



Hochschule für Angewandte Wissenschaften Hamburg  
Hamburg University of Applied Sciences

Hochschule für Angewandte Wissenschaften Hamburg

Fakultät Life Sciences

## Bachelor – Thesis

Welche Maßnahmen führen zur Reduzierung von Belastungen und damit  
zur Weiterführung des Arbeitsverhältnisses in der Altenpflege

(Aufhebung des Fachkräftemangels)

---

Eine systematische Literaturrecherche

**Department Gesundheitswissenschaften**

Vorgelegt von: Verena Thießen

Matrikelnummer:



Betreuende: Prof.<sup>in</sup> Dr.<sup>in</sup> Zita Schillmöller HAW Hamburg

Zweite Prüfende: Dipl. Natalie Krämer HAW Hamburg

Tag der Abgabe: 10.09.2020

## Zusammenfassung

**Hintergrund:** In der stationären oder ambulanten Pflege, inklusive Krankenhäuser, arbeiten über 1,5 Millionen Beschäftigte in unterschiedlichen Pflegeberufen. Den größten Anteil dabei macht die Pflege der fast drei Millionen Pflegebedürftigen aus. In der ambulanten Pflege sind es 350.000 Pflegenden, weitere 700.000 arbeiten in Pflegeheimen. Dabei wächst der Pflegebedarf durch die älter werdende Gesellschaft, und der Fachkräftemangel macht sich bemerkbar. Im Jahr 2025 sollen, laut Schätzungen, rund 200.000 ausgebildete Pflegenden fehlen. Bundesweit waren 2002 30.000 unbesetzte Stellen im Bereich der Altenpflege zu verzeichnen. Des Weiteren wird in einzelnen Bundesländern seit 2005 offen von einem Pflegenotstand gesprochen.

**Methoden:** Die Untersuchung erfolgte durch eine systematische Literaturrecherche im Rahmen einer Übersichtsarbeit. Anhand definierter Ein- und Ausschlusskriterien wurde nach zuvor entwickelten Phrasenkombinationen in den Datenbanken „BAuA“, „Google“ und „Google Scholar“ recherchiert. Die Auswertung erfolgte anhand von 17 ermittelten Publikationen.

**Ergebnisse:** Es ist wichtig, die Sinnhaftigkeit der Arbeit zu fördern, da diese den Beruf der Altenpflege ausmacht und zum Ausführen bewegt. Dies kann nur mit gesundheitsförderlichen Arbeitsbedingungen gewährleistet werden, die durch BGM in der Lage ist, effektiv in Einrichtungen zu fördern.

**Diskussion:** Die Herausforderung besteht darin, in einer fortschreitend alternden und kranken Gesellschaft, trotz widriger Arbeitsbedingungen in Altenpflege-Einrichtungen, nachhaltig gesundheitsförderliche Maßnahmen beziehungsweise Entlastungsmaßnahmen zu integrieren. Dem Beruf kam lange Zeit keine Beachtung zu und die Pflegenden wurden zu lange allein gelassen. Es gilt, Vorbehalte zu minimieren und Überzeugung zu schaffen für Verhaltensänderung, welche viel Zeit in Anspruch nimmt. Des Weiteren wäre die neue Altenpflegeausbildung als duales Studium zurzeit eher kritisch zu betrachten, da es dem Beruf noch an Attraktivität fehlt, und somit kaum zu erwarten ist, dass Anwärter/innen sich für die Altenpflege entscheiden würden. Unter guten Arbeitsbedingungen wäre diese Ausbildung jedoch von Vorteil, da die Qualität in der Altenpflege somit wieder gewährleistet werden kann.

# Inhalt

Zusammenfassung.....	1
Abbildungsverzeichnis.....	4
Tabellenverzeichnis.....	5
Abkürzungsverzeichnis.....	6
1. Einleitung .....	1
2. Hintergrund .....	2
2.1. Fachkräftemangel .....	2
2.2. Berufsbild Altenpfleger/in .....	4
2.3. Arbeitssituation .....	4
2.4. Ausbildung .....	5
2.5. Ausbildungsvergütung.....	5
2.6. Belastungskonzepte.....	5
2.7. Betriebliches Gesundheitsmanagement in der Altenpflege .....	6
3. Methodik.....	8
3.1. Recherche Google .....	9
3.2. Recherche in BAuA.....	10
3.3. Recherche in Google Scholar .....	11
3.4. Überblick der Ergebnisse der Literaturrecherche .....	12
4. Was führt zur Beendigung von Arbeitsverhältnissen in der Altenpflege? .....	13
5. Was hält Pflegende im Arbeitsverhältnis?.....	19
6. Welche Belastungen liegen vor? .....	21
7. Welche BGM Maßnahmen gibt es in der Altenpflege und werden damit die Belastungen angesprochen?.....	25
8. Welche sonstigen Möglichkeiten gibt es, um Arbeitsbedingungen/Belastungen zu verbessern? .....	36
9. Zusammenfassung.....	40
9.1. Ergebnisse.....	43
10. Limitationen der Studien und Diskussion der Methode .....	45
10.1. Diskussion .....	49

11. Fazit .....	50
Literaturverzeichnis .....	52
Eidesstattliche Erklärung .....	56
Anhang.....	57

## Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Fachkräftemangel in Deutschland.....	4
Abbildung 2: Ergebnisse Recherche Google .....	10
Abbildung 3: Ergebnisse Recherche BAuA.....	11
Abbildung 4: Ergebnisse Recherche Google Scholar .....	12
Abbildung 5: Zufriedenheit mit den Arbeitszeiten hinsichtlich Privatleben- Alten-/ Pflegeheime und ambulante Dienste.....	15
Abbildung 6: Burnout- Alten- /Pflegeheime und ambulante Dienste.....	17
Abbildung 7: Die Absicht, den Beruf zu verlassen, und Burnout nach Einrichtungsart .....	17
Abbildung 8: Beschäftigte (in%) mit häufigen körperlichen und zeitlichen Anforderungen ....	21
Abbildung 9: Beschäftigte (in %) mit häufigen psychischen Anforderungen.....	22
Abbildung 10: Beschäftigte (in%) mit mind. 1 muskuloskelettalen/ psychovegetativen Beschwerden .....	22
Abbildung 11: Häufige körperliche Anforderungen nach Berufsgruppen.....	23
Abbildung 12: Häufige psychische Anforderungen nach Berufsgruppen.....	23
Abbildung 13: Erwerbstätige mit gesundheitlichen Beschwerden nach Berufsgruppen.....	24
Abbildung 14: Übersicht Projekt Inhalte BidA .....	59
Abbildung 15: Arbeitssituation Projekt BidA.....	59
Abbildung 16: Fluktuationsneigung Projekt BidA .....	60
Abbildung 17: Arbeit und Leben im Gleichgewicht, Projekt BidA .....	60
Abbildung 18: <i>Burnout-Engagement-Kontinuum</i> .....	61

## Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: PICOS-Mnemonic für die behandelte Fragestellung .....	8
Tabelle 2: Einschlusskriterien .....	9
Tabelle 3: Ausschlusskriterien .....	9
Tabelle 4: Korrelationsmatrix Bindung vs. Wechselwunsch .....	14
Tabelle 5: Korrelationsmatrix für Zufriedenheit mit den Arbeitszeiten, Burnout und Arbeit/ Familie- Konflikt.....	15
Tabelle 6: Absicht, den Beruf und/oder die Einrichtung zu wechseln .....	18
Tabelle 7: psychotherapeutische Ansätze und sieben Kompetenzen .....	34
Tabelle 8: Suchbegriffe.....	57
Tabelle 9: Synonyme.....	57
Tabelle 10: Befragungssample der Studie .....	57
Tabelle 11: Fragebögen und Rücklaufquoten .....	58
Tabelle 12: Übersicht der Fallstudienbetriebe.....	58
Tabelle 13: sieben Dimensionen des Arbeitsfähigkeitsindex .....	58

## **Abkürzungsverzeichnis**

BGM	Betriebliches Gesundheitsmanagement
BAuA	Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin
AOK	Allgemeine Ortskrankenkasse, gesetzliche Krankenversicherung
GKV	Gesetzliche Krankenversicherung
bpb	Bundeszentrale für politische Bildung
BGF	Betriebliche Gesundheitsförderung
BIBB	Bundesinstitut für Berufsbildung
BGW	
DIN SPEC	Deutsches Institut für Normung e.V. Standarddokument

# 1. Einleitung

In der stationären oder ambulanten Pflege, inklusive Krankenhäuser, arbeiten über 1,5 Millionen Beschäftigte in unterschiedlichen Pflegeberufen. Dies geht aus einem Interview mit PD Dr. Luis Carlos Escabor Pinzon, Leiter des Fachbereichs „Arbeit und Gesundheit“ der Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin aus dem Jahre 2018 hervor. Den größten Anteil dabei macht die Pflege der fast drei Millionen Pflegebedürftigen aus. In der ambulanten Pflege sind es 350.000 Pflegenden, weitere 700.000 arbeiten in Pflegeheimen. Dabei besteht die Pflege überwiegend aus weiblichen Kräften, mehr als acht von zehn Pflegenden sind Frauen. Das Alter rund der Hälfte der Pflegenden liegt aufgrund der demografischen Entwicklung zwischen 40 und 60 Jahren. Darüber hinaus wächst der Pflegebedarf durch die älter werdende Gesellschaft und der Fachkräftemangel macht sich bemerkbar. Im Jahr 2025 sollen, laut Schätzungen, rund 200.000 ausgebildete Pflegenden fehlen (Amtliche Mitteilungen der Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin, S.2, 2018). Bundesweit waren 2002 30.000 unbesetzte Stellen im Bereich der Altenpflege zu verzeichnen. Des Weiteren wird in einzelnen Bundesländern seit 2005 offen von einem Pflegenotstand gesprochen (Glaser, J., Höge, Th., 2005, S. 6).

Obwohl einige Pflegenden eine verhältnismäßige Arbeitszufriedenheit angeben, fühlen sie sich doch vielen Belastungen ausgesetzt. Diese wären zum Beispiel körperliche Belastungen durch den Patiententransfer, Umgang mit infektiösem Material, Schichtarbeit und Zeitdruck, sowie die Konfrontation mit Leid und Sterben, welche psychische Belastungen begünstigen (BAuA, S.2, 2018). Insgesamt scheint die Altenpflege ein Beruf mit sehr hohem Grad an Belastungen, mit steigendem Krankenstand und frühzeitigem Berufsausstieg zu sein (B. Badura et al., Fehlzeiten-Report, 2012, S. 157, Pflege-Report, 2016). Im Pflege-Report 2016 wird über einschlägige Studien berichtet, welche die letzten zwei Jahrzehnte einbeziehen und darlegen, dass sowohl die objektiven Arbeitsbelastungen, als auch das subjektive Belastungserleben im Pflegebereich stetig bleiben und in Gegenüberstellung zu anderen Berufsgruppen übermäßig hoch sind. Diese entscheiden größtenteils auf zwei Wegen, ob der Beruf von den Betroffenen aufgegeben wird: „Der eine Weg führt über eine belastungsbedingte Berufs- und Arbeitsunfähigkeit zum Ausscheiden aus dem Beruf. Der andere zeichnet sich durch individuelle Ausstiegsentscheidungen aus, die vor dem Hintergrund sinkender Berufsattraktivität, zunehmender persönlicher Motivationsprobleme oder potenzieller beruflicher Alternativen getroffen werden“ (Pflege-Report 2016, S. 76). Und auch 2019 wird im Pflege-Report der AOK über starke Arbeitsbelastungen berichtet, welche sich in hohen krankheitsbedingten Fehlzeiten widerspiegeln. Dabei stehen einer wachsenden Zahl Pflegebedürftiger, die im Durchschnitt weniger mobil und älter werden, alternde Belegschaften gegenüber. Damit die Pflegenden ihren Beruf lange und gesund



ausüben können, muss eine gute und menschengerechte Arbeitsgestaltung vorhanden sein. Aufgrund dessen würde der Pflegeberuf an Attraktivität gewinnen und könnte somit dem häufigen Ausstieg aus dem Beruf, etwa nach einer Auszeit, entgegenwirken. Um Auszubildende für die Pflege zu gewinnen, wären gute Arbeitsbedingungen ein zusätzlicher Anreiz (BAuA, 2018, S.2).

Ziel dieser Arbeit ist es, im Rahmen einer systematischen Übersichtsarbeit zu untersuchen, wie der Beruf der Altenpflege durch Maßnahmen zur Verringerung der Arbeitsbelastungen aufgewertet werden kann. Davon abgeleitete Schwerpunkte sind folgende Fragen: Was führt zur Beendigung von Arbeitsverhältnissen in der Altenpflege? Was hält Pflegende im Arbeitsverhältnis? Welche Belastungen liegen vor? Welche Maßnahmen des betrieblichen Gesundheitsmanagements (BGM) gibt es in der Altenpflege und werden darin die Belastungen angesprochen? Welche sonstigen Möglichkeiten gibt es, um Arbeitsbedingungen / Belastungen zu verbessern?

Um in die Thematik einzuführen, wird zunächst der Begriff des Fachkräftemangels definiert und dessen Bedeutung in Bezug auf die Altenpflege betrachtet sowie das Berufsbild Altenpfleger/in näher beleuchtet, Belastungs-Konzepte werden vorgestellt mit Fokussierung auf das Belastungs-Beanspruchungskonzept sowie die Definition des betrieblichen Gesundheitsmanagements und dessen Anwendung in der Altenpflege beschrieben.

Danach werden mittels definierter Ein- und Ausschlusskriterien die Durchführung der systematischen Literaturrecherche vorgestellt. Anhand der abgeleiteten Schwerpunkte werden die Studien ausgewählt. Anschließend werden die Ergebnisse zusammengefasst und diskutiert sowie ein Fazit gezogen.

## **2. Hintergrund**

### **2.1. Fachkräftemangel**

Das Arbeitsangebot der Arbeitnehmer trifft auf dem Arbeitsmarkt auf die Arbeitsnachfrage der Arbeitgeber. Wenn die Arbeitsnachfrage kontinuierlich über dem Arbeitsangebot liegt, kann von einem Arbeitskräftemangel gesprochen werden. Als Fachkräfte werden diejenigen genannt, welche eine anerkannte akademische Ausbildung oder eine zulässige, mindestens zweijährige Berufsausbildung abgelegt haben (Bundeszentrale für politische Bildung, 2014). Im Jahresdurchschnitt 2018 waren bei der Bundesagentur für Arbeit 23.900 Stellen für Arbeitskräfte im Bereich der Altenpflege gemeldet. Die Zahl der gemeldeten Stellen für Altenpfleger/innen ist gegenüber dem Jahr 2017 um 2 Prozent beziehungsweise um 540 Stellen gestiegen. Dies ist auf die derzeitige, weiter zunehmende Nachfrage nach examinierten Fachkräften (Altenpfleger/in) zurück zu führen. Demgegenüber sind die

Stellenzugänge in der Altenpflege rückläufig, um 6.300 auf 50.000, einem Minus von 11 Prozent. Dies kann Ausdruck für den Fachkräftemangel sein, wenn bei der Bundesagentur für Arbeit, nach vergeblicher Suche, die Betriebe auf Stellenanzeigen verzichten (Bundesagentur für Arbeit, Statistik / Arbeitsmarktberichterstattung, 2019).

Wenn die Nachfrage nach Fachkräften über einen längeren Zeitraum nicht mehr angemessen gesichert werden kann, wird von einem Fachkräftemangel gesprochen. Durch die Funktionsweise des Arbeitsmarktes tritt ein Fachkräftemangel nicht dauerhaft auf und ist somit zeitlich begrenzt. Trotz Arbeitslosigkeit kann dieser bestehen (bpb, 2014).

In der Altenpflege stehen 100 gemeldeten, offenen Stellen nicht mehr als 19 Arbeitslose gegenüber. Vor fünf Jahren waren es rein rechnerisch 38 Arbeitslose auf 100 gemeldete Stellen (Statistik / Arbeitsmarktberichterstattung, 2019).

Ein Fachkräftemangel oder Fachkräfteengpass zeigt sich auf unterschiedliche Weise, indem in speziellen Branchen weniger Bewerber als offene Stellen vorhanden sind, oder wenn sich die Vakanzzeit, also die Dauer, bis eine neue Stelle besetzt wird, verlängert (bpb, 2014).

Eben die Vakanzzeit, die Arbeitslosenquote sowie die Bewerber-Stellen-Relation bilden die Grundlage zur Beurteilung von Fachkräfteengpässen. In allen Bundesländern zeigt sich der Fachkräftemangel in der Altenpflege durchgängig. Um die der Bundesagentur für Arbeit gemeldeten Stellen zu besetzen, sind rein rechnerisch in keinem Bundesland ausreichend arbeitslose Bewerber vorhanden (siehe Abb. 1), (Statistik / Arbeitsmarktberichterstattung, 2019).

Für examinierte Altenpflegefachkräfte sind gemeldete Stellenangebote im Bundesdurchschnitt 183 Tage vakant (gleitender Jahreswert Oktober 2018). Über alle Berufe sind das 63 Prozent mehr als die durchschnittliche Vakanzzeit. Darüber hinaus hat sich die Situation in der Altenpflege weiter verschärft. Die Arbeitslosen-Stellen-Relation hat sich nochmals minimiert und die Vakanzzeit ist um zwölf Tage gestiegen (ebd.).

## Fachkräfte/ Spezialisten Altenpflege



Abbildung 1: Fachkräftemangel in Deutschland  
Quelle: (Statistik / Arbeitsmarktberichterstattung, S.14, 2019)

### 2.2. Berufsbild Altenpfleger/in

Die primäre Aufgabe von Altenpflegerinnen und Altenpfleger ist die ambulante und stationäre Betreuung und Pflege hilfsbedürftiger älterer Menschen. Sie nehmen eine beratende Funktion ein, geben Unterstützung bei Alltagsbewältigungen, motivieren zu sinnvollen Beschäftigungen und nehmen planende wie auch pflegerisch-medizinische und verwaltende Aufgaben wahr (Bundesagentur für Arbeit, 2020).

### 2.3. Arbeitssituation

Auf Grundlage von Pflegeplänen betreuen und pflegen Altenpfleger/innen hilfsbedürftige ältere Menschen mit verschiedenem Gesundheitszustand autonom. Dabei haben sie mit Blutdruckmessgeräten, Stomabeuteln sowie Insulinspritzen, welche medizintechnische Geräte und Medizinprodukte sind, umzugehen. Sie tragen oft Schutzkleidung wie Einweghandschuhe sowie gegebenenfalls Mundschutz und beachten die Arbeits- und Hygienevorschriften genau. Unmittelbaren körperlichen Kontakt zu Patienten haben sie bei der Grundpflege. Innerhalb eines Teams arbeiten sie in der stationären Pflege in Pflege- und

Seniorenheimen. Sie sind nachts und an den Wochenenden sowie in wechselnden Schichten tätig. Altenpfleger/innen benötigen im Umgang mit Patienten Einfühlungs- und Durchsetzungsvermögen, psychische Stabilität sowie Beherrschtheit und Kontaktbereitschaft. Eine gute körperliche Konstitution erfordert das Lagern und Umbetten bettlägeriger Personen, da dieses körperlich anstrengend ist. Für die Vergabe von Medikamenten sowie die Planung und Umsetzung von Pflegemaßnahmen ist Verantwortungsbewusstsein notwendig. Mit Sorgfalt erledigen Altenpfleger/innen das Führen von Patientenakten oder Verwaltungs- und Organisationsaufgaben wie das Erstellen von Pflegedokumentationen. Verschwiegenheit bewahren sie über Patientendaten (ebd.,2020).

#### 2.4. Ausbildung

Die schulische Ausbildung an Berufsfachschulen (Pflegeschulen) ist bundesweit einheitlich festgelegt und seit Anfang 2020 in Kraft. Nach drei Jahren führt sie zu einer staatlichen Abschlussprüfung. Zu Beginn der generalistischen Ausbildung sind die Auszubildenden Pflegefachmann/-frau und legen im letzten Jahr der Ausbildung den Schwerpunkt auf die Pflege älterer Menschen, um den Abschluss Altenpfleger/in zu erreichen. Parallel kann eine Pflegeausbildung im Rahmen eines Hochschulstudiums abgelegt werden. (ebd., 2020).

#### 2.5. Ausbildungsvergütung

Auszubildende erhalten beispielsweise im 1. Ausbildungsjahr 1.141€, im 2. Ausbildungsjahr 1.202€ und im 3. Ausbildungsjahr 1.303€ von Einrichtungen des öffentlichen Dienstes oder Einrichtungen von Trägern, die sich an die tariflichen Vereinbarungen des öffentlichen Dienstes anlehnen. Dies geht aus dem Tarifvertrag für Auszubildende des öffentlichen Dienstes hervor (ebd., 2020).

#### 2.6. Belastungskonzepte

In der Literatur wird oftmals auf zentrale Modelle zu Arbeitsbedingungen und Gesundheit Bezug genommen. Diese wären das Konzept Anforderung/Belastung, Demand / Control-Modell, Modell beruflicher Gratifikationskrisen, Konzept Vollständige Tätigkeit, Belastungs-Beanspruchungskonzept und Konzept psychischer Stress am Arbeitsplatz (Judith Goldgruber, S. 44-51, 2012).

Diese Arbeit fokussiert sich auf das Belastungs-Beanspruchungskonzept.

Mit dem Belastungs-Beanspruchungskonzept lassen sich physische wie auch psychische Belastungen erklären. Die zentrale Frage des Konzeptes ist, ob alles, was auf den Menschen wirkt, in der Arbeitstätigkeit als Belastung angesehen werden kann, und ob für die Gesundheit eine zu niedrige wie auch zu hohe Belastung gesundheitsschädlich, eine mittlere

Belastung indes ideal sein kann. Der Begriff Belastung hat in diesem Konzept eine neutrale Bedeutung, da er sowohl zu gering (Unterforderung führt zu Gesundheitsgefährdung), ideal (gesundheitsfördernd) sowie zu hoch beansprucht (Gesundheitsgefährdung per Überforderung). Durch eine Gestaltung der Arbeitsbedingungen kann eine Belastungsoptimierung erzielt werden. Dies bedeutet, dass unterschiedliche Menschen bei identischer Belastung verschieden beansprucht werden (ebd.).

## 2.7. Betriebliches Gesundheitsmanagement in der Altenpflege

Zunächst werden die Definition von betrieblichen Gesundheitsmanagement und Gesundheitsförderung genannt. (Thorsten Uhle, Michael Treier, S. 38, 2019) „BGM: Systematische sowie nachhaltige Schaffung und Gestaltung von gesundheitsförderlichen Strukturen und Prozessen einschließlich der Befähigung der Organisationsmitglieder zu einem eigenverantwortlichen gesundheitsbewussten Verhalten.“ (DIN SPEC 91020, 2012:7). Da sich die beiden Handlungsfelder bedingen und nur so eine Ganzheitlichkeit erreicht werden kann, wird die Definition von betriebliche Gesundheitsförderung zusätzlich erwähnt: „BGF: Maßnahmen des Betriebes unter Beteiligung der Organisationsmitglieder zur Stärkung ihrer Gesundheitskompetenzen sowie Maßnahmen zur Gestaltung gesundheitsförderlicher Bedingungen (Verhalten und Verhältnisse), zur Verbesserung von Gesundheit und Wohlbefinden im Betrieb sowie zum Erhalt der Beschäftigungsfähigkeit“ (DIN SPEC 91020, 2012:7).

