

Veröffentlichungsreihe des  
Instituts für Pflegewissenschaft  
an der Universität Bielefeld (IPW)

ISSN 1435-408X

P10-144

**Gesundheitsförderung in der stationären  
Langzeitversorgung – Teil II**

Michaela Brause, Annett Horn,  
Andreas Büscher, Doris Schaeffer

Bielefeld, September 2010

Institut für Pflegewissenschaft  
an der Universität Bielefeld (IPW)  
Universitätsstr. 25  
D-33615 Bielefeld

Telefon: (0521) 106 - 6880  
Telefax: (0521) 106 - 6437  
E-Mail: [ipw@uni-bielefeld.de](mailto:ipw@uni-bielefeld.de)  
Internet: <http://www.uni-bielefeld.de/IPW>



## Abstract

Die gesundheitliche Situation von Pflegekräften in der stationären Altenhilfe scheint prekär. Die Liste der Belastungsfaktoren ist lang: Pflegerische Tätigkeiten sind sowohl durch hohe physische als auch durch hohe psychische Belastungen gekennzeichnet. Diese führen zu einem erhöhten Krankenstand unter Altenpfleger(inne)n und dem Wunsch, frühzeitig aus dem Beruf auszusteigen – so die vorliegenden Daten.

Die Gruppe der professionell Pflegenden ist deshalb in den Fokus verschiedenster gesundheitsförderlicher Maßnahmen gerückt. Mittlerweile findet sich eine Fülle von Konzepten, Programmen, Handlungshilfen, Leitfäden und Möglichkeiten zur Nutzung externer Dienstleistungen „rund um die Gesundheitsförderung“ in der stationären Altenhilfe. Anbieter dieser Maßnahmenvielfalt sind Genossenschaften, Krankenkassen, Initiativen, Institute oder auch private Dienstleister.

Ziel des vorliegenden Discussion Papers ist, 1.) die derzeitige Praxis der Gesundheitsförderung in der stationären Altenhilfe strukturiert darzustellen und 2.) erfolgversprechende Ansätze zu finden und weiterzudenken, aber auch Desiderata und zukünftige Handlungsfelder auszumachen. Hierfür wurde nach Erfahrungs- und Projektberichten über Maßnahmen der Gesundheitsförderung recherchiert. Unter Praxisprojekten wurden hier Vorhaben zur Gesundheitsförderung verstanden, die in Einrichtungen der stationären Altenhilfe realisiert wurden und die sich meist – wenngleich oft implizit – auf die Idee des Betrieblichen Gesundheitsmanagements beziehen. Grund hierfür ist, dass die Betriebliche Gesundheitsförderung oder das Betriebliche Gesundheitsmanagement derzeit als Lösung für die prekäre gesundheitliche Situation der Mitarbeiter(innen) in der Altenhilfe diskutiert werden. Wie zu zeigen sein wird, bleiben bei der Übernahme dieser Konzepte für die Altenhilfe jedoch einige Fragen offen. Der Partizipationswille der Mitarbeiter(innen) wird überschätzt, einzelne Leitungskräfte verhindern die Umsetzung von entwickelten Maßnahmen und – was von essentieller Bedeutung ist – die heterogene Situation der Nutzer(innen) von Pflegeleistungen und deren Folgen für die stationäre Altenhilfe werden selten mitbedacht.

Der vorliegende Bericht entstand in dem Projekt „Gesundheitsförderung in der Langzeitversorgung“. In diesem kooperieren das Ludwig Boltzmann Institute Health Promotion Research (LBIHPR) in Wien und die Fakultät für Gesundheitswissenschaften, AG 6 Versorgungsforschung und Pflegewissenschaft an der Universität Bielefeld, um langfristig gesundheitsförderliche Interventionen für die Langzeitversorgung zu entwickeln, zu erproben und zu evaluieren. Das Projekt wird durch die Ludwig Boltzmann Gesellschaft gefördert. Im Vorfeld wurden bereits eine Literaturanalyse zur Situation des „Long-term care“-Sektors in beiden Ländern sowie eine systematische Literaturrecherche zur „Gesundheitsförderung in der Langzeitversorgung“ für Nutzer(innen) durchgeführt.



## Abkürzungsverzeichnis

Abs.	Absatz
al.i.da®	Arbeitslogistik in der Altenpflege
AOK	Allgemeine Ortskrankenkasse
AU	Arbeitsunfähigkeit
BAuA	Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin
BGF	Betriebliche Gesundheitsförderung
BGM	Betriebliches Gesundheitsmanagement
BGW	Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege
BMAS	Bundesministerium für Arbeit und Soziales
BZgA	Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung
DAK	Deutsche Angestellten-Krankenkasse
FfG	Forschungsgesellschaft für Gerontologie
gesu.per	Gesundheitsförderung durch Personalentwicklung
ICD 10 GM	International Classification of Diseases – Version 10 German Modification
IGES	Institut für Gesundheits- und Sozialforschung
KH	Krankenhaus
NRW	Nordrhein-Westfalen
SF-36®	Short-Form Health Survey (36 Items)
SGB	Sozialgesetzbuch
SVR	Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen
WHO	World Health Organisation



## Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Personalqualifikationen in der Langzeitversorgung.....	4
Abbildung 2: Arbeitsbelastungen bei Altenpfleger(inne)n .....	5
Abbildung 3: Arbeitsbedingungen in der stationären Altenhilfe .....	6
Abbildung 4: Arbeitsbelastungen in der stationären Altenhilfe.....	7
Abbildung 5: Belastungen in ambulanten Pflegediensten.....	8
Abbildung 6: Vorhandene Ressourcen bei Altenpfleger(inne)n.....	12
Abbildung 7: Arbeitsbedingungen (Ressourcen) in der stationären Altenhilfe .....	13
Abbildung 8: Arbeitsbedingungen (Ressourcen: Das belastet mich...) in der stationären Altenhilfe.....	13
Abbildung 9: AU-Fälle nach Krankheitsarten in % .....	16
Abbildung 10: AU-Tage und AU-Fälle in % psychische Erkrankungen .....	17
Abbildung 11: Die gesundheitliche Situation der Altenpfleger(innen) im Vergleich .....	17
Abbildung 12: Psychosomatische Beschwerden bei Altenpfleger(inne)n nach Stresspotential.....	18
Abbildung 13: Anteil von Pflegekräften mit kritischen Merkmalsausprägungen .....	19
Abbildung 14: AU-Fälle nach Krankheitsarten in % .....	21

## Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Häufigkeiten von Tätigkeiten im Vergleich Altenheim und Krankenhaus .....	9
Tabelle 2: Häufigkeiten von Tätigkeiten im Vergleich ambulante und stationäre Krankenpflege .....	9
Tabelle 3: Belastungen im Vergleich.....	10
Tabelle 4: Ressourcen im Vergleich (a) .....	14
Tabelle 5: Ressourcen im Vergleich (b).....	15





# Inhalt

Abstract	
Abkürzungsverzeichnis	
Verzeichnis der Abbildungen und Tabellen	
1. Einleitung .....	1
2. Die gesundheitliche Situation der Pflegekräfte in der stationären Altenhilfe.....	3
2.1 Belastungen und Ressourcen in der stationären Langzeitversorgung.....	4
2.2 Gesundheitliche Folgen von Belastung.....	15
2.3 (Mögliche) Einflussfaktoren auf das Krankheitsgeschehen.....	20
2.4 Zusammenfassung.....	22
3. Betriebliche Gesundheitsförderung in der stationären Altenhilfe.....	24
3.1 Gesundheitsförderung und Gesundheitsmanagement im Betrieb – Gemeinsamkeiten und Unterschiede .....	24
3.2 Rahmenbedingungen für die erfolgreiche Umsetzung eines Betrieblichen Gesundheitsmanagements .....	25
3.3 Überbetriebliche Anbieter von gesundheitsförderlichen Maßnahmen .....	27
3.4 Leitfäden und Handlungshilfen bei der praktischen Umsetzung von überbetrieblichen Anbietern gesundheitsförderlicher Maßnahmen .....	30
3.5 Zusammenfassung.....	35
4. Praxisprojekte zur Gesundheitsförderung in der stationären Altenhilfe...	36
4.1 Die Einrichtungen im Überblick .....	37
4.2 Die Ausgangsanalyse .....	38
4.3 Die Maßnahmenplanung .....	38
4.4 Die Maßnahmen .....	40
4.5 Die Evaluation .....	43
4.6 Förderliche und hemmende Faktoren .....	44
4.7 Beispiele für Einzelmaßnahmen im Rahmen der Gesundheitsförderung .....	46
4.8 Zusammenfassung.....	48
5. Fazit und zukünftige Handlungsfelder der Gesundheitsförderung.....	50
6. Literaturverzeichnis .....	56
7. Anhang.....	63



## 1. Einleitung

Ausgangsbasis für die derzeitigen Diskussionen über die Arbeitssituation in der pflegerischen Langzeitversorgung<sup>1</sup> und die Gesundheit von (Alten-)Pflegerkräften ist meist der demografische Wandel und die damit einhergehende Befürchtung, dass es in naher Zukunft zu einem gravierenden Pflegekräftemangel bei gleichzeitigem Anstieg der Anzahl an Pflegebedürftigen kommt.

Bereits jetzt sind 2,25 Millionen Menschen in Deutschland pflegebedürftig im Sinne des SGB XI und die Prognosen für den Anstieg reichen für das Jahr 2050 von 3,17 Millionen bis hin zu 4,35 Millionen Pflegebedürftigen (zusammenfassend SVR 2009, S. 515). Zwar sind die Prognosen je nach Basisjahr und Annahme der Status Quo- oder der Morbiditätskompressionsthese sehr unterschiedlich und wahrscheinlich wird in den derzeitigen Berechnungen auch die Zahl der Hochaltrigen überschätzt (BLA 2009), doch trotz dieser Unterschiede weisen alle Prognosen darauf hin, dass die Zahl Pflegebedürftiger und damit der Bedarf an Betreuungs- und Unterstützungsleistungen steigen wird (Pick et al. 2004). Es wird davon ausgegangen, dass es bei einer Verdopplung der Anzahl der Pflegebedürftigen bis in das Jahr 2050 zu einer Verdreifachung des *professionellen* Pflegebedarfs kommen wird. Zugleich wird die informelle Pflege durch Angehörige durch die geringeren Geburtenraten<sup>2</sup> und die vermehrte Berufstätigkeit von Frauen nicht mit dem Anstieg des Bedarfs mithalten können (Hackmann 2009).

Der Blick in die Zukunft verschärft allerdings nur den aktuellen Handlungsbedarf. Gerade die stationäre Altenhilfe ist ein Setting, in dem die Deckung des Bedarfs an professionellen Pflegekräften schon heute als problematisch gilt. So gehörten die sozialen Berufe – darunter die Altenpflege – 2008 erstmalig zu den Top-Fünf der meist gesuchten Arbeitskräfte (Heckmann et al. 2009). Gleichzeitig ist die stationäre Altenhilfe geprägt von überdurchschnittlich hohen Belastungen für die professionell Pflegenden, einem erhöhten Krankenstand und frühzeitigem Berufsausstieg (Berger et al. 2003; Grabbe et al. 2006; Hasselhorn et al. 2005) und damit kein attraktives Arbeitsfeld. Hinzu kommt, dass auch der demografische Wandel auf die (Alten-)Pflege wirken wird. Es wird zukünftig weniger „Nachwuchs“ geben und die Einrichtungen müssen dafür Sorge tra-

---

<sup>1</sup> Der Begriff „Langzeitversorgung“ bzw. „Long-Term Care“ umfasst nach einer Definition von Evashwick (2005, S. 4) nicht nur die formelle Versorgung alter und pflegebedürftiger Menschen, sondern beschreibt die (gesundheitliche) Versorgung von Menschen, die über einen längeren Zeitraum an Funktionseinschränkungen leiden, mit dem Ziel ihre Unabhängigkeit zu maximieren. Langzeitversorgung umschreibt somit auch die Versorgung von Menschen mit Behinderungen, mit psychischen Erkrankungen oder die informelle Pflege durch Angehörige. Im Folgenden wird allerdings ausschließlich die formelle Versorgung alter und pflegebedürftiger Menschen betrachtet. Die Altenpflege kann – zumindest quantitativ – als die wichtigste Säule der Langzeitversorgung in Deutschland betrachtet werden und sie wird weiterhin ausgebaut werden müssen.

<sup>2</sup> Bis in das Jahr 2040 wird die Altersgruppe der unter 20jährigen um fast 25% zurückgehen und die der 20-60jährigen um rund 16% sinken (Pick et al. 2004).

gen, dass ihre Mitarbeiter(innen) eben nicht mehr frühzeitig aussteigen, sondern möglichst lange gesund und damit arbeitsfähig bleiben (vgl. Sporket 2009).

Als Ausweg aus der schwierigen Situation in der Altenhilfe werden Konzepte wie die „Betriebliche Gesundheitsförderung (BGF)“ oder das „Betriebliche Gesundheitsmanagement (BGM)“ diskutiert und erprobt (z. B. BGW 2006; Blass 2005; Brandt 2001; INQA 2008d; Pelikan et al. 1995; Pelikan et al. 2005; Schäfer-Walkmann et al. 2004; Spicker/Schopf 2007; Wildeboer 2007). Das vorliegende Discussion Paper reiht sich hier ein. Es konzentriert sich auf Gesundheitsförderung(sprojekte) in Einrichtungen der stationären Altenhilfe. Konkret verfolgt das Paper das Ziel, einen Überblick über den Stand der mitarbeiterorientierten Gesundheitsförderung in der stationären Langzeitversorgung zu geben und zu fragen, inwiefern die bisher in der Praxis verfolgten Strategien Erfolg versprechend sind. Sind BGF und BGM tatsächlich geeignet, die Probleme der Mitarbeiter(innen) in der stationären Altenhilfe zu lösen? Wo finden sich Defizite und welche Handlungsfelder sind zukünftig zu bearbeiten, um zu einer *gesünderen Pflege* bzw. zu einem gesunden Arbeitsumfeld in der stationären Langzeitversorgung zu gelangen?

Um diese Fragen beantworten zu können wird zunächst herausgearbeitet, welche arbeitsbedingten Belastungen und welche Erkrankungen bei Pflegekräften in der pflegerischen Langzeitversorgung vorliegen (Kapitel 2.1). Dabei werden allerdings nicht nur pathogene Aspekte betrachtet, sondern auch mögliche Ressourcen dargestellt, denn nicht jede Belastung wird zu einer Beanspruchung<sup>3</sup>.

Die Praxis der Gesundheitsförderung wird anhand von Erfahrungsberichten über Einzelbeispiele vorgestellt (Kapitel 4). Um sie zu verstehen, ist es notwendig sich mit Ideen und Strategien der BGF bzw. des BGM auseinanderzusetzen, die in Deutschland nicht nur für die Altenhilfe diskutiert werden. Hierzu gehören u. a. Rahmenbedingungen und Voraussetzungen für ein erfolgreiches Gesundheitsmanagement und die Darstellung von überbetrieblichen Akteuren und deren Produkten (Leitfäden, Befragungsinstrumente etc., vgl. Kapitel 3.2). Im abschließenden Kapitel werden neue Handlungsfelder der Gesundheitsförderung in der stationären Altenhilfe diskutiert.

---

<sup>3</sup> Psychische *Belastung* ist laut Definition der DIN EN ISO 10075-1 die Gesamtheit aller Einflüsse, die von außen auf das Individuum psychisch einwirken. Psychische *Beanspruchung* ist dagegen die unmittelbare Auswirkung der psychischen Belastungen im Individuum, die von äußeren Umständen und individuellen Bewältigungsstrategien abhängig ist (Deutsches Institut für Normung 2000 nach Ulich/Wülser 2009, S. 57).

## 2. Die gesundheitliche Situation der Pflegekräfte in der stationären Altenhilfe

Die gesundheitliche Situation in der Pflege war in den letzten Jahren Gegenstand zahlreicher Publikationen, die fast ausnahmslos berichten, dass eine pflegerische Tätigkeit physisch und psychisch belastend ist, die Pflegenden dementsprechend häufiger krank sind – das bedeutet in diesem Kontext, dass sie vermehrt arbeitsunfähig gemeldet sind als andere Berufsgruppen – oder gar frühzeitig aus dem Pflegeberuf aussteigen (Berger et al. 2001; Brandenburg 2006; DBfK 2009; Geißler-Gruber et al. 2004; Grabbe et al. 2005; Grabbe et al. 2006; Gregersen 2004; Hasselhorn et al. 2005; Kromark et al. 2007; Pracht/Bauer 2009; Schmidt/Hasselhorn 2007; Schminke 2009; Wieland 2009; Wolf-Ostermann/Gräske 2008).

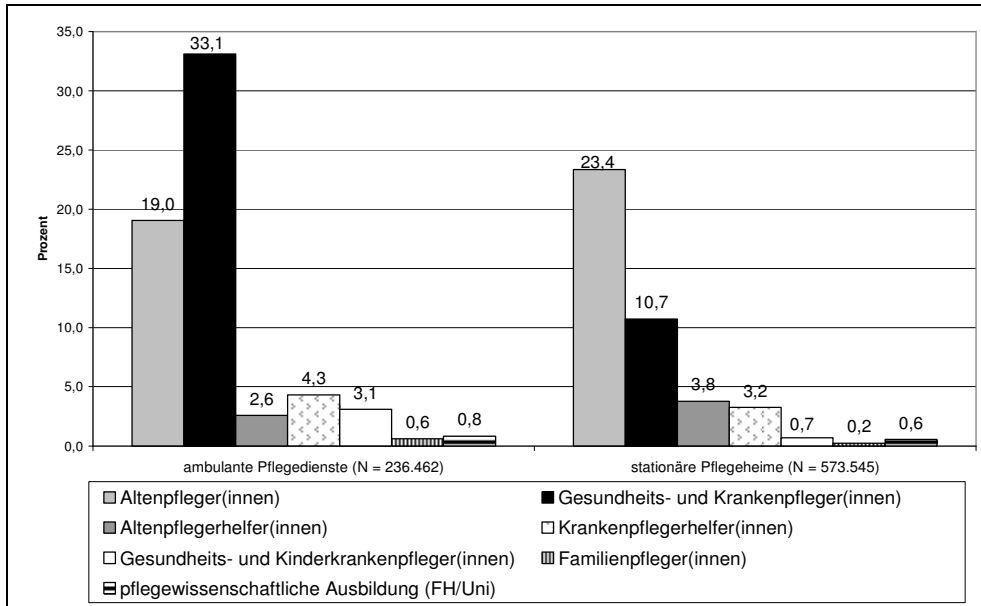
Bevor jedoch auf die gesundheitliche Situation in der stationären Altenhilfe detailliert eingegangen wird, muss kurz auf die Heterogenität der Daten verwiesen werden. Die vorhandenen Berichte zur gesundheitlichen Situation in der Altenhilfe beschreiben unterschiedliche Gruppen von Pflegenden. So wird in einigen Publikationen die gesundheitliche Situation getrennt nach den unterschiedlichen *Berufsgruppen und Qualifikationsniveaus* in der Altenhilfe (wie Altenpfleger[innen] und Altpflegehelfer[innen], Gesundheits- und Krankenpfleger[innen] und Krankenpflegehelfer[innen] etc.) dargestellt und in anderen getrennt nach den *Settings* in der Altenhilfe wie Altenpflegeheime oder ambulante (soziale) Dienste (z. B. AOK-Daten bei Küsgens 2005). In der stationären Altenhilfe und vor allem in ambulanten Pflegediensten arbeiten jedoch nicht nur Altenpfleger(innen), sondern vermehrt Gesundheits- und Krankenpfleger(innen) (siehe unten). Daher erfassen Berichte, die sich allein auf die Berufsgruppe „Altenpfleger(innen)“ beziehen, evtl. nicht alle Personen, die in der Altenhilfe tätig sind und in Berichten über die Settings in der Altenhilfe wird nicht immer deutlich, ob die berufliche Qualifikation möglicherweise Einfluss auf den Grad der Beanspruchung durch vorhandene Belastungsfaktoren hat.

Insgesamt sind in der stationären Altenhilfe deutschlandweit rund 574.000 Personen in 11.000 Einrichtungen beschäftigt und weitere 236.000 Personen sind in den 11.500 ambulanten Pflegediensten tätig (Statistisches Bundesamt 2008). Während im stationären Bereich das Personal mit einer altpflegerischen Ausbildung überwiegt, verfügt ein Drittel des gesamten Personals in der ambulanten Pflege über eine Gesundheits- und Krankenpflegeausbildung. Hinzu kommen in beiden Bereichen Personen mit anderen pflegerischen Qualifikationsniveaus, meist auf Helfer-, aber auch auf (Fach-)Hochschulniveau. Neben den Personen mit Gesundheits- oder Kranken- bzw. Altpflegeausbildung sind im stationären Bereich über 33.000 Personen (5,8%) und im ambulanten Bereich über 17.000 Personen (7,2%) mit einer nicht näher genannten pflegerischen Ausbildung beschäftigt (vgl. Abbildung 1)<sup>4</sup>.

---

<sup>4</sup> Die übrigen Personen sind zumeist nicht in der Pflege tätig, sondern z. B. in der Verwaltung oder Hauswirtschaft.

**Abbildung 1: Personalqualifikationen in der Langzeitversorgung**



Quelle: Auszug aus Statistisches Bundesamt (2008); S. 18 und S. 24, nicht alle Qualifikationen aufgeführt

Im Folgenden wird – wenn möglich – die gesundheitliche Situation der Pflegenden im *Setting* der stationären Altenhilfe beschrieben. An einigen Stellen werden diesen Daten kontrastierend Zahlen aus anderen Pflege-settings gegenübergestellt.

## 2.1 Belastungen und Ressourcen in der stationären Langzeitversorgung

Betrachtet man die Arbeitsbelastungen zeigen sich Unterschiede zwischen den Mitarbeiter(inne)n in der Altenhilfe und anderen Berufsgruppen bzw. Arbeitsfeldern. Sie zeigen sich vor allem hinsichtlich der Arbeitsbelastungen, die 1) im Bereich psychischer Belastungen wie Stress oder Über- und Unterforderung liegen können oder 2) physischer Art sind, wie Heben und Tragen oder Lagern von Bewohner(inne)n (Kapitel 2.1). Neben den „typischen“ Belastungen gilt es aber auch die im Feld der Altenhilfe vorhandenen Ressourcen zu betrachten (Kapitel 2.1).

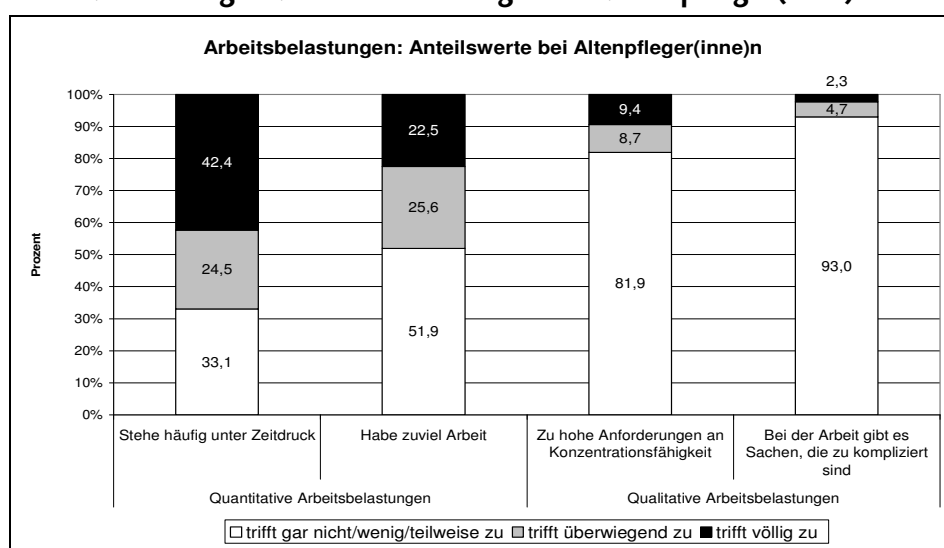
### Belastungen

Laut des von der Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege (BGW) und der Deutschen Angestellten-Krankenkasse (DAK) in Deutschland durchgeführten Stress-Monitorings waren die Altenpfleger(innen) unter 23 Berufsgruppen die am höchsten belastete Gruppe in Deutschland. Sie ragten mit über 30% aus dem Bevölkerungsdurchschnitt heraus. Ähnlich hohe Belastungen zeigten sich nur noch unter den Erzieher(inne)n und den Gesundheits- und Krankenpfleger(inne)n. Bei allen abgefragten negativen und stressförderlichen Faktoren lagen die

Altenpfleger(innen) grundsätzlich über dem Durchschnitt (Berger et al. 2003; Nolting et al. 2001)<sup>5</sup>.

So kamen die Altenpfleger(innen) z. B. bei der Bewertung der quantitativen Arbeitsbelastungen auf den zweitschlechtesten Platz. Quantitative Arbeitsbelastungen zeigten sich durch die Größen *Zeitdruck* und *Arbeitspensum*. Im Durchschnitt fühlten sich Altenpfleger(innen) auch – mehr als andere Berufsgruppen – durch qualitative Aspekte ihrer Arbeit wie zu hohe Anforderungen an ihre Konzentrationsfähigkeit oder die Komplexität einzelner Arbeitsschritte belastet. Betrachtet man jedoch die prozentualen Anteile, waren es eindeutig die quantitativen Aspekte, die zu einem hohen Belastungsgrad unter Altenpfleger(inne)n führten (ebd.; vgl. auch Abbildung 2).

**Abbildung 2: Arbeitsbelastungen bei Altenpfleger(inne)n**



Quelle: eigene Darstellung nach Berger et al. 2003, S. 21 und 23

Zeitdruck scheint ein durchgehendes Phänomen in der Altenhilfe zu sein – vor allem im stationären Bereich. In einer Studie (im Folgenden zitiert als FfG 2004)<sup>6</sup> im Auftrag des damaligen Ministeriums für Gesundheit, Soziales, Frauen und Familie des Landes Nordrhein-Westfalen wurden Mitarbeiter(innen) aus stationären Einrichtungen gefragt, ob bestimmte eher negative Arbeitsbedingungen a) auftreten und b) ob sie dann, wenn sie auftreten, als belastend empfunden werden.

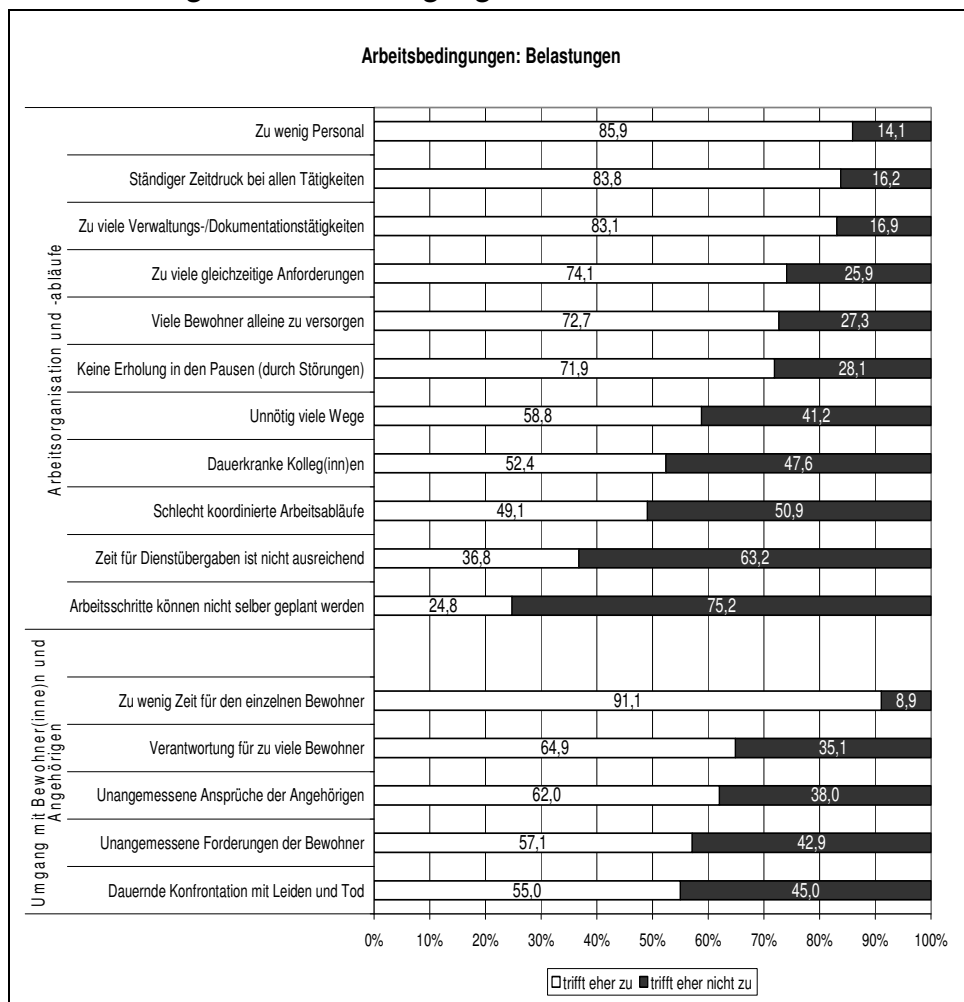
Wie Abbildung 3 zeigt, konnte die überwiegende Mehrheit der befragten Mitarbeiter(innen) zustimmen, wenn nach vorhandenem Personalmangel, Zeitdruck und zu hohem Arbeitspensum gefragt wurde. Hinzu kam eine ebenfalls hohe Zustimmungsrate zu negativen Aspekten aus dem Bereich der Arbeitsorganisation bzw. der Rahmenbedingungen wie *zu viele Verwaltungs- und Dokumentationstätigkeiten* oder *Schlecht*

<sup>5</sup> Befragt wurden 261 Altenpfleger(innen) (Berger 2003).

<sup>6</sup> Von der Forschungsgesellschaft für Gerontologie (FfG) wurden im Rahmen dieser Studie 1.907 Mitarbeiter(innen) mit unterschiedlichem Ausbildungs- und Qualifikationsstatus befragt (FfG 2004).

*koordinierte Arbeitsabläufe.* Auch schwierige Arbeitsbedingungen, die ursprünglich unter dem Blickwinkel *Umgang mit Bewohner(inne)n* abgefragt wurden, erlangten eine hohe Zustimmungsrate, sind aber bei näherer Betrachtung Problemlagen, die zum Teil durch Zeit- und Personalmangel entstanden sind (ebd.; siehe Abbildung 3).

**Abbildung 3: Arbeitsbedingungen in der stationären Altenhilfe**

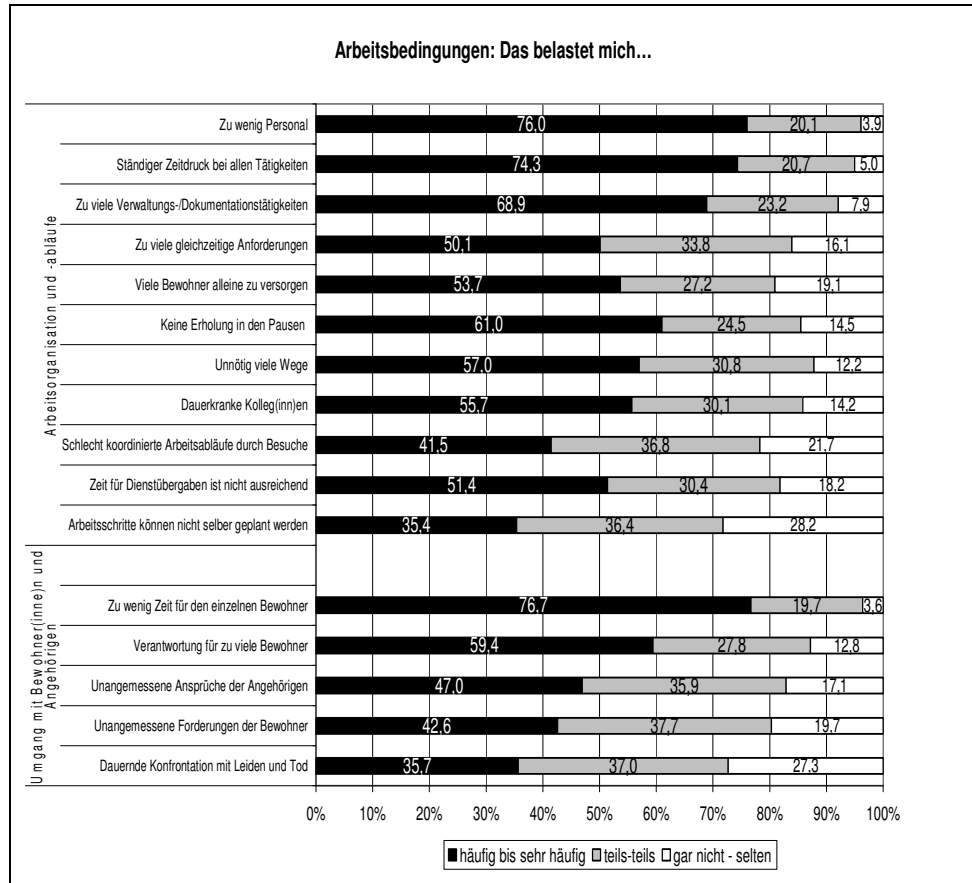


Quelle: eigene Darstellung nach FfG 2004, S. 99-109

Die häufig schlechten Arbeitsbedingungen wie Zeitdruck, Personalmangel und ein zu hohes Arbeitspensum wurden als Belastungsfaktor wahrgenommen. Nicht einmal vier Prozent der Mitarbeiter(innen) in der Pflege gaben an, es sei zwar zu wenig Personal vorhanden, aber sie fühlten sich dadurch *nicht* belastet. Gleiches gilt für die Zeit, die für einzelne Bewohner(innen) zur Verfügung stand: Wenn Mitarbeiter(innen) meinten, sie hätten zu wenig Zeit, dann fühlten sie sich hierdurch in der Regel auch belastet (ebd.). An dieser Stelle gilt zu beachten, dass die häufig emotional nur schwer zu verarbeitenden Aspekte der pflegerischen Tätigkeit in der Altenhilfe, wie z. B. die dauerhafte Konfrontation mit Leiden und Tod, seltener belastend wirkten als die strukturellen und organisatorischen Rahmenbedingungen wie Personalmangel oder Dokumentationsaufgaben (siehe Abbildung 4).



**Abbildung 4: Arbeitsbelastungen in der stationären Altenhilfe**

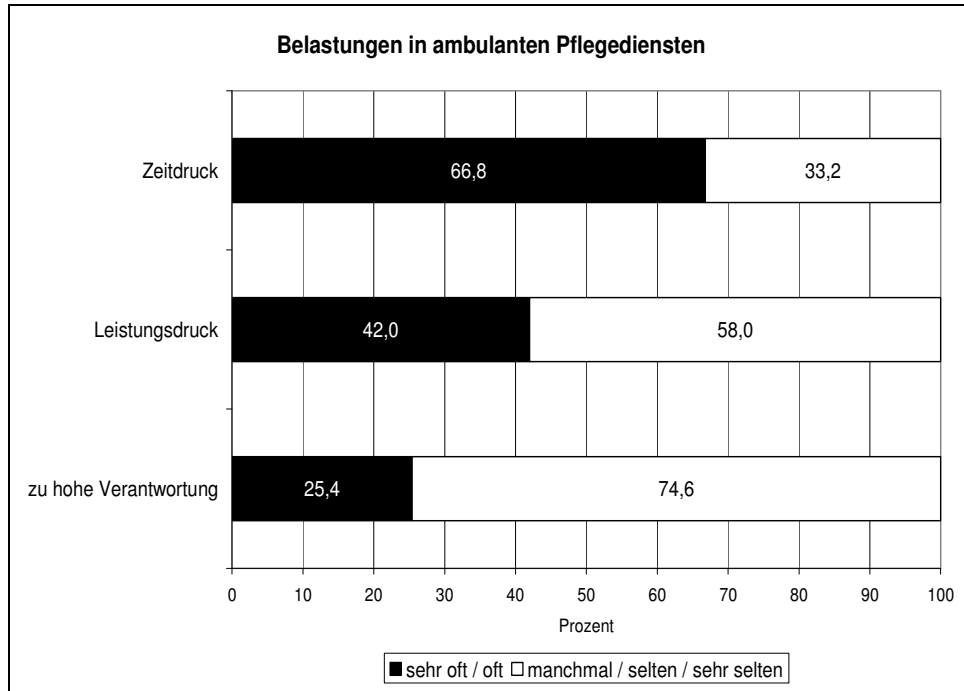


Auch Mitarbeiter(innen) in ambulanten Pflegediensten berichteten von Arbeitsbelastungen wie Zeit- und Leistungsdruck, wenn auch in etwas geringerem Umfang als die Mitarbeiter(innen) in der stationären Altenhilfe (vgl. Abbildung 5). 65,0% der Befragten in den ambulanten Pflegediensten stimmten der Aussage zu, dass ihnen die Zeit für die persönliche Ansprache der Nutzer(innen) fehlte oder zumindest zu kurz komme (Grabbe et al. 2006).

Da Mitarbeiter(innen) ambulanter Pflegedienste im häuslichen Umfeld der Nutzer(innen) tätig sind, kamen spezifische Belastungen wie die Arbeitswege oder die Wohnbedingungen der Nutzer(innen) hinzu. Als belastend wurden die Arbeitswege vor allem dann empfunden, wenn durch unvorhersehbare Ereignisse im Straßenverkehr zusätzlicher Zeitdruck entstand (Grabbe et al. 2006)<sup>7</sup>.

<sup>7</sup> In einer anderen Studie wurde berichtet, dass einige private Anbieter Risiken auf ihre Mitarbeiter(innen) abwälzten, indem sie z. B. Fahr- zu Wegezeiten umdeklarierten und damit nicht der Arbeitszeit zurechneten oder nur ein geringes Kontingent an bezahlter Fahrzeit akzeptierten, so dass die Mitarbeiter(innen) bei Stau oder anderen Verkehrsproblemen das Nachsehen hatten (Hein 2009).

**Abbildung 5: Belastungen in ambulanten Pflegediensten**



Quelle: eigene Darstellung nach Grabbe et al. 2006, S. 42

Zu den bislang genannten Besonderheiten der Arbeitsbedingungen in der Pflege kommen physische Beanspruchungen, die sich dauerhaft negativ auf die gesundheitliche Situation auswirken können. In einer der bereits genannten Studien (FfG 2004) gaben vier von fünf Pflegekräften an, dass sie Bewohner(innen) häufig heben müssten und jede dritte Pflegekraft fühlte sich hierdurch belastet.

Im Vergleich zu anderen Pflegesettings zeigte sich, dass in der stationären Altenhilfe physische Belastungen deutlich häufiger vorkamen als beispielsweise in Krankenhäusern (Berger et al. 2003). So gaben 46,1% der befragten Altenpfleger(innen) an, dass sie mehr als 10 mal am Tag Bewohner(innen) betten und lagern müssten. Bei Krankenhausmitarbeiter(inne)n gab nur jede(r) Fünfte an, häufiger als 10 mal pro Tag eine Person betten und lagern zu müssen. Solch unterschiedliche Angaben fanden sich für weitere Tätigkeiten mit dem Schwerpunkt *Heben und Tragen* oder dem Schwerpunkt *Rumpfbeugung und -torsion* (vgl. Tabelle 1).

In einem Vergleich zwischen ambulanten Pflegediensten und der stationären Krankenpflege kamen Grabbe und Kolleg(inn)en (2006) zu dem Ergebnis, dass die Mitarbeiter(innen) ambulanter Pflegedienste insgesamt noch seltener Tätigkeiten mit den Schwerpunkten Heben und Tragen oder Rumpfbeugung und -torsion durchführen mussten als die Mitarbeiter(innen) in der stationären Krankenpflege (vgl. Tabelle 2). Die Tätigkeiten wurden allerdings nicht so dezidiert dargestellt wie in dem Bericht von Berger und anderen (2003) zur stationären Altenpflege.

