

Institut für Public Health und Pflegeforschung (IPP), Universität Bremen
Abt. 3 Interdisziplinäre Alterns- und Pflegeforschung:

Prof. Dr. Stefan Görres (Geschäftsführender Direktor)
Christin Adrian
Jaqueline Bomball
Dr. Martina Stöver

Regionale Fortbildungsbedarfsanalyse bei alternden Belegschaften in der stationären Altenpflege

Entwicklung, Umsetzung und Evaluation mobiler Inhouse-
Schulungen zur Einführung gesundheitsförderlicher
Arbeitsbedingungen –

Abschlussbericht (Mai 2013)

Inhaltsverzeichnis

Abbildungsverzeichnis.....	III
Tabellenverzeichnis.....	IV
1. Ausgangssituation und Problembeschreibung.....	1
2. Zielsetzung.....	2
3. Methodisches Vorgehen.....	3
3.1. Rücklauf der einzelnen Erhebungen.....	4
3.2. Beschreibung der Stichprobe	5
4. Zentrale Ergebnisse	7
4.1. Vorher-Nachher-Vergleich - Gesundheitliche Situation der Mitarbeiter/innen	7
4.1.1. Allgemeiner Gesundheitszustand	7
4.1.2. Allgemeines Wohlbefinden.....	9
4.1.3. Körpergewicht	11
4.1.4. Raucheranteil.....	12
4.1.5. Beschwerden der letzten 6 Monate	12
4.1.6. Arbeitsfähigkeit und Arbeitszufriedenheit.....	15
4.1.7. Arbeitsbelastung	18
4.1.7.1. Erkennen von Belastungsgrenzen.....	18
4.1.7.2. Psychische Belastungen	20
4.1.7.3. Körperliche Belastungen	21
4.1.7.4. Belastende Arbeitssituationen/-umstände	22
4.1.8. Einschätzung der Gesundheitsgefährdung durch die Arbeit	23
4.2. Schulungsbedarf und Bewertung der Interventionen	24
4.2.1. Teilnahmequote	28
4.2.2. Bewertung der Schulungsmaßnahmen	28
4.2.3. Bewertung der Erwartungen.....	30
4.2.4. Bewertung der Zeiteinheiten.....	32
4.3. Effekte der Schulungsprogramme	32
4.3.1. Kurzfristige Effekte der Schulungen	33
4.3.1.1. Allgemeiner Gesundheitszustand.....	33
4.3.1.2. Veränderung in der Arbeitsfähigkeit/ Arbeits- zufriedenheit	34
4.3.1.3. Reduktion psychischer und körperlicher Belastungen	36
4.3.1.4. Effekt - Erkennen von Belastungsgrenzen.....	37
4.3.1.5. Effekt der Stress-, Zeitmanagement- und Burnout-Angebote	39
4.3.1.6. Effekt der Bewegungsangebote	39
4.3.1.7. Effekt der Angebote zu Kommunikation, Teamarbeit, Konflikten	40

4.3.2.	Langfristige Effekte der Schulungen.....	40
4.3.2.1.	Veränderungen in Bezug auf die eigene Person	41
4.3.2.2.	Reduktion gesundheitlicher Beschwerden.....	43
4.3.2.3.	Veränderung in der Einrichtung.....	45
4.3.2.4.	Veränderung des Arbeitsklimas.....	46
4.3.2.5.	Veränderung des Führungsverhaltens	47
5.	Zusammenfassung und Fazit	49
6.	Handlungsempfehlungen.....	55
7.	Literaturverzeichnis	57

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Rücklauf der Erhebungen.	5
Abbildung 2: Altersverteilung nach Berufskategorien.....	6
Abbildung 3: Bewertung des allgemeinen Gesundheitszustands nach Beruf.....	8
Abbildung 4: Bewertung des allgemeinen Gesundheitszustands nach Alter.	9
Abbildung 5: Bewertung des allgemeinen Wohlbefindens nach Beruf.	10
Abbildung 6: Bewertung des allgemeinen Wohlbefindens nach Alter.....	11
Abbildung 7: Subjektive Bewertung des Körpergewichts.	11
Abbildung 8: Raucheranteil.	12
Abbildung 9: Beschwerden der letzten 6 Monate.....	13
Abbildung 10: Beschwerden der letzten 6 Monate nach Beruf.....	14
Abbildung 11: Beschwerden der letzten 6 Monate nach Alter.....	15
Abbildung 12: Zufriedenheit mit beruflicher Tätigkeit nach Beruf.	17
Abbildung 13: Zufriedenheit mit beruflicher Tätigkeit nach Alter.	18
Abbildung 14: Einschätzung der Belastungsgrenzen nach Beruf.....	19
Abbildung 15: Einschätzung der Belastungsgrenzen nach Alter.....	20
Abbildung 16: Belastende Situationen und Umstände - Pflegekräfte.	22
Abbildung 17: Einschätzung der Gesundheitsgefährdung durch die Arbeit nach Beruf.....	23
Abbildung 18: Einschätzung der Gesundheitsgefährdung durch die Arbeit nach Alter.....	24
Abbildung 19: Schulungsinteresse nach Beruf.	25
Abbildung 20: Schulungsinteresse nach Alter.....	25
Abbildung 21: Schulungsbedarf über 50%.....	26
Abbildung 22: Schulungsbedarf bis 50%.	26
Abbildung 23: Schulungsbedarf Raucher/innen und Gelegenheitsraucher/innen.....	27
Abbildung 24: Teilnahmequote der Befragten an den Schulungen.	28
Abbildung 25: Bewertung der Schulungsmaßnahmen.	29
Abbildung 26: Reflexion der Erwartungen.....	30
Abbildung 27: Bewertung der Zeiteinheiten der Schulungsangebote.	32
Abbildung 28: Effekt – Veränderung des allgemeinen Gesundheitszustands nach Beruf	33
Abbildung 29: Effekt - Veränderung des allgemeinen Gesundheitszustands nach Alter	34
Abbildung 30: Effekt- Veränderung der Arbeitsfähigkeit/Arbeitszufriedenheit nach Beruf.	35
Abbildung 31: Effekt - Veränderung der Arbeitsfähigkeit/ Arbeitszufriedenheit nach Alter.....	35
Abbildung 32: Effekt - Reduktion psychischer und körperlicher Belastungen nach Beruf.....	36
Abbildung 33: Effekt - Reduktion körperliche und psychischer Belastungen nach Alter.....	37
Abbildung 34: Effekt Belastungs-grenzen erkennen.	38
Abbildung 35: Effekt Belastungs-grenzen erkennen nach Alter.	38
Abbildung 36: Effekt der Angebote zu Stress, Zeitmanagement und Burnout.....	39

Abbildung 37: Effekt der Bewegungsangebote.	39
Abbildung 38: Effekt der Angebote zu Kommunikation, Teamarbeit und Konflikten.	40
Abbildung 39: Effekt - langfristige Veränderungen nach Beruf.	42
Abbildung 40: Effekt - langfristige Veränderungen nach Alter.	43
Abbildung 41: Effekt - Reduktion gesundheitlicher Beschwerden nach Beruf.	44
Abbildung 42: Effekt - Reduktion gesundheitlicher Beschwerden nach Alter.	45
Abbildung 43: Effekt Veränderungen in der Einrichtung nach Beruf.	45
Abbildung 44: Effekt Veränderungen in der Einrichtung nach Alter.	46
Abbildung 45: Effekt Veränderungen im Arbeitsklima nach Beruf.	47
Abbildung 46: Effekt Veränderungen im Arbeitsklima nach Beruf.	47
Abbildung 47: Effekt Veränderungen im Führungsverhalten nach Beruf.	48
Abbildung 48: Effekt Veränderungen im Führungsverhalten nach Alter.	48

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Rücklauf nach Berufskategorien.	7
Tabelle 2: Rücklauf nach Altersgruppen.	7
Tabelle 3: Subjektive Einschätzung der Arbeitsfähigkeit nach Beruf.	16
Tabelle 4: Subjektive Einschätzung der Arbeitsfähigkeit nach Alter.	16
Tabelle 5: Subjektive Bewertung der psychischen Belastung nach Beruf.	20
Tabelle 6: Subjektive Bewertung der psychischen Belastung nach Alter.	21
Tabelle 7: Subjektive Bewertung der körperlichen Belastung nach Beruf.	21
Tabelle 8: Subjektive Bewertung der körperlichen Belastung nach Alter.	22
Tabelle 9: Verbesserungs- und Veränderungsvorschläge für die Schulungsmaßnahmen. ...	29
Tabelle 10: Für welche Angebote hätten Sie sich mehr gewünscht?	31
Tabelle 11: Altersverteilung innerhalb der Berufsgruppen (t_1).	33
Tabelle 12: Altersverteilung innerhalb der Berufsgruppen (t_2).	41
Tabelle 13: Charakteristik jüngerer und älterer Arbeitnehmer/innen.	50

1. Ausgangssituation und Problembeschreibung

Der sich vollziehende demografische Wandel, gekennzeichnet durch eine immer älter werdende Gesellschaft, stellt insbesondere für das Gesundheitswesen eine große Herausforderung dar. Die steigende Lebenserwartung, einhergehend mit chronischen Krankheiten, Multimorbidität und einer Zunahme an demenziell erkrankten Menschen, erfordert gut ausgebildetes, engagiertes und leistungsfähiges Pflegepersonal, das diesen veränderten Anforderungen gewachsen ist und eine hohe Pflegequalität gewährleisten kann.

Die gestiegenen Ansprüche an Pflege führen zu enormen Anforderungen an die Berufsgruppe der Pflegenden. Folglich sind psychische und physische Höchstbelastungen berufs- und institutionsbedingt Teil des Pflegealltags. Diese Überlastungen gehen nicht selten mit einer Minderung der Pflegequalität einher (vgl. z. B. BGW 2007) und wirken sich somit nicht nur nachteilig auf den Gesundheitszustand und die Lebensqualität der Pflegenden, sondern gleichermaßen auf Patient/innen und Bewohner/innen aus.

Die belastenden Arbeitsbedingungen in der Pflege bedingen einen überdurchschnittlich hohen Krankheitsstand, eine vergleichsweise hohe Fluktuation sowie den häufigen Wunsch nach einem frühzeitigen Berufsausstieg. Angesichts dieser Tendenzen und dem schlechten Image des Pflegeberufs sowie geburtenschwacher Jahrgänge ist in naher Zukunft ein Mangel an professionellen Pflegekräften zu befürchten. Hinzu kommt, dass im Zuge des demografischen Wandels nicht nur ein erhöhter Bedarf an Pflegefachkräften besteht, sondern auch die Gruppe der Pflegenden selbst immer älter wird. So waren beispielsweise im Jahr 2002 bereits 23% der Pflegekräfte in Einrichtungen der stationären Altenpflege älter als 50 Jahre (Hasselhorn et al. 2005). Damit wird der Aspekt „alternde Belegschaften“ in der stationären Altenpflege, insbesondere als Zielgruppe von Fort- und Weiterbildungen, zu einem überaus relevanten Thema.

Erfahrungen mit traditionellen Fort- und Weiterbildungen an arbeitsplatzfernen Orten zeigen lediglich mittelmäßige Effekte, weil der Transfer des Gelernten in den Alltag nur bedingt gelingt (Görres et al. 2002). Um eine intensive Auseinandersetzung der Pflegenden mit Gesundheit, Gesundheitsförderung und Prävention sowie einen nachhaltigen Transfer in die Pflegepraxis zu gewährleisten, muss die Integration entsprechender Maßnahmen idealerweise direkt am Arbeitsplatz stattfinden (ebd.). Eine systematische Entwicklung diesbezüglicher Strategien, die Etablierung zielgruppenspezifischer Angebote (z. B. Rückenschule, Autogenes Training, Supervision) sowie die Einbindung gesundheitswissenschaftlicher Themen in die Aus-, Fort- und Weiterbildung bilden die Grundlage für eine Schärfung des Gesundheitsbewusstseins und folglich für einen besseren Umgang mit körperlichen und psychischen Arbeitsbelastungen. Damit kann die Pflegeeinrichtung einen entscheidenden Beitrag zu einer erhöhten Arbeitszufriedenheit und durch eine stärkere Identifikation mit dem Beruf und der arbeitgebenden Organisation zu einem längeren Verbleib im Pflegeberuf und in der Institution leisten. Letztlich führt ein bewusster Umgang mit der eigenen Gesundheit zu einer Sensibilisierung für die Gesundheitspotenziale der Pflegeempfänger/innen und unterstützt demzufolge eine gesundheitsorientierte und selbstständigkeitsfördernde Pflege und damit die Versorgungsqualität.

Dass die Beschäftigten in der stationären Altenpflege enormen Arbeitsbelastungen ausgesetzt sind, wurde in zahlreichen Studien belegt und hinsichtlich der spezifischen Bedingungsfaktoren analysiert (vgl. z. B. BGW 2006; Stadler & Endrich 2006; Zimmer 1998). In den letzten Jahren rückten insbesondere psychische Belastungsfaktoren in den Fokus wissenschaftlicher Untersuchungen, da Mitarbeiter/innen in Pflegeberufen überproportional von psychosomatischen und psychiatrischen Erkrankungen betroffen sind (Wilbeboer 2007). Gerade die Kombination aus psychischen und körperlichen Belastungen führt zu hohen Gefährdungspotenzialen und Gesundheitsrisiken. Besonders umfassend erforscht sind der hohe stressauslösende Belastungsanteil und das gesundheitliche Risikopotenzial für

Pfleger/innen in ihrem Berufsfeld (vgl. z. B. Simon 2006; Hasselhorn et al. 2005; Zimmer 2000, 2003). Bereits seit einiger Zeit finden verschiedene Projekte und öffentlichkeitswirksame Aktionen zur Gesundheitsförderung und Prävention für Beschäftigte in der Altenpflege statt: beispielsweise die Kampagne „Aufbruch Pflege“ der Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege (BGW) oder der Initiativkreis „Gesund pflegen“ (INQA). Diese Aktivitäten untermauern die bestehende Problematik und den aktuellen Handlungsbedarf.

Wenngleich die Notwendigkeit gesundheitsförderlicher und präventiver Maßnahmen für Beschäftigte in der stationären Langzeitpflege offenkundig ist, existieren bislang nur wenige Studien, die die Wirksamkeit spezifischer Interventionen nachweisen. Beispielhaft kann in diesem Kontext die Arbeit von Zimmer, Rudolf & Teufel (2001) genannt werden, welche die Einführung eines Kompetenztrainings zur Reduzierung der Arbeitsbelastungen in Einrichtungen der Altenpflege untersuchte. Mithilfe des Qualifizierungsprogramms konnten die erlebten Belastungen verringert und das Klima mit den Bewohner/innen verbessert werden. Tveito & Eriksen (2009) überprüften in Norwegen die Effekte eines integrierten Gesundheitsprogramms mit den Schwerpunkten körperliche Fitness, Stressmanagement und Arbeitsorganisation. Im Rahmen dieser randomisierten Kontrollstudie konnten u. a. positive Effekte bezogen auf die subjektiv empfundene Gesundheit, körperliche Fitness, Wohlbefinden und Arbeitszufriedenheit der Pflegenden konstatiert werden.

Ungeachtet dieser Ergebnisse offenbart die durchgeführte Literaturrecherche einen erheblichen Forschungsbedarf bezogen auf die Wirksamkeit und den Nutzen gesundheitsförderlicher und präventiver Maßnahmen für Altenpflegekräfte, insbesondere für die Zielgruppe der älteren Beschäftigten. Der Problematik, dass mit dem demografischen Wandel nicht nur die Anzahl der Pflegeempfänger steigt, sondern auch die Gruppe der Pflegenden selbst immer älter wird, wurde bislang wenig Aufmerksamkeit gewidmet. Zwar liegen Empfehlungen für entsprechende Interventionen zur alter(n)sgerechten Arbeitsgestaltung vor (vgl. BGW 2007), es mangelt jedoch an daran anknüpfenden Untersuchungen zu deren Umsetzbarkeit und Effektivität.

Dieser Forschungsbedarf wird mit dem vorliegenden Projektvorhaben „Regionale Fortbildungsbedarfsanalyse bei alternden Belegschaften in der stationären Altenpflege“ der Stiftung Katholische Altenhilfe im Bistum Hildesheim aufgegriffen. Für die wissenschaftliche Beratung und Evaluation wurde das Institut für Public Health und Pflegeforschung (IPP) der Universität Bremen, unter der Leitung von Prof. Dr. Stefan Görres, beauftragt.

2. Zielsetzung

Ziel der vorliegenden Studie ist es, auf Grundlage der Ergebnisse einer mitarbeiterbezogenen Bedarfsanalyse, mobile Inhouse-Schulungen zu spezifischen Themen und insbesondere mit dem Fokus auf ältere Mitarbeiter/innen zu entwickeln, durchzuführen und auf ihre Wirksamkeit hin zu überprüfen. Das Ziel dieser zielgruppenbezogenen, mobilen Fortbildungsmaßnahmen besteht in der Gesundheitserhaltung bzw. -förderung speziell älterer Mitarbeiter/innen mit der Intention, die Verbleibsdauer im Pflegeberuf zu erhöhen und insgesamt eine Qualitätssicherung bzw. -verbesserung für die Bewohner/innen bei gleichzeitiger Erhöhung der Arbeitszufriedenheit und eine langfristige Personalbindung zu erreichen. Damit verbunden sind mittel- bis langfristige Effekte, die in einer wirtschaftlichen Effektivität durch einen niedrigen Krankenstand, geringe Fluktuation der Mitarbeiter/innen und Wettbewerbsvorteile sowie Attraktivitätssteigerung der Einrichtungen bzw. des Arbeitgebers gesehen werden und zur Verbesserung der Versorgungsqualität beitragen.

3. Methodisches Vorgehen

Auf der Grundlage eines Reviews über etwa 1000 relevante Studien benennen Kramer, Sockoll & Bödeker (2008) als Voraussetzungen bzw. Erfolgsfaktoren für eine gelingende Implementierung von Maßnahmen betrieblicher Gesundheitsförderung und Prävention fünf Aspekte:

- Vernetzung von Maßnahmen auf individueller (Verhaltens-) und organisatorischer (Verhältnis-) Ebene,
- Durchführen einer Bedarfsanalyse vor Implementierung eines Programms,
- Entwicklung von individuell auf die Beschäftigten zugeschnittenen Maßnahmen,
- Partizipation der Mitarbeiter/innen sowie
- ein beständiges Angebot der Maßnahmen (ebd.).

Diese Kriterien sind für das Projektvorhaben handlungsleitend. Im Einzelnen gliedert sich das Vorgehen in folgende vier Phasen:

Phase 1: Fortbildungsbedarfsermittlung

An erster Stelle des Projektes stand eine systematische Fortbildungsbedarfsanalyse zu spezifischen Themen der betrieblichen Gesundheitsförderung bei allen Mitarbeiter/innen (Pflegerkräfte, Pflegeleitung, sozialen Betreuung/ Alltagsbegleitung, Küche, Verwaltung, Reinigung und Haustechnik) der acht vollstationären Altenpflegeeinrichtungen und einer ambulanten Einrichtung der Stiftung Katholische Altenpflege im Bistum Hildesheim sowie drei kooperierenden katholischen Einrichtungen, welche mittels standardisierter Fragebogenerhebungen durchgeführt wurde (Vollerhebung, N = ca. 900¹). Die Ergebnisse der Fortbildungsbedarfsermittlung bildeten die Grundlage für die Konzeption der individuell auf die Mitarbeiter/innen zugeschnittenen Schulungsmaßnahmen.

Um den Prozess der Einbindung aller Mitarbeiter/innen zu unterstützen, stellte zudem die Benennung von verantwortlichen Ansprechpartnern aus den jeweiligen (Pflege-)Teams innerhalb der Einrichtungen ein zentrales Element dar, um somit von Projektbeginn an den Austausch zwischen Projektinitiatoren und dem Evaluationsteam zu ermöglichen. Des Weiteren bewirkt die Durchführung von Informationsveranstaltungen in jeder Einrichtung eine hohe Transparenz über die Vorgehensweise. Ziel war zudem eine hohe Motivation der Mitarbeiter/innen für eine Teilnahme an den Schulungsmaßnahmen zu erreichen.

Phase 2: Entwicklung der Schulungskonzepte

Die Entwicklung der inhaltlichen Schwerpunkte der Inhouse-Schulungen erfolgte anhand der Ergebnisse der Bedarfsanalyse. Zur Konzeption der einzelnen Trainingsprogramme wurde eine interdisziplinäre Expertengruppe (Pflegerkräfte, Psychologen/innen, Physiotherapeuten/innen, Ökotrophologen/innen etc.) gebildet.

Phase 3: Programmdurchführung

In den Einrichtungen der Stiftung Katholische Altenpflege im Bistum Hildesheim und den kooperierenden katholischen Einrichtungen wurden über den Projektzeitraum systematisch Inhouse-Schulungen zu den ermittelten Fortbildungsbedarfen angeboten. Die Durchführung

¹ An dieser Stelle ist zu erwähnen, dass im Projektverlauf drei Einrichtungen aus innerbetrieblichen Gründen aus dem Projekt ausschieden, womit sich die Teilnehmer/innenzahl im Laufe des Projektzeitraumes um 238 Personen verringerte.

erfolgte bewusst direkt vor Ort in den jeweiligen Einrichtungen, um der Zielgruppe durch ein zugehendes Angebot („Bring-Struktur“) einen leichten Zugang und damit eine hohe Akzeptanz der Intervention zu ermöglichen. Die Organisation und Durchführung der Inhouse-Schulungen erfolgte durch die Stiftung Katholische Altenhilfe im Bistum Hildesheim.

Phase 4: Programmevaluation/ Wirksamkeitsprüfung

Die Überprüfung der Wirksamkeit der Schulungsmaßnahmen ist ein weiterer Schwerpunkt der Evaluation. Die **Hauptfragestellungen** lauten:

1. Sind die entwickelten Inhouse-Schulungen eine wirksame Intervention zur Reduktion der (psychischen) Arbeitsbelastungen bei Mitarbeiter/innen in der stationären Altenpflege?
2. Verbessern die Inhouse-Schulungen das Wissen über (psychische) Arbeitsbelastungen und das Erkennen von Belastungsgrenzen?
3. Sind die entwickelten Inhouse-Schulungen eine wirksame Intervention zur Reduktion gesundheitlicher Beschwerden bei Mitarbeiter/innen in der stationären Altenpflege?
4. Sind die entwickelten Inhouse-Schulungen eine wirksame Intervention zur Erhöhung der Arbeitszufriedenheit bei Mitarbeiter/innen in der stationären Altenpflege?
5. *Lassen sich durch die Intervention ökonomische Effekte (höhere Verbleibsdauer in der Einrichtung, Verringerung des Krankenstands) nachweisen?*²
6. Liefern die Ergebnisse der Programmevaluation Erkenntnisse zu Unterschieden zwischen den Effekten bei jüngeren und älteren Mitarbeiter/innen?

3.1. Rücklauf der einzelnen Erhebungen

Der Evaluationszeitraum erstreckt sich über einen Zeitraum von 28 Monaten. Der Projektstart erfolgte im Oktober 2010 mit zwölf beteiligten Einrichtungen der Stiftung Katholische Altenhilfe im Bistum Hildesheim und ihren Kooperationspartnern, wovon im Laufe des Projektes drei Einrichtungen ausschieden. Die Abbildung 1 zeigt die Gesamtstichprobe (N in Fallzahlen) und den jeweiligen Rücklauf (n in Fallzahlen und in Prozentangaben). Die Prozentangaben für den Rücklauf beziehen sich dabei immer auf die veränderte Gesamtstichprobe (N).

Deutlich wird, dass unabhängig von der Reduktion der Gesamtstichprobe, die Teilnahme an den Befragungen (Rücklaufquote) von der Bedarfsanalyse über die Vorher-Erhebung (t_0) und die Programmevaluation (t_1) bis zum Follow-Up (t_2) merklich zurückgegangen ist. Die geringste Beteiligung (16 Prozent) ist innerhalb der Befragung direkt nach der Durchführung der Schulungsmaßnahmen zu verzeichnen.

² **Anmerkung:** Durch das Ausscheiden von drei Einrichtungen kam es zur Reduktion des Budgets für das Gesamtprojekt, wovon auch die Evaluation beeinflusst war. Die Projektpartner/innen verständigten sich darauf, die Beantwortung der Frage fünf aus dem Evaluationskonzept zu nehmen, da diese ein unabhängiges eigenes Arbeitspaket darstellte und somit am wenigsten Nachteile für die Gesamtkonzeption der Evaluation durch die finanziellen Kürzungen mit sich brachte.

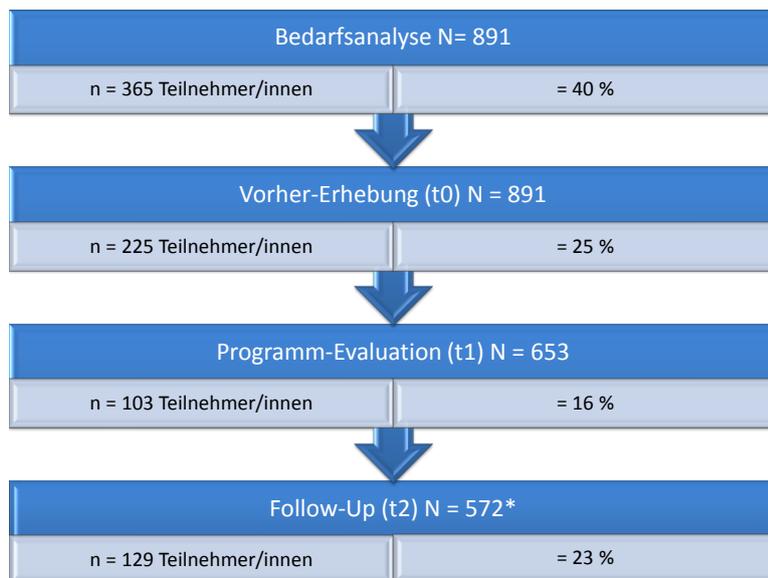


Abbildung 1: Rücklauf der Erhebungen.

*reduziertes „N“ (versendete Fragebögen) in der Follow-Up-Erhebung (t₂), aufgrund einer großen Zahl an verschlossenen zurückgesendeten Fragebögen.

3.2. Beschreibung der Stichprobe

Zu den Studienteilnehmer/innen zählen Pflegekräfte (examierte und nicht examinierte Mitarbeiter/innen), Mitarbeiter/innen der Leitungsebene sowie weitere in den Einrichtungen tätigen Mitarbeiter (der sozialen Betreuung/ Alltagsbegleitung, Küche, Verwaltung, Reinigung und Haustechnik) aus anfangs zwölf und nach Ausscheiden der drei Einrichtungen, aus neun vollstationären Pflegeeinrichtungen der Stiftung katholische Altenhilfe im Bistum Hildesheim. Im Folgenden wird die Klassifizierung der Befragten verwendet nach:

- „**Pflegepersonal**“ – examinierte und nicht-examinierte Pflegekräfte
- „**Leitung**“ – Mitarbeiter/innen der Leitungsebene
- „**Anderen Beschäftigten**“ – Mitarbeiter/innen der sozialen Betreuung/ Alltagsbegleitung, Küche, Verwaltung, Reinigung und Haustechnik.

Die Geschlechterverteilung³ innerhalb der Befragung entspricht trotz der Teilnahme anderer Berufsgruppen mit 15% männlichem und 85% weiblichem Anteil dem aus Pflegeberufen bekannten Geschlechterverhältnis.

Aus der Altersverteilung (Abbildung 2) geht hervor, dass der größte Anteil der Befragten in den Alterskategorien ab 45 Jahre und höher zu finden ist. Die meisten älteren Personen der Stichprobe sind Mitarbeiter/innen der Pflegeleitung und Mitarbeiter/innen anderer Tätigkeitsbereiche⁴. In der Gruppe der Pflegekräfte sind, obwohl über die Hälfte (ca. 55%) der Beschäftigten 45 Jahre und älter ist, insgesamt mehr jüngere Beschäftigte vertreten als in den anderen beiden Gruppen. Eine Ausnahme stellt lediglich die Gruppe der 30- bis 37-jährigen Leitungskräften dar.

³ Durchschnittliche Geschlechterverteilung aller vier Erhebungen (Bedarfsanalyse, t₀, t₁, t₂).

⁴ Etwa 70% der Personen dieser beiden Gruppen sind über 44 Jahre alt.

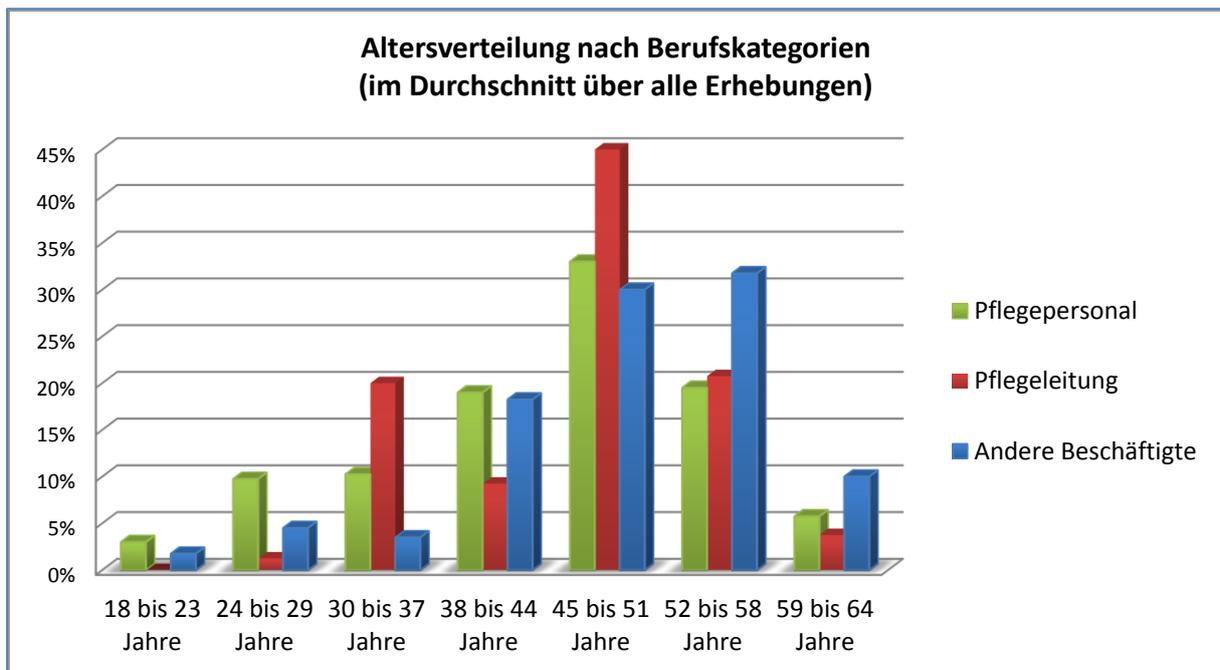


Abbildung 2: Altersverteilung nach Berufskategorien.

Um einen differenzierten Einblick in die Zusammensetzung der Stichprobe zu erhalten, wird in Tabelle 1 und Tabelle 2 der Rücklauf bzw. die Anzahl der teilnehmenden Personen nach Beruf und Alter aufgeführt. Die größte Berufsgruppe in allen vier Erhebungen stellt die der Pflegekräfte dar, die kleinste die der Mitarbeiter/innen der Pflegeleitung. Da die Altersgruppen mittels einer Klassierung nach Perzentilen⁵ berechnet wurden, zeigt sich hier kein bis kaum ein Unterschied in der Gruppengröße.

Im Laufe des Projektzeitraumes sind Einbußen im Rücklauf zu verzeichnen. Diese sind größtenteils auf das Ausscheiden von drei Einrichtungen zurückzuführen, dennoch zeigt sich auch unabhängig davon ein Teilnehmerschwund, welcher vor allem die Befragung nach Durchführung der Interventionen (t_1) betrifft. Zurückzuführen ist die geringe Bereitschaft an weiteren Befragungen teilzunehmen, die sogenannte Panel-Mortalität, auf verschiedene Gründe: Ausfälle wegen Tod, Krankheit, Mobilität, abnehmendes Interesse und Untersuchungsmüdigkeit (vgl. Folsom et al. 1989 In: Haunberger 2011, S. 30), womit in der Planung einer Längsschnittuntersuchung gerechnet werden muss. Bisher existieren noch keine zufriedenstellenden Lösungen⁶ (vgl. Haunberger 2011, S. 30), um dem Teilnehmer/innenschwund entgegenzuwirken, die zudem im Rahmen kleinerer Untersuchungen, wie dieser, nur schwierig umzusetzen sind.

Da eine Vielzahl an Befragten in der t_1 -Erhebung zudem keine Angaben zu ihrer beruflichen Position und ihrem Alter machten, reduzierte sich das „n“ zusätzlich um weitere 14 (bei der Betrachtung nach Alter) bzw. 18 Personen (bei der Betrachtung nach Beruf). In der Darstellung und Interpretation der kurzfristigen Effekte konnten diese Personen, aufgrund der fehlenden Möglichkeit zur Zuordnung, nicht berücksichtigt werden.

