

**Betriebliche Gesundheitsförderung für ältere
ArbeitnehmerInnen im Umfeld der stationären Altenpflege**

Bachelorarbeit I

am

Studiengang „Aging Services Management“
an der Ferdinand Porsche FernFH

Armin Schmidthaler

1410759022

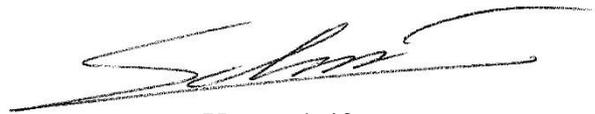
Begutachterin: MMag.^a Tanja Adamcik

Linz, Februar 2017

Eidesstattliche Erklärung

Ich erkläre hiermit, dass ich die vorliegende Arbeit selbstständig und ohne Benutzung anderer als der angegebenen Quellen und Hilfsmittel angefertigt habe. Alle Stellen, die wörtlich oder sinngemäß übernommen wurden, habe ich als solche kenntlich gemacht. Die Arbeit wurde in gleicher oder ähnlicher Form noch keiner anderen Prüfungsbehörde vorgelegt oder veröffentlicht. Die vorliegende Fassung entspricht der eingereichten elektronischen Version.

10. Februar. 2017

A handwritten signature in black ink, appearing to be 'Schm', written over a horizontal line.

Unterschrift

Abstract

Die vorliegende Bachelorarbeit befasst sich mit betrieblicher Gesundheitsförderung für ältere ArbeitnehmerInnen im Umfeld der stationären Altenpflege. Es wird der Frage nachgegangen, welche präventiven Maßnahmen sinnvoll sind oder sich bereits etabliert haben. Dabei richtet sich der Fokus auf die Integrierbarkeit, das Motivationsvermögen und die ethischen Aspekte dieser Maßnahmen. Die methodische Vorgehensweise erfolgt in Form einer Literaturanalyse. Die Arbeit beleuchtet die Mehrdimensionalität der Gesundheit, psychische sowie physische Gesundheitsdeterminanten, MitarbeiterInnen- und Organisationsvoraussetzungen für Gesundheitsförderung, den systematischen Ablauf der Implementierung, gefolgt von drei Praxisbeispielen.

Schlüsselbegriffe: betriebliche Gesundheitsförderung, ältere ArbeitnehmerInnen, stationäre Altenpflege, ethische Aspekte, Führungskraft

Abstract

This bachelor thesis deals with workplace health promotion for older workers in the environment of geriatric care. The question being pursued is which preventive measures are meaningful or have already established themselves. The focus is on integrability, motivation and ethical aspects of these measures. The methodological approach is a literature review. This paper examines the multidimensionality of health, mental as well as physical health determinants, employee and organizational requirements for health promotion, the systematical sequence of implementation, followed by three practical examples.

Keywords: workplace health promotion, older workers, geriatric care, ethical aspects, manager

Inhaltsverzeichnis

1	Einleitung.....	1
1.1	Zielsetzung.....	2
1.2	Forschungsfrage	2
1.3	Methode	2
2	Mehrdimensionalität der Gesundheit – Eine Auswahl unterschiedlicher Blickwinkel	4
2.1	Definitionen und Abgrenzungen	4
2.2	Gesundheitsmodelle	7
2.3	Faktoren für ein gesundes Leben	9
2.3.1	Körperliche Faktoren	9
2.3.2	Seelisch-geistige Faktoren.....	9
2.3.3	Materielle Faktoren.....	10
2.4	Gesundheit in Österreich	10
3	Gesundheitsdeterminanten älterer ArbeitnehmerInnen in der stationären Altenpflege	13
3.1	Psychische Belastungen.....	15
3.1.1	Stressoren	16
3.1.2	Helfer-Syndrom	17
3.1.3	Burnout-Syndrom	17
3.1.4	Mobbing	18
3.1.5	Suchtgefahr	18
3.2	Physische Belastungen	19
3.2.1	Bewegungsapparat	20
3.2.2	Zirkadiane Schlafrythmusstörung durch Nacht- und Schichtarbeit ..	20
3.3	Situation in Österreich und International.....	21
4	MitarbeiterInnenvoraussetzungen für betriebliche Gesundheitsförderung	24
5	Organisationsvoraussetzungen für betriebliche Gesundheitsförderung	27
5.1	Organisationsbezogen.....	27
5.1.1	Unternehmenskultur / Gesundheitskultur.....	27
5.1.2	Gesundheitszirkel.....	28

5.1.3	Rückkehrgespräche	28
5.1.4	Ethische Aspekte.....	29
5.2	Führungskräftebezogen	30
5.2.1	„Gesundes Führen“ – Das Modell des gesundheits- und entwicklungsförderlichen Führungsverhalten oder „Health-oriented Leadership“ (HoL)	31
6	Gesundheitsförderung systematisch planen und erfolgreich implementieren	34
6.1	Projektvorbereitung	34
6.2	Ist-Analyse	35
6.3	Maßnahmenplanung	35
6.4	Umsetzung	35
6.5	Erfolgskontrolle.....	35
6.6	Nachhaltigkeit	36
7	Ausgewählte Beispiele betrieblicher Gesundheitsförderung	37
7.1	Projekt „Gesundes SeniorInnen-Wohnhaus“	37
7.2	Projekt „Älter werden in der Pflege“	39
7.3	„Ethik-Cafés“	42
7.4	Beispielvergleich	44
8	Diskussion und Beantwortung der Forschungsfragen	45
9	Zusammenfassung und Ausblick	49
	Literaturverzeichnis	51
	Internetquellen	55
	Abbildungsverzeichnis	57
	Tabellenverzeichnis	58
	Abkürzungsverzeichnis	59

1 Einleitung

Durch den demografischen Wandel wird in naher Zukunft ein stärkerer Pflegekräftemangel angenommen (Brause, Horn, Büscher & Schaeffer, 2010, S. 1). Es wird aber nicht nur eine steigende Zahl der Pflegebedürftigen prognostiziert. Laut Hackmann wird die informelle Pflege durch Angehörige, durch die geringeren Geburtenraten und die vermehrte Berufstätigkeit von Frauen, zu einem erhöhten Bedarf an formeller Pflege führen (Hackmann, 2009, S. 4).

„Besondere Schwierigkeiten beim angepeilten längeren Verbleib im Erwerbsleben ergeben sich daraus vor allem für jene ArbeitnehmerInnen [..], die während ihres Erwerbslebens hohen Arbeitsbelastungen ausgesetzt sind“ (Krenn & Vogt, 2004, S. 1). Dies trifft im Besonderen auf MitarbeiterInnen im Umfeld der Altenpflege zu.

Die Arbeit in der stationären Altenpflege ist physisch wie psychisch sehr belastend (Brause et al., 2010, S. 50). Verstärkt werden die Gegebenheiten durch den Umstand, dass durch den aktuellen Trend, ältere Menschen so lange wie möglich zu Hause zu versorgen, entsprechend der Forderung *ambulant vor stationär*, geriatrische PatientInnen wesentlich älter und multimorbider im Heim aufgenommen werden (Brause et al., 2010, S. 2). Dies führt in Folge zu einer erhöhten Belastung für das Pflegepersonal. Durch den gestiegenen Belastungsgrad ist auch die Gesundheit jeder Mitarbeiterin/jedes Mitarbeiters gefährdet.

Der Führungs- und Managementbereich von Pflege- und Sozialdiensten wird zukünftig immer mehr gefordert arbeitsbedingte Gesundheitsrisiken vorzeitig zu erkennen und die Arbeitsbedingungen gesundheits- und altersgerecht zu gestalten (Spicker, 2008, S. 22; Berg, Alavinia, Bredt, et al., 2008, S. 1029).

Somit muss besonders darauf geachtet werden die Gesundheit der MitarbeiterInnen zu bewahren, sodass diese lange Zeit einsatzfähig bleiben.

Die arbeits- und gesundheitswissenschaftliche Forschung untersuchte die stationäre Langzeitpflege in erster Linie auf berufsspezifische Belastungen und Beanspruchungen. Gesundheitsfördernde Interventionskonzepte auf organisationaler Ebene wurden dabei weniger in Betracht gezogen (Faller & Reinboth, 2011, S. 240).

Laut Stockinger ist modernes Personalmanagement und systematische Personalentwicklung die Aufgabe der Zukunft in Pflegeeinrichtungen und beinhaltet, neben geeigneten Maßnahmen zur Bekämpfung des Fachkräftemangels, die kontinuierliche Steigerung der Qualifizierung, Entwicklung und Förderung der Beschäftigten (Stockinger, 2014, S. 4).

Die vorliegende Arbeit fokussiert auf den Teilbereich der betrieblichen Gesundheitsförderung.

1.1 Zielsetzung

Das Ziel dieser Bachelorarbeit ist es, geeignete präventive Maßnahmen für dieses spezielle Setting zu finden, sowie Maßnahmen zu identifizieren, die den Kriterien der drei Unterfragen (gut integrierbar, motivierende Wirkung, ethisch unbedenklich) gerecht werden. Anschließend werden die unterschiedlichen Beispiele verglichen. Diese Arbeit verfolgt nicht das Ziel psychische, physische und wirtschaftliche Folgen von fehlender betrieblicher Gesundheitsförderung zu beleuchten.

1.2 Forschungsfrage

Welche präventiven Maßnahmen sind, in Bezug auf ältere ArbeitnehmerInnen in der stationären Altenpflege, sinnvoll bzw. haben sich etabliert?

- Wie lassen sich diese gut in den Alltag integrieren?
- Welche dieser Maßnahmen wirken motivierend?
- Welche Maßnahmen berücksichtigen auch ethische Aspekte?

1.3 Methode

Das Vorgehen in der Bachelorarbeit ist eine Literaturanalyse.

Die systematische Literaturrecherche wurde einerseits in den Datenbanken der Ferdinand Porsche FernFH mittels der elektronischen Zeitschriftenbibliothek (EZB), SpringerLink und dem Online-Katalog der FH Wiener Neustadt und andererseits in der Hauptbibliothek der Universität Wien mittels der Mediensuchmaschine u:search durchgeführt. Des Weiteren wurde in der Literaturdatenbank Cochrane Library recherchiert.

Als Suchbegriffe wurden die Stichwörter: betriebliche Gesundheitsförderung (BGF); betriebliche Gesundheitsförderung in NPOs / in der Gesundheits- und Krankenpflege; Prävention; Prävention und Gesundheitsförderung in der Pflege; Gesund in der Pflege; Gesundheitsförderung systematisch planen; Gesundheitsbewusste Persönlichkeitsentwicklung; Entwicklung gesundheitsförderlicher Interventionsstrategien; Pflegeberufe; Pflegepersonal; ältere ArbeitnehmerInnen; alterndes Personal; stationäre Altenpflege; stationäre Pflege; stationäre Altenbetreuung; Alteneinrichtung; Pflegepersonal; Nacht- und Schichtarbeit; geriatrische Langzeitpflege; Geriatrie; Belastungen von Personal in der Geriatrie; Ethische Intervention als Element der betrieblichen Gesundheitsförderung; Gesundheitsressourcen und Arbeitsbelastungen; Steigerung des Kohärenzgefühls; Resilienz; Health-oriented Leadership (HoL); Gesundheitszirkel; verhaltensorientierte / verhältnisorientierte Prävention; Workplace Health Promotion; nursing;

Prevention and health promotion in nursing; Health conscious personality development; build healthy public intervention strategies; nursing profession; caregivers; older workers; aging staff; inpatient care for the elderly; inpatient care; geriatric care; Old means; caregivers; Night and shift work; geriatric long-term care; geriatric; Loads of staff in geriatrics; Ethical intervention as an element of WHP (=Workplace Health Promotion); Health care resources and workloads; Increasing sense of coherence; resilience; Health circles; behavioral / relationship oriented prevention, benutzt.

2 Mehrdimensionalität der Gesundheit – Eine Auswahl unterschiedlicher Blickwinkel

„Obschon die Gesundheit das größte aller den Leib betreffenden Güter darstellt, ist sie dennoch dasjenige, über das wir am wenigstens nachdenken und wir am wenigstens genießen: wenn man sie hat, denkt man nicht daran.“

René Descartes

Quelle: Descartes, René: „Brief an Chanut vom 31. März 1649“, zitiert in: Canguilhem, 2004, S. 54

Gesundheit wird solange als selbstverständlich akzeptiert, bis sie verloren geht. In der Gesundheitsförderung wird versucht, diesen recht negativen Gesichtspunkt durch einen positiven zu ersetzen (Steinbach, 2007, S. 29).

Bevor man sich aber der Gesundheitsförderung widmen kann, ist es wichtig zu klären, was eigentlich unter Gesundheit zu verstehen ist. Gibt es eine klare und starre Definition an die man sich halten kann, oder handelt es sich um einen fluiden Begriff, der je nach Betrachtung anders ausgelegt werden kann?

Im folgenden Kapitel soll ein Teil der großen Bandbreite an Bedeutungen der Begriffe *Gesundheit* und, in weiterer Folge, *Gesundheitsförderung* dargestellt werden.

In erster Linie findet eine wissenschaftliche Betrachtung statt. Es ist aber laut Steinbach (2007, S. 25) auch sehr wichtig, zu wissen, was Laien über Gesundheit denken, beziehungsweise was es für sie heißt, gesund zu sein, wenn man betriebliche Gesundheitsförderung (BGF) betreiben will.

2.1 Definitionen und Abgrenzungen

Die Literaturanalyse zeigt, dass Definitionen zur Gesundheit disziplinbezogen / eindimensional aber auch mehrdimensional ausfallen können.

Als Beispiel für den biomedizinischen Ansatz wird die Definition des medizinischen Wörterbuchs Pschyrembel aus dem Jahr 1998 herangezogen: „*Gesundheit ist das subjektive Empfinden des Fehlens körperlicher, geistiger und seelischer Störungen oder Veränderungen beziehungsweise ein Zustand, in dem Erkrankungen und pathologische Veränderungen nicht nachgewiesen werden können.*“ (Pschyrembel, 1998, S. 571). Im Vergleich dazu fällt Parsons soziologische Gesundheitsdefinitionen folgendermaßen aus: „*Zustand optimaler Leistungsfähigkeit*

einer Person zur wirksamen Erfüllung der sozialen Rollen und Aufgaben, die ihr im Zuge des Prozesses der Sozialisation übertragen wurden“ (Parsons, 1951 zitiert in Kühn, 1993, S. 30). Im biomedizinischen Ansatz steht das Funktionieren des Körpers und im soziologischen Versuch die Erfüllung der sozialen Rollen im Vordergrund.

Wie dem Titel des Kapitels schon entnommen werden kann, wird in weiterer Folge dieser Arbeit, Gesundheit als ein mehrdimensionaler Begriff verstanden, der im körperlichem, geistigem, seelischem und gesellschaftlichem Kontext steht. Abbildung 1 dient der Veranschaulichung dieses Konzeptes. All diese Blickfelder befinden sich in Wechselbeziehung miteinander und jede Dimension beeinflusst das Individuum maßgeblich. Gesundheit ist demnach ein ganzheitliches Konzept. Eine, der am meisten zitierte, mehrdimensionale Definition des Gesundheitsbegriffes stammt von der Weltgesundheitsorganisation (WHO) aus dem Jahr 1946: „*Gesundheit ist ein Zustand völligen psychischen, physischen und sozialen Wohlbefindens und nicht nur das Freisein von Krankheit und Gebrechen. Sich des bestmöglichen Gesundheitszustandes zu erfreuen ist ein Grundrecht jedes Menschen, ohne Unterschied der Rasse, der Religion, der politischen Überzeugung, der wirtschaftlichen oder sozialen Stellung.*“ (http://www.bmgf.gv.at/home/Gesundheit_und_Gesundheitsfoerderung [Abruf am 10.12.2016]). Hier wird die Gesundheit zum ersten Mal umfassend und ganzheitlich betrachtet. Die veränderte Definition der WHO von 1987, die Gesundheit als Fähigkeit beschreibt, ein wirtschaftlich und sozial aktives Leben führen zu können, unterstreicht die Bedeutung der Gesundheitsförderung (Ulich & Wülser, 2009, S. 3).

Abbildung 1: Mehrdimensionalität der Gesundheit



Quelle: http://www.tankonyvtar.hu/en/tartalom/tamop412A/2011-0094_neurologia_de/ch04s15.html [Abruf am 15.12.2016]

Auf individueller Ebene wird die Interpretation des Begriffes *Gesundheit* von Faktoren wie Kultur, Religion, sozialer Schicht, Alter, Geschlecht, Erfahrungen und dem Zeitgeist beeinflusst. Laut Waller (2006, S. 15) definieren Laien Gesundheit wie folgt:

- als Abwesenheit von Krankheit, also als negative Bestimmung
- als Potenzial, sich gesund zu erhalten, dessen Basis in der Kindheit gelegt wird
- als funktionale Leistungsfähigkeit, worunter auch Rollenverpflichtungen fallen
- als Gleichgewichtszustand oder Wohlbefinden.

Prävention und Gesundheitsförderung werden in der Literatur meist synonym verwendet. Dabei ist Gesundheitsförderung kein Teil von Prävention, sondern impliziert einen radikalen Perspektivenwechsel, der die Determinanten für Gesundheit und Wohlbefinden in den Blick nimmt und sich von einer heilenden Sichtweise verabschiedet hat (Altgeld, 2004, S. 20). Der Begriff der Gesundheitsförderung bezieht sich hierbei nicht nur auf die individuellen Lebensumstände und gesundheitsfördernden Settings, sondern wird gemäß der Ottawa Charta (1986, S. 3f.) sehr viel umfassender definiert:

- Entwicklung einer gesundheitsfördernden Gesamtpolitik,
- Schaffung gesundheitsförderlicher Lebenswelten,
- Neuorientierung der Gesundheitsdienste,
- Unterstützung gesundheitsbezogener Gemeinschaftsaktionen, sowie
- Entwicklung persönlicher Kompetenzen.

1997 wurde die Jakarta Erklärung (1997, S. 11f.) zur Gesundheitsförderung im 21. Jahrhundert verabschiedet. Sie bestätigt die Kernaussagen der Ottawa-Charta und setzt folgendes fest:

1. *„Förderung sozialer Verantwortung für Gesundheit*
2. *Ausbau der Investitionen in die Gesundheitsentwicklung*
3. *Festlegung und Ausbau von Partnerschaften für Gesundheit*
4. *Stärkung der gesundheitsfördernden Potenziale von Gemeinschaften und der Handlungskompetenz des Einzelnen*
5. *Sicherung einer Infrastruktur für die Gesundheitsförderung“.*

Laut Ulich (2005, S. 528) lässt sich die Gesundheitsförderung auch zum Arbeitsschutz gut abgrenzen. Der betriebliche Arbeitsschutz beruht auf einem Defizitmodell, das schwächenorientiert ist und ein pathogenetisches Grundverständnis hat. Es wird eine Schutzperspektive eingenommen, die belastungsorientiert ist. Beim Arbeitsschutz geht es um das Wahrnehmen von Gefahren. Im Gegensatz dazu baut die BGF auf einem Potentialmodell auf, das stärkenorientiert ist und ein salutogenetisches Grundverständnis hat. Hier wird eine Entwicklungsperspektive

eingenommen, die ressourcenorientiert ist. Bei der Gesundheitsförderung geht es um das Wahrnehmen von Chancen.

Esslinger, Emmert & Schöffski (2010, S. 85) sehen grundsätzlich eine Konformität zwischen BGF und dem Personalmanagement, welches den Gestaltungsrahmen für ersteres liefert. Die Unterscheidung erfolgt erst über die Institutionalisierung. Man spricht von betrieblichem Gesundheitsmanagement (BGM), wenn BGF nicht nur in Einzelmaßnahmen durchgeführt, sondern als Führungsaufgabe wahrgenommen wird.

Das BGM kann als Steuerungsaufgabe der Betriebsführung definiert werden. Die Gesundheit der MitarbeiterInnen ist ein Organisationsziel, wobei die BGF in den Strukturen und Prozessen des Unternehmens verwurzelt wird. Die BFG kann die Gesundheit der ArbeitnehmerInnen auf der Verhältnis- und / oder der Verhaltensebene stärken. Politisch ist ihr Part in der Luxembourg Declaration for Workplace Health Promotion verankert (Schlicht & Zinsmeister, 2015, S. 122). Zuletzt ist noch eine Differenzierung zwischen den Begriffen *Bedürfnis* und *Bedarf* notwendig, auf die im Kapitel 6 Bezug genommen wird. Schlicht & Zinsmeister definieren Bedarf als „...eine skalierbare Größe, die von einem als normal deklarierten gesundheitsrelevanten Zustand oder Prozess abweicht und somit Experten/innen Anlass zum Handeln gibt.“ Hingegen sind Bedürfnisse „...das subjektive Verlangen oder das Begehren einer Person, einen als unangenehm oder defizitär empfundenen oder einen bedrohten Gesundheitszustand ändern zu wollen“ (Schlicht & Zinsmeister, 2015, S. 176). „Bedarf ist ein objektiver Anlass zu intervenieren. Bedürfnisse sind subjektive Erwartungen, Probleme zu beseitigen, die als persönlich relevant beurteilt wurden“ (Schlicht & Zinsmeister, 2015, S. 184).

