



universität
wien

Masterarbeit

Titel der Masterarbeit

Betriebliche Gesundheitsförderung in
Altenpflegeeinrichtungen
aus der Perspektive des Pflegepersonals

Verfasserin

Karin Neumaerker, B.A.

angestrebter akademischer Grad

Master of Arts (M.A.)

Wien, 2013

Studienkennzahl lt. Studienblatt:

066/905

Studienrichtung:

Soziologie

Betreuer:

Ao. Univ.-Prof. Dr. Rudolf Forster

Widmung

Die vorliegende Masterarbeit widme ich zwei bereichernden und wertvollen Menschen, die mein Leben und meine Denkweise geprägt haben. Meinem Großvater dem Oberfinanzrat *Dr. Josef Ablasser* (1925-2013), der mich mit seinem Intellekt schon immer fasziniert hat und meinem Schwiegervater dem Seniorchef der Druckerei Starzengruber *Ing. Herbert Neumaerker* (1923-2013), der mich mit seiner sozialen Kompetenz immer wieder positiv überrascht hat.

Inhaltsverzeichnis

Einleitung	3
1. Gesundheitssituation und berufliche Einflussfaktoren	8
1.1. Altenpflegeeinrichtungen im Settingvergleich	9
1.1.1. Physische und psychische Arbeitsanforderungen	9
1.1.2. Arbeitsanforderungen und Einflussmöglichkeiten	14
1.2. Unterschiede im Gesundheitszustand und in gesundheitsrelevanten Arbeitsbedingungen nach Alter	18
2. Gesundheitsförderung	21
2.1. Charakteristiken der Gesundheitsförderung	22
2.2. Organisation als gesundheitsförderliches Setting	27
2.2.1. Kommunikation innerhalb der Organisation	30
2.2.2. Partizipationsansätze	36
3. Betriebliche Gesundheitsförderung	39
3.1. Aspekte, Methoden und Instrumente	42
3.2. Rolle der Führungskraft	47
3.3. Rolle von Mitarbeiter/innen	51
4. Betriebliche Gesundheitsförderung im Gesundheitswesen	54
4.1. Pioniere der Betrieblichen Gesundheitsförderung im Gesundheitswesen	57
4.2. Altenpflegeeinrichtungen als Kontext betrieblicher Gesundheitsförderung	59
4.2.1. Kommunikationsformen und Handlungsspielräume	61
4.2.2. Implementierungserfahrungen betrieblicher Gesundheitsförderung im Langzeitpflegebereich	62
5. Forschungsfragen, -design, Methode und Interpretation	66
5.1. Hauptfragestellung	66
5.2. Spezifische Fragestellung	67
5.3. Forschungsfeld und Feldzugang	68
5.4. Stichprobenzusammensetzung	72
5.5. Qualitative Interviews	74
5.6. Qualitative Inhaltsanalyse und Datenaufbereitung nach Mayring	77
6. Ergebnisdarstellung	80
6.1. Beobachtung und Wahrnehmung der Betrieblichen Gesundheitsförderung	81
6.2. Bewertung der Betrieblichen Gesundheitsförderung	84
6.3. Einbindung der Pflegepersonen in den betrieblichen Gesundheitsförderungsprozess	90
6.4. Persönliche und organisationsbezogene Gesundheitsverantwortung der Pflegepersonen	93

6.5. Wahrgenommene Veränderungen durch die Betriebliche Gesundheitsförderung.....	95
6.6. Teilnahmebereitschaft an verhaltensbezogenen betrieblichen Gesundheitsangeboten .	97
7. Schlussfolgerung und Diskussion	102
8. Literaturverzeichnis	106
8.1. Buchquellen.....	106
8.2 Internetquellen.....	111
9. Abbildungsverzeichnis	113
10. Tabellenverzeichnis	115
11. Anhang	117
Beschreibung der Berufsgruppen der Pflege	117
Kurzfassung	119
Abstract	121
Curriculum Vitae.....	123

Einleitung

Pflegepersonen in Altenpflegeeinrichtungen sind in ihrer beruflichen Tätigkeit hohen gesundheitlichen Beanspruchungen ausgesetzt, die in verschiedenen physischen, psychischen und sozialen Beeinträchtigungen (z.B. Burnout, Rückenschmerzen) zum Ausdruck kommen. Als Reaktion auf die gesundheitlichen Belastungsfaktoren im Pflegeberuf entscheiden sich immer mehr Altenpflegeeinrichtungen, Gesundheitsprogramme im Rahmen der Betrieblichen Gesundheitsförderung für ihre Mitarbeiter/innen anzubieten (Volpers 2011: 1f).

Da die Betriebliche Gesundheitsförderung alle Organisationsmitglieder betrifft, wurden verschiedene Strategien entwickelt, um Beteiligungsmöglichkeiten für Mitarbeiter/innen zu schaffen. In diesem Zusammenhang werden häufig etwa Gesundheitszirkel, Gesundheitsworkshops und Fokusgruppen als Partizipationsmöglichkeiten für Mitarbeiter/innen angeboten. Dabei sollen Mitarbeiter/innen selbst als Experten/innen für ihre Gesundheitsbedürfnisse auftreten und Vorschläge für eine Verbesserung der bestehenden Arbeitssituation erarbeiten (Vogt 2010: 247). Ein Forschungsteam der Universität Bielefeld hat verschiedene betriebliche Gesundheitsförderungsprojekte analysiert, um festzustellen, welche Faktoren in diesem Kontext besonders förderlich oder hinderlich sein könnten. Die Mitarbeiter/innenpartizipation sowie die interne Öffentlichkeitsarbeit über den Prozess stellten wesentliche Faktoren für das Gelingen von betrieblichen Gesundheitsprogrammen dar (Brause et al. 2010: 44).

In diesem Zusammenhang zeigen sich immer wieder Verbesserungspotentiale. Das Hauptproblem liegt vor allem darin, dass kaum auf die Mitarbeiter/innen zugeschnittene betriebliche Gesundheitsaktivitäten unter Berücksichtigung einer sorgfältigen Bedarfsanalyse geplant werden (Kramer et al. 2009: 75). Aber selbst wenn ausführliche Bedarfsanalysen vor der Implementierung von Gesundheitsprogrammen durchgeführt werden, scheitern einzelne Gesundheitsaktivitäten, da sich einige Mitarbeiter/innen nicht daran beteiligen wollen (obwohl zwischen dem Angebot und dem Gesundheitsbedarf – anhand vorangegangener Bedarfsanalysen – ein Zusammenhang besteht). Darüber hinaus gibt es immer wieder Mitarbeiter/innen, die sich trotz Mitwirkungsmöglichkeiten nicht an der Entwicklung von Gesundheitsprogrammen beteiligen möchten. Das Management in Altenpflegeeinrichtungen kann die tatsächliche Teilnahmebereitschaft ihrer Mitarbeiter/innen nicht vorhersehen bzw. regulieren, sondern es hat nur die Option, Gesundheitsaktivitäten anzubieten und diese im Idealfall mit ihren Mitarbeiter/innen zu planen (Brause et al. 2010: 44f).

Blickt man in die Zukunft der Betrieblichen Gesundheitsförderung, so zeigen sich vor allem methodische Probleme, wie geringe Teilnahme- und Compliance-Raten oder zu kurze Interventions- und Nacherhebungszeiträume (Kramer et al. 2009: 75).

Anhand dieser Masterarbeit möchte ich analysieren, inwieweit eine Auswirkung zwischen den durch die Pflegepersonen wahrgenommenen betrieblichen Gesundheitsprogrammen und der tatsächlichen Inanspruchnahme von gesundheitsförderlichen Aktivitäten besteht. Genauer gesagt möchte ich herausfinden, wie Pflegepersonen die gesundheitsförderliche Organisationsentwicklung wahrnehmen, verstehen und in der Folge interpretieren. Bei der Interpretation der Betrieblichen Gesundheitsförderung durch die Pflegepersonen interessiert mich vor allem, wie gut sie sich selbst informiert gefühlt haben und ob ihre eigenen gesundheitlichen Bedürfnisse im Implementierungsprozess ausreichend berücksichtigt wurden. Ziel ist es, herauszufinden, ob Pflegepersonen, die sich ausreichend im Gesundheitsförderungsprozess informiert und integriert (im Rahmen ihrer Mitbeteiligungsmöglichkeiten) gefühlt haben, eher an verhaltensbezogenen betrieblichen Gesundheitsangeboten teilnehmen, als diejenigen Mitarbeiter/innen, die diesen Prozess als nicht so transparent angesehen haben. Dabei gilt mein Interesse der Beantwortung folgender Hauptfragestellung:

Wie wurde die Einführung, Umsetzung und Verankerung der Betrieblichen Gesundheitsförderung in der Altenpflegeeinrichtung aus der Perspektive der Pflegepersonen in der Praxis wahrgenommen?

und der spezifischen Fragestellung:

Wie wirkt sich die Wahrnehmung des Prozesses der Implementierung der gesundheitsförderlichen Organisationsveränderungen aus der Perspektive der Pflegepersonen auf die tatsächliche Inanspruchnahme von Gesundheitsprogrammen in der Praxis aus?

Im ersten Kapitel werde ich die Forschungsrelevanz dieser Masterarbeit aufzeigen, indem ich die gesundheitliche Situation von Pflegepersonen sowie die beruflichen Einflussfaktoren (vorwiegend auf Basis deutscher Studien) beschreibe. Da das Feld der Pflege sehr umfassend ist, werde ich zuerst mit einem Vergleich der unterschiedlichen Settings (Krankenhaus, Psychiatrie, ambulante Dienste und Altenpflegeeinrichtungen) beginnen. Im Rahmen des Vergleichs wird aufgezeigt, dass Pflegepersonen in Altenpflegeeinrichtungen am meisten von physischen und psychischen Belastungen betroffen sind.

Nach dem Settingvergleich gehe ich auf die Unterschiede im Gesundheitszustand und in gesundheitsrelevanten Arbeitsbedingungen nach Alter der Pflegepersonen ein. Die aufgezeigten Unterschiede dienen anschließend als Grundlage für die Zusammensetzung der Stichprobe in der eigenen empirischen Erhebung.

Das zweite Kapitel widmet sich der Thematik der Gesundheitsförderung. Nach einem historischen Einblick in die Gesundheitsförderung wird der Unterschied zur Prävention dargestellt. Zunächst wird die Charakteristik der Gesundheitsförderung vorgestellt, um ein theoretisches Verständnis über dieses Konzept zu erlangen. Dabei bildet die Ottawa Charta (WHO 1986), die den Gesundheitsbegriff und das -verständnis neu prägte, die Grundlage für das weitere theoretische Vorgehen. Die Charta verdeutlicht, dass Gesundheitsförderung im Alltag der Menschen stattfinden muss und der Settingansatz die optimale Grundlage zur Realisierung dieser Strategie bildet. Nach diesem Grundlagenverständnis wird die Organisation als gesundheitsförderliches Setting thematisiert. Das Hauptaugenmerk liegt auf dem gesundheitsförderlichen Organisationsentwicklungsprozess und der Nutzung von bestehenden Kommunikationsstrukturen. Organisationen entwickeln sich durch Kommunikation und folgen einer Eigenlogik, die ihr Überleben sichern soll. Gesundheitsförderung bedeutet in diesem Sinn, dass an den bestehenden Kommunikationsstrukturen angesetzt werden muss, um Veränderungen zu ermöglichen. Dabei muss man sich mit dem Kommunikationssystem der Organisation auseinandersetzen und Prozesse ausfindig machen, an denen die Gesundheitsförderung ansetzen kann. Wenn jedoch Kommunikationsprozesse von Organisationsmitgliedern nicht verstanden werden, kann dies zur „*Unwahrscheinlichkeit von Kommunikation*“ (Luhmann 1984) führen. Unwahrscheinlichkeit bedeutet, dass der Kommunikationsinhalt nicht verstanden wird (Missverstehen), dass die Kommunikation unbeobachtet bleibt (Nichtadressabilität) oder der Kommunikationsinhalt nicht zur eigenen Prämisse wird, um gesundheitsförderliche Verhaltensänderungen hervorzurufen (Ablehnung) (Marent 2011). Dem Problem der „*Unwahrscheinlichkeit von Kommunikation*“ (Luhmann 1984) kann anhand von Partizipationsstrategien entgegengewirkt werden. Organisationsmitglieder, die in den Organisationsentwicklungsprozess direkt eingebunden sind, nehmen die Bedeutung der Gesundheitsförderungen besser wahr und werden dementsprechend auch eher ihr eigenes Gesundheitsverhalten danach ausrichten. Aufgrund dessen werden im zweiten Kapitel einige Praxismethoden zur Realisierung der Partizipation vorgestellt.

Das dritte Kapitel widmet sich der Betrieblichen Gesundheitsförderung. Im Zuge eines kurzen Exkurses in die Entwicklungsgeschichte der Betrieblichen Gesundheitsförderung sollen gesundheitsförderliche Strategien in diesem Setting aufgezeigt werden.

Dabei werden verschiedene Entscheidungsgründe für die Implementierung von Gesundheitsprogrammen diskutiert und die Vorteile sowie Möglichkeiten von außerbetrieblichen Kooperationen (z.B. Bildung von gesundheitsförderlichen Netzwerken) aufgezeigt. In der Folge stelle ich verschiedene Methoden und Instrumente zur Förderung und Stärkung der Gesundheitskompetenzen von Mitarbeiter/innen in Betrieben dar. Zusätzliche Themenschwerpunkte sind die Beschreibung der Rolle von Führungskräften und Mitarbeiter/innen in einem gesundheitsförderlichen Organisationsentwicklungsprozess. Diese Beschreibung ist deshalb wichtig, da diesen beiden Funktionen unterschiedliche Handlungsbereiche und Mitbeteiligungsmöglichkeiten obliegen. Diese Kenntnisse werden sich bei der Interpretation der qualitativen Leitfadeninterviews als hilfreich herausstellen, um organisationsspezifische Zusammenhänge zwischen diesen beiden Funktionen herzustellen.

Im vierten Kapitel wird die Möglichkeit der Betrieblichen Gesundheitsförderung in Organisationen des Gesundheitswesens vorgestellt. Dabei soll aufgezeigt werden, über welche spezifischen Eigenschaften das Gesundheitswesen als Arbeitgeber verfügt und wo die Betriebliche Gesundheitsförderung ansetzen kann, um sich zu einem gesundheitsförderlichen Unternehmen zu entwickeln. Als Pionierbewegung der Betrieblichen Gesundheitsförderung im Gesundheitssektor wird die Entwicklung der „Health Promoting Hospitals“ (HPH) vorgestellt. Nachfolgend gehe ich auf die Spezifika und Kommunikationsstrukturen von Altenpflegeorganisationen ein und zeige auf, über welche Handlungsmöglichkeiten die Pflegepersonen in diesem Setting verfügen. Darüber hinaus stelle ich Projektevaluierungen über die Betriebliche Gesundheitsförderung im Langzeitpflegebereich (Deutschland) vor, um einen praktischen Bezug zu diesem Setting herzustellen.

Im empirischen Teil dieser Masterarbeit werden das Forschungsfeld und -design sowie die Methoden und Interpretationstechniken der Forschungsergebnisse vorgestellt. Das Forschungsfeld erschließt sich über drei Altenpflegeorganisationen (in Wien und Niederösterreich), welche sich einem ähnlichen Betrieblichen Gesundheitsförderungsprozess verschrieben und Gesundheitsförderung bereits in den eigenen Organisationsstrukturen verankert haben.

Auf Basis eines Stichprobenplans wurden insgesamt 12 Pflegepersonen (jeweils vier pro Altenpflegeeinrichtung) ausgewählt. Die Auswahl wurde auf Grundlage des Stichprobenplans von der jeweiligen Pflegedienstleitung getroffen. Alle qualitativen Leitfadeninterviews wurden innerhalb der Dienstzeit und in der jeweiligen Altenpflegeeinrichtung durchgeführt. Anschließend wurden die qualitativen Leitfadeninterviews audiobasiert aufgezeichnet und

transkribiert. Die Transkripte wurden methodengeleitet, mittels der qualitativen Inhaltsanalyse nach Mayring, bearbeitet und analysiert.

Auf Basis der inhaltsanalytischen Zusammenfassung nach Mayring wurden elf Unterkategorien gebildet. Diese Unterkategorien wurden anschließend sechs Hauptkategorien zugeordnet. In der Ergebnisdarstellung beschreiben diese Hauptkategorien zunächst die Wahrnehmungen, Sichtweisen (Bewertung der Betrieblichen Gesundheitsförderung) und Beteiligungsmöglichkeiten/-wünsche der Pflegepersonen und anschließend die tatsächliche Beteiligungsbereitschaft an verhaltensbezogenen betrieblichen Gesundheitsförderungsangeboten.

In der abschließenden Schlussfolgerung gebe ich einen Gesamtüberblick über alle sechs Hauptkategorien und stelle einen Bezug zum Kommunikationsmodell nach Marent (2011) her. Anschließend wird das Verständnis der Pflegepersonen zu betrieblichen verhaltensbezogenen Gesundheitsangeboten diskutiert und es werden die Grenzen dieser Masterarbeit aufgezeigt.

1. Gesundheitssituation und berufliche Einflussfaktoren

Für die nachfolgende Charakterisierung der Gesundheitssituation von Pflegepersonen und die gesundheitsrelevanten beruflichen Einflussfaktoren können vor allem deutsche Studien herangezogen werden, da das Pflegepersonal in Österreich in einem vergleichbaren Umfeld tätig ist. Das Tätigkeitsfeld der Pflege ist in Deutschland und Österreich breit gefächert. Pflegepersonen haben die Möglichkeit, im Akutbereich und in der Langzeitversorgung tätig zu sein. Diese verschiedenen Pflegebereiche beinhalten unterschiedliche Arbeitsanforderungen, die sich auf die Gesundheitssituation der Pflegepersonen auswirken. Um diese Unterschiede sichtbar zu machen, werden die Tätigkeitsfelder

- Krankenhäuser im Allgemeinen
- Stationäre psychiatrische Einrichtungen
- Ambulante Dienste
- Altenpflegeeinrichtungen

näher in Bezug auf die verschiedenen Arbeitsanforderungen analysiert. Dabei soll aufgezeigt werden, dass vor allem Pflegepersonen in der Altenpflege mit hohen physischen und psychischen Belastungen konfrontiert sind. Des Weiteren wird in diesem Kapitel auf die unterschiedlichen Gesundheitssituationen von Pflegepersonen sowie auf die gesundheitsrelevanten Arbeitsbedingungen nach Lebensalter eingegangen und Unterschiede werden herausgearbeitet.

Die in diesem Kapitel analysierte Gesundheitssituation der Pflegepersonen (nach verschiedenen personenbezogenen Merkmalen) soll anschließend Hinweise für die Stichprobenszusammensetzung (theoretisches Sampling) dieser Masterarbeit liefern (Geschlecht, Altersgruppen, Familiensituation usw.).

1.1. Altenpflegeeinrichtungen im Settingvergleich

Zahlreiche Studien belegen, dass Pflegepersonen im stationären Altenpflegebereich in hohem Maß von physischen und psychosozialen Belastungen betroffen sind (z.B. schweres Heben und Tragen, Umgang mit Krankheit und Sterben, eingeschränkte Rehabilitationserfolge, Gewaltübergriffe etc.). Hinzu kommen Schichtdienste und widersprüchliche berufliche Anforderungen (etwa das Treffen von Entscheidungen zwischen Qualität und Quantität) (Faller/Reinboth 2011: 240).

Zunächst werden die physischen und psychischen Arbeitsanforderungen im Setting der Pflege verglichen, um aufzuzeigen, wo die konkreten gesundheitlichen Belastungsfaktoren im Altenpflegebereich vorzufinden sind. Anschließend wird Bezug auf spezifische Arbeitsanforderungen und gesundheitliche Einflussfaktoren in fünf Bereichen der Pflege genommen. Darüber hinaus werden exemplarische Mitbeteiligungsmöglichkeiten in den unterschiedlichen Pflegesettings analysiert, um darzustellen, inwieweit die Pflegepersonen in die Entscheidungsprozesse der Organisation integriert sind. Diese Mitbeteiligungsmöglichkeiten spielen vor allem bei der Implementierung und Nachhaltigkeitssicherung von Betrieblicher Gesundheitsförderung eine wesentliche Rolle, da die Pflegepersonen dazu befähigt werden sollen, selbstständig ihre eigene Gesundheit zu fördern und aktiv am Prozess gesundheitsförderlicher Organisationsentwicklung mitzuwirken.

1.1.1. Physische und psychische Arbeitsanforderungen

Im Zuge einer Längsschnittstudie wurden Pflegepersonen aus elf europäischen Ländern in Bezug auf ihren allgemeinen Gesundheitszustand befragt. Der Erhebungszeitraum der NEXT-Befragung (Nurses Early Exit Study) lag zwischen 2002 und 2005. Insgesamt beteiligten sich 56.000 Pflegekräfte an der Befragung, wobei 18.796 Personen mehrfach an der Studie teilnahmen (Galatsch et al. 2012: 24f).

In diese Längsschnittstudie wurden Pflegepersonen aus allen Pflegesettings integriert und Vergleiche gezogen (zwischen Krankenanstalten, Altenpflegeeinrichtungen und ambulanten Diensten). Voraussetzung für die Teilnahme an der NEXT-Befragung war das Erfüllen einiger, vorab festgelegter Auswahlkriterien (Galatsch et al. 2012: 25):

- Pflegekräfte mit einer mindestens dreijährigen Pflegeberufsausbildung
- keine Ausübung einer Führungsposition
- die Bereitschaft, an zwei Erhebungszeitpunkten teilzunehmen

Bei der Messung der physischen Arbeitsanforderungen in den drei Settings erreichten Pflegepersonen im Altenpflegebereich den höchsten Mittelwert (Simon et al. 2005: 15f):

Abb. 1: Physische Arbeitsbelastungen (Heben und Tragen) bei Pflegepersonen in verschiedenen Arbeitskontexten (Quelle: Simon et al. 2005: 16)

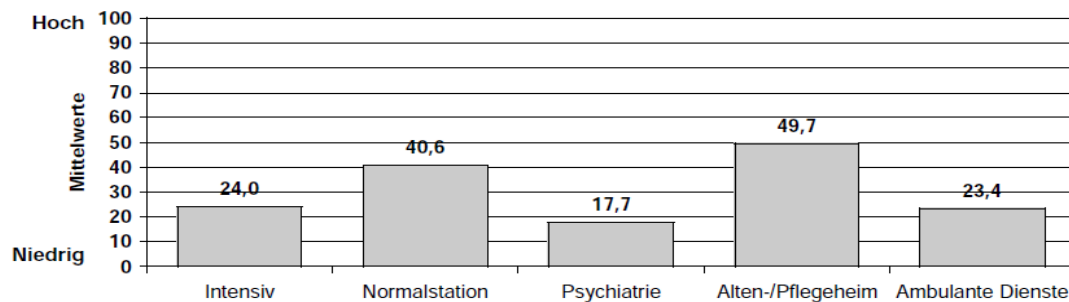


Abb. 3.9: Mittelwerte für Heben und Tragen nach Fachbereichen ($n_{\text{ges}}=3.097$; $n_{\text{Intensiv}}=795$; $n_{\text{Normalstation}}=1.216$; $n_{\text{Psychiatrie}}=218$; $n_{\text{Alten-/Pflegeheim}}=522$; $n_{\text{Ambulante Dienste}}=346$)

In der Abb. 1. werden die Mittelwerte zu acht körperlichen Arbeitsbelastungen (Simon et al. 2005: 16):

1. Lagerung im Bett
2. Umlagern und Transferieren
3. Anheben von Patienten/innen ohne Einsatz von Pflegehilfsmitteln
4. Mobilisation
5. Ankleiden
6. Unterstützung bei der Nahrungsaufnahme
7. Betten beziehen/machen
8. Schieben von Betten, Lebensmittel- oder Wäschewagen

Die Antwortmerkmale reichten von (Simon et al. 2005: 16):

- 0 bis 1 Mal (täglich)
- 2 bis 5 Mal (täglich)
- 6 bis 10 Mal (täglich)
- >10 Mal (täglich)

Anschließend wurden die Antwortmerkmale zusammengezählt und auf einer möglichen Werteskala von 0 (d.h. keine körperlichen Arbeitsanforderungen) bis 100 (die höchsten körperlichen Arbeitsanforderungen) umgerechnet. Die errechneten Mittelwerte (vgl. Abb. 1)

im Bereich „Heben und Tragen“ waren im Altenpflegesetting am höchsten (Simon et al. 2005: 16f).

Da in dieser Hinsicht die vorhandenen Rahmenbedingungen eine Entlastung der physischen Arbeitsbedingungen schaffen können, wurde die Verwendung von Hilfsmitteln (Patienten/innenlifter, etc.) näher analysiert. Hier war besonders auffällig (vgl. Abb. 2), dass Altenpflegeeinrichtungen zwar besonders gut mit technischen Hebehilfsmitteln ausgestattet waren, aber diese nicht immer von den Pflegepersonen eingesetzt wurden (Simon et al. 2005: 16ff).

Abb. 2: Einsatz von Pflegehilfsmitteln in verschiedenen Arbeitskontexten (Quelle: Simon et al. 2005: 18)

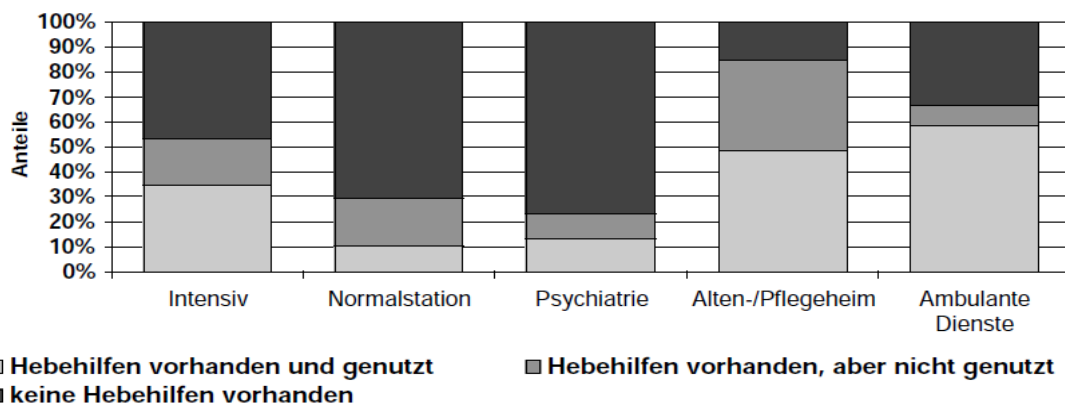


Abb. 3.11: Anteile Verfügbarkeit und Nutzung technischer Hebehilfen nach Fachbereich ($n_{\text{ges}}=3.066$; $n_{\text{Intensiv}}=793$; $n_{\text{Normalstation}}=1.207$; $n_{\text{Psychiatrie}}=211$; $n_{\text{Alten-/Pflegeheim}}=518$; $n_{\text{Ambulante Dienste}}=337$)

15 Prozent der Pflegepersonen in Altenpflegeeinrichtungen gaben in dieser Befragung an, keine technischen Hebehilfsmittel zur Verfügung zu haben. Demgegenüber gaben 85 Prozent aller befragten Pflegepersonen aus diesem Setting an, technische Hebehilfsmittel in ihrer Organisation zur Verfügung gestellt zu bekommen, jedoch wurden diese nur von 49 Prozent der Pflegepersonen als Unterstützung bei der Transferierung bzw. Umlagerung von Bewohner/innen herangezogen. Hebehilfsmittel zur Prävention von Erkrankungen des Muskel-/Skelettsapparats bleiben somit häufig ungenutzt (Simon et al. 2005: 18).

Des Weiteren wurden in dieser Studie psychische Arbeitsanforderungen abgefragt. Die Pflegepersonen gaben an, wie oft sie mit folgenden vier Anforderungen konfrontiert sind (Simon et al. 2005: 18):

1. Tod
2. Erkrankungen oder andere menschliche Leiden
3. Aggressives Verhalten
4. Unfreundlichkeit

Die Antwortmerkmale reichten von (Simon et al. 2005: 19):

- nie
- selten
- manchmal
- oft
- immer

Bei der Datenauswertung wurde 100 als der maximale emotionale Anforderungswert definiert. Die vier emotionalen Anforderungen wurden anschließend zu zwei Faktoren zusammengefasst:

1. Umgang mit Tod, Erkrankungen und menschlichem Leiden
2. Umgang mit aggressivem Verhalten und Unfreundlichkeit

Auch hier zeigten sich (vgl. Abb. 3 und Abb. 4) im Bereich der stationären Altenpflege die höchsten (quantitativen) psychischen Arbeitsanforderungen (Simon et al. 2005: 19).

Abb. 3: Belastungen durch Tod, Erkrankung und menschliche Leiden in verschiedenen Arbeitskontexten (Quelle: Simon et al. 2005: 19)

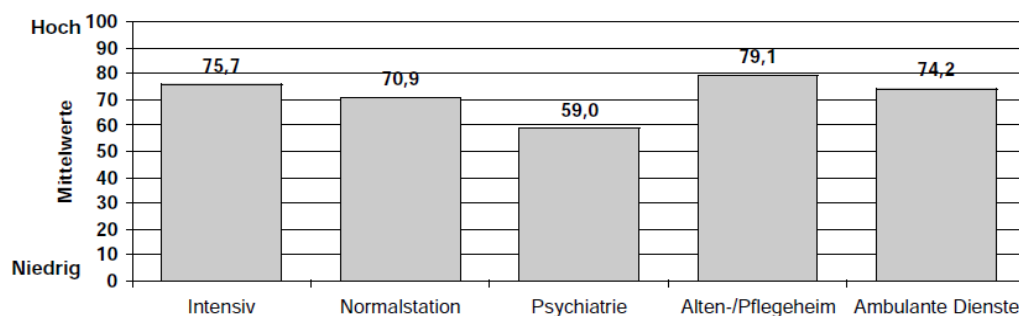


Abb. 3.12: Belastung durch Konfrontation mit Tod, Krankheit und Leiden nach Fachbereich ($n_{\text{ges}}=3.105$; $n_{\text{Intensiv}}=810$; $n_{\text{Normalstation}}=1.214$; $n_{\text{Psychiatrie}}=209$; $n_{\text{Alten-/Pflegeheim}}=523$; $n_{\text{Ambulante Dienste}}=349$)

Der Umgang mit Tod, Leid und Krankheit (vgl. Abb. 3) ist am häufigsten im Setting der Altenpflege (berechneter Mittelwert von 79) vorzufinden.

Abb. 4: Aggressives Verhalten und Unfreundlichkeit von Patienten/innen in verschiedenen Arbeitskontexten (Quelle: Simon et al. 2005: 20)

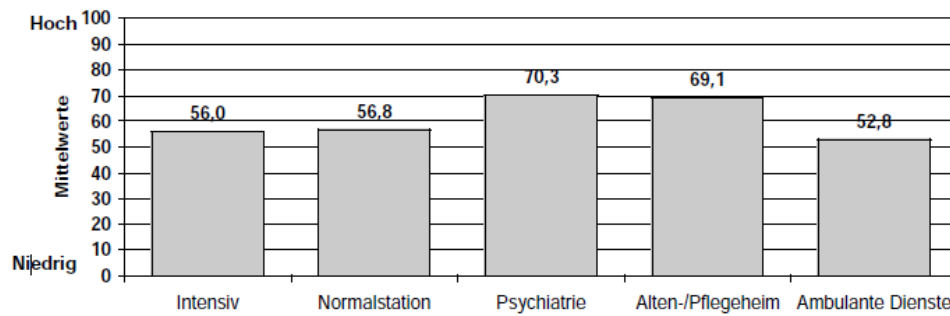


Abb. 3.13: Belastung durch Konfrontation mit aggressiven und unfreundlichen Patienten nach Fachbereich ($n_{\text{ges}}=3.117$; $n_{\text{Intensiv}}=806$; $n_{\text{Normalstation}}=1.218$; $n_{\text{Psychiatrie}}=217$; $n_{\text{Alten-/Pflegeheim}}=523$; $n_{\text{Ambulante Dienste}}=353$)

In der Konfrontation mit aggressiven Verhaltenweisen und unfreundlichen Patienten/innen ergab sich für den Arbeitsbereich der Psychiatrie der höchste berechnete Mittelwert (vgl. Abb. 4). Das Altenpflegesetting liegt knapp unter dem berechneten Mittelwert der Psychiatrie (Alten-/Pflegeheim Mittelwert von 69 und Psychiatrie von 70).

Resümierend ist also festzuhalten, dass das Setting der Altenpflege im Vergleich zu Krankenhäusern, Psychiatrien und ambulanten Diensten die höchsten physischen und psychischen Arbeitsanforderungen aufweist.

1.1.2. Arbeitsanforderungen und Einflussmöglichkeiten

Nachfolgend werden organisationsbedingte Arbeitsanforderungen und Belastungsfaktoren thematisiert, die sich auf die Gesundheitssituation der Pflegepersonen in den unterschiedlichen Settings auswirken können. Auch die Möglichkeit der Mitbeteiligung an der Gestaltung der Arbeitsbedingungen in den Bereichen Krankenhaus, mobile Dienste und Altenpflege wird analysiert.

In einer Studie zu den Arbeitsbedingungen im stationären Altenpflegesetting – beauftragt durch das deutsche Ministerium für Gesundheit, Soziales, Frauen und Familie (Nordrhein-Westfalen) – wurden 1.907 Mitarbeiter/innen (mit verschiedenen Berufsqualifikationen) befragt (Brause et al. 2010: 5f).

Als besonders hohe organisationsbezogene Belastungsfaktoren wurden folgende Punkte genannt (Brause et al. 2010: 5f):

- Bestehender Personalmangel
- Zeitdruck in Kombination mit einem hohen Arbeitspensum (kaum Zeit für die Pflege und Betreuung von Bewohner/innen)
- zu viele administrative Aufgaben (Dokumentationspflichten etc.)
- Schlecht geplante bzw. koordinierte Arbeitsabläufe

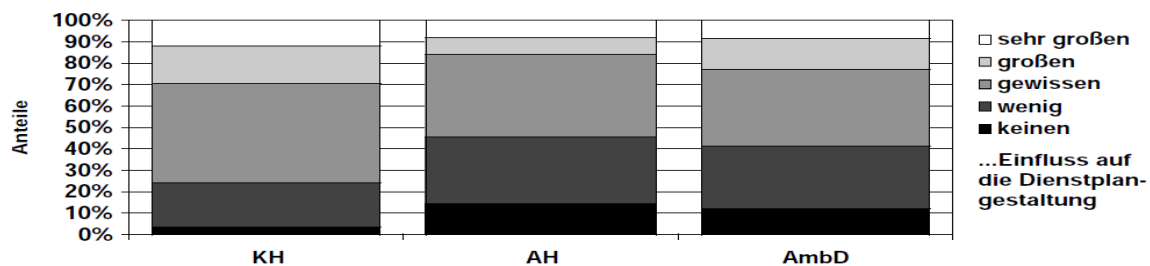
Besonders auffällig in dieser Studie war, dass etwa die dauerhafte Konfrontation mit Leid und Tod der Bewohner/innen seltener belastend wirkte als die strukturellen und organisationsspezifischen Bedingungen (Brause et al. 2010: 6).

Im Rahmen der ersten Auswertung der NEXT-Studie (nurses early exit study) (Deutschland 2005) wurden organisatorische und arbeitszeitspezifische Anforderungen näher analysiert. Dabei wurden Pflegepersonen (n=3.565) aus den Bereichen Krankenanstalten, ambulante Dienste und Alten-/Pflegeeinrichtungen befragt (Simon et al. 2005: 7).

Die Arbeitszeitorganisation nimmt im Pflegesetting einen hohen Stellenwert ein, da Wochenend-, Nacht- und teilweise Bereitschaftsdienste geplant werden müssen. Darüber hinaus können die unregelmäßigen Schichtarbeitszeiten der Pflegepersonen zu körperlichen und psychischen Belastungen führen (Simon et al. 2005: 34f).

Betrachtet man die Einflussmöglichkeiten in Bezug auf die Dienstplangestaltung innerhalb der Organisationen, so zeigt sich folgendes Bild (Simon et al. 2005: 34f):

Abb. 5: Einfluss von Pflegepersonen auf die Dienstplangestaltung in verschiedenen Arbeitskontexten (Quelle: Simon et al. 2005: 35)



*Abb. 3.28: Einfluss auf die Dienstplangestaltung nach Einrichtungstyp
($n_{\text{Krankenhaus}}=2.600$; $n_{\text{Alten-/Pfleheim}}=515$; $n_{\text{Ambulante Dienste}}=345$)*

Die Analyse der Einflussmöglichkeiten in Bezug auf die Dienstplangestaltung zeigte (vgl. Abb. 5), dass Pflegepersonen im Altenpflegebereich nur geringen Einfluss auf die Dienstplangestaltung nehmen. Die größten Einflussmöglichkeiten auf die Gestaltung des Dienstplanes haben Pflegepersonen in Krankenhäusern, gefolgt von ihren Kollegen/innen aus den ambulanten Diensten (Simon et al. 2005: 34f).

Hinsichtlich der angegebenen Zufriedenheit mit den Arbeitszeitregelungen zeigt sich, trotz der unterschiedlichen Einflussmöglichkeiten der Pflegepersonen in den verschiedenen Settings, ein ziemlich ausgeglichenes Bild (Simon et al. 2005: 36).

