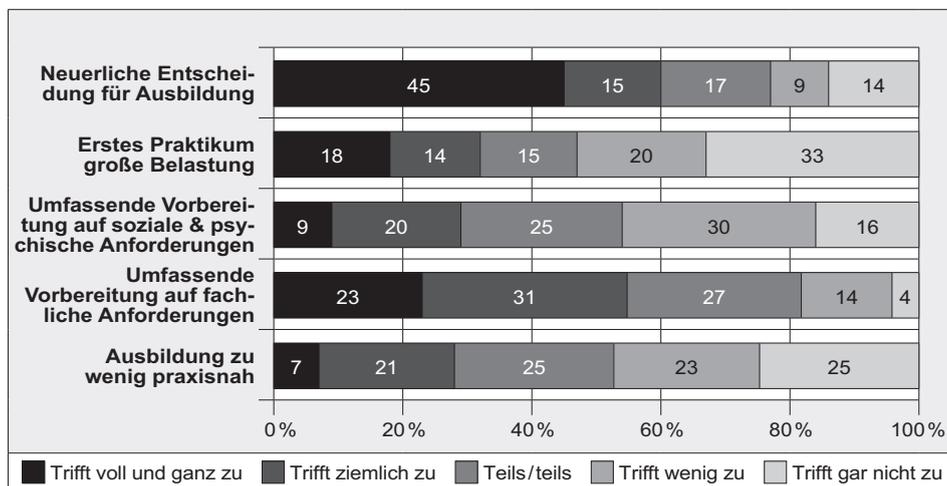
10 Vgl. ÖGKV 2004; ÖBIG 2006.

11 Vgl. ÖBIG 2006.

übernahme oft noch wenig ausgeprägt bzw. nur unzureichend reflektiert, zumal sie zusätzlich mit ihrem eigenen Erwachsenwerden »mehr als ausgelastet« sind. Die Konfrontation mit den Problemen anderer Menschen, mit Leid und Tod wird dann oft als Überlastung erlebt. Daneben bedeutet die Differenz zwischen Theorie und Praxis vielfach eine Überforderung für die Auszubildenden und BerufseinsteigerInnen. Denn oft kann das Gelernte aus unterschiedlichen Gründen (z. B. Zeitmangel, fehlende Ressourcen) nicht entsprechend in die Praxis umgesetzt werden, zum Teil werden auch Überschreitungen von Vorschriften von den Betroffenen erwartet. Gleichzeitig wissen diese, dass sie für Menschenleben verantwortlich sind und, falls etwas »schiefgeht«, auch zur Verantwortung gezogen werden können.

Retrospektiv sehen die Befragten die fachliche Vorbereitung auf die Anforderungen des Berufes im Rahmen der Ausbildung mehrheitlich als gelungen (54 Prozent), und auch die Praxisnähe der Ausbildung wird positiv eingeschätzt. Dagegen stellt die Vorbereitung auf die psychischen und sozialen Anforderungen des Berufes den größten Kritikpunkt an der Ausbildung dar (siehe Abbildung 2).

Abbildung 2: Beurteilung der Ausbildung, in Prozent



Quelle: Jelenko u. a. 2007 (Angaben in gültigen Prozent; n=376, davon 86 Prozent Frauen)

3.3 Der Berufseinstieg

Der Übergang zwischen Ausbildung und Einstieg in den Pflegeberuf erfolgt nahezu fließend. Dies hängt wesentlich damit zusammen, dass Schulen für Gesundheits- und Krankenpflege nur an oder in Verbindung mit Krankenanstalten errichtet und geführt werden dürfen (vgl. §49 des Gesundheits- und Krankenpflegegesetzes). In diesem Sinne ist es auch wenig überraschend, dass 44 Prozent der Befragten an ihrem Ausbildungsort ihre erste Stelle fanden und weitere 19 Prozent aufgrund von Praktika während der Ausbildung Kontakte zu ihrem ersten Dienstgeber knüpften.

Wie schon der Abschnitt zur Berufswahl zeigte, ist die gute Stellung von Gesundheits- und Krankenpflegepersonen am Arbeitsmarkt ein wesentliches Plus des Berufes. Das spiegelt sich in den Ergebnissen der quantitativen Befragung zum Berufseinstieg ebenfalls wider: Rund drei Viertel der Beschäftigten stiegen unmittelbar im Anschluss an ihre Ausbildung ins Berufsleben ein. Nur bei zehn Prozent dauerte die Stellensuche länger als einen Monat, wobei in jüngeren Ausbildungsjahrgängen der Zeitraum tendenziell länger wird.

Die qualitative Untersuchung verweist zudem auf ein hohes Zufriedenheitspotenzial von BerufseinsteigerInnen mit dem ersten Arbeitsplatz. Da diese ihren Arbeitsplatz bereits relativ gut kennen und sich bewusst für ihn entschieden haben, sind sie – zumindest zu Beginn – mit ihrer ersten Stelle auch zufrieden. Unterschiede zur praktischen Ausbildung sind vor allem mit höherer Verantwortung und höherem Administrationsaufwand der Diplomierten Pflegepersonen sowie mit den neuen Arbeitszeiten verbunden. Dabei betonen alle qualitativen InterviewpartnerInnen, dass ihnen die Nachtdienste zunächst nichts ausmachten, es im Gegenteil sogar manchmal als besondere Qualität erlebt wurde, längere anstrengende Dienste und dafür länger durchgehende Freizeiten zu haben. Gleichzeitig zählen die Beanspruchungen der langen Dienste, insbesondere die Nachtdienste mit zunehmendem Alter, zu den Risikofaktoren des Berufes schlechthin.

3.4 Fort- und Weiterbildungen

Innerhalb des Gesundheits- und Krankenpflegeberufes bestehen laut Gesundheits- und Krankenpflegegesetz die in der folgenden Übersicht dargestellten Fort- und Weiterbildungsmöglichkeiten.

Übersicht: Aus- und Weiterbildungsmöglichkeiten

(Spezielle) Grundausbildung in der allgemeinen Gesundheits- und Krankenpflege bzw. in der psychiatrischen Gesundheits- und Krankenpflege oder in der Kinder- und Jugendlichenpflege		
Sonderausbildungen	Weiterbildungen	Verpflichtende Fortbildungen
<ul style="list-style-type: none"> • Spezialaufgaben (z. B. Kinder- und Jugendlichenpflege, psychiatrische Gesundheits- und Krankenpflege, Intensivpflege) • Lehraufgaben • Führungsaufgaben 	von mindestens vier Wochen zur Erweiterung der Kenntnisse in einem spezifischen Gebiet (z. B. Pflege von alten Menschen und chronisch Kranken, Hauskrankenpflege, Arbeitsmedizinische Tätigkeiten, onkologische Pflege)	Alle fünf Jahre mindestens 40 Stunden zum neuesten Stand der fachlichen und wissenschaftlichen Erkenntnisse

Quelle: Gesundheits- und Krankenpflegegesetz, siehe auch www.oegkv.at (unter Recht)

Die Weiterbildungsaktivität des quantitativen Samples ist mit fast 70 Prozent Beteiligung im »vergangenen Jahr« sehr hoch, wobei vermutlich die gesetzlich verpflichtenden Fortbildungen

einen wesentlichen Anteil dazu beitragen. Setzen Fortbildungen den Fokus darauf, fachlich am neuesten Stand zu bleiben, so sind berufsbezogene Sonderausbildungen und Weiterbildungen vor allem für die berufliche Weiterentwicklung des Pflegepersonals interessant. Gerade in großen Trägerorganisationen (z. B. Krankenanstaltenverbände) finden Sonderausbildungen vielfach auf Basis von Dienstverhältnissen statt, bei welchen ein Gehalt bezogen wird und ein künftiger Arbeitsplatz sichergestellt ist.

Insgesamt gaben neun von zehn TeilnehmerInnen an berufsbezogenen Fort-, Weiter- und Sonderausbildungen an, dass sie Unterstützung für Weiterbildung durch Bildungsfreistellungen (23 Prozent), durch die Übernahme der Weiterbildungskosten (23 Prozent) oder durch Bildungsfreistellungen und Kostenübernahme (45 Prozent) erhielten. Dies scheinen günstige Rahmenbedingungen zu sein. Schwierigkeiten ergeben sich zum Teil aufgrund enger personeller Ressourcen, durch die es – trotz etwaiger finanzieller Unterstützung – oft nicht möglich ist, zwei oder drei Tage hintereinander (z. B. für Wochenendseminare) frei zu bekommen.

Insgesamt wurde von einem größeren Teil der Befragten ein Bedarf an Weiterbildung geäußert, als de facto an Weiterbildungen teilgenommen wurde (siehe Tabelle). Bei den besuchten und nachgefragten Weiterbildungen lag der Schwerpunkt eindeutig auf fachspezifischen Kursen (84 bzw. 67 Prozent). Der Bedarf an Kommunikations-, Persönlichkeitstrainings- und Sprachkursen dürfte deutlich höher sein, als der tatsächliche Besuch solcher Weiterbildungen nahe zu legen scheint. So werden Sprachkurse zwar kaum besucht (ein Prozent), aber sehr viel öfter das Bedürfnis danach formuliert (16 Prozent). Ein hohes Interesse an persönlichkeitsbildenden Seminaren zeigt sich insbesondere unter den 31- bis 40-Jährigen, von denen fast jede zweite befragte Person (43 Prozent) den Besuch eines solchen Seminars befürwortet. Eine mögliche Ursache dafür ist, dass in dieser Lebensphase die Reflexion des eigenen Werdeganges und die Suche nach gangbaren künftigen (auch beruflichen) Wegen einen hohen Stellenwert haben, in diesem Alter also nochmals Offenheit für Berufsweg-Entscheidungen gegeben ist. Dagegen scheint das gesamte Weiterbildungsinteresse ab 45 Jahren stark zurückzugehen: Sehen insgesamt 18 Prozent der Befragten keinen Bedarf an Weiterbildung, sind es in der Altersgruppe 45+ 31 Prozent.

Tabelle: Themen der besuchten Weiterbildungen und Themen, an denen Bedarf geäußert wurde (Mehrfachnennungen)

Themen: besucht	Insgesamt	Themen: Bedarf	Insgesamt
Fachspezifische Kurse	84	Fachspezifische Kurse	67
Kommunikationstraining	24	Kommunikationstraining	37
EDV bzw. Informatikkurse	23	EDV bzw. Informatikkurse	27
Persönlichkeitstraining	19	Persönlichkeitstraining	34
Sprachkurse	1	Sprachkurse	16
Andere Kurse	9	Andere Kurse	5
		Kein Bedarf	18

Quelle: Jelenko u. a. 2007

Neben berufsbezogenen Ausbildungen spielen auch »berufsfremde« Ausbildungen für den beruflichen Werdegang der Pflegepersonen eine Rolle. Fast ein Fünftel der Befragten hat eine weitere berufsfremde Ausbildung (nach Abschluss der Gesundheits- und Krankenpflegeschule) abgeschlossen (zwölf Prozent) oder besucht eine solche gerade (neun Prozent). Dabei handelt es sich insbesondere um die Absolvierung der Matura, einer Berufsreifeprüfung oder eines Studiums, um Ausbildungen im Bereich »Wellness und Vital« (z. B. Aerobic-InstruktorIn, ErnährungstrainerIn) oder um andere Berufsausbildungen (z. B. DrogistIn, SchlosserIn).

Aus den qualitativen Interviews wurde deutlich, dass im Rahmen der Ausbildung das Ausmaß der Arbeitstätigkeit häufig zurückgestellt bzw. wenn andere Versorgungsmöglichkeiten vorhanden sind (z. B. Stipendium oder Unterstützung durch PartnerIn), die Arbeitstätigkeit unterbrochen wird. Einkommen aus freiberuflicher Tätigkeit können in Unterbrechungsphasen die finanzielle Lage aufbessern. Neben der Motivation, sich »ohne großes Risiko« ein anderes berufliches Standbein aufzubauen, hat der Abschluss eines akademischen Titels für Gesundheits- und Krankenpflegepersonen einen besonderen Stellenwert. Sie verfügen zwar über eine fundierte Ausbildung, sind aber im hierarchisch strukturierten System »Krankenhaus« hinter ÄrztInnen, PhysiotherapeutInnen etc. am unteren Ende angesiedelt, wofür der geringere (nicht-akademische) Bildungsgrad als eine mögliche Erklärung herangezogen werden kann.

3.5 Berufliche Verläufe: Wechsel, Karrieren und Unterbrechungen

Obwohl in der Diplomierten Pflege viele Arbeitsplatzwechsel stattfinden, steigt – entgegen den Erwartungen – vermutlich nur ein geringer Anteil ganz aus dem Beruf aus bzw. äußert den Wunsch nach einem Berufswechsel.¹² Etwa die Hälfte der Befragten hat, laut eigener Angabe, im Rahmen der Ausübung dieses Berufes zumindest einmal den Aufgabenbereich innerhalb derselben Organisation gewechselt, und ein etwas kleinerer Anteil hat bereits einen Organisationswechsel (= der Krankenanstalt und/oder der Trägerorganisation) hinter sich.

Die beobachtete Wechselhäufigkeit innerhalb und zwischen (Pflege-)Organisationen hängt zum einen mit den spezifischen Belastungen auf den Stationen zusammen, die u. a. zu dem Wunsch nach einer interessanteren Tätigkeit und nach einer Arbeit mit anderen PatientInnen führen. Beispielsweise weisen Chirurgische Stationen gegenüber Internen Stationen eine hohe PatientInnenfluktuation auf, und die Pflegenden erleben häufiger die Genesung der PatientInnen. Chirurgische – und insbesondere Intensivstationen haben einen sehr hohen Technikbezug und sind wegen dieser Ausrichtung vermutlich überproportional häufig mit männlichen Pflegepersonen ausgestattet. Psychiatrische Pflege zeichnet sich dagegen durch einen hohen Anteil kommunikativer Arbeit und psychischer Belastung, aber geringerer körperlicher Pflegefähigkeit aus und ist mit dem Bild des »Wächters« traditionell männlich konno-

¹² Vgl. auch PFLEGEfit 2005.

tiert.¹³ Jedoch ist es nicht in jedem Bereich gleich einfach, einen Arbeitsplatz zu bekommen, da das Pflegepersonal durchaus ähnliche Präferenzen hat und für »begehrte« Bereiche (z. B. Intensivstation) die Qualifikationsvoraussetzungen eine Hürde darstellen können.

