

ZUKUNFT:PFLEGE

**Zukunft der Pflege im demografischen Wandel –
Innovationsfähigkeit durch Organisationslernen
und regionale Netzwerkbildung**

Guido Becke, Miriam Behrens, Peter Bleses,
Kristin Jahns, Stephanie Pöser, Wolfgang Ritter

Nachhaltige Beschäftigungsfähigkeit in der ambulanten Pflege

**Zwischenbericht des Verbundprojekts
ZUKUNFT:PFLEGE**

**artec-paper Nr. 189
April 2013**

ISSN 1613-4915



Das Forschungszentrum Nachhaltigkeit ist eine Zentrale Wissenschaftliche Einrichtung der Universität Bremen. Es wurde 1989 zunächst als Forschungszentrum Arbeit und Technik (artec) gegründet. Seit Mitte der 90er Jahre werden Umweltprobleme und Umweltnormen in die artec-Forschung integriert. Das Forschungszentrum bündelt heute ein multi-disziplinäres Spektrum von – vorwiegend sozialwissenschaftlichen – Kompetenzen auf dem Gebiet der Nachhaltigkeitsforschung. „artec“ wird nach wie vor als ein Teil der Institutsbezeichnung beibehalten.

Das Forschungszentrum Nachhaltigkeit gibt in seiner Schriftenreihe „artec-paper“ in loser Folge Aufsätze und Vorträge von MitarbeiterInnen sowie ausgewählte Arbeitspapiere und Berichte von durchgeführten Forschungsprojekten heraus.

Impressum

Herausgeber:

Universität Bremen

artec | Forschungszentrum Nachhaltigkeit

Postfach 33 04 40

28334 Bremen

Tel.: 0421 218 61800

Fax.: 0421 218 98 61800

Web: www.artec.uni-bremen.de

Kontakt:

Andrea Meier

E-Mail: andrea.meier@artec.uni-bremen.de

Vorweg: Das Wichtigste in Kürze

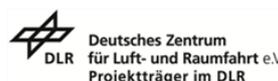
Das Verbundprojekt ZUKUNFT:PFLEGE wird vom Bundesministerium für Bildung und Forschung sowie dem Europäischen Sozialfonds im Rahmen des Förderschwerpunkts »Innovationsfähigkeit im demografischen Wandel« gefördert (Förderkennzeichen 01HH11019, 01HH11020, 01HH11021; Förderzeitraum: 01.01.2012 – 30.04.2015). Das Projekt besteht aus vier geförderten Partnern. In alphabetischer Reihenfolge sind das:

- artec | Forschungszentrum Nachhaltigkeit der Universität Bremen
- Bremer Pflegedienst GmbH
- vacances Mobiler Sozial- und Pflegedienst GmbH
- Zentrum für Sozialpolitik der Universität Bremen

Das Verbundprojekt hat sich zum Ziel gesetzt, angesichts der tiefgreifenden Auswirkungen des demografischen Wandels Gestaltungskonzepte für eine nachhaltige Beschäftigungsfähigkeit in der ambulanten Pflege zu erarbeiten. Es setzt dabei mit zwei Strategien an:

- Erstens werden in den ambulanten Pflegeunternehmen Gestaltungskonzepte erarbeitet und erprobt, die die nachhaltige Beschäftigungsfähigkeit von Pflegekräften ebenso wie Büro-, Leitungs- und Hauswirtschaftskräften durch eine gute Gestaltung der Arbeitsorganisation, der Arbeitsprozesse wie insbesondere der Kooperation und Kommunikation fördern sollen. Hier steht eine für alle Beteiligten zu gestaltende „nachhaltige Arbeitsqualität“ im Mittelpunkt.
- Zweitens wird für Bremen und das Bremer Umland ein regionales Unterstützungsnetzwerk für die ambulante Pflege aufgebaut, da die Ressourcen der oft kleinen und mittleren Pflegeunternehmen ihre betrieblichen Handlungsmöglichkeiten begrenzen und die Bewältigung dringender Zukunftsaufgaben gefährden. Im Netzwerk kooperieren ambulante Pflegeunternehmen untereinander und mit weiteren Unterstützern (z.B. Anbieter von Qualifikationsmaßnahmen oder Gesundheitsdienstleistungen) mit dem Ziel, ihre beschränkte Ressourcenausstattung durch Zusammenarbeit möglichst optimal nutzen zu können.

Die Wirkung beider Strategien wird im Verlaufe der Projektarbeiten begleitend evaluiert und auch in den wirtschaftlichen Wirkungen für die ambulanten Pflegeunternehmen begutachtet.



Das Verbundprojekt wird in seinen beiden Handlungsfeldern von einer Reihe von ‚Unterstützern‘ (sog. Valuepartner) begleitet, die sich bereits im Vorfeld bereit erklärt haben, dem Projekt beratend zur Seite zu stehen, Hilfe beim Aufbau des Netzwerkes und beim Transfer der Ergebnisse in die Pflegebranche zu leisten:

- Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege, Bezirksstelle Delmenhorst (BGW)
- Bundesverband privater Anbieter sozialer Dienste e.V., Landesgeschäftsstelle Bremen/Bremerhaven und Bundesgeschäftsstelle (bpa)
- Gesundheit Nord gGmbH, Klinikverbund Bremen
- Institut für Berufs- und Sozialpädagogik e.V., gemeinnütziger Bildungs- und Privatschulträger, Schulzentrum, Altenpflegeschule, Bremen (ibs)
- Kirchlicher Dienst in der Arbeitswelt (KDA), Stade/Hannover
- Wirtschafts- und Sozialakademie der Arbeitnehmerkammer Bremen gGmbH (wisoak)

Mittlerweile haben das Verbundprojekt ZUKUNFT:PFLEGE und insbesondere das Netzwerk weitere Unterstützer und Kooperationspartner gefunden, die Sie auf der Internetseite des Netzwerkes finden können. Die Internetseiten des Verbundprojekts und des Netzwerkes finden Sie unter folgenden Adressen:

www.zukunft-pflege.uni-bremen.de

www.zukunft-pflege.uni-bremen.de/netzwerk

Dieser Zwischenbericht des Verbundprojekts ZUKUNFT:PFLEGE bezieht sich im Wesentlichen auf das erste Förderjahr (2012), das vor allem durch die betrieblichen und netzwerkbezogenen Analysen geprägt war. Derzeit befindet sich das Verbundprojekt in der Entwicklungs- und Gestaltungsphase sowie in der weiteren Etablierung des Netzwerkes. Wir danken allen Projektpartnern und allen, die das Verbundprojekt unterstützen, für die in jeder Hinsicht sehr gute und vertrauensvolle Zusammenarbeit. Außerdem danken wir Yann Fingerhut für die – wie immer – fundierten und schnellen Literaturrecherchen sowie die Formatierung des Zwischenberichts.

Inhalt

Peter Bleses / Wolfgang Ritter

**Das Verbundprojekt ZUKUNFT:PFLEGE –
Nachhaltige Beschäftigungsfähigkeit im Fokus 7**

Guido Becke / Peter Bleses

**Interaktion und Koordination:
Befunde zur Arbeitssituation in ambulanten Pflegeunternehmen 33**

Peter Bleses / Kristin Jahns / Miriam Behrens

**„Zufrieden, kompetent und gesund arbeiten“ – Ressourcen und
Herausforderungen nachhaltiger Beschäftigungsfähigkeit
in der ambulanten Pflege 57**

Wolfgang Ritter / Stephanie Pöser

**Gemeinsam Austauschen und Lernen für
nachhaltige Beschäftigungsfähigkeit –
Kooperation im Netzwerk ZUKUNFT:PFLEGE 83**

Das Verbundprojekt ZUKUNFT:PFLEGE – Nachhaltige Beschäftigungsfähigkeit im Fokus

Peter Bleses / Wolfgang Ritter

1. Einführung in das Verbundprojekt: Hintergründe, Grundlagen, Strategien und Vorgehensweise

Der demografische Wandel hat die Pflegebranche erreicht. Bereits heute tun sich die Pflegeunternehmen schwer, ausreichend qualifiziertes Personal zu finden und an sich zu binden, um dem wachsenden Pflegebedarf gerecht werden zu können. Das Problem wird sich – das zeigen alle Prognosen – in den nächsten Jahrzehnten noch deutlich verschärfen (vgl. Freiling 2011/Fenchel 2012). Hiervon ist die stationäre Pflege ebenso wie die ambulante Pflege betroffen. Allerdings stand die ambulante Pflege bei der Suche nach Gestaltungsansätzen, die eine angemessene Reaktion auf die immer dringlicher werdenden Herausforderungen durch den demografischen Wandel bieten können, bislang wenig im Fokus von Politik und Wissenschaft. Obwohl die ambulante Pflege in den vergangenen zwei Jahrzehnten einen großen Aufschwung erlebt hat, der gesellschaftliche Bedarfe nach einem möglichst langen Verbleiben im eigenen Zuhause auch bei Pflegebedürftigkeit wie auch eine politisch-gesetzliche Förderung dieser Pflegeform spiegelt, konzentrierten sich Forschungs- und Entwicklungsprojekte bislang stark auf den stationären Bereich.

Das mag etwas mit der größeren geschichtlichen Bedeutung der stationären im Vergleich zur ambulanten Pflege zu tun haben. Das kann auch dadurch verursacht sein, dass die ambulante Pflege lange Zeit nicht ernst genommen wurde, sondern als ein im Vergleich zur stationären Pflege qualitativ eher defizitärer Bereich empfunden wurde. Pflegestandards und Konzepte der Arbeitsorganisation wurden eher im und für den stationären Bereich entwickelt und definiert. Auch wurde die sich schnell entwickelnde ambulante Pflege wegen der Privatisierung vorher vor allem öffentlich oder von gemeinnützigen Wohlfahrtsverbänden getragener Dienstleistungen skeptisch betrachtet. Schließlich war die ambulante Pflege außerhalb der Wohlfahrtsverbände zunächst durch sog. ‚Startups‘ geprägt, durch sehr kleine Unternehmen, die aus Pflegekräften bestanden, die sich mit sehr wenigen Beschäftigten und mit nur wenig Gründungskapital auf den riskanten Weg der Selbstständigkeit bege-

ben haben. Konnte man hier die Einhaltung von Standards der guten Pflege wie der guten Arbeit und Unternehmensführung erwarten?

Dieses Bild hat sich in den vergangenen Jahren allerdings stark gewandelt. Zwar ist die ambulante Pflege immer noch stark durch kleine und mittelgroße Unternehmen geprägt. Aber sie hat sich vielfach etabliert und professionalisiert – sowohl was die Organisation der Pflege als auch was die Unternehmensführung, Personalarbeit, Arbeitsorganisation usw. anbelangt. Zwar kommen die Pflegekräfte wie das leitende Personal – und vielfach auch die Unternehmenseigner – aus dem Bereich der stationären Pflege (schon weil bis zum Ende des Jahres 2012 in der ambulanten Pflege keine Pflegekräfte ausgebildet werden konnten), dennoch ist die ambulante Pflege zu einem eigenständigen und kaum mehr wegzudenkenden Pflegesektor mit nach wie vor hohen Wachstumsraten geworden (Büscher/Horn 2010: 7; vgl. Rothgang u.a. 2012).

Nachhaltige Beschäftigungsfähigkeit im Mittelpunkt

Den bereits spürbaren Fachkräftemangel teilt die ambulante Pflege allerdings mit der stationären Pflege. Und hier ist ein dringender Handlungsbedarf angezeigt, wenn die ambulante Pflege nicht irgendwann angesichts der großen Nachfrage seitens der Pflegebedürftigen in die Knie gehen soll. Denn hier wie in der stationären Altenpflege ist der Verbleib der Pflegekräfte in den Unternehmen im Vergleich zur stationären Krankenpflege nur relativ kurz (vgl. Heusel 2011), die Fluktuationsraten dementsprechend hoch (vgl. Freiling/Gottwald 2012). Das lässt darauf schließen, dass die Beschäftigungsfähigkeit in der ambulanten Pflege nicht besonders nachhaltig gestaltet ist.

Nachhaltige Beschäftigungsfähigkeit definieren wir als eine Eigenschaft von Personen, dauerhaft und über sich wandelnde berufliche oder private Anforderungen und Widrigkeiten hinweg in einem gewählten Berufs- oder Tätigkeitsfeld verbleiben zu können.

Diese Fähigkeit wird nicht allein durch die Person selbst, sondern in einem sehr großen Anteil durch tätigkeitsbezogene, organisationale, gesellschaftliche und politisch-rechtliche Einflüsse mitbestimmt. Zu nennen sind etwa die Belastung durch die Arbeit, die Unternehmenskultur, die Arbeitsbedingungen (z.B. Einkommenshöhe), die Anerkennung während der Arbeit und durch die Gesellschaft sowie rechtliche Rahmenbedingungen (z.B. Be- oder Entlastung durch rechtliche Vorga-

ben; arbeitsrechtliches Schutzniveau). Es lassen sich dabei zwei Dimensionen unterscheiden:

- die motivationale Dimension bzw. das ‚Wollen‘: Möchte die Person im Berufsfeld verbleiben?
- die sachliche Dimension bzw. das ‚Können‘: Kann die Person im Berufsfeld verbleiben?

Das ‚Wollen‘ und das ‚Können‘ sind kulturell, strukturell und vom Befinden der Person über die Zeit hinweg beeinflusst. Dabei spielt eine wesentliche Rolle, ob Personen dauerhaft mit den durch die Arbeit hervorgerufenen Belastungen zurechtkommen können. Das betrifft in der Hauptsache ihre gesundheitliche Situation. Sind Menschen auf Dauer mit einem Belastungsniveau konfrontiert, das sie mit den ihnen zur Verfügung stehenden Ressourcen nicht bewältigen können, sind psychische und/oder körperliche Erkrankungen wahrscheinlich. Solche Belastungen können z.B. durch die Arbeitsdichte, schlechte Arbeitskoordination oder starke Fremdbestimmung in der Arbeit hervorgerufen werden (Schmidt 2010).

Wichtig ist zudem die Frage, ob Personen den fachlichen Anforderungen, die ihre Arbeit an sie stellt, dauerhaft gerecht werden können. Fehlen ihnen die notwendigen Qualifikationen und können sie sich diese nicht aneignen, droht ebenfalls eine Überforderung, die starke gesundheitliche Probleme zur Folge haben kann. Zudem sind Personen, die nicht mehr umfassend in ihrem Berufsfeld einsetzbar sind, auch für das Unternehmen sehr viel schlechter tragbar als Personen, die breit einsetzbar sind.

Schließlich ist auch die Frage nach der Zufriedenheit mit der eigenen Situation in der Arbeit von großer Bedeutung. Diese ist wiederum von vielen verschiedenen Einflüssen abhängig: Den Arbeitsbedingungen, der Kooperation mit den Kolleginnen und Kollegen sowie den Führungskräften, der Anerkennung der eigenen Arbeit im Unternehmen, dem Erleben der Sinnhaftigkeit der eigenen Tätigkeit usw.

Um es kurz zu fassen, könnte man auch sagen, dass nachhaltige Beschäftigungsfähigkeit ganz wesentlich dadurch bestimmt ist, ob sich Personen in ihrer Arbeit

gesund, zufrieden und kompetent

fühlen. Das Projekt ZUKUNFT:PFLEGE setzt an diesem Punkt an, in dem es fragt, wie die ambulante Pflege sich so aufstellen kann, dass den Beschäftigten genau das ermöglicht wird.

Konzepte für eine nachhaltige Beschäftigungsfähigkeit als soziale Innovationen

Wir verstehen die Umsetzung von Konzepten einer Verbesserung der nachhaltigen Beschäftigungsfähigkeit als eine „soziale Innovation“.

Eine soziale Innovation ist eine „intentionale, zielgerichtete Neukombination (...) sozialer Praktiken (...) mit dem Ziel, Probleme oder Bedürfnisse besser zu lösen bzw. zu befriedigen, als dies auf der Grundlage etablierter Praktiken möglich ist“

(Howaldt/Schwarz 2011: 224). Wichtig sind soziale Innovationen dabei nicht nur für die Beschäftigten eines Unternehmens, weil sie ein unmittelbares Interesse an der Umsetzung sozialer Innovationen besitzen, z.B. weil sie mehr an Entscheidungsprozessen beteiligt werden oder weil sich ihre Arbeitsqualität verbessert. Wichtig sind soziale Innovationen vor allem auch für die Unternehmen. Für sie sind sie als eine

»Innovation vor der Innovation«

ein Mittel, ihre Veränderungs- und Entwicklungsfähigkeit auch in anderen Innovationsbereichen (z.B. Technik-, Produkt-, organisatorische Innovationen) zu verbessern oder überhaupt erst zu erlangen. Denn soziale Innovationen erzeugen eine größere Loyalität der Beschäftigten zum Unternehmen und schaffen eine Basis für die Mitmachbereitschaft auch bei Veränderungen, die notwendig, aber vielleicht nicht für alle betrieblichen Gruppen gewinnbringend sind (vgl. Bleses 2013a). Für ambulante Pflegeunternehmen ergeben sich daraus Chancen im demografischen Wandel, die sie für ihre Weiterentwicklung und Modernisierung nutzen sollten.

Bevor wir ausführlicher schildern, warum und wie das Verbundprojekt ZUKUNFT:PFLEGE mit den beiden, miteinander verbundenen Hauptstrategien der betrieblichen Gestaltung und der Netzwerkkooperation vorgeht (4.), möchten wir detaillierter die Gründe schildern weshalb in der ambulanten Pflege aufgrund des demografischen Wandels dringender Handlungsbedarf angezeigt ist (2.). Anschließend schildern wir kurz einige Forschungsergebnisse zum Thema der nachhaltigen Beschäftigungsfähigkeit in der Pflege (3.). Den Abschluss bildet dann ein kurzer Überblick über den theoretisch-methodischen Ansatz des Verbundprojekts, das sich in der praxisorientierten Handlungsforschung verortet (5.).

2. Der demografische Wandel und die Auswirkungen auf die Pflegebranche

2.1 Die Pflegebranche im demografischen Wandel

Der demografische Wandel bewirkt eine starke Veränderung der Alterszusammensetzung auf dem Arbeitsmarkt (siehe Fuchs/Zika 2010). Sie ist heute bereits spürbar. Die Zahl älterer Beschäftigter nimmt zu; die Zahl jüngerer Beschäftigter nimmt ab. Mittelfristig wird auch die Zahl der Arbeitskräfte insgesamt abnehmen, weil mehr Menschen aus Altersgründen aus dem Arbeitsleben ausscheiden als junge nach ihrer Ausbildung in den Arbeitsmarkt eintreten. Wenn es nicht gelingen sollte, Arbeitskräfte aus dem Ausland zu gewinnen und den Umfang der Erwerbsbeteiligung verschiedener Arbeitsmarktgruppen (insbesondere Frauen, Ältere) noch einmal erheblich zu steigern, kann das für viele Branchen zu einem erheblichen Nachwuchsmangel führen. Dabei ist nicht einmal der Nachwuchsmangel an sich das Hauptproblem, insbesondere stellt sich die Frage, wie der qualifizierte Nachwuchs zu bekommen sein wird.

Zwar handelt es sich grundsätzlich um ein branchenübergreifendes Problem, aber einige Branchen sind vom demografischen Wandel deutlich mehr bedroht als andere. Besonders bedroht sind Branchen,

- die einerseits hohe Qualifikationsvoraussetzungen besitzen, um in ihnen so arbeiten zu können, dass die Unternehmen und die Beschäftigten ihre Aufgaben erfüllen können, und
- die andererseits für die Arbeitskräfte im Zugang oder im Verbleib wenig attraktiv erscheinen, z.B. weil die Tätigkeiten gesundheitlich belastend, die Arbeitsdichte hoch ist und – besonders problematisch – zugleich die Einkommen im Branchenvergleich niedrig liegen.

Davon sind einige Branchen betroffen, für die deshalb schon heute ganz akut und vor allem auch mittel- und langfristig nach Konzepten zu suchen ist, wie hier der personelle Nachwuchs und der längerfristige Verbleib älter werdender Beschäftigter im Unternehmen in quantitativer wie in qualitativer Hinsicht langfristig gesichert werden können (BMBF 2010: 3f.; ZVEI 2003: 7f.).

Eine solche Branche ist die Pflegebranche. Hier wird der demografische Wandel besonders weitreichende Wirkungen haben. Die Unternehmen spüren ihn allerdings schon heute (Statistische Ämter 2010). Denn zusätzlich zur oben geschilderten Konstellation der hohen Qualifikationsanforderungen in vielen Pflegebereichen und der geringen Attraktivität der Pflegearbeit infolge geringen Verdienstes bei gleich-

zeitig starker Arbeitsbelastung kommen in der Pflegebranche noch folgende, die Problematik verstärkende Trends hinzu:

- Die Zahl der älteren, vor allem der hochbetagten Menschen und damit der tendenziell Pflegebedürftigen steigt stark an (vgl. Fenchel 2012; Rothgang u.a. 2012). Nach Schätzung des Themenreports „Pflege 2030“ (Rothgang u.a. 2012) wird die Zahl pflegebedürftiger Menschen bis zum Jahr 2030 etwa um 50 % ansteigen. Das steigende erreichbare Lebensalter der Menschen führt zur weiteren Verbreitung stark erhöhter Pflegebedürftigkeit in Folge altersbedingter Multimorbidität (insbesondere Demenzerkrankungen) (Pflegebericht 2009: 10). Die Pflege von Menschen mit solchen Erkrankungen stellt hohe Anforderungen an die Qualifikation und die körperliche und psychische Belastbarkeit der Pflegenden (vgl. Schmitt/Hasselhorn 2007; Raddatz/Peschers 2007; Büscher/Horn 2010).
- Der Anteil der älteren Pflegenden in den Pflegeunternehmen steigt an. Dabei zeigen empirische Studien, dass nur relativ wenige Beschäftigte bis zum Erreichen des Ruhestandsalters im Pflegeberuf verbleiben (Bundeskonzferenz der Pflegeorganisationen 2006: 7ff.). Die körperlichen und psychischen Belastungen der Pflegenden führen zu hohen Arbeitsunfähigkeitsquoten (durch Rückenerkrankungen, psychische Erkrankungen) und damit zu einem (erzwungenen) Ausstieg aus dem Pflegeberuf oder zu einem Wechsel in weniger belastende Bereiche (Simon et al. 2005: 52).
- Überdies gilt die Pflege nach wie vor als typische Frauenerwerbstätigkeit, die im Vergleich mit anderen beruflichen Tätigkeiten niedrig entlohnt wird – insbesondere in der Altenpflege (vgl. Fischer 2010). Auch in der Pflege sind diskontinuierliche Erwerbsverläufe von Frauen zu beobachten, die vor allem durch Mutterschaftspausen und eine während der ersten Jahre nach der Geburt des Kindes oder der Kinder geringere zeitliche Verfügbarkeit oder Bereitschaft gekennzeichnet ist.
- Es deuten sich wachsende Schwierigkeiten an, die Ausbildungsplätze in den Pflegeschulen (qualitativ angemessen) besetzen zu können (Pflegebericht 2009). Die Wahl eines Pflegeberufs scheint für junge Menschen angesichts hoher Arbeitsbelastung, relativ geringer Entlohnung und mangelnder sozialer Anerkennung wenig attraktiv zu sein. Damit verschärft sich perspektivisch das schon jetzt in der Pflege zu konstatierende Problem des Fachkräftemangels.
- Zukünftig ist ein wachsender Anteil von Pflegebedürftigen mit Migrationshintergrund zu erwarten. Für Pflegekräfte erhöht sich dadurch der Bedarf an

interkultureller Kompetenzentwicklung (Friebe/Zalucki 2003), die bislang noch nicht ausgeprägt berücksichtigt wurde. Die Pflege von Menschen mit anderen kulturellen Hintergründen und anderer Sprache stellt die Pflegekräfte zunehmend vor Probleme im Pflegealltag.

Der gesamte Pflegebereich ist durch einen starken Kosten- und Ökonomisierungsdruck geprägt. Für die Pflegeanbieter resultieren daraus gewichtige Einschränkungen ihrer Fähigkeiten, angemessen auf den demografischen Wandel reagieren zu können (bspw. durch Einkommenserhöhungen). Für viele Unternehmen wird es zunehmend schwer, gleichzeitig kostendeckend zu arbeiten und die Pflege- wie Arbeitsqualität hoch zu halten oder gar zu verbessern.

Damit eröffnet sich für die Pflege eine Art Teufelskreis: Einerseits müssen die Bedingungen in der Pflege deutlich verbessert werden, um auf die Anforderungen des demografischen Wandels angemessen reagieren zu können (insbesondere durch eine verbesserte Arbeitsqualität und durch verbesserte bzw. laufend angepasste Qualifikationen der Pflegenden), andererseits begünstigt der Kostendruck eine Verschlechterung der Arbeitsbedingungen und führt damit teilweise zur Abwanderung von (qualifizierten) Erwerbstätigen aus dem Pflegesektor. In einigen Pflegebereichen (insbesondere in der stationären Altenpflege) ist der Anteil des examinierten Pflegepersonals zum Teil bereits sehr niedrig (Pflegebericht 2009: 20f.). Die stationären Pflegeunternehmen haben teilweise schon Probleme, die vorgeschriebene Quote von wenigstens 50 % Anteil der examinierten Kräfte an allen in der Pflege eingesetzten Kräften zu erfüllen.

2.2 Die besondere Herausforderung der ambulanten Pflege durch den demografischen Wandel

Dieser Weg der stationären Altenpflege, aufgrund des Fachkräftemangels und des Kostendrucks auf nicht examinierter Personal auszuweichen (insbesondere Altenpflegehelfer und -helferinnen mit einer einjährigen Ausbildung kommen verstärkt zum Einsatz¹), ist in diesem Umfang in der ambulanten Pflege nicht gangbar. Zwar können auch in der ambulanten Pflege in begrenztem Umfang nicht examinierte Kräfte eingesetzt werden (insbesondere in der Grundpflege). Aber ambulante Pflegekräfte sind im Rahmen einer Tour mit vielfältigen Aufgaben konfrontiert, die

¹ In einigen Bundesländern werden derzeit Modellprojekte durchgeführt, die eine zweijährige Ausbildung zum Altenpflegehelfer bzw. zur Altenpflegehelferin beinhalten. Damit wäre immerhin ein Zwischenschritt zwischen der einjährigen Helfer/innen- und der dreijährigen Pflegeausbildung mit dem Abschlussexamen getan.

oftmals eine examinierte Kraft (zum Teil mit speziellen Fort- und Weiterbildungen) erfordern. Aufgrund begrenzter Personalressourcen und zugleich vieler zu versorgender Patientinnen und Patienten kann die Tourenplanung kaum extra Touren für nicht examinierte Pflegekräfte planen. Zudem eignen sich die nicht examinierten Pflegekräfte weniger, um auf anderen Touren im Falle von Krankheit und Urlaub einspringen zu können.

Eine weitere Herausforderung ergibt sich für die ambulante Pflege durch ihre in den vergangenen Jahrzehnten zunehmende Bedeutung in der Pflegebranche. Gerade in den vergangenen Jahren hatte die ambulante Pflege ein sehr starkes Wachstum zu verzeichnen.

- Im Jahr 2011 wurden von den 2,5 Mio. Pflegebedürftigen 1,76 Mio. Pflegebedürftige (bzw. 70 %) daheim betreut und hiervon wiederum 576.000 Pflegebedürftige zum Teil oder vollständig durch ambulante Pflegedienste versorgt (Statistisches Bundesamt 2013a: 5).
- Die Zahl der durch die ambulanten Dienste versorgten Pflegebedürftigen stieg dabei im Vergleich zum Jahr 2009 um 3,8 % (21.000 Menschen) an (Statistisches Bundesamt 2013b: 7).
- Im Dezember 2011 gab es ca. 12.300 ambulante Pflegedienste, davon 63 % in privater, 36 % in freigemeinnütziger und 1 % in öffentlicher Trägerschaft (ebenda: 5).
- In der ambulanten Pflege arbeiteten zu diesem Zeitpunkt 291.000 Pflegekräfte, was einen Zuwachs von 8,1 % bzw. 22.000 Beschäftigten im Vergleich zum Jahr 2009 bedeutet. Ende 2011 waren 88 % der Beschäftigten weiblich, 70 % waren teilzeitbeschäftigt (ebenda: 9).

Das Wachstum der ambulanten Pflege bewirkt einen wachsenden Personalbedarf, der sich nur in geringem Maße durch Ausschöpfung von Produktivitätsreserven auffangen lässt. Denn personenbezogene Dienstleistungen können fast ausschließlich in der Koordination und Organisation der Tätigkeiten produktiver gestaltet werden (z.B. durch eine verbesserte Planung, durch geregelte Kommunikation, den Einsatz von PC); die eigentliche Dienstleistung mit und an der Person lässt sich kaum beschleunigen. Das gilt insbesondere da, wo hohe Qualitätsansprüche an die Arbeit bestehen, diese kontrolliert werden und die Personen (wie in der Pflege die Regel) existenziell von der gut erbrachten Dienstleistung abhängen. Hinzu kommt, dass für die Interaktion mit den Pflegebedürftigen eine ausreichende Zeitspanne ein wesentlicher Faktor für die Zufriedenheit und die psychische Verfassung von Pflegebedürftigen wie auch Pflegekräften ist (vgl. Becke/Bleses 2013, in diesem Zwischenbericht).

Eine besondere Herausforderung stellt der demografische Wandel für die ambulanten Pflegeunternehmen auch aufgrund ihrer Größenstruktur dar. Zwar gibt es auch große Anbieter, dennoch ist die Branche durch klein- bis mittelgroße Unternehmen geprägt. Kleine und mittlere Unternehmen haben im Vergleich zu großen Unternehmen weniger Ressourcen, um auf den drohenden Fachkräftemangel zu reagieren:

- Sie besitzen weniger Möglichkeiten, ihre Beschäftigten parallel zur Beschäftigung Qualifikationsmaßnahmen durchlaufen zu lassen, da sie zu geringe personelle Ressourcen verfügbar haben, die die zeitlichen Ausfälle auffangen könnten. Auch besitzen sie für die Unterstützung umfangreicher Qualifikationen keine ausreichenden finanziellen Ressourcen.
- Kleine und mittlere ambulante Pflegeunternehmen verfügen meist auch nicht über die Möglichkeit, vielen Beschäftigten eine innerbetriebliche Karriere zu ermöglichen, weil der Leitungs- und Verwaltungsbereich meist eher klein ist.
- Schließlich besitzen kleine ambulante Pflegeunternehmen durch den kleineren Organisationsapparat oft auch keine ausreichend guten Möglichkeiten, die Arbeitsorganisation zur Zufriedenheit aller zu optimieren; oft ist das Belastungsniveau sehr hoch – in der Pflege selbst wie auch im Leitungsteam, das oft auch selbst noch Pflgetouren übernimmt (insbesondere bei krankheitsbedingten Ausfällen von Pflegekräften).

3. Forschungsstand zur Beschäftigungsfähigkeit in der ambulanten Pflege im demografischen Wandel

Die Forschung zu den Auswirkungen des demografischen Wandels (und der weiteren geschilderten problematischen Rahmenbedingungen) auf die Pflege sowie die Möglichkeiten der Beschäftigten wie Pflegeunternehmen, angemessene Reaktionen hinsichtlich einer verbesserten Beschäftigungsfähigkeit zu finden, haben sich größtenteils auf den Bereich der stationären Pflege konzentriert. In den vergangenen Jahren haben sich insbesondere zwei vom BMBF und ESF geförderte Verbundprojekte mit der Analyse und Verbesserung der Arbeitssituation und -organisation sowie des Umgangs der Beschäftigten mit den psychisch und körperlich belastenden Höchstansforderungen ihrer Tätigkeit befasst: Die Projekte „Quiero“ (www.quiero-online.de; s.a. Wahl/Ullrich 2010; Wahl 2009) und „3P – Pflege Dich Selbst“ (www.alice-3p.de; s.a. North et al. 2009a, 2009b). Hier wurden erste Konzepte zum individuellen Umgang mit Stress ebenso wie zur Einbeziehung der Beschäftigten in die Gestaltung der Arbeitsorganisation erarbeitet und bei Unternehmenspartnern

erprobt (Kurzschilderungen z.B.: f & w v. 17.11.2009; YOUNG NURSE v. 1.1.2010).

In den Projekten zeigten sich sowohl erste Erfolge (z.B. durch Partizipation und Transparenz) als auch Probleme der Umsetzung aufgrund der leitenden Handlungsorientierungen von Führungskräften wie auch von Mitarbeitenden. Deutlich wurde, dass die immer höheren Anforderungen in der Pflege sowohl die Menge als auch die Qualität der Pflegeleistungen betreffend, zu einer immer größeren Anforderung an die Beschäftigten wie die Pflegeunternehmen führen. Psychische wie körperliche Belastungen und daraus folgende Erkrankungen und demotivierende Einflüsse drohen, die Pflege angesichts der zu erwartenden Folgeprobleme des demografischen Wandels drastisch zu überlasten.

Die ambulante Pflege wurde bislang wenig in die Analyse und vor allem in die Entwicklung von Gestaltungskonzepten eingebunden. Das entspricht allerdings nicht im Ansatz ihrer wachsenden Bedeutung im Pflegebereich. Eine der wenigen Analysen, die auch den ambulanten Pflegesektor einbezogen haben, ist die NEXT-Studie (nurses' early exit study). In deren Rahmen wurde europaweit vergleichend der (frühe) Ausstieg von Pflegekräften quantitativ untersucht. Hier wurden Beschäftigte ambulanter Pflegedienste ebenso befragt wie solche aus Altenheimen und Krankenhäusern. In der deutschen Auswertung zeigten sich insgesamt Unterschiede zwischen den einzelnen Pflegebereichen, was die Arbeitszufriedenheit, die quantitative Arbeitsbelastung, den psychischen Stress und andere Faktoren angeht. Als Schwächen des ambulanten Bereichs wurden mangelnde Möglichkeiten der Pflegenden ausgemacht, Einfluss auf die Arbeit sowie auf die Dienstplangestaltung nehmen zu können. Diese Komponenten werden als besonders wichtig für eine hohe Arbeitszufriedenheit eingestuft. Die Dienstplangestaltung beeinflusst neben anderen Faktoren stark das Burnout-Risiko wie das Ausmaß des Erwerbsarbeit-Familie-Konflikts der Beschäftigten mit. Schließlich wird für alle Bereiche ein – gerade auch im internationalen Vergleich – sehr großes Potenzial an möglichen ‚Aussteigern‘ aus der jeweiligen Einrichtung erkannt. Allerdings wird in den Unternehmen der ambulanten Pflege auch eine eher große Bindung an das eigene Unternehmen festgestellt (Simon et al. 2005: 55).

Die Unterschiede zwischen den Pflegebereichen zeigen erste Anhaltspunkte, nach denen in der ambulanten Pflege spezifische Stärken und Schwächen im Vergleich zu den anderen Pflegebereichen zu vermuten sind. Die Ergebnisse verweisen deshalb auch für den ambulanten Bereich auf einen den dort tätigen Pflegenden wie Pflegeunternehmen angemessenen Gestaltungsbedarf hinsichtlich nachhaltiger Beschäftigungsfähigkeit. Wie auch die 3Q-Studie für den stationären Bereich zeigt, sind Arbeitsbelastungen, die Arbeitsqualität, die Arbeitszufriedenheit sowie die ge-

sundheitliche Situation sehr wichtige Faktoren für den Verbleib im Pflegeberuf (Schmidt et al. 2010; Schmidt/Hasselhorn 2007).

Insgesamt zeigt sich, dass der ambulante Pflegesektor in den Analysen der Arbeitsbedingungen und der Arbeitsorganisation sowie den Folgen für die Beschäftigten wie die Pflegeunternehmen selbst bislang eher zu kurz kam. Es fehlt vor allem an qualitativen Analysen, welche die Spezifika des ambulanten Bereichs hinsichtlich Ressourcen und Problemen aufzeigen und in Zusammenhang mit möglichen Reaktionen auf die Auswirkungen des demografischen Wandels stellen (Ausnahmen finden sich bspw. bei Geldermann 2011). Gestaltungskonzepte der stationären Pflege werden sich aufgrund unterschiedlicher Arbeitsbedingungen und Arbeitsorganisation nicht eins zu eins auf den ambulanten Bereich übertragen lassen. Allerdings lässt sich auf Basis der Ergebnisse der Studien für den stationären Pflegebereich wie auch der NEXT-Studie die Vermutung aufstellen, dass Arbeitsorganisation, Arbeitszeitgestaltung, Arbeitsqualität, Gesundheitsförderlichkeit der Arbeit und Möglichkeiten der Mitbestimmung von Beschäftigten auch für den ambulanten Pflegebereich von herausragender Bedeutung für eine nachhaltige Beschäftigungsfähigkeit sind. Und als nachhaltig werden die Beschäftigten die Arbeitsqualität nur dann empfinden, wenn ihre spezifischen Bedarfe berücksichtigt werden.

Deshalb muss ein Vorgehen gewählt werden, dass die Beschäftigten im ambulanten Pflegebereich in die Analyse wie die Gestaltung einer nachhaltigen Beschäftigungsfähigkeit partizipativ über dialogorientierte Verfahren (Gustavsen 1994; Behrens/Bleses 2013; Bleses 2013b) einbezieht. Die Beschäftigten sind die Expert(inn)en ihrer eigenen Arbeit und Arbeitsgestaltung ebenso wie ihrer Arbeitsqualität. Ressourcenstärkung und Belastungsreduktion lassen sich nachhaltig nur durch Berücksichtigung ihres Wissens erreichen. Dabei ist hier nicht von einem einmaligen Akt, sondern von einer betrieblichen Daueraufgabe auszugehen (Becke/Senghaas-Knobloch 2010; Becke et al. 2010a; Bleses 2011). Das Projekt ZUKUNFT:PFLEGE versucht ein solches Vorgehen anzuwenden und in den Partnerunternehmen zu verstetigen.

4. ZUKUNFT:PFLEGE: Zwei kombinierte Strategien für eine verbesserte Beschäftigungsfähigkeit in der ambulanten Pflege

Wie oben geschildert wurde, sind Fragen der Arbeitsorganisation, der Führungs- und Unternehmenskultur, der Beteiligung von Beschäftigten an der Gestaltung der Arbeit sowie die Möglichkeiten, mit Belastungen und Anforderungen gut umgehen

zu können, von großer Bedeutung für eine nachhaltige Beschäftigungsfähigkeit in der Pflege im Allgemeinen wie in der ambulanten Pflege im Besonderen. Allerdings – und das wurde auch deutlich gemacht – reichen bei vielen ambulanten Pflegeunternehmen die organisatorischen Ressourcen, alle Aspekte einer nachhaltigen Beschäftigungsfähigkeit umfassend berücksichtigen zu können, nicht aus. Diese Kombination von innerbetrieblichen Handlungsnotwendigkeiten und gleichzeitigen Handlungsrestriktionen führt unmittelbar zu zwei Strategien der Entwicklung von Gestaltungsansätzen, die im Projekt ZUKUNFT:PFLEGE aufeinander abgestimmt eingesetzt werden, um ambulanten Pflegeunternehmen Wege zu einer nachhaltigen Beschäftigungsfähigkeit zu ermöglichen:

- Die Entwicklung innerbetrieblicher Gestaltungsansätze für eine nachhaltige Beschäftigungsfähigkeit (4.1) und
- die Entwicklung überbetrieblicher, kooperativer Gestaltungsansätze, mittels derer die ambulanten Pflegeunternehmen zusätzliche Ressourcen gewinnen bzw. gemeinsam mit anderen ambulanten Pflegeunternehmen Ressourcen bündeln können (regionales Akteursnetzwerk) (4.2).

Beide Handlungsstrategien haben wirtschaftliche Effekte in den ambulanten Pflegeunternehmen, z.B. indem sie Fluktuationsraten und Transaktionskosten beeinflussen sowie durch die Kooperation zwischen den Unternehmen Synergieeffekte erzeugen. Welche das sind und wie sie genau wirken, wird eine Wirtschaftlichkeitsanalyse klären helfen. Sie setzt jedoch voraus, dass in beiden Handlungsfeldern des Verbundprojekts Gestaltungsansätze entwickelt und umgesetzt wurden.