**Tabelle 1: Häufigkeiten von Tätigkeiten im Vergleich Altenheim und Krankenhaus**

Tätigkeit	Altenheim/ Krankenhaus	über 10 mal am Tag	6-10 mal am Tag
Betten und Lagern	Altenheim	46,1%	24,6%
	Krankenhaus	21,5%	29,8%
Umlagern und Tragen	Altenheim	44,1%	25,5%
	Krankenhaus	17,2%	27,5%
Mobilisieren	Altenheim	16,6%	35,0%
	Krankenhaus	16,6%	26,3%
Körperpflege bei bett- lägerigen Personen	Altenheim	30,9%	22,5%
	Krankenhaus	4,4%	17,8%
Personen ankleiden	Altenheim	33,3%	33,9%
	Krankenhaus	4,0%	17,2%

Quelle: Berger et al. 2003, S. 43

**Tabelle 2: Häufigkeiten von Tätigkeiten im Vergleich ambulante und stationäre Krankenpflege**

Tätigkeit	Ambulante Pflege/ Stationäre Krankenpflege	über 10 mal am Tag	6-10 mal am Tag
Heben und Tragen	Ambulante Pflege	13,2%	34,5%
	Stationäre Krankenpflege	43,4%	28,0%
Rumpfbeugung und -torsion	Ambulante Pflege	25,5%	38,8%
	Stationäre Krankenpflege	51,3%	21,8%

Quelle: Grabbe et al. 2006, S. 39

Bei der Interpretation der unterschiedlichen Häufigkeiten bleibt zu beachten, dass die Mitarbeiter(innen) in ambulanten Pflegediensten durchschnittlich weniger Nutzer(innen) pro Tag zu versorgen hatten, als die in der stationären Krankenpflege (Grabbe et al. 2006). Für viele dieser Tätigkeiten sind in den stationären Einrichtungen in der Regel technische Hebehilfen vorhanden z. B. Lifter für den Patienten- bzw. Bewohnertransfer (nur 5,3% der Befragten sagten aus, es stünden ihnen keinerlei technische Hilfen zur Verfügung). Allerdings wurden diese Hilfsmittel häufig nicht genutzt (41,2%). Die Begründung hierfür war wiederum ein zu hoher Zeitdruck oder aber zu beengte Räumlichkeiten (Berger et al. 2003; auch Hein 2009). Bauliche Probleme zeigten sich allerdings vor

allem in der ambulanten Pflege, so waren rund 60% der Bäder in den Wohnungen der Nutzer(innen) wenig klientengerecht eingerichtet, in 45% der Fälle lagen bauliche Mängel, Hindernisse oder rutschige Fußböden vor, seltener (24%) fehlten Hilfsmittel (Grabbe et al. 2006).

Ein Vergleich der Belastungen zwischen einzelnen Pflegesettings ist meist nur bedingt möglich, da in den Erhebungen unterschiedliche Inhalte abgefragt bzw. verschiedene Befragungsinstrumente genutzt werden. Eine Ausnahme bildet die NEXT-Studie (Simon et al. 2005), in der die Belastungen in verschiedenen Settings der pflegerischen Langzeitversorgung alter Menschen und anderer Pflegesettings (Alten-/Pflegeheim, ambulante Dienste, Psychiatrie sowie Intensiv- und Normalstation) gleichzeitig erhoben und verglichen wurden.

Im Vergleich ambulante vs. stationäre (Alten)Pflege zeigte sich, dass gerade die Pflegekräfte aus der stationären Altenhilfe höheren quantitativen, körperlichen und emotionalen Anforderungen ausgesetzt waren. Nur im Umgang mit aggressiven und unfreundlichen Bewohner(inne)n waren in der Altenpflege ähnlich hohe Werte wie bei den Mitarbeiter(inne)n aus der Psychiatrie zu finden (vgl. Tabelle 3). In der NEXT-Studie konnte ein deutlicher Zusammenhang zwischen den genannten Anforderungen/Belastungen und dem Risiko für Burnout nachgewiesen werden (Simon et al. 2005).

**Tabelle 3: Belastungen im Vergleich**

	Alten- /Pflege- heim	Ambu- lante Dienste	Intensiv- station	Normal- station	Psychi- atrie
quantitative Arbeitsanforderungen <sup>1</sup>	65,4	55,2	61,8	62,1	49,3
körperliche Belastung <sup>2</sup>	49,7	23,4	24,0	40,6	17,7
emotionale Anforderungen <sup>3</sup>	79,1	74,2	75,7	70,9	59,0
Kontakt mit unfreund- lichen und aggressiven Nutzer(inne)n <sup>4</sup>	69,1	52,8	56,0	56,8	70,3

<sup>1</sup> Skala von 0-100 Punkten, je höher der Punktwert, desto höher die Anforderungen. Inhaltlich: zeitliche Ressourcen für Aufgaben und für Nutzer(innen), Pausen, Schnelligkeit, ungleiches Arbeitsaufkommen.  $n_{\text{Intensiv}}=816$ ,  $n_{\text{Normal}}=1225$ ,  $n_{\text{Psychiatrie}}=219$ ,  $n_{\text{Alten-/Pflegeheim}}=522$ ,  $n_{\text{Ambulant}}=352$

<sup>2</sup> Skala von 0 (keine körperliche Belastung) – 100 (extreme körperliche Belastung). Inhaltlich: Häufigkeit von Betten und Lagern, Umsetzen, Umlagern und Tragen, Anheben ohne Hilfsmittel, mobilisieren, einkleiden, Hilfe bei Nahrungsaufnahme, Bettenmachen, Schieben von Betten, Essens- oder Wäschewagen.  $n_{\text{Intensiv}}=795$ ,  $n_{\text{Normal}}=1216$ ,  $n_{\text{Psychiatrie}}=218$ ,  $n_{\text{Alten-/Pflegeheim}}=522$ ,  $n_{\text{Ambulant}}=346$

<sup>3</sup> Skala von 0-100 Punkten, je höher der Punktwert, desto häufiger die Anforderungen. Inhaltlich: Umgang mit Tod, Krankheit und andere menschliche Leiden.  $n_{\text{Intensiv}}=810$ ,  $n_{\text{Normal}}=1214$ ,  $n_{\text{Psychiatrie}}=209$ ,  $n_{\text{Alten-/Pflegeheim}}=523$ ,  $n_{\text{Ambulant}}=349$

<sup>4</sup> Skala von 0-100 Punkten, je höher der Punktwert, desto häufiger die Anforderungen. Inhaltlich: Kontakt mit aggressiven und unfreundlichen Nutzer(inne)n.  $n_{\text{Intensiv}}=806$ ,  $n_{\text{Normal}}=1218$ ,  $n_{\text{Psychiatrie}}=217$ ,  $n_{\text{Alten-/Pflegeheim}}=523$ ,  $n_{\text{Ambulant}}=353$

Quelle: Simon et al. 2005

## Ressourcen

In der oben genannten Studie zu Arbeitsbedingungen und Arbeitszufriedenheit in der stationären Altenhilfe (FfG 2004) wurde eine gesonderte Fallstudie in 10 stationären Einrichtungen durchgeführt. Ziel war es herauszufinden, welche Faktoren einen positiven Einfluss auf die Arbeitszufriedenheit haben. Solche Faktoren dienen als Ressourcen, mit denen die Belastungen zumindest teilweise kompensiert werden können.

Nach Messung der Arbeitszufriedenheit wurden die Einrichtungen mit einer besonders hohen Arbeitszufriedenheit mit denen, die eher schlechte Werte zeigten, verglichen. Insgesamt war rund die Hälfte aller Mitarbeiter(innen) mit der Arbeit wirklich zufrieden (26% stabilisierte Arbeitszufriedenheit und 24,8% progressive stabilisierte Arbeitszufriedenheit). 28,5% zeigten eine resignative Arbeitszufriedenheit, 8,3% eine fixierte Arbeitsunzufriedenheit und 12,3% waren konstruktiv unzufrieden mit der Arbeit<sup>8</sup>. Einrichtungen mit hoher Arbeitszufriedenheit waren durch folgende Organisationsaspekte geprägt:

- eine bewohnerorientierte Pflege, die den Mitarbeiter(inne)n größere und positiv bewertete Handlungsspielräume verschaffte,
- minimierte Schnittstellenprobleme zwischen Pflege und Hauswirtschaft/Reinigung,
- besser qualifizierte Führungskräfte (v. a. mittlere und untere Ebene),
- bewusst und koordiniert entwickelte Führungskompetenzen,
- eine tendenziell höhere Beteiligung der Mitarbeiter(innen) z. B. bei der Umsetzung von Qualitätsmanagement- oder Pflegekonzepten (ebd.).

In einem ähnlichen Vergleich zwischen Pflegenden mit und ohne Burnout aus verschiedenen Settings waren die Arbeitsbedingungen der Pflegenden ohne Burnout geprägt durch geringeren Zeit- und Verantwortungsdruck, genügend Handlungsspielräume sowie wenig externe Kontrolle, hohe Wertschätzung und Anerkennung, gute Verhältnisse im Team bzw. zur Ärzteschaft, zufriedenstellende Arbeitszeiten, ausreichende Bezahlung und Weiterbildungsangebote. Außerdem zeigten die Burnout freien Pflegenden ein signifikant stärkeres Kohärenzgefühl als ihre ausgebrannten Kolleg(inn)en (Aries/Zuppinger Ritter 1999).

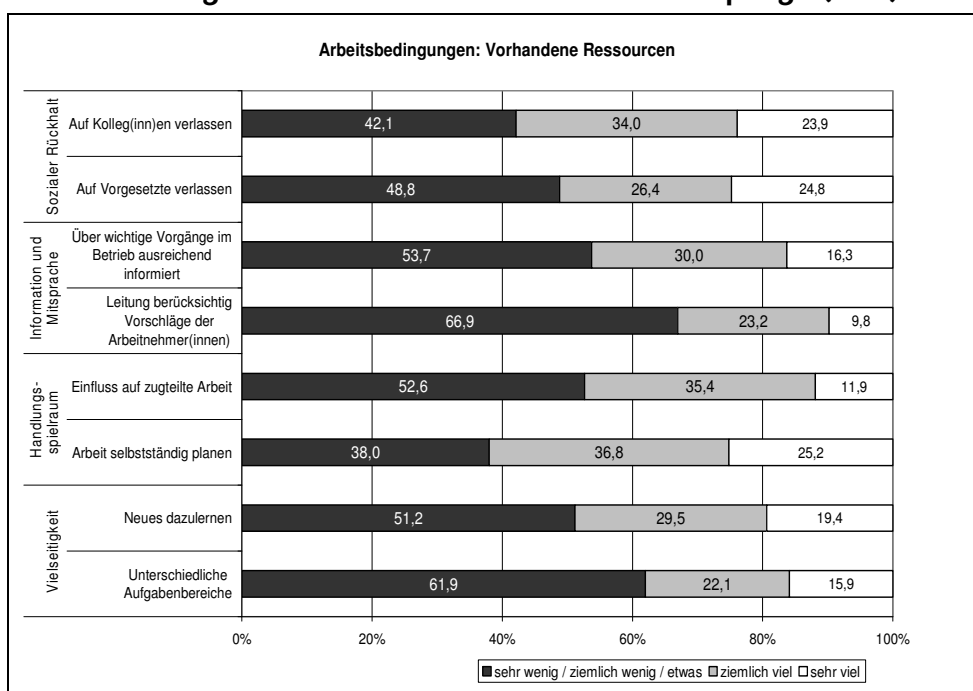
---

<sup>8</sup> Der Grad der Arbeitszufriedenheit/-unzufriedenheit wurde in dieser Studie in Anlehnung an die Typologie von Bruggemann (1974) erfasst. Die verschiedenen Ausprägungen wurden anhand der folgenden Fragen operationalisiert:

- Ich bin mit meiner Stelle wirklich zufrieden und wünsche mir für die nächste Zeit nur, dass alles so gut bleibt (stabilisierte Arbeitszufriedenheit).
- Ich bin mit meiner Stelle zufrieden, weil es hier die Möglichkeiten gibt, mich Schritt für Schritt zu verbessern (progressive Arbeitszufriedenheit).
- Ich bin mit meiner Stelle zufrieden – ich sage mir immer, es könnte viel schlimmer sein (resignative Arbeitszufriedenheit).
- Ich bin mit meiner Stelle nicht zufrieden, ich weiß aber nicht, was ich dagegen tun soll (fixierte Arbeitsunzufriedenheit).
- Ich bin jetzt mit dieser Stelle nicht zufrieden, weil mich wichtige Punkte ärgern. Wenn sich da nichts ändern lässt, suche ich mir eine andere Stelle (konstruktive Arbeitsunzufriedenheit).

Positiven Einfluss auf das Belastungs- und Stresserleben haben demnach die Kontrollmöglichkeiten, der Handlungsspielraum, die Vielseitigkeit und Ganzheitlichkeit der Arbeit sowie soziale Rückendeckung, Information und Mitsprache. Insgesamt schnitten die im Stress-Monitoring befragten Altenpfleger(innen) bei diesen positiven Faktoren im Vergleich mit anderen Berufsgruppen leicht unterdurchschnittlich ab. Nur die betrieblichen Leistungen und die Zusammenarbeit wurden besser beurteilt als im Durchschnitt (Nolting et al. 2001). So gab beispielsweise nicht einmal die Hälfte der befragten Altenpfleger(innen) an, dass sie großen Einfluss auf die ihnen zugeteilten Aufgaben hätten, 28% konnten nur ihre Arbeit in geringem Umfang selbstständig planen und fast die Hälfte meinte, sich gar nicht oder nur teilweise auf Vorgesetzte verlassen zu können (siehe Abbildung 6 und Berger et al. 2003).

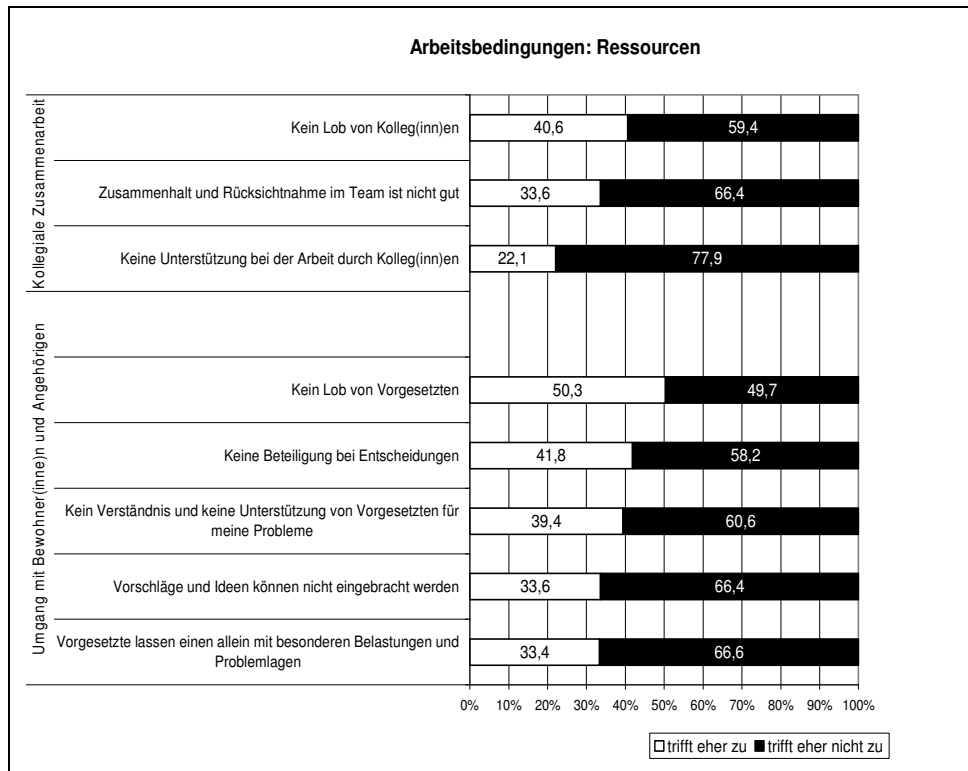
**Abbildung 6: Vorhandene Ressourcen bei Altenpfleger(inne)n**



Quelle: eigene Darstellung nach Berger et al. 2003, S. 27 und 31

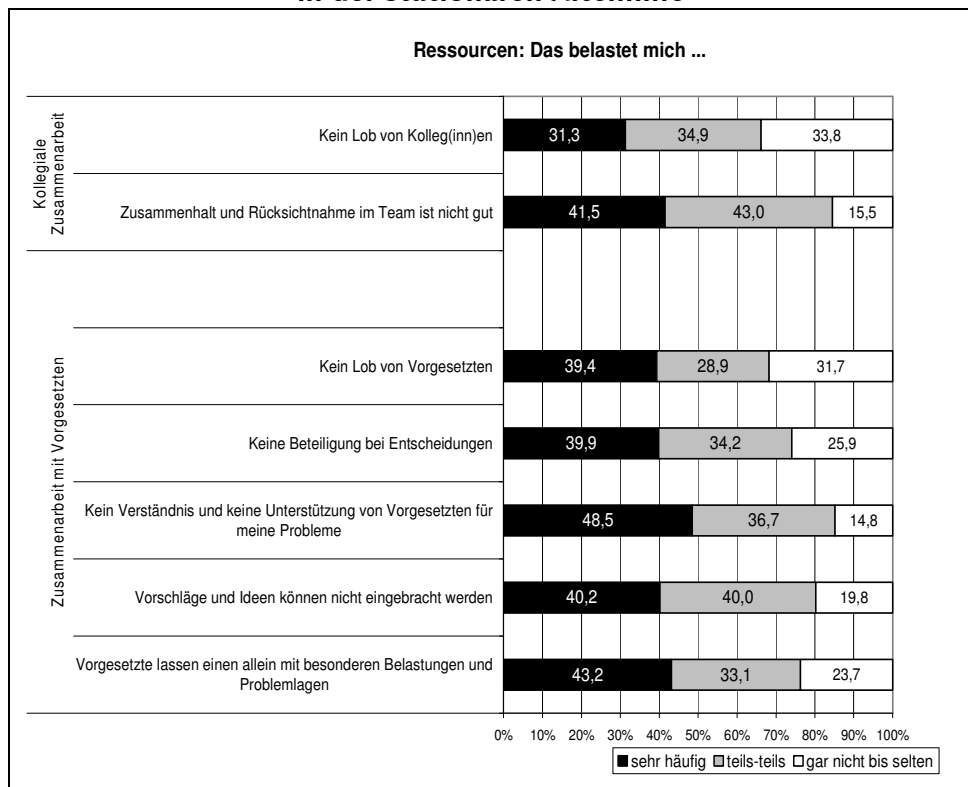
Insgesamt wird häufig die Zusammenarbeit mit den Kolleg(inn)en besser beurteilt als die Zusammenarbeit mit Vorgesetzten (vgl. Abbildung 7). Problematisch ist, dass die Faktoren, die eigentlich als Ressourcen dienen sollen, um mit Belastungen und Stress besser umgehen zu können, bei ihrem „Nichtvorhandensein“ zu Belastungsfaktoren werden können (vgl. Abbildung 8). Das heißt beispielsweise, ein Großteil der Personen, die kein Lob von ihren Vorgesetzten erhalten, empfindet diese Tatsache als Belastung.

**Abbildung 7: Arbeitsbedingungen (Ressourcen) in der stationären Altenhilfe**



Quelle: eigene Darstellung nach FfG 2004, S. 104 bis 106

**Abbildung 8: Arbeitsbedingungen (Ressourcen: Das belastet mich...) in der stationären Altenhilfe**



Quelle: eigene Darstellung nach FfG 2004, S. 104 bis 106

In der NEXT-Studie (Simon et al. 2005) wurde gezeigt, dass einige Ressourcen bei Pflegekräften aus der stationären Altenhilfe etwas geringer ausgeprägt waren als im ambulanten oder Krankenhausbereich. In den Alten-/Pflegeheimen waren die Entwicklungsmöglichkeiten geringer und die Pflegekräfte hatten weniger Einflussmöglichkeiten. Allerdings waren die Unterschiede nicht so ausgeprägt wie bei den Belastungsfaktoren (vgl. Tabelle 4).

**Tabelle 4: Ressourcen im Vergleich (a)**

	Alten- /Pflege- heim	Ambu- lante Dienste	Intensiv- Station	Normal- Station	Psychi- atrie
Entwicklungs- möglichkeiten <sup>1</sup>	69,7	73,3	76,6	73,2	77,0
Einfluss bei der Arbeit <sup>2</sup>	48,3	43,0	47,1	54,1	53,7

<sup>1</sup> Skala von 0-100 Punkten, je höher der Punktwert, desto höher die Entwicklungsmöglichkeiten. Inhaltlich: Eigeninitiative, Möglichkeiten Neues zu lernen, Einsetzen eigener Fähigkeiten, Abwechslungsreichtum. n<sub>Intensiv</sub>=823, n<sub>Normal</sub>=1230, n<sub>Psychiatrie</sub>=220, n<sub>Alten-/Pflegeheim</sub>=530, n<sub>Ambulant</sub>=354

<sup>2</sup> Skala von 0-100 Punkten, je höher der Punktwert, desto niedriger ist der Einfluss. Inhaltlich: Bestimmung der Aufgaben und ihrer Durchführung, Arbeitstempo und -zeitpunkt bestimmen. n<sub>Intensiv</sub>=823, n<sub>Normal</sub>=1230, n<sub>Psychiatrie</sub>=220, n<sub>Alten-/Pflegeheim</sub>=530, n<sub>Ambulant</sub>=354

Quelle: Simon et al. 2005

Die soziale Unterstützung durch Kolleg(inn)en und vor allem durch Vorgesetzte war weniger vom Pflegesetting oder der Einrichtungsart als von der Einrichtungsgröße abhängig. In der ambulanten wie in der stationären Altenhilfe wurde die Unterstützung durch Vorgesetzte in kleineren Einrichtungen etwas höher eingeschätzt als in größeren (vgl. Tabelle 5).

Auch in Bereichen der Arbeitsorganisation, die sich positiv auf die Arbeitszufriedenheit und die Belastungssituation auswirken können, schnitten die Einrichtungen der Altenhilfe eher schlecht ab. Allerdings war die Verteilung dieser Merkmale in den einzelnen Einrichtungen sehr unterschiedlich. So gaben beispielsweise über 10% aller Pflegekräfte aus der stationären Altenhilfe an, dass sie keinen Einfluss auf die Dienstplangestaltung hätten. In den einzelnen Einrichtungen variierte der Anteil der Pflegekräfte, die meinten einen geringen Einfluss zu haben, von 44-100% (Simon et al. 2005).



**Tabelle 5: Ressourcen im Vergleich (b)**

	Alten- /Pflegeheim		Ambulante Dienste		Krankenhaus		
	>51 MA	<50 MA	>25 MA	<25 MA	Lehr KH	KH <400 Betten	KH <400 Betten
Unterstützung durch Vorgesetzte <sup>1</sup>	52,2	60,8	60,5	66,7	54,6	57,4	57,2
Unterstützung durch Kolleg(inn)en <sup>2</sup>	60,2	63,6	63,0	67,0	60,0	62,1	64,4

<sup>1</sup> Skala von 0-100 Punkten, je höher der Punktwert, desto höher die Unterstützung. Inhaltlich: Anerkennung, direkte Meinungsäußerung, Rat, Unterstützung durch Vorgesetzte.  $n_{KH}=2605$ ,  $n_{Alten-/Pflegeheim}=515$ ,  $n_{Ambulant}=344$

<sup>2</sup> Skala von 0-100 Punkten, je höher der Punktwert, desto höher die Unterstützung. Inhaltlich: Anerkennung, direkte Meinungsäußerung, Rat, Unterstützung durch Kolleg(inn)en.  $n_{KH}=2606$ ,  $n_{Alten-/Pflegeheim}=514$ ,  $n_{Ambulant}=344$

Quelle: Simon et al. 2005

## 2.2 Gesundheitliche Folgen von Belastung

Betrachten wir nun die gesundheitlichen Folgen der Arbeitsbelastungen. Ein Indikator oder Vergleichswert zwischen einzelnen Berufsgruppen ist der Krankenstand. Insgesamt haben Altenpflegekräfte einen höheren Krankenstand als der Durchschnitt der Versicherten (Berger et al. 2003; Grabbe et al. 2006)<sup>9</sup>. Da sich die Folgen einer dauerhaften Belastung allerdings nicht nur im offiziellen Krankenstand zeigen, sollen mit Blick auf die Förderung von Gesundheit und die Verhinderung von Krankheiten im Folgenden auch Symptome und gesundheitliche Beschwerden betrachtet werden, die eventuell (noch) nicht zu einer Arbeitsunfähigkeit geführt haben, wie etwa Stress und erste Burnout-Symptome.

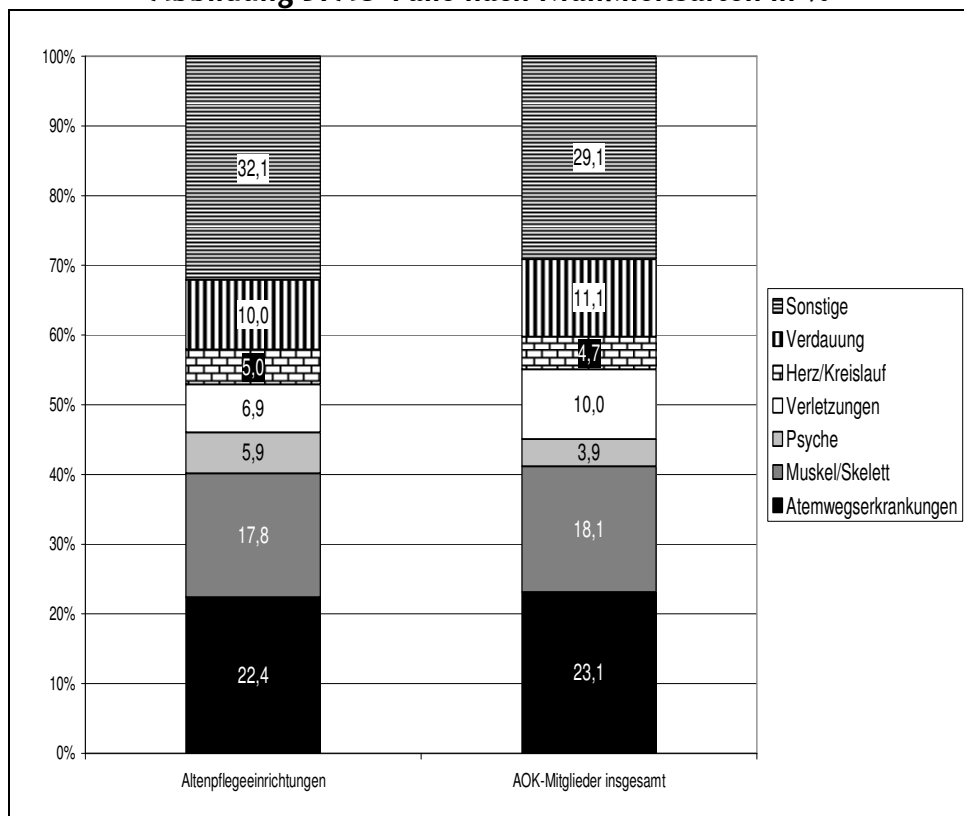
Zu den am häufigsten diagnostizierten Erkrankungen, die zu einem Arbeitsunfähigkeits-Fall (AU-Fall)<sup>10</sup> führten, gehörten in der Altenhilfe und über alle AOK-Versicherten hinweg die Atemwegserkrankungen und die Erkrankungen des Muskel-Skelett-Systems, gefolgt von Erkrankungen der

<sup>9</sup> Der **Krankenstand** wird meist in Prozent angegeben. Er beschreibt den Anteil an erkrankungsbedingten Fehltagen/Arbeitsunfähigkeitstagen im Erhebungszeitraum. Ein Krankenstand von 3% bedeutet z. B., dass an einem durchschnittlichen Tag im Erhebungszeitraum von 100 Erwerbspersonen 3 Personen krankheitsbedingt fehlten (vgl. Wieland 2009).

<sup>10</sup> Der **Arbeitsunfähigkeits-Fall** beschreibt die durchschnittliche Anzahl der Fälle von Arbeitsunfähigkeit eines Versicherten innerhalb eines Jahres bzw. je 100 Versicherte in Prozent aller AU-Fälle. Gezählt wird jeder ununterbrochene Zeitraum von Arbeitsunfähigkeit mit der gleichen Hauptdiagnose.

Verdauung und den eher seltenen Erkrankungen des Herz-Kreislaufsystems. Unterschiede in der relativen Häufigkeit von Erkrankungen sind bei Verletzungen und psychischen Störungen zu erkennen. Verletzungen kamen in Einrichtungen der Altenhilfe seltener vor als bei allen AOK-Versicherten, die psychischen und Verhaltensstörungen waren dagegen häufiger zu finden (siehe Abbildung 9).

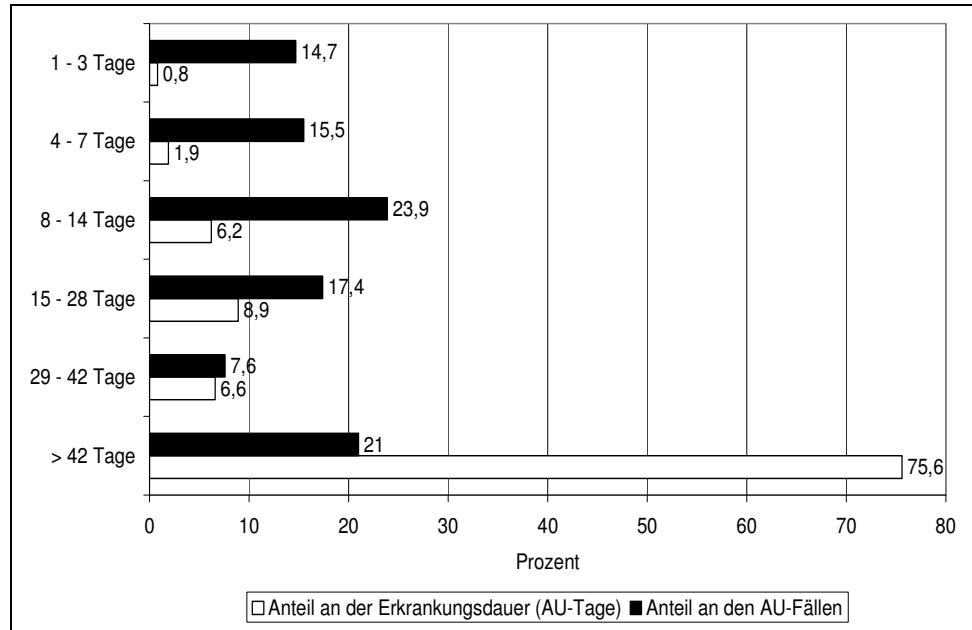
**Abbildung 9: AU-Fälle nach Krankheitsarten in %**



Quelle: eigene Darstellung nach Küsgens 2005, S. 215

Psychische und Verhaltensstörungen haben über alle Berufsgruppen hinweg betrachtet eine besondere Fehlzeitenstruktur. Sie haben deutlich höhere Anteile an AU-Fällen, die länger als sechs Wochen bzw. 42 Tage andauern. Dieser Anteil an AU-Fällen (21%) war 2008 verantwortlich für knapp 76% aller AU-Tage, die durch psychische und Verhaltensstörungen verursacht wurden (vgl. Abbildung 10). Im Durchschnitt lag die Erkrankungsdauer pro Fall hier bei rund 39 Tagen (Wieland 2009).

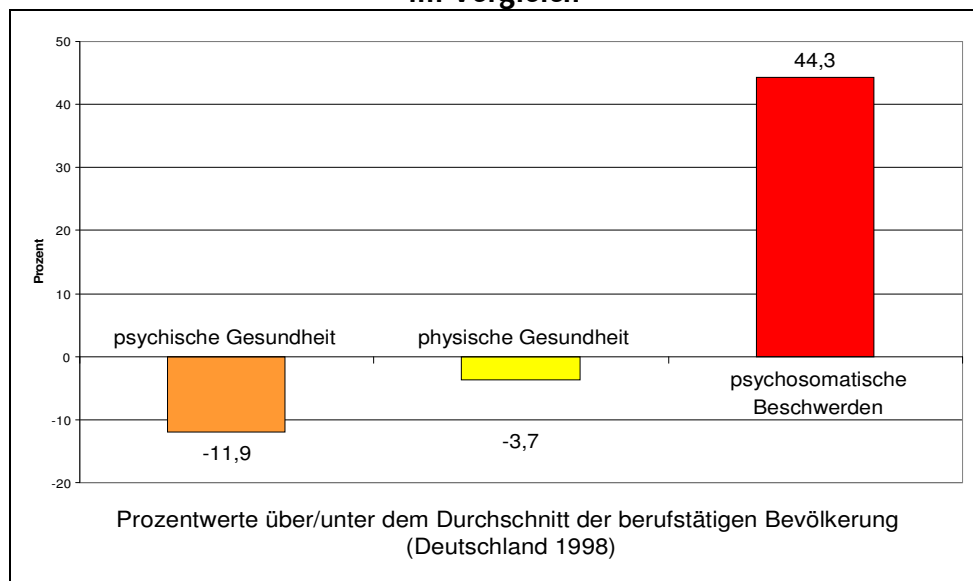
**Abbildung 10: AU-Tage und AU-Fälle in % psychische Erkrankungen**



Quelle: eigene Darstellung nach Wieland 2009, S. 61

Auch bei den *psychosomatischen Beschwerden* lagen die Altenpfleger(innen) weit über dem Bundesdurchschnitt. Bei den Indikatoren *psychische Gesundheit* und *physische Gesundheit* (gemessen mit dem SF-36) wichen die im Stress-Monitoring untersuchten Altenpfleger(innen) nicht so deutlich vom Bundesdurchschnitt ab, aber auch hier fanden sie sich wiederum unter den am höchsten belasteten Berufsgruppen (vgl. Abbildung 11 und Nolting et al. 2001).

**Abbildung 11: Die gesundheitliche Situation der Altenpfleger(innen) im Vergleich**



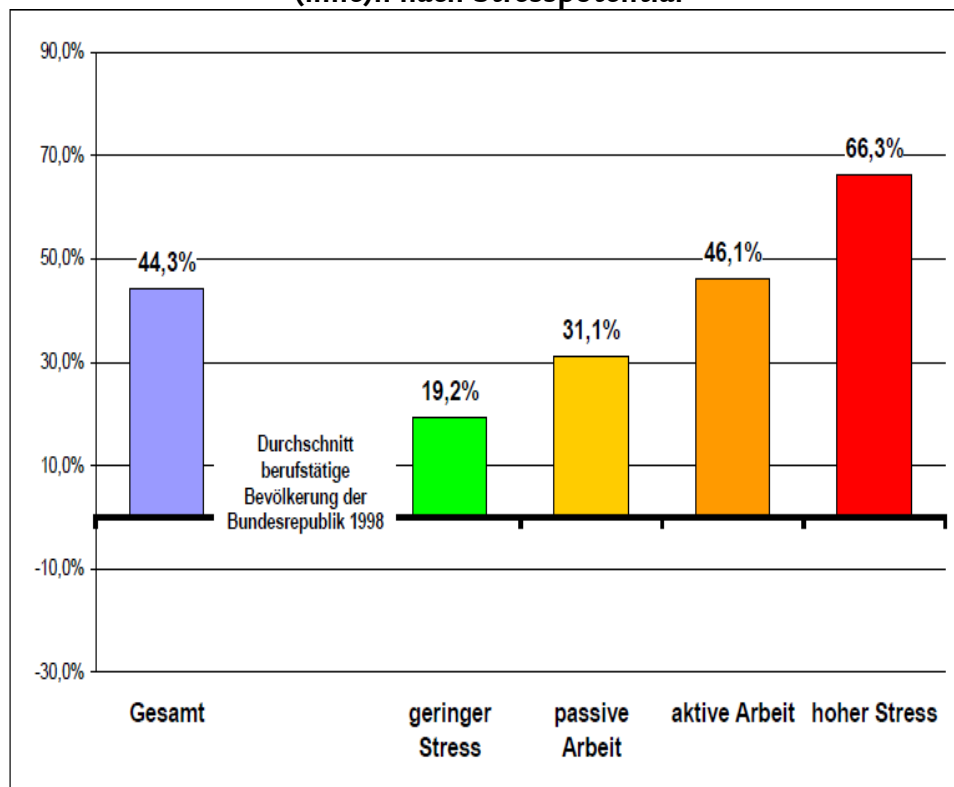
Quelle: BGW-DAK Stress-Monitoring, eigene Darstellung nach Berger et al. 2003, S. 13

Folge einer hohen Arbeitsintensität mit gleichzeitig eher geringen Kontrollmöglichkeiten ist oft ein hohes Stressniveau. Ein eher geringeres Stressniveau zeigen dagegen Beschäftigte, die eine geringe Arbeitsintensität bei hohen Kontrollmöglichkeiten haben. Nach dem Job-Strain-Model<sup>11</sup> (Karasek et al. 1981) wurden im Stress-Monitoring vier Gruppen von Mitarbeiter(inne)n mit unterschiedlich hohem Stress-Potenzial bei der Arbeit gebildet:

- geringe Arbeitsintensität und geringe Kontrolle → passive Arbeit
- geringe Arbeitsintensität und hohe Kontrolle → geringer Stress
- hohe Arbeitsintensität und geringe Kontrolle → hoher Stress
- hohe Arbeitsintensität und hohe Kontrolle → aktive Arbeit

Die Altenpfleger(innen) fielen zu 32% in die Gruppe mit hohem Stresspotential, je 26% fanden sich in den Gruppen, die eine aktive bzw. passive Arbeitsweise umfassten, und nur 16% in der Gruppe mit einem geringen Stresspotential.

**Abbildung 12: Psychosomatische Beschwerden bei Altenpfleger(inne)n nach Stresspotential**



Quelle: BGW-DAK Stress-Monitoring entnommen aus Berger et al. 2003, S. 35

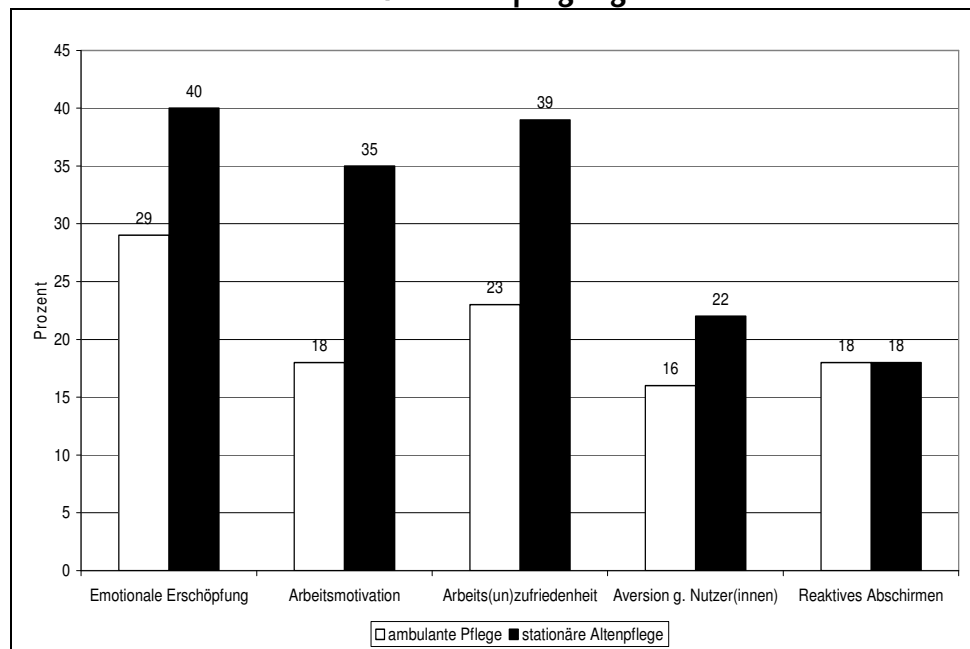
<sup>11</sup> Für das Model wurden hier die Variablen zu den quantitativen und qualitativen Arbeitsbelastungen sowie Arbeitsunterbrechungen zur Gesamtskala „psychische Arbeitsintensität“ zusammengefasst. Die Ressourcen Vielseitigkeit und Handlungsspielraum wurden in der Skala „Kontrolle“ zusammengefügt.

