

04.19

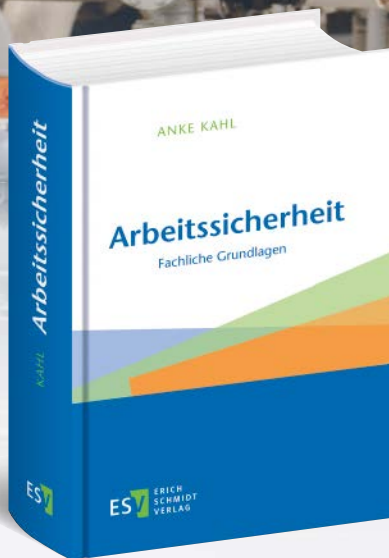
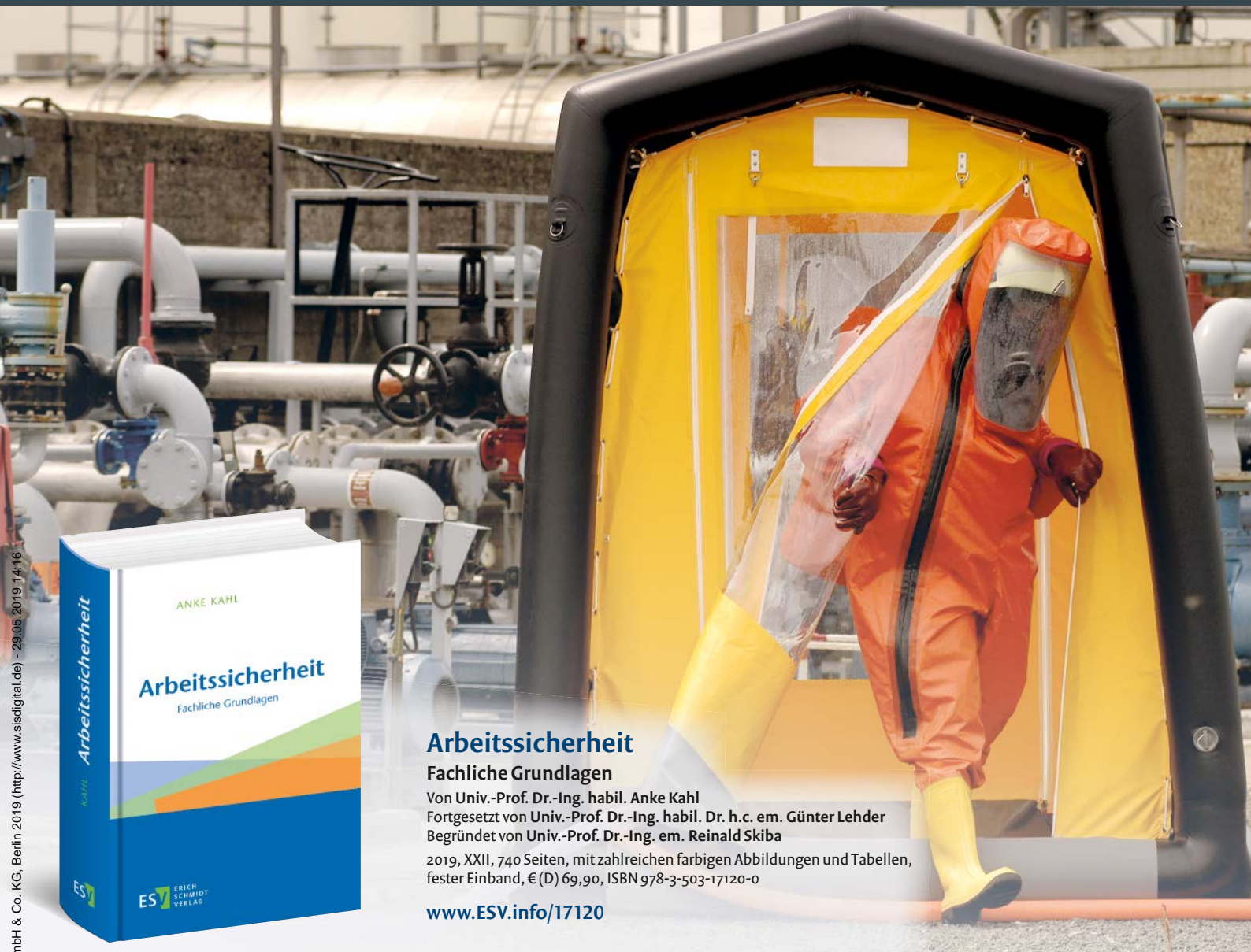
Lizenziert für Herrn Dr. Wolfgang Hien.
Die Inhalte sind urheberrechtlich geschützt.
In Kooperation mit:



70. Jahrgang
April 2019
ISSN 2199-7330
1424

sicher ist sicher

www.SISdigital.de



Arbeitssicherheit

Fachliche Grundlagen

Von Univ.-Prof. Dr.-Ing. habil. Anke Kahl
Fortgesetzt von Univ.-Prof. Dr.-Ing. habil. Dr. h.c. em. Günter Lehder
Begründet von Univ.-Prof. Dr.-Ing. em. Reinald Skiba
2019, XXII, 740 Seiten, mit zahlreichen farbigen Abbildungen und Tabellen,
fester Einband, € (D) 69,90, ISBN 978-3-503-17120-0

www.ESV.info/17120

Die neue DGUV Vorschrift 49
„Feuerwehren“ 166

Arbeiten mit bedingter Gesundheit in
kleinen und mittleren Betrieben 177
Warum führen Betriebe keine
Gefährdungsbeurteilungen durch? 185

ESV ERICH
SCHMIDT
VERLAG



WOLFGANG HIEN

Arbeiten mit bedingter Gesundheit in kleinen und mittleren Betrieben – am Beispiel der ambulanten Pflege (Teil 1 von 2)

Die ambulante Pflege ist eine wachsende Branche. Die überwiegend kleinen Betriebe und die darin tätigen Pflegekräfte stehen, wenn sie selbst älter und gesundheitlich beeinträchtigt sind, vor großen Herausforderungen. Der Artikel beschreibt anhand einer Betriebsfallstudie die Situation und geht den Möglichkeiten der Weiterbeschäftigung von chronisch erkrankten Beschäftigten nach. Es zeigt sich ein enger Zusammenhang von Primär-, Sekundär- und Tertiärprävention, der jedoch nur dann greift, wenn er bewusst von allen Beteiligten gelebt wird und die Möglichkeiten überbetrieblicher Unterstützung genutzt werden. Barrieren hierfür sind Ökonomisierungsdiktate, gepaart mit Informations-, Wissens- und Motivationsdefiziten. Es bedarf daher dringend des Aufbaus und der Verstärkung kontinuierlicher ortsnaher Unterstützungsnetzwerke, die problemadäquat auf die jeweilige betriebliche Situation und die Arbeitsbedingungen eingehen.