4.1 Innerbetriebliche Gestaltungskonzepte: Arbeit, Kooperation und Arbeitsorganisation in der ambulanten Pflege

In den Unternehmen der ambulanten Pflege sollen Lern- und Handlungskonzepte entwickelt, erprobt und evaluiert werden, welche die nachhaltige Beschäftigungsfähigkeit des Pflegepersonals, der Leitungs- und Hauswirtschaftskräfte verbessern und damit die Innovationsfähigkeit der Pflegeunternehmen sichern und stärken. Für kleine und mittlere Unternehmen der ambulanten Pflege ist es überlebenswichtig, qualifizierte, motivierte und leistungsfähige Beschäftigte zu haben; sie stellen gerade bei personenbezogenen und personalintensiven Dienstleistungen die wertvollste ‚Ressource‘ des Betriebs dar. Im Unterschied zur Employability-Debatte, die sich auf das Thema ‚Qualifikation‘ konzentriert, verstehen wir Beschäftigungsfähigkeit in einem erweiterten Sinne als nachhaltige Beschäftigungsfähigkeit (s.o. 1.): Es geht nicht nur um die Frage, ob die Pflegenden ihre Qualifikationen so entwi-

ckeln können, dass sie den kommenden Anforderungen entsprechen (Dimension der Kompetenz- und Qualifikationsentwicklung); es geht zusätzlich auch um die Frage, ob ihnen eine langfristige Beschäftigung auch in gesundheitlicher Hinsicht möglich ist (Dimension des Gesundheitserhalts). Gerade in der professionellen Pflege bildet das hohe psychische Belastungsniveau in Verbindung mit hohen physischen Arbeitsbelastungen sowie unzureichender sozialer Anerkennung eine Quelle vorzeitigen Ausscheidens aus dem Pflegeberuf (vgl. Wahl 2009; Simon et al. 2005; Fischer 2010).

Die Dimension des Gesundheitserhalts bezieht sich insbesondere auf die Demografiefrage. Im Verbundprojekt geht es darum, Gestaltungskonzepte zur Förderung nachhaltiger Beschäftigungsfähigkeit zu entwickeln, die Pflegekräften ermöglichen, ihrem Beruf langfristig, d.h. auch als ältere Beschäftigte ohne psychophysischen Gesundheitsverschleiß nachzugehen. Nachhaltige Beschäftigungsfähigkeit verweist schließlich auf die anhaltende Attraktivität des Pflegeberufs für Beschäftigte (Motivationsdimension). Diese motivationale Komponente wird gerade in Zeiten des Fachkräftemangels für Pflegeeinrichtungen zunehmend bedeutsamer.

Diese Beschäftigungsbereitschaft wird – so unsere These – stark von der Arbeitsqualität und der sozialen Anerkennung der Pfl egetätigkeit beeinflusst (siehe auch Prognos 2010). Das Erleben unzureichender Anerkennung erweist sich besonders im Pflegebereich als ein wichtiger Faktor für die Entstehung schwerwiegender psycho-physischer Erkrankungen (vgl. Siegrist 1996; Raddatz/Peschers 2007). Die Lern- und Handlungskonzepte zur Förderung der Beschäftigungsfähigkeit des Personals in der ambulanten Pflege sollen ausgehend von arbeitswissenschaftlichen Analysen der „nachhaltigen Arbeitsqualität“ (zum Konzept siehe Becke et al. 2010b) und von Pflege als personenbezogener Interaktionsarbeit (vgl. Glaser 2006; Kumbruck 2009) unter Beteiligung der Beschäftigten entwickelt werden. Hierbei gilt es, betriebliche Potenziale und Barrieren zur Förderung der Beschäftigungsfähigkeit verschiedener Beschäftigtengruppen zu analysieren.

Auf dieser Basis wird ein Kompetenzentwicklungskonzept für Pflegekräfte und Führungskräfte zur Förderung nachhaltiger Beschäftigungsfähigkeit entwickelt und erprobt². Das Präventionslernen bildet hier einen Schwerpunkt (North et al. 2009a; 2009b). Die partizipative Analyse der Arbeitsbedingungen bietet zudem eine zentrale Basis, um Handlungskonzepte organisatorischen Lernens (vgl. Argyris/Schön 1999) für nachhaltige Beschäftigungsfähigkeit zu entwickeln und zu erproben. Durch betriebliche Lern- und Reflexionsprozesse (Wahl 2009; Wahl/Ullrich 2010)

² Über die Arbeitsqualität der Hauswirtschaftskräfte ist bislang noch sehr wenig bekannt. Hier wird zu sehen sein, welche Bedarfe bestehen und wie sie in betriebliche Gestaltungskonzepte einbezogen werden können.

sollen arbeitsorganisatorische Innovationen zur Förderung der Beschäftigungsfähigkeit realisiert werden.

4.2 Überbetriebliche Kooperation: Ein regionales Akteursnetzwerk für die ambulante Pflege

In der ambulanten Pflege dominieren klein- und mittelständische Unternehmen, deren Eigentümer und Belegschaften einen eher regionalen Bezug haben. Dieser Bezug hat seine Ursachen zum einen darin, dass die Kunden/innen bzw. Patienten/innen soweit und solange wie möglich in ihren gewohnten unmittelbaren Lebensbereich integriert bleiben wollen. Zum anderen bietet die ambulante Pflege für die Beschäftigten gute Ausgangsvoraussetzungen der Teilzeitbeschäftigung und so die Gelegenheit, Erwerbstätigkeit mit sozialen und familiären Ansprüchen bzw. Verpflichtungen zu verknüpfen. Die Kommune bzw. die Region bildet daher auch den Ausgangspunkt für den Aufbau von Netzwerken zur Förderung nachhaltiger Beschäftigungsfähigkeit in der ambulanten Pflege.

Die Analyse hemmender und fördernder Faktoren für die Entwicklung derartiger Netzwerke ist aufgrund des vergleichsweise ‚kleinräumigen‘ Bezugs in der regionalen Netzwerkforschung zu verorten. Hier sind Forschungsergebnisse wie Forschungslücken zu identifizieren, die sich auf spezifische regionale Netzwerke beziehen. Sowohl der regionale Bezug wie auch das (zum Teil lückenhafte) Wissen für die Umsetzung sind für das Verbundprojekt ZUKUNFT:PFLEGE wichtig.

Regionale Netzwerke lassen sich als eine spezifische Art von bewusster Zusammenarbeit bzw. bewusstem Austausch zwischen Unternehmen, Expertenorganisationen und Branchen- oder Interessenverbänden verstehen, die gemeinsame Ziele und Interessen realisieren wollen (vgl. Weyer 2000: 16). Mehrere Organisationen schließen sich zusammen und schaffen in einem solchen Verbund bspw. innovatives Wissen oder gemeinsame Strategien, die sie als einzelne Organisationen oder gar Personen so nicht bewerkstelligt hätten. Die spezifische Leistungsfähigkeit regionaler Netzwerke resultiert daraus, dass sie besonders günstige Gelegenheiten für wechselseitige Lern- und Innovationsprozesse (Krugman 1991) bieten.

Für regionale Netzwerke sind vor allem räumliche Nähe und soziales Vertrauen zwischen Repräsentanten unterschiedlicher Organisationen auf der Basis (informeller) persönlicher Kontakte wichtig (vgl. Holzer 2006). Regionale Kommunikations- und Kooperationsnetzwerke zeichnen sich durch die Möglichkeit niedrigschwelliger Kontakte aus, die drei zentrale Potenziale beinhalten (Heidenreich 2011: 167):

1. Sie bilden eine Basis für Innovationsimpulse jenseits überlieferter verstandesmäßiger Muster und Handlungsorientierungen.
2. Die räumliche Nähe und die regionale Verbundenheit sowie Integration der Handelnden (siehe Kotthoff/Reindl 1990) fördern die Gesprächsbereitschaft und den Aufbau von Vertrauensbeziehungen.
3. Regionale Netzwerke erleichtern den Austausch und die Weitergabe impliziten (= nicht nach außen darstellbar bzw. nur abschaubar) und damit kontextspezifischen Wissens als Quelle von Innovationen. Allerdings besteht die Gefahr, dass einmal etablierte regionale Lernmuster und Entwicklungspfade mit Verriegelungstendenzen verbunden sind und es deshalb erschweren können, Innovationsimpulse zu erkennen und aufzunehmen (siehe Grabher 1993).

Die regionale Netzwerkforschung konzentriert sich seit den 1980er Jahren in erster Linie auf regional vernetzte Produktionsformen (siehe Piore/Sabel 1985), wie Formen flexibler Spezialisierung in industriellen Bereichen, oder auf regionale Forschungs- und Entwicklungskooperationen zwischen Unternehmen (und anderen Organisationen) (vgl. Heidenreich 2000). Erheblicher Forschungsbedarf besteht allerdings im Hinblick auf regionale Netzwerke in den Handlungsfeldern ‚Arbeit und Gesundheit‘ und ‚nachhaltiger Beschäftigungsfähigkeit‘. Dies gilt auch für das Feld der ambulanten Pflege.

Regionale Netzwerke in diesen beiden Handlungsfeldern sind vor allem in den 1990er Jahren entstanden. Mit Ausnahme der primär qualitativen Studie von Reindl et al. (2008) existieren wenige, vorwiegend quantitative Überblicksstudien zu regionalen Netzwerken im Handlungsfeld ‚Arbeit und Gesundheit‘ bzw. ‚nachhaltiger Beschäftigungsfähigkeit‘. Diese konzentrierten sich weitgehend auf die schriftliche Befragung von Koordinatoren und Koordinatorinnen (regionaler) arbeitsweltbezogener Gesundheitsnetzwerke sowie auf die Frage der Beteiligung staatlicher Arbeitsschutzbehörden an derartigen Kooperationsnetzwerken (vgl. Seiler et al. 2003; Saßmannshausen/Lang 2008).

Diese Studien verdeutlichen, dass regionale Netzwerke geeignet sind, sich mit Themen (beispielsweise psychosoziale Belastungen) zu befassen, die von traditionellen Arbeitsschutzorganisationen bisher nur am Rande behandelt wurden. Diese Studien zeigen aber auch Kehrseiten der regionalen Netzwerkkooperation auf, wie Konkurrenz, Interessenkonflikte und Misstrauen zwischen Handelnden oder einen für die Netzwerkverstetigung besonders problematischen Mangel an finanziellen und personellen Ressourcen (z.B. zur regelmäßigen Netzwerkkoordination).

Warum und in welchem Umfang sich klein- und mittelständische Unternehmen an solchen regionalen Netzwerken beteiligen, bleibt allerdings weitgehend offen. Vage

bleiben diese Studien auch hinsichtlich der Gestaltung und Verstetigung derartiger Netzwerke. Diese Wissenslücke soll im Verbundprojekt ZUKUNFT:PFLEGE mit Blick auf das regionale Netzwerk zur Förderung nachhaltiger Beschäftigungsfähigkeit in der ambulanten Pflege bearbeitet werden. Dabei geht das Verbundprojekt von der Grundannahme aus, dass „lernende/dynamische Netzwerke“ ihre Wurzeln letztlich in den Unternehmen haben.

In einer „lernenden Organisation“ lernen zunächst die einzelnen Akteure. Die individuelle Wissensbasis, die durch wechselseitige Abstimmungsprozesse zwischen den Individuen implizites Wissen aus den Erfahrungen einzelner Personen bildet, ist dabei die Ausgangsvoraussetzung für den Aufbau einer Wissensbasis in der Organisation und die Möglichkeit, aus ihr erneut zu lernen (vgl. Probst/Büchel 1994). Soll das Lernvermögen in Organisationen gesteigert werden, so ist die Transformation von implizitem Wissen zu explizitem Wissen eine wichtige Grundlage (Geißler 1998: 196). Das Lernen in Organisationen vollzieht sich dabei in Kommunikationsakten der Information, Diskussionen sowie im Gebrauch und der Gabe von Produkten und Dienstleistungen (Geißler 1998: 198). Im Lernen spielen Gruppen (bspw. Teambesprechungen oder Workshops) eine wichtige Rolle, weil sie gemeinsamer Lernort sind, in dem Lernen im Austausch stattfindet, und weil sie als Lerneinheit in Organisationen wichtige Entscheidungen planen und treffen sowie individuelle Entscheidungen umsetzen (vgl. Willke 1998: 50; Senge 1999: 15).

Erst ein Systemdenken, das als konzeptuelles Rahmenwerk in der Kommunikation von Individuen einen „roten Faden“ hinsichtlich gemeinsamer Muster und Strukturen bildet und von einzelnen Beschäftigten losgelöst ist, schafft die Einbindung individueller Lernprozesse in organisationale Lernprozesse. Organisationales Lernen erfolgt demnach über Wissensaustausch von Beschäftigten und im Wechselspiel von Beschäftigten/Organisation durch einen gemeinsamen Bezugsrahmen auf die existierenden organisationalen Unternehmensleitbilder. Die dabei mögliche Veränderung der organisationalen Wissensbasis kann zu einer Systemanpassung bzw. zu besserer Problemlösungsfähigkeit beitragen (Argyris/Schön 1999: 36).

Dieses Lernen kann mit Partnern aus anderen Organisationen im Netzwerk als Lernprozess fortgeführt werden. Das gewonnene Wissen in Netzwerken kann dann als Gesamtheit aller Endprodukte von individuellem, Gruppen- und Organisationslernen angesehen werden. Dabei kann aus organisationstheoretischer Sicht das individuelle Wissen verschiedener Akteure (wie Führungskräfte, Beschäftigte vor Ort, Experten und Expertinnen des Arbeits- und Gesundheitsschutzes, externe Sachverständige) als Lernergebnis in eine gemeinsame Wissensbasis eines Netzwerkes überführt werden (Ritter 2003: 199).

Die Schaffung und das Management einer gemeinsamen Wissensbasis hinsichtlich Gesundheit und Arbeit, von der alle Akteure aus operieren können, sind ohne dafür geschaffene Organisationsstrukturen und -prozesse nur schwer möglich. Die formalisierte Zusammenführung dieser verschiedenen Expertisen über Arbeitskreise oder Netzwerke auf Innungs- oder Verbandsebene bietet die Möglichkeit des Erfahrungsaustauschs und ermöglicht durch dieses Zusammenführen – auch aus theoretischer Sicht – die Generierung neuen Wissens. Um eine solche Strategie zu realisieren, bedarf es der Schaffung einer Infrastruktur des Wissens, die einen einfachen Austausch einmal gemachter Lernerfahrungen ermöglicht (Grossmann/Scala 1994). Nur durch die Schaffung und Pflege von Kommunikationsstrukturen zur Wissensverbreitung kann es dem Netzwerk gelingen, als System zu lernen. Hierfür ist auch die Verfügbarkeit über materielle Ressourcen wichtig, z.B. Artikel aus Fachzeitschriften, Bücher, Datenbanken, elektronische Expertensysteme, Visualisierungsmaßnahmen.

Als potenzielle Erfolgsfaktoren sind für das Verbundprojekt ZUKUNFT:PFLEGE vor dem Hintergrund der oben skizzierten Problempunkte gerade in den Klein- und Mittelunternehmen der ambulanten Pflege fünf Grundprinzipien (Reindl et al. 2008: 95-101) wichtig:

- eine Vernetzung, die sich an den Interessen und Bedarfen von kleinen und mittleren Unternehmen orientiert,
- eine frühzeitige Einbeziehung der Unternehmen in die Netzwerkbildung,
- die Entwicklung des Netzwerks zu einem Kompetenznetzwerk,
- die Förderung von ‚public-private partnerships‘ sowie eine netzwerkinterne Rollendifferenzierung bzw. Aufgabenverteilung der Handelnden.

Besonders für die konkrete Gestaltung lernender Organisationen in Klein- und Mittelbetrieben bedeutet dies die Etablierung von geeigneten Lernmethoden und Lerninstrumenten, die jedoch auf die Größe und betrieblichen Möglichkeiten abgestimmt sein sollten. Den Verantwortlichen in den Betrieben sollte das Ziel einer nachhaltigen Beschäftigungsfähigkeit nahe gebracht werden und ihnen konkrete Gestaltungslösungen zur Erreichung dieses Ziels an die Hand gegeben werden. Um diese Leistungen erbringen zu können, ist eine koordinierende Stelle („Netzwerkagentur“) für das Netzwerk wichtig, die die Beziehungen zwischen den Netzwerkpartnern moderiert und den Wissensaustausch über aktuelle Inhalte und Strategien der Fort- und Weiterbildung wie auch betrieblicher Lern- und Handlungskonzepte koordiniert.

Im Zuge des Netzwerkaufbaus ist zu prüfen, inwiefern die oben skizzierten Kriterien eines erfolgreichen Netzwerkaufbaus für das Feld der ambulanten Pflege geeignet sind. Außerdem ist zu erkunden, welche weiteren hemmenden und fördernden Faktoren für eine nachhaltige Gestaltung derartiger Netzwerke für die ambulante Pflege identifiziert werden können. Das Verbundprojekt ZUKUNFT:PFLEGE wird zudem auch die für ein solches Netzwerk geeigneten Kooperations- und Koordinationsformen untersuchen. Dabei werden nicht zuletzt die Lernprozesse zwischen den Unternehmen sowie zwischen ihnen und Expertenorganisationen als Anbieter demografieorientierter Dienstleistungen von Bedeutung für die Netzwerkforschung im Projekt sein. Zu prüfen ist, inwieweit sich auch die ambulanten Pflegeunternehmen im Netzwerk selbst durch Austausch vorhandener Ressourcen wechselseitig unterstützen können (vgl. Poser 2008).

Damit die Unterstützung bzw. Vernetzung der Unternehmen und Unterstützer über die Projektlaufzeit hinaus nachhaltig gewährleistet werden kann, ist aber die Entwicklung sich selbst tragender Strukturen unabhängig von Projektförderungen anzustreben. Hier wird das Verbundprojekt bereits während der Projektlaufzeit nachhaltige Lösungen eruieren.

5. Theoretisch-methodischer Ansatz

Die arbeitswissenschaftlichen Schritte des Teilvorhabens werden zu einem großen Teil in enger Abstimmung mit den Unternehmenspartnern vorgenommen. Erstes Ziel ist die Entwicklung eines an die Bedarfe der ambulanten Pflegeunternehmen angepassten Gestaltungskonzepts ‚Nachhaltige Beschäftigungsfähigkeit‘, das den Unternehmen mittels innovativer organisatorischer Lösungen helfen soll, die Herausforderungen des demografischen Wandels bewältigen zu können. Hierzu sind eingehende qualitative Analysen wie Entwicklungs- und Evaluationsschritte in den Unternehmen nötig. Das Teilvorhaben bedient sich hierbei vor allem der methodischen Mittel der praxisorientierten Handlungsforschung, die sich im Kern auf den Dialog als Mittel und Ziel in Analyse und Gestaltung stützt (Gustavsen 1994; Fricke 2012). Dieser Ansatz stammt aus der skandinavischen Arbeitsforschung, hat in Deutschland aber auch im sog. ‚Bremer Ansatz‘ Fuß gefasst (Becke/Senghaas-Knobloch 2010, 2004).

Der ‚Bremer Ansatz‘ der Arbeitsforschung wurde insbesondere von Eva Senghaas-Knobloch (und anderen³) im Rahmen des Konzepts der ‚betrieblichen Lebenswelt‘

³ Vollmerg et al. 1986; Senghaas-Knobloch et al. 1997.

entwickelt und im Anschluss daran von ihr in Zusammenarbeit mit Guido Becke (Becke/Senghaas-Knobloch 2004; 2010) auf Basis weiterer empirischer Forschungsprojekte weiterentwickelt. Zu nennen sind hier vor allem die vom BMBF und ESF geförderten Verbundprojekte PRÄWIN und 8iNNO⁴, in denen der Dialog im Mittelpunkt des methodischen Vorgehens stand (Behrens/Bleses 2013; Bleses 2013b). Ursprünglich als Ansatz konzipiert, der sich auf das spannungsreiche Verhältnis des Subjekts zu seiner stark fremdbestimmten industriellen Arbeitswelt richtete, rückten im weiteren Verlauf der Forschungen auch Dienstleistungstätigkeiten und das Veränderungserleben des Subjekts in sich dynamisch entwickelnden Arbeitswelten in den Vordergrund.

Der ‚Dialog‘ als zentrales Element dieses Ansatzes der qualitativen Arbeitsforschung soll zum einen der Verständigung der betrieblich Handelnden (Gruppen) untereinander über eigene wie vor allem organisatorische Ressourcen, Problemlagen und Gestaltungslösungen dienen. Zum anderen soll auch ein Dialog zwischen Praxis und Forschung im Prozess wechselseitigen Lernens etabliert werden.

Der Dialog bzw. dialogische Methoden haben eine hohe Bedeutung in der Praxisforschung, weil davon ausgegangen wird, dass die betrieblichen Akteure ihre Arbeitstätigkeit, die betrieblichen Strukturen und den betrieblichen Sozialzusammenhang stets sehr unterschiedlich erleben und deuten. Daraus resultieren wiederum unterschiedliche Sichtweisen und Interessenlagen, die zwar die betrieblichen Kooperationsbeziehungen wie die Unternehmenskultur stark mitbestimmen, jedoch häufig nicht offensichtlich sind, weil nicht alle betrieblichen Gruppen die gleichen Möglichkeiten der betriebsöffentlichen Artikulation besitzen. Daraus können beispielsweise verdeckt schwelende Konflikte, organisatorische Veränderungswiderstände, Vertrauensdefizite, Spannungen zwischen strategisch intendierter Unternehmenskultur und emergenten kulturellen Mustern sowie gesundheitliche Belastungen resultieren.

Dieser wissenssoziologische Kern des ‚Bremer Ansatzes‘ der Arbeitsforschung geht in die analytischen wie gestaltenden Methoden ein. Die (wissenssoziologische) Analyse bereitet zunächst die – auf Probleme und vorhandene Ressourcen bezogene – Gestaltung vor. Dabei werden Analyse und Gestaltung im Prozess nicht strikt voneinander getrennt, sondern gemeinsam von Wissenschaft und Praxis in einem wechselseitigen Lernprozess umgesetzt. Die Wissenschaft übernimmt in diesem Prozess keine explizite Führungsrolle. Sie speist vielmehr Wissen in den betriebli-

⁴ Das Verbundprojekt PRÄWIN = „Prävention in Unternehmen der Wissensökonomie“ lief vom 1. November 2007 bis zum 30. April 2011 (www.praewin.de). Das Verbundprojekt 8iNNO = „Organisationale Achtsamkeit als Basis für Innovationsfähigkeit von Unternehmen. Ein Konzept zur Verbindung von Flexibilität und Stabilität durch Vertrauensförderung“ lief vom 1. Juli 2009 bis zum 30. April 2013 (<http://www.achtinno.uni-bremen.de>).

chen Analyse- und Gestaltungsprozess ein, das sie am Fallbeispiel selbst generiert. Der Anspruch ist dabei stark (selbst)aufklärerischer Natur, in dem die Akteure in der betrieblichen Praxis Wissen über sich selbst erhalten sollen. Es wird davon ausgegangen, dass die betrieblichen Akteure dieses Wissen um sich selbst bzw. um ihre eigene Organisationspraxis und -kultur nicht ohne die wissenschaftlich angeregte Analyse (stets) verfügbar haben. Da die betriebliche Lebenswelt multiperspektivisch aus den subjektiven Sichtweisen der einzelnen Individuen bzw. betrieblichen Gruppen zusammengesetzt ist, müssen die verschiedenen Perspektiven im Forschungs- und Gestaltungsprozess sowohl sichtbar als auch einem betrieblichen Austausch über die Unterschiedlichkeit sowie über die daraus folgenden und einigungsfähigen Gestaltungslösungen zugänglich gemacht werden. Ziel ist hier auch das gemeinsame Durchdringen von Handlungsanforderungen und der gemeinsame Weg zur Entwicklung von Lösungsansätzen im Dialog (Behrens/Bleses 2013; Bleses 2013b).

Die Wissenschaft hat neben der – neutralen – analytischen und moderierenden Rolle zusätzliche Aufgaben und Ziele. Ein wichtiges Ziel ist es, aus der Praxis zu lernen, um aus dem Einzelfall heraus verallgemeinerungsfähiges Wissen zu generieren. Dieses Wissen muss an weiteren Einzelfällen gemessen, überprüft sowie ggf. verändert oder erweitert werden und kann etwa der Entwicklung übergreifender Gestaltungskonzepte oder der Überprüfung und Weiterentwicklung von Theoriekonzepten dienen. Das Wissen um Theorie wie Praxis jenseits des gerade fokussierten betrieblichen Einzelfalls dient dann dazu, der Praxis bei der Suche nach Gestaltungslösungen behilflich zu sein.

Zum Einsatz kommen verschiedene dialogorientierte Analyse- wie Gestaltungsinstrumente, insbesondere Steuerungskreise, Experteninterviews, moderierte Workshops sowie Dialogkonferenzen. In systematisch angelegten und angeleiteten Kommunikationsprozessen stehen die Kriterien des wechselseitigen Vertrauens, der Perspektivenvielfalt, der Transparenz und der Beteiligung im Vordergrund. Den Fokus bildet dabei das Konzept der ‚Nachhaltigen Arbeitsqualität‘ (Becke et al. 2010b), mit dem sowohl die Prozess- als auch die Ergebnisqualität der Arbeit und Zusammenarbeit adressiert wird. Analyse wie Gestaltungsschritte beziehen sich dementsprechend vornehmlich auf eine Verbesserung der Arbeitsorganisation und des Arbeitsprozesses, dessen Teil und Handelnder die Beschäftigten wie die Führungskräfte sind. Andere methodische Instrumente (z.B. Altersstrukturanalyse; standardisierte Befragungen) unterstützen die Handlungsforschung.

Bereits in der Zusammenarbeit mit den Unternehmenspartnern sollen Bedarfe abgeleitet werden, welche die kleinen und mittleren ambulanten Pflegeunternehmen nicht selbst abdecken können, sondern als Unterstützungsbedarfe an das aufzubauen

ende Netzwerk ZUKUNFT:PFLEGE richten. Sie werden mit den Ergebnissen zusammengebracht, welche die Netzwerkagentur durch eine Befragung weiterer ambulanter Pflegeunternehmen in Bremen zu deren Bedarfen hinsichtlich der Unterstützung durch das regionale Netzwerk ermittelt. Sie bilden den Ausgangspunkt für das im Netzwerk zu erstellende Angebot in den Bereichen Gesundheitsförderung, Kompetenz- und Qualifikationsentwicklung.

Bevor jedoch in den weiteren Beiträgen die ersten Ergebnisse des Verbundprojekts im betrieblichen Entwicklungsteil und im Netzwerkaufbau geschildert werden, soll im direkt anschließenden Beitrag zuerst ein Blick auf die Arbeit und die Arbeitsqualität in Pflegeunternehmen im Allgemeinen bzw. in Unternehmen der ambulanten Pflege im Besonderen geworfen werden. Wir schildern hier sowohl Ansätze und Ergebnisse aus der Literatur als auch Ergebnisse aus unseren Erhebungen. In unseren Erhebungen – die hier zunächst einmal auf eine Arbeitssituationsanalyse aus Sicht der Beschäftigten abzielen – haben wir uns nicht allein auf die Pflegekräfte konzentriert, sondern auch auf die Hauswirtschaftskräfte und auf die mittleren Führungskräfte in den Verwaltungs- und Koordinationstätigkeiten der ambulanten Pflegeunternehmen. In jedem Fall zeigen unsere Erhebungen, dass die Arbeit in der ambulanten Pflege sehr stark (wenngleich nicht allein) ‚Interaktionsarbeit‘ ist – und das nicht nur in der Pflege- und Hauswirtschaft; auch bei den koordinierenden Arbeiten der mittleren Führungskräfte besitzt die Interaktion eine hohe Bedeutung.

Literatur

- Argyris, Chris; Schön, Donald (1999): Die Lernende Organisation. Stuttgart: Klett-Cotta
- Becke, Guido; Bleses, Peter (2013): Interaktion und Koordination: Befunde zur Arbeitssituation in ambulanten Pflegeunternehmen (in diesem Zwischenbericht)
- Becke, Guido; Behrens, Miriam; Bleses, Peter; Schmidt, Sandra (2010a): Vertrauensbasierte Dialogräume als Basis für präventionsorientiertes Organisationslernen in kleinen und mittleren Unternehmen der Wissensökonomie, in: Becke, Guido; Klatt, Rüdiger; Schmidt, Burkhard; Stieler-Lorenz, Brigitte; Uske, Hans (Hrsg.): Innovation durch Prävention. Gesundheitsförderliche Gestaltung von Wissensarbeit. Bremerhaven: Wirtschaftsverlag NW, S. 99-116
- Becke, Guido; Bleses, Peter; Schmidt, Sandra (2010b): Nachhaltige Arbeitsqualität - Ein Gestaltungskonzept für die betriebliche Gesundheitsförderung in der Wissensökonomie; in: Wirtschaftspsychologie, 12. Jg., H. 3, S. 60-68
- Becke, Guido; Senghaas-Knobloch, Eva (2010): Dialogorientierte Praxisforschung in organisatorischen Veränderungsprozessen. artec-paper Nr. 165, artec | Forschungszentrum Nachhaltigkeit, Universität Bremen

- Becke, Guido; Senghaas-Knobloch, Eva (2004): Forschung in Aktion – Betriebliche Veränderungen im Dialog. artec-Paper 121, artec | Forschungszentrum Nachhaltigkeit, Universität Bremen
- Behrens, Miriam; Bleses, Peter (2013): Der Dialog - Basis achtsamen Unternehmenswandels; in: Becke, Guido; Funken, Christiane; Klinke, Sebastian; Schweer, Martin; Scholl, Wolfgang (Hrsg.): Innovationsfähigkeit durch Vertrauensgestaltung - Befunde und Instrumente zur nachhaltigen Organisations- und Netzwerkentwicklung. Frankfurt/M. et al.: Peter Lang (im Erscheinen)
- Bleses, Peter (2013a): Die direkte Beteiligung von Beschäftigten als Innovation vor der Innovation; in: Klinke, Sebastian; Rohn, Holger (Hrsg.): Ressourcenkultur. Vertrauenskulturen und Innovationen für Ressourceneffizienz im Spannungsfeld normativer Orientierung und betrieblicher Praxis. Baden-Baden: Nomos, S. 325-341
- Bleses, Peter (2013b): Beteiligung organisieren; in: Becke, Guido; Behrens, Miriam; Bleses, Peter; Meyerhuber, Sylke; Schmidt, Sandra (Hrsg.): Organisationale Achtsamkeit – Veränderungen nachhaltig gestalten. Stuttgart: Schäffer-Poeschel (im Erscheinen)
- Bleses, Peter (2011): Ambivalenzen von Vertrauensbeziehungen in betrieblichen Veränderungsprozessen. Methodik der betrieblichen Analyse und Gestaltung; in Becke, Guido; Behrens, Miriam; Bleses, Peter; Evers, Janina; Hafkesbrink, Joachim: Organisationale Achtsamkeit in betrieblichen Veränderungsprozessen: Zentrale Voraussetzung für innovationsfähige Vertrauenskulturen. artec-paper Nr. 175), artec | Forschungszentrum Nachhaltigkeit, Universität Bremen, S. 119-136
- Bundeskonferenz der Pflegeorganisationen (2006): Brennpunkt Pflege. Ältere Arbeitnehmer/ innen in der Pflege. Herausgegeben von der Arbeitsgemeinschaft Deutscher Schwesternverbände und Pflegeorganisationen (ADS) und dem Deutschen Bundesverband für Pflegeberufe (DBfK). Göttingen, Berlin
- Bundesministerium für Bildung und Forschung (BMBF) (2010): Demografischer Wandel – (k)ein Problem! Werkzeuge für Praktiker – von Betrieben für Betriebe. 2., erweiterte Auflage. Bonn, Berlin
- Büscher, Andreas; Horn, Annett (2010): Bestandaufnahmen zur Situation in der ambulanten Pflege. Ergebnisse einer Expertenreihe. Bielefeld: Veröffentlichungsreihe des Instituts für Pflegewissenschaft an der Universität Bielefeld
- Fenchel, Volker (2012): Demografische Aspekte des Fachkräftemangels; in: Bettig, Uwe; Frommelt, Mona; Schmidt, Roland (Hrsg.): Fachkräftemangel in der Pflege. Konzepte, Strategien, Lösungen. Heidelberg: medhochzwei Verlag, S. 3-17
- Fischer, Ute Luise (2010): „Der Bäcker backt, der Maler malt, der Pfleger...“ – Soziologische Überlegungen zum Zusammenhang von Professionalität und Wertschätzung in der Kranken- und Altenpflege, in: Arbeit, 19. Jg., H. 4, S. 239-252
- Freiling, Thomas; Gottwald, Mario (2012): Dem Fachkräftemangel in der Pflege begegnen - Personalpolitik demografieorientiert gestalten; in: Bettig, Uwe; Frommelt, Mona; Schmidt, Roland (Hrsg.): Fachkräftemangel in der Pflege. Konzepte, Strategien, Lösungen. Heidelberg: medhochzwei Verlag, S. 3-17

- Freiling, Thomas (2011): Demografische Entwicklungstrends und Auswirkungen auf die Pflegewirtschaft; in: Loebe, Herbert; Severing, Eckart (Hrsg.): Zukunftsfähig im demografischen Wandel. Herausforderungen für die Pflegewirtschaft. Bielefeld: Bertelsmann, S. 9-26
- Fricke, Werner (2012): Aktionsforschung in schwierigen Zeiten; in Jostmeier, Milena; Georg, Arno; Jacobsen, Heike (Hrsg.): Sozialen Wandel gestalten: Zum gesellschaftlichen Innovationspotenzial von Arbeits- und Organisationsforschung. Wiesbaden: VS Verlag
- Friebe, Jens; Zalucki, Michaela (Hrsg.) (2003): Interkulturelle Bildung in der Pflege. Deutsches Institut für Erwachsenenbildung (DIE), Bielefeld. http://www.die-bonn.de/esprid/dokumente/doc-2003/friebe03_01.pdf (aktuell am 04.04.2013)
- Fuchs, Johann; Zika, Gerd (2010): Demografie gibt die Richtung vor. Arbeitsmarktbilanz bis 2025. IAB-Kurzbericht 12/2010. Nürnberg
- Geißler, Harald (1998): Organisationslernen – Eine tragende Kategorie zur Verbindung von Organisationsentwicklung und Berufspädagogik, in: Dehnbostel, Peter; Erbe, Heinz-H.; Novak, Hermann (Hrsg.): Berufliche Bildung im lernenden Unternehmen. Berlin: Sigma
- Geldermann, Brigitte (2011): Methoden und Instrumente einer demografiefesten Personalpolitik in der Pflege; in: Loebe, Herbert; Severing, Eckart (Hrsg.): Zukunftsfähig im demografischen Wandel. Herausforderungen für die Pflegewirtschaft. Bielefeld: Bertelsmann, S. 57-74
- Glaser, Jürgen (2006): Arbeitsteilung, Pflegeorganisation und ganzheitliche Pflege – arbeitsorganisatorische Rahmenbedingungen für Interaktionsarbeit in der Pflege; in: Böhle, Fritz; Glaser, Jürgen(Hrsg.): Arbeit in der Interaktion – Interaktion als Arbeit. Wiesbaden: VS Verlag, S. 43-58
- Grabher, Gernot (1993): The Weakness of Strong Ties. The Lock-In of Regional Development in the Ruhr Area; in: Ders. (Hg.): The Embedded Firm. On the Socioeconomics of Industrial Networks. London: Routledge, S. 255-277
- Grossmann, Ralf; Scala, Klaus (1994): Gesundheit durch Projekte fördern. Ein Projekt zur Gesundheitsförderung durch Organisationsentwicklung und Projektmanagement. Weinheim: JUVENTA
- Gustavsen, Björn (1994): Dialog und Entwicklung. Kommunikationstheorie, Aktionsforschung und Strukturreformen in der Arbeitswelt. Berlin: Edition Sigma
- Heidenreich, Martin (2011): Regionale Netzwerke in der globalen Wissensgesellschaft; in: J. Weyer (Hrsg.): Soziale Netzwerke. Konzepte und Methoden der sozialwissenschaftlichen Netzwerkforschung. München: Oldenbourg-Wissenschaftsverlag, S. 87-110
- Heusel, Christof (2011): Demografischer Wandel in der Altenpflege - Gestaltungsansätze für die Praxis; in: Loebe, Herbert; Severing, Eckart (Hrsg.): Zukunftsfähig im demografischen Wandel. Herausforderungen für die Pflegewirtschaft. Bielefeld: Bertelsmann, S. 119-133
- Holzer, Boris (2006): Netzwerke. Bielefeld. transcript-Verlag
- Howaldt, Jürgen; Schwarz, Michael (2011): Soziale Innovation - Gesellschaftliche Herausforderungen und zukünftige Forschungsfelder; in: Jeschke, Sabina; Isenhardt, Ingrid; Hees, Frank; Trantow, Sven (Hrsg.): Enabling Innovation. Innovationsfähigkeit - deutsche und internationale Perspektiven. Berlin, Heidelberg: Springer, S.217-238

- Kotthoff, Hermann; Reindl, Josef (1990): Die soziale Welt kleiner Betriebe. Wirtschaften, Arbeiten und Leben im mittelständischen Industriebetrieb. Göttingen: Verlag Otto Schwartz & Company
- Krugman, Paul (1991): Geography and Trade. Cambridge, Mass.: Gaston Eyskens Lecture Series
- Kumbruck, C. (2009): Veränderungen in den Beziehungsaspekten der Pflegearbeit – eine qualitative Studie zur kirchlichen Pflegearbeit; in: Arbeit, H. 1, S. 63-75
- North, Klaus; Bernhardt, Maja; Friedrich, Peter; Skroch, Daniel; Blessing, Arndt (2009a): Das Projekt 3P. Pflege Dich selbst! Transfer des Konzepts der Gesundheitskompetenzen in die Organisationen und Entwicklung einer Gesundheits-Scorecard, in: Henning, Klaus; Leisten, Ingo; Hees, Frank (Hrsg.): Innovationsfähigkeit stärken - Wettbewerbsfähigkeit erhalten. Präventiver Arbeits- und Gesundheitsschutz als Treiber. Aachen: Wissenschaftsverlag, S. 71-85
- North, Klaus; Friedrich, Peter; Frerick, B. (2009b): Pflege Dich selbst! Ein Ansatz zur Entwicklung von Gesundheitskompetenzen in der Pflege, in: Streich, D.; Wahl, D. (Hg.): Innovationsfähigkeit in einer modernen Arbeitswelt. Personalentwicklung – Organisationsentwicklung – Kompetenzentwicklung. Beiträge der Tagung des BMBF.Frankfurt/M.; New York, S. 85-91
- Pflegebericht (2009): Bericht – Situation und Perspektiven der Pflege in Bremen und Bremerhaven 2009; erstellt von: Kehrbach, A.; Kühn, H.; Darmann-Fink, I.; Kolip, P.; Zündel, M.; hrsg. von der Senatorin für Arbeit, Frauen und Gesundheit, Jugend und Soziales in Zusammenarbeit mit dem Institut für Public Health und Pflegeforschung der Universität Bremen. Bremen
- Piore, Michael-Joseph; Sabel, Charles Frederick (1985): Das Ende der Massenproduktion. Studie über die Requalifizierung der Arbeit und die Rückkehr der Ökonomie in die Gesellschaft. Berlin: Wagenbach
- Poser, Märle (2008): Netzworkebildung und Networking in der Pflege. Berufliche Handlungskompetenz und Karriere entwickeln und fördern. Bern: Huber-Verlag
- Probst, Gilbert; Büchel, Bettina (1994): Organisationales Lernen: Wettbewerbsvorteil der Zukunft. Schweizerische Gesellschaft für Organisation und Management. Wiesbaden: Gabler.
- Prognos AG (2010): Recherche und Darstellung betrieblicher Demographieprojekte. Endbericht für die Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin. Berlin
- Raddatz, Gregor; Peschers, Bernd (2007): Burnoutprävention in der Pflegeausbildung. München, Jena: Elsevier Urban und Fischer
- Reindl, Josef; Quoika, Martina; Martolock, Bianka; Kistler, Ernst: Regionale Gesundheitsnetzwerke. Wie man Unterstützungsstrukturen für kleine und mittlere Unternehmen aufbaut. Berlin: Edition Sigma
- Ritter, Wolfgang (2003): Betriebliches Gesundheitsmanagement "erlernen" durch Leitfäden? Organisationstheoretische und betriebspraktische Anforderungsdimensionen an Verfahrenswege im betrieblichen Gesundheitsmanagement. Bremerhaven: Wirtschaftsverlag NW
- Rothgang, Heinz; Müller, Rolf; Unger, Rainer (2012): Themenreport „Pflege 2030“. Gütersloh: BertelsmannStiftung
- Saßmannshausen, Andreas; Lang, Karl-Heinz (2008): Regionale Netzwerke für eine gesunde Arbeitswelt. Forschungsbericht ASER, www.institut-aser.de/635/htm