⁵ Statistische Berechnung der drei Gruppen auf Basis einer prozentualen Einteilung der Alters-Fälle, um drei gleich große Altersgruppen für Altersvergleiche zu erhalten.

⁶ Haunberger berichtet über folgende Lösungsmöglichkeiten: „Erstens lässt sich die ursprüngliche Stichprobe so hoch ansetzen, dass in der letzten Panelwelle noch so viele Untersuchungseinheiten beteiligt sind, wie es vorgesehen war; [...] Zweitens lassen sich ausgefallene Untersuchungsteilnehmer durch neue Anzuwerbende ersetzen; [...]“

Tabelle 1: Rücklauf nach Berufskategorien.

Anzahl der Personen nach Berufskategorien	Bedarfsanalyse (n = 365)	T ₀ (n = 225)	T ₁ (n = 103)	T ₂ (n = 129)
Pflegepersonal	199	119	39	58
Pflegeleitung	40	24	19	17
Andere Berufsgruppen	117	71	27	48
Keine Angabe	9	11	18	6

Tabelle 2: Rücklauf nach Altersgruppen.

Anzahl der Personen nach Berufskategorien	Bedarfsanalyse (n = 365)	T ₀ (n = 225)	T ₁ (n = 103)	T ₂ (n = 129)
18- bis 44-Jährige	131	83	28	41
45- bis 51-Jährige	122	73	29	42
Über 51-Jährige	110	64	32	42
Keine Angabe	2	5	14	4

4. Zentrale Ergebnisse

Die Ergebnisdarstellung wird in drei Bereiche gegliedert: Zunächst erfolgt in einem **Vorher-Nachher-Vergleich** eine Analyse der gesundheitlichen Situation der Mitarbeiter/innen u. a. anhand ihres allgemeinen Gesundheitszustandes und Wohlbefindens, möglicher Beschwerden und Belastungen sowie mittels Aussagen zur Arbeitsfähigkeit und Arbeitszufriedenheit (vgl. Kapitel 4.1). Anschließend werden Ergebnisse zum **Schulungsbedarf** präsentiert sowie eine Bewertung der Schulungsmaßnahmen vorgenommen (vgl. Kapitel 4.2). Nachfolgend erfolgt im dritten Teil der Ergebnisdarstellung die Beschreibung der **Effekte des Schulungsprogramms** (vgl. Kapitel 4.3).

4.1. Vorher-Nachher-Vergleich - Gesundheitliche Situation der Mitarbeiter/innen

Zur Ermittlung der gesundheitlichen Ausgangssituation wurden die Mitarbeiter/innen vor Beginn der Intervention im Rahmen der Bedarfsanalyse und der Vorher-Erhebung (t₀) zu gesundheitsrelevanten und im Zusammenhang mit der beruflichen Tätigkeit stehenden Themen befragt. Eine erneute Befragung dieser Aspekte fand zum Ende der Untersuchung innerhalb der Follow-Up-Befragung (t₂) statt⁷. Die Ergebnisse des Vorher-Nachher-Vergleichs werden im Folgenden dargestellt:

4.1.1. Allgemeiner Gesundheitszustand

Innerhalb der **Bedarfsanalyse** wurden die Mitarbeiter/innen nach ihren allgemeinen Gesundheitszustand befragt. Die Ergebnisse zeigen bei der Mehrzahl der Beschäftigten insgesamt einen „mittelmäßigen“ bis „guten“ **Gesundheitszustand** (vgl. Abb. 3)

Nach Berufen differenziert zeigt sich jedoch eine deutlich **schlechtere Bewertung des Gesundheitszustands beim Pflegepersonal** und den **Mitarbeiter/innen der**

⁷ Da verschiedene gesundheitlicher Einflussfaktoren innerhalb des Untersuchungszeitraumes zur Beeinflussung des Antwortverhaltens nicht ausgeschlossen werden können, werden in diesem Kapitel zunächst keine kausalen Rückschlüsse auf mögliche Verbesserungen oder Verschlechterungen des Gesundheitszustandes etc. in Bezug zu den Interventionen gezogen. Eine Darstellung der Programmeffekte findet im Kapitel 4.3 „Effekt der Schulungsprogramme“ statt.

Leitungsebene im Vergleich zu den anderen Beschäftigten: Diese schätzen ihren allgemeinen Gesundheitszustand deutlich häufiger mit „gut“ (61% andere Beschäftigte; 45% Pflegekräfte; 45% Leitungen) und deutlich seltener mit „mittelmäßig“ (32% andere Beschäftigte; 43% Pflegepersonal; 40% Leitungen) oder „schlecht“ (3% andere Beschäftigte; 6% Pflegekräfte; 8% Leitungen) ein.

In der **Follow-Up-Untersuchung** (t₂; vgl. Abb. 3) scheint das Verhältnis in der Bewertung des Gesundheitszustands von Pflegepersonal und Führungskräften zu den weiteren Beschäftigten zwar gleich zu sein, jedoch bewerten etwas mehr **Pflegekräfte und Mitarbeiter/innen der Leitung** ihren **allgemeinen Gesundheitszustand als „sehr gut“ und „gut“** (Pflegekräfte: +5% bei „sehr gut“; Leitungen: +10% bei „sehr gut“, +2% bei „gut“) als zu Beginn des Projektes (vor den Interventionen). Insbesondere bei den Mitarbeiter/innen der Leitungsebene kann hier ein geringer Rückgang in der Bewertung „schlecht“ und „mittelmäßig“ verzeichnet werden (-11% bei „mittelmäßig“, -2% bei „schlecht“). Bei den Pflegekräften zeigt sich hingegen kaum ein Unterschied zur Bedarfsanalyse (vgl. Abb. 3).

Die Mitarbeiter/innen anderer Beschäftigungsbereiche bewerten ihren allgemeinen Gesundheitszustand zwar etwas häufiger mit „mittelmäßig“ (+6%), dafür aber nicht mehr mit „schlecht“ und immer noch etwa genauso häufig mit „gut“. Bedacht werden muss an dieser Stelle jedoch, dass sich die Fallzahlen in allen Gruppen deutlich reduziert haben.

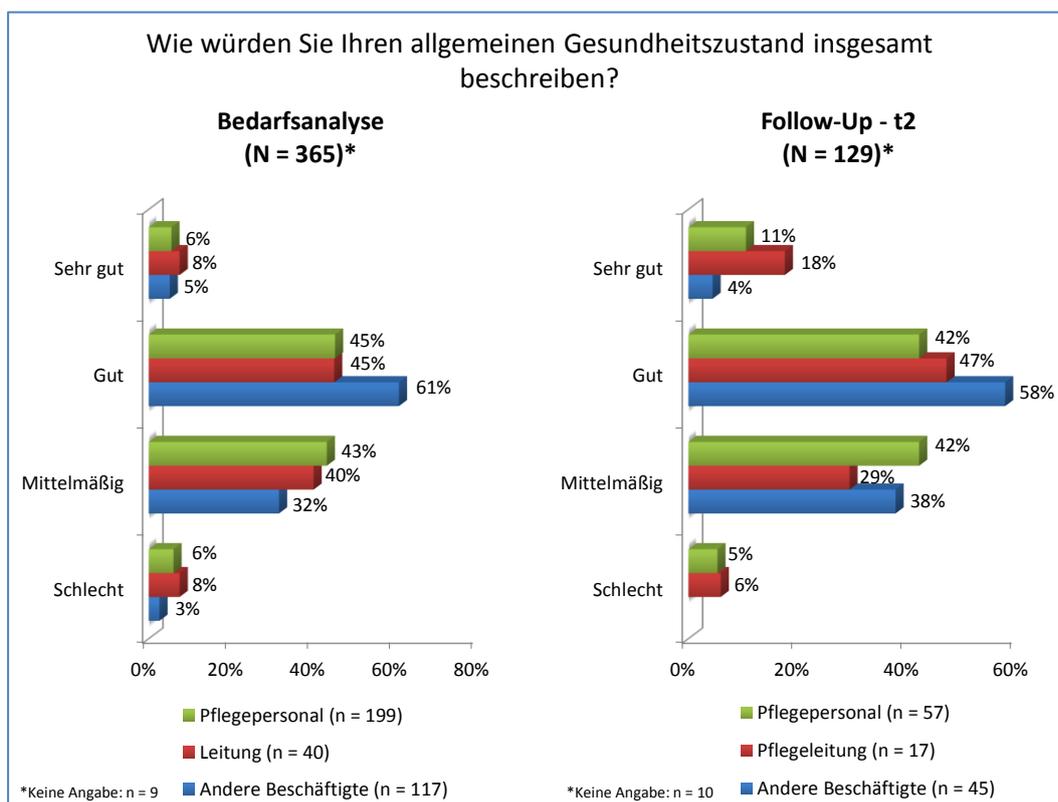


Abbildung 3: Bewertung des allgemeinen Gesundheitszustands nach Beruf.
(Vergleich Bedarfs-analyse/ Follow-Up, t₂).

Differenziert nach Altersgruppen zeigt sich in der Bedarfsanalyse zunächst erwartungsgemäß, dass die Angehörigen der jüngsten Berufsgruppe (18 bis 44-Jährige) ihren Gesundheitszustand besser einschätzen, als die Angehörigen der älteren Berufsgruppen (ab 45 Jahren; vgl. Abb. 4). **Am schlechtesten beurteilt die Gruppe der über 51-Jährigen ihren Gesundheitszustand.** Insgesamt betrachtet ist jedoch der Anteil derjenigen älteren Mitarbeiter, die ihren Gesundheitszustand als „schlecht“ bewerten relativ gering (8%). Der Großteil definiert – wie auch in den beiden anderen Altersgruppen – den

Gesundheitszustand als „mittelmäßig“ bis „gut“, wobei im Durchschnitt etwa um 10 Prozent häufiger von einem „guten“ Gesundheitszustand berichtet wird.

In der **Follow-Up-Erhebung** (t2) zeichnet sich ein ähnliches Bild ab: Die **Mehrheit der Befragten aller Altersgruppen** bewertet ihren **Gesundheitszustand** als „mittelmäßig“ bis „gut“. Hier zeigt sich jedoch, dass die über **51-Jährigen** ihren Gesundheitszustand etwas häufiger als „mittelmäßig“ (+7%), dafür jedoch seltener als „schlecht“ (-5%) und sogar etwas häufiger als „sehr gut“ (+8%; im Gegensatz zur Bedarfsanalyse) bezeichnen. Beschäftigte mittleren Alters (45 bis 51-Jährige) bewerteten ihren Gesundheitszustand ebenfalls etwas seltener als „schlecht“ (-5%) und etwas häufiger als „mittelmäßig“ (+6%). Bei den **18 bis 44-Jährigen** zeigt sich hingegen ein anderes Bild: Sie bewerten ihren Gesundheitszustand in der Follow-Up-Erhebung etwas häufiger als „schlecht“ (+3%), dafür allerdings etwas seltener als „mittelmäßig“ (-7%) und häufiger als „sehr gut“ (+4%).

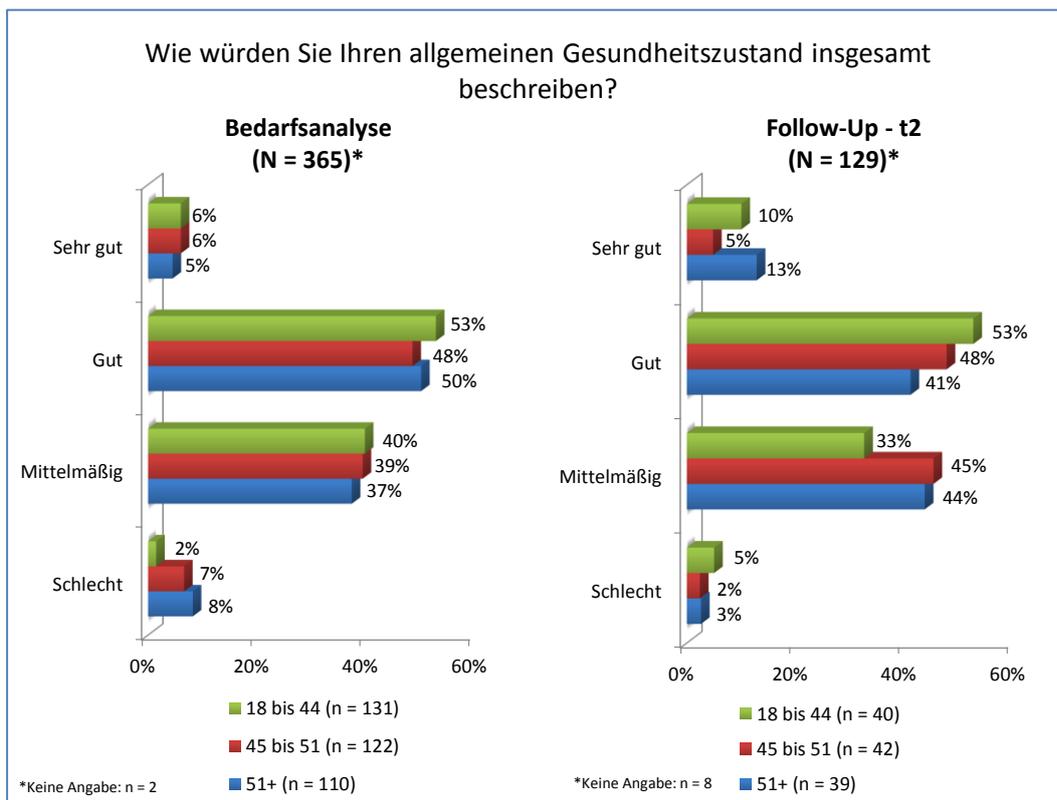


Abbildung 4: Bewertung des allgemeinen Gesundheitszustands nach Alter.
(Vergleich Bedarfsanalyse/ Follow-Up, t2).

4.1.2. Allgemeines Wohlbefinden

Im Hinblick auf ein ganzheitlich orientiertes Gesundheitsverständnis wurde neben dem subjektiven Gesundheitsempfinden auch das subjektive Wohlbefinden erfragt (vgl. Abb. 5). Insgesamt betrachtet, schätzen **Mitarbeiter/innen der Pflege und der Leitungsebene** im Gegensatz zu den Mitarbeiter/innen anderer Beschäftigungsbereiche **ihr Wohlbefinden seltener als gut ein** (andere Beschäftigte: 56%; Pflegekräfte: 47%; Leitungen: 43%). Am häufigsten bewerten die Beschäftigten in Leitungspositionen ihr Wohlbefinden mit „sehr gut“.

Im **Follow-Up** zeigt sich, wie bei der Bewertung des allgemeinen Gesundheitszustands, eine deutliche **Zunahme des Wohlbefindens bei den Führungskräften**: ca. 8% innerhalb der Kategorie „sehr gut“ und des Rückgangs um etwa 4% in der Kategorie „schlecht“.

Für das Pflegepersonal hingegen ist insgesamt ein **leichter Rückgang bei der Bewertung des allgemeinen Wohlbefindens** um ein bis zwei Prozentpunkte zu verzeichnen (Sehr gut: -3%, Gut: +2, Mittelmäßig: +2, Schlecht: -2, Sehr schlecht: +1). Ähnliche Ergebnisse weisen die Beschäftigten anderer Tätigkeitsbereiche auf (Sehr gut: -3%, Mittelmäßig: +6%, Schlecht: -2, Sehr schlecht: -1%).

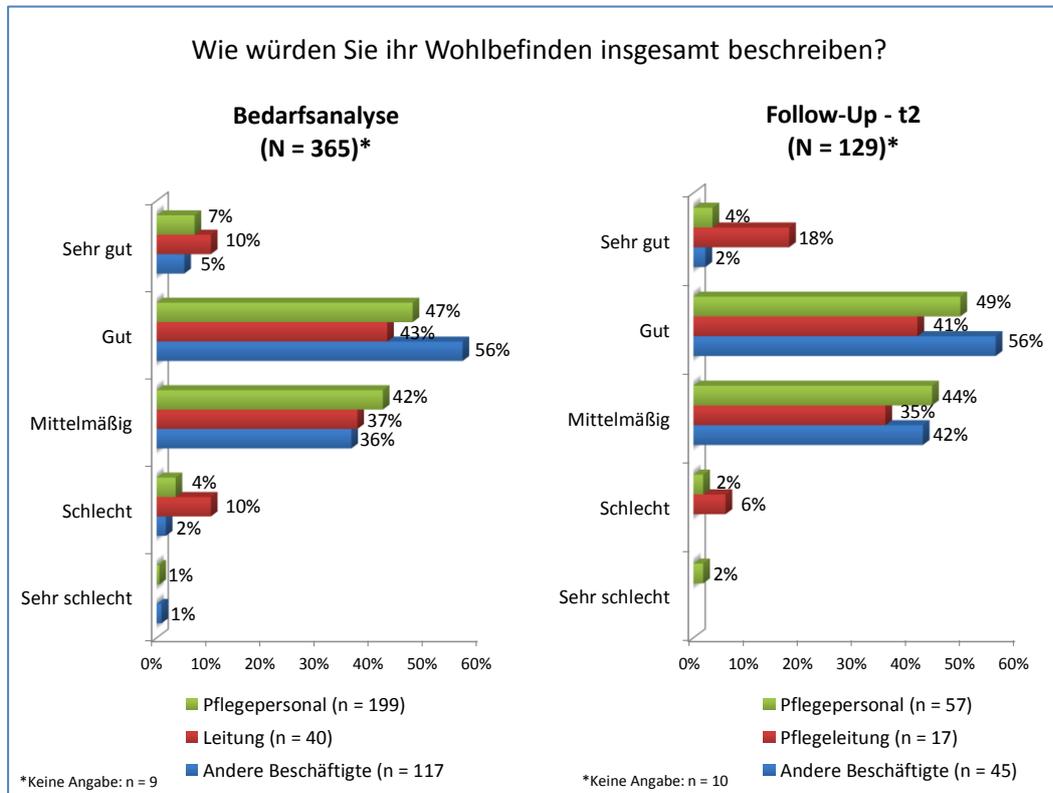


Abbildung 5: Bewertung des allgemeinen Wohlbefindens nach Beruf.
(Vergleich Bedarfsanalyse/ Follow-Up).

Unter Betrachtung des allgemeinen Wohlbefindens nach Altersgruppen wird auch hier deutlich, dass die **Mehrheit der Befragten aller Altersgruppen** von einem „guten“ bis „mittelmäßigen“ Wohlergehen berichtet (vgl. Abb. 6). Erwartungsgemäß bewerten Angehörige jüngerer Altersgruppen ihr Wohlbefinden häufiger mit „gut“ bis „sehr gut“ und seltener mit „mittelmäßig“ bis „sehr schlecht“ als ältere Befragte. Die 18 bis 44-Jährigen beanspruchen damit für sich das höchste und **die über 51-Jährige hingegen das geringste Wohlbefinden.**

In der **Follow-Up-Befragung** zeigt sich, wie bereits in der Bedarfsanalyse beschrieben, ein überwiegend „gutes“ bis „mittelmäßiges“ Wohlbefinden, allerdings wird nach Altersgruppen differenziert betrachtet auch hier deutlich, dass **ältere Arbeitnehmer/innen (ab 45 Jahren) ihr Wohlbefinden insgesamt etwas positiver** und **jüngere Beschäftigten (18 bis 44-jährigen) ihr Wohlbefinden etwas negativer** einschätzen als in der Bedarfsanalyse.

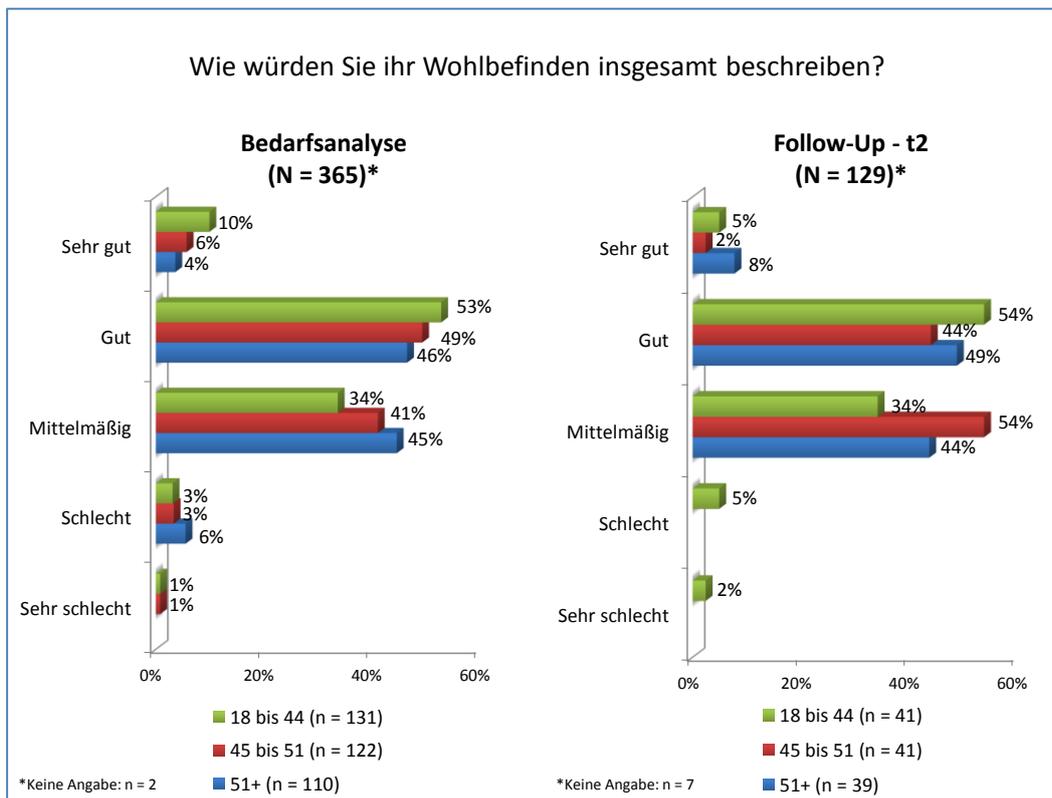


Abbildung 6: Bewertung des allgemeinen Wohlbefindens nach Alter.
(Vergleich Bedarfsanalyse/ Follow-Up, t2).

4.1.3. Körpergewicht

Da in der subjektiven Bewertung des Körpergewichts kaum Unterschiede zwischen dem Pflegepersonal, den Mitarbeiter/innen der Leitungsebene und sonstigen Beschäftigten sowie zwischen den Altersgruppen und den Erhebungszeitpunkten eruiert werden konnten, wird an dieser Stelle auf eine differenzierte Darstellung verzichtet.

Die Ergebnisse zeigen, dass etwa **die Hälfte der Mitarbeiter/innen** (45%; vgl. Abb. 7) **ihre Gewichte als „Etwas zu hoch“ einordnet**. Etwa 37 Prozent schätzen ihr Gewicht als „gerade richtig“ ein und 16 Prozent als „deutlich zu hoch“ ein. Damit sind insgesamt etwa 2/3 der Beschäftigten nicht zufrieden mit ihrem Körpergewicht.



Abbildung 7: Subjektive Bewertung des Körpergewichts.
(Datengrundlage: Durchschnittsberechnung Bedarfsanalyse und Follow-up, t₂)

4.1.4. Raucheranteil

Den Ergebnissen der **Bedarfsanalyse** zur Folge liegt der Anteil der **regelmäßigen Raucher/innen** unter den Pflegekräften und den Mitarbeiter/innen der Leitungsebene bei etwa **einem Drittel** (32% bzw. 28%) und bei den Beschäftigten anderer Tätigkeitsbereiche bei etwa einem Viertel (25%; vgl. Abb. 8). Somit raucht etwa jede/r dritte Pflegekraft und jede/r dritte Mitarbeiter/in der Leitungsebene sowie jede/r vierte Beschäftigte anderer Tätigkeitsbereiche.

Die Ergebnisse der **Follow-Up-Erhebung** zeigen einen deutlichen Unterschied zur Bedarfsanalyse: Etwa die **Hälfte der Pflegekräfte** (47%) gibt an, **regelmäßig zu rauchen**. Bei den Führungskräften liegt der Anteil bei etwa 18 Prozent und rund 17 Prozent der Mitarbeiter/innen weiterer Beschäftigungsbereiche sind regelmäßige Raucher/innen.

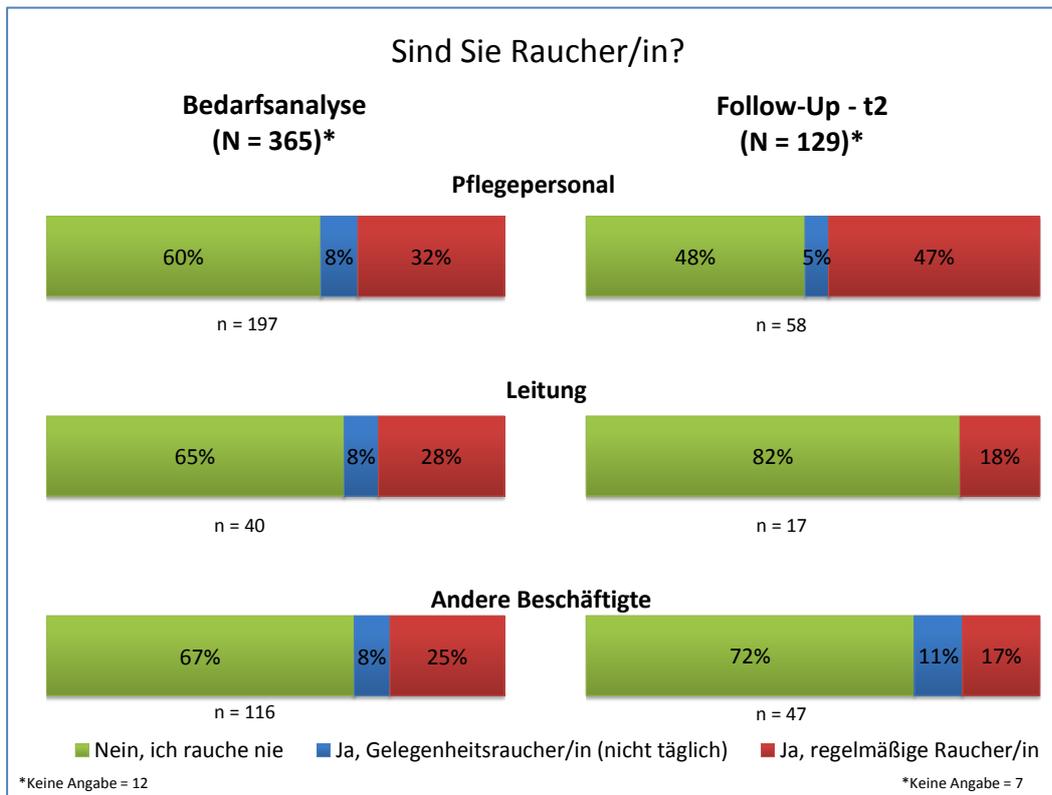


Abbildung 8: Raucheranteil.
(Vergleich Bedarfsanalyse/ Follow-Up, t2).

4.1.5. Beschwerden der letzten 6 Monate

Um den Gesundheitszustand der Mitarbeiter/innen umfassend beschreiben zu können, wurden im Vorher-/ Nachher-Vergleich zusätzlich die Beschwerden der letzten sechs Monate retrospektiv erfasst (vgl. Abb. 9). Bei einem Vergleich der Häufigkeiten vor und nach der Intervention zeigt sich bei allen aufgeführten Beschwerden ein leichter Rückgang: Die Beschwerden wurden, im Vergleich zur Bedarfsanalyse, häufiger „seltener oder nie“ (grüner Bereich) innerhalb des Follow-Ups (t₂) gewählt.

Zu den Beschwerden, die bei etwa einem Viertel der Befragten „mindestens einmal täglich“ (roter Bereich) bis „mindestens einmal wöchentlich“ (oranger Bereich) und damit „sehr häufig“ bis „häufig“ innerhalb der letzten sechs Monate auftraten, gehören:

- „Nacken-/ Schulterschmerzen“
- „Kreuz-/Rückenschmerzen“
- „Knochen-/ Gelenkschmerzen“
- „Mattigkeit“
- „Kopfschmerzen“
- „Schlafstörungen“.

Diese benannten Beschwerden treten zudem bei etwa einem weiteren Viertel der Befragten „mindestens einmal im Monat“ in diesem Zeitraum auf (blauer Bereich). „selten oder nie“ scheinen „Atemwegserkrankungen“, „Hautreizungen“, „Psychischen Beeinträchtigungen“ und Magen-/ Bauchschmerzen“ innerhalb der letzten sechs Monate der Grund für Beschwerden gewesen zu sein (grüner Bereich).

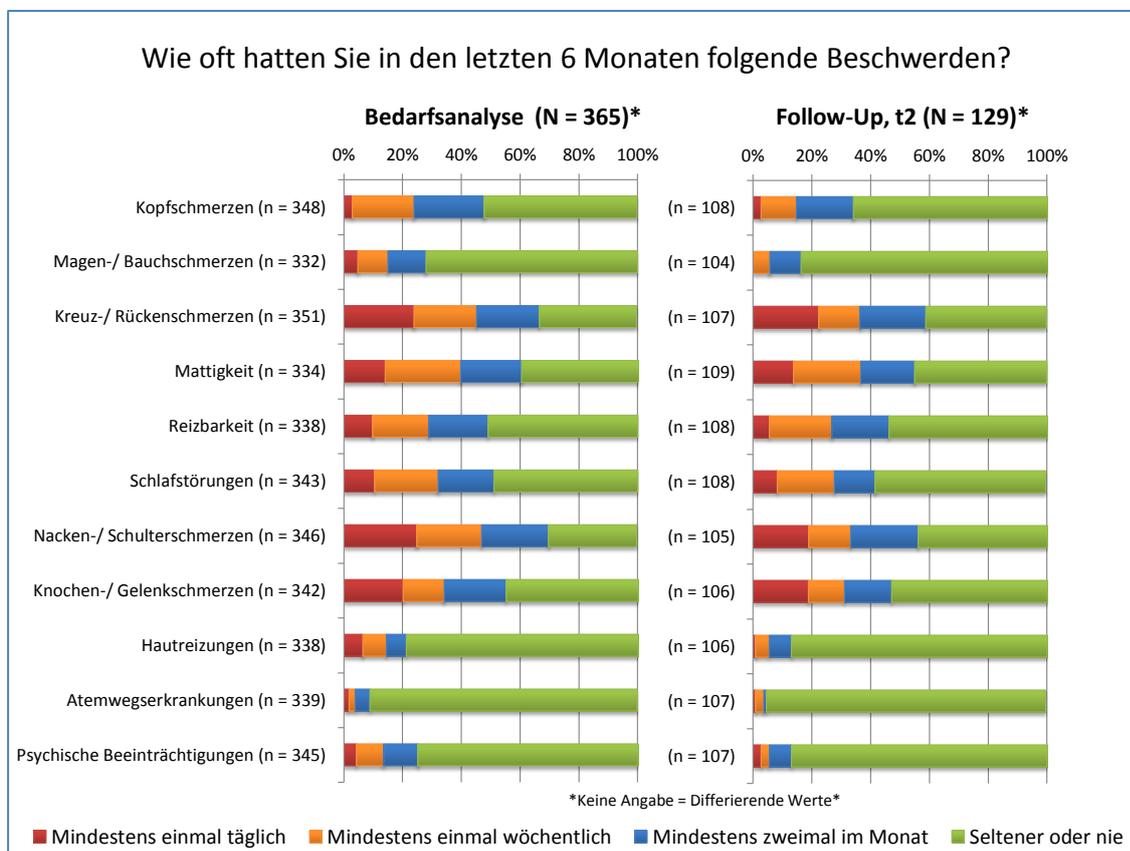


Abbildung 9: Beschwerden der letzten 6 Monate.
(Vergleich Bedarfsanalyse/ Follow-Up, t2).

Differenziert nach Berufsgruppen fällt auf, dass Beschwerden, die mit dem **Bewegungsapparat**⁸ zusammenhängen bei etwa jeder/jedem zweiten bis dritten⁹

⁸ Gemeint sind hier: „Nacken-/Schulterschmerzen“, „Kreuz-/Rückenschmerzen“ und „Knochen-/Gelenkschmerzen“.

⁹ Beschwerden bei etwa 30 bis 40 Prozent der Mitarbeiter/innen.

Pflegekraft bzw. Mitarbeiter/in anderer Tätigkeitsbereiche „sehr häufig“ bis „häufig“¹⁰ auftreten (roter bis oranger Bereich; vgl. Abb. 10).

Mitarbeiter/innen der Leitungsebene hingegen berichten etwas seltener von Beschwerden dieser Art, wobei auch bei diesen Beschäftigten „Kreuz-/Rückenschmerzen“ bei etwa jeder/m Dritten zu beobachten sind. „**Kopfschmerzen**“ treten etwa doppelt so häufig bei Pflegekräften und Führungskräften auf als bei Beschäftigten der anderen Tätigkeitsbereiche. „**Schlafstörungen**“ und „**Mattigkeit**“ scheinen in allen drei Gruppen etwa bei jeder/m Zweiten bis Dritten zu Beschwerden zu führen.

