



HANDLUNGSANREGUNG FÜR EINE GELINGENDE
VERHÄLTNISPRÄVENTION IN DER STATIONÄREN
ALTENPFLEGE

GESUNDE ARBEITSBEDINGUNGEN IN PFLEGEEINRICHTUNGEN



DIE JOHANNITER. 
Aus Liebe zum Leben




Pflege Prävention 4.0

Johanniter Seniorenhäuser GmbH, St. Gereon Seniorendienste gGmbH und MA&T Sell & Partner GmbH im Rahmen des Forschungsprojektes **Pflege-Prävention 4.0**

Gefördert vom



Dieses Forschungs- und Entwicklungsprojekt wird / wurde durch das Bundesministerium für Bildung und Forschung (BMBWF) im Programm „Innovationen für die Produktion, Dienstleistung und Arbeit von morgen“ gefördert und vom Projektträger Karlsruhe (PTKA) betreut.
Die Verantwortung für den Inhalt dieser Veröffentlichung liegt bei den Autorinnen und Autoren.

Handlungsanregung für eine gelingende Verhältnisprävention in der stationären Altenpflege: „Gesunde Arbeitsbedingungen in Pflegeeinrichtungen“

IMPRESSUM

Autorinnen und Autoren: Paul Fuchs-Frohnhofen, Sarah Scheen, Dorothea Metzen,
Claudia Bessin, Georg Hammann, Gerd Palm, Bernd Bogert

Kontakt: Projektteam Pflege-Prävention 4.0
Paul Fuchs-Frohnhofen
MA&T Sell & Partner GmbH
Karl-Carstens-Str. 1
52146 Würselen
E-Mail: fuchs@mat-gmbh.de

www.praevention-fuer-pflegende.de

Layout: büro G29 – Kommunikationsdesign
Titelmotiv: fotolia.com – Kzenon
Druck: Franz Schmitz – Print- und Audiovisuelle Medien GmbH

© Verlag der MA&T Sell & Partner GmbH, Januar 2019
ISBN: 978-3-9820402-2-6

INHALT



1. Gesunde Arbeitsbedingungen in Pflegeeinrichtungen – eine Einführung zu dieser Handlungsanregung	Seite 4
1.1 Worauf zielt diese Handlungsanregung?	
1.2 Wie ist es mit der Arbeitsbelastung vieler Beschäftigter in der Pflege oft bestellt?	
1.3 Das Projekt Pflege-Prävention 4.0	
2. Ziele, Zielgruppen und organisationale Rahmenbedingungen.....	Seite 7
3. Inhaltliche Schwerpunkte der Handlungsanregung „Gesunde Arbeitsbedingungen in Pflegeeinrichtungen“	Seite 8
3.1 Verhaltens- vs. Verhältnisprävention	
3.2 Gesundheit	
3.3 Belastungen und Ressourcen	
3.4 Verhältnisprävention als Bestandteil eines (wertschätzenden) Gesundheitsmanagements	
3.5 Führung, Betriebsklima und Unternehmenskultur	
4. Strukturen eines Projektes zu gesunden Arbeitsbedingungen	Seite 13
4.1 Vorgehensweise eines Projektes zu gesunden Arbeitsbedingungen	
4.2 Strukturen und Inhalte eines Projektes zu gesunden Arbeitsbedingungen	
5. Hinweise für Arbeitgeber	Seite 18
5.1 Erstellung einer (physischen und psychischen) Gefährdungsbeurteilung als Grundlage für folgende Maßnahmen	
5.2 Arbeitszeit	
5.3 Arbeitsplatzwechsel/Rotation	
5.4 Neuordnung von Aufgaben	
5.5 Aufgabenerweiterung	
5.6 Innovative Laufbahngestaltung	
5.7 Work-Life-Balance in der Lebensperspektive/Arbeitszeitgestaltung	
5.8 Nutzerfreundliche Techniken zur Belastungsreduktion	
5.9 Diversity	
5.10 Instrumente zur prospektiven Beurteilung der Gesundheitsförderlichkeit von organisatorischen Maßnahmen	
6. Gute Beispiele	Seite 38
6.1 Praxisbeispiel 1: St. Gereon Seniorendienste	
6.2 Praxisbeispiel 2: Johanniter-Stift Köln-Kalk	
6.3 Praxisbeispiel 3: Johanniter-Stift Wuppertal	
7. Literatur	Seite 42



GESUNDE ARBEITSBEDINGUNGEN IN PFLEGEEINRICHTUNGEN – EINE EINFÜHRUNG ZU DIESER HANDLUNGSANREGUNG



© iStock.com/kupicoo

1. Gesunde Arbeitsbedingungen in Pflegeeinrichtungen – eine Einführung zu dieser Handlungsanregung

1.1 Worauf zielt diese Handlungs- anregung?

Die Broschüre „Gesunde Arbeitsbedingungen in Pflegeeinrichtungen“ richtet sich an Arbeitgeberinnen und Arbeitgeber von Pflegeeinrichtungen unterschiedlicher Art. Wir möchten Ihnen als Arbeitgeberin und Arbeitgeber Anregungen und Hilfestellungen geben, wie Sie dazu beitragen können, für Ihre Beschäftigten gesundheitsförderliche Arbeitsbedingungen zu gestalten.

Dabei ist uns bewusst, dass ein bedeutender Teil der Arbeitsbedingungen (z.B. bezüglich der Personalausstattung) durch die Finanzierungsvorgaben und weitere Rahmenbedingungen von außen vorgegeben ist. Wir möchten aber dennoch Ihr Augenmerk auf die Aspekte legen, die Sie in Ihrer Einrichtung beeinflussen können,

so z.B. die Faktoren Führung, Betriebsklima und Unternehmenskultur.

Wir möchten Sie anregen, sich intensiver damit zu beschäftigen, wodurch die Gesundheit Ihrer Mitarbeiter/-innen bei der Arbeit beeinflusst wird und welche Einflussmöglichkeiten Sie als Arbeitgeberin und Arbeitgeber haben. Dazu geben wir Hilfestellungen, wie Sie erfolgreich ein Projekt zur Gestaltung gesunder Arbeitsbedingungen umsetzen können oder wie Sie durch die Umsetzung arbeitswissenschaftlicher Erkenntnisse direkt eine Verbesserung der Situation erreichen können.

Zur Veranschaulichung berichten wir im Kapitel „Gute Beispiele“ von Erfahrungen, die wir im Projekt Pflege-Prävention 4.0 in den beteiligten Projekteinrichtungen gemacht haben und welche „Lessons learned“ Sie daraus ziehen können.



1.2 Wie ist es mit der Arbeitsbelastung vieler Beschäftigter in der Pflege oft bestellt?

Beschäftigte im Bereich der Pflege sind tagtäglich vielen verschiedenen Belastungen ausgesetzt, welche ihre Gesundheit oftmals beeinträchtigen. Viele Pflegekräfte leiden beispielsweise unter muskuloskelettalen Erkrankungen aufgrund von häufig auftretenden einseitigen körperlichen Belastungen (z.B. schweres Heben und Tragen) im Arbeitsalltag, aber auch psychische/emotionale Belastungen (z.B. Konfrontation mit Krankheiten und dem Tod) sind im Alltag der Pflegekräfte allgegenwärtig. Erschwerend kommen weitere belastende Arbeitsbedingungen wie Schichtarbeit, Zeitdruck und mangelnde Handlungsfreiheit hinzu.

Oftmals werden von den Beschäftigten eine hohe Empathie und sehr gute Organisations- und Kommunikationskompetenzen verlangt sowie die Bereitschaft, Überstunden zu übernehmen oder an freien Wochenenden einzuspringen.

Aufgrund dieser Vielzahl an Anforderungen und Belastungen ist es nicht verwunderlich, dass ein erhöhtes Erkrankungsrisiko für Beschäftigte im Pflegebereich besteht. Am häufigsten leiden Pflegekräfte nach dem Gesundheitsreport der Berufsgenossenschaft für Gesundheit und Wohlfahrtspflege¹ dabei an Erkrankungen des Muskel-Skelettsapparates, Erkrankungen der Atmungsorgane und an psychischen Erkrankungen. Immer mehr Arbeitskräfte im Pflegebereich zeigen Symptome einer psychischen Erkrankung, wie beispielsweise Anzeichen einer Depression. Zu beachten ist, dass psychische Erkrankungen längerfristig auch zu körperlichen Erkrankungen, sogenannten psychosomatischen Erkrankungen, führen können, wie beispielsweise stressbedingten Rückenschmerzen.² Der BKK Gesundheitsreport³ zeigt, dass der Beruf der Pflegekraft zu den zehn Berufen mit den meisten Arbeitsunfähigkeitstagen gehört. Er zeigt außerdem, dass auf Altenpflegerinnen und Altenpfleger von allen Berufsgruppen in Deutschland die meisten Arbeitsunfähigkeitstage aufgrund psychischer Störungen entfallen.

Im BKK Gesundheitsatlas 2017⁴ werden zur gesundheitlichen Situation der Beschäftigten in Pflegeberufen folgende Besonderheiten beschrieben:

- Die Arbeitsunfähigkeitstage der Altenpflegerinnen und Altenpfleger lagen in 2015 um 50% höher als beim Durchschnitt der BKK-Mitglieder (Gesundheits- und Krankenpfleger/-innen: 20%),
- Bei den AU-Tagen aufgrund von Muskel- und Skeletterkrankungen liegen die Altenpflegerinnen und Altenpfleger sogar um 80% über dem Durchschnitt der BKK-Mitglieder (Gesundheits- und Krankenpfleger/-innen: 25%),
- Die AU-Tage aufgrund von psychischen Störungen der Altenpflegerinnen und Altenpfleger liegen um 75% über dem Durchschnitt der BKK-Mitglieder (Gesundheits- und Krankenpfleger/-innen: 32%).

Neben den zunehmenden krankheitsbedingten Arbeitsausfällen von Pflegekräften steigt gleichzeitig auch der Bedarf an Fachkräften im Pflegebereich. Ein wesentlicher Faktor, der dafür verantwortlich ist, ist der demografische Wandel.⁵ Zum einen wird die Bevölkerung immer älter, wodurch immer mehr Menschen in Deutschland als pflegebedürftig eingestuft werden. Zum anderen gibt es immer weniger junge Menschen in Deutschland, die potenziell eine pflegerische Ausbildung beginnen könnten.

Die Förderung der Gesundheit der Beschäftigten und die Gestaltung guter Arbeitsbedingungen sollte eigentlich ein Anliegen einer jeden Arbeitgeberin bzw. eines jeden Arbeitgebers sein, der ohne Gewissensbisse in den Spiegel schauen möchte.

Da es immer schwieriger wird, neue Arbeitskräfte zu finden, aber der Bedarf an pflegerischer Dienstleistung stetig wächst, ist es auch aus betriebswirtschaftlicher Sicht für Arbeitgeberinnen und Arbeitgeber in der Pflege zunehmend wichtig, die Gesundheit der Beschäftigten zu fördern, denn nur mit gesunden Beschäftigten, die ihren Beruf motiviert und engagiert ausführen, können gute und erfolgreiche Dienstleistungen in der Pflege erbracht werden.

1 BGW, 2007

2 Bongers, De Winter, Kompier & Hildebrandt, 1993

3 Knieps & Pfaff, 2017

4 Kliner et al., 2017: 35-37, eigene Berechnungen

5 Wittland, 2013



1.3 Das Projekt Pflege-Prävention 4.0

Aufgrund der hohen krankheitsbedingten Arbeitsausfälle und zunehmenden Erkrankungen im Alter wird klar, dass im Bereich der Gesundheitsprävention in der Pflege noch viel Optimierungsbedarf besteht. Daher wurde das Projekt Pflege-Prävention 4.0 ins Leben gerufen, welches vom Bundesministerium für Bildung und Forschung (BMBF) im Zeitraum 01/2016-04/2019 gefördert wird.

In diesem Forschungsprojekt arbeiten wissenschaftliche Projektpartner (DIP, Köln, MA&T GmbH, Würselen und DAA, Bielefeld) mit den Praxispartnern Johanniter Seniorenhäuser GmbH und St. Gereon Seniorendienste GmbH zusammen, um neuartige Lösungen zu entwickeln, wie Verhaltens- und Verhältnisprävention für die Beschäftigten in Pflegeeinrichtungen ausgebaut, umgesetzt und für das Employer Branding genutzt werden kann.

Orientiert an diesen Zielen hat das Projekt verschiedene wissenschaftlich abgesicherte und ganz praktisch nutzbare Ergebnisse erzielt, die in Handlungsanregungen festgehalten und den jeweiligen Zielgruppen zugänglich gemacht werden:

- ein Leitfaden „Neue Geschäftsmodelle in der Altenpflege als Rahmen für gesunde Arbeit“,
- eine „Handlungsanregung zur Gestaltung eines Employer Branding Projekts – Beschäftigte als Einrichtungsbotschafter/-innen gewinnen“,
- ein Leitfaden „Gern und gesund arbeiten in der Altenpflege“
- und die hier vorliegende Handlungsanregung „Gesunde Arbeitsbedingungen in Pflegeeinrichtungen“.



Die Broschüren „Neue Geschäftsmodelle in der Altenpflege als Rahmen für gesunde Arbeit“ und „Handlungsanregung zur Gestaltung eines Employer Branding Projekts – Beschäftigte als Einrichtungsbotschafter/-innen gewinnen“ aus dem Projekt Pflege-Prävention 4.0



2. Ziele, Zielgruppen und organisationale Rahmenbedingungen

Diese Broschüre richtet sich an Geschäftsführungen, Leitungskräfte aller Ebenen, Qualitätsmanagementbeauftragte, Arbeitsschutzbeauftragte, Mitarbeiterinnen- und Mitarbeitervertretungen (MAV), Personalräte, Betriebsärztinnen und Betriebsärzte sowie alle interessierten Personen aus der Gesundheits- und Pflegebranche. Wir möchten Sie dabei unterstützen, die Arbeitsbedingungen Ihrer Beschäftigten „gesünder“ zu gestalten. Dafür stellen wir Ihnen verschiedene Maßnahmen im Bereich der Verhältnisprävention vor und zeigen Ihnen, wie Sie diese in Ihrer Einrichtung umsetzen können.

Wichtig für die Etablierung von gesundheitsförderlichen Arbeitsbedingungen sind entsprechende organisationale Rahmenbedingungen. Die Gesundheit der Beschäftigten ist ein wichtiges Gut für jede Einrichtung, dementsprechend sollte der Schutz der Gesundheit sowohl für die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter, als auch für die Führungskräfte einen hohen Stellenwert haben. Dies lässt sich z.B. umsetzen, indem man die Gesundheit der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter bzw. den Arbeits- und Gesundheitsschutz in das Leitbild der Einrichtung aufnimmt und es zu einem Teil der Unternehmenskultur werden lässt.

Wir wollen Ihnen durch Beispiele und Ergebnisse aus dem Projekt Pflege-Prävention 4.0 einen Eindruck davon verschaffen, wie ein betriebliches Gesundheitsmanagement und eine gelingende Verhältnisprävention Teil Ihrer Unternehmenskultur werden können. Dabei werden wir gute Beispiele aus der Praxis aufführen, aber auch die „Lessons learned“ des Projektes und somit mögliche Stolpersteine und Komplikationen erläutern.

Wir wollen mit dieser Broschüre nicht bezwecken, dass Sie möglichst schnell möglichst viele der dargestellten Maßnahmen umsetzen. Vielmehr wollen wir Ihnen Anregungen geben, aufgrund derer Sie unter Berücksichtigung der Bedürfnisse Ihrer Beschäftigten und den Möglichkeiten in Ihrer Einrichtung passende Maßnahmen ableiten können, um diese als Einzelmaßnahmen oder als gesamtes Projekt bei Ihnen in der Einrichtung umzusetzen.



3. Inhaltliche Schwerpunkte der Handlungsanregung „Gesunde Arbeitsbedingungen in Pflegeeinrichtungen“

3.1 Verhaltens- vs. Verhältnisprävention

Die Einführung gesundheitsförderlicher Arbeitsbedingungen stellt eine Möglichkeit der **Prävention** dar. Das Bundesministerium für Gesundheit (2015) definiert Prävention als „Oberbegriff für zielgerichtete Maßnahmen und Aktivitäten, um Krankheiten oder gesundheitliche Schädigungen zu vermeiden, das Risiko der Erkrankung zu verringern oder ihr Auftreten zu verzögern“.⁶ Aufgrund der hohen Arbeitsbelastungen im Bereich der Pflege ist besonders dort die Umsetzung präventiver Maßnahmen sehr wichtig. Grundsätzlich kann zwischen präventiven Maßnahmen, die sich auf die einzelne Person an sich, und Maßnahmen, die sich auf die allgemeinen Arbeitssysteme und -strukturen fokussieren, unterschieden werden.⁷ Im ersten Fall spricht man von Verhaltensprävention, im zweiten von Verhältnisprävention.

Im Rahmen der **Verhaltensprävention** werden personenbezogene Interventionen umgesetzt. Beispiele für präventive Maßnahmen sind die Einführung einer Rückenschule, Sportangebote oder regelmäßige Vorsorgeuntersuchungen. Durch die Veränderung im individuellen Verhalten der Beschäftigten soll neben der Gesundheit auch die Resilienz der Betroffenen verbessert werden. Verantwortlich für diese Maßnahmen sind vor allem die Beschäftigten selbst, da hier eine Veränderung bzw. Verbesserung im individuellen Verhalten bezweckt

werden soll. Allerdings kann die Arbeitgeberin bzw. der Arbeitgeber das gesunde Verhalten der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter z.B. durch das Angebot von Sportkursen im Betrieb unterstützen.

Die **Verhältnisprävention** zielt auf eine gesundheitsförderliche Gestaltung der Arbeitsbedingungen. Die Maßnahmen, die im Bereich der Verhältnisprävention ergriffen werden können, sind sehr vielseitig; dazu zählen beispielsweise die Arbeitszeitgestaltung, die Verbesserung der Ergonomie und die Zurverfügungstellung arbeitsunterstützender Hilfsmittel. Es kann aber auch um gute Führungskonzepte oder den Abbau von Leistungsdruck gehen. Durch verhältnispräventive Maßnahmen können vor allem langfristig mehr Ziele erreicht werden als durch reine Verhaltensprävention. Neben der Gesundheit und Leistungsfähigkeit können auch die Kompetenzen und die Motivation der Beschäftigten gestärkt werden.⁸ Zu beachten ist allerdings, dass nicht jede Maßnahme für jeden Arbeitsplatz geeignet ist, weswegen die Maßnahmen immer an den individuellen Bedarf angepasst werden sollten. Da die Maßnahmen auf eine neue Gestaltung der Arbeitsbedingungen abzielen, sind vor allem Sie als Arbeitgeberin und Arbeitgeber gefragt. Sie können hier durch verschiedene Maßnahmen Motivation, Arbeitsfähigkeit und Gesundheit Ihrer Beschäftigten fördern.

6 BMG, 2015

7 Ulich, 2001; Ulich & Wülser, 2004

8 Ulich & Wülser, 2004

Diese Broschüre soll Ihnen ausgewählte Maßnahmen der Verhältnisprävention vorstellen und Ihnen eine Anregung geben, wie Sie präventive Maßnahmen in Ihrer Einrichtung umsetzen können. Zu beachten ist allerdings, dass in der betrieblichen Praxis Verhaltens- und Verhältnisprävention nicht unabhängig betrachtet werden sollten, da es sich um zwei ergänzende Methoden handelt, die sich gegenseitig beeinflussen können. So können beispielsweise durch Verhältnisprävention Rahmenbedingungen geschaffen werden, die eine Verhaltensprävention ermöglichen. Daher sollte stets ein ganzheitlicher Ansatz in Bezug auf die Gesundheitsförderung der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter verfolgt werden.

3.2 Gesundheit

Wenn man sich mit gesunden bzw. gesundheitsförderlichen Arbeitsbedingungen auseinandersetzt, ist es wichtig ein klares Verständnis von den Begriffen „Gesundheit“ und „Gesundheitsförderung“ zu haben. Entsprechend der World Health Organisation (WHO) ist **Gesundheit** „ein Zustand völligen psychischen, physischen und sozialen Wohlbefindens und nicht nur das Freisein von Krankheit und Gebrechen. Sich des bestmöglichen Gesundheitszustandes zu erfreuen, ist Grundrecht jedes Menschen, ohne Unterschied der Rasse, der Religion, der politischen Überzeugung, der wirtschaftlichen oder sozialen Stellung“.⁹

Diese Definition macht deutlich, dass die Gesundheit einer Person nicht nur durch die objektiven körperlichen Faktoren bedingt wird, sondern auch von subjektiven Faktoren abhängig ist. Neben der physischen Konstitution einer Person spielen auch psychische und soziale Aspekte eine wichtige Rolle, was im Rahmen des biopsychosozialen Modells verdeutlicht wird (siehe Abbildung 1).¹⁰ Hier stehen die sozialen (z.B. sozioökonomischer Status, soziale Netzwerke, etc.), physischen (Viren, Bakterien, Verletzungen, etc.) und psychischen (z.B. Verhalten, Kognitionen, Emotionen, etc.) Aspekte einer Person in einem direkten Zusammenhang. Folglich muss auch bei der Auswahl und Umsetzung verhältnispräventiver Maßnahmen bzw. bei der Etablierung von gesundheitsförderlichen Arbeitsbedingungen darauf geachtet werden, nicht nur die physischen Aspekte, sondern auch die sozialen und psychischen Aspekte der Gesundheit zu betrachten.

