

### 3. FRAUEN IN GESUNDHEITSBERUFEN

Schulungskonzept „Bewusst Bewegen im Reinigungsdienst“ ein. Dies ist eine Modifikation eines Konzeptes der Fachhochschule für Ökotrophologie in Hamburg unter der Leitung von Frau Prof. Huth. Bis zur Jahresmitte 2000 waren bereits 82% der Mitarbeiterinnen des Reinigungsdienstes zu ergonomischen Arbeitstechniken geschult. Die Schulung wird vom Betriebsärztlichen Dienst in Zusammenarbeit mit der Hauswirtschaftsleitung durchgeführt. Diese Schulung wurde durch Befragung der Mitarbeiterinnen mehrere Monate nach Beendigung der Schulung evaluiert. Dabei zeigte sich nicht nur eine deutlich verbesserte Körperwahrnehmung, sondern auch eine hohe Bereitschaft zur Veränderung der eigenen Routine. Zusätzlich wurde entsprechend den ergonomischen Erkenntnissen das Arbeitsgerät verbessert. Auch dieses ist als kontinuierlicher Prozess zu sehen. So werden immer wieder Anregungen der Mitarbeiterinnen aus den Schulungen an die Hauswirtschaftsleitung weitergegeben, die je nach Möglichkeit diese umsetzen.

**Geringe Wertschätzung:** Die Tätigkeit des Reinigungsdienstes wird sowohl von anderen Berufsgruppen als auch von der Berufsgruppe der Reinigenden selbst häufig als minderwertige Tätigkeit eingestuft. Da die geringe Wertschätzung ein wichtiger Belastungsfaktor dieser Berufsgruppe war, sind verschiedene Maßnahmen der Professionalisierung angegangen worden – angefangen bei professionellerem Äußeren. Der Reinigungsdienst bei uns ist in der Berufskleidung farblich gekennzeichnet. Um bei den Mitarbeiterinnen ausreichend Bewegungsfreiheit in der Berufskleidung sicherzustellen, arbeiten diese überwiegend in weitgeschnittenen Hosenanzügen. Problematisch bleibt zur Zeit leider weiterhin das Schuhwerk. Zur Zeit werden mehrere Ansätze geprüft, wie der Betrieb die Mitarbeiterinnen beim Kauf des richtigen Schuhwerkes unterstützen kann.

Ein weiterer Aspekt war die Klärung von Schnittstellen, insbesondere im Bereich der Pflege. Lange waren die Mitarbeiterinnen des Reinigungsdienstes auf den Stationen als „Mädchen für alles“ im Einsatz – vom Blumen gießen bis zum Zeitung holen für die Patientinnen. Heute sind die Tätigkeiten der Mitarbeiterinnen im Rahmen des Reinigungsdienstes klar festgelegt. Aufgrund der durchgeführten Schulung dieser Berufsgruppe hat sich zunehmend ein Teamgeist gebildet, der auch das Selbstbewusstsein der Mitarbeiterinnen stärkt. Als letzter wichtiger Punkt war uns die Information anderer Berufsgruppen wichtig.

So wurde im Sommer 2000 eine hausinterne Präsentation der Qualifizierungsmaßnahmen des Reinigungsdienstes

als Ausstellungswand in der hauseigenen Kantine durchgeführt.

Die Umstrukturierung der Abteilung mit der Anforderung der Leistungsverbesserung und Qualifizierung der Mitarbeiterinnen wurde im Sommer 2000 abgeschlossen. Dennoch ist Gesundheitsförderung immer als kontinuierlicher Prozess zu sehen. Das heißt, dass auch in Zukunft die Mitarbeiterinnen weiter qualifiziert werden müssen und dass ständig an Verbesserungen gearbeitet werden muss. Nur durch Kontinuität und Kooperation lassen sich arbeitsplatzbedingte Gesundheitsgefahren erkennen und minimieren.