Hintergrund und Problemaufriss

Angesichts des demographischen Wandels und veränderter lebenslaufbestimmter Prioritäten der Beschäftigten führen seit der Jahrtausendwende gesundheitliche Einschränkungen nicht mehr „automatisch“ zu einer Statuspassage in die Frühberentung. Heute stehen Betriebe und Beschäftigte vor der Aufgabe, die Arbeitsbedingungen und die betriebliche Wiedereingliederung so zu gestalten, dass die Chance einer Weiterarbeit, möglichst am bisherigen Arbeitsplatz, gegeben ist. Sowohl Betriebe als auch Betroffene stellt das Problem „Weiterarbeit bei chronischer Krankheit“ vor große Herausforderungen. Die

Vorgaben des Sozialgesetzbuches IX sind normativ weitreichend, doch in der Praxis so gut wie unbekannt.

Die ambulante Pflege ist seit Einführung der Pflegeversicherung 1995 ein rasant wachsender Beschäftigungszweig mit derzeit mehr als 350 Tausend Beschäftigten respektive 239 Tausend Vollzeitstellen; knapp 87 % der ambulanten Pflegekräfte sind weiblich, 38 % aller Pflegekräfte sind älter als 50 Jahre (Statistisches Bundesamt 2017). Es gibt derzeit 14.700 ambulante Pflegebetriebe mit durchschnittlich 27 Beschäftigten (Pflegemarkt 2017). Ambulante Altenpflege beinhaltet Grundpflege, Behandlungspflege und hauswirt-

schaftliche Hilfen. Die umfassendste Quelle für die Arbeitssituation in dieser Branche, auch mehr als ein Jahrzehnt später, ist immer noch der DAK-BGW-Gesundheitsreport zur ambulanten Pflege der von der Deutschen Angestellten-Krankenkasse (DAK; heute ver.di) und der Berufsgenossenschaft Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege (BGW) gemeinsam verantwortet wurde (Grabbe et al. 2006). Darin heißt es auf Seite 9: „Die Ergebnisse der für diesen Report durchgeführten bundesweiten Umfrage unter Pflegenden, die in ambulanten Diensten tätig sind, zeigen auf, dass die Beschäftigten hohen körperlichen und psychischen Belastungen ausgesetzt sind. Dennoch lieben sie ihren Beruf und nehmen die Tätigkeit als abwechslungsreich und vielseitig wahr. Im Vergleich zur Situation der Pflegenden in der stationären Krankenpflege schneidet die ambulante Pflege in vielen Punkten etwas besser ab. Herauszuheben sind vor allen Dingen die Rahmenbedingungen sowie Mitsprache- und Beteiligungsmöglichkeiten. Die oftmals kleinen Einrichtungen und flachen Hierarchien bieten offensichtlich idealere Voraussetzungen für ein beschäftigtenorientiertes Management von Entscheidungen und Veränderungen. Psychosomatische Beschwerden treten bei Pflegenden in ambulanten Diensten jedoch ebenso häufig bzw. einzelne Beschwerden sogar häufiger auf als bei den Kolleginnen und Kollegen in der stationären Krankenpflege.“ Vor dem Hintergrund der erheblichen Hebe- und Tragetätigkeiten etwa bei immobilen und adipösen Patienten/-innen in oftmals nicht für professionelle Pflegearbeit ergonomisch ausgelegten Wohnungen (Glaser/Höge 2005, S. 17), des organisationsbedingten Zeitdrucks und der komplexen und oft konflikthaften Interaktionsprozesse zwischen Pflegebedürftigen, Angehörigen und Pflegekräften überraschen diese Ergebnisse nicht.

Muskel-Skelett- und psychische Erkrankungen bei Pflegeberufen bergen hinsichtlich ihrer Ätiologie einen signifikanten arbeitsbedingten Anteil, der sich zwischen 30 und 50% bewegt (Bödeker et al. 2002, 2006). Eine umfassende Querschnittstudie (Simon et al. 2008) konnte zeigen, dass physische Belastungen bei Altenpflegepersonal zwar die Prävalenz an Rücken- und Nackenschmerzen signifikant erhöhen, doch wesentlich stärker wirkt sich das Ungleichgewicht zwischen Anstrengung und Anerkennung aus (grundlegend hierzu: Siegrist 1996). Psychische Belastungen aufgrund eines hohen Ungleichgewichtes – effort-reward-imbalance – erhöhen die Rückenschmerzprävalenz um ein Vielfaches, in stationären Einrichtungen noch mehr als in der ambulanten Pflege. Weitere Querschnittstudien zur Altenpflege kommen zum interessanten Ergebnis, dass in der ambulanten Altenpflege trotz

schlechterer ergonomischer Bedingungen und trotz überwiegender Alleinarbeit der Gesundheitszustand der Beschäftigten besser ist als derjenige in der stationären Altenpflege (Kromark et al. 2009; Nübling et al. 2010). Entscheidend sind offenbar die im Vergleich zur stationären Pflege höheren psychomentalen Ressourcen in der ambulanten Pflege: eine deutlich positivere Stimmung bei der Arbeit, ein höheres Maß an empfundener Arbeitsplatzsicherheit, ein höheres Vertrauen in die Zukunft sowie größere wahrgenommene Selbstständigkeit und höheres Selbstwirksamkeitserleben.

Im Rahmen eines von der Hans-Böckler-Stiftung unterstützten qualitativen Forschungsprojektes des Instituts für Rehabilitationswissenschaften an der Humboldt-Universität zu Berlin (Projektleiter: Prof. Dr. Ernst von Kardorff) wurden verschiedene klein- und mittelbetriebliche Branchen hinsichtlich der Problematik leistungsgewandelter älterer Beschäftigter untersucht (Hien 2017, 2019; Blasczyk 2018; Kardorff et al. 2019). Die folgende Darstellung bezieht sich auf einen kleinen Ausschnitt daraus: eine Betriebsfallstudie aus der ambulanten Pflege.

Betriebsfallstudie – erster Teil

Der Pflegebetrieb hat zum Zeitpunkt der Interviews (2017) 35 Beschäftigte, es sind vier männliche Pflegekräfte darunter. Die Inhaberin und Leiterin, Frau O., zuvor selbst Krankenschwester, schilderte ausführlich den Aufbau ihres Betriebs und ihre leitende Philosophie. Es ging ihr von Anfang an darum, einen Betrieb mit möglichst hohem Niveau an gegenseitigem Vertrauen aufzubauen. Sie wollte bewusst einen familiären Betrieb führen. So achtete sie bei der Gewinnung neuer Beschäftigter nicht nur auf die fachlichen Qualifikationen, sondern auch auf die sozialen und emotionalen Fähigkeiten, auf Offenheit und Zugewandtheit. So stelle sie beispielsweise eine Beschäftigte ein, die ihre psychischen Probleme vorab offen darlegte.

