



**TECHNISCHE UNIVERSITÄT
CHEMNITZ**

Fakultät für Human- und Sozialwissenschaften
Juniorprofessur Sportsoziologie

Masterarbeit

Untersuchung des Alters als Einflussfaktor auf die Implementierung betrieblicher
Gesundheitsförderung für Pflegefachkräfte auf Normalstation am Beispiel des
Helios Klinikum Pirna GmbH

Zur Erlangung des Grades Master of Science

| | |
|------------------|--|
| Eingereicht am: | 17.08.2020 |
| Eingereicht von: | Annemarie Hörr |
| Geboren am: | 10. November 1995 |
| Anschrift: | Kohlbergstraße 12 01796 Pirna |
| Matrikelnummer: | 407034 |
| Studiengang: | Präventions- und Rehabilitationssport Gesundheits- und Fitnesssport |
| Erstgutachter: | Prof. Dr. Alexander Hodeck |
| Zweitgutachter: | Carolin Wiegleb |

Inhaltsverzeichnis

| | |
|--|-----|
| Inhaltsverzeichnis | I |
| Abbildungsverzeichnis | III |
| Tabellenverzeichnis | V |
| Abkürzungsverzeichnis | VI |
| 1 Einleitung | 7 |
| 2 Wissenschaftlicher Sachstand | 9 |
| 2.1 Demografische Entwicklung | 9 |
| 2.1.1 Demografische Entwicklung im Setting Arbeit | 10 |
| 2.1.2 Generationen | 13 |
| 2.2 Betriebliche Gesundheitsförderung | 15 |
| 2.2.1 Die Basis - Betriebliches Gesundheitsmanagement | 16 |
| 2.2.2 Stellung im betrieblichen Gesundheitsmanagement | 16 |
| 2.2.3 Ziele und Nutzen | 18 |
| 2.2.4 Implementierung in den Kernprozess | 20 |
| 2.2.5 Schriftliche Mitarbeiterbefragung | 22 |
| 2.3 Betriebliche Gesundheitsförderung in der stationären Pflege | 24 |
| 2.3.1 Beeinflussende Faktoren der betrieblichen Gesundheit | 24 |
| 2.3.2 Umsetzung von Maßnahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung | 28 |
| 2.3.3 Handlungsfelder | 30 |
| 2.4 Wissenschaftliche Studienlage | 32 |
| 2.4.1 Einflussfaktoren der betrieblichen Gesundheitsförderung | 32 |
| 2.4.2 Zusammenhang von Alter und betrieblicher Gesundheitsförderung | 33 |
| 2.4.3 Wirkungsansatz betrieblicher Gesundheitsförderung im Krankenhaus | 35 |
| 3 Wissenschaftliche Fragestellung und Hypothese | 37 |
| 4 Methodik | 38 |
| 4.1 Methodik der Literaturrecherche | 38 |
| 4.2 Praxispartner - Helios Klinikum Pirna GmbH | 40 |
| 4.3 Schriftliche Mitarbeiterbefragung | 41 |

| | | |
|-------|---|------|
| 4.3.1 | Wahl des Erhebungsinstruments | 41 |
| 4.3.2 | Methodik und Inhalt des Fragebogens | 42 |
| 4.4 | Vorbereitung und Durchführung | 46 |
| 4.5 | Probandenkollektiv | 49 |
| 4.5.1 | Ein- und Ausschlusskriterien | 49 |
| 4.5.2 | Stichprobe und Rücklaufquote | 49 |
| 4.6 | Deskriptive Datenanalyse und Auswertung | 51 |
| 5 | Ergebnisdarstellung | 52 |
| 5.1 | Interessensbetrachtung nach Altersklassen | 52 |
| 5.2 | BGF-Interessensprofile stationärer Pflegefachkräfte | 53 |
| 5.2.1 | Bestehende Maßnahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung | 54 |
| 5.2.2 | Ziele durch die Teilnahme an BGF-Interventionen | 55 |
| 5.2.3 | Zeitlicher Aspekt von BGF-Interventionen | 56 |
| 5.2.4 | Finanzieller Aspekt von BGF-Interventionen | 57 |
| 5.2.5 | Räumlicher Aspekt von BGF-Interventionen | 58 |
| 5.2.6 | Wünsche an Maßnahmen zur BGF-Implementierung | 58 |
| 5.3 | Ko-Faktoren | 59 |
| 5.3.1 | Arbeitsplatzbedingte Belastungen | 60 |
| 5.3.2 | Chronische Erkrankungen | 60 |
| 5.3.3 | Körperliche Aktivität | 61 |
| 5.3.4 | Geschlecht | 62 |
| 6 | Diskussion | 63 |
| 6.1 | Methodendiskussion | 63 |
| 6.2 | Ergebnisdiskussion | 69 |
| 7 | Zusammenfassung und Ausblick | 79 |
| | Literaturverzeichnis | VII |
| | Internetquellen | XIII |
| | Anhang | XIV |
| | Selbstständigkeitserklärung | XXII |

