

Pflege bewegt

Ein Arbeitsfähigkeitsmodell zur Belastungsreduzierung in der Altenpflege

Ergebnisbericht
Analysen-Maßnahmen-Evaluierung
im Zeitraum 2011 bis 2014



Pflege bewegt

Ein Arbeitsfähigkeitsmodell zur Belastungsreduzierung in der Altenpflege

Ergebnisbericht.

Analysen-Maßnahmen-Evaluierung im Zeitraum 2011
bis 2014.

Autorinnen

Dana Leimer, Dipl. Pflege- und Gesundheitswissenschaften

Silvia Gerisch, M.A. Sozialmanagement

Doreen Sondermann, Betriebswirtschaft B.A.

Neudietendorf, 30.09.2014

Inhalt

1	Einleitung	7
2	Methodik der Querschnittsanalyse 2012	9
2.1	Methodik der Datenerhebung und -auswertung	9
2.2	Erhebungsinstrumente	10
2.2.1	Erhebung soziodemografischer Merkmale der Teilnehmer.....	10
2.2.2	Erhebung und Auswertung der Altersstruktur	10
2.2.3	Erhebung und Auswertung der Unternehmensstrukturen	11
2.2.4	Erhebung und Auswertung der Arbeitsfähigkeit.....	12
2.2.5	Erhebung und Auswertung psychischer Arbeitsbelastungen in der Altenpflege 13	
2.2.6	Erhebung und Auswertung physischer Arbeitsbelastungen in der Altenpflege	15
2.2.7	Qualitative Erhebung im Rahmen von Mitarbeiter-Workshops in den vier Handlungsfeldern des „Haus der Arbeitsfähigkeit“	15
3	Ergebnisse der Querschnittsanalyse 2012	17
3.1	Strukturdaten der projektteilnehmenden Einrichtungen in 2012	17
3.2	Datenrückläufe	18
3.3	Soziodemografische Daten	19
3.3.1	Teilnehmer der stationären/teilstationären Altenpflege	19
3.3.2	Teilnehmer der ambulanten Altenpflege	21
3.4	Ergebnisse der Altersstrukturanalyse	23
3.5	Ergebnisse der Auswertung der Unternehmensstrukturen	24
3.5.1	Stationäre/teilstationäre Altenpflegeeinrichtungen	24
3.5.2	Ambulante Altenpflegeeinrichtungen	26
3.6	Ergebnisse zur Arbeitsfähigkeit	28
3.6.1	Stationäre/teilstationäre Altenpflegeeinrichtungen	28
3.6.2	Ambulante Altenpflegeeinrichtungen	31
3.6.3	Vergleich der durchschnittlichen Arbeitsfähigkeitswerte zwischen der stationären/teilstationären und ambulanten Altenpflege in 2012	33
3.6.4	Vergleich der Arbeits-Renten-Perspektive zwischen der stationären/teilstationären und ambulanten Altenpflege in 2012	34

3.6.5	Ergebnisse zur Auswertung der Frage: „Was muss erfüllt sein, um bis zum Renteneintrittsalter gern und gesund arbeiten zu können?“ im Vergleich stationäre/teilstationäre und ambulante Altenpflege in 2012.....	34
3.7	Ergebnisse des BGW miab.....	36
3.7.1	Stationäre/teilstationäre Altenpflegeeinrichtungen.....	36
3.7.2	Ambulante Altenpflegeeinrichtungen.....	40
3.8	Ergebnisse aus der Befragung zu physischen Belastungen	43
3.8.1	Beschwerden des Bewegungsapparates des Pflegepersonals im stationären und ambulanten Bereich.....	43
3.8.2	Häufigkeiten des Auftretens belastender Tätigkeiten sowie „subjektive Belastung“ in der stationären/teilstationären und ambulanten Altenpflege.....	45
3.8.3	Kenntnisse von Altenpflegekräften im stationären und ambulanten Bereich zu manuellen Techniken und Konzepten.....	46
3.8.4	Bewertung der Ausstattung mit technischen Hilfsmitteln	49
3.9	Ergebnisse zu den durchgeführten Mitarbeiter-Workshops	50
3.9.1	Stationäre/teilstationäre Altenpflegeeinrichtungen.....	50
3.9.2	Ambulante Altenpflegeeinrichtungen.....	50
3.10	Fazit zum Ergebnisteil	53
4	Projektbezogene Maßnahmen	55
4.1	Quantitative Auswertung durchgeführter Maßnahmen im stationären Bereich	59
4.2	Quantitative Auswertung durchgeführter Maßnahmen im ambulanten Bereich	62
5	Evaluierung.....	65
5.1	Anliegen der Evaluierung	65
5.2	Aufbau der Evaluierung	65
5.3	Methoden der Datenerhebung, -verarbeitung und -auswertung der internen Evaluation	66
5.3.1	Methodik zum Wirksamkeitsnachweis von Maßnahmen auf die Arbeitsfähigkeit	66
5.3.2	Methodik der Überprüfung des Praxistransfers von zwei übergeordneten Maßnahmen.....	67

5.3.3	Methodik der Überprüfung der Implementierung eines BGM	69
5.4	Ergebnisse zu Effekten auf die Arbeitsfähigkeit	69
5.4.1	Strukturdaten der projektteilnehmenden Einrichtungen in 2014.....	69
5.4.2	Datenrückläufe	71
5.4.3	Soziodemografische Daten der Teilnehmer der stationären Altenpflege.....	71
5.4.4	Soziodemografische Daten der Teilnehmer der ambulanten Altenpflege.....	73
5.4.5	Ergebnisse der ausgewerteten Daten zur Arbeitsfähigkeit der stationären Altenpflegeeinrichtungen	75
5.4.6	Ergebnisse der ausgewerteten Daten der ambulanten Altenpflegeeinrichtungen 78	
5.4.7	Vergleich der durchschnittlichen Arbeitsfähigkeit zwischen der stationären und ambulanten Altenpflege in 2014	82
5.4.8	Vergleich der Arbeits-Renten-Perspektive zwischen der stationären und ambulanten Altenpflege in 2014	82
5.4.9	Ergebnisse zur Auswertung der Frage: „Was muss erfüllt sein, um bis zum Renteneintrittsalter gern und gesund arbeiten zu können?“ im Vergleich stationäre und ambulante Altenpflege in 2014	83
5.4.10	Vergleich der Ergebnisse der stationären und ambulanten Altenpflege in 2012 und 2014 zur Frage: „Was muss erfüllt sein, um bis zum Renteneintrittsalter gern und gesund arbeiten zu können?“	84
5.4.11	Fazit zum Ergebnisteil: Effekte auf die Arbeitsfähigkeit	87
5.5	Ergebnisse zur Überprüfung des Praxistransfers der Maßnahme „Rückengesundheit-ergonomische Arbeitsweisen in der Altenpflege“	88
5.5.1	Teilnehmerzahlen und Datenrückläufe des Evaluierungsbogens	88
5.5.2	Soziodemografische Daten	89
5.5.3	Ergebnisse zum Erlebten Nutzen der Fortbildung	89
5.5.4	Ergebnisse zur Frage: Welche ergonomischen Prinzipien haben Sie persönlich aus der Fortbildung in Ihren Arbeitsalltag übernommen?.....	90
5.5.5	Ergebnisse zur Frage: Welche Gründe treffen für Sie zu, die erlernten Methoden nicht immer anzuwenden?	91
5.5.6	Subjektiv erlebte Wirkungen der Fortbildung	92

5.5.7	Haben Sie Verbesserungsvorschläge für die Umsetzung der Inhalte aus der Fortbildung „Rückengesundheit- ergonomische Arbeitsweisen in der Altenpflege“	93
5.5.8	Fazit aus den Ergebnissen des Fragebogens zur Transferwirkung der Qualifizierung „Rückengesundheit – ergonomische Arbeitsweisen in der Altenpflege“ ..	95
5.6	Ergebnisse der Überprüfung des Praxistransfers der Maßnahme „Theoretische und praktische Qualifizierung von Altenpflegekräften im Umgang mit dementen Patienten“	95
5.6.1	Teilnehmerzahlen und Datenrückläufe des Evaluierungsbogens	95
5.6.2	Soziodemografische Daten	96
5.6.3	Ergebnisse zum erlebten Nutzen der Fortbildung	97
5.6.4	Ergebnisse zur offenen Frage „Welche der in der Fortbildung vermittelten Inhalte und Methoden konnten Sie bereits anwenden oder umsetzen?“	99
5.6.5	Ergebnisse zur Frage: Welche Gründe treffen für Sie zu, die erlernten Methoden nicht immer anzuwenden?	99
5.6.6	Ergebnisse zum Transfer der theoretisch besprochenen Fallbeispiele in die Praxis	99
5.6.7	Ergebnisse zu subjektiv erlebten Wirkungen der Fortbildung	101
5.6.8	Ergebnisse zur Frage: Haben Sie Verbesserungsvorschläge für die Umsetzung der Inhalte aus der Fortbildung „Theoretische und praktische Qualifizierung von Altenpflegekräften im Umgang mit dementen Patienten“?	102
5.6.9	Fazit aus den Ergebnissen des Fragebogens zur Transferwirkung der Qualifizierung „Theoretische und praktische Qualifizierung von Altenpflegekräften im Umgang mit dementen Patienten“	102
5.7	Ergebnisse zur Überprüfung der Implementierung eines BGM	103
5.8	Ausgesuchte Ergebnisse der externen Evaluierung	105
5.8.1	Anforderungen an Weiterbildungen und Schulungen aus Sicht der Pflegeeinrichtungen.....	105
5.8.2	Zusammenfassende Betrachtungen der Einrichtungen	107
6	Fazit.....	109
7	Literaturverzeichnis	110
8	Weiterführende Projektpublikationen	112
9	Abbildungsverzeichnis	113
10	Tabellenverzeichnis	115

11 Anhang.....	118
11.1 Fragebogenteil des ABI: soziodemografische Daten	118
11.2 Interviewleitfaden.....	121
11.3 ABI Fragebogen-Kurzversion ohne soziodemografische Daten.....	129
11.4 Fragebogen zur Transferwirkung der Qualifizierungsmaßnahme „Rückengesundheit – Ergonomische Arbeitsweisen in der Altenpflege“	134
11.5 Fragebogen zur Transferwirkung der Qualifizierungsmaßnahme „Theoretische und praktische Qualifizierung von Altenpflegekräften im Umgang mit dementen Patienten“.....	139

1 Einleitung

Vor dem Hintergrund der demografischen Veränderungen steht die Pflegebranche vor neuen Herausforderungen. Zum einen steigt die Zahl der Pflegebedürftigen an, das Durchschnittsalter der Pflegekräfte erhöht sich stetig und die Zahl von chronischen Krankheiten, Multimorbidität und Demenz fordert veränderte Anforderungen an die Kompetenzen der Beschäftigten in der Pflege. Demgegenüber ist ein deutlicher Fachkräftemangel spürbar. Um am Markt wettbewerbsfähig zu bleiben, gilt es für Altenpflegeeinrichtungen, attraktive Arbeitsbedingungen zu bieten, die ihre Mitarbeiter¹ länger und gesünder im Beruf halten.

Das Ziel des Projektes „Pflege bewegt“ des PARITÄTISCHEN Landesverbandes Thüringen war es, in Zusammenarbeit mit 12 Thüringer Einrichtungen der Altenpflege in einer breit angelegten Analysephase psychische und physische Belastungen von Altenpflegekräften zu erheben. Zusätzlich wurden vorhandene Personalentwicklungsinstrumente in puncto Gesundheitsförderung und Arbeitsschutz untersucht. Auf dieser Basis erarbeitete das Projektteam mit den teilnehmenden Einrichtungen in den Handlungsfeldern des Konzeptes „Haus der Arbeitsfähigkeit“ nach Ilmarinen – Gesundheit, Arbeit und Führung, Arbeitsplatz und Kompetenzen – entsprechende Maßnahmen. Diese dienen dazu, den Mitarbeitern gesundheitserhaltende und -fördernde Arbeitsbedingungen zu schaffen, die einen Verbleib im Pflegeberuf bis zum gesetzlichen Renteneintrittsalter ermöglichen. In einer anschließenden Evaluationsphase wurde die Wirksamkeit der durchgeführten Maßnahmen abschließend überprüft. Des Weiteren wurden auf Basis der Resultate dieser Untersuchung neue Argumente für sozialpolitische Diskussionen gewonnen, um nachhaltige Veränderungen in der Pflegewirtschaft zu erreichen. Als übergeordnetes Ziel des Projektes münden die Projektergebnisse als best practice verallgemeinert in eine Handlungsempfehlung für Praktiker. Dieser wird zusammen mit dieser Studie und dem erstellten Literaturreview als Projektpublikationsreihe mit Projektende der Fachöffentlichkeit präsentiert und zur Verfügung gestellt.

Der vorliegende Bericht gliedert sich in fünf Kapitel. Nach dem einleitenden Abschnitt wird im zweiten Kapitel das methodische Vorgehen der Querschnittsanalyse in den 12 teilnehmenden Einrichtungen beschrieben. Die Ergebnisdarstellung zur Arbeitsfähigkeit sowie zu psychischen und physischen Arbeitsbelastungen von Thüringer Altenpflegekräften, der als Querschnitt, ohne Bildung von Vergleichsgruppen angelegten Untersuchung in 2012, erfolgt im dritten Teil. Auf der Basis der Analyseresultate, konzipierte und durchgeführte Maßnahmen, sind Inhalt des Kapitels Vier.

¹ Im Interesse der leichteren Lesbarkeit wurde auf die Unterscheidung von männlicher und weiblicher Form verzichtet. Natürlich sind immer beide Geschlechter angesprochen.

Im fünften Teil wird die in 2014 erfolgte umfassende Evaluierung des Projektprozesses, der durchgeführten Maßnahmen und deren Effekte auf die Arbeitsfähigkeit von Mitarbeitern der Altenpflege vorgestellt.

Auf die nach der Einleitung üblicherweise folgende Hinführung zum Thema wird bewusst zur Vermeidung von Dopplungen mit den beiden anderen Forschungsarbeiten verzichtet. Daten, Fakten und Zahlen zur aktuellen Situation, zu Arbeitsbelastungen und Modellen der Gesundheitsförderung von Beschäftigten in der Altenpflege werden dort detailliert beschrieben.

Es muss an dieser Stelle konstatiert werden, dass die vorliegende Studie hinsichtlich ihrer methodischen Durchführung wissenschaftlichen Standards nur bedingt entspricht. Auch die Zielstellung des Projektes, psychische und physische Arbeitsbelastungen von Altenpflegekräften zu reduzieren und deren Arbeitsfähigkeit zu verbessern, kann nur mit qualitativ gewonnen Daten überprüft werden. Folgende Gründe veranlassten zu dieser Vorgehensweise: zum Projektstart waren noch keine Projektteilnehmer aus Einrichtungen der Altenpflege in Thüringen akquiriert. Damit waren auch der Zeitpunkt der Untersuchungen, die Größe der Teilnehmerzahlen und die Dauer der Datenerhebung und -auswertung nur schwer kalkulierbar. Des Weiteren stellt jede der 12 teilnehmenden Einrichtungen eine eigenständige, funktionierende, wirtschaftliche Einheit dar. Belegschafts- und Unternehmensstrukturen weichen dementsprechend voneinander ab. Ein klassisches Kontrollgruppendesign wäre unter diesen Voraussetzungen nur schwer umsetzbar gewesen.

Wenn auch die Vergleiche der Querschnittsuntersuchungen in 2012 und 2014 keine Auskünfte über die Entwicklungsverläufe der Arbeitsfähigkeit der untersuchten Beschäftigten zulassen, kann man jedoch durch eine Gegenüberstellung, Auskünfte über die Entwicklung der personalbezogenen Aufgaben, gegebenenfalls auch über Problemstellungen in den beteiligten Einrichtungen, erhalten. Dieser Ansatz, auf Grundlage eines momentanen Ist-Zustandes Probleme zu erkennen und entsprechende Maßnahmen zu entwickeln und umzusetzen, entspricht dem derzeit gängigen Praxismodell „plan-do-check-act“ – kurz PDCA-Zyklus. Ein Ansatz, der auch im Sinne des Nachhaltigkeitsaspektes über das Projektende hinaus, eine praxisnahe Umsetzung zum Erhalt und zur Förderung der Gesundheit und Arbeitsfähigkeit ermöglicht.

2 Methodik der Querschnittsanalyse 2012

Der Fokus des zweiten Kapitels liegt auf der Beschreibung der angewandten Methodik und der eingesetzten Instrumente zur Datenerhebung. Im Forschungsmittelpunkt standen zum einen die Identifizierung von physischen und psychischen Arbeitsbelastungen sowie die Erhebung der Arbeitsfähigkeit von Fachkräften in der Altenpflege. Zum anderen waren die Analyse der Altersstruktur der Zielgruppe und die Untersuchung vorhandener Personalentwicklungsinstrumente in puncto Gesundheitsförderung und Arbeitsschutz von enormer Bedeutung. Auf der Basis der gewonnenen Daten sollten geeignete Maßnahmen zum Erhalt und zur Förderung der Gesundheit und Arbeitsfähigkeit von Beschäftigten gemeinsam mit den Einrichtungen geplant und umgesetzt werden. In diesem Zusammenhang wurde auch der jeweils aktuelle Stand der Personal- und Organisationsentwicklung der Einrichtung einbezogen.

2.1 Methodik der Datenerhebung und -auswertung

Der Zeitraum von Dezember 2011 bis Oktober 2012 umfasste die nachfolgenden Projektaktivitäten. Nach Zustimmung zur Teilnahme am Projekt wurden in allen Einrichtungen Informationsveranstaltungen für die Mitarbeiter durch das Projektteam durchgeführt. Ziel war es, die Beschäftigten von Beginn an am Projekt zu partizipieren. Neben der Zusicherung der vertraulichen Handhabung der Daten unter Einhaltung des Bundesdatenschutzgesetzes und der Einholung einer Einverständniserklärung zur Verwendung von projektbezogenen Teilnehmerdaten, war auch die Erläuterung der weiteren Vorgehensweise zur Datengewinnung, Datenauswertung und Maßnahmenplanung fester Bestandteil der Veranstaltungen.

Im Anschluss daran folgten die Phase der Datenerhebung der Mitarbeiter zu ihrer Arbeitsfähigkeit, zu psychischen und physischen Arbeitsbelastungen sowie eine Untersuchung der Einrichtungsstrukturen. Die Befragungen wurden zunächst separat an drei verschiedenen Terminen im Rahmen einer Dienstberatung in den Räumlichkeiten der Einrichtung durchgeführt. Dieses Vorgehen optimierte man nach der dritten beendeten Analyse, indem man die Mitarbeiter an einem Treffen alle drei verwendeten Fragebögen ausfüllen ließ. Bei der Befragung waren die Projektmitarbeiter vor Ort, um den Teilnehmern Anonymität zu versichern und sie bei Fragen zu unterstützen.

Für Mitarbeiter, die am Tag der Befragung nicht anwesend sein konnten, hinterließ das Projektteam bei der Geschäftsführung Fragebögen und Kuverts. Zusätzlich wurde ein Projekt-Briefkasten zur Verfügung gestellt, in den die Mitarbeiter anonym ihre Kuverts einwerfen konnten. Somit wurden ausgeteilte Fragebögen nach einer erfolgten 4-wöchigen Frist nachgefasst.

Abschließend wurden die Daten aufbereitet und die Resultate den Geschäftsführungen in Form eines Berichtes vorgelegt und erläutert. Die Ergebnispräsentationen für die Beschäftigten wurden im Rahmen von Workshops durchgeführt, in denen die Möglichkeit bestand, Ergebnisse mit den Mitarbeiter kritisch zu hinterfragen und mögliche Lösungsvorschläge für Problemlagen für die weitere Maßnahmenplanung aufzunehmen.

2.2 Erhebungsinstrumente

Ein vorab durchgeführtes Literaturreview stellte die Entscheidungsgrundlage für die im Projekt verwendeten Datenerhebungsinstrumente zur Identifizierung von physischen und psychischen Arbeitsbelastungen sowie zur Erhebung der Arbeitsfähigkeit von Fachkräften in der Altenpflege. Im nachfolgenden Absatz werden diese neben den Methoden zur Untersuchung der Einrichtungsstrukturen vorgestellt.

2.2.1 Erhebung soziodemografischer Merkmale der Teilnehmer

Die Erhebung und die Analyse der soziodemografischen Merkmale der Beschäftigten erfolgten im Rahmen der Auswertung des Fragebogens zur Arbeitsfähigkeit. Dabei wurden folgende Merkmale der Befragungstichprobe untersucht: Geschlecht, Alter, Unternehmenszugehörigkeit, Beschäftigungsverhältnis, Arbeitszeit und Berufsgruppe. Dieser Fragebogenteil kann im Anhang 11.1 eingesehen werden.

2.2.2 Erhebung und Auswertung der Altersstruktur

Um Handlungsempfehlungen im Bereich der Personalbeschaffung und -entwicklung geben zu können, kam das Instrument der Altersstrukturanalyse zur Anwendung. In der Praxis unterscheidet man zwischen vier Typen von Altersstrukturen. Diese sind in Abbildung 1 dargestellt. Idealerweise sollten Unternehmen Mitarbeiter in allen Alterskohorten vorhalten. Denn weder eine Fokussierung auf die Jüngeren ist langfristig von Vorteil, als auch eine Altersstruktur, bei der der Nachwuchs fehlt.

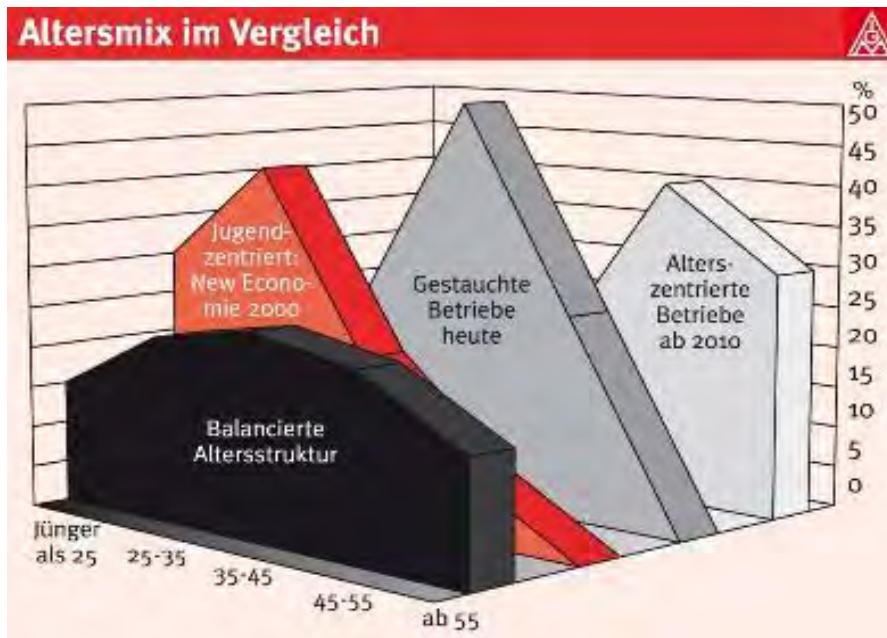


Abbildung 1: Typen von Altersstrukturen (Quelle: IG Metall, 2012)

Im Projekt erfolgte die Analyse anhand der Auswertung der zugesandten Personaldaten, die in einer Excel-Tabelle (Version Microsoft Excel 2010) aufbereitet wurden. Dabei kam sowohl eine globale Analyse für das gesamte Unternehmen zum Einsatz als auch eine Detailanalyse nach Qualifikationsgruppen. Die Globalanalyse gab einen ersten Überblick und zeigte mögliche neuralgische Punkte in der Altersstruktur des Unternehmens auf.

Um eine aussagekräftige Diagnose über die Altersverteilung zu erhalten und auf dieser Grundlage künftige Engpässe möglichst exakt bestimmen zu können, wurde die Altersstruktur fortgeschrieben und nach Qualifikationsgruppen betrachtet (vgl. Gerisch, Knapp & Töpsch, 2010). Im Ergebnisteil richtet sich der Fokus jedoch ausschließlich auf die Globalanalyse als Zusammenfassung für alle stationären und ambulanten Projektträger.

2.2.3 Erhebung und Auswertung der Unternehmensstrukturen

Anhand eines selbsterstellten, leitfadengestützten Interviews (siehe Anhang 11.2) wurden die Geschäftsführer und Einrichtungsleiter hinsichtlich vorhandener Strukturen in den Handlungsfeldern des Betrieblichen Gesundheitsmanagements befragt. Des Weiteren diente das Gespräch dazu, die verschiedenen Aspekte in den Bereichen Arbeits- und Gesundheitsschutz, Personalentwicklung sowie betriebswirtschaftliche Strukturen zu beleuchten. Die Interviews wurden anschließend anonymisiert transkribiert und anhand der vorab im Leitfaden gebildeten Kategorien quantitativ ausgewertet.

2.2.4 Erhebung und Auswertung der Arbeitsfähigkeit

Um die Arbeitsfähigkeit eines Beschäftigten darzustellen, konstruierte eine finnische Forschergruppe um Juhani Ilmarinen den **Work Ability Index (WAI)**. Es ist ein valides Messinstrument zur Erfassung der individuellen Arbeitsfähigkeit bzw. Beanspruchung eines Mitarbeiters. Er wird auch als **Arbeitsfähigkeitsindex** oder **Arbeitsbewältigungsindex (ABI)** bezeichnet (vgl. Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin 2011, S. 5). In einem Fragebogen (bestehend aus zehn Fragen) schätzen die Beschäftigten ihre Arbeitsfähigkeit ein. Die jeweiligen Antworten werden mit Punkten bewertet. Im Ergebnis lässt sich ein ABI-Wert messen, der zwischen 7 und 49 Punkten liegt. Auf diese Weise lässt sich zum einen ermitteln, wie hoch der Arbeitnehmer die eigene Arbeitsfähigkeit einschätzt, zum anderen können Maßnahmen ermittelt werden, welche die Arbeitsfähigkeit verbessern könnten (vgl. ebd. , S. 10). In der Abbildung 2 sind der Index sowie entsprechende Förder- und Schutzziele aufgeführt.





Index	Arbeitsbewältigungs-Konstellation	Symbol / Ampelfarbe	Erläuterung	Förder- und Schutzziel
44–49 Punkte	Sehr gute Arbeitsbewältigungs-Konstellation (AB) zwischen Person und Arbeit		Person und Arbeit passen sehr gut zusammen; in einem hohen Ausmaß liegen Reserven und Spielräume für die Arbeitsbewältigung vor.	Erhaltung
37–43 Punkte	Gute AB		Die Konstellation befindet sich im Gleichgewicht, ist jedoch unterstützungsbedürftig, da Reserven geschrumpft oder zu gering für die Arbeitsanforderungen sind.	Unterstützung
28–36 Punkte	Mäßige AB		Es beginnt aus dem Lot zu gehen – Arbeit und Person passen nicht durchgängig mehr zusammen. Das (beginnende) Ungleichgewicht kann beeinträchtigen.	Verbesserung
7–27 Punkte	Kritische AB		Es liegt ein Ungleichgewicht von Arbeitsbedingungen und Person vor und das Risiko wächst, dass Arbeits- und Erwerbsunfähigkeit über kurz oder lang entsteht.	Wiederherstellung

Abbildung 2: Bewertung von ABI-Werten (Quelle: Initiative Neue Qualität der Arbeit, INQA, 2008)

Die erhobenen Daten wurden unter Anwendung der Excel-Tabellenkalkulationssoftware (Version Microsoft Excel 2010) aufbereitet und deskriptiv ausgewertet. Der Fragebogen kann als Kurz- und Langversion über die Internetseiten des *ABI Netzwerkes Deutschland* kostenlos heruntergeladen werden.

Um weitere Ansatzpunkte zur Reduzierung arbeitsbedingter Belastungen zu eruieren, wurde der Fragebogen vom Projektteam um die Frage „Was muss erfüllt sein, um bis zum

Renteneintrittsalter gern und gesund arbeiten zu können?“ ergänzt. Bei der Möglichkeit von Mehrfachantworten konnte zwischen elf Kategorien gewählt werden. Der im Projekt verwendete Fragebogen ist dem Anhang 11.3 beigelegt.

2.2.5 Erhebung und Auswertung psychischer Arbeitsbelastungen in der Altenpflege

Zur Feststellung psychischer Belastungen und Beanspruchungen von Beschäftigten in der Altenpflege kam das wissenschaftlich validierte Messinstrument **BGW miab** der Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege (BGW) zum Einsatz. Der Belastungs- und Beanspruchungs-Fragebogen wurde speziell für die Kranken- und Altenpflege sowie den stationären Wohnbereich der Behindertenhilfe entwickelt. Der Belastungsfragebogen erfasst die quantitativen und qualitativen Arbeitsbelastungen, die Arbeitsorganisation, das soziale Arbeitsumfeld und die außerberufliche Situation aus der Perspektive der Mitarbeiter (vgl. BGW, 2011).

Daraus ergibt sich als globales Ergebnis ein Belastungsprofil in Spinnennetzgrafik (siehe Abbildung 3).

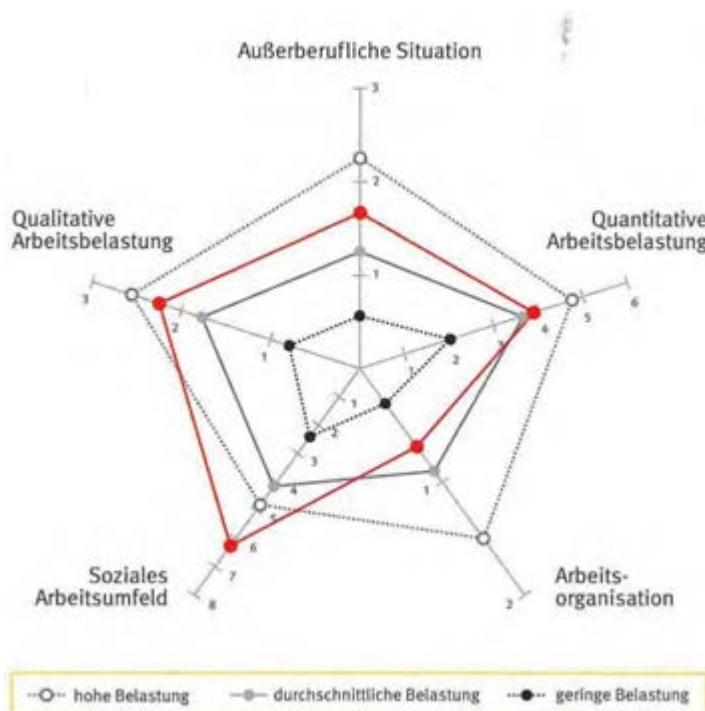


Abbildung 3: Belastungsprofil (Quelle: BGW, 2011)

Einzelresultate werden in der jeweilig untersuchten Dimension mit einem Branchenwert aus vorangegangenen Pilotstudien verglichen (siehe Abbildung 4).

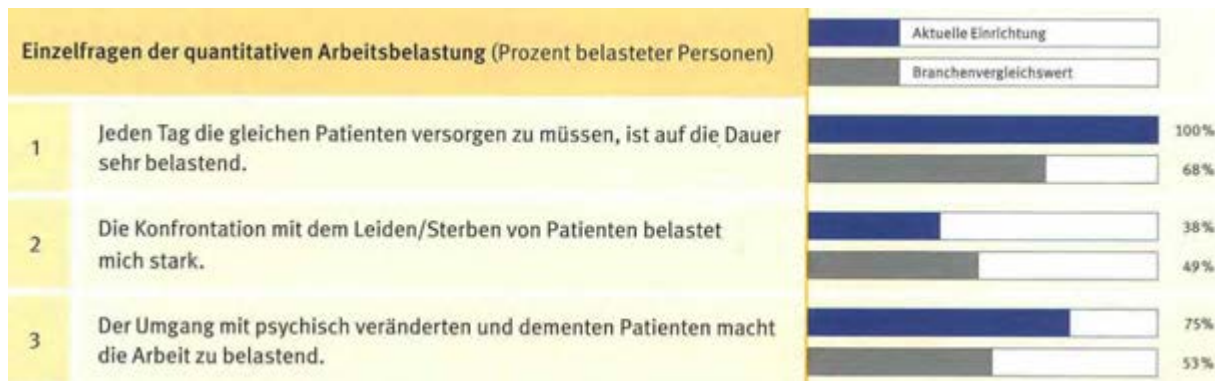


Abbildung 4: Grafik-Auszug der Einzelergebnisauswertung "Belastungen" (Quelle: BGW, 2011)

Der Beanspruchungs-Fragebogen hingegen besteht aus individuellen Einschätzungen zum körperlichen und psychischen Befinden. Final wird die durchschnittliche Gesamtbeanspruchung der befragten Mitarbeiter als Punktwert im Beanspruchungsthermometer dargestellt (vgl. BGW, 2011).

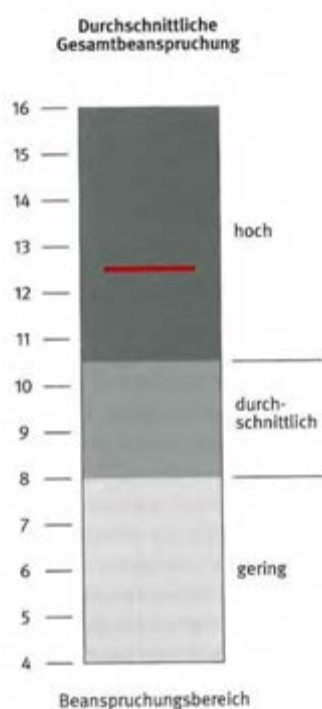


Abbildung 5: Grafik-Auszug zur Darstellung der durchschnittlichen Gesamtbeanspruchung in Form des Beanspruchungsthermometer (Quelle: BGW, 2011)

Die Datenauswertung beider Fragebögen erfolgte über eine einfach zu handhabende und für BGW-Mitglieder kostenneutrale Anwendungssoftware, die über die Internetseite der BGW bezogen werden kann.

2.2.6 Erhebung und Auswertung physischer Arbeitsbelastungen in der Altenpflege

Die Datenerhebung wurde anhand eines standardisierten, an die Projektziele angepassten Fragebogens durchgeführt. Die Konzipierung des Fragebogens erfolgte auf Grundlage vorangegangener Forschungsarbeiten (vgl. Michaelis & Hermann, 2010) der Freiburger Forschungsstelle für Arbeits- und Sozialmedizin (FFAS) unter der Leitung von Frau Dr. Michaelis. Der Fragebogen gliederte sich in:

- a) Fragen zu Beschwerden des Bewegungsapparates,
- b) Fragen zur Arbeitszufriedenheit und Arbeitsfähigkeit,
- c) Häufigkeiten zu belastenden Tätigkeiten in der Pflege,
- d) Fragen zur Anwendung von bestimmten Bewegungskonzepten (Rückengerechter Patiententransfer, Kinästhetik, Bobath) und
- e) Fragen zum Einsatz von technischen Hilfsmitteln.

Die Durchführung der Datenauswertung unter Anwendung des statistischen Datenauswertungsprogramms SPSS (Version 20) erfolgte ebenfalls durch die oben genannte Institution. Die deskriptive Ergebnisdarstellung beinhaltet errechnete Mittel- und Medianwerte, Standardabweichungen, Einjahres- und Punktprävalenzen. Bei Interesse ist das mit Copyright geschützte Instrument bei der FFAS kostenpflichtig anzufragen.

2.2.7 Qualitative Erhebung im Rahmen von Mitarbeiter-Workshops in den vier Handlungsfeldern des „Haus der Arbeitsfähigkeit“

Nach erfolgter Auswertung der erhobenen Daten wurden die Ergebnisse zur Arbeitsfähigkeit, zu psychischen und physischen Arbeitsbelastungen je nach Einrichtungsgröße repräsentativen Beschäftigtengruppen der Pflege vorgestellt. Mitarbeiter, welche an diesem Termin nicht teilnehmen konnten, wurden über die Resultate im Rahmen einer Dienstberatung von ihren Kollegen unterrichtet. Durch die Workshops wurde den Mitarbeitern zum einen die Möglichkeit gegeben, ihre Ergebnisse zu den Belastungen anonymisiert zu erfahren, zum anderen konnte das Projektteam identifizierte Problemlagen gezielter hinterfragen. Die Workshops dienten dazu, vor dem Start der Maßnahmenplanung und -umsetzung konkrete Ideen und Lösungsvorschläge der Mitarbeiter zu sammeln und sie somit am Projektprozess direkt zu partizipieren. Die Ergebnissicherung erfolgte während der Arbeitstreffen durch Visualisierungen an dem Flipchart, die anschließend in einem Fotoprotokoll dauerhaft festgehalten wurden. Die Ergebnisse der 12 Fotoprotokolle wurden nur für diesen Bericht anhand des Modells des Hauses der Arbeitsfähigkeit den vier Handlungsfeldern in Form von Häufigkeitsnennungen zugeordnet und getrennt nach ambulanten sowie stationären Bereich ausgewertet.

Ferner wurden die erhobenen Bedarfe separat für jeden Projektträger in den Steuerungsgremien besprochen und individuell für die Maßnahmenplanung herangezogen.

3 Ergebnisse der Querschnittsanalyse 2012

Die vorgestellten Resultate im dritten Kapitel des Berichts werden aus Gründen der Übersichtlichkeit sowie der doch zum Teil differenten Strukturen und Arbeitsabläufe separat nach stationären und ambulanten Projektträgern beschrieben. Trägerspezifische Analyseergebnisse wurden in Form von Geschäftsführerberichten den Führungskräften der Einrichtungen vorgestellt und erläutert. Sie bildeten die Grundlage für die Ergreifung zielgerichteter, trägerinterner Maßnahmen.

3.1 Strukturdaten der projektteilnehmenden Einrichtungen in 2012

Für das Projekt konnten, wie im Projektvertrag vereinbart, 12 Einrichtungen der ambulanten und stationären Altenpflege in Thüringen als Kooperationspartner gewonnen werden. Bei den teilnehmenden Unternehmen handelt es sich um drei stationäre, eine teilstationäre und acht ambulante Pflegeeinrichtungen (siehe Tabellen 1 und 2). Die untersuchte Zielgruppe waren Mitarbeiter der Altenpflege.