Abb. 6: Arbeitszeitzufriedenheit von Pflegepersonen in verschiedenen Arbeitskontexten (Quelle: Simon et al. 2005: 37)

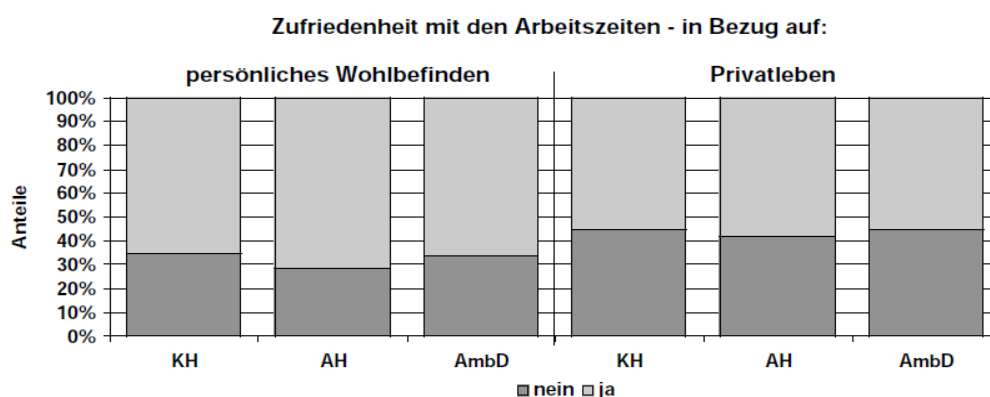


Abb. 3.31: Zufriedenheit mit den Arbeitszeiten hinsichtlich persönlichen Wohlbefindens und hinsichtlich des Privatlebens nach Einrichtungstyp (Persönliches Wohlbefinden: $n_{\text{Krankenhaus}}=2.606$; $n_{\text{Alten-/Pfleheim}}=515$; $n_{\text{Ambulante Dienste}}=345$. Privatleben: $n_{\text{Krankenhaus}}=2.598$; $n_{\text{Alten-/Pfleheim}}=512$; $n_{\text{Ambulante Dienste}}=343$)

Obwohl Pflegepersonen im Altenpflegebereich über die geringsten Einflussmöglichkeiten bezüglich der Dienstplangestaltung verfügen, gaben sie den höchsten prozentuellen Wert im Bereich des persönlichen Wohlbefindens (im Zusammenhang mit den Arbeitszeiten) an (vgl. Abb. 6).

Insgesamt kann man davon ausgehen, dass der Einflussbereich sowie die Mitbeteiligungsmöglichkeiten der Pflegepersonen im Altenpflegesetting geringer sind als in Krankenhäusern und ambulanten Diensten. Das bedeutet auch, dass die Erfahrungen mit verschiedenen Partizipationsansätzen (wie diese vor allem bei der Umsetzung der Gesundheitsförderung verlangt werden) bei den Pflegepersonen im Altenpflegebereich möglicherweise kaum vorhanden sind. Dazu möchte ich im Folgenden auf zwei Studien eingehen:

Die „**DAK-BGW-Studie 2005**“ (Deutsche Angestellten Krankenkasse - Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege; Zufallsstichprobe von 4000 Personen mit einer Rücklaufquote von 52 Prozent) analysierte die verschiedenen Partizipationsmöglichkeiten der Pflegepersonen im stationären Krankenpflegebereich (Grabbe et al. 2005: 36).

Folgende Partizipationsaspekte wurden erhoben (Grabbe et al. 2005: 36):

- Beschwerden der Pflegepersonen werden in der Einrichtung berücksichtigt
- Motivation zum Einbringen von Verbesserungsvorschlägen
- Anliegen des Pflegedienstes werden durch die Leitung unterstützt
- Pflegepersonen werden über geplante Veränderungen informiert

48 Prozent der befragten Pflegepersonen gaben an, dass sie gar nicht bzw. nur wenig über Veränderungen in ihrer Einrichtung informiert werden. Darüber hinaus gaben 46 Prozent der Pflegepersonen an, dass ihre Beschwerden gar nicht bzw. nur wenig berücksichtigt werden. Auch die Frage zur Motivation der Mitarbeiter/innen, Verbesserungsvorschläge in die Organisation einzubringen, beantworteten 44 Prozent der Befragten mit „trifft gar nicht/wenig zu“. Am günstigsten fiel die Frage „Leitung unterstützt Anliegen des Pflegedienstes“ aus, hier äußerte sich ein gutes Drittel der Befragten positiv (trifft eher und trifft völlig zu) (Grabbe et al. 2005: 37).

Prinzipiell schätzten Pflegepersonen mit Führungsaufgaben die Partizipationsmöglichkeiten höher ein als Befragte ohne Leitungsfunktion. Darüber hinaus wurden keine nennenswerten

Unterschiede in der Einschätzung der Mitsprache- und Beteiligungsmöglichkeiten in Abhängigkeit vom Arbeitsbereich und der Größe der Einrichtung (Anzahl der Betten) konstatiert (Grabbe et al. 2005: 37).

Durch die deutsche Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin wurde das Projekt **„Selbstbewertung als partizipationsorientierte und nachhaltige Methode für die gesundheitsförderliche Arbeitsgestaltung in der Pflege“** beauftragt. Dabei wurden sieben Altenpflegeeinrichtungen für das Projekt herangezogen. Insgesamt erfasste das Projekt 257 Mitarbeiter/innen (Klein/Gaugisch 2005: 25-38).

Zu den Akteuren/innen der Selbstbewertungen zählten Entscheidungsträger/innen, die jeweiligen Qualitätsbeauftragten und Mitarbeiter/innen der Organisation. Insgesamt haben an der Mitarbeiter/innenbefragung 111 Personen teilgenommen (entspricht einer Rücklaufquote von 43 Prozent bei insgesamt 257 Mitarbeiter/innen in den sieben Altenpflegeeinrichtungen) (Klein/Gaugisch 2005: 25-38).

52 Prozent der Befragten gaben an, dass Beschwerden in ihrer Organisation durch die Führungsebene berücksichtigt werden. Mehr als ein Drittel (36 Prozent) war bei dieser Frage unentschlossen und 11 Prozent stimmten der Aussage gar nicht zu. 58 Prozent der befragten Mitarbeiter/innen fühlten sich durch die Führungsebene gut informiert, wobei 12 Prozent dem gar nicht zustimmten. Etwas mehr als die Hälfte der Befragten (56 Prozent) gab an, von den jeweiligen Führungskräften in Bezug auf das Einbringen von Verbesserungsvorschlägen motiviert zu werden. Der Frage, ob Führungspersonen die Anliegen der Berufsgruppen unterstützen und ernst nehmen, stimmten 54 Prozent zu. 19 Prozent der befragten Mitarbeiter/innen empfanden diese Unterstützung überhaupt nicht (Klein/Gaugisch 2005: 42f).

Zusammenfassend kann man sagen, dass die Sicht über Beteiligungsmöglichkeiten der Pflegepersonen sehr heterogen ist. Über die verschiedenen Indikatoren hinweg empfindet etwa die Hälfte der befragten Mitarbeiter/innen die organisationalen Beteiligungsmöglichkeiten als ausreichend. Eine substantielle Minderheit findet, dass Beteiligungsmöglichkeiten innerhalb ihrer Altenpflegeeinrichtungen nicht gegeben sind. Darüber hinaus bewertet die Führungsebene die Partizipationsmöglichkeiten für Mitarbeiter/innen höher als die Pflegepersonen selbst.

1.2. Unterschiede im Gesundheitszustand und in gesundheitsrelevanten Arbeitsbedingungen nach Alter

Im folgenden Kapitel wird auf Altersdifferenzen der Pflegepersonen bezüglich deren Gesundheitssituationen und gesundheitsrelevanten Arbeitsbedingungen eingegangen. Die aufgezeigten altersbezogenen Differenzierungen sollen anschließend eine Grundlage für die Zusammensetzung der Stichprobe in dieser Masterarbeit liefern (theoretisches Sampling).

Um die Gesundheitssituation der Pflegepersonen im Altersvergleich darzustellen, beziehe ich mich auf die deutsche NEXT-Befragung. In dieser Befragung wurden drei Altersgruppen definiert (Galatsch et al. 2012: 25):

1. Pflegekräfte im jüngeren Lebensalter (16 bis 29 Jahre)
2. Pflegekräfte im mittleren Lebensalter (30 bis 44 Jahre)
3. Pflegekräfte im höheren Lebensalter (ab 45 Jahren)

Abgefragt wurden Informationen zum Gesundheitszustand, zu physischen sowie psychischen beruflichen Bedingungen, spezifischen Beanspruchungsfaktoren durch die Pflegearbeit, zu relevanten privaten Lebenssituationen und zu den beruflichen Perspektiven der teilnehmenden Pflegekräfte (Galatsch et al. 2012: 24f).

Durch diese Studie konnte konstatiert werden, dass Pflegekräfte im jüngeren Lebensalter ihren Gesundheitszustand (zu beiden Erhebungszeitpunkten 2002 und 2005 sowie unabhängig vom beruflichen Setting) im Vergleich zu den anderen Altersgruppen besser einschätzten. Dies könnte ein Hinweis darauf sein, dass in der jüngeren Altersgruppe der Gesundheitszustand relativ konstant bleibt. Im Gegensatz dazu nahm die Selbsteinschätzung der subjektiven Gesundheit bei den Pflegekräften im mittleren und im höheren Lebensalter vom ersten zum zweiten Erhebungszeitpunkt ab (in der Gruppe mit höherem Lebensalter hat sich der empfundene Gesundheitszustand signifikant reduziert). Als signifikante Prädiktoren des subjektiven Gesundheitszustandes erwiesen sich im jüngeren Lebensalter die Führungsqualität der Vorgesetzten und der Arbeits- und Familienkonflikt. Beide Prädiktoren hatten einen nahezu gleich hohen Einfluss auf die Gesundheit der jüngeren Pflegekräfte. Bei den Pflegepersonen im mittleren Alter waren die signifikanten Prädiktoren die quantitativen Arbeitsanforderungen, der Arbeits- und Familienkonflikt und die soziale Unterstützung der Kollegen/innen. Für die Pflegepersonen im höheren Lebensalter nahm der Arbeits- und Familienkonflikt ebenso einen hohen Stellenwert ein, wobei sich als stärkster Prädiktor für die Gesundheit die soziale Unterstützung durch Führungskräfte erwies (Galatsch et al. 2012: 25-28).

Interessant ist, dass der Arbeits- und Familienkonflikt einen größeren Stellenwert vor allem bei Pflegekräften im höheren Lebensalter einnimmt. Dies kann darauf hinweisen, dass in diesen Altersgruppen die Bedeutung des eigenen Berufes zu Gunsten der eigenen Familie abnimmt (Galatsch et al. 2012: 29).

Die Resultate der durchgeführten Regressionsanalysen zeigten auf, dass die Beziehung zwischen Beruf und Familie – in allen definierten Altersgruppen – den wichtigsten Einflussfaktor für die Gesundheit der Pflegepersonen einnahm. Die Analyseergebnisse lassen somit darauf schließen, dass Gestaltungsinterventionen, die den Arbeits- und Familienkonflikt fokussieren, einen positiven Gesundheitseffekt für Pflegekräfte in allen Altersgruppen haben können. Interventionspunkte könnten in dieser Hinsicht die flexiblere Gestaltung der Schichtarbeitszeiten und die verstärkte Berücksichtigung von familiären Belangen der Pflegepersonen sein (Galatsch et al. 2012: 28f).

Möchte man die Gesundheit der jüngeren Pflegekräfte erhöhen, so sollten laut der NEXT-Studie vorwiegend Führungsqualitätsaspekte gestärkt werden. Dies könnte durch individuelles Coaching oder durch die Etablierung eines Mentoren/innenprogramms im jeweiligen Unternehmen realisiert werden (Galatsch et al. 2012: 19).

Da sich bei Pflegekräften im mittleren Lebensalter verstärkt die quantitativen Arbeitsanforderungen negativ auf die Gesundheit auswirken, könnten hier arbeitsorganisatorische Gestaltungsinterventionen einen positiven Gesundheitseffekt bewirken. Auch gute soziale Arbeitsbeziehungen zu Kollegen/innen können die gesundheitliche Situation dieser Altersgruppe positiv beeinflussen (Galatsch et al. 2012: 29).

Bei Pflegepersonen im höheren Lebensalter muss der Blick vor allem auf die soziale Beziehung zum/zur Vorgesetzten geworfen werden. Das Hauptaugenmerk sollte auf Wertschätzung der geleisteten Arbeitsergebnisse (auf Grundlage ihrer Erfahrungen, ihrer Expertise etc.) liegen. In Zusammenarbeit mit den Vorgesetzten könnten Pflegepersonen im höheren Lebensalter diese bereits gesammelten Erfahrungen in die Karrierebegleitung jüngerer Pflegepersonen investieren (Galatsch et al. 2012: 29f).

Anhand dieser Studie kann gesagt werden, dass Gesundheitsprogramme auch die verschiedenen Lebenssituationen der Pflegepersonen im Altersunterschied berücksichtigen müssen. Pflegepersonen sind im Altersvergleich mit unterschiedlichen Lebenssituationen (privat wie auch beruflich) konfrontiert und haben demnach auch verschiedene

gesundheitsförderliche Interessenslagen. Bei der Planung von gesundheitsfördernden Verhältnis- und Verhaltensinterventionen müssen diese Bedürfnisse aufgegriffen und in die Organisationsentwicklung integriert werden.

2. Gesundheitsförderung

Im Folgenden wird ein Überblick über die Konzepte und Strategien der Gesundheitsförderung gegeben. Als Abgrenzung zur Gesundheitsförderung wird kurz das Konzept der Prävention gegenüber gestellt. Diese theoretische Abhandlung ist deshalb interessant, da die beiden Konzepte häufig unter einem Begriff geführt werden und dadurch Abgrenzungsproblematiken entstehen können. Der weitere Fokus liegt auf der Ottawa Charta (WHO 1986), die wesentlich zur Entwicklung der Gesundheitsförderung in der Gesellschaft beigetragen hat. Gesundheit wurde als verbindliches Gut definiert, das allen Menschen unabhängig von ihrer sozialen Herkunft und ihren ökonomischen Ressourcen zur Verfügung gestellt werden soll. Das Setting wurde als optimales Handlungsfeld erkannt und es wurden spezifische Ansätze zur Realisierung der Gesundheitsförderung entwickelt. Organisationen als spezifisches Setting wird ein eigenes Unterkapitel gewidmet. Dieses Setting stellt für die Gesundheitsförderung ein wesentliches Handlungsfeld dar, da durch organisationale verhaltens- und verhältnisbezogene Gesundheitsmaßnahmen eine breite Masse an Menschen angesprochen werden kann.

Organisationen entwickeln sich durch Kommunikationsstrukturen und folgen in ihren Abläufen einer gewissen Eigenlogik. Um Gesundheitsförderungsprogramme in eine Organisation implementieren zu können, müssen diese Kommunikationsstrukturen offen gelegt werden. Setzt man sich nicht mit der spezifischen Organisationskommunikation auseinander, so kann es passieren, dass es zur „*Unwahrscheinlichkeit von Kommunikation*“ (Luhmann 1984) kommt. Dies wird dann ersichtlich, wenn Gesundheitsprogramme nicht von den Zielgruppen wahrgenommen (beobachtet) und/oder verstanden werden oder die Teilnahme an Gesundheitsangeboten ausbleibt. Eine Strategie die „*Unwahrscheinlichkeit von Kommunikation*“ (Luhmann 1984) zu minimieren, stellt die Anwendung von Partizipationsansätzen dar. Werden Organisationsmitglieder in die gesundheitsförderliche Organisationsentwicklung integriert und nehmen sie an Entscheidungen teil, so wird für sie der gesamte Gesundheitsförderungsprozess transparenter. Das bedeutet, dass die gesundheitsförderliche Kommunikation eher durch die Organisationsmitglieder beobachtet, verstanden und akzeptiert wird (Marent 2011).

2.1. Charakteristiken der Gesundheitsförderung

Gesundheitsförderung hat zum Ziel, die Gesundheit von Individuen und gesamten Bevölkerungsgruppen zu stärken und deren gesundheitliche Ressourcen zu erweitern. Ziel der Gesundheitsförderung ist nicht, Erkrankungen zu verhindern, dies obliegt der Prävention. Die Prävention als Intervention konzentriert sich verstärkt auf die Medizin als Aktionsfeld, Gesundheitsförderung hat ihre Wurzeln in den Sozialwissenschaften. Der leitende Gedanke ist, dass Menschen zur Förderung ihrer eigenen Gesundheit bewegt werden. Die Abgrenzungen der beiden Konzepte lassen sich am besten anhand der Gegenüberstellung der Ausgangspunkte, Zielsetzungen und der zugrunde liegenden Modelle darstellen (Altgeld/Kolip 2010: 45f).

Tabelle 1: Abgrenzung Prävention und Gesundheitsförderung (Altgeld/Kolip 2010: 45f):

	Prävention	Gesundheitsförderung
Ausgangspunkt	Erkrankungen des Individuums oder der Bevölkerung	Gesundheit des Individuums oder der Bevölkerung
Zielsetzung	Reduktion von Risiken bzw. Verhinderung von Risiken	Stärkung der Gesundheit und des Wohlbefindens
Modell	Risikofaktorenmodell	Salutogenesemodell

Der Medizinsoziologe Aaron Antonovsky war der erste Vordenker, der die Gesundheit eines Menschen und seine verschiedenen gesundheitsförderlichen Kompetenzen thematisierte und daraus ein eigenes Gesundheitsmodell entwickelte. Antonovsky sieht Gesundheit und Krankheit als zwei Verbindungspole eines Kontinuums an, auf dem Individuen kontinuierlich ihre Position wechseln (dies hängt jeweils von krankheitsverursachenden Risiken sowie gesundheitsförderlichen Ressourcen bzw. Schutzfaktoren ab). Er stellte mit dem Begriff der Salutogenese (als Gegenbegrifflichkeit zur Pathogenese) den herkömmlichen Präventionsgedanken erstmals in Frage (Antonovsky 1979). Die Salutogenese greift den Gesundheitsgedanken auf und stellt sich der Frage, warum es Individuen gibt, die trotz gesundheitlicher Risiken und Belastung ihre Gesundheit erhalten können (Altgeld/Kolip 2010: 45f).

Im Rahmen der Ottawa Charta (WHO 1986) wurde ein neues Gesundheitsverständnis geprägt. Die Selbstbestimmung der Menschen wurde in den Vordergrund gerückt, und Gesundheitsförderung wurde nicht nur mehr als eine reine Intervention von Experten/innen für Laien angesehen, sondern als Prozess verstanden, der von und mit betroffenen Personen gestaltet wird. Dabei sind nicht nur einzelne Personen oder Gruppen gemeint,

sondern auch Organisationen und (politische) Entscheidungsträger, welche in ihrem jeweiligen Einflussbereich die Grundsätze der Ottawa Charta umsetzen können. Als gesundheitsförderliche Strategien wurden drei Grundstrategien genannt (Brösskamp-Stone/Dietscher 2011: 28f).

Tabelle 2: Grundstrategien der Ottawa Charta 1986 (Brösskamp-Stone/Dietscher 2011: 28f)

1. Interessenvertretung	2. Befähigung und Ermöglichung	3. Vermittlung und Vernetzung
Anwaltschaftliches Eintreten (Kampagnen, Interessensgemeinschaften usw.)	Handlungsfähigkeiten von Menschen sollen unterstützt werden, um deren Gesundheitsfaktoren positiv zu beeinflussen. Chancengleichheit soll geschaffen und der Zugang zu wesentlichen Informationen ermöglicht werden.	Gesundheitsförderung muss in allen Gesellschaftsbereichen geschaffen werden, um eine optimale Gesundheit der Bevölkerung zu ermöglichen.

Diese Grundstrategien sollen anhand von fünf Handlungsbereichen realisiert werden (Brösskamp-Stone/Dietscher 2011: 29f).

Tabelle 3: Handlungsbereiche der Ottawa Charta 1986 (Brösskamp-Stone/Dietscher 2011: 29f)

1. Ausbau einer gesundheitsfördernden Gesamtpolitik	Hier soll die Frage geklärt werden, welche politischen Bereiche auf welche Weise zur Gesundheit der Bevölkerung beitragen können (dies geht über die Finanzierbarkeit und Organisation des Gesundheitswesens hinaus).
2. Schaffung von gesundheitsfördernden Lebenswelten (Verhältnisansatz)	Realisierung von gesundheitsfördernden Verhältnissen in alltäglichen Lebensbereichen der Menschen (z.B. Schaffung ausreichender Ruhepausen für Mitarbeiter/innen).
3. Unterstützung von gesundheitsbezogenen Gemeinschaftsaktionen	Schaffung von Beteiligungsmöglichkeiten, um gesundheitsfördernde Entscheidungen und Entwicklungen gemeinschaftlich zu treffen und umzusetzen (Integration von Gesundheitszirkeln in einer Organisation etc.).
4. Entwicklung von persönlichen Gesundheitskompetenzen (Verhaltensansatz)	Verbesserung der Eigenkontrolle über gesundheitsbestimmende/-fördernde Faktoren (Vermittlung und Erwerb von gesundheitsförderndem Wissen). Dieser vierte Handlungsbereich wird auch unter dem Begriff „Empowerment“ geführt.

5. Neuorientierung von Gesundheitsdiensten

Gesundheitsdienste sollen nicht nur an der Kuration, sondern an der Gesundheit ihrer Zielgruppen interessiert sein.

Das Hauptaugenmerk wurde stark auf Partizipations- und Empowermentansätze gelegt. Zudem geht es um die Zusammenarbeit von sozialen und politischen Handlungsfeldern. In einer systemischen Hinsicht kann dies nur realisiert werden, wenn sich verschiedene Funktionssysteme (Wirtschaft, Recht usw.) aktiv an der Gesundheitsförderung beteiligen. Diese Funktionssysteme agieren im Prinzip selbstständig, aber sie sind ganzheitlich gesehen trotzdem ein Teilsystem eines größeren Systems. Daher schließen sich die einzelnen Funktionssysteme zu Netzwerken (z.B. gesundheitsförderlichen Allianzen) zusammen, um gemeinsam erfolgreiche Kernstrategien zu entwickeln. Als erfolgsversprechender Ansatz bei der Realisierung von gesundheitsförderlichen Interventionen wurde (als Initiative der WHO) das Konzept der gesundheitsförderlichen Settings entwickelt und das Gesunde-Städte-Netzwerk (WHO 1986) gegründet (Altgeld/Kolip 2010: 48-53).

Der Settingansatz ermöglicht es, dass gesundheitsförderliche Strategien gezielt auf soziale Systeme ausgerichtet werden können. Im Sinne der Gesundheitsförderung stellt das Setting ein soziales System dar, welches verschiedene Umwelteinflüsse auf eine Gruppe von Individuen umfasst. Diese Umwelteinflüsse sollen als wesentliche Faktoren von Gesundheitsbedingungen angesehen werden, die im Zuge von verhaltens- und verhältnisbezogenen Gesundheitsinterventionen gestaltet werden können (Altgeld/Kolip 2010: 49). Dabei muss die Gesundheitsförderung im Alltag der jeweiligen Zielgruppen stattfinden, um die Gesundheit dieser Individuen umfassend herzustellen und aufrechtzuerhalten. Entwicklungen zeigen sich vor allem in den folgenden Settings (Altgeld/Kolip 2010: 49f):

- Städte
- Schulen
- Betriebe
- Krankenhäuser
- Regionen
- Gefängnisse
- und Universitäten

Die tatsächliche Entwicklung von Gesundheitsförderungsansätzen in den gesamten Settings ist unterschiedlich ausgeprägt. Nach den bisherigen Entwicklungen sind vor allem Schulen und Betriebe an einer aktiven Gesundheitsförderung der Schüler/innen sowie

Mitarbeiter/innen interessiert und können bereits explizite Erfahrungen verzeichnen (Altgeld/Kolip 2010: 50).

Hinsichtlich der gesundheitsförderlichen Krankenhäuser haben sich bereits einige Netzwerke etabliert, die mehr oder weniger verbindliche Strukturen vorgeben. Darüber hinaus wurden für viele Settings Qualitätskriterien definiert, die sich vorwiegend auf die Struktur- und Prozessqualität konzentrieren (Altgeld/Kolip 2010: 50). Wenig Evidenz im gesundheitsförderlichen Settingansatz findet die Ergebnisqualität (Altgeld/Kolip 2010: 50). Darüber hinaus gibt es immer wieder Diskussionen darüber, wie der Settingansatz letztendlich zu interpretieren ist (Pelikan 2011: 63f).

Fokussiert man ein pragmatisches Ziel, „Gesundheitsförderung in Settings“, so geht es um den Zugang einer Population zu gesundheitsförderlichen Interventionen. Geht es darum, eine gesundheitsförderliche Lebenswelt für die jeweilige Population zu schaffen, so richtet man sein Hauptaugenmerk auf das „Gesundheitsfördernde Setting“ (empathische Zielsetzung) (Pelikan 2011: 63f):

Tabelle 4: Differenzierung von Settings (Pelikan 2011: 63f)

Makro-Ebene	Meso-Ebene	Mikro-Ebene
Staaten	Organisationen/lokale Gemeinschaften	Personen

Die Meso-Ebene hat sich als optimales Setting zur Implementierung von Gesundheitsförderung herauskristallisiert. In modernen Gesellschaften verbringen Individuen einen beträchtlichen Teil ihres Lebens in Organisationen. Lokale Gemeinschaften/Organisationen haben daher einen wesentlichen Einfluss auf die Gesundheit ihrer Mitglieder. Der Vorteil der Meso-Ebene gegenüber der Mikro-Ebene ist, dass es wesentlich weniger Organisationen als Individuen gibt. Das bedeutet, dass Organisationen in verschiedenen Rollen eine Vielzahl an Personen regelmäßig erreichen können. Durch gezielte Gesundheitserziehung und durch eine Veränderung der organisationalen Umweltverhältnisse können Organisationen wesentlich bei der Entwicklung von gesundheitsförderlichen Settings mitwirken. Der Vorteil einer Organisation als Adressat von Gesundheitsförderung ist, dass sie – im Vergleich zum Einflussbereich eines Staates (Makro-Ebene) – näher und spezifischer an ihre Mitglieder herankommt. Der Staat spielt wiederum eine wesentliche Rolle bei der Gestaltung von relevanten Rahmenbedingungen einer Organisation (Pelikan 2011: 64-67).

Der (komplexe) Settingansatz muss somit alle Ebenen (Makro, Meso und Mikro) berücksichtigen, um erfolgreich und nachhaltig zu sein. Systemtheorien sind aufgrund ihrer Komplexität gut für die konzeptionelle Untermauerung eines (komplexen) Settingansatzes geeignet. Die Systemtheorie von Niklas Luhmann ist für alle Ebenen und Typen von sozialen Systemen geeignet, relativ präzise ausgearbeitet und gut in die Grundvorstellung der Gesundheitsförderung integrierbar. In der Systemtheorie werden Organisationen als umweltoffene sowie auf die Umwelt angewiesene, operativ geschlossene, komplexe und unvorhersehbare (nicht-triviale) soziale Systeme angesehen. Organisationen reproduzieren sich durch Kommunikation von Entscheidungen, sie sind selbstreferentiell, selbstorganisiert und autopoietisch. Die Organisationsgrenzen werden durch die Mechanismen Mitgliedschaft oder Nichtmitgliedschaft gezogen (Pelikan 2011: 65ff). Am einflussreichsten ist der gesundheitsförderliche Settingansatz dann, wenn dieser gleichzeitig an verhaltens- und verhältnisbezogenen Maßnahmen ausgerichtet ist (Altgeld/Kolip 2010: 47).

Allgemein gesehen geht es darum, gesundheitsförderliche Ressourcen auf der individuellen sowie gesellschaftlichen Ebene zu erkennen und darauf basierend Maßnahmen abzuleiten (Altgeld 2011: 54). Diese gesundheitsförderlichen Maßnahmen können am Individuum selbst ansetzen (verhaltensbezogene Gesundheitsförderungsmaßnahmen) und an sozialen Systemen (verhältnisbezogene Gesundheitsförderungsmaßnahmen). Verhaltensbezogene Maßnahmen sollen dazu anregen, dass das Individuum durch selbstbestimmtes Handeln seine Gesundheitschancen erhöht. Verhältnisbezogene Maßnahmen sollen Rahmenbedingungen schaffen, die z.B. ein gesundheitsorientiertes Arbeitsumfeld realisieren. Der entscheidende Aspekt, dass gesundheitsförderliche Maßnahmen überhaupt greifen, ist die frühzeitige Beteiligung der jeweiligen Zielgruppe. Eine frühzeitige Integration der Zielgruppe – bereits in der Problemspezifikation – ist ein unabdingbares Kriterium bei der Realisierung von Gesundheitsförderungsprogrammen. Dies ist deshalb so entscheidend, da je früher die Zielgruppe in die Gesundheitsförderung integriert wird, desto geringer wird die Schwelle bei der Inanspruchnahme von verhaltensbezogenen Gesundheitsförderungsinterventionen (Altgeld/Kolip 2010: 47).

Anhand der vorgestellten theoretischen und methodischen Grundvorstellungen stellt sich das soziale Setting „Organisation“ als ein optimaler Ansatz- und Umsetzungspunkt zur Realisierung von Gesundheitsförderung dar. Die Systemtheorie nach Luhmann liefert die geeignete konzeptionelle Grundlage, um die Organisation als gesundheitsförderliches Setting zu verstehen. Im nachfolgenden Kapitel wird daher aufgezeigt, welche Rahmenbedingungen, Einflussfaktoren, Zielsetzungen und Maßnahmen bei der nachhaltigen Realisierung einer gesundheitsfördernden Organisation eine Rolle spielen.

2.2. Organisation als gesundheitsförderliches Setting

Gesundheitspolitisch gesehen lieferte die Ottawa-Charta den wesentlichen Anstoß zur gesundheitsförderlichen Arbeits- und Organisationsgestaltung. In der Charta (WHO 1986) wurde zu einer Reorientierung der gesundheitspolitischen Ziele aufgerufen. Organisationen müssen, um ein gesundheitsförderliches Setting zu bieten, ihre Strukturen vorausschauend planen und sich von der reinen Risikobekämpfung (Krankheitsorientierung) distanzieren. Das Ziel der Organisation als gesundheitsförderliches Setting ist, dass spezifische Gesundheitspotentiale erkannt werden, um krankheitsverursachende Risiken frühzeitig zu minimieren und im besten Fall auszuschließen. Ein gesundheitsförderliches Setting muss, um wirksam zu sein, die gesamten Strukturen, Prozesse und Ergebnisse einer Organisation sowie deren externe relevante Umwelt integrieren. Dies kann nur funktionieren, wenn dieser Ansatz von allen Organisationsmitgliedern getragen wird (Badura 1993: 20-32).

Organisationen als gesundheitsförderliche Settings haben unterschiedliche Möglichkeiten bei der Gestaltung ihrer Umwelt (Pelikan 2007: 79):

- Aspekt des Lebensraums

In dieser Hinsicht beeinflussen Organisationen die Gesundheit von jenen Individuen, die sich vor allem lang- aber auch kurzfristiger in ihrer Umwelt aufhalten und reproduzieren (Pelikan 2007: 79).

- Aspekt der Arbeitsumwelt

Durch die Produktion von Gütern und Dienstleistungen wird auf die Gesundheit der Mitarbeiter/innen eingewirkt, indem die Organisation ein mehr oder weniger gesundes Arbeiten bzw. Mitarbeiten ermöglicht oder einschränkt. Organisationen können spezifische Angebote bereitstellen, um negative Arbeitsfaktoren zu kompensieren (Pelikan 2007: 79).

- Aspekt der Outputs

Durch geplante oder auch ungeplante Outputs können Organisationen auf ihre Umwelt einwirken (z.B. Lärm, Abgase) (Pelikan 2007: 79).

- Aspekt der Inputs

Als Bezieher von Inputs (Dienstleistungen, etc.) können Organisationen indirekten Einfluss auf die Gesundheit der Vorproduzenten/innen/-dienstleister/innen und deren Beteiligte haben, indem sie diese in Bezug auf eine mehr oder weniger günstige Gesundheitsbilanz auswählen (Pelikan 2007: 79).

Anhand des oben dargestellten Handlungsspielraums haben Organisationen die Option, die Gesundheitsbilanz im Unternehmen positiv zu steigern, indem sie bei allen Entscheidungen auch die Kriterien von gesundheitsförderlichen bzw. -schädlichen Faktoren berücksichtigen (Pelikan 2007: 80).

Gesundheitsförderung konzentriert sich auf die Gestaltung der Voraussetzungen von Gesundheit und auf die gesundheitsförderliche Kontextgestaltung (im Rahmen von Entscheidungsprozessen usw.) innerhalb einer Organisation. Dies kann nur realisiert werden, wenn ein Verständnis für die Entwicklungslogik und die Entwicklungsmöglichkeiten des jeweiligen sozialen Systems (d.h. der Organisation) vorhanden ist. Organisationen sind in ihrer Entwicklung stark auf sich selbst bezogen, folgen einer gewissen Eigenlogik und reagieren in erster Linie auf eigene Systemzustände. Das bedeutet auch, dass Impulse von außen nur aufgegriffen werden können, wenn die internen Strukturen der Organisation für eine Bearbeitung geeignet sind (Impulse von außen können demnach nur Anregungen zur Selbstentwicklung sein). Organisationen werden über die Gesundheitsförderungsthematik durch einzelne Experten/innen, Interessenvertretungen oder öffentliche Medien in Kenntnis gesetzt. Dies bedeutet jedoch nicht, dass Organisationen auf diese Forderungen reagieren. Für die meisten Organisationen ist die Förderung der Mitarbeiter/innengesundheit keine prioritäre Aufgabe (Grossmann 1993: 46ff).

Auch wenn Organisationen die Gesundheit ihrer Mitarbeiter/innen in einem hohen Maß beeinflussen, heißt dies nicht, dass ihre Arbeitsprozesse und Aufgabendefinitionen auf die

Gesundheitsförderung ausgelegt sind (z.B. Altenpflegeeinrichtungen haben die Aufgabe, Personen mit Pflegebedarf zu versorgen). Gesundheitsförderung steht somit vor der Aufgabe, in die Entscheidungen und das professionelle Handeln von Organisationen neue und der Eigenlogik gegenüber fremde Dimensionen einzuführen. Das Ziel der Gesundheitsförderung sollte demnach sein, dass sie anschlussfähig für die Organisation ist und ihr helfen soll, ein vorhandenes Problem (z.B. erhöhte Krankenstands-/Fluktuationsraten) zu lösen (Grossmann 1993: 48ff).

Organisationsentwicklung ist immer ein doppelter Prozess, denn Organisationen entwickeln sich durch die Veränderung von Strukturen (Arbeitsweisen etc.) und durch die Entwicklung von Kompetenzen, Fähigkeiten sowie Orientierungen der handelnden Personen. Darüber hinaus lernen Organisationen nicht wie Personen. Systemtheoretisch gesprochen lernen Personen über ihr Bewusstsein und Organisationen entwickeln sich über Kommunikationsstrukturen. Im Interesse der Gesundheitsförderung bedeutet Organisationsentwicklung somit nicht nur Bewusstseinsbildung der Organisationsmitglieder, sondern vor allem Strukturbildung (Grossmann 1993: 49). Die vorhandenen Kommunikationsstrukturen können je nach ihrer Ausgestaltung und Umsetzung fördernd oder hemmend für die Organisationsmitglieder sein. Daher konzentriert man sich bei der Umsetzung der Organisation als gesundheitsförderliches Setting auf den Informationsfluss, die Informationsaufbereitung, Informationsgestaltung und die Bewertung der Informationen durch die Organisationsmitglieder (Nöhammer et al. 2010: 132f).

Bevor auf den Partizipationsansatz eingegangen wird, soll aufgezeigt werden, wie Kommunikationsprozesse innerhalb einer Organisation entstehen und was diese Prozesse bei den einzelnen Organisationsmitgliedern bewirken können. Das nächste Kapitel „Kommunikation innerhalb der Organisation“ soll ein grundlegendes Verständnis über die Wirkungsweisen von Kommunikationsprozessen liefern. Dieses ist ausschlaggebend dafür, wie Gesundheitsförderung in einer Organisation implementiert wird und auf welchen Ebenen Organisationsmitglieder mitpartizipieren können.

2.2.1. Kommunikation innerhalb der Organisation

Dort wo sich Menschen aufhalten, müssen sie ihr Verhalten koordinieren. Diese Koordination entsteht durch definierte Normen, Regeln, Strukturen usw. und beeinflusst wiederum das menschliche Verhalten. Die Beeinflussung des menschlichen Verhaltens in Organisationen gelingt durch standardisierte Handlungsanweisungen, die die Menschen bzw. Mitarbeiter/innen im Prinzip austauschbar machen. Die Differenzierung zwischen der Organisation und ihren Mitarbeiter/innen wird somit zu einem zentralen Merkmal der Organisationstheorie. Die Mitarbeiter/innen stellen somit notwendige Umwelten für die Organisation dar, da sie die notwendigen Handlungen liefern. Der einzelne Mensch hat die Möglichkeit, in verschiedenen Organisationen mitzuwirken, jedoch wird er in keiner seine vorhandenen Talente und Kompetenzen vollständig einsetzen können. Diese sogenannte Entkoppelung von Menschen und ihren Handlungen sowie die daraus entstehende Bildung von arbeitsteiligen Handlungsmustern stellen den evolutionären Gewinn der Organisationsbildung dar. Durch diese Entkoppelung können hochkomplexe Arbeitsprozesse realisiert und Funktionen erfüllt werden, die über das einzelne Handlungsvermögen eines Menschen hinausgehen (Simon 2007: 11-14). Keine einzelne Pflegeperson könnte eine Altenpflegeeinrichtung alleine führen und dabei alle Handlungsabläufe selbstständig erfüllen. Die Pflegeperson benötigt etwa für medizinische Handlungen ärztliche Delegationen usw. Darüber hinaus bedeutet diese Entkoppelung auch, dass Organisationen länger als ihre Mitarbeiter/innen überleben können. Dieser Aspekt unterscheidet Organisationen von sozialen Mustern, denn diese organisieren sich in der Interaktion selbst (Simon 2007: 15).