- Simon, Michael; Tackenberg, Peter; Hasselhorn, Hans-Martin.; Kümmerling, Angelika; Büscher, Andreas; Müller, Bernd Hans (2005): Auswertung der ersten Befragung der NEXT-Studie in Deutschland. Universität Wuppertal (<http://www.next.uni-wuppertal.de>)
- Schmidt, Sandra (2010): Gesundheit und Gesundheitsförderung in der Wissensökonomie: Probleme bei flexiblen Arbeitsstrukturen und unsicheren Verträgen, in: Hans-Georg Soeffner (Hrsg.): Unsichere Zeiten. Herausforderungen gesellschaftlicher Transformationen. Verhandlungen zum 34. Soziologiekongress der Deutschen Gesellschaft für Soziologie in Jena. Wiesbaden: VS Verlag
- Schmidt, Sascha G.; Dichter, Martin; Müller, Bernd H.; Hasselhorn, Hans-Martin (2010): 3Q-Studie: „Und es gibt sie...“. Woran erkennen Pflegende attraktive Einrichtungen in stationären Altenpflege?, in: Die Schwester/Der Pfleger, 49. Jg., H. 2, S. 60-62
- Schmidt, Sascha; Hasselhorn, Hans-Martin (2007): Gesundheitsrisiko Altenpflege, in: pflegen: Demenz 5/2007
- Schmidt, Sascha G.; Hasselhorn, Hans-Martin (2007): Gesundheitsrisiko Altenpflege, in: pflegen: Demenz 5/2007
- Seiler, Kai; Rodouli, F.; Löbbecke, N.; Lang, K.-H.; Müller, B. H. (2003): Bundesweite Bestandsaufnahme zur Beteiligung staatlicher Arbeitsschutzverwaltungen an Kooperationsnetzwerken. ASER: info focus
- Senge, Peter M. (1999) Die fünfte Disziplin. Stuttgart: Klett-Cotta
- Senghaas-Knobloch, Eva; Nagler, Brigitte; Dohms, Annette (1997): Zukunft der industriellen Arbeitskultur. Persönliche Sinnansprüche und Gruppenarbeit. Münster: Lit Verlag, 2. Auflage
- Siegrist, Johannes (1996): Soziale Krisen und Gesundheit. Göttingen et al.: Hogrefe
- Statistisches Bundesamt (2013a): Pflegestatistik 2011. Pflege im Rahmen der Pflegeversicherung. Deutschlandergebnisse. Wiesbaden. https://www.destatis.de/DE/Publikationen/Thematisch/Gesundheit/Pflege/PflegeDeutschlandergebnisse5224001119004.pdf?__blob=publicationFile. (aktuell am 02.04.2013)
- Statistisches Bundesamt (2013b): Pflegestatistik 2011. Pflege im Rahmen der Pflegeversicherung. Ländervergleich - Ambulante Pflegedienste. Wiesbaden. https://www.destatis.de/DE/Publikationen/Thematisch/Gesundheit/Pflege/LaenderAmbulantePflegedienste5224101119004.pdf?__blob=publicationFile. (aktuell am 02.04.2013)
- Statistische Ämter des Bundes und der Länder (2010): Demografischer Wandel in Deutschland. Heft 2: Auswirkungen auf Krankenhausbehandlungen und Pflegebedürftige im Bund und in den Ländern. November 2010. Statistisches Bundesamt: Wiesbaden
- Volmerg, Birgit; Senghaas-Knobloch, Eva; Leithäuser, Thomas (1986): Betriebliche Lebenswelt. Eine Sozialpsychologie industrieller Arbeitsverhältnisse. Opladen: Westdt. Verlag
- Wahl, Wulf-Bodo; Ullrich, Karin (2010): Bewegung in der Pflege. Reflexive Arbeitsgestaltung personenbezogener Dienstleistungen durch Quiero, in: Henning, K.; Bach, U.; Hees, F. (Hrsg.): Präventiver Arbeits- und Gesundheitsschutz 2020: Prävention weiterdenken! Aachen, S. 124-134
- Wahl, Wulf-Bodo (2009): Präventive Bewältigung von Veränderungsdruck in Organisationen der Pflege, in: Gatermann, I./Fleck, M. (Hg.): Innovationsarbeit sichert Zukunft. Tagungsband

der BMBF-Tagung „Innovative Arbeitsgestaltung – Zukunft der Arbeit“. Berlin: Duncker & Humblot, S. 383-393

Weyer, Johannes (2000): Einleitung: Zum Stand der Netzwerkforschung in den Sozialwissenschaften; in: Ders. (Hg.): Soziale Netzwerke. Konzepte und Methoden der sozialwissenschaftlichen Netzwerkforschung. München: Oldenbourg-Wissenschaftsverlag, S. 1-34

Willke, Helmut (1998): Organisierte Wissensarbeit, in: Zeitschrift für Soziologie, 27. Jg. H.3: 161-177

Zentralverband Elektrotechnik- und Elektroindustrie e.V. (ZVEI) (2003): Herausforderung Soziodemografischer Wandel. Good-Practice in der Elektrotechnik- und Elektronikindustrie. BMBF-Projekt „Demografie-Initiative: Betriebliche Strategien für altersgemischte Belegschaftsstrukturen und generationsübergreifende Personalkonzepte in der Elektrotechnik- und Elektronikindustrie“. Frankfurt/M.

Interaktion und Koordination:

Befunde zur Arbeitssituation in ambulanten Pflegeunternehmen

Guido Becke / Peter Bleses

1. Einleitung

Bereits im einführenden Beitrag zu diesem Zwischenbericht wurde festgestellt, dass die ambulante Pflege in Arbeitswissenschaften und Arbeitsforschung bislang eher wenig beachtet wurde (als Ausnahme z.B. Krenn 2003). Sucht man in der Literatur nach Analysen zu Arbeitsaufgaben und Arbeitssituation in der Pflege, ist man überwiegend auf Studien verwiesen, die sich auf die stationäre Pflege konzentrieren. Vieles davon kann auch auf den ambulanten Bereich übertragen werden, denn die eigentliche Pflege als *Interaktionsarbeit* der Pflegenden mit und an Pflegebedürftigen ist in vielen Punkten – wenngleich nicht in allen – miteinander vergleichbar.

„Interaktionsarbeit zeichnet sich dadurch aus, dass der Arbeitsgegenstand kein Objekt, sondern ein Mensch mit Empfindungen und Bedürfnissen, eigenen Gedanken und Interessen ist. Dieser Umstand erfordert von den entsprechenden Beschäftigten, eine besondere Rücksicht, die im Umgang mit Objekten in dieser Weise nicht erforderlich ist“ (Böhle u.a. 2012: 12).

Allerdings bildet im ambulanten Bereich die Interaktionsarbeit mit den Pflegebedürftigen nur ein Teil ihrer Arbeitssituation. Außerdem unterscheidet sich die Arbeit ambulant tätiger Pflegekräfte auch in mancher Hinsicht von der im stationären Bereich; denn die Pflegekräfte:

- arbeiten meist allein,
- verbringen nur eng begrenzte Zeiträume bei den Pflegebedürftigen und verlassen sie dann bis zum Nachmittag, bis zum kommenden Tag oder sehen sie – je nach Leistungsart – erst in einigen Tagen wieder,
- arbeiten im Zuhause der Pflegebedürftigen,

- sind bei der Pflege oft mit Angehörigen konfrontiert, die mit ihnen gemeinsam pflegen, jedenfalls auch Aufmerksamkeit verlangen,
- befinden sich nicht in einem so engen Kontakt mit Ärzten wie Pflegekräfte in der stationären Pflege,
- sind viel mit dem Auto unterwegs und
- müssen zahlreiche Wegstrecken zu beinahe jeder Tageszeit und in beinahe jeder Wohngegend auch zu Fuß zurücklegen.

Wir werden auf diese und weitere Besonderheiten der Arbeitsaufgaben und der Arbeitssituation ambulant tätiger Pflegekräfte weiter unten eingehen; zudem werden sie zum Teil auch im nachfolgenden Beitrag zu den empirischen Ergebnissen zur nachhaltigen Beschäftigungsfähigkeit in der ambulanten Pflege aufgenommen (Bleses/Jahns/Behrens 2013, in diesem Zwischenbericht).

Aber nicht nur diesen Besonderheiten wurde bislang wenig Aufmerksamkeit geschenkt: Auch die Arbeit, Rolle und Situation der weiteren Tätigkeitsgruppen in der ambulanten Pflege wurden arbeitswissenschaftlich bislang kaum betrachtet (sehr knapp bei Peters u.a. 2012). Es handelt sich dabei um die Tätigkeitsgruppen:

- Mittlere und leitende Führungskräfte bzw. Büro- und Leitungsteam
- Hauswirtschaftskräfte

Bei der Arbeit der mittleren und leitenden Führungskräfte handelt es sich a) um eine Bestandsvoraussetzung ambulanter Pflegeunternehmen sowie b) um eine wichtige Determinante für die Arbeitssituation und auch die Arbeitsqualität der Pflegekräfte:

a) Leitende und mittlere Führungskräfte nehmen eine Vielzahl anspruchsvoller Aufgaben wahr, die für die Wettbewerbs- und Überlebensfähigkeit der ambulanten Pflegeunternehmen unverzichtbar sind, wie die Akquisition neuer Kunden und Kundinnen oder die Weiterentwicklung ihres Dienstleistungsangebots. In den vergangenen Jahren sind weitere aufgabenbezogene Anforderungen hinzugekommen. So sind die Qualitäts- und Dokumentationsstandards in der Pflege im Allgemeinen und in der ambulanten Pflege im Besonderen immer aufwändiger geworden. Hinzu kommen komplexe und ebenfalls sehr aufwändige Prozeduren der Leistungsbeantragung, des Leistungscontrollings und der Organisation der ambulanten Pflege (Tourenplanung, Übergaben), die sehr viel Expertenwissen verlangen. Diese Arbeiten durch Pflegekräfte, die vor allem auch noch selbst in der Pflege tätig sind, ‚nebenbei‘ durchführen zu lassen, erscheint heute kaum noch praktikabel und erfolversprechend. Das bedeutet umgekehrt allerdings

nicht, dass die Kräfte aus dem Büroteam eines ambulanten Unternehmen nicht ‚nebenbei‘ auch noch Pflegeeinsätze fahren, wenn es die Personalsituation z.B. aufgrund zahlreicher Krankheitsausfälle gerade erfordert. Denn ein großer Teil der mittleren und auch leitenden Führungskräfte aus dem Büroteam sind ausgebildete Pflegekräfte, die zuvor auch in der Pflege gearbeitet haben.

- b) Die mittleren und leitenden Führungskräfte bestimmen durch ihr Führungshandeln und ihre Koordinationstätigkeiten ganz wesentlich die Arbeitssituation der Pflegekräfte mit (vgl. Zimmer/Gregersen 2011; Pelster 2011, Becke et al. 2013). Ihre Koordinationsfunktion besteht darin, die unterschiedlichen Aufgaben und Prozesse, die für die Erbringung der pflegebezogenen, hauswirtschaftlichen und sonstigen personenbezogenen Dienstleistungen notwendig sind, intern und an wichtigen Schnittstellen, z.B. zu Kunden und Kundinnen, abzustimmen. Diese koordinierende Aufgabe erfüllen sie – so jedenfalls unsere Befunde – zu einem Teil in der *Interaktion* mit den Pflegekräften und mit den Hauswirtschaftskräften. Dieser Aspekt der Arbeit von Führungskräften in den ambulanten Pflegeunternehmen (und anderen sozialen Dienstleistungen) ist bislang zu wenig beachtet worden. Umgekehrt leisten auch die Pflegekräfte *koordinierende* Aufgaben, mit denen sie die Leistungskräfte unterstützen. Auch diese Aspekte der Arbeit von Pflegekräften sind noch wenig beachtet worden. Vielmehr wurden Führungsaufgaben analytisch bisher stark auf die Koordinationsaufgaben und ausführende Tätigkeiten der Pflege und Betreuung stark auf den Interaktionsaspekt reduziert.

Unsere These lautet, dass die einfache Unterteilung in koordinierende Tätigkeiten hier (Leitungskräfte) und Interaktionsarbeit dort (Pflegekräfte) der Arbeitssituation der jeweiligen Tätigkeitsgruppen in der ambulanten Pflege (und vielleicht in sozialen Dienstleistungen insgesamt) kaum gerecht wird.

Schließlich ist auch die Arbeitssituation von Hauswirtschaftskräften als Bestandteil eines ambulanten Dienstleistungsangebots bisher kaum analysiert worden. Dabei sind Hauswirtschaftskräfte oftmals ganz wesentlich daran beteiligt, dass Menschen tatsächlich weiter in ihrem eigenen Zuhause leben können. Ihre Arbeit ist für viele Menschen, die auf Pflegeleistungen angewiesen sind, ebenso existenziell bedeutend wie die Pflege selbst. Dabei – so zeigt sich – ist auch bei dieser Tätigkeit der *Interaktionsaspekt* ausgesprochen wichtig.

Wir werden im Folgenden die Arbeit und die Arbeitssituation der verschiedenen Tätigkeitsgruppen in der ambulanten Pflege genauer betrachten. Dabei schauen wir zunächst in die Literatur. Dort finden wir allerdings ganz überwiegend nur Kennzeichen für die Arbeit der Pflegekräfte – und auch hier meist nur jener in der stationären Pflege (2.). Anschließend schildern wir die Ergebnisse unserer Analysen zur

Arbeitssituation der verschiedenen Tätigkeitsgruppen in der ambulanten Pflege (3.). Wir beschränken uns hier weitgehend auf Erfassung und Schilderungen, weil die Bewertung der Arbeitssituation hinsichtlich der Arbeitsqualität aus Sicht der verschiedenen Tätigkeitsgruppen im folgenden Beitrag bearbeitet wird (Bleses/Jahns/Behrens 2013, in diesem Zwischenbericht). Den Abschluss bildet ein Resümee, in dem wir vor allem auf die Wechselbeziehungen zwischen den verschiedenen Tätigkeitsgruppen und die Bedeutung von Koordination und Interaktion für die Arbeit eines ambulanten Pflegeunternehmens eingehen werden (4.).

2. Arbeit und Arbeitssituation in der (ambulanten) Pflege: Das sagt die Literatur

In der Literatur zur Arbeit in der Pflege werden zunächst die Besonderheiten personenbezogener im Vergleich zu sachbezogenen Dienstleistungen (z.B. IT-Dienstleistungen) und vor allem die besonderen Kennzeichen der eigentlichen Pfl egetätigkeit thematisiert.

Unterschiede zwischen sach- und personenbezogenen Dienstleistungen

Die Arbeitstätigkeiten in personenbezogenen Dienstleistungen weichen von denen in sachbezogenen Dienstleistungen deutlich ab. Sie „...haben anstelle einer Bearbeitung gegenständlicher Objekte die Beschäftigung mit Menschen und Symbolen zum Inhalt. Ihre Ergebnisse sind immaterieller Natur, sie sind vergänglich, nicht dauerhaft, in hohem Maße zeit- und ortsgebunden, nicht lagerfähig und nicht transportierbar“ (Büssing/Glaser 2003b: 21).

Besonders hervorzuheben sind folgende Merkmale der Arbeit in personenbezogenen Dienstleistungen (vgl. Böhle/Glaser 2006, Büssing/Glaser 2003b):

- Die Arbeitstätigkeit ist auf den Menschen gerichtet und findet mit ihm als Co-Akteur der Dienstleistung gemeinsam statt. Dabei kommt es zu einer Interaktionsbeziehung zwischen den Dienstleistenden und denjenigen, die die Dienstleistung in Anspruch nehmen.
- Die individuellen Bedürfnisse der Klientinnen und Klienten müssen situativ angemessen berücksichtigt werden. Sie können sich dabei von Situation zu Situation unterscheiden und sind vorab nur wenig planbar. Auch die Planbarkeit der Arbeitsabläufe ist daher gering.

- Anders als bei der Produktion von Sachgütern fallen in der personenbezogenen Dienstleistung Produktion und Konsum der Leistung zusammen (uno-actu-Prinzip) (Herder-Dorneich/Kötz, 1972). Dadurch wird die Arbeit im Laufe ihrer Verrichtung aufgebraucht und muss – solange der Bedarf besteht – regelmäßig wieder ausgeführt werden.

Eine personenbezogene Dienstleistung, die unmittelbar am Menschen erbracht wird, ist dadurch besonders als eine interaktive Arbeit zu verstehen (Merchel 2003: 6ff.). Sie ist „als wechselseitig aneinander orientiertes und aufeinander bezogenes (Arbeits-)Handeln“ zu begreifen (Krenn 2003: 5). Wie gut diese Interaktion zwischen Dienstleistern und Klienten von statten geht, ist für die Qualität des Prozesses wie auch seine Ergebnisse von elementarer Bedeutung (Büssing/Glaser 2003b: 21).

Die Besonderheiten der Arbeit in der Pflege: Interaktionsbezogene Dienstleistung mit existenzieller Bedeutung

Der hohe Stellenwert einer gut verlaufenden Interaktion gilt prinzipiell in allen personenbezogenen Dienstleistungen. In der Pflege jedoch, in der Menschen oft existenziell auf die personenbezogenen Dienstleistungen angewiesen sind (Kumbruck u.a. 2011), besitzt die Interaktionsarbeit zudem weitere konstitutive Merkmale, die sich vor allem auf ihren Charakter als subjektivierendes und erfahrungsgeleitetes Handeln, als Gefühls- und als Emotionsarbeit beziehen.

Pflege als subjektivierendes, erfahrungsgeleitetes Arbeitshandeln

Pflege ist zu einem großen Teil subjektivierendes Arbeitshandeln (Weishaupt 2006: 86). Während bei *zweckrationalem* Arbeitshandeln im Vorhinein Ziele, Arbeitsschritte und benötigte Ressourcen zur Zielerreichung umrissen werden, füllt *subjektivierendes* Arbeitshandeln den Raum aus, der sich durch vorherige Planung (noch) nicht erschließen lässt. Das subjektivierende Arbeitshandeln ersetzt dabei nicht zweckrationales Handeln, sondern ergänzt es, indem es sich vor allem auf den Umgang mit nur begrenzt planbaren und kontrollierbaren Anforderungen bezieht (Böhle et al. 1997, Böhle/Weishaupt 2003, Weishaupt 2006). Subjektivierendes Arbeitshandeln ist deshalb jedoch nicht planlos und verliert nicht die Arbeitsziele aus den Augen (Weishaupt 2006: 86).

Subjektivierendes Arbeitshandeln verlangt von den ausführenden Personen, dass sie sich einer gewissen Ereignishaftigkeit der Arbeit aussetzen und dass sie dem bzw. der Gegenüber aufmerksam begegnen. Denn sie müssen während der Arbeit die Informationen wahrnehmen, interpretieren und für das Arbeitshandeln nutzbar ma-

chen können, die für eine erfolgreiche Interaktion ausschlaggebend sind. Im Vordergrund stehen dabei ein auf Erfahrungswissen beruhendes, dialogisch-interaktives Vorgehen (Büssing/Glaser 2003a: 137; vgl. auch Böhle et al. 1997, Böhle/Weishaupt 2003, Weishaupt 2006).

Subjektivierendes Arbeitshandeln ist insbesondere für die Pflege zwingend, denn: „Unbestimmbarkeiten und Unwägbarkeiten gehören zu den grundlegenden Merkmalen der Pflegearbeit. Sie sind keine Abweichungen von der Normalität, sondern vielmehr integrale Bestandteile und resultieren aus dem Subjektcharakter des ‚Arbeitsgegenstandes‘“ (Weishaupt 2006: 85). Situatives Vorgehen ist in der Pflege in allen alltäglichen Arbeitshandlungen wie Körperpflege, Essen reichen usw. notwendig, da Veränderungen im körperlichen oder psychischen Zustand der Gepflegten jederzeit möglich sind (Weishaupt 2006: 85). Für die dialogisch-interaktive bzw. explorative Vorgehensweise ist die sinnliche Wahrnehmung grundlegend (Weishaupt 2006: 91).

Auch die Pfl egetätigkeit benötigt natürlich grundlegendes Fachwissen. Aber zusätzlich ist professionelles Erfahrungswissen erforderlich. Es beinhaltet intime Kenntnisse über die betreuten Menschen, ihre Bedürfnisse und Stimmungen. Das Erfahrungswissen ermöglicht oft erst eine fall- und situationsspezifische Anwendung des Fachwissens (ebd.: 95; vgl. auch Böhle/Weishaupt 2003: 156).

Auch zweckrationale Arbeitsmuster erfüllen in der Pflege eine Funktion, da sie eine sachliche und distanzierte Beziehung zu Arbeitsmitteln und Arbeitsgegenständen ermöglichen. Sie helfen den Pflegenden, einen analytischen Blick auf den ‚Fall‘ zu bewahren. Andererseits müssen Pflegenden aber die Befindlichkeit der Gepflegten wahrnehmen können. Hierzu müssen sie eine empathische Beziehung zu den Gepflegten aufbauen (Böhle et al. 1997: 20f.). Eine solche Beziehung ist Grundlage für eine Vertrauensbildung, damit die Gepflegten die körperliche Pflege überhaupt zulassen können (Weishaupt 2006: 96; vgl. auch Böhle/Weishaupt 2003: 157). Eine rein sachliche Kundenbeziehung würde die Arbeit zumindest erschweren (Krenn 2003: 13). Durch Empathie wird der „Arbeitsgegenstand“ nicht als Objekt, sondern als Persönlichkeit angenommen und akzeptiert (Weishaupt 2006: 97; vgl. auch Böhle/Weishaupt 2003: 153). Diese ‚Beziehungsarbeit‘ ist auch für die Pflegenden und die von ihnen empfundene Arbeitsqualität sehr wichtig:

„Denn eine Beziehung der Nähe und Vertrautheit ist nicht nur funktional für die Pflegearbeit bzw. unabdingbar für eine qualitäts- und effizienzorientierte Pflege, die das Wohlbefinden des Bewohners zum Ziel hat, sondern sie stellt auch im Hinblick auf die hohen emotionalen Belastungen eine Quelle für die langfristige emotionale Stabilität der Pflegekräfte dar. Denn bei einer derart aufgebauten Beziehung kann die Pflegekraft die Sinnhaftigkeit und eine Bereicherung ihrer Arbeit erfahren, die sie ihre Arbeit befriedigender erleben lassen“ (Weishaupt 2006: 97).

Das erfahrungsbasierte Arbeiten in der Pflege, das einen stark subjektivierten Charakter besitzt, hat zudem auch ökonomische Vorteile gegenüber einem allein zweckrationalen Arbeitsmuster:

„In der direkten Pflege zweckrational zu handeln, *erhöht den Aufwand*, weil man ständig damit zu tun hat, den Eigenwillen der Pflegebedürftigen, der nun zum ‚Widerstand‘ wird, zu unterlaufen oder zu überwinden, und weil das zielgerichtete Verfolgen eines zweckrationalen Plans bedeutet, dass ständig Ereignisse und Bedürfnisse übergangen werden müssen, die später dafür umso mehr Arbeit machen“ (Böhle et al. 1997: 21, Hervorhebung im Original).

Menschliche Zuwendung im Rahmen des subjektiven Arbeitshandelns erhöht folglich die Qualität *und* die Effizienz der Pflegearbeit (Weishaupt 2006: 98).

Pflege als Gefühlsarbeit

Gefühlsarbeit ist eine Arbeit, „...die speziell unter Berücksichtigung der Antworten der bearbeiteten Person oder Personen geleistet wird *und* die im Dienst des Hauptarbeitsverlaufs erfolgt“ (Strauss et al. 1980: 629, Hervorhebung im Original). Bei Gefühlsarbeit geht es um „...Arbeitsanteile personenbezogener Dienstleistungen, die von der Arbeitskraft gemäß ihrer beruflich-fachlichen Aufgabenstellung geleistet werden müssen“ (Dunkel 1988: 67). Konstitutiv für Gefühlsarbeit in der Interaktion ist, dass sie nur in Kooperation mit den Klientinnen und Klienten vollbracht werden kann (ebd.: 70). Gefühl umfasst drei Dimensionen:

- 1) Gefühl als Gegenstand: „Der ‚Gefühlsarbeiter‘ verfolgt im Umgang mit den KlientInnen einen Zweck“ (ebd.: 67). Will die Pflegekraft die „...emotionale Befindlichkeit eines Klienten situations- und personenadäquat beeinflussen, muss sie in der Lage sein, die emotionale Befindlichkeit (und deren Veränderungen) des Klienten wahrzunehmen...“ und die eigene Selbstdarstellung aufgabengerecht zu regulieren (ebd.: 68).
- 2) Gefühl als Mittel: Gefühlsarbeit bedeutet auch, dass eigene Gefühle eingesetzt werden. Der Gefühlsarbeiter muss sich aktiv bemühen, „...den andersartigen Gefühlscode des Klienten zu knacken“ (ebd.: 71).
- 3) Gefühl als Bedingung: Arbeit an den eigenen Gefühlen: Diese Form der Gefühlsarbeit wird häufig als Emotionsarbeit bezeichnet (s.u.).

Die Mischform von sozio-emotionaler und verrichtungsbezogener Interaktion ist die bestimmende Form der Pflegearbeit: „Gerade diese Form ist vor dem Hintergrund der Überlegungen zur Interaktionsarbeit von besonderer Bedeutung, da es sich bei ihr in aller Regel um die tatsächliche Umsetzung dessen handelt, was als Gefühlsarbeit beschrieben wird“ (Weigl/Glaser 2006: 141). Ein Beispiel für diese Mischform besteht darin, dass Pflegekräfte mitunter die Gefühlslagen der Gepflegten sensibel

wahrnehmen und beeinflussen müssen, um diese etwa dazu zu bewegen, sich waschen oder baden zu lassen.

Pflege als Emotionsarbeit

Emotionsarbeit kann als Teil der Gefühlsarbeit verstanden werden (vgl. Dunkel 1988; Strauss et al. 1980). Gefühle richten sich nach innen, Emotionen sind nach außen sichtbar gemachte Gefühle (z.B. Weinen, Lachen). Emotionsarbeit ist die emotionale Selbstkontrolle, die notwendig wird, um soziale Beziehungen nicht mit Gefühlsäußerungen zu überlasten. Hochschild (1990: 309) unterscheidet dabei zwischen zwei in der Regel bewusst gesteuerten Formen der emotionalen Selbstkontrolle: das Unterdrücken sowie das Hervorrufen von Gefühlen. Emotionsarbeit wird z.B. bei der körperlichen Nähe zwischen Pflegekräften und Gepflegten notwendig, um in bestimmten Arbeitssituationen trotz eigener Scham- oder Ekelgefühle eine professionelle äußere Haltung zu wahren.

Darüber hinaus gibt es Gefühlsregeln, an denen sich die Emotionsarbeit orientiert. Wie andere gesellschaftliche Konventionen geben sie an, welche Gefühle und deren Äußerungen in welchen Situationen angemessen sind. Spürbar werden diese Gefühlsregeln zumeist erst dann, wenn gegen sie verstoßen wird (Dunkel 1988: 72). Auch in (ambulanten) Pflegeunternehmen gelten häufig formalisierte oder aber informelle Gefühlsregeln, die Beschäftigte in ihrem Arbeitshandeln zu berücksichtigen haben. Sie beziehen sich beispielsweise darauf, sich gegenüber pflegebedürftigen Menschen auch dann freundlich und empathisch zu verhalten, wenn diese deutliche Stimmungsschwankungen aufweisen oder gar aggressiv werden.

Es kann aber auch zu emotionaler Dissonanz (Hochschild 1979) kommen. Emotionale Dissonanz bezeichnet einen Zustand, der eintritt, wenn die eigenen Emotionen nicht mit den Regeln des Berufs oder der Organisation übereinstimmen (Büssing/Glaser 2003a: 134). Das betrifft auch die Pflegearbeit: „Je weniger die eigenen Gefühle mit den Gefühlsregeln [...] übereinstimmen, desto mehr ‚emotion work‘ wird notwendig“ (Dunkel 1988: 76). Emotionale Dissonanz bildet einen wichtigen Erklärungsfaktor für die Entstehung psycho-physischer Erschöpfung, gerade im Bereich personenbezogener Dienstleistungen (Burisch 2006: 99 f.).

Zwischenresümee

Es ist festzuhalten, dass subjektivierendes Arbeitshandeln, Gefühls- und Emotionsarbeit Kernbestandteile von Pflege als interaktive personenbezogene Dienstleistung darstellen. Selbstverständlich handelt es sich bei der Pflegearbeit um einen Beruf und nicht um einen aufopfernden Liebesdienst (Kumbruck/Senghaas-Knobloch

2006). Fachwissen und Professionalisierung besitzen eine elementare Bedeutung. Es wird aber deutlich, wie viele ‚unsichtbare‘ Tätigkeitsbestandteile Pflege hat (Waerness 2000: 58). Sie stehen nicht in Widerspruch zu den im engeren Sinne fachlichen Tätigkeiten, sondern ergänzen, komplettieren und ermöglichen sie. Kommt es zu verstärkter Rationalisierung mit dem Ziel der Kostenreduktion – wie sie in der Vergangenheit häufig zu beobachten war – sind die unsichtbaren Tätigkeitsbestandteile, wie das Trösten von Gepflegten, besonders gefährdet, weil die Leistungsträger allein die im engeren Sinne fachliche Arbeit den Berechnungen der Zeitkontingente für die Pflege zugrunde legen (Kumbruck 2010: 191). Das kann sich sehr negativ auf die empfundene Arbeitsqualität und die Arbeitsidentität der Pflegekräfte auswirken, da die Missachtung dieser Tätigkeitsanteile ihrem professionellen Ethos fürsorglicher Praxis widerspricht (Kumbruck 2008) sowie auf die Ergebnisqualität der Pflege auswirkt.

Pflege als Kooperationsarbeit

Die Pflegearbeit ist oftmals von existenzieller Bedeutung für die Pflegebedürftigen. Allerdings sind die Pflegekräfte in der Regel auf die Kooperation mit anderen Professionen sowie mit anderen Menschen verwiesen, um die Pflege gut ausführen bzw. die Pflegebedürftigen gut versorgen zu können. Das gilt in der stationären wie in der ambulanten Pflege – jedoch jeweils ein wenig unterschiedlich. Wir nennen hier nur einige wichtige Kooperationen, alles aufzuzählen, würde den Rahmen sprengen.

Eine wichtige Kooperationspartnerin der Pflege ist die Medizin. Dabei ist das Verhältnis zwischen Medizin und Pflege bzw. zwischen Ärzten und Ärztinnen einerseits und Pflegekräften andererseits nicht ganz einfach. Denn die Pflege ist der Medizin untergeordnet, weil sie den Anweisungen und Anordnungen der Medizin Folge zu leisten hat. Das gilt vor allem historisch und vor allem im Krankenhaus, weil dort der direkte Kontakt zwischen Medizin und Pflege am größten ist. In der stationären Altenpflege und in der ambulanten Pflege muss die Pflege zwar auch die Anordnungen der Medizin beachten. Der Kontakt ist jedoch sehr viel weniger eng und die Pflege eigenständiger, wenn nicht dominant. Denn in beiden Fällen geht es primär um die Pflege und nicht um medizinische Behandlung. Die Medizin wird nur dann und das auch meist noch von der Pflege selbst hinzugezogen, wenn (weitere) Erkrankungen auftreten, Verordnungen, Medikamente usw. notwendig sind. Der Alltag selbst ist jedoch – selbst in der Behandlungspflege – stark durch die Pflege bestimmt. Allerdings hat sich die Pflege auch im stationären Bereich in der jüngeren Vergangenheit durch ihre Professionalisierung und Verwissenschaftlichung eine gewisse Eigenständigkeit gegenüber der Medizin erarbeitet.

Andere Professionen (wie z.B. die Physiotherapie oder die Ergotherapie) befinden sich eher in einem Ergänzungsverhältnis denn in einem hierarchischen oder Konkurrenzverhältnis zur Pflege. Gerade in der Geriatrie und stationären wie ambulanten Altenpflege wirken diese Professionen oftmals zusammen, wenn es um die Mobilisierung körperlicher Fähigkeiten der Pflegebedürftigen z.B. nach einem medizinischen Eingriff geht. Den Pflegekräften kommt hier allerdings oft die Rolle zu, den Einsatz von Physio- und Ergotherapie bei den Ärztinnen und Ärzten anzuregen, da beides in der Regel medizinisch verordnet wird.

Eine weitere wichtige Personengruppe, mit denen die Pflegekräfte alltäglich kooperieren müssen, sind die Angehörigen der Pflegebedürftigen. Das gilt für den stationären wie für den ambulanten Bereich – allerdings erneut sehr unterschiedlich. Im stationären Bereich tauchen Angehörige eher als Gäste auf, die Pflegebedürftige besuchen, jedenfalls nicht auf Dauer anwesend sind. Hier geht es häufig darum, dass sich Angehörige nach dem Zustand der Pflegebedürftigen erkundigen – oder auch längere Zeiten anwesend sind, um den Pflegebedürftigen Gesellschaft zu leisten. Im ambulanten Bereich kommen hier noch Angehörige hinzu, die mit den Pflegebedürftigen zusammen leben (meist Ehepartner/innen). Diese Angehörigen sind von den Pflegekräften in jedem Fall zu berücksichtigen, da sie während der Pflege in der Wohnung anwesend sind oder gar in und an der Pflege mitwirken. Dies kann für die Pflegekraft sowohl unterstützend als auch sehr anforderungsreich sein. Außerdem sehen diese Angehörigen die Pflegebedürftigen sehr viel länger am Tag und sind deshalb gerade in der ambulanten Pflege, in der die Pflegekraft nur kurze Zeiten mit den Pflegebedürftigen verbringen kann, eine wichtige Informationsquelle zur Entwicklung des Zustands der Pflegebedürftigen.

Weitere wichtige Kooperationspartner der Pflegekräfte sind die Leitungskräfte. Sie koordinieren die Arbeit der Pflegekräfte und sind auf einen beständigen Austausch mit den Pflegekräften angewiesen. Das gilt auch in umgekehrter Richtung. Wir werden auf diesen Aspekt, der in der Literatur kaum angesprochen wird, in unseren folgenden empirischen Ergebnissen näher eingehen.

3. Arbeit und Arbeitssituation in der ambulanten Pflege: Das sagt unsere Empirie

Bereits oben wurde ausgeführt, dass in ambulanten Pflegeunternehmen, die zudem oft auch weitere Sozial- oder Haushaltsdienstleistungen integrieren, verschiedene Tätigkeitsgruppen zu finden sind: Neben den eigentlichen Pflegekräften sind dies

vor allem die mittleren und leitenden Führungskräfte im Büroteam sowie die Hauswirtschaftskräfte. Die Arbeitssituationen der verschiedenen Tätigkeitsgruppen sind einerseits eng miteinander verknüpft, unterscheiden sich andererseits aber auch deutlich voneinander. Wir werden die Arbeitssituationen der verschiedenen Gruppen, die wir in den ambulanten Pflegeunternehmen mittels Expertengesprächen, Workshops und Tourenbegleitungen untersucht haben, im Folgenden zunächst getrennt voneinander schildern und im abschließenden Resümee dann – insbesondere auf die Bedeutung der Aspekte *Interaktion* und *Koordination* bezogen – aufeinander beziehen (4.).

3.1 Die Arbeitssituation der Pflegekräfte in den ambulanten Pflegeunternehmen

In der ambulanten Pflege arbeiten nach wie vor überwiegend Frauen. Der Anteil männlicher Pflegekräfte ist daher gering. In den von uns untersuchten Unternehmen ist das Altersbild ausgeglichen. Es gibt auch ältere Pflegekräfte, die kurz vor dem Ruhestandalter sind; aber ihr Anteil ist gering. Die Fluktuationsrate ist in einem Unternehmen eher gering, im anderen höher. Die Fluktuation ist einerseits typisch für Berufe mit hohem Frauenanteil (Mutterschaft), andererseits auch durch Weiterqualifizierung bedingt (Studium). Auch die Arbeitsbedingungen scheinen eine Rolle zu spielen (s. Bleses/Jahns/Behrens 2013, in diesem Zwischenbericht).

Die ambulante Pflege findet im Schichtbetrieb statt. Das kann ein Zwei- oder Dreischichtbetrieb sein (Früh- und Spätdienst bzw. Früh-, Mittags- und Spätdienst). Im Zweischichtbetrieb dauert eine Schicht meist länger als im Dreischichtbetrieb. Dafür werden im Dreischichtbetrieb zum Teil Doppelschichten (Früh- plus Mittagschicht) übernommen, wenn das Personal ansonsten nicht ausreicht oder damit die Vollzeitkräfte ihre Stundenzahlen erfüllen können. Geteilte Dienste (Früh- und Spätschicht) sind eher selten und bei den Pflegekräften eher unbeliebt, weil der Tag dann sehr zerrissen ist. Die Tourenplanung kann das bei Krankheitsausfällen allerdings nicht immer vermeiden. Der Teilzeitanteil ist in den von uns untersuchten ambulanten Pflegeunternehmen hoch, es gibt aber durchaus auch vollzeitig Beschäftigte. Für das Unternehmen sind Teilzeitkräfte mit einer Stundenzahl um die 30 Stunden vorteilhaft, um eine ausreichend hohe Zahl an einzelnen Pflegekräften zur Besetzung der Touren zu haben.

Die Pflegeunternehmen haben zum Teil „Müttertouren“ eingerichtet, die später beginnen als die normalen Frühdienste. Sie sollen es Müttern ermöglichen, vor dem Dienstbeginn ihre Kinder versorgen zu können. Die Zahl der Müttertouren ist aller-

dings begrenzt und eignet sich für die ambulanten Pflegeunternehmen nicht so sehr, weil dann die Einsatzzeit der Pflegekräfte relativ kurz ist und viele Pflegebedürftige gerne früh morgens versorgt werden möchten.

Neben dem normalen Schichtbetrieb in der Woche kommen regelmäßige Wochenenddienste und Bereitschaftsdienste hinzu. Meist übernehmen spezielle Kräfte den Bereitschaftsdienst. Der Bereitschaftsdienst deckt die Zeiten ab, in denen das Büro nicht besetzt ist. Fallen in dieser Zeit Pflegekräfte z.B. wegen Krankheit aus, muss der Bereitschaftsdienst selbst die Pflegeeinsätze übernehmen, sich um eine Aufteilung der Pflegeeinsätze auf andere Touren bemühen oder Pflegekräfte zum Dienst bitten, die eigentlich frei haben oder die für einzelne Einsätze auf Anfrage zur Verfügung stehen („Aushilfen“).

Die Gesamtsituation der Pflegekräfte zerfällt in verschiedene, voneinander unterscheidbare Arbeitssituationen:

- Pflege vor Ort
- unterwegs
- im Büro

„Es gibt keinen typischen Arbeitsalltag“

Wir werden die verschiedenen Arbeitssituationen im Folgenden skizzieren. Es ist allerdings zuvor zu betonen, dass eine abschließende Schilderung aufgrund sehr unterschiedlicher Arbeitsalltage und sehr komplexer Arbeitssituationen und Arbeitsaufgaben nicht allgemeingültig und bis ins Detail geschildert werden kann.