Abbildungsverzeichnis

| | |
|---|----|
| Abbildung 1: Der Altersschereffekt (Rimser, 2014) | 10 |
| Abbildung 2: Ausprägung des WAI nach Alter und Berufsgruppen (Hasselhorn & Freude, 2007) | 13 |
| Abbildung 3: Betriebliches Gesundheitsmanagements (Giesert, 2012) | 17 |
| Abbildung 4: IST-Analyse im Kernprozess der betrieblichen Gesundheitsförderung (eigene Abbildung n. Spicker & Schopf, 2007) | 21 |
| Abbildung 5: Betriebe mit betrieblicher Gesundheitsförderung in Deutschland im IAB-Betriebspanel von 2002 bis 2012 (Hollederer, 2018) | 28 |
| Abbildung 6: Interventionsformen gesundheitsfördernder Maßnahmen in der stationären Pflege (eigene Abbildung n. Lützenkirchen, 2003; Jacobs et al., 2020) | 31 |
| Abbildung 7: Flussdiagramm der Literaturrecherche (Gesamt) (eigene Abbildung) | 40 |
| Abbildung 8: Definition zur betrieblichen Gesundheitsförderung und Frage 3.1 (eigene Abbildung) | 42 |
| Abbildung 9: Fragen 3.4, 3.5 und 3.6 (eigene Abbildung) | 44 |
| Abbildung 10: vierter Fragenkomplex (eigene Abbildung) | 45 |
| Abbildung 11: Frage 2.1 (eigene Abbildung) | 45 |
| Abbildung 12: Interesse an BGF-Interventionen nach Altersklassen (eigene Abbildung) | 53 |
| Abbildung 13: Teilnahme an bestehenden BGF-Interventionen nach Altersklassen (eigene Abbildung) | 54 |
| Abbildung 14: zeitlicher Aspekt von BGF-Interventionen nach Altersklassen (eigene Abbildung) | 56 |
| Abbildung 15: finanzieller Aspekt von BGF-Interventionen nach Altersklassen (eigene Abbildung) | 57 |
| Abbildung 16: räumlicher Aspekt von BGF-Interventionen nach Altersklassen (eigene Abbildung) | 58 |
| Abbildung 17: Arbeitsplatzbedingte Belastungen nach Altersklassen (eigene Abbildung) | 60 |
| Abbildung 18: chronischer Erkrankungen der Pflegekräfte nach Altersklassen (eigene Abbildung) | 61 |
| Abbildung 19: körperliche Aktivität (Freizeit) der Pflegekräfte nach Altersklassen (eigene Abbildung) | 61 |
| Abbildung 20: Geschlechterverteilung der Pflegekräfte nach Altersklassen (eigene Abbildung) | 62 |

| | |
|---|----|
| Abbildung 21: Interaktionskette von Alter und chronischen Erkrankungen (eigene Abbildung) | 72 |
| Abbildung 22: Zusammenhang von Belastung und Beanspruchung am Beispiel der Blechbiegeprobe (modifiziert n. Faller, 2017) | 73 |
| Abbildung 23: Altersstrukturanalyse des Helios Klinikum Pirna GmbH für Juni 2020 (eigene Abbildung) | 77 |

Tabellenverzeichnis

| | |
|--|----|
| Tabelle 1: Nutzen betrieblicher Gesundheitsförderung (n. v. Reibnitz & Sonntag, 2019) | 19 |
| Tabelle 2: Wirksamkeit von BGF-Interventionen für Mitarbeiter über 40 Jahren (eigene Tabelle n. Poscia et al., 2016)..... | 34 |
| Tabelle 3: erweiterter Suchauftrag zum Thema „betriebliche Gesundheitsförderung“ in deutsch/englisch in der Helios-Zentralbibliothek (eigene Tabelle)..... | 38 |
| Tabelle 4: erweiterter Suchauftrag zum Thema „Fragebogen“ im Suchmaschinen-Vergleich (eigene Tabelle) | 39 |
| Tabelle 5: Ablauf der Mitarbeiterbefragung mit Aufgabenbereichen & Zeitplan (eigene Tabelle) | 47 |
| Tabelle 6: Zusammensetzung Pflegepersonal nach Altersgruppen (Generationen) auf Normalstation (eigene Tabelle) | 50 |
| Tabelle 7: Vergabe und Rücklauf der Fragebögen (in %) nach Altersgruppen (Generation) (eigene Tabelle) | 50 |
| Tabelle 8: Bezugsstichproben (n) je Altersklasse (100 Prozent) für Frage 3.1 (eigene Tabelle) | 52 |
| Tabelle 9: Bezugsstichproben (n) je Altersklasse (100 Prozent) für Frage 3.2 (eigene Tabelle) | 54 |
| Tabelle 10: Ziele durch die Teilnahme an BGF-Interventionen nach Altersklassen (eigene Abbildung) | 55 |
| Tabelle 11: Bezugsstichproben (n) je Altersklasse (100 Prozent) für Frage 3.4 (eigene Tabelle) | 56 |
| Tabelle 12: Wünsche an BGF-Interventionen nach Altersklassen (eigene Tabelle)..... | 59 |
| Tabelle 13: Vergleich der Interessensprofile nach Altersklassen (eigene Tabelle)..... | 76 |

