

Master Thesis

**Erfolgsfaktoren und Spannungsbereiche eines
Betrieblichen Gesundheitsmanagements in
stationären Altenpflegeeinrichtungen**

Betrachtung aus der Perspektive der
Verantwortlichen und Beschäftigten

Vorgelegt von: Mareike Bührs

Matrikelnummer: 20123111

Erstgutachterin: Frau Prof. Dr. Gudrun Faller

Zweitgutachter: Herr Prof. Dr. Rahim Hajji

Abgabedatum: 06. April 2015

Inhaltsverzeichnis

Abbildungsverzeichnis	I
Tabellenverzeichnis	I
Abkürzungsverzeichnis	II
Zusammenfassung.....	III
Abstract	V
1 Einleitung	1
2 Das Betriebliche Gesundheitsmanagement in der stationären Altenpflege.....	3
2.1 Setting stationäre Altenpflegeeinrichtung	3
2.1.1 Zur Situation in der stationären Altenpflege	3
2.1.2 Arbeitsbedingte gesundheitliche Belastungen und Ressourcen	4
2.2 Grundlagen der Gesundheitsförderung im betrieblichen Kontext	12
2.2.1 Entwicklung und Konzepte.....	12
2.2.2 Rahmenbedingungen für eine erfolgreiche Umsetzung.....	18
2.2.3 Erfolgsfaktoren und Spannungsbereiche bei der Realisierung eines Betrieblichen Gesundheitsmanagements.....	27
2.3 Situation der betrieblichen Gesundheitsförderung in der Altenpflege	30
3 Das Modellprojekt – BONAS	33
3.1 Projektziele und -aufbau	33
3.2 Projektumsetzung	35
4 Ziel und Fragestellung.....	38
5 Methodisches Vorgehen	39
5.1 Qualitative Sozialforschung.....	39
5.2 Zugang zum Feld und Sampling	42
5.3 Der Interviewleitfaden	44
5.4 Die Durchführung der Fokusgruppeninterviews	46
5.5 Das Verfahren der Datenauswertung	48
6 Darstellung der Ergebnisse	52
6.1 Erörterung der einzelnen Kategorien.....	53
6.1.1 Verstetigung des BGM durch einen systematischen Prozess mit strategischer Fokussierung.....	53
6.1.2 Kritischer Einsatz knapper Ressourcen.....	57
6.1.3 Den BGM-Prozess durch Transparenz verstehen und erleben	59
6.1.4 Prozesslenkung durch eine externe Beratung.....	66
6.1.5 Nachhaltige Umsetzung durch strukturelle und personelle Beständigkeit.....	68
6.1.6 Gesundheitsbeeinflussende Rahmenbedingungen	71

6.1.7 Erleben von Anerkennung und Geringschätzung	73
6.2 Synthese der Kategorien.....	74
7 Diskussion	77
7.1 Ergebnisdiskussion	77
7.2 Methodische Einschränkungen und kritische Reflexion der Arbeit	83
8 Konsequenzen für die betriebliche Praxis – Handlungsempfehlungen.....	86
8.1 Handlungsfeld 1 Unternehmenskultur	86
8.2 Handlungsfeld 2 Transparenz	88
8.3 Handlungsfeld 3 Nachhaltigkeit gewährleisten	92
9 Schlussfolgerung	94
Literaturverzeichnis	i
Anhangsverzeichnis	vii
Erklärung	x

Um die Lesbarkeit zu gewährleisten, wird ausschließlich die weibliche Form verwendet, da in der stationären Langzeitversorgung überwiegend Frauen arbeiten. Männer sind selbstverständlich mitgemeint.

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Der betriebliche Gesundheitsförderungsprozess (GKV-Spitzenverband 2014, S. 73).....	20
Abbildung 2: Organisation- und OE-Struktur: Spannungsverhältnis bei Veränderungsprozessen (Schiersmann & Thiel 2014, S. 41).....	22
Abbildung 3: Akteure des Steuerungsgremiums (eigene Darstellung nach GKV- Spitzenverband 2014, S. 74; Walter 2007, S. 198–199)	23
Abbildung 4: Hürden im Rahmen von BGM (Bechmann et al. 2010, S. 17).....	28
Abbildung 5: BONAS-Projekttablauf im Überblick (AOKN 2012)	34
Abbildung 6: Das Bewertungsmodell des BONAS-Projekts, angelehnt an das EFQM-Modell (AOKN 2013, S. 5).....	37
Abbildung 7: Zielsetzung der Forschungsarbeit, eigene Darstellung	39
Abbildung 8: Kriterien zur Auswahl der Stichprobe.....	43
Abbildung 9: Der BGM-Prozess als Weg.....	45
Abbildung 10: Kommunikationssituation Interview 6, eigene Darstellung	47
Abbildung 11: Übersicht der einzelnen Auswertungsschritte, eigene Darstellung	49
Abbildung 12: Screenshot des Computerprogramms MAXQDA©	51
Abbildung 13: Kodierparadigma nach Strauss, eigene Darstellung nach Strübing (2004, S. 27)	52
Abbildung 14: Kategorien zu Erfolgsfaktoren und Spannungsbereichen im BGM, eigene Darstellung.....	53
Abbildung 15: Beziehungen der einzelnen Kategorien zur Kernkategorie, eigene Darstellung.....	75

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Widerstände einzelner Gruppen aus Sicht der Experten (Meyer 2008, S. 34–36).....	29
--	----

Abkürzungsverzeichnis

AB-Coaching	<i>Arbeitsbewältigungs-Coaching</i>
AOKN	<i>Allgemeine Ortskrankenkasse Niedersachsen</i>
ASA	<i>Arbeitssituationsanalyse</i>
BAuA	<i>Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin</i>
BGF	<i>betriebliche Gesundheitsförderung</i>
BGM	<i>Betriebliches Gesundheitsmanagement</i>
BIBB	<i>Bundesinstitut für Berufsbildung</i>
BONAS	<i>Bonusregelungen für ambulante und stationäre Pflegeeinrichtungen</i>
BZgA	<i>Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung</i>
DBfK	<i>Deutscher Berufsverband für Pflegeberufe</i>
EFQM	<i>European Foundation for Quality Management</i>
ENWHP	<i>European Network for Workplace Health Promotion</i>
FZG	<i>Forschungszentrum für Generationenverträge</i>
GKV	<i>Gesetzliche Krankenversicherung</i>
INQA	<i>Initiative Neue Qualität der Arbeit</i>
IPP	<i>Institut für Public Health und Pflegeforschung</i>
KMU	<i>kleine und mittlere Unternehmen</i>
NEXT-Studie	<i>nurses' early exit study</i>
OE	<i>Organisationsentwicklung</i>
PDCA	<i>Plan-Do-Check-Act</i>
QDA	<i>qualitative Datenanalyse</i>
SGB	<i>Sozialgesetzbuch</i>
SOCOHS	<i>Social Capital and Occupational Health Standard</i>
UB BGM	<i>Unternehmensbereich Betriebliches Gesundheitsmanagement</i>
WHO	<i>World Health Organisation</i>
WIdO	<i>Wissenschaftliches Instiut der AOK</i>

Zusammenfassung

Hintergrund: Die Versorgungssituation in der Pflegebranche ist alarmierend. Mehr Pflegebedürftige müssen aufgrund des demografischen Wandels und durch das Fehlen von Nachwuchskräften von weniger und älter werdenden Fachkräften gepflegt werden. Die prekäre Lage verstärkt sich durch die gesundheitliche Belastung der Pflegenden. Besonders organisationsbezogene Belastungsfaktoren, aber auch hohe körperliche und emotionale Anforderungen kennzeichnen den Arbeitsalltag. Diese Belastungsfaktoren führen zu überdurchschnittlich hohen Werten des Krankenstandes. Um der prekären Situation in Altenpflegeeinrichtungen zu begegnen, bietet die gesundheitsfördernde Organisationsentwicklung ein mögliches Konzept. In einem Modellprojekt begleitet ein Beratungsteam der Allgemeinen Ortskrankenkasse Niedersachsen (AOKN) über vier Jahre 23 Pflegeeinrichtungen in Niedersachsen, um ein einrichtungsspezifisches, pflegebranchen-kompatibles Betriebliches Gesundheitsmanagement-System (BGM) aufzubauen. Ziel der Arbeit ist es, Erfolgsfaktoren und Spannungsbereiche bei der Implementierung und Verstetigung eines BGM in den Altenpflegeeinrichtungen zu identifizieren sowie deren Wirkungen auf BGM-Verantwortliche und Beschäftigten herauszustellen, um Handlungsempfehlungen für die weitere betriebliche Praxis zu eruiieren.

Methodik: Die Fragestellung wird qualitativ mittels leitfadengestützten Fokusgruppeninterviews untersucht. Für die Interviews werden in drei stationären Altenpflegeeinrichtungen jeweils die BGM-Verantwortlichen sowie eine Gruppe von Beschäftigten aus den unterschiedlichen Funktionsbereichen der Einrichtung befragt. Ergänzend wird ein Einzelinterview mit einer Geschäftsleitung durchgeführt, sodass insgesamt sieben Interviews in transkribierter Form vorliegen. Zur Auswertung dient die Methode der *Grounded Theory* nach Strauss und Corbin (1996) sowie das Programm MAXQDA© 11.

Ergebnisse: Besonders das Erleben von Anerkennung und Geringschätzung hat einen großen Einfluss auf die Umsetzung eines BGM-Systems. Werden Mitarbeiterinnen als Experten für ihre Gesundheit ernst genommen und stehen Beschäftigte durch einen mitarbeiterorientierten Führungsstil im Fokus aller Bestrebungen, kann eine erfolgreiche Implementierung des BGM-Prozesses gelingen. Unterstützt wird eine anerkennende Unternehmenskultur durch eine echte Partizipation sowie eine kontinuierliche, direkte und ehrliche Kommunikation. Geringe Partizipation, erlebter Zwang, unzureichende und nicht auf die unterschiedlichen Zielgruppen angepasste Kommunikation wirken hemmend. Als problematisch für eine Beteiligung der Mitarbeiterinnen und für die ge-

nerelle Umsetzung des Projekts erweist sich die starke Beanspruchung durch die Bewältigung des Alltagsgeschäfts, sodass Zusatzaufgaben nur schwer zu erfüllen sind. Die von der AOKN geforderte Evaluation erweist sich durch die geforderte strategische Fokussierung als förderlich, auch wenn teilweise der hohe bürokratische Aufwand kritisiert wird. Als besonders hilfreich wird der von der externen Beratung ausgehende disziplinierende Druck empfunden. Das BGM nach vier Jahren ohne externe Begleitung fortzuführen wird als große Herausforderung gesehen. Für die Verstetigung über das Modellprojekt hinaus ist eine formulierte Gesundheitspolitik sowie die Benennung einer Gesundheitsbeauftragten als förderlich zu betrachten.

Handlungsempfehlungen: Um langfristig erfolgreich die Belastungen der Beschäftigten zu reduzieren, um gesundheitsfördernde Ressourcen zu stärken und Gesundheit und Leistungsfähigkeit zu verbessern lassen sich aus den Ergebnissen folgende Empfehlungen ableiten: Maßnahmen zur Verbesserung der Unternehmenskultur und Transparenz durch stärkere Partizipation und Kommunikation; Maßnahmen zur Verbesserung der Nachhaltigkeit.

Schlussfolgerung: Die vorliegende Analyse zeigt, dass bei der Implementierung und Verstetigung eines BGM-Prozesses in Altenpflegeeinrichtungen vielfältige hemmende und fördernde Faktoren vorliegen. Die Ergebnisse der Fokusgruppeninterviews bestätigen zwar größtenteils die aus der Literatur bekannten Faktoren. Diese werden durch den partizipativen Erhebungsansatz jedoch auf das BONAS-Projekt spezifiziert, sodass das Vorgehen konkrete Verbesserungsvorschläge und passgenauer Handlungsempfehlungen für den BGM-Prozess in den stationären Altenpflegeeinrichtungen sowie für die Weiterentwicklung des Konzepts zum BONAS-Projekt ermöglicht.

Abstract

Background: The treatment situation in caring sectors is alerting. An increasing number of care recipients have to be cared for from less and older professionals due to the demographic change and the absence of junior employees. The health load situation of the caregiver increases the precarious condition. Especially organizational load factors but also high physical and emotional demands indicate the daily work. These load factors lead to outstanding high data in sickness absence rates. In order to face the precarious situation in elderly care settings the health enhancing organizational development offers a possible concept. A team of advisors of the “Allgemeine Ortskrankenkasse Niedersachsen” (AOKN) accompanies twenty-three caring institutions in Lower Saxony for four years in a model project. Their aim is to set up an institution specific and in the caring sector compatible workplace health management system. The goal of this thesis is to identify the factors of success and the tension range for the implementation and the continuation of a workplace health management in elderly care settings. Moreover the model project aims at the exposure of the impact on workplace health management authorities and employees in order to determine guidance for further operational work.

Method: The question will be qualitatively analyzed through guided focus group interviews. Separate interviews in three stationary elderly home settings are held where workplace health management authorities as well as a group of employees of the different functional areas of the institution are interrogated. Additionally a single interview with the management will be conducted, so that there are seven transcribed interviews present. The Grounded Theory Method based on Strauss and Corbin (1996) as well as the program MAQDA© is taken for evaluation.

Results: Especially the experience of appreciation and contempt has a great influence on the realization of a workplace health management system. An implementation of a workplace health management process can be successful if the employees are taken seriously for their professional health care and if they are in the focus of attempts due to an employee oriented leadership. A recognizing business culture will be supported due to a real participation and a continuous, straight, and honest communication. Minor participation, experienced force, inadequate and unadjusted communication within the different target groups appear obstructive. The intense strain conditioned by the accomplishment of everyday business turns out to be problematic for the participation of the employees and for the overall realization of the project, with the result that additional tasks are difficult to fulfill. The evaluation by the AOKN proves to be conducive

for the strategic concentration as stipulated even though the high bureaucratic effort is partly criticized. The disciplining pressure from external advice is perceived to be especially helpful. Continuing the workplace health management after four years without external company is seen as a huge challenge. The nomination of a person in charge for health care is conducive to the continuation beyond the model project.

Recommended course of action: In order to reduce the load of employees successfully in the long run, to strengthen the health-promoting resources and health as well as to improve the performance, the following recommendations can be derived from the results: methods to improve the business culture and transparency with intensified participation and communication; methods to improve the sustainability.

Conclusion: The present analysis shows that varied inhibiting and promoting factors exist in the implementation and the continuation of an occupational health management process in elderly care settings. The results of the focus group interviews mostly confirm the factors descended from literature. Nevertheless the acquired findings are specified by the participatory approach to the model project so that the approach makes specific suggestions for improvement and precise recommendations for the occupational health management in elderly care settings as well as for the development of the concept for the model project from the AOKN.

1 Einleitung

Die Versorgungssituation in der Pflegebranche ist besorgniserregend. Die Pflegefälle werden sich in Deutschland bis zum Jahr 2050 verdoppeln, gleichzeitig wird das Angebot der qualifizierten Pflegekräfte sinken (Hackmann & Moog 2008, S. 19). Dementsprechend prognostizieren Afentakis und Maier (2010, S. 998) bis 2025 einen Arbeitskräftemangel von 193.000 Pflegevollkräften. Durch den demografischen Wandel wird sich besonders in der Altenpflege der Fachkräftemangel drastisch bemerkbar machen. Der Altersdurchschnitt der Pflegekräfte steigt und junge Nachwuchskräfte sind schwierig zu finden (Kleina et al. 2012, S. 418).

Die dramatische Situation in der Pflegebranche spiegelt sich auch in den hohen Werten der Arbeitsunfähigkeitsstatistik wider. Starke emotionale, psychische und physische Belastungen der Pflegekräfte führen vermehrt zu körperlichen und psychischen Erschöpfungszuständen (Berger et al. 2003; Brause et al. 2015; Hasselhorn & Müller 2004; Kleina et al. 2012; Meyer 2014; Simon et al. 2005). Durch die genannten Aspekte, sind besonders Altenpflegeeinrichtungen darauf angewiesen, dass ihre Beschäftigten nicht frühzeitig aus dem Beruf aussteigen, sondern möglichst lange motiviert und leistungsfähig bleiben.

Um der prekären Situation in Altenpflegeeinrichtungen zu begegnen und die Beschäftigten in ihrer Gesundheit, Leistungsfähigkeit und Motivation zu unterstützen, ist die Einführung eines Betrieblichen Gesundheitsmanagements (BGM) im Sinne einer gesundheitsfördernden Organisationsentwicklung (OE) eine mögliche Strategie (Faller & Reinboth 2011, S. 240). Organisationen haben die Möglichkeit gesundheitsförderliche Potenziale zu erschließen und gesundheitsschädliche Faktoren zu minimieren, wenn sie sich auf eine systematische Gesundheitsförderung einlassen (Pelikan 2007, S. 80). Derzeit werden in der Pflegebranche diesbezüglich verschiedene Lösungsstrategien diskutiert und erprobt.

Die AOKN konzipierte ein Modellprojekt (Bonusregelungen für ambulante und stationäre Pflegeeinrichtungen - BONAS), bei dem 23 ambulante und stationäre Pflegeeinrichtungen in Niedersachsen Beratungsleistungen über vier Jahre erhalten, die dem Aufbau und der Etablierung eines einrichtungsspezifischen, pflegebranchen-kompatiblen BGM-Systems dienen. Weitere Ziele des Projekts bestehen darin, Belastungen der Beschäftigten zu identifizieren, diese nachhaltig zu reduzieren, gesundheitsfördernde Ressourcen zu stärken und Gesundheit sowie Leistungsfähigkeit zu verbessern. Mithilfe einer externen Begleitung werden nachhaltige Strukturen unter der Beteiligung der Geschäftsführung, dem Betriebsrat, den Funktionsbereichen und weiteren wichtigen Akteuren etabliert, die im Sinne eines Plan-Do-Check-Act-Zyklus (PDCA-Zyklus) lang-

fristige Prozesse einführen. Trotz der erfolgversprechenden Rahmenbedingungen variiert die Umsetzungsqualität in den verschiedenen Altenpflegeeinrichtungen nach dem ersten abgeschlossenen Projektzyklus.

In der Literatur werden allgemeine förderliche und hinderliche Implementationsfaktoren von Kliche, Kröger und Meister (2010), Bechmann et al. (2010) und Meyer (2008) analysiert. Spezifische Ergebnisse zur Altenpflegebranche liefert eine Studie von Brause et al. (2010). Die vorliegenden Studien zeigen ein breites Spektrum an allgemeinen fördernden und hemmenden Faktoren bei der Implementierung eines BGM auf. Auf Basis dieser Kenntnisse erfolgt eine partizipative Analyse, um eine spezifische Weiterentwicklung des BGM in den Altenpflegeeinrichtungen sowie eine Optimierung des BONAS-Projekts zu erreichen.

Die vorliegende Arbeit verfolgt somit das Ziel, spezifische Erfolgsfaktoren und Spannungsbereiche bei der Implementierung und Verstetigung eines BGM in stationären Altenpflegeeinrichtungen in einem qualitativen Design zu identifizieren sowie dessen Wirkungen auf die BGM-Verantwortlichen und die Mitarbeiterinnen herauszustellen. Darüber hinaus werden Handlungsempfehlungen für die betriebliche Weiterentwicklung des BGM und für die Optimierung des BONAS-Projekts eruiert. Durch die Arbeit wird eine Reflexion nach Ablauf des ersten von drei extern begleiteten Projektzyklen des Modellprojekts ermöglicht, sodass die Ergebnisse den weiteren Verlauf des Prozesses positiv beeinflussen können.

Hierzu wird im theoretischen Teil dieser Arbeit zunächst im Kapitel 2.1 das Setting der stationären Altenpflegeeinrichtung in Bezug auf die aktuelle Situation dargestellt. Ein Schwerpunkt liegt in diesem Kapitel auf den arbeitsbedingten Belastungen und Ressourcen, um einen umfangreichen Überblick über die Gesundheitssituation der Beschäftigten zu erhalten. Zur Verdeutlichung der Komplexität der verschiedenen Konzepte hinsichtlich der Gesundheitsförderung im betrieblichen Kontext wird anschließend in Kapitel 2.2 auf die Entwicklung, erfolgversprechende Rahmenbedingungen sowie auf Forschungsergebnisse zu Erfolgsfaktoren und Spannungsbereichen bei der Realisierung der Gesundheitsförderung im betrieblichen Kontext eingegangen. Eine Darstellung der Situation der betrieblichen Gesundheitsförderung in der Altenpflege schließt das Kapitel 2 ab. Das Kapitel 3 stellt das Modellprojekt-BONAS der AOKN mit den Projektzielen und dem Projektaufbau sowie der Projektumsetzung vor. Anschließend erfolgt der empirische Teil dieser Arbeit, in dem zunächst in Kapitel 4 das Ziel und die Fragestellungen erläutert und in Kapitel 5 das methodische Vorgehen dargestellt werden. Die Ergebnisse werden in Kapitel 6 erörtert. In der Diskussion werden die Hauptergebnisse der Untersuchung kritisch bewertet und in den Kontext des aktuellen

Wissenstandes eingeordnet. Zudem erfolgt eine Darstellung der methodischen Einschränkung und kritische Reflexion der Arbeit. Abgeleitet aus den Ergebnissen werden im achten Kapitel Konsequenzen für die betriebliche Praxis in Form von Handlungsempfehlungen ausgesprochen. Die Arbeit schließt mit Schlussfolgerungen in Kapitel 9 ab.

2 Das Betriebliche Gesundheitsmanagement in der stationären Altenpflege

2.1 Setting stationäre Altenpflegeeinrichtung

Dem demografischen Wandel wird mit seinen Auswirkungen auf die gesellschaftliche Entwicklung in der Öffentlichkeit stetig mehr Aufmerksamkeit geschenkt. Die Politik reagiert auf die Entwicklung beispielsweise mit dem Ersten Pflegestärkungsgesetz - PSG I, das zum 01.01.2015 in Kraft getreten ist. Mit einem Pflegevorsorgefonds soll für die zu erwartenden hohen Kosten ab dem Jahr 2035, wenn die geburtenstarken Jahrgänge ins Pflegealter kommen, vorgesorgt werden (Erstes Pflegestärkungsgesetz - PSG I). Offen ist jedoch nicht nur die Frage der zukünftigen Finanzierbarkeit dieses Versicherungszweiges, sondern auch die Frage, inwiefern ausreichend Fachkräfte zur Verfügung stehen. Um einen Einstieg in das Setting der Altenpflege zu bieten, werden folgende Ausführungen die Situation der Beschäftigten sowie deren gesundheitliche Belastungen und Ressourcen schildern.

2.1.1 Zur Situation in der stationären Altenpflege

Das Forschungszentrum für Generationenverträge (FZG) berechnet eine Verdopplung der Pflegefälle von 2,1 Millionen im Jahr 2008 auf etwa 4,4 Millionen im Jahr 2050 (Hackmann & Moog 2008, S. 19). Parallel zu diesem gravierenden Anstieg sinkt das Angebot der qualifizierten Pflegekräfte. Besonders in der Altenpflege steigt die Anzahl der Pflegefälle bis 2050 um voraussichtlich 270 Prozent, wohingegen die Altenpflegekräfte lediglich um 30 Prozent zunehmen werden (Knüppel 2012, S. 2). Das statistische Bundesamt prognostiziert bis 2025 nach einer Status-quo-Prognose einen Arbeitskräftemangel von 193.000 Pflegevollkräften (Afentakis & Maier 2010, S. 998). Doch nicht erst im Jahr 2025 werden die Folgen des demografischen Wandels auf dem Pflegearbeitsmarkt zu spüren sein. Schon heute meldet die Bundesagentur für Arbeit lediglich 39 arbeitslose Altenpflegefachkräfte auf 100 gemeldete Stellen (Bundesagentur für Arbeit 2014, S. 8).

Analog zum Anstieg der Pflegefälle steigt der Altersdurchschnitt der Pflegekräfte. 28 Prozent der Beschäftigten in der Pflege sind mittlerweile 50 Jahre und älter. Zugleich sank der Anteil der unter 35-Jährigen von 37 Prozent im Jahr 2001 auf 31 Prozent im Jahr 2011 (Kleina et al. 2012, S. 418). Einen gegenläufigen Trend durch die Gewinnung von motivierten, jungen und qualifizierten Pflegekräften zu erzielen, wird vom schlechten Image der Pflege erschwert. Das Institut für Public Health und Pflegeforschung (IPP) hat für eine Imagekampagne die Einstellungen von Schülerinnen und Schülern der achten bis zehnten Klasse (n = 472) sowie deren Eltern (n = 82) zur möglichen Ergreifung eines Pflegeberufes untersucht. Demnach haben Pflegeberufe momentan sowohl für die Schülerinnen und Schüler als auch für deren Eltern ein eher negatives Image. Besonders die Altenpflege wird von den Schülerinnen und Schülern explizit als „Out“ - Beruf gezählt (Görres et al. 2010, S. 4). Entsprechend einer Meinungsumfrage des Deutschen Berufsverbandes für Pflegeberufe (DBfK), schätzen die Beschäftigten der stationären Altenpflege selbst das Image der Pflegeberufe in Deutschland mit 86,9 Prozent als schlecht bis sehr schlecht ein (Tackenberg, Knüppel & Wagner 2009, S. 19).

Neben den Herausforderungen in Bezug auf den Fachkräftemangel stehen die Altenpflegeeinrichtungen vor strukturellen und konzeptionellen Veränderungen. Es gilt das Prinzip *ambulant vor stationär*. Der überwiegende Teil der Pflegebedürftigen (70 Prozent) wird zu Hause versorgt. Diese positive Entwicklung hat jedoch schwerwiegende Folgen für stationäre Altenpflegeeinrichtungen. Im ursprünglichen Sinn wurden diese für ein Wohnen in relativer Gesundheit konzipiert und nicht für Nutzerinnen im Spätstadium chronischer Krankheit. Aufgrund der noch oft ausbleibenden Anpassung, kann dies zu Beeinträchtigungen der Arbeitszufriedenheit und Gesundheit der Beschäftigten führen (Kleina et al. 2012, S. 7).

Diese Situationsanalyse zeigt, dass der Fachkräftemangel in der Pflege noch zusätzlich durch ihr schlechtes Image belastet wird, sodass immer mehr Pflegebedürftige von immer weniger und älter werdenden Fachkräften gepflegt werden müssen. Neben diesen Auswirkungen verstärkt die gesundheitliche Belastung der Pflegenden, wie sie im Folgenden differenziert dargestellt wird, die Problematik.

2.1.2 Arbeitsbedingte gesundheitliche Belastungen und Ressourcen

Die Zusammenhänge zwischen Arbeit und Gesundheit sind vielfältig und beeinflussen sich auf unterschiedlichen Ebenen. Menschen verbringen einen beträchtlichen Anteil ihres Lebens in ihrem Arbeitsumfeld, wodurch der Gesundheit und dem Wohlbefinden im Betrieb eine große Bedeutung zukommt. Die folgenden Ausführungen präsentieren

die wissenschaftlichen Erkenntnisse darüber, wie das Arbeitsumfeld in der Pflege die Gesundheit beeinträchtigt, aber auch fördern kann. Der Gesundheitsbegriff umfasst in diesem Zusammenhang mehr als die Abwesenheit von Krankheit. Badura, Hehlmann und Walter (2010, S. 32) definieren Gesundheit im Rahmen des Setting-Ansatzes der Gesundheitsförderung im betrieblichen Kontext als: „eine Fähigkeit zur Problemlösung und Gefühlsregulierung, durch die ein positives seelisches und körperliches Befinden – insbesondere ein positives Selbstwertgefühl – und ein unterstützendes Netzwerk sozialer Beziehungen erhalten oder wieder hergestellt wird.“ Gesundheit wird hier als Kompetenz zur aktiven Lebensgestaltung betrachtet, die von Menschen erlernt werden kann, beziehungsweise zu der sie befähigt werden können (Badura et al. 2010, S. 32).

Die Literaturrecherche zu arbeitsbedingten Gesundheitsbelastungen und Ressourcen in der Altenpflege zeigt, dass die Forschung zur Belastungssituation der Pflegekräfte mittlerweile detaillierte Erkenntnisse vorweist (Berger et al. 2003; Brause et al. 2015; Hasselhorn & Müller 2004; Kleina et al. 2012; Simon et al. 2005). Andere Berufsgruppen, wie beispielsweise Küchenpersonal, Reinigungskräfte, Betreuungskräfte oder Verwaltungsangestellte werden weniger bedacht. Lediglich die *3Q-Studie* von Schmidt et al. (2011) berücksichtigt diese Tätigkeitsbereiche. In dieser Langzeitstudie wurden die Qualität der Arbeit, die Qualität der Pflege und die Qualität der Organisation mittels Mitarbeiterbefragungen, Indikatorenerhebungen und Experteninterviews in mehr als 50 stationären Altenhilfeeinrichtungen der Johanniter Senioren GmbH in dem Zeitraum von 2007 bis 2009 erhoben. Die Ergebnisse der Studie fließen in die folgenden Ausführungen mit ein.

Quantitative Anforderungen in der Altenpflege

Zu den quantitativen Anforderungen wurden 2004 in einer Studie im stationären Altenpflegesetting, beauftragt durch das nordrhein-westfälische Ministerium für Gesundheit, Soziales, Frauen und Familie, 1.907 Mitarbeiterinnen befragt (Frerichs et al. 2004). Die Studie unterstreicht die Bedeutung organisationsbezogener Belastungsfaktoren: Personalmangel, Zeitdruck in Kombination mit einem hohen Arbeitspensum, zu viele administrative Aufgaben und schlecht geplante beziehungsweise koordinierte Arbeitsabläufe (Frerichs et al. 2004, S. 99 ff.).

Unterstützt wird diese Aussage von den Forschungsergebnissen der Universität Bielefeld. Deren Projekt *Qualität und Gesundheit in der stationären Altenhilfe* erarbeitet eine Bestandsaufnahme der Gesundheits- und Arbeitssituation der professionell Pflegenden. 297 Mitarbeiterinnen aus acht Einrichtungen wurden mittels Fragebogen befragt. Ein Ergebnis der Studie besagt, dass 50 Prozent der Befragten unter Zeitdruck leiden,

der sich negativ auf die Arbeit auswirke (Kleina et al. 2012, S. 68). Im Einklang mit anderen Studien verdeutlichen auch diese Forschungsergebnisse, dass Zeitdruck und quantitative Arbeitsanforderungen als wichtige Belastungsfaktoren gelten. Dazu gehört, dass Pausen von 33 Prozent der Mitarbeiterinnen nicht eingehalten werden können, dass jede vierte Mitarbeiterin häufig Überstunden machen muss und dass 37 Prozent oft oder sehr oft für erkrankte Kolleginnen einspringen müssen (Kleina et al. 2012, S. 68). Auch das Arbeitstempo wurde von allen Funktionsbereichen in der *3Q-Studie* als sehr hoch eingestuft (Schmidt et al. 2011, S. 131).

Die NEXT-Studie belegt, dass quantitative Anforderungen in deutschen Alten- und Pflegeheimen sowohl im Vergleich mit anderen europäischen Ländern als auch anderen Pflegesettings (Krankenhaus, Psychiatrie ambulante Dienste) am höchsten sind. Diese breit angelegte Studie aus dem Jahre 2003 wurde in zehn europäischen Ländern durchgeführt. Sie untersucht zu vier Erhebungszeitpunkten die Arbeitssituation von Pflegepersonal und die Ursachen für den vorzeitigen Berufsausstieg in vier verschiedenen Pflegesettings (Krankenhäuser, Alten- und Pflegeheime, Psychiatrie und ambulante Dienste). Insgesamt haben 40.000 Pflegenden an der Studie in Europa teilgenommen (Simon et al. 2005, S. 5 f.). Im weiteren Verlauf fließen die Ergebnisse der deutschen Stichprobe mit 3.565 Pflegepersonen aus 75 Einrichtungen ein. Weitere Analysen der NEXT-Studie sowie der *3Q-Studie* ergaben eine Korrelation zwischen hohen quantitativen Arbeitsanforderungen und Burnout, mehr Fehltagen, erhöhter Fluktuationsneigung sowie einem hohen Arbeit-Familien-Konflikt (Schmidt et al. 2011, S. 129; Simon et al. 2005, S. 15). Verantwortlich für die hohen quantitativen Anforderungen seien eine zu geringe Personalausstattung durch Sparmaßnahmen, ein hoher Krankenstand und Defizite bei der Arbeitsorganisation (Brause et al. 2010, S. 5 f.).

Körperliche und emotionale Anforderungen in der Altenpflege

Studien zufolge sind körperliche Belastungen in der stationären Altenpflege hoch und oft verantwortlich für Muskel-/Skelett-Erkrankungen. Durch das Betten und Lagern, aber auch Umsetzen und Anheben von Patienten wird besonders der Rücken beansprucht. 46,1 Prozent der Altenpflegekräfte geben an, dass sie mehr als zehnmal pro Tag eine Person betten oder lagern müssen. In Krankenhäusern sind es lediglich 21,5 Prozent (Berger et al. 2003, S. 43). Die NEXT-Studie unterstreicht auch hier die Ergebnisse und zeigt, dass die körperlichen Arbeitsanforderungen im Settingvergleich in der stationären Altenpflege grundsätzlich höher sind (Simon et al. 2005, S. 18).

Das Bielefelder Projekt erarbeitet eine Bestandsaufnahme der Gesundheits- und Arbeitssituation der Mitarbeiterinnen und gleichzeitig, was diese Studie von anderen ab-

hebt, der gesundheitlichen Situation der Bewohnerinnen, um daraus Empfehlungen für die Weiterentwicklung der stationären Altenpflege abzuleiten (Kleina et al. 2012, S. 8).

In ihrer Situationsanalyse erörtern sie somit nicht nur die Problemlage der Mitarbeiterinnen, sondern betrachten detailliert die Situation der Nutzerinnen. Die Bewohnerinnen kommen immer häufiger mit hohem Unterstützungsbedarf direkt aus dem Krankenhaus. Viele sind von Multimorbidität betroffen und nicht in der Lage, die krankheits- und therapiebedingten Anforderungen selbständig zu bewältigen, was zu einem hohen Pflegeaufwand führt. Gravierend für die Pflegekräfte sind jedoch vor allem die psychischen Erkrankungen der Nutzerinnen. 60 bis 80 Prozent sind von dementiellen Erkrankungen betroffen, was den Umgang mit ihnen aufgrund ihrer Verhaltens- und Persönlichkeitsveränderungen erschwert. Unruhezustände, Störungen des Tag-Nacht-Rhythmus, sozial inadäquates Verhalten und depressive Stimmungslagen müssen von Pflegekräften aufgefangen werden. Zudem prägt die Versorgung von Menschen in der letzten Lebensphase den Arbeitsalltag der stationären Langzeitversorgung. Diese Begleitung fordert hohe körperliche, aber auch psychosoziale Unterstützung von den Mitarbeiterinnen, so die Studie (Kleina et al. 2012, S. 10 f.). Bei Altenpflegekräften liegt der psychische Gesundheitszustand um 12 Prozent schlechter als der Vergleichswert der berufstätigen Bevölkerung Deutschlands. Auch von psychosomatischen Erkrankungen sind Altenpflegekräfte deutlich stärker betroffen (44 Prozent mehr Erkrankungen als die Vergleichsbevölkerung) (Berger et al. 2003, S. 22).

Dass diese emotionalen Anforderungen im Vergleich mit anderen Versorgungssettings in Alten- und Pflegeheimen am stärksten ausgeprägt sind, belegt die NEXT-Studie (Simon et al. 2005, S. 5 f.). Laut dieser Studie sind hohe emotionale Belastungen eng mit dem Risiko für Burnout assoziiert. So haben stark belastete Personen (Werte über 75 bei einer Skala von 0 niedrig bis 100 hoch in der Befragung) gegenüber Mitarbeitern mit geringerer Belastung (Werte zwischen 0 bis 50) das doppelte Risiko auszubrennen (Simon et al. 2005, S. 20).

Entwicklungsmöglichkeiten in der Altenpflege

Das Arbeitsleben enthält stetig neue Anforderungen, die nur durch eine kontinuierliche Weiterentwicklung bewältigt werden können. Die Kompetenzentwicklung der professionellen Fähigkeiten ist eine grundsätzliche Voraussetzung für eine anhaltende Arbeitsfähigkeit im Lebenslauf (Tempel & Ilmarinen 2013, S. 52). Auch in diesem Bereich schneidet die stationäre Altenpflege eher ungünstig ab (Simon et al. 2005, S. 22). Im Vergleich unter den Funktionsbereichen zeigt sich, dass Fachkräfte im Pflegebereich signifikant höhere Entwicklungsmöglichkeiten haben als Nicht-Fachkräfte (Schmidt et

al. 2011, S. 139 f.). Weitere Analysen der NEXT-Studie zeigen, dass sich Mitarbeiterinnen mit hohen Entwicklungsmöglichkeiten stärker mit der Einrichtung identifizieren (Simon et al. 2005, S. 22).

Einflussmöglichkeiten auf die Arbeit

Der Entscheidungsspielraum ist ein Aspekt im *Demand-Control-Support-Model* von Karasek und Theorell aus dem Jahre 1990. Demnach entsteht die höchste Belastung, wenn Arbeitsanforderungen hoch und gleichzeitig der Entscheidungsspielraum und die soziale Unterstützung gering sind (Hasselhorn et al. 2005, S. 109). Wenn Pflegekräfte ihre Arbeitsschritte selbstbestimmt planen und durchführen können, sind diese zufriedener und haben ein geringeres Risiko für psychische und körperliche Erkrankungen. Im Bereich der Altenpflege sagen über 50 Prozent der Mitarbeiterinnen, dass sie fast nie oder nur selten Einfluss auf die Arbeitsmenge haben und jede Vierte hat fast nie oder nur selten Einfluss auf die Arbeitsinhalte. Lediglich bei der Urlaubsplanung gelingt die Entscheidungsfreiheit bei 64,3 Prozent (Kleina et al. 2012, S. 70).

Führungsqualität und soziale Unterstützung

Badura et al. (2008) belebten das Konzept des Sozialkapitals neu und belegen den Zusammenhang zwischen positiven sozialen Netzwerken und der Gesundheit. Die Grundidee des Sozialkapitalkonzepts basiert auf einem „vertrauensvollen Umgang miteinander, auf gegenseitige Wertschätzung und auf geteilte Überzeugungen, Werte und Regeln. Werden sie zur Mangelware, häufen sich Fehler, Missverständnisse und Konflikte, sinkt die Leistungsfähigkeit einer Organisation, leiden Leistungsbereitschaft, Loyalität und Gesundheit ihrer Mitglieder“ (Badura et al. 2008, S. 3).

Spannungen und Feindseligkeiten kommen im Pflegesettingvergleich vor allem im Krankenhausbereich vor, aber auch 19 Prozent der Mitarbeiterinnen in Alten- und Pflegeheimen empfinden, dass das Verhältnis zur Pflegedienstleitung angespannt ist (Simon et al. 2005, S. 27). Auffällig bei der Bewertung der Führungsqualität in der *3Q-Studie* sind enorme Unterschiede zwischen den einzelnen Altenpflegeeinrichtungen. Die Mittelwerte variieren auf einer Skala von 0 bis 100 (niedrig bis hoch) zwischen 29 und 87 Punkten (Schmidt et al. 2011, S. 136 f.).

In Bezug auf die soziale Unterstützung durch Kollegen und Vorgesetzte zeigen weitere Analysen, dass diese in enger Beziehung zur beruflichen, aber auch einrichtungsspezifischen Bindung steht (Simon et al. 2005, S. 28).

Arbeitszeit

Die Arbeitszeitorganisation hat in der Pflege einen sehr hohen Stellenwert. Durch unterschiedliche Schichtmodelle, Wochenendarbeit, Springerdienste und möglichst bewohnerorientierte Arbeitszeiten, sind Pflegekräfte starken Belastungen ausgesetzt. Arbeitswissenschaftliche Erkenntnisse zu diesen gesundheitlichen Belastungen liegen vor allem für den Bereich der Schichtarbeit vor. Arbeiten während der Nacht führen zu einer physiologischen Desynchronisierung der Körperfunktionen. Ein gegen die „innere“ Uhr gerichteter Schlaf-Wach-Rhythmus führt zu einer verminderten Leistungsfähigkeit und Müdigkeit. Diese werden nicht selten mit erhöhtem Kaffeekonsum und Zigaretten kompensiert, woraus sich in der Langzeitwirkung ein gesundheitliches Risiko ergibt. Zudem weisen Nachtarbeitnehmerinnen häufig Beschwerden wie Schlafstörungen, chronische Müdigkeit, gastrointestinale Beschwerden, Herz-Kreislauf-Beschwerden und ein reduziertes Wohlbefinden auf. Aber nicht nur gesundheitliche Beschwerden, sondern auch eine erschwerte Teilhabe am sozialen Umfeld und dem familiären Leben wirken sich negativ auf das gesundheitliche Gleichgewicht aus (Beermann 2008, S. 4 f.). Diese Ergebnisse werden von einer Matching-Analyse der Erwerbstätigenbefragung 2006 vom Bundesinstitut für Berufsbildung (BIBB) und der Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin (BAuA) bestätigt, in der soziodemografische Einflussfaktoren sowie Arbeitsplatz- und Tätigkeitsmerkmale kontrolliert wurden. Besonders die Wahrscheinlichkeit von Schlafstörungen ist deutlich erhöht, aber auch eine erhöhte Reizbarkeit, Nervosität und Burnout werden mit Schichtarbeit assoziiert (Struck et al. 2014, S. 258). Allgemein werden ungünstige Arbeitszeiten als eine der bedeutendsten Arbeitsbelastungen in der Pflege angesehen; insbesondere in Bezug auf den Arbeit-Familien-Konflikt. Gerade die unregelmäßigen Arbeitszeiten und Überstunden, die in Deutschland von über 50 Prozent der Pflegekräfte oft geleistet werden müssen, erschweren die Organisation des Privatlebens (Hasselhorn & Müller 2004, S. 28).