#### 3.6.7 FRAUEN IN DEN AMBULANTEN DIENSTEN DER HAUS- UND KRANKENPFLEGE IM LAND BREMEN

**Ein Beitrag von Frau Carola Bury, Arbeitnehmerkammer Bremen**

Die ambulante Pflege ist mit Einführung des Pflegeversicherungsgesetzes 1995 in das Blickfeld der breiten Öffentlichkeit gerückt. In den letzten Jahren hat dieser relativ junge Zweig der ambulanten Versorgung eine rasante Entwicklung mit erheblichen Veränderungen erlebt.

Dabei ist insbesondere die ambulante Pflege in ihrer Ausgestaltung in hohem Maß von gesundheitspolitischen Vorgaben und gesundheitsökonomischen Rahmenbedingungen abhängig. Finanzknappheit, die Situation der Pflegebedürftigen, die Qualität des Pflegeangebotes sowie Qualitätsmängel, Missbrauch und betrügerische Abrechnungen sind in den letzten Jahren in den Medien aufgegriffen worden. Dagegen haben Arbeitsmarkteffekte, die Situation der Beschäftigten, Ausbildungsfragen und Verschlechterungen der Beschäftigungsverhältnisse bislang nur wenig Aufmerksamkeit auf sich gezogen.

Es ist für diesen Wirtschaftsbereich bezeichnend, dass häufig Daten und Informationen für zentrale Fragestellungen fehlen. Bislang liegen nur erste wenige wissenschaftliche Untersuchungen vor, die auch die Personalstruktur oder gesundheitliche Belastungen von Beschäftigten berücksichtigen.

Dabei ist es an der Zeit, die Situation genauer zu untersuchen und zu beobachten, um damit auch verschiedenste Probleme anzugehen. Über die auffallenden Strukturmerkmale hinaus (Frauenarbeitsbereich, unterschiedliche

Tabelle 3.19: Zahl der ambulanten Pflegedienste im Land Bremen

	Bremen-Stadt	Bremerhaven	Land Bremen
1995/96*	20	7	27
1998	82	35	117
2000	97	29	126

Senator für Arbeit, Frauen, Gesundheit, Jugend und Soziales

\*= vor Einführung der Pflegeversicherung

Größe und Rechtsform der Betriebe, hoher Anteil kleinbetrieblicher Strukturen, ungünstige Arbeitszeiten, Schichtarbeit und gesundheitliche Belastungen) ist seit einigen Jahren eine nachhaltige Umstrukturierung in der Trägerlandschaft im Gang, die auf das hohe Konfliktpotential und die sensible Situation verweist.

Für den hier vorliegenden Bericht wurde auf allgemein zugängliche Zahlenangaben einzelner Institutionen und des Statistischen Landesamtes Bremen zurückgegriffen, die durch Literaturangaben ergänzt wurden. Zudem wurden in einem Workshop im Februar 2000, an dem Beschäftigte aus bremischen ambulanten Pflegediensten teilnahmen, verschiedene Fragestellungen erörtert, die anschließend in Einzelgesprächen mit Vertreter/-innen aus der Alten- und Krankenpflege und mit Expert/-innen ergänzt wurden.

Es wäre wünschenswert, wenn künftig auf der Grundlage quantitativer und qualitativer Erhebungen ein genaueres Bild zu den Arbeitsbedingungen der Beschäftigten und ihrer gesundheitlichen Belastungen in Bremen möglich würde.

#### Beschäftigungsverhältnisse

Besonders auffallend – auch im Vergleich zu anderen Bundesländern – ist in Bremen der hohe Anteil von Personal in Teilzeitbeschäftigung. Das Wissenschaftliche Institut der AOK gibt für das Jahr 1997 folgende Verhältnisse für Bremen an: Danach arbeiteten nur 34% in Vollzeit, 39% in Teilzeit und geringfügig Beschäftigte machten noch 27,2% der Beschäftigten aus. Neuere Zahlen belegen, dass inzwischen nur noch etwa ein Viertel der Beschäftigten in Vollzeit erwerbstätig sind (vgl. Tabelle 3.20).