Marent (2011) rekonstruierte Kommunikationsprozesse in der Gesundheitsförderung aus einem systemtheoretischen Blickwinkel, um aufzuzeigen, wie Kommunikation durch die Empfänger (d.h. Zielgruppe der Gesundheitsförderung) beobachtet und verstanden werden kann. Die Beobachtung und das Verstehen der Kommunikation sind für die Teilnahmebereitschaft der Organisationsmitglieder an Gesundheitsaktivitäten ausschlaggebend. Hierzu schließt er an Luhmann (1984) an und differenziert die Kommunikation in einem dreifachen Selektionsprozess (Marent 2011: 52-57). Luhmann versteht unter Kommunikation eine Verknüpfung von zwei Ereignissen, in denen drei Selektionen vollzogen werden (Luhmann 1984):

- Information
- Mitteilung
- Verstehen

Im ersten Ereignis geht es um die Informationswahl (d.h. Was will ich überhaupt mitteilen?) sowie um die Auswahl einer Form der Mitteilung dieser Information (d.h. Wie soll ich es genau mitteilen?). Durch dieses erste Ereignis entsteht eine *Kommunikationsofferte* (Marent 2011: 53).

Im zweiten Ereignis kommt es zu einer Beobachtung der Unterscheidung von Information und Mitteilung, was durch den Begriff des *Verstehens* bezeichnet wird. Jedoch geht es im Falle des Verstehens nicht um ein richtiges Deuten von Bewusstseinsakten, sondern darum, den Selektionshorizont der Information und Mitteilung zu (re)konstruieren. Durch das zweite Ereignis wird dem ersten Ereignis eine retroaktive Bedeutung verliehen (Marent 2011: 53).

Luhmann versteht Kommunikation als ein emergentes Phänomen, dessen Verlauf unabhängig von menschlichem Bewusstsein ist. Dies verdeutlicht er mit dem Begriff der Selbstreferenz (Luhmann 1984), der besagt, dass sich Kommunikationssysteme selbst festlegen und dadurch der Freiheitsgrad des Erwartbaren begrenzt wird (Marent 2011: 53).

Unwahrscheinlichkeit der Kommunikation (drittes Ereignis):

Der Ausgangspunkt der Kommunikationstheorie (nach Luhmann) ist die Annahme der „Unwahrscheinlichkeit einer Kommunikation“. Luhmann geht in seiner Theorie davon aus, dass der/die Adressat/in eine Kommunikationsofferte anhand der Unterscheidung von Information und Mitteilung beobachtet und demzufolge ableitet, ob eine Anschlusskommunikation stattfindet oder auch nicht (Luhmann 1984).

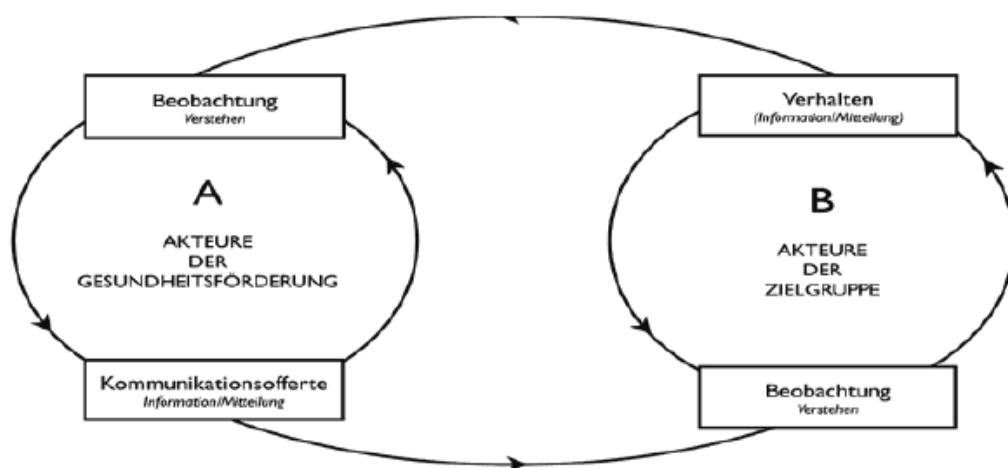
Sein/Ihr Verstehen entscheidet somit über den Erfolg oder Nichterfolg der möglichen Anschlusskommunikation. In diesem Zusammenhang können sich drei Problembereiche entwickeln („**Unwahrscheinlichkeit von Kommunikation**“ (Luhmann 1984, 2010)) (Marent 2011: 53):

Tabelle 5: Problembereiche der Kommunikation nach Luhmann 1984 (Marent 2011: 53)

Nichtadressabilität	Missverstehen	Ablehnung
Dies entsteht, wenn eine Kommunikation durch den/die Adressat/in nicht beobachtet wird.	Der/die Adressat/in (Beobachter/in) bestimmt zunächst die Bedeutung der Aussage und nicht der/die Akteur/in (Sprecher/in). Das bedeutet, dass Verstehen immer von den kognitiven Strukturen des/der Adressaten/in abhängt und diese Strukturen bezieht er/sie aus seinem/ihrem eigenen sozialen Umfeld.	Entsteht dann, wenn der/die Adressat/in den Inhalt der Kommunikation nicht als Prämisse seines/ihres eigenen Verhaltens übernimmt.
Unbeobachtet bleibt die Kommunikation dann, wenn die Art der Vermittlung für den/die Adressat/in in seinen/ihren unterschiedlichen Lebenssituationen nicht die notwendige Priorität besitzt.	Missverstehen ist nach Luhmann immer zuerst ein Verstehen, denn der/die Adressat/in versteht immer, dass etwas mitgeteilt wird. Nachdem der/die Adressat/in die Kommunikation verstanden hat, kann der Kommunikationsprozess weitergeführt werden. Missverstehen wird erst ab einer gewissen Quantität zum Kommunikationsproblem.	

Bei der Dateninterpretation spielt das Modell von Marent (2011) eine besondere Rolle. Marent verdeutlicht in seinem Modell, dass das Verstehen der Adressaten (hier der Pflegepersonen, die Betriebliche Gesundheitsförderung in Anspruch nehmen sollen) ausschlaggebend für den Erfolg oder Misserfolg der Kommunikation ist. Mit dem Kommunikationsmodell möchte Marent aufzeigen, dass Akteure/innen der Gesundheitsförderung bei der Entwicklung von Gesundheitsförderungsaktivitäten auf die Mitbeteiligung (Partizipation) ihrer potentiellen Zielgruppen angewiesen sind. Nach Marent kann sich die Einführung der Betrieblichen Gesundheitsförderung zu einem Koproduktionsproblem der beteiligten Organisationsmitglieder entwickeln. Marent veranschaulicht dies anhand eines Kommunikationsprozesses, unter Berücksichtigung der Systemtheorie nach Luhmann. Luhmann geht in seiner Theorie davon aus, dass der/die Adressat/in eine Kommunikationsofferte¹ anhand der Unterscheidung von Information und Mitteilung beobachtet und demnach ableitet, ob eine Anschlusskommunikation stattfindet oder auch nicht. Das Verstehen des/der Adressaten/in entscheidet somit über den Erfolg oder Nichterfolg einer möglichen Anschlusskommunikation (Marent 2011: 54-57).

Abb. 7: Kommunikation im Kontext der Gesundheitsförderung (Quelle: Marent 2011: 55)



Die oben stehende Grafik (Abb. 7) stellt einen Kommunikationsprozess für eine zielgruppenorientierte Gesundheitsförderungsaktion dar. Dabei konzentriert sich Marent auf zwei unterschiedliche Akteure/innen (Marent 2011: 54):

¹ Dreifache Selektion von Information, Mitteilung und Verstehen (Luhmann 1984; 2010; Marent 2011: 53).

- A → Akteure/innen der Gesundheitsförderung
- B → die Zielgruppe der Akteure/innen der Gesundheitsförderung

Akteure/innen der Gesundheitsförderung (A) werden beispielsweise Bedarfsanalysen (z.B. in Form von Mitarbeiter/innenbefragungen) durchführen oder die bestehenden Gesundheitsförderungsinterventionen für die Zielgruppe innerhalb der Organisation evaluieren. Anhand der gesammelten Daten (Beobachtungen) möchten die Akteure/innen der Gesundheitsförderung (A) das betriebliche Gesundheitsverhalten der Zielgruppe (B) positiv beeinflussen. Daher entwickeln die Akteure/innen der Gesundheitsförderung (A) spezifische gesundheitsorientierte Aktionen (Gesundheitsprogramme) für die Zielgruppe (B). Durch das angebotene Gesundheitsförderungsprogramm werden die Gesundheitsförderungsaktionen für die Zielgruppe sichtbar (Marent 2011: 54f).

Sobald die Zielgruppe (B) das Gesundheitsangebot beobachtet, ist die Nichtadressabilität² überbrückt. Die Zielgruppe (B) beobachtet nun selbst ihr Verhalten in Bezug auf die vorangegangenen Kommunikationsofferte. In diesem Prozess kann das Verständnis der Zielgruppe (B) stark von dem der Akteure/innen der Gesundheitsförderung (A) abweichen. In diesem Fall könnte es zu einer Ablehnung³ der Gesundheitsförderungsaktion durch die Zielgruppe (B) kommen. Diese Ablehnung können die Akteure/innen der Gesundheitsförderung (A) nur dann erkennen, wenn sie die gesetzten Gesundheitsförderungsaktionen regelmäßig evaluieren (Marent 2011: 55).

Die Nichtinanspruchnahme der Gesundheitsförderungsaktionen durch die Zielgruppe (B) wäre ein Anzeichen für die Nichtadressabilität oder Ablehnung der von den Akteuren/innen der Gesundheitsförderung (A) gesetzten bzw. angebotenen Kommunikationsofferte (Marent 2011: 55).

Marent möchte mit seinem Kommunikationsmodell aufzeigen, dass eine erfolgsversprechende Gesundheitsförderungskommunikation bei den Adressaten/innen der Gesundheitsförderung ansetzen muss. Das bedeutet, dass die Akteure/innen der Gesundheitsförderung immer damit rechnen müssen, dass der Inhalt ihrer Botschaften (Information/Mitteilung) durch die verschiedenen Zielgruppen unterschiedlich verstanden (beobachtet) wird. Darüber hinaus müssen die Akteure/innen mit dem gesellschaftlichen Wandel Schritt halten können und daher mit ihrem Angebot innovativ auftreten. Das Angebot

² Dies kann dann entstehen, wenn die Kommunikationsofferte nicht beobachtet oder durch „Lärm“ gestört wird, was dazu führt, dass der Kommunikationsprozess unabgeschlossen bleibt (Luhmann 1984: 218; Marent 2011: 54).

³ Dies entsteht, wenn ein/eine Adressat/in den selektiven Inhalt der Kommunikation (Information) nicht als Prämisse seines/ihrer eigenen Verhaltens übernimmt (Luhmann 1984: 218; Marent 2011: 54).

wiederum darf nicht zu innovativ gestaltet werden, da es an das Gewöhnte (Erfahrungen, eingewöhnte Handlungsmuster der Zielgruppe, etc.) anschlussfähig sein muss. Infolgedessen sollten die Akteure/innen der Gesundheitsförderung die Entscheidungen für die Implementierung von Gesundheitsaktivitäten nicht von oben herab treffen, sondern sie müssen herausfinden, welche spezifischen Themen und Probleme in den jeweiligen Lebenskontexten der potentiellen Zielgruppen vorherrschen. Zudem sollten sich die Akteure/innen bei der Gestaltung ihrer Kommunikationsofferte an den kognitiven Gewohnheiten der potentiellen Zielgruppen orientieren. Als Unterstützung können die Akteure/innen verschiedene verbale und nonverbale Kommunikationstechniken anwenden (z.B. Informationsschreiben, Internetankündigungen, Plakate, Workshops). Die Medien sollten sich aber immer dem vorherrschenden Kommunikationsstil der jeweiligen Zielgruppe anpassen (Marent 2011: 55f).

Ein Ansatzpunkt bei der Gestaltung einer gesundheitsförderlichen Kommunikationsofferte stellt die Partizipation dar. Partizipationsansätze zielen darauf ab, die Zielgruppen der Gesundheitsförderung in den gesundheitsförderlichen Organisationsentwicklungsprozess zu integrieren. Durch die Mitbeteiligung der Zielgruppe soll das Verständnis sowie die Motivation gegenüber der Gesundheitsförderung in der Organisation erhöht werden.

2.2.2. Partizipationsansätze

Bevor in diesem Kapitel auf die Mitbeteiligungsmöglichkeiten innerhalb einer Organisation eingegangen wird, sollen zunächst der Hintergrund sowie die Grundprinzipien der Partizipation geklärt werden.

Wie die Grundprinzipien des gesundheitsförderlichen Settings liegen die Wurzeln des Partizipationsansatzes in der Ottawa-Charta (WHO 1986). Partizipation bezieht sich auf eine Handlungsanweisung, welche die Praxis der Gesundheitsförderung optimieren und sicherstellen soll. Um die jeweiligen Zielgruppen der Gesundheitsförderung in den Organisationsentwicklungsprozess zu integrieren, müssen geeignete Praxismethoden implementiert werden. Diese Praxismethoden müssen die Zielgruppen motivieren und sie nachhaltig in den gesundheitsförderlichen Organisationsentwicklungsprozess einbinden (Faltermaier/Wihofszky 2012: 102f).

Die ersten theoretischen Überlegungen im Kontext der Gesundheitsförderung und Partizipation liegen im Modell der Salutogenese. Antonovsky (1979, 1987) begründete, dass in den sogenannten Widerstandsressourcen einer Person partizipatorische Ansätze vorhanden sind. Konzentriert man sich auf die personal-psychische Ebene einer Person, so sind es vor allem die kognitiven Überzeugungen der personalen Kontrolle, die Selbstwirksamkeit, das vorhandene Wissen über die Gesundheit, Persönlichkeitsmerkmale und die Ich-Identität, die es einer Person ermöglichen, gesundheitsförderliche Entscheidungen zu treffen. Auf der Handlungsebene geht es wiederum um die verfügbaren Bewältigungskompetenzen und Ressourcen, um Entscheidungen für die eigene Gesundheit zu treffen. Die genannten Widerstandsressourcen können als personale Voraussetzung für Partizipationsprozesse verstanden werden (Faltermaier/Wihofszky 2012: 104f).

Tabelle 6: Drei Komponenten zur Erleichterung des Partizipationsprozesses (Faltermaier/Wihofszky 2012: 105)

Kognitive Komponente	Motivationale Komponente	Kognitiv-aktionale Komponente
Verstehbarkeit	Sinnhaftigkeit	Bewältigbarkeit

Neben diesen drei Komponenten (Tabelle 6) stärken auch die persönlich gesammelten Erfahrungen mit zu bewältigenden Situationen die eigenen Widerstandsressourcen. Die Überlegungen von Antonovsky liefern einen ersten Beitrag zum theoretischen Verständnis der Partizipation (Faltermaier/Wihofszky 2012: 105).

Der subjektwissenschaftliche – im Gegensatz zum verhaltenstheoretischen – Ansatz betont das aktive (mehr oder weniger) eigenständige Handeln einer Person. Daher werden subjektwissenschaftliche Modelle als angemessener für Fragen der Partizipation und des Empowerments erachtet. Subjektive und soziale Zugangsmöglichkeiten zur eigenen Gesundheit haben im Alltag einen hohen Einfluss auf die individuelle Gesundheitssituation einer Person. Das bedeutet auch, dass die individuellen Zugangsmöglichkeiten zentraler Ausgangspunkt für partizipatorische Ansätze der Gesundheitsförderung sein müssen. Auch wenn Personen der Zielgruppe – im Gegensatz zu Experten/innen – als Laien bezeichnet werden, darf nicht vergessen werden, dass sie über eigenständige und individuell ausgeprägte Handlungskompetenzen verfügen, die sie für die kontinuierliche Aufrechterhaltung ihrer Gesundheit nützen. Werden diese Handlungskompetenzen und Zugangsmöglichkeiten bei der gesundheitsförderlichen Maßnahmenentscheidung nicht berücksichtigt, kann es dazu führen, dass man die Zielgruppe gar nicht oder nicht entsprechend ihrer eigenen Lebenswelt erreicht (d.h. Maßnahmen stehen in keinem Zusammenhang mit der entsprechenden Lebenssituation). Darüber hinaus werden die Einstellungen und die Handlungsperspektiven in den jeweiligen Lebenswelten sozialisiert und mit Mitmenschen geteilt. Genau hier setzt der lebensweltliche Ansatz an. Gesundheitsförderung muss, um nachhaltig wirksam zu sein, in den jeweiligen Lebenswelten der Zielgruppe verankert werden. Diese lebensweltliche Orientierung liefert der bereits beschriebene Settingansatz (Faltermaier/Wihofszky 2012: 105-107).

In der partizipativen Praxis müssen vier Handlungsebenen berücksichtigt werden (Faltermaier/Wihofszky 2012: 108f):

1. Vor der Implementierung von gesundheitsförderlichen Interventionen müssen die Bedürfnisse, die subjektiven und sozialen Voraussetzungen sowie die jeweiligen Handlungskompetenzen der Zielgruppe erfasst werden.
2. Es muss sichergestellt werden, wie die Zielgruppe in die gesundheitsförderliche Organisationsentwicklung integriert werden kann.
3. Das Management muss herausfinden, wie partizipative Maßnahmen in der Organisation verankert werden können.
4. Die Evaluation muss Partizipationsprozesse innerhalb der Organisation systematisch reflektieren.

Anhand dieser theoretischen Grundlagen und der Darstellung der organisationalen Grundbedingungen der Partizipation wird transparent, dass die Mitbeteiligung umfassend geplant werden und an den lebensweltlichen Kontexten (Zugangsmöglichkeiten) der Zielgruppe ansetzen muss. Werden diese Grundprinzipien im Rahmen organisationaler

Veränderungsprozesse nicht berücksichtigt, so kann es dazu führen, dass Interventionen geplant werden, zu denen die Zielgruppe keinen Bezug findet und ihre Mitbeteiligung ausbleibt (d.h. die gesundheitsförderliche Kommunikationsangebote wird nicht beobachtet, nicht verstanden oder abgelehnt).

3. Betriebliche Gesundheitsförderung

Im folgenden Kapitel wird das gesundheitsförderliche Setting „Betrieb“ näher thematisiert. Anschließend werden die Entscheidungsgründe für die Implementierung von Gesundheitsprogrammen in Betrieben diskutiert sowie die Möglichkeiten und Vorteile eines gesundheitsförderlichen Organisationsentwicklungsprozesses vorgestellt. Anschließend wird ein Einblick in die Möglichkeiten von Kooperationen/Netzwerken gegeben und aufgezeigt, wie die Bewegung der Betrieblichen Gesundheitsförderung verbreitet ist. Die betrieblichen Verhältnisse haben einen wesentlichen Einfluss auf die Gesundheit der Mitarbeiter/innen (z.B. welche Arbeitsmittel werden zur Verfügung gestellt, wie sind die Dienstzeiten gestaltet usw.). In der Ottawa Charta (WHO 1986) wurde gefordert, dass die Arbeitsbedingungen der Menschen eine Quelle der Gesundheit und nicht der Krankheit sein sollen.

Betriebe können sich aus zwei sehr unterschiedlichen Gründen für die Implementierung von Gesundheitsprogrammen entscheiden (Pelikan 2007: 80):

- **Zweckrationale Entscheidung**

Mit der Implementierung von Gesundheitsförderungsprogrammen können bestehende Probleme gelöst und dadurch kann das Organisationsüberleben gesichert werden. Dabei stellt die betriebliche Gesundheitsförderung eine neue Ressource dar, um Problemlagen innerhalb der Organisation zu kompensieren bzw. zu beseitigen. Ob die vorhandenen Probleme durch gesundheitsförderliche Strategien gelöst werden können, hängt von der Evidenzlage der jeweiligen Gesundheitsaktivitäten ab (d.h. wie hoch die wissenschaftlich bewiesene Effektivität der angebotenen Interventionen ist) (Pelikan 2007: 80).

- **Wertrationale Entscheidung**

Durch gesundheitsförderliche Interventionen können neue Zielsetzungen innerhalb der Organisation erreicht werden. In diesem Fall soll die Betriebliche Gesundheitsförderung ein neues Sinnkriterium und/oder einen spezifischen Wert darstellen bzw. erfüllen. Um diese Absicht in die Praxis umzusetzen, muss es zu einem entsprechenden Wertewandel in der Organisation und deren relevanten Umwelten kommen (Pelikan 2007: 80).

Entscheidungen bringen immer ein gewisses Unsicherheitspotential mit sich. Wenn gegenwärtig Entscheidungen für zukünftige Ereignisse getroffen werden, dann sind die Folgen der getroffenen Entscheidung niemals zu 100 Prozent absehbar. Ein Lösungsansatz

dafür wäre, dass man gegenwärtige Entscheidungen in Bezug auf eine vermutete Zukunft trifft. Fokussiert eine Organisation eine vermutete Zukunft, so reduziert sie ihre eigenen Unsicherheiten und ersetzt diese durch ein potentiell Risiko, sich für eine nicht gewollte Zukunft entschieden zu haben. Um Entscheidungen treffen zu können, müssen Organisationen Handlungsalternativen konstruieren (d.h. wird in einer Situation das eine oder das andere getan). Handlungsalternativen sind für einen Entscheidungsprozess unabdingbar, denn ohne Alternativen kann es keine Entscheidungen geben. Wenn nach der Abwägung der Handlungsalternativen eine Entscheidung getroffen wurde, dient diese den Mitarbeiter/innen der Organisation als Grundlage für ihre eigenen Entscheidungen. Nach dieser organisatorischen Entscheidung verhalten sich die Mitarbeiter/innen so, als ob die vermutete Zukunft sicher wäre (Simon 2007: 66f).

Gesundheitsförderung für den Arbeitsplatz bedeutet, dass es zu einschlägigen gesundheitsförderlichen Organisationsentwicklungsprozessen kommen muss, in denen der Verlauf und die Bedingungen der Arbeit (organisationsbedingte Gesundheitsbelastungen) näher analysiert werden müssen und nach spezifischen Strategien zur Erhöhung der Mitarbeiter/innengesundheit gesucht werden muss. In diesem Prozess müssen alle Organisationsbeteiligten dazu befähigt werden, die eigene Gesundheit aktiv zu stärken. Wesentliche organisatorische Rahmenbedingungen zur Realisierung eines gesundheitsförderlichen Arbeitsplatzes sind (Kuhn 2010: 22):

- das Schaffen einer Unternehmungskultur, die neben den ökonomischen Organisationszielen die Priorität auf ein positives Arbeitsklima und eine umfassende gesundheitsförderliche Strategie im Unternehmen legt (Kuhn 2010: 22),
- eine Arbeitnehmer/innenschutzpraxis, welche sich auf gesundheitsförderliche Gesamtkonzeptionen konzentriert (Kuhn 2010: 22),
- die Implementierung von Strategien der Organisations- sowie Personalentwicklung, die eine Ausschöpfung von organisatorischen Gesundheitspotentialen der Arbeit ermöglicht (Kuhn 2010: 22).

Voraussetzung für die Implementierung von Betrieblicher Gesundheitsförderung ist, dass der Fokus nicht nur auf die Reduktion von Gesundheitsbelastungen gerichtet, sondern gezielt nach ressourcen- und gesundheitsförderlichen Arbeitsfaktoren gesucht wird. Werden diese Aspekte Bestandteil der Unternehmenskultur, so manifestiert sich dies etwa in der Art der Arbeitsplatzorganisation, der innerbetrieblichen Kommunikation, den Dienstleistungsabläufen

und in den darin enthaltenen Partizipationsmöglichkeiten der Mitarbeiter/innen (Kuhn 2010: 22).

Die gesundheitsförderliche Umgestaltung der Unternehmenskultur zeigt sich im Ausmaß der Motivation, der Kreativität, dem Leistungsverhalten, der Arbeitsqualität und der Flexibilität der Mitarbeiter/innen in der Organisation. Betriebliche Gesundheitsförderung versteht sich somit als Organisationsentwicklungsprozess, der diese Zusammenhänge unter dem Einfluss verschiedener gesundheitsspezifischer Interessenslagen kontinuierlich thematisiert (Kuhn 2010: 22).

Um die Betriebliche Gesundheitsförderung umfassend zu organisieren, wurden Kooperationen bzw. Netzwerke geschlossen. Ziel der Netzwerke ist es, dass gesammelte Erfahrungen ausgetauscht und gemeinsame Lösungsstrategien gesucht werden. Ein wichtiger Impulsgeber war das 1996 gegründete Europäische Netzwerk für betriebliche Gesundheitsförderung (ENWHP). In diesem Netzwerk wurden Definitionen, Standards und Modelle guter Praxis entwickelt (Kuhn 2010: 15).

Trotz der positiven Effekte, die durch die Implementierung der Betrieblichen Gesundheitsförderung entstehen (höhere Arbeitsmotivation, gesteigerte Selbstverantwortung der Mitarbeiter/innen usw.), ist der Verbreitungsgrad eher gering.

Eine mögliche Erklärung dafür ist, dass in vielen Betrieben das Thema erst dann interessant wird, wenn die Gesundheit der Mitarbeiter/innen zu einem Problem wird (wachsende Anzahl an Krankenständen, erhöhte Fluktuationsraten etc.). Wie eine nachhaltige gesundheitsförderliche Arbeitsweltgestaltung realisiert werden kann, wird im nächsten Kapitel „Aspekte, Methoden und Instrumente“ der Betrieblichen Gesundheitsförderung geklärt. Die unterschiedlichen Handlungsspielräume und Beteiligungsmöglichkeiten von Führungskräften und Mitarbeiter/innen werden in den beiden darauffolgenden Kapiteln thematisiert.

3.1. Aspekte, Methoden und Instrumente

Im nachfolgenden Kapitel gehe ich auf spezifische Aspekte, Methoden und Instrumente ein, die den Organisationsentwicklungsprozess der Betrieblichen Gesundheitsförderung unterstützen sollen. Dabei soll aufgezeigt werden, wie betriebliche Ressourcen mit spezifischen Methoden und Instrumenten verknüpft werden können, um die Implementierung der Betrieblichen Gesundheitsförderung positiv zu beeinflussen.

Ziel der Betrieblichen Gesundheitsförderung ist es, die Gesundheit der Mitarbeiter/innen systematisch zu verbessern und deren Gesundheitskompetenzen zu stärken. Dieses Ziel kann nur dann erreicht werden, wenn sich die betrieblichen Akteure/innen über die gesundheitsförderliche Relevanz in ihrem Unternehmen einig sind und eine gemeinsame Strategie – im Sinne eines innerbetrieblichen Aushandlungsprozesses – verfolgen. Prinzipiell sollen im Rahmen der Betrieblichen Gesundheitsförderung relevante Arbeitsbelastungen in den Umgebungsbedingungen (Arbeitsabläufe, Normen, Werte etc.) eruiert und reduziert sowie gesundheitsfördernde Faktoren ausfindig gemacht und gestärkt werden. Arbeitsbelastungen können in den Umgebungsbedingungen, Aufgabengebieten, Strukturen, Regeln und den unterschiedlichen Formen der Zusammenarbeit liegen (Pieck 2010: 105f).

Betrachtet man die gesundheitsförderlichen Potentiale, liegen diese in den Aufgaben, wenn sie als motivierend, herausfordernd und Sinn stiftend angesehen werden. Die gesundheitsförderlichen Potentiale können in der Unterstützung durch Kollegen/innen und Führungskräfte sowie in der Möglichkeit, sich selbst einzubringen und über Handlungs- und Entscheidungsspielräume zu verfügen, liegen. Zudem spielt die Fähigkeit des Einzelnen, die Arbeitsanforderungen bewältigen zu können, eine wesentliche Rolle. Folgt man diesen Annahmen, so stellt sich der Betrieb als ein idealer Adressat der Gesundheitsförderung dar. Um als gesundheitsförderlicher Adressat aktiv zu werden, muss ein entsprechender Organisationsentwicklungsprozess stattfinden. Bei diesem Prozess geht es vor allem um die Entwicklung von gesundheitsförderlichen Rahmenbedingungen innerhalb der Organisation. Ohne diese Organisationsveränderung der bestehenden Rahmenbedingungen (Regeln, Strukturen und Entscheidungen) stellt sich der Betriebliche Gesundheitsförderungsprozess als nicht nachhaltig dar (Pieck 2010: 105ff).

In einem gesundheitsförderlichen Organisationsentwicklungsprozess müssen daher spezifische Stellen, Abteilungen oder Einheiten geschaffen werden, um die Betriebliche Gesundheitsförderung strukturiert und nachhaltig in die bestehenden Rahmenbedingungen

zu integrieren und zu implementieren. Diese neuen Funktionsbereiche müssen mit gesundheitsförderlichen Zielen, Aufgabenbereichen, Entscheidungskompetenzen sowie Ressourcen ausgestattet werden, um in die Organisation eingreifen und auf die bestehenden Rahmenbedingungen einwirken zu können. Der Erfolg dieser Funktionsbereiche spiegelt sich in den gelebten Gesundheitsförderungsprozessen wider (Pieck 2010: 107).

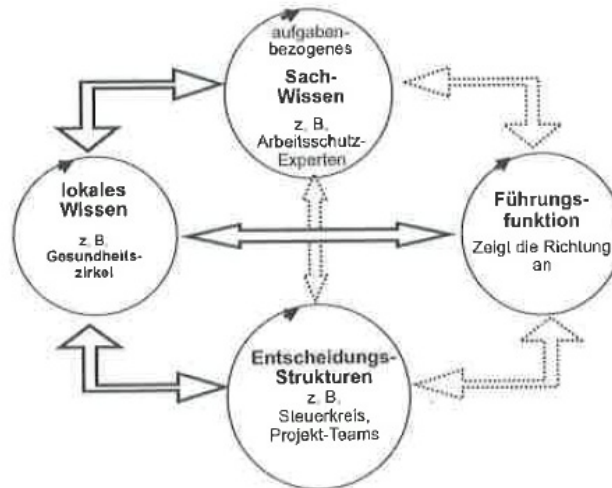
Diese Organisationsentwicklung darf man sich nicht in Form eines reinen Delegationsprozesses vorstellen (d.h. im Zuge von Top-down-Entscheidungen), sondern als einen Prozess, bei dem alle Organisationsmitglieder mitwirken können. Die Betriebliche Gesundheitsförderung wird somit zu einem Aushandlungsprozess, in dem unterschiedliche Wahrnehmungen, Sichtweisen und Interessen der Organisationsmitglieder thematisiert und verhandelt werden müssen. Im Zuge des Aushandlungsprozesses wird versucht, ein einheitliches Verständnis von Gesundheit zu entwickeln und sich gemeinsam auf eine zielführende und nachhaltige Vorgehensweise zu einigen (Pieck 2010: 107).

Diese Phase kann auch als Sensibilisierungsphase bezeichnet werden. In dieser Sensibilisierungsphase müssen sich die Organisationsmitglieder an der Entscheidungsfindung beteiligen, um den gesamten Organisationsentwicklungsprozess transparent zu machen. Nur wenn sich die Organisationsmitglieder dem Aushandlungsprozess stellen, können sie an der Entscheidungsfindung mitwirken (Pieck 2010: 107). In dieser Hinsicht haben sich vor allem Gesundheitszirkel bewährt. Die Ziele des Gesundheitszirkels sind die Primärprävention von Belastungen in der Arbeitsumwelt und die Realisierung von Prinzipien der Gesundheitsförderung. Im Idealfall werden durch diesen Prozess nicht nur Risikofaktoren in der Arbeitsbelastung reduziert, sondern auch Gesundheitspotentiale der Arbeit erschlossen und aufgebaut. Ein wesentliches Merkmal dieses Interventionsinstrumentes ist, dass die Partizipation und Qualifikation der Mitarbeiter/innen nicht nur ein Ergebnis der Zirkelarbeit darstellt, sondern bereits im Prozess der Ergebniserarbeitung liegt (Müller et al. 1997: 205).

Gesundheitszirkel eröffnen auf einem formalen Weg das lokale gesundheitsbezogene Wissen der Mitarbeiter/innen. Bei der Thematisierung von betrieblichen gesundheitlichen Belastungen spielen jedoch meistens zwei Aspekte mit: Skepsis und Angst. Oft besteht bei den Mitarbeiter/innen das Gefühl, dass ihre Ansichten kaum zählen und das, was sie sagen, ohnehin nicht wahrgenommen wird. Daher sollte man bei der Implementierung von Gesundheitszirkeln darauf achten, dass man nicht versucht, den Mitarbeiter/innen diese Befürchtungen auszureden, denn dies reduziert die Glaubwürdigkeit der gesundheitsförderlichen Akteure/innen. Die Mitarbeiter/innen sollten demnach immer die

Wahl haben, an einem Gesundheitszirkel mitzuwirken oder sich nicht daran zu beteiligen. Ein Gesundheitszirkel lässt sich anhand von vier ineinandergreifenden Bausteinen erklären (Friczewski 2010: 149ff):

Abb. 8: Gesundheitszirkel im betrieblichen Kontext (Quelle: Friczewski 2010: 150)



1. *Das Wissen und die gesammelten Erfahrungen der Mitarbeiter/innen* über die gesundheitlichen Folgen ihrer Arbeit: Dieses Wissen kann ein außenstehender Experte bzw. eine außenstehende Expertin nicht liefern. Bei der Umsetzung eines Gesundheitszirkels wird den Beteiligten erst bewusst, wie viel sie über die gesundheitsförderlichen sowie gesundheitsbelastenden Faktoren in ihrer Organisation überhaupt wissen (Friczewski 2010: 149f).
2. *Das Wissen der Experten/innen*: Häufig tendieren Experten/innen dazu, den Wert des Wissens und der gesammelten Erfahrungen der Mitarbeiter/innen zu unterschätzen. Hierbei ist es wichtig, dass dem Mitarbeiter/innenwissen sowie dem Experten/innenwissen gleicher Stellenwert beigemessen wird (Friczewski 2010: 150).
3. *Organisationsbezogene Entscheidungen*: Aus impliziten Entscheidungen sollen explizite Entscheidungsstrukturen geschaffen werden. Durch die Implementierung von Steuergruppen sollen gesundheitlich relevante Entscheidungen explizit getroffen und nachvollziehbar gemacht werden (Friczewski 2010: 150).
4. *Führung*: In vielen Fällen reichen der organisationsbezogene Blickwinkel sowie die gesundheitsförderlichen Entscheidungen nur so weit wie der Blickwinkel der Führungskräfte reicht. Um diese Grenzen transparent zu machen, helfen häufig das

Wissen und die gesammelten Erfahrungen der Mitarbeiter/innen weiter (Friczewski 2010: 150f).

Gesundheitszirkel werden von Moderatoren/innen geführt. Die Rolle des Moderators bzw. der Moderatorin beinhaltet folgende Merkmale (Friczewski 2010: 153f):

- *Aktives und einfühlsames Zuhören*: Hierbei geht es darum, dass die Moderatorin bzw. der Moderator die gesundheitlichen Probleme aus der Perspektive der Mitarbeiter/innen wahrnimmt, um mögliche blinde Flecken sichtbar zu machen (Friczewski 2010: 153).
- *Lösungen finden*: Der Moderator/die Moderatorin soll keine Lösungen anbieten, sondern die Teilnehmer/innen dazu befähigen, selbst nach Lösungen zu suchen (Friczewski 2010: 154).
- *In den richtigen Situationen adäquate Handlungen setzen*: Evtl. auf Vorschläge der Teilnehmer/innen reagieren und situativ Führungskräfte einladen etc. (Friczewski 2010: 154).

Natürlich muss der gesundheitsförderliche Organisationsentwicklungsprozess permanent gesteuert werden. Zur Steuerung eignen sich Projektmanagementstrukturen. Die Steuerungsgruppe soll den gesamten Organisationsentwicklungsprozess begleiten, beobachten und analysieren. Darüber hinaus vernetzt die Steuerungsgruppe Top-down-Entscheidungen und Bottom-up-Prozesse. Darum sollte sich die Steuerungsgruppe aus Mitgliedern der verschiedenen Hierarchieebenen sowie Organisationsbereiche zusammensetzen. Nur so kann der bereits erwähnte Aushandlungsprozess in der Praxis auch tatsächlich stattfinden und umgesetzt werden (Pieck 2010: 107f).