Vergleicht man nun die Gruppen mit unterschiedlichem Stresspotential, wird deutlich, dass die Gruppe mit hohem Stresspotential deutlich häufiger von *psychosomatischen Beschwerden* betroffen ist als der Bundesdurchschnitt. Die Gruppe mit einem geringen Stressniveau lag dagegen „nur“ mit 19% über dem Durchschnitt. Mitarbeiter(innen) mit einer passiven (31%) oder aktiven Arbeitsweise (46%) lagen zwischen den Extremen (vgl. Abbildung 12 und Berger et al. 2003).

Ein ähnliches Bild zeigte sich im Hinblick auf die psychische Gesundheit. Die Gesundheit der Altenpfleger(innen) mit einem geringen Stresspotential war wesentlich höher und lag nur 0,5% unter dem Durchschnittswert der berufstätigen Bevölkerung. Beschäftigte mit hohem Stress erreichten dagegen einen Wert, der knapp 20% unter dem Durchschnitt lag. Stressreaktionen sind besonders ausgeprägt, wenn die Arbeitsanforderungen hoch sind, die Personen häufig bei ihren Tätigkeiten unterbrochen werden und gleichzeitig eine geringe Aufgabenvielfalt und einen engen Handlungsspielraum haben, was bei fast einem Drittel der Altenpflegekräfte der Fall war (Berger et al. 2003).

Psychische Belastungen können sich auch in einem Burnout oder in einzelnen Burnout-Symptomen zeigen. Ein fortgeschrittener Burnout zieht nicht nur emotionale Erschöpfung, mangelnde Arbeitsmotivation und -zufriedenheit nach sich, sondern kann auch zu Aversion und Distanzierung oder einer zynisch-kalten Haltung gegenüber dem Klientel führen (Leppin 2006). Gerade in der stationären Altenhilfe kamen Burnout-Symptome relativ häufig und in hoher Ausprägung vor (vgl. Abbildung 13 und Gregersen/Wohlert 2005).

**Abbildung 13: Anteil von Pflegekräften mit kritischen Merkmalsausprägungen**



Quelle: eigene Darstellung nach Gregersen/Wohlert 2005, S. 19

Auch in der NEXT-Studie (Simon et al. 2005) wurde gezeigt, dass Burn-out<sup>12</sup> und eine niedrigere Arbeitsfähigkeit in der stationären Langzeitversorgung deutlich häufiger vorkommen als in Krankenhäusern. Die Burn-out-Werte waren in der stationären Altenhilfe am höchsten, gefolgt von denen in der ambulanten Pflege und in Krankenhäusern. Allerdings variierten diese Werte zwischen einzelnen Einrichtungen der stationären Altenhilfe und einzelnen ambulanten Diensten deutlich (ebd.)<sup>13</sup>. Hier lässt sich vermuten, dass es nicht die Tätigkeit in der Altenpflege an sich ist, die „automatisch“ zu einem Burnout führt, sondern es einzelne Organisations- und Rahmenbedingungen sind, die das Entstehen eines Burnout fördern oder verhindern können.

### 2.3 (Mögliche) Einflussfaktoren auf das Krankheitsgeschehen

Einfluss auf das Belastungs- und Beanspruchungsgeschehen haben nicht nur Faktoren aus der Arbeitsumwelt, sondern auch individuelle Merkmale. Für die Altenhilfe bzw. die Altenpfleger(innen) liegen solche Daten, die sich z. B. auf sozioökonomische Einflussfaktoren beziehen, kaum vor. Deshalb werden im Folgenden Einflussfaktoren aufgeführt, die sich nicht allein auf die Altenhilfe beziehen.

Einen deutlichen Einfluss auf die Arbeitsunfähigkeit in allen Berufsgruppen hat das Alter. So trafen die Atemwegserkrankungen, die bezogen auf die AU-Fälle am häufigsten vorkommen, eher jüngere Arbeitnehmer(innen). In einer Studie mit Daten der AOK Rheinland (Meisel 2004) zeigte sich, dass bei den bis zu 24jährigen die Atemwegserkrankungen in 31,2% aller Fälle die Ursache für einen vom Arzt bescheinigten Krankheitsfall sind. In der ältesten Arbeitnehmergruppe (55+) waren 19,1% aller Diagnosen Atemwegserkrankungen. Ob eine erkrankte Person bei dieser Diagnose einen Arzt aufsucht und sich eine Arbeitsunfähigkeit bescheinigen lässt, hängt eben auch von subjektiven Faktoren wie der Arbeitsmotivation ab, die bei jüngeren Arbeitnehmer(inne)n nicht so ausgeprägt ist wie bei Älteren. Das könnte zur Folge haben, dass die Häufigkeit der attestierten Atemwegserkrankungen bei Jüngeren höher ist (ebd.).

Das gegenteilige Bild zeigte sich bei den Muskel-Skelett-Erkrankungen. Rund 28% der AU-Fälle der bis 24jährigen gingen auf eine Muskel-Skelett-Erkrankung zurück, bei den 55jährigen und Älteren waren es 45% (ebd.). Gerade Rückenerkrankungen können auch psychosomatisch bedingt sein, so dass sich evtl. nicht nur die physischen Belastungen, sondern auch Stress, Termindruck und dauernde Anspannung bei älteren Arbeitnehmer(inne)n im Laufe der Zeit angesammelt und in Form einer psychosomatischen Erkrankungen manifestiert haben.

---

<sup>12</sup> Burnout wurde hier mit einem anderen Instrument abgefragt, in dem Müdigkeit, körperliche und emotionale Erschöpfung, sich ausgelaugt sowie schwach und krankheitsanfällig fühlen und das Denken nicht mehr zu können, abgefragt wurden, nicht aber die übrigen Dimensionen eines Burnout.

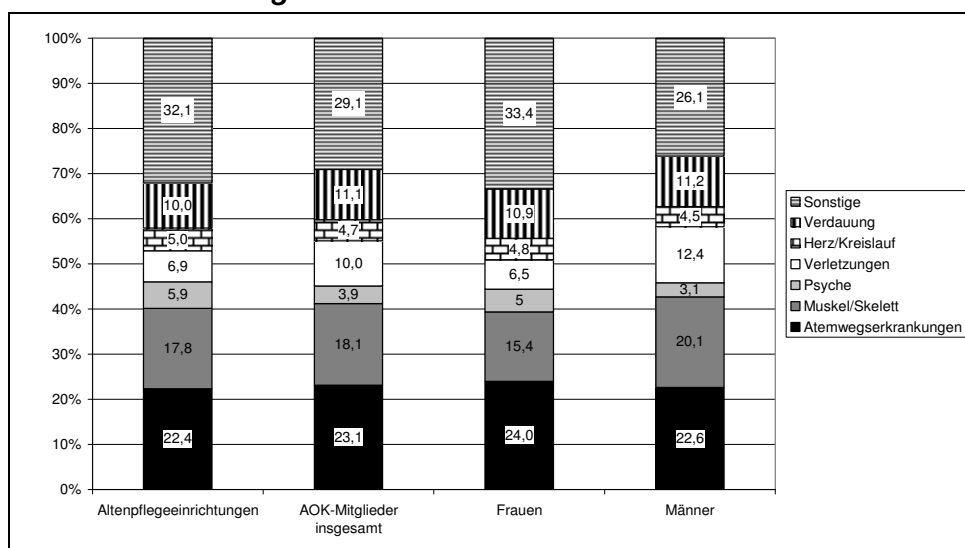
<sup>13</sup> Die Mittelwerte reichten hier auf einer Skala von 0-100 Punkten von 28 (relativ geringes Ausmaß) in einem Alten-/Pflegeheim bis 68 (relativ hohes Ausmaß) in einem ambulanten Dienst.

Bei den psychischen und Verhaltensstörungen zeigte sich kein eindeutiger Altersgradient. In der Gruppe ab 55 Jahren wurde allerdings ein Rückgang in der Häufigkeit dieser Diagnose sichtbar. Das könnte auf den so genannten „healthy worker effect“ zurückgehen, anders formuliert: Die „Kranken“ sind bereits ausgeschieden und somit in einer Stichprobe, die aus der arbeitnehmenden Bevölkerung besteht, nicht mehr zu finden.

Bei allen drei genannten Erkrankungsarten zeigte sich im Hinblick auf die AU-Tage jedoch ein eindeutiger Altersgradient: Je älter, desto länger waren die Personen durchschnittlich erkrankt. Bei den Muskel-Skelett-Erkrankungen reichten die AU-Tage von durchschnittlich 7 Kalendertagen in der jüngsten Gruppe bis hin zu 28 Kalendertagen in der ältesten Gruppe. Bei den Atemwegserkrankungen reichen sie von vier bis 20 und bei den psychischen und Verhaltensstörungen von 12 bis 38 Kalendertagen (ebd.). Häufig werden beim Blick auf die Tätigkeit in der Pflege die psychischen Belastungen und ihre Folgeerkrankungen hervorgehoben, die je nach Datengrundlage und -darstellung tatsächlich deutlich hervorstechen. Die psychischen und Verhaltensstörungen haben als Krankheitsgrund in den letzten Jahren insgesamt zugenommen (vgl. Wieland 2009). Bei allen Vergleichen zwischen Personen, die in der Pflege tätig sind, und dem Durchschnitt aller Versicherten der jeweiligen Krankenkassen darf nicht vergessen werden, dass in Pflegeeinrichtungen a) überwiegend Frauen und b) Personen mit einem relativ geringen Bildungsstatus beschäftigt sind (Statistisches Bundesamt 2008).

Zu a) Frauen reagieren häufiger mit Erkrankungen auf psychische Belastungen als Männer. Werden die Daten der Altenpfleger(innen) den Vergleichswerten aller AOK-Versicherten gegenüber gestellt, fällt auf, dass die prozentualen Unterschiede lange nicht so deutlich sind wie im Vergleich „Altenpflegekräfte vs. alle Versicherten“. Vor allem bei den psychischen Erkrankungen sowie bei verletzungsbedingten AU-Fällen und AU-Tagen gibt es durchaus geschlechtsbedingte Unterschiede (vgl. Abbildung 14).

**Abbildung 14: AU-Fälle nach Krankheitsarten in %**



Quelle: eigene Darstellung nach Vetter et al. 2005, S. 303 und Küsgens 2005, S. 215

Zu b) Über alle Berufsgruppen hinweg zeigte sich sowohl bei den psychosomatischen Beschwerden als auch bei den psychischen Erkrankungen ein sozialer Gradient. Beschäftigte aus rein akademischen Berufen litten unterdurchschnittlich unter psychosomatischen Beschwerden und weniger qualifizierte Berufsgruppen lagen über dem Durchschnitt (Nolting et al. 2001). Je höher der Bildungsstatus war, desto seltener traten AU-Fälle aufgrund von psychischen Erkrankungen auf (Wieland 2009).

Grundsätzlich wird diskutiert, ob es sich bei der Zunahme von psychischen Erkrankungen um eine Fehlinterpretation von Statistiken handelt. Eine formulierte These ist, dass psychische Erkrankungen mittlerweile besser diagnostiziert und deshalb häufiger entdeckt werden. Eine andere These geht davon aus, dass psychische Erkrankungen enttabuisiert wurden und deswegen häufiger vorkommen *dürfen* (zusammenfassend in: Weber/Hörmann 2008). Eine verbesserte oder sensibilisiertere Diagnostik kann im Zusammenhang mit AU-Statistiken durchaus als relevant eingestuft werden. Dennoch: Für eine objektive Zunahme psychischer Erkrankungen sprechen die Rentenzugangstatistiken. Hier kann auch in der Vergangenheit von einer validen Diagnosestellung ausgegangen werden und doch hat sich die Anzahl an Frühverrentungen aufgrund psychischer Erkrankungen erhöht (ebd.).

Es sind allerdings nicht nur die individuellen Merkmale der Pflegenden, die Einfluss auf die Belastung oder die Sensibilisierung für Krankheiten haben. Auch die Rahmenbedingungen wie Einrichtungsart, Trägerschaft oder Größe der Einrichtung können Einfluss nehmen (Glaser et al. 2008; Gregersen et al. 2002), wie schon die verschiedenen Vergleiche zwischen der stationären Altenhilfe und ambulanten Diensten hinsichtlich der Belastung zeigten (vgl. Kapitel 2.1).

## 2.4 Zusammenfassung

In der stationären Altenhilfe sind rund 574.000 Personen mit unterschiedlichen Ausbildungsprofilen tätig. Die Arbeitsbedingungen sind geprägt durch Zeitdruck, Personalmangel sowie einem hohen Arbeitspensum und diese Faktoren wirken sich belastend auf die Pflegenden aus. Da mag nicht weiter verwundern, dass sich die Pflegenden häufiger durch diese Arbeitsbedingungen belastet fühlen als durch Aspekte, die gemeinhin als Belastungsfaktoren in der Arbeit mit alten, pflegebedürftigen und sterbenden Menschen gelten (vgl. hierzu Pracht/Bauer 2009). Anders formuliert: Der Umgang mit Krankheit, Sterben und Tod wirkt sich seltener belastend aus als die veränderlichen Rahmen- und Arbeitsbedingungen der Pflege. Letztere werden als belastend empfunden, weil sie letztendlich die Zeit für die Pflege und Betreuung der Pflegebedürftigen minimieren, so die Einschätzung der befragten Mitarbeiter(innen).

Zusätzlich ist die Tätigkeit in der stationären Altenhilfe weitaus häufiger mit körperlichen Beanspruchungen verbunden als in anderen Pflege-settings.

Doch trotz aller Belastung ist die Hälfte der Altenpfleger(innen) mit ihrer Tätigkeit zufrieden. Die empfundene (Un-)Zufriedenheit steht ebenfalls in engem Zusammenhang mit Aspekten der Arbeitsorganisation. Vor



allem hinreichende Handlungsfreiräume, gute Leitungsstrukturen, die sich durch wenig Kontrolle auszeichnen, Mitbestimmung, Beteiligung an Entscheidungen und ein gutes Team wirken sich positiv auf die gesundheitliche Situation und die Zufriedenheit der Altenpflegekräfte aus.

Auf die Häufigkeit und Dauer von Erkrankungen nehmen über alle Berufsgruppen hinweg personenbezogene Faktoren wie Geschlecht, Alter und Bildungsstatus Einfluss. Das Krankheitsgeschehen in der Pflegerischen Langzeitversorgung unterscheidet sich – laut AU-Daten der AOK – im Hinblick auf die häufigsten Erkrankungsarten (muskoskeletale und Atemwegserkrankungen) nicht wesentlich von anderen Berufsgruppen. Einzig psychische Erkrankungen kommen unter Altenpfleger(inne)n häufiger vor und gerade diese gehen meist mit einer langen Erkrankungsdauer einher.

Um gegen diese prekär zu nennende Situation in der stationären Altenhilfe anzugehen, werden verschiedenste Lösungsmöglichkeiten in und für Einrichtungen diskutiert und erprobt. Im folgenden Kapitel werden zunächst einige theoretische Grundlagen der Betrieblichen Gesundheitsförderung – als ein Weg zu einem *gesünderen Setting stationäre Altenhilfe* – sowie überbetriebliche Akteure und Programme vorgestellt, um anschließend auf Projekte aus der Praxis einzugehen.

### **3. Betriebliche Gesundheitsförderung in der stationären Altenhilfe**

Betriebliche Gesundheitsförderung oder das Betriebliche Gesundheitsmanagement werden derzeit als Lösung für die gravierenden Probleme in der stationären Langzeitversorgung diskutiert (exemplarisch BGW 2009a)<sup>14</sup>. Mittlerweile findet sich eine Fülle von Konzepten, Programmen, Handlungshilfen, Leitfäden und Möglichkeiten zur Nutzung externer Dienstleistungen „rund um die Gesundheitsförderung“ in der stationären Altenhilfe. Anbieter sind Genossenschaften, Krankenkassen, Institute oder auch private Dienstleister. Was aber ist *Betriebliche Gesundheitsförderung*? Was unterscheidet sie vom *Betrieblichen Gesundheitsmanagement*? Wer sind die Anbieter oder Akteure im Feld der stationären Altenhilfe? Welche Programme zur Gesundheitsförderung liegen vor? Welche Rahmenbedingungen und Ressourcen in den Einrichtungen sind notwendig, um erfolgreich zu sein? Diesen Fragen soll im Folgenden nachgegangen werden.

#### **3.1 Gesundheitsförderung und Gesundheitsmanagement im Betrieb – Gemeinsamkeiten und Unterschiede**

Die Idee, die Gesundheit von Menschen nicht nur individuell, sondern auch settingbezogen in der Arbeitswelt zu fördern, geht auf die bereits 1986 formulierte Ottawa-Charta der WHO zurück:

*„Die sich verändernden Lebens-, Arbeits- und Freizeitbedingungen haben entscheidenden Einfluss auf die Gesundheit. Die Art und Weise, wie eine Gesellschaft die Arbeit, die Arbeitsbedingungen und die Freizeit organisiert, sollte eine Quelle der Gesundheit und nicht der Krankheit sein. Gesundheitsförderung schafft sichere, anregende, befriedigende und angenehme Arbeits- und Lebensbedingungen.“ (WHO 1986)*

Damit ging ein grundlegender Perspektivwechsel auf die Gesundheitsförderung einher. Der Fokus liegt seitdem a) auf Gesundheit statt auf Krankheit, b) auf Befähigung (Empowerment) statt Gesundheitserziehung und c) auf den Arbeits- und Lebenswelten von Menschen (Settings) statt auf dem Individuellen sowie auf Veränderung von Verhältnissen als auf Verhaltensprävention (Pelikan et al. 2005; Walter 2007).

Im Setting *Betrieb* werden diese unterschiedlichen Perspektiven durch die definitorische Trennung in 1) die Betriebliche Gesundheitsförderung und 2) dem Betrieblichen Gesundheitsmanagement deutlich. Während BGF auf punktuelle, zeitlich befristete Einzelmaßnahmen (zur Verhaltensprävention) begrenzt bleibt, soll sich ein BGM systematisch und nachhaltig

---

<sup>14</sup> Einschränkung muss benannt werden, dass es sich hierbei um eine sehr praxisnahe Diskussion in Deutschland handelt, an der einzelne wissenschaftliche Akteure beteiligt sind bzw. waren. Für die Entwicklung gesundheitsförderlicher Arbeitswelten werden aber, über das BGM hinaus, ähnliche und ganz andere Konzepte angedacht wie z. B. Organisationsentwicklung (Pelikan 2007), Sozialkapital (Pfaff et al. 2004) oder capacity building (Gugglberger/Krajic 2009).

um die gesundheitsförderliche Gestaltung von Strukturen und Prozessen bemühen, in denen die Mitarbeiter(innen) dazu befähigt werden sich gesundheitsförderlich zu verhalten (Bertelsmann Stiftung/Hans Böckler Stiftung 2004).

Der Begriff *Gesundheit* umfasst in diesem Zusammenhang weit mehr als nur die Abwesenheit von Krankheit. Für eine wissenschaftliche Auseinandersetzung mit der settingbezogenen Gesundheitsförderung in der Arbeitswelt definierten Badura und Hehlmann (2003) Gesundheit als: „eine Fähigkeit zur Problemlösung und Gefühlsregulierung, durch die ein positives seelisches und körperliches Befinden – insbesondere ein positives Selbstwertgefühl – und ein unterstützendes Netzwerk sozialer Beziehungen erhalten oder wiederhergestellt wird“ (Badura/Hehlmann 2003, S. 18).

Gesundheit wird hier nicht als Zustand betrachtet, sondern mehr als Kompetenz zur aktiven Lebensgestaltung und diese kann von Menschen erlernt bzw. sie können dazu befähigt werden (ebd.). Um diese Kompetenz aufzubauen, genügen nicht einzelne Maßnahmen im Rahmen der BGF, vielmehr bedarf es eines umfassenden Gesundheitsmanagements. Dessen erweiterte Perspektive umfasst demnach: 1) eine salutogene Sichtweise statt eines Fokus auf Belastungen und Symptome, 2) organisationsbezogene Interventionsstrategien statt personenbezogene, verhaltenspräventive Maßnahmen und 3) eine Managementstrategie statt gesundheitsförderlicher Einzelmaßnahmen (Münch et al. 2003; Walter 2007)<sup>15</sup>.

Betriebliches Gesundheitsmanagement geht demnach weit über den gesetzlich geregelten Arbeitsschutz und auch über die Betriebliche Gesundheitsförderung hinaus und sollte – so die häufig formulierte These – eigentlich das Ziel von Gesundheitsförderung in der Arbeitswelt sein. Für die Umsetzung und dauerhaft erfolgreiche Umsetzung eines Betrieblichen Gesundheitsmanagements sind allerdings eine Vielzahl von Voraussetzungen, Rahmenbedingungen und Ressourcen notwendig, auf die im Folgenden eingegangen wird.

### **3.2 Rahmenbedingungen für die erfolgreiche Umsetzung eines Betrieblichen Gesundheitsmanagements**

Noch liegt keine einheitliche Leitlinie oder eine andere qualitätsorientierte Standardisierung des BGM vor, wenngleich dies mehr und mehr gefordert wird (exemplarisch BGW 2009a). Jedoch existiert ein Vorschlag, in dem Qualitätskriterien, Prüfpunkte und die Voraussetzungen für ein BGM beschrieben werden (Walter 2007). Auf diesen wird im Folgenden eingegangen, um zu zeigen, was für Voraussetzungen notwendig sind, um Gesundheitsförderung im Sinne des BGM effektiv und effizient durchzuführen.

---

<sup>15</sup> Die praktische Umsetzung des Gesundheitsmanagements basiert auf einem kontinuierlichen Fortführen der vier so genannten Kernprozesse – Diagnostik, Planung, Interventionssteuerung und Evaluation – die in den Betriebsroutinen verankert werden sollen (Bertelsmann Stiftung/Hans Böckler Stiftung 2004).

## **Voraussetzungen für ein Betriebliches Gesundheitsmanagement auf betrieblicher Ebene**

Eine grundlegende Voraussetzung auf Ebene des Betriebs besteht darin, dass BGM gleichzeitig als Aufgabe des Top-Managements und der Arbeitnehmervertretung verstanden wird. Um diese Voraussetzung zu schaffen, wird empfohlen, Ziele zunächst schriftlich zu fixieren und anschließend ausreichende Ressourcen für deren Erreichung bereitzustellen. Ebenso werden ein Steuerungsgremium, Fortbildungen von Vertreter(inne)n aller Hierarchieebenen und die Partizipation aller Beschäftigten für ratsam gehalten. BGM sollte strukturell und planerisch in das Unternehmen eingefügt werden, z. B. über die Festlegung von Zuständigkeiten, den Aufbau von Kooperationsbeziehungen und die Einbeziehung externer Experten. Ein solches Projekt bedarf einer detaillierten Planung und im Idealfall einer Vernetzung mit anderen Managementansätzen wie dem Qualitätsmanagement (exemplarisch BGW 2009a; Walter 2007).

## **Die vier „Kernprozesse“ des Betrieblichen Gesundheitsmanagements**

BGM basiert – so die Literatur – auf vier so genannten Kernprozessen<sup>16</sup>: Diagnostik, Planung, Interventionssteuerung und Evaluation. Auch sie haben verschiedenste methodische und strategische Voraussetzungen. Den Betrieben fehlt es hierfür allerdings oft an Expertise, z. B. an Kompetenz zum Projektmanagement, zur Moderation von Sitzungen oder zur Evaluation bzw. Datenanalyse.

So soll etwa bei der Ausgangsanalyse der gesundheitliche Status Quo der Mitarbeiter(innen) erhoben werden. Das kann über Fehlzeiten, Unfallstatistiken, betriebsärztliche Untersuchungen, Arbeitsplatzbegehungen, und/oder Mitarbeiterbefragungen geschehen (BGW 2006). Darüber hinaus sollten ebenfalls mögliche Einflussgrößen (salutogene wie pathogene Faktoren) auf die Gesundheit ermittelt werden. Diese können über die Methode der Mitarbeiterbefragung erhoben werden. Dazu muss sich die Befragung an wissenschaftlichen Standards orientieren – nicht nur im Hinblick auf die Instrumente, sondern auch bei der Durchführung (Vertraulichkeit, Information der Befragten etc.) und Auswertung (statistische Grundkenntnisse, Verknüpfung mit anderen Daten etc.). Ohne qualitativ hochwertige Diagnose können Ziele – so Walter (2003) – nur schwer formuliert, Interventionen kaum passgenau konzipiert und eine abschließende Evaluation nicht durchgeführt werden.

Der zweite Schritt besteht aus der Maßnahmen- oder Interventionsplanung. Auf Grundlage der Diagnosedaten sollen – unter Beteiligung relevanter Personen – geeignete Maßnahmen ausgewählt, Verantwortlichkeiten festgelegt sowie Arbeits-, Zeit- und Kostenpläne erstellt werden. Dieser Schritt sollte – dem BGM-Konzept zu Folge – unter Verantwortung eines einzurichtenden Steuerungskreises für das Gesundheitsmanagement erfolgen, der die Befugnis hat, Entscheidungen über

---

<sup>16</sup> Die vier Kernprozesse sind eine veränderte Form des Public Health Action Cycle – Problemdefinition (Assessment), Strategie-/Zielformulierung (Policy Formulation), Umsetzung (Assurance/Implementation), Bewertung (Evaluation) (siehe Rosenbrock/Gerlinger 2006).

Interventionen und die dafür notwendigen Ressourcen zu treffen. Dafür ist in der Regel eine Beteiligung der Geschäftsführung notwendig (BGW 2006; Walter 2003).

Im dritten Schritt der Durchführung gesundheitsbezogener Maßnahmen wird betrachtet, wie und unter welchen Bedingungen die Maßnahmen durchgeführt werden. Grundsätzlich gilt es, Transparenz und damit eine Vertrauenskultur zu schaffen. Beispielsweise kann die Einführung von Mitarbeitergesprächen dazu führen, dass sich eher Misstrauen als Vertrauen verbreitet, wenn die Mitarbeiter(innen) die Gespräche als Überwachungs- oder Kontrollinstrument empfinden. Empfohlen wird externe Experten (Krankenkassen, Berufsgenossenschaften) zu beteiligen sowie die Interventionen auf Grundlage der Diagnose zu entwickeln und durchzuführen (Walter 2003).

Der vierte Schritt besteht in der Evaluation. Zur Erfolgskontrolle eignen sich eine erneute Erhebung der Daten, die bereits für die Ist-Analyse erhoben wurden, z. B. eine abermalige Mitarbeiterbefragung bzw. eine wiederholte Auswertung interner Daten (BGW 2006)<sup>17</sup>. Hier gelten dementsprechend in der Durchführung die gleichen Ansprüche und Qualitätskriterien wie oben dargestellt. Hinzu kommt ein Soll-Ist-Vergleich zwischen den aus der Diagnose abgeleiteten Zielen und den vorliegenden Ergebnissen (Walter 2003).

Durch die kontinuierliche Fortführung der Kernprozesse startet mit der Evaluation ein neuer Handlungszyklus. Die Ergebnisse der Evaluation können somit als „nächste“ Diagnose genutzt werden.

### **3.3 Überbetriebliche Anbieter von gesundheitsförderlichen Maßnahmen**

Mit dem § 20a des Arbeitsschutzgesetzes wurde seitens des Gesetzgebers eine gemeinsame Arbeitsschutzstrategie gesetzlich determiniert:

*(1) Nach den Bestimmungen dieses Abschnitts entwickeln Bund, Länder und Unfallversicherungsträger im Interesse eines wirksamen Arbeitsschutzes eine gemeinsame deutsche Arbeitsschutzstrategie und gewährleisten ihre Umsetzung und Fortschreibung. Mit der Wahrnehmung der ihnen gesetzlich zugewiesenen Aufgaben zur Verhütung von Arbeitsunfällen, Berufskrankheiten und arbeitsbedingten Gesundheitsgefahren sowie zur menschengerechten Gestaltung der Arbeit tragen Bund, Länder und Unfallversicherungsträger dazu bei, die Ziele der gemeinsamen deutschen Arbeitsschutzstrategie zu erreichen.*

---

<sup>17</sup> In einigen Publikationen wird das Vorgehen nicht in vier Schritte, sondern beispielsweise in fünf unterteilt: Handlungsbedarf ermitteln, Ergebnisse beurteilen, Maßnahmen festlegen, Maßnahmen durchführen, Erfolg überprüfen (Zimber et al. 2005), allerdings ist hierdurch kein grundsätzlich anderes Vorgehen festzustellen, nur der Kernprozess „Maßnahmenplanung“ wird hier in zwei Schritte differenziert.

(2) Die gemeinsame deutsche Arbeitsschutzstrategie umfasst:

1. die Entwicklung gemeinsamer Arbeitsschutzziele,
2. die Festlegung vorrangiger Handlungsfelder und von Eckpunkten für Arbeitsprogramme sowie deren Ausführung nach einheitlichen Grundsätzen,
3. die Evaluierung der Arbeitsschutzziele, Handlungsfelder und Arbeitsprogramme mit geeigneten Kennziffern,
4. die Festlegung eines abgestimmten Vorgehens der für den Arbeitsschutz zuständigen Landesbehörden und der Unfallversicherungsträger bei der Beratung und Überwachung der Betriebe,
5. die Herstellung eines verständlichen, überschaubaren und abgestimmten Vorschriften- und Regelwerks ([http://bundesrecht.juris.de/arbschg/\\_20a.html](http://bundesrecht.juris.de/arbschg/_20a.html)).

Gleichzeitig wurden mit dem § 20 Abs. 2 des SGB V Maßnahmen der Betrieblichen Gesundheitsförderung zu einer Kann-Leistung der Krankenkassen:

*„Die Krankenkassen können den Arbeitsschutz ergänzende Maßnahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung durchführen“* ([www.sozial-gesetzbuch.de/gesetze](http://www.sozial-gesetzbuch.de/gesetze)).

Auch im SGB VII (§ 14 Abs. 1) werden die Unfallversicherungsträger dazu aufgefordert, *„mit allen geeigneten Mitteln für die Verhütung von Arbeitsunfällen, Berufskrankheiten und arbeitsbedingten Gesundheitsgefahren und für eine wirksame Erste Hilfe zu sorgen. Sie sollen dabei auch den Ursachen von arbeitsbedingten Gefahren für Leben und Gesundheit nachgehen.“* Bei der Umsetzung sollen sie dabei mit den Krankenkassen zusammenarbeiten (SGB VII § 14 Abs. 2) ([www.sozial-gesetzbuch.de/gesetze](http://www.sozial-gesetzbuch.de/gesetze)).

Diesen Gesetzesgrundlagen entsprechend sind in Deutschland in den letzten Jahren sowohl die Krankenkassen als auch die Berufsgenossenschaften als Unfallversicherer zunehmend in der (Alten-)Pflege aktiv geworden und kooperieren in verschiedenster Weise miteinander und mit anderen Akteuren. Zu nennen sind hier beispielsweise: Die Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienste und Wohlfahrtspflege (BGW) mit dem Programm „Aufbruch Pflege“, das Institut für Betriebliche Gesundheitsförderung der Allgemeinen Ortskrankenkassen (AOK), sowie die Deutsche Angestellten-Krankenkasse (DAK), die wiederum mit der BGW auf Ebene der Berichterstattung über die gesundheitliche Lage der Pflegenden kooperiert (exemplarisch Berger et al. 2003). Die Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin (BAUA) – als Bundesanstalt an sich – und mit der dort angesiedelten Initiative Neue Qualität der Arbeit (INQA) hat ebenfalls die Pflege im Fokus gesundheitsförderlicher Maßnahmen.

Bei der letztgenannten Initiative handelt es sich um einen Zusammenschluss von Bund, Ländern, Sozialpartnern, Sozialversicherungsträgern, Stiftungen und engagierten Unternehmen. Sie versteht sich als Plattform für Entwicklung, Austausch und Transfer des Wissens, das Unternehmen

brauchen, um den aktuellen Herausforderungen besser begegnen zu können. Zentrale Themen dabei sind die Unternehmenskultur und der demografische Wandel. Innerhalb der INQA wurde ein Themenkreis „Gesund Pflegen“ konzipiert, der sich speziell mit den Arbeitsbedingungen in der Pflege und deren Verbesserung beschäftigt (www.inqa.de). In einem Memorandum wurde festgehalten, was darunter verstanden wird. „Gesund Pflegen“:

- ist präventiv,
- zeichnet sich durch ein mitarbeiterorientiertes Führungsverhalten aus,
- beinhaltet eine Kultur des gesunden Pflegens,
- vermittelt und vernetzt,
- ist an den pflegebedürftigen Menschen orientiert,
- entwickelt persönliche Kompetenzen,
- ist abwechslungsreich und vielfältig,
- schafft eine gesunde Arbeitsumgebung und
- ist flexibel und ausgleichend (INQA 2007, S. 3).

Im weiteren Verlauf des Memorandums wird – der bislang etwas nachrangig behandelte – pflegebedürftige Mensch in den Mittelpunkt des Konzeptes für einen ganzheitlichen Ansatz für mehr Sicherheit und Gesundheit in der Pflege: „'GESUND PFLEGEN' ist die Kurzformel für eine Pflege, welche die Gesundheit der Patienten im Blick hat, aber auch die Gesundheit und Arbeitszufriedenheit der Pflegekräfte“ (INQA 2007, S. 19). Die Beschreibungen des Konzepts weisen große Parallelen zum Betrieblichen Gesundheitsmanagement auf: Es geht um die Verantwortlichkeit der Führungskräfte, um Maßnahmenerarbeitung, -umsetzung und Prüfung ihrer Wirksamkeit, da der gesetzlich geforderte Arbeitsschutz nicht ausreicht, um Motivation, Leistungsfähigkeit und Arbeitszufriedenheit der Pflegenden zu steigern, die als Experten in eigener Sache unbedingt an allen Maßnahmen(schritten) beteiligt werden sollten (ebd.).

Die AEDL's (Aktivitäten und existentiellen Erfahrungen des Lebens) wurden zu AEDP's (Aktivitäten und existenzielle Erfahrungen des Pflegens) umformuliert und sollen als Instrument zur Erfassung von Fähigkeiten, Defiziten und Gestaltungsmöglichkeiten in der Pflege dienen und somit Handlungsfelder identifizieren, mit denen das Ziel der „gesunden“ Pflege erreicht werden kann<sup>18</sup>.

---

<sup>18</sup> Die INQA definiert neun neue Handlungsfelder für eine „gesunde“ Pflege:

- 1.) Selbstverständnis der Pflege: Verbesserungen im Bereich der Personalausstattung, Eigenverantwortung der Pflegekräfte und Fort-/Weiterbildungsmaßnahmen.
- 2.) Sichere und gesunde Umgebung: Maßnahmen, die über die des Arbeitsschutzes hinausgehen, Über- und Unterforderung vermeiden. Arbeitsorganisation verbessern, um Zeitdruck zu reduzieren, Integration von Gesundheit in das Qualitätsmanagement.
- 3.) Bewegung: Strategien für rückschonendes Arbeiten, Arbeitsabläufe so koordinieren, dass sie einen Mix aus stehenden, sitzenden und belastenden Tätigkeit beinhalten.

### **3.4 Leitfäden und Handlungshilfen bei der praktischen Umsetzung von überbetrieblichen Anbietern gesundheitsförderlicher Maßnahmen**

Aber nicht nur von den im vorangegangenen Kapitel genannten Akteuren im Feld der Gesundheitsförderung sind in den letzten Jahren eine Fülle an Leitfäden und Handlungshilfen erschienen. Sie wurden von verschiedensten Institutionen entwickelt oder sind aus wissenschaftlichen Projekten hervorgegangen. Im Folgenden werden einige Anbieter und deren „Produkte“ beschrieben.

#### **Die Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienste und Wohlfahrtspflege (BGW)**

Die BGW hat eine Fülle von Leitfäden für die Umsetzung der Gesundheitsförderung herausgegeben, die sich mit einzelnen Aspekten Betrieblicher Gesundheitsförderung, des Gesundheitsmanagements oder auch dem klassischen Arbeitsschutz befassen und Praktiker(inne)n eine erste Anleitungen geben sollen, z. B.:

- „Betriebliches Gesundheitsmanagement in der stationären Altenpflege“ (BGW 2006), eine Broschüre darüber, wie nach Ansicht der BGW gute Betriebliche Gesundheitsförderung aussehen kann bzw. sollte.
- „Betriebsklima und Gesundheit systematisch messen. Anleitung für eine Mitarbeiterbefragung“ (BGW 2008a), hier wird das so genannte Betriebsbarometer – ein Instrument zur Erfassung des gesundheitlichen Status der Mitarbeiter(innen) – vorgestellt.
- „Älter werden im Pflegeberuf. Fit und motiviert bis zur Rente – eine Handlungshilfe für Unternehmen“ (BGW 2009b), eine Informationsbroschüre zum Thema „demografie-feste“ Pflege.
- „Gefährdungsbeurteilung in der Pflege“ (BGW 2008b), eine Broschüre, die sich dem klassischen Arbeitsschutz widmet.

- 
- 4.) Pausen und Erholung: Dienstplangestaltung mit den Pflegekräften durchführen und arbeitswissenschaftliche Erkenntnisse einbeziehen, flexible Arbeitszeiten, Teams mit altersausgewogener Mischung.
  - 5.) Existenzielle Fragen des Pflegens: Supervisions- oder Coachingangebote, Fort-/Weiterbildungen zum Konfliktmanagement und zum Aufbau eines gesunden Selbstbewusstseins.
  - 6.) Kommunikation: Austausch von Informationen, Feedback und Zielvereinbarungen, Vorschläge zur Verbesserung, Informationsmanagement, Konzept zur Einführung neuer Mitarbeiter, Gesundheits- und Qualitätszirkel, gute Dokumentationsstruktur.
  - 7.) Qualifizierung: Fort- und Weiterbildungsmöglichkeiten, Einführung von ganzheitlichen Pflegesystemen.
  - 8.) Work-Life-Balance: verlässliche Dienstpläne, Platz für unerwartete Ereignisse schaffen.
  - 9.) Selbstmanagement: Konflikt-, Zeit-, und Selbstmanagement, Zeit für Teambesprechungen, Förderung der kollegialen Unterstützung (INQA 2007).



Die BGW bietet aber auch eine komplette „Produktlinie“ für die Altenhilfe an. Nach eigener Aussage sind die einzelnen Bausteine dieser Linie aufeinander abgestimmt und für die Altenhilfe geeignet, um auf deren spezifische Problemlagen einzugehen (BGW 2006). Die „Produktlinie“ orientiert sich im weitesten Sinne an den Kernprozessen (vgl. Kapitel 3.2). Da in einzelnen Praxisprojekten, die in Kapitel 4 näher beschrieben werden, auf einige der Maßnahmen und Programme zurückgegriffen wurde, sollen diese kurz aus Sicht des Anbieters umrissen werden.

Die erste Ebene – vergleichbar mit der Ausgangsanalyse im Public Health Handlungszyklus – der „Produktlinie“ besteht aus Instrumenten, mit denen der gesundheitliche Status der Mitarbeiter(innen) gemessen werden kann, wie z. B. das sehr umfassende BGW-Betriebsbarometer, dessen Ergebnisse nicht von den Einrichtungen selbst, sondern vom Institut für Gesundheits- und Sozialforschung (IGES) ausgewertet werden (BGW 2008a), oder dem BGW-Check, ein Leitfaden zur Ermittlung von Belastungen und Gefährdungen mit praktischen Lösungsvorschlägen (BGW 2008b).