Davon abgesehen spielt auch die Hoffnung auf bessere Arbeitszeitregelungen und ein besseres Arbeitsklima eine wichtige Rolle für das Wechselverhalten. Für den Wechsel des Arbeitsbereiches haben zudem der Wunsch nach einer geringeren körperlichen Belastung sowie die Verbesserung von Karriereaussichten eine wesentliche Bedeutung. Letzteres steht u. a. im Zusammenhang damit, dass über eine zeitlich begrenzte Ausübung der Stationsleitung (Vertretung) die eigenen Fähigkeiten ausgetestet und bewiesen werden können. Dagegen sind für Organisationswechsel zusätzlich das Bedürfnis nach einer besseren Erreichbarkeit des Arbeitsplatzes und das Erzielen eines höheren Einkommens wichtig.

Im Gegensatz zu dem relativ großen Pool an Wechselmöglichkeiten (unterschiedliche Stationen, Organisationen, Tätigkeitsschwerpunkte, Sonderausbildungen etc.) ist eine klassische Pflegekarriere – von der Diplombierten Pflegeperson über die Stationsleitung in die Pflegedirektion – nur personell beschränkt möglich. Und es sind überproportional viele Männer, die einen solchen Aufstieg anstreben und erreichen: Die befragten männlichen Studienteilnehmer sind im Vergleich zu Frauen häufiger in Stabsstellen bzw. Verwaltungsfunktionen (elf vs. vier Prozent) und auch in Leitungsfunktionen (38 vs. 30 Prozent) zu finden. Hinter einem Organisationswechsel steht bei Männern häufiger der Wunsch nach einem beruflichen Aufstieg (29 Prozent der Männer vs. sieben Prozent der Frauen) und etwa ein Viertel der männlichen Befragten möchte eine höhere berufliche Position erreichen (Frauen: 18 Prozent). Für das geringere Karriereinteresse ist nicht zuletzt die Dominanz der Vereinbarkeitsfrage von Beruf und Familie bei dem weiblichen Pflegepersonal verantwortlich.

Abgesehen vom internen Wechselverhalten und von karrierebezogenen Veränderungen haben berufliche Unterbrechungen wegen Kinderbetreuungspflichten eine große Bedeutung für die Gestalt des Verlaufes im frauendominierten Pflegeberuf – dies ist auch wesentliche Ursache für die größere Diskontinuität weiblicher Berufsverläufe und die besseren Karrierechancen von Männern. Das größte Problem bei der Rückkehr in den Beruf ist die Frage nach der Vereinbarkeit von Berufsausübung und Familie. Vor allem die mangelnde Übereinstimmung der Öffnungszeiten von Kindergarten und Schule mit den Arbeitszeiten sowie ein zu geringes Angebot an Teilzeitstellen werden kritisiert.

3.6 Parameter für die berufliche Entwicklung

Bei der Untersuchung von Erwerbsverläufen unter dem Kontinuitätsaspekt konnten vier grundlegende Bedingungen herausgefiltert werden, welche die Gestalt von Berufsverläufen in der Gesundheits- und Krankenpflege prägen und Parameter für die berufliche Entwicklung sind:

13 Vgl. auch Walter Nöstlinger 2003.

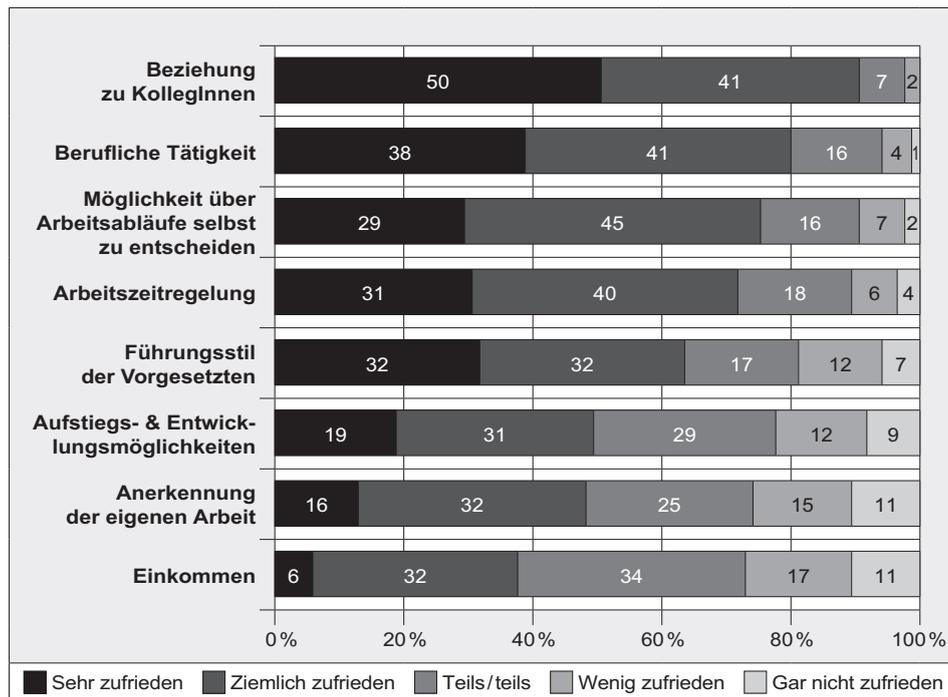
- Arbeitsplatzsicherheit und Arbeitskräftemangel sind Grundlagen, sich relativ (risiko-)frei innerhalb der Pflege sowie in anderen Berufsfeldern zu bewegen, Arbeitszeiten zu reduzieren und bezahlte Ausbildungen im Rahmen der Arbeitstätigkeit zu absolvieren. Dabei wirkt die Wechselhäufigkeit auf die Arbeitsmarktsituation in der Gesundheits- und Krankenpflege zurück, da mit großer Regelmäßigkeit Arbeitsplätze vakant werden. Hier stellt sich allerdings die Frage, wo Arbeitsplätze mit welchen Arbeitsbedingungen frei werden bzw. welche Arbeitsplätze weitgehend stabil, im Sinne geringer Wechselhäufigkeit, sind. Es lässt sich ein Bogen zu anderen Bedingungen von Erwerbsverläufen spannen: Dort, wo die persönliche Belastungsfähigkeit an Grenzen gelangt und wo eine Nähe zum Altenpflegebereich gegeben sind, kann leichter ein neuer Arbeitsplatz gefunden werden. Für die Stabilität eines Arbeitsplatzes (im Sinne einer geringen Wechselhäufigkeit) sind darüber hinaus das Ausmaß der für ihn notwendigen Investitionen (z. B. verpflichtender Besuch von Weiter- oder Sonderausbildungen) sowie die pflegeinterne und externe Wertschätzung der Tätigkeit entscheidend.
- Die Endlichkeit persönlicher Belastungsfähigkeit im Bewusstsein der Gesundheits- und Krankenpflegepersonen treibt ihre aktive Suche nach alternativen, weniger belastenden Arbeitstätigkeiten in und außerhalb der Pflege voran. In diesem Rahmen gewinnt die Beschäftigung mit beruflichen Optionen, Weiterbildungsmöglichkeiten und Karrierechancen an Bedeutung.
- »Endstation« Geriatrie als Negativszenario einer Pflegelaufbahn. Die wenig prestigeträchtige und von den Befragten als sehr belastend beschriebene Pflege sehr alter Menschen soll unbedingt vermieden werden. Die deutliche Abgrenzung der Befragten von der Altenpflege deutet auf eine unausweichliche Beschäftigung mit dem Thema hin. Denn Altenpflege gilt als der Wachstumsbereich der Pflege schlechthin. Um nicht irgendwann einmal dort zu arbeiten, suchen Diplombierte Pflegepersonen aktiv nach alternativen Tätigkeitsbereichen.
- Geschlecht: Im frauendominierten Berufsfeld der Diplombierten Pflege streben vor allem Männer klassische Karrieren an und sind bei ihrer Verwirklichung durch weitgehend durchgängige Berufsverläufe begünstigt. Berufliche Verläufe von Frauen in der Pflege sind hingegen häufiger durch Unterbrechungen aufgrund von Kinderbetreuung sowie der sich daraus ergebenden Problematik der Vereinbarkeit von Beruf und Familie charakterisiert.

3.7 Positive und negative Seiten des Pflegeberufes

Die Studie beschäftigte sich auch mit der Frage, wie die Gesundheits- und Krankenpflegepersonen ihren Beruf erleben und wo sie positive und negative Aspekte des Pflegeberufes sehen. Hier zeigen die Ergebnisse sehr deutlich, dass Gesundheits- und Krankenpflegepersonen ihre Arbeit als sinnstiftend erleben. Über 90 Prozent der Befragten stimmen der Aussage »Ich erlebe meine Arbeit als sinnvoll.« sehr bzw. ziemlich zu. Auch mit den Inhalten ihrer Tätigkeit können sich die StudienteilnehmerInnen in hohem Maß identifizieren. Auffallend ist darüber hinaus,

dass diese Berufsgruppe eine im Vergleich zu anderen Erwerbstätigen hohe Autonomie bei der Ausübung ihrer Tätigkeit zu haben scheint. Zudem werden die Beziehungen zu KollegInnen sehr positiv eingeschätzt: Rund 90 Prozent der Befragten sind damit sehr zufrieden oder zufrieden (siehe Abbildung 3). Wie auch die qualitative Untersuchung zeigt, ist dieser Aspekt sehr zentral für die Ausübung des Berufes, und die Beschäftigten wechseln vermutlich lieber einmal öfter die Station als in einem Team zu arbeiten, in dem sie sich nicht wohl fühlen.

Abbildung 3: Positive Aspekte des Pflegeberufes, in Prozent



Quelle: Jelenko u. a. 2007

Dagegen werden das Einkommen, aber auch die Aufstiegschancen und die Anerkennung der eigenen Arbeit vergleichsweise negativ beurteilt. Ein schwieriger Aspekt des Berufes dürfte auch die Tatsache sein, dass es in manchen Bereichen wenig offensichtliche Erfolgserlebnisse im Sinne einer klaren Verbesserung des Gesundheitszustandes gibt (vor allem im Bereich der Altenpflege). Wenig Wertschätzung empfinden die Befragten auch seitens des ärztlichen Personals.

Die berufliche Identität des Pflegeberufes kann daher als sehr ambivalent charakterisiert werden: Einerseits wird die Tätigkeit als sinnstiftend und wichtig gesehen, andererseits wird der Beruf als gesellschaftlich zu gering bewertet erachtet, was insbesondere an der großen Unzufriedenheit mit dem Einkommen und der kritischen Beurteilung der Rahmenbedingungen deutlich wird.

4 Resümee

Insgesamt gesehen bietet dieser Beruf aufgrund der von ExpertInnen prognostizierten stark steigenden Nachfrage ein großes Ausmaß an Beschäftigungssicherheit. Gesundheits- und Krankenpflegepersonen können sich weitgehend ohne Angst vor einem Arbeitsplatzverlust Gedanken über ihre berufliche Zukunft machen. Die »klassischen« Karrieremöglichkeiten des Pflegeberufes sind aber beschränkt, und so bezieht sich die berufliche Weiterentwicklung eher auf einen Berufsweg mit beruflichen Wechseln, den Besuch von Weiterbildungen und die Möglichkeit, die berufliche Tätigkeit als Gesundheits- und Krankenpflegeperson zu unterbrechen, und zwar mit dem Ziel, einen den persönlichen Bedürfnissen und Neigungen entsprechenden Arbeitsplatz zu finden. Das Bewusstsein über die Möglichkeit, eigene Berufswege zu gehen und zu gestalten, wirkt motivierend und sollte daher bereits im Rahmen der Ausbildung als »Perspektivenentwicklung« gefördert werden. Darüber hinaus erscheint es notwendig, die Rahmenbedingungen des Gesundheits- und Krankenpflegeberufes zu diskutieren und Verbesserungen zu planen. Hier spielen Voraussetzungen und Bedingungen der praktischen und theoretischen Ausbildung ebenso eine Rolle wie jene der Fort- und Weiterbildung sowie der Ausübung des Berufes.

Auf Basis der Studienergebnisse können folgende Aspekte dazu beitragen, die Attraktivität des Gesundheits- und Krankenpflegeberufes zu steigern – insbesondere im Sinne der Erhaltung von Beschäftigungsfähigkeit bis ins höhere Alter:

- Stärkere Schwerpunktsetzung auf soziale und methodische Kompetenzen, die in der praktischen Arbeit relevant sind (z. B. Teamfähigkeit, selbständiges Arbeiten, Prioritätensetzung). Zwar konnten in der Grundausbildung schon Verbesserungen erzielt werden, jedoch sollten auch Fort- und Weiterbildungsangebote verstärkt auf diesen Aspekt fokussieren.
- Anhebung des erforderlichen Mindestalters zu Ausbildungsbeginn mit dem Ziel, Ausbildungsabbrüche zu reduzieren. Denn gefestigtere Persönlichkeiten sind eher in der Lage mit Verantwortung und mit problematischen Situationen in diesem Beruf umzugehen.
- Bessere Einbindung von Auszubildenden in den Stationsbetrieb und ins Team durch Abbau hierarchischer Denkstrukturen sowie durch »Unterstützung, wo sie notwendig ist« und »Verantwortung, wo sie möglich ist« (z. B. Einbindung von älteren Auszubildenden in die Betreuung der jüngeren).
- Thematisierung des Unterschiedes zwischen Theorie und Praxis schon in der Ausbildung. Denn: Wenn der Berufsalltag oftmals von den erlernten Vorgaben abweicht und diese Abweichungen nicht in absehbarer Zeit gelöst werden (können), dann sollten die Auszubildenden zumindest eingehend darauf vorbereitet werden, um gerade in der Berufseinstiegsphase auf damit verbundene Stresssituationen vorbereitet zu sein und Handlungsmöglichkeiten zu kennen.
- Auch in diesem Sinne sollten neben langwirksamen Maßnahmen der Stressbewältigung (Reflexionsräume, Intervision, Supervision) auch schnellwirksame Methoden erlernt und gefördert werden, die direkt in der Stresssituation greifen.