Abkürzungsverzeichnis

| | |
|----------|-------------------------------------|
| AK | Altersklassen |
| AP | Arbeitsplatz |
| BGF | Betriebliche Gesundheitsförderung |
| BGM | Betriebliches Gesundheitsmanagement |
| BR | Betriebsrat |
| COVID-19 | Corona-Virus |
| DAK | Deutsche-Angestellten-Krankenkasse |
| EZ | Elternzeit |
| FGÖ | Fonds Gesundes Österreich |
| GF | Geschäftsführung |
| LZK | Langzeitkrank |
| MAX | Maximum |
| MIN | Minimum |
| MW | Mittelwert |
| n | Absolutwert |
| QM | Qualitätsmanagement |
| SD | Standardabweichung |
| TU | Technische Universität |
| WAI | Work Ability Index |
| WHO | World Health Organization |

1 Einleitung

Die Zunahme der Lebenserwartung, teils begründet durch ein verbessertes Gesundheitswesen, sowie eine Abnahme der Geburtenrate bedingen die demografische Entwicklung (Welk, 2018). Der sich auf alle Berufsbranchen auswirkende Veränderungsprozess der personellen Altersstruktur bedarf im Gesundheitswesen einer gesonderten Betrachtung. Einhergehend mit einem Anstieg an älteren Arbeitskräften, welche den Großteil der arbeitenden Bevölkerung darstellen (Huber, 2010), nimmt der Anteil stationär zu versorgender Patienten zu (Laban & Schmidt, 2014). In Verbindung mit dem unter zunehmenden Alter auftretenden Degenerationsprozess führt der Altersanstieg des Pflegepersonals stationärer Einrichtungen schneller zu gesundheitlichen Beschwerden. Durch den vermehrten Anteil der zu versorgenden Patienten kommt es darüber hinaus zu Überbelastung und Mehrarbeit (Bruland & Schulz, 2010). Insbesondere Beeinträchtigungen der Gesundheit führen nach Huber (2015) zu einer geminderten Arbeitsfähigkeit, was die Notwendigkeit zur Implementierung betrieblicher Gesundheitsförderung begründet.

Betriebliche Gesundheitsförderung (BGF) beschreibt durch den Einsatz von Handlungsstrategien die Förderung von Gesundheit und Wohlbefinden der Arbeitnehmer, -geber und der Gesellschaft (Sochert & Siebeneich, 2009). Rund 42 Prozent aller Pflegefachkräfte stationärer Pflegeeinrichtungen empfinden ihre pflegerischen Tätigkeiten als belastend mit gesundheitsbeeinträchtigenden Auswirkungen auf Körper und Geist (Meißner, 2013). Daraus begründet sich der innerhalb des Pflegesektors um 16 Prozent höhere Einsatz gesundheitsförderlicher Intervention gegenüber anderen Berufsfeldern (Hollederer, 2016). Seitens der Arbeitgeber besteht das Ziel, durch den Einsatz der betrieblichen Gesundheitsförderung die Arbeitnehmer in ihrer physischen sowie psychischen Verfassung zu stärken, um wettbewerbsorientiertes Handeln zu präferieren. Durch die von der demografischen Entwicklung geprägte Altersstruktur und dem zunehmenden Anteil älterer Pflegekräfte ist jedoch fraglich, ob der Altersaspekt eine spezifische Berücksichtigung bei der Einführung und Umsetzung gesundheitsfördernder Maßnahmen in Krankenhäusern bedarf.

Daraus leitet sich die zielführende Forschungsfrage ab: *Besitzt der Faktor Alter einen Einfluss auf die Implementierung betrieblicher Gesundheitsförderung für Pflegefachkräfte auf Normalstation?* Durch das Aufgreifen des Alters wird ein potenzieller Einflussfaktor zur

Implementierung betrieblicher Gesundheitsförderung beleuchtet. Beginnend mit der Entwicklung der gesellschaftlichen Altersstruktur und deren Auswirkungen auf die Arbeitswelt, speziell die der stationären Pflege, wird der Bereich der demografischen Entwicklung abgedeckt. Folglich wird die betriebliche Gesundheitsförderung, deren Kernprozess sowie der spezifisch auf das Setting ausgelegte Implementierungsprozess erläutert. Diese, im wissenschaftlichen Sachstand aufgeführten Themen, bilden die wissenschaftliche Grundlage für die durchgeführte Studie. Mittels des in der Methodik beschriebenen Studienablaufes wird anhand der aufgezeigten Forschungsfrage untersucht, ob das Alter die Implementierung der betrieblichen Gesundheitsförderung für die Zielgruppe der Pflegekräfte auf Normalstation beeinflusst bzw. welche Unterschiede zwischen den Altersgruppen vorliegen.