Tabelle 1: Übersicht der Kooperationspartner im ambulanten Bereich in 2012 (Quelle: eigene Darstellung)

Ambulante Einrichtungen	Ort	Anzahl der Beschäftigten zu Projektstart
wohnen plus...pflegen gemeinnützige Betreuungs- und Service GmbH	99427 Weimar	28
HK Pflegedienst gemeinnützige GmbH	99192 Nesse-Apfelstädt, OT Neudietendorf	42
Volkssolidarität Thüringen gemeinnützige GmbH Sozialstation Erfurt	99084 Erfurt	36
ASB OV Hermsdorf e.V.	07639 Bad Klosterlausnitz	19
ASB Regionalverband Südthüringen e.V. Ambulanter Dienst	98529 Suhl	8
Sozialdienst Elisabeth von Thüringen e.V.	98743 Gräfenenthal	12
ASB Regionalverband Ostthüringen e.V. Sozialstation	07551 Gera	25
Volkssolidarität Kreisverband Schmalkalden-Meiningen e.V. Sozialstation Schmalkalden	98574 Schmalkalden	11

Tabelle 2: Übersicht der Kooperationspartner im stationären und teilstationären Bereich in 2012 (Quelle: eigene Darstellung)

Stationäre und teilstationäre Einrichtungen	Ort	Anzahl der Beschäftigten zu Projektstart
ASB Hummelshain Senioren- und Pflegeheim "Am Würzbachgrundblick"	07768 Hummelshain	105
ASB Regionalverband Ostthüringen e.V. Seniorenpflegeheim "Grüner Weg"	07551 Gera	67
Seniorenwerk gemeinnützige Heimträgergesellschaft mbH Seniorenpflegeheim „Asternhof“	99734 Nordhausen	62
Volkssolidarität Thüringen gemeinnützige GmbH Tagespflege Gotha	99867 Gotha	14

3.2 Datenrückläufe

Bei einer Bruttostichprobe von 364 potentiellen Mitarbeitern der stationären und ambulanten Altenpflege konnten durchschnittlich 248 Teilnehmer zu ihrer Arbeitsfähigkeit und zu psychischen und physischen Arbeitsbelastungen befragt werden. Konkret wurden Daten von 268 Teilnehmern mit dem ABI, 228 mit dem BGW miab und 249 mit dem Fragebogen physische Arbeitsbelastungen erhoben. In der Abbildung 6 ist detailliert der Rücklauf für alle erhobenen Daten beschrieben.

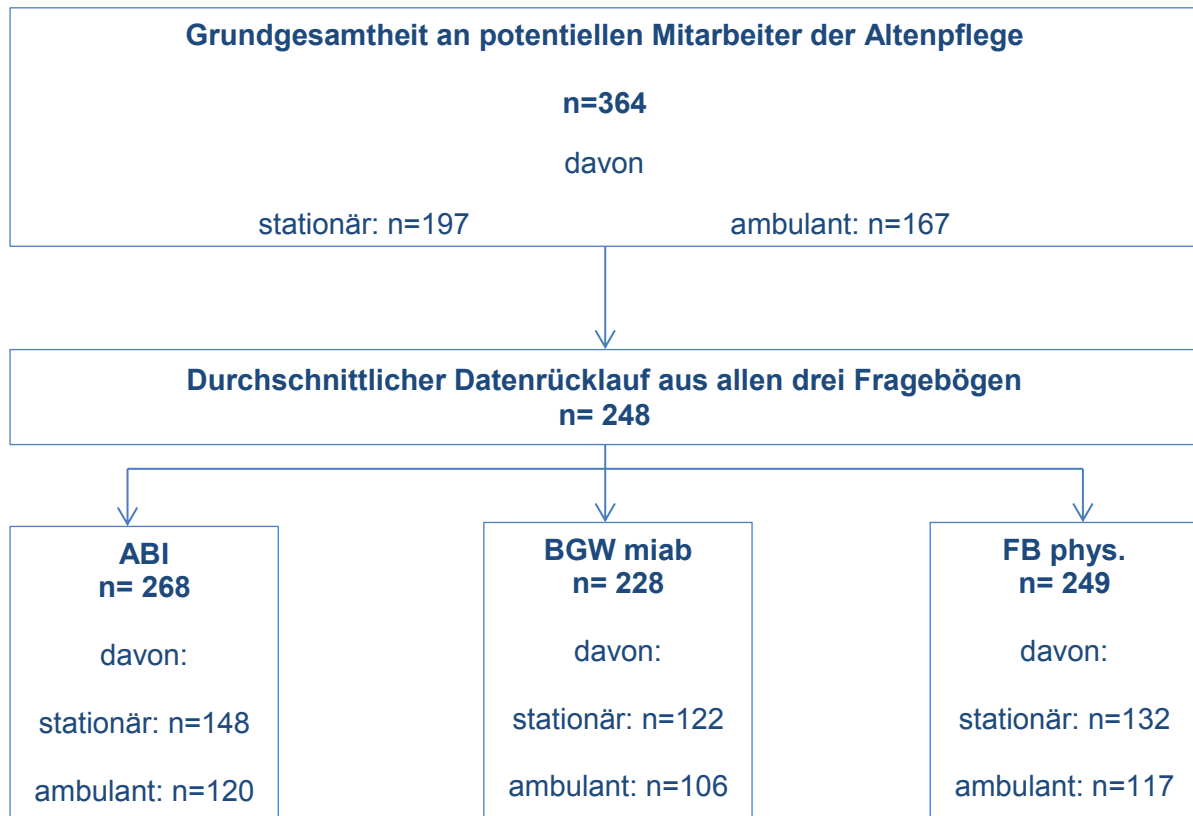


Abbildung 6: Übersicht des Datenrücklaufs der Querschnittsuntersuchung in 2012 (Quelle: eigene Darstellung)

3.3 Soziodemografische Daten

3.3.1 Teilnehmer der stationären/teilstationären Altenpflege

Die Auswertung der soziodemografischen Merkmale der Stichprobe für den stationären /teilstationären Bereich (siehe Tabelle 3) ergab folgende Resultate. Es konnten in der Befragung bei einer Grundgesamtheit von n=148 insgesamt 80 Pflegefachkräfte und 67 Pflegehilfskräfte erreicht werden. Mit 91 Prozent waren überwiegend Frauen in der stationären Altenpflege beschäftigt. Zum Untersuchungszeitpunkt war die Altersgruppe der 45 bis 54 Jährigen am häufigsten vertreten. Unterproportional waren die Altersgruppen der unter 24 Jährigen und 55 bis 64 Jährigen Beschäftigten abgebildet. Ein Großteil der Befragten (n=72) arbeitete zwischen 0 bis 5 Jahren in den untersuchten Einrichtungen. Davon 64,8 Prozent als Teilzeitbeschäftigte und 47,9 Prozent im Früh- und Spätdienste.

Tabelle 3: Soziodemografische Datenauswertung der Teilnehmer der stationären/teilstationären Altenpflegeeinrichtungen in 2012 (Quelle: eigene Darstellung)

Soziodemografische Merkmale	Häufigkeit (n = 148)	fehlende Angaben	Prozent
Geschlecht		1	
Frauen	135		91,2
Männer	12		8,1
Alter		1	
bis 24 Jahre	16		10,8
25 bis 34 Jahre	35		23,6
35 bis 44 Jahre	32		21,6
45 bis 54 Jahre	42		28,4
55 bis 64 Jahre	22		14,8
ab 65 Jahre	0		0
Unternehmenszugehörigkeit		1	
0 bis 5 Jahre	72		48,6
6 bis 10 Jahre	28		18,9
11 und längere	47		31,7
Beschäftigungsverhältnis		1	
Vollzeit ab 36 Wochenstunden	46		31,1
Teilzeit 13 bis 35 Wochenstunden	96		64,8
Geringfügige Beschäftigung bis 12 Wochenstunden	0		0
Auszubildende	5		3,4
Arbeitszeit		5	
Früh- und Spätdienst	71		47,9
Drei-Schicht-System	45		30,4
nur Tagdienst	17		11,5
nur Nachtdienst	8		5,4
Andere Arbeitszeiten	2		1,4

Soziodemografische Merkmale	Häufigkeit (n = 148)	fehlende Angabe	Prozent
Berufsgruppen		1	
Pflegefachkräfte <i>abgeschlossene 3-jährige Fachschulausbildung nach Altenpflegegesetz oder Krankenpflegegesetz</i>	80		54
Pflegehilfskräfte <i>abgeschlossene 1-jährige Fachschulausbildung nach Thüringer Pflegehelfergesetz</i>	67		45,3

3.3.2 Teilnehmer der ambulanten Altenpflege

In der Analyse der soziodemografischen Merkmale im ambulanten Altenpflegebereich wurden mit 72 Prozent weniger Pflegekräfte erreicht. Bei den Befragten konnte zwischen 61 Pflegefachkräften und 55 Pflegehilfskräften unterschieden werden. Auch in diesem Versorgungssektor der Pflege arbeiteten überwiegend Frauen und die Alterskohorte der 45 bis 54 Jährigen war mit 35 Prozent am häufigsten vertreten. Ferner unterschieden sich die beiden Gruppen in den anderen untersuchten Merkmalen nur geringfügig (siehe Tabelle 4).

Tabelle 4: Soziodemografische Datenauswertung der Teilnehmer der ambulanten Altenpflegeeinrichtungen in 2012 (Quelle: eigene Darstellung)

Soziodemografische Merkmale	Häufigkeit (n = 120)	fehlende Angaben	Prozent
Geschlecht		4	
Frauen	108		90
Männer	8		6,6
Alter		4	
bis 24 Jahre	6		5
25 bis 34 Jahre	31		25,8
35 bis 44 Jahre	22		18,3
45 bis 54 Jahre	42		35
55 bis 64 Jahre	14		11,7
ab 65 Jahre	1		0,8
Unternehmenszugehörigkeit		6	

Soziodemografische Merkmale	Häufigkeit (n = 120)	fehlende Angaben	Prozent
0 bis 5 Jahre	73		60,8
6 bis 10 Jahre	15		12,5
11 und längere	26		21,7
Beschäftigungsverhältnis		4	
Vollzeit ab 36 Wochenstunden	32		26,7
Teilzeit 13 bis 35 Wochenstunden	80		66,7
Geringfügige Beschäftigung bis 12 Wochenstunden	4		3,4
Auszubildende	0		0
Arbeitszeit		4	
Früh- und Spätdienst	79		65,8
Drei-Schicht-System	5		4,2
nur Tagdienst	27		22,5
nur Nachtdienst	0		0
Andere Arbeitszeiten	5		4,2
Berufsgruppen		4	
Pflegefachkräfte <i>abgeschlossene 3-jährige Fachschulausbildung nach Altenpflegegesetz oder Krankenpflegegesetz</i>	61		50,8
Pflegehilfskräfte <i>abgeschlossene 1-jährige Fachschulausbildung nach Thüringer Pflegehelfergesetz</i>	55		45,8

3.4 Ergebnisse der Altersstrukturanalyse

Bei der globalen Auswertung der vier teilnehmenden stationären/teilstationären Altenpflegeeinrichtungen konnten drei der vier vorgestellten Typen der Altersstruktur ermittelt werden (siehe 2.2.2, S.16 f). Zwei stationäre Träger verfügten zum Untersuchungszeitpunkt über eine balancierte Altersstruktur. Die dritte stationäre Einrichtung hatte überwiegend Mitarbeiter im Alter zwischen 35 und 45 Jahren. Die teilstationäre Tagespflege zeigte eine alterszentrierte Belegschaft mit neun von 14 Beschäftigten in den Alterskohorten 45 bis 55 und 55 bis 65 Jahren (siehe Abbildung 7).

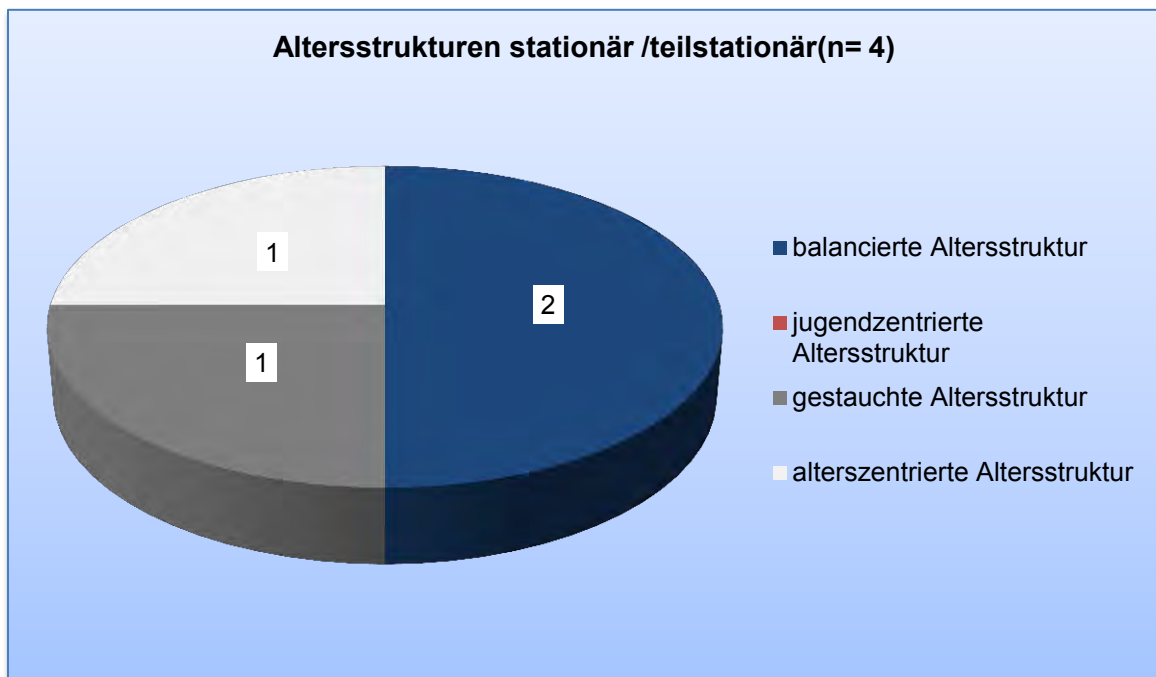


Abbildung 7: Globalanalyse der Altersstrukturen im stationären/teilstationären Bereich der Altenpflege in 2012 (Quelle: eigene Darstellung)

Im ambulanten Bereich wies die Mehrzahl (n=5) der Einrichtungen eine gestauchte Altersstruktur auf. Eine balancierte Alterszusammensetzung fand sich nur in zwei von acht untersuchten ambulanten Trägern (siehe Abbildung 8).

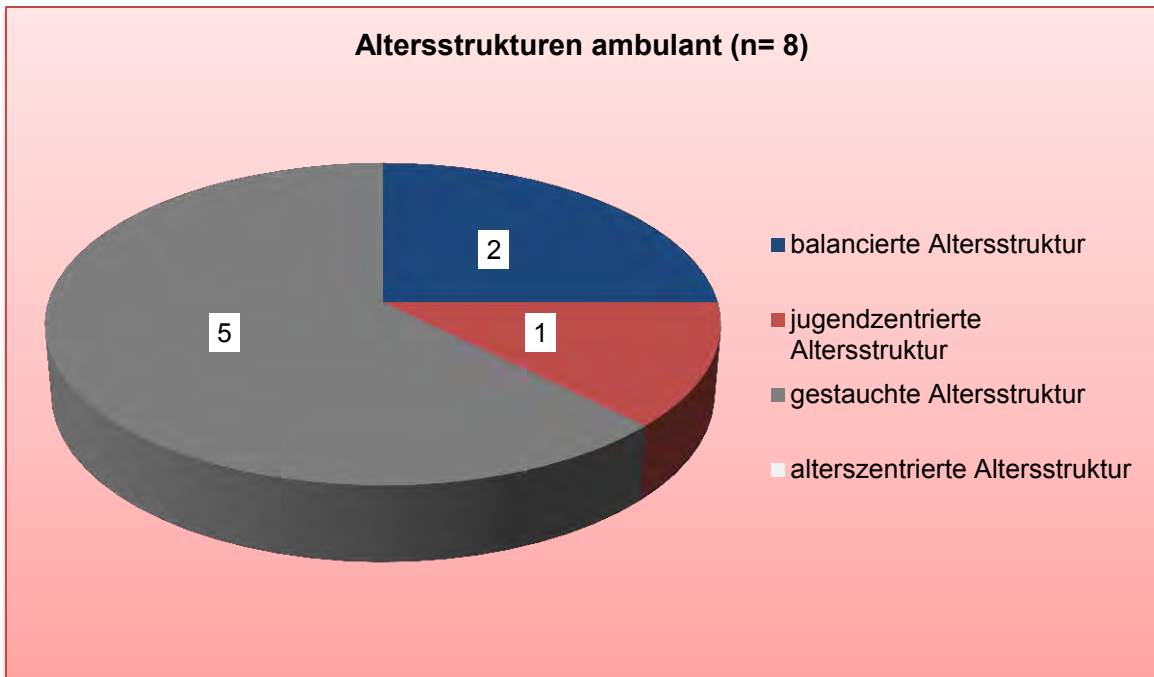


Abbildung 8: Globalanalyse der Altersstrukturen im ambulanten Bereich der Altenpflege in 2012 (Quelle: eigene Darstellung)

3.5 Ergebnisse der Auswertung der Unternehmensstrukturen

3.5.1 Stationäre/teilstationäre Altenpflegeeinrichtungen

Die Analyse ergab, dass bereits erste Strukturen im Sinne einer demografieorientierten Unternehmensplanung vorhanden waren. Dennoch wiesen die untersuchten Einrichtungen in den verschiedenen Kategorien Gemeinsamkeiten und Differenzen auf, auf die nachfolgend Bezug genommen werden soll.

Bei den **übergeordneten Fragen** wurden Arbeitnehmerinteressen nur bei einem Projektteilnehmer in Form eines Betriebsrates vertreten und Löhne nach festgelegtem Tarifrecht ausgezahlt. Alle vier Einrichtungen hatten zum Untersuchungszeitpunkt kein Jahresbudget für die Gesundheitsförderung festgelegt. Zwei der vier Projektträger haben Aspekte der Personalentwicklung und des Betrieblichen Gesundheitsmanagement in ihrem Unternehmensleitbild verankert.

In der Kategorie **Kennzahlen** zu Fehl- und Arbeitszeiten, Überstundenregelungen, Krankheitskosten, Fluktuation, Kundenzufriedenheit, Beschwerde- und Verbesserungsmanagement sowie Unfallstatistik kann folgendes Fazit für die vier Einrichtungen gezogen werden.

Alle teilnehmenden Einrichtungen hatten in gewisser Weise Kennzahlen geführt. Allerdings führten zwei keine Statistik zu Krankheitskosten. Ein weiterer Träger erhob keine Daten zu Beschwerde- und Verbesserungsmanagement.

Alle vier Einrichtungen hatten bereits **gesundheitsfördernde Maßnahmen** für ihre Belegschaft mit der Unterstützung der gesetzlichen Krankenversicherungen durchgeführt, konnten aber keine nachhaltigen Maßnahmenangebote implementieren.

Bei zwei der vier untersuchten Unternehmen gab es in der Kategorie **Ergonomie** definierte Handlungsanweisungen zum ergonomischen Heben und Tragen sowie zum Einsatz von Hilfsmitteln. Jedoch führten alle regelmäßig hausinterne Weiterbildungen zum Thema ergonomisches Arbeiten in der Altenpflege durch. Darüber hinaus waren vereinzelt Mitarbeiter in den Konzepten Bobath sowie Kinästhetik geschult.

Nur eine stationäre Einrichtung bot Informationsveranstaltungen zu Themen der Gesundheitsförderung und **Suchtprävention** regelmäßig an. Maßnahmen zur **Stressbewältigung** in Form von Supervision wurden den Beschäftigten eines Trägers offeriert. Neben einer teilweisen subventionierten Mittagsversorgung bei zwei Einrichtungen wurden keine weiteren Angebote einer **gesunden Ernährung** unterbreitet.

Die Partizipation zur Mitgestaltung gesundheitsförderlicher Arbeitsplätze in der Pflege in Form von **Gesundheitszirkeln** wurde in allen vier Pflegeeinrichtungen nicht ermöglicht.

Im Bereich des **Arbeitsschutzes** ergaben sich aus der Analyse vielfältige Umsetzungen in den einzelnen Unternehmen. Die festgelegten gesetzlichen Bestimmungen wurden von allen als verbindlich angegeben. Unterschiede zwischen ihnen traten bei den fakultativ wählbaren Angeboten der Arbeitsmediziner und externen Arbeitssicherheitsfirmen auf. Die **Arbeitskleidung** wurde – mit einer Ausnahme – für Arbeitnehmer zur Verfügung gestellt.

In der Kategorie **Kommunikation** wurde die Informationsweitergabe der Geschäftsführung an die Belegschaft von allen als ausreichend erfüllt wahrgenommen. Fachliche Austauschmöglichkeiten der Pflegenden untereinander erfolgten fast ausnahmslos durch Qualitätszirkel, interne Audits und Fallbesprechungen zu Klienten.

Auch im Bereich der **Personal- und Organisationsentwicklung** gab es unterschiedlich abgeschlossene Entwicklungsstufen beim Vergleich der vier Träger. Mitarbeiterbefragungen wurden nur bei zwei von vier Einrichtungen regelmäßig durchgeführt. Die verschiedenen Anforderungen und Leistungen entnahm man ausnahmslos aktuellen Stellenbeschreibungen und Anforderungsprofilen und beurteilte sie in gemeinsamen Gesprächen mit den Beschäftigten. Auch Zielvereinbarungen wurden im Rahmen von Mitarbeitergesprächen bei drei von vier Trägern getroffen. Alle vier untersuchten Unternehmen planten strategisch und

kontinuierlich die Kompetenzentwicklung ihrer Angestellten unter Einbezug von Wünschen der Pflegenden. Das gesetzlich geforderte Einarbeitungskonzept von neuen Pflegekräften lag bei allen Einrichtungen vor und kam zur Anwendung. Das seit 2004 gesetzlich vorgeschriebene **Betriebliche Wiedereingliederungsmanagement (BEM)** wurde in Form von Rückkehrgesprächen bei allen Einrichtungen praktiziert. Konkrete Konzepte waren bei zwei Einrichtungen noch in der Erarbeitungsphase, bei den anderen war BEM in der Erprobung und durchlief kontinuierliche Verbesserungsprozesse. Ein **Qualitätsmanagementsystem** war in allen Trägern fest implementiert, ohne dabei eine externe Auditierung durchlaufen zu haben.

3.5.2 Ambulante Altenpflegeeinrichtungen

Im folgenden Abschnitt wird auf die einzelnen Kategorien des Leitfadens näher eingegangen und ein Vergleich zu den stationären/teilstationären Projektteilnehmern unternommen.

In der Kategorie **übergeordnete Fragen** gab es nur eine ambulante Einrichtung, die ihre Arbeitnehmer durch einen Betriebsrat vertreten ließ. Nur zwei der acht Unternehmen zahlten ihren Pflegekräften tarifgerechte Löhne. Ein Projektträger legte ein Jahresbudget für die Gesundheitsförderung fest. Drei Einrichtungen hatten Aspekte der Personalentwicklung und des Betrieblichen Gesundheitsmanagement in ihrem Unternehmensleitbild verankert.

Kennzahlensysteme wurden im Vergleich zu den stationären/teilstationären Trägern deutlich weniger als kontinuierliches Controlling genutzt. Vier erfassten keine Kennzahlen zu Krankheitskosten, Fluktuation, Kundenzufriedenheit, Beschwerde- und Verbesserungsmanagement. Sie führten lediglich Statistiken zu Arbeits- und Fehlzeiten, zum Auf- und Abbau von Überstunden und zu Arbeitsunfällen.

Bis auf ein Unternehmen hatten alle bereits **gesundheitsfördernde Maßnahmen** für ihre Belegschaft mit der Unterstützung der gesetzlichen Krankenversicherungen durchgeführt. Davon konnte eine Einrichtung nachhaltige Maßnahmen generieren.

Ergonomie als definierte Handlungsanweisungen im ambulanten Bereich nicht nur auf dem Papier zur Anwendung zu bringen, stellte die Einrichtungen vor eine große Herausforderung. Nur in einem Unternehmen wurden die Beschäftigten verbindlich zum ergonomischen Heben und Tragen sowie zur Anwendung von Hilfsmitteln unterwiesen. Positive Angaben zu regelmäßig durchgeführten, hausinternen Weiterbildungen zum Thema ergonomisches Arbeiten in der Altenpflege machten sechs von acht befragten Einrichtungsleitern. Auch in der ambulanten Pflege waren einzelne Mitarbeiter in den Konzepten Bobath sowie Kinästhetik geschult.

Nur eine ambulante Einrichtung bot Informationsveranstaltungen zur **Suchtprävention** regelmäßig an. Maßnahmen zur **Stressbewältigung** in Form von Supervision wurden den Beschäftigten eines ambulanten Trägers offeriert. Zur Förderung von **gesunder Ernährung** wurden in zwei Unternehmen kostenlos Wasser zur Verfügung gestellt. Darüber hinaus boten vier Träger eine subventionierte Mittagsversorgung an.

Die Partizipation zur Mitgestaltung gesundheitsförderlicher Arbeitsplätze in Form von **Gesundheitszirkeln** wurde auch in der ambulanten Altenpflege nicht ermöglicht.

Im Bereich des **Arbeitsschutzes** kooperierten alle befragten Einrichtungen mit einem Arbeitsmediziner, welcher die Angestellten in den gesetzlich vorgeschrieben Intervallen untersucht und einen regelmäßigen Impfstatus erhebt. Alle Einrichtungen verfügten über eine Fachkraft für Arbeitssicherheit, die Arbeitsplatzbegehungen und Gefährdungsanalysen durchführt. Mit Ausnahme von zwei Unternehmen fanden Arbeitstreffen im Rahmen eines Arbeitssicherheitsausschusses (ASA) statt. Die **Arbeitskleidung** wurde ausnahmslos von Unternehmensseite zur Verfügung gestellt. Die Hälfte der ambulanten Pflegedienste bot zudem regelmäßige **Fahrsicherheitstrainings** an.

In der Kategorie **Kommunikation** wurde die Informationsweitergabe der Geschäftsführung an die Belegschaft von allen als ausreichend erfüllt wahrgenommen. Fachliche Austauschmöglichkeiten der Pflegenden untereinander erfolgten fast ausnahmslos durch Qualitätszirkel, interne Audits und Fallbesprechungen zu Klienten.

Im Bereich der **Personal- und Organisationsentwicklung** gab es auch im ambulanten Bereich unterschiedlich abgeschlossene Entwicklungsstufen beim Vergleich der acht Träger. Mitarbeiterbefragungen wurden nur bei zwei von acht Einrichtungen regelmäßig durchgeführt. Des Weiteren lagen aktuelle Stellenbeschreibungen und Anforderungsprofile in den Unternehmen vor. Dennoch waren Mitarbeitergespräche zur gezielten Personalentwicklung noch nicht in allen ambulanten Diensten ein gängiges Führungsinstrument. Das gesetzlich geforderte Einarbeitungskonzept von neuen Pflegekräften lag bei allen Einrichtungen vor und kam zur Anwendung. Das seit 2004 gesetzlich vorgeschriebene **Betriebliche Wiedereingliederungsmanagement (BEM)** wurde in Form von Rückkehrgesprächen in sechs von acht Unternehmen praktiziert. Konkrete Konzepte waren bei vier Einrichtungen noch in der Erarbeitungsphase, beim Rest war BEM in der Erprobung und durchlief kontinuierliche Verbesserungsprozesse. Ein **Qualitätsmanagementsystem** ohne externe Zertifizierung war in allen ambulanten Trägern fest verankert.

3.6 Ergebnisse zur Arbeitsfähigkeit

3.6.1 Stationäre/teilstationäre Altenpflegeeinrichtungen

Insgesamt konnten 75 Prozent der in stationären und teilstationären Einrichtungen tätigen Pflegekräfte zu ihrer Arbeitsfähigkeit untersucht werden. Zur besseren Einordnung der Resultate sind die Index-Werte den entsprechenden Arbeitsbewältigungskonstellationen in Abbildung 9 gegenübergestellt.

„Sehr gute“ Arbeitsfähigkeit	„Gute“ Arbeitsfähigkeit	„Mäßige“ Arbeitsfähigkeit	„Kritische“ Arbeitsfähigkeit
44-49 Punkte	37-43 Punkte	28-36 Punkte	7-27 Punkte

Abbildung 9: Gegenüberstellung ABI-Index und Arbeitsbewältigungskonstellationen (Quelle: eigene Darstellung)

Zunächst werden die Mittel- und Medianwerte der in 2012 erhobenen Arbeitsfähigkeits-Werte global und nach stationären/teilstationären Einrichtungen beschrieben.

Im Gesamtdurchschnitt erreichten alle untersuchten stationären/teilstationären Altenpflegeunternehmen eine „gute Arbeitsfähigkeit“ (siehe Tabelle 5).

Differenzierte man die Ergebnisse nach den spezifischen Werten der einzelnen Träger, ergab sich folgendes Bild: bei zwei der vier Einrichtungen wurden durchschnittlich „mäßige“ Arbeitsfähigkeitswerte konstatiert. Das generelle Förder- und Schutzziel lautet „Verbesserung“, um das entstandene Ungleichgewicht zwischen Arbeit und Mitarbeiter zu beseitigen. Zum Vergleich: die Studie von **Gruber et al. (2009)** kam zu einem durchschnittlichen Arbeitsbewältigungsindex von **38,8 Punkten**. Die Forschergruppe untersuchte ebenfalls die Arbeitsfähigkeit von Pflegekräften in Deutschland.

Tabelle 5: Darstellung von Mittel- und Medianwerten des ABI für die stationären/teilstationären Einrichtungen in 2012 (Quelle: eigene Darstellung)

Stationäre/Teilstationäre Kooperationsunternehmen	Arbeitsbewältigungs-Index 2012 (ABI)	
	Mittelwert	Median
A (n=59)	38,2	38
B (n=10)	31,3	31
C (n=40)	40,1	41,5
D (n=39)	35,2	34
Gesamt: n=148	37,3	38

fehlende Angabe: 1

In Tabelle 6 werden im Vergleich der Durchschnittswerte des ABI zwischen Pflegefach- und Pflegehilfskräften keine Unterschiede sichtbar und bestätigen beiden Gruppen einen „guten“ Arbeitsfähigkeitsindex.

Tabelle 6: ABI differenziert nach Berufsgruppen für den stationären/teilstationären Bereich in 2012 (Quelle: eigene Darstellung)

Teilnehmer stationär/teilstationär	Arbeitsbewältigungs-Index 2012 (ABI)	
	Mittelwert	Median
Pflegefachkräfte: n=80	37,5	38
Pflegehilfskräfte: n=67	37	38
Gesamt: n=148	37,3	38
fehlende Angabe: 1		

Nach **Altersgruppen** waren Differenzen im Arbeitsbewältigungs-Status zu erkennen (siehe Tabelle 7). Die besten prozentualen Werte in den Indices „sehr gute“ und „gute“ Arbeitsfähigkeit lagen in den Gruppen der bis 24 Jährigen und 25 bis 34 Jährigen vor. Die Kohorten der 35 bis 44 Jährigen und die 45 bis 54 Jährigen wurden insbesondere mit den höchsten Häufigkeitswerten im Bereich einer „mäßigen“ Arbeitsbewältigungssituation auffällig.

Tabelle 7: Häufigkeitswerte und prozentuale Verteilung zwischen ABI und Alter in der Gruppe der stationären/teilstationären Altenpflege in 2012 (Quelle: eigene Darstellung)

Alters- gruppen in Jahren	„sehr gute“ Arbeitsfähigkeit		„gute“ Arbeitsfähigkeit		„mäßige“ Arbeitsfähigkeit		„kritische“ Arbeitsfähigkeit	
	Häufigkeit	Prozent	Häufigkeit	Prozent	Häufigkeit	Prozent	Häufigkeit	Prozent
bis 24 (n=16)	4	25	10	62,5	1	6,3	1	6,3
25 bis 34 (n=35)	14	40	10	28,6	9	25,7	2	5,7
35 bis 44 (n=32)	5	15,6	12	37,5	14	43,8	1	3,1
45 bis 54 (n=42)	8	19	14	33,3	17	40,5	3	7,1
55 bis 64 (n=22)	1	4,5	4	18,2	11	50	6	27,3
ab 65 (n=0)	0		0		0		0	

fehlende Angabe: 1

Welche Auswirkungen die Arbeitszeiten auf die Arbeitsfähigkeit im stationären Bereich hatten, soll in Abbildung 10 beschrieben werden. Die besten Arbeitsfähigkeitswerte erreichten Mitarbeiter, die im Früh- und Spätdienst tätig waren. Die schlechtesten Arbeitsfähigkeitsindices ließen sich für Altenpflegekräfte im Dreierschichtsystem und im Nachtdienst festhalten.

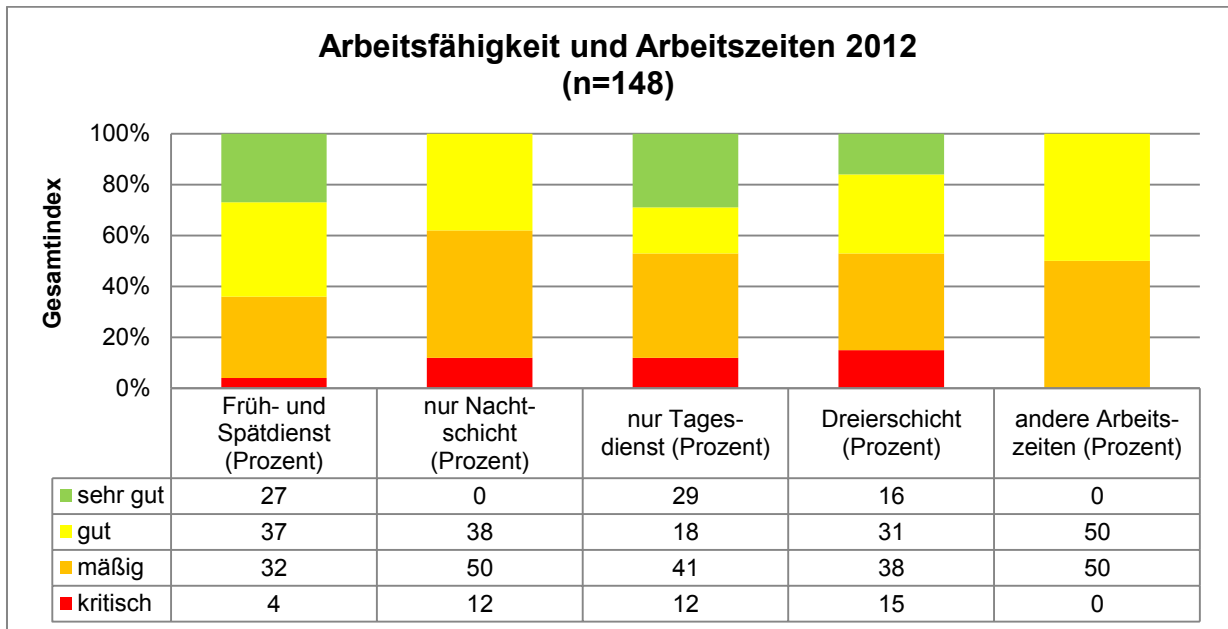


Abbildung 10: ABI und Arbeitszeiten in der Gruppe der stationären Altenpflege in 2012 (Quelle, eigene Darstellung)

3.6.2 Ambulante Altenpflegeeinrichtungen

Im ambulanten Bereich wurden insgesamt 120 von 167 potentiellen Pflegekräften zu ihrer Arbeitsfähigkeit schriftlich befragt. Die nachfolgende Tabelle 8 veranschaulicht die Mittel- und Medianwerte der in 2012 erhobenen Arbeitsfähigkeits-Werte der ambulanten Einrichtungen einzeln sowie global. Bis auf eine Einrichtung ließen sich Indices mit einer „guten“ Arbeitsfähigkeit festhalten.

Tabelle 8: Darstellung von Mittel- und Medianwerten des ABI für die ambulanten Einrichtungen in 2012 (Quelle: eigene Darstellung)

Ambulante Kooperationsunternehmen	Arbeitsbewältigungs-Index 2012 (ABI)	
	Mittelwert	Median
A (n=17)	42,5	44
B (n=22)	39,4	37
C (n=20)	40,1	40,5
D (n=19)	39,6	41
E (n=6)	42,3	41
F (n=9)	34,9	35
G (n=17)	37,8	41
H (n=10)	40,1	41
Gesamt: n=120	39,6	41

fehlende Angaben: 4

Die Gesamtbetrachtung der durchschnittlichen ABI-Werte (differenziert nach Pflegefach- und Pflegehilfskräften in Tabelle 9) machte Unterschiede deutlich. In dieser Untersuchung wiesen die Pflegehilfskräfte des ambulanten Sektors wesentlich bessere ABI-Werte auf als ihre höherqualifizierten Kollegen.

Tabelle 9: ABI differenziert nach Berufsgruppen für den ambulanten Bereich in 2012 (Quelle: eigene Darstellung)

Teilnehmer ambulant	Arbeitsbewältigungs-Index 2012 (ABI)	
	Mittelwert	Median
Pflegefachkräfte: n=63	38,7	40
Pflegehilfskräfte: n=57	40,7	42
Gesamt: n=120	39,6	41

fehlende Angaben: 4

Nach **Altersgruppen** ergab sich folgendes Bild (siehe Tabelle 10). Die besten prozentualen Werte in den Indices „sehr gute“ und „gute“ Arbeitsfähigkeit erlangten die unter 24 Jährigen,

die 25 bis 34 Jährigen und die 55 bis 64 jährigen Befragten. Am schlechtesten schnitt die Kohorte der 45 bis 54 Jährigen ab. Sie wurden mit den höchsten Häufigkeitswerten in den Bereichen „mäßige“ und „kritische“ Arbeitsbewältigungssituation auffällig.

Tabelle 10: ABI und Alter in der Gruppe der ambulanten Altenpflege in 2012 (Quelle: eigene Darstellung)

Alters- gruppen in Jahren	„sehr gute“ Arbeitsfähigkeit		„gute“ Arbeitsfähigkeit		„mäßige“ Arbeitsfähigkeit		„kritische“ Arbeitsfähigkeit	
	Häufigkeit	Prozent	Häufigkeit	Prozent	Häufigkeit	Prozent	Häufigkeit	Prozent
bis 24 (n=6)	5	83,3	0	0	1	16,7	0	0
25 bis 34 (n=31)	7	22,6	16	51,6	8	25,8	0	0
35 bis 44 (n=22)	9	40,9	7	31,8	6	27,3	0	0
45 bis 54 (n=42)	10	23,8	11	26,2	18	42,8	3	7,1
55 bis 64 (n=14)	6	42,9	7	50	1	7,1	0	0
ab 65 (n=1)	0	0	1	100	0	0	0	0

fehlende Angaben: 4

Zusammenhänge zwischen der **Arbeitszeit** und der Arbeitsfähigkeit im ambulanten Bereich zeigen sich in Abbildung 11. Die besten Arbeitsfähigkeitswerte erreichten Mitarbeiter, die ausschließlich im Tagesdienst beschäftigt waren. Die schlechtesten Arbeitsfähigkeitsindices ließen sich für Altenpflegekräfte im Früh- und Spätdienst sowie im Bereich andere Arbeitszeiten konstatieren.

