

Projektbericht

Neue Wege bis **67**

In der Dienstleistung bis zur Rente

Autoren
Nazan Ulusoy
und **Tanja Wirth**

Impressum

© 2016

Projektbericht

Neue Wege bis 67 –

In der Dienstleistung bis zur Rente

Competenzzentrum Epidemiologie und Versorgungsforschung bei Pflegeberufen (CVcare)

Institut für Versorgungsforschung in der Dermatologie und bei Pflegeberufen (IVDP)

Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf (UKE)

Bethanien-Höfe Eppendorf

Martinstraße 52

20246 Hamburg

www.uke.de

Studienleitung

Prof. Dr. med. Albert Nienhaus

a.nienhaus@uke.de

CVcare, Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf

Autoren

Nazan Ulusoy

Tanja Wirth

CVcare, Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf

Unter Mitwirkung von

Dr. Anja Schablon

Claudia Wohler

CVcare, Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf

Prof. Dr. Michael Göring

Dr. Tatiana Matthiesen

ZEIT-Stiftung Ebelin und Gerd Bucerius

Prof. Dr. Hans-Jörg Schmidt-Trenz

Paul Elsholz

Anne-Caroline Trede

Handelskammer Hamburg

Thomas Flotow

Gitta Paulig-Hagemeier

PFLEGEN & WOHNEN HAMBURG GmbH

Peter Drygalla

DRK Landesverband Hamburg e. V.

Heinz Renno

BHH Sozialkontor

Sönke Fock

Agentur für Arbeit Hamburg

Lektorat

Angelika Buchholz, Frankfurt

Gestaltung

Ethel Knop, Hamburg

Vorwort

„Neue Wege bis 67“ lautet das Motto unter dem wir die psychischen Belastungen von Beschäftigten in der Altenpflege untersucht haben. Besonders wichtig war uns dabei auch praktisch erprobte Ansätze zur Reduktion dieser Belastungen aufzudecken. Dafür haben wir Altenpflegerinnen und Altenpfleger, Führungskräfte und Arbeitsschutzexperten in Hamburg befragt. Die PFLEGEN & WOHNEN HAMBURG GmbH, der DRK Landesverband Hamburg e. V. und das BHH Sozialkontor haben an der Studie teilgenommen. Dafür möchten wir uns bei den Einrichtungsleitungen und den Beschäftigten bedanken.

Dieser Projektbericht bildet die empirische Basis für die Broschüre „Neue Wege bis 67 – In der Dienstleistung bis zur Rente“.

Die Idee zu diesem Projekt stammt von Alt-Bundeskanzler Helmut Schmidt. Er hatte angeregt, nach Wegen zu suchen wie das Rentenalter von 67 möglichst gesund erreicht werden kann. Die Handelskammer Hamburg und die ZEIT-Stiftung Ebelin und Gerd Bucerius haben diesen Gedanken aufgegriffen und in einer ersten Studie Arbeitsschutz-Empfehlungen für das produzierende Gewerbe entwickelt (vgl. dazu „Neue Wege bis 67 – In der Produktion bis zur Rente“).

In einer weiteren Studie haben wir nun auf Anregung und in enger Kooperation mit der Handelskammer Hamburg und der ZEIT-Stiftung Ebelin und Gerd Bucerius nach Möglichkeiten zur Reduktion psychischer Belastungen in der Altenpflege gesucht. Dabei steht die Altenpflege stellvertretend für das Dienstleistungsgewerbe. Da viele Arbeitsmerkmale und Belastungen, die für die Altenpflege typisch sind, auch in anderen Dienstleistungsberufen auftreten. Bei der Handelskammer Hamburg und der ZEIT-Stiftung Ebelin und Gerd Bucerius sowie bei den Mitgliedern des Steuerkreises für das Projekt möchten wir uns für die vertrauensvolle und konstruktive Zusammenarbeit bedanken.

Dem Leser, der sich vertieft mit den Projektergebnissen auseinandersetzen will, wünschen wir eine angenehme Lektüre.

Prof. Dr. med. Albert Nienhaus
Leiter des CVcare am Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf

Hamburg, im Oktober 2016

Danksagung

Die Durchführung der Studie „Neue Wege bis 67 – Untersuchungen in der Dienstleistungswirtschaft“ wäre nicht möglich gewesen ohne die Initiative und Unterstützung einiger Personen, denen unsere Dankbarkeit gilt.

Zunächst möchten wir uns bei Helmut Schmidt, ehemaliger Bundeskanzler der Bundesrepublik Deutschland, für die Anregung der Studienreihe bedanken. Leider konnte er den erfolgreichen Abschluss der Studie in der Dienstleistungswirtschaft nicht mehr miterleben. Wir danken außerdem den beiden Studienträgern, der ZEIT-Stiftung Ebelin und Gerd Bucerius sowie der Handelskammer Hamburg, die die Studie nicht nur finanziert und koordiniert haben, sondern sich zu jeder Zeit auch inhaltlich engagiert haben.

Des Weiteren möchten wir den drei Unternehmen PFLEGEN & WOHNEN HAMBURG GmbH, DRK Landesverband Hamburg e. V. und BHH Sozialkontor und ihren Mitarbeitern für die Unterstützung und Teilnahme an der Studie unseren Dank aussprechen. Ebenso danken wir allen Experten, die an unserem Workshop teilgenommen und ihn durch ihre Diskussion bereichert haben.

Bei Benjamin Schilgen und Dr. Mike Mösko bedanken wir uns für ihren Beitrag „Interkulturelle Öffnung in der Pflege“, der in dieser Studie ein weiteres wichtiges Thema aufgreift.

Zusammenfassung

Im Zusammenhang mit einer zunehmend älteren Belegschaft und der Erhöhung des Renteneintrittsalters auf 67 Jahre stellt sich für viele Unternehmen und Mitarbeiter die Frage, wie es gelingen kann, seinen Beruf langfristig gesund und leistungsfähig auszuüben. Diese Frage gewinnt besonders vor dem Hintergrund der veränderten Arbeitsanforderungen an Bedeutung, wo gerade Beschäftigte in Dienstleistungsberufen mit zum Teil hohen psychischen Belastungen umgehen müssen.

Im Rahmen der Studie „Neue Wege bis 67 – Untersuchungen in der Dienstleistungswirtschaft“ fanden von Juni bis Dezember 2015 in drei Hamburger Pflege- und Betreuungseinrichtungen schriftliche Mitarbeiterbefragungen und Interviews statt; zudem wurde ein Workshop mit Experten aus dem Gesundheits- und Sozialwesen durchgeführt. Anhand der Studienergebnisse zeigte sich, dass die Tätigkeiten in der Altenpflege im Vergleich zu anderen Branchen mit überdurchschnittlichen körperlichen Belastungen, quantitativen und emotionalen Anforderungen, Work-privacy conflict und einem Rollenkonflikt verbunden sind. 45% der über 50-jährigen Pflegekräfte schätzten es in der Befragung als nicht sicher oder unwahrscheinlich ein, dass sie in den nächsten zwei Jahren noch arbeitsfähig sind. Es gab jedoch auch viele Anregungen, wie eine gesunde und langfristige Beschäftigung gelingen kann.

Aus den Ergebnissen der Befragungen in der Altenpflege wurden Handlungsempfehlungen für eine Verlängerung der Verweildauer im Beruf und mögliche inner- und außerbetriebliche Tätigkeitswechsel entwickelt und auf die gesamte Dienstleistungsbranche übertragen. Zur Erhaltung der Beschäftigungsfähigkeit sollten Führungskräfte und Mitarbeiter an einem Strang ziehen. Führungskräfte haben durch ihr Führungsverhalten einen großen Einfluss auf die Gesundheit und Motivation ihrer Mitarbeiter. Mitarbeiter wiederum tragen eine hohe Eigenverantwortung zur ihrer Gesunderhaltung. Aus diesem Grund wurden differenzierte Empfehlungen sowohl für Führungskräfte als auch für Mitarbeiter zusammengestellt. Damit verfolgt die Studie „Neue Wege bis 67“ einen innovativen Ansatz.

Inhaltsverzeichnis

Tabellenverzeichnis	VI
Abbildungsverzeichnis	VI
1 Hintergrund	1
2 Zielsetzung der Studienreihe „Neue Wege bis 67“	3
3 Informationen zum Dienstleistungssektor.....	4
3.1 Veränderungen in der Arbeitswelt – Anforderungen im Dienstleistungssektor.....	4
3.2 Charakteristika der Branche Altenpflege	6
4 Mitarbeiter- und Expertenbefragungen in der Studie „Neue Wege bis 67“	11
4.1 Methodisches Vorgehen	11
4.1.1 Vorstudie	11
4.1.2 Definition der Zielgruppe	11
4.1.3 Datenerhebung und Analysemethoden	12
4.2 Ergebnisse – Herausforderungen im Altenpflegeberuf.....	18
4.2.1 Arbeitsumgebung und -mittel.....	18
4.2.2 Arbeitsorganisation	19
4.2.3 Arbeitsinhalt.....	21
4.2.4 Soziale Beziehungen.....	25
4.2.5 Belastungsfolgen	28
4.3 Ergebnisse – Wechslerbefragung.....	32
4.4 Ergebnisse – Expertenworkshop	34
4.5 Zusammenfassung und Diskussion der Ergebnisse	36
5 Handlungsempfehlungen	39
5.1 Betriebliche Gesundheitsförderung	39
5.2 Arbeitsumgebung und -mittel.....	40
5.2.1 Ergonomische Maßnahmen	40
5.3 Arbeitsorganisation	43
5.3.1 Vereinbarkeit von Beruf und Familie	43
5.3.2 Nacht- und Schichtarbeit, Dienstplangestaltung	46
5.3.3 Pausengestaltung	51
5.3.4 Neue Herausforderungen in der Pflege	53
5.4 Arbeitsinhalt.....	57
5.4.1 Qualifikation	57
5.4.2 Stress am Arbeitsplatz.....	58
5.4.3 Emotionale Belastungen am Arbeitsplatz	62

5.4.4	Gewalt am Arbeitsplatz	63
5.5	Soziale Beziehungen	65
5.5.1	Wertschätzung, Anerkennung und Lob	65
5.5.2	Betriebsklima und Konfliktprävention	67
5.5.3	Individualität im Team (Multikulturelle Mitarbeiter).....	70
5.5.4	Soziale Unterstützung	71
5.5.5	Führung und Gesundheit.....	73
5.5.6	Gesunde Selbstfürsorge	74
5.6	Jedes Alter zählt	76
5.7	Arbeitsplatz-/Tätigkeits- bzw. Berufswechsel	78
5.7.1	Mischarbeit: Arbeitsplatz-/Tätigkeitswechsel (Job-Rotation).....	78
5.7.2	Berufswechsel	81
5.7.3	Bereiche für einen Tätigkeits-/Berufswechsel	84
5.7.4	Vier Fallbeispiele zu erfolgreichen Wechslern	84
5.8	Zusammenfassung der Empfehlungen	89
6	Schlussfolgerungen und Ausblick.....	92
7	Exkurs.....	94
7.1	Verweildauer junger Beschäftigter im Pflegesektor	94
7.2	Interkulturelle Öffnung in der Pflege	96
	Literaturverzeichnis.....	100
	Anhang 1: Methodendiskussion	114
	Anhang 2: Erlebnisse von Gewalt und Aggressionen durch Pflegebedürftige.....	116
	Anhang 3: Fotoprotokoll des Expertenworkshops „Gruppenarbeit 1“	117
	Anhang 4: Fotoprotokoll des Expertenworkshops „Gruppenarbeit 2“	118
	Anhang 5: Qualifikationsmöglichkeiten in der Pflege.....	119
	Anhang 6: Leitfaden Mitarbeiter/Vorgesetzten-Gespräch	120
	Anhang 7: Ansprechpartner und Unterstützer zum Umgang mit psychischen Belastungen	122
	Weiterführende Literatur	123

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Übersicht der Interviewteilnehmer in den kooperierenden Unternehmen	12
Tabelle 2: Rücklaufquoten der quantitativen Mitarbeiterbefragung	13
Tabelle 3: Soziodemografische Charakteristika der Studienteilnehmer.....	14
Tabelle 4: Berufsbezogene Charakteristika der Studienteilnehmer	15
Tabelle 5: Zusammensetzung der Erhebungsinstrumente	16
Tabelle 6: Alter, ursprüngliche und neue Tätigkeiten/Berufe der interviewten Wechsler	32
Tabelle 7: Zusammenfassung der Ergebnisse der Gruppenarbeiten im Expertenworkshop	34

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Pflegebedürftige und Beschäftigte 2013 nach Versorgungsart	6
Abbildung 2: Körperliche Belastungen im Vergleich verschiedener Branchen	8
Abbildung 3: Arbeit in vorgebeugter Haltung pro Schicht in Pflegeberufen.....	9
Abbildung 4: Entwicklung der Altersstruktur der sozialversicherungspflichtig Beschäftigten im Berufsfeld Pflege- und Gesundheitsberufe ohne Approbation in Deutschland	9
Abbildung 5: Quantitative Anforderungen bei der Arbeit	20
Abbildung 6: Konflikt hinsichtlich der Vereinbarkeit von Beruf, Familie und Freizeit.....	21
Abbildung 7: Emotionale Anforderungen bei der Arbeit.....	22
Abbildung 9: Einfluss- und Entwicklungsmöglichkeiten bei der Arbeit	23
Abbildung 10: Verbundenheit mit dem Beruf	24
Abbildung 11: Rollenklarheit und Rollenkonflikte bei der Arbeit.....	25
Abbildung 12: Beziehung zwischen direkter Führungskraft und Mitarbeiter	26
Abbildung 13: Feedback durch die direkte Führungskraft und Kollegen	26
Abbildung 14: Gemeinschaftsgefühl am Arbeitsplatz	27
Abbildung 15: Berufliche Gratifikationskrise (Effort-Reward Imbalance)	28
Abbildung 16: Subjektive Einschätzung der eigenen Arbeitsfähigkeit in zwei Jahren, nach Altersgruppen	29
Abbildung 17: Gedanke an Berufsaufgabe	30
Abbildung 18: Allgemeiner Gesundheitszustand.....	30
Abbildung 19: Kognitive Stresssymptome	31
Abbildung 20: Symptome von Burnout	31

1 Hintergrund

In den Jahren von 2003 bis 2014 sind die Fälle von Arbeitsunfähigkeit aufgrund psychischer Erkrankungen und Verhaltensstörungen bei Beschäftigten in Deutschland nach einer Statistik der AOK um 44 % angestiegen. Psychische Erkrankungen sind damit in vielen Berufsgruppen die zweithäufigste Ursache für krankheitsbedingte Fehlzeiten, nach den Muskel-Skelett-Erkrankungen. Dieser Anstieg ist besonders gravierend, da psychische Erkrankungen oftmals lange Ausfallzeiten verursachen. Während ein Arbeitnehmer¹ aufgrund von Muskel-Skelett-Erkrankungen im Durchschnitt 17 Tage pro Krankheitsfall im Unternehmen fehlt, beträgt die durchschnittliche Falldauer aufgrund psychischer Erkrankungen rund 25 Tage je Fall. Fast jede zweite Frühberentung geht mittlerweile auf eine Erwerbsminderung infolge psychischer Erkrankung zurück (Meyer et al., 2015).

Die Entstehung von psychischen Erkrankungen ist multikausal bedingt, das heißt als Ursachen können Fehlbeanspruchungen aus verschiedenen Bereichen des täglichen Lebens gelten. Zugrunde liegende Ursachen sind zum Beispiel genetische Veranlagungen, Persönlichkeitsmerkmale, Überforderungen im Privatleben und durch andere bestehende Krankheiten (Langhoff & Temme, 2013). Als Gründe für den Anstieg psychischer Erkrankungen werden außerdem eine höhere Sensibilität der Ärzte und damit zusammenhängend eine häufigere Dokumentation dieser Krankheiten sowie die veränderten Anforderungen in der Arbeitswelt diskutiert (Meyer et al., 2015). Die Wirkungszusammenhänge zwischen Arbeitsbedingungen und psychischen Störungen sind in den letzten Jahren verstärkt in den Fokus der (Fach-)Öffentlichkeit gerückt. Die aktuelle Diskussion stützt sich vor allem auf die Annahme, dass immer mehr Erwerbstätige durch steigende Anforderungen und Belastung bei der Arbeit an psychischen Beschwerden leiden (Lohmann-Haislah, 2012). Nach dem Stressreport der Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin (BAuA) hat bei Beschäftigten die subjektiv empfundene Belastung in den vergangenen Jahren, insbesondere durch den starken Termin- und Leistungsdruck sowie durch die Anforderung, z. B. sehr schnell arbeiten zu müssen, zugenommen. Weitere psychische Anforderungen in Bezug auf Arbeitsinhalte und -organisation sind zudem Multitasking, Monotonie und häufige Arbeitsunterbrechungen. Gleichzeitig weist jede berufliche Tätigkeit auch positive Charakteristika auf, sogenannte Ressourcen, die zur Bewältigung der auftretenden Belastungen beitragen können. Gestaltungspotenzial bieten beispielsweise das soziale Miteinander im Unternehmen, der Handlungsspielraum bei der Arbeit sowie die Hilfe und Unterstützung durch die direkte Führungskraft (ebd.).

Zurzeit sind fast drei Viertel der Erwerbstätigen in Deutschland im Dienstleistungsbereich tätig (Statistisches Bundesamt, 2016). Die Verschiebung des Beschäftigungsschwerpunktes auf den Dienstleistungssektor wird häufig mit einer Abnahme körperlicher Anforderungen und folglich mit einem sinkenden Belastungspotenzial für diese Erwerbstätigengruppen assoziiert. Entgegen dieser Annahme sind im Dienstleistungssektor jedoch zahlreiche Beschäftigungsverhältnisse mit stark flexibilisierten bzw. unregulierten Arbeitszeiten (z. B. Schichtarbeit) sowie mit zum Teil hohen körperlichen und psychischen Belastungen entstanden, wie z. B. der Arbeit im Stehen und unter Termin- und Leistungsdruck (Jansen & Müller, 2000). Daten von Krankenkassen zum Arbeitsunfähigkeitsgeschehen zeigen, dass Beschäftigte in der Dienstleistungswirtschaft besonders stark von Fehlzeiten aufgrund psychischer Erkrankungen betroffen sind (Meyer et al., 2015; Techniker Krankenkasse, 2015a). Als Ursachen werden unter anderem der soziale Charakter der Tätigkeit und die Emotionsarbeit, das heißt

¹ Aus Gründen der besseren Lesbarkeit wird auf die gleichzeitige Verwendung männlicher und weiblicher Sprachformen verzichtet. Sämtliche Personenbezeichnungen gelten gleichwohl für beiderlei Geschlecht.

das Kontrollieren eigener Emotionen, genannt (Meyer et al., 2015; Nerdinger, 2012). Diese Faktoren treffen im Dienstleistungssektor besonders auf die Pflege- und Gesundheitsberufe zu, in denen Beschäftigte regelmäßig mit der Aussichtslosigkeit bezüglich einer Verbesserung der Gesundheit von Pflegebedürftigen, mit Leid und Tod sowie mit Konfliktsituationen mit Pflegebedürftigen und deren Angehörigen konfrontiert werden. Hinzu kommen in diesem Bereich Belastungen wie Arbeit im Schichtsystem, mangelnde gesellschaftliche Anerkennung und Arbeit unter hohem Zeitdruck, die teilweise einer angespannten Personalsituation geschuldet ist (McVicar, 2003; Gregersen, 2005).

Durch den Rückgang des Arbeitskräfteangebots bei gleichzeitig steigendem Bedarf an professioneller Pflege trifft der demografische Wandel die Pflegebranche besonders stark. Berechnungen zufolge kann dieser Wandel bis zum Jahr 2030 zu einer Versorgungslücke von bis zu einer halben Million Vollzeitstellen im stationären und ambulanten Pflegesektor in Deutschland führen (Rothgang et al., 2012). Eine Möglichkeit, das Arbeitsangebot zu erhöhen, stellt die nachhaltige Steigerung der Verweildauer von Pflegekräften im Beruf dar. Nach einer Berechnung von Hackmann (2010) verbringen weibliche Altenpflegekräfte durchschnittlich nur etwa 8,4 Jahre in ihrem Beruf. Für Krankenschwestern wurde dagegen ein durchschnittlicher Zeitraum von 13,7 Jahren ermittelt. In der Altenpflege besteht somit ein erhebliches Potenzial; durch eine Angleichung der Verweildauer an die der Krankenschwestern könnte zumindest ein Teil des Bedarfs an professionellen Pflegedienstleistungen gedeckt werden (*siehe dazu Kapitel 7.1*).

Vor diesem Hintergrund stellt sich die Frage, durch welche Maßnahmen sich die Berufsverweildauer von Altenpflegekräften steigern lässt. Wesentliche Faktoren liegen im Abbau von Belastungen und der Stärkung von Ressourcen bei der beruflichen Tätigkeit. Es bleibt somit zu analysieren, wie die zunehmenden Belastungssituationen von Beschäftigten in der Pflege und allgemein der Erwerbstätigen in den Dienstleistungsberufen abgebaut und ihre Ressourcen bei der Arbeit gestärkt werden können.

Dieser Bericht stellt im Folgenden die Zielsetzung (*Kapitel 2*) der Studie „Neue Wege bis 67“ vor, die eben diesen Fragen nachgegangen ist. Im *Kapitel 3* des Berichts wird anschließend auf die Anforderungen im Dienstleistungssektor und speziell in der Altenpflegebranche nochmals genauer eingegangen. Das *Kapitel 4* beschreibt das methodische Vorgehen sowie die Ergebnisse der durchgeführten Befragungen der Studie hinsichtlich der Belastungen und Belastungsfolgen von Beschäftigten in der stationären und ambulanten Altenpflege. Dabei wird auf die Wechslerbefragung und den Expertenworkshop gesondert eingegangen. Im *Kapitel 5* folgt darauf die Ableitung von Handlungsempfehlungen für eine Verlängerung der Verweildauer im Beruf und mögliche Tätigkeitswechsel von Mitarbeitern in der Dienstleistungswirtschaft. Im *Kapitel 6* wird abschließend ein übergreifendes Fazit gezogen. Im *Kapitel 7* wird in Form eines Exkurses außerdem gesondert auf die Themenfelder „Verweildauer junger Beschäftigter“ und „Interkulturelle Öffnung in der Pflege“ eingegangen.

2 Zielsetzung der Studienreihe „Neue Wege bis 67“

Helmut Schmidt, ehemaliger Bundeskanzler der Bundesrepublik Deutschland und Kurator der ZEIT-Stiftung Ebelin und Gerd Bucerius, hat die Studienreihe „Neue Wege bis 67 – gesund und leistungsfähig im Beruf“ im Herbst 2012 angeregt. Die Studienreihe widmet sich der Beschäftigungsfähigkeit von Arbeitnehmern in Berufen mit hohen physischen und/oder psychischen Belastungen. Es sollen innovative Möglichkeiten identifiziert werden, wie Arbeitnehmer bis zur Rente gesund und leistungsfähig im Berufsleben bleiben können. Eine erste Studie zu den körperlichen Belastungen in der Metallzeugungsindustrie wurde 2015 erfolgreich abgeschlossen. Die Ergebnisse in Form einer Broschüre mit Praxistipps (für Führungskräfte und Mitarbeiter) sind unter folgendem Link: <https://www.zeitstiftung.de/mediathek/broschueren> sowie auf <https://www.hk24.de/> unter der Dokumentennummer: 1467130 einsehbar.

Die hier vorgestellte Folgestudie „Neue Wege bis 67 – Untersuchungen in der Dienstleistungswirtschaft“ analysierte diese Branche am Beispiel der stationären und ambulanten Altenpflege. Im Mittelpunkt standen dabei die Auswirkungen der psychischen Belastungen auf die Beschäftigungsfähigkeit der Arbeitnehmer. Die ZEIT-Stiftung Ebelin und Gerd Bucerius hat die Studie zusammen mit der Handelskammer Hamburg und dem Kompetenzzentrum für Epidemiologie und Versorgungsforschung bei Pflegeberufen (CVcare) des Universitätsklinikums Hamburg-Eppendorf (UKE) durchgeführt. Einen umfassenden Einblick in die Praxis der Altenpflege ermöglichte die enge Kooperation mit der PFLEGEN & WOHNEN HAMBURG GmbH, dem DRK Landesverband Hamburg e. V und dem BHH Sozialkontor.

Ziel der Studie ist es, Führungskräften und Mitarbeitern in der Dienstleistungswirtschaft Handlungsempfehlungen zu geben, und zwar sowohl für eine Verlängerung der Verweildauer im Beruf unter Einbeziehung präventiver Maßnahmen als auch für einen möglichen inner- oder außerbetrieblichen Tätigkeitswechsel.

Im Mittelpunkt der Untersuchung standen daher folgende Forschungsfragen:

Hauptfrage:

- Wie kann eine längere Beschäftigungsdauer von Mitarbeitern in der Altenpflege gelingen – bis zum 67. Lebensjahr?
- Welche Handlungsempfehlungen lassen sich auf die Führungskräfte und Mitarbeiter der Dienstleistungswirtschaft übertragen?

Unterfragen:

- Welche arbeitsbedingten Belastungen bestehen in der ambulanten und stationären Altenpflege?
- Welche Ressourcen haben die Beschäftigten, um mit diesen Belastungen umzugehen?
- Welche Möglichkeiten gibt es, um Mitarbeiter lange gesund und leistungsfähig im Beruf zu halten?
- Welche Bereiche bieten sich für einen inner- oder außerbetrieblichen Tätigkeits- bzw. Berufswechsel an und welche Erfahrungen bzgl. Unterstützung und Schwierigkeiten beim Wechsel haben Beschäftigte gemacht?

3 Informationen zum Dienstleistungssektor

3.1 Veränderungen in der Arbeitswelt – Anforderungen im Dienstleistungssektor

Seit etwa Mitte der 90er Jahre ist in Deutschland anhand verschiedener Erhebungen, wie der BIBB/BAuA-Erwerbstätigenbefragung², eine erhebliche Zunahme psychischer Belastungswerte bei der Arbeit zu beobachten (Lohmann-Haislah, 2012; Langhoff & Temme, 2013). Als Ursache für den Anstieg psychischer Arbeitsanforderungen wird zumeist der Wandel in der Arbeitswelt angesehen. Laut der Erwerbstätigenbefragung 2012 können grundlegende Veränderungen in der Arbeitswelt vor allem an folgenden Punkten festgemacht werden:

- Die Verwendung moderner Kommunikationstechnologien führt zu einer Entgrenzung von Arbeit und ermöglicht es, immer und überall erreichbar zu sein.
- Durch neue Steuerungsformen in Unternehmen, z. B. aufgrund von Zielvereinbarungen, wird Beschäftigten mehr Eigenverantwortung abverlangt.
- Produktions-, Dienstleistungs- und Kommunikationsprozesse beschleunigen sich; gleichzeitig steigen die Komplexität der Aufgaben und die Lernanforderungen.
- Veränderte Beschäftigungsverhältnisse (z. B. durch den Anstieg prekärer Beschäftigungsverhältnisse) bringen berufliche Unsicherheit und eine Instabilität sozialer Beziehungen mit sich (Lohmann-Haislah, 2012).

Eine weitere wichtige Veränderung ist die Entwicklung zur Dienstleistungsgesellschaft. Während die wirtschaftliche Bedeutung traditioneller Sektoren, wie die der Land- und Forstwirtschaft sowie des produzierenden Gewerbes, in den vergangenen Jahrzehnten deutlich zurückging, verzeichnete der Dienstleistungssektor einen erheblichen Anstieg der Erwerbstätigkeit. 1970 waren rund 45% der Erwerbstätigen im früheren Bundesgebiet in diesem Bereich tätig, heute sind es knapp 74% (Statistisches Bundesamt, 2016). Nach der Klassifikation der Wirtschaftszweige von 2008 umfasst der Dienstleistungssektor verschiedene und zum Teil sehr heterogene Bereiche³, wie die Erbringung von Finanz- und Versicherungsdienstleistungen sowie das Gesundheits- und Sozialwesen, dem auch die Alten- und Pflegeheime sowie die ambulanten sozialen Dienste zugeordnet sind (ebd.). Die Entwicklung zur Dienstleistungsgesellschaft wird mit einer Zunahme von geistigen und interaktiven Tätigkeiten sowie steigenden emotionalen und kognitiven Anforderungen assoziiert (Lohmann-Haislah, 2012).

Im Herbst/Winter 2008/09 fand eine Befragung von 1.700 Betriebsräten aus Unternehmen in verschiedenen Branchen in Deutschland zu den Arbeitsbedingungen und der Gesundheit von Beschäftigten statt. Im Vergleich zu anderen Branchen bestätigte ein überdurchschnittlich hoher Anteil der befragten Betriebsräte im Dienstleistungsbereich einen Anstieg der psychischen Belastungen seit dem Jahr 2006. Bei Betriebsräten von Banken und Versicherungen war der Anteil mit 89%, die diesen Trend beobachteten, am höchsten. Als wesentlichen Faktor für die Zunahme psychischer Belastungen sahen die Betriebsräte den hohen Zeit- und Leistungsdruck an. Unter diesem leiden wiederum

² Die BIBB/BAuA-Erwerbstätigenbefragung ist eine Befragungsreihe, die seit 1979 regelmäßig durchgeführt wird und erwerbstätige Personen untersucht. Das Ziel ist die Beschreibung der sich kontinuierlich verändernden Arbeitswelt. Die neuste Befragungswelle fand 2011/12 statt.

³ Wirtschaftsabschnitte des Dienstleistungssektors: Handel, Instandhaltung und Reparatur von Kraftfahrzeugen, Verkehr und Lagerei, Gastgewerbe, Information und Kommunikation, Erbringung von Finanz- und Versicherungsdienstleistungen, Grundstücks- und Wohnungswesen, Erbringung von freiberuflichen, wissenschaftlichen und technischen Dienstleistungen, Erbringung von sonstigen wirtschaftlichen Dienstleistungen, Öffentliche Verwaltung, Verteidigung, Sozialversicherung, Erziehung und Unterricht, Gesundheits- und Sozialwesen, Kunst, Unterhaltung und Erholung sowie Erbringung von sonstigen Dienstleistungen (Statistisches Bundesamt, 2016).

Beschäftigte in Dienstleistungsberufen, speziell in Banken und Versicherungen sowie im Bereich Verkehr, Nachrichten und Telekommunikation, besonders stark. In diesen Branchen gibt es in über 88% der Betriebe Mitarbeiter, die ständig unter hohem Zeit- und Leistungsdruck arbeiten; nach Einschätzung der Betriebsräte betrifft es dort fast jeden zweiten Mitarbeiter. Als Ursachen werden vor allem eine zu enge Personaldecke, hohe Eigenverantwortlichkeit der Beschäftigten bei der Arbeit sowie eine hohe Abhängigkeit von Kundenvorgaben genannt. Der Bericht geht zudem auf die Verbreitung leistungsorientierter Arbeitsbedingungen ein. Banken und Versicherungen zeigen überdurchschnittliche Werte im Branchenvergleich beim Einsatz solcher Steuerungsformen, wie starke Kundenorientierung, ausgeprägtes Controlling von Betriebsabläufen, hohe Kennziffernorientierung, Führung über Zielvereinbarungen und ergebnisorientierte Projektarbeit. Für die Faktoren Zielvorgaben und Projektarbeit ließen sich bereits signifikante Zusammenhänge mit einem hohen Termin- und Zeitdruck der Beschäftigten nachweisen (Ahlers, 2011).

Aufgrund des starken Dienstleistungswachstums untersuchten Jansen & Müller (2000) speziell die Arbeitsbelastungen und die Gesundheit älterer Arbeitnehmer in diesem Bereich. Ihre Ergebnisse beziehen sich auf eine Sonderauswertung (N=8310) der repräsentativen Erwerbstätigenbefragung 1998/99 in Deutschland. Sie zeigen, dass ältere Erwerbstätige im Dienstleistungsbereich oftmals höheren Belastungen unterliegen als die Erwerbsbevölkerung insgesamt. Bezüglich körperlicher Anforderungen fiel auf, dass über 30% der Beschäftigten im Handel und im Gesundheitsbereich bzw. in der Reinigung und Abfallbeseitigung häufig stehende Tätigkeiten ausüben und schwere Lasten heben und tragen müssen. Im Bereich des Gesundheitswesens, der Reinigung und der Abfallbeseitigung arbeiten zudem etwa 40% der Beschäftigten in Wechselschicht sowie an Samstagen und an Sonn- und Feiertagen. Diese Arbeitszeitanforderungen waren auch im Wirtschaftszweig „Post, Verkehr, Hotel, Gaststätten, Medien, Kunst, Sport und Freizeit“ stark verbreitet. Am häufigsten nannten die älteren Beschäftigten im Dienstleistungsbereich jedoch psychosoziale Belastungen und Stress. In allen untersuchten Branchen berichtete etwa die Hälfte der Befragten von häufigem Termin- und Leistungsdruck. Häufige Unterbrechungen bei der Arbeit durch Kunden, Kollegen und Telefonate gaben 45% der Beschäftigten des Bereichs „Öffentliche Verwaltung und Bankwesen“ an. Multitasking war eine häufige Anforderung (61%) im Dienstleistungszweig „Bildung, Schulen“.

Als besonders ausgeprägte psychische Anforderungen bezüglich des Arbeitsinhalts und der Arbeitsorganisation stellten sich auch in der neuesten Erwerbstätigenbefragung für die meisten Branchen des Dienstleistungssektors ein hoher Termin- und Leistungsdruck, ständige Arbeitsunterbrechungen, Multitasking sowie die Anforderung, sehr schnell arbeiten zu müssen, Konfrontation mit neuen Aufgaben und ständig wiederkehrende Arbeitsvorgänge heraus (Lohmann-Haislah, 2012). In den Branchen Verkehr und Lagerei sowie Gesundheits- und Sozialwesen gab ein überdurchschnittlicher Anteil der Beschäftigten häufige psychische Anforderungen an (ebd.).

Überblick über die häufigsten Belastungen im Dienstleistungssektor:	
Körperliche Belastungen	Psychische Belastungen
<ul style="list-style-type: none"> • Häufig stehende Tätigkeiten • Heben und Tragen schwerer Lasten • Arbeit in Wechselschichten und an Sams-, Sonn- und Feiertagen 	<ul style="list-style-type: none"> • Multitasking • Termin- und Leistungsdruck • Ständig wiederkehrende Arbeitsvorgänge/ Monotonie • Häufige Arbeitsunterbrechungen • Sehr schnell arbeiten müssen

3.2 Charakteristika der Branche Altenpflege

Versorgungsstruktur in der Altenpflege

Nach den neuesten Daten des Statistischen Bundesamtes aus dem Jahr 2013 sind 2,6 Millionen Menschen in Deutschland pflegebedürftig. Die Mehrheit davon (71%) wird zu Hause von Angehörigen gepflegt. Die Angehörigen von über einer halben Million Pflegebedürftigen werden dabei von ambulanten Pflegediensten unterstützt. Insgesamt gibt es 12.700 dieser Pflegedienste in Deutschland. Die restlichen 29% der Pflegebedürftigen werden vollstationär in einem von 13.000 Pflegeheimen versorgt (*Abbildung 1*). Die Merkmale der Pflegebedürftigen unterscheiden sich zwischen dem stationären und dem ambulanten Bereich. In Pflegeheimen ist der Anteil sogenannter Schwerstpflegebedürftiger in der Pflegestufe III im Vergleich zu denjenigen, die von Angehörigen und/oder einem Pflegedienst zu Hause versorgt werden, fast doppelt so hoch (21% vs. 11%). Dies trifft ebenfalls auf den Anteil der Pflegebedürftigen mit erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz (z. B. durch Demenz, geistige Behinderungen oder psychische Erkrankungen) zu (59% vs. 28%) (Statistisches Bundesamt, 2015).

2,6 Millionen Pflegebedürftige insgesamt		
zu Hause versorgt: 1,86 Millionen (71%)		in Heimen vollstationär versorgt: 764.000 (29%)
durch Angehörige versorgt: 1,25 Millionen Pflegebedürftige	zusammen mit/ durch ambulante Pflegedienste: 616.000 Pflegebedürftige	
	durch 12.700 ambulante Pflegedienste mit 320.000 Beschäftigten	in 13.000 Pflegeheimen (einschl. teilstationär) mit 685.000 Beschäftigten

Abbildung 1: Pflegebedürftige und Beschäftigte 2013 nach Versorgungsart (Statistisches Bundesamt, 2015)

Beschäftigte und Charakteristika der Tätigkeiten in der Altenpflege

Etwa jeder zweite Beschäftigte in ambulanten und stationären Altenpflegeeinrichtungen verfügt über einen Abschluss als examinierter Altenpfleger/Gesundheits- und Krankenpfleger oder als Pflegehelfer. Die meisten von ihnen haben eine dreijährige Ausbildung absolviert (Statistisches Bundesamt, 2015). Die Tätigkeitsbereiche unterscheiden sich zwischen diesen Berufsgruppen in den Einrichtungen. Die examinierten Pflegekräfte nehmen im Unternehmen pflegerisch-medizinische Aufgaben wahr und sind vor allem für die Planung des Pflegeprozesses und die Behandlungspflege zuständig. Pflegehilfskräfte unterstützen bei der Betreuung und Pflege älterer Menschen und übernehmen dabei vor allem Aufgaben der Grundpflege.

Insgesamt umfassen die Aufgaben und Tätigkeiten in der Altenpflege folgende Bereiche:

- Eigenverantwortliche Pflege und Betreuung
 - Grundpflege (Körperpflege, An- und Auskleiden, Versorgung mit Nahrungsmitteln und ggf. Hilfe beim Essen)
 - Aktivierung der Betreuten (z. B. Bewegungs- und Atemübungen)
- Behandlungspflege und Rehabilitation
 - Verabreichung und Zusammenstellung von Medikamenten
 - Spezielle Pflegemaßnahmen (z. B. Durchführung von Einläufen, Spülungen und Injektionen)
- Beobachtung, Dokumentation und Kooperation
 - Beobachtung des Zustandes der Betreuten
 - Dokumentation der Pflegemaßnahmen
 - Zusammenarbeit mit behandelnden Ärzten (z. B. Vorbereitung von Arztvisiten)
- Hilfe bei Notfällen
- Betreuung und Beratung bei persönlichen und sozialen Angelegenheiten
 - Unterstützung bei der selbstständigen Lebensführung und bei der Gestaltung des Tagesablaufs
 - Beratung in schwierigen Lebenssituationen (z. B. nach Verlust des Ehepartners)
 - Herstellung von Kontakt zu Diensten und Behörden
- Pflegeberatung nach § 7a SGB XI, u. a. Erfassung des Hilfebedarfs und Festlegung des Versorgungsplans mit den Pflegebedürftigen sowie Information über Leistungen
- Beratung und Anleitung von Angehörigen
- Unterstützung bei Freizeitgestaltung und Pflege sozialer Kontakte
- Begleitung Sterbender
- Versorgung Verstorbener
- Organisatorische und verwaltende Tätigkeiten (z. B. Abrechnung von Pflegeleistungen) (Bundesagentur für Arbeit, 2016).

In der stationären Altenpflege entfallen rund 50% der Arbeitszeit auf Tätigkeiten der Grundpflege und etwa 15–20% auf Tätigkeiten der Behandlungspflege. Daneben werden Aufgaben der psychosozialen Betreuung, Dokumentation, Übergaben, Dienstgespräche und weitere Nebentätigkeiten übernommen. In der ambulanten Altenpflege machen die Tätigkeiten der Grund- und Behandlungspflege ebenfalls einen Großteil der Arbeit aus. Hier kommen häufig hauswirtschaftliche Verrichtungen sowie ein erheblicher Umfang an Dokumentationsaufgaben hinzu. Charakteristisch für die Tätigkeit in der ambulanten Pflege ist außerdem, dass die Arbeit nach einem festgelegten „Tourenplan“ organisiert ist und ein Teil der Arbeitszeit auf die Wege zwischen den einzelnen Betreuten entfällt (im ländlichen Bereich teilweise 25%). Bei den Pflegebedürftigen sind die Mitarbeiter häufig alleine vor Ort und arbeiten weniger in Teams als im stationären Bereich. Da die Pflege oftmals durch die Angehörigen und den Pflegedienst zusammen erbracht wird, arbeiten die ambulanten Pflegekräfte eng mit Angehörigen zusammen und unterweisen diese auch in Pfeletechniken (Bundesagentur für Arbeit, 2016; Glaser & Höge, 2005).

Die Arbeit in der Altenpflege ist in den meisten Fällen nach dem „Drei-Schicht-Betrieb“ organisiert. Das heißt, es gibt eine Früh-, Spät- und Nachtschicht. Der Frühdienst ist am stärksten besetzt, da hier ein Großteil der Tätigkeiten der Grundpflege anfällt. Im Nachtdienst wird dagegen häufig eine Pflegekraft alleine eingesetzt. Vor allem in der ambulanten Pflege gibt es in einigen Einrichtungen noch das Modell des geteilten Dienstes, bei dem die Beschäftigten sowohl morgens als auch nachmittags im Einsatz sind und dazwischen eine längere Mittagspause haben (Glaser & Höge, 2005).

Körperliche Belastungen in der Altenpflege

Wie auch in anderen Bereichen des Dienstleistungssektors stellen „Arbeit im Stehen“, „Heben, Tragen schwerer Lasten“ und „Arbeit unter Zwangshaltung“ bei den Tätigkeiten in der Altenpflege besondere körperliche Belastungen dar. Dies verdeutlichen die Ergebnisse der BIBB-BAuA-Erwerbstätigenbefragung 2012. Dort gaben 91% der befragten Altenpfleger an, dass sie häufig im Stehen arbeiteten, 72% müssen häufig schwere Lasten heben und tragen und 44% berichteten von häufiger Arbeit unter Zwangshaltung. Diese körperlichen Anforderungen waren in der Altenpflege deutlich verbreiteter als unter Beschäftigten in der Krankenpflege (inkl. Gesundheits- und Krankenpfleger, Hebammen und Entbindungspfleger) und unter Erwerbstätigen anderer Branchen (*Abbildung 2*).

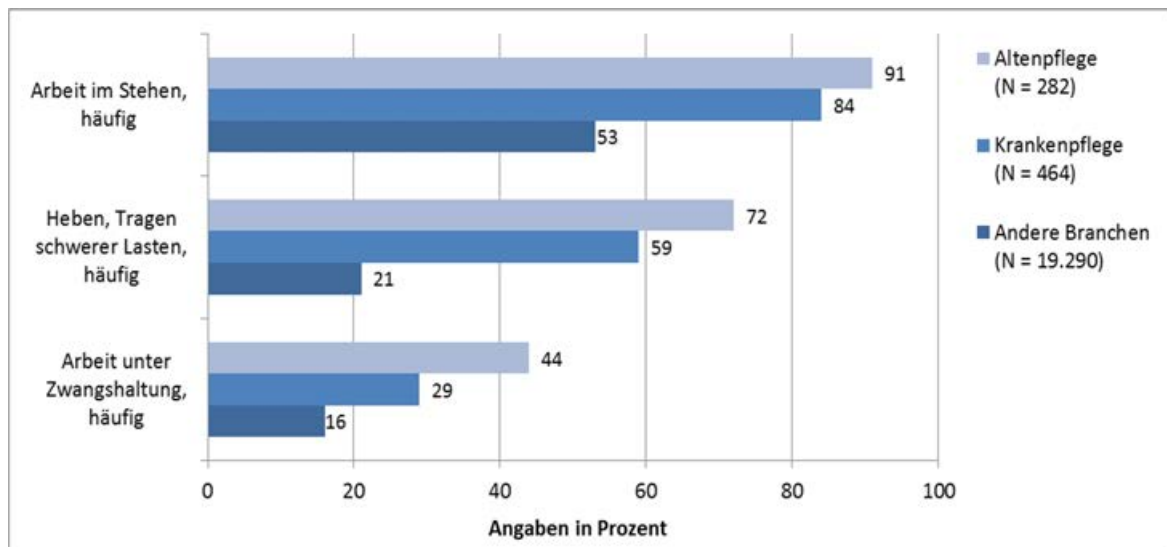


Abbildung 2: Körperliche Belastungen im Vergleich verschiedener Branchen (BAuA, 2014)

Neben diesen körperlichen Anforderungen werden auch weitere ungünstige Körperhaltungen, wie das Arbeiten in vorgebeugter Haltung, als starke Belastung und als ursächlicher Faktor für das Auftreten von Rückenbeschwerden angesehen (Freitag et al., 2007). Bereits Neigungen im Winkel von $>20^\circ$ nach vorne gelten als problematisch. Diese vorgebeugte Haltung wird in der Pflege durch Tätigkeiten wie das Waschen von Patienten häufig eingenommen. In einer experimentellen Studie mit insgesamt 27 Pflegekräften in vier deutschen Altenpflegeheimen und sieben Krankenhäusern haben Freitag et al. (2012) alle Oberkörper-Bewegungen und Aktivitäten während einer Schicht gemessen. Pflegekräfte im Krankenhaus arbeiteten durchschnittlich etwa 63 Minuten während einer Schicht in vorgebeugter Haltung (Neigung $>20^\circ$), Altenpflegekräfte sogar fast doppelt so lange (112 Minuten) (*Abbildung 3*).

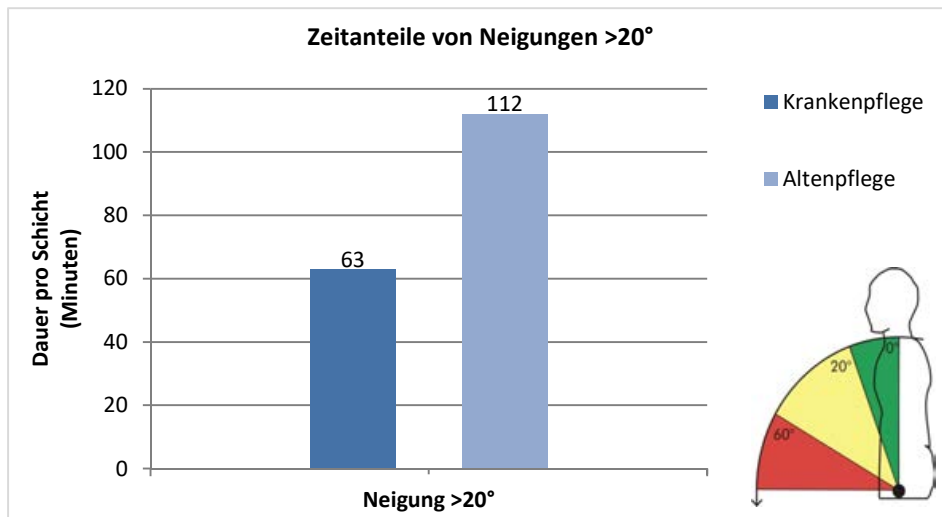


Abbildung 3: Arbeit in vorgebeugter Haltung pro Schicht in Pflegeberufen (Freitag et al., 2012)

Auf psychische Belastungen bei den Tätigkeiten in der Altenpflege wird im Rahmen der Ergebnisse der Studie „Neue Wege bis 67“ im Kapitel 4.2 gesondert eingegangen.

Entwicklung der Beschäftigtenstruktur

Im gesamten Bereich der Pflege- und Gesundheitsberufe, dem auch die Altenpfleger zuzuordnen sind, ist die Erwerbstätigkeit analog zu der Entwicklung in der Dienstleistungsbranche stark gestiegen. Die Anzahl der sozialversicherungspflichtig Beschäftigten nahm hier um 31% von 1,76 Millionen (1999) auf 2,31 Millionen (2011) zu. Davon waren im Jahr 2011 39 % teilzeitbeschäftigt. Das sind über 10 % mehr als noch im Jahr 1999 (Institut für Arbeitsmarkt- und Berufsforschung (IAB), 2012).

Trotz des hohen Anstiegs der sozialversicherungspflichtig Beschäftigten sind auch in dieser Branche die Folgen der demografischen Entwicklung deutlich erkennbar. Von 1999 bis 2011 hat sich der Anteil der über 50-Jährigen in den Pflege- und Gesundheitsberufen von 14% auf rund 27% erhöht. In allen jüngeren Altersgruppen war dagegen ein prozentualer Rückgang zu verzeichnen (ebd.) (Abbildung 4).

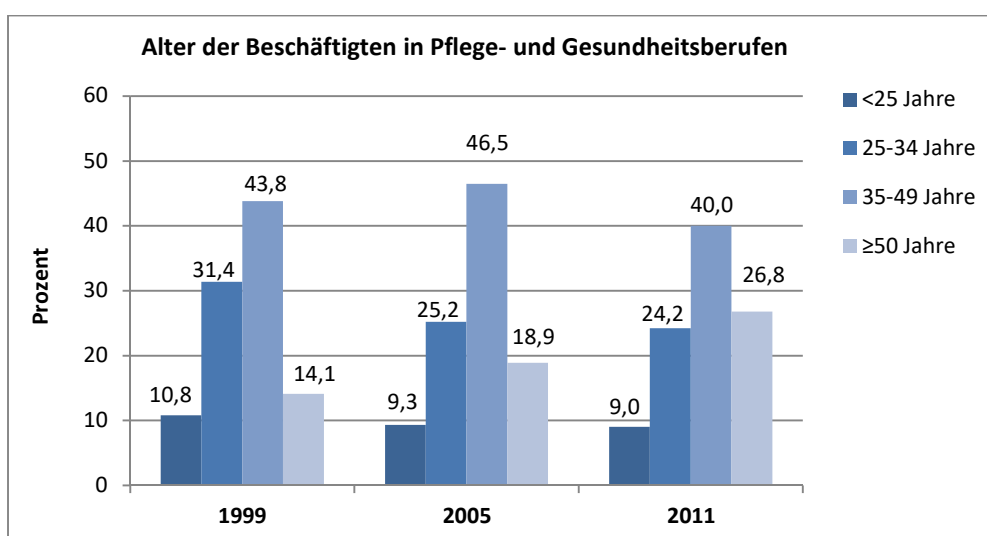


Abbildung 4: Entwicklung der Altersstruktur der sozialversicherungspflichtig Beschäftigten im Berufsfeld Pflege- und Gesundheitsberufe ohne Approbation in Deutschland (IAB, 2012)

Betrachtet man allein das Personal in ambulanten Pflegediensten und Pflegeheimen, waren nach Angaben des Statistischen Bundesamtes 2013 bereits 36% der Beschäftigten in den ambulanten Diensten und 38% der Beschäftigten in den Heimen 50 Jahre und älter (Statistisches Bundesamt, 2015).

Es ist somit eine wichtige Frage, welche Belastungen diese Mitarbeiter in ihren Berufen erleben, um Empfehlungen abzuleiten, wie jüngere Beschäftigte in den Unternehmen gehalten werden können und wie die Beschäftigungsfähigkeit insbesondere der älteren Mitarbeiter erhalten werden kann.

4 Mitarbeiter- und Expertenbefragungen in der Studie „Neue Wege bis 67“

In diesem Teil werden das methodische Vorgehen sowie die Ergebnisse der Studie „Neue Wege bis 67“ vorgestellt und anschließend zusammenfassend diskutiert.

4.1 Methodisches Vorgehen

Zur Untersuchung der Forschungsfragen wurden verschiedene methodische Ansätze miteinander kombiniert. In einer Vorstudie wurde die aktuelle Literatur gesichtet; außerdem wurden Primärdaten aus qualitativen Interviews, einer schriftlichen Mitarbeiterbefragung sowie eines Expertenworkshops in der Altenpflege erhoben. Im Folgenden werden diese Methoden genauer beschrieben; eine Reflexion des methodischen Vorgehens ist außerdem dem *Anhang 1* „Methodendiskussion“ zu entnehmen.

4.1.1 Vorstudie

Im Rahmen einer Vorstudie wurde eine Literaturrecherche zum Thema psychische Belastungen in der Altenpflege in den Datenbanken Medline/Pubmed für die Jahre 2004 bis 2015 vorgenommen. Ergänzend wurden Recherchen in den Datenbanken Embase, Cinahl, Web of Science, Medpilot und PsycINFO⁴ durchgeführt. Bei Google Scholar wurde explizit nach deutschen Veröffentlichungen gesucht. Wenn möglich, wurde die Suche über MeSH Terms (Medical Subject Headings⁵) vorgenommen. Dabei wurden hauptsächlich die Suchbegriffe „geriatric nursing“ or „geriatric health services“ or „long-term care“ or „health services for the aged“ and „stress, psychological“ or „burnout, professional“ verwendet.

Die Auswertung der Literaturrecherche diente zur Entwicklung von Leitfäden für qualitative Interviews sowie von Fragebögen für die quantitative Mitarbeiterbefragung. Zudem wurde die gesichtete Literatur als ergänzende Information zu den Befragungen bei der Entwicklung von Handlungsempfehlungen genutzt.

4.1.2 Definition der Zielgruppe

Die Untersuchung fand in ambulanten und stationären Altenpflegeeinrichtungen statt. Als Untersuchungsgruppe dienten die Beschäftigten der kooperierenden Unternehmen PFLEGEN & WOHNEN HAMBURG GmbH, DRK Landesverband Hamburg e. V. und BHH Sozialkontor.

Die PFLEGEN & WOHNEN HAMBURG GmbH betreibt als größter Anbieter von stationärer Altenpflege zwölf Einrichtungen an verschiedenen Standorten in Hamburg. Insgesamt arbeiten 1.700 Beschäftigte in den Einrichtungen, von denen etwa 1.100 direkt in der Pflege tätig sind. Der DRK Landesverband Hamburg e. V. mit seinen zehn Sozialstationen und rund 800 Pflegekräften repräsentierte die ambulante Pflege in dem Projekt. Für Interviews mit Beschäftigten, die erfolgreich ihre Tätigkeit bzw. ihren Beruf im Unternehmen gewechselt haben, wurde zusätzlich das BHH Sozialkontor hinzugezogen. Dieses bietet Wohn- und Unterstützungsangebote für über 800 Menschen mit Behinderungen und psychischen Erkrankungen im Großraum Hamburg an.

⁴ Hierbei handelt es sich um bibliografische Datenbanken, die internationale Literatur zu den Fachgebieten der Medizin, Pflege-, Gesundheits-, Sozial-, Natur- und Wirtschaftswissenschaften enthalten.

⁵ Schlagwörter bzw. biomedizinische Begriffe, die zum Indexieren von Datenbanken dienen und den Inhalt der Zeitschriftenartikel beschreiben.

Zielgruppe der Befragungen in den Unternehmen waren insbesondere Pflegekräfte. Diese Gruppe wird in diesem Bericht als „Verweiler“ bezeichnet. Des Weiteren wurden gezielt Personen identifiziert, die inner- oder außerhalb der Einrichtungen ihre Tätigkeit bzw. ihren Beruf gewechselt haben („Wechsler“). Weitere Zielgruppen waren Führungskräfte, wie zum Beispiel Wohnbereichs- und Pflegedienstleitungen, sowie die zuständigen Betriebsärzte für die Unternehmen. In die Untersuchung wurden Beschäftigte jeden Alters und Geschlechts eingeschlossen.

4.1.3 Datenerhebung und Analysemethoden

Qualitative Interviews

Zur Rekrutierung von Interviewteilnehmern wurden in den kooperierenden Unternehmen Informationsblätter über das Projekt an die Beschäftigten verteilt. Interessierte Mitarbeiter konnten sich direkt bei den Studienmitarbeitern des CVcare für ein Interview anmelden. In einigen Fällen wurden Tätigkeits- bzw. Berufswechsler direkt von den Unternehmen angesprochen und auf das Projekt hingewiesen. In allen Fällen war die Teilnahme an den Interviews freiwillig.

Die Interviews von Beschäftigten der PFLEGEN & WOHNEN HAMBURG GmbH fanden im Zeitraum vom 29. Juni bis zum 15. September 2015 statt. Beim DRK Landesverband Hamburg e. V. wurden Befragungen vom 15. September bis zum 26. Oktober 2015 durchgeführt. Die Interviews beim BHH Sozialkantor schlossen sich vom 10. bis zum 30. November 2015 an. Die Befragungen fanden in den Räumen der Pflegeeinrichtungen statt. Wenn in den Einrichtungen keine geeigneten Räume zur Verfügung standen, wurden auf Wunsch der Beschäftigten die Interviews im Studienzentrum geführt. Insgesamt fanden 28 leitfadengestützte Interviews statt. *Tabelle 1* zeigt eine Gesamtübersicht der Teilnehmer an den qualitativen Interviews.

Tabelle 1: Übersicht der Interviewteilnehmer in den kooperierenden Unternehmen

Gruppen	PFLEGEN & WOHNEN (stat. Altenpflege) N=13	DRK Landesverband (amb. Altenpflege) N=10	BHH Sozialkantor (stat./amb. Pflege) N=5	Gesamt N=28
Personengruppe				
Verweiler	4	7	-	11
Wechsler	5	1	5	11
Führungskräfte	3	2	-	5
Betriebsärzte	1	-	-	1
Altersgruppe				
16–30 Jahre	2	1	-	3
31–50 Jahre	4	3	2	9
51–67 Jahre	7	6	3	16
Geschlecht				
Weiblich	11	8	3	22
Männlich	2	2	2	6

Für die Durchführung der Interviews wurde ein Leitfaden erstellt, der an die verschiedenen Personengruppen der Befragung individuell angepasst wurde. Somit standen vier Versionen des Leitfadens zur Verfügung. Übergeordnete Themen im Leitfaden waren: körperliche und psychische Belastungen, positive Aspekte der Arbeit und Chancen in der Pflege, Fort- und Weiterbildungen, betriebliche Gesundheitsförderung/Prävention, Ausführbarkeit des Berufes bis zur Rente, Verlängerung der Verweildauer von Pflegekräften und Erfahrungen mit einem Tätigkeits- bzw. Berufswechsel.