Die durch die Bearbeitung der aufgezeigten Forschungsfrage gewonnenen Ergebnisse werden im Verlauf grafisch abgebildet und abschließend in der Diskussion aufgegriffen. Es erfolgt eine kritische Hinterfragung der eigens angewendeten Methodik sowie der Ergebnisse. Verbesserungsvorschläge für weitere Studien werden angebracht.

2 Wissenschaftlicher Sachstand

Der wissenschaftliche Sachstand bildet die Grundlage der aufgeführten Arbeit. Im ersten Abschnitt wird durch die Thematisierung der demografischen Entwicklung die Notwendigkeit an gesundheitsfördernden Maßnahmen für Unternehmen aufgezeigt. Als Baustein des betrieblichen Gesundheitsmanagements (BGM) wird im Anschluss der Fokus auf die betriebliche Gesundheitsförderung gelenkt. Nachfolgend werden Faktoren aufgezeigt, welche spezifisch für die Pflegefachkräfte auf Normalstation gesundheitsbeeinträchtigend wirken. Darauf aufbauend erfolgt die Anführung von möglichen Maßnahmen zur Umsetzung sowie Handlungsfeldern der Gesundheitsförderung in Krankenhäusern. Den Abschluss des wissenschaftlichen Sachstandes bildet ein Überblick zur aktuellen Studienlage.

2.1 Demografische Entwicklung

Mit Beginn der 1970er Jahre setzte in Deutschland ein kontinuierlich ablaufender Entwicklungsprozess der Altersstruktur ein. In Verbindung mit einer sinkenden Geburtenrate erhöht sich der Anteil an älteren Menschen in der Gesellschaft konstant. Begründet durch einen stetigen Anstieg der Lebenserwartung (Welk, 2018) wird ein Prozess vollzogen, welcher als demografische Entwicklung tituliert wird. Er beschreibt ein universelles sowie globales Phänomen mit bedeutenden Auswirkungen auf die Wirtschaft, Politik und das soziale Umfeld des Menschen (Zniva, 2016). Während im Jahr 1871 fünf Prozent der deutschen Bevölkerung über 65 Jahren alt waren, liegt deren Anteil 2018 bei 22 Prozent. Bis 2060 wird ein weiterer Anstieg dieser Altersgruppe auf 34 Prozent erwartet (Welk, 2018).

Im Gegenzug nimmt der Anteil der unter 20-Jährigen ab (s. ebd.). Daraus ergibt sich ein Umbau der Altersstruktur innerhalb der Bundesrepublik Deutschland. Grafisch dargestellt, entwickelt sich der Trend weg von einer stereotypischen Alterspyramide hin zu einem „Laubbaum“ mit einer wachsenden Krone. Begründet wird die Langlebigkeit des Menschen durch Fortschritte im Bereich des Gesundheitswesens einschließlich einer verbesserten medizinischen Versorgung und höherer sozialer Sicherheit. In Deutschland deutet sich einhergehend mit der demografischen Entwicklung eine Veränderung des Durchschnittsalters von 41,1 Jahren im Jahr 2000 auf 46,8 Jahre bis 2030 an. Parallel dazu hält der in den 1970-iger Jahren eingesetzte Geburtenrückgang weiter an. Die Rate an Neugeborenen liegt konstant unter der Anzahl an Sterbefällen, was einen Bevölkerungsrückgang der jüngeren Generationen unterstützt. Die Abnahme der Geburtenrate sowie der

fortschreitende Alterungsprozess bilden in Kombination das „doppelte demografische Dilemma“ ab (Rimser, 2014).

2.1.1 Demografische Entwicklung im Setting Arbeit

Das unter Kapitel 2.1. (S. 9) beschriebene Dilemma führt zu Veränderungen innerhalb des Produktionsfaktors Arbeit. Unter der erwerbsfähigen Bevölkerung nimmt die Anzahl potenzieller, junger Fachkräfte ab (Rimser, 2014). Hingegen erhöht sich der Anteil älterer Arbeitnehmer im erwerbsfähigen Alter sukzessiv, was in der Literatur als „aging workforce“ Bezeichnung findet (Huber, 2010). Von 2005 bis 2015 erhöhte sich der Anteil der über 50-jährigen Erwerbstätigen um Fünf auf rund 32 Prozent. Heute zählt diese Altersgruppe mit 35 Prozent zu dem Großteil der arbeitenden Bevölkerung. Auch die durch die Regierung erlassenen Beschlüsse über die fortschreitende Erhöhung des Renteneintrittsalters bedingen, dass Arbeitskräfte in ihrem Beruf länger gesund und arbeitsfähig sein müssen als früher (Rimser, 2014). Grafisch untermauert wird der Wandel der Belegschaftsstruktur mittels des Altersscheren-Effekt durch Abbildung 1.