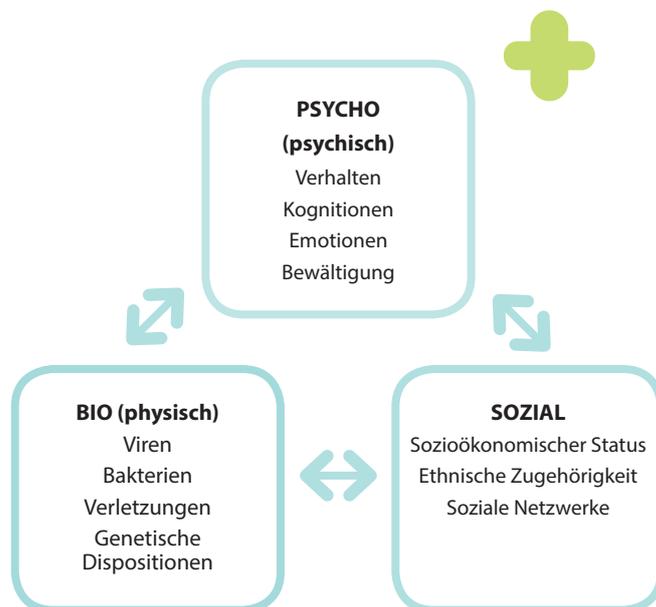


Abb. 1: Biopsychosoziales Modell in Anlehnung an Renneberg & Hammelstein, 2006, S. 9

Der Begriff **Gesundheitsförderung** umschreibt dabei nach der Jakarta-Erklärung zur Gesundheitsförderung für das 21. Jahrhundert (1997) „einen Prozess, der Menschen befähigen soll, mehr Kontrolle über ihre Gesundheit zu erlangen und sie zu verbessern“.¹¹ Gesundheitsförderliche Maßnahmen zeichnen sich dementsprechend dadurch aus, dass sie die Beschäftigten bei der Verbesserung ihrer Gesundheit unterstützen. Sie sollen die individuellen Ressourcen der Beschäftigten stärken und ihr Wissen zum Thema Gesundheit und Verhaltensprävention ausbauen, aber auch die Arbeitsbedingungen gesundheitsförderlich gestalten.

9 WHO, 1948

10 Renneberg & Hammelstein, 2006

11 Internationale Konferenz der Gesundheitsförderung, 1997

3.3 Belastungen und Ressourcen

Wie anfangs beschrieben leiden viele Beschäftigte im Bereich der Pflege unter unterschiedlichen gesundheits-schädlichen Arbeitsbelastungen. Allgemein versteht man unter **Belastungen** alle Faktoren, die von außen auf den Menschen einwirken.¹² Man kann dabei zwischen physischen und psychischen Belastungen unterscheiden. Zu den physischen Belastungen zählen alle Faktoren,

die den körperlichen Zustand des Menschen beeinträchtigen, wie beispielsweise häufiges schweres Heben und Tragen, lange Stehzeiten und/oder das Arbeiten in Zwangshaltungen.¹³ Zu den psychischen Belastungen zählen alle Faktoren, die auf die psychische Gesundheit des Menschen einwirken, wie beispielsweise viele Arbeitsunterbrechungen, hohes Arbeitstempo und/oder gleichzeitiges Ausführen mehrerer Aufgaben.¹⁴

Abbildung 2: Ursachen für Zeitdruck (INQA, 2010, S. 9)



ARBEITSMITTEL:

- Uneinheitliches Doku-System
- Fehlendes Faxgerät
- Fehlendes tragbares Telefon
- Unzureichende Infrastruktur

KOOPERATION:

- Unvollständige Infos über Bewohner/-in
- Zu späte Infos über Bewohner/-in

PERSONAL:

- Zu wenig Personal
- Schwierige Nachwuchsgewinnung
- Ansprüche
- Unkooperative Führung
- Hierarchische Strukturen
- Unklare Strukturen

VORSCHRIFTEN:

- Doppelpes Formularwesen
- Unstrukturierte Umsetzung
- Gesetzliche Bestimmungen

ARBEITSORGANISATION:

- Mangelnde Ablauforganisation
- Mangelnde Koordination mit anderen Abteilungen
- Ungenügende Terminierungen von Untersuchungen
- Fehlendes Entlassungsmanagement
- Mangelnde Zusammenarbeit mit anderen Berufsgruppen
- Fehlende Arbeitszeitmodelle
- Fehlende Organisation des Telefondienstes

WAS SIND URSACHEN FÜR ZEITDRUCK IN IHRER EINRICHTUNG?

BEWOHNER/-IN:

- Kurze Verweildauer
- Mangelhafter Umgang mit Angehörigen
- Ansprüche werden höher
- Chronische Erkrankungen
- Abstimmung mit Betreuer/-in

AUFGABEN:

- Kundenberatung
- Zusammenarbeit mit Externen
- Pflegedokumentation
- Einarbeitung

QM-UMSETZUNG:

- Dokumentation
- Überprüfung
- Handlungshilfen
- Fehlendes Pflegehandbuch Schulungen

WETTBEWERBS-FÄHIGKEIT:

- Konzepte entwickeln
- Nicht mehr Personal
- Neue Angebote am Markt
- Öffentlichkeitsarbeit

¹² Rohmert & Rutenfranz, 1975

¹³ Lohmann-Haislah, 2012

¹⁴ Lohmann-Haislah, 2012

Abbildung 2 zeigt die Ursachen für Zeitdruck, wie sie im Rahmen eines INQA-Projektes von Pflegekräften aus mehreren Einrichtungen in Form einer Mind-Map zusammengetragen wurden. Es ist zu erkennen, dass eine Vielzahl von Faktoren zu Zeitdruck und damit zu psychischer Belastung führen können. Es ist auch zu erkennen, dass es durchaus Faktoren gibt, die durch organisatorische Schritte einfach zu ändern sind (z.B. fehlende tragbare Telefone, Pflegehandbuch aufbauen), aber auch solche, zu deren Verbesserung viel organisatorische Aufwand vonnöten ist (z.B. unkooperative Führung, zu wenig Personal). Für solche Faktoren eignen sich besonders längere Projekte für gesunde Arbeitsbedingungen.

Bei der Bewältigung der Anforderungen und Belastungen helfen die individuellen **Ressourcen** der Beschäftigten. Dabei kann zwischen zwei Formen von Ressourcen unterschieden werden.¹⁵ Die personellen Ressourcen beschreiben Ressourcen, die in den Beschäftigten selbst liegen, z.B. die individuelle Anfälligkeit für Stress oder persönliche Stressbewältigungsstrategien. Die sozialen Ressourcen hingegen umfassen Faktoren aus dem Umfeld, die die Beschäftigten stärken. Soziale Ressourcen sind beispielsweise die Unterstützung durch die Familie, durch die Kolleginnen und Kollegen oder durch die Arbeitgeberin bzw. den Arbeitgeber. Auch gesundheitsförderliche Arbeitsbedingungen stellen eine Form von Ressource für die Beschäftigten dar und können dabei helfen, arbeitsbedingten Erkrankungen entgegenzuwirken.

3.4 Verhältnisprävention als Bestandteil eines (wertschätzenden) Gesundheitsmanagements

„Betriebliches Gesundheitsmanagement“ beschreibt systematische und nachhaltige Anstrengungen von Seiten des Arbeitgebers, die gesundheitsförderliche Gestaltung von Strukturen und Prozessen sowie die gesundheitsförderliche Befähigung der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter zu erhalten und zu verbessern.¹⁶

Das wertschätzende Gesundheitsmanagement erweitert das betriebliche Gesundheitsmanagement um die Wertschätzungsperspektive.¹⁷ Damit ist gemeint, dass die Wertschätzung der Personen und die Arbeit der Beschäftigten in die Unternehmenskultur aufgenommen wird, indem sie ins Leitbild übernommen wird und die Führungskräfte entsprechend geschult werden. Wichtige Faktoren beim wertschätzenden Gesundheitsmanage-

ment sind Kommunikation, Transparenz und Teilhabe der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter. Das Leitbild einer Organisation kann ein gutes Hilfsmittel sein, um Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter Identifikation und Orientierung zu ermöglichen. Ist die Wertschätzung der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter schon im Leitbild verankert, so kann dies einen positiven Einfluss auf die Wertschätzung, den tatsächlichen Umgang miteinander und die Identifizierung mit der Einrichtung haben. Bei der Formulierung eines solchen Leitbildes sollten die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter eine zentrale Rolle spielen. Hier ein Beispiel für eine mögliche Formulierung:

„Die Wertschätzung unserer Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter, betriebliche Gesundheitsförderung, eine mitarbeiterorientierte Arbeitsgestaltung und ein mitarbeiterorientierter Führungsstil prägen die Kultur unserer Einrichtung.“¹⁸

Der Führungsstil spielt beim wertschätzenden Gesundheitsmanagement eine zentrale Rolle. Es liegt im Aufgabenbereich der Führungskräfte, einen wertschätzenden Umgang mit den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern zu pflegen, diese in Prozesse und Entscheidungen einzubinden, selbst ein gutes Vorbild zu sein, Transparenz zu zeigen und die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter zu einem gesundheitspräventiven Arbeiten zu motivieren. Um dies zu erreichen, sollten die Führungskräfte an entsprechenden Schulungen teilnehmen und kontinuierlich von der Einrichtungsleitung unterstützt werden.

3.5 Führung, Betriebsklima und Unternehmenskultur

Arbeitgeberinnen und Arbeitgeber können nicht nur durch die Etablierung präventiver Maßnahmen etwas für die Gesundheit ihrer Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter tun, sondern auch durch die Ausübung eines angemessenen Führungsstils. Der Führungsstil der Vorgesetzten kann für die Beschäftigten sowohl eine Ressource, als auch eine Belastung darstellen.¹⁹ Daher kann ein erster Schritt zur Verbesserung der Arbeitsbedingungen sein, den Führungsstil weniger zu einer Belastung und mehr zu einer Ressource für die Beschäftigten werden zu lassen.

Eine Studie des BKK Bundesverbandes 2008 konnte zeigen, dass schlechtes Führungsverhalten eine Hauptursache für psychische Fehlbeanspruchungen darstellen kann. Kritische Faktoren im Führungsverhalten sind unter anderem Ungeduld und unzureichendes Konfliktmanagement der Führungskraft. Andersherum können

15 Udris, Kraft, Mussmann, & Rimann, 1992

16 Bertelsmann Stiftung & Hans-Böckler-Stiftung, 2004

17 Fuchs-Frohnhofen & Bessin, 2012

18 Fuchs-Frohnhofen & Bessin, 2012, S. 12

19 Gregersen, Vincent-Höper & Nienhaus, 2013



Führungskräfte durch ihr Führungsverhalten auch die Gesundheit der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter stärken. So kann beispielsweise der Ausdruck von Wertschätzung und Anerkennung durch die Führungskraft positive Effekte auf die psychische Gesundheit der Beschäftigten haben. Es gilt, dass mit einer höheren Führungskompetenz auch die Arbeitszufriedenheit steigt und die gesundheitlichen Beschwerden zurückgehen.²⁰

Grundsätzlich gibt es zwei wesentliche Kriterien, die zu einer gesundheitsförderlichen Führung gehören. Zum einen die gesunde Selbstführung²¹ und zum anderen die Gestaltung gesundheitsförderlicher Arbeitsbedingungen.²²

Die Führungskraft besitzt für ihre Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter nicht nur in Bezug auf das Arbeitsverhalten, sondern auch in Bezug auf das Gesundheitsverhalten eine Vorbildfunktion. Daher ist es wichtig, dass die Führungskräfte ihre eigene Gesundheit reflektieren und gesundheitsförderliche Verhaltensweisen zeigen. Für eine gesunde Selbstführung sollten die folgenden vier Aspekte berücksichtigt werden:²³

- **Gesundheitsbezogene Achtsamkeit**
Als Führungskraft ist es wichtig, sich mit der eigenen Gesundheit auseinander zu setzen. Nur so setzen sich auch die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter mit ihrer Gesundheit auseinander. Außerdem kann es auch nur so gelingen, sich als Führungskraft in die gesundheitliche Lage der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter hineinzusetzen.
- **Gesundheitsbezogene Selbstwirksamkeit**
Neben der Auseinandersetzung mit der eigenen Gesundheit ist es für die Führungskräfte ebenfalls wichtig zu wissen, wie sie gesundheitliche Risikofaktoren durch gesundes Verhalten minimieren können.
- **Gesundheitsvalenz**
Zu einer gesunden Selbstführung gehört ebenfalls, dass die Gesundheit im eigenen Wertesystem einen vergleichsweise hohen Stellenwert hat. Dies heißt, dass die eigene Gesundheit und die Gesundheit der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter für die Führungskraft eine hohe Relevanz hat und dass dadurch auch Interesse an der Gestaltung gesundheitsförderlicher Arbeitsbedingungen besteht.
- **Gesundheitsverhalten**
Elementar für gesunde Selbstführung ist schließlich das eigene Gesundheitsverhalten. Die Führungskraft sollte versuchen, durch ihr eigenes Verhalten die Belastungen zu reduzieren und ihre Ressourcen zu stärken, z.B. durch gesunde Ernährung und regelmäßigen Sport.

Neben der gesunden Selbstführung liegt natürlich auch die Gestaltung gesundheitsförderlicher Arbeitsbedingungen in der Hand der Führungskräfte. Führungskräfte steuern beispielsweise, wie groß der Zeitdruck ist, der auf die Beschäftigten ausgeübt wird, oder welche Gerechtigkeit sie am Arbeitsplatz erfahren. Diese Faktoren wirken sich sowohl auf die physische als auch psychische Gesundheit der Beschäftigten aus.

Damit Führungskräfte einen gesunden Führungsstil pflegen können, bedarf es allerdings auch der entsprechenden organisationalen Rahmenbedingungen. Zentral ist dabei das Vorherrschen einer betrieblichen Führungskultur, die die Rollenerwartungen, Aufgaben, gemeinsamen Werte, Führungsinstrumente bzw. -praktiken sowie tätigkeitsbezogene Anforderungen der Führungskräfte umfasst. Gleichzeitig ist wichtig, dass die Führungskultur auch gelebt wird. Das bedeutet, dass die Führungskräfte einen Weg finden, ihre eigenen Führungsansprüche und -muster mit dem Führungsleitbild zu vereinen. Da dies keine einfache Aufgabe ist, sollten Führungskräfte auf ihrem Weg vom Betrieb bzw. der Organisation aus unterstützt werden. Führungskräfte können beispielsweise durch verschiedene Trainings oder Qualifizierungen in der Umsetzung eines gesunden Führungsstils geschult werden. Weiterhin gibt es zahlreiche Gruppen- und Einzel-Coaching-Angebote für angehende oder erfahrene Führungskräfte zum Thema „Gesundes Führen“. Auch interne Führungs-Workshops können Führungskräften helfen, einen gesunden Führungsstil zu finden. Dies macht insbesondere dann Sinn, wenn ein (neues) Führungsleitbild bzw. eine (neue) Führungskultur etabliert werden sollen.

Gesunde Führung betrifft allerdings nicht nur die mittleren Führungskräfte, sondern auch höhere Hierarchieebenen. Dementsprechend sollten auch die Unternehmensführung und das Personalmanagement das Thema Gesundheitsförderung in ihrem Betrieb forcieren. Insgesamt kann es dabei hilfreich sein, die Gesundheit der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter neben den Qualitätszielen der Einrichtung mit dem Unternehmensleitbild zu verknüpfen und zu einem Teil der Unternehmenskultur zu machen.

20 Gregersen, Vincent-Höper & Nienhaus, 2013

21 Purbs, Posdizich, & Sonntag, 2018

22 Gregersen, Vincent-Höper & Nienhaus, 2013

23 Franke & Felfe, 2011



4. Strukturen eines Projektes zu gesunden Arbeitsbedingungen

Betriebliches Gesundheitsmanagement beschreibt das systematische und nachhaltige Bemühen um gesundheitsförderliche Gestaltung von Strukturen und Prozessen sowie die gesundheitsförderliche Befähigung der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter.²⁴ Dabei können vier Kernprozesse des Gesundheitsmanagements aufgeführt werden: Diagnostik, Planung, Interventionssteuerung und kontinuierliche Evaluation. Diese vier Kernprozesse sind auch im Verlauf eines Projektes zu gesunden Arbeitsbedingungen wiederzufinden und anzuwenden.

4.1 Vorgehensweise eines Projektes zu gesunden Arbeitsbedingungen

Die Vorgehensweise bei einem Projekt zu gesunden Arbeitsbedingungen kann sich z.B. an dem Konzept eines teambasierten Projektmanagements²⁵ orientieren:

- Projektetablierung
- Ist-Analyse
- Zielkonkretisierung
- Maßnahmenarbeit
- Umsetzungsphase
- Projektabschluss und Übergang in die Alltagsroutine

Im Folgenden werden die einzelnen Punkte des teambasierten Projektmanagements kurz erklärt. Dabei ist klar, dass es keine Musterlösung gibt, welche zu jeder Einrichtung passt, und dass die dargestellte Vorgehensweise in Zusammenarbeit mit den Beschäftigten an einrichtungsspezifische Anforderungen angepasst werden muss.

Die **Projektetablierung** umfasst die Bestimmung des Lenkungskreises und der Projektleiterin bzw. des Projektleiters sowie die Klärung der Rahmenbedingungen (Geld, Zeit, etc.). Dabei beträgt die Dauer der Einführungsphase in etwa ein Jahr.

Die Projektleiterin bzw. der Projektleiter sollte an dieser Stelle Kontakt mit den Krankenkassen aufnehmen, bei denen die Mehrzahl der Beschäftigten versichert ist, und sich selber zum Thema Gesundheitsförderung weiterbilden lassen. Nach der Klärung der Rahmenbedingungen sollten die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter darüber informiert werden, dass ein Projekt startet, welches gesunde Arbeitsbedingungen fördern soll. Bei großen Einrichtungen macht es Sinn, schon an diesem Punkt Expertinnen und Experten unter den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern auszuwählen, welche die Ergebnisse und Schritte des Projektes an die Belegschaft tragen. Ihnen sollte ebenfalls eine Grundschulung zum Thema Gesundheitsprävention angeboten werden, beispielsweise durch die Krankenkassen.

²⁴ Bertelsmann Stiftung & Hans-Böckler-Stiftung, 2004

²⁵ Fuchs-Frohnhofen & Borutta, 2011



Die **Ist-Analyse** soll allen Beteiligten einen Überblick über den derzeitigen Stand des betrieblichen Gesundheitsmanagements sowie den Arbeitsbedingungen geben. Dazu eignen sich vor allem Gefährdungsbeurteilungen (Kapitel 4.1) und Befragungen der Beschäftigten. Es kann sich für diese Erhebungen lohnen, eine externe Organisation mit ins Boot zu holen. Erheben Sie zusätzlich allgemeine gesundheitsbezogene Daten Ihrer Einrichtung (Entwicklung der Krankheitsquoten, häufig auftretende Krankheiten ...).

Im Rahmen des Projektes Pflege-Prävention 4.0 wurde eine solche Ist-Analyse mit Unterstützung des Deutschen Instituts für angewandte Pflegeforschung e.V. (DIP) durchgeführt. Als Instrument wurde der Fragebogen „Arbeitsbezogenes Verhaltens- und Erlebensmuster“ (AVEM) verwendet, welcher gesundheitsförderliche, aber auch -gefährdende Verhaltens- und Erlebensmuster erfasst, wodurch eine Begründung und Ableitung präventiver Maßnahmen sowie deren Erfolgskontrolle ermöglicht wird (Schaarschmidt et al. 2008).

Bei der **Zielkonkretisierung** können Sie auf Grundlage der Ergebnisse der Ist-Analyse definieren, was in Ihrem Projekt bis wann konkret erreicht sein soll und auf welche Bereiche Sie Ihre Aktivitäten am Anfang konzentrieren wollen. An dieser Stelle kann es sinnvoll sein, Meilensteine zu definieren, also Ziele oder Zustände, die bis zu einem bestimmten Zeitpunkt im Projekt erreicht sein sollen und einen wichtigen Abschnitt im Projektverlauf kennzeichnen.

Bei den St. Gereon Seniorendiensten stellte sich beispielsweise durch die vorausgehende Ist-Analyse heraus, dass die Hauswirtschaftskräfte ein deutlich schlechteres Verhaltens- und Erlebensmuster aufwiesen als die Pflegekräfte. Sie konnten daraus ableiten, dass im Rahmen des Projektes an Maßnahmen gearbeitet werden sollte, die besonders auf diese Beschäftigtengruppen abzielen.

Bei der **Maßnahmenerarbeitung** sollten Sie zunächst Vorschläge für mögliche Maßnahmen zur Verbesserung der Arbeitsbedingungen in Ihrer Einrichtung sammeln. Einige Beispiele für Maßnahmen finden Sie in Kapitel 5 dieser Broschüre.

Im Verlauf des Projektes Pflege-Prävention 4.0 zeigte sich, dass es viele Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter gab, denen gute Vorschläge zur Gesundheitsprävention einfielen. Wir sind aber auch auf Beschäftigte gestoßen, die sich mit neuen Verbesserungsideen oder veränderten Strukturen schwertaten.

