



Pflege Prävention 4.0

Paul Fuchs-Frohnhofen, 24.02.2016

Einige Ausgangsüberlegungen zum Forschungsprojekt Pflege-Prävention 4.0

1. Bezug des Vorhabens zu förderpolitischen Zielen des BMBF	1
2. Ausgangssituation in der Altenpflege in Deutschland	3
3. Arbeitsziele und erwartete Ergebnisse des Verbundprojektes	9
4. Literatur	11

1. Bezug des Vorhabens zu förderpolitischen Zielen des BMBF

Der im Mittelpunkt dieses Verbundprojekts stehende Ansatz einer „Pflege-Prävention 4.0“, geht nicht – wie beim produktionstechnischen Ansatz Industrie 4.0 – von IT-technisch vernetzten „intelligenzbehafteten“ technischen Objekten, den „Cyber Physical Systems“ aus, sondern von den Pflegekräften, die mit ihrer individuellen Kompetenz ihre Arbeit gestalten und die über die Organisation, in der sie arbeiten, vernetzt sind.

Im Anwendungszweck der Bekanntmachung, auf die sich das hier beschriebene Verbundprojekt bezieht, wird übergeordnet ausgeführt (BMBF, 2014a, S.2):

„Betriebliche Prävention umfasst eine den Menschen fördernde und schützende Arbeits- und Organisationsgestaltung sowie gesundheits- und präventionsbezogene Personal- und Kompetenzentwicklung. Sie schließt Arbeits- und Lebensräume des Menschen mit ein und zielt auf die Erhaltung der Vitalität, Kreativität und Arbeitsfähigkeit der Menschen in einer Arbeitswelt, die durch dynamische, vernetzte Arbeitsformen im demografischen Wandel geprägt und auf diese angewiesen ist. Es geht darum, Gesundheitsressourcen in der Arbeitswelt aufzubauen und zu erhalten, die auch bei einer längeren Lebensarbeitszeit die Arbeits- und Innovationsfähigkeit von Beschäftigten und Unternehmen langfristig stärken.“

Diese Aspekte sind insbesondere im Feld der Altenpflege von zentraler Bedeutung. Das Feld der Altenpflege ist von einer doppelten Form der Demografie gekennzeichnet. Zum einen sind die zu betreuenden Menschen zunehmend höheren Alters und weisen erhebliche Einschränkungen, z.B. im Rahmen von Multimorbidität auf. Der Anteil an Menschen mit einer kognitiven Störung (z.B. Demenz) steigt kontinuierlich an. In NRW beispielsweise wird von 70 Prozent der teil-/vollstationären Einrichtungen angegeben, dass der Anteil an kognitiv veränderten Bewohnern bei 50% und darüber liegt. Damit verbunden sind eine Arbeitsverdichtung und eine Zunahme an spezifischen betreuenden Leistungen, die nicht vollständig refinanziert sind. In der Bekanntmachung wird (a.a.O., S.3) weiter ausgeführt:

„Die Gesundheit der Beschäftigten ist zudem ein wesentlicher Faktor für die Leistungsfähigkeit und damit für die Produktivität und den Erfolg von Unternehmen in der ambivalenten und weiter dynamisierten Arbeitswelt in den kommenden Jahren. Der längere Verbleib im Berufsleben, der Erhalt der Beschäftigungsfähigkeit und die Sicherung der Innovationsfähigkeit von Unternehmen in einer älter und dynamischer werdenden Gesellschaft können daher nur durch eine präventive, gesundheitsförderliche, demografieorientierte, ressourcenorientierte Arbeitsgestaltung und Kompetenzentwicklung, verknüpft mit einem entsprechenden Personal- und Organisationsmanagement, bewältigt werden.“

Dieser Teilaspekt wird von dem hier beschriebenen Vorhaben aufgegriffen und ist für die Altenpflegebranche von herausragender Bedeutung. In einer Untersuchung bei über 700 Einrichtungen der teil-/vollstationären Altenpflege und der ambulanten Pflege in NRW (MGEPA, 2014), gaben 41,6 Prozent bzw. 40,6 Prozent der befragten Leitungen der Einrichtungen an, dass Personal aus gesundheitlichen Gründen die Einrichtung verlassen hat. Damit ist dieser Fluktuationsaspekt neben dem Eintritt ins Rentenalter und dem Eintritt in die Familienphase der am häufigsten benannte Grund für die Aufgabe des Arbeitsplatzes bei Pflegenden.

Anders als in der Industriearbeit, sind in den pflegerischen Dienstleistungsberufen und in den einzelnen Einrichtungen Konzepte der Gesundheitsförderung und der Prävention vielfach nicht systematisch etabliert.

Das Vorhaben zielt primär auf den Punkt 2.2 der Bekanntmachung „Verbesserte Gesundheit und Arbeitsqualität der Beschäftigten durch personenindividuelle, präventive Arbeitsgestaltung“. Ausgeführt wird hier:

„Arbeitsformen wie Projektarbeit im industriellen Kontext, Care-Arbeit und einfache Dienstleistungsarbeit unter den Bedingungen umfassender Rationalisierungsmaßnahmen bergen die Gefahr einer Entgrenzung und Überforderung bis hin zur Zunahme psychischer Erkrankungen.“

Nachfolgend wird für zahlreiche Einzelaspekte ein Forschungs- und Entwicklungsbedarf beschrieben, der im Rahmen des vorliegenden Projektes aufgegriffen werden soll. Hinsichtlich der Bedeutung für den Kontext der Altenpflege kann ausgemacht werden, dass hier insgesamt eine hohe Risikogruppe ausgemacht werden kann. Im Fehlzeiten-Report 2013 der AOK (Badura, u.a. 2013) liegen die Altenpflegekräfte mit 25,1 Fehltagen/Jahr auf Platz vier aller genannten Berufe. Konkret heißt es: *„Die Berufe in der Altenpflege sind seit vielen Jahren die gesundheitlich mit am stärksten belastete und beeinträchtigte Berufsgruppe in Deutschland. Gründe hierfür finden sich in den*

Arbeitsbedingungen und in den für diese Berufsgruppe typischen physischen und psychischen Belastungen, im 24-Stunden-Schichtbetrieb sowie in den Belastungen durch Umgebungsgefahren. Auch organisationsbedingte Belastungen spielen eine große Rolle. (a.a.O, S.151)“

In dem vorliegenden Projekt sollen diesbezüglich relevante Erkenntnisse erfasst und der Öffentlichkeit zugänglich gemacht werden.

Das Verbundprojekt greift zudem zwei der sechs thematischen Prioritäten bei Forschung und Innovation der neuen Hightech-Strategie für Wohlstand und Lebensqualität der Bundesregierung auf (vgl. BMBF 2014b, S. 5):

- Zum einen liefert es einen Beitrag für eine innovative Arbeitswelt und gute Arbeit in der Pflege durch neue Konzepte und Instrumente gesundheitsförderlicher Arbeit, die das Pflegesystem durch bessere Arbeitsbedingungen unterstützen.
- Zweitens stärkt das Projekt die Basis für ein gesundes Leben in der Erwerbsphase und darüber hinaus, weil es die Gesundheit, Motivation und Leistungsfähigkeit der Beschäftigten fördert.