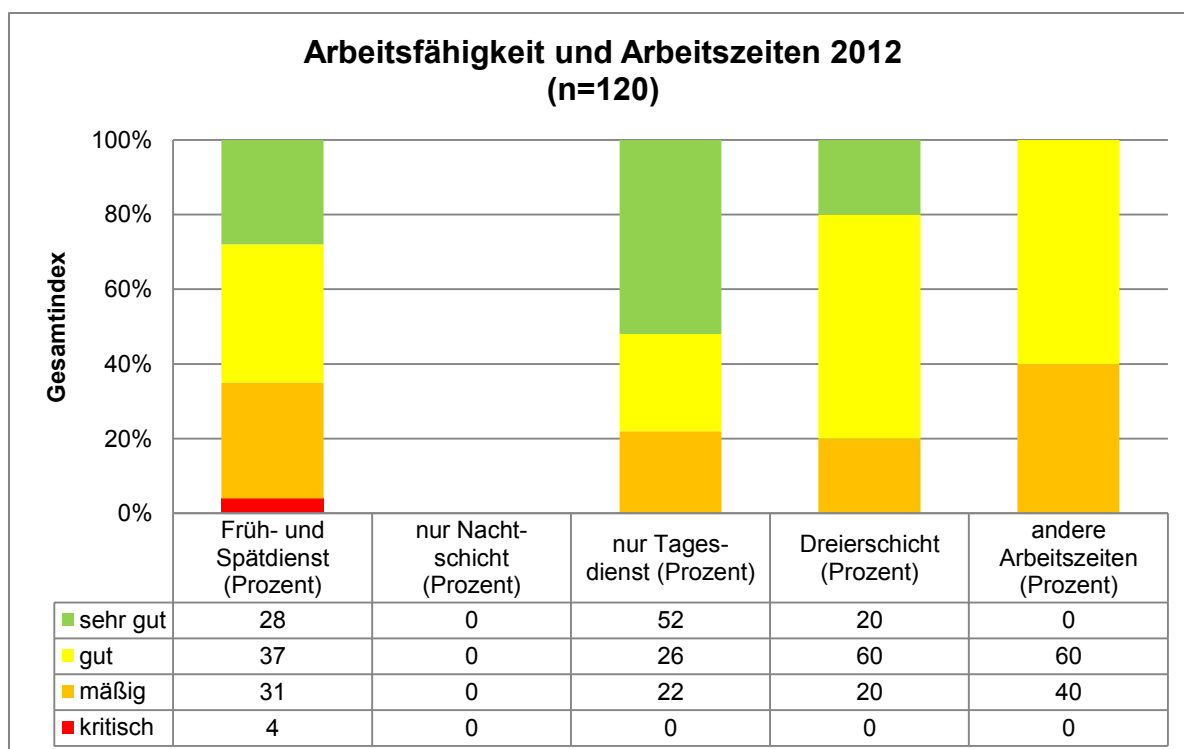


Abbildung 11: ABI und Arbeitszeiten in der Gruppe der ambulanten Altenpflege in 2012 (Quelle: eigene Darstellung)

3.6.3 Vergleich der durchschnittlichen Arbeitsfähigkeitswerte zwischen der stationären/teilstationären und ambulanten Altenpflege in 2012

Im Vergleich der beiden Sektoren erzielten die ambulant Beschäftigten sowohl insgesamt als auch differenziert nach Berufsgruppen die besseren Durchschnittswerte in der Arbeitsfähigkeit, wie Tabelle 11 zeigt. Mit diesen Ergebnissen lag die untersuchte ambulante Gruppe auch deutlich über dem durchschnittlichen ABI-Wert von 38,8 aus der herangezogenen Vergleichsstudie von Gruber et al. (2009).

Tabelle 11: Vergleich der durchschnittlichen Arbeitsfähigkeitswerte zwischen der stationären/teilstationären und ambulanten Altenpflege in 2012 (Quelle: eigene Darstellung)

Berufsgruppen	stationäre/teilstationäre Altenpflege		ambulante Altenpflege	
	Arbeitsbewältigungs-Index 2012 (ABI)		Arbeitsbewältigungs-Index 2012 (ABI)	
	Mittelwert	Median	Mittelwert	Median
Pflegfachkräfte	37,5	38	38,7	40
Pflegehilfskräfte	37	38	40,7	42
Gesamt	37,3	38	39,6	41
fehlende Angaben		1		4

3.6.4 Vergleich der Arbeits-Renten-Perspektive zwischen der stationären/teilstationären und ambulanten Altenpflege in 2012

Die **Arbeits-Renten-Perspektive** fragte nach der subjektiven Einschätzung, den derzeitigen Beruf bis zum regulären Renteneintrittsalter ausüben zu können. Die Abbildung 12 veranschaulicht, dass sich nahezu die Hälfte der Befragten aus beiden Altenpflegebereichen nicht sicher waren, ihren Beruf bis zur Rente ausüben zu können. Ein knappes Viertel der Pflegekräfte wollte zum Untersuchungszeitpunkt bis zum gesetzlichen Renteneintrittsalter in ihrem Beruf verbleiben.

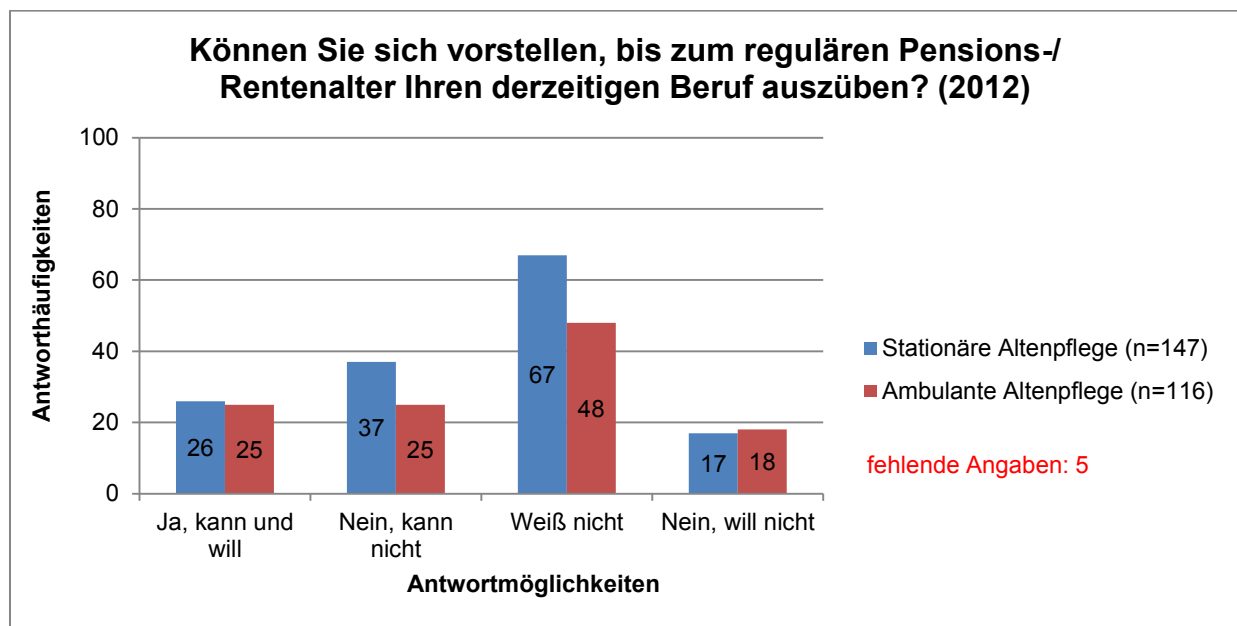


Abbildung 12: Vergleich der Arbeits-Renten-Perspektive zwischen der stationären/teilstationären und ambulanten Altenpflege in 2012 (Quelle: eigene Darstellung)

3.6.5 Ergebnisse zur Auswertung der Frage: „Was muss erfüllt sein, um bis zum Renteneintrittsalter gern und gesund arbeiten zu können?“ im Vergleich stationäre/teilstationäre und ambulante Altenpflege in 2012

Bei der Mehrzahl der Befragten in beiden Altenpflegesektoren bestand die Forderung auf eine „*Höhere Entlohnung*“, gefolgt von hohen Nennungen in den Antwortkategorien „*Verminderung körperlicher Arbeitsbelastungen, wie....*“ und „*Verminderung seelischer Arbeitsbelastungen, wie....*“.

Auch der Wunsch nach verstärkten Maßnahmen zur Betrieblichen Wiedereingliederung (BEM) nach Krankheit und eine Verbesserung der betrieblichen Gesundheitsversorgung standen im Fokus der Mitarbeiter (siehe Tabelle 12).

Tabelle 12: Vergleich der Gruppen stationäre/teilstationäre und ambulante Altenpflege auf die Frage: "Was muss erfüllt sein, ...?" in 2012 (Quelle: eigene Darstellung)

Inhalte	Nennungen	Nennungen
	im stationären Bereich n=148	im ambulanten Bereich n=120
Unternehmens- und Arbeitsbedingungen sollen so bleiben wie bisher	19	19
Verminderung körperlicher Arbeitsbelastungen, wie....	63	53
Verminderung seelischer Arbeitsbelastungen, wie....	49	36
Mehr inhaltliche Herausforderungen bei der Arbeit	9	10
Bessere Arbeitsmöglichkeiten nach Erkrankung/ bei körperlicher Beeinträchtigung	29	17
Bessere Führung	19	8
Höhere Entlohnung	125	97
Mehr betriebliche Weiterbildungsmöglichkeiten	7	20
Andere Arbeitszeiten wie....	12	27
Bessere betriebliche Gesundheitsversorgung	31	27
Anderes	19	12
Nennungen Gesamt	383	331
fehlende Angaben	1	5

3.7 Ergebnisse des BGW miab

3.7.1 Stationäre/teilstationäre Altenpflegeeinrichtungen

Die globale Analyse (Abbildung 13) zeigte in allen fünf untersuchten Belastungsquellen eine durchschnittliche Belastung der stationär/teilstationär tätigen Altenpflegekräfte.

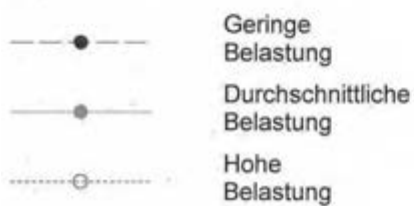
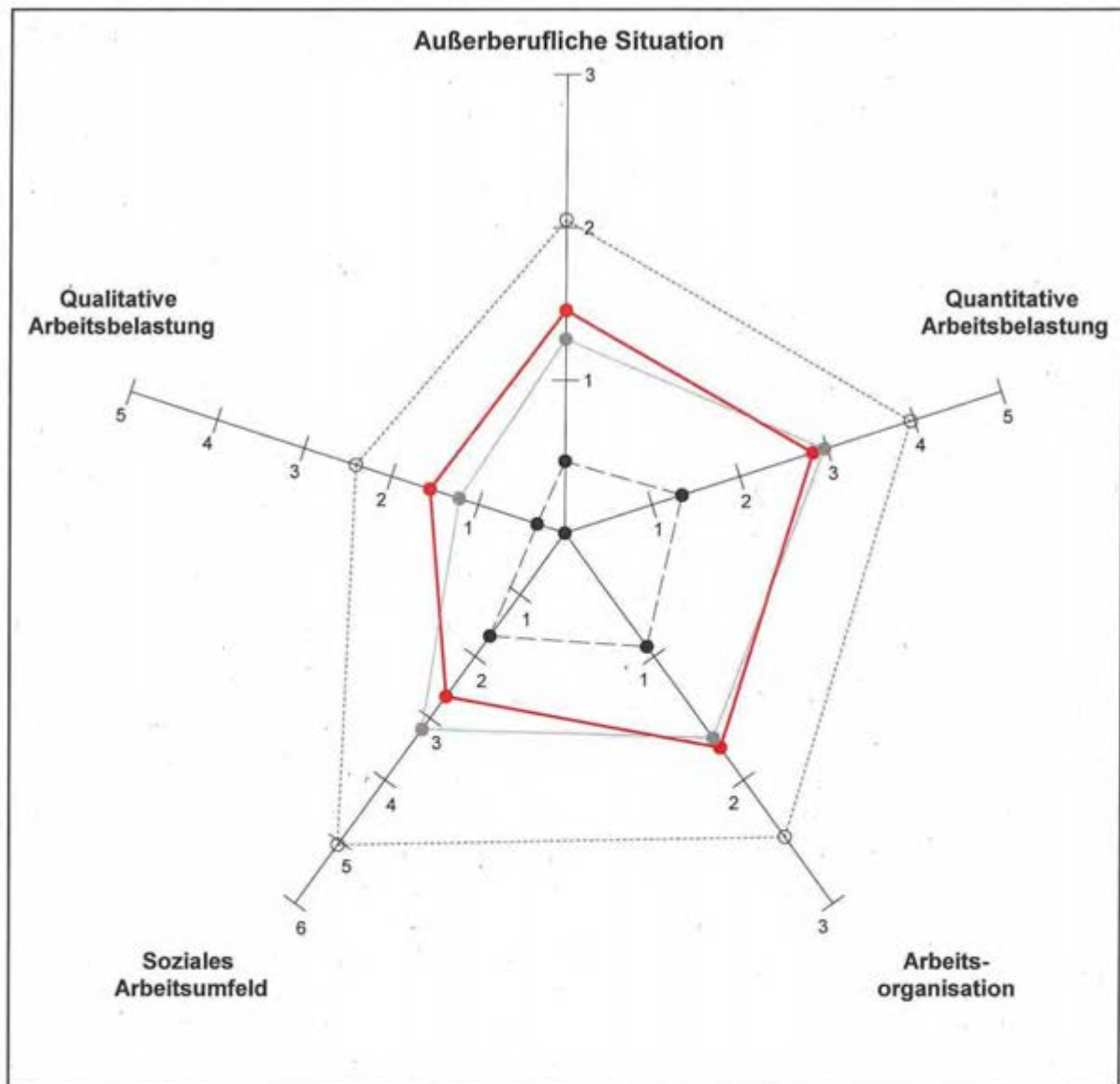








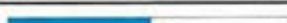





Abbildung 13: Belastungsprofil für die Gruppe stationäre/teilstationäre Altenpflege in 2012 (Quelle: Software BGW miab)









Bei der Auswertung der Einzelfragen konnten die psychischen Belastungen von stationär tätigen Pflegekräften genauer identifiziert und mit dem vorliegenden Branchenwert aus vorab durchgeführten Studien verglichen werden. In allen fünf untersuchten Belastungsquellen lagen Prozentwerte belasteter Personen vor, die entweder nahezu identisch oder deutlich über dem Branchenvergleichswert verortet waren. **Qualitative Arbeitsbelastungen** waren mit hohen Prozentwerten vor allem in Verbindung mit der Arbeit mit aggressiven, psychisch veränderten und dementen Klienten zu beobachten (siehe Tabelle 13).

Tabelle 13: Einzelfragenauswertung der Gruppe stationäre/teilstationäre Altenpflege in der Belastungsquelle "qualitative Arbeitsbelastung" in 2012 (Quelle: Software BGW miab)

Einzelfragen der qualitativen Arbeitsbelastung (Prozent belasteter Personen)		 Aktuelle Einrichtung	 Branchenvergleichswert
1	Die Aussichtslosigkeit auf Besserung des Zustandes von Bewohnern belastet mich.	 12%	 20%
2	Es gibt häufig schwierige Situationen durch die Aggressivität einzelner Bewohner.	 31%	 30%
3	Es fehlen Möglichkeiten, die Schamgefühle der von mir betreuten Menschen respektieren zu können.	 2%	 5%
4	Die Arbeit ist häufig wegen unbequemer (z. B. misstrauischer, kritischer) Bewohner zu schwierig.	 51%	 38%
5	Der Umgang mit psychisch veränderten und dementen Bewohnern macht die Arbeit zu belastend.	 60%	 53%

Im Bereich der **Arbeitsorganisation** konnte die nicht selbstständige Durchführung von Arbeitsaufträgen und die Vorgabe von Pausen als Belastungsschwerpunkt eruiert werden (siehe Tabelle 14).

Tabelle 14: Einzelfragenauswertung der Gruppe stationäre/teilstationäre Altenpflege in der Belastungsquelle "Arbeitsorganisation" in 2012 (Quelle: Software BGW miab)

Einzelfragen der Arbeitsorganisation (Prozent belasteter Personen)		 Aktuelle Einrichtung	 Branchenvergleichswert
11	Ich kann gemeinsam mit den Kolleginnen und Kollegen über Aufgaben für den Wohnbereich entscheiden.	 76%	 73%
12	Ich kann selbst festlegen, was ich wann erledige.	 20%	 27%
13	Ich kann Pausen selbst einteilen.	 78%	 68%

Zeit- und Termindruck, zu viele patientenferne Arbeiten und Tätigkeitsunterbrechungen stellten **quantitative Belastungen** in der Arbeit dar (siehe Tabelle 15).

Tabelle 15: Einzelfragenauswertung der Gruppe stationäre/teilstationäre Altenpflege in der Belastungsquelle "quantitative Arbeitsbelastung" in 2012 (Quelle: Software BGW miab)

Einzelfragen der quantitativen Arbeitsbelastung (Prozent rbelastete Personen)		Aktuelle Einrichtung	Branchenvergleichswert
6	Ich werde von den Bewohnern wegen jeder Kleinigkeit gerufen.	18%	12%
7	Ich stehe häufig unter Zeitdruck.	57%	56%
8	Ein Pflegekraft ist für zu viele Heimbewohner zuständig.	63%	60%
9	Es werden zu viele patientenferne Aufgaben verlangt. (z. B. Organisation, Dokumentation)	61%	61%
10	Häufig muss die begonnene Arbeit unterbrochen werden, weil ich z. B. bei einer anderen Tätigkeit benötigt werde.	84%	78%

Bei der Einzelauswertung der Fragen zum **sozialen Arbeitsumfeld** und zur **außerberuflichen Situation** in den Tabellen 16 und 17 standen insbesondere die fehlende, interdisziplinäre Zusammenarbeit zwischen Pflegekräften und anderen medizinischen Berufsgruppen sowie die finanzielle Unzufriedenheit als Belastung im Vordergrund.

Tabelle 16: Einzelfragenauswertung der Gruppe stationäre/teilstationäre Altenpflege in der Belastungsquelle "soziales Arbeitsumfeld" in 2012 (Quelle: Software BGW miab)

Einzelfragen des sozialen Arbeitsumfeldes (Prozent belasteter Personen)		Aktuelle Einrichtung	Branchenvergleichswert
14	Es gibt zwischen Pflegekräften und der Wohnbereichs-/ Pflegedienstleitung Konflikte und Spannungen.	34%	54%
15	Es bestehen unter den Kolleginnen und Kellegen Spannungen und Konflikte.	43%	61%
16	Unter den Kolleginnen und Kollegen ist der Umgang fair.	39%	42%
17	Das Verhältnis zwischen Pflegekräften und der Wohnbereichs- /Pflegeleitung ist fair.	25%	43%
18	Es gibt zwischen den Pflegekräften und anderen Diensten (Ärzten, Therapeuten, usw.) Konflikte und Spannungen.	82%	80%
19	Mein/e Vorgesetzte/r zeigt Anerkennung, wenn einer von uns gute Arbeit leistet.	43%	52%

Tabelle 17: Einzelfragenauswertung der Gruppe stationäre/teilstationäre Altenpflege in der Belastungsquelle "außerberufliche Situation" in 2012 (Quelle: Software BGW miab)

Einzelfragen der außerberuflichen Situation (Prozent belasteter Personen)		Aktuelle Einrichtung	Branchenvergleichswert
20	Es gibt genug Menschen, zu denen ich ein wirklich gutes Verhältnis habe.	53%	52%
21	Mit meiner finanziellen Situation bin ich zufrieden.	64%	54%
22	Ich kann in meiner Freizeit ausreichend entspannen (z. B. durch Sport, Musik).	29%	25%

Die **Beanspruchungsanalyse** des stationären Altenpflegepersonals zeigte in Form des in Abbildung 14 dargestellten Beanspruchungsthermometers überdurchschnittliche Gesamtbeanspruchungswerte, die einen Handlungsbedarf in den Belastungsquellen und den Beanspruchungen selbst indizieren. Der durchschnittliche Gesamtbeanspruchungswert lag bei **10,1 Punkten**.

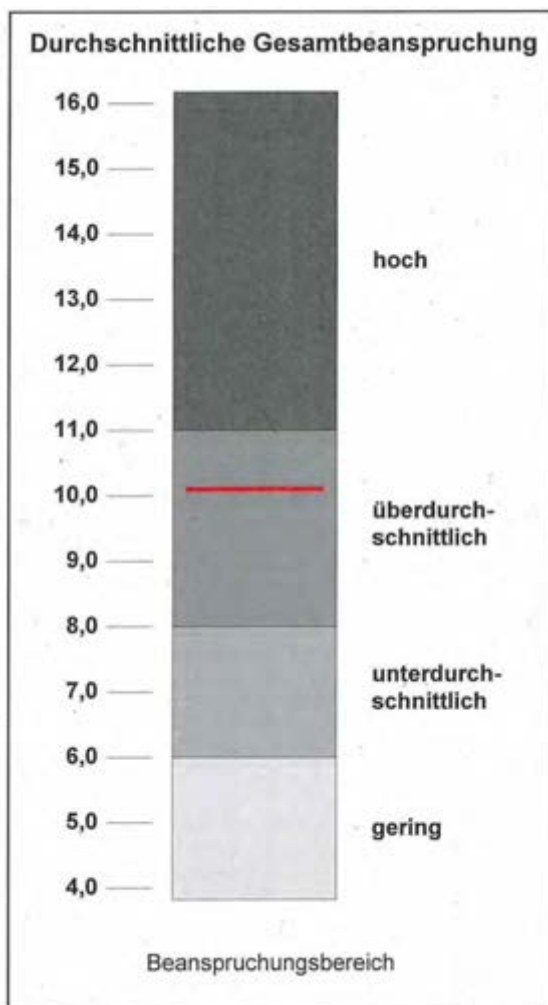


Abbildung 14: Beanspruchungsthermometer der Gruppe stationäre/teilstationäre Altenpflege in 2012 (Quelle: Software BGW miab)

3.7.2 Ambulante Altenpflegeeinrichtungen

Im Vergleich zu den stationären/teilstationären Einrichtungen ergaben sich in der globalen Belastungsanalyse (siehe Abbildung 15) bei drei der fünf Belastungsquellen Tendenzen zur hohen Belastung: **Qualitative Arbeitsbelastung, Außerberufliche Situation und Arbeitsorganisation.**

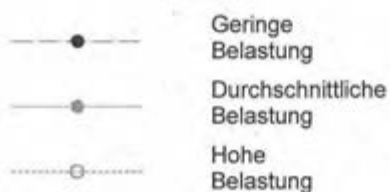
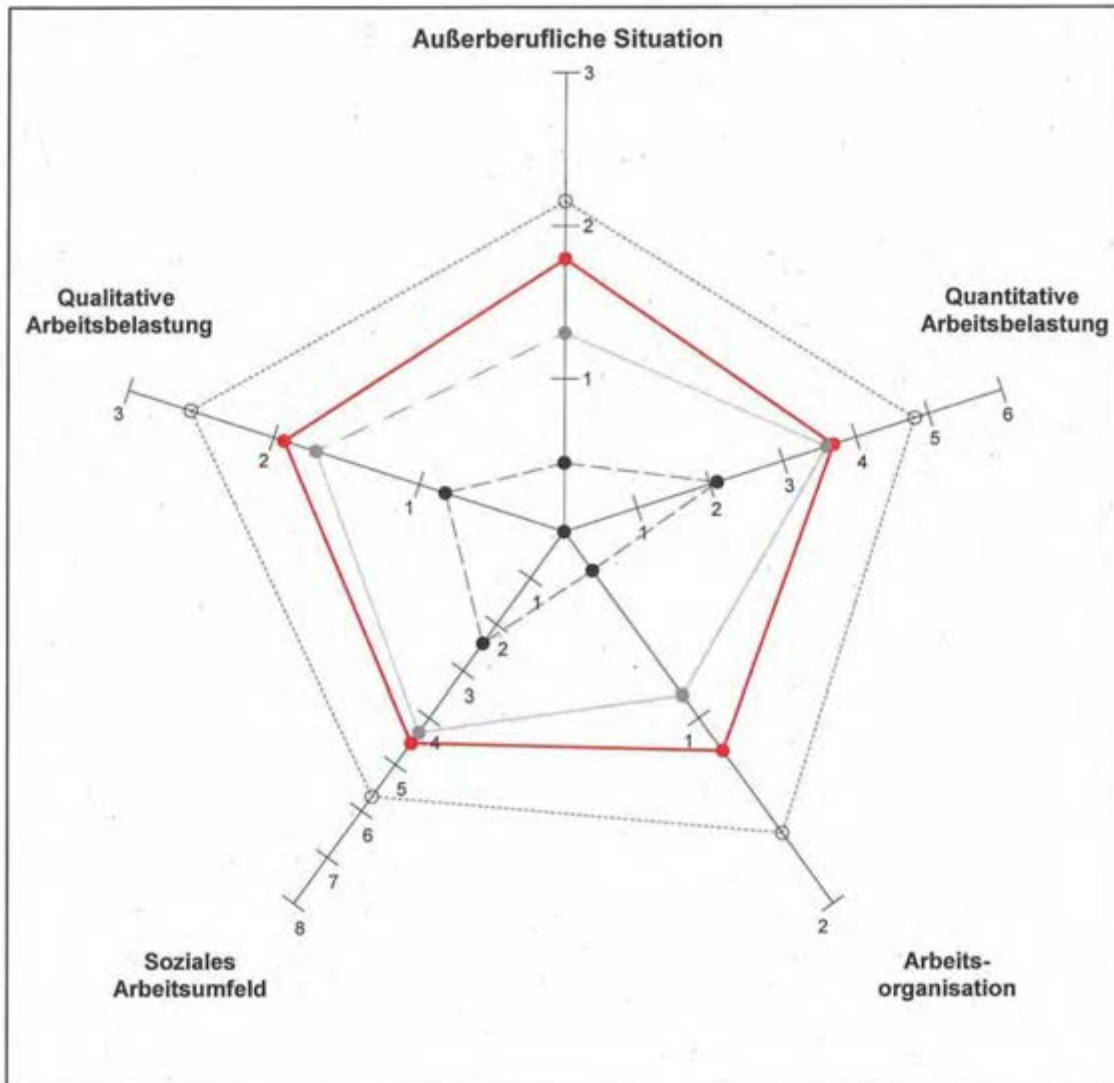










Abbildung 15: Belastungsprofil für die Gruppe ambulante Altenpflege in 2012 (Quelle: Software BGW miab)







Diese drei Kategorien wurden in der Einzelfragenauswertung fokussiert. **Qualitative Arbeitsbelastungen** (siehe Tabelle 18) für die ambulant Pflegenden stellten vor allem die gesetzlich geforderte Bezugspflege und der Umgang mit psychisch veränderten Patienten dar.

Tabelle 18: Einzelfragenauswertung der Gruppe ambulante Altenpflege in der Belastungsquelle "Qualitative Arbeitsbelastung" in 2012 (Quelle: Software BGW miab)

Einzelfragen der qualitativen Arbeitsbelastung (Prozent belasteter Personen)		 Aktuelle Einrichtung	 Branchenvergleichswert
1	Jeden Tag die gleichen Patienten versorgen zu müssen, ist auf die Dauer sehr belastend.	 80%	 68%
2	Die Konfrontation mit dem Leiden / Sterben von Patienten belastet mich stark.	 48%	 49%
3	Der Umgang mit psychisch veränderten und dementen Patienten macht die Arbeit zu belastend.	 65%	 53%









Auch im ambulanten Sektor legten es die in Tabelle 19 dargestellten Prozentwerte im Belastungsfeld **Arbeitsorganisation** nahe, dass sich strikt einzuhaltende Zeit- und Arbeitsabläufe nachteilig auf die psychische Gesundheit der Beschäftigten auswirken.

Tabelle 19: Einzelfragenauswertung der Gruppe ambulante Altenpflege in der Belastungsquelle "Arbeitsorganisation" in 2012 (Quelle: Software BGW miab)

Einzelfragen der Arbeitsorganisation (Prozent belasteter Personen)		 Aktuelle Einrichtung	 Branchenvergleichswert
10	Ich kann selbst festlegen, was ich wann erledige.	 75%	 63%
11	Ich kann Pausen selbst einteilen.	 43%	 29%

Im Belastungsbereich **außerberufliche Situation** wurden die finanzielle Unzufriedenheit und der unzureichende Ausgleich zwischen Freizeit und Arbeit als belastend empfunden (siehe Tabelle 20).

Tabelle 20: Einzelfragenauswertung der Gruppe ambulante Altenpflege in der Belastungsquelle "Außerberufliche Situation" in 2012 (Quelle: Software BGW miab)

Einzelfragen der außerberuflichen Situation (Prozent belasteter Personen)		 Aktuelle Einrichtung	 Branchenvergleichswert
20	Es gibt genug Menschen, zu denen ich ein wirklich gutes Verhältnis habe.	 61%	 50%
21	Mit meiner finanziellen Situation bin ich zufrieden.	 48%	 31%
22	Ich kann in meiner Freizeit ausreichend entspannen (z. B. durch Sport, Musik).	 89%	 53%

Die durchschnittliche Gesamtbeanspruchung lag im ambulanten Sektor bei einem **Punktwert von 11,2**. Somit konnte eine hohe Beanspruchung der untersuchten Beschäftigten festgestellt werden, die auch über dem Wert der stationären Altenpflegekräfte lag (siehe Abbildung 16).

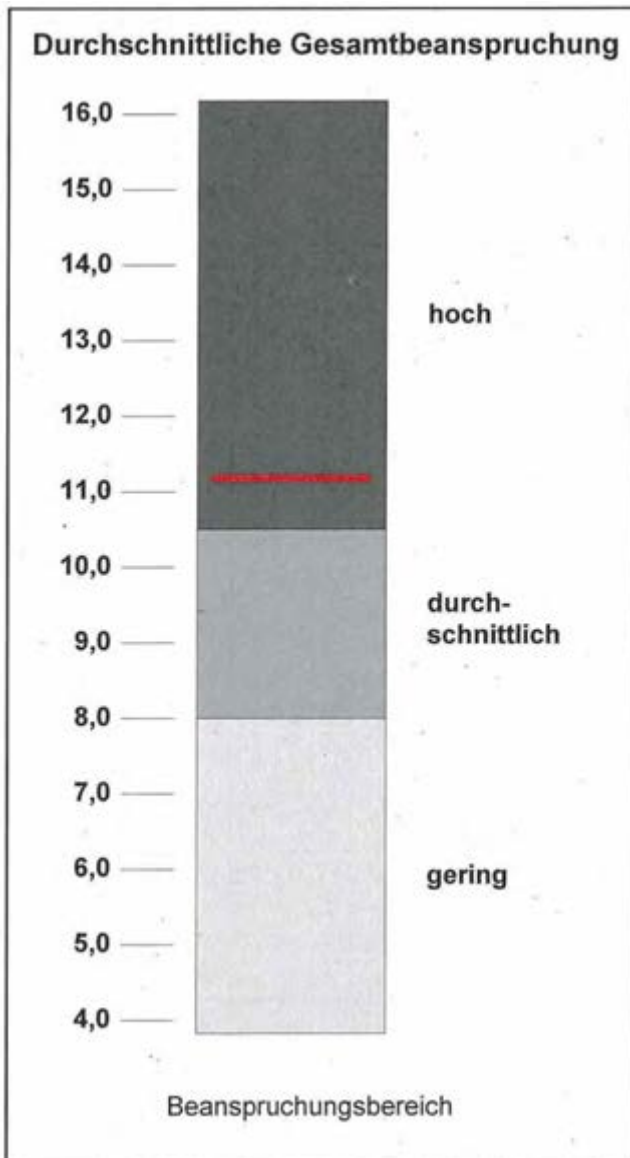


Abbildung 16 : Beanspruchungsthermometer der Gruppe ambulante Altenpflege in 2012 (Quelle: Software BGW miab)

3.8 Ergebnisse aus der Befragung zu physischen Belastungen

Die Befragung von 132 Mitarbeitern der stationären/teilstationären und 117 Beschäftigten der ambulanten Altenpflege zu physischen Belastungen und Arbeitsbedingungen in der Altenpflege verfolgte das Ziel, einen repräsentativen Querschnitt in den Einrichtungen wiederzugeben. In diesem Abschnitt werden die Resultate der Fragebogenteile zu Beschwerden des Bewegungsapparates, zu Häufigkeiten des Vorkommens belastender Tätigkeiten, zu Kenntnissen manueller Techniken/Konzepte sowie zur Nutzung von technischen Hilfsmitteln in der Altenpflege dargestellt. Daten zur Arbeitszufriedenheit und Arbeitsfähigkeit wurden bereits mit den anderen vorgestellten Instrumenten erhoben und ausgewertet.

3.8.1 Beschwerden des Bewegungsapparates des Pflegepersonals im stationären und ambulanten Bereich

Beschwerden des Bewegungsapparates wurden sowohl für die **letzten 24 Stunden** (=Punktprävalenz), als auch für die **letzten 12 Monate** (Einjahresprävalenz) untersucht. Es wurden Daten für folgende Körperbereiche erhoben:

- Lendenwirbelsäule (LWS)
- Halswirbelsäule (HWS)
- Schulter-Arm-Bereich

Repräsentative Vergleichsdaten liegen ausschließlich in Form von Einjahresprävalenzen (=EP) vor. Deshalb werden auch nur diese im Bericht erläutert. Zur besseren Einordnung der Ergebnisse werden in den nachfolgenden Abbildungen 17 und 18 unter dem Punkt „Vergleich“ Einjahresprävalenzen der Studie von Michaelis et al. (1999) herangezogen. Diese Interventionsstudie untersuchte die präventive Wirkung auf Wirbelsäulenerkrankungen in der Altenpflege durch den Einsatz von Hebehilfsmitteln. Die Fallzahl der Kontrollgruppe betrug $n=114$, die Stichprobe war mit 86 Prozent überwiegend weiblichen Geschlechts, im Durchschnitt 38,8 Jahre alt (Standardabweichung: $\pm 9,9$) und im ambulanten und stationären Altenpflegebereich tätig (vgl. Michaelis et al., 1999). Nach subjektiver Beurteilung kann man von einer Vergleichbarkeit der Daten ausgehen.

Im Vergleich zu den Einjahresprävalenzraten von Michaelis et al. (1999) fielen die Beschwerden der Befragten in den genannten Körperbereichen innerhalb eines Jahres in der stationären Altenpflege geringer, im ambulanten Bereich zum Teil höher aus. Zur Information: die Einjahresprävalenz von Rückenbeschwerden der Allgemeinbevölkerung beträgt 60 Prozent (vgl. Schneider et al., 2006) und lässt aufgrund der nicht erfolgten Differenzierung in die einzelnen Wirbelsäulenbereiche nur bedingt entsprechende Rückschlüsse zu.