Nach der Gestaltung der Entscheidungsabläufe kann mit der Strukturanalyse begonnen werden. Diese Analyse soll die gesundheitsschädlichen Faktoren innerhalb der Organisation transparent machen (z.B. durch Erhebung von Belastungsfaktoren der Mitarbeiter/innen anhand von anonymisierten Fragebögen, Krankenstandsanalysen usw.). Neben der Gefährdungsbeurteilung sollen auch gesundheitsförderliche Organisationspotentiale/-ressourcen aufgezeigt werden. Das Ziel der Strukturanalyse ist die Ableitung eines konkreten Handlungsbedarfes. Anschließend müssen die Ergebnisse der Strukturanalyse bewertet und Schlüsse daraus gezogen werden. In dieser Phase ist es wichtig, dass die Organisationsmitglieder über die Bewertungen und Schlussfolgerungen der Strukturanalyse informiert werden. Neben der fortlaufenden Informationsvermittlung (durch E-Mails,

Newsletter etc.) werden in dieser Phase Beteiligungsgruppen gegründet. Diese Beteiligungsgruppen können etwa in Form von Gesundheitszirkeln ins Leben gerufen werden. Im Rahmen der Gesundheitszirkel können die quantitativen Ergebnisse – aus der beispielsweise vorangegangenen Fragebogenauswertung – näher analysiert und diskutiert werden. Darüber hinaus dienen die Gesundheitszirkel der Aushandlung von Lösungs- und Verbesserungsoptionen, welche der Steuerungsgruppe zur Entscheidung und Begleitung bei der Implementierung der Betrieblichen Gesundheitsförderung präsentiert werden. Diese Präsentation stellt einen wesentlichen Bestandteil des Empowerments dar. Die Lösungs- und Verbesserungsvorschläge der Beteiligungsgruppen werden in den betreffenden Organisationsbereichen implementiert und erprobt. Der Implementierungserfolg kann in Form von Mitarbeiter/innenbefragungen oder auch der Nachhermessung der Effekte im Workshopverfahren überprüft werden. Beide Überprüfungsverfahren haben zum Ziel, die Belastungsreduktion bzw. die Stärkung von Gesundheitsressourcen der Organisationsmitglieder zu eruieren (Pieck 2010: 108).

Die Überprüfungsergebnisse fließen wiederum in die Steuerungsgruppe zurück. Die Steuerungsgruppe ist anschließend dafür zuständig, alle Organisationsmitglieder über die Wirksamkeit der Interventionen klar und zielgerichtet zu informieren. Die Steuerungsgruppe tritt mit den Organisationsmitgliedern wieder in den direkten Dialog und versucht, weitere Vorgehensweisen gemeinsam zu reflektieren und weiterzuentwickeln. Der gesundheitsförderliche Entscheidungsprozess wird somit für alle Organisationsmitglieder transparent und nachvollziehbar (Pieck 2010: 109ff).

3.2. Rolle der Führungskraft

Im nachfolgenden Kapitel werde ich auf die Rolle der Führungskraft innerhalb der Organisation eingehen. Anschließend beschreibe ich die spezifische Funktion der Führungskraft während der Implementierung von Betrieblicher Gesundheitsförderung. Dabei konzentriere ich mich auf den Beitrag, den die Führungskraft bei der Entwicklung und Nachhaltigkeitssicherung der Betrieblichen Gesundheitsförderung leisten kann. Zudem werde ich darstellen, inwieweit Führungskräfte auf die individuellen gesundheitspezifischen Bedürfnisse ihrer Mitarbeiter/innen eingehen können und über welche gesundheitsförderlichen Handlungsspielräume (d.h. wie sie die Gesundheit ihrer Mitarbeiter/innen positiv beeinflussen können) sie verfügen. Diese Informationen sollen mir bei der Interpretation der qualitativen Leitfadeninterviews insofern hilfreich sein, als dass organisationsspezifische Zusammenhänge zwischen der Rolle der Führungskraft (Pflegedienstleitung, Stationsleitung etc.) und der Rolle der Pflegeperson hergestellt werden können.

Der Führungskraft obliegt in einer Organisation das Mitteilen von Informationen (Einführung der betrieblichen Gesundheitsförderung etc.). Welche Informationen an die Führungskraft herangetragen werden, hängt von den etablierten formalen und informellen Kommunikationswegen ab. Diese Kommunikationswege sind aber keinesfalls hierarchisch (von oben nach unten) zu bestimmen. Trotz allem sind sich Führungspersonen ihrer Funktion bewusst und versuchen, zielgerichtet in das Kommunikationssystem zu intervenieren. Diese Steuerungsversuche können entweder den Status quo bestätigen oder den Kommunikationsprozess verändern. Entscheidet sich die Führungskraft für eine Veränderung des bestehenden Kommunikationssystems, eröffnen sich ihr drei Wege (Simon 2007: 109f):

1. Routinen werden unterbrochen
2. Variationen werden eingeführt
3. organisatorische Einheiten werden neu gegründet

Prinzipiell ist jedes Organisationsmitglied an die formalen Programme, Kommunikationswege und Entscheidungsprämissen gebunden. Folglich können Führungskräfte damit rechnen, dass alle Maßnahmenentscheidungen im Fokus der untergeordneten Mitarbeiter/innen stehen. Um die Vorhersehbarkeit ihrer Entscheidungen zu erhöhen, greifen Führungskräfte auf etablierte Erwartungsstrukturen zurück. Zudem haben sich alle Organisationsmitglieder dafür entschieden, ihre eigene Autonomie und Unberechenbarkeit nicht oder nur innerhalb von bestimmten Grenzen zu nutzen und die organisatorischen Entscheidungsprämissen zu

akzeptieren. Dies fängt bei formalen Kommunikationsstrukturen an und findet seinen operativen Boden bei gezielten Programmen (Regeln) (Simon 2007: 113f).

Die Mitarbeiter/innen spielen für die Strukturierungen der Organisation nur insofern eine Rolle, als sie die Möglichkeiten von organisationsrelevanten Prozessen einschränken. Das bedeutet, dass Mitarbeiter/innen nicht Tag und Nacht arbeiten können, da sie ihre physiologischen Bedürfnisse befriedigen müssen (essen, schlafen etc.). Das bedeutet auch, dass die Mitarbeit in einer Organisation an spezifische physische Voraussetzungen gebunden ist. Wenn etwa ein/e potentielle/r Mitarbeiter/in physisch, psychisch und sozial gesund ist, kann ein Unternehmen mit typischen körperlichen Bedingungen als Umwelten der Organisation rechnen (Simon 2007: 36f).

Die internen Prozesse von Organisationen sind so strukturiert, dass auf individuelle Bedürfnisse der Mitarbeiter/innen nicht immer Rücksicht genommen werden kann (Ausnahmen sind beispielsweise behindertengerechte Arbeitsplätze aufgrund von gesetzlichen Vorgaben etc.). Individuelle Besonderheiten bzw. Bedürfnisse werden somit aus der Organisation in den Bereich des Privatlebens der Mitarbeiter/innen ausgelagert. Daher müssen sich Mitarbeiter/innen immer nach gewissen Verhaltenserwartungen innerhalb der Organisation richten. Dies entlastet die Organisation davon, sich mit den einzelnen Bedürfnissen, Meinungen, Wahrnehmungen etc. der Mitarbeiter/innen auseinanderzusetzen. Dennoch ist die Organisation auf die psychischen Systeme angewiesen, da sie selbst nicht über eine sinnliche Wahrnehmung verfügt. Denn wenn die Mitarbeiter/innen ihre Wahrnehmungen nicht zum Ausdruck bringen, kann die Organisation selbst auch nichts wahrnehmen. Dies weiß die Organisation in der Hinsicht zu nutzen, als dass sie auf die Wahrnehmungen der Mitarbeiter/innen selektiv zugreift (Simon 2007: 38ff).

Maturana nannte diese System-Umwelt-Beziehung „Strukturelle Kopplung“ (Maturana 1975). Die strukturelle Kopplung geht davon aus, dass sich beide Systeme nicht nur irritieren, sondern sich auch gegenseitig begrenzen können. D.h. alles was innerhalb einer Organisation passiert, kann psychische Folgen für ihre Mitarbeiter/innen haben. Wenn etwa Mitarbeiter/innen mit ihrer Arbeit unzufrieden sind, so kann dies ein Auslöser für eine Organisationsveränderung sein (dies muss aber nicht der Fall sein) (Simon 2007: 40f).

In den meisten Führungsausbildungen wird der Erfüllung von Sachaufgaben ein höherer Stellenwert eingeräumt als der von Personenaufgaben (Personalführung). Das Resultat von derartigen Ausbildungen ist, dass Führungskräfte sich eher auf die Sachaufgaben fokussieren und sich weniger mit der Personalführung auseinandersetzen. Negativ schlägt

sich diese Priorisierung auf die Arbeitszufriedenheit der Mitarbeiter/innen nieder. Das Führungsverhalten hat einen hohen Einfluss auf die Zufriedenheit der Mitarbeiter/innen, da Führungskräfte durch das Eingehen auf Mitarbeiter/inneninteressen kompensatorisch wirken können. Bemerkenswert ist, dass Mitarbeiter/innen schlechte Arbeitsbedingungen eher akzeptieren, wenn diese sich durch Sachnotwendigkeit ergeben, als wenn sie auf das Führungsverhalten zurückzuführen sind (Nieder 2010 123f).

Im Rahmen der Implementierung von Gesundheitsförderung muss darauf geachtet werden, dass Führung (im Sinne der Beeinflussung von Gesundheit) nicht Aufgabe einer einzelnen Person ist, sondern im ganzen Unternehmen stattfindet. Die gesamten Organisationsstrukturen und internen Prozesse müssen so geplant werden, dass die Gesundheit der Mitarbeiter/innen gefördert werden kann. Aufgabe der Führungspersonen ist es, sich um die zugeordneten Mitarbeiter/innen zu kümmern. Folgende Aufgabenbereiche können voneinander differenziert werden (Nieder 2010 124f):

- Angemessenes Qualitätsniveau der Mitarbeiter/innenaufgaben
- Kommunikation (Gespräche und das Führen von Gesprächen)
- Erarbeitung von gesundheitsförderlichen Interventionen zur Verbesserung der Arbeitssituation

Führungskräfte, die sich in ihrer Tätigkeit auf die Verbesserung des Arbeitsklimas innerhalb ihres Zuständigkeitsbereiches konzentrieren, werden auch gesündere Mitarbeiter/innen haben. Dies lässt sich daraus schließen, dass das Führungsverhalten eine Ursache dafür sein kann, wenn Mitarbeiter/innen dem Unternehmen fern bleiben. Daher ist es umso wichtiger, dass Führungskräfte in Kontakt mit ihren Mitarbeiter/innen bleiben und über deren gesundheitliche Bedürfnisse informiert sind. Natürlich ist eine Führungsperson kein/e Experte/in für die einzelnen Mitarbeiter/innen und deren familiäre Situation, jedoch ist sie dann gefordert, wenn die Ursache der gesundheitlichen Belastung durch die Arbeitssituation entsteht. Bei der Analyse der gesundheitlichen Belastungen ist es wichtig, dass die Führungspersonen die Fehlzeiten nicht nur als einen ökonomischen Störfaktor wahrnehmen, sondern diese als Anzeichen für ein gesundheitsbelastendes Arbeitsumfeld sehen. Diese gesundheitsbelastenden Anzeichen können wiederum nur dann transparent gemacht werden, wenn sie auch thematisiert und gemeinsam mit den Mitarbeiter/innen besprochen werden (Nieder 2010: 125).

Damit die Mitarbeiter/innen auch über ihre Gesundheitsbelastungen mit der Führungsebene sprechen, muss zunächst eine Vertrauensbeziehung geschaffen werden. Die

Führungsebene muss den Anstoß dafür geben und zwei wesentliche Aspekte berücksichtigen (Nieder 2010: 126):

- Vertrauen entwickelt sich in einem stetigen Prozess und Misstrauen wächst explosionsartig (Nieder 2010: 126).
- Misstrauen entwickelt sich schneller als Vertrauen (Nieder 2010: 126).

Mitarbeiter/innen beobachten ihre Führungspersonen prinzipiell hinsichtlich ihrer Vertrauenswürdigkeit. Das bedeutet auch, dass nicht eingehaltene Versprechungen häufig nachhaltiger im Gedächtnis bleiben als zugesagte Ereignisse, die tatsächlich umgesetzt wurden. Ansatzpunkt für die Vertrauensgewinnung ist eine daraufhin ausgerichtete Unternehmenskultur. Die vertrauensvolle Unternehmenskultur ist aber Ergebnis eines langen Entwicklungsprozesses, dessen Richtung sich nicht in kurzer Zeit verändern lässt. Bei der Neuausrichtung der Unternehmenskultur ist es immer wichtig, dass die Führungsebene eine Vorbildfunktion einnimmt und dadurch die Mitarbeiter/innen motiviert, Vertrauen in die eigene Organisation zu haben (Nieder 2010: 126f).

3.3. Rolle von Mitarbeiter/innen

Nach der Beschreibung der Funktion der Führungskraft gehe ich in diesem Kapitel auf die Rolle von Mitarbeiter/innen innerhalb der Organisation ein. Zentrales Thema in diesem Kapitel ist, über welche Mitbeteiligungsmöglichkeiten Mitarbeiter/innen innerhalb ihrer Tätigkeiten verfügen. Die Mitbeteiligung nimmt vor allem im Prozess der Implementierung und Nachhaltigkeitssicherung von Betrieblicher Gesundheitsförderung eine wesentliche Rolle ein. Marent (2011) beschreibt (näheres siehe Kapitel 2.2.1. *Kommunikation innerhalb der Organisation*) anhand eines Kommunikationsmodells, dass die Organisation auf die Mitbeteiligung ihrer Mitarbeiter/innen während der Entwicklung von Gesundheitsförderungsaktivitäten angewiesen ist.

Mitarbeiter/innen kennen die direkten gesundheitsschädlichen Faktoren in ihrer Arbeitswelt und können daher einen wesentlichen Beitrag zur Gestaltung der Betrieblichen Gesundheitsförderung leisten. Nur so können Gesundheitsaktivitäten geplant werden, die auch für die Mitarbeiter/innen einen direkten Bezug zu ihrer Arbeitswelt herstellen. Fehlt dieser direkte Bezug, so kann es passieren, dass Gesundheitsangebote nicht durch die Mitarbeiter/innen in Anspruch genommen werden. Der Bezug kann durch drei Arten von Partizipationsmöglichkeiten hergestellt werden (siehe Tab. 8):

Tabelle 7: Drei Arten von Partizipationsmöglichkeiten innerhalb eines Betriebes (Haas 2012: 127)

Finanzielle Partizipation	Indirekte (repräsentative) Partizipation	Direkte Partizipation
Beteiligungsmöglichkeiten der Mitarbeiter/innen an Unternehmensgewinnen/am - kapital.	Wahlbeteiligung der Mitarbeiter/innen (z.B. Betriebsratswahl).	Die direkte Partizipation reicht von der reinen Informationsteilhabe bis zur Entscheidungsteilhabe innerhalb eines Betriebes.

Im Folgenden gehe ich speziell auf die direkten Partizipationsmöglichkeiten von Mitarbeiter/innen ein, da vor allem diese in die gesundheitsförderliche Organisationsentwicklung integriert werden (in Form von Gesundheitszirkeln, Arbeitsgruppen etc.).

Bei der direkten Partizipation werden zwei Teilhabemöglichkeiten voneinander unterschieden (Haas 2012: 130f):

1. Informationsteilhabe

Diese Teilhabe kann nach der individuellen und gruppenbezogenen Konsultation unterschieden werden. Zur individuellen Konsultation gehören etwa Mitarbeiter/innengespräche, Gespräche über persönliche Entwicklungsmöglichkeiten im Betrieb, Mitarbeiter/innenbefragungen usw. In der Betrieblichen Gesundheitsförderung werden häufig Gesundheitszirkel als eine Form der gruppenbezogenen Konsultation herangezogen (Haas 2012: 130).

Betriebe erwarten sich aus der Informationsteilhabe, dass sicherheits- und gesundheitsrelevante Einflussfaktoren aufgedeckt werden. Diese Partizipationsansätze werden häufig zu Beginn der gesundheitsförderlichen Organisationentwicklung eingesetzt, um gezielte Gesundheitsangebote zu entwickeln, die in einem direkten Bezug zu den Arbeitssituationen der Mitarbeiter/innen stehen (Haas 2012: 130f).

2. Entscheidungsspielraum

Auch hier wird zwischen der individuellen und der kollektiven Entscheidungspartizipation unterschieden. Die individuelle Entscheidungsteilhabe kann in Form einer horizontalen Aufgabenintegration realisiert werden (z.B. Ausbildung von Gesundheitsmultiplikator/innen in einem Betrieb). Prinzipiell können auf der individuellen Ebene drei Teilhabeformen (siehe Tab. 8) unterschieden werden (Haas 2012: 131).

Tabelle 8: Teilhabeformen im Entscheidungsspielraum (Haas 2013: 131)

Job rotation	Job enlargement	Job enrichment
Wechsel von Arbeitstätigkeiten bzw. von Arbeitsplätzen innerhalb eines Betriebes.	Höhere Vielfalt niveaugleicher Aufgaben innerhalb einer Funktion.	Hoher Grad der horizontalen und vertikalen Aufgabenintegration, durch Delegation von Aufgaben (die zuvor nur in die Zuständigkeit der Führungskräfte gefallen sind).

Die kollektive Entscheidungsteilhabe wird in Form von Arbeitsgruppen ermöglicht. Diese Arbeitsgruppen können auch ein hohes Konfliktpotential beinhalten und die Zufriedenheit der Mitglieder reduzieren. Was man jedoch sagen kann ist, dass bei

hoher Autonomie und bei einem hohen Partizipationsgrad der Mitglieder die Zufriedenheit und Motivation größer ist als auf Einzelarbeitsplätzen. Das einzige Problem ist, dass diese Form der kollektiven Entscheidungsteilhabe kaum bei ausführenden Beschäftigten verbreitet ist (Haas 2012: 132).

Studien zufolge ist der Partizipationswunsch bei abhängigen Beschäftigten eher gering ausgeprägt. Der Wunsch, stärker in einem Betrieb zu partizipieren, ist eher bei Personen mit einem höheren Bildungsgrad ausgeprägt (Haas 2012: 133f).

Hier ein kurzer (nicht vollständiger) Auszug von Gründen, nicht an betrieblichen Partizipationsmöglichkeiten teilzunehmen (Haas 2012: 134f):

- Geringes Selbstwirksamkeitsgefühl der Mitarbeiter/innen
- Externe Kontrollüberzeugung
- Befriedigung des eigenen Partizipationsbedürfnisses wird in die Freizeit verlagert
- Ablehnung der Ziele des Betriebes (aus moralischen oder sonstigen Gründen)
- Partizipation steht im Widerspruch zur eigenen Berufsrolle
- Schlechte Erfahrungen mit Partizipation im Betrieb
- Misstrauen gegenüber Vorschlägen der Managementebene

Zusammenfassend ist zu sagen, dass die Realisierung von Mitarbeiter/innenpartizipation mit hohen Investitionen und Veränderungen im Betrieb verbunden ist. Die Partizipationsansätze sowie der Grad der Partizipation müssen zur Unternehmenskultur und zu den Bedürfnissen (Rollen) der Mitarbeiter/innen passen. Es dürfen durch die Integration von Partizipation keine Widersprüche zur eigenen Berufsrolle entstehen, denn dies verursacht Stress, der sich negativ auf die Teilnahmebereitschaft der Mitarbeiter/innen auswirken kann (Haas 2012: 138).

Im Kapitel 4.2.1. „*Kommunikationsformen und Handlungsspielräume*“ werden die hier vorgestellten Partizipationsstrategien am Beispiel von Altenpflegeeinrichtungen vorgestellt. In diesem Unterkapitel wird aufgezeigt, welche Handlungsspielräume den Pflegepersonen (anhand von verschiedenen Teilhabemöglichkeiten) offen stehen.

4. Betriebliche Gesundheitsförderung im Gesundheitswesen

Nachdem im vorherigen Kapitel „*Betriebliche Gesundheitsförderung*“ das Thema allgemein thematisiert und verschiedene Aspekte, Methoden sowie Instrumente vorgestellt wurden, werde ich nun auf den Bereich des Gesundheitswesens eingehen. Dabei zeige ich auf, über welche Spezifika das Gesundheitswesen als Arbeitgeber verfügt und wie die Betriebliche Gesundheitsförderung in diesem Bereich ansetzen kann, um wirkungsvoll für die Gesundheit der Mitarbeiter/innen zu sein. Nach der allgemeinen Vorstellung des Gesundheitswesens werde ich auf die erste Pionierbewegung in diesem Setting (mit Fokus auf das internationale WHO-Netzwerk „Health Promoting Hospitals“) eingehen. Nachfolgend stelle ich die Organisationsform der Altenpflege vor. Die Darstellung der Organisationsform soll aufzeigen, wie das Pflegepersonal in einer Altenpflegeeinrichtung hierarchisch integriert ist. Anschließend gebe ich einen Überblick über die Mitbeteiligungsmöglichkeiten von Pflegepersonen innerhalb dieser Organisationsform. Kenntnisse über Beteiligungsmöglichkeiten sind von besonderer Bedeutung, um zu verstehen, wie Pflegepersonen in Altenpflegeeinrichtungen in den Prozess der Betrieblichen Gesundheitsförderung integriert werden können. Abschließend stelle ich Evaluierungen über Betriebliche Gesundheitsförderungsprojekte im Bereich der Altenpflege (Deutschland) vor, um Einblicke in die derzeitige Praxis zu geben.

Mitarbeiter/innen in den Bereichen des Gesundheitswesens sind bereits theoretisch und praktisch in den Blickwinkel der Gesundheitsförderung geraten. Hierbei zeigen sich in Richtung gesundheitsförderliche Angebote folgende Trends (Müller 2010: 256):

- Die meiste Aufmerksamkeit erhält die Berufsgruppe der Pflege. Hier wurden bereits einige wissenschaftliche Erkenntnisse im Zusammenhang mit Gesundheitsbelastungen gesammelt und spezifische Interventionen, welche auf das Pflegepersonal ausgerichtet sind, ausgearbeitet (Müller 2010: 256).
- Multiprofessionelle (berufsübergreifende) Ansätze und die Implementierung eines umfassenden Betrieblichen Gesundheitsmanagements/einer umfassenden Betrieblichen Gesundheitsförderung stellen derzeit noch eine Seltenheit dar. Aus diesem Grund stellt sich eine wissenschaftliche Beurteilung über die Nachhaltigkeit des Betrieblichen Gesundheitsmanagements/der Betrieblichen Gesundheitsförderung als schwierig zu erfassen dar (Müller 2010: 256).

- Fokussiert man einzelne gesundheitliche Angebote, wie Rückengymnastik etc., so lassen sich einige Langzeituntersuchungen sowie Metastudien ausfindig machen (Müller 2010: 256).
- Das Interesse an Betrieblicher Gesundheitsförderung bzw. am Betrieblichen Gesundheitsmanagement steigt in Organisationen des Gesundheitswesens kontinuierlich an (Müller 2010: 256).

Die Betriebliche Gesundheitsförderung wird im Gesundheitswesen vor allem als Lösungsversuch für gravierende Probleme (z.B. hohe Krankenstands- und Personalfluktuationsraten) angesehen. Dabei bezieht sich die Betriebliche Gesundheitsförderung zumeist auf punktuelle und zeitlich befristete Einzelinterventionen (zur Verhaltensprävention). Meist findet der Implementierungsprozess angelehnt am Public Health Handlungszyklus (in Phasen) statt (Brause et al. 2010: 25-35).

Zunächst wird die Ist-Situation anhand einer Bedarfsanalyse erhoben. Hierzu gehören vorwiegend die gesundheitliche Situation der Mitarbeiter/innen und deren Arbeitsbelastungen. In diesem Prozess werden jedoch häufig die vorhandenen strukturellen und personellen Ressourcen vernachlässigt, welche die Arbeitsbelastungen möglicherweise kompensieren könnten. Daher sollte vor allem unter diesem Aspekt die Sichtweise auf salutogene Faktoren erweitert werden, anstatt sich auf Belastungen und Symptome im Arbeitsumfeld zu konzentrieren. Auf Grundlage der Bedarfsanalyse werden spezifische gesundheitsförderliche Strategien und (verhältnis- sowie verhaltensbezogene) Maßnahmen entwickelt, um die Arbeitssituation der Mitarbeiter/innen zu verbessern (Brause et al. 2010: 25-35). Zur nachhaltigen Implementierung der entwickelten Gesundheitsstrategien müssen spezifische Transformationsstrategien eingesetzt werden. Hierzu zählt etwa die Verschränkung von personalem und organisationalem Lernen im Rahmen der Organisationsentwicklung (Pelikan 2007: 80).

Im Idealfall erfolgt anschließend nach diesen Phasen eine Evaluation, die wiederum als Ausgangspunkt für weitere Gesundheitsaktivitäten im Unternehmen herangezogen werden sollte (Brause et al. 2010: 25-35).

Der Organisationsentwicklungsprozess verschränkt somit die verschiedenen Ebenen (siehe Tab. 9) des Unternehmens miteinander (Wagner 1999: 71f).

Tabelle 9: Ebenen des Pflegesettings im Organisationsentwicklungsprozess (Wagner 1999: 71f)

Pflegeperson	Team	Gesundheitseinrichtung
Individuelle Lernmöglichkeit	Gemeinsames Lernen	Lernen der Gesamtorganisation
Individuelle Weiterbildung	Entwicklung des Teams	Lernende Organisation
Entwicklung des Personals	Anpassung an die Organisation	Kristallisation einer Transformationsstrategie

Da die Grundprinzipien der Organisationsentwicklung denen der Betrieblichen Gesundheitsförderung sehr ähneln, muss keine eigene Methodologie erfunden werden. Es reicht aus, wenn man sich der Methoden der Organisationsentwicklung und des Projektmanagements bedient. Um die Nachhaltigkeit und die kontinuierliche Auseinandersetzung mit der Gesundheitsförderungsthematik zu garantieren, lohnt es sich, spezifische Stabstellen (z.B. Gesundheitsbeauftragte) einzusetzen (Pelikan 2007: 80). Jedoch sind nicht alle Organisationen bereit, in die Entwicklung von Gesundheitsförderungsprogrammen derartig zu investieren. In diesem Fall bieten sich etwa organisationsübergreifende Netzwerke (z.B. Allianzen) an, in denen gemeinsame Standards und Indikatoren zur Betrieblichen Gesundheitsförderung entwickelt werden (Pelikan 2007: 80f).

Zusammenfassend kann man davon ausgehen, dass die Pflege im Gesundheitswesen deshalb in den Blickwinkel der Betrieblichen Gesundheitsförderung gekommen ist, weil die Evidenz über gesundheitsbeeinflussende Arbeitsbedingungen sowie die Gesundheitssituation von Pflegepersonen als hoch zu bewerten ist. Die Betriebliche Gesundheitsförderung wird im Gesundheitswesen vor allem als Kompensation von Belastungsfaktoren angesehen. Dies äußert sich vor allem darin, dass das Hauptaugenmerk eher auf gesundheitsreduzierende als auf gesundheitsstärkende Einflussfaktoren gerichtet wird (d.h. Bedarfsanalysen konzentrieren sich noch kaum auf positive personelle und organisationsbezogene Ressourcen, die zur Stärkung der Mitarbeiter/innengesundheit eingesetzt werden können). Darüber hinaus ist im Gesundheitswesen noch kaum Evidenz über die Wirkung von Betrieblicher Gesundheitsförderung auf die Mitarbeiter/innen vorhanden. Mein Fokus richtet sich daher in dieser Masterarbeit auf die Wahrnehmungen und Sichtweisen von Pflegepersonen in Altenpflegeeinrichtungen, die bereits in einen betrieblichen Gesundheitsförderungsprozess involviert waren und verhaltensbezogene Gesundheitsaktivitäten in Anspruch nehmen können. Diese Wahrnehmungen und

Sichtweisen sollen mir anschließend Hinweise auf die tatsächliche Teilnahmebereitschaft der Pflegepersonen an verhaltensbezogenen betrieblichen Gesundheitsaktivitäten liefern.

4.1. Pioniere der Betrieblichen Gesundheitsförderung im Gesundheitswesen

Nachfolgend gebe ich Einblicke in die Pionierbewegung der Betrieblichen Gesundheitsförderung, um ein Verständnis über die Entwicklungen im Gesundheitswesen zu schaffen. Mein Fokus richtet sich auf das internationale WHO-Netzwerk „Health Promoting Hospitals“, das die Betriebliche Gesundheitsförderung im österreichischen Gesundheitswesen stark geprägt hat.

In der Ottawa-Charta (WHO 1986) wurde eine spezifische Strategie gefordert, welche die Neuorientierung der Gesundheitsdienste fordert. In einer Konsultation wurden Patienten/innen, Mitarbeiter/innen und Gemeinden als Stakeholder der Gesundheitsförderung im Krankenhaus erkannt. Krankenhäuser sollten eine bessere Ressource für die Gesundheit der beteiligten Personen – im Sinne der umfassenden WHO-Gesundheitsdefinition – darstellen und eine Gesundheitskultur schaffen, in der Partizipation von Patienten/innen und Mitarbeiter/innen aktiv ermöglicht wird. Zur Realisierung dieser Konsultationsziele wurde 1988 im Zuge einer Machbarkeitsstudie in Wien ein detailliertes Konzept erstellt. Darüber hinaus wurden auch Partner für diese Machbarkeitsstudie gesucht und gefunden. Beim ersten Projekttreffen 1990 wurde das internationale WHO-Netzwerk „Health Promoting Hospitals“ – kurz HPH – ins Leben gerufen. In der Budapester Deklaration (1991) wurden die genauen Inhalte, Ziele und Teilnahmevoraussetzungen für ein „Europäisches Pilotprojekt“ festgelegt (Pelikan et al. 2010: 296f).

Das Ludwig Boltzmann Institut für Medizin- und Gesundheitssoziologie (Standort Wien) übernahm die wissenschaftliche Betreuung der Machbarkeitsstudie, des Modellprojekts und des Pilotprojekts. Im Zuge der wissenschaftlichen Betreuung wurde das erste WHO-Collaboration-Center für gesundheitsfördernde Krankenhäuser implementiert (Pelikan et al. 2010: 297). Insgesamt beteiligten sich zwanzig Krankenhäuser (aus zwölf europäischen Ländern) am Pilotprojekt. Seit 1993 werden jährliche HPH-Konferenzen abgehalten sowie ein internationaler Newsletter veröffentlicht. In Österreich und Deutschland wurden (1996) nationale Netzwerke gegründet. Das „Europäische Pilotprojekt“ wurde mit den „Wiener-Empfehlungen zu gesundheitsfördernden Krankenhäusern“ (1997) abgeschlossen. Seit diesem Zeitpunkt gibt es im internationalen Netzwerk kontinuierliche Task-Forces (etwa das migranten/innenfreundliche Krankenhaus). Internationale Arbeitsgruppen wurden seit 2011 eingerichtet sowie Projekte zu spezifischen gesundheitsfördernden Themen organisiert

und durchgeführt. Seit 2005 hat HPH ein unabhängiges Sekretariat und seit 2008 wird HPH als Verein (nach Schweizer Recht) mit einer besonderen Beziehung zur WHO geführt. Mittlerweile hat sich HPH auch für andere Gesundheitseinrichtungen und außereuropäische Netzwerke geöffnet, um das gesammelte Wissen auch krankenhausübergreifend transparent zu machen (Pelikan et al. 2010: 297).

Diese Entwicklungen klingen eindrucksvoll, aber bis heute handelt es sich nur um eine geringe Zahl von Krankenhäusern, die Mitglieder des WHO-Netzwerkes sind. Darüber hinaus besteht bisweilen ein hohes Defizit an wissenschaftlichen Analysen sowie Evaluationen über die Betriebliche Gesundheitsförderung im Krankenhaus (Pelikan et al. 2010: 296ff). Die typischen Belastungsfaktoren im Krankenhaus wie Schichtarbeitszeiten (Tag-, Nacht- und Wochenenddienste), der ständige Umgang mit Leid und Tod usw. machen diesen Teil des Gesundheitswesens zu einem Handlungsfeld für die Gesundheitsförderung. Das Krankenhaus als Aktionsfeld für die Betriebliche Gesundheitsförderung ist insofern interessant, da es sich hierbei um eine große und komplexe Organisation handelt. Im Prinzip sind die selben thematischen Gesundheitsprogramme wie auch in allen anderen Betrieben einsetzbar (Lebensstile, physische und psychische Gesundheit etc.). Das Ziel aller gesundheitsförderlichen Interventionen ist, die Gesundheit der Mitarbeiter/innen an ihrem Arbeitsplatz zu fördern und dadurch zu erhöhen. Spezifische und aktuelle Handlungsfelder in diesem Setting in Bezug auf das Personal sind (Pelikan et al. 2010: 294f):

- Vermeidung der Übertragung von Infektionserkrankungen (z.B. Stichverletzungen mit chirurgischen Materialien, Tröpfcheninfektionen usw.)
- Schutz im Umgang mit Gefahrenstoffen (z.B. Chemotherapeutika)
- Ergonomische Interventionen zur Prävention von Erkrankungen des Muskel- und Skelettsapparates
- Vermeidung von psychischen Erkrankungen (durch Interventionen wie Coaching, Supervision, spezifisches Training für Führungskräfte usw.)
- Gesundheitsförderung für Mitarbeiter/innen im höheren Alter
- Richtiger Umgang mit Konflikten (z.B. Gewalt am Arbeitsplatz)

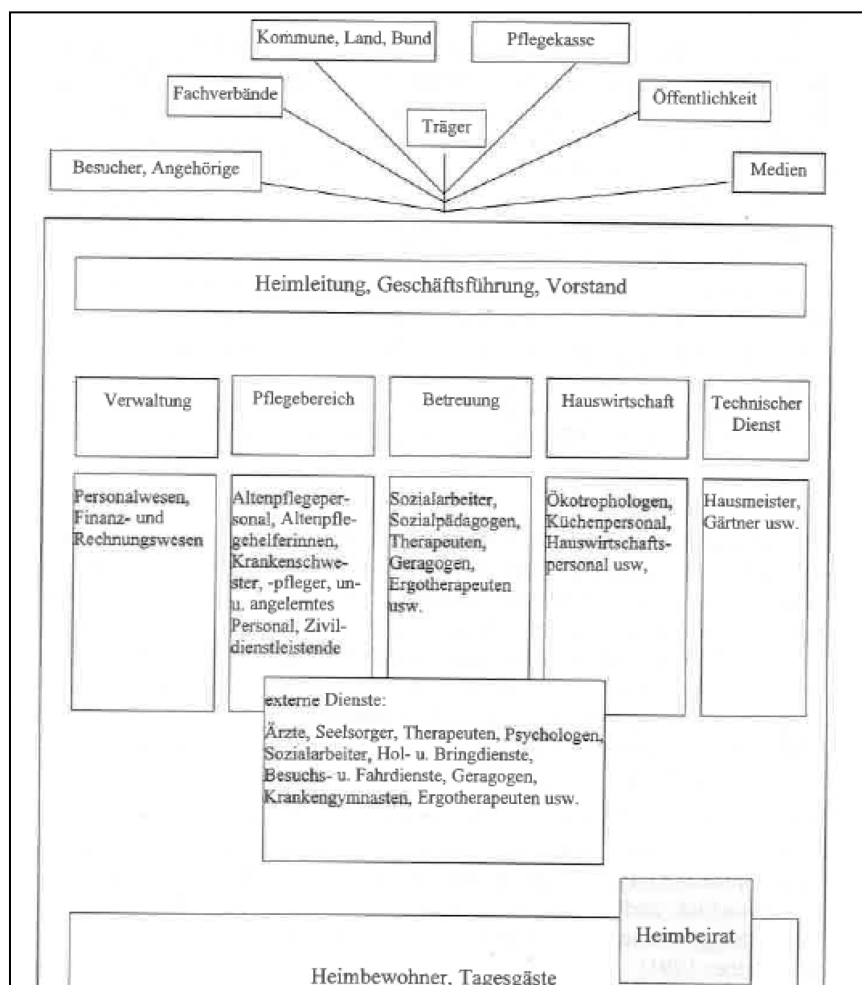
Betrachtet man die Entwicklungen der Betrieblichen Gesundheitsförderung im Gesundheitswesen, so wurde zunächst das Krankenhaus als Aktionsfeld herangezogen. Nachdem die Betriebliche Gesundheitsförderung an der Stärkung der Gesundheit von Mitgliedern der Organisation ansetzt, wurden diese Erfahrungen in das Setting der Altenpflege übernommen. Im nächsten Kapitel werden Altenpflegeeinrichtungen als Aktionsfelder der Betrieblichen Gesundheitsförderung näher thematisiert.

4.2. Altenpflegeeinrichtungen als Kontext betrieblicher Gesundheitsförderung

Altenpflegeeinrichtungen stellen einen Teil der Organisationen des Gesundheitswesens dar. Im Gegensatz zu Krankenhäusern oder ambulanten Diensten, in denen die Verweildauer der Patienten/innen und Kunden/innen zeitlich begrenzt ist, sollen Altenpflegeeinrichtungen ihren Bewohner/innen ein zeitlich unbegrenztes Zuhause bieten. Das Organisationsziel besteht darin, dass Personen mit erhöhtem Pflege- und Betreuungsbedarf ein menschenwürdiger Aufenthalt ermöglicht wird. Dabei steht nicht der kurative Gedanke im Vordergrund, sondern die Bereitstellung von bewohner/innenorientierten Lebensbedingungen (das Hauptaugenmerk wird auf die individuellen Bedürfnisse, Wünsche und Werte der Bewohner/innen gerichtet und in den Alltag der Altenpflegeeinrichtung integriert) (Schroeter 2006: 142f).