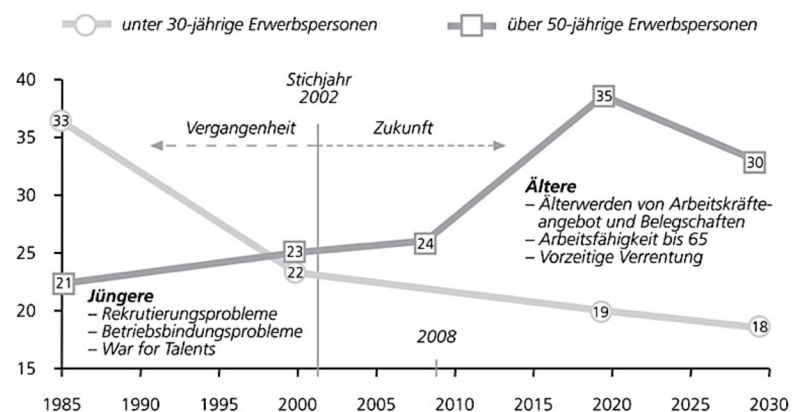


Abbildung 1: Der Altersscheren-Effekt (Rimser, 2014)

Das Diagramm veranschaulicht den Anteil jüngerer (unter 30 Jahre) sowie älterer (über 50 Jahre) Erwerbspersonen innerhalb Deutschlands, zukunftsorientiert bis 2030. Während 1985 über ein Drittel der Belegschaft aus jüngeren Arbeitern bestand, vollzog sich bis 2020 ein Generationswechsel, der Prognosen zufolge weiter anhält. Seit dem Stichjahr 2002 unterliegt die Altersstruktur einem Umbruch. Die Zahl an jungen Erwerbstätigen sinkt gegenüber der zunehmenden Anzahl älterer Arbeitskräfte (Rimser, 2014).

Auswirkungen der demografischen Entwicklung auf die stationäre Pflege

Für Pflegefachkräfte in deutschen Krankenhäusern äußert sich die demografische Entwicklung in Form eines Anstieges an hochbetagten, pflegebedürftigen Klienten, welche

den wesentlichen Anteil der zu Versorgenden abbilden. Laban und Schmidt (2014) sprechen von einem jährlichen Anstieg an älteren Patienten um ein bis zwei Prozent. Während 2009 die Patientenzahl bei 2,25 Millionen lag wird zum Jahr 2030 ein Anstieg der Pflegebedürftigen auf 3,3 Millionen Menschen erwartet (Scheidler, Mülleder, & Dieplinger, 2019). Grund dafür ist neben den in Kapitel 2.1 (S. 9) genannten Faktoren die Zunahme von degenerativen Erkrankungen am Bewegungsapparat, den Gefäßen und Gehirn sowie demenziellen Erkrankungen, die verstärkt mit zunehmenden Alter auftreten (Bruland & Schulz, 2010). Multimorbidität (Mehrfacherkrankungen) und Mobilitätseinschränkungen sind die Folgen, welche sich durch Adipositas (Übergewicht) und einem erhöhten Body-Mass-Index äußern (Laban & Schmidt, 2014).

Parallel zur Erhöhung des Patientenalters verzeichnet man unter dem Pflegepersonal ein Anstieg des Durchschnittsalters. Während 1999 über die Hälfte des Pflegefachkräfte ein Altersschnitt zwischen 30 und 39 Jahren aufwies, ordnete sich dieser Großteil fünf Jahre später bei der Altersgruppe der 40 bis 49 Jährigen ein (Bruland & Schulz, 2010). Die Veränderung der Altersstruktur des Patienten sowie die der Pflegekraft stellt die Tätigkeiten auf Station vor neue Herausforderungen (Welk, 2018). Angestellte im höheren Alter gehen ihrer Beschäftigung aufgrund von Degenerationsprozessen teils nur im reduzierten Arbeitsumfang nach (Frerichs, 2015). Konträr dazu führt eine Veränderung des Krankheitspanoramas zu einem Anstieg der durchschnittlichen Pflegeintensität. Der Pflegebedarf sowie -aufwand nimmt zu, was zu höheren physischen sowie psychischen Belastungen für das Pflegepersonal führt (Spicker & Schopf, 2007). Verstärkt unter dem älteren Personal äußert sich dies durch körperliche sowie geistige Gesundheitsbeschwerden (Rimser, 2014). Bestärkend führt der Rückgang der Geburtenziffern sowie fehlende Akzeptanz des Pflegeberufes zu einer Abnahme an Auszubildenden in Gesundheitsberufen, was Personalmangel begründet (Welk, 2018). Die Folge ist eine Verdichtung der Arbeitsaufgaben auf Station (Laban & Schmidt, 2014), wodurch in Verbindung mit gesundheitlichen Einschränkungen im gehobenen Alter Arbeitsunfähigkeit auftritt. Es folgt ein frühzeitiger Ausstieg aus dem Pflegeberuf (Frerichs, 2015).