„Dann habe ich mir einfach schildern lassen, was das denn bei ihr ausmacht, weil die Menschen wirklich natürlich sehr unterschiedlich sind. Und wie ich ihr dann Sicherheit geben könnte, damit sie so ihr Leben haben konnte, weil das ihr größter Wunsch war, mit dieser Erkrankung diesen Beruf weiter ausüben zu können. Wir haben Mittel und Wege gefunden, sei es, dass es einmal die Woche ein kleines Gespräch war, dass ich mir alles anhören konnte, was so ihr Herz bewegte, (...) wo ich gesagt habe: Jeder mit seiner Eigen-

art ist mir wichtig. Es gab auch mal Flops dabei, wo ich also nicht den richtigen Riecher hatte, aber man lernt das so mit der Zeit. Diese Frau ist dankbar gewesen, dass sie also über Jahre ihren Beruf hat ausüben können mit ganz geringfügigen Ausfällen, wenn dann emotional mal irgendwas in die Schieflage kam.“

Im Betrieb gibt es keinen Betriebsrat, gleichwohl versteht sich die Leiterin als grundsätzlich gewerkschaftlich orientiert. Schon aus ihrer eigenen Geschichte heraus weiß sie, dass es immer unterschiedliche Interessen gibt. Die Belegschaft ist hinsichtlich Alter, Qualifikation und sonstiger soziodemographischer Merkmalen „sehr gemischt“. Einerseits legt die Leiterin großen Wert auf die Behandlungspflege, für die sie examinierte Gesundheits- und Krankenpfleger/innen bevorzugt, die sich ständig fortbilden müssen. Andererseits können solche Tätigkeiten wie Wohnungsreinigung, Besorgungen, Klienten beim Spazierengehen begleiten und Ähnliches durchaus auch von Pflegehelfern/-innen übernommen werden. Hinsichtlich der Zeitvorgaben durch die Pflegekassen schaut sich die Leiterin das Ganze zusammen mit ihren Teams „mal in der Masse“ an, um dann zu Entscheidungen zu kommen, wieviel Zeit für jeden einzelnen einzuplanen ist. Fahrzeiten zählen für sie zur Arbeitszeit. Arbeits- und Gesundheitsschutz wird in diesem Betrieb großgeschrieben. Es gibt eine Fachkraft für Arbeitssicherheit und einen Betriebsarzt, d.h. extern „eingekaufte“ Präventionsexperten, die sich regelmäßig um Ergonomie und gesundheitsgerechte Arbeitsverhältnisse kümmern. Um Rückenleiden vorzubeugen, gibt es sowohl Verträge mit Fitness-Studios als auch Kooperationen mit der BGW. Spezielle Kurse werden gemeinsam mit dem BGW-Rückenkolleg durchgeführt. Für große und schwere Menschen werden zwei Pflegekräfte eingesetzt. Als ärgerlich empfindet die Leiterin den Umstand, „dass für Hilfsmittel immer noch ein Arzt das Rezept ausstellen muss“. Der deutsche Bürokratismus treibe hier Blüten, während in anderen Ländern längst die examinierte Pflegekraft solche Anträge ausfüllen darf, denn eigentlich verfüge nur diese über die pflegerische Kompetenz, nicht der Arzt.

Unter den Beschäftigten gibt es mehrere Fälle einer chronischen Erkrankung. Im Betrieb wurde daher schon vor Jahren ein BEM-Verfahren eingeführt, das stark auf die persönlichen Belange des/der Betroffenen ausgerichtet ist. Die Zusammenarbeit mit dem Integrationsamt hat hinsichtlich höhenverstellbarer Schreibtische und weiterer technischer Hilfen positive Ergebnisse erbracht. Einen Erkrankungsfall schilderte die Leiterin sehr ausführlich. Zunächst litt die Betroffene, Frau F., unter einem hartnäckigen schweren

Abnutzungsekzem an Händen und Armen. Nachdem sich durch eine intensive Betreuung durch die BGW bzw. die Teilnahme am BGW-Hautkolleg die Situation verbessert hatte, erlitt Frau F. bei einem Treppensturz komplizierte Sehnenabriss, die nur schwer heilen. Sie ist seit mehr als zwei Jahren im Krankenstand. Die Leiterin stellte den Kontakt zu Frau F. her, die sich für ein Interview bereit erklärte.

Frau F., gelernte Altenpflegerin und 52 Jahre alt, erzählte, wie sie zu ihrem Beruf gekommen ist:

„Das wollte ich schon immer machen. Eigentlich ja. Mitunter bereut man das aber, wegen den Feiertagen und die Schichten, aber das war eigentlich immer ... Ich kann ja gut so mit Menschen, und ja, ich habe da Lust zu. Gut, das schwere Arbeiten hat mir noch nie was ausgemacht. Ich hatte ja nie Probleme, Ich habe alles..., ich konnte jeden, ob er 130 Kilo gewogen hat, den habe ich hoch gekriegt. Ich weiß auch nicht, wie ich das gemacht habe, ging aber.“

Doch ihre Arbeit wurde von einer schweren Hauterkrankung durchkreuzt, bedingt durch die jahrelange Abnutzung einerseits und die darauf aufbauende Kontaktallergie gegenüber Tensiden, Konservierungsmitteln und weiteren Inhaltsstoffen der Wasch- und Pflegemittel andererseits:

„Mit 50. Da habe ich ja ein Abnutzungsekzem bekommen, an den Fingern. Habe ich auch lange mit zu tun gehabt, fast über 1 Jahr. Da war ich dann ja noch 4 Wochen in Hamburg. Also, das lief über die BG (die Berufsgenossenschaft, W.H.), ... hat mir ganz gut geholfen da. Das ist ja dadurch entstanden, also, ... ich hab mir einfach die Haut abgehobelt, so kann man das so ungefähr beschreiben, ... von dem ewigen Gewasche. (...) Ich habe Hände gehabt, das können Sie sich nicht vorstellen. Da war keine Haut mehr, da war alles offen. Die Fingernägel waren halb ab, ganz furchtbar.“

Die nunmehr selbst von Krankheit Betroffene hat alte und kranke Menschen gewaschen, selbstredend ohne Schutzhandschuhe. Gerade beim helfenden Waschen stellt sich ein intensiver interpersonaler Kontakt her. Dieser Kontakt war ihr, der interviewten Pflegekraft, sehr wichtig. Doch dann schob sich etwas dazwischen – zwischen die pflegende und zu pflegende Person: das Ekzem. Die Altenpflegerin arbeitete dennoch weiter, das Ekzem verschlimmerte sich, doch die Arbeit, „das Gewasche“, musste weitergehen. Die Wahl des Verbes „abhobeln“ mag einer situativen Intuition folgen, doch zufällig ist sie nicht. Sie lässt das Bild einer physisch hoch aktiven Tätigkeit aufkommen, die weder den Patienten noch die Pfl-

DER AUTOR



Dr. Wolfgang Hien
Arbeitswissenschaftler,
Inhaber des Forschungsbüros
für Arbeit, Gesundheit und
Biographie, Lehrbeauftragter
der Universität Bremen im
Studiengang Public Health/
Gesundheitswissenschaften.
kontakt@wolfgang-hien.de

gende schont. Das Waschen sollte gründlich und effektiv sein, auch und gerade dann, wenn gegen die Schmerzen an-gearbeitet werden musste. Frau F. arbeitete weiter, bis schließlich ein Punkt erreicht wurde, an dem nichts mehr ging. „Keine Haut mehr“ – eine dramatische Situation. Sie fiel monatelang aus, durchlief mehrere intensive Behandlungen, dann kamen vier Wochen BG-Klinik, die offensichtlich eine Besserung gebracht hat.