Pflege vor Ort

Die Pflegekräfte betonen in Schilderungen ihrer Tätigkeiten zunächst ihre Kern- oder Primäraufgabe: ihre pflegerische Tätigkeit vor Ort in den Wohnungen der Pflegebedürftigen. Dabei werden zunächst die notwendigen Voraussetzungen für eine fachlich-funktional gute Pflege beschrieben: grundlegende Fachkompetenzen, Umgang mit vielfältigen bekannten wie neuen fachlichen Anforderungen der (ambulanten) Pflege. Zu ihren fachlichen Anforderungen gehört auch die Bearbeitung der Pflegedokumentation bei jedem Pflegeeinsatz. Die Dokumentation besteht aus verschiedenen Teilen (Pflegeplanung, Pflegebericht usw.), in denen die Pflegekräfte Eintragungen vornehmen müssen. Die Pflegedokumentation bleibt beim Pflegebedürftigen vor Ort, damit sie den Pflegebedürftigen, ihren Angehörigen, Ärzten usw.

zur Einsicht verfügbar ist. Zudem ist sie auch für die nachfolgende Pflegekraft von großer Bedeutung als Informationsquelle zum Zustand, zur Entwicklung des jeweiligen Pflegebedürftigen und zu den geplanten und ausgeführten Pflegehandlungen.

In einem der beiden Pflegeunternehmen werden außerdem Smartphones genutzt, auf denen eine Software zur Tourenplanung und -begleitung installiert ist. Dieses Gerät muss zu Beginn der Tour durch ein Login der Pflegekräfte gestartet werden. Im Gerät sind die einzelnen Stationen der Tour mit Informationen zu den Einsätzen gespeichert. Zudem können im Falle eines Einspringens auf einer anderen Tour auch die Daten bislang unbekannter Pflegeeinsätze eingesehen werden. Das Gerät zeichnet den zeitlichen Verlauf der Tour auf, die Pflegekräfte müssen zwar keine Daten eingeben, aber jeweils nach und vor dem Pflegeeinsatz eine Bestätigungstaste drücken und am Ende der Tour die aufgezeichnete Tour beenden. Das Gerät synchronisiert sich mit dem Server in der Tourenzentrale. Bei der Übergabe kann dann der Verlauf der Tour bereits eingesehen werden. Ein gewissenhafter Umgang mit den Geräten bildet für die Pflegekräfte somit eine wichtige Arbeitsaufgabe.

Die Pflegekräfte beschreiben sehr eingehend auch die Aspekte der pflegerischen Tätigkeit, die bereits oben als *Interaktionsarbeit* beschrieben wurden. Im Vordergrund steht dabei die Arbeit mit und für die Pflegebedürftigen. Als wichtige Voraussetzungen für die erfolgreiche Ausführung ihrer pflegerischen Tätigkeit werden insbesondere die Folgenden genannt:

**Einfühlungsvermögen, Disziplin, Verlässlichkeit,
Besonnenheit, Geduld, Belastbarkeit, Motivation,
Zuhören können, Respekt gegenüber den
Pflegebedürftigen**

Dabei sind die Pflegekräfte in jeder Wohnung mit einer anderen Persönlichkeit und mit einer anderen ‚Fallkonstellation‘ konfrontiert. Diese müssen sie jeweils für sich erschließen, um den Interaktionsprozess tatsächlich für beide Seiten angemessen vollziehen zu können. Den Pflegekräften im ambulanten Einsatz begegnet dabei eine sehr große Spannbreite der möglichen Klientel und der Lage der ‚Fälle‘. Die Arbeit geht weit über die reine Altenpflege hinaus, es sind insbesondere auch jüngere Menschen zu pflegen und Menschen, die neben körperlichen Einschränkungen auch oder psychische Erkrankungen aufweisen. Zusätzlich stammen die Pflegebedürftigen aus allen sozialen Gruppen der Gesellschaft. In einem Workshop brachte es ein Teilnehmer auf den Punkt: Den Pflegekräften begegnet auf den Touren der

„Spiegel der Gesellschaft“

In die Interaktion mit den Pflegebedürftigen müssen ggf. auch die Angehörigen (häufig die Ehepartner/innen) integriert werden. Die Angehörigen halten sich zum Teil am Rande des eigentlichen Pflegeprozesses auf, indem sie in der Wohnung sind oder schon Vorbereitungen für den Pflegeeinsatz getroffen haben, aber am Pflegeeinsatz selbst nicht teilnehmen. Zum Teil möchten die Angehörigen aber auch am eigentlichen Pflegeprozess beteiligt werden. In jedem Fall benötigen die Angehörigen Aufmerksamkeit und sind ein wichtiger Bestandteil wie Subjekt der Interaktionsarbeit von Pflegekräften in den Wohnungen der Pflegebedürftigen. Die Komplexität der Arbeitssituation vor Ort wird noch dadurch erhöht, dass sich die Konstellation der Situation in jeder Wohnung voneinander unterscheidet. Das verlangt von den Pflegekräften, sich immer wieder neu einstellen zu müssen.

Stammtouren, auf denen sie einen festen Stamm von Pflegebedürftigen regelmäßig betreuen, können ihnen helfen, Routinen für die verschiedenen Situationen aufzubauen. Allerdings sind Stammtouren nicht immer möglich bzw. sind dann nicht möglich, wenn zu wenig Personal vorhanden ist (z.B. durch Krankheitsausfälle, zu wenig qualifizierte Kräften), um regelmäßig auf einer Tour eingesetzt werden zu können.

In jedem Fall verlangt die ambulante Pflege eine hohe Selbstständigkeit der Pflegekräfte. Sie arbeiten in der Regel allein und können sich nicht jedes Mal Rat oder Hilfe von anderen Pflegekräften einholen. Das ist zwar in besonderen Fällen durchaus möglich, würde aber die Ressourcen der ambulanten Pflege überschreiten, wenn dies regelmäßig geschehen würde. Daher ist der ambulante Pflegeeinsatz vor Ort durch eine hohe Eigenverantwortlichkeit der Pflegekraft gekennzeichnet.

Unterwegs

In der ambulanten Pflege besitzen die Wegstrecken einen hohen zeitlichen Anteil an der Arbeitszeit. Dabei sind Autofahrten und Strecken vom Auto in die Wohnung der Pflegebedürftigen und wieder zurück zum Auto voneinander zu unterscheiden. Das Fahrrad als Alternative zum Auto wird nicht oder höchst selten genutzt. Ausschlaggebend sind Witterungsgründe und weit auseinander liegende Pflegeeinsätze. Die Pflegekräfte schätzen, dass ihre

Wegezeiten ca. 30 Prozent ihrer Arbeitszeit

ausmachen. Dabei ist zu berücksichtigen, dass die Pflegekräfte zum Teil noch vor sechs Uhr morgens starten und im Spätdienst bis nach 22 Uhr unterwegs sein können. Ihre Wege führen sie zum Teil durch dunkle Gegenden und in Wohngebiete, die ihnen als unsicher erscheinen.

Das Auto ist für die Pflegekräfte ein Ort, in dem sie viele Dinge zu erledigen haben und der für ihr Empfinden der Arbeitssituation sehr wichtig ist. Neben dem eigentlichen Fahren ist das Auto der Platz für gelegentliche Pausen, für Anrufe im Büro, bei anderen Pflegekräften, Ärzten und weiteren Kooperationspartnern der Pflegekräfte. Im Auto wird gegessen und getrunken. Zudem muss das Auto gelegentlich getankt und aufgeräumt werden.

Das Autofahren findet nicht nur zu jeder Tageszeit, sondern auch zu jeder Jahreszeit statt. Vor allem im Winter sind die Pflegekräfte dabei häufig mit sehr schlechten Straßenverhältnissen konfrontiert, oft sind sie unterwegs, wenn bei Glätte noch nicht gestreut wurde oder wenn nicht mehr gestreut wird. Dabei verlängert sich die Wegezeit bei schlechten Straßenverhältnissen entsprechend. Auch bei hohem Verkehrsaufkommen, Staus und bei schwierigen Parksituationen verlängern sich die Wegezeiten. Allerdings fahren die Pflegekräfte in der Regel einen Smart, der in ihren Augen zwar kein gutes Winterauto darstellt, ihnen aufgrund seiner geringen Abmessungen aber in kleinsten Lücken noch Parkmöglichkeiten bietet.

Im Büro

Bevor sie starten, stellen die Pflegekräfte sich im Büro ihre Utensilien für die Tour zusammen. Hierzu gehören insbesondere die Pfllegetasche, Schlüssel für einige Wohnungen, ggf. Medikamente, der Tourenplan, (neue) Informationen zu (neuen) Pflegebedürftigen und Mitteilungen von Pflegekräften, die die Tour zuvor gefahren sind (z.B. zu Dingen, die nicht in der Dokumentation vermerkt sind, wie Straßensperrungen, oder die wichtig sind, um sich auf den Einsatz vorbereiten zu können). Außerdem bekommen sie hier die Schlüssel für den Einsatzwagen. Bei unseren Tourenbegleitungen konnten wir beobachten, dass sich hier vor dem Dienst die Pflegekräfte, die zeitgleich beginnen, kurz sehen und während ihrer laufenden Vorbereitung auch kurz unterhalten.

Nach der Tour kommen die Pflegekräfte wieder in die Pflegezentrale. Sie lassen ihre Arbeitsutensilien in der Zentrale und geben die Wagenschlüssel zurück. Nach dem Früh- oder dem Mittagsdienst kann im Büro bei den Leistungskräften die Übergabe vorgenommen werden.

Im Unterschied zu stationären Pflegeeinrichtungen begegnen sich die Pflegekräfte der unterschiedlichen Schichten nicht direkt.

Deshalb verläuft die Übergabe zwischen den Schichten über die Bürokräfte. Die Pflegekräfte berichten dabei über besondere Vorkommnisse bei den Pflegebedürftigen, notwendige Leistungsveränderungen usw. Die Bürokräfte geben die Informationen an die Pflegekräfte der nachfolgenden Schicht und ggf. auch an andere zuständige im Büro weiter. Der Übergabezeitraum ist nicht exakt festgelegt, sondern richtet sich nach den Vorkommnissen auf der Tour. In der Regel dauert eine Übergabe zwischen fünf und zehn Minuten.

Zu den weiteren Aufgaben der Pflegekraft nach der Tour gehört auch die Pflege der Dokumentation im Büro. Sie wird nicht nach jeder Tour vorgenommen, ist aber regelmäßig nötig. Hier wird die Dokumentation, die beim Pflegebedürftigen handschriftlich angefertigt wurde, in den PC übertragen (dies ist jedoch nicht in allen Pflegeunternehmen gleich geregelt – manche Unternehmen verbleiben bei der handschriftlichen Version). Zudem wird die Dokumentation, die ja von verschiedenen Pflegekräften bearbeitet wird, von einer hauptzuständigen Pflegekraft verantwortlich geführt. In den von uns untersuchten Pflegeunternehmen werden sie bei dieser Arbeit von einer Kraft im Büroteam begleitet, die für die Qualitätssicherung der Pflegedokumentationen zuständig ist. Der Zustand der Dokumentation ist für die Prüfung der Pflegequalität durch den Medizinischen Dienst der Krankenkassen (MDK) sehr wichtig. Nur Unternehmen, die hier gut abschneiden, werden durch den MDK auch positiv bewertet. Entsprechend wichtig ist für die Unternehmen deshalb auch die gute Bearbeitung der Dokumentation durch die Pflegekräfte.

Nach der Spätschicht oder am Wochenende können die Pflegekräfte die Übergabe nicht direkt im Büro durchführen. Sie fertigen deshalb Übergaben auf Übergabebögen an, telefonieren am kommenden Vormittag oder Mittag mit den Bürokräften oder schreiben eine E-Mail, in der sie wichtige Vorkommnisse aufführen. Die Kommunikation über E-Mail stellt allerdings noch eine Ausnahme dar.

Zwischenresümee

Die Arbeitssituation der Pflegekräfte ist zusammenfassend als ausgesprochen anforderungsreich und vielfältig zu bezeichnen. Die Pflege bildet zwar die Primäraufgabe, in der die Interaktion mit den Pflegebedürftigen und deren Angehörigen eine besonders große Anforderung darstellt. Allerdings kommen weitere Aufgabenkom-

plexe mit einem großen täglichen Zeitanteil hinzu. Schon während der Tour, aber insbesondere in der Tourenzentrale und im direkten wie indirekten Austausch mit dem Büroteam und den anderen Pflegekräften durch die Übergaben sowie der Weitergabe von Informationen üben die Pflegekräfte aber zudem sehr viele koordinierende Aufgaben aus. Dies drückt sich auch in ihrer hohen Selbstverantwortung während der Tour aus, in deren Zuge sie oft allein entscheiden müssen, wie sie vorgehen, ob und ggf. wen sie zu welchen Dingen kontaktieren oder herbeirufen müssen.

3.2 Die Arbeitssituation im Büroteam der ambulanten Pflegeunternehmen

Auch die Büroteams in den beiden von uns untersuchten Pflegeunternehmen sind altersgemischt, allerdings fehlen ältere Kräfte kurz vor der Ruhestandsgrenze weitgehend. Die Büroteams sind also noch vergleichsweise jung. Nimmt man beide Unternehmen zusammen, ist der Anteil von männlichen Beschäftigten im Büroteam deutlich höher als der in der Pflege selbst. In einem der beiden Unternehmen dominieren im Büroteam sogar die männlichen Kräfte deutlich. Die meisten mittleren Führungskräfte im Büroteam waren – abgesehen von den Kräften im kaufmännischen Bereich – zuvor selbst als examinierte Alten- oder Krankenpfleger und -pflegerinnen in der stationären oder in der Regel auch ambulanten Pflege tätig. Sie kennen also ‚beide Seiten‘: die Seite der Führungskräfte und die Seite der ausführenden Pflege. Sie alle haben für ihre leitende Arbeit im Büroteam jedoch weitere Qualifikationen absolviert (zur Pflegedienstleitung, im Qualitätsmanagement usw.).

In den von uns analysierten Pflegeunternehmen sind die Tätigkeiten in den Büroteams im Detail unterschiedlich aufgeteilt. In beiden Unternehmen ist die Grobstruktur allerdings vergleichbar. An der Spitze des Teams stehen die Geschäftsführung und die Pflegedienstleitung (PDL) – in den Dependancen gibt es zusätzliche PDL. Während die Geschäftsführung insbesondere den kaufmännischen Part ausfüllt (Abrechnung, Personal usw.), ist die PDL für die pflegerische Leitung zuständig. In den weiteren Positionen sind stellvertretende PDL sowie Kräfte zu finden, die für den Dienstplan, die Tourenplanung, die Dokumentation, das Qualitätsmanagement, das Leistungs- und das Verordnungsmanagement zuständig sind. Zum Teil werden mehrere Aufgaben auch parallel von einer Person ausgeführt.

Die meisten in der Pflege ausgebildeten Kräfte des Büroteams müssen auch Pflegeeinsätze fahren, wenn zu viele Krankheitsausfälle eine ausreichende Besetzung der Touren verhindern. Dann müssen die mittleren Führungskräfte kurzfristig einspringen und Teile einer Tour oder sogar eine ganze Tour übernehmen. Ihre Büroarbeit bleibt dann liegen und muss nachgearbeitet werden.

Die Hauptaufgaben des Büroteams liegen allerdings in koordinierenden bzw. Führungstätigkeiten. Sie müssen die nötigen Voraussetzungen schaffen, damit die Pflegekräfte ihre Arbeit vor Ort, auf den Wegstrecken und im Büro ausführen können. Dabei wird einerseits sehr selbstverantwortlich gearbeitet. Hier ist ein breites und zum Teil auch aufgabenübergreifendes Fachwissen von Nöten. Andererseits verlangen viele Tätigkeiten eine enge Abstimmung innerhalb des Büroteams und mit den Pflegekräften, die in ihrer Pfl egetätigkeit vom Büroteam unterstützt werden. Die Tätigkeiten im Büro sind also von einzelnen Kräften im Büroteam gar nicht oder nicht effektiv allein zu leisten. Hier zeigt sich, dass der Aspekt der Interaktion in der Koordination der ambulanten Pflegeunternehmen eine bedeutende Rolle spielt. Denn die Arbeitsaufgaben können nur dann gut ausgeführt werden, wenn der oder die Gegenüber an der Arbeit gut mitwirkt und in die Arbeit einbezogen wird. Für das Zusammenwirken von Bürobeschäftigten und Pflegekräften sind das gemeinsame Gespräch mit etwas Freiraum und einem Gefühl dafür, was die entsprechende Pflegekraft im Moment benötigt, sehr bedeutsam.

Zuhören können

Insgesamt ist für die mittleren Führungskräfte im Büroteam sogar in mehrfacher Hinsicht Interaktionsarbeit zu leisten:

- im Büroteam: in der alltäglichen Zusammenarbeit, bei den regelmäßigen Treffen des Leistungsteams,
- mit den Pflege- und Hauswirtschaftskräften: bei Pflegebegleitungen und Dokumentationsvisiten, bei den Übergaben und den in diesem Rahmen oft stattfindenden Gesprächen etwa über Belastungen auf den Touren, Pfl egeteam- und übergreifende Mitarbeitertreffen, Mitarbeiterentwicklungsgespräche usw.,
- mit der Geschäftsführung und PDL,
- als vermittelndes Zwischenglied zwischen Pflegekräften und Unternehmensführung.

Dies äußert sich insbesondere in hohen internen Kommunikationsanforderungen, die wir im folgenden Beitrag (Bleses/Jahns/Behrens 2013, in diesem Band) näher beschreiben. Hinzu kommen externe Kommunikationsanforderungen (mit Arztpraxen, Apotheken usw.).

Zusammenfassend ist festzuhalten, dass die Führungskräfte im Büroteam zwar in der Hauptsache koordinierende Tätigkeiten ausführen, hierbei aber auf eine enge

Interaktion untereinander und mit den Pflege- sowie Hauswirtschaftskräften angewiesen sind. Auch bei ihnen gibt es diese ‚unsichtbaren‘ Arbeitsanteile, die Interaktionsarbeit kennzeichnen, die aber in keiner Arbeitsplatzbeschreibung auftauchen.

3.3 Die Arbeitssituation der Hauswirtschaftskräfte in ambulanten Pflegeunternehmen

Die Ausführungen zur Arbeit der Hauswirtschaftskräfte beziehen sich auf die Untersuchungen in nur einem Unternehmen. Hier wurden ein Workshop und eine Begleitung einer Hauswirtschaftskraft während ihrer Tätigkeit durchgeführt. Die ausschließlich weiblichen Hauswirtschaftskräfte unterscheiden sich hinsichtlich Alter und Lebenssituation sehr stark voneinander. Es sind Studentinnen ebenso zu finden wie jüngere und etwas ältere Frauen, die in einer geringfügigen Beschäftigung noch etwas hinzu verdienen wollen. Es gibt aber auch halbtagsbeschäftigte Frauen mit mehr Arbeitsstunden. Eine der Hauswirtschaftskräfte hat auch eine Ausbildung zur Krankenpflegehelferin absolviert.

Die Hauswirtschaftskräfte arbeiten zum Teil bei Pflegebedürftigen, die durch das Unternehmen gepflegt werden; zum Teil werden von den Kunden und Kundinnen aber auch nur hauswirtschaftlicher Leistungen gekauft. In der Regel sind die Hauswirtschaftskräfte zwar nicht so oft bei den Kunden und Kundinnen, dafür sind sie bei ihren Einsätzen aber länger vor Ort. Sie verbringen deshalb mehr Zeit mit ihnen am Stück.

Die Arbeit der Hauswirtschaftskräfte vor Ort ist durch einen hohen Grad von Selbstständigkeit gekennzeichnet. Das Tätigkeitsspektrum ist sehr vielfältig. Im Mittelpunkt steht zwar das Putzen der Wohnungen, aber es werden auch vielfältige andere Tätigkeiten ausgeführt, z.B. das Einkaufen, die Begleitung der Kunden und Kundinnen zum Einkaufen, zu Behördengängen oder zum Arzt. Nicht immer wissen die Hauswirtschaftskräfte, was sie bei dem bevorstehenden Einsatz alles zu tun haben. Denn manchmal unterscheiden sich ihre Tätigkeiten nach den aktuellen Anforderungen der Kundinnen und Kunden. Tatsächlich verschwimmen in der Tätigkeit teilweise auch die Trennungslinien zwischen (leichten) pflegerischen und hauswirtschaftlichen Aufgaben. So kommen die Hauswirtschaftskräfte bei ihren manchmal mehrstündigen Aufenthalten in den Wohnungen der Kundinnen und Kunden gar nicht umhin, diese auch bei verschiedenen Verrichtungen zu unterstützen (z.B. bei Transfers vom Sessel zur Toilette). Tätigkeiten, wie die Begleitung oder Unterstützung der Gepflegten beim Toilettengang, sind nicht im Aufgabenspektrum der Hauswirtschaftskräfte enthalten. Sie fühlen sich situativ aber dazu

veranlasst, der pflegebedürftigen Person zu helfen. Dabei überschreiten sie mitunter ihre eigenen Zumutbarkeits- oder Schamgrenzen, was eine Quelle psychischer Belastung darstellen kann (vgl. Becke et al. 2013).

Die Tätigkeit der Hauswirtschaftskräfte besitzt insgesamt – den Pfllegetätigkeiten vergleichbar – einen hohen Interaktionsanteil. Die meisten Tätigkeiten werden unter Anwesenheit der Kunden und Kundinnen sowie zum Teil auch mit ihnen ausgeführt. Für eine angenehme Atmosphäre während der Arbeit und für eine hohe Zufriedenheit der Kundinnen und Kunden ist ein intensives Eingehen auf deren Wünsche und Befindlichkeiten sehr hilfreich. Auch gilt es, die Privatsphäre der Kunden und Kundinnen zu respektieren. Allerdings entwickelt sich aufgrund des oft längeren Kontakts zwischen Hauswirtschaftskräften und Kunden und Kundinnen dabei ein oft vertrautes und intensives Verhältnis. Zudem müssen die Hauswirtschaftskräfte auch mit den Angehörigen der Kundinnen und Kunden kommunizieren und zum Teil auch kooperieren.

Die Hauswirtschaftskräfte tauschen sich bei Pflegebedürftigen, die zugleich auch vom eigenen Unternehmen gepflegt werden, manchmal mit den Pflegekräften aus. Sie können aufgrund ihrer längeren Zeit, die sie mit den Pflegebedürftigen verbringen, oft genauer deren tatsächlichen Zustand wahrnehmen, als es die Pflegekräfte bei ihren nur kurzen Aufenthalten können. Sie verfügen über viele Hintergrundinformationen, die für den Pflegeprozess sehr wichtig sein können. Hier ist ihre eigene Entscheidungskompetenz gefragt. Denn sie müssen selbst entscheiden, was sie mitteilen können bzw. was für die Pflege wichtig sein könnte. Man könnte sogar sagen, dass die Hauswirtschaftskräfte hier in Ansätzen auch eine koordinierende Funktion übernehmen, wenn sie Informationen an die Pflegekräfte weitergeben, die zu einer veränderten Handlung der Pflegekräfte führen kann.

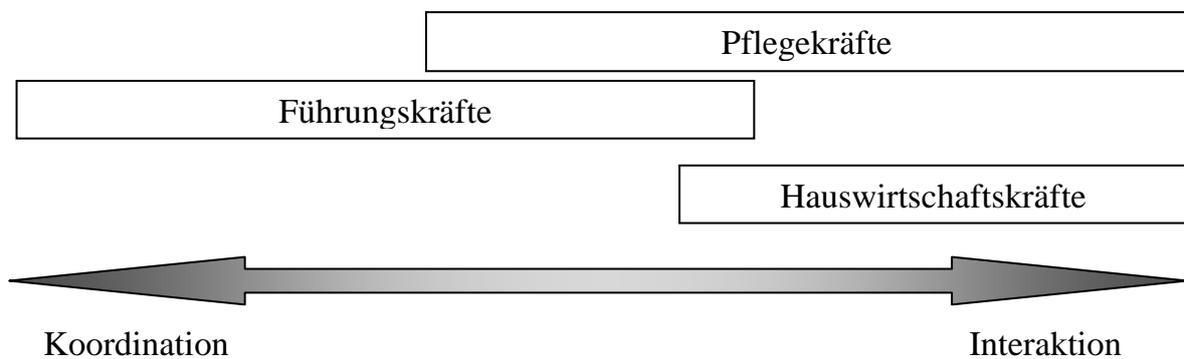
4. Resümee

Die Arbeitssituationen und Arbeitsaufgaben der verschiedenen Tätigkeitsgruppen in ambulanten Pflegeunternehmen stellen sich als sehr vielfältig und komplex dar. Das gilt für jede der erfassten Tätigkeiten. Das ist sowohl bei der Analyse wie der Gestaltung von Arbeitsqualität mit dem Ziel einer verbesserten Beschäftigungsfähigkeit zu berücksichtigen (siehe den nachfolgenden Beitrag von Bleses/Jahns/Behrens 2013, in diesem Zwischenbericht).

Betrachtet man die verschiedenen Arbeitssituationen, wird außerdem deutlich, dass eine Unterteilung in Koordinationsarbeit hier (Führungskräfte) und Interaktionsar-

beit dort (Pflege- und Hauswirtschaftskräfte) der Arbeitswirklichkeit kaum gerecht wird. Tatsächlich übernehmen einerseits die Pflege- und zum Teil sogar die Hauswirtschaftskräfte koordinierende Aufgaben, obwohl die Interaktionsarbeit hier einen besonders hohen Stellenwert besitzt. Andererseits können die koordinierenden Tätigkeiten der Führungskräfte im Büroteam kaum ohne Berücksichtigung ihrer interaktiven Anteile hinlänglich erfasst werden.

Abb.1: Koordinations- und Interaktionsanteile in der Arbeit ambulanter Pflegeunternehmen



Interessanterweise werden die Überschneidungen zwischen den Interaktions- und Koordinationsanteilen immer größer, je stärker die Beteiligungsorientierung in einem Unternehmen ausgeprägt ist. Das setzt auf Seiten der Führungskräfte einerseits eine sehr mitarbeiterorientierte Führung voraus, die die Interaktionsanteile ihrer Arbeit deutlich erhöht. Andererseits erhalten die Mitarbeitenden mehr Selbstentscheidungs- und Mitwirkungsbefugnisse, die sich in einem erhöhten Koordinationsanteil in ihrer Arbeit niederschlägt. In einer eher hierarchisch ausgeprägten Führungs- bzw. Unternehmenskultur dürfte sich hingegen die Koordinationsarbeit eher auf die Führungskräfte und die Interaktionsarbeit eher auf die Pflegekräfte konzentrieren.

Tatsächlich handelt es sich in beiden Pflegeunternehmen um eine mitarbeiterorientierte Unternehmenskultur. Insbesondere eines der beiden Unternehmen hat diesbezüglich schon eine längere Entwicklungsgeschichte aufzuweisen, die sich offenkundig in verschiedenen, offenkundig auch im Alltag gelebten Instrumenten einer mitarbeiterorientierten Arbeitsorganisation zeigen. Die Unternehmenskultur ist hierdurch bereits sehr stark geprägt.

Interaktionsarbeit beinhaltet für diejenigen, die sie ausführen, sowohl Ressourcen als auch Belastungspotenziale (vgl. Böhle u.a. 2012: 74f.; Becke et al. 2013). Res-

sources zeigen sich vor allem darin, dass sie bestimmte Arbeiten überhaupt erst ermöglicht bzw. vereinfacht. Belastungen können dadurch entstehen, dass Interaktionsarbeit unsichtbar bleibt. Sie wird zum einen nicht als Tätigkeits- und Zeitfaktor gesehen und damit nicht eingeplant (Kumbruck 2010). Das kann zu fortgesetztem Zeitstress führen. Oder zu beständiger Unzufriedenheit, weil Arbeit und Zusammenarbeit in der verfügbaren Zeit nicht so gestaltet werden kann, wie das den eigenen Vorstellungen entsprechen würde. Zum anderen sind nicht alle jene, die sie ausüben könnten und müssten, auch gleichermaßen für eine gute Interaktion bzw. Koordination geeignet. Sie besitzen vielleicht einfach nicht die nötigen Kompetenzen (z.B. für eine mitarbeiterorientierte Führung oder eine Co-Koordination). Im einen wie im anderen Fall wird sich das positiv oder negativ auf die Arbeitsqualität bzw. die Beschäftigungsfähigkeit auswirken. Sie soll Thema des anschließenden Beitrags sein.

Literatur

- Becke, Guido/Wehl, Raphaela Wehl/Wetjen, Anna (2013): Überforderung im Ehrenamt: Prävention durch professionelle Koordination. In: Gesellschaft für Arbeitswissenschaft (Hg.): Chancen durch Arbeits-, Produkt- und Systemgestaltung – Zukunftsfähigkeit für Produktions- und Dienstleistungsunternehmen. 59. Kongress der Gesellschaft für Arbeitswissenschaft in Krefeld. Dortmund: GfA-Press, S. 59-562
- Bleses, Peter; Jahns, Kristin; Behrens, Miriam (2013): „Zufrieden, kompetent und gesund arbeiten“ – Ressourcen und Herausforderungen nachhaltiger Beschäftigungsfähigkeit in der ambulanten Pflege (in diesem Zwischenbericht)
- Böhle, Fritz/Brater, Michael/Maurus, Anna (1997): Pflegearbeit als situatives Handeln: Ein realistisches Konzept zur Sicherung von Qualität und Effizienz der Altenpflege. In: Pflege. Jg. 10, Heft 1. S. 18-22
- Böhle, Fritz; Merl, Tanja; Stöger, Ursula (2012): Koordination durch Interaktion – Neue Perspektiven für die Organisation komplexer Dienstleistungssysteme. Eine Untersuchung am Beispiel der Gesundheitsversorgung bei ALS (Amyotrophe Lateralsklerose). Stuttgart: Fraunhofer Verlag
- Böhle, Fritz/Glaser, Jürgen (2006): Interaktion als Arbeit – Ausgangspunkt. In: dies. (Hg.): Arbeit in der Interaktion – Interaktion als Arbeit. Arbeitsorganisation und Interaktionsarbeit in der Dienstleistung. Wiesbaden: VS Verlag. S. 11-15
- Böhle, Fritz/Weishaupt, Sabine (2003): Unwägbarkeit als Normalität – die Bewältigung nicht-standardisierbarer Anforderungen in der Pflege durch subjektivierendes Handeln. In: Büssing, André/Glaser, Jürgen (Hg.): Dienstleistungsqualität und Qualität des Arbeitslebens im Krankenhaus. Göttingen, Bern, Toronto, Seattle: Hofgreffe. S. 149-162

- Burisch, Matthias (2006): Das Burnout-Syndrom. Theorie der inneren Erschöpfung. Heidelberg: Springer, 3. Auflage
- Büssing, André/Glaser, Jürgen (2003a): Interaktionsarbeit in der personenbezogenen Dienstleistung. In: dies. (Hg.): Dienstleistungsqualität und Qualität des Arbeitslebens im Krankenhaus. Göttingen, Bern, Toronto, Seattle: Hofgrefe. S. 131-148
- Büssing, André/Glaser, Jürgen (2003b): Dienstleistungsqualität und Qualität des Arbeitslebens im Krankenhaus: Einleitung und Überblick. In: dies. (Hg.): Dienstleistungsqualität und Qualität des Arbeitslebens im Krankenhaus. Göttingen, Bern, Toronto, Seattle: Hofgrefe. S. 15-34
- Dunkel, Wolfgang (1988): Wenn Gefühle zum Arbeitsgegenstand werden. Gefühlsarbeit im Rahmen personenbezogener Dienstleistungen. In: Soziale Welt. Jg. 39, Heft 1. S. 66-85
- Herder-Dorneich, Philipp/Kötz, Werner (1972): Zur Dienstleistungsökonomik: Systemanalyse und Systempolitik der Krankenhauspflagedienste. Berlin: Duncker & Humblot
- Hochschild, Arlie R. (1990): Das gekaufte Herz. Zur Kommerzialisierung der Gefühle. Frankfurt/M., New York: Campus
- Hochschild, Arlie R. (1979): Emotion work, feeling rules, and social structure. American Journal of Sociology, 85. S. 551-575
- Krenn, Manfred (2003): Mobile Pflege und Betreuung als interaktive Arbeit: Anforderungen und Belastungen. FORBA-Forschungsbericht Nr. 03/2003. Wien
- Kumbruck, Christel (2008): Das Ethos fürsorglicher Praxis – in der stationären und ambulanten Pflege. In: Eva Senghaas-Knobloch und Christel Kumbruck (Hrsg.): Vom Liebesdienst zur liebevollen Pflege. Rehburg-Loccum, S. 39-52
- Kumbruck, Christel (2010): Menschenwürdige Gestaltung von Pflege als Interaktionsarbeit. In: Becke, Guido/Bleses, Peter/Ritter, Wolfgang/Schmidt, Sandra (Hg.): Decent Work. Arbeitspolitische Gestaltungsperspektive für eine globalisierte und flexibilisierte Arbeitswelt. Festschrift zur Emeritierung von Eva Senghaas-Knobloch. Wiesbaden: VS Verlag. S. 187-207
- Kumbruck, Christel; Rumpf, Mechthild; Senghaas-Knobloch, Eva (2011): Unsichtbare Pflegearbeit – Fürsorgliche Praxis auf der Suche nach Anerkennung. Studien zur Pflege 3, Münster: Lit Verlag
- Kumbruck, Christel; Senghaas-Knobloch, Eva (2006): Das Ethos fürsorglicher Praxis im Wandel – Befunde einer empirischen Studie. artec-paper Nr. 137. artec | Forschungszentrum Nachhaltigkeit, Universität Bremen
- Merchel, Joachim (2003): Zum Stand der Diskussion über Effizienz und Qualität in der Produktion sozialer Dienstleistungen. In: Möller, Michael (Hg.): Effektivität und Qualität sozialer Dienstleistungen. Kassel: Kassel Univ. Press. S. 4-25
- Pelster, Klaus (2011): Führung und Gesundheit in klein- und mittelständischen Unternehmen. In: Bernhard Badura, Antje Ducki, Helmut Schröder, Joachim Klose, Katrin Macco (Hrsg.): Fehlzeiten-Report 2011. Führung und Gesundheit. Heidelberg: Springer, S. 97-102
- Strauss, Anselm/Fagerhaugh, Shizuko/Suczek, Barbara/Wiener, Carolyn (1980): Gefühlsarbeit. Ein Beitrag zur Arbeits- und Berufssoziologie. In: Kölner Zeitschrift für Soziologie und Sozialpsychologie. Jg. 32, Heft4, S. 629-651

- Peters, Uwe; Finnmann, Christina; Hecker, Jolante (2011): Zukunftsfähig im demografischen Wandel: Herausforderungen und Gestaltungslösungen am Beispiel der miCura Pflegedienste Nürnberg GmbH, in: Loebe, Herbert; Severing, Eckart (Hg.): Zukunftsfähig im demografischen Wandel – Herausforderungen für die Pflegewirtschaft. Bielefeld: W. Bertelsmann Verlag: 135-144
- Weigl, Matthias/Glaser, Jürgen (2006): Evaluation der Förderung von Interaktionsarbeit – Befunde der wissenschaftlichen Begleitforschung im Altenpflegeheim. In: Böhle, Fritz/Glaser, Jürgen (Hg.): Arbeit in der Interaktion – Interaktion als Arbeit. Arbeitsorganisation und Interaktionsarbeit in der Dienstleistung. Wiesbaden: VS Verlag. S. 131-152
- Waerness, Kari (2000): Fürsorgerationalität. In: Feministische Studien extra: Fürsorge, Anerkennung, Arbeit. Jg. 18, Heft 1. S. 54-66
- Weishaupt, Sabine (2006): Subjektivierendes Arbeitshandeln in der Altenpflege – die Interaktion mit dem Körper. In: Böhle, Fritz/Glaser, Jürgen (Hg.): Arbeit in der Interaktion – Interaktion als Arbeit. Arbeitsorganisation und Interaktionsarbeit in der Dienstleistung. Wiesbaden: VS Verlag. S. 85-106
- Zimber, Andreas/Gregersen, Sabine (2011): Gesundheitsfördernd führen – Ein Projekt der Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege (BGW). In: Bernhard Badura, Antje Ducki, Helmut Schröder, Joachim Klose, Katrin Macco (Hrsg.): Fehlzeiten-Report 2011. Führung und Gesundheit. Heidelberg: Springer, S. 111-120

„Zufrieden, kompetent und gesund arbeiten“ – Ressourcen und Herausforderungen nachhaltiger Beschäftigungsfähigkeit in der ambulanten Pflege

Peter Bleses / Kristin Jahns / Miriam Behrens

1. Einleitung

Wie im einführenden Beitrag über das Verbundprojekt ZUKUNFT:PFLEGE bereits beschrieben, handelt es sich bei der ambulanten Pflege noch weitestgehend um Neuland für die Arbeits- und Organisationsforschung. Die professionell betriebene ambulante Pflege ist in ihrer heutigen Form im Vergleich zur stationären Pflege in Krankenhäusern und Altenpflegeeinrichtungen mit einer ca. 20-jährigen Geschichte noch relativ jung, hat aber in der Vergangenheit ein außerordentliches Wachstum erlebt. Bezogen auf die Versorgungsarten in Deutschland ist der Anteil der ambulanten Pflege im Zeitraum 1999 bis 2009 um ca. 15 Prozent gestiegen (Rothgang u.a.: 16). Die ambulante Pflege hat sich als eigenständiger Pflegesektor etabliert und kann für sich beanspruchen, sowohl politisch als auch gesellschaftlich ‚im Trend‘ zu liegen. Hatte die ambulante Pflege ehemals den Ruf, eine – jedenfalls was die Qualität der Pflege und der Arbeitsbedingungen anbelangt – zweifelhafte Alternative und in der Regel nur Übergang auf dem Weg zum stationären Bereich zu sein, hat sich dieses Bild heute grundlegend geändert.

Das hat vor allem mit der Professionalisierung der ambulanten Pflege und der Pflegeunternehmen zu tun (seit Januar 2013 können auch ambulante Pflegedienste Ausbildungsbetriebe sein). Es ist heute für Pflegekräfte nicht mehr selbstverständlich, lieber im stationären als im ambulanten Bereich zu arbeiten. In unseren Gesprächen haben wir erfahren, dass sich viele Pflegekräfte bewusst für den ambulanten Bereich entscheiden. Und für viele Pflegebedürftige ist die Wahl sowieso klar: Sie möchten lieber daheim in ihrem gewohnten Umfeld bleiben können und nicht in eine stationäre Einrichtung wechseln müssen (Thielhorn 2012: 124). Ein dichtes Angebot an Pflegedienstleistungen bis hin zur mobilen Intensivpflege ermöglicht die Realisierung dieses Wunsches mehr denn je.

In der ambulanten Pflege gibt es natürlich viele Gemeinsamkeiten mit der stationären Pflege, gerade was den eigentlichen Pflegeprozess anbelangt. Auch bei den rechtlichen Rahmenbedingungen, der Entlohnung und der Betroffenheit vom Fach-

kräftemangel infolge der demografischen Entwicklung sind viele Gemeinsamkeiten vorhanden. Aber es gibt auch zentrale Besonderheiten der ambulanten im Vergleich zur stationären Pflege. Hierzu gehören insbesondere alle jene Kennzeichen, die auf der Eigenschaft der ambulanten Pflege als einer *mobilen* sozialen Dienstleistung beruhen. Diese Besonderheiten der ambulanten Pflege für die Organisation der Unternehmen wie für die Arbeit und Kooperation der Leitungs-, Pflege- und Hauswirtschaftskräfte sind der Fokus dieses Beitrags. Dabei konzentrieren wir uns auf die Frage, welche Ressourcen und Herausforderungen die jeweiligen Gruppen im Unternehmen sehen, damit sie zufrieden, kompetent und gesund arbeiten und dadurch ihre Beschäftigungsfähigkeit positiv beeinflussen können.