Im Durchschnitt dauerten die qualitativen Interviews 43 Minuten. Die Befragungslänge variierte zwischen 25 und 75 Minuten. Alle Interviews wurden mit einem Tonbandgerät aufgenommen und anschließend vollständig transkribiert. Eine Auswertung erfolgte getrennt nach den vier Befragungsgruppen mit dem Programm MAXQDA Version 11. Alle Transkripte wurden dazu in das Programm übernommen. Anhand eines ersten Interviews wurde in Anlehnung an den Interviewleitfaden ein Codesystem erstellt. Einzelne Textsegmente konnten anschließend den verschiedenen Codes zugeordnet werden. Dieses Verfahren wurde mit allen weiteren Interviews durchgeführt, wobei das Codesystem jeweils angepasst oder ergänzt wurde. Im Anschluss ließ sich eine Excel-Tabelle mit allen Codes und dazugehörigen Textbausteinen generieren. In der Tabelle wurden dann die Textsegmente der Codes zusammengefasst und Subcodes gebildet. Die Ergebnisse der einzelnen Befragungsgruppen konnten anschließend zu übergeordneten Themen zusammengeführt werden.

Quantitative Mitarbeiterbefragung

Zusätzlich zu den Interviews fand in den bereits zu Beginn der Studie involvierten Unternehmen PFLEGEN & WOHNEN HAMBURG GmbH und dem DRK Landesverband Hamburg e. V. eine quantitative Mitarbeiterbefragung mittels eines selbst auszufüllenden Fragebogens statt. Beim BHH Sozialkontor erfolgte keine schriftliche Befragung, da das Unternehmen erst später und speziell für die Interviews von Tätigkeits- bzw. Berufswechslern als Kooperationspartner hinzugezogen wurde.

Bei dem DRK Landesverband Hamburg e. V. begann die schriftliche Mitarbeiterbefragung im August 2015; die Erhebung schloss alle Mitarbeiter des Unternehmens ein. Die Befragung bei der PFLEGEN & WOHNEN HAMBURG GmbH begann im September; auf Wunsch des Unternehmens erhielten hier nur die Beschäftigten einen Fragebogen, die direkt in der Pflege tätigen waren. Der Fragebogen wurde zusammen mit einem Informationsblatt zur Studie und einem frankierten Rückumschlag an die Beschäftigten versandt. Der ausgefüllte Fragebogen konnte mit dem Rückumschlag direkt an das CVcare geschickt werden; dadurch blieb die Anonymität der Teilnehmer gewahrt. Die Teilnahme an der schriftlichen Befragung war freiwillig. Das Ausfüllen des Fragebogens galt als informierte Zustimmung zur Teilnahme an der Befragung. Aufgrund eines geringen Rücklaufs wurde im Oktober nochmals auf die Befragung aufmerksam gemacht und von den Unternehmen eine Erinnerung an die Beschäftigten versandt. Die Erhebungsphase wurde in beiden Unternehmen Mitte Dezember 2015 abgeschlossen. Die *Tabelle 2* zeigt den gesamten Rücklauf an Fragebögen, sowie aufgeschlüsselt die Rückmeldungen aus den beiden Unternehmen. Insgesamt nahmen 401 Beschäftigte an der Befragung teil, dies entspricht einem Rücklauf von 21%.

Tabelle 2: Rücklaufquoten der quantitativen Mitarbeiterbefragung

Unternehmen	Anzahl versandter Fragebögen (N)	Rücklauf N (%)
PFLEGEN & WOHNEN (stat. Altenpflege)	1079	285 (26,4)
DRK Landesverband (amb. Altenpflege)	810	116 (14,3)
Gesamt	1889	401 (21,2)

Von den 401 Befragten waren 366 Pflegekräfte; davon arbeiteten 274 in der stationären und 92 in der ambulanten Pflege. In der *Tabelle 3* sind die soziodemografischen Charakteristika der Gesamtgruppe sowie der Pflegekräfte aus dem stationären und ambulanten Bereich dargestellt. Letztere wurden verglichen und Unterschiede auf ihre statistische Signifikanz geprüft (p-Wert).

Das Durchschnittsalter der Beschäftigten lag bei etwa 45 Jahren. Die deutliche Mehrheit war weiblich (84%). Ein Großteil war verheiratet (45%) und gut zwei Drittel der Befragten hatten ein oder mehrere Kinder. 23% der Beschäftigten hatten einen Migrationshintergrund. Hinsichtlich der soziodemografischen Merkmale gab es zwischen den Beschäftigten der ambulanten und der stationären Pflegeeinrichtungen keine statistisch signifikanten Unterschiede.

Tabelle 3: Soziodemografische Charakteristika der Studienteilnehmer

Variable	Alle Befragten Gesamt (N=401)		Nur pflegerisch tätige Personen (N=366)				p-Wert
			Stationär (N=274)		Ambulant (N=92)		
	N	%	N	%	N	%	
Alter (Ø Jahre)							0,23
Mittelwert (SD)	44,9 (11,5)		44,0 (11,8)		45,7 (11,4)		
Geschlecht							0,11
Weiblich	338	84,3	226	82,5	82	89,1	
Männlich	59	14,7	46	16,8	9	9,8	
Keine Antwort	4	1,0	2	0,7	1	1,1	
Familienstand							0,17
Ledig	96	23,9	69	25,2	23	25,0	
Verheiratet	182	45,4	120	43,8	41	44,6	
Geschieden	55	13,7	31	11,3	18	19,6	
Verwitwet	10	2,5	6	2,2	1	1,1	
Lebenspartner	57	14,2	47	17,2	9	9,8	
Keine Antwort	1	0,2	1	0,4	-	-	
Kinder							0,30
Ja	271	67,6	176	64,2	65	70,7	
Nein	128	31,9	96	35,0	27	29,3	
Keine Antwort	2	0,5	2	0,7	-	-	
Migrationshintergrund							0,98
Nichtmigrant	305	76,1	205	74,8	70	76,1	
Migrant	91	22,7	64	23,4	22	23,9	
Keine Antwort	5	1,2	5	1,8	-	-	

Abkürzungen: SD = Standardabweichung

Die *Tabelle 4* zeigt die berufsbezogenen Merkmale der Studienteilnehmer. Inclusive der Ausbildungszeit sind die Befragten durchschnittlich seit etwa 18 Jahren in ihrem Beruf beschäftigt. Bei der Mehrheit der Befragten handelte es sich in beiden Gruppen um examinierte Pflegefachkräfte ohne Leitungsfunktion (45% und 51%). In der stationären Pflege hatte ein Viertel der Befragten eine Leitungsposition. In der ambulanten Pflege bestand die Gruppe dagegen zu einem signifikant größeren Teil aus Pflegehelfern (24%) und Auszubildenden (5%). Ein statistisch signifikanter Unterschied zeigte sich ebenfalls in der wöchentlichen Arbeitszeit; in der ambulanten Pflege ist ein deutlich höherer Anteil teilzeitbeschäftigt (49% vs. 21%). Die ambulanten Pflegekräfte müssen darüber hinaus öfter Bereitschaftsdienste übernehmen; dafür sind sie jedoch seltener in Nacht- und Wechseldiensten tätig als die Beschäftigten in der stationären Pflege.

Tabelle 4: Berufsbezogene Charakteristika der Studienteilnehmer

Variable	Alle Befragten		Nur pflegerisch tätige Personen (N = 366)				p-Wert
	Gesamt (N=401)		Stationär (N=274)		Ambulant (N=92)		
	N	%	N	%	N	%	
Beschäftigungsdauer (Ø Jahre)							0,92
Mittelwert (SD)	18,1 (11,2)		18,4 (11,0)		18,6 (11,6)		
Berufliche Position							<0,05
Pflegefachkraft <u>mit</u> LF	78	19,5	70	25,5	8	8,7	
Pflegefachkraft <u>ohne</u> LF	169	42,1	122	44,5	47	51,1	
Pflegehelfer	72	18,0	50	18,2	22	23,9	
Angelernte Pflegekraft	40	10,0	30	10,9	10	10,9	
Auszubildender	5	1,2	-	-	5	5,4	
Andere/nicht pflegerisch	35	8,7	-	-	-	-	
Keine Antwort	2	0,5	2	0,7	-	-	
Wöchentliche Arbeitszeit							<0,05
Vollzeit	275	68,6	217	79,2	47	51,1	
Teilzeit (≥15 Std.)	116	28,9	53	19,3	44	47,8	
Teilzeit (<15 Std.)	10	2,5	4	1,5	1	1,1	
Bereitschaftsdienste (im vergangenen Monat)							<0,05
Nie	331	82,5	242	88,3	56	60,9	
1–5-mal pro Monat	63	15,7	30	10,9	33	35,9	
>5-mal pro Monat	6	1,5	2	0,7	3	3,3	
Keine Antwort	1	0,2	-	-	-	-	
Nachtdienste (im vergangenen Monat)							<0,05
Nie	213	53,1	98	35,8	81	88,0	
1–5-mal pro Monat	137	34,2	128	46,7	9	9,8	
>5-mal pro Monat	50	12,5	48	17,5	2	2,2	
Keine Antwort	1	0,2	-	-	-	-	
Geteilte Dienste (im vergangenen Monat)							0,28
Nie	256	63,8	173	63,1	52	56,5	
1–5-mal pro Monat	133	33,2	96	35,0	36	39,1	
>5-mal pro Monat	11	2,7	5	1,8	4	4,3	
Keine Antwort	1	0,2	-	-	-	-	
Wechseldienste (im vergangenen Monat)							<0,05
Nie	105	26,2	41	15,0	31	33,7	
1-5-mal pro Monat	139	34,7	89	32,5	49	53,3	
>5-mal pro Monat	156	38,9	144	52,6	12	13,0	
Keine Antwort	1	0,2	-	-	-	-	

Abkürzungen: LF = Leitungsfunktion, SD = Standardabweichung

Neben diesen soziodemografischen und berufsbezogenen Merkmalen umfasste das Erhebungsinstrument für die quantitative Mitarbeiterbefragung verschiedene validierte Skalen. Ein Großteil der verwendeten Skalen wurde der deutschen Version des Copenhagen Psychosocial Questionnaire (COPSOQ) entnommen. Dieser erfasst psychosoziale Faktoren bei der Arbeit, wie Anforderungen, Einfluss- und Entwicklungsmöglichkeiten, soziale Beziehungen und Führung und deren Belastungsfolgen (Nübling et al., 2005). Des Weiteren wurde die Skala zum affektiven beruflichen Commitment (BCA) in den Fragebogen aufgenommen; diese trifft eine Aussage über die Verbundenheit der Mitarbeiter mit ihrem Beruf bzw. ihrer Tätigkeit (Felfe et al., 2014). Die Leader-Member-Exchange-Skala (LMX) beschreibt die Beziehung zwischen Mitarbeiter und Führungskraft. Auf der Skala wird durch

die Mitarbeiter ihre Beziehungsqualität zur direkten Führungskraft bewertet (Schyns, 2002). Darüber hinaus wurden die Skalen zur Verausgabung und Belohnung aus dem Effort-Reward-Imbalance-Fragebogen (ERI) in das Instrument integriert. Die Skalen basieren auf dem Modell der beruflichen Gratifikation. Danach sind Stressreaktionen bzw. psychische Störungen dann zu erwarten, wenn eine hohe Verausgabung aufgrund der Arbeitsanforderungen einer niedrigen Belohnung, z. B. in Form von Arbeitsplatzsicherheit, Wertschätzung oder Lohn/Gehalt, gegenübersteht. Dieses Ungleichgewicht wird auch als berufliche Gratifikationskrise bezeichnet (Siegrist et al., 2014; Langhoff & Temme, 2013). Einzelne Items/Fragen zu dem Themenfeld Gewalt und den allgemeinen Bedingungen der Pfllegetätigkeiten wurden der Staff Observation Aggression Scale-Revised (SOAS-R) und der Mitarbeiterbefragung „Psychische Belastung und Beanspruchung für die Pflege und den stationären Wohnbereich der Behindertenhilfe“ (BGW miab) entnommen (BGW, 2002; Nijman et al., 1999). Die *Tabelle 5* stellt eine Übersicht über die verwendeten Skalen und Items dar.

Tabelle 5: Zusammensetzung der Erhebungsinstrumente

Skala	Herkunft	Anzahl Items (N)	Interne Konsistenz (Cronbach's α) ⁶
Anforderungen			
Quantitative Anforderungen	COPSOQ (Nübling et al., 2005)	4	0,76
Emotionale Anforderungen	COPSOQ (Nübling et al., 2005)	3	0,79
Work-privacy conflict	COPSOQ (Nübling et al., 2005)	5	0,94
Einfluss- und Entwicklungsmöglichkeiten			
Einfluss bei der Arbeit	COPSOQ (Nübling et al., 2005)	4	0,78
Entwicklungsmöglichkeiten	COPSOQ (Nübling et al., 2005)	4	0,76
Verbundenheit mit dem Beruf			
Berufliche Verbundenheit	BCA (Felfe et al., 2014)	7	0,94
Soziale Beziehungen und Führung			
Rollenklarheit	COPSOQ (Nübling et al., 2005)	4	0,84
Rollenkonflikte	COPSOQ (Nübling et al., 2005)	4	0,80
Leader-Member-Exchange	LMX7 Skala (Schyns, 2002)	7	0,93
Feedback	COPSOQ (Nübling et al., 2005)	2	0,53
Gemeinschaftsgefühl	COPSOQ (Nübling et al., 2005)	3	0,80
Berufliche Gratifikationskrisen			
Verausgabung	ERI (Siegrist et al., 2014)	3	0,75
Belohnung	ERI (Siegrist et al., 2014)	7	0,67
Belastungsfolgen			
Gedanke an Berufsaufgabe	COPSOQ (Nübling et al., 2005)	1	-
Allg. Gesundheitszustand	COPSOQ (Nübling et al., 2005)	1	-
Burnout	COPSOQ (Nübling et al., 2005)	6	0,93
Kognitive Stresssymptome	COPSOQ (Nübling et al., 2005)	4	0,90
Weitere Einzelitems			
Arbeitsfähigkeit	COPSOQ (Nübling et al., 2005)	1	-
Gewalt	SOAS-R (Nijman et al., 1999)	4	-
Vorschläge zur Verbesserung der psychosozialen Arbeitssituation	COPSOQ (Nübling et al., 2005)	1	-
Bedingungen der Pfllegetätigkeit	BGW miab (BGW, 2002), eig. Items	6	-

⁶ Cronbach's α ist ein Reliabilitätskoeffizient, der zur Überprüfung der internen Konsistenz einer Skala dient. Es ist ein Maß für die Zuverlässigkeit bzw. Messgenauigkeit einer Skala und kann Werte zwischen 0 bis 1 einnehmen. Ein Wert um 0,7 weist bereits auf eine gute Eignung der Skala hin (Bland & Altman, 1997).

Um die vorhandenen Belastungen und Ressourcen im Altenpflegeberuf sowie die gesundheitliche Situation der Beschäftigten zu beschreiben, wurden die erhobenen Daten deskriptiv ausgewertet. Bei den kategorialen Variablen wurden absolute und relative Häufigkeiten ermittelt. Für die verwendeten Skalen wurde jeweils der Mittelwert (MW) mit der dazugehörigen Standardabweichung (SD) berechnet.

Die Items des COPSOQ-Fragebogens wurden für die Auswertung auf einen Wertbereich von 0 (z. B. „nie/fast nie“) bis 100 (z. B. „immer“) transformiert. Aus den Mittelwerten der einzelnen Items wurde jeweils ein Durchschnittswert für die gesamte Skala errechnet. Bei fehlenden Angaben für ein oder mehrere Items einer Skala wurden die Mittelwerte entsprechend der Empfehlung von Nübling et al. (2005) substituiert. Das heißt, die fehlenden Angaben wurden durch den persönlichen Mittelwert in den restlichen beantworteten Fragen geschätzt. Waren jedoch mehr als die Hälfte aller Einzelitems einer Skala nicht beantwortet, galt der Skalenwert als fehlend.

„Berufliches Commitment affektiv“ wurde auf einer fünfstufigen Skala von 1 = „trifft nicht zu“ bis 5 = „trifft vollständig zu“ gemessen. Die Leader-Member-Exchange-Skala nutzt ebenfalls eine fünfstufige Antwortskala mit unterschiedlichen Kategorien zu den einzelnen Items (z. B. 1 = „gar nicht“ bis 5 = „sehr gut“). Zur Berechnung beider Skalen wurde jeweils ein Mittelwert gebildet. Ein hoher Wert spricht für eine starke Verbundenheit mit dem Beruf bzw. für eine gute Bewertung der Beziehungsqualität zur direkten Führungskraft (Felfe et al., 2014; Schyns, 2002). Verausgabung und Belohnung wurde auf einer vierstufigen Likert-Skala von 1 = „stimme gar nicht zu“ bis 4 = „stimme voll zu“ gemessen. Drei umgekehrt formulierte Items mussten für die Auswertung umgepolt werden. Die berufliche Gratifikationskrise wurde mithilfe der Formel: $ERI = 2,33 * \text{Wert Verausgabung} / \text{Wert Belohnung}$ berechnet. Bei einem Wert von $ERI > 1$ übersteigt nach dem eigenen Empfinden die Verausgabung die dafür erhaltene Belohnung (Siegrist et al., 2014).

Unterschiede zwischen den Beschäftigten der ambulanten und der stationären Altenpflege wurden mithilfe des Chi-Quadrat-Tests für kategoriale Variablen und des T-Tests für metrische Variablen ermittelt. Die Ergebnisse galten bei $p < 0,05$ als statistisch signifikant. Zusätzlich zu dieser Gegenüberstellung wurden die Werte der COPSOQ-Skalen mit den Referenzdaten von etwa 10.000 Beschäftigten in Deutschland aus der Datenbank der Freiburger Forschungsstelle für Arbeitswissenschaften GmbH (FFAW) verglichen. Diese enthält Daten von Beschäftigten in der Land- und Forstwirtschaft, im produzierenden Gewerbe sowie in der Dienstleistungswirtschaft (Nübling et al., 2011).

Alle Auswertungen wurden mit dem Statistikprogramm SPSS® Version 22 vorgenommen.

Expertenworkshop

Um einen interdisziplinären Austausch von Erfahrungen über Präventionsmöglichkeiten arbeitsbedingter Belastungen und Tätigkeits- bzw. Berufswechsel in der Pflege zu ermöglichen, fand am 28. Oktober 2015 ein Workshop mit Experten aus dem Gesundheits- und Sozialwesen und den kooperierenden Unternehmen statt. Zusätzlich zu den Projektmitarbeitern der Handelskammer Hamburg und des CVcare nahmen fünf externe Fachleute aus Kranken- und Unfallversicherungen, der Agentur für Arbeit und der Behörde für Gesundheit und Verbraucherschutz sowie ein Betriebsarzt und sieben Führungs- und Pflegekräfte aus den kooperierenden Unternehmen am Workshop teil.

Ziel des Workshops war es, Ideen für Empfehlungen zu sammeln, wie psychische Belastungen in der Altenpflege reduziert und Ressourcen der Mitarbeiter gestärkt werden können, um eine längere Beschäftigungsdauer von Pflegekräften zu erreichen.

Es wurden zwei Kleingruppenarbeiten durchgeführt. In einer Gruppe wurden anhand eines fiktiven Fallbeispiels einer jungen Pflegekraft, die den typischen Anforderungen in der Pflege, wie Schichtarbeit, Konfrontation mit Leid und Tod, Konfliktsituationen mit Pflegebedürftigen und Zeitdruck ausgesetzt ist, die folgenden Fragen bearbeitet: a) Wie können die psychischen Belastungen in der Altenpflege reduziert werden und b) Wie können mögliche Ressourcen in der Altenpflege gestärkt werden? In der zweiten Gruppe lag das Fallbeispiel einer älteren Pflegekraft zugrunde, die sich den Anforderungen in der Altenpflege nicht mehr gewachsen fühlt, an Rückenbeschwerden leidet, nur schwer nach der Arbeit abschalten kann und ihr früheres Arbeitspensum häufig nicht mehr schafft. Hierzu wurden folgende Fragen gestellt: a) Wie kann es gelingen, dass die Pflegekraft ihren Beruf weiterhin ausüben kann? b) Wie können mögliche Ressourcen in der Altenpflege gestärkt werden? In beiden Gruppen wurde zudem ergänzend gefragt, welche Akteure ggf. an Veränderungen beteiligt werden müssten.

Die Vorschläge aus den Kleingruppen wurden an Metaplanwänden festgehalten und von jeweils zwei Vertretern der Gruppe im Plenum vorgestellt. Zur Dokumentation der Ergebnisse wurden Fotoprotokolle der Metaplanwände erstellt und Mitschriften der Diskussionen im Plenum angefertigt (siehe Anhang 3 und 4).

4.2 Ergebnisse – Herausforderungen im Altenpflegeberuf

In diesem Abschnitt werden die psychischen Belastungsfaktoren beschrieben, die durch die quantitativen Mitarbeiterbefragungen erhoben und in den qualitativen Interviews mit Pflegekräften, Führungskräften in der Pflege, Tätigkeits- bzw. Berufswechslern und einer Betriebsärztin genannt wurden.

Bei psychischen Belastungen handelt es sich nach der Definition der DIN EN ISO 10075-1 um „die Gesamtheit aller erfassbaren Einflüsse, die von außen auf den Menschen zukommen und psychisch auf ihn einwirken“ (Deutsches Institut für Normung e.V., 2000). Psychische Belastungen sind, wie in dieser Definition beschrieben, wertneutral zu beurteilen. Sie können nur durch die Betrachtung der Belastungsfolgen bewertet werden.

In der Arbeitswelt können je nach Art der beruflichen Tätigkeit verschiedene psychische Belastungen auftreten. Sie lassen sich nach der Gefährdungsbeurteilung psychischer Belastungen den vier Aspekten Arbeitsumgebung und -mittel, Arbeitsorganisation, Arbeitsinhalt sowie soziale Beziehungen am Arbeitsplatz zuordnen (Gemeinsame Deutsche Arbeitsschutzstrategie (GDA), 2015). Diese Zuordnung wird im Folgenden bei der Beschreibung psychischer Belastungen im Bereich der Altenpflege angewandt. Nicht immer ist jedoch eine klare Trennung der vier Aspekte möglich, da sich einige Belastungsfaktoren gegenseitig beeinflussen.

4.2.1 Arbeitsumgebung und -mittel

Arbeitsumgebung und -mittel – Informationen aus Interviews

Der Bereich Arbeitsumgebung und -mittel bezieht sich auf die Arbeitsplatz- und Informationsgestaltung sowie auf die Bereitstellung und Nutzung von Hilfsmitteln. Die Belastungen, die daraus entstehen können, wirken sich nicht, wie vielleicht auf den ersten Blick anzunehmen, allein körperlich aus. Die Arbeit in erschwerten räumlichen Umgebungen und mit unzureichenden Arbeitsmitteln kann die Mitarbeiter auch psychisch belasten.

Die Interviewten in der Altenpflege bezogen sich dazu auf folgende Aspekte:

- Nicht ergonomische Arbeitsumgebung in Privatwohnungen und in Pflegeeinrichtungen
- Unzureichende Verfügbarkeit und erschwerte Handhabung von Hilfsmitteln
- Fehlende Pausen- und Rückzugsorte

Die Arbeitsumgebung in den Einrichtungen der stationären Altenpflege ist laut einigen Interviewten häufig durch lange Flure und kleine Bewohnerzimmer mit teilweise schmalen Türen gekennzeichnet. Die weiten Wege, die dadurch zurückzulegen sind und die nicht ergonomischen räumlichen Gegebenheiten erschweren die pflegerischen Tätigkeiten und wirken sich auch psychisch belastend aus. Im ambulanten Bereich müssen sich die Pflegekräfte auf ganz unterschiedliche und zum Teil erschwerende Arbeitsumgebungen einstellen, da sie z. B. in den Privatwohnungen der Pflegebedürftigen arbeiten.

Für die Tätigkeiten in der Altenpflege stehen grundsätzlich Hilfsmittel, wie z. B. Lifter und Aufstehhilfen, zur Verfügung. Der Hilfsmiteleinsatz ist laut den interviewten Beschäftigten jedoch häufig erschwert, weil er sehr zeitaufwendig ist, nicht immer ausreichend Hilfsmittel verfügbar sind (z. B. ein Lifter für mehrere Stockwerke), man keine Einführung in die Handhabung der Hilfsmittel erhalten hat oder die räumlichen Bedingungen es eben nicht zulassen. Ein Gesundheits- und Pflegeassistent nannte ein gutes Beispiel für eine erschwerte Pflegesituation im ambulanten Bereich, die auch die Verwendung von Hilfsmitteln behinderte und damit nicht befriedigend gelöst werden konnte⁷:

„Es ist wirklich so, dass die Hilfsmittel auch teilweise in den Räumlichkeiten der Kunden nicht eingesetzt werden können. Ich besuche einen Kunden, der Rollstuhlfahrer ist, in seinen Pausenzeiten auf der Arbeit. Dort gibt es einen kleinen Erste-Hilfe-Raum, wo quasi alle pflegerischen Tätigkeiten erledigt werden müssen. Der Raum ist so klein, da passen gerade ich, das Pflegebett und der Rollstuhlfahrer rein. Da ist gar kein Platz für irgendwelche Hebeeinrichtungen. Der Transfer zwischen Rollstuhl und Bett geht mit Rutschbrettern, aber es ist halt belastend.“

(Gesundheits- und Pflegeassistent, 31 Jahre)

Außerdem wurden fehlende und nicht extra dafür vorgesehene Pausenräume von einigen Interviewten als unangenehm und belastend empfunden. Gerade im stressigen Arbeitsalltag ist eine Ruhephase und ein Rückzugsraum sehr wichtig, um in der Pause einmal abschalten zu können und sich zu erholen (siehe dazu Kapitel 5.3.3). Eine examinierte Altenpflegerin beschrieb die Problematik, wenn das Dienstzimmer als Pausenraum genutzt werden muss und eben das nicht möglich ist:

„Wir haben ganz lange keinen Pausenraum gehabt. Es gab immer nur das Dienstzimmer und da rann-ten natürlich alle Kollegen immer rein und raus.“

(Examinierte Altenpflegerin, 57 Jahre)

4.2.2 Arbeitsorganisation

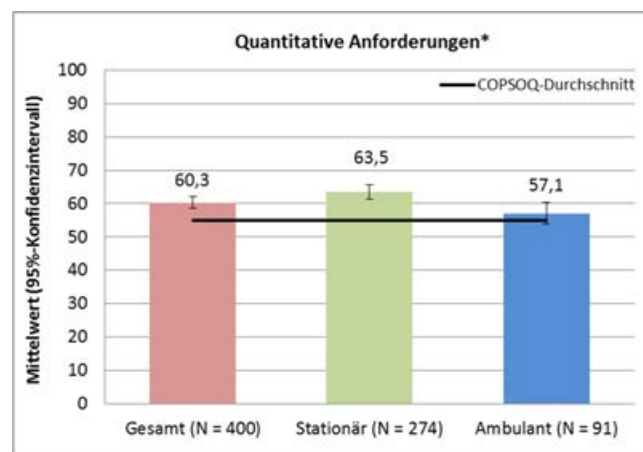
Arbeitsorganisatorische Merkmale der Studienteilnehmer in Hinblick auf Arbeitszeit und Schichtarbeit wurden bereits im Kapitel 4.1.3 bzw. in Tabelle 4 beschrieben. Zu den psychischen Belastungen aus der Arbeitsorganisation wurden bei der schriftlichen Mitarbeiterbefragung außerdem quantitative Anforderungen bei der Arbeit sowie der Konflikt hinsichtlich der Vereinbarkeit von Beruf, Familie

⁷ Die in diesem Bericht enthaltenen wörtlichen Zitate von Mitarbeitern, Führungskräften und Betriebsärzten sind authentisch und entsprechen der Wirklichkeit. Die inhaltlich unveränderten Interviewauszüge wurden zugunsten einer besseren Lesbarkeit lediglich sprachlich leicht überarbeitet.

und Freizeit (Work-privacy conflict) gemessen. Außerdem führten die Beschäftigten der Altenpflege in den Interviews belastende Faktoren der Arbeitsorganisation an.

Quantitative Anforderungen

Die quantitativen Anforderungen umfassen die Faktoren, sehr schnell arbeiten zu müssen, ungleiche Verteilung von Arbeit, unzureichende Zeit zur Erledigung der Aufgaben und Überstunden. Im Vergleich zu den Referenzdaten von Beschäftigten verschiedener Berufsgruppen in Deutschland (COPSOQ-Durchschnitt) schätzte die Gesamtgruppe der befragten Mitarbeiter sowie die Untergruppe der Pflegekräfte aus dem stationären und ambulanten Bereich ihre quantitativen Anforderungen höher ein. Die Anforderungen in der stationären Pflege lagen zudem statistisch signifikant höher als im ambulanten Bereich (*Abbildung 5*). Pflegekräfte, die im vergangenen Monat ein- oder mehrmals im Nachtdienst eingesetzt waren, bewerteten die quantitativen Anforderungen ebenfalls signifikant höher als diejenigen, die keinen Nachtdienst ausgeübt hatten (MW = 65 vs. 59).



*Signifikante Unterschiede zwischen stationärer und ambulanter Pflege ($p < 0,05$)

Abbildung 5: Quantitative Anforderungen bei der Arbeit

Unvereinbarkeit von Beruf, Familie und Freizeit

Beruf, Familie und Freizeit sind Bereiche im Leben, die in Konkurrenz zueinander stehen können. Es kommt, wenn nicht genügend Zeit und Energie für die Bereiche aufgebracht werden kann, zu Konflikten. Konflikte werden wahrgenommen, wenn die Anforderungen aus der Arbeitssituation es schwer machen, familiären und privaten Verpflichtungen und Aktivitäten nachzugehen.

Der Konflikt hinsichtlich der Vereinbarkeit von Beruf, Familie und Freizeit wird von den Pflegekräften deutlich höher eingeschätzt als im Durchschnitt der COPSOQ-Berufsgruppen, wobei keine statistisch signifikanten Unterschiede zwischen der ambulanten und stationären Pflege beobachtet wurden (*Abbildung 6*). Pflegekräfte, die im vergangenen Monat im Nacht- oder Wechseldienst tätig gewesen waren, gaben einen statistisch signifikant höheren Work-privacy conflict an (MW Wechseldienst = 60 und Nachtdienst = 61) als Pflegekräfte, die diese Dienste im vergangenen Monat nicht ausgeübt hatten (MW Wechseldienst = 50 und Nachtdienst = 55).

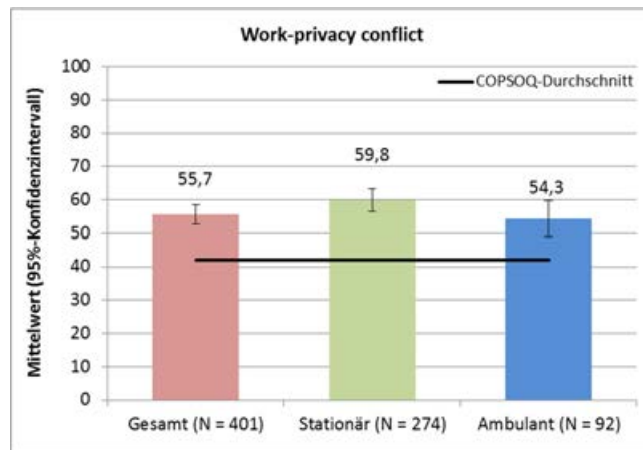


Abbildung 6: Konflikt hinsichtlich der Vereinbarkeit von Beruf, Familie und Freizeit

Arbeitsorganisation – Informationen aus Interviews

In den Interviews konnten die Beschäftigten differenzierter über ihre Belastungen durch die Arbeitsorganisation berichten. Folgende Aspekte gaben die Mitarbeiter an:

- Zeit- und Termindruck
- Aufwendige und umfangreiche Pflegedokumentation
- Nacht- und Schichtarbeit
- Dienstplangestaltung (keine/wenig Mitbestimmung)
- Work-privacy conflict
- Fehlende Ruhepausen
- Unterbrechungen/Störungen

Ein Belastungsfaktor, der sehr häufig in den Interviews genannt wurde, ist der Zeit- und Termindruck. Dieser ist laut den Pflegekräften vor allem bedingt durch eine angespannte Personalsituation, insbesondere zur Ferien- und Urlaubszeit sowie bei krankheitsbedingten Ausfällen. Weitere Ursachen für Zeitdruck sind die Menge an teilweise gleichzeitig anfallenden Aufgaben, Unterbrechungen durch Telefonate oder Angehörige, unvorhersehbare Ereignisse (z. B. Verschlechterung des Gesundheitszustandes eines Pflegebedürftigen) und die umfangreichen Dokumentationspflichten.

Eine examinierte Altenpflegerin aus dem stationären Bereich beschrieb die Situationen, in denen sie sich psychisch sehr belastet fühlt, wie folgt:

„Wenn zu viel auf einmal passiert. Das heißt, wenn ich gleichzeitig drei, vier Sachen machen muss. Es klingeln mehrere Bewohner, dann kriege ich einen Anruf, dann steht jemand vom Sanitätsfachgeschäft vor mir und dann steht noch eine Angehörige da. Also, wenn zu viel Forderung auf einmal da ist.“

(Examinierte Altenpflegerin, 51 Jahre)

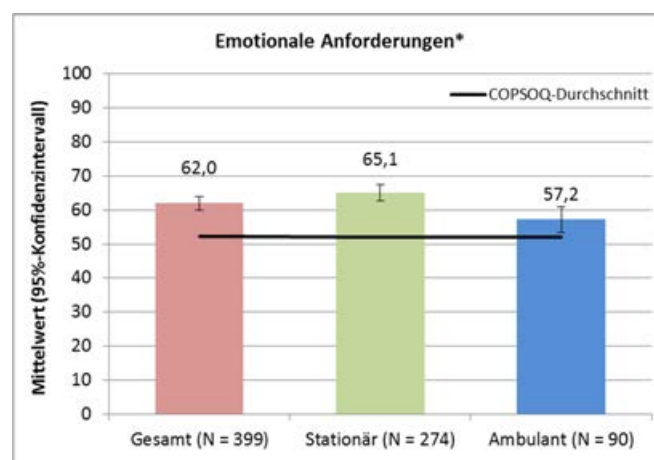
4.2.3 Arbeitsinhalt

In der quantitativen Mitarbeiterbefragung wurden zu den Belastungen aus dem Arbeitsinhalt emotionale Anforderungen und Erlebnisse von verbaler und körperlicher Gewalt erhoben, da diese aufgrund der Tätigkeiten in der Altenpflege zu den stärksten Belastungen zählen können. Es wurden außerdem Einfluss- und Entwicklungsmöglichkeiten und die Verbundenheit mit dem Beruf untersucht, die sich, wenn nicht ausreichend vorhanden, negativ auf die Beschäftigten auswirken können.

Weitere Informationen zu Belastungen aus dem Arbeitsinhalt ergaben sich zudem aus den Interviews.

Emotionale Anforderungen

Die emotionalen Anforderungen beschreiben, ob die Arbeit zu emotional belastenden Situationen führt sowie emotional einbindet und fordernd ist. Die Beschäftigten der befragten Unternehmen schätzten die emotionalen Anforderungen deutlich höher ein als der Durchschnitt der Beschäftigten verschiedener Berufsgruppen in Deutschland. In der stationären Altenpflege wurden die emotionalen Anforderungen zudem statistisch signifikant höher bewertet als im ambulanten Bereich (*Abbildung 7*). Pflegekräfte, die im vergangenen Monat ein- oder mehrmals im Nachtdienst eingesetzt gewesen waren, gaben ebenfalls signifikant höhere emotionale Anforderungen an als diejenigen, die keinen Nachtdienst ausgeübt hatten (MW=65 vs. 61).



*Signifikante Unterschiede zwischen stationärer und ambulanter Pflege ($p < 0,05$)

Abbildung 7: Emotionale Anforderungen bei der Arbeit

Erlebnisse von Gewalt und Aggressionen

In der quantitativen Mitarbeiterbefragung wurden Beschäftigte danach gefragt, ob und wenn ja, wie häufig sie in den vergangenen zwölf Monaten körperliche und verbale Aggressionen durch Pflegebedürftige erlebt haben. Etwa die Hälfte aller Befragten berichtete von körperlichen Aggressionen durch Pflegebedürftige in den vergangenen zwölf Monaten; 75% berichteten von verbalen Aggressionen gegen sie. Jeder Vierte sah sich sogar täglich mit verbaler Gewalt konfrontiert. Der Anteil war in der stationären Pflege jeweils statistisch signifikant höher als in der ambulanten Pflege. Im ambulanten Bereich fühlten sich die Pflegekräfte außerdem durch ihre Einrichtung besser auf Situationen mit aggressiven oder gewalttätigen Pflegebedürftigen vorbereitet als in den Pflegeheimen. Viele Pflegekräfte gaben an, dass sie sich nach einer Gewalterfahrung unter anderem verärgert, enttäuscht und hilflos fühlten (*Abbildung 8*).

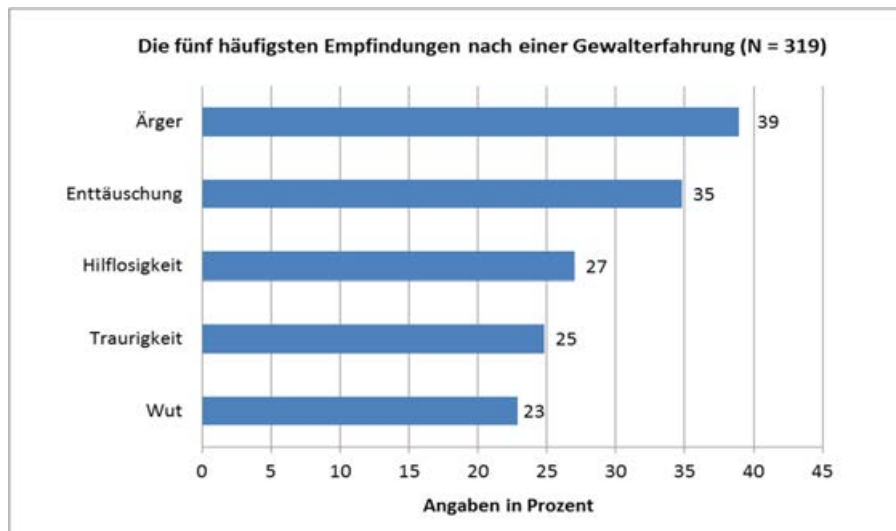


Abbildung 8: Die fünf häufigsten Empfindungen nach einer Gewalterfahrung

Die Ergebnisse der Fragen nach Erlebnissen von Gewalt und Aggressionen durch Pflegebedürftige aus der quantitativen Erhebung sind im *Anhang 2* detailliert dargestellt.

Einfluss- und Entwicklungsmöglichkeiten bei der Arbeit

Einfluss- und Entwicklungsmöglichkeiten sind Kernelemente gesundheitsförderlicher Arbeitsgestaltung. Der Einfluss bei der Arbeit, z. B. auf die Art und Menge der übertragenen Aufgaben, sowie die Entwicklungsmöglichkeiten in Hinblick auf das Erlernen und Anwenden von Fachwissen, wurden in der Gesamtgruppe der Beschäftigten sowie von den Pflegekräften in der ambulanten und stationären Einrichtung ähnlich eingestuft wie im Durchschnitt der COPSOQ-Berufsgruppen. Es zeigten sich auch zwischen den Gruppen keine signifikanten Unterschiede (*Abbildung 9*).

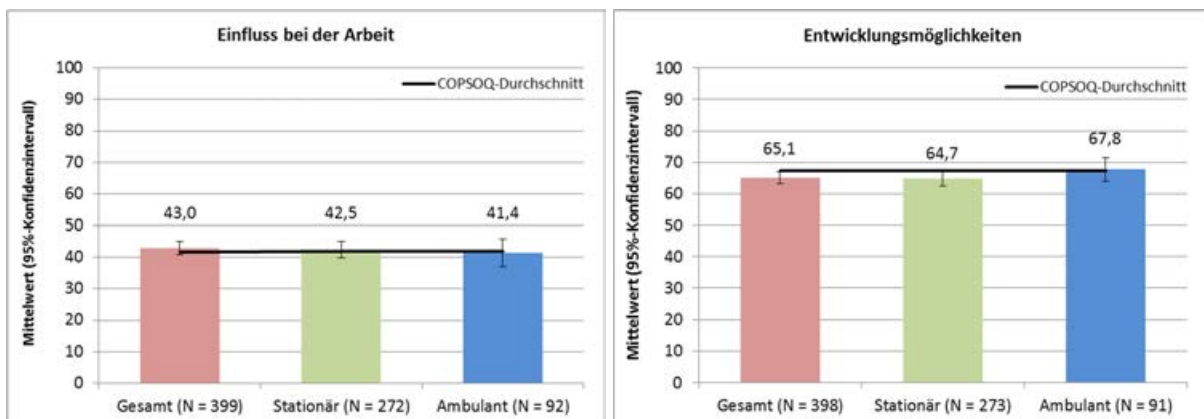


Abbildung 9: Einfluss- und Entwicklungsmöglichkeiten bei der Arbeit

Verbundenheit mit dem Beruf

Die Verbundenheit mit dem Beruf (berufliches Commitment affektiv) umfasst Aspekte wie Spaß an der Tätigkeit zu haben, sich mit der Tätigkeit identifizieren zu können und den Wunsch, diese Tätigkeit auch in Zukunft auszuüben. Eine hohe Verbundenheit mit dem Beruf kann es Beschäftigten ermöglichen, negative Belastungen zu kompensieren und so gesundheitliche Folgen zu vermeiden. In der Gesamtgruppe sowie in den beiden Vergleichsgruppen lagen die durchschnittlichen Werte der

Verbundenheit mit dem Beruf bei etwa 3,9 (95%-KI 3,8–4,0) auf einer Skala von eins bis fünf (*Abbildung 10*). Diese Werte können als hoch eingeschätzt werden und sind positiv zu bewerten.

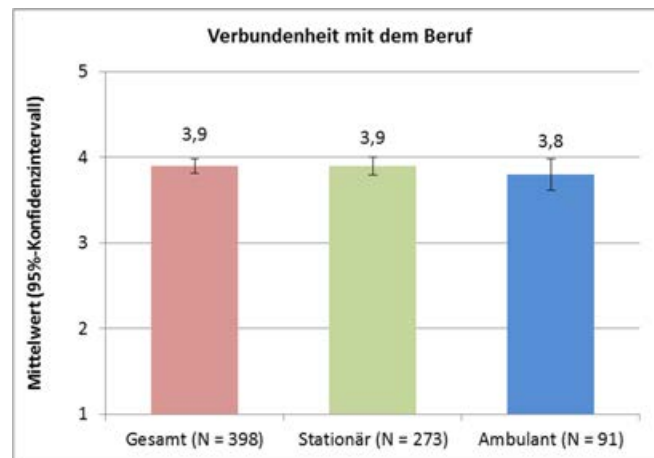


Abbildung 10: Verbundenheit mit dem Beruf

Arbeitsinhalt – Informationen aus Interviews

Aus den Interviews mit Beschäftigten der Altenpflege ergaben sich weitere Belastungsfaktoren, die sich auf den Arbeitsinhalt zurückführen lassen. Folgende Aspekte wurden genannt:

- Über-/Unterforderung (Arbeitsmenge/Monotonie)
- Große Verantwortung
- Geringer Einfluss auf zugeteilte Arbeit
- Mangelnde/differierende Informationen
- Umgang mit Leid und Tod
- Umgang mit Schicksalen der Pflegebedürftigen
- Unvorhersehbare und kritische Ereignisse
- Konflikte mit Pflegebedürftigen und deren Angehörigen

Die Arbeit in der Altenpflege ist aufgrund des Umgangs mit den Schicksalen der Pflegebedürftigen und dem Leid und Tod dieser Personen mit hohen emotionalen Anforderungen verbunden. In den Interviews wurde aber auch deutlich, dass die Pflegekräfte auf solche Situationen gut vorbereitet sind und gerade erfahrene Mitarbeiter mit dieser Belastung gut umgehen können. Problematisch ist eher, dass Pflegekräfte das Gefühl haben, aufgrund der Arbeitsmenge den Personen nicht gerecht werden zu können.

Eine Gesundheits- und Pflegeassistentin aus der ambulanten Pflege beschrieb außerdem die Belastung durch unvorhersehbare Ereignisse während ihrer Besuche bei Pflegebedürftigen:

„Man macht sich vor dem Dienst schon verrückt im Kopf – Gedanken: ‚Was passiert heute in der Tour?‘ Also, jedes Mal ist die Tour zu den Pflegekunden auch wirklich anders aufgesplittet. Mal ist sie ganz ruhig, und dann mal wieder geht wirklich alles durcheinander. Was nicht immer einsehbar ist für mich. Ich bin wirklich jedes Mal auf das Schlimmste gefasst, wenn ich in so einen Dienst reingehe.“
(Gesundheits- und Pflegeassistentin, 44 Jahre)

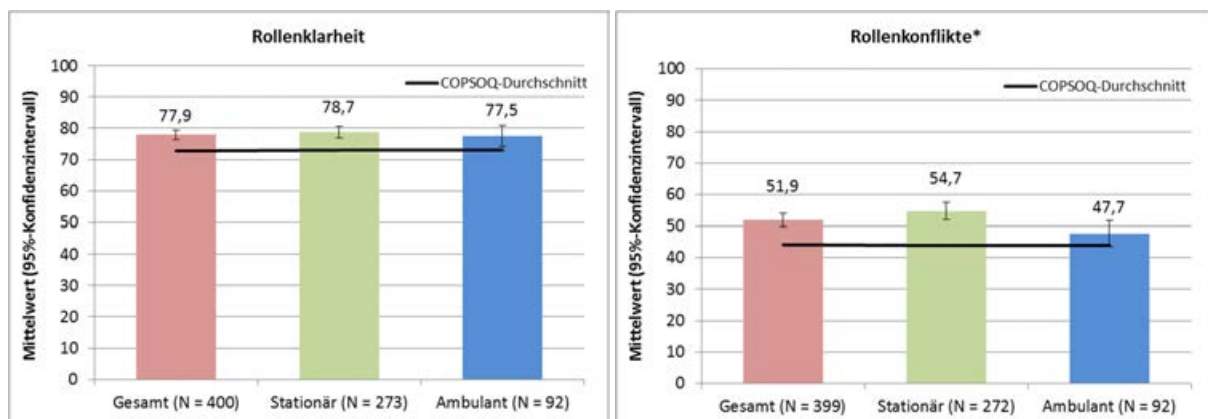
4.2.4 Soziale Beziehungen

Soziale Beziehungen zu Führungskräften und Kollegen am Arbeitsplatz stellen eine wichtige Ressource bei der Arbeit dar. Kommt es z. B. zu Konflikten mit Führungskräften und Kollegen, ist keine ausreichende Unterstützung da oder erhalten Beschäftigte nicht genügend Rückmeldung und Anerkennung für ihre Arbeit, kann dies für sie psychisch belastend sein. Die quantitative Mitarbeiterbefragung umfasste in Bezug auf soziale Beziehungen die Aspekte Rollenklarheit und -konflikte, Leader-Member Exchange, Feedback und Gemeinschaftsgefühl. Auch in den Interviews berichteten Beschäftigte von Belastungen in diesen Bereichen.

Rollenklarheit und -konflikte

Die Skala der Rollenklarheit beschreibt, ob es bei der Arbeit klare Befugnisse, Ziele, Verantwortungsbereiche und Erwartungen gibt. Rollenkonflikte entstehen z. B., wenn widersprüchliche Anforderungen gestellt oder unnötig erscheinende Aufgaben übernommen werden müssen.

Die Rollenklarheit bei der Arbeit wurde insgesamt von den Befragten etwas höher eingeschätzt als in den anderen Branchen. Dennoch erlebten die Befragten öfter Rollenkonflikte im Vergleich zu den Mitarbeitern im COPSOQ-Durchschnitt. Rollenkonflikte traten in der stationären signifikant häufiger auf als in der ambulanten Pflege (*Abbildung 11*).



*Signifikante Unterschiede zwischen stationärer und ambulanter Pflege ($p < 0,05$)

Abbildung 11: Rollenklarheit und Rollenkonflikte bei der Arbeit

Beziehung zur direkten Führungskraft

Anhand der Leader-Member-Exchange-Skala wurde die Qualität der Beziehung zwischen der direkten Führungskraft und dem Mitarbeiter gemessen. Gekennzeichnet ist eine positive Beziehung durch Respekt, Vertrauen und gegenseitige Verpflichtung. Bei der Einschätzung der Beziehung zu der direkten Führungskraft gab es keine Unterschiede zwischen den Gruppen. Im Gesamtkollektiv der Beschäftigten lag das Verhältnis zur Führungskraft bei einem Mittelwert von 3,2 (95%-KI 3,1–3,3) auf einer Skala von eins bis fünf (*Abbildung 12*).

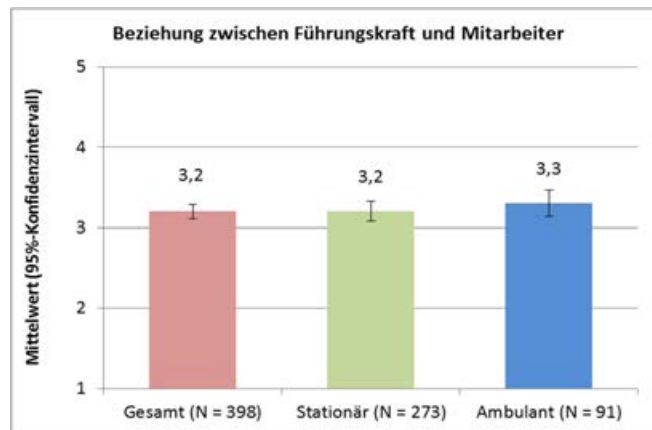
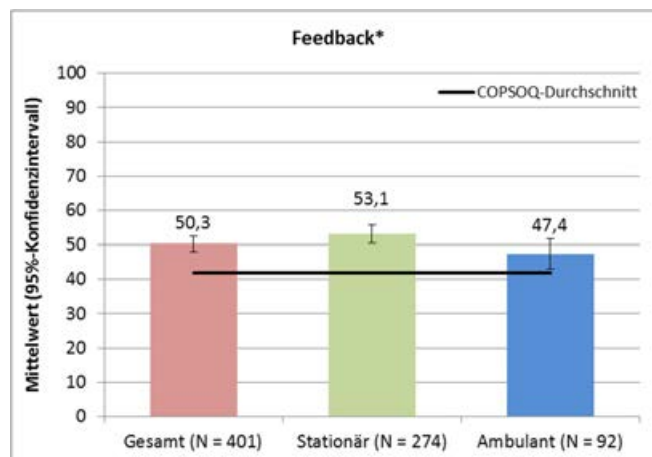


Abbildung 12: Beziehung zwischen direkter Führungskraft und Mitarbeiter

Feedback

Das Merkmal Feedback beschreibt, inwieweit Beschäftigte eine Rückmeldung von der direkten Führungskraft und von Kollegen zur Qualität ihrer Arbeit erhalten. Feedback wirkt sich in der Regel positiv auf die Arbeitsmotivation von Beschäftigten aus. Die Skalenmittelwerte zu Feedback lagen in dieser Befragung deutlich über dem Wert des COPSOQ-Durchschnitts. Pflegekräfte in Heimen erhielten statistisch signifikant häufiger eine Rückmeldung zur ihrer Arbeit als die Mitarbeiter in der ambulanten Pflege (Abbildung 13).



*Signifikante Unterschiede zwischen stationärer und ambulanter Pflege ($p < 0,05$)

Abbildung 13: Feedback durch die direkte Führungskraft und Kollegen

Gemeinschaftsgefühl

Das Gemeinschaftsgefühl ist ein seelisches Empfinden, das die innere Verbundenheit mit den Mitmenschen zum Gegenstand hat. Die Skala Gemeinschaftsgefühl beinhaltet die drei Aspekte Qualität der Arbeitsatmosphäre, Zusammenarbeit zwischen Arbeitskollegen und das Gefühl, Teil einer Gemeinschaft in der Arbeitsstelle zu sein. Dies ist eine wichtige Voraussetzung für das Wohlbefinden der Mitarbeiter. Das Gemeinschaftsgefühl war insgesamt unter den Beschäftigten beider Einrichtungen als hoch einzuschätzen (MWs=74 und 77) und vergleichbar mit dem durchschnittlichen Wert von Mitarbeitern anderer Branchen (COPSOQ-Durchschnitt=75) (Abbildung 14).

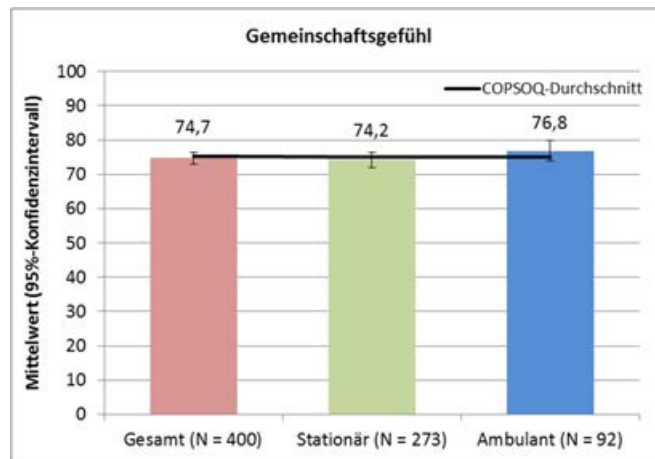


Abbildung 14: Gemeinschaftsgefühl am Arbeitsplatz

Soziale Beziehungen – Informationen aus Interviews

In den Interviews mit Beschäftigten wurden die Beziehungen zu Führungskräften und Arbeitskollegen ebenfalls thematisiert. Insgesamt konnten folgende Belastungsfaktoren identifiziert werden:

- Führungsverhalten
 - Mangelnde Rückmeldung
 - Geringe Wertschätzung/Anerkennung/Lob
 - Fehlende Unterstützung
- Betriebsklima
- Konflikte mit Führungskraft/Kollegen

Viele der interviewten Pflegekräfte äußerten sich positiv über das Betriebsklima, die Zusammenarbeit mit den Kollegen und das Verhältnis zu ihrer direkten Führungskraft. Als belastend empfanden die Beschäftigten es jedoch, wenn von der Führungskraft bei der Arbeitsorganisation wenig Einfluss auf die Dienstplangestaltung zugelassen und bei der Schichteinteilung keine Rücksicht auf eine optimale Schichtfolge genommen wird (z. B. Frühdienst folgt auf Nachtdienst). Beim Thema Anerkennung und Wertschätzung wurde außerdem deutlich, dass hier seitens der Führungskräfte Nachholbedarf besteht. Mehrere Interviewteilnehmer gaben an, dass sie im Alltag wenig Rückmeldung und Lob zu ihrer Arbeit von der direkten Führungskraft erhielten. Eine Auszubildende in der ambulanten Altenpflege beschrieb die Problematik in ihrem Dienst, und dass sie sich immer sehr über Lob und Anerkennung seitens der Leitung freut, wie folgt:

„Wir bekommen auch vom Geschäftsführer Lob und Anerkennung. Den sieht man zwar selten, aber dann kommt er auch auf einen zu und sagt ein paar nette Worte. Das tut dann auch gut. Die Anerkennung ist momentan aber ein bisschen weniger geworden. Man hat das Gefühl, es ist gerade so eine Routine eingeleitet, dass man sich eigentlich nur auf die Arbeit konzentriert, und nicht wirklich darauf, was die Mitarbeiter leisten. Das Einzige, wann man mal ein Lob bekommt, ist, wenn man für jemanden einspringt. Ich finde, das kann es auch nicht sein.“

(Auszubildende zur examinierten Altenpflegerin im 3. Lehrjahr, 23 Jahre)

4.2.5 Belastungsfolgen

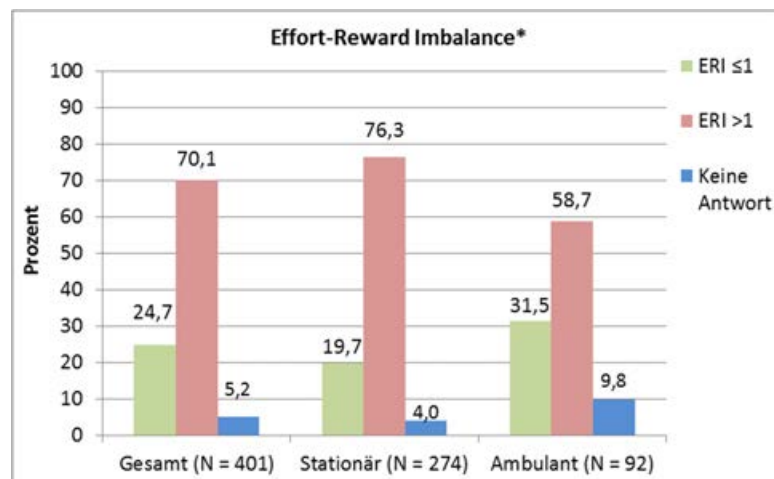
Als mögliche Folgen der beschriebenen Belastungen wurden bei der quantitativen Mitarbeiterbefragung die berufliche Gratifikationskrise, die zukünftige Arbeitsfähigkeit, der Gedanke an Berufsaufgabe, der allgemeine Gesundheitszustand, kognitive Stresssymptome und Burnout erhoben. Die Ergebnisse werden im Folgenden dargestellt.

Berufliche Gratifikationskrise

Das Modell der beruflichen Gratifikationskrise (Effort-Reward Imbalance; ERI) geht davon aus, dass Belastungen bzw. Verausgabungen bei der Arbeit berufsbezogenen Belohnungen gegenüberstehen. Eine berufliche Gratifikationskrise kann entstehen, wenn ein Ungleichgewicht von Verausgabung und Belohnung herrscht. Als Verausgabungen gelten dabei Zeitdruck, Unterbrechungen und Arbeitsintensivierung. Belohnungen werden gemessen an den Faktoren Lohn und Gehalt, Wertschätzung durch Kollegen und die direkte Führungskraft, Arbeitsplatzsicherheit und Aufstiegsmöglichkeiten (Siegrist et al., 2014). Bei der Skala zur Messung des Verhältnisses zwischen erlebter Verausgabung und erhaltener Belohnung deutet ein Wert von ERI >1 auf eine hohe Verausgabung bei vergleichsweise geringer Belohnung hin und kann als berufliche Gratifikationskrise bezeichnet werden.