Doch dann kam der Treppensturz und danach mehrere Schulter-OPs, die leider nicht gut verliefen. Implantate wuchsen nicht an, es gab Sepsis-Probleme, es wurde erneut operiert, stationäre Reha-Maßnahmen schlossen sich an, doch bisher bleiben nachhaltige Erfolge aus. Weil der Sturz im privaten Bereich erfolgte, war nicht die BG, sondern die Krankenkasse zuständig. Diese weigerte sich, bestimmte OPs und vor allem bestimmte erfolgversprechende Implantate zu finanzieren. Zusätzliche Probleme gab und gibt es mit der deutschen Rentenversicherung, die nur nach mehrmaligen Aufforderungen und um Monate verspätet das Übergangsgeld für die Zeit der stationären Reha zahlte.

Frau F. war – ähnlich wie viele weitere Interviewte in der Fallstudie zur ambulanten Pflege – immer von einer starken Arbeitsorientierung getrieben. Dieser Orientierung stellte sich ihr Körper in den Weg. Körperliche Symptome haben einerseits immer eine mit-ursächliche Umweltkomponente; andererseits können körperliche Symptome auch als „Sprache“ verstanden werden, die ausdrückt, was Worte bislang nicht konnten (Schurz 1995, S. 96 ff.). Die Haut ist aufgrund ihrer Abgrenzung und zugleich ihrer Beziehung zur Umwelt ein hierfür besonders anfälliges Organ (Sonnenmoser 2002). Ihre Haut sagte Frau F.: Hier ist die Grenze, Du musst besser auf Dich aufpassen, Du brauchst einen Rückzug. Ob der Unfall und vor allem die danach eintretenden Komplikationen einen Rückfall in die alte Arbeitshaltung verhindert haben bzw. weiter verhindern, mag Spekulation bleiben. Tatsache aber bleibt, dass eine hohe Arbeitsverausgabung sich nicht auszahlt. Besser wäre eine apriori präventive und gesundheitsförderliche Arbeitsorientierung, die Achtsamkeit und Rücksichtnahme auf die eigenen körperlichen Grenzen zulässt. Hierfür hat der Betrieb viel getan, doch bleibt die Frage offen, ob betriebliche Präventionsmaßnahmen immer eine begrenzte Reichweite haben oder inwieweit es gelingen könnte, mitgebrachte Gewohnheiten, Orientierungen und Dispositionen zu beeinflussen.

Der hier vorgestellte Betrieb ist in vielen Hinsichten ein Sonderfall. Die Inhaberin orientiert sich an Kriterien einer guten Arbeit, einer Fürsorge für ihre Beschäftigten und eines menschlichen Miteinanders im Betrieb und gegenüber

ihren Patienten und Patientinnen. Diese Kriterien sind ihr wichtiger als hohe Gewinnerwartungen. Ihr Beispiel zeigt, dass ein Betrieb auch unter diesen Bedingungen gut funktionieren kann. Im zweiten Teil des Artikels sollen zunächst Verallgemeinerungen für die Branche und für Klein- und Mittelbetriebe im Allgemeinen versucht werden. Sodann wird die weitere Entwicklung des vorgestellten Betriebes unter einer neuen – rein gewinnorientierten – Leitung dargestellt und diskutiert. Herausgearbeitet wird die Bedeutung überbetrieblicher Rahmung und Unterstützung für Beschäftigte in kleinen und mittleren Betrieben. ■

LITERATUR

- Blasczek, S. A. (2018): *Nachhaltige Beschäftigungssicherung für ältere und gesundheitlich beeinträchtigte Beschäftigte im Handwerk. Von der Sorge zur guten Lösung?*, Düsseldorf. https://www.boeckler.de/pdf/p_fofoe_WP_103_2018.pdf.
- Bödeker, W. et al. (2002): *Kosten arbeitsbedingter Erkrankungen. Forschungsbericht der Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin*. Bremerhaven: NW-Verlag.
- Bödeker, W. et al. (2006): *Kosten der Frühberentung. Forschungsbericht der Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin*. Bremerhaven: NW-Verlag.
- Glaser, J./Höge T. (2005): *Probleme und Lösungen in der Pflege aus Sicht der Arbeits- und Gesundheitswissenschaften*. Dortmund: Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin.
- Grabbe, Y. et al. (2006): *DAK-BGW Gesundheitsreport 2006. Ambulante Pflege*. Hamburg: Eigendruck.
- Hien, W. (2017): *Krank – und in der ambulanten Pflege arbeiten? Eine Fallstudie zur Arbeit mit gesundheitlichen Beeinträchtigungen in Klein- und Mittelbetrieben*, Düsseldorf. https://www.boeckler.de/pdf/p_fofoe_WP_055_2018.pdf.
- Hien, W. (2019): *Chronisch krank im Klein- und Mittelbetrieb: unterschiedliche Konstellationen, hoher Unterstützungsbedarf – acht Fallberichte*. Unveröffentlicht, erscheint auf der Forschungsverbund-Homepage der Hans-Böckler-Stiftung.
- Kardorff, E.v. et al. (2019): *Ergebnisbericht des Projekts: Neue Allianzen für gute Arbeit bei bedingter Gesundheit, bisher unveröffentlicht, erscheint auf der Projektverbund-Homepage der Hans-Böckler-Stiftung; vgl. auch die Beiträge von Larisch/Müller, sis 3-2019ff.*
- Kromark, K. et al. (2009): *Back disorders and lumbar load in nursing staff in geriatric care*. In: *Journal of Occupational Medicine and Toxicology*, Jg. 4, open access (<https://occup-med.biomedcentral.com/articles/10.1186/1745-6673-4-33>).
- Nübling, M. et al. (2010): *Psychosocial work load and stress in the geriatric care*. *BMC Public Health*, Jg. 10, open access (<https://bmcpublichealth.biomedcentral.com/articles/10.1186/1471-2458-10-428>).
- Pflegemarkt (2017): <https://www.pflegemarkt.com/2017/02/27/anzahl-ambulante-pflegedienste-in-deutschland/#dre>
- Schurz, R. (1995): *Negative Hermeneutik. Zur sozialen Anthropologie des Nicht-Verstehens*. Opladen: Westdeutscher Verlag.
- Siegrist, J. (1996): *Soziale Krisen und Gesundheit*. Göttingen: Hogrefe, Verlag für Psychologie.
- Simon, M. et al. (2008): *Back or neck-pain-related disability of nursing staff in hospitals, nursing homes and home care in seven countries – results from the European NEXT-Study*. *International Journal of Nursing Studies*, Jg. 45, S. 24–34.
- Sonnenmoser, M. (2002): *Wechselwirkung zwischen Haut und Psyche*. *Deutsches Ärzteblatt*, Jg. 99, S. 501–502.
- Statistisches Bundesamt (2017): *Pflegestatistik 2015*. Online: https://www.destatis.de/DE/Publikationen/Thematisch/Gesundheit/Pflege/PflegeDeutschlandergebni_sse5224001159004.pdf?__blob=publicationFile.