Somit kann mit BGM und seinen vier Kernphasen, die im Anschluss an dem Beispiel der Altenpflege beschrieben werden, für eine gesundheitliche Entlastung gesorgt werden und überdies in der Altenpflege Gesundheit und Arbeitsfähigkeit der Beschäftigten fördern und erhalten (Pflege-Report, S. 42, 2019).

### **Analyse**

Erste Hinweise für betriebliche Handlungsbedarfe bieten die Arbeitsunfähigkeitsdaten. Schwerpunktindikationen wie AU-Perioden und Falldauern können je nach Betriebsgröße differenzierte Darstellungen aufzeichnen. Zusätzlich ist es sinnvoll, Informationen aus Gefährdungsbeurteilungen, anonymisierten Fallauswertungen des Betrieblichen Eingliederungsmanagement, arbeitsmedizinischen Vorsorgeuntersuchungen und Mitarbeiterbefragungen mit einzubeziehen. Daraus können unmittelbar präventive Maßnahmen abgeleitet werden (ebd., 2019).

### **Maßnahmenplanung**

Bei der Ziel- und Maßnahmenplanung werden Altenpflegeeinrichtungen durch die GKV unterstützt. Sie stellen eigene Fachberater/innen oder beauftragte Institutionen zur Verfügung. In einem dafür vorgesehenen Projektsteuerkreis werden Projektziele konkretisiert und auf Basis der Analyseergebnisse Maßnahmen zur gesundheitsförderlichen Arbeits- und Prozessgestaltung abgeleitet und priorisiert. Dieser Steuerkreis besteht aus einem/r Berater/in der GKV, der Einrichtungsleitung, der Mitarbeitervertretung (Personalbeziehungsweise Betriebsrat), der Projektleitung, gegebenenfalls dem Betriebsarzt, Fachkraft für Arbeitssicherheit und bedarfsbezogen weiteren Mitarbeitern/innen und Führungskräften aus Pilotbereichen (ebd., S. 43, 2019).

### **Umsetzung**

Bei der Maßnahmenumsetzung setzen die Unterstützungsleistungen für Pflegebetriebe auf zwei Ebenen an. Die eine wäre die Verhältnisprävention, in der es um eine gute Arbeitsgestaltung mit Ziel einer langen gesunden Ausübung des Pflegeberufs geht. Hierbei kommt der Führung der Einrichtung, der Geschäftsführung sowie der Pflegedienstleitung eine Vorbildfunktion zu. Von den Unfallversicherungsträgern und der GKV werden Internetbasierte wie auch im Rahmen von Präsenzveranstaltungen fördernde Qualifizierungsmaßnahmen angeboten. Zusätzlich geben die Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin und die BGW evidenzbasierte Empfehlungen bei der Umsetzung verhältnispräventiver Maßnahmen über Leitfäden und Medien. In der Verhaltensprävention, welche die zweite Ebene ausmacht, steht die Stärkung und Verbesserung individueller Kompetenzen und Ressourcen der Beschäftigten im Vordergrund. Diese setzen an vier Bereichen an, und zwar der verhaltensbezogenen Suchtprävention, bewegungsförderlichem Arbeiten, Stressbewältigung und Resilienzstärkung sowie gesundheitsgerechte Ernährung auch im Arbeitsalltag (ebd., 2019).

### **Evaluation**

Hier werden gesundheitsfördernde Strukturen, Prozesse und Ergebnisse bewertet. Dabei kann in Altenpflegeeinrichtungen auf Qualitätsmanagementverfahren zurückgegriffen werden, welche sich zusätzlich für die Bewertungen von Gesundheitsaspekten bewähren. Darüber hinaus leisten Arbeitsunfähigkeitsdaten der GKV und Ergebnisse aus Wiederholungsbefragungen einen Beitrag. Dieser wird im Rahmen eines betrieblichen Gesundheitsförderungsprozess hinsichtlich deren Zielerreichung bewertet und über korrigierende Maßnahmen hin zu einem kontinuierlichen Verbesserungsprozess geführt (ebd., S. 44, 2019).

### 3. Methodik

Die vorliegende Arbeit erfolgt im Rahmen einer systematischen Übersichtsarbeit. Dabei findet eine Orientierung in Bezug des Aufbaus und der Gliederung an die Empfehlungen der Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg, Institut für Gesundheits- und Pflegewissenschaften sowie dem Institut für Angewandte Pflegewissenschaften, Fachbereich Gesundheit, St. Gallen, statt. Um die abgeleiteten Schwerpunkte zu beantworten, waren Quellen in Form von Studien erforderlich, die aktuelles Forschungswissen vermitteln. Für die Suche nach geeigneten Studien wurde eine systematische Literaturrecherche in den Fachdatenbanken „BAuA“ (Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin), „Google“ und „Google Scholar“ durchgeführt. Für die Grobrecherche wurde zu den Themenkomplexen „Fachkräftemangel“, „Belastungs-Konzepte“ und „BGM“ sowie Maßnahmen dessen auf die Bibliotheken der Hochschule für angewandte Wissenschaften (HAW), Bundeszentrale für politische Bildung und Bundesagentur für Arbeit in Bezug auf das Berufsbild, zugegriffen. Aufgrund der Thematik werden folgende Schlagwörter in Bezug des PICOS-Schemas ausgewählt:

<b>P</b>	<b><u>P</u>opulation</b>	Belastungen in der stationären Altenpflege
<b>I</b>	<b><u>I</u>ntervention</b>	BGM- Maßnahmen
<b>C</b>	<b><u>K</u>ontrollintervention</b>	-
<b>O</b>	<b><u>O</u>utcome</b>	Fachkräftemangel
<b>S</b>	<b><u>S</u>etting</b>	Arbeitsverhältnis/Altenpflege

*Tabelle 1: PICOS-Mnemonic für die behandelte Fragestellung  
Quelle: (J. Hirt, T. Nordhausen, S. 8, 2019)*

Folgende Ein- und Ausschlusskriterien wurden bei der Suche berücksichtigt. Die Untersuchungsgruppe bezieht sich auf Altenpfleger/innen, die bereits die Ausbildung abgeschlossen haben und in stationären beziehungsweise in der Langzeitversorgung arbeiten. Der Zeitraum wird ab 2005 datiert, da ab diesem offen von einem Pflegenotstand gesprochen wird. Da die Untersuchung bundesweit erfolgt, wird in dieser Arbeit auf deutschsprachige Studien Bezug genommen. Untersuchungsgegenstand ist das betriebliche Gesundheitsmanagement und dessen Maßnahmen in der stationären Altenpflege sowie die Belastungen und Arbeitsbedingungen von Altenpfleger/innen.

<b>Sprache</b>	Deutsch
<b>Literatur</b>	Sämtliche Formen wissenschaftlicher Literatur
<b>Berufsgruppe</b>	Altenpfleger/in
<b>Untersuchungsort</b>	Stationäre Altenpflege, Langzeitpflege, Pflegeheim
<b>Untersuchungsgegenstand</b>	Arbeitsbedingungen, Belastungen, Gesundheitsförderung, BGM-Maßnahmen
<b>Erscheinungszeitraum</b>	2005
<b>Untersuchungsregion</b>	Bundesweit

*Tabelle 2: Einschlusskriterien  
Quelle: (eigene Darstellung)*

<b>Studiendesign</b>	Graue Literatur
<b>Untersuchungsort</b>	Teilstationäre Altenpflege, spezialisierte Palliativversorgung, ambulante Pflege, Krankenhaus
<b>Untersuchungsgruppe</b>	Krankenpfleger/innen, Auszubildende, ausländische Fachkräfte

*Tabelle 3: Ausschlusskriterien  
Quelle: (eigene Darstellung)*

Die Suchbegriffe und Synonyme, welche für die Suche in den Datenbanken erarbeitet wurden, sind im Anhang Tabelle 8 und 9 zu finden.

### 3.1. Recherche Google

Für einen ersten Einblick wurde für die Grobrecherche der Suchstring „Welche Belastungen liegen in der Pflege vor?“ eingegeben. Dies ergab 21.600.000 Treffer, wobei gleich auf der ersten Seite eine verwendbare Expertise gesichtet werden konnte, mit der Überschrift „Probleme und Lösungen in der Pflege aus Sicht der Arbeits- und Gesundheitswissenschaften“. Aufgrund der hohen Trefferzahl wurde der Suchstring mit dem Boole'schen Operator „OR“ sowie Wort- und Phrasenkombinationen erweitert. Darüber hinaus wurde unter Suchfilter Deutschland, deutsche Sprache, Zeitraum 2005-2020 festgesetzt. Dies ergab 100 Ergebnisse. Durch Sichten der Inhaltsverzeichnisse beziehungsweise der Zusammenfassungen, der Überschriften sowie Zugangshürden, verblieben 5 Publikationen. Sie wurden vollständig gelesen, wobei eine als nicht wissenschaftliche Literatur ausgeschlossen werden konnte.



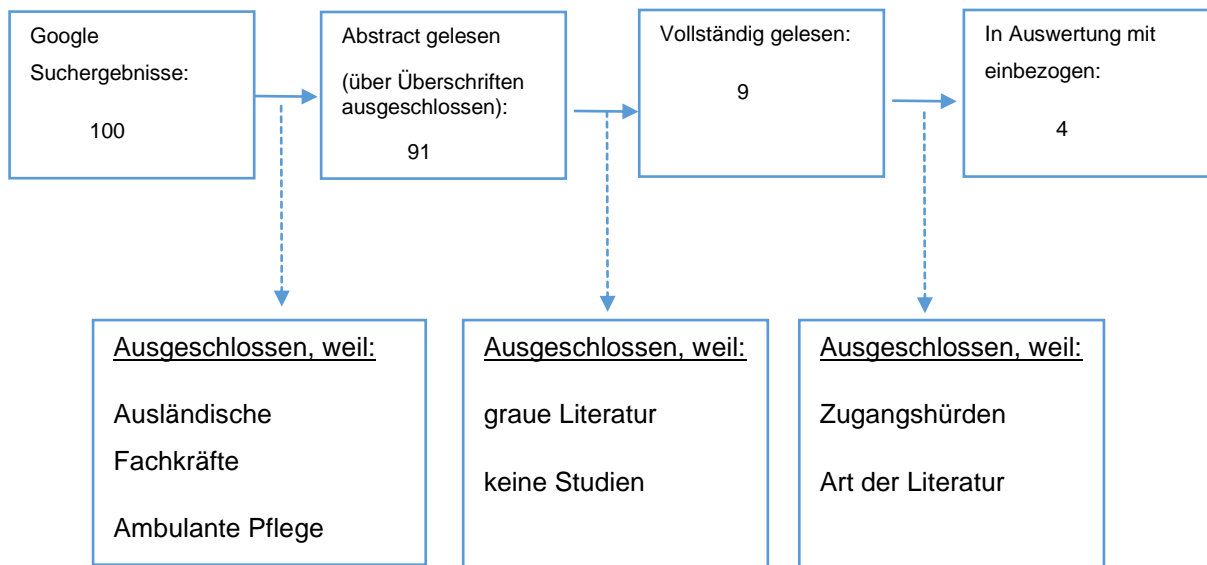


Abbildung 2: Ergebnisse Recherche Google  
Quelle: Eigene Darstellung

### 3.2. Recherche in BAuA

Für sozialen Fortschritt stehen sichere und gesunde Arbeitsbedingungen sowie eine wettbewerbsfähige Wirtschaft. Die Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin (BAuA) realisiert und forscht im Themenfeld Sicherheit und Gesundheit bei der Arbeit, berät die Politik, fördert den Wissenstransfer in die Praxis und führen hoheitliche Aufgaben aus bei der Produktsicherheit, im Gefahrstoffrecht sowie beim Gesundheitsdatenarchiv. Im Geschäftsbereich des Bundesministeriums für Arbeit und Soziales ist die BAuA eine Ressortforschungseinrichtung. An den Standorten in Dortmund, Dresden und Berlin sowie in der Außenstelle Chemnitz, arbeiten über 700 Beschäftigte (BAuA, 2016).

Die Recherche in BAuA ließ eine gezielte Suche nach Publikationen zu, es Bedurfte keine Filtersetzung. Die Suche ergab, einschließlich sämtlicher Suchkombinationen 68 Ergebnisse. Aufgrund von Doppelungen, trotz unterschiedlicher Synonyme, fehlender Themenrelevanz verblieben 15 Publikationen. Auch hier konnte durch das Sichten von Inhaltsverzeichnissen sowie Überschriften weitere fünf Publikationen ausgeschlossen werden. Daraufhin wurden die Zehn verbliebenen vollständig gelesen und unter der Berücksichtigung der Ein- und Ausschlusskriterien, konnten fünf Publikationen in die Auswertung mit einbezogen werden.

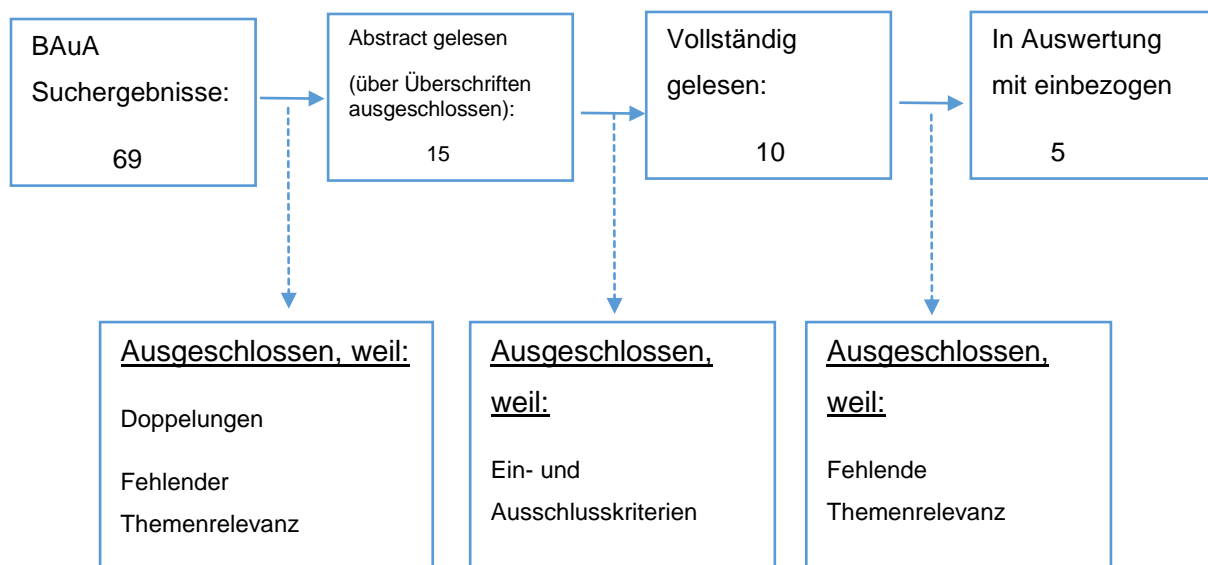


Abbildung 3: Ergebnisse Recherche BAuA  
Quelle: (eigene Darstellung)

### 3.3. Recherche in Google Scholar

Mit dem Suchstring „Fachkräftemangel in der stationären Altenpflege“, dem festgelegten Land sowie Sprache und Zeitraum im Suchfilter, ergaben sich 1.300 Ergebnisse. Durch Sichten der Inhaltsverzeichnisse konnte eine Originalarbeit als relevant erachtet werden. Auch hier wurde die Suche durch Boole'schen Operatoren und Phrasenkombinationen präzisiert, was auch eine niedrige Trefferzahl von 19 Ergebnissen ergab. Jedoch waren es überwiegend E-Books, die gekauft werden müssten, so dass keine Auswahl getroffen werden konnte.

Der Suchstring „BGM in der stationären Altenpflege“ und das Setzen im Suchfilter ergaben 129 Treffer. Dabei konnte ein Bericht, ein Leitfaden der AOK, ein Artikel, ein Projekt und ein Fehlzeiten-Report 2015 gesichtet und als relevant erachtet werden.

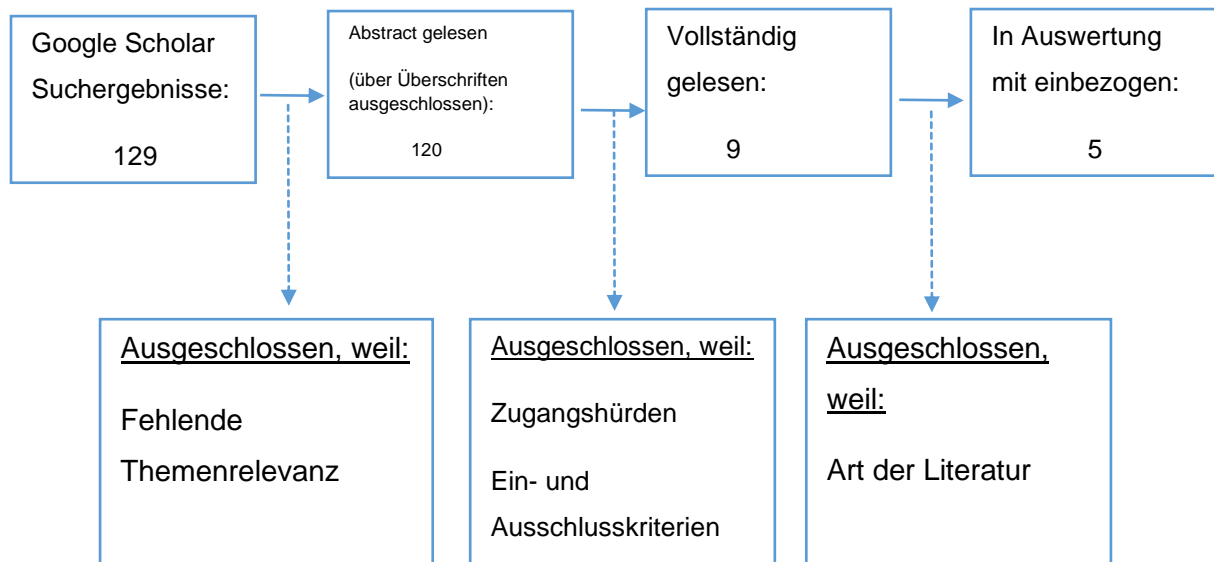


Abbildung 4: Ergebnisse Recherche Google Scholar  
Quelle: (eigene Darstellung)

### 3.4. Überblick der Ergebnisse der Literaturrecherche

Nach Ausschluss von Arbeiten aufgrund von Doppelungen, fehlender Themenrelevanz und Literaturform sowie Berücksichtigung der Ein- und Ausschlusskriterien wurden insgesamt 14 Publikationen aus der Recherche der Datenbanken „BAuA“, „Google“ und „Google Scholar“ in die Auswertung mit einbezogen.

Zusätzlich wurde durch die Anwendung des sogenannten „Schneeballsystems“, also des Einbezugs weiterer im Literaturverzeichnis erwähnter Studien in den bei „Google“ gefundenen Pflege-Reporten, zwei zusätzliche Studien und aus einer Expertise eine weitere Studie mit in die Auswertung aufgenommen. Anhand von 17 Publikationen erfolgte die Auswertung.

Die fünf abgeleiteten Schwerpunkte, welche durch die 17 gesuchten und analysierten Studien beziehungsweise Publikationen beantwortet werden, sollen Aufschluss über die Fragestellung geben, welche Maßnahmen zur Reduzierung von Belastungen und damit zur Weiterführung des Arbeitsverhältnisses (Aufhebung des Fachkräftemangels) führen. Im Folgenden werden die abgeleiteten Schwerpunkte beantwortet, zusammengefasst und anschließend die Ergebnisse daraus hergeleitet.

#### **4. Was führt zur Beendigung von Arbeitsverhältnissen in der Altenpflege?**

In der Next-Studie, welche in dem Kapitel 10 näher beschrieben ist, wird darüber berichtet, dass Personen, die ausgebrannt sind, mehr Fehltage aufweisen und den Wunsch besitzen, den Pflegeberuf aufzugeben, je höher die quantitativen Arbeitsanforderungen sind. Darunter wird die anfallende Arbeitsmenge während der Arbeitszeit verstanden. Hohe emotionale Belastungen sind eng mit dem Risiko für einen Burnout verbunden. Je höher die Werte, desto höher ist das Risiko, auszubrennen. Einen besonders hohen Einfluss hat dabei vor allem der Umgang mit aggressiven und unfreundlichen Patienten sowie der in der Altenpflege häufig vorzufindende Umstand, mit Tod, Krankheit und Leiden konfrontiert zu sein. Gerade die Kombination von hohen psychischen Anforderungen und hohen körperlichen Anforderungen, ebenfalls in der Altenpflege stark ausgeprägt, sind laut Stressforschung mit einem höheren Risiko für Gesundheitsstörungen wie Wirbelsäulenbeschwerden verbunden. Hinsichtlich der technischen Hebehilfen wäre noch zu erwähnen, dass diese in Alten-/Pflegeheimen laut der Next-Studie kaum genutzt werden und dadurch Potential zum rückschonenden Arbeiten verloren geht. Die Personen, die geringere Entwicklungsmöglichkeiten wahrnehmen, denken deutlich häufiger an den Berufsausstieg. Insbesondere schneiden in der Next-Studie die Altenpfleger/innen ungünstig ab. Deutlich häufiger wollten Personen die Pflege verlassen, welche in der Befragung niedrigere Werte für Einfluss bei der Arbeit hatten. Eine mittelstark ausgeprägte Beziehung besteht zwischen dem Zugehörigkeitsgefühl zur Einrichtung und der Absicht, diese sowie den Beruf zu verlassen. Hier wird die Bedeutung von Bindung in Bezug auf den Wunsch, die Einrichtung beziehungsweise den Beruf zu verlassen, aufgezeigt. Am häufigsten wird darüber nachgedacht, den Pflegeberuf zu verlassen, wenn die Bindung zur Einrichtung gering ist. Etwas differenzierter dagegen ist die Bindung an den Beruf. Hier besteht ein starker Zusammenhang zwischen der Absicht, den Beruf aufzugeben und der Bindung an den Beruf (M. Simon et al., S. 14-32, 2005).

		Absicht:	
		Die Pflege zu verlassen	Die Einrichtung zu wechseln
<b>Krankenhaus</b>	Bindung an die Einrichtung	-,33**	-,22**
	Bindung an den Beruf	-,44**	-,13**
<b>Alten-/ Pflegeheim</b>	Bindung an die Einrichtung	-,35**	-,26**
	Bindung an den Beruf	-,38**	-,12**
<b>Ambulante Dienste</b>	Bindung an die Einrichtung	-,33**	-,15*
	Bindung an den Beruf	-, 42**	-,0,2

*Tabelle 4: Korrelationsmatrix Bindung vs. Wechselwunsch  
(Korrelationskoeffizient nach Pearson; \*\*p<0,01; \*p< 0,05)  
Quelle: (Eigene Darstellung in Anlehnung an Simon et al., 2005)*

Abb. 5 zeigt die Zufriedenheit der Arbeitszeiten hinsichtlich des Privatlebens. Im Pflegeberuf ist die Organisation der Arbeitszeiten von großer Bedeutung. Da es zu psychosozialen als auch körperlichen Belastungen für die Pflegenden, aufgrund von Wochenend-, Bereitschafts- und Nachtdiensten, unvorhersehbarem Einspringen sowie Unregelmäßigkeiten kommt. Es finden sich sowohl Einrichtungen mit ausschließlich zufriedenen Mitarbeitern, aber auch Einrichtungen, in denen sich fast alle Mitarbeiter unzufrieden äußerten. Ersteres deutet daraufhin, dass eine hohe Zufriedenheit auch mit den Arbeitszeiten verbunden sein kann. Offensichtlich spielt die Organisation der Arbeitszeiten in den Einrichtungen eine große Rolle in Bezug auf Zufriedenheit und Unzufriedenheit (M. Simon et al., S. 36-37 2005).