Im Durchschnitt überstieg die Verausgabung die Belohnung bei den Befragten. In der stationären Altenpflege lag der Skalenmittelwert mit ERI=1,36 (95%-KI 1,31–1,41) signifikant über dem in der ambulanten Pflege (ERI=1,16; 95%-KI 1,09–1,23). Dieser Unterschied war vor allem zurückzuführen auf eine signifikant höhere Verausgabung in der stationären Pflege bei gleicher Belohnung im Vergleich zum ambulanten Bereich.

Betrachtet man den Anteil der Beschäftigten, für die ein Wert von ERI >1 errechnet wurde, betraf die berufliche Gratifikationskrise in der stationären Einrichtung 76% der Pflegekräfte. Der Anteil war damit deutlich höher als in den ambulanten Diensten (59%) (Abbildung 15).



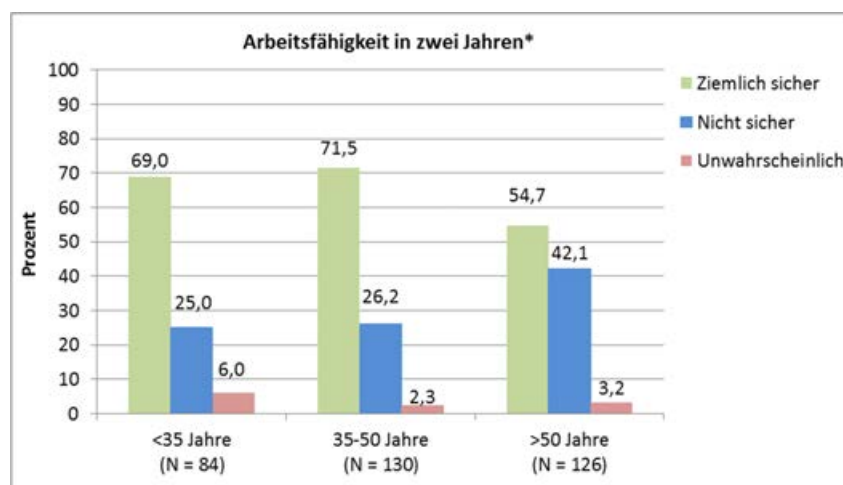
*Signifikante Unterschiede zwischen stationärer und ambulanter Pflege ($p < 0,05$)

Abbildung 15: Berufliche Gratifikationskrise (Effort-Reward Imbalance)

Zukünftige Arbeitsfähigkeit

Als eine Folge der Belastungen in der Altenpflege wurde die subjektiv erwartete Arbeitsfähigkeit in zwei Jahren, ausgehend vom jetzigen Gesundheitszustand, untersucht. Insgesamt waren 66% der Befragten ziemlich sicher, dass sie ihre derzeitige Arbeit auch in den nächsten zwei Jahren ausüben können. 29% waren sich nicht sicher und knapp 4% hielten es für unwahrscheinlich. Bei den Pflegekräften im stationären und ambulanten Bereich gab es keine signifikanten Unterschiede.

Zusätzlich zur Differenzierung nach Pflegebereichen wurde die subjektiv erwartete Arbeitsfähigkeit für die drei Altersgruppen der unter 35-Jährigen, der 35- bis 50-Jährigen und der über 50-Jährigen, die in den Unternehmen pflegerisch tätig waren, ausgewertet. Dabei fiel auf, dass sich 42% der Pflegekräfte in der Gruppe der über 50-Jährigen nicht sicher waren, ob sie in den nächsten zwei Jahren noch arbeitsfähig sind. In den beiden anderen Altersgruppen traf dies lediglich auf 25% bzw. 26% der Pflegekräfte zu. Dieser Unterschied war statistisch signifikant (*Abbildung 16*).



*Signifikante Unterschiede zwischen den Altersgruppen ($p < 0,05$)

Abbildung 16: Subjektive Einschätzung der eigenen Arbeitsfähigkeit in zwei Jahren, nach Altersgruppen

Ein ähnlicher Trend zeigte sich anhand der Beschäftigungsdauer in der Pflege. Länger als 20 Jahre tätige Pflegekräfte waren sich häufiger nicht sicher, ob sie in den nächsten zwei Jahren noch arbeitsfähig sind, im Vergleich zu Pflegekräften mit einer Beschäftigungsdauer von bis zu zehn Jahren oder von 11 bis 20 Jahren. Diese Ergebnisse waren jedoch statistisch nicht signifikant.

Gedanken an Berufsaufgabe

Die Antworten auf die Frage an die Mitarbeiter, wie häufig sie im Laufe der vergangenen zwölf Monate daran gedacht hätten, ihren Beruf/ihre Tätigkeit aufzugeben, wurden analog zu den anderen Belastungsfolgen ebenfalls auf eine Skala von 0 bis 100 übertragen. Ein höherer Wert auf der Skala steht für einen häufigeren Gedanken an die Berufsaufgabe. Der gemessene Mittelwert in der stationären Altenpflege von 26,6 (95%-KI 23,4–29,8) und in der ambulanten Pflege von 22,3 (95%-KI 17,7–26,9) lag jeweils deutlich über dem COPSOQ-Durchschnitt von 16 Punkten. Die Pflegekräfte beschäftigten sich somit gedanklich häufiger mit einer Berufsaufgabe als der Durchschnitt der Beschäftigten (*Abbildung 17*).

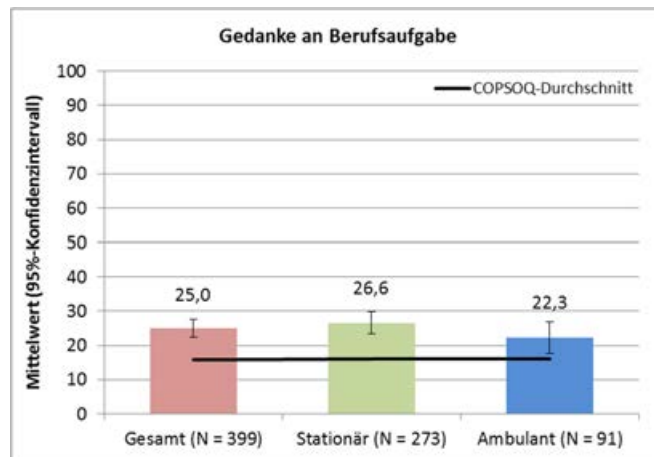


Abbildung 17: Gedanke an Berufsaufgabe

Allgemeiner Gesundheitszustand

Zu den Belastungsfolgen in Bezug auf die Gesundheit der Beschäftigten wurden der allgemeine Gesundheitszustand sowie psychische Beanspruchungen erhoben.

Der allgemeine Gesundheitszustand wurde anhand der subjektiven Einschätzung der Befragten gemessen. Auf der Mess-Skala stellten 100 Punkte den besten denkbaren Gesundheitszustand dar. Die befragten Mitarbeiter schätzten ihren Gesundheitszustand schlechter ein als die Beschäftigten der COPSQ-Referenzgruppe. Zwischen Pflegekräften des stationären und ambulanten Bereichs bestanden keine signifikanten Unterschiede (*Abbildung 18*).

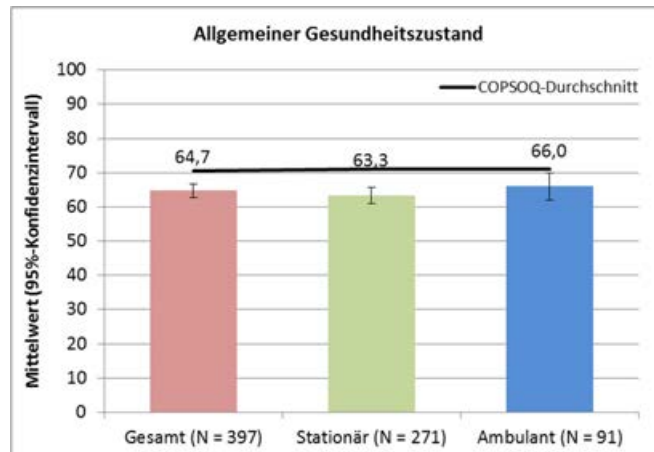
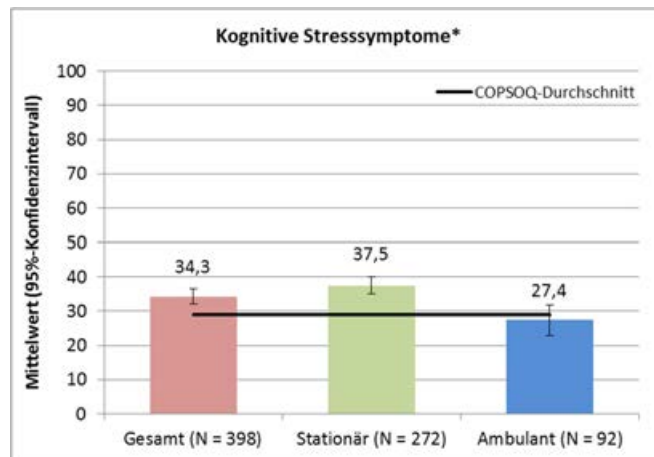


Abbildung 18: Allgemeiner Gesundheitszustand

Kognitive Stresssymptome

Bei den psychischen Belastungsfolgen wurde in der Studie auch das Merkmal kognitive Stresssymptome untersucht. Es umfasst die Aspekte Konzentrationsprobleme sowie Schwierigkeiten, Entscheidungen zu treffen, sich zu erinnern und klar zu denken.

Die befragten Mitarbeiter wiesen in den vergangenen vier Wochen häufiger kognitive Stresssymptome im Vergleich zu dem Durchschnitt anderer Berufsgruppen auf. Bei dem Vergleich der Pflegekräfte aus den beiden Unternehmen hatten die Pflegenden aus dem stationären Bereich statistisch signifikant höhere Stresswerte als diejenigen aus den ambulanten Diensten (*Abbildung 19*).



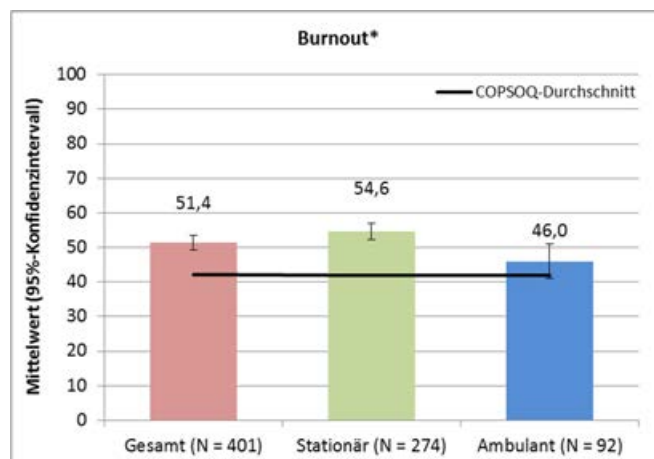
*Signifikante Unterschiede zwischen stationärer und ambulanter Pflege ($p < 0,05$)

Abbildung 19: Kognitive Stresssymptome

Burnout

Als weiteres Merkmal psychischer Belastungsfolgen wurden Symptome von Burnout bei den Beschäftigten gemessen. Typische Zeichen von Burnout sind insbesondere häufige Müdigkeit, körperliche und emotionale Erschöpfung sowie das Gefühl nicht mehr zu können, ausgelaugt zu sein und sich schwach und krankheitsanfällig zu fühlen.

Im Vergleich zu dem branchenübergreifenden COPSQ-Durchschnitt wiesen die befragten Mitarbeiter höhere Burnoutwerte auf; dies traf insbesondere auf Pflegekräfte des stationären Bereichs zu. Daher zeigten sich auch hier statistisch signifikant höhere Burnoutwerte im Vergleich zu den Pflegekräften der ambulanten Dienste (*Abbildung 20*).



*Signifikante Unterschiede zwischen stationärer und ambulanter Pflege ($p < 0,05$)

Abbildung 20: Symptome von Burnout

4.3 Ergebnisse – Wechslerbefragung

Neben den psychischen Belastungen, Ressourcen und Belastungsfolgen wurde anhand von Interviews in der Studie der inner- und außerbetriebliche Tätigkeits- bzw. Berufswechsel untersucht. Dabei wurden insbesondere die Gründe für den Wechsel, die erhaltende Unterstützung sowie Schwierigkeiten beim Wechsel sowie die Attraktivität der neuen Tätigkeit erfragt. Vier ausführliche Fallbeispiele dazu werden im *Kapitel 5.7.4* beschrieben.

Insgesamt wurden elf Beschäftigte interviewt, die ihre Tätigkeit/ihren Beruf gewechselt haben. Alle der Interviewten hatte eine mindestens dreijährige Ausbildung zur examinierten Pflegefachkraft absolviert; drei von ihnen waren vor dem Wechsel als Wohnbereichs- oder Pflegedienstleitung beschäftigt. Am häufigsten haben Interviewte als examinierte Pflegekräfte in die soziale oder pädagogische Betreuung gewechselt; zwei waren jetzt im Qualitätsmanagement tätig. Das Alter zum Zeitpunkt des Wechsels variierte in der interviewten Gruppe von 23 bis 55 Jahre. Die *Tabelle 6* zeigt eine genaue Übersicht der elf interviewten Wechsler.

Tabelle 6: Alter, ursprüngliche und neue Tätigkeiten/Berufe der interviewten Wechsler

Ursprüngliche/r Tätigkeit/Beruf	Neue/r Tätigkeit/Beruf	Alter beim Wechsel (Jahre)
Examierte Pflegekraft	Soziale Betreuung	35
Examierte Pflegekraft, Demenzbereich	Examierte Pflegekraft, Normalstationärer Bereich	33
Examierte Pflegekraft, ambulanter Bereich	Examierte Pflegekraft, stationärer Bereich	49
Examierte Pflegekraft, Wohnbereichsleitung	Qualitätsmanagement	43
Examierte Pflegekraft	Qualitätsmanagement	30
Examierte Pflegekraft, Pflegedienstleitung	Ergotherapie	Anfang 40
Examierte Pflegekraft, Wohnbereichsleitung	Personalleitung	51
Examierte Pflegekraft	Pädagogische Betreuung	Ende 40
Examierte Pflegekraft	Pädagogische Betreuung	55
Examierte Pflegekraft	Pflegefachberatung	40
Examierte Pflegekraft	Pädagogische Betreuung	23

Gründe für den Tätigkeits- bzw. Berufswechsel

Aus den Interviews mit Beschäftigten, die ihre Tätigkeit bzw. ihren Beruf innerhalb ihrer Einrichtung oder zwischen Einrichtungen gewechselt haben, lassen sich zentrale Gründe für den Wechsel ableiten. Bei Gründen für einen Wechsel des Berufes kann zwischen Push- und Pull-Faktoren unterschieden werden. Push-Faktoren sind solche, die den Beruf unattraktiv machen, während Pull-Faktoren die Anziehungskraft von Berufen steigern.

Als starker Push-Faktor ließen sich gesundheitliche Beeinträchtigungen identifizieren. Aufgrund von Rückenbeschwerden, Rheuma, Arthrose oder Burnout waren Pflegekräfte gezwungen, ihren Beruf zu wechseln. Damit zusammenhängend waren die körperlichen und psychischen Belastungen sowie eine Über- oder Unterforderung zentrale Gründe für einen Wechsel. Zwei Interviewte berichteten von einer Veränderung ihrer Arbeitsbedingungen infolge einer Umstrukturierung, die sie zum Wech-

sel bewegten. Nicht zu unterschätzen ist zudem das soziale Umfeld. Probleme mit der direkten Führungskraft war ein weiterer Push-Faktor, der in den Interviews genannt wurde.

Als Pull-Faktor wurde der Wunsch nach Veränderung bzw. Selbstverwirklichung geäußert. Interviewte argumentierten, dass sie z. B. lieber therapeutisch als pflegerisch tätig sein, mehr Einfluss erlangen wollten oder altersbedingt ihre letzte Chance für einen Wechsel gesehen hätten.

Unterstützungsformen beim Wechsel

Bei der Frage nach den Formen der Unterstützung durch den Arbeitgeber oder anderen Akteuren beim Tätigkeits- bzw. Berufswechsel fiel auf, dass oft einzelne Personen den Wechsel in die Wege geleitet und ermöglicht haben. In einigen Fällen beruhte der Wechsel allein auf der Eigeninitiative des Interviewten. Oftmals gab es Unterstützung beim Wechsel durch die direkte Führungskraft aus deren Bereich gewechselt wurde. Es gab jedoch auch Beispiele, bei denen der Vorschlag zum Wechsel von der Führungskraft kam, in deren Bereich z. B. eine Stelle freigeworden war. In einem Fall gab es einen grundsätzlichen Prozess beim Arbeitgeber, dass nach langer Krankheit eines Mitarbeiters nach anderen Einsatzmöglichkeiten für denjenigen geschaut wurde. Durch das Freiwerden einer Stelle in der sozialen Betreuung konnte die Interviewte so ihre Arbeit wieder aufnehmen. Personalverantwortliche waren in Form von Beratungen und Zustimmungen zu Fortbildungen in zwei Fällen ebenfalls in den Wechsel involviert. Bei einer Interviewten förderte der Rententräger ein halbjähriges Praktikum und das Erlernen kaufmännischer Grundlagen; dadurch konnten die notwendigen Qualifikationen für den Wechsel erlangt werden. Des Weiteren wurden Interviewte durch die Freistellung für spezielle Kurse und deren Finanzierung vom Arbeitgeber unterstützt.

Attraktivität der neuen Tätigkeit/des neuen Berufs

Bei allen Interviewten handelte es sich um „erfolgreiche Wechsler“, d. h. dass sie ihren Tätigkeits- bzw. Berufswechsel nicht bereuten und sehr zufrieden in ihrem neuen Bereich waren. Auf die Frage, was die neue Arbeit für sie besonders attraktiv macht, wurden einige Punkte immer wieder in den Interviews genannt. So bezeichneten einige ihre neue Arbeit als sehr abwechslungsreich und gaben an großen Spaß an den neuen inhaltlichen Aufgaben zu haben. Vielen gefiel es besonders, dass sie ihr vorhandenes Wissen sowie ihre Stärken auch im neuen Bereich weiter einsetzen können. Sehr wichtig war in diesem Zusammenhang für die ehemaligen Pflegekräfte auch, dass sie weiterhin Kontakt mit Pflegebedürftigen haben, oder bei ihrer neuen Tätigkeit immer noch viel mit Menschen zu tun haben. Ein weiterer wichtiger Punkt bei der Attraktivität der neuen Tätigkeit/des neuen Berufs war die geringere körperliche und psychische Belastung, wie z. B. weniger Zeitdruck, im Gegensatz zur alten Tätigkeit. Zudem hoben einige der Interviewten die freiere Arbeitszeitgestaltung hervor, wodurch sie jetzt Beruf, Familie und Freizeit besser miteinander vereinbaren können.

4.4 Ergebnisse – Expertenworkshop

Auf dem Workshop mit Experten aus dem Gesundheits- und Sozialwesen und den kooperierenden Unternehmen in der Studie „Neue Wege bis 67“ wurden Vorschläge zur Verbesserung der Arbeits- und Gesundheitssituation von Mitarbeitern in der Altenpflege diskutiert. Diese dienen mit als eine Grundlage für die Entwicklung von Handlungsempfehlungen im Projekt.

Wie im *Kapitel 4.1.3* beschrieben, wurden auf dem Workshop zwei Kleingruppenarbeiten durchgeführt. Die zentralen Ergebnisse der beiden Gruppenarbeiten sind in der *Tabelle 7* zusammenfassend dargestellt; die Fotoprotokolle der Gruppen befinden sich in den *Anhängen 3 und 4*.

Tabelle 7: Zusammenfassung der Ergebnisse der Gruppenarbeiten im Expertenworkshop

Gruppenarbeit 1: Fallbeispiel einer jungen Pflegekraft, die typische Anforderungen in der Pflege wie Schichtarbeit, Konfrontation mit Leid und Tod, Konfliktsituationen mit Pflegebedürftigen und Zeitdruck zunehmend als belastend empfindet.
a) Wie können die psychischen Belastungen in der Altenpflege reduziert werden?
Personal <ul style="list-style-type: none">• Der Mitarbeiterakquise eine hohe Bedeutung zukommen lassen• Weiterführende Coachings für ausgelernete Mitarbeiter• Übergreifende Treffen und Austausch zwischen Berufseinsteigern
Qualifikation und Supervisionen <ul style="list-style-type: none">• Führungskräfte trainings• Qualifikationen für spezifische Pflegebereiche anbieten (z. B. zum Thema Demenz)• (Fallbezogene) Gruppen- oder Einzelsupervisionen durchführen• Kollegiale Beratungen (voneinander lernen)
Externe Unterstützungsmöglichkeiten für Führungskräfte und Mitarbeiter <ul style="list-style-type: none">• Zusammenarbeit mit Beratungsstellen für psychische Belastungen
Gruppenarbeit 2: Fallbeispiel einer älteren Pflegekraft, die sich den Anforderungen in der Altenpflege insbesondere dem Zeitdruck und der Verdichtung der Arbeitsaufgaben nicht mehr gewachsen fühlt und droht, aus dem Beruf auszuscheiden.
a) Wie kann es gelingen, dass die Pflegekraft ihren Beruf weiterhin ausüben kann?
Gefährdungen erkennen <ul style="list-style-type: none">• Gefährdungsbeurteilung psychischer Belastungen im Unternehmen durchführen• Hilfesystem mit klaren Ansprechpartnern im Unternehmen etablieren• Aufmerksamkeit füreinander haben• Führungskraft sollte frühzeitig Gespräch mit Mitarbeiter suchen (ggf. mit Gesundheitsberater)
Arbeitsorganisation <ul style="list-style-type: none">• Gerechte Verteilung der Dokumentationspflichten im Team• Lösungen zur Vermeidung von Zeitdruck im Team suchen

Gruppenarbeiten 1 und 2

b) Wie können mögliche Ressourcen in der Altenpflege gestärkt werden?

Verhaltenspräventive Maßnahmen

- Angebote des Unternehmens, z. B. Betriebssport, Rückenschule, Entspannungstechniken
- Vorschlagswesen im Unternehmen
- Örtliche Verankerung dieser Angebote
- Annahme der Mitarbeiter dieser Angebote

Betriebs- und Teamklima

- Kultur der Wertschätzung
- Mix von erfahren/unerfahren Mitarbeitern im Team, sodass jeder seine Stärken einbringen kann

Arbeitsorganisation

- Job-Rotation (Möglichkeit zum Tätigkeits-/Bereichswechsel geben)
- Flexibilität im Schichtsystem
- Einhaltung von Pausen

In der Gruppenarbeit 1 wurde unter anderem betont, dass der Akquise von guten und für den Beruf geeigneten Mitarbeitern eine hohe Bedeutung in den Unternehmen zukommen sollte, da es zur Entlastung der älteren Beschäftigten notwendig sei, dass genügend junge Mitarbeiter nachkommen. Viele Berufseinsteiger seien jedoch nach dem Ende ihrer Ausbildung im Berufsalltag erst einmal überfordert und kämen mit den hohen Anforderungen oftmals nicht zurecht. Damit diese nicht frühzeitig aus dem Beruf aussteigen, wurde vorgeschlagen, Berufseinsteiger z. B. mit begleitenden Coaching Programmen und durch Austausch mit anderen Einsteigern besser aufzufangen. Diese Unterstützungsformen sowie eine kontinuierliche Weiterbildung der jungen Beschäftigten könnten ihnen helfen, mehr Selbstbewusstsein in dem Beruf zu entwickeln.

In der zweiten Gruppe wurde insbesondere diskutiert, wie Gesundheitsgefährdungen im Unternehmen rechtzeitig erkannt werden können, um ein frühzeitiges Gegensteuern zu ermöglichen. Wichtig sei dazu, ein Hilfesystem mit klaren Ansprechpartnern für Mitarbeiter zu installieren, an die sie sich bei Problemen wie einer hohen psychischen Belastung wenden können. Des Weiteren sollten die Kollegen aufeinander achten und insbesondere die Führungskraft aufmerksam gegenüber dem gesundheitlichen Befinden der Mitarbeiter sein, um bei ersten Anzeichen einer Gefährdung frühzeitig das Gespräch mit dem Mitarbeiter zu suchen, und gemeinsam Lösungen zu entwickeln.

In beiden Kleingruppen des Workshops wurde das Klima im Team und im Unternehmen als wichtiger Punkt aufgeführt, wenn es um die Stärkung von Ressourcen geht. Im Unternehmen müsse erreicht werden, dass eine Kultur der Wertschätzung füreinander herrscht. Dies finge vor allem bei den Führungskräften an. Bereits ein Grüßen am Morgen und die Mitarbeiter nach ihrem Befinden zu fragen, bedeute Wertschätzung durch den Vorgesetzten; ggf. können Führungskräfte trainings ein wirksames Mittel zur Sensibilisierung sein. Das Team stellt in einem Unternehmen eine besonders wichtige Ressource da, die oftmals mehr in den Vordergrund gerückt werden müsse. Um mit der Belastung durch den Schichtdienst besser umgehen zu können, könne es allein schon hilfreich sein, wenn die Absprachen bei der Dienstplangestaltung im Team gut funktionieren. Zudem sollte es in Urlaubs- oder Krankheitsfällen klare und gerechte Vertretungsregelungen geben, denn häufig kurzfristig einspringen zu müssen, ist für viele sehr belastend. Damit solche Regelungen gut funktionieren, sei es notwendig einen zeitlichen Rahmen für den Austausch zwischen Kollegen zu schaffen, wie regelmäßige Teambesprechungen.

4.5 Zusammenfassung und Diskussion der Ergebnisse

Zusammenfassung der Ergebnisse

Im Rahmen der Studie „Neue Wege bis 67“ wurde in zwei Hamburger Altenpflegeeinrichtungen eine umfassende schriftliche Mitarbeiterbefragung durchgeführt, an der insgesamt 401 Beschäftigte teilnahmen. Von diesen waren 366 Mitarbeiter direkt in der Pflege tätig. Die Ergebnisse wurden den Referenzdaten der COPSOQ-Datenbank von Beschäftigten aller Branchen aus ganz Deutschland gegenübergestellt. Ergänzt wurde die schriftliche Befragung durch Interviews, die mit Pflegekräften, Führungskräften, Tätigkeits- bzw. Berufswechslern und einer Betriebsärztin geführt wurden. Durch die Inhalte und Zitate aus den Interviews können besondere Belastungssituationen aufgezeigt und näher beschrieben werden. Auf einem Expertenworkshop wurden bereits Vorschläge zur Verbesserung der Arbeits- und Gesundheitssituation gesammelt.

Die Arbeitssituation und Belastungsfolgen schätzten die Beschäftigten der Altenpflege zu einem großen Teil schlechter ein als die Beschäftigten der COPSOQ-Referenzgruppe; dies betraf insbesondere die quantitativen und emotionalen Anforderungen, Work-privacy conflict, Rollenkonflikte, Gedanken an eine Berufsaufgabe, allgemeiner Gesundheitszustand und Burnout. Die stationären Pflegekräfte hatten insgesamt auf fast allen Skalen zur Messung der Belastungen und Belastungsfolgen (bis auf Einfluss bei der Arbeit, Rollenklarheit und Feedback) sowie bei den Erlebnissen von körperlicher und verbaler Gewalt schlechtere Werte als die ambulanten Pflegekräfte; die Unterschiede waren teilweise statistisch signifikant. In den Interviews berichtete die Mehrheit der Befragten von einem hohen Zeitdruck bei der Arbeit, Überforderung durch die Menge der anfallenden Tätigkeiten und infolgedessen von einer hohen Stressbelastung. Dennoch zeigten die sich im oder über dem Durchschnitt anderer Branchen befindlichen Ergebnisse, z. B. auf den Skalen zum Einfluss bei der Arbeit, Feedback und Gemeinschaftsgefühl, dass die Tätigkeiten durchaus positive Aspekte gerade in Hinblick auf die sozialen Beziehungen beinhalten. Trotzdem schätzten 45% der über 50-jährigen Pflegekräfte es als nicht sicher oder unwahrscheinlich ein, dass sie in den nächsten zwei Jahren noch arbeitsfähig sind. Ein Tätigkeits- bzw. Berufswechsel kann zudem eine Möglichkeit sein, die Beschäftigungsfähigkeit zu verlängern. Aus Interviews mit Wechslern ging hervor, dass eine hohe Grundqualifikation, starke Eigeninitiative und die Unterstützung einzelner Führungskräfte eine wesentliche Voraussetzung für einen Wechsel waren.

Vergleich zwischen ambulanter und stationärer Altenpflege

Auffällig waren die fast durchweg schlechteren Werte im stationären Bereich im Vergleich zur ambulanten Altenpflege auf den Skalen zu psychosozialen Belastungen und Belastungsfolgen. Diese stehen im Einklang mit den Ergebnissen einer deutschlandweiten Studie aus dem Jahr 2008 mit dem COPSOQ-Fragebogen, an der 36 Einrichtungen der Altenpflege beteiligt waren (20 ambulante und 16 stationäre Einrichtungen). Die Werte fielen auch hier für die stationäre Altenpflege in nahezu allen Aspekten schlechter aus als die der ambulanten Pflege. Die positiven Werte für den ambulanten Bereich erklärten die Autoren hauptsächlich mit dem höheren Anteil an Teilzeitmitarbeitern. Außerdem stellten sie bei der stationären Altenpflege eine überdurchschnittlich hohe Arbeitsplatzunsicherheit fest, die sie auf negative Entwicklungen am Arbeitsplatz wie Veränderungen in Tarifregelungen und Umstrukturierungen in den Einrichtungen zurückführten (Gregersen et al., 2010). In der hier vorgelegten Befragung war von den ambulanten Pflegekräften ebenfalls ein signifikant höherer Anteil an Mitarbeitern teilzeitbeschäftigt sowie ein signifikant geringerer Anteil in Nacht- und Wechseldiensten tätig als unter denjenigen in der stationären Pflege. Während die Arbeitszeit (Voll- bzw. Teilzeit) je-

doch in der Befragung keinen Zusammenhang zu den Belastungs- und Beanspruchungsskalen aufwies, war die Arbeit in Wechseldiensten mit einem höheren Work-privacy conflict assoziiert. Wenn Beschäftigte im vergangenen Monat Nachtdienste absolviert hatten, gaben sie zudem signifikant höhere emotionale und quantitative Anforderungen sowie stärkere Rollenkonflikte an. Diese Aspekte könnten die Unterschiede zwischen den beiden Pflegebereichen zumindest teilweise erklären. Es zeigt gleichzeitig, dass die Nacht- und Schichtarbeit einen wesentlichen Belastungsfaktor in der Altenpflege und sicherlich auch in anderen Dienstleistungsbranchen darstellt. Nach der Mitarbeiterbefragung kamen Erlebnisse körperlicher und verbaler Gewalt und Aggressionen durch Pflegebedürftige in der ambulanten Pflege außerdem weniger häufig vor als im stationären Bereich. Dieses Ergebnis kann durch eine Studie mit knapp 2.000 Beschäftigten im Gesundheitssektor in Deutschland bestätigt werden (Schablon et al., 2012). In den Interviews äußerten sich die Pflegekräfte des ambulanten Dienstes zudem positiv über die hohe Eigenverantwortung und Flexibilität bei ihren Hausbesuchen. Weil sie ihre Arbeit bei den Klienten zum größten Teil unabhängig ausüben, gibt es weniger Konfliktpotenzial im Verhältnis zu den Kollegen und Vorgesetzten. Diese Aspekte können für die Mitarbeiter im ambulanten Bereich zu geringeren Belastungen führen, wichtige Ressourcen darstellen und damit ein weiterer Grund für die besseren Werte in der Befragung sein.

Auch bzgl. der beruflichen Gratifikationskrise gab es im Kollektiv der Pflegekräfte sehr unterschiedliche Ergebnisse in den beiden Einrichtungen. In der stationären Pflege wurde ein deutlich höherer Anteil, mit einem als ungünstig einzuschätzenden Wert von ERI >1, beobachtet (76%) als in der ambulanten Pflege (59%). Dieser Unterschied ist allein auf höhere Werte auf der Verausgabungsskala (effort) der stationär Beschäftigten zurückzuführen (MW=10 vs. 8,7). Bei dem Aspekt Belohnung (reward) bestanden keine Differenzen zwischen den Pflegebereichen (MWs=18,1). Demnach unterscheiden sich die empfundene Arbeitsplatzsicherheit, Aufstiegschancen, Anerkennung und finanzielle Wertschätzung nicht erkennbar. Jedoch werden die Aspekte Zeitdruck, häufige Unterbrechungen und ein in den letzten Jahren steigendes Arbeitsaufkommen im stationären Bereich höher bewertet.

Vergleich zwischen der Altenpflege und der branchenübergreifenden Referenzgruppe

Im Bereich der Altenpflege, der als Beispiel für den Dienstleistungssektor herangezogen wurde, zeigten sich die Anforderungen und Belastungsfolgen insgesamt negativ im Vergleich zum Durchschnitt aller Berufsgruppen. In ihrer deutschlandweiten Studie in der Altenpflege fanden Gregersen et al. (2010) keine Hinweise auf eine im Branchenvergleich überdurchschnittlich hohe quantitative Anforderung (MW ambulante Pflege=46, MW stationäre Pflege=56). Auch bei den anderen psychosozialen Aspekten wiesen die Altenpflegekräfte im Vergleich kaum schlechtere Werte als die branchenübergreifende Referenzgruppe auf. Dies könnte ein Indiz für eine überdurchschnittliche Zunahme psychischer Belastungswerte in der Altenpflege in den vergangenen Jahren, im Zuge von veränderten Arbeitsanforderungen wie der Entgrenzung und Beschleunigung von Arbeit, sein (Lohmann-Haislah, 2012). Aufgrund der nicht repräsentativen Stichprobe in dieser Studie kann das jedoch nicht eindeutig belegt werden. Aus den Interviews mit Beschäftigten wurde außerdem deutlich, dass diese fast durchweg den Pflegeschlüssel als zu niedrig empfinden und sich einem ständigen Personalmangel ausgesetzt sehen. Der als sehr hoch bezeichnete Zeitdruck bei der Arbeit verstärkt die Unzufriedenheit über die Personalsituation unter den Mitarbeitern noch weiter. Diese Problematik kann auch auf andere, von Personaleinsparungen betroffene Branchen, übertragen werden.

Vergleich zwischen der Altenpflege und anderen Dienstleistungsberufen

Die beschriebenen Anforderungen und Belastungsfolgen, die in den Ergebnissen der Altenpflege negativ auffielen, zeigen sich in anderen Berufsgruppen des Dienstleistungssektors ebenfalls als kritisch. In sozialen Dienstleistungsberufen, wie z. B. bei Lehrkräften an öffentlichen Schulen sowie bei Kita-Leitungen und -Fachkräften, gaben Befragte in Studien aus Deutschland sehr hohe emotionale Anforderungen (MW >64) an. Auch waren hier die kognitiven Stresssymptome und Symptome von Burnout bereits ausgeprägt (Lincke et al., 2013; Nagel-Prinz & Paulus, 2012).

Die Ergebnisse zur Einschätzung der Beziehung zu der direkten Führungskraft auf der Leader-Member-Exchange-Skala lagen im Gesamtkollektiv der Pflegekräfte bei einem Mittelwert von 3,2 (95%-KI 3,1–3,3). Dieser Wert spiegelt eine durchschnittlich als gut zu betrachtende Beziehungsqualität wider. Er lag in etwa auf demselben Niveau wie bei einer Untersuchung von 279 Beschäftigten eines IT-Unternehmens in Deutschland. Dort ermittelten Volmer et al. (2011) einen Mittelwert von 3,4. Die Autoren konnten zudem einen starken Zusammenhang zwischen der Beziehungsqualität und Arbeitszufriedenheit nachweisen, was für die hohe Bedeutung des Führungsstils und der Qualität von Beziehungen zwischen Führungskräften und Mitarbeitern spricht. In den Interviews äußerten sich die Mitarbeiter zumeist positiv über das Verhältnis zu ihrer direkten Führungskraft, wenngleich sich viele mehr Anerkennung und Wertschätzung von diesen für ihre Arbeit wünschten. Ein Aspekt dem viele Führungskräfte demnach verstärkt Aufmerksamkeit widmen sollten.

Bei der Messung der beruflichen Gratifikationskrise wurde im Gesamtkollektiv der Altenpflege in dieser Studie ein Mittelwert von 1,29 (95%-KI 1,25–1,33) errechnet; 70% wiesen dabei insgesamt einen kritischen Wert von ERI >1 auf. Bei einer Studie mit 199 Beschäftigten in der Kinderbetreuung in Deutschland wurde ein nur geringfügig niedrigerer Wert beobachtet (1,1; \pm 0,37). Der Anteil mit einem als ungünstig einzuschätzenden Wert von ERI >1 lag bei 65%. Die hohe Prävalenz einer beruflichen Gratifikationskrise erklärten die Autoren unter anderem mit dem schnellen Ausbau der Kinderbetreuung in Deutschland in den letzten Jahren und daraus resultierende große Gruppengrößen in den Einrichtungen (Koch et al., 2015). Ähnliches lässt sich nach den Interviews mit Pflegekräften auch auf die Branche der Altenpflege übertragen; hier sagten viele der Interviewten aus, dass eine Pflegekraft für eine steigende Anzahl an Pflegebedürftigen zuständig ist. Bei den Beschäftigten mit einer beruflichen Gratifikationskrise kann davon ausgegangen werden, dass eine Stressbelastung besteht. Zudem steht die Gratifikationskrise im Zusammenhang mit unterschiedlichen gesundheitlichen Risiken, wie der koronaren Herzkrankheit und psychosomatischen Symptomen (Peter, 2010).

5 Handlungsempfehlungen

In den vorangegangenen Kapiteln wurde ein Überblick über die Arbeits- und Belastungssituation von Beschäftigten in der Dienstleistungswirtschaft und speziell in der Altenpflege gegeben. Auf einzelne Belastungen wird in diesem Abschnitt nochmals genauer Bezug genommen und es werden Handlungsempfehlungen für eine Verlängerung der Verweildauer im Beruf unter Einbeziehung präventiver und gesundheitsfördernder Maßnahmen sowie für mögliche Tätigkeits- bzw. Berufswechsel abgeleitet. Es handelt sich dabei teilweise um pflegespezifische und teilweise auf die Dienstleistungsbranche übertragbare Empfehlungen.

5.1 Betriebliche Gesundheitsförderung

Wirksame Maßnahmen zur Verbesserung der gesundheitlichen Situation der Beschäftigten können im Rahmen der Betrieblichen Gesundheitsförderung (BGF) durchgeführt werden. Nach der Luxemburger Deklaration zur „Betrieblichen Gesundheitsförderung in der Europäischen Union“ umfasst diese alle gemeinsamen Maßnahmen von Arbeitgebern, Arbeitnehmern und der Gesellschaft zur Verbesserung von Gesundheit und Wohlbefinden am Arbeitsplatz. Dies kann durch eine Verknüpfung folgender Ansätze erreicht werden:

- Verbesserung der Arbeitsorganisation und der Arbeitsbedingungen
- Förderung einer aktiven Mitarbeiterbeteiligung
- Stärkung persönlicher Kompetenzen (Europäisches Netzwerk für Betriebliche Gesundheitsförderung, 2014).

In den Interviews der Studie „Neue Wege bis 67“ wurden keine Zahlen dazu erhoben wie viele BGF-Maßnahmen/-Angebote in den Einrichtungen angeboten werden. Man kann auch davon ausgehen, dass die Personen, die befragt wurden vermutlich keine genauen Kenntnisse darüber haben. Jedoch berichteten einige Beschäftigte vor allem von Maßnahmen zur Stärkung persönlicher Kompetenzen wie Angebote von Rückenschulen und Selbstverteidigungskursen, die in ihren Betrieben stattfinden. Diese empfanden sie als sehr positiv. Ein Personalleiter beschrieb das wachsende Engagement in seinem Unternehmen hinsichtlich der Betrieblichen Gesundheitsförderung wie folgt:

„Im Rahmen der Gesundheitsförderung unterstützen wir z. B. Fitnessstudios. Wir haben derzeit ein Kontingent für 25 Personen, die wir unterstützen – wo wir auch Bereiche mit besonderen Belastungen auswählen. Zielgruppe sind da hauptsächlich Frauen aus dem Bereich Pflege, aber durchaus auch aus der Physiotherapie und der Hauswirtschaft. Das erweitern wir auch im kommenden Jahr auf die Zahl von etwa 40 Plätzen. Nicht jeder macht von selbst Sport, deswegen unterstützen wir Fitnessangebote.“

(Personalleiter, 58 Jahre)

Die Interviewten beschrieben außerdem Aktionen wie betriebliche Gesundheitstage, an denen sie unter anderem Angebote zur Massage, Anleitungen zum rückschonenden Arbeiten oder eine Stressberatung in Anspruch nehmen konnten. Diese Aktionen wurden ebenfalls sehr positiv von den Befragten aufgenommen und sie wünschten sich, dass so etwas noch öfter durchgeführt werde. Trotzdem erleben die Unternehmen teilweise eine zu geringe Nachfrage bei ihren Angeboten, wie z. B. beim Betriebssport. Eine Pflegedienstleiterin wies dahingehend auf die Eigenverantwortung der Mitarbeiter hin:

„Das hat auch etwas mit innerer Einstellung zu tun. Ich bin für meine Gesundheit verantwortlich. Ich muss etwas tun. Mein Arbeitgeber bietet mir das und das, aber ich muss es tun. Und da scheitert es oft an dieser Eigenverantwortlichkeit, die dann sozusagen für die richtigen Schritte notwendig ist.“
(Pflegedienstleiterin, 57 Jahre)

Empfehlung für Führungskräfte:

Um eine höhere Teilnahme bei Maßnahmen zur Betrieblichen Gesundheitsförderung zu erreichen, sollte eine örtliche Verankerung der Angebote im Unternehmen oder nahe dem Unternehmen gewährleistet sein. Des Weiteren ist es möglich, Beschäftigte z. B. in Form eines Vorschlagswesens oder durch Ideenwettbewerbe in die Planung der Maßnahmen bzw. Angebote mit einzubeziehen. Dadurch kann ein bedürfnisorientiertes Angebot sichergestellt und die Teilnahme erhöht werden.

(Quelle: Expertenworkshop, Studie „Neue Wege bis 67“)

Um Betriebliche Gesundheitsförderung im Unternehmen erfolgreich umzusetzen, sollten außerdem die folgenden Leitlinien des Europäischen Netzwerks für Betriebliche Gesundheitsförderung (2014) beachtet werden:

- Die gesamte Belegschaft muss einbezogen werden (Partizipation).
- Betriebliche Gesundheitsförderung muss bei allen wichtigen Entscheidungen und in allen Unternehmensbereichen berücksichtigt werden (Integration).
- Alle Maßnahmen und Programme müssen systematisch durchgeführt werden: Bedarfsanalyse, Prioritätensetzung, Planung, Ausführung, kontinuierliche Kontrolle und Bewertung der Ergebnisse (Projektmanagement).
- Betriebliche Gesundheitsförderung beinhaltet sowohl verhaltens- als auch verhältnisorientierte Maßnahmen. Sie verbindet den Ansatz der Risikoreduktion mit dem des Ausbaus von Schutzfaktoren und Gesundheitspotenzialen (Ganzheitlichkeit).

Tipp:

Auf der Internetseite des Bundesministeriums für Gesundheit finden Sie Best Practice Beispiele zur Betrieblichen Gesundheitsförderung von Unternehmen in ganz Deutschland.
Link: <http://www.bmg.bund.de/themen/praevention/betriebliche-gesundheitsfoerderung.html>
Dort werden unter anderem auch Projekte im Bereich Stressbewältigung vorgestellt.

5.2 Arbeitsumgebung und -mittel

5.2.1 Ergonomische Maßnahmen

Für viele Beschäftigte in Gesundheits- und Pflegeberufen, im Verkehrsgewerbe und im Einzelhandel gehören dauerndes Bücken und Knien, eine gebeugte Arbeitshaltung sowie das Heben und Tragen schwerer Lasten zum Arbeitsalltag (siehe Kapitel 3.1). Im Rahmen dieser Studie bestätigten die Pflegekräfte, dass sie im Beruf hohen körperlichen Belastungen ausgesetzt sind und sie diese als einen Faktor für den vorzeitigen Berufsausstieg sehen. Die arbeitsbedingten Belastungen erhöhen die Wahrscheinlichkeit, an einer Muskel-Skelett-Erkrankung (MSE) zu leiden (Waddell, 1998). MSE zählen in Deutschland zu den am häufigsten verbreiteten Erkrankungen und verursachen die häufigsten Arbeitsunfähigkeitstage (Kordt, 2015; Badura et al., 2014). Die Ursache können sowohl individuelle/außerberufliche als auch berufliche Faktoren sein. Im beruflichen Kontext können sich Gefährdungsfaktoren u. a. aus der baulichen Gestaltung der Arbeitsstätte, der räumlichen Gestaltung des Arbeitsplatzes und den verwendeten oder fehlenden Hilfsmitteln und Arbeitsmitteln ergeben (Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung e. V. (DGUV), 2014). Zur Vermeidung von Muskel-Skelett-

Erkrankungen müssen eine Vielzahl an Präventionsmaßnahmen auf der technischen, organisatorischen und der personenbezogenen/individuellen Ebene in Betracht gezogen werden (Europäische Kommission – Generaldirektion Beschäftigung, Soziales und Integration, 2010). Die Implementierung der ergonomischen Maßnahmen ist besonders relevant, da diese einen hohen Einfluss auf die Gesundheit und den Verbleib der Mitarbeiter haben.

In Bezug auf die Umsetzung von Maßnahmen sollten zuerst technische Lösungen erwogen werden, danach organisatorische und im letzten Schritt personen- und verhaltensbezogene Maßnahmen (T-O-P-Prinzip).

Förder-Faktoren zur Vermeidung bzw. Reduzierung von Muskel-Skelett-Erkrankungen (z. T. „in der Pflege“):

Technische Aspekte

- Räumliche Arbeitsplatzgestaltung
- Bauliche Gestaltung

Organisatorische Aspekte

- Personalschlüssel
- Arbeitsorganisation
- Dienstplangestaltung
- Organisation von Fortbildungen/Unterweisungen
- Beschaffung technischer/kleiner Hilfsmittel

Personen-/Verhaltensbezogene Aspekte

- Umsetzung der rückengerechten Arbeitsweise
- Anwendung zur Verfügung stehender Hilfsmittel/Arbeit zu zweit
- Ausnutzung der Ressourcen der Bewohner
- Tragen geeigneter Arbeitskleidung und geeigneter Arbeitsschuhe
- Erhalt der eigenen Gesundheit

(Quelle: Baum et al., 2014: S. 14)

Mit dem Erlernen der richtigen Hebe- und Tragetechniken und dem Einsatz von Hilfsmitteln kann man den Rücken schonen und Erkrankungen des Muskel-Skelett-Systems vorbeugen. Hierzu einige Empfehlungen für Führungskräfte.

Empfehlungen für Führungskräfte:

• Seminare/Schulungen anbieten

Bieten Sie Ihren Mitarbeitern Seminare/Schulungen zur rüchenschonenden Arbeitsweise an. Dort erfahren Ihre Mitarbeiter, wie der Rücken aufgebaut ist und funktioniert. Zudem werden auch ergonomische Verhaltensweisen sowie Ausgleichsübungen am Arbeitsplatz geübt. Nur wer weiß, was zu tun ist, macht es richtig.

• Ausreichend Hilfsmittel zur Verfügung stellen

Stellen Sie verschiedene (einrichtungsspezifische) Hilfsmittel (z. B. Sackkarre, Transportwagen, Gleitmatte, Hoyer-Lifter etc.) zur Verfügung, so schützen Sie Ihre Mitarbeiter vor körperlichen Belastungen.

• Auf gleichmäßige Verteilung der Aufgaben/Belastungen achten

Achten Sie darauf, dass die Arbeitsaufgaben möglichst gleichmäßig verteilt werden, so werden auch die Belastungen gleichmäßig verteilt.

- **Wechsel zwischen Sitz- und Stehtätigkeiten schaffen**

Für bestimmte Tätigkeiten ist es sinnvoll, Sitzarbeitsplätze zu schaffen (Beispiel Pflege: z. B. bei der Medikamentenverteilung oder bei Schreibtätigkeiten im Zimmer des Pflegebedürftigen).

- **Personalstruktur im Auge behalten**

Achten Sie bei der Aufnahme von neuen Pflegebedürftigen, ob Sie das notwendige/passende Personal haben. Nehmen Sie keine neuen Pflegebedürftigen auf, wenn das Personal nicht entsprechend qualifiziert ist.

(Quelle: Eigene Zusammenstellung)

Eine ehemalige examinierte Altenpflegerin und Wohnbereichsleiterin, die jetzt im Qualitätsmanagement tätig ist, betonte im Interview, dass rüchenschonendes Arbeiten gelernt werden und im gesamten Team umgesetzt werden müsse:

„Natürlich kann ich die Pflege mit kinästhetischen Bewegungen machen. Aber dazu muss ich das erst einmal können. Dazu muss ich eine Fortbildung haben. Dazu muss ich Mitarbeiter haben, die genauso kinästhetisch die Bewohner im Rollstuhl, im Bett oder aus dem Bett heraus transferieren, wie ich das gelernt habe. Ich kann mich nicht als Einzelkämpfer hinstellen und sagen: „Ich mache eine tolle Kinästhetik.“ Aber meine Kollegen oder Mitarbeiter ziehen den Bewohner alleine oben auf das Kopfteil.“

(Qualitätsbeauftragte, 53 Jahre)

Nachfolgend noch einige Empfehlungen für Mitarbeiter.

Empfehlungen für Mitarbeiter:

- **An Seminaren/Schulungen teilnehmen**

Nehmen Sie an Seminaren/Schulungen zur rüchenschonenden Arbeitsweise teil. Dort erfahren Sie, wie der Rücken aufgebaut ist und funktioniert. Zudem werden auch ergonomische Verhaltensweisen sowie Ausgleichsübungen am Arbeitsplatz geübt. Nur wer weiß, was zu tun ist, macht es richtig.

- **Hilfsmittel in Reichweite stellen**

Stellen Sie verschiedene Hilfsmittel (z. B. Sackkarre, Transportwagen, Gleitmatte, Hoyer-Lifter etc.) in Reichweite bereit, so sparen Sie Zeit.

- **Vorhandene Hilfsmittel konsequent einsetzen**

Verwenden Sie, wann immer möglich und sinnvoll, Hilfsmittel (Schwere Kisten und Kartons lassen sich mit einer Sackkarre leicht transportieren. Patienten lassen sich mit einer Gleitmatte oder Antirutschmatte leichter bewegen und mobilisieren).

- **Konsequent rüchengerechte Arbeitsweise anwenden**

Wenden Sie konsequent die rüchengerechte Arbeitsweise an. Achten Sie beispielsweise auf Ihre Haltung, Ausgangsstellung und Bewegung.

- **Kollegen bitten, an die Hilfsmittelnutzung zu erinnern**

Ihre Kollegen können Ihnen dabei helfen, sich an die guten Vorsätze zu halten. Sie können Sie beispielsweise daran erinnern, dass Sie immer Hilfsmittel verwenden wollten. Erinnern auch Sie Ihre Kollegen an die Hilfsmittelnutzung.

- **Möglichst von Kollegen helfen lassen**

Heben und tragen Sie schwere oder sperrige Lasten nicht allein. Holen Sie sich, wann immer es sinnvoll ist, Hilfe von Kollegen.

- **Auf gleichmäßige Verteilung der Aufgaben/Belastungen achten**

Achten Sie darauf, dass die Arbeitsaufgaben möglichst gleichmäßig verteilt werden, so werden auch die Belastungen gleichmäßig verteilt.

- **Pausen mit Ausgleichsübungen einlegen**

Legen Sie kleine Pausen mit Ausgleichsübungen ein: z. B. Dehnen und Strecken oder eine Sekundenentspannungsübung.

(Quelle: Eigene Zusammenstellung)

Tipps:

Weitere Informationen dazu finden Sie auf den Seiten der (jeweiligen) Berufsgenossenschaften.

Die Krankenkassen bieten Bewegungskurse, auch für den Rücken, an.

Informieren Sie sich auf den Seiten der (jeweiligen) Berufsgenossenschaften bzw. Krankenkassen.

Entscheidend bei Präventionsmaßnahmen ist die Nachhaltigkeit. Im stressigen Arbeitsalltag lauert die Gefahr, dass das z. B. in Fortbildungen Gelernte vernachlässigt wird und man in seine eigene Routine zurückfällt. Daher ist es wichtig, dass die Anwendung und Verfestigung einer Maßnahme überprüft wird. Damit z. B. rüchenschonende Arbeitstechniken fester Bestandteil der Arbeitsabläufe werden, müssen entsprechende Folgemaßnahmen getroffen werden. Ein Beispiel kann eine Selbstüberprüfung der Mitarbeiter sein, ob sie das Gelernte auch anwenden und wenn nein, was die Gründe dafür sind. Die Selbstüberprüfung kann z. B. durch die Verpflichtung zur Dokumentation sichergestellt werden. Warum das Gelernte nicht angewendet wird kann im Rahmen eines Workshops ermittelt werden. Des Weiteren bietet es sich an es in Teamsitzungen, Mitarbeitergesprächen und auch auf der Pflegevisite zu thematisieren.

5.3 Arbeitsorganisation

5.3.1 Vereinbarkeit von Beruf und Familie

Für Beschäftigte des Gesundheitswesens und des Einzelhandels stellen Mehrschichtsysteme, Dienste an den Wochenenden, Feiertagen und in den Ferien und eine geringe Planungssicherheit eine große Herausforderung für die Vereinbarkeit von Beruf und Familie dar. Die Ergebnisse der quantitativen und qualitativen Befragung in der Studie „Neue Wege bis 67“ zeigen, dass Mitarbeiter in der Altenpflege einen hohen Work-privacy conflict erleben.

Aufgrund der schwierigen Vereinbarkeit von Beruf und Familie müssen viele Beschäftigte, in den meisten Fällen sind es Frauen, ihre Erwerbstätigkeit zugunsten der familiären Verpflichtungen unterbrechen bzw. sogar aufgeben. Es gibt jedoch Möglichkeiten, die in solchen Fällen nicht zwangsläufig den Austritt aus dem Beruf erfordern. Viele Angebote und Maßnahmen, wie z. B. flexible Arbeitszeiten und eine Vielfalt an Teilzeitmodellen, ermöglichen es, die familiären Pflichten mit den Anforderungen der Dienststelle zu kombinieren. Dadurch können Mütter/Väter und ältere Menschen, die neben dem Beruf eine Betreuungspflicht haben, am gesellschaftlichen Leben und am Arbeitsmarkt teilnehmen. Viele Menschen knüpfen und unterhalten über ihre Arbeit wichtige soziale Kontakte, werden als berufstätige Person anders wahrgenommen, erhalten sich ihre berufliche Perspektive, sammeln Wissen und Erfahrung und fühlen sich so als vollwertiges Mitglied der Gesellschaft.

Mit familienfreundlichen Formen der Arbeitsorganisation und Betriebsvereinbarungen zu Arbeitszeitflexibilisierungen können Unternehmen dem Fachkräftemangel begegnen. Flexible Arbeitszeitmodelle können sicherstellen, dass Mitarbeiter während oder nach einer familienbedingten Pause dem Unternehmen zur Verfügung stehen bzw. erhalten bleiben. Eine erfolgreiche Mitarbeiterbindung ist der effektivste Weg, um dem Fachkräftemangel zu begegnen.

Flexible Arbeitszeitmodelle

Die Beschäftigung in Normalarbeitszeit nimmt immer mehr ab, die Arbeitszeitflexibilisierung hingegen nimmt zu. Mit der Anpassung der Arbeitszeit an die persönlichen Wünsche und Belange der Mitarbeiter lässt sich Beruf und Familie besser miteinander vereinbaren. Im Zusammenhang mit dem demografischen Wandel wird der Wunsch nach flexibleren Arbeitszeiten zunehmen. Durch die Möglichkeit der Vereinbarkeit von Familie und Beruf kann auch das Arbeitskräftepotenzial von nicht erwerbstätigen Frauen genutzt werden. In der Studie „Familienfreundliche Gestaltung der Erwerbsarbeit in Rheinland-Pfalz“ wurden 358 Erwerbstätige nach den Entwicklungspotenzialen einer familienbewussten Gestaltung der Arbeitswelt befragt. Knapp 98 Prozent von ihnen gaben an, dass für sie flexible Arbeitszeiten zu den bedeutsamsten Angeboten zur Vereinbarkeit von Familie und Beruf zählen (Schneider et al, 2005). Laut Middeldorf (2011) sichern flexible Arbeitszeitmodelle den Verbleib und Einstieg der Beschäftigten im Unternehmen. Außerdem stellt es für Unternehmen einen Wettbewerbsvorteil bei der Fachkräftegewinnung dar.

Eine Pflegedienstleiterin beschrieb im Interview, wie die Arbeitszeitflexibilisierung in ihrer Einrichtung umgesetzt wurde:

„Wir haben zum Beispiel mittlerweile unterschiedlichste Schichtmodelle, um auf die Bedürfnisse ganz speziell von Müttern einzugehen. Früher haben ja einfach alle um 6 Uhr morgens angefangen. Heute gibt es welche, die fangen um 6 Uhr an, es fangen welche um halb 7, um 7, um halb 8 und um 8 Uhr an. Es staffelt sich, je nachdem wo der Bedarf von dem Mitarbeiter ist und wann er sein Kind in die Kita oder zur Schule bringen kann. Und genauso ist es auch mit dem Stundenkontingent, das die Mitarbeiter letztendlich als Arbeitszeit mitbringen, sodass man das sehr flexibel gestalten kann. Es gibt welche, die arbeiten eine Woche und haben dann eine Woche frei und teilen sich sozusagen eine Stelle mit einer Kollegin, die dann in der anderen Woche da ist. So ist trotzdem eine gewisse Verlässlichkeit für die Kunden da.“

(Pflegedienstleiterin, 54 Jahre)

Eine examinierte Altenpflegerin berichtete davon, wie sie den Beruf und die Familie gut miteinander vereinbaren konnte:

„Ich war zu der Zeit, wo ich in der Pflege gearbeitet habe, geschieden und hatte keinen Partner, aber drei Kinder. Als die Kinder noch klein waren habe ich mit 20 Stunden in der Woche angefangen. Da konnte ich dann um 8 Uhr morgens anfangen und habe bis mittags um 12/13 Uhr gearbeitet, solange wie die Kinder in der Schule waren. Ich habe dann so alle ein bis zwei Jahre fünf Stunden drauf gesetzt. Das fand ich sehr schön damals. Dadurch, dass ich allmählich von 20 auf 25 und dann auf 30 Stunden hochgegangen bin, konnte ich das immer nach dem Alter der Kinder anpassen.“

(Examinierte Altenpflegerin, 59 Jahre)

Flexible Arbeitszeitmodelle wie z. B. Gleitzeit, Teilzeit, Jahres-, Lebens- oder Arbeitszeitkonten, Freistellungsregelungen wie ein Sabbatical etc. bieten die Chance, den Anforderungen aus Sicht der Betriebe und der Beschäftigten zu vereinbaren.