WOLFGANG HIEN

Arbeiten mit bedingter Gesundheit in kleinen und mittleren Betrieben – am Beispiel der ambulanten Pflege (Teil 2 von 2)

Im ersten Teil des Beitrags wurde ein Überblick über Belastungen und Erkrankungen in der ambulanten Pflege gegeben und anhand eines positiven Betriebsbeispiels dargestellt, dass auch ältere und gesundheitlich beeinträchtigte Beschäftigte in einem solchen Betrieb gehalten und sinnvoll eingesetzt werden können. Im zweiten Teil des Artikels sollen zunächst Verallgemeinerungen für die Branche und für Klein- und Mittelbetriebe im Allgemeinen versucht werden. Sodann wird die weitere Entwicklung des vorgestellten Betriebes unter einer neuen – rein gewinnorientierten – Leitung dargestellt und diskutiert. Herausgearbeitet wird die Bedeutung überbetrieblicher Rahmung und Unterstützung für Beschäftigte in kleinen und mittleren Betrieben.

Verallgemeinerungen für die Branche

„Krank durch und krank zur Arbeit“ – das ist kein schicksalhafter Zustand. Die Branche der ambulanten Altenpflege ist nach wie vor von vielfältigen Belastungen gekennzeichnet, denen mit primär-, sekundär- und tertiärpräventiven Maßnahmen zu begegnen ist (Weber/Peschkes/de Boer 2015). Vorrang hat immer die betriebliche Primärprävention, um das Entstehen arbeits-

bedingter Erkrankungen zu verhindern oder in ihrem Ausmaß zu vermindern. Betriebliche Primärprävention setzt sich aus Arbeitsschutz- und Gesundheitsförderungsmaßnahmen zusammen: Ergonomie wie z.B. höhenverstellbare Betten, Lifter und Gleitmatten, aber auch Kinästhetik, Rückenkollegs der BGW und regelmäßige Fitness-Übungen. Unabdingbar ist, für Pflegebetten zu sorgen, die auf Leistenhöhe verstellt

DER AUTOR

**Dr. Wolfgang Hien**

Arbeitswissenschaftler,
Inhaber des Forschungsbüros
für Arbeit, Gesundheit und
Biographie, Lehrbeauftragter
der Universität Bremen im
Studiengang Public Health/
Gesundheitswissenschaften.
kontakt@wolfgang-hien.de

werden können (Freitag et al. 2014). Dass mechanische Hilfen Rückenerkrankungen bei Altenpflegekräften deutlich reduzieren können, wurde jüngst durch eine große US-amerikanische Studie erhärtet (Gold et al. 2017). Hilfsmittel können als gleichsam archimedischer Punkt einer präventiven Maßnahme gesehen werden. Mit allen beteiligten „Parteien“ und Institutionen muss um die ausreichende und nachhaltige Bereitstellung von Hilfsmitteln gerungen werden, um die Arbeit der Pflegekräfte gesünder zu gestalten. Zugleich muss über Qualifikation, Schulung und Unterweisung gesprochen werden. Unzureichende Qualifikation insbesondere bei ambulanten tätigen Altenpflegekräften führt zu Unsicherheiten in der Behandlungspflege und hierdurch zu teilweise erheblichen psychischen Belastungen. Hier gilt es durch Weiterqualifizierung sowie inner- und überbetriebliche Schulungen nachzusteuern. Hierauf weist auch eine neue, vom Bundesministerium für Gesundheit geförderte Handlungshilfe hin (Klie et al. 2017). Ebenso sind entsprechende betriebliche Hintergrunddienste vorzuhalten, die bei Unklarheiten oder Problemsituationen zu Rate gezogen werden können. Der Einsatz mechanischer und digitaler Hilfsmittel muss durch Unterweisungen und Übungen unterstützt werden. Zu berücksichtigen ist nicht zuletzt der Faktor der persönlichen Disposition, ob für die arbeitende Person Alleinarbeit oder Teamarbeit die geeignetere Arbeitsform darstellt.

Zur Primärprävention gehört auch eine gesundheitsgerechte Betriebsorganisation, d.h. eine Organisation, die die Fahrzeiten berücksichtigt und den Pflegenden genügend Zeitpuffer lässt, auch Besonderheiten ihrer Arbeit angemessen bewältigen zu können. Eine „gesunde Organisation“ und eine entsprechende Achtsamkeits- und Kommunikationskultur sind auch deshalb angesagt, um die emotionale Dissonanz, die moralisch-ethischen Dilemmata und den Gewissens-Stress so weit wie möglich aufzufangen und abzumildern (Glasberg et al. 2007). In einem Interview mit der Pflege-Unternehmerin Tews-Harms (in: Kliner/Rennert/Richter 2017, S. 121 ff.) kommt ein Set von gesundheitsförderlicher Maßnahmen zur Sprache, die – eine gemeinschaftsorientierte Sozialordnung vorausgesetzt – auch in kleineren ambulanten Pflegebetrieben zur Anwendung gebracht bzw. umgesetzt werden können:

- ▶ flache Hierarchien
- ▶ Führungskräftetrainings
- ▶ Wertschätzung und Verlässlichkeit
- ▶ Rücksichtnahme auf die persönliche Lebenssituation
- ▶ Handlungsspielräume in der Arbeitsorganisation und der Arbeitsgestaltung

- ▶ Kurse für Entspannungsübungen während der Arbeitszeit, die z.B. während der Autofahrt an der Ampel angewandt werden können.