2.2 Gesundheitsmodelle

In Gesundheitsmodellen wird einerseits die Gesundheit definiert, aber andererseits wird auch beschrieben wie man sie erhält, verbessert oder wiederherstellt (Schlicht & Zinsmeister, 2015, S. 130). Es ist erforderlich sich mit unterschiedlichen Gesundheitsmodellen auseinanderzusetzen, um ein umfassendes Verständnis von Gesundheit zu erreichen. Einerseits gibt das jeweilige Modell die berufsspezifische Richtung vor. So bezieht sich das biomedizinische Modell ausschließlich auf MedizinerInnen, während das integrative biopsychosoziale Modell zur interdisziplinären Zusammenarbeit auffordert. Andererseits birgt die Einseitigkeit eines Modells auch die Gefahr, dass die entsprechenden Gesundheitsförderungen einseitig ausfallen werden.

Im Folgenden werden daher drei, für die betriebliche Gesundheitsförderung relevante, Gesundheitsmodelle bzw. -konzepte herausgegriffen und vorgestellt.

Beim salutogenetischen Gesundheitsmodell liegt das Augenmerk auf den gesundheitsfördernden Widerstandsressourcen und auf der Grundhaltung die jede/r gegenüber ihrer/seiner Gesundheit hat. Diese Ressourcen prägen den Kohärenzsinn aus, der auch als Sense of Coherence oder SOC in der Literatur zu finden ist. Dieser setzt sich aus dem Gefühl von Verstehbarkeit, dem Gefühl von Handhabbarkeit und dem Gefühl von Sinnhaftigkeit zusammen. Dem salutogenetischen Ansatz nach, ist selbst hoch anfordernde Arbeit gesundheitsförderlich, wenn sie von den MitarbeiterInnen als verständlich, beeinflussbar und sinnhaft erlebt wird (Spicker & Schopf, 2007, S. 25f.)

Beim Modell der Handlungsregulation wird davon ausgegangen, dass Arbeitstätigkeiten sowohl gesundheitsförderliche als auch -schädigende Potenziale enthalten. Die Gesundheit beeinflusst die Aufrechterhaltung und Weiterentwicklung der individuellen Handlungsfähigkeit. Diese entwickelt sich durch die Bildung von langfristigen Zielen und Perspektiven, durch einen stabil-flexiblen Umgang mit verändernden Umweltbedingungen und durch die Abstimmung der körperlichen Prozesse und Handlungen. Regulationserfordernisse, wie anspruchsvolle Arbeitsaufgaben, wirken gesundheitsförderlich. Hingegen sind Regulationshindernisse, wie Zeitdruck oder monotone Tätigkeiten, Belastungen die gesundheitshinderlich sind. Dieser Ansatz macht Gesundheit als Einflussgröße auf der Ebene der Arbeitsbewältigung deutlich (Spicker & Schopf, 2007, S. 26).

Das Modell der beruflichen Gratifikationskrisen geht davon aus, dass ein Ungleichgewicht zwischen dem beruflichen Engagement und der erhaltenen Belohnung, sprich Gratifikation, zu Stressreaktionen führen kann. Belohnungsquellen sind die Entlohnung, die berufliche Anerkennung und der berufliche Status, der wiederum Aufstiegschancen und die Arbeitsplatzsicherheit beinhaltet. Die drei Gratifikationsquellen sind miteinander gekoppelt. Gratifikationskrisen können, je nach Intensität und Länge, zu Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Depression, Burnout und Suchtverhalten führen. Das Modell bietet eine Möglichkeit, den Einfluss von beruflicher Anerkennung und Status auf die Gesundheit sichtbar zu machen. Gerade bei Pflegeberufen spielt mangelnde Anerkennung für die Entwicklung von Gratifikationskrisen eine besondere Rolle (Spicker & Schopf, 2007, S. 27). Sämtliche Modelle fordern die Teilhabe der Stakeholder (Schlicht & Zinsmeister, 2015, S. 148).

Grundlage dieser Arbeit wird im weiteren Verlauf ein salutogenetisches Gesundheitsmodell sein, also die Annahme, dass Menschen über verschiedene Ressourcen verfügen, um ihre Gesundheit zu erhalten.

2.3 Faktoren für ein gesundes Leben

Hier werden wichtige Faktoren für ein gesundes Leben beschrieben. Dieser Abschnitt verfolgt nicht das Ziel einer Vollständigkeit, welche wahrscheinlich gar nicht möglich wäre.

2.3.1 Körperliche Faktoren

Zu den körperlichen Voraussetzungen zählen grundsätzlich genetische Faktoren, wie gesunde Chromosomen beziehungsweise Gene. Um den Körper gesund halten zu können, ist es wichtig gesunde, frische, vielseitige, vitamin-, spurenelement- und mineralienreiche Nahrung, in Form von Obst, Gemüse, Getreide, Milch, Kartoffeln und Hülsenfrüchte zu sich zu nehmen. Eine gesunde, unbelastete natürliche Umwelt mit sauberer Luft, Wasser, Boden, Licht und Luftfeuchtigkeit ist ebenfalls eine wichtige Voraussetzung. Unter eine gesicherte menschengeschaffene Umwelt fallen Wärme, Unterkunft, Hygiene, Kleidung, Geborgenheit, Schutz vor Gefahren, Zuwendung und Fürsorge. Des Weiteren ist eine baby-, kinder- und jugendzeitbedingte Körper- und Bewegungskultur wichtig. Intakte soziale Beziehungen, wie ein guter Freundeskreis und gute Beziehungen zu ArbeitskollegInnen, aber auch Entspannung und emotionale Ausgeglichenheit, selbstbestimmte körperliche Bewegung und Betätigung durch Sport, Spiel und Arbeit sind wichtige Voraussetzungen für körperliche Gesundheit. Ausreichend Schlaf, Zeiten der Anspannung sowie der Entspannung, Ruhe und Erholung, Stressvermeidung und eine erfüllte Sexualität sind weitere Faktoren. Ebenfalls wichtig sind gesundheitsförderliche Arbeitsbedingungen und keine dauernde Über- oder Unterforderung (<http://123medizin.blogspot.co.at/2010/06/faktoren-fur-ein-gesundes-leben.html> [Abruf am 23.12.2016]).

2.3.2 Seelisch-geistige Faktoren

Zu den seelisch-geistigen Faktoren zählen geliebt zu werden und selbst lieben zu können. Ein wichtiger Teil ist die Selbstachtung und das Selbstvertrauen. Weitere Kriterien sind Erfolg und Anerkennung durch Bestätigung, Arbeitsklima, Kritik- und Lobfähigkeit.

Zur Sicherheit gehört ein Gefühl der Geborgenheit, Religion beziehungsweise Lebenssinn, wie auch die Mindestsicherheit, die Nahrung, Kleidung und das Wohnen betreffend. Ein weiterer Sicherheitsaspekt betrifft die politischen und wirtschaftlichen Verhältnisse eines Landes. Jedoch ist eine gewisse Spannung notwendig, damit man nicht in Lethargie versinkt. Zur Freiheit zählen Gestaltungsmöglichkeiten, auch für das eigene Leben, lohnende Ziele, Möglichkeit zur Artikulation, Gedankenfreiheit, Redefreiheit, Berufs- und Partnerwahl. Die Kreativität kommt durch schöpferische Betätigung und Spiel zum Ausdruck. Die Verbundenheit zum/zur PartnerIn, zu Freunden und zu Anderen, beziehungsweise die Konfliktfähigkeit

und Bereitschaft zur Versöhnung sind weitere wichtige Aspekte (<http://123medizin.blogspot.co.at/2010/06/faktoren-fur-ein-gesundes-leben.html> [Abruf am 23.12.2016]).

2.3.3 Materielle Faktoren

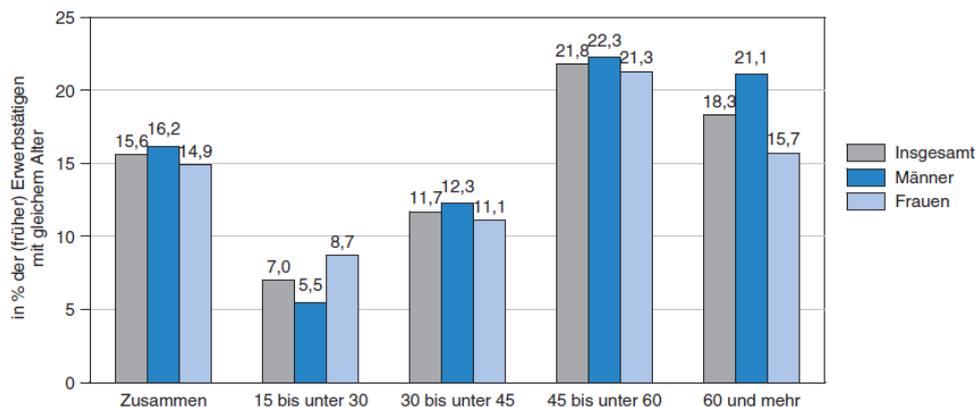
Zu den materiellen Faktoren zählen ein mindestens minimaler Wohlstand, die Wohnsituation, die soziale Sicherheit, sauberes Trinkwasser und genügend Nahrung (<http://123medizin.blogspot.co.at/2010/06/faktoren-fur-ein-gesundes-leben.html> [Abruf am 23.12.2016]).

2.4 Gesundheit in Österreich

In diesem Kapitel erfolgt eine allgemeine Betrachtung der Gesundheit österreichischer ArbeitnehmerInnen, um sich ein generelles Bild machen zu können. Die vorliegenden Daten wurden von der Statistik Austria abgerufen und sind Ergebnisse zum Ad-hoc-Modul von 2013 *Arbeitsunfälle und arbeitsbezogene Gesundheitsprobleme*. Zentrale Themen sind die Belastungsfaktoren am Arbeitsplatz und die Anzahl und Art berufsbedingter Gesundheitsprobleme. Die Erhebung geht auf eine Initiative der Europäischen Kommission zurück, die mit einem EU-weit einheitlichen Fragenprogramm durchgeführt wurde.

Zusammenfassend gaben rund 16% der Erwerbstätigen arbeitsbedingte Gesundheitsprobleme an. Rund 80% der Erwerbstätigen, das entspricht 3,3 Millionen Erwerbstätigen, fühlten sich auf ihrem Arbeitsplatz einem körperlichen und/oder einem psychischen Gesundheitsrisiko ausgesetzt, wobei die Gewichtung auf ersterem liegt. Im Vergleich zur Erhebung von 2007, blieben die Angaben zu erwerbsbedingten Gesundheitsproblemen gleich. 15,6% aller jemals erwerbstätigen Personen gaben zumindest ein arbeitsbedingtes Gesundheitsproblem an, das entspricht 1.021.000 Betroffenen, und 4,0% davon hatten sogar mehrere berufsbedingte Beschwerden, was 260.000 Personen ausmacht. Wie in Abbildung 2 ersichtlich ist, nimmt die Häufigkeit arbeitsbedingter Gesundheitsprobleme mit steigender Beschäftigungsdauer zu.

Abbildung 2: Arbeitsbedingte Gesundheitsprobleme nach Alter und Geschlecht

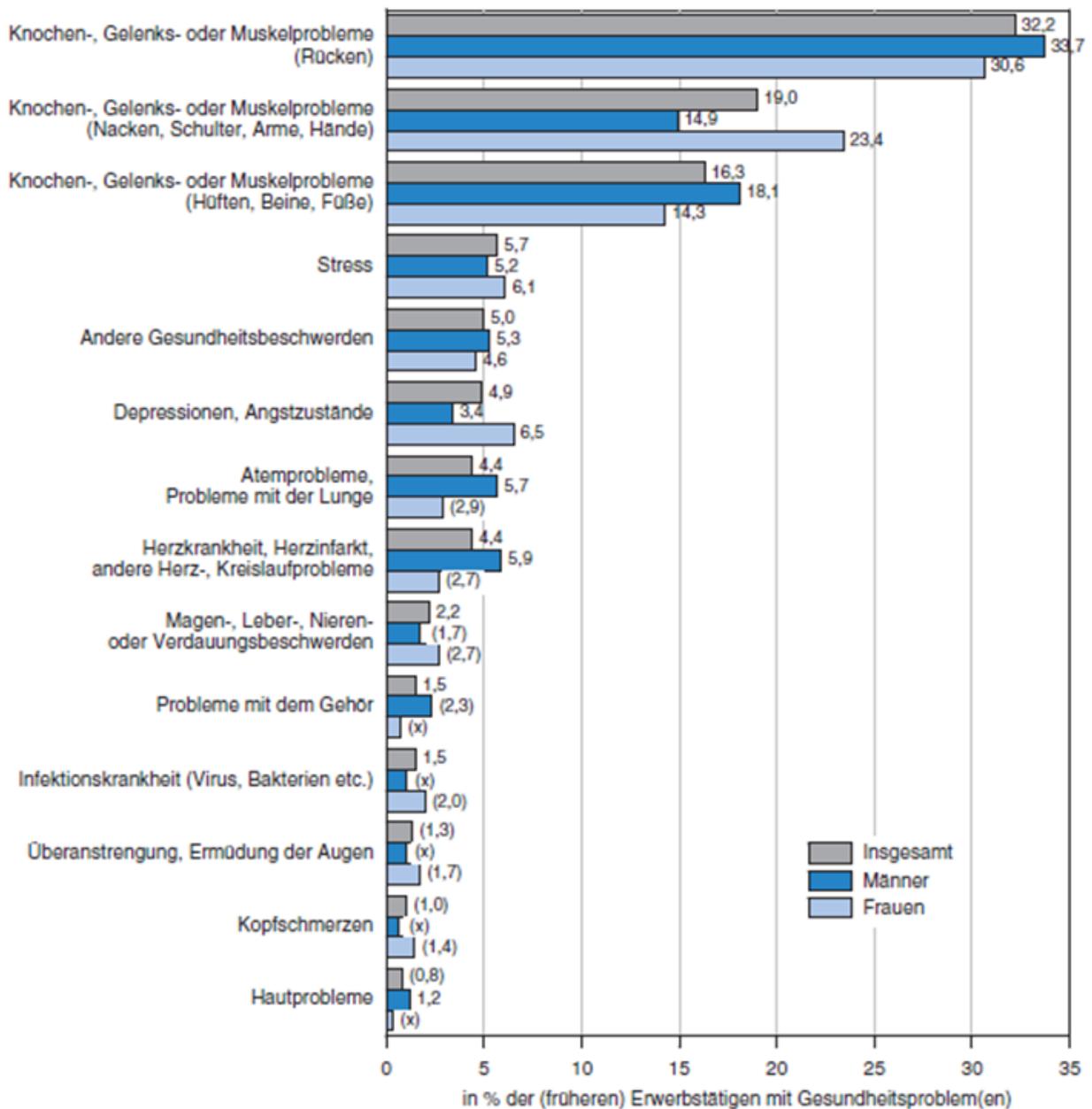


Quelle: Statistik Austria, 2014, S. 35

Männer berichteten etwas häufiger als Frauen über erwerbsbedingte Beschwerden. Bei den Personen, die zumindest ein beschäftigungsbedingtes Gesundheitsproblem angegeben hatten, wurde von einem Drittel arbeitsbedingte Rückenprobleme als das schwerste Gesundheitsproblem angegeben. Etwa ein Fünftel berichteten über Probleme mit dem Nacken, den Schultern, den Armen oder Händen und rund 16% über Probleme mit den Hüften, Beinen oder Füßen. Nur 4% bis 6% berichteten, dass Stress, Depressionen oder Angstzustände, Lungen oder Atemprobleme sowie Herzprobleme ihr schwerstes berufsbedingtes Gesundheitsproblem war. Damit waren Muskel- und Skelettprobleme, Stress und Depressionen die am häufigsten vorkommenden erwerbsbedingten Beschwerden. In Abbildung 3 wird eine Reihung vom schwersten bis zum geringsten Problem vorgenommen.

Bei zwei Drittel der Personen mit einem arbeitsbedingten Gesundheitsproblem kam es zu einer Ausfallzeit zwischen einem Tag und einem Monat. Mit dem Alter nahmen die gesundheitlichen Risiken am Arbeitsplatz zu, wobei die Altersunterschiede fast gänzlich auf die Altersverteilung bei den psychischen Risikofaktoren zurückzuführen waren. Das Gesundheitsrisiko am Arbeitsplatz differierte nach der höchsten abgeschlossenen Schulbildung, wobei bei höherer Bildung psychische Risikofaktoren häufiger genannt wurden. Hingegen werden körperlich beschwerliche Arbeitsbedingungen am häufigsten von Personen mit lediglich einem Pflichtschulabschluss genannt. Ein Vergleich der Jahre 2007 und 2013 zeigt einen Anstieg der ergonomischen Belastungen durch Hantieren mit schweren Lasten von 8,7% auf 12%. Bei den psychischen Belastungsfaktoren führte der am meisten genannte Risikofaktor, nämlich Zeitdruck beziehungsweise Überbeanspruchung, mit beinahe 40% das Feld an. Dieser Faktor stieg geschlechtsunabhängig von 2007 bis 2013 um beinahe ein Drittel, von 29% auf 37%. Zu weiteren psychischen Belastungen zählten Gewalt, beziehungsweise die Androhung von Gewalt, am Arbeitsplatz mit 4% und Belästigung oder Mobbing mit 3%. Es besteht auch eine direkte Beziehung zwischen dem Risiko psychisch belastet zu sein, und der Beschäftigungsdauer, das mit zunehmender Beschäftigungszeit steigt. So gab nur jede dritte Person mit einer Beschäftigungsdauer unter einem Jahr an, zumindest einem psychischen Risikofaktor ausgesetzt zu sein. Hingegen bestätigten 45,8% der Beschäftigten, die schon zehn Jahre oder mehr arbeiteten, psychischen Belastungen ausgesetzt zu sein (Statistik Austria, 2014, S. 12ff.).

Abbildung 3: Arbeitsbedingtes Gesundheitsproblem nach Art und Geschlecht



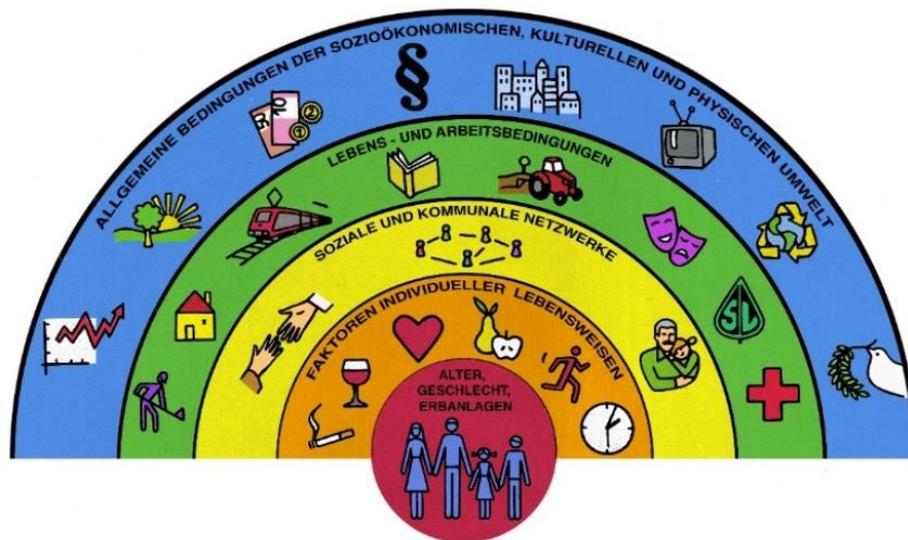
Quelle: Statistik Austria, 2014, S. 38

Im nächsten Kapitel wird nun verglichen, ob im speziellen Umfeld eine ähnliche Situation herrscht, beziehungsweise welche Umstände gesundheitsgefährdend oder gesundheitsmindernd wirken.

3 Gesundheitsdeterminanten älterer ArbeitnehmerInnen in der stationären Altenpflege

Wie in Abbildung 4 dargestellt hängt Gesundheit von Faktoren ab, die mit Ausnahme von Alter, Geschlecht und Erbanlagen, beeinflussbar sind. Um dies besser zu veranschaulichen wurde das Regenbogen-Modell von Whitehead und Dahlgren von 1991 gewählt. Es stellt die Einflussfaktoren auf die Gesundheit dar.

Abbildung 4: Regenbogen-Modell nach Whitehead und Dahlgren (1991)



Quelle: http://www.fgoe.org/hidden/downloads/Determinanten_farbe.jpg [Abruf am 10.12.2016].

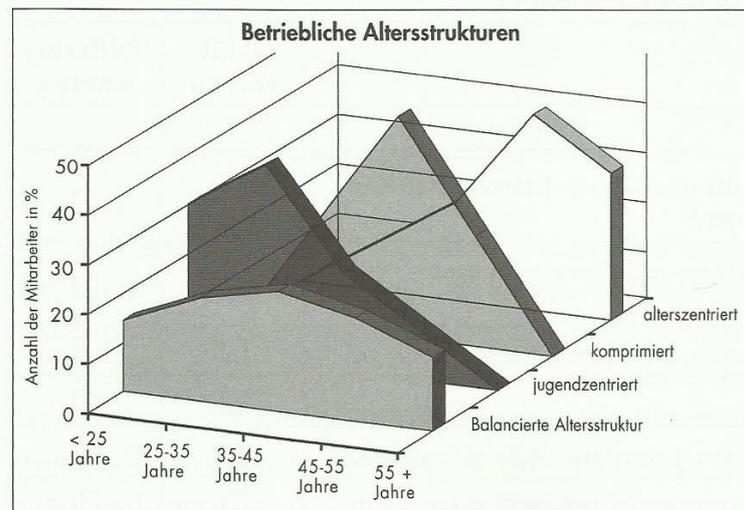
Ältere Menschen werden laut Schaefer & Lademann (2010, S. 176) als spezifische Zielgruppe im Präventions- und Gesundheitsförderungsbereich vernachlässigt, weshalb auch von einem *blinden Fleck* gesprochen wird.