Des Weiteren greift es korrespondierend zu anderen förderpolitischen Vorhaben das Thema der Innovationsnotwendigkeit in der Pflegearbeit auf, das u. a. auch in der vom BMBF geförderten Initiative „Pflegeinnovationen 2020“ im Rahmen des BMBF-Förderschwerpunktes „Mensch-Technik-Interaktion im demografischen Wandel“ unter Berücksichtigung der Hightech-Strategie fokussiert wird (vgl. BMBF 2014b, S. 25). Das Verbundprojekt greift darüber hinaus auf die Ergebnisse der Forschungen im BMBF-Programm „Arbeiten – Lernen – Kompetenzen entwickeln“ zurück, in denen wichtige gesundheitliche Präventionskonzepte im Hinblick auf die Erhaltung der Innovationsfähigkeit im demografischen Wandel erarbeitet wurden. Dabei wurden insbesondere die Förderung von Gesundheit, Leistungsfähigkeit und Motivation der Beschäftigten als wesentliche Bausteine des Innovationsprozesses identifiziert.

Das Vorhaben Pflege-Prävention 4.0 leistet einen Beitrag zur Entwicklung von Dienstleistungen für ein gesundes (Arbeits-) Leben, das im BMBF-Programm Innovationen für die Produktion, Dienstleistung und Arbeit von morgen (vgl. BMBF 2014c, S. 22) adressiert wird. Durch das Projekt sollen neue Möglichkeiten für den präventiven Arbeits- und Gesundheitsschutz von Pflegekräften entwickelt werden, um die Gesundheits- und Arbeitsfähigkeit der Beschäftigten in der Altenpflege zu unterstützen und das betriebliche Gesundheitsmanagement zu optimieren.

Das an dieser Stelle vorgestellte Verbundprojekt kann als ein Beitrag verstanden werden, der vor allem die konkrete Arbeitsgestaltung in den Blickpunkt rückt. Damit ergeben sich Synergieeffekte zu den benannten Förderlinien und Fördervorhaben, die im Rahmen von Vernetzungstreffen, Fokusgruppentreffen und gemeinsamen Konferenzen ausgetauscht und genutzt werden können.

2. Ausgangssituation in der Altenpflege in Deutschland

Vielen Beschäftigten auch in den Pflegeberufen wird heute ein sehr hohes Maß an selbstgesteuertem Handeln, kommunikativen Kompetenzen und Fähigkeiten zur Selbstorganisation abverlangt. Deswegen sind einerseits die subjektiven Fähigkeiten und Potenziale der Beschäftigten gefordert, individuelle Verhaltensprävention mit einer guten Erfüllung der Arbeitsanforderungen zu verbinden,

andererseits stehen die Organisationen der Altenpflege vor der Herausforderung, „gute Arbeit“ und präventiven Arbeits- und Gesundheitsschutz als „Verhältnisprävention“ auszubauen, um

- mit innovativen Beschäftigten in einem sich wandelnden Kunden-Markt (ambulant vor stationär, quartiersvernetzte Angebote statt isolierter Heimversorgung, individuelle Unterstützungsangebote statt Pflege nach Schema, Nutzung technischer Unterstützungsmöglichkeiten für selbstbestimmtes Leben im Alter etc.) wettbewerbsfähig zu bleiben (vgl. Ciesinger, Cohnen & Klatt, 2011) und
- angesichts des demografischen Wandels auch ihre Chancen im Wettbewerb um das sinkende Arbeitskräfteangebot wahren zu können.

Innerorganisatorische Veränderungen werden auch heute noch in vielen Einrichtungen der Altenpflege top-down ohne Beteiligung der Beschäftigten und ohne Einbindung der Bewohner und der künftigen Zielgruppen unter zu kurzfristigen betriebswirtschaftlichen Prämissen angegangen. Die Ausdifferenzierung neuer Tätigkeitsmodelle und die Entwicklung neuer Geschäftsfelder erscheinen vielen Einrichtungen zu aufwändig und risikoreich. Aber nur, wenn die Einrichtungen tatsächlich differenzierte Beschäftigungs-, Karriere- und Rotationsmodelle anbieten können, ergeben sich neuartige und weitreichende Möglichkeiten zur Belastungsreduktion durch Mischarbeit und die Chance auf mehr Arbeitszufriedenheit und zur Gewinnung zusätzlichen Personals.

In Deutschland existierten im Jahr 2011 insgesamt 12.364 teil-/vollstationäre Einrichtungen, in denen insgesamt 786.920 Pflegebedürftige im Sinne des SGB XI betreut wurden. Insgesamt arbeiteten rund 150.000 examinierte Altenpflegende, 36.000 Altenpflegehelferinnen und 55.500 Gesundheits- und Krankenpflegende in den Einrichtungen¹. Die Gesundheitspersonalrechnung des Bundes weist aus, dass der Anteil der Beschäftigten Altenpflegekräfte, die über 50 Jahre alt sind, insgesamt einen Anteil von 30,8 Prozent ausmacht².

Damit stieg der Anteil älterer Beschäftigter in zehn Jahren um zehn Prozent an. Bei älteren Beschäftigten finden sich vermehrt gesundheitliche Spätfolgen der Pflegearbeit.

Hinsichtlich der gesundheitlichen Belastungen in der Altenpflege liegen zahlreiche Befunde vor, die das besondere Risiko der Gesundheitsgefährdung im Beruf aufzeigen.

Im BGW-DAK „Gesundheitsreport 2003“ der Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege (BGW) zur gesundheitlichen Situation der Beschäftigten in Pflegeberufen werden folgende Besonderheiten beschrieben:

- Der psychische Gesundheitszustand der Altenpflegerinnen und Altenpfleger ist (gemessen als Skalenwert) um knapp 12 % schlechter als der Vergleichswert der berufstätigen Bevölkerung der Bundesrepublik.
- Altenpflegerinnen und Altenpfleger sind deutlich häufiger von psychosomatischen Erkrankungen betroffen (44 % mehr Erkrankungen als der Durchschnitt der Vergleichsbevölkerung).

¹ Pflegestatistik des Bundes, <http://www.gbe-bund.de>

² <http://www.gbe-bund.de>, Beschäftigte im Gesundheitswesen in 1.000. Gliederungsmerkmale: Jahre, Deutschland, Alter, Geschlecht, Art der Beschäftigung, Berufe

- Die drei häufigsten Ursachen für den Krankenstand sind Erkrankungen des Muskel- und Skeletapparates, Erkrankungen der Atmungsorgane und psychische Erkrankungen.

Die an dieser Stelle beschriebenen Herausforderungen durch die gesundheitliche Situation der Altenpflege-Fachkräfte müssen in den Kontext der allgemeinen Fachkräftediskussion in der Altenpflege eingebettet werden. In zahlreichen Gutachten und Studien werden prognostische Berechnungen vorgenommen, die insgesamt einen stark steigenden Bedarf an Altenpflege-Fachkräften für Deutschland attestieren (Enste und Pimpertz, 2008, Afentakis und Maier, 2010, Bertelsmann Stiftung, 2012).