Betriebliche Sekundärprävention besteht in ambulanten Pflegebetrieben, neben der arbeitsmedizinischen Vorsorge, vor allem in einer Aufmerksamkeitskultur, insbesondere seitens der Leitungskräfte, um sich anbahnende Krankheitsprozesse frühzeitig zu erkennen und entsprechende interventive Maßnahmen einzuleiten. Die BGW-Kollegs zu Haut und Rücken zählen ebenfalls zur Sekundärprävention, gilt es doch, schwerere Erkrankungen durch verbesserte Vorsorge zu verhüten. Betriebliche Tertiärprävention bezieht sich auf Maßnahmen, wie z.B. für Arbeitskräfte nach durchgemachter Krankheit und bleibenden gesundheitlichen Beeinträchtigungen geeignete Arbeitsaufgaben zu finden und für eine insgesamt bessere „Passung“ von Mensch und Arbeitsplatz zu sorgen. Dies kann umso besser gelingen, wenn Primär- und Sekundärprävention im Betrieb „gelebt“ werden. Bei all dem ist es unstrittig, dass insbesondere für Klein- und Mittelbetriebe eine überbetriebliche Unterstützung durch Institutionen der Sozialversicherung, dem Integrationsamt und der Fachdienste für berufliche Eingliederung zu entwickeln und in Form neuer Allianzen zu verstetigen sind. Hier zeigen sich in der gegenwärtigen Situation erhebliche Defizite. Die Möglichkeiten, welche die Sozialgesetzbücher bieten – beispielhaft seien die „Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben“ (SGB IX, § 49) genannt – sind enorm, aber in kleinen und mittleren Betrieben kaum bekannt. Der normativ vorgesehene Prozessablauf bei eingetretener Krankheit wird durch Unwissen, Ignoranz, bürokratische Hürden und Ressort-Egoismen der Sozialversicherungs- und Rehabilitationsträger behindert. Die gesetzlich vorgeschriebene Koordination und Absprache zwischen den verschiedenen Trägern funktioniert nicht oder unzureichend. Doch reichen diese nicht aus: Es bedarf kontinuierlicher ortsnaher Unterstützungsnetzwerke, die problemadäquat auf die jeweiligen und zuweilen sehr heterogenen Arbeitskulturen und betrieblichen Sozialordnungen eingehen.

Betriebsfallstudie – zweiter Teil

Mit der Einführung der Pflegeversicherung 1995 wurde die Ausbreitung unternehmerischer Aktivität im „Pflegermarkt“ ausdrücklich begrüßt. Gleichwohl handelte es sich um die Öffnung eines „professionellen Marktes“ (Schürmann 2016), was dem Umstand Rechnung trägt, dass Pflegeeinrichtungen nur unter fachlich qualifizierter Leitung und mit einem mindestens 50-prozentigen Anteil examinierter Pflegekräfte betrieben werden dürfen. Das verhinderte nicht, dass auch Kaufleute Pflegedienste gründeten und sich

qualifizierte Pflegedienstleitungen einkaufte. Doch die Hauptrekrutierung der neuen „Pflegeunternehmer/innen“ verlief zunächst über eine ganz andere Schiene: Viele Krankenschwestern und -pfleger waren mit ihrer Situation in der stationären Versorgung, insbesondere der kranken Alten, unzufrieden. Sie sahen ihre professionsethischen Ansprüche unter die Räder der Ökonomisierung des Gesundheitswesens kommen. Das Pflegegesetz eröffnete ihnen die Möglichkeit, eigene und unter ihrer eigenen Verantwortung stehende Versorgungseinrichtungen zu schaffen, die ihren professionellen und ethischen Kriterien entsprachen. Hauptantriebskraft waren nicht Gewinninteressen, sondern professionsethische Gesichtspunkte (Auth 2013; Schürmann 2016; Schroeder 2018). Dies nur als „Selbstaufopferung“ zu interpretieren (Schürmann 2016, S. 89), ist m.E. zu kurz gegriffen. Dahinter stehen jahrelange und hoch belastende Erfahrungen als lohnabhängige Krankenschwestern und Pfleger, d.h. eine sich über lange Zeit erstreckende Situation der schmerzlichen Diskrepanz zwischen einem anspruchsvollen beruflichen Selbstverständnis und der Realität im Klinikalltag, das fernab dieses Selbstverständnisses lag.

Frau O. (die frühere Inhaberin des vorgestellten Betriebes) traf ich ein Jahr nach unserem Interview. Sie hatte mittlerweile ihren Betrieb verkauft, und zwar an einen – wie sie sagt – „expandierenden Unternehmer, der zwar nicht aus der Pflege kommt, sich aber im Pflegesektor etablieren will“. Der neue Unternehmer übernahm die Belegschaft und versprach ihr, das von ihr erarbeitete Unternehmens- und Pflegekonzept einschließlich der bis dahin geführten Personalpolitik weiterzuführen. Doch die erste unternehmerische Handlung, die unter seiner Leitung erfolgte, war eine Personalkürzung. Er entließ alle älteren und gesundheitlich eingeschränkten Beschäftigten, d.h. ausgerechnet diejenigen, die die meiste Erfahrung besaßen. Nun sollten weniger und auch weniger erfahrene Pflegekräfte die gleiche Patientenzahl bewerkstelligen. Die Belastungen stiegen, arbeitsbedingte Erkrankungen nahmen zu, infolgedessen stieg der Krankenstand, was wiederum die Belastungen weiter erhöhte und Einbrüche bei der Pflegequalität nach sich zog – ein Teufelskreis. Einzelne Pflegekräfte erstatteten Gefährdungsanzeigen bei den zuständigen Kranken- und Pflegekassen, beim Medizinischen Dienst und bei der staatlichen Pflegeaufsicht. Doch nichts Substanzielles geschah. Der Unternehmer stellte eine neue Pflegedienstleitung ein, der nichts anderes einfiel, als in Einzelgesprächen den Pflegekräften zu drohen: Wenn sie nicht in der Lage seien, schneller zu arbeiten und sich an die nun engeren Zeitvorgaben zu halten, sollten sie sich einen anderen Arbeitsplatz oder

einen anderen Beruf suchen. In den Wochen darauf kündigten tatsächlich mehrere Beschäftigte, im Grunde stand nun der alte Kern des ursprünglichen Betriebes außerhalb. Der neue Unternehmer verkündete offen, dass er „im Rahmen der freien Marktwirtschaft“ das Recht habe, Gewinne zu machen, die über das übliche Gehalt einer Pflegedienstleitung signifikant hinausgehen. Frau O. wurde von den gemobbten Pflegekräften, ihrem „alten Stamm“, über diese Vorgänge informiert.