Anhand unserer Analyseergebnisse aus zwei Fallstudienunternehmen der ambulanten Pflege werden wir im Folgenden schildern, welche Ressourcen und Herausforderungen sich aus der Arbeit der verschiedenen Gruppen – aus ihrer jeweils eigenen Perspektive – für eine ‚gute‘ Arbeit ergeben (3.). Aus der Analyse ergeben sich Gestaltungsfelder für die Arbeitsorganisation in der ambulanten Pflege, auf die wir anschließend eingehen werden (4.). Beginnen werden wir aber mit einer kurzen Schilderung unserer Unternehmensfallstudien, des erhobenen Materials und der Erhebungs-, Auswertungs- und Entwicklungsmethoden im Rahmen der Handlungsforschung (vgl. Becke/Senghaas-Knobloch 2010, 2004; Fricke 2012; Gustavsen 1994), der wir uns verpflichtet sehen (2.).

2. Empirische Grundlagen und methodisches Vorgehen

Im Projekt ZUKUNFT:PFLEGE sind zwei Unternehmen der ambulanten Pflege aus Bremen beteiligt. Beides sind private Unternehmen in ungefähr gleicher Größenordnung mit zwischen 50 und 60 Mitarbeitenden. Beide Unternehmen verfügen außer der Hauptstelle noch über eine oder zwei weitere Filialen in anderen Stadtteilen, die eng mit der Hauptstelle verbunden sind. Beide Unternehmen verfügen über weitere Geschäftsfelder, wie über einen Sozialdienst, der Alltagsbegleitung und hauswirtschaftliche Dienste anbietet. Dieses Geschäftsfeld ist in den beiden Unternehmen unterschiedlich konzipiert; es konnte nur in einem Fall direkt in das Projekt einbezogen werden.

Beide Unternehmen haben eine vergleichbare Organisationsstruktur: Sie werden von einer Geschäftsführung geleitet, die aus zwei Personen besteht. Eine der beiden Personen aus der Geschäftsführung kommt jeweils nicht aus der Pflege, sondern ist im Wesentlichen für den betriebswirtschaftlichen Part zuständig. In beiden Unter-

nehmen gibt es eine Pflegedienstleitung und stellvertretende Pflegedienstleitungen sowie ein mehrköpfiges Verwaltungsteam, das sich um die organisatorischen Aufgaben der Pflege kümmert. Außerhalb des Sozialdienstes kommen diese Kräfte im Verwaltungs- bzw. Leitungsteam meist auch aus der Pflege. Sie müssen bei knapper Besetzung bzw. im Krankheitsfall von Pflegekräften zum Teil auch selbst als Notdienst Pflegeeinsätze fahren. Ergänzt wird das Verwaltungsteam von Mitarbeitenden im Sekretariat. In einem der beiden Unternehmen wurde vor langer Zeit ein Betriebsrat gegründet, der kooperativ mit der Geschäftsführung zusammenarbeitet.

Beide Unternehmen zählen in der privaten ambulanten Pflege zu den größeren Anbietern in Bremen. Die Wohlfahrtsverbände besitzen zum Teil auch größere ambulante Dienste. Es handelt sich in beiden Fällen um eine professionelle Unternehmensorganisation, die kleineren ambulanten Pflegeunternehmen aufgrund von Ressourcenknappheit so oft noch nicht möglich ist. So müssen die Kräfte des Büroteams nur vergleichsweise wenig in der Pflege selbst einspringen.

In beiden Unternehmen werden diese betrieblichen Gruppen in das Projekt einbezogen: Geschäftsführung, Pflegedienstleitungen, mittlere Führungskräfte, Pflege- und (in einem Fall auch) Hauswirtschaftskräfte. Es wurden jeweils folgende Instrumente und Methoden eingesetzt, um die Arbeitsbedingungen zu analysieren und die Gestaltung zu begleiten:

- *Steuerungskreis*: Koordiniert wird der gesamte Prozess von der Analyse bis zur Gestaltung und Evaluation in beiden Unternehmen von einem regelmäßig zusammenkommenden Steuerungskreis (vgl. Bleses 2013). Im Steuerungskreis sind alle Gruppen des jeweiligen Unternehmens repräsentiert. Die Gespräche und Entscheidungsprozesse finden ‚auf Augenhöhe‘ statt. Das bedeutet, dass alle Steuerungskreismitglieder gleichwertig sind. Zwar behält die Geschäftsführung immer ein Letztentscheidungsrecht; aber alle Abstimmungs- und Entscheidungsprozesse sollen möglichst kooperativ und nachvollziehbar begründet verlaufen. Die Arbeit des Steuerungskreises wird im Unternehmen durch Protokolle – und die Weitergabe der Protokolle an die Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen – transparent gestaltet.
- *Expertengespräche*: Mit der Geschäftsführung, der Pflegedienstleitung und weiteren mittleren Führungskräften sowie einer Person aus dem Betriebsrat wurden zweistündige Expertengespräche durchgeführt. Ziel der Expertengespräche ist es, ein Bild vom Unternehmen und der Arbeitsorganisation zu erhalten.
- *Tourenbegleitung*: In beiden Unternehmen wurden mehrere Touren des Früh- und Spätdienstes begleitet, um einen Eindruck von der Arbeit in der ambu-

lanten Pflege zu bekommen und mit den Pflegekräften während ihrer Tätigkeit ins Gespräch über ihre Arbeit zu kommen. In einem der beiden Unternehmen wurde auch eine Begleitung der Hauswirtschaft durchgeführt.

- *Moderierte Workshops als ‚geschützte Dialogräume‘*: Mit den mittleren Führungskräften sowie den Pflege- und Hauswirtschaftskräften wurden jeweils hierarchiegleiche Workshops ohne Beteiligung der jeweils anderen Gruppen durchgeführt. Hier wurden sowohl Aufgaben (‚Bild der Arbeit‘), Ressourcen und Herausforderungen für eine gute Arbeitsqualität als auch erste Ideen für Gestaltungsansätze bearbeitet. Um geschützte Dialogräume handelt es sich nicht nur deshalb, weil nur Angehörige einer betrieblichen Gruppe gemeinsam in einen Workshop gehen. Auch die Diskussionen und deren Ergebnisse aus den geschützten Dialogräumen bleiben zunächst vertraulich. Sie werden in einem anonymisierten Protokoll zusammengestellt und der Gruppe anschließend zur Freigabe vorgelegt. Erst nach der Freigabe durch die Gruppe werden die Ergebnisse für den weiteren Gestaltungsprozess verwendet. Die Methode eignet sich besonders gut dafür, sensible Themen wie z.B. Probleme in der Kooperation zwischen verschiedenen Gruppen, psychische Belastungen durch die Arbeit, Fragen der Anerkennung und Wertschätzung besser ansprechbar zu gestalten (vgl. Behrens 2011).
- *Gruppenübergreifende Dialogworkshops*: Die Ergebnisse aus den Expertengesprächen, Tourenbegleitung und moderierten Workshops wurden zu einer Ergebnispräsentation aufbereitet. Diese wurde sowohl im Steuerungskreis als auch in einem Dialogworkshop diskutiert, an dem alle beteiligten Gruppen teilnahmen. Der Dialogworkshop ist ein wichtiges Instrument am Schnittpunkt von Analyse und anschließender Gestaltung. Ziel des gemeinsamen Workshops ist es, eine gemeinsame Sicht auf Ressourcen, Hemmnisse und Gestaltungsansätze einer nachhaltigen Beschäftigungsfähigkeit¹ zu entwickeln, die dann eine abgestimmte und anerkannte Grundlage für das weitere Vorgehen im Unternehmen bilden sollen. In beiden Unternehmen wurden im Dialogworkshop mehrere Gestaltungsfelder ausgewählt, zu denen sich gruppenübergreifende Arbeitsgruppen bilden, die für den Steuerungskreis Gestaltungsvorschläge erarbeiten sollen.

¹ Wie in Bleses/Ritter (2013, in diesem Zwischenbericht) bereits beschrieben, definieren wir nachhaltige Beschäftigungsfähigkeit als eine Eigenschaft von Personen, dauerhaft und über sich wandelnde berufliche oder private Anforderungen und Widrigkeiten hinweg in einem gewählten Berufs- oder Tätigkeitsfeld verbleiben zu können.

3. Ressourcen und Herausforderungen für nachhaltige Beschäftigungsfähigkeit

Die Analysen haben hinsichtlich der Ressourcen und Herausforderungen einer nachhaltigen Beschäftigungsqualität viele Übereinstimmungen zwischen den verschiedenen betrieblichen Gruppen gezeigt. Wir schildern die Ressourcen und Herausforderungen deshalb nicht nach mittleren Führungskräften, Pflege- und Hauswirtschaftskräfte getrennt, sondern vorwiegend thematisch geordnet. Auf einzelne Unterschiede zwischen den Gruppen wird jeweils hingewiesen.

3.1 Ressourcen

Arbeiten im ambulanten Bereich

Die Arbeit im ambulanten Bereich bietet für die Pflege-, Hauswirtschafts- sowie mittleren Führungskräfte gleichermaßen Ressourcen für den Erhalt nachhaltiger Beschäftigungsfähigkeit. Hervorzuheben ist hier das selbstständige Arbeiten mit einem daraus resultierenden hohen Maß an Eigenverantwortung, Selbstbestimmung und Freiraum. Dafür sind einerseits hohe fachliche Kompetenzen wichtig. Andererseits ist es die Erfahrung, sich aufeinander verlassen zu können, die eine wichtige Voraussetzung für den reibungslosen Arbeitsablauf wie für die Sicherheit in der Arbeit bildet. Es gibt dabei innerhalb der verschiedenen Gruppen (Pflegekräfte, Hauswirtschaftskräfte, Büro- bzw. Leitungsteam) sowie gruppenübergreifend ein hohes Maß an Vertrauen. Die mittleren Führungskräfte im Büro- bzw. Leitungsteam empfinden dabei zusätzlich die Möglichkeit, sich die anfallenden Tätigkeiten untereinander teilen zu können, als großen Vorteil. Es können sich auf diese Weise ‚Spezialisten‘ für verschiedene Arbeitsbereiche entwickeln. Das hilft, die Arbeit gut zu bewältigen.

Im Unterschied zur stationären Pflege, in der sich die Patienten und Patientinnen mit und in der Pflegeeinrichtung arrangieren müssen und hier oft ‚Gast‘ bleiben, dreht sich die Ausgangslage im ambulanten Bereich um: Nun sind die Patienten und Patientinnen in ihrem eigenen Zuhause und empfangen die Pflege- und Hauswirtschaftskräfte als Gäste.

„Gast sein im Zuhause des Patienten/der Patientin“

Das sorgt bei den Patientinnen und Patienten für Zufriedenheit, die auch den Pflegekräften vermittelt wird. Die Situation entspricht den Wünschen beider Seiten.

Auch die Pflegekräfte äußern, dass sie es „angemessen“ und für die Patientinnen und Patienten „schön“ finden, dass sie im eigenen Zuhause verbleiben können. Das leistet einen wichtigen Beitrag zu ihrer Arbeitszufriedenheit. Hinzu kommt eine von vielen Pflege-, aber auch Hauswirtschaftskräften geäußerte große Anerkennung ihrer Arbeit durch die Patienten und Patientinnen, die ihnen sehr wichtig ist. Dieses unmittelbare Sinnerleben der Arbeit im ambulanten Bereich strahlt dabei über die Pflege- und Hauswirtschaftskräfte auch auf das Büroteam aus: Es ist allen Beteiligten klar, dass sie an einer Arbeit mitwirken, die für die Kunden existenziell wichtig ist und zudem deren Wünschen entgegen kommt.

Der Besuch im jeweils unterschiedlichen Zuhause der Patientinnen und Patienten erfordert von den Pflegekräften, sich immer wieder neu auf die unterschiedlichsten Situationen einstellen und entsprechend sensibel mit den Eigenheiten der Patienten und Patientinnen umgehen zu können. Sie empfinden das als eine selbstverständliche Anforderung, mit der sie professionell umgehen müssen und können.

Für die Pflegekräfte bedeutet die Arbeit vor Ort eine ungeahnte Ressource. Zwar wird in der Debatte um Vor- und Nachteile der ambulanten im Vergleich zur stationären Pflege die enge Zeittaktung des eigentlichen Pflegeeinsatzes immer wieder als große Belastungsquelle der Pflegekräfte genannt (vgl. Kuhnert 2011; Büscher/Horn: 16); dennoch bietet die kurze Aufenthaltsdauer bei den Patienten und Patientinnen auch eine große Ressource für die Pflegekräfte: Sie können in für sie unangenehmen Situationen...

„...schneller wieder weg von den Patientinnen und Patienten...“

...sein. Die Einsätze dauern zwischen wenigen Minuten (z.B. für eine alleinige Medikamentengabe) und ca. 45 Minuten für eine umfangreiche Grundpflege. Das bietet eine gute Möglichkeit des Selbstschutzes, die in stationären Pflegeeinrichtungen, in denen man unter Umständen eine ganze Schicht lang einer als belastend empfundenen Situation mit einem Patienten oder einer Patientin ausgesetzt ist, so nicht genutzt werden kann.

Die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Hauswirtschaftlichen Abteilung sind, im Gegensatz zu den Pflegekräften, oft mehrere Stunden bei nur einer Patientin bzw. einem Patienten zu Hause. So haben sie mehr Zeit, mit ihnen auch über private Angelegenheiten zu sprechen, wodurch oft ein intensives Vertrauensverhältnis zwischen Hauswirtschaftskraft und Patient oder Patientin entsteht. Die Hauswirtschaftskräfte haben häufig ein umfassenderes Wissen über die Geschichte sowie die

aktuelle Lage der Patientinnen und Patienten als die Pflegekräfte. Dies ist bei den Fällen, die gleichzeitig hauswirtschaftliche und pflegerische Leistungen beziehen, auch für die Arbeit der Pflegekräfte relevant, da sie auf die Beobachtungen der Hauswirtschaftskräfte zurückgreifen können. In anderen Fällen fungiert der Hauswirtschaftliche Dienst im Unternehmen als „Türöffner“ für potentielle Patienten und Patientinnen.

Arbeiten im guten Team und gut organisierten Pflegeunternehmen

In allen Workshops wurde das gute Betriebsklima im Unternehmen gruppenübergreifend als große Ressource beschrieben. Darunter fallen zum einen das Gemeinschaftsgefühl und die Hilfsbereitschaft untereinander.

„Tolles Team mit netten Kolleginnen und Kollegen“

Zum anderen wurden aber auch ein hohes Maß an Kritikfähigkeit des Leitungsteams und der Geschäftsführung, die allgemeine Wertschätzungskultur im Unternehmen sowie die offene Diskussionskultur aller Beschäftigten im Unternehmen als Ressourcen genannt.

Die Pflegekräfte haben als eine weitere wichtige Voraussetzung für hohe Arbeitszufriedenheit das Unternehmen als verlässlichen Arbeitgeber genannt:

„Der Lohn wird pünktlich bezahlt“

Vielen Beschäftigten ist es zudem in ihrer Arbeit sehr wichtig, an Entscheidungsprozessen über die Arbeitsorganisation beteiligt zu werden. Das betrifft z.B. die Dienstplangestaltung, bei der Wünsche der Pflegekräfte berücksichtigt werden, oder durch flexible Arbeitszeiten zur besseren Vereinbarkeit von Privatleben und Beruf beigetragen wird. Speziell eingerichtete „Müttertouren“, die später beginnen, nannten die Pflegekräfte als positiven Faktor für ihre Arbeit beim ambulanten Pflegeunternehmen. Überhaupt wird eine gut ausgebaute Arbeitsorganisation (z.B. eine sehr gute Vorbereitung der Tourenunterlagen und Arbeitsmittel für die Pflegekräfte; Möglichkeiten der Rückkopplung von Erfahrungswissen zwischen den verschiedenen Beschäftigtengruppen) als sehr positiv empfunden.

Bereits in den Expertengesprächen war deutlich geworden, dass der Geschäftsführung und Pflegedienstleitung in beiden Unternehmen eine mitarbeiterorientierte Führung und Unternehmenskultur wichtig ist. Beide Unternehmen setzen – mehr

oder weniger stark ausgeprägt – entsprechende Instrumente ein, mit denen eine Beteiligung der Beschäftigten und eine Kommunikation zwischen Führungs- und Beschäftigtenebene erreicht werden sollen (z.B. Mitarbeiterentwicklungsgespräche; Teamsitzungen; übergreifende Mitarbeiterbesprechungen mit allen Beschäftigten; in einem Unternehmen gibt es ein ausführliches Mitarbeiterhandbuch, das sehr viele arbeitsorganisatorischen Themen regelt und erläutert). Augenscheinlich macht sich dieses Ziel der Leitungsebene auch in einer höheren Arbeitszufriedenheit und in einer stärkeren Beteiligungsorientierung bemerkbar.

Mittlere Führungskräfte als „Filter“ zwischen ‚oben‘ und ‚unten‘

Den mittleren Führungskräften fällt in ihrer täglichen Arbeit und insbesondere als Vermittler bzw. „Filter“ zwischen der Geschäftsführung und den Pflegekräften eine besonders wichtige Rolle innerhalb des Unternehmens zu. Aus den Workshops ergaben sich eine klare Rollen- und Aufgabenverteilung im Team der mittleren Führungskräfte, eine bedarfsgerechte Kompetenzentwicklung sowie eine ausgebaute Kommunikation (Regelkommunikation wie anlassbezogene Kommunikation) als sehr wichtige Faktoren für die Bewältigung ihrer Anforderungen. Zudem sind wechselseitige Verlässlichkeit und gegenseitiges Vertrauen ebenso förderlich wie der gegenseitige Respekt im Team.

Zum Teil hatten sowohl Pflegekräfte als auch Leitungskräfte zuvor einen Arbeitgeberwechsel vollzogen, weil ihnen diese Aspekte in anderen Unternehmen fehlten. Natürlich spielen bei einem Arbeitgeberwechsel auch Einkommensfragen eine Rolle, aber sie erscheinen vielen Beschäftigten im Zweifel weniger wichtig als eine gute Unternehmenskultur und Arbeitsorganisation. Zudem äußern alle Beteiligten, dass es für sie und ihre Arbeitsqualität sehr wichtig ist, in einem Unternehmen zu arbeiten, das sich stets um ausreichend und qualifiziertes Personal bemüht.

Es ist festzuhalten: Eine mitarbeiterorientierte Führung und eine insgesamt gute Unternehmenskultur und -struktur werden gruppenübergreifend als positive und v.a. förderliche Aspekte der Arbeit in einem ambulanten Pflegeunternehmen beschrieben. Sie können als unternehmensbezogene Ressourcen beschrieben werden. Diese Aspekte äußern sich unter anderem in flachen Hierarchien zwischen Pflegekräften, Hauswirtschaftskräften, mittleren Führungskräften und Geschäftsführung, „offenen Türen“, Freundlichkeit, Beteiligungsmöglichkeiten, Transparenz im und über das Unternehmen, Abstimmung untereinander sowie einer guten Personalstärke mit ausreichend qualifizierten Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern.

3.2 Herausforderungen

Arbeitsorganisation als komplexe Herausforderung für Unternehmen und Beschäftigte

Bereits oben (vgl. Becke/Bleses 2013, in diesem Zwischenbericht) wurde beschrieben, wie hoch die arbeitsorganisatorischen Anforderungen in der ambulanten Pflege sind. Die gute Arbeitsorganisation ist dabei ein Schlüssel nicht nur für eine hohe Pflege- oder allgemeine Unterstützungsqualität, sondern gerade auch eine Basis für eine gute Arbeitsqualität. Umgekehrt bewirken arbeitsorganisatorische Schwachstellen auch schnell Beeinträchtigungen der erlebten Arbeitsqualität. Als besonders wichtige Punkte haben sich in unseren Analysen die Schnittstellen zwischen den verschiedenen Tätigkeitsgruppen im Unternehmen dargestellt: die Tourenplanung, die Übergabe und die Pflegedokumentation. Beide von uns analysierte Pflegeunternehmen besitzen in diesen drei Schnittstellen zwar bereits einen sehr hohen Grad der Arbeitsorganisation; dennoch kommt es hier in der Bewältigung dieser komplexen Aufgaben auch immer wieder zu Beeinträchtigungen der einen oder der anderen beteiligten Gruppen.

a) Die Tourenplanung

Die Tourenplanung ist das Herzstück eines ambulanten Pflegeunternehmens. Hier entscheidet sich vieles:

- Ist der Patient bzw. die Patientin zufrieden mit der Pünktlichkeit und der Dauer des Einsatzes oder auch mit der Auswahl der Pflegekraft (männlich/weiblich)?
- Kann die Pflegekraft die Tour von den Arbeitsanforderungen und den Zeittakten her gut bewältigen? Und ist die Vereinbarkeit von Privatleben und beruflichen Anforderungen gut möglich?
- Ist die Tour wirtschaftlich tragbar, damit das Unternehmen mit seinen Einnahmen dauerhaft überleben kann?

Das Zusammenkommen dieser drei Interessen an der Schnittstelle Tourenplanung bedeutet zwangsläufig, dass Kompromisse gefunden werden müssen. Das wissen die Pflegekräfte – und auch, dass die Tourenplanung eine sehr aufwändige Angelegenheit ist. Aber dennoch gibt es in ihren Augen Herausforderungen, die für eine verbesserte Arbeitsqualität angegangen werden können.

Im Mittelpunkt steht hier eine in den Augen der Pflegekräfte...

...unzureichende Beteiligung an der Tourenplanung.

Die Pflegekräfte wissen aus Erfahrung, wie eine Tour jenseits der guten Planung in der Praxis tatsächlich verläuft. Stimmen die tatsächlichen Fahr- und Einsatzzeiten mit dem überein, was die Tourenplanung annimmt? Sind die Herausforderungen auf der Tour von der Pflegekraft zu bewältigen, oder gibt es Probleme bezüglich besonders schwieriger Patientinnen und Patienten? Hinsichtlich der Tourenplanung wurde in den Workshops ein zu geringes regelmäßiges und systematisches Mitspracherecht der Pflegekräfte geäußert. Die Pflegekräfte klagen dabei häufig über zu knapp bemessene Fahrzeiten auf der Tour, die in ihren Augen „zu Lasten der Patienten und Patientinnen“ gehen können und durch den erzeugten Zeitdruck zu Stress für die Pflegekräfte führen.

Auch die zum Teil sehr kurzfristige Planung der Touren (in einem Unternehmen werden die Touren täglich geplant) empfinden die Pflegekräfte als für sie problematisch, weil sie nie genau wissen, wie lange sie in den nächsten Tagen zu arbeiten haben. Hinzu kommt, dass in der Regel nur die reine Tour geplant ist, nicht aber die Zeit für die anschließende Dokumentationspflege im Büro. Die Pflegekräfte wissen deshalb manchmal selbst am Einsatztag nicht genau, wie lange sie arbeiten werden. Das ist für die Vereinbarkeit mit dem Privatleben (insbesondere für Eltern) eine große Beeinträchtigung. Zudem können natürlich aktuelle Verschiebungen in der Tour stattfinden, die durch vorherige Planungen gar nicht berücksichtigt werden konnten (z.B. Krankheitsausfälle anderer Pflegekräfte; Notsituationen bei Patienten und Patientinnen).

Zwar verfügen die Pflegeunternehmen über einen Bereitschaftsdienst, bei größeren Krankheitsausfällen müssen jedoch auch die sich bereits auf der Tour befindlichen Pflegekräfte weitere Patienten und Patientinnen versorgen. Zudem kann es vorkommen, dass die Pflegekräfte aufgrund von Vertretungsanfragen daheim angerufen werden, obwohl sie eigentlich frei haben. Das Gefühl der ständigen Erreichbarkeit nach Feierabend stellt für die Pflegekräfte eine Belastung dar. Sie beschreiben, dass ein Abschalten nach der Arbeit zu Hause nur schwer möglich ist, da jederzeit mit einem Anruf aus dem Büro gerechnet werden kann. Wie oft das tatsächlich geschieht, ist für das Gefühl, es *könnte* angerufen werden, augenscheinlich nicht von großer Bedeutung. Insgesamt sind die Arbeitszeiten für die Pflegekräfte teilweise schwer kalkulierbar und unsicher – objektiv wie subjektiv.

In unseren beiden Partnerunternehmen gibt es Pflegekräfte, die – im Rahmen der Möglichkeiten – lieber eine feste Stammtour fahren, und Pflegekräfte, die es vorziehen, als „Springer“ auf verschiedenen Touren zu arbeiten. Die „Springer-Kräfte“,

aber auch Pflegekräfte, die bei Ausfällen einspringen, haben entsprechend häufig (für sie) neue Patientinnen und Patienten zu versorgen und deren Dokumentationsmappen zu führen (s.u.). Da sich unter diesen Bedingungen keine Routine im Umgang mit den Patienten und Patientinnen entwickeln kann, sind diese Kräfte auf gute Übergaben angewiesen, in denen sie alle wichtigen Informationen erhalten können. Im Tourenplan allein sind oft keine ausreichenden Informationen über solche Patientinnen und Patienten vorhanden, die für die einspringende Pflegekraft neu sind. Das erzeugt bei den Pflegekräften Unsicherheit, weil sie nicht genau wissen, was ihnen in der nächsten Wohnung begegnet und ob sie den Anforderungen dort gerecht werden können.

In einem der beiden Unternehmen wird ein Smartphone mit einer Software für die ambulante Pflege genutzt. Mit Hilfe dieser Software können die Pflegekräfte und die Pflegedienstleitung oder die Hintergrundbereitschaft alle Tourenpläne des jeweiligen Tages, sämtliche Leistungen, Medikamente, Pflegemaßnahmen, Diagnosen und Kontakte einsehen. Das erleben die Pflegekräfte, die gut mit dem Gerät umgehen können, als eine gute Hilfe – gerade dann, wenn sie auf einer anderen Tour einspringen müssen.

Allerdings können nicht alle Pflegekräfte gleich gut mit dem Gerät und der Software arbeiten. So bemängeln die Pflegekräfte, dass neue Kollegen und Kolleginnen keine ausreichende Einarbeitung erhalten und keine Möglichkeit des Nachschlagens besteht.

„Es gibt kein Handbuch“

Außerdem erleben manche Pflegekräfte durch das Smartphone ein Gefühl der Kontrolle. Denn das Gerät zeichnet mittels einer automatischen Zeitmessung auf, wie lange die Pflegekraft bei den Patienten und Patientinnen bleibt, und wie lange sie für die Wegstrecken benötigt. Dabei ist auch der Umgang mit dem Gerät nicht allen Pflegekräften klar. Zwar wissen alle, dass sie bei bestimmten Ereignissen eine Taste drücken müssen. Aber es ist nicht allen Pflegekräften bekannt, ab welchem Zeitpunkt z.B. die veranschlagte Pflegezeit mit der Software gemessen werden soll: Beim Aussteigen aus dem Auto oder erst beim Betreten der Wohnung?

b) Die Übergabe

Eine gute Gestaltung der Übergabe ist für ambulante Pflegeunternehmen ähnlich wichtig wie eine gute Tourenplanung. Und sie ist arbeitsorganisatorisch ebenfalls

eine höchst anspruchsvolle Aufgabe. Denn die Pflegekräfte der verschiedenen Schichten begegnen sich in der Regel nicht und haben deshalb auch kein Zeitfenster für die direkte Übergabe bspw. zwischen dem Früh- und dem Spätdienst. Das bedeutet, dass die Übergabe über Vermittlungsinstanzen vollzogen werden muss. Hier spielt das Büroteam einschließlich der Pflegedienstleitung eine wichtige Rolle. Hinzu kommen Medien wie Mitteilungszettel, E-Mail, Telefon und natürlich auch die Dokumentation. Wir haben in den Unternehmen folgende häufig praktizierte und parallel bestehende Übergabesituationen gefunden:

Nach dem Dienst:

- persönlich von der Pflegekraft zum Büroteam nach dem Frühdienst,
- telefonisch von der Pflegekraft zum Büroteam (z.B. Bereitschaftsdienst oder Spätdienst nach dem Wochenende oder am kommenden Tag),
- Übergabebogen zu einzelnen Patienten und Patientinnen nach dem Spätdienst,
- Übergabebuch für Mitteilungen zwischen den Pflegekräften,
- telefonisch oder über Zettel im Fach in der Tourenzentrale von der Pflegekraft an die Pflegekraft des folgenden Dienstes für ergänzende Informationen,
- E-Mail (über das eigene Smartphone) noch während der Tour von der Pflegekraft an das Büroteam,
- über die Eintragungen in die Pflegedokumentation.

Vor dem Dienst:

- nach Urlaub oder Krankheit ausführliche Informationen über Tourveränderungen und Veränderungen bei Patienten und Patientinnen meist telefonisch am Tag vor dem Dienst,
- vom Büroteam zu den Pflegekräften über Zettel im Fach in der Tourenzentrale,
- Anrufe bei anderen Pflegekräften zu besonderen bzw. ergänzenden Informationen,
- Lesen des Übergabebuches.

Nicht in jedem Pflegeunternehmen werden alle Übergabesituationen praktiziert, aber in jedem Fall gibt es zahlreiche parallele Wege der Übergabe. Handlungsbedarf sehen die Pflegekräfte – und ebenso die Büroteams – vor allem bei den persönlichen Übergaben nach dem Frühdienst im Büro. Diese Übergabeform ist die am meisten praktizierte Form und führt vor allem schon aufgrund ihrer zeitlichen Konzentration auf ca. 90 bis 120 Minuten in der Vormittags- und frühen Mittagszeit oft zu Belastungen auf beiden Seiten der Übergabe.

Die Pflegekräfte beschreiben teilweise eine geringe oder nur geteilte Aufmerksamkeit der mittleren Führungskräfte im Büro für die Übergabe. Oft werden von der mittleren Führungskraft bzw. der (stellvertretenden) Pflegedienstleitung parallel noch weitere Dinge erledigt.

„Unternehmensphilosophie: Alle Anrufe annehmen“

Insbesondere werden häufig Telefonate angenommen oder Fragen von Kollegen und Kolleginnen beantwortet. Zudem findet die Übergabe oft nicht in einem 1-zu-1-Gespräch zwischen der mittleren Führungskraft im Büro und der Pflegekraft statt. Aufgrund des großen Andrangs der Pflegekräfte in der späten Vormittags- und frühen Mittagszeit warten bereits andere Pflegekräfte oft ungeduldig darauf, ihre eigene Übergabe durchführen zu können.

Das führt bei den Pflegekräften oft zur Verunsicherung, weil sie nicht wissen, ob die von ihnen gegebenen Informationen wirklich aufgenommen und weitergegeben werden. Auch ist die Übergabesituation für sie anstrengend und es können aus zeitlichen Gründen nicht immer alle Themen besprochen werden, die sie gerne besprechen würden. Es ist ihnen auch nicht immer klar, an wen sie welche Dinge zu übermitteln haben und ob der Gegenüber wirklich richtig zuhört. Auch dadurch entstehen Unruhe und Zeitdruck, weil Übergaben durch die Pflegekräfte manchmal doppelt gemacht werden müssen.

Für die Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen aus dem Büroteam sind die Übergaben ebenfalls eine große Herausforderung. Denn sie müssen sich auf die Pflegekräfte einstellen, obwohl sie vielleicht gerade andere wichtige Dinge zu tun haben. Dabei können sie vorab kaum kalkulieren, wie viele Pflegekräfte zu ihnen zur Übergabe kommen, wann sie kommen und wie lange die Übergabezeit für sie dauern wird. Zudem verlangen die Pflegekräfte in ihren Augen zum Teil eine sehr unterschiedliche Aufmerksamkeit, der sie dann gerecht werden müssen. Während die einen recht kurz und sachlich berichten, benötigen die anderen eine längere Zeit des Austauschs, weil sie intensiver von ihren Erlebnissen auf der Tour berichten. Die middle-

ren Führungskräfte sehen zwar, dass das für die allein arbeitenden Pflegekräfte eine entlastende Funktion hat; allerdings fehlt ihnen dazu oft die Zeit bzw. die nötige Aufmerksamkeit über einen längeren Zeitraum. Zudem beschreiben die mittleren Führungskräfte aus dem Büroteam – wie auch die Pflegekräfte – die Übergaben zum Teil als wenig strukturiert.

c) Die Pflegedokumentation

Die Pflegedokumentation ist eine Kernaufgabe der Pflegekräfte und besitzt neben der Übergabe eine große Bedeutung in der Kommunikation über die Pflege der Patienten bzw. Patientinnen zwischen den Pflegekräften sowie zwischen ihnen und dem Büroteam bzw. der Pflegedienstleitung. Darüber hinaus besitzt die Pflegedokumentation auch eine sehr hohe Bedeutung für das Pflegeunternehmen. Denn die Pflegedokumentation steht im Mittelpunkt der Prüfungen durch den Medizinischen Dienst der Krankenkassen (MDK). Die vom MDK vergebene Note für das Pflegeunternehmen ist wiederum öffentlich sichtbar. Deshalb steht die Pflegedokumentation auch im Zentrum des Qualitätsmanagements vieler Pflegeunternehmen. Für das Qualitätsmanagement und die Pflegekräfte selbst ist die Pflegedokumentation eine sehr anspruchsvolle Aufgabe, die in der Vergangenheit aufgrund immer neuer Dokumentationspflichten in ihren quantitativen wie qualitativen Anforderungen beständig gewachsen ist, ohne dass der dadurch verursachte Mehraufwand durch die Leistungsträger ausgeglichen worden wäre.

Die Pflegedokumentation muss stets aktuell sein und deshalb beständig geführt werden. Sie wird von allen Pflegekräften, die bei einem Patienten bzw. einer Patientin pflegen, ausgefüllt und – das ist in den Unternehmen zum Teil unterschiedlich organisiert – meist von einer Pflegekraft hauptverantwortlich geführt. Sie ist dann zuständig für die gute Führung dieser Pflegedokumentation. Da ambulante Pflegeunternehmen zum Teil eine dreistellige Anzahl von Patienten und Patientinnen versorgen, ist der Aufwand für die Pflegedokumentation beträchtlich. Für die ambulante Pflege kommt hinzu, dass es meist eine doppelte Pflegedokumentation gibt: eine papiergebundene Fassung, die immer vor Ort bei den Patientinnen und Patienten verbleiben muss und eine digitale Dokumentation, die im Büro angefertigt wird.

Für die Pflegekräfte ist die Dokumentation zwar eine Aufgabe, deren Sinn sie insgesamt erkennen. Allerdings erscheint ihnen der immer weiter zunehmende Aufwand der aus vielen unterschiedlichen Teilen bestehenden Dokumentation als zu groß. Sie sehen durch den hohen Dokumentationsaufwand ihre eigentliche Aufgabe, die Menschen daheim zu pflegen, als zeitlich problematisch an. Der an eine be-

kannte Möbelhauswerbung angelehnte Ausspruch erfreut sich deshalb großer Beliebtheit:

„Dokumentierst Du noch oder pflegst Du schon?“

Nicht immer ist den Pflegekräften die Verteilung der Zuständigkeit und Verantwortung für die anfallenden Dokumentationsaufgaben klar. Teilweise muss die Dokumentationsarbeit verantwortlich von Pflegekräften übernommen werden, die die betreffenden Patientinnen oder Patienten nicht gut kennen. Dennoch werden diese Pflegekräfte dann für die Qualität dieser Dokumentationsmappen verantwortlich gemacht, obwohl andere Pflegekräfte, die häufiger bei diesen Patienten und Patientinnen sind, sie zuvor nicht gut geführt haben. Eine solche Verschiebung kann sich etwa dann ergeben, wenn in einem Pflegeunternehmen weniger Stammtouren gefahren werden oder wenn Stammtouren aufgrund dauerhaft hoher Personalausfälle oder einer zu geringen Personalausstattung nicht möglich sind.

Für die im Büroteam mit den Pflegedokumentationen befassten Kräfte ist die Dokumentationspflege ebenfalls eine aufwändige Angelegenheit. Da sich eine MDK-Prüfung immer nur sehr kurz vorher ankündigt, müssen die Pflegedokumentationen immer so geführt werden, dass sie einer Prüfung standhalten. Das bedeutet, dass die Pflegekräfte von der zuständigen Kraft im Büroteam laufend dazu angehalten werden, sich um die Qualität der Pflegedokumentationen entsprechend der vorgegebenen Standards zu kümmern. Hinzu kommt, dass die Übertragung der Dokumentation vom Papier in den PC immer mehr in die Hand der Pflegekräfte gelegt wird. Der Umgang mit dem PC und vor allem mit der entsprechenden Software muss von den Pflegekräften zunächst erlernt und der gesamte Prozess von der im Büro zuständigen Kraft angeleitet und begleitet werden. Eine gleich in den PC bzw. ein mobiles Gerät (Tablet-PC) eingegebene Dokumentation, die die doppelte Dokumentationsarbeit vermeiden könnte, ist im ambulanten Bereich – anders als im stationären Bereich, wo diese Lösungen eine immer größere Verbreitung finden – aufgrund einer fehlenden Softwarelösung noch nicht möglich.

Psychische Belastungen der Pflegekräfte

Die Pflegekräfte thematisieren sehr viel mehr psychische denn körperliche Belastungen. Auslöser sind vor allem Situationen, in denen sie bemerken, dass sie eigentlich länger bei dem Patienten oder der Patientin bleiben müssen, als es ihre vorgegebene und bezahlte Zeit zulässt. Sie wissen, dass sie oft die einzige Person sind, die die Patientinnen und Patienten am Tag zu Gesicht bekommen. Da fällt das Zu-

rücklassen allein in der Wohnung oft besonders schwer. Zudem sind die Pflegekräfte häufig auch mit schwierigen persönlichen Situationen der Patientinnen und Patienten sowie zum Teil auch mit Problemen im Verhältnis zwischen ihnen und den Patientinnen und Patienten konfrontiert, die sie stark belasten können. Zum Teil werden männliche Patienten auch übergriffig gegenüber weiblichen Pflegekräften. Oder es gibt auch Angst vor Gewalt. Hier ist es zum Teil nur sehr schwer für die Pflegekräfte, die betreffenden Patienten und Patientinnen weiter zu pflegen. Sie wünschen sich für solche Fälle mehr Unterstützung durch das Leitungsteam, das sich ihre Probleme und Sorgen anhört und sich schützend vor sie stellt. Und sie wünschen sich ein Fortbildungsangebot, das ihnen hilft, selbst besser mit eigenen psychischen Belastungen umgehen zu können.

Umgang mit psychisch Erkrankten als Belastungsquelle

Die ambulante Pflege wird historisch bedingt häufig mit der Altenpflege gleichgesetzt. Das stimmt heute nur noch zum Teil. Denn die ambulante – wie übrigens auch die stationäre Pflege – hat es zunehmend auch mit jüngeren Menschen zu tun, die aus den verschiedensten Gründen Pflege oder Medikamentenvergabe benötigen. Ganz besonders hat die Zahl der psychisch erkrankten älteren und auch jüngeren Menschen zugenommen, die Patienten und Patientinnen der Pflege werden. Hier gibt es für die Pflegekräfte oft Probleme des fachgerechten und angemessenen Umgangs. Zwar fühlen sie sich ansonsten vom Unternehmen meist ausreichend mit Fortbildungsangeboten und -anreizen versorgt, in Fragen des Umgangs mit psychisch erkrankten Menschen sehen sie hier aber Qualifizierungsdefizite, die dringend behoben werden müssen. So fehlt ihnen oft das rechte Handwerkszeug und sie sind sehr unsicher über das, was sie mit ihren Handlungen bei den psychisch Erkrankten auslösen. Oft erfahren sie eine starke Ablehnung und wissen gar nicht, wie sie damit umgehen sollen. Ein strukturelles Problem ist dabei die knappe Zeitbemessung, weil die Pflege psychisch Erkrankter deutlich mehr Zeit in Anspruch nimmt.

Anerkennungsdefizite und fehlendes Feedback

Für die Pflegekräfte, die mittleren Führungskräfte und auch die Hauswirtschaftskräfte ist ein nicht ausreichendes (oder gar fehlendes) konstruktives und direktes Feedback seitens der Unternehmensleitung hinderlich für die zufriedenstellende Ausübung ihrer Tätigkeiten. Dabei geht es gar nicht um besonders viel oder um besonders ausgeklügelte Bewertungen. Sie würden gerne unmittelbar mehr Lob – oder

auch Kritik – zu ihrer Arbeit hören, wenn es gerade passt (z.B. wenn man eine neue Aufgabe gut geschafft hat).