Dabei kennzeichnet Wittland (2013) die Veränderungen durch den demografischen Wandel wie folgt: *„Der Bereich der Altenpflege ist in zweierlei Hinsicht vom demografischen Wandel betroffen: Einerseits gibt es einen erheblichen Anstieg der Pflegebedürftigen bis 2030 von bundesweit 47% (von 2,3 Mio. in 2009 auf 3,4 Mio. in 2030 und 4,5 Mio. in 2050). Rechnerisch resultiert daraus eine Arbeitskräftelücke von bundesweit 500.000 Mitarbeiter/-innen in der Altenpflege, allein in NRW sind es 100.000. Diese Lücke zu füllen wird andererseits durch den Rückgang des Arbeitskräfteangebots erschwert“* (Wittland, 2013, vgl. dazu auch eine Regionalanalyse zur Gesundheitsregion Aachen, die diesen übergreifenden Trend mit konkreten regionalen Zahlen belegt: Isfort, 2014).

Simon ergänzt diese Darstellung durch ein Aufzeigen der Veränderung in der Altersstruktur der Pflegekräfte in Deutschland, die sich schon zwischen 2001 und 2009 so verändert hat, dass die Gruppe der über 50-Jährigen ihren Anteil deutlich erhöht hat.

Altersstruktur der Pflegeberufe						2001-2009	
	2001	2003	2005	2007	2009	Anzahl	in %
Pflegepersonal insgesamt 1)	987	1.026	1.055	1.098	1.160	173	17,5
davon in %							
unter 35 Jahre	37,0	34,4	32,5	31,2	31,1	-5,9	-16,0
35 bis unter 50 Jahre	46,3	47,0	47,2	45,8	43,5	-2,8	-6,0
50 Jahre und älter	16,7	18,5	20,4	23,1	25,4	8,8	52,7
1) Angaben in Tausend							

Bild 1: Altersstruktur der Pflegekräfte in Deutschland (Simon, 2012)

Es kann an dieser Stelle festgehalten werden, dass in Zukunft in Deutschland deutlich mehr Pflegekräfte benötigt werden und dass es unerlässlich ist, die Perspektiven für eine „Beschäftigung bis 67“ in der Alten- und Krankenpflege zu verbessern (vgl. auch Pohl, 2011), denn die Gewinnung einer steigenden Anzahl junger Menschen für den Beruf der Altenpflege ist als primäre Lösungsoption schon dadurch begrenzt, dass nicht genügend junge Menschen geboren wurden, um die Bedarfe in den nächsten 20 Jahren abzudecken (vgl. dazu z.B. Zika u.a., 2015, S.4).

Wie Zika u.a. in der IAB-Studie aufzeigen, kann ein Teil der sinkenden Zahlen im Arbeitskräfteangebot, auf das auch die Altenpflege zugreift, durch Zuwanderung ausgeglichen werden. Dieser Aspekt wird in diesem Verbundprojekt aufgegriffen, in dem der Gesundheitsprävention bei Altenpflegekräften mit Migrationshintergrund besondere Aufmerksamkeit gewidmet wird.

Obwohl das in der Bevölkerung anzutreffende Image der der Altenpflege-Fachkräfte überwiegend durch Wertschätzung geprägt ist (Klatt u.a., 2011), sorgen eine skandalisierende Berichterstattung und steigende Arbeitsanforderungen bei knappen Personaldecken vielfach dafür, dass die Arbeitszufriedenheit der Fachkräfte in der Altenpflege unzureichend ist (vgl. Simon, 2005; Fuchs-Frohnhofen u.a., 2010). Unter den Faktoren, die die Arbeitsfähigkeit in der stationären Altenpflege beeinflussen, ragen „psychische Belastungen“ heraus (Glaser & Höge, 2005), denn Pflege ist im Kern eine Interaktions- und Kommunikationsarbeit (Dunkel & Graber, 2010; Böhle & Glaser, 2006) und es sind nicht so sehr die – auch vorhandenen – körperlichen Belastungen, die die Arbeitsfähigkeit der Pflegekräfte einschränken, sondern primär die psychischen Belastungen (Isfort & Weidner, 2009).

Betrachtet man Fragen zur Zufriedenheit in den pflegerischen Berufen differenzierter, so muss demnach unterschieden werden zwischen der Berufszufriedenheit und einer Arbeitszufriedenheit. Die Berufszufriedenheit oder auch die Berufswahlzufriedenheit zeigt den Grad der Identifikation von Pflegekräften mit ihrem Beruf. Befragt man Auszubildende in den pflegerischen Berufen, so findet man eine insgesamt sehr hohe Zufriedenheit mit der Berufswahl. Von ca. 4.000 Auszubildenden, die ver.di 2011 befragte, waren rund zwei Drittel mit der Ausbildung zufrieden oder sogar sehr zufrieden. Dabei waren die Auszubildenden der Altenpflege die Gruppe mit der höchsten Zufriedenheit (Vereinte Dienstleistungsgewerkschaft 2011). Im Rahmen einer Auszubildendenbefragung im Köln-Bonner-Raum gaben 90,9 Prozent von über 850 Ausbildungsabsolventinnen und Absolventen, die vor der Berufseinmündung stehen an, dass sie im Anschluss an die Ausbildung in der Pflege arbeiten möchten (Kappel und Klein 2012). Auch im norddeutschen Raum kommt eine Befragung unter Auszubildenden zu ähnlich positiven Ergebnissen. 94,4 Prozent der Befragten würden den Beruf wieder wählen (Bomball). Diese Studien verdeutlichen die tendenziell hohe Berufs- und Berufswahlzufriedenheit unter Auszubildenden. Die allgemein guten Werte sind jedoch auch bei den beruflich Pflegenden zu beobachten. In einer Studie der Fachhochschule Münster waren von 618 befragten Altenpflegenden 65 Prozent mit der Berufswahl zufrieden, 83 Prozent gaben an, dass sie sich mit ihrem Beruf identifizieren und 85 Prozent, dass sie ihre Arbeit gerne machen (Buxel 2011). Dies sind Hinweise auf eine Ressource im Beruf, denn die Pflegenden sind offenbar nicht mit dem Beruf selbst, sondern mit den Rahmenbedingungen, unter denen sie in den Organisationen ihren Beruf ausüben, tendenziell eher unzufrieden. Dass der Beruf mit großer körperlicher und psychischer Belastung, mit Wechselschichten und einer vergleichsweise geringen Entlohnung in Verbindung gebracht wird, wird auch von Pflegenden in Befragungen bestätigt (WSI- Wirtschafts- und Sozialwissenschaftliches Institut in der Hans-Böckler Stiftung 24.07.2012). Die hohen Beanspruchungen im Beruf gehen auch mit im Vergleich zu anderen Berufen höheren Krankheitsraten, Krankheitszeiten und gesundheitlichen Risiken einher. Dies wurde u.a. auch durch zahlreiche Reporte der Krankenkassen bestätigt (Bergers und Nolting 2003; AOK Bundesverband 2011; Galatsch et al. 2012; Schmidt und Hasselhorn 2007). Diese genannten Faktoren sind offenbar wichtige Ursachen für den Unterschied zwischen einer hohen Berufszufriedenheit und einer tendenziell niedrigeren Arbeitszufriedenheit.