Die Arbeit per se macht primär nicht krank. Sie kann Bedürfnisse befriedigen, selbstwertsteigernd wirken und soziale Inklusion ermöglichen. Bei Unterforderung und der daraus folgenden Selbstwertverletzung, oder bei Überforderung, mit einer einhergehenden Minderung der Kontrollüberzeugung, macht Arbeit krank. Erwerbstätigkeit macht auch krank, wenn durch Ausgrenzung die Psyche beschädigt wird, wie es zum Beispiel bei Mobbing vorkommt (Schlicht & Zinsmeister, 2015, S. 123f.).

Die qualitative Studie zu Gesundheitsverhaltensweisen in der Altenpflege, von Jenull & Brunner (2009, S. 8), ergibt „ein bedenkliches Bild von multiplen riskanten Verhaltensweisen“. Diese Bachelorarbeit fokussiert im Speziellen auf die Faktoren, die die Gesundheit von älteren ArbeitnehmerInnen beeinflussen. Laut dem deutschen Leitfaden für die Bildungspraxis ist in vielen Altenpflegeheimen eine Personalstruktur vorzufinden, die als *alterszentriert* bezeichnet

werden kann (Freiling, Geldermann & Töpsch, 2010, S. 7). Dies beschreibt ein Unternehmen, das verhältnismäßig viele MitarbeiterInnen in höheren Altersgruppen beschäftigt. Abbildung 5 zeigt die oben angeführte Personalstruktur im Vergleich zu einer balancierten, jugendzentrierten und einer komprimierten betrieblichen Altersstruktur. Als ältere ArbeitnehmerInnen werden in dieser Bachelorarbeit all jene Personen bezeichnet, die über 50 Jahre alt sind.

Abbildung 5: Betriebliche Altersstrukturen



Quelle: Freiling et al., 2010, S. 7

Es gibt eine große Anzahl von Belastungen. Im folgenden Abschnitt werden die wesentlichsten zwei Hauptgruppen beispielhaft angeführt.

Laut Statistik Austria, berichteten mehr als ein Drittel im Gesundheitswesen Beschäftigten, über zumindest ein arbeitsbedingtes Gesundheitsproblem. Das entspricht der doppelten Menge, wie sie im Vergleich zu allen befragten Berufsgruppen, angegeben wurde. Da psychische Belastungsfaktoren vor allem jene Branchen betreffen, in denen personenbezogene Dienstleistungen erbracht werden, ist die Pflege Spitzenreiter. Circa 50% der im Gesundheitswesen beschäftigten Personen nannten zumindest einen psychischen Risikofaktor bei der Arbeit. Hierbei wird vor allem der hohe Zeitdruck angegeben. Dieser hängt auch stark mit der Anzahl der geleisteten Überstunden zusammen. So gaben Personen, die zehn oder mehr Überstunden im Monat geleistet hatten, an zu 63,7% unter starkem Zeitdruck zu stehen, gegenüber den Personen ohne geleistete Überstunden, bei denen der Zeitdruck nur in etwa ein Drittel ausmachte. Punkto Gewaltandrohungen rangiert die Gesundheitsbranche hinter dem öffentlichen Dienst auf Platz zwei mit 12,4%. Über Mobbing wurde am häufigsten im Gesundheitswesen mit 6,9% berichtet. Ebenso gaben 72,2% des Pflegepersonals an, sehr häufig schwer heben zu müssen. Das Einnehmen schwieriger Arbeitshaltungen, beziehungsweise das Ausführen schwieriger Bewegungsabläufe, wurde von rund 40% des Pflegepersonals angeführt. Gesundheitsberufe stellten

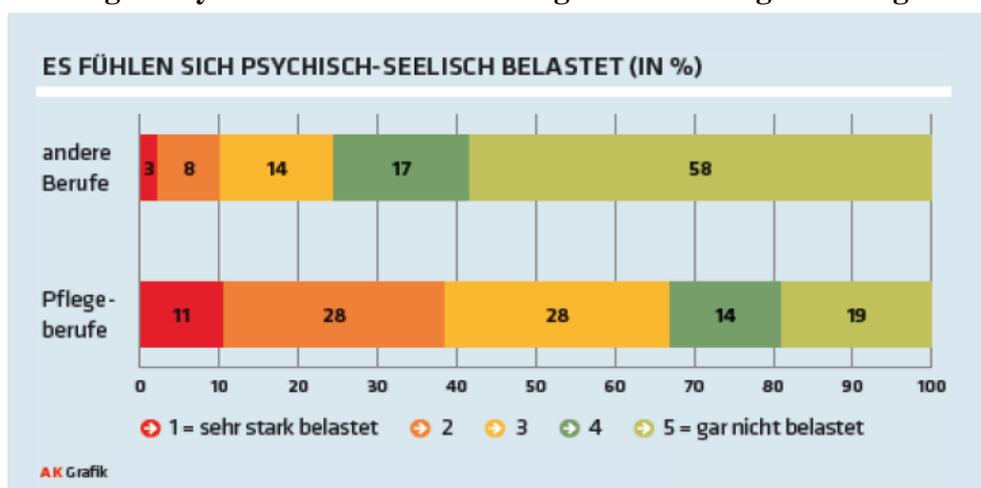
den höchsten Anteil der von Mobbing oder Belästigung Betroffenen dar. Dabei ist ein höherer Anteil, mit 7,9%, bei den akademischen Gesundheitsberufen feststellbar, gegenüber den Assistenzberufen im Gesundheitswesen mit 6,4% und den Betreuungsberufen mit 5,9% (Statistik Austria, 2014, S. 40ff.).

Zeitdruck und Personalmangel, sowie ein hohes Arbeitspensum wirken sich belastend auf die Pflegekräfte aus. Das Tätigkeitsfeld der stationären Altenpflege ist weitaus häufiger mit körperlichen Beanspruchungen verbunden als in anderen Pflegesettings. Psychische Erkrankungen kommen bei Pflegekräften in der Altenbetreuung häufiger vor und sind meist mit einer langen Erkrankungsdauer verbunden. Doch trotz aller Belastung ist die Hälfte der MitarbeiterInnen mit ihrer Tätigkeit zufrieden. Die Unzufriedenheit ergibt sich eher hinsichtlich arbeitsorganisatorischer Aspekte (Brause et al., 2010, S. 22f.).

3.1 Psychische Belastungen

Primär wird auf die psychischen Belastungen eingegangen, die sich aus dem Kontext ergeben. Es wirken starke psychische Faktoren auf die ArbeitnehmerInnen der Altenpflege ein. Die regelmäßige Konfrontation mit Menschen in existenziellen Lebenskontexten, wie Krankheit, Schmerz und Tod, sind für die Mitarbeitenden äußerst belastend. Auch die benötigte Daueraufmerksamkeit, die wegen der erhöhten Verantwortung gegeben ist, wirken psychisch belastend. Falsches Handeln kann unter Umständen über Leben und Tod eines Menschen entscheiden. Daher braucht es eine entsprechende grundsätzliche moralische Haltung gegenüber den anvertrauten Personen. Die soziale Isolation ergibt sich aus der Schicht- und Nachtarbeit (Hornung, 2013, S. 36). Abbildung 6 zeigt die psychisch-seelische Belastung für ArbeitnehmerInnen der Pflege im Vergleich zu anderen Berufen.

Abbildung 6: Psychisch-seelische Belastung für Beschäftigte in Pflegeberufen



Quelle: Arbeitsklima Index, Analysezeitraum Juni 2012 bis Juni 2013 in AK Infos, 2014, S.6

3.1.1 Stressoren

Laut Gündel, Glaser & Angerer (2014, S. 102) ist Stress primär nicht schädlich, sondern beschreibt nur die wechselseitige Beziehung zwischen dem äußeren Einfluss und der Reaktion. Stress wird erst dann schädlich, wenn er länger andauert und die Regeneration danach ausbleibt. Im Speziellen wird aber auch der ethische Aspekt der Moral in die Betrachtungsweise miteinbezogen. Denn laut Maier (2014, S. 11) sind auch ungelöste moralische Fragestellungen, die sich in der Pflege ergeben, ursächlich für psychische Belastungen verantwortlich. Die dafür bereits vorhandenen ethischen Interventionen wurden bis dato aber noch nicht auf ihre gesundheitsfördernde Wirkung hin gemessen. Maier untersuchte die Wirksamkeit von *Ethik-Cafés*, auf die in Kapitel 7.3 noch eingegangen wird. Um moralischen Stress auszulösen, muss die Pflegekraft entweder in eine Situation kommen, in der sie/er gegen die eigene Moralvorstellung handeln muss oder in der es, mangels eindeutig richtiger Handlungsalternativen, zu einem Dilemma kommt (Maier, 2014, S. 31).

Durch die Stressforschung ist bekannt, dass ein Mix aus hohen psychischen und körperlichen Anforderungen zu einem höheren Risiko für Gesundheitsstörungen führt, wie zum Beispiel zu Wirbelsäulenbeschwerden (Simon, Tackenberg, Hasselhorn, et al., 2005, S. 14).

Stressreaktionen können körperlich, gedanklich, emotional oder verhaltensmäßig auftreten. Zu den körperlichen Beschwerden zählen Muskelverspannungen, Kopf- und/oder Rückenschmerzen, Herzklopfen, ein Engegefühl in der Brust, Atembeschwerden, Änderung von Appetit und Hungergefühl, Sodbrennen, Bauchschmerzen, Verdauungsstörungen, Störungen der Sexualität und, als besonders häufiges Symptom, Schlafstörungen, wobei die Durchschlafstörungen überwiegen. Gedankliche Frühzeichen von Stressreaktionen sind Gedanken darüber, dass einem alles zu viel wird, oder nicht mehr so läuft, Grübeln und Gedankenkreisen, vor allem abends und nachts, sowie Konzentrationsstörungen. Typische Emotionen in belastenden Situationen sind Stimmungsschwankungen bis hin zur Depression, ein zunehmendes Gefühl der Hilf- und Ratlosigkeit, Machtlosigkeit, Hoffnungslosigkeit, Traurigkeit und innere Leere, aber oft unbewusst und wird daher in Ärger und Wut ausgedrückt. Nicht selten treten auch Schamgefühle auf. Verhaltensauffälligkeiten äußern sich in einem allmählichen sozialen Rückzug, weniger Energie für FreundInnen und PartnerInnen zu haben, allgemeinen Erschöpfungsgefühl, zurückgefahrenen Freizeitaktivitäten, schneller Reizbarkeit und ungeduldigen Reaktionen, Änderung der Essgewohnheiten mündend in einem Zuviel oder Zuwenig, Änderung des Nikotin-, Alkohol-, Tablettenkonsums, Verlust der Fähigkeit, sich zu entspannen und / oder einer verminderten Zuverlässigkeit (Gündel et al., 2014, S. 104f.).

Gündel et al. (2014, S. 177) erwähnen Stressmanagementinterventionen (SMI), die dazu dienen, dass Betroffene Stressreaktionen abbauen können. Diese Maßnahmen sind primär verhaltensändernd und können in zweiter Linie, durch ihre Anwendung am Arbeitsplatz, verhältnisändernd wirken.

3.1.2 Helfer-Syndrom

Schmidbauer (2006, S. 25) entmythologisiert den Edelmut der selbstlosen HelferInnen. Er nennt dies das *Helfer-Syndrom* (HS), das die HelferInnen-Profis auf Kosten der Hilfsbedürftigen aufbauen wollen: „*Der HS-Helfer hilft anderen, um seine eigenen Gefühle und Bedürfnisse nicht wahrzunehmen. Er bekämpft durch sein Verhalten seine Unfähigkeit, etwas für sich zu tun. Er füllt seine innere Leere aus, die durch die Angst vor spontanen Gefühlen entstanden ist und sich auf die unbewusste, archaische Wut aus dem Bereich des abgelehnten Kindes zurückführen lässt*“. Es ist die Motivation des helfenden Menschen durch die erbrachte Hilfeleistung Dankbarkeit, Ansehen, eine Aufwertung der eigenen Person und gleichzeitig Kontrolle über die Situation zu erlangen. Eigene Wünsche und Bedürfnisse werden verleugnet und unterdrückt. Laut Hausmann (2009, S. 261) wird eine Pflegeperson, die unter HS leidet, den/die zu Pflegenden/n, gegen das Ziel einer aktivierenden, ressourcenfördernden Pflege, in eine passive Rolle drängen.

Das HS kann die berufliche Arbeit insofern beeinträchtigen, da Betroffene ihre eigenen, indirekten Aggressionen gerne im Team durch Klatsch und Intrigen abbauen und somit das soziale Klima gefährden. Auch die Kritik- und Konfliktfähigkeit geht verloren. Das HS weist häufig eine Kopplung mit Depressionen, Burnout, Alkohol- und Drogenmissbrauch und einer gesteigerten Suizidgefahr auf (Menche, Bazlen & Kommerell, 2001, S. 73f.). Die Selbstreflexion, zum frühzeitigen Erkennen von ersten Anzeichen, Supervision und zusätzliche psychologische Unterstützung sind Lösungsmöglichkeiten. Das Erkennen der eigenen Hilfsbedürftigkeit ist das Um und Auf um das Problem zu lösen (Hausmann, 2009, S. 262).

3.1.3 Burnout-Syndrom

Burnout beschreibt einen Zustand emotionaler Erschöpfung und steht in Verbindung mit einer geringen Arbeitszufriedenheit und dem Spannungsfeld zwischen Arbeit und Familie (Simon et al., 2005, S. 47). Kennzeichen eines bestehenden Burnout-Syndroms sind laut Hausmann (2009, S. 262) auch emotionale Erschöpfung, Distanzierung von anderen Menschen und eine verminderte Leistungsfähigkeit.

ArbeitnehmerInnen im Umfeld der stationären Altenpflege haben, laut der Next-Studie auf die näher in Kapitel 3.3 eingegangen wird, sehr hohe quantitative Arbeitsanforderungen. Dadurch

neigen sie eher dazu auszubrennen, weisen mehr Fehltag auf und möchten eher den Pflegeberuf verlassen als KollegInnen mit mittleren oder niedrigeren Anforderungen (Simon et al., 2005, S. 15). Auch hohe emotionale Belastungen gehen mit einem deutlichen Risiko für Burnout einher. Hier ist es vor allem der Umgang mit aggressiven und unfreundlichen PatientInnen, der einen besonders hohen Einfluss ausübt (Simon et al., 2005, S. 20). Der allgemeine Gesundheitszustand (Simon et al., 2005, S. 46), sowie organisationsbezogene Einflüsse (Faller & Reinboth, 2011, S. 239) weisen ebenfalls einen Zusammenhang mit Burnout auf. In der NEXT-Studie kommt klar hervor, dass die Burnout-Werte in Altenheimen am höchsten sind.

In einem Vergleich zwischen Pflegenden mit und ohne Burnout, berichteten die *burnoutfreien* Pflegenden von geringeren Zeit- und Verantwortungsdruck, genügend Handlungsspielräumen und wenig Kontrolle, viel Wertschätzung und Anerkennung, gute Verhältnisse im Team, zufriedenstellende Arbeitszeiten und ausreichende Weiterbildungsangebote. Außerdem zeigten sie ein signifikant stärkeres Kohärenzgefühl (Aries & Zuppinger Ritter, 1999, S. 87f.).

3.1.4 Mobbing

Die subjektiv erlebten Belastungen gehen für Pflegekräfte öfters von KollegInnen aus. Mobbing stellt eine extreme Form des Verlusts an Anerkennung und Akzeptanz der Pflegenden untereinander dar. Länger als zwei Jahre andauernd, kann es zu einem posttraumatischen Stresssyndrom beziehungsweise zu einer Angststörung führen. Mobbing ist Folge einer Entwicklung, in der durch Gleichgültigkeit, Führungsschwäche oder nicht mehr kompensierbare Arbeitsüberlastung in Gruppen einer Organisation das Minimum an gegenseitiger Anerkennung und Bestätigung der MitarbeiterInnen untereinander verloren geht. Lösungen gegen Mobbing sind ausreichend konstruktive Interaktionen zu schaffen, gegenseitige Anerkennung, Respekt und Höflichkeit und eine starke Führungskraft (Menche et al., 2001, S. 74f.).

3.1.5 Suchtgefahr

Pflegende geraten aufgrund des fordernden Berufsalltags vermehrt in belastende Situationen. Die hohe Arbeitsintensität gilt als entscheidender Risikofaktor für die Erholungsfähigkeit der Menschen in Pflegeberufen. Ein mögliches Helfer-Syndrom und oft sehr hohe moralische Leistungsansprüche an sich selbst führen leicht zu einem Burnout-Syndrom, das nicht selten von einer Suchtproblematik begleitet wird. Zusätzlich ist der leichte Zugang zu abhängigkeitsfördernden Mitteln gegeben (Abeler, 2013, S. 51).

Unter den Suchterkrankungen liegt Alkoholmissbrauch an der Spitze (Kroll & Dzudzek, 2010, S. 147), gefolgt von Missbrauch verschreibungspflichtiger Medikamente, wie Schlaf- und Beruhigungsmittel sowie Medikamente gegen Schmerzen. Der Anteil der RaucherInnen liegt bei

Pflegenden höher als in anderen Berufsgruppen. Die Suchterkrankungen in der Pflege haben eine gravierend schädigende Auswirkung auf die Arbeits- sowie Leistungsfähigkeit und Gesundheit der Pflegenden, die sich in Form von Fehlzeiten, Leistungseinbußen und mangelndem beruflichen Engagement äußert (Abeler, 2013, S. 53). Als Erfolgsfaktoren kann der verantwortungsbewusste Umgang mit der Suchtproblematik, die Stärkung der individuellen Stressresistenz, der Aufbau von sozialer Unterstützung, in Form von achtsamen Umgang und die Sensibilisierung der Führungskräfte gesehen werden (Kroll & Dzudzek, 2010, S. 147). Sucht und ihre Gefahren darf kein Tabuthema in der Pflege mehr sein (Abeler, 2013, S. 54).

Psychische Unterstützungsangebote für ältere ArbeitnehmerInnen finden sich laut Hornung (2013, S. 126) in einem gut eingespielten Pflorgeteam. Regelmäßige Gespräche zwischen den MitarbeiterInnen, im Rahmen von Supervisionen, können zur Minimierung von psychischen Belastung beitragen. Diese setzen aber eine gewisse Vertrauenskultur voraus. Soziale Motivatoren, wie etwa kollegiale Beziehungen, Freundschaften und eine gute Zusammenarbeit, sprich Arbeitsklima, wirken möglichen negativen Einflüssen entgegen. ArbeitgeberInnenseitig sollten solche sozialen Motivatoren gestärkt werden. Durch externes Fachpersonal, wie SeelsorgerInnen oder einem Hospizdienst, kann es zur Entlastung kommen. Aufgabe der Führungskraft ist es, einen Blick für belastete Mitarbeitende zu entwickeln und mit diesen das Gespräch zu suchen oder alternative Angebote kontinuierlich an die MitarbeiterInnen zu kommunizieren. Laut Gündel et al. (2014, S. 181) sind die Stärkung der Resilienz und der Fähigkeitsausbau zur Stressbewältigung zwei wirksame Strategien, um trotz belastender Arbeitsbedingungen, Gesundheit zu bewahren. Die Resilienz kann durch Optimismus, soziale Unterstützung, die Fähigkeit belastende Situationen in Worte zu fassen und darüber reden zu können und durch Humor gestärkt werden. Durch die Förderung von Erlebnissen der Selbstwirksamkeit und der Kontrolle wird der erlernten Hilflosigkeit entgegengewirkt. Gute zwischenmenschliche Beziehungen stärken die Gesundheit besonders. Abschalten zu können und Lebensfreude zu erleben sind wichtige Fähigkeiten für das Gesundbleiben. Zu den Stressbewältigungstechniken zählen Achtsamkeitsmeditation über systematische Entspannungstechniken bis hin zu sportlichen Aktivitäten.

3.2 Physische Belastungen

Der Einfluss von psychosozialen Arbeitsstress muss im Zusammenhang mit einer anderen offensichtlichen Ursache, der direkten körperlich-biomechanischen Einwirkung der Arbeit, betrachtet werden (Simon et al., 2005, S. 22).

3.2.1 Bewegungsapparat

Laut Simon et al. (2005, S. 22), können Faktoren wie schweres Heben und Tragen, Arbeiten in ungünstigen Körperpositionen oder auch langes Sitzen muskuloskelettale Erkrankungen (MSE) auslösen. Unter körperlich anstrengenden Tätigkeiten fallen vor allem die Lagerung und Mobilisation von häufig adipösen BewohnerInnen. Hilfsmittel wie Hebelifter oder Aufstehhilfen werden nur selten konsequent genutzt. Zu den weiteren Belastungen zählen Zwangshaltungen, einseitig belastende und kurzzyklische Tätigkeiten. Aufgrund dieser Belastung treten besonders häufig Schmerzen im Bereich des Rückens auf (Hornung, 2013, S. 36).