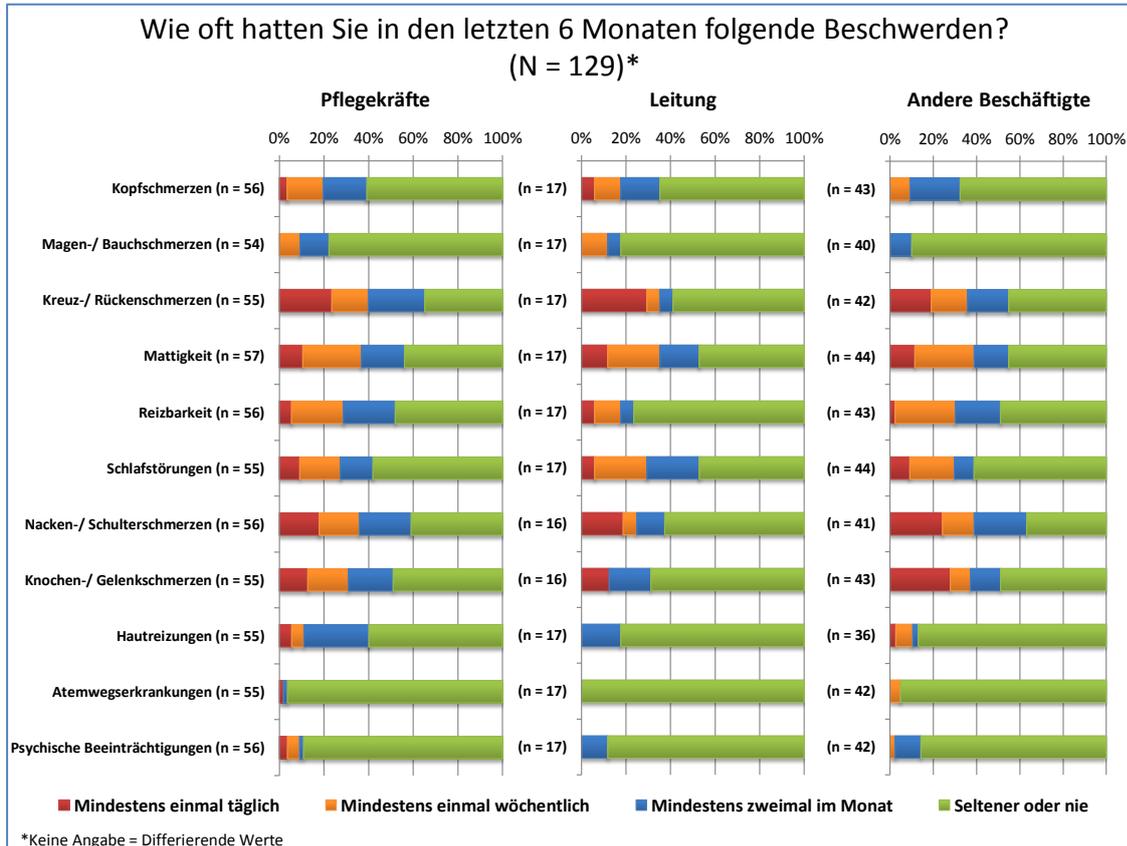


Abbildung 10: Beschwerden der letzten 6 Monate nach Beruf.
(Datengrundlage: Follow-Up, t2).

Abbildung 11 zeigt, welche Beschwerden in Abhängigkeit vom **Alter der Beschäftigten** im Vordergrund stehen: Hier wird deutlich, dass die mit dem Bewegungsapparat¹¹ verbundene Beschwerden erwartungsgemäß überwiegend im höheren Alter auftreten (ab 45 Jahren; s. roter bis oranger Bereich). **Etwa jede/r zweite bis dritte über 44-Jährige**¹² leidet „mindestens einmal täglich bis einmal wöchentlich“ unter „**Kreuz-/Rückenschmerzen**“. Weitergehend berichtet etwa jede/r Dritte dieser Altersklasse ebenso häufig von „**Nacken-/Schulterschmerzen**“. Fast die Hälfte der über 51-Jährigen¹³ beklagt darüber hinaus sehr häufig über „**Knochen-/Gelenkschmerzen**“ sowie „**Schlafstörungen**“.

„**Hautreizungen**“ scheinen insbesondere bei den 45 bis 51-Jährigen Beschwerden zu verursachen (bei ca. 60%).

¹⁰ Mindestens einmal täglich bis einmal wöchentlich.

¹¹ „Nacken-/Schulterschmerzen“, „Kreuz-/Rückenschmerzen“ und „Knochen-/Gelenkschmerzen“.

¹² Etwa 40 bis 45%.

¹³ Etwa 50%.

„**Kopfschmerzen**“ treten in allen drei Altersgruppen bei etwa jedem Dritten sehr häufig bis häufig auf. Unter „**Mattigkeit**“ hingegen scheinen mehr jüngere Beschäftigte (18 bis 44-Jährige: 44%; 45 bis 51-Jährige: 39%; Über 51-Jährige: 30%) zu leiden.

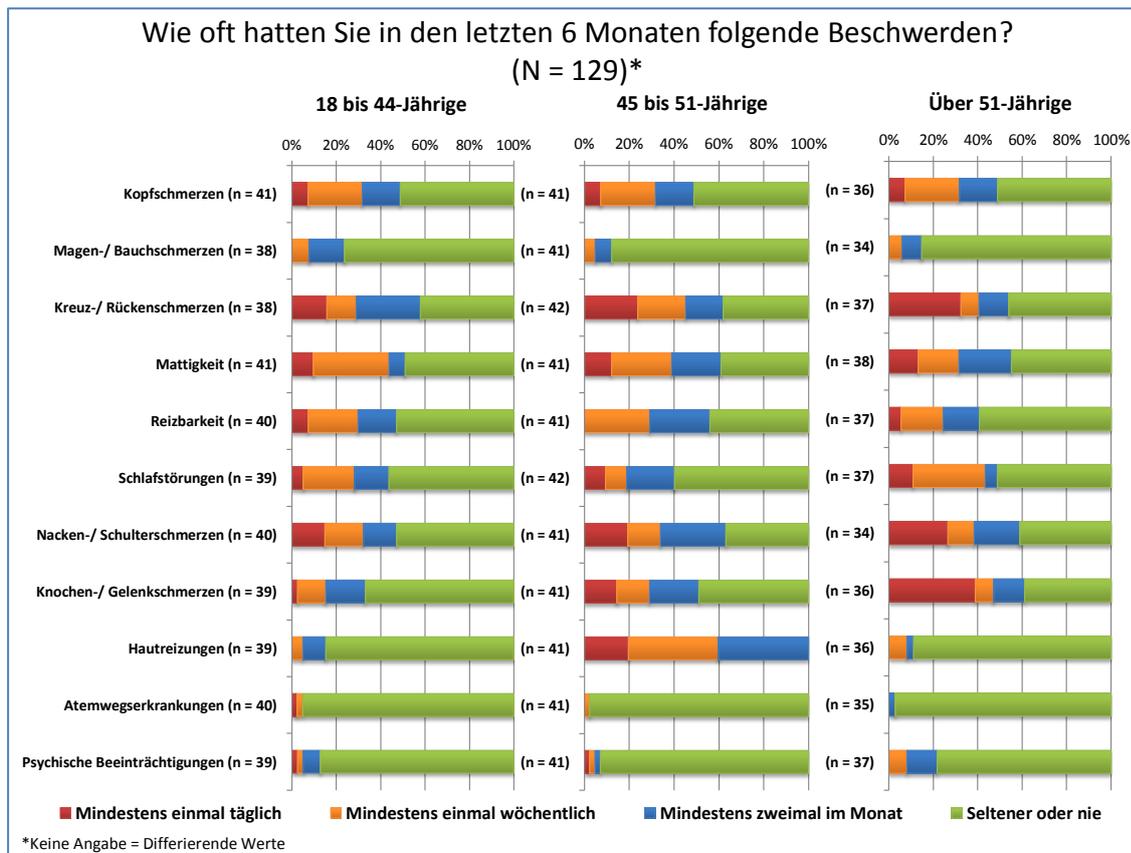


Abbildung 11: Beschwerden der letzten 6 Monate nach Alter.
(Datengrundlage: Follow-Up, t₂).

4.1.6. Arbeitsfähigkeit und Arbeitszufriedenheit

Die Befragten wurden innerhalb der Bedarfsanalyse und innerhalb der Follow-Up-Untersuchung (t₂) nach ihrer Arbeitsfähigkeit befragt, welche sie auf einer Skala von null bis zehn einschätzen¹⁴ sollten. Insgesamt betrachtet, gibt es bei beiden Untersuchungen kaum Unterschiede zwischen den befragten Berufsgruppen. Im Durchschnitt schätzen die Mitarbeiter/innen ihre Arbeitsfähigkeit (vgl. Mittelwert = MW) zwischen sieben und neun (von zehn) ein und weisen in allen drei Gruppen eine Standardabweichung (SD) von eins bis zwei auf. Somit zeigt sich eine geringe Streuung in der Bewertung vom Durchschnitt und lässt **insgesamt auf eine gute Arbeitsfähigkeit schließen**, da die Werte sich in der oberen Hälfte der Skala (dem positiven Bereich) bewegen.

Auffällig ist, dass die Spannweite der Angaben innerhalb der Bedarfsanalyse von Werten im untersten Bereich (Min¹⁵ = 0) bis zu Werten im maximalen Bereich (Max¹⁶ = 10) reicht, was darauf hindeutet, dass sich in allen drei Beschäftigungsbereichen Mitarbeiter/innen befinden, die sowohl „gar nicht“ bzw. „kaum“ als auch „maximal“ arbeitsfähig sind. In der Follow-Up-Erhebung (t₂) weist die **geringste Arbeitsfähigkeit die Gruppe der Pflegekräfte** auf (Min. = 1). Bei Mitarbeiter/innen der Leitungsebene und anderer Bereiche hingegen liegt die geringste Arbeitsfähigkeit im mittleren Bereich (Leitung = 6; Andere = 5).

¹⁴ Der Wert „0“ steht für die schlechteste, „10“ für die bestmögliche Arbeitsfähigkeit.

¹⁵ Minimum = niedrigster Wert auf der Skala von 0 bis 10.

¹⁶ Maximum = maximaler Wert auf der Skala von 0 bis 10.

In einer weiteren differenzierteren Betrachtung wird deutlich, dass die Arbeitsfähigkeit von den **Mitarbeiter/innen sonstiger Beschäftigungsbereiche** (Bedarfsanalyse: MW¹⁷ = 8/ Follow-Up: MW = 9 vgl. Tab. 3) in beiden Erhebungen um etwa **einen Punkt besser** eingeschätzt wird als die **Arbeitsfähigkeit des Pflegepersonals** (Bedarfsanalyse: MW = 7/ Follow-Up: MW = 8) und der Mitarbeiter/innen der Leitungsebene (Bedarfsanalyse: MW = 7/ Follow-Up: MW = 8). Weitergehend kann bei allen drei Gruppen ein Anstieg in der Bewertung um einen Punktwert verzeichnet werden, wobei Pflegekräfte in der Follow-Up-Untersuchung (t₂) eine höhere Standardabweichung aufweisen (SD = 2) als die beiden anderen Beschäftigtengruppen (SD jeweils 1). Die Streuung der Antworten um den Mittelwert ist damit bei den Pflegekräften etwas höher als bei den anderen beiden Gruppen.

Tabelle 3: Subjektive Einschätzung der Arbeitsfähigkeit nach Beruf.

(Vergleich Bedarfsanalyse/Follow-Up, t₂).

<i>Wenn Sie Ihre beste, je erreichte Arbeitsfähigkeit mit 10 Punkten bewerten: Wie viele Punkte würden Sie dann für Ihre derzeitige Arbeitsfähigkeit geben?</i>										
	Bedarfsanalyse					Follow-Up (t ₂)				
	N	Min	Max	MW	SD	N	Min	Max	MW	SD
Pflegepersonal	194	0	10	7	2	57	1	10	8	2
Leitung	39	0	10	7	2	17	6	10	8	1
Andere Beschäftigte	112	2	10	8	2	47	5	10	9	1

In Abhängigkeit vom Alter lässt sich innerhalb der **Bedarfsanalyse** für die **jüngeren Mitarbeiter/innen** (18 bis 44) eine durchschnittlich um einen Punktwert **höhere Arbeitsfähigkeit** (MW = 8) feststellen als für Mitarbeiter/innen über 44 Jahren (MW = 7; vgl. Tab. 4). In der **Follow-Up-Erhebung** (t₂) weisen jedoch Mitarbeiter/innen der **mittleren Altersgruppe** (45 bis 50 Jahren) **die höchste durchschnittliche Arbeitsfähigkeit** auf (MW = 9). Zudem liegt diese im Vergleich zur Bedarfsanalyse um zwei Punkte höher als vor Beginn der Interventionen.

Auch die Gruppe der über **50-Jährigen** weist eine um einen Punkt **höhere durchschnittliche Arbeitsfähigkeit** auf (MW = 8). In der Gruppe der 18 bis 44-Jährigen hingegen lässt sich keine Veränderung in der Bewertung der eigenen Arbeitsfähigkeit feststellen.

Weitergehend ist ersichtlich, dass in der Bedarfsanalyse Werte im untersten Bereich von Mitarbeiter/innen über 51 Jahren angegeben werden (Min = 0). Bei 18- bis 44-Jährigen hingegen liegt die niedrigste Arbeitsfähigkeit bei „2“.

In der Follow-Up-Erhebung (t₂) zeigt sich ein umgekehrtes Bild: die geringste Bewertung der Arbeitszufriedenheit ist in der Gruppe der 18- bis 44-Jährigen vorzufinden. In der Gruppe der 44-bis 51-Jährigen liegt diese bei „6“ und bei den über 51-Jährigen bei „4“.

Tabelle 4: Subjektive Einschätzung der Arbeitsfähigkeit nach Alter.

(Vergleich Bedarfsanalyse/Follow-Up, t₂).

<i>Wenn Sie Ihre beste, je erreichte Arbeitsfähigkeit mit 10 Punkten bewerten: Wie viele Punkte würden Sie dann für Ihre derzeitige Arbeitsfähigkeit geben?</i>										
	Bedarfsanalyse					Follow-Up (t ₂)				
	N	Min	Max	MW	SD	N	Min	Max	MW	SD
18 bis 44-Jährige	129	2	10	8	2	41	1	10	8	2
45 bis 51-Jährige	118	1	10	7	2	42	6	10	9	1
Über 51-Jährige	104	0	10	7	2	40	4	10	8	2

¹⁷ MW = Mittelwert; SD = Standardabweichung; Werte wurden gerundet.

In Bezug auf die **berufliche Zufriedenheit** ist ebenfalls ersichtlich, dass insgesamt von einer positiven Bewertung von Seiten aller Mitarbeiter/innen ausgegangen werden kann (vgl. Abb. 12). Bereits in der Vorher-Erhebung (t_0) zeigt sich, dass über die Hälfte der Pflegekräfte, der Mitarbeiter/innen der Leitungsebene sowie der Mitarbeiter/innen sonstiger Beschäftigungsbereiche „**sehr zufrieden**“ und „**zufrieden**“ mit ihrer beruflichen Tätigkeit sind. Etwa ein Drittel der Pflegekräfte und ca. ein Viertel der Mitarbeiter/innen der Leitungsebene sowie Mitarbeiter/innen weiterer Beschäftigungsbereiche gab an, „**wenig zufrieden**“ bis „**gar nicht zufrieden**“ zu sein. Ein ähnliches Bild zeigt sich auch in der **Follow-Up-Erhebung (t_2)**: Im Vergleich zur Vorher-Erhebung (t_0) kann ein **geringer Zuwachs in der Zufriedenheit** festgestellt werden: Die Befragten aller drei Gruppen gaben häufiger an, „sehr zufrieden“ und etwas seltener „wenig zufrieden“ zu sein. Der geringe Zuwachs (um 6%) in der Kategorie „gar nicht zufrieden“ betrifft hauptsächlich Mitarbeiter/innen der Leitungsebene.

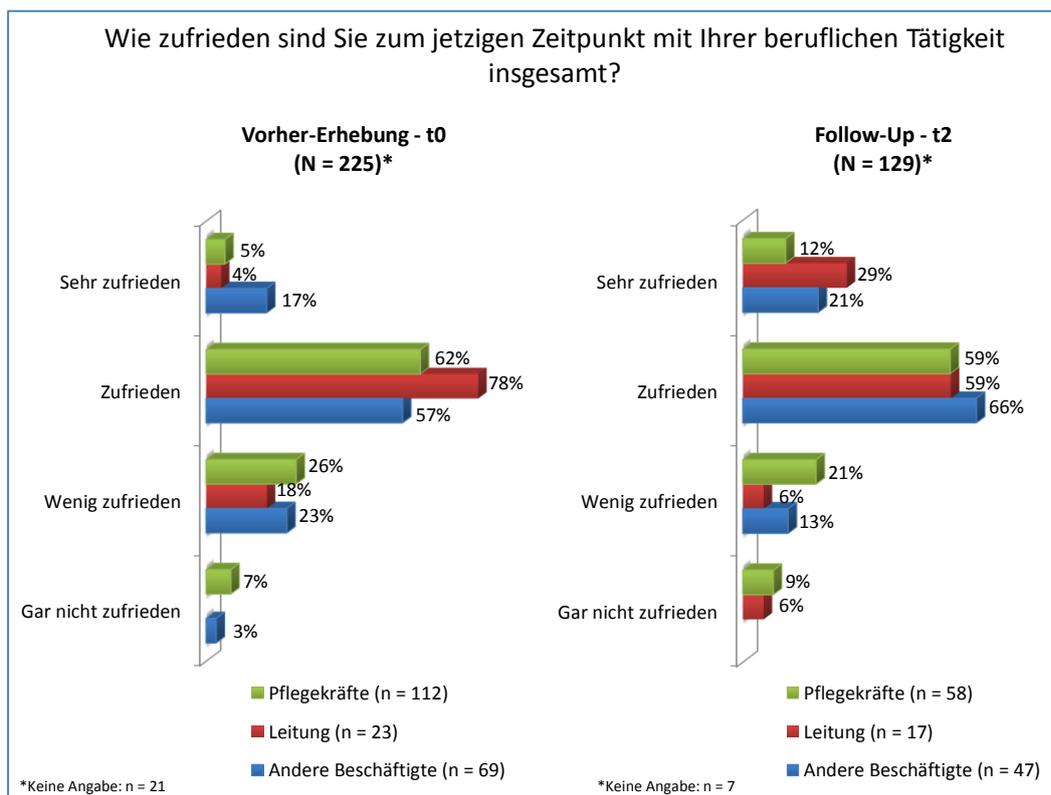


Abbildung 12: Zufriedenheit mit beruflicher Tätigkeit nach Beruf.
(Vergleich Vorher-Erhebung, t_0 / Follow-Up, t_2).

Nach Altersgruppen betrachtet wird ebenfalls deutlich, dass der **Großteil der Befragten** sowohl in der Vorher-Erhebung (t_0) als auch in der Follow-Up-Erhebung (t_2) „**zufrieden**“ mit ihrer beruflichen Tätigkeit ist (59 bis 67%)(vgl. Abb. 13). Am zufriedensten scheinen **über 51-Jährige zu sein**. Die geringste Zufriedenheit weisen in der Vorher-Erhebung (t_0) 18-bis 44-Jährige auf, in der Follow-Up-Erhebung (t_2) hingegen die 45- bis 51-Jährigen.

Im **Vorher-Nachher-Vergleich** ist eine **höhere Arbeitszufriedenheit** insbesondere bei der **ältesten Beschäftigtengruppe** (über 51-Jährige) ersichtlich (+18%): Jede/r dritte Mitarbeiter/in über 51 Jahren gibt an, „sehr zufrieden“ mit ihrer/seiner beruflichen Tätigkeit zu sein. Diese Aussage trifft bei den 45-bis 51-Jährigen nur bei etwa jedem/r Zehnten zu.

Auch in der Gruppe der 18-bis 44-Jährigen ist ein Zuwachs an positiver Einstellung zur beruflichen Tätigkeit zu verzeichnen (+8 „sehr zufrieden“; -5 „wenig zufrieden“).

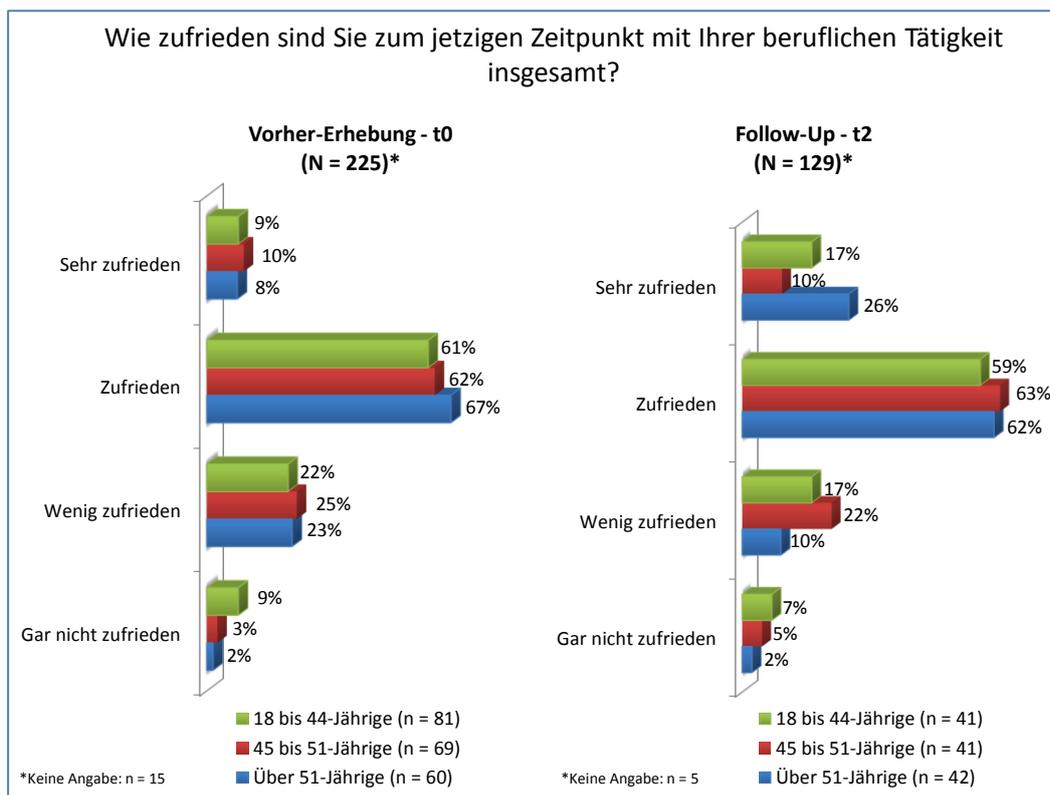


Abbildung 13: Zufriedenheit mit beruflicher Tätigkeit nach Alter.
(Vergleich Vorher-Erhebung, t₀/Follow-Up, t₂).

4.1.7. Arbeitsbelastung

Zur Erfassung der Arbeitsbelastung konnte zunächst auf Grundlage der Frage „Wie gut gelingt es Ihnen Ihre Belastungsgrenzen zu erkennen“ ein Eindruck über die allgemeine Belastungsfähigkeit der Mitarbeiter/innen gewonnen werden.

Zur Belastungsdifferenzierung erfolgte im Anschluss die Erhebung der körperlichen und psychischen Belastungen. Diese konnten mit Hilfe einer Skala von „0“ bis „10“, auf der die Befragten ihre Arbeitsbelastung zwischen „gar nicht belastet“ und „extrem belastet“ einschätzen sollten, ermittelt werden. Die Ergebnisse werden nachfolgend vorgestellt.

4.1.7.1. Erkennen von Belastungsgrenzen

In Bezug auf das Erkennen von Belastungsgrenzen gab der Großteil aller Befragten zu beiden Erhebungszeitpunkten an, seine/ihre **Belastungsgrenzen „gut“ bis „eher gut“ erkennen** zu können (vgl. Abb. 14). Etwa 18 bis 22 Prozent¹⁸ der Pflegekräfte bewertete das Erkennen von Belastungsgrenzen als „eher schlecht“ bis „schlecht“. **Mitarbeiter/innen in Leitungspositionen** scheinen ihre Belastungsgrenzen am besten erkennen zu können (eher gut 61% bzw. 65%).

Vergleicht man die Ergebnisse beider Erhebungen miteinander, lässt sich feststellen, dass die Befragten aller Beschäftigungsbereiche in der Follow-Up-Befragung etwas häufiger angeben ihre Belastungsgrenzen **„gut“ bis „eher gut“** erkennen zu können und etwas

¹⁸ Werte aus der Kategorie „eher schlecht“ (19%) und „schlecht“ (3%) der Vorher-Erhebung wurden hier summiert. Prozentspanne ergibt sich aus beiden Erhebungen.

seltener „eher schlecht“. Darüber hinaus geben sie im Follow-Up nicht mehr an, ihre Belastungsgrenzen „schlecht“ erkennen zu können.

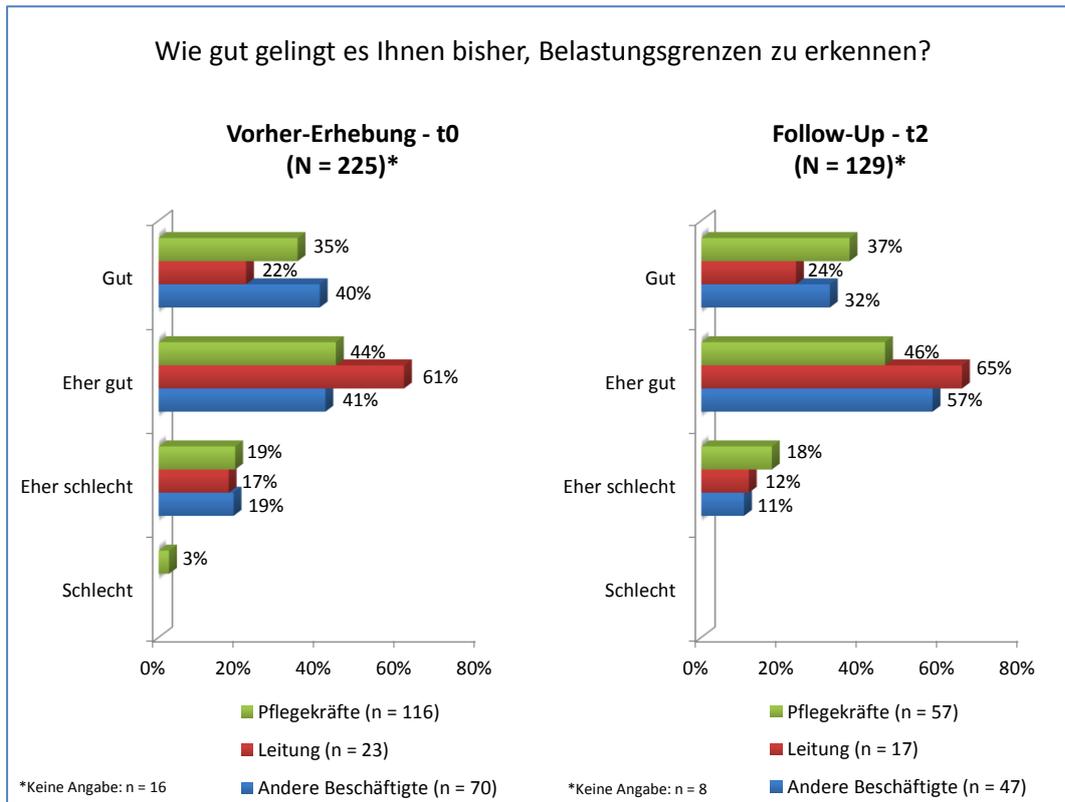


Abbildung 14: Einschätzung der Belastungsgrenzen nach Beruf.
(Vergleich Vorher-Erhebung, t0/Follow-Up, t2).

Differenziert nach **Altersgruppen** zeigen sich über beide Erhebungszeitpunkte hinweg kaum Unterschiede hinsichtlich des Erkennens von Belastungsgrenzen (vgl. Abb. 15). Der Großteil aller Befragten in den drei Altersgruppen gibt an, Belastungsgrenzen „gut“ bis „eher gut“ erkennen zu können. Etwa jede/r Fünfte bis Sechste (10 bis 23%) erkennt seine/ihre Belastungsgrenzen „eher schlecht“. Nur ein äußerst geringer Anteil der Befragten (1 bis 2%; Vorher-Erhebung) gibt an, die Belastungsgrenzen „schlecht“ erkennen zu können.

In der **Follow-Up-Erhebung** zeigt sich im Vergleich zur Vorher-Erhebung nur ein marginaler Unterschied: Die Befragten geben etwas seltener an, ihre Belastungsgrenzen „eher schlecht“ und „gut“ erkennen zu können, dafür jedoch etwas häufiger „eher gut“.

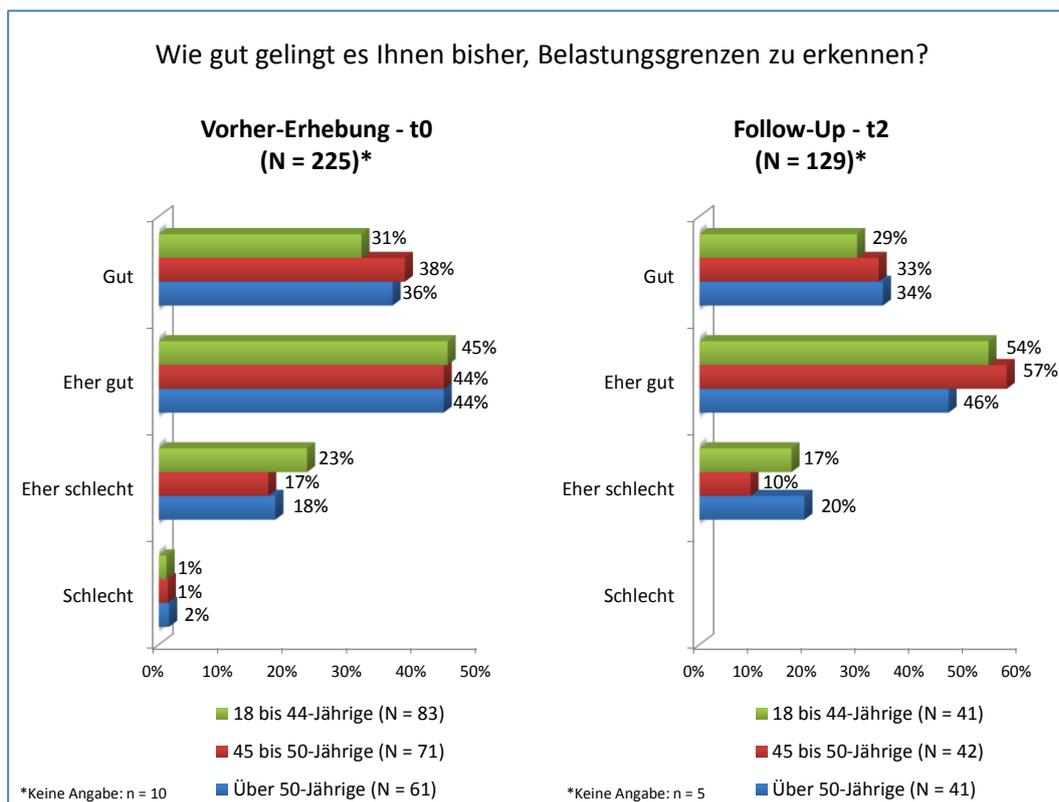


Abbildung 15: Einschätzung der Belastungsgrenzen nach Alter.
(Vergleich Vorher-Erhebung, t0/Follow-Up, t2).

4.1.7.2. Psychische Belastungen

Auf Grundlage der festgestellten Mittelwerte (MW) und Standardabweichungen (SD) kann sowohl in der Vorher-Erhebung (t_0) als auch in der Follow-Up-Erhebung (t_2) von einer **mittleren psychischen Belastung bei den Mitarbeitern/innen aller Berufskategorien** ausgegangen werden (vgl. Tab. 5). Lediglich Mitarbeiter/innen der Leitungsebene liegen in der Vorher-Erhebung einen Punktwert höher (MW = 6) als Pflegekräfte (MW = 5) und Mitarbeiter/innen anderer Beschäftigungsbereiche (MW = 5). Aufgrund von Abweichungen von den Mittelwerten (SD = 3) scheint die subjektive psychische Belastung unter den Mitarbeiter/innen in allen drei Gruppen zwischen „kaum belastet“ und „stark belastet“ (Punktwerte zwei bis neun) zu variieren.

Darüber hinaus existieren in allen drei Gruppen maximalste (Max = 10) und minimalste (Min = 0) Belastungswerte, wonach eine große Spannweite in der Wahrnehmung der psychischen Belastung unter den Mitarbeitern/innen vorherrscht.

Tabelle 5: Subjektive Bewertung der psychischen Belastung nach Beruf.
(Vergleich Vorher-Erhebung, t_0 / Follow-Up, t_2).

Auf einer Skala von 0 - 10 wie hoch fühlen Sie sich zum jetzigen Zeitpunkt psychisch durch Ihre Arbeit belastet?