Arbeit-Familien-Konflikt

Durch Zeitmangel, aber auch durch Erschöpfung werden Pflegekräfte in der Ausfüllung ihrer privaten und beruflichen Rollen behindert (Simon et al. 2005, S. 49). 38,8 Prozent der Mitarbeiterinnen gaben bei der Bielefelder Befragung 2012 im Rahmen des Projekts *Qualität und Gesundheit in der stationären Altenhilfe* an, dass sie wegen beruflicher Verpflichtungen familiäre Pläne ändern müssen. Bei weiteren 21,2 Prozent wirkt sich arbeitsbedingter Stress negativ auf ihr Privatleben aus (Kleina et al. 2012, S. 73).

Gesundheitszustand

Trotz der starken Belastungen bezeichnet der überwiegende Anteil der Altenpflegekräfte ihren Gesundheitszustand als gut oder sehr gut (80,5 Prozent) (Kleina et al. 2012, S. 80). Dennoch leiden 75 Prozent der Befragten zumindest einmal im Monat oder häufiger unter körperlichen Beschwerden. Jede Fünfte leidet täglich oder fast immer an Rückenschmerzen oder an Müdigkeit beziehungsweise an Mattigkeit. Zu den drei häufigsten Beschwerden zählen außerdem Muskelschmerzen im Schulter- und Nackenbereich (Kleina et al. 2012, S. 77).

Insgesamt führen alle hier aufgeführten Belastungen zu körperlichen und emotionalen Erschöpfungszuständen, woraus Arbeitsunfähigkeitstage resultieren. Nach den Krankenstandsanalysen des wissenschaftlichen Instituts der AOK (WIdO) sind im Branchenvergleich vor allem in Alten- und Pflegeheimen überdurchschnittliche Werte zu verzeichnen. Während der durchschnittliche Krankenstand aller Branchen bei 5,1 Prozent im Jahr 2013 lag, verzeichneten die Altenheime sowie Alten- und Behindertenwohnheime 6,7 Prozent. Die Krankschreibungen erfolgten vor allem aufgrund psychischer Erkrankungen und Burnout sowie Atemwegs- und Muskel-/Skelett-Erkrankungen (Meyer 2014).

Burnout

Unter Burnout wird ein durch Stress und lang anhaltende Überforderung, hohe Arbeitsanforderungen und fehlende Ressourcen verursachter starker Erschöpfungszustand verstanden. Burnout beschreibt ein Syndrom, bei dem Menschen an emotionaler Erschöpfung und verringerter Leistungsfähigkeit leiden. Eine Neigung zum Zynismus sowie Depersonalisierung sind zudem Symptome, die auftreten können (Berger et al. 2012, S. 2 ff.). Besonders bei Pflegekräften in der stationären Altenpflege kommen Burnout-Symptome häufig vor. In einer Studie von Gregersen und Wohler (2005, S. 19) gaben 40 Prozent der befragten Pflegekräfte an, an einer emotionalen Erschöpfung zu leiden. Zu einem ähnlichen Ergebnis kamen Brause et al. (2015). In ihrer Studie wiesen 37 Prozent der Mitarbeiterinnen ein erhöhtes Burnout-Risiko auf. Als maßgebliche Einflussfaktoren wurden in zwei unabhängigen Studien die hohen Arbeitsbelastungen, wie Zeitdruck oder mangelhafte Pausenregelungen und Probleme bei der Vereinbarkeit von Beruf und Familie identifiziert (Brause et al. 2015, S. 48; Faller & Reinboth 2011, S. 247). Dies lässt darauf schließen, dass nicht nur die individuelle Belastungssituation ausschlaggebend ist, sondern die Organisations- und Rahmenbedingungen die Entstehung eines Burnouts fördern oder verhindern können (Faller & Reinboth 2011, S. 247). Bestärkt wird diese Aussage durch die Ergebnisse der Next-

Studie, die in der Auswertung auf der Einrichtungsebene deutliche Unterschiede in Hinsicht des Burnout Vorkommens nachweist (Simon et al. 2005, S. 47).

Ressourcen

Neben den aufgezeigten Belastungen lassen sich auch Ressourcen in der Altenpflege finden, die positiv auf die Arbeitszufriedenheit wirken. Studien ergaben, dass eine hohe Arbeitszufriedenheit von guten Organisationsbedingungen geprägt ist, wie beispielsweise die bewohnerorientierte Pflege. Diese ermöglicht den Pflegekräften einen größeren Handlungs- und Entscheidungsspielraum. Zudem tragen minimierte Schnittstellenprobleme zwischen Pflege und Hauswirtschaft sowie Reinigung, besser qualifizierte Führungskräfte und eine insgesamt höhere Beteiligung der Mitarbeiterinnen an Qualitätsmanagement- und Pflegekonzepten zu einer höheren Arbeitszufriedenheit bei (Brause et al. 2010, S. 11). Über 50 Prozent der befragten Mitarbeiterinnen gaben an, ihren Entscheidungsrahmen, ihren Zuständigkeitsbereich, an sie gestellte Erwartungen und ihre Zielsetzung in hohem Maß zu kennen, was als Ressourcen angesehen wird. Die Bedeutung der Arbeit, die neun von zehn Mitarbeiterinnen in (sehr) hohem Maße als wichtig und sinnvoll einschätzen, wirkt sich auf den Berufsausstiegswunsch aus (Kleina et al. 2012, S. 72). Je geringer die Bedeutung, desto eher haben Pflegekräfte den Wunsch, aus dem Beruf auszusteigen (Simon et al. 2005, S. 29). Weitere Ressourcen, bei denen ein korrelativer Zusammenhang mit den drei oben genannten Beschwerden belegt wurde, sind: hohes Führungs- und Netzwerkkapital, Abgrenzung des eigenen Tätigkeitsbereichs, Bedeutung der Arbeit, Einflussmöglichkeiten und entgegengebrachte Achtung sowie Verlässlichkeit der Bewohnerinnen und Angehörige (Kleina et al. 2012, S. 77 f.).

Um der prekären Situation in Altenpflegeeinrichtungen zu begegnen und die Pflegekräfte in ihrer Gesundheit, Leistungsfähigkeit sowie Motivation zu unterstützen und somit eine Entlastung zu fördern, ist ein Betriebliches Gesundheitsmanagement (BGM), im Sinne einer gesundheitsfördernden Organisationsentwicklung (OE), ein mögliches Konzept. Im Laufe dieses Verfahrens entwickeln Mitarbeiterinnen der Pflege, Hauswirtschaft und Verwaltung gemeinsam Lösungswege für gesundheitsfördernde Arbeitsbedingungen (Faller & Reinboth 2011, S. 240). Organisationen haben die Möglichkeit gesundheitsförderliche Potenziale zu erschließen und gesundheitsschädliche Faktoren zu minimieren, wenn sie sich auf eine systematische Gesundheitsförderung einlassen (Pelikan 2007, S. 80). Derzeit gibt es in der Literatur eine Fülle von Programmen, Konzepten, Handlungshilfen, Leitfäden und externen Dienstleistungen zum Themenbereich der betrieblichen Gesundheitsförderung in der stationären Alten-

pflege. Mögliche Anbieter sind beispielsweise Krankenkassen, Genossenschaften, Initiativen, Institute sowie private Dienstleister (Brause et al. 2010, S. 27 ff.). Im folgenden Kapitel werden zunächst theoretische Grundlagen der Gesundheitsförderung im betrieblichen Kontext erörtert, um anschließend das Modellprojekt der AOK-Niedersachsen einordnen zu können.

2.2 Grundlagen der Gesundheitsförderung im betrieblichen Kontext

Das folgende Kapitel befasst sich mit den Grundlagen der Gesundheitsförderung im betrieblichen Kontext und damit mit dem Kern der Arbeit. Ziel ist es vorhandene Konzepte und den aktuellen wissenschaftlichen Kenntnisstand über Qualitätskriterien im BGM darzustellen, um einen Vergleich mit den empirischen Erkenntnissen dieser Arbeit zu ermöglichen.

2.2.1 Entwicklung und Konzepte

Betriebliche Gesundheitsförderung (BGF) blickt mittlerweile auf fast 30 Jahre Forschungsarbeit zurück. Das folgende Kapitel erörtert, welche Entwicklungen es in dieser Zeit gegeben hat und skizziert die ineinander verwobenen Konzepte von der Prävention bis zur gesundheitsförderlichen Organisationsentwicklung.

Die Entwicklung der Gesundheitsförderung im betrieblichen Kontext

Die allgemeine Gesundheitsförderung und damit auch die betriebliche Gesundheitsförderung, wurden seit den späten siebziger Jahren von verschiedenen internationalen, europäischen und nationalen Akteuren bedeutend weiterentwickelt (Singer 2010, S. 25 f.).

Als eine der größten Wegweiser gilt die World Health Organisation (WHO) mit ihren internationalen Konferenzen zur Gesundheitsförderung. Noch heute gelten die in der Ottawa-Charta 1986 formulierten Grundsätze der Gesundheitsförderung, ohne die es keine derartige Entwicklung in der BGF gegeben hätte. Die darin enthaltene Definition der Gesundheitsförderung lautet: „Gesundheitsförderung zielt auf einen Prozess, allen Menschen ein höheres Maß an Selbstbestimmung über ihre Gesundheit zu ermöglichen und sie damit zur Stärkung ihrer Gesundheit zu befähigen. Um ein umfassendes körperliches, seelisches und soziales Wohlbefinden zu erlangen, ist es notwendig, dass einzelne als auch Gruppen ihre Bedürfnisse befriedigen, ihre Wünsche und Hoffnungen wahrnehmen und verwirklichen sowie ihre Umwelt meistern bzw. verändern können.“ (WHO 1986) Gesundheit ist seitdem kein somatischer oder psychischer Zustand, sondern eine Kompetenz zu einer aktiven Lebensbewältigung. Mit dieser Definition beschließt die Ottawa-Charta die Abkehr von der biomedizinischen Sicht und wen-

det sich von der Pathogenese zur Salutogenese. Nicht mehr Krankheit, sondern Gesundheit steht im Fokus aller Bestrebungen in denen die Kompetenzentwicklung (Empowerment) und Teilhabe (Partizipation), Ressourcenorientierung, Interdisziplinarität sowie Nachhaltigkeit die zentralen Prinzipien der Gesundheitsförderung bilden (Kickbusch 2003, S. 183; Walter 2007, S. 48). Mit diesem Konzept verband sich ein Wandel der Interventionsstrategie. Nicht mehr das Individuum mit seinem Verhalten wurde in den Fokus der Interventionen gestellt, sondern die Lebens- und Arbeitswelten. Die Ottawa-Charta definiert diese Strategie als Setting-Ansatz und formuliert dazu: „Die sich verändernden Lebens-, Arbeits- und Freizeitbedingungen haben entscheidenden Einfluss auf die Gesundheit. Die Art und Weise, wie eine Gesellschaft die Arbeit, die Arbeitsbedingungen und die Freizeit organisiert, sollte eine Quelle der Gesundheit und nicht der Krankheit sein. Gesundheitsförderung schafft sichere, befriedigende und angenehme Arbeits- und Lebensbedingungen.“ (WHO 1986). Gesundheit ist somit kein abstraktes Ziel, sondern soll im Alltag hergestellt und aufrechterhalten werden (Altgeld & Kolip 2010, S. 49). Der Setting-Ansatz erlaubt nach Altgeld und Kolip (2010, S. 49), kleinräumige Strategien passgenau für das jeweilige soziale System zu entwickeln. Diese Fokussierung ermöglicht es, die Zielgruppen und Akteure genauer zu bestimmen, adäquate Zugangswege zu definieren und die vorhandenen Ressourcen zu nutzen. Aus diesem Grund sollten Wege für eine nachhaltige Gesundheitsförderung in Organisationen aufgezeigt werden (Pelikan 2007, S. 74).

Die Europäische Kommission bestätigte 1996 mit der Bildung des Europäischen Netzwerkes für betriebliche Gesundheitsförderung (European Network for Workplace Health Promotion, ENWHP) die Bedeutung der Arbeitswelt im Rahmen der Gesundheitsförderung. Die ENWHP gestaltete mit verschiedenen Dokumenten, wie beispielsweise die bis heute verwendete Luxemburger Deklaration von 1997, die Entwicklung und Umsetzung der BGF (Singer 2010, S. 30 f.). Aber nicht nur zahlreiche Netzwerke, Initiativen und Projekte trugen entschieden zur Weiterentwicklung der BGF in Europa und Deutschland bei. Eine besondere Bedeutung für die Kranken- und Unfallversicherungen hatte die Verabschiedung des § 20 Sozialgesetzbuch (SGB) V 1989 im Rahmen des Gesundheitsreformgesetzes, die in Deutschland neben der langen Tradition des Arbeitnehmerschutzes, die Grundsätze der Ottawa-Charta zur Gesundheitsförderung gesetzlich verankerte. Seitdem sind die gesetzlichen Krankenversicherungen (GKV) in Zusammenarbeit mit den gesetzlichen Unfallversicherungsträgern immer wichtiger werdende Akteure im Bereich der BGF, da sie (mit zwischenzeitlichen Einschränkungen) eigenständig Leistungen zur Prävention und Gesundheitsförderung konzipieren und durchführen können. Mit der Zuschreibung der Zuständigkeit entwi-

ckelten die Akteure die Qualität der Programme im betrieblichen Kontext maßgeblich weiter (Singer 2010, S. 38 ff.; Walter 2007, S. 51). Für die Qualitätsentwicklung der BGF entscheidend war die Erstellung des *Leitfaden Prävention*, in dem Handlungsfelder und Kriterien des GKV-Spitzenverbandes zur Umsetzung des § 20 SGB V erstmals im Jahr 2000 definiert und somit als Qualitätsstandards in der aktuellen Fassung von 2014 gesetzlich verankert wurden (GKV-Spitzenverband 2010; Walter 2007, S. 53).

In aktuellen gesundheitspolitischen Diskussionen und den daraus entstandenen Gesetzesvorschlägen erfährt die Gesundheitsförderung und Prävention eine offensichtliche Aufwertung. Aktuelle Meldungen lassen hoffen, dass die BGF eine noch größere Bedeutung in der politischen Landschaft erhält. Das seit Jahren diskutierte Gesetz zur Stärkung der Gesundheitsförderung und der Prävention (Präventionsgesetz) wurde am 17. Dezember 2014 vom Bundeskabinett beschlossen (Bundesministerium für Gesundheit 2014). Es bleibt abzuwarten, ob und in welcher Form das Präventionsgesetz tatsächlich in Kraft tritt und wie es sich auf die BGF in Deutschland auswirkt.

Konzepte der Gesundheitsförderung im betrieblichen Kontext

Nach dem Überblick über die Entwicklung der betrieblichen Gesundheitsförderung erfolgt im weiteren Verlauf eine definitorische Trennung der unterschiedlichen Konzepte, die im Rahmen der Gesundheitsförderung im betrieblichen Kontext diskutiert werden.

Die **betriebliche Prävention** umfasst Maßnahmen der Krankheitsverhütung im Arbeitsumfeld. Die Rechtsvorschriften des klassischen Arbeitsschutzes, wie das Arbeitssicherheitsgesetz, Arbeitsschutzgesetz und der Arbeitsstättenverordnung beinhalten die grundlegenden Regeln, um Risikofaktoren, die Krankheiten oder Unfälle hervorrufen, zu identifizieren und zu beseitigen beziehungsweise, die Auswirkungen zu verringern (Faller 2012, S. 22 f.; Slesina & Bohley 2011, S. 619). In der Präventionspraxis wird je nach Zeitpunkt und Intention zwischen drei Arten unterschieden: Primär-, Sekundär- und Tertiärprävention. Während die Primärprävention arbeitsbedingte Gesundheitsgefährdungen aufzeigt und reduzieren will, beinhaltet die Sekundärprävention das frühzeitige Erkennen von Gesundheitsrisiken durch Vorsorgeuntersuchungen. Das Arbeitsfeld der Tertiärprävention ist die betriebliche Rehabilitation und Wiedereingliederung (Badura et al. 2010, S. 136 ff.). Eine weitere Differenzierung wird zwischen der verhaltens- und verhältnisorientierten Prävention vorgenommen. Verhaltensorientierte Angebote zielen, mittels personenbezogener Interventionen, auf die Förderung einer gesunden Lebensführung. Beispiele sind Rückenschulen, Nichtraucherurse, Inanspruchnahme von Früherkennungsuntersuchungen und Impfungen sowie Ernährungs- und Entspannungsangebote. Verhältnisprävention impliziert eine Änderung der

Lebens- und Arbeitsbedingungen. Beispiele dafür sind die Flexibilisierung der Arbeitszeit, die Bereitstellung ergonomischer Büromöbel oder die Einführung transparenter und partizipativer Entscheidungs- und Führungsstrukturen in Betrieben (Leppin 2010, S. 39 f.). Diese dichotome Denkweise wird jedoch kritisch gesehen, da die Wechselwirkung zwischen Person, Umwelt und Verhalten in der Lösungsfindung nicht ausreichend berücksichtigt wird (Faller 2012, S. 23 f.).

Der klassische Arbeitsschutz trägt durch die Verringerung von Arbeitsunfällen und der Prävention von Berufskrankheiten maßgeblich zur Verbesserung der Arbeitnehmerengesundheit bei. Dennoch kommt er an seine Grenzen, wenn es um komplexe Zusammenhänge, wie beispielsweise bei psychosozialen Belastungen, geht. An diesem Punkt setzt die BGF ein, die den Arbeitsschutz in einem Unternehmen sinnvoll ergänzen kann (Faller 2012, S. 22 f.).

Der Begriff der **betrieblichen Gesundheitsförderung** wird mittlerweile in unterschiedlichen Kontexten verwendet. Nicht immer ist damit ein umfassender Prozess gemeint, wie er in der Luxemburger Deklaration definiert ist: „Betriebliche Gesundheitsförderung (BGF) umfasst alle gemeinsamen Maßnahmen von Arbeitgebern, Arbeitnehmern und Gesellschaft zur Verbesserung von Gesundheit und Wohlbefinden am Arbeitsplatz.“ Die Zielsetzung von BGF beschreibt die Deklaration im Weiteren wie folgt: „BGF ist eine moderne Unternehmensstrategie und zielt darauf ab, Krankheiten am Arbeitsplatz vorzubeugen (einschließlich arbeitsbedingter Erkrankungen, Arbeitsunfälle, Berufskrankheiten und Stress), Gesundheitspotenziale zu stärken und das Wohlbefinden am Arbeitsplatz zu verbessern.“ Mit dieser Strategie versucht die Luxemburger Deklaration eine Antwort auf die vielfältigen Herausforderungen für die Arbeitswelt im 21. Jahrhundert zu finden. Für eine erfolgreiche Umsetzung in Betrieben legt sie sechs Qualitätskriterien fest. Diese sind der Bezugsrahmen für eine mögliche Finanzierung von BGF-Maßnahmen in Unternehmen durch die GKV. Die sechs Qualitätskriterien sind unter den Schlagworten Unternehmenspolitik, Personalwesen und Arbeitsorganisation, Planung betrieblicher Gesundheitsförderung, soziale Verantwortung, Umsetzung betrieblicher Gesundheitsförderung und Ergebnisse betrieblicher Gesundheitsförderung zusammenzufassen (GKV-Spitzenverband 2010, S. 62 f.). BGF im Sinne der Luxemburger Deklaration verfolgt eine ganzheitliche Strategie, die durch Partizipation, Integration, Projektmanagement und Ganzheitlichkeit erfolgreich umgesetzt werden kann, auch wenn diese Kriterien einen Idealtyp beschreiben, der in der Praxis kaum zu finden sein dürfte. Mit der deutlichen Herausstellung der Mitarbeiterinnenbeteiligung und -befähigung sowie der Fokussierung auf die Organisation als Setting, gestaltet die Luxemburger Deklaration die Philosophie der Ottawa-Charta im betrieblichen Kontext

aus. Neben dem sozialen erwähnt sie in ihrer Einleitung ebenfalls den ökonomischen Nutzen der BGF für Unternehmen. Welche Grenzen die wirtschaftspolitischen Interessen im Rahmen der BGF setzen, diskutiert Faller (2012, S. 19). So legt die Ottawa-Charta Wert auf die Selbstbestimmung, Partizipation und Empowerment, wohingegen die Denkweise in Unternehmen von „Begriffen wie ökonomischer Bestandssicherung, Effizienz und Funktionalität von Abläufen oder Leistungs- und Ergebniskennzahlen“ (Faller 2012, S. 19) geprägt ist. Welche Philosophie in Unternehmen in BGF Programmen überwiegt, hängt maßgeblich von den handelnden Entscheidungsträgern ab.

Um sich terminologisch von verhaltensorientierten Kursangeboten und Einzelmaßnahmen abzugrenzen, die neben dem umfassenden Verständnis der Luxemburger Deklaration ebenfalls mit dem Begriff betriebliche Gesundheitsförderung in der Praxis betitelt werden, führten Badura, Ritter & Scherf (1999, S. 17), den Begriff des **Betrieblichen Gesundheitsmanagements** ein. „Unter Betrieblichem Gesundheitsmanagement verstehen wir die Entwicklung betrieblicher Strukturen und Prozesse, die die gesundheitsförderliche Gestaltung von Arbeit und Organisation und die Befähigung zum gesundheitsfördernden Verhalten der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter zum Ziel haben.“ (Badura et al. 2010, S. 33). Mit dem neuen Terminus fand eine erweiterte Auseinandersetzung mit der Qualitäts- und Managementlehre statt, sodass seitdem der Fokus mehr auf organisationsbezogene Interventionsstrategien gerichtet ist, die in einem Managementsystem integriert sind (Faller 2012, S. 20; Walter 2007, S. 69). Nach Altgeld (2014, S. 300) bezieht das BGM die Gesundheit der Mitarbeiterinnen als strategischen Faktor in das Leitbild und in die Kultur sowie in die Strukturen und Prozesse der Organisation ein, wodurch die Organisation selbst zum Adressat der Gesundheitsförderung wird. Mit dem Aufbau eines BGM werden folgende strategische Ziele verfolgt:

- Stärkung des Sozial- und Humankapitals,
- Verbesserung von Wohlbefinden und Gesundheit,
- Verbesserung von Produktivität, Qualität und Wirtschaftlichkeit.

(Walter 2010, S. 149)

Auf der Suche nach Erklärungen für Erfolg oder Misserfolg von BGF- oder BGM-Projekten, stoßen Forscherinnen auf die spezifischen Besonderheiten der Unternehmenskultur, sodass BGM im Sinne der Luxemburger Deklaration auch immer eine **gesundheitsfördernde Organisationsentwicklung** impliziert (Faller 2012, S. 25 f.; Goldgruber 2012, S. 289). Ist BGM als professionell geplanter und durchgeführter, langfristiger Veränderungsprozess in einer Organisation konzipiert, dann weist dieser große Parallelen zur Methodik der OE auf. Die OE basiert auf sozialwissenschaftlichen Grundlagen. Nach Pelikan (2010) soll in der OE „in einem umfassenden und längerfris-

tigen Prozess die Strukturen und die Kultur einer Organisation sowie das Kommunikations- und Kooperationsverhalten intern und nach außen untersucht und verändert werden.“ Die OE verfolgt, wie das BGM, das Ziel, „in Zusammenarbeit mit den Mitgliedern der Organisation und entsprechend deren Fähigkeiten und Motivationen die Arbeitsbedingungen einer Organisation zu humanisieren sowie ihre Flexibilität und Leistungsfähigkeit zu steigern“ (Pelikan 2010). Bei der Zielsetzung ist mit Leistungsfähigkeit nicht nur die Produktivitätssteigerung, sondern gleichrangig das organisationale Lernen und die Problemlösungsfähigkeit gemeint (Pelikan 2010; Wagner 2014, S. 9 f.). Dabei orientiert sich die OE an einer ganzheitlichen Sichtweise, die Individuum, Organisation, Umwelt und Zeit gleichsam berücksichtigt und vernetzt (Wagner 2014, S. 12). In der OE geht es hauptsächlich um das „Wie“ der Veränderung, also um die Gestaltung des Veränderungsprozesses (Wagner 2014, S. 13).

Nachhaltige Veränderungen in Organisationen sind niemals ohne die in ihr tätigen Menschen möglich. Daher richtet die OE ihren Fokus auf die von den Mitarbeiterinnen umgesetzte und gelebte Veränderung und nicht nur auf die reine theoretische Konzeptentwicklung (Wagner 2014, S. 14). Weitere Grundprinzipien der OE sind das prozessorientierte Vorgehen, das mit einer intensiven Diagnosephase eingeleitet wird und die kontinuierliche Datenrückkopplung. OE erfordert in den meisten Fällen eine professionelle Begleitung in Form einer externen Beratung (Goldgruber 2012, S. 53).

Ein Zweig der OE geht auf die Arbeiten von Kurt Lewin in den 1940er Jahre zurück. Er entwickelte das berühmte Drei-Phasen-Modell, mit dem Veränderungen von Personen erfasst werden können. Dieses Modell diente als Grundlage für weitere OE-Konzepte.

1. Phase des Auftauens (Unfreezing): erfassen von Information und Feedback, um Muster und Routinen infrage zu stellen.
2. Phase der Änderung (Moving): aufbauend auf der Reflexion erfolgt ein Veränderungsprozess, der zu Veränderungen von Verhaltensweisen oder Einstellungen führt.
3. Phase des Wiedereinfrierens (Refreezing): durch Wiederholung der Anwendung erfolgt eine Stabilisierung der Veränderungen.

(Werther & Jacobs 2014, S. 51)

Das idealtypische Modell von Lewin wird in der modernen OE allerdings kritisch betrachtet. Schiersmann und Thiel (2014, S. 58) weisen diesbezüglich auf die Notwendigkeit des kontinuierlichen Wandels hin, um auf die beschleunigte Dynamik des Wandels der Märkte und Organisationen reagieren zu können. Sie betonen, dass in der heutigen Zeit nicht mehr einzelne Themen alleinstehend behandelt werden, sondern

meistens umfassende und grundlegende Umgestaltungsprozesse bewältigt werden müssen.

Die Auseinandersetzung mit Gesundheitsthemen in einer Organisation führt in vielen Fällen schnell zu komplexen und anspruchsvollen Veränderungsprozessen auf struktureller und organisationaler Ebene, sodass Erkenntnisse aus der OE wertvolle Ergänzungen zum BGM darstellen. Faller (2012, S. 25) führt vier wesentliche Impulse der OE auf, die zu einer Weiterentwicklung der Gesundheitsförderung im betrieblichen Kontext führen können. Dabei geht sie auf die Chancen des organisationalen Lernens, auf die Bewusstmachung der Grenzen und Möglichkeiten in der Organisationskulturtheorie, auf die Limitierungen der Beraterischen Perspektive durch die Ansätze der Systemtheorie sowie auf die machttheoretische Perspektive durch mikropolitische Ansätze ein.

Ulich und Wülser (2015, S. 137) schreiben der OE eine besondere Bedeutung bei der Integration von im Projekt erarbeiteten Ideen in die Strukturen und Prozesse der Organisation zu. Dieser Schritt erfordert eine sorgfältige Begleitung, um

- über das Projektstadium hinaus eine längerfristige Strategie umzusetzen,
- positive Erfahrungen in andere Unternehmenseinheiten auszuweiten,
- Gesundheit mit Systemen, wie kontinuierlichen Verbesserungsprozessen oder das Total Quality Management, zu verbinden und
- die strategische Bedeutung statt Einzelmaßnahmen herauszustellen.

(Ulich & Wülser 2015, S. 137)

Zusammenfassend ist festzuhalten, dass die aufgeführten Konzepte die gleiche Zielsetzung verfolgen, die theoretische und praktische Umsetzung jedoch mit unterschiedlichen Schwerpunkten geprägt ist. Je nach Profession fließen verschiedene Richtungen in das gesundheitsförderliche Handeln ein. Wichtig wird die sich ergänzende Weiterentwicklung einer gesundheitsförderlichen Organisationsentwicklung sein, um Unternehmen auf ihrem Weg zu einer gesunden Organisation optimal unterstützen zu können.

Das folgende Kapitel skizziert die Rahmenbedingungen für eine erfolgreiche Umsetzung, in der Elemente des BGM und der OE zusammengeführt werden.

2.2.2 Rahmenbedingungen für eine erfolgreiche Umsetzung

Eine empirische Analyse der Implementierung und Verstetigung eines BGM in stationären Pflegeeinrichtungen setzt eine Auseinandersetzung mit den aktuellen wissenschaftlichen Qualitätskriterien voraus. Diese geben eine Orientierung für die nachfolgende Erhebung und Auswertung der vorliegenden Forschungsarbeit.

Die zunehmende Professionalisierung des BGM führte in den letzten Jahren zur Entwicklung von unterschiedlichen Zertifizierungen und Auszeichnungen. Darin werden Qualitätsstandards festgelegt anhand derer ein BGM in Unternehmen überprüft und weiterentwickelt werden soll. Die zurzeit bekanntesten Beispiele in Deutschland sind der *Social Capital and Occupational Health Standard (SOCOHS)*, die *DIN SPEC 91020 Betriebliches Gesundheitsmanagement*, der *Corporate Health Award* und der *Haward Health Award*. Ein allgemein geteilter Qualitätsstandard liegt bislang nicht vor (Klaffke & Bohlayer 2014, S. 148 ff.). Einen wissenschaftlichen Maximalstandard in Form einer *Leitlinie Betriebliches Gesundheitsmanagement* erstellte Walter (2007) in ihrer Dissertation auf der Basis des Grundlagenwissens aus den Sozial- und Gesundheitswissenschaften, Erfahrungen aus der Praxis sowie aus Daten von vier betrieblichen Fallstudien. Darauf basierend werden im Folgenden die wissenschaftlichen Qualitätskriterien vorgestellt und mit weiterführender Literatur zur OE ergänzt. Zudem ist der *Leitfaden Prävention* des GKV-Spitzenverbandes (2014), der die Qualitätskriterien für die Leistungen der Krankenkassen in der Primärprävention und BGF festlegt, hinzugezogen worden. Der Begriff BGM ist im Folgenden als angestrebtes Ziel zu verstehen, das betriebliche Prävention, verhaltens- und verhältnisbezogene BGF und gesundheitsbezogene OE in das Managementsystem einer Organisation integrieren will.

Abbildung 1 gibt einen Überblick über das in diesem Kapitel dargestellte systematische Vorgehen. Die Grafik wurde im Rahmen des *Leitfadens Prävention* veröffentlicht und zeigt die grundlegenden Anforderungen an ein BGM aus der Sicht der Krankenkassen.

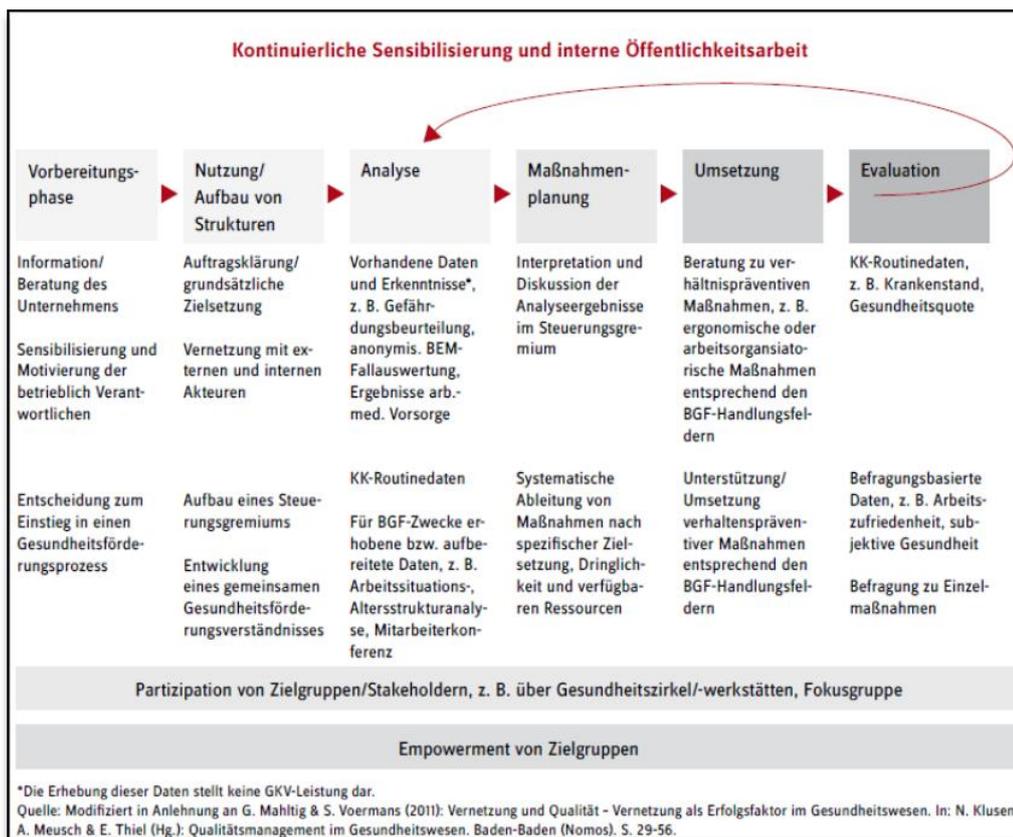


Abbildung 1: Der betriebliche Gesundheitsförderungsprozess (GKV-Spitzenverband 2014, S. 73)

Strukturen des Betrieblichen Gesundheitsmanagements

Eine erfolgreiche Implementierung ist eng an **betriebspolitische Voraussetzungen** gebunden. Grundlegend dafür ist ein gemeinsames, glaubwürdiges Engagement vom Top-Management und von der Arbeitnehmervertretung, das durch die schriftliche Fixierung einer Zielsetzung, einer Investitionsbereitschaft sowie der Einrichtung eines Steuerungsgremiums zum Ausdruck gebracht wird. Neben der obersten Führungsebene und der Arbeitnehmervertretung empfiehlt die Leitlinie weitere relevante Akteure, wie beispielsweise die Personal- und Organisationsentwicklung, den betriebsärztlichen Dienst, den Arbeitsschutz sowie externe Partner wie beispielsweise die Krankenkassen und die Berufsgenossenschaften in die Planung zu involvieren. Gemeinsam sollten Aufgaben und Kompetenzen von Gremien und handelnden Akteuren festgehalten werden. Ziel der Vorbereitungsphase sowie des Strukturaufbaus ist eine im Konsens vereinbarte, gemeinsame Strategie, um das BGM strukturell und planerisch in den Betrieb einzufügen und nachhaltig zu sichern (Walter 2007, S. 196 ff.).

Für den gesamten Prozess ist eine externe Beratung sehr förderlich (Walter 2007, S. 202). Die OE stellt in dieser Phase besonders die Auftragsklärung zwischen der Auftraggeberin, den Beteiligten und der Beraterin heraus, in der das konkrete methodische Vorgehen, mit Benennung der beteiligten Personen und angestrebten Zielset-

zung, festgehalten wird. Dabei wird die bisherige Lernkultur der Organisation erkundet, die Veränderungsbereitschaft ausgelotet und die Entschlossenheit der Leitung, Veränderungsprozesse ernsthaft zu verfolgen, eingeschätzt. Zudem ist es Aufgabe der Beraterin der Auftraggeberin die Beratungsform zu erläutern. Im Sinne der OE handelt es sich dabei um eine Prozessberatung, die den Prozess begleitet und reflektiert, jedoch keine Lösungen präsentiert, wie es in der Expertenberatung üblich ist. Im Weiteren sollte bereits die Kommunikation des Vorhabens an die Belegschaft sowie die aktive Beteiligung der Mitarbeiterinnen bedacht und die dazu notwendigen finanziellen und personellen Ressourcen schriftlich fixiert werden (Schiersmann & Thiel 2014, S. 27 ff.). Pieck (2012, S. 127) benennt diese Phase als Sensibilisierungs- und Konzeptionsphase und betont den dringend notwendigen Aushandlungsprozess zwischen den betrieblichen Akteuren, um ein eigenes, dem organisationalen Kontext angepasstes Vorgehen zu entwickeln.

Als grundsätzliche Herangehensweise empfiehlt die *Leitlinie BGM* zur Implementierung eines BGM die **Projektorganisation** zu verwenden, um abteilungs- und hierarchieübergreifende Kompetenzen abseits vom Kerngeschäft zielorientiert nutzen zu können. Durch diese Organisationsform besteht die Möglichkeit Top-down- und Bottom-up-Prozesse miteinander zu verbinden. Trotz der Projektstruktur sollte das Konzept des BGM insgesamt auf einen längerfristigen Lern- und Entwicklungsprozess ausgerichtet sein (Pieck 2012, S. 129; Walter 2007, S. 194). Die OE gibt wichtige Hinweise auf notwendige Arbeitsschritte, um Ideen aus dem Projekt in die Organisationsstruktur zu integrieren. Wenn es gelingt das Spannungsverhältnis zwischen Projektorganisation und Integration im Alltag zu überwinden, können langfristige Lern- und Entwicklungsprozesse gelingen. Notwendig ist dafür eine kontinuierliche Sensibilisierung und interne Öffentlichkeitsarbeit, die wichtige Akteure informiert, Zwischenergebnisse kommuniziert und Überzeugungsarbeit leistet, um Projekte in Managementsysteme einzubeziehen (Schiersmann & Thiel 2014, S. 41; Ulich & Wülser 2015, S. 134 f.). Der übergreifende Charakter dieser Supportprozesse wird in Abbildung 1 verdeutlicht, indem diese über allen weiteren Prozessschritten angeordnet sind. Abbildung 2 zeigt das zu lösende Spannungsverhältnis zwischen der systemerhaltenden horizontal und vertikal ausgerichteten Organisationsstruktur und der systemverändernden OE-Struktur (Schiersmann & Thiel 2014, S. 40).

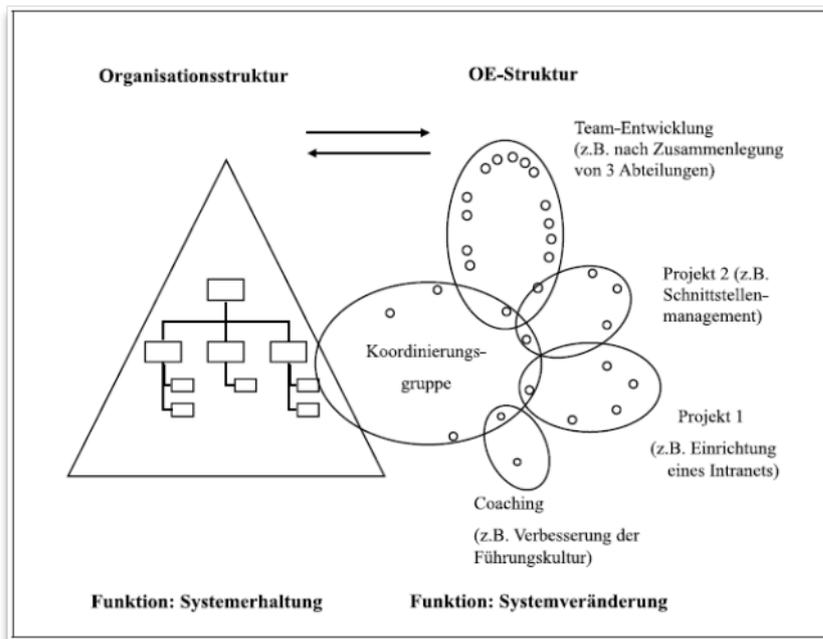


Abbildung 2: Organisation- und OE-Struktur: Spannungsverhältnis bei Veränderungsprozessen (Schiersmann & Thiel 2014, S. 41)

Das hier aufgezeigte Spannungsverhältnis kann zu Konflikten zwischen der Ist-Struktur der Organisation und der OE-Struktur führen. Ziel des OE-Prozesses ist es, durch kontinuierliche Kommunikation ein Gleichgewicht herzustellen (Schiersmann & Thiel 2014, S. 40).

Die Abbildung 2 zeigt zudem eine Koordinierungsgruppe als Bindeglied zwischen einzelnen Projektgruppen und der Linienorganisation. Dieses **Steuerungsgremium** ist die treibende Kraft und das höchste Entscheidungsgremium im betrieblichen Gesundheitshandeln. Es gestaltet die angestrebten Veränderungsprozesse und bietet Raum für Aushandlungsprozesse sowie Partizipationsmöglichkeiten (Pieck 2012, S. 128). Dieser Kreis ist verantwortlich für eine Bedarfserhebung, für die Festlegung der Ziele und Erfolgskriterien, er setzt Prioritäten fest, plant und stößt bedarfsorientierte Interventionen an, er erhält Statusberichte über angestoßene Projekte sowie Zwischenergebnisse und spricht Empfehlungen zur Verbesserung von Gesundheit und Wohlbefinden an das Top-Management aus. Zudem übernimmt er die Aufgabe der internen und externen Information und Kommunikation an die Mitarbeiterschaft und ist für die Überwachung und Bewertung der Maßnahmen und Projekte zuständig. Um diese Aufgaben erfüllen zu können, ist das Steuerungsgremium mit der nötigen Entscheidungskompetenz und einem personellen und finanziellen Budget sowie materiellen Ressourcen auszustatten. Bei der Zusammensetzung des Steuerungsgremiums sollten unterschiedliche Sichtweisen berücksichtigt und betriebsinterne Synergien genutzt werden,

indem Gremien, wie beispielsweise der Arbeitsschutzausschuss, involviert werden (Walter 2007, S. 199). Die in Abbildung 3 dargestellten Akteure sollten im Steuerungsgremium vertreten sein.