3.2.2 Zirkadiane Schlafrythmusstörung durch Nacht- und Schichtarbeit

Einerseits besteht die Gefahr der sozialen Beeinträchtigung, weil der Freundes- und Bekanntenkreis womöglich einer geregelten Arbeitszeit nachgeht, und andererseits hat die Nacht- und Schichtarbeit langfristige gesundheitliche Auswirkungen, weil der Arbeitsrhythmus gegen die *innere Uhr* geht. Sie schädigt nachhaltig die physische und psychische Gesundheit der ArbeitnehmerInnen (Hornung, 2013, S. 36).

Struck, Dütsch, Liebig & Springer (2012, S. 24) stellten in ihrer Matching-Analyse zur gesundheitlichen Beanspruchung bei Schicht- und Nachtarbeit fest, dass diese in fünf oder mehr Nächten pro Monat, zu signifikant erhöhten Schlafstörungen, gastrointestinalen Beschwerden, psychischen Leiden wie Nervosität, Reizbarkeit und Burnout sowie kardiovaskulären Problemen führt. Die Wirkung von zahlreichen tätigkeitsspezifischen und sozialstrukturellen Einflussfaktoren auf das physische und psychische Befinden, sowie auf Schlafstörungen wurde anhand der BIBB/BAuA-Erwerbstätigenbefragung 2006, mittels des Matching-Ansatzes untersucht. Zusätzlich zu den bereits genannten Gesundheitsbeeinträchtigungen kann es, auf Grund mangelnder Regenerationsmöglichkeiten durch Nachtarbeit zu dauerhaften gesundheitlichen Folgen kommen, die sich unter anderem in Niedergeschlagenheit und Depressionen ausdrücken. Zu den entwickelten Gestaltungsempfehlungen für Schichtarbeit zählt, dass die Anzahl hintereinanderliegender gleicher Schichten auf drei begrenzt sein sollte und die letzte Nachtschicht in zwei freie Tage münden soll. Es wird auch eine Mindestruhezeit von 11 Stunden zwischen zwei Diensten empfohlen. Derartige Gestaltungshinweise zielen nicht auf Verhaltensänderungen der Beschäftigten ab, sondern setzen auf Verhältnisänderung, in Form von Strukturänderung. Diese Charakteristika des Arbeitsplatzes, sowie Tätigkeitsmerkmale beeinflussen die Gesundheit in erheblichem Maße. Gerade diese Faktoren können nur von ArbeitgeberInnenseite in positiver Weise beeinflusst werden (Struck et al., 2012, S. 27ff.).

Physische Unterstützungsangebote für ältere ArbeitnehmerInnen, sieht Hornung (2013, S. 124ff.) in der Umgangsschulung von Liftern und der Anwendung von Lagerungstechniken, wie beispielsweise Kinästhetik. Eine jährliche Schulung ist hierbei aber nicht ausreichend. Erst die regelmäßige Nutzung solcher Werkzeuge bringt die gewünschte Wirkung. Es wird als die Aufgabe der Führungskraft gesehen eine entsprechende Teamkultur, welche den Einsatz von Hilfsmitteln als Unterstützung und nicht als Eingeständnis von Schwäche bewertet, zu etablieren. Nur so kann eine Veränderung in der Nutzung von Hilfsmitteln erreicht werden.

3.3 Situation in Österreich und International

Die, von Krajic & Schmidt (2010, S. 35), in Österreich durchgeführte ExpertInnenbefragung hatte zum Ergebnis, dass ein Überblick über die bisherigen Initiativen zur Gesundheitsförderung schwer zu erhalten ist. Die Projektlandschaft sei „*sehr heterogen und divers*“ und es gäbe „*vielen kleinen Praxisinitiativen auf der Trägerebene*“, das Problem bestehe aber darin, dass sie als solche von der eigenen Organisation oft nicht erkannt werden. Auf eine systematische Analyse wurde verzichtet, da die Qualität der Unterlagen und Dokumentationen sehr unterschiedlich ausgefallen ist und schwer wissenschaftlich verwertbar war.

Die ExpertInnenbefragung hatte zum Ergebnis, dass die BGF mit den Rahmenbedingungen steht und fällt. Personalbezogene Themen sind:

- Arbeitszeiten,
- Teamzusammenstellungen,
- vorhandene, beziehungsweise nicht vorhandene professionelle Voraussetzungen,
- Zeitdruck und
- vorhandene beziehungsweise nicht vorhandene materielle und personelle Ressourcen und die damit einhergehenden Belastungen.

Als Hauptproblem wird von MitarbeiterInnen der Mangel an Erfolgserlebnissen betrachtet, die wiederum motivierend wirken würden. Eine Ermöglichung dieser sei, nach ExpertInnenmeinung, vor allem innerhalb der derzeit existierenden Strukturen nur begrenzt möglich. Für eine gesundheitsförderliche Entwicklung in diesem Bereich sei eine bessere Finanzierung, ein angepasster Personalschlüssel, ein realistischerer Umgang mit zumutbaren Arbeitszeiten und eine bessere und passendere fachliche Aus- und Weiterbildung der MitarbeiterInnen notwendig. Diese Faktoren können von einzelnen Trägern und Einrichtungen nur bedingt beeinflusst werden. Daher sei die Politik gefragt (Krajic & Schmidt, 2010, S. 23).

Zu den Rahmenbedingungen wurden vier Hauptdimensionen herausgearbeitet. Die politische Dimension sei dabei von einer fragmentierten Verantwortung gekennzeichnet. Als Beispiele

werden die föderale und lokale Fragmentierung genannt, andererseits die Trennung der Bereiche Gesundheit und Soziales, die aber nach einem modernen Verständnis zusammengehören und stärker integriert werden sollten. Die Ausstattung der finanziellen Dimension falle sehr schlecht aus, was angesichts des, durch demografische und epidemiologische Entwicklungen, entstehenden steigenden Bedarfs bedenklich ist. Die Dimension der Professionalisierung sei verzerrt, da diplomiertes Gesundheits- und Pflegepersonal, als Qualitätssicherer nicht spezifisch auf den Altenbereich vorbereitet wird. Die Dimension des Bedarfs nach Wissenschaft und Forschung sei erheblich defizitär. Diese relative Unterentwicklung kann als Chance, im Sinne einer Sichtbarmachung von gesundheitsbezogenen Aufgaben, oder als Risiko, im Sinne einer Differenz zwischen dem Möglichen und dem was ist, gesehen werden (Krajic & Schmidt, 2010, S. 35).

Des Weiteren werden Ergebnisse der NEXT-Studie, aus Deutschland, in Betracht gezogen. Hierbei handelt es sich um ein europäisches Forschungsprojekt, an dem zehn Länder beteiligt sind, das in Arbeitssituationen von Pflegepersonal den vorzeitigen Ausstieg aus dem Pflegeberuf untersucht.

Bezüglich der Altersverteilung sind, laut der Studie, in einem generellen Erwerbstätigenvergleich ältere Beschäftigte in der Pflege weniger oft vertreten als bei den übrigen Professionen. Dennoch ist im direkten Vergleich der Berufsfelder für Pflegenden festzustellen, dass ein höheres Durchschnittsalter in Altenheimen gegenüber ambulanten Diensten und Krankenhäusern vorkommt. Der Anteil der über 50-Jährigen lag in den Pflegeheimen mit einem Höchstwert bei 25%. In den Altenheimen zeigte sich mit 42,6 Jahren, im Vergleich zu den anderen Einrichtungen, das höchste Durchschnittsalter (Simon et al., 2005, S. 8).

Tabelle 1: Belastungen des Pflegepersonals im Vergleich

	Intensiv	Normalstation	Psychiatrie	Alten-/Pflegeheim	Ambulante Dienste
Quantitative Arbeitsanforderungen	61,8	62,1	49,3	65,4	55,2
Körperliche Belastungen	24,0	40,6	17,7	49,7	23,4
Emotionale Anforderungen	75,7	70,9	59,0	79,1	74,2
Konfrontation mit unfreundlichen und aggressiven PatientInnen	56,0	56,8	70,3	69,1	52,8

Quelle: Erstellt von Armin Schmidthaler nach: NEXT Studie, Simon et al., 2005, S. 15ff.

Tabelle 1 zeigt einen Vergleich der Belastungen je nach Fachbereich. Ein Wert von 100 würde die maximale Anforderung zum Ausdruck bringen. Es ist ersichtlich, dass im Setting der Altenpflege, die Werte in fast jeder Kategorie am höchsten sind. Unter den Begriff quantitative Arbeitsanforderungen fällt die Arbeitsmenge während der Arbeitszeit, körperliche Belastungen fokussieren im Fragebogen hauptsächlich auf Heben und Tragen, und unter emotionale Anforderungen fällt die Konfrontation mit dem Tod, Krankheit und Leiden. Die letzte Kategorie ist selbsterklärend (Simon et al., 2005, S. 14ff.).

Der Anteil der Pflegenden mit einem schlechteren allgemeinen Gesundheitszustand, das entspricht unter 35 von 100 Punkten, liegt laut der NEXT-Studie in Altenheimen bei 8% (Simon et al., 2005, S. 46).

Aus der NEXT-Studie ergeben sich folgende Empfehlungen für den Altenpflegebereich:

- angepasste Organisationsformen,
- größere Verbreitung und Nutzung von Hebehilfen,
- adaptierte Unterstützungs- und Entlastungsangebote für den Umgang mit aggressiven und unfreundlichen KlientInnen (Supervision und Fort-/Weiterbildung),
- Bindung an die Einrichtung und der Arbeit Bedeutung geben und
- Einflussmöglichkeit auf die Dienstplangestaltung (Simon et al., 2005, S. 54f.).

Da diese Faktoren niemals alleine stehen und sich gegenseitig beeinflussen, muss sich die Gesundheitsförderung damit befassen, aktiv mehrere dieser Determinanten anzugehen und sie in einem gesundheitsfördernden Sinn zu beeinflussen. Auf der Verhaltenspräventionsebene sind individuelle Elemente, wie das Gesundheitsverhalten oder die Lebensarten einzelner Personen, zu beachten. Diese stehen in Wechselbeziehung zu Komponenten, wie Einkommen und Sozialstatus, Ausbildung, Arbeit und Beschäftigungsbedingungen, den Zugang zu bedarfsgerechten gesundheitlichen Leistungen und der natürlichen Umwelt auf Ebene der Verhältnisprävention (<http://www.fgoe.org/gesundheitsfoerderung/glossar/gesundheitsdeterminanten> [Abruf am 04.01.2017]).

Egal ob man sich für Verhaltens- oder Verhältnisprävention entscheidet, Kommunikation steht immer im Mittelpunkt, damit Innovationen angepasst werden können. Kommunikation, aus Sicht der Yale-Gruppe, schreibt dem Sender Authentizität und Attraktivität und dem Empfänger Involviertheit und Sachverstand zu (Schlicht & Zinsmeister, 2015, S. 86).

4 MitarbeiterInnenvoraussetzungen für betriebliche Gesundheitsförderung

Ist der Zugang zur Gesundheitsförderung verhaltensorientiert ausgerichtet, so stehen Einstellungen, Erwartungen und Absichtsbildungen im Fokus (Schlicht & Zinsmeister, 2015, S. 86). Der Ausspruch, „Wissen ist Macht“, geht auf den englischen Philosophen Francis Bacon zurück. Um ein riskantes Verhalten zu ändern, reicht Wissen alleine offenbar nicht aus. Jedoch kann ohne Wissen eine riskante Verhaltensweise aber auch nicht richtig eingeschätzt werden (Schlicht & Zinsmeister, 2015, S. 156).

Es gibt Menschen die rauchen, andere trinken zu viele alkoholische Getränke, die nächsten bewegen sich kaum oder essen zu viel zuckerhaltige und fettreiche Lebensmittel. Laut Schlicht & Zinsmeister wissen die meisten ArbeitnehmerInnen um ihre Gesundheitsrisiken Bescheid, ändern aber dennoch nichts an ihrem Verhalten. Schuld daran kann die psychische und körperliche Abhängigkeit von Suchtstoffen, oder langjährige Gewohnheiten sein, die eine Verhaltensänderung erschweren. Gewohnheiten sind an typische Situationen gekoppelt und automatisieren sich. Die Änderung bleibt oft nur für wenige Wochen aufrecht, bevor es zu einem Rückfall in das gewohnte Verhalten kommt. Über 90% der RaucherInnen werden rückfällig, über 80% der ehemals Übergewichtigen konsumieren wieder zu viel Essen und über 60 % jener die sportlich aktiv werden sind nach sechs Monaten wieder inaktiv. Trotz dieser hohen Rückfallquote, die beinahe aussichtslos erscheint, bezweckt nahezu jedes Gesundheitsförderungsprogramm mittelbar oder unmittelbar, ein riskantes Verhalten dauerhaft zu ändern (Schlicht & Zinsmeister, 2015, S. 152).

Gesundheitsförderung will, dass die Menschen sich ihrer Gesundheit bewusst werden, das heißt sie auch dann zu bemerken, wenn sie nicht da ist. Sie möchte auch, dass man Gesundheit als etwas Wertvolles schätzen lernt und Vorstellungen darüber entwickelt, was man tun kann, um sie zu erhalten (Steinbach, 2007, S. 33).

Für die Berufsgruppe der Pflegefachkräfte existiert vom International Council of Nurses (ICN) ein *Ethikkodex für Pflegendе*. Dieser besagt unter anderem, dass Pflegendе auf ihre eigene Gesundheit achten müssen, um ihre Fähigkeit zur Berufsausübung zu erhalten und sie nicht zu beeinträchtigen. Im Original heißt es dazu: „*The nurse maintains a standard of personal health such that the ability to provide care is not compromised*“ (International Council of Nurse, 2012, S. 3).

Unter dem Aspekt der Ethik stellt sich auch die Frage, inwieweit der/die Einzelne für die eigene Gesundheit verantwortlich ist und wie weit die staatlich veranlasste Gesundheitsfürsorge reichen darf (Naidoo & Wills, 2010, S. 127). Denn die Grenze zwischen individueller Freiheit und der Gesundheit der Gemeinschaft kann nicht so einfach gezogen werden.

Ethik ermöglicht Handlungsspielräume und fordert auf, abzuwägen was Gesundheit für das Individuum und für die Gesellschaft bedeutet, sowie welche Interventionen durchzuführen und welche zu unterlassen sind (Naidoo & Wills, 2010, S. 128).

Ethische Grundsätze erleichtern die Entscheidungsfindung im Berufsalltag. Welcher ethische Grundsatz vorrangig behandelt wird, muss jedoch immer individuell entschieden werden (Naidoo & Wills, 2010, S. 133).

Soll in einer Organisation die Gesundheit der MitarbeiterInnen gefördert werden, dann muss das Empowerment im Fokus liegen. Das Konzept geht auf Rappaport zurück. Dabei wird die Autonomie der Individuen, in Form einer Selbstbestimmtheit und Eigenverantwortlichkeit, gesteigert. Die MitarbeiterInnen werden durch Ressourcenstärkung und unter deren Einsatz ermutigt, ihre Gestaltungsspielräume wahrzunehmen (Schlicht & Zinsmeister, 2015, S. 78).

Die Absicht alleine ist jedoch noch nicht Garant für die Verhaltensänderung. Störend können konkurrierende Motive, fehlende Gelegenheiten oder fehlende Ressourcen sein. Diese Lücke Schlucht zwischen Motivation und Verhalten, die auch als *Intention-Behaviour Gap* bezeichnet wird, kann überbrückt werden, wenn Entschlüsse gefasst werden, die in der Literatur auch unter dem Begriff *Implementation Intentions* auftauchen. Diese *Umsetzungsabsichten* werden in einem Konzept formuliert, in dem verschriftlicht wird, was wann getan wird. Es soll die Selbstregulation des Verhaltens erleichtern, indem die Absicht an Ereignisse geknüpft wird und dadurch das Gedächtnis unterstützen. Somit kann das neue Verhalten eher zur Gewohnheit werden (Schlicht & Zinsmeister, 2015, S. 157).

Verhaltensänderung kann nicht in das Wünschen und Wollen der ArbeitnehmerInnen delegiert werden, die dann mit passenden Maßnahmen überredet werden, ihr riskantes Tun zu lassen. Umstände können hinderlich wirken oder erleichtern, aber auch zu unüberwindlichen Barrieren werden (Schlicht & Zinsmeister, 2015, S. 160).

Entwicklungsmöglichkeiten bei der Arbeit stellen zentrale Aspekte der Arbeitsbedingungen dar. Sie reflektieren Informationen über Personalführung und -entwicklung in den Organisationen wider. Besonders die Altenpflege schneidet im Vergleich zu den anderen Fachbereichen ungünstig ab. Gerade weil sich Personen mit hohen Entwicklungsmöglichkeiten mehr mit ihrer

Einrichtung identifizieren, könnte hier einem vorzeitigen Ausscheiden entgegengesteuert werden (Simon et al., 2005, S. 20ff.).

Spicker & Schopf (2007, S. 60) liefern Lösungen, wie ArbeitnehmerInnen für ihre Gesundheit sensibilisiert werden können. Zuerst muss der Glaubenssatz des/der *EinzelkämpferIns* beseitigt, und der Kontext zwischen Gesundheit und Arbeitssituation belegt und angesprochen werden. Daraus sollen dann Chancen geschaffen werden um Gesundheitsgefährdungen offen anzusprechen. Dafür muss aber ein vertrauensvolles Gesprächsklima herrschen, ohne das Kommunikationssperren nicht überwunden werden können. Eine weitere Möglichkeit stellt das Aufzeigen von bereits bestehenden Unterstützungsmöglichkeiten dar, über die ständig informiert werden sollte. Die Aus-, Fort- und Weiterbildung stellt eine weitere Möglichkeit dar, um die Gesundheitsförderung persönlich einzubeziehen. Als mögliche Schritte der Sensibilisierung werden die Behandlung des Themas bei Teamsitzungen, die Arbeit in Gesundheitszirkeln und Sensibilisierungsworkshops, unter Anwendung von Kreativmethoden, genannt.

Es lohnt sich darüber nachzudenken, was gut läuft und was nicht. Ein Problem zu benennen ist oft schon Teil der Lösung. Dieses dann anzugehen, durch die Unterstützung von KollegInnen oder einer Führungskraft, wäre ein nächster Schritt. Es kann aber auch das Erkennen der Unveränderlichkeit einer Situation zu dessen Akzeptanz führen. Ausreichender Schlaf, regelmäßige Pausen, auf gute Ernährung zu achten und Sport treiben, fördert viele Aspekte der Gesundheit. Die Pflege von guten Beziehungen am Arbeitsplatz begünstigt das psychische Wohlbefinden (Gündel et al., 2014, S. 196f.).

Laut Freiling et al. (2010, S. 38f.) sind Verhaltensänderungen schwierig herbeizuführen. Der/die ArbeitgeberIn hat darauf begrenzten Einfluss und kann höchstens nur sensibilisierend, informierend und motivierend wirken. Es sollte seine/ihre Aufgabe sein, ein Klima zu schaffen, in dem nicht nur die Belastbarkeit der MitarbeiterInnen honoriert wird, sondern auch deren Arbeitsfreude, Frohsinn und Ausgeglichenheit belohnt werden. Arbeitspausen und ein Ausgleich zu den körperlichen wie psychischen Belastungen durch Sport, Hobbys und Zeit für die Familie sorgen für das richtige Gleichgewicht zwischen Anspannung und Entspannung. Denn die Selbstpflege gilt als Schlüsselkompetenz.

Wie dieser Abschnitt zeigt, muss der Wille und die Motivation grundsätzlich von der Pflegekraft selbst ausgehen. Die Organisation kann, wie das nächste Kapitel zeigen wird, nur förderlich wirken und ist für den betrieblichen Rahmen zuständig.

5 Organisationsvoraussetzungen für betriebliche Gesundheitsförderung

5.1 Organisationsbezogen

Die WHO propagierte 1986 auf ihrer Konferenz in Ottawa den Setting-Ansatz. Sie hob dabei hervor, dass Gesundheit in Lebenswelten gefördert oder gefährdet wird. Menschen die in Organisationen arbeiten befinden sich genau in solchen.

Hasseler & Meyer (2006, S. 14) aber auch Schlicht & Zinsmeister (2015, S. 50) bewerten den Settingansatz als die wichtigste Umsetzungsstrategie von Gesundheitsförderung. Sie begründen dies damit, weil Gesundheit immer wieder reproduziert und aufrechterhalten werden muss. Durch die Bezugsabhängigkeit ist darauf zu achten, die Lebenswelt der Individuen immer mit einzubeziehen.

Wenn das Setting geändert werden soll, sind die Struktur der Organisation, die Prozesse, das Führungsverhalten und die Verhaltensweise der MitarbeiterInnen betroffen (Schlicht & Zinsmeister, 2015, S. 77).

Laut Schlicht & Zinsmeister (2015, S. 77) ist jeglicher Eingriff, sogar dann, wenn er auf die Veränderung des Individualverhaltens abzielt, immer im Zusammenhang mit der Organisation zu betrachten in der die Intervention stattfindet. Sie wird immer von den Kennzeichen der Organisation beeinflusst.

In den folgenden Unterkapiteln geht es um Verhältnisprävention oder verhältnisorientierte Gesundheitsförderung. Geändert werden soll das Setting. Das betrifft die Struktur der Organisation, die Prozesse oder das Verhalten der in der Organisation wirkenden AkteurInnen wie zum Beispiel das Führungsverhalten.