- Stärkere Berücksichtigung des Gender-Themas sowohl in der Aus- und Weiterbildung als auch im Berufsverlauf, um die Karrierechancen von Frauen und Männern anzugleichen und den Druck aufgrund von Mehrfachbelastung zu minimieren. Dabei ist wichtig, dass a) Karriere- und Aufstiegsmöglichkeiten von Frauen möglichst schon in der Ausbildung thematisiert und bewusst gefördert werden, dass b) die Vereinbarkeit von Beruf und Familie, aber auch Weiterbildungen ermöglicht bzw. zumindest stärker berücksichtigt werden, damit Frauen trotz Kinderbetreuungspflichten eine berufliche Karriere verfolgen können und dass c) Angebote einer berufsbegleitenden bzw. Teilzeitausbildung geschaffen werden, um insbesondere Frauen und Männern mit Kinderbetreuungspflichten den 2. Bildungsweg in die Gesundheits- und Krankenpflege zu eröffnen.
- Nicht nur im Hinblick auf die Vereinbarkeit von Beruf und Familie, sondern auch hinsichtlich einer altersgerechten Arbeit ist es wichtig, ein stärkeres Eingehen auf Wünsche der Beschäftigten bei der Arbeitszeitregelung zu forcieren und damit Organisationswechsel und berufliche Ausstiege zu minimieren. Dabei müssen die Einkommensbedingungen berücksichtigt werden, da mit der Zurückstellung von Nachtdiensten enorme Einkommensverluste einhergehen. Im Hinblick auf das Alter müssen zudem Wege ausgelotet werden, welche die unterschiedlichen Ressourcen und Potenziale älterer und jüngerer MitarbeiterInnen berücksichtigen und adäquat zur Geltung bringen.
- Weiterbildungsengagement forcieren und honorieren. Da insbesondere im Alter zwischen 30 und 40 eine hohes Interesse an persönlicher Weiterbildung und Weiterentwicklung besteht und danach das Weiterbildungsinteresse rasant abnimmt, sollte im Sinne des Life Long Learning in dieser sensiblen Phase ein Schwerpunkt auf Weiterbildung gelegt werden. Darüber hinaus sollten Überlegungen dazu angestellt werden, ob und wie Weiterbildungen auf einer horizontalen Karriereebene honoriert werden können.
- Im Sinne nicht nur des Weiterbildungsengagements, sondern auch des Auslotens beruflicher Entwicklungsmöglichkeiten ist das Betreiben einer aktiven Personalpolitik, die auf individuelle Bedürfnisse eingeht, wichtig. Das von Führung und MitarbeiterInnen gemeinsame Erarbeiten von Entwicklungsperspektiven, die Schaffung von Rahmenbedingungen durch den Dienstgeber sowie die eigenverantwortliche Umsetzung durch den/ die MitarbeiterIn sind hier zentrale Elemente. Dabei darf nicht vergessen werden, dass – je nach Größe und finanzieller Ausstattung der Trägerorganisation – unterschiedliche Möglichkeiten offenstehen.
- Die Erhöhung der personellen Ressourcen vor allem im Bereich des Gesundheits- und Krankenpflegepersonals kann maßgeblich zur Verbesserung der Pflegequalität und der Motivation beitragen (auch im Österreichischen Pflegebericht wird der festgestellte Personalmangel im Zusammenhang mit einer Verschlechterung der Pflegequalität und der Demotivierung des Pflegepersonals gesehen). Personelle Aufstockungen sind aber nicht nur für den Berufsalltag von Bedeutung, auch die Teilnahme an Weiterbildungen wird durch knapp kalkuliertes Personal erschwert. Optimal wäre es, wenn Weiterbildung, aber auch Supervision im Rahmen der Arbeitszeit stattfänden, zumindest aber sollte soviel Personal vorhanden sein, dass »unbezahlte Freistellungen« möglich sind.

- Der schlechte Status der Altenpflege und Altenbetreuung (als wesentlicher Zukunftsbe-
reich der Pflege) innerhalb des Gesundheitssystems ist ein gesellschaftliches Problem, das
nur durch ein Maßnahmenbündel – im Sinne einer Attraktivitätssteigerung der Tätigkeit
sowie einer Qualitäts- und Motivationsverbesserung – gelöst werden kann. Hier geht es
um die Veränderung gesellschaftlicher Wertigkeiten und Imagearbeit ebenso wie um die
finanzielle Aufwertung der Altenpflege, so etwa durch die Erhöhung des Einkommens,
aber auch um eine aus- und weiterbildungsbezogene Aufwertung (z. B. Fokus auf »Er-
folge« in der Altenpflege, Einführung einer verpflichtenden Weiter- oder Sonderausbil-
dung).

5 Literatur

- Bundesarbeitsgemeinschaft (BAS) der Direktorinnen und Direktoren an Schulen für Gesund-
heits- und Krankenpflege, Vorsitzende wHR Mag. Marianne Kriegl (2004): Berufsbild des
gehobenen Dienstes für Gesundheits und Krankenpflege, ÖGKV, Wien.
- Flick, Uwe/Kardoff, Ernst von/Keupp, Heiner/Rosenstiel, Lutz von/Wolff, Stephan (Hrsg.)
(1995): Handbuch Qualitativer Sozialforschung – Grundlagen, Konzepte, Methoden und
Anwendungen, Psychologie Verlags Union, München.
- Flick, Uwe (1995): Triangulation, in Flick, Uwe/von Kardoff, Ernst/Keupp, Heiner/Rosen-
stiel, Lutz von/Wolff, Stephan (Hg.): Handbuch Qualitativer Sozialforschung – Grundla-
gen, Konzepte, Methoden und Anwendungen, Psychologie Verlags Union München, Seite
432–434.
- Froschauer, Ulrike/Lueger, Manfred (1992): Das qualitative Interview zur Analyse sozialer
Systeme, WUV Universitätsverlag, Wien.
- Holland, John L. (1985): The self-directed-search. Professional Manual, Psychological Assess-
ment Resources, inc., Odessa, Florida.
- Jelenko, Marie/Kaupa, Isabella/Kien, Christina/Mosberger, Brigitte (2007): Erwerbsbiogra-
phien und Qualifikationsprofile von Diplomierten Pflegebediensteten, AMS Österreich,
Wien, online unter: www.ams-forschungsnetzwerk.at (E-Library).
- Nöstlinger, Walter (2003): Arbeits- und Ausbildungsbedingungen in der Pflege, WISO (26) 4,
Seite 110–126.
- ÖBIG (2006): Pflegebericht. Wien, online unter: www.boegk.at/service/pflegebericht_2006.pdf
[12.6.2008].
- PFLEGEfit (2005): Endbericht des Equal-Projektes, online unter: [www.equal-aeiou.at/Upload/
M1_Endbericht_IFB_Pflegefit_Sep2005.pdf](http://www.equal-aeiou.at/Upload/M1_Endbericht_IFB_Pflegefit_Sep2005.pdf) [27.5.2008].
- Strauss, Anselm L. (1998): Grundlagen qualitativer Sozialforschung: Datenanalyse und Theo-
riebildung in der empirischen und soziologischen Forschung, Stuttgart: UTB.

Witzel, Andreas (2000): Das Problemzentrierte Interview, Forum Qualitative Sozialforschung / Forum: Qualitative Social Research [on-line Journal], 1(1), online unter: www.qualitative-research.net/fqs-texte/1-00/1-00witzel-d.pdf [12.6.2008].

Ingrid Spicker¹

Betriebliche Gesundheitsförderung (BGF) in der mobilen Pflege und Betreuung

1 Einleitung

Betriebliche Gesundheitsförderung (BGF) gewinnt auch im Bereich der mobilen Pflege und Betreuung zunehmend an Bedeutung. Dies nicht zuletzt, da die quantitativen und qualitativen Anforderungen in den vergangenen Jahren massiv gestiegen sind und Veränderungen in der staatlichen Politik den Druck auf die Pflege- und Sozialdienste zusätzlich erhöht haben. Auf Ebene der MitarbeiterInnen schlägt sich dieser Druck in schwierigen Arbeitsbedingungen und steigenden gesundheitlichen Belastungen nieder. Die Folgeprobleme sind sinkende Arbeitszufriedenheit, Demotivation, hohe Fehlzeiten, übermäßige Fluktuation und vorzeitiger Berufsausstieg. Aus betrieblicher Sicht stellt dies eine Problematik dar, die nur durch längerfristige Strategien gelöst werden kann. ManagerInnen und Führungskräfte in Pflege- und Sozialdiensten sind daher verstärkt gefordert, arbeitsbedingte Gesundheitsrisiken frühzeitig zu erkennen und sich der Gestaltung gesundheits- und altersgerechter Arbeitsbedingungen anzunehmen. Dies insbesondere auch, um langfristig die steigenden Anforderungen zu bewältigen und die Qualität der Pflege und Betreuung zu sichern. Konzepte einer passgenauen BGF können hierzu einen wichtigen Beitrag leisten.

In diesem Artikel wird zunächst auf die spezifischen Arbeitsbedingungen in der mobilen Pflege und Betreuung eingegangen, denn sie bestimmen nicht nur wesentlich die gesundheitlichen Belastungen und Ressourcen der Beschäftigten, sie definieren auch in hohem Maße die Möglichkeiten der BGF. Auf dieser Basis werden Strategien und Ansatzpunkte aufgezeigt, die sich speziell für die Umsetzung von BGF in der mobilen Pflege und Betreuung bewährt haben. Der Schwerpunkt liegt dabei auf Aktivitäten zur Stärkung der sozialen Ressourcen und im Bereich der Organisationsentwicklung.

1 Mag.^a Ingrid Spicker ist Soziologin, Organisationsentwicklungs-Beraterin sowie Diplomierte Gesundheits- und Krankenschwester; seit 2001 ist sie als wissenschaftliche Mitarbeiterin und Projektleiterin am Forschungsinstitut des Wiener Roten Kreuzes (www.w.rotekreuz.at/forschungsinstitut) tätig. Ihre Arbeits- und Forschungsschwerpunkte umfassen Betriebliche Gesundheitsförderung, Sozialkapital und Gesundheit sowie mobile Pflege und Betreuung.

2 Arbeitsbedingungen in der mobilen Pflege und Betreuung: Merkmale und Besonderheiten

Die Beschäftigten in der mobilen Pflege und Betreuung – das sind in Österreich rund 15.000 Personen, vor allem HeimhelferInnen, PflegehelferInnen und Diplomierte Gesundheits- und Krankenpflegekräfte (Pochobradsky u. a. 2002) – finden völlig andere Arbeitsbedingungen vor als ihre KollegInnen im Krankenhaus. Ein wesentlicher Unterschied zum Krankenhaus liegt darin, dass die Pflege und Betreuung im häuslichen und sozialen Umfeld der KlientInnen erbracht wird. Dies hat nicht nur direkten Einfluss auf die Art der Betreuungsbeziehung, auch die pflegerische Kommunikations- und Vertrauensarbeit gewinnt unter diesen Gegebenheiten einen noch höheren Stellenwert. Mobile Pflege und Betreuung ist im Kern geriatrische Langzeitbetreuung über Monate und Jahre, ein weiterer Unterschied zur »Akutpflege« im Krankenhaus. Die HeimhelferInnen und mobilen Pflegekräfte arbeiten alleine im Außendienst und haben zu Kolleginnen und Vorgesetzten kaum Kontakt bzw. Absprache- oder Austauschmöglichkeiten; Teamarbeit und unmittelbare Hilfe können nur sehr bedingt stattfinden. Anders als im Krankenhaus haben die Beschäftigten auch keine Pausenräumlichkeiten oder Sanitäreinrichtungen zur Verfügung. Dies beeinflusst nicht nur die Erholungsspielräume an einem Arbeitstag, sondern betrifft auch die Ernährungsgewohnheiten. Typisch für die mobile Pflege- und Betreuungsarbeit sind auch die Unwägbarkeiten, die auftreten können: Probleme beim Zugang zum »Arbeitsplatz«, das Fehlen von Pflegebehelfen, Störungen durch Angehörige u. ä.

Mobile Pflege- und Betreuungsarbeit ist zudem in ein komplexes Gefüge von rechtlichen, politischen und finanztechnischen Faktoren eingebettet. Eine Tatsache, die nicht selten zu Stress und Problemen für die Beschäftigten führt, wenn z. B. die Erwartungen der KlientInnen, jene der eigenen Organisation und jene des Finanzgebers nicht übereinstimmen bzw. sogar widersprüchlich sind.²

Verschiedene Arbeiten zum »Mobilen Sektor« weisen weiters auf die im Vergleich zum stationären Bereich geringere Ressourcenausstattung hin, auf die hohen Teilzeitbeschäftigungs- und Frauenanteile, das höhere durchschnittliche Alter der Beschäftigten und auf die signifikant geringere Arbeitszufriedenheit im Vergleich zum gesamten Gesundheits- und Sozialbereich.³

Auch das Problem der mangelnden Anerkennung trifft auf den Bereich der mobilen Pflege und Betreuung verstärkt zu, denn er unterliegt nach Manfred Krenn und Ulrike Papouschek einer vierfachen Abwertung:

- Erstens durch die Nähe zum alten Menschen und der Übertragung von deren gesellschaftlich niedrigen Status auf die Pflege- und Betreuungskräfte;
- zweitens durch den niedrigen Stellenwert der Geriatrie in der Medizin und Pflege;
- drittens durch die Ferne vom medizinischen Betrieb und

2 Vgl. Ingrid Spicker/Anna Schopf 2007; Karl Krajic u. a. 2005; Jürgen Glaser/Thomas Höge 2005; Manfred Krenn u. a. 2004; Manfred Krenn/Ulrike Papouschek 2003.