Abbildung 3: Akteure des Steuerungsgremiums
(eigene Darstellung nach GKV-Spitzenverband 2014, S. 74; Walter 2007, S. 198 f.)

Damit sich die Mitglieder des Steuerungsgremiums in ihrem neuen Arbeitsbereich professionell einbringen können, sollte das Unternehmen Fortbildungen und Qualifizierungen zur Vermittlung von Zielen, Aufgaben und Instrumenten des BGM anbieten. Das Steuerungsgremium sollte sich selbst eine Geschäftsordnung geben, die unter anderem die Arbeitsweise, die Entscheidungsfindung und die Protokollführung festlegt (Walter 2007, S. 199).

Wenn es um die Entwicklung konkreter Ideen für die Verbesserung des Arbeitsalltags geht, sollten die betroffenen Beschäftigten beteiligt werden. Für einzelne Projekte und Maßnahmen sollte das Steuerungsgremium Freiräume für **Projekt- oder Arbeitsgruppen** schaffen, von denen sie laufend Statusberichte erhält. Durch diese Arbeitsweise können weitere Mitarbeiterinnen auf der operativen Ebene beteiligt werden, was zu einer höheren Akzeptanz bei den Beschäftigten führt (Walter 2007, S. 200).

Der Austausch zwischen den Arbeitsgruppen und weiteren Beschäftigten, dem Steuerkreis sowie der Führungsebene ist durch eine **BGM-Koordination** zu gewährleisten. Im Sinne einer Projektleitung sollte diese folgende Aufgaben erfüllen:

- regelmäßige Überprüfung der Zielsetzung und der gewählten Vorgehensweise,
- Terminplanung und -koordination,
- Delegation, Koordination und Steuerung von Teilaufgaben,
- Kosten-, Leistungs- und Qualitätskontrolle,
- Sicherstellen des Informationsaustausches und der Dokumentation,
- Vorbereiten und herbeiführen von Entscheidungen,

- Planung, Koordination und Steuerung des Gesamtvorhabens,
- Berücksichtigung neuer Entwicklungen,
- regelmäßige Berichterstattung gegenüber dem Top-Management, der Arbeitnehmersvertretung sowie im Steuerungsgremium.

(Walter 2007, S. 201)

Durch die Vielseitigkeit der Aufgaben ist zu erkennen, dass die BGM-Koordination eine Schlüsselposition ist, die großen Einfluss auf den Erfolg oder Misserfolg des Prozesses hat. Dementsprechend sollte die dafür eingesetzte Person über fachliche, methodische sowie kommunikative Kompetenzen verfügen. Eine uneingeschränkte Unterstützung durch die Führungsebene sowie weitere Förderer sollten die Arbeit der Projektkoordination stützen (Walter 2007, S. 201 f.).

Durch eine Reflexion der Handlungs- und Entscheidungsmuster in den Gremien und Arbeitsgruppen im Sinne einer lernenden Organisation, kann der Umgang mit Veränderung in einer Organisation verbessert werden (Werther & Jacobs 2014, S. 56).

Neben den Richtlinien, die die Zusammenarbeit und die Zusammensetzung der Akteure festlegen, sind die **kontinuierliche Sensibilisierung und interne Öffentlichkeitsarbeit** (Abbildung 1) wichtige Elemente für einen dauerhaften Erfolg eines BGM. Sie sind als kontinuierliche Aufgabe während des gesamten Prozesses zu verstehen. Kommunikationsarten und -zeitpunkte sowie zu nutzende Medien sollten für die Rückkopplung des Prozesses an die Belegschaft geplant werden. Schiersmann und Thiel (2014, S. 47 f.) schlagen zu Beginn ein Kick-off-Meeting, im weiteren Verlauf Zwischenbilanzen in Teamsitzungen oder Mitarbeiterversammlungen und ein Abschlussforum vor. Konzipiert als Beteiligungsinstrumente mit Freiräumen für Diskussionen und Nachfragen, steigern sie die Akzeptanz und senken Befürchtungen der Mitarbeiterschaft. Begleitet werden sollten diese Veranstaltungen von schriftlichen Informationen, wie beispielsweise Informationsblätter, Newsletter, Aushänge am schwarzen Brett, Artikel in einer Betriebszeitung oder im Intranet, um eine kontinuierliche Transparenz zu erzeugen. Eine **begleitende Dokumentation** beispielsweise in Form eines betrieblichen Gesundheitsberichtes fasst Daten und Kennzahlen zusammen, ermöglicht es im Nachhinein Entscheidungen nachzuvollziehen und hält wichtige Aspekte für mögliche Weiterentwicklungen fest (Schiersmann & Thiel 2014, S. 47 f.; Walter 2010, S. 153 ff.).

Die Kernprozesse des Betrieblichen Gesundheitsmanagements

Wie in Abbildung 1 zu sehen, bestehen die Kernprozesse, die wiederholend in einem Regelkreis durchlaufen werden, aus der Analyse, Maßnahmenplanung, Umsetzung und der Evaluation. Dieser Regelkreis orientiert sich an dem PDCA-Zyklus, der aus der

Qualitätssicherung kommt. Mit diesem Vorgehen werden die Prozessorientierung und der kontinuierliche Verbesserungsprozess garantiert (Badura et al. 2010, S. 155; GKV-Spitzenverband 2014, S. 73). Während die Kernprozesse im Sinne des PDCA-Zyklus als zeitliche und logische Abfolge gesehen werden, was in Abbildung 1 die Pfeilrichtungen zum Ausdruck bringen, ist der phasenorientierte Problemlöseprozess aus der OE nicht starr, sondern als ein Netz von Wechselwirkungen und zirkulären Rückkopplungsschleifen zu verstehen. Die Vernetzung der einzelnen Schritte bringt in diesem Modell die Komplexität der Problemlösung zum Ausdruck. So ist der PDCA-Zyklus oder auch der zyklische Regelkreis, als Idealbild zu verstehen, der faktische Verlauf eines Veränderungsprozesses ist in der Zeit eher nicht vorhersehbar, da auf unvorhersehbare Faktoren flexibel reagiert werden muss (Schiersmann & Thiel 2014, S. 72). Trotz der Unterschiede folgen die einzelnen Schritte einer gleichen Logik, die im Folgenden näher betrachtet wird.

In der **Analysephase** soll eine umfassende Diagnose der Ist-Situation erfolgen. Dazu gehört der gesundheitliche Status quo der Mitarbeiterinnen sowie die Arbeitssituation aller Beschäftigten. Vorhandene Daten, Strukturen und Erkenntnisse sollen dabei gebündelt und gegebenenfalls mit neu erhobenen Daten ergänzt werden. Fehlzeitenanalysen, Unfallstatistiken, Gefährdungsbeurteilungen sowie arbeitsmedizinische Untersuchungen können den Gesundheitszustand der Beschäftigten abbilden. Ebenso wichtig ist die Ermittlung von salutogenen und pathogenen Einflussgrößen unter Beteiligung der Beschäftigten um Wirkungszusammenhänge verstehen zu können. Hierfür eignen sich partizipative Methoden wie beispielsweise die Mitarbeiterbefragung oder Arbeitssituationsanalysen. Eine hohe Beteiligungsbereitschaft der Belegschaft und eine gesteigerte Akzeptanz für das Vorgehen sind durch eine kontinuierliche Information der Beschäftigten und der Führungsebene zu realisieren. Um eine strukturierte und sorgfältige Analyse des Betriebes durchführen zu können, sollten überprüfbare Ziele formuliert, eine Organisationseinheit und eine Zielgruppe ausgewählt und Methoden sowie Instrumente festgelegt werden. Entscheidend für die Qualität der Daten ist eine an wissenschaftlichen Standards orientierte Datenerfassung und Auswertung. Um dies zu gewährleisten ist gegebenenfalls externes Expertenwissen einzubeziehen. Für den Gesamtprozess hat die Analysephase eine ausschlaggebende Wirkung, denn ohne eine qualitativ hochwertige Analyse können Ziele nur schwer formuliert, Interventionen nicht passgenau konzipiert und letztlich in der Evaluation nur unzureichend überprüft werden (Walter 2007, S. 207 ff.).

Die Phase der **Maßnahmenplanung** ist ein wichtiger Aushandlungsprozess zwischen allen beteiligten Akteuren. Die Diskussion und Bewertung der Analyseergebnisse er-

folgt vorerst im Steuerkreis, der daraus Prioritäten und Handlungsfelder ableitet. Die Diskussionsergebnisse sollten dann nach Pieck (2012, S. 130) themen- und personengruppenspezifisch in einem kommunikativen Prozess, wie es beispielsweise der Gesundheitszirkel vorsieht, an die jeweils betroffene Personengruppe weitergegeben werden, damit diese ihre Motivation und Prioritäten in die konkrete Planung einfließen lassen kann. Autoren, die sich mit OE-Prozessen beschäftigen, stellen die Bedeutung eines gemeinsamen Problembewusstseins auf der Grundlage einer im Kollektiv erstellten Diagnose als wichtigen Erfolgsfaktor heraus. Mit der Begründung, dass eine Kultur der Partizipation und ein gemeinsames Verantwortungsgefühl durch das persönliche Erkennen der Sinnhaftigkeit den Veränderungsprozess fördert (Schiersmann & Thiel 2014, S. 85 f.). Erst wenn geeignete Maßnahmen und Projekte ausgewählt, messbare Ziele formuliert, alle relevanten Akteure in die Planungsphase eingebunden, Verantwortlichkeiten festgelegt und ein detaillierter Zeit-, Arbeits- und Kostenplan erstellt wurden, gilt die Phase der Maßnahmenplanung als abgeschlossen (Walter 2007, S. 212).

Der dritte Kernprozess ist die **Umsetzungsphase**, in der die zuvor geplanten Maßnahmen durchgeführt und gesteuert werden. Dabei ist darauf zu achten, dass die grundsätzlichen Ziele des BGM, das Sozial- und Humankapital zu stärken, berücksichtigt werden. So sollte die Intervention immer auch die sozialen Beziehungen stärken und vertrauensbildend wirken. Manche positiv gedachten Maßnahmen können negative Wirkungen haben, wie beispielsweise das Rückkehrgespräch, das bei falscher Anwendung als Überwachungsinstrument gesehen werden kann (Walter 2007, S. 212 f.). Erfolgsversprechend sind Maßnahmen, die von den Betroffenen entwickelt und von ihnen verantwortlich durchgeführt werden. Beispielhaft nennt die OE die Methode des *Action-Learning*, bei dem Mitarbeiterinnen aktiviert werden, sich eines Themas anzunehmen und sich selbst weitere Mitstreiterinnen für die Planung und Umsetzung zu suchen (Schiersmann & Thiel 2014, S. 88 f.). Zur Abstimmung und Legitimation sind Statusberichte dem Steuerkreis vorzulegen. Um nachvollziehbar und transparent zu handeln, ist eine Dokumentation in Form von Berichten und Protokollen sinnvoll (Walter 2007, S. 214).

Die Phase der **Evaluation** im BGM dient der Erfolgskontrolle. Durch eine erneute Datensammlung, von gleicher Qualität wie in der Analysephase, kann ein Vergleich zwischen den angestrebten Zielen und den vorliegenden Ergebnissen durchgeführt werden. Eine regelmäßig wiederholte Datensammlung sollte als Monitoring in den Managementprozess für die kontinuierliche Erfolgskontrolle einfließen. Die OE blickt nicht nur auf die punktuelle Erfolgskontrolle, sondern auf eine nachhaltige Verstetigung der Projekte. Nach Lewin wäre das die Phase des Wiedereinfrierens (Refreezing), in der

Interventionen aus der Projektphase heraus in den organisationalen Alltag integriert werden (Schiersmann & Thiel 2014, S. 90 f.).

Die erneute Diskussion der Ergebnisse sowie die Rückmeldung der Evaluation kann als Einstieg in einen weiteren Handlungszyklus gesehen werden, sodass die Kernprozesse von Neuem durchlaufen werden.

2.2.3 Erfolgsfaktoren und Spannungsbereiche bei der Realisierung eines Betrieblichen Gesundheitsmanagements

Das vorherige Kapitel erläuterte die Rahmenbedingungen für eine erfolgreiche Umsetzung eines BGM. In der Praxis variiert die Umsetzungsqualität der Gesundheitsförderung im betrieblichen Kontext stark, sodass dieses Kapitel die Fallstricke und Erfolgsfaktoren analysiert, die in verschiedenen Studien benannt werden.

Kliche, Kröger und Meister (2010) erstellten ein Review zur Klärung von Implementationsfaktoren, die sich förderlich oder hinderlich auf die Umsetzung von BGF in Deutschland auswirken. Sie fanden 49 Arbeiten für den Zeitraum von 1998 bis 2009, deren Ergebnisse auf einer bundesweit kohärenten Befundlage basieren. Alle analysierten Implementationsfaktoren waren mit mindestens zwei, meist drei verschiedenen Studiendesigns belegbar und wurden acht Hauptdimensionen zugeordnet:

1. **sichere Rentabilität:** Gesundheitswirksamkeit, Wirtschaftlichkeit, Interventionsbedarf
2. **Ressourcenbedarf (Vorleistung):** Investitionsbereitschaft für finanzielle und personelle Ressourcen, Zeitbedarf, Bereitschaft zur Mehrarbeit
3. **Durchführungsstrukturen (Capacity):** Größe des Unternehmens, Branche, Strukturaufbau für ein BGM-System
4. **Professionelle Projektgestaltung:** unternehmensspezifisches Vorgehen, Gesundheitsverständnis, Verhaltens- und Verhältnisprävention, praktische Umsetzbarkeit, Zielgruppenspezifität, Motivation
5. **externe Fachbegleitung/Vernetzung:** Kooperationspartner, externe Beratung
6. **unterstützende Führungskräfte:** Gesundheitsverständnis der Führungskräfte, Commitment
7. **Informationsstand der Führungskräfte:** Wissensstand zu Analyseinstrumenten und zur Prozessdurchführung
8. **Partizipation, Betriebskonflikte und -kultur:** Beteiligung von Interessenvertretungen und Mitarbeiterinnen, Konfliktlösungsstrategien, Transparenz

Die aufgeführten Haupt- und Teilfaktoren entsprechen den Qualitätskriterien aus dem Kapitel 2.2.2. Gleichzeitig schärfen sie den Blick für die Erhebung der spezifischen

Erfolgsfaktoren und Spannungsbereiche bei der Implementierung eines BGM in stationären Altenpflegeeinrichtungen.

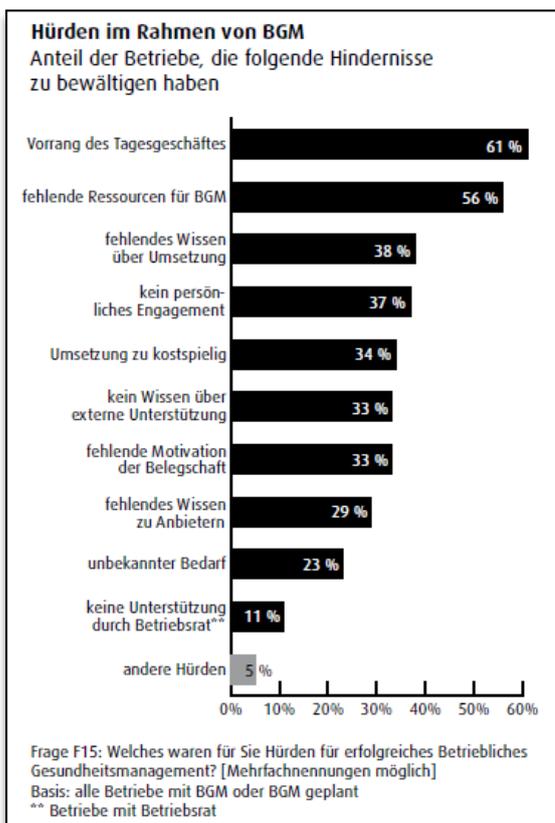


Abbildung 4: Hürden im Rahmen von BGM (Bechmann et al. 2010, S. 17)

Bechmann, Jäckle, Lück und Herdegen (2010) veröffentlichten eine Studie zu Motiven und Hemmnissen für BGM. Sie werteten 500 Interviews aus, die in kleinen, mittleren und großen Betrieben in Deutschland durchgeführt wurden. Sie fragten Betriebe, die BGM bereits eingeführt hatten (36% der Grundgesamtheit) unter anderem nach den Hürden im Rahmen von BGM (Abbildung 4).

Abbildung 4 zeigt, dass die befragten Betriebe BGM als gesonderte Aufgabe sehen und sie diese nur schwer in den Arbeitsalltag integrieren können. Zudem wird eine unzureichende Kompetenz und fehlendes Engagement der Verantwortlichen und Mitarbeiterinnen als Hindernis empfunden.

Meyer (2008) ermittelte im Zuge von Expertenbefragungen (n=12), einer anschließenden Telefonbefragung (n=24) und einer quantitativen Online-Befragung (n=417) ebenfalls Widerstände gegen BGM. Er spezialisierte sich im Rahmen seiner Erhebung auf kleine und mittlere Unternehmen (KMU) mit folgender Branchenzugehörigkeit: Ingenieur- und Architekturbüros, Beratungsunternehmen, Apotheken, Rechtsanwaltskanzleien und Bau- sowie Gartenbauunternehmen. Nach seinen Ergebnissen besteht ein grundsätzliches Informationsdefizit in KMUs und Vorteile werden gegenüber den anfänglichen Kosten nicht gesehen. Diese Aspekte schrecken vor einer Einführung des BGM ab. Zudem fehle oft eine mitarbeiterorientierte Unternehmensphilosophie, die die Mitarbeiterinnen als wichtigstes Gut begreifen würde, in das es sich lohnt zu investieren. Aus der Expertenbefragung ergab sich eine Clusterung der Widerstände anhand bestimmter Personengruppen. So unterscheiden die Expertinnen zwischen den Widerständen der Geschäftsführung, der BGM-Beauftragten, der Arbeitnehmervertretung sowie der Mitarbeiterinnen und ihren Familien. Folgende Tabelle 1 veranschaulicht die unterschiedlichen Widerstände.

Tabelle 1: Widerstände einzelner Gruppen aus Sicht der Experten (Meyer 2008, S. 34 ff.)

Widerstände der Geschäftsführung	Widerstände der BGM-Beauftragten
<ul style="list-style-type: none"> • zu hohe Kosten • Vorrang des Tagesgeschäfts, Vermeidung zusätzlicher Arbeit • Krankenstand gering, Zufriedenheit der Mitarbeiterinnen hoch • kein Interesse seitens der Mitarbeiterinnen • Vorschläge der externen Beratung zu theoretisch und praxisfern • notwendiges zyklisches Einführen versus bisherigem Denken in linearen Prozessen • Missbrauch gut gemeinter Maßnahmen durch die Mitarbeiterinnen 	<ul style="list-style-type: none"> • keine Lust bzw. nur begrenzt Zeit (oftmals unfreiwillig) • Angst vor Überforderung durch Doppelbelastung • freiwillig Beauftragte in Einzelfällen übermotiviert, dadurch Akzeptanzprobleme und fehlende Unterstützung; Frustration als Folge
Widerstände der Arbeitnehmervertretung	Widerstände der Mitarbeiterinnen
<ul style="list-style-type: none"> • Auffassung von BGM-Maßnahmen als Eingriff in die Persönlichkeit der Mitarbeiterinnen • Angst vor „Nachschnüffeln“ der Geschäftsführung • mangelnde Beteiligung der Geschäftsführung an den Maßnahmen • Angst vor neuen Leistungsmaßstäben 	<ul style="list-style-type: none"> • Trägheit, Unwille, fehlende Einsicht in den Sinn einzelner Maßnahmen • Ablehnung von Maßnahmen, strikte Trennung zwischen Arbeitstag und Feierabend • Angst, als ungesund zu gelten bzw. geächtet zu werden oder z.B. nicht mehr rauchen zu dürfen • Angst, bei sportlichen Aktivitäten nicht mithalten zu können • in Einzelfällen peinlich berührt, z.B. wegen Übergewicht
Widerstände der Familien der Arbeitnehmerinnen	
<ul style="list-style-type: none"> • Widerstand, dass die Partnerin noch mehr Zeit im Unternehmen bzw. mit Kollegen verbringt als bislang • Familienangehörige würden gerne an Sportkursen u. ä. teilnehmen, dürfen aber nicht 	

Spezifische Ergebnisse zur Branche der Altenpflege liefert eine Studie von Brause et al. (2010), in der 19 Projekte der mitarbeiterorientierten Gesundheitsförderung in stationären Altenpflegeheimen untersucht wurden. Ausgewählt wurden diese Projekte aus Best-practice Sammlungen oder aus Datenbanken der INQA, der BAuA oder der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA). Zwar entsprechen die Projektbeschreibungen nicht den Ansprüchen von wissenschaftlich begleiteten Projektevaluierungen, sie ermöglichen allerdings einen Einblick in die aktuelle Praxis der Betrieblichen Gesundheitsförderung in der Altenpflege, so die Forscherinnen (Brause et al. 2010, S. 36). Sie untersuchten in allen Praxisprojekten unter anderem förderliche und hemmende Faktoren der Projekte.

förderliche Faktoren:

- externe Begleitung, die den Prozess mit Know-how unterstützt; disziplinierender Druck von außen; externe Moderation in Arbeitsgruppen und Gesundheitszirkeln förderte die Effektivität und Effizienz,

- Teilnahme der Mitarbeiterinnen an Gesundheitszirkeln und Arbeitsgruppen, interne Öffentlichkeitsarbeit für mehr Transparenz (Mitarbeiterinformation),
- Transparenz der Geschäftsführung hinsichtlich ihrer Ziele,
- schnelle Umsetzung von ausgehandelten Maßnahmen,
- komprimierte Workshops außerhalb des Tagesgeschäfts, um schneller konkrete Erfolge sichtbar zu machen,
- freigestellte Projektleitung,
- hinreichende Ressourcen,
- klare Vereinbarungen zwischen den Beteiligten (z.B. in Form einer Dienstvereinbarung und einem festgelegten Projektbudget),
- zielgruppenspezifische und bedarfsorientierte Fortbildungen,
- Veränderungen der Kommunikations- und Informationsprozesse.

hemmende Faktoren:

- geringe Beteiligungsbereitschaft seitens der Mitarbeiterschaft,
- ständig wechselnde, nicht motivierte und unvorbereitete Teilnehmerinnen in Arbeitsgruppen und Gesundheitszirkeln,
- Ängste vor Veränderungen,
- gering ausgeprägte Eigeninitiative und Übernahme von Verantwortung,
- zeitgleiche Veränderungsprozesse,
- Eingefahrene Strukturen und Bereichsegoismen,
- unzureichende Unterstützung durch Führungskräfte.

(Brause et al. 2010, S. 44 ff.)

Eine besondere Bedeutung für Erfolg beziehungsweise Misserfolg schreiben die Autorinnen einzelnen Personen zu. Das Engagement der Geschäftsführung sowie der Projektleitung trägt maßgeblich zum Erfolg bei. Ebenso können diese Personen ein Projekt vollständig scheitern lassen, wenn beispielsweise ausgehandelte Maßnahmen in Gänze abgelehnt werden (Brause et al. 2010, S. 45).

Anhand der Studienlage ist ein breites Spektrum an fördernden und hemmenden Faktoren erkennbar. Die branchenübergreifenden Daten sowie die spezifischeren Daten für die Altenpflege liefern eine solide Grundlage für die Entwicklung des Interviewleitfadens sowie für die nachfolgende Analyse.

2.3 Situation der betrieblichen Gesundheitsförderung in der Altenpflege

Mitarbeiterinnen in Altenpflegeeinrichtungen stehen durch die enormen gesundheitlichen Belastungen (siehe Kapitel 2.1.2) im Zentrum verschiedenster gesundheitsförder-

licher Maßnahmen. Während der letzten Jahre entstanden eine Fülle von Konzepten, Handlungshilfen oder Leitfäden und Angeboten externer Dienstleister. Auf der Grundlage der verschiedenen Gesetzesregelungen bedienen Krankenkassen, Berufsgenossenschaften, Unfallversicherungen, aber auch die BAuA mit der *Initiative Neue Qualität der Arbeit* (INQA) das Feld der Betrieblichen Gesundheitsförderung in der Pflege. Das Diskussionspapier der Universität Bielefeld (Brause et al. 2010) mit den 19 erhobenen BGF-Projekten stellte fest, dass mehr als die Hälfte der Altenpflegeeinrichtungen standardisierte quantitative Mitarbeiterbefragungen mittels Fragebogen für die Ausgangsanalyse einsetzten. Diese wurden entweder im Rahmen eines wissenschaftlichen Projekts oder von externen Dienstleistern durchgeführt. Teilweise zogen die Altenpflegeeinrichtungen zudem Arbeitsunfähigkeitsanalysen der Krankenkassen heran. Weitere setzten qualitative Methoden zur Situationsanalyse ein. Neben Beobachtungen und Experteninterviews verwendeten sie Instrumente des Arbeitsschutzes, wie beispielsweise Gefährdungs-, Situations- oder Arbeitsplatzanalysen. Manche Altenpflegeeinrichtungen konnten auf eigene Daten, wie Auswertungen von Rückkehrgesprächen zurückgreifen (Brause et al. 2010, S. 38).

In nahezu allen Projekten wurden die Maßnahmen in einer Gruppe unter Beteiligung von Mitarbeiterinnen oder dem Betriebsrat diskutiert. Die Umsetzung entschied in den meisten Fällen ein Steuerungsgremium oder die Leitungsebene. Themen wurden entweder in Lenkungsausschüssen oder Gesundheitszirkeln, die teilweise extern moderiert wurden, festgelegt. Beispielhaft sind hier folgende zu nennen: Verbesserung der internen Kommunikation, Führung, Reduzierung der Krankentage, Einführung von Rückkehrgesprächen oder die Gestaltung von Pausenräumen, Dienstplangestaltung, Klärung von Verantwortlichkeiten, Arbeitsorganisation, Schnittstellenmanagement zwischen den Funktionsbereichen, Anschaffung von Hilfsmitteln. Auf der Verhaltensebene wurden Rückenschulen, Entspannungstechniken und verschiedene Fortbildungen zur Kommunikation und Information angedacht (Brause et al. 2010, S. 38 ff.).

Die umgesetzten Maßnahmen lassen sich in vier Gruppen einteilen:

1. Veränderungen der Arbeitsorganisation,
2. Fort- und Weiterbildungen, Schulungen, Workshops,
3. Anschaffung von Hilfsmitteln, bauliche Maßnahmen und
4. individuelle Gesundheitsförderung, Verhaltensprävention.

(Brause et al. 2010, S. 40 f.)

Im Bereich der Arbeitsorganisation setzten die Altenpflegeeinrichtungen die meisten Maßnahmen um. Oft verbesserten sie die Strukturen für eine regelmäßige Kommunikation zwischen und innerhalb der Hierarchieebenen. Ebenso häufig bearbeiteten sie die Arbeitszeit, der Personaleinsatz und die Dienstplangestaltung. Die Mitarbeiterbeteiligung und Schaffung von verlässlichen freien Tagen waren Gegenstand dieser Maßnahmen. Aber auch die Verbesserung der Schnittstellen zwischen Pflege, Küche, Hauswirtschaft und sozialem Dienst oder die Veränderung von Verfahrens- und Dokumentationsweisen gehörten zu der Umsetzung im Bereich der Arbeitsorganisation. Die Bewohnerinnen und Angehörige standen nur in einem der 19 Projekte bei der Arbeitsorganisation im Vordergrund (Brause et al. 2010, S. 41 f.).

Im Rahmen der Kompetenzerweiterung boten die Altenpflegeeinrichtungen einige Seminare an. Beispielhafte Angebote waren Rückenschulen, Kommunikationstrainings und Seminare zur Gesprächsführung und zum Thema *Umgang mit Gewalt*, Stressbewältigung, Raucherentwöhnung sowie Kinästhetikschulungen, Methoden zur Dienstplangestaltung und Schulungen zum Arbeits- und Gesundheitsschutz (Brause et al. 2010, S. 42).

Im Bereich der Hilfsmittelanschaffung schafften die Altenpflegeeinrichtungen vor allem Hebehilfen und höhenverstellbare Badewannen, neue Betten sowie Wagen an. Arbeitsplätze wurden ergonomisch gestaltet und Pausenräume sowie Dienstzimmer neu eingerichtet. Auch neue Computer oder Laptops stellten die Altenpflegeeinrichtungen zur Arbeitserleichterung zur Verfügung (Brause et al. 2010, S. 42 f.). Das individuelle Gesundheitsverhalten wurde zum einen durch die oben genannten Schulungen, zum anderen durch Sport- und Wellnessangebote gefördert (Brause et al. 2010, S. 43).

Die aufgeführten Einzelmaßnahmen standen in den Einrichtungen nicht für sich, sondern waren eingebunden in ein übergeordnetes Betriebliches Gesundheitsmanagement, was in einigen Einrichtungen als ausdrückliches Ziel formuliert war (Brause et al. 2010, S. 43).

Zur Evaluation wiederholten die meisten Projekten die Ausgangsanalyse. Einrichtungen, die zu Beginn keine Daten erhoben hatten, waren auch in der Evaluation nur unzureichend aufgestellt. Ein Problem in manchen Einrichtungen war bei Fragebogenerhebungen eine eher geringe Rücklaufquote, wodurch eine Auswertung erschwert wurde. Ein Projekt führte eine Kosten-Nutzen-Analyse durch, in vielen anderen Altenpflegeeinrichtungen waren die Evaluationsergebnisse undurchsichtig und ohne festgelegte Methodik (Brause et al. 2010, S. 43).

Die theoretische Einführung in die vorliegende Arbeit liefert einen differenzierten Einblick in die Situation der stationären Altenpflege. Durch die Darstellung der Arbeitsbedingten gesundheitlichen Belastungen und Ressourcen werden die spezifischen Herausforderungen der Altenpflegebranche dargestellt und ein großer Handlungsbedarf für ein BGM aufgezeigt. Das darauf folgende Kapitel umfasst die wissenschaftlichen Konzepte und Qualitätskriterien des BGM, die als ein Maximalstandard verstanden werden. Die praktische Umsetzung in den Betrieben kann diesem in den meisten Fällen nicht gänzlich gerecht werden, so dass Fallstricke sowie Erfolgsfaktoren aus der Praxis wichtige Hinweise für die Analyse der BGM-Praxis in den Altenpflegeeinrichtungen des BONAS-Projektes liefern. Die umfangreiche Darstellung dient somit einer theoretischen Sensibilisierung, die einen analytischen Blick schärft und dabei hilft Bedeutungen zu verstehen.

3 Das Modellprojekt – BONAS

„Bonusregelungen für ambulante und stationäre Pflegeeinrichtungen“

Das Modellprojekt BONAS entstand 2012 aufgrund eines gewachsenen Verständnisses für die körperlich und psychisch stark beanspruchende Tätigkeiten in der Altenpflege und dem aus dieser Beanspruchung resultierenden hohen Krankenstand in dieser Branche (siehe Kapitel 2.1). Das Projekt ist ein Beitrag zum niedersächsischen Pflegepakt, der von der damaligen niedersächsischen Sozialministerin als Aufforderung an alle Verbände, sich für die Altenpflege einzusetzen, im Landespflegeausschuss ausgerufen wurde. Laut § 65a Abs. 2 SGB V haben Krankenkassen die Möglichkeit, Arbeitgebern, die sich im besonderen Maße für die Gesundheit ihrer Mitarbeiter einsetzen, finanzielle Boni zu gewähren. In der Empfehlung begrüßte der Landespflegeausschuss, dass die AOK Niedersachsen (AOKN) eine Bonusregelung für ambulante und stationäre Pflegeeinrichtungen entwickeln und erproben wollte (Landespflegeausschuss 2011, S. 18). Im Folgenden werden Projektziele und -aufbau (Kapitel 3.1) sowie die Projektumsetzung (Kapitel 3.2) erläutert.

3.1 Projektziele und -aufbau

BONAS ist ein Projekt, bei dem 23 ambulante und stationäre Pflegeeinrichtungen in Niedersachsen mit insgesamt 2.268 Beschäftigten von 2012 bis 2016 Leistungen kostenfrei erhalten, die dem Aufbau und der Etablierung eines einrichtungsspezifischen BGM dienen. Ziele des Projekts sind:

- die Pflegeeinrichtungen in der Einführung und Etablierung eines pflegebranchen-kompatiblen BGM-Systems zu beraten und zu unterstützen,
- Belastungen der Beschäftigten in den Einrichtungen zu identifizieren,
- Belastungen der Beschäftigten nachhaltig zu reduzieren,
- gesundheitsfördernde Ressourcen zu stärken und
- die Gesundheit und Leistungsfähigkeit zu verbessern.

(Perschke-Hartmann 2012, S. 3)

Zehn Einrichtungen starteten im Juli 2012, 13 Einrichtungen begannen ein halbes Jahr später. In diesem Projekt stehen neben dem individuellen Gesundheitsverhalten die Strukturen, Abläufe, Kommunikation, Betriebsklima, Führungsorganisation, Unternehmenskultur und weitere betriebliche Verhältnisse im Vordergrund. Der Projektverlauf folgt dem bekannten PDCA-Zyklus (siehe Abbildung 5) und soll zu einem integralen Bestandteil der Unternehmenskultur werden. Das BONAS- Projekt ist dementsprechend ein Beitrag zur gesundheitsförderlichen Organisationsentwicklung.

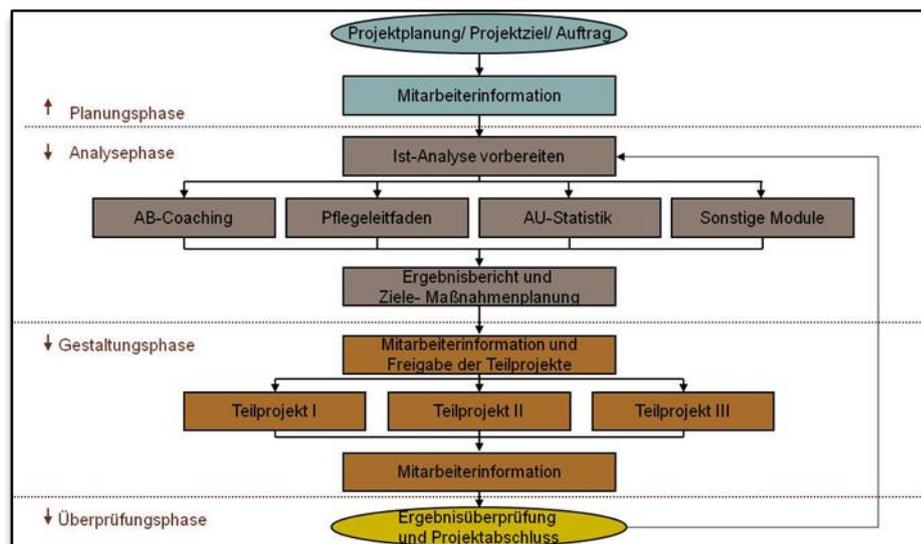


Abbildung 5: BONAS-Projekttablauf im Überblick (AOKN 2012)

Umgesetzt wird das Projekt von einem zehnköpfigen Beratungsteam des Unternehmensbereichs Betriebliches Gesundheitsmanagement (UB BGM) der AOKN. Das Beratungsteam des UB BGM unterstützt die Altenpflegeeinrichtungen beim Aufbau einer Projektstruktur, moderiert Steuerkreissitzungen und Projektgruppen, schult die internen Projektkoordinatorinnen und beteiligt sich an Informationsveranstaltungen für die Mitarbeiterinnen. Neben der individuellen Begleitung in den Pflegeeinrichtungen ermöglicht die AOKN einen themenbasierten Erfahrungsaustausch in Form von Netzwerktreffen (Perschke-Hartmann 2012, S. 13).

Die AOKN erwartet von den Pflegeeinrichtungen eine Bereitschaft zur Kooperation und Veränderung. Zudem muss sichergestellt sein, dass personelle Ressourcen für die Projektkoordination, die Arbeit in einem Steuerkreis, die Mitarbeiterbeteiligung im Rahmen der Analyseinstrumente und Arbeitskreise sowie materielle Ressourcen, wie beispielsweise Räumlichkeiten, zur Verfügung stehen (Perschke-Hartmann 2012, S. 13).

Um eine Projektstruktur aufzubauen, müssen die Altenpflegeeinrichtungen einen Steuerkreis konstituieren. Mitglieder sind Vertreterinnen der Geschäftsführung und Pflegedienstleitung, die BGM-Koordinatorin, die Mitarbeitervertretung, sofern vorhanden die Fachkraft für Arbeitssicherheit und die Betriebsärztin. Je nach Einrichtungsgröße werden weitere Mitarbeiterinnen aus anderen Funktionsbereichen hinzugezogen. Ständiges Mitglied ist die BGM-Beraterin der AOKN, die die Sitzungen moderiert und mit der Projektkoordination vorbereitet. Der Steuerkreis entwickelt Strategien und Ziele, beschließt Maßnahmen und steuert deren Umsetzung, stellt die Partizipation der Beschäftigten bei der Entwicklung von Maßnahmen sicher und informiert die Belegschaft (Perschke-Hartmann 2012, S. 9 f.).

Zur Steuerung und Koordination muss die Altenpflegeeinrichtung eine Projektkoordinatorin benennen. Diese fungiert als Bindeglied zwischen den verschiedenen Funktionsbereichen sowie Hierarchieebenen und ist direkte Ansprechperson für alle inhaltlichen und organisatorischen Fragen zur Projektarbeit. Sie organisiert und koordiniert in Absprache mit der Beraterin der AOKN die diversen Arbeitsschritte im gesamten Projektverlauf (Perschke-Hartmann 2012, S. 10).

3.2 Projektumsetzung

Die Auswahl der teilnehmenden Einrichtungen erfolgte in einem mehrstufigen Verfahren. Trägerverbände warben bei ihren Einrichtungen für die erste Informationsveranstaltung des BONAS-Projektes. Im Anschluss daran bewarben sich circa 40 Einrichtungen um eine Teilnahme. Mit der jeweiligen Geschäftsführung und Mitarbeitervertretung führte die BONAS-Projektleiterin Auswahlgespräche, auf dessen Grundlage gemeinsam mit Vertreterinnen der Pflegeverbände 23 Einrichtungen ausgewählt wurden. Diese schlossen eine Kooperationsvereinbarung mit der AOKN, die unter anderem die Intention des Vorhabens, die Grundsätze der Zusammenarbeit, die Vorgehensweise sowie die jeweils zu erbringenden Leistungen festhielt.

Der Einstieg in das BGM erfolgte im Verlauf des ersten Jahres für alle Einrichtungen gleichermaßen und unter Verwendung eines standardisierten Verfahrens, das jeweils eine zuständige externe Beraterin vom UB BGM der AOKN in der Einrichtung begleite-

te. Ziel war es, einen Zugang zum BGM zu finden und erste Schritte umzusetzen. Zur betriebsinternen Projektlenkung und als Entscheidungsgremium ernannten alle Einrichtungen eine Projektkoordination und einen Steuerkreis. Nach einer Kick-off-Veranstaltung in den jeweiligen Altenpflegeeinrichtungen unter Beteiligung der Mitarbeiterinnen erfolgte ein von einem Beratungsteam angeleiteter Basis-Workshop mit den Steuerkreismitgliedern und weiteren Mitarbeiterinnen. Inhaltlich erarbeiteten die Teilnehmerinnen Stärken und Schwächen der Einrichtung und benannten die ersten Handlungsfelder sowie einen Leitsatz, der als motivierendes Motto den BGM-Prozess begleitete. Im weiteren Verlauf folgte eine intensive Analysephase um körperliche, psychische und psychosoziale sowie organisatorisch bedingte Belastungen zu erfassen. Die AOKN setzte dafür einen von ihr entwickelten und evaluierten Leitfaden *Gesundheit für Beschäftigte in der Altenpflege*, ein Arbeitsbewältigungs-Coaching und eine Arbeitsunfähigkeitsanalyse ein.

Den Leitfaden *Gesundheit für Beschäftigte in der Altenpflege* erarbeitete die AOK gemeinsam mit Beschäftigten und Führungskräften aus der Pflegepraxis sowie Experten des Arbeitsschutzes. Durch das Instrument konnten die Pflegeeinrichtungen ihre Ist-Situation im Rahmen einer Selbstbewertung überprüfen. Mit dem Leitfaden werden körperliche, psychische, psychosoziale und organisatorisch bedingte Belastungen eruiert und mittels Empfehlungen Maßnahmen entwickelt (Resch, Heimerl, Weissmann & Gunkel 2004, S. 237 ff.). Moderiert durch die interne Projektleitung bearbeiteten Pflegekräfte in einer kleinen Arbeitsgruppe die einzelnen Belastungsbereiche. Die Ergebnisse, in Form von priorisierten Problembereichen und Lösungsansätzen, stellte die Arbeitsgruppe dem Steuerkreis für die Maßnahmenplanung zur Verfügung.