Arbeitsunfähigkeit ist nach dem Konzept der Workability mit einem geminderten Gesundheitszustand gleichzusetzen (Huber, 2015). Der Begriff Gesundheit beschreibt dabei den „[...] Zustand des umfassenden körperlichen, geistigen und sozialen Wohlbefindens und nicht nur die Abwesenheit von Krankheit oder Gebrechen [...]“ (Petzi & Kattwinkel, 2016, S. 6). In dem vom Soziologen Juhani Ilmarinen geprägten „Modell der Workability“ unterliegt dem Gesundheitsbegriff ein hoher Stellenwert. Das Konzept veranschaulicht eine

Gegenüberstellung der individuellen Ressourcen des Arbeitnehmers zu dessen Arbeitsaufgaben (Welk, 2018). Das in den 1980-iger Jahren entwickelte Modell bildet die Haupteinflussfaktoren auf die Arbeitsfähigkeit ab. Im Optimalfall stehen die vom Individuum bestehende Ressourcen mit den vorliegenden Arbeitsanforderungen im dynamischen Gleichgewicht und werden durch ihr Zusammenwirken gestärkt oder gehemmt (Prümper, 2013). Das grafisch als Haus aufgezeigte Konstrukt besteht aus drei Stockwerken, wobei jede Ebene nur durch das Vorliegen der sich darunter befindenden Etage wirksam ist (Baldus, 2020). Das Fundament wird durch die physische sowie psychische Gesundheit geschaffen, was deren hohe Wertigkeit begründet (Hasselhorn & Freude, 2007). Diese bildet für Arbeitnehmer eine stabile Basis, um berufsspezifische Fertig- sowie Fähigkeiten auszuüben (Huber, 2015). Dem Gesundheitsbegriff folgen mit dem Erdgeschoss berufsspezifische Kompetenzen. Im zweiten Stockwerk erfolgt die Nennung individueller, vom Arbeitnehmer geprägter Werte, welche die innerbetriebliche Arbeitskultur fördern. Im dritten und zugleich letzten Stockwerk werden Arbeitsinhalte, -umgebung und -organisation aufgezeigt. Das Dach, veranschaulicht durch die Workability, basiert als Prozessergebnis auf dem Gesundheitsbegriff. Damit vereint das Modell nach Ilmarinen alle Aspekte, welche es für einen Ausbau sowie Erhalt der Arbeitsfähigkeit bedarf (Hasselhorn & Freude, 2007).

Als Grundbaustein bestimmt die Gesundheit über erste Tendenzen zur Ausprägung der Arbeitsfähigkeit. Zeigt der Erwerbstätige einen geminderten Gesundheitszustand auf, äußert sich dies durch einen geringen Workability-Index (WAI). Der WAI wird mittels einer Skala von sieben bis 49 Punkten bewertet und dient zur Evaluation der Arbeitsfähigkeit. Je höher die erreichte Punktzahl ist, desto besser die Workability einschließlich dem Gesundheitszustand des Mitarbeiters (vgl. ebd.). Wie sich der WAI zwischen verschiedenen Berufs- und Altersklassen (AK) verhält wird durch Abbildung 2 veranschaulicht.

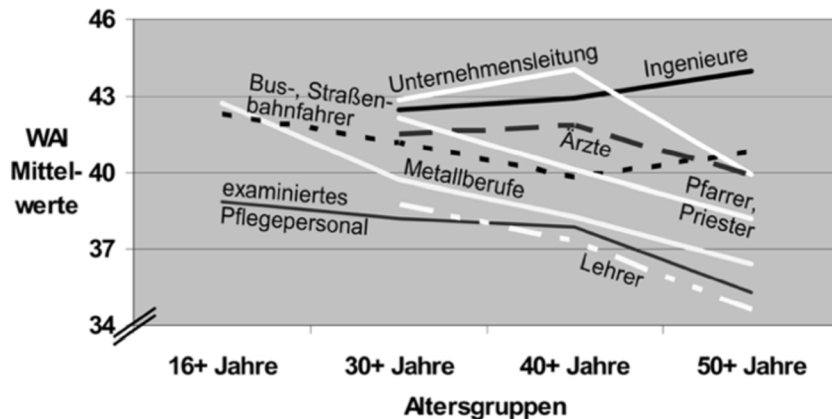


Abbildung 2: Ausprägung des WAI nach Alter und Berufsgruppen (Hasselhorn & Freude, 2007)

Als Datengrundlagen der von Hasselhorn & Freude (2007) durchgeführten Messung dienten 7450 Erwerbsfähige des deutschen WAI-Referenzdatensatz, wovon 71 Personen je aufgeführter Branchen befragt wurden. Unter Berücksichtigung des WAI zeigten sich innerhalb der Berufsgruppen Schwankungen auf. Während examiniertes Pflegepersonal einen Mittelwert von 38 aufzeigt, liegt dieser weit unter dem eines Ingenieurs (WAI = 44). Hinzu kommt unter Letzteren ein mit dem Alter korrelierender Anstieg des WAI, hingegen verzeichnen Pflegefachkräfte mit zunehmenden Alter einen Abfall der Arbeitsfähigkeit.