3 Vgl. Karl Krajic u. a. 2005; Manfred Krenn u. a. 2004; Ruth Simsa 2004; Elisabeth Pochobradsky u. a. 2002.

- viertens durch den geschlechtsspezifischen Aspekt, der soziale und kommunikative Aspekte der Arbeit als weiblich abwertet.⁴

Für die Entwicklung von BGF-Maßnahmen in der mobilen Pflege und Betreuung ist dies insofern äußerst relevant, als aus der gesundheitswissenschaftlichen Forschung bekannt ist, dass ein Ungleichgewicht zwischen Verausgabung und Anerkennung / Gratifikation zu einem höheren Herz-/Kreislaufkrankungsrisiko führen kann und zudem oft mit Depression, Burnout und Suchtverhalten einhergeht.⁵

3 Belastungen, Ressourcen und Gesundheit

Die Art der Tätigkeit und die spezifischen Arbeitsbedingungen in der mobilen Pflege und Betreuung beeinflussen das Belastungspotenzial und die Ressourcen der MitarbeiterInnen.⁶ Die Bewältigung der hohen Anforderungen unter den schwieriger werdenden Rahmenbedingungen hinterlässt unweigerlich gesundheitliche Spuren. Wie Studien der letzten Jahre zeigen, sind es vor allem körperliche, psychosoziale und organisationsbedingte Belastungen, die den mobilen Pflege- und Betreuungskräften zu schaffen machen (Abbildung 1). Die Belastungen treten nicht unabhängig voneinander auf. Häufig vermischen sich Zeitdruck und Stress auf der einen und körperliche und psychosoziale Belastungen auf der anderen Seite. Viele der stressverursachenden Faktoren sind einer gezielten BGF zugänglich.

Abbildung 1: Belastungen in der mobilen Pflege und Betreuung



Quelle: Eigene Darstellung nach DAK-BGW 2006; Sabine Gregersen 2005; Manfred Krenn/Ulrike Papouschek 2003

⁴ Vgl. Manfred Krenn/Ulrike Papouschek 2003.

⁵ Vgl. Johannes Siegrist 1996.

⁶ Vgl. Manfred Krenn/Ulrike Papouschek 2003.

Neben den Belastungen spielen aus gesundheitsförderlicher Perspektive auch Ressourcen eine wichtige Rolle für das Stressempfinden der Beschäftigten. Ausreichende persönliche, soziale und organisationsbezogene Ressourcen tragen dazu bei, die Anforderungen und Belastungen besser zu bewältigen. Durch sie werden Überforderung und Überbelastung sehr unwahrscheinlich. Zu den in der mobilen Pflege und Betreuung potenziell vorhandenen Ressourcen werden in der Literatur vor allem die hohe Zufriedenheit der Beschäftigten mit der Tätigkeit an sich gezählt, aber auch der relativ hohe Grad an Unabhängigkeit, die Möglichkeit zum eigenverantwortlichen, selbständigen Arbeiten, die abwechslungsreichen Arbeitsabläufe, die hohen Kommunikations- und Kooperationserfordernisse sowie die Wahrnehmung der KlientInnen als PartnerInnen.⁷ Aus strukturellen und arbeitsorganisatorischen Gründen ist es oft nicht möglich, dass sich dieses in den Aufgaben und Tätigkeiten grundsätzlich vorhandene gesundheitsförderliche Potenzial tatsächlich entfalten kann, was wiederum Auswirkungen auf das Wohlbefinden der MitarbeiterInnen hat.

Was die Gesundheitssituation der Beschäftigten in der mobilen Pflege und Betreuung betrifft, so liegen dazu im deutschsprachigen Raum erst wenige Studien vor (verglichen mit Untersuchungen zu Anforderungen und Belastungen, die in den letzten Jahren vermehrt publiziert wurden). Ergebnisse für Deutschland zeigen, dass die psychischen und körperlichen Beschwerden der mobilen Pflege- und Betreuungskräfte im Vergleich zur Gesamtbevölkerung überdurchschnittlich hoch sind. So weisen 40 Prozent der in der Studie von Gregersen Befragten klinisch relevante Befindlichkeits- bzw. funktionale Störungen auf.⁸ Bei 30 Prozent der Befragten ist die emotionale Erschöpfung – ein Kernsymptom des Burnout – bereits kritisch ausgeprägt (ebenda). Die Ergebnisse der europäischen NEXT-Studie⁹ zeigen, dass in Deutschland elf Prozent der Pflegekräfte in der mobilen Pflege daran denken, den Beruf aufzugeben. Ausstiegswillig sind vor allem qualifizierte Pflegekräfte, die eine schlechte Gesundheit haben bzw. an Burnout leiden.¹⁰ Eine Analyse der Arbeitsunfähigkeitsdaten deutscher Pflegekräfte in der mobilen Pflege hat außerdem ergeben, dass die Höhe des Krankenstandes bei verschiedenen Beschäftigten-Gruppen variiert:¹¹

- HelferInnen in der ambulanten Pflege sind häufiger krank als (Diplomierte) Pflegekräfte.
- Frauen weisen einen höheren Krankenstand als Männer auf.
- Der Krankenstand steigt mit zunehmendem Alter.

7 Vgl. Katharina Resch u. a. 2007; Jürgen Glaser/Thomas Höge 2005; Sabine Gregersen 2005; André Büssing u. a. 2000.

8 Vgl. Sabine Gregersen 2005.

9 Die NEXT-Studie (Nurses' Early Exit Study) ist ein europäisches Forschungsprojekt zum vorzeitigen Ausstieg aus dem Pflegeberuf, finanziert durch die Europäische Union und koordiniert von der Bergischen Universität Wuppertal (www.next.uni-wuppertal.de).

10 Vgl. Hans-Martin Hasselhorn u. a. 2005.

11 DAK-BGW 2006.

4 BGF: Definition, Konzept und Ablauf

Unter Betrieblicher Gesundheitsförderung (BGF) versteht man einen längerfristigen Prozess, der darauf abzielt, Belastungen zu reduzieren und das gesundheitliche Wohlbefinden am Arbeitsplatz zu verbessern. Gemäß der Luxemburger Deklaration von 1997 – dem europäischen Grundsatzpapier zur BGF – soll dies unter aktiver Beteiligung der MitarbeiterInnen vor allem durch die Verbesserung der Arbeitsorganisation und Arbeitsbedingungen und die Förderung der persönlichen Kompetenzen gelingen.¹²

Nach Badura und Hehlmann geht es im Kern darum, Arbeitsbedingungen, Strukturen und Prozesse (Verhältnisse) so zu gestalten, dass die Beschäftigten nachhaltig zu gesundheitsförderlichen Arbeits- und Lebensweisen (Verhalten) befähigt werden.¹³ In diesem Zusammenspiel eines verhältnis- und verhaltensbezogenen Ansatzes berücksichtigt BGF alle betrieblichen Faktoren, die Einfluss auf Gesundheit nehmen. So können z. B. die Arbeitsorganisation und das Personalwesen, aber auch Fragen der Organisationskultur und die sozialen Beziehungen im Betrieb Ausgangspunkt für BGF-Maßnahmen sein. Daran zeigt sich, dass BGF vielfältig ansetzt und vor allem als Organisationsentwicklungsstrategie zu verstehen ist.

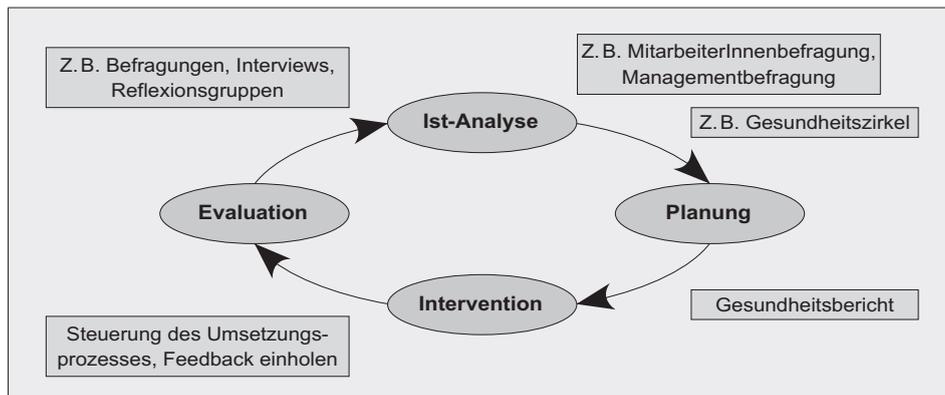
Charakteristisch für umfassende BGF ist weiters, dass sie die Ursachen gesundheitlicher Belastungen in den Blick nimmt und nicht nur die Symptome, wie z. B. hohe Krankenstandszahlen, schlechtes Arbeitsklima oder Burnout-Symptome bei den MitarbeiterInnen. Es geht zunächst immer um die Beantwortung der Frage, welche Probleme denn zu den hohen Krankenständen, dem schlechten Arbeitsklima oder den Burnout-Symptomen führen. Erst wenn darüber Klarheit besteht, können sinnvolle Maßnahmen entwickelt werden.

BGF ist eine freiwillige Leistung des Betriebes und kann den stark präventiv-medizinisch ausgerichteten, gesetzlichen ArbeitnehmerInnenschutz sinnvoll ergänzen. Zum Beispiel derart, als BGF besonderes Augenmerk auf die Förderung von psychosozialen Gesundheitspotenzialen richtet, die von den Präventivkräften oft noch nicht angemessen berücksichtigt werden. Hinzu kommt, dass die Routinen des ArbeitnehmerInnenschutzes in der mobilen Pflege und Betreuung aufgrund der spezifischen Bedingungen auch an Grenzen stoßen (Stichworte: Arbeitsplatz »KlientInnenwohnung«, Fahrtätigkeit, schwierige Erreichbarkeit der MitarbeiterInnen). Eine Weiterentwicklung der betrieblichen Praxis der Präventivdienste und eine Anpassung der Leistungen an die Erfordernisse sind hier sicherlich notwendig, ungeachtet dessen, wie gut die Verankerung von BGF in den Organisationen der mobilen Pflege und Betreuung künftig gelingen mag.

Was den konkreten BGF-Ablauf betrifft, so hat sich ein Vorgehen bewährt, im Zuge dessen die gesundheitliche Situation im Betrieb systematisch erhoben wird und darauf aufbauend gesundheitsförderliche Maßnahmen geplant, umgesetzt und bewertet werden (Abbildung 2).

¹² ENWHP 2005.

¹³ Vgl. Bernhard Badura/Thomas Hehlmann 2003.

Abbildung 2: BGF-Ablauf

Quelle: eigene Darstellung in Anlehnung an Uta Walter 2003

- In der Ist-Analyse geht es darum, ein umfassendes Bild über die gesundheitliche Situation im Betrieb zu erhalten (z. B. MitarbeiterInnen-Befragung, Management-Befragung, betriebliche Gesundheitskonferenz, Interviews).
- Bei der Planung von Maßnahmen werden auf Basis der Analyseergebnisse und unter Beteiligung der MitarbeiterInnen gesundheitsförderliche Maßnahmen(-bündel) entwickelt (z. B. in Gesundheitszirkeln, Arbeits- und Projektgruppen). Bewährt hat sich, auf Basis eines bio-psycho-sozialen Gesundheitsbegriffes sowohl verhaltens- als auch verhältnisorientierte Maßnahmen zu entwickeln. Ein betrieblicher Gesundheitsbericht mit den Analyse- und Planungsergebnissen kann erstellt werden.
- In der Intervention /Umsetzung werden die erarbeiteten (verhältnis- und verhaltensorientierten) Maßnahmen umgesetzt, der Prozess gesteuert und das Feedback der MitarbeiterInnen eingeholt.
- Bei der Evaluation werden die umgesetzten Maßnahmen und neugeschaffenen Strukturen und Prozesse einer systematischen Bewertung unterzogen (z. B. durch Befragungen/Interviews der Projektbeteiligten und MitarbeiterInnen, Reflexionsgruppen).

5 Herausforderungen in der Umsetzung von BGF

Die speziellen Herausforderungen bei der Umsetzung von BGF im mobilen Pflege- und Betreuungssektor liegen zum einen darin, dass mobile Pflege und Betreuung ein zugleich belastungsintensiver und mit geringen Ressourcen ausgestatteter Tätigkeitsbereich ist. Der Handlungsbedarf für BGF ist also hoch, Zeit und Ressourcen der Beteiligten sind knapp. Zum anderen ist BGF

meist noch ein neues Vorgehen für Pflege- und Sozialdienste, Bewusstsein und Routinen für BGF müssen erst geschaffen und die betrieblichen AkteurInnen (Führungskräfte, BetriebsrätInnen, Präventivdienste) müssen neben dem Tagesgeschäft für BGF gewonnen werden.

Wie die Gesundheitsförderungsarbeit in Betrieben der mobilen Pflege und Betreuung zeigt, liegen besondere Herausforderungen auch darin, einerseits das Zusammenwirken von Belastungen und Ressourcen zu betrachten und passende, gesundheitsförderliche Maßnahmen abzuleiten. Andererseits müssen im Bereich der mobilen Pflege und Betreuung auch die Wechselwirkungen von überbetrieblichen Rahmenbedingungen der Arbeit, den Bedürfnissen der KlientInnen und dem Selbstverständnis und den Kompetenzen der Beschäftigten berücksichtigt werden.

6 Strategien für eine nachhaltige BGF in der mobilen Pflege und Betreuung

Ingrid Spicker und Anna Schopf haben auf Basis einer umfangreichen Literaturrecherche und den Praxiserfahrungen in zwei Pilotprojekten nachfolgende Strategien entwickelt, deren Berücksichtigung den BGF-Prozess in Pflege- und Sozialdiensten nachhaltig unterstützen kann:¹⁴

- **Pragmatisches Vorgehen wählen:** Um BGF wirksam und ressourcenschonend umzusetzen, empfiehlt sich ein schrittweises und pragmatisches Vorgehen, das sich an den bewährten Methoden und Instrumenten (siehe Abbildung 2) orientiert und die Erfahrungen anderer relevanter Personen(-gruppen) miteinbezieht. Dazu empfiehlt es sich beispielsweise, Projektmanagement-Methoden einzusetzen, konkrete Zielsetzungen zu formulieren und Schwerpunkte in der Maßnahmenplanung zu setzen.
- **Externe Unterstützungsmöglichkeiten ausschöpfen:** Viele Pflege- und Sozialdienste haben nur geringe finanzielle oder zeitliche Spielräume, sich mit BGF auseinanderzusetzen. Bereits vor Projektbeginn sollten daher fachliche Unterstützungs- und finanzielle Fördermöglichkeiten (z. B. Sozialversicherungsträger, Österreichische Kontaktstelle für Betriebliche Gesundheitsförderung, Fonds Gesundes Österreich) mobilisiert werden. Im Projektverlauf kann externe Projektberatung/-begleitung hilfreich sein.
- **MitarbeiterInnen für persönliche Gesundheit sensibilisieren:** Pflege- und Betreuungskräfte weisen in der Regel eine starke Orientierung am Wohlbefinden der KlientInnen auf. Dies hat zur Folge, dass sie wenig Augenmerk auf ihre eigene Gesundheit legen und Belastungssituationen nicht oder zu spät wahrnehmen. Oft wird das Ansprechen von Problemen auch bei hoher Belastung als Schwäche ausgelegt. Möglichkeiten zur Sensibilisierung wären das Thematisieren von Belastungssituationen in Teambesprechungen, die Arbeit in

¹⁴ Ingrid Spicker/Anna Schopf 2007.