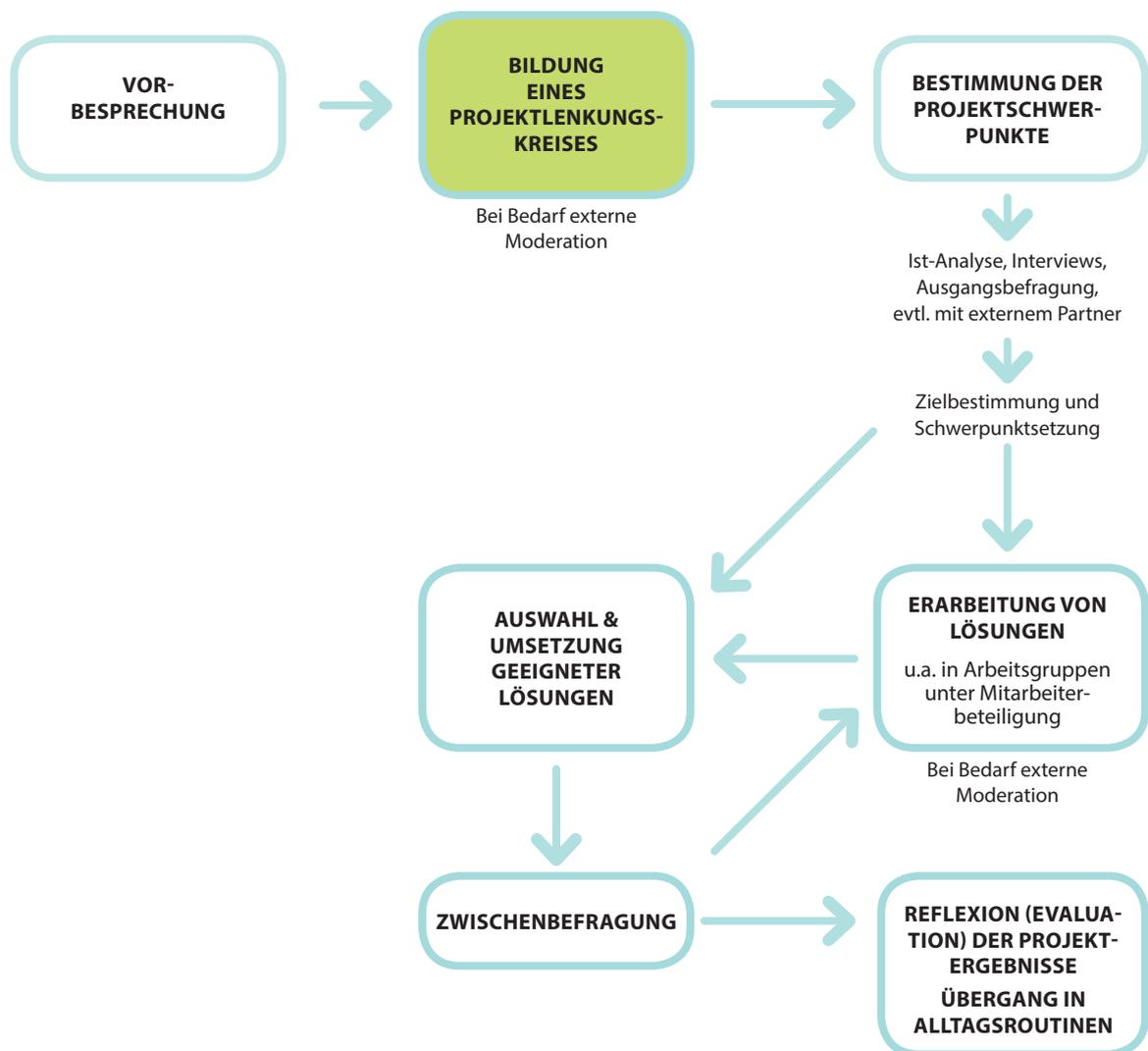
Um neue Ideen für Maßnahmen zu erlangen, die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter einer Einrichtung vielleicht gar nicht einfallen, weil sie schon so lange in bestehenden Strukturen arbeiten und sich ein anderes System als zu kompliziert oder unrealistisch vorstellen, kann es sinnvoll sein, nach außen zu schauen. Sie können Tagungen zu diesem Thema besuchen, sich zu Einzelthemen über konkrete Erfolge in anderen Einrichtungen informieren oder sich bei der BAuA (Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin, www.baua.de), der Initiative Neue Qualität der Arbeit INQA (www.inqa.de) oder an Hochschulen Erkenntnisse und Ideen einholen.

In der **Umsetzungsphase** werden die zuvor erarbeiteten Maßnahmen in den Betriebsablauf integriert. Die Koordination erfolgt durch die Projektleitung. In dieser Phase ist es wichtig, die Auswirkungen der Maßnahmen zu beobachten, durchgängig zu evaluieren und gegebenenfalls so zu justieren, dass sie zu den Arbeitsabläufen und den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern Ihres Betriebs passen. In der Umsetzungsphase kann es sinnvoll sein, Zwischenbefragungen mit den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern durchzuführen, um einen Eindruck davon zu bekommen, was an den eingeführten Maßnahmen noch verbessert werden kann oder muss.

Im Projekt Pflege-Prävention 4.0 wurden für die Zwischenbefragung Fokusgruppengespräche angewandt. Es zeigte sich, dass diese Gespräche in gewissen Bereichen einen tieferen und persönlicheren Einblick in die Arbeit der Pflegekräfte bieten als eine schriftliche Befragung. Ein weiteres Vorgehen für eine zwischenzeitliche Evaluation der Maßnahmen wurde bei dem Johanniter-Stift Köln-Kalk eingesetzt. Dort ergab sich das Problem, dass gesundheitspräventive Angebote von den Beschäftigten eines Wohnbereichs nicht so umfangreich angenommen wurden wie vom Rest der Belegschaft. Um diesem Problem nachzugehen, ließen sie sich von zwei externen Evaluatoren unterstützen, die für drei Tage in dem Betrieb hospitierten, um einen umfangreichen Eindruck von der Problemsituation zu erhalten. Sie konnten die Ursache für die mangelnde Beteiligung identifizieren und gemeinsam mit den Beschäftigten frühzeitig eine Lösung erarbeiten.

Bei **Projektabschluss** und Übergang in die Alltagsroutine sollte die Einführungsphase abgeschlossen sein und die Vorgehensweisen und Ergebnisse sollten reflektiert und evaluiert werden. Feiern Sie die Erfolge der Einführungsphase mit den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern und informieren Sie sie über die weiteren Schritte des Projektes.

Abbildung 3: Vorgehensweise des Projektes Pflege-Prävention 4.0



In Abbildung 3 sehen Sie eine Übersicht zum Ablauf des Projektes Pflege-Prävention 4.0, welcher sich ebenfalls an dem Konzept eines teambasierten Projektmanagements²⁶ orientierte. Nach einer anfänglichen Vorbesprechung erfolgten die Bildung eines Projektleitungskreises sowie die Bestimmung der Projektschwerpunkte. Unterstützt durch das DIP wurden in allen Partnerbetrieben Ist-Analysen durchgeführt, um daraus individuelle Zielbestimmungen und Schwerpunkte für die Partnerbetriebe ableiten und am Ende des Projektes eine Erfolgskontrolle durchführen zu können.

Für die Erarbeitung von konkreten Maßnahmen und die Bewertung dieser Lösungen wurden Arbeitsgruppen innerhalb der Partnerbetriebe gebildet, die sich aus freiwilligen Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern zusammen-

setzten und sich regelmäßig trafen. Dort wurden Lösungen und gesundheitspräventive Maßnahmen erarbeitet, deren Umsetzung geplant und evaluiert sowie eine Anpassung der Maßnahmen während des Projektes vorgenommen, wenn Anpassungsbedarf bestand. Neben den Arbeitsgruppen wurden aber auch weitere Methoden zur Einbeziehung möglichst vieler Beschäftigten in das Projekt umgesetzt. So richtete das Johanniter-Stift Köln-Kalk beispielsweise eine Vollversammlung aller Beschäftigten ein, um dort über gesundheitspräventive Maßnahmen zu diskutieren. Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter, die sich lieber anonym äußern wollten, hatten die Möglichkeit, ihre Gedanken schriftlich in eine „Wunschbox“ zu werfen. So hatten alle Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter die Möglichkeit, sich an dem Projekt zu beteiligen und ihre Wünsche und Gedanken zu teilen.

26 Fuchs-Frohnhofer & Borutta, 2011



Arbeitsgruppen sind eine effektive Möglichkeit, Beschäftigte in ein solches Projekt zu integrieren, aber nicht der einzige Weg zum Ziel. Es gibt eine große Methodenvielfalt in Bezug auf die Einbindung der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter, wobei bestimmte Methoden in bestimmten Betrieben oder Situationen besser passen als andere. Daher wird empfohlen, sich die Methoden im Rahmen eines solchen Projektes im Vorhinein unter Berücksichtigung des Projektziels genau zu überlegen und auf mehrere Methoden zurückzugreifen, wenn es sich anbietet.

Zum Ende des Projektes wurde erneut durch das DIP eine Mitarbeiterbefragung mit dem AVEM durchgeführt. Die Partnerbetriebe hatten so einen Überblick darüber, wie sich das arbeitsbezogene Erlebens- und Verhaltensmuster der Beschäftigten während dieses Projektes verändert hat. Dabei ist zu beachten, dass auch andere Faktoren, die nicht durch das Projekt beeinflussbar sind, zu einer Veränderung in der abschließenden Mitarbeiterbefragung beigetragen haben können. Daher sollten die Ergebnisse der abschließenden Befragung nur unter Vorsicht mit den Ergebnissen der Ausgangsbefragung verglichen werden, auch unter Anbetracht der Tatsache, dass viele Maßnahmen erst langfristig zu sichtbarem Erfolg führen.

4.2 Strukturen und Inhalte eines Projektes zu gesunden Arbeitsbedingungen

Im Folgenden ist eine grafische Darstellung der Strukturen und Inhalte eines Projektes zu gesunden Arbeitsbedingungen – wie es im Projekt Pflege-Prävention 4.0 getestet wurde – zu sehen (siehe Abbildung 4).

Die Strukturen eines solchen Projektes orientieren sich an drei Grundsätzen:

1. Die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter werden an den Strukturen und Gremien beteiligt.
2. Die Strukturen sind entscheidungsfähig.
3. Die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter werden als Expertinnen und Experten für ihre eigene Gesundheit und Arbeitsfähigkeit ernstgenommen.

Auf diesen Grundsätzen aufbauend wird empfohlen, ein Lenkungsteam zu bilden und eine Projektleiterin bzw. einen Projektleiter zu bestimmen. Im Lenkungsteam sollte die Einrichtungsleitung, die MV, Führungskräfte und Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter aus verschiedenen Bereichen vertreten sein. Um Arbeits- und Entscheidungsfähigkeit des Lenkungskreises zu optimieren, sollten nicht mehr als sechs Personen zu diesem dazugehören. Für das Projekt kann es außerdem förderlich sein, eine externe Moderation miteinzubeziehen.

Bei Bedarf können zu verschiedenen Thematiken, welche die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter besonders beschäftigen, Arbeitsgruppen eingerichtet werden. In diesen sollten Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter verschiedener Bereiche vertreten sein, um sicherzustellen, dass die Ergebnisse der Arbeitsgruppen in allen Bereichen des Betriebs auch umgesetzt und an die Belegschaft weitergetragen werden. Das Weitertragen der Ergebnisse der Arbeitsgruppen durch die Teilnehmerinnen und Teilnehmer an die Belegschaft ist ein wichtiger Faktor und sollte während der Laufzeit des Projektes nicht vernachlässigt werden, da dadurch das allgemeine Interesse an der Arbeitsgruppe und am Projekt sinken kann und neue Impulse möglicherweise nicht aufgenommen werden können.



Abbildung 4:
Schematische Darstellung
der Strukturen und Inhalte
eines Projektes zu gesunden
Arbeitsbedingungen

Strukturen eines Projektes zu gesunden Arbeitsbedingungen



Inhalte eines Projektes zu gesunden Arbeitsbedingungen



Aus den Arbeitsgruppen des Projektes Pflege-Prävention 4.0 konnten wir einige Tipps und Hinweise zur Gestaltung dieser Arbeitsgruppen herausarbeiten. Zum einen sollten Sie abwägen, ob die Einrichtungsleitung an den Arbeitsgruppen teilnehmen sollte oder nicht. Zu Anfang war die Einrichtungsleitung eines Stifts immer als Teilnehmerin bei den Arbeitsgruppen dabei. Dies hatte den Vorteil, dass ihr Wissen über die Handlungsmöglichkeiten und finanziellen Mittel der Einrichtung direkt in die Arbeitsgruppe eingebaut werden konnte und so Entscheidungen vor Ort schnell getroffen werden konnten. Nach einiger Zeit hatten wir jedoch den Eindruck, dass die Anwesenheit der Einrichtungsleitung die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter davon abhält, ihre ehrliche Meinung über Probleme darzulegen. Also haben wir beschlossen, die weiteren Arbeitsgruppen ohne Einrichtungsleitung durchzuführen und tatsächlich haben die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter freier und mehr über die Aspekte geredet, die sie im Arbeitsalltag stören.

Ein anderes Problem waren die Teilnehmerinnen- und Teilnehmerzahlen während der Sommermonate. Es sollte einrichtungsspezifisch entschieden werden, ob es sinnvoll ist, Arbeitsgruppen während der Sommermonate weiterzuführen. Im Projekt Pflege-Prävention 4.0 zeigte sich, dass zu viele Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter im Urlaub waren und nur sehr wenige Teilnehmerinnen und Teilnehmer erschienen. Es kann Sinn machen, die Arbeitsgruppen aktiv an die Schichtpläne anzupassen und auf die Tage zu legen, an denen die Teilnehmerinnen und Teilnehmer regelmäßig Dienst haben. Dabei sollte darauf hingewiesen werden, dass alle Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter, die noch nicht oder nur unregelmäßig teilgenommen haben, auch herzlich zu den Sitzungen eingeladen sind.





5. Hinweise für Arbeitgeber

5.1 Erstellung einer (physischen und psychischen) Gefährdungsbeurteilung als Grundlage für folgende Maßnahmen

Wie in Abschnitt 3.1 bereits erwähnt, ist es wichtig, die Auswahl und Umsetzung von präventiven Maßnahmen jeweils an den individuellen Betrieb bzw. die Bedürfnisse der Beschäftigten anzupassen. Um dies zu gewährleisten, ist der erste Schritt meistens eine umfangreiche **Gefährdungsbeurteilung**. Der Prozess einer Gefährdungsbeurteilung gliedert sich in sieben Schritte:²⁷

1. Arbeitsbereiche und Tätigkeiten festlegen

Zunächst wird ein konkreter Arbeitsplatz bzw. eine konkrete Tätigkeit festgelegt, für welche die Gefährdungsbeurteilung durchgeführt werden soll. Dies ist notwendig, da sich die Belastungen zwischen verschiedenen Tätigkeiten und Arbeitsbereichen unterscheiden können und die Maßnahmen möglichst gut an den individuellen Arbeitsplatz bzw. die Tätigkeit angepasst werden sollen.

Beispiel: Sie wollen den Bereich der Grundpflege für Pflegefachkräfte analysieren.

2. Gefährdungen ermitteln

Anschließend sollen die Gefährdungen der Tätigkeit oder des Arbeitsbereichs ermittelt werden. Um zu wissen, worauf Sie genau achten müssen, sollten Sie sich an Listen mit für die Tätigkeit oder den Arbeitsbereich charakteristischen Gefährdungen orientieren. Nach §5 des Arbeitsschutzgesetzes kann sich eine Gefährdung insbesondere durch folgende Faktoren ergeben:

- die Gestaltung und die Einrichtung der Arbeitsstätte und des Arbeitsplatzes,
- physikalische, chemische und biologische Einwirkungen,
- die Gestaltung, die Auswahl und den Einsatz von Arbeitsmitteln, insbesondere von Arbeitsstoffen, Maschinen, Geräten und Anlagen sowie den Umgang damit,
- die Gestaltung von Arbeits- und Fertigungsverfahren, Arbeitsabläufen und Arbeitszeit und deren Zusammenwirken,
- unzureichende Qualifikation und Unterweisung der Beschäftigten.

Beispiel: Sie identifizieren das häufige Heben und den hohen Zeitdruck als mögliche Gefährdungen, die in der Grundpflege für Pflegefachkräfte entstehen.

27 BAuA, 2016

3. Gefährdungen beurteilen

In diesem Schritt sollen die ermittelten Gefährdungen beurteilt werden. Wichtig ist, dass jede Gefährdung einzeln betrachtet und Schritt für Schritt beurteilt wird, von welchen Faktoren eine Gefährdung für die Gesundheit der Beschäftigten ausgeht. Auch hier ist es sinnvoll, unterstützende Instrumente, wie Checklisten oder Tabellen zu berücksichtigen.

Beispiel: Es stellt sich heraus, dass viele Pflegefachkräfte durch das häufige Heben unter Rückenbeschwerden leiden und der Zeitdruck im Vergleich zu anderen Tätigkeiten überdurchschnittlich hoch ist.

4. Ziele und Maßnahmen festlegen

Aus der Beurteilung heraus müssen nun Maßnahmen zur Verbesserung der Gefährdungssituation abgeleitet werden. Eine klare Definition der Ziele, die mit den ausgewählten Maßnahmen erreicht werden sollen, erleichtert eine spätere Bewertung der Maßnahmen. Die ausgewählten Präventionsmaßnahmen sollten individuell an jede Tätigkeit bzw. jeden Arbeitsbereich angepasst werden. Orientieren können Sie sich dabei beispielsweise an dem STOP-Prinzip.²⁸ Demnach können folgende Maßnahmen eingesetzt werden:

- Substitutionen, z.B. die Ersetzung von gesundheitsgefährdenden Stoffen durch harmlose Stoffe
- Technische Maßnahmen, z.B. der Einsatz von Personenliftern (siehe Kapitel 4.7)
- Organisatorische Maßnahmen, z.B. geregeltes Pausensystem
- Personen- und verhaltensbezogene Sicherheitsmaßnahmen, z.B. Angebote zur Verhaltensprävention, wie Sportkurse oder Vorsorgeuntersuchungen

Beispiel: Sie erarbeiten zusammen mit den Pflegefachkräften verschiedene Maßnahmen. Beispielsweise definieren Sie als eine Maßnahme die Einführung von Personenliftern. Außerdem optimieren Sie zusammen mit den Pflegefachkräften die Aufgabenverteilung, um Zeit zu sparen und den Druck zu reduzieren.

5. Maßnahmen durchführen

Nun sollen die festgelegten Maßnahmen in den jeweiligen Arbeitsbereichen umgesetzt werden. Sie sollten hier darauf achten, dass ganz konkret festgehalten wird, wie die Maßnahmen umgesetzt bzw. etabliert werden sollen. Konkretisieren Sie dazu wie, wo, wann, was, mit welchem Ziel stattfinden soll bzw. wer welche Teilaufgaben bis wann übernimmt.

Beispiel: Sie schaffen die Personenliftern an und eta-

blieren die neue Aufgabenverteilung. Alle Leitungskräfte wurden über die Maßnahmen so unterrichtet, dass sie auf Fragen der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter Antwort geben können. Es finden Weiterbildungen zum richtigen Umgang mit Hilfsmitteln statt, an denen alle interessierten Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter teilnehmen können.

6. Wirksamkeit der Maßnahmen überprüfen

Zur Überprüfung der Wirksamkeit können die im Vorhinein definierten Ziele helfen. So können Sie abschätzen, ob die erwarteten Ziele erreicht wurden bzw. welche Ziele nicht erreicht werden konnten. Zusätzlich können Sie die Zufriedenheit Ihrer Beschäftigten erfassen, was insbesondere bei personen- und verhaltensbezogenen Maßnahmen sinnvoll ist. Die Ergebnisse der Wirksamkeitsüberprüfung bilden die Grundlage für den folgenden Schritt des Fortschreibens.

Beispiel: Die Umsetzung der Maßnahmen ist nun sechs Monate her. Sie führen eine Mitarbeiterbefragung zur Zufriedenheit mit den Personenliftern und der neuen Aufgabenverteilung durch. Durch die Rückmeldung der Beschäftigten können Sie den Einsatz der Personenliftern und die Aufgabenverteilung nun weiter optimieren.

7. Fortschreiben der Gefährdungsbeurteilung nach Arbeitsschutzgesetz

Mit Hilfe der Informationen aus Schritt 6 sollten Sie die Maßnahmen anpassen. Ein Fortschreiben der Gefährdungsbeurteilung ist vor allem dann notwendig, wenn sich die Arbeitsbedingungen in einen Arbeitsbereich oder im Rahmen einer Tätigkeit ändern und so neue Gefährdungen auftreten bzw. das Ausmaß der Gefährdungen und Maßnahmen verändert werden könnten.

Beispiel: Die Funktionsfähigkeit der Personenliftern wird in regelmäßigen Abständen (z.B. von einer Fachexpertin bzw. einem Fachexperten) geprüft. Bei Mängeln werden Mittel neu angeschafft oder ersetzt. Wenn neue Hilfsmittel eingeführt werden, werden erneut Weiterbildungen zu diesen angeboten.

Jede Arbeitgeberin und jeder Arbeitgeber ist unabhängig von der Größe seines Betriebes und der Anzahl der Beschäftigten nach §5 des Arbeitsschutzgesetzes verpflichtet, eine Gefährdungsbeurteilung durchzuführen und Maßnahmen abzuleiten. Die Durchführung der Gefährdungsbeurteilung kann von der Einrichtung an andere fachkundige Personen, z.B. Fachkräfte für Arbeitssicherheit oder Betriebsärzte abgegeben werden, jedoch liegt die Verantwortung stets bei der Arbeitgeberin bzw.



dem Arbeitgeber selbst. Zusätzlich ist die Arbeitgeberin bzw. der Arbeitgeber nach §6 des Arbeitsschutzgesetzes zur Dokumentation der Ergebnisse der Gefährdungsbeurteilung, der abgeleiteten Maßnahmen, sowie der Ergebnisse der Wirksamkeitsprüfung verpflichtet.

Zur Unterstützung der Arbeitgeberinnen und Arbeitgeber werden bereits unterschiedliche Instrumente angeboten, die die einzelnen Schritte der Gefährdungsbeurteilung vereinfachen sollen. Eine Anleitung und weitere Informationen für eine Gefährdungsbeurteilung für die stationäre und ambulante Pflege findet man beispielsweise bei der Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege (BGW).²⁹ Dort wird auch ein Online-Tool angeboten, welches die einzelnen Aufgaben der sieben Schritte einer Gefährdungsbeurteilung in der stationären und ambulanten Pflege unterstützt.