Die zweite Ebene liefert Maßnahmenpakete, mit denen Probleme gelöst werden können, wie z. B. 1) das Programm BGW gesu.per (Gesundheitsförderung durch Personalentwicklung) und 2) BGW al.i.da® (Arbeitslogistik in der Altenpflege).

zu 1) Das Trainingsprogramm zur *Personalentwicklung* besteht aus zehn Bausteinen: Kommunikation bewusst gestalten, Konflikte konstruktiv lösen, eigene Interessen selbstsicher vertreten, selbstorganisiert arbeiten, Stress durch gesundheitsgerechtes Verhalten bewältigen, Stresssituationen alternativ bewerten, mit schwierigen Situationen konstruktiv umgehen, Berufs- und Lebensperspektiven entwickeln, Führungsmittel: „Anleiten, Unterweisen, Kontrollieren“ und „Zeitmanagement“. Es handelt sich um Trainingseinheiten für Mitarbeiter(innen) und Führungskräfte, in denen durch praxisbezogene Verhaltenstrainings (z. B. Rollenspiele) Handlungsweisen eingeübt und verinnerlicht werden sollen (Gregersen et al. 2007). Von der BGW weitergebildete Multiplikator(inn)en begleiten in den Einrichtungen das Programm. Sie beginnen mit einer Bedarfserhebung in Kooperation mit dem einzurichtenden Steuerkreis. Mit diesem planen und entscheiden sie, welche Mitarbeiter(innen) welche Bausteine benötigen. Zusätzlich soll der Steuerkreis von dem Moderator/der Moderatorin beraten werden, welche weiteren Maßnahmen der Gesundheitsförderung sinnvoll wären. Der/die Multiplikator(in) führt die Trainings durch, gibt dem Steuerkreis eine Rückmeldung und die Mitarbeiter(innen) bewerten über einen standardisierten Fragebogen die Trainingseinheiten. Von besonderer Bedeutung ist die Überprüfung der Transferleistungen, also ob die gelernten Verhaltensweisen auch in der Praxis angewendet werden (konnten). Hierfür werden die Vorgesetzten geschult, die anschließend in so genannten Transforgesprächen mit den Mitarbeiter(inne)n die Umsetzung des Gelernten fördern sollen (Gregersen et al. 2004; Gregersen et al. 2007).

zu 2) Mit dem Programm *al.i.da®* sollen Verbesserungen in der Arbeitsorganisation erreicht werden. Die Ist-Analyse wird hier mit dem BGW-Betriebsbarometer und einem speziellen Zeit-Leistungs-Erfassungssystem erhoben. Zeit und Leistung werden durch die 14-tägige Aufzeich-

nung aller Tätigkeiten der Pflegekräfte über portable Mini-Computer erfasst. Zusätzlich wird über Interviews die Strukturqualität erhoben. Die Durchführung des Gesamtprojekts geschieht über eine so genannte "gepoolte" Beratung. „Gepoolt“ heißt in diesem Zusammenhang, dass fünf Einrichtungen aus einer Gegend zu einer Gruppe zusammengefasst werden, die gemeinsam beraten wird. Die gepoolte Beratung findet in Workshops statt, in denen Mitarbeiter(innen) der einzelnen Einrichtungen zum Thema Betriebliche Gesundheitsförderung geschult und zusätzlich vor Ort einzeln beraten werden<sup>19</sup>. Die wichtigsten Bereiche, in denen die Modellbetriebe Maßnahmen durchgeführt haben, waren die Dienstplangestaltung, Aufgabenprofile, Optimierung der Abläufe an den Schnittstellen, Verbesserung von Informations- und Kommunikationsstrukturen, Veränderung der Organisationsstrukturen, Verbesserung der Bewohnerorientierung und Umsetzung baulicher Maßnahmen. Die Ausgestaltung der Maßnahmen unterschied sich jedoch extrem von Einrichtung zu Einrichtung. So verlängerte eine Einrichtung die Arbeitszeiten während eine zweite kurze Dienste einführte.

Zusätzlich bietet die BGW ihren versicherten Betrieben auf einer dritten Ebene an, ihren und den gesetzlichen Auftrag der Betriebe hinsichtlich des originären Arbeitsschutzes in ein Qualitätsmanagement zu integrieren (BGW 2007).

### **Die Initiative für neue Qualität in der Arbeit (INQA)**

Im Rahmen der Initiative für Neue Qualität in der Arbeit sind mehrere Projekte durchgeführt und verschiedene Broschüren zum Thema Gesundheitsförderung bzw. zur Verbesserung der Arbeitsbedingungen in der Pflege herausgegeben worden, z. B.

- „Entbürokratisierung in der Pflege“ (INQA 2008c), eine Informationsbroschüre zum Thema Pflegedokumentation, die in der Altenhilfe häufig als belastend empfunden wird,
- „Kommunikation und Kooperation in der Pflege“ (INQA 2008e), in der es zu weiten Teilen um die Kommunikation zwischen Pflegekräften geht, aber auch um die Kommunikation mit Nutzer(inne)n und Angehörigen,
- „Gute Führung in der Pflege“ (INQA 2008b), eine Handlungshilfe für Führungskräfte in der Pflege oder
- „Zeitdruck in der Pflege reduzieren“ (INQA 2008a), eine Broschüre, in der versucht wird, Hilfen gegen den Hauptbelastungsfaktor „Zeitmangel“ zu geben.

---

<sup>19</sup> Derzeit noch in einer Pilotphase können Einrichtungen al.i.d.a® auch individuell nutzen. Vorteil ist hier der individuelle Projektstart, allerdings entfallen dann Möglichkeiten zur Vernetzung und zum Austausch ([http://www.bgwonline.de/internet/generator/Inhalt/OnlineInhalt/Statische\\_20Seiten/Navigation\\_20links/Kundenzentrum/Gesundheitsmanagement/alida/ALIDA\\_Arbeitslogistik\\_in\\_der\\_Altenpflege.html](http://www.bgwonline.de/internet/generator/Inhalt/OnlineInhalt/Statische_20Seiten/Navigation_20links/Kundenzentrum/Gesundheitsmanagement/alida/ALIDA_Arbeitslogistik_in_der_Altenpflege.html)).

Die Broschüren wurden nicht ausschließlich für die stationäre Altenhilfe, sondern auch für die Krankenpflege entwickelt, in weiten Teilen wird auf Aspekte, die in den Feldern unterschiedlich sein können, eingegangen.

Darüber hinaus geht es in der Arbeit der INQA um Netzwerkbildung (ein Modellversuch wurde in der Region Aachen durchgeführt: INQA 2008f) und um die Weitergabe von Wissen z. B. in Form von Best-practice Beispielen, wofür auch eine öffentlich zugängliche Datenbank eingerichtet wurde (INQA-Datenbank).

### **Weitere Anbieter und Akteure**

Weitere Leitfäden oder Handlungshilfen beziehen sich zumeist auf die Herausforderungen, die sich aus dem demografischen Wandel ergeben. Die Erwerbstätigkeit von älteren Menschen wird derzeit über alle Branchen hinweg thematisiert. Die Rente mit 67 wirft die Frage auf, wie Menschen in körperlich belastenden Berufen so lange und vor allem gesund arbeiten können wie möglich. Noch in den 1990er Jahren waren Ältere die „Manövriermasse“, die dem rationalisierungsbedingten Personalabbau zum Opfer gefallen ist. Heute können viele Branchen nicht mehr auf ältere Arbeitnehmer verzichten und das Alter(n) in den Betrieben muss „gemanagt“ werden (Sporket 2009). Letzteres gilt auch für die Pflegeberufe, so dass sich diverse Leitfäden auf das Thema einer älter werdenden Mitarbeiterschaft beziehen:

- „Altersgerechte Arbeitsplätze in der Altenhilfe: Eine Handreichung für Pflegeeinrichtungen“ (Zimber et al. 2005). Diese Handreichung entstand im Rahmen eines vom Europäischen Sozialfonds finanzierten Projekts "Dritt-Sektor-Qualifizierung in der Altenpflege". Zur Analyse der Situation in den Einrichtungen wird ein „Organisationscheck“ angeboten, der u. a. Fragen nach der Altersverteilung in den verschiedenen Berufsgruppen, nach vorhandenen Personalentwicklungsinstrumenten, Projektgruppen, Rückkehrgesprächen etc. stellt. Weiterhin gibt es einen Mitarbeitercheck, mit dem die Arbeits(bewältigungs)fähigkeit erhoben wird. Als Fundament für eine alter(n)sgerechte Arbeitswelt werden Instrumente der Personalentwicklung und der Organisationsentwicklung beschrieben (Leitbild, Mitarbeitergespräche, Anforderungsprofile [Stellenbeschreibungen], Personalauswahlverfahren, Beteiligungsmanagement, Einführung von Besprechungen, Transfersicherung [Weitergabe des Erlernten aus Fort- und Weiterbildungen], Gesundheitsmanagement und Gefährdungsanalysen). Hinzu kommen Instrumente zur alter(n)sgerechten Arbeitsplatzgestaltung wie eine ausgewogene Alterstruktur, mehr Verantwortung und Abwechslung sowie spezielle Bildungsangebote schaffen, Förderung und Eingliederung von älteren Mitarbeiter(inne)n, Wissenstransfer zwischen alt und jung organisieren, Gesundheitsförderung und verschiedene Gesprächsformen anbieten (kollegiale Beratung, Unterstützungsgespräche, Rückkehrgespräche, Arbeitsumgebung altersgerecht gestalten, Job Rotation, flexible Arbeitszeitgestaltung).

Das vorgeschlagene Vorgehen erinnert deutlich an die Durchführung der Kernprozesse im Betrieblichen Gesundheitsmanagement (vgl. Kapitel 3.2), nur dass hier die Kernprozesse in fünf Schritte unterteilt werden

(Handlungsbedarf ermitteln, Ergebnisse beurteilen, Maßnahmen festlegen, Maßnahmen durchführen, Erfolg überprüfen) (Berger et al. 2005; Zimmer et al. 2005).

- „Lebensarbeitszeitgestaltung in der Altenpflege – Handlungsleitfaden für eine altersgerechte Personalentwicklung“ (Krämer 2002), dieser Leitfaden wurde im Rahmen eines Beratungsprojektes „Öffentlichkeitsarbeit und Marketingstrategie demographischer Wandel“ (gefördert vom BMBF) konzipiert. Er richtet sich in erster Linie an Personalverantwortliche und Arbeitnehmervertreter(innen). Durch Beispiele für eine Mitarbeiterbefragung, Checklisten, Dienstvereinbarungen und andere Praxisbeispiele sollen diesem Personenkreis Ideen und Handlungsbeispiele für eine innovative flexible Arbeitszeitgestaltung gegeben werden. Solche Konzepte können „Sabbaticals“ oder Arbeitszeitkonten sein.
- „Gabi – Gestaltung altersgerechter Arbeitsbedingungen in Krankenhaus und Altenheim“ ist ein Projekt der Universität Flensburg in Kooperation mit der Diakonissenanstalt zu Flensburg, dem Bundesministerium für Arbeit und Soziales (BMAS) und der BAUA. Über eine Bestandsaufnahme und unter Beteiligung der älteren Arbeitnehmer(innen) soll auch hier ein Leitfaden entstehen, der Gestaltungshinweise für die Personalentwicklung in Zeiten des demografischen Wandels gibt (Projekt der Universität Flensburg o. J.).

Die Ausgangslage, dass Altenpfleger(innen) schon heute zu den fünf am häufigsten gesuchten Berufsgruppen gehören, spiegelt sich auch in Leitfäden wider, die sich anderen Aspekten, z. B. der (Wieder-)Gewinnung von Pflegekräften widmen.

- Der „Leitfaden gesunder Wiedereinstieg in den Altenpflegeberuf“ (Kowalski/Pauli 2007, 2008) wurde vom Institut für Betriebliche Gesundheitsförderung der AOK auf Grundlage von teilstandardisierten Interviews mit Wiedereinsteigerinnen, Kolleg(inn)en, Wohnbereichs-, Pflegedienst- und Heimleitungen entwickelt. Mit Wiedereinstieg ist der Einstieg nach der Babypause gemeint, der vielen Altenpflegerinnen schwer fällt, weil sich während ihrer Abwesenheit die Situation in den Pflegeheimen gravierend verändert hat. In dem Leitfaden werden Tipps für die Wiedereinsteigerinnen gegeben, wie z. B., dass der Ausstieg nicht komplett erfolgen, sondern Kontakt zur Einrichtung und den Kolleg(inn)en gehalten werden sollte, aber auch sehr allgemeine gesundheitliche Empfehlungen, wie die zur gesunden Ernährung und physischen Aktivität. Auch Führungskräfte sollten möglichst vor dem tatsächlichen Wiedereinstieg Kontakt suchen, Veränderungen mitteilen, ggf. auf Neuerungen hinweisen und evtl. einen langsamen Einstiegsplan (mit Mentoring) erarbeiten.

Weiterhin liegen Leitfäden zum klassischen Arbeitsschutz vor, auf die hier nicht näher eingegangen werden soll, z. B. Projekte wie „prAG - Präventiver Arbeits- und Gesundheitsschutz – Qualitätssicherung für die ambulante Pflege“ [[http://www.iaw.uni-bremen.de/pflege-projekt/ges\\_a\\_hilfe.htm](http://www.iaw.uni-bremen.de/pflege-projekt/ges_a_hilfe.htm)], Präventiv geplanter und gut organisierter Arbeits- und Gesundheitsschutz (Institut für Arbeit und Wirtschaft 2008) oder Arbeitsschutz in der ambulanten Pflege (Bauer-Sternberg et al. 2008).

### 3.5 Zusammenfassung

Die Quintessenz der hier zitierten Literatur zur Gesundheitsförderung aus Wissenschaft und (überbetrieblicher) Praxis ist, dass Gesundheit im Setting Betrieb nicht durch einzelne Maßnahmen erreicht werden kann, die auf das Verhalten des Individuums zielen. Gesundheit entsteht – so die zentrale These, die BGM zugrunde liegt – als Kompetenz in einem Umfeld, dessen Strukturen und Prozesse gesundheitsförderlich gestaltet sind. Demzufolge ist Gesundheitsförderung eine Aufgabe der Organisation, die – unter Beteiligung der Mitarbeiter(innen) – in der Verantwortung des Managements, sprich der Führungskräfte, liegt. Interveniert wird nicht mehr beim Individuum, sondern bei der Organisation und der ihr inhärenten Strukturen und Prozesse.

Die Umsetzung findet – angelehnt an den Public Health Handlungszyklus – in Phasen statt. Zu Beginn wird die Ausgangslage erhoben. Hierzu gehört die Analyse der gesundheitlichen Situation der Mitarbeiter(innen), der Arbeitsbedingungen und – häufig vernachlässigt – der vorhandenen Ressourcen. Auf Grundlage dieser Ausgangsanalyse werden Maßnahmen entwickelt bzw. verfügbare Interventionskonzepte übernommen, um die Situation zu verbessern. Anschließend erfolgt die Evaluation, die wiederum als Ausgang für weitere Aktionen genutzt wird. Ob die Zielgruppe alle Mitarbeiter(innen) umfasst oder nur die Älteren, spielt für die Interventionslogik des Handlungszyklus keine Rolle, nur die Maßnahmen sind eventuell je nach Zielpopulation andere.

Der Erfolg ist – so die BGM-Philosophie – von unterschiedlichen Voraussetzungen abhängig. Vorab muss geklärt werden, ob alle Ebenen – von der Geschäftsführung bis zu den Mitarbeiter(inne)n – bereit sind, sich aktiv an dem Projekt Gesundheitsmanagement zu beteiligen. Ebenso müssen Ressourcen bereit gestellt, Ziele festgelegt und überprüfbar gemacht sowie Steuerungsgremien eingerichtet werden etc. Außerdem muss die Durchführung der Kernprozesse geplant sein und teilweise wird es für einzelne Einrichtungen notwendig sein, externes *Know-how* einzukaufen. Denn nur, wenn die Daten für die Ausgangsanalyse exakt erhoben und ausgewertet werden, können daraus passgenaue Entscheidungen für Maßnahmen getroffen werden. Dauerhaft kann sich Gesundheitsförderung nur etablieren, wenn die Kernprozesse nicht nach dem ersten Durchlauf abgebrochen werden, sondern die Evaluation wiederum als Grundlage für weitere oder veränderte Maßnahmen genutzt wird.

Leitfäden und Handlungshilfen schriftlich oder in interaktiver Form bis hin zum Angebot der Übernahme einzelner Schritte des Handlungszyklus liegen vor, wie sie aber von der Praxis genutzt werden – ob als bloße Einzelmaßnahmen oder mit dem Konzept BGM im Hintergrund – und mit welchem Erfolg, bleibt bislang unklar. Aus diesem Grund wird im folgenden Kapitel die Praxis der Gesundheitsförderung in der stationären Altenhilfe vorgestellt, wobei auch deutlich wird, welche Einzelmaßnahmen und Interventionen unter dem Dach Gesundheitsmanagement sowie im Rahmen des Handlungszyklus umgesetzt wurden.

#### 4. Praxisprojekte zur Gesundheitsförderung in der stationären Altenhilfe

Unter Praxisprojekten werden hier Vorhaben zur Gesundheitsförderung verstanden, die in Einrichtungen der stationären Altenhilfe realisiert wurden. Die Beschreibungen dieser Projekte sind meist nicht in Form von wissenschaftlichen Beiträgen in Journals oder Sammelbänden zu finden, sondern im Internet oder in Best-practice Sammlungen. Die vorliegende Zusammenfassung von Praxisprojekten knüpft an vorhergehende Recherchen an, die jedoch abweichende Auswahlkriterien oder Fokussierungen auf andere Themen aufwiesen (Glaser/Höge 2005; INQA-Datenbank; INQA 2005, 2008d; Metz et al. 2009)<sup>20</sup>. Von diesen ausgehend wurde im Schneeballverfahren und weiterführend in über das Internet zugänglichen Datenbanken (z. B. der INQA, der Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin und der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung) recherchiert. Das hat den Nachteil, dass eine Vielzahl der Projektbeschreibungen nicht den Ansprüchen von wissenschaftlich begleiteten Projektevaluationen entspricht. Der Vorteil – und gleichzeitig das Ziel dieser *Analyse von Praxisprojekten* – bestand darin, dass es auf diese Weise möglich ist, einen Einblick in die aktuelle Praxis der betrieblichen Gesundheitsförderung zu erhalten. Das kann angesichts des derzeitigen Entwicklungsstands der Gesundheitsförderung nur gelingen, wenn auch die Projekte betrachtet werden, die nicht wissenschaftlich evaluiert wurden. Eine systematische Suche im Sinne eines „systematic reviews“ allein in wissenschaftlichen Datenbanken wird derzeit durchgeführt, um den internationalen Diskurs darzustellen. Die vorliegende Aufzählung und Darstellung der Projekte hat dementsprechend keinen Anspruch auf Vollständigkeit, sondern will und soll „nur“ einen Überblick über die Situation der (betrieblichen) Gesundheitsförderung in der deutschen Altenhilfe geben.

Bei allen Berichten, die unter der Kategorie „Gute Lösungen“ von der Initiative für Neue Qualität in der Arbeit (INQA 2005, 2008d) veröffentlicht wurden, ist zusätzlich zu beachten, dass es sich hierbei in der Regel um kurze und knappe Selbstdarstellungen der Einrichtungen handelt, die damit an die Öffentlichkeit gehen<sup>21</sup>. Die zusammenfassende Darstellung der Projekte muss also zwangsläufig einen stark deskriptiven

---

<sup>20</sup> In die Bestandsaufnahme von Glaser und Höge (2005) gingen beispielsweise auch Datenanalysen wie der BGW-DAK Gesundheitsreport (Berger et al. 2003) ein, in denen keine praktische Umsetzungsphase der entwickelten Maßnahmen vorkam. Die Machbarkeitsstudie „Demografischer Wandel in der Pflege – Konzepte und Modelle für den Erhalt und die Förderung der Arbeits- und Beschäftigungsfähigkeit von Pflegekräften“ von Metz und Kolleg(inn)en (2009) hatte ihren Fokus auf ältere Pflegekräfte und hat sich nicht auf Projekte in der Altenpflege beschränkt (Metz et al. 2009). Allerdings zeigen Projekte zum Thema „demografiefeste“ Pflege – wie oben beschrieben (vgl. Kapitel 3.4) – deutliche Überschneidungen mit der Praxis der Betrieblichen Gesundheitsförderung für alle Altersklassen.

<sup>21</sup> So wurden die Ergebnisse der Ist-Analysen nicht detailliert aufgeführt und zum Teil war nicht zu erkennen, welche Maßnahmen in den Gesundheitszirkeln nur entwickelt und welche dann tatsächlich umgesetzt wurden. Die Ergebnisse und Effekte der Maßnahmen wurden nur kurz dargestellt, aber nicht mit Zahlen hinterlegt.

Charakter aufweisen und stellt keine wissenschaftliche Wirksamkeitsanalyse dar. Dafür sind die meisten Berichte allerdings auch nicht geschrieben worden, vielmehr sollen sie anderen Einrichtungen dazu dienen, eigene Lösungen und Wege zu finden (INQA 2005, 2008d).

Zunächst werden die teilnehmenden Einrichtungen kurz beschrieben. Die Vorhaben zur Gesundheitsförderung werden anhand des Public Health Handlungszyklus – Ausgangsanalyse/Diagnose, Maßnahmenplanung, Umsetzung und Evaluation – analysiert. Bei dem folgenden Kapitel handelt es sich um eine Synopse und Analyse der Projekte<sup>22</sup>, die sich am theoretisch vorgegebenen Handlungszyklus orientiert haben. In den hier dargestellten Projekten ging es dementsprechend nicht darum, einzelne Maßnahmen der Gesundheitsförderung durchzuführen, sondern ein Gesamtkonzept zu entwickeln und evtl. ein BGM einzurichten. Alle haben die vier Schritte des Public Health Handlungszyklus daher zumindest einmal durchlaufen. Im abschließenden Kapitel 5 wird ein Ausblick auf zukünftige Handlungsfelder der Gesundheitsförderung in der stationären Altenhilfe gewagt.

#### 4.1 Die Einrichtungen im Überblick

Die Einrichtungen, in denen Projekte zur Gesundheitsförderung realisiert wurden, und ihre Ziele waren – zumindest den Berichten nach – sehr unterschiedlich. So waren in der kleinsten Einrichtung nur 37 Pflegekräfte tätig (Projekt 12: Fallbeispiel C), in der größten waren dagegen 870 Mitarbeiter(innen) beschäftigt (Projekt 3), wobei hier nicht ersichtlich war, ob es sich bei dieser Angabe allein um Pflegekräfte handelte oder auch z. B. Haushalts- und Verwaltungsstellen gezählt wurden. Vor allem bezogen sich die Projektbeschreibungen nicht immer auf nur *eine* Einrichtung mit *einem* Pflegeangebot, vielmehr haben zum Teil übergeordnete Träger Maßnahmen initiiert (z. B. Projekt 2) oder wissenschaftliche Institutionen (z. B. Projekt 12), die in mehreren Einrichtungen mit verschiedenen Pflegeangeboten (z. B. gerontopsychiatrische Stationen, Kurzzeit- oder Tagespflege) durchgeführt wurden. Insgesamt wurden fünf der zwölf beschriebenen Projekte wissenschaftlich begleitet (Projekte 8 – 12).

Die Projektziele der Organisationen – seien es einzelne Einrichtungen oder Träger – reichten von der Bearbeitung einzelner Themen (wie Arbeitszeiten, -organisation, Handhabung von Lasten, Verringerung von Belastungen/Fallbeispiele des Projekts 12) bis hin zu Einführung eines Betrieblichen Gesundheitsmanagements oder der Einbettung von Gesundheitsförderung bzw. des Arbeitsschutzes in ein Qualitätsmanagement (Projekte 1 und 2), und eine Einrichtung war auf dem Weg sich letzteres auch von der BGW zertifizieren zu lassen (Projekt 1). In den wissenschaftlich begleiteten Projekten war zum Teil die Gesundheitsförderung nicht das alleinige Ziel. So sollten in zwei Projekten Instrumente zur Erfassung der Arbeitersituation entwickelt bzw. validiert werden (Projekte 10 und 11).

---

<sup>22</sup> Im Anhang findet sich eine ausführliche Darstellung der einzelnen Projekte.

## 4.2 Die Ausgangsanalyse

Die Ausgangsanalysen wurden auf sehr unterschiedlichem Niveau durchgeführt. So war in einem Projekt eher eine „allgemeine Unzufriedenheit“ der Auslöser für weitere Aktivitäten, als dass eine spezifische Analyse durchgeführt wurde (Projekt 5). Diese Einrichtung nahm an dem Programm BGW gesu.per (vgl. Kapitel 3.4) teil und definierte in diesem Rahmen den Schulungsbedarf der einzelnen Einheiten in einem Steuerungskreis unter Anleitung der BGW-Multiplikatorin.

Demgegenüber wurde die Ausgangslage in mehr als der Hälfte der Projekte über standardisierte quantitative Mitarbeiterbefragungen mittels Fragebogen erhoben (Projekte 3, 4, 6, 7, 9, 10, 11 und 12). Von den Einrichtungen, die nicht an einem Pilot- oder anderweitig wissenschaftlich begleitetem Projekt teilnahmen, wurden für diese Befragungen und deren Auswertung oft externe Akteure hinzugezogen wie das AOK-Institut für Betriebliche Gesundheitsförderung, das Institut für Gesundheits- und Sozialforschung oder andere externe Dienstleister. Zwei Einrichtungen gaben an, dass sie Daten der AOK nutzten, um ihre spezifische Situation hinsichtlich der Arbeitsunfähigkeit ihrer Mitarbeiter(innen) zu analysieren (Projekte 1 und 3). Eine Einrichtung erfasste die AU-Daten mittlerweile automatisch über das Dienstplanprogramm (Projekt 1).

In anderen Einrichtungen wurden qualitative Methoden angewandt wie Ganzsichtbeobachtungen (Projekt 11) oder Interviews mit Expert(inn)en/Leitungspersonen (z. B. Projekte 9, 11 und 12). Auch Instrumente, die eher aus dem Bereich des Arbeitsschutzes stammen, wurden genutzt, wie Gefährdungs-, Situations- oder Arbeitsplatzanalysen (Projekte 1, 2, 5, 6, 7 und 12). Eine andere Einrichtung wertete die Rückkehrgespräche systematisch aus (Projekt 1), ein Träger initiierte ein internes Benchmarking und auch Teilnehmerraten an Fortbildungen wurden erhoben (Projekt 2).

Einrichtungen kombinierten verschiedene Methoden einer Ausgangsanalyse miteinander, was daran zu erkennen ist, dass im vorherigen Absatz einzelne Projekte bei mehreren Methoden aufgeführt wurden.

Workshops, Gesundheits-/Gestaltungszirkel oder die Bearbeitung gesundheitlich relevanter Themen in Teambesprechungen grenzen bereits an den Handlungsschritt der Maßnahmenplanung, denn hier wird oft nicht nur eruiert, wo die Probleme liegen, sondern auch schon mögliche (Gegen-)Maßnahmen besprochen und geplant. Teilweise gelten Gesundheitszirkel auch als Maßnahme. Wurden zuvor eine schriftliche Mitarbeiterbefragung durchgeführt oder AOK-Daten ausgewertet, wurden die Auswertungsergebnisse in den Zirkeln diskutiert (vgl. Kapitel 4.3).

## 4.3 Die Maßnahmenplanung

Die Maßnahmenplanung wurde nur in einem Projekt *nicht* durch eine Gruppe von Personen – Gesundheits-/Gestaltungszirkel, Workshop, Arbeitsgruppe-/zirkel, Ausschuss etc. – gestaltet, in der relativ ergebnisoffen und unter Beteiligung der Mitarbeiter(innen) oder des Betriebsrats diskutiert wurde, wenn auch in der Regel die Themen durch ein



Steuerungsgremium oder die Leitungsfunktionen vorgegeben wurden. In diesem Projekt wurde sich anscheinend von Beginn an auf das Programm „BGW gesu.per“ festgelegt und innerhalb eines Steuerkreises nur noch bestimmt, welche(r) Mitarbeiter(in) an welchem Baustein des Programms verpflichtend teilzunehmen hat. Die Fortbildungen sollten allerdings genutzt werden, um weitere Maßnahmen abzuleiten (Projekt 5).

Die Zusammensetzung und Durchführung der Arbeitsgruppen und Workshops waren sehr unterschiedlich. Meist diskutierten betroffene Mitarbeiter(innen) unter sich und nur teilweise wurden diese Sitzungen (extern) moderiert (genannt wurde dies in den Projekten 4, 8, 10, 11 und 12). Eine Einrichtung organisierte einen Klausurtag, an dem auch die Geschäftsführung und der Betriebsrat teilnahmen (Projekt 7). Eine Gegebenheit, die sich sehr positiv auf Entscheidungen zur Umsetzung der Maßnahmen auswirken kann, denn Mitarbeiter(innen) ohne Leitungsfunktion können nur Vorschläge machen, nicht aber bestimmen, ob diese anschließend auch umgesetzt werden.

Die Themenvorgabe war heterogen. In einer Einrichtung wurde nach der Befragung ein Lenkungsausschuss gebildet, dem die Geschäftsführung, Personalleitung, Betriebsräte, Betriebsarzt und die Fachkraft für Arbeitssicherheit angehörten. Dieser Lenkungsausschuss wurde extern moderiert und legte die Ziele der Gesundheitsförderungsmaßnahmen fest: 1) Verbesserung der internen Kommunikation, 2) Reduzierung der Krankentage, 3) Einführung von „Informationsgesprächen nach Abwesenheit“, 4) Einrichtung von Gesundheitszirkeln und 5) Gestaltung von Pausenräumen. In den Gesundheitszirkeln sollten dann konkrete Lösungsvorschläge und Maßnahmen zu den Themen Arbeitsplatzumgebung, Arbeitsorganisation, Kommunikation und Information sowie Führung und Vorgesetztenverhalten entwickelt werden. Die Themen wurden demnach sehr strikt definiert (Projekt 3).

Im Gestaltungszirkel einer anderen Einrichtung einigte man sich zunächst ohne ein übergeordnetes Gremium auf die am dringlichsten anzugehenden Probleme: „Was ist gute Pflege?“, „Zuschnitt der Wohnbereiche“ und „Schnittstelle Pflege – Funktionsbereiche“. Unter dem Punkt „Was ist gute Pflege?“ wurde im Zirkel zunächst das Thema „Personalentwicklungsgespräche“ aufgegriffen, nicht zuletzt, um individuelle Qualitätsprobleme anzugehen. Weiterhin war die Schnittstelle Pflege – Küche bereits seit langem ein Problem in der Einrichtung. Deswegen sollte ein neuer Caterer engagiert werden. Und obwohl Beschwerden der Bewohner(innen) zunächst nicht in die Themenliste des Gestaltungszirkels aufgenommen wurden, hat dieser letztendlich ein kurzes Formular für das Beschwerdemanagement entwickelt (Projekt 9).

Die Vorschläge und Ideen für gesundheitsförderliche Maßnahmen waren extrem verschieden, sowohl inhaltlich als auch in ihrer Anzahl. Aus den Arbeitsgruppen eines Projekts gingen beispielsweise 227 Verbesserungsvorschläge hervor. Die meisten Verbesserungsvorschläge bezogen sich auf den Umgang mit Belastungen, das Betriebsklima und die Arbeitsorganisation. Dazu gehörten auf Ebene der verhältnisbezogenen Maßnahmen beispielsweise die Sammlung und Analyse der Tätigkeiten und Aufgaben für eine neue Zuordnung der Verantwortlichkeiten, Bewohner(innen) im Speisesaal von Hilfskräften betreuen zu lassen,

Arbeitsabläufe zeitlich flexibler und nach Wünschen der Bewohner(innen) zu organisieren, die Einführung von regelmäßigen Dienstgesprächen, die Einführung von Mitarbeitergesprächen und die Anschaffung von Hilfsmitteln. Auf der Verhaltensebene wurden u. a. genannt: Das Erlernen von rückschonendem Verhalten sowie Entspannungstechniken und Fortbildungen in den Bereichen Kommunikation und Information (Projekt 10).

Ziel der Teilnehmer(innen) eines anderen Gesundheitszirkels war allein die Erstellung eines neuen Dienstplans. Hierfür wurden viele Detailarbeiten vom Zirkel übernommen, wie z. B. die Brutto- und Nettoarbeitsstundenberechnung, der Stellenschlüssel wurde betrachtet, Tätigkeitslisten erstellt, Wochenenddienste unter die Lupe genommen etc. (Projekt 12: Fallbeispiel F).

Nur wenn auch ein Ziel definiert wird, das mit den zu entwickelnden Maßnahmen erreicht werden soll, kann der Erfolg von Maßnahmen anschließend überprüft werden. Dieses Ziel muss allerdings so konkret formuliert werden, dass der Erfolg oder Misserfolg tatsächlich messbar wird. In einer Einrichtung wurde ein Gesundheitszirkel durchgeführt, in dem die Ursachen für gesundheitlich riskanten Stress herausgefunden und anschließend Maßnahmen dagegen entwickelt werden sollten. In einem Ziel wurde formuliert, dass die Mitarbeiter(innen) motiviert, mit Freude, ruhig und ausgeglichen arbeiten, sie sich mit ihrem Team identifizieren, Probleme ansprechen und sie von der Leitung geschätzt und anerkannt werden sollten. Eine solche Zielformulierung ließ sich aber nicht in konkrete Maßnahmen übertragen, deshalb wurde dann doch die alltägliche Arbeitssituation reflektiert und herausgearbeitet, an welchen Punkten Stress entstehen kann (Projekt 12: Fallbeispiel H).

Ein Gesundheitszirkel zum Thema *Handhabung von Lasten* war überhaupt nicht arbeitsfähig, da er bei den teilnehmenden Pflegenden auf massive Skepsis stieß. Gründe hierfür waren, dass die Pflegenden meinten, sie hätten zum Thema Handhabung von Lasten schon alles gesagt, säßen im Zirkel nur auf Druck der Leitung, die Probleme lägen ganz woanders und es würde sich ja sowieso nichts ändern. Es stellte sich heraus, dass, bevor auf das eigentliche Thema eingegangen werden konnte, zunächst Themen wie „Führung“, „Verantwortlichkeiten“, „Kommunikation“ usw. bearbeitet werden mussten. Von der externen Moderation wurden nun zwei gänzlich andere Arbeitsgruppen ins Leben gerufen, um im Projekt überhaupt weiter arbeiten zu können. In einer Arbeitsgruppe fanden sich die Wohnbereichsleitungen und Mitarbeiter(innen) aus dem sozialen Dienst, in der zweiten die Heim- und Pflegedienstleitung. Hier wurden Maßnahmen entwickelt, die allerdings nicht mehr viel mit dem ursprünglichen Thema *Handhabung von Lasten* zu tun hatten. Den „Störungen“ wurde hier Vorrang gegeben. Das führte zwar zu einem Scheitern des eigentlichen Themas, aber zu einer konstruktiven Angehensweise der Probleme im Bereich der Arbeitsbeziehungen (Projekt 12: Fallbeispiel C).

#### **4.4 Die Maßnahmen**

Die in den einzelnen Einrichtungen umgesetzten Einzelmaßnahmen lassen sich grob in vier Gruppen einteilen: 1) Veränderungen der Arbeitsorgani-

sation, 2) Fort- und Weiterbildungen sowie Schulungen oder Workshops, 3) Anschaffung von Hilfsmittel sowie bauliche Maßnahmen und 4) individuelle Gesundheitsförderung bzw. Verhaltensprävention. Inhaltlich überschneiden die Interventionsebenen sich oder anders formuliert: Gleiche Themen werden mit unterschiedlichen Methoden aufgegriffen.

zu 1) Die meisten Veränderungen fanden im Bereich der Arbeitsorganisation statt und waren von Einrichtungen zu Einrichtung sehr unterschiedlich.

Häufig mussten erst Strukturen geschaffen werden, in denen die Mitarbeiter(innen) auf gleichen oder verschiedenen Hierarchieebenen regelmäßig miteinander kommunizieren und/oder Informationen austauschen können. Instrumente wie Personalentwicklungs-, Mitarbeiter- oder Rückkehrergespräche wurden eingeführt (Projekte 1, 2, 3, 5 und 6). Allerdings war es in einer Einrichtung notwendig zunächst verbindliche Termine für Dienstbesprechungen zu organisieren und festzulegen, dass hier niemand unentschuldigt fehlen darf (Projekt 12: Fallbeispiel A).

Weiterhin oft behandelte Themen waren die Arbeitszeiten, der Personaleinsatz und dazugehörig die Dienstplangestaltung (Projekte 2, 4, 7, 11 und Fallbeispiele aus dem Projekt 12). Bei letztgenannten ging es häufig darum, dass Mitarbeiter(innen) an der Dienstplanerstellung beteiligt werden sollten und dass freie Zeiten wie z. B. Wochenenden längerfristig planbar werden. Zum Teil wurden allerdings auch ganze Schichtsysteme verändert, so führte eine Einrichtung einen spät- und nachtschichtüberbrückenden Dienst ein und auch die Arbeitszeiten einzelner Funktionen wie z. B. die der Wohnbereichsleitung wurden schichtübergreifend organisiert (Projekt 4).

Häufig standen die Schnittstellen zu anderen Bereichen (Küche, Hauswirtschaft, sozialer Dienst etc.) im Fokus von Maßnahmen. Eine Einrichtung wechselte den Caterer (Projekt 9), andere veränderten die Zeiten für die Physiotherapie (Projekt 12: Fallbeispiel H), luden den sozialen Dienst zu Dienstbesprechungen ein (Projekt 12: Fallbeispiel A) oder stellten die Müllentsorgung um (Projekt 12: Fallbeispiel H).

Verfahrens- und Dokumentationsweisen wurden verändert wie z. B. die Änderung der Vorgehensweise bei Krankmeldung oder die Erstellung von Standards in der Dokumentation (Projekt 11). Gerade für Leitungen von Wohneinheiten schien es ein Problem zu sein, ihre Leitungs- und Dokumentationsaufgaben neben dem Alltagsgeschäft durchzuführen. Hierzu wurden Lösungen beschrieben, wie die Einrichtung eines Arbeitsfrühstücks für Wohnbereichsleitungen (Projekt 4) oder die Schaffung spezieller Sonderdienstage (Projekt 9).

Nur in wenigen Projekten standen die Bewohner(innen) oder Nutzer(innen) deutlich im Vordergrund der Veränderungen in der Arbeitsorganisation. Ausnahme war hier die Einrichtung, die das al.i.d.a®-Programm der BGW nutzten (Projekt 4). Die arbeitsorganisationsbezogenen Veränderungen standen hier in eindeutigem Bezug zu den Bewohner(inne)n, so z. B. die Auflockerung der Zubettgehzeiten, eine Badeplanreform, Veränderung der Abläufe und Neupriorisierung der bewohnerfernen Tätigkeiten, die Erfassung alltagsstrukturierender Gewohnheiten sowie ein ruhe- und aktivitätsorientierter Dienstplan. In anderen

Projektberichten wurde nur selten erwähnt, dass neue Pflege- oder Betreuungsmodelle eingeführt wurden.

Wie breit die Streuung der Maßnahmeninhalte war, hing natürlich nicht zuletzt von den vorgegebenen Themen ab, die für die Maßnahmenplanungsphase vorgegeben waren. Die Geschäftsführung und die Mitarbeiter(innen) einer Einrichtung starteten als einzige Maßnahme ein Projekt, in dem versuchsweise ein Wohnbereich die Dienstplanerstellung selbstständig und verantwortlich übernimmt (Projekt 12: Fallbeispiel F). Eine andere Einrichtung hat sich fast ausschließlich mit der Organisation der Angehörigenarbeit auseinandergesetzt und hierfür folgende Maßnahmen entwickelt: Veränderung der Strukturen bei Neuaufnahmen sowie der Erst- und Folgekontakte (inklusive Festlegung der Gesprächsinhalte), die Bezugspflegekräfte übernehmen die Funktion eines „Paten“ für die Angehörigen und werden möglichst früh in die Angehörigengespräche einbezogen, Einführung von Integrationsgesprächen mit Bewohner(inne)n und Angehörigen sechs bis acht Wochen nach der Aufnahme. Für die Integrationsgespräche wurde von einer externen Projektbegleitung – aufgrund gemeinsam festgelegter Inhalte – ein Leitfaden erstellt, die Verantwortlichkeiten im Hinblick auf die Angehörigen festgelegt und ein Tagesordnungspunkt „Angehörigenanliegen“ bei jeder Übergabe festgelegt (Projekt 12: Fallbeispiel B)<sup>23</sup>.

zu 2) Auch die Angebote zur Kompetenzerweiterung der Mitarbeiter(innen) unterschieden sich inhaltlich deutlich. Es gab Seminare für Mitarbeiter(innen), die sich explizit auf das individuelle Gesundheitsverhalten bezogen, wie z. B. Rückenschulen (Projekte 1, 2, 3, 6 und 7), Seminare zur Stressbewältigung (Projekt 7) oder Raucherentwöhnungskurse (Projekt 3). Diese Seminare griffen damit Themen aus dem Bereich der Verhaltensprävention auf. Andere Seminare/Workshops sollten das Verhalten oder die Kommunikationskompetenzen im Team und unter den Mitarbeiter(inne)n verbessern, wie z. B. im Rahmen des Programms BGW gesu.per (Projekt 5). Nur selten wurden Fortbildungen zu Pflegetätigkeiten oder zum Umgang mit Bewohner(inne)n/Angehörigen genannt (wie Kinästhetik bzw. Umgang mit Gewalt im Projekt 6).