Gesundheitszirkeln sowie eine frühzeitige Sensibilisierung der Beschäftigten, so z. B. über eine Verstärkung von Gesundheitsförderung in der Ausbildung.

- **Beteiligung der AußendienstmitarbeiterInnen ermöglichen:** BGF ist ein partizipativ angelegter Prozess – den Möglichkeiten der Belegschaft, ihre Erfahrungen einzubringen, kommt also eine zentrale Bedeutung zu. Unterstützt kann das werden, indem die Teilnahme am BGF-Projekt (z. B. Befragungen, Gesundheitszirkel, Gesundheitsangebote) in der Arbeitszeit ermöglicht bzw. als Arbeitszeit abgegolten wird. Die konsequente Integration von BGF-Aktivitäten in bestehende Strukturen (z. B. Team- oder Abrechnungszeiten) fördert zudem die Beteiligungsmöglichkeiten.
- **Interne Öffentlichkeit schaffen und über BGF informieren:** In Pflege- und Sozialdiensten mit vielen AußendienstmitarbeiterInnen und wenig Kommunikationsmöglichkeiten muss besonderes Augenmerk darauf gelegt werden, dass im BGF-Prozess eine ausreichende Information aller Beteiligten gewährleistet wird. Dies macht den Prozess transparent und nachvollziehbar und fördert die Akzeptanz. Dazu sollten alle vorhandenen Medien der betrieblichen Öffentlichkeitsarbeit ausgeschöpft werden und gegebenenfalls neue Informationskanäle geschaffen werden (z. B. Projektzeitung, Aushänge, Info-Broschüren, und soweit möglich: Digitale Medien).
- **Team- und EinsatzleiterInnen gewinnen und einbinden:** Team- und EinsatzleiterInnen sind das Bindeglied zwischen Management und AußendienstmitarbeiterInnen sowie Schnittstelle zu KlientInnen, Angehörigen und öffentlichem Auftraggeber. Das Engagement der TeamleiterInnen in der BGF kann darüber entscheiden, in welchem Ausmaß die HeimhelferInnen und Pflegekräfte mit Projektaktivitäten erreicht werden. Trotz meist knapper Zeitressourcen sollten TeamleiterInnen bereits in der Planungsphase als MultiplikatorInnen gewonnen und vor allem auch als Zielgruppe für gesundheitsfördernde Maßnahmen angesprochen werden.
- **Verschiedenheit der Belegschaft berücksichtigen:** Die MitarbeiterInnen in der mobilen Pflege und Betreuung sind keine einheitliche und homogene Gruppe. Sie unterscheiden sich hinsichtlich Alter, Geschlecht, Familienstand, Berufsgruppenzugehörigkeit, Gesundheitskultur usw. Diese Verschiedenheit muss auch im Rahmen von BGF berücksichtigt werden, um passgenaue Maßnahmen entwickeln zu können.

Wenngleich BGF alle Altersgruppen und Berufsgruppen miteinbezieht, sollte – entsprechend der o.g. Befunde – den älteren Beschäftigten sowie den HelferInnen in der mobilen Pflege und Betreuung besondere Aufmerksamkeit gewidmet werden. Typisch für beide Gruppen ist, dass ihnen kaum entsprechende Anerkennung zukommt. Dadurch können emotionale Kränkungen hervorgerufen werden, die nach Krenn / Papouschek (2003) eine besondere Form der gesundheitlichen Belastung darstellen und langfristig zu Gesundheitsschäden führen können.

- **Organisationsübergreifende Netzwerke bilden:** In der mobilen Pflege und Betreuung greifen die Möglichkeiten der Gestaltung gesundheitsförderlicher Arbeitsbedingungen und die überbetrieblichen Rahmenbedingungen besonders stark ineinander. Je besser dies berücksichtigt wird, desto höher sind die Chancen für dauerhafte BGF. Die Möglichkeiten, auf überbetriebliche Bedingungen einzuwirken, sind zwar begrenzt, dennoch können

Pflege- und Sozialdienste – beispielsweise über die Vernetzung mit anderen (mobilen oder stationären) Einrichtungen, die bereits BGF durchführen – aktiv werden.

7 Ansatzpunkte für BGF-Maßnahmen in Pflege- und Sozialdiensten

Die konkrete Ausgestaltung von BGF-Maßnahmen ergibt sich auf Basis der Ergebnisse einer Ist-Analyse, den Bedürfnissen der MitarbeiterInnen und den Möglichkeiten der Einrichtungen. Hier gibt es kein »Patentrezept«, das für alle Einrichtungen gleichermaßen anwendbar ist. BGF-Projekterfahrungen im Bereich der mobilen Pflege und Betreuung zeigen aber, dass Maßnahmen in diesem Arbeitsbereich vor allem auf die Gestaltung von unterstützenden (Kommunikations-)Strukturen, Prozessen und Kulturen zielen sollten.¹⁵ Es zeigte sich auch, dass isoliert durchgeführte Einzelmaßnahmen oft keine nachhaltige Wirkung zeigen. Vielmehr hat sich bewährt, sowohl verhaltensorientierte (Förderung des Gesundheitsbewusstseins der MitarbeiterInnen) als auch verhältnisorientierte Maßnahmen (Verbesserung der Arbeitsprozesse und gesundheitsgerechtere Arbeitsgestaltung) umzusetzen und diese miteinander zu kombinieren. Nachfolgend werden die wichtigsten Ansatzpunkte für die Entwicklung von gesundheitsfördernden Maßnahmen in Pflege- und Sozialdiensten angeführt.¹⁶

7.1 Förderung von sozialer Vernetzung, Kommunikation und Austausch

Soziale Ressourcen, wie z. B. soziale Unterstützung und Anerkennung, haben eine besondere Schutz- und Pufferfunktion für arbeitsbezogene Belastungen. Da sich die MitarbeiterInnen in der mobilen Pflege und Betreuung im täglichen Arbeiten kaum treffen, ist es hier besonders wichtig, diese sozialen »Räume« aktiv zu schaffen, in denen Austausch, Entlastungsgespräche und Feedback möglich werden. Die soziale Vernetzung der Außendienst-MitarbeiterInnen (z. B. durch regelmäßige Teambesprechungen, Arbeit in Projektgruppen, Workshops, gemeinsame Rituale) ermöglicht nicht nur soziale Unterstützung, sondern fördert auch Informations- und Wissensaustausch und verbessert Aufgaben- und Problemlösungen.¹⁷ Wenn die in den sozialen Beziehungen liegenden gesundheitsförderlichen Potenziale, entsprechend identifiziert, genutzt und weiterentwickelt werden, können die MitarbeiterInnen maßgeblich entlastet und unterstützt

15 Vgl. Ingrid Spicker/Anna Schopf 2007; BAuA 2005b.

16 Vgl. Elisabeth Donat/Ingrid Spicker 2006; Ingrid Spicker/Anna Schopf 2007.

17 Vgl. Ingrid Spicker 2007.

werden. Nicht immer werden »Kommunikationszeiten« vom Finanzgeber als grundlegender Bestandteil der Pflege- und Betreuungsarbeit anerkannt und bezahlt. Hier ist Bewusstseins- und Überzeugungsarbeit auch im Zusammenhang mit dem Beitrag von BGF zur Qualität in der pflegerischen Versorgung notwendig.

7.2 Förderung einer vertrauensvollen Zusammenarbeit

Das in der mobilen Pflege und Betreuung stark verbreitete und kulturprägende Bild des »EinzelkämpferInnentums« (»Ich muss das alles alleine schaffen!«) wirkt sich auf das gesundheitliche Wohlbefinden aus: Es macht es für die MitarbeiterInnen schwer, Probleme anzusprechen und Unterstützung von außen anzunehmen, was wiederum zu Überforderung führen kann.¹⁸ Eine vertrauensvolle Zusammenarbeit hingegen (z. B. durch Beteiligungsmöglichkeiten, Transparenz) erlaubt es, Überforderung oder Fehler anzusprechen, und stärkt die Bindung an das Unternehmen. Das Bild des/der »Einzelkämpfers/Einzelkämpferin« in der mobilen Pflege und Betreuung sollte sowohl innerhalb der Ausbildung als auch in der Führung kritisch reflektiert werden. Demgegenüber sollte ein Klima der sozialen Unterstützung gefördert und ehrliche Angebote gemacht werden, Rückhalt in der Organisation und Führung zu geben. Eine Kultur, die es erlaubt, Überforderung oder Fehler anzusprechen kann die Gesundheit der Organisation und ihrer MitarbeiterInnen nachhaltig fördern. Die Entwicklung gemeinsam geteilter Werte und Überzeugungen (z. B. hinsichtlich des Umganges mit Gesundheit, KlientInnenorientierung) ermöglicht den MitarbeiterInnen, sich mit der Organisation zu identifizieren und stärkt den sozialen Zusammenhalt in den Teams.¹⁹

7.3 Förderung einer »gesunden« Führungskultur

Führungskräfte spielen im Zusammenhang mit BGF eine wichtige Rolle: Einerseits sind sie selbst oft stark belastet und daher Zielgruppe für BGF-Maßnahmen. Andererseits sind sie Vorbilder – ihr Gesundheitsverhalten und ihre Fähigkeit, mit Belastungen und Stress umzugehen, überträgt sich auf die MitarbeiterInnen. Können Führungskräfte glaubhaft machen, dass ihnen die Förderung der Gesundheit wichtig ist und sie dafür auch Verantwortung übernehmen, können sie Verhaltensänderungen bei ihren MitarbeiterInnen bewirken. Nicht zuletzt gestalten Führungskräfte Arbeitsbedingungen, definieren Zielvorgaben und Handlungsspielräume. Sie beeinflussen auch nachweislich Motivation und Arbeitszufriedenheit ihrer MitarbeiterInnen. Maßnahmen zur Gesundheitsförderung müssen daher auch dort ansetzen, wo sie es den Führungskräften ermöglichen, gesundheitsförderlich zu führen und ihre eigene Gesundheit

18 Vgl. Manfred Krenn / Ulrike Papouschek 2003.

19 Vgl. Elisabeth Donat / Ingrid Spicker 2006.

zu reflektieren (z. B. Seminare/Coaching für Führungskräfte unterschiedlicher Ebenen, »Gesundheitsgespräche« führen).

8 Resümee

Maßnahmen zur BGF werden heute auch für mobile Pflege- und Sozialdienste als wesentlicher Bestandteil einer personalpolitischen Strategie gesehen, um den Berufsverbleib und die Arbeitsfähigkeit von Pflege- und Betreuungskräften zu fördern.²⁰ BGF nützt hier nicht nur den MitarbeiterInnen und Betrieben selbst, sondern – durch die Verringerung krankheitsbedingter Kosten und die Reduktion von vermeidbarer (Früh-)Invalidität – auch dem Sozialversicherungssystem und der Gesellschaft.²¹

Projekterfahrungen zeigen, dass BGF im Sektor der mobilen Pflege und Betreuung aufgrund der spezifischen Rahmenbedingungen zwar vor vielfältigen Herausforderungen steht. Unter Berücksichtigung der finanziellen und organisatorischen Möglichkeiten der Organisationen einerseits und der spezifischen Bedürfnisse der MitarbeiterInnen andererseits kann sie aber nachhaltig umgesetzt werden.²² Der Einsatz nachhaltiger Strategien und Methoden hilft hier den Organisationen, dass BGF nicht auf Projektebene stehen bleibt, sondern möglichst rasch in dauerhafte Strukturen integriert wird. BGF bedeutet meist auch, dass eine neue »Gesundheitskultur« in die betrieblichen Routinen und Teams der Pflege- und Sozialdienste, aber auch in jene der Finanzgeber Einzug halten muss. Die Notwendigkeit dieser Kulturveränderung stellt nach Atzler eine der größten Herausforderungen für die BGF-Praxis dar.²³

BGF in der mobilen Pflege und Betreuung, die eine nachhaltige Verbesserung der Arbeitsbedingungen zum Ziel hat, muss neben dem betrieblichen Ansatz auch überbetriebliche und organisationsübergreifende Möglichkeiten nutzen. Konkret könnte das heißen, dass sich die Trägerorganisationen verstärkt vernetzen, um den Erfahrungs- und Wissensaustausch zum Thema BGF zu fördern und die Zusammenarbeit bei gemeinsamen BGF-Anliegen zu unterstützen – wichtige Schritte zur Weiterentwicklung von BGF-Strategien im Bereich der mobilen Pflege und Betreuung. Wichtige Akteure der BGF sind aber nicht nur die Arbeitgeber und die Beschäftigten sowie ihre Interessenvertretungen, sondern auch die VertreterInnen der Sozialversicherungen sowie Bund, Länder und Gemeinden. Sie alle tragen die Folgen »unterlassener BGF« und sind daher aufgerufen, die Einrichtungen bei der Umsetzung von BGF zu unterstützen.

20 Vgl. z. B. Katharina Resch u. a. 2007; Karl Krajic u. a. 2005; Gerhard Berger/Andreas Zimmer 2004; Hans-Martin Hasselhorn u. a. 2005.