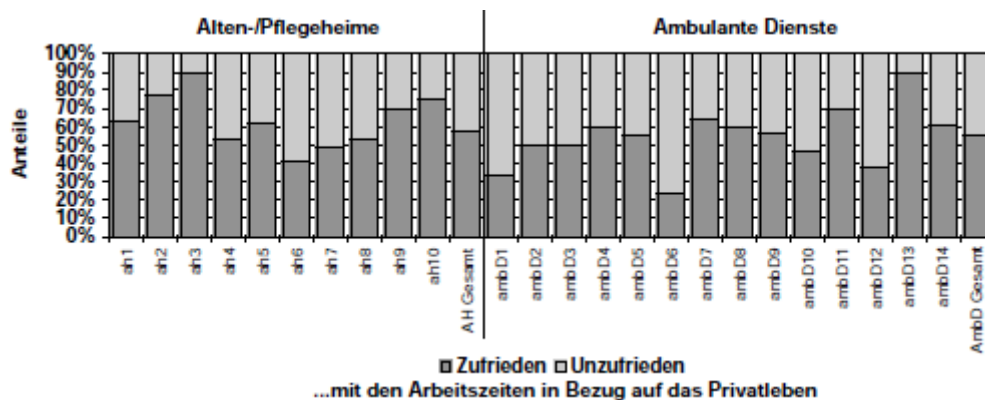


Abbildung 5: Zufriedenheit mit den Arbeitszeiten hinsichtlich Privatleben- Alten-/ Pflegeheime und ambulante Dienste  
 (n ah1-10= 190; n AmbD 1-14= 222; n ah Gesamt= 532; n AmbD Gesamt= 353)  
 Quelle: (Simon et al., S. 37, 2005).

Des Weiteren bestehen klare Zusammenhänge zwischen der Zufriedenheit mit den Arbeitszeiten einerseits, andererseits mit einem Arbeit-/Familie-Konflikt und möglichem Burnout. Diese haben wiederum deutlichen Einfluss auf den Wunsch, aus dem Pflegeberuf auszusteigen. Dies verdeutlicht, welche Bedeutung die Arbeitszeitorganisation für die Mitarbeiter/innen hat (ebd.).

	Zufriedenheit mit den Arbeitszeiten in Bezug auf das persönliche Wohlergehen		
	KH	AH	AmbD
Burnout	-,29 (2.581)	-,35 (511)	-,28 (336)
Arbeit/Familie-Konflikt	-,41 (2.568)	-,40 (513)	-,40 (341)
	Zufriedenheit mit Arbeitszeiten in Bezug auf das Privatleben		
	KH	AH	AmbD
Burnout	-,29 (2.574)	-,33 (505)	-,19 (335)
Arbeit/Familie-Konflikt	-,50 (2.561)	-,49 (510)	-,48 (341)

Tabelle 5: Korrelationsmatrix für Zufriedenheit mit den Arbeitszeiten, Burnout und Arbeit/ Familie- Konflikt  
 ( r Pearson  $p < 0,01$ ; n in Klammern angegeben)  
 Quelle: (Simon et al., S. 38, 2005).

Nicht einmal die Hälfte der Pflegenden gibt an, mit der Bezahlung zufrieden zu sein. Im Allgemeinen wird unter dem Begriff Arbeitszufriedenheit die Erwartungen des Einzelnen bezüglich der Arbeit und der tatsächlich wahrgenommenen Arbeitssituation interpretiert. Das

Pflegemodell, die Art der Arbeit, der Grad der Professionalisierung sowie Zufriedenheit mit der Bezahlung sind eine Vielzahl von Teilaspekten, die eine wichtige Rolle spielen. Darüber hinaus gilt die Arbeitszufriedenheit als Einflussfaktor für Ausfallzeiten, Patientenzufriedenheit und den Berufsausstieg. In Alten-/Pflegeheim wird dieser Begriff vor allem von den Bedingungen in den Organisationen beeinflusst. Der Anteil der mit der Arbeit Zufriedenen in Alten-/Pflegeheim liegt insgesamt bei 48%, variiert jedoch bei den einzelnen Einrichtungen zwischen 15% und 91% (ebd., S.42- 44).

Ausgeprägte Zusammenhänge werden in der Korrelationsanalyse deutlich. Organisationale Aspekte wie der Bindung an die Einrichtung, Unterstützung durch Vorgesetzte oder Führungsqualität können die Arbeitszufriedenheit negativ beeinflussen. Demnach sollten vor allem in den Organisationen und beim Führungspersonal Maßnahmen zur Verbesserung der Arbeitszufriedenheit angesetzt werden. Der Arbeitsfähigkeitsindex wurde von Tuomi et al. (1998) als Work Ability Index, WAI entwickelt. Dieser ermöglicht, die Arbeitsleistung eines Arbeitnehmers an seinem gegenwertigen Arbeitsplatz zu ermitteln und Vorhersagen für seine zukünftige Arbeitsleistung zu treffen. Die sieben Dimensionen sind im Anhang, Tabelle 13 zu finden. Der Arbeitsfähigkeitsindex liegt in den Alten-/Pflegeheimen bei 36,4 n=498, Mittelwertpunkten. Der Anteil derjenigen mit einem ungünstigen WAI liegt bei 11% und ist damit doppelt so hoch wie in Krankenhäusern. Ein „schlechter“ Arbeitsfähigkeitsindex weist auf Pflegende mit erhöhtem Risiko für Arbeitsunfähigkeit hin. Darüber hinaus existieren deutliche Zusammenhänge zwischen der Arbeitsfähigkeit und Burnout, dem Arbeit/Familienkonflikt und der Absicht, den Beruf aufzugeben. In Alten-/Pflegeheimen liegt der Anteil, mit einem schlechteren allgemeinen Gesundheitszustand bei 8%. Ähnlich dem Arbeitsfähigkeitsindex, zeigt allgemeine Gesundheit einen Zusammenhang mit Arbeit/Familie-Konflikt und Burnout (ebd.).

In Alten-/Pflegeheimen liegt der Mittelwert für Burnout bei 44,2 und bildet damit den höchsten Wert im Vergleich zu ambulanten Diensten und Krankenhäusern. Auf Einrichtungsebene ergeben sich deutliche Unterschiede, so reichen die Burnout-Werte von 28 bis zu 56 Mittelwertpunkten (ebd.).

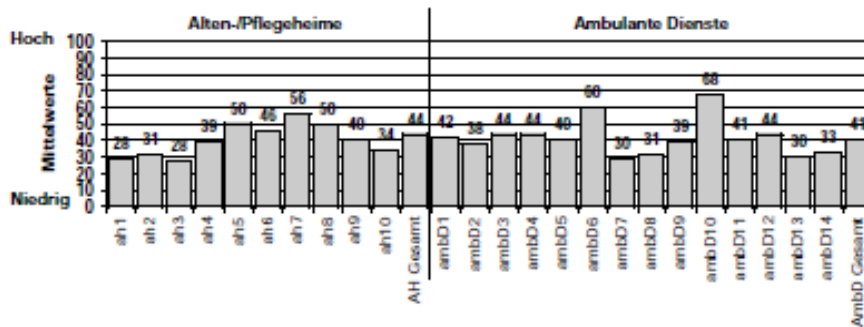


Abbildung 6: Burnout- Alten- /Pflegeheime und ambulante Dienste (nah 1-10= 190; nAmbD 1-14= 222; nAH Gesamt = 532; nAmbD Gesamt= 353) Quelle: (Simon et al, S. 47, 2005).

Burnout wird als ein Zustand der emotionalen Erschöpfung gesehen und steht in Zusammenhang mit einer geringen Arbeitszufriedenheit sowie dem Arbeit/ Familien-Konflikt. Die mögliche Folge dessen ist ein frühzeitiger Berufsausstieg. Abbildung 8 verdeutlicht diesen Zusammenhang. Die höchsten Burnout-Werte weisen diejenigen auf, die häufig daran denken, den Beruf aufzugeben (ebd.).

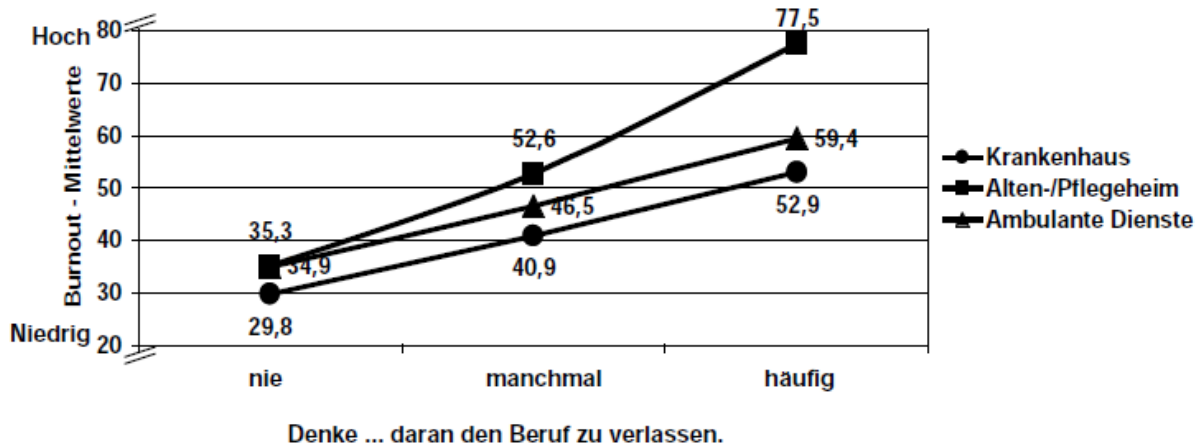


Abbildung 7: Die Absicht, den Beruf zu verlassen, und Burnout nach Einrichtungsart (Y- Achse gekürzt; nKrankenhaus= 2.644; nAlten-/Pflegeheim= 449; nAmbulante Pflege= 297) Quelle: (Simon et al, S. 47, 2005).

Krankheitsbedingte Fehlzeiten sind ein kostenintensiver betriebswirtschaftlicher Aspekt und ihnen wird eine allgemein große Bedeutung beigemessen. In Alten-/Pflegeheimen reichten die Tage pro Jahr der befragten Pflegenden von 4 bis zu 26 Fehltagen innerhalb der letzten 12 Monate. Krankheitsbedingte Fehlzeiten sind stark mit Gesundheitsindikatoren wie der allgemeinen Gesundheit und dem Arbeitsfähigkeitsindex assoziiert. Interessant ist auch die Anzahl an Tagen, die Pflegenden in den zurück liegenden 12 Monaten zur Arbeit gegangen sind, obwohl sie aus gesundheitlichen Gründen hätten zu Hause bleiben müssen. Hier lag der Durchschnitt bei 5,9 Tagen pro Jahr. Konflikte zwischen Arbeit und Familie zeigen sich



als Rollenkonflikt, indem die Erfüllung einer Rolle zum Beispiel als Mutter durch eine andere Rolle, wie zum Beispiel als Stationsleitung, behindert wird. Sowohl Zeitmangel als auch Erschöpfung spielen dabei eine wesentliche Rolle. Diesen Konflikt beeinflussen unterschiedliche betriebliche Faktoren, wie zum Beispiel quantitative Anforderungen und die Arbeitszeiten. Es besteht ein starker Zusammenhang mit dem vorzeitigen Berufsausstieg (ebd., S. 48).

In der Gesamtheit der Alten-/Pflegeheime ist der Arbeit/ Familienkonflikt mit einem Mittelwert von 44,1 stark ausgeprägt. Von den quantitativen Arbeitsanforderungen wird der Arbeit/Familien-Konflikt entscheidend beeinflusst. Je höher die quantitativen Anforderungen, desto höher ist der Arbeit/Familien-Konflikt. In der Altenpflege liegt der Wert bei 60,5, mit hohen quantitativen Anforderungen konfrontiert zu sein, bei niedriger quantitativer Anforderung ergibt sich ein Wert von 38,9. Das Potential der Aussteiger wurde mittels verschiedener Fragen untersucht. Dabei ließen sich grundsätzlich zwei Aussteigergruppen unterscheiden: Diejenigen, die die Einrichtung verlassen wollen, und jenen, die den Beruf aufgeben wollen. Für die Einrichtungen sind beide Gruppen problematisch, da bei beiden die Absicht geäußert wird, die Einrichtung zu verlassen. 16% denken in Alten-/Pflegeheimen einige Male pro Monat an den Berufsausstieg. Die Absicht, die Einrichtung zu wechseln, gaben 25% der Befragten an. Laut der Next-Studie denkt jeder Vierte daran, die Einrichtung zu verlassen, siehe dazu Tabelle 8. Hierbei sind jedoch alle Pflegenden aus Krankenhäusern, ambulanten Dienst und Alten-/Pflegeheim zusammengefasst (ebd., S.49-50).

		denke die Einrichtung zu wechseln		Gesamt
		nie-selten	häufig	
denke an Berufsausstieg	nie-selten	2.136	291	2.454
	(Gesamt)	71,9%	9,7%	81,6%
	häufig	319	236	555
	(Gesamt)	10,6%	7,8%	18,4%
Gesamt		2.482	527	3.009
(Gesamt)		82,5%	17,5%	100,00%

Tabelle 6: Absicht, den Beruf und/oder die Einrichtung zu wechseln  
Quelle: (Simon et al., S. 52, 2005).

Folglich zählt zu den Ressourcen die Bindung an die Einrichtung, und auch die Arbeitsorganisation, wie etwa Informationsfluss oder Arbeitsanweisungen. Wenn diese negativ beeinflusst oder sogar gestört werden, führt das zu Belastungen durch hohe quantitative Anforderungen, durch das Heben und Tragen, durch den Umgang mit

unfreundlichen und aggressiven Patienten, durch geringen Einfluss auf die Dienstplangestaltung bis hin zum Burnout (Simon et al., 2005).

## **5. Was hält Pflegende im Arbeitsverhältnis?**

Auch hier konnte die Next-Studie teilweise herangezogen werden. Die Altersverteilung, welche in der Studie bei den Alten-/Pflegeheimen das höchste Durchschnittsalter aufzeigt, kann für ein Unternehmen durch einen guten „Altersmix“ als günstig angesehen werden, indem auch ältere Kollegen und Kolleginnen in den Arbeitsteams vertreten sind. Sie zeichnen sich durch zuverlässige Arbeit und einen breiten Wissensstand aus. Dies wird durch die Ergebnisse der Next-Studie bestätigt: Die Bedeutung ihrer Arbeit wird gegenüber dem Unternehmen und ihrer Tätigkeit als verpflichtend angesehen. Zwar nur schwach ausgeprägt, trotz allem signifikant, fühlen sie sich zufriedener. Einfluss bei der Arbeit ist einer der am besten untersuchten psychosozialen Parameter. Zahlreiche Untersuchungen legen dar, dass Personen, die Inhalt, Art und Abfolge ihrer Arbeitsschritte vorwiegend selbst bestimmen können, glücklicher mit ihrer Arbeit sind und ein geringeres Risiko für psychische und körperliche Krankheiten haben. Insbesondere trifft das auf muskuloskelettale Erkrankungen und Herz-Kreislaufkrankungen zu. Es besteht ein deutlicher, linearer Zusammenhang zur Identifikation mit dem Unternehmen. Die Bindung an die Einrichtung ist am größten, je größer der Einfluss bei der Arbeit ist. Einerseits werden unter sozialen Aspekten bei der Arbeit die Unterstützung durch Vorgesetzte und Kollegen, andererseits das Verhältnis zwischen den Pflegenden und anderen Berufsgruppen zusammengefasst. Diese Aspekte können nicht, wie im Vorherigen erwähnt, Belastungen hervorrufen, sondern auch Ressourcen aufzeigen, welche von den Einrichtungen genutzt werden können. Gerade das Verhältnis zur Pflegedienstleitung ist wichtig für den Aufbau einer emotionalen Bindung an die Einrichtung. Unterstützung durch Kollegen und Vorgesetzte sind Aspekte, welche wertvolle Ressourcen in der Zusammenarbeit darstellen, denn diese steht im Zusammenhang mit der Bindung an den Beruf. Hier wird deutlich, dass in der stationären Altenpflege die Unterstützung durch den Vorgesetzten in kleineren Einrichtungen (< 50 Mitarbeiter/innen) signifikant höher ist als in den größeren (> 50 Mitarbeiter/innen). Die Bedeutung der Arbeit spiegelt die Wichtigkeit wider, die der eigenen Arbeit beigemessen wird. Zur Arbeitszufriedenheit und der Motivation von Arbeitnehmern steht diese Bedeutung der Arbeit in Beziehung. Des Weiteren wird davon ausgegangen, dass er die Gesundheit und den Berufsausstieg beeinflusst, und liegt im Alten-/Pflegeheim bei 83,5%. Zwischen der Bedeutung der Arbeit und zum Beispiel den Entwicklungsmöglichkeiten, welche Informationen über Personalführung und -entwicklung in den Einrichtung widerspiegeln,

oder der Bindung an die Arbeit, bestehen Zusammenhänge. Des Weiteren zeigt sich eine negative Assoziation zwischen der Bedeutung der Arbeit und der Absicht, den Beruf aufzugeben. Je höher also die Bedeutung der Arbeit, desto geringer ist die Absicht, den Beruf zu verlassen. Diese Beobachtung spiegelt sich in der gesamten Stichprobe sowie auch in Teilstichproben wider. Bindung an die Einrichtung und den Beruf umfasst die Verpflichtung gegenüber der Einrichtung, „Kosten“, die mit dem Verlassen der Einrichtung verbunden sind, wie auch die gefühlsmäßige Sympathie gegenüber der Institution. Somit ist die Bindung ein vielschichtiger Aspekt. In Alten-/Pflegeheimen geben 65% der Pflegenden eine Bindung zu ihrer Einrichtung an (Simon et al., S., 2005).

Bei der Bewältigung der in der Altenpflege überdurchschnittlich hohen Belastungen können Ressourcen wie hoher Handlungsspielraum oder umfangreiche Unterstützung seitens der Führungskräfte einen wichtigen Beitrag leisten. Darüber hinaus ist das Gefühl, die eigene Tätigkeit als wichtig anzusehen, weit verbreitet in der Altenpflege (BIBB/BAuA, 2012).

Nicht nur zu einer größeren Arbeitszufriedenheit, sondern auch zu einem positiven Engagement, Produktivität und Bindung zum Arbeitgeber korreliert ein positives Sinnempfinden der Arbeit. Bereits in den 1970er Jahren wurde die zentrale Bedeutung des subjektiven Sinnempfindens der Arbeit innerhalb der Arbeitspsychologie im Rahmen des Job-characteristics - Modells hervorgehoben. Demnach wirken auf Ergebnisgrößen wie Arbeitszufriedenheit oder Produktivität, nicht aber unmittelbare Veränderungen der Tätigkeitsmerkmale. Vielmehr wird durch drei zentrale psychologische Erlebniszustände erlebte Sinnhaftigkeit, erlebte Verantwortung für die Ergebnisse, Wissen über die Resultate, und deren Einfluss mediiert. Variablen, die den Zusammenhang zwischen zwei Koeffizienten vermitteln, werden als Mediatorvariablen bezeichnet. Das heißt, dass mit einer höheren Arbeitszufriedenheit nicht zwangsläufig mit einer objektiv bedeutsamen Tätigkeit verbunden ist, sondern erfordert eher das subjektive Empfinden sinnvoller Arbeit, das durch Sinnbarrieren, wie beispielsweise eine übermäßige Bürokratie, gestört werden kann. Somit liefert dieses Modell übergreifend Anhaltspunkte, wobei die langfristige und nachhaltige Gestaltung der Arbeitsbedingungen im Mittelpunkt steht, durch welche organisationsseitigen Maßnahmen die intrinsische Arbeitsmotivation verbessert werden kann. Dies bestätigt die Studie „Welchen Einfluss hat das subjektive Sinnempfinden der Arbeit auf das Engagement von Pflegekräften und durch welche Faktoren wird das Sinnempfinden bestimmt?“ (H. Weckmüller et al., S. 43-44, 2019).

Einen signifikant positiven Einfluss auf das Engagement hat die Rückmeldung aus der Tätigkeit. Dies könnte dahingehend interpretiert werden, dass eine Steigerung der vermehrt beklagten fehlenden gesellschaftlichen Wertschätzung mit einer deutlichen Erhöhung des Engagements verbunden wäre. Obwohl es substantielle Unterschiede im Sinnempfinden

zwischen den Befragten gibt, liegt das Sinnempfinden auf einem absolut hohen Niveau. Neben der gesellschaftlichen Wertschätzung kann die Aufgabenvielfalt als zweiter wesentlicher Stellhebel identifiziert werden. Indem eine abwechslungsreiche und vielfältige Tätigkeit in der Altenpflege gestaltet wird, könnte dies substantziell zum Sinnempfinden und Engagement beitragen. Dabei kann eine gezielte Kommunikation den Beruf interessant machen und sich somit positiv auf das Image auswirken. Dies zeigt, wie facettenreich individuelle Sinnerfahrungen und Sinnquellen sein können (ebd., 2019).

## 6. Welche Belastungen liegen vor?

Insbesondere sind Altenpfleger/innen körperlichen Belastungen wie „Arbeiten im Stehen“, „Heben und Tragen schwerer Lasten“ sowie „Arbeiten in Zwangshaltungen“ ausgesetzt, vermutlich durch das häufig notwendige Lagern von Patienten beeinflusst. 72% geben an, mit „häufigem schweren Heben und Tragen von Lasten“ konfrontiert zu sein. Des Weiteren sind es 44%, die „häufiges Arbeiten in Zwangshaltung“ sowie 91%, die „Arbeiten im Stehen“ angeben. Hinzu kommen zeitliche Belastungsfaktoren, wie etwa der Schichtarbeit, in der 38% der Altenpfleger/innen arbeiten. Dadurch werden das Sozialleben und Erholungsmöglichkeiten eingeschränkt und die Erholung kommt während der Arbeit vielfach zu kurz. 39% der Altenpfleger/innen berichten von häufigem Pausenausfall, der mit zu viel Arbeit begründet wird (BIBB/BAuA- Erwerbstätigenbefragung, 2012).

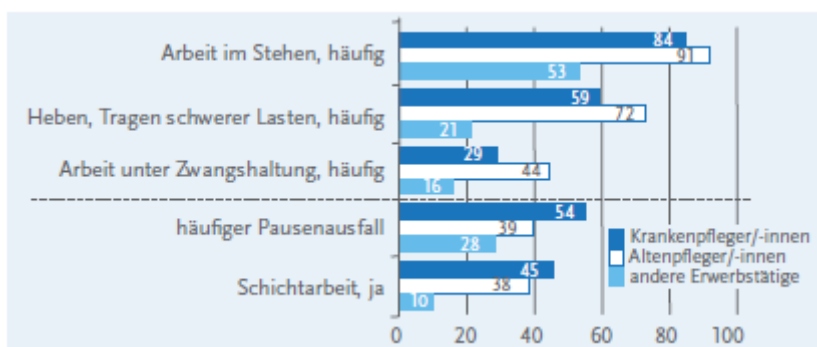


Abbildung 8: Beschäftigte (in%) mit häufigen körperlichen und zeitlichen Anforderungen  
Quelle: (BIBB/BAuA Erwerbstätigenbefragung 2012)

Auch von hohen psychischen Arbeitsanforderungen berichten Altenpfleger/innen überdurchschnittlich oft. Dabei geben 64% an, häufig verschiedene Arbeiten gleichzeitig

auszuführen, häufigem starken Leistungs- und Termindruck sehen sich 62% ausgesetzt. Arbeitsunterbrechungen oder häufig bei der Arbeit gestört zu werden, geben 48% an. 49% müssen häufig sehr schnell arbeiten und 30% gehen an die Grenze ihrer Leistungsfähigkeit. Einfluss auf die Arbeitsmenge zu haben, geben 37% der Altenpfleger/innen an. Die Möglichkeit, Aufgaben zu planen und einzuteilen, haben im geringeren Maße 64%. Der Anteil derjenigen, die entscheiden, wann Pause gemacht wird, ist mit 41% sehr gering. 30% der Altenpfleger/innen fühlen sich mengenmäßig überfordert fühlen (ebd.).