In der europäischen Next-Studie (Nurses' early exit study) zum Berufsausstieg bei Pflegenden wurde unter den deutschen Pflegenden eine nur mäßige Arbeitszufriedenheit festgestellt (2,5 auf einer vierstufigen Skala). Die Autoren ermittelten, dass in Deutschland zwar eine Zufriedenheit mit der Art und Weise bestand, wie man seine Fähigkeiten im Beruf einsetzen kann. Eine sehr niedrige Zufriedenheit aber wurde jedoch hinsichtlich psychologischer Unterstützung am Arbeitsplatz und den körperlichen Arbeitsbedingungen festgestellt (Hasselhorn et al. 2005). In der zweiten

Befragungswelle zur Studie wurde darüber hinaus festgestellt, dass jeder zweite Befragte ein schlechtes bis sehr schlechtes Image des Pflegeberufs in der Bevölkerung vermutete (Hasselhorn et al. 2008). Die Nachfolgestudie untersuchte Aspekte, die mit einer hohen Zufriedenheit der Arbeit in der Altenpflege verbunden wurden. Hier konnte aufgezeigt werden, dass vor allem die Qualität der angebotenen Pflege entscheidend für die Beurteilung durch die Pflegenden war (Schmidt et al. 2010). In einer Studie der Fachhochschule Münster in 2011 äußerten 64 Prozent der Altenpflegenden, dass sie alles in allem mit ihrem derzeitigen Arbeitsplatz zufrieden sind. Allerdings gaben nur 39 Prozent an, dass sie ihre Berufswahl Freunden und Bekannten empfehlen würden (Buxel 2011).

Arbeitsfähigkeit ist die Fähigkeit eines Beschäftigten, eine bestimmte Arbeit unter bestimmten Rahmenbedingungen durchführen zu können. Nach Ilmarinen und Tempel (Ilmarinen & Tempel, 2002) kann Arbeitsfähigkeit verbessert werden, wenn die Elemente „Gesundheit“, „Bildung und Kompetenz“, „Werte“ und „Arbeit(sgestaltung)“ aus dem „Haus der Arbeitsfähigkeit“ ineinandergreifen.

Nachfolgend soll eine Auswahl an zu diskutierenden und zu analysierenden Instrumenten und Verfahren zur Identifizierung der zentralen Perspektiven der Beschäftigten auf ihren Beruf in der Kürze vorgestellt werden. Diese und weitere Verfahren sind für das Projekt vergleichend zu analysieren und es muss eine kriteriale Auswahl des Einbezugs der Instrumente oder von Teilelementen vorgenommen werden, um die für das Projekt zentralen Inhalte zu stabilisieren.

Hinsichtlich der Problemanalyse kann beschrieben werden, dass in Einrichtungen der teil-/vollstationären Altenpflege bislang die Verwendung von standardisierten und wissenschaftlich als valide und reliabel eingestuften Verfahren zur Arbeitsbelastung und zur Erfassung von Schutzfaktoren nicht üblich ist. Vielfach werden im Rahmen von Qualitätssicherungsmaßnahmen einfache Zufriedenheitsbefragungen der Mitarbeiter durchgeführt, welche einen orientierenden Gesamteindruck ermöglichen, die aber keine Form der arbeitspsychologischen oder pflegewissenschaftlich bedeutenden Messung der konkreten Dimensionen der Arbeit selbst zulassen.

An dieser Stelle werden ausgewählte Verfahren vorgestellt, die eine substanzielle Verbesserung in der Diagnostik in den Einrichtungen ermöglichen könnten. Die Arbeitsfähigkeit kann u.a. durch den Work Ability Index WAI gefasst werden. Der WAI-Fragebogen wird in verschiedenen Studien zur Erfassung der Gesundheits- und Belastungssituation von Beschäftigten ergänzt um einen weiter gefassten Fragebogen (z.B. COPSQ, Copenhagen Psychosocial Questionnaire, <http://www.copsoq.de>), der insbesondere auch die Arbeitsbedingungen konkreter abfragt (vgl. auch v.d. Malsburg, Bessin, Rottländer & Isfort, 2001). Weitere Instrumente, die im (pflege)wissenschaftlichen Kontext von großer Relevanz erscheinen, sind das von Hackman und Oldman (1969) beschriebene „Job Characteristic Model (JCM)“ sowie das von Siegrist (1996) entwickelte Instrument des „ERI (Effort-Reward-Imbalance Score)“. Ein Ungleichgewicht zwischen dem Aufwand (Effort) und der Belohnung (Reward) führt zu körperlichen und psychischen Beeinträchtigungen des Individuums. Das Messinstrument zeigt Zusammenhänge zwischen der Arbeitsleistung auf der einen und der Gratifikation auf der anderen Seite auf und beeinflusst somit die extrinsische Motivation. Zunehmend gewinnt auch das „Arbeitsbezogenes Verhaltens- und Erlebensmuster (AVEM)“ an Bedeutung, das in einer Langfassung und einer Kurzfassung erhältlich ist (www.testzentrale.de). Das AVEM eignet sich der Beschreibung nach insbesondere für Fragestellungen der Personalentwicklung und Arbeitsgestaltung unter Gesundheitsbezug. AVEM ist ein mehrdimensionales persönlichkeitsdiagnostisches Verfahren. Es werden Selbsteinschätzungen

auf elf theoretisch begründeten und faktorenanalytisch untermauerten Dimensionen erhoben. Das Zueinander dieser Dimensionen wird im Weiteren in vier arbeitsbezogenen Verhaltens- und Erlebensmustern ausgedrückt: G (Gesundheit), S (Schonung), A (Risiko i. S. der Selbstüberforderung) und B (Risiko i. S. von chronischem Erschöpfungserleben und Resignation). Für jede Person wird die Ähnlichkeit ihres Profils mit diesen vier Referenzmustern ermittelt.

Die folgende Grafik (Bild 2) zeigt exemplarisch am Beispiel des WAI auf, dass die Arbeitsfähigkeit sich zwar tendenziell mit zunehmendem Alter verschlechtert, dass es aber starke intraindividuelle Unterschiede gibt. Deswegen hat die individuelle Gesundheits- und Arbeitsgestaltungskompetenz der Pflegekräfte eine große Bedeutung.

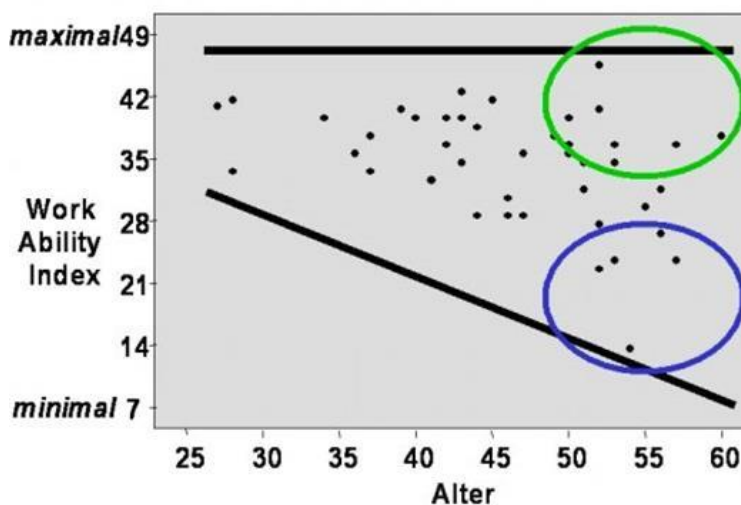


Bild 2: WAI-Werte bei Beschäftigten in einem mittelgroßen Unternehmen in Deutschland nach Alter, 2003 (Quelle: <http://www.arbeitsfaehigkeit.uni-wuppertal.de/index.php?arbeitsfaehigkeit>)

Um eine in den Einrichtungen angemessene und auch datenbasierte Gesundheitsförderung und altersspezifische Personalentwicklung gestalten zu können, sind differenzierte Analysen notwendig. Im Verbundprojekt sollen dazu konkrete Tools entwickelt, erprobt und eingesetzt werden.