Nachfolgend werde diese und einige weitere Modelle kurz vorgestellt.

Empfehlungen für Führungskräfte: Formen der Arbeitszeitflexibilisierung	
Job-Sharing	Job-Sharing ist ein Modell, bei der sich zwei oder mehr Arbeitnehmer einen Arbeitsplatz und die Arbeitszeit teilen (z. B. ein Mitarbeiter nur am Vormittag, der andere nur am Nachmittag). Die betroffenen Beschäftigten können die Arbeitsaufteilung und Anwesenheit individuell absprechen.
Gleitzeit	Das Gleitzeit-Modell besteht aus einer Kernarbeitszeit mit allgemeiner Anwesenheitspflicht und den sogenannten Gleitzeitspannen, in denen die Beschäftigten Arbeitsbeginn und Arbeitsende selbst bestimmen können.
Teilzeit	Teilzeitarbeit bietet neben der klassischen Halbtagsarbeit (20 Stunden) viele Flexibilisierungsvarianten, z. B. Arbeit an einzelnen fixen Tagen pro Woche oder Arbeit und Freizeit abwechselnd im Block.
Altersteilzeit	Die Altersteilzeit bietet älteren Arbeitnehmern die Möglichkeit, ihre Arbeitszeit nach Vollendung des 55. Lebensjahres auf die Hälfte zu verringern. <i>Gleitender Übergang in den Ruhestand.</i>
Funktionsarbeitszeit	Die Funktionsarbeitszeit sieht keine verpflichtenden Anwesenheitszeiten (Kernzeit) mehr für jeden einzelnen Mitarbeiter vor, sondern definiert betrieblich vereinbarte Funktionszeiten, zu denen die einzelnen Betriebsbereiche funktionsfähig sein müssen.
Wahlarbeitszeit	Die Wahlarbeitszeit, auch ›Modulare Arbeitszeit‹ genannt, ist ein Angebot des Arbeitgebers an die Beschäftigten, ihre Arbeitszeit freiwillig ohne Lohnausgleich zu reduzieren und variabler zu gestalten.
Arbeitszeitkonto	Ein Arbeitszeitkonto, auf denen Beschäftigte Arbeitszeit ansparen und dieses Kontoguthaben flexibel nutzen können, kann häufig schon einige Stressfaktoren (z. B. für Beschäftigte mit familiären Aufgaben) aus dem Weg räumen.
Jahresarbeitszeit	Bei dieser Arbeitszeitvariante wird auf eine festgelegte Wochen- oder Monatsarbeitszeit verzichtet. Nur im Jahresdurchschnitt muss die vereinbarte Arbeitszeit erfüllt werden.
Langzeit-/Lebensarbeitszeitkonto	Flexibilität in Form von angesparten Arbeitsstunden über einen längeren Zeitraum (z. B. bis zur Rente). Arbeitszeitguthaben bieten die Möglichkeit, zeitweilig aus dem Berufsleben auszusteigen (Sabbatical, Kindererziehung) oder vorzeitig in den Ruhestand zu gehen.
Sabbatical	Sabbaticals ermöglichen den Beschäftigten, durch Lohnverzicht oder Aufbau von Plusstunden, eine zeitlich befristete Unterbrechung der Erwerbstätigkeit.
Da familiäre Rahmenbedingungen einem ständigen Wandel unterliegen, empfiehlt es sich neue Arbeitszeitmodelle in Testphasen auszuprobieren und ggf. weiterzuentwickeln. Bei Vereinbarungen sollten daher zeitliche Befristungen festgelegt werden.	

(Quelle: Stippler et al., 2015; Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSFJ), 2015; Beermann & Brenscheidt, 2013)

Die Einführung von flexiblen Arbeitszeitmodellen bringt Unternehmen viele Vorteile (vgl. Achtenhagen et al., 2012):

- Vermeidung von Fehlzeiten
- Mitarbeiterbindung
- Erhöhung der Mitarbeiterzufriedenheit
- Senkung der Fluktuation
- Verbesserte Personalauswahl

- Kosteneinsparung (z. B. durch eine Senkung der Fluktuationsrate)
- Vorteilhaftes Arbeitgeber-Image
- Erhalt der Beschäftigungsfähigkeit
- Erhöhung der Arbeitszeit

Tipp:

In „Altenpflege: Vereinbarkeit von Beruf und Familie“ finden Sie hilfreiche und gute Beispiele aus der Praxis. Link: https://www.erfolgsfaktorfamilie.de/fileadmin/ef/Netzwerken/5_Praxis_fuer_Ihre_Branche/Branchenservices_PDFs/150223_Branchenservice_Altenpflege_bpa.pdf

Mitarbeiter sollten sich bei der direkten Führungskraft oder in der Personalabteilung darüber informieren welche Möglichkeiten der flexiblen Arbeitszeitgestaltung es in dem Unternehmen gibt und was für ihre Lebenssituation am geeignetsten ist. Neben der flexiblen Arbeitszeitgestaltung gibt es noch weitere Maßnahmen, die der Vereinbarkeit von Beruf und Familie dienen, diese werden nachfolgend benannt.

Empfehlungen für Mitarbeiter:

Maßnahmen zur Erleichterung der Vereinbarkeit von Familie und Beruf

- Flexible Gestaltung der Arbeitszeiten
- Langfristige Arbeitszeitkonten
- Vielfalt an Teilzeitmodellen
- Verschiedene Formen dezentraler Arbeit (alternierende oder mobile Telearbeit)
- Kurzfristige Dienstbefreiung aus familiären Anlässen
- Kontaktprogramme und Fortbildungsmöglichkeiten für Mitarbeiter in Elternzeit
- Informationsgespräche für werdende Eltern
- Eltern-Kind-Arbeitszimmer
- Kinderbetreuungsangebote
- Plätze in der Kindernotfallbetreuungseinrichtung
- Teilnahme an der Kinderferienbetreuung der Stadt

Den Arbeitgebern stehen bei der Unterstützung ihrer Beschäftigten verschiedenste Möglichkeiten zur Verfügung. Bringen Sie in Erfahrung, welche Angebote seitens des Unternehmens bereits existieren. Gemeinsam sollte dann eine passende Lösung für alle gefunden werden.

Die in diesem Kasten aufgeführten Arbeitszeitmodelle werden bereits vorher genauer beschrieben. Daher werden diese hier nur in Stichpunkten aufgeführt.

5.3.2 Nacht- und Schichtarbeit, Dienstplangestaltung

In vielen Branchen lässt sich Nacht- und Schichtarbeit nicht vermeiden. Bei den öffentlichen und privaten Dienstleistungen sowie im Handel und Gastgewerbe lässt sich eine Zunahme von Wechselschicht feststellen (IAB, 2013). Beschäftigte in der Pflege absolvieren ebenfalls Nacht- und Schichtarbeit und müssen zudem Überstunden leisten. Mitarbeiter in Gesundheits- und Pflegeberufen, der Gastronomie oder der Fitnessbranche arbeiten zum Teil auch an den Wochenenden und Feiertagen. Der ständige Schichtwechsel erschwert die Vereinbarkeit von Beruf und Familien (Meissner & Stockfisch, 2012). Ungünstige Arbeitszeiten werden als eine der bedeutendsten Arbeitsbelastungen in der Pflege angesehen (Badura et al., 2005). In der Studie „Neue Wege bis 67“ zeigte sich, dass Pflegekräfte, die im Nacht- und Wechseldienst gearbeitet haben, einen höheren Work-privacy conflict anga-

ben. Für einige kann Schichtarbeit bzw. die Arbeit in Dauernachtschicht jedoch auch eine Lösung sein, wie ein früherer examinierter Altenpfleger im Interview beschrieb:

„Ich habe damals in der Pflege im Schichtdienst gearbeitet und meine Frau hat nach der Geburt unseres ersten Kindes in Teilzeit weitergearbeitet. Da konnten wir uns das durch den Schichtdienst so aufteilen, dass wir die Kinderbetreuung sicherstellen konnten. Ich habe im Spätdienst gearbeitet, sie vormittags. Mittags haben wir uns getroffen und das Kind übergeben. Das war ein großer Vorteil.“

(Personalleiter, 58 Jahre)

Es muss allerdings darauf hingewiesen werden, dass Nacht- und Schichtarbeit gesundheitliche Folgen haben kann. Durch die Abweichung des Arbeits- und Schlafrhythmus treten bei Schichtarbeitern oft Ein- und Durchschlafstörungen auf (Angerer & Petru 2010). In Studien wurde festgestellt, dass Schichtarbeiter im Vergleich zu Tagarbeitern häufig über Schlafstörungen (Wyatt et al., 1999; Rouch et al. 2005), Magen-Darm-Probleme (Europäische Zeitstudie 1/2000) und Herz-Kreislauf-Beschwerden (Becker et al., 2009) klagen. Die Nachtarbeit kann zudem längerfristig eine Herabsetzung der Leistungsfähigkeit zur Folge haben (Paridon et al., 2012). Es gibt jedoch Faktoren, die die Auswirkungen abschwächen und sich positiv auf die Gesundheit auswirken können, wie beispielsweise ein ergonomisch gestalteter Schichtplan.

Empfehlungen für Führungskräfte: <i>Gestaltung der Nacht- und Schichtarbeit</i>	OK ✓
<p>1. Keine dauerhafte Nachtschicht Die Anzahl der aufeinander folgenden Nachtdienste sollte möglichst gering sein. Dabei wird eine maximale Anzahl von vier Nachtdiensten in Folge als Richtgröße angenommen. Eingestreute Nachtdienste, das heißt, ein bis zwei Nachtdienste in Folge sind noch besser.</p>	<input type="checkbox"/>
<p>2. Lange Ruhephase nach einer Nachtschichtphase Nach einer Nachtschichtphase sollte eine möglichst lange Ruhephase folgen. Sie sollte auf keinen Fall weniger als 24 Stunden betragen. Wünschenswert ist eine Ruhephase von 48 Stunden.</p>	<input type="checkbox"/>
<p>3. Geblockte Wochenendfreizeiten Geblockte Wochenendfreizeiten sind besser als einzelne freie Tage am Wochenende. Trotz der erheblichen Zunahme flexibler Arbeitszeitmodelle in den letzten Jahren hat das Wochenende seine große soziale Bedeutung bisher nicht eingebüßt.</p>	<input type="checkbox"/>
<p>4. Möglichst mehr freie Tage für Schichtarbeiter Schichtarbeiter sollten möglichst mehr freie Tage im Jahr haben als Tagarbeiter. Die Mehrbelastung durch Arbeit in der Nacht sollte möglichst durch Freizeit ausgeglichen werden.</p>	<input type="checkbox"/>
<p>5. Vermeidung ungünstiger Schichtfolgen Ungünstige Schichtfolgen sollten vermieden werden, das heißt nach Möglichkeit vorwärts rotieren. Bei einer Vorwärtsrotation (Früh-Spät-Nacht) kann sich der Körper besser anpassen.</p>	<input type="checkbox"/>
<p>6. Frühdienst nicht zu früh beginnen Der Frühdienst sollte nicht zu früh beginnen. Je früher der Dienst beginnt, desto früher müssen die Mitarbeiter aufstehen, um pünktlich am Arbeitsplatz zu sein. Der Schlaf verkürzt sich. Möglichst kein Frühdienst vor 7 Uhr.</p>	<input type="checkbox"/>
<p>7. Spätdienst nicht zu spät beenden Der Nachtdienst sollte möglichst früh enden. Je früher der Schlaf beginnt, desto länger und ungestörter ist er. Wenn möglich, sollte kein Spätdienst nach 23 Uhr liegen.</p>	<input type="checkbox"/>
<p>8. Zugunsten individueller Vorlieben auf starre Anfangszeiten verzichten Zugunsten individueller Vorlieben sollte möglichst auf starre Anfangszeiten verzichtet werden. So können individuelle Präferenzen berücksichtigt werden.</p>	<input type="checkbox"/>

<p>9. Massierung von Arbeitstagen oder Arbeitszeiten auf einen Tag begrenzen</p> <p>Die Massierung von Arbeitstagen oder Arbeitszeiten auf einen Tag sollte begrenzt werden. Lange Dienste und eine große Anzahl von Diensten in Folge verheißen lange Freizeitblöcke, stellen aber auch eine sehr große Belastung dar. Pausen gehören ebenfalls zur Dienstplanung – auch im Nachtdienst.</p>	<input type="checkbox"/>
<p>10. Vorhersehbare und überschaubare Dienstpläne</p> <p>Dienstpläne sollten vorhersagbar und überschaubar sein. Die Berücksichtigung individueller Wünsche bei der Dienstplanung und die Verbindlichkeit der Dienstpläne machen Arbeitszeit und Freizeit besser planbar.</p>	<input type="checkbox"/>

(Quelle: Sczesny, 2007)

Es gibt Faktoren, die die Auswirkungen der Nacht- und Schichtarbeit abschwächen und sich positiv auf die Gesundheit auswirken können, wie beispielsweise ein ergonomisch gestalteter Schichtplan, erholsamer Schlaf, richtige Ernährung und Bewegung.

Ergonomisch gestaltete Schichtarbeit

Anhand der nachfolgenden Checkliste können Beschäftigte überprüfen, ob die arbeitswissenschaftlichen Empfehlungen für eine gute Schichtplangestaltung eingehalten werden.

Checkliste für Mitarbeiter: Ergonomische Gestaltung des Schichtplans	OK ✓
Die Schichtfolgen Spät-Früh, Nacht-Spät sind unbedingt zu vermeiden, da hier die gesetzliche Mindestruhezeit von 11 Stunden zwischen den Arbeitsschichten nicht eingehalten wird.	<input type="checkbox"/>
Die Zahl der aufeinanderfolgenden Nachtschichten sollte möglichst gering sein, max. 3 hintereinander.	<input type="checkbox"/>
Dauernachtschicht sollte unbedingt vermieden werden.	<input type="checkbox"/>
Nach einer Nachtschichtphase sollte eine möglichst lange Ruhephase folgen, möglichst 48 Std.	<input type="checkbox"/>
Die Schichtfolge Nacht-frei-Früh sollte vermieden werden.	<input type="checkbox"/>
Die Zahl der Spätschichten pro Arbeitswoche sollte begrenzt sein, max. 3 hintereinander und nicht mehr als 4 pro Woche. Mindestens ein freier Abend pro Woche zwischen Montag und Freitag.	<input type="checkbox"/>
Einzelne Arbeitstage sollten vermieden werden, es sollten mindestens 2 zusammenhängende Arbeitstage sein.	<input type="checkbox"/>
Einzelne freie Tage sollten vermieden werden, es sollten mindestens 2 zusammenhängende freie Tage sein.	<input type="checkbox"/>
Geblockte Wochenendfreizeiten sind besser als einzelne freie Tage an Wochenenden.	<input type="checkbox"/>
Kurze Vorwärtswechsel zwischen den Schichtarten sollten den Wechselrhythmus bestimmen, z. B. die Schichtabfolge Früh-Früh-Spät-Spät-Nacht.	<input type="checkbox"/>
Rückwärtsrotierte Arbeitszeitsysteme sollten vermieden werden, z. B. den Wechsel von Nacht- auf Spät- und dann auf Frühschichten.	<input type="checkbox"/>
Die Frühschicht sollte nicht vor 6 Uhr beginnen.	<input type="checkbox"/>
Überlange tägliche Arbeitszeiten sollten vermieden werden.	<input type="checkbox"/>
Die Anzahl von Arbeitstagen hintereinander sollte auf max. 5 begrenzt sein.	<input type="checkbox"/>
Die Wochenarbeitszeiten sollten nicht zu stark voneinander abweichen.	<input type="checkbox"/>
Die Schichtdauer sollte abhängig von der körperlichen und psychischen Schwere der Arbeit sein.	<input type="checkbox"/>

Der Schichtplan sollte vorhersehbar und überschaubar sein, d. h. der Schichtzyklus sollte möglichst kurz sein (max. 10 Wochen). Die Schichtabfolge sollte regelmäßig sein.	<input type="checkbox"/>
----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--------------------------

Der Schichtplan sollte bei Bedarf Flexibilität für Mitarbeiter vorsehen.	<input type="checkbox"/>
--------------------------------------------------------------------------	--------------------------

Hinweis: Nicht alle Anforderungen lassen sich gleichzeitig verwirklichen. Die Interessen der Beschäftigten und des Betriebes sollten hier miteinander abgewogen werden.

(Quelle: Initiative Neue Qualität der Arbeit (INQA), 2009a)

Ruhiger und erholsamer Schlaf trotz Schichtarbeit

Neben allgemeinen Belastungen können Nacht- und Schichtarbeit zu Schlafstörungen und zur Verschlechterung der Schlafqualität führen. Symptome wie z. B. chronische Müdigkeit und Rückgang der subjektiven Wachsamkeit zählen zu den Beschwerden, die im Allgemeinen mit der Schichtarbeit zusammenhängen (Spiegel, 2004). Insbesondere Nachtschichtarbeiter, die tagsüber schlafen, leiden oft unter Schlafstörungen. Ein Mangel an Schlaf kann eine Verschlechterung des Kurzzeitgedächtnisses und eine Beeinträchtigung der Aufmerksamkeit verursachen (Wyatt et al., 1999; Rouch et al., 2005). Schlafstörungen, die häufig mit einem Schlafdefizit einhergehen, können zudem Gereiztheit und schlechte Stimmung auslösen (Spiegel, 2004). Dies hängt damit zusammen, dass der Organismus auf Wachsein am Tage und auf Schlafen in der Nacht programmiert ist. Nacht- und Schichtarbeit stört ständig den natürlichen Schlafrhythmus. Für Schichtarbeitende ist ein erholsamer Schlaf sehr wichtig, aber nicht immer leicht zu erreichen. Mit Hilfe der nachfolgenden Empfehlungen kann man leichter in den Schlaf finden - und wieder hinaus.

Empfehlungen für Mitarbeiter: Einschlaf Tipps für Schichtarbeiter

Empfehlung	Infos und Maßnahmen
Regelmäßige Schlafzeiten je nach Schicht	Versuchen Sie regelmäßige, feste Schlafzeiten einzuhalten. Je nach Schicht sollte Anfang und Ende der Schlafzeit festliegen.
Wachmacher wie Kaffee, Cola und schwarzen Tee mindestens 2 Stunden vorm Schlafen weglassen	Kaffee ist sogar noch acht Stunden nach dem Trinken wirksam im Körper.
Alkohol vermeiden	Der Schlaf ist weniger erholsam, Bier steigert den Harndrang, man muss häufiger mal hoch.
Letzte größere Mahlzeit mehr als drei Stunden vorm Schlafen einnehmen. Ein kleiner Snack ist okay!	Milch mit Honig, Bananen, Schokolade können beim Einschlafen helfen.
Insgesamt 7 Stunden Schlaf sollten es schon sein, auch nach einer Nachtschicht.	Es gibt verschiedene Möglichkeiten nach einer Nachtschicht zu schlafen: nur Schlaf am Vormittag, aufgeteilter Schlaf (4 Stunden vormittags und 3 Stunden nachmittags zwischen 17 Uhr und 20 Uhr) oder nur Schlaf am Nachmittag.
Nur kurzer Schlaf nach letzter Nachtschicht	Um nach einem Nachtschichtblock möglichst schnell wieder einen erholsamen und langen Nachtschlaf zu haben, empfiehlt es sich, nach der letzten Nachtschicht tagsüber nur kurz zu schlafen, damit man abends auch müde ist.

Abschalten vorm Schlafen – Entspannen statt Schlafmittel	Vermeiden Sie anstrengende Gespräche und Arbeiten am PC kurz vorm Schlafen. Entspannen Sie sich aktiv, es gibt viele Möglichkeiten (Autogenes Training, warm baden, Spaziergänge, Kräutertee, ein gutes Buch, beruhigende Musik).
Zwischendurch ruhig mal ein Nickerchen	Ein 10 minütiger Schlaf hilft bereits dabei sich zu erholen.
Lärmfreies Schlafzimmer	Wählen Sie den ruhigsten Raum als Schlafzimmer aus. Isolieren Sie das Zimmer vor Lärm, z. B. mit schweren Vorhängen, Doppeltüren oder Doppelfenstern.
Lichtschutz	Fenster so gut wie möglich abdunkeln. Zusätzlich das Bett an den dunkelsten Platz im Zimmer stellen.
Für Kühle sorgen	Aufheizung durch Sonneneinstrahlung vermeiden, evtl. Schlafzimmer verlegen. Vor dem Schlafen lüften.
Feste Schlafzeiten einführen und Freunde, Familie und Nachbarn informieren	Teilen Sie feste Schlafzeiten ein und informieren Sie andere darüber, z. B. indem Sie einen Plan zu Hause aushängen oder an Freunde verteilen.
Familie einbeziehen	Sprechen Sie mit Ihrer Familie ab, wann Sie ungestört schlafen möchten und wann Sie für Ihre Familie ansprechbar sind. So vermeiden Sie Störungen.

(Quelle: In Anlehnung an „Initiative Neue Qualität der Arbeit“ (INQA), 2009b)

Richtig essen bei Schichtarbeit

Grundsätzlich sollte jeder auf eine ausgewogene und gesunde Ernährung achten. Für Personen mit unregelmäßigen Arbeitszeiten spielt die Auswahl ihrer Lebensmittel und Getränke eine noch größere Rolle, da sie oft dann essen, wenn das Verdauungssystem eigentlich auf Ruhe eingestellt ist. Der Magen arbeitet nachts nicht so gut wie tagsüber, daher führen schwer verdauliche Mahlzeiten zu Magen-Darm-Beschwerden. Fettreiche und zuckerhaltige Lebensmittel sowie Wachmacher wie Kaffee oder bestimmte Teesorten können die Verdauung negativ beeinflussen (Wedderburn, 2000; Beermann, 2010). Nach Schlafstörungen sind Magen-Darm-Beschwerden die am häufigsten genannten Beeinträchtigungen bei Schicht- und Nachtarbeitern (Wedderburn, 2000). Schichtarbeiter mit Nachtarbeit klagen im Vergleich zu Tagarbeitern viel häufiger über Appetitstörungen, Verstopfungen, Verdauungsstörungen, Sodbrennen und Bauchschmerzen (Seibt et al., 2006; Europäische Zeitstudie, 1/2000; Wedderburn, 2000). Schichtarbeiter müssen ihre Gesundheit regelmäßig überwachen und durch Maßnahmen wie eine gesunde Ernährung fördern.

Durch eine regelmäßige Nahrungsaufnahme lassen sich einige Beschwerden weitgehend beheben. Nachtarbeiter sollten z. B. eher kleine, leichte Speisen zu sich nehmen, da dies dafür sorgt, dass der Blutzuckerspiegel nicht absinkt und die Konzentration erhalten bleibt.

Empfehlungen für Mitarbeiter: Ernährungstipps für Schichtarbeiter

- Mindestens drei, besser fünf kleine Mahlzeiten pro Tag zu sich nehmen.
- Nicht kurz vor dem Schlafengehen üppig schlemmen.
- Nicht hungrig ins Bett gehen. Der Hunger verschlechtert den Schlaf und führt zu Ein- und Durchschlafstörungen.
- Nach Möglichkeit nicht alleine essen. Gemeinsame Mahlzeiten fördern die Kommunikation.

- Ausreichend Flüssigkeit zu sich nehmen, rund zwei bis drei Liter am Tag dürfen es schon sein.
- Zum Durstlöschchen auf Cola und Limonade wegen des hohen Zuckergehalts verzichten, stattdessen ungesüßte Kräuter- und Früchtetees und Mineralwasser bevorzugen.
- Etwa vier Stunden vor dem Schlafengehen keine koffeinhaltigen Getränke mehr trinken. Sie können den Einschlafprozess erschweren.
- Auf Schlafmittel und Alkohol als Einschlafhilfe verzichten. Diese beeinträchtigen den Erholungswert des Schlafes und die Gesundheit.
- Grundsätzlich gilt: Im Bett sind Fernsehen, Lesen, Arbeiten und Essen tabu. Wenn man im Bett nicht fernsieht, liest arbeitet, oder isst, kann der Körper auf Schlaf trainiert werden.

(Quelle: Techniker Krankenkasse, 2015b)

Fit trotz Schichtarbeit

Für Personen, die in der Nacht- und Schichtarbeit beschäftigt sind, sind körperliche Aktivitäten und Sport sehr wichtig.

Empfehlungen für Mitarbeiter: So bleiben Sie trotz Schichtarbeit fit

- Treiben Sie Sport und sorgen Sie für regelmäßige Bewegung. Viele Sportarten wie Schwimmen, Radfahren oder Walking benötigen weder Partner, Mannschaft noch Vereine.
- Viele Hobbysportler sind privat organisiert und flexibler als Sportvereine. Besorgen Sie sich die Termine und Treffpunkte von Lauftreffs, Fahrradfreunden etc.
- Wählen Sie Sportarten, die Sie gemeinsam mit dem Partner oder der Familie ausüben können.
- Vielleicht finden Sie einen oder mehrere Sportpartner in „Ihrer“ Schicht. Dann lassen sich gemeinsame sportliche Aktivitäten gut koordinieren. Hat Ihr Arbeitgeber einen betriebseigenen Fitnessraum oder Betriebssportangebote, sollten Sie diese nutzen.
- Zahlreiche Freizeitbäder haben an einem oder mehreren Tagen in der Woche abends länger geöffnet. Nutzen Sie das.
- Das Training in Fitness-Studios hilft Ihnen, Ihre Ausdauer und Muskelkraft zu verbessern. Die meisten Studios haben lange Öffnungszeiten und sind damit ideal für Schichtarbeiter. Allerdings sollten Sie es nicht übertreiben – auch für den Sport gilt: Nachts haben Sie Ihr Leistungstief.
- Bewegung muss nicht gleich Sport sein. Gartenarbeit – vor allem ohne die zahlreichen elektrischen Helfer – ist durchaus bewegungsintensiv.
- Auch der Alltag lässt sich „bewegender“ gestalten: Treppe statt Fahrstuhl und Fahrrad statt Pkw lassen den Puls schneller schlagen.

(Quelle: Techniker Krankenkasse, 2015b)

5.3.3 Pausengestaltung

Mitarbeiter nehmen sich immer seltener Zeit für eine Arbeitsunterbrechung und arbeiten häufig durch, umso mehr Zeit für die Bewältigung ihrer Arbeitsaufgaben zu haben. Viele verlieren in stressigen Zeiten auch oft das Gefühl dafür ob sie überhaupt ausreichend Pausen gemacht haben. Insbesondere Arbeitnehmer, die zu viel Stress haben, streichen als erstes ihre Pausen. In einer Studie des Gesundheitsmonitors, für die rund 1.000 Erwerbstätige repräsentativ befragt wurden, gaben knapp ein Viertel der Befragten an, dass sie auf ihre Pausen verzichten (Bertelsmann Stiftung, 2015). Auch in der BIBB/BAuA-Erwerbstätigenbefragung 2011/2012, wo über 20.000 Beschäftigte befragt wurden, kam man zum gleichen Ergebnis (Lohmann-Haislah, 2012). Dabei ist die Einhaltung von Pausen ist sehr wichtig. Untersuchungen haben gezeigt, dass die Pause während der Arbeitszeit einen wichtigen Erholungsfaktor darstellt (Chan & Perry, 2012). Mit zunehmender Zeit ohne Arbeitspausen sinkt die Leistungsfähigkeit und die Anfälligkeit für Fehler und Unfälle wird größer (Wirtz, 2010). Außerdem kann es sich negativ auf das Befinden und die Gesundheit auswirken. In der Untersuchung von

Lohmann-Haislah (2012) gaben Beschäftigte mit Pausenausfall häufiger als Beschäftigte ohne Pausenausfall an, dass sie sich müde, matt oder erschöpft fühlen und unter Schlafproblemen leiden. Allein durch das Aufschieben von Pausen steigt die Ermüdung im Tagesverlauf und man muss sich bei der Arbeit umso mehr anstrengen. Je länger die Erholung aufgeschoben wird, umso größer ist die Erschöpfung. Dies kann auf Dauer zu einer chronischen Übermüdung und Erschöpfung führen. In der Studie „Neue Wege bis 67“ gaben viele der Interviewten an, dass sie während der ganzen Arbeitszeit zu keinen richtigen Pausen kommen. Oft begründeten sie dies damit, dass sie sehr viel zu tun haben und Pausen nicht in ihren Arbeitsablauf passen. Eine examinierte Altenpflegerin berichtete davon:

„Ich laufe hier die ganze Zeit von morgens bis Feierabend. Es ist für mich schon lange wie eine Fließbandarbeit und ich komme sehr oft zu keiner vernünftigen Pause.“

(Examinierte Altenpflegerin, 51 Jahre)

Konzentriert durcharbeiten, das kann keiner. Nachfolgend einige Empfehlungen dazu worauf Führungskräfte und Mitarbeiter bzgl. der Pausengestaltung achten sollten.

Empfehlungen für Führungskräfte: Sinnvolle Pausengestaltung

- Ermöglichen Sie Ihren Mitarbeitern regelmäßige Pausen und achten Sie darauf, dass Pausen eingehalten werden.
- Machen Sie Ihren Mitarbeitern deutlich, dass Pausen wichtig sind.
- Organisieren und planen Sie eine Ablösung.
- Lassen Sie Ihre Mitarbeiter (wenn möglich) selbst bestimmen wann sie zur Pausen gehen möchten. Bei auftretenden Schwierigkeiten sollten Sie einen Pausenplan festlegen.
- Vermeiden Sie es unbedingt, dass Mitarbeiter ihre Pausen komplett am Anfang oder Ende ihrer Arbeitszeit nehmen. Arbeitspausen sollen nicht der Verkürzung von Arbeit sondern der Erholung dienen.
- Gestatten Sie Ihren Mitarbeitern, wenn es möglich ist, dass sie zu zweit in die Pause gehen. Dies fördert die Kommunikation und den Austausch untereinander.
- Sorgen Sie dafür, dass es einen „richtigen“ Pausenraum gibt und nicht z. B. das Dienstzimmer oder der eigene Schreibtisch dafür genutzt wird.
- Achten Sie darauf, dass der Pausenraum nicht direkt am Arbeitsplatz ist. Eine räumliche Trennung hilft Ihren Mitarbeiter dabei gedanklich besser abzuschalten.
- Wichtig ist, dass Ihre Mitarbeiter in ihrer Pause nicht von Patienten, Kunden etc. gestört und unterbrochen werden können.

(Quelle: Eigene Zusammenstellung in Anlehnung an die Interviews, Studie „Neue Wege bis 67“)

Die nachfolgenden Empfehlungen gelten sowohl für Führungskräfte als auch für Mitarbeiter. Der Alltag von Führungskräften ist nämlich oft von vielen Terminen und Aufgaben, die schiefehen und den Tagesablauf durcheinander bringen können, geprägt. Dies führt häufig dazu, dass sie auf eine Pause verzichten. Führungskräfte können ihren Mitarbeitern aber nicht glaubhaft verdeutlichen, wie wichtig der Erholungswert von Pausen ist, wenn sie selbst keine Pausen machen.

Empfehlungen für Führungskräfte/Mitarbeiter: Sinnvolle Pausengestaltung

- Planen Sie Ihre Pausen in Ihren Arbeitstag fest ein.
- Entwickeln Sie Selbstdisziplin und bestehen Sie auf Ihre Pausen (auch vor sich selbst). So stärken Sie sich gegen Stress und für mehr Resilienz/Widerstandsfähigkeit.
- Machen Sie Ihre Pausen möglichst immer zur gleichen Zeit. Feste Strukturen helfen Ihnen dabei, Pausen regelmäßig wahrzunehmen und nicht im Alltagsstress untergehen zu lassen.
- Geplante Pausen haben einen höheren Erholungswert und präventiven Effekt, da selbst gewählte Pausen meist zu spät eingelegt werden, wenn sich bereits Ermüdungssymptome zeigen.

- Vermeiden Sie es Ihre Pausen komplett am Anfang oder Ende ihrer Arbeitszeit zu nehmen. Arbeitspausen sollen der Erholung und nicht der Arbeitszeitenverkürzung dienen.
- Machen Sie öfter kurze Pausen. Legen Sie nach drei Stunden eine 15-20-minütige Pause ein. Mehrere kurze Pausen sind effektiver als wenige längere Pausen gleicher Gesamtlänge. Zu lange Pausen erschweren das Zurückfinden in den Arbeitsprozess.
- Nutzen Sie Ihre Pause um in Ruhe zu essen und zu trinken. Verlassen Sie dafür Ihren Arbeitsplatz und suchen Sie sich einen angenehmen Platz in entspannter Atmosphäre. Oder gehen Sie an die frische Luft.

(Quelle: Eigene Zusammenstellung)

5.3.4 Neue Herausforderungen in der Pflege

Mit den demografischen Entwicklungen ändern sich bestimmte Krankheitsbilder und somit auch die Patientenstruktur in den Pflegeeinrichtungen. Drei Entwicklungen nannten die Beschäftigten in der Altenpflege in Interviews und auf dem Expertenworkshop der Studie „Neue Wege bis 67“ besonders häufig. Dazu gehörten die Zunahme des Anteils an stark übergewichtigen Pflegebedürftigen, Demenzkranken sowie jungen Pflegebedürftigen mit dem Korsakow-Syndrom. Diese Entwicklungen stellen neue Herausforderungen für die Unternehmen und Beschäftigten in der Altenpflege dar.

Bei diesen speziellen Bewohner-/Klientengruppen, und insbesondere bei stark übergewichtigen Pflegebedürftigen, spielt die Prävention durch Einsatz von adäquaten Hilfsmitteln eine große Rolle. Experten auf dem Workshop betonten, dass diese speziellen Krankheitsbilder früher nicht in der Ausbildung thematisiert worden seien. Daher sollten die Beschäftigten unbedingt in diesen Gebieten fachlich qualifiziert werden und Angebote, wie z. B. Fort- und Weiterbildungen zu den Krankheitsbildern, erhalten. Des Weiteren ist eine breite (pflegefachliche) Diskussion des Themas erforderlich, um ein Problembewusstsein für die neuen Entwicklungen und Herausforderungen in der Pflege zu schaffen.

Übergewicht und Adipositas

Die Betreuung und Pflege von stark übergewichtigen Personen stellt Pflegekräfte vor eine neue Herausforderung. Die Körpermaße und das enorme Gewicht, die im Rahmen der Pflege bewegt werden müssen, stellen ein erhebliches körperliches Belastungsrisiko für die Pflegekräfte dar. Studien zeigen, dass die institutionelle Langzeitversorgung adipöser Menschen mit zeitlichen, personellen und instrumentellen Mehraufwendungen einhergeht (Apelt, 2013). Bisher scheint Adipositas als aktuelles Versorgungsproblem in der Langzeitpflege aber unerkannt.

Vor besonders große Probleme stellen stark übergewichtige Pflegebedürftige den ambulanten Bereich, in dem Pflegekräfte oftmals die Pflege dieser Personen alleine bewältigen müssen. Unvorhersehbare Ereignisse bei einzelnen Pflegebedürftigen können ihnen ihren gesamten Arbeitstag durcheinanderbringen. Eine examinierte Altenpflegerin beschrieb im Interview einen dieser schwierigen Fälle:

„In der ambulanten Pflege arbeite ich nachmittags komplett alleine. Wir hatten bis vor kurzer Zeit einen Patienten mit multipler Sklerose und der war stark übergewichtig. Den hätte ich nicht alleine hochheben können. Da musste ich, wenn er zum Beispiel tatsächlich aus dem Rollstuhl gerutscht ist, regelmäßig die Feuerwehr rufen. Das ging gar nicht anders. Das sprengt einem natürlich die Tour zu den anderen Kunden an dem Tag.“

(Examinierte Altenpflegerin, 47 Jahre)

Daher ist neben der Bereitstellung und Verwendung von adäquaten Hilfsmitteln bei der Versorgung von adipösen Pflegebedürftigen die Sicherstellung von personellen Ressourcen unabdingbar. Es sollte die Möglichkeit geschaffen werden, dass im ambulanten Bereich möglichst zwei Pflegekräfte bei der Pflege stark übergewichtiger und immobiler Personen eingesetzt werden. Dies entspricht auch dem Wunsch der Beschäftigten. Eine Altenpflegehelferin schilderte folgenden Fall:

„Wir hatten einen Herrn, der hatte multiple Sklerose und konnte seine Beine nicht mehr bewegen. Der wurde zweimal die Woche von uns geduscht. Und da ging man auch alleine hin. Und da ist es passiert. Er war in der Wanne, ist vom Badestuhl runtergerutscht und hatte keinen Halt mehr. Er hätte auch in der Wanne ertrinken können, weil da keine Kraft mehr war. Da hat die Kollegin auch gesagt: ‚Das geht nicht‘. Dann hat sich die Leitung aber auch darum gekümmert. Es wurde beantragt, dass man ihn nur zu zweit versorgt. Das ist ganz wichtig, weil man da sonst einfach alleine ist. Ich sage auch: ‚Ich kann das nicht. Das ist mir zu schwer. Ich brauche bitte Hilfe‘. Aber das wird dann auch berücksichtigt. Ich weiß nicht, ob das überall so ist.“

(Altenpflegehelferin, 58 Jahre)

Wie die Altenpflegehelferin berichtet, kann die Versorgung bestimmter Pflegebedürftiger durch zwei Pflegekräfte bei den Krankenkassen beantragt werden. Bei einer entsprechenden Genehmigung wird der Einsatz von den Kassen finanziert.

Empfehlungen für Führungskräfte:

- Bieten Sie Ihren Mitarbeitern die Teilnahme an Fort- und Weiterbildungen (zum Krankheitsbild Adipositas) an.
- Stellen Sie Ihren Mitarbeitern spezielle/geeignete Hilfsmittel für stark übergewichtige Pflegebedürftige zur Verfügung.
- Teilen Sie ggf. zwei Mitarbeiter bei der Versorgung stark übergewichtiger Pflegebedürftiger ein.
- Räumen Sie Ihren Mitarbeitern, bei der Versorgung eines stark übergewichtigen Pflegebedürftigen, mehr Zeit ein.

(Quelle: Interviews, Studie „Neue Wege bis 67“)

Demenz

Demenz ist der Sammelbegriff für Erkrankungen, die mit einem Verlust von geistigen Funktionen wie Denken, Erinnern, Orientierung und Verknüpfen von Denkinhalten einhergehen. Krankheitsbedingte Verhaltensänderungen und Orientierungsstörungen erfordern eine ständige Betreuung oder Beaufsichtigung der Person. Ein Großteil der pflegebedürftigen Personen mit Demenz ist zudem multimorbide. Zu den häufigsten Begleiterkrankungen zählen Inkontinenz, Dekubitus und Depressionen. Darüber hinaus werden oftmals eine Fehl- und Mangelernährung, Immobilität, hüftgelenksnahe Frakturen und Schluckstörungen angegeben (Beekmann et al., 2012). Aufgrund dieser Faktoren ist die Pflege eines Menschen mit Demenz sehr anspruchsvoll. Dies beschrieb auch eine examinierte Pflegekraft, die in den heilpädagogischen Bereich gewechselt ist und jetzt dort als Betreuerin arbeitet:

„Demenz ist auch bei uns ein Thema. Verabredungen werden von Demenzkranken oft nicht eingehalten, weil die Person sich nicht daran erinnern kann und es vergisst. Das finde ich schon sehr mühsam.“

„Man baut zu der Person auch irgendwie eine Art Beziehung auf. Und wenn man dann merkt, dass die Person stark abbaut, dann nimmt einen das psychisch natürlich auch mit.“

(Betreuerin im heilpädagogischen Bereich, 24 Jahre)

Bei der Mitarbeiterbefragung in der Studie „Neue Wege bis 67“ stimmte von den Pflegekräften sowohl in der stationären Altenpflege, als auch im ambulanten Dienst etwa ein Viertel „voll oder eher“ zu, dass der Umgang mit dementen Bewohnern/Klienten sehr belastend sei. Derzeit geht man davon aus, dass rund 1,3 bis 1,4 Mio. Menschen in Deutschland von Demenz betroffen sind; Hochrechnungen prognostizieren eine Verdoppelung bis zum Jahr 2050 (Sütterlin et al. 2011). Aufgrund der Studienergebnisse und der Prognosen wird deutlich, dass in dem Bereich ein großer Handlungsbedarf besteht.

Empfehlungen für Führungskräfte:

- Qualifizieren Sie Ihre Mitarbeiter zum Thema Demenz (Vermittlung von Wissen und praktischen Übungen zum Umgang mit Demenzkranken).
- Räumen Sie Ihren Mitarbeitern, bei der Versorgung eines dementen Pflegebedürftigen, mehr Zeit ein.
- Job-Rotation: Räumen Sie Ihren Mitarbeitern, die in der „Demenzabteilung“ tätig sind, die Möglichkeit ein, dass sie die Hälfte ihrer Arbeitszeit z. B. auf der „Normalstation“ arbeiten (Reduzierung der psychischen Belastung).
- Die Persönlichkeitsveränderung einer dementen Person kann Pflegekräfte belasten. Bieten Sie Ihren Mitarbeitern bei Bedarf eine psychologische Betreuung an.

(Quelle: Interviews, Studie „Neue Wege bis 67“)

Korsakow-Syndrom

Ein übermäßiger Drogenkonsum kann dazu führen, dass Personen schon im Alter von 50 Jahren und früher pflegebedürftig sind. Bei jahrelangem Missbrauch von Alkohol kann z. B. das Korsakow-Syndrom auftreten. Beim Korsakow-Syndrom handelt es sich um eine gravierende Form der hirnrorganischen Veränderung, die auch in eine Demenz übergehen kann. Eine zentrale Folge des Korsakow-Syndroms ist die Verflachung des Gefühlslebens. Dieses kann zu Problemen im zwischenmenschlichen Umgang führen. Eine examinierte Altenpflegerin beschrieb ihre Erlebnisse mit einem an einem Korsakow-Syndrom leidenden Bewohner wie folgt:

„Der Mann war unberechenbar. Er stand mit einmal hinter einem und hatte auch einmal ein Messer in der Hand. Irgendwann in seiner Phase hat er alle seine Sachen aus dem Fenster geschmissen. Er hat eine Kollegin hinten im Nacken angefasst, zwar nicht stark, aber er hat es gemacht. Und mit einmal stand er im Dienstzimmer und man kam nicht mehr raus. Man fühlte sich eingesperrt. Man wusste nicht, was kommt als Nächstes, was macht der Mann jetzt, weil er einfach unberechenbar war. Man merkte auch, dass er das nicht steuern konnte in diesen Phasen.“

(Examierte Altenpflegerin, 48 Jahre)

Dieselbe Pflegekraft berichtete zudem, dass Pflegebedürftige mit dem Korsakow-Syndrom oftmals weiblichen Beschäftigten gegenüber wenig Respekt zeigen:

„Wir haben schon bemerkt, dass es gewisse Bewohner gibt, die eher Respekt vor den Männern haben, sich aber von uns Frauen nicht unbedingt etwas sagen lassen. Gerade Frauen, die schüchtern sind, können sich da nicht durchsetzen bzw. zeigen ihre Angst. Das ist dann auch so ein Rattenschwanz.“

(Examierte Altenpflegerin, 48 Jahre)

Hier einige Empfehlungen für Führungskräfte, was sie bei Korsakow-Patienten bzgl. ihrer Mitarbeiter berücksichtigen sollten.

Empfehlungen für Führungskräfte:

- Bei der Einteilung der Pflegekräfte sollte darauf geachtet werden, dass sie Erfahrungen im Umgang mit Korsakow-Patienten haben.
- Es sollte, da es sich bei den Korsakow-Patienten häufig um sehr komplexe Persönlichkeiten handelt, darauf geachtet werden, dass die Belastungen möglichst gleichmäßig und gerecht zwischen den Pflegekräften verteilt werden.
- Bei Korsakow-Patienten gelten erhöhte Sicherheitsstandards, da sie ohne jede rationale Erklärung aggressiv reagieren können. Daher sollte darauf geachtet werden, dass weibliche Pflegekräfte nicht allein die Grundpflege leisten.
- Bei Korsakow-Patienten, wenn möglich, lieber männliche Pflegekräfte für die Pflege einsetzen.
- Für die Pflege von Korsakow-Patienten sollte, da diese Personen sich ihrer Einschränkungen nicht bewusst und daher bei der Pflege unkooperativ sind, mehr Zeit eingeplant werden.
- Pflegekräfte, die Korsakow-Patienten betreuen, sollten unbedingt regelmäßig zum Thema Korsakow-Syndrom fortgebildet werden.

(Quelle: Interviews, Studie „Neue Wege bis 67“)

Nachfolgend auch noch einige Empfehlungen für Mitarbeiter, was sie im Umgang mit Korsakow-Patienten berücksichtigen sollten.

Empfehlungen für Mitarbeiter:

- Nehmen Sie an Schulungen und Fortbildungen zum Thema Korsakow teil. So erfahren Sie auch warum die Stimmung von Korsakow-Patienten häufig schwankend und von außen leicht beeinflussbar ist. Um zu erfahren, wie es dem Bewohner wirklich geht, ist viel Wissen und Erfahrung mit dem Betroffenen und dem Krankheitsbild erforderlich.
- Wundern Sie sich nicht, wenn es bei Korsakow-Patienten leicht zu Missverständnissen kommt. Betroffene beziehen Gespräche unter Dritten schnell auf sich und nehmen an, man rede über sie.
- Treten Sie Korsakow-Patienten gegenüber freundlich, aber bestimmt auf. So erzielen Sie die besten Resultate.
- Stellen Sie sich bei Korsakow-Patienten auf Antriebslosigkeit und Angstzustände ein. Dadurch kann der Umgang mit Korsakow-Patienten anstrengend und frustrierend sein.

(Quelle: Interviews, Studie „Neue Wege bis 67“)

Ganz wichtig ist auch, dass bei der Aufnahme neuer Bewohner/Klienten auf die Ausstattung der Einrichtung (Traglast von Betten und Stühlen, Liftern usw.) und Qualifikation der Mitarbeiter (Kenntnisse bzgl. bestimmter Erkrankungsbilder) geachtet wird. Gegebenenfalls müssen potenzielle Bewohner/Klienten abgewiesen werden. Hierzu ein Zitat von einer stellvertretenden Wohnbereichsleiterin.

„Belastungen können dadurch reduziert werden, in dem man vielleicht von vorn herein darauf achtet welche Bewohner aufgenommen werden, dass man nicht jeden aufnimmt. Gerade wenn welche aus der geschlossenen Anstalt kommen. Da sollte man sich das dreimal überlegen und sich vorher ein umfassendes Bild machen und überlegen ob die Person wirklich geeignet ist für diesen Wohnbereich.“
(Stellvertretende Wohnbereichsleiterin, 48 Jahre)

5.4 Arbeitsinhalt

5.4.1 Qualifikation

Die Zukunft der Erwerbsarbeit wird von der wachsenden Bedeutung der Faktoren Wissen und Bildung geprägt. Immer mehr neue Entwicklungen und Herausforderungen in der Arbeitswelt erfordern ein kontinuierliches, lebenslanges Lernen. Vor allem der technische Fortschritt macht die Arbeitswelt komplexer und erfordert somit eine kontinuierliche Weiterbildung. Arbeitgeber sollten ihre Mitarbeiter kontinuierlich weiterqualifizieren und Arbeitnehmer sollten Bereitschaft zeigen. Das in der Ausbildung oder bei einem Arbeitgeber einmal erworbene Wissen reicht längst nicht mehr aus. Beschäftigte müssen auch selbstverantwortlich und präventiv daran arbeiten, neue Fähigkeiten und Wissensgebiete zu erschließen. Ohne eine ständige Weiterbildung kann die Beschäftigungssicherheit nicht mehr garantiert werden (vgl. Büchel & Pannenberg, 2004). Eine Weiterbildung erweitert die Kompetenzen und stellt somit eine Chance für ein besseres berufliches Fortkommen dar. Dadurch erhöhen sowohl der Arbeitgeber als auch der Arbeitnehmer die Einsatz- und Beschäftigungsmöglichkeiten. Die Investition in das Wissen ist die effektivste Vorbereitung auf das Alter.

In den Interviews der Studie „Neue Wege bis 67“ betonten die Pflegekräfte, dass vor allem gut ausgebildetes Personal fehle. Zeitarbeitskräfte würden nur bedingt weiterhelfen, da diese zu oft wechselten und, z. B. im Umgang mit Demenzzkranken, nicht genügend geschult seien. Grundsätzlich wird die Beschäftigung von unqualifizierten Kräften als eine unzureichende Lösung betrachtet (vgl. Jaudas & Dunkel, 2005). Für Beschäftigte in der Altenpflege gibt es vielfältige Möglichkeiten, sich zu qualifizieren. Im *Anhang 5* gibt es einen Überblick über die Qualifikationsmöglichkeiten. Qualifizierte Kollegen können nicht nur für die anderen Mitarbeiter eine Entlastung darstellen, auch das eigene lebenslange Lernen kann helfen, körperliche und psychische Belastungen zu reduzieren.

Empfehlungen für Führungskräfte:

Sorgen Sie dafür, dass bei Ihnen eine Atmosphäre des Lernens selbstverständlich wird.

Sie können...

- ... anfangen, in der Teamrunde neues Wissen als Kurzvortrag zu präsentieren und zu diskutieren.
- ... einen Teamtag einführen, in dem Sie und Ihr Team sich mit einem Thema intensiver beschäftigen.
- ... Weiterbildungsangebote in der Arbeitszeit möglich machen, die Fragen behandeln, die Ihre Mitarbeiter beschäftigen. (Das kann z. B. ein Vortrag zum Thema: »Wie gehe ich mit aggressiven Kunden um?« oder auch eine Fragestunde sein, zu der Sie einen Experten einladen.)
- ... regelmäßig Angebote (z. B. Bildungsurlaub) für Qualifizierung bereitstellen.
- ... in Mitarbeitergesprächen die Frage »Was interessiert Dich?« als Standard aufnehmen.

(Quelle: Eigene Zusammenstellung)

Empfehlungen für Mitarbeiter:

Sie sollten...

- ... Verantwortung für die eigene Weiterbildung übernehmen.
- ... regelmäßig an Fort- und Weiterbildungen teilnehmen.
- ... Mitarbeiter(entwicklungs)gespräche einfordern und über Ihre Interessen berichten.

(Quelle: Eigene Zusammenstellung)

Ein Mittel zur Festlegung des Qualifizierungsbedarfs und der Laufbahnberatung ist das Mitarbeiter(entwicklungs)gespräch. Das Mitarbeiter(entwicklungs)gespräch kann Aufschluss über die Zufriedenheit und Bedürfnisse der Mitarbeiter bieten. Mitarbeiter(entwicklungs)gespräche gehören zu den Aufgaben einer Führungskraft, sie sind ein zentrales Instrument des Personalentwicklungskonzeptes

und dienen der individuellen Laufbahnplanung eines Mitarbeiters. In der Regel wird dieses Gespräch einmal im Jahr durchgeführt. Es erfolgt zwischen Führungskraft und Mitarbeiter („Vier-Augen-Gespräch“). Bei dem Gespräch werden, durch eine detaillierte Kompetenzanalyse, die Stärken sowie Verbesserungspotenziale des Beschäftigten ermittelt und konkrete Ziele, insbesondere Förder- und Entwicklungsmöglichkeiten ausgearbeitet und geplant. Ein Leitfaden für ein Mitarbeiter(/Vorgesetzten)-Gespräch befinden sich im *Anhang 6*.

Empfehlungen für Führungskräfte:

Mögliche Fragen für das Gesprächselement „Förder- und Entwicklungsmöglichkeiten“

- Welche Stärken und Schwächen sowie Potentiale werden gesehen?
- Welche Über- und Unterforderungen werden gesehen?
- Was kann getan werden, damit die Arbeit als (noch) motivierender erlebt wird?
- Welche Veränderungs- und Entwicklungsabsichten bestehen?
- Welcher Fort- und Weiterbildungsbedarf und welche entsprechenden Wünsche werden gesehen.
- Was sind die persönlichen Zielvorstellungen und Absichten des Mitarbeiters, im Hinblick auf die berufliche Entwicklung?
- Welche konkreten Ziele lassen sich daraus gemeinsam ableiten?

(Quelle: Senator für Finanzen Abteilung Personal- und Verwaltungsmanagement, 2004; Niedersächsisches Innenministerium Geschäftsstelle für Verwaltungsreform, 1997)

Eine Pflegedienstleiterin beschrieb ihre Erfahrungen mit einem Mitarbeiter(entwicklungs)gespräch wie folgt:

„Es ist einfach zur Personalentwicklung schon ganz gut, jemanden regelmäßig zu sehen, um ihn zu fragen: „Wo stehst du? Wo willst du hin? Und was sehe ich als Betrieb möglich für dich.“ So haben wir ganz viele von unseren Mitarbeitern schon in Weiterbildungen, in andere Qualifizierungsmaßnahmen oder auch in Ausbildung gebracht. Weil man das Potenzial gesehen hat und mit ihnen geguckt hat: „Wie siehst du dich denn da selber? Wäre das für dich denn auch etwas, was du dir vorstellen kannst, zu machen?“ Das ist ja immer das eine, was man kann und was man auch will. Aber einfach diese Wahrnehmung zu bekommen und dem Mitarbeiter auch die Wahl zu lassen, das ist für viele dann schon ganz große Wertschätzung.“

(Pflegedienstleiterin, 54 Jahre)

Tipp:

Im Lehrbrief: „Mitarbeitergespräch führen – Ziele vereinbaren“ der Landesregierung NRW – Verfügbar unter: http://www.agoew.spirito.de/data/mag_zv_lehrbrief.pdf – finden Sie umfassende Informationen und praktische Beispiele zur Vorbereitung, Durchführung und Dokumentation von Mitarbeiter(entwicklungs)gesprächen.

5.4.2 Stress am Arbeitsplatz

Mit den bereits genannten Veränderungen in der Arbeitswelt sind in den letzten Jahrzehnten die psychischen und emotionalen Belastungen angestiegen und in diesem Zusammenhang hat auch der Stress am Arbeitsplatz zugenommen (*siehe Kapitel 3.1*). Stresssymptome wie Nervosität, Angst und das Gefühl der Überforderung sind sicherlich bei jedem schon mal aufgetreten. Beschäftigte, die dauerhaft zu viel arbeiten, müssen mit sich selbst und ihren Bedürfnissen achtsam umgehen; ansonsten ist die Gefahr einer psychischen Erkrankung sehr groß. Personen in helfenden Berufen sind davon stärker betroffen als Personen in anderen Berufen. In den Interviews zur Studie „Neue Wege bis 67“ klagten viele Pflegekräfte über die Zunahme des Zeit- und Leistungsdruck bei ihrer Arbeit. Eine Altenpflegehelferin berichtete über diese Veränderung im Laufe der Zeit:

„Der Zeitdruck ist belastend, weil die Arbeit nach Minuten gerechnet wird. Man vergisst immer, dass die Pflegebedürftigen teilweise 90 Jahre alt sind und nicht mehr können. Den Zeitfaktor gab es früher nicht. Da hat man die Pflege in Ruhe gemacht. Heute haben wir hier in der ambulanten Pflege ein Handy, früher hatten wir Zettel. Das war früher natürlich etwas besser, weil man selber für sich ein bisschen mehr Ruhe hatte. Heute steht ganz genau fest, dann und dann musst du bei der Kundin sein und dann und dann musst du noch bei der Kundin sein. Und dann hat man zum Beispiel für Frühstück machen mit Kaffee kochen und Brot schmieren nur sieben Minuten Zeit.“

(Altenpflegehelferin, 58 Jahre)

In dem nachfolgenden Kasten sind Warnsignale aufgeführt, die Hinweise auf eine Überforderung liefern können.

Warnsignale für Stress	
Die folgenden Punkte können Anzeichen einer Überforderung sein.	
<p>Körperliche Warnsignale</p> <ul style="list-style-type: none"> • Herzklopfen/Herzstiche • Engegefühl in der Brust • Atembeschwerden • Einschlafstörungen • Chronische Müdigkeit • Verdauungsbeschwerden • Magenschmerzen • Appetitlosigkeit • Sexuelle Funktionsstörungen • Muskelverspannungen • Kopfschmerzen • Rückenschmerzen • Kalte Hände/Füße • Starkes Schwitzen 	<p>Warnsignale im Verhalten</p> <ul style="list-style-type: none"> • Aggressives Verhalten gegenüber anderen, »aus der Haut fahren« • Fingertrommeln, mit den Füßen scharren, Zittern, Zähneknirschen • Schnelles Sprechen oder Stottern • Andere unterbrechen, nicht zuhören können • Unregelmäßig essen • Konsum von Alkohol (oder Medikamenten) zur Beruhigung • Private Kontakte »schleifen lassen« • Mehr rauchen als gewünscht • Weniger Sport und Bewegung als gewünscht
<p>Emotionale Warnsignale</p> <ul style="list-style-type: none"> • Nervosität, innere Unruhe • Gereiztheit, Ärgergefühle • Angstgefühle, Versagensängste • Unzufriedenheit/Unausgeglichenheit • Lustlosigkeit (auch sexuell) • Innere Leere, »ausgebrannt sein« 	<p>Kognitive Warnsignale</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ständig kreisende Gedanken/Grübeleien • Konzentrationsstörungen • Leere im Kopf (»Black out«) • Tagträume • Alpträume • Leistungsverlust/häufige Fehler
<p>Je nachdem wie stark diese Warnsignale vorkommen, ist die Gesundheit stabil, es finden körperliche und psychische Stressreaktionen bereits statt oder Verspannungen und Gesundheitsstörungen sind eingetroffen.</p>	

(Quelle: Kaluza, 2011)

Bei Menschen, die den Belastungen am Arbeitsplatz nicht gewachsen sind, kann es auf Dauer zu einer Erschöpfung oder körperlichen Erkrankung kommen. Anhand des nachfolgenden Selbsttests können sowohl Führungskräfte als auch Beschäftigte überprüfen, ob die Stressbelastung bei ihnen bereits zu Anzeichen einer chronischen Erschöpfung oder körperlichen Erkrankung führt. Zudem kann es erste Hinweise darauf geben, worin die Ursachen liegen und wo es Ansatzpunkte für Veränderungen geben könnte.