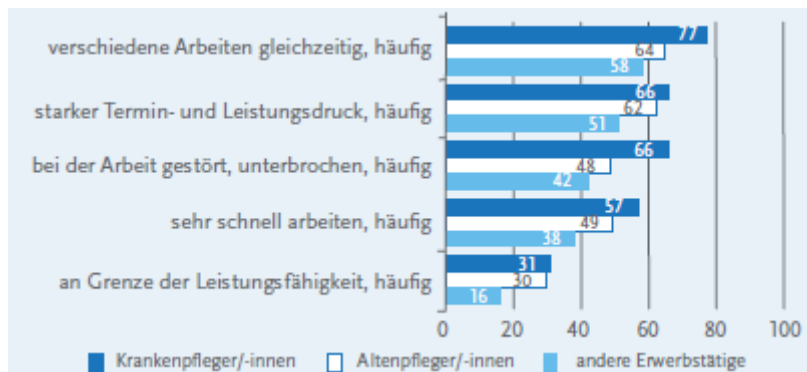


Abbildung 9: Beschäftigte (in %) mit häufigen psychischen Anforderungen  
Quelle: (BIBB/BAuA Erwerbstätigenbefragung 2012)

Darüber hinaus berichten knapp die Hälfte der Altenpfleger/innen von einer Stresszunahme in den letzten zwei Jahren. Hinzu kommen muskuloskeletale Belastungen, wie Schmerzen im Nacken- und Schulterbereich (86%) sowie psychovegetative Beschwerden wie nächtliche Schlafstörungen (71%) (ebd., 2012).

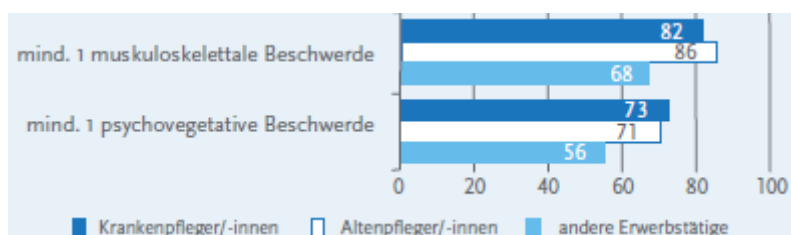


Abbildung 10: Beschäftigte (in%) mit mind. 1 muskuloskeletalen/psychovegetativen Beschwerden  
Quelle: (BIBB/BAuA Erwerbstätigenbefragung 2012)

Auch sechs Jahre später sind die Belastungen in der Altenpflege nicht abgeklungen. Beim „Heben und Tragen schwerer Lasten“ hat sich die Angabe um 3% erhöht. Beim „Arbeiten in Zwangshaltung“ sind es sogar 7% mehr. Lediglich bei „Arbeit im Stehen“ ist ein Rückgang von 2% zu verzeichnen (BIBB/BAuA- Erwerbstätigenbefragung, 2018).

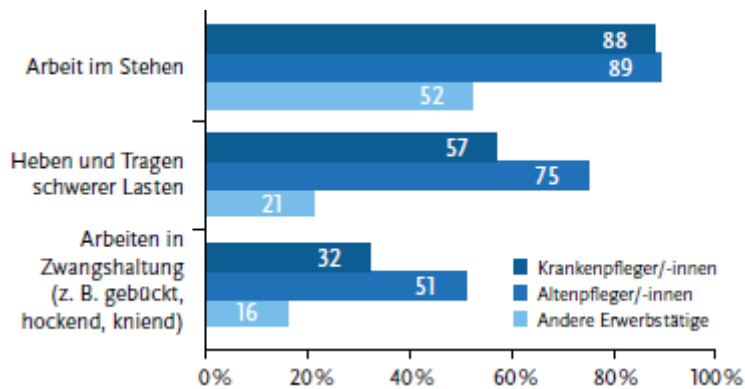


Abbildung 11: Häufige körperliche Anforderungen nach Berufsgruppen  
Quelle: ( BIBB/BAuA- Erwerbstätigenbefragung 2018)

Bei den psychischen Anforderungen ist es ähnlich. Dort ist ein Zuwachs von 3% unter dem Aspekt, häufig schnell arbeiten zu müssen, ersichtlich und 40% gelangen in gefühlsmäßig belastende Situationen. An der Grenze der Leistungsfähigkeit ist der Wert um 2% gestiegen und 4% mehr fühlen sich bei der Arbeit gestört oder werden häufig unterbrochen. Verschiedene Arbeiten gleichzeitig zu betreuen, wird mit gleich gebliebenen 64% angegeben. Ein zusätzlicher Rückgang ist beim starken Termin- und Leistungsdruck um 3% zu verzeichnen (ebd.).

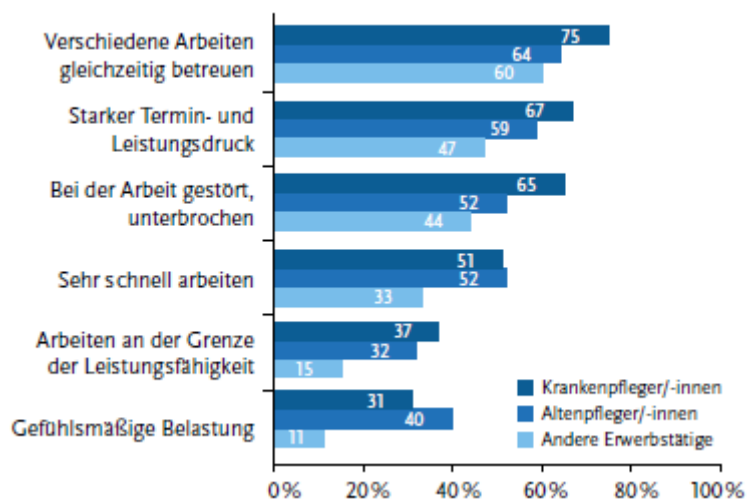


Abbildung 12: Häufige psychische Anforderungen nach Berufsgruppen  
Quelle: (BIBB/BAuA- Erwerbstätigenbefragung 2018)

Dabei können hohe Arbeitsanforderungen zu Überforderung, Stress und gesundheitlichen Beschwerden führen. Dies zeigt sich bei der Überforderung, welche mit 10% den höchsten Anstieg aufweist. Zudem hat sich die Stresszunahme mit 46% in den letzten zwei Jahren nicht wesentlich verändert, was auch für die psychosomatischen Beschwerden und Muskel-Skelett-Beschwerden gilt (BIBB/BAuA- Erwerbstätigenbefragung, 2018).

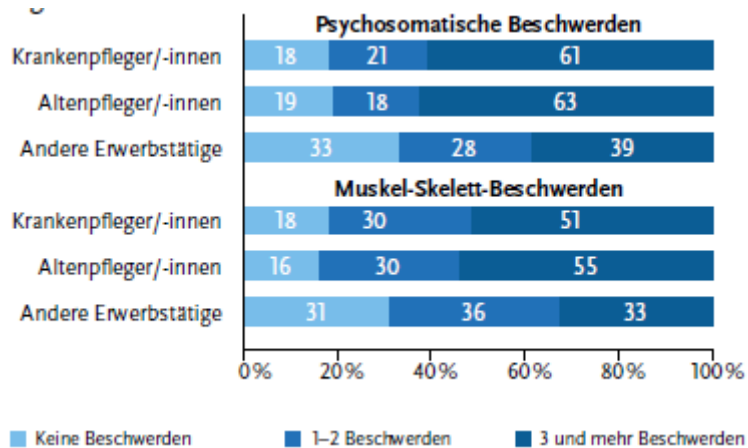


Abbildung 13: Erwerbstätige mit gesundheitlichen Beschwerden nach Berufsgruppen  
 Quelle: (BIBB/BAuA- Erwerbstätigenbefragung 2018)

Darüber hinaus wird in der Studie „Barrieren und Treiber betrieblicher Inklusion und Prävention im Gesundheitswesen“ über den ausgeprägten Mangel an Arbeitskräften unterschiedlicher Qualifikationsstufen berichtet, welche das größte Problem für die Arbeitsbelastungen, aber auch für die Umsetzung von Entlastungsmaßnahmen darstellt. Deutlich über das vertraglich vereinbarte Maß hinaus sehen sich im Alltag der Unternehmen die Gesundheits- und Pflegedienstleiter gezwungen, die Arbeitskraft ihrer Beschäftigten zu beanspruchen. Die Instabilität von Erholungszeiten, wie etwa der Druck, aus dem „Dienstfrei“ für erkrankte Kolleginnen und Kollegen einzuspringen, stellt für die Beschäftigten in der Pflege eine große Belastung dar. Die allgegenwärtige Mehrarbeit führt zu laufenden Zeitkonten, eine Nachpersonalisierung kann nicht umgesetzt sowie Freizeitausgleich nicht gewährleistet werden. Dies führt dazu, dass die Einrichtungen angesichts der Arbeitsmarktsituation ihren Mitarbeitern/innen wenig überzeugende Angebote machen können, um der Personalknappheit und damit der Arbeitszeitbelastung entgegenzuwirken. Dies hat zur Folge, dass rund ein Drittel der befragten Beschäftigten angab, Gesundheitsangebote des Betriebes nicht nutzen zu können, weil die Arbeitssituation und der daraus resultierende Zeitmangel das nicht zulässt. Eben dieser „Zeitfaktor“ war das am häufigsten genannte Hemmnis für eine Beteiligung an solchen Maßnahmen, welche dadurch eher als Belastung, denn als Möglichkeit zur Stärkung der eigenen Ressourcen gesehen wird (V. Hielscher et al., S.21-22, 2019).

Hinsichtlich der personellen Situation in der Pflege stehen die Pflegekräfte häufig vor einem schwierigen Problem. In einer hohen Belastungssituation einem Menschen Hilfe und Pflege zu verweigern, stellt für die Befragten zunächst keine Option dar. Die Regel ist eher, dass die Pflegekräfte über zeitliche und körperliche Grenzen in ihrer eigenen Wahrnehmung hinweg gehen. 78% der Befragten in Pflegeheimen gaben an, zum Wohle des Patienten zeitweilig die eigene Belastbarkeit zu überschreiten. Kritisch werden auch die gesundheitlichen

Auswirkungen der arbeitsbedingten Belastungen der Beschäftigten, hinsichtlich der Chance, die Arbeitsanforderungen bis zum Renteneintritt zu bewältigen, betrachtet (ebd., S. 37-38, 2019).

## **7. Welche BGM Maßnahmen gibt es in der Altenpflege und werden damit die Belastungen angesprochen?**

Unter aktiver Beteiligung von Pflegekräften aus ganz Bayern entstand im Rahmen eines Modellprojektes der AOK Bayern zur betrieblichen Gesundheitsförderung in Klein- und Mittelbetrieben der Leitfaden „Gesundheit für die Beschäftigten in der Altenpflege“. Ohne eine umfängliche vorgeschaltete Analysephase werden die relativ homogenen, arbeitsbedingten Gesundheitsbelastungen für Pflegekräfte aufgenommen und berücksichtigt. Darin liegt die Effizienz des Leitfadens. Darüber hinaus ist er ein Instrument zur standardisierten Analyse der Belastungen und Planung von Verbesserungen. In Pflegeeinrichtungen trägt er zur gesundheitsförderlichen Personal- und Organisationsentwicklung bei. Den Beschäftigten wird geholfen, indem sie das eigene Handeln und die Organisation des Arbeitsbereiches reflektieren können. Es werden die wesentlichen Belastungen und organisatorischen Defizite in der Altenpflege umfasst. Dadurch wird ermöglicht, für das Unternehmen die individuellen Belastungsschwerpunkte herauszufinden. Die in der Praxis anderer Pflegeeinrichtungen entwickelten und erprobten Veränderungsempfehlungen zeigen konkrete Vorschläge für Führungskräfte und Mitarbeitende. Der Leitfaden unterstützt bei Maßnahmen zur Belastungsreduzierung, gesundheitliche Ressourcen zu fördern, aber auch bei der zeitnahen Planung der Organisations- und Personalentwicklung. Zusätzlich regt er im Unternehmen einen intensiven Kommunikationsprozess an (V. Weißmann et al., S. 364, 2016).

Den anschaulichen und praxisnahen Erfolg dieses Analyseinstrumentes dokumentieren die Ergebnisse aus einer Vielzahl an Evaluationsgesprächen, die nachfolgend beschrieben werden. Den hohen Nutzen im Einsatz des Leitfadens bestätigen im Rahmen von strukturierten Interviews die projektverantwortlichen Personen und es erfolgt eine strukturelle Verankerung von gesundheitsförderlichen Maßnahmen in Richtung BGM (ebd., S. 368, 2016).

Im körperlichen Bereich wurden auf Grundlage von festgestellten Arbeitsbelastungen fehlende Hilfs- und Arbeitsmittel wie etwa Triangeln, Mobilisationsgurte, Lifertücher und Gleitmatten angeschafft. Zusätzlich wurden von Fachkräften, die Mitarbeiter/innen zur ergonomisch korrekten Handhabung und Anwendung der Hilfsmittel geschult. Durch die Thematisierung des kommunikativen Austausches unter den Pflegekräften, kristallisierte sich die Bitte heraus, künftig mehr aktive Unterstützung aus dem Kollegenkreis zu erhalten, wie



zum Beispiel beim Patiententransfer. Über welche Bewegungspotenziale die einzelnen Bewohner noch verfügen, um diese im Bedarfsfall zur Arbeitserleichterung gebrauchen zu können, wurde ebenso informiert. Des Weiteren wurden zu ergonomischen Themen wie Infektionsgefahren, Handhabung von Arbeitsmitteln wie Insulin-Pens, welche von den Pflegekräften im Leitfaden als notwendig und hilfreich beschrieben wurde, Fortbildungen angeboten und umgesetzt (ebd., 2016).

Im psychischen Bereich wurden vor allem die psychosozialen Belastungen von Pflegekräften mit angebotenen und durchgeführten Fortbildungsmaßnahmen aufgegriffen. Dies wären unter anderem Fortbildungen zu Beschwerdemanagement und Führen von Kritikgesprächen, aber auch zu Sterbebegleitung und Umgang mit Demenz. Um in der Belegschaft mehr Transparenz und Verständnis zu pflegerischen Leistungen und den damit verbundenen Kosten zu schaffen, wurden Informationsveranstaltungen zu pflegerischen Themen abgehalten. Um die Pflegekräfte zu entlasten, wurden für die Angehörigengespräche feste Gesprächspartner, in der Regel Führungskräfte, benannt. Um die Beschäftigten zu befähigen, mit den Stressbelastungen in der Pflege gesundheitsorientierter umgehen zu können, wurde eine Fülle an verhaltenspräventiven Angeboten wie Zeitmanagement oder diverse Entspannungsmethoden durchgeführt (ebd., 2016).

Organisatorisch bedingte Belastungen wurden durch eine Steigerung der Partizipation von Pflegekräften an betrieblichen Entscheidungsprozessen wie Dienstplangestaltung oder Belegung von Bewohnerzimmern reduziert. So konnte das vorhandene Erfahrungswissen der Pflegekräfte besser genutzt werden. Es erfolgte eine Erstellung eines gemeinsam entwickelten Einarbeitungskonzept zur verlässlichen Arbeitsvorbereitung neuer Pflegefach- und Hilfskräfte. Fachkräfte eines Sozialdienstes, die während der Pflege anwesend waren, wurden stärker in die Pflegetätigkeit eingebunden, um so „Hand in Hand“ eine verbesserte Pflegequalität zu erreichen. Darüber hinaus ist ein erfolgreiches betriebliches Gesundheitsmanagement durch ein dauerhaftes und langfristig angelegtes Engagement gekennzeichnet. Um die Arbeitsbedingungen und -belastungen immer wieder auf den Prüfstand zu stellen und laufend zu analysieren, wird von einem wiederholten Einsatz des Pflegeleitfadens in einer Reihe von Pflegeeinrichtungen berichtet. Daraufhin werden auf Grundlage der Ergebnisse in regelmäßigen Abständen Maßnahmen zur Gesundheitsförderung auf den Weg gebracht. Somit könnte die Gesundheitssituation der Beschäftigten nachhaltig verbessert werden (ebd., 2016).

Der Leitfaden „Gesundheit für die Beschäftigten in der Altenpflege“ ist seit vielen Jahren als ein bewährtes und branchenspezifisches Analyseinstrument der AOK Bayern im Einsatz. Von diesem ressourcenschonenden und ganzheitlichen Analyseverfahren profitierten schon in ganz Bayern mehrere dutzend Pflegeeinrichtungen (ebd., S. 366, 2016).

In den Interviews der Hans-Böckler-Stiftung wurde deutlich, dass Möglichkeiten zur Gesundheitsförderung durch den Betrieb durchaus ambivalent wahrgenommen werden. Generell wurden solche Aktivitäten in der Regel befürwortet und als sinnvoll eingeschätzt. Zum einen variierte die eigene Teilnahme an Gesundheitsangeboten nach den Inhalten. Entspannungs- und leichte Sportangebote, wie zum Beispiel Yoga oder Pilates, wurden eher genutzt als Informationen oder Kurse zu gesunder Ernährung oder Raucherentwöhnung. Demnach scheinen Angebote, die explizit auf die Steigerung des Wohlbefindens abzielen, eher nachgefragt zu werden als solche, in denen eine Umstellung von Lebensgewohnheiten in den Mittelpunkt gestellt werden. Zum anderen war ein Hauptfaktor für die Resonanzen bei den Beschäftigten die Organisation der Angebote in räumlicher und zeitlicher Hinsicht. Darüber hinaus könnten unter Umständen BGF-Angebote, die außerhalb der Arbeitszeit stattfinden, angesichts der Lasten durch Mehrarbeit und der ohnehin knappen Freizeit, ins Leere greifen (V. Hielscher et al, S. 40, 2019).

Die Befragten aus den stationären Einrichtungen beurteilten ihre Lage besser als die Kollegen und Kolleginnen in Krankenhäusern und ambulanten Diensten, im Hinblick auf die Angebote der betrieblichen Gesundheitsförderung, der Informationslage zu gesundheitsförderlichem Arbeiten und in Bezug auf schriftlich formulierte Grundsätzen und Regeln zum Gesundheitsschutz. Eine wichtige Rolle kommt den Führungskräften zu, wie Beschäftigte Arbeitsschutz und gesundes Arbeiten im Betrieb wahrnehmen. Auf der einen Seite werden die Wertschätzungen der Führungskräfte für gesundheitsschonendes Arbeiten innerhalb der Einrichtungen registriert, auf der anderen Seite fallen die Bewertungen der Motivation zur aktiven Beteiligung an der Entwicklung von Maßnahmen sowie der Schaffung wirksamer Entlastungen durch die Führungskräfte skeptischer aus (ebd., S. 42, 2019).

Zu einer belastungsreduzierenden und gesundheitsförderlichen Arbeitsgestaltung wurde der Arbeitskreis AK BELUGA in einer Altenpflegeeinrichtung in München als Teilaufgabe eines Projekts durchgeführt und wissenschaftlich evaluiert. In dieser Gestaltungsmaßnahme wurden gemeinsam mit Mitarbeitern der Modellstation Schwachstellen diskutiert und Lösungen gesucht. Zuerst wurden im Arbeitskreis die stationsspezifischen Ergebnisse der Modellstation rückgemeldet. Der Ansatz des aufgabenbezogenen Informationsaustausches kam in zehn Sitzungen, welche in einem drei- bis vierwöchigen Turnus absolviert und von einem Projektmitarbeiter moderiert wurden, zum Einsatz. Dies entspricht einem partizipativen Ansatz der Organisationsentwicklung, welcher sich erfolgreich in anderen Bereichen bewährt hat. Mit unterschiedlichen Problemschwerpunkten, wie etwa Fragen der Stations- und Arbeitsorganisation, der Schülerleitung, körperlichen Belastungen und der Pflegedokumentation, befasste sich der AK BELUGA, nachdem unter Berücksichtigung von Machbarkeitsaspekten eine Prioritätenliste erstellt wurde. Mithilfe einer wiederholten

Mitarbeiterbefragung und erneuten Schichtbeobachtungen im Heim wurde die Evaluation der Wirksamkeit dieser Maßnahme vorgenommen. Dabei wurden die Ergebnisse zwischen der Modellstation und einer gleichartigen Kontrollstation unterschieden, auf der keine Maßnahmen gestaltet und umgesetzt wurden. Darüber hinaus fand eine Evaluierung der einzelnen Sitzungen anhand eines kurzen Fragebogens statt. Es zeigten sich deutliche Verschlechterungen angesichts der Arbeitsbelastungen der Mitarbeiter/innen auf beiden Stationen, Modell- und Kontrollstation, zwischen dem Zeitpunkt der Ausgangsanalyse und der Abschlussanalyse. Wesentlich gravierender war jedoch die Zunahme der Arbeitsbelastungen auf der Kontrollstation. Dies lässt vermuten, dass die im AK BELUGA erarbeiteten Lösungen sowie deren Implementation auf der Modellstation eine vergleichsweise drastische Verschlechterung der Arbeitssituation abmildern konnten. Jedoch war die Beteiligung der Mitarbeiter/innen auf beiden Stationen wesentlich geringer als zur Ausgangsanalyse, so dass womöglich Selektionseffekte eine Alternativerklärung bieten könnten. Die Schichtbeobachtungen liefern etwas klarere Ergebnisse, die belegen, dass auf der Modellstation einige Formen von psychischen Belastungen, wie etwa Regulationshindernisse, speziell Arbeitsunterbrechungen, deutlich abgebaut werden konnten, wobei diese für die Kontrollstation auf einem konstanten Niveau verblieben. Die Ergebnisse zur Evaluation der einzelnen Sitzungen des AK BELUGA fielen äußerst positiv aus. Eine durchgängig positive Einschätzung gaben die Teilnehmer/innen zu folgenden Aspekten ab: In der täglichen Arbeit haben die Inhalte weitergeholfen, die erarbeiteten Lösungen halfen besser bei der Bewältigung der täglichen Arbeit und die Lösungen konnten gut im Arbeitsalltag integriert werden (PD Dr. J. Glaser et al., S. 107-121, 2008).