Mit diesen Vorinformationen arrangierte ich ein Expertengespräch, an dem neben der alten Inhaberin eine beratend tätige Pflegewissenschaftlerin und ein Betriebsarzt, der mehrere Pflegebetriebe betreut, teilnahmen. Die Beraterin nahm das Buch von Armin Rieger (2017) zum Ausgangspunkt: Rieger, seit dem Jahr 2000 – aus der Immobilienbranche kommend – selbst Pflegeunternehmer, stellt darin die einfache Formel auf: Profit in der Pflegebranche = Verlust von Pflegequalität. Gewinnorientierte Unternehmen müssen zur Erreichung ihrer betriebswirtschaftlichen Ziele, bei den festgelegten Pflegesätzen, selbst dann, wenn sie sie extensiv auslegen, Personal kürzen und Abstriche an der Pflegequalität machen. Statt Patienten/-innen bei Bedarf zur Toilette zur begleiten, werden sie mit Windeln bestückt und müssen dann gegebenenfalls stundenlang warten, bis eine Pflegekraft Zeit hat, die Windeln zu wechseln und sie zu waschen. Eine solche gewinnorientierte Praxis widerspricht zwar allen Grundsätzen einer guten Pflege, wird jedoch in der versorgungspolitischen Praxis „pragmatisch“ geduldet. Die Beraterin und ebenso der Betriebsarzt ließen keinen Zweifel, dass die Mehrzahl der Pflegebetriebe – stationäre wie ambulante – einer solchen „pragmatischen Praxis“ folgen. Die Pflegekräfte würden von unternehmerischer Seite gezielt dahin orientiert, Defizite in der Pflegequalität hinzunehmen und ursprüngliche berufsethische Haltungen aufzugeben. O-Ton eines Unternehmers: „Pflege ist ein Geschäft! Mitmenschlichkeitsduselei kann ich mir nicht erlauben!“ Bei den Krankenschwestern und Pflegern führe dies, so der Betriebsarzt, zu einer merkwürdigen inneren Abkühlung, zu einem „Coolout“, verbunden mit depressiven Symptomen. Die Pflegenden merken, dass sie eine schlechte Arbeit machen, müssen aber jede Reflexion darüber, jeden moralischen Impuls, verdrängen oder zu verdrängen versuchen. Neben den ohnehin hohen körperlichen und emotionalen Belastungen kommen die einer moralischen Dissonanz hinzu (Glasberg et al. 2007). Wer seine berufsethische Haltung nicht zu unterdrücken vermag, wird depressiven Episoden – landläufig unter Burnout gefasst – kaum mehr ausweichen können. Coolout und Burnout seien, so der Betriebsarzt, „nosologische Schwestern“. Es sei ein

Jammer, wie in einer wachsenden Anzahl von Betrieben mit den Pflegenden und den zu Pflegenden umgegangen werde. Die Beraterin betonte, dass sie ihre Zusammenarbeit mit gewinnorientierten Pflegebetrieben aufgegeben habe.

Die drei Experten/-innen, die bei diesem reflektierenden Gespräch zugegen waren, betonten, dass ein Pflegebetrieb „auch ohne übermäßigen Gewinn möglich ist“. Frau O. erläuterte, dass sie als Unternehmerin – nachdem sie die ersten Jahre noch auf Fremdkapital angewiesen war – sich ein Gehalt auszahlte, das in seiner Höhe dem Gehalt einer Pflegedienstleiterin entsprach. Zusätzlich gab es Rückzahlungen der Kredite, Mittel

„Wer eine schlechte Arbeit machen muss, aber jeden moralischen Impuls zu verdrängen versucht, läuft Gefahr auszubrennen, innerlich zu erkalten und an Depression zu erkranken.“

für Investitionen und Rücklagen für eventuelle Risikolagen des Betriebes. Auf Nachfrage ging Frau O. auf ihre unternehmerische Motivationslage genauer ein: Für sie sei entscheidend gewesen, aus dem System Krankenhaus und den damit verbundenen Abhängigkeiten herauszukommen und ihre Vorstellungen einer guten Pflege in selbständiger Verantwortung zu realisieren. Ein Auskommen wollte sie durchaus haben, doch an hohen Gewinnen sei sie nicht interessiert gewesen. Sie kenne auch andere Pflegeunternehmer, die ähnlich denken. „Doch all diese kommen aus der Pflege und wollen eine bessere Pflege machen.“ Dass mit der Vermarktlichung der Pflege nun auch vermehrt „rein profitorientierte Unternehmer“ in die Branche kämen und diese „geradezu überfluten“, sei „ein Übel“, eine „politische Fehlsteuerung“. Diese Sicht wurde von den beiden anderen Experten/-innen voll bestätigt. Ihre Auffassung lässt sich wie folgt zusammenfassen: der Gesetzgeber müsste einen politischen Rahmen schaffen, welcher „der Gewinnorientierung einen Riegel vorschiebt“. „Pflegebetriebe dürfen keinen am übrigen Marktgeschehen orientierten Gewinn machen“, sondern müssen Teil der Daseinsvorsorge sein, für die der Sozialstaat steht und einstehen müsse. Ähnliche Gedanken äußerte Gesundheitsminister Jens Spahn und erntet sofort massive Kritik, nicht zuletzt aus seiner eigenen Partei (Stalinski 2018).

Frau O. merkte an, dass das gesamte sozialstaatliche Kontrollsystem falsch ausgelegt ist.

Es werden Pflegedokumentationen kontrolliert, nicht aber die Abläufe der realen Pflegepraxis. So kann es kommen, dass in Pflegebetrieben Beschäftigte die Arbeitsaufgabe erhalten, Dokumentationen zu erfinden oder zu fälschen. Es ist sehr schwer, im Rahmen der bisherigen Kontrollroutinen derartigen Manipulationen auf die Spur zu kommen. Wenden sich Pflegekräfte an die Kontrollinstanzen, droht ihnen wegen Verletzung der Loyalitätspflicht die Kündigung. Das ist vor allem dann ein Problem, wenn eine solche professionsethische Stimme eine solistische ist und der Chor aller an diesem Ort oder in diesem Betrieb Pflegenden ausbleibt. Es lohnt sich, an dieser Stelle noch einmal Rieger (2017) zu hören. Er sagt, seine größte Überraschung – nachdem er in die Pflegebranche gewechselt war – sei die Haltung der Pflegekräfte gewesen: Sie erdulden Unglaubliches, sie leiden und sie klagen, aber sie wehren sich nicht, sie unternehmen nichts, sie arbeiten „unter den miesesten Bedingungen“ weiter und perpetuieren damit die schlechte Situation der Pflege insgesamt. Sie sind, so Rieger, „Opfer und Mittäter“ zugleich. Dies korrespondiert mit der Unwilligkeit oder Unfähigkeit, sich gewerkschaftlich zu organisieren und betriebliche Interessenvertretungen zu installieren (Schroeder 2018). Rieger beobachtet bei vielen Pflegekräften, dass sie die der unternehmerisch zu verantwortenden Personal-Unterbesetzung geschuldete schlechte Pflegequalität gegenüber „Außenstehenden“ verteidigen und sich mit „ihrem“ Unternehmer, der sie drangsaliert und an die Wand laufen lässt, solidarisieren. „In den Köpfen der Pflegekräfte muss sich ein anderes Denken manifestieren. Sie müssen begreifen, dass die schlechte Situation in der Pflege nicht an ihnen liegt, sondern am System. Und sie müssen endlich verstehen, dass sie es sind, die dieses menschenverachtende System am Leben erhalten und somit auch die schlechten Arbeitsbedingungen, unter denen sie leiden“ (Rieger 2017, S. 89 f.).