Dieser Trend zur Teilzeitbeschäftigung mag zu einem Teil den besonderen Belangen von Frauen Rechnung tragen,

zugleich wirft dies aber auch Fragen nach gesundheitlichen Belastungen und besonderen strukturellen Eigenheiten der Arbeitsorganisation auf. Dies gilt umso mehr, als auch Betroffene in den letzten Jahren von einer Zunahme der Teilzeitbeschäftigung aus den letztgenannten Gründen berichteten. Sowohl für Vollzeitbeschäftigte als auch für Teilzeitbeschäftigte stellen die sogenannten „geteilten Dienste“ eine besondere Belastung dar. Hierbei beginnen die Dienstzeiten vor 8.00 Uhr und enden erst nach 19.00 Uhr<sup>19</sup>. „Geteilt“ werden die Einsatzzeiten durch eine lange Arbeitsunterbrechung. In einigen Pflegediensten bzw. bei einigen Fällen bestehen sogar dreiteilige Schichten (Früh-/Mittag-/Abendversorgung) mit jeweiligen Unterbrechungen von ca. 2 bis 3 Stunden.

Von Seiten der Arbeitnehmer/-innen wird vorgetragen, dass rein rechnerisch – bedingt durch die geteilten Dienste – häufig keine Vollzeitbeschäftigung möglich sei. In der Regel bedeutet dies eine erzwungene Teilzeitarbeit, die in Verbindung mit den vergleichsweise niedrigen Gehaltstarifen eine eigenständige Existenzsicherung verhindert.

#### Arbeitszeiten

Ein wesentliches Merkmal aller ambulanten Dienste ist Schichtarbeit. Dabei gibt es eine Vielzahl von Arbeitszeitmodellen, insbesondere auch von Teilzeitarbeit und geringfügiger Beschäftigung. Da die Pflegeversorgung auch an Wochenenden sichergestellt werden muss, bedeutet dies in der Regel für alle Beschäftigten regelmäßige Wochenendarbeit, zumeist 14-tägig. Auch diese Regelungen können einerseits den Belangen von Frauen nach Vereinbarkeit von Familie und Beruf entgegenkommen, andererseits können sie den individuellen Arbeitszeitwünschen entgegenstehen und besondere gesundheitliche und psychische Belastungen mit sich bringen.

<sup>19</sup> Der Arbeitsbeginn liegt in der Regel zwischen 6.30 und 7.00 Uhr. Umgangssprachlich wird häufig von einer "langen Pause" gesprochen. Im arbeitsrechtlichen Sinne ist dies aber als Arbeitsunterbrechung zu bezeichnen.

### 3. FRAUEN IN GESUNDHEITSBERUFEN

Tabelle 3.20: Personal in ambulanten Pflegediensten nach Beschäftigungsverhältnis, 15.12.1999

	Land		Bremen-Stadt		Bremerhaven	
Personal insgesamt	2.749		2.110		639	
Vollzeit	727	26%	539	26%	188	29%
Teilzeit über 50%	1.022	37%	735	35%	287	45%
50% und weniger, aber nicht geringfügig beschäftigt	345	13%	292	14%	53	8%
Geringfügig beschäftigt	621	23%	520	25%	101	16%
Praktikant/-innen, Zivildienstleistende, Sonstige	34	1%	24	<1%	10	2%
Statistisches Landesamt						

#### Gesundheitliche Belastungen

Körperliche und psychische Belastungen der Pflegenden haben in den letzten Jahren durch verschiedene gesundheitsökonomische Vorgaben, wie z.B. durch die Richtlinie für verordnungsfähige Maßnahmen zugenommen<sup>20</sup>. Es sind immer mehr Pflegefälle pro Pflegeperson und Tag zu bewältigen. Die besonders rigiden Zeitvorgaben für einzelne Tätigkeiten, die nahezu alle sozialen und individuellen Besonderheiten der Patient/-innen negieren, sind auffallendes Merkmal der Entwicklung von Vorgaben in der ambulanten Pflege, die eine Arbeitsverdichtung zur Folge haben. Insbesondere die neuen Richtlinien zur häuslichen Krankenpflege seit dem 1.7.2000 lassen den Pflegekräften nur noch wenig Spielraum in der Zeitgestaltung. In der Regel kann bei einer Vollzeitbeschäftigten davon ausgegangen werden, dass sich in den letzten Jahren die Pflegefälle von 4 auf 10 pro Tag mehr als verdoppelt haben. Die strikere Trennung qualifizierter Pflegetätigkeit von hauswirtschaftlichen Leistungen erfordert hohe Flexibilität und Professionalität bei immer engeren Zeitvorgaben. Die Arbeitsverdichtung belastet dabei Pflegenden wie Patient/-innen.