5.1.1 Unternehmenskultur / Gesundheitskultur

Bei der Entwicklung des Konzeptes des *Great Place to Work*[®] haben Robert Levering und sein Team entdeckt, dass es MitarbeiterInnen nicht auf bestimmte Maßnahmen oder Instrumente ankam, um ihre ArbeitgeberInnen als positiv wahrzunehmen. Vielmehr wurde deutlich, dass gute ArbeitgeberInnen dem gesamten Bereich der Beziehungen zwischen Unternehmen und Beschäftigten hohe Aufmerksamkeit schenken. Insbesondere wurden Faktoren, wie beispielsweise Teamgeist oder die Anerkennung und Wertschätzung der MitarbeiterInnen als wichtige Triebfeder einer positiven Arbeitsplatzkultur herauskristallisiert (Schulte, Hauser & Kirsch, 2009, S. 29f.).

5.1.2 Gesundheitszirkel

Ein geeignetes Mittel um die Stakeholder zusammenzubringen, sind Gesundheitszirkel, die man auch als *Arbeits- oder Steuerkreis für Gesundheit* bezeichnen kann. Seine Aufgabe liegt darin, die Gesundheitsgefahren der ArbeitnehmerInnen zu erkennen und ihnen mit gesundheitsförderlichen Maßnahmen entgegenzuwirken. Im Gesundheitszirkel sollte es durch einen Mix, bestehend aus dem Erfahrungswissen der Beschäftigten zusammen mit dem ExpertInnenwissen, zu einer klar definierten Vorgehensweise kommen, um alle gesundheitsgefährdenden Arbeits- und Umweltbedingungen zu lokalisieren und nach einer eingehenden Ist-Analyse zu modifizieren (Schlicht & Zinsmeister, 2015, S. 123). In Gesundheitszirkeln können mannigfaltige Lösungen entwickelt, oder auf entsprechende Probleme aufmerksam gemacht werden, welche in der Praxis akut sind. Durch den Blickwinkel der Basis fallen andere Sachverhalte auf, als dies aus der Sicht der jeweiligen Pflegedienstleitung möglich wäre. Nur wenn die TeilnehmerInnen des Gesundheitszirkels das Gefühl erhalten, in ihren Anregungen und angesprochenen Themen ernst genommen und gehört zu werden, kann eine erfolgreiche und zielführende Zusammenarbeit, hin zu einer nachhaltigen Implementierung, erfolgen (Hornung, 2013, S. 113).

Ulich & Wülser (2009, S. 152f.) kommen zu dem Schluss, dass sich Gesundheitszirkel bezüglich der Belastungsidentifikation und der Veränderungsbereiche als brauchbar erweisen. Ebenfalls positive Ergebnisse liegen punkto faktischer Belastungsverringerung, Aufbau von Ressourcen, sowie der Verringerung von Beschwerden vor.

5.1.3 Rückkehrgespräche

Rückkehrgespräche, oder auch Krankenrückkehrgespräche genannt, werden regelmäßig im Rahmen des Eingliederungsmanagements des betrieblichen Gesundheitsmanagements durchgeführt (Hornung, 2013, S. 34). Es ist ein Führungsinstrument, das jedoch nach Hornung (2013, S. 87) noch nicht nachhaltig oder zielgruppenspezifisch genutzt wird. Bei MitarbeiterInnen welche, im Arbeitszusammenhang, länger krankheitsbedingt ausfielen, empfiehlt es sich bei der Rückkehr in die Arbeit ein solches Gespräch zu führen. Das Rückkehrgespräch bietet die Möglichkeit belastende Tätigkeiten zu identifizieren, die möglicherweise zur Erkrankung führten. Organisatorische Veränderungen können besprochen werden, die die Arbeitsbelastungen minimieren würden. Die Suche nach Lösungsmöglichkeiten im Gespräch mit dem/der MitarbeiterIn, können sich auf gesundheitsbedingte oder motivationsbedingte Ursachen für das Fehlen des Mitarbeitenden beziehen. Es kann der derzeitige gesundheitliche Stand besprochen werden, um einen bestmöglichen Einstieg zu planen (Hornung, 2013, S. 114f.).

Nach Ulich & Wülser (2009, S. 142) kommt es zu Zielkonflikten, weil einerseits die Meinung der Betroffenen in den Prozess der betrieblichen Gesundheitsförderung einfließen soll, und andererseits *WiederholungstäterInnen* ein schärferer Ton droht, der in Sanktionen mündet. Pfaff, Kaiser & Krause (2002, S. 9f.) kommen aufgrund der Resultate der KUGA-Studie (Krankenrückkehrgespräche und Gesundheitspolitik in der Automobilindustrie) zum Schluss, dass bezüglich der Wirksamkeit von Krankenrückkehrgesprächen Zweifel angebracht sind und, dass durch eine systematische Gesundheitspolitik, gepaart mit einer gesundheitsorientierten Führung und guten Führungsbedingungen, auf Krankenrückkehrgespräche verzichtet werden kann. Laut Pfaff et al. (2002, S. 12) sollten Gesundheitsgespräche als Ersatz für Krankenrückkehrgespräche eingeführt werden.

5.1.4 Ethische Aspekte

Um moralischem Stress, wie in Kapitel 3.3.1 aufgegriffen, entgegenwirken zu können, gibt es organisationsbezogen die Möglichkeit der Implementierung einer Organisationsethik.

Beim Begriff *Organisationsethik* handelt es sich um Möglichkeiten und Voraussetzungen, wie mit ethischen Anforderungen umgegangen werden kann (Krobath & Heller, 2010, S. 47).

Laut Krobath & Heller (2010, S. 553ff.) kann diese aus der Sicht des individuellen Verhaltens betrachtet werden. Dabei kann eine Organisation nur dann ethisch sein, wenn die in ihr agierenden ArbeiterInnen ethisch handeln. Den Führungskräften fällt die Entscheidungsaufgabe zu, welches Verhalten in der Organisation als ethisch angemessen bezeichnet werden kann. Organisationsethik kann aber auch als Ethik einer Organisation oder Leitbild-Ethik bezeichnet werden. Diese beschreibt wie in einer bestimmten Organisation mit Ethik umgegangen wird, und welchen Inhalt die Leitbilder vermitteln sollen.

Primäres Ziel der Organisationsethik ist das Schaffen von Reflexionsformen zur Behandlung moralischer Fragen und ethischer Entscheidungen auf Basis einer gemeinsamen Erarbeitung (Krobath & Heller, 2010, S. 13). Ausreichend Zeitressourcen, Zusammenhänge zwischen Situationen, Regeln und Rituale schaffen Voraussetzungen um moralische Reflexionen gemeinsam gestalten zu können (Krobath & Heller, 2010, S. 19). Ethische Interventionen können laut Maier (2014, S. 95ff.) in Form von ethischen Fallbesprechungen, Ethikkomitees, Ethik-konsildiensten, Ethik-Cafés, pflegerischen Ethikkommissionen, Ethikrunden oder ethischen Supervisionen organisiert werden.

In Organisationen werden Leitlinien eingesetzt, um Orientierung zu geben, wie verschiedene Handlungen durchzuführen sind. Dabei muss die Organisationskultur so angepasst werden, damit die ethischen Vorschriften umgesetzt werden können (Großklaus-Seidel, 2012, S. 90f.).

Das Unternehmen muss sicherstellen, dass die Ethik in der Unternehmensstruktur verankert ist und sich die MitarbeiterInnen an ethische Qualitätsstandards halten. Mit Hilfe von Leitbildern, Richtlinien und Grundsatzserklärungen werden die Organisationswerte den MitarbeiterInnen nähergebracht und sind somit Teil der Organisationsstruktur (Großklaus-Seidel, 2012, S. 89f.).

5.2 Führungskräftebezogen

Auf der Grundlage einer 10-jährigen Studie wiesen Ilmarinen & Tempel nach, dass gutes Führungsverhalten und gute Arbeit von Vorgesetzten der einzig hoch signifikante Faktor für eine Verbesserung der Arbeitsfähigkeit zwischen dem 51. und 62. Lebensjahr ist (Ilmarinen & Tempel, 2010, S. 240).

Führungskräfte spielen im Zusammenhang mit BGF insofern eine wichtige Rolle, da sie einerseits oft selbst stark belastet sind und daher Zielgruppe sind. Andererseits sind sie Vorbilder, weil sich ihr Gesundheitsverhalten auf die MitarbeiterInnen überträgt. Umso wichtiger ist es, dass sie ihre eigene Gesundheit reflektieren können. Wenn Führungskräften die Förderung der Gesundheit wichtig ist und sie dafür auch Verantwortung übernehmen, können sie Verhaltensänderungen bei ihren MitarbeiterInnen bewirken. Sie gestalten Arbeitsbedingungen, definieren Zielvorgaben, Handlungsspielräume und beeinflussen auch nachweislich die Motivation und Arbeitszufriedenheit ihrer MitarbeiterInnen (Spicker, 2008, S. 31). Die Motivation steht in engem Zusammenhang mit der Vereinbarkeit verschiedener Lebensdomänen, die auch als Work-Life Balance bezeichnet werden kann. Eine möglichst konfliktfreie Arbeitsatmosphäre soll die Leistungs- und Arbeitsfähigkeit der Beschäftigten positiv und nachhaltig sichern. Eine Möglichkeit stellt eine familienfreundliche Personalpolitik dar (Esslinger et al., 2010, S. 97f.). Nach Gündel et al. (2014, S. 61) und ebenso bei Kroll & Dzudzek (2010, S. 50) hat die Führungskraft einen erheblichen Einfluss auf die Gesundheit der ArbeitnehmerInnen, weil sie auf das Arbeitsklima eine maßgebliche Wirkung ausübt und viele Personen einen großen Teil ihrer Lebenszeit im Arbeitsumfeld verbringen.

Auf Grund dieser Bedeutung, sollten für die Praxis Konsequenzen gezogen werden. Gündel et al. (2014, S. 66) unterscheiden hierbei Konzepte, die auf das unmittelbare Führungsverhalten in der täglichen Praxis bei unteren Führungskräften, oder auf die Gestaltung von Rahmenbedingungen bei mittleren und oberen Leadern, abzielen.

Gerade, weil Führungskräfte auch für die Gesundheit der MitarbeiterInnen zuständig sind, sollten sie dies durch gelebte Führungskultur wie Wertschätzung, Kommunikation und Konfliktlösung zum Ausdruck bringen. Eine der wichtigsten Fähigkeiten stellt in diesem Zusammenhang, die Empathie, das Gespür und Beachten emotionaler Signale dar. Dazu gehört aber

auch ein Beitrag der MitarbeiterInnen, indem sie Schwierigkeiten offen ansprechen, anstatt stillschweigend innerlich oder real zu kündigen. Dafür ist aber wiederum eine entsprechende Kommunikationskultur notwendig, die von der Führungskraft gepflegt werden muss. Lose Versprechungen werden schnell durchblickt und münden in Misstrauen seitens der MitarbeiterInnen, das nur schwer zu überwinden ist. Eine Führungskraft sollte aber auch die eigene Gesundheit immer vor Augen haben. Ebenso wichtig ist, dass der Leitung die nötige Zeit zum Führen gegeben wird. Letzten Endes entscheidet der Stellenwert, den ein Unternehmen einer guten, mitarbeiterInnenorientierten Führung beimisst, ob diese auch gelebt wird (Gündel et al., 2014, S. 66).

Die Schaffung hinreichender Handlungsfreiräume, guter Leitungsstrukturen, gekennzeichnet durch wenig Kontrolle, Mitbestimmung, Beteiligung an Entscheidungen und ein gutes Team wirken sich positiv auf die gesundheitliche Situation und die Zufriedenheit der MitarbeiterInnen aus (Brause et al., 2010, S. 23).

Die folgenden Beispiele lassen sich auf Ebene der direkten unmittelbaren Führung verorten.

5.2.1 „Gesundes Führen“ – Das Modell des gesundheits- und entwicklungsförderlichen Führungsverhalten oder „Health-oriented Leadership“ (HoL)

Bisher wurde *Führen*, in Bezug auf gesundheitsorientiertes Führen, unter dem Gesichtspunkt *gute Führung* gesehen. Gesundheitsgerechte Führung umfasst aber weit mehr als die Einhaltung gesetzlich vorgegebener Sicherheitsbestimmungen oder das Veranstellen von Gesundheitskursen. Sie beinhaltet die Modellierung der Diversifikation sozialer und struktureller betrieblicher Einflussfaktoren. Im Bereich der unmittelbaren personenbezogenen MitarbeiterInnenführung herrscht Einigkeit darüber, dass ein wertschätzender und respektvoller Führungsstil in Form von MitarbeiterInnenorientierung und Partizipation die Gesundheit der Beschäftigten positiv beeinflusst. Gesundheitsgerechte Führung bedeutet auch, möglichst störungsfreie Arbeitsstrukturen zu bilden, MitarbeiterInnen fortzubilden, damit sie flexibel auf betriebliche Veränderungen reagieren können, sowie die Work-Life-Balance zu berücksichtigen. Im Bereich der übergeordneten Managementebene braucht gesundheitsgerechte Führung eine, an humanen Werten ausgerichtete, Unternehmens- und Führungskultur (Ducki & Felfe, 2011, S. IXf.).

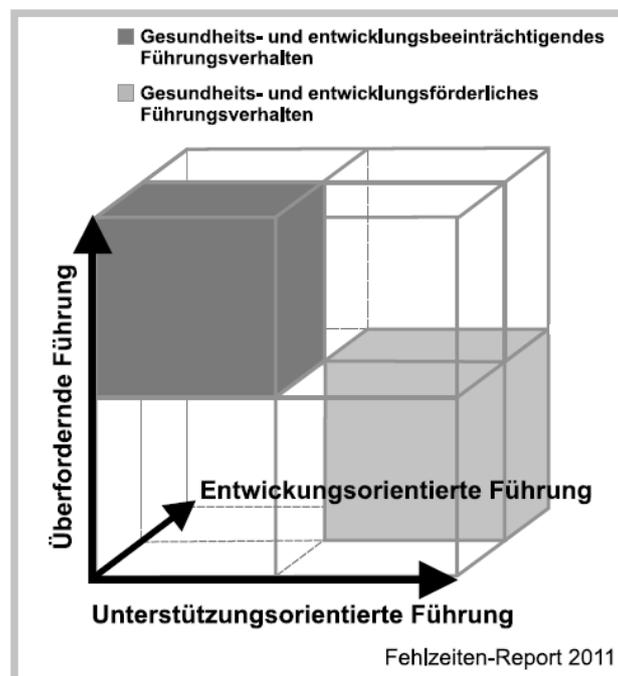
Die 3 Jahre dauernde Studie von Dellve, Skagert & Vilhelmsson, (2007, S. 471) zeigte, wie Führungsqualitäten und Strategien in BGF-Projekten, die langfristige Arbeit der MitarbeiterInnen beeinflussen. So hat die Einstellung der Führungskraft, über die arbeitsbedingte Gesundheit, einen erheblichen Einfluss auf die Höhe der Teilnahme der ArbeitnehmerInnen, an Projekten gehabt.

Gesundes Führen bedeutet, durch die Verfügbarmachung optimaler Rahmenbedingungen, seitens der Organisation, die körperliche und psychische Gesundheit von Führungskräften und MitarbeiterInnen zu erhalten, beziehungsweise zu verbessern. *Gesundes Führen* durchdringt alle Ebenen des Unternehmens. Dabei spiegelt es sich in der individuellen, genauso wie in der organisationalen Gesundheit, wieder (Matyssek, 2010, S. 8).

Mit der Gesundheits- und entwicklungsförderlichen Führungsverhaltens Analyse (GEFA) wurden 1.278 Beschäftigte zum Verhalten ihres/ihrer direkten Vorgesetzten befragt (Vincent, 2011, S. 49).

Das *Modell des gesundheits- und entwicklungsförderlichen Führungsverhalten* hat die empirisch belegte Annahme zur Basis, dass durch die von Führungskräften gestalteten Arbeitsaufgaben und -organisation, die Anforderungen, Belastungen und Ressourcen der Belegschaft beeinflusst werden. Gerade die Anforderungen sind entscheidend, ob Entwicklungsmöglichkeiten bestehen. Belastungen führen zu Stress und beeinträchtigen somit die Gesundheit. Die Ressourcen sind entscheidend, ob Anforderungen erfüllt und Belastungen bewältigt werden können (Vincent, 2011, S. 51ff.).

Abbildung 7: Modell des gesundheits- und entwicklungsförderlichen Führungsverhalten



Quelle: Vincent, 2011, S.54

Das Modell des gesundheits- und entwicklungsförderlichen Führungsverhaltens hat drei Dimensionen. Abbildung 7 veranschaulicht die Zusammenhänge zwischen den einzelnen Größen. Die *Dimension der überfordernden Führung* beinhaltet quantitative und qualitative Überforderung. Die *Dimension der entwicklungsorientierten Führung* ermöglicht, Aufgaben

durch Einbringen persönlicher Fähigkeiten und eigenem Wissen zu lösen und gewährt MitarbeiterInnen Einflussmöglichkeiten. Die *Dimension der unterstützungsorientierten Führung* stellt einerseits aufgabenbezogene Ressourcen, wie Klarheit der Aufgabenstellung oder Transparenz, und andererseits soziale Ressourcen, wie Anerkennung, Fairness und Fürsorge zur Verfügung (Vincent, 2011, S. 54).

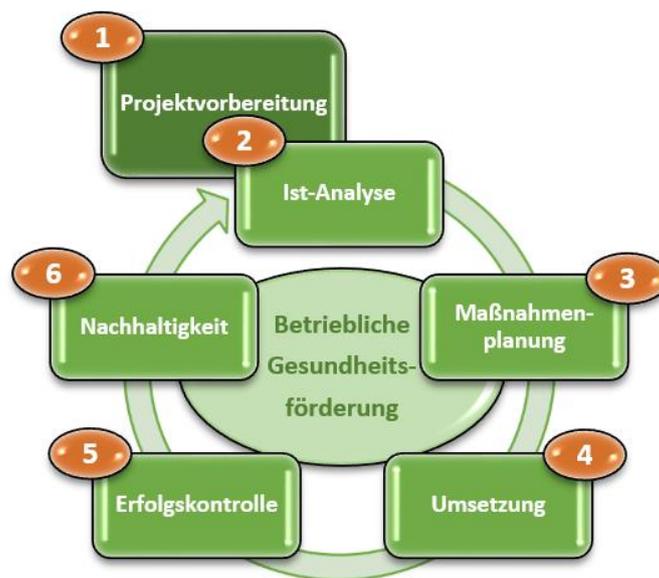
Führungskräfte, die entweder eine Kompetenzentwicklung oder eine psychische Fehlbelastung hervorrufen, unterschätzen häufig ihren Einfluss auf die Gesundheit ihrer MitarbeiterInnen. Durch den Einsatz der GEFA soll die Führungskraft stärker für ihre Mitverantwortung für das Wohlbefinden und die Entwicklung der MitarbeiterInnen sensibilisiert werden. Das Instrument trägt zur präventiven und prospektiven Arbeitsgestaltung und Gesundheitsförderung durch die Führungskraft bei (Vincent, 2011, S. 57f.).

Das *Health-oriented Leadership* (HoL) geht erstens von der These aus, dass eine Führungskraft nur dann gesundheitsförderlich führt, wenn sie/er auch mit ihrer/seiner eigenen Gesundheit achtsam umgeht. Die zweite Annahme besagt, dass die gesundheitsbezogenen Gedanken und Emotionen einer Führungskraft, für das Gesundheitsverhalten der MitarbeiterInnen ausschlaggebend sind (Franke, Vincent & Felfe, 2011, 381ff.). Dieses Instrument bezieht auch die, bislang kaum berücksichtigte, Vorbildwirkung der Führungskraft mit ein. Das Konzept *Health-oriented Leadership* (HoL) besteht aus vier Komponenten. Diese sind das gesundheitsorientierte Führungsverhalten, gesundheitsbezogene Achtsamkeit, gesundheitsbezogene Selbstwirksamkeit und Gesundheitsvalenz, womit die gesundheitsbezogenen Einstellungen und die Wertorientierung gemeint sind. Die vier Elemente lassen sich sowohl auf die MitarbeiterInnenführung als auch auf die Selbstführung, die auf Grund der Vorbildwirkung relevant ist, beziehen. Resultate einer empirischen Untersuchung mit 934 Führungskräften und MitarbeiterInnen wiesen auf gute psychometrische Kennwerte des HoL –Ansatzes hin (Franke & Felfe, 2011, S. 5ff.). Wenn das Gesundheitshandeln des/der Vorgesetzten aufgesetzt wirkt, werden die MitarbeiterInnen die Motivationsversuche und Aufforderungen nicht als verbindlich ansehen. Im Rahmen der Führungskräfteentwicklung kann HoL zur Analyse und Entwicklung eingesetzt werden (Franke & Felfe, 2011, S. 11f.).

6 Gesundheitsförderung systematisch planen und erfolgreich implementieren

Laut Schlicht & Zinsmeister (2015, S. 85) sollen die, in der Praxis, implementierten Interventionen theoriegestützt sein. Einer systematischen Intervention geht im Planungszyklus eine zuverlässige Beurteilung des Bedarfs und der Bedürfnisse voraus. Die objektiven und subjektiven Beurteilungen des Bedarfs beziehen sich immer auf Personengruppen oder Personen. Weitere relevante Kennzahlen ergeben sich aus objektiven Beschreibungsgrößen über die Umwelt. Die Beschreibung des Statusprofils der Organisation oder der MitarbeiterInnengruppe ist das erklärte Ziel. Die generelle Leitlinie der Intervention bestimmt welche Verfahren dazu genutzt werden (Schlicht & Zinsmeister, 2015, S. 183). Die *One size fits all - Strategie* führt auf Grund der Heterogenität der Gesundheit selten zum Ziel (Schlicht & Zinsmeister, 2015, S. 58). Der Projektzyklus in Abbildung 8, wird in den Unterkapiteln erläutert.