Hinsichtlich der Methode des aufgabenorientierten Informationsaustausches können bedingt positive Schlüsse für einen Einsatz in der Altenpflege gezogen werden, die auf temporärer Gruppenarbeit der Pflegekräfte basiert. Die Akzeptanz der Lösungen können durch die partizipative Einbindung der Beschäftigten und Führungskräfte der Station in den Veränderungsprozess erhöht werden. Die Zusammenkünfte schätzten die Pflegekräfte als Plattform zum Austausch von Erfahrungen und Wissen, wozu es im oft lebhaften Stationsalltag kaum Raum gibt. Durch einen kollektiven Austausch und ein Peer-Learning konnte mehrfach beobachtet werden, dass Mitarbeiter/innen, insbesondere Auszubildende, innovative Ideen einbrachten, welche sie aus anderen Arbeitsbereichen und Einrichtungen kannten. Zur Verknüpfung einer sogenannten bottom-up- sowie top-down-Veränderungsstrategie kann die Methode als konstruktives Instrument angesehen werden. Durch die Mitarbeiter/innen werden Ideen und Lösungen entwickelt, formuliert und parallel aber auch durch die Weisungsbefugnis der einbezogenen Führungskräfte, in diesem Fall die

Stationsleitung, implementiert. Das gilt besonders bei bestimmten Vorhaben, die bereits auf der Station geplant, jedoch nie konsequent im Stationsalltag umgesetzt wurden. Dies wären beispielsweise der Einsatz bestimmter Hebehilfsmittel oder Anlern-Checkliste für neue Mitarbeiter/innen. Die Pflegekräfte reflektierten im Rahmen der Intervention die Praktikabilität der Maßnahmen. Es waren jedoch personelle Engpässe während der Interventionsmaßnahme zu verzeichnen. Innerhalb der Arbeitszeit sollten mindestens drei bis vier Pflegekräfte für die Arbeitskreissitzung abkömmlich sein, wobei der tägliche Stationsbetrieb aufrecht zu erhalten ist. Dies erweist sich für eine mittlere Pflegestation schwer realisierbar, da eine größere Mehrheit neben der Stammbesetzung von zehn Pflegekräften an diesem Tage im Dienst sein sollte. Die Notwendigkeit einer frühzeitigen Abstimmung untereinander und des Dienstplans ist dabei erforderlich. Manche Pflegekräfte demotivierte die Einsicht, dass bestimmte Rahmenbedingungen außerhalb der Station nicht, beziehungsweise nur begrenzt beeinflussbar sind, wie etwa Zeitdruck durch personelle Unterbesetzung. Notwendig war die notorische Begleitung und Ermunterung durch den wissenschaftlichen Projektpartner, da die Pflegekräfte aufgrund der vielen pflegerischen Aufgaben kaum selber eine konsequente Maßnahmenumsetzung durchführen können. Ein Abriss der Arbeit des Arbeitskreises konnte durch das ständige Dranbleiben des moderierenden BELUGA-Teams verhindert werden (ebd., 2008).

Im Projekt BidA-Balance in der Altenpflege ist das Ziel des betrieblichen Gesundheitsmanagement, die aus Personalmangel resultierenden Belastungen durch eine verstärkte Flexibilisierung von Arbeits-/Dienstzeiten und Aufgaben zu reduzieren und das Wohlbefinden und die Gesundheit der Mitarbeitenden zu stärken. Die Ergebnisse der Mitarbeiterbefragung zeigten, dass mit den steigenden Flexibilitätsanforderungen die zentralen Gesundheitsbelastungen eng verknüpft sind und kaum von den bekannten Belastungen in der Altenpflege abweichen (vgl. Tab. 10, 11, 12 im Anhang).

Die Einführung und Umsetzung eines an die Bedürfnisse der Mitarbeitenden angepassten Gesundheitsprogramms ist ein Schwerpunkt des Projektes. Er beinhaltet eine jährliche Gesundheitswoche, alltagsbegleitende Maßnahmen am Arbeitsplatz, laufende Kurse sowie ein persönliches Gesundheitsbudget. Dazu steht in Wechselbeziehung die Reduzierung von Arbeitsbelastungen. Hierzu werden auf Basis von Analysen die Organisationsstrukturen und Arbeitsabläufe bis hin zu den einzelnen Arbeitsplätzen optimiert (K. Bayer et al., S. 162-163, 2012).

Zu Beginn des Projekts diente die erste Gesundheitswoche zur Einführung von BidA. Um die Mitarbeitenden über Projektfortschritte zu informieren sowie Anregungen zu vermitteln, wie die Angebote erweitert und angepasst werden können, wird sie jährlich wiederholt. Zusätzlich dient sie der Motivation und Auffrischung. Das Konzept der Gesundheitswoche

orientiert sich stringent an den Bedürfnissen und Anregungen der Mitarbeitenden. So wurden aus den Ergebnissen der zuvor durchgeführten Mitarbeiterbefragungen eine Auswahl an Angeboten getroffen. Dabei wurden Erkrankungen des Muskel- und Skelettsapparates sowie des Magens und psychische Belastungen besonders häufig angegeben. Daraus resultierte ein eindeutiger Handlungsbedarf in Bezug auf die psychische (Techniken der Stressbewältigung und Entspannung) und physische Gesundheit (Bewegungs-, Ernährungs- und Fitnessangebote) (ebd.).

Mit einer Impulsveranstaltung zum Thema „Vitalität und eigenverantwortliches Gesundheitsmanagement“ begann die Gesundheitswoche. Dabei war es den Mitarbeitenden möglich, persönliche Gesundheitstests wie Cardio-Scan, S3- Körperstabilitätstests und Back-Check wahrzunehmen. Darüber hinaus wurden aktive Schnupper-Angebote präsentiert, wie etwa Rückenschule, Nordic Walking, Qi Gong, Ernährungsberatung, welche von Fachkräften der AOK begleitet wurden. Auch an passiven Angeboten wie Dorntherapie oder Massagen konnte teilgenommen werden. An der ersten Gesundheitswoche nahmen 52% aller Mitarbeitenden teil. Aufgrund von zusätzlichen Erhebungen stellte sich im Verlauf des ersten Projektjahres heraus, dass der Bedarf an stressentlastenden Angeboten besonders hoch ist. Daher enthielt die zweite Gesundheitswoche Angebote zum Thema „Stress und Stressmanagement“. Hier lag die Teilnahmequote bei 51%. Die laufenden Kurse wurden an die Dienstzeiten und die Bedürfnisse der Mitarbeitenden angepasst, indem viele Kurse im Anschluss an den Frühdienst, beziehungsweise vor oder nach dem Spätdienst stattfinden. So haben die Mitarbeitenden die Möglichkeit, unmittelbar vor oder nach dem Dienst in der Einrichtung zu bleiben, um an einem Kurs teilzunehmen. Sollte eine Teilnahme aufgrund eines Dienstes oder aus privaten Gründen an einer Kursstunde nicht möglich sein, erfolgt kein Abzug des persönlichen Gesundheitsbudget, da dieses ausschließlich bei Teilnahme angerechnet wird. Eine verbindliche Kursanmeldung wird aber angestrebt. Eine Teilnahmequote am gesamten Gesundheitsprogramm von 85 Prozent konnte im Jahr 2011, über das ganze Jahr gemessen, verzeichnet werden (K. Bayer et al., S. 164, 2012).

Die Implementierung der alltagsbegleitenden Gesundheitsangebote wird von einer internen Gesundheitspädagogin angeleitet. Die integrativen Maßnahmen, wie etwa Krafttrainingsübungen, Entspannungs- und Stressbewältigungstechniken sowie Koordinations- und Konzentrationseinheiten, sensibilisieren die Mitarbeitenden dahingehend, Zeit und Kraft in die eigene Gesunderhaltung zu investieren. Eine Optimierung der Dauer, des Tageszeitpunktes und Intervall der Angebote fand in der Einführungsphase über einen permanenten Austausch der Nutzer/innen statt. Durch den hohen Ritualcharakter, kleines Zeitbudget, dafür aber regelmäßig, zeigten die Erfahrungen, dass die 15-minütigen, moderaten und praxistauglichen Maßnahmen den größten Erfolg erzielten. Die

Teilnahmequote liegt hier bei nahezu 100 Prozent. Im Rahmen des Projekts wurde in Form eines „persönlichen Gesundheitsbudget“ mit einer Reihe flexibler Nutzungskomponenten, ein Anreizsystem für die Mitarbeitenden entwickelt. Es setzt sich aus einem gestaffelten Geldbudget nach Wochenarbeitszeit und einem Zeitbudget zusammen, welches die Freistellung der Mitarbeitenden an vier Arbeitstagen im Kalenderjahr zur Teilnahme an den internen Maßnahmen vorsieht. Dabei sind die Arbeitsstunden pro Arbeitstag die Berechnungsgrundlage. Dieses jährliche Geldbudget kann für interne wie auch externe Maßnahmen genutzt werden. 50 Prozent des Budgets werden nicht ausgezahlt, sondern für die Finanzierung von internen Maßnahmen wie der Gesundheitswoche, laufende Kurse und alltagsbegleitende Maßnahmen vorgesehen. Für externe Gesundheitsmaßnahmen, wie etwa Massagen oder einer Teilrefinanzierung der Beiträge für ein Fitnessstudio, können die anderen 50 Prozent genutzt werden. Daher war im Jahr 2010 die Auslastung hoch und stieg im Jahr 2011 nochmals an. Darüber hinaus haben einzelne Mitarbeiter/innen in ihrer Freizeit am Gesundheitsprogramm teilgenommen, weil sie ihr individuelles Budget schon ausgeschöpft hatten. Für externe Maßnahmen, wie etwa die Inanspruchnahme einer Massage, wurde das Geldbudget im Jahr 2010 kaum, dafür im Jahr 2011 deutlich häufiger in Anspruch genommen. Aus einer schriftlichen Befragung ging hervor, dass es den Mitarbeitenden schwerfällt, von selbst aktiv zu werden und sie es begrüßen, die Angebote in der Einrichtung nutzen zu können. Anfangs war eine ärztliche Verordnung von Nöten, um eine externe Maßnahme in Anspruch zu nehmen, deren Kosten erstattet werden konnte. Die Möglichkeit, auch Rechnungen außerhalb von ärztlichen Verordnungen wie beispielsweise Beiträge zu Fitnessstudios oder private Massage einzureichen, besteht seit 2011. In Folge ist die Nutzung des Budgets für externe Maßnahmen gestiegen, wobei jedoch immer noch nur jeder vierte Mitarbeitende das persönlich für ihn bereitgestellte Budget nutzt. Darüber hinaus dienten im Projekt Führungskräftebildungen für eine Sensibilisierung des Themas „Gesundes Führen“ und der Kompetenzförderung. Der bisherige Projektverlauf verdeutlicht, dass in einem von hoher Arbeitsbelastung geprägten Umfeld wie der Pflege selbst supportive Ansätze von der Belegschaft vorab als „störend“, „irritierend“ oder „belastend“ wahrgenommen werden. Wichtige Voraussetzungen waren daher die Transparenz bei der Darstellung der Projektziele, die permanente Kommunikation der einzelnen Projektschritte und eine überzeugende Positionierung der Führungskräfte zum Projektvorhaben. Somit sollten in der Startphase des Projekts Interesse und Offenheit seitens der Mitarbeitenden hergestellt werden. Darüber hinaus wurde deutlich, dass für die Motivation, an den Einheiten teilzunehmen, explizit ein Verantwortlicher erforderlich war, da aufgrund des hohen Zeitdrucks und der Arbeitsdichte die Notwendigkeit der Maßnahme überwiegend erst nach der Teilnahme erkannt wurde. Eine deutliche Gewinnung an Akzeptanz der Maßnahmen, war zu verzeichnen, wenn sie arbeitsplatznah, wie etwa in der Pflege auf der Station,

stattfind. Wenn die Zeiten für die Durchführung der alltagsbegleitenden Maßnahmen und Kursangebote mit den Mitarbeitenden abgesprochen werden, führt dies zu einem weiteren Erfolg. Des Weiteren ist es von absoluter Wichtigkeit, dass die Führungskräfte die Projektziele offensiv unterstützen, so dass die Mitarbeitenden ohne Gewissensbisse die verhaltensbezogenen Angebote nutzen können. Erfolgreiche Lösungsansätze konnten durch eine gute Zusammenarbeit und offene Herangehensweise aller Beteiligten auf den Weg gebracht werden (K. Bayer et al., S. 163-167, 2012).

Es sollte im Juli 2012 eine geplante Mitarbeiterbefragung mit dem Betriebsbarometer durchgeführt werden, hierzu wurde nur eine Ergebnispräsentation gefunden. Aus dieser geht hervor, dass eine Verbesserung in den Bereichen der Kommunikations- und Besprechungsstruktur zu erzielen war. In der Führungskultur konnte ein offenes Gesprächsklima sowie mehr Lob und Anerkennung gefördert werden. Des Weiteren fand eine Verbesserung im allgemeinen Betriebsklima, Umgang mit Angehörigen und dementen Bewohnern sowie bei körperlichen Beschwerden statt. Eine Steigerung des Einsatzes von Hilfsmitteln konnte ebenfalls bewirkt werden (6.11.2012, Projektträger: Diakonie Neuendettelsau).

In Kooperation zwischen der AOK Plus und der Technischen Universität Dresden, dem Professor für Arbeits- und Organisationspsychologie, wurde eine Präventionsstudie im Berufsfeld der stationären Altenpflege durchgeführt. Parallel zur allgemeinen Hauptfragestellung, welche Korrelation zwischen subjektiver Gesundheit und Arbeitsmerkmalen besteht, wird in dieser Arbeit eine kurze Prozessbeschreibung und teilweise Evaluierung der Ergebnisse zweier psychologischer Interventionen vorgestellt. Dazu wurden in der Ist-Analyse auf der Basis psychosozialer Risikomodelle (Richter et al. 2011) physische und psychosoziale Einflussfaktoren der Person und der Arbeit sowie mögliche gesundheitliche Folgen, wie etwa chronischer Rückenschmerz oder psychisches Wohlbefinden identifiziert. Die abgeleiteten Themen der Ergebnisse aus der Ist-Analyse nutzten Pflegeeinrichtungen dazu, Ziele für den Erhalt der Mitarbeitergesundheit zu erarbeiten und jeweils eine verhältnisbezogene „*Burnout-Präventions-Team*“ oder verhaltensbezogene, „*Training emotionaler Kompetenzen-TEK*“ - Gesundheitsprävention durchzuführen (Badura et al., S. 87, 2015).

Von neun Einrichtungen wurde das Angebot der verhältnisbezogenen Intervention genutzt. Die Orientierung der Durchführung erfolgte in Anlehnung an den Prinzipien des Gesundheitszirkels, welche aus Mitarbeitern verschiedener Bereiche, in zeitlich begrenzten arbeitenden Gruppen/Teams bestand. Diese bearbeiten in etwa acht bis zehn Sitzungen in jeweils neunzig Minuten eine klar definierte Zielstellung und entwickeln als Experten ihrer Arbeit Lösungsvorschläge für Probleme unter der Leitung eines externen Moderators. Dabei obliegt die Umsetzung der Vorschläge dem Management, beziehungsweise einem externen

Steuerkreis. Es bildeten sich je Einrichtung sogenannte Burnout-Präventionsteams. Die Teams setzten sich aus fünf bis neun Teilnehmern zusammen, mindestens einem Teilnehmer je Arbeitsbereich wie etwa Wohnbereich 1,2,3, Küche, Reinigung. Als Vertreter ihres Bereichs bestand die Aufgabe der Teammitglieder darin, sowohl mit Hilfe der Protokolle den Diskussionsstand an die Kollegen zu übermitteln, als auch Hinweise und Anregungen der Kollegen einzubringen. Die theoretische Grundlage für das Burnout-Präventions-Teams stellt das Burnout-Engagement-Kontinuum dar, welches im Anhang A3 kurz beschrieben wird. In zwei Phasen lassen sich die Treffen aufteilen. Dies wäre die Phase der *Wissensvermittlung/Sensibilisierung* und die der *Anwendung*. In der ersten Phase, welche aus vier Treffen bestand, lag der Fokus auf der *Vermittlung von Wissen* zum Thema Burnout als arbeitsbezogene Stressreaktion, dem Burnout-Engagement-Kontinuum und einer Sensibilisierung in Bezug auf den Zusammenhang von Burnout mit den sechs psychosozialen Arbeitsmerkmalen. Einzelnen wurden die Arbeitsmerkmale erläutert, unter Anleitung der externen Moderatorin diskutiert und anhand von Praxisbeispielen in Gruppenarbeiten vertieft. Die Inhalte waren spezifisch auf die Tätigkeiten in der Altenpflege angepasst, um eine größtmögliche Relevanz für die Teilnehmer/innen zu erzielen. In der *Anwendungsphase*, welche die zweite Phase bildete und aus vier bis sechs Treffen bestand, erfolgte anfangs eine Problem- und Ursachenanalyse. Das Burnout-Präventions-Team wählte unter Bezugnahme auf die Ergebnisse der Ist-Analyse ein bis zwei als kritisch erachtete Faktoren aus den in Phase eins erarbeiteten Arbeitsmerkmalen heraus, welche den Rahmen für die Problem- und Ursachenanalyse bildete. Auf dieser Basis wurden Lösungsvorschläge diskutiert und spezifische Präventionsmaßnahmen entwickelt. Die Teammitglieder erstellten Maßnahmen-/ Lösungsvorschläge, welche anschließend priorisiert und im letzten Treffen des Burnout-Präventions-Teams der Leitungs- und Managementebene präsentiert wurden. Den Abschluss des gemeinsamen Treffens bildete die Erstellung eines Maßnahmen- und Präventionsplanes. Die Moderatorin ermutigte das Team besonders in der Anwendungsphase zu einem Austausch mit den Kollegen und Kolleginnen im jeweiligen Arbeitsbereich, sowie Probleme oder Maßnahmenvorschläge einzubringen. Dabei diente zu jedem Treffen ein Ergebnisprotokoll zur Transparenz und Diskussionsgrundlage. Mit der Führungsebene wurden ergänzend strukturierte Interviews zur Sensibilisierung der Leitungs- und Managementebene und zur Vorbereitung der Maßnahmenimplementierung aus dem Burnout-Präventions-Team geführt. Dabei wurde auf den Umgang mit der eigenen Gesundheit als auch die Verantwortung für die Mitarbeitergesundheit Bezug genommen. Unter anderem waren Themen hier betriebliches Gesundheitsmanagement, Gesundheit und Führung, wie auch die erarbeiteten Maßnahmenvorschläge und dessen Umsetzung. Das Burnout-Präventions-Team stellte nach Beendigung der Treffen die beschlossenen Maßnahmen auf einem Poster allen Mitarbeitern in der Einrichtung vor. Ungefähr drei



Monate nach dem letzten Treffen der Teilnehmenden fand ein Treffen zur Nachbereitung und Umsetzungsüberprüfung statt. Dabei war das Ziel, den Stand der Umsetzung der Maßnahmen sowie mögliche Konflikte oder Hemmnisse bei der Umsetzung zu konferieren. Diese Bilanzierung galt als ein wichtiger Baustein für den Zielabgleich und die Vereinbarung eindeutiger Regeln innerhalb der Einrichtung (ebd., S. 88-89, 2015).

Emotionsregulierung wird auf Basis des Modells von Gross als: „Einführung von neuen oder die Änderung bereits bestehender Emotionen, sowie die Hervorhebung, Verringerung, Unterdrückung oder Aufrechterhaltung emotionaler Reaktionen“ definiert. Darauf stützend wurde das Modell des konstruktiven Umgangs mit Emotionen gegründet, welches die Basis für das standardisierte Training emotionaler Kompetenzen bildet und die Intervention der Verhaltensprävention darstellt. Eine wichtige personale Ressource für die Sicherung des psychischen Wohlbefindens ist die Fähigkeit, mit negativen Gefühlen auch konstruktiv umzugehen. Ein bedeutsames Risiko besteht, wenn diese Fähigkeit zur Regulierung von Emotionen beeinträchtigt ist. Deshalb zielt das TEK durch die Kombinationen etablierter Techniken aus verschiedenen psychotherapeutischen Ansätzen auf die Verbesserung von sieben Kompetenzen der Emotionsregulierung, welche in Tabelle 9 aufgelistet sind (ebd., S.89, 2015).

<b>Psychotherapeutische Ansätze:</b>	<b>Kompetenzen die geschult werden:</b>
Kognitive Verhaltenstherapie	Muskelentspannung
Dialektische Verhaltenstherapie	Atementspannung
Emotionsfokussierte Therapie	Bewertungsfreie Wahrnehmung
Achtsamkeitsbasierte Interventionen	Akzeptanz und Toleranz von Emotionen
-	Selbstunterstützung
-	Analyse von Emotionen
-	Regulierung durch Ändern zu einer Zielemotion

*Tabelle 7: psychotherapeutische Ansätze und sieben Kompetenzen  
Quelle: (eigene Darstellung in Anlehnung an Badura et al., S. 89, 2015).*

Die unterschiedlichen Kompetenzen bauen aufeinander auf, finden ihre Vermittlung aber auch im Einzelnen. So ist es möglich, dass die Teilnehmer eigenständig entscheiden, auf welche Kompetenz sie sich besonders konzentrieren wollen. Mit der Einführung vorhandener Risiken beginnt jede Sitzung und endet mit Übungen einer dazu passenden Kompetenz. Die Teilnehmenden erhalten für die weitere Festigung der emotionalen Kompetenzen im Alltag ein Handbuch mit einfachen TEK-Übungen wie zum Beispiel Tagesrückblick-Übungen, Bodyscan, Akzeptanzfahrplan, Genusstraining, Lernschemata zur Analyse und Regulierung von Emotionen. Zusätzlich wird eine Übungs-CD über Muskel- und Atementspannung zu jeder Kompetenz bereitgestellt. Das Intensivtraining ist für sechs bis zehn Teilnehmern

konzipiert. Das TEK-Training fand im Setting der stationären Altenpflege über acht bis zwölf Wochen in neun Sitzungen von neunzig Minuten statt. Von einer erfahrenen Trainerin aus dem Bereich der Psychologie, welche über eine TEK-Trainer-Ausbildung verfügte, wurden die Teilnehmer/innen der TEK- Gruppen geleitet. Darüber hinaus war immer ein Co-Trainer, welcher für alle organisatorischen Aufgaben wie Übungsmaterialien und Arbeitsblätter zuständig war, anwesend (ebd., S. 89-90, 2015).

Mit der verhältnisbezogenen Maßnahme und mit der Unterstützung durch die Einrichtung waren die Mitglieder des Burnout-Präventions-Team sehr zufrieden. Die Teammitglieder stimmten in der Evaluation der Aussage zu, dass alle wichtigen Problembereiche der Arbeit behandelt wurden und erachteten die Wichtigkeit der Maßnahme als hoch. Bei der Maßnahmenentwicklung lag der Schwerpunkt bei fünf von neun Einrichtungen auf dem Arbeitsmerkmal Anerkennung, bei acht von neun Einrichtungen beim Arbeitsmerkmal Arbeitsintensität. Das Burnout-Präventions-Team entwickelte und beschloss zwischen sieben und zwölf Maßnahmen pro Einrichtung. Von den Mitarbeitern wurden alle Maßnahmen als wichtig bis sehr wichtig angesehen. Pro Einrichtung waren 45-100 Prozent der erarbeiteten Maßnahmen bereits drei bis sechs Monate nach der Festlegung des Maßnahmenplans teilweise oder sogar vollständig umgesetzt. Eine positive Veränderung in der Wahrnehmung der Spielräume und einen leichten Rückgang der wahrgenommenen Anerkennung zeigten sich drei Monate nach der Auflösung des Burnout-Präventions-Teams. Die Teilnehmer/innen des TEK-Teams werteten die Möglichkeit, eigene Diskussionsbeiträge einbringen zu können, als besonders positiv. Als gut schätzten sie die praktische Relevanz des Trainings ein. Des Weiteren war eine hohe Zustimmung mit der Qualität der Vermittlung der Maßnahme und mit der Unterstützung der Einrichtung zu verzeichnen. Die Mehrzahl der Teilnehmer/innen bewertete im Allgemeinen, dass die Intervention als Arbeitszeit und Weiterbildung angerechnet wurde und in kleinen Gruppen stattfand, als positiv. Die Einschätzung der zeitlichen Integration der Maßnahme in den Arbeitsalltag wurde eher kritisch gesehen, da die Trainings überwiegend im wöchentlichen Rhythmus während des Schichtwechsels von Früh- zu Spätdienst angesetzt waren. Im Vergleich zur Kontrollgruppe zeigte sich im Vorher-Nachher-Vergleich, dass die TEK-Teilnehmer/innen nach dem Training signifikant höhere Werte in den Subskalen Toleranz, Akzeptanz und Regulation negativer Emotionen sowie Wohlbefinden angaben. Beim Follow-up zeigten sich nach sechs Monaten im Hinblick auf gesteigerte Kompetenzen der Emotionsregulierung und subjektiven Wohlbefinden, in moderaten Effektstärken für Toleranz und großen Effektstärken für Regulation und Wohlbefinden, Trainingsgewinne für die Teilnehmer/innen. Signifikante Korrelationen zwischen den Trainingsgewinnen in Toleranz und Regulation mit Veränderung im Wohlbefinden, zeigten weitere Analysen. Dies lässt darauf schließen, dass sich durch

verbesserte Kompetenzen der Emotionsregulierung das Wohlbefinden verbessert (ebd., S. 90, 92, 2015).