„Einfach mal sagen: Das hast du gut/nicht gut gemacht“

Die Pflegekräfte vermissen diese Anerkennung vor allem während der Übergaben (also ihrem direkten Kontakt mit dem Leitungsteam). Und sie finden, dass es mehr Mitarbeiterentwicklungsgespräche geben müsste, in denen über ihre Arbeit, ihre bisherige Entwicklung und ihre weiteren Entwicklungsmöglichkeiten gesprochen werden könnte.

Die mittleren Führungskräfte vermissen das Verständnis für ihre anforderungsreiche Situation sowohl seitens der Unternehmensführung als auch der Pflegekräfte. Deshalb fehlt ihnen manchmal die Anerkennung für ihre Tätigkeit. Dabei sehen sich die mittleren Führungskräfte im Büroteam durch ihre „Filterfunktion“ zwischen den Pflegekräften einerseits sowie der Unternehmensleitung und Pflegedienstleitung andererseits in einer besonderen Position im Unternehmen. Sie stellen das Bindeglied zwischen ‚oben‘ und ‚unten‘ bzw. zwischen der Pflege und dem Leitungsbe- reich. Das bildet für sie eine ebenso unverzichtbare wie herausfordernde Aufgabe, die im Alltag jedoch nicht genügend gewürdigt wird.

Die Hauswirtschaftskräfte fühlen sich im Unternehmen ernst genommen und gleichwertige als Kolleginnen behandelt. Aber sie denken auch, dass ihre Arbeit und Position bei den Patienten und Patientinnen nicht ausreichend in ihrer Bedeu- tung für die Kunden und das Unternehmen (Kundengewinnung) gewürdigt werden. Denn ohne die Arbeit der Hauswirtschaft könnte eine ambulante Betreuung oft gar nicht durchgeführt werden. Zudem sind die Hauswirtschaftskräfte oft „Türöffner“ und Vermittler für potenzielle Patientinnen und Patienten an das Pflegeunterneh- men. Auch das wird im Unternehmen nicht ausreichend (an-)erkannt empfunden.

Ein weiterer übergreifender Aspekt, der vor allem die Pflege- und Hauswirtschafts- kräfte belastet, ist die in ihren Augen mangelhafte gesellschaftliche Anerkennung ihrer Tätigkeiten. Sie kann zwar im Rahmen des betrieblichen Teils des Projekts ZUKUNFT:PFLEGE nicht bearbeitet werden. Aber sie ist für das Anerkennungserle- ben der Beschäftigten im Pflegebereich sehr wichtig. Die mangelhafte gesellschaft- liche Anerkennung äußert sich insbesondere in einer oft negativen medialen Be- richterstattung über die Pflege (z.B. über Qualitätsprobleme) und einer zu geringen Bemessung der Leistungssätze durch die Kranken- und Pflegeversicherung, die wiederum für das geringe Lohnniveau in der Pflege und noch mehr in der Hauswirt-

schaft verantwortlich gemacht wird. Insbesondere die Hauswirtschaftskräfte, die einen wichtigen Teil der ambulanten Versorgungsstruktur bilden, empfinden ihre Arbeit als gesellschaftlich viel zu gering bewertet.

Rollenunklarheiten der Hauswirtschaftskräfte

Die Hauswirtschaftskräfte beschreiben Hemmnisse für ihre Arbeit durch nicht immer eindeutige Rollenklarheit zwischen hauswirtschaftlichen und leichten pflegerischen Tätigkeiten. Die Mitarbeiterinnen der Hauswirtschaftlichen Abteilung verbringen, im Gegensatz zu den Pflegekräften, mehrere Stunden bei nur einer Patientin bzw. einem Patienten. In dieser großen Zeitspanne fallen häufig kleinere pflegerische Tätigkeiten an, z.B. das Verabreichen von Augentropfen. Unklar ist dabei, welche konkreten Leistungen von den Hauswirtschaftskräften ausgeführt werden dürfen.

Kommunikationsüberlastung im Büroteam

Vor einer besonderen Herausforderung steht in ambulanten Pflegeunternehmen das Büro- und Leitungsteam. Das hat zum einen damit zu tun, dass die zu vollbringenden Organisationsleistungen in ambulanten Unternehmen aufgrund des *internen* Koordinations- und Kooperationsaufwandes sehr hoch sind. Das hat zum anderen aber damit zu tun, dass auch der *externe* Kooperationsaufwand hoch, vielfältig und oft nur mit besonderen Kenntnissen und Qualifikationen möglich ist. Das betrifft insbesondere den Bereich der Pflegedokumentation sowie des Leistungs- und Verwaltungsmanagements mit den Kranken- und Pflegeversicherungen. Zudem muss mit Arztpraxen, Apotheken und vielen anderen Partnern zeitnah und für alle Seiten bedarfsgerecht kooperiert und kommuniziert werden. Dabei haben alle internen und externen Kontakte ihre eigenen Zeiten (Dienstende und -beginn, Praxiszeiten usw.) und sind schwer miteinander zu koordinieren.

»System Overload« durch Kommunikationsanforderungen

Die Pflegeunternehmen reagieren dort, wo es geht, mit Spezialisierung, um den anfallenden Kommunikations- und Kooperationsaufgaben möglichst qualitativ hochwertig gerecht werden zu können. Allerdings greifen dabei viele Aufgabengebiete ineinander und müssen laufend miteinander abgestimmt werden. Das bedeutet wiederum, dass zusätzlich zu den sowieso schon großen externen Kommunikationsan-

forderungen und jenen mit den anderen betrieblichen Gruppen (Hauswirtschafts- und Pflegekräfte) auch innerhalb des Büro- und Leitungsteams hohe Kommunikationsanforderungen bestehen. Zwar ist innerhalb des Büroteams die Einsicht groß, dass jede Frage an den Kollegen bzw. die Kollegin immer eine Unterbrechung für diese Person bedeutet. Allerdings benötigt man selbst diese Informationen bzw. muss sie selbst weitergeben, damit der gesamte Arbeitsprozess funktionieren kann. Jede und jeder wird damit ebenso zu einer Voraussetzung der Arbeit der anderen wie zu deren Behinderung. Die Folge ist eine sehr hohe Belastung durch Kommunikation, die sich vor allem in unplanbaren Tagesabläufen und Unterbrechungen auch bei jenen Arbeiten äußert, die hohe Konzentration erfordern und am besten im Zusammenhang zu bewältigen sind.

4. Gestaltungsansätze

Es lässt sich festhalten, dass die ambulante Pflege sowohl für die verschiedenen Gruppen im Unternehmen wie für das Gesamtunternehmen eine sehr komplexe Organisationsaufgabe darstellt. Das hat natürlich Auswirkungen auf die Arbeitsqualität der verschiedenen Gruppen. Zum Teil bilden die Vielfalt und der hohe Grad der Eigenverantwortung in der Arbeit ebenso wie der persönliche Kontakt mit den Patienten und Patientinnen sowie den Kollegen und Kolleginnen und schließlich auch der hohe Sinngehalt der ambulanten Pflege wichtige Ressourcen für eine gute Arbeit. Zum Teil können diese Ressourcen jedoch nicht immer genutzt werden bzw. äußern sich starke Belastungen durch die psychisch und körperlich anforderungsreiche Arbeit – sowohl bei den Pflege- und Hauswirtschaftskräften als auch im Büro- und Leitungsteam der ambulanten Pflegeunternehmen. Hier zeigt die Analyse einige Felder, die für eine verbesserte Beschäftigungsfähigkeit gestaltet werden können.

Wir konzentrieren uns dabei vor allem auf die Gestaltung der Schnittstellen (Tourenplanung, Übergabe, Pflegedokumentation) und den Austausch der unterschiedlichen Erwartungen zwischen den verschiedenen betrieblichen Gruppen. Verursachen die Schnittstellen auf einer oder beiden Seiten Stress, verlangen sie nach einer bedarfsgerechten Gestaltung. Bedarfsgerecht bedeutet, dass die Anforderungen und Erwartungen der beteiligten Gruppen ergründet und lösungsorientiert miteinander in einen Austausch zu bringen sind. Vielfach sind sich die Beteiligten gar nicht darüber im Klaren, dass ihr Handeln bei ihren Partnern oder Partnerinnen Stress auslöst. Oft wissen sie auch nicht, dass jeweiligen Partner oder Partnerinnen aus einer anderen Tätigkeitsgruppe Lösungen ins Auge fasst, die auch den eigenen Interessen entgegenkommt. Vielfach müssen aber natürlich auch Kompromisse zwischen den Erwartungen und Interessen beider Seiten gefunden werden.

Kommunikation als übergreifende Gestaltungsanforderung

Im Mittelpunkt der Ressourcen, der Belastungen wie schließlich auch der Gestaltungschancen steht dabei unserer Ansicht nach die

Organisation der Kommunikation

im Pflegeunternehmen. Sie hat drei Hauptstoßrichtungen:

- a. die Gestaltung von Kommunikationswegen und Kommunikationssituationen,
- b. die Gestaltung der Kommunikationsthemen und -inhalte und
- c. der Stil und die Haltung in der Kommunikation.

a) Kommunikationswege und -situationen

Bei der betrieblichen Organisation von Kommunikation sind mehrere Wege und Situationen zu bearbeiten:

- innerhalb des Pflgeteams (z.B. bei den Dokumentationsaufgaben),
- zwischen Pflegekräften und den Hauswirtschaftskräften,
- zwischen den Pflegekräften und dem Büroteam,
- innerhalb des Büroteams,
- zwischen dem Büroteam und externen Kooperationspartnern (und den Patientinnen und Patienten/Angehörigen).

Die Pflege ist zwar generell durch große Kommunikationsanforderungen gekennzeichnet. In der ambulanten Pflege bedeuten diese Anforderungen aber einen besonderen Organisationsaufwand, weil sich hier – anders als im stationären Bereich – die Pflegekräfte untereinander nicht oder zumindest sehr viel weniger häufig zum direkten Austausch begegnen. Der Kommunikationsfluss muss also sehr stark über Vermittlungsinstanzen bzw. Schnittstellen gesteuert werden. Eine reibungsfreiere Organisation dieser Schnittstellen könnte für alle Beteiligten den Kooperationsstress vermindern. In den Workshops der Pflege- und der Hauswirtschaftskräfte wie auch der mittleren Führungskräfte aus dem Büroteam wurden bereits einige Gestaltungsvorschläge erarbeitet, die nun in Arbeitsgruppen in den Pflegeunternehmen zu Gestaltungslösungen ausgearbeitet und anschließend in der Praxis erprobt werden sol-

len. Dabei wird auch die Art und Weise der Kommunikation im Mittelpunkt der Gestaltung stehen. Hier wird eine nach den Grundsätzen der Achtsamkeit gestaltete Kommunikation verfolgt (Behrens/Bleses2013).

b) Kommunikationsthemen und -inhalte

Es gibt bei der Organisation von Kommunikation im ambulanten Pflegeunternehmen verschiedene Themen und Inhalte, die besonders hervorstechend sind:

- Anerkennung
- Informationen zu (neuen) Patientinnen und Patienten
- Bedarfsgerechte Qualifizierung im Umgang mit psychisch Erkrankten
- Bedarfsgerechte Qualifizierung im Umgang mit eigenen psychischen Belastungen

Im Bereich der Anerkennung geht es neben der als zu wenig empfundenen gesellschaftspolitischen Anerkennung vor allem auch um Fragen der Anerkennung der Pflege- und Hauswirtschaftskräfte im eigenen Unternehmen (zu wenig konstruktives Feedback, fehlende Anerkennung der Dokumentationsführung und ständige Erreichbarkeit auch nach Feierabend, Anliegen ernst nehmen). Insbesondere die Pflegekräfte haben aufgrund ihrer eigenständigen Arbeit einen hohen Bedarf an ausreichend Informationen über (für sie neue) Patientinnen und Patienten. Die Workshops sowohl mit den Pflege- als auch mit den Hauswirtschaftskräften haben ergeben, dass die wachsende Anzahl jüngerer und psychisch erkrankter pflegebedürftiger Menschen einen hohen Bedarf an Qualifizierung im Umgang mit psychisch Erkrankten aber eben auch im Umgang mit den eigenen psychischen Belastungen mit sich bringt. Auch in diesen Bereichen wurden in den Workshops und Arbeitsgruppen bereits einige Gestaltungsvorschläge erarbeitet, die in der Praxis umgesetzt und evaluiert werden müssen.

c) Stil und Haltung in der Kommunikation

Stil und Haltung in der Kommunikation haben sich in beiden Unternehmen als übergreifendes und vielschichtiges Thema herausgestellt. Insbesondere bei sensiblen und persönlichen Themen aber auch bei alltäglichen Kommunikationssituationen, wie der Übergabe oder die Teambesprechungen, ist es von großer Bedeutung und wurde daher bereits in den Arbeitsgruppen beider Unternehmen noch einmal aufgegriffen.

Am Beispiel der Übergabe wurden sowohl von den Pflege- als auch von den Bürokräften eine häufig auftretende Hektik und Unruhe beschrieben, die insbesondere während der Kernzeit der Übergabe (etwa zwei Stunden am Vormittag) entsteht. Ein Hauptstörfaktor ist dabei das Telefon: Durch das Klingeln und das Annehmen von Anrufen während einer Übergabe werden sowohl die Person, die die Übergabe entgegennimmt als auch die Pflegekraft abgelenkt. Es wird dann die Frage aufgeworfen, ob der Gegenüber wirklich zuhört? Häufig steht für eine Übergabe insgesamt zu wenig Zeit zur Verfügung. Dann empfinden insbesondere die Bürokräfte einzelne Übergaben als langatmig. In diesen Fällen werden die Wichtigkeit einzelner Themen und auch die gegenseitige Wertschätzung von beiden Seiten als sehr gering empfunden. Andererseits wurden als positiver Aspekt in beiden Unternehmen die freundliche, offene und ungezwungene Art der Kommunikation und die hohe Kollegialität zwischen Pflegekräften und Büroteam als gute Basis gelobt.

Die Überlegung „Wie findet Kommunikation zurzeit im Unternehmen statt?“ führte in den hierarchieübergreifenden Arbeitsgruppen sehr schnell zu Antworten auf die Frage: „Wie soll Kommunikation stattfinden?“ Dazu wurden gegenseitige Erwartungen der Büro- und Pflegekräfte an eine gute Kommunikation geäußert. Diese widersprachen sich nicht, sondern führten vielmehr in dieselbe Richtung. Der wertschätzende Umgang miteinander wurde als Grundlage einer guten Kommunikation hervorgehoben. Eine Begegnung ‚auf Augenhöhe‘ schließt den gegenseitigen Respekt und die Gleichwertigkeit der anwesenden Personen ein. So ist es für beide Seiten leichter, konstruktive Kritik zu äußern: dies beinhaltet sowohl Lob zu äußern als auch Dinge benennen zu können, die man gemeinsam besser gestalten möchte. Um Ablenkung zu vermeiden und die Konzentration – zuhören, reagieren und wahrnehmen – auf die andere Person zu ermöglichen, soll Kommunikation in einer möglichst störungsfreien Umgebung stattfinden. Für die Übergabe bietet sich dafür z.B. ein separater Raum an, in dem auch die Chance geboten werden kann, sensible Dinge allein und in Ruhe besprechen zu können. Eine Voraussetzung dafür ist, dass sich sowohl die Pflege- als auch die Bürokräft ausreichend Zeit für die Kommunikationssituation nimmt bzw. nehmen kann. Auch ist die angemessene Körpersprache bedeutend für die gute Kommunikation. Es wurde angeregt, z.B. mit einer zugewandten Körperhaltung und Blickkontakt, der anderen Person so zu begegnen, dass es dieser möglich ist, sich gerne und frei zu äußern. Hierbei wurde die Wahrnehmung der Befindlichkeit des Gegenübers als weitere Grundlage beschrieben. Die Kommunikation sollte auf einer sachlichen Ebene bleiben und gleichzeitig ist es wichtig, dass die Individualität der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter im Unternehmen beachtet wird. Mögliche Konflikte sollten direkt – bei Bedarf zusammen mit einer dritten, neutralen Person – und in einem geeigneten, störungsfreien Raum angesprochen werden (können).

Das folgende Schaubild zeigt die in den Arbeitsgruppen erarbeiteten Lösungsansätze für eine ‚gute‘ Kommunikation als Leitbild:

Abb. 1: Leitbild einer guten Kommunikation



Quelle: eigene Darstellung

5. Fazit und Ausblick

Es hat sich gezeigt, dass in den ambulanten Pflegeunternehmen sehr hohe Kommunikationsanforderungen bestehen. Eine gut gestaltete Kommunikation zwischen verschiedenen Gruppen im Unternehmen und mit externen Kooperationspartnern ist eine wichtige Voraussetzung für eine gute Arbeitsqualität der Beschäftigten und mittleren Führungskräfte wie für eine produktive Arbeitsorganisation im Unternehmen. Auf ihre erwartungsrechte Gestaltung wird deshalb im weiteren Verlauf des Projekts besonderer Wert gelegt. Kommunikation ist aber nicht das einzige Gestaltungsthema, auch wenn es mit vielen anderen Themen in mittelbarem oder unmittelbarem Zusammenhang steht. Weitere spezielle Themen sind insbesondere erwartungsgerecht gestaltete

- Qualifikationsbedarfe,
- Anerkennung in der Arbeit,

- Tourenplanung,
- Dienstplangestaltung,
- Organisation der Dokumentation,
- Dienstbesprechungen,
- Übergaben.

Hier werden in Arbeitsgruppen, die mit Führungs- und Pflege- sowie teilweise auch Hauswirtschaftskräften besetzt sind, Gestaltungslösungen entwickelt, die in den Unternehmen erprobt und anschließend evaluiert sowie – je nach Ergebnis der Evaluation – verändert werden. Ziel ist es, aus den Erfahrungen mit der Anwendung von Gestaltungslösungen in Kombination mit den oben beschriebenen Ressourcen einer guten Arbeitsqualität im ambulanten Bereich Handlungsleitfäden zu erarbeiten, die der verbesserten Beschäftigungsfähigkeit in ambulanten Pflegeunternehmen dienlich sind.

Wir können den Unternehmen und Beschäftigten damit exemplarisch vor Augen halten, was in ihren eigenen Unternehmen möglich ist. Damit wird aber leider nicht alles zu erreichen sein. Denn – wie bereits mehrfach betont – sind die personellen und finanziellen Ressourcen vieler kleinerer ambulanter Unternehmen beschränkt. Sie können nicht alles leisten, was nötig ist, um den Anforderungen des demografischen Wandels in jeder Hinsicht gerecht werden zu können. Hier sind Kooperationen mit anderen Unternehmen und eine engere Verbindung mit Unterstützern und Dienstleistern der ambulanten Pflege ein erfolgversprechender Weg, die verfügbaren Handlungsressourcen zu erweitern. Das betrifft gerade die wichtigen Themen der Qualifikation und der gesundheitlichen Ressourcen. Das soll Thema des anschließenden Beitrags zum Netzwerkaufbau des Verbundprojekts ZUKUNFT:PFLEGE sein (Ritter/Pöser 2013, in diesem Zwischenbericht).

Literatur

- Becke, Guido; Bleses Peter (2013): Interaktion und Koordination: Befunde zur Arbeitssituation in ambulanten Pflegeunternehmen (in diesem Zwischenbericht)
- Becke, Guido; Senghaas-Knobloch, Eva (2010): Dialogorientierte Praxisforschung in organisatorischen Veränderungsprozessen. artec-paper Nr. 165, artec | Forschungszentrum Nachhaltigkeit, Universität Bremen
- Becke, Guido; Senghaas-Knobloch, Eva (2004): Forschung in Aktion – Betriebliche Veränderungen im Dialog. artec-Paper 121, artec | Forschungszentrum Nachhaltigkeit, Universität Bremen
- Behrens, Miriam; Bleses, Peter (2013): Der Dialog - Basis achtsamen Unternehmenswandels; in: Becke, Guido; Funken, Christiane; Klinke, Sebastian; Schweer, Martin; Scholl, Wolfgang (Hrsg.): Innovationsfähigkeit durch Vertrauensgestaltung - Befunde und Instrumente zur nachhaltigen Organisations- und Netzwerkentwicklung. Frankfurt/M. et al.: Peter Lang (im Erscheinen)
- Behrens, Miriam (2011): Das kommunikative Gestaltungskonzept 'Organisationale Achtsamkeit': Handlungsmöglichkeiten für PraktikerInnen; in Becke, Guido; Behrens, Miriam; Bleses, Peter; Evers, Janina; Hafkesbrink, Joachim: Organisationale Achtsamkeit in betrieblichen Veränderungsprozessen: Zentrale Voraussetzung für innovationsfähige Vertrauenskulturen. artec-paper Nr. 175), artec | Forschungszentrum Nachhaltigkeit, Universität Bremen, S. 137-165
- Bleses, Peter (2013): Beteiligung organisieren; in: Becke, Guido; Behrens, Miriam; Bleses, Peter; Meyerhuber, Sylke; Schmidt, Sandra (Hrsg.): Organisationale Achtsamkeit – Veränderungen nachhaltig gestalten. Stuttgart: Schäffer-Poeschel (im Erscheinen)
- Bleses, Peter; Ritter, Wolfgang (2013): Das Verbundprojekt ZUKUNFT:PFLEGE – Nachhaltige Beschäftigungsfähigkeit im Fokus (in diesem Zwischenbericht)
- Büscher, Andreas; Horn, Annett (2010): Bestandaufnahmen zur Situation in der ambulanten Pflege. Ergebnisse einer Expertenreihe. Bielefeld: Veröffentlichungsreihe des Instituts für Pflegewissenschaft an der Universität Bielefeld
- Fricke, Werner (2012): Aktionsforschung in schwierigen Zeiten; in Jostmeier, Milena; Georg, Arno; Jacobsen, Heike (Hrsg.): Sozialen Wandel gestalten: Zum gesellschaftlichen Innovationspotenzial von Arbeits- und Organisationsforschung. Wiesbaden: VS Verlag
- Gustavsen, Björn (1994): Dialog und Entwicklung. Kommunikationstheorie, Aktionsforschung und Strukturreformen in der Arbeitswelt. Berlin: Edition Sigma
- Kuhnert, Jennifer (2011): Die Ressource Zeit schonen. Software- und Technikeinsatz optimieren die Touren- und Einsatzplanung; in: Häusliche Pflege, Band 20, Heft.1, S. 28-30

- Ritter, Wolfgang; Pöser, Stephanie (2013): Gemeinsam Austauschen und Lernen für nachhaltige Beschäftigungsfähigkeit – Kooperation im Netzwerk ZUKUNFT:PFLEGE (in diesem Zwischenbericht)
- Rothgang, Heinz; Müller, Rolf; Unger, Rainer (2012): Themenreport „Pflege 2030“. Gütersloh: Bertelsmann Stiftung
- Thielhorn, Ulrike (2012): Aspekte der Pflegebildung; in: Bechtel, Peter; Smerdka-Arhelger, Ingrid (Hrsg.): Pflege im Wandel gestalten - Eine Führungsaufgabe. Lösungsansätze, Strategien, Chancen. Berlin, Heidelberg: Springer, S. 123-130

Gemeinsam Austauschen und Lernen für nachhaltige Beschäftigungsfähigkeit – Kooperation im Netzwerk ZUKUNFT:PFLEGE

Wolfgang Ritter / Stephanie Pöser

1. Einleitung

Wie bereits in den vorherigen Beiträgen (Bleses/Ritter 2013 und Bleses/Jahns/Behrens 2013 in diesem Zwischenbericht) beschrieben, ist die Pflege besonders von der demografischen Entwicklung betroffen. Auf der einen Seite werden in den nächsten Jahrzehnten immer mehr Personen aufgrund steigender Lebenserwartung potenziell pflegebedürftig. Auf der anderen Seite wird dieser zunehmende Pflegebedarf durch zunehmend älter werdende Fachkräfte abgedeckt werden müssen. Für zukünftige Patienten, Unternehmen wie Beschäftigte werden damit die nachhaltige Qualifikation, Motivation und Beschäftigungsfähigkeit der Pflegekräfte von ökonomischer und sozialer Bedeutung sein. Vor diesem Hintergrund sehen sich besonders die in der Pflegebranche tätigen kleine und mittlere Unternehmen (KMU) drängenden Herausforderungen gegenüber. Diese sind insbesondere die Attraktivitätssteigerung des Pflegeberufs, die Bewältigung der hohen körperlichen und psychischen Arbeitsbelastungen, die Gewährleistung eines dauerhaft hohen Qualifikationsniveaus sowie die Senkung der hohen Quoten des vorzeitigen Berufsausstiegs. Vor allem in der weiter an Bedeutung gewinnenden ambulanten Pflege fehlen bislang Konzepte, die Antworten auf den sich verschärfenden Personalmangel geben können. Im Beitrag von Bleses/Jahns/Behrens (2013, in diesem Zwischenbericht) wurde bereits dargestellt, inwieweit zum einen kleinere und mittlere Betriebe auf betrieblicher Ebene, also mit ihren eigenen „Bordmitteln“ eine solche Herausforderung angehen können. Zum anderen wurde beschrieben welche weiterzuentwickelnden Ressourcen oder neue betriebliche Strategien sie nutzen können, um wettbewerbsfähig und attraktiv für die Beschäftigten (= nachhaltige Beschäftigungsfähigkeit) zu bleiben. Doch reichen die eigenen (ggf. neu entwickelten) Ressourcen im Betrieb aus? Die sich hieraus ergebende weitere Frage für den folgenden Abschnitt ist: „Wo und wie können betriebliche Strategien für die nachhaltige Beschäftigungsfähigkeit durch weitergehende überbetriebliche Unterstützung entwickelt bzw. verbessert werden?“

Hier setzt – neben der betrieblichen – die zweite Strategie des Verbundprojekts an. Das Zentrum für Sozialpolitik (ZeS) der Universität Bremen hat die Aufgabe, ein

regionales Netzwerk zur Unterstützung der KMU in der ambulanten Pflege zu etablieren, das die Unterstützungsbedarfe der ambulanten Pflegeunternehmen zum Ausgangspunkt hat, die sie nicht allein abdecken können. Das Netzwerk soll zugleich ein Lern- und Kommunikationsort aber auch ein „Markt“ sein. Zunächst werden hemmende und fördernde Strukturen sowie Prozesse für den Austausch im Netzwerk analysiert: Wie tauschen sich die Projektpartner im Betrieb und mit beteiligten Akteuren aus? Woher beziehen sie Informationen? Wie werden diese Informationen an die Beschäftigten weitergegeben?

Im Vordergrund stehen dabei die Analysen von Strukturen und Beziehungen in bewährten Netzwerken (z. B. INQA „Regionales Netzwerk Pflege“, Aachen), die für das Netzwerk ZUKUNFT:PFLEGE ggf. adaptiert und genutzt werden können. In einem weiteren Schritt wird nach möglichen Angeboten gesucht, die den beteiligten Pflegeunternehmen helfen können, die Anforderungen des demografischen Wandels zu bewältigen. Hier soll ein „Marktplatz“ geschaffen werden, auf dem Anbieter und Nachfrager von Qualifikations- und Präventionsangeboten zusammengebracht werden. Beispielsweise können maßgeschneiderte Qualifikationsangebote von mehreren Pflegeunternehmen zugleich bei einem Anbieter (z. B. einem Fortbildungszentrum) erfragt und gebucht werden. Ein gemeinsames Vorgehen mehrerer Betriebe kann die Kosten für das einzelne Unternehmen senken. Zudem können die Pflegeunternehmen auch in einen direkten Austausch miteinander treten. Eine solche Tauschbörse oder auch Wertschöpfungskette von Strategien und Instrumenten lebt von Vertrauen und dem sich in der Waage haltenden Geben und Nehmen im Netzwerk. Es lebt aber auch von einem dynamisch gestalteten Unterstützungsangebot, das neben dem aktuellen Bedarf und dem Angebot seiner Netzwerkpartner auch mögliche zukünftige Wünsche im Netzwerk erarbeitet und diese dann als potentielle Nachfrage gemeinsam mit Anbietern als Angebot erstellt. Wie das Netzwerk im Rahmen des Verbundprojektes aufgebaut, dessen notwendige Komponenten erhoben und in Arbeitsgruppen weiter bearbeitet wurde, soll im folgenden Kapitel beschrieben werden.

In den theoretischen Vorüberlegungen sowie Hintergründen werden die aus wissenschaftlicher Sicht und aus anderen Netzwerkerfahrungen gewonnenen, wichtigen Ankerpunkte für den Aufbau und die Arbeit in einem Netzwerk beschrieben. Zahlreiche sozialwissenschaftliche Forschungszweige benennen bereits Voraussetzungen für die Netzwerkarbeit, so dass in diesem Projekt „das Rad nicht neu erfunden werden muss“. Jedoch sind nicht alle theoretischen Vorüberlegungen 1:1 auf ein neues Netzwerk in der Pflegebranche übertragbar. Regionale Besonderheiten, gute und weniger gute Erfahrungen der Unternehmen und anderen Partnern (Unterstützer wie Berufsgenossenschaft, bpa, wisoak, ibs, IBF usw.) mit früheren Netzwerken

sowie inhaltlich wichtige Bedarfe der Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen brauchen besondere und abgestimmte Vorgehensweisen im neuen Netzwerk ZUKUNFT:PFLEGE. Hier stellen wir die Wünsche der Beschäftigten, Führungskräfte und Unterstützer vor, die einen gemeinsamen Aufbau und die Arbeit im Netzwerk aus den verschiedenen Perspektiven nachhaltig gelingen lassen können. Neben den Wünschen der Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen an ein Netzwerk, werden auch die Arbeitsgruppenergebnisse dargestellt. Diese Arbeitsgruppen bearbeiten einzelne aus Netzwerksicht wichtige Punkte wie „Qualifikation“ oder „Botschafter/in für das Netzwerk“. Schließlich wird ein Resümee und Ausblick auf die weitere Arbeit mit den vorliegenden Wünschen den Abschluss bilden.

2. Theoretischer Rahmen und Hintergrund für Netzwerke

In der Organisationssoziologie werden Netzwerke im Allgemeinen als eine dezentral regulierte Zusammenarbeit selbstständig Handelnder beschrieben. Angenommen wird dabei, dass es sich um lose Kooperations- oder auch flüchtige Austauschformen handelt, die noch nicht die Kooperationsdichte formaler Organisationen (wie bspw. Unternehmen, Behörden usw.) aufweisen. Hier kann die Vorstellung von „nicht mehr [einzelne zufällig zusammenstehende Personen; *die Verfass.*], aber zugleich noch nicht“ [Unternehmen mit festen Strukturen, Grenzen, Regeln und festgelegten Abläufen; *die Verfass.*] entstehen (vgl. Teubner 1996: 539).

Netzwerke werden meistens deshalb gegründet, weil Organisationen ihre Aufgaben und Probleme gemeinschaftlich besser lösen können. Netzwerke können somit die potentiellen Mängel an Ressourcen (Zeit, Personal oder Wissen) der einzelnen Mitgliedsorganisationen ausgleichen. Ein

direkter Austausch

zweier vergleichbarer bzw. naher Organisationen (mittelgroßer ambulanter Pflegedienst_1 mit mittelgroßem ambulanten Pflegedienst_2 oder Behörde_1 mit Behörde_2), um so ihre Aufgaben und Probleme besser zu lösen, kommt in der Regel aus Konkurrenzgründen weniger in Frage. Die zweite Möglichkeit, dass sich andersartige Organisationen (mittelgroßer ambulanter Pflegedienst mit großer Heimstiftung) austauschen, um gegenseitig voneinander zu lernen, wird wegen des unsicheren Nutzens kaum gewählt. Einen Ausweg aus diesen Dilemmata scheinen Netzwerke zu bieten, in denen sich nicht abstrakte Organisationen, sondern kon-

krete Personen aus Organisationen zusammenfinden, um anstehende Probleme gemeinsam besser lösen zu können (INQA 2011: 12). Neben den Motiven von Netzwerk-Akteure scheint so auch die Attraktivität von Netzwerken deutlicher zu werden. Das Netzwerk scheint somit Anregungen oder Alternativen zur eigenen Vorgehensweise zu bieten, wenn Netzwerkteilnehmer und -teilnehmerinnen ihre Problemlösungskapazitäten erweitern wollen. Wenn somit jeder Netzwerkteilnehmer/jede Netzwerkteilnehmerin auf diese Weise gibt und nimmt sowie Vertrauen investiert (Berichte aus der eigenen Lösungspraxis), dann schafft das Netzwerk nicht nur eine Win-Win-Situation, sondern baut damit ein wichtiges Fundament für seinen Bestand auf (INQA 2011: 12).

Erkenntnisse aus vergangenen BMFT-Forschungsprogrammen zeigen, dass Unternehmensnetzwerke die Vielfältigkeit von Entwicklungs- und Gestaltungsprozessen aber auch deren Verbreiterung fördern können. Darüber hinaus können auch Doppelungen von einzelnen Strategien vermieden werden (Fricke 2007). Die in diesem Vorhaben umgesetzte Projektstrategie setzt dabei u. a. auf netzwerkförmigen Beziehungen, deren Management sowie dem Austausch und der Bündelung verschiedener Akteursaktivität.

Der geschäftliche Alltag von Inhabern kleinerer und mittlerer Unternehmen wird primär jedoch von dem direkten Geschehen am Arbeits- und Einsatzort geprägt. Bereiche wie Innovationsfähigkeit, Motivation aber auch Gesundheit sind – wenn nicht akute Probleme vorliegen – eher zweitrangig. Gleichwohl ist in diesen KMU in der Regel die „unternehmerische Wertigkeit“, qualifizierte, motivierte und leistungsbereite Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen zu finden, von großem Interesse, stellen diese letztlich die „wertvollste Ressource“ des Betriebs dar. Insofern besteht ein Interesse an der Beschäftigungsfähigkeit und der Gesundheit sowie der Risikominimierung für die Beschäftigten (vgl. Pröll/Fromm: 2000). Aufgrund des autonomen Unternehmertypus erscheinen Ansätze (auch externe Angebote) für die Beschäftigungsfähigkeit und die Gesundheit in KMU sinnvoll zu sein, die eher auf Eigenständigkeit und Selbsthilfe abzielen. Die in vielen KMU vorhandene Vernetzung mit organisatorisch-institutionellen bzw. regionalen und branchenmäßigen Netzwerken kann innovatives und salutogenes Wissen über das bedarfsgerechte Gestalten von Beschäftigungsfähigkeit generieren bzw. ausbauen. Gerade bei der Betreuung durch überbetriebliche Akteure bietet sich eine regionale oder branchenbezogene Kooperation an. Regional etablierte Netzwerke ermöglichen bspw. kleinen Dienstleistern, gemeinsame Aktionen zu planen, aber auch kompetente und kostengünstige Beratungen zu erhalten (Hirsch-Kreinsen 2007: 99ff.).

Für die KMU rücken dabei betriebübergreifende Beziehungen mit Unternehmen in den Vordergrund, die ähnliche Probleme aufweisen, also mit Kunden/Kundinnen

oder Kostenträgern und ihrem Wissen und ihrer Erfahrung. Dabei sollen gemeinsam mögliche Instrumente und Lösungen ausgetauscht oder entwickelt werden. Diese Kooperationen stellen grundlegende Strukturen für ein „lernendes Netzwerk“ in, zwischen und außerhalb der betroffenen Unternehmen dar. Die Beteiligten können aber nach Erkenntnissen der Arbeitsforschung wenig Wissen über relevante Innovationsstrategien austauschen und dies auch praktikabel vor Ort umsetzen. Hierzu fehlen den einzelnen kleinen Unternehmen konkrete Kommunikations- bzw. „Lern-“ Instrumente und -Verfahren, um insbesondere mit möglichen Netzwerkpartnern zu kommunizieren. Die KMU sind dabei zum einen an ein Minimum von bürokratischem Aufwand (aus Personal-, Zeit- und Geldgründen) interessiert und zum anderen sollen die Investitionen in die Beschäftigungsfähigkeit und Gesundheit ihrer Beschäftigten auch einen ökonomischen Mehrwert haben. Dies kann besonders in der besseren und nachhaltigen Qualifizierung (und damit vielseitigeren Einsetzbarkeit) mit emotionalen und kommunikative Handlungskompetenzen der Beschäftigten liegen (Hirsch-Kreinsen 2007).

Wie aber kann dieses Beschäftigtenwissen über viele verstreute und gerade kleinere Betriebe effizient generiert und nachhaltig von den betroffenen Akteuren genutzt und eigenständig weiterentwickelt werden? Im Rahmen unseres Verbundprojektes und des Netzwerks sind praktikable Strategien und Instrumente bedarfsgerecht zu entwickeln. So werden zum einen auch die Erfahrungen der Projektpartner genutzt – insbesondere die der Arbeitsschutzinstitutionen, der Sozialpartner und der Berufsverbände – um Strategien und Instrumente zu entwickeln. Dabei soll an die bisherigen Erfahrungen aus den Projekten des artec und des ZeS angeknüpft werden. Schwerpunkte sind:

- Schulung und Qualifikation (z. B. für Zielgruppen wie Auszubildende, ältere Pflegekräfte)
- breite Informations- und Kommunikationsstrategien auch von und mit überbetrieblichen Akteuren (z. B. Internet, Broschüren, Plakate etc.)
- Workshop- und Zirkelarbeiten (betriebsintern und -übergreifend)
- Strategieentwicklung und -vermittlung im geplanten Handlungsleitfaden (Praktikable Dokumentation für die weitere Arbeit im Netzwerk).

Die in vielen Kleinbetrieben vorhandene Vernetzung in organisatorisch-institutionelle bzw. regionale und branchenmäßige Netzwerke kann präventives und salutogenes Wissen über das bedarfsgerechte Gestalten von Innovationen generieren und ausbauen (Zündorf 1994: 244). Dabei können außerbetriebliche Akteure wie Altenpflegeschulen, größere Krankenhäuser in der Region, Krankenkassen, Berufsgenossenschaften (z. B. BGW) nötige Hilfestellungen geben. Gerade bei der

Betreuung durch überbetriebliche Expertenakteure bietet sich eine regionale oder branchenbezogene Kooperation an. Regional etablierte Netzwerke ermöglichen es bspw. kleinen Pflegedienstleistern gemeinsame Aktionen zu planen, zu beraten, aber auch kompetente und effiziente Beratungen zu erhalten, um so nachhaltig und innovativ für die Zukunft gerüstet zu sein (vgl. Vehrs 1998: 58ff.).

Besonders für die konkrete Gestaltung lernender Organisationen in Kleinbetrieben und zwischen externen Akteuren bedeutet dies die Etablierung von geeigneten Lernmethoden und -instrumenten, die jedoch auf die Größe und betrieblichen Möglichkeiten abgestimmt sein sollten. In den Vordergrund rücken somit für die betroffenen Firmen interorganisationale (Lern- und Kommunikations-) Beziehungen mit Unternehmen, die ähnliche Probleme aufweisen, mit Auftraggebern und ihrem Wissen und Erfahrung, sowie mit Akteuren des Arbeits- und Gesundheitsschutzes. Dabei sollen gemeinsam mögliche Instrumente und Lösungen ausgetauscht bzw. entwickelt werden. Diese Kooperationen stellen grundlegende Strukturen für ein „lernendes Netzwerk“ in, zwischen und außerhalb der betroffenen Unternehmen dar, können aber nach Ansicht von Firmenexperten wenig Wissen über Beschäftigungsfähigkeit und Gesundheit austauschen und dies auch praktikabel vor Ort umsetzen. Hierfür fehlen den kleineren Unternehmen Instrumente, die erst einmal die notwendigen Kommunikations- und Lernverfahren – gerade im Pflegebereich zwischen Fachkräften und Betrieb, zwischen Firma und unterstützenden Qualifikationsakteuren – versteh- und beschreibbar sowie mess- und gestaltbar machen.