Meist aber wurden Seminare oder Schulungen zu den Themen Kommunikation, Information oder Gesprächsführung für leitende Mitarbeiter(innen) angeboten (Projekte 1, 2, 3, 6 und 7). Diese sollten ihr Führungsverhalten analysieren und verbessern. Gleichzeitig müssen Führungskräfte oder Personen mit Leitungsfunktion Veränderungen in der Arbeitsorganisation umsetzen und sollten dafür geschult werden, z. B. in Fortbildungsveranstaltungen zur Führung von Mitarbeiter- oder Genesungsgesprächen, allgemein zum Arbeits- und Gesundheitsschutz oder auch Methoden zur (alter[n]sgerechten) Dienstplangestaltung (Projekt 7) oder Moderationstechniken (Projekt 1).

zu 3) Maßnahmen aus dem Bereich der Hilfsmittel oder baulichen Veränderungen dienten meist der Prävention von Erkrankungen des Muskel-Skelett-Systems („Rücken“). Es wurden Lifter und andere Hebehilfen,

---

<sup>23</sup> Weitere Einzelmaßnahmen zur Arbeitsorganisation finden sich im Anhang in der Beschreibung der einzelnen Einrichtungen.

Hubbadewannen, neue Betten, Kurven-/Wäschewagen etc. angeschafft (siehe Projekte 1, 6 und 11) und Räume sowie Arbeitsplätze ergonomisch umgestaltet (Projekt 3 und 6). Idealerweise wurde die Anschaffung neuer Hilfsmittel mit einer Schulung dazu kombiniert (z. B. Projekt 1 und 3). Es wurden aber auch Arbeitsmittel erstanden, die z. B. für die Vereinfachung der pflegefremden Tätigkeiten genutzt werden können wie Computer/Laptops oder neue Dienstzimmermöbel. Pausenräume (speziell) für Nichtraucher wurden neu gestaltet und eine Einrichtung hat eine Klimaanlage eingebaut (Projekt 2, 3 und 6).

zu 4) Das individuelle Gesundheitsverhalten sollte meist durch die oben genannten Schulungen zum Heben und Tragen, Kinästhetik, zur Stressbewältigung/Entspannung oder zu Ernährung und Gesundheit im Allgemeinen verändert werden. Es gab aber durchaus Einrichtungen, in denen Sport- oder Wellnessangebote (wie Lauffreize, Massagen am Arbeitsplatz, Kooperationen mit Fitnessstudios) gemacht wurden (Projekte 2, 3, 6 und 7).

Die hier aufgeführten Maßnahmen wurden zwar als Einzelmaßnahmen konzipiert, meist aber in ein gesundheitsförderliches Gesamtkonzept eingebunden. In einigen Einrichtungen war – wie oben beschrieben – die Einführung eines Betrieblichen Gesundheitsmanagements explizites Ziel der durchgeführten Projektaktivitäten.

#### **4.5 Die Evaluation**

Die Durchführung der Evaluation war in der Regel eine Wiederholung der Ausgangsanalyse. Das bedeutet, dass die Einrichtungen, die zu Beginn auf hohem Niveau Daten erhoben und/oder externe Daten ausgewertet haben, dies auch am Ende taten (vgl. Kapitel 4.2). Gleichzeitig konnten andere Einrichtungen, die zu Beginn keine Daten erhoben hatten, dementsprechend keine adäquate Evaluation durchführen. Einzelne Einrichtungen führen unabhängig vom Projekt regelmäßige Mitarbeiterbefragungen durch, andere sind hier in der Planung (Projekt 2 und 3). Trotz zum Teil hoher methodischer Kompetenzen durch externe Wissenschaftler(innen) oder Dienstleister, die die quantitativen Befragungen durchführten, blieb das Problem, dass der Rücklauf solch quantitativer Befragungen oft nur sehr gering ist und die Daten damit kaum auswertbar sind (Projekt 10 und Fallbeispiele Projekt 12).

Nur in einer Einrichtung wurde explizit eine Kosten-Nutzen-Analyse durchgeführt (Projekt 3).

In einigen Einrichtungen wurden die angebotenen Fortbildungen und Seminare durch Befragungen evaluiert (z. B. Projekt 2), in welcher Hinsicht – Wissenszuwachs, Zufriedenheit etc. – wurde allerdings nicht genannt.

Minimum einer Evaluation sollte eine Überprüfung sein, ob und welche der geplanten Maßnahmen umgesetzt wurden. Die Beschreibung der Evaluationsphase und die der daraus hervorgehenden Beschreibung der Ergebnisse sind teilweise sehr schwammig. So wurden die Ergebnisse der Maßnahmen in Arbeitskreisen oder anderen Gremien des Projekts analysiert und diskutiert. Wie hier das methodische Vorgehen tatsächlich war,

ging aus den Berichten allerdings nicht hervor oder die durchgeführten Seminare und Fortbildungen wurden protokolliert und ausgewertet (Projekte 3, 5 und 7). Aber: „Komplexe Veränderungsprozesse lassen sich nur schwer evaluieren und einzelne Veränderungen sind nicht immer nur Ergebnis einer Maßnahme“ (INQA 2008d, S. 34); anders formuliert: Teilweise wurden die einzelnen Maßnahmen (noch) nicht evaluiert, aber es finden sich anscheinend doch positive Veränderungen, die sich eventuell allein dadurch ergaben, dass Maßnahmen umgesetzt wurden.

In vier Einrichtungen sind die Projekte mehr oder weniger gescheitert (Projekt 9: beide Einrichtungen, Projekt 12: Fallbeispiele C und G). Hier war nicht einmal eine Evaluation nötig, da (so gut wie) keine Maßnahmen umgesetzt wurden. In zwei Einrichtungen wurden alle Vorschläge, die zur Reorganisation gemacht wurden, von den Leitungskräften nicht unterstützt und konnten somit nicht umgesetzt werden. In einer weiteren konnten bis auf den Wechsel des Caterers keine Maßnahmen umgesetzt werden, weil sowohl die Geschäftsführung als auch die Wohnbereichsleitungen in der Projektlaufzeit wechselten. Im einem Fall scheiterte die Umsetzung der Maßnahmen und damit das Projekt, weil die Leitung der Einrichtung den partizipativen Ansatz des Gesundheitszirkels nicht mit trug. So wurde die Zusage für die Veranstaltung zur Kundenkommunikation wieder zurückgenommen und die Deutung der Probleme durch die Mitarbeiter negiert. Die von den Mitarbeiter(inne)n beschriebenen Probleme der Arbeitsorganisation wurden als individuelle Zeitmanagementprobleme dargestellt. Dieses Verhalten hatte zur Folge, dass sich für die anvisierten Arbeitsgruppen nur wenige Mitarbeiter(innen) fanden und insgesamt das Vertrauen in die Leitung eher noch abnahm. Wie oben schon beschrieben, war ein Gesundheitszirkel zum Thema *Handhabung von Lasten* überhaupt erst gar nicht arbeitsfähig, da er bei den teilnehmenden Pflegenden auf massive Skepsis stieß.

#### **4.6 Förderliche und hemmende Faktoren**

Eine externe Begleitung der Projekte wurde in fast allen Berichten als *der* förderliche Faktor beschrieben, sei es als Unterstützung in Phasen, in denen ein spezielles Know-how vonnöten war oder als disziplinierender Druck von außen, damit das Projekt auch fortgeführt wird und nicht im Sande verläuft (Projekte 1, 2, 3, 4, 7 und 12). Auch in den Gesundheitszirkeln oder anderen Arbeitsgruppen kann eine externe Moderation sehr nützlich sein (Projekt 8 und 12). In einem Projekt wurde zunächst ohne externe Moderation gearbeitet, um Kosten zu sparen, dann aber festgestellt, dass die Arbeit in den Zirkeln ohne Begleitung nicht effektiv und effizient genug ist (Projekt 8).

Als wichtiger Faktor für das Gelingen von Gesundheitsförderungsmaßnahmen wird die Mitarbeiterpartizipation angesehen. In den meisten Projekten wurden die Mitarbeiter(innen) direkt z. B. durch die Teilnahme an den Gesundheitszirkeln oder andere Arbeitsgruppen beteiligt (alle außer Projekt 5). Aber auch die Mitarbeiter(innen), die sich nicht direkt beteiligen, sollten informiert werden (interne Öffentlichkeitsarbeit). *Gelungene Mitarbeiterpartizipation und Mitbestimmung* wurde als in höchstem Maße förderlich empfunden. Nichts desto trotz scheiterten ein-

zelne Maßnahmen daran, dass Mitarbeiter(innen) sich nicht beteiligen wollten oder Möglichkeiten zur Prozessgestaltung bei der betrieblichen Gesundheitsförderung nicht nutzten. So wurde in einem Projekt die Rückenschule nicht wie erwartet angenommen (Projekt 3). An diesem Punkt sind der Betrieblichen Gesundheitsförderung Grenzen gesetzt. Der Arbeitgeber kann letztendlich nur Angebote machen, aber nicht erzwingen, dass die Mitarbeiter(innen) auch daran teilnehmen. Eine gelungene Mitarbeiterpartizipation wird auch unterstützt, wenn erarbeitete Maßnahmen möglichst schnell umgesetzt werden, damit die Mitarbeiter(innen) merken, dass sich ihre Arbeit in den Gremien tatsächlich „lohnt“ (vgl. Projekt 12: Fallbeispiel B). An manchen Stellen wurde angemerkt, dass ein komprimierter Workshop außerhalb des Tagesgeschäfts (Projekt 12: Fallbeispiel E) durchaus sinnvoller sein kann, als ein Zirkel, der sich über lange Zeit dahinschleppt und keine konkret sichtbaren Erfolge mit sich bringt. Negative Faktoren für die Arbeit in den verschiedenen Gruppen und Zirkeln können z. B. ständig wechselnde oder nicht motivierte und dementsprechend meist nicht vorbereitete Teilnehmer(innen) sein (Projekt 12: Fallbeispiel F).

Einige Autor(inn)en der Berichte gingen soweit zu sagen, dass es Vorstellungen wie die vom „ausnutzenden“ Arbeitgeber und Ängste vor Veränderungen zu geben scheint, die kaum aufzubrechen sind. Um diesen Ängsten oder dem Misstrauen seitens der Mitarbeiter(innen) entgegenzutreten, ist Transparenz unentbehrlich, die z. B. durch eine gute interne Öffentlichkeitsarbeit erreicht werden kann (Projekt 3). In einem Projektbericht wurde explizit die Transparenz durch die Geschäftsführung in Bezug auf notwendige Umstrukturierungsmaßnahmen betont; denn Hintergrund einiger Umstrukturierungen waren nicht allein gesundheitsförderliche Ziele, sondern Stellenkürzungen durch das Zusammenlegen von Wohnbereichen. Trotz dieser Offenheit nutzten die Mitarbeiter(innen) diese Umstrukturierungsphase allerdings nicht als Chance auch ihre Vorschläge einzubringen, sondern nahmen sie hin. Eigeninitiative und Übernahme von Verantwortung war unter ihnen wenig ausgeprägt (Projekt 7).

Für das Ge- bzw. Misslingen der Projekte waren allerdings zum Teil einzelne Personen verantwortlich. Vor allem ist hier *die jeweilige Geschäftsführung* zu nennen, die Veränderungen maßgeblich unterstützen oder aber ein Projekt vollständig scheitern lassen kann, wenn sie z. B. die erarbeiteten Maßnahmen komplett ablehnt (z. B. Projekt 9: beide Einrichtungen). Gerade wenn die Ressourcen für die Projektarbeit knapp bemessen sind und es ein hohes Maß an Eigeninitiative bedarf, sind die Projektleitungen oder andere Personen, die sich für das Projekt verantwortlich fühlen, von besonderer Bedeutung. Als förderlich gilt eine *freigestellte Projektleitung*, damit diese sich fachlich qualifizieren kann (Projekt 8).

Förderlich für das Gelingen von Projekten sind hinreichende Ressourcen (genannt z. B. in den Projekten 2 und 8). Sinnvoll scheinen auch *klare Vereinbarungen* zwischen den Beteiligten zu sein, so wurden Betriebs-/Dienstvereinbarungen und ein festgelegtes Projektbudget als förderliche Faktoren benannt (Projekt 8).

Fortbildungen sollten bedarfsbezogen und zielgruppenspezifisch angeboten werden (Projekt 2). In einigen Gesundheitszirkeln wurde betont,

dass die Förderung der fachlichen Kompetenzen (z. B.: Fortbildung zum Umgang mit verwirrten Personen in Projekt 5) zu mehr Gesundheit führen würde, denn das Wissen darüber, wie in bestimmten Situationen zu handeln ist, verringere den Stress. Es kann von Vorteil sein, Fortbildungen als so genannte Inhouse-Seminare anzubieten, damit möglichst vielen Mitarbeiter(inne)n die Möglichkeit gegeben wird daran teilzunehmen (ebd.).

Ziel – und als besonders förderlich erachtet – sind Veränderungen der Prozesse, vor allem der Kommunikations- und Informationsprozesse, nicht umsonst wurden sehr häufig Fortbildungen zu diesen Themen angeboten. Die Veränderung solcher Prozesse ist allerdings weitaus schwieriger als die Durchführung ergonomischer Maßnahmen (vgl. Projekt 3).

Als hemmend erwies sich, wenn die Einrichtungen *zeitgleichen Veränderungsprozessen* unterworfen waren wie Umstrukturierungen, die Integration neuer Einrichtungsteile mit unterschiedlichen Kulturen oder Personalreduktion. Dann ist die Einführung von Gesundheitsförderung nur unter erschwerten Bedingungen möglich. Weiterhin war eine *unzureichende Unterstützung durch Führungskräfte* hemmend und konnte sogar zum Scheitern eines Projekts führen (Projekt 9: beide Einrichtungen, Projekt 12: Fallbeispiel G).

#### **4.7 Beispiele für Einzelmaßnahmen im Rahmen der Gesundheitsförderung**

Auch wenn der Definition von Betrieblicher Gesundheitsförderung nach, Gesundheitsförderung im Gegensatz zum Betrieblichen Gesundheitsmanagement aus punktuellen, zeitlich befristeten Einzelmaßnahmen (zur Verhaltensprävention) besteht, liegen kaum Berichte aus der Praxis vor, die sich tatsächlich auf einzelne Maßnahmen beziehen, zumindest werden sie nicht unter dem Thema BGF subsumiert. Ein „Review der Reviews“ in deutscher und englischer Sprache zur Evidenzbasierung von Maßnahmen der Betrieblichen Gesundheitsförderung, die im Zeitraum von 2000-2006 veröffentlicht wurden, zeigte, dass die Datenlage zur Evidenzbasierung von individualisierten verhaltensorientierten Maßnahmen recht gut, aber bei verhältnisorientierten Maßnahmen noch zu gering ist. Erstaunlicherweise konnten die Reviewer(innen) für den in Deutschland häufig eingesetzten Gesundheitszirkel als Maßnahme der Betrieblichen Gesundheitsförderung, nur einen Review finden, in dem fast keine methodisch belastbare Studie gefunden werden konnte (Sockoll et al. 2008).

Beschreibungen von einzelnen Maßnahmen oder Interventionen finden sich entweder in der „Theorie“, das heißt in den oben genannten Leitfäden und Handlungshilfen (vgl. Kapitel 3.4) oder in Form von wissenschaftlichen Artikeln unter dem Aspekt der Evaluation von Interventionen. Als Beispiel für die Evaluationsforschung wird im Folgenden kurz ein Projekt zum Thema „Berufliche psychische Belastungen, Ressourcen und Beanspruchungen von Altenpflegekräften in der stationären Dementenbetreuung“ (Haberstroh 2008) vorgestellt:

- Vor dem Hintergrund, dass bestimmte Schlüsselqualifikationen die Belastung in der Altenhilfe senken können (vgl. Gregersen et al. 2004)



wurden zwei Interventionen zur sozialen Kompetenz der Altenpflegekräfte getestet. Ein Trainingsprogramm zu Kommunikation mit Demenzkranken und eins zur kollegialen Beratung, also der Kommunikation mit Kollegen.

- Die Programme wurden im Rahmen einer Dissertation evaluiert. Es konnte gezeigt werden, dass
  - der Schweregrad von BPSD (Behavioural and Psychological Symptoms in Dementia) bei den durch die Teilnehmer beider Programmeinheiten betreuten Bewohnern gesenkt und der Mehraufwand für die Pflegekräfte dadurch vermindert werden konnte,
  - die soziale Kompetenz – besonders die Unterskala „Kommunikation mit Bewohnern“ – signifikant gesteigert werden konnte,
  - die psychische Beanspruchung der Teilnehmer im Vergleich zur Kontrollgruppe signifikant gesenkt werden konnte und es sich Hinweise darauf zeigten, dass bei den Teilnehmern ein Änderungsprozess ausgelöst wurde,
  - die Lebensqualität der demenzerkrankten Bewohner prozessual signifikante Verbesserungen zeigte, dies konnte im Längsschnitt jedoch nicht nachgewiesen werden.

Die Studie hatte ein sehr aufwendiges Design mit Pretest und zweimaligem Posttest (nach den Trainingseinheiten und einige Wochen nach dem Training) und mehreren Gruppen (eine nahm an beiden Trainings teil, je eine nur am Programm zur Kommunikation mit Bewohnern bzw. mit Kollegen und eine an keinem). Die endgültige Stichprobe war allerdings nicht so groß wie geplant, so sollten in jeder Gruppe mindestens 18 Teilnehmer sein, aber keine der Gruppen konnte diese Größe erreichen. Die Ergebnisse wurden mit multivariaten statistischen Verfahren überprüft. Da der zweite Posttest relativ kurz nach dem Training angesetzt wurde, muss jedoch auch hier bemängelt werden, dass offen bleiben muss, ob sich der postulierte Änderungsprozess bei den Altenpflegekräften und die Reduzierung der Belastung auf Dauer zeigen wird (Haberstroh 2008).

Wenn Projekte zu einzelnen Themen, bestehend aus einer Intervention oder einem Interventionskomplex, aus Sicht der Praxis beschrieben werden, fehlt es häufig an einer Beschreibung der Ausgangslage und an Evaluationsdaten. So berichten beispielsweise die Sozial-Betriebe-Köln gGmbH von einem Projekt in Kooperation mit dem Rheinischen Gemeindeunfallversicherungsverband „Rücken in Bewegung – Die Implementierung rückengerechter Arbeitsweisen und der Kinästhetik“. Die Ziele richteten sich hier explizit auf das Erlernen rückengerechter Arbeitsweisen und die Implementation von Kinästhetik. Die Implementation rückengerechter Arbeitsweisen begann mit einer Betriebsbegehung. Es wurden Informationsveranstaltungen für Mitarbeiter durchgeführt und Fortbildungen angeboten, an den 80% der Mitarbeiter des Pilotbereichs teilnehmen mussten. Weiterhin wurden zwei Mitarbeiter zu Multiplikatoren weiter geschult und einen Tag durch den Unfallversicherungsträger in der Praxis begleitet. Zusätzlich gab es noch fünf Kurse der „klassischen Rückenschule“. Zur Einführung des Kinästhetik-Konzepts wurden mehrere

Grundkurse (3 Tage) angeboten sowie weitere Aufbaukurse (3-4 Tage). Hier wurden Peer-Tutoren ausgebildet, um die Kolleg(inn)en im Alltag hinsichtlich der Kinästhetik zu begleiten. Eine Evaluation stand bei Veröffentlichung des Berichts noch aus (Sozial-Betriebe-Köln gGmbH o.J.).

#### **4.8 Zusammenfassung**

Festzuhalten bleibt, dass in den Praxisprojekten unter dem Dach der Betrieblichen Gesundheitsförderung häufig ein Bündel von Maßnahmen und Interventionen in der Planungsphase erarbeitet und anschließend durchgeführt wurde. In manchen Einrichtungen wurden mehrere Themen gleichzeitig in Angriff genommen, vor allem dann, wenn das Ziel die Einführung eines umfassenden Konzepts zur Gesundheitsförderung wie z. B. das Betriebliche Gesundheitsmanagement war. Die Maßnahmen bezogen sich zu einem großen Teil auf die Veränderung der Arbeitsorganisation (neue Schichtsysteme, Einführung von strukturierten Gesprächs- und Informationsformen, Aufarbeitung von Schnittstellenproblemen etc.) und es wurden eine Reihe von Fortbildungen angeboten. Die Inhalte der Fortbildungen und Seminare reichten von der Verhaltensprävention (z. B. Raucherentwöhnung) bis hin zu Führungskräftebildungen und Trainings zu verschiedenen Kompetenzen wie beispielsweise Gesprächsführung. Jenseits der „Rückenschule“ wurden Fortbildungen zu originären Pflege- und Betreuungskompetenzen eher selten genannt. Weiterhin wurden ergonomische Maßnahmen ergriffen, Umbauten betrieben oder Hilfsmittel angeschafft und einige Einrichtungen boten ihren Mitarbeiter(inne)n Unterstützung für das individuelle Gesundheitsverhalten an, entweder durch Schulungen oder durch Sport- und Wellnessangebote.

Über die Inhalte und Form der Maßnahmen und Interventionsangebote wurde sehr unterschiedlich entschieden. Mehrheitlich wurden in den Projekten „harte Daten“ zur (gesundheitlichen) Situation der Mitarbeiter(innen) erhoben. In anderen Einrichtungen wurden die Themen eher von den oberen Hierarchieebenen bestimmt und weniger aus Daten abgeleitet. Die konkreten Ideen und Vorschläge für einzelne Maßnahmen wurden meist unter Beteiligung der Mitarbeiter(innen) in Gesundheitszirkeln oder anders benannten Arbeitsgruppen entwickelt. Diese Zirkel oder Arbeitsgruppen waren unterschiedlich produktiv, was die Anzahl an Maßnahmen betraf, die erarbeitet wurden. Einige beschäftigten sich nur mit einem Thema (z. B. Dienstplanerstellung), aus anderen Arbeitsgruppen ergaben sich eine Fülle von Maßnahmen aus ganz unterschiedlichen Themengebieten.

Die Evaluation war meist eine Wiederholung der Ausgangsanalyse, was bei „harten“ Daten die Möglichkeit eröffnete, einen direkten Vorher-Nachher-Abgleich zum Krankenstand, zur Zufriedenheit etc. durchzuführen. Wenn zu Beginn keine Daten erhoben wurden, so konnte ein solcher Abgleich selbstverständlich nicht stattfinden.

Förderliche Faktoren für eine erfolgreiche Umsetzung der Maßnahmen waren vor allem eine externe Unterstützung und Begleitung sowie eine freigestellte Projektleitung, die Partizipation der Mitarbeiter(innen) und die Unterstützung durch die Geschäftsführung. Für eine erfolgreiche

Gesundheitsförderung bedarf es ebenso personeller, zeitlicher und finanzieller Ressourcen. Schwierig wurde es, wenn neben der Gesundheitsförderung zeitgleich andere Veränderungsprozesse in der Einrichtung stattfanden. Für das partielle oder vollständige Scheitern von Projekten waren aber meist Personen und nicht Prozesse verantwortlich: Einzelne, wenn es sich um Leitungsfunktionen handelte, oder mehrere, wenn Mitarbeiter(innen) sich weigerten an Arbeitsgruppen teilzunehmen oder die Angebote und Maßnahmen anschließend nicht nutzten. Die Gründe für die „Verweigerung“ seitens der Mitarbeiter(innen) waren manchmal einfaches Desinteresse, in anderen Einrichtungen allerdings auch Befürchtungen, dass der Arbeitgeber doch nichts oder an den falschen Stellen etwas verändern würde oder schlicht die Angst vor Veränderungen.

## **5. Fazit und zukünftige Handlungsfelder der Gesundheitsförderung**

Eine Tätigkeit in der stationären Langzeitversorgung alter Menschen geht – so zeigen die hier aufgeführten Daten – mit hochgradigen physischen und psychischen Belastungen einher. Mit verschiedenen Konzepten und Interventionen der Gesundheitsförderung wird versucht diese Belastungen zu reduzieren und partiell auch vorhandene Ressourcen zu stärken, um Beanspruchungen zu vermeiden. Mittlerweile liegt eine Vielzahl von Handlungshilfen in schriftlicher Form vor, es existieren Möglichkeiten der externen Begleitung und Beratung und eine Fülle von Praxisbeispielen. Hier ist jedoch von einem gravierenden Publication Bias auszugehen (vgl. Elkeles/Beck 2010). Viele dieser Berichte aus der Praxis werden im Sinne von „best-practice“ veröffentlicht. Negative Berichte über misslungene oder gescheiterte Projekte sind dort kaum zu finden. Wie die Berichte über die wissenschaftlich begleiteten Projekte zeigen, liegen aber durchaus Hürden und Schwierigkeiten vor, die Projekte verzögern, die Planung und Umsetzung von einzelnen Maßnahmen oder Projekte gänzlich scheitern lassen können. Die best-practice Beispiele verfolgen das Ziel, anderen Einrichtungen Anregungen und Konzepte dazu zu liefern, wie sie etwas für die Gesundheit ihrer Mitarbeiter(innen) tun können – eine sinnvolle Idee, die aber problematisch wird, wenn den Einrichtungen nicht verdeutlicht wird, woran die Einführung von Gesundheitsförderung scheitern kann und welche Implementationsprobleme zu erwarten sind.

### **Die Rolle der Mitarbeiter(innen) bei der Gesundheitsförderung**

Der Partizipationswille der Mitarbeiter(innen) wird häufig überschätzt. So liegt beispielsweise das Problem bei muskuloskelettalen Erkrankungen eigentlich auf der Hand: Sie sind relativ häufig und in ihrer Anzahl und Dauer altersabhängig, d.h. wenn die Belegschaften in der Pflege immer älter werden und die Pflegenden möglichst lange im Beruf verbleiben sollen, müssen effektive Präventionskonzepte gefunden werden, um diesen Entwicklungen entgegen zu treten. Aber selbst scheinbar einfache, wenig komplexe Gesundheitsförderungsmaßnahmen wie eine Rückenschule oder die Anschaffung von Hilfsmitteln – wenn sie nicht genutzt werden – können scheitern. Die Evidenz von Rückenschulen ist zwar nicht eindeutig belegt, aber die Wirksamkeit derselben am Arbeitsplatz kann als hinlänglich gesichert gelten (Nentwig 1999). Allerdings wurde in einem der beschriebenen Praxisprojekte darauf hingewiesen, dass die angebotene Rückenschule von den Mitarbeiter(inne)n nicht genutzt wurde (Projekt 3). In einem anderen wurde die Mitarbeit in einem Gesundheitszirkel zum Thema „Heben und Tragen schwerer Lasten“ mehr oder weniger komplett verweigert (Projekt 12: Fallbeispiel C).

Der Erfolg von Maßnahmen der Gesundheitsförderung – so effektiv sich die Maßnahmen unter Evaluationsbedingungen auch gezeigt haben mögen – basiert auf einer engagierten Mitwirkung der Pflegekräfte. Die Begründung für die Nicht-Nutzung von Hilfsmitteln ist – wie immer wieder betont wird – Zeitmangel. Auch die Mitarbeiter(innen), die nicht im Gesundheitszirkel mitarbeiten wollten, benannten vordergründig den

Zeitmangel als Grund, letztendlich zeigten sich jedoch gravierende Probleme in der Zusammenarbeit mit den Leitungspersonen. Der Erfolg von einzelnen Maßnahmen hängt somit nicht allein von deren objektiver Effektivität ab, sondern von einer Vielzahl organisatorischer, personeller und individueller Faktoren.

### **Psychische Belastungen und die Rolle der Führungskräfte**

Im Fokus der derzeitigen Diskussion um die gesundheitliche Situation in der Altenhilfe stehen jedoch nicht die muskuloskelettalen, auch wenn sie deutlich häufiger vorkommen, sondern die psychischen Erkrankungen, obwohl sie deutlich seltener auftreten. Allerdings scheinen die Altenpflegekräfte im Hinblick auf die psychischen Erkrankungen und den psychosomatischen Beschwerden höher belastet zu sein als andere Berufsgruppen, wenn auch insgesamt der Anteil an psychischen Erkrankungen unter allen Arbeitnehmer(inne)n in Deutschland zunimmt. Außerdem gehen psychische Erkrankungen mit einer durchschnittlich längeren Erkrankungsdauer einher und sind somit ein gravierendes Problem für die Einrichtungen. Die Einrichtungen sind jedoch – je nach Erklärungsansatz (zusammenfassend bei Leppin 2006; Moosler 2006) – an der Entstehung von psychischen Erkrankungen und psychosomatischen Symptomen beteiligt. Die belastenden Arbeitsbedingungen können auf Dauer dazu führen, dass zunächst hoch motivierte Pflegekräfte langfristig „ausbrennen“, müde, erschöpft und eventuell sogar zynisch gegenüber ihrem Klientel werden, mittelfristig psychosomatische Beschwerden entwickeln – die sich durchaus auch in Form von Rückenbeschwerden manifestieren können – und letztendlich ausfallen oder aus dem Beruf aussteigen. In der Altenpflege kommen zu den Arbeitsbedingungen sicherlich mangelnde Anerkennung und Belohnung hinzu. Die Beförderungschancen und die Entlohnung sind gering und die Bewohner(innen) können die Leistungen der Pflegenden aufgrund ihrer Situation, die in den meisten Fällen von Demenz und chronischer Krankheit geprägt ist, nicht mehr anerkennen. Pflegenden in der Altenhilfe sind massiv von Gratifikationskrisen betroffen (Siegrist et al. 2004).

Die Führungskräfte können ihre Mitarbeiter(innen) anscheinend nicht genügend unterstützen, um mit diesen Belastungen umzugehen. Einzig die Zusammenarbeit zwischen den Kolleg(inn)en wird häufig als positiv wahrgenommen. Den Führungskräften kommt daher eine besondere Bedeutung zu. Einzelne Personen aus der Führungsetage können nicht nur ganze Projekte kippen lassen (z. B. Projekt 9), sie bestimmen auch darüber, ob sie ihren Mitarbeiter(inne)n Einfluss auf Konzepte, Dienstpläne oder andere organisatorisch inhaltlich Fragen gewähren. Führungskräfte sind maßgeblich dafür verantwortlich, wie die Arbeit organisiert wird und welche Freiräume die einzelnen Pflegekräfte bei der alltäglichen Durchführung ihrer Aufgaben haben. Sie können ihren Mitarbeiter(inne)n *den Rücken stärken*, z. B. indem sie Lob und Anerkennung für die geleistete Arbeit aussprechen. Mitbestimmung, selbstverantwortliches Arbeiten und Anerkennung sind gesundheitsförderliche Ressourcen, sowohl in Bezug auf Arbeitszufriedenheit als auch auf Burnout. Wenn Pflegekräfte aus der Altenhilfe gefragt werden, was ihnen besonders wichtig ist, dann geben über 65% genau diese Punkte an. Während aller-

dings selbstständiges Arbeiten und die Übernahme von Verantwortung in der aktuellen Arbeitssituation noch mit einem Schulnotendurchschnitt von drei oder besser bewertet werden, erhalten Faktoren wie Anerkennung, Unterstützung und Förderung durch Vorgesetzte sowie Zeitmangel einen Durchschnitt von 3,5 oder schlechter (Berger/Schweitzer 2004). Es liegen demnach sowohl gravierende Mängel im Leitungsverhalten als auch in der Arbeitsorganisation vor, eventuell bedingt durch Rahmenbedingungen wie Personalmangel oder wenig effektive Pflege- und Betreuungskonzepte. Die Mitarbeiter(innen) möchten diese Faktoren verändert wissen.

## **Die Maßnahmen**

Viele der im Bereich der Kommunikation, Kooperation und Information benannten Probleme sollen durch Schulungen der Führungskräfte gelöst werden, wie z. B. im Programm BGW gesu.per. Die Effekte solcher Schulungen auf die Praxis der täglichen (Zusammen-)Arbeit zu evaluieren ist jedoch schwierig, da die Veränderung von Arbeitsstrukturen und -routinen als relativ veränderungsresistent gelten (Zimber et al. 2001).

In den Praxisprojekten werden Schulungen, Fortbildungsmaßnahmen oder Gesprächskreise (wie Gesundheitszirkel oder Arbeitsgruppen) schon als Erfolg gewertet, ohne dass eine Evaluation erfolgt, da allein die Beschäftigung mit den Themen rund um Gesundheit sowie die Umsetzung der Maßnahmen bereits als Erfolg gewertet werden. Ob die einzelnen Maßnahmen letztendlich effektiv und effizient waren, scheint dann nicht wichtig (siehe Projekt 4). Aus wissenschaftlicher Sicht ist diese Form der Evaluation bzw. Effektivitätsmessung jedoch unzureichend.

Die Evaluationsergebnisse eines Projekts zeigten, dass durch eine Vielzahl von Einzelmaßnahmen – vor allem im Bereich der Kommunikation – Verbesserungen erreicht werden konnten. Allerdings sah ein Großteil der Mitarbeiter(innen) zugleich weder die Arbeits- noch die Stresssituation als verändert an. Die Autorinnen des Berichts stellen deshalb die Frage, wie die Arbeitsgestaltung aussehen muss, damit sie nicht als belastend empfunden wird bzw. ob die Ansprüche, welche die Mitarbeiter(innen) an sich und an die Einrichtung stellen, nicht zu hoch sind. Hinzu kommt, dass Problemfelder, die in der Ausgangsanalyse hervorgehoben wurden, in der Umsetzungsphase als nicht mehr relevant eingestuft wurden (Klein/Gaugisch 2005).

Aufgrund der Ambulantisierung hat sich die Situation in den Einrichtungen der stationären Altenhilfe deutlich verändert. Die Bewohner(innen) sind zunehmend älter und kränker (Schaeffer/Büscher 2009; Wingenfeld 2008) und leiden nicht nur unter körperlichen, sondern auch unter kognitiven Einbußen. Zu nennen sind hier vor allem die demenziellen Erkrankungen, die mit massiven Verhaltensauffälligkeiten einhergehen (Wingenfeld/Seidl 2008). Sie haben damit ein Bedarfsprofil, das mit der Konzeption der Einrichtungen nicht mehr übereinstimmt. Denn die Einrichtungen wurden für ein langjähriges Wohnen im Alter konzipiert und für die Pflege in den Spät- und Endstadien chronischer Krankheit, wofür sie heute weitestgehend verantwortlich sind. Die strukturellen, konzeptionellen und personellen Rahmenbedingungen haben mit diesem

Wandel der Bewohnerstruktur und der Verschiebung der Aufgaben nicht mithalten können (Horn et al. 2010; Wingenfeld 2008).

Vor diesem Hintergrund stellt sich die Frage, ob einzelne Maßnahmen der Betrieblichen Gesundheitsförderung langfristig überhaupt greifen können oder ob sie nicht im „Alltagsstress“ der Pflegekräfte untergehen, nicht wahrgenommen werden oder gar zusätzlichen Stress verursachen, weil sie – in der Wahrnehmung der Pflegekräfte – Ressourcen erfordern, die dann für die Pflege und Betreuung der Bewohner(innen) nicht mehr zur Verfügung stehen.

### **Betriebliches Gesundheitsmanagement – Die Lösung für die stationäre Langzeitversorgung alter Menschen?**

Ein weiteres, viel diskutiertes Konzept stellt das Betriebliche Gesundheitsmanagement dar. Im BGM werden nicht nur einzelne, zeitlich begrenzte Maßnahmen durchgeführt, sondern Gesundheit wird zur Managementaufgabe und zielt darauf, die Strukturen und Prozesse in einem Betrieb/einer Einrichtung so zu gestalten, dass die Mitarbeiter(innen) sich gesundheitsförderlich verhalten können (vgl. Kapitel 3.2). Unter dem Dach des BGM soll – so die Vision – eine Vielzahl unterschiedlicher Interventionen und Maßnahmen organisiert und koordiniert werden, von der Rückenschule über das Schnittstellenmanagement bis zur Personal- und Organisationsentwicklung.

In unterschiedlichen wissenschaftlich begleiteten und evaluierten Praxisprojekten wurden bereits die Voraussetzungen untersucht, die für eine erfolgreiche Implementation von effektiven BGM-Maßnahmen notwendig sind. Wie Altenhilfeeinrichtungen mit ihrer derzeitigen personellen und finanziellen Ausstattung diese BGM-Aufgaben übernehmen und lösen sollen, bleibt jedoch weitestgehend offen. Denn die Umsetzung von BGM ist bislang – über alle Betriebsarten hinweg – abhängig von Größe und Typ der Unternehmen. „Pionierunternehmen“ in Sachen BGM sind die großen Betriebe aus dem Bereich des produzierenden Gewerbes mit mehr als 1000 Mitarbeiter(inne)n, während die kleinen Betriebe mit weniger als 200 Mitarbeiter(inne)n aus dem Dienstleistungsgewerbe überhäufig zu den „Nachzüglern“ gehören, die kaum die gesetzlichen Anforderungen des Arbeits- und Gesundheitsschutz erfüllen (Walter 2007). Da ist es wenig verwunderlich, dass auch in der Altenhilfe die Umsetzung von BGM noch in den Kinderschuhen steckt. Im Durchschnitt arbeiten 52 Personen in einem Pflegeheim und 20 in einem ambulanten Pflegedienst (Statistisches Bundesamt 2008).

Auch wenn jenseits der Altenhilfe in Unternehmen ein BGM angestrebt wird, kann die betriebliche Praxis die theoretischen Anforderungen noch lange nicht erfüllen: Die Ziele sind noch weitestgehend pathogen statt salutogen ausgerichtet, der Fokus von Ausgangsanalysen und Maßnahmen liegt weiterhin auf den Belastungen bzw. dem individuellen Verhalten der Mitarbeiter(innen), der Blick auf die Ressourcen fehlt und die Evaluation bleibt unzureichend (Walter 2007).

Ob BGM ein erfolgreiches Konzept für Einrichtungen der stationären Langzeitversorgung alter Menschen sein kann, muss zunächst offen bleiben. Einrichtungen der pflegerischen Langzeitversorgung sind keine

Großbetriebe aus dem produzierenden Gewerbe und es wird für die meisten Einrichtungen schwierig bleiben, die geforderten und notwendigen Ressourcen hierfür bereit zu stellen. Gleichzeitig sind Interventionen im BGM – wie die Reorganisation von Schichten, Dienstplänen, Pausenplanung, das Entwickeln und Implementieren von Mitarbeitergesprächen oder Stellenbeschreibungen etc. – originär Maßnahmen aus der Arbeitsorganisation oder der Personalentwicklung und nicht der Gesundheitsförderung, wenn sie auch indirekt zu „mehr“ Gesundheit führen. Eine gute Arbeitsorganisation, Personalentwicklung, Leitungsstruktur etc. mögen Voraussetzungen für die erfolgreiche Implementation von gesundheitsförderlichen Maßnahmen sein, aber fallen sie deshalb in den Aufgabenbereich der Gesundheitsförderung?

### **Die Rolle der (vergessenen) Nutzer(innen)**

Die Altenhilfe unterscheidet sich nicht nur von der Industrie, sondern auch von anderen Dienstleistungsbereichen. Leistungen sind hier „Ko-Produktionsleistungen“ die nicht ohne den Nutzer/die Nutzerin erbracht werden können. BGF oder BGM sind per Definition für die Mitarbeiter(innen) entwickelt worden. Als Argument für diese Ausrichtung der Gesundheitsförderung in der Altenhilfe wird oft die Formel „better jobs – better care“ zitiert (z. B. Berger/Schweitzer 2004). Den Beweis für diesen Automatismus bleiben die bisherigen Studien zur Gesundheitsförderung allerdings schuldig, da eventuelle Effekte auf die Gesundheit der Nutzer(innen) nicht gemessen wurden. Zum Betrieb – oder besser zum Setting – Altenhilfe gehören aber unabdingbar die Nutzer(innen) und bei einer Rückbesinnung auf die Ottawa-Charta sollte das Altenheim eine gesunde Lebenswelt für Mitarbeiter(innen) und Bewohner(innen) sein. Die Nutzerseite wurde in den bisherigen Konzepten der Betrieblichen Gesundheitsförderung allerdings kaum mitgedacht. Einzig in der Projektbeschreibung des al.i.d.a<sup>®</sup>-Programms der BGW (siehe Kapitel 3.4 und Projekt 4) wurde die Denkweise „Gesundheitsförderung von den Bedürfnissen der Nutzer(innen) ausgehend“ deutlich, indem beispielsweise alltagsstrukturierende Gewohnheiten oder die Feierabendgestaltung der Bewohner(innen) erfasst wurden. Davon ausgehend wurde die Arbeitsorganisation verändert.