Selbst-Test für Führungskräfte/Mitarbeiter: Wie belastet bin ich?	Ja	Nein
Einschlafen ist für mich kein Problem. Aber oft wache ich mitten in der Nacht auf und grübele.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Für Freizeit, Hobbys und Familie habe ich wesentlich weniger Kraft als früher. Meist nehme ich mir dafür auch keine Zeit. Habe ich einfach nicht.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Den persönlichen Kontakt mit meinen Arbeitskollegen vermeide ich häufig, weil mir das zu viel Zeit raubt/mich zu sehr anstrengt.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mir fällt es relativ schwer, nach der Arbeit abzuschalten. Oft gelingt es gar nicht.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich ernähre mich schlecht, rauche mehr und trinke auch mehr Alkohol als sonst.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ein Wochenende reicht zur Erholung kaum aus.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Konzentriertes Arbeiten fällt mir neuerdings schwer. Ankommende E-Mails oder Störungen lenken mich leicht ab und ich komme schwer wieder rein.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wenn im Job etwas nicht so läuft, wie ich mir das vorgestellt habe, reagiere ich öfter resigniert.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Zeitdruck, Verantwortung, Anfragen – oft fühle ich mich wie der berühmte „Hamster im Rad“, der immer rennt, aber nie ankommt.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ehrlich gesagt, habe ich einen inneren Widerstand gegen meine Arbeit, den ich jeden Tag neu überwinde. Im Alltag funktioniere ich dann aber wieder gut.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Meine Stimmung schwankt: Manchmal erkenne ich mich selbst nicht wieder, z. B. wenn ich so gereizt reagiere.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich habe mehr körperliche Beschwerden als früher, z. B. Kopfschmerzen, Magen-Darm-Probleme oder Verspannungen. Körperliche Ursachen findet mein Arzt nicht.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Auswertung:

Wenn Sie **drei und mehr Aussagen** mit „Ja“ angekreuzt haben, liegen bei Ihnen vermutlich Ansätze einer Überlastung und Erschöpfung durch Dauerstress vor. Ihre Psyche reagiert gereizt und abwehrend, Ihr Körper sendet Signale, die sagen: Das ist mir zu viel!

Wenn Sie **fünf und mehr Aussagen** mit „Ja“ angekreuzt haben, spüren Sie vermutlich selbst, dass der Stress Ihnen über den Kopf wächst und Ihnen Tatkraft, Engagement und Wohlbefinden raubt. Weiter hinten finden Sie konkrete Anregungen, was Sie tun können, um Ihre Belastung zu senken und Ihre persönliche Stress-Kompetenz auszubauen.

Wenn Sie **sieben und mehr Aussagen** mit „Ja“ beantwortet haben, sind Sie wahrscheinlich schon seit mehreren Jahren beansprucht. Ihre Gesundheit ist ernsthaft in Gefahr. Es ist sehr typisch für starke und leistungsorientierte Personen, dass sie ihre Arbeitskraft extrem lange erhalten und ihren Job gut ausfüllen können, auch wenn Psyche und Körper längst Alarm schlagen. Übernehmen Sie Verantwortung für sich und wenden Sie sich bitte an Ihren Arzt (oder einen geeigneten Ansprechpartner im Unternehmen), um herauszufinden, welche Rolle Stress für Ihre Beschwerden spielt und wie Sie der Dauerbelastung entgegenwirken können, bevor Sie ernsthaft erkranken, etwa an einem Burnout.

(Quelle: Kleinschmidt, 2015)

Wenn bestimmte Reaktionen (Schlafprobleme, Rückzug, Resignation etc.) bemerkt werden, schließt man oft daraus, dass man überarbeitet und urlaubsreif sei. Die automatische Zuschreibung ist typisch für alle Menschen. Es empfiehlt sich auf die Signale des Körpers zu achten, um sich vor negativen Auswirkungen zu schützen.

Zur Reduzierung von Belastungen gibt es kein Patentrezept. Es gibt jedoch Hinweise und Empfehlungen, anhand derer körperliche und seelische Folgen vermieden werden können. Einige werden nachfolgend aufgeführt. Diese beziehen sich auf den vorangegangenen Selbst-Test „Wie belastet bin ich?“

Empfehlungen für Führungskräfte/Mitarbeiter: Richtiger Umgang mit Stress

Anhaltender Stress kann nach einiger Zeit folgende Auswirkungen haben:

- **Schlafstörungen**
Achten Sie auf ausreichenden Schlaf. Wer schläft, der entspannt.
- **Aufgeben von Hobbys und sozialen Kontakten**
Vermeiden Sie es, die Arbeit in den Mittelpunkt Ihres Lebens zu stellen. Suchen Sie sich zusätzliche Aktivitäten. Wer aktiv am Leben teilnimmt – sei es in den sozialen Beziehungen, beim Sport oder in der Natur – erhöht seine Belastbarkeit. Hobbys und soziale Kontakte lenken von der Arbeit und den Problemen ab.
- **Meidung von Kontakten mit Kollegen (Distanzbedürfnis, Eigenbrötlerei)**
Suchen Sie das Gespräch mit Ihren Kollegen. Soziale Kontakte und regelmäßiger Informationsaustausch mit Arbeitskollegen können bei Stress als „Puffer“ wirken.
- **Nicht abschalten können**
Treiben Sie Sport, oder betätigen Sie sich körperlich. Laufen Sie jeden Tag eine halbe Stunde, oder gehen Sie jeden Tag ein bisschen spazieren. Das ist eine gute Möglichkeit, um den Kopf freizubekommen.
- **Unkontrollierter Genussmittelkonsum und ungesundes Ernährungsverhalten**
Setzen Sie zur Vermeidung von Stress nicht vermehrtes Essen, Nikotin oder Alkohol ein. Damit machen Sie das Problem nur noch schlimmer.
- **Chronische Erschöpfung**
Entspannung finden und abschalten kann man durch aktive Entspannungstechniken und/oder durch passive Entspannungsmethoden (autogenes Training, progressive Muskelentspannung, Yoga, Atemtechniken etc.).
- **Konzentrations- und Gedächtnisschwäche**
Treiben Sie Sport. Durch Sport lassen sich die Konzentrations- und Gedächtnisleistungen verbessern.
- **Resignation**
Lassen Sie sich von Misserfolgen nicht entmutigen. Es ist normal, dass einiges nicht so klappt wie man es sich vorgestellt hat. Erwartung Sie nicht nur perfekte Ergebnisse von sich. Überprüfen Sie Ihre perfektionistischen Leistungsansprüche kritisch und lernen Sie Ihre eigenen Leistungsgrenzen zu akzeptieren.
- **Verringerte Belastbarkeit (Gefühl der Überforderung, verringerte kognitive Leistungsfähigkeit)**
Relativieren Sie: Erstellen Sie eine Liste, wie wichtig einzelne Dinge sind. Teilen Sie Ihre Aufgaben in essenzielle und triviale ein. Lernen Sie auch mal „Nein“ zu sagen.
- **Reduziertes Engagement für die Arbeit (negative Einstellung zur Arbeit, Widerwillen täglich zur Arbeit zu gehen)**
Eine Weiterbildung oder Umschulung könnte evtl. dabei helfen in einem anderen Arbeitsbereich tätig zu werden. Vielleicht brauchen Sie eine neue Herausforderung. Sprechen Sie mit Ihrer Führungskraft/ Ihrem Vorgesetzten darüber.
- **Stimmungsschwankungen**
Sorgen Sie dafür, dass Ihre Stimmung nicht Ihr Leben bestimmt. Sorgen Sie regelmäßig für einen Ausgleich. Machen Sie, statt die Mittagspause in der dunklen Kantine zu verbringen, lieber einen kleinen Spaziergang in den Park – das bringt neuen Schwung.
- **Zunahme körperlicher Beschwerden**
Suchen Sie zum Ausschluss schwerer organischer Erkrankungen einen Arzt auf. Sprechen Sie gegebenenfalls mit einem Psychotherapeuten.

(Quelle: Eigene Zusammenstellung)

Tipp:

Krankenkassen bieten Kurse zur Stressprävention an. Die direkte Adresse der anerkannten Anbieter erhalten Sie direkt von den Krankenkassen.

Volkshochschulen oder soziale Bildungsstätten bieten ebenfalls Präventionskurse zum Stressabbau an.

5.4.3 Emotionale Belastungen am Arbeitsplatz

Psychische Belastungen resultieren u. a. durch Emotionsarbeit. Emotionsarbeit findet in den verschiedensten Berufen wie Call-Center-Agent, Bankangestellter, Flugbegleiter, Lehrer, Erzieher, Manager, Polizist, Verkäufer, Pflegekraft etc. statt. Unter Emotionsarbeit versteht man, wenn der Ausdruck bestimmter, erwünschter Emotionen Teil der Arbeitsaufgabe ist (Zapf, 2002). Gewöhnlich geht es darum, dass die Angestellten dem Kunden gegenüber einen (meist) positiven Gefühlsausdruck zeigen. Call-Center-Agenten müssen zuvorkommend und freundlich sein und mit der Stimme „lächeln“ (Dormann et al, 2002). Lehrer und Erzieher müssen einen klaren Gefühlsausdruck haben und sollen auch negative Gefühle zeigen (Zapf et al., 2000). Von Polizisten hingegen wird ein neutraler und nicht überschwänglicher Gefühlsausdruck erwartet (Zapf et al., 2000). Verkäufer oder Bankangestellte geraten oft in eine emotionale Zwickmühle, wenn sie auch zu einem unfreundlichen Kunden, der offensichtlich im Unrecht ist, höflich sein müssen. Pflegekräfte sollen freundlich, verständnisvoll und geduldig sein (Giesenbauer & Glaser, 2006). In der Mitarbeiterbefragung der Studie „Neue Wege bis 67“ wiesen die Pflegekräfte im Vergleich zu anderen Branchen überdurchschnittlich hohe emotionale Belastungen auf. Eine ehemalige Pflegekraft im stationären Bereich beschrieb im Interview sehr gut die Belastung durch das ständige Kontrollieren der eigenen Gefühle:

„Das Anstrengende im Umgang mit den Bewohnern ist, dass man halt Schauspielerin ist. Obwohl es einem manchmal vielleicht nicht gut geht, muss man den ganzen Tag nett sein. Egal wie hoch der Stress ist, die Bewohner können ja nichts dafür und das war einfach anstrengend.“

(Examierte Gesundheits- und Krankenpflegerin, 32 Jahre)

Das zeigen von erwünschten Gefühlen führt bei den Beschäftigten zu einer Dissonanz. D. h., dass sie eine Diskrepanz zwischen den zur Aufgabenerfüllung notwendigen bzw. den vom Unternehmen geforderten und den tatsächlich empfundenen Gefühlen erleben. Diese Diskrepanz kann sich auf die Leistungsfähigkeit, das Befinden und die Gesundheit am Arbeitsplatz auswirken. Es finden sich viele Belege dafür, dass Emotionsarbeit in bestimmten Fällen auch zu Burnout führen kann.

Es gibt Methoden und Empfehlungen dazu wie man negative Emotionen regulieren kann. Nachfolgend einige Hinweise dazu.

Empfehlungen für Führungskräfte/Mitarbeiter: Regulation von eigenen negativen Emotionen

Wie können Sie emotionale Dissonanz regulieren?

- Beruhigen Sie sich selbst in einem inneren Dialog: „Bleib schön ruhig ...!“
- Lernen Sie Entspannungstechniken, z. B. wie Sie sich mit Ihrem Atem beruhigen können.
- Nehmen Sie eine schwierige Situation als Herausforderung an und lernen Sie für zukünftige Kunden.
- Rechnen Sie bei Kunden mit allem. Es ist manchmal unglaublich, wie Menschen sich benehmen können. So haben Sie eine realistischere Sichtweise und werden nicht zu sehr überrascht.
- Nehmen Sie sich nach einem schwierigen Kundengespräch eine „Auszeit“.
- Zeigen Sie in einem geschützten Umfeld Ihre Emotionen, wenn Sie alleine sind oder bei Menschen Ihres Vertrauens.
- Seien Sie gelassen, oftmals meinen es Kunden nicht persönlich.
- Humor hilft in schwierigen Situationen. Ihre Kunden sind wichtig, aber nehmen Sie sie nicht „zu ernst“.

(Quelle: Rationalisierungs- und Innovationszentrum der deutschen Wirtschaft e. V., 2003)

In *Anhang 7* ist eine Übersicht von Ansprechpartnern und Unterstützern zum Umgang mit psychischen Belastungen für Führungskräfte und Mitarbeiter zusammengestellt.

5.4.4 Gewalt am Arbeitsplatz

Das Risiko der Gewalt am Arbeitsplatz steigt. Europaweit ist jeder Zehnte körperlicher oder psychischer Gewalt bzw. Aggression bei der Arbeit ausgesetzt (Manz & Kneschke, 2006). Die Ergebnisse einer EU-weiten Erhebung der Europäischen Agentur für Sicherheit und Gesundheitsschutz am Arbeitsplatz (2002) zeigt, dass das Gesundheitswesen und der Einzelhandel die Branchen sind, die am häufigsten von Gewalt am Arbeitsplatz betroffen sind; gefolgt vom Verkehrs-, Finanz- und Bildungssektor. Folgende Berufe sind ganz besonders dem Gewaltrisiko ausgesetzt: „Taxi- und Busfahrer, Angestellte, die im Haus des Kunden Reparaturen durchführen, Tankstellenmitarbeiter, Kassierer, Sicherheitsdienste, Kuriere, Polizeibeamte, Politessen, Gefängniswärter, Sozialarbeiter und Verwalter von Sozialwohnungen“ (Europäische Agentur für Sicherheit und Gesundheitsschutz am Arbeitsplatz, 2002: 2). Krankenschwestern und -pfleger gehören zu der Berufsgruppe, die einem noch höheren Gewaltrisiko ausgesetzt sind (Europäische Agentur für Sicherheit und Gesundheitsschutz am Arbeitsplatz, 2002). Die Ergebnisse der Studie „Neue Wege bis 67“ bestätigen dies ebenfalls. Jede vierte Pflegekraft gab an, von körperlicher und verbaler Gewalt betroffen zu sein.

Von der Internationalen Arbeitsorganisation (International Labour Organisation (ILO)) wird "Gewalt am Arbeitsplatz" definiert als „Vorkommnisse, bei denen Beschäftigte [...] beleidigt, bedroht oder tätlich angegriffen werden, sodass explizit oder implizit ihre Gesundheit, ihre Sicherheit oder ihr Wohlbefinden gefährdet wird.“ Bei Gewalt wird zwischen Gewalt durch Dritte, also durch nicht betriebszugehörige Personen (z. B. Kunden, Patienten), und Gewalt unter Arbeitskollegen unterschieden. Gewalt unter Arbeitskollegen ist ein deutlich selteneres Phänomen als Gewalt durch Dritte. Nachfolgend werden Beispiele für psychische und körperliche Gewalt aufgeführt.

Beispiele für Gewalt:	
Psychische Gewalt	Körperliche Gewalt
<ul style="list-style-type: none"> • Verbale Beleidigungen, Beschimpfungen • Unterdrucksetzen, Erpressungen • Belästigungen • Bedrohen, einschüchtern • Demütigungen und Erniedrigungen • Soziale Isolation • Absichtliches Ignorieren 	<ul style="list-style-type: none"> • Schlagen • Werfen von Gegenständen • Stoßen • Beißen • Körperliches Bedrängen sowie Einschränkung der Bewegungsfreiheit • Würgen • Anwendung von Waffengewalt

Zur Vermeidung der körperlichen und psychischen Gewalt ist es notwendig, dass Unternehmen präventive Maßnahmen anbieten. Im Falle eines Übergriffes sollten Mitarbeiter in der Lage sein Gewaltsituationen zu beherrschen und zu steuern und wissen wie man sich in so einem Fall am besten schützt. Es gibt viele Möglichkeiten, das Risiko von Gewalt am Arbeitsplatz zu reduzieren. Neben bauliche, technischen und den organisatorischen Maßnahmen gibt es auch personenbezogene Maßnahmen (siehe dazu Pangert & Gehrke, 2015). Das Arbeitsschutz-Gesetz (ArbSchG) fordert, dass bauliche und technische Maßnahmen, vor organisatorischen und personenbezogenen Maßnahmen eingeleitet werden.

Unternehmen und Führungskräfte haben eine Fürsorgepflicht. Deshalb gehört es zu ihrer Aufgabe, Maßnahmen einzuleiten, die zu einer Minimierung von Übergriffen führen. Schulungs- und Fortbil-

dungsangeboten kommen dabei eine zentrale Rolle im angemessenen Umgang und zur Vermeidung von Gewalt zu. Nachfolgend werden weitere Empfehlungen für Führungskräfte aufgeführt.

Empfehlungen für Führungskräfte:

- Sorgen Sie für regelmäßige und qualifizierte Fortbildung und Schulung der Mitarbeiter zum Umgang mit problematischen und gewalttätigen Situationen (z. B. Deeskalationstraining, Kommunikationstraining, Umgang mit belastenden Situationen).
- Bereiten Sie die Basis für eine offene und unterstützende Fehlerkultur.
- Richten Sie ein Fehlermanagementsystem ein.
- Nehmen Sie jegliche Hinweise zu problematischen Vorkommnissen sehr ernst und gehen Sie diesen unverzüglich nach. Sprechen Sie in Ruhe mit dem Mitarbeiter und gegebenenfalls dem „Kunden/ Patienten“.
- In bestimmten Fällen kann es sinnvoll sein, die betroffene Person vorübergehend andernorts unterzubringen. Dies setzt natürlich deren Einverständnis voraus.
- Besprechen Sie kritische Vorfälle mit dem Team.
- Ziehen Sie in unklaren Fällen eine externe Beratung in Erwägung.
- Bestehen Hinweise auf Gewaltanwendungen, schalten Sie die Polizei ein.
- Informieren Sie den Träger der Einrichtung.
- Bieten Sie Mitarbeitern nach belastenden Ereignissen Hilfe an, z. B. die Möglichkeit eines Gesprächs, gegebenenfalls auch eine psychosoziale Beratung.
- Erarbeiten Sie einen Leitfaden für den Umgang mit belastenden und problematischen Situationen für Ihre Einrichtung (u. a. interne Notrufnummer, Ansprechpartner für psychosoziale Betreuung, Kontakt zu Notfallpsychologen, zentrale Dokumentation problematischer Situationen).

(Quelle: Eigene Zusammenstellung in Anlehnung an „Zentrum für Qualität in der Pflege“, o. J.)

Im Falle einer fehlenden Prävention und Intervention kann Gewalt sowohl für die Betroffenen als auch für das Unternehmen ernste Folgen haben. Bei Betroffenen kann Gewalt kurz- und langfristig zu Beeinträchtigungen in Form von psychosomatischen, körperlichen und psychischen Beschwerden führen (Schröttle & Khelaifat, 2008). Des Weiteren kann Gewalt auch negative gesundheitsgefährdende Verhaltensweisen zur Folge haben. Infolge einer Gewaltsituation greifen viele, zur Bewältigung, zu Zigaretten, Alkohol, Drogen und Medikamenten (Schröttle & Khelaifat, 2008). Gewalt am Arbeitsplatz kann Unternehmen wirtschaftlichen schädigen, da sich psychische Gewalt auf die Produktivität, Arbeitsleistung, Fehlzeiten (Southerland, Collins & Scarborough, 1997) und Fluktuation (Le Blanc & Kelloway, 2002) auswirken kann. Somit kann es die Organisationsabläufe im Unternehmen erschweren. Zudem kann es zu einem Imageverlust kommen, wodurch die Anwerbung von neuen Mitarbeitern erschwert wird. Hier nochmal eine Auflistung der wesentlichen Aspekte zum Umgang mit Konflikten und Gewalt.

Empfehlungen für Führungskräfte: *Wesentliche Aspekte zum Umgang mit Konflikten und Gewalt*

- „Null-Toleranz-Haltung“ gegenüber Belästigungen, Bedrohungen, Aggression und Gewalt
- Schutz der Mitarbeiter
- Professionelle Betreuung der Betroffenen im Ernstfall
- Restriktive Verfolgung von Straftaten
- Dokumentation von Vorfällen
- Konsequente Weiterentwicklung und Evaluation von Präventionsmaßnahmen.

(Quelle: Theiler et al., 2014)

Wenn für Mitarbeiter noch keine Deeskalationstrainings in Aussicht stehen, dann können die Tipps, Anregungen und Verhaltensempfehlungen zum deeskalierenden Umgang mit aggressiven Kunden der Unfallkasse Baden-Württemberg hilfreich sein. Diese Empfehlungen lassen sich auch auf den Umgang mit Patienten übertragen.

Empfehlungen für Mitarbeiter: *Maßnahmen und Verhalten vor oder während einer Deeskalation*

- Verlassen Sie bei akuter Gefährdung sofort den Raum, bringen Sie sich in Sicherheit, organisieren Sie Hilfe, rufen Sie bei Bedarf unverzüglich die Polizei.
- Im Notfall sich niemals in ein Gerangel oder in einen Kampf einlassen, auch nicht bei vermeintlicher körperlicher Überlegenheit.
- Sorgen Sie für Ihre Unterstützung, informieren sie Kollegen (z. B. in Nachbarzimmern) vor erwarteten problematischen Kunden-/Patiententerminen, vereinbaren Sie Nothilfesignale.
- Gehen Sie nicht allein zu problematischen Kunden/Patienten.
- Informieren Sie sich über entsprechende Dienstanweisungen oder Handlungsempfehlungen in Ihrer Institution.
- Informieren Sie sich genau über institutionseigene Alarmsysteme, nutzen Sie diese rechtzeitig und diskret.
- Sorgen Sie für einen „waffenfreien“ Arbeitsplatz, entfernen Sie alle problematischen Gegenstände aus der möglichen Reichweite des Kunden/Patienten, z. B. Brieföffner, Papierscheren, Glasflaschen etc.
- Aufenthaltsräume, Büros oder Patientenzimmer sollten so eingerichtet sein, dass Sie eine Fluchtmöglichkeit (Ausgang, Fenster im Erdgeschoss etc.) im Rücken haben, ohne dass Ihnen der Kunde/Patient den Weg versperren kann.
- Bleiben Sie nicht sitzen, falls das Verhalten des Kunden/Patienten bedrohlich wird. Stehen Sie rechtzeitig auf, damit Sie im Notfall schneller reagieren können.
- Begrenzen Sie, wenn möglich, den Aktionskreis eines angreifenden Kunden/Patienten, z. B. indem Sie ihn einschließen, nachdem Sie den Raum verlassen haben. Diese kurzfristige Freiheitsberaubung ist durch den § 34 StGB, „rechtfertigender Notstand“, gedeckt.
- Versuchen Sie, in angespannten Situationen stets einen Sicherheitsabstand von ca. 2 Metern (= 2 Armlängen) zum Kunden/Patienten einzuhalten, somit können Sie bei einem ersten Angriff nicht sofort getroffen werden und haben noch Zeit, um zu fliehen.
- Nehmen Sie zur Eigensicherung in angespannten Situationen stets die Hände vor den Körper, tarnen Sie diese „Verteidigungsposition“ durch einen Ihnen vertrauten, alltagstauglichen Gegenstand. So können Sie bei einem Übergriff Ihr Gesicht schnell vor ersten Treffern schützen.
- Üben Sie obige Maßnahmen vor einem Notfall auch in ungefährlichen Situationen.

(Quelle: In Anlehnung an Wesuls et al., o. J., S. 26ff)

5.5 Soziale Beziehungen

5.5.1 Wertschätzung, Anerkennung und Lob

Wesentlich für positive soziale Beziehungen sind Gefühle von Wertschätzung, Anerkennung und Lob. Viele Mitarbeiter leisten gute Arbeit und erhalten wenig bzw. keine Wertschätzung und Anerkennung dafür. In den Interviews der Studie „Neue Wege bis 67“ wurde deutlich, dass zwar viele Pflegekräfte ein gutes Verhältnis zu ihrer direkten Führungskraft und ihren Arbeitskollegen haben, sich jedoch mehr Wertschätzung und Anerkennung von ihnen für ihre Arbeit wünschten. Untersuchungen haben gezeigt, dass Wertschätzung und Anerkennung ein sehr mächtiges und gutes Führungsinstrument und essenziell für die Bindung, Motivation, Arbeitszufriedenheit und -leistung von Beschäftigten sind (z. B. Herzberg et al., 2011; Frey & Schmalzried, 2013; Spreiter, 2014). Auch der Psychologe Bandura (1963) wies nach, dass Menschen die gelobt werden motivierter und leistungsfähiger sind. Geringe Wertschätzung und Anerkennung können zu Resignation, innerer Kündigung und vermehrten Krank-

heitstagen führen (Feßler & Gildenschuh-Feßler, 2013). Bei Mitarbeitern, die sich nicht wertgeschätzt und anerkannt fühlen, steigt auch das Risiko eines Burnouts.

Führungskräfte müssen ihre Vorbildfunktion wahrnehmen und wertschätzendes Verhalten vorleben. Sie dürfen sich nicht auf das schwäbische Effizienzprinzip „Nicht geschimpft ist Lob genug“ verlassen.

Empfehlungen für Führungskräfte: *Ausdruck von Wertschätzung und Anerkennung*

- **Achtung und Respekt**
Den Mitarbeitern mit Achtung und Respekt zu begegnen, erfordert von der Führungskraft, dass er seine Stimmungen unter Kontrolle hat.
- **Vertrauen und Zutrauen**
Mitarbeitern bestimmte Aufgaben eigenverantwortlich anvertrauen und damit zeigen, dass man Zutrauen in seine Fähigkeiten und Fertigkeiten hat.
- **Feedback**
Rückmeldung signalisiert Mitarbeitern: „Ich habe deine Arbeit gesehen“.
- **Kritik**
Sowohl positive als auch negative Kritik ist Ausdruck von Wertschätzung, da damit den Mitarbeitern signalisiert wird, dass die geleistete Arbeit bemerkt wurde.
- **Anteilnahme und Zuwendung**
Anteilnahme bei Gesprächen bedeutet eine Wertschätzung der Person.
- **Lob**
Wenn der Mitarbeiter das Ziel erreicht hat, ihn sofort loben, und das Lob Dritter immer weitergeben.
- **Materielle Belohnung**
Hervorragende Leistungen der Mitarbeiter können durch Gehaltserhöhung, mehr Freizeit, Angebot von Fort- und Weiterbildungen etc. belohnt werden.

(Quelle: Eigene Zusammenstellung in Anlehnung an Behrendt & Reckert, 2004; Scheler, 1999)

Führungskräften wissen meist nicht wie und wann sie Lob und Anerkennung für gute Leistung äußern sollen. Anhand des nachfolgenden Kastens können Führungskräfte sich selbst testen und überprüfen ob sie es richtig machen.

Checkliste für Führungskräfte: <i>Lob und Anerkennung</i>	Ja	Nein
Ich behandle alle Mitarbeiter gleich; lobe auch gute Leistungen von Mitarbeitern, die mir persönlich nicht so sympathisch sind.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich lobe den Menschen, nicht seine Leistung.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich lobe rechtzeitig, d. h. direkt im Anschluss an die gute Leistung.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich vermeide Standardfloskeln; mache deutlich, worin die Leistung bestanden hat.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich benutze Lob nicht als Mittel zum Zweck.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich überprüfe, insbesondere bei Teamarbeiten, wer an der guten Leistung beteiligt war und das Lob verdient hat.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich selbst habe Freude am Loben.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich lobe auch Teilerfolge.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Maßstab für Lob und Anerkennung sind nicht die anderen Mitarbeiter, sondern die Leistung, die individuell von den Mitarbeitern erwartet wird und zu der sie in der Lage sind.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich gebe Lob von Dritten (nächsthöheren Vorgesetzten, Kunden oder anderen Personen) an meine Mitarbeiter direkt weiter.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Ich spreche Lob und Anerkennung nur persönlich aus, delegiere Lob nicht an andere.

Auswertung: Je mehr Fragen Sie mit „Ja“ beantworten können, desto motivierender ist Ihr Führungsverhalten. Bei den Fragen, die Sie mit „Nein“ beantwortet haben, sollten Sie Ihr Verhalten entsprechend überprüfen und ggf. verändern.

(Quelle: In Anlehnung an Mentzel et al., 2012)

5.5.2 Betriebsklima und Konfliktprävention

Betriebsklima als Gesundheitsfaktor

Bei dem Konstrukt „Betriebsklima“ geht es um das Erleben und Verhalten von Menschen in einem Betrieb, um die zwischenmenschlichen Beziehungen. Zwischenmenschliche Beziehungen sind für Menschen, da der Mensch ein soziales Wesen ist, von zentraler Bedeutung. Auch am Arbeitsplatz sind den Beschäftigten ein gutes Miteinander und eine gute Arbeitsatmosphäre sehr wichtig. Überall, wo eine Zusammenarbeit erforderlich ist, kann es zu Reibungspunkten und Konflikten kommen. Entscheidend ist, wie mit den Konflikten umgegangen wird. Wenn Konflikte unausgesprochen bleiben und Auseinandersetzungen unterschwellig ablaufen, können sie das Betriebsklima negativ beeinflussen.

Angespannte Beziehungen und ein schlechtes Arbeitsklima werden von Beschäftigten als sehr belastend erlebt. Ein angenehmes Betriebsklima hingegen hilft dabei, anstrengende und belastende Situationen besser durchzustehen. Das Betriebsklima entscheidet über die Motivation, Leistungsfähigkeit und Arbeitszufriedenheit der Person und spielt für das Wohlbefinden und die Gesundheit eine wichtige Rolle. Ein gutes Betriebsklima wirkt sich positiv auf das Wohlbefinden und die Gesundheit der Mitarbeiter aus. Freudlosigkeit, Frustration, unzureichendes Kommunikationsverhalten und der Wunsch sich zurückzuziehen (Isolation) können ein Anzeichen für ein angespanntes Betriebsklima sein. Durch Vertrauen, Akzeptanz, gegenseitiger Unterstützung und Hilfsbereitschaft kann das Klima im Team verbessert werden. Emotionaler Rückhalt, der z. B. durch Vertrauen gekennzeichnet ist, wirkt stressreduzierend (Cutrona & Russel, 1987, zit. in Stadler & Spiess, 2003). Misstrauen hingegen belastet zwischenmenschliche Beziehungen und vergiftet das Betriebsklima (Frey, 2016, S. 257). In einem Team ist es wichtig, dass man Meinungen anderer, auch wenn man mit diesen nicht übereinstimmt, akzeptiert und tolerant gegenüber Kollegen ist, die anders handeln, reden oder denken. „Respekt vor der Unterschiedlichkeit [der Arbeitskollegen] trägt zu einem gesunden, von Toleranz geprägten Klima bei“ (Matyssek, 2010, S. 206). Eine Teilnahme an sozialen Zusammenkünften oder außerbetrieblichen Aktivitäten (Sommerfest, Weihnachtsfeier, Teamtreffen außerhalb der Arbeitszeit etc.) trägt ebenfalls zur Verbesserung des Betriebsklimas bei. Insbesondere der Zusammenhalt bildet eine gute Grundlage für eine gute Zusammenarbeit.

Mitarbeiter, die ihr Betriebsklima als unangenehm empfinden, leiden unter mehr körperlichen Beeinträchtigungen. Ein als schlecht wahrgenommenes Betriebsklima kann zudem die Wirtschaftlichkeit eines Unternehmens beeinträchtigen. Das Arbeitsklima in einem Betrieb ist die Grundlage für die Leistung der Mitarbeiter. Ist die Stimmung gut, ist die Arbeitsbereitschaft hoch und Fehltag gering. Herrscht ein schlechtes Betriebsklima, sinken die Produktivität, die Identifikation mit dem Unternehmen und die Loyalität zum Arbeitgeber. Es besteht auch die Gefahr der Kündigung bzw. der inneren Kündigung.

Check für Führungskräfte: Betriebsklima	Ja	Nein
Ist Ihnen auch das Betriebsklima wichtig oder nur die Leistung?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sorgen Sie dafür, dass es gelegentlich zu einem „sozialen Ereignis“ (Abteilungsfeier, Betriebsausflug) in Ihrem Unternehmen kommt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nehmen Sie erkennbar Anteil an privaten Ereignissen Ihrer Mitarbeiter wie (runder) Geburtstag, Hochzeit oder Geburt eines Kindes?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Anhand der jeweiligen Antworten können Sie sehen, wo Ihre Führungsstärken und wo Ihre Führungsschwächen liegen. Überall da, wo Sie mit „Nein“ geantwortet haben, besteht Optimierungsbedarf.

(Quelle: Meschkutat & Stackelbeck, 2008)

Häufig wird darauf hingewiesen, dass die direkte Führungskraft einen starken Einfluss auf das Klima im Betrieb hat. Jedoch darf nicht vergessen werden, dass alle Beschäftigten für das Betriebsklima Verantwortung tragen. Sowohl Führungskräfte als auch Mitarbeiter müssen gleichermaßen an einem guten Betriebsklima arbeiten.

Hier noch einige Handlungsempfehlungen, was jeder zum guten Betriebsklima beitragen kann.

Empfehlungen für Mitarbeiter: Gutes Betriebsklima

- **Meinungsverschiedenheiten frühzeitig abklären**
Klären Sie Meinungsverschiedenheiten frühzeitig ab; meist kann man sich im Gespräch sehr schnell einigen.
- **Hilfe anbieten**
Bieten Sie Ihre Hilfe an; es gibt Zeiten, in denen Ihre Kollegen mehr Arbeit haben als Sie.
- **Alle bei Entscheidungen einbeziehen**
Beziehen Sie bei wichtigen Entscheidungen alle Kollegen mit ein: Teilweise gibt es Kollegen, die sich nicht trauen, ihre Vorschläge einzubringen. Fragen Sie diese nach ihrer Meinung.
- **Teamtrainings anregen**
Teamarbeit muss man lernen. Trainings helfen, Stärken und Schwächen des Teams aufzudecken und die darin verborgenen Chancen zu erkennen. Fragen Sie Ihre Führungskraft oder den Betriebsrat, ob ein Teamtraining für Ihr Team möglich ist.
- **Konfliktmoderation erbitten**
Sorgen Sie sich nicht wegen Meinungsverschiedenheiten. Die gehören dazu. Aber bleiben Sie dran, damit die Konflikte geklärt werden, sonst wird das Teamklima nachhaltig vergiftet. Bitten Sie Ihre Führungskraft bzw. den Betriebsrat bei Bedarf um eine Konfliktmediation. Auch Ihr Betriebsarzt kann Ansprechpartner sein.
- **Erfolge gemeinsam feiern**
Feiern Sie gemeinsam die Erfolge, die Sie als Team erreicht haben und auf die Sie stolz sind.
- **Zur Gemeinschaft beitragen**
Am besten, Sie tragen zur Gemeinschaft im Team bei. Machen Sie z. B. gemeinsam Mittagspause oder organisieren Sie Teamtreffen außerhalb der Arbeitszeit.

(Quelle: vgl. Nagel, o. J.)

Konfliktprävention

Wo Menschen miteinander zu tun haben, da gibt es auch Konflikte. Konflikte können in allen Unternehmen auftreten und sind normaler Bestandteil des menschlichen Zusammenlebens. Schwerwiegende Unstimmigkeiten können den beruflichen Alltag, sowohl des Mitarbeiters als auch der Führungskraft, erschweren. Von der Führungskraft ausgehend können Konflikte u. a. dann auftreten, wenn den Mitarbeitern Werte und Ziele unklar, Aufgabenbereiche und Verantwortungen verwischt, Entscheidungsfreiräume undefiniert, Entscheidungen nicht transparent und Anweisungen missverständlich sind. Auch Informationsdefizite und mangelndes Feedback sind häufig Ursache für Konflikte. Diese ergeben sich, wenn Informationen nicht oder unvollständig weitergegeben werden. Aber auch die mangelnde Einbeziehung der Mitarbeiter bei Entscheidungen kann zu Spannungen zwischen der Führungskraft und dem Mitarbeiter führen. Damit Unstimmigkeiten und Konflikte nicht das Betriebsklima dauerhaft beeinträchtigen, muss sich die Führungskraft um eine zeitnahe Klärung kümmern. Führungskräfte dürfen bestehende Konflikte nicht unterschätzen oder gar ignorieren. Konfliktprävention und -lösung gehören mit zu den Aufgaben einer Führungskraft. Der nachfolgende „Check“ bietet einige Anregungen zur selbstkritischen Reflexion für Führungskräfte.

Check für Führungskräfte: Selbstkritische Reflexion	Ja	Nein
Unterstützen Sie Ihre Mitarbeiter bei der Bewältigung von Konflikten oder halten Sie sich generell aus diesen Auseinandersetzungen heraus?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Haben Sie für die Probleme Ihrer Mitarbeiter eine offene Tür und ein offenes Ohr?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sprechen Sie von sich aus Probleme oder Konflikte an, die Ihnen aufgefallen sind und die für Ihre Mitarbeiter von Bedeutung sein könnten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kennen Sie die privaten/familiären Situationen bzw. Belastungen Ihrer Mitarbeiter und nehmen Sie darauf Rücksicht z. B. in Schichtplanungen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Haben Sie sich systematisch mit Konfliktmanagement befasst und z. B. eine Schulung besucht?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Anhand der Antworten können Sie sehen, wo Ihre Führungsstärken und wo Ihre Führungsschwächen liegen. Überall da, wo Sie mit „Nein“ geantwortet haben, besteht Optimierungsbedarf.		

(Quelle: Meschkutat & Stackelbeck, 2008)

Die nachfolgenden Instrumente haben sich bei der Prävention von Konflikten als sinnvoll erwiesen.

Folgende Instrumente haben sich bei der Prävention von Konflikten als sinnvoll erwiesen:

- Sensibilisierung durch Aufklärung (z. B. Broschüren, Informationsblätter, Plakate)
- Sensibilisierung durch Qualifizierungsmaßnahmen und Trainings (z. B. zu Konfliktmanagement, Teambildung)
- Stimmungsblicklicht mittels Checkliste
- Mitarbeiterbefragung
- Gesundheitszirkel
- Einrichtung eines klaren Beschwerdeweges
- Ernennung eines Konfliktberaters
- Einrichtung einer Konfliktkommission
- Abschluss von Betriebs- oder Dienstvereinbarungen

(Quelle: Meschkutat & Stackelbeck, 2010)

5.5.3 Individualität im Team (Multikulturelle Mitarbeiter)

In fast allen Unternehmen in Deutschland arbeiten Menschen aus unterschiedlichsten Nationen zusammen. Bei großen Unternehmen wie z. B. TÜV Rheinland, Henkel oder Thyssen sind Mitarbeiter aus über 80 verschiedenen Nationen beschäftigt. Multikulturelle Teams sind heutzutage Realität und aus dem Arbeitsleben kaum mehr wegzudenken. Mit multikulturellen Teams ist die Zusammenarbeit von Mitarbeitern aus unterschiedlichen Nationen und Kulturkreisen gemeint.

Die Zusammenarbeit mit Kollegen aus anderen Nationen und Kulturen kann häufig dazu führen, dass es zu Missverständnissen im Arbeitsprozess und zu Spannungen im Miteinander der Beschäftigten kommt. Ursächlich dafür können mangelnde Sprachkompetenzen, Kommunikationsprobleme, verschiedene Denkmuster und Arbeitsweisen sein (vgl. Fischer, 2008; Stuber, 2004). Häufig wird die Abweichung vom eigenen „Normalen und Richtigen“ entweder als mangelnde Kompetenz oder mangelnder Wille zur Kooperation interpretiert.

Die „Eigenarten“ der Kollegen dürfen nicht als unerwünschte Abweichung gesehen werden, sondern als individuelle Vorzüge. Die Individualität bietet die Möglichkeit, dass man voneinander lernt und sich gemeinsam weiterentwickelt. Entscheidend ist, dass sich alle einander respektieren und offen miteinander kommunizieren. Es darf nicht der Fehler gemacht werden, dass das „Fremde“ als ein Nachteil gesehen wird, sondern es sollte als Chance begriffen werden. Nachfolgend einige Hinweise, die bei einer Zusammenarbeit in multikulturellen Teams hilfreich sein können.

Empfehlungen für Führungskräfte/Mitarbeiter:

- **Interkulturelle Kompetenzen ausbauen**
Informieren Sie sich über die Rituale und Regeln der verschiedenen Kulturen und Religionen. Suchen Sie Gespräche zwischendurch, um Ihre Kollegen kennenzulernen. Dies hilft Ihnen dabei, kulturelle Kompetenzen aufzubauen und eventuelle Unsicherheiten abzubauen.
- **Akzeptanz, Toleranz und Respekt zeigen**
Akzeptieren Sie Ihren Mitmenschen so wie er ist und versuchen Sie ihn nicht von Ihren Standpunkten zu überzeugen. Tolerieren und respektieren Sie die Werte, Normen, Einstellungen, religiöse Überzeugungen und Praktiken der jeweils anderen Seite.
- **Offenheit und Aufgeschlossenheit signalisieren**
Seien Sie neugierig und aufgeschlossen – fragen Sie nach, signalisieren Sie Ihrem Gegenüber ehrliches Interesse. Offene Kommunikation hilft, Hürden zu überwinden und Missverständnisse zu beseitigen. Aufgeschlossenheit ist die Voraussetzung für eine gute Zusammenarbeit und eine wichtige Voraussetzung, um Angst und Irritation abzubauen.
- **Vorurteile und Stereotypisierung vermeiden**
Zu den grundlegenden Voraussetzungen eines interkulturellen Teams zählt es, vorurteilsfrei miteinander umzugehen. Ziehen Sie keine Rückschlüsse auf die Eigenschaften einer Person anhand ihrer Zugehörigkeit zu einer Kultur oder Religion – machen Sie Ihre eigenen Erfahrungen mit der Person.
- **Empathie zeigen**
Seien Sie empathisch. Versetzen Sie sich in die Situation und die Befindlichkeit des anderen hinein. Fühlen Sie, was dieser in einer neuen oder herausfordernden Situation empfindet. Empathie ermöglicht ein genaues Nachempfinden des Gefühlslebens des anderen.
- **Geduld und Nachsichtigkeit**
Bewahren Sie Ruhe, auch wenn Sie am Anfang viele Arbeitsschritte erklären, wiederholen und verbessern müssen. Und seien Sie bei Fehlern nachsichtig. Am Ende zahlt sich das aus.

- **Fehlertoleranz**

Der Umgang mit Fehlern ist ein wichtiger Faktor in der Zusammenarbeit. Verdeutlichen Sie, um bei Ihren Kollegen keine Angst vor Fehlern hervorzurufen, dass Fehler dazugehören.

- **Diskriminierung vermeiden**

Schreiten Sie bei diskriminierenden Äußerungen unmittelbar ein. Ein deutliches Widerwort führt häufig schon dazu, dass Sprücheklopfer verstummen. Solche Vorfälle können auch beim Betriebsrat gemeldet werden. Der Betriebsrat kann die Person zum persönlichen Gespräch laden.

- **Von Erfahrungen profitieren**

Profitieren Sie von den unterschiedlichen und vielfältigen Erfahrungen der einzelnen Kollegen. Durch die Zusammenarbeit können Sie voneinander lernen und gegenseitig Ihren Horizont erweitern.

- **Informelle Kommunikation und Zusammenkünfte**

Bitten Sie Ihre Arbeitskollegen darum, dass sie einmal im Monat Spezialitäten aus ihrer Heimat mitbringen. Ein gemeinsames (Mittag-)Essen in entspannter Atmosphäre bietet die Möglichkeit sich besser kennenzulernen.

(Quelle: Eigene Zusammenstellung)

Die für die Mitarbeiter genannten Empfehlungen gelten auch für die Führungskräfte, inkl. der Empfehlung im nachfolgenden Kasten.

Zusätzliche Empfehlung für Führungskräfte:

Tauschgeschäfte einführen

Teilen Sie z. B. muslimische Mitarbeiter zu Ramadan (in der Fastenzeit) bei leichten Tätigkeiten ein. Dafür können diese Mitarbeiter z. B. Weihnachten, eine Sonderschicht übernehmen.

5.5.4 Soziale Unterstützung

Soziale Unterstützung gilt zunehmend als wichtige gesundheitliche Ressource (Holt-Lunstad et al., 2010). Unternehmen, in denen Engagement, Leistung und Gesundheit der Beschäftigten groß sind, zeichnen sich u. a. durch hohe soziale Unterstützung durch die Führungskraft und der Arbeitskollegen aus.

Für die Wahrnehmung von sozialer Unterstützung sind innerhalb des Betriebes insbesondere die Führungskräfte von zentraler Bedeutung (Kalveram et al., 2003; Holz et al., 2004). Eine geringe Unterstützung durch die Führungskraft und/oder durch die Kollegen kann sich negativ auf die Gesundheit und das Stressempfinden der Mitarbeiter auswirken. Geringe soziale Unterstützung geht häufig einher mit Schulter-, Nacken- und Rückenbeschwerden und Herz-Kreislauf-Erkrankungen. Personen, die eine angemessene Unterstützung (von Führungskräften und Kollegen) erfahren, sind stressresistenter und mit sich selbst und ihrer Arbeit zufriedener als wenig unterstützte Mitarbeiter. Der sozialen Unterstützung werden drei Wirkungen zugeschrieben: Reduktion der arbeitsbedingten Belastungen, positive Funktion bei der Stressbewältigung und eine gesundheitsfördernde Wirkung (Stadler & Spieß, 2012).

Auf dem Workshop zum Projekt „Neue Wege bis 67“ betonten die Experten, dass das Team als Ressource auch in den Unternehmen der Altenpflege mehr in den Vordergrund gerückt werden müsse. Damit Regelungen im Team, z. B. bezüglich von Dienstplänen und Vertretungen, gut funktionierten, sei es notwendig, einen zeitlichen Rahmen für den Austausch zwischen Kollegen zu schaffen. Dies könne beispielsweise in Form von regelmäßigen Teambesprechungen umgesetzt werden. Auch könne man unter den Mitarbeitern kollegiale Beratungen mehr fördern, indem z. B. die Möglichkeit in

der ambulanten Pflege gegeben werde, die Tour eines Kollegen zu begleiten und eine Atmosphäre des „voneinander Lernens“ herzustellen.

Auch in den Interviews stellten Mitarbeiter heraus, wie wichtig Ihnen ein guter Zusammenhalt zwischen Kollegen und mit den Führungskräften sei. Eine Pflegedienstleiterin aus dem ambulanten Bereich beschrieb dies wie folgt:

„Ich glaube, was auch eine große Rolle spielt ist, wenn man sich im Team in der Einrichtung wohlfühlt, weil der Zusammenhalt unter den Kollegen da ist und man auch mal etwas privat zusammen unternehmen kann. Wenn man im Berufsalltag ein Problem hat und den Kollegen und auch die Leitungsebene ansprechen kann und weiß, man ist da auch gut aufgehoben, dann gibt es schon eher das Gefühl: ‚Das mache ich gerne‘ und kompensiert das eine oder andere an negativen Erlebnissen und Gefühlen.“

(Pflegedienstleiterin, 54 Jahre)

Tipp für Führungskräfte:

Einen zeitlichen Rahmen für den Austausch zwischen Kollegen schaffen (z. B. in Form von Teamsitzungen, oder der Begleitung eines Kollegen auf seiner Tour)

(Quelle: Interviews und Expertenworkshop, Studie „Neue Wege bis 67“)

Soziale Unterstützung am Arbeitsplatz beinhaltet sowohl materielle als auch soziale und emotionale Unterstützungsformen. Diese können dem nachfolgenden Kasten entnommen werden.

Arten und Inhalte sozialer Unterstützung
Emotionale Unterstützung
<ul style="list-style-type: none">• Erfahrung positiver Zuneigung, Wertschätzung, Nähe, Vertrauen• Selbstwertunterstützung: Die eigene(n) Person und Gefühle werden akzeptiert und geschätzt• Emotionalen Rückhalt bei Problemen bekommen• Mit anderen über Probleme sprechen können• Bei Problemlösungen Unterstützung, Ermutigung, Rat und Anleitung erhalten• Verständnis und Anteilnahme erfahren (akzeptiertes/aktives Zuhören)
Praktische Unterstützung (auch instrumentelle oder materielle Unterstützung)
<ul style="list-style-type: none">• Von Aufgaben und Belastungen befreit oder dabei entlastet werden• Bei Bedarf Begleitung, aktiven Beistand oder konkrete Hilfe erhalten• Wissen und (lösungsrelevante) Informationen erhalten• Modelle als Hilfeleistung zur Problemlösung zur Verfügung haben• Bei Bedarf Geld oder Gegenstände ausleihen können
Soziale Integration
<ul style="list-style-type: none">• Zugehörigkeit zu einzelnen Personen und Gruppen/Organisationen empfinden (Partner, Familie, Führungskraft, Kollegen, Freunde)• Gemeinsame gesellige Aktivitäten mit anderen (die dem Spaß und der Erholung dienen)• Beziehungssicherheit (Vertrauen in die Stabilität von Beziehungen, Vertrauenspersonen haben, Erreichbarkeit und Verfügbarkeit wichtiger Personen (wie z. B. die Führungskraft)• Vertrauensperson haben, Verfügbarkeit wichtiger Personen

(Quelle: In Anlehnung an Fydrich & Sommer, 2003)

5.5.5 Führung und Gesundheit

Seit einigen Jahren wird vermehrt darauf hingewiesen, dass das Führungsverhalten einen starken Einfluss auf die psychische Gesundheit und das Wohlbefinden von Mitarbeitern habe. Je besser Mitarbeiter das Führungsverhalten bewerten, desto höher ist ihre Arbeitszufriedenheit und umso geringer sind ihre gesundheitlichen Beschwerden. Führungskräfte nehmen durch ihr Verhalten – ob bewusst oder unbewusst – in der Krankheitsprävention und Gesundheitsförderung eine Schlüsselrolle ein. Nach dem Modell des gesundheits- und entwicklungsförderlichen Führungsverhaltens (GEFA) haben Führungskräfte, vermittelt über die Arbeitsbedingungen, einen Einfluss auf Arbeitsanforderungen, Stressoren sowie Ressourcen und somit auch auf die Gesundheit der Mitarbeiter.

Tipp für Führungskräfte:

Nehmen Sie regelmäßig an Fortbildungen zu den Methoden gesundheitsförderlicher Mitarbeiterführung teil. Gutes Führungsverhalten muss trainiert werden.

Das Modell gesundheits- und entwicklungsförderlicher Führung, das sich aus drei Komponenten – überfordernde, entwicklungsorientierte und unterstützungsorientierte Führung – zusammensetzt, enthält hilfreiche Handlungsempfehlungen für Führungskräfte.

Empfehlungen für Führungskräfte:

Gesundheits- und entwicklungsförderliches Führungsverhalten

Überfordernde Führung	Machen Sie es richtig:
Quantitative Überforderung	Übertragen Sie Ihren Beschäftigten nicht zu viele Aufgaben, setzen Sie sie nicht ständig unter Zeitdruck und erwarten Sie von ihnen nicht dauerhaft ein zu hohes Arbeitstempo.
Qualitative Überforderung	Übertragen Sie Ihren Beschäftigten keine Aufgaben, die zu schwierig sind und sie inhaltlich überfordern.
Entwicklungsorientierte Führung	Machen Sie es richtig:
Komplexität/ Variabilität	Übertragen Sie Ihren Beschäftigten Aufgaben, die den Einsatz von vielfältigen Fähigkeiten und Fertigkeiten erfordern und durch die sich Ihre Beschäftigten weiterentwickeln können.
Handlungsspielraum	Erweitern Sie die Handlungsspielräume Ihrer Beschäftigten. Lassen Sie die Beschäftigten selbst entscheiden, wie sie ihre Aufgaben bearbeiten, und übertragen Sie ihnen weitgehend die Planung, Ausführung und Kontrolle ihrer Arbeit.
Partizipation	Beteiligen Sie Ihre Beschäftigten an der Gestaltung von Veränderungen sowie an Entscheidungen, die ihre Arbeit oder Arbeitsplatzumgebung betreffen, und greifen Sie die Ideen und Vorschläge der Beschäftigten auf.
Vertrauen in die Fähigkeiten der Beschäftigten	Zeigen Sie Vertrauen in die Fähigkeiten und Handlungen Ihrer Beschäftigten und trauen Sie ihnen zu, dass sie eigenverantwortlich und selbstständig gute Leistung erbringen.
Unterstützungsorientierte Führung	Machen Sie es richtig:
Instrumentelle Unterstützung/ Information	Seien Sie ansprechbar, wenn Probleme bei der Arbeit auftreten, und unterstützen Sie Ihre Beschäftigten im Arbeitsprozess, wenn sie Schwierigkeiten haben. Informieren Sie ausreichend und stellen Sie alle zur Aufgabenerfüllung relevanten Informationen zur Verfügung.

Klarheit/ Transparenz	Erläutern Sie Hintergründe von Entscheidungen und verdeutlichen Sie den Sinn bestimmter Aufgaben. Sorgen Sie für eindeutige Zuständigkeiten und Verantwortlichkeiten, stellen Sie sicher, dass Ihre Beschäftigten ihre Aufgaben verstanden haben. Formulieren Sie Aufgabenanforderungen und Erwartungen an Ihre Beschäftigten klar und deutlich.
Anerkennung/ Feedback	Würdigen Sie die Arbeit und das Engagement Ihrer Beschäftigten durch Lob und Anerkennung. Geben Sie regelmäßig Rückmeldung und lassen Sie Ihre Beschäftigten wissen, wie gut sie ihre Arbeit machen.
Konfliktmanagement	Sprechen Sie Konflikte an, suchen Sie mit den Beteiligten nach Lösungen und führen Sie bei Konflikten Lösungen herbei, die die verschiedenen Interessen berücksichtigen.
Kooperation	Ermutigen Sie die Beschäftigten, sich gegenseitig zu unterstützen, Probleme gemeinsam zu lösen und ihr Wissen untereinander auszutauschen.
Karriereunterstützung	Fördern Sie das berufliche Vorankommen Ihrer Beschäftigten und beraten Sie sie, wie sie ihre beruflichen Ziele erreichen können.
Integrität/ Fairness	Gehen Sie offen und ehrlich mit Ihren Beschäftigten um und halten Sie sich an Absprachen und Vereinbarungen. Achten Sie darauf, dass die Aufgaben der Beschäftigten gerecht verteilt sind, und achten Sie auf Gleichbehandlung der Beschäftigten.
Fürsorge	Erkundigen Sie sich nach dem Wohlergehen Ihrer Beschäftigten und ermutigen Sie sie, eine gute Balance zwischen Berufs- und Privatleben zu finden. Sprechen Sie einzelne Beschäftigte an, wenn Sie den Eindruck haben, dass sie überlastet sind, und achten Sie darauf, dass Beschäftigte zu Hause bleiben, wenn sie krank sind.

(Quelle: Vincent-Höper, 2015; Gregersen et al., 2013)

5.5.6 Gesunde Selbstfürsorge

Führungskräfte verkennen häufig, welche Auswirkungen der Umgang mit der eigenen Gesundheit auf sie selbst und ihre Mitarbeiter hat. Eine gesunde Selbstfürsorge stellt die Voraussetzung gesunder Mitarbeiterführung dar. Über eine gesunde Selbstfürsorge und die Gestaltung der Arbeitsbedingungen können Führungskräfte Einfluss auf die Gesundheit ihrer Mitarbeiter nehmen. Jedoch vernachlässigen Führungskräfte oft ihre eigene Gesundheit. Dabei ist es umso wichtiger, dass sie auf ihre eigenen Warnsignale achten und ihren Mitarbeitern – in puncto Gesundheit – ein gutes Vorbild sind. Nur eine Führungskraft, die auf die eigene Gesundheit achtet, wird von ihren Mitarbeitern als authentisch und als Vorbild wahrgenommen.

Der Alltag von Führungskräften und Mitarbeitern ist oft von vielen Terminen und Aufgaben, die schiefgehen und den Tagesablauf durcheinander bringen können, geprägt. Dies führt häufig dazu, dass sie auf Pausen verzichten und trotz Erkrankung zur Arbeit kommen. Hier kommt wieder die Vorbildfunktion der Führungskraft ins Spiel. Denn wenn Führungskräfte keine Pausen machen, oder sich trotz Erkrankung zur Arbeit schleppen, können sie ihre Mitarbeiter schwerlich dazu bewegen, dass sie sich eine Auszeit nehmen bzw. im Krankheitsfall zu Hause bleiben. Anhand der Checkliste kann überprüft werden wie es um die gesunde Selbstfürsorge steht.