21 Vgl. Wolfgang Dür/Kristina Fürth 2007; Birgit Kriener u. a. 2004.

22 Vgl. Ingrid Spicker 2006.

23 Vgl. Beate Atzler 2008.

9 Literatur

- Atzler, Beate (2008): Kritische Aspekte in der Praxis der betrieblichen Gesundheitsförderung, in: Spicker, Ingrid/Sprengseis, Gabriele (Hg.) (2008): Gesundheitsförderung stärken. Kritische Aspekte und Lösungsansätze, Facultas Verlag, Wien, Seite 223–236.
- Badura, Bernhard/Hehlmann, Thomas (Hg.) (2003): Betriebliche Gesundheitspolitik. Der Weg zur gesunden Organisation, Springer Verlag, Berlin/Heidelberg/New York.
- BAuA – Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin (Hg.) (2005): Gute Lösungen in der Pflege. Beispiele guter Praxis einer gesundheitsgerechten und qualitätsfördernden Arbeitsgestaltung von Pflegearbeitsplätzen in Krankenhäusern, stationären Pflegeeinrichtungen und ambulanten Pflegediensten, Dortmund, BAuA, Dresden.
- Berger, Gerhard/Zimber, Andreas (2004): Alter(n)sgerechte Arbeitsplätze in der Altenpflege. Wege zur Stärkung der Arbeits(bewältigungs)fähigkeit (nicht nur) der älteren MitarbeiterInnen, Stuttgart.
- Büssing, André/Giesenbauer, Björn/Glaser, Jürgen/Höge, Thomas (2000): Arbeitsorganisation, Anforderungen und Belastungen in der ambulanten Pflege. Berichte aus dem Lehrstuhl für Psychologie der TU München, Bericht Nr. 55, München.
- DAK-BGW (Hg.) (2006): Gesundheitsreport – Ambulante Pflege, Deutsche Angestellten-Krankenkasse und Bundesgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege, Hamburg.
- Donat, Elisabeth/Spicker, Ingrid (2006): Sozialkapital in Organisationen im Kontext betrieblicher Gesundheitsförderung in der mobilen Pflege und Betreuung. Ergebnisse einer ExpertInnen-Befragung, Forschungsinstitut des Wiener Roten Kreuzes, Wien.
- Dür, Wolfgang/Fürth, Kristina (2006): Grundlagen, Konzepte und Nutzen der betrieblichen Gesundheitsförderung aus gesundheitssoziologischer Sicht, in: Meggeneder, Oskar/Hirtenlehner, Helmut (Hg.): Zehn Jahre betriebliche Gesundheitsförderung in Österreich. Forschungsstand – Strukturen – Entwicklungen, Mabuse-Verlag, Frankfurt am Main, Seite 101–112.
- ENWHP – Europäisches Netzwerk für betriebliche Gesundheitsförderung (2005): Luxemburger Deklaration zur betrieblichen Gesundheitsförderung in der Europäischen Union. In der Fassung von 2005.
- Glaser, Jürgen/Höge, Thomas (2005): Probleme und Lösungen in der Pflege aus Sicht der Arbeits- und Gesundheitswissenschaften, Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin, Dresden.
- Gregersen, Sabine (2005): Gesundheitsrisiken in ambulanten Pflegediensten, in: Badura, Bernhard/Schellschmidt, Henner/Vetter, Christian (Hg.): Fehlzeitenreport 2004. Gesundheitsmanagement in Krankenhäusern und Pflegeeinrichtungen, Springer Verlag, Berlin/Heidelberg/New York.
- Hasselhorn, Hans-Martin/Tackenberg, Peter/Müller, Bernd Hans und die NEXT-Studiengruppe (2005): Warum will Pflegepersonal in Europa die Pflege verlassen? In: BAuA (Hg.): Berufsausstieg bei Pflegepersonal, Band 15, Wirtschaftsverlag NW, Dortmund/Berlin/Dresden.

- Krajic, Karl/Nowak, Peter/Rappold, Elisabeth (2005): *Pflegenotstand in der mobilen Pflege? Diagnosen und Lösungsmöglichkeiten*, Ludwig-Boltzmann-Institut für Medizin- und Gesundheitssoziologie, Wien.
- Krenn, Manfred/Papouschek, Ulrike (2003): *Mobile Pflege und Betreuung als interaktive Arbeit: Anforderungen und Belastungen*, FORBA-Forschungsbericht 3/2003, Forschungs- und Beratungsstelle Arbeitswelt, Wien.
- Krenn, Manfred/Papouschek, Ulrike/Simsa, Ruth (2004): *Soziale Dienste (Mobile Pflege) in Österreich – Skizze eines Sektors*, Forschungs- und Beratungsstelle Arbeitswelt (FORBA), Wien.
- Kriener, Birgit/Neudorfer, Ernst/Künzel, Daniela/Aichinger, Alice (2004): *Gesund durchs Arbeitsleben. Empfehlungen für eine zukunfts- und altersorientierte betriebliche Gesundheitsförderung in Klein- und Mittelunternehmen, im Auftrag der Wirtschaftskammer*, Wien.
- Pochobradsky, Elisabeth/Nemeth, Claudia/Schaffenberg, Eva (2002): *Beschäftigte im Bereich Pflege und Betreuung*, Österreichisches Bundesinstitut für Gesundheitswesen (ÖBIG), Wien.
- Resch, Katharina/Rainer, Karin/Böhm, Sophie (2007): *Lebenswerte Arbeit. Arbeitsbedingungen, Gesundheitsförderung und Trends in der mobilen Pflege und Betreuung. Ergebnisse einer qualitativen Befragung mit ausgewählten Trägerorganisationen in Ostösterreich*, Forschungsinstitut des Wiener Roten Kreuzes, Wien.
- Siegrist, Johannes (1996): *Soziale Krisen und Gesundheit*, Hogrefe, Göttingen.
- Simsa, Ruth (2004): *Arbeitszufriedenheit und Motivation in mobilen Diensten sowie Alten- und Pflegeheimen. Forschungsergebnisse und Ansatzpunkte für Personalmanagement und Politik*, in: *WISO 2/27*, Seite 57–77.
- Spicker, Ingrid (2006): *Betriebliche Gesundheitsförderung in der mobilen Pflege und Betreuung*, in: Sprengseis, Gabriele/Lang, Gert (Hg.): *Vom Wissen zum Können. Forschung für NPO's im Gesundheits- und Sozialbereich*, Facultas Verlag, Wien, Seite 129–140.
- Spicker, Ingrid (2007): *PS: Potenzial Sozialkapital. Strategieentwicklung, Wissenstransfer und Vernetzung zur Förderung des Sozialkapitals in der mobilen Pflege und Betreuung. Projektabschlussbericht*, Forschungsinstitut des Wiener Roten Kreuzes, Wien.
- Spicker, Ingrid/Schopf, Anna (2007): *Betriebliche Gesundheitsförderung erfolgreich umsetzen. Praxishandbuch für Pflege- und Sozialdienste*, Springer Verlag, Wien.
- Spicker, Ingrid/Sprengseis, Gabriele (Hg.) (2008): *Gesundheitsförderung stärken. Kritische Aspekte und Lösungsansätze*, Facultas Verlag, Wien.
- Walter, Uta (2003): *Vorgehensweisen und Erfolgsfaktoren*, in: Badura, Bernhard/Hehlmann, Thomas (Hg.): *Betriebliche Gesundheitspolitik. Der Weg zur gesunden Organisation*, Springer Verlag, Berlin/Heidelberg/New York.

Marie Jelenko

Unternehmerische, politische und gesellschaftliche Herausforderungen für die Betriebliche Gesundheitsförderung in der Pflege

Ergebnisse der Podiumsdiskussion

In Zukunft wird es vor allem darum gehen, die nachhaltige Wirkung der Betrieblichen Gesundheitsförderung (BGF) in der Pflege sicherzustellen. Zudem müssen die Vielfalt unterschiedlicher Pflegeeinrichtungen und damit verbundene Beschränkungen und Möglichkeiten in den entsprechenden BGF-Maßnahmen Berücksichtigung finden. Schwierig wird es für diese Einrichtungen vor allem dort, wo die Grenzen zu gesamtgesellschaftlichen Problemfeldern überschritten werden. Hier sind auch politischen Antworten gefragt.

Dies waren u. a. Ergebnisse der Podiumsdiskussion von Führungspersonen aus der stationären und mobilen Pflege sowie aus dem Gesundheitsministerium zum Status quo und den künftigen Herausforderungen der BGF in der Pflege. Unter Moderation von Karin Steiner (abif) diskutierten Johanna Ehmsen-Höhl (BMGFJ, Abteilung BMGF – III/B/4), Monika Gugerell (Pflegedienstleitung, Niederösterreichisches Hilfswerk), Maria Gschaider (Bereichsleiterin für Betreuung und Pflege, Caritas Steiermark), Eva Kürzl (Pflegeaufsicht, Land Niederösterreich) und Charlotte Staudinger (Generaloberin, Leiterin des Geschäftsbereiches Qualitätsarbeit, Wiener Krankenanstaltenverbund).

1 Maßnahmen in der Pflege

Gesundheitsförderung beginnt, so Eva Kürzl, schon in der Ausbildung. Hier müssen die Bedingungen der Praktika und des Unterrichtes genauer angesehen und im Sinne einer gesundheitsförderlichen Ausbildung verbessert werden.¹ Diese frühe Bewusstseinsbildung wirkt positiv auf eine gesundheitsförderliche Berufsausübung. Auch Fortbildungen sind ein wichtigen Bestandteil der Gesundheitsförderung, da sie den Pflegenden einen wichtigen Werkzeugkasten für den Umgang mit Problemen in die Hand legen (z. B. Stressbewältigung, Konfliktmanagement).

¹ Vgl. Marie Jelenko in diesem Band.

Die wesentlichen Themenbereiche für BGF-Maßnahmen in der Pflege sind, laut Johanna Ehmsen-Höhl, Ernährung, Bewegung und Psychohygiene. Letzteres kann u. a. über das Angebot eines Entspannungsraumes für MitarbeiterInnen, wie z. B. im Seniorenwohnheim Neumargareten, gefördert werden. Eine Arbeits- und Gesundheitspsychologin aus dem Publikum fordert in diesem Zusammenhang die stärkere Berücksichtigung von schnellwirksamen Maßnahmen des Stressabbaus in der Gesundheitsförderung. Denn solche Maßnahmen, die direkt in der Stresssituation greifen, finden im Gesundheitsdiskurs bislang eine stiefmütterliche Behandlung.

Weg von der Verhaltensebene geht Eva Kürzl stärker auf Fragen der Kommunikationsstruktur und Führung ein. Sie betont u. a. die Dreiecksbeziehung »HeimbewohnerIn – Angehörige – Pflegende«, in der sich immer wieder Konflikte auftun können. In diesem Zusammenhang kann das Land Niederösterreich mit dafür eingerichteten Gesprächen unter externer Moderation auf gute Erfahrungen verweisen. Auch das Thema »Dienstplangestaltung« erfordert, laut Eva Kürzl, Maßnahmen von Führungsseite. So kann aus den Erfahrungen des Landes Niederösterreich mit rund 200 unterschiedlichen Dienstformen der Schluss gezogen werden, dass die Zufriedenheit der MitarbeiterInnen dann am höchsten ist, wenn eine möglichst freie Gestaltung der Dienstzeiten gegeben ist.

Weitgehend einig sind sich die Diskutierenden darin, dass es auf Ebene der Unternehmen und Vereine im Pflegebereich darum geht, gesundheitsförderliche Rahmenbedingungen zu schaffen und damit einen eigenverantwortlichen Umgang der MitarbeiterInnen mit Gesundheit zu ermöglichen. Von den im Pflegebereich tätigen Personen wird gefordert, diese Eigenverantwortung auch anzunehmen. Dabei betont Maria Gschaider, dass MitarbeiterInnen eher Eigenverantwortung übernehmen können, wenn sie nach ihren Fähigkeiten und Fertigkeiten richtig eingesetzt werden. Ansonsten steht eine laufende Überforderung einem eigenverantwortlichen Umgang mit der eigenen Gesundheit (in einem ganzheitlichen Sinn) massiv entgegen. Neben dem den Fähigkeiten und Fertigkeiten entsprechenden Personaleinsatz sieht sie das Schaffen einer Kultur der Kommunikation, in der Interessen, Bedürfnisse, Ziele etc. artikuliert werden können, als zentralen Beitrag des Managements auf dem Weg zum »Gesunden Unternehmen«.

2 Künftige Herausforderungen

Insgesamt etabliert sich das Thema »Betriebliche Gesundheitsförderung« zunehmend in den verschiedenen Organisationen, die im Pflegebereich agieren. Im Wiener Krankenanstaltenverband ist BGF bereits im Leitbild verankert. Bisher wurde aber, laut Charlotte Staudinger, der Fokus stark auf Möglichkeiten der horizontalen und vertikalen beruflichen Entwicklung gelegt. Zukünftig werde es wichtiger sein, Gesundheitsförderung auf Ebene der Gesamtunternehmung zu etablieren und entsprechende Strukturen zu schaffen. Denn mit den bisherigen Einzelprojekten gäbe es zwar gute Erfahrungen auf inhaltlicher Ebene, sie wären aber unzureichend im

Hinblick auf Nachhaltigkeit. Eine Position, der sich Monika Gugerell nur anschließen kann, indem sie punktuelle Gesundheitsförderungsmaßnahmen als nicht ausreichend bezeichnet und das Setzen längerfristiger Ziele mit entsprechenden Konzepten sowie die Verankerung von BGF auf Ebene der Organisation, insbesondere in der Personalentwicklung, als zentral für deren nachhaltigen Erfolg ansieht.

Auch Maria Gschaider betont die Notwendigkeit, nicht nur projektorientiert zu arbeiten. Dabei hat das Umlegen von Maßnahmen auf die gesamte Organisation einen besonderen Stellenwert. Denn einzelne unverbindliche Angebote, wie z. B. Kinästhetik, wurden bisher kaum wahr- und angenommen, erhielten aber viel positives Feedback, als sie verpflichtend angeboten wurden. In diesem Sinne fordert Maria Gschaider »(...) manche Maßnahmen drüberzulegen und entsprechend Zeit und Geld dafür aufzuwenden«. Auf MitarbeiterInnenebene sieht sie das Setzen von Grenzen als zentrale Herausforderung der BGF in der Pflege. Durch häufige Überstunden und das Einspringen für KollegInnen kann das Gefühl »Wenn ich frei habe, habe ich frei!« nicht entstehen, das Abschalten von der Arbeit wird nahezu unmöglich. Dieser Druck und Stress werde den Pflegepersonen von Beginn an vermittelt, und auch die Führungskräfte seien mit ihren Überstunden und ihrer mangelnden Abgrenzung vom Beruf oft schlechte Vorbilder. Maria Gschaider hält es daher für notwendig, dass das Management bereit ist, Zeit und Geld zu investieren, um eine bessere »Abgrenzung« vom Beruf sicherzustellen und damit die Regenerationsphase aufzuwerten.