Schätzungsweise sind mittlerweile 50 bis 80% der Bewohner(innen) von einer demenziellen Erkrankung betroffen und 30 bis 60% zeigen Verhaltensauffälligkeiten mit Selbst- oder Fremdgefährdungspotenzial (Weyerer 2005; Wingenfeld/Schnabel 2002; Wingenfeld/Seidl 2008). Diese Bewohner(innen) bzw. ihre häufig schwierigen Verhaltensweisen werden von den Pflegenden oft als Belastung empfunden. So schwierig und belastend die Arbeit mit Verhaltensauffälligen, Demenzerkrankten oder Sterbenden sein mag, *diese Menschen* sind die Existenzberechtigung jeglicher Einrichtungen der stationären Langzeitversorgung. Bislang wird Gesundheitsförderung übernommen, wie sie in anderen Bereiche „en vogue“ ist, ohne die Angemessenheit der zugrunde liegenden Konzepte hinreichend zu prüfen und sie bedarfsgerecht an das Setting ‚stationäre [oder auch ambulante M.B.] pflegerische Langzeitversorgung‘ anzupassen“ (Schaeffer/Büscher 2009, S. 444). Neue Konzepte für die Pflege und Betreuung wurden in den untersuchten Projekten nur selten genannt.



Gerade für den Umgang mit den so genannten „schwierigen“ Bewohner(inne)n ist es jedoch notwendig, neue Interventionskonzepte zu entwickeln, die sich verstärkt auf die individuellen Problemlagen und Bedürfnisse der Bewohner(innen) beziehen. Bislang stellen solche Strategien eine Herausforderung für die Praxis dar (Wingefeld/Seidl 2008). Gesundheitsförderung im Sinne der Stärkung von Kompetenzen sollte hier ansetzen.

Um zu einem gesunden Setting der pflegerischen Langzeitversorgung zu gelangen, müssen alle Gruppen – die Hauptgruppen Pflegekräfte und Bewohner(innen), aber auch Hauswirtschaft, soziale Dienste etc. – in die Implementierung von Gesundheitsförderung einbezogen werden, beginnend mit einer Ist-Analyse für Mitarbeiter(innen) *und* Bewohner(innen). Sonst besteht die Gefahr, dass die Gesundheitsförderung für die Einen zur Belastung der Anderen wird, z. B. wenn ein Mobilitätstraining für die Bewohner(innen) eingeführt werden soll, ohne dass hierfür zeitliche Ressourcen durch Umstrukturierungen in der Arbeitsorganisation oder zusätzliche personelle Ressourcen bereit gestellt werden. Es liegen durchaus Beispiele vor, in denen gezeigt wurde, dass Interventionen für die Nutzer(innen) auch positive Effekte auf die Arbeitszufriedenheit von Mitarbeiter(inne)n haben (z. B. Snoezelen bei van Weert et al. 2005a; van Weert et al. 2005b). Und vielen Mitarbeiter(inne)n ist besonders wichtig, den Umgang mit den „belastenden“ Bewohner(inne)n zu erlernen, was derzeit noch zu wenig stattfindet (vgl. Berger/Schweitzer 2004), bei der Umsetzung aber Einfluss auf die Gesundheit hätte.

Der durchgängige Tenor der Berichte aus der Praxis ist positiv und weist auf erzielte Erfolge durch BGF oder BGM hin. Nur in wissenschaftlich begleiteten Projekten wurde über gravierende Misserfolge berichtet. Es ist nicht davon auszugehen, dass die wissenschaftliche Begleitforschung ursächlich für diese Misserfolge war, sondern dass es sich innerhalb der best-practice Berichte um einen Publication Bias handelt, der dazu geführt hat, dass nur die gelungenen Projekte beschrieben wurden. Das vorliegende Paper bezieht sich zu weiten Teilen auf diese Berichte über Praxisprojekte, deren Aussagen oftmals nicht wissenschaftlichen Anforderungen entsprechen. Letztendlich kann dementsprechend keine Aussage über die Effektivität oder Effizienz von gesundheitsförderlichen Maßnahmen gemacht werden. Grundsätzlich muss die Langzeitversorgung als *Setting* für Gesundheitsförderung erst noch exakt analysiert werden: Es fehlen Daten zur Effektivität und Evidenz vorhandener Konzepte (vgl. Sockoll et al. 2008).

Gleiches gilt im Übrigen für Interventionen auf Bewohnerebene. Auch hier haben viele Maßnahmen noch tentativen oder experimentellen Charakter (Horn et al. 2010). Im BGM wurden die Bewohner(innen) bislang fast vollständig vergessen. Sie müssen jedoch in die Konzeption von Gesundheitsförderung im *Setting* der pflegerischen Langzeitversorgung einbezogen werden. Minimalstandard wäre hier, im Rahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung die Effekte auf die Bewohner(innen) zu messen, besser und effektiver aber wäre die Entwicklung von Konzepten und Maßnahmen, deren Anwendung sich positiv auf Pflegekräfte und Bewohner(innen) auswirkt.

## 6. Literaturverzeichnis

- Aries, M./Zuppinger Ritter, I. (1999): Pflegende mit und ohne Burnout: Ein Vergleich. *Pflege* 12, Nr. 2, 83-88
- Badura, B./Hehlmann, T. (2003): Betriebliche Gesundheitspolitik. Der Weg zur gesunden Organisation. Berlin u. a.: Springer
- BAuA (2008). Why WAI? Der Work Ability Index im Einsatz für Arbeitsfähigkeit und Prävention – Erfahrungsberichte aus der Praxis. Dortmund-Dorstfeld: Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin
- Bauer-Sternberg, D./Brenner, C./Deters, J./Müller-Bagehl, S. (2008): Arbeitsschutz in der ambulanten Pflege. Abschlussbericht. Dortmund: INQA
- Bausch-Weis, G. (2004 ): Gesundheitsförderung in der Altenpflegeausbildung. Abschlussbericht des Modellprojekts zur "Gesundheitsförderung von Altenpflegeschülerinnen und -schülern während der berufspraktischen Ausbildung in der stationären Altenpflege". Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (Hg.)
- Bausch-Weis, G./Lazar, N./Mertens, G. (2004 ): Gesundheit von Anfang an – Gesundheitsförderung in der berufspraktischen Ausbildung von Altenpflegeschülerinnen und -schülern. In: Badura, B./Schellschmidt, H./Vetter, C. (Hg.): Fehlzeiten-Report 2004. Gesundheitsmanagement in Krankenhäusern und Pflegeeinrichtungen. Berlin: Springer, 253-268
- Berger, G./Schweitzer, P. (2004): Was Mitarbeitern besonders wichtig ist. *Altenheim (online)* Nr. 8, 14
- Berger, G./Kessler, J./Zimber, A. (2005): Schaffen Sie altersgerechte Arbeitsplätze. *Altenheim (online)* Nr. 12, 18
- Berger, J./Nolting, H.-D./Schiffhorst, G./Genz, H.O./Kordt, M. (2001): BGW-DAK Gesundheitsreport 2001. Altenpflege. Arbeitsbedingungen und Gesundheit von Pflegekräften in der stationären Altenpflege. Hamburg: BGW/DAK
- Berger, J./Nolting, H.-D./Genz, H.O./Küfner, S./Nienhaus, A. (2003): BGW-DAK Gesundheitsreport 2003. Altenpflege. Arbeitsbedingungen und Gesundheit von Pflegekräften in der stationären Altenpflege. Hamburg: BGW/DAK
- Bertelsmann Stiftung/Hans Böckler Stiftung (Hg.) (2004): Zukunftsfähige betriebliche Gesundheitspolitik. Vorschläge der Expertenkommission. Gütersloh: Verlag Bertelsmann Stiftung
- BGW (Hg.) (2007): Produktlinie „Aufbruch Pflege“: BGW bietet maßgeschneiderte Angebote für eine gesunde Altenpflege. Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege. Verfügbar unter: [http://www.bgw-online.de/internet/generator/Navi-bgw-online/NavigationLinks/Aufbruch\\_20\\_Pflege/Unsere\\_20Angebote/Produktlinie/navi.html](http://www.bgw-online.de/internet/generator/Navi-bgw-online/NavigationLinks/Aufbruch_20_Pflege/Unsere_20Angebote/Produktlinie/navi.html) (18.12.2009)
- BGW (Hg.) (2008a): Betriebsklima und Gesundheit systematisch messen. Anleitung für eine Mitarbeiterbefragung. Hamburg: BGW
- BGW (Hg.) (2008b): Gefährdungsbeurteilung in der Pflege. Hamburg: BGW
- BGW (Hg.) (2009a): Demografischer Wandel und Pflegeberufe. Auf den Spuren Elisabeths von Thüringen. Dokumentation des Wartburg-Symposiums am 9. und 10. Juli 2009, Eisenach. Hamburg: BGW
- BGW (Hg.) (2009b): Älter werden im Pflegeberuf. Fit und motiviert bis zur Rente – eine Handlungshilfe für Unternehmen. Hamburg: BGW

- BLA – Bayerisches Landesamt für Gesundheit und Lebensmittelsicherheit (2009): Gesundheitsreport Bayern 2/2009. Bayerisches Landesamt für Gesundheit und Lebensmittelsicherheit. Verfügbar unter: [http://www.lgl.bayern.de/publikationen/doc/gesundheitsreport\\_2\\_2009.pdf](http://www.lgl.bayern.de/publikationen/doc/gesundheitsreport_2_2009.pdf) (30.11.2009)
- Blass, K. (2005): Gesund Pflegen in der Altenpflege. Analyse und Maßnahmenentwicklung zur Reduzierung der Arbeitsbelastung in der stationären Pflege. Dortmund: INQA
- Blass, K./Geiger, M./Kirchen-Peters, S. (2008): "AIDA – Arbeitsschutz in der Altenpflege". Enderbericht zur operativen Projektdurchführung. Saarbrücken: Institut für Sozialforschung und Sozialwirtschaft (iso)
- Brandenburg, S. (2006): Aufbruch Pflege. Moderne Prävention für Altenpflegekräfte. BGW-Pflegereport 2006. Hamburg: BGW
- Brandt, E. (Hg.) (2001): Qualitätsmanagement & Gesundheitsförderung im Krankenhaus. Handbuch zur EFQM-Einführung. Neuwied und Kriftel: Luchterhand
- Bruggemann, A. (1974): Zur Unterscheidung von "Arbeitszufriedenheit". Arbeit und Leistung 28, 281-284
- DBfK – Deutscher Berufsverband für Pflegeberufe (2009): Wie sieht es im Pflegealltag wirklich aus? Berlin: Deutscher Berufsverband für Pflegeberufe. Verfügbar unter: <http://www.dbfk.de/download/download/Abschlussbericht-Wie-sieht-es-im-Pflegealltag-wirklich-aus.pdf> (30.11.2009)
- Deutsches Institut für Normung (2000): DIN EN ISO 10075-1, Ausgabe: 2000-11. Ergonomische Grundlagen bezüglich psychischer Arbeitsbelastungen – Teil 1: Allgemeines und Begriffe (ISO 10075:1991), Deutsche Fassung EN ISO 10075-1:2000 nach: Ulich, E./Wülser, M. (2009): Gesundheitsmanagement im Unternehmen. Arbeitspsychologische Perspektiven. 3. Aufl. Wiesbaden: Gabler
- Elkeles, T./Beck, D. (2010): Evaluation von Betrieblicher Gesundheitsförderung – mehr als ein "Datenvergleich". In: Faller, G. (Hg.): Lehrbuch Betriebliche Gesundheitsförderung. Bern u. a.: Huber, 156-164
- Evashwick, C.J. (2005): The Continuum of Long-Term Care. 3rd Edition. New York: Thomson Delmar Learning
- FfG (2004): Personalstrukturen, Arbeitsbedingungen und Arbeitszufriedenheit in der stationären Altenpflege – Abschlussbericht. MfGFSS NRW
- Flothow, A./Gрегersen, S./Kähler, B./Küfner, S. (2006): Betriebliches Gesundheitsmanagement in Einrichtungen der stationären Altenpflege. Hamburg: BGW
- Geißler-Gruber, B./Geißler, H./Tempel, J. (2004): Belastungen und Ressourcen in der ambulanten Pflege. Verfügbar unter: <http://www.piza.org/mediabig/2477A.doc> (14.10.2009)
- Glaser, J./Höge, T. (2005): Probleme und Lösungen in der Pflege aus Sicht der Arbeits- und Gesundheitswissenschaften. Dortmund/Berlin/Dresden: BAUA
- Glaser, J./Lampert, M./Weigl, M. (2008): Arbeit in der stationären Altenpflege. Analyse und Förderung von Arbeitsbedingungen, Interaktion, Gesundheit und Qualität. Dortmund: INQA
- Grabbe, Y./Nolting, H.-D./Loos, S. – BGW/DAK (2005): DAK-BGW Gesundheitsreport 2005. Stationäre Krankenpflege. Hamburg: BGW/DAK
- Grabbe, Y./Nolting, H.-D./Loos, S./Krämer, K. – BGW/DAK (2006): DAK-BGW Gesundheitsreport 2006. Ambulante Pflege. Hamburg: BGW/DAK

- Gregersen, S. (2004): Gesundheitsrisiken in ambulanten Pflegediensten. In: Badura, B./Schellschmidt, H./Vetter, C. (Hg.): Fehlzeiten-Report 2004. Gesundheitsmanagement in Krankenhäusern und Pflegeeinrichtungen. Berlin: Springer, 185-201
- Gregersen, S./Wohlert, C. - BGW (2005): Psychische Belastungen in der Altenpflege. Zusammenfassung verschiedener Studien. Hamburg: BGW
- Gregersen, S./Ohlsen, S./Sattel, H. (2002): Gesundheitsrisiken in ambulanten Pflegediensten. Hamburg: BGW
- Gregersen, S./Harms, P./Zimmer, A. (2004): Gesundheitsförderung durch Schlüsselqualifikationen. Hamburg: BGW
- Gregersen, S./Ostendorf, P./Zimmer, A. – BGW (2007): Betriebliche Gesundheitsförderung durch Personalentwicklung. Hamburg: BGW
- Gugglberger, L./Krajic, K. (2009): Capacity Building: Vortrag gehalten in Halle (Saale) im März 2009 auf dem Kongress „Pflegebedürftig“ in der „Gesundheitsgesellschaft“. Verfügbar unter: <http://wcms.uzi.uni-halle.de/download.php?down=10347&elem=2086385> (18.02.2010)
- Haberstroh, J. (2008): Berufliche psychische Belastung, Ressourcen und Beanspruchung von Altenpflegern in der stationären Dementenbetreuung. Berlin: Logos
- Hackmann, T. (2009): Arbeitsmarkt Pflege: Bestimmung der künftigen Altenpflegekräfte unter Berücksichtigung der Berufsverweildauer. Forschungszentrum Generationenverträge: Diskussionsbeiträge. Verfügbar unter: <http://www.vwl.uni-freiburg.de/fakultaet/fiwil/publikationen/242.pdf> (11.11.2009)
- Hasselhorn, H.-M./Müller, B.H./Tackenberg, P./Kümmerling, A./Simon, M. (2005): Berufsausstieg bei Pflegepersonal. Arbeitsbedingungen und beabsichtigter Berufsausstieg bei Pflegepersonal in Deutschland und Europa. Schriftenreihe der Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin (Ü 15). Dortmund/Berlin/Dresden: BAUA
- Heckmann, M./Kettner, A./Rebien, M. (2009): Einbruch in der Industrie – Soziale Berufe legen zu. IAB-Kurzbericht Nr. 11/2009
- Hein, W. (2009): Pflegen bis 67? Die gesundheitliche Situation älterer Pflegekräfte. Frankfurt a. M.: Mabuse
- Horn, A./Brause, M./Schaeffer, D./Büscher, A. (2010): Gesundheitsförderung in der stationären Langzeitversorgung Teil I. Ein Blick auf die gesundheitliche Situation der Nutzer und Nutzerinnen in der stationären Altenhilfe – Ergebnisse einer Literaturanalyse. Bielefeld: Veröffentlichungsreihe des Instituts für Pflegewissenschaft
- INQA-Datenbank: Gute Lösungen. Verfügbar unter: <http://www.inqa.de/Inqa/Navigation/Gute-Praxis/datenbank-gute-praxis.html>
- INQA (Hg.) (2005): Gute Lösungen in der Pflege. Beispiele guter Praxis einer gesundheitsgerechten und qualitätsfördernden Arbeitsgestaltung von Pflegearbeitsplätzen in Krankenhäusern, stationären Pflegeeinrichtungen und ambulanten Pflegediensten. Dortmund: INQA
- INQA (Hg.) (2007): Für eine neue Qualität der Arbeit in der Pflege. Leitgedanken einer Gesunden Pflege – Memorandum – Initiative Neue Qualität der Arbeit. Verfügbar unter: <http://www.inqa.de/Inqa/Redaktion/Zentralredaktion/PDF/Publikationen/memorandum-gesunde-pflege.property=pdf,bereich=inqa,sprache=de,rwb=true.pdf> (25.09.2009)

- INQA (Hg.) (2008a): Zeitdruck in der Pflege reduzieren. Dortmund: INQA
- INQA (Hg.) (2008b): Gute Führung in der Pflege. Dortmund: INQA
- INQA (Hg.) (2008c): Entbürokratisierung in der Pflege. Dortmund: INQA
- INQA (Hg.) (2008d): Gute Lösungen in der Pflege II. Beispiele guter Praxis einer gesundheitsgerechten und qualitätsfördernden Arbeitsgestaltung von Pflegearbeitsplätzen in Krankenhäusern, stationären Pflegeeinrichtungen und ambulanten Pflegediensten. Dortmund: INQA
- INQA (Hg.) (2008e): Kommunikation und Kooperation in der Pflege. Dortmund: INQA
- INQA (Hg.) (2008f): Regionale Netzwerke >Pflege<. Abschlussbericht. Dortmund: INQA
- Institut für Arbeit und Wirtschaft – IAW (2008): Präventiv geplanter und gut organisierter Arbeits- und Gesundheitsschutz. IAW. Verfügbar unter: <http://www.iaw.uni-bremen.de/downloads/KoKoQ-Präventiv-geplanter-Arbeitsschutz.pdf> (03.11.2009)
- Karasek, R./Baker, D./Marxer, F./Ahlbom, A./Theorell, T. (1981): Job decision latitude, job demands, and cardiovascular disease: a prospective study of Swedish men. *American Journal of Public Health* 71, Nr. 7, 694-705
- Klein, B./Gaugisch, P. (2005): Gute Arbeitsgestaltung in der Altenpflege. Selbstbewertung als partizipationsorientierte und nachhaltige Methode für die gesundheitsförderliche Arbeitsgestaltung in der Pflege. Dortmund: INQA
- Klingbeil, D. (2008): "Wir wollten gegensteuern". Porträt: Betriebliche Gesundheitsförderung in der Praxis. *Häusliche Pflege* 16, Nr. 6, 26-29
- Kowalski, H./Pauli, G. (2007): Leitfaden gesunder Wiedereinstieg in den Altenpflegeberuf. In: Badura, B./Schröder, H./Vetter, C. (Hg.): Fehlzeiten-Report 2007. Arbeit, Geschlecht und Gesundheit – Geschlechteraspekte im betrieblichen Gesundheitsmanagement. Berlin: Springer, 245-260
- Kowalski, H./Pauli, G. (2008): Gesunder Wiedereinstieg in den Altenpflegeberuf. Dortmund: BAUA
- Krämer, K. (2002): Lebensarbeitszeitgestaltung in der Altenpflege – Handlungsleitfaden für eine altersgerechte Personalentwicklung. Broschürenreihe Demographie und Erwerbsarbeit: BMBF
- Kromark, K./Wohlert, C./Köhler, S./Hasselhorn, H.-M./Schmidt, S./Loos, S./Zimmer, A. (2007): Sieht die Pflege bald alt aus? BGW-Pflegereport 2007. Hamburg: BGW
- Küsgens, I. (2005): Krankheitsbedingte Fehlzeiten in Altenpflegeberufen – Eine Untersuchung der in Altenpflegeeinrichtungen tätigen AOK-Versicherten, 2003. In: Badura, B./Schellschmidt, H./Vetter, C. (Hg.): Fehlzeiten-Report 2004. Gesundheitsmanagement in Krankenhäusern und Pflegeeinrichtungen. Berlin: Springer, 203-220
- Leppin, A. (2006): Burnout: Konzept, Verbreitung, Ursachen und Prävention. In: Badura, B./Schellschmidt, H./Vetter, C. (Hg.): Fehlzeiten-Report 2006. Chronische Krankheiten. Berlin: Springer, 99-109
- Mehlan, S./Engels, D. (2008): AIDA – Arbeitsschutz in der Altenpflege. Evaluationsbericht. Köln: Institut für Sozialforschung und Gesellschaftspolitik
- Meisel, P. (2004): Alter und Gesundheit. Spezialanalyse 2003. AOK Rheinland. Die Gesundheitskasse. Köln: Institut für Betriebliche Gesundheitsförderung
- Metz, A.-M./Kunze, D./Haman, L./Gehlthomholt, E./Urbach, T. (2009): Demografischer Wandel in der Pflege. Konzepte und Modelle für den Erhalt

- und die Förderung der Arbeits- und Beschäftigungsfähigkeit von Pflegekräften. Berlin: BAUA
- Moosler, G. (2006): Ausprägung von Burnout bei Krankenpflegepersonal (Masterthesis). Graz. Verfügbar unter: [http://www.careum-explorer.ch/careum/pub/t\\_moosler\\_www1076.pdf](http://www.careum-explorer.ch/careum/pub/t_moosler_www1076.pdf) (25.06.2009)
- Münch, E./Walter, U./Badura, B. (2003): Führungsaufgabe Gesundheitsmanagement. Ein Modellprojekt im öffentlichen Sektor. Berlin: edition sigma
- Nentwig, C.G. (1999): Effektivität der Rückenschule. Ein Überblick über die Ergebnisse der evidenz-basierten Evaluation. Orthopade 28, Nr. 11, 958-965
- Nolting, H.-D./Berger, J./Niemann, D./Schiffhorst, G./Genz, H.O./Kordt, M. (2001): BGW-DAK Stress-Monitoring 2001. Verfügbar unter: <http://www.vkm-baden.de/infotehke/stress.pdf> (26.06.2009)
- Pelikan, J.M. (2007): Gesundheitsförderung durch Organisationsentwicklung. Ein systemtheoretischer Lösungszugang. Prävention und Gesundheitsförderung Nr. 2, 74-81
- Pelikan, J.M./Lobnig, H./Nowak, P. (1995): Wie ein "Gesundheitsförderndes" Krankenhaus entwickelt werden kann: Gesundheitsförderung, Organisationsentwicklung und Projektmanagement im Krankenhaus. Wiener WHO-Modelloprojekt Gesundheit im Krankenhaus
- Pelikan, J.M./Dietscher, C./Krajic, K./Nowak, P. Groene, O./Garcia-Barbero, M. (2005): Achtzehn grundlegende Strategien für gesundheitsfördernde Krankenhäuser – übersetzt von Santelmann T. und Nowak, P. WHO. Verfügbar unter: [www.dnfgk.de/files/29/18-kernstrategien\\_kurz\\_deutsch.pdf](http://www.dnfgk.de/files/29/18-kernstrategien_kurz_deutsch.pdf) (22.08.2008)
- Pfaff, H./Badura, B./Pühlhofer, F./Siewerts, D. (2004): Das Sozialkapital der Krankenhäuser – wie es gemessen und gestärkt werden kann. In: Badura, B./Schellschmidt, H./Vetter, C. (Hg.): Fehlzeiten-Report 2004. Gesundheitsmanagement in Krankenhäusern und Pflegeeinrichtungen. Berlin: Springer, 81-110
- Pick, P./Brüggemann, J./Grote, C./Grünhagen, E./Lampert, T. (2004): Pflege – Schwerpunktbericht der Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Berlin: Robert Koch-Institut, Statistisches Bundesamt
- Pracht, G./Bauer, U. (2009): Burnout im Klinikalltag. Empirische Erkenntnisse zur Emotionsarbeit, Stressbelastung und Klientenaversion in der pflegerischen und ärztlichen Tätigkeit. Pflege & Gesellschaft 14, Nr. 1, 67-85
- Projekt der Universität Flensburg (o. J.): „Gabi – Gestaltung altersgerechter Arbeitsbedingungen in Krankenhaus und Altenheim“ Verfügbar unter: [http://www.gabiprojekt.de/index.php?option=com\\_content&task=view&id=12&Itemid=26](http://www.gabiprojekt.de/index.php?option=com_content&task=view&id=12&Itemid=26) (07.01.2010)
- Rosenbrock, R./Gerlinger, T. (2006): Gesundheitspolitik. Eine systematische Einführung (2. Aufl.). Bern u. a.: Huber
- SVR (2009): Koordination und Integration - Gesundheitsversorgung in einer Gesellschaft des längeren Lebens. Sondergutachten des Sachverständigenrates zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen 2009. Bonn
- Schaeffer, D./Büscher, A. (2009): Möglichkeiten der Gesundheitsförderung in der Langzeitversorgung. Empirische Befunde und konzeptionelle Überlegungen. Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie 42, 441-451
- Schäfer-Walkmann, S./Kolben, A./Nißl-Gambihler, M. (2004): Ein Handbuch zur Betrieblichen Gesundheitsförderung in sozialen Einrichtungen. Augsburg: Neues Soziales Wissen e.V.

- Schmidt, S./Hasselhorn, H.-M. (2007): Gesundheitsrisiko Altenpflege. *Pflegen: Demenz* Nr. 5, 31-32
- Schminke, P. (2009): Burn-Out-Syndrom. Erste Hilfe für die Helfer. *Gesundheit und Gesellschaft* 12, Nr. 9, 25-29
- Siegrist, J./Starke, D./Chandola, T./Godin, I./Marmot, M./Niedhammer, I./Peter, R. (2004): The measurement of effort-reward imbalance at work: European comparisons. *Social Science & Medicine* 58, Nr. 8, 1483-1499
- Simon, M./Tackenberg, P./Hasselhorn, H.M./Kümmerling, A./Büscher, A./Müller, B.H. (2005): Auswertung der ersten Befragung der NEXT-Studie in Deutschland. Universität Wuppertal
- Sockoll, I./Kramer, I./Bödeker, W. (2008): Wirksamkeit und Nutzen betrieblicher Gesundheitsförderung und Prävention. Zusammenstellung der wissenschaftlichen Evidenz 2000-2006. *iga – Initiative Gesundheit & Arbeit (iga-Report 13)*
- Sozial-Betriebe-Köln gGmbH (o.J.): Rücken in Bewegung – Die Implementierung rückengerechter Arbeitsweisen und der Kinästhetik. Verfügbar unter: [http://osha.europa.eu/fop/germany/de/topics/europ\\_woche\\_europ\\_wettbewerb/wettbewerb/2007/beitraege\\_2007/sbk-koeln/?searchterm=pflege](http://osha.europa.eu/fop/germany/de/topics/europ_woche_europ_wettbewerb/wettbewerb/2007/beitraege_2007/sbk-koeln/?searchterm=pflege) (21.10.2009)
- Spicker, I./Schopf, A. (2007): Betriebliche Gesundheitsförderung erfolgreich umsetzen. *Praxishandbuch für Pflege- und Sozialdienste*. Wien, New York: Springer
- Sporket, M. (2009): Alternsmanagement in der betrieblichen Praxis: Motive, Umsetzung und Effekte. *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie* 42, Nr. 4, 292-298
- Statistisches Bundesamt (2008): *Pflegestatistik 2007*. Wiesbaden. Verfügbar unter: <http://www.nw-ambulant.de/downloads/pflegestatistik2007.pdf> (18.03.2009)
- Ulich, E./Wülser, M. (2009): *Gesundheitsmanagement im Unternehmen. Arbeitspsychologische Perspektiven*. 3. Aufl. Wiesbaden: Gabler
- van Weert, J.C./van Dulmen, A.M./Spreeuwenberg, P.M./Ribbe, M.W./Bensing, J.M. (2005a): Behavioral and mood effects of snoezelen integrated into 24-hour dementia care. *Journal of the American Geriatrics Society* 53, Nr. 1, 24-33
- van Weert, J.C./van Dulmen, A.M./Spreeuwenberg, P.M./Bensing, J.M./Ribbe, M.W. (2005b): The effects of the implementation of snoezelen on the quality of working life in psychogeriatric care. *Int Psychogeriatr* 17, Nr. 3, 407-427
- Vetter, C./Küsgens, I./Schuman, A. (2005): Krankheitsbedingte Fehlzeiten in der deutschen Wirtschaft im Jahr 2003. In: Badura, B./Schellschmidt, H./Vetter, C. (Hg.): *Fehlzeiten-Report 2004. Gesundheitsmanagement in Krankenhäusern und Pflegeeinrichtungen*. Berlin: Springer, 269-476
- Walter, U. (2003): Vorgehensweisen und Erfolgsfaktoren. In: Badura, B./Hehlmann, T. (Hg.): *Betriebliche Gesundheitspolitik. Der Weg zur gesunden Organisation*. Berlin: Springer, 73-108
- Walter, U. (2007): *Qualitätsentwicklung durch Standardisierung – am Beispiel des Betrieblichen Gesundheitsmanagements (Dissertation – Fakultät für Gesundheitswissenschaften)*. Universität Bielefeld
- Weber, A./Hörmann, G. (2008): Psychosoziale Gesundheit im Beruf – Utopie oder Notwendigkeit? *Gesundheitswesen* 70, Nr. 2, 105-114

- Weyerer, S. (2005): Altersdemenz. Gesundheitberichtserstattung des Bundes: Robert Koch-Institut
- WHO (1986): Ottawa-Charta zur Gesundheitsförderung. Verfügbar unter: [http://www.euro.who.int/AboutWHO/Policy/20010827\\_2?PrinterFriendly=1&language=German](http://www.euro.who.int/AboutWHO/Policy/20010827_2?PrinterFriendly=1&language=German) (02.11.2004)
- Wieland, R. (2009): Gesundheitsreport 2009 – Psychische Gesundheit und psychische Belastungen. Wuppertal: Barmer Ersatzkasse
- Wildeboer, G. (2007): Gesundheitsförderung für Frauen in Gesundheitsberufen – Vorgehensweisen und Ergebnisse. In: Badura, B./Schellschmidt, H./Vetter, C. (Hg.): Fehlzeiten-Report 2007. Arbeit, Geschlecht und Gesundheit. Heidelberg: Springer Medizin Verlag, 229-244
- Wingenfeld, K. (2008): Stationäre pflegerische Versorgung alter Menschen. In: Kuhlmeier, A./Schaeffer, D. (Hg.): Alter, Gesundheit und Krankheit. Bern u. a.: Huber, 370-381
- Wingenfeld, K./Schnabel, E. (2002): Pflegebedarf und Leistungsstruktur in vollstationären Pflegeeinrichtungen. Universität Bielefeld/Institut für Pflegewissenschaften und FfG
- Wingenfeld, K./Seidl, N. (2008): Verhaltensauffälligkeiten psychisch beeinträchtigter Heimbewohner als Herausforderung für die Pflege. In: Schaeffer, D./Behrens, J./Görres, S. (Hg.): Optimierung und Evidenzbasierung pflegerischen Handelns. Ergebnisse und Herausforderungen der Pflegeforschung. Weinheim u. München: Juventa, 56-79
- Wolf-Ostermann, K./Gräse, J. (2008): Psychische Belastungen in der stationären Altenpflege. Public Health Forum 16, Nr. 61, 15-16
- Zimber, A./Rudolf, A./Teufel, S. (2001): Arbeitsbelastungen in der Altenpflege reduzieren: Ein Trainingsprogramm für Mitarbeiter und Führungskräfte. Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie 34, 401-407
- Zimber, A./Teufel, S./Berger, G. (2005): Altersgerechte Arbeitsplätze in der Altenpflege: Eine Handreichung für Pflegeeinrichtungen. Stuttgart: "EQUAL-Projekt" Dritt-Sektor-Qualifizierung in der Altenhilfe

### **Gesetzestexte**

- Arbeitsschutzgesetz § 20a: Gesetz über die Durchführung von Maßnahmen des Arbeitsschutzes zur Verbesserung der Sicherheit und des Gesundheitsschutzes der Beschäftigten bei der Arbeit (ArbSchG). Verfügbar unter: [http://bundesrecht.juris.de/arbschg/\\_20a.html](http://bundesrecht.juris.de/arbschg/_20a.html) (11.03.2009)
- SGB V § 20: Sozialgesetzbuch V. Verfügbar unter: [www.sozial-gesetzbuch.de/gesetze](http://www.sozial-gesetzbuch.de/gesetze) (18.03.2009)
- SGB VII § 14: Sozialgesetzbuch VII. Verfügbar unter: [www.sozial-gesetzbuch.de/gesetze](http://www.sozial-gesetzbuch.de/gesetze) (18.03.2009)



## 7. Anhang

<p><b>Projekt 1: „Mensch im Mittelpunkt“ – Evangelische Altenpflege Wichlinghausen</b></p>
<p><b>Einrichtung:</b> Die Evangelische Altenpflege Wichlinghausen (EAW) bietet verschiedene Möglichkeiten der Betreuung und Pflege an (Service-Wohnen, Altenzentren – mit Kurzzeitpflege, im Diakoniezentrum auch ambulante Pflege, Soziale Betreuung, Hausnotrufdienst, Mahlzeitendienst, Wäsche- und Hauswirtschaftsdienst, Beratungsstelle). Die EAW hat 550 Mitarbeiter(innen). Auf Ebene der Organisation sollte hier ein umfassendes Gesundheitsmanagement eingeführt werden, das in das Qualitätsmanagement integriert ist. Das Ziel war die lernende Organisation. Es wurden drei Steuerungsgruppen auf verschiedenen Hierarchieebenen eingerichtet sowie weitere Projektgruppen und Qualitätszirkel.</p>
<p><b>Ausgangsanalyse:</b> Für die (erste) Ausgangsanalyse wurden eigene Daten sowie AOK-Daten zur Arbeitsunfähigkeit genutzt. Mittlerweile wird der aktuelle Status Quo über eine automatische Arbeitsunfähigkeitsstatistik (integriert in das Dienstplanprogramm), in Teambesprechungen und mit einer systematischen Auswertung der Rückkehrgespräche und Gefährdungsanalysen erhoben. Der Krankenstand lag vor dem Projekt relativ hoch bei rund 6,4%, Ziel war ein Krankenstand von unter 4 %.</p>
<p><b>Maßnahmenplanung:</b> Für die Maßnahmenplanung wurde eine Arbeitsgruppe gebildet, die mögliche Einflussgrößen auf die Senkung des Krankenstandes diskutierte.</p>
<p><b>Maßnahmen:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Seminare und Workshops für leitende Mitarbeiter(innen) (z. B. Moderationstechnik, Verbesserung des innerbetrieblichen Informationsflusses, Verbesserung von Führungsqualitäten und -verhalten)</li> <li>• Einführung von Genesungsgesprächen</li> <li>• Seminar für Teamleitungen „Gesunde Gespräche“</li> <li>• umfangreiche Investitionen bei Arbeitsmitteln (Hubbadewannen, Hebelifter, Betten mit elektrischen Hebevorrichtungen)</li> <li>• ergänzende Seminare zu Rücken schonendem Arbeiten</li> </ul>
<p><b>Evaluation:</b> Zur Evaluation wurden wiederum die internen und die Daten der AOK zur Arbeitsunfähigkeit genutzt sowie Rückkehrgespräche und Gefährdungsanalysen systematisch ausgewertet. Eine Mitarbeiter- und Kundenbefragung ist geplant. Der Krankenstand konnte gesenkt werden, aber das Ziel von unter 4% wurde nicht erreicht.</p>
<p><b>Förderliche und hemmende Faktoren:</b> Erfolgsfaktoren waren die Mitarbeiter-Partizipation, die Kontinuität durch das Gesundheitsmanagement und die Unterstützung durch das AOK-Institut. Hemmende Faktoren waren die insgesamt hohe Entwicklungsdynamik in der Organisation durch die Integration neuer Einrichtungsteile mit unterschiedlichen Kulturen (INQA 2005).</p>
<p><b>Ansprechpartner(in):</b> Andreas Krapiau Personalmarketing der EAW Stollenstr. 2-6 42277 Wuppertal</p>

## **Projekt 2: Betriebliches Gesundheitsmanagement in den Sozialdiensten der Volkssolidarität Berlin gGmbH**

### **Einrichtung:**

Die Sozialdienste der Volkssolidarität bestehen aus mehreren Sozialstationen, Pflegeheimen, Service-Wohneinheiten sowie Tagespflegeeinrichtungen und betreuen, in Kooperation mit einem anderen Pflegedienst, drei Wohngemeinschaften. Die gGmbH hat 650 Mitarbeiter(innen). Die Organisationseinheiten der Volkssolidarität waren zum Teil schon nach DIN ISO zertifiziert (z. B. ambulante Dienste nach DIN EN ISO 9001). Diese Zertifizierungen sollten in einem weiteren Schritt um Elemente aus dem EFQM erweitert werden.

Außerdem hatten sich die Sozialdienste am Projekt „Kompetenzentwicklung – BGF“ beteiligt (gefördert vom BMBF und vom Europäischen Sozialfond, Management durch die Arbeitsgemeinschaft betriebliche Weiterbildungsforschung [QUEM]). Hier ging es nicht zuletzt um Netzwerkbildung zum Weiterbildungsbedarf. Ziel ist auf lange Sicht die externe Anerkennung durch Qu.int.as (BGW vgl. Kapitel 3.4). Es wurde eine Steuerungsgruppe gegründet an der die Geschäftsführung, die Pflegedienstleitungen, der Betriebsrat, die Qualitätsbeauftragten und die Sachbereichsleitung teilnahmen.

### **Ausgangsanalyse:**

Im Netzwerk wurde eine Bedarfsanalyse der Einrichtungen durchgeführt (siehe auch Evaluation), daraufhin wurden folgende Handlungsfelder für die Volkssolidarität ausgewählt: Gesundheitsquote erhöhen, Arbeitszufriedenheit und Motivation erhöhen, Betreuungsqualität erhalten und erhöhen, Verbesserungsvorschläge entwickeln, Arbeitsprozesse optimieren. Kompetenz im Umgang mit Belastungen erhöhen sowie einen Benchmark zwischen den Stationen herbeiführen.

### **Maßnahmenplanung:**

In den Einrichtungen wurden Gesundheitszirkel durchgeführt, die von Sozialarbeitern moderiert und protokolliert wurden.