Checkliste für Führungskräfte/Mitarbeiter: Gesunde Selbstfürsorge		
1. Auf die Gesundheit achten	Ja	Nein
Ich merke sofort, wenn mit mir etwas nicht stimmt.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich achte bewusst auf gesundheitliche Warnsignale.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Gesundheit wichtig nehmen	Ja	Nein
Es ist mir wichtig, die gesundheitlichen Belastungen an meinem Arbeitsplatz zu mindern und Risiken abzubauen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich bin nicht bereit, wegen der Arbeit meine Gesundheit zu riskieren.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Möglichkeiten kennen und handeln	Ja	Nein
Ich weiß, wie ich übermäßiger Belastung vorbeugen kann.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wenn ich Stress bei der Arbeit habe, weiß ich, was ich dagegen tun kann.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich versuche, meine Belastungen zu reduzieren, indem ich die eigene Arbeitsweise optimiere – z. B. Prioritäten setzen, für ungestörtes Arbeiten sorgen, Tagesplan erstellen – oder auch mal Aufträge/Projekte ablehne, wenn meine Grenzen erreicht sind.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich informiere mich regelmäßig über Sicherheitsvorschriften und Maßnahmen zur Gesundheitsförderung und halte diese ein beziehungsweise nehme daran teil.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Auswertung: Wenn Sie einzelnen Aussagen nur zögerlich mit „Ja“ beantwortet haben, dann sollten Sie dort ansetzen, um Ihre gesunde Selbstfürsorge zu verbessern.		

(Quelle: Vincent-Höper, 2013)

Man darf nicht vergessen, dass eine Führungskraft nur so gut „gesund führen“ kann, wie es die betrieblichen Rahmenbedingungen ermöglichen. Daher ist es wichtig, dass die Führungskraft durch die Unternehmensführung unterstützt wird.

Um sich trotz verschiedenster (arbeitsbedingter) Belastungen gesund zu erhalten, ist es wichtig, dass sich jeder auch um sich selbst sorgt. Viele Menschen sorgen sich um andere und vergessen sich selbst dabei. Sie stellen die eigenen Bedürfnisse hinter die der anderen und nehmen sich nicht so wichtig. Wer über längere Zeit seine eigenen Bedürfnisse und Gefühle zu sehr zurückstellt und die Grenzen der eigenen Kräfte dauerhaft überschreitet, kann evtl. auf einen Burnout zusteuern. Ohne eine gesunde Selbstfürsorge ist niemand vor den langfristigen Folgen einer dauerhaften Stressbelastung geschützt.

Zu einer gesunden Selbstfürsorge gehört es, dass man sich selbst über Maßnahmen zur Gesundheitsförderung informiert und bewusst auf die eigene Gesundheit und mögliche Warnsignale achtet. Nachfolgend einige Empfehlungen zur gesunden Selbstfürsorge.

Empfehlungen für Führungskräfte/Mitarbeiter: Gesunde Selbstfürsorge
<ul style="list-style-type: none"> • Effektives Zeitmanagement Nehmen Sie sich für einen Tag nur so viel vor, wie Sie es realistisch erledigen können. • Tägliche Entspannung – Zeiten der Ruhe und des Rückzuges Nehmen Sie sich täglich Zeit für sich selbst. Mit Yoga, autogenem Training oder anderen Techniken können Sie lernen, sich aktiv zu entspannen. • Sich regelmäßig etwas Gutes tun Besuchen Sie ein nettes Restaurant, gehen Sie ins Theater oder Kino, lesen Sie ein gutes Buch.

- **Sich regelmäßig bewegen**
Bewegung tut sowohl dem Körper als auch der Seele gut. Planen Sie regelmäßig körperliche Aktivitäten in Ihr Leben mit ein; z. B. Schwimmen, Radfahren, Wandern.
- **Pflege von Ritualen**
Pflegen Sie Rituale, die Ihnen gut tun, wie z. B. jeden Samstag auf den Markt gehen.
- **Pflege des eigenen Körpers**
Gönnen Sie sich regelmäßige Belohnungen und tun Sie sich und Ihrem Körper etwas Gutes, z. B. in Form von Massagen, Sauna- und/oder Wellnessbesuchen.
- **Pflege des eigenen sozialen Netzwerks**
Vernachlässigen Sie nicht den Kontakt zur Familie, zu Freunden und Bekannten.
- **Nicht alles alleine lösen müssen – andere um Rat fragen**
Eine extrem wichtige persönliche Gesundheitsressource ist die Bereitschaft und der Mut, sich Hilfe zu holen, wenn man allein nicht mehr weiter weiß.
- **Über eigene Problem und Sorgen mit Vertrauten sprechen – Psychohygiene**
Reden Sie über Ihre Probleme und Sorgen mit einer Vertrauensperson. Das trägt zur Pflege der Seele bei.
- **Rechtzeitig professionelle Hilfe holen**
Bei Überlastung können Sie sich z. B. durch Supervision emotionale Unterstützung einholen. Nehmen Sie bei Bedarf auch eine Therapie in Anspruch.
- **Regelmäßige Fortbildung**
Bleiben Sie auf dem Laufenden: Besuchen Sie inner- und außerbetriebliche Fortbildungen. Diese bringen höhere Lebendigkeit, Ausgeglichenheit, Kompetenz und Freude an der Arbeit.
- **Offenheit für neue Erfahrungen**
Seien Sie bereit etwas Neues dazulernen, erweitern Sie Ihren Horizont.

Nutzen Sie zur Erkennung der Warnsignale den Selbst-Test: „Wie belastet bin ich?“ (Kapitel 5.4.2)

(Quelle: Eigene Zusammenstellung in Anlehnung an „Krebshilfe 2007 – Leitfaden für Ärzte und Pflegepersonal“, 2007)

5.6 Jedes Alter zählt

Das Thema der alternden Belegschaften ist, da sich der Altersdurchschnitt in den Unternehmen in den vergangenen Jahren bereits rapide verändert hat (*siehe Abbildung 4*), von hoher Relevanz. Der demografische Wandel hat einen großen Einfluss auf die Arbeitswelt und stellt die Unternehmen vor neue ernst zu nehmende Herausforderungen. Diese Herausforderungen liegen in der Sicherung qualifizierter Nachwuchskräfte und in der Sicherung und Förderung der Arbeits- und Beschäftigungsfähigkeit der älter werdenden Belegschaften. Damit Mitarbeiter nicht vor Eintritt des Rentenalters aus dem Beruf ausscheiden, müssen Unternehmen die Arbeitsbedingungen anpassen und Mitarbeiterqualifikationen fördern.

Es gibt verschiedene Handlungsansätze, die dazu beitragen können, dass die Arbeits- und Beschäftigungsfähigkeit von älteren Mitarbeitern länger erhalten bleibt. Dazu gehören:

- Altersgerechte Arbeitsplatzgestaltung
- Weiterbildung und Qualifikation
- Arbeiten in altersgemischten Teams

Altersgerechte Arbeitsplatzgestaltung

Eine wichtige Aufgabe von Führungskräften ist es, die Arbeit so zu gestalten, dass die Beschäftigungsfähigkeit der Mitarbeiter und die Arbeitsproduktivität im Unternehmen gesichert werden. Eine Möglichkeit, die gesundheitlichen und leistungsmindernden Folgen für ältere Mitarbeiter zu reduzieren, ist eine altersgerechte Arbeitsplatzgestaltung. Körperliche Fehlbelastungen können z. B. durch die

ergonomische Gestaltung des Arbeitsplatzes und den Einsatz von technischen Hilfsmitteln vermieden bzw. reduziert werden. Führungskräfte sollten nach Möglichkeit schwere körperliche Belastungen ihrer Mitarbeiter, Arbeiten in Zwangshaltung und Tätigkeiten mit wiederkehrenden gleichen Bewegungsabläufen vermeiden. Für die Vermeidung von Überforderung bietet es sich an, keine Terminvorgaben zu machen, Handlungsspielräume und Einflussmöglichkeiten anzubieten. Psychische Belastungen können z. B. durch einen regelmäßigen Tätigkeitswechsel reduziert werden. Durch eine Rotation über verschiedene Arbeitsplätze und/oder Tätigkeiten findet ein Belastungswechsel statt. Eine Pflegekraft kann z. B. entlastet werden, indem sie nicht den gesamten Arbeitstag „am Bett“ arbeitet, sondern auch Büro-/Verwaltungstätigkeiten übernimmt.

Die Möglichkeiten, die Arbeit in der Altenpflege bis zum Alter von 67 Jahren auszuüben, schätzten einige Interviewten als gering ein. Als Gründe nannten sie vor allem die körperlich und psychisch höchst belastenden Tätigkeiten, die personelle Unterbesetzung sowie den Schichtdienst. Andere Teilnehmer zählten zur Erreichung einer längeren Verweildauer im Beruf mehrere Bedingungen auf. Diese betrafen vor allem die Verbesserung der Arbeitsbedingungen. Dazu gehörte unter anderem eine altersgerechte Organisation der Arbeitszeit, z. B. durch Reduzierung der Arbeitszeit, Ausstieg aus dem Schichtdienst oder höhere Einflussmöglichkeiten auf die Dienstplangestaltung. Als weitere Voraussetzung wurde die soziale Unterstützung durch Führungskräfte und Kollegen genannt. Vorstellen konnten sich Beschäftigte einen längeren Verbleib im Pflegeberuf auch bei größeren Aufstiegschancen, einer Spezialisierung oder Qualifikation für bestimmte Bereiche oder der Übernahme von Misch Tätigkeiten, wie z. B. die Teilung der Arbeitszeit in pflegerische Tätigkeiten und Büroarbeiten.

Weiterbildung und Qualifikation

Das Themenfeld Qualifizierung liegt auch, zumindest zum Teil, im Einflussbereich der Führungskräfte. Führungskräfte können die Qualifizierungsbedarfe der Mitarbeiter systematisch identifizieren und diese zur Teilnahme an Weiterbildungen und Schulungen motivieren. Es darf dabei nicht der Fehler gemacht werden, älteren Mitarbeitern einen Abbau der Lernfähigkeit zu unterstellen und sie aus Qualifizierungsprozessen auszuschließen. Lernfähigkeit geht nicht automatisch mit dem Älterwerden verloren. Ältere Mitarbeiter sind durchaus lernfähig und lernbereit. Eine gezielte Fortbildung älterer Mitarbeiter bietet allein aufgrund dessen, dass dadurch ein Tätigkeitswechsel gefördert und Belastungen verringert werden können, häufig Gewähr für den Erhalt der Beschäftigungs- und Leistungsfähigkeit. Je qualifizierter und erfahrener Mitarbeiter sind, umso ist das Angebot einer Alternativtätigkeit. Führungskräfte sollten das Vertrauen der älteren Mitarbeiter, die oftmals ein geringeres Vertrauen in ihre Fähigkeiten als jüngere haben, in ihre Weiterbildungsfähigkeit verstärken. Durch die Unterstützung ihrer Führungskraft lässt sich das Selbstvertrauen der Mitarbeiter steigern. Führungskräfte müssen darauf achten, dass die Weiterbildungsteilnahme älterer Mitarbeiter verstärkt wird, denn so können sie besser auf Veränderungen (z. B. Einsatz neuer Hilfsmittel, IT am Arbeitsplatz) vorbereitet werden.

Altersgemischte Arbeitsgruppen

Altersgemischte Teams sind das am häufigsten eingesetzte Mittel in Unternehmen, um die Arbeitsfähigkeit von Mitarbeitern zu erhalten. Führungskräfte sollten versuchen, die Altersverteilung im Blick zu behalten und auf eine Durchmischung der Teams hinzuwirken. Bei der Zusammenstellung altersgemischter Arbeitsgruppen ist es wichtig darauf zu achten, dass weder die einen noch die anderen eine zu starke Mehrheitsposition einnehmen. Bei der Gruppenzusammenstellung sollten nicht nur auf die Kompetenzen, sondern auch auf die Potenziale, die in verschiedenen Altersstufen vorhanden

sind, geschaut werden. Zudem sollte berücksichtigt werden, welche Mitarbeiter gern zusammenarbeiten und gut miteinander zurechtkommen.

Ein Team aus Jung und Alt kann natürlich auch negative Effekte haben. Wenn die Führungskraft die notwendigen Voraussetzungen für ein generationenübergreifendes erfolgreiches Miteinander schafft, dann überwiegen aber eher die Vorteile. Zu den Vorteilen zählen z. B. die gegenseitige Weiterentwicklung und Qualifizierung, die Steigerung der Innovations- und Veränderungskompetenzen, die verbesserte Entscheidungsfindungs- und Problemlösungsfähigkeit und die Vermeidung von Gruppendenken. Altersgemischte Teams fördern auch den Wissens- und Erfahrungsaustausch. Der Einsatz von altersgemischten Teams bietet die Möglichkeit, Kompetenzen und Fähigkeiten jüngerer und älterer Mitarbeiter miteinander zu verbinden. Ältere Mitarbeiter können ihr Know-how weitergeben und fühlen sich dadurch wertgeschätzt. Andererseits profitieren Ältere vom fachlichen Wissensvorsprung jüngerer Mitarbeiter. Führungskräfte können verschiedene Altersgruppen zur Zusammenarbeit motivieren und so den Wissensaustausch zwischen den Generationen fördern.

5.7 Arbeitsplatz-/Tätigkeits- bzw. Berufswechsel

Berufe mit hohen physischen und psychischen Belastungen, wie z. B. Gesundheitsberufe, sind Berufe, die eine begrenzte Tätigkeitsdauer haben. Bei Berufen mit einer „begrenzten Tätigkeitsdauer“ handelt es sich um Berufe, die „erfahrungsgemäß von der Mehrzahl der [...] Beschäftigten aus hauptsächlich gesundheitlichen Gründen nicht bis ins gesetzliche Rentenalter, häufig nicht einmal bis zum 50. Lebensjahr bewältigt“ werden können (Behrens, 2001, S. 122). Wie lange Beschäftigte ihrer Erwerbstätigkeit nachgehen können, hängt zum einen von der individuellen Voraussetzung der Person und von den Rahmenbedingungen der Tätigkeit bzw. des Beschäftigungsfeldes ab (Gerlmaier & Latniak, 2012). Nach Morschhäuser (1999) sind für die frühe Beendigung der Tätigkeit bzw. des Berufes im Wesentlichen alterskritische Arbeitsanforderungen, die aus der körperlich anstrengenden Arbeit (Heben und Tragen von Lasten, Zwangshaltung), der Arbeitsumgebung (Lärm, schlechte Beleuchtung), den hohen bzw. starren Leistungsvorgaben (taktgebundene Arbeit, Zeitdruck), der Nacht- und Schichtarbeit (soziale Beeinträchtigungen, Arbeitsrhythmus gegen die „innere Uhr“) und den psychischen Belastungen (Daueraufmerksamkeit, Stress) ursächlich.

Wenn allerdings betriebliche Rahmenbedingungen stimmen und dauerhafte (Fehl-)Belastungen unterbleiben, sinken das Risiko für einen vorzeitigen Abbruch der Tätigkeit/des Berufes und der Eintritt in den Ruhestand. Im Hinblick auf die Ergebnisse der Studie „Neue Wege bis 67“ und der begrenzten Tätigkeitsdauer in dem Beruf besteht ein besonderer Handlungsbedarf. Dies trifft natürlich auch auf andere Branchen zu. Eine Möglichkeit, die Beschäftigungsfähigkeit von (älter werdender) Arbeitnehmer zu erhalten – vor dem Auftreten arbeitsbedingter Leistungs- und Gesundheitseinschränkungen – sind Tätigkeits- und Berufswechsel (Bundesministerium für Arbeit und Soziales, 2010). Bereits durch die Ermöglichung eines Wechsels in andere Tätigkeitsfelder können Belastungen vermieden bzw. reduziert werden.

5.7.1 Mischarbeit: Arbeitsplatz-/Tätigkeitswechsel (Job-Rotation)

Bei Tätigkeiten, die monoton und/oder hochbelastend sind, wird zunehmend ein Arbeitsplatz-/Tätigkeitswechsel, das auch als Job-Rotation bekannt ist, empfohlen. Job-Rotation ist ein Konzept der Mischarbeit. Unter Job-Rotation versteht man den „planmäßigen Wechsel von Arbeitsplätzen und/ oder Arbeitsaufgaben, um eine einseitige Belastung [...] zur verringern“ (REFA, 1972, S. 137). Job-Rotation dient in erster Linie als Präventions-Instrument, da dadurch Monotoniezustände, einseitige Belastungen, vorzeitige Ermüdung und Überlastung verringert bzw. vermieden werden. Dieses

Konzept bietet sowohl für das Unternehmen als auch für den Arbeitnehmer viele Vorteile. Es sorgt für körperliche und geistige „Beweglichkeit“, reduziert den Krankenstand, vermindert den Stress, erhöht die Arbeitszufriedenheit und fördert das Wohlbefinden und die Gesundheit der Beschäftigten (Kiper, 2011). Des Weiteren trägt es, durch die Integration neuer Aufgabenelemente, der Erweiterung von Kompetenzen und Fähigkeiten bei (Winker, 1995). Dadurch werden auch das Erfahrungsspektrum und die Einsatzmöglichkeiten erweitert. Bei den Mitarbeitern können sich Erfolgserlebnisse einstellen, die die Motivation und das Engagement erhöhen. Laut Jahn & Ulbricht (2010) ist das Erlernen neuer Kenntnisse über den gesamten Erwerbsverlauf entscheidend für einen erfolgreichen Tätigkeitswechsel in späteren Jahren. Im Falle einer z. B. gesundheitlichen Einschränkung können Mitarbeiter flexibler eingesetzt werden. Nachfolgend eine Zusammenfassung der positiven Effekte einer Job-Rotation – sowohl für das Unternehmen als auch für die Mitarbeiter.

Positive Effekte der Job-Rotation:

- Vermeidung von Arbeitsmonotonie und einseitiger Belastung
- Vielseitigere Einsetzbarkeit und eine höhere Motivation bei Mitarbeitern
- Vermeidung von Personallücken (z. B. bei Krankenstand, oder Kündigung)
- Anhaltende Lernbereitschaft bei der Belegschaft
- Verhinderung der „Betriebsblindheit“ im eigenen Job
- Förderung der Weitsicht und Innovationsfähigkeit
- Lockerung der Hierarchie
- Umfangreicherer Lebenslauf, sprich bessere Vermittelbarkeit bei Jobverlust
- Weitergabe von Know-How zwischen den Mitarbeitern, dadurch wird das Unternehmen weniger abhängig von einer speziellen Fachkraft
- Erhöhte Kreativität durch den Input mehrerer Mitarbeiter
- Besseres Verständnis für andere Arbeitsbereiche und für die Arbeitszusammenhänge innerhalb des Unternehmens (Schnittstellenprobleme werden schneller erkannt und behoben)

(Quelle: Bergmann & Garrecht, 2008; Deller et al., 2008; Schätzl, 2007; Scholz, 2000; Meier, 1991)

Durch einen Arbeitsplatz-/Tätigkeitswechsel und der Übernahme von Misch Tätigkeiten können Führungskräfte einen Ausgleich für Tätigkeiten mit extrem hohen körperlichen/geistigen/emotionalen Anforderungen schaffen und so die Leistungs- und Beschäftigungsfähigkeit der Mitarbeiter erhalten. Es empfiehlt sich dabei auch darauf zu achten, dass reine Sitz-Arbeitsplätze zeitweise um stehende Tätigkeiten erweitert werden und umgekehrt. Des Weiteren ist eine Mischung von körperlich anstrengenden/weniger anstrengenden und konzentrationsintensiven/konzentrationsärmeren Tätigkeiten bzw. Arbeitsphasen wichtig. So könnte eine körperlich beanspruchende Tätigkeit z. B. durch die Übernahme von leichteren Bürotätigkeiten oder durch soziale Aufgaben, wie der Betreuung und Praxisanleitung von neuen Mitarbeitern/Auszubildenden/Praktikanten, ergänzt werden.

Zwei examinierte Pflegekräfte haben in den Interviews Vorschläge dazu gemacht, wie sie sich ihre weitere Erwerbstätigkeit in der Pflege durch Übernahme von Misch Tätigkeiten wünschen würden:

„Viele Direktoren haben mich darauf angesprochen, ob ich es mir nachher, wenn ich körperlich nicht mehr so kann, vorstellen könnte, vielleicht die Arztvisiten und diesen ganzen Papierkram zu machen. Ich habe ‚Ja‘ gesagt, weil ich mir das eigentlich ganz gut vorstellen kann. Die Erfahrung hat man ja.“
(Examinierte Altenpflegerin, 60 Jahre)

„Meine Lösung, um länger in dem Beruf zu bleiben, wäre, dass man sagt: ‚Die Älteren übernehmen Tätigkeiten, wie Schreibkram, Telefonate mit Ärzten etc.‘ Ich würde diese Termine machen wollen. Ich schreibe sehr gut und sehr schnell Pflegeplanungen. Deshalb könnte ich es mir auch vorstellen für mehrere Wohnbereiche die Pflegeplanungen zu machen. Dann könnte ich vielleicht von 10 bis 18 Uhr kommen und den ganzen Tag schreiben.“

(Examierte Altenpflegerin, 50 Jahre)

Führungskräfte sollten Mitarbeiter im Laufe ihrer beruflichen Karriere Tätigkeiten in unterschiedlichen Bereichen des Unternehmens übernehmen lassen. Nachfolgend werden einige Empfehlungen dazu gegeben worauf sie zu achten haben und wie es am besten gelingen kann.

Empfehlungen für Führungskräfte:

- **Fehlbeanspruchung frühzeitig erkennen und reagieren**
Die Beratung bzw. Empfehlung zur Übernahme von Misch Tätigkeiten sollte bereits dann stattfinden, wenn bestimmte Hinweise auf arbeitsbedingte Fehlbeanspruchungen zu erkennen sind und nicht erst dann, wenn sich Leistungs- bzw. gesundheitliche Einschränkungen manifestiert haben.
- **Misch Tätigkeiten anbieten**
Bieten Sie Ihren Mitarbeitern an, dass sie (z. B. die Hälfte ihrer Arbeitszeit) in andere Bereiche wechseln, oder andere Aufgaben übernehmen. Dadurch erhöhen Sie die Fähigkeiten und Kompetenzen Ihrer Mitarbeiter.
- **Mitarbeiter motivieren**
Viele Mitarbeiter scheuen sich vor Veränderungen und haben Ängste. Wissen nicht ob Sie der neuen Herausforderung gewachsen sind. Motivieren Sie Ihre Mitarbeiter indem Sie ihnen deutlich machen, dass die Maßnahme wichtig für ihre Entwicklung und Arbeit ist.
- **Aufgaben und Inhalte darstellen**
Stellen Sie den Mitarbeitern (vor der Entscheidung) in Kurzform die Aufgaben und Inhalte der neuen Tätigkeit vor. Es ist wichtig, dass der Mitarbeiter im Vorfeld weiß was auf ihn zukommt und keine Überraschung erlebt.
- **Mitarbeiter partizipieren**
Beziehen Sie Ihre Mitarbeiter bei den Inhalten und Möglichkeiten der Übernahme neuer Tätigkeiten mit ein. Der einzelne Mitarbeiter kennt sein Wissen und Können am besten und hat vielleicht bereits eine Vorstellung davon was ihn interessieren würde.
- **Ausreichend Zeit geben**
Dem rotierenden Mitarbeiter muss ein Einarbeitungsplan und eine Einarbeitungszeit zur Verfügung gestellt werden, sonst kann es bei manchen Mitarbeitern auch zu einer Überforderung kommen.
- **»Schnuppertag «einführen**
Empfehlenswert ist es, wenn der Mitarbeiter einen Tag in dem Bereich/in dem Tätigkeitsfeld hospitiert. So kann sich der Mitarbeiter zumindest ein Bild von den Aufgaben und Anforderungen machen und ein Gefühl dafür bekommen, ob es ihn interessiert.
- **Bei Problemen Ursachenforschung betreiben**
Schauen Sie, wenn es bei dem Wechsel Probleme gibt, woran es liegen könnte. Vielleicht können gewisse Schwächen des Mitarbeiters durch Maßnahmen wie Schulungen oder Fortbildungen kompensiert werden.
- **Niemanden zwingen**
Zwingen Sie niemanden zur Übernahme neuer Tätigkeiten. Dadurch kann der Mitarbeiter einen massiven Widerstand aufbauen und es kann zu Konflikten kommen.

(Quelle: Eigene Zusammenstellung)

Man sollte nicht so lange warten bis die Führungskraft auf einen zukommt und ein Angebot unterbreitet. Auch der Mitarbeiter selbst kann sich informieren und Wünsche äußern.

Empfehlungen für Mitarbeiter: *Erfolgsfaktoren für einen beruflichen Wechsel*

- **Eigeninitiative zeigen**
Zeigen Sie Eigeninitiative, d. h. schauen Sie selbst aktiv nach Wechselmöglichkeiten und leiten Sie erste Schritte in die Wege (suchen Sie z. B. ein erstes Gespräch mit der direkten Führungskraft bzgl. eines möglichen Aufgaben-/Tätigkeitswechsels).
- **Offenheit und Bereitschaft zeigen**
Seien Sie offen und zeigen Sie Bereitschaft gegenüber anderen Arbeitsgebieten und dem Erlernen von neuen Tätigkeiten. So können Sie nicht nur etwas Neues lernen, sondern auch Ihr Know-How weitergeben.
- **Nicht aufgeben**
Eine neue Arbeitsaufgabe und ein neuer Arbeitsplatz können einen im ersten Moment vielleicht überfordern. Werfen Sie aber nicht zu schnell das Handtuch; geben Sie sich die Zeit, die Sie für die Eingewöhnung benötigen.
- **Vorteile bewusst machen**
Je besser Sie qualifiziert sind, desto flexibler und breiter sind Sie einsetzbar. Bei Bedarf (z. B. aufgrund eines Wohnortwechsels, oder einer Erkrankung) finden Sie leichter einen neuen Tätigkeitsbereich bzw. Job. Eine Erweiterung der Fähigkeiten und Kompetenzen kann auch neue Aufstiegsmöglichkeiten eröffnen.
- **Eine Woche hospitieren**
Hospitieren Sie eine Woche in dem Tätigkeitsfeld wo Sie Aufgaben übernehmen könnten. So bekommen Sie ein Bild davon was auf Sie zukommen würde.
- **Zeitpunkt gut wählen**
Beginnen Sie nicht mit dem Arbeitsplatz-/Aufgabenwechsel, wenn eventuell im privaten Bereich Probleme bestehen und Sie sich dadurch schwer auf neue Herausforderungen einlassen können. Dies würde Sie nur zusätzlich belasten.
- **Anfängliche Einbußen hinnehmen**
Zu Beginn des Wechsels sollten ggf. finanzielle Einbußen in Kauf genommen werden.

(Quelle: Eigene Zusammenstellung)

Die genannten Erfolgsfaktoren gehen auch aus den Fallbeispielen von erfolgreichen Berufsweschlern in der Altenpflege hervor (siehe Kapitel 5.7.4).

5.7.2 Berufswechsel

Reicht eine Mischttätigkeit nicht aus, um Belastungen oder Unzufriedenheit zu reduzieren, sind betroffene Arbeitskräfte mit der Notwendigkeit beruflicher Neuorientierung konfrontiert. Prinzipiell kann man zwischen einer freiwilligen Neuorientierung und einer erzwungenen Neuorientierung unterscheiden. Die freiwillige Neuorientierung kann durch verschiedene Situationen oder Ereignissen im Leben eines Menschen hervorgerufen werden (Umzug, Erreichen eines (großen) Ziels etc.). Eine erzwungene Neuorientierung kann aufgrund physischer und/oder psychischer Beschwerden (körperlicher Gesundheitszustand, Burnout, latente Unzufriedenheit im Beruf etc.) dringend notwendig werden (Kaiser, 2005).

Anhand der Interviews mit Beschäftigten in der Studie „Neue Wege bis 67“, die ihre Tätigkeit/ihren Beruf erfolgreich gewechselt haben, wurden verschiedene Gründe für einen Wechsel identifiziert. Zentrale Faktoren waren dort z. B. gesundheitliche Beeinträchtigungen, Belastungen im Beruf, Umstrukturierungen im Unternehmen, Konflikte mit Führungskräften und der eigene Wunsch nach Veränderungen (siehe Kapitel 4.4). Diese Ergebnisse decken sich auch mit anderen Untersuchungen (Zeit, 2003). In der nachfolgenden Übersicht befindet sich eine Zusammenfassung.

Gründe für einen Berufswechsel:

- Unerreichbarkeit kurz-, mittel- oder langfristiger beruflicher Zielvorstellungen (z. B. geringe Aufstiegs- und Weiterbildungsmöglichkeiten)
- Nicht-Übereinstimmung von Arbeitsaufgaben und den eigenen Fähigkeiten (z. B. Unter- und Überforderung, Langeweile, Stress und Zeitdruck)
- Unvereinbarkeit von Berufs- und Privatleben (z. B. wenig familienfreundliche Arbeitsbedingungen, mangelnde Kinderbetreuungsmöglichkeiten)
- Fehlende oder unzureichende soziale Beziehungen am Arbeitsplatz (z. B. schlechtes Arbeitsklima, Konflikte mit Vorgesetzten und Kollegen, Mobbing)
- Unzureichende Möglichkeiten zur finanziellen Existenzsicherung (z. B. geringes Einkommen, mangelnde Sozialleistungen, Arbeitsplatzunsicherheit)
- Gesundheitliche Beeinträchtigungen durch die Arbeit (z. B. durch unregelmäßige Dienstzeiten, Nacht- und Schichtarbeit, schwere körperliche oder psychisch belastende Tätigkeiten)
- Krankheiten oder Behinderungen, die die bisherige berufliche Tätigkeit erschweren oder unmöglich machen

(Quelle: Zeit, 2003; Interviews, Studie „Neue Wege bis 67“)

Menschen, die trotz deutlicher Anzeichen für langfristige Folgen von Fehlbeanspruchungen zu lange im Beruf verharren, werden letztlich irgendwann zum Ausstieg gezwungen. Allerdings hat die Vorstellung sich zu verändern für manche etwas Bedrohliches. Führungskräfte können Mitarbeiter bei ihrem beruflichen Wechsel unterstützen und ihnen ihre Ängste nehmen.

Empfehlungen für Führungskräfte: Erfolgsfaktoren für einen beruflichen Wechsel

- **Berufswechsel des Mitarbeiters fördern, wenn es angezeigt ist**
Fördern Sie den Wechsel, wenn er aus z. B. gesundheitlichen, familiären Gründen angezeigt ist. So können Mitarbeiter langfristig im Unternehmen gehalten werden.
- **Mitarbeiter beim Berufswechsel unterstützen**
Unterstützen Sie Ihre Mitarbeiter bei dem Wunsch nach einem Berufswechsel (z. B. geben Sie Ihnen Anregungen, stellen Sie Verbindungen zu anderen Abteilungen und Bereichen her).
- **Fähigkeiten und Kenntnisse des Mitarbeiters im Blick haben**
Haben Sie die individuellen Fähigkeiten und Kenntnisse Ihrer Mitarbeiter im Blick, wenn Sie zu einem Berufswechsel raten/beraten.

(Quelle: Eigene Zusammenstellung)

Die genannten Erfolgsfaktoren gehen auch aus den Fallbeispielen von erfolgreichen Berufswechslern in der Altenpflege hervor (siehe Kapitel 5.7.4).

Die Verantwortung liegt nicht nur bei der Führungskraft, auch Beschäftigte selbst können sich um einen Berufswechsel bemühen. Wichtig ist, dass sich Mitarbeiter im Klaren darüber sind, wo die eigenen Fähigkeiten liegen, was einem Freude macht und in welchem Umfeld man gerne arbeiten möchte. Möchte man gerne mit Menschen zu tun haben, viel beruflich unterwegs sein, in einem Team arbeiten? Welche weiteren Motive spielen bei der Entscheidung eine Rolle, ist es der Wunsch nach Weiterbildung oder einem höheren Einkommen? Nachfolgend sind wichtige Fragen, die sich Mitarbeiter vor dem Entschluss eines Berufswechsels stellen sollten, zusammengestellt.

Wichtige Fragen für Mitarbeiter:

- Was kann ich am besten?
- Was macht mir am meisten Spaß?
- Welche Aufgaben passen zu mir?
- Was will ich verdienen?
- Wie sollte die Umgebung meines Arbeitsplatzes sein?
- In welcher geistigen oder emotionalen Umgebung blühe ich auf?
- Was ist das treibende Motiv bei meiner Arbeit?
- Mit welchen Gegenständen/Produkten möchte ich arbeiten?
- Welche Themen interessieren mich am meisten?
- Mit welchen Menschen möchte ich zu tun haben?
- Welche hierarchischen oder sonstigen Aspekte sind mir wichtig?
- Gibt es Pläne, die ich unbedingt noch umsetzen will (z. B. Kinder kriegen, eine Weltreise machen, auswandern)?

(Quelle: Zeit, 2003)

Mitarbeiter sollten aber bei ihrem Wunsch, den Beruf zu wechseln, nicht den Fehler machen zu kündigen, ohne sich vorher informiert zu haben. Jedoch sollte man auch nicht zu lange mit seiner Entscheidung wartet, sondern sich zielstrebig auf den Weg machen. „Es gibt nichts Gutes, außer man tut es“ (Erich Kästner).

Im nachfolgenden Kasten befinden sich Informationen und Empfehlungen dazu, welche Stellen einen bei der Entscheidung unterstützen können und was man selber tun kann.

Empfehlungen für Mitarbeiter:

- **Einen Karriereberater zu Rate ziehen**
Das Arbeitsamt bietet eine kostenlose Berufsberatung an. Schauen Sie unter der Rubrik „Offene Sprechstunde für Neuorientierung und Wiedereinstieg“: www.arbeitsamt.de
Die Mitarbeiter der Volkshochschulen (VHS) beraten ebenfalls: www.vhs.de
Auf der Homepage des Deutschen Verbands für Berufsberatung (dvv) finden Sie gute Karriereberater: www.berufsberater.net
- **Die Führungskraft oder den Vorgesetzten ansprechen**
Werden Sie frühzeitig aktiv und sprechen Sie, bevor Sie mit dem Gedanken spielen zu kündigen, mit Ihrer Führungskraft oder Ihrem Vorgesetzten. Eine gute Möglichkeit dazu bietet das Mitarbeitergespräch. Meist findet sich eine Lösung.
- **Veranstaltungen besuchen**
Gehen Sie zu Branchenveranstaltungen, Messen, Vorträgen und informieren Sie sich über den angestrebten Beruf und Ihre Möglichkeiten.
- **Ein Praktikum absolvieren**
Lernen Sie den in Frage kommenden Beruf durch ein längeres Praktikum (sechs Monate) kennen. So gewinnen Sie einen Eindruck darüber, ob es etwas für Sie ist.

(Quelle: Eigene Zusammenstellung)

5.7.3 Bereiche für einen Tätigkeits-/Berufswechsel

In Unternehmen gibt es meistens mehrere Möglichkeiten zu wechseln. Anhand der Gespräche mit Führungskräften, Verweilern und erfolgreichen Wechslern aus der Altenpflege konnten einige Bereiche identifiziert werden, die sich für einen beruflichen Wechsel anbieten. Für einige Tätigkeiten sind spezifische Fort- und Weiterbildungen oder Fachqualifikationen erforderlich, etwa bei einem Wechsel in Führungspositionen oder in spezialisierte Arbeitsbereiche. Andererseits kann bereits ein Bereichswechsel, zum Beispiel in der Altenpflege von einer Demenzstation auf die Normalstation, ausreichen, um Belastungen zu reduzieren und den Beruf länger ausüben zu können. In jedem Fall sollte immer individuell geprüft werden, welche Tätigkeiten sich für eine Person anbieten. Mehrere der Interviewten wünschten sich zudem die Möglichkeit, im höheren Alter Misch Tätigkeiten zu übernehmen. Das heißt, sie würden gerne ihre pflegerischen Aufgaben reduzieren und vermehrt Büroarbeiten erledigen, wie die telefonischen Absprachen mit Ärzten und Angehörigen.

Möglichkeiten eines Tätigkeits-/Berufswechsels

- **Bankangestellte**
Verkaufstätigkeiten, Kundeninformation
- **Pflegekräfte**
Dokumentations- und Bürotätigkeiten, soziale Betreuung, Hauswirtschaft, Betreuung und Praxisanleitung von Auszubildenden/Praktikanten, Wechsel zwischen Demenz- und Normalstation, telefonischen Absprachen mit Ärzten und Angehörigen
- **Hebammen**
Schwangerenambulanz, Kreißsaal und Wochenbettstation (Betreuung von Mutter und Kind)
- **Busfahrer**
Kontrolltätigkeiten (Fahrscheinkontrolle) oder Reparatur-/Werkstattarbeiten
- **Verkäufer**
Kassier- und Einräumtätigkeiten, Schreibarbeit

(Quelle: Eigene Zusammenstellung)

5.7.4 Vier Fallbeispiele zu erfolgreichen Wechslern

Anhand von vier Fallbeispielen wird im Folgenden gezeigt, wie Tätigkeits-/bzw. Berufswechsel bei den Interviewpartnern zustande gekommen sind, in welcher Form die Beschäftigten Unterstützung durch den Arbeitgeber bei ihrem Wechsel erhalten haben, welche Schwierigkeiten ihnen begegnet sind und welche Tipps sie für potenzielle Wechsler haben.

Fallbeispiel 1:

Examinierte Altenpflegerin, 59 Jahre, wechselte außerbetrieblich von einer ambulanten Altenpflegeeinrichtung in die stationäre Altenpflege

Der Berufseinstieg in die Pflege:

„Ich war nach meiner Referendarzeit knapp vier Jahre an einem privaten Gymnasium beschäftigt. Ich hatte aufgrund meiner drei Kinder ein paar Jahre Pause und wollte 1994 wieder in den Schuldienst, aber das ging nicht und dann habe ich mich entschlossen, in die Pflege zu gehen. Ich habe ein paar Jahre als nicht examinierte Pflegekraft gearbeitet und dann habe ich damals die Qualitätsoffensive mitgemacht und mein Examen als Pflegekraft nachgeholt. Damals habe ich noch in der ambulanten

Pflege gearbeitet und seit 2006 bin ich in der stationären Pflege.“

Gründe für den Wechsel von der ambulanten in die stationäre Pflege:

„Ich habe mich damals zum einen sehr über eine Vorgesetzte geärgert und es gab mit ihr tatsächlich Probleme und zum anderen bin gerade auf die 50 Jahre zugegangen, und habe mir überlegt: ‚Wenn du noch einmal wechseln willst, dann musst du das jetzt machen‘.“

„Die Vorgesetzte hat mich wirklich so geärgert, so aufgeregt und ich hatte das Gefühl, dich erwischt es jetzt, weil du dich so ärgerst und da habe ich gedacht: ‚Nein, ich will eigentlich nicht krank werden, dann wechsele ich lieber‘.“

Attraktivität der neuen Tätigkeit:

„Man arbeitet im Team. Das ist sehr schön. Man kann auch mal jemanden gleich fragen, wenn irgendetwas schwieriger ist. Und man hat ganz viele verschiedene Kollegen, mit denen man zusammenarbeitet. Und wir haben ja auch Auszubildende und das ist manchmal wirklich nett, mit den jungen Kollegen zu arbeiten.“

Schwierigkeiten beim Wechsel:

„Man muss sich halt immer erst in ein neues Arbeitsgebiet einarbeiten. Aber das war eigentlich im Rahmen. Ich hatte mir das ja auch selber ausgesucht.“

Tipps für potenzielle Berufswechsler:

„Sich umgucken. Ich bin auch jetzt noch immer mal am Gucken: ‚Was könnte ich stattdessen noch machen?‘ Und manchmal hilft es einfach zu gucken, was die Alternativen wären, um ein bisschen zufriedener zu sein, mit dem was man tut. Und ansonsten könnte es ja auch mal sein, dass man irgendetwas Positives sieht, wo man dann sagt: ‚Das mache ich jetzt lieber‘. Aber es hilft auch für die eigene Zufriedenheit, wenn man sieht, das und das gäbe es zwar, aber das willst du gar nicht. Weil am schlimmsten ist es, unzufrieden zu sein und sich zu bedauern. Das kann man dadurch vielleicht ein bisschen vermeiden.“

Fallbeispiel 2:

Examinierte Altenpflegerin – heute Qualitätsbeauftragte, 53 Jahre, wechselte innerbetrieblich von der Wohnbereichsleitung in das Qualitätsmanagement

Der Berufseinstieg in die Pflege:

„Ich bin angefangen mit einer Altenpflegelehre hier in der Einrichtung und habe drei Jahre meine Ausbildung gemacht. Ich hatte dann das große Glück übernommen zu werden, und habe anderthalb Jahre als Altenpflegerin gearbeitet. Dann wurde ich nach einem Jahr stellvertretende Wohnbereichsleitung. Ein halbes Jahr später hatte ich die Aufgabe einer vollen Wohnbereichsleitung, das habe ich ganz viele Jahre gemacht.“

Gründe für den innerbetrieblichen Wechsel von der Wohnbereichsleitung in das Qualitätsmanagement:

„Ich hatte einen Zusammenbruch aus privat bedingten Problemen. Arbeitsmäßig glaube ich, dass ich dort ausgebrannt war und dann war ich längere Zeit krankgeschrieben. Es war mir klar, dass ich aus dem Beruf der Stationsleitung – der Altenpflegerin mit Herz – raus musste, um gesund zu werden. Ich habe mir verschiedene Berufe immer wieder angeguckt und habe mich auch wirklich damit auseinan-

dergesehen, was willst du für deine Zukunft machen. Dann traf ich jemanden, mit dem ich früher schon einmal zusammengearbeitet habe und über den Betriebsrat kannte. Und der sagte zu mir: ‚Willst du nicht Qualitätsmanagement machen?‘ Und nach hin und her überlegen, habe ich gesagt: ‚Ich mache ein Praktikum von einem halben Jahr als Qualitätsbeauftragte und gucke mir das an‘. Ich hatte dieses halbe Jahr einfach Zeit vom Rententräger durch eine Rehabilitation, wo ich zwei Tage im Betrieb war und drei Tage kaufmännische Grundlagen gelernt habe, also mit dem Computer arbeiten, Excel-Dateien aufbauen, Formeln hinterlegen und Word-Dateien bearbeiten. Da habe ich mich dann weitergebildet, habe mit dem Zehn-Finger-System blind schreiben geübt und schließlich habe ich die Stelle als Qualitätsmanagementbeauftragte übernommen.“

Unterstützung durch den Arbeitgeber:

„Sie haben an mich geglaubt und mir ermöglicht, dass ich diese Fort- und Weiterbildung zur Qualitätsmanagementbeauftragten mit Zertifizierung machen kann. Das war ganz wichtig, weil ich aus eigenen Stücken, glaube ich, das Geld nicht hätte aufbringen können.“

Attraktivität der neuen Tätigkeit:

„Mein Wissen, mein Know-how einzusetzen, der Kontakt zu Bewohnern und das Verbessern – Qualitätsmanagement ist die ständige Verbesserung von Prozessen. Da ich alle Prozesse gut kenne, weiß ich auch, wo ich ansetzen kann, um Sachen zu verbessern.“

Schwierigkeiten beim Wechsel:

„Schwierig war nur die Entscheidung, aus der Altenpflege wegzugehen und für mich die richtige berufliche Tätigkeit zu finden, und wiederum die Nische zu nutzen, etwas anderes zu machen.“

Tipps für potenzielle Berufswechsler:

„Ich würde raten, sich das Berufsbild des Alltagsbegleiters anzuschauen. Leider ist die finanzielle Schere zwischen Pflegefachkraft und Alltagsbegleiter noch sehr gegeben. Trotzdem ist das eine schöne Möglichkeit, weiterhin mit den Menschen zu arbeiten und sie in ihren Lebenslagen zu begleiten. Das ist körperlich leichter. Manchmal ist das psychisch ein bisschen anstrengender, weil man fünf Tage die Leute beschäftigen muss. Aber man kann das wirklich interessant gestalten und da gibt es auch wiederum Teams und Vorgesetzte, es gibt Fortbildungen und verschiedene Sachen, die man mit unterschiedlichen Bewohnern gut machen kann.“

Fallbeispiel 3:

Examiniertes Altenpfleger – heute Mitarbeiter in der pädagogischen Betreuung, 52 Jahre, wechselte innerbetrieblich von der stationären Altenpflege in die pädagogische Betreuung

Der Berufseinstieg in die Pflege:

„Ich habe bei der Polizei eine zweieinhalbjährige Ausbildung absolviert und dann knapp zweieinhalb Jahre in der Bereitschaftspolizeiabteilung weitergearbeitet. Ich habe aber dann gemerkt, dass mir das keinen Spaß macht und obwohl ich als Beamter gut abgesichert war, habe ich dann aus freien Stücken gekündigt. Ich habe ein freiwilliges soziales Jahr in einer Altenpflegeeinrichtung gemacht und habe dann eine dreijährige Ausbildung absolviert. Seitdem habe ich fast nur in Eingliederungseinrichtungen gearbeitet. Das heißt, ich habe Menschen mit schweren Körperbehinderungen in verschiedenen Funktionen betreut, als Mitarbeiter in der Betreuung, in der Dauernachtwache und auch als Wohngruppenleiter.“

Gründe für den Wechsel von der stationären Pflege in die pädagogische Betreuung:

„In der Einrichtung kam es zu einer Umstrukturierung. Vorher war es so, dass wir in unterschiedlichsten Qualifikationen eigentlich alles gemacht haben. Wir haben am Bett gestanden und Leute gepflegt und haben aber auch später mit Leuten Einkäufe getätigt und kulturelle Sachen gemacht. Das wurde dann irgendwann weniger, weil es diese Umstrukturierung und eine spezielle Trennung gab. Pflegekräfte haben dann nur noch gepflegt. Das war dann für mich der Punkt, wo klar war, nur noch Pflege zu machen, macht mir nicht mehr so einen großen Spaß. Dann habe ich mich für die pädagogische Betreuung im eigenen Wohnraum beworben und ein Jahr später habe ich innerhalb des Unternehmens gewechselt.“

Unterstützung durch den Arbeitgeber:

„Mein direkter Vorgesetzter war über meine Wechselabsichten informiert und hat mich auch dazu animiert und gesagt: ‚Dann schreib doch einfach dem Geschäftsführer.‘ Dem habe ich eine E-Mail geschrieben. Der hat sehr nett reagiert und hat gesagt, dass er sich darum kümmert. Klar war für mich auch, dass ich jetzt nichts von heute auf morgen erwarten kann. Ich habe dann aber von dem Leiter der pädagogischen Betreuung kurze Zeit später einen Anruf bekommen und konnte relativ unkompliziert rübergehen. Ich habe dann in der Betreuung mit zwanzig Stunden angefangen, zwanzig Stunden habe ich noch in meinem alten Bereich gearbeitet. Drei Monate habe ich übergangsweise in beiden Einrichtungen gearbeitet und dann habe ich komplett gewechselt. Da habe ich schon eine ganz gute Unterstützung bekommen.“

Attraktivität der neuen Tätigkeit:

„Dass ich jeden Tag eine andere Arbeit habe. Ich begleite Klienten zum Arzt, ich räume mit ihnen auf, ich backe auch mal einen Kuchen, ich gehe mit ihnen ins Kino, ich fahre mit ihnen auch mal am Wochenende für einen Tag nach Berlin und abends wieder zurück. Es ist eine sehr vielseitige Sache, wo ich meine Stärken einsetzen kann, wo ich mit unterschiedlichen Leuten zu tun habe und sie natürlich aufgrund ihrer Erkrankungen auch unterschiedlich erlebe.“

Schwierigkeiten beim Wechsel:

„Ich habe zum damaligen Zeitpunkt in den sauren Apfel gebissen: Ich habe einen neuen Vertrag unterschrieben. Das war die Zeit, wo wir noch unterschiedliche Arbeitsverträge hatten. Da habe ich schon relativ hohe finanzielle Einbußen gehabt, aber das war es mir wert. Mittlerweile haben wir aber alle die gleichen Verträge. Es gibt nicht mehr diese Ungerechtigkeit und Neuverträge. Von daher ist das jetzt nicht mehr so schlimm.“

„Ich hatte natürlich vorher anderes zu tun. Ich musste mich dann viel mehr mit Gesetzestexten auseinandersetzen, musste den Unterschied zwischen Grundsicherung, Hartz IV und ALG II lernen. Das wusste ich natürlich nicht. Das habe ich mir dann aber zum Teil selbst beigebracht oder hatte jemanden, der mir das nähergebracht hat. Aber es war schon so, dass ich gemerkt habe, dass ich in dem neuen Büro nicht unbedingt mit offenen Armen empfangen werde. Da waren schon hauptsächlich Sozialpädagogen/Erzieher und die hatten nicht unbedingt große Lust, jemanden mit einer pflegerischen Qualifikation im Team zu haben. Das habe ich im Nachhinein aber schon ganz gut hinbekommen.“

Fallbeispiel 4:

Examiniertes Altenpfleger, 38 Jahre, wechselte innerbetrieblich vom stationären Demenzbereich auf die Normalstation

Der Berufseinstieg in die Pflege:

„Ich habe die Pflege über den Zivildienst kennengelernt und habe auch als Pflegehelfer ein bisschen gearbeitet. Ich wollte dann aber nicht in die Pflege und habe zunächst einen Ausbildungsplatz für einen Automobilkaufmann bekommen. Dort habe ich vor der Ausbildung als kaufmännischer Gehilfe gearbeitet und gemerkt, dass es gar nicht mein Ding ist und bin dann eigentlich reumütig zur Pflege zurückgekehrt. Mit 23 Jahren habe ich meine Ausbildung begonnen. Nach meinem Examen habe ich erst in zwei anderen Einrichtungen gearbeitet und habe dann hier im Demenzbereich angefangen. Dann war ich sehr lange krankheitsbedingt ausgefallen und daraufhin schlug die damalige Wohnbereichsleiterin vor, ob ich nicht für ein Projekt sozusagen für drei Monate auf die Normalstation kommen könnte, um hier den Kollegen mit der Dokumentation zu helfen. Es ist eigentlich kaum dazu gekommen, ich habe einfach im normalstationären Bereich gearbeitet, aber es hat mir trotzdem so gut gefallen, dass ich nach drei Monaten gefragt habe, ob ich nicht hier bleiben darf. Und dem wurde dann zugestimmt.“

Gründe für den Wechsel von der Demenzstation auf die Normalstation:

„Ich denke, es gab zwei Gründe. Das eine ist gewesen, dass ich nicht mehr so dieses extreme herausfordernde Verhalten hatte, dass ich wieder Bewohner hatte, mit denen ich vernünftig kommunizieren konnte. Das war das eine, also die Bewohner, die hier psychisch nicht so anstrengend sind. Und das Zweite war, dass hier vielleicht der Anspruch ein bisschen geringer war, dass hier alles nicht ganz so streng gewesen ist, ein bisschen lockerer und dadurch auch entspannteres Arbeiten gewesen ist.“

Unterstützung durch den Arbeitgeber:

„Die Anregung zum Wechsel kam von der damaligen Wohnbereichsleitung. Es war erst einmal nur für drei Monate angedacht gewesen. Ich habe dann die Wohnbereichsleitung, die hier gearbeitet hat, gefragt: ‚Darf ich hier bleiben?‘ Und er hat von sich aus gesagt: ‚Ja, gerne.‘ Aber er muss es eben noch mit der anderen Wohnbereichsleitung im Demenzbereich besprechen und das passte dann gerade so vom Personalschlüssel ganz gut, dass ich bleiben durfte. Der Wechsel war definitiv astrein, da kann ich nicht meckern.“

Attraktivität der neuen Tätigkeit:

„Dass man auf der Normalstation zwischendurch auch mal ein paar Bewohner hat, die nicht so pflegeaufwendig sind, dass da auch einige Leichtere dabei sind. Dass man dann eben doch ein bisschen entspannteres Arbeiten hat. Wenn ich jetzt an den Wachkomabereich oder Demenzbereich denke, wo man nur Pflegestufe zwei und drei hat, das ist doch körperlich und psychisch noch einmal anstrengender.“

Tipps für potenzielle Berufswechsler:

„Erst einmal fragen: ‚Was ist es?‘ Manchmal sind es vielleicht nur ein paar kleine Tricks im Umgang mit den Bewohnern, ein paar Kniffe, vielleicht reicht das ja schon. Ansonsten würde ich wahrscheinlich auch meinen Weg empfehlen und einfach noch einmal gucken, ob man wechseln kann, ob man woanders hin kann. Manchmal ist es ja auch so, dass man mit Kollegen Schwierigkeiten hat oder mit Vorgesetzten nicht klarkommt. Ich denke mal, ein Wechsel ist dann immer noch einmal eine Möglichkeit.“

5.8 Zusammenfassung der Empfehlungen

Um arbeitsbezogene Belastungen und deren Folgen zu reduzieren bzw. die persönlichen Kompetenzen der Beschäftigten zu stärken, sollten verhaltens- und verhältnisorientierte Maßnahmen in den Unternehmen implementiert werden. Zur erfolgreichen Umsetzung sind einerseits die systematische Planung und Integration der Maßnahmen durch die Führungskräfte erforderlich, andererseits das Bewusstsein der Beschäftigten hinsichtlich ihrer Eigenverantwortung und der persönlichen Ressourcen für ihre Gesundheit. Maßnahmen können auf den Ebenen Arbeitsumgebung und -mittel, Arbeitsorganisation, Arbeitsinhalt und soziale Beziehungen getroffen werden. Nachfolgend werden die in den vorangegangenen Kapiteln beschriebenen Empfehlungen zu den jeweiligen Bereichen zusammenfassend dargestellt. Die Empfehlungen gelten für die Dienstleistungsbranche allgemein, bei pflegespezifischen Empfehlungen wird darauf verwiesen.

Arbeitsumgebung und -mittel

Empfehlung für Führungskräfte:

Die Arbeit in der Dienstleistungswirtschaft ist immer noch mit hohen körperlichen Belastungen, wie der ständigen Arbeit im Stehen/Sitzen und unter Zwangskörperhaltungen sowie dem Heben und Tragen schwerer Lasten, verbunden. Eine ergonomische Gestaltung der Arbeitsumgebung ist daher unbedingt notwendig. Zu der ergonomischen Gestaltung der Arbeitsumgebung gehört es, dass dort, wo es möglich ist, sowohl Steh- als auch Sitzarbeitsplätze angeboten werden. Ein Wechsel von Steh- und Sitzarbeit kann gerade der einseitigen Belastung und Zwangskörperhaltung entgegenwirken. In Bereichen, wo Belastungen durch die Anwendung von Hilfsmitteln reduziert werden können, sollten Führungskräfte darauf achten, dass diese nach dem neusten technischen Standard und in ausreichender Menge zur Verfügung stehen. Noch wichtiger ist die Schulung und Unterweisung der Mitarbeiter in der richtigen Anwendung. Eine Schaffung der Kultur der Hilfsmittelnutzung ist ein entscheidender Faktor, damit alle Mitarbeiter diese konsequent anwenden. Fortbildungen und Schulungen sollten auch im Bereich „rückengerechtes Arbeiten“ angeboten werden. Denn nur durch das Wissen der richtigen Körperhaltung können gesundheitlichen Beeinträchtigungen und Beschwerden vorgebeugt werden. Durch regelmäßige Auffrischung kann eine Nachhaltigkeit erreicht werden.

Empfehlungen für Mitarbeiter:

Werden vom Unternehmen Fortbildungen und Schulungen z. B. zu Kinästhetik oder anderen Bereichen des rückengerechten Arbeitens angeboten, sollten Mitarbeiter diese Möglichkeiten wahrnehmen. Zudem sollten sie vorhandene Hilfsmittel konsequent einsetzen. Vielfach wird aus Zeitgründen immer noch auf die Verwendung verzichtet. Um dem entgegenzuwirken, kann es sehr hilfreich sein, wenn sich Mitarbeiter im Unternehmen gegenseitig an die Hilfsmittelnutzung erinnern und dazu auffordern.

Arbeitsorganisation

Empfehlung für Führungskräfte:

Im Dienstleistungsbereich sind Nacht- und Schichtarbeiten häufig; dies kann belastend sein und zu einem Konflikt hinsichtlich der Vereinbarkeit von Beruf, Familie und Freizeit führen. Aus diesem Grund sollten Führungskräfte Grundsätze wie die Vorwärtsrotation bei der Schichtfolge und die Gewährung längerer Ruhephasen nach Nachtschichtphasen berücksichtigen. Alleinerziehenden, Paaren mit kleinen Kindern, oder Arbeitnehmern, die sich neben ihrem Beruf um pflegebedürftige Angehörige kümmern, fällt die Balance zwischen Beruf und Familie oft besonders schwer. Eine Voraussetzung zur besseren Vereinbarkeit sind flexible Arbeitszeiten, z. B. in Form von Gleitzeit-Modellen und Job-

Sharing. Mit flexiblen Arbeitszeitmodellen können Unternehmen qualifizierte Mitarbeiter gewinnen und halten.

Empfehlung für Führungskräfte (pflegespezifisch):

Neuen Herausforderungen im Unternehmen sollte offen und flexibel begegnet werden. In der Altenpflege stellt der Anstieg von Pflegebedürftigen mit Adipositas, Demenz und dem Korsakow-Syndrom eine neue Herausforderung dar. Es empfiehlt sich für diese Pflegen mehr Zeit einzuplanen sowie für die Pflege von Personen mit Adipositas und Korsakow-Patienten zwei Beschäftigte oder männliche Pfleger einzuteilen. Besonders wichtig ist die Fort- und Weiterbildung der Mitarbeiter in den Themenbereichen.

Empfehlung für Mitarbeiter:

Mitarbeiter, die in Nacht- und Schichtarbeit eingesetzt sind, sollten trotz dieser unregelmäßigen Arbeitszeiten auf eine ausgeglichene gesunde Ernährung mit vielen kleinen Mahlzeiten am Tag achten. Ebenso wichtig ist es, für einen erholsamen Schlaf zu sorgen und regelmäßig körperlich aktiv zu sein. Dies in den Berufsalltag zu integrieren, ist ebenso wichtig wie regelmäßige Pausen während der Arbeitszeit einzulegen. Viele Beschäftigte verzichten wegen des hohen Arbeitsaufkommens auf diese Erholungszeiten, erhöhen damit aber nur ihre Erschöpfung. Es ist Aufgabe der Mitarbeiter Pausen zu fordern und auch einzuhalten.