5.1.1 Psychische Gefährdungsbeurteilung

Seit Oktober 2013 müssen bei der Durchführung der Gefährdungsbeurteilung nicht nur physische, sondern explizit auch psychische Gefährdungen berücksichtigt werden. Die Gemeinsame Deutsche Arbeitsschutzstrategie (GDA) nennt vier zentrale Anforderungsbereiche, die potenzielle Quellen psychischer Gefährdungen darstellen können (siehe Abbildung 5).³⁰

Der erste Bereich umfasst dabei den **Arbeitsinhalt bzw. die Arbeitsaufgabe**. Kritische Faktoren sind beispielsweise das Ausführen unvollständiger Aufgaben (z.B. nur vorbereitende Tätigkeiten), ein zu kleiner oder zu großer Handlungsspielraum (z.B. in Bezug auf die Arbeitsmethoden), zu wenig Abwechslung (z.B. häufige Wiederholungen von gleichartigen Handlungen), die Weitergabe von zu wenig oder zu viel Informationen, unklare Verantwortlichkeiten, eine Abweichung zwischen den Qualifikationsanforderungen und den Qualifikationen der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter (z.B. durch unzureichende Einarbeitung in die Tätigkeit) oder emotionale Inanspruchnahme (z.B. durch das ständige Eingehen auf die Bedürfnisse anderer Menschen).

Abbildung 5: Die vier Anforderungsbereiche in Anlehnung an die GDA (2018)



29 Weitere Informationen finden Sie auf der Homepage der BGW: https://www.bgw-online.de/DE/Arbeitssicherheit-Gesundheitsschutz/Gefahrungsbeurteilung/Gefahrungsbeurteilung_node.html
30 GDA, 2018

Die **Arbeitsorganisation** bildet einen weiteren wichtigen Bereich, der bei der Betrachtung psychischer Belastungen beachtet werden sollte. Kritische Faktoren beziehen sich hier beispielsweise auf die Arbeitszeit (z.B. Überstunden, Schichtarbeit), den Arbeitsablauf (Zeitdruck, hohe Taktbindung) oder die Kommunikation und Kooperation (z.B. isolierter Einzelarbeitsplatz).

Des Weiteren können sich auch Faktoren der **Arbeitsumgebung** negativ auf die psychische Gesundheit der Beschäftigten auswirken. Kriterien, die aufgrund dessen betrachtet werden sollten, sind physikalische und chemische Faktoren (z.B. Lärm), physische Faktoren (z.B. schwere körperliche Arbeit), die Arbeitsplatz- und Informationsgestaltung (z.B. räumliche Enge) und die Arbeitsmittel. Neben dem Arbeitsinhalt, der Arbeitsorganisation und der Arbeitsumgebung können die **sozialen Beziehungen** eine Quelle für psychische Gefährdungen sein. Dieser Bereich bezieht sich besonders auf die Beziehungen zu den Kolleginnen und Kollegen sowie den Vorgesetzten. Kritische Ausprägungen sind beispielsweise häufige Streitigkeiten zwischen den Kolleginnen und Kollegen oder fehlende Anerkennung/fehlendes Feedback durch die Vorgesetzten.

Auch hier ist zu betonen, dass es sich lediglich um eine exemplarische Auflistung von wichtigen Faktoren handelt. Die relevanten Kriterien, die in die Gefährdungsbeurteilung mit einbezogen werden, sollten stets individuell an die vorliegenden Arbeitsbedingungen angepasst und konkretisiert werden.

5.2 Arbeitszeit

Die Erstellung eines Dienstplanes, der die Wünsche und familiäre Situation der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter berücksichtigt, stellt in der Pflegebranche, in der eine 24-Stunden-Betreuung der Bewohnerinnen und Bewohner an 365 Tagen im Jahr sichergestellt werden muss, eine besonders große Herausforderung dar. Um die Belastung der Beschäftigten zu verringern, kann es sinnvoll sein, neue Arbeitszeitmodelle zu erarbeiten, zu erproben und individuell an die Einrichtung und die spezifischen Bedürfnisse der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter anzupassen.

Bei der Erarbeitung eines neuen Arbeitszeitmodells sollten zunächst einrichtungsspezifische Defizite erhoben werden. Um Mängel aufzudecken, können Befragungen anhand von Fragebögen, Interviews oder Fokusgruppengespräche von Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern ge-

nutzt werden. Je nach Einrichtung kann es auch sinnvoll sein, die Bewohnerinnen und Bewohner zu befragen, um herauszufinden, welche Angebote sie sich zu welcher Zeit des Tages wünschen und wie die Schichtbesetzung angepasst werden kann, um eine optimale Pflege zu bieten.³¹

Einige Maßnahmen bei der Umgestaltung von Arbeitszeit finden Sie hier:

1. Wechsel von der 5,5 Tage-Woche zur 5-Tage Woche

Wenn die wöchentliche Arbeitszeit der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter auf 5 statt 5,5 Tage aufgeteilt wird, haben diese mehr freie Tage und können ihr Sozialleben dadurch besser ausbauen und sich besser von der Arbeit erholen. Im Rahmen des Projektes „Innovative Arbeitszeitmodelle für ambulante und stationäre Pflegeeinrichtungen – inap Bremen“ konnte gezeigt werden, dass diese neue Arbeitszeitorganisation zu einer Erhöhung der Mitarbeiterzufriedenheit führt.³²

2. Abschaffung geteilter Dienste

Geteilte Dienste nehmen den Beschäftigten häufig die Möglichkeit, Familie und Beruf unter einen Hut zu bringen, da sie nicht genügend zusammenhängende Freizeit haben. Um genug Zeit zur Erholung und Planung zu schaffen, ist es ratsam, auf geteilte Dienste zu verzichten.

3. Verlängerung/Verkürzung der Dienstzeiten

Manchmal kann schon eine kleine Veränderung in den Dienstzeiten eine große Wirkung zeigen. Im Rahmen des Projektes Pflege-Prävention 4.0 wurde bei einem Praxispartner die Spätschicht auf Wunsch der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter um 30 Minuten verlängert. Durch diese kurze Zeit hatten die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter bereits weniger Zeitdruck und machten sich weniger Sorgen, etwas bei der Pflege vergessen zu haben.

4. Individuelle Schichtplangestaltung

Die Berücksichtigung der individuellen Bedürfnisse aller Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter bei der Schichtplangestaltung ist eine große Herausforderung, ist aber für das Erhalten der Gesundheit Ihrer Beschäftigten essenziell. So sollte darauf geachtet werden, dass vor allem Beschäftigte mit Kindern die Möglichkeit haben, diese in den Kindergarten zu bringen oder von der Schule abzuholen.

Ein gutes Beispiel für flexible, individuelle Schichtplangestaltung bieten die St. Gereon Seniorenheim aus Hückelhoven. Sie zeichnen sich dadurch aus,

31 Platzköster & Zimolong, 2008

32 Platzköster & Zimolong, 2008



dass sie neben ihren 220 Pflegekräften auch etwa 150 Auszubildende beschäftigen. Dadurch werden die Pflegekräfte sehr entlastet, da immer genug helfende Hände vorhanden sind, um den Pflegealltag zu bewältigen. Durch die Anwesenheit der Auszubildenden und eine hohe Anzahl an examiniertem Fachpersonal können die Wünsche der Beschäftigten im Hinblick auf ihre Arbeitszeit in den meisten Fällen erfüllt werden, ohne dabei die Mindestbesetzung zu gefährden.

5. Veränderter Einsatz der Teilzeitkräfte / Hauswirtschaft

Durch Befragungen der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter können Arbeitsspitzen herausgearbeitet werden, an denen die Teilzeitkräfte besonders gebraucht werden. Es kann außerdem sein, dass zu manchen Zeiten die Tätigkeitsbereiche von Hauswirtschaft und Pflegekräften kollidieren, sodass die Änderung der Arbeitszeiten der Hauswirtschaftskräfte sinnvoll sein kann.

6. Aufteilung der Pausenzeiten

In der Pflege können nicht alle Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter gleichzeitig Pause machen. Es kann sinnvoll sein, verschiedene Pausenslots zu etablieren, die hintereinanderliegen und auf die anwesenden Pflegerinnen und Pfleger aufgeteilt werden.

7. Teilzeit oder befristete Arbeitszeitreduzierung anbieten

Viele Pflegerinnen und Pfleger wollen nicht von einer Vollzeitstelle auf eine Teilzeitstelle wechseln, weil die Gehaltseinbußen zu hoch sind, um diese dauerhaft zu vertreten. Sollte eine Pflegekraft jedoch z.B. wegen einer pflegebedürftigen Person in der Familie gezwungen sein, die Arbeitszeit zu reduzieren, kann eine befristete Arbeitszeitreduzierung von einem oder mehreren Jahren angeboten werden. Dadurch hat die Pflegekraft genug Zeit, sich um familiäre Angelegenheiten zu kümmern und kann nach Ablauf der Zeit wieder normal in die Vollzeitarbeit einsteigen.

5.3 Arbeitsplatzwechsel/Rotation

Viele Beschäftigte, besonders im Bereich der Pflege, leiden unter einseitigen Belastungen, beispielsweise der stetigen Wiederholung von einzelnen Aufgaben. Dies beeinträchtigt sowohl die physische als auch psychische Gesundheit der Beschäftigten. Die Ausführung von einseitigen Aufgaben kann zu einem Monotonieempfinden führen, was wiederum in einem Stressgefühl und Burn-out-Symptomen enden kann.³³ Eine Möglichkeit, diesen einseitigen Belastungen entgegenzuwirken, ist es, den Beschäftigten die regelmäßige Variation bzw. Rotation zwischen verschiedenen Aufgaben oder Tätigkeitsbereichen zu ermöglichen.

Mit dem Prinzip des Arbeitsplatzwechsels (Job Rotation) kann die Tätigkeit von Beschäftigten abwechslungsreicher gestaltet werden. Nach diesem Prinzip rotieren die Beschäftigten in einem bestimmten Zyklus zwischen verschiedenen Tätigkeitsbereichen, um Monotonie und einseitige Belastungen zu minimieren. Langfristig ist das Ziel, die krankheitsbedingten Arbeitsausfälle zu minimieren und die Arbeitszufriedenheit der Beschäftigten zu steigern. Zusätzlich wird im Rahmen der Maßnahmen der Handlungsspielraum der Beschäftigten erweitert, was ebenfalls förderlich für die Gesundheit der Beschäftigten ist.³⁴

In Bezug auf Arbeitsplatzwechsel bzw. Rotationen kann man zwischen horizontalen und vertikalen Rotationen unterscheiden. Bei horizontalen Rotationen wechseln die Beschäftigten ausschließlich zwischen gleichwertigen Aufgaben, also solchen mit demselben Anforderungsprofil, wie beim ursprünglichen Tätigkeitsbereich. Dementsprechend befinden sich alle Aufgaben, zwischen denen die Beschäftigten rotieren, auf demselben Anforderungsniveau.

33 Melamed, Ben-Avi, Luz & Green, 1995

34 Dahlgaard, 2007

Anders sieht es bei der vertikalen Rotation aus. Hier wechseln die Beschäftigten nicht nur zwischen gleichwertigen Aufgaben, sondern auch zwischen Aufgaben mit einem höheren Anforderungsniveau. Ein Beispiel hierfür wäre das Wechseln zwischen Tätigkeiten der Grundpflege und administrativen Aufgaben, wie der Gestaltung von Dienstplänen oder Veranstaltungen. Ähnlich wie beim Job Enrichment (siehe Kapitel 5.5.2) wachsen auch hier die Verantwortung und der Handlungsspielraum der Beschäftigten.

Bei der Job Rotation ist ein angemessener Rotationszyklus wichtig. Sind die Abstände zu groß, treten weiterhin Monotonie und einseitige Belastungseffekte auf. Aber auch zu kleine Abstände wirken durch Überforderung belastend auf die Beschäftigten. Des Weiteren sind auch eine gute Kommunikation und Organisation zwischen den rotierenden Beschäftigten von großer Bedeutung, damit die Aufgabenwechsel möglichst problemlos ablaufen und keine Aufgaben unter den Tisch fallen. Eine Grundvoraussetzung für Arbeitsplatzwechsel ist, dass die Einrichtung ausreichend Tätigkeiten bietet zwischen denen rotiert werden kann. Besonders bei den horizontalen Rotationen kann es eine Schwierigkeit sein, mehrere Tätigkeiten zu identifizieren, auf die dasselbe Anforderungsprofil zutrifft.

Die Identifizierung der unterschiedlichen Aufgaben kann anhand verschiedener Methoden durchgeführt werden. So können zum Beispiel Dokumente, in denen die Aufgaben der verschiedenen Beschäftigungsgruppen beschrieben werden, analysiert und mit der realen Verteilung von Aufgaben abgeglichen werden. Diese kann zum Beispiel durch Interviews, Workshops, Fragebögen oder Selbstenennungen erfasst werden.³⁵

Diese Maßnahmen bieten sowohl den Beschäftigten als auch Ihnen als Arbeitgeberin bzw. Arbeitgeber verschiedene Vorteile. Neben der Reduktion von einseitigen Belastungen und Monotonie wird so auch das Erfahrungsspektrum der Beschäftigten erweitert. Die Beschäftigten haben so die Möglichkeit, verschiedene Tätigkeitsbereiche kennenzulernen und können die verschiedenen Tätigkeiten besser in Bezug zueinander stellen. Dadurch können sie flexibler eingesetzt werden und Personalausfälle oder Urlaubsvertretungen können leichter organisiert werden. Zusätzlich wird die innere Organisation und Kommunikation gestärkt, da diese für die regelmäßigen Rotationen unerlässlich ist.

5.4 Neuordnung von Aufgaben

Die Neuordnung von Aufgaben hat sich im Projekt Pflege-Prävention 4.0 als eine wirksame Maßnahme für die Reduzierung des Belastungsempfinden der Pflegekräfte erwiesen. Neuordnung meint in diesem Sinne eine Identifizierung von Tätigkeiten, die von Pflegekräften ausgeführt werden und eine Neuverteilung dieser Tätigkeiten. Gegebenenfalls sollten auch andere Berufsgruppen bei der Neuverteilung der Aufgaben miteinbezogen werden, denn vor allem das Ausführen von Tätigkeiten außerhalb des eigentlichen Arbeitsbereiches ist ein großer Belastungsfaktor für Pflegekräfte.³⁶ Um die Aufgaben zu identifizieren, können die in Kapitel 4.1 genannten Methoden genutzt werden.

Bei einem unserer Praxispartner gab es die Situation, dass Pflegekräfte sehr viel Zeit mit Tätigkeiten im Bereich der Hausarbeit verbracht haben. Damit ist z.B. Bettenmachen, Waschen oder Tischdecken gemeint. Da diese Aufgaben nicht einfach unerledigt bleiben können, fehlte den Beschäftigten die benötigte Zeit in der eigentlichen Pflegearbeit.

Durch eine Analyse der Aufgaben konnten die Tätigkeiten in patientennahe Tätigkeiten (z.B. Grundpflege, Behandlungspflege) und patientenferne Tätigkeiten (z.B. Hausarbeit) aufgeteilt werden. Daraufhin wurden mehrere neue Hauswirtschaftskräfte eingestellt und die Aufgaben wurden neu verteilt. Im Projekt Pflege-Prävention 4.0 war die Kommunikation zwischen den Projektpartnern und den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern zu diesem Zeitpunkt durch die langfristige Erkrankung einer Leitungsperson eingeschränkt, was dazu führte, dass zu Beginn der Aufgabenneuverteilung Unklarheit über gewisse Zuständigkeiten existierte. Außerdem hat die plötzliche Einstellung so vieler neuer Hauswirtschaftskräfte manche Pflegekräfte verängstigt, da sie um eine Kürzung ihrer Stellen fürchteten. Es zeigt sich also, dass es bei der Neuordnung von Aufgaben immens wichtig ist, diese verständlich und kommunikativ an alle Beteiligten heranzutragen und vor Ort eine oder mehrere Verantwortliche für die Umstellung zu haben, die sich mit auftretenden Unklarheiten und Unsicherheiten befassen und den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern die Möglichkeit geben, Rückfragen zu stellen und Bedenken zu äußern.

Nach der durch diese Schwierigkeiten ungewöhnlich langen Eingewöhnungsphase etablierte sich die Neuverteilung der Aufgaben gut und die Pflegekräfte fühlten sich durch die Arbeit der Hauswirtschaft entlastet.

35 BMI & BVA, 2018

36 Fuchs-Frohnhofen, Dörpinghaus, Borutta & Bräutigam, 2011



5.5 Aufgabenerweiterung

Neben der Rotation bzw. dem Wechsel verschiedener Tätigkeitsfelder, besteht ebenfalls die Möglichkeit, das Aufgabenfeld der Beschäftigten zu erweitern. Auch eine Aufgabenerweiterung kann einseitigen Belastungen entgegenwirken, die fachlichen Horizonte der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter erweitern und zu einer gesünderen Arbeitsweise beitragen. Es gibt verschiedene Formen bzw. Möglichkeiten, das Aufgabenfeld der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter zu erweitern. Im Folgenden sollen gängige Umsetzungsvarianten genauer beschrieben werden.³⁷

5.5.1 Job Enlargement

Beim Job Enlargement soll der Arbeits- bzw. Aufgabebereich der Beschäftigten erweitert bzw. vergrößert werden. In diesem Falle erhalten die Beschäftigten zusätzliche Aufgaben, welche dem Anforderungsprofil ihrer bisherigen Tätigkeiten entsprechen. Es handelt sich entsprechend um eine horizontale Aufgabenerweiterung. Diese zusätzlichen Aufgaben sollen langfristig durch die Erweiterung des Aufgaben- und Entscheidungsspielraums zu einer höheren Arbeitszufriedenheit führen. Die Beschäftigten sollen so einen Arbeitsprozess länger betreuen, um Schnittstellen und interne Abstimmungen zu reduzieren und sich stärker mit dem Arbeitsprozess identifizieren zu können. Dadurch sollen bei den Beschäftigten Lern- und Motivationseffekte gestärkt und gleichzeitig einseitigen Belastungen vorgebeugt werden.

Zu beachten ist, dass diese Maßnahme für die Beschäftigten Zeit in Anspruch nimmt, was bei der Umsetzung berücksichtigt werden muss. Zudem dürfen die Pflegekräfte durch die zusätzlichen Aufgaben nicht überfordert werden, es muss also auf ein angemessenes Pensum an neuen Aufgaben und eine zeitliche Reduzierung der bisherigen Aufgaben geachtet werden.

Im Bereich der Pflege kann Job Enlargement vor allem in der Grund- und Behandlungspflege angewendet werden. Hier können Aufgaben mit unterschiedlichen Belastungen mit einbezogen werden.

5.5.2 Job Enrichment

Das Job Enrichment stellt das Prinzip der Arbeits- bzw. Aufgaben**bereicherung** dar. Auch hier werden – wie beim Job Enlargement – von den Beschäftigten neue bzw. andere Aufgaben übernommen. Hier werden allerdings auch Aufgaben hinzugefügt, die das Anforderungsniveau der bisherigen Aufgaben überschreitet. Im Vergleich zum Job Enlargement handelt es sich also nun nicht mehr um eine horizontale, sondern vielmehr um eine vertikale Aufgabenerweiterung.

Der Hintergrundgedanke dieser Maßnahme ist, dass sich die Beschäftigten durch die zusätzlich übertragene Verantwortung und Anerkennung mehr wertgeschätzt fühlen und motiviert werden. Studien konnten zeigen, dass nicht nur eine finanzielle Entlohnung, sondern auch Anerkennung und Unterstützung ein Ausgleich für die Anstrengungen der Beschäftigten darstellen und das Gleichgewicht zwischen Mühen der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter und Entlohnung aufrechterhalten.³⁸ Des Weiteren kann das Job Enrichment auch so gestaltet werden, dass die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter einen Arbeitsprozess längerfristig begleiten. Dadurch bietet sich für die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter die Möglichkeit, Arbeitsschritte besser miteinander zu verknüpfen und zu betreuen.

Allerdings sind auch bei dieser Maßnahme bestimmte Aspekte zu beachten, damit die gewünschten Effekte erzielt werden können. Ein wichtiger Punkt ist, dass durch die neuen Aufgaben aus einer höheren Anforderungsebene keine Überforderung entstehen darf. Den Beschäftigten muss ausreichend Zeit zur Verfügung gestellt werden, sich mit den neuen Aufgaben auseinanderzusetzen und sich einzuarbeiten. Zusätzlich muss den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern mit den neuen Aufgaben auch mehr Verantwortung, Kontrolle und Autonomie übergeben werden. In manchen Fällen ist es sinnvoll, den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern Weiterbildungen anzubieten, um sie auf die Aufgabenerweiterung vorzubereiten.

Im Bereich der Pflege lässt sich diese Maßnahme auf unterschiedlichen Wegen umsetzen, wie beispielsweise durch die Einführung von Planungs- und Leitungsaufgaben in das Tätigkeitsfeld der Beschäftigten. Beschäftigte im Bereich der Grund- und Behandlungspflege könnten beispielsweise Aufgaben der Einsatz- oder Pflegeplanung oder Beratungstätigkeiten übernehmen.³⁹

³⁷ In der Handlungsanregung „Neue Geschäftsmodelle in der Altenpflege als Rahmen für gesunde Arbeit“, die ebenfalls im Rahmen des Projektes Pflege-Prävention 4.0 erschienen ist, finden Sie Hinweise, wie sich Geschäftsmodellentwicklung und gesundheitsförderliche Arbeitsgestaltung gut miteinander verbinden lassen.

³⁸ Siegrist, 1996

³⁹ Ciesinger, 2016

5.5.3 Fachexpertenrollen

Fachexpertenrollen sind eine Möglichkeit, um den Aufgabenbereich einer Pflegekraft zu erweitern. Beispiele für Fachexpertenrollen sind Hygienebeauftragte, Sicherheitsbeauftragte, Wundbeauftragte oder Lagerbeauftragte. Die Fachexpertenrolle ist mit einer vorher besprochenen Freistellung verbunden, in welcher der Aufgabe nachgegangen werden kann. Für gewisse Rollen sollten der Pflegekraft entsprechende Schulungen bereitgestellt werden.