Heben und Tragen: Da die Pflegekraft in der Wohnung der Patientin bzw. des Patienten meist allein ist, sind alle

Tätigkeiten, die mit Heben und Tragen verbunden sind, eine besondere Belastung für den Rücken. Technische Hilfen müssten daher stärker in Anspruch genommen werden können, als im stationären Bereich. Pflegebetten, Badelifter sowie Gehhilfen und Rollstühle müssen – teilweise nach Verordnung durch den Arzt – erst beschafft werden. Tatsächlich hat sich nach Aussagen von Pflegenden durch die Pflegekassen in der technischen Ausstattung in den letzten Jahren einiges gebessert und technische Hilfen sind in der Regel relativ schnell zu erhalten. Im privaten Haushalt stehen dem Einsatz häufig aber auch räumliche Gegebenheiten (z.B. durch kleine Wohnungen und vor allem kleine Badezimmer) und die Wünsche der Pflegebedürftigen entgegen.

Der tatsächliche Einsatz von technischen Hilfsmitteln dürfte je nach Ausbildungsstand des Personals und Unterstützung durch die Pflegedienstleitung und Pflegedienstverwaltung aber durchaus unterschiedlich gehandhabt werden. In Einzelfällen mögen Arbeitsschutz und ergonomische Maßnahmen noch als Behinderung erscheinen, häufig dürften jedoch – vor allem für die nicht Qualifizierten – auch ganz einfach die Kenntnisse fehlen. Nur wenige Pflegedienste bieten ihren Beschäftigten, die bei längerer Tätigkeit in der Pflege mehrheitlich über Rückenprobleme berichten,

<sup>20</sup> Das Verzeichnis verordnungsfähiger Maßnahmen der häuslichen Krankenpflege, Anlage der Richtlinie nach § 92 Abs. 1 Satz 2 Nr. 6 SGB V und Abs. 7 SGB V regelt die bei den Krankenkassen verordnungsfähigen Maßnahmen und ihre Abrechnungsmodi neu. Das Leistungsspektrum wurde dadurch auf rein medizinische Maßnahmen begrenzt.

Weiterbildungskurse oder Rückenseminare an. Einer Teilnahme stehen aber selbst bei diesen wenigen Ausnahmen auch finanzielle Eigenbeteiligung und/oder die Nichtanrechnung von Arbeitszeit entgegen.

**Psychische Belastungen:** Durch die immer enger gefassten gesetzlichen Bedingungen und Auflagen der Krankenkassen werden die Dienstleistungen auf den Kernbereich pflegerischer Versorgung reduziert. Die Notwendigkeiten, Bedürfnisse und Wünsche der alten und kranken Menschen artikulieren sich hingegen im direkten Kontakt mit den Pflegepersonen. Immer wieder wird von den psychischen Belastungen berichtet, die durch die Vermittlung der Grundsätze der Pflegeversicherung, ihrer begrenzten (bzw. nicht honorierten) Leistungen und den engen Vorgaben der Unternehmen und der Einsatzplanung vorgegeben werden. Diese führen dazu, dass Wünsche häufig zurückgewiesen werden müssen.

**Unfallrisiken:** Über die bekannten Infektions- und Unfallrisiken der medizinischen Berufe hinaus besteht für die in ambulanten Diensten Tätigen ein erhöhtes Unfallrisiko im Straßenverkehr. Die unverhältnismäßig häufigen Unfälle auf dem Arbeitsweg in ambulanten gesundheits- und sozialpflegerischen Diensten nahm die Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege (BGW) zum Anlass, eine Studie in Auftrag zu geben, die das Ursachengefüge auf arbeitsbedingten Wegen, ihre innerbetrieblichen Bedingungen und mögliche Präventionsmaßnahmen untersuchen sollte. Auf dieser wissenschaftlichen Grundlage wurde 1997 eine Kampagne gestartet, die durch Veröffentlichungen, Schulungen und Seminare ein neues Problembewusstsein schaffen sollte.