### **Maßnahmen:**

Die in den Gesundheitszirkeln herausgearbeiteten Maßnahmen reichten auf der Verhaltensebene von diversen Fortbildungen zu Themen wie Führung oder Mitarbeitergespräche gestalten (zum Teil unter Verwendung von Bausteinen und Programmen der BGW), über Rückenschulen bis zur Einführung von Laufgruppen. Auf der Verhältnisebene wurden neue Strukturen geschaffen, Räumlichkeiten umgestaltet und auch der Personaleinsatz wurde verändert. Im Einzelnen:

- Fortbildungsreihe für Führungskräfte zur Entwicklung von Methoden- und sozialer Kompetenz
- Teilnahme aller Führungskräfte am BGW-Seminar zum Thema Arbeits- und Gesundheitsschutz als Führungsaufgabe
- Konzept und Seminar „Mitarbeitergespräche motivierend führen“
- Seminar „Betriebliches Gesundheitsmanagement“
- Seminare zur „Prävention von Rückenerkrankungen“
- Projekte in den Sozialstationen: Gesundheitsgespräche motivierend führen, Personalentwicklungsgespräche, Arbeitssituationsanalyse, Teamentwicklung
- Moderatorenschulung „Betriebliche Gesundheitszirkel“
- Gesundheitszirkel in sechs Sozialstationen
- Umgestaltung von Räumlichkeiten
- Anschaffung von Computern
- Personaleinsatz
- Umstrukturierung der Tourenplanungen (ambulanter Pflegedienst)

### **Evaluation:**

Grundsätzlich sollte das Gesundheitsmanagement nach dem PDCA-Prinzip (plan – do – check – act) durchgeführt werden. Als Evaluationsinstrumente

<p>wurden beispielsweise genannt: die Auswertung der Seminare über Fragebögen, ein internes Benchmarking zur Fluktuation und die Teilnehmerate an den Fortbildungen. Die Zufriedenheitsbefragung der Mitarbeiter(innen) sollte regelmäßig (alle 1,5 Jahre) durchgeführt werden. Der Krankenstand konnte gesenkt, die Zufriedenheit der Mitarbeiter(innen) erhöht und die Gesprächs- und Teamkultur sowie die Identifikation mit dem Arbeitgeber verbessert werden.</p>
<p><b>Förderliche und hemmende Faktoren:</b> Förderlich für die Umsetzung des Projekts war die Unterstützung durch die Geschäftsführung und den Betriebsrat, die Schaffung von neuen Strukturen, die interne Öffentlichkeitsarbeit, bedarfsbezogene und zielgruppenspezifische Fortbildungen, die externe Unterstützung durch die BGW, der Austausch im Netzwerk, die Bereitstellung von personellen und finanziellen Ressourcen und die Nutzung interner Räumlichkeiten für Fortbildungen (INQA 2005).</p>
<p><b>Ansprechpartner(in):</b> Sylvia Svoboda Sachbereichsleitung Ambulante Dienste Volkssolidarität Berlin gGmbH Alfred-Jung-Str. 17 10367 Berlin</p>

<p><b>Projekt 3: Gesundheitsprogramme für die Mitarbeiter(innen) und Auszubildende in Mönchengladbacher Altenheimen</b></p>
<p><b>Einrichtung:</b> Die Altenheime GmbH der Stadt Mönchengladbach ist Träger von fünf Heimen mit 870 Mitarbeiter(inne)n. In den Altenheimen wurde die Gesundheitsförderung als Teil des Qualitätsmanagements eingeführt.</p>
<p><b>Ausgangsanalyse:</b> Startpunkt war eine für die Bereich Service, Verwaltung und Pflege getrennte Mitarbeiterbefragung, die durch das AOK-Institut für Betriebliche Gesundheitsförderung durchgeführt wurde, gleichzeitig wurden AOK-Daten zu AU-Zeiten ausgewertet.</p>
<p><b>Maßnahmenplanung:</b> Nach der Befragung wurde ein Lenkungsausschuss gebildet, dem die Geschäftsführung, Personalleitung, Betriebsräte, Betriebsarzt und die Fachkraft für Arbeitssicherheit angehörten. Der Lenkungsausschuss wurde extern moderiert und legte die Ziele fest, die mit der Gesundheitsförderung erreicht werden sollten: 1) Verbesserung der internen Kommunikation, 2) Reduzierung der Krankentage, 3) Einführung von „Informationsgesprächen nach Abwesenheit“, 4) Einrichtung von Gesundheitszirkeln und 5) Gestaltung von Pausenräumen. In den Gesundheitszirkeln sollten die Lösungsvorschläge/Maßnahmen zu den Themen Arbeitsplatzumgebung, Arbeitsorganisation, Kommunikation und Information, Führung und Vorgesetztenverhalten entwickelt werden.</p>
<p><b>Maßnahmen:</b> Zu Beginn sollte das Gesundheitsbewusstsein der Mitarbeiter(innen) geweckt werden, indem für alle das Angebot bestand, sich jeden Tag einen Apfel aus den Pausenräumen zu holen. Auch hier bestand das Maßnahmenpaket überwiegend aus Fortbildungs- und Schulungsangeboten:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Schulung der Führungskräfte in Führungswerkstätten</li> <li>• Teamorientierte Maßnahmen zur Verbesserung der Arbeitsorganisation und Kommunikation (z. B. Teamsupervision)</li> <li>• flankierende Gesundheitsangebote wie Ernährungs- und Raucher-entwöhnungskurse, Informationsveranstaltungen zu Gesundheitsthemen</li> <li>• Betriebssport, Kooperation mit Fitnesscenter</li> </ul>

- umfangreiches Fort- und Weiterbildungsprogramm zur fachlichen und persönlichen Qualifikation
- Rückenschule/teamorientierte Schulungen zum richtigen Heben und Tragen
- Massagen am Arbeitsplatz
- Neugestaltung der Pausenräume, ergonomisch begründete Umbauten
- Einführung von Mitarbeitergesprächen

**Evaluation:**

Innerhalb des Lenkungsausschusses gab es einen Austausch über die Maßnahmen und deren Umsetzung. Letztere wurde kontrolliert, eine Kosten-Nutzenanalyse durchgeführt und in einer, alle zwei Jahren durchzuführenden Mitarbeiterbefragung, im Rahmen des Benchmarkings wurden Fragen zur Gesundheitsförderung integriert (INQA 2005).

**Förderliche und hemmende Faktoren:**

Die Rückenschule wurde nicht wie erwartet angenommen, das zeigte den Projektverantwortlichen die Grenzen der betrieblichen Gesundheitsförderung auf. Der Arbeitgeber kann letztendlich nur Angebote machen, aber nicht erzwingen, dass die Mitarbeiter(innen) auch daran teilnehmen. In den Gesundheitszirkeln wurde betont, dass die Förderung der fachlichen Kompetenzen (z. B.: Fortbildung zum Umgang mit verwirrten Bewohner(inne)n) zu mehr Gesundheit führen würde, denn das Wissen darüber, wie zu handeln ist, verringert den Stress.

Zu Beginn der Zirkelarbeit gab es eine gewisse Skepsis bei den Mitarbeiter(inne)n, ob die entwickelten Maßnahmen auch umgesetzt werden. Diese konnte erst durch Taten widerlegt werden. Gerade hierfür sind Transparenz und interne Öffentlichkeitsarbeit von besonderer Bedeutung, denn auch erfolgreiche Projekte werden schnell vergessen.

Als fördernde Faktoren wurden die externe Unterstützung durch das AOK-Institut genannt, die Beteiligung der Mitarbeiter(innen), die Reflexion über Maßnahmen und deren Veränderung, sowie die Akzeptanz der Grenzen von BGF. Als hemmend erwiesen sich zeitgleiche Umstrukturierungsprozesse auf anderen Ebenen, woraufhin die Zeit für den Multiplikatoren Austausch fehlte. Außerdem gestaltete sich die Verbesserung von Kommunikations- und Informationswegen weitaus schwieriger als die Durchführung ergonomischer Maßnahmen und letztendlich war die Vorstellung vom „ausnutzenden Arbeitgeber“ nur schwer aufzubrechen (INQA 2005).

**Ansprechpartner(in):**

Gisela Bausch-Weis  
 Koordinatorin Gesundheitsförderung  
 Altenheime der Stadt Mönchengladbach GmbH  
 Königstr. 151  
 41236 Mönchengladbach

**Besonderheit:**

Die Mönchengladbacher Altenpflege GmbH hat die Gesundheitsförderung in die berufspraktische Ausbildung von Altenpflegeschüler(inne)n aufgenommen. In der theoretischen Ausbildung wurde die Arbeit von Gesundheitszirkeln gelernt und erprobt, die Schüler(innen) sollten selber Maßnahmen entwickeln, Entspannungstechniken wurden im Unterricht eingesetzt, ein Wochenendseminar zum Umgang mit Tod und Sterben, ein Workshop "Integrative Validation" (zum Umgang mit Demenzen) durchgeführt und Rücken schonendes Arbeiten theoretisch aufgearbeitet. In der praktischen Ausbildung konnten die Auszubildenden die Schulungsangebote für die ausgebildeten Mitarbeiter(innen) nutzen. Auch die Praxisanleitungen wurden in das Projekt einbezogen. In die o. g. AOK-Befragungen wurden Fragen für die Auszubildenden eingefügt (Bausch-Weis 2004; Bausch-Weis et al. 2004).

<p><b>Projekt 4: Arbeitslogistik in der Altenpflege – Samariterstift Zuffenhausen</b></p>
<p><b>Einrichtung:</b> Das Samariterstift Zuffenhausen ist ein Altenpflegeheim mit 48 Vollzeitstellen, von denen in der Pflege rund 66% mit Teilzeit arbeitenden Mitarbeiter(inne)n besetzt sind. Insgesamt besteht das Samariterstift aus 33 Heimen und Einrichtungen. Für die Samariterstiftung wurde das Programm „Al.i.d.a“ (vgl. Kapitel 3.4) zu einem speziell auf die Stiftung zugeschnittenem Programm „ALISA“ weiterentwickelt. Es ging dementsprechend um die Verbesserung der Arbeitsorganisation.</p>
<p><b>Ausgangsanalyse:</b> Auch in Zuffenhausen fand zum Projekteinstieg ein Workshop statt. Das BGW-Betriebsbarometer wurde für eine Befragung der Mitarbeiter(innen) genutzt.</p>
<p><b>Maßnahmenplanung:</b> Bereits auf dem Workshop wurden Maßnahmen geplant, z. B. diverse Projektinstrumente zur Erfassung von Ruhe- und Aktivitätsphasen der Bewohner(innen), zur Leistungsplanung und zur Erfassung der bewohner-nahen und -fernen Tätigkeiten des Pflegepersonals, die aber aufgrund des hohen Aufwands und fehlender EDV-Erfassung wieder verworfen wurden.</p>
<p><b>Maßnahmen:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Badeplanreform</li> <li>• neue Dienstplanerstellung</li> <li>• Planung für stationsfernes Mitarbeiter-Frühstück</li> <li>• Gruppenpflege</li> <li>• Änderungen der Aufgaben und Arbeitszeiten für Wohnbereichsleitungen (schichtübergreifend, vertreten sich gegenseitig in den einzelnen Einheiten, Übernahme von Aufgaben der PDL)</li> <li>• Einführung eines Arbeitsfrühstücks der Wohnbereichsleitungen</li> <li>• Arbeitsablaufbeschreibung der Wohnbereichsassistentinnen (feste Zuständigkeiten)</li> <li>• ruhe- und aktivitätsorientierte Dienstplanerstellung</li> <li>• Einführung eines spät- und nachtschichtüberbrückenden Dienstes</li> <li>• Öffnung der Zubettgehzeiten der Bewohner(innen)</li> <li>• Erfassung alltagsstrukturierender Gewohnheiten, der Feierabendgestaltung und Interessen der zukünftigen Bewohner(innen)</li> <li>• Veränderung der Abläufe, Neupriorisierung bewohnerferner Tätigkeiten</li> <li>• Partizipation der Mitarbeiter(innen) an der Dienstplangestaltung</li> <li>• Erarbeitung differenzieller Stellenprofile</li> </ul>
<p><b>Evaluation:</b> Die Befragung mit dem Betriebsbarometer wurde erneut durchgeführt. In der ersten Projektphase konnte ein gesunkener Krankenstand (20%) und eine Reduzierung der Überstunden festgestellt werden.</p>
<p><b>Förderliche und hemmende Faktoren:</b> Das Projekt war nach eigenen Angaben v. a. dadurch erfolgreich, dass die Mitarbeiter(innen) einbezogen wurden und eine externe Begleitung stattgefunden hatte, die einen disziplinierenden Druck von außen mitbrachte. Die Projektleitung wurde in das Projektmanagement eingeführt und dazu befähigt. Weiterhin förderlich waren: Vorerfahrungen durch ein Projekt in einem Pilotbereich, die Freistellung der Projektleitung, eine fortlaufende Projektsteuerung, Beratung, Begleitung und Qualifizierung durch die externen Partner. Gleichzeitig gab es auch hier diverse Umstrukturierungen in der Organisation, die sich als hemmend für den Gesamtprozess erwiesen. Der geplante Überstundenabbau löste bei den Mitarbeiter(inne)n zunächst Angst aus (INQA 2008d).</p>

**Ansprechpartner(in):**

Wolfgang Henrich, Heimleiter  
Samariterstift Zuffenhausen  
Markgröningerstr. 39  
70435 Stuttgart

**Projekt 5: Betriebliche Gesundheitsförderung durch Personalentwicklung in der Elisabeth von Offensandt-Berckholtz-Stiftung, Karlsruhe****Einrichtung:**

Die Stiftung ist ein stationäres Pflegeheim mit 110 Mitarbeiter(inne)n. Die Einrichtung hat sich ebenfalls bereits an Al.i.d.a beteiligt und hat nun an dem von der BGW angebotenen Programm „Betriebliche Gesundheitsförderung durch Personalentwicklung“ teilgenommen. Die folgenden Ausführungen beziehen sich auf letzteres Programm, das heute unter dem Namen gesu.per von der BGW angeboten wird (vgl. Kapitel 3.4).

**Ausgangsanalyse:**

Zunächst wurde ein Steuerkreis für Personalentwicklung eingerichtet, der zusammen mit einer BGW-Multiplikatorin den Schulungsbedarf einzelner Organisationseinheiten ermitteln sollte. Es wurde ebenfalls eine Arbeitssituationsanalyse durchgeführt. Ausgangspunkt waren eher unspezifische Beschwerden und eine „allgemeine Unzufriedenheit“, als eine explizit durchgeführte Ausgangsanalyse.

**Maßnahmenplanung:**

Die Mitarbeiter(innen) wurden fachbereichsübergreifend verpflichtet, an verschiedenen Bausteinen der so genannten BGW-Schlüsselqualifikationen teilzunehmen. Die Fortbildungen wurden genutzt, um daraus weitere Maßnahmen abzuleiten.

**Maßnahmen:**

- Schulungstage aus dem BGW-Programm für alle Mitarbeiter(innen) zu den Themen: Zusammenarbeit in den Bereichen und an Schnittstellen, Teams und ihre Rolle, Kommunikation bewusst gestalten
- Einführung von Mitarbeitergesprächen
- Ansprechpartner in den einzelnen Bereichen, die Missverständnisse und Beschwerden, möglichst ohne Mitwirkung der nächst höheren Hierarchieebene, lösen/bearbeiten sollen
- Multiplikatoren/Mentoren, die zu verschiedenen Themen nachschulen sollen (z. B. Lagerung, Verbände)
- Umstellung und Weiterentwicklung der Betreuungsangebote

**Evaluation:**

Die Bausteine der Fortbildung wurden protokolliert und ausgewertet. Aber: „Komplexe Veränderungsprozesse lassen sich nur schwer evaluieren und einzelne Veränderungen sind nicht immer nur Ergebnis einer Maßnahme“ (INQA 2008d, S. 34); anders formuliert: Die einzelnen Maßnahmen wurden (noch) nicht evaluiert, aber es sind durchaus Veränderungen zu erkennen, allein dadurch, dass die Maßnahmen tatsächlich umgesetzt wurden.

**Förderliche und hemmende Faktoren:**

Das von der BGW entwickelte Projekt „Gesundheitsförderung durch Personalentwicklung“ wurde insgesamt als sehr förderlich empfunden. Hemmend waren dagegen eingefahrene Strukturen, „Scheuklappen“, Bereichsegoismen und eine grundsätzlich ablehnende Haltung gegenüber Neuerungen, die zumindest bei einigen Mitarbeiter(inne)n vorkommen können. Manchmal sei es schon eine Herausforderung „nicht betriebsblind“ zu werden (INQA 2008d).

**Ansprechpartner(in):**

Andreas Störzinger, Heimleitung  
Birgit Hernandez, Pflegedienstleitung  
Elisabeth von Offensandt-Berkholtz-Stiftung  
Weinbrennerstr. 60  
76185 Karlsruhe

**Projekt 5a: Kirchliche Sozialstation Saarlouis/Saarwellingen**

Das BGW-Programm gesu.per kann auch in ambulanten Pflegediensten genutzt werden. Ein Beispiel hierfür ist der Bericht „Wir wollten gegensteuern“ der Kirchlichen Sozialstation Saarlouis/Saarwellingen (Klingbeil 2008). Da nur wenige Beispiele für die Gesundheitsförderung in der ambulanten Pflege alter Menschen vorliegen, wird dieses Praxisbeispiel hier kurz vorgestellt, obwohl keine Ausgangsanalyse und keine Evaluation durchgeführt oder zumindest hier nicht beschrieben wurden.

Die Sozialstation mit 70 Mitarbeiter(inne)n hatte einen hohen Krankenstand und hat daraufhin einen Steuerungskreis zum Thema Betriebliche Gesundheitsförderung, in dem Führungskräfte und Mitarbeiter(innen) vertreten waren, gegründet. Als erste Maßnahmen wurden Sportgruppen (Nordic Walking und Aquagymnastik) ins Leben gerufen, um den Mitarbeiter(inne)n einen Ausgleich zu den hohen Belastungen zu bieten, und einen Gesundheitsbrief entwickelt, der monatlich an alle Mitarbeiter(innen) verschickt wurde. Diese Eigenaktivitäten hat der Steuerungskreis mit einzelnen Bausteinen aus dem Programm gesu.per kombiniert. Die Mitarbeiter(innen) wurden verpflichtet, entweder an den Bausteinen oder an einer Supervision teilzunehmen. Diese Maßnahmen wurden mit dem Unterschied wiederholt, dass nun Bausteine und Supervision kombiniert werden mussten. Allerdings war die Teilnahme an mindestens drei Einzelveranstaltungen wiederum verpflichtend. Das Fazit war auf allen Ebenen positiv. Der Krankenstand ist gesunken, aber viel stärker wurde der nicht messbare Nutzen im Hinblick auf Kommunikation, gestiegene Motivation und ein besseres Betriebsklima positiv bewertet (ebd.).

**Projekt 6: Betriebliche Gesundheitsförderung und professioneller Umgang mit Gewalt am St. Annen-Stift, Twistringen****Einrichtung:**

Das St. Annen-Stift betrieb zum Zeitpunkt des Projekts nicht nur ein Altenpflegezentrum mit 49 Bewohnerplätzen, 14 Tagesplätzen und einer Angehörigenberatungsstelle, sondern auch ein Krankenhaus, das u. a. eine Abteilung für Psychiatrie und Psychologie hat. Im Vordergrund dieses Berichts stand der Umgang mit Gewalt in der Einrichtung. Hierzu fand ein eigenständiges Projekt in Zusammenarbeit mit der BGW statt.

**Ausgangsanalyse:**

Im Annenstift wurden die Mitarbeiter(innen) zu ihrer gesundheitlichen Situation schriftlich befragt, Arbeitsplatzanalysen durchgeführt und Gesundheitszirkel eingerichtet.

**Maßnahmenplanung:**

In den Gesundheitszirkeln wurde thematisiert, dass Rückenschmerzen nicht nur durch physische, sondern auch durch psychische Belastungen entstehen können und diese in der Einrichtung häufig durch Erfahrungen mit aggressiven und gewalttätigen Bewohner(inne)n entstehen.

**Maßnahmen:**

Mit Unterstützung der BGW nahmen die Mitarbeiter(innen) an einem Deeskalationstraining des Gemeindeunfallversicherungsverbandes teil, um möglichst frühzeitig situationsgerecht agieren zu können. Es wurden aber auch weitere Maßnahmen durchgeführt:

- Informationsveranstaltungen, Schulungen für Multiplikator(inn)en (z. B. Rückenschule, Führungskräfte-Training, Kinästhetik, Burnout, Umgang mit der elektronischen Krankenakte)
- Einführung Supervision
- Teamgespräche, Teambuch
- Wellnessangebote durch die Bäderabteilung
- Veränderung der Arbeitsumgebung zur Gestaltung von effizienteren und rückschonenden Arbeitsabläufen (z. B. veränderte Bestückung von Regalen und Wäscheschränken)
- Neumöblierung in einigen Dienstzimmern und ergonomische Gestaltung von Computerarbeitsplätzen, Einbau einer Klimaanlage
- Anschaffung neuer Arbeits- und Hilfsmittel (z. B. neue Kurvenwagen für das Altenheim, Lifter, höhenverstellbare Betten, geschlossene Wäschewagen, Weichbodenmatten, Sitz- und Lendenkissen, Gleithilfen, Antirutschmatten, Rollbretter, Kofferkuli, Laptop)
- Einführung Wundmanagement

**Evaluation:**

Zur Evaluation wurde die Mitarbeiterbefragung wiederholt.

**Fördernde und hemmende Faktoren:**

Als besonders erfolgreich wurden die externe Unterstützung und der Austausch in einem regionalen Netzwerk empfunden. Hemmend dagegen waren umfassende Veränderungen, die parallel verliefen (INQA 2008d).

**Ansprechpartner(in):**

Angelika Kalmey  
Klinik Twistringen  
St. Annen-Str. 15  
27239 Twistringen

**Projekt 7: Das Projekt „Hoffnung Alter“ im Seniorenheim „Martha Piter“ Brandenburg an der Havel****Einrichtung:**

Das Seniorenheim Martha Piter war zum Zeitpunkt des Projekts ein Seniorenzentrum mit rund 40 Vollzeitstellen, mittlerweile wurden zwei Einrichtungen unter einer Leitung zusammengefasst. „Hoffnung Alter“ ist ein Projekt des Landes Brandenburg zum Umgang mit demografischen Entwicklungen. Hier sollen durch externe Berater durchgeführte Gefährdungsbeurteilungen, Situationsanalysen und Einsatz des WAI (Work Ability Index) (BAuA 2008) passgenaue Beratungskonzepte für eine älter werdende Mitarbeiterschaft durchgeführt werden. Die Beratung dreht sich um eine altersgerechte Personalentwicklung, Erhalt der Kompetenzen und ein Coaching für ältere Mitarbeiter(innen).

**Ausgangsanalyse:**

Im Seniorenheim „Martha Piter“ wurden die o. g. Instrumente eingesetzt und Problemlösungsworkshops durchgeführt.

**Maßnahmenplanung:**

Auf Grundlage der Ergebnisse des WAI wurden im Rahmen einer Klausurtagung zur Strategieentwicklung Entlastungsmaßnahmen entwickelt. An der Klausur nahmen die Geschäftsleitung, Führungskräfte, der Betriebsarzt, die Fachkraft für Arbeitssicherheit und der Betriebsrat teil. Durch eine



<p>Gefährdungsbeurteilung wurden zusätzlich die Arbeitsbedingungen in verschiedenen Bereichen analysiert. Die Ergebnisse dieser Analyse wurden in einem Arbeitsausschuss unter Leitung der Sicherheitsfachkraft analysiert und daraus Maßnahmen entwickelt.</p>
<p><b>Maßnahmen:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Qualifizierungsangebote für Mitarbeiter(innen) (Heben und Tragen, Umgang mit psychischen Belastungen und Stress, Pflegemodelle, Kinästhetik, Validation, Basale Stimulation)</li> <li>• weitere Angebote: Rückenschule, Entspannungstechniken, Massagen und Unterstützung entsprechender Maßnahmen im Privatbereich durch finanzielle Anreize)</li> <li>• Qualifizierung der Führungskräfte (alter[n]sgerechte Arbeits- und Dienstplangestaltung, Gefährdungsanalysen, Kommunikation, Stressbewältigung, Umgang mit psychischen Belastungen)</li> <li>• gleichmäßige Verteilung von körperlich schweren Arbeiten (z. B. Duschen) auf alle Tage der Woche</li> <li>• Abbau von Überstunden</li> <li>• genügend Freischichten zur Regeneration</li> <li>• Einführung von Minipausen</li> <li>• Die Maßnahmen waren zum Zeitpunkt der vorliegenden Projektbeschreibung noch nicht vollständig umgesetzt. Der Arbeitsausschuss hat die Aufgabe bekommen, den weiteren Prozess zu forcieren.</li> </ul>
<p><b>Evaluation:</b></p> <p>Die Wirksamkeitskontrolle fand nach Umsetzung der Maßnahmen durch die Führungskräfte und den Arbeitsschutzausschuss statt (INQA 2008d).</p>
<p><b>Fördernde und hemmende Faktoren:</b></p> <p>Auch in dieser Einrichtung wird explizit die externe Unterstützung als förderlicher Faktor für das Projekt genannt. Die Transparenz durch die Geschäftsführung in Bezug auf notwendige Umstrukturierungsmaßnahmen wird betont, denn Hintergrund einiger Umstrukturierungen waren nicht gesundheitsförderliche Ziele, sondern Stellenkürzungen durch das Zusammenlegen von Wohnbereichen. Allerdings nutzten die Mitarbeiter(innen) diese Umstrukturierungsphase nicht als Chance auch ihre Vorschläge einzubringen, sondern nahmen sie hin. Eigeninitiative und Übernahme von Verantwortung war unter ihnen wenig ausgeprägt (INQA-Datenbank).</p>
<p><b>Ansprechpartner(in):</b></p> <p>Norbert Fröhndrich, Geschäftsführer  Sabine Sack, Pflegedienstleitung  Seniorenzentrum &gt;Martha Piter&lt;  Tschirchdamm 20  14772 Brandenburg</p>

<p><b>Projekt 8: Seniorenzentrum Hagenbeckstraße (AWO)</b></p> <p>Das Gesamtprojekt „Effiziente Organisations- und Führungsformen – ein integratives Projekt zur betrieblichen Gesundheitsförderung“ wurde vom ver.di Bundesvorstand getragen und in vier Betrieben durchgeführt. Die wissenschaftliche Begleitung erfolgte durch die Universität Bielefeld, Fakultät für Gesundheitswissenschaften und wurde von der Hans-Böckler-Stiftung finanziert.</p>
<p><b>Einrichtung:</b></p> <p>Bei dem Seniorenzentrum handelte es sich um eine mehrgliedrige Einrichtung, bestehend aus einem Pflegeheim mit 76 Plätzen, inkl. einer Wohngruppe, in der schwer demenzerkrankte Menschen betreut wurden, und einer angeschlossenen betreuten Wohnanlage mit weiteren 76 Bewohner(inne)n.</p>

**Diagnose:**

Es wurde eine schriftliche Mitarbeiterbefragung durchgeführt, an der 60% der Mitarbeiter(innen) teilnahmen (39 Personen). Die Auswertung wurde an einen externen Dienstleister übergeben. Als Interventionserfordernisse wurden hier das Arbeitsumfeld (z. B. räumliche Bedingungen), die sozialen Beziehungen (Umgangston, Spannungen zwischen den Schichten), der Teamzusammenhalt sowie das Führungsverhalten (Informationsweitergabe, Konfliktverhalten) gesehen.

**Maßnahmenplanung:**

Die Interventionsplanung erfolgte in Gesundheitszirkeln unter Beteiligung der Beschäftigten. Es wurden drei berufsgruppenübergreifende Qualitätszirkel zu „Spannungen am Arbeitsplatz“, „Informationsverhalten der Führungskräfte und Informationsfluss zwischen Mitarbeitern“ und zu „Belastungssituationen im Stationsalltag“ durchgeführt.

**Maßnahmen:**

Es wurden weitere Arbeitsgruppen geschaffen, ein erstes Konzept zur Gesundheitsberichterstattung und ein Leitbildentwurf erstellt, Qualifizierungsmaßnahmen in die Wege geleitet und eine neue Dienstkleidung ausgewählt.

**Evaluation:**

Für die Evaluation wurde eine erneute Mitarbeiterbefragung durchgeführt und die externe Prozessbegleitung führte Gruppeninterviews durch. Die Befunde der Mitarbeiterbefragung zeigten signifikante Verbesserungen in den Bereichen baulich-räumliche Bedingungen, Umgangston, Spannungen und Konflikte, Teamzusammenhalt und Führungsverhalten. Auch das allgemeine Wohlbefinden konnte verbessert werden.

**Hemmende und fördernde Faktoren:**

Um die Zirkel kostenneutral durchzuführen, wurde zunächst ohne externe Moderation gearbeitet. Die Zirkel waren dann aber, dem Steuerungskreis zufolge, nicht effektiv und effizient, so dass schließlich doch eine externe Moderation hinzugezogen wurde. Diese externe Hilfe wurde als sehr förderlich empfunden. Zusätzlich gab es eine externe Projektbegleitung.

Es wurde ein Projektauftrag und eine Betriebs-/Dienstvereinbarung beschlossen sowie ein Steuerungsgremium implementiert. Die schriftlichen Vereinbarungen und formellen Regelungen wurden als positiv empfunden, da sie eine verpflichtende Grundlage boten.

Im ersten Jahr war ein Projektbudget vorhanden, im weiteren Verlauf des Projekts wurde die Finanzierung in den laufenden Haushalt integriert. Das Budget wurde als die bessere Variante angesehen, da mit diesem die finanziellen Ressourcen des Projekts klarer abgegrenzt werden können und einfacher in Anspruch zu nehmen sind.

Geschäftsführung und Betriebsratsvorsitzende nahmen am Lenkungsausschuss teil, so konnten Entscheidungen schnell getroffen werden.

Weiterhin erwies sich die Partizipation der Beschäftigten über die Einbindung in die Kernprozesse Diagnose, Intervention und Evaluation (Mitarbeiterbefragung, Gesundheitszirkel) als förderlicher Faktor. Allerdings wurden die vorhandenen Beteiligungsmöglichkeiten nicht in vollem Umfang genutzt, was zum Teil an mangelnder Zeit, aber auch Skepsis gegenüber dem Projekt lag.

Als hemmend hat sich erwiesen, dass keine zusätzlichen personellen oder zeitlichen Ressourcen für Projektaufgaben zur Verfügung gestellt wurden.

Gerade von der Projektleitung forderte das ein hohes Maß an Eigeninitiative, da sie die Projektaufgaben neben der alltäglichen Arbeit erledigen musste, was zeitlich nahezu unmöglich war. Insgesamt war die sehr engagierte Projektleitung maßgeblich am Erfolg des Projekts beteiligt, es mangelte aber an Erfahrungen in der Gesundheitsförderung ebenso fehlten Kompetenzen im Bereich des Projektmanagements.

Das interne Marketing wurde kritisch beurteilt, meist fehlte dafür die Zeit.

**Projektbeschreibungen in:**

Walter, U. (2007): Qualitätsentwicklung durch Standardisierung – am Beispiel des Betrieblichen Gesundheitsmanagements (Dissertation – Fakultät für Gesundheitswissenschaften). Universität Bielefeld. Verfügbar unter: [http://bieson.ub.uni-bielefeld.de/volltexte/2007/1124/pdf/Dissertation\\_Uta\\_Walter.pdf](http://bieson.ub.uni-bielefeld.de/volltexte/2007/1124/pdf/Dissertation_Uta_Walter.pdf) (30.11.2009)

Münch, E./Walter, U./Badura, B. (2003): Führungsaufgabe Gesundheitsmanagement. Ein Modellprojekt im öffentlichen Sektor. Berlin: edition sigma

**Projekt 9: Gesund pflegen in der Altenpflege – Reduzierung der Arbeitsbelastung in der Altenpflege durch Fehlermanagementsysteme**

Im Fokus des Projekts „Reduzierung der Arbeitsbelastung in der Altenpflege durch Fehlermanagementsysteme“ standen die Schnittstellenprobleme zwischen Pflegenden und Management, verschiedenen Arbeitsschichten und Pflegebereichen oder zwischen den internen Funktionsbereichen. Der Fokus lag hier dementsprechend nicht auf der Gesundheitsförderung, sondern auf der *Verringerung von Belastungen* durch Prozessoptimierung.

**Einrichtung(en):**

Das Projekt wurde in zwei verschiedenen Einrichtungen der stationären Altenhilfe durchgeführt:

Haus A ist eine Einrichtung in freier Trägerschaft, die zum Zeitpunkt des Projekts aus 22 Altenheim-, 98 Pflegeplätzen und 30 Mietwohnungen für betreutes Wohnen bestand. Zum Zeitpunkt des Projekts waren 74 Pflegekräfte mit unterschiedlichem Ausbildungsniveau in der Einrichtung beschäftigt.

Haus B ist ein privates Pflegeheim, das vom Geschäftsführer und seiner Ehefrau geführt wurde. Haus B hatte 123 Plätze und 40 Pflegekräfte waren dort tätig.

**Ausgangsanalyse:**

Das Thema wurde durch Interviews mit verschiedenen Expert(inn)en erschlossen. In einem anschließenden Workshop für die Mitarbeiter(innen) wurde in das Projektvorhaben eingeführt und die Thematik Gesundheit mit einem breiten Ansatz diskutiert. Die daraus gewonnenen Indikatoren zu Belastungen an Schnittstellen wurden für eine teilstandardisierte Mitarbeiterbefragung zusammengefügt. In beiden Häusern wurde ein Gestaltungszirkel zur Auswertung der Ist-Analyse und zur Maßnahmenplanung implementiert.

**Maßnahmen(planung) Haus A:**

Im Gestaltungszirkel des Hauses A einigte man sich auf die am dringlichsten anzugehenden Arbeitsfelder „Was ist gute Pflege?“, „Zuschnitt der Wohnbereiche“ und „Schnittstelle Pflege – Funktionsbereiche“.

Unter dem Punkt „Was ist gute Pflege?“ wurde im Zirkel zunächst das Thema „Personalentwicklungsgespräche“ aufgegriffen, nicht zuletzt um individuelle Probleme mit Qualitätsanforderungen anzugehen. Zur Vorbereitung der Gespräche wurde ein Leitfaden entwickelt. Er enthielt folgende Themen: A) Arbeitszusammenhänge, Dienstzeiten, Arbeitsumfeld, Team und Arbeitsleistung, B) Perspektiven, eigene Entwicklung und Weiterbildung, C) Ergebnisprotokoll des Gesprächs sowie D) Zielvereinbarungen. Zusätzlich wurden ein Vorbereitungsbogen für die Wohnbereichsleitungen und Empfehlungen für die Gestaltung des Gesprächs entwickelt.

Die Schnittstelle Pflege – Küche war bereits seit langem ein Problem in der Einrichtung. Deswegen wurde ein neuer Caterer engagiert. Im Zirkel wurde beschlossen, dass die Formulierungen für das Qualitätshandbuch vom Qualitätsbeauftragten (Mitglied des Zirkels) formuliert und anschließend im Zirkel diskutiert werden. Es wurden z. B. Anforderungen an das Essen, die Menüauswahl und -bestellung, die Zeiten der Essensausgabe und die Qualitätsprüfung festgehalten. Diese wurden mit dem Caterer besprochen und

<p>von der Geschäftsführung genehmigt. Obwohl Beschwerden der Bewohner(innen) zunächst nicht in die Themenliste des Gestaltungszirkels aufgenommen wurden, hat dieser letztendlich ein kurzes Formular für das Beschwerdemanagement entwickelt.</p>
<p><b>Evaluation Haus A:</b> Bis auf den Wechsel des Caterers konnten die Maßnahmen im Projektverlauf nicht umgesetzt werden, da sowohl die Geschäftsführung als auch die Wohnbereichsleitungen wechselten.</p>
<p><b>Maßnahmenplanung Haus B:</b> Im Gestaltungszirkel des Hauses B wurde zunächst das übergeordnete Thema „Arbeitsorganisation in den Wohnbereichen“ bearbeitet. Es kristallisierten sich zwei besondere Problemlagen heraus: „Aufgabenzuschnitt der Wohnbereichsleitungen“ und „Pflege- und hauswirtschaftliche Tätigkeiten in den Wohnbereichen“. Die Wohnbereichsleitungen mussten bislang eine Vielzahl von Aufgaben übernehmen, für die sie nicht von der Pflege freigestellt wurden. Die Pflegekräfte übernahmen wiederum häufig hauswirtschaftliche Tätigkeiten. Zunächst wurden für beide Problemfelder die Kernprozesse herausgearbeitet, d. h. die wesentlichen Tätigkeiten der Wohnbereichsleitungen und die hauswirtschaftlichen Arbeiten des Pflegepersonals wurden detailliert niedergeschrieben.</p>
<p><b>Maßnahmen Haus B:</b> Als Maßnahme wurden für die Wohnbereichsleitungen Sonderdienste eingeführt, die explizit mit einer Stellenbeschreibung hinterlegt wurden. Die Sonderdienste beginnen um 8.00 Uhr und enden um 17.00 Uhr, versetzt zu den sonst üblichen Schichten. Die Wohnbereichsleitung trägt während der Sonderdienste keine Pflegekleidung, damit erkennbar ist, dass an diesem Tag die Schichtführung Ansprechpartner(in) für die übrigen Mitarbeiter(innen) ist. Für bestimmte Tätigkeiten (z. B. Dienstplanerstellung) kann sich die Wohnbereichsleitung in ein stationsfernes Büro zurückziehen und muss darauf achten, sich an ihren Sonderdienstagen nicht vom Tagesgeschäft „einfangen zu lassen“. Um die Effizienz dieser Sonderdienste zu überprüfen, wurde ein Formblatt entwickelt, auf denen die Wohnbereichsleitungen den zeitlichen Umfang der einzelnen Tätigkeiten und ggf. Unterbrechungen durch Mitarbeiter(innen), Patient(inn)en oder Angehörige dokumentieren sollten. Zur Problematik der Aufgabenverteilung hauswirtschaftlicher Arbeiten zwischen den Pflegekräften und den Stationshilfen gab es keine eindeutige Lösung, da auch die Stationshilfen bereits ausgelastet waren. Die Teilnehmer(innen) einigten sich auf eine Dokumentation, in der festgehalten wird, welche Aufgaben zu welchem Zeitpunkt anfallen, um zu überprüfen, ob noch zeitliche Ressourcen bestehen. Ein weiteres Thema, das der Zirkel bearbeitete, war eine mögliche Flexibilisierung der Arbeitszeiten. Hierfür wurde eine exakte Tätigkeitsanalyse der Pflegekräfte an den Wochenenden vorgenommen mit der Spezifizierung von Standardleistungen (z. B. die alltägliche Grundversorgung), Spezialleistungen (z. B. planbare Einzelbetreuungen) und Akutleistungen, die unvorhergesehen auftauchen. Auf der Grundlage der durchgeführten Tätigkeitsanalyse wurde ein dezidierter Zeitplan für alle Wochentage mit anfallenden Arbeiten und der dafür benötigten Zeit aufgestellt. Daraus wurden im Zirkel neue Ideen für Schichtzeiten und -längen entwickelt.</p>
<p><b>Evaluation:</b> Umgesetzt wurden nur die Sonderdienste für die Wohnbereichsleitungen und das auch nur 2-mal monatlich statt wöchentlich. In Haus B wurden alle Vorschläge zur Reorganisation der Schichten und neuen Arbeitsaufteilung von der Geschäftsführung blockiert, die die Meinung der an den Gesundheitszirkeln teilnehmenden Mitarbeiter(innen) nicht teilte (Blass 2005).</p>

**Förderliche und hemmende Faktoren:**

Dieses Projekt zeigt sehr eindrücklich, woran Gesundheitsmanagement scheitern kann. Wenn Personen, die sich für die Umsetzung gesundheitsförderlicher Maßnahmen verantwortlich fühlen, die Einrichtung verlassen oder neue Leitungskräfte, die „alten“ entwickelten Ideen nicht übernehmen wollen (oder können), ist die gesamte Zirkelarbeit unnütz gewesen.

Weiterhin fällt auf, wie wichtig die Unterstützung der Geschäftsführung ist. In Haus B hatte sie dem Zirkel zunächst eigenständige Entscheidungen zugewilligt, nahm das Einverständnis dann aber wieder zurück und blockierte die Maßnahmen letzten Endes in der Umsetzungsphase.

**Projektbeschreibung in:**

Blass, K. – INQA (2005): Gesund Pflegen in der Altenpflege. Analyse und Maßnahmenentwicklung zur Reduzierung der Arbeitsbelastung in der stationären Pflege. BAUA. Dortmund

**Projekt 10: Gute Arbeitsgestaltung in der Altenpflege - Selbstbewertung als partizipationsorientierte und nachhaltige Methode für die gesundheitsförderliche Arbeitsgestaltung in der Pflege**

Das Selbstbewertungssystem für stationäre Einrichtungen der Altenhilfe wurde vom Fraunhofer Institut in Zusammenarbeit mit einer Consulting-Firma für die Qualitätssicherung in diesem Bereich entwickelt. Ziel des Projekts war die Spezifizierung des Instruments für eine Qualitätsdiagnose der gesundheitsrelevanten Bereiche in der Altenhilfe.

**Einrichtung(en):**

An dem Modellprojekt nahmen vier Einrichtungen des Deutschen Roten Kreuzes und drei Kleinsteinrichtungen der Johanniter Baden-Württemberg GmbH teil. In diesen Einrichtungen waren zum Zeitpunkt des Projekts insgesamt 257 Mitarbeiter(innen) beschäftigt.