	Vorher-Erhebung (t_0)					Follow-Up (t_2)				
	N	Min	Max	MW	SD	N	Min	Max	MW	SD
Pflegekräfte	118	0	10	5	3	57	0	10	5	3
Mitarbeiter der Leitung	24	0	10	6	3	17	0	10	5	3
Andere Beschäftigte	69	0	10	5	3	47	0	10	5	3

Werden die psychischen Belastungen **differenziert nach Alter** betrachtet, zeigt sich über beide Erhebungszeitpunkte hinweg **kein Unterschied** zwischen den Altersgruppen (vgl. Tab. 6). Die psychische Belastung durch die Arbeit wird somit unabhängig vom Alter von allen Mitarbeiter/innen als „kaum“ bis „stark“ (MW = 5; SD 3) empfunden und erstreckt sich über die gesamte Spannweite der Belastungs-Wahrnehmung (von Min = 0 bis Max = 10).

Tabelle 6: Subjektive Bewertung der psychischen Belastung nach Alter.

(Vergleich Vorher-Erhebung, t_0 /Follow-Up, t_2).

Auf einer Skala von 0 - 10 wie hoch fühlen Sie sich zum jetzigen Zeitpunkt psychisch durch Ihre Arbeit belastet?										
	Vorher-Erhebung (t_0)					Follow-Up (t_2)				
	N	Min	Max	MW	SD	N	Min	Max	MW	SD
18 bis 44-Jährige	82	0	10	5	3	41	0	10	5	3
45 bis 51-Jährige	71	0	10	5	3	42	0	10	5	3
Über 51-Jährige	64	0	10	5	3	41	0	10	5	3

4.1.7.3. Körperliche Belastungen

Die Bewertung der körperlichen Belastungen zeigt für die Vorher-Erhebung ähnliche Ergebnisse wie bei den psychischen Belastungen: Die **Mitarbeiter/innen aller Berufskategorien weisen eine mittlere Belastung** und eine Konzentration der Antworten zwischen „kaum belastet“ und „stark belastet“ auf (Punktwerte zwei bis neun; vgl. Tab. 7).

Pflegekräfte bewerten dabei sowohl in der Vorher-Erhebung (t_0) als auch in der Follow-Up-Erhebung (t_2) ihre **körperliche Belastung als etwas stärker** (MW = t_0 : 6 + t_2 : 6) im Vergleich zu den Führungskräften (MW = t_0 : 5 + t_2 : 4) und andere Beschäftigte (MW = t_0 : 5 + t_2 : 4). Bei Führungskräften reduziert sich zwar insgesamt die durchschnittliche Belastung um einen Punktwert (MW = -1), die Streuung bleibt jedoch gleich (SD = 3).

In der **Follow-Up-Erhebung** (t_2) scheinen die Beschäftigten, die außerhalb der Pflege und der Pflegeleitung tätig sind, am geringsten körperlich belastet zu sein, da sie ihre Belastung im Bereich „kaum belastet“ bis „durchschnittlich belastet“ (Punktwerte zwei bis sechs) bewerten (MW = 4; SD = 2).

In allen drei Gruppen nimmt auch hier die Belastungs-Wahrnehmung Werte von „minimalste Belastung“ (Min = 0) bis „maximalste Belastung“ (Max = 10) an. Dies verdeutlicht die sehr unterschiedliche Wahrnehmung von körperlichen Belastungen bei den Mitarbeiter/innen.

Tabelle 7: Subjektive Bewertung der körperlichen Belastung nach Beruf.

(Vergleich Vorher-Erhebung, t_0 / Follow-Up, t_2).

Auf einer Skala von 0 – 10 wie hoch fühlen Sie sich zum jetzigen Zeitpunkt körperlich durch Ihre Arbeit belastet?										
	Vorher-Erhebung (t_0)					Follow-Up (t_2)				
	N	Min	Max	MW	SD	N	Min	Max	MW	SD
Pflegekräfte	117	0	10	6	3	57	0	10	6	3
Mitarbeiter der Leitung	24	0	9	5	3	17	0	9	4	3
Andere Beschäftigte	70	0	10	5	3	47	0	9	4	2

Das **Alter der Mitarbeiter/innen** scheint keine Auswirkungen auf die Wahrnehmung körperlicher Belastungen zu haben: die Angaben (MW & SD) der drei Altersgruppen in der Vorher-Erhebung (t_0) differieren ebenso wie die Min- und Max-Werte kaum zwischen den Altersgruppen (vgl. Tab. 8).

In der **Follow-Up-Erhebung** ist ein geringer Unterschied zu erkennen: Über 51-Jährige bewerten ihre körperliche Belastung am geringsten (MW = 4; SD = 2). **Am höchsten körperlich belastet** fühlen sich **45- bis 51-Jährige Mitarbeiter/innen** (MW = 6; SD = 3).

Tabelle 8: Subjektive Bewertung der körperlichen Belastung nach Alter.
(Vergleich Vorher, t_0 / Follow-Up, t_2)

Auf einer Skala von 0 – 10 wie hoch fühlen Sie sich zum jetzigen Zeitpunkt körperlich durch Ihre Arbeit belastet?										
	Vorher-Erhebung (t_0)					Follow-Up (t_2)				
	N	Min	Max	MW	SD	N	Min	Max	MW	SD
18 bis 44-Jährige	81	0	10	5	3	41	0	10	5	3
45 bis 51-Jährige	73	0	10	5	3	42	0	10	6	3
Über 51-Jährige	63	0	10	5	3	41	0	10	4	2

4.1.7.4. Belastende Arbeitssituationen/-umstände

Als belastend empfindet über 80 Prozent des Pflegepersonals der befragten Einrichtungen der katholischen Altenhilfe im Bistum Hildesheim vor allem den **hohen Zeitdruck** und den vorherrschenden **Personalmangel** (vgl. Abb. 16). Weitere 65 Prozent beklagen eine hohe **körperliche Erschöpfung durch Pflegehandlungen**, 58 Prozent empfinden falsche **Körperhaltungen bzw. Bewegungsabläufe** als belastend. Darüber hinaus werden von fast jedem/r zweitem/n Beschäftigten eine **schlechte Dienstplangestaltung** und **Schwierigkeiten bei der Vereinbarkeit von Familie und Beruf** als belastende Arbeitsumstände genannt.

Etwa die Hälfte der Befragten sieht zudem in der **Konfrontation mit Tod und Leid** sowie in **Konflikten mit Bewohner/innen und Kollegen/innen** einen Belastungsfaktor.

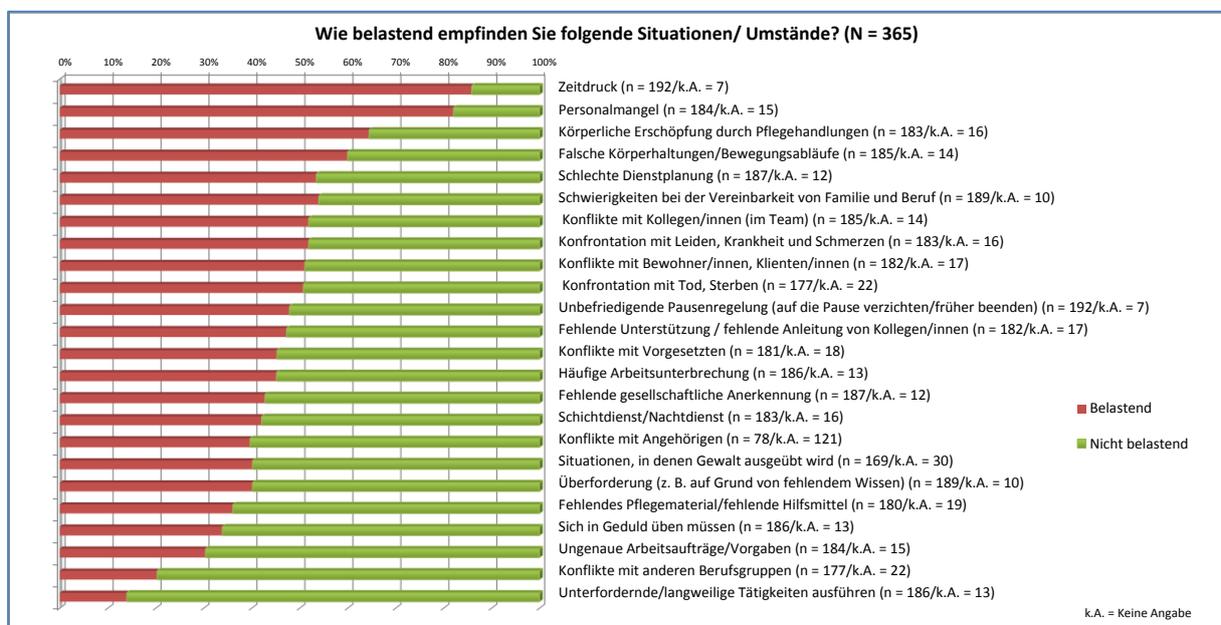


Abbildung 16: Belastende Situationen und Umstände - Pflegekräfte.
(Datengrundlage: Bedarfsanalyse).

4.1.8. Einschätzung der Gesundheitsgefährdung durch die Arbeit

Bei der Frage, ob die Mitarbeiter/innen ihre **Gesundheit durch ihre Arbeit gefährdet** sehen, zeigt sich ein alarmierendes Bild: bereits in der **Bedarfsanalyse** beantworteten **72 Prozent der Pflegekräfte**, 82 Prozent der Mitarbeiter/innen in Leitungspositionen sowie etwa die Hälfte der Mitarbeiter/innen der weiteren Beschäftigungsbereiche (46%) diese Frage mit „Ja“ (vgl. Abb. 17).

In der **Follow-Up-Erhebung** (t_2) geben zwar weniger Mitarbeiter/innen der Leitungsebene (-32%) und anderer Beschäftigungsbereiche (-13%) an, ihre Gesundheit durch ihre Arbeit gefährdet zu sehen, jedoch sehen weiterhin **75 Prozent der Pflegekräfte eine Gesundheitsgefährdung durch die Arbeit**.

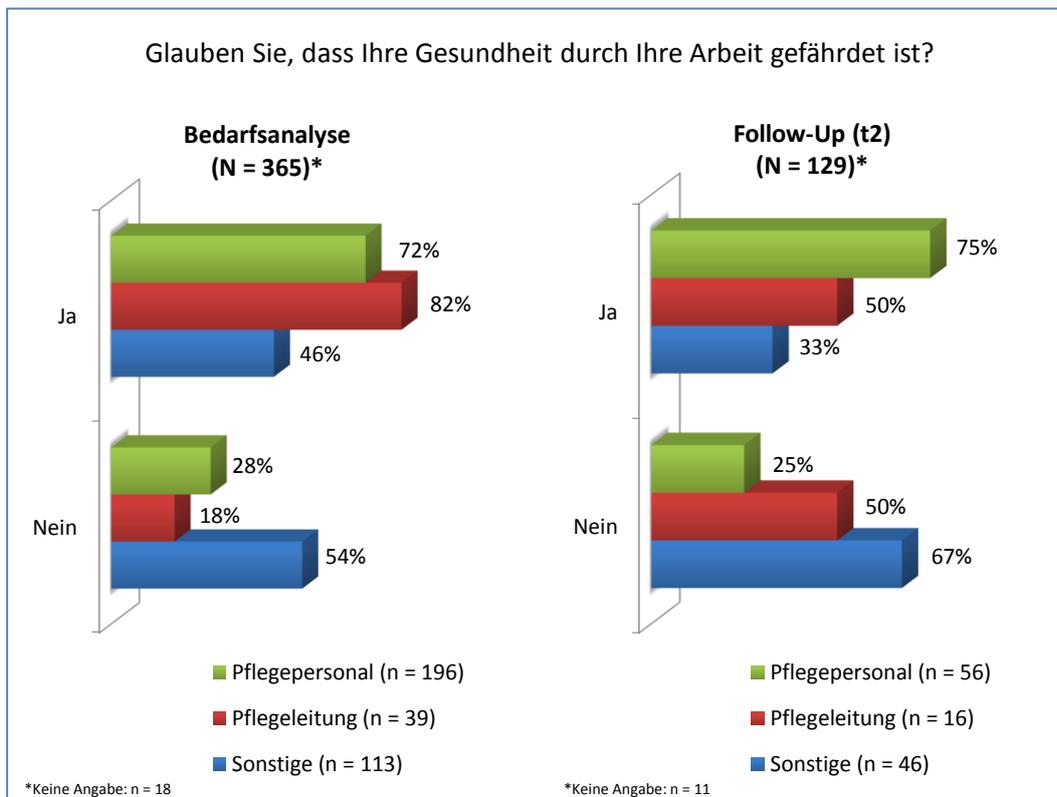


Abbildung 17: Einschätzung der Gesundheitsgefährdung durch die Arbeit nach Beruf. (Vergleich Bedarfsanalyse/Follow-Up, t_2).

In der **Follow-Up-Erhebung** wird deutlich, dass insbesondere **jüngere Mitarbeiter/innen in ihrer Arbeit eine Gesundheitsgefährdung sehen**. Mit zunehmenden Alter scheint diese Besorgnis abzunehmen, da hier ein Altersgradient von jung zu alt erkennbar ist, der sich in einer Reduktion der Arbeitsgefährdungseinschätzung in höheren Altersgruppen zeigt.

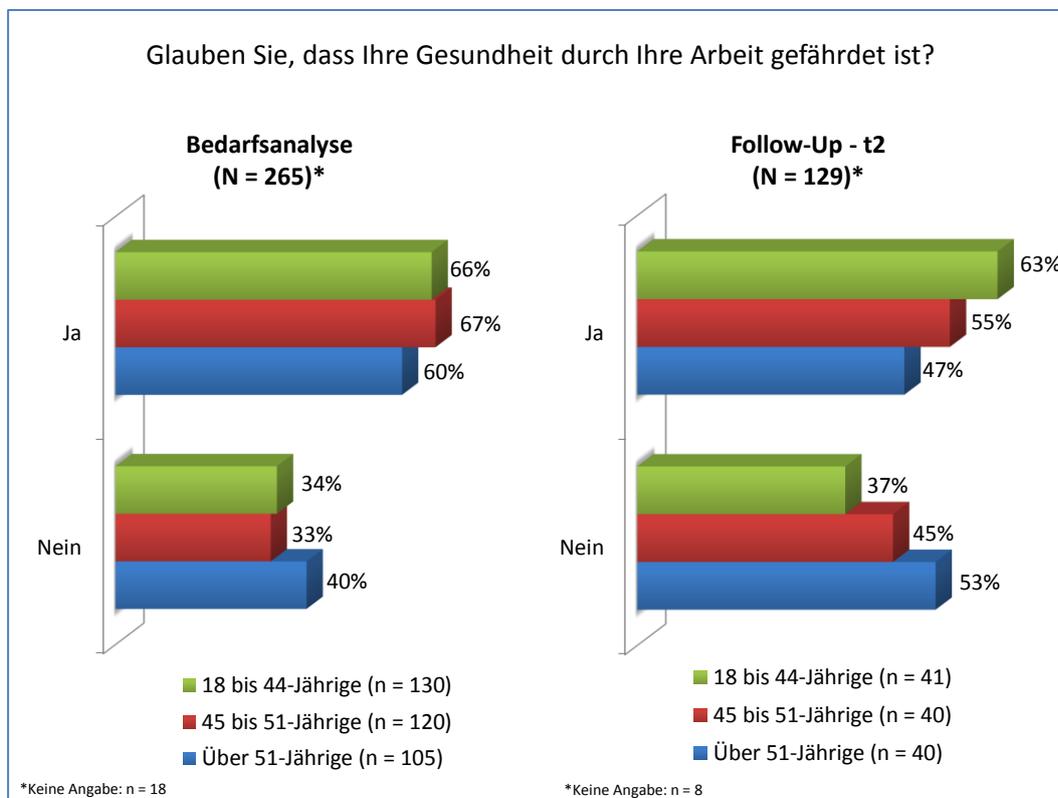


Abbildung 18: Einschätzung der Gesundheitsgefährdung durch die Arbeit nach Alter. (Vergleich Bedarfsanalyse/ Follow-Up, t₂).

4.2. Schulungsbedarf und Bewertung der Interventionen

Nachdem in einem Vorher-Nachher-Vergleich die gesundheitliche Situation der Mitarbeiter/innen analysiert wurde, sollen im folgenden Kapitel die Ergebnisse zum **Schulungsbedarf** sowie die Bewertung der daraus abgeleiteten Interventionen dargestellt werden (vgl. Kapitel 4.2). In Kapitel 4.2.1 wird diesbezüglich die Teilnahmequote aufgezeigt, welche Aufschluss über die Zahl der Teilnehmer/innen jeder Maßnahme gibt und damit gleichzeitig die Grundlage für die Dimension der anschließenden Bewertungen schafft.

Zu bedenken ist, dass das Ziel der Bedarfsanalyse war, einen möglichen Schulungsbedarf der Mitarbeiter/innen der Stiftung Katholische Altenhilfe im Bistum Hildesheim abzubilden und es sich demzufolge zum einen um eine eingegrenzte Zielgruppe und zum anderen um eine relativ kleine Stichprobe handelt, womit eine Übertragbarkeit auf andere Einrichtungen nicht gewährleistet werden kann und auch nicht beabsichtigt ist.

Die Ergebnisse der Bedarfsanalyse zeigen insgesamt ein **hohes Interesse an Schulungsmaßnahmen zur Gesundheitsförderung in allen generierten Berufs- und Altersgruppen** (vgl. Abb. 19 und 20). Das höchste Interesse wurde dabei in der Gruppe der Führungskräfte ermittelt, welche ein um ca. 20% höheres „Starkes Interesse“ aufwiesen als Pflegekräfte und Mitarbeiter/innen anderer Tätigkeitsbereiche.

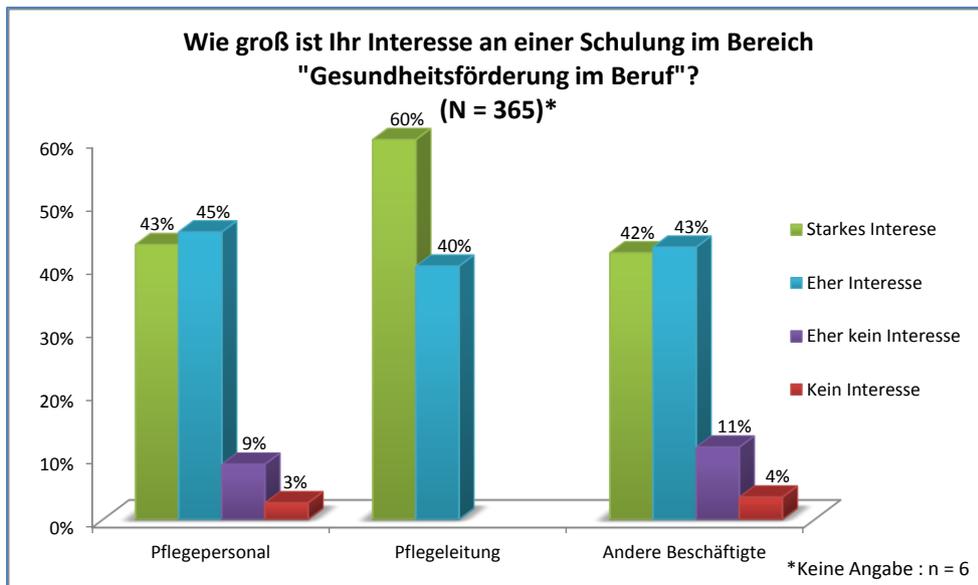


Abbildung 19:
Schulungsinteresse nach Beruf.
(Daten-
grundlage:
Bedarfsanalyse).

Die **Unterschiede innerhalb der Altersgruppen sind marginal**: Jeweils an die 90% der Befragten aller Altersgruppen äußerten zu Beginn ein Interesse an den gesundheitsfördernden Schulungsangeboten. Ein starkes Interesse wurde am häufigsten von den 45 bis 51 Jährigen geäußert.

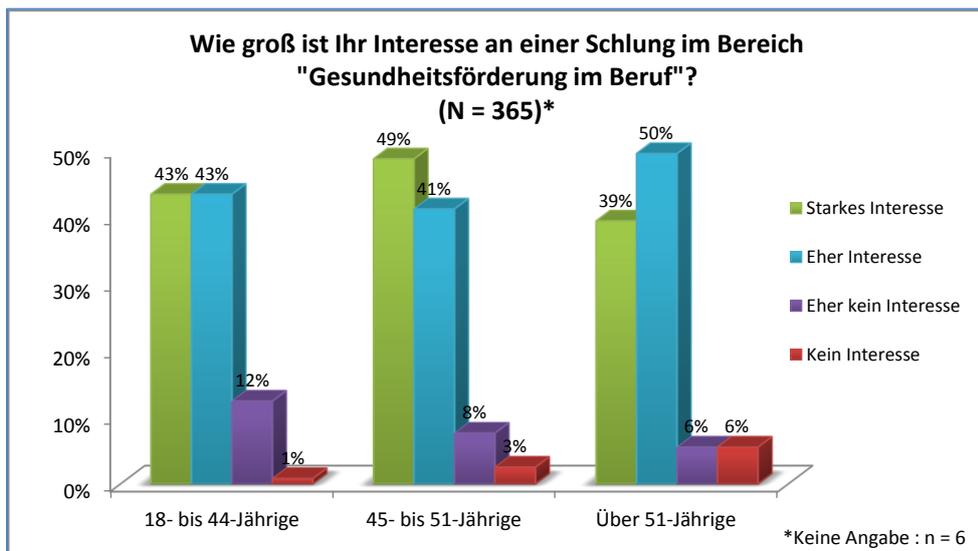


Abbildung 20:
Schulungsinteresse nach Alter.
(Daten-
grundlage:
Bedarfsanalyse).

Um Hinweise darauf zu erhalten, welche Themen für die Schulungen relevant und interessant sein könnten, wurde den Befragten im Rahmen der Bedarfsanalyse eine Auflistung verschiedener Schulungsthemen vorgelegt, in welcher zwischen den Kategorien „hoher Bedarf“ bis „kein Bedarf“ geantwortet werden konnte.

Interventionen, die bei über 50 Prozent der Befragten mit einem mittleren bis hohem Bedarf angegeben wurden, sind neben Angeboten zur Stressreduktion (z.B. „Umgang mit Stress“, „Burnout“, „Stressreduzierende Sport- und Bewegungsangebote“), Angebote zu Rückengesundheit und Konfliktbewältigung bis hin zu Schulungen zum Umgang mit berufsbedingten psychischen Belastungen, Team-Kommunikation und Zeitmanagement (vgl. Abb. 21). **Insgesamt bezieht sich das Schulungsinteresse in hohem Maße auf Interventionen zum „Umgang mit Stress“.**

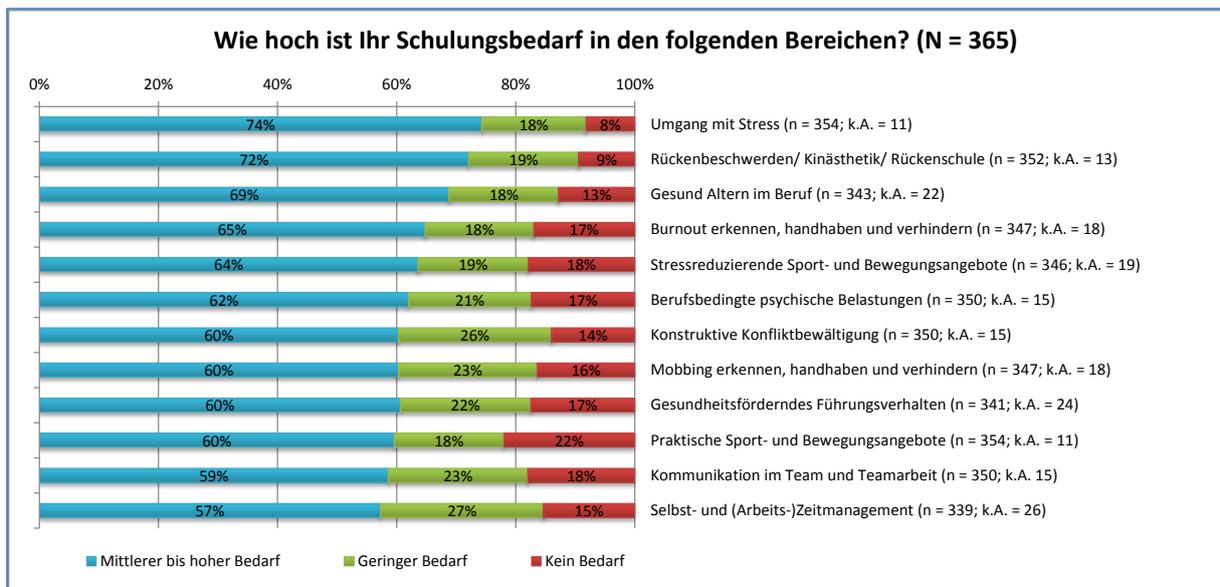


Abbildung 21: Schulungsbedarf über 50%.
(Datengrundlage: Bedarfsanalyse).

Weiterhin von Interesse sind Angebote, die **berufsbedingte Erkrankungen** thematisieren (z.B. „Vorbeugung von/Umgang mit Osteoporose und Arthrose“ bzw. „...rheumatischen Erkrankungen“) und ernährungsbedingten Beschwerden (z.B. „Gewichtsreduktion“, „Vorbeugung von/ Umgang mit erhöhten Cholesterinwerten“ bzw. „Diabetes“)(vgl. Abb. 22). Ein geringeres Interesse ist im Bereich „Spiritualität“ zu finden.

Bei der Bewertung des Interesses der Befragten an den Themen „Gesundheitsförderung für Raucher/innen“ und „Rauchentwöhnung“ ist darauf hinzuweisen, dass sich die Bedarfsanalyse auf alle Befragten bezieht, von denen ca. ein Drittel raucht. Damit erhalten die Werte zwischen 20 und 22 Prozent in Abbildung 22 eine andere Wertigkeit.

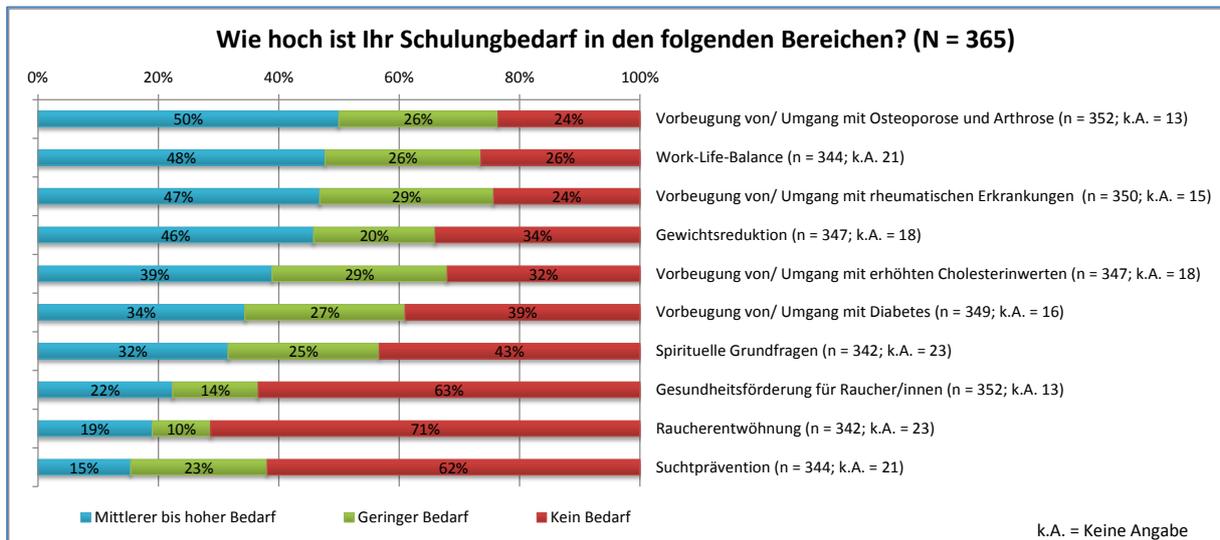


Abbildung 22: Schulungsbedarf bis 50%.
(Datengrundlage: Bedarfsanalyse).

Abbildung 23 zeigt den Schulungsbedarf bezogen auf die Themen Rauchentwöhnung und Gesundheitsförderung für (Gelegenheits-) Raucher/innen(vgl. Abb. 23). Hier wird deutlich, dass bei etwa der Hälfte der regelmäßigen Raucher/in ein **hoher (27%) bis mittlerer Bedarf (23%) an Maßnahmen zur Raucherentwöhnung sowie Gesundheitsförderung für Raucher/innen** besteht.

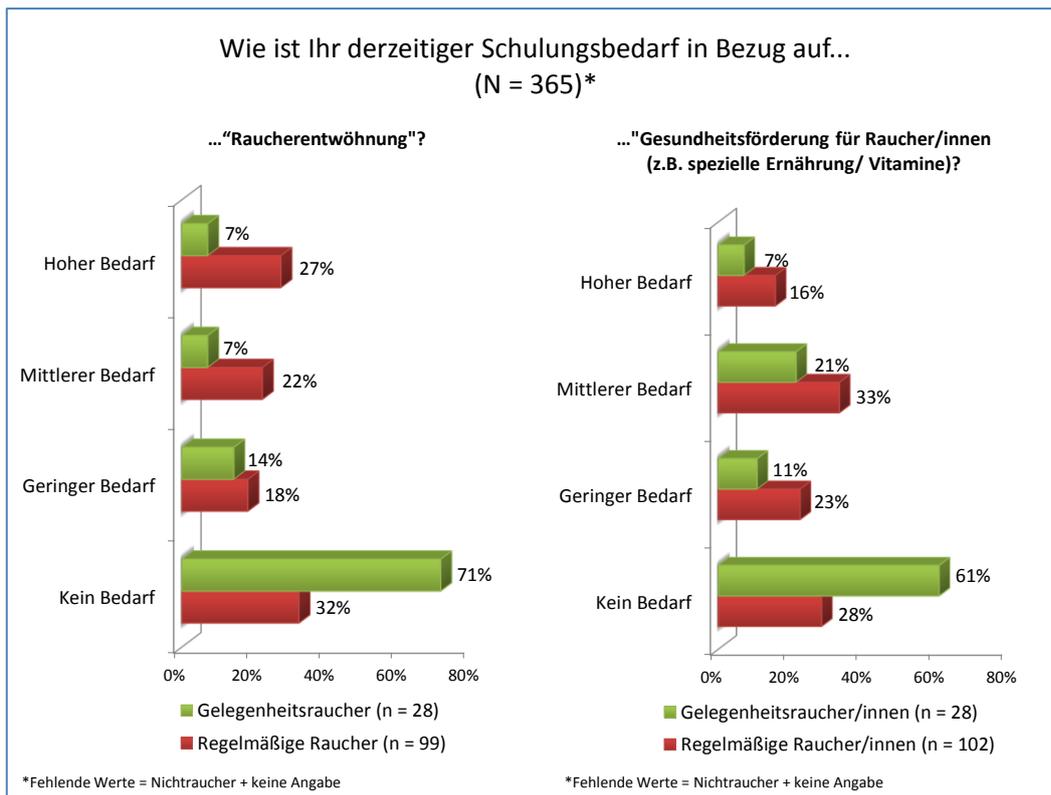


Abbildung 23: Schulungsbedarf Raucher/innen und Gelegenheitsraucher/innen.
(Datengrundlage: Bedarfsanalyse).

Die Bedarfsanalyse¹⁹ stellte die Grundlage zur Konzeption des Schulungsprogramms für die Mitarbeiter/innen durch die Projektverantwortlichen der Katholischen Stiftung Altenhilfe im Bistum Hildesheim dar. Insgesamt finden sich alle der geäußerten Bedarfe mit über 50 Prozent Interesse der Mitarbeiter/innen im Schulungsprogramm wieder²⁰.

Von den Themen, die zwar insgesamt einen geringeren Bedarf aufwiesen (unter 50%; vgl. Abb. 22), jedoch noch bei etwa jedem zweiten bis dritten Beschäftigten von Bedeutung waren, wurden, außer zu den Themen „Spiritualität“ und „Suchtprävention“, nicht bei der Konzeption der Schulungsmaßnahmen berücksichtigt. Dabei lag doch das Interesse im Bereich „**Vorbeugen von Osteoporose/ Arthrose und rheumatischen Erkrankungen**“ bei fast 50 Prozent der Mitarbeiter/innen (vgl. auch die Empfehlungen des Zwischenberichtes zur Vorheranalyse von 2011).

Ebenso ist für den Bereich Gewichtsreduktion fraglich, warum dieses Thema nicht Bestandteil der Schulungsangebote wurde. Zum einen äußerten explizit knapp die Hälfte der Befragten Interesse an diesem Thema und zum anderen sind es mehr als 60 Prozent der Befragten, die ihre Unzufriedenheit bezogen auf ihr Gewicht betonten. Dafür werden Schulungen zum Bereich „Spiritualität“ angeboten, obwohl hier nur ein äußerst geringer Bedarf besteht.