Auch vor dem Hintergrund der geschilderten Vorzüge von Netzwerken (insbesondere dem Nutzen für Teilnehmer/-innen) bleiben diese Konstrukte fragile Gebilde. So sind nach Einschätzung von INQA (2011: 13) eine gemeinsame Wertehaltung, „gute Moral“, stabile Beziehungen bzw. gute Kooperationserfahrungen nicht ausreichend, um die lose Kooperation von Personen und Organisationen auf Dauer im Ganzen aufrecht zu erhalten. Hier scheint eine Quadratur des Kreises gelingen zu müssen, um sich neben klassischen Sozialformen zu etablieren. Netzwerke sollten demnach die Steuerungsfähigkeit von Organisationen übernehmen, ohne jedoch zur Organisation zu werden. Fünf Säulen stützen dabei ein potenzielles Netzwerk (ebd.):

- Themenfindung und Zwecksetzung
- Handlungs- und Arbeitsfähigkeit
- Koordination
- langfristige Ressourcen
- Vermeidung möglicher Stolpersteine

Das ZeS der Universität Bremen hat vor diesem Strategiehintergrund die Aufgabe, ein regionales Netzwerk zur Unterstützung der KMU in der ambulanten Pflege zu etablieren, das die Unterstützungsbedarfe der ambulanten Pflegeunternehmen zum Ausgangspunkt hat, die sie nicht allein befriedigen können. Das Netzwerk soll zugleich ein Lern- und Kommunikationsort und auch ein „Markt“ sein. Zunächst werden hemmende und fördernde Strukturen sowie Prozesse für den Austausch im Netzwerk analysiert: Wie tauschen sich die Projektpartner im Betrieb und mit beteiligten Akteuren aus? Woher beziehen sie Informationen? Wie werden diese Informationen an die Beschäftigten weitergegeben? Im Vordergrund stehen dabei die Analysen von Strukturen und Beziehungen in bewährten Netzwerken (z. B. INQA „Regionales Netzwerk Pflege“, Aachen), die für das Netzwerk ggf. angepasst und genutzt werden können.

In einem weiteren Schritt wird nach möglichen Angeboten gesucht, die den beteiligten Pflegeunternehmen helfen können, die Anforderungen des demografischen Wandels zu bewältigen. Hier soll ein „Marktplatz“ geschaffen werden, auf dem Anbieter und Nachfrager von Qualifikations- und Präventionsangeboten zusammengebracht werden. Beispielsweise können maßgeschneiderte Qualifikationsangebote von mehreren Pflegeunternehmen zugleich bei einem Anbieter (z. B. einem Fortbildungszentrum) erfragt und gebucht werden. Ein solches kooperatives Vorgehen kann die Kosten für das einzelne Unternehmen senken. Zudem können die Pflegeunternehmen auch in einen direkten Austausch miteinander treten.

In der praktischen Umsetzung könnte dies bspw. so aussehen, dass die Arbeitsorganisationsanalyse bei den Beschäftigten eines Unternehmens den Bedarf an besonderen Schulungen jüngerer Beschäftigter im Umgang mit „Tod und Sterben“ ergibt. In dem anderen Partnerunternehmen hat eine ältere Mitarbeiterin mit einem Seminar zur palliativen Betreuung von Pflegebedürftigen und Angehörigen durch einen der Unterstützer (z. B. Gesundheit Nord) positive Erfahrungen gemacht und kann Empfehlungen hinsichtlich einer Schulung aussprechen. Im Netzwerk kann somit ein genauer Abgleich zwischen dem Bedarf der einen Beschäftigten mit den Erfahrungen der anderen stattfinden und bereits im Vorfeld mögliche Anpassungskriterien diskutiert werden. Im nächsten Schritt kann überlegt werden, ob der Anbieter aus dem Netzwerk mit den gewünschten Veränderungen für ein bedarfsgerechtes Weiterbildungsangebot angesprochen wird. Möglicherweise können aber auch – je nach Bedarf an Instrumenten – die Beschäftigten mit den Qualifikationserfahrungen ihr Wissen direkt dem Netzwerkpartner zur Verfügung stellen. Im Gegenzug würde das so profitierende Unternehmen im Austausch z. B. seine Erfahrungen bei der Gestaltung von familiengerechten Teilzeitarbeitsplätzen zur Verfügung stellen. Eine solche „marktorientierte Tauschbörse“ oder auch Wertschöpfungskette von Strate-

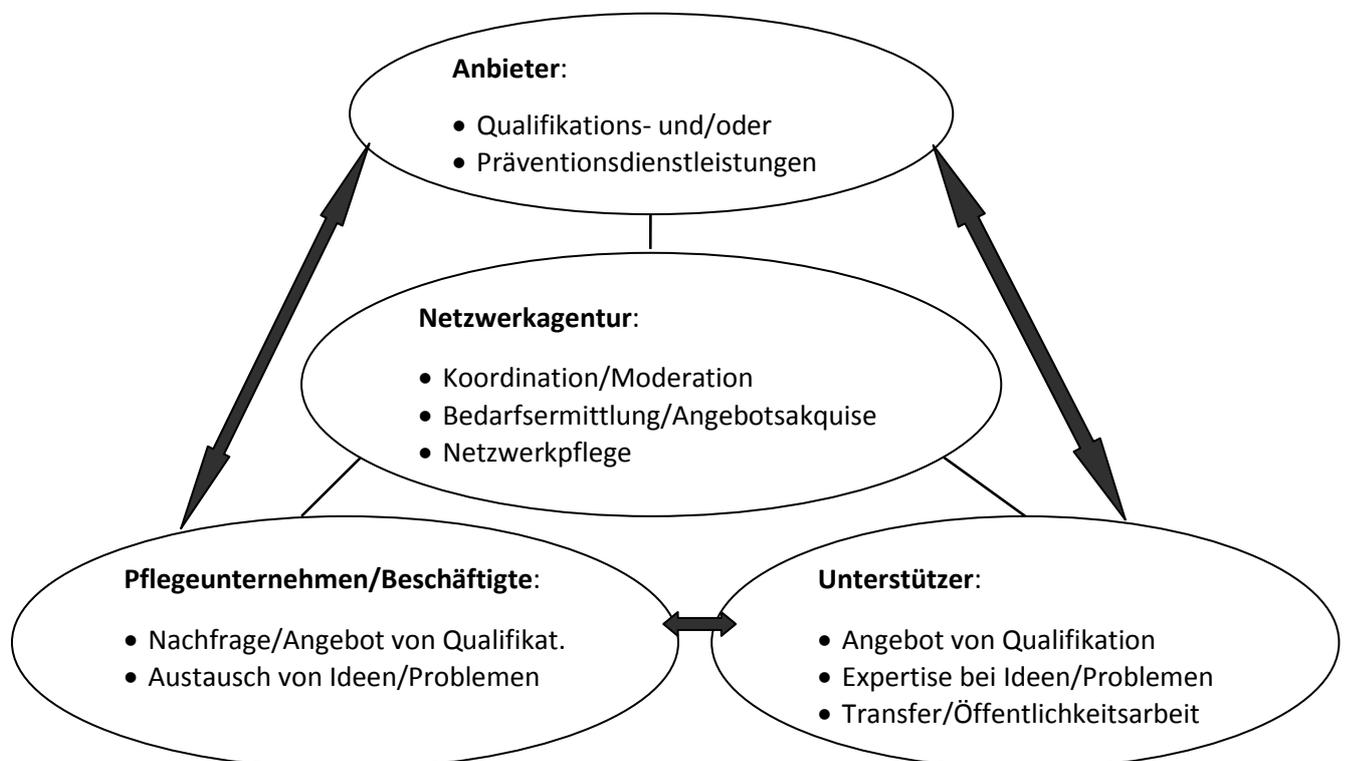
gien und Instrumenten lebt von Vertrauen und dem sich in der Waage haltenden Geben und Nehmen im Netzwerk. Es lebt aber auch von einem

dynamisch gestalteten Unterstützungsangebot,

das neben dem aktuellen Bedarf und dem Angebot seiner Netzwerkpartner auch mögliche zukünftige Wünsche im Netzwerk erarbeitet und diese als potentielle Nachfrage gemeinsam mit Anbietern dann als Angebot vorbereitet.

Um diese Leistungen erbringen zu können, benötigt das Netzwerk eine koordinierende Stelle („Netzwerkagentur“), die die Beziehungen zwischen den Netzwerkpartnern moderiert und den Wissensaustausch über aktuelle Inhalte/Strategien der Fort- und Weiterbildung aber auch betrieblicher Lern- und Handlungskonzepte koordiniert. Das ZeS wird diese Aufgabe für die Projektlaufzeit übernehmen. Damit die Unterstützung der Unternehmen über die Projektlaufzeit hinaus nachhaltig gewährleistet werden kann, ist aber die Entwicklung sich selbst tragender Strukturen unabhängig von Projektförderungen anzustreben. Hier wird das Netzwerk nach Finanzierungslösungen Ausschau halten.

Abb. 1: Partner und Aufgaben im Netzwerk



Quelle: eigene Darstellung

Inwiefern diese Strategie zum einen von den Netzwerkpartnern hinsichtlich ihrer Bedeutung ebenso wichtig eingeschätzt wird und damit deren Umsetzung maßgeblich zur Akzeptanz beiträgt, soll im folgenden Kapitel genauer beschrieben werden.

3. Ergebnisse aus dem Netzwerk

In diesem Kapitel erfolgt zum einen die Begründung für die gewählte Methode. Zum anderen zeigen wir die Verbindung der aus dem Netzwerk vorliegenden Ergebnisse zu der im ZUKUNFT:PFLEGE Teilvorhaben gewählten Vorgehensweise, um so den Nutzen eines Netzwerkes im Gesamtprojekt zu begründen.

Eine wesentliche Intention dieser Methodik liegt in der Aufhebung der Trennung zwischen beobachtender Forschung einerseits und veränderndem praktischen Handeln andererseits. Die Aktionsforschung von Kurt Lewin stellte für diese Vorgehensweise eine geeignete Form qualitativer Forschung innerhalb der Organisationsforschung dar (Gebert 1995: 300). Dabei werden die Hypothesenentwicklung und die Entwicklung von Lernprozessen für das Netzwerkhandeln selbst forciert (hier: der betrieblichen Praxis angepasste Strategien und Maßstäbe) und nicht die klassische Hypothesenüberprüfung (hier: Können theoretisch vorentwickelte Netzwerkstrategien in der Praxis umgesetzt werden?) verfolgt. Ein Grund für die gewählten diskursiven Kommunikationsstrukturen ist, dass die Referenzkriterien „Richtiges Handeln“ nicht am Wahrheitsbegriff der Forschenden, sondern an der Frage festgemacht werden sollte, ob später akzeptierte Netzwerkstrukturen und -prozesse zuvor konsensual zwischen allen Akteuren im Netzwerk herbeigeführt wurden (vgl. Gebert 1995: 301).

3.1 Empirisches Vorgehen und Datengrundlage

Für die Schaffung eines breiten Konsenses über die Vorgehensweise und Gestaltung des Netzwerkes wurden auf unterschiedlichen Ebenen bei den Partnerunternehmen aber auch den Unterstützern des Projektes Erhebungen zum Aufbau und zur Vorgehensweise des Netzwerkes durchgeführt. Die Erhebungsmethoden (Interview, Fragebogen, Gruppen- oder Einzelgespräche) aber auch inhaltliche Schwerpunkte orientierten sich dabei an den jeweiligen Gesprächspartnern und deren vordefinierten Rollen im Netzwerk. Im Einzelnen gliedert sich die Analyse in folgende Methoden auf:

Tab. 1: Ablauf der Analysephase für den Netzwerkaufbau und die Netzwerkstrategien

Phase	Akteur	Methodik	Ablauf	Inhaltliche Schwerpunkte
03-04/2012	Steuerungskreis der 2 Partnerunternehmen	Gruppeninterview	Teilstandardisiertes Interview; Dauer: ca. 2,5h <ul style="list-style-type: none">• Tonband• Paraphraisiertes Protokoll	<ul style="list-style-type: none"> • Wie sollte das Netzwerk hinsichtlich: Ziele, Themen, Informationskanäle, mögliche weitere Partner gestaltet sein? • Gestaltungsansätze für das Netzwerk (NW) • Erfahrungen, Probleme/Widerstände aus anderen NW
04-06/2012	Unterstützer <ul style="list-style-type: none"> • Interessenvertretungsverband • Unfallversicherung • 2 Altenpflegeschulen • Weiterbildungsinstitut • Kliniken 	Einzelinterviews	Teilstandardisiertes Interview; Dauer: ca. 2h <ul style="list-style-type: none"> • Tonband • Ergebnisprotokoll 	<ul style="list-style-type: none"> • Wie sollte das Netzwerk hinsichtlich: Ziele, Themen, Informationskanäle, weitere Partner gestaltet sein? • Gestaltungsansätze für NW • Erfahrungen, Probleme/Widerstände aus anderen NW
05-offen	3 neue Unternehmenspartner (je 1-5 Personen)	Einzelinterviews mit Führungskräften Gruppeninterview mit Führungsstab	teilstandardisiertes Interview; Dauer: ca. 1,5 - 2,5h <ul style="list-style-type: none"> • Tonband • Ergebnisprotokoll 	<ul style="list-style-type: none"> • Wie sollte das Netzwerk hinsichtlich: Ziele, Themen, Informationskanäle, mögliche weitere Partner gestaltet sein? • Gestaltungsansätze für NW • Erfahrungen, Probleme/Widerstände aus anderen NW
05-07/2013	Mitarbeiter/innen in den 2 Partner-	Tourenbegleitung	<ul style="list-style-type: none"> • Begehungsprotokoll 	<ul style="list-style-type: none"> • Wie gestaltet sich der Arbeitsalltag der Pflegenden?

Phase	Akteur	Methodik	Ablauf	Inhaltliche Schwerpunkte
	unternehmen			<ul style="list-style-type: none"> • Wo sehen die begleiteten Pflgenden Unterstützungsbedarf durch das NW?
10/2012-01/2013	Mitarbeiter/innen in den 2 Partnerunternehmen	<ul style="list-style-type: none"> • Vorerhebung mit Fragebogen (Rücklauf: 31 von 80) • 2x2 moderierte Workshops (je 18 Pers.) 	<ul style="list-style-type: none"> • 4-seitiger Fragebogen mit geschlossenen / offenen Fragen • Moderation mit Zielfragen • Ergebnisprotokoll 	<ul style="list-style-type: none"> • Ergebnispräsentationen für Workshop-Leitfragen • Wie kann das Netzwerk die Pflgenden unterstützen bei Fort- und Weiterbildung, neue Strategien in Unternehmen, Austausch?

Der Workshop wurde von den jeweiligen durchführenden Projektmitarbeitern und -mitarbeiterinnen protokolliert und je nach Analyseart per Tonband mitgeschnitten. Die endgültige Paraphrasierung der jeweiligen Ergebnisse ist in anonymisierter Weise erfolgt, so dass bspw. bei den Gruppeninterviews und den Workshops keine Rückschlüsse auf die jeweiligen Einzelpersonen möglich sind.

In diesem Kapitel wurden die methodische Vorgehensweise des Projektes, die im Projekt untersuchten Akteure sowie deren Bedarfe an ein Netzwerk beschrieben. Die Ergebnisse dieser Mehrebenenanalyse soll zur Klärung der Fragestellung im folgenden Kapitel dargestellt und eingehender analysiert werden.

3.2 Ergebnisse

Die hier vorgestellten Ergebnisse beziehen sich in erster Linie auf die Analyse der jeweiligen Akteure (Steuerungskreis in den Partnerunternehmen sowie Unterstützer und Beschäftigte aber auch Arbeitsgruppen mit den Projektpartnern) hinsichtlich Gestaltungsvorschläge für das Netzwerk und konkrete Umsetzungsschritte. Relevant für das Projektteam waren dabei insbesondere konkrete Anregungen für eine nachhaltige und die Pflgenden unterstützende Netzwerkarbeit. Im Einzelnen werden somit folgende inhaltliche Aspekte skizziert:

- Analyse von möglichen Strukturen und Prozessen für ein nachhaltiges Netzwerk
- Analyse der Wünsche von Mitarbeitenden
 - Fragebogenauswertung
 - Mitarbeiterworkshops
- Tourenbegleitung
- Arbeitsgruppenergebnisse
 - AG „Qualifikation“
 - AG „Botschafter/in“
 - AG „Leistungskomplexe und Zeit“
 - AG „Messe“

3.2.1 Analyse von möglichen Strukturen und Prozessen für ein nachhaltiges Netzwerk

In den Interviews wurden alle Interviewpartner mit einem teilstandardisierten Fragebogen nach den gewünschten Netzwerk-Schwerpunkten befragt:

- Ziele für die Netzwerkarbeit,
- gewünschte Themen,
- bevorzugte Austauschwege,
- mögliche neue Partner und deren Voraussetzung,
- Gestaltung des Netzwerks,
- mögliche Stolpersteine für die Netzwerkarbeit.

Ziele für die Netzwerkarbeit

Alle Netzwerkpartner betonten bei den Zielen, dass sie in dem Netzwerk die Chance sehen, sich über die Unternehmens- bzw. Organisationsgrenzen hinweg fachlich zur Pflegearbeit austauschen zu können. Dabei ist bei den Unternehmen besonders der Blick auf innovative Strategien in der Personalarbeit und Weiterbildung gerichtet. Gerade die mittelgroßen Pflegeunternehmenspartner sehen durch die Vernetzung und den aktiven Austausch ein erhebliches Synergiepotential, das sie alleine aufgrund der personellen und zeitlichen Ressourcen nur schwer alleine bewältigen könnten. Neben dem netzwerkinternen Austausch sollen über die Kooperationsstelle auch neue und zukunftsfähige Strategien außerhalb des Netzwerkes recherchiert und im Partnerkreis für eine potentielle Anwendung diskutiert und bearbeitet werden.

Durch eine entsprechende Öffentlichkeitsarbeit des Netzwerks über die Arbeit in der Pflege sehen die Unternehmen aber auch die Chance neue und motivierte Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen zu gewinnen. Hier soll das Netzwerk Inhalte aus der betrieblichen Arbeit als Argument für die Attraktivität der ambulanten Pflegebranche transportieren. Die Unterstützer betonen dabei zum einen, dass mit einer gemeinsamen Netzwerkarbeit auch

einheitlichere Qualitätsstandards bei der Fort- und Weiterbildung

erreicht und für die Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen aufgrund der Themen- und Expertenvielfalt passgenaue Qualifikations- und Personalstrategien in den Unternehmen etabliert werden können. Ebenso sehen die unterstützenden Institutionen eine feste Basis im Netzwerk, die sich für den inhaltlichen Transport eigener Themen (Fort- und Weiterbildung; politische Verbandsarbeit) direkt an interessierte Unternehmen nutzen lässt.

Gewünschte Themen

Als Wunschthemen gaben sowohl die Pflegeunternehmen als auch die Unterstützer das Thema „Schnittstellen“ an. Hierbei handelt es sich um den Austausch zwischen ambulanten Pflegeunternehmen bspw. mit Hausärzten, anderen ambulanten wie stationären Pflegeeinrichtungen sowie Krankenhäusern im Rahmen einer Pflegekette (Case Management). Für die Unternehmen ist es wichtig, dass durch den Einbezug wichtiger Partner in der ambulanten Versorgung Organisationsaufwand und Informationsverluste vermieden aber auch besseres Verständnis für die angespannte Zeit- und Personalsituation aufgebaut werden.

Ebenso wurde das Thema Fachkräftemangel und Personalakquisition für die Unternehmen von den Pflegebetrieben selber und den Unterstützern genannt. Das Netzwerk wird hier – wie oben bei den Zielen skizziert – eher als Sprachrohr und Kommunikationsträger gesehen.

Die Unterstützer betonen bei den zukünftigen Themen auch die Gesundheit und Sicherheit der Beschäftigten, wodurch letztlich auch die Zufriedenheit und Motivation als nachhaltige Beschäftigungsfähigkeit moderiert wird. Dabei sind neben der Behandlung von körperlichen Belastungen durch die teilweise schwere Pflegearbeit auch soziale und psychische Belastungen als Themen von Relevanz.

Das Netzwerk soll hier über den Austausch mit internen Partnern wie externen Experten innovative Strategien für ein betriebliches Gesundheitsmanagement initiieren und langfristig als Austauschprozess sichern.

Um Ziele aber auch die angesprochenen Themen im Netzwerk zu diskutieren und zu vermitteln sind praxisnahe und direkte Kommunikations- bzw. *Austauschwege* wichtig. Hier stehen bei allen Netzwerkpartnern E-Mail, Telefon sowie eine Internetplattform zum Netzwerk an erster Stelle. Der direkte Austausch wird von allen Partnern als sehr wichtig genannt. Neben Netzwerktreffen mit allen Partnern, soll es zum direkten Austausch auch kleinere Arbeitsgruppen für die Bearbeitung spezieller Themen geben.

Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen sowie interessierte Unternehmen außerhalb des Netzwerks können neben der Internetplattform (Informationen, Forum für Austausch) auch über einen

regelmäßig erscheinenden Newsletter zu wichtigen Themen

im Netzwerk auf dem Laufenden gehalten werden. Ebenso bieten sich hier innovativ gestaltete Plakate und Flyer als Eye-Catcher an, die neugierig auf die Kontaktaufnahme zu Netzwerkpartnern oder der Koordinationsstelle machen und auch zum Teilnehmen anregen sollen. Neue Austauschwege wie Video-Konferenzen und E-Mail für den Austausch zwischen den Netzwerkpartnern und/oder der Koordinationsstelle sowie innovative E-Learning-Möglichkeiten für Qualifikationsmaßnahmen wurden lediglich in einem Fall genannt.

Mögliche neue Partner und deren Voraussetzung

Die Gewinnung neuer Partner und deren Voraussetzung für die Netzwerkeinbettung ist für alle Interviewten von großer Bedeutung. Das Netzwerk versteht sich als dynamisches Gebilde, das die oben beschriebenen Themen nur bewältigen kann, wenn ein beständiger Austausch, neue Ideen und eine größere Anzahl von Partnern zur Unterstützung der Aufgaben aktiv mitwirkt. Im Fokus stehen dabei interessierte Akteure, die zum einen eng mit dem Bedarf der ambulanten Pflege verbundene Qualifikations- und Präventionsstrategien anbieten und zum anderen auch als potentielle Multiplikatoren/Botschafter/innen die Ergebnisse des Projektes über das Netzwerk hinaus in die Branche bzw. Fachöffentlichkeit oder nach Bedarf in die politische Landschaft tragen wollen. Sowohl als „Markt“ wie auch als Diskussionsforum basiert das Netzwerk bei dem Einbezug von betrieblichen Problemen und

möglichen Partnern auf Konsens und Vertrauen. Nur wenn alle beteiligten Organisationen Konkurrenzängste und ein gegenseitiges Geben und Nehmen als Basis akzeptieren wird die Netzwerkarbeit über die Zeit zu den oben beschriebenen Ergebnissen kommen können.

Neben direkten Partnern aus der ambulanten und stationären Pflege sowie den freien und wohlfahrtsstaatlichen Trägern, sollen auch Pflege unterstützende Partner (Krankenkassen, bspw. Heil- und Hilfsmittelhersteller) zur Unterstützung der Netzwerkarbeit angesprochen werden. Ebenso werden Kontakte angeregt zur Politik (senatorische Behörden), zu Verbänden (Ärzte, Angehörigenvereinigung, Wirtschaftsförderung) sowie zu Qualifikations- und Weiterbildungsanbietern bzw. -trägern.

Um das Netzwerk in seinem Austausch arbeits- und diskussionsfähig zu halten, schlagen die Interviewten vor, dass die neuen Partner nach möglichen Aufgabenstellungen in das Netzwerk zeitweise mehr oder weniger einzubeziehen:

- Arbeitsgruppenpartner, welche ständig im Netzwerk vertreten sind
- Transferpartner, welche über das Netzwerk informiert werden sollen
- Assoziationspartner, welche zu spezifischen Themen herangezogen werden, z.B. Weiterbildungen

Gestaltung des Netzwerks

Bei der Gestaltung geht es den Interviewten zum einen um grundsätzliche Regelungen (Normen, Werte) für den Umgang im Netzwerk aber auch um die organisatorische Vorgehensweise innerhalb des Netzwerks (Häufigkeit der Treffen, Gestaltung der Treffen).

Für die regulative Gestaltung wurde von allen Partnern bspw. die Erstellung schriftlicher Richt- und Leitlinien zu Zielvereinbarungen, die auch Vereinbarung zur Teilnahme und zur Verschwiegenheit („Was hier passiert, bleibt hier“) oder offenes Ansprechen von Konflikten beinhaltet. Insgesamt soll das Netzwerk

offen für neue Partner und Themen sein,

d. h. jeder (auch neue) Netzwerkpartner soll Themen offen mit einfließen lassen können. Gewünscht wurde eine flache Hierarchie in der lediglich die Koordinationsstelle konsensual Inhalte unter den gleichberechtigten Partnern moderiert. Vertrauen, auch vor dem Hintergrund von Konkurrenz zwischen den beteiligten Unternehmen, ist dabei für alle interviewten Netzwerkpartner eine elementare Voraus-

setzung für Offenheit und das gleichgewichtige „Geben und Nehmen“ (Informationen, Einsatz etc.) im Netzwerk. Hieraus wurden letztlich die „Grundsätze guter Zusammenarbeit“ erstellt und im Netzwerk abgestimmt.

Organisatorisch ist für die Partner – unter der Berücksichtigung ihrer engen zeitlichen und personellen Ressourcen – auch die Organisation von Treffen einmal pro Quartal bzw. in kürzeren Abständen für themenorientierte Arbeitsgruppen erwünscht. Die Treffen sollen durch die Koordinationsstelle moderiert und protokolliert werden.

In der Außendarstellung (Protokolle, Newsletter und Berichte) ist nach Ansicht der Partner eine Zielbeschreibung der Netzwerkarbeit und das Erkennen eines nachhaltigen Nutzens dieser Arbeit für die nachhaltige Motivation aller Beteiligten entscheidend.

Mögliche Stolpersteine für die Netzwerkarbeit

Als Stolpersteine für die Netzwerkarbeit benennen die Netzwerkteilnehmer in erster Linie den Wettbewerb zwischen dem eigenen Unternehmen und potentiellen Partnern (ambulante aber auch stationäre Pflegeeinrichtungen), die aufgrund der regionalen Nähe als Hemmnis für den Austausch vermutet werden. So können auch

Verluste von Wettbewerbsvorteilen bzw. Konkurrenzdruck durch intensiven Themenaustausch hemmende Faktoren

für ein weitergehendes Engagement im Netzwerk sein. Damit einher geht auch die Befürchtung, dass sich einzelne Unternehmen stark engagieren und damit auch hinsichtlich ihrer Probleme exponieren („ungeschützt aus dem Laden lehnen“) während eher inaktive Unternehmen als Nutznießer dastehen. Darüber hinaus wurde auch die Befürchtung geäußert, dass durch die Beteiligung von „unseriösen“ Unternehmen ein Imageschaden für das Netzwerk und die beteiligten Partner entstehen kann.

Problematisch wird in dem Wettbewerbsrahmen auch die Konkurrenz um motivierte Fachkräfte gesehen. Hier wurde die Befürchtung geäußert, dass Netzwerkunternehmen sich gegenseitig Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen abwerben.

3.2.2 Analyse der Wünsche von Mitarbeitenden

3.2.2.1 Fragebogenauswertung

Die Pflegenden leisten täglich hochqualifizierte Arbeit und sind dabei einer Vielzahl von körperlichen und psychischen Belastungen ausgesetzt. Um mit diesen Belastungen umzugehen, helfen ihnen die fachliche Ausbildung, aber auch persönliche Erfahrungen, das private Umfeld, der Austausch mit/die Unterstützung durch Kollegen und Kolleginnen sowie die Vorgesetzten.

Im Netzwerk ZUKUNFT:PFLEGE sollen

neue Fort- und Weiterbildungsangebote sowie Möglichkeiten für eine gesundheitsfördernde Gestaltung der Arbeitsbedingungen

für die Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen in den Partnerunternehmen gesucht und entwickelt werden, um ihnen den Umgang mit den täglichen Belastungen zu erleichtern. Weitere Ziele sind ein besserer Austausch mit anderen Unternehmen und langfristig die Verbesserung des Ansehens von Pflegeberufen in der Gesellschaft. Da die Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen die Experten für ihren Arbeitsplatz sind, haben wir potentielle Angebote und Unterstützung durch das Netzwerk mit den Mitarbeitern und Mitarbeiterinnen gemeinsam diskutiert. Der Fragebogen bildete dabei einen ersten Analyseschritt für den Unterstützungsbedarf der Beschäftigten.

Im Oktober 2012 wurden jeweils 40 Fragebögen direkt an die beiden Partnerunternehmen per Post verschickt. Von den Beschäftigten wurden insgesamt 31 Bögen (Rücklaufquote: knapp 39%) ausgefüllt an das ZeS zurückgesendet. Der Fragebogen wurde von uns ausgewertet und Dritten nur in anonymisierter Form zugänglich gemacht. Ausgehend von den Ergebnissen des Fragebogens haben wir einen passgenauen Workshop für interessierte und freiwillig teilnehmende Beschäftigte entwickelt und im jeweiligen Unternehmen durchgeführt. Ebenso werden die Angaben dazu genutzt, um möglichst bedarfsgerechte Fort- und Weiterbildungsangebote für die Unternehmen und deren Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen zu finden bzw. zu entwickeln, die deren Arbeitsbedingungen verbessern könnten.

Die Auswertung der Fragebögen (Struktur/Ablauf siehe bitte Tabelle 1) ergab für beide Unternehmen eine weitgehende Überschneidung der Ergebnisse. Im Folgenden wird daher eine zusammenfassende Darstellung skizziert. Zum einen unter-

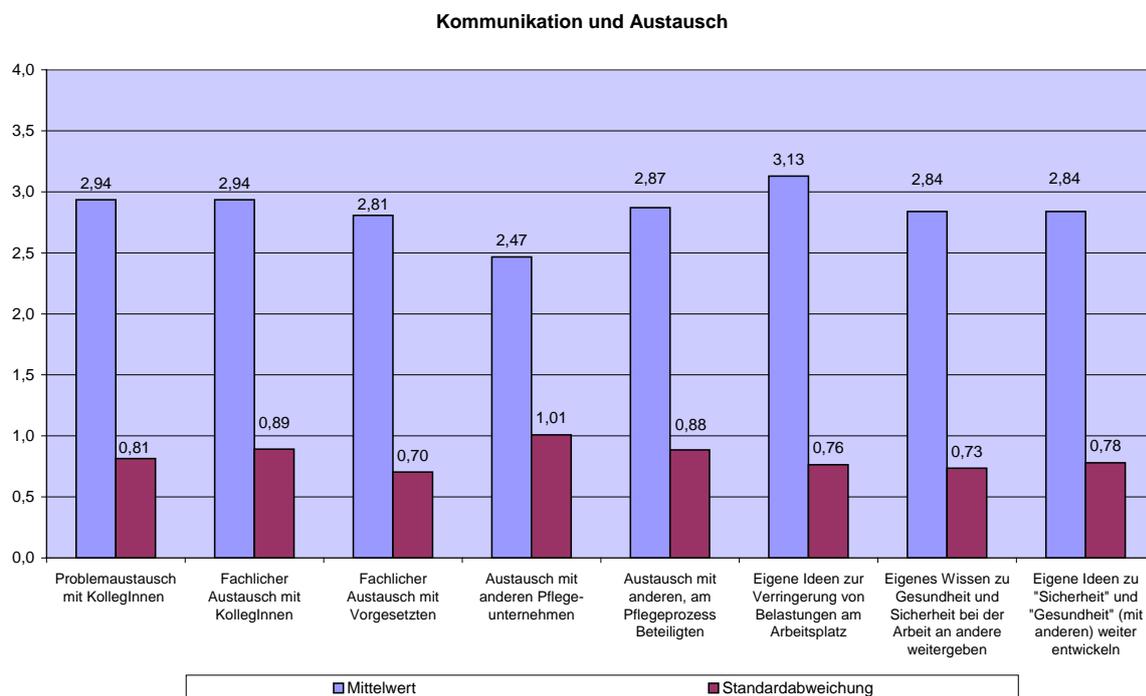
scheiden sich die Antwortwerte beider Unternehmen nur marginal und zum anderen soll in diesem Bericht die Anonymität des Unternehmens gewahrt bleiben.

Es gab im Fragebogen vier Antwortmöglichkeiten:

- 1: Trifft überhaupt nicht zu
- 2: Trifft eher nicht zu
- 3: Trifft eher zu
- 4: Trifft völlig zu

Um die Anonymität zu gewährleisten wurden Mittelwerte gebildet (blaue Balken). Zusätzlich wurden die Standardabweichungen (rote Balken) errechnet. Im Folgenden wird die Auswertung der zentralen Themenkomplexe skizziert. Insgesamt ist zu sagen, dass alle Mittelwerte über 2 liegen, alle Aussagen im Durchschnitt folglich eher bzw. völlig zutreffen.

Abb.2: Ergebnisse zu den Themenkomplexen „Kommunikation“ und „Austausch“ in beiden Partnerunternehmen



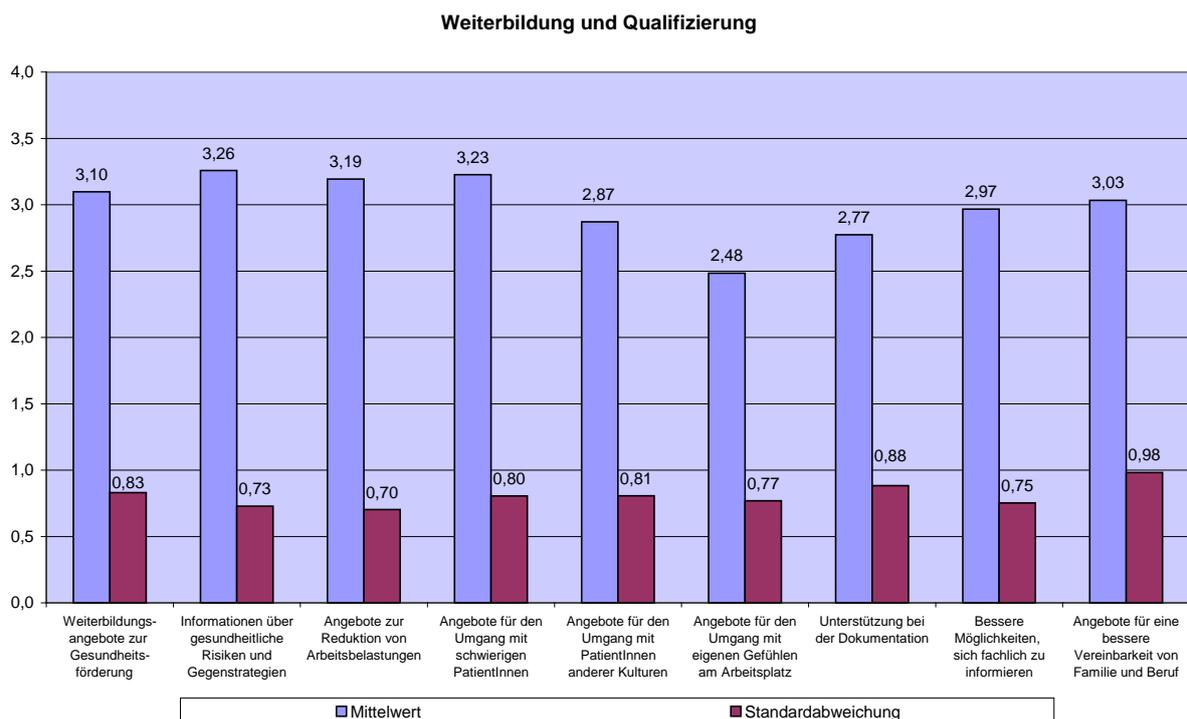
Die Abbildung stellt sowohl den Mittelwert als auch die Standardabweichung dar. Die Standardabweichung ist die durchschnittliche Entfernung aller gemessenen Ausprägungen eines Merkmals vom Mittelwert. Je höher die Standardabweichung desto geringer ist die Aussagekraft des Mittelwertes. In unserem Beispiel würde eine hohe Standardabweichung für eine Vielzahl unterschiedlicher Antworten spre-

chen. Eine Standardabweichung von Null würde bedeuten, dass alle gegebenen Antworten gleich waren.

Der höchste Mittelwert zeigt sich mit knapp 3,1 bei „Ich möchte meine Ideen und Wünsche zur Verringerung von Belastungen am Arbeitsplatz gern mehr/verstärkt einbringen“, was bedeutet, dass hier der Wunsch dazu stark ausgeprägt ist. Die Antworttendenz ist konsistent, wie an der relativ geringen Streuung abzulesen ist.

Der niedrigste Mittelwert ist mit rund 2,5 bei „Ich würde mich gerne stärker mit anderen Pflegeunternehmen vernetzen und austauschen“ zu lokalisieren. Auf den ersten Blick scheint hier ein vergleichsweise geringes Interesse unter den Befragten zu bestehen. Allerdings liegt die Streuung hier recht hoch, was dahingehend interpretiert wird, dass es neben Ablehnern auch eine Reihe Befürworter für einen stärkeren Austausch mit anderen Pflegeunternehmen gibt.

Abb. 3: Ergebnisse zu den Themenkomplexen „Weiterbildung“ und „Qualifizierung“ in beiden Partnerunternehmen



Hohe Mittelwerte finden sich u. a. bei „Ich wünsche mir mehr Informationen über gesundheitliche Risiken und geeignete Gegenstrategien“ (mit einer relativ geringen Streuung) sowie „Ich wünsche mir (mehr) Angebote für den Umgang mit schwierigen Patienten und Patientinnen“ und „Ich wünsche mir (mehr) Angebote zur Reduktion von Belastungen am Arbeitsplatz“. Gerade bei letztgenannter Aussage ist eine hohe Konsistenz in den Antworten zu erkennen. Das Thema *Gefühlsmanagement* („Ich wünsche mir (mehr) Angebote für den Umgang mit meinen Gefühlen am

Arbeitsplatz“) spielt eine eher untergeordnete Rolle, wie an einem niedrigen Mittelwert und einer geringen Standardabweichung abzulesen ist.

Diese hier skizzierten Ergebnisse aus den Fragebögen wurde als thematischer Aufhänger und Vorstrukturierung für die anschließenden Workshops genutzt. Sowohl das Projektteam wie auch die an den Workshops teilnehmenden Beschäftigten hatten somit erste Einschätzung über Herausforderungen in ihren Unternehmen, die dort dann kommentiert und ergänzt wurden. Welche Inhalte und konkreten Anregung von den Beschäftigten in den Workshops auf Basis der Ergebnispräsentation gemacht wurden, soll im folgenden Abschnitt beschrieben werden.

3.2.2.2 Mitarbeiterworkshops

Eine der Hauptaufgaben des Netzwerks besteht darin, Qualifikations-, Aus- und Weiterbildungsangebote zu suchen oder anzubieten, an Stellen, an denen die Pflegeunternehmen aus eigenen Ressourcen keine Möglichkeiten mehr haben (Stichwort „Marktplatz“). Durch die koordinierende Netzwerkagentur (ZeS) sollen

- Schulungsangebote gesucht oder aktiv ein Bedarf angemeldet werden,
- Unterstützung bei der Suche nach neuen Strategien und Instrumenten erfolgen.

Neben den Erfordernissen und Wünschen der Unternehmensleitung sind auch die konkreten Anliegen der Beschäftigten als Zielgruppe zu berücksichtigen. Diese konkreten Beschäftigtenwünsche wurden zunächst über einen Fragebogen erhoben, dessen Auswertung als Diskussionsgrundlage für die Mitarbeiterworkshops diente. Insgesamt sind aus den vier Mitarbeiterworkshops die fünf Kernbereiche

- Kommunikation extern
- Kommunikation intern
- Weiterbildung
- betriebliche Gesundheitsförderung und
- Arbeitsgestaltung

hervorgegangen, welche im Folgenden vorgestellt werden.