Fachexpertenrollen haben den Vorteil, dass sie in den meisten Fällen kognitive Leistungen erfordern und nicht physische Leistungen, wie viele Tätigkeiten im Pflegebereich. Dadurch kann ein gewisser Ausgleich für die Expertinnen und Experten geschaffen werden. Des Weiteren kann durch das gezielte Ansprechen einer Person für eine Expertenrolle Wertschätzung ausgedrückt werden.

Viele der Aufgaben, die sich für Fachexpertenrollen eignen, können nur von examinierten Pflegekräften übernommen werden. Um auch Pflegehilfskräfte einzubinden, wurde im Projekt Pflege-Prävention 4.0 angestrebt, Tandems aus einer Pflegefachkraft und einer Pflegehilfskraft zu bilden und die Fachexpertenrolle von beiden Personen in Zusammenarbeit ausführen zu lassen.

Im Projekt hat sich gezeigt, dass einige Fachexpertenrollen schwer zu besetzen sind, da sie mit unangenehmen Aufgaben zusammenhängen. So wird bei der Rolle der bzw. des Sicherheitsbeauftragten befürchtet, ein negatives Bild bei den Kolleginnen und Kollegen zu hinterlassen, sobald man sie auf gefährdendes Verhalten hinweist. Bei solch einer Problematik kann es helfen, die Fachexpertenrolle nicht nur allgemein vorzustellen, sondern gezielt Personen anzusprechen, die für die Position geeignet sind.

5.5.4 Fort- und Weiterbildung

Es gibt eine Vielzahl von möglichen Fort- und Weiterbildungen für verschiedene Berufsgruppen in der Pflege. Die Teilnahme an Fort- und Weiterbildungen kann aus mehreren Gründen einen positiven Einfluss auf die Gesundheit der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter haben. Zum einen können die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter durch die neu erworbene fachliche Kompetenz Aufgaben im Arbeitsalltag besser bewältigen oder – je nach Ausbildung – sogar neue Tätigkeiten ausführen. Außerdem ist das Angebot der Arbeitgeberin bzw. des Arbeitgebers, den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern Fort- und Weiterbildungen anzubieten, ein Ausdruck der Wertschätzung des Potenzials und der Fähigkeiten einer Pflegekraft.

Einige große Träger bieten in den eigenen Kreisen Möglichkeiten zur Fort- und Weiterbildung an, wobei die Kurse auch an externen Schulen absolviert werden können und somit auch für kleinere Pflegeheime eine Option sind.

Über große Träger wie die Johanniter können kurze Fortbildungen organisiert werden, die nur 90 Minuten dauern und verschiedene Themenbereiche abdecken können: Alzheimer, Beatmung, Depressionen, Gewalt in der Pflege, Hygiene, Interkulturelle Pflege und vieles mehr. Angebote dieser Art sind für die Einrichtung leicht zu organisieren und auch die Teilnahmeschwelle der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter ist sehr niedrig. Kleine Kurse bieten sich vor allem bei konkreten Problemsituationen an, beispielsweise wenn häufiger Probleme bei einem spezifischen Krankheitsbild auftreten oder eine kurze Weiterbildung zu einem bestimmten Thema von den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern direkt gewünscht wird. Sie eignen sich außerdem, um die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter mit Fort- und Weiterbildungen vertraut zu machen und sie somit zu motivieren, an längeren Kursen teilzunehmen.

Zusätzlich zu diesen kurzen Lehrgängen gibt es auch Weiterbildungen, die über mehrere Wochen, Monate oder ein Jahr berufsbegleitend an einem oder mehreren Terminen in der Woche absolviert werden können. Sehr umfangreiche Ausbildungen (z.B. Praxisanleiterin bzw. Praxisanleiter, Wohnbereichsleitung) können einen Stundenaufwand von bis zu 500 Unterrichtsstunden haben, kleine Ausbildungen (z.B. Wundexperte bzw. Wundexpertin, Palliativ Care) beinhalten zwischen 50 und 200 Unterrichtsstunden.

Im Folgenden finden Sie verschiedene Fort- und Weiterbildungsangebote und die Webseiten verschiedener Anbieter. Welche Kurse für eine Einrichtung und ihre Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter geeignet sind, muss jedoch einrichtungsspezifisch und standortabhängig bestimmt werden.

- Praxisanleiterin/-anleiter
- Wohnbereichsleitung
- Pflegedienstleitung
- Wundexpertin/-experte
- Palliativ Care
- Medizinische Behandlungspflege
- Hebe- und Lagekurs
- Geriatrieexpertin/-experte
- Diabetesexpertin/-experte



Auf den folgenden Webseiten erhalten Sie durch verschiedene Anbieter einen guten Überblick über aktuelle Weiterbildungsangebote:

- www.bzpg.de
- www.kaiserswerther-diakonie.de/de/ueber-die-kaiserswerther-diakonie/bildung-erziehung/kaiserswerther-seminare/fort-und-weiterbildungsangebote.html
- www.caritas-akademie-koeln.de/weiterbildungen.php
- www.asklepios-fuw-nordhessen.de
- www.awo-essen.de
- akademie.tuv.com
- www.bayerische-pflegeakademie.de

Im Projekt Pflege-Prävention 4.0 zeigte sich, dass das Interesse der Belegschaft, an Weiterbildungen teilzunehmen, von einigen Faktoren abhängt und leider nicht immer einfach zu wecken ist. Vor allem bei großen Weiterbildungen, wie der zur Praxisanleiterin bzw. zum Praxianleiter, müssen genügend (finanzielle) Anreize vorhanden sein und genügend Zeit, um die Aufgaben der Praxisanleitung im Pflegealltag unterzubringen.

5.6 Innovative Laufbahngestaltung

Unter Laufbahngestaltung wird das Durchlaufen unterschiedlicher Laufbahnpositionen und Tätigkeitsfelder verstanden. Da die Positionen, welche eine Pflegekraft innehaben kann, begrenzt sind, macht es Sinn, sich vor allem mit der vertikalen Laufbahngestaltung seiner Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter zu beschäftigen, also die Veränderung der Tätigkeitsfelder während der beruflichen Laufbahn.

Um eine innovative und erfolgreiche Laufbahngestaltung sicherzustellen, ist es wichtig, sich individuell mit den Kompetenzen, Fähigkeiten und Wünschen der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter auseinanderzusetzen. Die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter sollten dazu motiviert werden, sich selber mit ihren Kompetenzen und Wünschen zu beschäftigen, und sollten über Möglichkeiten informiert werden, sich mit Leitungskräften bzw. der Einrichtungsleitung über einen möglichen Tätigkeitswechsel auszutauschen.

Ein Tool zur Laufbahngestaltung, welches an die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter weitergegeben werden kann, ist der Laufbahnkoffer. Auf der Webseite⁴⁰ können verschiedene berufliche Laufbahnen von Pflegekräften als Profile durchgelesen werden, außerdem bietet sie Tools zur Kategorisierung der eigenen Kompetenzen und Definition von Zielen.

5.7 Work-Life-Balance in der Lebensperspektive/Arbeitszeitgestaltung

Der Begriff Work-Life-Balance taucht immer häufiger in Print- und Onlinemedien auf. Er setzt sich aus den englischen Wörtern für „Arbeit“ und „Leben“ zusammen und beschreibt die Vereinbarkeit von Berufs- und Privatleben. Es gibt verschiedene Definitionen des Begriffs und verschiedene Diskurse darüber, ob in der sich schnell digitalisierenden Welt von heute „Arbeit“ und „Leben“ wirklich noch als zwei getrennte Welten gesehen werden können.

Die Definition von Work-Life-Balance nach dem Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend lautet wie folgt:

„Work-Life-Balance bedeutet eine neue, intelligente Verzahnung von Arbeits- und Privatleben vor dem Hintergrund einer veränderten und sich dynamisch verändernden Arbeits- und Lebenswelt. Betriebliche Work-Life-Balance Maßnahmen zielen darauf ab, erfolgreiche Berufsbiographien unter Rücksichtnahme auf private, soziale, kulturelle und gesundheitliche Erfordernisse zu ermöglichen. Ein zentraler Aspekt ist die Balance von Familie und Beruf. Integrierte Work-Life-Balance Konzepte beinhalten bedarfsspezifisch ausgestaltete Arbeitszeitmodelle, eine angepasste Arbeitsorganisation, Modelle zur Flexibilisierung des Arbeitsortes wie Telearbeit, Führungsrichtlinien sowie weitere unterstützende und gesundheitspräventive Leistungen für die Beschäftigten.“⁴¹

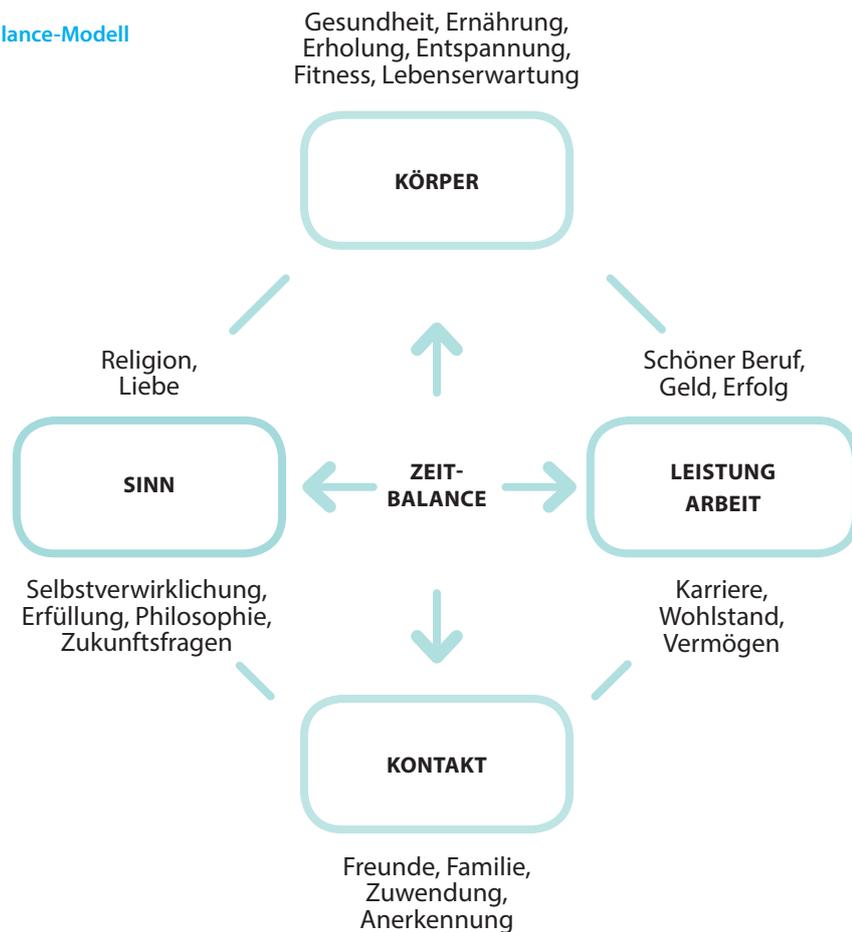
In dieser Definition sind einige Maßnahmen für die Verbesserung der Work-Life-Balance angegeben, jedoch lassen sich viele Maßnahmen, die in anderen Branchen funktionieren, nicht auf die Pflegebranche anwenden (z.B. Telearbeit).

⁴⁰ www.laufbahnkoffer-pflege.ch/

⁴¹ BMFSFJ, 2005, S. 4



Abbildung 6: Zeit-Balance-Modell nach Seiwert (2014)



In der Pflege kann es sehr leicht zu Konflikten zwischen der Arbeit und dem Privatleben kommen. Dienste am Wochenende erschweren das Aufrechterhalten sozialer Kontakte, Frühdienste machen es schwer, die Kinder in den Kindergarten zu bringen. Wenn Kolleginnen und Kollegen unerwartet krank werden, muss man vielleicht auch mal an einem eigentlich freien Tag arbeiten. Diese Situationen sind Beispiele für einen Spilling-Over-Effect⁴² bei dem ein Lebensbereich auf den anderen „überschwappt“ und ihn beeinflusst. Dieser Effekt bezieht sich auf positive wie auch negative Einflüsse vom Beruf auf das Privatleben, als auch auf positive und negative Einflüsse vom Privatleben auf den Beruf. Das Zusammenspiel verschiedener Lebensbereiche zeigt auch das Zeit-Balance-Modell von Seiwert (2014, siehe Abbildung 6).⁴³

Für viele Pflegekräfte ist der Beruf eine Herzenssache, sie sind bereit, dafür am Wochenende und an Feiertagen zu arbeiten. Jedoch zeigt sich auch, dass das Konfliktpotenzial bezogen auf Work-Life-Balance durch Faktoren wie intrinsische Motivation, Identifikation mit dem Arbeitgeber, Commitment und hohe Anforderungen steigt.⁴⁴

Die Dauer, Lage und Verteilung der Arbeitszeit haben einen entscheidenden Einfluss auf das psychische und physische Wohlbefinden der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter.⁴⁵ In der Altenpflege muss eine kontinuierliche Versorgung der Bewohnerinnen und Bewohner sichergestellt werden, deswegen kann es eine Herausforderung sein, einen Schichtplan zu erstellen, der auf die Work-Life-Balance der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter achtet. Flexible Arbeitszeiten sind nur möglich, wenn ein Heim eine sehr hohe Zahl an Beschäftigten hat, was bei den wenigsten der Fall ist.

42 Collatz & Gudat, 2011

43 Seiwert, 2014

44 Eby, Casper, Lockwood, Bordeaux & Brinley, 2005

45 verdi, 2018



Trotzdem können individuelle Maßnahmen erarbeitet werden, die die Belastung der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter reduzieren. Im Rahmen des Projektes Pflege-Prävention 4.0 wurde im Johanniter-Stift Köln-Kalk eine Arbeitsgruppe zum Thema Work-Life-Balance eingeführt. Dort wurde zum Beispiel durchgesetzt, dass fehlendes Personal häufiger durch Kolleginnen und Kollegen aus einer Zeitarbeitsfirma kompensiert wurde und dadurch nicht mehr so häufig Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter des Stifts aus dem Frei geholt werden mussten. Außerdem wurden neue Stellen in der Hauswirtschaft geschaffen, die den Pflegekräften mittlerweile bei den Essensausgaben viel Arbeit abnehmen.

Um die Work-Life-Balance der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter zu verbessern, ist es vor allem wichtig, dass sie durch gute Beispiele, Workshops, Weiterbildungen oder sonstige Veranstaltungen dazu motiviert werden, sich mit der eigenen Work-Life-Balance zu beschäftigen und diese eigenaktiv anzugehen. Um diese Motivation zu fördern, können zum Beispiel Workshops angeboten werden, in denen die Teilnehmerinnen und Teilnehmer ihre eigenen Lebensbereiche (siehe Abbildung 6) betrachten und den Ist-Zustand sowie den Soll-Zustand ermitteln. Dadurch können Bedürfnisse konkretisiert werden und danach, auch in Zusammenarbeit mit der Arbeitgeberin bzw. dem Arbeitgeber, angegangen werden.

Eine weitere Maßnahme, um die Work-Life-Balance der Beschäftigten zu verbessern, ist die Motivation zu gesundheitsförderlichen Verhaltensweisen. Die St. Gereon Seniorendienste haben eine Vielzahl von Möglichkeiten gefunden, ihre Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter zu mehr Bewegung und Sport zu motivieren. Dies wurde unter anderem durch den „Gereonlauf“ erreicht, ein Gehwettbewerb, in dem alle Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter, die über einen gewissen Zeitraum jeden Tag mehr als 10.000 Schritte zurückgelegt haben, drei Sonderurlaubstage für das Jahr erhalten haben. Auch die Teilnahme einer betrieblichen Mannschaft an örtlichen Fußballturnieren oder kurzen Laufveranstaltungen motivieren die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter zu mehr Bewegung und stärken das Teamgefühl in der Belegschaft.

5.8 Nutzerfreundliche Techniken zur Belastungsreduktion

Die Pflegebranche zeichnet sich dadurch aus, dass menschlicher, emotionaler Kontakt zwischen Bewohnerinnen und Bewohnern und Pflegerinnen und Pflegern ein wichtiger Teil des Berufs ist und dass vor allem soziale Kompetenzen gebraucht werden. Es ist auf den ersten Blick also nicht klar, wieviel Entlastung Technikeinsatz in der Pflege wirklich erreichen kann, da die Pflegekräfte vor allem unter Zeitdruck und Personalmangel leiden und Ihre zwischenmenschlichen Aufgaben nicht einfach auf eine Maschine übertragen werden können.

Es gibt jedoch Möglichkeiten, Technik in der Pflege zu benutzen, um Arbeitsabläufe zu vereinfachen, körperliche Aufgaben teilweise an Maschinen abzugeben und Prozesse so zu digitalisieren, dass sie schneller und nutzerfreundlicher zu handhaben sind.

Eine große Hürde bei der Einführung von neuen Techniken in einer Pflegeeinrichtung ist die fehlende Akzeptanz von Pflegekräften und Bewohnerinnen und Bewohnern. Vor allem ältere Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter äußern bei der Einführung von neuen Systemen oft Ängste davor, dass die Technik zu kompliziert ist und sie und die Bewohnerinnen und Bewohnern den Systemen ausgeliefert sind.⁴⁶ Auch bei schon eher verbreiteten Geräten wie Personenliften und Hebehilfen kann es dazu kommen, dass die Geräte zwar vorhanden sind, aber von 35-50% der Belegschaft nicht genutzt werden.⁴⁷

Es ist wichtig, die Ängste und Zweifel der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter deswegen zu thematisieren und sie – so gut wie möglich – auch hier in den Entscheidungsprozess und die konkrete Maßnahmenfindung miteinzu binden. Bevor nicht ein Mindestmaß an Akzeptanz für ein neues System hergestellt ist, ist es auch schwer, dieses erfolgreich einzuführen.⁴⁸

Bei allen neuen Technikmaßnahmen ist es unerlässlich, den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern eine (verpflichtende) Schulung zu bieten, damit die Einführung so reibungslos wie möglich funktioniert. In vielen Fällen bieten die Hersteller von Systemen selber Schulungen an. Wie lange die Einarbeitungsdauer durch externe Fachleute dauern soll, hängt von der Komplexität des Gerätes ab. Bei einer Hebehilfe kann ein kurzer Kurs reichen, während die Einarbeitung in ein neues Dokumentationssystem oder in den Umgang mit einem Pflegeroboter auch eine Woche in Anspruch nehmen kann.⁴⁹

46 Hielscher, Nock & Kirchen-Peters, 2015

47 Pitsch, 2001

48 Künemund, 2015

49 Hielscher, Nock & Kirchen-Peters, 2015

Nach der Einarbeitung aller Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern werden immer wieder Fragen zu den Geräten aufkommen. Zu diesem Zweck ist sinnvoll, eine Beauftragte bzw. einen Beauftragten für das eingeführte System zu bestimmen, die bzw. der als Mentorin oder Mentor zur Verfügung steht, sobald die externen Fachleute nicht mehr präsent sind. Diese bzw. dieser Beauftragte ist außerdem dafür verantwortlich, neue Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter mit dem Gebrauch des Systems vertraut zu machen und ihnen bei Fragen zur Seite zu stehen. Sollte die Wohnbereichsleitung feststellen, dass viele Fragen doch noch nicht geklärt sind oder dass neuen Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern die Bedienung des Geräts oder des Systems schwerfällt, können Auffrischungsschulungen sinnvoll sein.

Im Folgenden werden verschiedene Möglichkeiten für Techniken aufgeführt, die die Belastung von Pflegekräften reduzieren können. Die Komplexität, die Anschaffungskosten und der Einführungsaufwand unterscheiden sich bei den verschiedenen Maßnahmen, so ist zum Beispiel eine Hebehilfe oder ein Weglaufschutz schneller in den Arbeitsalltag integriert als ein neues digitales Dokumentationssystem. Außerdem ist zu beachten, dass manche der Maßnahmen schon jetzt im Pflegealltag existieren oder die Einführung in der Pflegebranche kurz bevorsteht, wie beispielsweise digitale Dokumentationssysteme, während andere Techniken zum aktuellen Zeitpunkt noch nicht so ausgereift sind, dass sie für den breiten Markt erhältlich sind, wie beispielsweise Pflegeroboter. Trotzdem ist es sinnvoll, diese Techniken zu kennen und sich über Einsatzmöglichkeiten Gedanken zu machen, denn die schnell voranschreitende Digitalisierung unserer Zeit wird auch die Pflegebranche umfassen und Dinge, die uns heute vielleicht unrealistisch vorkommen, könnten in 15 Jahren schon Teil des Pflegealltags sein, genauso wie die heutige Allgegenwärtigkeit von mobilem Internet und Smartphones vor rund 15 Jahren noch undenkbar war.

5.8.1 Personenlifter⁵⁰

Personenlifter sind Geräte, die durch den Einsatz von Tüchern oder Gitterfunktionen den Transfer der Bewohnerinnen und Bewohner vom Bett in den Rollstuhl und zurück übernehmen. In der Pflegerealität ist es mittlerweile für viele Pflegekräfte nicht mehr möglich, alle Bewohnerinnen und Bewohner, die gehoben werden müssen, auch alleine zu heben. In den Einrichtungen der Praxispartner des Projektes Pflege-Prävention 4.0 funktioniert die Hilfe durch die Kolleginnen und Kollegen gut, wobei die Hilfe ihre eigene zugewiesene Tätigkeit natürlich unterbrechen muss. Durch einen Personenlifter

ist es möglich, die Bewohnerinnen und Bewohner zusammen mit der Maschine alleine zu transferieren. Dadurch, dass nicht selber gehoben wird, kommt es auch nicht zu Rückenschäden. Es zeigt sich, dass der Einsatz von Personenliftern die Fehltagel von Pflegekräften verringern und die Gesundheit verbessern kann.⁵¹ Die Kosten für das Gerät betragen zwischen 2.000 und 3.000 Euro und müssen vom Heim selbst getragen werden.