Das Arbeitsbewältigungs-Coaching (AB-Coaching) wendete sich neben den Pflegekräften an das Personal der anderen Funktionsbereiche. Mit diesem standardisierten Verfahren erhob ein AOK-Beratungsteam in einstündigen Einzelgesprächen mit mindestens 50 Prozent der Belegschaft sowie Führungskräften Verbesserungsmöglichkeiten zu den vier Determinanten Arbeitsbedingungen, Unternehmenskultur, Kompetenz und individuelle Gesundheit. Im AB-Coaching reflektieren die Teilnehmerinnen die betriebliche Verantwortung für die eigene Arbeitsfähigkeit sowie das eigene Gesundheitsverhalten. Nach der Auswertung der Coachings durch den UB BGM erhielt der Steuerkreis aggregierte, nicht personenbezogene Daten zur Maßnahmenplanung.

Anschließend erfolgte eine Mitarbeiterinformation, bei der die Mitglieder des Steuerkreises gemeinsam mit der AOK-Beraterin die gesammelten Analyseergebnisse präsentierten. Der Steuerkreis priorisierte die aufgezeigten Probleme und Lösungsvorschläge und leitete Maßnahmen aus den Ergebnissen ab. In manchen Einrichtungen

unterstützten Mitarbeiterinnen die Maßnahmenplanung und Umsetzung durch initiierte Arbeitskreise. Über die Umsetzung wurden die Beschäftigten erneut informiert.

Im letzten Schritt des PDCA-Zyklus evaluierte der Steuerkreis die bisherigen Erfolge mit einer von einem Beratungsteam angeleiteten Selbstbewertung. Die Selbstbewertung orientiert sich an dem Qualitätsmanagement-Modell der European Foundation for Quality Management (EFQM). Das Bewertungsmodell (siehe Abbildung 6) unterscheidet in Voraussetzungen, die der Zielerreichung dienen und in Ergebnisse, die den Erfolg und/oder Verbesserungspotenziale aufzeigen. Die Voraussetzungskriterien beinhalten Aussagen über Führung, Strategie und Planung, Mitarbeiterorientierung, Ressourcenmanagement sowie Strukturen und Prozesse des BGM. Mit der Implementierung eines BGM im Rahmen des BONAS-Projektes wurde von den Einrichtungen eine Integration in das organisationale Managementsystem auf der normativen, strategischen und operativen Ebene verlangt.

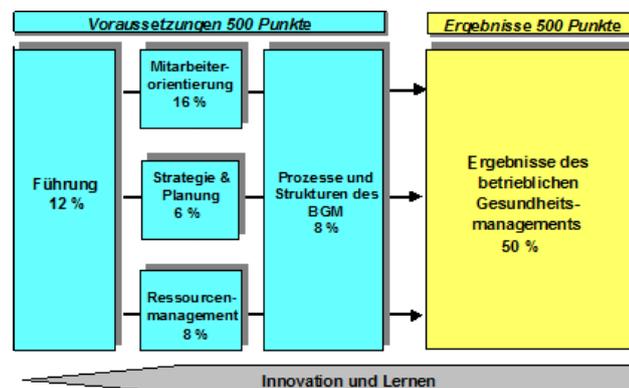


Abbildung 6: Das Bewertungsmodell des BONAS-Projekts, angelehnt an das EFQM-Modell (AOKN 2013, S. 5)

Mithilfe eines Bewertungshefts dokumentierten die Mitglieder des Steuerkreises die gemachten Fortschritte und bestimmten Verbesserungspotenziale zu 23 Subkriterien. Um die Ergebnisse anhand von Kennzahlen bewerten zu können, erhoben die Einrichtungen mithilfe des UB BGM den Arbeitsbewältigungsindex, die Umsetzungsrate von Verbesserungsmaßnahmen, die krankheitsbedingte Fehlzeitenquote sowie die Zufriedenheit mit dem BGM-Projekt. Die Unfallkassen steuerten die Kennzahlen zu Arbeits- und Wegeunfällen bei.

Nach der Selbstbewertung erfolgte eine externe Auditierung zur Qualitätsüberprüfung durch ein unabhängiges Beratungsteam der AOKN. Das Beratungsteam überprüfte die gemachten Angaben aus der Selbstbewertung vor Ort in Gesprächen mit der Geschäftsleitung, dem Steuerkreis und ausgewählten Mitarbeiterinnen sowie in einem Aktenstudium. Abhängig vom Ergebnis des Audits schüttet die AOKN einen Bonus (im

ersten Jahr max. 100 € pro AOK-Versicherte, im zweiten Jahr max. 150 € pro AOK-Versicherte, im dritten Jahr max. 175 € pro AOK-Versicherte) je zur Hälfte an die Einrichtung und an AOK-versicherte Mitarbeiterinnen aus. Eine derartige Bonusausschüttung honoriert den besonderen Einsatz der Einrichtungen und der Mitarbeiterinnen für das interne BGM und schafft Anreize für eine nachhaltige Veränderung von Verhältnissen und Verhalten. Die Bonusauszahlungen erfolgen in dem Projekt bei entsprechendem Nachweis jährlich und über einen Zeitraum von längstens drei Jahren (Perschke-Hartmann 2012). Zum Zeitpunkt der Forschungsarbeit hatten die befragten Altenpflegeeinrichtungen die Selbstbewertung beziehungsweise das Audit abgeschlossen, sodass sie den ersten von drei im Projekt vorgesehenen Regelkreisläufen durchlaufen hatten.

4 Ziel und Fragestellung

Die vorliegende Masterarbeit reflektiert den bisherigen BGM-Prozess in den Altenpflegeeinrichtungen im Rahmen eines qualitativen Forschungsvorhabens. Ziel der Forschungsarbeit ist es, anhand von Fokusgruppeninterviews mit den Verantwortlichen des BGM sowie mit den Mitarbeiterinnen der im BONAS-Projekt beteiligten Pflegeeinrichtungen folgende Fragestellung zu beantworten:

1. Welche Erfolgsfaktoren und Spannungsbereiche treten bei der Implementierung und Verstetigung eines Betrieblichen Gesundheitsmanagements in stationären Altenpflegeeinrichtungen auf?

Diese Faktoren werden in kausale Zusammenhänge gebracht, woraus sich folgende Unterfragestellungen ergeben:

2. Wie wirken sich die analysierten Erfolgsfaktoren und Spannungsbereiche auf die Mitglieder des Steuerkreises und auf die Mitarbeiterinnen aus?

Darüber hinaus sollen Handlungsempfehlungen für die betriebliche Weiterentwicklung und für die Verbesserung des BONAS-Projektes abgeleitet werden, woraus sich weitere zwei Unterfragen ergeben:

3. Welche Handlungsansätze ergeben sich aus den analysierten Erfolgsfaktoren und Spannungsbereichen bei der Implementierung und Verstetigung eines Betrieblichen Gesundheitsmanagements für die BGM-Verantwortlichen in Altenpflegeeinrichtungen?

4. Wie sollte das BONAS-Projekt der AOKN in Bezug auf die Analyseergebnisse weiterentwickelt werden?

Durch die Befragung wird eine zeitnahe Reflexion des Projekts ermöglicht, um den weiteren Verlauf des Prozesses positiv beeinflussen zu können (siehe Abbildung 7). Sie dient der Optimierung der Arbeitsprozesse sowie der Steuerung des Projekts.

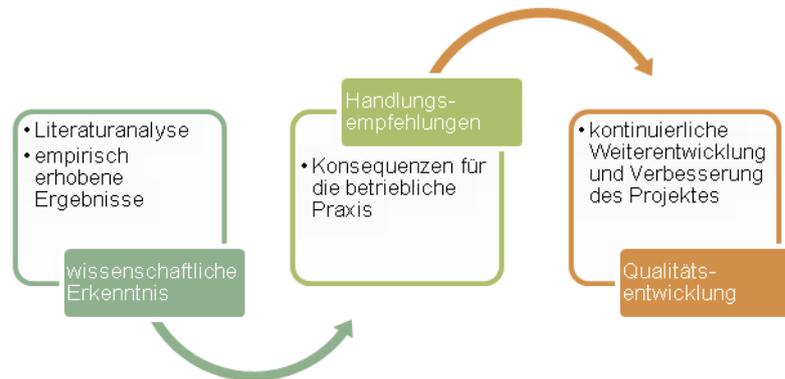


Abbildung 7: Zielsetzung der Forschungsarbeit, eigene Darstellung

5 Methodisches Vorgehen

Im Anschluss an die theoretische Einbettung erfolgt nun die Darstellung einer geeigneten methodischen Herangehensweise, um die zentralen Forschungsfragen beantworten zu können. In diesem Kapitel stehen die methodischen Aspekte der Datenerhebung und der Datenauswertung im Fokus. Da für diese Arbeit ein qualitativer Zugang mithilfe von Fokusgruppeninterviews gewählt wurde, werden zu Beginn grundsätzliche Bedingungen der qualitativen Sozialforschung beleuchtet. Anschließend werden die einzelnen Schritte skizziert, die in dieser Arbeit von der Erhebung bis zur Auswertung der Ergebnisse erforderlich waren.

5.1 Qualitative Sozialforschung

Die qualitative Sozialforschung hat den Anspruch, Lebenswelten aus der Sicht der Handelnden zu beschreiben, wobei sie die unterschiedlichen Perspektiven der Beteiligten berücksichtigt, um zu einem besseren Verständnis sozialer Wirklichkeit beizutragen. Sie zeichnet sich durch einen offenen, flexiblen und dennoch angemessenen, am Alltag und Kontext orientierten, induktiven sowie explorierenden Charakter aus. Der Erkenntnisgewinn qualitativer Methoden liegt im Verstehen von komplexen Zusammenhängen und nicht im Quantifizieren von Häufigkeiten und Verteilungen eines Phänomens (Flick, Kardorff & Steinke 2013, S. 22 ff.).

Wie in Kapitel 4 erläutert, ist das Ziel dieser Arbeit, den Forschungsgegenstand „die Implementierung und Verstetigung eines BGM aus der unmittelbaren Sicht der Verantwortlichen und der Mitarbeiterinnen“ explorierend zu strukturieren und zu verstehen. Das Forschungsfeld ergibt sich aus dem Projekthintergrund, sodass Personen, die in Pflegeeinrichtungen des BONAS-Projektes arbeiten, für die Datenerhebung ausgewählt wurden. Da das Konzept des BONAS-Projekts die Zusammenarbeit mit allen Berufsgruppen in einer stationären Pflegeeinrichtung beinhaltet, sollen auch diese Personengruppen zu Wort kommen. Um die spezifischen Erfolgsfaktoren und Spannungsbereiche von den BGM-Verantwortlichen und den Mitarbeiterinnen zu erfahren, werden zur Datengewinnung partizipative, leitfadengestützte Fokusgruppeninterviews durchgeführt.

Das Fokusgruppeninterview

Die Erhebung von qualitativen Daten durch Gespräche in gruppenförmigen Settings findet im deutschen, wie im angelsächsischen Raum immer größere Beliebtheit (Bohn-sack 2013, S. 369; Przyborski & Wohlrab-Sahr 2010, S. 101). Als eine Form der Gruppeninterviews wird das Modell des fokussierten Interviews („Focused Interview“), das Merton, Fiske und Kendall 1956 im Rahmen einer Studie zur Wirkung der Propaganda während des Zweiten Weltkrieges entwickelten, angewendet. Das fokussierte Interview basiert auf einer von den befragten Personen gemeinsam erlebten konkreten sozialen Situation, die in der vorliegenden Analyse die gemeinsam erlebte Implementierung des BONAS-Projektes darstellt. Die von den Interviewteilnehmenden persönlichen Wahrnehmungen und Einschätzungen der Situation bilden den Fokus des Interviews (Przyborski & Wohlrab-Sahr 2010, S. 146). Dieses Vorgehen hat den Vorteil, dass sich die Akteure durch ein gemeinsames Rekapitulieren des BGM-Prozesses in einer Interaktion befinden, die eine Vielfalt an Wahrnehmungen der betreffenden Situationen hervorbringt. Durch die Gruppendynamik und Flexibilität werden neue Ideen angeregt. Zudem erfolgt ein Schneeballeffekt, bei dem eine Aussage als Anreiz für weitere Wortmeldungen dient, wodurch es zu spontanen und unkonventionellen Antworten kommt. Das Ziel ist, durch eine ungezwungene Atmosphäre ehrliche Antworten auf die Fragestellung zu bekommen und die wahren Gefühle, Ängste und Frustrationen hervorzubringen (Mayerhofer 2009, S. 486).

Die Gesundheitswissenschaften setzen Fokusgruppeninterviews ein, um individuelle Überzeugungen und Gefühle sowie Gründe für Verhaltensmuster zu erforschen. Sie bieten ein hilfreiches Instrument, um Nutzerinnen in die Entwicklung, Planung, Umsetzung und Evaluation von Interventionsprogrammen einzubeziehen, was ausschlagge-

bend für die Verwendung der Methode in der vorliegenden Arbeit ist (Kitzinger 1995, S. 299; Przyborski & Wohlrab-Sahr 2010, S. 145; Rabiee 2004, S. 655). Voraussetzung für ein fokussiertes Interview ist das gemeinsame Erleben einer Situation der Interviewteilnehmerinnen. Diese Situation muss von der Interviewerin analysiert werden, um einen Interviewleitfaden zu erstellen. Ziel ist es, das spezifische Erleben und die persönliche Wahrnehmung durch die Interviewführung auszuloten. Dabei greift die Moderatorin stärker als bei anderen Interviewmethoden in das Interview ein, wenn das fokussierte Thema von den Teilnehmerinnen verlassen wird. Zudem ist es möglich von den Befragten gesetzte Schwerpunkte oder nicht thematisierte Situationen sowie Interpretationen zu hinterfragen. Trotz der möglichen und beabsichtigten Eingriffe gelten die Prinzipien der offenen Interviewführung (Merton, Fiske & Kendall 1990, S. 3 ff.; Przyborski & Wohlrab-Sahr 2010, S. 147).

Für eine effektive und erfolgreiche Durchführung des fokussierten Interviews entwickelten Merton, Fiske und Kendall (1990) aus der Analyse zahlreicher Interviewtranskripte vier Kriterien.

Das **erste Kriterium** nennen sie *Range*, das von Przyborski & Wohlrab-Sahr (2010, S. 152 f.) als „Erfassung eines breiten Spektrums“ übersetzt wird. Darunter verstehen die Forscher einerseits das Hervorbringen der verschiedensten Facetten bezogen auf die zuvor analysierte Thematik. Ebenso wichtig sind jedoch die Perspektiven, die zuvor nicht von der Interviewerin vorhergesehen wurden. Je vielfältiger die Antworten ausfallen, desto stärker wird dieses Kriterium erfüllt (Merton et al. 1990, S. 41). Das **zweite Kriterium** ist *Specificity* (engl. Spezifität). Dabei sollen einzelne Aspekte der Ausgangssituation in Bezug auf hervorgerufene Gefühle und Empfindungen zum Ausdruck kommen. Eine detaillierte Vergegenwärtigung der Stimulussituation kann entsprechende Antworten der Interviewten hervorbringen (Merton, Fiske & Kendall 1990, S. 65 ff.; Przyborski & Wohlrab-Sahr 2010, S. 152). Das **dritte Kriterium** ist *Depth* (engl. Tiefgründigkeit). Tiefgründigkeit heißt in diesem Zusammenhang, dass die Interviewerin versucht, ein Höchstmaß an Selbstoffenbarung der Interviewten zu erzielen. Oberflächliche Beschreibungen der Teilnehmerinnen sollen von der Interviewerin so gelenkt werden, dass eine angemessene Tiefe erreicht wird. Wie hat jede einzelne die Stimulussituation erlebt oder welche Gefühle sind aufgetreten? Das sind Fragen, die zu einem tieferen Niveau im Interview führen können (Merton, Fiske & Kendall 1990, S. 95; Przyborski & Wohlrab-Sahr 2010, S. 153). Als **letztes Kriterium** geben Merton et al. „personal Contexts“ (engl. persönlicher Kontext) an. Das Interview sollte die persönlichen Eigenschaften und Vorerfahrungen der Befragten hervorbringen, die der Situation eine unverwechselbare Bedeutung beimessen. Um ein Verständnis für die Ant-

worten der Teilnehmerinnen zu entwickeln, muss die Interviewerin die Rolle jeder einzelnen Person hinterfragen und die Eigenschaften sowie Werte der Teilnehmerinnen erkunden (Merton, Fiske & Kendall 1990, S. 115).

Geeignet ist das Instrument des Fokusgruppeninterviews im Rahmen der Erhebung, da individuelle Überzeugungen und Gründe für den Erfolg beziehungsweise Misserfolg eines BGM-Prozess in Altenpflegeeinrichtungen exploriert werden sollen. Das Gruppenverfahren eignet sich besonders, weil Betriebliches Gesundheitsmanagement ein dynamischer Prozess ist, der auf dem Austausch von Informationen und einem gemeinsamen Entscheidungsprozess beruht. Eine erfolgreiche Umsetzung des Betrieblichen Gesundheitsmanagements, aber auch Spannungen sind eng mit der Kommunikation untereinander verknüpft. Aus diesem Grund liegt es nahe, solche Gespräche in die Forschung mit einzubeziehen und so möglichst realitätsnahe Ergebnisse zu produzieren. Detaillierte Verbesserungsvorschläge können für den fortlaufenden Prozess generiert werden. Es geht um die Verbesserung und Optimierung des Prozesses, sodass neue Erkenntnisse über das Vorgehen des BONAS-Projekts hervorgebracht werden. Das Wissen über die Zielgruppe soll erweitert und die subjektive Wirkung von hemmenden und fördernden Faktoren auf das BGM herausgestellt werden.

5.2 Zugang zum Feld und Sampling

Im Gegensatz zu quantitativen Studien steht in der qualitativen Forschung nicht die statistische Repräsentativität im Vordergrund, sondern eine Generalisierbarkeit der Ergebnisse. Daher spielt die Auswahl der Fallgruppe bereits für die Verallgemeinerung der Ergebnisse am Ende einer Untersuchung eine bedeutende Rolle (Przyborski & Wohlrab-Sahr 2010, S. 173).

Zugang zum Feld

Für die vorliegende Studie wurden als Setting für die Erhebung stationäre Altenpflegeeinrichtungen in Niedersachsen gewählt, die am BONAS-Projekt der AOKN teilnehmen. Der Erstkontakt zu den Einrichtungen erfolgte durch die BONAS-Projektleiterin der AOKN. Diese bat die Geschäftsleitungen der teilnehmenden stationären Pflegeeinrichtungen in einer E-Mail um die Unterstützung der Forschungsarbeit. Im Anhang der E-Mail befand sich ein von der Forscherin formuliertes Anschreiben, das das Erkenntnisinteresse und das Vorgehen erläuterte (siehe Anhang B 1). Die Geschäftsleitungen wurden aufgefordert, sich in ihrer Antwort direkt an die Forscherin zu wenden, um das weitere Vorgehen zu besprechen. Da nach einer Woche von keiner Pflegeeinrichtung eine Rückmeldung erfolgte, nahm die Forscherin telefonisch Kontakt zu den Geschäftsführungen auf und warb für die Unterstützung der Forschungsarbeit. Sie infor-

mierte diese über das Erkenntnisinteresse, die Art der Aufzeichnung des Gespräches und über Aspekte des Datenschutzes. Durch dieses Vorgehen konnten drei Geschäftsleitungen von Pflegeeinrichtungen für das Forschungsvorhaben gewonnen werden. Mit ihnen wurden Erhebungstermine vereinbart. Bedingt durch den Tagesablauf der Pflegeheime vereinbarten die Beteiligten einen Tag, an dem die Steuerkreismitglieder vormittags und die Mitarbeiterinnen aus allen Funktionsbereichen nachmittags interviewt werden konnten. Für jedes Gruppeninterview wurde ein Zeitraum von zwei Stunden vorgesehen. Die Geschäftsleitung organisierte die Gewinnung der Mitarbeiterinnen und deren Freistellung für das Forschungsvorhaben. Circa eine Woche vor dem Interviewtermin telefonierte die Forscherin erneut mit der Geschäftsleitung, um sicherzustellen, dass der Termin eingehalten werden kann, sich ausreichend Mitarbeiterinnen für die Interviews gefunden haben und die Altenpflegeeinrichtung über die benötigte Ausstattung (Flipchart, Stellwand) verfügt. Ein Interviewtag wurde kurzfristig um eine Woche verschoben, da eine MDK-Prüfung die personellen Ressourcen der Altenpflegeeinrichtung erforderte. Die Kontaktherstellung sowie die Telefongespräche skizzierte die Forscherin in einem Kontextprotokoll (siehe Anhang B 8).

Sampling

In qualitativen Untersuchungen kommen unterschiedliche Formen des Samplings zur Anwendung. Eine Möglichkeit der Stichprobenfestlegung ist das Sampling nach bestimmten, vorab festgelegten Kriterien (Abbildung 8) (Przyborski & Wohlrab-Sahr 2010, S. 178). Dieses Verfahren wurde in der vorliegenden Arbeit angewendet, um das Forschungsfeld bereits zu Beginn einzugrenzen und dadurch praktikabel zu gestalten. In den Pflegeeinrichtungen interviewte die Forscherin jeweils eine natürliche Gruppe, den Steuerkreis (erste Interviewgruppe) sowie eine künstliche Gruppe (zweite Interviewgruppe) (Abbildung 8).

<p>Kriterien für die Auswahl der stationären Pflegeeinrichtungen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • nehmen am BONAS-Projekt teil, • führen zum ersten Mal ein BGM ein und • haben zum Zeitpunkt des Interviews einen PDCA-Zyklus mit einer Selbstbewertung abgeschlossen. 	
<p>Kriterium für die erste Interviewgruppe:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Mitglieder des Steuerkreises BGM der Pflegeeinrichtung und • wenn möglich, Vertretung der obersten Leitungsebene. 	<p>Kriterium für die zweite Interviewgruppe:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Mitarbeiterinnen der Altenpflegeeinrichtung, die nicht im Steuerkreis BGM involviert sind, • Vertretungen aus unterschiedlichen Funktionsbereichen, • Ausschluss der obersten Leitungsebene.

Abbildung 8: Kriterien zur Auswahl der Stichprobe

Unter Abwägung der personellen, zeitlichen und finanziellen Ressourcen fiel die Entscheidung auf ein Sample von sechs Fokusgruppeninterviews mit jeweils fünf bis maximal zehn Teilnehmerinnen. In drei Einrichtungen wurden jeweils zwei Fokusgruppeninterviews mit Steuerkreismitgliedern und Mitarbeiterinnen durchgeführt. Da die ersten zwei Interviews in einer Pflegeeinrichtung nahezu ausschließlich fördernde Faktoren des BGM-Prozesses zum Vorschein brachten, wurde die Möglichkeit genutzt, einen theoretisch relevanten Fall in die Datenerhebung zu involvieren (Przyborski & Wohlrab-Sahr 2010, S. 181). Eine Pflegeeinrichtung wurde kontaktiert, die vor dem Ausstieg aus dem Projekt stand. Durch diese Erweiterung konnte ein möglichst kontrastierender Fall unterschiedliche Facetten des Themas hervorbringen. Nach einem Vorgespräch fand in einer vierten Einrichtung, auf Wunsch der Einrichtungsleitung, kein Fokusgruppeninterview, sondern ein Einzelinterview statt. Letztlich wurden im Juni und Juli 2014 sieben Interviews mit 34 beteiligten Personen durchgeführt. Eine Tabelle im Anhang B (5) liefert eine Übersicht über das Sample der befragten Gruppen und Personen. In den Gruppen der Steuerkreismitglieder waren jeweils Vertreterinnen der obersten und mittleren Leitungsebene sowie unterschiedliche Funktionsbereiche involviert. Ebenso waren in den Gruppen der Mitarbeiterinnen jeweils Pflegefachkräfte unterschiedlicher Hierarchieebenen (ausgenommen oberste Leitung), Präsenzkkräfte und Reinigungskräfte vertreten. Durch die Partizipation verschiedener Funktionsbereiche sowie Hierarchieebenen wurde eine facettenreiche Erhebung sichergestellt.

5.3 Der Interviewleitfaden

Der Interviewleitfaden wurde in Anlehnung an die Forschungsfragen in Absprache mit der BONAS-Projektleitung theoriegeleitet entwickelt. Auf der Basis der wissenschaftlichen Grundlegung (Kapitel 2) sowie den praktischen Erfahrungen aus dem bisherigen BONAS-Projekt wurde die Implementierung und Verstetigung des BGM-Prozesses analysiert, um Hypothesen über die Bedeutungen und Wirkungen der Situation in die Erstellung eines offenen Leitfadens einfließen zu lassen.

Der Leitfaden orientiert sich an den allgemeinen Prinzipien der Gesprächsführung, sodass die Fragen die Interviewten vom Allgemeinen zum Speziellen hinleiten. Es werden offene Fragen formuliert, damit die Interviewten den zur Diskussion stehenden Prozess aus ihrer Sicht umreißen und angrenzende Erzählungen mit einbringen können. An die offenen Fragestellungen schließen spezifische Nachfragen an, um den Fokus auf spezifische Details zu lenken. Der Leitfaden ist in fünf Phasen unterteilt, die jeweils mit offenen Fragen eingeleitet werden (siehe Anhang B 3.1). Spezifische Themen sind im Leitfaden stichpunktartig als Gedankenstütze hinterlegt, damit während des Interviews nicht genannte Themen angesprochen werden können. Angesichts des

unterschiedlichen Hintergrundwissens der zwei Zielgruppen, wird der für die Steuerkreismitglieder entwickelte Leitfaden für die Mitarbeiterinnen in der zweiten und dritten Phase des Interviews angepasst (siehe Anhang B 3.2). Im Folgenden wird zunächst der Leitfaden für die Steuerkreismitglieder vorgestellt, um anschließend auf die Änderungen für die Gruppe der Mitarbeiterinnen einzugehen.

Die **erste Phase** des Fokusgruppeninterviews ermöglicht ein Kennenlernen der Teilnehmenden sowie einen Einstieg in die Thematik. Durch eine kurze Vorstellungsrunde werden zu Beginn alle Teilnehmerinnen ermutigt in der Gruppe zu sprechen (Anhang B 4.1.1). Als thematischen Einstieg wählt die Forscherin zwei Fragen, die das generelle Verständnis für BGM sowie die dadurch wahrgenommene Veränderung in der Pflegeeinrichtung thematisieren. Mit diesen Einführungsfragen wird der Fokus auf die Hauptthematik gerichtet. In der **zweiten Phase** geht es im Speziellen um einen gemeinsamen Rückblick auf die letzten anderthalb Jahre des BGM-Prozesses. Mit einer visuellen Darstellung, die die Meilensteine der Implementierung des BGM auf einem Flipchart aufzeigt, werden die Teilnehmerinnen animiert, über Erfolgsfaktoren und Spannungsbereiche zu diskutieren (Abbildung 9).

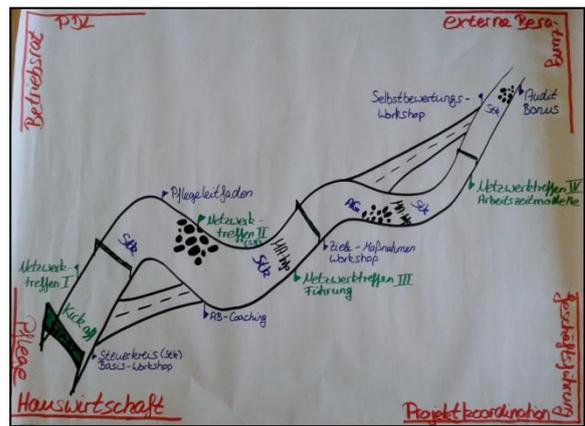


Abbildung 9: Der BGM-Prozess als Weg, eigene Darstellung

Mithilfe ergänzender Fragen zu bestimmten Faktoren sollen verschiedene Meinungen zum gesamten BGM-Prozess herausgearbeitet werden. Abgeschlossen wird diese Phase mit der Frage: Würden Sie das BGM genauso wieder einführen? Mit dieser Frage soll von den Interviewten eine Gesamtbilanz über den Prozess der Implementierung erfolgen. Die **dritte Phase** bezieht sich auf die aktuelle Situation. Wie ist die Stimmung nach einer arbeitsintensiven Zeit, welche Herausforderungen müssen bewältigt werden und welche Hilfe wäre dabei wünschenswert, sind Fragen, die Aufschluss über hemmende und fördernde Faktoren während der ersten Schritte der Verstetigung geben sollen. Die **vierte Phase** konkretisiert die Frage nach den Verstetigungsbemühungen, indem sie nach der Zukunftsperspektive des BGM fragt. Den Abschluss bildet die **fünfte Phase** mit drei offenen Fragen, die auf bisher nicht Gesagtes abzielen sowie auf die wichtigsten Aspekte des Interviews und Verbesserungsvorschläge für weitere Fokusgruppen.

Der Leitfaden für die Mitarbeiterinnen wird in der zweiten und dritten Phase abgeändert. Zwar erfolgt auch hier in der zweiten Phase ein gemeinsamer Rückblick anhand eines vorbereiteten Flipcharts (siehe Anhang B 4.2.2), diese zeigt jedoch nur die von den Mitarbeiterinnen erlebten Aspekte des BGM-Prozesses auf und lässt Situationen, die nur der Steuerkreis erlebt hat, unberücksichtigt. Es wird das Erleben der BGM-Einführung hinterfragt, indem die Teilnehmerinnen positive wie negative Aspekte diskutieren. Zudem werden die aus der Theorie abgeleiteten wichtigen Aspekte der Beteiligung und der Kommunikation hinterfragt. Zum Abschluss des Rückblicks wird eine Gesamtbilanz über den BGM-Prozess von den Mitarbeiterinnen gezogen. Denkanstöße zu bestimmten Faktoren, die in der Diskussion berücksichtigt werden sollen, sind im Interviewleitfaden festgehalten. Die dritte Phase wird nur leicht abgeändert. Die Mitarbeiterinnen diskutieren über die aktuelle Stimmung zum Thema BGM sowie über momentane Wünsche. Zudem thematisieren sie den Grad der Beteiligung.

Vor der Interviewdurchführung wird der Leitfaden gemeinsam mit dem Beratungsteam der AOKN auf dessen Vollständigkeit und Verständlichkeit überprüft. Daraufhin werden einige Fragen eindeutiger formuliert. Zusätzlich wird der Leitfaden mit einer fachfremden Person durchgespielt, um die Nutzung von Fach- und Fremdwörtern und die generelle Verständlichkeit zu reflektieren. Ein klassisches Probeinterview kann in diesem Fall nicht realisiert werden, da die Rekrutierung und Durchführung einer Probegruppe mit den nötigen Erfahrungen in einem BGM-Prozess einen unverhältnismäßig hohen Aufwand bedeutet hätte. Um dennoch aus der Praxis zu lernen, reflektiert die Forscherin selbstkritisch nach jedem Interview die Fragestellungen sowie das gesamte Vorgehen des Fokusgruppeninterviews in Kontextprotokollen (siehe Anhang B 8).

5.4 Die Durchführung der Fokusgruppeninterviews

Die Durchführung der ersten beiden Fokusgruppeninterviews wird von einer Auszubildenden der AOKN unterstützt, die Durchführung des dritten und vierten von einer Praktikantin des UB BGM.

Um den Interviewgruppen eine angenehme und störungsfreie Atmosphäre zu bieten, ermöglicht die Geschäftsleitung der jeweiligen Pflegeeinrichtung die Nutzung eines Besprechungsraumes samt Bewirtung. Die Wahl des Erhebungsortes stellt somit eine vertraute Umgebung dar, welche von den Teilnehmerinnen ohne zusätzlichen zeitlichen und finanziellen Aufwand erreicht werden kann. In allen Interviews wird eine kommunikative Gesprächssituation durch das Sitzen an großen Besprechungstischen ermöglicht. Beispielhaft skizziert die Abbildung 10 eine Kommunikationssituation bei einem der durchgeführten Fokusgruppeninterviews.

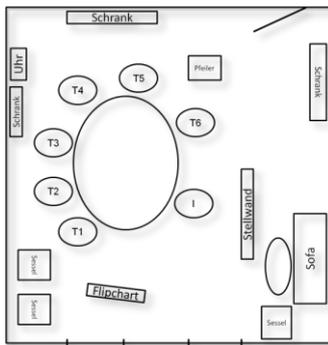


Abbildung 10: Kommunikationssituation Interview 6, eigene Darstellung

Vor Beginn der Fokusgruppeninterviews stellt sich die Forscherin nach einer kurzen „Small Talk“ Phase selbst vor, erläutert den Ablauf des Interviews, fragt das tatsächlich zur Verfügung stehende Zeitfenster ab und klärt die Teilnehmerinnen über das Forschungsvorhaben auf. Dabei werden die Teilnehmerinnen in das spezifische Interviewformat des Fokusgruppeninterviews eingeführt. Die Forscherin beschreibt zudem die Art der Aufzeichnung der Daten, versichert eine anonymisierte Auswertung, um eine offene Diskussion zu gewährleisten und holt sich eine schriftliche Einverständniserklärung für die Nutzung der Daten ein (siehe Anhang B 2). Um bereits zu Beginn der Interviews eine kommunikative Haltung zu zeigen, wird ein Zeitfenster für Rückfragen zum Forschungsinteresse sowie zum Datenschutz seitens der Teilnehmerinnen eingeplant. Nachdem einer digitalen Tonaufnahme von allen Teilnehmerin zugestimmt wird, legt die Forscherin das Aufnahmegerät für die Aufzeichnung mittig auf den Tisch. Um eine gute Aufnahmequalität zu gewährleisten wird ein Diktiergerät Olympus DS-2200 mit einem Stereo Mikrofon ME1S genutzt. Die Aufzeichnung ermöglicht der Forscherin sich auf die Inhalte sowie auf Beobachtungen situativer Bedingungen und nonverbale Äußerungen zu konzentrieren. Ein Kontextprotokoll dient zur Ergänzung der Tonbandaufzeichnung. Dieses erstellt die Forscherin unmittelbar nach den Interviews. Darin werden das Zustandekommen des Interviews, Datum, Uhrzeit, Dauer und Ort des Interviews, Angaben zu den Teilnehmerinnen, die Kommunikationssituation, Eindrücke zu den Befragten, Verhalten der Forscherin, äußere Einflüsse sowie Störungen und Besonderheiten dokumentiert (siehe Anhang B 8). Die Notizen können in den Prozess der Auswertung als ergänzende Informationen miteinbezogen werden.

Die Fokusgruppeninterviews werden anhand des Interviewleitfadens durchgeführt. Die Fragen zu jeder Interviewphase werden auf einem Flipchart visualisiert, damit den Interviewteilnehmerinnen ein Orientierungsrahmen geboten wird (siehe Anhang B 4). Nach Abschluss der letzten Phase wird die Tonaufzeichnung beendet. Off-the-Record-Situationen, die in manchen Fällen interessante und aufschlussreiche Details beinhalten, dokumentiert die Forscherin im Kontextprotokoll. Am Ende bedankt sich die Forscherin bei den Teilnehmerinnen mit einem positiven Feedback für die gelungenen Diskussionen und für die zur Verfügung gestellte Zeit.

Sechs der sieben Interviews verlaufen ohne schwerwiegende Störungen. In einem Interview können die Teilnehmerinnen nicht von der Notwendigkeit einer Tonaufnahme

überzeugt werden, sodass von diesem Interview keine Transkription, sondern lediglich ein detailliertes Protokoll zur Auswertung vorliegt. Vereinzelt Unterbrechungen durch ein Telefonklingeln oder durch das Eintreten der Geschäftsleitung, um einen Laptop zu holen, beeinträchtigen die Gesprächssituationen unwesentlich. Die durchschnittlich aufgenommene Interviewzeit beträgt 75 Minuten (Minimum 61 Minuten, Maximum 120 Minuten). Die durchschnittliche Interviewzeit zuzüglich der Off-the-Record-Zeiten beträgt 96 Minuten (die größte Differenz zur Aufnahmezeit beträgt 29 Minuten, die geringste 19).

5.5 Das Verfahren der Datenauswertung

Als erster Schritt der Datenauswertung ist die Transkription zu nennen. Hierbei werden die Fokusgruppeninterviews vollständig, beruhend auf vorab festgelegten Regeln, in eine digitale Schriftform übertragen. In der Sozialwissenschaft existieren bisher keine einheitlichen Transkriptionsstandards. Es liegen verschiedene Transkriptionsregeln vor, die sich in ihrer Genauigkeit unterscheiden (Dresing & Pehl 2010, S. 723). Das in dieser Forschungsarbeit verwendete Transkriptionssystem orientiert sich am bewusst einfachen und schnell erlernbaren Regelwerk von Kuckartz (2007, S. 43) (siehe Anhang B 6). Die inhaltliche Vollständigkeit der Transkription ist dabei besonders wichtig, um alle relevanten Informationen zur Beantwortung der Forschungsfragen zu erhalten. Durch eine derartige Verschriftlichung der Tonaufzeichnung kann das Interview einer Analyse unterzogen werden.

Für die qualitative Datenanalyse der Interviewtranskripte wird das Kodierverfahren der *Grounded Theory* nach Strauss und Corbin (1996) angewendet. Die *Grounded Theory* ist eine Methodologie der qualitativen Sozialforschung, welche die Entwicklung von gegenstandsverankerten Theorien mittlerer Reichweite zum Ziel hat. Ergebnis des systematischen Verfahrens ist eine Theorie zur Erklärung eines Phänomens durch die Entwicklung von Kategorien und ihre Beziehungen untereinander (Strauss & Corbin 1996, S. 8 ff.). In der Forschungsarbeit geht es um das Verstehen von Phänomenen, die hemmend beziehungsweise fördernd auf die Einführung und Verstetigung des BGM wirken. Aus diesem Grund bietet sich die *Grounded Theory* als Auswertungsmethode an. Während das Untersuchungsdesign der *Grounded Theory* zeitliche und personelle Ressourcen stark in Anspruch nimmt, wird diese in der vorliegenden Forschungsarbeit lediglich als Analyseverfahren angewendet. Es ist klar, dass es sich damit um eine verkürzte Anwendung der *Grounded Theory* handelt, deren Grundprinzip der Wechselprozess zwischen Datenerhebung und Auswertung ist, sowie dem damit verbundenen Anspruch eine theoretische Sättigung durch ein theoretisch fundiertes Sampling zu erlangen (Przyborski & Wohlrab-Sahr 2010, S. 194 f.).

Ein weiteres grundlegendes Prinzip ist das ständige Vergleichen der Kategorien auf Ähnlichkeiten und Unterschiede. Dies dient der Erweiterung, Strukturierung und Präzisierung der Kategorien. Dieses prozesshafte Vorgehen überprüft die Robustheit von Hypothesen (Przyborski & Wohlrab-Sahr 2010, S. 199–200).

Die *Grounded Theory* erklärt Phänomene durch Kategorien, die durch schrittweises theorieorientiertes Kodieren der Daten entstehen. Das Kodierverfahren findet auf unterschiedlichen Abstraktionsniveaus statt. Die drei Haupttypen des Kodierens sind das offene Kodieren, das axiale Kodieren und das selektive Kodieren (siehe Abbildung 11) (Strauss & Corbin 1996, S. 39 ff.).



Abbildung 11: Übersicht der einzelnen Auswertungsschritte, eigene Darstellung

Um den gesamten Kodierprozess zu dokumentieren, werden schriftliche Analyseprotokolle angefertigt. Derartige Memos können unterschiedliche Formen annehmen. Sie verschriftlichen die Gedanken, Entscheidungen sowie Interpretationen der Forscherin und werden von Beginn bis zur Fertigstellung der Arbeit stetig geschrieben und weiterentwickelt (Strauss & Corbin 1996, S. 168 ff.).

Alle in der Abbildung 11 aufgeführten Auswertungsschritte sind durch die theoretische Sensibilität der Forscherin beeinflusst. Diese wird durch das vorausgegangene Literaturstudium und selbst gemachten Erfahrungen vor und während des Forschungsprozesses geprägt. Ein hohes Maß an theoretischer Sensibilität schärft den Blick auf das Wesentliche, vereinfacht das Verstehen von Bedeutungen und ermöglicht eine dichte und gut integrierte Theorie zu entwickeln. Im Rahmen der vorliegenden Forschungsarbeit erhöht die Forscherin ihre theoretische Sensibilität durch ein Literaturstudium bezogen auf die Besonderheiten der Altenpflege sowie den Grundlagen des BGM (siehe

Kapitel 2). Zusätzlich liefern Dokumente zum BONAS-Projekt, wie beispielsweise Kooperationsverträge, Projektbeschreibungen, Zwischenberichte, BGM-Maßnahmenpläne der verschiedenen Altenpflegeeinrichtungen, Protokolle von Steuerkreissitzungen sowie Ergebnisse der AB-Coachings der Forscherin einen Einblick in das Projektgeschehen. Bevor die Forscherin die Forschungsarbeit durchführte, lernte sie verschiedene Altenpflegeeinrichtungen des BONAS-Projektes während eines Praktikums über einen Zeitraum von fünf Monaten kennen. In dieser Zeit erlebte sie eine Einrichtung intensiver durch die Teilnahme an Steuerkreissitzungen. Zudem begleitete sie eine Beraterin der AOKN bei vier Selbstbewertungsworkshops in unterschiedlichen Altenpflegeeinrichtungen, die an den Fokusgruppeninterviews jedoch nicht teilnahmen. Durch eine Ausbildung zur Gesundheits- und Krankenpflegerin verfügt die Forscherin über ein Basiswissen im Bereich der allgemeinen Pflege. Die aufgeführten Aspekte liefern der Forscherin ein gewisses Maß an theoretischer Sensibilität, das hilfreich in die einzelnen Auswertungsschritte einfließt, aber zu jeder Zeit skeptisch reflektiert werden muss, um voreilige Schlüsse zu vermeiden. Im Folgenden werden die Kodierphasen differenziert dargestellt.