Folgendes Organigramm (siehe Abb. 9) – welches den Organisationsaufbau in Deutschland repräsentiert und mit dem strukturellen Aufbau in Österreich zu vergleichen ist – soll einen Überblick über den möglichen Aufbau und die Funktionsbereiche in einer Altenpflegeeinrichtung geben.

Abb. 9: Organigramm einer deutschen Altenpflegeorganisation (Quelle: Schroeter 2006: 144)



Mitarbeiter/innen in Altenpflegeeinrichtungen verfügen über genau definierte Kompetenz- und Verantwortungsbereiche. Diese Kompetenz- und Verantwortungsbereiche können wie folgt voneinander unterschieden werden (Schroeter 2006: 143):

- Pflege
- Betreuung
- Versorgung
- Verwaltung
- Technik

Die Bereiche Versorgung, Verwaltung und Technik sind der Heimleitung unterstellt (untereinander sind sie nicht weisungsbefugt). Der Heimleitung obliegen die selbstständige Finanzverwaltung, Zusammenarbeit in Gremien, Mitarbeit in der Geschäftsführung, Erarbeitung von Zielen, Koordination von Mitarbeiter/innen usw. Die Gesamtverantwortung für den Pflege- und Betreuungsbereich obliegt der Pflegedienstleitung (Oberschwester/-pfleger). Die Pflegedienstleitung ist unter anderem verantwortlich für die Personaleinsatzplanung, Überwachung und Anleitung der Pflege- und Betreuungsteams (Einhaltung von Richtlinien und Standards), sowie Sicherstellung eines funktionierenden Informations- und Kommunikationsmanagements (Schroeter 2006: 143-146).

Die Stationsleitung vertritt die Interessen und Belange der Station und hat dem Pflege- und Betreuungsteam die Entscheidungen der Heim- und Pflegedienstleitung zu übermitteln. Der Stationsleitung obliegen etwa die Koordination des Pflege- und Betreuungsteams, Dienstplangestaltung, Organisation von Bewohner/innenaufnahmen, Materialbestellung, Funktion als Ansprechpartner/in für Bewohner/innen, Angehörige sowie Mitarbeiter/innen und praktische Mitarbeit in der Pflege und Betreuung (Schroeter 2006: 147).

Zum Pflegepersonal zählen diplomierte Gesundheits- und Krankenpflegepersonen sowie Pflegehelfer/innen. Tätigkeitsbereiche der Pflege sind beispielsweise die Führung der Pflegedokumentation, die Einhaltung und Überwachung des Pflegeprozesses, die Grund- sowie Behandlungspflege, die Kontrolle und Beschaffung von Pflegematerialien usw. Im Gegensatz zur Entscheidungsverantwortung (Pflegedienstleitung, Heimleitung und Stationsleitung) obliegt dem Pflegepersonal die Durchführungsverantwortung (ausgenommen ist die Anordnungsverantwortung zwischen diplomierten Gesundheits- und Krankenpflegepersonen und Pflegehelfer/innen. Näheres siehe Anhang 9.1. Beschreibung der Berufsgruppen der Pflege) (Schroeter 2006: 147f).

Die Tätigkeitsfelder, Kompetenz- und Verantwortungsbereiche sind in Altenpflegeeinrichtungen klar strukturiert und definiert. Dies bedeutet auch, dass das Kommunikationsmanagement in einer Altenpflegeeinrichtung klaren Vorgaben unterliegt und so die Handlungsspielräume der jeweiligen Mitarbeiter/innen vorgibt. Im nächsten Unterkapitel werden die genauen Kommunikationsformen sowie Handlungsspielräume von Pflegepersonen in Altenpflegeeinrichtungen thematisiert, um aufzuzeigen, welche Mitbeteiligungsmöglichkeiten ihnen zur Verfügung stehen.

4.2.1. Kommunikationsformen und Handlungsspielräume

Moderne Organisationen verlangen einen kooperativen Führungsstil. Dieser Führungsstil bezieht sich auf die Mitbeteiligung der Pflegepersonen an organisatorischen Entscheidungsprozessen sowie an partnerschaftlichen Interaktionsbeziehungen. Hierbei stützt sich die Führungsart nicht auf Macht, sondern auf Kommunikation. Das bedeutet, dass Ziele, Tätigkeiten, Konflikte usw. über Kommunikationsprozesse gesteuert, bearbeitet und gelöst werden sollen. Über Kommunikation sollen die Handlungen in einer kooperativen Führung koordiniert werden. Das Funktionieren der Kommunikation ist besonders wichtig, da je erfolgreicher diese ist, desto höher ist das Wohlbefinden der einzelnen Mitarbeiter/innen. Ist die Kommunikation nicht erfolgreich, so können sich etwa Pflegepersonen auf andere Stationen versetzen lassen, sich krank melden, kündigen oder eine andere Form der sozialen Flucht ergreifen (Schroeter 2006: 180f).

Kooperative Führung in der Pflege bedeutet, dass die Bedürfnisse und Anliegen der Pflegepersonen berücksichtigt werden. Nur wenn diese Bedürfnisse und Anliegen beachtet sowie die Fähigkeitsprofile der Pflegepersonen in den Kommunikationsprozess integriert werden, können Organisationsentwicklungsprozesse (etwa die Betriebliche Gesundheitsförderung) nachhaltig realisiert werden. In diesem Kontext bedeutet Führung die Wahrung der spezifischen Handlungsspielräume der Pflegepersonen (Schroeter 2006: 181):

Der **Tätigkeitsspielraum** der Pflegepersonen kann durch den Wechsel des eigenen Arbeitsplatzes (job rotation) oder/und durch die Erweiterung des Aufgabenfeldes gefördert werden. Hierbei geht es vor allem darum, dass Routinen durchbrochen und die Pflegepersonen motiviert werden, neue Erfahrungen und Kompetenzen zu sammeln (Schroeter 2006: 181f).

Entscheidungsspielräume können durch eine zusätzliche Aufgabenbereicherung (job enrichment) oder durch die Selbststeuerung von teilautonomen Arbeitsgruppen realisiert werden. Durch diese Aufgabenerweiterung können Pflegepersonen neue Kompetenzen erlangen bzw. bestehende Kompetenzen fördern (Schroeter 2006: 181f).

Der **Interaktionsspielraum** richtet sich auf den Beziehungsaufbau, sowohl zwischen den Kollegen/innen, als auch mit der Führungsebene. Den Pflegepersonen muss Zeit eingeräumt werden, um Kontakte innerhalb der Kollegen/innenschaft und der Führungsebene wahrzunehmen. Dieser Spielraum ist vor allem für die Realisierung eines guten Arbeitsklimas wichtig (Schroeter 2006: 182).

Anerkennungsspielräume sind weitere ausschlaggebende Faktoren bei der Umsetzung eines guten Arbeitsklimas. Gruppenleistungen sowie individuelle Leistungen von Pflegepersonen müssen in diesem Zusammenhang gefördert und durch die jeweiligen Führungspersonen anerkannt werden (beispielsweise durch Übertragung von anspruchsvollen Tätigkeiten, Gehaltserhöhungen usw.) (Schroeter 2006: 182f).

Zusammenfassend ist zu sagen, dass die möglichen Handlungsbereiche der Pflegepersonen – wenn es sich um einen kooperativen Führungsstil handelt – vielseitig sind und sich gut in den gesundheitsförderlichen Organisationsentwicklungsprozess integrieren lassen. Pflegepersonen könnten etwa ihren Tätigkeits- und Entscheidungsspielraum vergrößern, indem sie ihren Aufgabenbereich anhand der Funktion eines/r Gesundheitsbeauftragten erweitern sowie im Rahmen ihres Interaktionsspielraums die spezifischen Bedürfnisse ihrer Kollegen/innen in Erfahrung bringen und in den Betrieblichen Gesundheitsförderungsprozess einfließen lassen.

4.2.2. Implementierungserfahrungen betrieblicher Gesundheitsförderung im Langzeitpflegebereich

Nachfolgend gehe ich auf spezifische Erfahrungen im Rahmen der Implementierung von Betrieblicher Gesundheitsförderung im Altenpflegebereich ein. Anhand von unterschiedlichen Projektevaluierungen im Rahmen des Projektes „Gesundheitsförderung in der Langzeitpflege“ an der Universität Bielefeld (Brause et al. 2010) möchte ich aufzeigen, inwieweit die Thematik der Betrieblichen Gesundheitsförderung im Altenpflegesetting präsent ist und was dieser gesundheitsförderliche Organisationsentwicklungsprozess bereits bewirkt hat. Analysiert wurden Altenpflegeeinrichtungen, die sich am Public Health Zyklus orientiert haben (Bedarfsanalyse – Interventionsplanung – Implementierung und Evaluation).

Insgesamt wurden zwölf Projekte zur Analyse der Praxissituation herangezogen (Brause et al. 2010: 36f).

In acht Projekten wurde zur Analyse der Ausgangslage eine standardisierte quantitative Mitarbeiter/innenbefragung durchgeführt. Die Auswertung der Fragebögen erfolgte durch externe Akteure/innen (z.B. wissenschaftliche Institute). Neben den quantitativen Analysen wurden zu einem Großteil auch qualitative Methoden zur Ausgangserfassung eingesetzt (z.B. Ganzschichtbeobachtungen, Experten/inneninterviews, Arbeitsanalysen). Einige Altenpflegeeinrichtungen haben sogar zur Ausgangsanalyse qualitative und quantitative Methoden miteinander kombiniert (Brause et al. 2010: 38).

Bis auf ein Projekt wurden die Ergebnisse der Ausgangsanalysen unter der Beteiligung von Mitarbeiter/innen (Arbeitsgruppen, Gesundheitszirkeln, Workshops etc.) oder des Betriebsrats diskutiert und nach konkreten Lösungsvorschlägen gesucht (wobei die Mitarbeiter/innen ohne Führungsfunktionen und der Betriebsrat ein Vorschlagsrecht inne hatten). Die Themen in diesen Diskussionen waren überwiegend durch Steuerungsgremien oder Leitungsfunktionen vorgegeben (Brause et al. 2010: 39f).

In fünf Praxisprojekten wurden die Sitzungen der Mitarbeiter/innen durch externe Personen moderiert. In einem Projekt stellte sich der Gesundheitszirkel zum Thema „Handhabung von Lasten“ als nicht arbeitsfähig heraus. Die involvierten Pflegekräfte waren der Meinung, schon zuvor alles über diese Thematik gesagt zu haben und nahmen an diesem Projekt nur aufgrund des Drucks der Führungskräfte teil. Letztendlich wurde von der externen Moderation entschieden, das Thema aufzulösen und zwei Arbeitsgruppen mit neuen Spezialisierungen (die nicht mehr viel mit der ursächlichen Thematik gemeinsam hatten) zu gründen (Brause et al. 2010: 39f).

Die Mehrzahl der Lösungsvorschläge bezog sich auf den gesundheitsförderlichen Umgang mit Belastungsfaktoren (z.B. rückschonendes Arbeiten), das Betriebsklima (etwa das Setzen von Fortbildungsschwerpunkten zum Thema Kommunikation) und die Arbeitsplatzorganisation (Dienstplangestaltung etc.) (Brause et al. 2010: 39f).

Prinzipiell lassen sich die Einzelinterventionen der analysierten Altenpflegeeinrichtungen in drei Gruppen einteilen (Brause et al. 2010: 40f):

- Arbeitsorganisationsveränderungen
- Schulungen, Workshops sowie Fortbildungs- bzw. Weiterbildungsmaßnahmen
- Individuelle Gesundheitsförderung und/oder Präventionen auf der Verhaltensebene

Die meisten gesundheitsförderlichen Veränderungen bezogen sich auf die Strukturierung der Arbeitsorganisation. Dabei mussten erst neue Strukturen in den Altenpflegeeinrichtungen geschaffen werden, die eine gute Kommunikations- und Informationsbasis auf den verschiedenen Hierarchieebenen ermöglichen. In fünf der Praxisprojekte wurden hierfür Personalentwicklungs-, Mitarbeiter/innen- oder auch Rückkehrer/innengespräche in die bestehenden Organisationsstrukturen integriert (Brause et al. 2010: 41).

Als Evaluierungsinstrument der Betrieblichen Gesundheitsförderung wurde in der Regel die Ausgangsanalyse wiederholt und Vergleiche wurden dargestellt. Evaluationsprobleme zeigten sich vor allem in denjenigen Einrichtungen, bei denen keine bzw. keine ausführliche Ausgangsanalyse erhoben wurde. Ein weiteres Problem stellte die geringe Rücklaufquote der quantitativen Befragungen dar (trotz des Einsatzes externer Wissenschaftler/innen bzw. Unternehmen). Darüber hinaus waren die Beschreibungen der Evaluationsphasen sowie der daraus resultierenden Ergebnisse in einigen Fällen sehr mager. Auch das methodische Vorgehen konnte aufgrund des geringen Datenmaterials nicht näher beschrieben werden (Brause et al. 2010 43f).

In vier Altenpflegeeinrichtungen sind die Praxisprojekte zur betrieblichen Gesundheitsförderung gescheitert. In diesen Fällen waren auch keine Evaluationen mehr nötig, da keine Gesundheitsprogramme umgesetzt bzw. keine gesundheitsförderlichen Interventionen in die Praxis implementiert wurden. In zwei Einrichtungen wurden die Vorschläge zur Verbesserung der bestehenden Gesundheitssituation der Mitarbeiter/innen nicht durch die Entscheidungsträger der Organisation unterstützt. In einer Altenpflegeeinrichtung kam es zu einem massiven Führungswechsel (Geschäftsführung und Wohnbereichsleitung). Anhand des Wechsels kam es zu keiner Implementierung von Gesundheitsaktivitäten. In einem anderen Fall unterstützte die Leitung den partizipativen Ansatz von Gesundheitszirkeln nicht und das betriebliche Gesundheitsprojekt wurde durch die Entscheidungsträger/innen wieder zurückgenommen. In dieser Altenpflegeeinrichtung wurden die von den Mitarbeiter/innen beschriebenen betrieblichen Belastungsfaktoren durch die Leitungsebene negiert (Brause et al. 2010: 43f).

Die Praxisprojekte wurden ebenfalls dahingehend analysiert, welche förderlichen und hemmenden Faktoren in Zusammenhang mit dem Gelingen von Betrieblicher Gesundheitsförderung stehen. Als besonders förderliche Faktoren wurden die Begleitung von externen Stellen, die Unterstützung der Geschäftsführung sowie die

Mitarbeiter/innenpartizipation angesehen. Hier zeigte sich auch, dass diejenigen Mitarbeiter/innen, die nicht direkt in Gesundheitsstrategien involviert waren, regelmäßig über den Projektstand informiert werden sollten (im Rahmen der internen Öffentlichkeitsarbeit). Dies ist vor allem dann wichtig, wenn die Mitarbeiter/innen der Führungsebene wenig Vertrauen schenken. Als hemmende Faktoren wurden meist Einzelpersonen konstatiert, die zu einem Scheitern des Projektes beitragen können. Dazu zählen Personen aus der Führungsebene oder Mitarbeiter/innen, die sich weigern, den Prozess mitzugestalten bzw. sich nicht an Gesundheitsaktivitäten beteiligen möchten. Gründe dafür waren Desinteresse oder auch Ängste vor Veränderungen bzw. davon, dass es zu gar keinen Organisationsveränderungen kommt (Brause et al. 2010: 44-49).

Die Implementierung der Betrieblichen Gesundheitsförderung im Langzeitpflegebereich lässt sich mit den allgemeinen Erfahrungen im Gesundheitswesen vergleichen. Bedarfsanalysen werden teilweise sehr ausführlich durchgeführt (mit Fokus auf gesundheitsgefährdende Einflussfaktoren). Die Entwicklung von verhältnis- und verhaltensbezogenen Gesundheitsaktivitäten ist auf die Bedürfnisse der Zielgruppen ausgerichtet. Nachholbedarf bezieht sich vor allem (wie auch im gesamten Gesundheitswesen) auf die Erhebung von gesundheitsförderlichen Faktoren zur Kompensation von gesundheitsgefährdenden Arbeitsanforderungen sowie auf die umfassende Evaluierung von betrieblichen Gesundheitsförderungsprogrammen. Im nachfolgenden empirischen Teil dieser Masterarbeit analysiere ich anhand von zwei Forschungsfragestellungen die Wahrnehmungen und Sichtweisen von Pflegepersonen im Zusammenhang mit ihrem erlebten betrieblichen Gesundheitsförderungsprozess. Anschließend beantworte ich die Frage, ob sich diese unterschiedlichen Wahrnehmungen auf die Teilnahmebereitschaft an verhaltensbezogenen Gesundheitsaktivitäten in ihrer Altenpflegeeinrichtung auswirken.

5. Forschungsfragen, -design, Methode und Interpretation

Die folgenden Forschungsfragestellungen sollen den Zusammenhang zwischen den durch die Pflegepersonen wahrgenommenen Prozessen und Ergebnissen der Betrieblichen Gesundheitsförderung in Altenpflegeeinrichtungen und der tatsächlichen Teilnahmebereitschaft an betrieblichen verhaltensbezogenen Gesundheitsförderungsaktivitäten analysieren. Dabei beziehe ich mich ausschließlich auf Pflegepersonen, die bereits in einen betrieblichen Gesundheitsförderungsprozess in einer Altenpflegeeinrichtung involviert waren.

Im Weiteren wird näher auf das Forschungsdesign (Stichprobenszusammensetzung, Forschungsfeld und Feldzugang) sowie auf das qualitative Interview eingegangen und die zur Analyse der qualitativen Leitfadeninterviews eingesetzte Methode erklärt. Im Zuge der Beschreibung der qualitativen Inhaltsanalyse und der darauf basierenden Datenaufbereitung werden die entwickelten Kategorien (die in der nachfolgenden Ergebnisdarstellung herangezogen werden) beschrieben.

5.1. Hauptfragestellung

Wie wurde die Einführung, Umsetzung und Verankerung der „Betrieblichen Gesundheitsförderung“ in der Altenpflegeeinrichtung aus der Perspektive der Pflegepersonen in der Praxis wahrgenommen?

Anhand dieser Fragestellung möchte ich klären, welche Veränderungen/Entwicklungen im Rahmen der Implementierung der Betrieblichen Gesundheitsförderung und deren Nachhaltigkeitssicherung überhaupt von den Pflegepersonen wahrgenommen wurden und wie diese interpretiert werden. Hierbei interessiere ich mich vor allem für Perspektiven der Pflegepersonen in unterschiedlichen Altenpflegeeinrichtungen, in denen ein ähnlicher Implementierungsprozess der Betrieblichen Gesundheitsförderung stattgefunden hat.

Im Allgemeinen geht es mir darum, festzustellen, ob sich Pflegepersonen ausreichend informiert, integriert (im Rahmen ihrer Mitbeteiligungsmöglichkeiten) und durch die Entscheidungsträger/innen (bzw. Steuergruppen) der Organisation gut repräsentiert gefühlt haben bzw. ob ihre Perspektiven ausreichend integriert wurden. D.h. Wurden aus der Sicht der Pflegepersonen ihre gesundheitlichen Arbeitsbelastungen sowie deren

zugrundeliegenden Strukturen ausreichend thematisiert und bei der Einführung, Umsetzung und Verankerung der Betrieblichen Gesundheitsförderung berücksichtigt?

In der Hauptfragestellung sowie in der spezifischen Fragestellung werden nur Pflegepersonen (Pflegehelfer/innen und diplomiertes Gesundheits- und Krankenpflegepersonal) angesprochen, die bereits in einen betrieblichen Gesundheitsförderungsprozess integriert waren und die Möglichkeit haben, an betrieblichen verhaltensbezogenen Gesundheitsaktivitäten teilzunehmen. Darüber hinaus beziehen sich diese Fragestellungen nicht auf eine Altenpflegeeinrichtung an sich, sondern auf das gesamte Setting der Langzeitpflege, das Betriebliche Gesundheitsförderung anbietet.

5.2. Spezifische Fragestellung

Wie wirkt sich die Wahrnehmung des Prozesses der Implementierung der gesundheitsförderlichen Organisationsveränderungen aus der Perspektive der Pflegepersonen auf die tatsächliche Inanspruchnahme von Gesundheitsprogrammen in der Praxis aus?

Die spezifische Fragestellung bezieht sich auf die Ergebnisse des gesundheitsförderlichen Organisationsentwicklungsprozesses, also die gesetzten verhaltensbezogenen Maßnahmen, die die gesundheitlichen Belastungsfaktoren der Pflegepersonen in der Praxis kompensieren und deren gesundheitsförderlichen Ressourcen stärken sollen.

Genauer gesagt gehe ich davon aus, dass Pflegepersonen die angebotenen Gesundheitsaktivitäten (verhaltensbezogene Gesundheitsförderungsmaßnahmen) eher annehmen, wenn die Entscheidungen darüber transparent und nachvollziehbar für sie waren bzw. sie sich ausreichend eingebunden gefühlt haben.

D.h. Kann man etwa davon ausgehen, dass sich die Stimmung, Haltung und Teilnahmebereitschaft der Pflegepersonen gegenüber Gesundheitsaktivitäten verbessert, wenn sie sich im Prozess der Einführung, Umsetzung und Verankerung der Betrieblichen Gesundheitsförderung ausreichend informiert, vertreten und eingebunden fühlten oder hängt es von anderen Faktoren (z.B. aus der externen Organisationsumwelt, wie etwa Erziehungspflichten, die in der Freizeit Vorrang gegenüber der eigenen Gesundheit haben).ab, ob sie tatsächlich an verhaltensbezogenen Gesundheitsangeboten teilnehmen?

5.3. Forschungsfeld und Feldzugang

Die Auswahl der Altenpflegeeinrichtungen bezog sich ausschließlich auf Organisationen, die bereits die Betriebliche Gesundheitsförderung in ihren Organisationsstrukturen implementiert haben und laufend dem Pflegepersonal verhaltensbezogene Gesundheitsaktivitäten anbieten. Da zunächst Kontakt mit den Entscheidungsträger/innen der jeweiligen Pflegeeinrichtungen aufgenommen wurde, konnte rasch festgestellt werden, ob die Organisation dem Auswahlprinzip entspricht oder nicht (dies wurde telefonisch, über E-Mail und in persönlichen Gesprächen mit den Entscheidungsträger/innen geklärt).

Insgesamt wurden über drei Monate Altenpflegeeinrichtungen via E-Mail und telefonischen Kontaktaufnahmen gesucht. Zunächst wurden Altenpflegeeinrichtungen innerhalb der „Allianz für Gesundheitsförderung in Wiener Spitälern, Pflegeeinrichtungen und Senioreneinrichtungen“ kontaktiert. Innerhalb der Allianzpartner erklärte sich der Wiener Krankenanstaltenverbund/Teilunternehmung Geriatriezentren und Pflegewohnhäuser der Stadt Wien mit sozialmedizinischer Betreuung (TU-BWH) bereit, vier Pflegepersonen für qualitative Leitfadeninterviews in ihrer Arbeitszeit freizustellen. Trotz mehrmaliger Versuche konnte ich das Kuratorium Wiener Pensionistenwohnhäuser und die Vinzenz Gruppe GmbH nicht dazu motivieren, Pflegepersonen für ein Interview freizustellen. Nach etwa zwei Monaten habe ich daher mit dem Haus der Barmherzigkeit sowie mit SeneCura Kontakt aufgenommen, um diese in mein Vorhaben einzubinden, was mir sofort gelungen ist.

Folgende Altenpflegeeinrichtungen, die bereits mehrjährige Erfahrung mit der Implementierung und Umsetzung von Betrieblicher Gesundheitsförderung sammelten, haben mir Zugang zum Pflegepersonal ermöglicht:

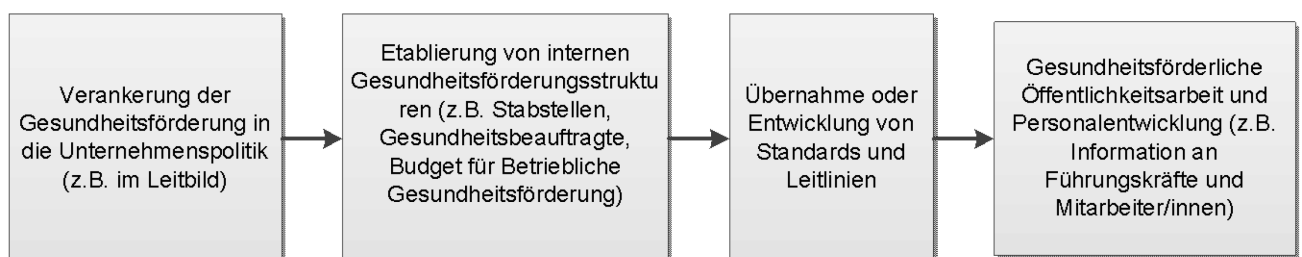
1. Wiener Krankenanstaltenverbund/Teilunternehmung Geriatriezentren und Pflegewohnhäuser der Stadt Wien mit sozialmedizinischer Betreuung (TU-BWH). Drei ausgewählte Geriatriezentren:
 - Geriatriezentrum am Wienerwald
 - Geriatriezentrum Baumgarten
 - Sozialmedizinisches Zentrum Süd – Geriatriezentrum Favoriten
2. Haus der Barmherzigkeit - Seeböckgasse
3. SeneCura - Sozialzentrum Purkersdorf

Die Teilunternehmung Geriatriezentren und Pflegewohnhäuser der Stadt Wien mit sozialmedizinischer Betreuung (**TU-BWH**) umfasst zwölf Geriatriezentren (zuzüglich dem Sozialtherapeutischen Zentrum Ybbs) sowie drei Pflegewohnhäuser. Im Jahr 2010 waren durchschnittlich 4.200 Mitarbeiter/innen (für 3.500 Bewohner/innen) in den Geriatriezentren und Pflegewohnhäusern tätig. In den Geriatriezentren werden Menschen mit Pflege- und Betreuungsbedarf versorgt, die in ihrem eigenen Wohnumfeld nicht mehr selbstständig leben können. Ein Qualitätsmerkmal der Geriatriezentren ist, dass eine umfassende (rund um die Uhr) medizinische Betreuung gewährleistet wird. Darüber hinaus konzentriert sich die gesamte fachpflegerische und therapeutische Versorgung auf eine spezialisierte geriatrische Ausrichtung. Auch die Betreuungsformen sind an die Bewohner/innenbedürfnisse angepasst (d.h. Möglichkeiten der Kurzzeitpflege und der Urlaubsbetreuung sind gegeben) (Wiener Krankenanstaltenverbund 2013: www.wienkav.at).

Der Wiener Krankenanstaltenverbund/Teilunternehmung Geriatriezentren ist Mitglied der „Allianz für Gesundheitsförderung in Spitälern und Pflegeeinrichtungen“: Im Zuge des WHO-Projektes „Wien-Gesunde Stadt“ wurde 1986 das erste europäische Modellprojekt für Gesundheitsförderung an der Krankenanstalt Rudolfstiftung etabliert. Der Altenpflegesektor ist seit dem Jahr 2000 durch die Gründung des Informationsnetzwerkes „Gesundheitsförderung in Spitälern und Pflegeeinrichtungen“ ein wesentlicher Bestandteil dieser Tradition. 2007 wurde das Informationsnetzwerk ausgeweitet und unter dem Namen „Allianz für Gesundheitsförderung in Wiener Spitälern, Pflegeeinrichtungen und Senioreneinrichtungen“ weitergeführt (Projektlaufzeit 2007-2012). Die Teilnahme an der Allianz basiert vollständig auf Freiwilligkeit und kann jederzeit durch die Partnerorganisationen beendet werden (Kooperationsvereinbarung für die Allianz für Gesundheitsförderung in Wiener Spitälern, Pflegeeinrichtungen und Seniorenwohneinrichtungen 2012: www.allianz-gf-wien.at).

Die Umsetzung der Betrieblichen Gesundheitsförderung soll sich an folgenden Leitlinien orientieren (Kooperationsvereinbarung: www.allianz-gf-wien.at):

Abb. 10: Umsetzung der Betrieblichen Gesundheitsförderung im Wiener Krankenanstaltenverbund/TU-BWH „Pflegeheime der Stadt Wien“ (Quelle: Kooperationsvereinbarung: www.allianz-gf-wien.at)



Die Allianz beruft eine halbjährliche Steuerungssitzung ein, in der die obersten Entscheidungsträger/innen der Allianzpartner und deren operative Ansprechpersonen sowie die Wiener Patienten- und Pflegeanwaltschaft als beratender Partner vertreten sind. Zuzüglich finden mindestens halbjährlich Koordinationssitzungen der operativen Ansprechpartner statt. Die Ansprechpartner informieren die Allianz über die im eigenen Bereich gesetzten und geplanten Gesundheitsinterventionen (inkl. regelmäßiger Berichterstattungen im Allianz-Newsletter) (Kooperationsvereinbarung für die Allianz für Gesundheitsförderung in Wiener Spitälern, Pflegeeinrichtungen und Seniorenwohneinrichtungen 2012: www.allianz-gf-wien.at).

Folgende Organisationen sind Partner der Allianz:

- Wiener Krankenanstaltenverbund, TU-BWH
- Kuratorium Wiener Pensionistenwohnhäuser
- Vinzenz Gruppe GmbH

Das Unternehmen **Haus der Barmherzigkeit** führt zwei geriatrische Pflegekrankenhäuser (Seeböckgasse 1160 Wien und Tokiostraße 1220 Wien). Die beiden Einrichtungen fallen unter Sonderkrankenanstalten und werden daher auch als geriatrische Pflegekrankenhäuser bezeichnet. Die beiden Pflegekrankenhäuser bieten ihren Bewohner/innen eine Langzeitbetreuung an. Zielgruppen sind vor allem Menschen im hohen Lebensalter sowie Personen mit chronischen Erkrankungen. Der Behandlungsschwerpunkt liegt in der Erhaltung und Wiedererlangung von Fähigkeiten der Bewohner/innen. Im Pflegekrankenhaus Seeböckgasse werden 350 und in der Tokiostraße 270 Bewohner/innen betreut. Insgesamt beschäftigt das Haus der Barmherzigkeit 480 Pflegemitarbeiter/innen in beiden Pflegekrankenhäusern (Haus der Barmherzigkeit 2013: www.hausderbarmherzigkeit.at). Betriebliche Gesundheitsförderung wurde bereits in die Organisationsstrukturen der Häuser der Barmherzigkeit integriert. Die verhaltensbezogenen Gesundheitsangebote für Mitarbeiter/innen umfassen etwa Coaching/Supervision, Burnout-Prophylaxe, Ergonomieschulungen, Rückenschulungen, Seminare zu Stress- und Ressourcenmanagement, Fitnesscenter, Kinästhetikschulungen und vieles mehr (Gesundheitsvorsorge von A bis Z 2010: www.hausderbarmherzigkeit.at).

SeneCura führt in Österreich und der Schweiz über 80 Gesundheits- und Pflegeeinrichtungen (60 Pflegezentren und 20 Seniorenresidenzen) mit 3.500 Mitarbeiter/innen. Das Sozialzentrum Purkersdorf bietet Plätze für 77 Bewohner/innen an. Zielgruppe sind vor allem Menschen im hohen Lebensalter mit Pflege- und Betreuungsbedarf. Zusätzlich wird Intensivpflege auf der hauseigenen Wachkomastation

angeboten (insgesamt 12 Pflegeplätze) (SeneCura 2013: www.senecura.at). Betriebliche Gesundheitsförderung wurde bereits in die Organisationsstrukturen von SeneCura integriert. Im Jahr 2012 ehrte Gesundheitsminister Stöger ein Pflegehaus (Waldhaus) mit dem „Betrieblichen Gesundheitsförderungs-Gütesiegel“. Dieses Gütesiegel gehört zu den höchsten nationalen Auszeichnungen für Betriebliche Gesundheitsförderung. SeneCura sieht zufriedene und gesunde Mitarbeiter/innen als oberstes Ziel der Betrieblichen Gesundheitsförderung an (SeneCura 2012, Auszeichnung für betriebliche Gesundheitsförderung: www.senecura.at).

5.4. Stichprobenzusammensetzung

Der Stichprobenplan wurde anhand eines nach theoretischen Überlegungen erstellten Quotenplans festgelegt. Als erstes Auswahlkriterium wurde festgelegt, dass nur Mitarbeiter/innen aus den Berufsgruppen der Pflege (gehobener Dienst für Gesundheits- und Krankenpflege sowie Pflegehelfer/innen) interviewt werden. Darüber hinaus muss es sich um Pflegepersonen handeln, die an verhaltensbezogenen betrieblichen Gesundheitsaktivitäten teilnehmen können.

Im Stichprobenplan wurde festgelegt, dass mindestens drei vollzeitbeschäftigte Pflegepersonen und eine teilzeitbeschäftigte Pflegeperson⁴ pro Organisation befragt werden sollen. Die Differenzierung in Voll- und Teilzeitbeschäftigung ist sinnvoll, da wahrscheinlich Pflegepersonen mit erziehungspflichtigen Kindern oder Pflegepersonen vor der Pensionierung aufgrund ihrer Gesundheitssituation keiner Vollzeitverpflichtung nachgehen können und ansonsten aus dem Sample herausfallen würden. Jeweils eine Pflegeperson soll sich im jüngeren Dienstalter (21 bis 29 Jahre), eine im mittleren (30 bis 45 Jahre) und eine im älteren Dienstalter (ab 46 Jahre) befinden. Diese Altersdifferenzierung wähle ich, da sich in einer Längsschnittstudie der Universität Wuppertal (Next-Studie 2011, Längsschnittanalyse der allgemeinen Gesundheit von deutschen Pflegenden unterschiedlicher Altersgruppen im Krankenhaus und der stationären Altenpflege. Webpublikation: www.next.uni-wuppertal.de) gezeigt hat, dass die Selbstbewertung der Gesundheit stark vom Dienstalter abhängt. Daher könnte es durchaus möglich sein, dass Pflegepersonen im höheren Dienstalter bzw. kurz vor der Pensionierung einen anderen Bezug zu Gesundheitsprogrammen haben, da sie bereits selbst von Auswirkungen der beruflichen Belastungen stärker gesundheitlich betroffen sind.

Eine Pflegeperson soll mindestens ein erziehungspflichtiges Kind (0 bis 14 Jahre) haben. Dies wird wahrscheinlich bei der Beantwortung der spezifischen Forschungsfrage (tatsächliche Inanspruchnahme von Gesundheitsprogrammen) im Zusammenhang mit der Vereinbarkeit von Berufs- und Familienleben eine Rolle spielen, z.B. wenn etwa in der Freizeit der Pflegepersonen Gesundheitsaktivitäten angeboten werden. In einer Kurzexpertise über die „Erwerbstätigkeit von Frauen in ausgewählten Berufsbereichen“ (Datenquelle - Branchenzugehörigkeit österreichische Erwerbstätige/Volkszählung 2001) im Auftrag des Arbeitsmarktservice Österreich wurde erhoben, dass 76% der Beschäftigten in Gesundheitsberufen Frauen sind (Forschungsnetzwerk 2012: www.forschungsnetzwerk.at).

⁴ Unter Pflegepersonen fallen die Berufsgruppen des gehobenen Dienstes für Gesundheits- und Krankenpflege sowie die Pflegehilfe.

Um dieses Geschlechterverhältnis in den Gesundheitsberufen auch in der Erhebung der Experten/inneninterviews zu repräsentieren, sollten drei Pflegepersonen männlich und neun weiblich sein. Um ein homogenes Sampling (Interviewpartner/innenverhältnis: 3 zu 1) aller drei Altenpflegeeinrichtungen gewährleisten zu können, sind die Pfleger, im Vergleich zur Grundgesamtheit im Gesundheitswesen, etwas überrepräsentiert.

Tabelle 7: Zusammensetzung der Interviewpartner/innen

	Auswahlkriterien	Zusammensetzung der 12 Pflegepersonen
Berufsgruppe	Pflegehelfer/innen	5
	Diplomierte Gesundheits- und Krankenpflegepersonen	7
Altersgruppe	21 bis 29	4
	30 bis 45	4
	ab 46	4
Beschäftigungsverhältnis	Vollzeit	9
	Teilzeit	3
Erziehungspflichtige Kinder	Ja	4
	Nein	8
Geschlecht	Weiblich	9
	Männlich	3

5.5. Qualitative Interviews

Angestrebt wurden 12 qualitative Interviews mit Pflegepersonen aus drei unterschiedlichen Altenpflegeeinrichtungen. Als adäquate Untersuchungsform zur Beantwortung und Analyse der Forschungsfragen habe ich mich für ein qualitatives Forschungsdesign entschieden. Die Erhebung wurde mittels qualitativen Interviews durchgeführt. Die Interviews wurden in Zimmern der Stationsleitung, der Pflegedienstleitung sowie ein Mal im Bewohner/innenaufenthaltsraum und auf der Stationsterrasse durchgeführt. Alle Leitfadeninterviews wurden in der Dienstzeit durchgeführt. Als wahrscheinliche Dauer der Interviews wurde vorab eine Stunde angegeben. Die obersten Entscheidungsträger/innen haben mir anschließend eine bezahlte Arbeitsstunde (während des Tagdienstes) für das Interview mit den Pflegepersonen zur Verfügung gestellt.