Als ein für das Verbundprojekt ebenfalls relevantes Problem in der Ausgangslage kann benannt werden, dass die jeweiligen Qualifikationsprofile der einzelnen Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter und die tatsächlich in der Pflegearbeit erbrachten Leistungen hinsichtlich der Diversifizierung oftmals unzureichend vorgenommen werden. Dies ergibt sich u.a. durch die im Kontext der Pflegearbeit schwierige Abgrenzungsproblematik der Leistungen selbst. Da, anders als im Produktionsprozess der Industrie, in der Dienstleistung die Aushandlung der Maßnahme, die Produktion sowie der „Verbrauch“ in einer komplexen Pflegesituation selbst entsteht (uno-acto-Prinzip), ist eine Benennung der notwendigen Qualifikationsstufen für die konkrete Bewältigung der Arbeit nicht trivial. Einzelne Maßnahmen (z.B. Medikamentengabe, Wundversorgung) können leichter abgegrenzt werden, andere Maßnahmen (der Grundpflegerischen Versorgung und des spezifischen Alltagstrainings / Mobilisation) lassen sich hingegen nur unzureichend aufschlüsseln. Die Frage, wer mit welchem Qualifikationsprofil welche Leistung erbringt, ist weniger ein Problem der konkreten Tätigkeit als der Frage danach, vor welchem Hintergrund der Komplexität und in welcher Situation die Notwendigkeit der Tätigkeit entsteht. Einen an Demenz erkrankten Menschen in einer

Angstsituation zur Toilette zu begleiten und das Sturzrisiko zu minimieren stellt bei gleicher Tätigkeit eine andere Form der Komplexität dar als einen kognitiv nicht eingeschränkten Bewohner mit einer Gehbehinderung zu begleiten. Im Pflegealltag kann diese Differenzierung oftmals nicht getroffen werden (bzw. können in der Situation nicht zeitnah die entsprechenden Personen für die Bewältigung organisiert werden). Somit entsteht im Binnenverhältnis sowie in der Außendarstellung das Bild, dass alle Personen gleiche oder ähnliche Tätigkeiten durchführen. Dies führt u.a. auch bei sehr gut qualifizierten Personal zu einer empfundenen „Abqualifizierung“ und zu der grundsätzlichen Frage nach der Sinnhaftigkeit einer oftmals mehrjährigen Spezialausbildung (z.B. im Rahmen einer zusätzlichen zweijährigen Qualifizierung zur gerontopsychiatrischen Fachpflegekraft). Durch den verstärkten Einsatz von Hilfskräften und der durch die Politik geförderten Ausweitung des Einbezugs von niedrig qualifizierten Personen (z.B. Alltagsbegleiter nach §87b SGB XI) verwischen diese Handlungsbereiche zunehmend und führen zu einer Dequalifizierung der Leistungserbringung professioneller Altenpflege.

Einrichtungen, die arbeitsbezogene und leistungsbezogene Karrierewege eröffnen wollen stehen vor der Aufgabe, dass sie diese Grundproblematik reflektieren und bearbeiten müssen. Notwendige Differenzierungen der Tätigkeiten insgesamt sowie die Ausweitung von Leistungen und die Schaffung neuer Arbeitsprofile (z.B. im Rahmen von pflegeberatenden Leistungen) bedürfen der Einordnung und der Benennung der qualifikatorischen Grundvoraussetzungen für die Erbringung.

Dies gilt auch für die Arbeit von Pflegefachkräften im Einsatz und Umfeld neuer (digitaler) Technologien. Hier gibt es - insbesondere als Ergebnis einer mehr als 10jährigen AAL-Forschung in Deutschland³ - in Forschung und Praxis bemerkenswerte Entwicklungen, besonders ausgeprägt im Sensoreinsatz (vgl. z.B. Pflüger u.a. 2012), aber in Forschungsanwendungen sogar im Robotereinsatz (Graf/Jacobs, 2012). Parallel existiert eine technikkritische oder technikreflexive Diskussion in der Pflegewissenschaft (Friesacher, 2010), in der insbesondere die Befürchtung thematisiert wird, dass Technikeinsatz die besondere kommunikative und emotionale Interaktionsbeziehung zwischen Pflegefachkraft und Pflegebedürftigem gefährden könnte.

Hier gilt es, einerseits die Kompetenz der Altenpflegefachkräfte zu erhöhen, um digitalisierte Unterstützungstechnologien nicht nur bedienen sondern kompetent nutzen zu können und andererseits gemeinsam mit den Altenpflegefachkräften zu erörtern, wie aus einer Technikkompetenz der Beschäftigten neuer Arbeitsinhalte und neue Dienstleistungsangebote der Altenpflege entwickelt werden können.

So können neue vertikale und horizontale Karrierewege, neue Arbeitsinhalte und neue Dienstleistungsangebote in der Altenpflege entwickelt werden, die auch neue Chancen für Prävention und Gesundheitsförderung bieten.

3. Arbeitsziele und erwartete Ergebnisse des Verbundprojektes

Im Rahmen des Verbundprojektes sollen **auf der Einrichtungs- und Beschäftigten-Seite** folgende Punkte erforscht und gezeigt werden:

³ Vgl. dazu das Programm des 8en deutschen AAL-Kongresses in Frankfurt im April 2015:
http://conference.vde.com/aal/Documents/AAL%20Kongress%202015/AAL_Kongress2015_Programm_web.pdf

1. wie in Einrichtungen zukünftig auf der Ebene von einsetzbaren Instrumenten eine Identifizierung von notwendigen Maßnahmen der Gesundheitsförderung und – prävention erfolgt?
2. wie die einzelnen Beschäftigten in der professionellen Altenpflege angeregt werden können, sich in den verschiedenen berufsbiografischen Phasen von der Ausbildung bis zum Berufsende (Renteneintritt) mit der eigenen Gesundheit und Arbeitsfähigkeit auseinanderzusetzen und Gesundheitsprävention als Chance für bessere Arbeit und bessere Selbstverwirklichung zu erkennen und eigenaktiv anzugehen?
3. wie die Einrichtungen Möglichkeiten entwickeln können, Arbeitsvielfalt anzubieten, die auf Dienstleistungsvielfalt aufbaut, also der Erweiterung der Angebote durch deutlich breitere Dienstleistungen, die in vielen Einrichtungen der Altenpflege heute noch nicht die Regel sind. Dabei geht es neben einer evtl. Vervollständigung des heutigen Dienstleistungsangebots von stationärer Altenpflege, Tagespflege, Kurzzeitpflege, Pflege und Betreuung in ambulant orientierten Wohngemeinschaften, palliativer Pflege und ambulanten Pflege auch um neuartige Angebote z.B. Weiterbildung für Angehörige und Ehrenamtliche, Beratung zum Umgang mit techn. Unterstützungssystemen in der Pflege, Aufbau von Unterstützungssystemen im Quartier, Begleitung, Coaching und psychosoziale Dienstleistungen für Angehörige und leicht pflegebedürftige Menschen aber auch um eine neue Kooperation mit anderen Dienstleistern mit Fokus auf Pflegebedürftige, mit Technikentwicklern für Ältere, mit Bauunternehmen und der Immobilienwirtschaft und vieles andere mehr.
4. wie innovative und die zukunftsorientierte Wettbewerbsfähigkeit fördernde Dienstleistungsangebote mit neuen gesundheitspräventiven Chancen durch Rotation und beschäftigtenadäquate Arbeitsgestaltung verbunden werden und gleichzeitig zu einem verbesserten Employer Branding beitragen können (Ruf, 2014)?