Offenes Kodieren

Das offene Kodieren ist als Prozess des Aufbrechens, Untersuchens, Vergleichens, Konzeptualisierens und Kategorisierens von Daten definiert (Strauss & Corbin 1996, S. 43). Es eröffnet die Forschungsarbeit nach dem ersten Sichten der Daten, indem vorläufige Konzepte entwickelt werden. Konzepte sind nach Strauss und Corbin (1996, S. 43) „konzeptuelle Bezeichnungen oder Etiketten, die einzelnen Ereignissen, Vorkommnissen oder anderen Beispielen für Phänomene zugeordnet werden“. Das bedeutet Sinneinheiten auszuwählen, deren Bedeutung zu bestimmen und diese mit einem Begriff zu etikettieren. Der Begriff soll im Sinne der Theoretisierung die Ebene der Paraphrase verlassen und über die Daten hinaus weisen (Przyborski & Wohlrab-Sahr 2010, S. 207). Möglich ist zudem die Nutzung von In-vivo-Kodes, worunter Begriffe zu verstehen sind, die direkt aus der Sprache von den Akteuren aus dem Untersuchungsfeld stammen (Böhm 2013, S. 478). Zum Öffnen der Daten ist das Stellen von generativen Fragen, wie beispielsweise „Worum geht es hier?“, „Welche Personen sind beteiligt?“, „Welche Aspekte werden angesprochen?“, „Welche Begründungen werden gegeben?“, „Welche Absichten werden mit welchen Mitteln verfolgt?“ hilfreich (Böhm 2013, S. 477 f.). Das Resultat des ersten Analyseschrittes sind zahlreiche Konzepte, die durch das Stellen von Fragen an die Daten und dem ständigen Vergleichen zu Kategorien einer höheren Ordnung gruppiert werden (Strauss & Corbin 1996, S. 55). Zu-

dem werden Eigenschaften der elaborierten Kategorien identifiziert und dimensionalisiert (Strauss & Corbin 1996, S. 50 ff.).

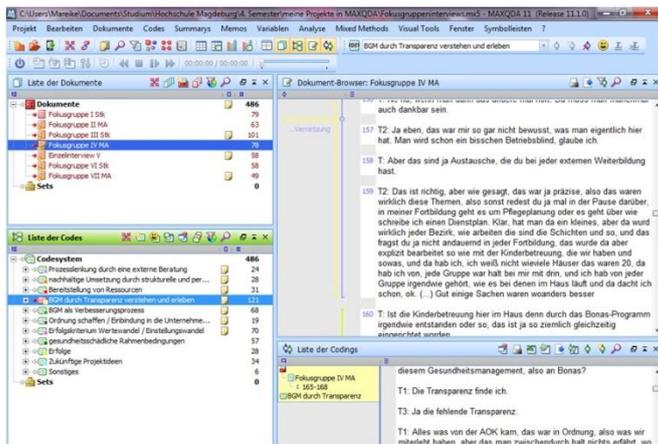


Abbildung 12: Screenshot des Computerprogramms MAXQDA®, eigene Darstellung

viewpassage, das Sortieren und Gruppieren der Codes in einem Codesystem. Abbildung 12 zeigt eine Momentaufnahme der QDA-Software MAXQDA® beim offenen Kodieren.

Axiales Kodieren

In einem weiteren Analyseschritt, dem axialen Kodieren, werden die entwickelten Kategorien differenziert und weiterentwickelt. Dies wird, nach Strauss und Corbin (1996, S. 75) „durch den Einsatz eines Kodier-Paradigmas erreicht, das aus Bedingungen, Kontext, Handlungs- und interaktionalen Strategien und Konsequenzen besteht“. Beim axialen Kodieren steht somit eine bestimmte Kategorie im Mittelpunkt der Analysearbeit, um ein kausales Beziehungsnetz um sie herum zu erarbeiten. Ziel dieses Schritts ist die Rekonstruktion von zeitlichen, räumlichen, kausalen, argumentativen und motivationalen Zusammenhängen (Böhm 2013, S. 479). Unterstützt wird dieser Arbeitsschritt durch die Anwendung des Kodierparadigmas (Abbildung 13). Durch das systematische Stellen der Fragen, wie sie in Abbildung 7 aufgeführt sind, kann der Sinn von Ereignissen erschlossen werden, indem nach Zusammenhängen gesucht wird (Strübing 2004, S. 27).

Die Forscherin nutzt für diesen ersten Analyseschritt zum einen die gedruckten Transkripte, indem sie Textstellen händisch markiert und Randnotizen schreibt, zum anderen das qualitative Datenanalyse (QDA) -Programm MAXQDA®. MAXQDA® ermöglicht unter anderem das Markieren und Kodieren von Textstellen mit einem direkten Link zur Inter-

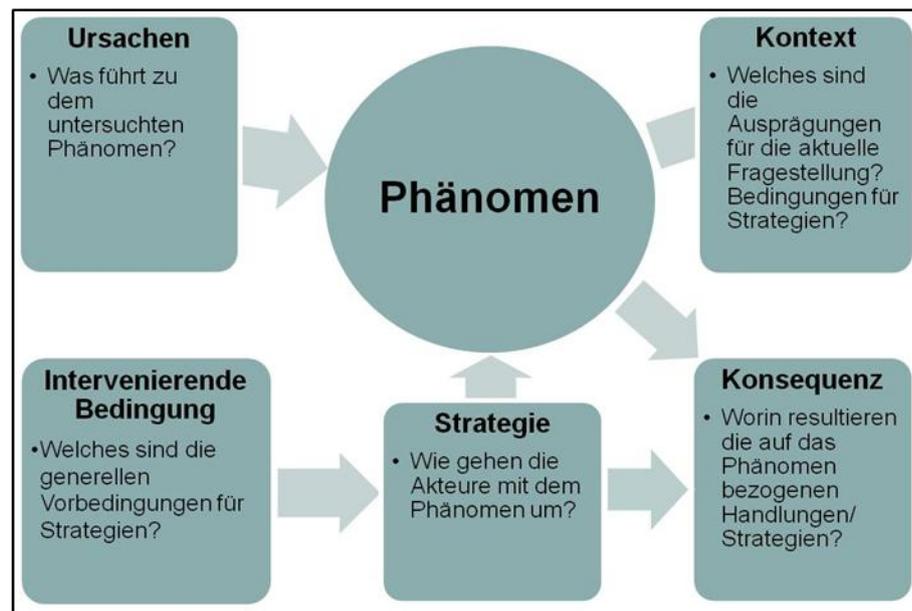


Abbildung 13: Kodierparadigma nach Strauss, eigene Darstellung nach Strübing (2004, S. 27)

Selektives Kodieren

Der Arbeitsschritt des selektiven Kodierens basiert, wie das axiale Kodieren, auf dem Kodierparadigma. Nach einer erneuten detaillierten Sichtung aller Codelisten und Memos findet zu diesem Zeitpunkt eine Integration der elaborierten Kategorien um ein zentrales Phänomen statt. Das zentrale Phänomen ist eine Kernkategorie, die sich entweder aus den bereits entwickelten Kategorien anbietet oder sich aus mehreren zusammengefassten Kategorien bildet. Ist das der Fall, muss eine neue Kategorie als Kernkategorie formuliert werden. Letztlich besteht die Aufgabe darin, eine analytische Geschichte mit einem roten Faden zu konstruieren, indem die Kategorien rund um die Kernkategorie mithilfe des Paradigmas verbunden werden (Böhm 2013, S. 482; Strauss & Corbin 1996, S. 94 f.).

6 Darstellung der Ergebnisse

Nachfolgend werden die Ergebnisse der durchgeführten Fokusgruppeninterviews dargestellt. Die Vielfalt der Phänomene aus den Interviews, welche zur Beantwortung der Forschungsfrage dienen, wird zu sieben Kategorien zusammengefasst und mit Zitaten der Teilnehmerinnen belegt. Die Interviewnummern, die in Klammern hinter den zitierten Textpassagen stehen, beziehen sich auf die Zuordnung, die in einer Tabelle im Anhang B (5) dargestellt ist. Die Zeilennummern geben Auskunft über die Herkunft der zitierten Textpassagen aus den Transkripten (Anhang B 7).

6.1 Erörterung der einzelnen Kategorien

Sieben Kategorien, die sich in diverse Konzepte gliedern (**Fettdruck**), wurden aus dem Material heraus abgeleitet. Abbildung 14 veranschaulicht die Kategorien ohne inhaltliche oder hierarchische Sortierung.

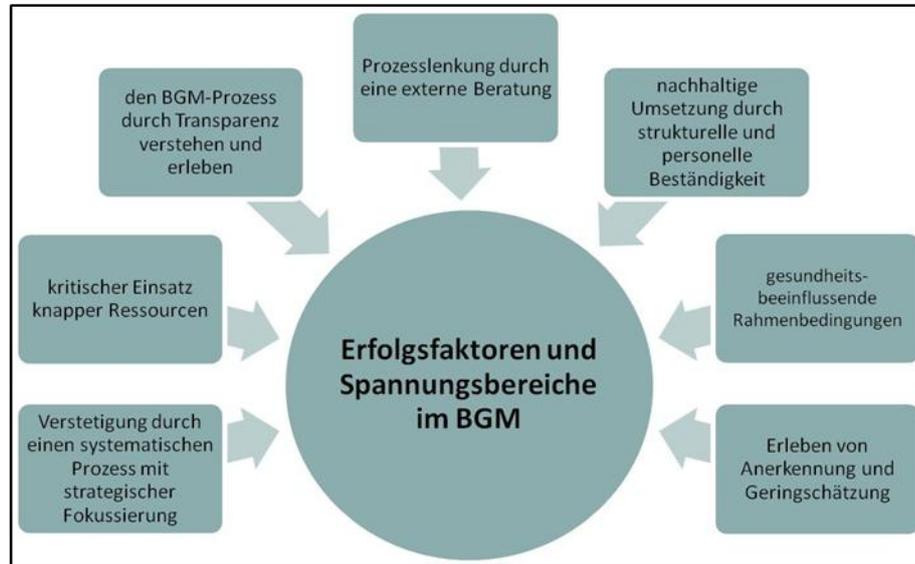


Abbildung 14: Kategorien zu Erfolgsfaktoren und Spannungsbereichen im BGM, eigene Darstellung

Nachfolgend werden die einzelnen Kategorien erläutert.

6.1.1 Verstetigung des BGM durch einen systematischen Prozess mit strategischer Fokussierung

Eine ursächliche Bedingung für das Phänomen *Verstetigung des BGM durch einen systematischen Prozess mit strategischer Fokussierung* ist die grundsätzliche Haltung der Akteure zu einem BGM. Diese wird mit der Frage nach dem **eigenen Verständnis von BGM** beleuchtet. Eine Mitarbeiterin aus dem Steuerkreis antwortet darauf:

"T5: (...) Analyse von Problempunkten, Optimierung und Verbesserung des Managements." (Interview III, Z.: 72-73)

Aber nicht nur bezogen auf das Management ist der Gedanke des systematischen Prozesses etabliert, sondern auch auf die konkrete Umsetzung in den jeweiligen Einrichtungen:

"T4: (...) sich um die körperliche und psychische Gesundheit seiner Mitarbeiter zu kümmern. Gucken, wo halt Probleme im Betrieb sind, wo Verbesserungspotenzial da ist, welche Maßnahmen greifen schon im Betrieb, welche muss man verbessern." (Interview III, Z.: 75-77)

Den Steuerkreismitgliedern ist bewusst, dass BGM nicht nur aus einem PDCA-Durchlauf besteht, sondern dass die Arbeit kontinuierlich weitergeführt werden muss (Interview III, Z.: 386-390). Als wichtigste Strategie für einen nachhaltigen Erfolg von BGM wird angesehen, dass Themen und Projekte weiterentwickelt werden, Stagnation vermieden wird und gleichzeitig Maßnahmen nach einer bestimmten Zeit kritisch bewertet werden (Interview VI, Z.: 749-760). Im Steuerkreis überwiegt somit das Verständnis von BGM als ein langfristiger und systematischer Prozess.

Die Vorgehensweise der AOKN, das BGM als einen systematischen Prozess in den Einrichtungen zu implementieren, wird von den Steuerkreismitgliedern unterschiedlich wahrgenommen. Beispielsweise hat die externe Beratung der AOKN zu Anfang den vordefinierten Prozess in den Einrichtungen „in einem sehr hohen Tempo gestartet“ (Interview V, Z.: 175). "Schlag auf Schlag" wurde das Projekt vorgestellt und fast gleichzeitig mit der Analysephase begonnen (Interview III, Z.: 173-181). Dieses gefühlt **schnelle Vorgehen überfordert** die Steuerkreismitglieder, deren Verständnis für den Prozess sich langsamer entwickelt. Nach der Anfangsphase beschreiben Steuerkreismitglieder den Prozess unterschiedlich. Manche erleben einen eher zähen, gleichzeitig jedoch intensiven Prozess (Interview I, Z.: 18-19), andere sprechen eher von sehr vielen Steuerkreissitzungen, die nicht zwingend notwendig gewesen wären. Demzufolge hätte der Prozess straffer gestaltet werden können (Interview III, Z.: 213-216). Es dauert lange, bis sie die ersten Maßnahmen umsetzten (Interview I, Z.: 48-51). Als Begründung werden Unklarheiten über den „**verkopften**“ und „**theoretischen**“ **Prozess** genannt, bei dem anfangs die Zielsetzung nicht eindeutig war (Interview I, Z.: 46-51; Z.: 106-107).

Als irritierend für den Aufbau des systematischen Prozesses wird die „ziemlich späte“ und „plötzliche“ **Bekanntgabe der Bewertungskriterien** für die Selbstevaluation genannt. Dies hatte zur Folge, dass, nach Auffassung eines Steuerkreismitglieds, die dafür nötige Projektstruktur und Zielsetzung, die zu Anfang hätte festgelegt werden müssen, erst kurz vor dem Selbstbewertungsworkshop angegangen wurde (Interview V, Z.: 80-184). Zudem werden der Umfang der Bewertungskriterien und die damit verbundenen Prozesse von einer Einrichtungsleitung äußerst kritisch gesehen:

„T: [...] Und in diesem System, Auditierung, wenn ich diesen diesen diesen Selbstbewertungsworkshop gekannt hätte, hätte ich mich wahrscheinlich gar nicht für das Projekt entschieden. Weil das der nächste Weg hier bei uns in der Pflegelandschaft ist, der ganz ganz viel Papieraufwand schafft, ohne wirklich irgendwie inhaltlich nach vorn zu kommen.“ (Interview V, Z.: 192-196)

Die Pflege ist „gebrandmarkt von Prüfungsstrukturen“ (Interview V, Z.: 196), sodass ein weiteres „**bürokratisches Bollwerk**“ (Interview V, Z.: 214), bei dem nur „Papier bewertet“ wird, nicht zielführend ist. Es kommt auf den Maßnahmenteil an, der unter einer „groben Zielführung“ laufen muss und auch bewertet werden soll, aber nicht mit so einem „bürokratischen Monstrum“ (Interview V, Z.: 456-464).

Trotz dieser kritischen Äußerungen fördert das **Verfahren der Selbstbewertung und des Audits** durch das systematische Aufarbeiten des bisher Geleisteten das Verständnis der meisten Steuerkreismitglieder im Sinne eines systematischen Prozesses (Interview III, Z.: 374-379; Interview V, Z.: 464-467). Zukünftig werden besonders die Schritte der Überprüfung und Anpassung ohne externe Beratung als sehr schwierig eingeschätzt und es bedarf einer großen Disziplin diese tatsächlich in einem stetigen Evaluationsrhythmus umzusetzen (Interview I, Z.: 162-165).

Das vorhandene Prozessverständnis der Steuerkreismitglieder fördert die Einführung des BGM als langfristigen Prozess. Das Thema Gesundheit wird durch das BGM prozesshaft im Steuerkreis weiterentwickelt, sodass ein BGM zukünftig die Chance hat, als systematischer Prozess verstetigt zu werden.

Der überwiegende Teil der Mitarbeiterinnen beschreibt das BGM eher anhand regelmäßiger betriebsärztlicher Untersuchungen (Interview IV; Z.: 106) und anhand der umgesetzten Gesundheitsförderungsmaßnahmen oder der bereitgestellten Hilfsmittel und Arbeitsmaterialien, um rückschonend zu arbeiten (Interview IV; Z.: 44-48). Sie sehen BGM bisher eher als punktuelle Gesundheitsförderungsmaßnahmen und noch nicht als ganzheitlichen Prozess.

Verstetigung durch strategische Fokussierung

Eine **strategische Fokussierung** zur Verstetigung des BGM wird von den Verantwortlichen **losgelöst von der Maßnahmenplanung** und Umsetzung gesehen. Eine Qualitätsmanagementbeauftragte beschreibt diese Aufgabe folgendermaßen:

„T4: [...] bin halt auch Mitglied im Steuerkreis und setzte natürlich Gesundheitsmanagement ja für das QM-Handbuch um, verschriftliche das und so weiter.“ (Interview III, Z.: 56-58)

Eine Einrichtungsleitung formuliert die Trennung drastischer in dem sie die Auffassung vertritt, dass das BONAS-Projekt in zwei Projekte unterteilt ist:

„T4: Also für mich ist das halt eben so, das ist mir erst im Projektverlauf so aufgefallen, [...] dass ich irgendwann mal gesagt habe, eigentlich sind das ja zwei Projekte A so BONAS für sich und mit den AB-Coaching und den daraus resultierenden Maßnahmen, aber die Selbstbewertung, Aufbau der

Gesundheitspolitik in der Einrichtung, das ist für mich nochmal so ein anderes Projekt eigentlich [...].“ (Interview VI, Z.: 767-772)

Die Einbindung des BGM in die Unternehmensstrategie führt dazu, dass in den Einrichtungen der **strategische Fokus auf die Gesundheit** gerichtet wird. So benennt eine Qualitätsmanagementbeauftragte die Zusammenführung aller Aktivitäten des BGM in einer Gesundheitspolitik als ein Ergebnis des Projekts:

„T4: Ich denke auch, das [Thema Gesundheit] ist die ganze Zeit immer ein bisschen mitgelaufen. Jetzt gerade im BONAS-Projekt hat man nochmal ein bisschen intensiver hingeschaut, was machen wir eigentlich schon. Man denkt ja immer so, naja eigentlich macht man gar nicht so viel und dann war es im Endeffekt schon sehr viel was wir schon machen, aber wir haben uns da eigentlich nie so wirklich Gedanken drum gemacht, oder es irgendwie verschriftlicht, das ist jetzt dadurch auf jeden Fall nochmal entstanden.“ (Interview III, Z.: 104-109)

Als hilfreich für die erfolgreiche Einbindung des BGM in die Unternehmensstrategie erweisen sich **Vorkenntnisse aus dem Qualitätsmanagement**. Darin gemachte positive Erfahrungen wirken motivierend auf die Ausgestaltung des Managementsystems:

„T4: [...] da sind wir halt eben noch nicht auf einem hohen Level, insgesamt auch, ich sag mal, das ist ja, wir sind ja noch nicht jetzt, wie beispielsweise im QM, das wir das unter der Betrachtung des PDCA-Zyklus haben, mit Feedbackschleifen haben, oder so, beziehungsweise, wir sind da ja noch ganz am Anfang jetzt auch die gesundheitspolitische Ausrichtung, ist ja bei uns auch relativ dünn. Welche Zahlen, Daten und Fakten werden wir heranziehen? Welche wollen wir jährlich überprüfen? Wo werden sie überprüft? Das ist ja noch nicht so weit.“ (Interview VI, Z.: 761-767)

Diese Einrichtungsleitung erkennt im Weiteren, dass der Aufbau der geforderten Gesundheitspolitik mit der Ableitung von Strategien und Maßnahmen, die eigene Einrichtung und auch die Trägerschaft erheblich weiterbringen kann (Interview VI, Z.: 770-787). So bewertet sie das Vorgehen der AOKN im Gegensatz zu anderen Krankenkassen als intensiver, sodass das BONAS-Projekt als Vorbild für den gesamten Trägerverband dienen kann (Interview VI, Z.: 328-340).

Eine intensive Fokussierung des BGM auf die Belange der Mitarbeiterinnen führt zu einer größeren Wertschätzung, was als Erfolg des Projekts gewertet wird (Interview I, Z.: 22-30). Zudem erhofft sich ein Steuerkreismitglied durch die Fokussierung auf das Thema Gesundheit einen positiven Effekt bezüglich der zukünftigen Mitarbeitergewinnung (Interview III, Z. 491-493).

Den Aufbau einer Gesundheitspolitik, durch die eine strategische Fokussierung deutlich wird, begrüßen jedoch nicht alle Verantwortlichen. Eine Einrichtungsleitung sieht lediglich den **bürokratischen Aufwand**, der mit der Einbindung des BGM in die Unternehmensstrategie verbunden ist, ohne einen entsprechenden Nutzen daran erkennen

zu können (Interview V, Z.: 192-196; Z.: 568-571). Ein Steuerkreismitglied einer anderen Einrichtung bekräftigt diese Sichtweise. Es komme nicht auf ein schönes Konzept oder Wortklaubereien an, um noch einen Punkt im Audit mehr zu erreichen. Wichtiger sei die tatsächliche Umsetzung für die Beschäftigten (Interview III, Z.: 697-702).

6.1.2 Kritischer Einsatz knapper Ressourcen

In dem BGM-Prozess stellen die Einrichtungen finanzielle und personelle Ressourcen zur Verfügung. Finanzielle Ressourcen fließen zum größten Teil in die Umsetzung von Maßnahmen. Eine Einrichtung setzt zusätzlich ein Budget für eine gezielte Analyse ein (Interview VI, Z.: 147). Personelle Ressourcen entrichten die Einrichtungen, indem sie Steuerkreissitzungen und Arbeitsgruppentreffen während der Arbeitszeit arrangieren. Zudem wird den Mitarbeiterinnen die Teilnahme an den Analyseinstrumenten während der Arbeitszeit ermöglicht. Dieser personelle Aufwand löst bei einer Mitarbeiterin **Erstaunen** aus.

„T3: Ich war erstaunt darüber, mit wie viel Aufwand das betrieben wurde. Es war ja [...] mehrere Veranstaltungen und dann eben auch mit diesen Interviews, die ja auch eine Stunde oder so gingen. Und dann letztens das Audit und dann [...] als sich hier die verschiedenen Fitnessstudio und was weiß ich nicht und wer sich alles vorgestellt hat und Angebote auch vorgeführt hat, [...], das ging den ganzen Tag und das fand ich, ich war erstaunt, wie aufwändig das alles gehandhabt wurde.“ (Interview II, Z.: 242-249)

Als ursächliche Rahmenbedingung für die Bereitstellung von Ressourcen nennen die Einrichtungsleitungen je nach Trägerschaft **gesetzliche Vorgaben** oder **politische Entscheidungen** (Interview V, Z.: 283-288). Der eigene Entscheidungsspielraum ist sehr eng und meist von den Trägern begrenzt. Besonders größere Summen müssen von höheren Entscheidungsträgern genehmigt werden, was den Prozess verzögert (Interview VI, Z.: 634-639). Kostenaufwendige Maßnahmen müssen aus diesen Gründen über einen längeren Zeitraum geplant werden. Umso wichtiger erscheint die **schnelle Umsetzung von kostengünstigen Maßnahmen**, damit Mitarbeiterinnen zeitnah Veränderungen wahrnehmen (Interview III, Z.: 203-204; Interview VI, Z.: 257-263). Sei es der Austausch von defekten Hilfsmitteln, kleinere Neuanschaffungen oder die Einrichtung eines Pausenraumes (Interview II, Z.: 377-380). Demotivierend wirkt sich in einer Einrichtung die Tatsache aus, dass bereits vereinbarte Investitionen für Einrichtungsgegenstände eines Pausenraumes nicht zeitnah von der Geschäftsführung getätigt wurden (Interview VII, Z.: 115-132). Dies führt aufseiten der Mitarbeiterinnen zu Enttäuschungen und einem Vertrauensverlust gegenüber der Leitung. Eine andere Einrichtungsleitung macht die Erfahrung, dass sie die Mitarbeiterinnen nicht erreicht hat, da sie den Fokus eher auf langfristige und nicht auf sofort greifende Maßnahmen

gelegt hat. Erfolg versprechender sind aus ihrer Sicht auf die Pflegebranche angepasste Kurse zu den Themen *Bewegung, Ernährung und psychischer Gesundheit* (Interview V, Z.: 255-257).

Neben den zuvor genannten engen Grenzen des finanziellen Budgets ist die **Personalbemessung in der Pflege** sehr knapp, sodass kaum Freiheiten bleiben, um Mitarbeiterinnen für die Mitgestaltung der Prozesse zeitweise freistellen zu können (Interview V, Z.:258-262). Eine partizipative Prozessgestaltung scheint daher schwierig, ist jedoch für den Erfolg unabdingbar (siehe *BGM durch Partizipation erleben*). In drei der vier interviewten Einrichtungen wird das Projekt **ohne zusätzliches Personal** umgesetzt, sodass der BGM-Prozess parallel zu den vorhandenen Aufgaben zu erledigen ist. Diese Situation empfindet ein Steuerkreismitglied als belastend und widersprüchlich gegenüber dem Grundgedanken der Gesundheitsförderung:

„T5: [...] Also das ist, man hat da tolle Ziele und tolle Sachen, die man machen will, aber das soll man halt alles noch so nebenbei machen und das eigentlich mit dem wichtigen Aspekt, es geht hier um die Gesundheit, ist schon ein bisschen widersprüchlich.“ (Interview VI, Z.: 302-304)

„T5: Belastet aber auch [der lange BGM-Prozess], finde ich persönlich, also ich finde persönlich, das belastet, [...] plus, dass die Mitarbeiter ja auch noch auf einen zukommen und man sich ständig, das Gefühl hätte man müsste sich jetzt rechtfertigen, [...] warum das trotz alle dem, das es jetzt schon ein Jahr her ist, das immer noch nicht weiter fühlbar was passiert ist. Finde ich, ist nicht einfach von der Belastung.“ (Interview VI, Z.: 344-350)

Aber nicht nur die Steuerkreismitglieder machen Aussagen zu den eingesetzten Ressourcen. Mitarbeiterinnen bewerten die **Verwendung der finanziellen Mittel** für bestimmte Maßnahmen kritisch. Die ständig knappe Personalsituation stellt den richtigen Einsatz der finanziellen Ressourcen infrage. So antwortet eine Mitarbeiterin auf die Frage, wie sie die momentane Stimmung im BONAS-Projekt erlebe, folgendermaßen:

„T3: [...] Viele finden es gut, [...] es kommt aber auch immer mal wieder so, für das Geld, was da investiert wurde, hätte man ruhig noch drei Leute einstellen können.“ (Interview II, Z.: 443-446)

Die finanziellen und personellen Ressourcen werden in den Einrichtungen als sehr begrenzt empfunden. Der Einsatz knapper Mittel wird von den Mitarbeiterinnen infrage gestellt und Rechtfertigungen eingefordert. In der Einrichtung I gelingt trotz der engen Grenzen eine starke Beteiligung aller Akteure, was insgesamt zu einem positiven Prozessverlauf führt. In anderen Einrichtungen sind die knappen personellen und finanziellen Ressourcen so einengend, dass sie den Prozess negativ beeinflussen.

6.1.3 Den BGM-Prozess durch Transparenz verstehen und erleben

Die Transparenz eines Prozesses kann stark oder schwach ausgeprägt sein. Eine Nachvollziehbarkeit oder auch Durchschaubarkeit eines Verfahrens wird durch den Zugang zu Informationen ermöglicht. Diese Informationen gelangen durch Kommunikation und Partizipation an die verschiedenen Akteure, wodurch Kommunikation und Partizipation die Steigerung oder Senkung von Transparenz beeinflussen (Spicker & Schopf 2007, S. 62).

BGM durch Kommunikation verstehen

Ursächliche Bedingung für eine gelungene Kommunikation ist Vertrauen und Glaubwürdigkeit. **Misstrauen** hingegen hemmt die Nachvollziehbarkeit. Beispielhaft ist hierfür die von einer Steuerkreisteilnehmerin beschriebene Motivationsleistung zur Teilnahme an AB-Coachings, die zur Analyse eingesetzt werden:

„T4: [...] da [bei Arbeitsbewältigungscoachings] gab es glaube ich ganz große Probleme die Mitarbeiter überhaupt dazu zu bewegen teilzunehmen an diesen Befragungen. Also es waren sehr viele Aufforderungen notwendig, die hatten so ein bisschen das Gefühl, wir wollen sie aushorchen, ich weiß gar nicht, die haben das gar nicht so verstanden, dass es halt für sie auch zum Guten (...) sein kann, sondern haben das eigentlich als sehr negativ oder als nochmal zusätzliche Arbeitsaufgabe angesehen, das war ein bisschen schwierig denke ich.“ (Interview III, Z.: 153-159)

Die Mitarbeiterinnen derselben Einrichtung fühlen sich durch die Kommunikation zum AB-Coaching unter Druck gesetzt. Die Teilnahme wurde zu Beginn als Zwang erlebt (Interview VI, Z.: 193-211). Ein derartiges Vorgehen hemmt die Motivation der Mitarbeiterinnen zur Teilnahme deutlich.

Die Botschaften über Ziele, Vorgehen, nächste Schritte und besonders über das bereits Erreichte werden als wichtige Inhalte benannt, um Transparenz herzustellen und sollten **kontinuierlich** an die Mitarbeiterinnen **kommuniziert** werden (Interview IV, Z.: 288-305; Z.: 714-721). Als Beispiele für die Abwärtsinformation wurden Projektbriefe, E-Mails, Aushänge am BGM-Brett, Offenlegung von Analyseergebnissen, Protokollen und Maßnahmenpläne über ein internes Laufwerk sowie eine Hauszeitung genannt (Interview I, Z.: 87-91, Interview III, 439-441; Interview VI, Z.: 24). Eine Mitarbeiterin formuliert neben der Abwärtsinformation den Wunsch, BGM stärker in die direkte Kommunikation zu integrieren:

"T1: Ja ich glaube, es müsste doch noch mehr, wenn ich das so vielleicht nochmal auf der Betriebsversammlung, dass doch nochmal wieder immer mal in den Vordergrund gerückt werden, nochmal so einen kleinen Überblick. Klar gibt man das über Ordner und so weiter, aber das es noch ein bisschen präsender ist und das man auch so ein bisschen, so nochmal drauf eingeht, wie das eine mit dem anderen zusammenhängt. Fällt mir

jetzt gerade auf, da könnte noch etwas mehr passieren." (Interview II, Z.: 477-482) (vgl. Interview III, Z.:450-454)

Direkte Kommunikationsprozesse innerhalb des BGM sind vornehmlich in den Steuerkreisen in Form von Steuerkreissitzungen und auf Mitarbeiterinnenebene in Arbeitsgruppen zu finden. Außerhalb dieser Kommunikationsräume werden Mitarbeiterinnen über den Prozess nur unzureichend informiert. Deutlich wird dies bei der Frage: Was verbinden Sie mit dem BONAS-Projekt? Darauf antworten Mitarbeiterinnen folgendes:

"T2: Also ich persönlich verbinde damit das erste Gespräch, da war ich unter anderem auch dabei, und ansonsten nix.

T4: Ne, ich auch nicht. Nur dieses Gespräch, was man geführt hat, also für uns hat sich gar nichts geändert, es gab nur das Gespräch und dieses Fitnessstudio und mehr hab ich von dem BONAS noch nicht gemerkt.

T3: Man hat ab und zu gehört, wenn die sich, also die PDL, Heimleitung und keine Ahnung wer, sich da wieder getroffen haben und haben dann noch mal irgendwas darüber gemacht, aber für uns kam da jetzt nicht mehr bei rum.

T1: Kam jedenfalls keine Reflexion, was in diesen Gesprächen erarbeitet wurde, ob da neue Schritte oder irgendwas" (Interview VII, Z.: 238-247)

Mitarbeiterinnen erinnern sich an das Arbeitsbewältigungscoaching, ("das erste Gespräch" oder "dieses Gespräch"), an dem sie direkt beteiligt sind. Der weitere Prozess ist für sie **undurchsichtig**. Es wird wahrgenommen, dass das Projekt umgesetzt wird, was jedoch konkret passiert, kommt bei den Mitarbeiterinnen nicht an.

Auf der anderen Seite reagieren Steuerkreismitglieder enttäuscht von ihren Mitarbeiterinnen und resignieren, da diese nach ihrer Ansicht **desinteressiert** scheinen:

„I: und so in Ihrer Mitarbeiterschaft, wie ist da so die Stimmung zum Thema BONAS?

T1: Das interessiert da keine Sau.

T3: Da fragt keiner was, wenn da was unsererseits irgendetwas mitgeteilt wird, das wird zur Kenntnis genommen, wobei ich mich da schon frage, ok, ist es wirklich im Gehirn angekommen? Also, absolut neutral, das interessiert einfach keinen.

T4: Also es macht sich keiner wissentlich Gedanken über dieses BONAS-Projekt, das wir das überhaupt machen, die wissen halt, das wir das machen, aber von den Mitarbeitern selber, wird es da nicht wirklich wahrgenommen, kann man nicht sagen. Also man muss jedes Mal wieder von selber damit, also es würde nie einer auf die Idee kommen und fragen, Mensch, wie weit seid ihr denn, oder was gab es da für Maßnahmen oder wie sind die Ergebnisse. Man muss es ihnen halt immer wieder vorkauen, sie wieder animieren, vielleicht auch ein bisschen mitzuarbeiten und so weiter, also das ist schon echt schwierig.“ (Interview III, Z.: 414-425)

Wichtig für einen positiven Prozessverlauf scheint die Kommunikation über Erfolge zu sein. **Erfolge werden** nicht mit dem BGM in Zusammenhang gebracht. Sie sind einfach da und wurden schnell **zu Selbstverständlichkeiten** (Interview III, Z.:262-265).

"T: Dann haben wir irgendwann gesagt, dann bieten wir, als Betrieb praktisch monatlich einmal ein gesundes Frühstück an und wollten so über diesen Weg die Kollegen in den Pausenraum kriegen und auch die Vorteile des Frühstücks kennenlernen lassen und der Pause kennenlernen lassen. Das ist zum Beispiel gut angelaufen, aber auch da würde jetzt keiner jetzt so bewusst wahrnehmen, das ist was von BONAS oder das ist ein Ergebnis von BONAS, aber ich glaube das ist auch menschlich, das so was ganz schnell zur Selbstverständlichkeit wird" (Interview V, Z.: 94-100)

Für eine transparente Darstellung eines Prozesses ist die Verstehbarkeit grundlegend. In Pflegeeinrichtungen arbeiten unterschiedliche Professionen und Berufsgruppen mit verschiedenen Bildungsabschlüssen. Eine **zielgruppengerechte Gestaltung der Kommunikation** ist somit eine Herausforderung. Den gesamten Prozess für alle Mitarbeiterinnen verständlich und nachvollziehbar zu kommunizieren, erfordert einen reflektierten Einsatz von Sprache und Botschaften. Die Verwendung von Fach- und Fremdwörtern schließt einen Teil der Mitarbeiterinnen von der Kommunikation aus, da sie diese nicht verstehen und folglich nicht mitreden können. Zudem trauen sie sich nicht, ihre Meinung zu äußern, da sie der Auffassung sind, sich nicht dem Niveau entsprechend ausdrücken zu können:

"T3: Ich fand das teilweise auch ziemlich, für mich selbst auch ziemlich kompliziert so die ganze Sache und die Sache zu vermitteln auch jetzt mal übergeordnet und dann ins kleinste Detail, ich meine das ist ja eine richtige Doktorarbeit, [...]. Und was die da alles erzählen und das sind ja Fachmänner, Fachleute, so und wie will man das jetzt an, ich meine Mitarbeiter die vielleicht einfach arbeiten hier, die wollen einfach nur Ergebnisse teilweise auch sehen, oder was mache ich jetzt, oder wie setze ich das um, ganz einfach, ganz runtergebrochen, ohne diese riesentoll, sieht toll aus, und ist bestimmt auch super ausgearbeitet und hat was, aber weiß nicht, für die Umsetzung, oder für die Leute, dass die das auch alles verstehen, so runtergebrochen, schwierig, muss man wirklich noch mal gucken. Vielleicht das, (T1: Muss ich dir recht geben, ich fühle mich manchmal hier etwas (...) mit den Ausdrücken) und ich denke mal, die Leute müssen auch etwas gelockt werden" (Interview VI, Z.:357-368)

"T1: Zu viele Fachausdrücke, da kommt man überhaupt nicht mit, nein muss ich ganz ehrlich sagen, da bin ich total überfordert (T3: Ja, das sehe ich genauso) Jetzt auch mit Antworten, weil ich kann das sowieso nicht so ausdrücken." (Interview VI, Z.: 421-424)

Äußerst kritisch werden Maßnahmen von Mitarbeiterinnen beobachtet, bei denen die Gesundheitsförderung aus dem Fokus geraten, und stattdessen **BGM als Alibizweck für wirtschaftliche Absichten** befürchtet wird. Vermuten Mitarbeiterinnen eine derartige Verschiebung, so wird der Prozess undurchsichtig. Die Mitarbeiterinnen entwickeln

ein Misstrauen gegenüber den Verantwortlichen. Deutlich wird dieses Phänomen in einer Einrichtung, die ihre Dienstplangestaltung extern analysieren ließ. Die Ergebnisse haben eher eine betriebswirtschaftliche Ausrichtung und berücksichtigen nur unzureichend den gesundheitsförderlichen Grundgedanken. Der Steuerkreis geht sehr bewusst mit den Ergebnissen um und beabsichtigt nur Maßnahmen daraus abzuleiten, die die Gesundheit der Mitarbeiterinnen fördert. Dennoch gibt es Unmut unter den Mitarbeiterinnen, da die gesundheitsförderliche Absicht des Steuerkreises den Mitarbeiterinnen nicht bekannt ist, beziehungsweise nicht geglaubt wird. Im Interview stellen die Mitarbeiterinnen die Situation folgendermaßen dar:

„T3: Ja und dann soll das ja noch mit dem Dienstplan kommen, aber wir sind da eigentlich auch der Meinung, dass das nicht unbedingt arbeitnehmerfreundlich ist, sondern, dass das eigentlich wieder nur für die Führungsebene, für unsere Chefs ist, ne also wir werden da nicht viel von haben, von diesem neuen Konzept.“ (Interview VII, Z.: 136-139)

„T5: Weil der denkt wirtschaftlich und BONAS denkt ja eher gesundheitsmäßig und das beißt sich dann natürlich.“ (Interview VII, Z.: 142-143)

Den BGM-Prozess durch Transparenz verständlich zu machen, ist das Ziel der Kommunikation. Durch eine **höhere Transparenz** ist auch die Akzeptanz der Beschäftigten gegenüber dem BGM-Prozess höher und sie zeigen **stärkeres Interesse**. Die Mitarbeiterinnen der Einrichtung I schätzten den Grad der Information und Aufklärung über das BONAS-Projekt als hoch ein, was nachstehende Aussage zur Folge hat:

„T6: Och, man ist interessiert. Wenn das da steht, ne, das wird schon zur Kenntnis genommen. Also man ist interessiert und denkt, oh schön, da passiert ja was.“ (Interview II, Z.: 467-468)

Sind Mitarbeiterinnen an den **direkten Kommunikationsprozessen beteiligt** und bekommen alle Informationen beispielsweise durch die Teilnahme am Steuerkreis mit, so **entwickeln** sie ein **Prozessverständnis**.

„T4: [...] Zum Anfang war ich auch zwei dreimal [beim Steuerkreis] dabei und mir sagte das dann wenigstens was so ein Maßnahmenkatalog überhaupt ist, weil ich hatte da überhaupt keine Ahnung von.“ (Interview II, Z.: 375-377)

Die Konsequenz einer unzureichenden Kommunikation ist Undurchsichtigkeit. Unwissenheit und Missverständnisse führen zu Unsicherheiten bei den Mitarbeiterinnen. Fehlende Berichte über Steuerkreissitzungen, Netzwerktreffen oder geplante Maßnahmen verhindern die Sicht auf den Gesamtprozess, sodass Mitarbeiterinnen diesen nicht nachvollziehen können. Durch mangelnde Information entsteht eine Gleichgültigkeit der Mitarbeiterinnen gegenüber dem Projekt. Steuerkreismitglieder resignieren und sind enttäuscht, wenn sie von den Mitarbeiterinnen Desinteresse erwidert bekommen.

BGM durch Partizipation erleben

Ein BGM verfolgt das Ziel die Gesundheit und das Wohlbefinden der Beschäftigten zu verbessern. Eine Grundvoraussetzung hierfür ist die Beteiligung der Mitarbeiterinnen an dem Prozess. Sie werden dadurch als Experten für ihre gesundheitliche Situation am Arbeitsplatz anerkannt. Durch das Nutzen des zielgruppenspezifischen Wissens werden inhaltlich bessere Ergebnisse erzielt, die zudem auf eine höhere Akzeptanz stoßen (siehe Kapitel 2.2.2).