Alle Interviews fanden in abgeschlossenen Räumen der jeweiligen Stationen statt und wurden durch die zuständige Pflegedienstleitung/Oberschwester/Oberpfleger organisiert. In zwei Fällen habe ich selbst mit den Interviewpersonen per E-Mail Kontakt aufgenommen und die Interviewzeitpunkte festgelegt. Die Interviewteilnehmer/innen wurden über das Forschungsvorhaben durch ihre jeweilige Führungskraft informiert und konnten sich zur Teilnahme freiwillig entscheiden. Um eine möglichst offene Atmosphäre herzustellen, stellte ich mich persönlich vor und berichtete, dass ich selbst eine gelernte diplomierte Gesundheits- und Krankenpflegeperson und derzeit im Qualitätsmanagement der Caritas Betreuen und Pflegen tätig bin. In allen Interviews wurde nach beiderseitiger Absprache das „Du-Wort“ verwendet, da es innerhalb der Berufsgruppe üblich ist, den Vornamen zu verwenden und sich mit „du“ anzusprechen.

Die Leitfadenfragen wurden nicht vorgelesen, sondern den Pflegepersonen im Rahmen des Gespräches offen gestellt. Dies sollte den formellen Charakter des qualitativen Leitfadeninterviews aufheben und sich an eine übliche Gesprächssituation annähern. Bevor die Interviews stattfanden, wurden alle Pflegepersonen über die Tonbandaufzeichnung informiert und es wurde ihnen versichert, dass keine genannten Namen von erwähnten Personen oder der Organisation transkribiert werden.

Anhand von folgenden Leitfadenfragen berichteten die Interviewpersonen über ihre persönlichen Wahrnehmungen im Zusammenhang mit dem betrieblichen Gesundheitsförderungsprozess sowie über ihre Motivation, an betrieblichen Gesundheitsprogrammen teilzunehmen.

Tabelle 8: Darstellung des qualitativen Interviewleitfadens

Einstiegsfragestellung	Zielsetzung
<i>Was wissen Sie über die betriebliche Gesundheitsförderung in Ihrer Organisation?</i>	<i>(Die Einstiegsfragestellung bezieht sich auf die Beantwortung der Hauptfragestellung)</i> Mit dieser Frage möchte ich herausfinden, wie die BGF in der jeweiligen Organisation überhaupt wahrgenommen wurde. Darüber hinaus möchte ich eruieren, inwiefern sich die Pflegepersonen informiert und integriert gefühlt haben.
<i>Ggf. Nachfragen:</i> <i>Wie gut fühlen Sie sich informiert?</i> <i>Wie gut fühlen Sie sich eingebunden?</i>	
Hauptfragestellungen	Zielsetzung
<i>Wie gut wird aus Ihrer Sicht die betriebliche Gesundheitsförderung in Ihrer Organisation umgesetzt?</i> <i>Wer oder was unterstützt die Umsetzung, was behindert sie?</i>	<i>(Beantwortung der Hauptfragestellung der Masterarbeit)</i> Hier geht es mir darum, herauszufinden, ob sich die Pflegepersonen ausreichend durch die Organisation vertreten gefühlt haben. Wurden aus der Sicht der Pflegepersonen alle gesundheitsförderlich relevanten Thematiken im BGF-Implementierungsprozess berücksichtigt?
<i>Nehmen Sie selbst gesundheitsförderliche Angebote in Ihrer Organisation in Anspruch?</i>	<i>(Beantwortung der spezifischen Fragestellung der Masterarbeit)</i> Mit dieser Frage möchte ich herausfinden, ob sich diese Wahrnehmungen der Pflegepersonen - in Bezug auf den gesundheitsförderlichen Organisationsentwicklungsprozess - auf die Teilnahmebereitschaft an Gesundheitsaktivitäten ausgewirkt haben. Nehmen die Pflegepersonen eher an betrieblichen Gesundheitsaktivitäten teil, wenn der BGF-Prozess transparent für sie war und sie sich ausreichend vertreten und eingebunden gefühlt haben?
<i>Ggf. Nachfragen</i> <i>Welche BGF-Angebote nutzen Sie/Welche BGF-Angebote nicht?</i> <i>Warum nicht?</i>	

<i>Was hat sich aus Ihrer Sicht durch die Umsetzung der betrieblichen Gesundheitsförderung in Ihrer Organisation verändert?</i>	<i>(Beantwortung der spezifischen Forschungsfrage der Masterarbeit)</i> Hier möchte ich herausfinden, ob sich die eigene Organisationswahrnehmung der Pflegepersonen – nach der Implementierung der BGF – im Unterschied zu vorher verändert hat. Existieren spürbare gesundheitsförderliche Veränderungen in der Pflegeeinrichtung (aus der Wahrnehmung der PP) und wenn ja, wie äußern sich diese?
Abschlussfragestellung	Zielsetzung
<i>Welche Verantwortung hat die Organisation aus Ihrer Sicht für Ihre Gesundheit?</i> <i>Welche gesundheitliche Verantwortung liegt bei Ihnen und nicht bei der Organisation?</i>	<i>(Beantwortung der spezifischen Fragestellung)</i>

Während des Interviews waren ausschließlich die zu interviewende Pflegeperson und ich selbst anwesend. Die durchschnittliche Interviewzeit aller Leitfadeninterviews betrug 28 Minuten (das kürzeste Interview dauerte 19 Minuten und das längste 37 Minuten). Alle interviewten Pflegepersonen erhielten in derselben Reihenfolge Leitfragen gestellt, die sie aus ihrer persönlichen Sichtweise und Wahrnehmung beantworten konnten.

Die durchschnittliche Interviewzeit (28 Minuten) stellt sich für ein qualitatives Herangehen als sehr kurz dar. Aus meiner Sicht könnten verschiedene Gründe dazu beigetragen haben, wie:

- ein implizit empfundener Zeitdruck der interviewten Pflegepersonen (die Kollegen/innen arbeiten, während sie selbst ein Interview führen),
- die Annahme der interviewten Pflegepersonen, dass sie, da ich selbst gelernte diplomierte Gesundheits- und Krankenpflegeperson bin, einige Beschreibungen nicht erklären müssen (z.B. hierarchischer Organisationsaufbau, teambezogene Strukturen, Arbeitszeitmodelle, berufsbezogene Fachausdrücke, Arbeitsbelastungen im Setting),
- zu geringes Nachfragen, da ich selbst einige pflegefachliche Inhalte (z.B. Ausdrücke wie Kinästhetik am Arbeitsplatz, Wechseldruckmatratzen usw.) verstanden habe, die

möglicherweise durch die interviewten Pflegepersonen noch ausführlicher zu erklären gewesen wären.

5.6. Qualitative Inhaltsanalyse und Datenaufbereitung nach Mayring

Als geeignete Methode zur Analyse meines Datenmaterials habe ich mich für die qualitative Inhaltsanalyse nach Mayring entschieden. Nach Mayring sollen systematisierte und qualitativ orientierte Textanalysen generiert werden (Mayring 2010: 48). Folgende Schritte wurden für die qualitative Inhaltsanalyse und die darauffolgende Datenaufbereitung eingehalten:

1. Integration des Untersuchungsmaterials im Kommunikationszusammenhang

Hier kristallisiert sich der Vorteil gegenüber anderen Textanalyseverfahren heraus, denn die qualitative Inhaltsanalyse verfügt über eine kommunikationswissenschaftliche Verankerung. Das bedeutet, dass das Untersuchungsmaterial in seinem Kommunikationszusammenhang verstanden wird (Mayring 2010: 48).

Bei der Integration des Untersuchungsmaterials konzentrierte ich mich auf den Altenpflegebereich insgesamt. Das bedeutet, dass ich das Untersuchungsmaterial nicht in den Arbeitskontext der interviewten Pflegeperson und ihrer jeweiligen Altenpflegeeinrichtung gestellt, sondern das gesamte Datenmaterial organisationsübergreifend interpretiert habe. Falls dies während der Textanalyse nicht realisierbar war, wurden Organisationsspezifika herausgegriffen und organisationsbezogen interpretiert.

2. Nachvollziehbare, systematische und theoriegeleitete Vorgehensweisen

Die gesamte qualitative Inhaltsanalyse geht systematisch und regelgeleitet vor. Dabei steht zunächst die Bestimmung eines spezifischen Ablaufmodells der Inhaltsanalyse im Vordergrund. Darunter darf man sich kein starres Ablaufmodell vorstellen, denn die qualitative Inhaltsanalyse orientiert sich immer am Untersuchungsmaterial sowie an den zugrundeliegenden Forschungsfragen. Jedoch soll das Ablaufmodell nicht willkürlich gestaltet werden, sondern es muss auf gewissen Regeln beruhen, die im Analyseprozess eingehalten werden (Mayring 2010: 48f).

Für die Definition der inhaltsanalytischen Einheiten (Kodier-, Kontext- und Auswertungseinheiten) (Mayring 2010) konzentrierte ich mich auf die beiden Forschungsfragestellungen (Hauptfragestellung und spezifische Fragestellung), das

Kommunikationsmodell nach Marent (2011) sowie auf die bereits theoretisch ausgearbeiteten Partizipationsansätze (indirekte und direkte Partizipationsmöglichkeiten).

3. Kategorienbildung und Datenaufbereitung

Die Leitfadeninterviews wurden mittels Tonband aufgenommen und im Anschluss transkribiert. In den transkribierten Texten befinden sich keine para- und nonverbalen Ereignisse, da der Fokus auf eine gute Lesbarkeit gerichtet wurde. Das Hauptaugenmerk wurde somit auf den Inhalt der transkribierten Texte gelegt (Dresing/Pehl 2011: 14f).

Folgendes Transkriptionsregelsystem wurde zur Datenaufbereitung angewendet (Dresing/Pehl 2011: 19-23):

- Die Transkription erfolgt wörtlich und nicht zusammenfassend. Dialekte werden wortgenau (wenn möglich) in das Hochdeutsche übersetzt. Wenn dies nicht möglich ist, dann wird das Gesprochene detailgetreu übersetzt.
- Die gesagte Satzform wird beibehalten, auch wenn diese nicht syntaktisch fehlerfrei ist z.B. „bin ich nach Sport gegangen“.
- Auf Interpunktionen wird aufgrund der besseren Lesbarkeit teilweise verzichtet. Beim Senken der Stimme sowie bei nicht eindeutigen Betonungen wird eher ein Punkt als ein Beistrich gesetzt.
- Zustimmung verbale Äußerungen wie etwa „Ah“ werden transkribiert.
- Jeder Sprechbeitrag des Interviewenden sowie der Interviewperson erhält einen eigenen tabellarischen Absatz.
- Emotionale nonverbale Äußerungen werden in Klammer gesetzt und somit dokumentiert (z.B. kurzes Lachen).
- Die zu interviewende Person wird mit einem „IP“ und die Interviewerin mit einem „I“ abgekürzt.
- Anredepronomen werden groß geschrieben.
- Zahlen werden aufgrund der besseren Lesbarkeit in Ziffern geschrieben.
- Wird während des Interviewgespräches eine wörtliche Rede zitiert, wird dieses Zitat unter Anführungszeichen gesetzt.

Insgesamt wurden für die zwölf durchgeführten Interviews mit den Pflegepersonen, die durchschnittlich 28 Minuten dauerten, 93 Seiten transkribiert. Die zwölf

transkribierten Interviews der Pflegepersonen wurden auf Basis der Leitfragenstellungen zusammengefasst. Hier wurden alle nicht fragerlevanten (in Bezug auf die beiden Forschungsfragen) Textinhalte ausgeschlossen. Die daraus resultierenden Paraphrasen wurden anschließend in eine einheitliche Sprache und grammatikalische Kurzform gebracht. Im nächsten Schritt wurden die herausgefilterten Paraphrasen verallgemeinert. Die Paraphrasen wurden zusammengefasst und durch eine neue Aussage wiedergegeben (Mayring 2010: 69). Nachdem die Zusammenfassung abgeschlossen wurde, wurden die Paraphrasen zu elf Unterkategorien zusammengefasst. Aus den zusammengefassten Unterkategorien wurden folgende Hauptkategorien erstellt:

Tabelle 9: Darstellung der Haupt- und Unterkategorien nach der qualitativen Inhaltsanalyse nach Mayring (2010)

Hauptkategorien	Unterkategorien
Beobachtung und Wahrnehmung der Betrieblichen Gesundheitsförderung	• Wissen über Betriebliche Gesundheitsförderung • Informiertheit
Bewertung der Betrieblichen Gesundheitsförderung	• Empfundene Umsetzung der Betrieblichen Gesundheitsförderung • Förderlich empfundene Faktoren zur persönlichen Gesundheitsförderung • Hinderlich empfundene Faktoren zur persönlichen Gesundheitsförderung • Abdeckung der Gesundheitsbelastungen im betrieblichen Gesundheitsprogramm
Einbindung der Pflegepersonen in den betrieblichen Gesundheitsförderungsprozess	• Persönliche Einbindung in die Betriebliche Gesundheitsförderung
Persönliche und organisationsbezogene Gesundheitsverantwortung der Pflegepersonen	• Einstellung zur persönlichen Gesundheitsverantwortung • Verantwortung der Organisation für die Gesundheit der Pflegepersonen
Wahrgenommene Veränderung durch die Betriebliche Gesundheitsförderung	• Wahrgenommene Organisationsveränderungen nach der Umsetzung der Betrieblichen Gesundheitsförderung
Teilnahmebereitschaft an betrieblichen verhaltensbezogenen Gesundheitsaktivitäten	• Teilnahme an betrieblichen verhaltensbezogenen Gesundheitsangeboten

6. Ergebnisdarstellung

Die Hauptkategorien, welche anhand der Inhaltsanalyse nach Mayring gebildet wurden, rekonstruieren den von den Pflegepersonen empfunden Prozess der Implementierung der Betrieblichen Gesundheitsförderung und ihre darauf basierende Teilnahmebereitschaft an betrieblichen verhaltensbezogenen Gesundheitsaktivitäten.

Bei der Implementierung von Betrieblicher Gesundheitsförderung kann sich nach Marent ein Koproduktionsproblem der beteiligten Organisationsmitglieder entwickeln. Anhand von Kommunikationsprozessen (unter Berücksichtigung der Systemtheorie nach Luhmann 1984) veranschaulicht Marent, wie Kommunikationsofferte beobachtet und durch die Zielgruppe interpretiert werden können. Die Wahrnehmungen der Pflegepersonen tragen nach Marent (2011) dazu bei, ob eine gesundheitsorientierte Verhaltensänderung zustande kommt oder nicht (Teilnahme oder keine Teilnahme an verhaltensbezogenen betrieblichen Gesundheitsaktivitäten). Im Weiteren zeigt Marent, wie es zu einer Nichtinanspruchnahme von betrieblichen Gesundheitsförderungsaktivitäten kommen kann (auf Basis Luhmanns Überlegungen zur „Unwahrscheinlichkeit von Kommunikation“). Marent zur Folge müssen die Pflegepersonen die Umsetzung und Implementierung der Betrieblichen Gesundheitsförderung nachvollziehen können, um auch bei sich selbst eine gesundheitsförderliche Verhaltensänderung zu bewirken. Das bedeutet auch, dass Gesundheitsaktivitäten nicht top down entschieden werden sollten, sondern die Altenpflegeeinrichtungen müssen herausfinden, welche Themen und Bedürfnisse in der Arbeitswelt der Pflegepersonen vorherrschen (Integration von Partizipationsansätzen). Hat die Organisation dies analysiert, so werden auch die Pflegepersonen (Marent zur Folge) einen erkennbaren Zusammenhang zwischen den betrieblichen Gesundheitsprogrammen und ihren bestehenden Gesundheitsressourcen/-problemen erkennen. Nur wenn man diese Faktoren im Rahmen der Implementierung und Umsetzung der Betrieblichen Gesundheitsförderung berücksichtigt, kann dem Problem der Nichtinanspruchnahme von Gesundheitsaktivitäten durch das Pflegepersonal entgegengewirkt werden (Marent 2011).

6.1. Beobachtung und Wahrnehmung der Betrieblichen Gesundheitsförderung

Unabhängig von den jeweiligen Altenpflegeeinrichtungen haben alle interviewten Pflegepersonen die Betriebliche Gesundheitsförderung beobachtet und wahrgenommen. Zur Wahrnehmung der Betrieblichen Gesundheitsförderung spielten für die Pflegepersonen mehrere zu beobachtende Faktoren eine Rolle.

Als wichtiger zu beobachtender Faktor stellte sich die Funktion der Stationsleitung heraus. Nach den Aussagen der interviewten Pflegepersonen erfolgte die Informationsweiterleitung über die Betriebliche Gesundheitsförderung durch die Stationsleitung. Folgende organisationsspezifische Strukturen bzw. Ereignisse wurden von der Stationsleitung bei der Informationsweiterleitung genutzt:

- Teamsitzungen oder Dienstübergaben,
- Ausstellung von Protokollen,
- Aushängen von Plakaten,
- regelmäßige Informationen über neue gesundheitsförderliche (verhältnis- und verhaltensbezogene) Aktivitäten während gemeinsamer Pausen
- und in Form von individuellen gesundheitsförderlichen Beratungsgesprächen mit Pflegepersonen (d.h. die Stationsleitung gibt den Pflegepersonen persönliche Vorschläge und informiert sie, welche aktuellen gesundheitsförderlichen Verhaltensangebote für sie passen würden).

Nach der Stationsleitung wurde die Pflegedienstleitung/Oberschwester/-pfleger als indirekte Informationsquelle genannt. Indirekt bedeutet das, dass die Informationen über die Betriebliche Gesundheitsförderung nicht direkt über die Pflegedienstleitungen/Oberschwester/-pfleger kommen, sondern über die Stationsleitung an die Pflegepersonen herangetragen werden. Der Pflegedienstleitung, Oberschwester bzw. dem Oberpfleger wurde vor allem die Initiative zur Einführung der Betrieblichen Gesundheitsförderung zugeschrieben. Dies liegt daran, dass die interviewten Pflegepersonen die Entscheidungen über die Betriebliche Gesundheitsförderung durch die obersten Führungsebenen (bis hin zur Geschäftsführung) nicht nachvollziehen konnten. Jedoch hängt dies nicht nur mit der Betrieblichen Gesundheitsförderung an sich zusammen, sondern damit, dass nach Aussagen der Pflegepersonen Informationen ausschließlich über die Stationsleitungen an sie weitergegeben werden. Die Informationen erhält die Stationsleitung, nach Meinung der interviewten Pflegepersonen, über die Pflegedienstleitung

bzw. Oberschwester oder Oberpfleger. Eine Pflegeperson zur Frage wie sich die Betriebliche Gesundheitsförderung in ihrer Altenpflegeeinrichtung entwickelt hat:

„Ah es wurde auf die Initiative der Pflegedienstleitung getroffen und die hat einfach die Stationsleiterin gefragt, ob so was auch mal durch andere, also die Organisation unterstützt wird und ob so was überhaupt möglich ist. Ja und das wurde eigentlich von den Mitarbeitern angenommen und so ist das entstanden. Also ausschlaggebend war die Pflegedienstleitung“ (IP 7).

Als weitere gute Quelle zur Informationsvermittlung wurde der Betriebsrat / die Betriebsrätin sowie der Betriebsarzt/die Betriebsärztin genannt. Die Mehrzahl der interviewten Pflegepersonen nannte den Betriebsrat als wesentlichen und vertrauenswürdigen Wissensvermittler. Über den Betriebsrat erhalten die Pflegepersonen regelmäßige Informationen bezüglich gesundheitsförderlicher Betriebsratsaktionen. Darüber hinaus werden die Pflegepersonen über organisationsbezogene gesundheitsförderliche Maßnahmen (d.h. welche Veränderungen wird es in Zukunft geben und wie soll es mit der Betrieblichen Gesundheitsförderung in ihrer Altenpflegeeinrichtung weitergehen) durch den Betriebsrat/die Betriebsrätin informiert. Eine Pflegeperson machte folgende Aussage zu dieser Informationsquelle:

„Also wir haben den Betriebsrat, der die Gesundenuntersuchung anbietet und jetzt haben die auch die Liste herausgeschickt für die Stationen und wer möchte kann sich dort eintragen und dann Gesundenuntersuchung machen. Ah und man kann Impfungen, Grippeimpfungen, also man kann eigentlich auch die Ärztin vom Haus per E-Mail erreichen und wenn man Fragen hat kann man sich auch einen Termin ausmachen“ (IP3).

Eine andere Pflegeperson dazu:

„Unser Betriebsrat ist sehr nett, wenn's was gibt, jetzt auch über die Betriebliche Gesundheitsförderung bei uns. Also jetzt bei uns auf der Station oder gesamt, dann informiert er uns darüber ... Naja und wenn man jetzt auch eine Frage hat dazu, na dann kann man auch dorthin gehen und sie helfen sie dir zu beantworten. Ich hab jetzt konkret noch keine Frage gehabt, aber eine Kollegin hat sich schon mal darüber informiert und die waren sehr nett zu ihr“ (IP1).

Das regelmäßige Versenden von E-Mails wurde ebenfalls von den interviewten Pflegepersonen thematisiert. Dieses Kommunikationsmedium wurde in allen Interviews im Zusammenhang mit der eigenen Suche nach verhaltensbezogenen betrieblichen Gesundheitsangeboten erwähnt. Die interviewten Pflegepersonen erhalten regelmäßige E-Mail-Zusendungen, in denen die aktuellen betrieblichen verhaltensbezogenen Gesundheitsaktivitäten vorgestellt werden. Der Vorteil des E-Mails ist, dass die Informationen über betriebliche verhaltensbezogene Gesundheitsangebote zeitunabhängig und zu ruhigeren Dienstphasen durch die Pflegepersonen abgerufen werden können, z.B. im Nachtdienst. Der Nachteil des E-Mails ist, dass einige Pflegepersonen mit Migrationshintergrund die Textinhalte nicht sinngemäß verstehen. Auf die Leitfrage, wie gut man sich über die Betriebliche Gesundheitsförderung informiert fühlt, antwortete eine Pflegepersonen wie folgt:

„Schon recht gut, weil jeder Mitarbeiter sein eigenes E-Mail-Konto hat und dadurch bekommt man immer seine E-Mails von den verschiedenen Veranstaltern, die das halt betreiben. Wenn du also nur hineinschaust, dann bist du schon gut informiert“ (IP1).

Eine andere Pflegeperson dazu:

„Es wird immer via E-Mail die Angebote versendet und man weiß immer was es halt momentan so gibt. Wenn jetzt ein Termin abgesagt oder jetzt auch verschoben wird, dann erfahren wir das auch via E-Mail ... Also die Kommunikation ist sehr super, da kann man jetzt nicht wirklich was Negatives sagen. Auf jeden Fall jeder schaut in seine E-Mails, wenn er im Dienst ist und es gibt auch so Infoblätter, wo Angebote ausgehängt werden. Aber hauptsächlich wie gesagt erfahren wir alles über die E-Mails“ (IP4).

Bezüglich der E-Mail-Problematiken mit Schwerpunkt Verständnis des übermittelten Inhalts machte eine Pflegeperson folgende Aussage:

„Ahm wenn ich mir jetzt denk, wir haben viele ausländische Mitarbeiter, da denk ich mir mal da wird's schon schwieriger ... Erstens einmal weil das für sie zum Lesen schwer ist und ja ... Naja, wenn sie was wollen dann helfe ich ihnen schon, also wenn sie mich fragen, aber so prinzipiell dass wir gemeinsam nach was suchen, na das gibt es nicht. Ich mein, wenn sie was brauchen, dann sagen sie es eh ...“ (IP7).

Betrachtet man die raumbezogene Beobachtung der Pflegepersonen (d.h. Was ist für die Pflegepersonen in ihrer Altenpflegeeinrichtung visuell sichtbar?), so sind vor allem die architektonischen Veränderungen für sie wahrnehmbar. Fitness- und Erholungsräume werden stark im Zusammenhang mit der erfolgreichen Umsetzung der Betrieblichen Gesundheitsförderung in ihrer Altenpflegeeinrichtung gebracht. Eine Pflegeperson zur räumlichen Veränderung in ihrer Altenpflegeeinrichtung:

„Wir haben jetzt ein eigenes Fitnesscenter sogar bekommen, da können wir nach dem Dienst oder auch in der Freizeit hingehen. Billiger kommt es einen schon ... da sieht man, dass das Haus hier schon sehr bemüht für die Mitarbeitergesundheit hier ist“ (IP10).

Insgesamt kann man anhand der analysierten Interviews davon ausgehen, dass die Informationsvermittlung der Betrieblichen Gesundheitsförderung an den üblichen Kommunikationsstrukturen der Pflegepersonen ansetzt und aus ihrer Perspektive eine hohe Informationstransparenz besteht.

6.2. Bewertung der Betrieblichen Gesundheitsförderung

Ein entscheidender Punkt, wie die Umsetzung der Betrieblichen Gesundheitsförderung aus der Sicht der Pflegepersonen bewertet wurde, ist der Vergleich mit anderen Altenpflegeeinrichtungen. Diese Organisationsvergleiche beziehen sich vor allem auf Aussagen von Kollegen/innen sowie auf eigene Erfahrungen in anderen Altenpflegeeinrichtungen. Hierzu die Aussage einer Pflegeperson:

„Es geht schon in eine gute Richtung. Weil ich weiß schon, dass es Organisationen gibt da wird nicht so oder überhaupt kein Wert darauf gelegt. Hier wird schon versucht, dass die Mitarbeiter eingebunden werden und das sie eine Motivation bekommen was zu tun“ (IP1).

Oder eine andere Pflegeperson dazu :

„Naja im Vergleich, was ich so von anderen Häusern höre, na da haben wir eigentlich schon wenig Krankenstände und es fehlt auch kein Personal und die Fluktuation ist auch sehr gering. Ich glaube schon, dass da die Gesundheitsförderung schon was bewirkt hat“ (IP12).

Eine vertrauensvolle Beziehung zur Stationsleitung wurde durchwegs als förderlich zur Verbesserung der eigenen Gesundheit und Teilnahme an betrieblichen Gesundheitsförderungsaktivitäten angesehen. In diesem Zusammenhang wurde auch die motivierende Teamdynamik erwähnt. Vor allem jüngere Pflegepersonen sahen gemeinsame Gesundheitsaktivitäten als motivierend und gewinnbringend an (Teamwandertage usw.). Eine Aussage einer Pflegeperson zum Verhältnis zur Stationsleitung und zur positiven Teamdynamik:

„Na wenn ich jetzt was für meinen Rücken oder so was brauchen würde, dann sag ich ihr das, also ich würde es ihr halt sagen. Es ist so, in unserem Team verstehen wir uns schon und wir können auch miteinander reden. Es ist einfach schon in Ordnung so wie es jetzt ist“ (IP5).

Die Zeitflexibilität, um an verhaltensbezogenen betrieblichen Gesundheitsangeboten teilzunehmen, wurde in jeder Altersgruppe als förderlicher Faktor angesehen. Dies beginnt bei der flexiblen Dienstplangestaltung und reicht bis zur Möglichkeit des Diensttausches unter Kollegen/innen. Betriebliche verhaltensbezogene Gesundheitsangebote, die sich nicht an starren Zeiten orientieren, wurden als positiv und durchführbar bewertet. Auch Unterstützungsmöglichkeiten bei der Kinderbetreuung wurden als sehr hilfreich bei der Teilnahme an Gesundheitsangeboten angesehen.

Darüber hinaus nahm die Organisationsgröße einen Stellenwert bei der Beurteilung der Betrieblichen Gesundheitsförderung ein. Pflegepersonen waren der Meinung, dass je kleiner die Organisation ist, desto leichter kann man an verhaltensbezogenen Gesundheitsaktivitäten teilnehmen. Die Informationsweitergabe geht rascher voran und man kennt selbst eher Kollegen/innen, die sich an betrieblichen Gesundheitsaktivitäten beteiligen und darüber positiv berichten. Auch kann schneller auf bestehende Gesundheitsproblematiken von Pflegepersonen eingegangen werden als in Altenpflegeeinrichtungen, die über eine Vielzahl an Mitarbeiter/innen verfügen. Diese Aussagen der Pflegepersonen betreffen jedoch nicht die gesamte Organisationsgröße, sondern ausschließlich das Vorortumfeld (d.h. die Größe der Altenpflegeeinrichtung, in der die interviewten Pflegepersonen tätig sind).

Größtenteils wurde die Umsetzung der Betrieblichen Gesundheitsförderung als durchwegs positiv durch die interviewten Pflegepersonen bewertet. Einig waren sich die Pflegepersonen hinsichtlich der Angebotsvielfalt und dem großen Ausmaß an verhaltensbezogenen Gesundheitsaktivitäten in ihrer Organisation. Bei der Umsetzungsbewertung wurde das

Gesundheitsangebot als Qualitätsindikator herangezogen. Das bedeutet, wenn die Menge und Vielfalt an Gesundheitsangeboten als gesättigt und umfassend für die eigene Arbeitsbewältigung angesehen wurde, so wurde auch der Implementierungsprozess als positiv und gelungen bewertet. Interessant hierbei ist, dass die Menge und Vielfalt an physischen Angeboten (Rückenturnen, Pilates, Nordic Walking etc.) als fast übersättigt angesehen wurde. Die Angebote sind nach Ansicht der Pflegepersonen so breit gefächert, dass das Wissen über alle betrieblichen Verhaltensaktivitäten nicht mehr gegeben ist. Eine Pflegeperson zum verhaltensbezogenen Gesundheitsangebot:

„... also ich finde, dass es sehr gute Möglichkeiten gibt, wenn man dazu bereit ist ... also wenn man dazu bereit ist etwas für seine Gesundheit zu tun. Naja das Angebot ist groß und vielfältig und es ist eigentlich für Jeden etwas dabei. Das heißt jetzt auch, dass wenn man was machen will, dann findet man auch was, also es gibt eigentlich nichts was jetzt fehlen würde“ (IP4).

Eine Pflegeperson zum vielfältigen verhaltensbezogenen Gesundheitsangebot in ihrer Organisation:

„Also sie haben wirklich ein breitgefächertes Repertoire ... wo man sich halt körperlich bewegen kann und Rücken turnen mit verschiedenen Techniken, die du fürs Arbeiten anwenden kannst, also Kinästhetik, also es ist wirklich, also sie schauen schon viel. Die Sache ist halt einfach, dass man sich gar nicht mehr merken kann, was es eigentlich gibt, man bekommt immer Mails mit Angeboten, aber ich könnte jetzt nicht mal aufzählen was jetzt alles genau angeboten wird ... wahrscheinlich eh schon alles, denk ich mal“ (IP11).

Verbesserungsbedarf besteht vor allem in der Umsetzung von psychischen verhaltensbezogenen Gesundheitsangeboten. Hier wurden die Angebote – in allen drei Organisationen – als eher mager und optimierungsbedürftig beurteilt. Nach Ansicht der Pflegepersonen wird der psychischen Gesundheit der Mitarbeiter/innen ein zu geringer Stellenwert eingeräumt. Der Pflegealltag ist nach Wahrnehmung der interviewten Pflegepersonen mit hohen emotionalen Anforderungen verbunden. Hier könnte nach Ansicht der interviewten Pflegepersonen mehr getan werden (z.B. hinsichtlich dem Thema Burnout). Die Mehrzahl der interviewten Pflegepersonen war der Ansicht, dass ihr Arbeitsumfeld von hohen emotionalen Einflüssen, vor allem hinsichtlich der langandauernden Pflege und Betreuung von Bewohner/innen geprägt ist. Häufig wurden lange „Leidenswege“ von Seiten der Bewohner/innen sowie von absehbare Verschlechterungen des Gesundheitszustandes

von Bewohner/innen beschrieben. Darüber hinaus erwähnten einige interviewte Pflegepersonen, dass es nicht immer einfach ist, nach dem Dienst nicht mehr an die Arbeit und an die Bewohner/innen zu denken. Eine Pflegeperson dazu:

„Pflege ist in einem gewissen Ausmaß eine extreme Gefühlsarbeit, eine extreme emotionale Arbeit ... also eine extreme Belastung und das ist auch extrem schwierig zu honorieren. Die Aufenthaltsdauer ist sehr hoch hier, nicht wie im Krankenhaus oder Akutbereich ... Wir kennen die Lebensgeschichten, manchmal auch die Familien unserer Bewohner. Abstand zu gewinnen und nach der Pflege nicht daran zu denken ist extrem schwierig“ (IP8).

Als negativer Faktor bei der Bewertung der Betrieblichen Gesundheitsförderung wurde der Teilnahmezwang an Gesundheitsaktivitäten erwähnt. Die interviewten Pflegepersonen waren der Ansicht, dass die Organisation sie nicht zu einer Teilnahme an verhaltensbezogenen Gesundheitsaktivitäten verpflichten kann. Das bedeutet, dass die Organisation diese betrieblichen gesundheitsbezogenen Verhaltensinterventionen anbieten kann und auch soll, aber die Entscheidung über die Teilnahme muss letztendlich immer bei ihnen selbst liegen. Als Beispiele wurden verpflichtende Supervisionen genannt, an denen Pflegepersonen teilnehmen sollten. Eine Pflegeperson zur verpflichtenden Supervision:

„Es gibt verpflichtende Supervisionssitzungen ... das finde ich nicht gut, die Leitungen haben das gemacht, weil keiner sonst dort hinkommen würde ... sinnhaft finde ich es nicht, weil eh keiner sagt was ihm wirklich stört oder wo die Probleme im Team oder jetzt auch mit den Bewohnern sind, aber man muss halt und es wird aber andererseits auch bezahlt, somit ist es schon tragbar, aber bringen tut es nicht wirklich was ...“ (IP4).

Ein zusätzlicher negativer Faktor bei der Umsetzung der Betrieblichen Gesundheitsförderung ist das Zeitpensum, das den Pflegepersonen im Arbeitsalltag zur Verfügung steht. Die geringen Zeitressourcen im Arbeitsalltag und der zu niedrige Personalschlüssel wurden als hinderlich bei der Umsetzung der Betrieblichen Gesundheitsförderung bewertet. Nach Ansicht der interviewten Pflegepersonen besteht kaum bis gar keine Zeit, um bereits gelernte verhaltensbezogene Gesundheitsinterventionen im Pflegealltag umzusetzen.

Hierzu ein Zitat einer Pflegeperson:

„Ich mein wir haben schon sehr sehr viele Grundausbildungen für Kinästhetik und Hebetechniken bekommen, aber man kann es nicht umsetzen und das ist für mich schon sehr traurig, weil ich mach ja gerne die Kurse und ich würde es ja auch sehr gerne umsetzen, aber es ist von der Zeit her einfach nicht möglich ... Es braucht einfach zu lange, wenn wir jetzt alle Bewohner nach den Techniken mobilisieren ... sicher pro Bewohner fünf Minuten länger, als jetzt im Vergleich wenn man es zu zweit macht “ (IP10).

Jedoch waren sich die meisten Pflegepersonen einig, dass die rechtliche Lage und der entsprechend gesetzlich berechnete Personaleinsatz für die geringen Zeitressourcen im Arbeitsalltag verantwortlich sind und nicht die jeweilige Altenpflegeeinrichtung. Die interviewten Pflegepersonen waren der Meinung, dass der Pflege- und Betreuungsaufwand viel höher ist, als die tatsächlich berechnete Pflegegeldstufe und der dazu berechnete Personalschlüssel vorgibt. Die Organisation muss sich bei der Personalbesetzung an der Pflegegeldstufe der Bewohner/innen orientieren und hat in dieser Hinsicht nur wenig Spielraum, um ausreichend Mitarbeiter/innen im Tag- und Nachtdienst einzuplanen. Eine Pflegeperson zur gesetzlichen Berechnung des Personaleinsatzes:

„Es wird halt von der Pflegegeldstufe der Personalschlüssel ausgerechnet und der passt halt einfach nicht mit der Arbeit hier zusammen. Es ist schwierig. Teilweise probiert es die Pflegedienstleitung schon uns mehr Personal zur Verfügung zu stellen, aber der Personalschlüssel ändert sich ja nicht. Am besten wäre wenn die Politiker selbst mal die Pflege leisten und dann erst sagen würden wie viel Leute wir wirklich brauchen“ (IP1).

Darüber hinaus wurde die mangelnde Kinderbetreuung als ein hinderlicher Faktor identifiziert. Interessant ist, dass dies nicht von Personen mit erziehungspflichtigen Kindern als negativ angesehen wurde, sondern eher von Pflegepersonen im jüngeren Alter ohne Kinder und Pflegepersonen mit Kindern, welche aber nicht mehr im erziehungspflichtigen Alter sind. Hierzu eine Pflegeperson mit erziehungspflichtigen Kindern:

„Naja es ist jetzt nicht so, dass wir nur weil wir Kinder haben nicht die Möglichkeit haben etwas für unsere Gesundheit zu tun. Also gerade hier in dieser Firma gibt es das Problem nicht. Also damit will ich sagen, dass die Arbeitszeiten flexibel sind und man sich schon die Dienste so einteilen kann,

dass es mit der Familie passt. Insgesamt würde ich schon sagen, dass das also wenn ich das so sagen kann, dass das hier schon ein kinderfreundliches Klima ist ... das mit den Zeitressourcen hat eher damit zu tun, dass ich meine Kinder als erste Priorität setze. Es hat jetzt nicht etwas mit dem Betrieb zu tun, dass ich jetzt keine Betreuung für die Kinder finde. Das Problem ist eigentlich, dass ich meine Kinder nicht mitnehmen kann, weil das Angebot ja nur für die Mitarbeiter ist“ (IP9).