Kommunikation extern

Die externe Kommunikation, als einer der Kernbereiche, beinhaltet einerseits den Umgang mit extern beteiligten Personengruppen und Unternehmen und andererseits den Bereich der Öffentlichkeitsarbeit. Innerhalb der Kommunikation mit externen Personengruppen und Unternehmen heben die Beschäftigten die Beziehung zu Kooperationspartnern wie Sanitätshäusern, Rettungsdiensten, Physiotherapeuten

und dem MDK hervor. Gerade der Kontakt mit Arztpraxen gestalte sich häufig schwierig, weshalb sich die Pflegenden an dieser Stelle eine Stärkung der eigenen Rolle und Position im Unternehmen wünschen. Bezüglich der Öffentlichkeitsarbeit sei eine Verbesserung des Pflegeimages durch eine vermehrte Wissensvermittlung zum Pflegeberuf, beispielsweise durch die Einrichtung eines Aktionstages zur Pflege, von besonderer Bedeutung.

Kommunikation intern

Um eine gute Wissensvermittlung und -anwendung zu ermöglichen, aber auch um an öffentlichen Diskussionen und Fachvorträgen teilnehmen zu können, sei eine Bereitstellung von Informationen im Rahmen der internen Kommunikation durch das Unternehmen bedeutsam. Diese Informationen sollten interne sowie externe Belange betreffen, wobei darauf zu achten sei, dass es nicht zu einer Informationsschwemme kommt. Die Informationsweitergabe könnte in den verschiedenen Standorten, erfolgen, beispielsweise durch einen Newsletter. Aus Sicht der Pflegenden würde dies zu einer gesteigerten Transparenz und Partizipation der Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen, unter den einzelnen Teambereichen, aber auch im Unternehmen führen. Hinsichtlich einer vermehrten Transparenz wünschen sich die Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen ferner einen häufigeren Austausch unter den einzelnen Teambereichen, aber auch eine vermehrte Teamarbeit. Zudem wird von den Pflegenden eine veränderte Aufteilung der Teambereiche vorgeschlagen, da die Anzahl der Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen in den einzelnen Bereichen stark variere. Ein besonderer Schwerpunkt im Bereich der internen Kommunikation sei die generelle Zeitnot, gerade im Bereich der Teambesprechungen und Übergaben. Die Teambesprechungen und die Übergabe, als einzige Möglichkeiten der kollegialen Kommunikation, böten wenig Gelegenheit für eine Informationsweitergabe und Verarbeitung von belastenden Situationen. Besonders die Übergabe sei durch eine stressige und hektische Atmosphäre geprägt, in welcher es häufiger zu einem Desinteresse durch Vorgesetzte und Kollegen und Kolleginnen käme. Übergabeprotokolle und die Klärung von Zuständigkeiten im Unternehmen für die Informationsweitergabe könnten aus Sicht der Pflegenden eine Lösung bieten. Um belastende Situationen besser verarbeiten zu können, aber auch um eine Unterstützung in sozialen, fachlichen, notfallähnlichen oder rechtlichen Fragestellungen bzw. Situationen zu erhalten, ist die Einrichtung einer „Anlaufstelle“ und/oder eines konkreten Ansprechpartners bzw. einer Ansprechpartnerin für eben diese Belange vermehrt von den Beschäftigten gewünscht worden. In diesem Zusammenhang sind zudem Supervisionen und (Gruppen-)Coachingangebote zur Bewältigung von belastenden Situationen benannt worden. Darüber hinaus sind zu einer Verbesserung der internen Kommunikation die Einrichtung eines Beschwerde- und Konfliktmanagements,

sowie das Führen von Mitarbeiterzukunftsgesprächen für die Ermittlung von, z.B. Weiterbildungsbedarfen, genannt worden.

Weiterbildung

Im Rahmen der Weiterbildungen, als dritten Kernaspekt der Auswertung, wird die Berücksichtigung von Qualifikations- und Weiterbildungsbedarfen benannt, da eine Berücksichtigung nicht in allen Teambereichen erfolgt ist, so dass es beispielsweise zu einer Vermischung von Wünschen gekommen ist. Neben den Bedarfen sei auch die zeitliche Verfügbarkeit der Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen für die Teilnahme an den Schulungen bedeutend und sollte daher Berücksichtigung in der Planung finden. Hinsichtlich der inhaltlichen Ausgestaltung der Qualifikationsangebote sind einerseits basisrelevante Schulungen und andererseits vertiefende Inhalte thematisiert worden. Ein Grundlagenwissen ist von den Beschäftigten in den Bereichen neuer Pflorgetechniken, fachlicher und rechtlicher Neuerungen, ärztlicher Diagnosen und den Erkrankungsbildern Demenz, Diabetes und psychischen Erkrankungen thematisiert worden. Der Umgang mit psychisch- oder demenzerkrankten Patienten und Patientinnen stelle die Pflegenden immer wieder vor Herausforderungen im Arbeitsalltag, weshalb sie für die Kommunikation mit Angehörigen, aber auch für den Umgang mit den Patienten und Patientinnen ein Anliegen bezüglich vertiefender Bedarfe geäußert haben. Auch das Thema Tod und Sterben bzw. die Palliativversorgung sei ein wichtiger Aspekt, welcher in der Fort- und Weiterbildung bislang noch nicht ausreichend berücksichtigt worden ist. Diesbezüglich empfehlen die Beschäftigten getrennte Schulungen für examinierte und nicht-examinierte Pflegekräfte, da unterschiedliche Tätigkeitsschwerpunkte in den Berufsgruppen gesetzt würden.

Betriebliche Gesundheitsförderung

Unter dem Aspekt der betrieblichen Gesundheitsförderung sind in den Unternehmen bereits einige Maßnahmen durchgeführt worden, so dass schon Erfahrungen vorliegen. Darauf aufbauend besteht der Wunsch nach einer vermehrten Ausbildung von Multiplikatoren, gerade im Bereich der Ergonomie bzw. dem rückschonenden Arbeiten und der interkulturellen Pflege. Insbesondere sei die interkulturelle Pflege für die zukünftige Pflege von Patienten und Patientinnen immer bedeutsamer. Neben der Multiplikatorenausbildung wird auch die Durchführung von Kursen zu den Themen der interkulturellen Pflege, Stress und Ergonomie gewünscht, welche sich jedoch näher an der Praxis und den Bedürfnissen der Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen orientieren sollten. Um erlerntes Wissen bzw. Fähigkeiten nachhaltig zu fördern, wird die Bereitstellung von Handlungshilfe zum Nachschlagen nach den Ver-

anstaltungen von den Beschäftigten befürwortet. Ein weiteres Anliegen der Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen zur Förderung der körperlichen Aktivität außerhalb der Arbeitszeit sei die Einrichtung einer Kooperation zwischen einem Fitnessstudio und dem Pflegeunternehmen, so dass die Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen dieses kostengünstiger nutzen könnten.

Arbeitsgestaltung

Neben einer zu geringen Bezahlung der Tätigkeit, wird auch die unterschiedliche Entlohnung von examinierten Alten- und Krankenpflegern/innen als ein Aspekt thematisiert. Einen wesentlichen Diskussionspunkt nimmt zudem die Tourenplanung ein. Positiv wird von den Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen vor allem die stadtteilbezogene Routenplanung betrachtet, sowie die Kontinuität der Touren. Diese Aspekte sind jedoch von den personellen Ressourcen abhängig, so dass es bei krankheitsbedingten Ausfällen zu starken Veränderungen kommt. Als kritisch werden hingegen die zu knapp bemessene Zeiten für die einzelnen Touren, gerade während der Hauptverkehrszeiten, und der Weg zum Fahrzeug benannt, da es somit zu Verzögerungen in der gesamten Versorgungskette komme und weniger Zeit für die einzelnen Patienten und Patientinnen bleibe, welche bereits durch die Dokumentationspflicht eingeschränkt sei. Hinsichtlich der Dokumentationen sei es aus Sicht der Beschäftigten wichtig, in den Unternehmen auch an den Wochenenden einen Zugang zu Computern zu erlangen. Auch die Bereitstellung von Navigationsgeräten und Mobiltelefonen seitens des Unternehmens seien wünschenswert, da sie als reguläre Arbeitsmaterialien benötigt werden. Durch die geringen personellen Ressourcen kommt es, gerade in Krankheitsfällen, immer wieder zu starken Arbeitsbelastungen und Stress der verfügbaren Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen. Auch der Notdienst, welcher als Auslastung fungieren sollte, schaffe wenig Abhilfe, da die Auslastung des Notdienstes zu hoch ist. Ein Einbezug von Zeitarbeitskräften wird weniger als Lösung betrachtet. Hinsichtlich der Arbeitszeit ergeben sich unterschiedliche Meinungen bei den Beschäftigten. Zum einen werden die Übergänge der einzelnen Schichten als problematisch betrachtet, da freie Tage aufgrund von notwendigen Erholungspausen kaum genutzt werden können. Zum anderen böten gerade die Früh- und Mittagsschichten eine hohe Flexibilität, so dass eine Vereinbarkeit von Beruf und Familie gut durch die Beschäftigten bewerkstelligt werden kann.

Insgesamt betrachtet stellen die Kernbereiche der *internen und externen Kommunikation* die wesentlichsten Bereiche dar. Insbesondere die Übergabe und die Verarbeitung von belastenden Situationen und somit auch die Kommunikation in und zwischen den einzelnen Teambereichen, erscheinen als besonders prägnant. Hin-

sichtlich der externen Kommunikation mit Arztpraxen aber auch mit Patienten und Patientinnen sowie deren Angehörigen ergeben sich Anliegen der Beschäftigten. Aus diesem Grund wird im Rahmen der Qualifikations-, Aus- und Weiterbildung dieser Bereich als einer der ersten fokussiert und entsprechende Ausgestaltungen vorgenommen.

3.2.2.3 Tourenbegleitung

Die Teilnahme am Arbeitsalltag der Pflegenden bildete eine Abrundung der Gesamtanalyse. Hier konnten zum einen direkte Eindrücke vom Ablauf eines Arbeitstages bzw. einer Tour gesammelt werden, aber auch in einer entspannten Atmosphäre mit den jeweiligen Pflegenden über deren Problemsicht allgemein in der ambulanten Pflege und speziell auf ihr Unternehmen bezogen gesprochen werden. Die Arbeitsplatzbegehung stellte sich für uns als „Ideal der Aktionsforschung“ dar. Zum einen, weil wir als Begleiter keinerlei Experten- und Wissenschaftlerstatus hatten und damit unser Rollenverständnis auf reine Hilfestellungen, interessierte Nachfragen und das Erleben eines anderen Arbeitsalltags fokussiert war. Zum anderen bieten solche Gelegenheiten im Ansatz die Möglichkeit, ein vertrauensvolles Gespräch mit den Mitarbeitern und Mitarbeiterinnen zu führen und zu Erkenntnissen zu gelangen, die in Gruppen oder reinen Interviewsituationen nur schwerlich herzustellen sind. Aus methodischer Notwendigkeit wie auch aus dem Vertrauensschutz gegenüber den begleiteten Pflegenden und den Patienten/Patientinnen werden hier keine Einzelheiten über die Tourenbegleitung oder zuordnbare Details (Person, Betrieb, Tour) skizziert. Lediglich allgemeine und für das Netzwerk und dessen Hauptziel verwertbare Aussagen werden allgemein beschrieben.

Für uns als Beobachtende wurde deutlich, dass ambulante Pflege sowohl von den Rahmenbedingungen wie dem frühen Arbeitsbeginn (zwischen 5:15 und 6:15; 7-8 Std.; 6-7 Tage) als auch von der Qualität der Arbeitsanforderungen eine hohe Motivation und Professionalität erfordert. Ebenso wurden auch die Erwartungen von den Unternehmen wie auch der Patienten und Patientinnen an das professionelle, eigenverantwortliche Handeln verbunden mit hoher Empathie und sozialer Kompetenz als besonders stark wahrgenommen. Die erlebte Professionalität bei großem Einfühlungsvermögen und Freundlichkeit wird auch nach Angaben der Pflegenden nicht durch die Entlohnung allein gefördert, sondern eher durch eine nicht erfasste Einstellung zur Pflege von Mitmenschen. Jenseits allen Pathos zeigte die Tourenbegleitung, dass in der ambulanten Pflege hochkomplexe Tätigkeiten und Handlungen mit hohen sozialen Kompetenzen verbunden werden, damit überhaupt qualitativ hochwertige Pflege und Zufriedenheit bei den Kunden und Kundinnen entstehen. Nach Auskunft der begleiteten Pflegenden sind deren Unternehmen stark engagiert,

die Wünsche der Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen nach Arbeitszeiten, Equipment (Dienstfahrzeug, z. T. elektrische Touren-Handys, Pflegematerial) aber auch Qualifikationsbedarfen (über z. B. Wundmanagement, Demenz, Diabetes) zu decken. Dies ist aus zeitlichen, personellen wie auch ökonomischen Gründen jedoch nicht im gewünschten Maß möglich. Nach Ansicht der Pflegenden scheint das Projekt ZUKUNFT:PFLEGE und dessen Netzwerk hier jedoch Betrieben und deren Beschäftigte eine gute Unterstützungsmöglichkeit für die Zufriedenheit und Beschäftigungsfähigkeit ihrer Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen zu bieten.

Im Rahmen der Netzwerkarbeit wurden aufgrund der erhobenen Gestaltungswünsche von Seiten der Unternehmens- wie Unterstützerpartner sowie der Beschäftigten in den Partnerunternehmen für die effiziente Umsetzung Arbeitsgruppen gebildet. Diese Arbeitsgruppen sollen in einem kleineren Rahmen konkrete Ziele und Vorgehensweisen ausarbeiten. Welche Ziele Prioritäten diese themenorientierten Arbeitsgruppen bislang erarbeitet haben, soll im folgenden Abschnitt genauer beschrieben werden.

3.3 Ergebnisse der Arbeitsgruppen im Rahmen der Netzwerkarbeit

Im Rahmen des 1. Netzwerktreffens am 13.09.2012 wurde von den Teilnehmer/innen beschlossen, für spezifische Themen überbetriebliche Arbeitsgruppen einzurichten, um wichtige Themen für das Netzwerk auch außerhalb der Netzwerktreffen gemeinsam mit den Unterstützerpartnern weiter bearbeiten und entwickeln zu können. Die Ergebnisse der bisherigen Treffen der Arbeitsgruppen sollen im Folgenden beschrieben.

3.3.1 Arbeitsgruppe „Qualifikation“

Ziel dieser Arbeitsgruppe ist die ergänzende Ermittlung und inhaltliche Vertiefung der ermittelten

Qualifikationsbedarfe in den ambulanten Pflegeunternehmen

zur Förderung der Beschäftigungsfähigkeit als eines der zentralen Themen des Netzwerks. Dies betrifft sowohl die Bedarfe der Unternehmen als auch die Bedarfe der Beschäftigten. Die Arbeitsgruppe nimmt eine Vorstrukturierung der Inhalte un-

ter Berücksichtigung der Bedarfe der Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen vor, so dass aus den Ergebnissen der Befragung und den Vorschlägen der Arbeitsgruppe ein ständiger Austausch und Weiterentwicklung der Themenkomplexe erwächst.

Auch wird als ein Ziel der Arbeit der Arbeitsgruppe Qualifikation die Erstellung eines Leitfadens zur Weiterbildungskultur angestrebt. Für einen solchen Leitfaden des Netzwerks ZUKUNFT:PFLEGE sollen jedoch nur Empfehlungen gegeben werden, was die Arbeitsgruppe als für eine innerbetriebliche Weiterbildungskultur sinnvoll ansieht.

Die Ergebnisse der Arbeitsgruppe werden in den Netzwerktreffen gemeinsam mit den anderen Teilnehmern diskutiert.

Weiterbildungskultur

Grundvoraussetzung für ein nachhaltiges Wirken von Fort- und Weiterbildungen im jeweiligen Unternehmen ist aus Sicht der Teilnehmer und Teilnehmerinnen die Etablierung einer Weiterbildungskultur in den Unternehmen. Dazu gehört auch eine Erfassung der Beschäftigtenwünsche hinsichtlich Weiterbildung und Schulung in beispielsweise Mitarbeiter-/Mitarbeiterinnengesprächen und Zielvereinbarungen.

Für die Etablierung einer Weiterbildungskultur in den Unternehmen wurde von den Teilnehmern und Teilnehmerinnen der Arbeitsgruppe eine Reihe von förderlichen „(Kann-)Bedingungen“ entwickelt: Mitarbeiter-/Mitarbeiterinnengespräche einführen, Ressourcen bereitstellen, Fort- und Weiterbildungsbedarfe ermitteln, Personalanforderungsprofile erstellen, Prioritäten im Betrieb setzen und Weiterbildungskultur im Unternehmen einbetten.

Als weiterer Aspekt wird die Wirkung geschulter Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen als bedeutender Bestandteil einer funktionierenden Weiterbildungskultur verstanden. Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen, die an Schulungen teilgenommen haben, könnten andere Kollegen und Kolleginnen im Betrieb thematisch weiterqualifizieren. Zum einen werden so Kosten für Teilnahmegebühren gespart und zum anderen können solche Multiplikatorenschulungen neues Wissen auf Augenhöhe zwischen den Mitarbeitern und Mitarbeiterinnen vermitteln.

Schwerpunkthemen der Arbeitsgruppe „Qualifikation“

Die Teilnehmer und Teilnehmerinnen der Arbeitsgruppe erarbeiteten drei Schwerpunkthemen, die im Rahmen der Arbeitsgruppe vertiefend bearbeitet werden:

- Kommunikation
- Leistungskomplexe

- Integrierte Versorgung

Schwerpunkt „Kommunikation“

Schulungsbedarf sehen die Teilnehmer und Teilnehmerinnen bei allen Beschäftigten in den Unternehmen: Leitung, Pflegefachkräfte sowie Hilfskräfte. Die Arbeitsgruppe dockt hier mit ihrer Arbeit an die Ergebnisse der Mitarbeiter- und Mitarbeiterinnenbefragung an, die ergab, dass die Beschäftigten in den befragten Pflegeunternehmen einen besonderen Bedarf an Kommunikation und Austausch haben (siehe das Kapitel „Analyse der Mitarbeiter-/Mitarbeiterinnenwünsche in den Partnerunternehmen“). Hier soll bei der Durchführung jedoch darauf geachtet werden, dass nur bestimmte Themen in gemeinsamen Schulungen bearbeitet werden. Dies betrifft einerseits Kommunikationshindernisse aufgrund hierarchischer Unterschiede, andererseits soll aber auch der unterschiedliche Wissensstand der Beschäftigten bei der Auswahl von Qualifikationsangeboten berücksichtigt werden.

Das Thema „Kommunikation“ soll als Grundlagenkurs, d. h. als allgemeine Fortbildung, angeboten werden. Als spezifische Fortbildung und Fortsetzung des Grundlagenkurses zur Kommunikation wird der Bereich „Schwierige Gespräche mit Patienten und Angehörigen“ beschlossen. Zielgruppe sind examinierte Pflegekräfte, Pflegehelfer/innen und hauswirtschaftliche Kräfte. Ein Grundwissen zur Kommunikation sollte für die spezifische Fortbildung vorausgesetzt werden, dazu sei der Besuch des Grundlagenkurses jedoch nicht zwingend erforderlich, da schon viele Beschäftigte in diesem Bereich (Vor-)Wissen aufweisen. Ob ein Grundwissen bei den jeweiligen Interessenten und Interessentinnen vorhanden ist, soll durch die jeweiligen Unternehmen entschieden werden. Vorstellbar wäre auch, dass die jeweiligen Qualifikationsangebote im Netzwerk eine Zahlen- oder Buchstabenkennzeichnung aufweisen, durch welche die Kursvoraussetzungen angegeben werden (beispielsweise: 1 bzw. G für Vermittlung von Grundwissen, 2 oder F für Fortsetzungskurs bzw. Fortgeschrittene). Als zeitlicher Rahmen wird ein mehrstufiges Angebot über 2-4 nicht unbedingt zusammenhängende Tage präferiert.

Für die zukünftige Arbeit ist geplant, drei bis vier Diskussionsvorlagen auszuarbeiten, die in den folgenden Arbeitsgruppentreffen diskutiert werden sollen. Die Koordinationsstelle wird eine Matrix zur Weiterbildung aus den Vorlagen ableiten und entwickeln. Diese soll als Orientierung, Einordnungs- und Strukturgrundlage für die Weiterbildung und Qualifikation im Netzwerk (gerade durch externe Anbieter) dienen und wird kontinuierlich für den Informationsbedarf und Austausch der Unternehmen und Qualifikationsanbieter weiter entwickelt.

Schwerpunkt Leistungskomplexe

Es wird vorgeschlagen einen Grundlagenkurs zum Thema „Leistungskomplexe“ mit Beispielen anzubieten. Auch das neue Thema der Vergütung nach Zeit soll Weiterbildungsthema werden. Darüber hinaus ist die Erarbeitung einer Broschüre für (potentielle) Patienten und Patientinnen geplant, in der insbesondere die Stärken und Schwächen des jeweiligen Abrechnungssystems dargestellt werden.

Als weitere Themen für Qualifikationsmaßnahmen in diesem Bereich werden: „Versteckte Leistungen“, „Selbst- und Zeitmanagement“, „Vom Helfer zum Dienstleister“ sowie „Beratungsgespräche“ genannt. Das Schwerpunktthema „Integrierte Versorgung“ soll in den kommenden Arbeitsgruppentreffen bearbeitet werden.

3.3.2 Arbeitsgruppe „Botschafter/in“

Aktuell wird aus Sicht der Projektpartner kaum gute und breit wahrgenommene Lobbyarbeit in der Pflege betrieben. Die Pflegearbeit bedarf jedoch eines positiveren öffentlichen Ansehens, um den Beruf auch für dringend benötigten „Nachwuchs“ attraktiv zu machen. Zu diesem Zweck soll im Rahmen der Arbeitsgruppe eine neutrale Person des öffentlichen Lebens gefunden werden, die dabei helfen könnte, das Berufsbild des/der Pflegenden in der Öffentlichkeit positiv darzustellen und auch das Netzwerk weiter bekannt zu machen. Die Kontaktaufnahme wird über ein individuell gestaltetes Anschreiben erfolgen. Ziel des Anschreibens ist es, den/die Anwärter/in von der Arbeit als Botschafter/in zu überzeugen sowie die Motivation für ein persönliches Gespräch. Neben dem Anschreiben wurde ein allgemeiner Flyer zum Netzwerk sowie der jetzigen Pflegesituation erstellt, welcher nach der Kontaktaufnahme mit dem/der Botschafter/in für die Ansprache junger Menschen und Akquise neuer Projektpartner genutzt werden soll.

3.3.3 Arbeitsgruppe „Leistungskomplexe und Zeit“

Zukünftig werden nicht nur Leistungskomplexe vergütet, sondern es kann auch nach Zeit abgerechnet werden. Die Patienten und Patientinnen haben die Wahl, Leistungskomplexe (z. B. Große Wäsche, Mobilisierung) oder konkrete Zeit, in der ausgewählte Leistungen absolviert werden sollen (bspw. in 45 Minuten), einzukaufen. Dies stellt sowohl die Beschäftigten als auch die Unternehmen vor neue Herausforderungen.

Hier wurde von Seiten der Teilnehmer und Teilnehmerinnen eine Chance für das Netzwerk gesehen, das Thema engmaschig und von Beginn an wissenschaftlich begleiten zu können. Die Universität Bremen soll als neutrale, außen stehende Institution durch fundierte Beobachtungen sowie Befragungen von Pflegenden, Führungskräften und auch Patienten/innen bzw. deren Angehörige deren Umsetzungsmöglichkeiten oder -probleme vermitteln. Auch könnten über eine Befragung und die wissenschaftliche Begleitung Ängste der Beschäftigten aufgefangen werden. Darüber hinaus wäre eine Begleitung der Touren wünschenswert, um die Schwierigkeiten selbst „im Pflegeeinsatz“ zu erleben. So könnten zum Beispiel über eine Befragung der Beschäftigten und die wissenschaftliche Begleitung Ängste der Beschäftigten aufgefangen werden. Das weitere Vorgehen bzw. die Ausgestaltung der wissenschaftlichen Begleitung soll im Rahmen der Arbeitsgruppe „Leistungskomplexe und Zeit“ gemeinsam entwickelt werden, während die Arbeitsgruppe „Qualifikation“ sich möglicher Themen für die Aus- und Weiterbildung zu diesem Themenkomplex widmen wird.

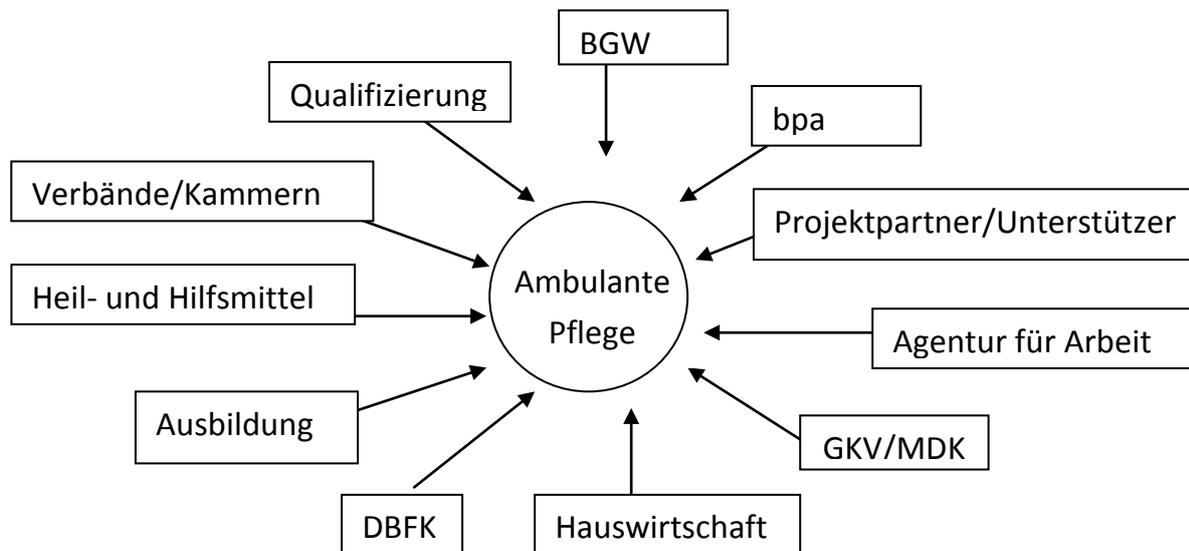
Die Ergebnisse aus den Arbeitsgruppen könnten in Fachmedien publiziert werden. Aus der Erfahrung in Bremen könnten dann ggf. Strategiediskussionen und Erfahrungsaustausche über das Bundesland Bremen hinaus resultieren.

3.3.4 Arbeitsgruppe „Messe“

Inspiziert durch die Erfahrungen bei der Messe G_win im November 2012 keimte im Rahmen des Projekts die Idee auf, eine eigene Veranstaltung/Ausstellung für die ambulante Pflege im Juni 2014 zu organisieren. Im Rahmen einer Evaluationsveranstaltung des Veranstalters Wirtschaftsförderung Bremen (WfB) wurde von anwesenden Projektpartnern eine Kooperationsveranstaltung zwischen dem Projekt ZUKUNFT:PFLEGE als Hauptveranstalter und der WfB als Partner diskutiert.

Fokus der Veranstaltung soll die ambulante Pflege mit ihren umfassenden und herausfordernden Tätigkeitsprofilen der Pflege und im Büro sein. Die Ausstellung und die Fachvorträge sollen dabei die 24 Stunden im Alltag widerspiegeln. Als Zielpublikum sollen alle am Bereich Pflege interessierten Leute, die sich über die Tätigkeit, Qualifizierungsmöglichkeiten und Neuigkeiten in der Branche austauschen wollen, angesprochen werden. Dementsprechend vielfältig sollen auch die potentiellen Aussteller und Kooperationspartner für die Veranstaltung angesprochen werden.

Abb. 4: Mögliche Kooperationspartner der ZUKUNFT:PFLEGE-Veranstaltung



Die Veranstaltung soll weder eine reine und eher sterile Messeatmosphäre noch ein wissenschaftliches Symposium sein. Vielmehr sollen an zwei halben Tagen in ansprechender Umgebung (zentral und gut erreichbar) sowohl Austausch, Ausstellung, Vorträge und auch eine Feier am Abend des ersten Tages stattfinden. Die Arbeitsgruppe wird ein inhaltliches Konzept für die Veranstaltung erarbeiten, das gezielt Sponsoren und andere Teilnehmer/innen anspricht und aktiv einbindet. Für Teilnehmer/innen aus den Pflegeberufen könnten neben dem kostenfreien Eintritt möglicherweise Vorträge oder Workshops als Fortbildung angerechnet werden, um so zusätzliche Anreize für den Besuch der Veranstaltung zu setzen.

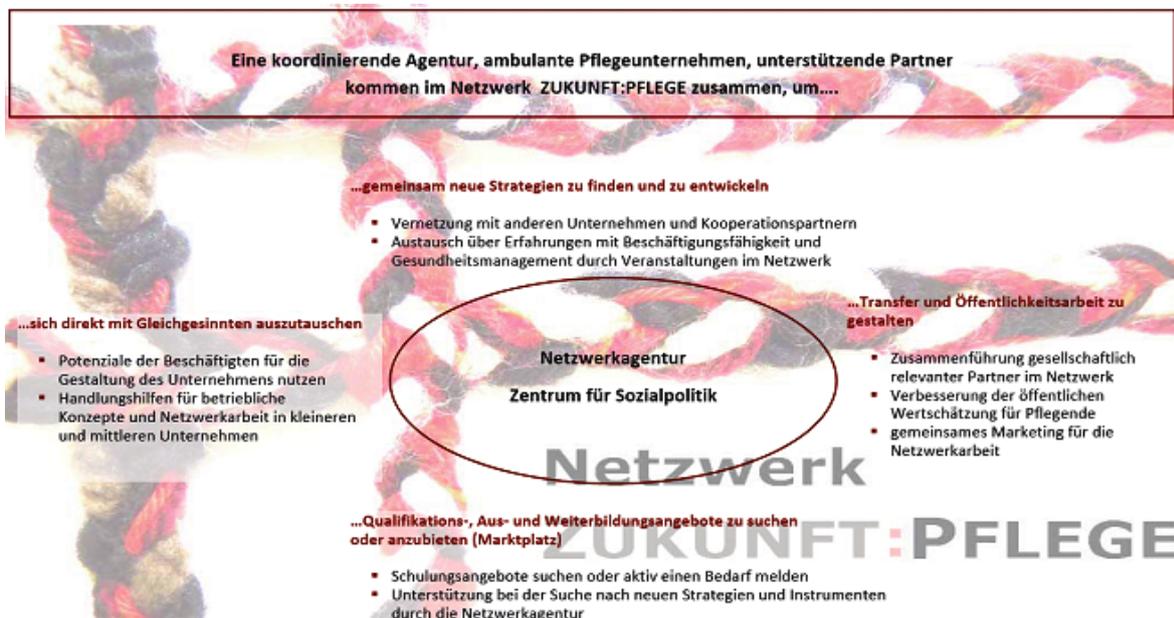
4. Resümee und Ausblick für das Netzwerk ZUKUNFT:PFLEGE

Das Projekt ZUKUNFT:PFLEGE setzt an der Analyse der Arbeitsorganisation zusammen mit dem Unternehmen und den dort beschäftigten Mitarbeitern und Mitarbeiterinnen an, um den Partnerunternehmen konkrete Strategien für die Beschäftigungsfähigkeit und das Gesundheitsmanagement in den Unternehmen aufzuzeigen. Die Partnerunternehmen sollen aus dieser Analyse Bedarfe für ihre zukünftige Vorgehensweise formulieren, die sie entweder mit selbst entwickelten Lösungen aus der betrieblichen Projektarbeit decken oder diese als Unterstützungsbedarf an die anderen Unternehmens- und Unterstützerpartner im Netzwerk nachfragen.

Daran knüpft sich die Arbeit im Netzwerk an. Das Netzwerk stellt als „Marktplatz oder Tauschbörse“ ein Forum dar, in dem Bedarfe den Angeboten gegenübergestellt

und zwischen Unternehmenspartnern und Unterstützerpartner als zielgerichteter Austausch durch die koordinierende Netzwerkagentur vermittelt werden. Darüber hinaus können aber auch die Unternehmen als Anbieter von Qualifikations- und Präventionsstrategien/-ideen auftreten und somit ihre Potenziale sowie Erfahrungen für das übrige Netzwerk nutzbar machen. Das Netzwerk wird durch die oben beschriebene Analyse dem Austausch- und Kommunikationsbedarf dynamisch angepasst und auch um innovative Partner erweitert. Im Fokus stehen dabei interessierte Akteure, die zum einen eng mit dem Bedarf der ambulanten Pflege verbundene Qualifikations- und Präventionsstrategien anbieten und zum anderen auch als potentielle Multiplikatoren/Botschafter die Ergebnisse des Projektes über das Netzwerk hinaus in die Branche bzw. Fachöffentlichkeit oder nach Bedarf in die politische Landschaft tragen wollen.

Abb. 5: Geplante strategische und inhaltliche Ausrichtung des Netzwerkes



Der Aufbau und die Arbeit im Netzwerk, das sich letztlich an den Wünschen seiner Teilnehmer und Teilnehmerinnen (Unternehmen, Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen, Unterstützer, neue Mitglieder) orientiert, ist ein gemeinsames Werk aller Beteiligten. Zum einen sollten ihre Gestaltungswünsche einbezogen, diskutiert und umgesetzt werden. Zum anderen ist der beständige Austausch über erreichte Ziele und periodische Anpassungen wichtig. Durch die Analysen und die regelmäßigen Netzwerktreffen, themenbezogene Arbeitsgruppen aber auch Workshops mit den Beschäftigten werden hier Voraussetzungen für ein dynamisches Netzwerk geschaffen. Dabei ist das gesamte Netzwerk auf ein ausgewogenes „Geben und Nehmen“ aller Beteiligten angewiesen, um letztlich möglichst bedarfsgerecht zu sein. Bislang kann

das Projektteam „Netzwerk“ auf eine breite Unterstützung, fundierte inhaltliche Gestaltungsanregungen der Beschäftigten, Unternehmen und Unterstützer während der Aufbauphase zurückgreifen und für die Umsetzung hoffnungsvoll in die Zukunft blicken.

Sowohl die betrieblichen Handlungs- und Lernkonzepte einer nachhaltigen Beschäftigungsfähigkeit als auch das Netzwerk werden schließlich einer Wirtschaftlichkeitsanalyse unterzogen. Hierbei wird zum einen untersucht, wie sich die betrieblichen Konzepte für nachhaltige Beschäftigungsfähigkeit auf die Transaktionskosten (z. B. Zeit oder Personal für die Organisation oder Information über Qualifikation, Arbeitsgestaltung usw.) (vgl. Williamson 2006) der ambulanten Pflegeunternehmen auswirken. Beispielsweise könnten die Suchkosten für neues Personal sinken, wenn sich die Unternehmen als attraktive Arbeitgeber positionieren und wenn die Fluktuation aufgrund zufriedener und gesunder Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen zurückgeht. Zum anderen soll untersucht werden, ob sich für die ambulanten Pflegeunternehmen die Beteiligung am Netzwerk auch ökonomisch lohnt. Dabei wird sich zeigen, ob es ihnen – wie oben aufgezeigt – besser gelingt als zuvor, durch die Kooperation im Netzwerk ihre betrieblichen Bedarfe zu decken oder sie Kosten sparen, wenn sie gemeinsam mit anderen Unternehmen beispielsweise Qualifizierungsmaßnahmen oder Maßnahmen der Gesundheitsförderung koordinieren oder gemeinsam Lösungen für zukünftige Herausforderung erarbeiten.

Literatur

- Bleses, Peter; Jahns, Kristin; Behrens, Miriam (2013): „Zufrieden, kompetent und gesund arbeiten“ – Ressourcen und Herausforderungen nachhaltiger Beschäftigungsfähigkeit in der ambulanten Pflege (in diesem Zwischenbericht)
- Bleses, Peter; Ritter, Wolfgang (2013): Das Verbundprojekt ZUKUNFT:PFLEGE – Nachhaltige Beschäftigungsfähigkeit im Fokus (in diesem Zwischenbericht)
- Fricke, Werner (2007): Wie muss eine zukunftsfähige Arbeitsforschung inhaltlich, methodisch und organisatorisch ausgerichtet sein? In: Schmauder, Martin; Moldaschl, Manfred; Ludwig, Joachim; Klaus Schmierl (Hrsg.): Arbeitsforschung und Innovationsfähigkeit in Deutschland. Band 9. München und Mering: Rainer Hamp Verlag, S. 95-102
- Gebert, Diether (1995): Organisation. In: Flick, Uwe; v. Kardoff, Ernst; Keupp, Heiner; v. Rosentiel, Lutz; Wolff, Stephan (Hg.): Handbuch Qualitative Sozialforschung. Grundlagen, Konzepte, Methoden und Anwendung. Weinheim: Psychologie Verlags Union, S. 299-302
- Hirsch-Kreinsen, Hartmut (2007): Innovationspartnerschaften in Unternehmensnetzwerken. In: Schmauder, Martin; Moldaschl, Manfred; Ludwig, Joachim; Klaus Schmierl (Hrsg.): Ar-

beitsforschung und Innovationsfähigkeit in Deutschland. Band 9. München und Mering: Rainer Hamp Verlag, S. 95-102

Initiative Neue Qualität der Arbeit (INQA) (2011): Gesundheitsnetzwerke – Ein Leitfaden für Klein- und Mittelunternehmen Bd 41. INQA Geschäftsstelle c/o Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin. Bönen: DruckVerlag Kettler

Ritter, Wolfgang (2003): Betriebliches Gesundheitsmanagement “erlernen” durch Leitfäden? Organisationstheoretische und betriebspraktische Anforderungsdimensionen an Verfahrenswege im betrieblichen Gesundheitsmanagement. Schriftenreihe Gesundheit Arbeit Medizin (hrsg. von Díttrich Milles und Rainer Müller). Bremerhaven: Wirtschaftsverlag NW

Pröll, Ulrich; Fromm, Christine (2000): Gesundheit und Sicherheit in Kleinbetrieben. Präventive Potenziale der kleinbetrieblichen Arbeitswelt und Möglichkeiten ihres systematischen Ausbaus. Abschlußbericht zum Forschungsvorhaben „Gesundheitsdienliche Potenziale kleiner Betriebe als Ansatzpunkte spezifischer Präventionskonzepte. DLR-Projektträgerschaft „Arbeit und Technik“. Dortmund

Sydow, Jörg; Windeler, Arnold (1994). Über Netzwerke, virtuelle Integration und Interorganisationsbeziehungen. In: Sydow, Jörg; Windeler, Arnold (Hrsg.): Management interorganisationaler Beziehungen – Vertrauen, Kontrolle und Informationstechnik. Opladen: Westdeutscher Verlag, S. 1-21

Teubner, Gunther (1996): Die vielköpfige Hydra: Netzwerke als kollektive Akteure höherer Ordnung. In: Kenis, Patrick; Schneider, Volker (Hrsg.): Organisation und Netzwerk. Institutionelle Steuerung in Wirtschaft und Politik. Wohlfahrtspolitik und Sozialforschung, Bd. 2 (Europäisches Zentrum Wien); Frankfurt a.M.; New York: Campus-Verlag, S. 535-561

Vehr, Jörg (1998): AllHand – Allergien im Handwerk: Ein regionales Netzwerk zur Allergienprävention und Gesundheitsförderung in kleinen Handwerksbetrieben. In: Pröll, Ulrich; Fromm Christine (Hrsg.): Arbeit und Gesundheit im Kleinbetrieb. Forschungsergebnisse und Präventionserfahrungen – Tagungsband –, Beiträge zur Forschung, Bd. 104 ((sfs: Beiträge aus der Forschung Bd. 104), Dortmund

Zündorf, Lutz (1994): Manager- und Expertennetzwerke in innovativen Problemverarbeitungsprozessen. In: Sydow, Jörg; Windeler, Arnold (Hrsg.): Management interorganisationaler Beziehungen – Vertrauen, Kontrolle und Informationstechnik. Opladen: Rainer Hamp Verlag S. 244-257