Arbeitsinhalt

Empfehlung für Führungskräfte:

Qualifikation ist eine der wichtigsten Voraussetzungen, um mit den Herausforderungen in der Arbeitswelt gut umgehen zu können. Führungskräfte sollten den betrieblichen Weiterbildungsbedarf ihrer Mitarbeiter im Blick behalten und ihnen die Möglichkeit geben, an Fortbildungen teilzunehmen oder ihre Fähigkeiten durch Fachqualifikationen und -weiterbildungen auszubauen. Eine gute Möglichkeit für die Ermittlung der Stärken und Schwächen des Mitarbeiters und des Weiterbildungsbedarfes ist das jährliche Mitarbeitergespräch.

Empfehlung für Führungskräfte und Mitarbeiter:

Die Veränderungen in der Arbeitswelt haben für viele Beschäftigte zu einer Zunahme des Termin- und Leistungsdrucks geführt. In vielen Bereichen der Dienstleistungsbranche steht zudem der Kontakt zu Menschen im Vordergrund der Tätigkeit. Zwischenmenschliche Beziehungen können emotionale Überforderungen und Stress verursachen. Sowohl Führungskräfte als auch Mitarbeiter sollten auf die Warnsignale ihres Körpers bei Anzeichen einer Überforderung durch Stress achten. Den richtigen Umgang mit Stress kann man lernen; wichtig ist unter anderem auf ausreichenden Schlaf zu achten, an Hobbys festzuhalten, sich mit Kollegen auszutauschen oder auch spezielle Entspannungstechniken anzuwenden. Für einige Beschäftigte in der Dienstleistung gehören sogar Erfahrungen mit verbaler und körperlicher Gewalt zum Berufsalltag, sodass der Gewaltprävention eine besondere Rolle in den Unternehmen zukommen sollte.

Soziale Beziehungen

Empfehlung für Führungskräfte:

Führungskräfte haben einen großen Einfluss auf das Betriebsklima und die soziale Unterstützung im Team. Diese gelten als wichtige gesundheitliche Ressourcen bei der Arbeit. Konfliktprävention, regelmäßige Teambesprechungen, emotionale Unterstützung durch Wertschätzung, Verständnis und Rückhalt bei Problemen, praktische Unterstützung sowie soziale Integration durch gemeinsame Akti-

onen sollten im Unternehmen gelebt werden. Dazu bedarf es auch einer Form der Führung, die ihre Mitarbeiter bei der Aufgabenübertragung nicht überfordert, ihnen Raum zur persönlichen Entwicklung bietet sowie transparent und unterstützend wirkt. Die Führungskraft sollte außerdem in Bezug auf eine gesunde Gestaltung der Arbeit als gutes Beispiel vorangehen und einen Austausch mit den Mitarbeitern pflegen.

Empfehlung für Führungskräfte und Mitarbeiter:

Ein Team besteht aus einer Vielzahl von Individuen, die sich in verschiedenen Bereichen wie der Kultur, des Alters und der privaten Lebenssituationen stark unterscheiden können. Diese Vielfalt im Team sollte von den Führungskräften und Mitarbeitern als Stärke gesehen und genutzt werden. Wichtig dafür ist es kulturelle Kompetenzen auszubauen, Diskriminierung im Team zu vermeiden, offen und respektvoll gegenüber Kollegen aufzutreten sowie unterschiedlichen Erfahrungen zu teilen und so voneinander zu lernen.

Arbeitsplatz-/Tätigkeits- bzw. Berufswechsel

Empfehlungen für Führungskräfte:

Bei hochbelastenden Tätigkeiten und Berufen mit begrenzter Tätigkeitsdauer kann die Übernahme von Misch Tätigkeiten (Job-Rotation) oder ein Berufswechsel eine Möglichkeit sein, um die Leistungs- und Beschäftigungsfähigkeit von Mitarbeitern zu erhalten. Führungskräfte sollten ihre Mitarbeiter bei dem Wunsch nach einem solchem Wechsel unterstützen, sie beraten und dabei die besonderen Fähigkeiten und Kenntnisse des Mitarbeiters im Blick haben. In den aufgeführten Fallbeispielen war die Unterstützung der Führungskräfte ein wichtiger Faktor für den erfolgreichen Wechsel.

Empfehlung für Mitarbeiter:

Aus den Fallbeispielen der interviewten Wechsler lassen sich ebenfalls Empfehlungen für erfolgreiche Arbeitsplatz-/Tätigkeits- bzw. Berufswechsel für Mitarbeiter ableiten. Wenn ein Wechsel z. B. aus gesundheitlichen Gründen angezeigt ist, sollten Mitarbeiter aktiv nach Wechselmöglichkeiten schauen und das Gespräch mit der Führungskraft suchen, offen gegenüber dem Erlernen von neuen Tätigkeiten sein, in anderen Bereichen hospitieren und anfängliche Einbußen, z. B. in finanzieller Hinsicht, in Kauf nehmen. Insbesondere eine kontinuierliche Weiterbildung im Laufe des Arbeitslebens kann einen späteren Wechsel im Alter deutlich erleichtern.

6 Schlussfolgerungen und Ausblick

Der gesamte Dienstleistungssektor, wie auch die untergeordnete Branche der Altenpflege, ist ein seit Jahren stark wachsender Wirtschaftszweig. Doch auch in diesem Bereich ist der demografische Wandel spürbar. Bereits über ein Drittel des Personals in ambulanten Pflegediensten und in Pflegeheimen ist aktuell über 50 Jahre alt. In der hier vorgestellten Studie war sich fast die Hälfte der befragten Mitarbeiter im Alter über 50 Jahren nicht sicher, oder hielt es für unwahrscheinlich, dass sie in zwei Jahren noch arbeitsfähig sind. Dies zeigt deutlich den Handlungsbedarf, Mitarbeiter auf dem Weg zu einem längeren Verbleib im Beruf oder bei einem angezeigten Tätigkeits-/ bzw. Berufswechsel zu unterstützen.

Angesichts der Ergebnisse zu psychischen Belastungen aus Arbeitsumgebung und -mittel, Arbeitsorganisation, Arbeitsinhalt und sozialen Beziehungen wurden Handlungsempfehlungen für Führungskräfte und Mitarbeiter zur Reduzierung dieser Belastungen und für die Stärkung von Ressourcen entwickelt. Diese Handlungsempfehlungen wurden von der Altenpflege abgeleitet und für die Dienstleistungsbranche allgemein formuliert. Zu beachten ist jedoch, dass nicht alle Empfehlungen auf jedes Unternehmen übertragbar sind; auch pflegespezifische Empfehlungen treffen nicht zwangsläufig die Bedürfnisse aller Führungskräfte und Mitarbeiter in der Altenpflege. Aus diesem Grund sollten Führungskräfte zunächst immer die individuelle Situation und den Handlungsbedarf in ihrem Unternehmen ermitteln und entsprechend beurteilen. Dies kann zum Beispiel durch die gesetzlich vorgeschriebene Gefährdungsbeurteilung, insbesondere durch die Gefährdungsbeurteilung psychischer Belastungen, geschehen. Alternativ kann der Bedarf im Rahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung durch einen Gesundheitszirkel und Mitarbeiterbefragungen ermittelt werden. Hier vorgestellte Checklisten dienen als Beispiele zur Bedarfsermittlung. Erst wenn die spezifische Situation im eigenen Unternehmen festgestellt wurde, können praxisnahe und bedürfnisorientierte Maßnahmen festgelegt werden. Hierfür können die vorgestellten Handlungsempfehlungen wertvolle Anregungen geben.

Insgesamt lassen sich jedoch zentrale Erfolgsfaktoren herausstellen, die Führungskräfte und Mitarbeiter in jedem Fall beachten sollten.

Wesentlich für Führungskräfte, um eine längere Verweildauer der Mitarbeiter im Beruf zu fördern, ist es, in einer offenen Kommunikation mit den Mitarbeitern zu stehen. Nur wer weiß, wie es den Mitarbeitern geht, kann bei zu hoher Belastung rechtzeitig reagieren und gesundheitlichen Auswirkungen entgegenwirken. Außerdem können durch ein Klima der Fürsorge und Aufmerksamkeit für die Gesundheit im Unternehmen auch die Mitarbeiter bei ihrem eigenverantwortlichen gesundheitlichen Handeln unterstützt werden. Flexibilität bei den Arbeitszeiten ist heutzutage ein wichtiger Faktor zur besseren Vereinbarkeit von Beruf und Familie. Führungskräfte können mehr Flexibilität auch schon durch Rücksichtnahme individueller Belange bei der Dienstplangestaltung erreichen. Dies ist ebenfalls ein zentraler Punkt, wenn es darum geht, Mitarbeiter im Unternehmen und im Beruf zu binden. Führungskräfte sollten außerdem ihre Mitarbeiter ab dem Einstieg in den Beruf im Rahmen der Personalentwicklung konsequent begleiten und ihre Qualifikation fördern. Qualifizierte Mitarbeiter sind eine Grundvoraussetzung für den Erfolg jedes Unternehmens. Sie sind aber unter anderem auch breiter einsetzbar, wodurch der Erhalt ihrer Leistungs- und Beschäftigungsfähigkeit sichergestellt werden kann. In Fällen von gesundheitlichen Beeinträchtigungen können leichter neue Einsatzbereiche für die betroffenen Mitarbeiter gefunden werden, um einem vorzeitigen Ausscheiden z. B. durch die Übernahme von Misch Tätigkeiten (Job-Rotation) oder einem Tätigkeitswechsel entgegenzuwirken.

Für Mitarbeiter ist einer der wichtigsten Erfolgsfaktoren zum gesunden Verbleib im Beruf, sich einen geeigneten Ausgleich zur Arbeit zu schaffen. Das kann für einige z. B. ein Hobby wie das Singen in einem Chor, sportliche Aktivitäten oder die Gartenarbeit sein. Nur wer nach der Arbeit richtig abschalten kann, kann auf Dauer gesund und leistungsfähig bleiben. Ebenso wichtig ist es für Mitarbeiter, sich kontinuierlich fortzubilden. Dies betrifft zum einen Bereiche, die die alltägliche Arbeit erleichtern können, wie z. B. Kurse zu rückengerechten Arbeitsweisen. Zum anderen sollte die Fortbildungsbereitschaft auch andere Tätigkeitsbereiche umfassen, die später einmal die Chance erhöhen, einen Wechsel der Tätigkeiten vorzunehmen, wenn dies z. B. aus gesundheitlichen Gründen erforderlich wird. In solchen Fällen, wo sich erste Anzeichen von gesundheitlichen Beschwerden aufgrund der beruflichen Tätigkeit zeigen, sollten Mitarbeiter außerdem das Gespräch im Unternehmen suchen oder eine externe Beratung hinzuziehen. Nach den Interviews mit Wechslern in dieser Studie gelangen erfolgreiche Wechsel zum großen Teil durch die Hilfe und den Einbezug einzelner Führungskräfte. Weitere Erfolgsfaktoren für den Tätigkeits- bzw. Berufswechsel waren zudem die Eigeninitiative der Mitarbeiter und die Bereitschaft zum Erlernen neuer Tätigkeiten.

Der demografische Wandel wird weiter voranschreiten und vielen Unternehmen werden zunehmend Fachkräfte fehlen. Damit werden Unternehmen auch darauf angewiesen sein, dass ihre (älteren) Mitarbeiter lange leistungsfähig einsetzbar sind. Viele Mitarbeiter wiederum müssen langfristig beschäftigungsfähig sein, um einmal ohne Abstriche eine ausreichende Rente beziehen zu können. Dies sollte Grund genug für beide Seiten sein, zu handeln, und sich für die eigene Gesunderhaltung und Leistungsfähigkeit und die der Mitarbeiter einzusetzen. Im nächsten Schritt liegt es an den Mitarbeitern und Führungskräften, die in dieser Studie entwickelten Handlungsempfehlungen umzusetzen.

7 Exkurs

7.1 Verweildauer junger Beschäftigter im Pflegesektor

Anhand der Sterbetafelmethode bestimmte Hackmann (2010) aus zuvor ermittelten Jobabbruchswahrscheinlichkeiten und unter Berücksichtigung der Altersstruktur im Pflegesektor die Verweildauer von Pflegekräften im Beruf. Diese Berechnung ergab, dass Altenpflegekräfte nur eine durchschnittliche Verweilzeit von etwa 8,4 Jahren aufweisen. Bei den Pflegekräften im Alter von 19 Jahren beträgt die Restverweildauer sogar nur 2,8 Jahre; sie steigt dann auf 11,2 Jahre bei den unter 36-Jährigen an und fällt bis zum Alter von 70 Jahren wieder langsam ab. Junge Berufseinsteiger weisen neben den älteren Beschäftigten (über 50 Jahre) in der Altenpflege somit besonders hohe Jobabbruchswahrscheinlichkeiten auf.

Diese Ergebnisse werden von der NEXT-Studie (nurses' early exit study) bestätigt, die den vorzeitigen Berufsausstieg aus dem Pflegeberuf sowie Ursachen und Folgen für die betroffenen Personen und Pflegeeinrichtungen untersuchte. Auch hier dachte vor allem jüngeres Pflegepersonal (25-29 Jahre) häufig daran, den Pflegeberuf aufzugeben (Hasselhorn et al., 2005).

Bei Auszubildenden in den Berufen Altenpflege, Gesundheits- und Krankenpflege und Erziehung wurden bereits Unterschiede nach Lehrjahr zum gewünschten Berufsverbleib beobachtet. Im ersten Lehrjahr konnten sich 57 % der Auszubildenden vorstellen, ihre jetzige Tätigkeit auch in den nächsten fünf Jahren noch auszuüben. Bei Auszubildenden im dritten Lehrjahr traf dies nur noch auf 35 % zu (Wirth et al., 2015).

Begründet werden kann das frühzeitige Ausscheiden von jungen Pflegekräften unter anderem damit, dass die Vorstellungen über den Altenpflegeberuf und die in der Ausbildung gewonnenen Eindrücke nicht mit der Realität des Pflegeberufs übereinstimmen (Hackmann, 2010). Auszubildende und Berufseinsteiger werden im Pflegeberuf außerdem mit hohen Anforderungen konfrontiert. Bereits über ein Drittel der Auszubildenden in der Altenpflege (35,8 %) fühlt sich durch die Ausbildungsbedingungen häufig oder immer stark belastet und etwa jeder Fünfte (22,2 %) fühlt sich überfordert. Als Ursache für die Belastungen nannten über 70 % der Auszubildenden das Arbeiten unter Zeitdruck. Die Überforderung ist dagegen eng verbunden mit der Qualität der Praxisanleitung. So ist ein höherer Anteil von Auszubildenden überfordert, die nur manchmal, selten oder noch nie eine strukturierte Praxisanleitung erhalten haben und die sich nicht gut angeleitet fühlen (Vereinte Dienstleistungsgewerkschaft (ver.di), 2015). Als Folge verlassen möglicherweise einige Pflegekräfte bereits während oder kurz nach dem Ende der Ausbildung den Beruf.

In dem Expertenworkshop wurde als weitere Schwierigkeit der Übergang zwischen der Ausbildung und dem Berufseinstieg identifiziert und Empfehlungen gegeben, wie dieser erleichtert werden könnte.

Empfehlungen für Führungskräfte:

Zur Entlastung der älteren Beschäftigten ist es unbedingt notwendig, dass genügend junge Mitarbeiter nachkommen. Der Akquise von jungen und für den Beruf geeigneten Mitarbeitern sowie die Bemühung, diese Beschäftigten im Beruf zu halten, sollten daher in den Unternehmen eine hohe Bedeutung haben. Viele Berufseinsteiger sind überfordert, wenn sie nach dem Ende der Ausbildung auf den Stationen oder beim ambulanten Dienst buchstäblich „ins kalte Wasser geschmissen werden“; sie kommen mit den hohen Anforderungen oftmals nicht zurecht. Damit sie nicht frühzeitig aus dem Beruf aussteigen, sollte ihnen die Angst genommen, ein Gefühl der Sicherheit vermittelt und geholfen werden, Selbstbewusstsein zu entwickeln. Dazu könnten folgende Maßnahmen beitragen:

- begleitendes Coaching-Programm für Berufseinsteiger
- übergreifende Treffen von Berufseinsteigern, um einen Austausch zu ermöglichen
- kontinuierliche Weiterbildung der jungen Beschäftigten

(Quelle: Expertenworkshop, Studie „Neue Wege bis 67“)

Darüber hinaus stellte die NEXT-Studie fest, dass der Wunsch, die Pflege zu verlassen, bei examinier-tem Pflegepersonal häufiger vorkommt als bei Pflegehelfern oder Personal ohne Pflegeausbildung. Die Autoren sprachen von einer Gruppe motivierter potenzieller Berufsaussteiger (jung und gut ausgebildet) (Hasselhorn et al., 2005). Dafür spricht, dass es in jungen Jahren wesentlich leichter ist, den Beruf noch einmal zu wechseln, da man z. B. noch keine familiären Verpflichtungen zu erfüllen hat (Hackmann, 2010). Zudem sind die Einrichtungen offensichtlich unterschiedlich attraktiv. Der Wunsch nach einem Berufsausstieg kam beim Pflegepersonal weniger häufig vor in Einrichtungen, die günstige Werte bei der Arbeitszufriedenheit, der Führungsqualität und den zwischenmenschlichen Beziehungen aufwiesen und niedrige Werte bei der Effort-Reward Imbalance und dem Konflikt zwischen Arbeit und Familie. Dies scheinen somit wichtige Einflussfaktoren zu sein für die Absicht, die Pflege zu verlassen (Hasselhorn et al., 2005). Sie bieten den Unternehmen Ansatzpunkte dafür, wie sie die Attraktivität ihrer Einrichtungen steigern und dadurch das Pflegepersonal halten könnten.

7.2 Interkulturelle Öffnung in der Pflege

In der Ottawa-Charta zur Gesundheitsförderung der Weltgesundheitsorganisation (WHO) wurde bereits 1986 deklariert, dass sich die Gesundheitsversorgung an den kulturellen Bedürfnissen der Menschen orientieren und respektvoll gestaltet werden sollte (WHO, 1986). Trotz zahlreicher Bemühungen zählen heutzutage Migranten noch immer zu der Patientengruppe, die neben älteren Patienten und Patienten mit psychischen Störungen die größten Barrieren im gesundheitlichen Versorgungssystem überwinden müssen (Huber et al., 2008).

Gesundheitsversorgung von Menschen mit Migrationshintergrund

Menschen mit Migrationshintergrund (vgl. Definition des Statistischen Bundesamts 2009, S. 6.) nehmen trotz eines zum Teil erhöhten Gesundheitsrisikos, Angebote der Gesundheitsversorgung in deutlich geringerem Maße in Anspruch als die deutsche Mehrheitsbevölkerung. So nehmen sie seltener an Früherkennungsuntersuchungen teil, gehen seltener in die medizinische Rehabilitation oder zum niedergelassenen Psychotherapeuten (Razum et al., 2008; Brzoska et al., 2010; Mösko et al., 2013). Aber auch für den Bereich der Pflege finden sich Hinweise auf dieses Versorgungsdefizit. So zeigte eine im Land Bremen durchgeführte Befragung bei ambulanten Pflegeeinrichtungen, dass ältere Menschen mit Migrationshintergrund im Vergleich zur altersgleichen Landesbevölkerung Leistungen der ambulanten Pflege weniger häufig in Anspruch nehmen. Es existieren zwar einige wenige Pflegediensteinrichtungen, die sich auf die Versorgung älterer pflegebedürftiger Migranten spezialisiert haben und von diesen überproportional in Anspruch genommen werden. Insgesamt wird dadurch aber keine flächendeckend vergleichbare Inanspruchnahmerate erzielt (Lotze & Hübner, 2008). Für den Bereich der Palliativversorgung finden sich ähnliche Ergebnisse. Eine von der Klinik für Palliativmedizin der Universitätsmedizin Göttingen durchgeführte Studie von ambulanten Palliativversorgern in Niedersachsen kommt zu dem Ergebnis, dass eine spezialisierte Hospiz- und Palliativversorgung von Menschen mit Migrationshintergrund unterdurchschnittlich häufig in Anspruch genommen wird (Jansky & Nauck, 2014).

Die Gründe für dieses Versorgungsdefizit sind vielfältig. So besteht für einen Teil der Patienten mit Migrationshintergrund das Bedürfnis, innerhalb der Familie versorgt zu werden. Begünstigt wird dies durch familiäre Netzwerke und die kulturelle Bereitschaft zur familiären Unterstützung. Auch sind die Angebote der pflegerischen Versorgung oftmals nicht hinreichend bekannt. Zudem ist vor Ort nicht immer ein Behandler ansässig, der in der Lage ist, die Herkunftssprache der Patienten zu sprechen. Nicht zuletzt gibt es auch Gesundheits- und Pflegeeinrichtungen, die auf Ebene der Leitung die konsequente Berücksichtigung der unterschiedlichen sprachlichen, kulturellen und religiösen Bedürfnisse der Patienten nicht als wichtig erachten.

Haben Menschen mit Migrationshintergrund den Weg in die pflegerische und gesundheitliche Versorgung gefunden, bestehen substantielle Barrieren, die sich negativ auf die Qualität und das Ergebnis der Behandlung auswirken. So sind Migranten beispielsweise einem höheren Risiko von Fehldiagnosen ausgesetzt (Haasen et al., 2000). Dabei können kulturelle Verständigungsprobleme eine wichtige Rolle spielen, da Patienten die Benennung ihrer Belastungen und Symptome als idiomatische Begriffe oder Redewendungen und kulturspezifische Ausdrucksmuster („Idioms of distress“) kommunizieren, die vom Behandler nicht als solche wahrgenommen werden (Glaesmer et al., 2012).

Die Behandlung von Patienten mit Migrationshintergrund kann ebenso durch die Unsicherheiten auf Seiten der Behandler erschwert werden. Wohlfart et al. (2006) berichten davon, dass die Begegnung

mit dem „fremden Patienten“ bei fast der Hälfte der Mitarbeiter eines Krankenhauses negative Gefühle wie Frustration, Ungeduld und Unzufriedenheit auslöste, die, wenn sie unverstanden bleiben, den Beziehungsaufbau erschweren und den Behandlungserfolg massiv einschränken können.

Darüber hinaus sind „ethnozentristische Missverständnisse und Vorurteile“, stereotypisches Verhalten und Kulturalisierungen, fehlende Kommunikationskompetenz und das Beharren auf bekannten und vertrauten Wissens- und Handlungsrouninen Gründe, die die Versorgungsqualität negativ beeinflussen (Deutscher Caritasverband, 2006; Gaitanides, 2004).

Arbeitssituation von Pflegenden mit Migrationshintergrund

Insgesamt zeichnet sich die Arbeit von Mitarbeitenden in der pflegerischen Versorgung durch eine hohe Arbeitsverdichtung bei gleichzeitig komplexen Versorgungsabläufen aus. Dies kann neben physischen auch zu psychischen Belastungen führen (Braun et al., 2004; Janssens et al., 2013; McHugh et al., 2011). Pflegende mit Migrationshintergrund erleben darüber hinaus zusätzliche Belastungen, von denen ihre einheimischen Kollegen tendenziell weniger betroffen sind. So berichtet eine amerikanische Studie über Diskriminierungserfahrungen von Pflegenden mit Migrationshintergrund durch Arbeitskollegen (Tuttas, 2014). Internationale Studien belegen ebenfalls eine mangelnde Unterstützung von Pflegenden mit Migrationshintergrund in ihrer Karriereplanung und einen eingeschränkten Zugang zu Fort- und Weiterbildungsmaßnahmen (Ho & Chiang 2014).

Bei der Analyse der psychosozialen Arbeitssituation von Pflegenden mit Migrationshintergrund konnte in einer finnischen Studie gezeigt werden, dass Pflegende mit Migrationshintergrund seltener unbefristete Arbeitsverträge haben und seltener Führungspositionen als ihre einheimischen Kollegen einnehmen. Stressoren wie Zeitdruck und schwierige Patientenbeziehungen werden hingegen von den Pflegenden mit Migrationshintergrund im Gegensatz zu den einheimischen Kollegen als weniger belastend wahrgenommen (Aalto et al, 2014).

In Deutschland finden sich vergleichbare Befunde wie Boos-Nüning (2006) in ihren Untersuchungen zu den Ursachen des geringen Integrationserfolgs von Migranten in den deutschen Arbeitsmarkt zeigen konnte. Dazu gehören neben Nichtbeachtung oder Ignorierung der interkulturellen und sprachlichen Kompetenzen auch Vorurteile gegenüber Menschen mit Migrationshintergrund durch Personalverantwortliche.

Interkulturelle Öffnung im Gesundheitswesen und in der Pflege

Interkulturelle Öffnung bezeichnet die Ausrichtung einer Organisation, um die Zugangshindernisse für Menschen mit Zuwanderungsgeschichte abzubauen. Strukturen und Prozesse sollten so verändert werden, dass auch Menschen mit Migrationshintergrund die gleichberechtigte gesellschaftliche und institutionelle Teilhabe ermöglicht wird (Gesemann et al., 2012; Niedersächsisches Ministerium für Inneres, Sport und Integration, 2009).

In Deutschland bemühen sich seit den 1980er Jahren gesundheitliche und pflegerische Einrichtungen im Rahmen des Prozesses der Interkulturellen Öffnung darum, sich stärker auf die kulturellen und sprachlichen Bedürfnisse ihrer Klienten und Beschäftigten auszurichten (Arbeitskreis Charta für eine kultursensible Altenpflege, 2002).

Akteure fordern im Kontext des interkulturellen Öffnungsprozesses, Versorgungskonzepte, die die Anforderungen und Bedürfnisse von Menschen mit Migrationshintergrund berücksichtigen, zu realisieren (Arbeitskreis Charta für eine kultursensible Altenpflege, 2009; Zeuschel & Thomas, 2003). Im

Nationalen Aktionsplan Integration wird der Abbau von Sprachbarrieren als weiterer wichtiger Baustein genannt, um eine Interkulturelle Öffnung zu realisieren (Beauftragte der Bundesregierung für Migration, Flüchtlinge und Integration, 2014). Im pflegerischen Kontext wird hier empfohlen, den Anteil an ausländischen Pflegefachkräften im ambulanten wie auch im stationären Setting zu erhöhen. Eine berufsbezogene Sprachförderung (z. B. ESF-BAMF-Programm) für Pflegepersonen aus dem Ausland, aber auch die Einstellung von mehrsprachigem Personal wird genannt. Eine kultursensible Begutachtung zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit bei Menschen mit Migrationshintergrund durch den Medizinischen Dienst der Krankenkassen wird ebenfalls als notwendig erachtet.

Als ein weiterer Baustein im interkulturellen Öffnungsprozess können Aus-, Fort- und Weiterbildung für die Mitarbeiter dazu genutzt werden, um diese unter anderem für die Bedürfnisse der Menschen mit Migrationshintergrund zu sensibilisieren (Arbeitskreis Charta für eine kultursensible Altenpflege, 2009). In der Amsterdamer Erklärung für migrantenfreundliche Krankenhäuser in einem ethnisch und kulturell vielfältigen Europa wird die Notwendigkeit dieses Bausteins formuliert (MFH-Projektgruppe, 2004). Zeuschel und Thomas (2003) empfehlen darüber hinaus, Maßnahmen zur Qualitätssicherung zu implementieren, um den Grad der Zielerreichung zu überprüfen und so Veränderungen wie auch Anpassungen vornehmen zu können.

Die Interkulturelle Öffnung einer Organisation wird auch im Rahmen eines Personalkonzept sichtbar, in dem die Einstellung mehrsprachiger Mitarbeiter berücksichtigt wird (Fachstelle Interkulturelle Öffnung, 2014; Arbeitskreis Charta für eine kultursensible Altenpflege, 2009).

Zudem wird die Vernetzung mit Migrantenorganisationen als Bestandteil des Öffnungsprozesses angesehen.

Umsetzung der Interkulturellen Öffnung

Der Prozess der Interkulturellen Öffnung ist für Organisationen auf den Ebenen der Organisationsentwicklung, der Qualitätsentwicklung und der Personalentwicklung abbildbar und umsetzbar (Fachstelle Interkulturelle Öffnung, 2014).

Organisationsentwicklung

Ein aktiver Veränderungsprozess im Rahmen der Interkulturellen Öffnung ist ohne die Zustimmung und aktive Förderung durch die Leitung einer Einrichtung unmöglich. Die Unterstützung kann erfolgen durch die Bereitstellung von finanziellen, materiellen und zeitlichen Ressourcen. Ein transparentes und offenes Bekennen sollte auch durch die interkulturelle Anpassung der Unternehmensleitlinien erfolgen. Die „Charta der Vielfalt“, eine Unternehmensinitiative zur Förderung von Vielfalt in Unternehmen und Institutionen, bietet hier gute Anregungen.

Zudem sollten Fort- und Weiterbildungsmaßnahmen, die das Unternehmen für die Mitarbeitenden anbietet, um interkulturelle Themeninhalte (z. B. Interkulturelle Sensibilität in der Pflege) erweitert werden.

Mitarbeiter- und Patientenbefragungen auch zu interkulturellen Themenbereichen können Ergebnisse liefern, die dazu beitragen, die Unternehmensleitlinien angemessener umzusetzen.

Personalentwicklung

Um die Belegschaft sprachlich und kulturell diverser auszurichten, ist die Einstellung von Mitarbeitenden mit Migrationshintergrund zielführend. Dies kann durch eine Anpassung der Stellenausschreibungen gestaltet werden. Um mögliche Diskriminierungseffekte zu minimieren, kann die klassische Bewerbung mit Angaben zur Nationalität, Geschlecht, Alter und Foto ersetzt werden durch anonyme Bewerbungsformen. Diese Verfahrensänderung gewährleistet, dass die fachlichen Kompetenzen der Bewerber im Vordergrund stehen. Ergänzende Hinweise in Stellenausschreibungen, dass Bewerbungen von Menschen mit Migrationshintergrund ausdrücklich gewünscht werden, können auch dazu beitragen, dass sich mehr Personen der Zielgruppe bewerben (Fachstelle Interkulturelle Öffnung, 2014).

Qualitätsentwicklung

Zunächst ist die Definition von operationalisierbaren interkulturellen Zielen notwendig. Mögliche Ziele könnten sein: Steigerung des Anteils der Mitarbeitenden, die an einer Interkulturellen Fortbildung teilnehmen, Erhöhung des Anteil an Klienten mit Migrationshintergrund, Steigerung der sprachlichen Vielfalt bei den Pflegenden, etc. Entsprechend folgt die Anpassung der vorhandenen Dokumentationssysteme. Eine jährliche Auswertung und Diskussion der Gründe der (Nicht-)Zielerreichung sind eine sinnvolle Ergänzung.

Zusammenfassung und Ausblick

Die Interkulturelle Öffnung bietet dem Unternehmen die Möglichkeit, sich auf eine zunehmende kulturelle und sprachliche Vielfalt in der Gesellschaft einzustellen. Das Pflegeangebot kann um kultursensible Pflege ergänzt und so ein weiterer Kundenkreis erschlossen werden. Interkulturelle Öffnung kann im Unternehmen als Chance angesehen werden, den Fachkräftemangel in der Pflege durch die Einstellung von Pflegenden mit ausländischen Berufsabschlüssen entgegenzuwirken. Zugangsbarrieren und Hemmnisse können durch den Prozess der Interkulturellen Öffnung im Unternehmen analysiert und abgebaut werden. So können Mitarbeiter auch langfristig an das Unternehmen gebunden werden. Da der Prozess der Interkulturellen Öffnung das gesamte Unternehmen betrifft, können dadurch Organisationsstrukturen und Arbeitsabläufe analysiert und optimiert werden (Fachstelle Interkulturelle Öffnung, 2014).

Zukünftig wird das Thema „Interkulturelle Öffnung in der pflegerischen Versorgung“ an Bedeutung gewinnen. Dies liegt zum einen an dem steigenden Anteil von Menschen mit Migrationshintergrund in der bundesdeutschen Bevölkerung. Somit wird der Anteil der Pflegebedürftigen aber auch der der Pflegekräfte mit Migrationshintergrund steigen. Zum anderen erwirkt der Pflegenotstand, dass schon jetzt vermehrt ausländische Pflegekräfte z. B. aus Spanien, Italien, Philippinen oder Vietnam für den deutschen Arbeitsmarkt angeworben werden (Gesellschaft für Internationale Zusammenarbeit (GIZ), 2015).

Sich als Organisation interkulturell zu öffnen und dabei Gemeinsamkeiten und Synergien, aber auch Unterschiede und Herausforderungen zu entdecken, kann als Chance genutzt werden: Das Nebeneinander von Kulturen und Sprachen wird zu einem Miteinander für die Vielfalt.

Literaturverzeichnis

Aalto, A. M., Heponiemi, T., Hietapakka, L., Kuusio, H. & Elovainio, M. (2014)

Employment situation and psychosocial work environment among migrant and native nurses in Finland. *7th European Public Health Conference: Friday 21 November 2014.*

Achtenhagen, C., Wolff von der Sahl, J., Schröder, M. & Werner, D. (2012)

Fachkräfte sichern. Vereinbarkeit von Familie und Beruf. Berlin: Bundesministerium für Wirtschaft und Technologie (BMWi) (Hrsg.): PRpetuum GmbH. Verfügbar unter:
http://www.kofa.de/fileadmin/Dateiliste/Publikationen/Handlungsempfehlungen/Handlungsempfehlung_Vereinbarkeit_von_Familie_und_Beruf.pdf [10.04.2016].

Ahlers, E. (2011)

Belastungen am Arbeitsplatz und betrieblicher Gesundheitsschutz vor dem Hintergrund des demografischen Wandels (Ergebnisse der PARGEMA/WSI Betriebsrätebefragung 2008/09). *WSI-Diskussionspapier Nr. 175. Wirtschafts- und Sozialwissenschaftliches Institut in der Hans-Böckler-Stiftung. Düsseldorf.*

Angerer, P. & Petru, R. (2010)

Schichtarbeit in der modernen Industriegesellschaft und gesundheitliche Folgen. *Somnologie – Schlafforschung und Schlafmedizin, 14: 88-97.*

Apelt, G. (2013)

Adipositas in der Pflege und Versorgung alter Menschen – Pilotstudien zur Erfassung von versorgungsspezifischen Mehraufwendungen in vollstationären Pflegeeinrichtungen. Dissertation. Verfügbar unter:
http://www.diss.fublin.de/diss/servlets/MCRFileNodeServlet/FUDISS_derivate_000000015576/DissertationxGerdaxApelt.pdf [20.04.2016].

Arbeitskreis „Charta für eine kultursensible Altenpflege“/Kuratorium Deutsche Altershilfe (2002)

Für eine kultursensible Altenpflege. Eine Handreichung. Köln. Verfügbar unter:
<http://www.bagso.de/fileadmin/Aktuell/Themen/Pflege/handreichung.pdf> [29.05.2016].

Arbeitskreis „Charta für eine kultursensible Altenpflege“ (2009)

Memorandum für eine kultursensible Altenhilfe. Ein Beitrag zur Interkulturellen Öffnung am Beispiel der Altenpflege. Köln. Verfügbar unter:
<http://www.bagso.de/fileadmin/Aktuell/Themen/Pflege/memorandum2002.pdf> [02.06.2016].

Badura, B., Schellschmidt, H. & Vetter, C. (Hrsg.) (2005)

Gesundheitsmanagement in Krankenhäusern und Pflegeeinrichtungen. Zahlen, Daten, Analysen aus allen Branchen der Wirtschaft. *Springer. Berlin, Heidelberg.*

Badura, B., Ducki, A., Schröder, H., Klose, J. & Meyer, M. (Hrsg.) (2014)

Fehlzeiten-Report 2014. *Springer. Berlin, Heidelberg.*

Bandura, W. (1963)

Social Learning and Personality Development. *Holt, Rinehart & Winston. New York.*

Baum, F., Beck, B.-B., Fischer, B., Glüsing, R., Graupner, I. et al. (2012)

Prävention von Rückenbeschwerden: TOPAS_R – Konzept der BGW für Pflege und Betreuung. *Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege (BGW) (Hrsg.). Hamburg*

Beauftragten der Bundesregierung für Migration, Flüchtlinge und Integration (2014)

10. Bericht der Beauftragten der Bundesregierung für Migration, Flüchtlinge und Integration über die Lage der Ausländerinnen und Ausländer in Deutschland. Verfügbar unter:
https://www.bundesregierung.de/Content/DE/_Anlagen/IB/2014-10-29-Lageberichtlang.pdf?__blob=publicationFile&v=4 [29.05.2016].

Becker, H. F., Ficker, J., Fietze, I., Geisler, P., Happe, S. et al. (2009)

Nicht erholsamer Schlaf/Schlafstörungen. S3-Leitlinie der Deutschen Gesellschaft für Schlaforschung und Schlafmedizin (DGSM). *Somnologie*, 13: 4-160.

Beekmann, M., van den Bussche, H., Glaeske, G. & Hoffmann, F. (2012)

Geriatritypische Morbiditätsmuster und Pflegebedürftigkeit bei Patienten mit Demenz. Eine Untersuchung mit Kontrollgruppe auf der Basis von Routinedaten einer Krankenkasse. *Psychiat Prax*, 39: 222-227.

Beermann, B. (2010)

Nacht- und Schichtarbeit. In: Badura, B., Schröder, H., Klose, J., Macco, K. (Hrsg.): Fehlzeiten-Report 2009. *Springer. Heidelberg*: 71-82.

Beermann, B. & Brenscheidt, F. (2013)

Risiken, Chancen und Gestaltung von flexiblen Arbeitszeitmodellen. *Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin (Hrsg.). Dortmund-Dorstfeld*.

Behrens, J. (2001)

Handwerkstätigkeiten in kleinen Betrieben: bestandener Härtetest für betriebliche und individuelle Laufbahngestaltung. In: Handwerkskammer Hamburg: Zukunftsfähige Konzepte für das Handwerk zur Bewältigung des demografischen Wandels. *Fraunhofer IRB Verlag. Stuttgart*: 122-141.

Behrendt, H., & Reckert, W. (2004)

Führen mit Persönlichkeit. *expert. Renningen*.

Bergmann, R. & Garrecht, M. (2008)

Organisation und Projektmanagement. *Physica. Heidelberg*

Bertelsmann Stiftung (2015)

Pressemeldung der Bertelsmann Stiftung, 16.03.2015. Steigende Zielvorgaben im Betrieb fördern selbstgefährdendes Verhalten von Arbeitnehmern. Verfügbar unter:
<https://www.bertelsmann-stiftung.de/de/pressestartpunkt/presse/pressemitteilungen/pressemitteilung/pid/steigende-zielvorgaben-im-betrieb-foerdern-selbstgefaehrdendes-verhalten-von-arbeitnehmern/> [17.06.2016].

Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege (BGW) (Hrsg.) (2002)

Mitarbeiterbefragung Psychische Belastung und Beanspruchung. BGW miab für die Pflege und den stationären Wohnbereich der Behindertenhilfe. *BGWthemen. Hamburg*.

Bland, J. M. & Altman, D. G. (1997)

Cronbach's alpha. *British Medical Journal (BMJ)*, 314: 572.

Boos-Nünning, U. (2006)

Berufliche Bildung von Migrantinnen und Migranten. Ein vernachlässigtes Potenzial für Wirtschaft und Gesellschaft. In: Wirtschafts- und sozialpolitisches Forschungs- und Beratungszentrum der Friedrich-Ebert-Stiftung, Abteilung Arbeit und Sozialpolitik (Hrsg.): Kompetenzen stärken, Qualifikationen verbessern, Potenziale nutzen. Berufliche Bildung von Jugendlichen und Erwachsenen mit Migrationshintergrund. *Bonn*.

Braun, B., Müller, R. & Timm, A. (2004)

Gesundheitliche Belastungen, Arbeitsbedingungen und Erwerbsbiographien von Pflegekräften im Krankenhaus. Eine Untersuchung vor dem Hintergrund der DRG-Einführung. GEK, Gmünder Ersatzkasse (Hrsg.). Sankt Augustin: Asgard-Verl. Hippe. Verfügbar unter:

<http://www.barmer-gek.de/barmer/web/Portale/Presseportal/Subportal/Infothek/Studien-und-Reports/GEK-Schriftenreihe-Gesundheitsanalyse/Berufsleben-Gesundheit/PDF-Pflegekraefte-im-Krankenhaus-32,property=Data.pdf> [07.06.2016].

Brzoska, P., Voigtländer, S., Spallek, J. & Razum, O. (2010)

Utilization and effectiveness of medical rehabilitation in foreign nationals residing in Germany. *European Journal of Epidemiology*, 25: 651-660.

Büchel, F. & Pannenberg, M. (2004)

Berufliche Weiterbildung in West- und Ostdeutschland. Teilnehmer, Struktur und individueller Ertrag. *Zeitschrift für Arbeitsmarktforschung*, 37: 73-126.

Bundesagentur für Arbeit (2016)

BERUFENET. Verfügbar unter: <https://berufenet.arbeitsagentur.de> [10.02.2016].

Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin (BAuA) (2014)

Arbeit in der Pflege – Arbeit am Limit? Arbeitsbedingungen in der Pflegebranche. BIBB/BAuA-Faktenblatt 10. Verfügbar unter: www.baua.de/dok/6505548 [18.03.2016].

Bundesministerium für Arbeit und Soziales (Hrsg.) (2010)

Aufbruch in die altersgerechte Arbeitswelt. *Berlin*.

Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSFJ) (Hrsg.) (2015)

Familienbewusste Arbeitszeiten. Leitfaden für die praktische Umsetzung von flexiblen, familienfreundlichen Arbeitszeitmodellen. *Berlin*.

Chan, C. W. & Perry, L. (2012)

Lifestyle health promotion interventions for the nursing workforce: a systematic review. *Journal of Clinical Nursing*, 21: 2247-2261.

Creswell, J. W. (2013)

Qualitative inquiry and research design: choosing among five approaches. *SAGE. London*.

Das Mitarbeitergespräch (o. J.)

Leitfaden. Verfügbar unter:

<https://www.unibamberg.de/fileadmin/uni/verwaltung/personalrat/PDFs/09-Mitarbeitergespraech.pdf> [11.06.2016].

Deller, J., Kern, S., Hausmann, E. & Dietrichs, Y. (2008)

Personalmanagement im demografischen Wandel. Ein Handbuch für den Veränderungsprozess. *Springer. Heidelberg*.

Deutscher Caritasverband e. V. (2006)

Vielfalt bewegt Menschen. Interkulturelle Öffnung der Dienste und Einrichtungen der verbandlichen Caritas. Eine Handreichung. Freiburg. Verfügbar unter:
http://ec.europa.eu/citizens_agenda/social_reality_stocktaking/contributions/docs/contrib44-1.pdf [15.06.2016].

Deutsche Gesellschaft für Internationale Zusammenarbeit (GIZ) GmbH. (2015)

Nachhaltig ausgerichtete Gewinnung von Pflegekräften (Triple Win). Bonn. Verfügbar unter:
<https://www.giz.de/de/weltweit/20322.html> [11.06.2016].

Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung e.V. (DGUV) (Hrsg.) (2014)

Bewegen von Menschen im Gesundheitsdienst und in der Wohlfahrtspflege. Hilfestellung zur Gefährdungsbeurteilung nach der Lastenhandhabungsverordnung. Berlin.

Deutsches Institut für Normung e.V. (Hrsg.) (2000)

Ergonomische Grundlagen bezüglich psychischer Arbeitsbelastung – Teil 1: Allgemeines und Begriffe (ISO 10075:1991) Deutsche Fassung EN ISO 10075-1:2000. Beuth. Berlin.

Dormann, C., Zapf, D. & Isic, A. (2002)

Emotionale Arbeitsanforderungen und ihre Konsequenzen bei Call-Center-Arbeitsplätzen. *Zeitschrift für Arbeits- und Organisationspsychologie*, 46: 201-215.

Europäische Agentur für Sicherheit und Gesundheitsschutz am Arbeitsplatz (2002)

Gewalt bei der Arbeit. Factsheet 24. Printed in Belgium. Verfügbar unter:
<https://osha.europa.eu/de/tools-and-publications/publications/factsheets/24> [12.05.2016].

Europäische Kommission – Generaldirektion Beschäftigung, Soziales und Integration – Referat B.3 (2010)

Sicherheit und Gesundheit bei der Arbeit im Gesundheitswesen. Leitfaden für Prävention und gute Betriebspraxis. Verfügbar unter:

file:///D:/BGW/Users/C37J/Downloads/186305_2011_2598_OCCUPATIONAL_HEALTH_DE%20(1).pdf [10.02.2016].

Europäisches Netzwerk für Betriebliche Gesundheitsförderung (2014)

Die Luxemburger Deklaration zur Betrieblichen Gesundheitsförderung. Verfügbar unter:
<http://www.luxemburger-deklaration.de/> [24.03.2016].

Europäische Zeitstudie – BEST (2000)

Schichtarbeit und Gesundheit. *Europäische Stiftung zur Verbesserung der Lebens- und Arbeitsbedingungen*. Dublin.

Fachstelle Interkulturelle Öffnung (2014)

Chancen der Interkulturellen Öffnung. Eine Handreichung für die Altenpflege in Thüringen. Jena. Verfügbar unter:

<http://www.fs-ikoe.de/wp-content/uploads/2015/01/Handreichung.pdf> [15.06.2016].

Felfe, J., Six, B., Schmook, R. & Knorz, C. (2014)

Commitment Organisation, Beruf und Beschäftigungsform (COBB). In: Danner, D. & Glöckner-Rist (Hrsg.). Zusammenstellung sozialwissenschaftlicher Items und Skalen. *GESIS*. Mannheim.

Feßler, R. & Guldenschuh-Feßler, B. (2013)

Gesunde Führung. Mehr Erfolg durch Mitarbeiterorientierung. Ratgeber zur Entwicklung eines gesundheitsförderlichen Führungsstils. *BoD – Books on Demand. Hamburg.*

Fischer, M. (2008)

Diversität und die Wirtschaft, Erfahrung und Perspektiven von Migranten in Deutschland. *Hamburgisches Welt-Wirtschafts-Institut (HWWI). Hamburg.*

Freitag, S., Fincke, I., Dulon, M., Ellegast, R. & Nienhaus, A. (2007)

Messtechnische Analyse von ungünstigen Körperhaltungen bei Pflegekräften – eine geriatrische Station im Vergleich mit anderen Krankenhausstationen. *Ergo-Med, 5: 130-140.*

Freitag, S., Fincke-Junod, I., Seddouki, R., Dulon, M., Hermanns, I., Kersten, J. F., Larsson, T. J. & Nienhaus, A. (2012)

Häufiges Beugen – eine unterschätzte Belastung in Pflegeberufen. *Annals of Occupational Hygiene 56: 1-11.*

Frey, D. & Schmalzried, L. (2013)

Philosophie der Führung: Gute Führung lernen von Kant, Aristoteles Popper & Co. *Springer Wissenschaftsverlag. Heidelberg.*

Frey, D. (2016)

Psychologie der Werte. Von Achtsamkeit bis Zivilcourage – Basiswissen aus Psychologie und Philosophie. *Springer. Heidelberg.*

Fydrich, T. H. & Sommer, G. (2003)

Diagnostik sozialer Unterstützung. In: Jerusalem, M. & Weber, H. (Hrsg.). Psychologische Gesundheitsförderung – Diagnostik und Prävention. *Hogrefe. Göttingen: 79ff.*

GAITANIDES, S. (2004)

Interkulturelle Öffnung der sozialen Dienste. Visionen und Stolpersteine. Frankfurt. Verfügbar unter: <http://link.springer.com/content/pdf/10.1007%2Fs12054-004-0056-9.pdf> [11.06.2016].

Gemeinsame Deutsche Arbeitsschutzstrategie (GDA) (2015)

Arbeitsschutz gemeinsam anpacken. Leitlinie Beratung und Überwachung bei psychischer Belastung am Arbeitsplatz. Berlin: Geschäftsstelle der Nationalen Arbeitsschutzkonferenz. Verfügbar unter: <https://www.gda-portal.de/de/pdf/Leitlinie-Psych-Belastung.pdf> [26.04.2016].

Gerlmaier, A. & Latniak, E. (2012)

Arbeiten in der Bauwirtschaft – wer schafft es bis zum regulären Renteneintritt und wer nicht? Risikoindikatoren und alterskritische Berufe. *IAQ-Report 2012-04. Duisburg.*

Gesemann, F., Roth, R. & Aumüller, J. (2012)

Stand der kommunalen Integrationspolitik in Deutschland. Studie erstellt für das Bundesministerium für Verkehr, Bau und Stadtentwicklung und die Beauftragte der Bundesregierung für Migration, Flüchtlinge und Integration. Berlin. Verfügbar unter: http://www.bundesregierung.de/Content/DE/_Anlagen/IB/2012-05-04-kommunalstudie.pdf?__blob=publicationFile [15.06.2016].

Giesenbauer, B. & Glaser, J. (2006)

Emotionsarbeit und Gefühlsarbeit in der Pflege – Beeinflussung fremder und eigener Gefühle. In: Böhle, F., Glaser, J. (Hrsg.): Arbeit in der Interaktion – Interaktion als Arbeit. VS Verlag für Sozialwissenschaften. Wiesbaden: 59-84.

Glaser, J. & Höge, T. (2005)

Probleme und Lösungen in der Pflege aus Sicht der Arbeits- und Gesundheitswissenschaften. Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin. Dortmund.

Glaesmer, H., Brähler, E. & von Lesner, U. (2012)

Kultursensible Diagnostik in Forschung und Praxis. Stand des Wissens und Entwicklungspotentiale. *Psychotherapeut*, 57: 22-28.

Gregersen, S. (2005)

Gesundheitsrisiken in ambulanten Pflegediensten. In: Badura, B., Schellschmidt, H. & Vetter, C. (Hrsg.). Fehlzeiten-Report 2004: Gesundheitsmanagement in Krankenhäusern und Pflegeeinrichtungen. Springer. Berlin: 183ff.

Gregersen, S., Vincent-Höper, S. & Nienhaus, A. (2013)

Führung und Gesundheit. Welchen Einfluss haben Führungskräfte auf die Gesundheit der Mitarbeiter? *Österreichisches Forum Arbeitsmedizin 01/2013*: 28-39.

Gregersen, S., Dulon, M., Nienhaus, A. & Nübling, M. (2010)

Psychosoziale Arbeitsbelastungen in der Pflege – Vergleich verschiedener Pflegegruppen mit anderen Berufsgruppen. In: Nienhaus, A. (Hrsg.). Gefährdungsprofile – Unfälle und arbeitsbedingte Erkrankungen in Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege. *ecomед Medizin. Landsberg am Lech*: 113ff.

Haasen, C., Yagdiran, O., Mass, R. & Krausz, M. (2000)

Potential for misdiagnosis among Turkish migrants with psychotic disorders: a clinical controlled study in Germany. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 101: 125-129.

Hackmann, T. (2010)

Entwicklung der professionellen Pflege vor dem Hintergrund des demografischen Wandels. In: Nienhaus, A. (Hrsg.). Gefährdungsprofile – Unfälle und arbeitsbedingte Erkrankungen in Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege. *ecomед Medizin. Landsberg am Lech*: 96ff.

Hasselhorn, H.-M., Tackenberg, P., Büscher, A., Stelzig, S., Kümmerling, A. & Müller, B. H. (2005)

Wunsch nach Berufsausstieg bei Pflegepersonal in Deutschland. In: Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin (Hrsg.). Berufsausstieg bei Pflegepersonal. Arbeitsbedingungen und beabsichtigter Berufsausstieg bei Pflegepersonal in Deutschland und Europa. *Wirtschaftsverlag NW. Bremerhaven*: 135ff.

Herzberg, F., Mausner, B. & Snyderman, B. B. (2011)

The motivation to work. *Transaction Publishers. New Jersey*.

Ho, K.H.M & Chiang V.C.L. (2015)

A meta-ethnography of the acculturation and socialization experiences of migrant care workers. *Journal of Advanced Nursing*, 71: 237–254.

Holt-Lunstad, J., Smith, T. B. & Layton, J. B. (2010)

Social Relationships and Mortality Risk: A Meta-analytic Review. *PLoS Med*, 7: e1000316.

Holz, M., Zapf, D. & Dormann, C. (2004)

Soziale Stressoren in der Arbeitswelt: Kollegen, Vorgesetzte und Kunden. *Die Arbeit*, 13: 278-291.

Huber, M., Stanciole, A., Wahlbeck, K., Tamsma, N., Torres, F., Jelfs, E., Bremner, J. (2008)

Quality in and equality of access to healthcare services. European Commission, Directorate-General for Employment, Social Affairs and Equal Opportunities. Verfügbar unter:
http://www.euro.centre.org/data/1237457784_41597.pdf [02.06.2016].

Initiative Neue Qualität der Arbeit (INQA (Hrsg.) (2009a)

Checkliste Schichtplan – Sicherheit, Gesundheit, Freizeit und Familie. *Berlin*.

Initiative Neue Qualität der Arbeit (INQA) (Hrsg.) (2009b)

Tipps für einen besseren Umgang mit Schichtarbeit. Verfügbar unter:
<http://inqa.gawo-ev.de/cms/index.php?page=schichtarbeiterverhalten> [14.03.2016].

Institut für Arbeitsmarkt- und Berufsforschung (IAB) (2012)

Beschäftigten- und Arbeitslosenstatistik der BA, Berufe im Spiegel der Statistik. Verfügbar unter:
<http://bisds.infosys.iab.de/> [02.02.2016].

Niedersächsisches Innenministerium Geschäftsstelle für Verwaltungsreform (Hrsg.) (1997)

Leitfaden – Das Mitarbeiter/Vorgesetzten-Gespräch (MVG) – ein Instrument der Personalentwicklung. Druck: *Niedersächsisches Landesverwaltungsamt. Hannover*.

Jahn, F. & Ulbricht, S. (2010)

„Mein nächster Beruf“ – Personalentwicklung für Berufe mit begrenzter Tätigkeitsdauer. iga.Report 17. Dresden: Initiative Gesundheit und Arbeit (iga). Verfügbar unter:
http://www.iga-info.de/fileadmin/redakteur/Veroeffentlichungen/iga_Reporte/Dokumente/iga-Report_17_1_Mein_naechster_Beruf_Krankenpflege.pdf [18.03.2016].

Jansen, R. & Müller, R. (2000)

Arbeitsbelastungen und Gesundheit älterer Arbeitnehmer im Dienstleistungsbereich. *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie*, 33: 256-261.

Jansky, M. & Nauck, F. (2014)

Palliativ- und Hospizversorgung von Menschen mit Migrationshintergrund. Aktueller Stand und Handlungsempfehlungen für Hospiz- und Palliativversorger. Göttingen. Verfügbar unter:
http://www.palliativmedizin.med.uni-goettingen.de/de/media/Palliativ-_und_Hospizversorgung_von_Menschen_mit_Migrationshintergrund.pdf [02.06.2016].

Janssens, H., Clays, E., de Clercq, B., de Bacquer, D. & Braeckmann, L. (2013)

The relation between presenteeism and different types of future sickness absence. *Journal of Occupational Health*, 55: 132-141.

Jaudas, J. & Dunkel, W. (2005)

Integration Langzeitarbeitsloser in Einrichtungen der Pflege. *Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin (BAuA). Dortmund, Berlin, Dresden*.

Kaiser, A. (2005)

Berufungscoaching, Systemisches Coaching in Phasen der (beruflichen) Neuorientierung. *Organisationsberatung – Supervision – Coaching, Heft 4: 345-358*.

Kaluza, G. (2011)

Stressbewältigung. *Springer. Berlin, Heidelberg*.

Kalveram, A. B., Trimpop, R. & Kracke, B. (2003)

Initiative Neue Qualität der Arbeit: Stressreduktion in Arbeit, Freizeit und Familie bei familialer und beruflicher Doppelbelastung - Das Projekt StrAFF bei VW. In: Badura, B., Schellschmidt, H. & Vetter, C. (Hrsg.). Fehlzeiten-Report 2003. Zahlen, Daten, Analysen aus allen Branchen der Wirtschaft. Wettbewerbsfaktor Work-Life-Balance. Betriebliche Strategien zur Vereinbarkeit von Beruf, Familie und Privatleben. Springer. Berlin:195ff.

Kiper, M. (2011)

Mischarbeit oder Erholungspausen bei Bildschirmarbeit?
Zeitschrift Computer und Arbeit, 12/2011: 10-15.

Kleinschmidt, C. (2015)

Kein Stress mit dem Stress – Eine Handlungshilfe für Führungskräfte. Herausgegeben von „Initiative Neue Qualität der Arbeit“. Bonifatius Druckerei. Berlin.

Koch, P., Stranzinger, J., Nienhaus, A. & Kozak, A. (2015)

Musculoskeletal Symptoms and Risk of Burnout in Child Care Workers – A Cross-Sectional Study. *PLOS ONE, 10: e0140980.*

Kordt, M. (2015)

DAK-Gesundheitsreport 2015. DAK-Forschung. Hamburg.

Krebshilfe (2007)

Leitfaden für Ärzte und Pflegepersonal. Verfügbar unter:
http://krebshilfe.users.aboliton.at/fileadmin/Redakteure/user_upload/pdf/AErzteleitfaden.pdf
[17.05.2016].

Langhoff, T. & Temme, M. (2013)

Der Zusammenhang zwischen psychischen Belastungen in der Arbeitswelt und psychischen Erkrankungen. Befundlage zur Erkennung von Ursache-Wirkungszusammenhängen und Maßnahmen. Dortmund. E5045/5058.

LeBlanc, M. L. & Kelloway, E. K. (2002)

Predictors and outcomes of workplace violence and aggression.
Journal of Applied Psychology, 87: 444-53.

Lincke, H.-J., Vomstein, M., Haug, A. & Nübling, M. (2013)

Psychische Belastungen am Arbeitsplatz. Ergebnisse einer Befragung aller Lehrerinnen und Lehrer an öffentlichen Schulen in Baden-Württemberg mit dem COPSQ-Fragebogen. *Engagement, 2: 79-91.*

Lohmann-Haislah, A. (2012)

Stressreport Deutschland 2012 – Psychische Anforderungen, Ressourcen und Befinden.
Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin (BAuA) (Hrsg.). Dortmund, Berlin, Dresden.