Ein wesentlicher hinderlicher Faktor für Pflegepersonen mit Erziehungspflichten ist, dass diese ihre Kinder nicht zu betrieblichen verhaltensbezogenen Gesundheitsaktivitäten mitnehmen dürfen. Die interviewten Pflegepersonen wollen ihren Kindern ein positives Vorbild hinsichtlich der Stärkung der eigenen Gesundheit sein. Sport wird deshalb mit den erziehungspflichtigen Kindern gemeinsam – außerhalb der Organisation – ausgeübt. Als Alternative wurden externe Gesundheitsangebote in der Freizeit gesucht und in Anspruch genommen. Eine Pflegeperson mit erziehungspflichtigen Kindern dazu:

„...Eigentlich ist es so, dass ich für meine Kinder als Vorbild wirken möchte und ihnen sagen möchte, jetzt machen wir Sport oder machen was Gesundes“ (IP9).

Ein weiterer negativer Faktor, der vor allem von Pflegepersonen im jüngeren und mittleren Lebensalter erwähnt wurde, war das einige betriebliche verhaltensbezogene Gesundheitsförderungsangebote ausschließlich für Kollegen/innen im höheren Lebensalter (das bedeutet ab dem 50. Lebensjahr) ausgerichtet sind und angeboten werden. Hierzu ein Zitat einer Pflegeperson im jüngeren Lebensalter:

„Nordic Walking hatten wir einmal, aber das war erst ab 50 plus ... aber das wäre ja auch für Junge interessant, aber das war halt nur so ein Projekt 50 plus“ (IP1).

Betrachtet man die Aussagen zum gesamten Pflorgeteam, so zeigen sich vor allem zwei Faktoren, die als negativ für die interviewten Pflegepersonen wahrgenommen werden können:

- Das Team kann dann zur Hemmschwelle bei der Nutzung von Gesundheitsangeboten werden, wenn die Angst besteht, dass es zu negativen Gerüchten unter den Kollegen/innen kommen könnte. Es besteht durchaus die Angst,

dass die Teilnahme an einem Betrieblichen Gesundheitsförderungsangebot zur „Stigmatisierung“ einer Krankheit führen könnte (z.B. die Rückengymnastik wird von Pflegepersonen nur dann in Anspruch genommen, wenn sie über einen längeren Zeitraum falsche Mobilisationstechniken angewendet haben).

- Als weiterer hinderlicher Faktor wurde die multikulturelle Zusammensetzung der Teams erwähnt. Hier liegt das Problem vor allem darin, dass Aussagen über die Betriebliche Gesundheitsförderung sowie Aussendungen zu Gesundheitsangeboten sprachlich nicht verstanden werden und es zu ungenauen Informationsweitergaben zwischen den Kollegen/innen kommen kann.

Prinzipiell empfanden die interviewten Pflegepersonen, unabhängig davon in welcher Organisation sie tätig sind, dass das betriebliche verhaltensbezogene Gesundheitsangebot reichhaltig und umfassend gestaltet ist. Dies betrifft vor allem das Angebot, welches auf physische Belastungsfaktoren ausgerichtet ist. Teilweise wurde das verhaltensbezogene Gesundheitsangebot, welches die körperliche Gesundheit der Mitarbeiter/innen fokussiert, als zu umfassend und teilweise kaum überschaubar angesehen.

6.3. Einbindung der Pflegepersonen in den betrieblichen Gesundheitsförderungsprozess

In den qualitativen Leitfadeninterviews wurden die Pflegepersonen gefragt, wie gut sie sich während der Umsetzung der Betrieblichen Gesundheitsförderung eingebunden gefühlt haben. Die Antworten der Pflegepersonen zu diesem Thema stellten sich als ziemlich homogen dar.

Eine aktive Einbindung (d.h. eine Erweiterung des Tätigkeits- und/oder Handlungsspielraums hinsichtlich der Betrieblichen Gesundheitsförderung) wurde von keiner der befragten Pflegepersonen explizit gewünscht. Dies hängt nach Ansicht der Pflegepersonen damit zusammen, dass der Alltag im Pflegeprozess zeitlich sehr straff geplant ist und eine zusätzliche Einbindung seitens der Pflege eher als Belastung und nicht als Möglichkeit mitzuentscheiden angesehen wird. Hierzu folgendes Zitat einer Pflegeperson:

„Wir haben keine Zeit mehr für andere Dinge ... Es wird immer schlimmer und auch nicht besser“ (IP5).

Eine andere Pflegeperson dazu:

„Ich mein wenn mir was spontan einfällt, naja dann sag ich das schon der Chefin, aber ich möchte mich jetzt nicht spezifisch damit auseinandersetzen. Also ich mag einfach keinen zusätzlichen Arbeitsaufwand in meinem Dienst haben“ (IP10).

Betrachtet man die Möglichkeiten der direkten Partizipation (Informationsteilhabe und Entscheidungsteilhabe) so zeigt sich, dass vor allem diejenigen Pflegepersonen ein erhöhtes Informationsbedürfnis aufweisen, die bereits von einer beruflichen Erkrankung bzw. von beruflichen Belastungsfaktoren betroffen sind. Hierzu eine Pflegeperson, die bereits von einer beruflichen Erkrankung betroffen ist:

„... ich hab mich ja auch selbst schon erkundigt, nicht nur von der medizinisch sondern auch von der gesundheitlichen Seite her und geschaut was die Organisation da für mich machen kann“ (IP6).

Darüber hinaus waren Pflegepersonen, die von keinen beruflichen Belastungsfaktoren betroffen waren, eher davon überzeugt, dass für sie eine direkte Mitsprache (Entscheidungsteilhabe) nicht angebracht wäre. Das bedeutet, dass sie bei gesundheitsförderlichen Entscheidungen nicht mitwirken wollen, da ihrer Ansicht nach, zunächst diejenigen Pflegepersonen befragt werden bzw. mitentscheiden sollen, die bereits von einer Berufserkrankung betroffen sind. Eine Pflegeperson ohne berufsbedingte gesundheitliche Beeinträchtigungen machte folgende Aussage:

„Also Mitentscheiden ist eigentlich nicht so. Aber es ist schon, wenn der Mitarbeiter eine Idee hätte oder weiß was man ändern könnte, dann wird das halt meistens an die Stationsleitung weitergegeben und die bespricht das dann wieder bei den Stationsleitersitzungen und es werden dann schon Ideen von den Mitarbeitern angenommen, muss ich jetzt sagen. Also ich hab jetzt selber noch keine Idee eingebracht zu dem, aber es kommt schon immer wieder was Neues ... Eigentlich sollen die Kollegen was sagen, die das auch brauchen und auch teilnehmen daran sollten, aber ich hab ja jetzt nichts ... ich bin gesund und was soll ich da schon sagen, was jetzt für meine Kollegen gut wäre, die eigentlich was an Gesundheitsförderung brauchen würden ...“ (IP2).

Betrachtet man den Entscheidungsspielraum, so erwähnten vor allem Pflegepersonen im jüngeren Lebensalter, dass die reinen top-down-Entscheidungen einen negativen Einfluss auf die Betriebliche Gesundheitsförderung haben. Die interviewten jüngeren Pflegepersonen waren der Ansicht, dass man von der Führungsebene keinen Entscheidungsspielraum bekommt und man sich deshalb auch nicht beteiligen möchte. Hierzu eine Pflegeperson im jüngeren Lebensalter:

„Naja wir werden einmal im Jahr gefragt was wir möchten. Also wir haben prinzipiell schon die Möglichkeit Wünsche abzugeben und das ist dann meistens eh jetzt im August gewesen. Da bekommt man beim Teamgespräch eine Liste, also die geht einfach durch und da sagt man dann drauf was und schreibt es halt einfach hin und die Liste verschwindet dann irgendwo und man hat sie nie wieder gesehen ... also es ist wirklich mittlerweile das Angebot sehr sehr breit gefächert, aber dass das jetzt wirklich davon ausgeht, also davon was wir jetzt bräuchten oder wollten, also das merkt man nicht ... Die Liste sollte wahrscheinlich runter kommen zur Oberschwester oder zur Pflegedirektorin oder sonst wohin, aber ob sie so weit kommt, naja das weiß ich nicht“ (IP7).

Anhand der (einrichtungsunabhängigen) Aussagen der Pflegepersonen kann man davon ausgehen, dass sich das Beteiligungsbedürfnis vor allem auf die Übermittlung von Angebotswünschen zu verhaltensbezogenen Gesundheitsaktivitäten bezieht. Diese Angebotswünsche stellten die Pflegepersonen in einen direkten Bezug zu ihren beruflichen Tätigkeiten. Genauer gesagt bedeutet dies, dass sie durch ihre Wünsche an verhaltensbezogene betriebliche Gesundheitsangebote auch ihre berufsbezogenen Problemlagen thematisieren. In der Ergebnisdarstellung unter dem Punkt *„Bewertung der Betrieblichen Gesundheitsförderung“* wurde etwa der Wunsch des Ausbaus von psychischen verhaltensbezogenen Gesundheitsangeboten geäußert. Die Pflegepersonen nehmen ihren Arbeitsalltag als sehr emotional belastend wahr und wünschen sich psychische Gesundheitsangebote, um diese Arbeitsanforderungen kompensieren zu können.

Darüber hinaus äußerte keine der interviewten Pflegepersonen den Wunsch nach einer direkten Mitbeteiligung bei der strukturellen Entwicklung der Betrieblichen Gesundheitsförderung (d.h. Teilnahme an Gesundheitszirkeln, Mitentscheidung bei strukturellen Veränderungen wie z.B. Entwicklung einer gesundheitsförderlichen Dienstplangestaltung). Die strukturelle und verhältnisbezogene Gestaltung der Betrieblichen Gesundheitsförderung wurde eher als Aufgabe der Stationsleitung angesehen.

Zusammenfassend kann davon ausgegangen werden, dass sich die gewünschten Möglichkeiten bezüglich der Mitentscheidung/-beteiligung im betrieblichen Gesundheitsförderungsprozess vor allem auf die Informationsteilhabe und das Mitteilen von Problemen und Wünschen zu verhaltensbezogenen Gesundheitsangeboten an die Stationsleitung beziehen. Weitere betriebliche Partizipationsmöglichkeiten wie etwa „Gesundheitszirkel“ und/oder „Projektgruppen“ zu Gesundheitsförderungsthemen wurden von keiner der interviewten Pflegepersonen erwähnt.

6.4. Persönliche und organisationsbezogene Gesundheitsverantwortung der Pflegepersonen

Bereits im qualitativen Leitfadeninterview habe ich die Gesundheitsverantwortung im Rahmen der Betrieblichen Gesundheitsförderung in die persönliche Verantwortung der Pflegepersonen und in die Verantwortung der Organisation über die Gesundheit der Mitarbeiter/innen unterteilt.

Die Leitfrage zur persönlichen Gesundheitsverantwortung beantworteten die interviewten Pflegepersonen sehr homogen. Allen war aus ihrer Sicht klar, dass die Verantwortung über ihre eigene Gesundheit zunächst bei ihnen selbst und niemand anderem liegt. In dieser Hinsicht wurden vor allem Begriffe wie Selbstfürsorge und Eigenmotivation erwähnt. Darüber hinaus waren sich die interviewten Pflegepersonen einig, dass man, wenn eine Erkrankung vorliegt, auch zuhause bleiben und sich auskurieren soll. Jedoch wurde in diesem Zusammenhang immer wieder die Zeitproblematik erwähnt, die verhindert, dass man auch wirklich auf die eigene Gesundheitsverantwortung achtet (Personalmangel -> wer springt ein, wenn man selbst erkrankt usw.). Dazu ein Zitat einer Pflegeperson:

„Verantwortung haben alle von uns ... das Problem ist aber, dass wir keine Zeit haben und nicht immer auf das Gesunde schauen können“ (IP5).

Nach Meinung der interviewten Pflegepersonen trägt die Organisation primär die Verantwortung, Informationen über Gesundheitsbelastungen der Mitarbeiter/innen einzuholen. Das bedeutet, dass die Organisation die Mitarbeiter/innen befragen soll, was sie derzeit belastet und welche verhaltensbezogenen Gesundheitsmaßnahmen sie tatsächlich benötigen. Darüber hinaus soll die Organisation ihre Mitarbeiter/innen laufend über verhaltensbezogene Gesundheitsaktivitäten informieren und ihnen Ressourcen zur Verbesserung ihrer eigenen Gesundheit zur Verfügung stellen (z.B. kostengünstige oder

kostenlose Gesundheitsangebote im Betrieb). Eine Pflegeperson machte hierzu folgende Aussagen:

„Ich glaube immer, dass das Angebot am Wichtigsten ist, aber wenn es nicht angeboten wird, dann wird auch keiner der Mitarbeiter danach fragen. Also ob es so etwas gibt ... Also dass die Kollegen von selber kommen ... Also das glaube ich nicht, also es muss immer mal durch die Firma angeboten werden und dann kann man noch immer sagen, ja das wollen wir oder nein das wollen wir nicht“ (IP10).

Betrachtet man die Gesundheitsverantwortung der Führungsebene gegenüber den Mitarbeiter/innen, so wurde von den Pflegepersonen vor allem die Stationsleitung thematisiert. Die Stationsleitung ist nach Ansicht der Pflegepersonen vor allem dafür verantwortlich, dass Pausen eingehalten werden. Dazu eine Pflegeperson:

„Wir machen immer die Pause, weil auch unsere Chefin sagt, dass wir Pause machen sollen und weg von der Station sollen ... aber wir motivieren uns auch gegenseitig Pausen zu machen ... das ist schon wichtig ... auf der Station kann man nicht wirklich abschalten, weil man glaubt immer, dass Bewohner oder auch Angehörige etwas brauchen und da kann man nicht zur Ruhe kommen ...“ (IP4).

Zudem sollte die Führungsebene in Bezug auf ihre Gesundheitsverantwortung Rücksicht nehmen, wenn nicht immer die volle Leistung durch die Pflegepersonen erbracht werden kann (z.B. die Pflegetätigkeiten reduzieren, wenn nicht der volle Personalstand vorhanden ist – aufgrund von Krankenständen etc.).

Eine Pflegeperson sagte folgendes:

„Auch wenn es die Leitung auch nicht immer gerne hört, aber man muss einfach mal weggehen davon, dass wir immer 150 Prozent geben müssen ... man muss halt einfach die Arbeit der Situation anpassen und da muss auch einfach die Leitung hinter uns stehen“ (IP7).

Insgesamt kann man davon ausgehen, dass die Pflegepersonen sich ihrer persönlichen Gesundheitsverantwortung bewusst sind. Die Verantwortung der Organisation nehmen sie stark aus der Sicht von Konsumenten/innen wahr. Die interviewten Pflegepersonen legten einen hohen Stellenwert auf die Vielfalt, Menge sowie die Preisgestaltung des betrieblichen verhaltensbezogenen Gesundheitsförderungsangebotes. Die Organisation soll ihrer Ansicht nach verhaltensbezogene Gesundheitsangebote zur Verfügung stellen, die ihren beruflichen Belastungsfaktoren sowie Bedürfnissen entsprechen. Dabei obliegt, nach Ansicht der interviewten Pflegepersonen, der Organisation die Entscheidungsverantwortung, welche gesundheitsbezogenen Maßnahmen realisiert werden sollen oder auch nicht.

6.5. Wahrgenommene Veränderungen durch die Betriebliche Gesundheitsförderung

Im Zuge des qualitativen Interviews habe ich den Pflegepersonen die Leitfrage gestellt, welche Organisationsveränderungen sie nach der Umsetzung der Betrieblichen Gesundheitsförderung wahrgenommen haben. Das bedeutet, welche Organisationsveränderungen schreiben sie direkt der Betrieblichen Gesundheitsförderung zu und was ist überhaupt aus der Perspektive der Pflegepersonen in dieser Hinsicht wahrnehmbar.

Wahrnehmbar für die interviewten Pflegepersonen ist, dass die Führungsebene verstärkt auf die Gesundheit der Mitarbeiter/innen achtet. Auch die Pflegepersonen selbst achten vermehrt auf ihre persönliche Gesundheit und auf die Gesundheit ihrer Kollegen/innen. Dazu eine Pflegeperson:

„Naja, man schaut viel mehr auf sich selber und auf die Kollegen, also wir passen schon auch untereinander auf. Wie jetzt Du heb nicht alleine raus oder wir machen das jetzt gemeinsam, weil dann ist das nicht so anstrengend“ (IP7).

Einige der interviewten Pflegepersonen nahmen überhaupt keine Organisationsveränderungen bezüglich der Umsetzung der Betrieblichen Gesundheitsförderung wahr, da sich für sie zu viel in den letzten Jahren im Bereich der Pflege getan hat. In einer Organisation standen Umsiedelungen bevor, hier konzentrierten sich die interviewten Pflegepersonen verstärkt auf die zukünftigen Veränderungen in den neuen Einrichtungen. In einer anderen Organisation wurde primär auf die professionelle

Betreuung von Bewohner/innen mit spezifischen Erkrankungen geachtet und dies nahm bei den interviewten Pflegepersonen einen stärkeren Fokus ein, als der betriebliche Gesundheitsförderungsprozess.

Unterschiedliche Wahrnehmungen hinsichtlich der Auswirkungen des betrieblichen Gesundheitsförderungsprozess zeigten sich vor allem zwischen Pflegepersonen im jüngeren/mittleren und jenen im älteren Lebensalter. Pflegepersonen im höheren Lebensalter nahmen verstärkt Veränderungen wahr, da zu ihrer beruflichen Anfangszeit noch kein Augenmerk auf die Mitarbeiter/innengesundheit gelegt wurde. Im Gegensatz dazu waren Pflegepersonen im jüngeren Lebensalter der Meinung, dass Veränderungen noch kaum gespürt werden können, da die Aktivierung der Mitarbeiter/innengesundheit einen längeren Zeitraum in Anspruch nehmen wird. Die Auswirkungen der Betrieblichen Gesundheitsförderung an der Basis werden, nach Ansicht der Pflegepersonen im jüngeren Lebensalter erst in ein paar Jahren zu bewerten sein. Dazu eine Pflegeperson im jüngeren Lebensalter:

„... aber ich glaube, dass das Ganze schon nach einer längeren Zeit eine gewisse Wirkung hat und ich denke, dass die Leute nach einer längeren Zeit auch weniger krank werden“ (IP4).

Im Allgemeinen nehmen die interviewten Pflegepersonen wahr, dass verstärkt auf ihre eigene Gesundheit innerhalb der Organisation geachtet wird. Darüber hinaus achten sie selbst vermehrt auf ihre persönliche Gesundheit und auf die ihrer Kollegen/innen. Unklar für die interviewten Pflegepersonen ist, welche langfristigen Auswirkungen der betriebliche Gesundheitsförderungsprozess auf sie persönlich sowie auf die Organisation haben wird.

6.6. Teilnahmebereitschaft an verhaltensbezogenen betrieblichen Gesundheitsangeboten

Nachfolgend gehe ich auf die Motivation ein, die bewirkt, dass sich Pflegepersonen an verhaltensbezogenen betrieblichen Gesundheitsangeboten beteiligen. Darüber hinaus zeige ich auf, warum sich die interviewten Pflegepersonen entscheiden, an betrieblichen verhaltensbezogenen Gesundheitsaktivitäten mitzuwirken oder auch nicht mitzuwirken.

Pflegepersonen ohne spürbare berufliche Gesundheitsbelastungen waren der Meinung, dass wenn sie eine Erkrankung oder Belastung bei sich selbst wahrnehmen, auch an spezifischen Gesundheitsaktivitäten teilnehmen würden. Eine Pflegeperson zur Motivation, an betrieblichen Gesundheitsaktivitäten teilzunehmen:

„Also ich habe ein Glück, dass ich bis jetzt und ich hoffe auch immer, mit meinem Kreuz keine Probleme habe. Auch gibt es das nicht in meiner Familie. Ich selber habe auch nie Probleme gehabt und deshalb brauch ich das nicht. Ich mein ja falls ich das brauche, dann werde ich schon was machen und sagen, aber bis jetzt, Gott sei Dank, habe ich noch nie etwas gebraucht“ (IP3).

Paradox ist, dass auch Pflegepersonen, die über berufliche Erkrankungen berichten, der Meinung sind, dass es wenig Sinn macht, an den Aktivitäten teilzunehmen, da sie körperlich nicht in der Lage sind, mit den anderen Teilnehmer/innen mitzuhalten.

Ein weiterer interessanter Aspekt ist, dass eigentlich Zeitressourcen zur Teilnahme an verhaltensbezogenen Gesundheitsangeboten vorhanden wären, aber die Motivation zur Inanspruchnahme fehlt. Hierzu eine Pflegeperson:

„Also wenn ich wollen würde, dann könnte ich schon Zeit haben, aber ich will lieber daheim sein ... Ich muss ehrlich sagen, ich habe keinen Willen, vielleicht aus dem Grund, also wie die Kinder klein waren, waren wir beide, also mein Mann und ich immer berufstätig und ich war immer mit Leib und Seele Mutter. Vielleicht habe ich da verlernt auf mich zu schaun“ (IP3).

Wenn Motivation vorhanden ist, dann wird in der eigenen Freizeit mit Freunden/innen oder der Familie gesundheitsförderlichen Aktivitäten nachgegangen. Pflegepersonen, die ihre Gesundheit aktiv fördern, haben bereits ein eigenes soziales Netzwerk aufgebaut (z.B. eingetragene Mitgliedschaften in Sportvereinen/Fitnesscentern, Laufgruppen), mit dem sie

ihre sportlichen Aktivitäten teilen. Vorteil dabei ist, dass sich die interviewten Pflegepersonen nicht an verbindliche Terminvorgaben halten müssen. Dazu eine Pflegeperson, die bereits über ein soziales gesundheitsförderliches Netzwerk verfügt:

„Also ich mache Sachen für mich und ich mach das wenn ich Zeit hab und wenn ich Lust hab. Ich denk das werden eh mehrere sein und ich bin halt ein Mensch, ich will das halt machen, wenn es mich gerade freut ... und ich will es auch mit Leuten machen, mit denen ich jetzt auch meine freie Zeit verbringen will...“ (IP7).

Pflegepersonen, die an betrieblichen verhaltensbezogenen Gesundheitsaktivitäten teilnehmen, sind vor allem diejenigen, die direkt durch die Betriebliche Gesundheitsförderung motiviert und aktiviert wurden. Das bedeutet, es handelt sich zumeist um Personen, die vor der Implementierung der Betrieblichen Gesundheitsförderung nicht aktiv für ihre Gesundheit eingetreten sind. Diese interviewten Pflegepersonen verfügten in der Mehrzahl auch über kein soziales gesundheitsförderliches Netzwerk (Mitgliedschaften in Sportvereinen oder Fitnesscentern usw.). Die interviewten Pflegepersonen sehen die Vorteile vor allem darin, dass das Gesundheitsangebot kostenlos oder zu sehr günstigen Preisen angeboten wird. Ein weiterer motivierender Aspekt ist, dass sie andere Teilnehmer/innen kennenlernen, die auch noch kaum Erfahrung mit sportlichen Aktivitäten in ihrer Freizeit gesammelt haben. Hierzu eine Pflegeperson, die regelmäßig an betrieblichen verhaltensbezogenen Gesundheitsaktivitäten teilnimmt:

„Ich nehme diese Rückengymnastik in Anspruch. Also dieses Rückenturnen, weil mir gefällt das sehr gut, auch wegen den Leuten und der Atmosphäre. Wir beginnen von ganz am Anfang mit den Übungen, weil wir ja alle nicht so viel Erfahrung damit haben (IP12)“.

Eine weitere Pflegeperson zur Teilnahmemotivation an betrieblichen verhaltensbezogenen Gesundheitsaktivitäten:

„Ich versuche eigentlich immer alle Angebote zu nehmen, die im Haus sind. Ich versuche alles zu nehmen, weil alles so billig oder gratis ist und das ist lustig und ich probiere es einfach aus und wenn es mir gefällt und die Anderen nett sind, na dann schau ich dass ich regelmäßig dabei bin (IP6)“.

Aufgefallen ist, dass vor allem Pflegepersonen im jüngeren Lebensalter das Privatleben stärker vom Berufsleben trennen. Sie sehen diese Trennung vor allem als Prävention vom Berufsstress und distanzieren sich stärker von ihrem Arbeitsumfeld. Eine Pflegeperson im jüngeren Lebensalter dazu:

„Ich bin zum Beispiel so ein Mensch, ich möchte, ich trenne ziemlich strikt Beruf und Privatleben und wenn ich turnen gehe, dann möchte ich das mit meinen Freundinnen und nicht mit meinen Arbeitskollegen“ (IP2).

Pflegepersonen mit erziehungspflichtigen Kindern, die sich entschieden haben, an verhaltensbezogenen betrieblichen Gesundheitsaktivitäten teilzunehmen, schätzen vor allem das günstige Angebot. Die finanziellen Ressourcen werden eher in die Versorgung der eigenen Kinder investiert (eigetrugene Mitgliedschaften in Sportvereinen, Ausflüge und sportliche Aktivitäten gemeinsam mit der Familie usw.) und weniger in das persönliche gesundheitsförderliche verhaltensbezogene Interesse der interviewten Pflegepersonen. Dazu eine Pflegeperson mit erziehungspflichtigen Kindern:

„Ich versuche alles zu nehmen, weil es alles sehr billig oder gratis ist und das ist lustig und ok ich wohne gleich hier in der Nähe und es ist nicht so weit von diesem Haus. Nur wenn ein Kind krank ist, dann kann ich nicht kommen, aber sonst probiere ich immer zu kommen“ (IP9).

Unabhängig vom Alter, Geschlecht, dem familiären Status (erziehungspflichtige Kinder/keine Kinder) oder der Berufsgruppe der Pflegepersonen ist aufgefallen, dass die konzeptuelle Vorstellung der Gesundheitsförderung (vor allem die Erhaltung der eigenen Gesundheit) und der Prävention (Verhinderung/Vermeidung von potentiellen Risikofaktoren) nicht voneinander unterschieden werden können. Die betrieblichen Gesundheitsförderungsaktivitäten werden eher als Maßnahmen zur Vermeidung von potentiellen berufsbedingten Erkrankungen angesehen und weniger als Interventionen zur Erhaltung der bestehenden eigenen Gesundheit. Dies drückt sich vor allem darin aus, dass sich Pflegepersonen, die über keine beruflich empfundenen Belastungen verfügen, nicht vom betrieblichen Gesundheitsförderungsangebot angesprochen fühlen. Eine Pflegeperson auf die Frage, ob sie selbst betriebliche verhaltensbezogene Gesundheitsaktivitäten in Anspruch nimmt:

„Nein ... ich brauch ja nichts. Mir geht's gut und wenn ich mal was brauchen sollte, dann weiß ich eh, dass ich mir Hilfe holen kann. Andere auf unserer Station machen schon was, aber ich nicht ...“ (IP1).

Eine andere Pflegeperson zu dieser Leitfrage:

„Ich sehe in dem momentanen beruflichen Setting keine gesundheitliche Belastung für mich ... ich mache meinen Job sehr sehr gerne und hab da kein Problem ... also ich sehe meine Arbeit nicht als Bürde, die mir auferlegt wurde Natürlich habe ich Kollegen, denen es nicht so gut geht ... da ist vor allem die Wirbelsäulengymnastik ein Thema ... also das weiß ich auch von zwei Kolleginnen, die das gemacht haben“ (IP8).

Eine weitere Pflegeperson dazu:

„Nein, vielleicht bin ich ein Mensch, der nicht, also ich habe ein Glück, dass ich bis jetzt und ich hoffe auch immer, mit meinem Kreuz keine Probleme habe. Auch gibt es das nicht in meiner Familie. Ich selber habe auch nie Probleme gehabt und deshalb brauch ich das nicht. Ich mein ja falls ich das brauche, dann werde ich schon was machen und sagen, aber bis jetzt Gott sei Dank ... habe ich noch nie etwas gebraucht“ (IP3).

Zusammenfassend kann anhand der analysierten Interviews davon ausgegangen werden, dass es sich bei Pflegepersonen, die sich an verhaltensbezogenen betrieblichen Gesundheitsangeboten beteiligen, um Personen handelt die direkt durch die Betriebliche Gesundheitsförderung motiviert wurden. Direkt bedeutet das, dass sie, bevor es zum Prozess der Implementierung der Betrieblichen Gesundheitsförderung in der Altenpflegeeinrichtung gekommen ist, keinen gesundheitsförderlichen verhaltensbezogenen Aktivitäten nachgegangen sind. Zur Teilnahme wurden sie zunächst durch die kostengünstigen Angebote motiviert. Durch das neu gefundene soziale Netzwerk (andere Kollegen/innen), werden sie motiviert, das verhaltensbezogene Gesundheitsangebot regelmäßig in Anspruch zu nehmen.

Betrachtet man die Pflegepersonen, die nicht an betrieblichen verhaltensbezogenen Gesundheitsaktivitäten mitwirken, so zeigen sich zwei unterschiedliche Gründe. Der erste Grund liegt darin, dass durch die interviewten Pflegepersonen bereits vor der Implementierung der Betrieblichen Gesundheitsförderung ein soziales Netzwerk aufgebaut wurde, mit dem sie ihre Gesundheit gemeinsam fördern (Laufgemeinschaften, eingetragene Mitgliedschaften in Fitnesscentern etc.). Auf der anderen Seite fühlten sich Pflegepersonen nicht vom verhaltensbezogenen betrieblichen Gesundheitsangebot angesprochen. Genauer gesagt sahen sich die interviewten Pflegepersonen nicht als Zielgruppe für

verhaltensbezogene betriebliche Gesundheitsförderungsmaßnahmen. Den interviewten Pflegepersonen zur Folge kommt das verhaltensbezogene Gesundheitsangebot erst dann für sie in Frage, wenn sie von einer beruflichen Erkrankung betroffen sind oder für sie absehbar ist.

7. Schlussfolgerung und Diskussion

Die Einführung und Umsetzung der Betrieblichen Gesundheitsförderung wurde von den interviewten Pflegepersonen durchwegs positiv wahrgenommen. Unabhängig vom Alter, Geschlecht sowie von der Berufsgruppenzugehörigkeit (Pflegehelfer/innen und diplomierte Gesundheits- und Krankenpflegepersonen) und den Erziehungspflichten haben sich alle Pflegepersonen ausreichend über die Betriebliche Gesundheitsförderung in ihrer jeweiligen Altenpflegeeinrichtung informiert gefühlt.

Das Teilhabe- und Mitentscheidungsbedürfnis (d.h. eigenes Mitwirken am Betrieblichen Gesundheitsförderungsprozess) der interviewten Pflegepersonen richtet sich vor allem auf das Mitteilen von Gesundheitsbelastungen sowie das Anbringen von Wünschen zu verhaltensbezogenen Gesundheitsangeboten an Vorgesetzte. Die Entscheidungsbefugnis wurde dabei primär der Stationsleitung überlassen. Die Stationsleitung soll das Interesse der Pflegepersonen auf höheren Führungsebenen vertreten. Diese Verantwortungsübergabe an die Stationsleitung hängt mit der Vermutung der interviewten Pflegepersonen (vor allem im jüngeren Lebensalter) zusammen, nicht auf höheren Entscheidungsebenen (dies beginnt bei der Pflegedienstleitung/Oberschwester bzw. -pfleger bis hin zur Geschäftsführung) gehört zu werden. Die Stationsleitung wird als „Informationsanker“ angesehen, der über Aktivitäten der oberen Führungsebenen berichtet. Darüber hinaus möchten die interviewten Pflegepersonen ihre zeitlich knappen Ressourcen eher den Bewohner/innen als der Mitbeteiligung an betrieblichen Gesundheitsförderungsprogrammen widmen. Unter diesem Aspekt wird die Teilhabe und Mitentscheidung an der Betrieblichen Gesundheitsförderung eher als Zusatzbelastung und weniger als Ressource zur aktiven Mitentscheidung/-beteiligung angesehen.

Betrachtet man das verhaltensbezogene Gesundheitsangebot (Rückengymnastik etc.), so sehen sich die Pflegepersonen stark als Konsumenten/innen der Betrieblichen Gesundheitsförderung. Die Pflegepersonen sehen die Altenpflegeeinrichtung als Anbieter von Betrieblicher Gesundheitsförderung. Die Altenpflegeeinrichtung soll nach Ansicht der Pflegepersonen verhaltensbezogene betriebliche Gesundheitsaktivitäten anbieten, die auf ihre gesundheitsrelevanten Bedürfnisse und Wünsche abgestimmt sind. Das bedeutet, dass die Organisation Bedarfsanalysen durchführen und Angebote entwickeln soll, jedoch soll die Teilnahmeentscheidung an verhaltensbezogenen Gesundheitsinterventionen immer bei den Pflegepersonen selbst liegen.

Das bestehende verhaltensbezogene Gesundheitsangebot sowie die verhältnisbezogenen Gesundheitsmaßnahmen (z.B. verbindliches Einhalten von Pausen) wurden von allen Pflegepersonen (unabhängig von deren jeweiliger Altenpflegeeinrichtung) als durchwegs positiv bewertet. Verbesserungswünsche der Pflegepersonen beziehen sich vorwiegend auf den Ausbau von verhaltensbezogenen Gesundheitsangeboten für das eigene psychische Wohlbefinden (z.B. Einzelsupervisionen, Coachings) sowie auf eine Verringerung der bereits implementierten verhaltensbezogenen Gesundheitsaktivitäten für den physischen Bereich (Tanzkurse, Gymnastik, Stärkung der Rückenmuskulatur usw.). Dies hängt damit zusammen, dass die verhaltensbezogenen Gesundheitsprogramme bereits so vielfältig und umfassend gestaltet sind, dass es immer schwieriger für die interviewten Pflegepersonen wird, das gesamte Angebot zu überblicken.

Pflegepersonen, die selbst sportlich engagiert sind und sich für ihre eigene Gesundheit einsetzen, sind eher nicht die Konsumenten/innen von betrieblichen verhaltensbezogenen Gesundheitsaktivitäten. Diese Personen haben bereits in ihrer Freizeit und vor der Implementierung der Betrieblichen Gesundheitsförderung ein soziales Netzwerk aufgebaut, in dem sie ihre Gesundheit fördern (z.B. Sport mit Freunden/innen, eingeschriebene Mitgliedschaften in organisationsfremden Fitnessstudios, sportliche Aktivitäten mit den eigenen erziehungspflichtigen Kindern usw.).

Pflegepersonen, die an verhaltensbezogenen Gesundheitsaktivitäten teilnehmen, sind vor allem diejenigen, die durch die Betriebliche Gesundheitsförderung motiviert wurden. Diese Personen waren – in den meisten Fällen – vor der Implementierung überhaupt nicht in gesundheitlicher Hinsicht aktiv sowie in ein diesbezügliches Netzwerk integriert (Sportverein, Fitnesscenter, gemeinsamer Sport mit Freunden/der Familie usw.). Auch das kostengünstige bzw. kostenlose verhaltensbezogene Gesundheitsangebot stellt für diese Pflegepersonen einen wesentlichen Motivationsfaktor dar. Darüber hinaus lernen sie ein neues soziales Umfeld kennen, das Anreize liefert regelmäßig, sportlich aktiv zu werden (Kollegen/innen, die selbst noch kaum Erfahrung mit sportlichen Aktivitäten gesammelt haben etc.).

Betrachtet man die verhältnisbezogenen Gesundheitsinterventionen innerhalb der Altenpflegeeinrichtung, so wird vor allem die bewusste Pausengestaltung wahrgenommen. Das Verlassen der eigenen Stationen sowie die Aufforderung der Stationsleitung, regelmäßige Pausen zu halten, wurde von den interviewten Pflegepersonen als sehr positiv und entlastend für den täglichen Pflegealltag angesehen. Verbesserungspotential besteht nach Ansicht der Pflegepersonen hinsichtlich der Dienstplangestaltung (Einhalten von Erholungspausen zwischen den Diensten, Balance zwischen Dienst- und Freizeit usw.)

sowie im Personaleinsatz (höherer Personalschlüssel). Wobei der erhöhte Personaleinsatz eher von politischen Entscheidungsträgern/innen als von der eigenen Organisation verlangt wird.

Die Wahrnehmungen der Pflegepersonen über Organisationsveränderungen nach der Implementierung der Betrieblichen Gesundheitsförderung, waren (unabhängig von der Organisationszugehörigkeit) sehr ähnlich. Die interviewten Pflegepersonen konnten Veränderungen nicht direkt der Betrieblichen Gesundheitsförderung zuordnen, da im Bereich der Pflege immer wieder Umstrukturierungsmaßnahmen vollzogen werden. Am ehesten haben Pflegepersonen im höheren Lebensalter Organisationsveränderungen wahrgenommen. Diese Pflegepersonen vergleichen ihre berufliche Anfangszeit mit dem heutigen Arbeitsumfeld und nehmen das gesundheitsförderliche Engagement der Organisation eher wahr als ihre jüngeren Kollegen/innen.