## **8. Welche sonstigen Möglichkeiten gibt es, um Arbeitsbedingungen/Belastungen zu verbessern?**

Arbeitspausen stellen eine Arbeitsressource dar, die negative Folgen von Belastungen zu minimieren vermag, indem die Einhaltung von Ruhepausen mit einem reduzierten Risiko für körperliche und psychosomatische Beschwerden einhergeht. Die Senkung des Risikos von Pausenausfällen ist möglich, wenn die Pflegekräfte ausreichend zeitliche Freiheitsgrade über die Pausenorganisation haben. Es wird darüber berichtet, dass eine Einrichtung seine Beschäftigten durch erholsame Kurzpausen von drei Minuten, die sie individuell einsetzen können und sollen. Diese Pausen werden zu den gesetzlich vorgeschriebenen, längeren Ruhepausen dazu gerechnet. Dadurch konnte die Mitarbeiterzufriedenheit erhöht werden. Hinzu kam, dass die Beschäftigten kreative Ideen für eine erholsame Pausengestaltung einbrachten, wie etwa tiefe bewusste Atemzüge am offenen Fenster, einen Wechsel von einem lauten in einen ruhigeren Bereich als auch körperliche Ausgleichsaktivitäten. (A. Lohmann- Haislah et al., S. 435-436, 2019).

Der Gesetzgeber sieht in der technischen Entwicklung zur Unterstützung der Pflege Potenziale und will mit dem „Pflegepersonal-Stärkungsgesetz“ deren Einsatz in der stationären Langzeitpflege vorantreiben. Für Investitionen in digitale Techniken werden Fördermittel bis zu 12.000€ zur Verfügung gestellt. Vier folgende Organisationsprinzipien ergeben sich aus der Vielfalt der digitalen Entwicklungen. Die *technische Assistenz* kann das Pflegepersonal von Tätigkeiten entlasten oder zu einer schnelleren Erledigung von Aufgaben führen. Dies führt zu einer Verschlinkung der Arbeitsprozesse, wie die Positionierung des Pflegebedürftigen, indem die deren Liegeposition von intelligenten Matratzen mit Drucksensoren selbstständig verändert wird und somit Druckgeschwüre verhindert werden. Tätigkeiten zur Erfassung von Daten können mit der *Informationstransparenz* reduziert werden. Darüber hinaus fördert er die Professionalität des Handelns und optimiert Arbeitsprozesse, indem zum Beispiel Vitalparameter oder Stürze automatisch mit Sensoren erfasst werden und eine Weitergabe an die Pflegekräfte erfolgt (K. Jacobs et al., S. 124, 2019).

Mit Hilfe einer Spracherfassung von Pflegeinformationen in den Bewohnerzimmern oder mit mobilen Telefonen aufgenommen, die anschließend in die Pflegedokumentation einfließt, soll eine schnellere Dokumentation gewährleistet werden. Den Pflegekräften können jeder Zeit

über in Brillen integrierte Bildschirme oder getragene Displays am Handgelenk, Fachinformationen, welche die Professionalität des Pflegehandels begünstigen, mobil zur Verfügung gestellt werden. *Dezentrale Entscheidungen* treffen zu können, erfolgt über den Zugang zu den Informationen in einem Entscheidungsprozess. Wenn die Teammitglieder einen digitalen Zugang zum aktuellen Planungsstand haben, ermöglicht dies eine Übertragung des Dienstplanungsprozess auf das Team. Wenn die Informationen so aggregiert, visualisiert und konkret aufbereitet werden, können auf dieser Basis zuverlässig Entscheidungen getroffen werden. Des Weiteren sind intelligente digitale Systeme in der Lage, aus Informationen zu lernen und selbst Lösungen zu entwickeln. So können Arbeitsprozesse auf Grundlage der in den digitalen Pflegeakten erfassten Daten über Pflegebedarfe und die vorhandenen Personalressourcen bestmöglich geplant und das Personal effektiv eingesetzt werden. Eine Bereitstellung von aktuellen, transparenten und ortsunabhängigen Informationen ist über *vernetzte digitale Systeme* möglich. Deutlich einfacher lässt sich damit die inter- und intraprofessionelle Vernetzung fördern, wie etwa mit dem Hausarzt. Neue Möglichkeiten der Arbeitsorganisation eröffnen sich durch mobilen Zugriff auf diese Daten, so dass planerische und organisatorische Aufgaben oder Überwachungsarbeiten am Bildschirm nicht vor Ort in der Pflegeeinrichtung durchgeführt werden müssen (ebd., S.127-128).

Nicht nur einen technischen Wandel in der Pflege zieht die digitale Transformation nach sich, sondern erfordert auch einen Kultur- und Führungswandel in den Pflegeeinrichtungen. Dabei muss berücksichtigt werden, dass auf der einen Seite Ängste und Vorbehalte der Pflegekräfte in Bezug auf die Technisierung bestehen, auf der anderen Seite durch technische Entwicklungen die Entlastung von Aufgaben sowie die Möglichkeiten, pflegerisch kompetent zu handeln, unterstützt werden. Führungskräfte werden dadurch entlastet, indem den Pflegekräften Verantwortung übertragen wird. Der Vorteil dabei ist, dass durch die Einflussnahme der Pflegekräfte auf Entscheidungen die Sorge in Bezug auf der Kontrolle reduziert werden kann. Der Shared-Leadership-Ansatz ist ein Führungskonzept, welches diese Überlegung aufnimmt. Ihm können drei Hauptmerkmale zugeschrieben werden: Gegenseitige Führung der Teammitglieder, emergente Teamstrukturen und Führungsrollen. Demnach sieht der Shared-Leadership-Ansatz vor, dass die Führungskraft und die Mitarbeitenden Führungsaufgaben übernehmen, wobei die besondere Funktion des „Katalysators“ der Führungskraft zukommt. Die Mitarbeitenden übernehmen Führungsverantwortung für die Zielerreichung und die Aufgaben werden verteilt. So werden Macht und die Möglichkeiten der Einflussnahme aufgeteilt. Indem Teammitglieder in einem Bereich die Führung übernehmen, bei dem sie speziell qualifiziert sind, während sie in einem anderen Bereich die Rolle des Mitarbeiters übernehmen (K. Jacobs et al., S. 127-128, 2019).

Unabhängig von grundsätzlichen organisatorischen und unternehmenskulturellen Rahmenbedingungen kann dieser Führungsansatz nicht gesehen werden. Wenn die Mitarbeitenden in einer Pflegeeinrichtung ähnliche Vorstellungen über Ziele und deren Erreichung haben, die Möglichkeiten des Einzelnen besteht, auf Entscheidungen Einfluss zu nehmen, und die Teammitglieder sich sozial gegenseitig unterstützen, liegt eine förderliche Unternehmenskultur vor. Darüber hinaus sollte der Wunsch nach Selbständigkeit und Verantwortungsübernahme seitens der Teammitglieder vorhanden sein und unterschiedliche Ansichten als wertvoll erachtet werden. Wenn die Aufgaben komplex sind und unterschiedliche Kompetenzen verlangen, lässt sich geteilte Führung besonders gut umsetzen. In Pflegeeinrichtungen ist die Versorgung Pflegebedürftiger komplex, da unterschiedliche und wechselnde Bedürfnisse der einzelnen vorhanden sind, und somit ist geteilte Führung in Pflegeeinrichtungen gut anwendbar. Dagegen sind Aufgaben, bei denen eine schnelle Entscheidung von Nöten ist, zumeist weniger geeignet, wie etwa bei Notfallsituationen, bei denen dieses Führungskonzept an seine Grenzen stoßen würde. Wenn die Kompetenzen bei den Teammitgliedern vorhanden sind, ist nur dann eine geteilte Führung möglich. Dabei handelt es sich um die fachlichen Kompetenzen, welche zur Erfüllung der Aufgaben benötigt werden, sowie um die Führungskompetenzen. Dies könnte in der praktischen Umsetzung problematisch werden, da nicht nur Fachkräfte in Pflegeeinrichtungen eingesetzt werden. Dennoch ist es vorstellbar, dass durch die Möglichkeiten der digitalen Wissensbereitstellung im Digitalisierungsprozess, Hilfskräfte Kompetenzen für bestimmte Aufgabenbereiche erlangen, in denen sie selbstverantwortlich handeln können. Im Ansatz wird die Positionsmacht der Leitungskraft nicht dazu genutzt, die unternehmerischen oder sogar die eigenen Interessen um- und durchzusetzen. Sie dient eher zur Unterstützung und Entwicklung der Teammitglieder. Basis dessen ist ein hohes Ausmaß an Selbstkontrolle und ein sozialisiertes Machtmotiv. Es bedarf einer Überprüfung, inwieweit die Leitungskräfte dieses besitzen oder eventuell mit Schulungen angeeignet bekommen. Wenn die Geführten der Leitungskraft Wertschätzung und Dankbarkeit entgegenbringen, führt dieses Vorgehen dann zur Zufriedenheit der Leitungskräfte. Die Umsetzung des Shared-Leader-Ansatzes im Führungsverhalten erfolgt über die Übertragung der Aufgabenzuweisung auf die Gruppe, indem gemeinsam Aufgabenverteilt werden, wie zum Beispiel, wer welche Bewohner pflegt, oder wer welche pflegerischen Aufgaben übernimmt. Dazu zählt, dass die zur Aufgabenerfüllung notwendigen Informationen zur Verfügung stehen und eine klare Kommunikation über die Erwartungen an die Aufgabenerfüllung vorhanden ist. Die Beziehungen der Mitglieder im Pflegeteam werden zudem gefördert, indem der Zusammenhalt gesteigert wird. Dabei ist darauf zu achten, dass die Bedürfnisse und Anliegen der einzelnen Mitglieder wahrgenommen werden und jeder einzelne mit seinen Leistungen anerkannt wird. Die gemeinsame weitere Entwicklung des

Pflegeteams sei es, zu unterstützen, indem neue Anforderungen und Veränderungen erfasst sowie gemeinsam, unter Einbeziehung der bisherigen Erfahrungen, Handlungsmöglichkeiten entwickelt werden. Dies wäre der Fall, wenn digitale Techniken Einzug in den Pflegealltag halten. Die Führungskraft sollte intern dafür sorgen, dass für alle Teammitglieder die Kommunikation mit Hilfe der digitalen Techniken transparent ist und sie extern das Team nach außen vertritt (K. Jacobs et al., S. 127-131, 2019).

Eine weitere Möglichkeit wäre eine höhere Entlohnung, wobei diese alleine nicht ausreichen würde. Daher ist es erforderlich, zusätzliche Potenziale auszuschöpfen, wie etwa einer Weiterqualifizierung vom Pflegehelfer zur Fachkraft. Des Weiteren könnte eine stärkere Werbung für eine Ausbildung in Teilzeit helfen, indem diese den Arbeit-/Familienkonflikt begünstigen kann. Jugendliche könnten über die Sinnhaftigkeit der Arbeit angeworben werden. Pflegeeinrichtungen haben damit ein wichtiges Argument, mit dem sie über Schulkooperationen oder Beteiligung an Projektwochen Jugendliche direkt ansprechen können. Zuletzt wäre da noch die Gewinnung an Fachkräften aus dem Ausland zu erwähnen. Da die Pflegeausbildung in vielen anderen Ländern deutliche Unterschiede aufweist, erfordert die passgenaue Angebote zur (Nach-)Qualifizierung im Inland und Ausland, welche eine zeitnahe Aufnahme einer qualifizierten Tätigkeit als Pflegefachkraft ermöglicht. Neben dem Anwerbeverbot aus Ländern mit Engpässen an Gesundheitsfachpersonal, ist bei der Auswahl der Anwerbeländer ebenso die demografische Situation in dem jeweiligen Herkunftsland zu berücksichtigen. So haben in den nächsten Jahren viele osteuropäische Länder, aus denen derzeit viele Pflegekräfte nach Deutschland kommen, selber verstärkt mit der Alterung ihrer Bevölkerung umzugehen (R. Flake et al., S. 35, 2018).

## 9. Zusammenfassung

Grundsätzlich ließen sich zwei Aussteigergruppen identifizieren. Diejenigen, die die Einrichtung verlassen wollen und jenen, die den Beruf aufgeben wollen. Der Wunsch, den Pflegeberuf aufzugeben wird von arbeitsorganisatorischen und individuellen Aspekten als auch von physiologischen und psychosozialen Gesundheitsfaktoren bedingt, welche die Leistungsfähigkeit der Mitarbeiter/innen beeinflusst. Im Gegenzug stellen wichtige Ressourcen für den Erhalt von Mitarbeiter/innen dar, gerade die Bindung an die Einrichtung und die Bedeutung der Arbeit. Dies bestätigt die Studie von H. Weckmüller aus der hervorgeht, dass Beschäftigte im Altenpflegeberuf ein absolut hohes Niveau an Sinnhaftigkeit ihrer Arbeit besitzen. Diese intrinsische Arbeitsmotivation kann durch organisationsseitige Maßnahmen verbessert werden. Stellhebel dabei wären die gesellschaftliche Wertschätzung und die Aufgabenvielfalt, welche durch eine abwechslungsreiche und vielfältige Tätigkeit in der Altenpflege gestaltet werden kann. Dabei kann eine gezielte Kommunikation den Beruf interessant machen und sich somit positiv auf das Image auswirken. Eine weitere Arbeitsressource wären die Arbeitspausen, welche vermögen, negative Folgen von Belastungen zu minimieren. Wenn die Pflegekräfte ausreichend zeitliche Freiheitsgrade über die Pausenorganisation besitzen, können Pausenausfälle vermieden werden. Ein guter Altersmix kann für ein Unternehmen ebenfalls als günstig angesehen werden, indem auch ältere Kollegen und Kolleginnen, welche sich durch zuverlässige Arbeit und einem breiten Wissensstand auszeichnen und sich dadurch zufriedener fühlen, in den Arbeitsteams vertreten sind.

Der Altenpflegeberuf ist von einer kontinuierlichen Stresszunahme geprägt und es wird durch den Vergleich der BIBB/BAuA Erwerbstätigenbefragung von 2012 und 2018 deutlich, dass die im Vorigen genannten Belastungen stetig anhalten, wobei schon seit 2005 von einem Pflegenotstand die Rede ist. Dabei stellt der ausgeprägte Mangel an Arbeitskräften das größte Problem für Arbeitsbelastungen, aber auch für die Umsetzung von Entlastungsmaßnahmen dar. Dadurch wird die Arbeitskraft der Beschäftigten über das vereinbarte Maß beansprucht, was zu Instabilität von Erholungszeiten und Mehrarbeit führt. Der daraus resultierende Zeitmangel führt dazu, dass die Beschäftigten Gesundheitsangebote des Betriebes nicht nutzen können und eher als Belastung, denn als Möglichkeit zur Stärkung der eigenen Ressourcen gesehen wird. Hinzu kommt das Dilemma, in einer hohen Belastungssituation einem Menschen Hilfe und Pflege zu verweigern, was für die Beschäftigten keine Option darstellt. Beschäftigte geben an, zum Wohle des Patienten

zeitweilig die eigene Belastbarkeit zu überschreiten und es wird die Bewältigung der Arbeitsanforderungen bis zum Renteneintritt eher kritisch gesehen.

Mit dem Leitfaden „Gesundheit für die Beschäftigten in der Altenpflege“ konnte das eigene Handeln zu reflektieren, und die Organisation des Arbeitsbereiches gefördert werden. Er unterstützte bei Maßnahmen zur Belastungsreduzierung sowie bei der zeitnahen Planung der Organisations- und Personalentwicklung, gesundheitliche Ressourcen zu fördern als auch einen intensiven Kommunikationsprozess anzuregen. Es wurden strukturelle Verankerungen von Maßnahmen im körperlichen und psychischen Bereich unter anderem durch Wissensvermittlung, Fortbildungsmaßnahmen sowie durch verhaltenspräventive Angebote durchgeführt. Aber auch organisatorisch bedingte Belastungen konnten durch eine Steigerung der Partizipation der Pflegekräfte an betrieblichen Entscheidungsprozessen wie Dienstplangestaltung aufgegriffen werden. Durch einen wiederholten Einsatz des Pflegeleitfadens ist es möglich, in regelmäßigen Abständen auf Grundlage der Ergebnisse, Maßnahmen zur Gesundheitsförderung auf den Weg zu bringen und somit eine nachhaltige Verbesserung der Gesundheitssituation der Beschäftigten gewährleisten. Es konnten einige Formen von psychischen Belastungen sowie Regulationshindernisse und Arbeitsunterbrechungen deutlich abgebaut werden. Eine durchgängig positive Einschätzung der Teilnehmer/innen erfolgte zu folgenden Aspekten. In der täglichen Arbeit haben die Inhalte weitergeholfen, die erarbeiteten Lösungen halfen besser bei der Bewältigung der täglichen Arbeit und sie konnten gut im Arbeitsalltag integriert werden. Zusammenkünfte wurden als Plattform zum Austausch von Erfahrungen und Wissen geschätzt. Ideen und Lösungen werden von dem Mitarbeiter/innen entwickelt, formuliert und parallel aber durch die Weisungsbefugnis der einbezogenen Führungskräfte implementiert. Aufgrund personeller Engpässe während der Interventionsmaßnahme, war die Notwendigkeit einer frühzeitigen Abstimmung untereinander und des Dienstplans erforderlich. Relevant war auch die notorische Begleitung und Ermunterung durch den wissenschaftlichen Projektpartner, da aufgrund der vielen pflegerischen Aufgaben eine konsequente Maßnahmenumsetzung Seitens der Pflegekräfte kaum durchführbar war. Bei dem Projekt BidA-Balance lag der Schwerpunkt auf der Einführung und Umsetzung eines an die Bedürfnisse der Mitarbeiter/innen angepassten Gesundheitsprogramms und beinhaltet eine jährliche Gesundheitswoche, alltagsbegleitende Maßnahmen am Arbeitsplatz, laufende Kurse sowie einem persönlichen Gesundheitsbudget, welches als Anreizsystem diene. Die integrativen Maßnahmen fungierten zur Sensibilisierung der Mitarbeiter/innen dahingehend, Zeit und Kraft in die eigene Gesunderhaltung zu investieren. Ein permanenter Austausch der Nutzer/innen ermöglichte eine Optimierung der Dauer, des Tageszeitpunktes und Intervall der Angebote. Durch hohen Ritualcharakter, kleines Zeitbudget, dafür aber regelmäßig, zeigten die Erfahrungen, dass die moderaten und praxistauglichen Maßnahmen den größten



Erfolg erzielen. Das Anreizsystem zeigte dahingehend seinen Nutzen, dass es den Mitarbeiter/innen schwerfällt, von selbst aktiv zu werden und sie es begrüßten, die Angebote in den Einrichtungen nutzen zu können. Darüber hinaus wurden Führungskräftebildungen angeboten. Mit einer Transparenz bei der Darstellung sollte in der Startphase des Projektes Interesse und Offenheit seitens der Mitarbeiter/innen geschaffen werden. Motivation, arbeitsplatznahe Maßnahmen, Absprache der Zeiten für die Durchführung sowie offensive Unterstützung der Projektziele von Führungskräften waren von absoluter Wichtigkeit für den Erfolg des Projekts. Durch eine gute Zusammenarbeit und offene Herangehensweise aller Beteiligten konnten erfolgreiche Lösungsansätze auf den Weg gebracht werden. Mit der verhältnisbezogenen Maßnahme und mit der Unterstützung durch die Einrichtung waren die Mitglieder des Burnout-Präventions-Team sehr zufrieden. Sie äußerten, dass alle wichtigen Problembereiche der Arbeit behandelt wurden und erachteten die Wichtigkeit der Maßnahme als hoch. Das Burnout-Präventions-Team entwickelte und beschloss zwischen sieben und zwölf Maßnahmen pro Einrichtung. Dabei wurden alle Maßnahmen als wichtig bis sehr wichtig angesehen. Die teilweise, beziehungsweise vollständige Umsetzung der erarbeiteten Maßnahmen erfolgte zeitnah. Es zeigte sich eine positive Veränderung in der Wahrnehmung der Spielräume und einen leichten Rückgang der wahrgenommenen Anerkennung. Das Modell des konstruktiven Umgangs mit Emotionen bildet die Basis für das standardisierte Training emotionaler Kompetenzen und stellt die Intervention der Verhaltensprävention dar. Die Teilnehmer/innen werteten die Möglichkeit, eigene Diskussionsbeiträge leisten zu können, als besonders positiv. Gut schätzten sie die praktische Relevanz des Trainings ein. Weiterhin bewerteten die Mehrzahl der Teilnehmer/innen, dass die Intervention als Arbeitszeit und Weiterbildung angerechnet wurden und in kleinen Gruppen stattfand als positiv. Kritisch wurden eher die Einschätzungen der zeitlichen Integration gesehen. Durch einen Vergleich zu einer Kontrollgruppe zeigte sich im Vorher-Nachher-Vergleich, dass die TEK- Teilnehmer/innen signifikant höhere Werte in den Subskalen Toleranz, Akzeptanz und Regulation negativer Emotionen sowie Wohlbefinden angaben. Durch ein Follow-up zeigte sich nach sechs Monaten Trainingsgewinne in moderaten Effektstärken für Toleranz und großen Effektstärken für Regulation und Wohlbefinden, im Hinblick auf gesteigerte Kompetenzen der Emotionsregulierung und subjektiven Wohlbefinden. Weitere Analysen zeigten zwischen den Trainingsgewinnen in Toleranz und Regulation mit Veränderung im Wohlbefinden signifikante Korrelationen und lassen somit darauf schließen, dass sich durch verbesserte Kompetenzen der Emotionsregulierung das Wohlbefinden steigert. Potenziale werden auch in der technischen Entwicklung zur Unterstützung der Pflege seitens des Gesetzgebers gesehen. Daraus ergeben sich vier Organisationsprinzipien, wie etwa die technische Assistenz, welche zu einer Verschlankung der Arbeitsprozesse führt. Mit der Informationstransparenz können Tätigkeiten zur Erfassung von Daten reduziert werden und

eine schnellere Dokumentation gewährleisten. Dezentrale Entscheidungen treffen zu können, ist mit einem Zugang zu den Informationen in einem Entscheidungsprozess wie etwa dem Dienstplanungsprozess möglich. Darüber hinaus sind intelligente digitale Systeme in der Lage, aus Informationen zu lernen und selber Lösungen zu entwickeln und gewährleisten damit ein effektives und ressourcenschonendes Arbeiten. Über vernetzte digitale Systeme ist eine Bereitstellung von aktuellen, transparenten und ortsunabhängigen Informationen möglich. Damit lässt sich die inter- und intraprofessionelle Vernetzung fördern und es eröffnen sich neue Möglichkeiten der Arbeitsorganisation. Diese Umsetzung in den Altenpflegeberuf erfordert jedoch einen Kultur- und Führungswandel, welcher die Ängste und Vorbehalte gegenüber der Digitalisierung auffängt und die Vorteile aufzeigt. Hier würde der Shared-Leader-Ansatz mit seinen drei Hauptmerkmalen greifen. Diese wären gegenseitige Führung der Teammitglieder, emergente Teamstrukturen und Führungsrollen. Besonders gut lässt sich geteilte Führung umsetzen, wenn die Aufgaben komplex sind und unterschiedliche Kompetenzen verlangen, wie etwa die Versorgung Pflegebedürftiger. Aufgaben, bei denen eine schnelle Entscheidung von Nöten ist, eignen sich weniger für dieses Führungskonzept. Dabei sind fachliche Kompetenzen erforderlich, welche zur Erfüllung der Aufgaben benötigt werden und Führungskompetenzen, um eine geteilte Führung möglich zu machen. Hier dient die Positionsmacht der Leitungskraft zur Unterstützung und Entwicklung der Teammitglieder/innen auf Basis eines hohen Ausmaßes an Selbstkontrolle und ein sozialisiertes Machtmotiv. Auch bei diesem Ansatz ist der Erfolg nur über eine klare Kommunikation, Berücksichtigung der Bedürfnisse und Anliegen der Beteiligten sowie deren Anerkennung möglich.