¹⁹ Vgl. hierzu auch den ersten und zweiten Projekt-Zwischenbericht)

²⁰ Nicht explizit berücksichtigt wurde das übergeordnete Thema „Berufsbedingte Belastungen“ als Schulungsangebot.

4.2.1. Teilnahmequote

Die folgende Abbildung 24 zeigt die Teilnahmequote der Mitarbeiter/innen an den angebotenen Schulungsmaßnahmen. Die **höchste Beteiligung** lag beim Angebot „**Gesundheitstag**“. Mehr als die Hälfte der Befragten nahm daran teil (53%). Beteiligungswerte von etwa 30 Prozent erreichten erwartungsgemäß vor allem Angebote zum **Umgang mit Stress, Burnout, Mobbing und Konflikten**.

Etwa jede/r Vierte bis Fünfte (18 bis 25%) war darüber hinaus bei Schulungen zu **Kommunikations- und Teamentwicklungsthemen, zur Kraft des Glaubens** sowie bei Maßnahmen zur Bewegungsförderung und Rückenprävention anwesend.

Am wenigsten Resonanz erhielten Maßnahmen, die speziell für Mitarbeiter/innen der Pflege in Leitungspositionen entwickelt wurden (2 bis 10%).

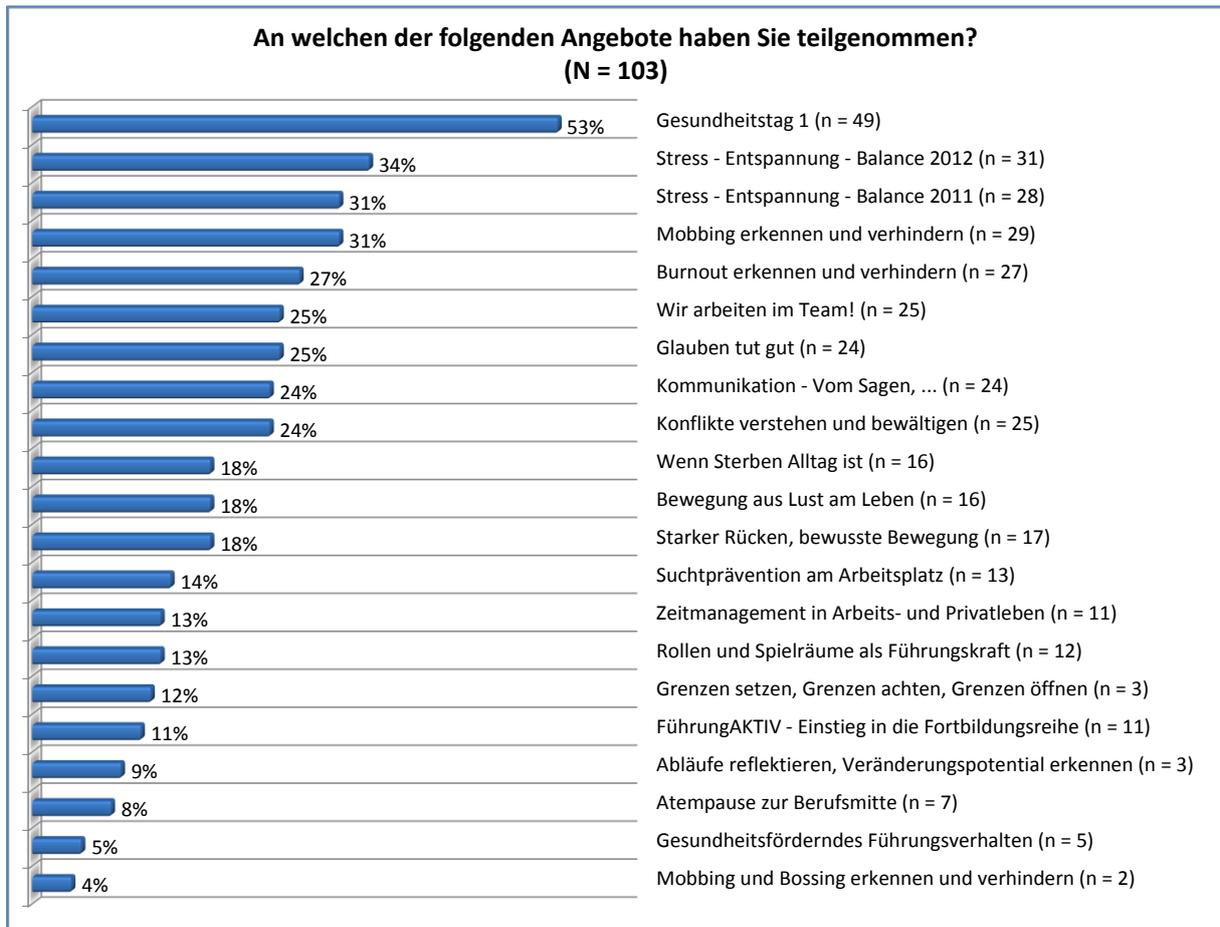


Abbildung 24: Teilnahmequote der Befragten an den Schulungen.
(Datengrundlage: Nachher-Erhebung, t₁).

4.2.2. Bewertung der Schulungsmaßnahmen

In einem nächsten Schritt konnten die Mitarbeiter/innen die bereits durchgeführten Schulungsmaßnahmen bewerten (vgl. Abb. 25). Obwohl insgesamt nur eine geringe Beteiligung an dieser Erhebung (t₁) zu verzeichnen ist (103 Personen von anfangs 891 ermittelten Beschäftigten), wird deutlich, dass **die inhaltliche Gestaltung der angebotenen Seminare eine hohe Zustimmung von den Teilnehmer/innen erfährt**. Deutliche Abzüge gibt es bei dem Seminar „Gesundheitsförderndes Führungsverhalten“, wobei hier darauf zu verweisen ist, dass sich dieses Ergebnis auf eine Kursstärke von fünf Teilnehmer/innen bezieht.

100-prozentig zufrieden waren die Teilnehmer/innen der Seminare zur „Kommunikation“ und „Atempause in der Berufsmittle – Gönn Dich Dir selbst“ sowie der speziell für Mitarbeiter/innen in Führungspositionen ausgerichteten Seminare „Mobbing und Bossing erkennen und verhindern“, „Grenzen setzen, Grenzen achten, Grenzen öffnen“ und „Abläufe reflektieren, Veränderungspotentiale erkennen“.

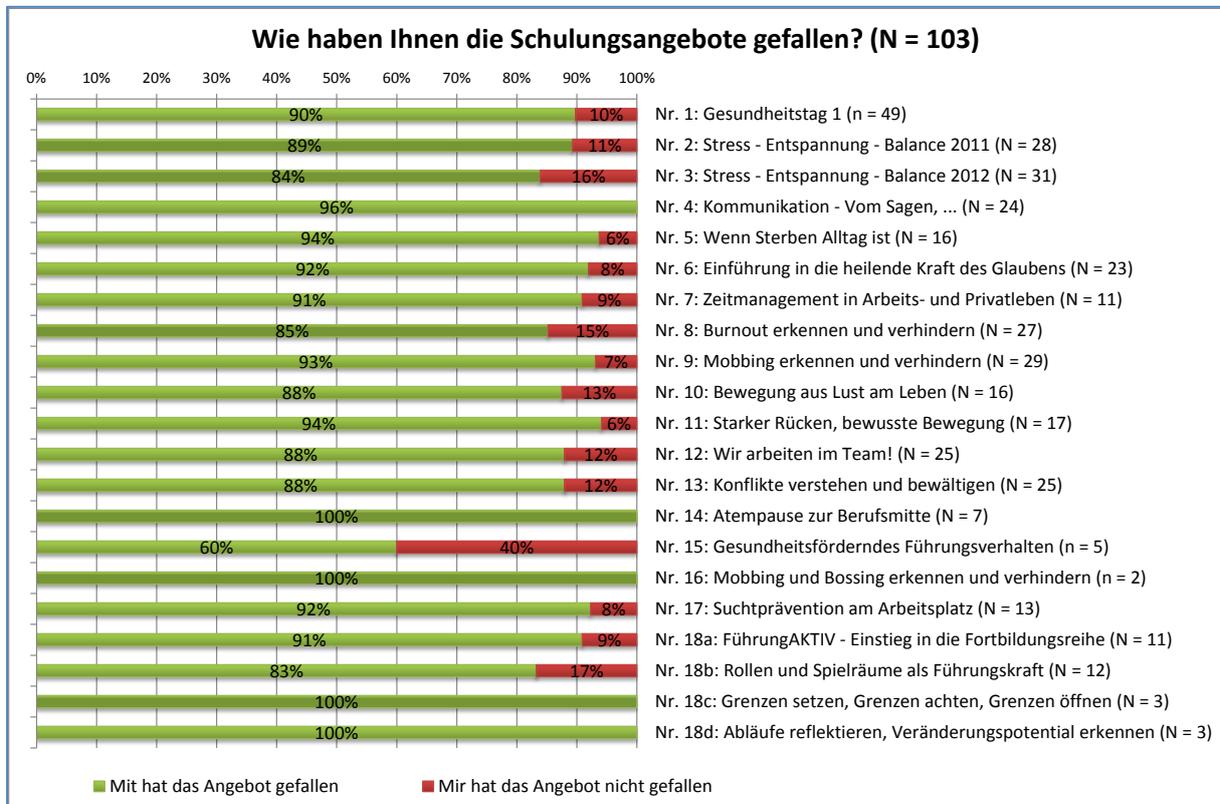


Abbildung 25: Bewertung der Schulungsmaßnahmen.
(Datengrundlage: Nachher-Erhebung, t₁).

Neben der Bewertung durch standardisierte Antwortmöglichkeiten konnten die Teilnehmer/innen auch bei „Nichtgefallen“ einzelner Seminare Verbesserungs- und Veränderungsvorschläge unterbreiten. Die folgende Tabelle 9 ist eine Zusammenschau des Feedbacks einzelner Befragter zu den Seminaren. Die Kritik und/oder Verbesserungsvorschläge der Teilnehmer/innen betreffen vor allem organisatorische Belange, wie Terminierung, Kapazitäten, Informationen und inhaltliche Ausrichtungen.

Tabelle 9: Verbesserungs- und Veränderungsvorschläge für die Schulungsmaßnahmen.

Welche Verbesserungs-/ Veränderungsvorschläge haben Sie bezogen auf die Schulungsmaßnahmen für alle Mitarbeiter?
Schulung Nr. 12 (Teamtraining): Um intensiver mit dem Thema zu arbeiten, sollte diese Fortbildung für jedes Team angeboten werden.
Angebote, die um 12:00 - 12:45 beginnen, können selten wahrgenommen werden, da Essenszeit ist.
Bei Massage am Arbeitsplatz war die Teilnehmerzahl sehr begrenzt. Jeder konnte nur 1-2x teilnehmen.
Die Informationsgestaltung über die Programme hätte ausführlicher sein können.
Schulung Nr. 8 (Burnout): könnte etwas allgemeiner gehalten werden. Ich fühlte mich danach sehr schlecht, es ging mir zu sehr an mein Innerstes.
Habe keine Vorschläge für eine Fortbildung. Ich finde, dass es zu viele Angebote gibt, dass man sich auf die eigentliche Tätigkeit konzentrieren kann. Finde, dass manche Kollegen und Kolleginnen sich anmelden, um vom Alltag Abstand zu gewinnen.

<i>Welche Verbesserungs-/Veränderungsvorschläge haben Sie bezogen auf die Schulungsmaßnahmen für alle Mitarbeiter?</i>
Leider gab es nur 1 Gesundheitstag! Dieser lag in meinem Urlaub. Als ich mich nachträglich eintragen wollte, hieß es, dass sei nicht nötig, es würde ein 2. folgen. Doch leider gab es diesen nicht, somit habe ich a fast nichts teilgenommen! Schade!!
Schulung Nr. 2: 30 Min. zu kurz! Inhalte konnten nicht vertieft werden.
Schulungen Nr. 2, 3, 10, 11 fanden 5x in der Woche statt (nicht über 5 Wochen verteilt), das war zu viel.
<i>Welche Verbesserungs-/Veränderungsvorschläge haben Sie bezogen auf die Schulungsmaßnahmen für Führungskräfte?</i>
Schulung Nr. 15: War nichts Neues, diese Inhalte sind Führungskräften bekannt. Letzten 2 Termine daher abgesagt.
Schulung Nr. 17: Es wurde nur über Alkohol gesprochen "+Co" blieb außen vor, weil die Zeit zu knapp war.

4.2.3. Bewertung der Erwartungen

Im Anschluss an die allgemeine Bewertung der Seminare in „hat mir gefallen“/ „hat mir nicht gefallen“ wurden die Befragten gebeten, zu reflektieren, ob sich ihre konkreten Erwartungen an die Seminare erfüllt haben (vgl. Abb. 26). Dazu wurden verschiedene Kategorien vorgegeben, innerhalb derer es vier verschiedene Möglichkeiten der Einschätzung gab.

Für die Mehrzahl der Befragten erfüllten sich die Erwartungen an die Schulungen. Insbesondere im den Bereich Wissenserweiterung (74%) und beim Transfer des Erlernten in die Berufspraxis (68%) wurden die Erwartungen an die Schulungsmaßnahmen erfüllt. Mehr als 60% der Befragten gaben im Bereich Motivationsförderung und Erhöhung der Arbeitszufriedenheit an, dass ihre Erwartungen bestätigt wurden. Bei mehr als der Hälfte der Teilnehmer/innen erfüllten sich die Erwartungen hinsichtlich des Anstoßes längerfristiger Veränderungen, der Übertragung von Schulungsinhalten ins Privatleben, der Reduktion körperlicher und psychischer Belastungen und der Erleichterung der Arbeit. Dennoch gibt jeweils knapp ein Drittel der Befragten an, dass sich ihre Erwartungen bzgl. längerfristiger Effekte oder Übertragungsmöglichkeiten in das Privatleben nicht erfüllt haben sowie keine Reduktion psychischer und körperlicher Belastungen eingetreten ist.

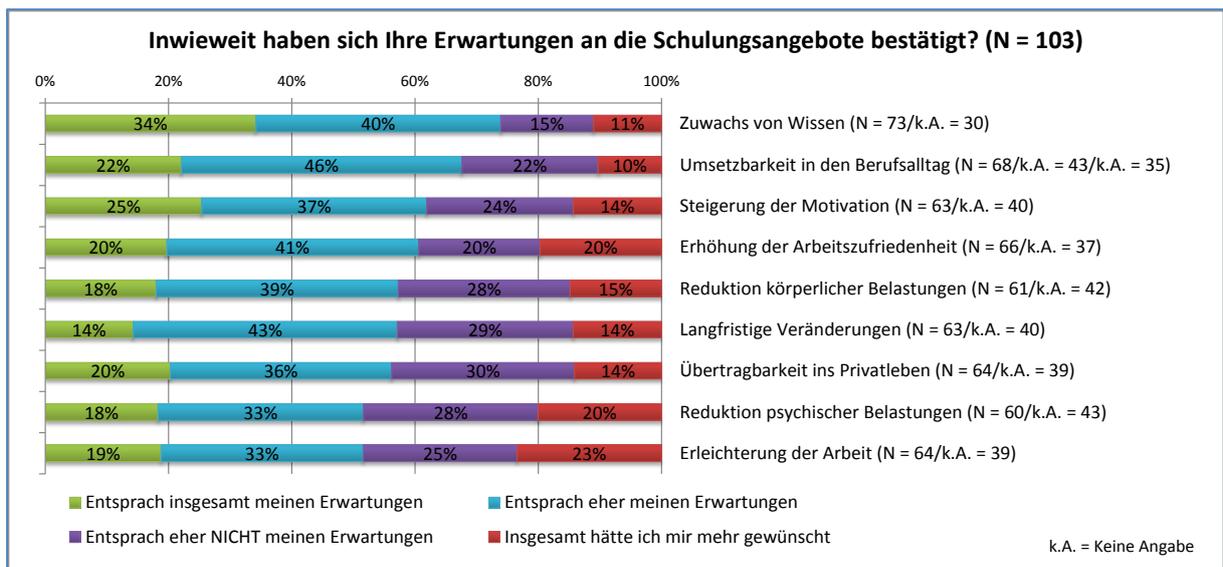


Abbildung 26: Reflexion der Erwartungen.
(Datengrundlage: Nachher-Erhebung, t₁).

Im Zuge der Klärung des Erfüllungsgrades der Teilnehmer/innen-Erwartungen hatten diese zudem die Möglichkeit, konkret zu benennen, bei welchen Seminaren sie sich zu welchen Aspekten mehr von den Schulungen gewünscht/erhofft hätten. Die Angaben sind in Tabelle 10 dargestellt. Dabei handelt es sich jeweils um Einzelmeinungen. Sehr häufig wird das Seminar Nr. 5 „Wenn Sterben Alltag ist“ innerhalb der verschiedenen Bereiche genannt, wobei auch hier nicht auszuschließen ist, dass diese Angaben die Meinung einer/es einzelnen Teilnehmers/in widerspiegelt.

Tabelle 10: Für welche Angebote hätten Sie sich mehr gewünscht?

(Datengrundlage: Nachher-Erhebung, t₁).

<i>Für welche Angebote hätten Sie sich mehr gewünscht?</i>	
In Bezug auf:	Für die Interventionen:
Zuwachs von Wissen	Kommunikation - Vom Sagen, Hören und Verstehen Wenn Sterben Alltag ist - Umgang mit Tod und Trauer Ich halt's nicht mehr aus - Mobbing erkennen und verhindern Zusammenhalt und Widerspruch - wir arbeiten im Team!
Reduktion psychischer Belastungen	Kommunikation - Vom Sagen, Hören und Verstehen Wenn Sterben Alltag ist - Umgang mit Tod und Trauer Ich halt's nicht mehr aus - Mobbing erkennen und verhindern Zusammenhalt und Widerspruch - wir arbeiten im Team!
Reduktion körperlicher Belastungen	Stress - Entspannung - Balance 2012 Wenn Sterben Alltag ist - Umgang mit Tod und Trauer
Erhöhung der Arbeitszufriedenheit	Wenn Sterben Alltag ist - Umgang mit Tod und Trauer Zusammenhalt und Widerspruch - wir arbeiten im Team! Atempause zur Berufsmittle "Gönne Dich Dir selbst"
Steigerung der Motivation	Wenn Sterben Alltag ist - Umgang mit Tod und Trauer
Übertragbarkeit ins Privatleben	Wenn Sterben Alltag ist - Umgang mit Tod und Trauer
Umsetzbarkeit in den Berufsalltag	Wenn Sterben Alltag ist - Umgang mit Tod und Trauer
Langfristige Veränderungen	Wenn Sterben Alltag ist - Umgang mit Tod und Trauer Zusammenhalt und Widerspruch - wir arbeiten im Team! Atempause zur Berufsmittle "Gönne Dich Dir selbst"
Erleichterung der Arbeit	Wenn Sterben Alltag ist - Umgang mit Tod und Trauer Atempause zur Berufsmittle "Gönne Dich Dir selbst"

4.2.4. Bewertung der Zeiteinheiten

Die **zeitliche Organisation der Seminare** hinsichtlich der Dauer wurde **überwiegend** von den Teilnehmer/innen als **„genau richtig“ eingeschätzt** (vgl. Abb. 27). Deutlich zu kurz erschienen mehr als 40 Prozent der Teilnehmer/innen die Seminare „Suchtprävention am Arbeitsplatz“ und „Stress – Entspannung – Balance“. Als „zu lang“ empfanden jeweils mehr als 20 Prozent der Teilnehmer/innen die Seminare „Gesundheitstag 1“, „Atempause zur Berufsmittle“, „Gesundheitsförderndes Führungsverhalten“ sowie „Rollen und Spielräume als Führungskräfte“.

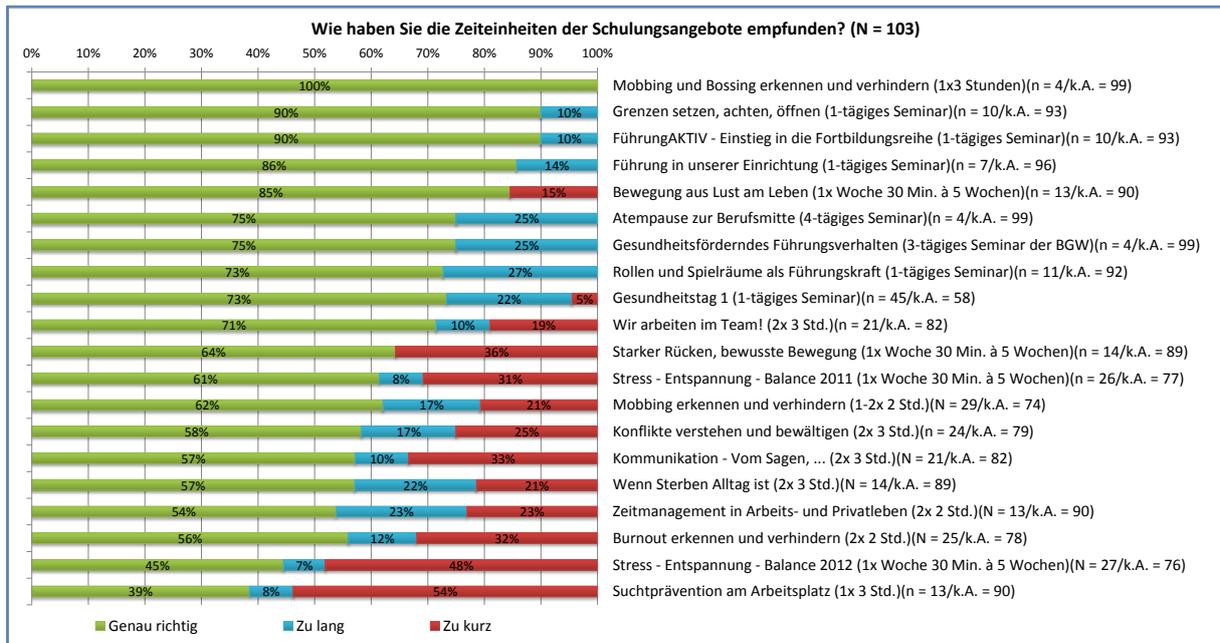


Abbildung 27: Bewertung der Zeiteinheiten der Schulungsangebote.
(Datengrundlage: Nachher-Erhebung, t₁).

4.3. Effekte der Schulungsprogramme

Welchen Effekt die Schulungsprogramme erzielen konnten, wurde zum einen im Rahmen einer Befragung, die unmittelbar nach den Interventionen stattfand (t₁), erhoben, sowie im Rahmen einer Follow-Up-Erhebung (t₂) sechs Monate nach den Interventionen. Diese sollte neben den kurzfristig erreichten Verhaltens- oder Verhältnisänderungen Aufschluss über die längerfristigen Effekte der Schulungsprogramme geben. Im Folgenden werden relevante Effekte der Schulungsmaßnahmen vorgestellt. Das Kapitel 4.3.1 zeigt dabei die kurzfristigen Effekte der Nachher-Erhebung (t₁) und das Kapitel 4.3.2 die langfristigen Effekte. Aufgrund der geringen Teilnehmerzahl an der t₁-Befragung, können für die Darstellungen in den Unterkapiteln 4.3.1.5 bis 4.3.1.7 keine alters- und berufsspezifischen Auswertungen für die einzelnen Effekte vorgenommen werden.

4.3.1. Kurzfristige Effekte der Schulungen

Damit Rückschlüssen zu Unterschieden zwischen den Professionen und Altersgruppen gezogen werden können, wird in Tabelle 11 im Folgenden die Alterszusammensetzung innerhalb der Berufsgruppen dargestellt. Ersichtlich wird, dass, wie bereits in der Beschreibung der Stichprobe (Kap. 1.5) erläutert, der Anteil jüngerer Mitarbeiter/innen vorwiegend in der Pflege vorzufinden ist. Die ältesten Mitarbeiter/innen befinden sich unter den anderen Beschäftigten. Personen im Alter von 45- bis 51 Jahren sind am häufigsten in der Pflegeleitung beschäftigt.

Tabelle 11: Altersverteilung innerhalb der Berufsgruppen (t₁).
(Datengrundlage: Nachher-Erhebung, t₁).

	18 bis 44-Jährige	45 bis 51-Jährige	51+ - Jährige
Pflegekräfte (n = 39)	41%	31%	28%
Leitung (n = 18)	28%	44%	28%
Andere Beschäftigte (n = 27)	18%	30%	52%

4.3.1.1. Allgemeiner Gesundheitszustand

In Bezug auf den allgemeinen Gesundheitszustand gab der Großteil der Befragten aller Beschäftigungsbereiche an, dass dieser gleich geblieben sei (vgl. Abb. 28). 21 Prozent der Mitarbeiter/innen der Leitungsebene berichten jedoch von einer Verbesserung durch die Teilnahme an den Schulungsmaßnahmen, sowie auch etwa 12 Prozent der Pflegekräfte und 15 Prozent der Beschäftigten anderer Tätigkeitsbereiche. Eine positivere Bewertung des allgemeinen Gesundheitszustands konnte bereits in dem Bedarfsanalyse-Follow-Up-Vergleich identifiziert werden (siehe Kapitel 4.1.1, Abb. 3), womit ein **positiver Effekt der Schulungsmaßnahmen auf die allgemeine Gesundheit bei einem kleinen Teil der Befragten** angenommen werden kann.

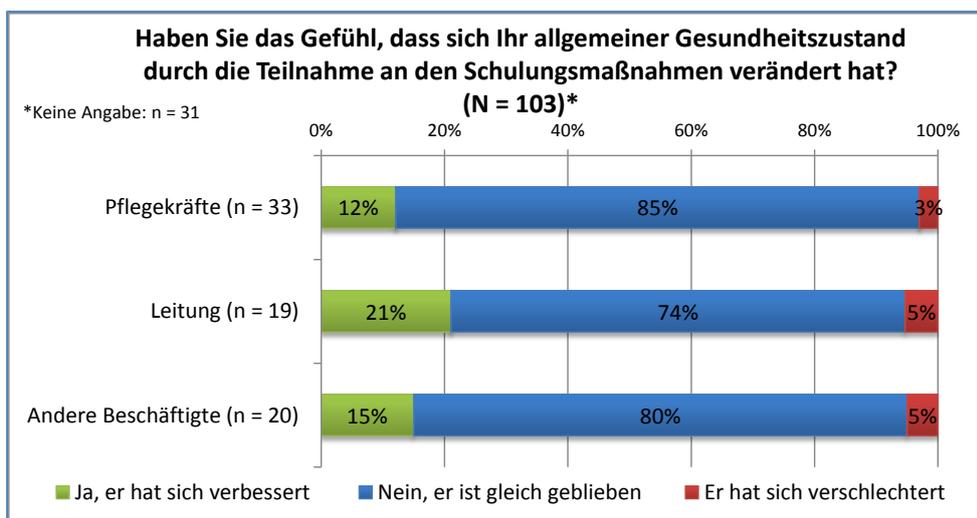


Abbildung 28: Effekt – Veränderung des allgemeinen Gesundheitszustands nach Beruf
(Datengrundlage: t₁).

Unter Betrachtung des Effekts der Interventionen auf die allgemeine Gesundheit nach Altersgruppen, wird deutlich, dass **insbesondere ältere Mitarbeiter** von den Angeboten profitieren (vgl. Abb. 29): Fast ein Drittel der über 51-Jährigen berichtet von einer Verbesserung (28%). In der Altersgruppe 18 bis 44 gaben 13 Prozent der Befragten an

Verbesserungen im allgemeinen Gesundheitszustand zu verspüren. Der geringste Effekt ist bei Mitarbeiter/innen der Altersgruppe 45 bis 51 zu verzeichnen (lediglich 4%).

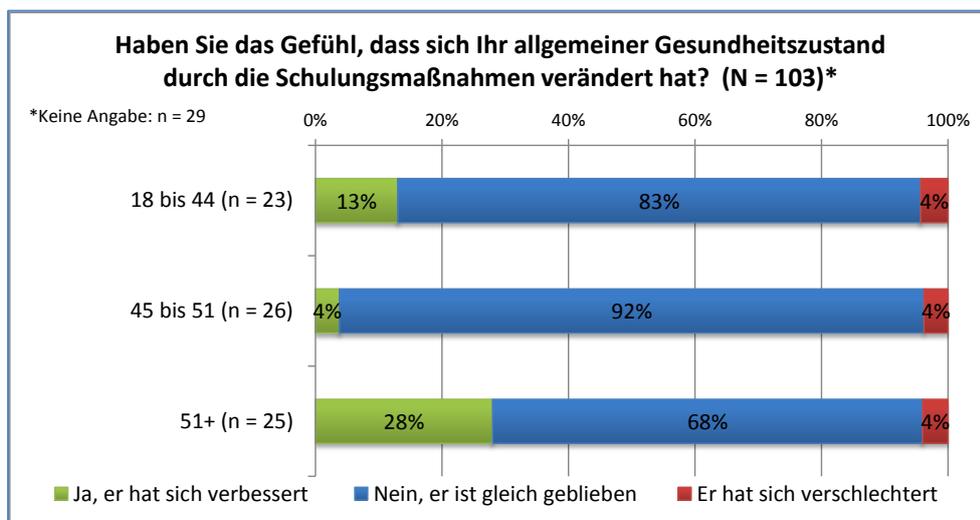


Abbildung 29: Effekt - Veränderung des allgemeinen Gesundheitszustands nach Alter (Datengrundlage: t₁).

Im Anschluss an die allgemeine Einschätzung des Effekts der Schulungsmaßnahmen (auf die eigene Gesundheit) hatten die Teilnehmer/innen die Möglichkeit, diejenigen Seminare zu benennen, die besonders zur Verbesserung ihrer Gesundheit beigetragen haben. Hier wurden insbesondere Angebote zum Umgang mit Stress, Teamzusammenhalt und Kommunikation genannt.

4.3.1.2. Veränderung in der Arbeitsfähigkeit/ Arbeitszufriedenheit

Bei Betrachtung der Arbeitsfähigkeit und Arbeitszufriedenheit wird deutlich, dass am häufigsten Beschäftigte der **Pflegeleitung eine Verbesserung hinsichtlich ihrer Arbeitsfähigkeit und Arbeitszufriedenheit äußern** (vgl. Abb. 30). Etwa jede/r vierte (26%) bzw. dritte (32%) Beschäftigte der Leitungsebene nahm eine positive Veränderung in Bezug auf die Arbeitsfähigkeit bzw. Arbeitszufriedenheit wahr.

Von den Pflegekräften hingegen berichten 15 bis 21 Prozent von festgestellten Verbesserungen im Vergleich zu den Mitarbeiter/innen anderer Beschäftigungsbereiche (19 bis 30 Prozent)

Darüber hinaus scheinen insbesondere **ältere Mitarbeiter/innen von den Schulungsmaßnahmen zu profitieren** (vgl. Abb. 31). In Bezug auf die Arbeitszufriedenheit sind es sogar etwa doppelt so viele über 51-Jährige (44%), die im Gegensatz zu den 45- bis 51-Jährigen (19%) und den 18- bis 44-Jährigen (16%) eine Verbesserung feststellen.

Von einer Verschlechterung bezüglich der Arbeitsfähigkeit berichten lediglich 18- bis 44-Jährige (7%), hinsichtlich der Arbeitszufriedenheit lediglich 45- bis 51-Jährige (12%).

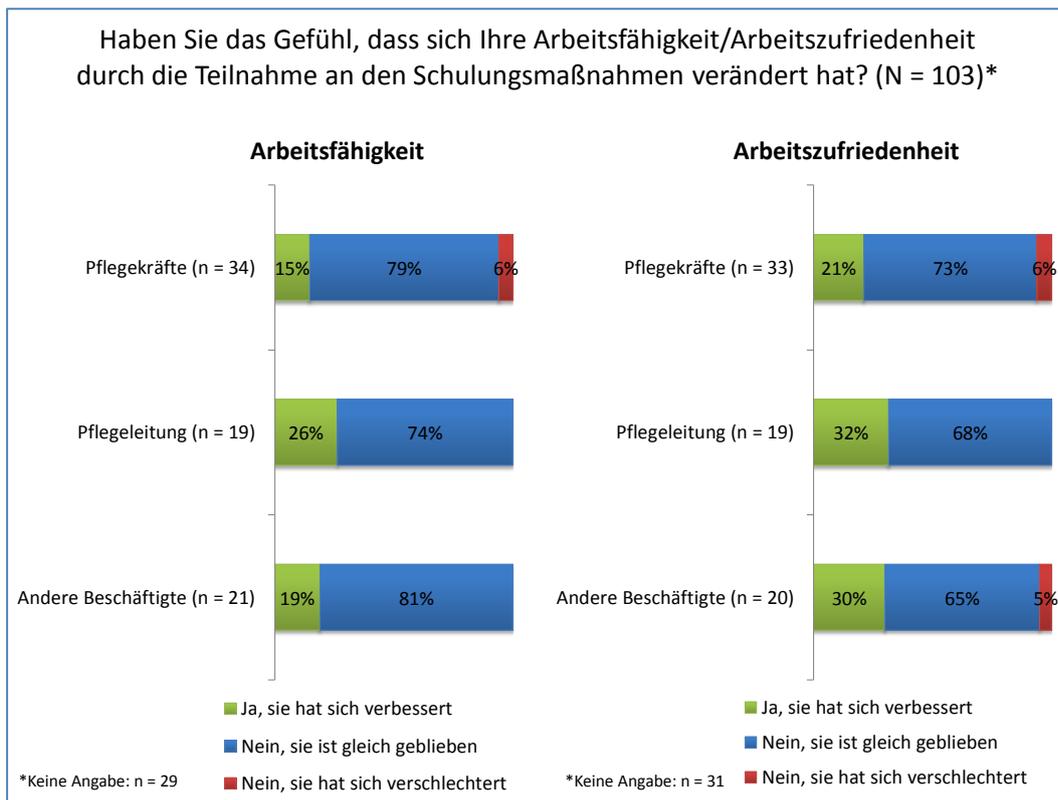


Abbildung 30: Effekt- Veränderung der Arbeitsfähigkeit/Arbeitszufriedenheit nach Beruf. (Datengrundlage: Nachher-Erhebung, t₁).