Wissenschaftliche Forschungsziele liegen in der Beantwortung der Fragen,

1. Welche Instrumente und Verfahren der arbeitsplatzbezogenen Messungen in der Altenpflege geeignet erscheinen, um individualisierte gesundheitsbezogene Risiken und Verhaltensmuster transparent zu machen?
2. Welche Gesundheitsrisiken, aber auch -chancen und Gestaltungsspielräume sind mit neuen Arbeitsformen und Arbeitstypen verbunden, die mit einer höheren Angebotsvielfalt in der Altenpflege einhergehen?
3. Welche Instrumente zur Förderung von präventivem Arbeits- und Gesundheitsschutz und welche Maßnahmen zu deren personenindividueller Umsetzung sind mit verschiedenen Szenarien der Zukunftsentwicklung in der Altenpflege verbunden?
4. Wie können Konzepte zum Einsatz von und zum Umgang mit neuen digitalen Technologien und technischen Assistenzsystemen aussehen,
 - die die Umsetzung neuer Dienstleistungsangebote in der Altenpflege erleichtern und

- Anforderungen des präventiven Arbeits- und Gesundheitsschutzes berücksichtigen (vgl. auch Haubner & Nöst, 2012)?
5. Wie kann der konzeptionelle Zugang aus dem „Haus der Arbeitsfähigkeit“ vor dem Hintergrund skandinavischer Erfahrungen für die gesundheitsfördernde Arbeitsgestaltung in der deutschen Altenpflege produktiv nutzbar gemacht werden?

Erwartete Ergebnisse

Orientiert an diesen Zielen möchte das Projekt eine Reihe praktisch nutzbarer und wissenschaftlich abgesicherter Ergebnisse erzeugen, die in einer Reihe von Leitfäden festgehalten und den jeweiligen Zielgruppen zugänglich gemacht werden sollen wie in Kapitel 2.1 dargestellt:

- ein Leitfaden **„Lebenslang gesund arbeiten in Pflegeberufen“**,
- ein Leitfaden **„Moderne Dienstleistungen im Pflegebereich“**,
- ein Leitfaden **„Gesunde Arbeitsbedingungen in Pflegeeinrichtungen“**
- und ein vierter Leitfaden **„Die Altenpflege als attraktiver Arbeitgeber“**.

4. Literatur

Afentakis, A.; Maier, T. (2010): Projektionen des Personalbedarfs und -angebots in Pflegeberufen bis 2025. In: Wirtschaft und Statistik (11), S. 990–1002.

AOK Bundesverband (Hg.) (2011): AOK Report Pflege 2011. Betriebliche Gesundheitsförderung. Berlin, zuletzt geprüft am 12.07.2011.

Badura, B; Ducki, A; Schröder, H, Klose, J; Meyer, M.(Hg.) (2013): Fehlzeiten-Report 2013 - Verdammt zum Erfolg - Die süchtige Arbeitsgesellschaft?; Springer Verlag, Berlin

Bergers, J.; Nolting, H.-D (2003): BGW DAK Gesundheitsreport Altenpflege. Arbeitsbedingungen und Gesundheit von Pflegekräften in der stationären Altenpflege. Hg. v. BGW Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst. IGES Institut für Gesundheits- und Sozialforschung GmbH. Berlin.

Bertelsmann Stiftung (2012): Themenreport "Pflege 2030". Was ist zu erwarten - was ist zu tun? Unter Mitarbeit von H. Rothgang, R. Müller und R. Unger. Hg. v. Bertelsmann Stiftung. Gütersloh. Online verfügbar unter <http://www.bertelsmann-stiftung.de>.

BMBF (2014a): Bekanntmachung des Bundesministeriums für Bildung und Forschung von Richtlinien zur Förderung und Entwicklung auf dem Gebiet „Präventive Maßnahmen für die sichere und gesunde Arbeit von morgen“; Bonn, Berlin, 12 S.

BMBF (2014b): Die neue Hightech-Strategie. Innovationen für Deutschland, Berlin.

BMBF (2014c): Innovationen für die Produktion, Dienstleistung und Arbeit von morgen, Berlin.

Bogert, B., Palm, G., Fuchs-Frohnhofen, P. (2011): Innovative Angebote am Markt – innovative Beteiligungsformen der Mitarbeiter – die St. Gereon Altenhilfe; in Fuchs-Frohnhofen, P. u.a. (Hg): PIA – Pflege-Innovationen in der Gesundheitsregion Aachen; S. 85-92.

Böhle, F., Glaser, J. (Hg.) (2006): Arbeit in der Interaktion – Interaktion als Arbeit. Arbeitsorganisation und Interaktionsarbeit in der Dienstleistung, VS Verlag für Sozialwissenschaften, Wiesbaden.

Borutta, M. (2011): Wie kommt das Neue in die Organisation? - Systemische Lernanstöße für Pflegeeinrichtungen. In: Fuchs-Frohnhofen u.a. (Hg), S. 43-51