Zu diskutieren ist das Verständnis der Pflegepersonen über die Inanspruchnahme von verhaltensbezogenen betrieblichen Gesundheitsangeboten. Die Mehrheit der interviewten Pflegepersonen fühlte sich von verhaltensbezogenen Gesundheitsangeboten erst dann angesprochen, wenn bei ihnen selbst eine spezifische Berufserkrankung eingetreten war (z.B. wenn Problematiken des Stützapparates spürbar sind, dann würden auch spezifische verhaltensbezogene Gesundheitsangebote in der Altenpflegeeinrichtung in Anspruch genommen werden). Das bedeutet auch, dass nicht primär die Stärkung der eigenen Gesundheit sowie die Erhöhung des persönlichen Wohlbefindens bei der Inanspruchnahme von verhaltensbezogenen Gesundheitsaktivitäten im Vordergrund steht, sondern eher die Behandlung von bestehenden beruflichen Erkrankungen. Aussagen der interviewten Pflegepersonen bezogen sich immer wieder auf die Ansicht, dass betriebliche verhaltensbezogene Gesundheitsaktivitäten selbstverständlich in Anspruch genommen werden, wenn sie einen direkten Bezug (d.h. bestehende Berufserkrankungen) dazu haben.

Für die Zukunft gilt es, herauszufinden, wie Pflegepersonen verhaltensbezogene betriebliche Gesundheitsaktivitäten als förderliche Maßnahmen zur Stärkung ihrer eigenen Gesundheit sowie zur Erhaltung und Förderung ihres persönlichen Wohlbefindens sehen. Hier wären meiner Ansicht nach Partizipationsansätze gefragt, um die Pflegepersonen zu motivieren, aktiv am Prozess der Betrieblichen Gesundheitsförderung mitzuwirken. In dieser Hinsicht möchte ich auf das Kommunikationsmodell nach Marent (2011) hinweisen. Kommunikation muss nach Marent immer – um wirkungsvoll und nachhaltig zu sein – bei der Zielgruppe und deren Erfahrungen ansetzen. Nur so können der Prozess und die implementierten Gesundheitsprogramme der Betrieblichen Gesundheitsförderung durch die Pflegepersonen

beobachtet und verstanden werden (Marent 2011). Faltermaier und Wihofszky (2012) beschreiben die Integration der Zielgruppe in den gesundheitsförderlichen Organisationsentwicklungsprozess als Grundbedingung für das Gelingen der Betrieblichen Gesundheitsförderung. Welcher Partizipationsansatz für die jeweilige Altenpflegeorganisation geeignet ist, muss auf Managementebene herausgefunden werden. Bereits bewährte Partizipationsstrategien sind etwa die Etablierung von Gesundheitszirkeln, die Beauftragung von Gesundheitsprojekten oder auch die Erweiterung des Kompetenzbereichs von Pflegepersonen z.B. in Form von Gesundheitsbeauftragten an der Basis. Ob die gewählten partizipativen Maßnahmen für die jeweilige Altenpflegeorganisation geeignet sind, muss im Rahmen von gezielter Evaluierung der Partizipationsprozesse reflektiert werden (Faltermaier/Wihofszky 2012: 108f). Wird nach Marent (2011) der Partizipationsprozess innerhalb der Organisation eingehalten, so kann sichergestellt werden, dass die gesundheitsförderliche Kommunikationsangebote beobachtet und im besten Fall auch von den Pflegepersonen verstanden wird.

Darüber hinaus stellt sich die Frage, ob die betrieblichen gesundheitsförderlichen Verhaltensangebote durch die Organisation als Maßnahmen angeboten werden, die im Vordergrund die Gesundheit und das Wohlbefinden der Pflegepersonen stärken oder bestehende berufliche Belastungsfaktoren von Pflegepersonen reduzieren sollen.

Nachdem ich ausschließlich auf die Erfahrungen, Sichtweisen und Wahrnehmungen der Pflegepersonen hinsichtlich des betrieblichen Gesundheitsförderungsprozesses zurückgreife, kann ich keine Aussagen darüber treffen, nach welchen Zielvorgaben die Entscheidungsträger/innen der jeweiligen Altenpflegeeinrichtungen, ihre Gesundheitsprogramme ausgerichtet haben. Es könnte auch sein, dass versucht wird, eher Pflegepersonen anzusprechen, bei denen ein gesundheitliches Berufsrisiko absehbar ist (z.B. verhaltensbezogene Gesundheitsaktivitäten für Mitarbeiter/innen ab 50+) oder Mitarbeiter/innen, die bereits von beruflichen Erkrankungen betroffen sind. Dies sind alles nur Annahmen, die in keiner Weise zutreffen müssen, da ich keine Experten/inneninterviews mit den Entscheidungsträger/innen der jeweiligen Altenpflegeeinrichtungen geführt habe.

8. Literaturverzeichnis

8.1. Buchquellen

Altgeld, T.; Kolip, P. (2010): Konzepte und Strategien der Gesundheitsförderung. In Hurrelmann, K.; Klotz, T.; Haisch, J. (2010): Lehrbuch Prävention und Gesundheitsförderung, 3. vollständig überarbeitete und erweiterte Auflage. Bern: Hans Huber. S. 45-55.

Altgeld, T. (2011): Gesundheit gemeinsam fördern – Konzepte und Strategien der Gesundheitsförderung. In: Dür, W.; Felder-Puig, R. (Hrsg.): Lehrbuch Schulische Gesundheitsförderung. Bern: Hans Huber.

Antonovsky, A. (1979): Health, stress, and coping. San Francisco: Jossey Bass.

Antonovsky, A. (1987): Unraveling the mystery of health. How people manage stress and stay well. San Francisco: Jossey Bass.

Badura, B. (1993): Gesundheitsförderung durch Arbeits- und Organisationsgestaltung – Die Sicht des Gesundheitswissenschaftlers. In: Pelikan, J-M.; Demmer, H.; Hurrelmann, K. (Hrsg.) (1993): Gesundheitsförderung durch Organisationsentwicklung. Konzepte, Strategien und Projekte für Betriebe, Krankenhäuser und Schulen. Weinheim und München: Juventa. S. 20-33.

Brause, M.; Horn, A.; Büscher, A.; Schaeffer, D. (2010): Gesundheitsförderung in der stationären Langzeitpflege – Teil II. Bielefeld: Veröffentlichungsreihe des Instituts für Pflegewissenschaft an der Universität Bielefeld (IPW).

Brösskamp-Stone, U.; Dietscher, C. (2011): Die Ottawa Charta für Gesundheitsförderung. In: Dür, W.; Felder-Puig, R. (Hrsg.) (2011): Lehrbuch Schulische Gesundheitsförderung. Bern: Hans Huber. S. 27-31.

Dresing, T.; Pehl, T. (2011): Praxishandbuch Transkription. Regelsysteme, Software und praktische Anleitungen für qualitative ForscherInnen. 3. Auflage. Marburg.

Faller, G.; Reinboth, C. (2011): Bedarfslagen und Interventionsnotwendigkeiten der betrieblichen Gesundheitsförderung in der stationären Altenpflege. Pflege. Die wissenschaftliche Zeitschrift für Pflegeberufe (2011), Jg. 24, Heft 4, S. 239-248.

Faltermaier, T.; Wihofszky, P. (2012): Partizipation in der Gesundheitsförderung: Salutogenese – Subjekt – Lebenswelt. In: Rosenbrock, R.; Hartung, S. (Hrsg.) (2012): Handbuch Partizipation und Gesundheit. Bern: Hans Huber. S. 102-113.

Friczewski, F. (2010): Partizipation im Betrieb: Gesundheitszirkel & Co. In: Faller, G. (Hrsg.) (2010): Lehrbuch Betriebliche Gesundheitsförderung. Bern: Hans Huber. S. 149-155

Galatsch, M.; Iskenius, M.; Müller, B., H.; Hasselhorn, H., M. (2012): Vergleich der Gesundheit und Identifizierung von Prädiktoren der Gesundheit in verschiedenen Altersgruppen: Pflege. Die wissenschaftliche Zeitschrift für Pflegeberufe (2012), Jg. 25, Heft 1, S. 23-32.

Grabbe, Y.; Nolting, H.; D.; Loos, S. (2005): DAK-BW Gesundheitsreport 2005. Stationäre Krankenpflege. Arbeitsbedingungen und Gesundheit von Pflegenden in Einrichtungen der stationären Krankenpflege in Deutschland vor dem Hintergrund eines sich wandelnden Gesundheitssystems. Im Auftrag des DAK und der BGW. Berlin: IGES Institut für Gesundheits- und Sozialforschung GmbH.

Grossmann, R. (1993): Gesundheitsförderung durch Organisationsentwicklung – Organisationsentwicklung durch Projektmanagement. In: Pelikan, J., M.; Demmer, H. Hurrelmann, K. (Hrsg.) (1993): Gesundheitsförderung durch Organisationsentwicklung. Konzepte, Strategien und Projekte für Betriebe, Krankenhäuser und Schulen. Weinheim und München: Juventa. S. 43-58.

Haas, M. (2012): Partizipation abhängiger Beschäftigter und Gesundheit. In: Rosenbrock, R.; Hartung, S. (2012): Handbuch Partizipation und Gesundheit. Bern: Hans Huber. S. 127-141.

Klein, B.; Gaugisch, P. (2005): Gute Arbeitsgestaltung in der Altenpflege. Selbstbewertung als partizipationsorientierte und nachhaltige Methode für die gesundheitsförderliche Arbeitsgestaltung in der Pflege. Dresden: Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin.

Kramer, I.; Sockoll, I.; Bödeker, W. (2009): Die Evidenzbasis für betriebliche Gesundheitsförderung und Prävention – Eine Synopse des wissenschaftlichen Kenntnisstandes. In: Badura, B.; Schröder, H. (Hrsg.) (2009): Fehlzeitenreport 2008. Zahlen, Daten, Analysen aus allen Branchen der Wirtschaft. Betriebliches Gesundheitsmanagement: Kosten und Nutzen. Heidelberg: Springer Medizin Verlag.

Kuhn, K. (2010): Der Betrieb als gesundheitsförderndes Setting: Historische Entwicklung der Betrieblichen Gesundheitsförderung, S. 15-23. In: Faller, G. (Hrsg.) (2010): Lehrbuch Betriebliche Gesundheitsförderung. Bern: Hans Huber.

Luhmann, N. (1984): Soziale Systeme. Grundriß einer allgemeinen Theorie. Frankfurt/Main: Suhrkamp.

Luhmann, N. (2010): Die Unwahrscheinlichkeit der Kommunikation. In: Texte zu Kulturtheorie und Kulturwissenschaft, Borgards, R. (Hrsg.) Stuttgart: Reclam. S. 188-197.

Marent, B. (2011): Partizipation als Strategie der Bewältigung der Unwahrscheinlichkeit von Kommunikation. Das Beispiel der Gesundheitsförderung. In: Österreichische Zeitschrift für Soziologie (2011). 36. Wiesbaden: VS-Verlag: 48-64.

Maturana, H. (1975): Die Organisation des Lebendigen: eine Theorie der lebendigen Organisation. In: ders. (1982): Erkennen: Die Organisation und Verkörperung von Wirklichkeit. Braunschweig: Vieweg. S. 32-80.

Mayring, P. (2010): Qualitative Inhaltsanalyse. Grundlagen und Techniken, 11. Aktualisierte und überarbeitete Auflage. Beltz Verlag.

Müller, B.; Münch, E.; Badura, B. (Hrsg.) (1997): Gesundheitsförderliche Organisationsgestaltung im Krankenhaus. Entwicklung und Evaluation von Gesundheitszirkeln als Beteiligungs- und Interventionsmodell. Weinheim/München: Juventa.

Müller, B. (2010): ... und wer denkt an uns? Gesundheitsförderung in Einrichtungen des Gesundheitswesens. In: Faller, G. (Hrsg.) (2010): Lehrbuch Betriebliche Gesundheitsförderung. Bern: Hans Huber. S. 252-257.

Nieder, P. (2010): Die Rolle der Vorgesetzten im Betrieblichen Gesundheitsmanagement. In: Faller, G. (Hrsg.) (2010): Lehrbuch Betriebliche Gesundheitsförderung. Bern: Hans Huber. S. 121-127.

Nöhammer, E.; Schusterschitz, C.; Stummer, H. (2010): Wenn Werbung nicht genügt: Information und Kommunikation in der Betrieblichen Gesundheitsförderung. In: Faller, G. (Hrsg.) (2010): Lehrbuch Betriebliche Gesundheitsförderung. Bern: Hans Huber. S. 128-133.

Pelikan, J., M. (2007): Gesundheitsförderung durch Organisationsentwicklung. Ein systemtheoretischer Lösungszugang. In: Prävention und Gesundheitsförderung (2007):: Springer Medizin Verlag: S. 74-81.

Pelikan, J., M.; Schmied, H.; Dietscher, C. (2010): Prävention und Gesundheitsförderung im Krankenhaus. In: Hurrelmann, K.; Klotz, T.; Haisch, J. (Hrsg.) (2010): Lehrbuch. Prävention und Gesundheitsförderung. 3., vollständig überarbeitete und erweiterte Auflage. Bern: Hans Huber. S. 290-301.

Pelikan, J., M. (2011): Zur Entwicklung eines gesundheitsfördernden Setting. In: Dür, W.; Felder-Puig, R. (Hrsg.) (2011): Lehrbuch Schulische Gesundheitsförderung. Bern: Hans Huber. S. 63-70.

Pieck, N. (2010): Prämissen der Betrieblichen Gesundheitsförderung – ein Überblick. In: Faller, G. (Hrsg.) (2010): Lehrbuch Betriebliche Gesundheitsförderung. Bern: Hans Huber. S. 105-111.

Schroeter, K., R.; (2006): Das soziale Feld der Pflege. Eine Einführung in Strukturen, Deutungen und Handlungen. Weinheim und München: Juventa.

Simon, M.; Tackenberg, P.; Hasselhorn, H., Kümmerling, A.; Müller, B., H. (2005): Auswertung der ersten Befragung der NEXT-Studie in Deutschland. Universität Wuppertal.

Simon, F. (2007): Einführung in die systemische Organisationstheorie. Heidelberg: Carl-Auer Verlag.

Vogt, U. (2010): Gesundheitszirkel, Workshops und Arbeitssituationsanalysen. In: Badura, B.; Walter, U.; Hehlmann, T. (Hrsg.) (2010): Betriebliche Gesundheitspolitik. Der Weg zur gesunden Organisation. 2. Auflage. Berlin/Heidelberg: Springer Verlag.

Volpers, C. (2011): Gesundheitsmanagement. Mitarbeiter fördern und schützen. Häusliche Pflege. PDLpraxis. Magazin für die Pflegedienstleitung. Heft 4. Hannover: Vincentz Network. 1-3.

Wagner, E. (1999): Training und Personalentwicklung: Systemisches Lernen in Organisationsentwicklungsprojekten? In: Pelikan, J.; Wolff, S. (Hrsg.) (1999): Das gesundheitsfördernde Krankenhaus. Konzepte Beispiele zur Entwicklung einer lernenden Organisation. Weinheim/München: Juventa: S. 67-79.

Weiss-Faßbinder, S.; Lust, A. (2010): Gesundheits- und Krankenpflegegesetz – GuKG. Samt ausführlicher Erläuterungen. 6., überarbeitete und aktualisierte Auflage. Wien: Manzsche Verlags- und Universitätsbuchhandlung.

WHO World Health Organization (1986): Ottawa Charta zur Gesundheitsförderung. Verfügbar unter: http://www.euro.who.int/AboutWHO/Policy/20010827_2?-language=German, 15.9.2008. In: Goldgruber, J. (2012): Organisationvielfalt und betriebliche Gesundheitsförderung. Eine explorative Untersuchung. Wiesbaden: Gabler Verlag/Springer Fachmedien Wiesbaden GmbH.

8.2 Internetquellen

Aktive Gesundheitsvorsorge von A bis Z (2010):

http://www.hausderbarmherzigkeit.at/fileadmin/user_upload/PDF/Jobs/Folder_Aktive_Gesundheitsvorsorge_HB.pdf, (16.05.2013)

Forschungsnetzwerk 2012:

<http://www.forschungsnetzwerk.at/downloadpub/info94.pdf>, (02.02.2012)

Gesundheits- und Krankenpflege Ausbildungsverordnung:

<http://www.ris.bka.gv.at/GeltendeFassung.wxe?Abfrage=Bundesnormen&Gesetzesnummer=10011179>, (29.02.2012)

Haus der Barmherzigkeit (2013):

<http://www.hausderbarmherzigkeit.at/leistungen/wohnen-im-pflegekrankenhaus/?L=ezhuyucbfj>, (04.02.2013)

Kooperationsvereinbarung für die Allianz für Gesundheitsförderung in Wiener Spitälern, Pflegeeinrichtungen und Seniorenwohneinrichtungen (2012):

http://www.allianz-gf-wien.at/fileadmin/daten-allianz-gf-wien/pdf/Allianz_Kooperationsvereinbarung.pdf, (08.11.2012)

Next-Studie 2011, Längsschnittanalyse der allgemeinen Gesundheit von deutschen Pflegenden unterschiedlicher Altersgruppen im Krankenhaus und der stationären Altenpflege. Webpublikation: <http://www.next.uni-wuppertal.de/index.php?artikel-und-berichte-1>, (08.01.2012)

SeneCura 2012, Auszeichnung für betriebliche Gesundheitsförderung:

http://www.senecura.at/news/presseinformationen/news-detail/?no_cache=1&tx_news_pi1%5Bcontroller%5D=News&tx_news_pi1%5Baction%5D=detail&tx_news_pi1%5Bnews%5D=1145&cHash=e46a23627c29f3b593e44a2fecb0b394.
(16.05.2013)

SeneCura 2013:

<http://www.senecura.at/ueber-uns/die-senecura-gruppe/>, (04.02.2013)

Pflegehilfe Ausbildungsverordnung:

<http://www.ris.bka.gv.at/GeltendeFassung.wxe?Abfrage=Bundesnormen&Gesetzesnummer=20000166> (05.02.2012)

Wiener Krankenanstaltenverbund (2013):

<http://www.wienkav.at/kav/ZeigeText.asp?ID=2116>, (04.02.2013)

9. Abbildungsverzeichnis

Abb. 1: Physische Arbeitsbelastungen (Heben und Tragen) bei Pflegepersonen in verschiedenen Arbeitskontexten (Quelle: Simon et al. 2005: 16).....	10
Abb. 2: Einsatz von Pflegehilfsmitteln in verschiedenen Arbeitskontexten (Quelle: Simon et al. 2005: 18).....	11
Abb. 3: Belastungen durch Tod, Erkrankung und menschliche Leiden in verschiedenen Arbeitskontexten (Quelle: Simon et al. 2005: 19).....	12
Abb. 4: Aggressives Verhalten und Unfreundlichkeit von Patienten/innen in verschiedenen Arbeitskontexten (Quelle: Simon et al. 2005: 20).....	13
Abb. 5: Einfluss von Pflegepersonen auf die Dienstplangestaltung in verschiedenen Arbeitskontexten (Quelle: Simon et al. 2005: 35).....	15
Abb. 6: Arbeitszeitzufriedenheit von Pflegepersonen in verschiedenen Arbeitskontexten (Quelle: Simon et al. 2005: 37).....	15
Abb. 7: Kommunikation im Kontext der Gesundheitsförderung (Quelle: Marent 2011: 55).....	34
Abb. 8: Gesundheitszirkel im betrieblichen Kontext (Quelle: Friczewski 2010: 150).....	45
Abb. 9: Organigramm einer deutschen Altenpflegeorganisation (Quelle: Schroeter 2006: 144).....	60
Abb. 10: Umsetzung der Betrieblichen Gesundheitsförderung im Wiener Krankenanstaltenverbund/TU-BWH (Quelle: Kooperationsvereinbarung: www.allianz-gf-wien.at).....	70

Friczewski, F. (2010): Partizipation im Betrieb: Gesundheitszirkel & Co. In: Faller, G. (Hrsg.) (2010): Lehrbuch Betriebliche Gesundheitsförderung. Bern: Hans Huber. S. 149-155

Marent, B. (2011): Partizipation als Strategie der Bewältigung der Unwahrscheinlichkeit von Kommunikation. Das Beispiel der Gesundheitsförderung. In: Österreichische Zeitschrift für Soziologie (2011). 36. Wiesbaden: VS-Verlag: 48-64.

Schroeter, K., R.; (2006): Das soziale Feld der Pflege. Eine Einführung in Strukturen, Deutungen und Handlungen. Weinheim und München: Juventa.

Simon, M.; Tackenberg, P.; Hasselhorn, H., Kümmerling, A.; Müller, B., H. (2005): Auswertung der ersten Befragung der NEXT-Studie in Deutschland. Universität Wuppertal. Kooperationsvereinbarung für die Allianz für Gesundheitsförderung in Wiener Spitälern, Pflegeeinrichtungen und Seniorenwohneinrichtungen (2012):

http://www.allianz-gf-wien.at/fileadmin/daten-allianz-gf-wien/pdf/Allianz_Kooperationsvereinbarung.pdf, (08.11.2012)

10. Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Abgrenzung Prävention und Gesundheitsförderung (Altgeld/Kolip 2010: 45f):	22
Tabelle 2: Grundstrategien der Ottawa Charta 1986 (Brösskamp-Stone/Dietscher 2011: 28f)	23
Tabelle 3: Handlungsbereiche der Ottawa Charta 1986 (Brösskamp-Stone/Dietscher 2011: 29f)	23
Tabelle 4: Differenzierung von Settings (Pelikan 2011: 63f)	25
Tabelle 5: Problembereiche der Kommunikation nach Luhmann 1984 (Marent 2011: 53)	32
Tabelle 6: Drei Komponenten zur Erleichterung des Partizipationsprozesses (Faltermaier/Wihofszky 2012: 105)	36
Tabelle 7: Drei Arten von Partizipationsmöglichkeiten innerhalb eines Betriebes (Haas 2012: 127)	51
Tabelle 8: Teilhabeformen im Entscheidungsspielraum (Haas 2013: 131)	52
Tabelle 9: Ebenen des Pflegesettings im Organisationsentwicklungsprozess (Wagner 1999: 71f)	56
Tabelle 10: Zusammensetzung der Interviewpartner/innen	73
Tabelle 11: Darstellung des qualitativen Interviewleitfadens	75
Tabelle 12: Darstellung der Haupt- und Unterkategorien nach der qualitativen Inhaltsanalyse nach Mayring (2010)	79

Altgeld, T. (2011): Gesundheit gemeinsam fördern – Konzepte und Strategien der Gesundheitsförderung. In: Dür, W.; Felder-Puig, R. (Hrsg.): Lehrbuch Schulische Gesundheitsförderung. Bern: Hans Huber.

Brösskamp-Stone, U.; Dietscher, C. (2011): Die Ottawa Charta für Gesundheitsförderung. In: Dür, W.; Felder-Puig, R. (Hrsg.) (2011): Lehrbuch Schulische Gesundheitsförderung. Bern: Hans Huber. S. 27-31.

Faltermaier, T.; Wihofszky, P. (2012): Partizipation in der Gesundheitsförderung: Salutogenese – Subjekt – Lebenswelt. In: Rosenbrock, R.; Hartung, S. (Hrsg.) (2012): Handbuch Partizipation und Gesundheit. Bern: Hans Huber. S. 102-113.

Haas, M. (2012): Partizipation abhängiger Beschäftigter und Gesundheit. In: Rosenbrock, R.; Hartung, S. (2012): Handbuch Partizipation und Gesundheit. Bern: Hans Huber. S. 127-141.

Marent, B. (2011): Partizipation als Strategie der Bewältigung der Unwahrscheinlichkeit von Kommunikation. Das Beispiel der Gesundheitsförderung. In: Österreichische Zeitschrift für Soziologie (2011). 36. Wiesbaden: VS-Verlag: 48-64.

Mayring, P. (2010): Qualitative Inhaltsanalyse. Grundlagen und Techniken, 11. Aktualisierte und überarbeitete Auflage. Beltz Verlag.

Pelikan, J., M. (2011): Zur Entwicklung eines gesundheitsfördernden Setting. In: Dür, W.; Felder-Puig, R. (Hrsg.) (2011): Lehrbuch Schulische Gesundheitsförderung. Bern: Hans Huber. S. 63-70.

Wagner, E. (1999): Training und Personalentwicklung: Systemisches Lernen in Organisationsentwicklungsprojekten? In: Pelikan, J.; Wolff, S. (Hrsg.) (1999): Das gesundheitsfördernde Krankenhaus. Konzepte Beispiele zur Entwicklung einer lernenden Organisation. Weinheim/München: Juventa: S. 67-79.

11. Anhang

Beschreibung der Berufsgruppen der Pflege

Unter dem Begriff Pflegepersonal werden Berufsgruppen zusammengefasst, die an der Pflege und Betreuung von Menschen aller Altersstufen bei physischen und psychischen Erkrankungen mitwirken. Die qualifizierte Pflege unterstützt Patienten/innen, Kunden/innen, Klienten/innen und Bewohner/innen bei der Wiedererlangung oder Stabilisierung ihrer Gesundheit (Weiss-Faßbinder/Lust 2010: 81).

Qualifizierte Pflege leistet die Berufsgruppe des gehobenen Dienstes für Gesundheits- und Krankenpflege (Weiss-Faßbinder/Lust 2010: 81). Die Pflegehilfe umfasst die Betreuung von Menschen mit Pflegebedarf zur Unterstützung des gehobenen Dienstes für Gesundheits- und Krankenpflege und der Mediziner/innen. Das bedeutet, dass Pflegehelfer/innen bei ihren pflegerischen Tätigkeiten von diplomierten Gesundheits- und Krankenpflegepersonen angeleitet und überwacht werden (Weiss-Faßbinder/Lust 2010: 275f).

- **Berufsbild des gehobenen Dienstes für Gesundheits- und Krankenpflege**

Die Ausbildungsdauer in der allgemeinen Gesundheits- und Krankenpflege beträgt drei Jahre (4600 Stunden in Theorie und Praxis) und erfolgt an Schulen für Gesundheits- und Krankenpflege (Weiss-Faßbinder/Lust 2010: 200). Prinzipiell sollen die Schüler/innen (laut dem „Europäischen Übereinkommen“ über die Berufsausbildung in der gehobenen Krankenpflege) mit erkrankten Personen sowie mit dem Krankenhausbetrieb nicht vor der Erreichung eines Lebensalters, – je nach dem Land – das zwischen siebzehn und neunzehn Jahren liegt, in Kontakt kommen (Weiss-Faßbinder/Lust 2010: 207).

Das Berufsbild des gehobenen Dienstes für Gesundheits- und Krankenpflege umfasst alle auf pflegerisch-wissenschaftlichen Erkenntnissen fundierten Tätigkeiten sowie Interventionen, welche unmittelbar oder mittelbar für den Menschen mit Pflegebedarf ausgeführt werden. Darüber hinaus wirkt diese Berufsgruppe im Rahmen von Gesundheitsinterventionen, sowohl bei der Gesundheitsförderung als auch bei der Pflege von physischen und psychischen Erkrankungen sowie der Betreuung von Menschen mit besonderen Bedürfnissen und bei der Rehabilitation mit (Weiss-Faßbinder/Lust 2010: 81).

Die Ausübung des Berufes erfolgt in einem eigenverantwortlichen, mitverantwortlichen und interdisziplinären Tätigkeitsbereich. In den eigenverantwortlichen Tätigkeitsbereich fallen die Diagnostik, Planung, Organisation und Überwachung aller pflegerischen Interventionen (d.h. der Pflegeprozess), die Gesundheitsförderung/-beratung, die

Pflegeforschung sowie administrative Aufgaben im Rahmen des Pflegeprozesses (Weiss-Faßbinder/Lust 2010: 86f). Zum mitverantwortlichen Tätigkeitsbereich zählt die Durchführung von diagnostischen/therapeutischen Interventionen nach ärztlichen Anordnungen. Hierbei obliegt der diplomierten Gesundheits- und Krankenpflegeperson die Durchführungsverantwortung (z.B. Setzen von transurethralen Blasenkathetern, Legen von Magensonden). Im interdisziplinären Tätigkeitsbereich haben diplomierte Pflegepersonen das Vorschlags- und Mitentscheidungsrecht (Beratung in der Gesundheitsförderung, etc.) (Weiss-Faßbinder/Lust 2010: 97-113).

- **Berufsbild der Pflegehilfe**

Die theoretische und praktische Ausbildung in der Pflegehilfe beträgt ein Jahr (1600 Stunden) (Weiss-Faßbinder/Lust 2010: 300). Das Zugangsalter zur Pflegehelfer/innenausbildung beträgt siebzehn Lebensjahre (Mindestalter beim Berufseinstieg sind achtzehn Lebensjahre) (Weiss-Faßbinder/Lust 2010: 287).

Bei der Pflegehilfe handelt es sich um einen qualifizierten Beruf zur Unterstützung und Hilfestellung anderer Gesundheitsberufe (insbesondere des gehobenen Dienstes für Gesundheits- und Krankenpflege). Jedoch handelt es sich hierbei um keinen erlernten oder angelernten Beruf, da die Dauer der Lehrzeit in einem erlernten Beruf regelmäßig drei Ausbildungsjahre beträgt (Weiss-Faßbinder/Lust 2010: 276).

Pflegerische Interventionen dürfen von Pflegehelfer/innen nur nach Delegation und unter Aufsicht (Nachkontrolle der durchgeführten Tätigkeiten) von diplomierten Gesundheits- und Krankenpflegepersonen vorgenommen werden. Bei der Mitarbeit bei therapeutischen und diagnostischen Tätigkeiten bedarf es einer zusätzlichen ärztlichen Anordnung (Weiss-Faßbinder/Lust 2010: 276ff).

Kurzfassung

Ziel dieser Masterarbeit war herauszufinden, ob Zusammenhänge zwischen dem wahrgenommenen Betrieblichen Gesundheitsförderungsprozess und der tatsächlichen Teilnahmebereitschaft an betrieblichen verhaltensbezogenen Gesundheitsangeboten von Pflegepersonen in Altenpflegeeinrichtungen bestehen. Relevant ist dies, da die beruflichen Arbeitsbelastungen in diesem Setting als hoch zu bewerten sind und die Teilnahmebereitschaft von Pflegepersonen an betrieblichen Gesundheitsaktivitäten laut bisheriger Forschung eher gering ausfällt. Pflegepersonen in Altenpflegeorganisation sind von besonders hohen physischen und psychischen Arbeitsbelastungen betroffen. Trotz dieser Arbeitsbelastungen stellen Evaluierungen von betrieblichen Gesundheitsförderungsaktivitäten im Bereich des Gesundheitswesens und vor allem im Setting der Altenpflege bislang eine Seltenheit dar.

Nach einer theoretischen Einführung werden Entscheidungsgründe zur Implementierung von Betrieblicher Gesundheitsförderung diskutiert. Des Weiteren werden Organisationen des Gesundheitswesens als geeignetes Setting zur Umsetzung der Betrieblichen Gesundheitsförderung vorgestellt. Als konkretes Beispiel stelle ich Altenpflegeorganisationen vor und gehe auf den Organisationsaufbau sowie die Kommunikationsstrukturen ein. Dabei zeige ich auf, über welche Handlungsmöglichkeiten Pflegepersonen in diesem Setting verfügen, und wie sie diese im Rahmen des gesundheitsförderlichen Organisationsprozesses einsetzen können.

Zur Analyse der Zielsetzung wurden insgesamt zwölf Pflegepersonen aus drei Altenpflegeeinrichtungen anhand eines qualitativen Leitfadens interviewt. Die gesammelten Daten wurden anschließend mittels der qualitativen Inhaltsanalyse nach Mayring ausgewertet und interpretiert.

Zusammenfassend zeigt diese Masterarbeit auf, dass sich die interviewten Pflegepersonen ausreichend über die Betriebliche Gesundheitsförderung informiert gefühlt haben. Das Bedürfnis der Pflegepersonen am gesundheitsförderlichen Organisationsentwicklungsprozess teilzuhaben, richtet sich vor allem auf das Mitteilen von Gesundheitsbelastungen und Angebotswünschen an die Vorgesetzten. Das bestehende verhaltensbezogene Gesundheitsangebot innerhalb der Altenpflegeeinrichtung wurde durchwegs als positiv und an ihre gesundheitlichen Bedürfnisse angepasst, bewertet.

Pflegepersonen, die an verhaltensbezogenen Gesundheitsaktivitäten teilnehmen, sind vor allem diejenigen, die durch den betrieblichen Gesundheitsförderungsprozess motiviert

wurden. Es handelt sich vorwiegend um Personen, die vor der Implementierung der Betrieblichen Gesundheitsförderung noch nicht aktiv für ihre Gesundheit eingetreten sind. Pflegepersonen mit gesundheitlichem Engagement in ihrer Freizeit sind eher nicht die Konsumenten/innen der verhaltensbezogenen Gesundheitsangebote.

Als interessant stellte sich der Zeitpunkt der Inanspruchnahme von verhaltensbezogenen Gesundheitsangeboten dar. Die interviewten Pflegepersonen waren der Ansicht, dass sie erst dann verhaltensbezogene Angebote in Anspruch nehmen, wenn eine berufliche Erkrankung besteht oder direkt absehbar ist.

Für die Zukunft gilt es geeignete Partizipationsstrategien für Mitarbeiter/innen in Altenpflegeeinrichtungen zu entwickeln, um die Pflegepersonen zur aktiven Mitbeteiligung zu motivieren und dadurch das Bewusstsein gegenüber ihrer eigenen Gesundheit zu stärken. Dies könnte sich in Folge positiv auf die Teilnahmebereitschaft der Pflegepersonen an betrieblichen verhaltensbezogenen Gesundheitsaktivitäten auswirken.

Abstract

The aim of this thesis was to investigate the potential relationship between an already implemented workplace health promotion process and the actual willingness of staff in nursing homes to participate in occupational behavioral health care services. This is an important issue because, although the professional work stress in this setting has to be assessed as high as the participatory willingness of caregivers in occupational health activities, which according to previous researches, was rather low. Caregivers in nursing organizations are affected by particularly high physical and mental stress. Despite the high workload and stress in the field of health care, evaluations on the effect of health promotion activities, particularly in the field of geriatric care, are rarely conducted.

Besides the theoretical introduction, the reasons for a decision for the implementation of workplace health promotion gave cause for heavy discussions. In addition, healthcare organizations are presented as a suitable setting for the implementation of workplace health promotion. As a specific example I identified geriatric care organizations in terms of their organizational and communication structures. Furthermore, I highlighted the opportunities for nursing staff in this particular setting, to participate and contribute in the health-promoting organization process.

Twelve nurses, from three different geriatric organizations, thereby based on a qualitative guideline for analysis, were interviewed. The collected data was then analyzed and interpreted by means of qualitative content analysis based on *Mayring*.

In summary, this thesis shows that the interviewed nurses thought to be sufficiently informed about the workplace health promotion. The motivation for nurses to participate in a health-promoting organizational development process was mainly to inform their superiors about health risks and furthermore, suggest adequate solutions. The existing behavioral health program within the geriatric organization was consistently evaluated as positive and appropriate to their needs concerning their health issues.

Nurses who participate in behavioral health activities are mainly those who were motivated by the health promotion process. Participants were mainly those who had not actively cared for their health prior to the implementation of the workplace health promotion. People with a health care activity in their spare time do not tend to be consumers inside of behavioral health services.

Hereby, highly interesting was the actual timing of claim of the offered behavioral health services. Thereby, the position of the interviewed nurses, was that they would only take on those behavioral offers, if an illness had already be diagnosed or if health issues are to emerge in nearer future.

It is essential for the future to develop adequate strategies motivating the nursing staff in geriatric care organizations, thereby actively taking part in workplace health promoting processes in order to strengthen their awareness concerning their own health. This in return would lead to more willingness adopting behavioral health activities.

Curriculum Vitae

Persönliche Daten

Vorname **Karin**
Zuname **Neumaerker**
Akademischer Grad B.A.
Geburtsdatum 18. Oktober 1985
E-Mail karin.neumaerker@gmail.com

Ausbildung

- 10/2010 Masterstudium Soziologie, Universität Wien**
Studienschwerpunkte:
• Gesundheit
• Organisation
Titel der Masterarbeit:
Betriebliche Gesundheitsförderung in Altenpflegeeinrichtungen aus der Perspektive des Pflegepersonals
- 10/2007 – 06/2010 Bachelorstudium Soziologie, Universität Wien**
Titel der Bachelorarbeit:
Gesundheitsförderung im gesundheitsförderlichen Krankenhaus am Beispiel von diplomierten Gesundheits- und Krankenpflegepersonal und deren spezifischen Gesundheitsproblematiken
- 09/2006 – 06/2007 Berufsreifeprüfung**
Europaakademie Dr. Roland, Wien
- 09/2003 – 09/2006 Allgemeines Gesundheits- und Krankenpflegediplom**
Schule für allgemeine Gesundheits- und Krankenpflege
am Krankenhaus Hietzing mit Neurologischem Zentrum Rosenhügel, Wien
Fachbereichsarbeit:
Transkulturelle Sterbebegleitung in den verschiedenen Weltreligionen

Berufserfahrung

- 09/2010 Qualitätsmanagerin Betreuen und Pflegen**
Caritas der Erzdiözese Wien
Beratungsfunktion:
Caritas-Rundum Zuhause Betreut (24 Stunden Betreuung)
Caritas-Hospiz
Caritas-Notruftelefon
- 07/2009 – 09/2010 Diplomierte Gesundheits- und Krankenpflegerin**
Wiener Privatkliniken und Senioren- und Pflegewohnhäuser
MediCare Personaldienstleistungen, Wien
- 11/2006 – 06/2009 Diplomierte Gesundheits- und Krankenpflegerin**
Ambulante Dienste
Fortuna aktiv Betriebsgesellschaft für Senioren- Wohnanlagen, Wien

Sprachkenntnisse

Deutsch
Englisch