Einige Schlussbetrachtungen

Bei Pflege geht es um die gesellschaftliche Wertigkeit, und diese hat viele Dimensionen. Marco Meier, leitender Caritas-Mitarbeiter in Aschaffenburg und verantwortlich für stationäre und ambulante Pflegeeinrichtungen, gab folgende Ausführungen zu Protokoll: „Wenn man diesen Beruf ausübt, dann auch aus Berufung; aber: Es ist nicht einzusehen, dass die Schicht-Mitarbeiter in der Pflege nicht genauso viel verdienen sollen wie ein Schichtler im Industriebetrieb, nämlich 3000 bis 3500 Euro netto. (...) Und das allein genügt nicht. Wir brauchen ein Personalbemessungssystem, das die Spitzen abfängt. Wir müssen Springersysteme installieren, mit Hilfe derer Arbeitsspitzen und Arbeitsausfälle abgefangen

werden können. Ohne dieses System werden unsere Mitarbeiter/innen immer kränker und gehen immer früher aus dem Beruf heraus“ (Meier 2019). Es erhebt sich die Frage, ob es nicht andere Modelle der Pflege und insbesondere der ambulanten Pflege gibt als die jetzt existierenden. „Im Münsterland wird getestet, was in den Niederlanden Alltag ist: Pflegekräfte nehmen sich für die Patienten so viel Zeit, wie sie wollen. Das hilft den Alten, und es macht den Beruf attraktiv“, so eine Bericht im Spiegel Ende 2018 (Jeske 2018). Es ist der Versuch, Familie und Nachbarn in gut überlegter Weise einzubinden, sie mit kleinen Aufgaben zu betrauen, sie zu beraten und anzulernen, aber auch die Eigenaktivität und Selbständigkeit der Patienten zu fördern, so z. B. sich selbst zu waschen oder die Fähigkeit wiederzuerlangen, die Stützstrümpfe selbst anzuziehen. Die Pflegekräfte werden weitergebildet zu Pflegesozialarbeitern/-innen, die „sich kümmern und beraten“. Hierbei kann die Digitalisierung helfen, indem sie Bürokratie abbaut und die Kooperation und Kommunikation verbessert. Doch Experten und Expertinnen sind sich einig: Es bedarf nicht nur einzelner Verbesserungen, es bedarf – wie es der Münsteraner Pflegeunternehmer Gunnar Sander formuliert – einer „sozialen Revolution“, d. h. eines Umdenkens in der gesamten Gesellschaft (Jeske 2018). Es bedarf, anders ausgedrückt, einer „Care Revolution“ (Winker 2015), mit Hilfe derer die Sorgearbeit in die Mitte der Gesellschaft gerückt wird. Doch der Weg dahin ist noch weit. Heute wäre es wichtig, für die älteren und gesundheitlich angeschlagenen Beschäftigten durch die Schaffung einer ergonomisch und arbeitsinhaltlich angemessenen Arbeitssituation die Möglichkeit zu bieten, ihre Erfahrungen einzubringen und eine professionelle, gute Arbeit zu leisten.

Hierfür brauchen Betriebe und Betroffene überbetriebliche Beratung, Hilfen und Unterstützung. Diese fehlt vielfach, und so gilt es neue überbetriebliche Allianzen und Netzwerke aufzubauen, die den Beschäftigten in kleinen und mittleren Betrieben unter Beachtung ihrer spezifischen Arbeitskultur und spezifischen betrieblichen Sozialordnung wirksame Hilfe bieten können. So können auch Betriebe mit einem vorrangig betriebswirtschaftlichen Kalkül besser identifiziert und ggf. durch Eingriffe von außen korrigiert werden. Im Rahmen des Projektes werden weitergehende und vertiefende Untersuchungen folgen, z. B. über die Situation

in anderen Bereichen der ambulanten Pflege, über die Situation in anderen Orten und Regionen, über andere Krankheitsbilder und andere Umgangsweisen. Untersucht werden auch andere klein- und mittelbetriebliche Branchen, um Arbeitskulturen miteinander vergleichen und die positiven Aspekte hieraus hinsichtlich unserer Fragestellung – neue Allianzen für die Beschäftigungssicherung für Menschen mit bedingter Gesundheit – bündeln und weiterentwickeln zu können. ■

LITERATUR

- Auth, D. (2013): Ökonomisierung der Pflege – Formalisierung und Prekarisierung von Pflegearbeit. In: WSI-Mitteilungen, Heft 6, S. 412–422.
- Freitag, S. et al. (2014): Körperhaltung und empfundene Anstrengungen bei Pflegekräften. In: Nienhaus, A. (Hg.): RiRe – Risiken und Ressourcen in Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege. Heidelberg: ecomed Medizin, S. 101–114.
- Glasberg, A.L./Eriksson, S./Norberg, A. (2007): Burnout and „stress of conscience“ among healthcare personnel. *Journal of Advanced Nursing*, Jg. 57, S. 392–403.
- Gold, J.E. (2017): Predictors of low back pain in nursing home workers after implementation of a safe resident handling programme. *Occupational and Environmental Medicine*, Jg. 74, S. 389–395.
- Jeske, A.-K. (2018): Das Ende der Stoppuhr. In: *Der Spiegel* Nr. 52 v. 22. Dezember 2018, S. 72–73.
- Klie, T. et al. (2017): Schlüsselfaktoren für eine erfolgreiche Personalarbeit in der Langzeitpflege. Arbeitskreis Sozialwirtschaft des Deutschen Demographie-Netzwerks. Dortmund: Eigendruck.
- Kliner, K./Rennert, D./Richter, M. (Hg.): BKK Gesundheitsatlas Gesundheit und Arbeit – Blickpunkt Gesundheitswesen. Berlin: Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft.
- Meier, M. (2019): Interview im Deutschlandfunk: Online: https://www.deutschlandfunk.de/vom-ausbildungskonzept-bis-pflegkammer-was-hilft-gegen-den.1771.de.html?dram:article_id=437732
- Rieger, A. (2017): *Der Pflegeaufstand. Ein Heimleiter entlarvt unser krankes System.* München: Ludwig.
- Schroeder, W. (2018): *Interessenvertretung in der Altenpflege. Zwischen Staatszentrierung und Selbstorganisation.* Wiesbaden: Springer VS.
- Schürmann, L. (2016): Unternehmerische Akteure auf Wohlfahrtsmärkten: Private ambulante Pflegedienste zwischen Fürsorge und Wettbewerb. In: *AI-Studien*, Jg. 9, Heft 2, S. 75–95.
- Stalinski, S. (2018): Pflegebranche – Profit oder Wohlfahrt? Online: https://www.deutschlandfunk.de/pflegebranche-profit-oder-wohlfahrt.724.de.html?dram:article_id=435671
- Weber, A./Peschkes, L./de Boer, W.E.L. (2015): Return to Work (RTW) – Begriffsbestimmung und Hintergrund. In: *Dieselben (Hg.): Return to Work – Arbeit für alle.* Stuttgart: Gentner, S. 23–34.
- Winker, G. (2015) *Care Revolution. Schritte in eine solidarische Gesellschaft.* Bielefeld: transcript.