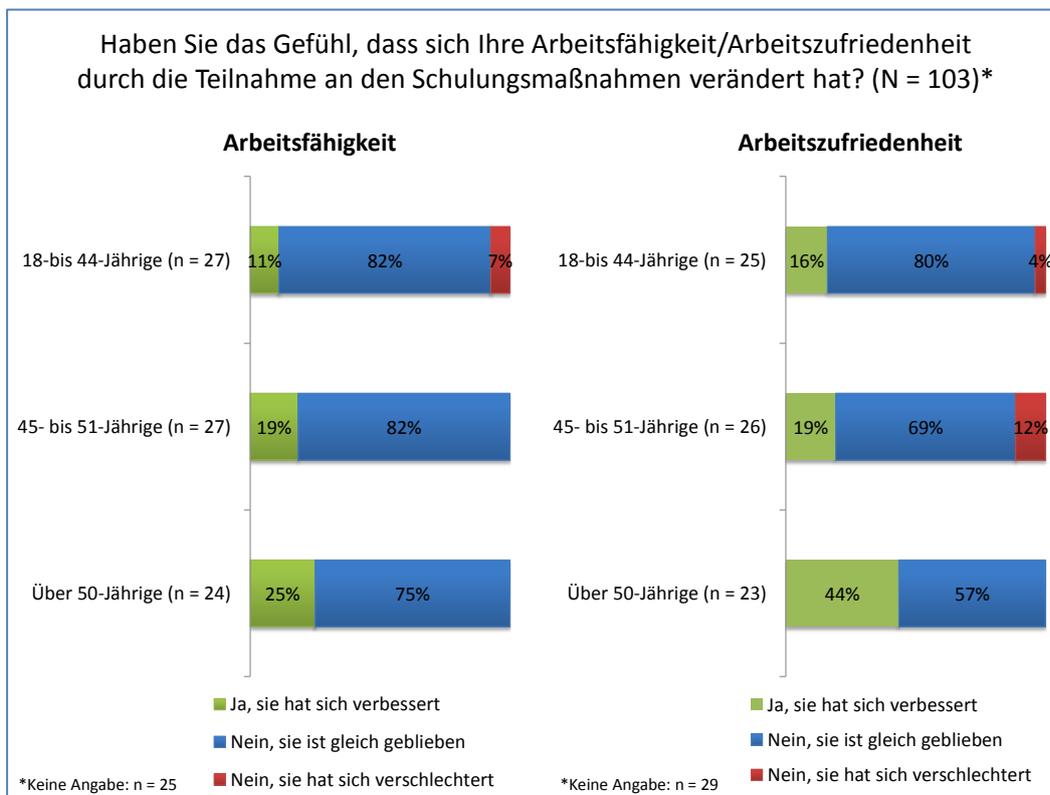


Abbildung 31: Effekt - Veränderung der Arbeitsfähigkeit/ Arbeitszufriedenheit nach Alter. (Datengrundlage: Nachher-Erhebung, t₁).

4.3.1.3. Reduktion psychischer und körperlicher Belastungen

Hinsichtlich des Effekts der Schulungen auf psychische und körperliche Belastungen, lassen sich beim **Großteil der Befragten** aller drei Berufsgruppen **gleichbleibende Belastungen** feststellen.

Erneut äußern vor allem **Leitungskräfte häufiger Verbesserungen** (vgl. Abb. 32). Etwa jede/r zweite (44%) der Mitarbeiter/in der Leitungsebene berichtet von geringeren psychischen Belastungen, von den Pflegekräften und weiteren Beschäftigten hingegen lediglich etwa jede/r vierte Mitarbeiter/in (20%). Weiterhin gaben sechs bis 15 Prozent der Mitarbeiter/innen an, sich stärker belastet zu fühlen²¹.

Die Interventionen zur **Reduktion der körperlichen Belastungen führten nur bei sechs Prozent bis 13 Prozent der Teilnehmenden zu Verbesserungen**. Dafür berichtete jedoch kaum ein/e Teilnehmer/in von einer stärkeren körperlichen Belastung nach der Intervention (nur 3% der Pflegekräfte).

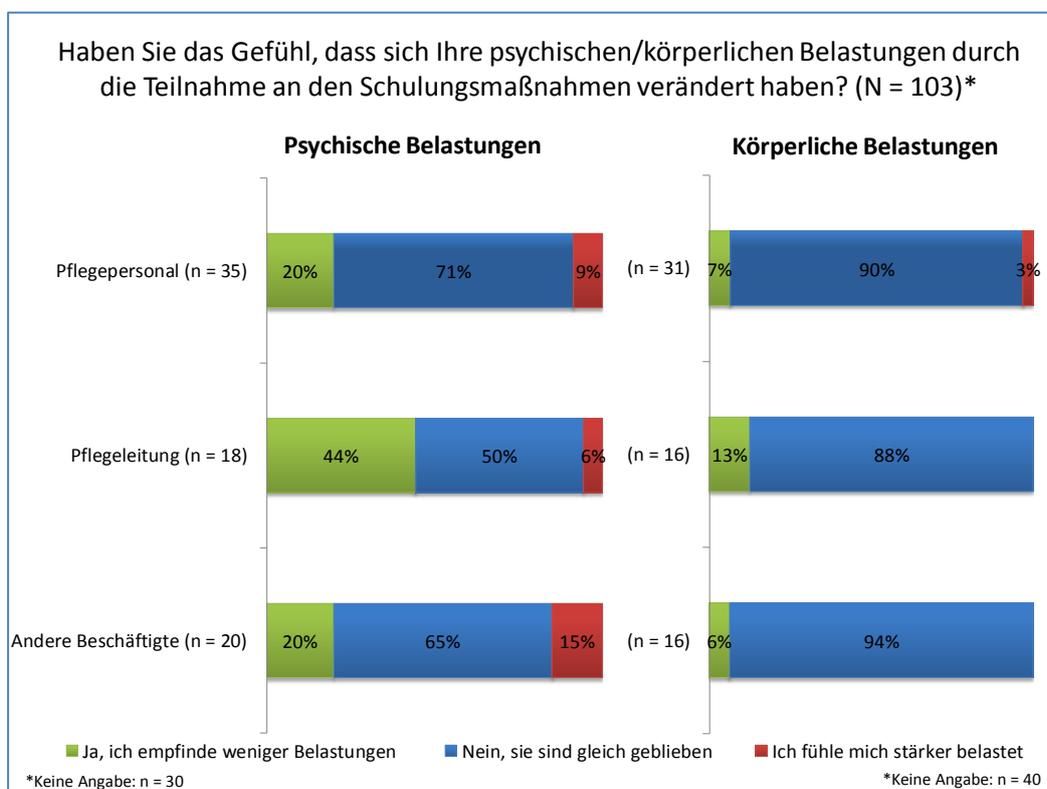


Abbildung 32: Effekt - Reduktion psychischer und körperlicher Belastungen nach Beruf. (Datengrundlage: Nachher-Erhebung, t₁).

Verbesserungen in Bezug auf den Umgang mit **psychischen Belastungen** benennen insbesondere **ältere Beschäftigte** (über 51-Jährige)(vgl. Abb. 33). 38 Prozent der Personen dieser Altersgruppe berichten von einem **positiven Effekt durch die Teilnahme an den Interventionen**. Bei den 18- bis 44-Jährigen hingegen treffen etwa 23% diese Aussage und bei den 45- bis 51-Jährigen lediglich 15% der Beschäftigten. Weitergehend haben sich bei

²¹ Die stärkere Belastung ist hier nicht auf die Interventionen zurückzuführen, sondern auf andere Umstände (Doppelbelastung durch fehlende Kollegen, schlechte Arbeitsplangestaltung, höheren Zeitdruck, etc.), die nicht im direkten Zusammenhang mit den Inhalten der Schulungen stehen, sondern vielmehr die organisatorische Ebene betreffen.

etwa acht bis 12 Prozent trotz der Schulungsmaßnahmen Verschlechterungen hinsichtlich der psychischen Belastungen eingestellt.

Für die Reduktion **körperlicher Belastungen** zeigt sich trotz kaum vorhandener Aussagen über Verschlechterungen ein **geringerer Erfolg als für die Reduktion psychischer Belastungen**: Bei Personen im Alter von 18-bis 45 Jahren sind die Belastungen gleich geblieben (nur 5% Verbesserung bei 18- bis 44-Jährigen). Lediglich über 51-Jährige berichten von einer Verbesserung der körperlichen Belastungen. Dafür sind kaum Verschlechterungen zu verzeichnen (lediglich bei 5% der 18- bis 44-Jährigen).

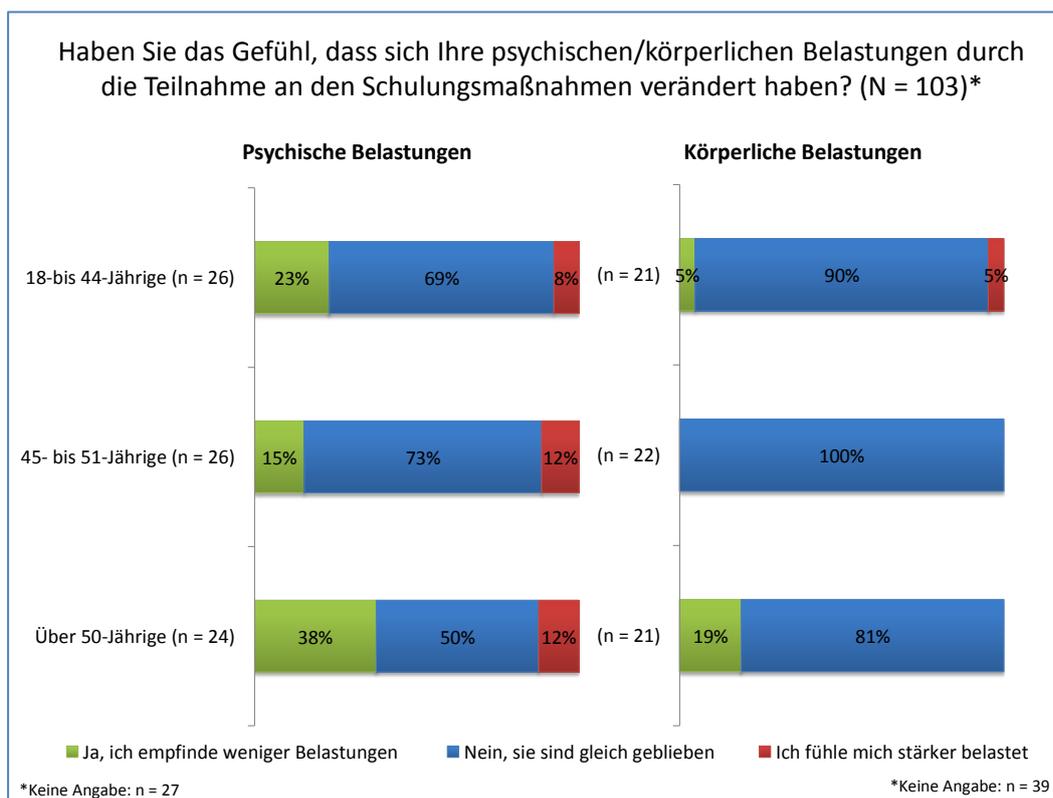


Abbildung 33: Effekt - Reduktion körperliche und psychischer Belastungen nach Alter. (Datengrundlage: Nachher-Erhebung, t_1).

4.3.1.4. Effekt - Erkennen von Belastungsgrenzen

Bei der Frage, ob die Teilnahme an den Schulungsmaßnahmen dazu geführt hat, Belastungsgrenzen besser erkennen zu können, zeigt sich - wie auch bereits beim Effekt der Schulungen auf körperliche und psychische Belastungen - **dass der Großteil (79%) seine/ ihre Belastungen gleichermaßen erkennt** (vgl. Abb. 34). Etwa 18 Prozent der Teilnehmer/innen berichten von einer positiven Entwicklung: Sie geben an, ihre Belastungsgrenzen durch die Teilnahme an den Schulungen besser erkennen zu können. Bei lediglich drei Prozent hat sich die Fähigkeit verschlechtert.

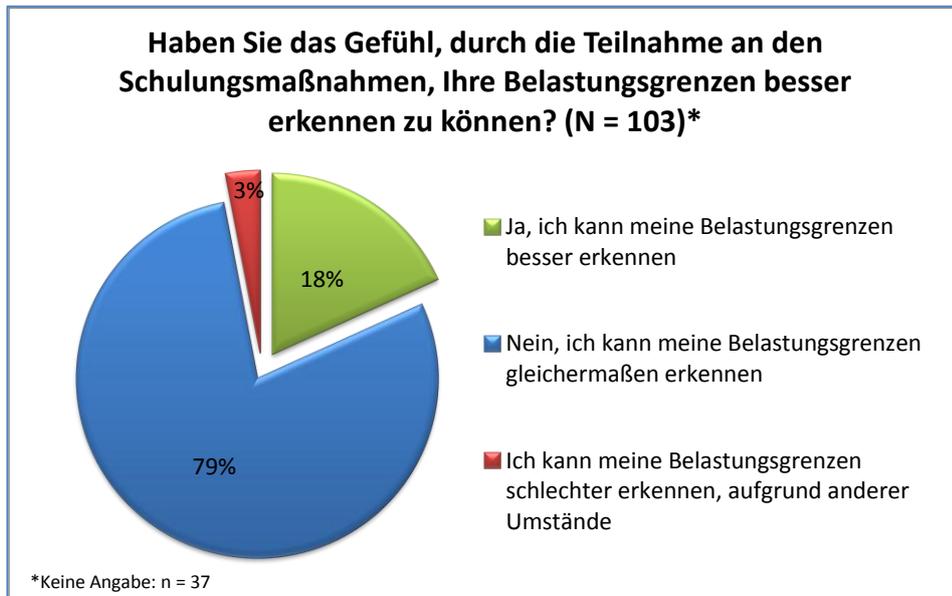


Abbildung 34:
Effekt Belastungsgrenzen erkennen.
(Datengrundlage: Nachher-Erhebung, t₁).

Eine Differenzierung nach Berufsgruppen wurde hier nicht dargestellt, da kaum Unterschiede zwischen Pflegepersonal, Pflegeleitung und Mitarbeiter/innen anderer Bereiche hinsichtlich des Erkennens von Belastungsgrenzen vorhanden sind.

Im Vergleich der Altersgruppen fällt hingegen auf, dass es **jüngeren Beschäftigten insgesamt schwerer fällt ihre Belastungsgrenzen zu erkennen** (vgl. Abb. 35). Befragte der Altersgruppe über 51 geben zwar genauso häufig an, ihre Grenzen besser zu kennen, wie die 45- bis 51-Jährigen, berichteten jedoch gleichzeitig auch von einer Verschlechterung (12%).

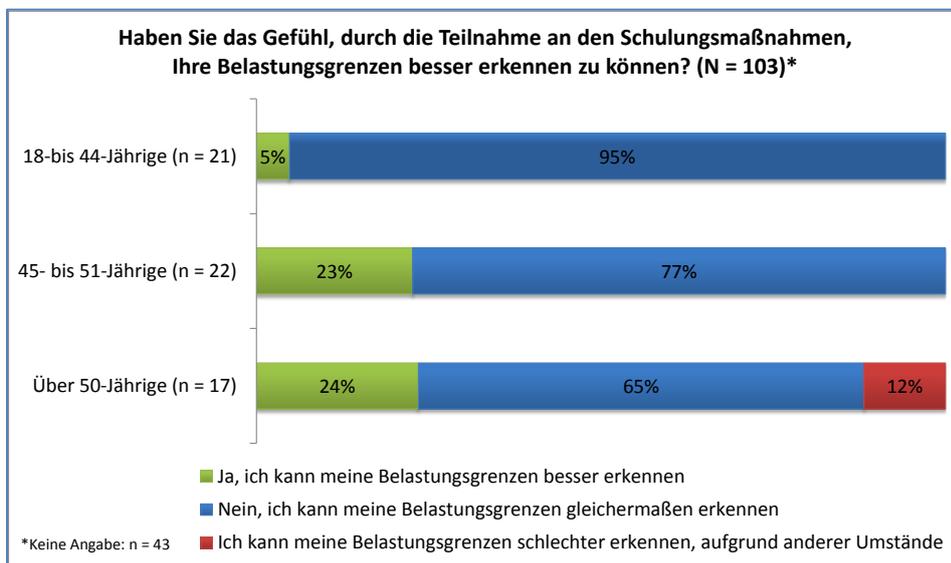


Abbildung 35:
Effekt Belastungsgrenzen erkennen nach Alter.
(Datengrundlage: Nachher-Erhebung, t₁).

Einige Teilnehmer/innen nutzten die Möglichkeit, Gründe für eine gestiegene oder unveränderte Belastung zu benennen: Deutlich wird hier, dass neben der fehlenden Motivation an Maßnahmen teilzunehmen, Schwierigkeiten darin bestehen, das Gelernte in die Praxis umzusetzen oder aufgrund von Angst vor dem Arbeitsplatzverlust das Setzen von persönlichen Grenzen nicht realisieren zu können. Darüber hinaus sorgten strukturelle Rahmenbedingungen zu Mehrbelastungen bei den Mitarbeiter/innen, die nicht an den Schulungen teilnahmen.

4.3.1.5. Effekt der Stress-, Zeitmanagement- und Burnout-Angebote

Bei der Frage, ob die Angebote zu Stress, Zeitmanagement und Burnout dazu geführt haben, dass sich die Befragten „weniger gestresst fühlen“, „sich im privaten und/ oder beruflichen Alltag besser organisieren können“ und/ oder „mit Belastungen besser umgehen können“, zeigt sich folgender Effekt: **Die Stress-, Zeitmanagement- und Burnout-Angebote haben bei etwa der Hälfte der Befragten (46%) dazu beigetragen, mit Belastungen besser umgehen zu können** (vgl. Abb. 36; blauer bis roter Bereich). Weiterhin gaben rund 40 bis 42 Prozent der Teilnehmer/innen an, dass sie sich im beruflichen Alltag besser organisieren können und sich weniger gestresst fühlen. Etwa ein Drittel (27%) der Befragten antwortete sogar, dass die Angebote ihnen dazu verhalfen haben, sich auch im privaten Alltag besser organisieren können.

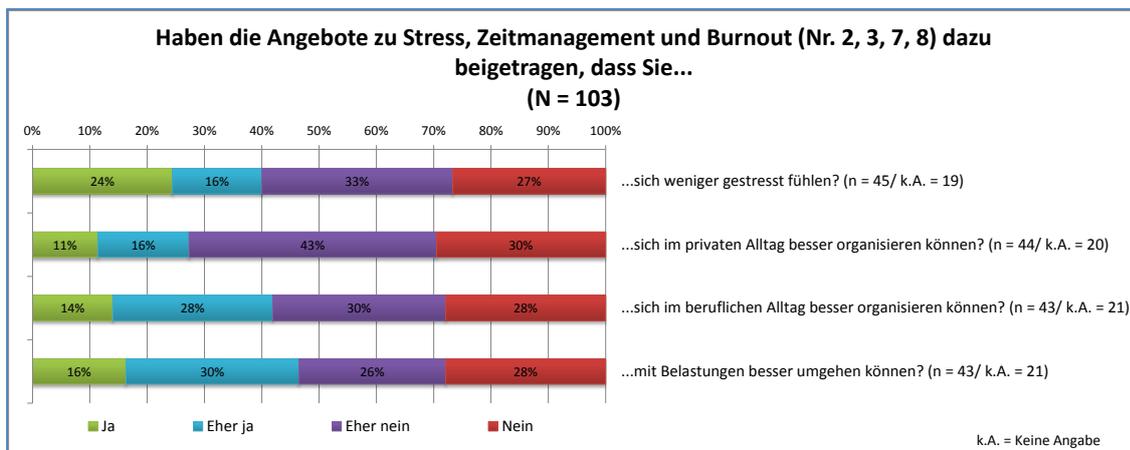


Abbildung 36: Effekt der Angebote zu Stress, Zeitmanagement und Burnout. (Datengrundlage: Nachher-Erhebung, t₁).

4.3.1.6. Effekt der Bewegungsangebote

Bezüglich des Effekts der Bewegungsangebote zeigt sich, dass über die Hälfte der Befragten (60%) inzwischen plant, dauerhaft an ihrer Bewegung zu arbeiten (vgl. Abb. 37; Bereich blau bis rot). Etwa 40 Prozent berichten davon, dass sie sich durch die Angebote „**körperlich besser/fitter fühlen**“ und „**weniger Belastungen**, z.B. Rückenschmerzen haben“. Etwa ein Drittel der Teilnehmer/innen (28%) bemerkt an sich eine **erhöhte Beweglichkeit**.

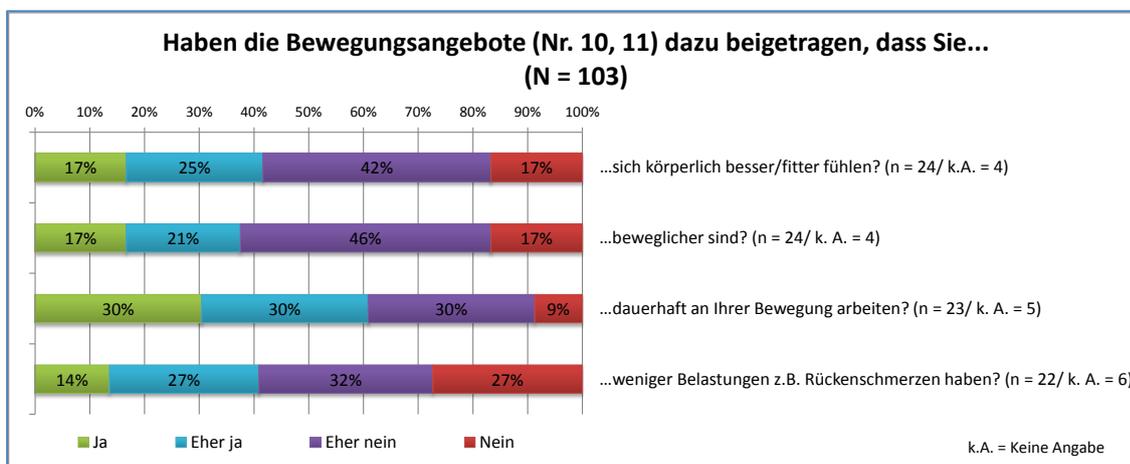


Abbildung 37: Effekt der Bewegungsangebote. (Datengrundlage: Nachher-Erhebung, t₁).

4.3.1.7. Effekt der Angebote zu Kommunikation, Teamarbeit, Konflikten

Fünf der angebotenen Schulungsmaßnahmen befassten sich mit den Themen Kommunikation, Teamarbeit und dem Umgang mit Konflikten. Um die Effekte der Schulungen zu beschreiben, wurden die Teilnehmer/innen gebeten auf verschiedene Aussagen zu antworten (vgl. Abb. 38). **Insgesamt zeigt sich, dass die Mehrheit der Teilnehmer/innen „eher“ bis „eindeutige“ positive Schulungseffekte wahrnimmt.** Am häufigsten konnten die Seminare im sozial-kommunikativen Bereich dazu beitragen, das gegenseitige Verständnis im Team bzw. für Kollegen/innen zu erhöhen. An zweiter Stelle weisen die sozial-kommunikativ orientierten Seminare Effekte in Richtung „allgemeine Verbesserung der Teamarbeit“ und hinsichtlich der Fähigkeit „Konflikte leichter zu lösen“ auf.

Die Angebote im Bereich „**Kommunikation, Teamarbeit und Konflikte**“ haben nach Angaben der Teilnehmer/innen zu etwa 60 bis 75 Prozent dazu beigetragen (Bereich blau bis rot), „das Arbeiten im Team zu verbessern“ (bei 68% der Teilnehmer/innen), „weniger Konflikte aufkommen zu lassen“ (bei 65% der Teilnehmer/innen) sowie „mehr Verständnis für Kollegen/innen“ zu haben“ (bei 74% Teilnehmer/innen). Darüber hinaus geben etwa 66 Prozent der Befragten an, dass die Teilnahme an den Angeboten zu mehr Zusammenhalt geführt hat und 69 Prozent, dass Konflikte leichter gelöst werden können.

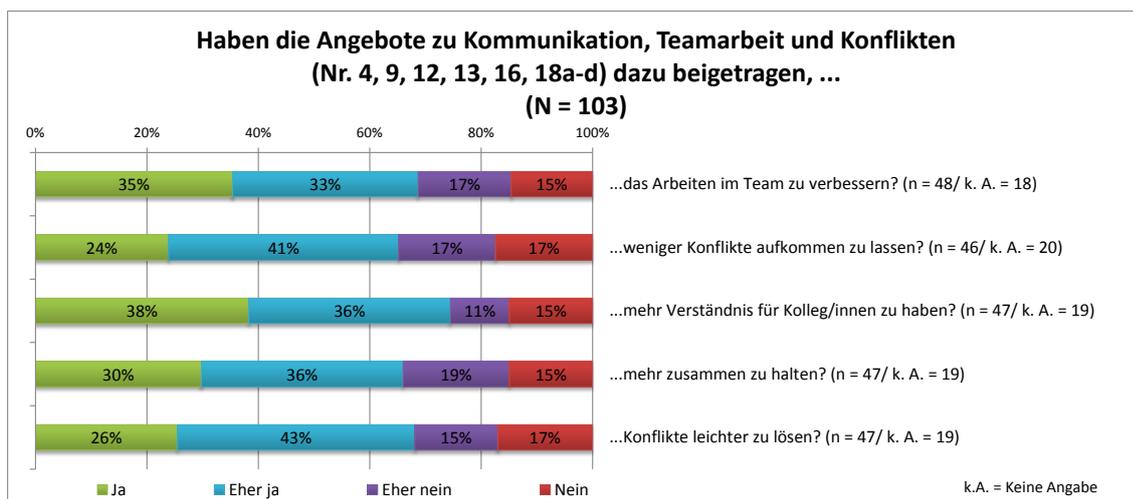


Abbildung 38: Effekt der Angebote zu Kommunikation, Teamarbeit und Konflikten.
(Datengrundlage: Nachher-Erhebung, t₁).

4.3.2. Langfristige Effekte der Schulungen

Um langfristige Effekte durch die Schulungen zu erfassen, wurden die Teilnehmer/innen zu Veränderungen hinsichtlich belastend bewerteter Situationen und Umstände (u.a. hoher Zeitdruck, Stress und Teamkonflikte) sowie in Bezug auf persönliche Ressourcen (z.B. das Wissen über Arbeitsbelastungen, den Umgang mit Konflikten, das Erkennen von Belastungsgrenzen) befragt.

Zur Altersverteilung innerhalb der Berufsgruppen besteht zu der Nachher-Erhebung lediglich ein geringer Unterschied (vgl. Tab. 12): Auch hier ist der Anteil jüngerer Mitarbeiter/innen vorwiegend in der Pflege vorzufinden. Etwa jede zweite Pflegekraft (50%) ist im Alter von 18 bis 44 Jahren. In der Pflegeleitung ist dies etwa jede/r dritte Beschäftigte (29%) und unter den Mitarbeiter/innen anderer Beschäftigungsbereiche ist lediglich jede/r Sechste bis Siebte im Alter von 18- bis 44 Jahren (15%).

In dieser Erhebung besitzt, im Gegensatz zur Nachher-Erhebung, die Gruppe der Mitarbeiter/innen anderer Tätigkeitsbereiche insgesamt betrachtet nicht nur den höchsten Anteil an über 51-Jährigen, (46%), sondern auch den höchsten Anteil an 45- bis 51-Jährigen Beschäftigten (40%).

Tabelle 12: Altersverteilung innerhalb der Berufsgruppen (t₂).
(Datengrundlage: Follow-Up, t₂).

	18 bis 44	45 bis 51	51+
Pflegepersonal (n = 56)	50%	29%	21%
Pflegeleitung (n = 17)	29%	35%	35%
Andere Beschäftigte (n = 48)	15%	40%	46%

4.3.2.1. Veränderungen in Bezug auf die eigene Person

Nach Berufsgruppen differenziert wird deutlich, dass **Mitarbeiter/innen der Leitung** scheinbar den **größten langfristigen Nutzen aus den Schulungsmaßnahmen ziehen konnten**, da sie in fast allen Bereichen zwei bis dreimal häufiger von einer Verbesserung berichten als Pflegekräfte und Beschäftigte anderer Bereiche (vgl. Abb. 39; grüner Bereich). So hat sich das Wissen über Arbeitsbelastungen sowie über den Umgang mit Konflikten im Team bei 60 Prozent der Leitungskräfte verbessert. Bei etwa 50 Prozent ist die Fähigkeit, Belastungsgrenzen zu erkennen und Stress besser managen zu können, gestiegen.

Ein **Viertel der Pflegekräfte** (25%) berichtet zwar ebenfalls von einem **besseren Wissen über Arbeitsbelastungen**, jedoch wurde bereits bei den offenen Fragen deutlich, dass sie wenig Handlungsspielraum besitzen, dieses Wissen auch umsetzen zu können. Insbesondere in Bezug auf die Arbeitszufriedenheit und körperlichen Belastungen geben sie zudem an, Verschlechterungen wahrgenommen zu haben.

Ein ähnliches Bild zeigt sich auch für die Mitarbeiter/innen weiterer Beschäftigungsbereiche. Hier ist trotz des höheren Wissens über Arbeitsbelastungen und ihre Belastungsgrenzen (bei ca. 20%) vor allem in Bezug auf die psychischen Belastungen und die Arbeitszufriedenheit eine Verschlechterung festzustellen.

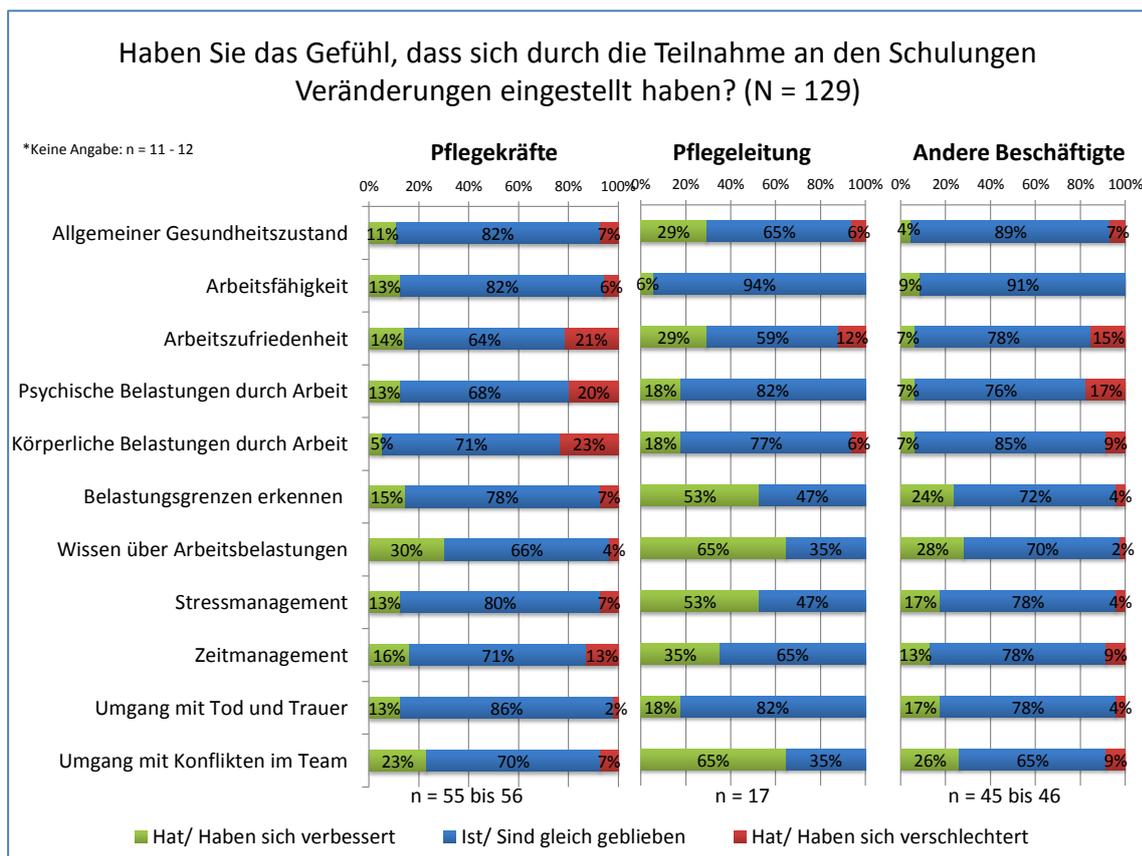


Abbildung 39: Effekt - langfristige Veränderungen nach Beruf.
(Datengrundlage: Follow-Up, t₂).