**Konfliktlagen:** Die Tätigkeit und Organisation eines ambulanten Pflegedienstes bringt mit sich, dass die Pflegekräfte in der Regel isoliert arbeiten und bei allen pflegerischen Erfordernissen auf sich allein gestellt sind. Dies bedeutet im Vergleich zum stationären Bereich auf der einen Seite einen Zugewinn an Entscheidungs-, Gestaltungs- und Handlungsspielräumen, auf der anderen Seite wird meist der Verlust kollegialer Unterstützung – auf allen relevanten Ebenen – beklagt.

Kooperationspartner der Pflegenden sind neben den Patientinnen und Patienten zumeist Angehörige, die in verschiedenster Art auf deren Tätigkeit und Beziehungen einwirken. Je nach Situation kann dies von den Pflegenden als zusätzliche Anforderung gesehen werden, auf die sie durch die Ausbildung häufig nicht vorbereitet wurden. Die Anspruchshaltung der Angehörigen und entspre-

chende Konflikte werden dabei teilweise als besondere psychische Belastung gesehen. Verschärft wird dies durch den Umstand, dass die Finanzierung von Leistungen durch die Pflegeversicherung begrenzt ist und häufig eine Zuzahlung der Pflegebedürftigen oder ihrer Angehörigen erforderlich wäre. Insbesondere in den Bereichen hauswirtschaftlicher und sozialer Verrichtungen stehen die ambulanten Pflegekräfte in der Konkurrenz zu den ehrenamtlich pflegenden Angehörigen. Diese Schwierigkeiten gehen einher mit einer grundsätzlichen Nicht- bzw. Missachtung der pflegerischen Tätigkeit und der beruflichen Qualifikation der Beschäftigten.

**Psychosoziale Belastungen:** Ein Großteil der Bremer Pflegedienste gibt an, auch Sterbende zu versorgen und zu begleiten. Diese besonders intensive und psychisch belastende Versorgung sollte in der Regel durch Supervision und psychologische Hilfestellung der Beschäftigten unterstützt werden. In den von uns geführten Gesprächen wurde aber nur in Ausnahmefällen von entsprechenden Angeboten berichtet. Noch immer scheinen selbst regelmäßige Teamsitzungen und Fallbesprechungen nicht allgemeiner Standard zu sein. Supervisionsangebote und Fortbildungen bilden eher die Ausnahme. Dabei soll aber nicht unerwähnt bleiben, dass einzelne Dienste sehr gute Fortbildungsangebote entwickelt haben, die auch anderen Betrieben offen stehen.

**Was hält Pflegekräfte gesund?**

Schon die Fragestellung mutet zynisch an. Und häufig wurde im Gespräch mit zwei Gegenfragen geantwortet: „Was soll denn aus den Pflegebedürftigen werden, wenn ich nicht komme?“ und: „Welche Kollegin könnte denn noch eine Tour mit übernehmen, wo die Zeitvorgaben schon so eng sind?“

Zugleich enthalten alle besonderen Belastungen gegenüber dem stationären Bereich aber auch Elemente, die eine positive Bewertung durch die Pflegekräfte ermöglichen:

- Häufiger als im stationären Bereich sind die Dienstleistungen der Patientin/des Patienten klar definiert.
- Die Patientin bzw. der Patient hat eher den Status eines „Kunden“, um den Pflegedienste konkurrieren (können).
- Die Patient/-innen sind in der Regel mobiler als in der stationären Altenpflege und nehmen damit eher den Status „eines Partners/einer Partnerin“ ein.
- Der Zugewinn an Entscheidungskompetenz stärkt das Selbstbewusstsein.

### 3. FRAUEN IN GESUNDHEITSBERUFEN

- Die zeitliche Flexibilität kann familiären und persönlichen Interessen entgegen kommen.