Mitarbeiterinnen zu einem Prozess zu motivieren, zu begeistern und sie letztlich von dem Thema Gesundheit zu überzeugen, gelingt, wenn diese in den Prozess integriert sind und an Entscheidungen mitarbeiten können (Pelster 2012, S. 191). Gleichzeitig werden Widerstände abgebaut, da die Beschäftigten eigenes Engagement investieren. Die eigene Idee, das eigene Projekt wird positiv den Kolleginnen präsentiert. Große Anerkennung bei Kolleginnen findet beispielsweise ein von Mitarbeiterinnen neu eingerichteter Pausenraum.

„T5: Aber er ist schön geworden. (T2: Ja das stimmt) man fühlt sich da wohl.

T1: Das Sofa ist toll.

T2: Also die Kollegen haben das schon sehr schön gemacht, das muss man anerkennen. Wirklich.“ (Interview VII, Z.: 377-380)

Die praktische Ausgestaltung der Partizipation im BGM-Prozess liegt in der Verantwortung der Entscheidungsträger, wodurch das Niveau stark variiert. Einheitlich in allen Einrichtungen sind Informationsveranstaltungen für alle Mitarbeiterinnen zum generellen Projektstart sowie im weiteren Verlauf zu den Ergebnissen der Analysephase. Die Analyse erfolgt mittels **partizipativ orientierter Instrumenten** (siehe Kapitel 3.2).

Das Arbeitsbewältigungscoaching wird von Steuerkreisteilnehmerinnen sowie Mitarbeiterinnen aller Bereiche als sehr gehaltvoll, erkenntnisreich und als Highlight des Projektes beschrieben (Interview IV, Z.: 306-319). Mit dem partizipativen Analyseinstrument können Rückmeldungen gewonnen werden, die andere Mitarbeiterbefragungen bisher nicht hervorbringen konnten (Interview III, Z.: 198-202). Die Teilnehmerinnen fühlen sich als Person ernst genommen und erkennen zum einen ihre individuelle Verantwortung für ihre Gesundheit, zum anderen aber auch Möglichkeiten für Verhältnisänderungen (Interview II, Z.: 238-241).

Den eingesetzten Leitfaden „Gesundheit für Beschäftigte in der Altenpflege“ bewerten Steuerkreisteilnehmerinnen kritisch. Dieser ist vorwiegend für den Bereich der Pflege konzipiert und schließt andere Funktionsbereiche aus, wodurch sich diese teilweise benachteiligt fühlen (Interview I, Z.: 94-98). Wird der Pflegeleitfaden in einer Arbeits-

gruppe von Mitarbeiterinnen innerhalb einer Hierarchieebene bearbeitet, ermöglicht dieser einen offenen Austausch über Veränderungsvorschläge. Die Anerkennung auch kleinerer Probleme, die dabei nicht bagatellisiert werden, wird als Stärke des Instrumentes benannt (Interview I, Z.: 71-75).

Durch **funktionierende Qualitätszirkel oder Arbeitsgruppen** gelingt es der Einrichtung I die Mitarbeiterinnen erfolgreich in den Prozess zu integrieren.

„T2: [...] es gibt jetzt schon viele Gruppen im Haus, zum Beispiel einmal Dienstplangestaltung. [...] wir sind immer unterbesetzt auf den Etagen. Das wurde oft im Interview angesprochen und so. Und dann ja mehr Mitarbeiter können wir nicht haben, das ist schon klar, aber wir können den Dienstplan anders gestalten. [...] ich bin auch beteiligt. Das finde ich auch gut.“ (Interview II, Z.: 412-418)

Neben der direkten Beteiligung an Arbeitsgruppen haben die Mitarbeiterinnen das Gefühl, dass ihre **Rückmeldungen ernstgenommen** und nach und nach im Steuerkreis oder in Qualitätszirkeln bearbeitet werden (Interview II, Z.: 111-115). Durch eine **stetige Datenrückkopplung** erleben sie den gesamten Prozess und fühlen sich dadurch beteiligt.

Eine gelungene Partizipation führt zu größerer Wertschätzung gegenüber den Mitarbeiterinnen und einer stärkeren Mitarbeiterorientierung, was letztlich den Zusammenhalt stärkt und die Mitarbeiterzufriedenheit steigern lässt (Interview I, Z.: 37-42).

Wenn die Mitarbeiterinnen nicht durch Arbeitsgruppen in die Maßnahmenentwicklung und Umsetzung einbezogen werden, dann verfehlen die Projekte ihre Bedürfnisse und werden infolgedessen als unpassend empfunden (Interview IV, Z.: 381, 548-551). So werden zwar in einer Einrichtung viele Maßnahmen angeboten, der direkte Nutzen ist in den Augen der Mitarbeiterinnen jedoch fraglich (Interview IV, Z.: 124-125). Zwei Mitarbeiterinnen kritisieren das Bewegungsangebot, da sie vom Arbeitsalltag so erschöpft sind, dass sie in ihrer Freizeit keine körperliche Anstrengung mehr benötigen (Interview VII, Z.: 106-110; Interview IV, Z.: 99-102). Durch unpassende Angebote entstehen Widerstände gegenüber dem BGM.

Zudem ist aus Sicht der Mitarbeiterinnen die **Zusammensetzung des Steuerkreises** eine für das Projekt ausschlaggebende Entscheidung. Zwei der drei Interviews mit Mitarbeiterinnen zeigen, dass die Besetzung des Steuerkreises für diese einen hohen Wert hat. Sie bemängeln, dass nur die „obere Etage“ (Interview IV, Z.: 172) und keine Mitarbeiterinnen „von der Front“ (Interview IV, Z.: 178) involviert sind. Sie **fühlen sich nicht ausreichend vertreten**:

„T3: [...] Es ist keiner wirklich von den Bereichen, von der Front mit dabei und das finde ich sehr wichtig, um so was wirklich analysieren, bezie-

ungsweise ausarbeiten zu können. Weil, was die oben, also was die obere Etage sagt, also die Führungsperson, sage ich jetzt mal, oder was die Leute an der Front sagen, das sind zwei völlig verschiedene Meinungen und das fänd ich für das Programm, wenn man es dann macht, schon sehr wichtig, wenn wirklich alle an einem Tisch sitzen. Weil so wird immer alles schön geredet, ich sag das jetzt mal so, das ist nicht böse gemeint, und wir machen das schon und im Endeffekt haben wir da gar kein Mitspracherecht. Und das finde ich sehr schade.“ (Interview IV, Z.: 177-185)

Durch eine andere Zusammensetzung erhoffen sie sich eine stärkere Gewichtung ihrer Stimme. Als Verbesserungsvorschlag wünschen sich die Mitarbeiterinnen eine Beteiligung im Steuerkreis entweder durch eine rotierende Teilnahme (Interview VII, Z.: 548-550) oder durch gewählte Vertreterinnen aus den verschiedenen Bereichen (Interview IV, Z.: 535-537). Durch diese Beteiligung erhoffen sie sich, dass auch ihre Ideen und Anregungen angehört und weiter verfolgt werden (Interview VII, Z.: 538-539; 548-550). Aber nicht nur die Beteiligung am Steuerkreis bewirkt aus ihrer Sicht eine stärkere Mitsprachemöglichkeit, ebenso würde eine kontinuierliche **gemeinsame Themensammlung** zu den Fragen, was „schief läuft“ oder besser gemacht werden könnte, in Teamgesprächen helfen, wenn dazu nachhaltig Lösungsstrategien entwickelt und kommuniziert werden (Interview IV, Z.: 283-290).

Widersprüchlich zu dem artikulierten Wunsch der Beschäftigten nach einer stärkeren Beteiligung beschreiben die Steuerkreismitglieder eher eine **geringe Partizipationsbereitschaft** der Mitarbeiterinnen.

„T4: Ja, ich glaube wir sind so ein bisschen an dem Punkt, wo wir das Gefühl haben, das ist ganz toll, was wir hier alles machen, auch was wir durch BONAS mitgenommen haben und das wir uns damit auseinandergesetzt haben, aber letztendlich in der Umsetzung, was XXX schon sagte, an den Mitarbeiter das zu bringen und dem das wirklich bewusst zu machen, das wir ihm damit was Gutes tun wollen, das kommt nicht so zurück, da hat man auch nicht so das Gefühl, dass es jetzt wirklich gerne angenommen wird. Es gibt ein paar Mitarbeiter, die finden das toll, die haben das auch glaube ich verstanden, was wir wollen, aber ich würde mal so sagen, wirklich 80 Prozent der Mitarbeiter hat keine Lust sich damit auseinanderzusetzen, hat keine Lust irgendwas zu machen.“ (Interview III, Z.: 243-251)

Die Steuerkreisteilnehmerin beschreibt ebenfalls ein Desinteresse der Mitarbeiterinnen und ist enttäuscht über das geringe Feedback. Als Grund benennt sie in diesem Fall fehlendes Verständnis und Unlust. Die Mitarbeiterinnen derselben Einrichtung geben als Grund für die fehlende Beteiligung die zusätzliche zeitliche Belastung an. Der Pflegealltag sei zu der Zeit so stressig, dass eine zusätzliche Aufgabe, wie beispielsweise die Teilnahme an den Arbeitsbewältigungscoachings, als nicht erfüllbar angesehen wurde (Interview IV, Z.: 203-205; 229-230). Dieser Aspekt hängt maßgeblich mit der

Kategorie *gesundheitsbeeinflussende Rahmenbedingungen* zusammen, die im weiteren Verlauf analysiert wird.

Eine weitere Einrichtungsleitung bewertet die Partizipationsbereitschaft ebenfalls gering, da sie das Gefühl hat, dass die Beschäftigten nur meckern wollen, aber nicht an der Schaffung von Lösungsansätzen interessiert sind:

„T: [...] Mitarbeiter haben gedacht, wenn sie einmal in so einer, also in dem Arbeitsbewältigungscoaching letztendlich, wenn sie einmal so ihre Probleme aufgelistet haben, das jetzt jemand kommt und die löst. Und es ist eigentlich nicht gelungen die Mitarbeiter an der Lösung zu beteiligen, sondern man hat so eine Plattform gefunden wo man meckern kann und auf ganz ganz vielen Ebenen auch meckert immer wieder Gehör gefunden hat, [...], aber letztendlich keine Lösungsansätze geschaffen wurden“ (Interview V, Z.: 66-76)

„T: [...] in dieser Veranstaltung wurden dann auch Ideen erarbeitet, wie man die Themen angehen kann, aber es wurde in keiner Weise weiter verfolgt und dieser Kreis der sich dort zusammen gefunden hat, der hat dann auch in keiner Weise an der Erarbeitung von Lösungen mitgewirkt. Und das ist eigentlich die typische Situation, ich meckere erst mal, aber wenn ich gefordert bin, dann ziehe ich mich zurück“ (Interview V, Z.: 133-137)

Die Konsequenz einer unzureichenden Partizipation ist aufseiten der Mitarbeiterinnen das Gefühl fehlender Anerkennung und Offenheit. Es wirkt auf sie demotivierend, wenn sie, als Experten für ihre Gesundheit und ihre Arbeitsumgebung, nicht ausreichend an einem Prozess beteiligt sind, der für sie initiiert wurde (Interview IV, Z.: 376-381).

Die Steuerkreismitglieder der Einrichtung II wirkten frustriert und resigniert, als sie feststellen, dass ihre Maßnahmen nicht angenommen wurden. Eine andere Einrichtungsleitung (Einrichtung III) leidet unter der destruktiven Kritik und wünscht sich handhabbare Lösungsvorschläge.

Eine Einrichtungsleitung benennt einen ganz neuen Aspekt: die Bewohner- beziehungsweise die Angehörigenpartizipation. Die Art der Beteiligung beider Gruppen wurde jedoch nicht weiter verfolgt (Interview I, Z.:99-104).

6.1.4 Prozesslenkung durch eine externe Beratung

Als ursächlicher Bedingungsfaktor für eine *Prozesslenkung durch die externe Beratung* kann die Entscheidung der Einrichtungen für eine Kooperation mit der AOKN gesehen werden. Diese wurde in einem Kooperationsvertrag festgeschrieben, der die Rolle und Aufgaben der AOKN und des Beratungsteams definiert (siehe Kapitel 3.1).

Die externe Beratung fördert den Prozess der Implementierung durch einen gewissen **disziplinierenden Druck**. Die Einrichtungen werden durch regelmäßige Treffen und durch die in der Projektkonzeption definierten Etappenziele an das Thema Gesundheit

gebunden und durch die Umsetzung gelenkt, was sie positiv auffassen (Interview I, Z.: 52-53).

„T4: Ja ich glaube wichtig ist immer nochmal, dass man irgendwie so ein (...) ich kann gar nicht mal sagen, so eine Überprüfung oder Kontrolle, aber irgendwie ja, dass man immer mal wieder darauf gestoßen wird, macht ihr das auch weiterhin, ob es in einem Audit oder so was ist, ja, irgendwie so eine Maßnahme wäre vielleicht schon sinnvoll.“ (Interview III, Z.:458-461)

Die externe Beratung durch die AOKN ist jedoch nicht nur kontrollierende Instanz, inhaltlich fordern die Einrichtungen durch eine **sehr hohe Erwartungshaltung** die externe Beratung. Sie beanspruchen nicht nur eine Prozessberatung, sondern ebenso eine gezielte Expertenberatung mit fachlichem Input zu bestimmten Themengebieten und zu konkreten Maßnahmen sowie Ideen für die Umsetzung:

„T4: [...] also was mir in dem Ganzen gefehlt hat, auch so in den Steuerungskreisen, wir haben ganz viele Maßnahmen erarbeitet, die haben wir uns auch für uns selber überlegt, aber ich finde es kam ganz wenig mal Ideen von der AOK Seite, was könnt ihr noch machen (T1: ja das stimmt), [...] was von Seiten der AOK eigentlich möglich ist, wo sie uns unterstützen können oder was überhaupt nochmal Ideen sind fürs Gesundheitsmanagement, was für Maßnahmen wir noch anbieten können. Also das war mir echt ein bisschen wenig Beratung da an der Stelle.“ (Interview III, Z.: 660-669)

Zudem erwarten die Steuerkreismitglieder eine gewisse **Branchenkenntnis** von den Beraterinnen, da die Rahmenbedingungen der Pflegebranche den Prozess des BGM sehr stark beeinflussen, wie in der Kategorie *gesundheitsbeeinflussende Rahmenbedingungen* dargestellt wurde. Beispielhaft ist hier das Wissen über den Fachkräftemangel (Interview III, Z.: 301-304) oder die stetige Berücksichtigung aller Funktionsbereiche zu nennen. Ist dies nicht der Fall, fühlen sich Steuerkreismitglieder in ihrem Berufsfeld oftmals nicht ernst genommen.

Hemmend und irritierend wirken sich **unterschiedliche Ansichten und Maßstäbe** innerhalb des Beratungsteams der AOKN auf die Prozesse in den Einrichtungen aus. Aufgefallen ist dies bei einem Beraterwechsel sowie beim Erleben der unterschiedlichen Beraterinnen sowohl im Selbstbewertungsworkshop als auch im Audit. Widersprüchliche Bewertungen von Gesundheitszielen oder der Gesundheitspolitik wirken bloßstellend und demotivierend:

„T1: [...] ähnlich wie bei den XXX, die dann dieses Audit durchgeführt haben, die waren sich untereinander nicht grün, die mochten sich augenscheinlich nicht, die XXX ehm (...) die waren sich inhaltlich auch gar nicht einig die XXX, also das ist dann was, ne, XXX sagte, uns vorher, wir haben das vorbereitet, wir kriegen mutmaßlich laut Auditplan, so und so viel Punkte, XXX hätte uns dann nur 150 geben wollen während XXX der Meinung war, ne aber ‚500 Punkte kriegen Sie locker zusammen‘. Ungünstig. Und

das führt auch nicht dazu, das dann die Leute, die hier sitzen da immer noch sagen, ah toll, nochmal eine Steuerkreissitzung, haben wir Lust zu, ja.“ (Interview III, Z.: 315-322)

Ungeachtet der hemmenden Faktoren wird die **zeitliche Begrenzung der Projektbegleitung** skeptisch gesehen, da der damit verbundene disziplinierende Druck nur temporär aufrechterhalten wird. Es erscheint zweifelhaft, ob eine systematische und kontinuierliche Fortschreibung des Prozesses ohne diesen externen Druck, ohne die Überprüfung und ohne Kontrolle stattfinden wird.

„T5: Ja, das ist halt die Frage, wenn BONAS irgendwann vorbei ist, machst du das dann einfach mal so weiter? Also ich denke (...) das wird eine schwierigere Kiste.“ (Interview III, Z.: 477-478)

Uneingeschränkt positiv bewerten die Steuerkreismitglieder sowie Mitarbeiterinnen die von der AOKN organisierte **niedersachsenweite Vernetzung** der teilnehmenden Einrichtungen. Ein positiver Aspekt ist die Entfernung der Einrichtungen voneinander, durch die ein offenerer Austausch ermöglicht wird. Bei regionaleren Treffen wäre die Offenheit durch den Konkurrenzgedanken eingeschränkt. Zu den Netzwerktreffen lud das BONAS-Projektteam der AOKN neben der obersten Leitung diverse Beteiligte aus unterschiedlichen Bereichen der Einrichtungen ein, beispielsweise die Projektkoordination oder die Pflegedienstleitungen. Dieses partizipative Vorgehen fördert bei den Beteiligten das Interesse an dem Projekt (Interview IV, Z.: 242-246). Des Weiteren lobte eine Einrichtungsleitung die Themenspezifität und den guten fachlichen Input (Interview V, Z.: 384-401).

Besondere Anerkennung findet der direkte Austausch zwischen den Einrichtungen. Es entstehen persönliche Beziehungen, die auch außerhalb der Netzwerktreffen genutzt werden (Interview V, Z.: 384-401). Aber auch das Lernen voneinander, das Abgucken verschiedener Maßnahmen sowie das Vergleichen untereinander, weitet den Erkenntnishorizont der Teilnehmerinnen (Interview III, Z.: 679-689; Interview IV, Z.: 335-345).

Durch die Prozessberatung, den fachlichen Input und einen gewissen disziplinierenden Druck durchliefen alle Einrichtungen bis zum Zeitpunkt des Interviews den PDCA-Zyklus bis zur Selbstbewertung. Diese positive Entwicklung thematisieren die Teilnehmerinnen in den Interviews nur am Rande, während hemmende Faktoren deutlicher thematisiert werden. Eine Ausnahme bildet die Vernetzung, die ausnahmslos als förderlich für den Prozess angesehen wird.

6.1.5 Nachhaltige Umsetzung durch strukturelle und personelle Beständigkeit

Als ursächliche Bedingung ist in dieser Kategorie *Nachhaltige Umsetzung durch strukturelle und personelle Beständigkeit* der **Kooperationsvertrag** zu nennen. Die Durch-

führung des BONAS-Projektes ist in einem Kooperationsvertrag zwischen der AOKN und der jeweiligen Einrichtung für die Dauer von vier Jahren festgelegt worden. Diese Kooperation definiert vertraglich die strukturelle und organisatorische Verankerung des BGM in den jeweiligen Einrichtungen. Die **Projektzeit** von vier Jahren hat eine Einrichtungsleitung anfangs als zu lang empfunden. Im Verlauf des Projektes stellte sich aber als wichtigste Erkenntnis heraus, dass es diese Zeit braucht, um die Umsetzung solide, umfassend und nachhaltig zu gestalten (Interview I, Z.: 109-113).

Konzeptionell ist für die Etablierung und die dauerhafte Steuerung des BGM ein Steuerungsgremium einzurichten. In diesem Gremium sollen, wie im Kooperationsvertrag festgehalten, die Heimleitung, Pflegedienstleitung, Personalvertretung, die Betriebsärztin sowie die Fachkraft für Arbeitssicherheit vertreten sein (siehe Kapitel 3.2). Als hilfreich wird die strukturelle und personelle **Erweiterung des Steuerungsgremiums** durch die Teilnahme der Hauswirtschaftsleitung und der Qualitätsmanagementbeauftragten empfunden. Durch die Hinzunahme der Hauswirtschaftsleitung sind alle Funktionsbereiche einer Einrichtung in den Prozess involviert. Die Qualitätsmanagementbeauftragte „setzt das Gesundheitsmanagement für das QM-Handbuch um“, sodass die Prozesse, aber auch die Gesundheitspolitik verschriftlicht werden (Interview III, Z.: 54-58; Interview VI, Z.: 22-27). Nicht alle Einrichtungen empfinden den Steuerkreis als statisch, sodass sie regelmäßig eine **Überprüfung der Zusammensetzung** durchführen. Eine Steuerkreiserweiterung soll in einer Einrichtung beispielsweise die Mitarbeiterinnen stärker integrieren (Interview VI, Z.: 294-302). Eine andere Einrichtungsleitung empfindet den eingesetzten Steuerkreis als zu groß und somit als handlungsunfähig. Sie wünscht sich ein kleineres „Kompetenzteam“, um eine grobe „Richtung festzulegen“ (Interview V, Z.: 215-219). Ein solches Kompetenzteam wird inoffiziell auch in einer anderen Einrichtung etabliert, in dem die Einrichtungsleitung mit der Projektkoordination durch kurze Absprachen vieles auf den Weg bringt (Interview VI, Z.:20-23).

Um Mitarbeiterinnen strukturell in den Gesamtprozess zu integrieren, erweist sich die **Einrichtung von Arbeitskreisen** als förderlich (Interview II, Z.: 412-418). Neben der Wertschätzung, die die Mitarbeiterinnen durch die strukturelle Verankerung in den Prozess erfahren, ermöglichen Arbeitskreise eine direkte Beteiligung der Zielgruppe (siehe Kategorie 0).

Für eine personelle Sicherheit und Beständigkeit ist unter anderem die Projektkoordination ausschlaggebend. Der **Projektkoordination** obliegt im BONAS-Projekt eine Schlüsselrolle. Sie wird entweder von der Geschäftsführung (Interview III, Z.: 66), der Pflegedienstleitung, der QM-Beauftragten (Interview I, Z.: 10) oder einer anderen Person ausgeführt (Interview V, Z.: 24-39). Zudem erweist es sich für den Prozess als för-

derlich, wenn eine Gesundheitsbeauftragte benannt wird, die für die Mitarbeiterinnen und Leitungskräfte als ständige Ansprechpartnerin zum Themenfeld Gesundheit zur Verfügung steht (Interview I, Z.: 61-62).

Die anderen Interviews gehen inhaltlich nur auf die Beständigkeit von Verantwortlichen ein, wenn diese nicht gegeben ist. Der **Wechsel von Verantwortlichen** beispielsweise in der Projektkoordination, im Steuerkreis oder in der externen Beratung der AOKN oder bei Personen mit einer starken Entscheidungsbefugnis, wirkt sich hemmend auf den Prozess aus.

"T4: [...] auch Mitarbeiter müssen ja wissen, es gibt immer Probleme und dann kommt halt auch das, was wir in Phase zwei besprochen haben, dann gibt es Dinge, die bremsen halt, dann steht eine Entscheidung seitens der Geschäftsführung aus und da gab es dann ein Wechsel und wer entscheidet das dann überhaupt, das war dann auch nicht so ganz klar" (Interview VI, Z.: 629-632)

"T1: Wir müssen XXX müssen wir alles, was wir auch XXX erzählt haben, das müssen wir ihm alles nochmal neu vermitteln.[...] ne, auch wenn es sinnvolle Gründe dafür gibt, dass er dann gewechselt ist, aber, oder, dass man die da ausgetauscht hat, aber das ist sowas, was Seitens von BONAS so ein bisschen ungünstig war." (Interview III, Z.: 308-314)

Eine Lösungsstrategie ist entweder die Kompensation der Aufgaben durch die Geschäftsführung oder der Einsatz einer neuen Projektkoordination. Die Übernahme der Aufgaben durch die Geschäftsführung hat zur Folge, dass weniger Ressourcen für die Koordination zur Verfügung stehen (Interview VI, Z.: 24-39). Eine neue Projektkoordination sowie ein Beraterwechsel erfordern eine zeitintensive Einarbeitung in die Thematik und einrichtungsspezifische Besonderheiten sowie eine Auseinandersetzung mit der bisherigen Zusammenarbeit. Eine Einrichtung verkraftet einen personellen Wechsel im Steuerkreis gut, indem feste Strukturen geschaffen werden. Wenn Prozesse definiert und Aufgaben eindeutig verteilt sind, fällt man in kein „Loch“, sondern kann einen Wechsel gut verkraften (Interview I, Z.: 113-115).

Die Einbindung der Führungskräfte wird in den Einrichtungen als selbstverständlich vorausgesetzt und ist in den Interviews nicht explizit Thema. In den Gesprächen wird jedoch deutlich, dass die **Leitungskräfte die Initiatoren des Projektes** in ihren Einrichtungen sind und BONAS zu ihrer Aufgabe gemacht haben. Diese Selbstverständlichkeit verleiht dem Thema Gesundheit einen hohen Stellenwert und eine Legitimation. Führungskräfte erwarten eine Bereitschaft zur Mitarbeit und erkennen die Arbeitszeit an, die in das Projekt investiert wird:

„T3: Also ich muss das Projekt mal so an sich loben, das ist mir jetzt erst so ein bisschen, [...] und ich muss sagen, wir hier auch beschäftigen uns sehr

viel mit Gesundheit und auch für unsere Gesundheit auch wir reden darüber, es wird nicht totgeschwiegen“ (Interview VI, Z.: 716-721).

Die Ausgestaltung der personellen und strukturellen Rahmenbedingungen wird einrichtungsspezifisch umgesetzt und hat somit unterschiedliche Konsequenzen. Eine Erweiterung des Steuerkreises hat beispielsweise einerseits eine bessere Kommunikation zum Ziel, andererseits empfinden die „Nachrücker“ den verspäteten Einstieg in den Prozess als sehr schwierig (Interview VI, Z.: 289-300).

Gibt es einen Wechsel von Entscheidungsträgern, Projektkoordinatorinnen oder Beraterinnen, so kommt es durch die fachliche und einrichtungsspezifische Einarbeitung zu **zeitlichen Verzögerungen**.

6.1.6 Gesundheitsbeeinflussende Rahmenbedingungen

Die derzeitige personelle sowie finanzielle Ausstattung der Pflegeeinrichtungen führt in allen sieben Interviews wiederholt über längere Sequenzen zu Diskussionen.

Als ursächlichen Faktor der *gesundheitsbeeinflussenden Rahmenbedingungen* nennen Mitarbeiterinnen und Steuerkreismitglieder den **Mangel an Beschäftigten**. Als Hauptgrund benennen vor allem die Einrichtungsleitungen den von der Politik vorgegebenen Stellenschlüssel für Pflegeeinrichtungen. Neben den politischen Vorgaben ist der Mitarbeitermangel akut durch einen hohen Krankenstand oder durch vakante Stellen bedingt. Auf dem Arbeitsmarkt gibt es nicht mehr die Auswahl, sodass es immer schwieriger ist, passende oder überhaupt Mitarbeiterinnen für die verschiedenen Bereiche zu finden (Interview III, Z.: 733-737). Mitarbeiterinnen versuchen dem Zeitmangel, der aus dem Mitarbeiterinnenmangel resultiert, zu begegnen, in dem sie filtern, was wirklich wichtig ist, auch wenn dann andere Dinge auf der Strecke bleiben (Interview IV, Z.: 442-443). Aber nicht nur die fehlenden Mitarbeiterinnen, sondern auch schlechte Arbeitszeiten, Teildienste, Schichtdienst, zu wenig Urlaubstage (Interview IV, Z.: 520-524), geringe Bezahlung ohne Weihnachts- und Urlaubsgeld (Interview VII, Z.: 146-148) sowie fehlende Arbeitsmaterialien, wie beispielsweise Vorlagen, Waschlapen oder Handtücher (Interview VII, Z.: 597-602), empfinden die Mitarbeiterinnen als **hemmende Rahmenbedingungen**.

Bezogen auf das BGM-Projekt werden gesundheitsförderliche Maßnahmen aufgrund der hemmenden Rahmenbedingungen als unpassend wahrgenommen:

„T4: An die Nordsee können wir nicht fahren, weil wir kein Frei kriegen. Sport können wir nicht machen, weil wir entweder ausgepowert sind, oder am arbeiten sind. Was haben wir noch. Ja die Prämie kriegt man erst am Ende des Jahres, wenn man sie dann kriegt, wissen wir auch noch nicht.“ (Interview IV, Z.: 99-102)

Führungskräfte versuchen ihre Mitarbeiterinnen „irgendwie bei Laune zu halten“ (Interview VI, Z.: 545), um weitere Krankmeldungen zu verhindern. Bei häufigen Krankmeldungen geht viel Energie in die Koordination der Dienste und in die Organisation des Personals, um die täglichen Anforderungen zu meistern (Interview III, Z.: 232-237). Aus diesem Grund können Ressourcen nur sehr begrenzt für Aktivitäten außerhalb des Kerngeschäftes eingesetzt werden. Das **Tagesgeschäft hat Priorität** und ein zusätzliches Projekt gerät in den Hintergrund (Interview III, Z.: 402-413, Interview III, Z. 722-737; Interview IV, Z.: 400-435; Interview VI, Z.: 616-621).

Eine Strategie zur Lösung des Mitarbeitermangels erwarten Führungskräfte und Mitarbeiterinnen von den Kostenträgern beziehungsweise der Politik. Wenn sich dort nichts ändert, dann wird die Gesundheitsförderung und Prävention in den Einrichtungen nicht die angestrebten Ziele erreichen können (Interview VI, Z.: 114-122).

Der Mangel an Mitarbeiterinnen führt in den unterschiedlichen Funktionseinheiten zu einer sehr **starken Arbeitsbelastung**. Eine Mitarbeiterin vom Reinigungspersonal klagt über mehr Arbeit, die in weniger Zeit abzuleisten ist (Interview IV, Z.: 53-63). Die Pflegekräfte von allen Einrichtungen benennen das ständige Unterbesetztsein und Einspringen an freien Tagen als gravierendste Konsequenz der nicht zufriedenstellenden Rahmenbedingungen. Durch die starken psychischen und physischen Anforderungen im Arbeitsalltag ohne ausreichende Erholungszeiten, fühlen sie sich körperlich und psychisch ausgepowert (Interview IV, Z.: 92-93). Eine stellvertretende Pflegedienstleitung beschreibt die Situation folgendermaßen:

„T5: Dann ist aber wirklich die Frage, wie lange das Personal das noch aushält. Wir haben inzwischen Mitarbeiter, die stehen heulend vor uns und sagen ich schaffe das nicht, ich halte das nicht aus, ich kann da auch nicht mehr einspringen. Da sind Beziehungen, Ehen, Kinder die dahinter stehen, die auch wirklich nervlich am Ende sind, die haben keine Ruhephasen, keine Ruhezeiten mehr, dann haben die mal einen Tag frei, dann klingelt an diesem Tag trotzdem das Telefon und die Arbeit ruft wieder an, und die Mitarbeiter machen“ (Interview VI, Z.: 503-508).

Durch die hohe Arbeitsbelastung ist die Fluktuation sehr hoch. Eine Mitarbeiterin berichtet, dass besonders neue Mitarbeiterinnen schnell wieder gehen, da sie die Rahmenbedingungen für inakzeptabel halten (Interview IV, Z.: 639).

Die Rahmenbedingungen stimmen mit den Absichten des BGM nicht überein, wodurch die **Akzeptanz** und die **Glaubwürdigkeit** bezüglich des BGM **schwinden** (Interview VI, Z.: 525).

6.1.7 Erleben von Anerkennung und Geringschätzung

Mitarbeiterinnen und Verantwortliche der ersten Einrichtung berichten nahezu uneingeschränkt positiv vom gesamten BONAS-Projekt. In ihren Augen bewirkt das Projekt einen Einstellungswandel, der sich von der Leitungsebene bis zu den Mitarbeiterinnen in einer anerkennenden Unternehmenskultur zeigt.

Eine ursächliche Bedingung liegt hierfür in der Grundhaltung gegenüber den Mitarbeiterinnen. Je nachdem, welchen **Stellenwert den Mitarbeiterinnen** von Führungskräften und Kolleginnen entgegengebracht wird, prägt sich eine anerkennende Unternehmenskultur mehr oder weniger stark aus. Eine Mitarbeiterin beschreibt diesen Wandel wie folgt:

„T2: Mehr Zeit für Mitarbeiter. Ja, auch in unserem Haus. Ich bin seit acht neun Jahre hier, aber in unserem Haus, das habe ich schon immer im Gefühl gehabt, die Bewohner sind im Mittelpunkt. Ja das ist schon richtig, muss auch so sein. Aber immer, immer war es so. Zum Beispiel ein Bewohner, wenn es ein Problem gab, dann war die Pflegefachkraft oder die Bezugspflege, oder keine Ahnung, Pflegehelfer, die mussten wirklich mit ihren Nerven am Ende sein, wieso ist das passiert. Keiner hat einmal gefragt, ok wie geht es dieser Pflegerin, oder wieso ist das so gekommen überhaupt. Immer, das war schon alles immer Bewohner. Aber durch dieses Programm jetzt, denken die mehr an das Pflegepersonal, es muss ein gesundes Team hier sein, müssen gesunde, psychisch und körperlich gesunde Mitarbeiter sein, dann können die auch für die Bewohner die besten sein. Sonst geht es gar nicht. Mit kranken und unter Belastungen leidenden Pflegepersonal, kann man hier für Bewohner überhaupt keine richtige Pflege wirklich machen. Und das finde ich, ist schon eine wichtige Sache, was wir hier einfach erreicht haben. Oder den Anfang.“ (Interview II, Z.: 760-772)

In dieser Einrichtung gelingt es der Leitung, durch einen **mitarbeiterorientierten Führungsstil** den Beschäftigten das Gefühl zu geben, dass ihre Gesundheit und ihr Wohlbefinden im Fokus aller Bestrebungen stehen. Gefördert wird dieses Gefühl dadurch, dass Mitarbeiterinnen nach ihrer Meinung gefragt werden, dass ihre Probleme ernstgenommen werden und dadurch dass ihre Vorschläge nach Möglichkeit auch umgesetzt werden (Interview II, Z.: 111-115). Die Einrichtungsleitung bestätigt dieses Bemühen, indem sie sagt, dass nichts hingenommen, sondern alles aufgenommen und nach Lösungen gesucht wird. Zudem schafft sie geschützte Kommunikationsräume, in denen offene Diskussionen möglich sind (Interview I, Z.: 72-75; 150-153). Auch Mitarbeiterinnen einer anderen Einrichtung äußern den Wunsch, von der Leitungsebene gefragt zu werden und erwarten, dass ihre Ideen aufgegriffen und bearbeitet werden bis es zu kommunizierten Entscheidungen kommt (Interview VII, Z.: 529-534; Z.: 588-591).

Ein weiterer Faktor, der das Erleben von Anerkennung beeinflusst, sind **Gemeinschaftsaktivitäten**. Maßnahmen, die den Teamgedanken fördern, lassen die Beleg-

schaft näher zusammenrücken und stärken zwischenmenschliche Beziehungen. Zusätzlich bewirkt die spürbar verbesserte Atmosphäre in einer Einrichtung eine höhere Bereitschaft und ein stärkeres Interesse an Gemeinschaftsaktivitäten, wie beispielsweise an einer Weihnachtsfeier, teilzunehmen (Interview II, Z.: 154-165; Interview I, Z.:40-42).

Gelingt es, eine anerkennende Unternehmenskultur aufzubauen, so wird eine wertschätzende, positive Stimmung von Führungskräften und Beschäftigten wahrgenommen. Das Vertrauen untereinander wächst durch positiv erlebte Interaktion und es stellt sich ein Gefühl des näheren Zusammenrückens ein (Interview I, Z: 37-39; Z.: 133-134).

Neben dem positiven Beispiel der einen Einrichtung, vermitteln die anderen drei Einrichtungen keinen derartigen Wandel. Eine mögliche Ursache könnte eine von den Mitarbeiterinnen **gefühlte Geringschätzung** seitens der Leitungsebene sein. Ausdruck findet dies in einer von den Mitarbeiterinnen dargestellten starken Ausprägung des Hierarchiegefüges. Demzufolge beeinflussen Drohungen, Angst vor Vorgesetzten, das Aufbürden zu vieler Aufgaben und unterschwellig chauvinistisches Verhalten die Beziehung zwischen der Führungsebene und den Mitarbeiterinnen negativ (Interview VII, Z.: 745-786; Interview IV, Z: 227-230). Zudem hat eine Mitarbeiterin das Gefühl:

„T5: [...] man will nicht, dass man sich gut versteht untereinander [...] wir sollen getrennt Pause machen, uns wird nicht mal irgendwie die Möglichkeit gegeben, das wir irgendwie mal was zusammen machen können.“ (Interview VII, Z.:257-459)

Aber nicht nur die **fehlenden Möglichkeiten gemeinsamer Interaktion** hemmen eine positive Teamentwicklung, auch **unterlassene Gespräche** nach problematischen Situationen belasten das Team (Interview VII, Z.: 468-472).

Ein solches Verhältnis zwischen Führungskräften und Mitarbeiterinnen schürt Misstrauen und lässt Wertschätzung sowie das Gefühl ernst genommen zu werden vermissen.

6.2 Synthese der Kategorien

Das Ziel dieser Forschungsarbeit ist die empirische Untersuchung der Erfolgsfaktoren und Spannungsbereiche bei der Implementierung und Verstetigung eines BGM in stationären Altenpflegeeinrichtungen. Im Kapitel 6.1 wurde analysiert, wie sich bestimmte Phänomene auf den BGM-Prozess, die Steuerkreismitglieder und die Mitarbeiterinnen auswirken.

Nachdem die sieben Kategorien aus den Interviews heraus entwickelt und analysiert wurden, folgt die Ergebnisdarstellung des selektiven Kodierens. In diesem Schritt inte-

griert die Forscherin alle Kategorien in eine beschreibende Erzählung, die das zentrale Phänomen der Untersuchung erklärt.

Nach erneuter Prüfung der Daten und der Analyse der Kategorien auf der Suche nach der Kernkategorie, entwickelt sich das Phänomen *Erleben von Anerkennung und Geringschätzung* als Schlüsselkategorie heraus. Abbildung 15 zeigt die Beziehungen der einzelnen Kategorien zur Kernkategorie.



Abbildung 15: Beziehungen der einzelnen Kategorien zur Kernkategorie, eigene Darstellung

Die Kernkategorie *Erleben von Anerkennung und Geringschätzung* ist mit ihren Eigenschaften *Stellenwert der Mitarbeiterinnen* und *gemeinsame Interaktion* ausschlaggebend für die anderen Kategorien.

Kontext:

hoher Stellenwert der Mitarbeiterinnen, häufige gemeinsame Interaktion

Als ursächliche Bedingung zeigt die Abbildung 15 zwei zuvor vorgestellte Kategorien. Daraus ergeben sich folgende Zusammenhänge. Wenn das BGM als systematischer Verbesserungsprozess verstanden wird und sich daraus die notwendige Verstetigung durch eine strategische Fokussierung entwickelt, dann bedeutet dies für die Mitarbeiterinnen eine Aufwertung durch die strategische Berücksichtigung der Mitarbeitergesundheit. Demzufolge ist der Stellenwert der Gesundheit der Mitarbeiterinnen für Führungskräfte so hoch, dass sie diese in die strategischen Unternehmensziele, unter Berücksichtigung der dazu benötigten Ressourcen, etablieren. Besonders der zeitnahe

und unmittelbar sichtbare Einsatz von Ressourcen erzeugt bei den Mitarbeiterinnen ein Gefühl der Anerkennung.

Ein explizit ausgedrückter Veränderungswunsch kann durch bestimmte Strategien (wie Transparenz) zu einem Wandel der Unternehmenskultur führen. Ist die Transparenz durch eine zielgruppengerechte, direkte, offene und glaubwürdige Kommunikation sowie Kontinuität geprägt, woraus ersichtlich wird, dass die Mitarbeiterinnen im BGM-Prozess ernstgenommen werden, dann fördert dieses Vorgehen eine anerkennende Unternehmenskultur. Gleiches gilt für die Partizipation. Wenn Partizipation durch beteiligungsorientierte Analyseinstrumente, integrative Arbeitsgruppen, gemeinsame und nachhaltige Sammlung von Problemen und Verbesserungsvorschlägen (die ernstgenommen und möglichst auch umgesetzt werden) geprägt ist, dann hat sie für Mitarbeiterinnen einen hohen Stellenwert und fördert eine anerkennende Unternehmenskultur.

Die Strategien werden von den intervenierenden Bedingungen *Prozesslenkung durch eine externe Beratung, nachhaltige Umsetzung durch strukturelle und personelle Beständigkeit sowie gesundheitsbeeinflussende Rahmenbedingungen* beeinflusst. Eine externe Beratung wirkt fördernd auf die Strategie *den BGM-Prozess durch Transparenz verstehen und erleben*, wenn diese einheitlich und kompetent durch den definierten BGM-Prozess lenkt, der eine Beteiligung der Mitarbeiterinnen und Informationswege konzeptuell einfordert. Grundlegend für eine erfolgreiche Umsetzung ist die strukturelle und personelle Ausstattung des BGM-Prozesses. Sind sie in Arbeitsgruppen vertreten erfahren sie Anerkennung, da sie als Experten für ihre Gesundheit angesehen werden. Die gesundheitsbeeinflussenden Rahmenbedingungen wirken sich, je nachdem wie sie erlebt werden, stärker oder schwächer auf die Strategien aus.