5.8.2 Weglaufschutz- und Personenortungssysteme⁵²

Ein großes Risiko für demenziell erkrankte Bewohnerinnen und Bewohner ist das sogenannte Wandering. Beim Wandering verlassen die Bewohnerinnen und Bewohner unbemerkt das Gebäude oder die Station und setzen sich damit einer sehr großen Gefahr aus. Pflegekräfte setzt eine solche Situation unter enormen Druck, weil sehr viel Zeit und Personal für die Suche der Person nötig ist, weil sie sich Sorgen um den Zustand der Person machen und weil sie möglicherweise mit aufgebrachten Angehörigen konfrontiert sind. Um solche Situationen zu vermeiden und den Pflegekräften die Angst vor weglaufenden Bewohnerinnen und Bewohnern zu nehmen, können Weglaufschutz- und Personenortungssysteme in das Heim integriert werden. Es gibt dabei Systeme, bei denen der aktuelle Standort einer Bewohnerin bzw. eines Bewohners auf einer Karte sehr genau angezeigt werden kann, und Systeme, die einen Alarm auslösen, sobald sich eine Person mit entsprechendem Sensor einem Gebäudeausgang nähert.

5.8.3 EDV-gestützte Dokumentation und Pflegeprozessplanung⁵³

EDV (elektronische Datenverarbeitung) umfasst alle Informations- und Kommunikationstechniken zur elektronischen Verarbeitung von Daten, also ihre Erfassung, Speicherung, Transformation, Übertragung und Ausgabe.⁵⁴

Eine handschriftliche Pflegedokumentation kann viel Zeit kosten. Es gibt bereits Software, um den Prozess zu digitalisieren und in den Pflegeprozess zu integrieren, sodass eine Pflegehandlung sofort nach Ausführung dokumentiert wird und automatisch Arbeitszeiten erfasst werden können. Hierbei kann die Dokumentation z.B. durch Smartphones, die jede Pflegekraft bekommt, oder Tablets, die jedem Patienten zugeordnet sind und im Zimmer bleiben, durchgeführt werden. Dabei kann z.B. nachgeschaut werden, welche Handlungen an den Bewohnerinnen und Bewohnern durchgeführt werden müssen. Nach der Pflege können die Handlungen, die durchgeführt wurden, abgehakt werden oder es können

50 vgl. Hielscher, Nock & Kirchen-Peters, 2015

51 Fochsen, Josephson, Hagberg, Toomingas & Lagerström, 2006

52 vgl. Hielscher, Nock & Kirchen-Peters, 2015

53 vgl. Hielscher, Nock & Kirchen-Peters, 2015

54 Scheer, 1987



Informationen zum Patienten eingetragen werden. Das Programm kann so eingerichtet werden, dass die Daten sofort nach Änderung auf allen Geräten aktualisiert werden und dass auch Kooperationspartner, z.B. Ärztinnen bzw. Ärzte oder Physiotherapeutinnen bzw. -therapeuten, auf die Akten zugreifen können.

Bei der Einführung der digitalen EDV-gestützten Pflegedokumentation ist eine gute Einführung der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter besonders wichtig. Ängste der Pflegekräfte, dass die Bedienung zu kompliziert wird, können hier besonders stark auftreten. Des Weiteren können Fehlfunktionen zu Beginn zu Frust und Ablehnung durch die Belegschaft führen. Aus diesem Grund sollte zusammen mit externen Dienstleistern sichergestellt werden, dass die technische Ausstattung der Einrichtung so funktioniert, dass Fehler bei z.B. der Übertragung der Daten unwahrscheinlich sind und dass im Störfalle eine Behebung des Systems zeitnah erfolgen kann. Richtig ausgeführt lohnt die Umstellung auf eine EDV-gestützte Dokumentation sehr und kann die Pflegequalität und Effizienz von Pflegeprozessen stark erhöhen. Sie kann sowohl den administrativen Aufwand, den Aufwand für Informationsmanagement und Tourensteuerung, den Zeitaufwand durch Dokumentation und den Zeitaufwand für Übergaben verringern.⁵⁵

5.8.4 Pflegeroboter

Pflegeroboter sind ein Zweig der Pflorgetechnik, der noch viel Entwicklung und Innovation braucht, um sich in Pflegeeinrichtungen wirklich zu etablieren. Trotzdem lohnt es sich, einen Blick auf Modelle zu werfen, die es entweder schon (teilweise seit mehreren Jahren) auf dem Markt gibt oder die sich gerade in der Entwicklung befinden. Die Roboter, welche vermutlich zuerst in den Pflegealltag integriert werden, sind die sogenannten Emotionsroboter. Emotionsroboter sind Haustieren oder Menschen nachempfundene Maschinen, die emotionale und kommunikative Funktionen aufweisen, wie die Reaktion auf Berührung oder Sprache. Sie sollen Pflegebedürftigen, besonders demenziell Erkrankten, Gesellschaft leisten. Die sozial-emotionale Arbeit mit Bewohnerinnen und Bewohnern ist eines der Kernelemente der pflegerischen

Tätigkeit. Die Emotionsroboter sollen dabei die zwischenmenschliche Beziehung nicht ersetzen, sondern eine zusätzliche emotionale Stütze für die Bewohnerinnen und Bewohner darstellen. Ein Beispiel für einen solchen Emotionsroboter ist z.B. die therapeutische Robbe Paro, die in Frankfurt entwickelt wurde. Paro reagiert auf Streicheln und Geräusche und kann Flossen sowie Kopf und Augen bewegen. Es gibt Belege, die zeigen, dass sich die Stimmung depressiver Bewohnerinnen und Bewohner, die viel Zeit mit Paro verbracht haben, verbessert hat und sie eher an Gruppenaktivitäten teilgenommen haben, als vor der Interaktion mit dem Roboter.⁵⁶ Außerdem kann die Interaktion mit einem Emotionsroboter dazu führen, dass die Interaktionen mit dem Pflegepersonal wieder besser und positiver funktionieren.⁵⁷

Eine andere Art von Robotern sind die sogenannten Assistenzroboter, die Tätigkeiten wie das Anreichen von Essen, den Transport, die Lagerung oder die Reinigung von Bewohnerinnen und Bewohnern übernehmen könnten. Der Roboter Robear wurde im Jahr 2015 vorgestellt. Er stellt einen großen Bären dar, der Pflegebedürftigen beim Transport in den Rollstuhl oder beim Aufstehen aus dem Bett hilft.⁵⁸ Auf dem Markt ist dieser Roboter zum aktuellen Zeitpunkt noch nicht erhältlich.

Der gesundheitspräventive Nutzen von Robotern kann darin liegen, dass Arbeitsabläufe, die entweder körperlich belasten oder viel Zeit kosten, übernommen oder vereinfacht werden können, wodurch die Belastung der Pflegekräfte reduziert wird und sie sich mit mehr Energie der Pflege der Bewohnerinnen und Bewohner widmen können. Um die Digitalisierung in Pflegeeinrichtungen zu fördern, wurde 2018 im Rahmen des Pflegepersonal-Stärkungsgesetzes (PpSG) eine Regelung verabschiedet, die vorsieht, dass die Pflegeversicherung im Zeitraum von 2019 bis 2021 durch Zuschüsse anteilig digitale Maßnahmen von Pflegeeinrichtung mit einem maximalen Förderbetrag von 12.000 Euro bzw. 40% der anerkannten Kosten fördert.⁵⁹ Im Memorandum „Arbeit und Technik 4.0 in der professionellen Pflege“ wird u.a. erläutert, welcher Maßnahmen es in der Zukunft bedarf, damit digitalisierte Technologien tatsächlich zur Verhältnisprävention in der Pflege beitragen.⁶⁰

55 Hielscher, Nock & Kirchen-Peters, 2015

56 Misselhorn, Pompe & Stapleton, 2013

57 Misselhorn, Pompe & Stapleton, 2013

58 Bläsing, Warner, Fischbach & Bornewasser, 2018

59 BMG, 2018

60 Fuchs-Frohnhofen u.a., 2018

5.8.5 Stationäre Pflegesettings als soziotechnische Systeme und resultierende Anforderungen an eine erfolgreiche Implementierung innovativer Technologien

Stationäre Pflegeeinrichtungen lassen sich in ihrer Komplexität der ineinander greifenden Elemente wie Personal, Infrastruktur und vorhandene Arbeitsabläufe, die von der Einführung neuer Technologien zur Unterstützung der Pflegetätigkeit betroffen sind, auch als soziotechnisches System begreifen:

„Menschliche Arbeitstätigkeit findet mehrheitlich in Arbeitssystemen statt, die aus einem sozialen und einem technischen Teilsystem bestehen, die je für sich und in ihrer Beziehung zueinander zu analysieren, aber gemeinsam zu gestalten sind.“⁶¹

Diese Betrachtungsweise erlaubt es, den Implementierungsprozess unter Berücksichtigung arbeitswissenschaftlicher Erkenntnisse so zu unterstützen, dass der pflegerische Arbeitsprozess sowohl hinsichtlich der Interaktion zwischen Pflegekraft und Technik als auch zwischen Pflegekraft und Pflegebedürftigem verbessert wird, der Technikeinsatz auf die Umgebungsbedingungen abgestimmt ist und die Implementierung als Leitungsaufgabe wahrgenommen wird (siehe Tabelle 1).⁶²

Folgt man dem Ansatz, Technikeinführung als einen Prozess soziotechnischer Systemgestaltung zu verstehen, dann sollten folgende Fragen beantwortet werden:

- A) Wie gestalte ich planende und dokumentierende Arbeitsprozesse von Pflegenden so, dass die Technik als Handlungsunterstützung wirkt?
- B) Wie gestalte ich einen erhöhten Technikeinsatz bei pflegerischen Interaktionsprozessen zwischen Pflegekraft und Pflegebedürftigem so, dass die Technik den Interaktionsprozess und den pflegerischen Fachprozess unterstützt und nicht behindert.



Tabelle 1: Ebenen von Technikaneignung und Technikeinsatz in pflegerischen Arbeitsprozessen

Soziotechnisches Teilsystem	Gestaltungsbedarfe bezogen auf die pflegerischen Arbeitsprozesse
<p>A) „Autonome Interaktion“ zwischen Pflegekraft und Technik</p> <p>Beispiel: Pflegedokumentation mit spezieller Soft- und Hardware</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Technisch unterstützten Arbeitsprozess effizient gestalten • Hard- und Softwareergonomie umsetzen • Information und Lernunterstützung der Pflegekraft über Funktionsweise und Handling der Technik
<p>B) Technikeinsatz in der Interaktion zwischen Pflegekraft und Pflegebedürftigen</p> <p>Beispiel: Technische Aufstehhilfe am Pflegebett</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Technikeinsatz als Unterstützung der Interaktionsarbeit gestalten • Hard- und Softwareergonomie umsetzen • Information und Lernunterstützung der Pflegekraft über Funktionsweise und Handling der Technik • Kompetenzentwicklung über patientensensiblen Technikeinsatz
<p>C) Technikeinsatz in einem organisationalen Zusammenhang Wohnbereich/Station</p> <p>Beispiel: Sensorsysteme im Patientenzimmer, Werteausgabe im „Schwesternzimmer“</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Technikeinsatz mit teilorganisationalen Arbeitsprozessen verschränken • Hard- und Softwareergonomie umsetzen • Information und Lernunterstützung der Pflegekraft über Funktionsweise und Handling der Technik • Kompetenzentwicklung hinsichtlich des produktiven Einsatzes von Technik
<p>D) Technikimplementierung als übergeordnete Leitungsaufgabe zur Unterstützung pflegerischer Arbeitsprozesse</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Analyse/Abfrage des Techniknutzens in wirtschaftlicher und pflegepraktischer Hinsicht für die Organisation • Beteiligung der Pflegekräfte bei Auswahl, Einsatz und Praxisevaluation der Technik • Parallele Entwicklung und Weiterbildungskonzept, Konzept „Technikexpertentum aus der Pflege heraus“ • Einbindung in IT-/Techniksystem der Organisation • Wartungs- und Instandhaltungskonzept

61 Ulich, 2013, S. 4

62 vgl. Fuchs-Frohnhofen, 2012, S. 68



C Wie gestalte ich den Technikeinsatz in einem teil-organisationalen Zusammenhang (Station, Wohnbereich, etc.) so, dass die Technik die Stationsaufgaben unterstützt und zu einer Verbesserung von Arbeitsgestaltung und Arbeitseffizienz beiträgt?

D Wie ist ein beteiligungsorientierter Auswahl- und Implementierungsprozess von neuen Technologien in pflegerischen Gesamtorganisationen zu gestalten, dass pflegepraktischer Nutzen, Wirtschaftlichkeit, Personalentwicklungsanforderungen und Langfristigkeit (inkl. Wartung- und Instandhaltung) gewährleistet sind?

Eine solche (ganzheitliche) Betrachtung des Implementierungsprozesses erlaubt es, innovative Pflegetechnologien rechtzeitig auf ihre Passung zum jeweiligen Pflegearrangement hin zu prüfen und aktiv auf die Vereinbarkeit aller Aspekte hinzuwirken.

Dies kann unter anderem über Maßnahmen geschehen, welche Strukturen zur Kompetenz- und Wissensvermittlung sowie zur Mitarbeiterbeteiligung an Technikauswahl- und Technikimplementierungsprozessen aufbauen.⁶³ Dabei könnten Ergebnisse vorhandener Forschungs- und Entwicklungsarbeiten in Informations-, Beratungs- und Schulungsmodulen für die professionelle Pflege einfließen sowie in Unterlagen und Schulungskonzepten für informell Pflegende überführt werden.

5.9 Diversity

Diversity ist mittlerweile in vielen großen Betrieben und Organisationen ein aktiver Bestandteil der Personalpolitik und Organisationsstruktur. Die passendste deutsche Übersetzung für das Wort „Diversity“ wäre wohl „Vielfalt“. Das Wort Vielfalt weckt in uns allen verschiedene Gedanken und Komponenten. Nach Stuber (2004) lässt sich Vielfalt in sechs verschiedene große Gruppen aufteilen: Alter, Befähigung, ethnisch-kulturelle Prägung, körperliches und soziales Geschlecht, sexuelle Orientierung und religiöse Glaubensausprägung. Ein anderes Modell ist auf der Webseite der Charta der Vielfalt zu finden (www.charta-der-vielfalt.de). Dabei werden Diversity-Faktoren in vier verschiedene Ebenen eingeteilt: Die Persönlichkeit, die innere Dimension, die äußere Dimension und die organisationale Dimension (siehe Abbildung 7).

Abbildung 7: Die Facetten von Diversity nach der Charta der Vielfalt⁶⁴



63 vgl. Sell & Fuchs-Frohnhofen, 1993

64 www.charta-der-vielfalt.de

Das sogenannte Diversity-Management stellt dabei die „bewusste Anerkennung, Berücksichtigung und konsistente Wertschätzung von Unterschiedlichkeiten sowie die aktive Nutzung und Förderung von Vielfalt zur Steigerung des Erfolgs [dar].“⁶⁵

Diversity-Management befasst sich also mit der aktiven Suche nach Unterschieden in der Belegschaft, mit der Wertschätzung und Anerkennung dieser Unterschiede und mit der Reflexion über den besten Einsatz einer vielfältigen Belegschaft.

Die Beschäftigung mit Diversity in der eigenen Organisation kann ethische, rechtliche oder wirtschaftliche Gründe haben. Wirtschaftliche Motivationen ergeben sich dadurch, dass die Förderung der Personenvielfalt zu besseren betrieblichen Abläufen, mehr Innovation, höherer Bindung der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter und einer besseren Verwertung der Qualifikation und Kompetenz der Beschäftigten führen kann.⁶⁶

Im Folgenden werden die Bestandteile von Diversity-Kompetenzen dargestellt.⁶⁷ Diversity-Kompetenz ist dabei die Fähigkeit, sensibel und akzeptierend mit Unterschieden zwischen Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern umzugehen. Diese Kompetenzen sollten von Führungskräften und vor allem von den für Diversity-Management zuständigen Personen erworben werden:

- Wissen: Diskriminierungsmechanismen und Lebenslagen von bestimmten Personengruppen verstehen, Ressourcen und Herausforderungen kennen
- A-zentrisches Weltbild: die eigene Perspektive hinterfragen, Abstand von ihr nehmen und andere

Perspektiven annehmen können

- Empathische Kommunikation: einfühlsam und konstruktiv mit Diskriminierungserfahrungen und Bedürfnissen umgehen können
- Reflexion: sich seiner eigenen gesellschaftlichen Position bewusst sein
- Ambiguitätstoleranz: Mehrdeutigkeiten, Kontingenzen, Widersprüche und Konflikte aushalten können

Für ein wertschätzendes Diversity-Management ist es außerdem wichtig, dass alle Leitungskräfte sich mit dem Thema auseinandersetzen und lernen, ihr eigenes Verhalten zu reflektieren. Es bietet sich an, Führungskräften Schulungen für transkulturelle Kompetenzen oder den Umgang mit Heterogenität zu ermöglichen. Es ist wichtig, dass den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern vermittelt wird, dass diskriminierende Verhaltensweisen gegen sie von der Einrichtung wahrgenommen und behandelt werden, sollten sie von Kolleginnen und Kollegen, Bewohnerinnen und Bewohnern oder der Leitung selber ausgehen. Diskriminierende Verhaltensweisen von Seiten der Arbeitgeberin bzw. des Arbeitgebers können sich z.B. auch in der systematischen Einteilung bestimmter Personen in Wochenend- und Nachtdienste, die systematische Zuteilung schwieriger Patienten oder eine schlechtere Bezahlung für die gleichen Tätigkeiten ausdrücken.⁶⁸

Eine schematische Darstellung möglicher Maßnahmen für Diversity-Management in Altenpflegeeinrichtungen nach Liewald (2012) finden Sie in der folgenden Abbildung:

Abbildung 8: Maßnahmen für Diversity-Management nach Liewald (2012)



65 Stuber, 2004

66 Flüter-Hoffmann, 2006

67 Dietrich, Köhnen & Koreuber, 2017

68 Kilcher, 2007



Um Diversity in der Einrichtung wertzuschätzen, zu fördern und zu nutzen, muss den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern auf der Ebene ihrer individuellen Bedürfnisse und Fähigkeiten begegnet werden. Es kann sinnvoll sein, sich durch eine Befragung einen Überblick über die Vielfalt der Belegschaft zu verschaffen, beispielweise in Bezug auf Geschlecht, Ausbildungsgrad oder Nationalität/Sprachkompetenzen. Sind diese Informationen einmal gesammelt, können mögliche Ansatzstellen für ein Diversity-Management herausgearbeitet werden.

Interkulturelle Teams, also Teams, in denen Personen aus mehreren ethnisch-kulturellen oder sprachlichen Hintergründen arbeiten, bieten großes Potenzial, aber auch Konfliktmöglichkeiten. So kann sich das Bild davon, wie Pflege auszusehen hat, zwischen verschiedenen Kulturen sehr unterscheiden.⁶⁹ Um Konflikten vorzubeugen, ist es wichtig, dass die Teams mit der Unterstützung der Leitungskräfte daran arbeiten können, ein gemeinsames Pflegeverständnis zu entwickeln.

Ein besonders wertvoller Aspekt transkultureller Teams ist ihre sprachliche Vielfalt. Spricht eine Pflegekraft beispielweise neben der deutschen Sprache auch fließend türkisch, so kann dies ein großer Gewinn sein, da sie mit türkischstämmigen Bewohnerinnen und Bewohnern in deren Muttersprache kommunizieren kann. Auf der anderen Seite ist es eine wichtige Aufgabe der Leitung, den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern, deren Deutschkenntnisse noch ausbaufähig sind, die Teilnahme an entsprechenden Sprachkursen zu ermöglichen.

Eine weitere Möglichkeit, um Diversity-Management voranzutreiben und diese Maßnahmen nach außen zu tragen, ist die Teilnahme an Diversity-Wettbewerben, zum Beispiel die Diversity Challenge der Charta der Vielfalt.⁷⁰ Bei der Diversity-Challenge entwickelt ein Team junger Beschäftigter aktuelle Ideen, wie sie die Dimensionen von Vielfalt in der eigenen Organisation stärken können. Durch die Teilnahme an Wettbewerben können Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter motiviert werden, sich mit Diversity in der Einrichtung zu beschäftigen und die Einrichtung wird durch sie nach außen als diversitysensibler Arbeitgeber präsentiert.

Auch die St. Gereon Senioren Dienste haben sich im Rahmen des Projektes Pflege-Prävention 4.0 mit dem Thema Diversity beschäftigt. Für sie geht es bei diesem Thema darum, neue Bewerbergruppen anzusprechen sowie Vielfalt und Chancengleichheit in der gesamten Belegschaft zu fördern und in die strategische Personalarbeit bzw. Organisationsabläufe einzubinden.⁷¹ Im Rahmen

eines Kooperationsprojektes wurden die Mitarbeiter der St. Gereon Senioren Dienste hinsichtlich der Thematik „Gender“ und „Diversity“ und den Spielarten von Sexismus, Homophobie und psychischer Gewalt sensibilisiert, um anschließend mutig gegen Verstöße vorzugehen und beobachtete Vorgänge aufdecken zu können. Weiterhin wurde ein Trainingscurriculum für Azubis entwickelt.

Im Rahmen des Projektes Pflege-Prävention 4.0 wurden die bereits bestehenden Leitsätze reflektiert und angepasst. So entstanden z.B. die Leitsätze „St. Gereon pflegt eine Kultur, die jeden einzelnen Menschen in seiner individuellen Vielfalt wahrnimmt, respektiert, wertschätzt und ihm gleiche Rechte gewährt“ und „St. Gereon wird durch gelebte Diversität kreativer: Divers zusammengesetzte Arbeitsgruppen führen durch die unterschiedlichen Lebenserfahrungen und Qualifikationen der Mitarbeiter zu innovativeren Ideen und kreativeren Problemlösungsstrategien“. Des Weiteren wurden verschiedene Maßnahmen zur Förderung von Diversity und Inklusion erarbeitet, wie z.B. Sportgemeinschaften, Beratungsmöglichkeiten im Falle von Mobbing, Diskriminierung oder sexueller Belästigung und Mentorinnen- und Mentoren-Programme.