3 Frauen und Ältere als spezifische Zielgruppen

Ein Diskussionsstrang setzt sich mit der Geschlechterdimension, insbesondere mit der Frage der Vereinbarkeit von Beruf und Familie auseinander. In diesem Zusammenhang hält Monika Gugerell eine stärkere Bewusstseinsbildung von Frauen für ihre eigenen Bedürfnisse für notwendig. Denn aufgerieben zwischen den Aufgaben des Berufes und der Familie nehmen sie kaum Zeit für sich selbst in Anspruch, Zeit die für das Stillen eigener Bedürfnisse und die Reflexion beruflicher Geschehnisse dringend notwendig wäre. Eine Meldung aus dem Publikum macht überdies darauf aufmerksam, dass der Stress, der »zu Hause« entsteht oft größer ist als jener des Arbeitsumfeldes und dies im Rahmen der Gesundheitsförderung entsprechend berücksichtigt werden sollte. Auch in diesem Zusammenhang setzt Monika Gugerell auf stärkere Bewusstseinsbildung, das eigene Erkennen der Ursachen von Belastungen und eine adäquate Vermittlung eigener Bedürfnisse gegenüber KollegInnen, Führungspersonal, aber auch PatientInnen und Angehörigen: »Im Spannungsfeld dieser unterschiedlichen Erwartungen das Argumentieren zu lernen, ist eine notwendige und wichtige soziale Kompetenz des Gesundheits- und Krankenpflegepersonals, die im Rahmen der Betrieblichen Gesundheitsförderung entsprechend gefördert werden sollte.« (Monika Gugerell)

Gleichzeitig macht Charlotte Staudinger darauf aufmerksam, dass der Unterstützung von Seiten des Dienstgebers auch Grenzen gesetzt sind. Er könne zwar Rahmenbedingungen schaffen, wie etwa Kinderbetreuungsmöglichkeiten, das Angebot, zubereitete Speisen mit nach Hause zu nehmen etc., aber nicht individuelle Problemlagen lösen.

Auch das Thema »Alternde Belegschaften« wird aufgegriffen. Die stellvertretende Pflegedirektorin des Krankenhauses Hietzing, Elisabeth Wense, macht darauf aufmerksam, dass sich die Hälfte ihrer MitarbeiterInnen auf die 45+ zubewegt. Bei den derzeitigen Verhältnissen sieht sie keine Möglichkeit, diese Personen bis ins hohe Alter im Beruf zu halten. Denn die Anforderungen hätten sich in den letzten Jahren potenziert, insbesondere was die Schnelligkeit des Informationsflusses betrifft. Ältere Gesundheits- und Krankenpflegepersonen kämen damit immer weniger zurecht, verlieren zunehmend »ihre Mitte« und »entfernen sich von sich selbst«. Um für die Anforderungen einer alternden Belegschaft gewappnet zu sein, setzt der Wiener Krankenanstaltenverbund neben »Sicherung von Nachhaltigkeit« und »Sucht am Arbeitsplatz« in den nächsten Jahren einen Themenschwerpunkt im Bereich »Productive Ageing«. Maria Gschaider macht in diesem Zusammenhang auf Schwierigkeiten in kleineren Einrichtungen aufmerksam. Dort könnten personaltechnische Maßnahmen, wie etwa die MitarbeiterInnen-Rotation zur Unterstützung älterer MitarbeiterInnen, nicht immer angewendet werden bzw. sind sie sehr erklärungsbedürftig gegenüber anderen MitarbeiterInnen, da bestimmte (körperlich weniger anstrengende) Positionen nur beschränkt vorhanden sind.

4 Die Pflege als uneinheitliches Feld

Nicht nur in der Frage alterngerechter Arbeit werden Unterschiede zwischen Trägerorganisationen deutlich. So hätten es, laut Monika Gugerell, mobile Träger durch das Fehlen eines gemeinsamen Arbeitsortes schwerer, Maßnahmen im Bereich BGF zu setzen als z. B. Krankenhäuser.² Kleine Träger wären, so Charlotte Staudinger, auch finanziell vielfach beschränkt und könnten etwa – im Gegensatz zu größeren stationären Einrichtungen – die Aufschulung von der Pflegehilfe zur Diplomierten Pflegekraft nicht im Rahmen des Dienstverhältnisses anbieten. Auch ein Teilnehmer aus dem Publikum macht auf diese Diskrepanz aufmerksam. Er unterscheidet zwischen kommunalen Einrichtungen, die finanziell recht gut abgesichert sind, und privaten Einrichtungen, für deren Angestellte seit drei Jahren zwar ein Kollektivvertrag existiert, der aber nicht zur Gänze für Unternehmen finanziert ist. Das Problem dabei sei, dass nicht einmal Gehalt und Erschwerniszulage finanziert würden, gar nicht zu reden von Ausgaben in den Bereichen »Supervision« und »Kommunikation«, was sich in den Ar-

2 Zu den spezifischen Bedingungen der Betrieblichen Gesundheitsförderung in der mobilen Pflege und Betreuung siehe Ingrid Spicker in diesem Band.

beitsbedingungen niederschläge und die Anerkennung der Pflege, der Pflegepersonen und Pflegeeinrichtungen drücke.

Auf die Frage der Moderatorin zu Unterschieden zwischen PflegehelferInnen und Diplomiertem Pflegepersonal in der BGF werden kaum verschiedene Zugangsweisen zu dieser Thematik festgemacht. Jedoch bezeichnet Charlotte Staudinger die Unzufriedenheit im Diplomierten Dienst als stärker ausgeprägt. Dies hänge vor allem damit zusammen, dass das Tätigkeitsprofil in der Diplomierten Pflege nicht mit der tatsächlichen Tätigkeit übereinstimme. Dagegen kommen zwei Einwände aus dem Publikum: Erstens fühlten sich PflegehelferInnen – gegenüber der Diplomierten Pflege – weniger wertgeschätzt, und zweitens zeige eine Krankenhaus-Studie einen negativen Zusammenhang zwischen Ausbildungsniveau und Unzufriedenheit («Je niedriger das Ausbildungsniveau, desto höher ist die Unzufriedenheit.«). Auch Johanna Ehmsen-Höhl betont, dass im Sinne einer Steigerung von Motivation und Zufriedenheit die Karriereoption einer finanziell abgesicherten Aufschulung zur Diplomierten Pflegekraft für PflegehelferInnen zentral ist.

5 Grenzen zwischen unternehmerischer und gesellschaftlicher Verantwortlichkeit

Charlotte Staudinger weist darauf hin, dass die Diskussionen rund um BGF und den Themenkreis »Alternsgerechtes Arbeiten« die Grenzen von betrieblichen zu gesellschaftlichen Problemlagen und Lösungspotenzialen oftmals überschreitet. In vielen Themenfeldern sei auch die Politik gefragt. So schaffen etwa alternative Arbeitszeitmodelle und Teilzeitbeschäftigung neue Möglichkeiten, aber auch Probleme im Hinblick auf die Qualität der geleisteten Pflege, der Zumutbarkeit einer gewissen Anzahl von Pflegepersonen pro KlientIn und der Organisation von Dienstzeiten. Auch die Frage anderer Lebenszeitmodelle könnten die im Pflegebereich tätigen Organisationen nicht alleine lösen: »Es müssen Modelle entwickelt werden, die gesellschaftlich und politisch möglich sind und auch eine dienst- und besoldungstechnische Abfederung beinhalten. Denn in einem Besoldungsmodell, das auf Tag- und Nachtdienste ausgerichtet ist, ist es für Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter, die ausschließlich Tagdienste übernehmen, kaum möglich, genug zu verdienen. Ohne solche Modelle sehe ich keine Möglichkeit, dass in der Pflege Tätige bis ins hohe Alter im Beruf bleiben.« (Charlotte Staudinger)

Auch im Bereich der Personalbereitstellung sei die Politik gefordert, insbesondere was die Höherqualifikation von in der Pflegehilfe Tätigen betrifft. Denn, laut Maria Gschaider, gibt es z. B. in der Steiermark große Probleme »(...) an ausreichendes Diplomiertes Personal in der Geriatrie zu kommen«. Nur mit Unterstützung der öffentlichen Hand könnten Aufschulungen finanziell abgesichert und damit den MitarbeiterInnen von kleinen/privaten Trägerorganisationen ermöglicht werden.

6 Resümee

Als Abschluss fordert Karin Steiner das Podium auf, den Zusammenhang zwischen der Qualität in der Pflege, den Arbeitsbedingungen und BGF zu beschreiben. Charlotte Staudinger betont die hohe Komplexität des Themas und nennt vor dem Hintergrund der zur Verfügung stehenden Ressourcen des Betriebes die Schaffung guter Arbeitsbedingungen und die Erstellung realistischer Pflegekonzepte als Grundbedingungen. Dann sei auch der Gesundheitsförderungsansatz vertreten und integriert. Dagegen würden desorganisierte Strukturen und fehlende Pflegekonzepte das Gegenteil von Gesundheitsförderung bedeuten.

Auch Maria Gschaidler sieht passende Arbeitsbedingungen als Voraussetzung für die Zufriedenheit der MitarbeiterInnen, relativiert aber gleichzeitig die Möglichkeit einer völlig zufriedenen Belegschaft. Denn »(...) es sind nicht immer alle zufrieden, man muss sich auch trennen können, und zum Teil wurde auch der Beruf verfehlt«. So schule das AMS beispielsweise freigesetztes Personal zu PflegehelferInnen um, ohne vorher exakt abzuklären, ob die Betroffenen das überhaupt wollen und was das für diese bedeute.

Für die erfolgreiche Verbreitung von BGF in der Pflege hält es Charlotte Staudinger für wichtig, den Nutzen von BGF auf volkswirtschaftlicher und gesamtgesellschaftlicher Ebene zu kommunizieren. Sie macht dabei auf eine Studie des Institutes für Höhere Studien (IHS; www.ihs.ac.at) aus dem Jahr 2004 zum ökonomischen Nutzen von BGF aufmerksam, in der es u. a. heißt: »Unter der Annahme, dass alle Erwerbstätigen durch betriebliche Gesundheitsförderungsprogramme erreicht werden können und alle erwerbstätigen Personen den auf sie individuell zugeschnittenen Empfehlungen Folge leisten und versuchen ein gesundes und sportlich aktives Leben zu führen, sind möglicherweise volkswirtschaftliche Einspareffekte von bis zu 3,64 Milliarden Euro erzielbar. Das sind bis zu 1,7 Prozent des Bruttoinlandsproduktes. Der Hauptteil dieser Effekte wird durch die zu erwartende sinkende Anzahl an Neuzugängen zur Erwerbsunfähigkeitspension verursacht.«³

7 Literatur

- Helmenstein, Christian/Hofmarcher, Maria/Kleissner, Anna/Riedel, Monika/Röhring, Gerald/Schnabl, Alexander (2004): Ökonomischer Nutzen Betrieblicher Gesundheitsförderung, Wien.
- Jelenko, Marie: Berufsverläufe in der Diplomierten Pflege – Zwischen Belastung und Sicherheit, in diesem Band.
- Spicker, Ingrid: Betriebliche Gesundheitsförderung in der mobilen Pflege und Betreuung, in diesem Band.

3 Christian Helmenstein u. a. 2004, Seite 54.

Anhang 1

Beispielprojekt zur Gesundheitsförderung in der mobilen Pflege

Volkshilfe Wien: »Ich tu' was für mich! Arbeitsbewältigung und langfristiger Verbleib am Arbeitsplatz ›Mobile Pflege und Betreuung««

(Quelle: Vortrag Martin Glashütter, www.volkshilfe-wien.at [20.9.2008])

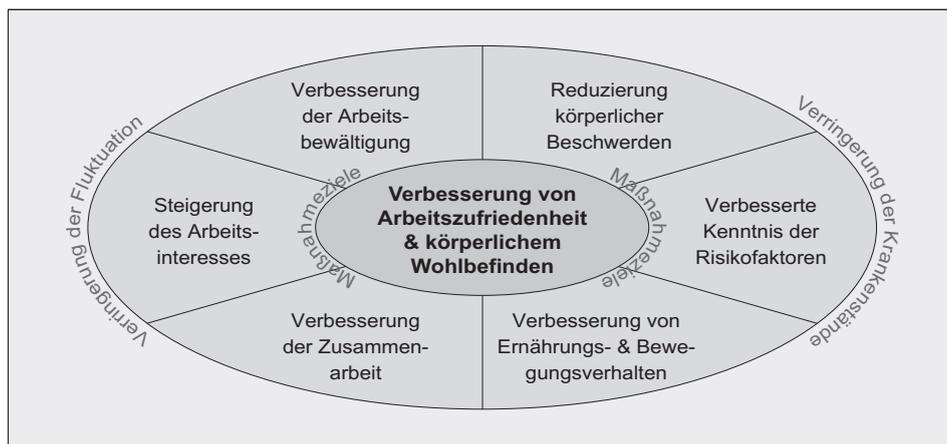
Die Arbeitsbedingungen im Bereich der mobilen Pflege und der Betreuung sind oftmals mit großen physischen und psychischen Anstrengungen verbunden. Ziel des Gesundheitsprojektes der Volkshilfe Wien war es, Belastungen zu reduzieren und die Gesundheit der MitarbeiterInnen zu stärken.

Im Rahmen des Projektes wurde zuerst eine Ist-Stand-Analyse mit Hilfe von Einzelinterviews, Fragebogenerhebungen, Gesundheitszirkeln und Krankenstandauswertungen durchgeführt.

Als zweiter Schritt wurde eine Strategie entwickelt, um den dadurch ermittelten Belastungen entgegenzuwirken. Abschließend wurde überprüft und dokumentiert, welche Veränderungen und Erfolge erreicht wurden und an welchen Punkten weitergearbeitet werden kann.

Konkrete Projektziele waren die Steigerung der Arbeitszufriedenheit und des körperlichen Wohlbefindens der MitarbeiterInnen.