Wenn die Transparenz hoch ist und die intervenierenden Bedingungen förderlich sind, kann sich eine anerkennende Unternehmenskultur entwickeln. Das Ergebnis ist eine von Mitarbeiterinnen und Steuerkreismitgliedern erfolgreich empfundene Implementierung und Verstetigung des BGM.

Kontext:

niedrigerer Stellenwert der Mitarbeiterinnen, seltenere gemeinsame Interaktion

Haben Mitarbeiterinnen einen eher niedrigeren Stellenwert, dann ist zwar ein Veränderungswunsch gegebenenfalls vorhanden, wird jedoch nicht stringent in den zwei Kategorien der ursächlichen Bedingung verfolgt. Beispielsweise führt eine mangelnde Investitionsbereitschaft oder das schleppende Einlösen von Versprechungen zu Enttäuschungen, die mit einer gefühlten Geringschätzung einhergeht. Die Strategie *den BGM-Prozess durch Transparenz verstehen und erleben* findet keine adäquate Umset-

zung, wenn Mitarbeiterinnen nicht als Expertinnen ihrer Gesundheit anerkannt werden, sodass Misstrauen, Undurchsichtigkeit und Desinteresse den BGM-Prozess bestimmen. Im Rahmen der Partizipation entsteht bei Mitarbeiterinnen ein Gefühl der Missachtung, wenn beispielsweise Verbesserungsvorschläge von ihnen artikuliert, jedoch von Entscheidungsträgern nicht verfolgt oder unbegründet abgelehnt werden.

Wirken die intervenierenden Bedingungen zudem hemmend auf die Strategien, dann mündet der gesamte Prozess in einer unveränderten Unternehmenskultur, die in manchen Fällen auch eine Geringschätzung der Mitarbeiterinnen beinhaltet. Erleben Mitarbeiterinnen in der strukturellen und personellen Besetzung keine ausreichende Berücksichtigung, fühlen sie sich ausgegrenzt. Das Ergebnis ist eine eher spannungsgeladene Implementierung und Verstetigung des BGM.

Beide beschriebenen Kontexte sind Pole eines Kontinuums, auf dem sich die analysierten BGM-Prozesse mit ihren Schattierungen einfinden, ohne das dabei die beiden Pole in Gänze erreicht werden.

7 Diskussion

Die folgende Diskussion bewertet die dargestellten Ergebnisse in Bezug auf die bisherigen wissenschaftlichen Erkenntnisse (siehe Kapitel 2). Dabei werden die in Kapitel 4 formulierten Fragestellungen beantwortet und daraus resultierende Handlungsempfehlungen ausgesprochen (Kapitel 8). Einen Teil der dargestellten Ergebnisse präsentierte die Autorin im Rahmen der Forschungsarbeit den Verantwortlichen aus den Altenpflegeeinrichtungen bei einem Netzwerktreffen. Ergänzungen aus der dort geführten Diskussion fließen in die folgende Darstellung ein. Eine kritische Reflexion der Methodik in 7.2 schließt das Kapitel ab.

7.1 Ergebnisdiskussion

Anhand der theoretischen Ausarbeitung zu den Qualitätskriterien eines BGM und den geführten Fokusgruppeninterviews, wurden Erfolgsfaktoren und Spannungsbereiche bei der Implementierung und Verstetigung eines BGM in stationären Altenpflegeeinrichtungen sowie dessen Wirkungen auf die Steuerkreismitglieder und Mitarbeiterinnen exploriert.

Wenn das Modellprojekt BONAS mit den im Kapitel 2.2.2 dargestellten Rahmenbedingungen für eine erfolgreiche Umsetzung des BGM verglichen wird, dann ist festzustellen, dass die konzeptuelle Grundlegung des Projekts den dargestellten Qualitätsmerk-

malen eines BGM entspricht. Das BONAS-Projekt wird als professioneller und langfristig geplanter Prozess durchgeführt. Mithilfe einer externen Begleitung werden langfristige Strukturen durch eine Projektkoordination und einem Steuerkreis unter der Beteiligung der Geschäftsführung, dem Betriebsrat, den Funktionsbereichen und weiteren wichtigen Akteuren etabliert. Die Altenpflegeeinrichtungen führen den BGM-Prozess im Sinne des PDCA-Zyklus ein und beteiligen durch partizipative Analyseinstrumente, Informationsveranstaltungen und teilweise durch weitere Kommunikationsinstrumente und gemeinsame Arbeitsgruppen die Mitarbeiterinnen. Trotz Erfolg versprechender Rahmenbedingungen variiert die Umsetzungsqualität in den verschiedenen Altenpflegeeinrichtungen, sodass im Folgenden die entwickelten Erfolgsfaktoren und Spannungsbereiche sowie deren Wirkung mit den Erkenntnissen aus der Literatur diskutiert werden.

Die Ergebnisse der Fokusgruppeninterviews zeigen, dass die Kernkategorie **Erleben von Anerkennung und Geringschätzung** einen bedeutenden Einfluss auf die Verstetigung und Implementierung eines BGM hat. Ein mitarbeiterorientierter Führungsstil fördert die Implementierung und Verstetigung des BGM, da die Mitarbeiterinnen sich ernst genommen fühlen. Die Konsequenz ist eine stärkere Beteiligung und stärkeres Engagement am BGM-Prozess. Kliche, Kröger und Meister (2010, S. 230) bestätigen dieses Ergebnis in ihrem achten Implementationsfaktor, in dem sie die Partizipation, Betriebskonflikte und -kultur zusammengefasst darstellen. Sie gelangen, wie in Kapitel 6.1.7 dargestellt, zu der Erkenntnis, dass ein zuvor erlebter mitarbeiterorientierter Führungsstil und die Mitwirkung aller relevanten Gruppen und Ebenen im BGM-Prozess eine erfolgreiche systemische Veränderung sicherstellen. Somit ist eine mitarbeiterorientierte Unternehmenskultur ein förderlicher Faktor für die Einführung des BGM. Umgekehrt wirkt sich nach Meyer (2008, S. 33) eine fehlende mitarbeiterorientierte Unternehmensphilosophie, als hemmend auf den BGM Prozess aus. Auch dieser Faktor spiegelt sich in den Ergebnissen dieser Forschungsarbeit wider.

Im unmittelbaren Zusammenhang mit dem Erleben einer anerkennenden Unternehmenskultur steht die **Transparenz durch Kommunikation und Partizipation**. Eine hohe Transparenz, erreicht durch eine kontinuierliche, direkte und ehrliche Kommunikation, führt bei den Mitarbeiterinnen zu einem stärkeren Interesse an sowie größerem Verständnis für das BGM, während eine unzureichende und zielgruppenunspezifische **Kommunikation** zu Undurchsichtigkeit, Misstrauen und einer Gleichgültigkeit gegenüber dem BGM-Prozess führt (Kapitel 6.1.4). So bestätigen auch Stummer et al. (2008, S. 235) den Faktor der internen Kommunikation als Hemmnis für die Akzeptanz von BGM.

Der GKV-Spitzenverband (2014, S.73) verdeutlicht die herausragende Stellung der *kontinuierlichen Sensibilisierung und internen Öffentlichkeitsarbeit* durch eine farblich markante, über dem Gesamtprozess platzierte Darstellung (Abbildung 1). Auch Brause et al. (2010) betonen die Bedeutung einer kontinuierliche interne Öffentlichkeitsarbeit als förderlichen Faktor für die Einführung und Verstetigung des BGM. Aus den Interviewergebnissen positiv herauszustellen ist die bereits bestehende Vielfalt und kreative Nutzung der Kommunikationsinstrumente in den Altenpflegeeinrichtungen. Sind dementsprechende Konzepte vorhanden, ist ein wichtiger Grundstein der kontinuierlichen Information gelegt. Einen von Walter, Wäsche und Sander (2012) begründeten Nachholbedarf sehen die Mitarbeiterinnen in der direkten und zielgruppenspezifischen Kommunikation, um die Zusammenhänge besser verstehen zu können. Ebenso wie die Mitarbeiterinnen sprechen die Autoren (ebenda, S. 300) der dialogorientierten Kommunikation im Rahmen des BGM eine herausragende Rolle zu. Ein wesentliches Verbesserungspotenzial scheint demnach der verstärkte Ausbau der Information und Kommunikation über die Strukturen, Prozesse und Maßnahmen zu sein. Dementsprechende Handlungsempfehlungen werden in Kapitel 8 dargestellt.

Den **BGM-Prozess erlebbar zu gestalten** erweist sich in den geführten Fokusgruppeninterviews neben der Kommunikation als ein erfolgskritischer Schlüsselfaktor. Als besonders erfolgreich stellt sich das partizipativ orientierte AB-Coaching für Mitarbeiterinnen und BGM-Verantwortliche heraus. Die uneingeschränkt positiven Rückmeldungen lassen darauf schließen, dass die Mitarbeiterinnen bereit sind, sich mit dem Thema Gesundheit in einem direkten Dialog auseinanderzusetzen. Die positive Erfahrung mit dem Analyseinstrument ist eine gute Grundlage für einen fortlaufenden beteiligungsorientierten Prozess, welcher von den Mitarbeiterinnen als Wunsch geäußert wird. Der Einsatz des Leitfadens als Analyseinstrument sollte aufgrund der Ausgrenzung von Funktionsbereichen jedoch überdacht werden (siehe Kapitel 6.3.1).

Das Mitwirken der Mitarbeiterinnen an Maßnahmen in Qualitätszirkeln oder Arbeitsgruppen zu ermöglichen, ist ein weiterer wichtiger und von Mitarbeiterinnen gewünschter Aspekt, um passgenaue und akzeptierte Projekte zu realisieren. Eine wissenschaftliche Erklärung liefert dazu das Stufenmodell der Partizipation von Wright et al. (2010). Möchte man die Beteiligung an der Maßnahmenentwicklung innerhalb des BONAS-Projekts in das Modell einordnen, so befinden sich die Mitarbeiterinnen auf der sechsten Stufe *Mitbestimmung*. Auch wenn die Entscheidungsbefugnis weiterhin bei den Vorgesetzten liegt, halten diese Rücksprache mit den Mitarbeiterinnen, wodurch wichtige Fragestellungen und mögliche Widerstände zwischen Entscheidungsträgerinnen und Mitarbeiterinnen verhandelt werden (Wright 2010, S. 44). Werden die Mitarbeite-

rinnen nicht in die Entwicklung und Umsetzung der Maßnahmen integriert, sondern nur durch die Analyseinstrumente befragt, befinden sie sich auf einer Vorstufe der Partizipation, der *Anhörung*. Auf dieser Stufe werden die Mitarbeiterinnen zwar informiert und können durch die Befragung ihre Ansichten artikulieren, sie haben jedoch keine Kontrolle darüber, ob diese auch Beachtung finden (Wright 2010, S. 43). Das fehlende Feedback wirkt sich zudem hemmend auf den BGM-Prozess aus.

Obwohl die Stufe der *Mitbestimmung* auf der Ebene der Maßnahmenplanung eine wichtige Voraussetzung für eine erfolgreiche Umsetzung des BGM darstellt, reicht manchen Mitarbeiterinnen diese jedoch nicht aus. Sie wünschen sich ein stärkeres Mitspracherecht im Entscheidungsgremium des BGM, dem Steuerkreis. Dieser Wunsch bestätigt die Bedeutung der „echten“ Partizipation und gibt Anlass diesbezüglich weitere Maßnahmen zu konzipieren.

Im Widerspruch zu den Aussagen der Mitarbeiterinnen steht die von den Steuerkreismitgliedern als gering eingeschätzte Partizipations- beziehungsweise Teilnahmebereitschaft. Eine mögliche Erklärung ist eine zu späte Beteiligung der Mitarbeiterinnen. Sind Maßnahmen bereits ohne deren Mitwirkung konzipiert, entsprechen diese gegebenenfalls nicht deren Bedürfnissen. Die Einstellung, Mitarbeiterinnen etwas „Gutes tun zu wollen“ (Interview III, Z.: 247), ist demnach eher kritisch zu bewerten, da es im BGM darum geht, gemeinsam auszuhandeln, was das „Gute“ sein könnte, um es im zweiten Schritt gemeinsam umzusetzen (Pieck 2012, S. 130 f). Eine weitere Erklärung liefern die Mitarbeiterinnen selbst, indem sie die sehr hohen Arbeitsbelastungen als Grund für die geringe Partizipationsbereitschaft nennen. Neben den aufgeführten Aspekten kann sich auch eine fehlende Motivation der Belegschaft, wie von einer Einrichtungsleitung formuliert wurde, hemmend auf das BGM auswirken. In der Studie von Bechmann et al. (2010, S. 17) wird das Vorhandensein dieser Motivationshürde von 33 Prozent der befragten Betriebe bestätigt.

Eine **externe Beratung** wird in den Qualitätskriterien von Walter (2007, S. 202) als förderlich und im Rahmen der OE als notwendig angesehen (Schiersmann und Thiel 2014, S. 27). Die Ergebnisse der Fokusgruppeninterviews entsprechen dieser Erkenntnis. Besonders die Notwendigkeit des disziplinierenden Druckes und die Skepsis bezüglich der zeitlichen Begrenzung der externen Beratung zeigen, dass ein derartiger Prozess ohne eine externe Begleitung große Schwierigkeiten bereitet hätte. Die geforderte und als förderlich erwiesene Vernetzung (Kliche, Kröger und Meister 2010, S. 229) wurde durch die Fokusgruppeninterviews bekräftigt und sollte aus Sicht der Interviewteilnehmenden weiter fortgeführt werden. Meyer (2008, S. 33) zeigt neben dem förderlichen Faktor einen kritischen Aspekt der externen Beratung auf. Demnach

sind manche Vorschläge zu theoretisch und praxisfern. Diese Einschätzung entspricht den Aussagen der Steuerkreismitglieder, die den BGM-Prozess zu Beginn als zu „verkopft“ und theoretisch bewerten. Das Empfinden demotivierend wirkender unterschiedlicher Ansichten und Maßstäbe der externen Beratung sowie in einem Fall geringer Branchenkenntnis ergänzen die in der Literatur aufgeführten hemmenden Faktoren bezüglich der externen Beratung.

Die Steuerkreismitglieder haben das BGM als prozesshaften, zyklischen Vorgang verstanden. Dieses **Prozessverständnis** der BGM-Verantwortlichen ist als erfolgskritischer Faktor für den BGM-Prozess zu bewerten. Verharren Verantwortliche im bisherigen linear geprägten Denken, erschwert es die Verstetigung eines BGM maßgeblich (Meyer 2008, S. 35). Die Umsetzung des systematischen Prozesses durch die externe Beratung bewerteten die BGM-Verantwortlichen unterschiedlich. Die Evaluation durch die Selbstbewertung anhand von Bewertungskriterien und Audit wird von manchen als positiv bewertet, anderen sind die durch die Bewertungskriterien verlangten schriftlich nachzuhaltenden Verfahren zu bürokratisch. Der Aufwand wird gegenüber dem Nutzen als zu hoch eingestuft. Diese Einschätzung hemmt gegebenenfalls die Motivation das BGM langfristig zu etablieren. Es bleibt zu überprüfen, ob die Bewertungskriterien und das Verfahren der Selbstbewertung sowie das Audit für die Altenpflegeeinrichtungen langfristig leistbar sind, oder ob nach schlankeren Alternativen gesucht werden sollte. Anregungen hierfür können gegebenenfalls von den Zertifizierungen und Auszeichnungen, die im Kapitel 2.2.2 erwähnt werden, ausgehen.

Die Bestrebungen der Altenpflegeeinrichtungen, eine **strategische Fokussierung** durch den Aufbau einer Gesundheitspolitik im Sinne einer Nachhaltigkeit des BGM vorzunehmen, ist äußerst positiv herauszustellen. Das Verständigen auf eine gemeinsame Gesundheitsstrategie und das Festlegen von Zielen fördert die Transparenz und Nachhaltigkeit (Brause et al. 2010, S. 45). Das dadurch aufkeimende Verständnis der Zweiteiligkeit, in ein Projekt der Beteiligung und Umsetzung und ein Projekt der Gesundheitspolitik, sollte hingegen kritisch gesehen werden. Um langfristig erfolgreich BGM zu etablieren, ist die Umsetzung genauso wichtig wie die Strategie; sie sollte nicht getrennt davon betrachtet werden.

Die Notwendigkeit **einer strukturellen und personellen Beständigkeit** des BGM wurde im Kapitel 2.2.2 dargestellt und von Kliche, Kröger und Meister (2010, S. 228) als förderlich eingestuft. Dieses grundsätzliche Vorgehen wurde in Bezug auf die Etablierung eines Steuerkreises in den Interviews weder als hemmend noch als förderlich kommentiert. Die Benennung einer Gesundheitsbeauftragten wurde dagegen explizit als förderlich benannt. Bezogen auf den Steuerkreis diskutierten die Mitglieder die

praktische Ausgestaltung. Als besonders relevant stellt sich die Zusammensetzung des Steuerungsgremiums heraus. Demzufolge dient die aus der Literatur empfohlene Besetzung des Steuerungsgremiums (siehe Abbildung 3) als Hilfestellung für die eigene Umsetzung. Für eine erfolgreiche Zusammenarbeit ist die Besetzung jedoch einrichtungsspezifisch anzupassen. Der Hinweis, dass die Qualitätsmanagementbeauftragte in den Steuerkreis mit aufgenommen werden sollte, ist besonders mit der Zielsetzung eines integrierten Managements, auch in anderen Kontexten zu berücksichtigen. Explizit als förderlich wurde hinsichtlich der Beteiligung der Mitarbeiterinnen die Einrichtung von Arbeitskreisen benannt. Dies steht im Einklang mit der in Kapitel 2.2.2 aufgeführten Literatur (Walter 2007, S. 200). Der sich hemmend auf das BGM auswirkende genannte Wechsel von Verantwortlichen bestätigt die Studie von Brause et al. (2010, S.45). Demensprechend sollten Wechsel vermieden werden. Ist ein Wechsel unumgänglich, können Aufgabenbeschreibungen und definierte Zuständigkeitsbereiche diesen erleichtern.

Kliche, Kröger und Meister (2010, S. 227) benennen als Förderfaktor für die BGM-Einführung eine sichere Rentabilität. Grundlegend dafür ist ein hoher Interventionsbedarf. Dieser ist gegeben, wenn ein hoher Krankenstand und eine starke Unzufriedenheit der Mitarbeiterinnen vorliegen. Meyer (2008) bestätigt diesen Faktor durch seine Expertenbefragung. Die in der vorliegenden Arbeit ermittelte Kategorie **gesundheitsbeeinflussende Rahmenbedingungen** thematisiert diesen Faktor. Die Altenpflegeeinrichtungen bestätigen den in Kapitel 2.1.1 dargestellten hohen Krankenstand und eine Unzufriedenheit seitens der Beschäftigten. Die Interviews zeigen zwar, dass ein derartig hoher Interventionsbedarf gegebenenfalls die grundsätzliche Entscheidung, ein BGM einzuführen fördert, auf den weiteren BGM-Prozess, wie in Kapitel 6.1.8 dargestellt, wirkt sich dieser Bedarf jedoch hemmend aus. Dies ist damit zu begründen, dass durch einen hohen Krankenstand personelle Ressourcen für die Umsetzung des BGM fehlen und zudem der Personalmangel die Abdeckung der Routinearbeiten erschwert. Die Organisation des Tagesgeschäfts hat in diesen Fällen Priorität und wirkt sich negativ auf die Erledigung der Zusatzaufgaben im Rahmen des BGM-Prozesses aus. Auch Bechmann et al. (2010, S. 17) bestätigen diese Hürden im Rahmen des BGM. 61 Prozent der befragten Betriebe geben den Vorrang des Tagesgeschäfts und 56 Prozent fehlende Ressourcen für BGM als zu bewältigende Hindernisse an. **Knappe Ressourcen** werden auch in den Fokusgruppeninterviews als hemmende Faktoren thematisiert und untermauern dieses Ergebnis. Kostenaufwendige Maßnahmen müssen einen langen Entscheidungsprozess durchlaufen, weswegen es laut Kliche, Kröger und Meister (2010, S. 45) förderlich sei, kostengünstige Maßnahmen mit schnellen

Effekten zeitnah umzusetzen. Ähnliches bestätigen auch die Ergebnisse der vorliegenden Arbeit.

Schlussfolgernd kann festgehalten werden, dass durch die gewonnenen Erkenntnisse und die geäußerten Verbesserungsvorschläge, die in den Fokusgruppeninterviews erfasst wurden, explizite Hinweise auf zukünftig zu berücksichtigende Faktoren für die Weiterentwicklung abgeleitet werden können. Die diskutierten Erkenntnisse sowie Verbesserungsvorschläge fließen in die in Kapitel 8 formulierten Handlungsempfehlungen ein.

7.2 Methodische Einschränkungen und kritische Reflexion der Arbeit

Für den Forschungsprozess wurde das Fokusgruppeninterview als Methode gewählt. Die Erwartung an die Fokusgruppeninterviews, dass die Teilnehmerinnen aufeinander Bezug nehmen und dadurch individuelle Überzeugungen, Meinungen, Gefühle, Gründe für Verhaltensmuster und Verbesserungsvorschläge bezogen auf Erfolgsfaktoren und Spannungsbereiche beim BGM-Prozess hervorbringen, wurde erfüllt. Durch die Fokusgruppeninterviews konnten eine Datenvielfalt und Kausalitätszusammenhänge erfasst werden, was mit einem quantitativen Ansatz nicht möglich gewesen wären. Trotz der grundsätzlichen Eignung des Verfahrens, wird im Folgenden die Methodik differenziert analysiert und Stärken sowie Schwächen aufgezeigt.

Sampling

Kritisch anzumerken ist, dass die Auswahl der Einrichtungen für die Interviews aufgrund freiwilliger Meldung durch die Einrichtungsleitungen erfolgte. Dementsprechend kann vermutet werden, dass sich vornehmlich diejenigen meldeten, die mit ihrem BGM-Prozess zufrieden waren. Durch eine gezielte Interviewanfrage an eine Einrichtung, die ihren BGM-Prozess kritisch bewertete, konnte dieser Kritikpunkt abgeschwächt werden.

Zudem konnte die Forscherin keinen Einfluss auf die Zusammenstellung der Interviewgruppen nehmen, da diese von den Einrichtungsleitungen oder der Projektkoordination organisiert wurden. Es ist anzunehmen, dass besonders bei der Zusammensetzung der Mitarbeiterinnen eher diejenigen zu einer Teilnahme bereit waren, die sich für das BGM interessieren und diesem positiver gegenüberstehen als andere. Um ein umfassenderes Meinungsbild der Mitarbeiterinnen zu erhalten, müssten unterschiedliche Typen anhand ausdifferenzierter Auswahlkriterien in die Interviewgruppe integriert werden. Um ein breiteres Meinungsbild zu erhalten wäre eine, auf den vorliegenden Ergebnissen basierende, quantitative Erhebung denkbar.

Hervorzuheben ist die Entscheidung über die Auswahlkriterien der unterschiedlichen Interviewgruppen. In den Gruppen der Mitarbeiterinnen, ohne die Anwesenheit der obersten Leitung, konnten offene und ehrliche Interviews mit vielen unterschiedlichen Meinungen und Ideen geführt werden. Die Interviewgruppen der Steuerkreismitglieder, in denen die Einrichtungsleitung vertreten war, wurden hingegen von dieser dominiert. Dies äußerte sich durch die Häufigkeit und Länge ihrer Redebeiträge sowie in häufigen Anmerkungen zu Redebeiträgen anderer Teilnehmerinnen. Es ist denkbar, dass die anderen Interviewteilnehmerinnen durch die Anwesenheit und das Verhalten der obersten Leitung sich in ihrem Antwortverhalten beeinflusst fühlten. Gleichzeitig ging von den Einrichtungsleitungen das umfangreichste Wissen über den Gesamtprozess des BGM aus, sodass sie unverzichtbar für inhaltlichen Input waren.

Datenerhebung

Während sich in einer Einrichtung die Datensicherung mittels Tonaufnahme konfliktbelastet darstellte, verlief die Datenerhebung in den meisten Fällen unproblematisch. In dem Einzelfall hätte möglicherweise ein persönlicher Erstbesuch durch die Forscherin Missverständnisse ausräumen können. Die Kontaktaufnahme vor dem Interview erfolgte lediglich per E-Mail und Telefon.

Der Erstkontakt und die Aufklärung über das Forschungsinteresse erfolgten ausschließlich über die Einrichtungsleitung. Diese stellte daraufhin die Interviewgruppen zusammen. Das Vorgehen hatte zur Folge, dass die Interviewteilnehmerinnen teilweise erst kurz vor Beginn der Interviews über das Forschungsvorhaben und das Thema aufgeklärt wurden. Dieses Vorgehen ist nicht optimal, konnte jedoch aufgrund der Rahmenbedingungen nicht anders realisiert werden. Dennoch fanden sich die Interviewteilnehmerinnen durch den einfachen Einstieg schnell in die Interviewsituation ein und konnten, anhand der Aufforderung zur Reflexion, eine Fülle von Aussagen aus ihrem Erleben bezogen auf den BGM-Prozess hervorbringen. Teilweise nahmen Ausführungen zu den schlechten Rahmenbedingungen der Pflege großen Raum ein. Der Forscherin gelang die Rückführung zum Thema BGM nur bedingt, sodass zeitweise die Teilnehmenden ein generelles Gefühl des „nichts ändern können“ vermittelten, welches für das Entwickeln von Verbesserungsvorschlägen für den BGM-Prozess als hinderlich angesehen werden kann. Zeitweise orientierte sich die Forscherin zu stark am Leitfaden und beeinflusste, teilweise unbewusst, die Wortbeiträge, sodass möglicherweise eigenständige Erzählungen unterbrochen oder durch versäumte detaillierte Nachfragen interessante Themen vernachlässigt wurden. Es ist davon auszugehen,

dass tiefgreifende und detailliertere Ergebnisse von einer erfahreneren Interviewerin hätten erreicht werden können.

Positiv ist anzumerken, dass es der Forscherin gelungen ist, eine vertraute und angenehme Atmosphäre zu schaffen, die durch offene und ehrliche Beiträge der Teilnehmenden belohnt wurde. Ergänzend beeinflusste die Bereitstellung der Besprechungsräume, die kreisförmige Kommunikationssituationen ermöglichten und die Bewirtung die Interviewatmosphäre positiv.

Fast alle Kriterien zur Stichprobenauswahl konnten wie geplant berücksichtigt werden, sodass in drei Einrichtungen jeweils Steuerkreismitglieder und Mitarbeiterinnen interviewt wurden. Eine Ausnahme bildet das Einzelinterview, in dem eine Einrichtungsleitung als einzige aus einer Altenpflegeeinrichtung interviewt wurde. Insgesamt sind die Ergebnisse variantenreich, da Interviewteilnehmerinnen aus allen Funktionsbereichen und Hierarchieebenen einbezogen wurden.

Datenauswertung

Für die Auswertung der Fokusgruppeninterviews wurde das Verfahren der *Grounded Theory* nach Strauss und Corbin (1996) ausgewählt. Den Kern der Analysemethode bildet das Kodier-Verfahren. Hinsichtlich der Gültigkeit der Ergebnisse sind besonders zwei Aspekte kritisch zu betrachten. Zum einen ist anzumerken, dass der Kodier-Prozess alleine von der Forscherin durchgeführt wurde. Unterschiedliche Lesarten und Deutungsmuster wurden allein von der Forscherin vorgenommen, ohne diese in einem Forscherteam zu diskutieren. Die Analyseergebnisse sind dadurch individuell geprägt. Zum anderen sind fehlende praktische Vorkenntnisse der Forscherin bezogen auf die Erhebung und Auswertung qualitativer Daten zu berücksichtigen. Aufgrund der Unerfahrenheit war eine Theoriebildung mit einem hohen Abstraktionsniveau und gleichzeitiger theoretischer Dichte, was das Ziel der *Grounded Theory Methodologie* ist, eine große zeitliche und methodische Herausforderung für die Autorin.

Die durchgeführten Interviews sind nicht identisch wiederholbar. Dennoch wurde durch eine systematische und detaillierte Beschreibung der Kontexte im Rahmen der Forschungsarbeit eine größtmögliche Transparenz geschaffen, um annähernd vergleichbare Situationen zu ermöglichen. Um den Kodier-Prozess nachvollziehen zu können, wurde mit MAXQDA© 11 gearbeitet. Mithilfe des Programms wurde eine Kategorienbildung nah am Ausgangsmaterial ermöglicht. Textpassagen wurden digital kodiert, sodass zu jeder Zeit Codes und Kategorien erneut mit dem Ausgangsmaterial verglichen werden konnten. Die Ergebnisse der Datenauswertung wurden dem Beratungsteam der AOKN zur Verfügung gestellt und reflektiert, wodurch die Ergebnisse kritisch

hinterfragt werden konnten. Zudem ermöglichte die Ergebnispräsentation und Diskussion vor den Einrichtungsleitungen in einem Netzwerktreffen die Überprüfung der Auswertung auf ihre Validität.

8 Konsequenzen für die betriebliche Praxis – Handlungsempfehlungen

Anhand der Ergebnisse werden in diesem Kapitel realistische und praxisnahe Handlungsempfehlungen abgeleitet. Die Empfehlungen sind als Anregungen zu verstehen, welche von den BGM-Verantwortlichen sowie vom Beratungsteam der AOKN auf einrichtungsspezifische Rahmenbedingungen angepasst werden müssen, um individuell erfolgreich implementiert werden zu können. Im Folgenden werden zu jedem Handlungsfeld im ersten Teil die Empfehlungen für BGM-Verantwortlichen und im zweiten Teil die Möglichkeiten der AOKN dargestellt.

Im Rahmen der Implementierung und Verstetigung des BGM in Altenpflegeeinrichtungen konnte die Begrenzung der finanziellen Mittel und der Mangel an Beschäftigten als ein relevanter Spannungsbereich herausgestellt werden. Seitens der Einrichtungen und Beratungsteams kann hierauf zunächst jedoch nur wenig Einfluss genommen werden, weshalb diese Faktoren im Folgenden nicht weiter ausgeführt werden.

8.1 Handlungsfeld 1 Unternehmenskultur

Das unterschiedliche Erleben der Mitarbeiterinnen von Anerkennung und Geringschätzung ist ein erfolgskritischer Einflussfaktor bei der Einführung des BGM. Im Rahmen einer **aner kennenden Unternehmenskultur** nehmen Führungskräfte eine verantwortungsvolle Rolle ein. Sie beeinflussen mit ihrer Einstellung und ihrem Führungsverhalten nicht nur die Einführung und Verstetigung des BGM, sondern auch direkt das Wohlbefinden ihrer Mitarbeiterinnen (Zok 2011, S. 27). Aus diesem Grund ist eine **Investition in eine gesunde Führungskultur** essentiell. Die Entwicklung einer Unternehmenskultur des gegenseitigen Respekts und der Anerkennung von Leistung liegt in der Verantwortung der Führungskräfte. Ein gemeinsames Führungsverständnis, in Form gemeinsam festgelegter Umgangsformen und Werten können eine im Alltag gelebte Anerkennung und Wertschätzung fördern. Weiterbildungen und Qualifizierungen der Führungskräfte zum Themenfeld *gesundes Führen*, aber auch Coachings und Kommunikationstrainings sind mögliche Herangehensweisen (Schulte-Deußen, Klein & Maas 2013, S. 122). Ebenso wichtig erscheint jedoch eine kritische Reflexion zum Stellenwert der Mitarbeiterinnen. Zu den Fragen, die im Steuerkreis diskutiert werden sollten gehören:

- werden Mitarbeiterinnen nach ihren Meinungen gefragt?
- werden ihre Ideen und Verbesserungsvorschläge ernstgenommen?
- in welcher Form findet die Diskussion darüber statt?

Zudem ist die **Weiterführung des BGM-Prozesses** zu empfehlen, da sich hierdurch langfristig neue Formen der partizipativen Zusammenarbeit entwickeln und Aushandlungsprozesse über Wirkungszusammenhänge in Bezug auf Gesundheit und Wohlbefinden stattfinden. Das gemeinsame Erarbeiten von Maßnahmen zur Verbesserung der Arbeitssituationen, in der das Erfahrungs- und Expertenwissen der Mitarbeiterinnen berücksichtigt wird, fördert eine anerkennende Unternehmenskultur. Eine besondere Bedeutung kommt in diesem Zusammenhang der Datenrückkopplung zu, die den Mitarbeiterinnen verdeutlicht, was wann wie umgesetzt wird, beziehungsweise warum keine Umsetzung erfolgt (Schulte-Deußen et al. 2013, S. 122). Dadurch signalisiert der Steuerkreis, dass die Vorschläge ernsthaft diskutiert und verfolgt werden. Ein derartiges Vorgehen wirkt motivationsfördernd auf die Mitarbeiterinnen. Konkretere Handlungsempfehlungen werden dazu in Kapitel 8.2 erörtert.

Dass Teamgeist und die Kollegialität Treiber für die Unternehmenskultur sind, bestätigen die Ergebnisse und Auswertungen aus dem Great Place to Work® Datenbestand (Schulte-Deußen et al. 2013, S. 121). Wie von Mitarbeiterinnen in den Interviews bestätigt wird, wirkt sich eine **Feierkultur** fördernd auf den Teamgeist aus. Weihnachtsfeiern, Sommerfeste, aber auch das Zusammenkommen bei einem Gesundheitstag oder bei anderen Events können Maßnahmen zur Stärkung des Teamgeistes sein. Ebenso wichtig sind jedoch **gemeinsame Unternehmungen** mit den direkten Kolleginnen im kleineren Team, auch wenn dies aufgrund des vorrangigen Tagesgeschäfts eine Herausforderung darstellt.

Konflikte und belastende Arbeitssituationen können die Zusammenarbeit im Team erschweren und hemmen somit eine positive Teamentwicklung. Um die Zusammenarbeit zu reflektieren und Veränderungsprozesse zu bewältigen, ist die Einführung einer extern geführten **Teamsupervision** zu empfehlen. Dabei werden Konflikte auf der Ebene der Zusammenarbeit und Kommunikation, auf der personalen Ebene und auf der Organisationsebene sowie im gesellschaftlichen Kontext angegangen (Schwarz 2009, S. 218).

Handlungsempfehlung für die AOKN:

Zur Förderung der Unternehmenskultur ist eine externe **Begleitung bei der Entwicklung eines gemeinsamen Führungsverständnisses** zu empfehlen. In Form von

Workshops können Führungskräfte einer Altenpflegeeinrichtung ihre bisherige Führungskultur reflektieren und gemeinsam Umgangsformen, Werte und den Stellenwert der Gesundheit für sich festlegen, um eine im Alltag gelebte Anerkennung und Wertschätzung zu fördern (Uhle & Treier 2013, S. 171 ff.).

Zur Förderung des Teamgeistes und zur weiteren Sensibilisierung und Aufklärung der Beschäftigten im Rahmen einer guten Kommunikation ist eine Unterstützung seitens der AOKN bei der Planung und Durchführung eines **Gesundheitstages** zu empfehlen. Mit der Durchführung eines solchen Tages kann das Interesse der Mitarbeiterinnen weiter geweckt und die Akzeptanz gesteigert werden (Walter 2010, S. 154).

8.2 Handlungsfeld 2 Transparenz

Die Steigerung der Transparenz ist ein Maßgebliches Handlungsfeld für die Optimierung des BGM-Prozesses. Um zukünftig Transparenz durch Verstehen und Erleben des BGM-Prozesses zu verbessern, werden im Folgenden Empfehlungen für eine Verbesserung der Kommunikation und der Partizipation aufgezeigt.

Kommunikation

Ein großes Potenzial für Verbesserungen besteht den Ergebnissen zufolge in einem verstärkten Ausbau der Informationsarbeit und der Kommunikation über Strukturen, Prozesse und Maßnahmen. Die Kommunikation soll aufklären, informieren und überzeugen, um Einfluss auf Einstellungen und Verhaltensweisen zu nehmen (Ulich & Wülser 2015, S. 152; Walter et al. 2012, S. 295). Die von den BGM-Verantwortlichen bisher gewählten **Kommunikationsinstrumente** sind Projektbriefe, E-Mails, Aushänge am BGM-Brett, Offenlegung von Analyseergebnissen, Protokollen und Maßnahmenplänen über ein internes Laufwerk sowie die Veröffentlichung einer Mitarbeiter- oder Hauszeitung. Weitere Vorschläge von den BGM-Verantwortlichen sind die Nutzung des Intranets sowie des Internets (eigene Homepage und Soziale Netzwerke). Eine Datenrückkopplung durch Nachfragen, um das Verständnis zu überprüfen, schließen diese Vorgehensweisen jedoch aus. Um eine **direkte Kommunikation** zu verbessern, schlagen die BGM-Verantwortlichen vor, Themen und Inhalte aus dem Steuerkreis oder den Netzwerktreffen in Dienstbesprechungen und Leitungsrunden zu diskutieren. Um neue Mitarbeiterinnen in das BGM einzuführen sollen die diesbezüglichen Strukturen, Prozesse und Maßnahmen im Einarbeitungskonzept berücksichtigt werden. Letztlich kamen die BGM-Verantwortlichen zu dem Entschluss, dass ein **planvolles Handeln** in der Kommunikation nötig ist. Dazu gehören aus ihrer Sicht die schriftliche Fixierung der Informationswege, die genutzten Kommunikationsinstrumente sowie deren inhaltliche Zielsetzung. Für die Mitarbeiterinnen ist die offene und ehrliche Kommunika-

tion für das Vermeiden von Missverständnissen von großer Bedeutung,. Inhalte sollten vor allem die Erfolge, aber auch Ergebnisse von Netzwerktreffen, aus Steuerkreissitzungen oder anderen Arbeitsgruppen sein. Ein mögliches Vorgehen wäre die Informationen aus den verschiedenen Treffen in kurzen Präsentationen aufzuarbeiten und diese über die Vorgesetzten in Dienstbesprechungen zu thematisieren.

Um erfolgreich BGM an die Mitarbeiterinnen zu kommunizieren, schlagen Walter et al. (2012, S. 296 f.) einen geeigneten und geplanten Kommunikationsmix aus persönlicher, zielgruppenspezifischer und nichtpersönlicher Kommunikation vor. Durch die zunehmende Informationsflut, bedingt durch neue Kommunikationsformen, erhalten die eher persönlichen Kommunikationsinstrumente eine wachsende Bedeutung. Der **persönliche Dialog** wird von den Autoren als besonders wichtiger Erfolgsfaktor für die Gesundheitskommunikation gesehen. Denn Ziel der Gesundheitskommunikation ist nicht nur die Verbreitung von Informationen, sondern das Ausräumen individueller Bedenken und Hemmnisse. Aus diesem Grund empfehlen Walter et al. (2012, S. 299) „Gelegenheiten zu schaffen, in denen eine aktive Auseinandersetzung mit einem bestimmten Thema [...] stattfindet“. Für einen regelmäßigen und persönlichen Dialog sind die direkten Vorgesetzten die wichtigsten Promotoren. Je stärker sie sich mit dem Thema BGM identifizieren und in die Prozesse eingebunden sind, desto erfolgreicher ist die Kommunikation (Walter et al. 2012, S. 299). Durch das direkte miteinander sprechen kann zudem eine zielgruppengerechtere Kommunikation gelingen, da Verständnisprobleme direkt aufgeklärt werden können. Auch Stummer et al. (2008, S. 238) schlagen als Verbesserungsfaktor eine transparente, dialogische Kommunikation vor, die von symbolischen Aktionen, wie beispielsweise einem Eröffnungsevent mit Schnupperangeboten unterstützt werden sollte. Zudem ist es in der Gesundheitskommunikation wichtig, dass Gesundheitsförderung nicht als Zwang, Maßregel oder als eingehende Vorschreibung formuliert wird, da dies zu ablehnenden Haltungen führt (Stummer et al. 2008, S. 238).

Handlungsempfehlung für die AOKN:

Im Rahmen des BONAS-Projekts sollte die Kommunikation als thematischer Schwerpunkt in der Beratungsleistung Berücksichtigung finden. Im Sinne der Prozessberatung ist diesbezüglich die **Konzeption eines themenspezifischen Workshops** für Steuerkreismitglieder zu empfehlen, der das Ziel der Erarbeitung eines einrichtungsspezifischen Kommunikationskonzepts verfolgt.

Ein weiterer Aspekt zur Verbesserung der Kommunikation betrifft die mittlere Führungsebene. Diese Führungskräfte besetzen, wie zuvor erörtert, eine Schlüsselrolle in der dialogorientierten Kommunikation. Damit sie diese Position besser ausfüllen können ist eine **Qualifizierung der Teamleitungen** durch die AOKN mit der Zielsetzung, ein einheitliches Verständnis von Gesundheit und Krankheit zu entwickeln sowie die Methoden und Handlungsstrategien eines BGM zu kennen empfehlenswert. Zudem sollte ihre Rolle im Rahmen des BGM thematisiert werden.

Um den Altenpflegeeinrichtungen die **Weitergabe der Informationen über die Netzwerktreffen zu erleichtern**, könnte die AOKN eine PowerPoint-Präsentation mit den wichtigsten Inhalten erstellen, die in Teambesprechungen von Vorgesetzten präsentiert wird. Zur Sicherstellung einer barrierefreien Präsentation sollte eine leichte, zielgruppenorientierte Sprache verwendet werden.