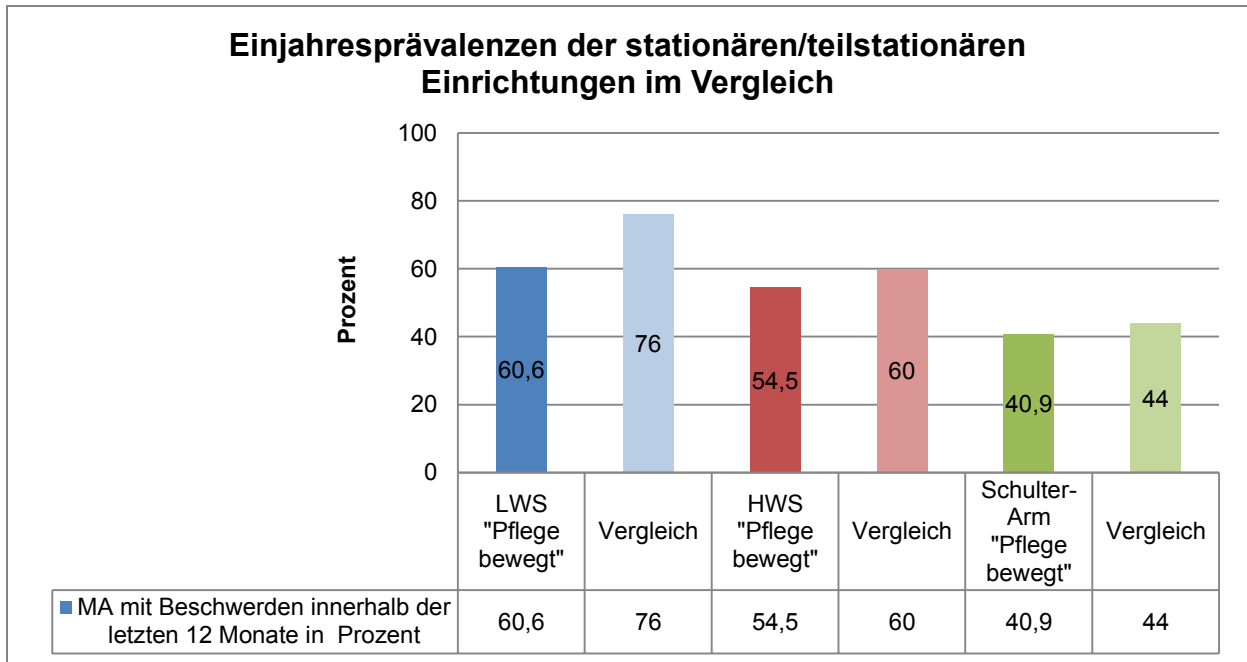


Abbildung 17: Vergleich von Einjahresprävalenzen (EP) von LWS-, HWS- und Schulter-Arm-Beschwerden zwischen stationären Altenpflegekräften und Altenpflegekräften der Studie von Michaelis et. al (1999) (Quelle: eigene Darstellung)

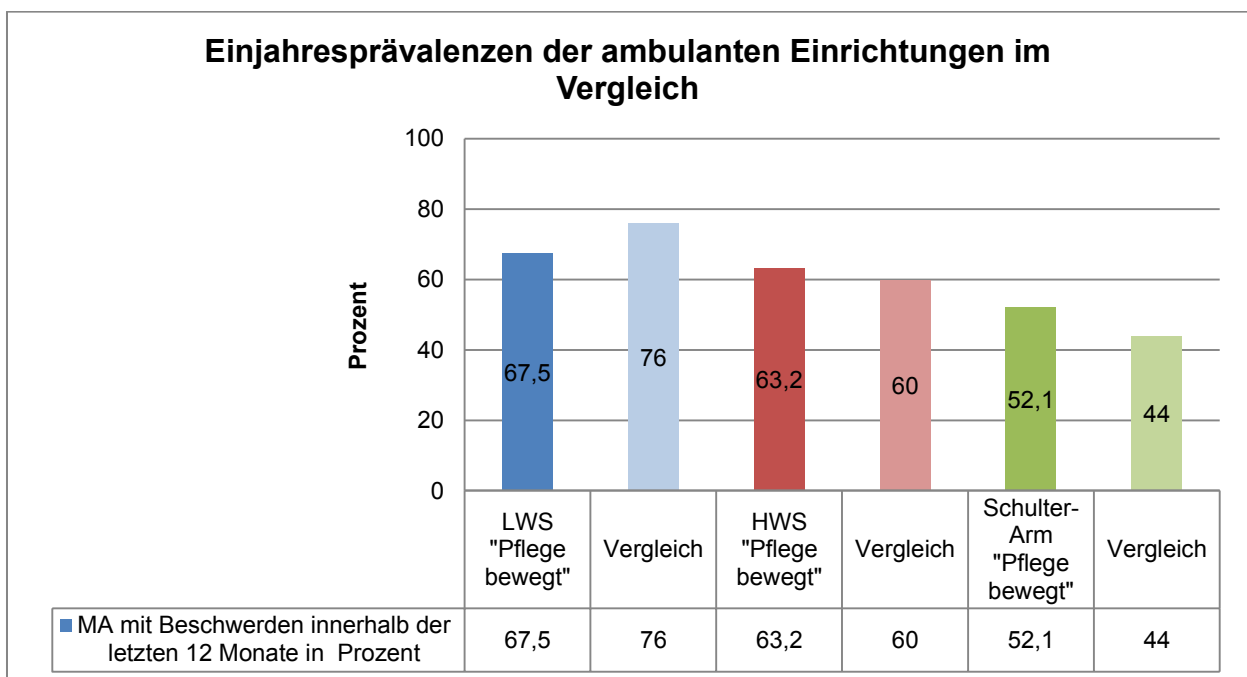


Abbildung 18: Vergleich von Einjahresprävalenzen (EP) von LWS-, HWS- und Schulter-Arm-Beschwerden zwischen stationären Altenpflegekräften und Altenpflegekräften der Studie von Michaelis et. al (1999) (Quelle: eigene Darstellung)

3.8.2 Häufigkeiten des Auftretens belastender Tätigkeiten sowie „subjektive Belastung“ in der stationären/teilstationären und ambulanten Altenpflege

Im vierten Teil des Fragebogens sollten die Befragten ihre körperlichen Belastungen in Bezug auf pflegerelevante Tätigkeiten auf einer Skala von eins bis zehn (eins = gar nicht belastet; zehn = sehr stark belastet) einschätzen. Häufigkeiten wurden in Form einer Ordinalskala (nie; selten; mittel; oft) ermittelt.

Von den 249 befragten Mitarbeitern gab die Mehrzahl an, dass Tätigkeiten wie das *Heben/Tragen von Patienten, Halten von Patienten/Unterstützung bei Bewegungen, Stehen am Bett mit Vorbeugen des Oberkörpers* und *Stehen am Bett mit Verdrehen des Oberkörpers* sehr oft vorkommende Aufgaben in der täglichen Arbeit mit dem Pflegekunden sind (siehe Tabelle 21). Dagegen traten Arbeiten wie das *Heben/Tragen/Halten und Ziehen/Schieben schwerer Lasten* nach vorliegenden Nennungen weniger häufig auf.

Tabelle 21: Häufigkeitsnennungen von Mitarbeitern der stationären/teilstationären und ambulanten Altenpflege zum Auftreten belastender pflegerelevanter Tätigkeiten in 2012 (Quelle: eigene Darstellung)

Wie häufig tritt die belastende Tätigkeit auf?	„nie“ n=	„selten“ n=	„mittel“ n=	„oft“ n=	fehlende Angaben n=	Gesamt n=
Heben/Tragen von Patienten	7	45	85	106	6	249
Halten von Patienten/Unterstützung bei Bewegungen	5	27	87	126	4	249
Stehen am Bett mit Vorbeugen des Oberkörpers	5	24	77	137	6	249
Stehen am Bett mit Verdrehen des Oberkörpers	11	56	99	76	7	249
Heben/Tragen/Halten schwerer Lasten	23	102	82	36	6	249
Ziehen/Schieben schwerer Lasten	29	116	69	28	7	249

Die subjektive Einschätzung zur Belastung wurde ins Verhältnis zur Häufigkeit der entsprechenden belastenden Tätigkeit gesetzt und wird als *gewichteter Index „subjektive Belastung“* im Ergebnisteil aufgeführt.

Zum besseren Verständnis veranschaulicht Abbildung 19 zur Frage 21 den Zusammenhang zwischen der Häufigkeit des Auftretens von belastenden Tätigkeiten und der subjektiven Belastung einer Pflegekraft.

21. Heben/ Tragen von Bewohnern/Pflegekunden

Wie häufig trifft dies zu?

₀ nie ₁ selten ₂ mittel ₃ oft →

Wie stark fühlen Sie sich dadurch belastet?

1—2—3—4—5—6—7—8—9—10

1=gar nicht belastet 10=sehr stark belastet

Abbildung 19: Frage 21 aus dem Fragebogen physische Belastungen

Der *gewichtete Index* „subjektive Belastung“ errechnet sich dabei wie folgt: es gibt Punktwerte für die einzelnen Aussagen links (nie; selten; mittel; oft). Dazu kommt ein Punktwert, je nachdem wie stark die Belastung auf der Skala von 1 bis 10 eingestuft wird. Es kann ein Index-Wert erreicht werden, der zwischen Null (=unbelastet) und maximal 30 Punkten (=maximal belastet) liegt.

Im Ergebnis fühlten sich die stationär/teilstationär tätigen Altenpflegekräfte mit einem durchschnittlichen Index von **13,3 Punkten** subjektiv stärker belastet, als ihre Kollegen im ambulanten Sektor mit einem Durchschnittswert von **10,7 Punkten**. Die Durchschnittswerte zeigten in der Tendenz, dass sich die Befragten trotz des hohen Vorkommens von physisch belastenden, pflegerischen Tätigkeiten nur mäßig subjektiv belastet fühlten.

3.8.3 Kenntnisse von Altenpflegekräften im stationären und ambulanten Bereich zu manuellen Techniken und Konzepten

Laut einer Autorengruppe der BGW (vgl. Baum et al., 2008) können Konzepte wie Bobath, Kinästhetik und Rückenschulen keinen eigenständigen Beitrag zur Prävention von Rückenschmerzen bzw. von Muskel-Skelett-Erkrankungen leisten. Sie können aber Präventionskonzepte sinnvoll unterstützen. Unter diesem Aspekt wurden die befragten Pflegekräfte zu Qualifikationen in manuellen Techniken wie „Bobath“, „Kinästhetik“, „Rückengerechter Patiententransfer“ nach Soyka und zum BGW-Seminar „Prävention von Rückenbeschwerden in Pflege und Betreuung“ befragt. Dabei waren Mehrfachnennungen möglich.

In der stationären/teilstationären Altenpflege verfügten laut dem berechneten Median 132 Befragte über 1,5 Qualifikationen in manuellen Techniken der Altenpflege (siehe Tabelle 22).

Tabelle 22: Mittelwerte und Medianwerte von Häufigkeiten zu Qualifizierungen in manuellen Techniken/Konzepten in der Altenpflege in der Gruppe stationär/teilstationär in 2012 (Quelle: eigene Darstellung)

stationäre/teilstationäre Einrichtungen	befragte MA Gesamt	Mittelwert	Median	fehlende Angaben
Einrichtung A	42	1,9	2	0
Einrichtung B	10	0,7	0	0
Einrichtung C	41	1,4	1	0
Einrichtung D	39	2,1	2	0
Gesamt	132	1,525	1,5	0

Legende: 0=keine Qualifizierung; 1=eine Qualifizierung; 2=zwei Qualifizierungen; 3=drei Qualifizierungen; 4=vier Qualifizierungen

Im ambulanten Bereich verfügten die Pflegenden im Mittel über nur eine Qualifizierung in manuellen Konzepten/Techniken (siehe Tabelle 23).

Tabelle 23: Mittelwerte und Medianwerte von Häufigkeiten zu Qualifizierungen in manuellen Techniken/Konzepten in der Altenpflege in der Gruppe Ambulant in 2012 (Quelle: eigene Darstellung)

ambulante Einrichtungen	befragte MA Gesamt	Mittelwert	Median	fehlende Angaben
Einrichtung A	14	1,1	1	0
Einrichtung B	24	2,1	3	0
Einrichtung C	19	1,2	1	0
Einrichtung D	18	1,4	1	0
Einrichtung E	6	1,7	2	0
Einrichtung F	9	1,3	1	0
Einrichtung G	17	1,2	0	0
Einrichtung H	10	1,8	2	0
Gesamt	117	1,475	1	0

Legende: 0=keine Qualifizierung; 1=eine Qualifizierung; 2=zwei Qualifizierungen; 3=drei Qualifizierungen; 4=vier Qualifizierungen

Auf die gezielte Frage zu den manuellen Techniken ergab sich folgendes Bild. Am häufigsten berichteten die Befragten von einer Ausbildung im Pflegekonzept „Bobath“, gefolgt von hohen Nennungen im Konzept „Kinästhetik“ und „Rückengerechter Patiententransfer“ (siehe Abbildungen 21 und 22).

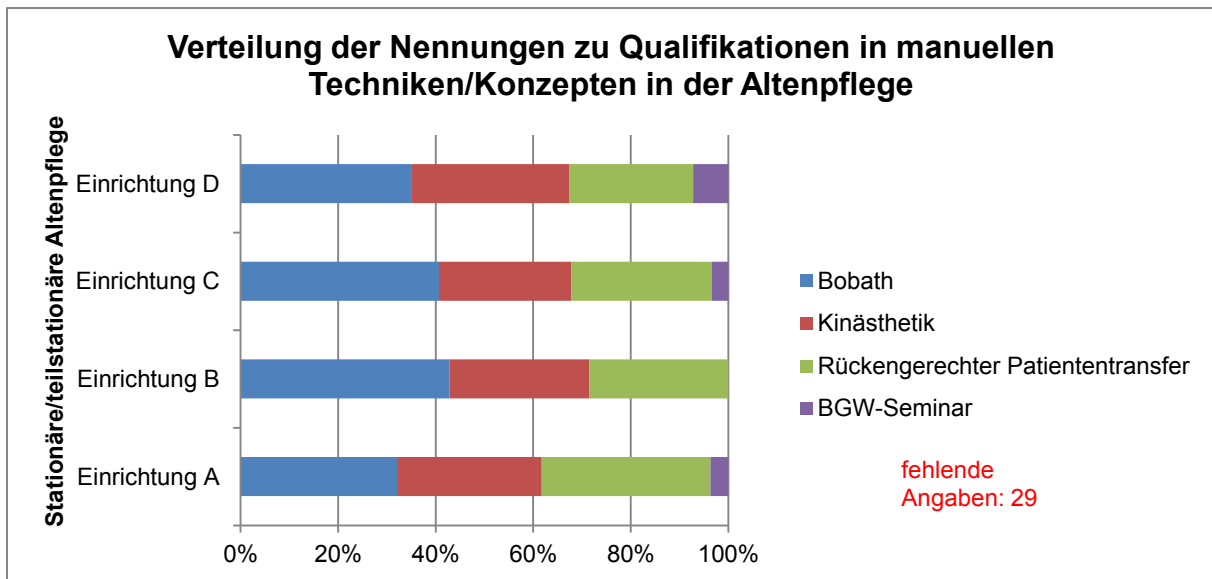


Abbildung 20: Häufigkeitsverteilung der Qualifizierungen in Techniken/Konzepten in der Altenpflege-Gruppe stationär/teilstationär in 2012 (Quelle: eigene Darstellung)

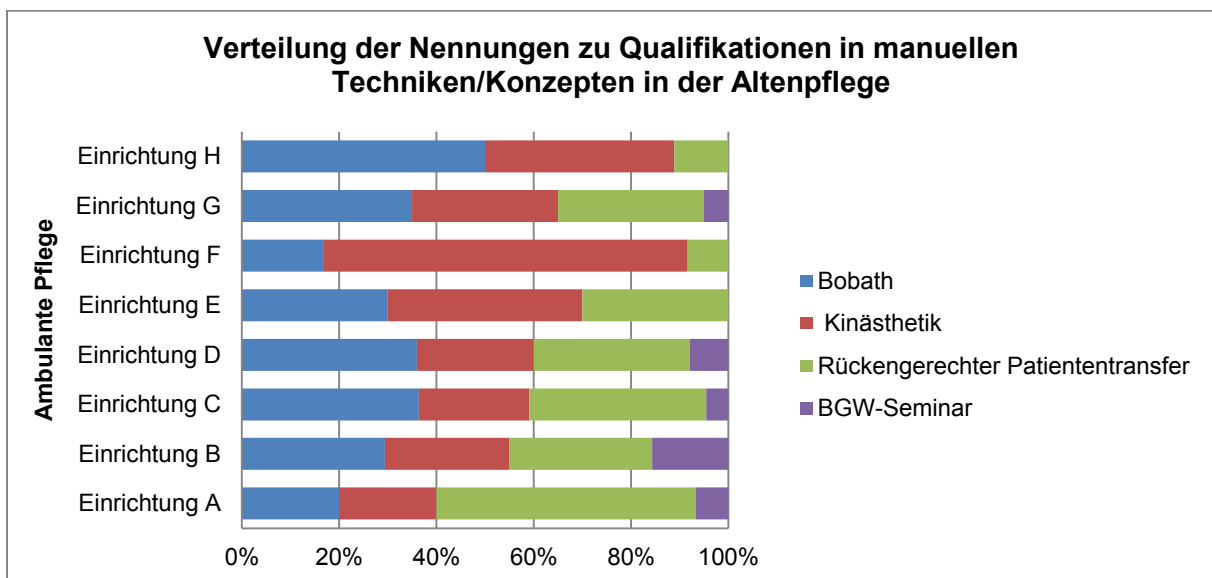


Abbildung 21: Häufigkeitsverteilung der Qualifizierungen in Techniken/Konzepten in der Altenpflege-Gruppe ambulant in 2012 (Quelle: eigene Darstellung)

Auf die Frage „**Wie häufig wenden Sie die Technik an?**“ ergab sich in der Auswertung in jeder abgefragten Technik für beide Pflegebranchen ein **Medianwert von 3**. Dieses Ergebnis ist beim Vorliegen des inversen Wertebereiches wie folgt zu lesen: 1= ich wende die Technik nie an, 2= ich wende die Technik selten an, 3= ich wende die Technik meistens an, 4= ich wende die Technik immer an.

3.8.4 Bewertung der Ausstattung mit technischen Hilfsmitteln

Dieser Teil des Fragebogens fokussierte, inwieweit Schutzfaktoren in Form von technischen und manuellen Hilfsmitteln in der Einrichtung vorhanden sind und wie die Mitarbeiter die Ausstattung bewerten.

Die Befragten konnten auf einer Skala von 1= überhaupt nicht ausreichend, 2= eher nicht ausreichend, 3= eher ausreichend hin zu 4= vollständig ausreichend wählen. Die Analyse ergab für alle stationären Einrichtungen einen **Medianwert von 2,5**. In der Tabelle 24 können die weitgehend heterogenen Bewertungen aller stationären/teilstationären Teilnehmer eingesehen werden.

Tabelle 24: Bewertung der Ausstattung mit technischen Hilfsmitteln in der stationären/teilstationären Altenpflege in 2012 (Quelle: eigene Darstellung)

stationäre/ teilstationäre Einrichtungen	befragte MA Gesamt	Mittelwert	Median	fehlende Angaben
Einrichtung A	42	1,7	2	0
Einrichtung B	9	1,1	1	1
Einrichtung C	40	2,9	3	1
Einrichtung D	36	3,1	3	3
Gesamt	127	2,2	2,5	5

Legende: 1=überhaupt nicht ausreichend; 2=eher nicht ausreichend; 3=eher ausreichend; 4=vollständig ausreichend

Im Vergleich dazu bewerteten die Pflegekräfte der ambulanten Branche die Ausstattung mit Hilfsmitteln insgesamt als „**eher ausreichend**“. Jedoch gab es zwischen den einzelnen Einrichtungen teilweise Differenzen, welche in Tabelle 25 sichtbar werden.

Tabelle 25: Bewertung der Ausstattung mit technischen Hilfsmitteln in der ambulanten Altenpflege in 2012 (Quelle: eigene Darstellung)

ambulante Einrichtungen	befragte MA Gesamt	Mittelwert	Median	fehlende Angaben
Einrichtung A	11	1,8	2	3
Einrichtung B	20	2,4	2	4
Einrichtung C	16	2,8	3	3
Einrichtung D	17	2,6	3	1
Einrichtung E	5	2,8	3	1
Einrichtung F	9	2,3	2	0
Einrichtung G	14	2,8	3	3
Einrichtung H	9	3,4	4	1
Gesamt	101	2,6125	3	16

Legende: 1=überhaupt nicht ausreichend; 2=eher nicht ausreichend; 3=eher ausreichend; 4=vollständig ausreichend

3.9 Ergebnisse zu den durchgeführten Mitarbeiter-Workshops

3.9.1 Stationäre/teilstationäre Altenpflegeeinrichtungen

Die in den vier Fokusgruppen der stationären/teilstationären Einrichtungen gesammelten Ideen wurden anhand des Modells der Arbeitsfähigkeit den entsprechenden Handlungsfeldern zugeordnet (siehe Abbildung 22).

Häufigkeitswerte sind in den Klammern hinter den Lösungsvorschlägen angegeben und stehen jeweils für einen oder mehrere stationäre/teilstationäre Projekteinrichtungen.

Nach Quantität der Angaben waren die häufigsten Nennungen im Handlungsfeld „Führung und Arbeitsorganisation“ zu verzeichnen. Die Abnahme der Häufigkeitswerte erfolgt identisch zur Reihenfolge der Stockwerke/Handlungsfelder beginnend im Dach bis zur Basis des Hauses der Arbeitsfähigkeit. Es bestand Interesse an einer Verbesserung der Kommunikation zwischen Führungskräften und Mitarbeitern, an Veränderungen struktureller Rahmenbedingungen wie der Minimierung der Dienste am Stück und die Verringerung des Dokumentationsaufwandes bis hin zu finanziell unterstützen Angeboten am Arbeitsplatz. Auch im Bereich der Kompetenzentwicklung signalisierten die Beschäftigten einen hohen Bedarf.

3.9.2 Ambulante Altenpflegeeinrichtungen

Im ambulanten Bereich konnten im Vergleich zum stationären/teilstationären Sektor ähnliche Bedarfe in den untersuchten Handlungsfeldern eruiert werden. Die Abbildung 23 zeigt die Problemlagen und Verbesserungsvorschläge anhand von Häufigkeitsnennungen der ambulanten Projektträger auf.

Haus der Arbeitsfähigkeit

Führung und Arbeitsorganisation

- Verbesserungsvorschläge von MA ernst nehmen ($n=1$)
- Verbesserung der Kommunikation zwischen FK und MA ($n=2$)
- Überstundenmanagement der Teilzeitkräfte ($n=1$)
- Einsatz von "Springern" ($n=1$)
- Minimierung der Dienste am Stück ($n=2$)
- mindestens zwei freie Tage nach vier Nächten ($n=1$)
- mehr Personal ($n=1$)

Handlungsfeld Arbeitsplatz

- Anschaffung einer Aufstehhilfe ($n=2$)
- Verringerung des Dokumentationsaufwandes ($n=2$)
- Vermeidung von Arbeitsunterbrechungen durch strukturelle, bauliche Veränderungen ($n=1$)
- teamverbessernde Maßnahmen ($n=1$)

Handlungsfeld Kompetenzen

- Weiterbildung in Demenz ($n=2$)
- Weiterbildung im Ergonomischen Arbeiten ($n=3$)

Handlungsfeld Gesundheit

- subventionierte Massagen am Arbeitsplatz ($n=3$)
- Subventionierung individueller Präventionsmaßnahmen ($n=1$)

Abbildung 22: Ideen und Lösungsvorschläge der MA der stationären/teilstationären Altenpflege im Rahmen der Fokusgruppen in 2012 (Quelle: eigene Darstellung)

Haus der Arbeitsfähigkeit

Führung und Arbeitsorganisation

- Verbesserung der Informationsweitergabe der FK an MA ($n=1$)
- Minimierung der Dienste am Stück ($n=2$)
- keine Doppeldienste ($n=2$)
- Vermeidung von kurzen Wechseln zwischen Doppeldiensten ($n=2$)
- bessere Tourenplanung ($n=1$)
- Einsatz eines "Springers" ($n=1$)

Handlungsfeld Arbeitsplatz

- Verbesserung des Hilfsmittelangebotes beim Kunden ($n=5$)
- Verringerung des Dokumentationsaufwandes ($n=2$)
- Angehörigenarbeit zum Thema Demenz ($n=1$)
- fachlicher Austausch mit Kollegen ($n=2$)

Handlungsfeld Kompetenzen

- Supervision ($n=1$)
- Weiterbildung in Demenz ($n=7$)
- Weiterbildung im Ergonomischen Arbeiten ($n=8$)
- keine "Inhouse-Weiterbildung" ($n=1$)

Handlungsfeld Gesundheit

- subventionierte Massagen am Arbeitsplatz ($n=6$)
- Präventionskurse am Arbeitsplatz ($n=5$)
- bei Bedarf zu zweit arbeiten ($n=3$)

Abbildung 23: Ideen und Lösungsvorschläge der MA der ambulanten Altenpflege im Rahmen der Fokusgruppen in 2012 (Quelle: eigene Darstellung)

3.10 Fazit zum Ergebnisteil

Die ausführlich dargestellten Ergebnisse dienen neben der Skizzierung von Rahmenbedingungen sowie physischen und psychischen Arbeitsbelastungen von Altenpflegekräften vorrangig als Basis zur Ermittlung von Bedarfslagen und zur Entwicklung geeigneter Maßnahmen im Hinblick auf die Projektziele. Zur besseren Nachvollziehbarkeit der Maßnahmenentwicklung im Punkt 3.3 werden nachfolgend die wichtigsten Ergebnisse herausgestellt.

Fazit der Untersuchung der Unternehmensstrukturen

- kein stringent angewandtes Betriebliches Gesundheitsmanagement (BGM) vorhanden – weder im stationären/teilstationären noch im ambulanten Bereich
- vereinzelte, nicht evaluierte Maßnahmen im Bereich der Gesundheitsförderung

Fazit der Untersuchung der Arbeitsfähigkeit

- Arbeitsfähigkeitswerte lagen in beiden Unternehmensstrukturen in einem durchschnittlich guten Bereich
- es zeigten sich erste Hinweise für einen Handlungsbedarf aufgrund hoher Nennungen zur Verminderung physischer und psychischer Arbeitsbelastungen, Verbesserung der betrieblichen Gesundheitsvorsorge und Verbesserung des Betrieblichen Wiedereingliederungsmanagement

Fazit der Untersuchung der psychischen Arbeitsbelastungen in der Altenpflege

- Identifizierung hoher qualitativer Arbeitsbelastungen durch Schwierigkeiten im Umgang und der (Nicht-) Bewältigung von Situationen mit Demenzkranken
- Auftreten einer überdurchschnittlichen Gesamtbeanspruchung im stationären/teilstationären sowie im ambulanten Bereich
- stationär/teilstationär und ambulant Beschäftigte in der Altenpflege fühlten sich durch ihre finanziellen Situation belastet

Fazit der Untersuchung der physischen Arbeitsbelastungen in der Altenpflege

- die im Projekt untersuchten Pflegekräfte gaben im Vergleich zur Allgemeinbevölkerung öfter Beschwerden des Bewegungsapparates in den letzten 12 Monaten an
- in der Literatur identifizierte, körperliche Belastungen im Altenpflegebereich (vgl. DAK-Zentrale, 2006) wurden bestätigt
- mit durchschnittlich einer Qualifizierung in einer manuellen Technik zur Prävention von Rückenbeschwerden (pro Befragtem) war das Ergebnis zufriedenstellend

- die Hilfsmittelausstattung wurde im Durchschnitt im stationären/teilstationären Bereich als „eher nicht ausreichend“ und im ambulanten Bereich als „eher ausreichend“ eingeschätzt

Fazit zu den durchgeführten Mitarbeiter-Workshops in der Altenpflege

- Mitarbeiter bestätigten Qualifizierungsbedarf im Umgang mit dementen Patienten
- ein Bedarf zur Auffrischung und Qualifizierung ergonomischer Arbeitsweisen in der Altenpflege wurde u.a. aufgrund oft weit zurückliegender, nicht aufgefrischter Kenntnisse angezeigt
- hohe einrichtungsspezifische Bedarfe in den Handlungsfeldern Führung/Arbeitsorganisation und Arbeitsplatz wurden festgestellt

4 Projektbezogene Maßnahmen

Dieses Kapitel beinhaltet eine Beschreibung zur Entwicklung der übergeordneten sowie der trägerspezifischen Maßnahmen. Daran schließt sich eine kurze, quantitative Darstellung der im Projektzeitraum gelaufenen Maßnahmen an. Die Grundlage der Maßnahmenplanung stellen die im Kapitel 3.1 und 3.2 beschriebenen Analyseergebnisse. Daraus ergaben sich kurz-, mittel- und langfristige Zielstellungen, denen die entsprechend entwickelten Maßnahmen gegenübergestellt wurden (siehe Tabellen 26 bis 28).

Neben der Unterstützung der Arbeitsfähigkeit als empfohlenes Förder- und Schutzziel bei Vorliegen eines guten Arbeitsfähigkeitsindex, stand insbesondere die Reduzierung der identifizierten Arbeitsbelastungen und Beanspruchungsanzeigen im Vordergrund der Maßnahmen. Auf Sachlage dieser Fakten wurden die übergeordneten Maßnahmen

1. „Rückengesundheit – ergonomische Arbeitsweisen in der Altenpflege“ (Tageskurs),
2. „Theoretische und praktische Qualifizierung von Altenpflegekräften im Umgang mit dementen Patienten“ (3-Tages-Kurs),
3. „Sensibilisierungsworkshop – Geschafft!? Schaffe ich meine Arbeit oder schafft meine Arbeit mich?“ entwickelt.

Aufgrund der Konzeption der ersten beiden Maßnahmen, bei denen das Teilnehmermaximum bei 20 Mitarbeitern lag, sowie der unterschiedlichen Trägerstrukturen, konnte nur ein begrenzter Anteil an Pflegekräften erreicht werden. Dagegen wurde die drittgenannte Maßnahme durchgängig in allen Einrichtungen durchgeführt.

Um die Gesundheit und insbesondere die psychische Beanspruchung der untersuchten Altenpflegekräfte zu minimieren, konnten Präventionsangebote wie Gesundheitstage, Entspannungsworkshops und Rückenurse in Zusammenarbeit mit der AOK plus teilweise umgesetzt werden.

Der Blick auf die Schaffung nachhaltiger Strukturen hinsichtlich der Gesundheitserhaltung/-förderung der Beschäftigten in der Altenpflege, auch über das Projektende hinaus, war von enormer Bedeutung. Die Auswertung der Unternehmensstrukturen machte deutlich, dass man zur nachhaltigen Implementierung eines Betrieblichen Gesundheitsmanagements (BGM) entsprechende Voraussetzungen schaffen muss. Hieraus ergab sich zum einen die Konzipierung von Führungskräfteworkshops im Rahmen des Projektbeirates, in denen Grundlagen des BGM vermittelt wurden. Zudem fand eine Kooperation mit der Berufsgenossenschaft für Gesundheitsschutz und Wohlfahrtspflege (BGW) statt, um Beschäftigte der mittleren und oberen Führungskräfteebene zum Betrieblichen Gesundheitsmanager zu qualifizieren. Projektteilnehmenden Einrichtungen, denen diese externe Teilnahme nicht möglich war, bot man an, in selbstentwickelten Modulen zum BGM

ohne Zertifizierung geschult zu werden. Auch die Initiierung von „Steuerkreisen zur Entwicklung und Umsetzung eines BGM“ zählten zur Maßnahmenentwicklung.

Trägerspezifische Bedarfslagen wurden in den Steuerkreisen besprochen. In Form von Workshops konnten entsprechende Maßnahmen entwickelt und anschließend umgesetzt werden. Das Vorhaben der Umsetzung wurde von den Einrichtungen in unterschiedlichem Ausmaß ausgeführt. Auf eine Ergebnisdarstellung der trägerspezifischen Maßnahmen wird aufgrund der Vielzahl verzichtet. Detailliertere Angaben zur Maßnahmenplanung, zu best practice Beispielen und deren Umsetzung kann man der Handlungsempfehlung von Gerisch, Leimer & Sondermann (2014) entnehmen.

Die Evaluierungen der Maßnahme „Rückengesundheit – ergonomische Arbeitsweisen in der Altenpflege“ zeigten vor allem Schwierigkeiten beim Transfer der Wissensinhalte in die Praxis auf. Unter dem Aspekt, Projektergebnisse zu sichern und Nachhaltigkeit zu schaffen, entwickelte man die mehrtägige Seminarreihe „Mentor Rückengesundheit“. Ziel dieser Qualifizierung war es, Altenpflegekräfte einrichtungintern in regelmäßigen Abständen zu Inhalten von ergonomischen Arbeitsweisen zu schulen.

Tabelle 26: Kurzfristige Ziele mit entsprechender Maßnahmenplanung und Durchführung (Quelle: eigene Darstellung)

Zielwert	Ziele	Gelaufene Maßnahmen zur Erreichung der Ziele	Inhalt der Maßnahme
kurzfristig	➤ Partizipation der Mitarbeiter (MA) am Projekt	✓ Informationsworkshops für Altenpflegekräfte	➤ Informationsweitergabe der Analyseergebnisse direkt in die Mitarbeiterschaft, qualitative Hinterfragung von Bedarfslagen und Ideensammlung von Maßnahmen
	➤ Gesunderhaltung und Gesundheitsförderung der MA	✓ Sensibilisierungsworkshops für Altenpflegekräfte ✓ Gesundheitsfördernde Maßnahmen über den Kooperationspartner AOK plus	➤ Theoretische und praktische Wissensvermittlung zur psychischen und physischen Gesundheitserhaltung sowie Gesundheitsförderung ➤ Regelmäßige Arbeitstreffen mit folgenden Teilnehmerkreis: Geschäftsführung, mittlere Führungskräfteebene, Qualitätsmanagementbeauftragte, MA-Vertretung, Fachkraft für Arbeitssicherheit
	➤ Sicherung der Projektumsetzung in den teilnehmenden Einrichtungen	✓ Gründung eines einrichtungsinternen Steuerkreises zur Umsetzung und Entwicklung eines BGM	

Tabelle 27: Mittelfristige Ziele mit entsprechender Maßnahmenplanung und Durchführung (Quelle: eigene Darstellung)

Zielwert	Ziele	Maßnahmen zur Erreichung der Ziele	Inhalt der Maßnahme
mittelfristig	➤ Reduzierung der psychischen Arbeitsbelastungen	✓ Modularer Kurs zur Qualifizierung im Umgang mit herausforderndem Verhalten bei Demenz	➤ Wissenserwerb zum Thema Demenz und Erlernen von Bewältigungsstrategien im Umgang mit Demenzkranken

Zielwert	Ziele	Maßnahmen zur Erreichung der Ziele	Inhalt der Maßnahme
mittelfristig	➤ Verminderung der physischen Arbeitsbelastungen	✓ Ganztägiger Qualifizierungskurs „Rückengesundheit“	➤ Praktisches Erlernen von ergonomischen Arbeitsweisen in der Altenpflege
	➤ BGM als Führungsaufgabe wahrnehmen	✓ Führungskräfteentwicklung im Projektbeirat	➤ Vermittlung von Grundlagenwissen im BGM und Netzwerkarbeit zum Austausch im BGM im Beirat

Tabelle 28: Langfristige Ziele mit entsprechender Maßnahmenplanung und Durchführung (Quelle: eigene Darstellung)

Zielwert	Ziele	Maßnahmen zur Erreichung der Ziele	Inhalt der Maßnahme
langfristig	➤ Nachhaltige Sicherung von ergonomischen Arbeitsweisen in der Einrichtung	✓ Qualifizierungsreihe „Mentoren Rückengesundheit“	➤ 4 tägige Ausbildung von Multiplikatoren, zum Thema ergonomische Arbeitsweisen
	➤ Gewährleistung der Implementierung eines BGM durch Schaffung einer Verantwortlichkeitsstruktur	✓ Qualifizierung zum Betrieblichen Gesundheitsmanager	➤ Mehrtägige Weiterbildung, um ein BGM in der Einrichtung zu implementieren
	➤ Sicherstellung der Projektergebnisse und der Fortführung eines BGM	✓ Implementierung eines einrichtungsinternen Steuerkreises	➤ Regelmäßige Arbeitstreffen, Analysen, MA-Befragungen, Kennzahlenerhebung zum Thema Arbeitsfähigkeit

4.1 Quantitative Auswertung durchgeführter Maßnahmen im stationären Bereich

In den Tabellen 29 bis 31 ist dargestellt, an welchen Maßnahmen und in welchem Umfang sich die einzelnen stationären Träger beteiligt haben. Dazu wird die Anzahl der Teilnehmer an Maßnahmen ins Verhältnis zu der im Tabellenkopf stehenden Gesamtanzahl der Pflegekräfte in den Einrichtungen gesetzt. Die Auswertung der Übersicht ergab, dass die kurzfristigen Zielstellungen von allen stationären und teilstationären Projektteilnehmern realisiert werden konnten. Mittelfristig aufgestellte Ziele wurden in unterschiedlichem Ausmaß umgesetzt. Insbesondere die Pflegeheime mit einer hohen Beschäftigtenanzahl qualifizierten ihre Mitarbeiter in ergonomischen Arbeitsweisen und im Umgang mit demenzkranken Klienten. Zur Erreichung langfristiger Ziele nutzten zwei der fünf Träger das gesamte Maßnahmenangebot und eine Einrichtung die Mentoren-Ausbildung Rückengesundheit. Bei diesen Trägern ist davon auszugehen, dass sie auch nach Projektende erfolgreich ein BGM fortsetzen werden.

Tabelle 29: Übersicht kurzfristiger Maßnahmen im stationären Bereich (Quelle: eigene Darstellung)

Maßnahmen für Umsetzung kurzfristiger Ziele	stationäre Einrichtung A (n=65)	stationäre Einrichtung B (n=14)	stationäre Einrichtung C (n=63)	stationäre Einrichtung D (n=61)	stationäre Einrichtung E (n=51)
<i>Projektumsetzung</i>					
• Steuerkreis	ja	ja	ja	ja	ja
<i>Gesundheitsförderung</i>					
• Sensibilisierungs-Workshop	ja	ja	ja	ja	ja
• AOK Plus Angebote	Gesundheitstag	nein	Gesundheitstag	nein	Gesundheitstag Rückencoach
<i>Partizipation</i>					
• Informationsveranstaltung zum Projekt	ja	ja	ja	ja	ja

Tabelle 30: Übersicht mittelfristiger Maßnahmen im stationären Bereich (Quelle: eigene Darstellung)

Maßnahmen für Umsetzung mittelfristiger Ziele	stationäre Einrichtung A (n=65)	stationäre Einrichtung B (n=14)	stationäre Einrichtung C (n=63)	stationäre Einrichtung D (n=61)	stationäre Einrichtung E (n=51)
<i>Rückengesundheit (Anzahl der Teilnehmer)</i>	26	5	27	38	19
<i>Demenz (Anzahl der Teilnehmer)</i>	10	4	12	15	0
<i>Führungskräfteschulung</i>	ja	ja	ja	ja	ja

Tabelle 31: Übersicht langfristiger Maßnahmen im stationären Bereich (Quelle: eigene Darstellung)

Maßnahmen für Umsetzung langfristiger Ziele	stationäre Einrichtung A (n=65)	stationäre Einrichtung B (n=14)	stationäre Einrichtung C (n=63)	stationäre Einrichtung D (n=61)	stationäre Einrichtung E (n=51)
<i>Mentor Rückengesundheit</i>	nein	nein	ja	ja	nein
<i>Qualifizierung Manager BGM</i>	nein	nein	ja	ja	ja
<i>Steuerkreis über Projektende hinaus wahrscheinlich?</i>	nein	nein	ja	ja	ja

4.2 Quantitative Auswertung durchgeführter Maßnahmen im ambulanten Bereich

Auch für den ambulanten Bereich wurden mit Hilfe der Tabellen 32 bis 34 eine Quantifizierung sowie eine Zuordnung der einzelnen Träger zu Zielen und Maßnahmen vorgenommen. Es konnten in allen Einrichtungen kurzfristige Zielstellungen erreicht werden. Sehr differenziert fiel die Umsetzung im mittelfristigen Zielbereich aus. Hier wurde insbesondere das dreitägige Modul im Umgang mit demenzkranken Patienten von einigen Mitarbeitern der ambulanten Sozialdienste nachgefragt. Die eintägige Weiterbildung zu ergonomischem Arbeiten in der Altenpflege nutzten vor allem Pflegedienste mit einer größeren Beschäftigtenstruktur, die auftretende Dienstplanänderungen wahrscheinlich besser auffangen konnten. Auffallend im Bereich der langfristigen Zielumsetzung war, dass nur die Hälfte der Einrichtungen in der Lage war, ein Betriebliches Gesundheitsmanagement mit dementsprechenden Strukturen zu implementieren.