## 9.1. Ergebnisse

Auch wenn die beiden identifizierten Aussteigergruppen in Zusammenhang stehen, ist es wichtig, diese zu unterscheiden. Denn aus dem Belastungs-Beanspruchungskonzept geht hervor, dass durch eine Gestaltung der Arbeitsbedingungen eine Belastungsoptimierung erzielt werden kann, indem unterschiedliche Menschen bei identischer Belastung verschieden beansprucht werden. Darum wäre BGM mit seiner vorgeschalteten Analysephase bei der Entwicklung von gesundheitsförderlichen Maßnahmen effektiv. Beide Gruppen sind problematisch, da sie die Absicht haben, die Einrichtung zu verlassen und somit den Fachkräftemangel bedingen. Dieser wiederum trägt zu einer zusätzlichen Belastung bei, da der daraus resultierende Zeitmangel dazu führt, dass Gesundheitsangebote des Betriebes nicht genutzt werden können und eher als Belastung angesehen werden. Die Unterstützung der Einrichtung ist dabei von absoluter Wichtigkeit, dies zu verhindern, sowie notorische Begleitung und Motivation der Maßnahmen, da

gesundheitsförderliche Angebote sonst ins Leere laufen könnten. Bei beiden Gruppen gilt es, Maßnahmen zu entwickeln, die Belastungen reduzieren und Ressourcen sowie die Gesundheit fördern, gerade weil sie als wichtige Ressourcen für den Erhalt von Mitarbeiter/innen fungieren. Sie sollten sowohl zur gesundheitsförderlichen Personal- und Organisationsentwicklung beitragen, sowie Sicherheit, Regelmäßigkeit und Planbarkeit bieten, als auch sensibilisieren, befähigen, Akzeptanz fördern und Wissen vermitteln. Folglich gilt es Arbeitsressourcen wie intrinsische Arbeitsmotivation, Entwicklungs- und Einflussmöglichkeiten, Arbeitspausen sowie einen intensiven Kommunikationsprozess zu fördern. Die Belastungen in der Altenpflege zeigen auf, dass vor allem Maßnahmen in den körperlichen, psychischen sowie organisatorischen Bereichen notwendig sind. Dies bestätigen die vorgestellten Projekte, aus denen hervor geht, dass sich durch das betriebliche Gesundheitsmanagement Verbesserungen erzielen lassen. In den jeweiligen Einrichtungen konnten durch eine vorgeschaltete Analysephase arbeitsbedingte Gesundheitsbelastungen der Pflegekräfte identifiziert, und an die Bedürfnisse angepasste Maßnahmen, als auch Lösungen entwickelt werden. Dies geschah unter anderem durch eine strukturelle Verankerung der Maßnahmen im körperlichen und psychischen Bereich, sowie einer Steigerung der Partizipation der Pflegekräfte an betrieblichen Entscheidungsprozessen und der Förderung einer besseren Zusammenarbeit der gesamten Belegschaft. Die Akzeptanz ließ sich durch einen partizipativen Ansatz der Organisationsentwicklung steigern. Durch einen regelmäßig wiederholten Einsatz des BGM kann eine nachhaltige Verbesserung der Gesundheitssituation von den Beschäftigten gewährleistet werden. Es konnten drastische Verschlechterungen der Arbeitssituation abgemildert sowie Formen von psychischen Belastungen abgebaut werden. Sie führten zu einer besseren Bewältigung der täglichen Arbeit und waren gut in den Alltag zu integrieren. Die Beschäftigten begrüßten einen kollektiven Austausch für innovative Ideen und es fand eine notorische Begleitung und Ermunterung zu den Maßnahmen statt. Beschäftigte wurden dahingehend sensibilisiert, Zeit und Kraft in die eigene Gesunderhaltung zu investieren, was zusätzlich durch ein Anreizsystem gefördert wurde. Den größten Erfolg erzielten Maßnahmen, die durch einen hohen Ritualcharakter, kleines Zeitbudget, dafür aber regelmäßig, gekennzeichnet waren. Dabei bewerteten die Beschäftigten die praktische Relevanz als positiv, eigene Diskussionsbeiträge leisten zu können, wie auch die Anrechnung der Interventionen als Arbeitszeit und Weiterbildung. Durch Transparenz bei der Darstellung der Projektziele, permanente Kommunikation der einzelnen Projektschritte und überzeugende Positionierung der Führungskräfte zum Projektvorhaben, konnten Vorbehalte seitens der Beschäftigten minimiert werden. Darüber hinaus fanden Führungskräftebildungen für eine Sensibilisierung des Themas „Gesundes Führen“ und der Kompetenzförderung statt, um die Unterstützung der Einrichtung zu gewährleisten. Des Weiteren kann mit Hilfe der

Digitalisierung und den vier Organisationsprinzipien Entlastung geschaffen werden, wenn eine förderliche Unternehmenskultur vorliegt. Der Shared-Leadership-Ansatz mit seinen drei Hauptmerkmalen eignet sich sehr gut dafür, Veränderungen in den Einrichtungen zu realisieren und umzusetzen. Somit kann das betriebliche Gesundheitsmanagement mit seinen vier Kernphasen Belastungen reduzieren und zur Weiterführung des Arbeitsverhältnisses beitragen und den Beruf attraktiver gestalten.

## **10. Limitationen der Studien und Diskussion der Methode**

Aufgrund der geringen Datengrundlage von Untersuchungen in Einrichtungen, findet hier die Begründung für die Auswahl der Publikationen statt. Die Arbeit beruht auf einer systematischen Literaturrecherche, die im Rahmen einer systematischen Übersichtsarbeit durchgeführt wurde. Die für diese Arbeit entwickelte Fragestellung konnte umfangreich beantwortet werden. Jedoch galt es einen Prozess zu untersuchen, der in der Altenpflege wenig vorhanden zu sein scheint, und somit erwies sich die Suche nach geeigneten Studien sehr schwer. Die Suchdatenbanken der „Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin“ erwies sich dabei als sehr hilfreich, obwohl auch dort die Ergebnisse überschaubar waren. Daher wurde mit dem Schneeballsystem versucht, weitere Studien zu ermitteln, was auch aussagekräftigere Studien hervorbrachte. Die Filterfunktion deutschsprachige Literatur und die Einschränkung des Zeitraumes in der Datenbank „Google Scholar“ konnte einige Erfahrungsberichte oder kleinere Studien eventuell nicht mit aufgenommen wurden.

Es waren keine Studien zu finden, welche sich nur mit Fachkräften der Altenpflege in Bezug auf deren Arbeitssituation beschäftigen. Da es jedoch galt, mit BGM einen Vorgang zu untersuchen, und dieser eine sogenannte Dachorganisation bildet, konnte das Einschlusskriterium „Altenpfleger/in“ auf die Belegschaft der Einrichtung ausgeweitet werden. Darüber hinaus sind die ausgewählten Publikationen in soweit hilfreich, indem sie die Möglichkeit bieten, die aktuelle Situation in der Altenpflege aus verschiedenen Blickwinkeln zu betrachten und zu verstehen.

Die Next-Studie eignete sich gut für die Untersuchung der Ursachen für einen vorzeitigen Berufsausstieg, mit ihrem Längsschnittdesign, standardisierten Instrumenten und insgesamt vier Erhebungszeitpunkten. Die erste Basiserhebung richtete sich an alle Studienteilnehmer/innen und die erste Folgerhebung an diejenigen, welche ihre Einrichtung in den zwölf Monaten nach der Basisbefragung verlassen haben. An alle Teilnehmer/innen, welche in ihrer Einrichtung verblieben sind, wandte sich nach zwölf Monaten die zweite

Basisbefragung. Die abschließende Befragung richtete sich erneut an die Berufsaussteiger/innen (Abb. 14). Dies ermöglichte eine weitere Untersuchung, nämlich die Untersuchung, was die Pflegenden in ihren Berufen hält. Darüber hinaus bildet sie die Datengrundlage für wissenschaftliche Veröffentlichungen. Der Fokus wurde dabei auf die Ergebnisse der deutschen Basiserhebung mit seinen 29 Alten-/Pflegeheimen gerichtet, die zwischen November 2002 und Mai 2003 an dieser Studie teilgenommen haben. Dies bildet eine große Bandbreite, um Aussagen treffen zu können. Des Weiteren erfolgte die Datenanalyse mit SPSS 11.02., um statistisch signifikante Aussagen treffen zu können. Es wurden keine Analysen zu Gruppen mit einer Anzahl  $n < 10$  berichtet und keine Einrichtungen mit einer Rücklaufquote kleiner 50 Prozent in die vergleichenden Betrachtungen eingeschlossen. Durch den Vergleich zu anderen Berufsfeldern war eine veranschaulichte Betrachtung möglich (M. Simon et al., 2005).

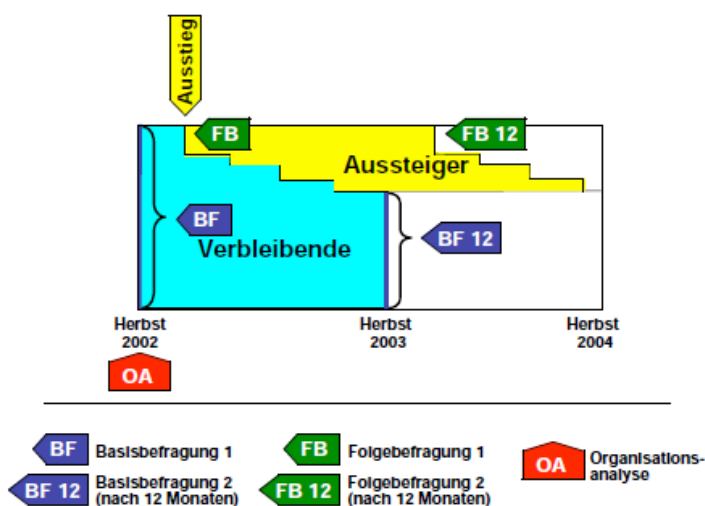


Abbildung 14: Design der NEXT-Studie

Quelle: (Simon et al., S. 6, 2005)

Um die Belastungen in der Pflege zu identifizieren, wurde die BIBB/BAuA-Erwerbstätigenbefragung herangezogen. Sie zeichnet sich dadurch aus, dass sie eine repräsentative Stichprobe der Erwerbsbevölkerung darstellt und durch gleichzeitige Erhebung von Belastung und gesundheitlichen Beschwerden Zusammenhänge zwischen eben diesen und körperlichen sowie physischen Beeinträchtigungen abbilden kann (BIBB/BAuA Erwerbstätigenbefragung, 2012, 2018). Der Vergleich zwischen 2012 und 2018 ist soweit hilfreich, als er einen Einblick auf deren Ausmaß und Dauer ermöglicht.

Eine Arbeitsressource konnte mit der Studie „Sinnvolle Arbeit in der Altenpflege. Einflussfaktoren und Auswirkungen auf das Engagement“ identifiziert und deren Steigerung ermittelt werden. Eine Befragung von Beschäftigten eines Trägers von Altenpflegeeinrichtungen, n=215, war Basis der Untersuchung. Die mit Hilfe hierarchischer Regressionen ausgewertet wurden. Ergänzend wurden mit Sekundärdaten (DGB-Index Gute Arbeit) vergleichende Auswertungen durchgeführt (H. Weckmüller et al., S. 45, 2019).

Arbeitspausen konnten ebenfalls durch die Publikation „Erholung in der Pflege. Fehlende Pausen haben weitreichende Folgen“ der Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin als Arbeitsressource ausgemacht werden wie auch deren Förderung. Darüber hinaus geht daraus hervor, dass der Gesetzgeber ein Minimum an Pausen gesetzlich festgelegt. Nach sechs Stunden sind 30 Minuten, nach neun Stunden mindestens 45 Minuten Pause vorgeschrieben.

Um die Gesundheit im Betrieb aus Sicht der Beschäftigten zu ermitteln, konnte die Studie „Barrieren und Treiber betrieblicher Inklusion und Prävention im Gesundheitswesen“ mit der Frage „Wie sehen die Beschäftigten die Handlungsbedarfe und die Umsetzungsbedingungen für solche Maßnahmen?“ herangezogen werden (V. Hielscher et al., S. 13, 2019). Im Anhang befindet sich eine Übersicht der Fallstudienbetriebe, Befragungssample der Studie sowie Fragebögen und Rücklaufquote.

Einen guten Eindruck, ob BGM im Unternehmen sinnvoll sein kann, bot der Leitfaden „Selbstbewertung des betrieblichen Gesundheitsmanagement von Pflegeeinrichtungen mithilfe eines praxisorientierten Leitfadens der AOK Bayern“. Aus der bayrischen Wirtschaft werden jährlich rund 3200 Unternehmen von der AOK Bayern begleitet. Sie unterstützt mit ihrem Beraterteam das betriebliche Gesundheitsmanagement. Rund 23% aller im System der gesetzlichen Krankenversicherung erfassten Projekte zur betrieblichen Gesundheitsförderung, steuert die bayrische Gesundheitskasse dazu bei. 2014 waren es 313 bayrische Alten- und Pflegeheime mit 36.000 Beschäftigten, die durch Fachkräfte der AOK Bayern auf ihrem Weg zu einem gesunden Unternehmen unterstützt wurden (V. Weißmann et al., S. 362, 2016).

Ob und wie eine partizipative Arbeitsgestaltung in einer Altenpflegeeinrichtung möglich ist, konnte mit einem exemplarischen Modellvorhaben im Rahmen der BELUGA-Pilotstudie, untersucht werden. Die Gestaltungsmaßnahme „Arbeitskreis (AK) BELUGA“, welche als Teilaufgabe für das Projekt fungierte, wurde in einem Münchener Altenpflegeheim durchgeführt und wissenschaftlich evaluiert. Zur Evaluation der Wirksamkeit der Intervention erlaubte die durchgeführte quasi-experimentelle Längsschnittuntersuchung eine Identifikation von Effekten durch einen Vergleich einer Modellstation und einer Kontrollstation (PD Dr. J. Glaser et al., 2008).

Das Projekt „BidA- Balance in der Altenpflege“ gab einen zusätzlichen Anhaltspunkt zu einem erfolgreichen BGM, indem die aus Personalmangel resultierenden Belastungen durch eine verstärkte Flexibilisierung von Dienst-/Arbeitszeiten und Aufgaben, gemildert werden konnten. Neben der schriftlichen Befragung mit dem BGW-Betriebsbarometer wurden Arbeitssituationsanalysen durchgeführt, welche qualitative Ergebnisse zur betrieblichen Belastungssituation liefert, wobei ihm immer auch die Reflexion von motivationsfördernden Aspekten und Ressourcen gegenübersteht. Dies ermöglicht neben objektivierten und quantitativen, auch qualitativen Daten der Beschäftigten für die konkrete Projektgestaltung zu nutzen. Darüber hinaus verdeutlichte es, dass die gesamte Belegschaft einer Einrichtung bei der Einführung eines ganzheitlichen Gesundheitsmanagement sinnvoll ist, und nicht die Pflegekräfte im Mittelpunkt stehen sollten (K. Bayer et al., 2012).

Um BGM im psychischen Bereich zu untersuchen, diente das Burnout-Präventions-Team als verhältnisbezogene und Training emotionaler Kompetenzen-TEK-Team als verhaltensbezogene Gesundheitsprävention. Diese beiden Interventionen kamen zum ersten Mal in dem Berufsfeld Altenpflege zum Einsatz und wurden daher nur an kleinen Teilstichproben evaluiert. Sie zeichnet sich durch den Einsatz von Kontrollgruppen aus und ist damit einer höheren Evidenzklasse zuzuordnen. Ein Follow-up gewährleistete, Effektstärken zu ermitteln. Nach dem Vier-Ebenen-Modell von Kirkpatrick und Kirkpatrick (2006) wurden die beiden Interventionen zur Bewertung der Wirksamkeit evaluiert. Gemessen wurden dabei die Stufen *Lernerfolg*, *Reaktion*, *Verhalten/Umsetzen* und *Ergebnis* (Badura et al., S. 87, 2015).

Weitere mögliche Lösungen für die Probleme in der Altenpflege bietet der Pflege-Report 2019, die jährliche Publikationsreihe des wissenschaftlichen Instituts der AOK. Dabei stand im Mittelpunkt die Frage, ob und wie dem aktuellen und künftigen Personalmangel mit dem Schwerpunkt Langzeitpflege entgegenzuwirken ist. Eine Lösung wäre mit der Untersuchung des Einsatzes digitaler Techniken zur Entlastung des Pflegepersonals. Sie ziehen erhebliche Veränderungen in der Arbeitsorganisation nach sich. Dies kann mit dem Shared-Leadership-Ansatz aufgegriffen werden. Um mehr Möglichkeiten zur Umsetzung zu bieten, wird die Leistungsfähigkeit des Teams durch den Ansatz gestärkt (K. Jacobs et al., Pflege- Report 2019). Zusätzlich wurde hierzu die Vierteljahresschrift zur empirischen Wirtschaftsforschung mit dem Artikel „Fachkräfteengpass in der Altenpflege: Status quo und Perspektiven“ herangezogen.

Eine Limitation dieser Arbeit besteht letztendlich darin, dass der gesamte Arbeitsprozess lediglich von einer Person vorgenommen wurde. Dabei unterlag sowohl die Eingrenzung des Themas und die Wahl der Ein- und Ausschlusskriterien, als auch der Datenbanken der Autorin, die die Recherche sowie die Auswertung und Interpretation der Ergebnisse durchführte. Das angewendete PICO-Schema sollte eine Transparenz hinsichtlich der

Literaturrecherche gewährleisten (J. Hirt et al., S. 8, 2019). Darüber hinaus wurde der Vorgang des Suchprozesses detailliert beschrieben, um die Suche nachvollziehbar und objektiv zu gestalten. Trotz Wahrung der Objektivität ist nicht auszuschließen, dass aufgrund von subjektiven Entscheidungen die Arbeit Verzerrungen oder Barrieren aufweist.

## 10.1. Diskussion

Das betriebliche Gesundheitsmanagement kann eine nachhaltige Lösung bieten. Dadurch, dass seine vorgeschaltete Analysephase aktuelle Probleme oder Defizite erkennt und explizit Maßnahmen gestalten kann. Jedoch erfordert der Prozess Zeit und Geld, die gerade in der Pflege kaum vorhanden sind. Die Herausforderung besteht darin, in einem ohnehin schon von Belastungen und einem hohen Arbeitsaufkommen geprägten Beruf, Entlastungsmaßnahmen einzubringen und umzusetzen, denn lange Zeit kam dem Beruf keine Beachtung zu. Gründe dafür könnten sein, dass er kaum wirtschaftlich ist, dafür aber kostenintensiv und dennoch essenziell, wie die aktuelle Situation zeigt. Durch den demografischen Wandel ist eine Zunahme pflegebedürftiger Menschen zu erwarten, was einen höheren Bedarf an Pflegepersonal vermuten lässt. Jedoch müssen die Pflegenden abgeholt werden, da sie viel zu lange mit ihren Problemen allein gelassen wurden. Es gilt, sie dahingehend zu befähigen, auf ihre Gesundheit zu achten und mit Belastungen umgehen zu können, um einen Erfolg zu erzielen, braucht es Überzeugung. Es geht dabei um eine Umstellung von Verhalten, wie Ändern von Einsichten und Einstellungen sowie Lebensweisen und Gewohnheiten. Dies nimmt eine lange Zeit in Anspruch. Eine Einrichtung, die von einer hohen Arbeitsdichte und einem ausgeprägten Mangel an Arbeitskräften gekennzeichnet ist, hat es schwer, Veränderungen positiv anzunehmen. BGM schafft mit seinem Sensibilisieren der Führungskräfte eine Voraussetzung für Veränderungen. Erst wenn alle Beteiligten überzeugt von dem jeweiligen Vorhaben sind, ist es möglich, dies umzusetzen. Denn BGM erfordert die Zusammenarbeit aller Beteiligten, was sich ressourcenschonend auswirkt. Bei der Recherche fiel auf, dass viel in Krankenhäusern für Pflegenden in Richtung BGM getan wird, jedoch war wenig für die Altenpflege zu finden. Dies lässt vermuten, dass BGM noch keinen flächendeckenden Einzug in diesen Bereich gefunden hat und somit Aufklärung diesbezüglich vonnöten ist.

Die Ausbildung, welche seit diesem Jahr ein duales Studium bildet, ist eher kritisch zu betrachten. Da die momentane Lage in der Pflege noch viel zu prekär ist, wäre zu vermuten, dass sich nach zwei Jahren des Studiums kaum einer für die Altenpflege entscheiden wird. Dafür fehlt es definitiv noch an Attraktivität des Berufs. Bei guten Arbeitsbedingungen könnte sie jedoch die Pflege wieder qualifizierter machen und somit zum Vorteil sein.



Es werden über GKV und Unfallversicherungsträger Internet-basierte, wie auch im Rahmen von Präsenzveranstaltungen unterstützende Qualifizierungsmaßnahmen angeboten. Auf evidenzbasierte Empfehlungen und Leitfäden der Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin sowie Medien und Leitfäden der BGW und der GKV kann bei der Umsetzung verhaltenspräventiver Maßnahmen zugegriffen werden (K. Jacobs et al., Pflege-Report 2019). Jedoch müssten diese von Experten, zumindest am Anfang, angeleitet werden, um sie in den Prozess der Einrichtung zu integrieren, da sonst kein Erfolg zu erwarten ist, und von allein keine Initiative seitens der Altenpflege erwartet werden kann. Es herrscht überwiegend Überforderung in den Betrieben, was Hilfe von außen benötigt, um Experten aus jedem Einzelnen zu machen. Denn nur dann kann die Pflege qualifizierter ausgeübt werden und zu einer guten Lebensqualität der zu Pflegenden führen.