- Buxel, H. (2011b): Wie Pflegende am Arbeitsplatz zufriedener werden. In: Die Schwester Der Pfleger 50 (5), S. 426–430.
- Calì, U., Fuchs-Frohnhofen, P., Gessenich, H., Isfort, M., Stock, C. (Hg.) (2014): Aus der Praxis für die Praxis - Arbeit, Familie und Karriere in innovativen Unternehmen der Gesundheitsregion Aachen; Tectum Verlag, Marburg, 210 S.
- Ciesinger, K., Cohnen, H., Klatt, R. (2011): Entwicklung neuer Dienstleistungen und Karrierepfade in der Altenpflege in: Ciesinger, K., Fischbach, A., Klatt, R., Neuendorff, H. (Hg.): Berufe im Schatten. Wertschätzung von Dienstleistungsberufen – Entwicklung neuer Modelle und Konzepte einer praxisorientierten Unterstützung. Münster: LIT, S. 201-215.
- Ciesinger, K.-G., Fischbach, A., Klatt, R. & Neuendorff, H. (Hrsg., 2011). Berufe im Schatten. Wertschätzung von Dienstleistungsberufen – Entwicklung neuer Modelle und Konzepte einer praxisorientierten Unterstützung. Münster: LIT.
- Deutscher Berufsverband für Pflegeberufe (2009): Wie sieht es im Pflegealltag wirklich aus? -Fakten zum Pflegekollaps. Ausgewählte Ergebnisse der DBfK-Meinungsumfrage 2008/09. Berlin.
- Dunkel, W., Grabner, D. (2010): Interaktive Arbeit als Kern von Pflege; in Fuchs-Frohnhofen, P. u.a. (Hg.): Wertschätzung, Stolz und Professionalisierung in der Dienstleistungsarbeit „Pflege“, Tectum-Verlag, Marburg, S. 22-25.
- Enste, D.; Pimpertz, J. (2008): Wertschöpfungs- und Beschäftigungspotenziale auf dem Pflegemarkt in Deutschland bis 2050. In: IW-Trends : die vierteljährliche Zeitschrift zur empirischen Wirtschaftsforschung aus dem Institut der Deutschen Wirtschaft Köln 35 (1).
- Friesacher, H. (2010): Pflege und Technik – eine kritische Analyse; Pflege & Gesellschaft 15. Jg., H.4, S. 293-313
- Fuchs-Frohnhofen, P. (2012): Vom INTEGRA-Projekt zum Demenz-Label-Projekt; in: Borutta, M., Kaun, A., Lenzen, U.; Demenz-Label; Tectum-Verlag, Marburg, S. 19-32
- Fuchs-Frohnhofen, P. (2014): Die deutsche Altenpflegeausbildung als Exportgut (nicht nur) nach China; transfaer, 2/2014; Dortmund, S. 20-21
- Fuchs-Frohnhofen, P., Dörpinghaus, S., Borutta, M., Bräutigam, C. (Hg.) (2011): PIA – Pflege-Innovationen in der Gesundheitsregion Aachen - Projekterfahrungen und Anregungen zur Umsetzung; Tectum-Verlag, Marburg, 310 S.
- Fuchs-Frohnhofen, P., Isfort, M., Wappenschmidt-Krommus, E., Duisberg, M., Neuhaus, A., Rottländer, R., Brauckmann, A. (2010): Wertschätzung und Stolz fördern Wertschöpfung; in Fuchs-Frohnhofen, P. u.a. (Hg.): Wertschätzung, Stolz und Professionalisierung in der Dienstleistungsarbeit „Pflege“, Tectum-Verlag, Marburg, S. 14-21.
- Fuchs-Frohnhofen, P., Isfort, M., Wappenschmidt-Krommus, E., Duisberg, M., von der Malsburg, A., Rottländer, R., Brauckmann, A., Bessin, C. (Hg.) (2012): PflegeWert – Wertschätzung erkennen, fördern, erleben; KDA-Verlag, Köln, S. 388.
- Fuchs-Frohnhofen, P., Riesner, C., Borutta, M. (Hg.) (2008): Gute Arbeit und gute Pflege für demenzerkrankte alte Menschen – Ergebnisse und Perspektiven eines Modellprojekts; Tectum Verlag, Marburg, 240 S.
- Galatsch, M.; Iskenius, M.; Müller, B. H.; Hasselhorn, H. M. (2012): Vergleich der Gesundheit und Identifizierung von Prädiktoren der Gesundheit in verschiedenen Altersgruppen Pflegenden in Deutschland. In: Pflege 25 (1), S. 23–32.

Glaser, J.; Höge, Th. (2005): Probleme und Lösungen in der Pflege aus Sicht der Arbeits- und Gesundheitswissenschaften. 1. Auflage. 72 S., herausgegeben von der Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin, Dresden.

Graf, Birgit; Jacobs, Theo (2012): Einsatzpotenziale und Erfahrungen aus der Erprobung von Servicerobotern in stationären Altenpflegeeinrichtungen. In: Eickmeyer-Hehn, Annette (Tagungsleitung) u.a.; BMBF/VDE Innovationspartnerschaft AAL: Technik für ein selbstbestimmtes Leben : 5. Deutscher AAL-Kongress mit Ausstellung 24.- 25. Januar 2012, Berlin. Tagungsbeiträge. Berlin; Offenbach : VDE Verlag, 2012, Paper 13.4, 5 S.

Hasselhorn, H. M.; Müller, B. H.; Tackenberg, P.; Kümmerling, A.; Simon, M. (Hg.) (2005): Berufsausstieg bei Pflegepersonal. Arbeitsbedingungen und beabsichtigter Berufsausstieg bei Pflegepersonal in Deutschland und Europa. Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin. Bremerhaven: Wirtschaftsverlag NW (Schriftenreihe der Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin).

Hasselhorn, H. M.; Zegelin-Abt, A.; Wittich, A.; Tackenberg, P. (2008): Image der Pflege in Deutschland. In: Die Schwester Der Pfleger 47 (5), S. 458–461.

Haubner, D., Nöst, S. (2012): Pflegekräfte – Die Leerstelle bei der Nutzerintegration von Assistenztechnologien; in Shire, K.A., Leimeister J.M. (Hg): Technologiegestützte Dienstleistungsinnovation in der Gesundheitswirtschaft; Springer, Gabler, Wiesbaden, S. 3-30.

Ilmarinen, J. & Tempel, J. (2002): Arbeitsfähigkeit 2010: Was können wir tun, damit Sie gesund bleiben? Hrsg.: Marianne Giesert, DGB Bildungswerk e.V. Düsseldorf. Hamburg: VSA-Verlag, S. 337.

Isfort, M. (2014): Regionalanalyse zum Gesundheits- und Pflegemarkt der „Gesundheitsregion Aachen“; in: Cali, U., Fuchs-Frohnhofen, P., Gessenich, H., Isfort, M., Stock, C. (Hg.) (2014): Aus der Praxis für die Praxis – Arbeit, Familie und Karriere in innovativen Unternehmen der Gesundheitsregion Aachen; Tectum Verlag, Marburg, S. 21-36.

Isfort, M., Weidner, F. (2009): Pflge thermometer 2009 – Eine bundesweite Befragung von Pflegekräften zur Situation der Pflege und Patientenversorgung im Krankenhaus; herausgegeben vom dip e.V., Köln, S. 86.

Isfort, M.; Fuchs Frohnhofen, P.; Wappenschmidt-Krommus, E.; et. al. (2012): Wertschätzung in der Pflege und für die Pflege systematisch fördern- das Projekt PflegeWert. In: Reichwald, R.; Frenz, M., Hermann, S.; Schipanski, A. (Hg.): Zukunftsfeld Dienstleistungsarbeit. Wiesbaden: Springer Gabler, S. 587-608

Isfort, Michael (2013): Der Pflegeberuf im Spiegel der Öffentlichkeit. In: Bundesgesundheitsblatt. Gesundheitsforschung/Gesundheitsschutz. Jg. 56, H.8 S. 1081-1087, DOI 10.1007/s00103-013-1747-9.

Isfort, Michael (2013): Personalengpässe in Pflege und Medizin- die Probleme haben erst begonnen. In Rechtsdepeche. Jg. 10, Sonderausgabe Nr. 2, S. 26-28.