Abbildung 8: Projektzyklus der BGF



Quelle: Erstellt von Armin Schmidthaler

6.1 Projektvorbereitung

Als erster Schritt der Projektvorbereitung müssen die Einrichtungsleitungen sowie die Mitarbeitendenvertretungen über das Vorhaben informiert werden. Diese müssen auch das Projekt genehmigen. Eine Beauftragung durch die Geschäftsleitung für die Durchführung des Projekts muss immer erfolgen. Der frühzeitige Einbezug der Mitarbeitendenvertretung fördert die Compliance aller MitarbeiterInnen und die Anpassung des Gesamtprojektes an die individuellen Bedürfnisse der Einrichtung ist gewährt (Freiling et al., 2010, S. 13; Hornung, 2013, S. 148).

6.2 Ist-Analyse

Die individuelle Ist-Analyse, unter Nutzung der erhobenen Daten, dient der Ermittlung der Ist-Situation der jeweiligen Einrichtung und des Bedarfs. Eine valide Datenbasis ist die Grundlage für die weitere Umsetzungsplanung (Hornung, 2013, S. 148). Bei der Ist-Analyse wird der gesundheitliche Status quo im Betrieb erhoben. Dies geschieht durch Befragung der MitarbeiterInnen und/oder des Managements, betriebliche Gesundheitskonferenzen und/oder Interviews (Spicker, 2008, S. 27).

6.3 Maßnahmenplanung

Auf Basis der Analysephase erfolgt eine Priorisierung um Handlungsschwerpunkte zu setzen. Darauf werden konkrete gesundheitsförderlicher Maßnahmen abgeleitet und entwickelt (Hornung, 2013, S. 148). Dies geschieht unter MitarbeiterInnenbeteiligung, in Form von Gesundheitszirkeln, Arbeits- und Projektgruppen in Workshops. Auf Basis eines bio-psycho-sozialen Gesundheitsverständnisses hat sich bewährt, einen Mix aus verhaltens- als auch verhältnisorientierten Maßnahmen zu entwickeln. Ein betrieblicher Gesundheitsbericht, der die Analyse- und Planungsergebnisse verschriftlicht, dient der Transparenz und Qualität des Vorhabens (Spicker, 2008, S. 27). Nach der Entwicklung folgt die Organisation der erarbeiteten Handlungsmaßnahmen, deren konkrete Umsetzungsplanung den Einrichtungsleitungen obliegt. Dies stellt für die Organisation eine umfangreiche planerische Arbeit dar (Hornung, 2013, S. 149).

6.4 Umsetzung

Im Anschluss an die Planungsphase sollte eine zeitnahe Umsetzung der Maßnahmen erfolgen. Die vorangegangene Entwicklungsphase kann rund drei Monate in Anspruch nehmen. Daher ist es wichtig, für die MitarbeiterInnen, Resultate sichtbar zu machen (Hornung, 2013, S. 149). In der Intervention erfolgt die Umsetzung der Implementierung der verhältnis- und verhaltensorientierten Maßnahmen. Dabei wird der Prozess gesteuert und MitarbeiterInnenfeedback eingeholt (Spicker, 2008, S. 27).

6.5 Erfolgskontrolle

Nach Abschluss der Umsetzung sollte ein Projektcontrolling erfolgen, um die Wirksamkeit der umgesetzten Maßnahmen zu evaluieren (Hornung, 2013, S. 150). Bei der Evaluation geht es darum, die neu implementierten Maßnahmen, geänderten Strukturen und Prozesse systematisch

zu bewerten. Dies geschieht durch Befragungen/Interviews der MitarbeiterInnen, oder es werden Reflexionsgruppen gebildet (Spicker, 2008, S. 27).

6.6 Nachhaltigkeit

„Betriebliche Gesundheitsförderung wird, wenn sie nachhaltig in der Unternehmensstruktur und im Managementprozess verankert wird, zum betrieblichen Gesundheitsmanagement“ (Schlicht & Zinsmeister, 2015, S. 126).

Man kann Gesundheitsförderung wie ein Produkt betrachten, das seinen Preis hat, an einem typischen Platz angeboten und beworben werden muss, damit die, die es betrifft nicht nur nach ihm greifen sondern es auch intensiv und nachhaltig gebrauchen (Schlicht & Zinsmeister, 2015, S. 173).

Das entwickelte Konzept aus dem Projektzyklus, wie in Abbildung 8 dargestellt, sollte kontinuierlich überarbeitet und reflektiert werden um nachhaltig wirken zu können. Ist der Zyklus beendet erfolgt eine erneute Ist-Analyse, die in Form der regelmäßig stattfindenden MitarbeiterInnengespräche geschehen kann. Darin kommt es zu einer gemeinsamen Reflexion der bisherigen Implementierung des Konzeptes beziehungsweise können individuelle Wünsche und Ziele geäußert werden. Durch die aktive Einbeziehung der MitarbeiterInnen fühlen sie sich mit ihren Bedenken ernst genommen und die Steigerung der Compliance bei der Umsetzung der geplanten Maßnahmen ist gewährleistet. Dies führt wiederum zu einer verbesserten Inanspruchnahme und einer höheren Teilnahme an entsprechenden Fort- und Weiterbildungsmaßnahmen (Hornung, 2013, S. 109).

Ältere ArbeitnehmerInnen der Altenbetreuung kommen mit der Schnelligkeit des Informationsflusses immer weniger zurecht. Um für die Anforderungen einer alternden Belegschaft gewappnet zu sein, setzt zum Beispiel der Wiener Krankenanstaltenverbund auf *Productive Ageing*. Die Schwierigkeit der Umsetzung ist in kleineren Einrichtungen gegeben. Personaltechnische Maßnahmen, wie etwa die MitarbeiterInnen-Rotation zur Unterstützung älterer ArbeitnehmerInnen kann hier nur schwer angewandt werden, beziehungsweise ist sie sehr erklärungsbedürftig gegenüber anderen MitarbeiterInnen. Bestimmte, körperlich weniger anstrengende Positionen, sind in kleinen Organisationen nur beschränkt vorhanden (Spicker, 2008, S. 38).

Eine Theorie allein kann die Praxis der Gesundheitsförderung nicht beschreiben, denn die Settings sind vielfältig, ebenso wie die Zielgruppen, Gesundheitsprobleme und deren Determinanten.

7 Ausgewählte Beispiele betrieblicher Gesundheitsförderung

Der, im deutschen Leitfaden für die Bildungspraxis, verwendete Begriff *Demografieprojekt* bezeichnet die zielgerichtete Auseinandersetzung mit den Risiken und Problemen, die in einer Organisation mit der Altersstruktur des Personals verbunden sind. Ziel dabei ist, die Entwicklung eines spezifischen, auf die Einrichtung zugeschnittenen Maßnahmenkatalogs.

In der Altenpflege besteht folgende paradoxe Situation. Die MitarbeiterInnen wissen im Prinzip darüber Bescheid, was der Gesundheit förderlich ist oder ihr schadet. Dennoch ist oft das eigene gesundheitsbewusste Verhalten nicht genügend ausgeprägt. Die Handlungen, die die Geschäftsführung zur Gesundheitsförderung initiiert, bleiben aber ohne Wirkung, wenn sie von den MitarbeiterInnen nicht angenommen werden, oder wenn sie in ihrem Privatleben nicht auf sich achten (Freiling et al., 2010, S. 38).

In den folgenden Unterkapiteln werden drei Praxisbeispiele vorgestellt. Die erste Intention wurde in Österreich (Wien), und die Zweite in Deutschland (Heilbronn und Weil der Stadt), durchgeführt. Das dritte Beispiel wurde in der Schweiz (Zürich) ausgerichtet.

7.1 Projekt „Gesundes SeniorInnen-Wohnhaus“

Von 2013 bis 2015 legte das Kuratoriums Wiener Pensionistenwohnhäuser (KWP) einen Schwerpunkt auf die Integration gesundheitsfördernder Maßnahmen in seinen Einrichtungen. Das Projekt untergliederte sich in drei Module. Bei den BewohnerInnen wurde das Hauptaugenmerk auf Mobilitätsförderung gelegt, bei den MitarbeiterInnen lag der Fokus auf Gesundheitszirkel- und ErgonomielotsInnen-Programmen und bei den Angehörigen auf deren Einbindung. Das „Gesunde SeniorInnen-Wohnhaus“ wurde von der Wiener Gesundheitsförderung gefördert und vom Ludwig Boltzmann Institut für Gesundheitsförderungsforschung wissenschaftlich begleitet. Das „Gesunde SeniorInnen-Wohnhaus“ baut auf dem Pilotprojekt „Gesundheit hat kein Alter“ (2011–2013) auf. Auf eine systematische Gesamtanalyse wurde aus Ressourcengründen verzichtet. Gesundheitsförderung wird als ein fortlaufender Prozess und nicht nur als ein Projekt mit Ablaufdatum eingeschätzt. Bezüglich der Maßnahmenevaluation wurden 2015/16 qualitative Methoden, in Form von Interviews und Gruppendiskussionen, eingesetzt (Krajic, Cichocki, Quehenberger, & Wieczorek, 2016, S. 5f.).

Im Rahmen der Evaluation konnten Perspektiven von DirektorInnen, ExpertInnen und MitarbeiterInnen eingeholt werden. 3 Einzelinterviews und 3 Fokusgruppengespräche informierten darüber, welche Grundvoraussetzungen zur Einführung und Möglichkeiten zur Umsetzung be-

stehen. Diese wurden von zwei ForscherInnen gemeinsam durchgeführt. Ein Gesprächsleitfaden diente der Strukturierung der Fokusgruppen und ExpertInneninterviews. Es erfolgte eine lokale Unterstützung bei der Implementierung der Programme (Krajic et al., 2016, S. 8).

Zur Förderung der Gesundheit wurden zwei neue Rollen geschaffen. Einerseits die Gesundheitszirkel-ModeratorInnen, die im Rahmen von Gesundheitszirkeln Belastungen und Lösungsmöglichkeiten identifizieren sollen um sie dann an die Organisations-Ebenen weiter zu kommunizieren und andererseits die ErgonomielotsInnen, die Verbesserungen in Bezug auf ergonomisches Arbeiten leisten sollen.

Die Evaluation der Rahmenbedingungen für das Roll-Out von BGF-Maßnahmen im KWP zeigte, dass seitens der Organisation, die Zeitspanne, in der Veränderungen sichtbar werden, als eher längerfristig eingeschätzt wurden. Im Rahmen der Gesundheitszirkel geschah dies aber bereits nach der ersten Durchführung. In Bezug auf das ErgonomielotsInnen-Programm zeigten sich jedoch noch keine verallgemeinerbaren Auswirkungen. Eine Vernetzung um „Best-Practice“ Beispiele auszutauschen wurde als Idee vorgeschlagen. Ein generelles Problem stellte der Zeitmangel dar, dem durch Ökonomisierung von Arbeitsabläufen begegnet werden könnte.

Die Evaluation der praktischen Erfahrungen in der Umsetzung der Gesundheitsförderungsmaßnahmen erfolgte durch Fokusgruppen mit GesundheitszirkelmoderatorInnen und ErgonomielotsInnen. Diese brachten zum Vorschein, dass eine genaue Zeitplanung mit ausreichender Vorlaufzeit notwendig war, um den ModeratorInnen und MitarbeiterInnen die Vorbereitung und Durchführung beziehungsweise die Teilnahme an den Zirkeln zu ermöglichen. Laut den ModeratorInnen waren die Zirkel ein geeignetes Tool zur Problemidentifizierung. Es wurden Probleme hinsichtlich strukturell notwendiger Veränderungen in den Häusern angesprochen beziehungsweise auch Angebote zur verbesserten Arbeitsbewältigung bearbeitet. Problembehaftet wurde die Dokumentation und Aufbereitung der Gesundheitszirkel erlebt. Zur Verfügung gestellte Vorlagen für die Präsentationen und ein komprimierter Maßnahmenkatalog unterstützten hilfreich. Den TeamleiterInnen wurde die wichtige Rolle zuteil, Themen zur Bearbeitung an die MitarbeiterInnen zu kommunizieren und in Zusammenarbeit mit der Heimleitung Entscheidungen zu treffen. Besonders wichtig war, dass erreichte Verbesserungen und Veränderungen, die vom Gesundheitszirkel ausgingen, den MitarbeiterInnen rückgemeldet wurden, um die Motivation für eine aktive Beteiligung dieser an den Zirkeln aufrecht zu halten.

Die Fokusgruppe der ErgonomielotsInnen bezeichnete die praktische Umsetzung als schwieriger. Seitens der KollegInnen bestand oft wenig Interesse, und auch für die LotsInnenarbeit stand nur wenig Zeit und Ressourcen zur Verfügung. Die Aufgabe, KollegInnen für ergonomische

Arbeitsweisen zu sensibilisieren, wurde als schwer umsetzbar bezeichnet, worunter auch die Motivation litt. Hierbei ist eine weitere Rollenklärung, insbesondere auch im Verhältnis zu den Rollen der lokalen Führungskräfte, notwendig. Lösungsvorschläge seitens der LotsInnen waren, einerseits ergonomische Themen für die Gesundheitszirkel zu sammeln, um dort konkrete Verbesserungen zu erarbeiten und andererseits eine verstärkte Unterstützung durch die unmittelbaren Vorgesetzten.

Bei der Unterstützung zur Implementierung der BGF-Maßnahmen durch die Führungskräfte fiel auf, dass die Umsetzung als laufende Aufgabe bezeichnet, die Gesundheitszirkel als gut etabliert charakterisiert wurden, wo hingegen zur Implementierung des ErgonomielotsInnen-Programms klare Rollenbeschreibungen fehlten. Für einen Fortschritt wurde mehr Informations- und Schulungsbedarf geäußert. Es wurde die Idee eines/einer hausinternen Ergonomie-lotsInnensprechers geboren, der/die einer besseren Vernetzung im Haus dienen soll.

Erfolgreiche Implementierung gelingt durch:

- ein realistisches Rollenverständnis,
- die Schaffung guter Startbedingungen durch ausreichende Vorlaufzeit,
- sowie die laufende technische Unterstützung durch Schulungen und Ausstattung mit anschaulichen Materialien,
- Unterstützung seitens des Managements,
- interne Kommunikationsmöglichkeiten und Beratungen,
- Informationen zu Änderungen der Programme und
- hausinternen Vernetzungsmöglichkeiten für einen Austausch der LotsInnen und ModeratorInnen (Cichocki, Weisz, & Krajic, 2016, S. 23ff.).

7.2 Projekt „Älter werden in der Pflege“

Das Projekt „Älter werden in der Pflege – Entwicklung und Erprobung betrieblicher Strategien“, zitiert in Heusel (2011), wurde durch die Robert Bosch Stiftung gefördert. Es wurde vom Forschungsinstitut Betriebliche Bildung (f-bb) zusammen mit der Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienste und Wohlfahrtspflege (BGW) von 2008 bis 2010 durchgeführt. Am Projekt „Älter werden in der Pflege“ nahm die Keppler-Stiftung mit dem „Altenzentrum St. Elisabeth in Heilbronn“ und der „Sozialstation Weil der Stadt gGmbH“ teil. Das Projekt thematisierte *Gesundheit* und *gutes Älterwerden* im Pflegeberuf, wobei ein Schwerpunkt auf der Kommunikation und Zusammenarbeit zwischen jüngeren und älteren MitarbeiterInnen, auf der Erhöhung der Motivation und Weiterentwicklungsbereitschaft und auf die Übertragbarkeit der Ergebnisse

auf andere Einrichtungen lag. Der Ablauf des Projekts vollzog sich in beiden Einrichtungen analog. Nachdem die Altersstruktur und Belastungsfaktoren analysiert wurden, erfolgte eine Zieldefinition und Gewichtung. In einem Workshop wurden die einzelnen Themen bearbeitet und reflektiert.

In der „Sozialstation Weil der Stadt gGmbH“ werden monatlich durchschnittlich 180 KlientInnen betreut. Es sind 40, fast ausschließlich in Teilzeit- und Kleinstarbeitsverhältnissen beschäftigte, MitarbeiterInnen angestellt. Das Durchschnittsalter der Pflegenden liegt bei 41 Jahren. Als belastende Kriterien wurden die zu leistenden Überstunden, der subjektive Zeitmangel für PatientInnen und deren Angehörige, sowie das fehlende Personal genannt. Die Umwandlung von einer städtischen Sozialstation in eine gGmbH, mit unterschiedlichen Gesellschaftern, führte bei vielen ArbeitnehmerInnen zu Verunsicherung.

Projektziele waren die MitarbeiterInnenbindung und -gewinnung und die Förderung der Arbeits- und Beschäftigungsfähigkeit der älteren ArbeiterInnen. Durch den Erfahrungswissens-transfer der älteren auf jüngere MitarbeiterInnen sollte die pflegerische Qualität erhöht werden.

Neben dem Wissenstransfer und strukturierten Austausch zwischen Alt und Jung erfolgte auch eine Systematisierung von Personalentwicklungsprozessen. Es wurden Erfahrungsabende eingeführt an denen ältere MitarbeiterInnen ihre Erfahrungen zum Umgang mit schwierigen PatientInnen und Angehörigen zur Verfügung stellten und auch Jüngere ihr aktuelles Fachwissen mit einbrachten. Ein verändertes Einarbeitungskonzept für neue MitarbeiterInnen, erstellt durch erfahrene Fachkräfte, sollte den NeueinsteigerInnen Unsicherheiten nehmen und dem übrigen Personal Entlastung bringen, da diese weniger im Arbeitsablauf durch Fragen unterbrochen würden. Als dritte Maßnahme erfolgte die Einführung regelmäßiger und systematischer MitarbeiterInnengespräche, die auch Personalentwicklungsthemen und eine Zielvereinbarung zum Inhalt haben.

Durch die gemeinsame Projektaktivität von Hauswirtschaft und Pflege verbesserte sich die Kommunikation und das Arbeitsklima. Dies wirkte sich auch positiv auf die Motivation und Pflegequalität aus. Vorurteile in der Einstellung der MitarbeiterInnen gegenüber älteren ArbeitnehmerInnen änderte sich positiv. Die Teambildung und -identifikation wurde unterstützt durch die Einbindung aller MitarbeiterInnen und den ständigen Informationsfluss über die laufenden Prozesse. Dadurch wurden auch der Austausch und die gegenseitige Akzeptanz von Jüngeren und Älteren gefördert.

Im „Altenzentrum St. Elisabeth Heilbronn“ stehen 102 Pflegeplätze zur Verfügung, die von rund 80 MitarbeiterInnen betreut werden. In Folge der geringen Personalfuktuation über die Jahre erhöhte sich auch das Durchschnittsalter auf 46,2 Jahre. Belastende Faktoren verorten sich in an der Schnittstelle zwischen Pflege und Hauswirtschaft, der hohen Erwartungshaltung der Vorgesetzten bezüglich Personaleinsatzflexibilität und der Ansprüche der BewohnerInnen und derer Angehörigen. Daraus ergibt sich Zeitdruck und Stress bei der Arbeitsausführung, dem es zu begegnen gilt.

Projektziel war die Erarbeitung einer bewohnerInnenorientierten Prozessgestaltung an der Schnittstelle zwischen Pflege und Hauswirtschaft zur Belastungsreduzierung, um die Beschäftigungsfähigkeit der älteren MitarbeiterInnen zu erhöhen. Erprobte Konzepte förderten die Motivation, die Weiterentwicklungsbereitschaft und die Selbstbestimmtheit.

Geklärt wurde der Personaleinsatz der Wohnbereichshilfen und es erfolgte eine Überarbeitung ihres Ablaufplans. Durch einen bestätigenden und wertschätzenden Umgang wurde ihre Integration in das Pflegeteam vorangetrieben. Es wurde ein BewohnerInnen-Dokumentationssystem eingeführt, in dem alle am KlientInnenprozess Mitwirkenden Einträge machen können. Des Weiteren wurden die Wohnbereichshilfen an den INSEL-Interviews beteiligt. Dies ist ein Instrument zur Erfassung von Lebensqualität im institutionellen Kontext mit dem Ziel, die Perspektive von BewohnerInnen und Personal zu erfassen. Regelmäßige Dienstbesprechungen dienten dazu, die interne Kommunikation zu verbessern und mögliche ablaufbezogene Probleme frühzeitig zu erkennen.

Durch die Erhöhung der Transparenz der Abläufe und durch die Kommunikation über Arbeitsprozesse, konnten Belastungsfaktoren reduziert werden. Durch die Verbesserung der Kommunikationsprozesse zwischen den Beschäftigtengruppen erhöhte sich das gegenseitige Verständnis für Abläufe und macht es möglich, Entlastungsansätze zügiger zu identifizieren und umzusetzen. Dadurch verbesserte sich auch die Zusammenarbeit zwischen Pflege und Hauswirtschaft. Regelmäßige Besprechungen schafften eine Plattform für den Austausch über aktuelle Probleme und verbesserten die Qualität der Arbeit. Die Einbeziehung aller betroffenen Unternehmensbereiche und die Offenheit der Führungskräfte gegenüber den Problemen und Wünschen der MitarbeiterInnen führte zum Projekterfolg.