## **11. Fazit**

Anhand der systematischen Literaturrecherche konnte eine Übersicht der Evidenzlage in Bezug auf die Wirksamkeit der Maßnahmen von BGM in Altenpflegeeinrichtungen erlangt werden. Die in diesem Zusammenhang erfassten Studienergebnisse konnten genutzt werden, um die Forschungsfrage trotz diverser Limitationen umfangreich zu beantworten.

Meine Erfahrungen als Altenpflegerin kommen mit den Ergebnissen dieser Arbeit überein. Ich habe meinen Beruf gerne und mit Freude ausgeübt. Wenn der zu Pflegenden zufrieden war und ich ihn zum Lächeln bringen konnte, bestätigte dies, meine Arbeit gut zu machen und ich war zufrieden. Denn darum geht es doch auch in diesem Beruf um den zu Pflegenden. Wenn ich ihm aber aus Gründen von Personalmangel, hohen Arbeitsbelastungen und Überforderung aggressiv gegenüber wurde, habe ich gekündigt. Aufgrund von den anhaltenden Belastungen, und weil ich die adäquate Versorgung nicht mehr gewährleisten konnte, erlitt ich ein Burnout. Dieser führte bei mir dazu, dass ich den Entschluss fasste, den Beruf aufzugeben. Ich ging in die Freiberuflichkeit, um nebenbei zu studieren. Dabei fand ich meine intrinsische Arbeitsmotivation wieder, weil ich durch die Selbstständigkeit mehr Zeit zu Verfügung habe, dadurch meine Arbeit wieder adäquat ausführen kann, gut bezahlt werde und die Möglichkeit besitze, in allen Entscheidungsprozessen Einfluss zu haben. Das Studium der Gesundheitswissenschaften erwies sich dann auch glücklicherweise als mein sogenanntes BGM. Denn es befähigte mich, für ein besseres Gesundheitsverhalten sorgen zu können und auf mich zu achten. Darüber hinaus fand ich dort meine Überlegung wieder, den Mitarbeiter als Arbeitsressource zu sehen und ihn dahingehend gesundheitsförderlich zu führen, um ihn produktiv zu erhalten und halten. Dies habe ich in meinen bereits 19 Berufserfahrungen nicht ansatzweise erlebt, und den

Patienten leiden zu sehen und wegen der Umstände nicht helfen zu können, war für mich am schlimmsten. Dies motivierte mich, mich in die Richtung betriebliches Gesundheitsmanagement zu spezialisieren, um in der Pflege etwas zu verändern. Von daher bin ich überzeugt davon, dass BGM eine gute und nachhaltige Lösung für die Weiterführung des Arbeitsverhältnisses bietet und in der Lage ist, den Beruf attraktiver zu gestalten. Jedoch stehen wir damit noch ganz am Anfang und es braucht an Zeit und Geduld, als auch Akzeptanz.

## Literaturverzeichnis

Badura, B., Ducki, A., Schröder, H., Klose, J., Meyer, M. (2015): Fehlzeiten- Report 2015, Neue Wege für mehr Gesundheit- Qualitätsstandards für ein zielgruppenspezifisches Gesundheitsmanagement, Springer- Verlag Berlin Heidelberg.

Bayer, K., Hiller, S., Badura, B., (2012): Kapitel 17, Projekt BidA-Balance in der Altenpflege, Fehlzeiten-Report 2012, online Ressource: [https://link.springer.com/chapter/10.1007/978-3-642-29201-9\\_17](https://link.springer.com/chapter/10.1007/978-3-642-29201-9_17) , Zugriff: 10.04.2020

Bundesagentur für Arbeit, Statistik/ Arbeitsmarktberichterstattung (2019): Arbeitsmarktsituation im Pflegebereich, Blickpunkt Arbeitsmarkt, Nürnberg, Online Ressource:

<https://statistik.arbeitsagentur.de/Statischer-Content/Arbeitsmarktberichte/Berufe/generische-Publikationen/Altenpflege.pdf> , Zugriff: 18.04.2020

Bundesagentur für Arbeit (2018): Amtliche Mitteilungen der Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin 2/2018- Pflegearbeit sicher, gesund und attraktiv gestalten- Interview mit PD Dr. Luis Carlos Escobar Pinzon, Dortmund, Online Ressource:

[https://www.baua.de/DE/Angebote/Publikationen/Aktuell/2-2018.pdf?\\_blob=publicationFile&v=5](https://www.baua.de/DE/Angebote/Publikationen/Aktuell/2-2018.pdf?_blob=publicationFile&v=5) , Zugriff: 18.04.2020

Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin (2005): Probleme und Lösungen in der Pflege aus Sicht der Arbeits- und Gesundheitswissenschaften, Dortmund/ Berlin/ Dresden, online Ressource:

<https://pdfs.semanticscholar.org/157b/95d4c745349722edee0b16a26e8e6815792e.pdf> ,  
Zugriff: 10.04.2020

Bundesagentur für Arbeit (2020): Altenpfleger/in, Ausbildung Berufsfachschule, Kurzbeschreibung, Tätigkeit, online Ressource:

[https://berufenet.arbeitsagentur.de/berufenet/faces/index;BERUFENETJSESSIONID=v9N2jQ8qnwQNMVvKnIv1Lb1jXg2s4PHdt7s4WXKSTEXy\\_FjYK7p!1409521180?path=null/kurzbeschreibung/taetigkeitsinhalte&dkz=9065](https://berufenet.arbeitsagentur.de/berufenet/faces/index;BERUFENETJSESSIONID=v9N2jQ8qnwQNMVvKnIv1Lb1jXg2s4PHdt7s4WXKSTEXy_FjYK7p!1409521180?path=null/kurzbeschreibung/taetigkeitsinhalte&dkz=9065) , Zugriff: 5.05.2020

Bundesinstitut für Berufsbildung/Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin (2018): Arbeitsbedingungen in der Alten- und Krankenpflege Höhere Anforderungen, mehr gesundheitliche Beschwerden, online Ressource:

[https://www.baua.de/DE/Angebote/Publicationen/Fakten/BIBB-BAuA-31.pdf?\\_blob=publicationFile&v=4](https://www.baua.de/DE/Angebote/Publicationen/Fakten/BIBB-BAuA-31.pdf?_blob=publicationFile&v=4), Zugriff: 18.04.2020.

Bundesinstitut für Berufsbildung/Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin (2012): Factsheet 10- Arbeit in der Pflege – Arbeit am Limit?, Arbeitsbedingungen in der Pflegebranche, online Ressource:

[https://www.baua.de/DE/Angebote/Publicationen/Fakten/BIBB-BAuA-10.pdf?\\_blob=publicationFile&v=6](https://www.baua.de/DE/Angebote/Publicationen/Fakten/BIBB-BAuA-10.pdf?_blob=publicationFile&v=6), Zugriff: 9.04.2020.

Bundeszentrale für politische Bildung (2014): Fachkräftemangel, Was heißt Fachkräftemangel?, online Ressource:

<https://www.bpb.de/politik/innenpolitik/arbeitsmarktpolitik/178757/fachkraeftemangel> , Zugriff: 5.05.2020

Flake, R., Kochskämper, S., Risius, P., Seyda, S., (2018): Fachkräfteengpass in der Altenpflege: Status quo und Perspektiven, IW-Trends- Vierteljahresschrift zur empirischen Wirtschaftsforschung, online Ressource: <http://hdl.handle.net/10419/194600> , Zugriff: 31.05.2020

Geschäftsstelle der Initiative Neue Qualität der Arbeit c/o Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin (2008): Arbeit in der stationären Altenpflege, Analyse und Förderung von Arbeitsbedingungen, Interaktion, Gesundheit und Qualität, online Ressource:

[https://www.researchgate.net/publication/319417232\\_INQA\\_Bericht\\_34\\_Arbeit\\_in\\_der\\_stationaeren\\_Altenpflege](https://www.researchgate.net/publication/319417232_INQA_Bericht_34_Arbeit_in_der_stationaeren_Altenpflege) -

[Analyse und Förderung von Arbeitsbedingungen Interaktion Gesundheit und Qualität](#) ,  
Zugriff: 1.07.2020

Goldgruber, Judith, (2012): Organisationsvielfalt und betriebliche Gesundheitsförderung, eine explorative Untersuchung, Gabler Verlag/ Springer Fachmedien Wiesbaden GmbH, Bibliothek der Hochschule für angewandte Wissenschaften (HAW), Zugriff: 26.05.2020

Hielscher, V., Krupp, E., (2019): Betriebliche Prävention im Gesundheitswesen: Barrieren und Treiber der Gesundheitsförderung in Kliniken und Langzeitpflege, Working Paper Forschungsförderung, No. 159, Hans-Böckler-Stiftung, Düsseldorf, online Ressource:

<http://nbn-resolving.de/urn:nbn:de:101:1-2020011411243322919497> ,

<https://www.boeckler.de/de/suchergebnis-forschungsfoerderung-projekte-detailseite-2732.htm?projekt=2016-983-4> , Zugriff: 22.07.2020

Hirt, J., Nordhausen, T. (2019): Methoden und Theorienecke, One size does not fit all – systematische Literaturrecherche in Fachdatenbanken

Einführung in eine zehnteilige Reihe, online Ressource:

<http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/> , Zugriff: 19.05.2020

Jacobs, K., Kuhlmeier, A., Greß, S., Klauber, J., Schwinger, A., (2016): Pflege-Report 2016, „Die Pflegenden im Fokus“, Auszug Seite 73-89, online Ressource:

[https://www.wido.de/fileadmin/Dateien/Dokumente/Publikationen\\_Produkte/Buchreihen/Pflegereport/2016/Kapitel%20mit%20Deckblatt/wido\\_pr2016\\_kap05.pdf](https://www.wido.de/fileadmin/Dateien/Dokumente/Publikationen_Produkte/Buchreihen/Pflegereport/2016/Kapitel%20mit%20Deckblatt/wido_pr2016_kap05.pdf) , Zugriff: 9.06.2020

Jacobs, K., Kuhlmeier, A., Greß, S., Klauber, J., Schwinger, A., (2019): Pflege-Report 2019, Mehr Personal in der Langzeitpflege- aber woher? SpringerLink, in: *Springer Link*, online Ressource: <https://link.springer.com/book/10.1007/978-3-662-58935-9>, Zugriff: 10.04.2020

Pfannstiel, M.A., Mehlich, H. (2016): Betriebliches Gesundheitsmanagement, Selbstbewertung des BGM von Pflegeeinrichtungen mithilfe eines praxisorientierten Leitfadens der AOK Bayern, in *SpringerLink*, Fachmedien Wiesbaden, online Ressource: [https://link.springer.com/chapter/10.1007/978-3-658-11581-4\\_22](https://link.springer.com/chapter/10.1007/978-3-658-11581-4_22), Zugriff: 10.04.2020

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 Ressource: <http://www.next.uni-wuppertal.de> , Zugriff: 1.07.2020

Uhle, T., Treier, M. (2019): Betriebliches Gesundheitsmanagement, Gesundheitsförderung in der Arbeitswelt-Mitarbeiter einbinden, Prozesse gestalten, Erfolg messen, 4., vollständig aktualisierte und erweiterte Auflage, Springer-Verlag GmbH Deutschland

Weckmüller, H., Wendel, Y., Schwarz, J., (2019): Sinnvolle Arbeit in der Altenpflege, Einflussfaktoren und Auswirkungen auf das Engagement, Springer-Verlag GmbH Germany, online Ressource: <https://link.springer.com/article/10.1007/s11553-019-00729-0> , Zugriff: 31.05.2020

## **Eidesstattliche Erklärung**

Hiermit erkläre ich, dass ich die vorliegende Ausarbeitung in vollem Umfang selbstständig erarbeitet und verfasst habe. Alle herangezogenen und wiedergegebenen Quellen sind durch Quellenangaben gekennzeichnet.

---

Datum, Unterschrift

## Anhang

<b>Suchbegriffe:</b>	Fachkräftemangel in der stationären Altenpflege
	Belastungen in der stationären Altenpflege
	Arbeitsbedingungen in der stationären Altenpflege
	Belastungen in Pflegeheim
	Betriebliches Gesundheitsmanagement in der stationären Altenpflege
	Gesundheitsförderung in der stationären Altenpflege
	Welche Belastungen liegen in der Pflege vor?
	Fachkräftemangel (OR Altenpfleger/innen Defizit OR Pflegekräfte Abwesenheit OR Pflegefachmann/-frau fehlen)

Tabelle 8: Suchbegriffe  
Quelle: (eigene Darstellung)

<b>Belastung</b>	Arbeitsaufwand, Überanstrengung, Stress, Last, Arbeitsbedingungen
<b>Fachkraft</b>	Experte, Pflegefachfrau/-Mann, Altenpfleger/innen, Pflegekräfte
<b>Mangel</b>	Abwesenheit, Defizit, fehlen
<b>Stationäre Altenpflege</b>	Pflegeheim, Langzeitpflege
<b>Betriebliches Gesundheitsmanagement</b>	–
<b>Gesundheitsförderung</b>	-

Tabelle 9: Synonyme  
Quelle: (eigene Darstellung)

überbetriebliche Akteure (Experteninterviews)	n = 17
betriebliche Akteure (Interviews)	n = 55
Beschäftigte (standardisierte Befragung)	n = 744

Tabelle 10: Befragungssample der Studie  
Quelle: (V. Hielscher et al., S. 17, 2019)



	<b>ambulante Pflegedienste n = 2</b>	<b>stationäre Pflege- einrichtungen n = 1 0</b>	<b>Krankenhäuser n = 2</b>	<b>Gesamt</b>
Fragebögen	120	829	1070	2019
Rücklauf	58	291	395	744
Rücklaufquote	48 %	35 %	37 %	37 %

Tabelle 11: Fragebögen und Rücklaufquoten  
Quelle: (V. Hielscher et al., S. 17, 2019)

<b>Einrichtung</b>	<b>Bundesland</b>	<b>Rechtsform</b>	<b>Beschäftigte</b>
<b>Krankenhäuser N = 2</b>	Nordrhein-Westfalen	Freigemeinnützig	285
	Saarland	Freigemeinnützig	905
<b>stationäre Pflegeheime N = 3</b>	Nordrhein-Westfalen	Öffentlich	59
	Rheinland-Pfalz	Freigemeinnützig	115
	Saarland	Freigemeinnützig	53
<b>ambulante Dienste N = 2</b>	Rheinland-Pfalz	Freigemeinnützig	82
	Saarland	Freigemeinnützig	62

Tabelle 12: Übersicht der Fallstudienbetriebe  
Quelle: (V. Hielscher et al., S. 15, 2019)

• Gegenwärtige Arbeitsfähigkeit im Vergleich zur individuellen Bestleistung
• Vergleich der derzeitigen Arbeitsfähigkeit in Bezug auf die Arbeitsanforderungen
• Anzahl der diagnostizierten Krankheiten
• Subjektive Einschätzung der Beeinträchtigung der eigenen Arbeitsleistung aufgrund von Krankheiten
• Anzahl der krankheitsbedingten Abwesenheitstage im letzten Jahr
• Eigene Prognose der Arbeitsleistung in zwei Jahren
• Mentale Ressourcen

Tabelle 13: sieben Dimensionen des Arbeitsfähigkeitsindex  
Quelle: (eigene Darstellung in Anlehnung an M. Simon et al., 2005).



Abbildung 14: Übersicht Projekt Inhalte BidA  
Quelle: (K. Bayer et al., S. 159, 2012).

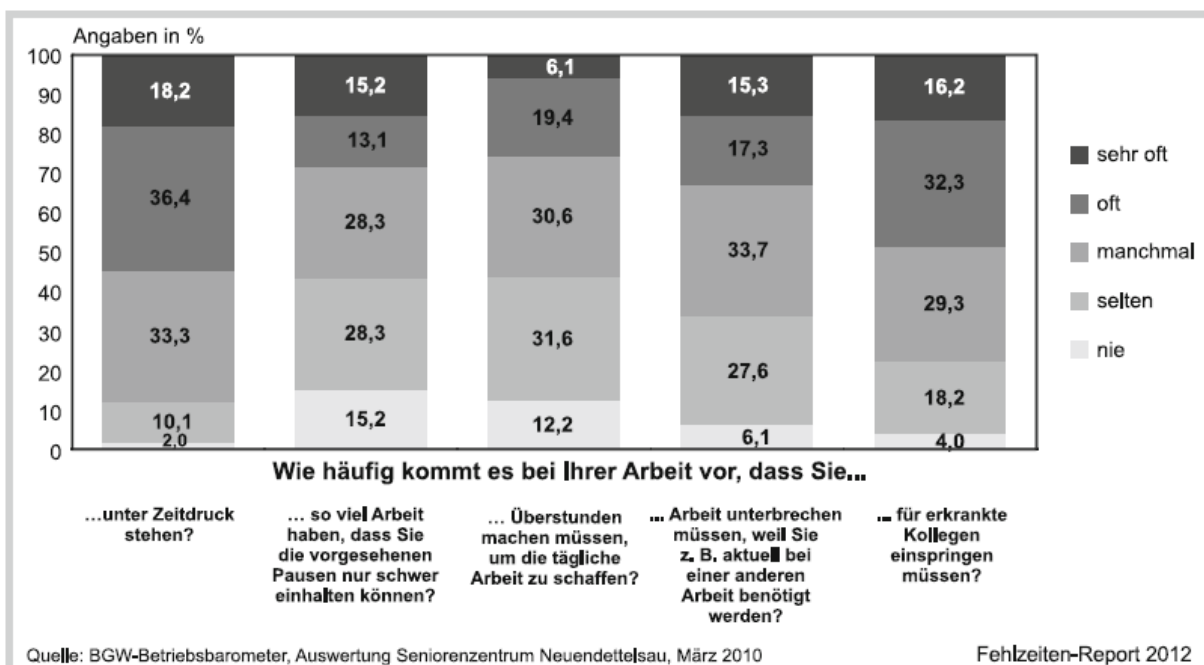


Abbildung 15: Arbeitssituation Projekt BidA  
Quelle: (K. Bayer et al., S. 161, 2012).

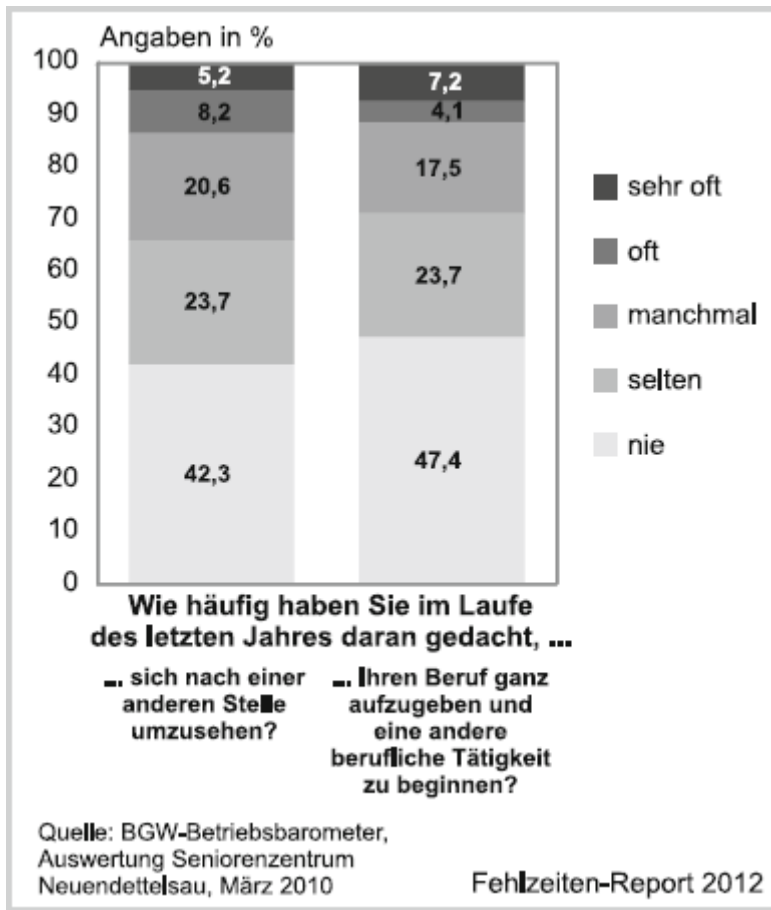


Abbildung 16: Fluktuationsneigung Projekt BidA  
Quelle: (K. Bayer et al., S. 162, 2012).

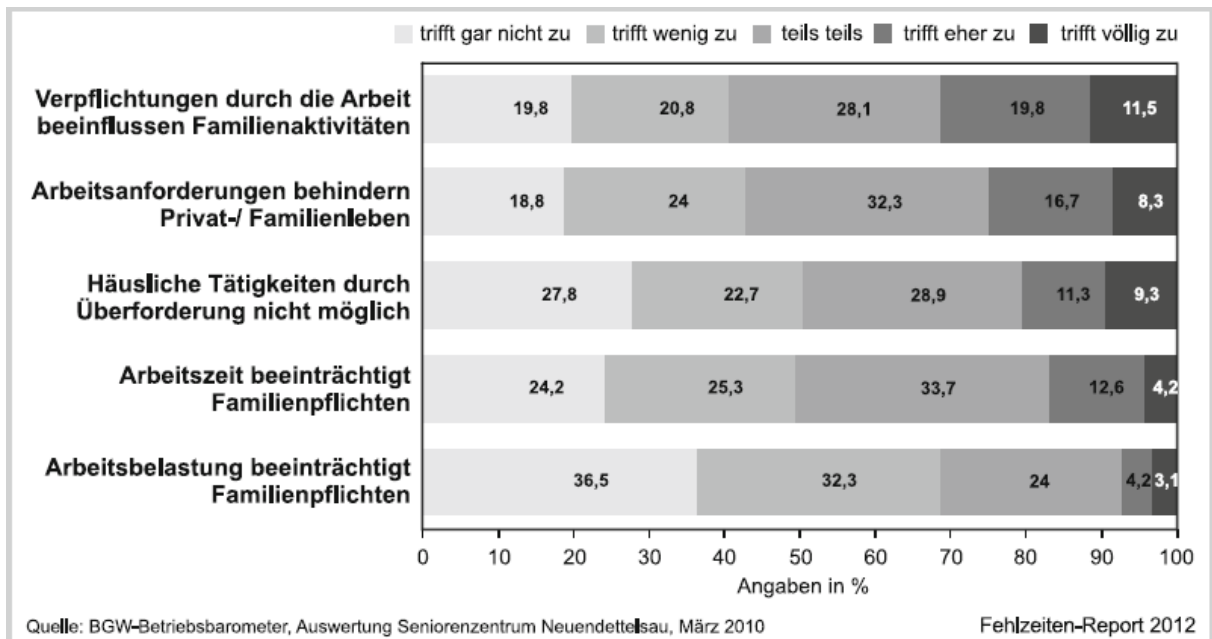


Abbildung 17: Arbeit und Leben im Gleichgewicht, Projekt BidA  
Quelle: (K. Bayer et al., S. 162, 2012).

### »Burnout-Engagement-Kontinuum«

die Autoren gehen von einer wahrgenommenen Passung oder Fehlpassung zwischen Person und Arbeitsplatz aus (Leiter u. Maslach 2004). Die Passung in den sechs Arbeitsmerkmalen (Arbeitsintensität, Spielräume, soziale Unterstützung, Anerkennung, Gerechtigkeit und Wertevorstellungen) bedingt die Ausprägung der Beschäftigten in den Burnout-Dimensionen (emotionale Erschöpfung, Zynismus, reduziertes Leistungserleben).

*Abbildung 18: Burnout-Engagement-Kontinuum*  
Quelle: (Badura et al., S. 88, 2015).