Diese Sichtweise darf jedoch nicht darüber hinweg täuschen, dass die strukturellen inneren Widersprüche der Pflegeversicherung den Alltag in der ambulanten Pflege belasten. Hohe Qualitätsstandards bei gleichzeitiger Kostendeckung sind zumeist nicht möglich. Die Leitungen und das Management geben dabei den Kostendruck bei gleichzeitiger Qualitätsüberprüfung ebenso weiter an die Beschäftigten, wie Angehörige und Patienten Dienstleistungen einfordern.

Den Preis der finanziellen, zeitlichen und psychischen Ausbeutung und Selbstaubeutung zahlen die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter von ambulanten Pflegediensten.

#### 3.7 ANSÄTZE FÜR VERBESSERUNGEN DES ARBEITS- UND GESUNDHEITSSCHUTZES IN AMBULANTEN PFLEGEDIENSTEN

Die vom Deutschen Gewerkschaftsbund am 25. Januar 2001 veranstaltete 6. Arbeitsschutzkonferenz in Bremen beschäftigte sich ebenfalls mit dem Thema „Arbeits- und Gesundheitsschutz in pflegenden Berufen“ – mit dem Ergebnis, dass der Fokus insbesondere auf den ambulanten Bereich gerichtet werden sollte<sup>21</sup>.

Die Ergebnisse der Konferenz und des vorliegenden Berichtes bildeten die Grundlage für ein Expert/-innengespräch speziell zum Thema „Arbeits- und Gesundheitsschutz in ambulanten Pflegediensten“, zu dem der Deutsche Gewerkschaftsbund, Kreis Bremen, eingeladen hatte. Die Expert/-innen<sup>22</sup> erachteten folgende Maßnahmen und Handlungsansätze zur Verbesserung des Arbeits- und Gesundheitsschutzes in ambulanten Pflegediensten für sinnvoll.

Arbeits- und Gesundheitsschutz in ambulanten Pflegediensten sollte:

- bereits in der Ausbildung verankert werden!  
In der bisherigen Ausbildung von Krankenpflegeschüler/-innen findet der gesamte ambulante Bereich wenig Berücksichtigung. Arbeits- und Gesundheitsschutz sollte zentral behandelt werden – auch speziell für den ambulanten Bereich. Dabei sollten auch Kompetenzen für ein eigenes Gesundheitsbewusstsein und -handeln vermittelt werden. Im Zuge der Neu-

strukturierung der Pflegeausbildung und Neufassung von Curricula bieten sich zum jetzigen Zeitpunkt gute Möglichkeiten für die Einbindung von Gesundheits- und Arbeitsschutz in die Ausbildung.

- in geeigneter Form Mitarbeiter/-innen und Vorgesetzten nahegebracht werden!  
Informationsmangel oder nicht adäquat an den Mann oder an die Frau gebrachte Informationen scheinen trotz vieler Bemühungen derzeit noch ein Hindernis im Bereich des Arbeits- und Gesundheitsschutzes darzustellen. Gefragt sind insbesondere konkrete Hilfen, zugeschnitten auf Klein- und Mittelbetriebe. Ein Ansatz ist hier sicherlich der in Kürze erscheinende „Leitfaden zur Beurteilung der Arbeitsschutzsituation in ambulanten Pflegediensten“, herausgegeben vom Länderausschuss für Arbeitssicherheit.

- entsprechend gesetzlicher Regelungen umgesetzt und kontrolliert werden!