Erfolgreiche Implementierung gelingt durch:

- Förderung der Kommunikationsprozesse,
- die Involvierung aller Beschäftigten, bei der Auseinandersetzung mit Belastungsreduktion auf unterschiedlichen Gestaltungsebenen,
- gegenseitigen Austausch, um das Verständnis zwischen den einzelnen Altersgruppen zu erreichen,
- vorgeschlagene Maßnahmen der Projektteams, weil sich diese an den zentralen Problemlagen orientiert,
- Sichtbarmachung der Projektergebnisse und Maßnahmen in der konkreten, täglichen Arbeit, da sonst die Motivation der MitarbeiterInnen rasch verloren geht und
- die Strategie der kleinen Schritte (Heusel, 2011, S. 119ff.).

7.3 „Ethik-Cafés“

Die Studie von Maier (2014), die im Folgenden dargestellt wird, fand im Pflegezentrum Mattenhof-Irchelpark der Stadt Zürich statt. Es wurde eine Evaluation der *Ethik-Cafés* durchgeführt. An den beiden Standorten werden über 300 BewohnerInnen von rund 400 MitarbeiterInnen aus unterschiedlichen Berufsgruppen gepflegt. Aufgrund einer Neuimplementierung einer eigenen Ethikorganisation, bestehend aus Ethikforum, Ethik-Interventionsgruppe und *Ethik-Cafés*, wurde dieser Betrieb für die Studie gewählt.

Ethik-Cafés lassen sich als interdisziplinäre Weiterbildungen zu ethischen Themen, welche speziell für das Personal in der geriatrischen Langzeitpflege entwickelt wurden, definieren. Sie umfassen in der Regel 18 Mitarbeitende unterschiedlichster Berufsgruppen und Hierarchiestufen und werden sechs Mal pro Jahr abgehalten mit einer Dauer von 90 Minuten, unter der Leitung eines/einer externen EthikexpertIn. Die Beteiligung geschieht freiwillig während der Arbeitszeit.

Mit der Studie sollte ermittelt werden, ob die Durchführung von ethischen Interventionen in Form von *Ethik-Cafés* eine gesundheitsförderliche Wirkung auf die MitarbeiterInnen in einem geriatrischen Pflegeheim hat.

Durch dieses Instrument können sich MitarbeiterInnen mit moralischem Stress auseinandersetzen. Sie sollen darauf sensibilisiert werden moralisch schwierige Situationen eher wahrzunehmen, ethische Dilemmata können direkt angesprochen und systematisch bearbeitet werden. Es hilft souveräner zu entscheiden und die Entschlüsse sicher und authentisch vertreten zu können.

Als betriebliche Weiterbildungsmaßnahme hat sie eine niedrige Zugangsschwelle mit praktischer Ausrichtung. Durch die ungezwungene Atmosphäre und den offenen Austausch wird kein Handlungs- oder Entscheidungsdruck aufgebaut. Der/die ModeratorIn versucht während der Diskussion durch gezieltes und teilweise provokantes Nachfragen zum eigenständigen kritischen Denken anzuregen. Durch den thematischen Bezug zum Arbeitsalltag und weil gemeinsam nach einer Lösung gesucht wird, können sich die Mitarbeitenden stärker mit späteren Entscheidungen identifizieren und ihre Motivation bleibt hoch. Die Kommunikationskultur verbessert sich in Richtung Transparenz, Sachlichkeit, Respekt vor der eigenen moralischen Intuition und den Ansichten anderer.

Vom Studiendesign her handelte es sich um eine quasiexperimentelle Felduntersuchung. Die Basiserhebung (Baseline), an der 232 MitarbeiterInnen teilnahmen, wurde zwischen Dezember 2011 und Januar 2012 durchgeführt. Nach deren Abschluss, wurden während der Untersuchungsperiode zwischen Januar 2012 und Januar 2013 insgesamt sieben Ethik-Cafés durchgeführt. Die 128 TeilnehmerInnen der Ethik-Cafés wurden mittels Fragebogen befragt.

Bezüglich Datenerhebung und Auswertung bestand primär die Schwierigkeit, dass die Resultate mit einer unabhängigen Gruppe verglichen werden sollte. Dafür wurden verschiedene Daten und Skalen mit einer multizentrischen, überbetrieblichen Stichprobe, wovon 981 Datensätze verwendet werden konnten, verglichen. Diese stammten aus der letzten Personalumfrage, welche von einem externen Unternehmen erhoben wurden.

Bei allen Teilnehmenden sanken die Depressivitätswerte und die emotionale Belastung signifikant, wobei der größte Erfolg beim nichtpflegenden Personal zu finden war. Weitere gesundheitsrelevante Variablen konnten verbessert werden ohne jedoch die aussagekräftige Signifikanz aufzuweisen, wie bei den oben genannten Faktoren. Die Stärke der Effekte hängt stark von berufsspezifischen Variablen ab. So war die Wirkung bei Nicht-Pflegenden stärker als beim Pflegepersonal. Bei PflegeassistentInnen war der Effekt größer als bei diplomiertem Personal.

Die Ergebnisse liefern einige Implikationen für die Praxis. *Ethik Cafés* stellen eine wichtige Maßnahme bezüglich Personalerhaltung dar. Durch ihren interdisziplinären Charakter, besteht die Möglichkeit, dass das Personal ein vermehrtes gegenseitiges Verständnis entwickelt, das sich wiederum positiv auf die Betriebskultur auswirkt. Ist diese verbessert, erhöht sich auch das Betriebsklima, das seinerseits Einfluss auf das Wohlbefinden der ArbeiterInnen hat und dadurch gesundheitsfördernd wirkt (Maier, 2014, S. 113ff.).

7.4 Beispielvergleich

Diese Tabelle zeigt einen Vergleich der vorangegangenen praktischen Beispiele anhand der Kriterien, der in dieser Bachelorarbeit gestellten Forschungsfragen.

Tabelle 2: Vergleich der praktischen Beispiele

Kriterien	Gesundes SeniorInnen-Wohnhaus Kuratorium Wiener Pensionistenwohnhäuser	Älter werden in der Pflege Sozialstation Weil der Stadt gGmbH	Älter werden in der Pflege Altenzentrum St. Elisabeth Heilbronn	Ethik-Cafés Pflegezentrum Mattenhof-Irchelpark
Präventive Maßnahmen	Gesundheitszirkel ErgonomielotsInnen	Wissenstransfer durch Erfahrungsabende verändertes Einarbeitungskonzept regelmäßige MitarbeiterInnengespräche	Prozessgestaltung an der Schnittstelle zwischen Pflege und Hauswirtschaft (BewohnerInnen-dokumentationssystem und INSEL-Interviews)	Instrument der Ethik-Cafés als interdisziplinäre Weiterbildung
Integrierbarkeit in den Alltag	Gesundheitszirkel sind gut integriert ErgonomielotsInnen müssen die Rolle noch klären	regelmäßige Veranstaltungen regelmäßige Gespräche	Maßnahmen wurden Teil des täglichen Arbeitsprozesses	6 x pro Jahr niederschwelliger Zugang
Motivation	erreichte Verbesserungen werden rückgemeldet Mitwirkung an der Lösung von Alltagsproblemen	Verbesserung des Arbeitsklimas Abbau von Vorurteilen gegen ältere MitarbeiterInnen Rückmeldung über Veränderungen	erprobte Konzepte wertschätzender Umgang Transparenz der Abläufe	Themenbezug zum Arbeitsalltag Identifikation durch Beteiligung
Ethische Aspekte	Teilnahme auf freiwilliger Basis	Teilnahme auf freiwilliger Basis	Teilnahme auf freiwilliger Basis	Teilnahme auf freiwilliger Basis Abbau moralischen Stresses

Quelle: Erstellt von Armin Schmidthaler

8 Diskussion und Beantwortung der Forschungsfragen

Die vorliegende Literaturanalyse wurde durchgeführt, um Maßnahmen zu entdecken, die für die BFG im Umfeld der stationären Altenpflege sinnvoll sind. Ältere Menschen werden jedoch nach Schaefer & Lademann (2010, S. 176) als spezifische Zielgruppe im Präventions- und Gesundheitsförderungsbereich vernachlässigt. Laut dem deutschen Leitfadens für die Bildungspraxis ist aber in vielen Altenpflegeheimen eine Personalstruktur vorzufinden, die als *alterszentriert* bezeichnet werden kann (Freiling et al., 2010, S. 7). Daraus folgt, dass für diesen Bereich noch wenig spezielle Maßnahmen entwickelt wurden.

Wie wichtig aber gerade für diese Gruppe Gesundheitsförderung ist, zeigen die Ergebnisse der Statistik Austria (2014, S. 12ff.), die belegen, dass die Häufigkeit arbeitsbedingter Gesundheitsprobleme mit steigender Beschäftigungsdauer zunimmt.

Neben den drei angeführten *Best Practice* Beispielen, aus dem deutschsprachigen Raum, aus Kapitel 7 hat die Analyse zum Ergebnis, dass es wichtige Einflussfaktoren gibt, die unabhängig von den gesetzten Maßnahmen weitreichende Wirkungen haben.

So stellt ein wertschätzender Umgang, ausgedrückt durch die Grundhaltung und spezielle Art der Kommunikation, einen wesentlichen Bestandteil dar. Verbindungen lassen sich hierbei bezüglich Entgegenwirken des Burnout-Syndroms, als wichtige Triebfeder für eine positive Arbeitsplatzkultur (Schulte et al., 2009, S. 29f.) und als gelebte Führungskultur durch die Führungskräfte, herstellen.

Eben diese Leader der mittleren Ebene sind in vielerlei Hinsicht wesentliche Dreh- und Angelpunkte für eine längerfristig funktionierende BGF. Sie sind einer der Erfolgsfaktoren zur Bekämpfung der Suchtproblematik. Laut Krobath & Heller (2010, S. 553ff.) fällt den Führungskräften die Entscheidungsaufgabe zu, welches Verhalten in der Organisation als ethisch angemessen bezeichnet werden kann. Führungskräfte spielen im Zusammenhang mit BGF insofern eine wichtige Rolle, als sie einerseits oft selbst stark belastet und daher Zielgruppe sind. Andererseits sind sie Vorbilder, weil sich ihr Gesundheitsverhalten auf die MitarbeiterInnen überträgt. Wenn Führungskräften die Förderung der Gesundheit wichtig ist, können sie Verhaltensänderungen bei ihren MitarbeiterInnen bewirken. Sie gestalten Arbeitsbedingungen, definieren Zielvorgaben, Handlungsspielräume und beeinflussen auch nachweislich die Motivation und Arbeitszufriedenheit ihrer MitarbeiterInnen (Spicker, 2008, S. 31). Woraus sich „Gesundes Führen“, das Modell des gesundheits- und entwicklungsförderlichen Führungsverhalten oder das „Health-oriented Leadership“ (HoL) entwickelt hat.

Den dritten wesentlichen Einflussbereich stellt die Ethik dar. Unter ihrem Aspekt stellt sich laut Naidoo & Wills (2010, S. 127) die Frage, inwieweit der/die Einzelne für die eigene Gesundheit verantwortlich ist. Ethik ermöglicht Handlungsspielräume und fordert auf, abzuwägen was Gesundheit für das Individuum und für die Gesellschaft bedeutet, sowie welche Interventionen durchzuführen und welche zu unterlassen sind (Naidoo & Wills, 2010, S. 128). Um moralischem Stress, der zu psychischer Belastung führt, entgegenwirken zu können, gibt es organisationsbezogen die Möglichkeit der Implementierung einer Organisationsethik. Die Studie der Ethik-Cafés von Marcel Maier war die einzige ihrer Art, die im Rahmen dieser Literaturanalyse gefunden wurde. Laut Großklaus-Seidel (2012, S. 89f.) muss das Unternehmen sicherstellen, dass die Ethik in der Unternehmensstruktur verankert ist und sich die MitarbeiterInnen an ethische Qualitätsstandards halten.

Auf Grund der Literaturanalyse wurde festgestellt, dass die gesundheitsförderliche Wirkung der Ethik nur durch die Studie von Maier überprüft wurde. Wegen der Wichtigkeit dieses Aspektes wären Studien, die Langzeitauswirkungen von moralischem Stress auf die Gesundheit beleuchten, wünschenswert.

Laut Faller & Reinboth (2011, S. 240) hat die arbeits- und gesundheitswissenschaftliche Forschung die stationäre Langzeitpflege in erster Linie auf berufsspezifische Belastungen und Beanspruchungen untersucht. Punkto Arbeitsbelastung liegt jedoch der Fokus der gefundenen Untersuchungen auf der Überforderung und weniger auf der Unterforderung, die durchaus zu gesundheitsschädigenden Selbstwertverletzungen führen kann. Dieser Aspekt sollte in künftigen Studien auch bessere Berücksichtigung finden.

Faller & Reinboth (2011, S. 240) sehen gesundheitsfördernde Interventionskonzepte auf organisationaler Ebene nur wenig in Betracht gezogen. Weitere Forschung ist erforderlich um effektive und evidenzbasierte Gestaltungsempfehlungen geben zu können. *„Das bisher vorhandene Wissen wird als wenig abgesichert, lückenhaft und noch zu wenig spezifisch empfunden. In Anbetracht der schwierigen Rahmenbedingungen wird vor allem darauf hingewiesen, dass es noch keine klar umrissenen Gesundheitsförderungskonzepte und -interventionen gibt, die speziell für die Long Term Care passend sind“* (Krajic, Schmidt & Christ, 2010, S. 148).

Laut Krajic & Schmidt (2010, S. 35) ist die Projektlandschaft in Österreich *„sehr heterogen und divers“* und es gibt *„viele kleine Praxisinitiativen auf der Trägerebene“*, das Problem bestehe aber darin, dass sie als solche von der eigenen Organisation oft nicht erkannt werden. Daher wären Praxisinitiativen, ausgehend von der Organisation nach dem Schema des Projektzyklus von Kapitel 6, oder mehr Beispiele wie in Kapitel 7, anzustreben.

Die Praxisrelevanz dieser Arbeit ergibt sich aus der Vielfalt der eingenommenen Blickwinkel. Diese Bachelorarbeit führt zu dem Schluss, dass Gesundheit einen sehr fluiden Begriff darstellt und einen höchst subjektiven Charakter hat. Jener Aspekt sollte bei der BGF berücksichtigt werden. Denn auch laut Schlicht & Zinsmeister (2015, S. 58) führt die *One size fits all - Strategie* auf Grund der Heterogenität der Gesundheit selten zum Ziel. Es gilt gesundheitsfördernde Konzepte zu entwickeln, die den wertschätzenden Umgang, die Rolle der Führungskräfte und auch die ethischen Aspekte miteinbeziehen.

Thema dieser Bachelorarbeit ist die betriebliche Gesundheitsförderung für ältere ArbeitnehmerInnen im Umfeld der stationären Altenpflege, woraus sich folgende Fragestellungen ergaben: Welche präventiven Maßnahmen sind, in Bezug auf ältere ArbeitnehmerInnen in der stationären Altenpflege, sinnvoll bzw. haben sich etabliert?

- Wie lassen sich diese gut in den Alltag integrieren?
- Welche dieser Maßnahmen wirken motivierend?
- Welche Maßnahmen berücksichtigen auch ethische Aspekte?

Nach intensiver Literaturrecherche stellt sich die Beantwortung obiger Fragestellungen für den Autor wie folgt dar:

Welche präventiven Maßnahmen sind, in Bezug auf ältere ArbeitnehmerInnen in der stationären Altenpflege, sinnvoll bzw. haben sich etabliert?

Die Literaturrecherche hat ergeben, dass Gesundheitszirkel, ErgonomielotsInnen-Programmen und Ethik-Cafés nachweislich geeignete Maßnahmen sind, die zur Gesundheitsförderung älterer ArbeitnehmerInnen der Altenpflege beitragen. Die Sichtung der Literatur zeigt aber auch in der Sensibilisierung der Führungskräfte der mittleren Ebene für das Thema Gesundheitsförderung eine besonders sinnvolle Maßnahme. Sie ist Dreh- und Angelpunkt bezüglich der Implementierung von BGF-Maßnahmen. Aufgrund des Einflusses der Führungskräfte der mittleren Ebene in Bezug auf das Betriebsklima und die Vorbildfunktion kann angenommen werden, dass hier die größte Streufunktion möglich ist.

Wie lassen sich diese gut in den Alltag integrieren?

Ein realistisches Rollenverständnis, die Schaffung guter Startbedingungen durch ausreichende Vorlaufzeit, sowie die laufende technische Unterstützung durch Schulungen und Ausstattung mit anschaulichen Materialien, sind Grundvoraussetzungen. Unterstützung seitens des Managements, interne Kommunikationsmöglichkeiten und Beratungen, transparente Informationen zu Änderungen der Maßnahmen, sowie hausinternen Vernetzungsmöglichkeiten für

einen Austausch sind weitere wichtige Faktoren für ein gutes Gelingen. Schlussendlich sollte Gesundheitsförderung als ein fortlaufender Prozess betrachtet werden um sich gut in den Alltag zu integrieren.

Welche dieser Maßnahmen wirken motivierend?

Die Literaturrecherche hat ergeben, dass die Motivation der ArbeitnehmerInnen dann angesprochen wird, wenn sie an der Gestaltung der Maßnahmen Mitspracherecht haben beziehungsweise einen Nutzen daraus ziehen. Die Motivation steht in engem Zusammenhang mit der Work-Life Balance. Laut Schlicht & Zinsmeister (2015, S. 157) können die *Umsetzungsabsichten* auch in einem Konzept formuliert werden, in dem verschriftlicht wird, was wann getan wird. Die Selbstregulation des Verhaltens soll damit erleichtert werden, indem die Absicht an Ereignisse geknüpft wird und dadurch das Gedächtnis unterstützen. Somit kann das neue Verhalten eher zur Gewohnheit werden.

Die Maßnahmen müssen leicht umsetzbar sein. Erreichte Verbesserungen und Veränderungen müssen den MitarbeiterInnen rückgemeldet werden, um die Motivation für eine aktive Beteiligung aufrecht zu halten. Die Projektergebnisse und Maßnahmen müssen in der konkreten, täglichen Arbeit sichtbar gemacht werden. Eine Führungskraft muss die Gesundheitsförderung leben um motivierend zu wirken.

Welche Maßnahmen berücksichtigen auch ethische Aspekte?

In keinem der gefundenen Projekte oder Studien wurden die MitarbeiterInnen diskreditiert oder durch Maßnahmen zwangsbeglückt. Jede Beteiligung basierte auf Freiwilligkeit und bei Abbruch drohten auch keine Konsequenzen. Die Studie der Ethik-Cafés von Marcel Maier war die einzige ihrer Art, die im Rahmen dieser Literaturanalyse gefunden wurde. Interessant war dieser spezielle Zugang, da er über Abbau moralischen Stresses, den es im Umfeld der Altenpflege zur Genüge gibt, versucht gesundheitsförderlich zu wirken und somit ethische Aspekte berücksichtigt.

Somit konnten alle der Bachelorarbeit zugrunde gelegten Fragen positiv beantwortet werden.

9 Zusammenfassung und Ausblick

Auf dem Weg zu demografiefesten Arbeitsplätzen und einem guten Altwerden in der Pflege sind unterschiedliche Herausforderungen zu berücksichtigen. Die Literaturanalyse hat gezeigt, dass es für *Gesundheit* und *Gesundheitsförderung* viele Definitionen gibt, die stark vom Blickwinkel abhängig sind. Gesundheit ist weniger ein Zustand, als vielmehr ein mehrdimensionaler Prozess. Gesundheitsförderung ist ein salutogenetischer Ansatz, der auf die proaktive Stärkung der organisationalen und personalen Ressourcen zielt. Es ist eine komplexe Aufgabe, die geeignete Rollen und dazu passende Expertisen erfordert.

Zeitdruck, Personalmangel sowie ein hohes Arbeitspensum wirken sich belastend auf ältere ArbeitnehmerInnen in der stationären Altenpflege aus. Dieses Umfeld ist häufiger mit körperlichen und psychischen Erkrankungen verbunden als in anderen Pflegesettings. Zu den Gesundheitsdeterminanten, die sich psychisch bemerkbar machen zählen Stressoren, das Helfer-Syndrom, das Burnout-Syndrom, Mobbing und die Suchtgefahr. Bei den physischen Determinanten sind es vor allem Belastungen des Bewegungsapparates und zirkadiane Schlafrythmusstörungen durch Nacht- und Schichtarbeit. Technische Hilfsmittel müssen konsequenter eingesetzt werden, um das akute Auftreten von Lumbalgien bei Pflegekräften zu vermeiden. Dies muss kommuniziert und kontrolliert werden. Die Unzufriedenheit ergibt sich bei den ArbeitnehmerInnen eher hinsichtlich arbeitsorganisatorischer Aspekte. Es müssen Arbeitsbedingungen geschaffen werden, die einen möglichst langen Verbleib von Pflegekräften in ihrem Beruf ermöglichen. Dafür müssen die Handlungsfelder Gesundheit der MitarbeiterInnen, Qualität der MitarbeiterInnenführung und deren Kommunikation und Arbeitsorganisation und Arbeitsplatzgestaltung angepasst werden.