Im Vergleich der Altersgruppen ist ersichtlich, dass **in Bezug auf den Zuwachs von Wissen über Arbeitsbelastungen, das Erkennen von Belastungsgrenzen und den Umgang mit Stress der Interventionseffekt mit dem steigenden Alter zuzunehmen scheint** (vgl. Abb. 40). Am häufigsten berichten über 51-Jährige in diesen Bereichen von einer Verbesserung, am seltensten die 18- bis 44-Jährigen. Im Gegensatz dazu berichten die jüngsten Mitarbeiter/innen aber am häufigsten von einer Verbesserung der Arbeitsfähigkeit und ihren Umgang mit Teamkonflikten. Kaum eine Verbesserung hat sich hingegen bei über 51-Jährigen hinsichtlich der Arbeitsfähigkeit und der Verringerung von körperlichen Belastungen durch die Arbeit eingestellt.

Die Arbeitszufriedenheit weist in allen drei Altersgruppen bei etwa 20 bis 25 Prozent der Teilnehmer/innen Verschlechterungen auf. Insbesondere bei den 18- bis 45-Jährigen haben sich zudem in Bezug auf psychische und körperliche Belastungen Verschlechterungen eingestellt.

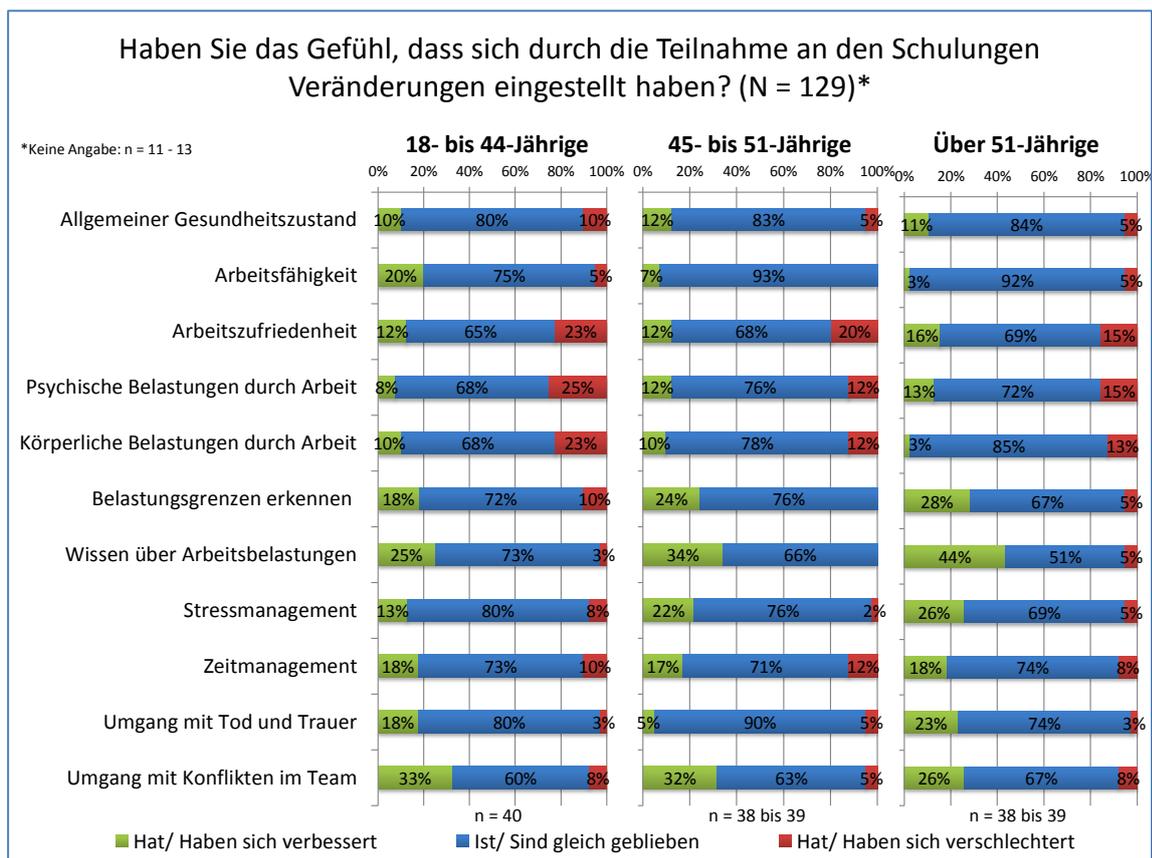


Abbildung 40: Effekt - langfristige Veränderungen nach Alter.
(Datengrundlage: Follow-Up, t₂)

4.3.2.2. Reduktion gesundheitlicher Beschwerden

In der folgenden Abbildung ist der Effekt der Schulungsmaßnahmen auf für die Zielgruppen identifizierte häufig auftretende physische und psychische Beschwerden dargestellt (vgl. Abb. 41). Zu den Beschwerden, die „sehr häufig“ bis „häufig“ bei den Befragten innerhalb der letzten sechs Monate vor der Bedarfsanalyse auftraten gehörten (siehe Kapitel 4.1.5):

- „Nacken-/ Schulterschmerzen“,
- „Kreuz-/Rückenschmerzen“,
- „Knochen-/ Gelenkschmerzen“,
- „Mattigkeit“,
- „Kopfschmerzen“,
- „Schlafstörungen“
- „Hautreizungen“ (vgl. Abb. 9).

Bei der Analyse des längerfristigen Effekts der Schulungsmaßnahmen im Rahmen der Follow-Up-Erhebung (t₂) zeigt sich für diese Beschwerden, dass insgesamt **häufiger Leitungskräfte von einer Verbesserung berichten**, obwohl diese insgesamt seltener von Beschwerden dieser Art betroffen waren als Beschäftigte in der Pflege und weiterer Tätigkeitsbereiche und sie zudem die kleinste Untersuchungsgruppe in dieser Erhebung darstellen.

Vor allem in Bezug auf **Kreuz-/Rückenschmerzen** (16%), **Mattigkeit** (17%) und **Schlafstörungen** (17%) verspürten Leitungskräfte Verbesserungen. Etwa gleich hoch ist der Anteil der **Pflegekräfte** hinsichtlich der Reduktion von **Kreuz-/Rückenschmerzen** (16%).

Insgesamt betrachtet ist der Anteil derjenigen, die von einer Verbesserung berichten jedoch sehr gering: etwa jede/r sechste Leitungskraft bemerkte eine Verbesserung. In den beiden anderen Gruppen ist der Anteil der Personen noch viel geringer

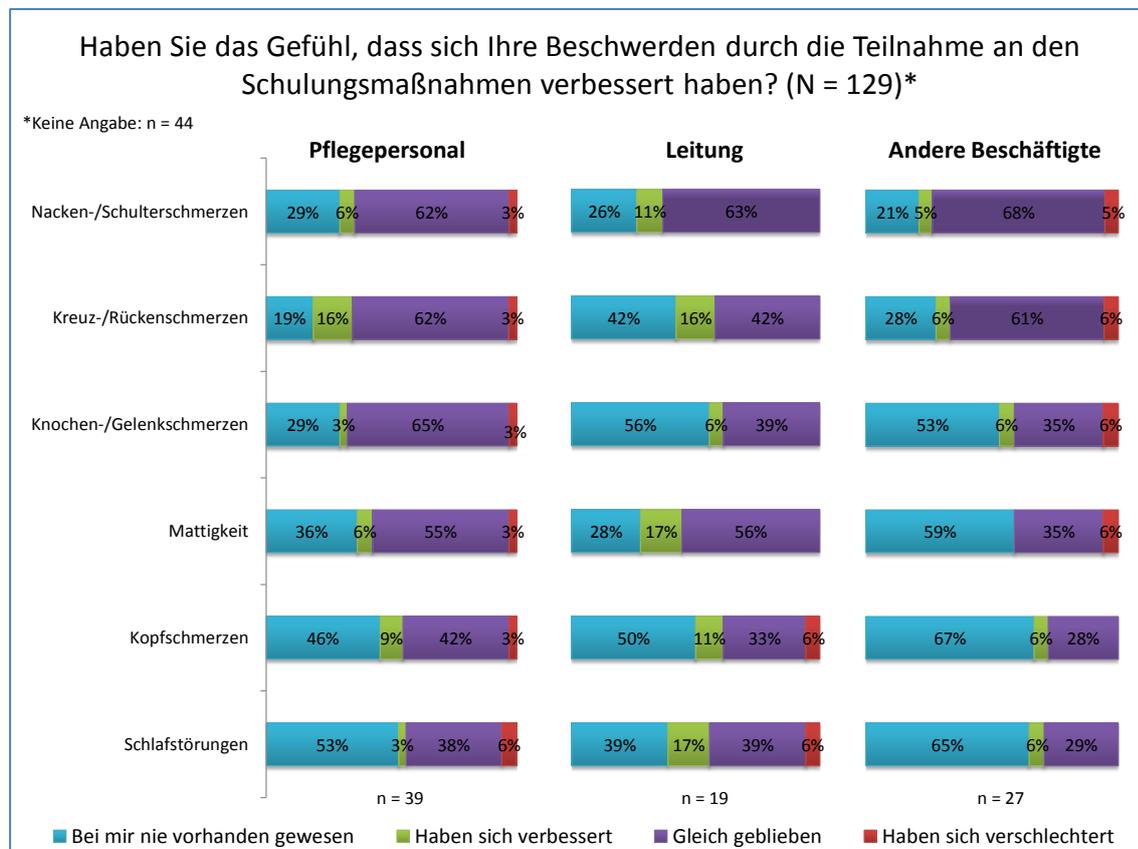


Abbildung 41: Effekt - Reduktion gesundheitlicher Beschwerden nach Beruf.
(Datengrundlage: Follow-Up-Erhebung, t₂).

Nach Altersgruppen differenziert, wird deutlich, dass trotz der geringen Fallzahlen **insbesondere bei Mitarbeiter/innen über 51 Jahre** für die am häufigsten aufgetretenen Beschwerden geringe positive Effekte durch die Interventionen erzielt werden konnten (vgl. Abb. 42): In Bezug auf **Nacken-/Schulter-Beschwerden** (12%), **Müdigkeit** (15%), **Kopfschmerzen** (14%) und **Schlafstörungen** (10%) wurde von Befragten dieser Altersgruppe im Gegensatz zu den jüngeren Befragten am häufigsten von einer Verbesserung durch die Schulungsmaßnahmen berichtet.

Insgesamt betrachtet, scheinen Maßnahmen zur Verbesserung von Kreuz-/Rückenschmerzen den höchsten positiven Effekt zu erzielen, da hier in allen Altersgruppen von einer Verbesserung berichtet wird.

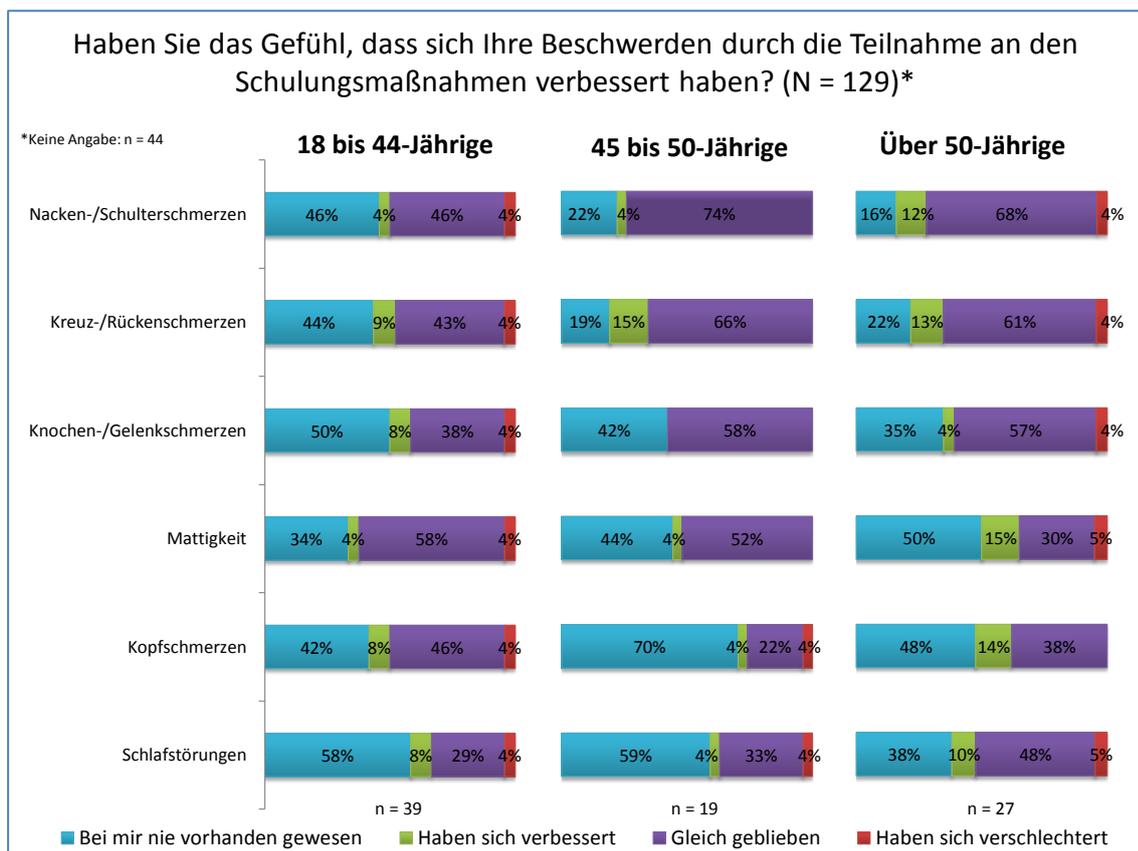


Abbildung 42: Effekt - Reduktion gesundheitlicher Beschwerden nach Alter.
(Datengrundlage: Follow-Up-Erhebung, t₂)

4.3.2.3. Veränderung in der Einrichtung

Um die Effekte der Schulung zu bewerten, wurden die Teilnehmer/innen des Weiteren gebeten, einzuschätzen, ob sie innerhalb ihrer Einrichtungen Veränderungen bemerken, die sie auf die Durchführung der Schulungen zurückführen können. Am häufigsten sind es die **Leitungskräfte mit 38 Prozent**, die **positive Veränderungen** aufgrund der Schulungen wahrnehmen. Bei den Pflegenden und anderen Berufsgruppen trifft das auf 15 bis 16 Prozent der Befragten zu (vgl. Abb. 43).

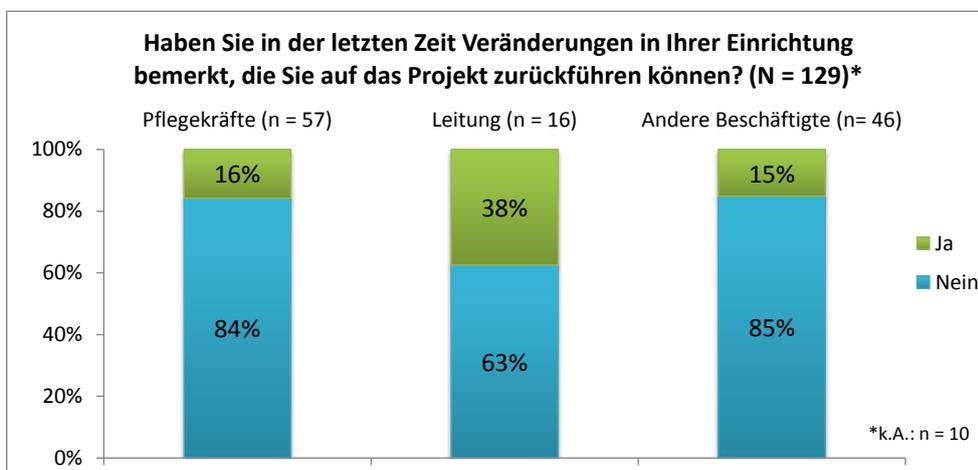


Abbildung 43: Effekt Veränderungen in der Einrichtung nach Beruf.
(Datengrundlage: Follow-Up, t₂).

Im Vergleich der Altersgruppen ist erneut der höhere Anteil der **über 51-Jährigen** unter denjenigen, die von Veränderungen berichten ersichtlich (vgl. Abb. 44). Etwa ein Drittel (28%) und damit doppelt so viele Beschäftigte dieser Altersgruppe geben an, im Gegensatz zu den beiden jüngeren Altersgruppen, Veränderungen wahrgenommen zu haben.

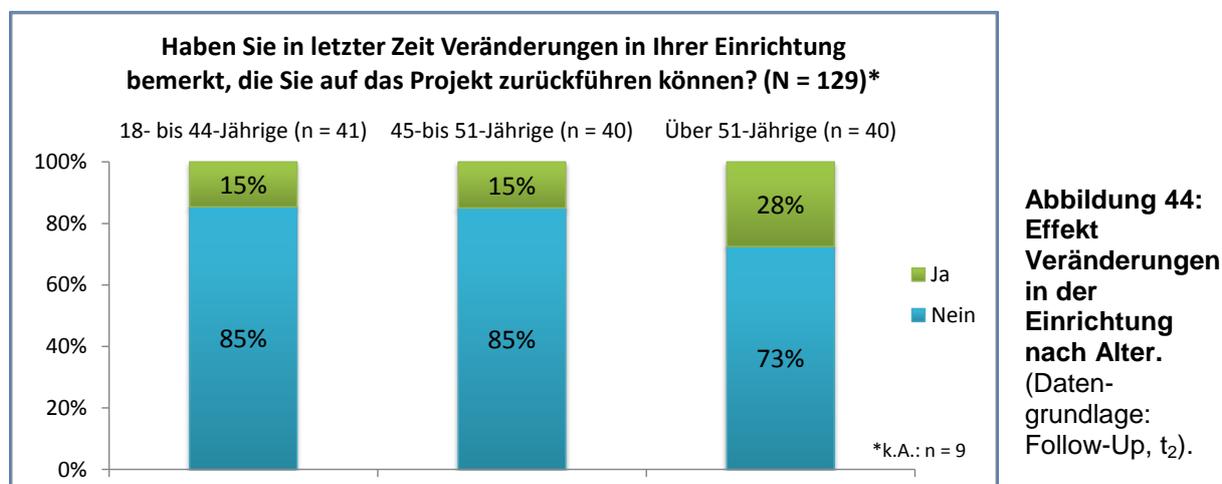


Abbildung 44:
Effekt
Veränderungen
in der
Einrichtung
nach Alter.
(Daten-
grundlage:
Follow-Up, t₂).

Als **positive Veränderungen** wurden u.a. die Organisation weiterer Fortbildungen und Schulungen (z.B. Massagen, Kinästhetik-Lehrgänge, Teamcoachings) benannt sowie die erhöhte Aufmerksamkeit gegenüber den Mitarbeiter/innen und ihrer Gesundheit. Darüber hinaus scheint auch unter den Mitarbeiter/innen der ‚Team-Geist‘ zugenommen zu haben sowie auch die Bereitschaft sich selbst weiter fortzubilden.

Kritisch angemerkt wurde jedoch auch, dass Angebote wie ‚Massagen‘ grundsätzliche Problematiken im Haus nicht zu lösen vermögen. Zudem erachten nicht alle Mitarbeiter/innen die Schulungen als sinnvoll und weisen darauf hin, dass für die ‚produktiven Tätigkeiten‘ durch die Teilnahme an den Interventionen Kollegen/innen fehlten.

Die Meinungen differieren damit von sehr lobenden Feststellungen bis hin zu eher kritischen Anmerkungen und sollten gleichermaßen Berücksichtigung finden.

4.3.2.4. Veränderung des Arbeitsklimas

Auf die Frage, ob die Teilnehmer/innen der Schulungsmaßnahmen in der letzten Zeit Veränderungen im Arbeitsklima wahrnehmen konnten, die sie auf das Projekt zurückführen, antworteten sowohl 19 Prozent der Pflegekräfte als auch Mitarbeiter/innen der Leitung mit „Ja“ (vgl. Abb. 45). Lediglich neun Prozent der Beschäftigten anderer Tätigkeitsbereiche stimmt dem ebenfalls zu. Etwa jede **fünfte Pflege- bzw. Leitungskraft bestätigt damit einen positiven Effekt der Schulungen auf das Arbeitsklima.**

Wie bereits bei der Frage nach allgemeinen Veränderungen in der Einrichtung berichten im Verhältnis zu den Beschäftigten der anderen beiden Altersgruppen etwa **doppelt so viele Mitarbeiter/innen über 51 Jahren von Veränderungen im Arbeitsklima** (vgl. Abb. 46). Erneut geben etwa 30 Prozent und damit etwa jede/r Dritte über 51 an, Veränderungen wahrgenommen zu haben.

Als **positiv** wird – wie ansatzweise bereits im vorangegangenen Kapitel erwähnt – insbesondere ein besserer Team-Zusammenhalt aufgrund von verbesserter Kommunikation und mehr Verständnis füreinander benannt. Zudem wird mehr auf Prioritäten geachtet und versucht, die Zeitplanung durchdachter zu gestalten.

Eben diese Veränderungen wurden jedoch auch als **negativ** von einem Teil der Befragten bewertet. Nicht alle Mitarbeiter/innen berichten von einem guten Team-Zusammenhalt. Darüber hinaus wird der weiterhin hohe Zeitdruck in allen Arbeitsbereichen beklagt, der zu schlechten Arbeitsbedingungen führt.

Ein weiterer Grund für ein kaum verändertes Arbeitsklima trotz guten Team-Zusammenhalts wird von einem Teil der Befragten in Problemen mit der Leitungsebene gesehen, was zu hoher Unzufriedenheit und schlechter Arbeitsstimmung führt.

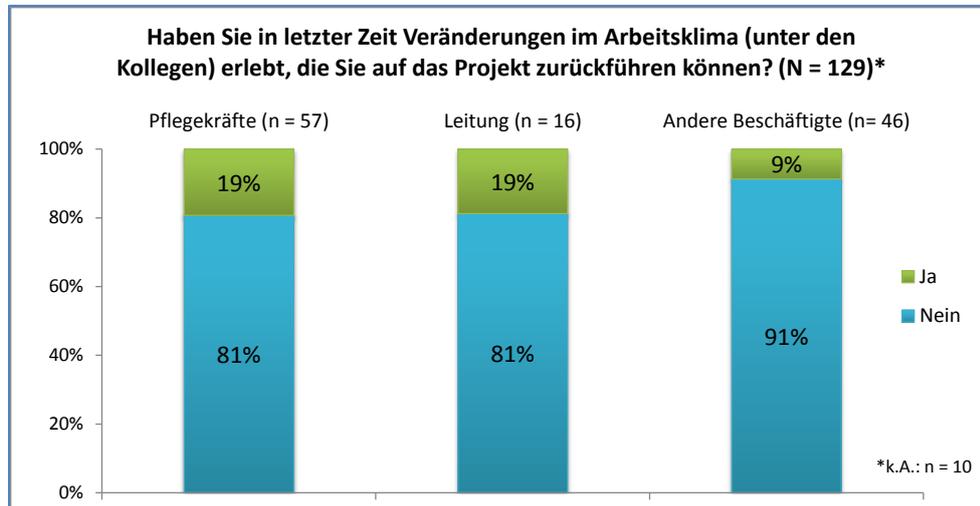


Abbildung 45:
Effekt
Veränderungen
im Arbeitsklima
nach Beruf.
(Daten-
grundlage:
Follow-Up, t₂).

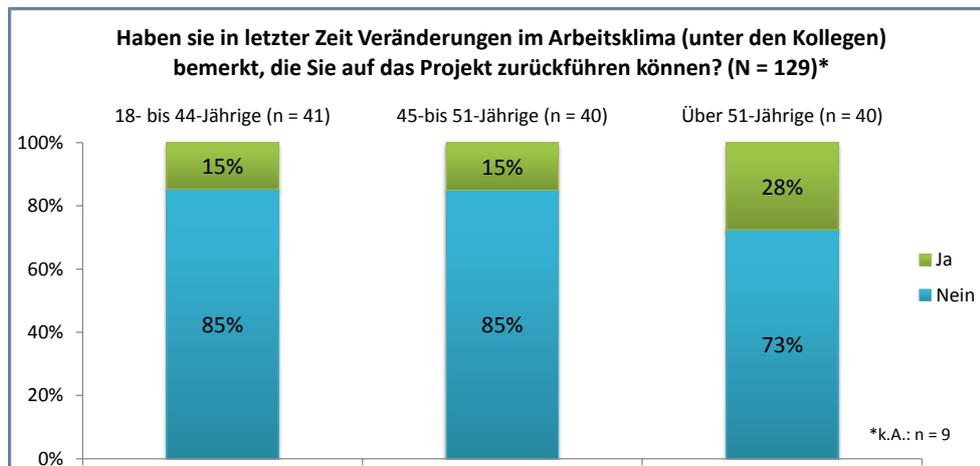


Abbildung 46:
Effekt
Veränderungen
im Arbeitsklima
nach Beruf.
(Daten-
grundlage:
Follow-Up, t₂).

4.3.2.5. Veränderung des Führungsverhaltens

Bei der Konzeption des Schulungsprogramms wurde Wert auf die explizite Einbindung der Führungskräfte und auf die Bedeutung dieser, bei der Einführung gesundheitsförderlicher Strukturen und Verhaltensweisen in den Einrichtungen gelegt. So gab es spezielle Seminare für Führungskräfte, um das eigene Führungsverhalten zu reflektieren, sich auszutauschen und neue Erfahrungen in Richtung Führungsverhalten und Gesundheit zu erlernen.

Veränderungen im Führungsverhalten beobachteten 14 Prozent der Pflegenden und neun Prozent der Mitarbeiter/innen anderer Berufsgruppen (vgl. Abb. 47). Die **Leitungskräfte selbst bemerkten mit 25 Prozent den größten Unterschied im Führungsverhalten**, der auf die Schulungsmaßnahmen zurückgeführt wurde.

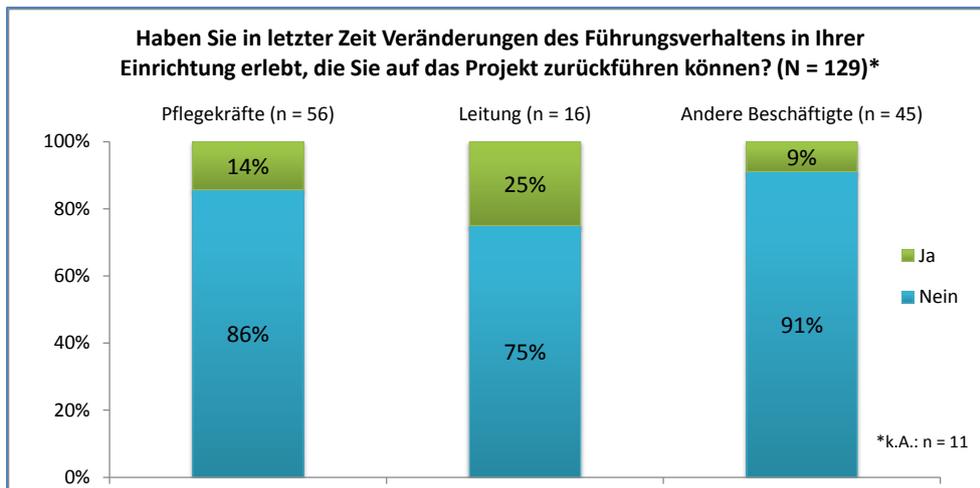


Abbildung 47:
Effekt
Veränderungen
im
Führungsverhalten
nach
Beruf.
(Daten-
grundlage:
Follow-Up, t₂).

Nach Altersgruppen betrachtet wird deutlich, dass erneut **vor allem ältere Mitarbeiter/innen** (über 51-Jährige) Veränderungen im Führungsverhalten wahrgenommen haben (vgl. Abb. 48). Die Mitarbeiter/innen im Alter von 18- bis 44 Jahren hingegen bemerkten kaum eine Veränderung.

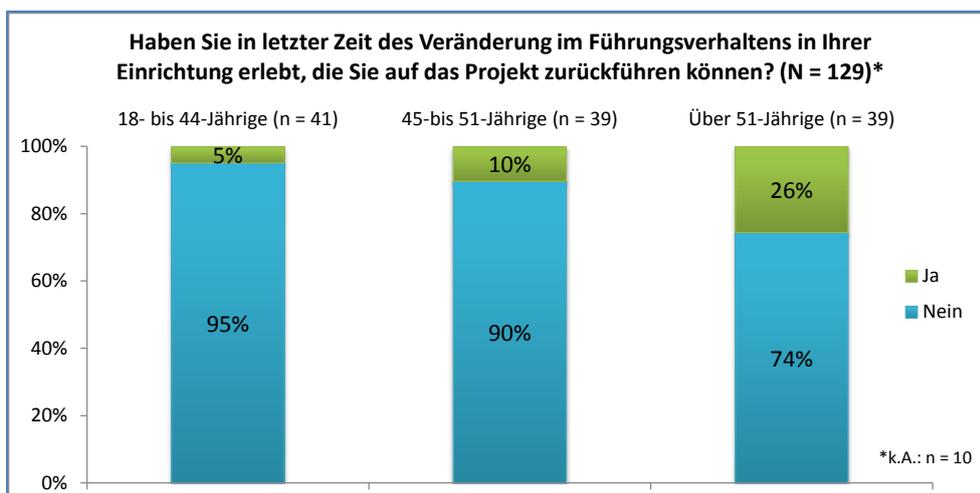


Abbildung 48:
Effekt
Veränderungen
im
Führungsverhalten
nach
Alter.
(Daten-
grundlage:
Follow-Up, t₂).

In der Auswertung der offenen Antworten zu Veränderungen im Führungsverhalten zeigen sich neben positiven Äußerungen auch einige kritische Einzelbemerkungen: Zum einen formulieren die Befragten positiv, dass Mitarbeiter/innen mehr befähigt und berücksichtigt werden, indem Ziele gemeinsam erarbeitet, bessere Absprachen zwischen Vorgesetzten und Mitarbeiter/innen erfolgen sowie klarere Aufgaben verteilt werden.

Auf der anderen Seite geben Befragte vereinzelt kritisch an, dass die Arbeitskontrollen und -anforderungen erhöht, weniger Wertschätzung erfolgt und allgemeine Probleme mit den Leitungskräften bestehen.

5. Zusammenfassung und Fazit

Die in den vorangegangenen Kapiteln dargestellten Ergebnisse aus dem Projekt „**Regionale Fortbildungsbedarfsanalyse bei alternden Belegschaften in der stationären Altenpflege - Entwicklung, Umsetzung und Evaluation mobiler Inhouse-Schulungen zur Einführung gesundheitsförderlicher Arbeitsbedingungen**“ verdeutlichen, wie auch bereits in einer Vielzahl von Studien und Gesundheitsreporten²² aufgezeigt, dass in Einrichtungen der stationären Altenpflege hohe physische und psychische Belastungen vorherrschen, welche zu gesundheitlichen Einschränkungen insbesondere bei Pflegekräften führen. Die vorliegende Studie konnte vor allem aufweisen, dass das Gesundheitsniveau und das Spektrum an Beschwerden von Mitarbeiter/innen der Stiftung Katholische Altenhilfe im Bistum Hildesheim in Abhängigkeit von der Berufs- und Alterszugehörigkeit differiert, was zudem zu unterschiedlichen Bewertungen der Arbeitszufriedenheit und Arbeitsfähigkeit führt und unterschiedliche Maßnahmen erfordert.

Die Auswertungen der Erhebungen, die vor den Interventionen stattfanden (Bedarfsanalyse & Vorher-Erhebung, t_0), ergaben, dass insbesondere ältere Mitarbeiter/innen (ab 51 Jahren) insgesamt häufiger von einem schlechteren **Gesundheitszustand** und einem schlechteren **Wohlbefinden** berichteten als jüngere Mitarbeiter/innen (18 bis 44- sowie 45 bis 51-Jährige) (vgl. Abb. 4; Abb. 6). Hier konnte ein Altersgradient ermittelt werden, der sich in einer zunehmend negativeren Bewertung des allgemeinen Gesundheitszustandes von jung zu alt äußerte. Ein ähnliches Bild zeigte sich auch für **Beschwerden** im Bereich des Bewegungsapparates: Mit zunehmendem Alter stieg die Häufigkeit der Beschwerden in den Bereichen Nacken-/Schulter, Kreuz-/Rücken und Knochen-/Gelenke (vgl. Abb. 11).