Isfort, Michael (2014): Droht der demografische Kollaps? In: Rechtsdepesche für das Gesundheitswesen. Sonderausgabe "Mobilität und Mobilisation". Jg. 11, H.1, S.17-19

Isfort, Michael (2014): Fachkräftesituation und Arbeitszufriedenheit in der ambulanten und stationären Pflege. In: Gärtner, Thomas; Gansweid, Barbara; Gerber, Hans et. al. (Hrsg.). Die Pflegeversicherung. Handbuch zur Begutachtung, Qualitätsprüfung, Beratung und Fortbildung. 3., aktualisierte, überarbeitete und umfassend erweiterte Auflage. Walter de Gruyter GmbH. Berlin/Boston, S. 506-513

Kappel, E. M.; Klein, K. (2012): Analyse der beeinflussenden Faktoren auf die Arbeitsplatzwahl bei Berufseinsteigern der Pflege. - Eine standardisierte deskriptive Studie in ausgewählten Pflegebildungseinrichtungen -. Masterthesis. Katholische Hochschule Katho NRW, Fachbereich Gesundheitswesen, Köln.

Klatt, R., Ciesinger, K., Cohnen, H., Goesmann, C., Lisakowski, A. (2011): Alten- und Krankenpflege im Spiegel der öffentlichen Wahrnehmung. Ergebnisse einer repräsentativen Bevölkerungsbefragung zur Wertschätzung zweier Dienstleistungsberufe. In: Ciesinger, K., Fischbach, A., Klatt, R., Neuendorff, H. (Hg.): Berufe im Schatten. Wertschätzung von Dienstleistungsberufen – Entwicklung neuer Modelle und Konzepte einer praxisorientierten Unterstützung. Münster: LIT, S. 31-52.

MGEPA - Ministerium für Gesundheit, Emanzipation, Pflege und Alter des Landes Nordrhein-Westfalen (2014): Landesberichterstattung Gesundheitsberufe Nordrhein-Westfalen 2013. Situation der Ausbildung und Beschäftigung in Nordrhein-Westfalen. (2014). Düsseldorf: Hausdruck.

Nick, C., Fuchs-Frohnhofen, P. (2013): Attempts of a Participatory Approach to Helping Improve the Value and Appreciation of Geriatric Nursing in Germany – Looking at the “PflegeWert” Project from an Action Research Perspective; International Journal of Action Research, Volume 9, Issue 1, 2013, Rainer Hampp-Verlag, München, S. 38-66.

Nick, C., Fuchs-Frohnhofen, P. (2013): Attempts of a Participatory Approach to Helping Improve the Value and Appreciation of Geriatric Nursing in Germany – Looking at the “PflegeWert” Project from an Action Research Perspective; International Journal of Action Research, 9(1), 2013, Rainer Hampp-Verlag, München, S. 38-66

Pflüger, Marius; Kroll, Julia; Steiner, Barbara (2012): Automatische Notfallerkennung durch optische und akustische Sensoren. In: Eickmeyer-Hehn, Annette (Tagungsleitung) ; VDI/VDE Innovation+Technik, Berlin: Technik für ein selbstbestimmtes Leben. 5. Deutscher AAL-Kongress mit Ausstellung 2012. CD-ROM : 24. - 25. Januar 2012, Berlin; Tagungsbeiträge. Berlin: VDE-Verlag, 2012, Paper 10.4, 8 S

Pohl, C. (2011): Der zukünftige Bedarf an Pflegekräften in Nordrhein-Westfalen: Modellrechnungen auf Kreisebene bis zum Jahr 2030; IAB-Regional Nordrhein-Westfalen, Nr. 2/2011, Nürnberg.

Rauball, P. (2013). „Ich möchte in diesem Beruf alt werden!“. Interview mit den Altenpflegerinnen Claudia Esseling und Annika Tenoth. präview – Zeitschrift für innovative Arbeitsgestaltung und Prävention, 04/2013, S. 16-17.

Ruf, M. (2014): Der Mitarbeiter als Markenbotschafter – Eine Employer Branding- und Rekrutierungsstrategie speziell für mittelständische Unternehmen; <http://www.personalmarketingkongress.eu/hr-blog-news/items/prof-dr-michael-ruf-der-mitarbeiter-als-markenbotschafter-eine-employer-branding-und-rekrutierungsstrategie-spezial-fuer-mittel.html>

Schimweg, R., Fuchs-Frohnhofen, P., Brandt, D. (Hg.) (2012): Partizipation und Führung - Erfolgsfaktoren quer zum Zeitgeist. Tectum Verlag, Marburg, 186 S.

Schmidt, S. G.; Dichter, M.; Müller, B.H; Hasselhorn, H. M. (2010): „Und es gibt sie ...“. Woran erkennen Pflegende attraktive Einrichtungen in der stationären Altenpflege? In: Die Schwester Der Pfleger 49 (2), S. 60–62, zuletzt geprüft am 05.01.2013.

Schmidt, S. G.; Hasselhorn, H. M. (2007): Gesundheitsrisiko Altenpflege. In: Demenz 7 (5), S. 31–32, zuletzt geprüft am 05.01.2013.

- Simon, M. (2012): Beschäftigte und Beschäftigungsstrukturen in Pflegeberufen – eine Analyse der Jahre 1999 – 2009; Studie für den Deutschen Pflegerat; Hannover.
- Simon, M., Tackenberg, P., Kümmerling, A., Büscher, A. & Müller, B.H. (2005): Auswertung der ersten Befragung der NEXT-Studie in Deutschland, Bergische Universität Wuppertal und Private Universität Witten-Herdecke.
- Sistenich, D., Unger, H. (2002): Teambasiertes Projektmanagement. In: Fuchs-Frohnhofen, P. (Hg.): Arbeitsorientierte Modernisierung – Konzept, Umsetzung, Praxisbeispiele; Rainer Hampp Verlag, München, S. 187-200
- v.d.Malsburg, A., Bessin, C., Rottländer, R., Isfort, M. (2001): Empirische Ergebnisse aus dem Forschungsprojekt PflegeWert. In: Fuchs-Frohnhofen u.a. (Hg.) (2012): PflegeWert – Wertschätzung erkennen, fördern, erleben; KDA-Verlag, Köln, S.104-129.
- Vereinte Dienstleistungsgewerkschaft (2011): Ausbildungsreport Pflegeberufe. Unter Mitarbeit von E. Paschke. Berlin: Ver. di Jugend (Studie / DGB Jugend). Online verfügbar unter <http://gesundheit-soziales.verdi.de/jugend/ausbildungsreport/data/Ausbildungsreport%20Pflegeberufe%202011.pdf>.
- Wittland, M. (2013): Kompetenzbasierte Dienstleistungsentwicklung als Strategie für innovatives Karrieremanagement in Pflegeeinrichtungen. *präview – Zeitschrift für innovative Arbeitsgestaltung und Prävention*, 2/2013, S. 16-17.
- WSI- Wirtschafts- und Sozialwissenschaftliches Institut in der Hans-Böckler Stiftung (24.07.2012): Arbeit in Pflegeberufen: Interessant, hoch belastend und oft schlecht bezahlt. Bispinck, R. Online verfügbar unter http://www.boeckler.de/pdf/pm_ta_2012_07_24.pdf, zuletzt geprüft am 06.09.2012.
- Zika, Gerd; Maier, Tobias; Helmrich, Robert; Hummel, Markus; Kalinowski, Michael; Hänisch, Carsten; Wolter, Marc Ingo; Mönnig, Anke (2015): Qualifikations- und Berufsfeldprojektionen bis 2030: Engpässe und Überhänge regional ungleich verteilt; IAB-Kurzbericht, 9/2015, Bertelsmann-Verlag, Bielefeld, 12 S.