Eine jüngst durchgeführte Untersuchung ambulanter Pflegedienste durch das Gewerbeaufsichtsamt Bremerhaven ergab, dass eine Gefährdungsanalyse nach § 5 des Arbeitsschutzes lediglich bei 27% der Pflegedienste vorgenommen worden war (N = 23 Betriebe). Dabei werden bei dieser Analyse neben der Einbeziehung technischer, biologischer, chemischer und physikalischer Gefährdungen auch andere Aspekte wie beispielsweise Arbeitsabläufe, Arbeitsverfahren oder die Arbeitszeit berücksichtigt. Der Arbeitgeber ist verpflichtet, Schutzmaßnahmen entsprechend dem festgestellten Gefährdungspotential zu ergreifen, die weit über rein technische Arbeitsschutzmaßnahmen hinausgehen können. Beraten wird der Arbeitgeber hierbei von den Betriebsärzt/-innen oder den Fachdiensten für Arbeitssicherheit. Da der Gesetzgeber keine einzelnen Verfahren oder Standards vorschreibt, sind hier Gestaltungsspielräume enthalten. Hinsichtlich der Kontrollmöglichkeiten stellte das Gewerbeaufsichtsamt fest, dass „der Arbeitsschutz in diesen Einrichtungen nicht umfassend mit den klassischen Instrumenten der Gewerbeaufsicht (insbesondere Betriebsbegehung und Revision) erfasst werden [kann], da die Tätigkeiten an vielen unterschiedlichen Einsatzorten durchgeführt werden, in der Regel in den besonders geschützten Privatwohnungen der zu pflegenden Personen“ (Senator für Arbeit, 1997, S. 207). Als ein möglicher Ansatzpunkt wurden durch den Senator für Arbeit, Frauen, Gesundheit, Jugend und Soziales die Überprüfungen durch den Medizinischen Dienst der Krankenkassen genannt, bei denen auch Aspekte des

<sup>21</sup> Der Tagungsreader ist beim Deutschen Gewerkschaftsbund, Kreis Bremen zu erhalten.

<sup>22</sup> Es haben Vertreter/-innen teilgenommen von folgenden Institutionen: Pflegekasse (AOK), Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege, Senator für Arbeit, Frauen, Gesundheit, Jugend und Soziales, Arbeitgeber- und Berufsverband private Pflege, Arbeitnehmerkammer, Universität Bremen, Institut für Angewandte Pflegeforschung, Diakonisches Werk.

Arbeits- und Gesundheitsschutzes einbezogen werden könnten.

- in das Qualitätsmanagement implementiert werden!  
Durch das Pflege-Qualitätssicherungsgesetz, das zum 01.01.2002 in Kraft treten soll, wird dem Qualitätsmanagement und der Qualitätssicherung zukünftig eine höhere Bedeutung beigemessen. Für jedes Pflegeheim und für jeden Pflegedienst wird es Pflicht sein, „ein umfassendes, einrichtungsinternes Qualitätsmanagement einzuführen und weiterzuentwickeln; die Träger sind darüber hinaus verpflichtet, in regelmäßigen Abständen die Qualität der Leistungen ihrer Einrichtungen durch unabhängige Sachverständige oder Prüfstellen nachzuweisen. Wie bisher haben die Pflegeeinrichtungen auf Verlangen der Landesverbände der Pflegekassen dem Medizinischen Dienst der Krankenversicherung oder den von den Landesverbänden der Pflegekassen beauftragten Sachverständigen die Prüfung der erbrachten Leistungen und deren Qualität durch Einzelprüfungen, Stichprobenprüfungen und vergleichende Prüfungen zu ermöglichen. Obgleich die gesetzliche Grundlage den Fokus in erster Linie auf die Qualität der Pflege selbst – und nicht auf die Arbeitsbedingungen setzt – gäbe es hier Ansatzpunkte, Aspekte des Arbeits- und Gesundheitsschutzes aufzunehmen. Ein Steuerungsinstrument könnten Zertifizierungen darstellen. Dabei wäre es wünschenswert, wenn ein einheitlicher Ansatz entwickelt werden könnte. Derzeit werden bei verschiedenen Zertifizierungen unterschiedliche Schwerpunkte gesetzt<sup>23</sup>.
- auch eine Sache der Mitarbeiter/-innen sein!  
Für die Umsetzung des Arbeits- und Gesundheitsschutzes sind Expertinnen und Experten wie beispielsweise Betriebsärzt/-innen und Fachkräfte für Arbeitssicherheit beratend tätig. Daneben können jedoch auch die Arbeitnehmer/-innen selbst einen wichtigen Beitrag leisten. Ausgestattet mit dem entsprechenden Problembewusstsein können sie wichtige Hinweise auf Missstände und Vorschläge für Verbesserungen geben.

<sup>23</sup> Vgl. z.B. das Bremer Qualitätssiegel für ambulante Pflegesiegel (BQS).