Durch die schon existierende Vielfalt der Belegschaft in vielen Pflegeheimen kann festgehalten werden, dass Diversity-Management in dieser Branche nicht das Ziel hat, die Vielfalt der Belegschaft noch weiter zu erhöhen. Diversity beschreibt eher das Anerkennen der Vielfalt und der Unterschiede, die individuelle Betrachtung der Fähigkeiten und Kompetenzen der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter, das gezielte Einsetzen ihrer individuellen Fähigkeiten und den sensiblen, geschulten Umgang mit Diskriminierungsformen und Führungsverhalten. Diversity-Management ist dabei als ein langfristiger Lern- und Entwicklungsprozess zu verstehen, der nicht unmittelbar nach Beginn sichtbare Erfolge mit sich bringt, langfristig jedoch die Pflegequalität und die Bindung der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter verbessern kann.

69 Liewald, 2012

70 www.diversity-challenge.de

71 INQA, 2017, S. 55

5.10 Instrumente zur prospektiven Beurteilung der Gesundheitsförderlichkeit von organisatorischen Maßnahmen

Die Evaluation der durchgeführten Aktivitäten ist ein wesentlicher Bestandteil eines jeden Projektes. Die Evaluation eines Projektes trägt zur Qualitätssicherung bei, da der Effekt der Interventionen überprüft werden kann und somit erfolgreiche Maßnahmen weiter ausgebaut oder in anderen Projekten wiederaufgenommen werden können. Die Evaluation ist außerdem die Basis für ein einheitliches, standardisiertes Vorgehen sowie die Kommunikation der Ergebnisse eines Projektes, sei es an die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter oder in Form einer Veröffentlichung.

Die Gütekriterien einer Evaluation werden nach der Deutschen Gesellschaft für Evaluation e.V. wie folgt definiert:⁷²

- **Nützlichkeit**
Die Evaluationsmaßnahme sollte sich an den Evaluationszwecken und -zielen orientieren.
- **Durchführbarkeit**
Die Evaluationsmaßnahme sollte realistisch, kostenbewusst und diplomatisch geplant werden. Kritische Punkte bei der Durchführbarkeit sind beispielsweise Kosten, Länge der Befragung, Umfang der Befragung oder Komplexität der Items.
- **Fairness**
Bei Planung und Durchführung sollte fair mit allen Befragten vorgegangen werden.
- **Genauigkeit**
Die Evaluationsmaßnahme sollte gültige Ergebnisse hervorbringen.

In einem Projekt zur Herstellung gesunder Arbeitsbedingungen ergeben sich bei der Eindeutigkeit der Evaluation einige Schwierigkeiten. Oftmals ist es schwierig objektiv zu ermitteln, ob sich eine Arbeitsbedingung verbessert hat oder nicht, geschweige denn ob sie gesünder geworden ist oder nicht.⁷³ Es gibt nur wenige Zahlenwerte, die zu diesem Zweck analysiert werden können, dazu zählen etwa Krankenbestände, Urlaubsunfähigkeitstage oder die Häufigkeit des Auftretens einer bestimmten Krankheit innerhalb der Belegschaft.⁷⁴ Aber häufig interessieren uns genau die Inhalte, die subjektiv von den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern wahrgenommen werden, also ihre Zufriedenheit und ihre Belastungssituation.

Aus diesem Grund sind Evaluationen auf Grundlage von Fragebögen, die die Arbeitssituation und das Belastungs-erleben der Pflegekräfte erfassen (**Nützlichkeit**), gute Instrumente um ein Projekt zu evaluieren.

Da eine Veränderung durch die Interventionen des Projektes erfasst werden soll, sind mindestens zwei Messzeitpunkte vonnöten. Idealerweise liegt Messzeitpunkt 1 (Ausgangsbefragung) am Anfang des Projektes, nachdem die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter über das Projekt in Kenntnis gesetzt wurden und bevor Maßnahmen umgesetzt wurden, und Messzeitpunkt 2 (Abschlussbefragung) am Ende des Projektes.

Fragebögen sind je nach Länge einfach in einem Betrieb durchzuführen (**Durchführbarkeit**). Dabei sollte darauf geachtet werden, dass die Fragebögen gut zugänglich sind und dass die Anonymität der Teilnehmerinnen und Teilnehmer gewahrt wird (**Fairness**). Dadurch, dass zwischen Ausgangs- und Abschlussbefragung eines Projektes mehrere Jahre liegen können, gibt es bei der Interpretation der Ergebnisse einige Faktoren, die beachtet werden sollten.

Zum einen ist zu beachten, dass sich die Zusammensetzung der Belegschaft in der Zeitspanne verändern wird und dass nur ein Teil der Teilnehmerinnen und Teilnehmer der Abschlussbefragung auch an der Ausgangsbefragung teilgenommen haben. Es ist deswegen sinnvoll, bei der Abschlussbefragung zu erheben, ob die Teilnehmerin oder der Teilnehmer an der Ausgangsbefragung teilgenommen hat oder nicht. Durch dieses Item kann eine separate Stichprobe ermittelt werden, die noch einmal unabhängig von der Gesamtstichprobe analysiert werden kann (**Genauigkeit**).

Zusätzlich kann der Fragebogen durch einen persönlichen, (pseudo-)anonymisierten Code gekennzeichnet sein. Das bedeutet, dass alle Teilnehmerinnen und Teilnehmer einen persönlichen Code generieren, durch den die Fragebögen beiden Messzeitpunkte in anonymer Form auf ein und dieselbe Person zurückgeführt werden können. Auch dies kann neue Erkenntnisse erbringen. Im Projekt Pflege-Prävention 4.0 bestand dieser Code aus verschiedenen Elementen, wie dem ersten Buchstaben des Geburtsnamens der Mutter oder dem Geburtsmonat des Vaters. Durch diese festgelegte Generierung mussten sich die Teilnehmerinnen und Teilnehmer bei der Ausgangsbefragung keinen Code merken, um diesen Jahre später bei der Abschlussbefragung wiederzuverwenden.

Um eine aussagekräftige Stichprobe zu erhalten, ist es – vor allem bei kleineren Einrichtungen – wichtig, die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter gut über die Befragung zu informieren und sie zur Teilnahme zu motivieren. Im Projekt Pflege-Prävention 4.0 wurden die Fragebögen zum Beispiel zusammen mit den Lohnabrechnungen ausgegeben. So konnte sichergestellt werden, dass jede Mitarbeiterin und jeder Mitarbeiter einen Bogen erhält

72 Brinkmann, 2014

73 Brinkmann, 2014

74 Hurrelmann, Klotz & Häisch, 2007



und die Möglichkeit hat, an der Befragung teilzunehmen. Zusammen mit dem Fragebogen wurde auch ein Anschreiben ausgegeben, in dem der Fragebogen erklärt und zu einer Teilnahme motiviert wurde. Die Rücklaufquoten für die Fragebögen lagen bei unserer Ausgangsbefragung zwischen 43% und 84,7%, die Rücklaufquote für die Abschlussbefragung lag zwischen 47,8% und 86,5% in den unterschiedlichen Einrichtungen.

Im Folgenden werden einige Instrumente vorgestellt, die für die Evaluation des Projektes Pflege-Prävention 4.0 in Frage kamen oder angewendet worden sind. Welches Instrument für Ihre Einrichtung am besten geeignet ist, hängt von den genauen Zielen Ihres Projektes ab.

AVEM

Der AVEM (Arbeitsbezogenes Verhaltens- und Erlebensmuster) ist das Befragungsinstrument, welches im Projekt Pflege-Prävention 4.0 verwendet wurde. Er ist ein standardisiertes, mehrdimensionales persönlichkeitsdiagnostisches Testverfahren, welches online und als Papierversion durchgeführt werden kann und außerdem die Möglichkeit für eine individuelle Rückmeldung für die Teilnehmerinnen und Teilnehmer bietet.

Der AVEM analysiert anhand von elf verschiedenen Dimensionen gesundheitsfördernde und gesundheitsgefährdende Verhaltens- und Erlebensweisen. Dabei nimmt er Bezug auf die aktive Rolle des Menschen in seinem Verhältnis zur Arbeit. Für die Gesundheit und Gesunderhaltung ist letztendlich ein entsprechendes Zusammenspiel und Gleichgewicht aller elf Dimensionen entscheidend.

Abbildung 9: Die 11 Dimensionen des AVEM



Der AVEM kann in zwei Varianten durchgeführt werden, in der Langform mit 66 Items (ca. 12 Minuten Bearbeitungszeit) oder in der Kurzform mit 44 Items (ca. 8 Minuten Bearbeitungszeit). Durch die kurze Bearbeitungszeit können auch Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter, die Befragungen skeptisch gegenüberstehen, leichter motiviert werden, an der Befragung teilzunehmen.

Abbildung 10: Die Belastungsmuster des AVEM⁷⁵



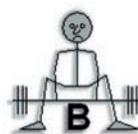
Muster G – Gesundheit;
hohes, aber nicht überhöhtes Engagement, verbunden mit Widerstandsfähigkeit und Wohlbefinden



Muster S – Schutz/Schonung;
verhaltenes Engagement bei erhaltener Widerstandsfähigkeit und (relativem) Wohlbefinden



Risikomuster A – Anstrengung;
überhöhtes Engagement bei verminderter Widerstandsfähigkeit und eher eingeschränktem Lebensgefühl



Risikomuster B – „Burnout“;
Resignation und deutlich verminderte Belastbarkeit, einhergehend mit reduziertem Engagement und stark eingeschränktem Wohlbefinden

75 Schaarschmidt & Fischer, 2008; Fischer, 2018

Eine AVEM-Auswertung nimmt eine vollständige oder tendenzielle Zuordnung zu vier charakteristischen Mustern arbeitsbezogenen Verhaltens und Erlebens in drei definierten Merkmalen und elf Dimensionen vor.

Das **Gesundheitsmuster G** beschreibt dabei ein gesundheitsförderliches Verhalten, das auf Widerstandskraft und dem Erleben von Unterstützung beruht.

Das **Muster S** beschreibt ein Schonungsverhalten gegenüber den beruflichen Anforderungen. Je nach Ausprägung der Dimensionen kann es auf einen Schutz vor Selbstüberforderung verweisen oder auch ein Zeichen für Unterforderung und Langeweile sein.

Das **Risikomuster A** spiegelt Personen mit hohem Arbeitsengagement und Verausgabungsbereitschaft ohne einen guten Schutz vor Überforderung dar. Es beschreibt die Tendenz, bis zur Erschöpfung zu arbeiten, und findet sich in der Pflegebranche häufig wieder.

Das **Risikomuster B** zeigt die Tendenz zu einem Burnout-Syndrom, also wenig Widerstand und Motivation und ein hohes Maß an Resignation, oft gefolgt von Hoffnungslosigkeit und Niedergeschlagenheit.

Die Autoren des Instrumentes weisen in einer Übersicht Gemeinsamkeiten und Unterschiede der Risikomuster aus, leiten Schlussfolgerungen ab und führen Beispiele für verhaltenspräventive Interventionen auf, die sowohl von den betreffenden Personen selbstständig umgesetzt als auch durch gezielte Strategien durch den Arbeitgeber unterstützt werden können.

WAI

Der WAI (Work Ability Index) erfasst die Arbeitsfähigkeit von Erwerbstätigen. Er besteht aus 10 Fragen zur Einschätzung der persönlichen Arbeitsfähigkeit und der persönlichen Gesundheitssituation. In der Kurzversion werden 13 Krankheitsbilder abgefragt, in der Langversion sind es ganze 51 Krankheitsbilder. Durch die große Menge der Krankheitsbilder in der Langversion eignet sich für größere Gruppen eher die Kurzversion.

Der WAI umreißt Arbeitsfähigkeit als Resultat von vier Faktoren:

- Gesundheit,
- Arbeitsinhalt und Umgebung,
- Aspekte der Arbeitsorganisation und Führung
- und professionelle Kompetenz.

Das Ergebnis des WAI umfasst neben der Einschätzung der Arbeitsfähigkeit auch Ziele diese entweder wiederherzustellen, zu verbessern, zu unterstützen oder zu erhalten.

PASTA

Der PASTA (Potenzialanalyse stationärer Altenpflege) ist ein wissenschaftlich fundierter Fragebogen zur Selbstbewertung, Potenzial- und Schwachstellenanalyse spezifisch für Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter in Altenpflegeeinrichtungen.

Die Bearbeitung des PASTA dauert pro Teilnehmerin bzw. Teilnehmer etwa 20 Minuten und umfasst die Dimensionen:

- Arbeitsbedingungen,
- Kompetenz der Mitarbeiter,
- Mitarbeitergesundheit
- und außerberufliche Belastungen.

COPSOQ

Der COPSOQ (Copenhagen Psychosocial Questionnaire) erfasst psychische Belastung im Beruf. Der Fragebogen wurde primär für die psychische Gesundheitsgefährdungsbeurteilung entwickelt und fragt weniger die physischen Belastungen am Arbeitsplatz ab. Die Langversion umfasst 30 Skalen mit 141 Items und die Kurzversion 25 mit 87 Items. Da der Test in 25 Sprachen verfügbar ist, eignet er sich besonders gut für Forschung und Projekte zum internationalen Vergleich.

ERI

Der ERI (Effort-Reward-Imbalance) beruht auf dem Effort-Reward-Imbalance-Model, bei welchem Stress im Arbeitskontext durch eine fehlende Balance zwischen Arbeitseinsatz und Belohnung beschrieben wird. Der Test umfasst 22 Items mit den Dimensionen:

- Verausgabung,
- Belohnung
- und übersteigerte berufliche Verausgabungsbereitschaft.

Im Projekt Pflege-Prävention 4.0 hat man sich für das Instrument „AVEM“ entschieden. Letztlich gilt es, im Einzelfall Vor- und Nachteile der verschiedenen Instrumente abzuwägen.





6. Gute Beispiele

6.1 Praxisbeispiel 1: St. Gereon Seniorendienste

Die St. Gereon Seniorendienste in Hückelhoven sind mit etwa 220 Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern und etwa 150 Auszubildenden der größte Altenpflegeausbilder in Nordrhein-Westfalen. Für die St. Gereon Seniorendienste ist das Wohlbefinden ihrer Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter und die Sicherung gesunder Arbeitsbedingungen ein besonders wichtiges Anliegen. Im Rahmen des Projektes Pflege-Prävention 4.0 sollte das bestehende System von Prävention und Gesundheitsförderung der St. Gereon Seniorendienste so weiterentwickelt werden, dass jede Mitarbeiterin und jeder Mitarbeiter individuell unterstützt wird. Um zunächst ein Bild über die Ausgangssituation bzgl. des Gesundheits- und Belastungsempfinden der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter zu erlangen, wurde mit Unterstützung des dip eine Mitarbeiterbefragung auf der Basis des AVEM durchgeführt. Dabei wurde deutlich, dass insbesondere bei den Hauswirtschaftskräften und bei den niedrig qualifizierten Betreuungskräften ein großer Bedarf bestand, die eigene Gesundheitssituation zu verbessern.

Die St. Gereon Seniorendienste legten während des Projektes einen großen Wert auf die Initiative und Beteiligung der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter bei der

pflegepräventiven sowie gesundheitsförderlichen Gestaltung ihrer Arbeitsumgebung bzw. Arbeitsbedingungen. Um dies umzusetzen, wurden beispielsweise regelmäßig Befragungen zu den Arbeitsbedingungen und zur Arbeitszufriedenheit durchgeführt, woraus verschiedene Maßnahmen im Rahmen des Projektes abgeleitet werden konnten.

Von organisationaler Seite konnte St. Gereon eine individuell angepasste Schichtplangestaltung einrichten. Wenn Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter, beispielsweise weil sie kleine Kinder haben, die betreut werden müssen, nur bestimmte Dienste übernehmen können, so wird viel Rücksicht darauf genommen, dass sie diese Dienste auch bekommen. Dies ist vor allem dadurch möglich, dass St. Gereon sehr viele Auszubildende und examinierte Pflegekräfte beschäftigt, sodass die Belastung in den einzelnen Schichten immer auf genug Schultern verteilt werden kann.

Durch den sogenannten „Gereonlauf“ (siehe auch Kapitel 5.7) will St. Gereon seine Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter zu gesundheitsförderlichem Verhalten motivieren und ihnen eine zusätzliche Entlastung bieten. Bei dem Lauf wird anhand von Schrittzählern festgehalten, wie viele Schritte die Beschäftigten pro Tag über einen zuvor definierten Zeitraum gehen. Schaffen es die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter an jedem Tag des Wettbewerbs

mindestens 10.000 Schritte zu laufen, werden ihnen drei Sonderurlaubstage gutgeschrieben. Da Pflegekräfte im Dienst sowieso schon viel auf den Beinen sind, kommen sie durch ihre Arbeit schon nah an die 10.000 Schritte heran, werden aber noch zusätzlich motiviert, nach der Arbeit laufen oder spazieren zu gehen. Zusätzlich zu dem Schrittwettbewerb hat St. Gereon schon an mehreren Läufen teilgenommen, bei denen die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter für St. Gereon antreten konnten. Die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter bilden außerdem jeden Sommer ein Fußballteam für die Teilnahme an einem örtlichen Turnier.

Ein weiteres intensiv behandeltes Thema während des Projektes waren Fachexpertenrollen. Die theoretischen Hintergründe von Fachexpertenrollen finden Sie in Kapitel 5.5.3. Durch die Einführung solcher Fachexpertenrollen konnten die Möglichkeiten zum persönlichen, aber auch zum fachlichen Austausch unter den Beschäftigten deutlich gesteigert werden. Eine besondere Herausforderung an dieser Stelle war, die Aufgaben genau genug zu definieren, um dadurch eine gewisse Sicherheit zu schaffen, ohne dabei jedoch den Platz für individuelle Ideen und Wünsche zu blockieren. Aus diesem Grund wurden die Fachexpertenrollen neu definiert und strukturiert, bevor Sie eingesetzt wurden.

Im Rahmen des Projektes wurde in Bezug auf die Job Rotation (siehe Kapitel 5.3) die Erfahrung gemacht, dass es ein Arbeitsplatzwechsel eher negativ besetzt ist. Die St. Gereon Seniorendienste erhielten von ihren Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern die Rückmeldung, dass ein routinemäßig angelegtes Job-Rotation-Programm nicht gewünscht wird. Dennoch konnten vereinzelte Wechsel des Arbeitsplatzes in andere Funktionsbereiche verzeichnet werden, wenn z.B. die individuellen Lebensumstände sich änderten oder die positiven Veränderungen hinsichtlich Arbeitszeit usw. einen deutlichen Mehrwert bei dem Mitarbeiter bewirkten.

Neben diesen gesundheitspräventiven Maßnahmen wurde im Rahmen des Projektes auch das Thema „Diversity“ (siehe Kapitel 5.9) bei den St. Gereon Seniorendiensten thematisiert. Innerhalb dieses Teilprojektes wurde ein Trainingscurriculum für Azubis entwickelt. Beispielhafte Maßnahmen waren unter anderem die Erstellung eines Diversity gerechten Leitbildes und eines Verhaltenskodexes sowie die gemischte Zusammensetzung von Projektteams.

6.2 Praxisbeispiel 2: Johanniter-Stift Köln-Kalk

Das Johanniter-Stift Köln-Kalk hat sich im Verlaufe des Projektes Pflege-Prävention 4.0 viel mit dem Thema Work-Life-Balance beschäftigt. Dabei wurden die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter aktiv durch freiwillige Arbeitsgruppen in die Planung und Gestaltung von Veränderungen einbezogen.

Um zunächst den Ist-Zustand in Bezug auf die Arbeitsbelastung der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter zu erfassen, wurde zu Beginn des Projektes eine Mitarbeiterbefragung mithilfe des AVEM bei dem Johanniter-Stift Köln-Kalk durchgeführt. Anschließend wurden im Rahmen der Arbeitsgruppen einige Veränderungen im organisationalen Ablauf angestoßen, die die Belastungssituation der Belegschaft verbessern konnten. Neben den Arbeitsgruppen gab es eine Vollversammlung aller Beschäftigten, bei der an kleinen Tischen über gesundheitliche Themen diskutiert werden konnte. Die Ergebnisse dieser Veranstaltung wurden anschließend in einer weiteren Veranstaltung gemeinsam mit den Führungskräften besprochen.

Aus den Arbeitsgruppen und den Ergebnissen der Vollversammlung wurden verschiedene Maßnahmen abgeleitet, um bestimmten Problemen vorzubeugen. Zum einen wurde die Anzahl von Hauswirtschaftskräften massiv erhöht, wodurch den Pflegekräften viele Aufgaben, vor allem während der stressigen Essenszeiten, abgenommen wurden und sie mehr Zeit hatten, sich der Pflegetätigkeit zuzuwenden.

Ein anderes Problem, welches die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter sehr belastete, war der hohe Krankenstand. Dieser hatte häufig zur Folge, dass die Besetzung so gering war, dass Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter, die eigentlich frei hatten, einspringen mussten und durch die Mehrarbeit noch weiter belastet wurden, was in einer Krankheitsspirale zu enden drohte. Um den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern die benötigte Erholungszeit und ihre freien Tage wiedergeben zu können, wurden vermehrt Mittel in die Kooperation mit einer Zeitarbeitsfirma gesteckt. Nach anfänglichen Komplikationen zwischen Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern des Stiftes und der Zeitarbeitsfirma funktionierte dieses System nach einer Eingewöhnungszeit gut und die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter konnten ihre freien Tage wieder besser nutzen und planen.

Zusätzlich wurde ein regelmäßiges Fitness- und Entspannungsangebot für die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter



des Johanniter-Stifts Köln-Kalk entworfen. Dabei wurde festgestellt, dass nur einer der beiden Wohnbereiche dieses Angebot annahm. Um dieses Problem zu lösen, zog das Johanniter-Stift Köln-Kalk zwei externe Evaluatoren der MA&T Sell & Partner GmbH zu Hilfe. Die Evaluatoren hospitierten für drei Tage in den beiden Wohnbereichen, um die Situation vor Ort zu begutachten. Dabei stellte sich heraus, dass das Fehlen der Wohnbereichsleitung im zweiten Wohnbereich Unsicherheit und Orientierungslosigkeit hervorrief. Dieses Problem konnte dann mit der Einarbeitung einer neuen Wohnbereichsleitung gelöst werden.