Partizipation

Als erfolgskritisches Element ist die Partizipation beschrieben worden; sie wurde als solche insbesondere von Mitarbeiterinnen, aber auch BGM-Verantwortlichen deutlich hervorgehoben. Es hat sich gezeigt, dass die Beteiligung der Betroffenen als erfolgreiche Strategie bei der Implementierung des BGM gewirkt hat. Das **AB-Coaching** stellte sich dabei als besonders gelungener Einstieg in einen partizipativen Prozess heraus. Das AB-Coaching ist jedoch ein sehr zeitintensives Analyseinstrument, welches nur einen Teil der Beschäftigten erreicht. Für die Altenpflegeeinrichtungen ist es daher möglicherweise nicht realisierbar, dieses Instrument nach Projektende beizubehalten. Um dennoch eine von den Mitarbeiterinnen gewünschte kontinuierliche Problemanalyse zu gewährleisten, ist ein Gruppenverfahren, wie die **Arbeitssituationsanalyse (ASA)**, eine sinnvolle Ergänzung. Um auf Bekanntes zurückzugreifen, könnte das Konzept des im AB-Coaching verwendeten *Haus der Arbeitsfähigkeit* in die ASA involviert werden (Tempel & Ilmarinen 2013). Das genannte Instrument zeigt Möglichkeiten der Belastungsreduktion und Ressourcenstärkung aus Mitarbeiterinnensicht auf und entwickelt direkt Maßnahmen mit den Beschäftigten. Da das Verfahren innerhalb einer Hierarchieebene durchgeführt werden sollte, wird eine gesonderte ASA mit den Führungskräften empfohlen (Rimbach 2013, S. 186 f.). Dieses Vorgehen hat sich nach Rimbach (2013, S. 185) bereits in der Altenpflege bewehrt.

Im Prozessverlauf ist die Beteiligung der Mitarbeiterinnen als Expertinnen für ihre Gesundheit bei der Entwicklung und Umsetzung von passgenauen Maßnahmen für die Akzeptanz des BGM ausschlaggebend. Um die Beteiligung zu gewährleisten, sollten

zeitlich begrenzte, themenspezifische, während der Arbeitszeit stattfindende **Arbeitsgruppen** gebildet werden (Walter 2007, S. 200).

Weiterhin ist zu empfehlen, die Idee der Mitarbeiterinnen aufzugreifen, die eine kritische **Prüfung der Steuerkreiszusammensetzung** fordert. Für eine stärkere Beteiligung der Mitarbeiterinnen im höchsten Entscheidungsgremium wurde vorgeschlagen unterschiedliche **Gasthörerinnen** zu den jeweiligen Steuerkreistreffen einzuladen oder von ihnen **gewählte Gesundheitsvertreterinnen** darin aufzunehmen, damit die Meinung der Mitarbeiterinnen stärker vertreten ist und weitere Multiplikatoren in der Belegschaft gewonnen werden. Erfahrungswerte für ein derartiges Vorgehen konnte in der Literatur nicht gefunden werden.

Die nur in einem Interview erwähnte **Partizipation der Bewohnerinnen und Angehörigen** thematisieren Brause et al. (2010, S. 54 f.). Aus ihrer Sicht gehören die Bewohnerinnen unbedingt zu einer ganzheitlichen Betrachtung des BGM dazu. Brause et al. (2010, S. 55) fordern mindestens die Messung der Effekte des BGM auf die n. Erfolgsversprechender wäre jedoch die ergänzende Entwicklung von Konzepten und Maßnahmen, die sich positiv auf Beschäftigte und Bewohnerinnen auswirken.

Handlungsempfehlung für die AOKN:

Um im laufenden Prozess eine angemessene Partizipation gewährleisten zu können, sollten die Betriebe bereits in der Vorbereitungsphase stärker auf die Bedeutung der Mitarbeiterorientierung, besonders bei der Maßnahmenumsetzung hingewiesen werden, sodass sie von Beginn an **Ressourcen für Arbeitsgruppen einplanen**.

Im Rahmen der Partizipation ist der Einsatz des **Leitfadens *Gesundheit für Beschäftigte in der Altenpflege*** in der Weiterentwicklung des BONAS-Projekts zu überdenken, da nach Angaben der Altenpflegeeinrichtungen nicht alle Funktionsbereiche involviert sind. Wird der Leitfaden beibehalten, sollte dessen Bearbeitung im engen zeitlichen Zusammenhang mit den AB-Coachings stattfinden, um alle Funktionsbereiche in der Analysephase gleichzeitig zu beteiligen. Die **AB-Coachings** haben sich in der Praxis bewährt. Es ist zu empfehlen, diese als Analyseinstrument beizubehalten und um den oben genannten Vorschlag zu ergänzen.

Um im Sinne der ganzheitlichen Sichtweise einer gesundheitsfördernden Organisationsentwicklung zu handeln, ist die **konzeptuelle Berücksichtigung der Bewohnerinnen** beziehungsweise der Angehörigen im BONAS-Projekt zu bedenken.

8.3 Handlungsfeld 3 Nachhaltigkeit gewährleisten

Langfristig kann ein BGM wirkungsvoll sein, wenn dieses in einen organisatorischen Rahmen eingebettet ist. Durch die strategische Fokussierung wird Gesundheit aus dem Projektstatus herausgeholt und zu einem übergeordneten Thema entwickelt. Eine von der obersten Führungsebene und dem Betriebsrat schriftlich **fixierte und gelebte Gesundheitspolitik** trägt als Erfolgsfaktor dazu bei, dass im Sinne einer gesundheitsfördernden OE, Strukturen und Prozesse sowie Zuständigkeiten und Zielsetzungen transparent dargestellt und in die Unternehmensstrategie integriert werden (Badura et al. 2010, S. 51). In den befragten Altenpflegeeinrichtungen wird teilweise bereits eine Gesundheitspolitik entwickelt. Um BGM langfristig zu etablieren, sollte diese stetig weiterentwickelt und angepasst werden. Das übergeordnete Ziel ist die Veränderung von Organisationsstrukturen und -prozessen, damit **Gesundheit dauerhaft mit dem Tagesgeschäft verknüpft** wird. Um diese Verknüpfung voran zu bringen, sollten vorhandene Prozesse, wie beispielsweise die Einarbeitung neuer Mitarbeiterinnen, die Pflegevisite, Zielvereinbarungsgespräche oder andere Mitarbeitergespräche und Besprechungen das Thema Gesundheit aufnehmen.

Alle initiierten Prozesse und Maßnahmen im Rahmen des BGM sollten durch eine Person koordiniert werden. Bisher hat die Projektkoordination diese Position inne. Um die Langfristigkeit über das Projekt hinaus zu gewährleisten, ist die **Benennung einer Gesundheitskoordinatorin** oder Gesundheitsbeauftragten mit dementsprechenden zeitlichen Ressourcen zu empfehlen.

Wechsel von Personen hemmen den Prozessverlauf. Demzufolge ist eine **personelle Stabilität** anzustreben um eine Kontinuität zu gewährleisten. Ist ein Wechsel nicht zu vermeiden, kann eine formulierte Gesundheitspolitik mit Definitionen über die Prozesse und Aufgaben einen Neueinstieg erleichtern.

Um von anderen Ideen zu profitieren und einen Austausch über Erfolgsfaktoren und Spannungsbereiche zu ermöglichen, sollten die BGM-Verantwortlichen weiterhin an **Netzwerktreffen** interessiert sein und daran teilnehmen.

Um sowohl kurzfristig als auch langfristig Interesse und die Motivation der Mitarbeiterinnen an das BGM zu fördern ist die Umsetzung kleinerer Maßnahmen, sogenannter **Quick-Wins**, zu empfehlen. Zu diesen zählen Maßnahmen mit einem geringen zeitlichen und finanziellen Aufwand.

Handlungsempfehlung für die AOKN:

Um die Nachhaltigkeit und Beständigkeit des BGM in den Altenpflegeeinrichtungen im Laufe des BONAS-Projekts seitens der AOKN positiv zu beeinflussen, ist die **Projektdurchführung** in einer Altenpflegeeinrichtung **von derselben Beraterin** über den gesamten Projektzeitraum zu empfehlen. Zudem sollten Irritationen und Demotivation, ausgelöst durch unterschiedliche Ansichten und Maßstäbe des Beratungsteams, vermieden werden. Eine **einheitliche Sichtweise**, besonders in Bezug auf die Erfüllung beziehungsweise Nichterfüllung der Bewertungskriterien in der Evaluation, ist zu empfehlen. Ein mögliches Vorgehen sind **interne Workshops im Beratungsteam** mit Fallbesprechungen zu den bisher begleiteten Selbstbewertungsworkshops und durchgeführten Audits.

BGM-Verantwortliche kritisieren den bürokratischen Aufwand im Rahmen der Selbstbewertung und des Audits. Um die Altenpflegeeinrichtungen weiterhin zu einer Evaluation zu motivieren, ist eine kritische Prüfung beziehungsweise **Verschlinkung des Bewertungsheftes** mit dem Fokus auf Aufwand und Nutzen zu optimieren zu empfehlen.

Ein weiteres wichtiges Handlungsfeld für die AOKN, ist die Unterstützung der Altenpflegeeinrichtungen bei der langfristigen Etablierung des BGM über das BONAS-Projekt hinaus. Um das zu gewährleisten sollte das **Ausscheiden der Beraterin detailliert geplant** werden. Wichtig ist dabei die zukünftige Aufgabenverteilung. Zu klären ist, wer langfristig die Aufgaben der Beraterin übernimmt. Wenn diese von einer Gesundheitsbeauftragten übernommen werden sollen, ist eine dementsprechende Qualifizierung zu empfehlen.

Um die langfristige Zielsetzung und zukünftige Umsetzung den Beschäftigten zu präsentieren, ist ein vom Steuerkreis und der Beraterin vorbereitetes **Abschlussforum**, beispielsweise im Rahmen einer Dienstversammlung, zu empfehlen. Dabei sollten partizipative Methoden zur Anwendung kommen, um die Mitarbeiterinnen aktiv an der Weiterentwicklung zu beteiligen.

Um eine Verbindlichkeit über den Projektzeitraum hinaus zu unterstützen ist die **Weiterführung** der von allen positiv bewerteten **themenspezifischen Netzwerktreffen** förderlich. Durch einen regelmäßigen thematischen Input sowie dem Austausch zwischen den Einrichtungen bleibt das Thema BGM bei den Beteiligten präsent und wird mit neuen Ideen und Anregungen angereichert.

Von den BGM-Verantwortlichen in den Altenpflegeeinrichtungen wird besonders die Weiterführung der Evaluation nach dem BONAS-Projekt als große Herausforderung

benannt. Diesbezüglich kann ein **jährlicher, extern begleiteter Evaluationsworkshop** über die Projektlaufzeit hinaus fördernd sein, damit die BGM-Verantwortlichen durch eine von außen erzeugte Verbindlichkeit motiviert werden, am BGM-Prozess weiter zu arbeiten.

Während der Fokusgruppeninterviews wurden Ideen für konkrete Projekte und Maßnahmen entwickelt und bisherige Erfolge dargestellt. Diese gehen nicht direkt auf die übergeordnete Weiterentwicklung des BONAS-Projektes ein, liefern aber dennoch gute Anregungen für zukünftige Maßnahmen. Damit sie nicht unberücksichtigt bleiben, sind diese im Anhang A in einem Themenspeicher aufgelistet.

9 Schlussfolgerung

Das BONAS-Projekt der AOKN versucht die in der Altenpflege vorkommenden starken physischen und psychischen Belastungen durch die Einführung und Verstetigung eines BGM-Systems zu reduzieren und vorhandene Ressourcen zu stärken. Trotz erfolgversprechender Rahmenbedingungen durch eine professionelle externe Beratung und einem langfristig angelegtem Konzept variiert die Umsetzungsqualität in den verschiedenen Altenpflegeeinrichtungen nach dem ersten abgeschlossenen Projektzyklus merklich.

Das Ziel der Arbeit war die Ermittlung von Erfolgsfaktoren und Spannungsbereichen bei der Implementierung und Verstetigung des BGM in den stationären Altenpflegeeinrichtungen des BONAS-Projektes. Anhand der differenzierten Aussagen von den BGM-Verantwortlichen und den Mitarbeiterinnen in den sechs Fokusgruppeninterviews und dem Einzelinterview konnten im Rahmen der Auswertung sieben Kategorien gebildet werden, die sich fördernd, aber auch hemmend auf den BGM-Prozess auswirken. Als Kernkategorie hat sich das *Erleben von Anerkennung und Geringschätzung* herausgestellt, die alle Kategorien als ein verbindendes Element zusammenführt. Die Ergebnisse der Fokusgruppeninterviews bestätigen größtenteils die aus der Literatur bekannten Faktoren. Diese konnten durch den partizipativen Erhebungsansatz jedoch auf das BONAS-Projekt spezifiziert werden, sodass das Vorgehen konkrete Verbesserungsvorschläge und passgenaue Handlungsempfehlungen für den BGM-Prozess in den stationären Altenpflegeeinrichtungen sowie für die Weiterentwicklung des Konzepts zum BONAS-Projekt ermöglicht. Im Rahmen der Analyse wurde deutlich, dass ein Handlungsbedarf bezogen auf die Unternehmenskultur, die Transparenz und die Gewährleistung der Nachhaltigkeit besteht.

Mit Blick auf die verfügbaren Ressourcen dieser Arbeit wurde eine Erweiterung des Untersuchungsfeldes auf ambulante Pflegeeinrichtungen abgesehen. Bedingt durch eine dezentral ausgerichtete Arbeitsorganisation wäre es sicherlich interessant, welche besonderen Herausforderungen die ambulanten Einrichtungen im Rahmen des BGM-Prozesses zu bewältigen haben. Die Perspektive der Bewohnerinnen ist im Projekt und auch in der vorliegenden Arbeit unberücksichtigt. Für die weitere Forschung zum BGM in der Altenpflege sollten diese jedoch einbezogen werden, damit Altenpflegeeinrichtungen eine gesunde Lebenswelt für Mitarbeiterinnen und Bewohnerinnen sein können. Diesbezügliche Forschungsarbeit steht noch aus (Brause et al. 2010, S. 55).

Insgesamt geben die ermittelten Ergebnisse für die zukünftige Weiterentwicklung des BGM in stationären Altenpflegeeinrichtungen dennoch wichtige Erkenntnisse und Empfehlungen, die berücksichtigt werden sollten. Damit leistet diese Arbeit einen Beitrag zur Verbesserung des pflegebranchen-kompatiblen BGM, um langfristig ein erfolgreiches BGM-System zu ermöglichen.

Insofern steht zu hoffen, dass die Akteure der Altenpflegeeinrichtungen sowie das Beratungsteam der AOKN in Zukunft weiterhin motiviert bleiben ein langfristiges und erfolgreiches BGM-System im Sinne einer gesundheitsfördernden Organisationsentwicklung zu verfolgen.

Literaturverzeichnis

- Afentakis, A. & Maier, T. (2010). Projektionen des Personalbedarfs und -angebots in Pflegeberufen bis 2025. *Wirtschaft und Statistik* 11, 990–1002.
- Altgeld, T. (2014). Zukünftiger Stellenwert des Betrieblichen Gesundheitsmanagements. In: B. Badura, A. Ducki, H. Schröder, J. Klose & M. Meyer (Hrsg.), *Fehlzeiten-Report 2014. Erfolgreiche Unternehmen von morgen - gesunde Zukunft heute gestalten*. Berlin, Heidelberg: Springer, S. 299–309.
- Altgeld, T. & Kolip, P. (2010). Konzepte und Strategien der Gesundheitsförderung. In: K. Hurrelmann, T. Klotz & J. Haisch (Hrsg.), *Lehrbuch Prävention und Gesundheitsförderung*. 3. Aufl., Bern: Huber, S. 45–56.
- AOKN (2012). *Einführung in das BONAS-Projekt. Unveröffentlichte Präsentation*.
- AOKN. (2013). *Bewertungsheft. AOK Satzungsregelung BONAS. Betriebliches Gesundheitsmanagement*. Unveröffentlichtes Schriftstück. Hannover: AOK - Niedersachsen.
- Badura, B., Greiner, W., Rixgens, P., Ueberle, M. & Behr, M. (2008). *Sozialkapital. Grundlagen von Gesundheit und Unternehmenserfolg*. Berlin, Heidelberg: Springer-Verlag.
- Badura, B., Ritter, W. & Scherf, M. (1999). *Betriebliches Gesundheitsmanagement. Ein Leitfaden für die Praxis*. Berlin: edition sigma.
- Badura, B., Walter, U. & Hehlmann, T. (Hrsg.) (2010). *Betriebliche Gesundheitspolitik. Der Weg zur gesunden Organisation*. 2. Aufl., Heidelberg: Springer.
- Bechmann, S., Jäckle, R., Lück, P. & Herdegen, R. (2010). *Motive und Hemmnisse für Betriebliches Gesundheitsmanagement (BGM)*. iga.Report Nr. 20. Verfügbar unter http://www.iga-info.de/fileadmin/Veroeffentlichungen/iga-Reporte_Projektberichte/iga_report_20_Umfrage_BGM_KMU_final_2011.pdf (Zugriff: 01.02.2015).
- Beermann, B. (2008). *Nacht- und Schichtarbeit - ein Problem der Vergangenheit?* Verfügbar unter <http://www.baua.de/de/Publikationen/Fachbeitraege/artikel10.html> (Zugriff: 29.03.2015).
- Berger, J., Nolting, H.-D., Genz, H., Künfer, S. & Nienhaus, A. (2003). *BGW-DAK Gesundheitsreport 2003 - Altenpflege. Arbeitsbedingungen und Gesundheit von Pflegekräften in der stationären Altenpflege*. Hamburg: BGW/DAK.
- Berger, M., Linden, M., Schramm, E., Hillert, A., Voderholz, U. & Maier, W. (2012). *Positionspapier der DGPPN zum Thema Burnout*. Berlin: Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde. Verfügbar unter http://www.dgppn.de/fileadmin/user_upload/_medien/download/pdf/stellungnahmen/2012/stn-2012-03-07-burnout.pdf (Zugriff: 06.02.2015).
- Böhm, A. (2013). Theoretisches Codieren. Textanalyse in der Grounded Theory. In: U. Flick, E. v. Kardorff & I. Steinke (Hrsg.), *Qualitative Forschung. Ein Handbuch*. 10. Aufl., Reinbek bei Hamburg: Rowohlt Taschenbuch Verlag, S. 475–485.
- Bohnsack, R. (2013). Gruppendiskussion. In: U. Flick, E. v. Kardorff & I. Steinke (Hrsg.), *Qualitative Forschung. Ein Handbuch*. 10. Aufl., Reinbek bei Hamburg: Rowohlt Taschenbuch Verlag, S. 369–384.
- Brause, M., Horn, A., Büscher, A. & Schaeffer, D. (2010). *Gesundheitsförderung in der stationären Langzeitversorgung - Teil II*, Institut für Pflegewissenschaft. Verfügbar unter <https://www.uni-bielefeld.de/gesundhw/ag6/downloads/ipw-144.pdf> (Zugriff: 15.03.2014).

- Brause, M., Kleina, T., Horn, A. & Schaeffer, D. (2015). Burnout-Risiko in der stationären Langzeitversorgung. *Prävention und Gesundheitsförderung* (10) 1, 41-48.
- Bundesagentur für Arbeit. (2014). *Der Arbeitsmarkt in Deutschland - Altenpflege*. Verfügbar unter <https://statistik.arbeitsagentur.de/Statischer-Content/Arbeitsmarktberichte/Branchen-Berufe/generische-Publikationen/Altenpflege-2013.pdf> (Zugriff: 29.03.2015).
- Bundesministerium für Gesundheit. (2014). *Hermann Gröhe: "Krankheiten vermeiden, bevor sie entstehen". Bundeskabinett beschließt Präventionsgesetz*. Berlin. Verfügbar unter http://www.bmg.bund.de/fileadmin/dateien/Pressemitteilungen/2014/2014_04/141217_65_PM_Praeventionsgesetz.pdf (Zugriff am: 29.03.2015).
- Dresing, T. & Pehl, T. (2010). Transkription. In: G. Mey & K. Mruck (Hrsg.), *Handbuch Qualitative Forschung in der Psychologie*. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften, S. 723–733.
- Erstes Gesetz zur Stärkung der pflegerischen Versorgung und zur Änderung weiterer Vorschriften (Erstes Pflegestärkungsgesetz - PSG I). Gesetzesbeschluss des Deutschen Bundestages vom 17.10.2014, Bundesdrucksache 466/14. Verfügbar unter http://www.bundesrat.de/SharedDocs/drucksachen/2014/0401-0500/466-14.pdf?__blob=publicationFile&v=1 (Zugriff am: 29.03.2015).
- Faller, G. (2012). Was ist eigentlich BGF? In: G. Faller (Hrsg.), *Lehrbuch Betriebliche Gesundheitsförderung*. 2. Aufl., Bern: Huber, S. 15-26.
- Faller, G. & Reinboth, C. (2011). Bedarfslagen und Interventionsnotwendigkeiten für die betriebliche Gesundheitsförderung in der stationären Altenpflege. *Pflege* (24) 4, 239-250.
- Flick, U., Kardorff, E. v. & Steinke, I. (2013). Was ist qualitative Forschung? Einleitung und Überblick. In: U. Flick, E. v. Kardorff & I. Steinke (Hrsg.), *Qualitative Forschung. Ein Handbuch*. 10., Aufl. Reinbek bei Hamburg: Rowohlt Taschenbuch Verlag, S. 13-29.
- Frerichs, F., Freundlieb, A., Krämer, K. & Wienold, K. (2004). *Personalstrukturen, Arbeitsbedingungen und Arbeitszufriedenheit in der stationären Altenpflege*. Abschlussbericht. Dortmund.
- GKV-Spitzenverband. (2010). *Leitfaden Prävention. Handlungsfelder und Kriterien des GKV-Spitzenverbandes zur Umsetzung von §§ 20 und 20a SGB V vom 21. Juni 2000 in der Fassung vom 27. August 2010*. Verfügbar unter http://www.gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/presse/publikationen/GKV_Leitfaden_Praevention_RZ_web4_2011_15702.pdf (Zugriff: 29.03.2015).
- GKV-Spitzenverband. (2014). *Leitfaden Prävention. Handlungsfelder und Kriterien des GKV-Spitzenverbandes zur Umsetzung der §§ 20 und 20a SGB V vom 21. Juni 2000 in der Fassung vom 10. Dezember 2014*. Verfügbar unter http://www.gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/presse/publikationen/Leitfaden_Praevention_2014_barrierefrei.pdf (Zugriff: 27.01.2015).
- Goldgruber, J. (2012). *Organisationsvielfalt und betriebliche Gesundheitsförderung. Eine explorative Untersuchung*. Wiesbaden: Gabler.
- Görres, S., Bomball, J., Schwanke, A., Stöver, M. & Schmitt, S. (2010). *Imagekampagne für Pflegeberufe auf der Grundlage empirisch gesicherter Daten. Einstellungen von Schüler/innen zur möglichen Ergreifung eines Pflegeberufes*. Ergebnisbericht,

- Universität Bremen. Bremen. Verfügbar unter http://www.public-health.uni-bremen.de/downloads/ippsschriften/ipp_schriften05.pdf (Zugriff: 01.09.2014).
- Gregersen, S. & Wohler, C. (2005). *Psychische Belastungen in der Altenpflege. Zusammenfassung verschiedener Studien*. Hamburg: BGW.
- Hackmann, T. & Moog, S. (2008). *Pflege im Spannungsfeld von Angebot und Nachfrage*. Diskussionsbeiträge. Albert-Ludwigs-Universität. Freiburg. Verfügbar unter <https://www.econstor.eu/dspace/bitstream/10419/38849/1/606233911.pdf> (Zugriff: 31.08.2014).
- Hasselhorn, H.-M. & Müller, B.-H. (2004). Arbeitsbelastung und -beanspruchung bei Pflegepersonal in Europa. Ergebnisse der NEXT-Studie. In: B. Badura, H. Schellschmidt & C. Vetter (Hrsg.), *Fehlzeiten-Report 2004. Gesundheitsmanagement in Krankenhäusern und Pflegeeinrichtungen*. Berlin, Heidelberg: Springer, S. 21-47.
- Hasselhorn, H.-M., Müller, B.-H., Tackenberg, P., Kümmerling, A. & Simon, M. (2005). *Berufsausstieg bei Pflegepersonal. Arbeitsbedingungen und beabsichtigter Berufsausstieg bei Pflegepersonal in Deutschland und Europa*. Schriftenreihe der Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin Ü15. Bremerhaven: Wirtschaftsverlag NW Verlag für Neue Wissenschaft.
- Kickbusch, I. (2003). Gesundheitsförderung. In: F. W. Schwartz, U. Walter & T. Abelin (Hrsg.), *Das Public-Health-Buch. Gesundheit und Gesundheitswesen. Gesundheit fördern - Krankheit verhindern*. 2. Aufl., München: Urban & Fischer, S. 181-189.
- Kitzinger, J. (1995). Qualitative Research. Introducing focus groups. *British Medical Journal* (311), 299-302.
- Klaffke, M. & Bohlayer, C. (2014). Gesundheitsmanagement - Kultur der Gesundheit in Organisationen etablieren. In: M. Klaffke (Hrsg.), *Generationen-Management. Konzepte, Instrumente, Good-Practice-Ansätze*. Wiesbaden: Springer Gabler, S. 135-158.
- Kleina, T., Brause, M., Horn, A., Wingenfeld, K. & Schaeffer, D. (2012). *Qualität und Gesundheit in der stationären Altenhilfe. Eine empirische Bestandsaufnahme*. Abschlussbericht zum ZQP Projekt, Universität Bielefeld. Bielefeld.. Verfügbar unter http://www.uni-bielefeld.de/gesundhw/ag6/downloads/ipw_147.pdf (Zugriff: 12.04.2014).
- Kliche, T., Kröger, G. & Meister, R. (2010). Die Implementation Betrieblicher Gesundheitsförderung in Deutschland: Stand, Hürden und Strategien - ein Überblick. In: W. Kirch, M. Middeke & R. Rychlik (Hrsg.), *Aspekte der Prävention*. Stuttgart: Thieme, S. 224-235.
- Knüppel, J. (2012). *Zahlen - Daten - Fakten "Pflege". Hintergrundinformationen*. Verfügbar unter <http://www.dbfk.de/Startseite/Aktion-Tausche-wichtigen-gegen-guten-Arbeitsplatz/Zahlen---Daten---Fakten-Pflege-2012-01.pdf> (Zugriff: 31.08.2014).
- Kuckartz, U. (2007). *Einführung in die computergestützte Analyse qualitativer Daten*. 2. Aufl., Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Landespflegeausschuss. (2011). *Pflegepakt für Niedersachsen. Empfehlung des Landespflegeausschusses gemäß § 92 Satz 2 SGB XI vom 07.11.2011*.
- Leppin, A. (2010). Konzepte und Strategien der Prävention. In: K. Hurrelmann, T. Klotz & J. Haisch (Hrsg.), *Lehrbuch Prävention und Gesundheitsförderung*. 3. Aufl., Bern: Huber, S. 35-44.
- Mayerhofer, W. (2009). Das Fokusgruppeninterview. In: R. Buber & H. H. Holzmüller (Hrsg.), *Qualitative Marktforschung. Konzepte - Methoden - Analysen*. 2. Aufl., Wiesbaden: Gabler, S. 478-490.

- Merton, R. K., Fiske, M. & Kendall, P. L. (1990). *The focused interview. A manual of problems and procedures*. 2. Aufl., New York: Free Pree.
- Meyer, J.-A. (2008). *Gesundheit im KMU. Widerstände gegen Betriebliches Gesundheitsmanagement in kleinen und mittleren Unternehmen*. Veröffentlichungen zum Betrieblichen Gesundheitsmanagement der TK. Band 17. Verfügbar unter http://www.gesundheitswirtschaft.ihk.de/linkableblob/kn_gesundheit/management/literatur/988512/.2./data/09_Gesundheit_in_KMU_TK_Studie-data.pdf (Zugriff: 01.02.2015).
- Meyer, M. (2014). *Krankheitsbedingte Fehlzeiten und gesundheitliche Belastungen in Gesundheitsberufen. AOK-Forum Live - Wenn Arbeit im Gesundheitsberuf krank macht*, Schwerin. Verfügbar unter https://www.aok.de/assets/media/nordost/aok-forum_2014-01-vortrag_markus_meyer.pdf (Zugriff: 29.03.2015).
- Pelikan, J. (2007). Gesundheitsförderung durch Organisationsentwicklung. *Prävention und Gesundheitsförderung* (2) 2, 74-81.
- Pelikan, J. (2010). *Organisationsentwicklung als Methode der Gesundheitsförderung*. Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung. Leitbegriffe der Gesundheitsförderung. Verfügbar unter <http://www.leitbegriffe.bzga.de/alphabetisches-verzeichnis/organisationsentwicklung-als-methode-der-gesundheitsfoerderung/> (Zugriff: 24.01.2015).
- Pelster, K. (2012). ...und die Nachhaltigkeit? In: G. Faller (Hrsg.), *Lehrbuch Betriebliche Gesundheitsförderung*. 2. Aufl., Bern: Huber, S. 187-194.
- Perschke-Hartmann, C. (2012). *Bonusregelung für ambulante und stationäre Pflegeeinrichtungen in Niedersachsen (BONAS). Unveröffentlichte Projektbeschreibung*. Hannover.
- Pieck, N. (2012). Prämissen der Betrieblichen Gesundheitsförderung - ein Überblick. In: G. Faller (Hrsg.), *Lehrbuch Betriebliche Gesundheitsförderung*. 2. Aufl., Bern: Huber, S. 125-134.
- Przyborski, A. & Wohlrab-Sahr, M. (2010). *Qualitative Sozialforschung. Ein Arbeitsbuch*. 3. Aufl., München: Oldenbourg Wissenschaftsverlag.
- Rabiee, F. (2004). Focus-group interview and data analysis. *Proceedings of the Nutrition Society* (63) 04, 655-660.
- Resch, G., Heimerl, K., Weissmann, V. & Gunkel, L. (2004). „Gesunde Arbeit in der Altenpflege“ - ein leitfadenbasiertes Selbstbewertungsverfahren zur Reduktion arbeitsbedingter Belastungen. In: B. Badura, H. Schellschmidt & C. Vetter (Hrsg.), *Fehlzeiten-Report 2004. Gesundheitsmanagement in Krankenhäusern und Pflegeeinrichtungen*. Berlin, Heidelberg: Springer, S. 237-251.
- Rimbach, A. (2013). Die Motivations- und Arbeitssituationsanalyse aus gesundheitlicher Sicht als Baustein eines demografieorientierten Personalmanagements. In: M. Göke & T. Heupel (Hrsg.), *Wirtschaftliche Implikationen des demografischen Wandels. Herausforderungen und Lösungsansätze*. Wiesbaden: Springer, S. 179-192.
- Schiersmann, C. & Thiel, H.-U. (2014). *Organisationsentwicklung. Prinzipien und Strategien von Veränderungsprozessen*. 4. Aufl., Wiesbaden: Springer.
- Schmidt, S.-G., Palm, R., Dichter, M., Müller, B.-H. & Hasselhorn, H.-M. (2011). *3Q-Studie. Zusammen erfassen, was zusammen gehört*. Abschlussbericht, Bergische Universität. Wuppertal. Verfügbar unter http://www.inqa.de/SharedDocs/PDFs/DE/Projekte/zusammenfassen-was-zusammengehört-abschlussbericht.pdf?__blob=publicationFile (Zugriff: 30.03.2015).

- Schulte-Deußen, K., Klein, K. & Maas, M. (2013). Mitarbeiterbefragung - was dann? Handlungsfelder, die dazu beitragen, eine mitarbeiterorientierte Unternehmenskultur zu entwickeln. In: M. E. Domsch & D. H. Ladwig (Hrsg.), *Handbuch Mitarbeiterbefragung*. 3. Aufl., Berlin: Springer Gabler, S. 105-126.
- Schwarz, R. (2009). *Supervision in der Pflege. Auswirkungen auf das professionelle Handeln Pflegenden*. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Simon, M., Tackenberg, P., Hasselhorn, H.-M., Kümmerling, A., Büscher, A. & Müller, B.-H. (2005). *Auswertung der ersten Befragung der NEXT-Studie in Deutschland*, Universität Wuppertal. Verfügbar unter www.next.uni-wuppertal.de (Zugriff: 30.03.2015).
- Singer, S. (2010). Entstehung des Betrieblichen Gesundheitsmanagements. In: A. S. Esslinger, M. Emmert & O. Schöffski (Hrsg.), *Betriebliches Gesundheitsmanagement. Mit gesunden Mitarbeitern zu unternehmerischem Erfolg*. Wiesbaden: Gabler, S. 25-48.
- Slesina, W. & Bohley, S. (2011). Gesundheitsförderung und Prävention in Settings: Betriebliches Gesundheitsmanagement. In: T. Schott & C. Hornberg (Hrsg.), *Die Gesellschaft und ihre Gesundheit. 20 Jahre Public Health in Deutschland: Bilanz und Ausblick einer Wissenschaft*. Gesundheit und Gesellschaft. 1. Aufl., Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften, S. 619-634.
- Spicker, I. & Schopf, A. (2007). *Betriebliche Gesundheitsförderung erfolgreich umsetzen. Praxishandbuch für Pflege- und Sozialdienste*. Wien: Springer.
- Strauss, A. & Corbin, J. (1996). *Grounded Theory. Grundlagen Qualitativer Sozialforschung*. Weinheim: Beltz.
- Strübing, J. (2004). *Grounded Theory. Zur sozialtheoretischen und epistemologischen Fundierung des Verfahrens der empirisch begründeten Theoriebildung*. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Struck, O., Dütsch, M., Liebig, V. & Springer, A. (2014). Arbeit zur falschen Zeit am falschen Platz? Eine Matching-Analyse zu gesundheitlichen Beanspruchungen bei Schicht- und Nachtarbeit. *Journal for Labour Market Research* (47) 3, 245-272.
- Stummer, H., Nöhhammer, E., Schaffenrath-Resi, M. & Eitzinger, C. (2008). Interne Kommunikation und betriebliche Gesundheitsförderung. *Prävention und Gesundheitsförderung* (3) 4, 235-240.
- Tackenberg, P., Knüppel, J. & Wagner, F. (2009). *Wie sieht es im Pflegealltag wirklich aus? Fakten zum Pflegekollaps. Ausgewählte Ergebnisse der DBfK-Meinungsumfrage 2008/09*, DBfK Bundesverband. Verfügbar unter http://www.dbfk.de/download/download/Abschlussbericht-Wie-sieht-es-im-Pflegealltag-wirklich-aus____.pdf (Zugriff: 01.09.2014).
- Tempel, J. & Ilmarinen, J. (2013). *Arbeitsleben 2025. Das Haus der Arbeitsfähigkeit im Unternehmen bauen*. Hamburg: VSA-Verlag.
- Uhle, T. & Treier, M. (2013). *Betriebliches Gesundheitsmanagement. Gesundheitsförderung in der Arbeitswelt- Mitarbeiter einbinden, Prozesse gestalten, Erfolge messen*. 2. Aufl., Berlin: Springer.
- Ulich, E. & Wülser, M. (2015). *Gesundheitsmanagement in Unternehmen. Arbeitspsychologische Perspektiven*. 6. Aufl., Wiesbaden: Springer.
- Wagner, A.-S. (2014). *Das Modell moderner Organisationsentwicklung. Theoriegeleitete Strukturgleichungsmodellierung ausgewählter Modellbestandteile*. Wiesbaden: Springer Gabler.

- Walter, U. (2007). *Qualitätsentwicklung durch Standardisierung - am Beispiel des Betrieblichen Gesundheitsmanagements*. Dissertation, Universität Bielefeld. Bielefeld.
- Walter, U. (2010). Standards des Betrieblichen Gesundheitsmanagements. In: B. Badura, U. Walter & T. Hehlmann (Hrsg.), *Betriebliche Gesundheitspolitik. Der Weg zur gesunden Organisation*. 2. Aufl., Heidelberg: Springer, S.147-161.
- Walter, U. N., Wäsche, H. & Sander, M. (2012). Dialogorientierte Kommunikation im Betrieblichen Gesundheitsmanagement. *Prävention und Gesundheitsförderung* (7) 4, 295-301.
- Werther, S. & Jacobs, C. (2014). *Organisationsentwicklung - Freude am Change*. Berlin: Springer.
- WHO. (1986). *Ottawa Charta zur Gesundheitsförderung*. Verfügbar unter http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0006/129534/Ottawa_Charter_G.pdf (Zugriff: 05.02.2015).
- Wright, M. T. (Hrsg.) (2010). *Partizipative Qualitätsentwicklung in der Gesundheitsförderung und Prävention*. 1. Aufl., Bern: Huber.
- Zok, K. (2011). Führungsverhalten und Auswirkungen auf die Gesundheit der Mitarbeiter - Analyse von WIdO-Mitarbeiterbefragungen. In: B. Badura, A. Ducki, H. Schröder, J. Klose & K. Macco (Hrsg.), *Fehzeiten-Report 2011. Führung und Gesundheit: Zahlen, Daten, Analysen aus allen Branchen der Wirtschaft*. Berlin, Heidelberg: Springer, S. 27-36.

Anhangsverzeichnis

Anhang A

- | | | |
|---|---|------|
| 1 | Sammlung bisheriger Erfolge | viii |
| 2 | Zukünftig gewünschte Maßnahmen und Projektideen | ix |

Anhang B

Auf der beiliegenden CD sind folgende Dokumente enthalten:

- 1 Rekrutierungsschreiben
- 2 Datenschutzerklärung
- 3 Interviewleitfaden
 - 3.1 Interviewleitfaden Steuerkreis
 - 3.2 Interviewleitfaden Mitarbeiterinnen
- 4 Flipcharts zu den Interviewphasen
 - 4.1 Flipcharts zu den Interviewphasen Steuerkreis
 - 4.2 Flipcharts zu den Interviewphasen Mitarbeiterinnen
- 5 Übersicht über die Interviewgruppen
- 6 Transkriptionsregeln
- 7 Interviewtranskripte
- 8 Kontextprotokolle
- 9 Master-Thesis in PDF und Microsoft Word

Anhang A

1 Sammlung bisheriger Erfolge

Kommunikation und Information:

- Blitzlicht (wöchentliche Besprechung mit allen Professionen in einem Bereich)
- Rückkehrgespräche
- Gesundheitstag

Arbeitsorganisation:

- monatliches gesundes Frühstück
- externe Analyse der Personaleinsatzplanung
- Einrichtung einer Kinderbetreuung

individuelle Gesundheit:

- aktive Pause am PC (kleine Bewegungsübungen animiert über ein PC-Programm)
- Vergünstigungen für Fitnessstudios
- verschiedene sportliche Aktivitäten
- Bereitstellung einer Ferienwohnung
- Raucherentwöhnungskurse
- Gesundheitstraining

Arbeitsmittel/Arbeitsumgebung:

- Einrichtung eines Pausenraumes

Arbeitsinhalt:

- Bearbeitung des Themas Sterbebegleitung

2 Zukünftig gewünschte Maßnahmen und Projektideen

Kommunikation und Information:

- Tag der offenen Tür für (potentielle) Mitarbeiterinnen
- Highlights setzen gegen die Routine (z.B. Gesundheitstag, Menschenkickerturnier)

Arbeitsorganisation:

- feste Vertretungsregelungen, um Springen zwischen Bereichen zu vermeiden, dadurch besser Bezugspflege ermöglichen
- Einführung einer EDV-Dokumentation
- gesundes Frühstück in der Pause
- Ehrenamtliche stärker durch ein lokales Netzwerke einbinden
- die Zusammenarbeit mit Angehörigen fördern (z.B. Angehörigenabende)
- „Springerpool“ innerhalb einer Trägerschaft für eine Region aufbauen
- gerechte/einheitliche Urlaubsregelungen (mehr freie Tage)
- Mentorenprogramm zur besseren Begleitung von Auszubildenden
- Verzicht auf geteilte Dienste
- familienfreundliche Arbeitszeiten (z.B. durch Einzelfalllösungen)
- externes professionelles Gesprächsangebot schaffen, um über psychische Belastungen und Konflikte mit Kolleginnen, Bewohnerinnen oder Angehörigen sprechen zu können (gleichzeitig kontinuierliches, anonymes Erfassen von Bedürfnissen, Anliegen und Problemen)

individuelle Gesundheit:

- Massage in der Mittagspause
- Entspannungsraum für die Beschäftigten mit Massageliegen (Snoezelraum)
- Gesundheitstraining für Führungskräfte

Arbeitsmittel/Arbeitsumgebung:

- selbstverständlicher Einsatz von vorhandenen Hilfsmittel fördern
- klimatische Bedingungen verbessern

Erklärung

Hiermit erkläre ich, dass ich die vorliegende Masterarbeit „Erfolgsfaktoren und Spannungsbereiche eines Betrieblichen Gesundheitsmanagements in stationären Altenpflegeeinrichtungen. Betrachtung aus der Perspektive der Verantwortlichen und Beschäftigten“ selbständig und nur unter Verwendung der jeweils angegebenen Hilfsmittel angefertigt habe. Die aus fremden Quellen direkt oder indirekt übernommenen Stellen sind als solche kenntlich gemacht.

Osnabrück, den 02.04.2015

Ort, Datum

Unterschrift der Verfasserin