Die in ihrer Gesundheit beeinträchtigten Arbeitnehmer bedeuten für das Unternehmen eine Störung des Produktions- und Geschäftsablaufs. Kranke Mitarbeiter sind in ihrer Leistungsfähigkeit eingeschränkt und sorgen für einen erhöhten Krankenstand bzw. Präsentismus. Letzteres bezeichnet Mitarbeiter, welche trotz Krankheit ihrer Tätigkeit im Unternehmen nachgehen, aber aufgrund von gesundheitlichen Beeinträchtigungen ihr Arbeitspensum nicht gewährleisten können. Präsentismus sowie Krankheitsfälle bedingen einen wirtschaftlichen Verlust für den Arbeitgeber. Gelerntes Pflegepersonal sowie deren Ersatz kostet dem Unternehmen pro Krankentag circa 400 Euro. Bei einem jährlichen Schnitt an Krankheitstagen von zweieinhalb Wochen (bei einer Fünf-Tages-Woche) sind dies 12,5 von 220 Arbeitstagen pro Jahr (5,6 Prozent). Dadurch zahlt der Arbeitgeber rund 5.000 Euro per annum pro Mitarbeiter. Bei einer stationären Einrichtung mit rund 400 Mitarbeitern beläuft sich diese Zahl auf jährlich 200.000 Euro (Simmel & Graßl, 2020).

2.1.2 Generationen

In Folge der demografischen Entwicklung haben sich verschiedene Generationen herausgebildet. Diese stellen Bevölkerungsgruppen dar, welche gleiche Geburtenjahrgänge sowie soziale und politische Ereignisse aus der prägenden Entwicklungsphase ihres Lebens

teilen. Zu den vier in der Arbeitswelt vereinten Altersgruppen zählen die Generation X, Y und Z sowie die Babyboomer (Steckl, Simshäuser, & Niederberger, 2019).

Babyboomer (1946 bis 1964)

Die Babyboomer stellt die älteste Generation dar. Sie zählen zur Wirtschaftswundergeneration geprägt von Disziplin, Aufopferung und Sparsamkeit, worin die Arbeit zum Lebensmittelpunkt wird. Die Karriere sowie konkurrenzorientiertes Denken rücken in den Vordergrund (Röhr, 2018). Die ab 1946 Geborenen weisen Berufserfahrung mit teils geringen Qualifikationen auf. Die Generation der Babyboomer besitzt eine hohe Loyalität mit Respekt vor Autorität und Hierarchie, welche auch Führungsverantwortung übernimmt (Steckl et al., 2019). Teamorientiertes Denken sowie ein ruhiger Umgang mit Problemen fördern diese Eigenschaften (Böckmann, 2017). Geprägt wird ihr Jahrgang von Idealismus und Optimismus (Steckl et al., 2019).

Generation X (1965 bis 1980)

Eine Charakteristik, welche die Generation der ab den 1965-iger Jahren Geborenen nicht aufweist. Die unter Protestbewegungen Aufgewachsenen stellen etablierte Fachkräfte (Steckl et al., 2019) mit teils pragmatischem Verhalten dar (Böckmann, 2017). Sie weisen im Gegensatz zu den Babyboomern eine geringe Loyalität zu ihrem Unternehmen auf und besitzen kein Interesse an Führungsaufgaben. Die Generation X ist perspektivlos, meist skeptisch und strebt eine strikte Trennung von Beruf und Privatleben an. Autoritäres Verhalten wird von ihnen kritisch betrachtet, ebenso wie die Notwendigkeit von Veränderungen (Steckl et al., 2019). Grund dafür ist unter anderem ein individualistisch geführtes Lebensgefühl mit dem Sinn nach Gleichberechtigung und Unabhängigkeit (Röhr, 2018).

Generation Y (1981 bis 1995)

Zu der Generation Y ordnen sich die Geburtenjahrgänge von 1981 bis 1995 ein. Das von der Globalisierung mit Videospiele und Fernsehen bestimmte Leben macht die Generation zu den kritischen „Hinterfragern“ der Gesellschaft. Gut ausgebildet, selbstbewusst und optimistisch lehnen sie Hierarchien ab und besitzen hohe Anforderungen an ihren Beruf und Arbeitsplatz. Erwartungen werden nicht angeglichen, sondern vorrangig der Arbeitsplatz gewechselt (Röhr, 2018). Mit klaren Gedanken zum Karriereweg stärken Führungsrollen ihre Leistungsbereitschaft sowie Weiterentwicklungsgedanken. Veränderungen stehen sie offen gegenüber (Steckl et al., 2019), bedürfen aber viel Feedback zu neu erlernten Tätigkeiten (Böckmann, 2017).

Generation Z (1996 bis jetzt)

Anders die jüngste der vier Generationen, welche sich weniger Veränderungen, sondern vielmehr einen Prozess der Entschleunigung wünscht. Die nach 1995 Geborenen unterliegt einer Zeit von Wirtschafts- und Finanzkrisen, welche das Bedürfnis nach einem sicheren Arbeitsplatz an erste Position stellen. Die unter diese Generation fallende Bevölkerung bezeichnet Studierende, junge Berufseinsteiger aber auch Schüler, welche mit ihrer geringen Loyalität wenig Respekt gegenüber Autoritätspersonen aufweisen. Führungsrollen werden abgelehnt, um den Fokus auf das Privatleben zu lenken (Steckl et al., 2019).