Grafik 1: Projektziele



Quelle: www.volkshilfe-wien.at [Zugriff 20.9.2008]

Bei Ersterem war es wichtig, den MitarbeiterInnen die Arbeitsbewältigung zu erleichtern. Dazu wurden Beschwerden mittels Beschwerdebriefkastens erhoben und in der Folge bearbeitet. Weitere Ziele bestanden darin, das Interesse für die Arbeit zu steigern und die Zusammenarbeit zu verbessern. Zu jedem dieser Ziele wurden verschiedene Maßnahmen gemeinsam mit den MitarbeiterInnen ausgearbeitet, Anschließend wurde überprüft, welche Veränderungen dadurch erreicht werden konnten.

Tabelle 1: Projektergebnisse »Arbeitszufriedenheit«

Ziel	Messgröße	Maßnahmen	Ergebnis
Verbesserung der Arbeitsbewältigung	+2%	<ul style="list-style-type: none"> • Ausbildung von GesundheitsmoderatorInnen • GesundheitsmoderatorInnen-Netzwerk • Beschwerdebriefkasten • Handbuch • Fachlicher Journaldienst 	+2%
Verbesserung des Arbeitsinteresses	+2%	<ul style="list-style-type: none"> • Schnuppertag • Feldkompetenz TeamleiterInnen 	+3%
Verbesserung der Zusammenarbeit	+5%	<ul style="list-style-type: none"> • Schulung Telefon-Kommunikation • Beschwerdebriefkasten • Standard für Teamgespräche • Interdisziplinäres Team • Abstimmung externe Bildungs-ReferentInnen 	+3,5%

Quelle: www.volkshilfe-wien.at, Infoblatt Juni 2007 [Zugriff 20.9.2008]

Bei Zweiterem ging es darum, körperliche Beschwerden der MitarbeiterInnen zu reduzieren, ihre Kenntnis von Risikofaktoren zu schulen und ihr Ernährungs- sowie Bewegungsverhalten zu verbessern. Auch hier wurden jeweils unterschiedliche Maßnahmen, wie z. B. Ernährungs- und Körpererfahrungsseminare, ausgearbeitet, wodurch etliche Erfolge verbucht werden konnten.

Tabelle 2: Projektergebnisse »Körperliches Wohlbefinden – Wellness«

Ziele	Maßnahmen	Erfolge
Stopp den Wirbelsäulen-Beschwerden!	<ul style="list-style-type: none"> • Rückenschulen für Essen auf Rädern und Reinigungsdienst • Aktivprogramm • Arbeitsplatzbegehungen durch die Arbeitsmedizinerin und Sicherheitsfachkraft • Headsets nutzen • Maßnahmenkatalog Rücken • Zivildienerschulung 	<ul style="list-style-type: none"> • Körperliche Beschwerden um bis zu 12 % zurückgegangen! • Reinigungsdienst: 34 % weniger Nacken- und Schulterschmerzen. • Zielgruppenspezifische Angebote zeigen den größten Erfolg. • 37 % aller MitarbeiterInnen konnten ihr Bewegungsverhalten verbessern. • 13 % weniger Schulterbeschwerden bei Büroangestellten.
Gesünder und leichter leben!	<ul style="list-style-type: none"> • Infotage • Kalorienangaben auf den Speiseplänen • Gesundenuntersuchung • Seminar Körpererfahrung 	<ul style="list-style-type: none"> • 3 % weniger übergewichtige MitarbeiterInnen. • MitarbeiterInnen wissen nun über Risikofaktoren besser Bescheid.
Mit gesunder Ernährung und Bewegung zu einem gesunden Lebensstil!	<ul style="list-style-type: none"> • Schlankschlemmer-Programm • Ernährungsseminare • Tipps & Tricks • Frauenlauf 	<ul style="list-style-type: none"> • SchlankschlemmerInnen konnten durchschnittlich 8,7 kg Körpergewicht abnehmen. • 44 % aller MitarbeiterInnen haben ihr Ernährungsverhalten verbessert.

Quelle: www.volkshilfe-wien.at, Infoblatt Juni 2007 [Zugriff 20.9.2008]

Ein weiteres Anliegen war Nachhaltigkeit über das Projekt hinaus zu erzielen. Beispielsweise stehen die aus den MitarbeiterInnen rekrutierten GesundheitsmoderatorInnen Ihren KollegInnen weiterhin zur Verfügung, oder durch das Erstellen eines »Aktivprogrammes« sollen die MitarbeiterInnen weiterhin zur Bewegung animiert werden.

Anhang 2

Beispielprojekt der Gesundheitsförderung im stationären Bereich

Krankenhaus Hietzing: »Pflege braucht Erfahrung – Erfahrung braucht Pflege«: Jung und Alt profitieren voneinander

(Quellen: Vortrag von Elisabeth Wense, www.oengk.net [16.10.2008],
www.allianz-gf-wien.at [16.10.2008])

Im Krankenhaus Hietzing, mit dem Neurologischen Zentrum Rosenhügel, arbeiten insgesamt 3.300 MitarbeiterInnen. Etwa die Hälfte zählt zum Gesundheits- und Krankenpflegepersonal, wobei 40 Prozent älter als 45 Jahre sind.

Die durchschnittlichen Krankenstandstage der MitarbeiterInnen aus dem Pflegebereich verteilen sich, wie in der folgenden Tabelle dargestellt wird.

Tabelle 1: Durchschnittliche Krankenstandstage

Alter der MitarbeiterInnen	Durchschnittliche Krankenstandstage
DGKS/DGKP < 45	16,94
PFH < 45	28,83
DGKS/DGKP > 45	27,14
PFH > 45	41,38

Aufgrund der hohen Fehlzeiten, wobei eine Entlastung der MitarbeiterInnen nur mit hohen finanziellen Einbußen geschaffen werden kann, entstand die Motivation, ein Projekt zur Verbesserung des Wohlbefindens der MitarbeiterInnen sowie der Gesundheitsförderung im Krankenhaus Hietzing zu initiieren.

1. MitarbeiterInnenbefragung

Im Rahmen des Projektes wurde eine Ist-Stand-Analyse mit Hilfe einer Fragebogenerhebung zu folgenden Themenbereichen durchgeführt, woraus anschließend konkrete Projektziele angeleitet werden konnten:

Tabelle 2: Projektziele

Befragte Themenbereiche	Ergebnisse
Zufriedenheit/Wohlfühlen am Arbeitsplatz	<ul style="list-style-type: none"> • Über 50 % äußerten sich in hohem Maße positiv über die Situation am Arbeitsplatz • 9 % fühlen sich in hohem Maße unwohl
Arbeitsmotivation/Einsatzbereitschaft	<ul style="list-style-type: none"> • Über 60 % geben an, eine hohe Arbeitsmotivation zu haben • 16 % sind nicht positiv motiviert
Wertschätzung	<ul style="list-style-type: none"> • 30 % fühlen eine hohe Wertschätzung • Über 13 % erfahren kaum oder gar keine Wertschätzung
Einsatzbereitschaft	<ul style="list-style-type: none"> • $\frac{2}{3}$ schätzen diese hoch ein • 14 Personen haben bereits »innerlich gekündigt«
Gesundheitszustand	<ul style="list-style-type: none"> • 60 % leiden an kleineren Beeinträchtigungen • Weniger als $\frac{1}{3}$ fühlen sich gesund
Zusammenarbeit »jung-alt«	<ul style="list-style-type: none"> • Knapp 90 % empfinden diese als gut
Bereitschaft für in »pflegefremden« Bereichen zu arbeiten	<ul style="list-style-type: none"> • Hierzu sind beinahe 50 % bereit
Bereitschaft auf Prozentsatz des Gehaltes zu verzichten	<ul style="list-style-type: none"> • 25 % sind bereit dazu • 50 % sind absolut dagegen
Als mögliche Arbeitsfelder für ältere MitarbeiterInnen werden genannt	<ul style="list-style-type: none"> • Ambulanzbereich und administrativer Bereich • Gesprächsführung • Einsatz für Schulungen
Physische & psychische Belastungen	<ul style="list-style-type: none"> • Fast 50 % empfinden eine sehr belastende Situation • Nicht einmal 10 % fühlen sich nicht belastet
Dienstformen	<ul style="list-style-type: none"> • Knapp $\frac{3}{4}$ machen 12-Stunden-Dienste • Die Dienstform fällt jedoch nicht ins Gewicht
Gesundheitsfördernde Maßnahmen	<ul style="list-style-type: none"> • Gesundheitsuntersuchungen werden von $\frac{1}{3}$ der MitarbeiterInnen wahrgenommen • Informationsveranstaltungen nehmen 16 % wahr • Andere Angebote werden nur gering genutzt (z. B. 6% bei der Rückenschule)
Die ältesten MitarbeiterInnen (über 55 Jahren)	<ul style="list-style-type: none"> • Sind am zufriedensten (Arbeitsplatz, -bedingungen) • Fühlen sich am wohlsten • Sind am höchsten motiviert • Erleben die höchste Wertschätzung • Sind am wenigsten bereit in andere Bereiche zu gehen • Haben den höchsten Anteil an physisch belasteten MitarbeiterInnen • Sind positiver eingestellt gegenüber Führungskräften • Können Anforderungen am leichtesten erfüllen
Die jüngsten MitarbeiterInnen (unter 30 Jahren)	<ul style="list-style-type: none"> • Sind am geringsten motiviert • Haben die geringste Einsatzbereitschaft • Sind die Gesundesten • Arbeiten am besten mit jungen KollegInnen und am schlechtesten mit den ältesten KollegInnen • Sind eher zu einem Gehaltverzicht bereit • Machen fast alle 12-Stunden-Dienste

2. Projektziele

Ziel des Projektes ist es, das Wohlbefinden und somit die Gesundheit vor allem der älteren MitarbeiterInnen (+45) am Arbeitsplatz zu erhalten, zu fördern und gesunde Arbeitsbedingungen zu schaffen. Die Interessen der Beschäftigten und die des Unternehmens, wie etwa höhere Lebensqualität, höhere Arbeitszufriedenheit, verbessertes Betriebsklima, Reduzierung krankheits- und motivationsbedingter Fehlzeiten sowie bessere Arbeitsqualität, werden dabei gleichermaßen berührt. Jung und Alt sollen voneinander profitieren.

Definierte Projektziele sind:

- Förderung der Zusammenarbeit von Jung und Alt.
- Gesundheitsförderung wird als wesentliche Führungsaufgabe wahrgenommen.
- Gesundheitsfördernde Aspekte zu initiieren und in die Arbeitswelt zu integrieren.
- Arbeitsbedingungen für ältere MitarbeiterInnen zu verbessern bzw. den Möglichkeiten anzupassen.
- Handlungsfelder, für die ältere MitarbeiterInnen prädestiniert sind, definieren.

3. Maßnahmen

- Um die Projektziele umsetzen zu können, werden im Krankenhaus Hietzing verschiedenste Methoden angewendet. Zum einen ist dies die Einrichtung multifunktionaler Arbeitsplätze. Hierbei werden zum Beispiel Arbeitsplätze im Verwaltungsbereich mit MitarbeiterInnen des Pflegebereiches, welche aus gesundheitlichen Gründen nicht mehr am Krankenbett arbeiten können, besetzt.
- Das Neustarterforum ist ein Treffen der PflegeberufsanfängerInnen, um den Eintritt in die Arbeitswelt zu erleichtern. Ein Ergebnis dieses Arbeitskreises war die Entwicklung eines einheitlichen Leitfadens zur Einschulung von neuen MitarbeiterInnen.
- Die von Herrn Jörg Zeyringer entwickelte außergewöhnliche Motivationsmethode ist ein Ansatz, der eine permanente Unter- bzw. Überforderung der MitarbeiterInnen vermeiden soll. Es geht darum, die Arbeitsaufgaben der MitarbeiterInnen in einem ausgewogenen Verhältnis im Hinblick auf Herausforderungen zu wählen.
- Körper, Geist und Seele können bei einem ganzheitlichen Bewegungstraining im Physikalischen Institut des Hauses gefördert werden. Alle MitarbeiterInnen haben die Möglichkeit, dieses Angebot kostenlos in Anspruch zu nehmen.
- Die erste Arbeitsgruppe des Ältestenrates hat bereits stattgefunden. Ziele dieser Einrichtung sind:
 - Erfahrung älterer MitarbeiterInnen für unsere Organisation zu nutzen.
 - Hohe Anerkennung dieser MitarbeiterInnen.
 - Kultur des »Wertschätzenden Miteinanders« zu fördern.
 - Anliegen und Probleme dieser Arbeitsgruppe zu thematisieren.
 - Überlegungen und Strategien zu besprechen.

Besonders jene Menschen, die für die Gesundheit anderer Menschen arbeiten, sind von gesundheitlichen Belastungen in ihrer Arbeit betroffen. Dazu gehören sowohl physische, zum Teil extrem hohe Belastungen durch Heben und Stützen, als auch psychische Belastungen, die die direkte Arbeit mit kranken Menschen mit sich bringt. Zeitdruck und administrativer und organisatorischer Aufwand in der mobilen Pflege, Schichtdienst in der stationären Pflege und relativ wenig Gestaltungsmöglichkeiten der eigenen Karriere belasten gerade eine Berufsgruppe, die in Zukunft noch viel stärker gefragt sein wird. Welche Möglichkeiten gibt es für das Pflegepersonal, die gesundheitlichen Belastungen in der Arbeit zu reduzieren und die Ressourcen der einzelnen Beschäftigten zu stärken? Betriebliche Gesundheitsförderung (BGF) könnte eine Antwort sein.

Am 20. Mai 2008 fand im Kardinal-König-Haus in Wien die Fachtagung »Gesund pflegen und gesund bleiben! – Betriebliche Gesundheitsförderung in der mobilen und stationären Pflege« statt. Veranstaltet wurde diese Fachtagung von der Abt. Arbeitsmarktforschung und Berufsinformation des AMS Österreich (www.ams.at), von der Caritas Österreich (www.caritas.at) und vom sozialwissenschaftlichen Forschungs- und Beratungsinstitut abif (www.abif.at). Der vorliegende Tagungsband enthält Artikel der Vortragenden und eine Zusammenfassung der Podiumsdiskussion dieser Veranstaltung. Präsentationen verschiedener Projekte zur Betrieblichen Gesundheitsförderung (BGF) schließen den Band ab.

www.ams-forschungsnetzwerk.at

... ist die Internet-Adresse des AMS Österreich
für die Arbeitsmarkt-, Berufs- und Qualifikationsforschung



P.b.b.
Verlagspostamt 1200

ISBN 978-3-85495-249-X