Tabelle 32: Übersicht kurzfristiger Maßnahmen im ambulanten Bereich (Quelle: eigene Darstellung)

Maßnahmen für Umsetzung kurzfristiger Ziele	ambulante Einrichtung A (n=33)	ambulante Einrichtung B (n=27)	ambulante Einrichtung C (n=34)	ambulante Einrichtung D (n=20)	ambulante Einrichtung E (n=8)	ambulante Einrichtung F (n=11)	ambulante Einrichtung G (n=17)	ambulante Einrichtung H (n=12)
<i>Projektumsetzung</i>								
• Steuerkreis	ja	ja	ja	ja	ja	ja	ja	ja
<i>Gesundheitsförderung</i>								
• Sensibilisierungs- Workshop	ja	ja	ja	ja	ja	ja	ja	ja
• AOK plus Angebote	nein	nein	nein	ja	nein	nein	nein	Gesund- heitstag
<i>Partizipation</i>								
• Informations- veranstaltung zum Projekt	ja	ja	ja	ja	ja	ja	ja	ja

Tabelle 33: Übersicht mittelfristiger Maßnahmen im ambulanten Bereich (Quelle: eigene Darstellung)

Maßnahmen für Umsetzung mittelfristiger Ziele	ambulante Einrichtung A (n=33)	ambulante Einrichtung B (n=27)	ambulante Einrichtung C (n=34)	ambulante Einrichtung D (n=20)	ambulante Einrichtung E (n=8)	ambulante Einrichtung F (n=11)	ambulante Einrichtung G (n=17)	ambulante Einrichtung H (n=12)
<i>Rückengesundheit</i> (Anzahl der Teilnehmer)	9	8	15	3	1	9	2	2
<i>Demenz</i> (Anzahl der Teilnehmer)	10	15	9	5	0	7	3	3
<i>Führungskräfteschulung</i>	ja	ja	ja	ja	ja	ja	ja	ja

Tabelle 34: Übersicht langfristiger Maßnahmen im ambulanten Bereich (Quelle: eigene Darstellung)

Maßnahmen für Umsetzung langfristiger Ziele	ambulante Einrichtung A (n=33)	ambulante Einrichtung B (n=27)	ambulante Einrichtung C (n=34)	ambulante Einrichtung D (n=20)	ambulante Einrichtung E (n=8)	ambulante Einrichtung F (n=11)	ambulante Einrichtung G (n=17)	ambulante Einrichtung H (n=12)
<i>Mentor</i> <i>Rückengesundheit</i>	ja	ja	nein	ja	nein	ja	ja	ja
<i>Qualifizierung Manager</i> <i>BGM</i>	nein	nein	nein	ja	nein	ja	ja	ja
<i>Steuerkreis über</i> <i>Projektende hinaus</i> <i>wahrscheinlich?</i>	nein	nein	nein	ja	nein	ja	ja	nein

5 Evaluierung

5.1 Anliegen der Evaluierung

Das Projekt „Pflege bewegt“ sollte PARITÄTISCHE Mitgliedsorganisationen in der Altenpflege in ihrer Arbeit vor Ort unterstützen und die Weiterentwicklung im Pflegebereich fördern. Das Projekt gab den teilnehmenden Mitgliedsorganisationen die Möglichkeit, sich mit dem Thema Gesundheitsförderung und Belastungsreduzierung gezielt auseinanderzusetzen und sich somit Veränderungsprozessen der eigenen Organisation zu stellen. Daraus ergab sich ein Ziel der vorliegenden Evaluierung. Es erfolgte eine Überprüfung zur Implementierung der übergeordneten Maßnahmen (Methodenkoffer) sowie deren Wirksamkeit auf die Arbeitsfähigkeit von Altenpflegekräften.

Für den PARITÄTISCHEN Landesverband Thüringen e.V. selbst ist die beschriebene Art der Trägerberatung als Kernaufgabe kaum bis gar nicht zu leisten. Der Verband und seine Mitgliedsorganisationen erwarteten mit dem Projekt einen Wissenszuwachs im Hinblick auf Personal- und Organisationsentwicklung durch Betriebliches Gesundheitsmanagement. Die Projekterfahrungen sollten maßgeblich zur Entwicklung eigener bedarfsorientierter Qualifizierungsmaßnahmen für die Gestaltung der Aus- und Weiterbildung in der Sozialwirtschaft dienen. Darüber hinaus erhoffte man sich über die Projektergebnisse eine flankierende Unterstützung der aktiven Gestaltung von politischen Rahmenbedingungen in der sozialen Arbeit. Um Aussagen zur Erreichung dieser Erwartungen tätigen zu können, war insbesondere die Beurteilung der Inhalte der einzelnen Projektphasen erforderlich, die im Sinne einer Prozessevaluierung im erheblichen Umfang durch eine externe Begleitung der Universität Erfurt erfolgte.

5.2 Aufbau der Evaluierung

Das Evaluationskonzept sah eine interne, durch das Projektteam vorgenommene Evaluierung sowie eine externe, an die Universität Erfurt vergebene Evaluation, vor. Beide Evaluierungsprozesse wurden als ex-post-Evaluation angelegt und bedienten sich Elementen der formativen und summativen Bewertung. Hierbei wurden die methodische Vorgehensweisen und Ergebnisdarstellungen der internen und externen Evaluation separat betrachtet und unabhängig voneinander beschrieben.

Ausgesuchte, im Projektantrag festgeschriebene Ergebniswerte zu einzelnen Inhalten im Projektmanagementprozess werden mit Zitatauszügen des externen Berichts unter dem Punkt 5.6 vorgestellt. Der vollständige externe Evaluationsberichts der Universität Erfurt ist als eigenständige Publikation auf der Internetseite des PARITÄTISCHEN Landesverbandes e.V. abrufbar.

Gegenstand der Unterkapitel 5.3 bis 5.4 ist die interne Evaluierung durch das Projektteam. Der Fokus des Teilberichtes lag auf zwei zu untersuchenden Fragestellungen:

1. *Wurden Effekte in Bezug auf die Verbesserung der Arbeitsfähigkeit von Thüringer Altenpflegekräften durch analysegestützte Maßnahmen im Projektzeitraum erreicht?*
2. *In welchem Umfang konnten theoretische und praktische Wissensinhalte der Maßnahmen „Rückengesundheit – ergonomische Arbeitsweisen in der Altenpflege“ und „Theoretische und praktische Qualifizierung von Altenpflegekräften im Umgang mit dementen Patienten“ in den Arbeitsalltag von Thüringer Altenpflegekräften transferiert werden?*

Die dritte Fragestellung *Konnten die im Projekt entwickelten Strukturen und Maßnahmen zum BGM und zur Gesundheitserhaltung/-förderung von Beschäftigten der Altenpflege nachhaltig implementiert werden?* wird unter Hinzunahme der Ergebnisse des externen Evaluationsberichtes im Unterkapitel 5.5 untersucht.

5.3 Methoden der Datenerhebung, -verarbeitung und -auswertung der internen Evaluation

Zur Beantwortung der unter Punkt 5.2 gestellten Fragen entschied man sich für die Anwendung quantitativer Untersuchungsmethoden.

5.3.1 Methodik zum Wirksamkeitsnachweis von Maßnahmen auf die Arbeitsfähigkeit

Effekte von Maßnahmen hinsichtlich einer Verbesserung der Arbeitsfähigkeit erfolgten auf Basis der Datenerhebungen mit dem Fragebogen zur Arbeitsfähigkeit.

Im Januar 2014 begannen die erneuten schriftlichen Befragungen von Altenpflegekräften zu ihrer Arbeitsfähigkeit und konnten im Februar 2014 abgeschlossen werden. Dabei kam abermals die Kurzversion des Arbeitsfähigkeitsindex zur Anwendung (siehe Punkt 2.2.4). Die Beschäftigten wurden vorab über ihre Geschäftsführungen inhaltlich und organisatorisch zur Mitarbeiterbefragung informiert. Die Befragungen erfolgten in den ambulanten Einrichtungen im Rahmen einer Dienstberatung. Im stationären Bereich war eine Projektmitarbeiterin an ein bis zwei Tagen im Pflegeheim vor Ort, um einen repräsentativen Querschnitt der Belegschaft erheben zu können.

Abschließend wurden die Daten mit Excel aufbereitet und die Resultate den Geschäftsführungen in Form eines Berichtes vorgelegt und erläutert. Die untersuchte Zielgruppe bekam die Befragungsergebnisse im Rahmen von repräsentativen Mitarbeiter-Workshops mitgeteilt. Auch 2014 wurden die Ergebnisse für den stationären und ambulanten Bereich separat voneinander beschrieben, um den zum Teil sehr unterschiedlich vorkommenden Arbeitsbedingungen gerecht zu werden.

Aufgrund des gewählten Prä-Post-Designs der Untersuchung ohne Bildung von Vergleichsgruppen war insgesamt ein zuverlässiger Wirksamkeitsnachweis der erfolgten Maßnahmen auf die Arbeitsfähigkeit unmöglich. Auch Aussagen zu Entwicklungsverläufen zur Arbeitsfähigkeit von Personen ließen sich nicht auf Grundlage der erfolgten Querschnittsuntersuchung treffen. Die gewählte Vorgehensweise zur Anonymisierung erhobener Datensätze machte eine Vergleichbarkeit zu einem späteren Untersuchungszeitpunkt nicht möglich.

Wenngleich auch eine methodische Limitierung der Evaluierung vorliegt, erscheint vor dem Hintergrund der wahrzunehmenden Aufgabe des PARITÄTISCHEN Landesverbandes Thüringen e.V., seine Mitgliedsorganisationen in der Mitgestaltung von Rahmenbedingungen in der Sozialwirtschaft politisch zu vertreten, die Erhebung und sehr ausführliche Darstellung eines Status quo zur Arbeitsfähigkeit in 2014 äußerst gerechtfertigt. Darüber hinaus lassen sich, auf Grundlage der Darstellung von Zusammenhängen zwischen Alter, Berufsgruppen, Arbeitszeiten und Arbeitsfähigkeit, Aussagen für andere Geschäftsbereiche des Verbandes treffen bzw. neue Projekte generieren.

Angaben zu Effekten der gelaufenen Projektmaßnahmen auf die Arbeitsfähigkeit können nur indirekt im Ergebnisteil über den Vergleich mitarbeiterbezogener Wünsche zu ihren Arbeitsbedingungen im jeweiligen Unternehmen in 2012 und 2014 gemacht werden. Es erschien aufgrund der Zielstellungen des Projektes von Bedeutung, diesen Verlauf auch mit veränderter Teilnehmerstruktur als ein Ergebnis von möglichen Veränderungsprozessen im Projektzeitraum darzustellen.

5.3.2 Methodik der Überprüfung des Praxistransfers von zwei übergeordneten Maßnahmen

Die Bewertung eines erfolgten Wissenstransfers aus den beiden Maßnahmen „Rückengesundheit – ergonomische Arbeitsweisen in der Altenpflege“ und „Theoretische und praktische Qualifizierung von Altenpflegekräften im Umgang mit demenzten Patienten“ wurde über selbst entwickelte Fragebögen vorgenommen.

Mit den Ergebnissen aus dem Fragebogen zur Transferwirkung der Qualifizierungsmaßnahme „Rückengesundheit – ergonomische Arbeitsweisen in der Altenpflege“ konnten retrospektiv erzielte Effekte eingeschätzt sowie Handlungsempfehlungen und entsprechende Maßnahmen für die Verbesserung der nachhaltigen Wirkung der Fortbildungen abgeleitet werden. Neben Fragen nach Alter, Geschlecht, beruflicher Qualifikation und einer vorliegenden Grundausbildung in Kinästhetik oder Bobath wurden im Hauptteil des Fragebogens Aussagen zu folgenden Schwerpunkten ermittelt:

1. Erlebter Nutzen der Fortbildung (geschlossene Fragen mit Ankreuzmöglichkeiten in den Kategorien „trifft völlig zu“, „trifft überwiegend zu“, „teils/teils“, „trifft wenig zu“ und „trifft gar nicht zu“)
2. Welche der in der Fortbildung vermittelten Inhalte und Methoden konnten Sie bereits anwenden bzw. umsetzen? (offen Frage)
3. Welche ergonomischen Prinzipien haben Sie persönlich aus der Fortbildung in Ihren Arbeitsalltag übernommen? (geschlossene Frage mit den Antwortkategorien „immer“, „meistens“, „manchmal“ und „nie“)
4. Welche Gründe treffen für Sie zu, die erlernten Methoden nicht immer anzuwenden? (mehrfache Ankreuzmöglichkeiten und zusätzlich Platz für die Angabe sonstiger Gründe)
5. Subjektiv erlebte Wirkung der Fortbildung (geschlossene Fragen mit Ankreuzmöglichkeiten in den Kategorien „trifft völlig zu“, „trifft überwiegend zu“, „teils/teils“, „trifft wenig zu“ und „trifft gar nicht zu“)
6. Haben Sie Verbesserungsvorschläge für die Umsetzung der Inhalte aus der Fortbildung „Rückengesundheit – ergonomische Arbeitsweisen in der Altenpflege?“ (offene Frage)

Bereits an den Qualifizierungstagen wurden die Kursteilnehmer auf den Fragebogen hingewiesen. Dieser wurde den Teilnehmern über die Einrichtungsleitung bzw. Pflegedienstleitung inklusive eines verschließbaren Umschlages zur Rücksendung nach 12 Wochen zugestellt. Die ausgefüllten Bögen wurden in der jeweiligen Einrichtung gesammelt und zu einem Stichtag an das Projektteam gesendet. Das Projektteam wertete den Rücklauf sowie die inhaltlichen Angaben mit Excel aus.

Die schriftliche Befragung zur Transferwirkung der Qualifizierungsmaßnahme „Theoretische und praktische Qualifizierung von Altenpflegekräften im Umgang mit dementen Patienten“ war analog konzipiert. Folgende Fragenkomplexe wurden gebildet:

1. Erlebter Nutzen der Fortbildung (geschlossene Fragen mit Ankreuzmöglichkeiten in den Kategorien „trifft völlig zu“, „trifft überwiegend zu“, „teils/teils“, „trifft wenig zu“ und „trifft gar nicht zu“)
2. Welche der in der Fortbildung vermittelten Inhalte und Methoden konnten Sie bereits anwenden bzw. umsetzen? (offene Frage)
3. Welche Gründe treffen für Sie zu, die erlernten Methoden nicht immer anzuwenden? (mehrfache Ankreuzmöglichkeiten und zusätzlich Platz für die Angabe sonstiger Gründe)

4. Transfer der theoretisch besprochenen Fallbeispiele in die Praxis (geschlossene Fragen mit Ankreuzmöglichkeiten in den Kategorien „trifft völlig zu“, „trifft überwiegend zu“, „teils/teils“, „trifft wenig zu“ und „trifft gar nicht zu“)
5. Subjektiv erlebte Wirkung der Fortbildung (geschlossene Fragen mit Ankreuzmöglichkeiten in den Kategorien „trifft völlig zu“, „trifft überwiegend zu“, „teils/teils“, „trifft wenig zu“ und „trifft gar nicht zu“)
6. Haben Sie Verbesserungsvorschläge für die Umsetzung der Inhalte aus der Fortbildung „Demenz“ (offene Frage)

Im soziodemografischen Teil wurde eine bereits vorliegende Qualifizierung der Teilnehmer im Umgang mit Demenz geprüft. Die Datenerhebung und -auswertung erfolgte vergleichbar zur beschriebenen Vorgehensweise beim Fragebogen zur Transferwirkung der Qualifizierungsmaßnahme „Rückengesundheit – ergonomische Arbeitsweisen in der Altenpflege“.

5.3.3 Methodik der Überprüfung der Implementierung eines BGM

Zur Evaluierung der Zielstellung *„Konnten die im Projekt entwickelten Strukturen und Maßnahmen zum BGM und zur Gesundheitserhaltung/-förderung von Beschäftigten der Altenpflege nachhaltig implementiert werden?“* kamen leitfadengestützten Interviews zum Einsatz. Sie wurden im Rahmen der externen Evaluierung durchgeführt. Als Evaluierungsergebnis dienen die im Punkt 5.5 verschriftlichten, wörtlichen Zitate der Befragten.

5.4 Ergebnisse zu Effekten auf die Arbeitsfähigkeit

5.4.1 Strukturdaten der projektteilnehmenden Einrichtungen in 2014

Im Projektverlauf gab es Veränderungen bezüglich der Partizipation der teilnehmenden Einrichtungen. Zudem änderten sich die Beschäftigtenanzahlen aufgrund von Fluktuation, Langzeiterkrankten oder betrieblichen Umstrukturierungen.

In den Tabellen 35 und 36 werden die Projektpartner erneut dargestellt. Aufgrund innerbetrieblicher Themen beim ASB Suhl war eine Zusammenarbeit nicht mehr möglich. Dafür wurde mit dem neuen Projektpartner ASB Eisenach, der zwei stationäre Einrichtungen im Projekt involvierte, eng kooperiert. In Summe konnten Altenpflegekräfte in sieben ambulanten und fünf stationären Einrichtungen wiederholt zu ihrer Arbeitsfähigkeit befragt werden.

Tabelle 35: Übersicht der Kooperationspartner im ambulanten Bereich 2014 (Quelle: eigene Darstellung)

Ambulante Einrichtungen	Ort	Anzahl der Beschäftigten zu Projektende
wohnen plus...pflegen gemeinnützige Betreuungs- und Service GmbH	99427 Weimar	33
HK Pflegedienst gemeinnützige GmbH	99192 Nesse-Apfelstädt, OT Neudietendorf	27
Volkssolidarität Thüringen gemeinnützige GmbH Sozialstation Erfurt	99084 Erfurt	34
ASB OV Hermsdorf e.V.	07639 Bad Klosterlausnitz	20
Sozialdienst Elisabeth von Thüringen e.V.	98743 Gräfenthal	11
ASB Regionalverband Ostthüringen e.V. Sozialstation	07551 Gera	17
Volkssolidarität Kreisverband Schmalkalden-Meiningen e.V. Sozialstation Schmalkalden	98574 Schmalkalden	12

Tabelle 36: Übersicht der Kooperationspartner im stationären und teilstationären Bereich 2014 (Quelle: eigene Darstellung)

Stationäre Einrichtungen	Ort	Anzahl der Beschäftigten zu Projektende
ASB Hummelshain Senioren- und Pflegeheim "Am Würzbachgrundblick"	07768 Hummelshain	65
ASB Regionalverband Ostthüringen e.V. Seniorenpflegeheim "Grüner Weg"	07551 Gera	61
Seniorenwerk gemeinnützige Heimträgergesellschaft mbH Seniorenpflegeheim „Asternhof“	99734 Nordhausen	63
ASB Kreisverband Eisenach e.V. ASB Seniorenpflege „Haus am Alten See“	99817 Eisenach / OT Stregda	51
ASB Kreisverband Eisenach e.V. ASB Altenpflegeheim „Normannsteinblick“	99830 Treffurt	40

5.4.2 Datenrückläufe

Bei einer Bruttostichprobe von 434 potentiellen Mitarbeitern der stationären und ambulanten Altenpflege konnten 2014 insgesamt 268 Beschäftigte zu ihrer Arbeitsfähigkeit befragt werden. Dabei entfielen 109 auf den ambulanten und 159 auf den stationären Bereich. In der Abbildung 24 ist detailliert der Datenrücklauf beschrieben.

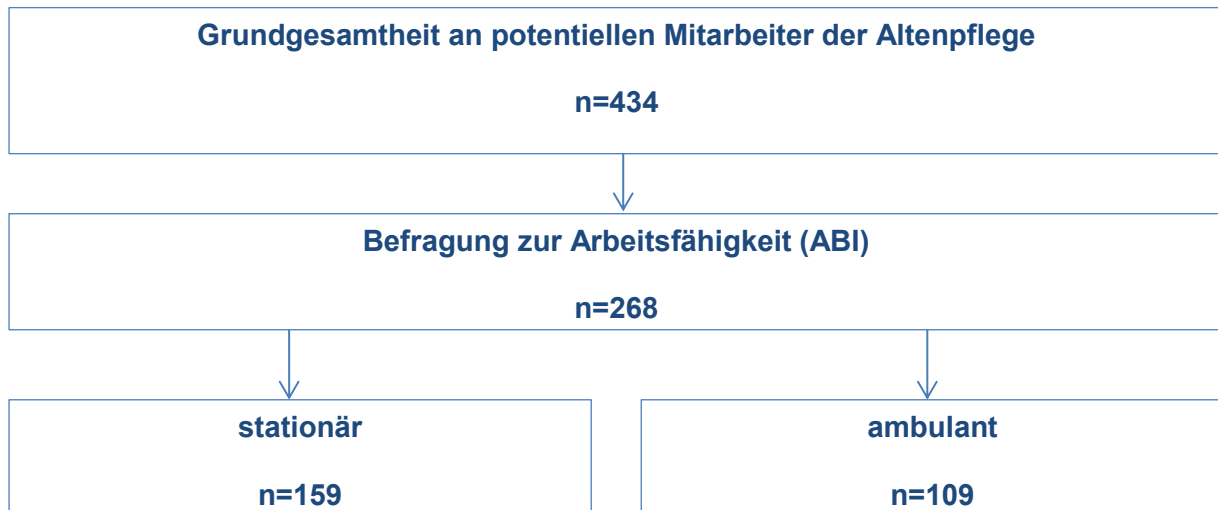


Abbildung 24: Übersicht des Datenrücklaufs der Querschnittsuntersuchung in 2014 (Quelle: eigene Darstellung)

5.4.3 Soziodemografische Daten der Teilnehmer der stationären Altenpflege

Die Auswertung der soziodemografischen Merkmale der Stichprobe für den stationären Bereich (siehe Tabelle 37) ergab folgende Resultate. Es konnten in der Befragung bei einer Grundgesamtheit von n=159 insgesamt 76 Pflegefachkräfte und 83 Pflegehilfskräfte erreicht werden. Mit 91 Prozent waren überproportional viele Frauen in der stationären Altenpflege beschäftigt. In der Untersuchung war am häufigsten die Altersgruppe der 45 bis 54 Jährigen vertreten. Unterproportional waren die Altersgruppen der unter 24 Jährigen und 55 bis 64 jährigen Beschäftigten zu verzeichnen. Ein Großteil der Befragten (n=74) arbeitete zwischen 0 und 5 Jahren in den untersuchten Einrichtungen. Davon 65,4 Prozent als Teilzeitbeschäftigte. Die Mehrzahl der Teilnehmer waren im Früh- und Spätdienst beschäftigt.

Tabelle 37: Soziodemografische Datenauswertung der Teilnehmer der stationären Altenpflegeeinrichtungen in 2014 (Quelle: eigene Darstellung)

Soziodemografische Merkmale	Häufigkeit (n = 159)	fehlende Angabe	Prozent
Geschlecht			
Frauen	145		91,2
Männer	14		8,8
Alter			
bis 24 Jahre	21		13,2
25 bis 34 Jahre	32		20,1
35 bis 44 Jahre	31		19,5
45 bis 54 Jahre	46		28,9
55 bis 64 Jahre	29		18,2
ab 65 Jahre	0		0
Unternehmenszugehörigkeit			
0 bis 5 Jahre	74		46,5
6 bis 10 Jahre	31		19,5
11 Jahre und länger	54		33,9
Beschäftigungsverhältnis			
		1	
Vollzeit ab 36 Wochenstunden	54		33,9
Teilzeit 13 bis 35 Wochenstunden	104		65,4
Geringfügige Beschäftigung bis 12 Wochenstunden	0		0
Auszubildende	0		0
Arbeitszeit			
Früh- und Spätdienst	74		46,5
Drei-Schicht-System	63		39,6
nur Tagdienst	21		13,2
nur Nachtdienst	0		0
Andere Arbeitszeiten	1		0,6

Soziodemografische Merkmale	Häufigkeit (n = 159)	fehlende Angabe	Prozent
Berufsgruppen			
Pflegefachkräfte abgeschlossene 3-jährige Fachschul Ausbildung nach Altenpflegegesetz oder Krankenpflegegesetz	76		47,8
Pflegehilfskräfte abgeschlossene 1-jährige Fachschul Ausbildung nach Thüringer Pflegehelfergesetz	83		52,2

5.4.4 Soziodemografische Daten der Teilnehmer der ambulanten Altenpflege

Bei den Befragten konnte zwischen 64 Pflegefachkräften und 43 Pflegehilfskräften unterschieden werden. Es arbeiteten überwiegend Frauen im ambulanten Bereich. Die Altersgruppe der 45 bis 54 Jährigen war mit 33 Prozent am häufigsten vertreten.

Tabelle 38: Soziodemografische Datenauswertung der Teilnehmer der ambulanten Altenpflegeeinrichtungen in 2014 (Quelle: eigene Darstellung)

Soziodemografische Merkmale	Häufigkeit (n = 109)	fehlende Angaben	Prozent
Geschlecht			
Frauen	95	2	87,2
Männer	12		11,0
Alter			
bis 24 Jahre	5	2	4,6
25 bis 34 Jahre	32		29,4
35 bis 44 Jahre	19		17,4
45 bis 54 Jahre	36		33,0
55 bis 64 Jahre	13		11,9
ab 65 Jahre	2		1,8
Unternehmenszugehörigkeit			
0 bis 5 Jahre	61	2	55,9
6 bis 10 Jahre	21		19,3
11 Jahre und länger	25		22,9

Soziodemografische Merkmale	Häufigkeit (n = 109)	fehlende Angaben	Prozent
Beschäftigungsverhältnis		2	
Vollzeit ab 36 Wochenstunden	25		22,9
Teilzeit 13 bis 35 Wochenstunden	80		73,4
Geringfügige Beschäftigung bis 12 Wochenstunden	2		1,8
Auszubildende	0		0
Arbeitszeit			
Früh- und Spätdienst	70		64,2
Drei-Schicht-System	6		5,5
nur Tagdienst	15		13,8
nur Nachtdienst	1		0,9
Andere Arbeitszeiten	15		13,8
Berufsgruppen		2	
Pflegefachkräfte <i>abgeschlossene 3-jährige Fachschulausbildung nach Altenpflegegesetz oder Krankenpflegegesetz</i>	64		58,7
Pflegehilfskräfte <i>abgeschlossene 1-jährige Fachschulausbildung nach Thüringer Pflegehelfergesetz</i>	43		39,4

5.4.5 Ergebnisse der ausgewerteten Daten zur Arbeitsfähigkeit der stationären Altenpflegeeinrichtungen

In 2014 konnten 159 Pflegekräfte stationärer Einrichtungen zu ihrer Arbeitsfähigkeit befragt werden. Alle untersuchten stationären Altenpflegeunternehmen erreichten eine durchschnittlich „gute Arbeitsfähigkeit“ (siehe Tabelle 39). Damit konnten durchgängig höhere Werte im Vergleich zur Studie von Gruber et al. (2009) mit einem durchschnittlichen Arbeitsbewältigungsindex von 38,8 Punkten konstatiert werden. Dennoch zeigten die aggregierten Durchschnittswerte weiterhin einen Unterstützungsbedarf der Arbeitsfähigkeit an.

Tabelle 39: Durchschnitts- und Medianwerte zur Arbeitsfähigkeit der Pflegekräfte im stationären Bereich in 2014 (Quelle: eigene Darstellung)

Stationäre Kooperationsunternehmen	Arbeitsbewältigungs-Index 2014 (ABI)	
	Mittelwert	Median
A (n=36)	39,9	40,5
C (n=33)	40,7	42
D (n=44)	38,3	40
E (n=20)	38,9	39,5
F (n=26)	39,5	39,5
Gesamt: n=159	39,5	40

Betrachtete man die Verteilung der Häufigkeiten aller befragten stationären Pflegekräfte (siehe Abbildung 25), dann wurde ersichtlich, dass 28 Prozent eine „sehr gute“, 45 Prozent eine „gute“ und 38 Prozent eine „mäßige Arbeitsfähigkeit“ erreichten.

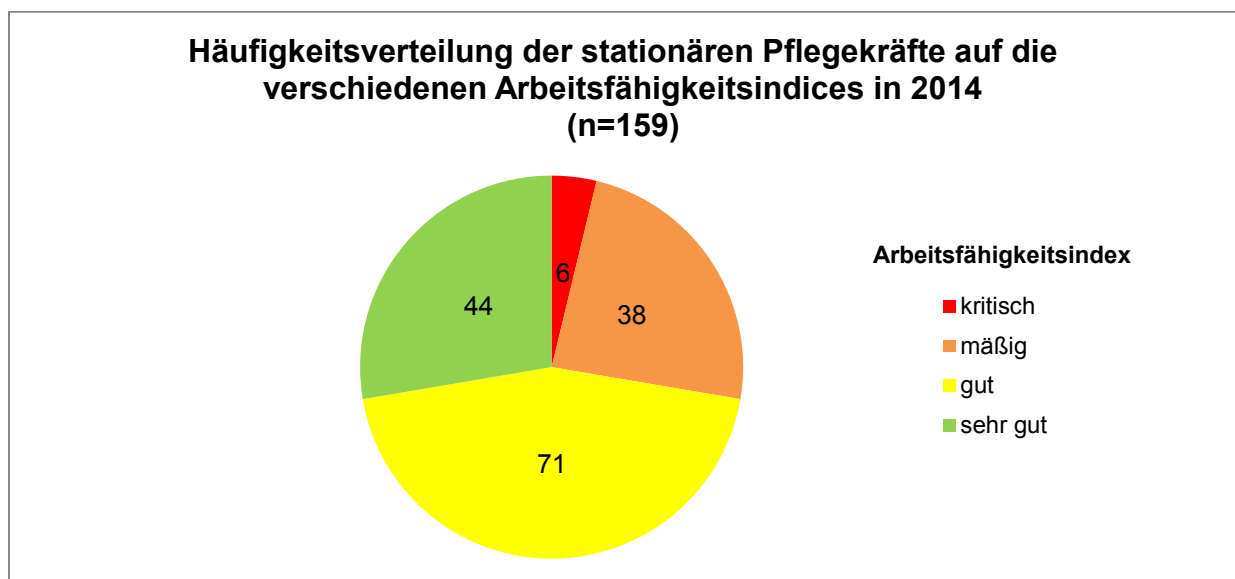


Abbildung 25: Häufigkeitsverteilung der stationären Pflegekräfte auf die verschiedenen Arbeitsfähigkeitsindices in 2014 (Quelle: eigene Darstellung)

Die Analyse in Tabelle 40, die zwischen Pflegefach- und Pflegehilfskräften differenzierte, bestätigte beiden Berufsgruppen einen „guten“ Arbeitsfähigkeitsindex.

Tabelle 40: Durchschnitts- und Medianwerte zur Arbeitsfähigkeit differenziert nach Berufsgruppen im stationären Bereich in 2014 (Quelle: eigene Darstellung)

Teilnehmer stationär	Arbeitsbewältigungs-Index 2012 (ABI)	
	Mittelwert	Median
Pflegefachkräfte: n=76	39,3	41
Pflegehilfskräfte: n=83	39,6	40
Pflegekräfte gesamt: n=159	39,5	40

Die laut Abbildung 26 am stärksten vertretene **Altersgruppe** war die Kohorte der 45 bis 54 Jährigen. Prozentual lagen die besten Werte im Index „sehr gute“ Arbeitsfähigkeit mit 38,1 Prozent bei den unter 24 Jährigen vor. Jedoch bestand mit einer Häufigkeit von 14,3 Prozent im Bereich „mäßige“ Arbeitsfähigkeit auch für die Mitarbeiter dieser Altersgruppe ein Handlungsbedarf.

Tabelle 41 belegt diese Aussagen durch die zusammenhängende Darstellung zwischen Alterskohorten, Häufigkeiten und prozentualen Anteilen.

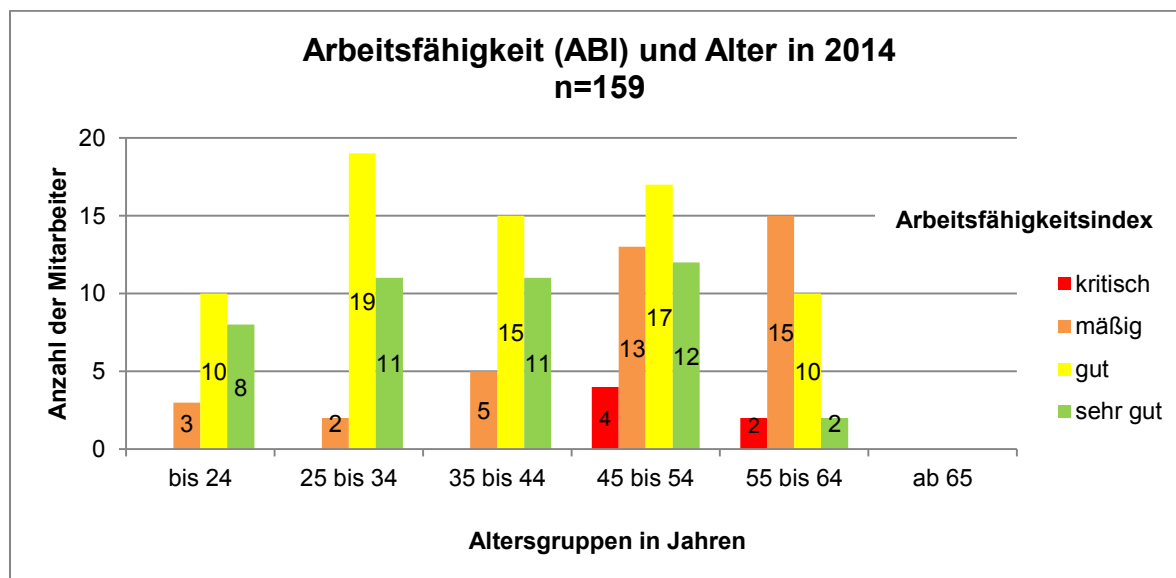


Abbildung 26: ABI und Alter in der Gruppe der stationären Altenpflege in 2014 (Quelle: eigene Darstellung)

Neben moderaten Nennungen im „sehr guten“ und „guten“ Arbeitsfähigkeitsbereich tritt insbesondere die Kohorte der 55 bis 64 Jährigen mit hohen Häufigkeitswerten in den „mäßigen“ und „kritischen“ Indices in Erscheinung.

Tabelle 41: Häufigkeitswerte und prozentuale Verteilung zwischen ABI und Alter in der Gruppe der stationären Altenpflege in 2014 (Quelle: eigene Darstellung)

Altersgruppen in Jahren	„sehr gute“ Arbeitsfähigkeit		„gute“ Arbeitsfähigkeit		„mäßige“ Arbeitsfähigkeit		„kritische“ Arbeitsfähigkeit	
	Häufigkeit	Prozent	Häufigkeit	Prozent	Häufigkeit	Prozent	Häufigkeit	Prozent
bis 24 (n=21)	8	38,1	10	47,6	3	14,3	0	0
25 bis 34 (n=32)	11	34,4	19	59,4	2	3,25	0	0
35 bis 44 (n=31)	11	35,5	15	48,4	5	16,1	0	0
45 bis 54 (n=46)	12	26,1	17	36,9	13	28,3	4	8,7
55 bis 64 (n=29)	2	6,9	10	34,5	15	51,7	2	6,9
ab 65 (n=0)	0	0	0	0	0	0	0	0

Bei der Auswertung des Zusammenhanges von Arbeitsfähigkeit und **Arbeitszeiten** konnten bei den Pflegekräften im Tagdienst die besten Arbeitsfähigkeitswerte ermittelt werden (siehe Abbildung 27).

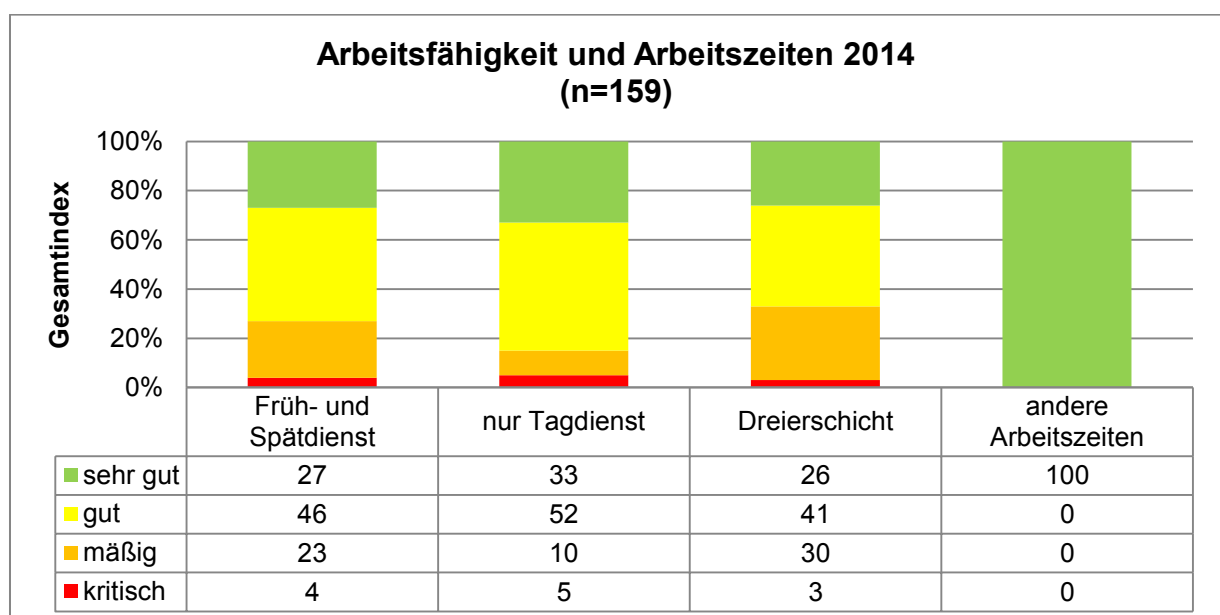


Abbildung 27: ABI und Arbeitszeiten in der Gruppe der stationären Altenpflege in 2014 (Quelle: eigene Darstellung)

5.4.6 Ergebnisse der ausgewerteten Daten der ambulanten Altenpflegeeinrichtungen

Im ambulanten Bereich wurden insgesamt 109 von 268 potentiellen Pflegekräften zu ihrer Arbeitsfähigkeit befragt. Die nachfolgende Tabelle 42 veranschaulicht die Mittel- und Medianwerte der in 2014 erhobenen Arbeitsfähigkeits-Werte global sowie nach Einrichtungen.

Tabelle 42: Darstellung von Mittel- und Medianwerten des ABI für die ambulanten Einrichtungen in 2014 (Quelle: eigene Darstellung)

ambulante Kooperationsunternehmen	Arbeitsbewältigungs-Index 2014 (ABI)	
	Mittelwert	Median
A (n=21)	41	42
B (n=20)	40,6	41,5
C (n=18)	38,9	39
D (n=15)	40	41
F (n=11)	41	41
G (n=15)	38,7	42
H (n=9)	39,4	40
Gesamt: n=109	40	41

fehlende Angaben: 2

Die Auswertung ergab für alle ambulanten Träger einen „guten Arbeitsfähigkeitsindex“, wobei sie mit dem Durchschnittswert von 40 Punkten deutlich über der Vergleichsstudie von Gruber et al. (2009) und den Ergebnissen im stationären Bereich lagen. Die in Abbildung 28 dargestellten Häufigkeitswerte in den einzelnen Arbeitsfähigkeitsindices zeigen, dass im Vergleich zu den stationären Unternehmen ähnliche Ergebnisse für die ambulanten Einrichtungen konstatiert werden konnten.