Lotze, E., Hübner, N. (2008)

Migrantinnen und Migranten in der ambulanten Pflege: Ergebnisse einer Erhebung in Bremen und Bremerhaven. Gesundheitsamt Bremen, Referat Migration und Gesundheit. Institut Arbeit und Wirtschaft Universität/Arbeitnehmerkammer Bremen (IAW). Verfügbar unter:
<http://www.iaw.uni-bremen.de/ccm/publications/sonstige/migrantinnen-und-migranten-in-der-ambulanten-pflege-ergebnisse-einer-erhebung-in-bremen-und-bremerhaven-2008;jsessionid=6C69CAECE5E53927DD8190798360194F/?lang=en> [20.05.2016].

Manz, R. & Kneschke, F. (2006)

Lexikon: Thema Gewalt. *Bundesverband der Unfallkassen (Hrsg.). München.*

Matysek, A. K. (2010)

Gesundheitsmanagement als Führungsaufgabe in der öffentlichen Verwaltung.
Bundesgesundheitsblatt, 55: 205-210.

Mchugh, M. D., Kutney-Lee, A., Cimiotti, J. P., Sloane, D., Aiken, L. H. (2011)

Nurses' widespread job dissatisfaction, burnout, and frustration with health benefits signal problems for patient care. *Health Affairs, 30: 202-210.*

Mc Vicar, A. (2003)

Workplace stress in nursing: a literature review.
Journal of Advanced Nursing, 44: 633-642.

Meier, H. (1991)

Personalentwicklung: Konzept, Leitfaden und Checklisten für Klein- und Mittelbetriebe.
Gabler. Wiesbaden.

MFH-PROJEKTGRUPPE (2004)

Die Amsterdamer Erklärung für MigrantInnen-freundliche Krankenhäuser in einem ethnisch und kulturell vielfältigen Europa. Verfügbar unter:
http://www.migesplus.ch/fileadmin/Publikationen/mfh_amsterdam_declaration_deutsch.pdf
[02.06.2016].

Meissner, F. & Stockfisch, C. (2011)

Familienbewusste Schichtarbeit. DGB Bundesvorstand (Hrsg.). *Print Network pn GmbH. Berlin.*

Mentzel, W., Grotzfeld, S. & Haub, C. (2012)

Mitarbeitergespräche erfolgreich führen. Einzelgespräche, Meetings, Zielvereinbarungen und Mitarbeiterbeurteilungen. *Haufe-Lexware GmbH & Co. KG. Freiburg, München.*

Meschkutat, B. & Stackelbeck, M. (2008)

Konfliktlösung am Arbeitsplatz. Eine Handlungshilfe für Führungskräfte bei Konflikten und Mobbing. Sozialforschungsstelle Zentrale Wissenschaftliche Einrichtung der Technischen Universität Dortmund. *Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales des Landes Nordrhein-Westfalen. Dortmund.*

Meschkutat, B. & Stackelbeck, M. (2010)

Konfliktlösung am Arbeitsplatz. Analysen, Handlungsmöglichkeiten, Prävention bei Konflikten und Mobbing. Ein Handbuch für Führungskräfte.
Eigenverlag. Düsseldorf.

Meyer, M., Böttcher, M. & Glushanok, I. (2015)

Krankheitsbedingte Fehlzeiten in der deutschen Wirtschaft im Jahr 2014. In: Badura, B., Ducki, A., Schröder, H., Klose, J. & Meyer, M. (Hrsg.). *Fehlzeiten-Report 2015.*
Springer. Berlin, Heidelberg: 341ff.

Middeldorf, I. (2011)

Personalbindung im demografischen Wandel. Die entscheidende Rolle der Mitarbeiterbindung für den Unternehmenserfolg.
Diplomica. Hamburg.

Möske, M., Gil-Martinez, F. & Schulz, H. (2013)

Cross-cultural opening in German outpatient mental health care service - Explorative study of structural and procedural aspects. *Journal of Psychology & Psychotherapy*, 20: 434-446.

Morschhäuser, M. (1999)

Grundzüge altersgerechter Arbeitsgestaltung. In: Gussone, M., Huber, A., Morschhäuser, M. & Petrenz, J (Hrsg.). Ältere Arbeitnehmer. Altern und Erwerbsarbeit in rechtlicher, arbeits- und sozialwissenschaftlicher Sicht. *Bund-Verlag. Frankfurt am Main: 101ff.*

Nagel, U. (o. J.)

Psychische Faktoren am Arbeitsplatz. Eine schnelle Hilfe zur Selbstanalyse für Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter. Berufsgenossenschaft Energie Textil Elektro Medienerzeugnisse (Hrsg.). Verfügbar unter: http://www.google.de/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=4&ved=0ahUKEwiUlBHI9u3NAhXlchQKHVhnA90QFggvMAM&url=http%3A%2F%2Fetf.bgetem.de%2Fhtdocs%2Fr30%2Fvc_shop%2Fbilder%2Ffirma53%2Fmb_041_a052015.pdf&usq=AFQjCNG2NLIPLbMImpywK8Y6N16zNGzNPA&bv m=bv.126130881,d.bGg [26.04.2016].

Nagel-Prinz, S. M. & Paulus, P. (2012)

Wie geht es Kita-Leitungen? Gesundheitliche Belastungen von Führungskräften in Kindertageseinrichtungen. *Zeitschrift Prävention und Gesundheitsförderung*, 7: 127-134.

Nerdinger, F. W. (2012)

Emotionsarbeit im Dienstleistungsbereich. *Report Psychologie*, 37: 8-18.

Niedersächsisches Ministerium für Inneres, Sport und Integration (Hrsg.) (2009)

Vielfalt als Chance, Leitfaden zur interkulturellen Öffnung der Landesverwaltung. Verfügbar unter: http://www.ms.niedersachsen.de/download/52380/Broschuere_Interkulturelle_Oeffnung_der_Landesverwaltung_pdf [07.06.2016].

Nijman, H. L. I., Muris, P., Merckelbach, H. L. G. J., Palmstierna, T., Wistedt, B. et al. (1999)

The staff Observation Aggression Scale-Revised (SOAS-R). *Aggress Behav*, 25: 197-209.

Nübling, M., Stöbel, U., Hasselhorn, H.-M., Michaelis, M. & Hofmann, F. (2005)

Methoden zur Erfassung psychischer Belastungen. Erprobung eines Messinstrumentes (COPSOQ) (Schriftenreihe der Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin, Nr. Fb 1058). *Wirtschaftsverlag NW. Bremerhaven.*

Nübling, M., Vomstein, M., Nübling, T., Stöbel, U., Hasselhorn, H.-M. & Hofmann, F. (2011)

Erfassung psychischer Belastungen anhand eines erprobten Fragebogens – Aufbau der COPSOQ-Datenbank. Verfügbar unter: <https://www.copsoq-datenbank.de/> [26.04.2016].

Paridon, H., Ernst, S., Harth, V., Nickel, P., Nold, A. et al. (2012)

DGUV Report 1/2012. Schichtarbeit – Rechtslage, gesundheitliche Risiken und Präventionsmöglichkeiten. Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung (DGUV) (Hrsg.). *Plump. Berlin.*

Peter, R. (2010)

Von Handlungs- und Entscheidungsspielräumen, Belohnungen und betrieblicher Gerechtigkeit: Die Modelle Demand-Control und berufliche Gratifikationskrisen. In: Faller, G. (Hrsg.). *Lehrbuch Betriebliche Gesundheitsförderung. Hans Huber. Bern: 59ff.*

Rationalisierungs- und innovationszentrum der deutschen Wirtschaft e. V. (2003)

»Gespräche mit Kunden – Emotionsarbeit«. Verfügbar unter:

http://www.guss-net.de/fileadmin/media/Projektwebsites/GussNet/Dokumente/service/downloads/allgemeine_infos_arbeit_gesundheit/15_Emotionsarbeit_21.pdf [20.05.2016].

Razum, O., Zeeb, H., Meesmann, U., Schenk, L., Bredehorst, M., Brzoska, P. et al. (2008)

Schwerpunktbericht der Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Migration und Gesundheit. ROBERT KOCH-INSTITUT, Statistisches Bundesamt. Berlin. Verfügbar unter:

<https://www.gbe-bund.de/pdf/migration.pdf> [15.06.2016].

REFA (1972)

Methodenlehre des Arbeitsstudiums. Teil 3: Kostenrechnung, Arbeitsgestaltung.

Carl Hanser. München.

Rothgang, H., Müller, R. & Unger, R. (2012)

Themenreport „Pfleger 2030“. Was ist zu erwarten – was ist zu tun? *Bertelsmann Stiftung. Gütersloh.*

Rouch, I., Wild, P., Ansiau, D. & Marquié, J. C. (2005)

Shiftwork experience, age and cognitive performance. *Ergonomics*, 48: 1282-1293.

Schablon, A., Zeh, A., Wendeler, D., Peters, C., Wohlert, C., Harling, M. & Nienhaus, A. (2012)

Frequency and consequences of violence and aggression towards employees in the German healthcare and welfare system: a cross-sectional study. *BMJ Open*, 2:e001420.

Schack, A. (2007)

50 plus – Potentiale für Wirtschaft und Gesellschaft.

Wiesbadener Gespräche zur Sozialpolitik. Wiesbaden.

Schätzl, A. (2007)

Von der Motivationstheorie zur Motivationspraxis. *Grin. München.*

Scheler, U. (1999)

Management der Emotionen. *Gabal. Offenbach.*

Schneider, N. F., Häuser, J. C. & Ruppenthal, S. M. (2005)

Familienfreundliche Gestaltung der Erwerbsarbeit in Rheinland-Pfalz Familienfreundliche Gestaltung der Erwerbsarbeit in Rheinland-Pfalz – Gegenwart und Zukunft. Kurzbericht zur Studie.

Verfügbar unter: http://www.familienfreundlichkeit-rlp.sozioologie.unimainz.de/Dokumente/Kurzbericht_Familienfreundlichkeit.pdf [16.06.2016].

Scholz, C. (2000)

Strategische Organisation. Moderne Industrie. *Lech:mi. Landsberg.*

Schröttle, M. & Khelaifat, N. (2008)

Gesundheit – Gewalt – Migration. Eine vergleichende Sekundäranalyse zur gesundheitlichen und Gewaltsituation von Frauen mit und ohne Migrationshintergrund in Deutschland.

Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (Hrsg.) (BMFSFJ). Berlin

Schyns, B. (2002)

Überprüfung einer deutschsprachigen Skala zum Leader-Member Exchange-Ansatz.

Zeitschrift für Differentielle und Diagnostische Psychologie, 23: 235-245.

Sczesny, C. (2007)

Gestaltung der Arbeitszeit im Krankenhaus. Zur Umsetzung neuer Nachtarbeitszeitregelungen unter Berücksichtigung arbeitswissenschaftlicher Erkenntnisse.

Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin (BAuA) (Hrsg.). Dortmund.

Seibt, A., Knauth, P., Griefahn, B., Stork, J., Kessel, R. et al. (2006)

Arbeitsmedizinische Leitlinie Nacht- und Schichtarbeit.

Deutsche Gesellschaft für Arbeitsmedizin und Umweltmedizin (DGAUM). Aachen.

Senator für Finanzen – Abteilung Personal- und Verwaltungsmanagement (2004)

Das Mitarbeiter-Vorgesetzten-Gespräch. Ein Leitfaden für die Praxis. *Hausdruckerei. Bremen.*

Siegrist, J., Li, J. & Montano, D. (2014)

Psychometric properties of the Effort-Reward Imbalance Questionnaire. Verfügbar unter:

http://www.uniklinik-duesseldorf.de/fileadmin/Datenpool/einrichtungen/institut_fuer_medizinische_soziologie_id54/ERI/PsychometricProperties.pdf [15.01.2016].

Southerland, M. D., Collins, P. A. & Scarborough, K. E. (1997)

Workplace violence. *Anderson. Cincinnati.*

Spiegel, K. (2004)

Sleep curtailment in healthy young men is associated with decreased leptin levels, elevated ghrelin levels, and increased hunger and appetite. *Annals of Internal Medicine, 141: 846-850.*

Spreiter, M. (2014)

Burnoutprävention für Führungskräfte. Freiburg: *Haufe-Lexware GmbH & Co. KG. Freiburg.*

Stadler, P., Spiess, E. (2003)

Psychosoziale Gefährdung am Arbeitsplatz. Optimierung der Beanspruchung durch die Entwicklung von Gestaltungskriterien. *Wirtschaftsverlag NW. Dortmund.*

Stadler, P. & Spieß, E. (2012)

Mit Verstand und Verständnis. Mitarbeiterorientiertes Führen und soziale Unterstützung am Arbeitsplatz. Initiative Neue Qualität der Arbeit.

Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin (BAuA) (Hrsg.). Berlin.

Statistisches Bundesamt (2009)

Bevölkerung und Erwerbstätigkeit: Bevölkerung mit Migrationshintergrund – Ergebnisse des Mikrozensus 2005, Fachserie 1 Reihe 2.2.

Statistisches Bundesamt. Wiesbaden.

Statistisches Bundesamt (Hrsg.) (2015)

Pflegestatistik 2013 – Pflege im Rahmen der Pflegeversicherung – Deutschlandergebnisse.

Statistisches Bundesamt. Wiesbaden.

Statistisches Bundesamt (Hrsg.) (2016)

Dienstleistungen. Verfügbar unter:

<https://www.destatis.de/DE/ZahlenFakten/Wirtschaftsbereiche/Dienstleistungen/Methoden/Info/Dienstleistungen.html> [02.02.2016].

Stippler, S., Schopen, A., Pierenkemper, S. & Werner, D. (2015)

Flexible Arbeitszeitmodelle. Handlungsempfehlungen.

Institut der deutschen Wirtschaft Köln e. V. (Hrsg.). Köln.

Stuber, M. (2004)

Diversity. Das Potenzial von Vielfalt nutzen – den Erfolg durch Offenheit steigern.
Luchterhand. München.

Sütterlin, S., Hoßmann, I. & Klingholz, R. (2011)

Demenz Report. Wie sich die Regionen in Deutschland, Österreich und der Schweiz auf die Alterung der Gesellschaft vorbereiten können. *Berlin-Institut für Bevölkerung und Entwicklung. Berlin.*

Techniker Krankenkasse (Hrsg.) (2015a)

Depressionsatlas – Auswertungen zu Arbeitsunfähigkeit und Arzneiverordnungen.
Eigenverlag. Hamburg.

Techniker Krankenkasse (Hrsg.) (2015b)

Schichtarbeit. Informationen für einen gesunden Ausgleich. Hamburg. Verfügbar unter:
<https://www.tk.de/centaurus/servlet/contentblob/48800/Datei/67613/Schichtarbeit.pdf>
[14.03.2016].

Theiler, A., Dietrich, N., Horländer, B., Nübling, M., Lincke, H.-J. et al. (2014)

Handlungsleitfaden zur Prävention von Übergriffen in öffentlichen Einrichtungen.
Unfallkasse Baden-Württemberg (Hrsg.). Stuttgart.

Tuttas, C.A. (2015)

Perceived Racial and Ethnic Prejudice and Discrimination Experiences of Minority Migrant Nurses:
A Literature Review.
Journal of Transcultural Nursing, 26: 514-520.

Vereinte Dienstleistungsgewerkschaft – ver.di (Hrsg.) (2015)

Ausbildungsreport Pflegeberufe 2015. *Berlin.*

Vincent-Höper, S. (2013)

Gesund und erfolgreich führen Informationen für Führungskräfte. Verwaltungs-Berufsgenossenschaft (VBG) (Hrsg.). *BC GmbH Verlags- und Mediengesellschaft. Hamburg.*

Vincent-Höper, S. (2015)

Gesund und erfolgreich führen. Informationen für Führungskräfte. Verwaltungs-Berufsgenossenschaft (VBG) (Hrsg.). *BC GmbH Verlags- und Mediengesellschaft. Hamburg.*

Volmer, J., Niessen, C., Spurk, D., Linz, A. & Abele, A. E. (2011)

Reciprocal Relationships between Leader-Member Exchange (LMX) and Job Satisfaction: A Cross-Lagged Analysis. *Applied Psychology: An International Review, 60: 522-545.*

Waddell G. (1998)

The back pain revolution. *Churchill Livingstone. Edinburgh.*

Wedderburn, A. (2000)

Schichtarbeit und Gesundheit.
Europäische Stiftung zur Verbesserung der Lebens- und Arbeitsbedingungen. Irland.

Wesuls, R., Gehring, G. & Kautz, M. (o. J.)

Präventive Deeskalationsstrategien und Handlungsempfehlungen. Unfallkasse Baden-Württemberg (Hrsg.). Stuttgart. Verfügbar unter:
https://www.unimedizin-mainz.de/fileadmin/kliniken/betriebsarzt/Dokumente/Script_ProDeMa.pdf
[12.05.2016].

Winkler, B. & Hofbauer, H. (2010)

Das Mitarbeitergespräch als Führungsinstrument. Ein Handbuch für Führungskräfte und Personalverantwortliche. *Hanser. München.*

Wirth, T., Kozak, A., Schedlbauer, G. & Nienhaus, A. (2015)

Gesundheitsverhalten, Gesundheitszustand und Zukunftsperspektiven von Auszubildenden in pflegerischen und sozialen Berufen. In: Nienhaus, A. (Hrsg.). RIRE – Risiken und Ressourcen in Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege (Band 2). *ecomед Medizin. Landsberg am Lech: 37ff.*

Wirtz, A. (2010)

Gesundheitliche und soziale Auswirkungen langer Arbeitszeiten. *Dortmund, Berlin, Dresden.*

Wohlfart, E., Hodzic, S., Özbek, T. (2006)

Transkulturelles Denken und transkulturelle Praxis in der Psychiatrie und Psychotherapie. In: Wohlfart, E. & Zaumseil, M. (Hrsg.). Transkulturelle Psychiatrie – Interkulturelle Psychotherapie. Interdisziplinäre Theorie und Praxis. *Springer. Heidelberg.*

World Health Organisation, WHO (1986)

Ottawa-Charta zur Gesundheitsförderung. Verfügbar unter:

http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0006/129534/Ottawa_Charter_G.pdf [07.06.2016].

Wyatt, J. K., Ritz-DeCecco, A., Czeisler, C. A. & Dijk, D.-J. (1999)

Circadian temperature and melatonin rhythms, sleep, and neurobehavioral function in humans living on a 20-h day.

American Journal of Physiology: Regulative, Integrative and Comparative Physiology, 277: R1152-R1163.

Zapf, D., Seifert, C., Mertini, H., Voigt, C., Holz, M. et al. (2000)

Emotionsarbeit in Organisationen und psychische Gesundheit. In: Musahl, H.-P. & Eisenhauer, T. (Hrsg.). Psychologie der Arbeitssicherheit. Beiträge zur Förderung von Sicherheit und Gesundheit in Arbeitssystemen. *Asanger. Heidelberg: 99-106.*

Zapf, D. (2002)

Emotion work and psychological well-being. A review of the literature and some conceptual considerations. *Human Resource Management Review*, 12: 237-268.

Zeit (2013)

ENTSCHEIDEN – Berufliche Neuorientierung Teil I: „Weg hier – aber wohin?“ Verfügbar unter:

<http://pdf.zeit.de/studium/absolvenz/orientieren1.pdf> [24.05.2016].

Zentrum für Qualität in der Pflege (o. J.)

Gewaltprävention in der Pflege: Informationen für professionell Pflegende. Verfügbar unter: http://www.gewalt-pflege.de/professionell_Pflegende_Artikel/fehlern-einen-sinn-geben.html [02.06.2016].

Zeutschel, U. & Thomas, A. (2003)

Zusammenarbeit in multikulturellen Teams. Verfügbar unter:

http://www.osbi.com//sites/default/files/user_upload/Publikationen/Zeutschel_Thomas_Zusammenarbeit_in_multikulturellen_Teams.pdf [02.06.2016].

Anhang 1: Methodendiskussion

Quantitative Methoden

Bei den quantitativen Mitarbeiterbefragungen in den beiden Unternehmen der Altenpflege handelte es sich um Erhebungen im Querschnittsdesign. Diese eignen sich gut, um die Häufigkeiten von Belastungsfaktoren und Erkrankungen in einer Gruppe festzustellen. Allerdings können sie nur eine Momentaufnahme liefern und es können keine Aussagen über kausale Beziehungen aus den Ergebnissen abgeleitet werden.

Die Ergebnisse der Mitarbeiterbefragungen beruhen außerdem auf den Angaben der Beschäftigten. Falsche oder sozial erwünschte Angaben können daher nicht gänzlich ausgeschlossen werden. Es wurden in dem Fragebogen jedoch zum größten Teil bereits getestete und validierte Items und Skalen verwendet, sodass die Verständlichkeit des Instruments sichergestellt war.

Die schriftlichen Mitarbeiterbefragungen wurden nur in den zwei kooperierenden Unternehmen durchgeführt. Es handelt sich dabei um zwei große Träger der Altenpflege in Hamburg, die bereits viele Maßnahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung implementiert haben und regelmäßig Befragungen zur Belastungssituation und Zufriedenheit ihrer Mitarbeiter durchführen. Aus diesem Grund sind die Ergebnisse der beiden Unternehmen nicht unbedingt repräsentativ für die gesamte Branche der Altenpflege. Es ist durchaus anzunehmen, dass die Belastungs- und Gesundheitssituation der Beschäftigten anderer Unternehmen ungünstiger ausfallen könnten. Des Weiteren können nicht alle Ergebnisse auf die gesamte Dienstleistungswirtschaft übertragen werden, da es sich, wie beschrieben, um eine sehr heterogene Branche handelt.

Die eher geringe Beteiligung an der Mitarbeiterbefragung (Rücklaufquote: 21%) kann gegebenenfalls darauf zurückzuführen sein, dass regelmäßig Befragungen der Mitarbeiter in den Unternehmen stattfinden und daher eine Befragungsmüdigkeit bei den Beschäftigten herrscht. Grundsätzlich kann die Responserate einer Studie durch intensive Aufklärung und Information über das Vorhaben erhöht werden. Bei der PFLEGEN UND WOHNEN HAMBURG GmbH haben die Studienmitarbeiter des CVcare das Projekt auf einer Betriebsversammlung vorgestellt und die bevorstehenden Befragungen angekündigt. Dies kann ein Grund für den höheren Rücklauf in der stationären Pflege (26 %) im Vergleich zum DRK Landesverband Hamburg e.V. (14%) sein. Hier war diese Möglichkeit einer gesammelten Informationsveranstaltung aufgrund der Unternehmensstruktur mit vielen kleinen Sozialstationen nicht gegeben. Zudem lag der Beginn der Befragung beim DRK Landesverband Hamburg e. V. eher ungünstig, nämlich in den Sommerferien. Obwohl der Erhebungszeitraum mehrfach verlängert wurde, ist anzunehmen, dass die Fragebögen nicht alle Mitarbeiter in der ambulanten Pflege erreicht haben. Nach Angabe von Leitungskräften sind viele Umschläge ungeöffnet in den Postfächern liegen geblieben. Es kann somit eher von einer höheren Rücklaufquote ausgegangen werden.

Qualitative Methoden

In dieser Studie wurden mit der Durchführung von Interviews und einem Expertenworkshop ergänzend zu der quantitativen Mitarbeiterbefragung auch qualitative Forschungsmethoden angewandt. Diese eignen sich besonders für die detaillierte Beschreibung und Analyse subjektiver Empfindungen und Einstellungen. In dieser Studie konnten sie einen vertiefenden Einblick in das Belastungsempfinden der Beschäftigten in der Altenpflege liefern und Ressourcen der Arbeit sowie Strategien im Umgang mit Belastungen identifizieren. Diese bildeten eine wichtige Grundlage zur Entwicklung von Handlungsempfehlungen.

Die Teilnehmer für den Workshop und die Interviews wurden durch ein Convenience-Sample (Gelegenheitsstichprobe) gewonnen. Das heißt, es wurden die Personen eingeschlossen, die zur Teilnahme bereit waren. Durch diese Methode kann es grundsätzlich zu Verzerrungen kommen, da ggf. ein Unterschied zu den Personen, die sich nicht melden, besteht. Möglicherweise haben sich gerade die Beschäftigten gemeldet, die ihre Arbeit als sehr belastend und Strukturen im Unternehmen als sehr kritikwürdig empfinden. Trotz der Anwendung der Convenience-Sample-Methode wurden vorab Kriterien für die Stichprobenauswahl für die Interviews festgelegt. Die Stichprobe sollte Beschäftigte in den Altersklassen 16–30 Jahre, 31-50 Jahre und 51–67 Jahre, beiderlei Geschlechts und Verweiler, Wechsler, Führungskräfte und Betriebsärzte umfassen, um eine maximale Variation in der Stichprobe zu erreichen. Dies erhöht die Wahrscheinlichkeit, dass die Ergebnisse unterschiedliche Perspektiven widerspiegeln (Creswell, 2013). Dieses Kriterium wurde in der Studie erreicht (*siehe Tabelle 1*). Qualitative Forschungsmethoden haben nicht den Anspruch Repräsentativität zu erreichen, entsprechend ist das Ziel der Datenerhebung nicht an einer bestimmten Anzahl von Personen festzumachen, die in die Forschung eingeschlossen werden sollen; sondern es geht darum, umfangreiche Informationen über den Untersuchungsgegenstand zu sammeln (ebd.). Dementsprechend wurde die qualitative Datenerhebung anhand des Prinzips der „theoretischen Sättigung“ beendet, das heißt zu einem Zeitpunkt, an dem auch durch weitere Daten keine neuen relevanten Erkenntnisse mehr erwartet werden konnten.

Es wurden halbstandardisierte Interviews nach einem Leitfaden geführt, für den relevante Themenkomplexe mithilfe einer umfassenden Sichtung aktueller Literatur generiert wurden. Durch einen Interviewleitfaden kann eine gewisse Vergleichbarkeit der Ergebnisse der Interviews erreicht werden. Die Interviews führten zwei Studienmitarbeiter; diese waren ebenfalls für die Erstellung der Codesysteme zur Auswertung der Interviews verantwortlich. Anhand eines ersten Interviews jeder Personengruppe erstellten jeweils beide Studienmitarbeiter ein Codesystem, das in einer anschließenden Diskussion, nachdem eine Übereinstimmung erzielt wurde, angepasst wurde. Alle Interviews wurden nach diesem System kodiert; aus zeitlichen Gründen war jedoch eine Kodierung durch beide Studienmitarbeiter nicht möglich. Dies stellt eine Limitation in der Methodik dar.

Durch die Verwendung multipler Methoden in der Studie konnte eine Überprüfung der Ergebnisse der qualitativen Interviews durch die Literatur und quantitativen Daten sichergestellt werden. Darüber hinaus wurden auf dem Expertenworkshop erste Ergebnisse der Interviews präsentiert und von den Teilnehmer bewertet. Sie dienten als Grundlage für die Kleingruppenarbeiten und Diskussionen auf dem Workshop.

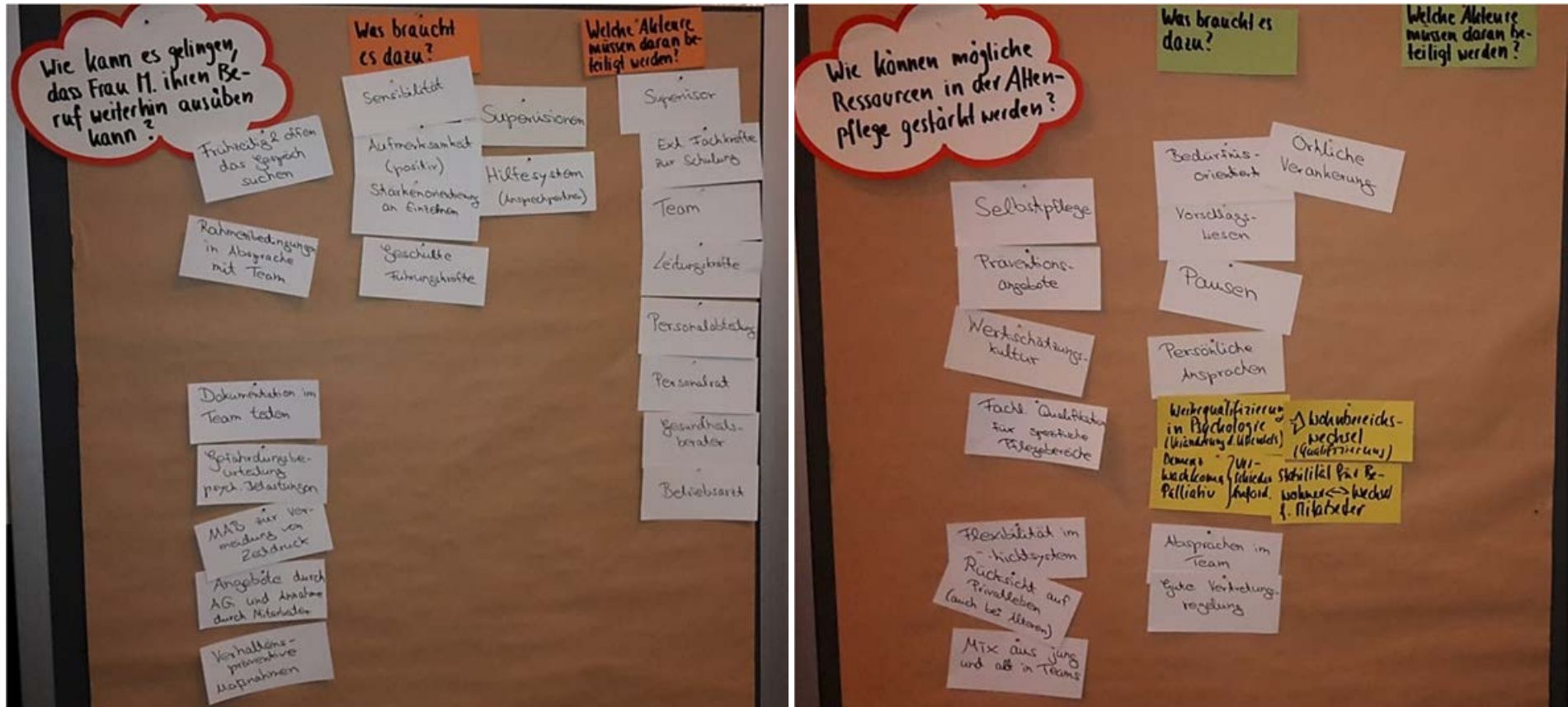
Anhang 2: Erlebnisse von Gewalt und Aggressionen durch Pflegebedürftige

Variable	Alle Befragten		Nur pflegerisch tätige Personen (N=366)				p-Wert
	Gesamt (N=401)		Stationär (N=274)		Ambulant (N=92)		
	N	%	N	%	N	%	
Vorbereitung auf Umgang mit Gewalt							<0,05
Mittelwert (SD)	5,9 (2,6)		5,7 (2,7)		6,5 (2,3)		
Körperliche Aggressionen (in den vergangenen 12 Monaten)							<0,05
Nein	188	46,9	84	30,7	73	79,3	
Ja	208	51,9	187	68,2	19	20,7	
Keine Antwort	5	1,2	3	1,1	-	-	
Wenn ja, wie häufig?							<0,05
Einmal im Jahr	34	16,3	26	13,9	8	42,1	
Einmal im Vierteljahr	42	20,2	36	19,3	6	31,6	
Einmal im Monat	44	21,2	40	21,4	3	15,8	
Einmal in der Woche	52	25,0	50	26,7	1	5,3	
Täglich	36	17,3	35	18,7	1	5,3	
Verbale Aggressionen (in den vergangenen 12 Monaten)							<0,05
Nein	95	23,7	52	19,0	27	29,3	
Ja	300	74,8	219	79,9	64	69,6	
Keine Antwort	6	1,5	3	1,1	1	1,1	
Wenn ja, wie häufig?							<0,05
Einmal im Jahr	27	9,0	9	4,1	16	25,0	
Einmal im Vierteljahr	59	19,7	29	13,2	26	40,6	
Einmal im Monat	65	21,7	43	19,6	16	25,0	
Einmal in der Woche	72	24,0	63	28,8	4	6,3	
Täglich	76	25,3	74	33,8	2	3,1	
Keine Antwort	1	0,3	1	0,5	-	-	
Empfindungen nach Aggressionserlebnissen (Mehrfachantworten)							-
Ärger	124	38,9	79	33,9	36	53,7	
Enttäuschung	111	34,8	80	34,3	28	41,8	
Hilflosigkeit	86	27,0	68	29,2	16	23,9	
Traurigkeit	79	24,8	65	27,9	11	16,4	
Wut	73	22,9	51	21,9	15	22,4	
Keine Reaktion	55	17,2	46	19,7	5	7,5	
Angst	52	16,3	40	17,2	10	14,9	
Unsicherheit im Umgang mit Pflegebedürftigen	51	16,0	43	18,5	6	9,0	
Selbstzweifel	40	12,5	33	14,2	3	4,5	
Sonstiges	42	13,2	30	12,9	8	11,9	

Anhang 3: Fotoprotokoll des Expertenworkshops „Gruppenarbeit 1“



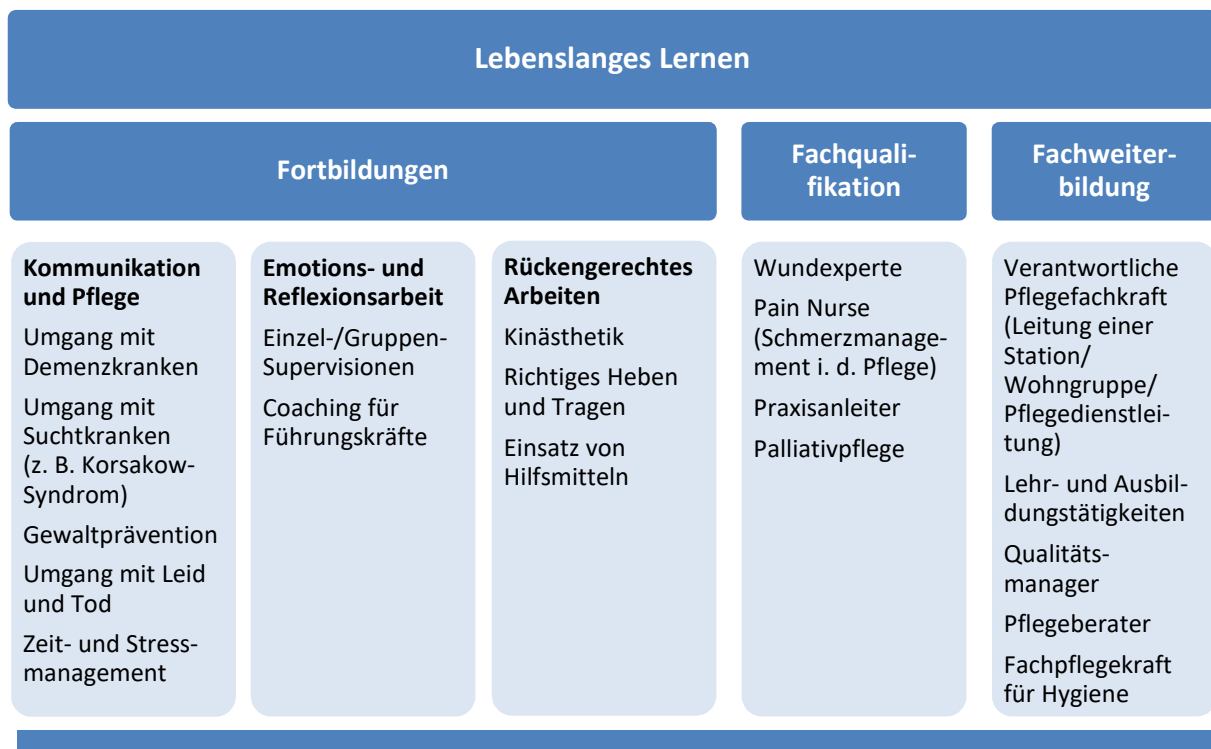
Anhang 4: Fotoprotokoll des Expertenworkshops „Gruppenarbeit 2“



Anhang 5: Qualifikationsmöglichkeiten in der Pflege

Durch spezielle Fortbildungen in Bereichen wie der Kommunikation und Pflege, der Emotions- und Reflexionsarbeit sowie des rückengerechten Arbeitens lernen Mitarbeiter, ihr pflegerisches Handeln zu reflektieren und können so ihre eigenen Fähigkeiten in diesen Bereichen ausbauen, um zukünftig Belastungen besser begegnen zu können. Fachqualifikationen ermöglichen eine Spezialisierung, z. B. in Bereichen der Praxisanleitung und des Wund- oder Schmerzmanagements. Für eine Pflegekraft, die daraus folgende vermehrt Ausbildungstätigkeiten, die Wundversorgung oder die Schmerzeinstellung von Pflegebedürftigen übernimmt, ließen sich laut den Führungskräften gerade die körperlich belastenden Transfer- und Lagerungstätigkeiten reduzieren. Fachweiterbildungen können zudem einen Aufstieg im Unternehmen ermöglichen.

Die Grafik gibt einen Überblick über verschiedene Qualifikationsmaßnahmen in der Pflege, die in den Interviews genannt wurden.



Hier noch einige weitere Möglichkeiten der beruflichen Entwicklung für Altenpfleger, die in den Interviews nicht erwähnt wurden: Heimleitung, Fachpflegekraft für Gerontopsychiatrie, Fachpflegekraft für Rehabilitation, Gesundheitsberater, Stomatherapeut, Ernährungsberater, Altentherapeut (beim Altentherapeuten handelt es sich um eine Fortbildung für den Bereich der sozialtherapeutischen Dienste in der Altenhilfe), Praktikumsanleiter oder Mentor und Gesundheitskaufmann. Personen, die über die erforderliche Hochschulzugangsberechtigung verfügen, können ein Studium absolvieren: Studium des Pflegemanagements (Dipl. Pflegewirt oder Dipl. Pflegemanager an der Fachhochschule oder Universität), Studium der Pflegewissenschaft und Studium der Pflegepädagogik (Dipl. Pflegepädagogin oder Dipl. Medizinpädagogin).

Anhang 6: Leitfaden Mitarbeiter/Vorgesetzten-Gespräch

Vorbereitende Fragen und Checkliste für ein Mitarbeiter(entwicklungs)gespräch

Die Themenbereiche gliedern sich in:

1. Arbeitsaufgaben
2. Arbeitsumfeld
3. Zusammenarbeit und Führung
4. Veränderungs- und Entwicklungsperspektiven

1. Arbeitsaufgaben	
Führungskraft	Mitarbeiter
Was sind die Arbeitsaufgaben und Verantwortlichkeiten des Mitarbeiters?	Was sind meine Arbeitsaufgaben? Wofür bin ich verantwortlich?
Wie schätze ich seine Arbeitsergebnisse ein (Menge/Qualität)?	Wie schätze ich meine Arbeitsergebnisse ein (Menge und Qualität)?
Welche Arbeitsergebnisse erwarte ich zukünftig von ihm?	Was möchte ich daran verändern?
Wo hat er besondere Stärken/ Schwächen?	Welche Aufgaben liegen mir besonders/welche bereiten mir Schwierigkeiten?
Wo kann er fachlich unterstützt werden?	In welchen Bereichen fühle ich mich unterfordert/überfordert?
Wenn er selbst Führungskraft ist, wie führt er seine Mitarbeiter?	Welche Ideen für Veränderungen im jetzigen Aufgabenbereich habe ich (z. B. Arbeitseinteilung/-ablauf)?
Besteht Interesse, ihn anders oder besser einzusetzen?	
Welche zukünftigen Arbeitsziele kommen für den Mitarbeiter infrage?	Welche zukünftigen Arbeitsziele möchte ich besonders verfolgen?
Welche Förderung zur Zielerreichung kann ich bieten?	

2. Arbeitsumfeld	
Führungskraft	Mitarbeiter
Gibt er den Kollegen Hilfestellung und unterstützen diese ihn?	Wie funktioniert die Zusammenarbeit mit meinen Kollegen? Bestehen Konflikte oder Spannungen?
Ist die bürotechnische Ausstattung aus meiner Sicht ausreichend?	Ist die bürotechnische Ausstattung für mich ausreichend?
Welche Veränderungen im Arbeitsumfeld des Mitarbeiters halte ich für besonders wichtig (z. B. Vertretungsregelungen, Beseitigung von Störfaktoren)?	Welche Veränderungen in meinem Arbeitsumfeld halte ich für besonders wichtig?

3. Zusammenarbeit und Führung	
Führungskraft	Mitarbeiter
Wie führe ich? Unterstütze und fördere ich ausreichend? Wie setzt der Mitarbeiter meine Zielvorgaben und Anordnungen um?	Wie erlebe ich die Führung durch meine Führungskraft? Was sagt mir an der Zusammenarbeit zu; was möchte ich anders haben? Nimmt sich die Führungskraft genügend Zeit zum Erörtern von Problemen? Ist ihr Entscheidungsverhalten nachvollziehbar?
Lobe/kritisiere ich ihn zuviel/zuwenig/ in angemessener Art und Weise?	Wie erfahre ich Anerkennung und Kritik (häufig/ selten; konstruktiv/ entmutigend; konkret/ pauschal)?
In welcher Form kann ich seitens des Mitarbeiters Kritik an mir erfahren?	Wie gehen wir mit gemeinsamen Konflikten um? Kann ich meine Führungskraft gelegentlich auch kritisieren? Tue ich dies auch?
Wie selbständig arbeitet er? Gebe ich genügend Entscheidungsspielraum?	Wie selbständig kann ich arbeiten? Möchte ich eigenverantwortlicher arbeiten? Wünsche ich mir mehr Vorgaben?
Informiere ich über Zielvorgaben und Anordnungen für die Aufgabenerledigung ausreichend? Gebe ich Informationen rechtzeitig weiter?	Bekomme ich von meiner Führungskraft rechtzeitig alle Informationen, die ich zur Aufgabenerledigung benötige?
Werde ich ausreichend über die Arbeitsergebnisse informiert?	Informiere ich meine Führungskraft ausreichend über die Arbeitsergebnisse?
Kann ich Anregungen und Interessen meines Mitarbeiters besser gegenüber höheren Vorgesetzten vertreten?	Vertritt meine Führungskraft meine Interessen gegenüber höheren Führungskräften? Erfahre ich von meinem Vorgesetzten Rückendeckung für getroffene Entscheidungen?
Was möchte ich an der Zusammenarbeit verändern?	Was möchte ich an der Zusammenarbeit verändern?
Welche Ziele der Zusammenarbeit halte ich für besonders wichtig?	Welche Ziele der Zusammenarbeit halte ich für besonders wichtig?
Woran merke ich, dass die Ziele erreicht worden sind (Maßstab bzw. Kriterien)?	Woran merke ich, dass die Ziele erreicht worden sind (Maßstab bzw. Kriterien)?

4. Berufliche Entwicklung	
Führungskraft	Mitarbeiter
Welche Perspektive sehe ich für die berufliche Entwicklung des Mitarbeiters?	Welche Erwartungen und Wünsche habe ich hinsichtlich meiner beruflichen Entwicklung?
Welche Fortbildungen sind für den Mitarbeiter aus meiner Sicht sinnvoll?	
Kann ich mir einen Stellen- oder Abteilungswechsel meines Mitarbeiters als eine Entwicklungsperspektive vorstellen?	Möchte ich ggf. die Stelle/den Arbeitsplatz wechseln, um bessere Entwicklungsmöglichkeiten zu bekommen?

(Quelle: Das Mitarbeitergespräch, ohne Autor und Jahr)

Anhang 7: Ansprechpartner und Unterstützer zum Umgang mit psychischen Belastungen

Krankenkassen

- bieten für **Mitarbeiter** Gesundheitskurse in den Bereichen Bewegung, Ernährung, Stressbewältigung und Entspannung sowie Suchtprävention an,
- helfen **Führungskräften** Maßnahmen zur betrieblichen Gesundheitsförderung zu entwickeln und erfolgreich umzusetzen.

Unfallversicherungen und Berufsgenossenschaften

- stellen für **Führungskräfte** Informationen und Hilfsmittel zur Durchführung von Gefährdungsbeurteilungen im Unternehmen zur Verfügung,
- beraten **Führungskräfte** zur Verbesserung des Arbeitsschutzes in ihren Unternehmen, beim Aufbau eines Betrieblichen Gesundheitsmanagements sowie zu weiteren speziellen Themen des Arbeits- und Gesundheitsschutzes,
- bieten für **Mitarbeiter und Führungskräfte** sowie andere betriebliche Akteure Schulungen und Seminare zum Arbeits- und Gesundheitsschutz an.

Arbeitsagenturen

- unterstützen **Mitarbeiter** bei der beruflichen Neuorientierung und fördern die berufliche Weiterbildung.

Gewerkschaften (z. B. ver.di)

- bieten **Mitarbeitern** Seminare und Schulungen zu Themen wie Arbeitsrecht, Arbeits- und Gesundheitsschutz und Ausbildung an,
- stellen **Mitarbeitern** ein umfangreiches Bildungs- und Qualifizierungsangebot bereit, durch das diese ihre Kenntnisse und Fähigkeiten in vielfältigen Gebieten erweitern können.

Arbeitgeberverbände (z. B. AGVP, ar.di)

- bieten für **Führungskräfte** Informations- und Beratungsseminare an.

Amt für Arbeitsschutz

- berät **Mitarbeiter und Führungskräfte** zu Fragen des Arbeits- und Gesundheitsschutzes,
- unterstützt die **Führungskräfte** bei der Umsetzung des Arbeits- und Gesundheitsschutzes durch Information und praktische Hilfestellung.

Externe Beratungsunternehmen (z. B. in Hamburg: PAG – Perspektive Arbeit & Gesundheit)

- bieten eine kostenfreie und vertrauliche Beratung an,
- unterstützen **Mitarbeiter** bei der Klärung belastender Arbeitssituationen, bei der Entwicklung von Problemlösungen und bei der Orientierung bei persönlichen Veränderungswünschen im Arbeitsleben,
- unterstützen **Führungskräfte** und andere betriebliche Akteure bei der Durchführung von Gefährdungsbeurteilungen, insbesondere zu psychischen Belastungen, bei der Entwicklung von Maßnahmen zur Verbesserung der Arbeitsbedingungen und beim Erhalt und bei der Weiterentwicklung der Kompetenzen der Beschäftigten.

Bundesfamilienministerium

- bietet **Mitarbeitern** Sofort-Hilfe. Krisentelefon: 030/20179131

Weiterführende Literatur

Bücher

Hien, W. (2009). Pflegen bis 67? Die gesundheitliche Situation älterer Pflegekräfte. Frankfurt am Main: Mabuse-Verlag.

In welcher Situation befinden sich ältere Pflegekräfte ab 50 Jahren? Warum verlassen so viele von ihnen aus gesundheitlichen Gründen vorzeitig den Beruf? Was könnte getan werden, um gegenzusteuern? Wissenschaftlich belegt und anhand vieler Interviews zeigt der Autor, welche Rolle strukturelle, also politisch hergestellte und betriebliche, Arbeitsbedingungen und persönliche Haltungen spielen und was sich ändern muss: Die besonderen Problemlagen und Potenziale der älteren Pflegekräfte müssen wahrgenommen werden. Und bei der Arbeitsgestaltung gilt es zu beachten, dass das Erfahrungswissen der älteren Pflegekräfte aufgewertet wird sowie angemessene Angebote für Konfliktbewältigung und Stressmanagement gemacht werden.

Broschüren/Handlungsanleitungen

Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege (BGW) (Hrsg.) (2009). Älter werden im Pflegeberuf. Fit und motiviert bis zur Rente – eine Handlungshilfe für Unternehmen. Verfügbar unter: <https://www.bgw-online.de/DE/Medien-Service/Medien-Center/Medientypen/bgw-themen/TP-AAg-11U-Aelter-werden-im-Pflegeberuf.html>

Der Ratgeber soll Unternehmen und Beschäftigte in der Pflege dabei unterstützen, sich für die Anforderungen einer alternden Belegschaft zu rüsten. Es werden systematische Analysen zur Ermittlung des Handlungsbedarfs und Werkzeuge zur Verbesserung der Arbeitssituation vorgestellt. Dabei werden Checklisten und Fallbeispiele eingesetzt. Der Fokus liegt auf verschiedenen Handlungsfeldern, die von Personalführung und Rekrutierung über Arbeitsorganisation, Qualifikation und Unternehmenskultur bis Arbeitsschutz reichen.

Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin (BAuA) (Hrsg.) (2010). Handlungshilfen für die Pflegepraxis. Verfügbar unter: <http://www.inqa.de/DE/Mitmachen-Die-Initiative/Unser-Netzwerk/Partnernetzwerke/Netzwerke/inhalte/inqa-pflege-produkte.html?notFirst=true&docId=16924>

Handlungshilfen für die Pflegepraxis zu den Themen: Zeitdruck in der Pflege reduzieren, gute Führung in der Pflege, Kommunikation und Interaktion in der Pflege, Vereinbarkeit von Beruf und Familie in der Pflege fördern, die andere Welt erkennen und Entbürokratisierung der Pflege.

Kowalski, H. & Pauli, G. (2008). Gesunder Wiedereinstieg in den Altenpflegeberuf. Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin (BAuA) (Hrsg.). Verfügbar unter: <https://www.baua.de/de/Publikationen/Broschueren/A40.pdf>

Wiedereinsteiger treffen nach der Rückkehr in den Pflegeberuf auf stark veränderte Bedingungen. Ein höheres Durchschnittsalter, ein gestiegener Anteil multimorbider und dementer Bewohner, höhere Qualitätsanforderungen und Dokumentationsarbeit werden von vielen als sehr belastend empfunden und erschweren eine reibungsarme Wiederaufnahme der Berufstätigkeit. Im ungünstigsten Fall führen diese Belastungen zu einer Häufung von Fehlzeiten und zu einem endgültigen Ausstieg aus dem Pflegeberuf. Angesichts eines zunehmenden Bedarfes an qualifizierten und engagierten Mitarbeitern in den Pflegeberufen sollten Ursachen, die Engagement und Zufriedenheit beeinträchtigen, gemeinsam von allen Beteiligten angegangen werden, um somit einen endgültigen Berufsaus-

stieg zu verhindern. Unterstützung in diesem wichtigen Prozess erhalten sowohl Wiedereinsteiger im Altenpflegeberuf als auch die aufnehmenden Einrichtungen durch einen im Projekt entwickelten Leitfaden, der die Gruppen auf den Wiedereinstieg vorbereitet und einen gesunden Wiedereinstieg ermöglicht. Der Leitfaden wurde praxisnah auf der Basis von Interviews mit Beteiligten zur Wiedereinstiegssituation entwickelt. Als Grundvoraussetzung für einen gesunden Wiedereinstieg stellt sich dabei eine frühzeitige intensive Vorbereitung sowohl auf Seiten der Wiedereinsteiger als auch für die Einrichtungen heraus. Die Empfehlungen des Leitfadens richten sich an die Heime und deren Führungskräfte sowie an die Wiedereinsteiger selbst.

Wissenschaftliche Artikel

Nienhaus, A., Drechsel-Schlund, C., Schambortski, H. & Schablon, A. (2016).

Gewalt und Diskriminierung am Arbeitsplatz. Gesundheitliche Folgen und settingbezogene Ansätze zur Prävention und Rehabilitation.

Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz, 59: 88-97.

Gewalt am Arbeitsplatz ist ein weitverbreitetes Problem, das in sehr unterschiedlichen Formen auftritt. Entsprechend vielfältig sind auch die Folgen für die Betroffenen und die Unternehmen. Sexuelle Belästigung ist eine Sonderform der Gewalt am Arbeitsplatz. Gewalt kann von betriebsfremden (bei Überfällen auf Kassierer/-innen) oder betriebseigenen Personen (Kollegen, Patienten, Betreuten) ausgehen. Etwa 16.000 Arbeitsunfälle aufgrund von Gewalt, die zu einer längeren Arbeitsunfähigkeit geführt haben, werden den Trägern der gesetzlichen Unfallversicherung (UV-Träger) jährlich gemeldet, wobei es eine ansteigende Tendenz gibt. Einem Survey nach sind Beschäftigte im Gesundheitswesen und in der Wohlfahrtspflege besonders von Gewalt betroffen. Sowohl psychische als auch physische Gewaltereignisse können zu schwerwiegenden Folgen wie z. B. zu einer posttraumatischen Belastungsstörung (PTBS) führen. Zur Vermeidung von Gewalt sind technische, organisatorische und persönliche Schutzmaßnahmen notwendig. Der Einsatz von ausgebildeten Deeskalationstrainerinnen und -trainern in besonders betroffenen Bereichen kann hilfreich sein. Für Opfer von psychischer und physischer Gewalt am Arbeitsplatz bieten die UV-Träger ein spezielles Psychotherapeutenverfahren an und empfehlen die Ausbildung von Erstbetreuern.

Zeh, A., Schablon, A., Wohlert, C., Richter, D. & Nienhaus, A. (2009).

Gewalt und Aggression in Pflege- und Betreuungsberufen – Ein Literaturüberblick.

Gesundheitswesen, 71: 449-459.

Aggression und Gewalt gehören für viele Beschäftigte aus Pflege- und Betreuungsberufen zum beruflichen Alltag. Um einen Überblick über das Vorkommen von Gewalt und Aggression in den helfenden Berufen zu bekommen, wurde die aktuelle Literatur zu diesem Thema analysiert. Die meisten publizierten Studien sind englischsprachig und beziehen sich auf psychiatrische Einrichtungen. Weniger häufig wurden Einrichtungen der Altenpflege und noch seltener Einrichtungen für Menschen mit Behinderung untersucht. Aussagen zu den Prävalenzraten werden vor allem dadurch erschwert, dass unterschiedliche Erhebungsinstrumente eingesetzt wurden. Hinzu kommt, dass Gewalt und Aggression in den Studien unterschiedlich definiert werden. Im vorliegenden Artikel werden 14 Instrumente vorgestellt, die zur Erfassung von fremdaggressivem Verhalten entwickelt wurden. Die Auswahl der Instrumente sollte sich an der Auswahl der Zielgruppe orientieren. Der Staff Observation Aggression Scale-Revised (SOAS-R) scheint das am besten geeignete Instrument zu sein, um aggressives Verhalten prospektiv branchenübergreifend im Gesundheitswesen zu erfassen.

Zimber, A., Gregersen, S., Kuhnert, S. & Nienhaus, A. (2010).

Betriebliche Gesundheitsförderung durch Personalentwicklung Teil I: Entwicklung und Evaluation eines Qualifizierungsprogramms zur Prävention psychischer Belastungen.

Gesundheitswesen. 72: 209-215.

Pflegekräfte im Bereich der Altenpflege sind vielfach hohen körperlichen und psychischen Belastungen ausgesetzt. Der erste Teil dieses Beitrags beschäftigt sich mit der Entwicklung und Evaluation eines Interventionsprogramms, das auf die Qualifizierung des Personals zum besseren Umgang mit psychischen Belastungen abzielt. Der Kernpunkt des Programms war die Verbesserung der methodischen, sozialen sowie personalen Kompetenzen der Pflegekräfte. Zur Evaluation des Trainings wurde ein kontrolliertes Studiendesign entwickelt und in 17 Einrichtungen der stationären Altenpflege umgesetzt. Alle Teilnehmer der Interventionsgruppe (elf Einrichtungen) beurteilten sowohl zu Beginn als auch am Ende des Trainings ihre Kompetenzen, ihre Arbeitsbedingungen sowie ihre psychische Beanspruchung. Die Teilnehmer der Kontrollgruppe (sechs Einrichtungen) beurteilten jeweils zur gleichen Zeit diese Aspekte, allerdings fand hier in der Zwischenzeit kein Training statt. Die Interventionsgruppe nahm darüber hinaus an einer dritten Erhebung zwölf Wochen nach dem Training teil. Bei den Trainingsteilnehmern verbesserte sich im Verlaufsvergleich vornehmlich die personale Kompetenz ($p=0.01$). Zudem konnte die Arbeitsbelastung reduziert ($p=0.01$) und das Verhältnis zu den Bewohnern ($p=0.06$) verbessert werden. Verglichen mit den Ergebnissen in der Kontrollgruppe, beschränkten sich die statistisch bedeutsamen Verbesserungen allerdings auf den Bereich der Bewohnerbeziehungen ($p = 0.01$). Die Ergebnisse der Evaluation lassen vermuten, dass die gezielte Förderung beruflicher Handlungskompetenzen zur Reduzierung psychischer Belastungen und damit zur Gesundheitsförderung beitragen kann. Allerdings sind weitere Längsschnittstudien nötig, um die langfristigen Effekte solcher verhaltenspräventiver Ansätze auf die Mitarbeitergesundheit zu überprüfen.

Gregersen, S., Zimber, A., Kuhnert, S. & Nienhaus, A. (2010).

Betriebliche Gesundheitsförderung durch Personalentwicklung Teil II: Praxistransfer eines Qualifizierungsprogramms zur Prävention psychischer Belastungen.

Gesundheitswesen. 72: 216-221.

Dieser Artikel stellt die Fortsetzung des ersten Artikels zur Entwicklung und Evaluation eines Interventionsprogramms, das auf die Qualifizierung von Beschäftigten in Pflegeeinrichtungen zum besseren Umgang mit psychischen Belastungen abzielte, dar. Nach einem kurzen Rückblick zur Zielsetzung des Programms „Betriebliche Gesundheitsförderung durch Personalentwicklung“ und zur Pilotstudie wird in diesem Beitrag zunächst aufgezeigt, wie die Erkenntnisse aus der Pilotphase in das ursprüngliche Programm integriert und welche Modifikationen vorgenommen wurden. So wurden bewährte Elemente wie beispielsweise die Bildung eines Steuerkreises beibehalten und zudem Lösungen für erkannte Schwachstellen, wie z. B. die unzureichende Übertragung des Gelernten in den Arbeitsalltag, entwickelt. Um Betriebe des Gesundheitswesens adäquat bei der Umsetzung des Programms zu unterstützen, wurde ferner eine Weiterbildung von Multiplikatoren durchgeführt, die hier die erforderlichen Hilfestellungen leisten sollten. Die Bewertung der Qualität der Weiterbildung und der begleitenden Umsetzung des Programms durch die Multiplikatoren ist ebenfalls Bestandteil dieses Artikels. Die abschließende Schilderung eines anschaulichen Praxisbeispiels soll darüber hinaus verdeutlichen, wie sich die Umsetzung in den Einrichtungen tatsächlich gestalten kann.