Zu den MitarbeiterInnenvoraussetzungen zählen der Wille und die Motivation, die grundsätzlich von der Pflegekraft selbst ausgehen müssen. Ohne intrinsischer Motivation jeder einzelnen Person werden viele Maßnahmen und Veränderungen im betrieblichen Kontext keine Wirkung und Nachhaltigkeit erzeugen können. Die Organisation kann nur förderlich wirken und ist für die Schaffung struktureller und organisatorischer Rahmenbedingungen, für eine erfolgreiche Implementierung von Maßnahmen zum Aufbau einer demografiefesten Unternehmensstrategie, zuständig. Zu den organisationsbezogenen Voraussetzungen zählen die gelebte Unternehmenskultur, durchgeführte Gesundheitszirkel oder Rückkehrgespräche und ethische Aspekte, wie Leitlinien, um Orientierung zu geben. Das Thema muss in der Organisation aktiv gelebt werden. Auf direkter Führungsebene wirken sich *gesundes Führen*, das *Modell des gesundheits- und entwicklungsförderlichen Führungsverhaltens* oder der *HoL-Ansatz* gesund-

heitsförderlich aus. Denn nur wenn die Führungskräfte für das Thema gewonnen und sensibilisiert werden, zeigen sie Interesse für Lösungen einer altersgerechten Gestaltung von Arbeitsplätzen und sind in Folge bereit, diese auch umzusetzen.

Gesundheitsförderung sollte systematisch geplant und in Form eines Projektzyklus implementiert werden. Die *One size fits all - Strategie* führt auf Grund der Heterogenität der Gesundheit selten zum Ziel. Das Projekt *Gesunde SeniorInnen-Wohnhaus* oder *Älter werden in der Pflege* und die *Ethik-Cafés* haben gezeigt, dass sinnvolle Umsetzungen in der Praxis existieren.

In der Bachelorarbeit II wird auf Basis der Literaturrecherche ein eigenes Konzept entwickelt. Dieses Interventionskonzept soll Elemente zur Visualisierung der individuellen Gesundheitsbilder beinhalten, um Ressourcen oder Strukturen aufzubauen, die der Erhaltung der Gesundheit beziehungsweise ihrer Förderung dienen. Des Weiteren soll das Konzept gesundheitsbezogene Führungskräfte trainings zum Inhalt haben, damit diese den Bedarf erkennen und die MitarbeiterInnen ihre Bedürfnisse besser wahrnehmen und erfüllen können. Die Entwicklung eines Gesundheitspasses soll als Symbol der Wertschätzung und zur Visualisierung der persönlichen Ressourcen dienen.

Das Konzept wird von ExpertInnen der Gesundheitsförderung begutachtet und durch Interviews reflektiert. Danach folgen Interviews mit jenen MitarbeiterInnen, die von den Gesundheitsförderungsmaßnahmen als Zielgruppe in den Fokus genommen werden. Dadurch soll das entwickelte Gesundheitsförderungskonzept auf das spezielle Setting und die Zielgruppe angepasst werden.

Literaturverzeichnis

- Abeler, J. (2013) Abhängig pflegen. Genuss, Missbrauch, Gewöhnung – Sucht. *Heilberufe / Das Pflegemagazin*; 65 (5), 50-54.
- AK Infos (2014). Pflege und Betreuung älterer Menschen in Österreich. Eine Analyse des Status-Quo und 10 Forderungen für eine qualitätsvolle Pflege und Betreuung der Zukunft!
Wien: AK Wien.
- Altgeld, T. (2004). Warum hinter die Ottawa Charta zurückfallen? – Gesundheitsförderung darf in der Präventionsdiskussion nicht untergehen. *Forum Public Health*, 45 (12), 21-22.
- Aries, M. & Zuppiger Ritter, I. (1999). Pflegende mit und ohne Burnout: Ein Vergleich. *Pflege*, 12 (2), 83-88.
- Berg van den, T. I. J., Alavinia, S. M., Bredt, F. J., Lindeboom, D., Elders, L. A. M. & Burdorf, A. (2008). The influence of psychosocial factors at work and life style on health and work ability among professional workers. *Int Arch Occup Environ Health*, (81), 1029-1036.
- Brause, M., Horn, A., Büscher, A. & Schaeffer, D. (2010). *Gesundheitsförderung in der Langzeitversorgung - Ein Blick auf die professionellen Pflegekräfte in der Altenpflege*. Bielefeld: Institut für Pflegewissenschaft an der Universität Bielefeld (IPW).
- Canguilhem, G. (2004). *Gesundheit – eine Frage der Philosophie*. Berlin: Merve Verlag.
- Cichocki, M., Weisz, T. & Krajic, K. (2016). Modul: MitarbeiterInnengesundheit. In K. Krajic, M. Cichocki, V. Quehenberger, & C. Wiczorek (Hrsg.), *Evaluation des Projekts „Gesundes SeniorInnen- Wohnhaus“ Gesundheitsförderung für BewohnerInnen, MitarbeiterInnen und Angehörige in Wiener SeniorInnenwohnhäusern des Kuratoriums Wiener Pensionistenwohnhäuser (KWP)*. FORBA-Forschungsbericht 10/2016, Wien. 23-30.
- Dellve, L. Skagert, K. & Vilhelmsson, R. (2007). Leadership in workplace health promotion projects: 1- and 2-year effects on long-term work attendance. *European Journal of Public Health*, Vol. 17, (5), 471-476.
- Ducki, A. & Felfe, J. (2011). Führung und Gesundheit: Überblick. In B. Badura, A. Ducki, H. Schroder, J. Klose & K. Macco (Hrsg.), *Fehlzeiten-Report 2011. Führung und Gesundheit. Zahlen, Daten, Analysen aus allen Branchen der Wirtschaft*. Berlin Heidelberg: Springer-Verlag. VII-XII.
- Esslinger, A., Emmert, M. & Schöffski, O. (Hrsg.) (2010). *Betriebliches Gesundheitsmanagement - Mit gesunden Mitarbeitern zu unternehmerischem Erfolg* (1. Auflage). Wiesbaden: Gabler Verlag.
- Faller, G. & Reinboth, C. (2011). Bedarflagen und Interventionsnotwendigkeiten für die betriebliche Gesundheitsförderung in der stationären Altenpflege. *Pflege*, 24 (4), 239-250.

- Franke, F. & Felfe, J. (2011). Diagnose gesundheitsförderlicher Führung – Das Instrument „Health-oriented Leadership“. In B. Badura, A. Ducki, H. Schroder, J. Klose & K. Macco (Hrsg.), *Fehlzeiten-Report 2011. Führung und Gesundheit. Zahlen, Daten, Analysen aus allen Branchen der Wirtschaft*. Berlin Heidelberg: Springer-Verlag. 3-13.
- Franke, F., Vincent, S. & Felfe, J. (2011). Gesundheitsbezogene Führung. In E. Bamberg, A. Ducki & A.-M. Metz (Hrsg.), *Gesundheitsförderung und Gesundheitsmanagement in der Arbeitswelt. Ein Handbuch*. Göttingen: Hogrefe Verlag GmbH & Co.KG. 371-391.
- Freiling, T. Geldermann, B. & Töpsch K. (2010). *Handlungsfelder zur Gestaltung einer demografiefesten Personalpolitik in der Altenpflege – Methoden, Konzepte, Praxisbeispiele*. Bielefeld: Bertelsmann Verlag.
- Großklaus-Seidel, M. (2012). Pflegeethik als kritische Institutionenethik. In S. Monteverde, (Hrsg.), *Handbuch Pflegeethik. Ethisch denken und handeln in den Praxisfeldern der Pflege*. 1.Auflage, Stuttgart: W. Kohlhammer GmbH. S. 85-96.
- Gündel, H., Glaser, J. & Angerer, P. (2014). *Arbeiten und gesund bleiben - K.O. durch den Job oder fit im Beruf*. Berlin-Heidelberg: Springer-Verlag.
- Hasseler, M. & Meyer, M. (2006). *Prävention und Gesundheitsförderung - Neue Aufgaben für die Pflege - Grundlagen und Beispiele*. Hannover: Schlütersche Verlagsgesellschaft.
- Hausmann, C. (2009). *Psychologie und Kommunikation für Pflegeberufe: Ein Handbuch für Ausbildung und Praxis*. 2. Auflage. Wien: Facultas Verlag.
- Heusel, C. (2011). Demografischer Wandel in der Altenpflege – Gestaltungsansätze für die Praxis. In H. Loebe & E. Severing (Hrsg.), *Zukunftsfähig im demografischen Wandel – Herausforderungen für die Pflegewirtschaft*. Bielefeld: W. Bertelsmann Verlag GmbH & CO.KG. 119-133.
- Hornung, J. (2013). *Nachhaltiges Personalmanagement in der Pflege – Das 5-Säulen-Konzept*. Berlin, Heidelberg: Springer-Verlag.
- Jenull, B. & Brunner, E. (2009). Macht Altenpflege krank? - Eine qualitative Studie zu Arbeitserfahrungen, Coping und Gesundheitsverhaltensweisen bei Pflegekräften. *Zeitschrift für Gerontopsychologie und -psychiatrie*, 22 (1), 5-10.
- Krajic, K., Cichocki, M., Quehenberger, V. & Wieczorek, C. (2016). *Evaluation des Projekts „Gesundes SeniorInnen- Wohnhaus“ Gesundheitsförderung für BewohnerInnen, MitarbeiterInnen und Angehörige in Wiener SeniorInnenwohnhäusern des Kuratoriums Wiener Pensionistenwohnhäuser (KWP)*. FORBA-Forschungsbericht 10/2016, Wien.

- Krajcic, K. & Schmidt, C. (2010). *Gesundheitsförderung als Beitrag zur Entwicklung der österreichischen Long Term Care? - Konzeptuelle Überlegungen und ExpertInneneinschätzungen*. Linz: Oberösterreichische Gebietskrankenkasse Referat für Wissenschaftskooperation.
- Krajcic, K., Schmidt, C. & Christ, R. (2010). Gesundheitsförderung in der Long Term Care in Österreich: eine Status quo Analyse. *Soziale Sicherheit*, (März 2010), 142-148.
- Krobath, T. & Heller, A. (Hrsg.) (2010). *Ethik organisieren: Handbuch der Organisationsethik*. Freiburg im Breisgau: Lambertus-Verlag.
- Kroll, D. & Dzudzek, J. (Hrsg.) (2010). *Neue Wege des Gesundheitsmanagements – „Der gesunderhaltende Betrieb“ – Das Beispiel Rasselstein*. Wiesbaden: Gabler Verlag.
- Kühn, H. (1993). *Healthismus. Eine Analyse der Präventionspolitik und Gesundheitsförderung in den U.S.A.* Berlin: Ed. Sigma.
- Maier, M. (2014). *Ethische Intervention als Element der betrieblichen Gesundheitsförderung: Die Wirksamkeit von „Ethik-Cafés“ bei Pflege- und Nicht-Pflegepersonal in der geriatrischen Langzeitpflege*. Berlin: Logos-Verlag.
- Matyssek, A. K. (2010). *Gesund Führen. Das Handbuch für schwierige Situationen*. Norderstedt: Books on Demand GmbH.
- Menche, N., Bazlen, U. & Kommerell, T. (2001). *Pflege Heute. Lehrbuch und Atlas für Pflegeberufe*. 2. Auflage. München: Urban & Fischer Verlag.
- Naidoo, J. & Wills, J. (2010). *Lehrbuch der Gesundheitsförderung*. 2. Auflage, Gamburg: Conrad Verlag für Gesundheitsförderung.
- Parsons, T. (1951). Struktur und Funktion der modernen Medizin. (übersetzt von Rüschemeyer, D.). In: König, R. & Tönnemann, M. (1965). Probleme der Medizin-Soziologie, Sonderheft 3 der *Kölner Zeitschrift für Soziologie und Sozialpsychologie*, 3. Auflage, Westdeutscher Verlag, Köln und Opladen, 10-57.
- Pfaff, H., Kaiser, C. & Krause, H. (2002). *Krankenrückkehrgespräche: Zur Ambivalenz einer Sozialtechnologie. Gutachten für die Expertenkommission „Betriebliche Gesundheitspolitik“ der Bertelsmann Stiftung und der Hans-Böckler-Stiftung*. Köln: Abteilung Medizinische Soziologie des Instituts für Arbeits- und Sozialmedizin der Universität zu Köln.
- Psyhyrembel Klinisches Wörterbuch (1998) mit 250 Tabellen / bearbeitet von der Wörterbuch-Redaktion des Verlages unter der Leitung von Helmut Hildebrandt. 258. neu bearbeitete Auflage, Berlin: de Gruyter.

- Schaefer, I. & Lademann, J. (2010). Frauen leben länger – haben sie auch etwas davon? Gesundheitsförderung und Prävention im Alter. In P. Kolip, J. Lademann, (Hrsg.), *Frauenblicke auf das Gesundheitssystem. Frauengerechte Gesundheitsversorgung zwischen Marketing und Ignoranz*. Weinheim, München: Juventa Verlag. S. 161-184.
- Schlicht, W. & Zinsmeister, M. (2015). *Gesundheitsförderung systematisch planen und effektiv intervenieren*. Berlin-Heidelberg: Springer-Verlag.
- Schmidbauer, W. (2006). *Hilflose Helfer. Über die seelische Problematik der helfenden Berufe*. 15. Auflage. Hamburg: Rowohlt Taschenbuch Verlag.
- Schulte, K., Hauser, F. & Kirsch, J. (2009). Was macht Unternehmen zu guten Arbeitgebern? Empirische Befunde über die wichtigsten Determinanten einer erfolgreichen Arbeitsplatzkultur. *Wirtschaftspsychologie*, 2009 (3), S. 17-30.
- Spicker, I. (2008). Betriebliche Gesundheitsförderung (BGF) in der mobilen Pflege und Betreuung. In A. Egger-Subotitsch, M. Jelenko, R. Sturm (Hrsg.), *Betriebliche Gesundheitsförderung in der mobilen und stationären Pflege Beiträge zur Fachtagung »Gesund pflegen und gesund bleiben! – Betriebliche Gesundheitsförderung in der mobilen und stationären Pflege«*. Wien: Herausgegeben vom Arbeitsmarktservice Österreich.
- Spicker, I. & Schopf, A. (2007). *Betriebliche Gesundheitsförderung erfolgreich umsetzen – Praxishandbuch für Pflege- und Sozialdienste*. Wien: Springer-Verlag.
- Steinbach, H. (2007). *Gesundheitsförderung: Ein Lehrbuch für Pflege- und Gesundheitsberufe*. 2. Auflage, Wien: Facultas Verlag.
- Stockinger, T. (2014). *Personalentwicklung in Pflege- und Gesundheitseinrichtungen - Erfolgreiche Konzepte und Praxisbeispiele aus dem In- und Ausland*. Berlin- Heidelberg: Springer-Verlag.
- Struck, O., Dütsch, M., Liebig, V. & Springer, A. (2012) *Arbeit zur falschen Zeit am falschen Platz? Eine Matching-Analyse zu gesundheitlichen Beanspruchungen bei Schicht- und Nachtarbeit*. Working Paper – Nr. 6 – Juni 2012.
- Ulich, E. (2005). *Arbeitspsychologie* (6. Auflage). Zürich: vdf Hochschulverlag/Stuttgart: Schäffer Poeschel.
- Ulich, E. & Wülser, M. (2009). *Gesundheitsmanagement in Unternehmen – Arbeitspsychologische Perspektiven* (3. Auflage). Wiesbaden: Gabler Verlag.
- Vincent, S. (2011). Gesundheits- und entwicklungsförderliches Führungsverhalten: ein Analyseinstrument. In B. Badura, A. Ducki, H. Schroder, J. Klose & K. Macco (Hrsg.), *Fehlzeiten-Report 2011. Führung und Gesundheit. Zahlen, Daten, Analysen aus allen Branchen der Wirtschaft*. Berlin Heidelberg: Springer-Verlag. 49-60.

Waller, H. (2006). *Gesundheitswissenschaft. Eine Einführung in Grundlagen und Praxis*. (4. Auflage). Stuttgart: W. Kohlhammer GmbH.

Internetquellen

Bundesministerium für Gesundheit und Frauen:

http://www.bmgf.gv.at/home/Gesundheit_und_Gesundheitsfoerderung [Abruf am 10.12.2016].

Der Fonds Gesundes Österreich:

<http://www.fgoe.org/gesundheitsfoerderung/glossar/gesundheitsdeterminanten> [Abruf am 04.01.2017].

http://www.fgoe.org/hidden/downloads/Determinanten_farbe.jpg [Abruf am 10.12.2016].

Die Jakarta Erklärung zur Gesundheitsförderung für das 21. Jahrhundert:

http://www.who.int/healthpromotion/conferences/previous/jakarta/en/hpr_jakarta_declaration_german.pdf [Abruf am 16.12.2016].

Die Ottawa Charta zur Gesundheitsförderung, 1986:

http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0006/129534/Ottawa_Charter_G.pdf [Abruf am 13.12.2016].

Gesundheits-, und Krankheitskonzepte. Was beeinflusst unsere Gesundheit:

http://www.tankonyvtar.hu/en/tartalom/tamop412A/2011_0094_neurologia_de/ch04s15.html [Abruf am 15.12.2016].

Gesundheit und Medizin:

<http://123medizin.blogspot.co.at/2010/06/faktoren-fur-ein-gesundes-leben.html> [Abruf am 23.12.2016].

Hackmann, T. (2009). *Arbeitsmarkt Pflege: Bestimmung der künftigen Altenpflegekräfte unter Berücksichtigung der Berufsverweildauer*. Forschungszentrum Generationenverträge: Diskussionsbeiträge. Online: <http://www.vwl.uni-freiburg.de/fakultaet/fiwiI/publikationen/242.pdf> [Abruf am 23.10.2016].

Ilmarinen, J. & Tempel, J. (2010). *Arbeitsfähigkeit 2010. Was können wir tun, damit Sie gesund bleiben?* Online: http://www.neue-wege-im-bem.de/sites/neue-wege-im-bem.de/dateien/download/arbeitsfaehigkeit_2010_buch.pdf [Abruf am 27.12.2016].

International Council of Nurse (2012). *The ICN Code of ethics for nurses*. Online: http://www.icn.ch/images/stories/documents/about/icncode_english.pdf [Abruf am 26.12.2016].

- Krenn, M. & Vogt, M. (2004). *Ältere Arbeitskräfte in belastungsintensiven Tätigkeitsbereichen: Probleme und Gestaltungsansätze. FORBA Forschungsbericht 1/2004. Studie im Auftrag der Kammer für Arbeiter und Angestellte Wien und der Gewerkschaft Bau-Holz Wien: Forschungs- und Beratungsstelle Arbeitswelt*. Online: <http://www.forba.at./de/download/index.html> [Abruf am 16.10.2016].
- Simon, M., Tackenberg, P., Hasselhorn, H.-M., Kümmerling, A., Büscher, A. & Müller, B.H. (2005). *Auswertung der ersten Befragung der NEXT-Studie in Deutschland*. Universität Wuppertal. Online: <http://www.next.uni-wuppertal.de> [Abruf am 21.12.2016].
- Statistik Austria (2014). *Arbeitsunfälle und arbeitsbezogene Gesundheitsprobleme. Modul der Arbeitskräfteerhebung 2013*. Online: http://www.statistik.at/web_de/services/publikationen/4/index.html?includePage=detailedView§ionName=Gesundheit&pubId=694 [Abruf am 22.12.2016].

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Mehrdimensionalität der Gesundheit	5
Abbildung 2: Arbeitsbedingte Gesundheitsprobleme nach Alter und Geschlecht.....	10
Abbildung 3: Arbeitsbedingtes Gesundheitsproblem nach Art und Geschlecht.....	12
Abbildung 4: Regenbogen-Modell nach Whitehead und Dahlgren (1991).....	13
Abbildung 5: Betriebliche Altersstrukturen.....	14
Abbildung 6: Psychisch-seelische Belastung für Beschäftigte in Pflegeberufen	15
Abbildung 7: Modell des gesundheits- und entwicklungsförderlichen Führungsverhalten	32
Abbildung 8: Projektzyklus der BGF	34

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Belastungen des Pflegepersonals im Vergleich	22
Tabelle 2: Vergleich der praktischen Beispiele	44

Abkürzungsverzeichnis

AK	Arbeiterkammer
BAuA	Bundesministerium für Arbeit und Soziales
BGF	betriebliche Gesundheitsförderung
BGM	betriebliches Gesundheitsmanagement
BGW	Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienste und Wohlfahrtspflege
BIBB	Bundesinstitut für Berufsbildung
BMGF	Bundesministerium für Gesundheit und Frauen
et al.	und andere
EU	Europäische Union
EZB	elektronische Zeitschriftenbibliothek
f-bb	Forschungsinstitut Betriebliche Bildung
FGÖ	Fonds Gesundes Österreich
FH	Fachhochschule
FORBA	Forschungs- und Beratungsstelle Arbeitswelt
GEFA	Gesundheits- und Entwicklungsförderlichen Führungsverhaltens Analyse
gGmbH	gemeinnützige Gesellschaft mit beschränkter Haftung
GÖG	Gesundheit Österreich GmbH
HoL	Health-oriented Leadership
HS	Helfer-Syndrom
ICN	International Council of Nurse
KUGA	Krankenrückkehrgespräche und Gesundheitspolitik in der Automobilindustrie
KWP	Kuratorium Wiener Pensionistenwohnhäuser
MSE	muskuloskelettale Erkrankungen
NEXT	Nurses Early Exit Study
NPO	Non Profit Organisation
SMI	Stressmanagementinterventionen
SOC	Sense of Coherence
WHO	World Health Organisation (Weltgesundheitsorganisation)
WHP	Workplace Health Promotion