Häufigkeitsverteilung der ambulanten Pflegekräfte auf die verschiedenen Arbeitsfähigkeitsindices in 2014 (n=109)

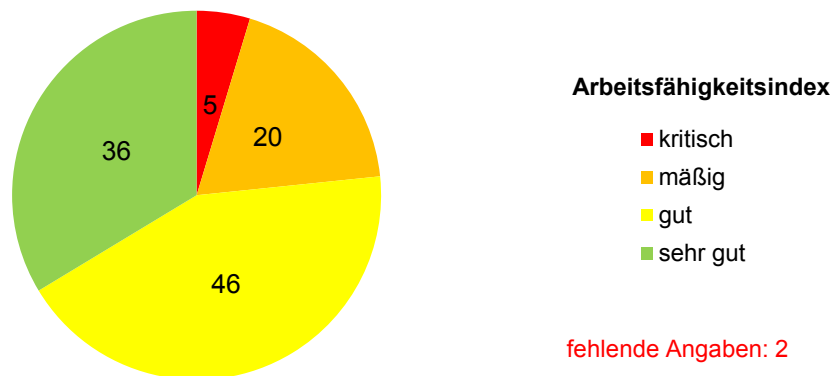


Abbildung 28: Häufigkeitsverteilung der ambulanten Pflegekräfte auf die verschiedenen Arbeitsfähigkeitsindices in 2014 (Quelle: eigene Darstellung)

Die Differenzierung nach **Berufsgruppen** bestätigte Pflegefach- und Pflegehilfskräften gleichermaßen gute Werte in ihrer Arbeitsfähigkeit. Bei genauerer Betrachtung schnitten die Pflegehilfskräfte durchschnittlich besser ab als die Pflegefachkräfte (siehe Tabelle 40).

Tabelle 43: ABI differenziert nach Berufsgruppen für den ambulanten Bereich in 2014 (Quelle: eigene Darstellung)

Teilnehmer ambulant	Arbeitsbewältigungs-Index 2014 (ABI)	
	Mittelwert	Median
Pflegefachkräfte: n=64	39,2	40
Pflegehilfskräfte: n=43	41,1	42
Gesamt: n=109	40	41
fehlende Angaben: 2		

Nach **Altersgruppen** ergab sich folgendes Bild (siehe Abbildung 29 und Tabelle 44). Viele „sehr gute“ und „gute“ Werte waren in den Kohorten der 25 bis 34 Jährigen und der 35 bis 44 Jährigen Pflegekräfte zu verzeichnen.

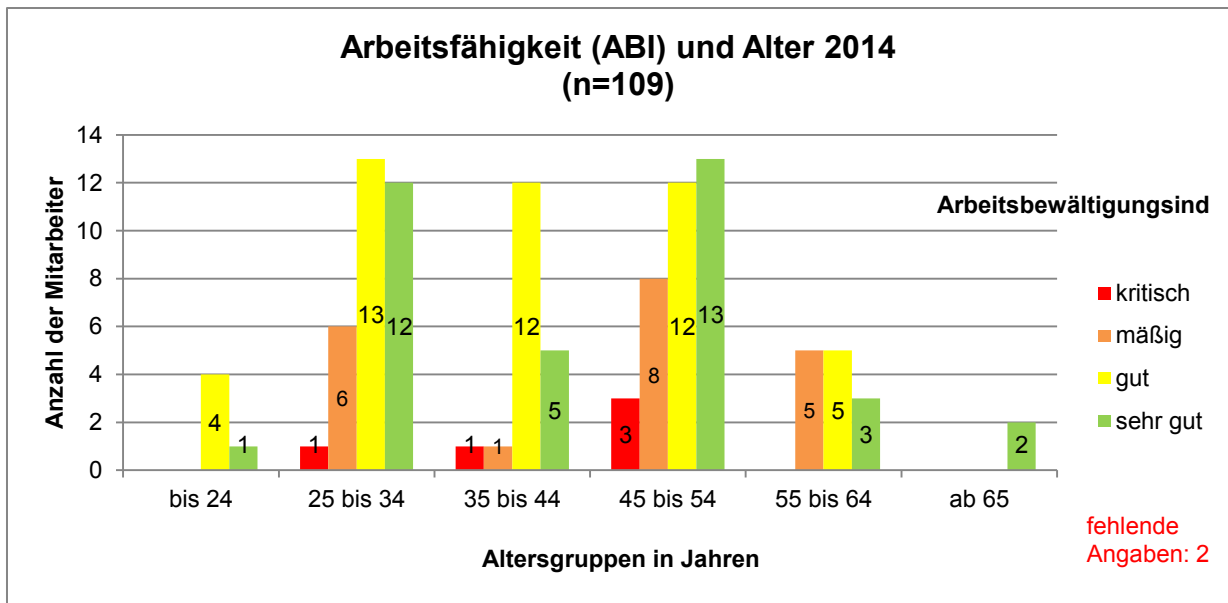


Abbildung 29: ABI und Alter in der Gruppe der stationären Altenpflege in 2014 (Quelle: eigene Darstellung)

Die besten Arbeitsfähigkeitskonstellationen wiesen die jüngeren Altersgruppen auf. Auffällig wurde insbesondere die Kohorte der 45 bis 54 Jährigen mit abnehmenden Arbeitsfähigkeitswerten. Die Tabelle 44 belegt diese Aussagen durch die zusammenhängende Darstellung zwischen Alterskohorten, Häufigkeiten und prozentualen Anteilen.

Tabelle 44: Häufigkeitswerte und prozentuale Verteilung zwischen ABI und Alter in der Gruppe der ambulanten Altenpflege in 2014 (Quelle: eigene Darstellung)

Altersgruppen in Jahren	„sehr gute“ Arbeitsfähigkeit		„gute“ Arbeitsfähigkeit		„mäßige“ Arbeitsfähigkeit		„kritische“ Arbeitsfähigkeit	
	Häufigkeit	Prozent	Häufigkeit	Prozent	Häufigkeit	Prozent	Häufigkeit	Prozent
bis 24 (n=5)	1	20	4	80	0	0	0	0
25 bis 34 (n=32)	12	37,5	13	40,6	6	18,7	1	3,1
35 bis 44 (n=19)	5	26,3	12	63,2	1	5,3	1	5,3
45 bis 54 (n=36)	13	36,1	12	33,3	8	22,2	3	8,3
55 bis 64 (n=13)	3	23,1	5	38,5	5	38,5	0	0
ab 65 (n=2)	2	100	0	0	0	0	0	0

fehlende Angaben: 2

Inwieweit die **Arbeitszeit** im ambulanten Bereich Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit der Beschäftigten hatte, kann in Abbildung 30 eingesehen werden.

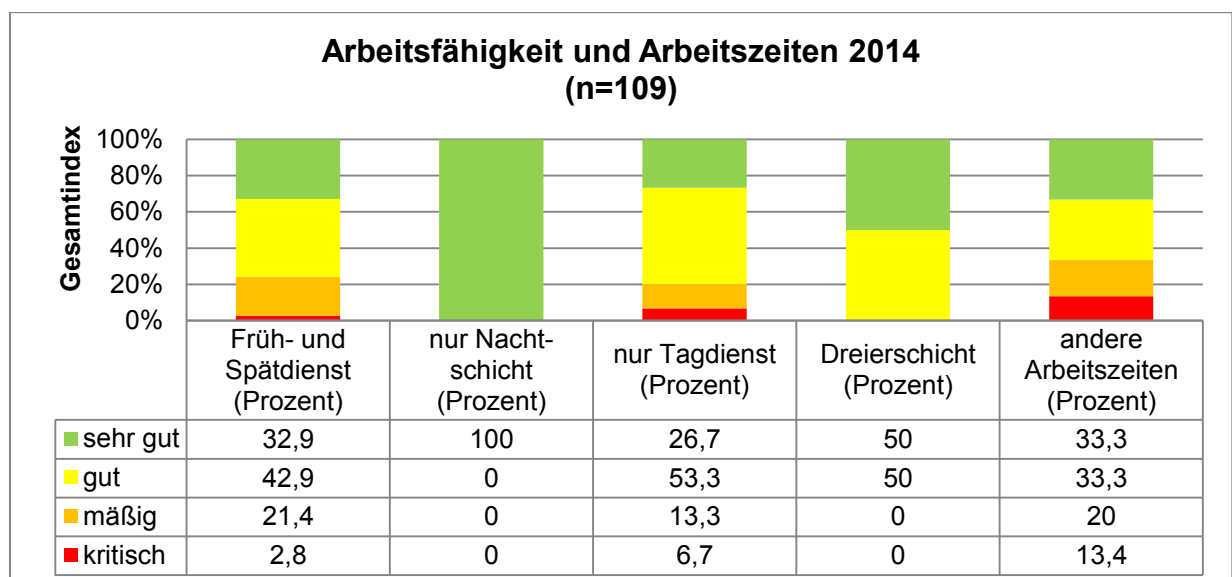


Abbildung 30: ABI und Arbeitszeiten in der Gruppe der ambulanten Altenpflege in 2014 (Quelle: eigene Darstellung)

Die Ergebnisse belegten, dass das Drei-Schicht-System in der ambulanten Pflege kein gängiges Arbeitszeitmodell ist. Auffallend waren insbesondere die hohen Häufigkeiten im

„mäßigen“ und „kritischen“ Arbeitsfähigkeitsbereich in der Kategorie *andere Arbeitszeiten*. Insbesondere Mitarbeiter, die im Teildienst arbeiteten, fielen mit den schlechten Werten auf. Die besten Arbeitsfähigkeitswerte erreichten neben den Beschäftigten im Nachtdienst die Pflegekräfte, die im Drei-Schicht-System arbeiteten.

5.4.7 Vergleich der durchschnittlichen Arbeitsfähigkeit zwischen der stationären und ambulanten Altenpflege in 2014

Insgesamt konnte der ambulanten Altenpflege auch in 2014 ein besserer durchschnittlicher Arbeitsfähigkeitswert bescheinigt werden, obwohl beide untersuchten Branchen im Bereich der „guten Arbeitsbewältigungskonstellation“ lagen. Besonders bei der Gruppe der Hilfskräfte fiel der ambulante Bereich positiv auf (siehe Tabelle 45).

Tabelle 45: Vergleich der durchschnittlichen Arbeitsfähigkeitswerte zwischen der stationären und ambulanten Altenpflege in 2014 (Quelle: eigene Darstellung)

Berufsgruppen	Stationäre Altenpflege		Ambulante Altenpflege	
	Arbeitsbewältigungs-Index 2014 (ABI)		Arbeitsbewältigungs-Index 2014 (ABI)	
	Mittelwert	Median	Mittelwert	Median
Pflegefachkräfte	39,3	41	39,2	40
Pflegehilfskräfte	39,6	40	41,1	42
Gesamt	39,5	40	40	41
fehlende Angaben	0		2	

5.4.8 Vergleich der Arbeits-Renten-Perspektive zwischen der stationären und ambulanten Altenpflege in 2014

Auf die Frage „Können Sie sich vorstellen, bis zum regulären Pensions-/ Rentenalter Ihren derzeitigen Beruf auszuüben?“ gibt die Abbildung 31 Aufschlüsse. Vergleichend werden die verschiedenen Antwortmöglichkeiten der Pflegekräfte auf die Frage aufgezeigt und beschrieben.

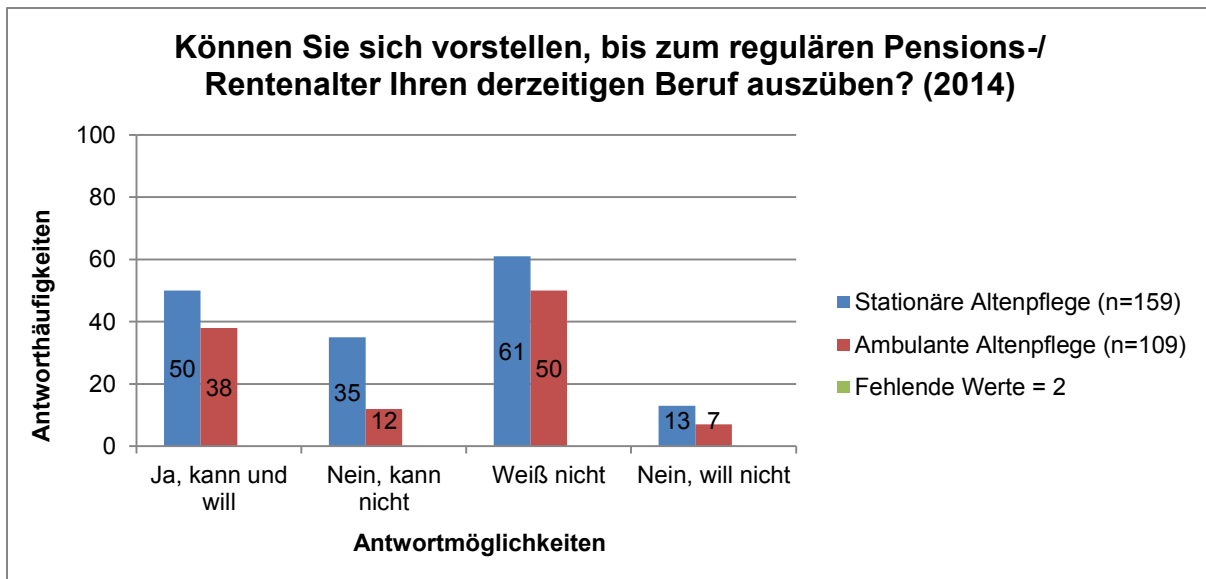


Abbildung 31: Vergleich der Arbeits-Renten-Perspektive zwischen der stationären/teilstationären und ambulanten Altenpflege in 2014 (Quelle: eigene Darstellung)

Knapp ein Drittel aller Pflegekräfte konnten und wollten bis zu ihrem Ruhestand im Beruf verbleiben. Dagegen waren sich 38 Prozent der stationär tätigen Altenpfleger und nahezu die Hälfte der ambulant arbeitenden Pflegenden nicht sicher, ob sie ihren Beruf bis zur Rente ausüben wollen. Beim Vergleich der beiden Branchen wurde deutlich, dass sich Beschäftigte des stationären Sektors den Verbleib bis zum Renteneintrittsalter weniger gut vorstellen konnten.

5.4.9 Ergebnisse zur Auswertung der Frage: „Was muss erfüllt sein, um bis zum Renteneintrittsalter gern und gesund arbeiten zu können?“ im Vergleich stationäre und ambulante Altenpflege in 2014

Insgesamt konnten bei der Möglichkeit von Mehrfachantworten eine hohe Anzahl von Nennungen verzeichnet werden (siehe Tabelle 46). In beiden Branchen war auch in 2014 mit der Forderung nach einer *höheren Entlohnung* ein Hinweis auf eine Veränderung der Rahmenbedingungen in der Altenpflege erfolgt. 40 Prozent der stationär Befragten und 27 Prozent im ambulanten Bereich wünschten sich eine *Verminderung körperlicher Arbeitsbelastungen*. Auch die *Verminderung seelischer Arbeitsbelastungen* war in beiden Bereichen von Bedeutung.

Tabelle 46: Vergleich der Gruppen stationäre/teilstationäre und ambulante Altenpflege auf die Frage: "Was muss erfüllt sein, ...?" in 2014 (Quelle: eigene Darstellung)

Inhalte	Befragte im stationären Bereich n=159	Befragte im ambulanten Bereich n=109
Unternehmens- und Arbeitsbedingungen sollen so bleiben wie bisher	27	38
Verminderung körperlicher Arbeitsbelastungen, wie....	64	30
Verminderung seelischer Arbeitsbelastungen, wie....	40	22
Mehr inhaltliche Herausforderungen bei der Arbeit	14	6
Bessere Arbeitsmöglichkeiten nach Erkrankung/ bei körperlicher Beeinträchtigung	17	18
Bessere Führung	17	6
Höhere Entlohnung	117	75
Mehr betriebliche Weiterbildungsmöglichkeiten	25	12
Andere Arbeitszeiten wie....	14	13
Bessere betriebliche Gesundheitsversorgung	27	11
Anderes	23	8
Nennungen Gesamt	385	239
fehlende Angaben	2	0

5.4.10 Vergleich der Ergebnisse der stationären und ambulanten Altenpflege in 2012 und 2014 zur Frage: „Was muss erfüllt sein, um bis zum Renteneintrittsalter gern und gesund arbeiten zu können?“

In Tabelle 47 werden die elf möglichen Antwortvorgaben mit den Mehrfachnennungen der Befragten als Vergleich der zwei Untersuchungszeitpunkte in 2012 und 2014 abgebildet. Damit konnten Aussagen zu veränderten Erwartungshaltungen im stationären sowie im ambulanten Sektor getroffen werden.

Stationäre Altenpflege

Für 2014 ließ sich festhalten, dass ein großer Teil der Befragten die Unternehmens- und Arbeitsbedingungen, die vorlagen, beibehalten wollte. Insbesondere der Wunsch nach einer Verminderung der körperlichen Arbeitsbelastungen bestand auch nach dreijähriger Projektlaufzeit bei der Mehrheit. Stationär tätige Altenpflegekräfte priorisierten stark ihre

Forderung nach höherer Entlohnung. In 2014 konnten mehr Nennungen in den Bereichen „*mehr inhaltliche Herausforderung bei der Arbeit*“ und „*mehr betriebliche Weiterbildungsmöglichkeiten*“ eruiert werden. Zwar konnte ein leichter Rückgang der Forderung nach „*besserer betrieblicher Gesundheitsversorgung*“ ermittelt werden. De facto blieb der Bereich mit 27 Nennungen dennoch im Fokus.

Ambulante Altenpflege

Es lässt sich für 2014 festhalten, dass ein großer Teil der Befragten die Unternehmens- und Arbeitsbedingungen, die vorlagen, beibehalten wollte. Auch ambulant tätige Pflegekräfte wünschten sich eine höhere Entlohnung. Auffällig war, dass in 2014 weniger Teilnehmer den Wunsch nach einer „*Reduzierung körperlicher und psychischer Arbeitsbelastungen*“ äußerten. Auch der Wunsch nach „*mehr inhaltlicher Herausforderung bei der Arbeit*“, nach „*mehr betrieblichen Weiterbildungsmöglichkeiten*“ und einer „*besseren betrieblichen Gesundheitsvorsorge*“ waren in 2014 rückläufig. Dagegen schien die „*Umsetzung von Betrieblicher Wiedereingliederung*“ für 18 Befragte nicht optimal gelöst zu sein.

Tabelle 47: Vergleich 2012 und 2014 der Gruppen stationäre/teilstationäre und ambulante Altenpflege auf die Frage: "Was muss erfüllt sein, ...?" (Quelle: eigene Darstellung)

Inhalte	stationär Befragte 2012	stationär Befragte 2014	ambulant Befragte 2012	ambulant Befragte 2014
	n=148	n=159	n=120	n=109
Unternehmens- und Arbeitsbedingungen sollen so bleiben wie bisher	19	27	19	38
Verminderung körperlicher Arbeitsbelastungen, wie....	63	64	53	30
Verminderung seelischer Arbeitsbelastungen, wie....	49	40	36	22
Mehr inhaltliche Herausforderungen bei der Arbeit	9	14	10	6
Bessere Arbeitsmöglichkeiten nach Erkrankung/ bei körperlicher Beeinträchtigung	29	17	17	18
Bessere Führung	19	17	8	6
Höhere Entlohnung	125	117	97	75
Mehr betriebliche Weiterbildungsmöglichkeiten	7	25	20	12
Andere Arbeitszeiten wie....	12	14	27	13
Bessere betriebliche Gesundheitsversorgung	31	27	27	11
Anderes	19	23	12	8
Nennungen Gesamt	383	385	331	239
fehlende Angaben	1	2	5	0

5.4.11 Fazit zum Ergebnisteil: Effekte auf die Arbeitsfähigkeit

Zusammenfassend muss festgestellt werden, dass das gewählte Untersuchungsdesign keine Rückschlüsse bzw. keinen Wirksamkeitsnachweis der durchgeführten Maßnahmen auf die Arbeitsfähigkeit zulässt.

Zu beiden Untersuchungszeitpunkten konnten für die untersuchten Gruppen der stationären wie auch ambulanten Altenpflege durchschnittlich gute Arbeitsfähigkeitsindices festgestellt werden. Mit den errechneten Ergebnissen lagen beide Branchen sogar über dem Durchschnittswert der Vergleichsstudie von Gruber et al. (2009). Im Branchenvergleich wies die ambulante Altenpflege in Bezug auf die durchschnittliche Arbeitsfähigkeit höhere Indices auf als die stationäre Altenpflege.

Wünschten sich 2012 im ambulanten Bereich 44 Prozent eine Verminderung der körperlichen Arbeitsbelastungen und 30 Prozent eine Reduzierung der psychischen Arbeitsbelastungen, waren es 2014 jeweils nur noch 27 und 20 Prozent. Dagegen nahmen die Werte der stationär befragten Altenpflegekräfte im Vergleich nur geringfügig ab.

Hinsichtlich des Evaluierungsziels, die PARITÄTISCHEN Mitgliedsorganisationen der Altenpflege auch durch zusätzliche, nicht den Kernaufgaben des PARITÄTISCHEN entsprechenden Dienstleistungsangebote zu unterstützen, kann man konstatieren, dass stationäre sowie ambulante Altenpflegekräfte 2012 wie auch 2014 eine bessere Vergütung ihrer Arbeit forderten. Bezüglich der Generierung neuer Projekte und dem Wissenszuwachs in anderen Geschäftsbereichen des Verbandes sind insbesondere die Resultate zu erwähnen, welche den gesamten Arbeitsfähigkeitsindex in Zusammenhang zu Merkmalsausprägungen wie dem Alter und Berufsgruppen gebracht haben.

Hinsichtlich des Zusammenhanges von Arbeitsfähigkeit und dem Alter ließ sich sowohl in 2012 als auch in 2014 belegen, dass die Alterskohorte der 45 bis 64 Jährigen die schlechtesten Arbeitsfähigkeitswerte aufwies. Die Ergebnisse bestätigen damit Studienergebnisse von Ilmarinen (2011), die zeigten, dass die Arbeitsfähigkeit mit zunehmendem Alter linear abnimmt. Knapp 60 Prozent der Gründe für die Abnahme der Arbeitsfähigkeit sind in den Folgen einer mangelnden Arbeitsgestaltung und eines mangelnden Führungsverhaltens zu sehen. Nur 40 Prozent fallen in den Bereich des Individuums und der individuellen Förderung der bio-psycho-sozialen Fähigkeiten (vgl. Ilmarinen, 2011). Es empfiehlt sich, im Hinblick auf den bestehenden und auch zukünftig verstärkten Fachkräftemangel, diese Gruppe der Altenpflegekräfte mit bedarfsgerechten Maßnahmen oder Projekten zu begleiten.

Auch im Zusammenhang von Arbeitsfähigkeit Berufsgruppen konnten im ambulanten Bereich deutliche Unterschiede zwischen Pflegefach- und Pflegehilfskräften nachgewiesen werden.

5.5 Ergebnisse zur Überprüfung des Praxistransfers der Maßnahme „Rückengesundheit-ergonomische Arbeitsweisen in der Altenpflege“

5.5.1 Teilnehmerzahlen und Datenrückläufe des Evaluierungsbogens

An den 12 durchgeführten Kursen nahmen insgesamt 164 Mitarbeiter aus den verschiedenen Einrichtungen teil. Insgesamt konnten 117 Fragebögen zur Transferwirkung der Veranstaltungen zur Rückengesundheit in der Altenpflege registriert werden. Das entsprach einer **Rücklaufquote** von **71,3 Prozent**.

Von den 12 veranstalteten Seminaren war Kurs sieben (vor Ort Seminar beim ASB Eisenach) mit 19 Teilnehmern am stärksten frequentiert und erzielte die höchste **Rücklaufquote** mit **94,7 Prozent**. In der folgenden Tabelle 48 sind die Kurse mit Angaben zu Teilnehmerzahlen und Rücklaufquoten aufgeführt.

Tabelle 48: Übersicht zu Teilnehmerzahlen und Rücklauf der einzelnen Kurse (Quelle: eigene Darstellung)

Kurs Nr.	Anzahl der Teilnehmer	Anzahl Rücklauf Fragebögen	Rücklauf in Prozent
1	14	12	86
2	13	10	77
3	15	8	53
4	15	11	73
5	12	9	75
6	14	8	57
7	19	18	94
8	10	7	70
9	13	7	54
10	16	11	69
11	13	9	69
12	10	7	70
Gesamt	164	117	71

5.5.2 Soziodemografische Daten

Das Durchschnittsalter der Kursteilnehmer betrug 42 Jahre. 93,9 Prozent der Teilnehmer waren Frauen. Mehr als die Hälfte gehörte der Berufsgruppe der examinierten Alten- und Krankenpfleger an. Insgesamt wurden 30 Pflegehelfer qualifiziert. 12 Personen waren in sonstigen Berufen tätig. 38 Teilnehmer konnten Vorkenntnisse einer Grundausbildung in Kinästhetik oder Bobath aufweisen (siehe Tabelle 49).

Tabelle 49: Soziodemografische Daten der Befragten in der Evaluierung zur Transferwirkung der Maßnahmen "Rückengesundheit..." (Quelle: eigene Darstellung)

Soziodemografische Merkmale	Häufigkeit (n = 117)	fehlende Angaben
Geschlecht		2
Frauen	108	
Männer	7	
Durchschnittliches Alter in Jahren	42	8
Berufliche Qualifikation		14
Altenpfleger	43	
Krankenpfleger	18	
Pflegehelfer	30	
Sonstiges	12	
Haben Sie eine Grundausbildung in Kinästhetik oder Bobath?		4
ja	38	
nein	75	

5.5.3 Ergebnisse zum Erlebten Nutzen der Fortbildung

Auf die geschlossenen Antwortmöglichkeiten im Fragebogenteil des erlebten Nutzens der Fortbildung gaben 39 Teilnehmer an, bereits Anregungen und Methoden aus der Veranstaltung in der Praxis zu nutzen. Mehr als die Hälfte der Befragten entschieden sich für die Antwort *teils/teils*. 67 von 117 Teilnehmern wurden durch die Fortbildung motiviert, Neues auszuprobieren. Dagegen gelang der Transfer des Gelernten in den Berufsalltag nur acht Personen. Die Mehrheit gab an, dass dies nur *teils/teils* gelang. Tabelle 50 stellt die Ergebnisse dieses Fragenteils dar.

Tabelle 50: Darstellung der Ergebnisse des Frageteils zum erlebten Nutzen der Fortbildung (Quelle: eigene Darstellung)

Häufigkeit Frageteil	trifft völlig zu	trifft über- wiegend zu	teils/ teils	trifft wenig zu	trifft gar nicht zu	Gesamt	fehlende Angaben
Ich habe bereits Anregungen und Methoden aus der Veranstaltung in der Praxis nutzen können.	15	24	60	14	2	115	2
Die Fortbildung hat mich dazu motiviert, Neues auszuprobieren.	26	41	40	6	3	116	1
Ich konnte viel von dem neu Gelernten in meinem Berufsalltag umsetzen.	8	28	52	21	5	114	3

5.5.4 Ergebnisse zur Frage: Welche ergonomischen Prinzipien haben Sie persönlich aus der Fortbildung in Ihren Arbeitsalltag übernommen?

Diese Frage beinhaltete die Unterpunkte Gewichtsverlagerung, Gleithilfeinsatz (Rutschbrett, Gleitmatte usw.), Nutzung von Hebeln, Berücksichtigung der richtigen Arbeitshöhe, Beachtung der individuellen Bewegungen des Patienten und den Gebrauch von Hilfsmitteln (Kniewelle, Haltegürtel usw.). Die Fragen konnten in den Antwortdimensionen *immer*, *meistens*, *manchmal*, *nie* beantwortet werden. Die Gewichtsverlagerung wendeten 53,9 Prozent der Befragten *meistens* an. 43 der Befragten nutzten Gleithilfeinsätze *manchmal* und knapp die Hälfte *nie*. 50 Prozent der Kursbesucher setzten *meistens* Hebel im Arbeitsalltag ein. Mehr als Hälfte der Befragten berücksichtigte *immer* die richtige Arbeitshöhe bei den Pflögetätigkeiten. Die individuellen Bewegungen der Patienten wurden

von 56 Teilnehmern *meistens* in den Pflegealltag einbezogen. In der folgenden Tabelle 51 sind die Ergebnisse dieses Frageteils des Fragebogens zusammengefasst dargestellt.

Tabelle 51: Darstellung der Ergebnisse des Frageteils, welche der vermittelten ergonomischen Prinzipien in die Praxis in den Arbeitsalltag übernommen wurden (Quelle: eigene Darstellung)

Häufigkeit	immer	meistens	manchmal	nie	Gesamt	fehlende Angaben
Frageteil						
Gewichtsverlagerung	11	55	35	1	102	15
Gleithilfeneinsatz (Rutschbrett, Gleitmatte usw.)	12	15	43	33	103	14
Ausnutzung von Hebeln	9	46	40	7	102	15
Berücksichtigung der richtigen Arbeitshöhe	59	45	6	0	110	7
Beachtung der individuellen Bewegungen des Patienten	36	56	14	0	106	11
Nutzung von Hilfsmitteln (Kniewelle, Haltegürtel usw.)	16	16	29	44	105	12

5.5.5 Ergebnisse zur Frage: Welche Gründe treffen für Sie zu, die erlernten Methoden nicht immer anzuwenden?

In Tabelle 52 sind die einzelnen Items des Frageblocks dargestellt. Neben den vorgegebenen Aspekten konnten sonstige Gründe angegeben werden, warum die erlernten Methoden nicht immer Anwendung finden. Bei der Möglichkeit von Mehrfachantworten wurden insgesamt 311 Antworten gegeben. Dabei äußerten 77 der Befragten, dass die Patienten nicht immer zur Mitarbeit bereit wären. Der zweithäufigste Hinderungsgrund waren „alte“ Gewohnheiten. An dritter Stelle wurde mit 38 Stimmen Zeitmangel, den Arbeitsstil zu überdenken, genannt.

Tabelle 52: Übersicht der Ergebnisse des Fragebogenteils welche Gründe die Teilnehmer daran hindern, die erlernten Methoden anzuwenden (Quelle: eigene Darstellung)

Frage­teil	Häufigkeit/Anzahl der Nennungen
trifft nicht zu, ich wende sie immer an	8
"alte" Gewohnheiten sind stärker	60
zu wenig Zeit, über meinen Arbeitsstil nachzudenken	38
andere Konzepte/Techniken finde ich besser	1
die Patienten sind nicht immer zur Mitarbeit bereit	77
die Patienten sind meist mobil	13
Platzmangel in den Patientenräumen/Wohnungen	34
Mangel an Hilfsmitteln	28
Kollegenhilfe ist häufig schwierig zu organisieren	28
ich fühle mich unsicher im Ausprobieren der neuen Techniken und Methoden	18
ich fühle mich nicht ausreichend unterstützt durch die/den Vorgesetzte(n) und Kollegen	6
Stimmen gesamt:	311

Zusätzlich wurden folgende O-Töne angegeben, die erlernten Methoden nicht immer anzuwenden:

- erlernte Methoden individuell am Patienten schwer umsetzbar aufgrund unterschiedlicher Einschränkungen und Gegebenheiten
- Kurs von 1 Tag zu wenig, Gelerntes zu verinnerlichen, es zur Gewohnheit werden zu lassen
- die Pflegekräfte übernehmen in der Pflege den Großteil mit meist vorhandenen Hilfsmitteln, somit entfällt die Konzeption meist in der Therapie

5.5.6 Subjektiv erlebte Wirkungen der Fortbildung

Die folgende Tabelle 50 visualisiert die Unterfragen des Frage­teils nach der subjektiv erlebten Wirkung der Fortbildung. Knapp die Hälfte der Teilnehmer empfand eine teilweise Entlastung des Rückens durch die in der Fortbildung erlernten Techniken. Eine Verbesserung der körperlichen Belastungen konnten 42 Teilnehmer konstatieren. Mit *teils/teils* antwortete die Mehrheit auf die Frage, ob sie die Bewegungen der Patienten bewusster wahrnehmen. 45 Teilnehmer konnten sich besser in die Lage der Patienten hineinversetzen. Auf die Frage, ob die neuen Techniken von den Patienten gut angenommen und die Pflegenden bei der Umsetzung unterstützt werden, antworteten 47 Befragten mit *teils/teils*.

Tabelle 53: Darstellung der Ergebnisse des Fragebogenteils nach der subjektiv erlebten Wirkung der Fortbildung (Quelle: eigene Darstellung)

Häufigkeit Frageteil	trifft völlig zu	trifft überwie- gend zu	teils/ teils	trifft wenig zu	trifft gar nicht zu	Gesamt	fehlende Angaben
Mein Rücken wird weniger belastet.	14	29	51	11	3	108	9
Die Techniken helfen mir, mich körperlich zu entlasten.	12	37	43	11	3	106	11
Ich kann besser einschätzen, was ich mir körperlich zumuten kann.	15	35	42	7	5	104	13
Ich nehme bewusster die Bewegungen des Patienten wahr.	12	42	45	5	2	106	11
Ich kann mich besser in die Lage des Patienten versetzen.	18	45	31	5	4	103	14
Die Patienten nehmen die neu erlernten Techniken gut an und unterstützen meine Arbeit.	4	16	47	31	8	106	11

5.5.7 Haben Sie Verbesserungsvorschläge für die Umsetzung der Inhalte aus der Fortbildung „Rückengesundheit- ergonomische Arbeitsweisen in der Altenpflege“

Die offene Frage nach Verbesserungsvorschlägen im Zusammenhang mit der Fortbildung beantworteten insgesamt 19 Personen. Die meisten Äußerungen (acht Nennungen) beinhalteten den Wunsch nach praxisnaher Betreuung und regelmäßiger Schulung zum Thema Rückengesundheit. Vier der Befragten lobten die Veranstaltung und hatten keine Verbesserungsvorschläge. Kritische Stimmen verwiesen auf Rahmenbedingungen, die als Hinderungsgründe für ergonomisches Arbeiten angegeben werden.

O-Töne zur Forderung regelmäßiger Schulungen und praxisnaher Betreuung:

- Ich denke, eine Umsetzung der Inhalte direkt am Patienten wäre hilfreicher, somit wäre ein Besuch in der Praxis notwendig.
- weitere Fortbildungen mit praktischem Teil
- Genehmigung erforderlicher Hilfsmittel durch Krankenkassen, Rückenschule o.ä. für Mitarbeiter
- praktische Umsetzung müsste intensiviert werden, 2-3 Übungen sind zu wenig
- besonders im Arbeitsalltag sich zu erinnern und zu üben ist zu zeitintensiv, weitere/mehrere regelmäßige Schulungen aller Pflegepersonen bzgl. rückschonendem Arbeiten, Intensivierung der Grundkenntnisse mit Hilfe ausführlicher Bobath/Kinästhetiklehrgang, besserer Zugang zu benötigten Hilfsmitteln (Kniewelle, Hebemöglichkeiten)
- Theorie meist in der Praxis nicht anwendbar, mehr Anschauung von Theorie in der Praxis
- Techniken, die man in der Praxis anwenden kann, sehr unrealistisch, praktisch nicht umsetzbar
- praktische Anleitung in der Einrichtung
- mehr Zeit bei den Beispielen/beim Umsetzen der Beispiele lassen
- nach der Fortbildung wurde in der Einrichtung darüber gesprochen und den Mitarbeitern verschiedene Modelle vorgestellt, im Alltag muss jeder selbst das Erlernte anwenden
- Ich würde es begrüßen, nochmals an einer Schulung teilnehmen zu können.
- mehr Zeit, die gelernten Techniken zu üben

Positive O-Töne:

- Fortbildung war super ich habe keine Verbesserungsvorschläge, da mir die Fortbildung sehr gefallen hat und ich sehr überrascht davon war. Werde auch weiterhin versuchen bestimmte Techniken anzuwenden.
- Nein, ich fand die Fortbildung sehr gut, praxisorientiert, gut vermittelt. Vieles hatte ich in der Praxis bereits erlernt und wende dies seit Jahren an.
- sehr gute Arbeit
- bessere Zusammenarbeit mit den Kollegen

5.5.8 Fazit aus den Ergebnissen des Fragebogens zur Transferwirkung der Qualifizierung „Rückengesundheit – ergonomische Arbeitsweisen in der Altenpflege“

Insgesamt ist die zu untersuchende Transferwirkung der Qualifizierung „Rückengesundheit – ergonomische Arbeitsweisen in der Altenpflege“ positiv zu resümieren. Ein Reduzierungsnachweis körperlicher Arbeitsbelastungen war mit dem eingesetzten Instrument nicht möglich, jedoch kann eine Sensibilisierung bei den qualifizierten Pflegekräften hinsichtlich ihrer eigenen Körperwahrnehmung konstatiert werden. Anhand der gegebenen Einschätzungen der Teilnehmer wurde deutlich, dass der einmalige Besuch einer Fortbildung zu dieser Thematik nicht ausreicht, ergonomische Arbeitsweisen zu etablieren. Nachhaltige Belastungsreduzierung im Schwerpunkt Rückengesundheit erfordert neben fundierten fachlichen Kenntnissen auch regelmäßige Nachqualifizierungen sowie entsprechende Festlegungen in der Trägerstruktur bzw. im Qualitätsmanagementsystem. Auf der Grundlage der Evaluationsergebnisse wurde daher im Rahmen des Projektes „Pflege bewegt“, aufbauend auf eine vorausgehende Grundausbildung in Kinästhetik, die Qualifizierung „Mentor Rückengesundheit“ entwickelt. Zielgruppe der Folgemaßnahme waren Pflegefachkräfte und Praxisanleiter. Diese sollten befähigt werden, andere Mitarbeiter ihrer Einrichtung fachgerecht, eigenständig und regelmäßig zu Inhalten des rückengerechten Arbeitens und zum ergonomischen Einrichten von Arbeitsplätzen zu schulen. Entsprechend der spezifischen Struktur könnten individuelle Coachings zusätzliche Unterstützung in den Einrichtungen vor Ort bieten.