Die Arbeitsgruppen des Johanniter-Stifts Köln-Kalk stellten ebenfalls eine gewisse Nachfrage nach Weiterbildungsseminaren fest. Im Rahmen des Projektes entwickelten sie daher verschiedene Seminare zu unterschiedlichen Themen, die für die Beschäftigten von Bedeutung sind. So wurde beispielsweise ein Seminar zum Thema „Auseinandersetzung mit Gewaltsituationen“ erstellt, welches den Beschäftigten helfen soll, sich in Gewaltsituationen richtig zu verhalten.

6.3 Praxisbeispiel 3: Johanniter-Stift Wuppertal

Das Johanniter-Stift Wuppertal beschäftigt sich schon vor Beginn des Projektes mit der zunehmenden Belastung für die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter, welche durch die sinkende Verweildauer der Bewohnerinnen und Bewohner, aber auch durch immer häufiger auftretende psychiatrische Veränderungen unter ihnen entsteht. Das Ziel im Rahmen des Projektes Pflege-Prävention 4.0 war es, einige der beobachteten Herausforderungen mit der externen Begleitung durch die Projektpartner anzugehen. Das Johanniter-Stift Wuppertal pflegte bereits zu Beginn des Projektes ein betriebliches Gesundheitsmanagement und betriebliches Eingliederungsmanagement. Allerdings wurden in der Vergangenheit viele Angebote der Gesundheitsförderung nur selten in Anspruch genommen. Ein weiteres Ziel des Projektes war folglich die Inanspruchnahme der Angebote durch die Beschäftigten zu unterstützen.

Das grundsätzliche Vorgehen in Wuppertal war ähnlich dem in Köln-Kalk mit den Schritten: Projektetablierung gemeinsam mit der externen Projektbegleitung durch MA&T, Bildung eines Lenkungskreises, Ist-Analyse mit dem AVEM durch den Projektpartner dip, Problemlösungserarbeitung in Arbeitsgruppen der Beschäftigten, modellhafte Umsetzungen erarbeiteter Lösungsvorschlä-

ge, begleitende Schulungen und Gespräche, Fokusgruppengespräche und Abschlussevaluation durch das dip.

Die anfängliche Ist-Analyse zeigte, dass bei Fachkräften die Gesundheitsmuster häufiger auftreten als bei den übrigen Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern. Eine höhere Qualifikation scheint also wie erwartet gesundheitsförderlich zu sein. Je höher das Alter der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter war, desto geringer war der Anteil der Gesundheitsmuster beim AVEM. Das Johanniter-Stift Wuppertal folgerte daraus, etwas insbesondere für die Gesunderhaltung älterer Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter zu tun.

Basierend auf der Ist-Analyse der Ausgangssituation des Johanniter-Stifts Wuppertal entschieden sich die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter des Lenkungskreises, zwei Arbeitsgruppen zu bilden. Die Arbeitsgruppe „Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter 50+“ beschäftigte sich hauptsächlich mit Fragen der Arbeitszeitgestaltung. Es kam unter anderem den Wunsch nach so genannten Lebensarbeitszeitkonten, veränderten Vorruhestandsregelungen oder Möglichkeiten zur Nutzung von Altersteilzeitmodellen auf. Da entsprechende Regelungen nur durch eine Änderung des Tarifvertrages möglich sind, wurden die Wünsche an die arbeitsrechtliche Kommission des Tarifvertrages weitergeleitet. Die Dienstplangestaltung wurde im Projektzeitraum in einer anderen Arbeitsgruppe aufgegriffen. Eine verbesserte Personaleinsatzplanung mit optimierten Rahmendienstplänen und Zuständigkeiten sollte die Planbarkeit für die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter erhöhen sowie vor allem geregelte freie Tage ermöglichen.

Aus den Themen der Arbeitsgruppe „psychische Belastungen“ wurden ebenfalls verschiedene Maßnahmen im Projektzeitraum abgeleitet. So wurde ein Workshop mit dem Titel „Abgrenzung – Umgang mit verbaler Gewalt“ angeboten. Vermittelt wurden hier noch einmal die Grundlagen der Kommunikation. In Rollenspielen und anhand von Fallbeispielen lernten die Teilnehmerinnen und Teilnehmer, Grenzen zu ziehen, ohne das Gegenüber zu verletzen. Den Teilnehmerinnen und Teilnehmern wurde außerdem mit einigen Monaten Abstand ein Reflexionstreffen angeboten, um die Praxiserfahrungen zu besprechen. In der Arbeitsgruppe hat sich herausgestellt, dass viele Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter den Umgang mit Auszubildenden als eine psychische Belastung empfinden. Daher gründeten die Teilnehmerinnen und Teilnehmer der Arbeitsgruppe einen Workshop für Praxisanleiterinnen und Praxisanleiter, in dessen Rahmen ein Handlungsleitfaden für Praxisanleiterinnen und Praxisanleiter entwickelt wurde, der kurze Tipps zum Thema Kommunikation und Abgrenzung sowie ein ge-

meinsames Rollenverständnis enthält. In zwei weiteren Workshops für die Praxisanleiter wurde ein „Lernbuch“ für die Auszubildenden entwickelt.

Während des Projektes bemerkte das Johanniter-Stift Wuppertal, dass die Angebote im Rahmen des Projektes zwar in Anspruch genommen wurden, der Zusammenhang mit dem Projekt ihnen aber oft nicht bewusst war. So wurde besonders im letzten Jahr des Projektes noch einmal ein Fokus darauf gelegt, die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter regelmäßig über das Projekt zu informieren. Dies gelang durch die regelmäßige Thematisierung in den Teambesprechungen sowie einen Rundbrief an alle Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter.

Im letzten Projektjahr wurden außerdem weitere Maßnahmen ergriffen, um die erlebten Belastungen einzuschränken. So wurden jeweils drei Einzelcoachings für die mittlere Leitungsebene im Frühjahr und Sommer 2018 angeboten. Des Weiteren gab es insbesondere im Team der hauswirtschaftlichen Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter größere personelle Veränderungen. Ein Teamfindungsworkshop im August 2018 sollte hier das Zusammengehörigkeitsgefühl stärken.



7. Literatur

Bertelsmann Stiftung & Hans-Böckler-Stiftung (2004). **Zukunftsfähige betriebliche Gesundheitspolitik – Vorschläge der Expertenkommission**. Bielefeld: Bertelsmann Stiftung.

Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege (2007). **Sieht die Pflege bald alt aus? BGW-Pflegereport 2007**. Hamburg: BGW.

BKK Bundesverband (2008). **BKK Gesundheitsreport 2008: Seelische Krankheiten prägen das Krankheitsgeschehen**. Essen: BKK Bundesverband.

Bläsing, D., Warner, N., Fischbach, J. & Bornewasser, M. (2018). Nachhaltigkeit im Gesundheitswesen durch den Einsatz von Service-robotik. In C. T. Schmitt & E. Bamberg (Hrsg.), **Psychologie und Nachhaltigkeit** (S. 225-233). Wiesbaden: Springer.

Bongers, P., De Winter, C., Kompier, M. & Hildebrandt, V. (1993). Psychosocial factors at work and musculoskeletal disease. **Scandinavian Journal of Work, Environment & Health**, 19, S. 297-312.

Brinkmann, R. (2014). **Angewandte Gesundheitspsychologie**. Hallbergmoos: Pearson.

Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin (2016). **Ratgeber zur Gefährdungsbeurteilung: Handbuch für Arbeitsschutzfachleute**. Dortmund: BAuA.

Bundesministerium des Innern & Bundesverwaltungsamt (2018). **Handbuch für Organisationsuntersuchungen und Personalbedarfsbestimmung**. Berlin, Köln: BMI & BVA.

Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (2005). **Work Life Balance. Motor für wirtschaftliches Wachstum und gesellschaftliche Stabilität – Analyse der volkswirtschaftlichen Effekte – Zusammenfassung der Ergebnisse**. Berlin: BMFSFJ.

Bundesministerium für Gesundheit (2015). **Prävention**. Abgerufen von www.bundesgesundheitsministerium.de/service/begriffe-von-a-z/p/praevention.html

Bundesministerium für Gesundheit (2018). **Neuregelungen im Jahr 2019 in Gesundheit und Pflege**. Abgerufen von www.bundesgesundheitsministerium.de/presse/pressemitteilungen/2018/4-quartal/neuregelungen-2019.html#c14464

Ciesinger, K. G. (2016, 14 September). **Workshop B: Pflege-Prävention und Belastungswechsel durch Mischarbeit und Berufsvläufe mit wechselnden Beanspruchungen**. Beitrag präsentiert beim Expertenworkshop Neue Präventionsimpulse für Beschäftigte in der stationären Altenpflege, Jülich, Deutschland.

Collatz, A. & Gudat, K. (2011). **Work-Life-Balance**. Göttingen: Hogrefe Verlag.

Dahlgaard, K. (2007, September). **Innovative Arbeitszeitmodelle in der stationären Altenpflege – Ein Bericht über Verlauf und Ergebnisse von fünf Modellprojekten**. Langfassung eines Vortrags auf dem bgw-Forum 2007 Gesundheitsschutz und Altenpflege, Hamburg, Deutschland.

Dietrich, A., Köhnen, M. & Koreuber, M. (2017). **Diversity gerecht werden. Heft 1: Strategien für zukunftsfähige Hochschulen**. Berlin: Freie Universität Berlin.

Eby, L. T., Casper, W. J., Lockwood, A., Bordeaux, C. & Brinley, A. (2005). Work and family research in IO/ON: Content analysis and review of the literature (1980-2002). **Journal of Vocational Behaviour**, 66, S. 124-197.

Fischer, A. W. (2018). Persönliche Mitteilung zu Autorenrechten für Publikation. Mail mit Anhängen, Köln, DIP e.V., 2018.

Flüter-Hoffmann, C. (2006). **Lebenszyklusorientierte Personalpolitik – „Work-Life-Balance“-Modelle und „Demographietools“ für die betriebliche Praxis**. Köln: Institut der deutschen Wirtschaft.

Fochsen, G., Johsephson, M., Hagberg, M., Toomingar, M. & Lagerström, M. (2006). Predictors of leaving nursing care: a longitudinal study among Swedish nursing personnel. **Occupational and Environmental Medicine**, 63, S. 198-201.

- Franko, F. & Felfe, J. (2011). Diagnose gesundheitsförderlicher Führung – Das Instrument Healthoriented Leadership. In: B. Badura, A. Ducki, H. Schröder, J. Klose & K. Macco (Hrsg.): **Fehlzeiten-Report (2011) – Führung und Gesundheit: Zahlen, Daten, Analysen aus allen Branchen der Wirtschaft** (S. 3-13). Heidelberg: Springer Medizin Verlag.
- Fuchs-Frohnhofen, P. & Bessin, C. (2012). **Wertschätzendes Gesundheitsmanagement – Handlungsanregung für Pflegeeinrichtungen erarbeitet im Rahmen des Forschungsprojektes PflegeWert**. Köln: Kuratorium Deutsche Altenpflege.
- Fuchs-Frohnhofen, P. & Borutta, M. (2011). Hinweise zum Vorgehen in einem betrieblichen Innovationsprojekt – von der Ist-Analyse bis zum Einbringen der Ergebnisse in die tägliche Routine. In P. Fuchs-Frohnhofen, S. Dörpinghaus, M. Borutta & C. Bräutigam (Hrsg.): **PIA – Pflege-Innovationen in der Gesundheitsregion Aachen – Projekterfahrungen und Anregungen zur Umsetzung**. Marburg: Tectum Verlag.
- Fuchs-Frohnhofen, P., Blume, A., Ciesinger, K.G., Gessenich, H., Hülsken-Giesler, M., Isfort, M., Jungtäubl, M., Kocks, A., Patz, M. & Wehrich, M. (2018). **Memorandum „Arbeit und Technik 4.0 in der professionellen Pflege“**. Würselen: Verlag der MA&T Sell & Partner GmbH.
- P. Fuchs-Frohnhofen, S. Dörpinghaus, M. Borutta & C. Bräutigam (2011). **Projekt PIA – Pflege-Innovationen in der Gesundheitsregion Aachen**. Marburg: Tectum.
- Gemeinsame Deutsche Arbeitsschutzstrategie (2018). **Leitlinie Beratung und Überwachung psychischer Belastung am Arbeitsplatz**. Berlin: Geschäftsstelle der Nationalen Arbeitsschutzkonferenz/Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin.
- Gregersen, S., Vincent-Höper, S. & Nienhaus, A. (2013). Führung und Gesundheit – Welchen Einfluss haben Führungskräfte auf die Gesundheit der Mitarbeiter? **Österreichisches Forum Arbeitsmedizin**, S. 28-39.
- Hielscher V., Nock, L. & Kirchen-Peters, S. (2015). **Technikeinsatz in der Altenpflege**. Baden-Baden: Nomos.
- Hurrelmann, K., Klotz, T., & Haisch, J. (2007). **Lehrbuch Prävention und Gesundheitsförderung. 2. überarbeitete Auflage**. Bern: Huber.
- INQA (2010). **Zeitdruck in der Pflege reduzieren**. Dortmund: Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin.
- INQA (2017). **Verwaltung der Zukunft: Praxisreport mit Beispielen für eine moderne Personalpolitik**. Abgerufen von: <https://www.inqa.de/DE/Angebote/Publicationen/verwaltung-der-zukunft.html>
- Internationale Konferenz zur Gesundheitsförderung (1997). **Die Jakarta Erklärung zur Gesundheitsförderung für das 21. Jahrhundert**. Abgerufen von www.who.int/healthpromotion/conferences/previous/jakarta/en/hpr_jakarta_declaration_german.pdf
- Kilcher, A. (2007). **Rassistische Diskriminierung am Arbeitsplatz „Spital“: Empfehlungen zur Prävention und Bekämpfung für Institutionen der Gesundheitsversorgung**. Wabern, Schweiz: Schweizerisches Rotes Kreuz.
- Kliner, K., Rennert, D. & Richter, M. (2017). **BKK Gesundheitsatlas 2017: Gesundheit und Arbeit. Blickpunkt Gesundheitswesen**. Berlin: MWV Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft und BKK Dachverband e.V.
- Knieps, F. & Pfaff, H. (2017). **Digitale Arbeit – Digitale Gesundheit. BKK Gesundheitsreport 2017**. Berlin: BKK Dachverband e.V.
- Künemund H. (2005). Chancen und Herausforderungen assistiver Technik. Nutzerbedarfe und Technikakzeptanz im Alter. **Technikfolgenabschätzung – Theorie und Praxis**, 24, S. 28-35.
- Liewald, K. (2012). Diversität in Alters- und Pflegeheimen – Wegleitung für Führungspersonen und Mitarbeitende der stationären Langzeitpflege. Wabern, Schweiz: Schweizerisches Rotes Kreuz.
- Lohmann-Haislah, A. (2012). **Stressreport Deutschland 2012 – Psychische Anforderungen, Ressourcen und Befinden**. Dortmund, Berlin, Dresden: Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin.
- Melamed, S., Ben-Avi, I., Luz, J., & Green, M. S. (1995). Objective and subjective work monotony: Effects on job satisfaction, psychological distress, and absenteeism in blue-collar workers. **Journal of Applied Psychology**, 80, 29.
- Misselhorn, C., Pompe, U., & Stapleton, M. (2013). Ethical Considerations Regarding the Use of Social Robots in the Fourth Age. **GeroPsych**, 26, S. 121-133.
- Pitsch, A. (2001). Der Weg nach oben. Einsatz von Hebeliftern in Altpflegeeinrichtungen. **Heim + Pflege**, 32, S. 138-139.
- Platzkoster, C. & Zimolong, A. (2008). **Inap – Innovative Arbeitszeitmodelle für Pflegeeinrichtungen**. Düsseldorf: Gesellschaft für betriebswirtschaftliche Beratung mbH.
- Prävention Aktuell (2018). **Das Stop-Prinzip**. Abgerufen von <https://praevention-aktuell.de/das-stop-prinzip/>
- Purbs, A., Posdlich, M. L., & Sonntag, K. (2018). Gesundheitsförderliche Führung. **Pflegezeitschrift**, 71, S. 10-13.
- Renneberg, B. & Hammelstein, P. (2006). **Gesundheitspsychologie**. Heidelberg: Springer-Verlag.
- Rohmert, W. & Rutenfranz, J. (1975). **Arbeitswissenschaftliche Beurteilung der Belastung und Beanspruchung an unterschiedlichen industriellen Arbeitsplätzen**. Bonn: Der Bundesminister für Arbeit und Sozialordnung.
- Schaarschmidt, U. & Fischer, A. W. (2008). **AVEM - Arbeitsbezogenes Verhaltens- und Erlebensmuster** (3. Auflage). London: Pearson.
- Scheer, A. W. (1987). **EDV-orientierte Betriebswirtschaftslehre**. Berlin Heidelberg: Springer-Verlag.
- Seiwert, L. (2014). **Kursbuch Zeitnah Leben – Wie Sie Ihre Lebens-Balance auf Kurs bringen**. Heidelberg: Lothar Seiwert.
- Sell, R. & Fuchs-Frohnhofen, P. (1993). **Gestaltung von Arbeit und Technik durch Beteiligungsqualifizierung**. Opladen: Westdeutscher Verlag.
- Siegrist, J. (1996). Adverse health effects of high-effort/low-reward conditions. **Journal of Occupational Health Psychology**, 1, S. 27-41.
- Stuber, M. (2004). Diversity. Das Potenzial von Vielfalt nutzen – den Erfolg durch Offenheit steigern. München: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Udris, I., Kraft, U. Mussmann, C. & Rimann, M. (1992). Arbeiten, gesund sein und gesund bleiben: Theoretische Überlegungen zu einem Ressourcenkonzept. **Psychosozial**, 15, S. 9-22.
- Ulich, E. (2001). **Arbeitspsychologie**. Zürich: vdf Hochschulverlag; Stuttgart: Schäffer-Poeschel.
- Ulich, E. (2013). Arbeitssysteme als Soziotechnische Systeme – eine Erinnerung. **Journal Psychologie des Alltagshandelns**, 6, S. 4-12.
- Ulich, E. & Wülser, M. (2004). **Gesundheitsmanagement in Unternehmen: Arbeitspsychologische Perspektiven**. Wiesbaden: Betriebswirtschaftlicher Verlag Dr. Th. Gabler/GWV Fachverlag GmbH.
- Ver.di (2018). **Tarifverträge der DRV – Wissen im Überblick – Wie verhält es sich eigentlich mit Überstunden und Mehrarbeit**. Abgerufen von https://ostwestfalen-lippe.verdi.de/++file.../DRV_Tarif-was%20geht_Teil2.pdf
- Wittland, M. (2013): Kompetenzbasierte Dienstleistungsentwicklung als Strategie für innovatives Karrieremanagement in Pflegeeinrichtungen. **præview – Zeitschrift für innovative Arbeitsgestaltung und Prävention**, 2, S. 16-17.
- World Health Organization (1948). **Constitution of the World Health Organization**. Abgerufen von: <http://apps.who.int/gb/bd/PDF/bd47/EN/constitution-en.pdf>

Anmerkung: Soweit in dieser Literaturliste auf Quellen aus dem Internet verwiesen wird, erfolgte der letzte Abruf der entsprechenden Internetseiten am 18.01.2019.





PARTNER IM PROJEKT PFLEGE-PRÄVENTION 4.0

Projektkoordination:



MA&T Sell & Partner GmbH

Karl-Carstens-Straße 1, 52146 Würselen/Aachener Kreuz
Ansprechpartner: Dr. Paul Fuchs-Frohnhofen
Tel.: 02405 4552-0 | Fax: 02405 4552-200 | fuchs@mat-gmbh.de
www.mat-gmbh.de

Forschungspartner:



Deutsches Institut für angewandte Pflegeforschung e.V.

Hülchrather Straße 15, 50670 Köln
Ansprechpartner: Prof. Dr. Michael Isfort
Tel.: 0221 46861-30 | m.isfort@dip.de
www.dip.de



DAA Deutsche Angestellten-Akademie GmbH

Alter Teichweg 19, 22081 Hamburg
Ansprechpartner: Jörg Schlüpmann
Zweigstellenverbund Westfalen
Herforder Str. 76, 33602 Bielefeld
Tel.: 0521 923618-22 | joerg.schluepmann@daa.de
www.daa-owl.de



St. Gereon Seniorendienste gGmbH

Klosterberg 5, 41836 Hückelhoven
Ansprechpartner: Bernd Bogert
Tel.: 02462 981-0 | bernd.bogert@st-gereon.info
www.st-gereon.info



Johanniter Seniorenhäuser GmbH

Regionalzentrum West
Siegburger Str. 197, 50679 Köln
Ansprechpartner: Georg Hammann
Tel.: 0221 299913-855 | georg.hammann@jose.johanniter.de
www.johanniter.de

Autorinnen und Autoren:

Paul Fuchs-Frohnhofen, Geschäftsführer, MA&T Sell & Partner GmbH, Würselen
Sarah Scheen, studentische Mitarbeiterin, MA&T Sell & Partner GmbH, Würselen
Dorothea Metzen, studentische Mitarbeiterin, MA&T Sell & Partner GmbH, Würselen
Claudia Bessin, wissenschaftliche Mitarbeiterin, MA&T Sell & Partner GmbH, Würselen
Georg Hammann, Leiter Unternehmensentwicklung/Kommunikation, Johanniter Seniorenhäuser GmbH,
Gerd Palm, stellv. Geschäftsführer, St. Gereon Seniorendienste, Hückelhoven
Bernd Bogert, Geschäftsführer, St. Gereon Seniorendienste, Hückelhoven