Differenziert nach der beruflichen Position wurde deutlich, dass Pflegekräfte und Mitarbeiter/innen der Leitungsebene im Vergleich zu Mitarbeiter/innen anderer Beschäftigungsbereiche (der sozialen Betreuung/ Alltagsbegleitung, Küche, Verwaltung, Reinigung und Haustechnik) von einem insgesamt schlechteren Gesundheitszustand und einem schlechteren Wohlbefinden berichteten (vgl. Abb. 3; Abb. 5). Darüber hinaus schätzen Pflegekräfte ihre **körperliche Belastung** durch die Arbeit etwas höher ein als die Mitarbeiter/innen der anderen beiden Gruppen (vgl. Tab. 7).

In Bezug auf sehr häufig auftretende **Beschwerden** konnten insbesondere Schmerzen im Bereich des Bewegungsapparates in der Pflege identifiziert werden (vgl. Abb. 10). Diese traten bei etwa jeder/m zweiten bis dritten Pflegenden sehr häufig auf. Genauso häufig von Schmerzen im Bereich Kreuz-/Rücken, Nacken-/Schulter und Knochen-/Gelenke berichteten Beschäftigte anderer Tätigkeitsbereiche, seltener hingegen Mitarbeiter/innen der Leitungsebene. Als eine weitere in allen Berufsgruppen häufig auftretende Beschwerde zeichnete sich „Mattigkeit“ ab. Diese wiederum könnte u.a. eine Folge von **psychischen Belastungen** sein, welche ebenfalls in allen drei Berufsgruppen sowie über alle Altersgruppen hinweg als durchschnittlich belastend empfunden wurden (vgl. Tab. 5; Tab. 6). Als belastungserhöhende Indikatoren werden vordergründig Zeitdruck und Personalmangel benannt (vgl. Abb. 16).

In Bezug auf die **Arbeitszufriedenheit und -fähigkeit** zeigte sich trotz der teils hohen körperlichen und psychischen Belastungen sowie teils erhöhten Beschwerdelast bei den Mitarbeiter/innen aller Bereiche eine insgesamt relativ hohe Arbeitszufriedenheit sowie subjektive Bewertung der Arbeitsfähigkeit (vgl. Abb. 12; Tab. 3), was insgesamt als positiv betrachtet werden kann. Doch konnte auch hier ein breites Spektrum an Angaben verzeichnet werden: Unter den Mitarbeiter/innen aller Berufsgruppen gab es sowohl Personen, die ihre Arbeitszufriedenheit und Arbeitsfähigkeit als sehr gering einschätzten als

²² Vgl. Achenbach 2005; Domnowski 2005; Equal 2004, Hasselhorn 2005; Heidecker 2007; Höge 2005; Horbach u.s. 2007; Raddatz/ Peschers 2007; Scheffel 2000; Schulz 2009; Wolfender 2000; Zimmer 2003; Zimmer u.a. 2001, 2000.

auch Personen, die diese sehr hoch einstufen. Pflegekräfte und Mitarbeiter/innen der Leitung bewerteten ihre Arbeitsfähigkeit insgesamt geringer als Mitarbeiter/innen anderer Tätigkeitsbereiche. Darüber hinaus gaben die befragten Pflegekräfte am häufigsten an „wenig“ und „gar nicht zufrieden“ mit ihrer beruflichen Tätigkeit zu sein, am zufriedensten hingegen erscheinen Beschäftigte in Leitungspositionen.

Nach Altersgruppen betrachtet, wurde deutlich, dass ältere Beschäftigte (ab 45 Jahren) im Vergleich zur Gruppe der 18- bis 44-Jährigen durchschnittlich betrachtet etwas geringere Arbeitsfähigkeitswerte und zudem Werte im untersten Bereich der Antwortskala aufwiesen (vgl. Tab. 4). In Bezug auf die Arbeitszufriedenheit hingegen konnte bei den 18- bis 44-Jährigen die geringste Zufriedenheit identifiziert werden (vgl. Abb. 13).

Die Mehrheit der Befragten aller Alters- und Berufsgruppen geht davon aus, ihre **Belastungsgrenzen** gut erkennen zu können. Jüngere Beschäftigte äußern dabei häufiger als Mitarbeiter/innen im höheren Alter, ihre Belastungsgrenzen noch nicht so gut einschätzen zu können (vgl. Abb. 14).

Weitergehend sieht über die Hälfte der Mitarbeiter/innen eine Gesundheitsgefährdung in ihrer Arbeit (vgl. Abb. 17; Abb. 18), wobei hier ebenfalls ein Altersunterschied feststellbar war: Am häufigsten sahen jüngere Mitarbeiter/innen (18 bis 44-Jährige) eine Gesundheitsgefährdung in Ihrer Arbeit, am seltensten über 51-Jährige Mitarbeiter/innen.

Aus den Ergebnissen lassen sich zusammengefasst folgende Stichpunkte zur Charakterisierung der gesundheitlichen Situation und den Belastungen jüngerer und älterer Arbeitnehmer ableiten:

Tabelle 13: Charakteristik jüngerer und älterer Arbeitnehmer/innen.
(Auf Grundlage der Bedarfsanalyse).

	Jüngere Arbeitnehmer	Ältere Arbeitnehmer
Gesundheitliche Situation und Belastungen	<ul style="list-style-type: none"> • Schätzen Ihren Gesundheitszustand und Ihr Wohlbefinden überwiegend als gut ein • Bewerten Ihre Arbeitsfähigkeit überwiegend als hoch • Geben häufiger als ältere Arbeitnehmer/innen an nicht zufrieden mit Ihrer Arbeit zu sein • Leiden bereits sehr häufig²³ unter Beschwerden, die mit dem Bewegungsapparat zusammenhängen • Geben häufiger an Ihre Belastungsgrenzen noch nicht so gut einschätzen zu können als Ältere 	<ul style="list-style-type: none"> • Schätzen Ihren Gesundheitszustand mit zunehmenden Alter etwas häufiger als Jüngere als mittelmäßig und schlecht ein • Bewerten Ihre Arbeitsfähigkeit etwas geringer als jüngere Arbeitnehmer/innen • Sind häufiger zufrieden mit Ihrer Arbeit als Jüngere • Leiden mit zunehmenden Alter immer häufiger unter Beschwerden, die mit dem Bewegungsapparat zusammenhängen • Können Ihre Belastungsgrenzen überwiegend gut bis eher gut einschätzen

²³ Mindestens einmal täglich bis einmal wöchentlich.

	Jüngere Arbeitnehmer	Ältere Arbeitnehmer
Gesundheitliche Situation und Belastungen	<ul style="list-style-type: none"> • Fühlen sich körperlich und psychisch belastet durch Ihre Arbeit • Sehen in Ihrer Arbeit eine Gesundheitsgefährdung 	<ul style="list-style-type: none"> • Fühlen sich körperlich und psychisch belastet durch Ihre Arbeit • Sehen mit zunehmenden Alter seltener eine Gesundheitsgefährdung in ihrer Arbeit als Jüngere

Im Rahmen der Fortbildungsbedarfsanalyse zu spezifischen Themen der betrieblichen Gesundheitsförderung konnte ein insgesamt **starkes Interesse** und eine hohe Erwartungshaltung der Mitarbeiter/innen **an die Schulungsmaßnahmen** ermittelt werden (vgl. Abb. 19; Abb. 20). In Abhängigkeit vom Alter und von der Art der Tätigkeit zeigten sich zudem unterschiedliche Präferenzen bzgl. der Schulungsinhalte (vgl. Zwischenbericht 2011). Inhalte wie Stress, bewusste Bewegung, Teamarbeit und Zeitmanagement wurden jedoch von allen Befragten häufig nachgefragt.

Die Ergebnisse über gesundheitliche Beschwerden, die vor allem in der Pflege und bei älteren Belegschaften vorzufinden waren, machen folgerichtig das hohe Interesse an gesundheitsfördernden Maßnahmen in allen Einrichtungen der Stiftung Katholische Altenhilfe im Bistum Hildesheim verständlich. Ein diesbezüglich vermuteter Handlungsbedarf war u.a. die Intention des Auftraggebers diese Studie in Auftrag zu geben.

Im Vordergrund des Interesses der Beschäftigten standen Schulungen zum Umgang mit berufsbedingtem Stress, Konflikten und zur Rückengesundheit (vgl. Abb. 21). Entsprechende Interventionen erhielten schließlich auch den größten Zulauf (vgl. Abb. 24). In der Evaluation bestätigte sich darüber hinaus (trotz der zurückgegangenen Rücklaufquote) eine für alle angebotenen Interventionen positive Bewertung (vgl. Abb. 25). Nur wenige Angebote verzeichneten eine Zustimmung von weniger als 70 Prozent. Ferner haben sich die Erwartungen bei 50 bis über 70 Prozent der Befragten in Bezug auf den Zuwachs von Wissen, die Umsetzbarkeit in den Berufsalltag, die Steigerung der Motivation, die Erhöhung der Arbeitszufriedenheit, die Reduktion körperlicher Belastungen als auch in Bezug auf langfristige Veränderungen, die Übertragbarkeit ins Privatleben, die Reduktion psychischer Belastungen sowie die Erleichterung der Arbeit bestätigt (vgl. Abb. 26). Auch die Zeiteinheiten wurden vom Großteil der Befragten als „genau richtig“ empfunden (vgl. Abb. 27). Nur wenige Angebote wurden als „zu lang“ bewertet. Etwas häufiger hätten einige Angebote nach Ansicht der Teilnehmer/innen einen größeren zeitlichen Umfang umfassen können. Zu diesen Angeboten zählten u.a. die Intervention zur Suchtprävention am Arbeitsplatz sowie der Kurs Stress-Entspannung-Balance-2012 oder die Schulung zur Stärkung des Rückens.

Welchen **Effekt die Schulungsprogramme** schließlich erzielen konnten, wurde im Rahmen zweier Evaluationserhebungen (Nachher-Befragung, t_1 sowie Follow-Up-Befragung, t_2) untersucht. Diese boten im Gegensatz zu dem bereits dargestellten Vorher-Nachher-Vergleich die Möglichkeit, Rückschlüsse auf die Interventionen ziehen zu können. Im Folgenden werden die Effekte in Anlehnung an die im Kapitel 3 dokumentierten Forschungsfragen aufgezeigt.

1. Sind die entwickelten Inhouse-Schulungen eine wirksame Intervention zur Reduktion der (psychischen) Arbeitsbelastungen bei Mitarbeiter/innen in der stationären Altenpflege?

Von einem positiven Effekt der Schulungsmaßnahmen auf körperliche und psychische Belastungen profitierte sowohl in der Nachher-Erhebung (t_1) als auch in der Follow-Up-Erhebung (t_2) vor allem die Gruppe der Beschäftigten in der Pflegeleitung (vgl. Abb. 34; Abb. 41): Etwa jede/r zweite Beschäftigte in der Pflegeleitung berichtete bereits kurz nach der Teilnahme an den Interventionen (t_1) von Verbesserungen in Bezug auf psychische Belastungen. Von den Pflegekräften und weiteren Beschäftigten fühlten sich direkt nach den Interventionen (t_1) etwa jede/r vierte Mitarbeiter/in weniger durch den Beruf belastet.

Was den längerfristigen Effekt betrifft, so bewirkten die Interventionen bei etwa jeder/m vierten Beschäftigten in der Pflegeleitung auch langfristig gesehen die Reduktion psychischer Belastungen. Bei den Pflegekräften hingegen konnten im Rahmen der Follow-Up-Erhebung (t_2) keine Verbesserungen mehr wahrgenommen werden und auch unter den Beschäftigten anderer Tätigkeitsbereiche scheinen die Interventionen - langfristig betrachtet - ihren Erfolg wieder eingebüßt zu haben. Der Anteil derjenigen, die von Verschlechterungen berichteten, war hier sogar größer als der Anteil derjenigen, die Verbesserungen bemerkten.

Ein ähnliches Bild zeigte sich darüber hinaus sowohl bei Beschäftigten verschiedener Funktionsbereiche als auch bei Pflegekräften in Bezug auf körperliche Belastungen: Hier gaben mehr Befragte dieser beiden Berufskategorien an, dass sich Verschlechterungen eingestellt hätten. Zudem zeigte sich hier bereits in der Nachher-Erhebung (t_1) ein geringerer Erfolg als für die Reduktion psychischer Belastungen.

Solche Entwicklungen stehen immer im Kontext vielfältiger Faktoren (z.B. Veränderungen von Rahmenbedingungen, Personalwechsel, höhere Krankenstände über einen längeren Zeitraum etc.), weshalb ein ausschließlicher Rückschluss auf die Interventionen hier nicht angemessen wäre. Vielmehr scheint es, dass Interventionen einer höheren Kontinuität bedürfen, um gerade in der Anfangszeit von betrieblichen Gesundheitsförderungsprogrammen Erfolg zu verzeichnen.

Im Gegensatz zu den Entwicklungen der Gruppe der Pflegenden und der anderen Mitarbeiter/innen berichteten die Mitarbeiter/innen der Leitungsebene schon in der Nachher-Erhebung (t_1) etwa doppelt so häufig von Verbesserungen körperlicher Belastungen und nahmen deutlich häufiger auch noch sechs Monate später (t_2) eine Reduktion dieser wahr.

2. Verbessern die Inhouse-Schulungen das Wissen über (psychische) Arbeitsbelastungen und das Erkennen von Belastungsgrenzen?

Die Evaluation langfristiger Effekte (t_2) ergab, dass ein kleiner Teil der Befragten ihr Wissen über Arbeitsbelastungen verbessern konnte (vgl. Kapitel 4.3.2.1). Auch hier ließen sich jedoch deutliche Unterschiede zwischen den Beschäftigten-Gruppen identifizieren: Während in der Gruppe der Pflegeleitung etwa jede/r Zweite von einer Verbesserung berichtete, tat dies in der Pflegenden-Gruppe und in anderen Tätigkeitsbereichen nur etwa jede/r dritte bis vierte Beschäftigte.

In Bezug auf das Erkennen von Belastungsgrenzen gab etwa jede/r Fünfte in der Befragung unmittelbar nach den Interventionen (t_1) an, durch die Teilnahme an den Schulungsmaßnahmen seine/ihre Grenzen besser erkennen zu können (vgl. Kapitel 4.3.1.4). Hier zeigte sich zunächst kein Unterschied zwischen den verschiedenen Berufsgruppen. Im Rahmen der Follow-Up-Befragung (t_2) jedoch wurde erneut eine Differenz zwischen Mitarbeiter/innen der Leitung und allen anderen Beschäftigten deutlich (vgl. Kapitel 4.3.2.1): Auch hier berichtete jede/r zweite Beschäftigte der Leitung von einer Verbesserung im

Erkennen von Belastungsgrenzen. Unter den Pflegekräften traf dies nur noch auf etwa jede/n Zehnte/n sowie unter den anderen Beschäftigten auf jede/n Fünfte/n zu.

3. Sind die entwickelten Inhouse-Schulungen eine wirksame Intervention zur Reduktion gesundheitlicher Beschwerden bei Mitarbeiter/innen in der stationären Altenpflege?

Bei der Analyse des Effekts der Schulungsmaßnahmen auf die Reduktion häufig aufgetretener gesundheitlicher Beschwerden (Kreuz-/Rücken, Nacken-/Schulter, Knochen-/Gelenke, Müdigkeit, Kopfschmerzen, Schlafstörungen), zeigte sich, auch wenn der Anteil in allen drei Berufskategorien sehr gering war, dass bei allen Beschwerden bereits innerhalb der kurzen Interventionszeit Verbesserungen eingetreten sind: etwa jede/r sechste Leitungskraft bemerkte eine Verbesserung. In den beiden anderen Gruppen ist der Anteil geringer (vgl. Kapitel 4.3.2.2).

Leitungskräfte nahmen vor allem häufiger Verbesserungen in Bezug auf Beschwerden des Bewegungsapparates wahr, obwohl diese insgesamt seltener von Schmerzen dieser Art betroffen waren als Beschäftigte in der Pflege und weiterer Tätigkeitsbereiche. Lediglich in Bezug auf Kreuz-/Rückenschmerzen war der Anteil der Pflegekräfte, der von Verbesserungen berichtete, gleich hoch.

4. Sind die entwickelten Inhouse-Schulungen eine wirksame Intervention zur Erhöhung der Arbeitszufriedenheit bei Mitarbeiter/innen in der stationären Altenpflege?

Sowohl in der Evaluation kurzfristiger Effekte als auch in der Auswertung langfristiger Effekte wurde deutlich, dass vor allem Mitarbeiter/innen der Leitungsebene von den Schulungsmaßnahmen profitierten (vgl. Kapitel 4.3.1.2; Kapitel 4.3.2.1). Diese gaben häufiger als alle anderen an, Verbesserungen in der Arbeitszufriedenheit als auch Arbeitsfähigkeit durch die Teilnahme an den Schulungen wahrgenommen zu haben.

Darüber hinaus berichtete etwa jede/r dritte bis vierte Beschäftigte der Pflegeleitung von einer positiven Veränderung in Bezug auf die Arbeitsfähigkeit bzw. Arbeitszufriedenheit (vgl. Abb. 32). In der Gruppe der Pflegekräfte hingegen traf dies auf jede/n siebten Beschäftigten zu und bei Beschäftigten anderer Bereiche auf jede/n Dritten bis Vierten.

Die Follow-Up-Erhebung (t_2) ergab allerdings, dass sich bei etwa jeder/m vierten bis fünften Beschäftigten, unabhängig von ihrer/seiner beruflichen Position, trotz der Teilnahme an den Interventionen Verschlechterungen bezüglich der Arbeitszufriedenheit einstellten (vgl. Abb. 41). Bei den Pflegekräften und anderen Beschäftigten war der Anteil der Personen, die von Verschlechterungen berichteten hier sogar größer als der Anteil derjenigen, die Verbesserungen wahrnahmen.

Eine Ursache könnte in den von den Befragten häufig angegebenen strukturellen Rahmenbedingungen gesehen werden, da diese laut eigenen Angaben, aufgrund von Fehlplanungen etc., zu Mehrbelastung bei einigen Mitarbeiter/innen, die nicht an den jeweiligen Schulungsmaßnahmen teilnahmen, geführt haben (vgl. Kapitel 4.3.1.4).

5. Lassen sich durch die Intervention ökonomische Effekte (höhere Verbleibsdauer in der Einrichtung, Verringerung des Krankenstands) nachweisen?

Diese Frage ist nicht in die Analyse eingeflossen (vgl. Kapitel 3).

6. Liefern die Ergebnisse der Programmevaluation Erkenntnisse zu Unterschieden zwischen den Effekten bei jüngeren und älteren Mitarbeiter/innen?

Die Ergebnisse der Vorher-Nachher-Vergleiche als auch die nach Altersgruppen betrachteten Effekte der Schulungsprogramme haben gezeigt, dass überwiegend ältere Teilnehmer/innen von den angebotenen Interventionen profitierten: So gaben Personen höheren Alters (über 51-Jährige) u.a. häufiger an, dass sich ihr Wissen über Arbeitsbelastungen, den Umgang mit Stress und über Belastungsgrenzen verbessert hätte (vgl. Abb. 34; Abb. 39). Darüber hinaus reduzierten sich vor allem bei Teilnehmer/innen über 51 Jahren die gesundheitlichen Beschwerden (Nacken-/Schulterschmerzen, Mattigkeit, Kopfschmerzen, Schlafstörungen; vgl. Abb. 42). Etwa jede/r Dritte der (über) 51-Jährigen berichtete von einer Verbesserung des allgemeinen Gesundheitszustands (vgl. Abb. 29 + Abb. 39). In Bezug auf die Arbeitszufriedenheit sind es sogar etwa doppelt so viele über 51-Jährige, die eine Verbesserung feststellen im Gegensatz zu den 45- bis 51-Jährigen und den 18- bis 44-Jährigen (vgl. Abb. 33 + Abb. 39). Eine (kurzzeitige) Reduktion psychischer Belastungen benennen ebenfalls vor allem Beschäftigte über 51 Jahren (vgl. Abb. 35).

Diese wiesen jedoch nicht in allen Bereichen den größten Bedarf auf. Im Rahmen der Analyse von u.a. Beschwerden, psychischen und körperlichen Arbeitsbelastungen wurde deutlich, dass die Wahrnehmungen stark unter den Mitarbeiter/innen differieren und zudem auch jüngere Beschäftigte Belastungen und Einschränkungen ausgesetzt sind, die sich auf ihre Arbeitsfähigkeit und -zufriedenheit auswirken.

Insgesamt ist zu konstatieren, dass sich die Intention, ein Projekt „Regionale Fortbildungsbedarfsanalyse bei alternden Belegschaften in der stationären Altenpflege - Entwicklung, Umsetzung und Evaluation mobiler Inhouse-Schulungen zur Einführung gesundheitsförderlicher Arbeitsbedingungen“ durchzuführen als richtig erwiesen hat. Obwohl ältere Beschäftigte die Hauptzielgruppe darstellten, wurde deutlich, dass betriebliche Gesundheitsförderung sowohl für ältere, als auch jüngere Mitarbeiterinnen relevant ist und bereits frühzeitig innerhalb der Berufsbiographie ansetzen sollte. Darüber hinaus wurde deutlich, dass betriebliche Gesundheitsförderung nicht nur ein Thema für die Hauptzielgruppe des Projektes – die Pflegenden – ist, sondern auch alle anderen Mitarbeiter/innen (Pflegeleitungen, Hauswirtschaft, technischer Bereich etc.) erreichen sollte. Sowohl die Eruiierung des Gesundheitszustandes aller Beschäftigten, deren Beschwerden und des Ausmaßes körperlicher und psychischer Belastungen, denen sie ausgesetzt sind, zeigt, dass dringend Maßnahmen anzuregen waren und weiterhin fortzuführen sind. Damit kann die trotz hoher Belastungen bislang vorhandene Arbeitsmotivation und berufliche Zufriedenheit erhalten und gefördert werden. Für den Erfolg von betrieblicher Gesundheitsförderung sind jedoch entsprechende Rahmenbedingungen und Umsetzungsstrategien notwendig. Welche konkreten Optimierungsmöglichkeiten und Empfehlungen sich aus der Analyse der Ergebnisse für das hier beschriebene Projekt ableiten lassen, sind in den folgenden Handlungsempfehlungen zusammengetragen.

6. Handlungsempfehlungen

Anhand der Evaluation der Schulungsinterventionen wird deutlich, dass betriebliche Gesundheitsförderung vor dem Hintergrund des demographischen Wandels und der damit einhergehenden Alterung der Belegschaft in der Pflege eine lohnende Investition in die quantitative und qualitative Personalentwicklung sein kann. Zur Optimierung und zukünftigen Erweiterung der Maßnahmen ergeben sich aus den Analysen die folgenden Handlungsempfehlungen:

- Grundsätzlich ist die Fortführung des Programms zur betrieblichen Gesundheitsförderung anzuregen. Bereits innerhalb der verhältnismäßig kurzen Interventionszeit zeigen sich (wenn auch geringe) erste Verbesserungen bei allen eruierten Beschwerden und positive Effekte auf körperliche und psychische Belastungen. Gerade weil gesundheitliche Veränderungen eine langfristige Perspektive benötigen, sollten diese ersten Veränderungen wertgeschätzt und nachhaltig implementiert werden. Der Erfolg sollte – zur Motivation zur Gesundheitsförderung – unter den Mitarbeiter/innen veröffentlicht werden.
- Der Vergleich der Ergebnisse aus t1 (direkt nach der Intervention) und t2 (sechs Monate nach der Intervention) zeigt, dass sich Veränderung in der Gesundheitsförderung langsamer einstellen, als in anderen Bereichen. Besonders deutlich wurde, dass es den Führungskräften schneller gelingt, neue Wissensinhalte nachhaltig zu nutzen. Dieser nachhaltige Effekt zeigte sich bei den Pflegenden und den anderen Berufsgruppen vorerst nicht. Es wird auch aus diesem Grund empfohlen, eine **Kontinuität der Schulungen** aufzubauen.

Im Hinblick auf die Nachhaltigkeit von Effekten ist zu empfehlen, Angebote so zu konzipieren, dass Auffrischungstermine zu einem späteren Zeitpunkt möglich werden oder regelmäßige gesundheitsförderliche Angebote/Schulungen über den Jahresverlauf verfügbar sind.

- Empfohlen wird für zukünftige Inhouse-Schulungen des Weiteren ein **verstärkter Zielgruppenbezug**. Dieser sollte jeweils hinsichtlich seiner Bedeutung sowohl für die Altersgruppen als auch für die unterschiedlichen Berufsgruppen geprüft werden. Vor allem das Ergebnis der Studie, dass auch jüngere Beschäftigte bereits hohen Belastungen ausgesetzt sind, sollte in zukünftige Bemühungen der betrieblichen Gesundheitsförderung einfließen²⁴.
- Optimierungsmöglichkeiten für die Effektivität von gesundheitsförderlichen Schulungsangeboten zeigen sich auch in der **Bereitstellung entsprechender Rahmenbedingungen**. Das betrifft vor allem das Schaffen von Zeitkorridoren zur Teilnahme an den Schulungen bei gleichzeitiger personeller Entlastung des Pflegeteams. Ist das nicht möglich, stellt sich, wie partiell zu beobachten war, eher der unerwünschte Effekt von Unzufriedenheit, ausgelöst durch die Schulungen, bei denjenigen ein, die nicht teilnehmen können oder durch die Teilnahme von Kollegen/innen doppelt belastet werden.
- Für die **Dramaturgie der Schulungsthemen** bietet es sich auf Basis der Ergebnisse an, die Führungskräfte-schulungen an den Anfang des Programmes zu stellen, um ggf. hier schon die notwendigen Rahmenbedingungen für betriebliche Gesundheitsförderung zu thematisieren und bereits im Prozess darauf reagieren zu können.
- Zu empfehlen ist weiterhin die **konsequentere Ausrichtung auf die Ergebnisse der Bedarfsanalyse**. Beispielsweise gab es keine ernährungsspezifischen Angebote,

²⁴ Vgl. hierzu Schwanke et al. 2011; Bomball et al. 2010.

obgleich 2/3 der Befragten vor und nach den Interventionen Unzufriedenheit mit dem eigenen Gewicht äußerten.

- Hinsichtlich spezieller Bedarfe ist zukünftig der **Fokus** verstärkt auf die **Behebung von Rücken- und Muskel-Skelett-Beschwerden** sowie für die mittlere Altersgruppe auf Hautreizungen zu legen.
- Bei der Konzeption des Schulungsprogramms kann möglicherweise auch eine **konkretere Definition bzw. Titelfindung** zu mehr Transparenz und Beteiligung führen. Beispielsweise fühlte sich der hohe Anteil der Raucher/innen, die innerhalb der Bedarfsanalyse an dem Thema Rauchentwöhnung interessiert waren, scheinbar nicht von dem Titel „Alkohol & Co. – Suchtprävention am Arbeitsplatz“ angesprochen.
- Deutlich wurde weiterhin, dass Inhouse-Schulungen und Wissensvermittlung alleine nicht ausreichen, um betriebliche Gesundheitsförderung umfassend durchzuführen. Für den Erfolg von gesundheitsfördernden Angeboten ist ein **optimiertes Gleichgewicht zwischen verhaltens- und verhältnispräventiven Ansätzen** notwendig und stärker zu beachten. Die Schulungen sind ein Mittel zu verhaltensbedingten gesundheitlichen Veränderungen. Auch wenn hier bereits erste Effekte erzielt wurden, sind die Schulungsangebote um Maßnahmen auf der Verhältnisebene zukünftig zu ergänzen, um den Erfolg von Schulungen zu unterstützen. Das können bspw. Maßnahmen zur Vereinbarkeit von Beruf und Familie (z.B. durch Mitarbeiter/innenorientierte Dienstplangestaltung, KiTas, etc.) sein.

7. Literaturverzeichnis

BGW (2007): Sieht die Pflege bald alt aus? BGW-Pflegereport 2007. Hamburg

BGW (2006): Aufbruch Pflege – Moderne Prävention für Altenpflegekräfte. Hamburg

Blättner, B./ Michelsen, K./ Sichtung, J./ Stegmüller, K. (2005): Analyse des Angebotes und des Qualifizierungsbedarfs aus der Sicht von praktisch in der Pflege tätigen Personen. Dortmund/ Berlin/ Dresden.

Bomball, J./ Schwanke, A./ Schmitt, S./ Stöver, M./ Görres, S. (2010). Gesundheitsförderung. Gesunde Pflege beginnt in der Pflegeausbildung. In Die Schwester - Der Pfleger, 49. Jahrg. 11/10, 1048-1055.

Braun, B./ Müller, R. (2005). Arbeitsbelastungen und Berufsausstieg bei Krankenschwestern. Pflege und Gesellschaft 3: 131 – 141.

EQUAL (Hrsg.) Zimmer, A./ Teufel, S. (2005). Alter(n)sgerechte Arbeitsplätze in der Altenpflege. Eine Handreichung für Pflegeeinrichtungen Ergebnisse eines Modellprojektes im Rahmen des EQUAL-Projektes „Dritt-Sektor-Qualifizierung in der Altenhilfe in Baden-Württemberg“. Stuttgart 2005.

Görres, S./ Keuchel, R./ Roes, M./ Scheffel, F./ Beermann, H./ Krol, M. (2002). Auf dem Weg zu einer neuen Lernkultur: Wissenstransfer in der Pflege. Huber Verlag, Bern.

Grobe, G./ Gerr, J. (2012). Gesundheitsreport Niedersachsen. Barmer GEK (Hrsg.), Wuppertal.

Hasselhorn, H. M. et al. (2005): Berufsausstieg bei Pflegepersonal – Arbeitsbedingungen und beabsichtigter Berufsausstieg bei Pflegepersonal in Deutschland und Europa. Schriftenreihe der Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin Ü15. Bremerhaven

Hau Berger, S. (2011): Teilnahmeverweigerung in Panelstudien. VS Verlag für Sozialwissenschaften/Springer Fachmedien Wiesbaden GmbH, Wiesbaden

Kramer, I./ Sockoll, I./ Bödeker, W. (2008): Die Evidenzbasis für betriebliche Gesundheitsförderung und Prävention – Eine Synopse des wissenschaftlichen Kenntnisstandes. In: Badura, B.; Schröder, H.; Vetter, C. (Hrsg.): Fehlzeitenreport 2008. Betriebliches Gesundheitsmanagement: Kosten und Nutzen. Zahlen, Daten, Analysen aus allen Branchen der Wirtschaft. Wiesbaden: Vieweg + Teubner

Kromark, K./ Wohlert, C./ Köhler, S./ Hasselhorn, H.-M./ Schmidt, S./ Loos, S./ Zimmer, A./ Osing, G. (2007). Sieht die Pflege bald alt aus? – BGW-Pflegereport 2007. Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege – BGW (Hrsg.), Hamburg.

Meyer, A./ Böhmert, M. (2011). Mitarbeiterbefragung Psychische Belastung und Beanspruchung – BGW miab für die Pflege und den stationären Wohnbereich der Behindertenhilfe. Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege – BGW (Hrsg.), Hamburg.

Pick, P./ Brüggemann, J./ Grote, C./ Grünhagen, E./ Lampert, T. (2004). Pflege – Schwerpunktbericht zur Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Robert-Koch-Institut (Hrsg.), Berlin.

Schwanke, A./Bomball, J./Schmitt, S./Stöver, M./Görres, S. (2011). Gesundheitsförderung und Prävention in Pflegeschulen. Ergebnisse einer Studie zur Bundesweiten Vollerhebung in Pflegeschulen. In *Pflegewissenschaft* 04/11. S. 205-11.

Simon, W. (2006): Persönlichkeitsmodelle und Persönlichkeitstests. Jokers edition. gabal. Offenbach.

Stadler, P.; Endrich, A. (2006): Arbeits- und Gesundheitsschutz in der stationären Altenpflege – Schwerpunkt: psychomentele Fehlbelastungen und Möglichkeiten der Prävention. Pro-jektbericht.
www.lgl.bayern.de/arbeitsschutz/arbeitspsychologie/doc/altenpflege_pa_2005.pdf
(24.06.2009)

Tveito, T. H.; Eriksen, H. R. (2009): Integrated health programme: a workplace randomized controlled trial. In: *Journal of Advanced Nursing* 65(1), S.: 110-119

Wildeboer, G. (2007): Gesundheitsförderung in stationären Einrichtungen. In: Gostomzyk, J. G.; Enke, M. C.: *Menschen für Gesundheit – Die Gesundheitsberufe*. Schriftenreihe der Landeszentrale für Gesundheit in Bayern. Band 17

Zimber, A. (1998): Beanspruchung und Stress in der Altenpflege: Forschungsstand und Forschungsperspektiven. In: *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie* 31: S. 417-425

Zimber, A.; Rudolf, A.; Teufel, S. (2001): Arbeitsbelastungen in der Altenpflege reduzieren: Ein Trainingsprogramm für Mitarbeiter und Führungskräfte. In: *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie* 34: S. 401-407

Zimber, A.; Albrecht, A.; Weyerer, S. (2000): Die Beanspruchungssituation in der stationären Altenpflege. In: *Pflege aktuell* 5/2000: 272 – 275

Zimber, A. (2003): Arbeits- und Gesundheitsschutz. In: *Pflege Aktuell*. Juli/ August 2003: 380-384