5.6 Ergebnisse der Überprüfung des Praxistransfers der Maßnahme „Theoretische und praktische Qualifizierung von Altenpflegekräften im Umgang mit dementen Patienten“

5.6.1 Teilnehmerzahlen und Datenrückläufe des Evaluierungsbogens

Von 70 qualifizierten Mitarbeitern in der Altenpflege beteiligten sich 45 an der Befragung zur Transferwirkung der besuchten Veranstaltungen zum Umgang mit dem Krankheitsbild Demenz. Dieses Ergebnis entspricht einer **Rücklaufquote** von **64,3 Prozent** (siehe Tabelle 54).

Tabelle 54: Übersicht zu Teilnehmerzahlen und Rücklauf der einzelnen Kurse (Quelle: eigene Darstellung)

Kurs Nr.	Anzahl der Teilnehmer	Anzahl Rücklauf Fragebögen	Rücklauf in Prozent
1	15	12	80
2	18	10	55,6
3	17	13	76,5
4	20	10	50
Gesamt	70	45	64,3

5.6.2 Soziodemografische Daten

Das Durchschnittsalter der Teilnehmer an der Weiterbildung lag bei 41 Jahren. Die Kurse wurden zu rund 89 Prozent von Frauen besucht. Die Auswertung der Frage nach einer bereits vorhandenen Qualifizierung zum Umgang mit dementen Patienten ergab ein ausgeglichenes Ergebnis: 22 Befragte antworteten mit *ja* und 23 mit *nein* (siehe Tabelle 55).

Tabelle 55: Soziodemografische Daten der Befragten in der Evaluierung zur Transferwirkung der Maßnahme „...Umgang mit dementen Patienten“ (Quelle: eigene Darstellung)

Soziodemografische Merkmale	Häufigkeit (n = 45)	fehlende Angaben
Geschlecht		
Frauen	40	
Männer	5	
Durchschnittliches Alter in Jahren	41	1
Berufliche Qualifikation		8
Altenpfleger	17	
Krankenpfleger	0	
Pflegehelfer	18	
Sonstiges	2	
Hatten Sie bereits eine Weiterbildung zum Krankheitsbild Demenz und Umgang mit Demenzkranken?		
ja	22	
nein	23	

5.6.3 Ergebnisse zum erlebten Nutzen der Fortbildung

Auf die geschlossenen Antwortmöglichkeiten im Fragebogenteil des erlebten Nutzens der Fortbildung gaben 23 Teilnehmer an, neue Inhalte zum Krankheitsbild Demenz erfahren zu haben. Für ein Drittel der Personen traf dieser Aspekt *überwiegend* zu. 39 Befragte äußerten, neue Behandlungsansätze kennengelernt haben.. Die Anregungen und Methoden in der Praxis zu nutzen, traf für 53 Prozent *überwiegend* zu. 84 Prozent wurden durch die Maßnahme motiviert, Neues auszuprobieren. Ein Großteil des Gelernten im Berufsalltag umzusetzen, gelang nur acht Personen. Die Mehrheit gab an, dass dies nur *zum Teil* möglich war. Die folgende Tabelle 56 stellt die Ergebnisse dieses Fragenteils dar.

Tabelle 56: Darstellung der Ergebnisse des Frageteils zum erlebten Nutzen der Fortbildung (Quelle: eigene Darstellung)

Häufigkeit Frageteil	trifft völlig zu	trifft überwiegend zu	teils/ teils	trifft wenig zu	trifft gar nicht zu	Gesamt
Ich habe neue Inhalte zum Krankheitsbild Demenz erfahren.	23	15	7	0	0	45
Ich habe neue Behandlungsansätze zum Umgang mit dementiell Erkrankten kennengelernt.	14	25	5	1	0	45
Ich habe bereits Anregungen und Methoden aus der Veranstaltung in der Praxis nutzen können.	7	24	12	2	0	45
Die Fortbildung hat mich dazu motiviert, Neues auszuprobieren.	17	21	7	0	0	45
Ich konnte viel von dem neu Gelernten in meinem Berufsalltag umsetzen.	8	15	20	2	0	45

5.6.4 Ergebnisse zur offenen Frage „Welche der in der Fortbildung vermittelten Inhalte und Methoden konnten Sie bereits anwenden oder umsetzen?“

Die offen formulierte Frage gab die Möglichkeit von Mehrfachantworten. Davon machten 27 Personen Gebrauch. Die Antworten wurden inhaltlich geclustert. 15 Teilnehmer stellten eine Verbesserung des Umgangs mit dementiell Erkrankten fest. Zudem gaben zehn Teilnehmer an, die Anregungen für Biografiearbeit und andere Assessmentkonzepte zu nutzen.

5.6.5 Ergebnisse zur Frage: Welche Gründe treffen für Sie zu, die erlernten Methoden nicht immer anzuwenden?

Der Frageblock beinhaltete sieben Items, die in Tabelle 57 dargestellt sind. Bei der Möglichkeit von Mehrfachantworten konnten zusätzlich sonstige Hinderungsgründe angegeben werden, warum die erlernten Methoden nicht immer anzuwenden waren. Insgesamt wurden 74 Nennungen gegeben. Davon trafen 33 auf den Aspekt der fehlenden Mitarbeit der Patienten zu. Der zweithäufigste Hinderungsgrund war Zeitmangel, um den Arbeitsstil während der Arbeit zu überdenken.

Tabelle 57: Übersicht der Ergebnisse des Fragebogenteils welche Gründe die Teilnehmer daran hindern, die erlernten Methoden anzuwenden (Quelle: eigene Darstellung)

Frageartikel	Häufigkeit/Anzahl der Nennungen
trifft nicht zu, ich wende sie immer an	3
"alte" Gewohnheiten sind stärker	8
zu wenig Zeit, über meinen Arbeitsstil nachzudenken	24
andere Konzepte/Techniken finde ich besser	1
die Patienten sind nicht immer zur Mitarbeit bereit	33
ich fühle mich unsicher im Ausprobieren der neuen Techniken und Methoden	5
ich fühle mich nicht ausreichend unterstützt durch die/den Vorgesetzte(n) und Kollegen	0
Stimmen gesamt:	74

5.6.6 Ergebnisse zum Transfer der theoretisch besprochenen Fallbeispiele in die Praxis

Diese Frage beinhaltete drei Items, deren ausgewertete Nennungen in Tabelle 58 ersichtlich sind. Der Einbezug von Fallbeispielen zur Vermittlung von Lösungsansätzen wurde von mehr als drei Viertel der Befragten als sehr praxisnah eingeschätzt. Die Übertragung der Lösungsansätze in die Praxis gelang 51 Prozent. Nur sechs Personen gaben an, diesbezüglich Schwierigkeiten zu haben.

Tabelle 58: Darstellung der Ergebnisse des Frageteils Transfer der theoretisch besprochenen Fallbeispiele in die Praxis (Quelle: eigene Darstellung)

Häufigkeit Frageteil	trifft völlig zu	trifft über- wiegend zu	teils/ teils	trifft wenig zu	trifft gar nicht zu	Gesamt	fehlende Angaben
Die Vorstellung praktischer Fallbeispiele in der Qualifizierung hat mir auch typische Situationen aus meinem Arbeitsalltag aufgezeigt.	12	21	9	1	0	43	2
Ich konnte die gemeinsam erarbeiteten Lösungsansätze der vorgestellten Fallbeispiele in meine tägliche Arbeit mit dementiell Erkrankten Patienten übertragen.	4	19	19	2	1	45	
Ich habe Schwierigkeiten, die vorgeschlagenen Ansätze zur Konfliktvermeidung und Konfliktlösung im Umgang mit Demenzkranken in meine tägliche Arbeit zu übernehmen.	0	6	12	22	4	44	1

5.6.7 Ergebnisse zu subjektiv erlebten Wirkungen der Fortbildung

Die folgende Tabelle 59 visualisiert die Unterfragen des Frageteils nach der subjektiv erlebten Wirkung der Fortbildung. Die Hälfte der Teilnehmer empfand durch die erlernten Techniken eine psychische Entlastung. Mehr als 80 Prozent sahen sich in der Lage, Verhaltensweisen dementer Patienten besser einzuschätzen. Fast ebenso viele Befragte konnten sich nach der Qualifizierung leichter in die Lage der Erkrankten versetzen. Auf besondere Verhaltensweisen konnten 35 Personen besser eingehen und eine positive Veränderung der Arbeit mit dementen Menschen war für 28 Teilnehmer zu beobachten.

Tabelle 59: Darstellung der Ergebnisse des Fragebogenteils nach der subjektiv erlebten Wirkung der Fortbildung (Quelle: eigene Darstellung)

Häufigkeit Frageteil	trifft völlig zu	trifft überwie- gend zu	teils/ teils	trifft wenig zu	trifft gar nicht zu	Gesamt	fehlende Angaben
Die neuen Techniken helfen mir, mich in der Praxis psychisch zu entlasten.	2	20	21	1	0	44	1
Ich kann besser das Verhalten dementer Patienten einschätzen.	12	28	5	0	0	45	
Ich kann mich besser in die Lage des Patienten versetzen.	11	26	7	0	0	44	1
Ich kann angemessener auf misstrauische, aggressive demente Patienten reagieren.	7	28	10	0	0	45	
Die Arbeit bzw. der Umgang mit dementen Patienten hat sich durch die neu erlernten Techniken positiv verändert.	5	23	17	0	0	45	

Neben den geschlossenen Antwortmöglichkeiten wurden zusätzlich folgende O-Töne erfasst:

- Es ist weiterhin schwierig im Umgang bei manchen Bewohnern. Aber es hat sich verbessert.
- Durch die Weiterbildung kann ich mich jetzt besser in die Personen hinein versetzen. Dadurch ist die Arbeit einfacher geworden. Das Errechnen des tatsächlichen Alters ist mir dabei eine große Hilfe.
- keine, da wenig Umsetzungsmöglichkeiten
- Gewinn an Gelassenheit, mit Bewohnern umzugehen
- Die dementiell Erkrankten wirken teilweise aufgeschlossener, da man nicht mehr so verkrampft auf schwierige oder auffällige Personen zugeht.
- demente Patienten bleiben ruhiger
- Hilfe bei Mahlzeiteinnahme je nach psych. Zustand des Patienten, Zeit lassen bei der Mahlzeiteinnahme und ggf. helfen, dem Patienten immer das Gefühl geben, dass er viel selber ausführen kann und Vertrauensverhältnis ist dabei sehr wichtig.
- Strikte Medikamentenablehnung – ruhige Gesprächsführung und Patienten dabei über Notwendigkeit der Medikamenteneinnahme überzeugen. Bei Misserfolg – Einbeziehung der Angehörigen und des Hausarztes.

5.6.8 Ergebnisse zur Frage: Haben Sie Verbesserungsvorschläge für die Umsetzung der Inhalte aus der Fortbildung „Theoretische und praktische Qualifizierung von Altenpflegekräften im Umgang mit dementen Patienten“?

Die offene Frage nach Verbesserungsvorschlägen beantworteten neun Personen. Die meisten Äußerungen brachten eine hohe Zufriedenheit mit den besuchten Veranstaltungen zum Ausdruck. Insbesondere Fallbeispiele und die Diskussion praxisnaher Lösungen erwiesen sich aus Sicht der Befragten als hilfreich. Dagegen forderten zwei Personen die Ausweitung des zeitlichen Rahmens der Qualifizierung sowie die Organisation von Auffrischkursen.

5.6.9 Fazit aus den Ergebnissen des Fragebogens zur Transferwirkung der Qualifizierung „Theoretische und praktische Qualifizierung von Altenpflegekräften im Umgang mit dementen Patienten“

Insgesamt ist die zu untersuchende Transferwirkung der Qualifizierung „Theoretische und praktische Qualifizierung von Altenpflegekräften im Umgang mit dementen Patienten“ als positiv zu bewerten. Aus den Einschätzungen der Teilnehmer wurde entsprechend der Zielstellung eine moderate Reduzierung der psychischen Belastungen bei der Betreuung und Pflege Demenzerkrankter deutlich. Die Fortbildung zeigte den Teilnehmern zahlreiche Ansätze, um im Berufsalltag adäquat auf herausfordernde Situationen zu reagieren. Eine regelmäßige Auffrischung des Wissens und die Nachqualifizierung neuer Mitarbeiter im

Sinne eines systematischen Weiterbildungsmanagements könnten zusätzlich zur Entlastung beitragen.

5.7 Ergebnisse zur Überprüfung der Implementierung eines BGM

Die in diesem Kapitel beschriebenen Ergebnisse sind dem externen Evaluationsbericht der Universität Erfurt entnommen, in dem auch direkte Zitate der Interviewten eingearbeitet wurden.

»Die teilnehmenden Einrichtungen verfügten allesamt bereits vor dem Projekt über mehr oder weniger starke BGM-Strukturen. Lediglich aus kleineren Einrichtungen kam der Einwand, dass es sich dabei weniger um ein Management im klassischen Sinne handelte, als vielmehr um die Möglichkeiten, über direkte Gespräche Bedarfe hinsichtlich der Gesunderhaltung und der gesundheitsfördernden Weiterbildung zu kommunizieren: *„Es (das BGM im Sinne von Management) ist nicht die Praxis bei uns. Gedankengut wird umgesetzt, fertig.“* Größere Einrichtungen benötigten dazu die entsprechenden Managementstrukturen.

Zwei Drittel der Einrichtungen empfanden die Fortbildungsmaßnahmen und Aktivitäten zur Implementierung von Strukturen eines BGM für ihr bestehendes BGM auch als sehr hilfreich, um dieses zu verbessern und weiter zu entwickeln. Insbesondere die Zusammenführung und gezielte Systematisierung von bestehenden Aktivitäten wurde als besonders sinnvoll beschrieben (*„Ja, das Ganze ist ja zuerst mal in ein System übergegangen. [...] Das ist für mich das eigentlich wichtigste.“*). Jedoch gab es auch einige Einrichtungen, die keinen Einfluss auf ihr eigenes BGM feststellen konnten (*„Plus minus Null würde ich sagen“*) oder sogar berichteten, dass die Maßnahme im Widerspruch zu eigenen Inhalten und Zielen im Bereich des BGM steht. Genannt wurden in diesem Zusammenhang ein *„fehlender Praxisbezug“* oder dass es in der Qualifizierung nur um allgemeinen Projektaufbau statt um das BGM ginge: *„Also ich habe eine andere Vorstellung gehabt vom betrieblichen Gesundheitsmanagement. Nicht wie ich ein Projekt aufstelle. [...] wo ich dann gesagt habe: ‚also es tut mir leid, da sitze ich falsch‘ [...] für mich war das vertane Zeit, ehrlich gesagt.“* Insgesamt überwog jedoch die positive Resonanz: *„Also wir hatten ja im Prinzip schon ein BGM und verbessern war natürlich drin.“*, *„[...] eine Verbesserung ist natürlich darin zu sehen, dass das jetzt, sagen wir mal, viel mehr Mitarbeiter erfasst haben, was da passiert.“*²

Besonders schwierig empfanden es die Interviewten, den Anteil und die Einpassung des BGM in den gesamten Steuerungsprozess zu beschreiben: Zum einen wurden diesbezüglich eher kleine bis mittlere Anteile in der Praxis bestätigt. Das BGM muss in vielen Fällen noch seinen Platz im Steuerungsprozess finden, da es sich in vielen der Einrichtungen noch im laufenden Implementationsprozess befindet.

² Zitate: Passagen aus verschiedenen Interviews mit Führungskräften der teilnehmenden Einrichtungen

Trotz des Versuches, die Aktivitäten im Rahmen des BGM an bestehende betriebliche Prozesse zu koppeln, besteht oftmals das Problem der zeitlichen Einpassung ins Tagesgeschäft. Nahezu alle Einrichtungen bestätigten hier fehlende Zeit bzw. fehlende Fachkräfte, um die Zeit herausarbeiten zu können, als erhebliche Engpässe bei den Ressourcen zur Etablierung des BGM – Finanzen bzw. Geld wurden da oftmals als geringeres Problem angesehen, da es hierfür Budgets gäbe. Zum anderen wurden die Wichtigkeit und die Vorteile des BGM in den Einrichtungen klar erkannt. Insbesondere eine verbesserte Mitarbeiterbindung und -rekrutierung sowie eine langfristig verbesserte Gesunderhaltung der bestehenden Belegschaft und Erfolge bei der Wiedereingliederung von langzeiterkrankten Mitarbeiter wurde vom Großteil der Führungskräfte bestätigt. Dies sei auch eine wichtige Stellschraube bzgl. eines noch größeren Problems in der Pflege, dem Fachkräftemangel, dem durch Gewinnung neuer und Erhaltung bestehender Mitarbeiter und Mitarbeiter entgegen gewirkt werden kann. Daneben wurden vor allem in der besseren Strukturierung und Organisation der Arbeitsabläufe, Fortbildungen und allgemeinen Maßnahmen rund um das BGM klare Vorteile erkannt. Die zentralen Erfolgsschlüssel waren dabei die sukzessive Verstetigung der geschaffenen Strukturen eines BGM und die intensive Betreuung vor Ort durch das Projektteam. Dadurch gelang eine Sensibilisierung sowohl der Belegschaft (u.a. mit Festlegung/Findung eines zentralen Ansprechpartners innerhalb der Mitarbeiterschaft) als auch der Einrichtungsleitungen für BGM und Gesundheitsthemen allgemein, die als Grundlage für Prävention und bedarfsgerechtes Eingreifen mit entsprechenden Maßnahmen erkannt wurde. Auch die Analysefähigkeit bzgl. bestehender Probleme wurde durch das Projekt und das Instrument der Mitarbeiterbefragung und -auswertung deutlich verbessert. Bei einem Teil der Einrichtungen befindet sich diese Verstetigung allerdings noch im laufenden Prozess – jedoch wurden auch da die beschriebenen Tendenzen schon im Ansatz erkennbar: *„[...] läuft alles gut. Da kann man nichts sagen. Aber die Aufgaben wie gesagt, sind wir in den Kinderschuhen, wenn überhaupt. Auf dem Berg sind wir hier unten erstmal“* (vgl. Vonken & Schaar, 2014). «

5.8 Ausgesuchte Ergebnisse der externen Evaluierung

»Zentraler Untersuchungsgegenstand der externen Evaluation war die Beurteilung des Projektmanagementprozesses aus der Sicht der teilnehmenden Einrichtungen (vgl. Vonken & Schaar, 2014). «

5.8.1 Anforderungen an Weiterbildungen und Schulungen aus Sicht der Pflegeeinrichtungen

»Insgesamt waren alle teilnehmenden Einrichtungen mit den Schulungen und Weiterbildungsmaßnahmen im Rahmen des Projektes „Pflege bewegt“ zufrieden. Alle fühlten sich – abgesehen von den gelösten Problemen mit einem externen Dozenten – gut bis sehr gut betreut und beraten (*„Doch, immer gut, super betreut, kann ich jetzt nicht anders sagen, das haben auch die Mitarbeiter zurückgegeben.“*). Auch Schulungsorte, deren Zeitpunkte und Dauern wurden als angemessen empfunden, da die Einrichtungen größtenteils die Planung mit beeinflussen und nach ihren Bedürfnissen und Kapazitäten anpassen konnten: *„[...] wie man eigentlich auch einen Schulungsort eben halt vorbereiten sollte.“; „Also da muss man dazu sagen, wir haben unsere Zeiten, unsere Orte selber festgelegt. Und die Frau [Name der Projektmitarbeiterin] hat sich einfach uns angepasst. Deswegen gab es das, was wir uns ausgesucht haben, also mussten wir auch mit zufrieden sein.“*. Lediglich vereinzelte Hinweise, dass bei weiter entfernten Schulungen sehr viel Aufwand notwendig sei und die Ausfälle der teilnehmenden Fachkräfte kritisch zu betrachten seien, wurden genannt. Dies habe sich aber dennoch stets gelohnt.

Grundsätzlich bevorzugten die befragten Führungskräfte Inhouse-Schulungen oder zentral in der Region durchgeführte Veranstaltungen, die ihnen den wenigsten Organisationsaufwand verursachen. Auch könnten so Mitarbeiter aus verschiedenen Diensten bzw. Schichten erreicht werden und es fielen keine zusätzlichen Fahrzeiten und -kosten an, die die Schulung wieder unattraktiver machten. Allerdings wurde diesbezüglich auch eine Abhängigkeit von Thema, Inhalt und Anforderungen konstatiert, der es Rechnung zu tragen gelte und *„manchmal ist es auch gut, die Leute raus zu schicken. So für den Austausch von Erfahrungen mit anderen“*. Diese Meinung wurde allerdings nicht von allen geteilt. Es gab auch Führungskräfte, denen die konkrete Anbindung der Schulung an spezifische Probleme der eigenen Einrichtung wichtig war, was in Netzwerken unter Umständen verloren geht: *„Das geht genau in die gleiche Richtung, wo ich sage, wenn da trägerübergreifend was läuft ist das immer schwierig, weil jeder Träger hat seine eigene Wahrnehmung und jeder Träger hat auch, obwohl wir alle zu den Paritätären gehören, eine etwas andere Betriebsphilosophie und einen anderen Ansatz, wie er die Dinge macht.“*

Hier sollten die Anbieter entsprechend auf die Kundenwünsche eingehen und die Angebote möglichst flexibel gestalten, was durch die intensive Analysearbeit und die bedarfsorientierte Maßnahmenplanung nach Angaben der teilnehmenden Einrichtungen im Projekt „Pflege bewegt“ sehr gut gelungen war.³

Als ebenfalls stark themen- und inhaltabhängig sahen die befragten Führungskräfte den idealen Zeitrahmen für Schulungen. Auf der einen Seite seien zwar grundsätzlich kurze Seminare von ein bis zwei, maximal vier Stunden, die an den Dienst angehängt oder zwischen zwei Diensten eingeschoben werden können, die beliebtesten. Andererseits sei es aber besonders wichtig, die Themen intensiv und als geschlossenen Komplex zu bearbeiten, was eben ggf. auch ganztägige oder sogar mehrtägige Seminare erforderlich machen kann, *„weil man doch intensiver an einem Thema dran bleiben kann, als wenn man das nur so anreißt“*. Ebenfalls besteht hier eine gewisse Ortsabhängigkeit der Seminardauer: Kurze Seminare sollten nur Inhouse oder aber in regionaler Nähe stattfinden, damit es effizient bleibt – externe Seminare, bei denen sowieso eine Anreise fällig wird, können dagegen ruhig auch länger sein. Hierbei sei dann auch der zusätzliche Austausch mit Kollegen aus anderen Einrichtungen ein zusätzlicher Vorteil der externen Schulungen. Auch eine regelmäßige Auffrischung wichtiger oder aktualisierter/weiter entwickelter Inhalte sei unerlässlich im Zusammenhang mit der Fachkräfteweiterbildung. Es wurde auch im Zusammenhang mit Verbesserungs- und Weiterentwicklungsideen noch einmal von einer anderen Führungskraft thematisiert, dass Folgeschulungen und regelmäßiges Auffrischen des Wissens unerlässlich seien. Insgesamt gingen die meisten Ideen zur Verbesserung in die Richtung der Erweiterung und Verstetigung des Ansatzes von „Pflege bewegt“: Der größte Teil gab an, es sollte so weiter gemacht werden, da es *„so wie es war, insbesondere mit der Abstimmung sehr gut war“*. Es wurde von einigen betont, dass die Fortbildungsbedarfe der Teilnehmenden immer so klar ermittelt werden müssten, damit Schwächen bekämpft, aber auch Stärken entdeckt werden könnten, um auf Potenzialen aufbauen zu können. Auch eine klare Differenzierung zwischen Pflegefach- und -hilfskräften bzw. dem jeweiligen Vorwissen und der Erfahrung seien in diesem Kontext dringend notwendig. Alle Schulungen sollten zudem die Mitarbeiter und Mitarbeiter aktivieren. *„Es ist immer wichtig, dass die da selber was machen statt nur Beschallung!“*⁴

Als wichtigste förderliche Aspekte für das Gelingen der durchgeführten Schulungen gaben die Interviewten die enge Betreuung durch das Projektteam und die flexible, an den spezifischen Bedarfen und Problemen orientierte Durchführung der Maßnahmen an.

³ Zitat: Passage aus einem Interview mit Führungskräften einer teilnehmenden Einrichtung

⁴ Zitate: Passagen aus verschiedenen Interviews mit Führungskräften der teilnehmenden Einrichtungen

Auch dass diese zum größten Teil vor Ort in den Einrichtungen stattfanden, war dem Erfolg sehr zuträglich. Hinderliche Aspekte wurden von den meisten Führungskräften nicht erkannt. Lediglich stellenweise auftretende Probleme mit der Teilnahmemotivation der Mitarbeitenden („Ausreden“, „Fluktuation“) und der Zufriedenheit mit einem Dozenten (wurde bereits thematisiert) wurden in einigen wenigen der Einrichtungen gesehen⁵ (vgl. Vonken & Schaar, 2014)«.

5.8.2 Zusammenfassende Betrachtungen der Einrichtungen

»Zusammenfassend wurden die Führungskräfte der teilnehmenden Einrichtungen gebeten, zu beschreiben, welche Rahmenbedingungen die Etablierung neuer Strukturen und die Weiterentwicklung der Pflegeeinrichtungen besonders fördern bzw. welche dies besonders behindern.

Als förderlich wurden vor allem die Projektstruktur und die damit verbundene intensive Betreuung bei gleichzeitiger Kostenneutralität der Angebote empfunden. Aber auch der Umstand, dass die Maßnahmen *„viel Spaß gebracht haben“* und es gelungen ist, die Mitarbeiter zur Fortbildung und Anwendung neuen Wissens zu motivieren und zu aktivieren: *„Ja das Positivste an der Sache ist, dass man wieder mal bei den Leuten so ein bisschen Impuls in den Kopf bringt, über dieses und jenes auch persönlich nachzudenken“* und dies eben auch über das Projekt durchzuhalten und über die Qualifikationsmaßnahmen hinaus in den Arbeitsalltag hinein zu tragen. Aber auch die Aktivierung der Leitungsebenen spielte in dem Zusammenhang eine entscheidende Rolle. Zudem gaben insbesondere die kleineren Einrichtungen an, dass es hier leichter falle, neue Ideen zu etablieren, da keine komplexen Strukturen dazu notwendig wären. Dies wurde neben der engen Zusammenarbeit mit dem Paritätischen Landesverband ebenfalls als sehr förderlich beschrieben.⁶

Die hinderlichste Rahmenbedingung sei nach Angaben aller beteiligten Einrichtungen der Fachkräftemangel. In Kombination mit den hohen Belastungen in den Pflegeberufen ist das Tagesgeschäft vielerorts kaum umsetzbar und es fällt schwer, Zeit und Motivation für Fortbildungen und Mitarbeiterqualifikation in der Belegschaft zu finden. Ursächlich hierfür seien insbesondere der viel zu niedrige Pflegesatz in Thüringen, der zu schlechteren Vergütungen und Fachkräfteabwanderung führt. Langfristig werden dadurch eine Verschlechterung der Problemlage und weitere Schwierigkeiten hinsichtlich der Lösungs- und Bewältigungsansätze zu erwarten sein.

Auch der *„Dokumentationswust in der Pflege“*, die starke, stellenweise praxisfremde Bürokratisierung und in einzelnen Fällen Probleme bei der Anerkennung von Fachkräften aus verwandten Berufen sind Schwierigkeiten, die durch politische Weichenstellungen,

⁵ Zitate: Passagen aus verschiedenen Interviews mit Führungskräften der teilnehmenden Einrichtungen

⁶ Zitat: Passage aus einem Interview mit Führungskräften einer teilnehmenden Einrichtung

Entbürokratisierung und entsprechende Zusatzqualifikationen aus Sicht der Einrichtungsleiter durchaus lösbar wären und auch seit längerer Zeit gefordert werden.⁷

Dementsprechend war gut qualifiziertes Personal auch die wichtigste Forderung der Einrichtungen. Zum einen schlug sich dies in den Angaben zum Qualifizierungsbedarf nieder, wo die Aus- und Weiterbildung sowie die Anerkennung von Fachkräften deutlich häufiger als spezielle Themen wie Supervision, Pflegeplanung, Tages- und Alltagsbetreuung, Angehörigenarbeit, „*Pflege der Zukunft*“ und neuen Modellen in der Betreuung genannt wurden. Zum anderen war die Gewinnung von Fachkräften auch die wichtigste Nennung bezüglich dessen, wovon die Einrichtungen aus eigener Perspektive im Zuge von Projekten, Qualifikationen und Weiterentwicklungen am meisten profitieren würden. Allerdings seien dazu ebenfalls verbesserte Rahmenbedingungen wie gerechtere Vergütung, Ermöglichung von familienfreundlicheren Arbeitszeiten durch mehr Personal und natürlich auch eine höhere Wertschätzung der Pflegeberufe in der Gesellschaft erforderlich⁸ (vgl. Vonken & Schaar, 2014)«.

⁷ Zitat: Passage aus einem Interview mit Führungskräften einer teilnehmenden Einrichtung

⁸ Zitat: Passage aus einem Interview mit Führungskräften einer teilnehmenden Einrichtung

6 Fazit

Der vorliegende Ergebnisbericht hat umfassend den methodischen Ansatz des dreijährigen Projektes „Pflege bewegt – ein Arbeitsfähigkeitsmodell zur Belastungsreduzierung in der Altenpflege“ beschrieben. Er ist dabei fokussiert auf die Querschnittsuntersuchungen in 2012 und 2014 eingegangen und hat sowohl Erhebungsinstrumente vorgestellt, als auch eine umfassende Ergebnisdarstellung zu den durchgeführten Erhebungen in Thüringer Altenpflegeunternehmen aufgezeigt. Darüber hinaus wurden zwei übergeordnete Maßnahmen des Projektes im Bereich der Evaluation dargestellt.

Wie bereits im Bericht detailliert beschrieben, konnten keine Längsschnittdaten erhoben werden, die die Wirksamkeit von Maßnahmen auf die Arbeitsfähigkeit von Pflegekräften abbilden. Für die Messung von Wirksamkeiten empfiehlt es sich, in künftigen Projekten oder Modellvorhaben zielgerichtet Unternehmen auszuwählen, die ein Kontrollgruppendesign ermöglichen. Auf der Basis von Längsschnittdaten könnten zum einen Entwicklungsverläufe von Daten der Arbeitsfähigkeit systematisch dargestellt werden. Zum anderen ermöglicht ein solches Studiendesign methodisch fundierte Nachweise zur Wirksamkeit von Maßnahmen zur Belastungsreduzierung.

Die Altersgruppe der 45 bis 54 Jährigen ist in den vorliegenden Untersuchungsjahren durch die höchsten Ausprägungen bei „mäßigen“ und „kritischen“ Arbeitsfähigkeitswerten aufgefallen. Da diese Gruppe im Vergleich zu Jüngeren über ein großes Know how an Wissen, Erfahrung und Bewältigungsstrategien im Umgang mit Belastungen verfügt, gilt es, ihr ein besonderes Augenmerk zu widmen und passgenaue Maßnahmen für sie zu erarbeiten.

Der vorliegende Bericht bildet eine Säule in der Publikationsreihe zum Projekt „Pflege bewegt“. Mit einem systematischen Literaturreview, welches zahlreiche Studien zum Thema untersuchte, um handhabbare und praxisnahe Erhebungsinstrumente für die Altenpflege zu ermitteln, startet diese Reihe. Die Reihe endet mit einer Handlungsempfehlung für Praktiker, in der die Etablierung, Durchführung und Evaluation eines Betrieblichen Gesundheitsmanagement-Projektes Schritt für Schritt anhand von Praxisbeispielen erläutert wird.

7 Literaturverzeichnis

Baum, F. et al. (2008). *Leitfaden. Prävention von Rückenbeschwerden in der stationären Altenpflege*. Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege (BGW) (Hrsg.) Hamburg: BGW.

Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege (BGW) (Hrsg.) (2011). *Mitarbeiterbefragung-Psychische Belastung und Beanspruchung*. Hamburg: BGW.

Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin (Hrsg.) (2011): *Why WAI? Der Work Ability Index im Einsatz für Arbeitsfähigkeit und Prävention. Erfahrungsberichte aus der Praxis*. Dortmund: Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin.

DAK-Zentrale (Hrsg.) (2006). *DAK-BGW-Gesundheitsreport 2006. Ambulante Pflege. Arbeitsbedingungen und Gesundheit in ambulanten Pflegediensten*. Hamburg: DAK.

Gerisch, S., Knapp, K., Töpsch, K. (2010). *Demografiefeste Personalpolitik in der Altenpflege. Handlungsbedarf erfassen*. Reihe: Leitfaden für die Bildungspraxis. Bielefeld: Bertelsmann Verlag.

Gruber, B. et al. (2009). *Endbericht-Arbeitsbewältigung in der ambulanten Pflege. PIZA-Längsschnittstudie 2003-2005-2007-2009*. Hamburg: arbeitsleben KG.

IG Metall (Hrsg.)(2012). *Alternsgerechtes Arbeiten und demografischer Interessenausgleich. Regelungen zur alters- und alternsgerechten Arbeitsgestaltung, Personalpolitik und Gesundheitsförderung*. Online Publikation: http://www.ergo-online.de/html/gesundheitsvorsorge/altersgerecht_arbeiten/demografie_check.htm [Stand: 07.07.2014]

Ilmarinen, J. (2011). *Arbeitsfähig in die Zukunft*. In: Giesert, M.(Hrsg.): *Arbeitsfähig in die Zukunft*. Willkommen im Haus der Arbeitsfähigkeit, S. 20-29. Hamburg: VSA Verlag.

Ilmarinen, J., Tuomi, K. (2004). *Past, present and future of work ability*. In: Ilmarinen, J.; Lehtinen, S. (Hrsg.): *People and Work Research Reports 65*, S. 1-25. Helsinki: Finnish Institute of Occupational Health.

Michaelis, M., Hermann, S. (2010). *Evaluation des Pflegekonzepts Rückengerechter Patiententransfer in der Kranken- und Altenpflege. Langzeit-Follow-up zur Ermittlung der Nachhaltigkeit präventiver Effekte*. Berlin/Dortmund/Dresden: Bundesanstalt für Arbeits- und Gesundheitsschutz.

Michaelis, M. (1999). *Prävention von Wirbelsäulenerkrankungen durch technische Hebehilfsmittel – eine Interventionsstudie in der Altenpflege*. Online Publikation: <http://elpub.bib.uni-wuppertal.de/servlets/DerivateServlet/Derivate-726/d149901.pdf> [Stand: 01.06.12].

Initiative Neue Qualität der Arbeit (INQA) (2008): *Arbeitsbewältigungscoaching. Neue Herausforderungen erfordern neue Beratungswerkzeuge*. Dortmund: INQA

Schmidt, K.-H., Neubach, B. (2006): *Zusammenhänge von körperlichen und psychischen Beeinträchtigungen mit Fehlzeiten und der Fluktuationsneigung bei Altenpflegekräften*. In: *Pflege und Gesellschaft*, 11(3), 267-274.

Schneider, S., Lipinski, S., Schlitenwolf, M. (2006). *Occupations associated with a high risk of self-reported back pain: representative outcomes of a back pain prevalence study in the Federal Republic of Germany*. In: *European Spine Journal* 15: 821-833.