**Ausgangsanalyse:**

Zum Einsatz kam ein Instrument, das aus drei Elementen (Formblättern) besteht, die von sog. Selbstbewertungsteams (5-8 Mitarbeiter[inne]n + Moderation) bearbeitet werden. Jedes Element beinhaltet 10 bis 11 Fragen zu den Themenbereichen: Arbeitsinhalt, Arbeitszeit, Informationspolitik/ Kommunikation, Umgang mit Belastung und Beanspruchung, Hilfsmitelein-satz, Führungsverhalten, Betriebsklima, Unfallverhütung/ Arbeitsschutz. Die Bearbeitung dieser Themen in dem Selbstbewertungsteam soll eine Analyse des Ist-Standes ermöglichen.

**Maßnahmenplanung:**

In den Teams wurden anhand der Bearbeitung der drei Elemente insgesamt 227 Verbesserungsvorschläge gesammelt, die dann an die verantwortliche Projektsteuerungsgruppe gegeben wurden. Die meisten Verbesserungsvorschläge bezogen sich auf den Umgang mit Belastungen, das Betriebsklima und die Arbeitsorganisation. Dazu gehörten auf Ebene der verhältnisbezogenen Maßnahmen beispielsweise die Sammlung und Analyse der Tätigkeiten und Aufgaben für eine neue Zuordnung der Verantwortlichkeiten, Bewohner(innen) im Speisesaal von Hilfskräften betreuen zu lassen, Arbeitsabläufe zeitlich flexibler und nach Wünschen der Bewohner(innen) zu organisieren, die Einführung von regelmäßigen Dienstgesprächen, die Einführung von Mitarbeitergesprächen und die Anschaffung von Hilfsmitteln. Auf der Verhaltensebene wurden u. a. genannt: Das Erlernen von Rücken schonendem Verhalten sowie Entspannungstechniken und Fortbildungen in den Bereichen Kommunikation und Information.

**Maßnahmen:**

Leider wird in dem Bericht nicht deutlich, welche Maßnahmen umgesetzt

wurden, nur dass immerhin 107 Vorschläge relativ zeitnah umgesetzt werden konnten und weitere 35 auf die Agenda für das folgende Jahr gesetzt wurden.

**Evaluation/Förderliche und hemmend Faktoren:**

Für die Projektevaluation sollte zunächst das BGW-Betriebsbarometer genutzt werden. Es zeigte sich allerdings bei der (Vorab-)Befragung, dass in einigen Einrichtungen der Rücklauf extrem gering war und dass die Probleme in den Workshops sehr viel dezidierter beschrieben wurden, als sie im Betriebsbarometer erhoben werden. Aus diesem Grund wurde vom Fraunhofer Institut ein eigenes Instrument entwickelt.

Die Ergebnisse zeigten, dass in bestimmten Bereichen deutliche Verbesserungen erreicht werden konnten. Ein Drittel der Befragten gab an, die Zusammenarbeit mit den Führungskräften und das Betriebsklima hätten sich im Projektverlauf verbessert, 40% meinten, dass Kommunikations- und Informationslücken geschlossen werden konnten. Allerdings sah auch ein Großteil der Mitarbeiter(innen) weder die Arbeits- noch die Stresssituation als verändert an. Die Autorinnen stellen deshalb die Frage, wie die Arbeitsgestaltung aussehen muss, damit sie nicht als belastend empfunden wird bzw. ob die Ansprüche, die die Mitarbeiter(innen) an sich und an die Einrichtung stellen, nicht zu hoch sind. Hinzu kommt, dass Problemfelder, die in der Selbstbewertungsphase hervorgehoben, in der Umsetzungsphase als nicht mehr relevant eingestuft wurden.

**Projektbeschreibung in:**

Klein, B./Gaugisch, P. – INQA (2005): Gute Arbeitsgestaltung in der Altenpflege. Selbstbewertung als partizipationsorientierte und nachhaltige Methode für die gesundheitsförderliche Arbeitsgestaltung in der Pflege. INQA. Verfügbar unter: <http://www.inqa.de/Inqa/Redaktion/Projekt-Datenbank/PDF/selbstbewertung-als-partizipationsorientierte-und-nachhaltige-methode-abschlussbericht,property=pdf,bereich=inqa,sprache=de,rwb=true.pdf> (11.08.2008)

**Projekt 11: Arbeit in der stationären Altenpflege – Belastungsanalyse und gesundheitsförderliche Arbeitsgestaltung in der Altenpflege (BELUGA)**

Das Projekt BELUGA setzte sich aus verschiedenen „Bausteinen“ zusammen. Es wurde von der BAUA mit dem Ziel vergeben, ein Screeninginstrument zur Analyse psychischer und physischer Belastungen (TAA-Altenpflege) zu erheben, eine Bestandsaufnahme zur Belastung und Gesundheit der Pflegenden in Einrichtungen der stationären Altenhilfe durchzuführen, Maßnahmen abzuleiten und exemplarisch zu erproben. Es wurde ein exemplarisches Modellprojekt zur partizipativen Arbeitsgestaltung entwickelt, in einer Einrichtung durchgeführt und wissenschaftlich begleitet.

**Einrichtung:**

Bei der Piloteinrichtung handelte es sich um ein Altenpflegeheim (3 Stationen) in freigemeinnütziger Trägerschaft. Für die vollstationäre Pflege stehen 102 Betten zur Verfügung, von denen ein Teil für schwer demenziell Erkrankte als geschlossener gerontopsychiatrischer Bereich abgetrennt war. Angeschlossen waren ein Tagespflegebereich und ein eigenständiger ambulante Pflegedienst.

**Ausgangsanalyse:**

Es wurden Ganzschichtbeobachtungen mit Altenpflegekräften anhand von Beobachtungsinterviews durchgeführt, deren Fokus auf psychischen und physischen Belastungen und auf Interaktionsepisoden zwischen Pflegekräften und Bewohnern lag. Ergänzend wurden Experteninterviews mit Führungs- und Leitungskräften durchgeführt, um Strukturen und Prozesse näher kennenzulernen. Weiterhin erfolgte eine schriftliche Mitarbeiterbefragung. Der auf Grundlage dieser Daten entwickelte Fragebogen wurde in einer repräsentativen Studie eingesetzt. Letztere zeigte, dass in der stationären

<p>Altenhilfe die physischen Belastungen durch Heben, Tragen und Lagern besonders hoch sind, hinzu kommen Verletzungs- und Infektionsrisiken. Physische Belastung entsteht durch Arbeitsunterbrechungen, Zeitdruck und auch durch bewohnerbezogene Stressoren.</p>
<p><b>Maßnahmenplanung:</b>  In der Interventionseinrichtung wurde der Arbeitskreis Beluga initiiert. In diesem sollten Pflegende im Sinne der partizipativen Organisationsentwicklung, Probleme der Arbeitsgestaltung definieren, dazu Informationen sammeln, in adäquate Lösungen umsetzen und abschließend Lösungen auswählen, die mit einem definierten zeitlichen Umfang und definierten Verantwortlichkeiten umgesetzt werden sollten. In dem von einer externen Person moderierten thematischen Arbeitskreis wurden folgende Themen fokussiert: Stationsorganisation und Team, Arbeitsorganisation der Stationen (Schwerpunkt Schüler), Dokumentation (Pflegedokumentation), Umgang mit (schwierigen) Bewohner(inne)n und körperliche Belastungen.</p>
<p><b>Maßnahmen:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Änderung des Verfahrens zur Krankmeldung (feste Zeiten, Abmeldung auf der Station und bei der Pflegedienstleistung)</li> <li>• Fester Zeitbereich für Organisation und Dokumentation (tägliche Zeiten und ein fester Wochentag für die Erstellung der Bewohnerberichte)</li> <li>• Erstellung von Standards in der Dokumentation</li> <li>• Dienstplangestaltung/-synchronisierung für Praxisanleiter(innen) und Schüler(innen)</li> <li>• Schüler(innen) sollen Anleitungszeiten vermehrt einfordern</li> <li>• dezentrale Praxisanleiter(innen)</li> <li>• Anschaffung neuer und Nutzung vorhandener Hilfsmittel</li> </ul>
<p><b>Evaluation/Förderliche und hemmende Faktoren:</b>  Die Evaluation bestand aus einer erneuten Erhebung mit dem TAA-Altenpflege und der schriftlichen Erfassung von Burnout. Zusätzlich wurden teilnehmende Beobachtungen bei den Pflegekräften und qualitative Interviews mit den Führungskräften durchgeführt. Außerdem wurde jede Arbeitskreissitzung abschließend durch die Teilnehmer(innen) bewertet. Beide Einrichtungen (Interventions- und Kontrolleinrichtung) waren innerhalb des Projektverlaufs von Personalreduktion und Arbeitsverdichtung betroffen. Dementsprechend haben auch in der Interventionseinrichtung die Belastungen – gemessen mit dem TAA-Altenpflege – tendenziell zugenommen, allerdings bei weitem nicht so stark wie in der Kontrolleinrichtung. Die Autor(inn)en des Berichts gehen davon aus, dass der Arbeitskreis dazu beigetragen hat, die Folgen der verschlechterten Arbeitssituation „abzupuffern“<sup>24</sup>. In den vorher und nachher durchgeführten qualitativen Interviews äußerten sich die Teilnehmer(innen) des Arbeitskreises durchaus positiv zu den Sitzungen und den hier erarbeiteten Veränderungsmaßnahmen. Auch in diesem Projekt zeigte sich, dass einzelne Personen – wiederum in Leitungsfunktionen – häufig von besonderer Bedeutung sind. So kündigte während des Projekts der Heimleiter, was zunächst zu Verunsicherung und anschließend zu einer speziellen Krisensitzung des Arbeitskreises führte. Außerdem waren massive Hilfestellungen von außen (durch das Projektteam) notwendig, um den Arbeitskreis ins Leben zu rufen und über den Projektzeitraum aufrecht zu erhalten.</p>
<p><b>Projektbeschreibungen in:</b>  Glaser, J./Lampert, M./Weigl, M. (2008): Arbeit in der stationären Altenpflege. Analyse und Förderung von Arbeitsbedingungen, Interaktion, Gesundheit und Qualität. INQA. Dortmund</p>

<sup>24</sup> In der Interventionseinrichtung haben an der Nachherbefragung 5 von 14 Pflegekräfte teilgenommen, in der Kontrolleinrichtung 4 von 14.

**Projekt 12: AIDA – Arbeitsschutz in der Altenpflege**

Das Projekt AIDA wurde vom Land NRW und dem europäischen Sozialfonds unterstützt. Durchgeführt wurde es von zwei Instituten: 1) dem Institut für Sozialforschung und Sozialwirtschaft e.V. Saarbrücken (iso) mit dem Schwerpunkt auf der Situationsanalyse und der Maßnahmenentwicklung und 2) dem Institut für Sozialforschung und Gesellschaftspolitik in Köln (ISG) mit dem Schwerpunkt Projektmanagement und Evaluation. Trotz des Namens handelte es sich nicht allein um ein Projekt aus dem Bereich des gesetzlich geregelten Arbeitsschutzes, sondern es sollten explizit auch Themen aus dem Bereich der Gesundheitsförderung behandelt werden. Das Projekt wurde in acht stationären Pflegeeinrichtungen in NRW durchgeführt. Zu den im Folgenden aufgeführten Problemfeldern wurden im Bericht immer ein oder zwei Fallbeispiele dargestellt. Die Ausgangsanalyse, die Maßnahmenplanung und die Evaluation auf Projektebene wurden in allen Einrichtungen durchgeführt, die Maßnahmen waren allerdings sehr unterschiedlich (Blass et al. 2008; Mehlan/Engels 2008).

**Ausgangsanalyse:**

Die Ausgangsanalyse wurde vom iso durchgeführt. Sie bestand aus: 1) Erstgesprächen, in denen die Erwartungen an das Projekt abgeklärt wurden, 2) Workshops für die Pflegekräfte, in denen über das Projekt informiert wurde und anschließend ein thematischer Einstieg stattfand, bei dem bereits Aspekte zu „Lust und Last“ bei der Arbeit gesammelt wurden, 3) Interviews mit Leitungskräften, Beauftragten aus ganz unterschiedlichen Arbeitsbereichen, beispielsweise zu den Themen Handlungsspielräume gegenüber dem Träger, Arbeitsorganisation, Arbeitszeiten oder Sensibilisierung und gesundheitsbewusstes Verhalten und 4) eine standardisierte Mitarbeiterbefragung, wobei der Fragebogen aus einem anderen Projekt des iso-Instituts übernommen wurde, der sich an anderen Instrumenten orientierte. Der Übergang von der Ausgangsanalyse zur Maßnahmenplanung wurde fließend gestaltet. Zunächst wurden die Ergebnisse der Ist-Analyse in den Einrichtungen vorgestellt. Je nach Einrichtung und Thema getrennt für Leitungskräfte und Belegschaft oder zusammen. Danach wurden Gesundheitszirkel durchgeführt. Die Zirkelarbeit bestand aus den Schritten: Probleme erkennen, Ursachen analysieren, Soll-Zustände formulieren und Maßnahmen entwickeln. Die Gesundheitszirkel wurden in allen Einrichtungen extern durch eine(n) Mitarbeiter(in) des iso-Instituts moderiert. An den Gesundheitszirkeln nahmen in der Regel keine Leitungskräfte teil, es handelte sich um einen partizipativen Ansatz, bei dem die Mitarbeiter(innen) ohne Einfluss der Leitung die Probleme und ihre Ursachen definieren sowie aus ihrer Sicht geeignete Maßnahmen entwickeln sollten. Bevor die entwickelten Maßnahmen umgesetzt werden konnten, mussten die Ergebnisse der Zirkelarbeit den jeweiligen Leitungskräften vorgestellt und mit ihnen diskutiert werden, in der Regel geschah dies durch die/den Mitarbeiter(in) des iso-Instituts (Blass et al. 2008).

**Evaluation des Gesamtprojekts AIDA:**

Durch das ISG, das für die Evaluation verantwortlich war, wurde ebenfalls eine schriftliche Mitarbeiterbefragung durchgeführt. Abgefragt wurden hier die subjektive Wahrnehmung der Arbeitsbelastung und die Beschäftigungsfähigkeitsprognose aus Mitarbeitersicht. Befragt wurden in der ersten Welle 277 und in der zweiten Welle 144 Mitarbeiter(innen). Die wissenschaftliche Begleitung führte in zwei Fällen (eine Pflegefach- und eine Pflegehilfskraft) ebenfalls Tätigkeitsbeobachtungen durch. Hier sollten Faktoren wie subjektive Stressbelastung, Stresssymptome, Arbeitsablauf und -tempo, Schnittstellenprobleme, Handlungsausführung/Störungstypus und -ursache sowie Arbeitsschutzprobleme erfasst werden. Ergänzt wurde die Beobachtung durch eine Arbeitsplatzanalyse mit der Pflegefachkraft (Mehlan/Engels 2008).



<p><b>Projekt 12: Fallbeispiel A – Führung und Zusammenarbeit</b></p>
<p><b>Einrichtung:</b>  Pflegeheim A verfügte zum Zeitpunkt des Projekts über 115 vollstationäre Plätze, aufgeteilt in zwei Wohnbereiche. Nach Bedarf wurden Kurzzeitpflegeplätze eingestreut, es gab einen zum Haus gehörenden sozialen und einen ambulanten Dienst und in räumlicher Nähe gab es noch ein wirtschaftlich eigenständiges betreutes Wohnen desselben Wohlfahrtsverbands. Im Heim arbeiteten 59 Mitarbeiter(innen) in der Pflege, neun in der Hauswirtschaft und vier im Sozialen Dienst.</p>
<p><b>Ergebnisse der Ausgangsanalyse:</b>  Eine Besonderheit der Einrichtung lag darin, dass die Versorgung mit Speisen komplett – bis hin zum Geschirr – an eine andere Tochterfirma des Trägers abgegeben wurde, somit extern erfolgte. An dieser Entscheidung des Trägers wurden die Leitungskräfte der Einrichtung (Heimleitung, Pflegedienstleitung, Wohnbereichsleitungen) nicht beteiligt und fühlten sich übergangen. Ein Anhaltspunkt für eine Schnittstellenproblematik zwischen Träger und Einrichtungen.  Ein weiterer Belastungspunkt im Zusammenhang mit dem Oberthema Führung und Zusammenarbeit war die nicht funktionierende Regelkommunikation und mangelhafte Zusammenarbeit zwischen den Leitungskräften.  Außerdem wurden Unterschiede in Hinblick auf die Führung und die Teamarbeit der beiden Wohnbereiche festgestellt.</p>
<p><b>Maßnahmenplanung:</b>  An dem Gesundheitszirkel in dieser Einrichtung nahmen nur die Leitungskräfte der Einrichtung sowie die Leitungen des Sozialen Dienstes und der Hauswirtschaft teil. Es wurden lediglich Maßnahmen zum Thema nicht funktionierende Regelkommunikation und mangelhafte Zusammenarbeit in der Einrichtung entwickelt. Das Problem an der Schnittstelle Träger – Leitung wurde zurückgestellt.</p>
<p><b>Maßnahmen:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• verbindlicher Termin für eine wöchentlich stattfindende Dienstbesprechung (inkl. Verpflichtung zur schriftlichen Abmeldung bei Nichtteilnahme)</li> <li>• Entwicklung einer Tagesordnung und eines Protokollformulars für die Dienstbesprechung</li> <li>• Einführung eines einmal jährlich stattfindenden Workshops für die mittel- und langfristige Planung</li> <li>• Mitarbeiterin des Sozialen Dienstes nimmt an Besprechungen der Wohnbereiche teil</li> <li>• Plan darüber, wer wann zu erreichen ist und regelmäßige Sprechzeiten für Externe (Blass et al. 2008).</li> </ul>
<p><b>Evaluation:</b>  In Einrichtung A wurde keine zweite Mitarbeiterbefragung durchgeführt, da sich die Themen des Gesundheitszirkels und die Maßnahmen ausschließlich auf die Leitungen bezogen. An der durchgeführten Befragung der Teilnehmer(innen) nahmen drei Personen teil. Die Zirkelarbeit wurde als gut und partizipativ wahrgenommen und es seien alltagstaugliche, leicht umsetzbare Maßnahmen besonders im Hinblick auf die Informationsweitergabe entwickelt worden (Mehlan/Engels 2008).</p>
<p><b>Förderliche und hemmende Faktoren:</b>  Durch die regelmäßig stattfindenden Gesundheitszirkel wurde ein Kommunikationsprozess unter den Führungskräften in Gang gesetzt, in dem sie die Probleme sehr gut angehen und lösen konnten. Dadurch, dass der Träger nicht in die Projektstrukturen eingebunden war, konnte ein großer Belastungsfaktor, die externe Essensversorgung und auch die grundsätzliche Schnittstellenproblematik Träger-Einrichtung, nicht bearbeitet werden (Mehlan/Engels 2008).</p>

<p><b>Projekt 12: Fallbeispiel B – Psychische Belastungen durch Bewohner(innen) und Angehörige</b></p>
<p><b>Einrichtung:</b> Bei der Einrichtung B handelte es sich um eine vollstationäre Einrichtung mit insgesamt 99 Plätzen, die sich auf Demenzerkrankte spezialisiert hat. Hier arbeiteten insgesamt 88 Personen, davon 46 in der direkten Pflege und sechs im Sozialen Dienst.</p>
<p><b>Ergebnisse der Ausgangsanalyse:</b> In der quantitativen Ist-Analyse zeigten sich – für die Pflegekräfte zunächst erstaunlich – dass sich die Mitarbeiter(innen) aus dem Bereich der Hauswirtschaft im Vergleich mit den übrigen Einrichtungen durch das Verhalten der Bewohner(innen) stark belastet fühlen. Die Pflegekräfte fühlten sich unterdurchschnittlich durch die Bewohner(innen)<sup>25</sup> belastet, dafür vermehrt durch deren Angehörige.</p>
<p><b>Maßnahmenplanung:</b> Es wurden zwei Gesundheitszirkel eingeführt, einer für die Hauswirtschaft, auf den hier nicht eingegangen wird, und einer für die Pflegenden. Im Gesundheitszirkel für die Pflegenden wurde diskutiert, warum sie sich durch die Angehörigen belastet fühlten. Ihren Meinungen nach würden Angehörige die Arbeit der Pflege nicht schätzen, weil sie im Gegensatz zu der Arbeit des Sozialen Dienstes für sie kaum sichtbar sei, den Angehörigen fehle es an Informationen, was Pflege überhaupt ausmache und sie hätten insgesamt zu hohe Erwartungen in dem Sinne, dass ihre Angehörigen „immer die Ersten“ sein müssten und so entstehe Unzufriedenheit. Andererseits würden die Angehörigen zu wenige Informationen an die Pflegenden weiterleiten (z. B. bei Suchterkrankungen aus Scham). Auf organisatorischer Ebene fehle ein Ansprechpartner für die Angehörigen in den Wohnbereichen.</p>
<p><b>Maßnahmen:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Schulung zum Thema Kundenkommunikation</li> <li>• Veränderung der Strukturen bei Neuaufnahmen und der Erst- und Folgekontakte (inkl. Festlegung der Gesprächsinhalte)</li> <li>• die Bezugspflegekräfte übernehmen die Funktion eines „Paten“ für die Angehörigen und werden möglichst früh in die Angehörigengespräche einbezogen</li> <li>• Einführung von Integrationsgesprächen mit Bewohner(innen) und Angehörigen sechs bis acht Wochen nach der Aufnahme</li> <li>• für die Integrationsgespräche wurde von der iso-Mitarbeiterin aufgrund gemeinsam festgelegter Inhalte ein Leitfaden erstellt</li> <li>• Festlegung der Verantwortlichkeiten im Hinblick auf die Angehörigen</li> <li>• Einführung eines Tagesordnungspunkts „Angehörigenanliegen“ bei jeder Übergabe (Blass et al. 2008).</li> </ul>
<p><b>Evaluation:</b> An der Befragung durch das ISG nahmen nur 10 Mitarbeiter(innen) teil. Diese und die Einrichtungsleitung bewerteten das Projekt sehr positiv (Mehlan/Engels 2008).</p>

<sup>25</sup> Einziger Belastungsfaktor für die Pflegekräfte waren sexuelle Übergriffe auf sie selbst und auch auf eine demenzerkrankte Frau, die sich nicht wehren konnte. Allerdings war zum Zeitpunkt der Zirkelarbeit ein sexuell sehr aktiver Bewohner bereits ausgezogen, das Thema wurde insgesamt sehr offen angesprochen und Maßnahmen wie das Hinzuziehen der Polizei gewählt.

**Förderliche und hemmende Faktoren:**

Die Umstrukturierung der Angehörigenarbeit konnte nur unter der produktiven Mitwirkung der Leitung stattfinden. Insgesamt wurden die Maßnahmen schnell umgesetzt, so dass für die Zirkelteilnehmer(innen) sofort ersichtlich war, dass sich ihre Arbeit in diesem Gremium „lohnt“ (Blass et al. 2008).

**Projekt 12: Fallbeispiel C – Handhabung von Lasten****Einrichtung:**

Haus C hatte 92 Pflegeplätze von den 85 belegt waren. Eine von drei Stationen ist schwerpunktmäßig auf Demenzerkrankte eingestellt. Insgesamt waren 52 Personen beschäftigt, 37 davon in der Pflege. In diesem Altenpflegeheim sollte das Thema „Handhabung von Lasten“ bearbeitet werden.

**Ergebnisse der Ausgangsanalyse:**

Zwar lagen keine belastbaren Daten zu Rückenleiden vor, aber aus den Interviews ging hervor, dass viele Pflegenden Beschwerden haben, sich diese aber nicht offiziell attestieren ließen, sondern versuchten irgendwie damit klar zu kommen. Häufiger als in anderen Einrichtungen wurde in der quantitativen Befragung angegeben, dass Hilfsmittel vorhanden wären, aber nicht genutzt würden. Als Gründe hierfür wurden – wiederum in den Interviews – Gewohnheit, aber vor allem der Zeitdruck genannt.

Das eigentliche Problem waren weniger fehlende Hilfsmittel oder mangelhaftes Wissen um rückschonendes Arbeiten als ein gravierendes Vertrauensdefizit zwischen den Pflegenden und den Führungskräften. Die Pflegenden waren der Ansicht, sie könnten nicht rückengerecht arbeiten, weil sie dafür keine Zeit hätten. Niemand würde ihnen erklären, wie sie dafür Zeit schaffen könnten. Die Führungskräfte würden sie nur auf ihre mangelnde Organisationsfähigkeit verweisen, ohne sich mit den tatsächlichen Problemen auseinanderzusetzen. Von den Leitungen wurde dagegen argumentiert, den Pflegenden fehle es an Reflexionsbereitschaft, sie würden nur jammern und mehr Personal könne nun mal nicht eingestellt werden.

**Maßnahmenplanung/Förderliche und hemmende Faktoren:**

Der Gesundheitszirkel war nicht arbeitsfähig, da er bei den Pflegenden auf massive Skepsis stieß. Gründe hierfür waren: Sie hätten zum Thema Handhabung von Lasten schon alles gesagt, säßen im Zirkel nur auf Druck der Leitung, die Probleme lägen ganz woanders und es würde sich ja sowieso nichts ändern. Es stellte sich heraus, dass, bevor auf das eigentliche Thema eingegangen werden konnte, zunächst Themen wie „Führung“, „Verantwortlichkeiten“, „Kommunikation“ usw. bearbeitet werden mussten.

Von der externen Moderation wurden nun zwei gänzlich andere Arbeitsgruppen ins Leben gerufen, um im Projekt überhaupt weiter arbeiten zu können. In einer AG fanden sich die WBLs und Mitarbeiter(innen) aus dem Sozialen Dienst, in der zweiten die Heim- und Pflegedienstleitung. Hier wurden Maßnahmen entwickelt, die aber nicht mehr viel mit dem ursprünglichen Thema Handhabung von Lasten zu tun hatten.

Den „Störungen“ wurde hier Vorrang gegeben. Das führte zwar zu einem Scheitern des eigentlichen Themas, aber zu einer konstruktiven Angehensweise der Probleme im Bereich der Arbeitsbeziehungen (Mehlan/Engels 2008).

Die externe Unterstützung wurde als wesentlicher Erfolgsfaktor für das Projekt gewertet (Blass et al. 2008).

**Evaluation:**

Auch in dieser Einrichtung beteiligten sich nur sehr wenige, nämlich 12 Mitarbeiter(inn)en an der Befragung durch das ISG. Diese bewerteten das Projekt sehr positiv. Auch die Heimleitung war letztendlich der Meinung, dass das Umschwenken auf ein anderes von den Mitarbeiter(innen) als wichtiger empfundenes Thema sinnvoll und notwendig war (Mehlan/Engels 2008).

**Projekt 12: Fallbeispiel E – Arbeitsorganisation<sup>26</sup>****Einrichtung:**

Beim Pflegeheim E handelte es sich um eine anthroposophische Einrichtung, deren Träger ein eingetragener Verein ist. Dort waren 54 Plätze vorhanden (davon sechs Kurzzeitpflegeplätze) und zusätzlich gab es 15 Tagespflegeplätze. In der stationären Pflege arbeiteten insgesamt 30 Pflegekräfte und vier in der Tagespflege.

**Ergebnisse der Ausgangsanalyse:**

In der quantitativen Befragung schnitt die Einrichtung hinsichtlich der Arbeitsorganisation nicht schlechter ab als die übrigen Einrichtungen, allerdings gab es bereits im Eingangsworkshop und in den Interviews vorsichtige Andeutungen, dass der Führungsstil und das Führungsverhalten der Heimleitung und der Pflegedienstleitung nicht optimal sei.

**Maßnahmenplanung:**

Die Maßnahmenplanung fand aufgrund von Verzögerungen im Projektverlauf in einem Tagesworkshop zum Thema „Was verursacht Hektik und Zeitverlust bei der täglichen Arbeit?“ statt.

In dem Workshop wurde zu vielen Problemen (Ist-Stand) ein Soll-Zustand formuliert, z. B.

- der Bewohnertransfer zu Aktivitäten soll nicht mehr ausschließlich durch die Pflegenden erfolgen
- die Urlaubsanträge sollen schneller bearbeitet werden (innerhalb 1 Woche)
- die Pflege braucht mehr Anerkennung
- der Hausbestand an Wäsche muss erhöht werden
- Zuständigkeiten müssen eindeutig geregelt sein
- ein Pausenplan sollte entwickelt werden
- neue Dienstzeiten sollen eingeführt werden

**Maßnahmen:**

Die Grundlagen, die im Workshop erarbeitet wurden, sollen in Qualitätszirkeln und Teamsitzungen weiter bearbeitet werden.

**Förderliche und hemmende Faktoren:**

In Absprache mit der Heimleitung sollte es eigentlich drei Gesundheitszirkel zu den Themen Arbeitsorganisation, Umgang mit Lasten und Hygieneanforderungen sowie Führung und Zusammenarbeit geben. Allerdings konnte die Heimleitung keine Mitarbeiter(innen) finden, die sich an diesen Zirkeln beteiligen wollten. Der wissenschaftlichen Begleitung war nicht klar, ob hier tatsächlich mangelndes Interesse seitens der Mitarbeiter(innen) oder eher Kommunikationslücken seitens der Heimleitung vorlagen.

Der Methode des komprimierten Workshops außerhalb des Tagesgeschäfts, der durch die Verzögerungen notwendig wurde, wurde allerdings von den Pflegenden als sehr förderlich empfunden (Blass et al. 2008).

<sup>26</sup> Im Fallbeispiel D wurden die Belastungen durch Hygieneanforderungen bearbeitet. Da es sich bei Hygienemaßnahmen in erster Linie um die Umsetzung gesetzlich vorgeschriebener Standards aus dem Bereich des Arbeitsschutzes handelt wurde dieses Beispiel hier in einer Darstellung mit dem Fokus auf Gesundheitsförderung ausgelassen.

**Evaluation:**

Für die Evaluation konnten aufgrund der Verzögerungen nur die Mitarbeiter(innen) befragt werden, die am Workshop teilgenommen haben. Drei der vier Befragten fanden, die Projektteilnahme hätte sich gelohnt (Mehlan/Engels 2008).

**Projekt 12: Fallbeispiel F – Arbeitszeit****Einrichtung:**

Das Pflegeheim F verfügte über 287 Plätze, die allerdings auf fünf unterschiedlich große Häuser verteilt waren. Es gab vier Kurzzeitpflegeplätze und 10 eingestreute Tagespflegeplätze, zusätzlich einen Hausnotruf, einen mobilen Mittagstisch und einen eigenständigen ambulanten Dienst. Insgesamt standen dem Pflegebereich 93 Mitarbeiterstellen in der stationären Pflege und 3,63 in der Tagespflege zur Verfügung.

**Ergebnisse der Ausgangsanalyse:**

Die Mitarbeiter(innen) der Einrichtung klagten über ständigen Personalwechsel, kurzfristige Dienstplanänderungen, Abzug von Mitarbeiter(inne)n in andere Häuser und insgesamt über zu lange Arbeitszeiten, zu viele Dienste am Stück und zu viele Dienste am Wochenende. Die Leitungskräfte, vor allem die Pflegedienstleistung, wurde hierfür verantwortlich gemacht und ein mangelndes Vertrauen in die Leitung wurde z. B. daran deutlich, dass die Mitarbeiter(innen) unterstellten, dass die Leitungskräfte den Wohnbereichen zu wenig Personal zuteilen würden.

**Maßnahmenplanung:**

Die Maßnahmenplanung fand auch hier in einem Gesundheitszirkel statt. Ziel der Teilnehmer(innen) war die Erstellung eines neuen Dienstplans, hierfür wurden die Brutto- und Nettoarbeitsstunden berechnet, Stellenschlüssel betrachtet, Tätigkeitslisten erstellt und Wochenenddienste unter die Lupe genommen.

**Maßnahmen:**

Die Geschäftsführung und die Mitarbeiter(innen) haben ein Projekt gestartet, in dem versuchsweise ein Wohnbereich die Dienstplanerstellung selbstständig und eigenverantwortlich übernimmt.

**Förderliche und hemmende Faktoren:**

Die externe Moderation und Begleitung wurde als förderlicher Faktor hervorgehoben. Probleme bereitete dagegen die Fluktuation innerhalb des Zirkels und dass einige Teilnehmer(innen) jeweils nur schlecht vorbereitet oder nicht motiviert am Zirkel teilgenommen hätten (Blass et al. 2008).

**Evaluation:**

Durch die Befragung konnte nachgewiesen werden, dass sich die Situation in Hinblick auf Belastungsfaktoren und die Zunahme von Kompetenzen positiv entwickelt hat. Knapp 60% der Mitarbeiter(innen) meinten, die Teilnahme hätte sich gelohnt. Allerdings wurde das Ziel der Leitung, eine schnelle Lösung im Bereich der Dienstplanerstellung, nicht erreicht (Mehlan/Engels 2008).

**Projekt 12: Fallbeispiel G – Arbeitszeit****Einrichtung:**

Das Pflegeheim G bot 240 Plätze in acht Wohnbereichen an, von denen zum Zeitpunkt des Projekts allerdings nur 201 belegt waren. Ein Wohnbereich bestand aus einer geschlossen gerontopsychiatrischen Abteilung, in der zum Teil auch jüngere Pflegebedürftige aufgenommen wurden. Weiterhin gab es vier eingestreute Kurzzeitpflegeplätze. Das Heim befand sich in privater Trägerschaft einer Gesellschaft, die sonst in Bereichen wie Wohnungswirtschaft, Einkaufszentren u. a. investierte.

**Ergebnisse der Ausgangsanalyse:**

Die Leitungsebene der Einrichtung wollte ursprünglich die Arbeitszeiten verändern, um die Versorgungsqualität („Pflege über den ganzen Tag“) zu erhöhen, die Belastungen waren jedoch auf anderen Ebene zu finden: die quantitativen und qualitativen Befragungen während der Ist-Analyse ergaben keine Auffälligkeiten in Hinblick auf die Arbeitszeiten. Die Mitarbeiter(innen) schienen zufrieden mit den Regelungen, die es gab. Belastet zeigten sie sich eher durch Bewohnerverhalten und -bedarfe, durch Misstrauen in die Leitungskräfte und durch das Gefühl einer Arbeitsplatzunsicherheit.

**Maßnahmenplanung:**

In dem Gesundheitszirkel wurde nun primär auch das Bewohnerverhalten als Belastungsfaktor behandelt bzw. es wurde analysiert, welche strukturellen und arbeitsorganisatorischen Bedingungen Stress durch Bewohner(verhalten) bedingen, z. B. eine veränderte Bewohnerstruktur (mehr Bewohner mit psychischen Erkrankungen und mehr Sterbefälle), Konflikte zwischen Demenzerkrankten und Gesunden (und deren Angehörigen), Kommunikationsdefizite zwischen den Wohnbereichen, Schnittstellenprobleme etc. Geplant wurden Maßnahmen wie ein Seminar zur Kundenkommunikation und Arbeitsgruppen, die sich mit den Themen Zukunftskonzept für die Einrichtung, Zeitfresser und -puffer oder Schnittstellen und Aufgabenverteilung beschäftigen sollten.

**Förderliche und hemmende Faktoren:**

In Einrichtung G scheiterte die Umsetzung der Maßnahmen und damit das Projekt. Die Leitung der Einrichtung trug den partizipativen Ansatz des Gesundheitszirkels nicht mit. So wurde die Zusage für die Veranstaltung zur Kundenkommunikation wieder zurückgenommen und die Deutung der Probleme durch die Mitarbeiter negiert. Die von den Mitarbeiter(inne)n beschriebenen Probleme der Arbeitsorganisation wurden als individuelle Zeitmanagementprobleme dargestellt. Dieses Verhalten hatte zur Folge, dass sich für die anvisierten Arbeitsgruppen nur wenige Mitarbeiter(innen) fanden und insgesamt das Vertrauen in die Leitung eher noch abnahm (Blass et al. 2008).

**Projekt 12: Fallbeispiel H – Sensibilisierung zu gesundheitsbewusstem Verhalten****Einrichtung:**

Bei Einrichtung H handelte es sich um ein relativ neues Altenpflegeheim in Trägerschaft einer über Kapitalfonds finanzierten Gesellschaft. Es standen 160 Plätze zur Verfügung, von denen bei freien Kapazitäten einige als Kurzzeitpflegeplätze genutzt werden können. Es arbeiteten dort insgesamt 71 Personen, davon 60 in der Pflege.

**Ergebnisse der Ausgangsanalyse:**

Eigentlich schien die Gesundheitsförderung in Haus H schon relativ weit fortgeschritten, 40% der Pflegekräfte gaben an, Angebote der Gesundheitsförderung schon genutzt zu haben und ein Drittel meinte, solche Angebote seien in ausreichendem Maße vorhanden. Gesundheitsförderliches Verhalten in der alltäglichen Arbeit sei allerdings nur schwer umzusetzen, das Argument hierfür war in erster Linie, die fehlende Zeit bzw. zu viele parallel zu erledigende Dinge und das Problem, dass die Einrichtung eine hohe Personalfluktuation hätte, die einen Austausch über Belastungen und Probleme verhindere, da sich keine langfristigen Teamstrukturen bilden könnten. Die Wohnbereichsleitungen sprachen in den Interviews von vorhandenen Schwierigkeiten in den Ablauf- und Kooperationsprozessen, die sich auf mangelnde Zeit zurück führen ließen, aber mehr Personal gäbe es nicht und so könnte das Problem nur durch eine bessere Organisation gelöst werden. Die

Mitarbeiter(innen) hätten durchaus Mitgestaltungsmöglichkeiten, würden diese aber nicht nutzen.
<p><b>Maßnahmenplanung:</b> Auch in Haus H wurde ein Gesundheitszirkel durchgeführt, in dem die Ursachen für gesundheitlich riskanten Stress herausgefunden und Maßnahmen entwickelt werden sollten. In einer Zielformulierung wurde beispielsweise formuliert, dass die Mitarbeiter(innen) motiviert, mit Freude, ruhig und ausgeglichen arbeiten, sie sich mit ihrem Team identifizieren und Probleme ansprechen sollten und sie von der Leitung geschätzt und anerkannt würden. Eine solche Zielformulierung ließ sich aber nicht in konkrete Maßnahmen übertragen, deshalb wurde die alltägliche Arbeitssituation reflektiert und herausgearbeitet, an welchen Punkten Stress entsteht.</p>
<p><b>Maßnahmen:</b> Verändert wurde z. B.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• die Planung von Physiotherapieterminen, die bislang häufig in der pflegeintensiven Zeit bis 10.00 Uhr morgens stattfand</li> <li>• Die Müllentsorgung wurde umgestellt. Mitarbeiter(innen) des Sozialen Dienstes wurden bestimmten Wohneinheiten zugeordnet, um die Koordination zu verbessern</li> <li>• Es wurden Bewertungskriterien für Zusatzgratifikationen entwickelt,</li> <li>• ein Pausenraum für Nichtraucher eingerichtet und</li> <li>• eine betriebliche Altersversorgung wurde auf den Weg gebracht</li> </ul>
<p><b>Förderliche und hemmende Faktoren:</b> In Haus H wechselten die Teilnehmer(innen) des Gesundheitszirkels ständig, so dass eine kontinuierliche Arbeit kaum möglich war. Personalfuktuation und damit in Zusammenhang stehende niedrige Löhne sowie mangelnde Teambindung waren grundsätzliche Probleme in der Einrichtung, die erst einmal gelöst werden mussten, um ein gesundheitsförderliches Verhalten der Mitarbeiter zu forcieren (Blass et al. 2008).</p>
<p><b>Evaluation:</b> Auch in Haus H nahmen nur wenige Mitarbeiter(innen) an der Evaluationsbefragung teil (10), die den Projekterfolg eher skeptisch beurteilten (Mehlan/Engels 2008).</p>
<p><b>Projektbeschreibungen in:</b> Blass, K./Geiger, M./Kirchen-Peters, S. (2008): "AIDA – Arbeitsschutz in der Altenpflege". Endbericht zur operativen Projektdurchführung. Saarbrücken: Institut für Sozialforschung und Sozialwirtschaft (iso) Mehlan, S./Engels, D. (2008): AIDA – Arbeitsschutz in der Altenpflege. Evaluationsbericht. Köln: Institut für Sozialforschung und Gesellschaftspolitik</p>