Vonken, M., Schaar, P. (2014). *Evaluationsbericht-Zum Projekt „Pflege bewegt“ – ein Arbeitsfähigkeitsmodell zur Belastungsreduzierung in der Altenpflege*. Universität Erfurt
Online Publikation unter: www.paritaet-th.de/positionen

8 Weiterführende Projektpublikationen

Sondermann, D., Leimer, D., Gerisch, S., Axmann, K. (2014): *Pflege bewegt – ein Arbeitsfähigkeitsmodell zur Belastungsreduzierung in der Altenpflege. Instrumente zur Bestimmung physischer und psychischer Arbeitsbelastungen und Arbeitsbeanspruchungen sowie der Arbeitsfähigkeit in der Altenpflege.*

Online Publikation unter: www.paritaet-th.de/positionen

Gerisch, S., Leimer, D., Sondermann, D. (2014): *Pflege bewegt – ein Arbeitsfähigkeitsmodell zur Belastungsreduzierung in der Altenpflege. Handlungsempfehlung für die Praxis.*

Online Publikation unter: www.paritaet-th.de/positionen

9 Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Typen von Altersstrukturen	11
Abbildung 2: Bewertung von ABI-Werten.....	12
Abbildung 3: Belastungsprofil	13
Abbildung 4: Grafik-Auszug der Einzelergebnisauswertung "Belastungen"	14
Abbildung 5: Grafik-Auszug zur Darstellung der durchschnittlichen Gesamtbeanspruchung in Form des Beanspruchungsthermometer	14
Abbildung 6: Übersicht des Datenrücklaufs der Querschnittsuntersuchung in 2012.....	19
Abbildung 7: Globalanalyse der Altersstrukturen im stationären/teilstationären Bereich der Altenpflege in 2012.....	23
Abbildung 8: Globalanalyse der Altersstrukturen im ambulanten Bereich der Altenpflege in 2012	24
Abbildung 9: Gegenüberstellung ABI-Index und Arbeitsbewältigungskonstellationen	28
Abbildung 10: ABI und Arbeitszeiten in der Gruppe der stationären Altenpflege in 2012	30
Abbildung 11: ABI und Arbeitszeiten in der Gruppe der ambulanten Altenpflege in 2012 ...	33
Abbildung 12: Vergleich der Arbeits-Renten-Perspektive zwischen der stationären/teilstationären und ambulanten Altenpflege in 2012	34
Abbildung 13: Belastungsprofil für die Gruppe stationäre/teilstationäre Altenpflege in 2012	36
Abbildung 14: Beanspruchungsthermometer der Gruppe stationäre/teilstationäre Altenpflege in 2012.....	39
Abbildung 15: Belastungsprofil für die Gruppe ambulante Altenpflege in 2012	40
Abbildung 16: Beanspruchungsthermometer der Gruppe ambulante Altenpflege in 2012 ..	42
Abbildung 17: Vergleich von Einjahresprävalenzen (EP) von LWS-, HWS- und Schulter-Arm-Beschwerden zwischen stationären Altenpflegekräften und Altenpflegekräften der Studie von Michaelis et. al (1999).....	44
Abbildung 18: Vergleich von Einjahresprävalenzen (EP) von LWS-, HWS- und Schulter-Arm-Beschwerden zwischen stationären Altenpflegekräften und Altenpflegekräften der Studie von Michaelis et. al (1999).....	44
Abbildung 19: Frage 21 aus dem Fragebogen physische Belastungen.....	46
Abbildung 20: Häufigkeitsverteilung der Qualifizierungen in Techniken/Konzepten in der Altenpflege-Gruppe stationär/teilstationär in 2012	48
Abbildung 21: Häufigkeitsverteilung der Qualifizierungen in Techniken/Konzepten in der Altenpflege-Gruppe ambulant in 2012	48
Abbildung 22: Ideen und Lösungsvorschläge der MA der stationären/teilstationären Altenpflege im Rahmen der Fokusgruppen in 2012	51

Abbildung 23: Ideen und Lösungsvorschläge der MA der ambulanten Altenpflege im Rahmen der Fokusgruppen in 2012	52
Abbildung 24: Übersicht des Datenrücklaufs der Querschnittsuntersuchung in 2014.....	71
Abbildung 25: Häufigkeitsverteilung der stationären Pflegekräfte auf die verschiedenen Arbeitsfähigkeitsindices in 2014	75
Abbildung 26: ABI und Alter in der Gruppe der stationären Altenpflege in 2014	76
Abbildung 27: ABI und Arbeitszeiten in der Gruppe der stationären Altenpflege in 2014	77
Abbildung 28: Häufigkeitsverteilung der ambulanten Pflegekräfte auf die verschiedenen Arbeitsfähigkeitsindices in 2014	79
Abbildung 29: ABI und Alter in der Gruppe der stationären Altenpflege in 2014	80
Abbildung 30: ABI und Arbeitszeiten in der Gruppe der ambulanten Altenpflege in 2014 ...	81
Abbildung 31: Vergleich der Arbeits-Renten-Perspektive zwischen der stationären/teilstationären und ambulanten Altenpflege in 2014	83

10 Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Übersicht der Kooperationspartner im ambulanten Bereich in 2012	17
Tabelle 2: Übersicht der Kooperationspartner im stationären und teilstationären Bereich in 2012	18
Tabelle 3: Soziodemografische Datenauswertung der Teilnehmer der stationären/teilstationären Altenpflegeeinrichtungen in 2012	20
Tabelle 4: Soziodemografische Datenauswertung der Teilnehmer der ambulanten Altenpflegeeinrichtungen in 2012	21
Tabelle 5: Darstellung von Mittel- und Medianwerten des ABI für die stationären/teilstationären Einrichtungen in 2012	28
Tabelle 6: ABI differenziert nach Berufsgruppen für den stationären/teilstationären Bereich in 2012	29
Tabelle 7: Häufigkeitswerte und prozentuale Verteilung zwischen ABI und Alter in der Gruppe der stationären/teilstationären Altenpflege in 2012	29
Tabelle 8: Darstellung von Mittel- und Medianwerten des ABI für die ambulanten Einrichtungen in 2012.....	31
Tabelle 9: ABI differenziert nach Berufsgruppen für den ambulanten Bereich in 2012.....	31
Tabelle 10: ABI und Alter in der Gruppe der ambulanten Altenpflege in 2012.....	32
Tabelle 11: Vergleich der durchschnittlichen Arbeitsfähigkeitswerte zwischen der stationären/ teilstationären und ambulanten Altenpflege in 2012	33
Tabelle 12: Vergleich der Gruppen stationäre/teilstationäre und ambulante Altenpflege auf die Frage: "Was muss erfüllt sein, ...?" in 2012.....	35
Tabelle 13: Einzelfragenauswertung der Gruppe stationäre/teilstationäre Altenpflege in der Belastungsquelle "qualitative Arbeitsbelastung" in 2012.....	37
Tabelle 14: Einzelfragenauswertung der Gruppe stationäre/teilstationäre Altenpflege in der Belastungsquelle "Arbeitsorganisation" in 2012.....	37
Tabelle 15: Einzelfragenauswertung der Gruppe stationäre/teilstationäre Altenpflege in der Belastungsquelle "quantitative Arbeitsbelastung" in 2012.....	38
Tabelle 16: Einzelfragenauswertung der Gruppe stationäre/teilstationäre Altenpflege in der Belastungsquelle "soziales Arbeitsumfeld" in 2012.....	38
Tabelle 17: Einzelfragenauswertung der Gruppe stationäre/teilstationäre Altenpflege in der Belastungsquelle "außerberufliche Situation" in 2012.....	39
Tabelle 18: Einzelfragenauswertung der Gruppe ambulante Altenpflege in der Belastungsquelle "qualitative Arbeitsbelastung" in 2012.....	41
Tabelle 19: Einzelfragenauswertung der Gruppe ambulante Altenpflege in der Belastungsquelle "Arbeitsorganisation" in 2012.....	41

Tabelle 20: Einzelfragenauswertung der Gruppe ambulante Altenpflege in der Belastungsquelle "außerberufliche Situation" in 2012.....	41
Tabelle 21: Häufigkeitsnennungen von Mitarbeiter der stationären/teilstationären und ambulanten Altenpflege zum Auftreten belastender pflegerelevanter Tätigkeiten in 2012	45
Tabelle 22: Mittelwerte und Medianwerte von Häufigkeiten zu Qualifizierungen in manuellen Techniken/Konzepten in der Altenpflege in der Gruppe stationär/teilstationär in 2012.....	47
Tabelle 23: Mittelwerte und Medianwerte von Häufigkeiten zu Qualifizierungen in manuellen Techniken/Konzepten in der Altenpflege in der Gruppe Ambulant in 2012	47
Tabelle 24: Bewertung der Ausstattung mit technischen Hilfsmitteln in der stationären/teilstationären Altenpflege in 2012	49
Tabelle 25: Bewertung der Ausstattung mit technischen Hilfsmitteln in der ambulanten Altenpflege in 2012.....	49
Tabelle 26: Kurzfristige Ziele mit entsprechender Maßnahmenplanung und Durchführung..	57
Tabelle 27: Mittelfristige Ziele mit entsprechender Maßnahmenplanung und Durchführung	57
Tabelle 28: Langfristige Ziele mit entsprechender Maßnahmenplanung und Durchführung	58
Tabelle 29: Übersicht kurzfristiger Maßnahmen im stationären Bereich.....	60
Tabelle 30: Übersicht mittelfristiger Maßnahmen im stationären Bereich	60
Tabelle 31: Übersicht langfristiger Maßnahmen im stationären Bereich.....	61
Tabelle 32: Übersicht kurzfristiger Maßnahmen im ambulanten Bereich.....	63
Tabelle 33: Übersicht mittelfristiger Maßnahmen im ambulanten Bereich	64
Tabelle 34: Übersicht langfristiger Maßnahmen im ambulanten Bereich.....	64
Tabelle 35: Übersicht der Kooperationspartner im ambulanten Bereich 2014	70
Tabelle 36: Übersicht der Kooperationspartner im stationären und teilstationären Bereich 2014	70
Tabelle 37: Soziodemografische Datenauswertung der Teilnehmer der stationären Altenpflegeeinrichtungen in 2014	72
Tabelle 38: Soziodemografische Datenauswertung der Teilnehmer der ambulanten Altenpflegeeinrichtungen in 2014	73
Tabelle 39: Durchschnitts- und Medianwerte zur Arbeitsfähigkeit der Pflegekräfte im stationären Bereich in 2014	75
Tabelle 40: Durchschnitts- und Medianwerte zur Arbeitsfähigkeit differenziert nach Berufsgruppen im stationären Bereich in 2014	76
Tabelle 41: Häufigkeitswerte und prozentuale Verteilung zwischen ABI und Alter in der Gruppe der stationären Altenpflege in 2014	77
Tabelle 42: Darstellung von Mittel- und Medianwerten des ABI für die ambulanten Einrichtungen in 2014.....	78
Tabelle 43: ABI differenziert nach Berufsgruppen für den ambulanten Bereich in 2014	79

Tabelle 44: Häufigkeitswerte und prozentuale Verteilung zwischen ABI und Alter in der Gruppe der ambulanten Altenpflege in 2014	81
Tabelle 45: Vergleich der durchschnittlichen Arbeitsfähigkeitswerte zwischen der stationären und ambulanten Altenpflege in 2014	82
Tabelle 46: Vergleich der Gruppen stationäre/teilstationäre und ambulante Altenpflege auf die Frage: "Was muss erfüllt sein, ...?" in 2014.....	84
Tabelle 47: Vergleich 2012 und 2014 der Gruppen stationäre/teilstationäre und ambulante Altenpflege auf die Frage: "Was muss erfüllt sein, ...?"	86
Tabelle 48: Übersicht zu Teilnehmerzahlen und Rücklauf der einzelnen Kurse	88
Tabelle 49: Soziodemografische Daten der Befragten in der Evaluierung zur Transferwirkung der Maßnahmen "Rückengesundheit..."	89
Tabelle 50: Darstellung der Ergebnisse des Frageteils zum Erlebten Nutzens der Fortbildung	90
Tabelle 51: Darstellung der Ergebnisse des Frageteils, welche der vermittelten ergonomischen Prinzipien in die Praxis in den Arbeitsalltag übernommen wurden.....	91
Tabelle 52: Übersicht der Ergebnisse des Fragebogenteils welche Gründe die Teilnehmer daran hindern, die erlernten Methoden anzuwenden	92
Tabelle 53: Darstellung der Ergebnisse des Fragebogenteils nach der subjektiv erlebten Wirkung der Fortbildung	93
Tabelle 54: Übersicht zu Teilnehmerzahlen und Rücklauf der einzelnen Kurse	96
Tabelle 55: Soziodemografische Daten der Befragten in der Evaluierung zur Transferwirkung der Maßnahme „...Umgang mit dementen Patienten"	96
Tabelle 56: Darstellung der Ergebnisse des Frageteils zum Erlebten Nutzens der Fortbildung	98
Tabelle 57: Übersicht der Ergebnisse des Fragebogenteils welche Gründe die Teilnehmer daran hindern, die erlernten Methoden anzuwenden	99
Tabelle 58: Darstellung der Ergebnisse des Frageteils Transfer der theoretisch besprochenen Fallbeispiele in die Praxis.....	100
Tabelle 59: Darstellung der Ergebnisse des Fragebogenteils nach der subjektiv erlebten Wirkung der Fortbildung	101

11 Anhang

11.1 Fragebogenteil des ABI: soziodemografische Daten

Fragebogen zur Arbeitsfähigkeit

Um anonym Vergleiche von heute mit Werten der Zukunft machen zu können, bitten wir Sie um ein unverwechselbares **Kennwort**, das nur für Sie erkennbar ist.

Das ist Ihr persönliches Kennwort für alle weiteren Fragebögen:

	= Anfangsbuchstabe des Vornamens der Mutter
	= Geburtsmonat des Vaters (zweistellig z.B. 02 für Februar)
	= Anfangsbuchstabe des eigenen Geburtsortes

In welchem Wohnbereich/Team/Station arbeiten Sie?

Zunächst einige Fragen zur Person

1	Alter	Jahre
---	-------	-------

2	Geschlecht	<input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> männlich
---	------------	---

3	Familienstand	<input type="checkbox"/> alleinlebend/ledig <input type="checkbox"/> zusammenlebend/verheiratet <input type="checkbox"/> verwitwet <input type="checkbox"/> geschieden
---	---------------	---

Fragen zur Berufsausübung

4	Auf welcher(n) Station/Bereich arbeiten Sie?	<input type="checkbox"/> ambulante Pflege <input type="checkbox"/> Stationäre Pflege
---	--	---

5	Seit wann arbeiten Sie bei Ihrem jetzigen Arbeitgeber?	_____ Jahr
---	--	------------

6	Welchen Beruf üben Sie dort aus?	<input type="checkbox"/> examinierte(r) Altenpfleger(in) <input type="checkbox"/> examinierte(r) Krankenpfleger(in) <input type="checkbox"/> Pflegehelfer(in) <input type="checkbox"/> Betreuungshelfer(in) <input type="checkbox"/> Hauswirtschaftler(in) <input type="checkbox"/> Auszubildende(r) <input type="checkbox"/> sonstiges:
---	----------------------------------	--

7	Wie lange üben Sie diese Tätigkeit (einschließlich Ausbildung) insgesamt schon aus (Pausen nicht mitgerechnet)?	_____ Jahre
---	---	-------------

8	Wie viele Stunden beträgt Ihre jetzige <u>durchschnittliche</u> Arbeitszeit?	_____ Stunden/Tag
	a) Wie viele Tage haben Sie seit Ihrer letzten Schichtpause am Stück bis einschließlich heute gearbeitet?	_____ Tage

9	Arbeiten Sie im Schichtdienst?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja ▼
	a) Wenn ja: welches Schichtsystem?	<input type="checkbox"/> Früh- und Spätdienst <input type="checkbox"/> nur Tagesdienst (ohne Wochenenden) <input type="checkbox"/> nur Nachtschicht <input type="checkbox"/> Dreierschicht (Früh-, Spät-, Nacht-) <input type="checkbox"/> andere Arbeitszeiten (bitte notieren):

Die Hälfte haben Sie schon geschafft!

Und jetzt geht es weiter mit dem **Fragebogen zur Arbeitsbewältigung!**

11.2 Interviewleitfaden

Aspekt	Nr.	Frage	Vorhanden		Bemerkungen
			ja	nein	
Übergeordnet	1	Setzen bestimmte Konzepte (Managementmethoden) in Ihrem Unternehmen um? (Balanced Scorecard, Umgang mit Risiken, derzeitige Veränderungsprozesse) Haben Sie einen Betriebsrat?			
	2	Haben Sie in Ihr Leitbild/ Unternehmensphilosophie Aspekte der Personalentwicklung/ des Betrieblichen Gesundheitsmanagement definiert?			
	3	Wie führen Sie? Wo sehen Sie Probleme in der Führung?			
	4	In der Altenpflege wird das Bezugspflegekonzept angestrebt. Können Sie dieses mit den Ihnen zur Verfügung stehenden Mitteln umsetzen?			
	5	Wurde für die Gesundheitsförderung ein Budget festgelegt?			
	6	Ist Ihr Unternehmen bezüglich der Entlohnung tarifgebunden? (Besteht eine Betriebsvereinbarung?)			
Fehlzeiten-analyse	7	Gehen Fehlzeiten in eine Statistik ein? <ul style="list-style-type: none"> • Wenn ja • Benutzen Sie eine bestimmte Software? • Welche Aspekte betrachten Sie? • Erfassen Sie Fehlzeiten und werten sie sie aus? 			
Arbeitszeit	8	Werden in Ihrem Unternehmen Arbeitszeitkonten geführt?			

Aspekt	Nr.	Frage	Vorhanden		Bemerkungen
			ja	nein	
	9	Werden die Überstunden statistisch geführt? Wenn ja: <ul style="list-style-type: none">• Wer ist dafür verantwortlich?			
	10	Werden die Bedürfnisse der Mitarbeiter in die Dienstplangestaltung einbezogen?			
Kennzahlen	11	Erhebt Ihr Unternehmen regelmäßig ausgewählte Kennzahlen, die neben gesundheits-/ krankheitsbezogenen Daten auch wirtschaftliche Faktoren berücksichtigen und bewerten? <ul style="list-style-type: none">• Krankheitskosten• Krankheitsfolgekosten• Umsatz pro Mitarbeiter• Kosten-Nutzen-Verhältnis umgesetzter Maßnahmen?• Fluktuationsrate• Kundenzufriedenheit• Beschwerden• Verbesserungsvorschläge			
Unfallstatistik	12	Werden in Ihrem Unternehmen Unfälle nach den Aspekten <ul style="list-style-type: none">• Häufigkeit• Schwere• Abteilung• Tätigkeiten erfasst und dokumentiert?			
Arbeitsfähigkeits-index	13	Kennen Sie das Konzept „Haus der Arbeitsfähigkeit“?			

Aspekt	Nr.	Frage	Vorhanden		Bemerkungen
			ja	nein	
Gesundheitsfördernde Maßnahmen	14	<p>Wurden bereits gesundheitsfördernde Maßnahmen eingeführt?</p> <ul style="list-style-type: none"> • Wenn ja, welche? • Mit welchem Partner? (Krankenkasse, BG) • Was gelang gut? • Wo gab es Schwierigkeiten? 			
	Ergonomie	15	<p>Sind in der Organisation Handlungsanweisungen zum ergonomischen Heben und Tragen von Patienten definiert?</p> <p>Wenn ja:</p> <p>Werden regelmäßig Sensibilisierungskurse und/oder Weiterbildungen angeboten?</p> <p>Wie ist die Nachfrage?</p>		
16		<p>Ist der Einsatz von Hilfsmitteln zum Heben und Tragen in den Pflegeabläufen verankert?</p> <p>Wenn ja</p> <ul style="list-style-type: none"> • In welcher Form? <p>Werden Weiterbildungen zur Verwendung von Hilfsmitteln angeboten/ wahrgenommen?</p> <ul style="list-style-type: none"> • Kinästhetik • Bobath 			
Suchtprävention	17	<p>Werden Ihre Mitarbeiter über Themen zur Raucher-Prävention informiert oder gibt es Unterstützungsangebote zur Raucher- Entwöhnung?</p>			

Aspekt	Nr.	Frage	Vorhanden		Bemerkungen
			ja	nein	
Gesunde Ernährung	18	Wird die gesunde Ernährung Ihrer Mitarbeiter durch Angebote gefördert? • Wenn ja, welche?			
Pausenregelung	19	Gibt es verbindliche Regelungen zu Pausen?			
Stressbewältigung	20	Haben Sie das Gefühl, Ihre MA haben Stress? Werden durch Ihre Organisation Angebote zur Bewältigung von Stress gegeben? • Wenn ja: • Welche? • Durch wen? → Kontakt			
Supervision	21	Bieten Sie Formen von Supervision an? • Wenn ja: • In welchem Turnus? • Wer führt sie durch → Kontakt			
Gesundheitszirkel	22	Werden Gesundheitszirkel durchgeführt? • Wenn ja • Wie oft? • Wer ist beteiligt? • Welche Ziele werden verfolgt?			
Erste Hilfe Kurse	23	Führen Sie regelmäßige Schulungen in Erster Hilfe durch? • Wie lange liegt der letzte Kurs zurück? • Wie erfolgt die Organisation der Kurse?			
betriebsärztliche Untersuchung	24	Arbeiten Sie mit einem/r Betriebsarzt/ärztin zusammen? • Wenn ja:			

Aspekt	Nr.	Frage	Vorhanden		Bemerkungen
			ja	nein	
		Name, Tel. Ansprechpartner <ul style="list-style-type: none"> • Wann fand die letzte Untersuchung statt? • Wird eine „Vorsorgekartei betriebsärztliche Untersuchung“ geführt? • Wurde eine Begehung durchgeführt? • Liegen Protokolle vor? Wenn ja: <ul style="list-style-type: none"> • Findet eine Auswertung statt? • Bezieht sich der Vertrag auf die DGUV 2? • Wird der Impfstatus der Beschäftigten regelmäßig überprüft? • Welche Daten liegen vor/sind nutzbar? 			
Belastungsanalysen Arbeitsplatzbegehungen Gefährdungsanalysen	25	Werden regelmäßig Arbeitsplatzbegehungen/ Gefährdungsanalysen durchgeführt? <ul style="list-style-type: none"> • Wenn ja • Durch wen? • Für welche Arbeitsplätze? 			
Fachkraft für Arbeitssicherheit	26	Arbeiten Sie mit einer Fachkraft für Arbeitssicherheit zusammen? Name, Kontakt:			
Arbeitssicherheitsausschuss (ASA)	27	Ist in Ihrem Unternehmen ein ASA eingerichtet? <ul style="list-style-type: none"> • Wenn ja: • In welchem Turnus tagt er? • Welche Personen gehören dem Ausschuss an? • Werden die Protokolle des 			

Aspekt	Nr.	Frage	Vorhanden		Bemerkungen
			ja	nein	
		Arbeitssicherheitsausschusses bearbeitet und weiterentwickelt?			
PE- Instrument Mitarbeiterbefragung	28	Geben Sie regelmäßig Rückmeldung an Ihre MA? Werden regelmäßig Mitarbeiterbefragungen durchgeführt? <ul style="list-style-type: none"> • Wenn ja: • Durch wen? • Wie oft? • Welche Schwerpunkte? • Sind die anonymisierten Daten/ Ergebnisse nutzbar? 			
PE- Instrument Mitarbeiter- beurteilung	29	Werden Leistungsbeurteilungen auf der Grundlage von Mitarbeitergesprächen durchgeführt?			
PE- Instrument Weiterbildungs- konzept	30	Werden Weiterbildungen kontinuierlich geplant und durchgeführt? <ul style="list-style-type: none"> • Wenn ja: • Sind WB im Budget geplant? • Wie sind diesbezüglich die Abläufe gestaltet? • Werden die Wünsche/Bedarfe der MA einbezogen? 			
Strategische Kompetenz- entwicklung	31	Gleichen Sie die Kompetenzen Ihrer Mitarbeiter mit der strategischen Planung ab und entwickeln auf diese Weise eine Weiterbildungsstrategie?			
Anforderungsprofile	32	Wenden Sie Anforderungsprofile zur Vorbereitung einer Stellenbesetzung an?			
Steigerung der Kompetenzen	33	Wird der Erwerb von Kompetenzen im Unternehmen gefördert?			

Aspekt	Nr.	Frage	Vorhanden		Bemerkungen
			ja	nein	
PE- Instrument Zielvereinbarung	34	Werden im Rahmen eines Führungsinstrumentes Zielvereinbarungen getroffen?			
PE- Instrument Einarbeitungs- konzept	35	Arbeiten Sie mit einem Einarbeitungskonzept? Sind darin Coaching/ Mentorin vorgesehen?			
Wiedereingliederung	36	Wird die Wiedereingliederung von Beschäftigten, die länger als 6 Wochen krank waren (nach § 84 Abs. 2 SGB IX), geregelt durchgeführt? Werden Rückkehrgespräche geführt? Liegt hierfür ein Konzept vor?			
Kommunikation	37	Wie erfolgt die Informationsweitergabe innerbetrieblicher Belange der GF an die Mitarbeiter?			
	38	Welche sonstigen fachlichen Austauschmöglichkeiten der Pflegekräfte bestehen regelmäßig? Qualitätszirkel, Interne Audits, Fallbesprechungen Wer nimmt daran teil? Wer steuert sie?			
	39	Auf Ihrer Webseite haben Sie ein Organigramm veröffentlicht. Ist es aktuell?			
QM- Instrumente/	40	Verfügen Sie über ein QMS?			

Aspekt	Nr.	Frage	Vorhanden		Bemerkungen
			ja	nein	
QMS		<ul style="list-style-type: none"> • Wenn ja: • Welches? 			
PE- Instrument Stellenbeschreibung	41	Verfügen Sie über aktuelle Stellenbeschreibungen?			
Fahrsicherheit	42	Wird die Fahrsicherheit regelmäßig trainiert?			
Ausstattung der Dienstwagen	43	Verfügen die Dienstwagen über <ul style="list-style-type: none"> • Klimaanlage • Höhenverstellbare Sitze • Navigationsgeräte • Jahreszeitengemäße Ausstattung? 			
Arbeitskleidung	44	Welche Regelungen existieren in Ihrem Unternehmen bezüglich der Arbeitskleidung? <ul style="list-style-type: none"> • Wird die Arbeitskleidung von den Mitarbeiter selbst gereinigt? • Sind bezüglich der Hygiene der Arbeitskleidung Regeln aufgestellt? 			

11.3 ABI Fragebogen-Kurzversion ohne soziodemografische Daten

Angaben zur Arbeitsbewältigung

w0) **Sind Sie bei Ihrer Arbeit ...**

vorwiegend geistig tätig?

vorwiegend körperlich tätig?

etwa gleichermaßen geistig und körperlich tätig?

w1) **Derzeitige Arbeitsfähigkeit im Vergleich zu der besten je erreichten Arbeitsfähigkeit.**

Wenn Sie Ihre beste je erreichte Arbeitsfähigkeit mit 10 Punkten bewerten: Wie viele Punkte würden Sie dann für Ihre derzeitige Arbeitsfähigkeit geben (0 bedeutet, dass Sie derzeit arbeitsunfähig sind)?

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

völlig arbeits-
unfähig

derzeit die beste
Arbeitsfähigkeit

w2) **Arbeitsfähigkeit in Bezug auf die Anforderungen der Arbeit**

Wie schätzen Sie Ihre derzeitige Arbeitsfähigkeit in Bezug auf die **körperlichen Arbeitsanforderungen** ein?

sehr gut ⑤

eher gut ④

mittelmäßig ③

eher schlecht ②

sehr schlecht ①

Wie schätzen Sie Ihre derzeitige Arbeitsfähigkeit in Bezug auf die **geistigen (psychischen) Arbeitsanforderungen** ein?

- sehr gut ⑤
- eher gut ④
- mittelmäßig ③
- eher schlecht ②
- sehr schlecht ①

w3) **Anzahl der aktuellen, vom Arzt diagnostizierten Krankheiten**

Kreuzen Sie in der folgenden Liste Ihre **aktuellen** Krankheiten oder Verletzungen an. Geben Sie bitte auch an, ob ein Arzt diese Krankheiten diagnostiziert oder behandelt hat.

- | | Diagnose
vom Arzt |
|------------------------|-----------------------|
| 0 Krankheiten | <input type="radio"/> |
| 1 Krankheit | <input type="radio"/> |
| 2 Krankheiten | <input type="radio"/> |
| 3 Krankheiten | <input type="radio"/> |
| 4 Krankheiten | <input type="radio"/> |
| 5 und mehr Krankheiten | <input type="radio"/> |

w4) **Geschätzte Beeinträchtigung der Arbeitsleistung durch die Krankheiten**

Behindert Sie derzeit eine Erkrankung oder Verletzung bei der Arbeit?

Falls nötig, kreuzen Sie bitte mehr als eine Antwortmöglichkeit an.

- Keine Beeinträchtigung / Ich habe keine Erkrankung. ⑥
- Ich kann meine Arbeit ausführen, habe aber Beschwerden. ⑤
- Ich bin **manchmal** gezwungen, langsamer zu arbeiten
oder meine Arbeitsmethoden zu ändern. ④
- Ich bin **oft** gezwungen, langsamer zu arbeiten
oder meine Arbeitsmethoden zu ändern. ③
- Wegen meiner Krankheit bin ich nur in der Lage, Teilzeitarbeit zu verrichten. ②
- Meiner Meinung nach bin ich völlig arbeitsunfähig. ①

w5) **Krankenstand in den vergangenen 12 Monaten**

Wie viele **ganze Tage** sind Sie auf Grund eines gesundheitlichen Problems (Krankheit, Unfall) in den letzten 12 Monaten der Arbeit ferngeblieben?

- überhaupt keine ⑤
- höchstens 9 Tage ④
- 10 – 24 Tage ③
- 25 – 99 Tage ②
- 100 – 365 Tage ①

w6) **Einschätzung der eigenen Arbeitsfähigkeit in zwei Jahren**

Glauben Sie, dass Sie, ausgehend von Ihrem jetzigen Gesundheitszustand, Ihre derzeitige Arbeit auch in den nächsten zwei Jahren ausüben können?

- unwahrscheinlich ①
- nicht sicher ④
- ziemlich sicher ⑦

w7) **Seelische, geistige Leistungsreserven**

Haben Sie in der letzten Zeit Ihre täglichen Aufgaben mit Freude erledigt?

- häufig ④
- eher häufig ③
- manchmal ②
- eher selten ①
- niemals ①

Waren Sie in letzter Zeit aktiv und rege?

- häufig / immer ④
- eher häufig ③
- manchmal ②
- eher selten ①
- niemals ①

Waren Sie in letzter Zeit zuversichtlich, was die Zukunft betrifft?

- häufig / ständig ④
- eher häufig ③
- manchmal ②
- eher selten ①
- niemals ①

28) **Können Sie sich vorstellen, bis zum regulären Pensions-/Rentenalter Ihren derzeitigen Beruf auszuüben?**

- JA, kann und will ①
- NEIN, kann nicht ①
- Weiß nicht ②
- NEIN, will nicht ③

29) **Was muss erfüllt sein, dass Sie bis zum regulären Pensions-/Rentenalter gerne und gesund arbeiten können?** Mehrfachantworten sind möglich.

- Unternehmens- und Arbeitsbedingungen sollen so bleiben wie bisher
- Verminderung körperlicher Arbeitsbelastungen, wie z.B.
- Verminderung seelischer Arbeitsbelastungen, wie z.B.
- Mehr inhaltliche Herausforderungen bei der Arbeit
- Bessere Arbeitsmöglichkeiten nach Erkrankung / bei körperlicher Beeinträchtigung
- Bessere Führung
- Höhere Entlohnung
- Mehr betriebliche Weiterbildungsmöglichkeiten
- Andere Arbeitszeiten wie
- Bessere betriebliche Gesundheitsversorgung
- Anderes:

11.4 Fragebogen zur Transferwirkung der Qualifizierungsmaßnahme „Rückengesundheit – Ergonomische Arbeitsweisen in der Altenpflege“

Liebe Teilnehmerin, lieber Teilnehmer,

nachdem wir Sie bereits unmittelbar nach Abschluss der Fortbildung „*Rückengesundheit-
Ergonomische Arbeitsweisen in der Altenpflege*“ zu Ihren Einschätzungen befragt haben, interessiert uns nun einige Monate später, welche Erfahrungen Sie in der Zwischenzeit gesammelt haben. Wir möchten mehr darüber erfahren, inwieweit Sie das Gelernte umsetzen und welche Wirkungen Sie damit erzielen konnten.

Alle Ihre Angaben werden streng vertraulich behandelt und die Ergebnisse der Evaluation werden nur in einer Form berichtet, die keine Rückschlüsse auf Angaben einzelner Personen zulässt.

Sie finden am Fragebogen einen Briefumschlag, in den Sie bitte nach Ausfüllen Ihren Fragebogen anonymisiert bei Ihrer Pflegedienstleitung abgeben können.

Wir möchten uns bereits jetzt herzlich für Ihre Unterstützung bedanken!

Allgemeine Angaben zu Ihrer Person

Die unten stehenden Fragen beziehen sich auf das Datum der Befragung, auf Ihr Alter, Ihr Geschlecht und Ihre Qualifikationen.

Datum der Befragung:

Alter in Jahren:

Geschlecht:

weiblich

männlich

Berufliche Qualifikation:

Haben Sie eine Grundausbildung in Kinästhetik oder Bobath?

ja

nein

Wann haben Sie an der Fortbildung „Rückengesundheit-Ergonomische Arbeitsweisen in der Altenpflege“ in Erfurt teilgenommen?

Monat _____ 2013

Die nachstehenden Fragen beziehen sich auf sämtliche Wirkungen und Effekte der Fortbildung „Rückengesundheit – Ergonomische Arbeitsweisen in der Altenpflege“, die Sie in dem Zeitraum nach der Fortbildung festgestellt haben.

Bitte geben Sie an, inwieweit die nachfolgenden Aussagen für Sie zutreffen.

1. Erlebter Nutzen der Fortbildung

trifft
völlig
zu

trifft
über-
wiegend
zu

teils/teils

trifft
wenig
zu

trifft
gar
nicht
zu

Ich habe bereits Anregungen und Methoden aus der Veranstaltung in der Praxis nutzen können.

Die Fortbildung hat mich dazu motiviert, Neues auszuprobieren.

Ich konnte viel von dem neu Gelernten in meinem Berufsalltag umsetzen.

2. Welche der in der Fortbildung vermittelten Inhalte und Methoden konnten Sie bereits anwenden bzw. umsetzen?

.....

.....

.....

.....

3. Welche ergonomischen Prinzipien haben Sie persönlich aus der Fortbildung in Ihren Arbeitsalltag übernommen?

	immer	meistens	manchmal	nie
Gewichtsverlagerung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gleithilfeneinsatz (Rutschbrett, Gleitmatte usw.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ausnutzung von Hebeln	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Berücksichtigung der richtigen Arbeitshöhe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Beachtung der individuellen Bewegungen des Patienten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nutzung von Hilfsmitteln (Kniewelle, Haltegürtel usw.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

4. Welche Gründe treffen für Sie zu, die erlernten Methoden nicht immer anzuwenden? (Mehrere Antworten sind möglich)

- trifft nicht zu, ich wende sie immer an
 - „alte Gewohnheiten“ sind stärker
 - zu wenig Zeit, über meinen Arbeitsstil nachzudenken
 - andere Konzepte/Techniken finde ich besser
- Wenn ja, welche?.....*
- die Patienten sind nicht immer zur Mitarbeit bereit
 - die Patienten sind meist mobil

- Platzmangel in den Patientenräumen/Wohnungen
- Mangel an geeigneten Hilfsmitteln
- Kollegenhilfe ist häufig schwierig zu organisieren
- ich fühle mich unsicher im Ausprobieren der neuen Techniken und Methoden
- ich fühle mich nicht ausreichend unterstützt durch die/den Vorgesetzte(n) und Kollegen
- sonstige Gründe:

5. Subjektiv erlebte Wirkungen der Fortbildung

trifft trifft teils/teils trifft trifft
völlig über- wenig gar
zu wiegend zu nicht
zu zu zu

Mein Rücken wird weniger belastet.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Die neuen Techniken helfen mir, mich körperlich zu entlasten.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich kann besser einschätzen, was ich mir körperlich zumuten kann.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich nehme bewusster die Bewegungen des Patienten wahr.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich kann mich besser in die Lage des Patienten versetzen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Die Patienten nehmen die neu erlernten Techniken gut an und unterstützen meine Arbeit.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

6. Haben Sie Verbesserungsvorschläge für die Umsetzung der Inhalte aus der Fortbildung „Rückengesundheit- Ergonomische Arbeitsweisen in der Altenpflege“?

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Herzlichen Dank für Ihre Mitarbeit!

11.5 Fragebogen zur Transferwirkung der Qualifizierungsmaßnahme „Theoretische und praktische Qualifizierung von Altenpflegekräften im Umgang mit dementen Patienten“

Liebe Teilnehmerin, lieber Teilnehmer,

nachdem wir Sie bereits unmittelbar nach Abschluss der Qualifizierungsreihe „Demenz“ zu Ihren Einschätzungen befragt haben, interessiert uns nun einige Monate später, welche Erfahrungen Sie in der Zwischenzeit gesammelt haben. Wir möchten mehr darüber erfahren, inwieweit Sie das Gelernte umsetzen und welche Wirkungen Sie damit erzielen konnten.

Alle Ihre Angaben werden streng vertraulich behandelt und die Ergebnisse der Evaluation werden nur in einer Form berichtet, die keine Rückschlüsse auf Angaben einzelner Personen zulässt.

Sie finden am Fragebogen einen Briefumschlag, in den Sie bitte nach Ausfüllen Ihren Fragebogen anonymisiert bei Ihrer Pflegedienstleitung abgeben können.

Wir möchten uns bereits jetzt herzlich für Ihre Unterstützung bedanken!

Allgemeine Angaben zu Ihrer Person

Die unten stehenden Fragen beziehen sich auf das Datum der Befragung, auf Ihr Alter, Ihr Geschlecht und Ihre Qualifikationen.

Datum der Befragung:

Alter in Jahren:

Geschlecht:

weiblich

männlich

Berufliche Qualifikation:

Hatten Sie bereits eine Weiterbildung zum Krankheitsbild Demenz und im Umgang mit Demenzkranken vor dieser Qualifizierung?

ja nein

Wann haben Sie an der Qualifizierungsreihe „Demenz“ in Neudietendorf teilgenommen?

Monate _____ 2013

Die nachstehenden Fragen beziehen sich auf sämtliche Wirkungen und Effekte der Qualifizierungsreihe „Demenz“, die Sie in dem Zeitraum nach der Fortbildung festgestellt haben.

Bitte geben Sie an, inwieweit die nachfolgenden Aussagen für Sie zutreffen.

1. Erlebter Nutzen der Fortbildung

trifft völlig zu	trifft über- wiegend zu	teils/teils	trifft wenig zu	trifft gar nicht zu
------------------------	----------------------------------	-------------	-----------------------	------------------------------

Ich habe neue Inhalte zum Krankheitsbild Demenz erfahren.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich habe neue Behandlungsansätze zum Umgang mit dementiell Erkrankten kennengelernt.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich habe bereits Anregungen und Methoden aus der Veranstaltung in der Praxis nutzen können.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Die Fortbildung hat mich dazu motiviert, Neues auszuprobieren.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich konnte viel von dem neu Gelernten in meinem Berufsalltag umsetzen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

2. Welche der in der Fortbildung vermittelten Inhalte und Methoden konnten Sie bereits anwenden bzw. umsetzen?

.....
.....
.....
.....

3. Welche Gründe treffen für Sie zu, die erlernten Methoden nicht immer anzuwenden? (Mehrere Antworten sind möglich)

- trifft nicht zu, ich wende sie immer an
- „alte Gewohnheiten“ sind stärker
- zu wenig Zeit, um die neuen Konzepte/Techniken anzuwenden
- andere Konzepte/Techniken finde ich besser

*Wenn ja,
welche?.....*

- die Patienten sind nicht immer zur Mitarbeit bereit
- ich fühle mich unsicher im Ausprobieren der neuen Techniken und Methoden
- ich fühle mich nicht ausreichend unterstützt durch die/den Vorgesetzte(n) und Kollegen

- sonstige Gründe:
.....

4. Transfer der theoretisch besprochenen Fallbeispiele in die Praxis

trifft
völlig
zu

trifft
über-
wiegend
zu

teils/teils

trifft
wenig
zu

trifft
gar
nicht
zu

Die Vorstellung praktischer Fallbeispiele in der Qualifizierung hat mir auch typische Situationen aus meinem Arbeitsalltag aufgezeigt.

Ich konnte die gemeinsam erarbeiteten Lösungsansätze der vorgestellten Fallbeispiele in meine tägliche Arbeit mit dementiell erkrankten Patienten übertragen.

Ich habe Schwierigkeiten, die vorgeschlagenen Ansätze zur Konfliktvermeidung und Konfliktlösung im Umgang mit Demenzkranken in meine tägliche Arbeit zu übernehmen.

5. Subjektiv erlebte Wirkungen der Fortbildung

trifft
völlig
zu

trifft
über-
wiegend
zu

teils/teils

trifft
wenig
zu

trifft
gar
nicht
zu

Die neuen Techniken helfen mir, mich in der Arbeit mit Demenzkranken psychisch zu entlasten.

Ich kann besser das Verhalten dementer Patienten einschätzen.

Ich kann mich besser in die Lage des Patienten versetzen.

Ich kann angemessener auf misstrauische, aggressive demente Patienten reagieren.

Die Arbeit bzw. der Umgang mit dementen Patienten hat sich durch die neu erlernten Techniken positiv verändert.

Weitere subjektiv erlebte Wirkungen im Umgang mit dementiell Erkrankten seit der Fortbildung:

.....
.....
.....
.....
.....

6. Haben Sie Verbesserungsvorschläge für die Umsetzung der Inhalte aus der Qualifizierungsreihe „Demenz“?

.....
.....
.....
.....

Herzlichen Dank für Ihre Mitarbeit!