Die sich in ihre Einstellung zum Leben, Verhaltensweisen sowie Werten und Normen voneinander abgrenzenden Generationen entwickeln fortlaufend Differenzen im Denken und Handeln am Arbeitsplatz (vgl. ebd.). Gemeinsam mit den weitläufigen Auswirkungen der demografischen Entwicklung schließen diese darauf, dass sich besonders stationäre Pflegeeinrichtungen einem Paradigmenwechsel unterziehen müssen (Welk, 2018). Gesundheitseinrichtungen unterliegen einem Prozess des Umdenkens. Der Fokus liegt nicht mehr auf der Begleitung älterer Mitarbeiter in den Ruhestand. Das Ziel für diese Generation sowie die jüngeren Arbeitnehmer liegt in der Erhaltung sowie Verbesserung der Arbeitsfähigkeit (Prümper, 2013). Krankenhäuser benötigen dafür gesundes Pflegepersonal, um wirtschaftlich handeln zu können (Mette & Harth, 2017). Betriebliche Gesundheitsförderung bietet dabei ein Handlungsfeld für Unternehmen, um „[...] in erster Linie die Bedrohung durch die demografische Entwicklung [...]“ (Rimser, 2014, S. 30) zu mindern „[...] und in Folge daraus Ressourcen für Wettbewerbsvorteile [...]“ (vgl. ebd.) zu sichern.

2.2 Betriebliche Gesundheitsförderung

Die im nachfolgenden Kapitel veranschaulichte Thematik zur betrieblichen Gesundheitsförderung bildet den Schwerpunkt der vorliegenden Arbeit. Nach Vorstellung des betrieblichen Gesundheitsmanagements, als Fundament der betrieblichen Gesundheitsförderung, wird diese näher beleuchtet. Aufgaben sowie deren Ziele und Nutzen werden aufgezeigt, um dessen Notwendigkeit zur Implementierung im Setting Arbeit zu begründen. Abschließend erfolgt die Darstellung des im Unternehmen Anwendung findenden Kernprozesses für eine erfolgreiche Einführung sowie Umsetzung gesundheitsfördernder Maßnahmen. Im Rahmen der vorliegenden Fragestellung unterliegt der IST-Analyse der größte Stellenwert. Die Vorstellung der Mitarbeiterbefragung, welches als Erhebungsinstrument des Analyseprozesses in der Methodik Anwendung findet, schließt das Kapitel 2.2 ab.

2.2.1 Die Basis - Betriebliches Gesundheitsmanagement

Die durch den gesellschaftlichen Entwicklungsprozess auftretenden gesamtwirtschaftlichen Veränderungen beeinflussen verstärkt das Setting Arbeit, wodurch sich Handlungsbedarf für Unternehmen herausbildet (Simmel & Graßl, 2020). Mittels der Einführung eines betrieblichen Gesundheitsmanagements gelingt es Unternehmen, betriebliche Prozesse und Strukturen zielführender zu gestalten, zu lenken und zu entwickeln ebenso wie die Organisation und das Verhalten am Arbeitsplatz gesundheitsförderlicher zu gestalten (Ternès, Klenke, Jerusel, & Schmidtbleicher, 2017). Dabei steht neben einer Förderung der Mitarbeitergesundheit die Steigerung von Betriebsergebnissen und Wettbewerbsfähigkeit im Vordergrund des Handelns der Geschäftsführung (Petzi & Kattwinkel, 2016). Der Grund für die Ausrichtung auf die Thematik Gesundheit beruht auf den Erkenntnissen der Unternehmensführung, dass die Leistungsfähigkeit ihrer Arbeitnehmer nicht nur von deren Qualifikation, Motivation und fachlicher Expertise, sondern zugleich von deren Gesundheitszustand abhängig ist (Simmel & Graßl, 2020).

Der Gesundheitsbegriff ist aus ökonomischer Sicht ein Faktor für die Voraussetzung von Arbeitsprozessen, was durch das Haus der Arbeitsfähigkeit in Kapitel 2.1.1 (S. 10) bestätigt wird. Gesunde Arbeitskräfte schaffen wettbewerbsorientierte Vorteile für ihr Unternehmen (Petzi & Kattwinkel, 2016). Gesundheit stellt im Arbeitssetting einen strategischen Faktor mit Einfluss auf die betrieblichen Strukturen dar (Ternès et al., 2017), wird jedoch als vielschichtiges Konstrukt von verschiedenen Dimensionen (z. B. Arbeitsplatzgestaltung) beeinflusst. Daraus resultierend bildet sich je Individuum ein Gesundheitszustand unter Einfluss sozialer und gesellschaftlicher Bedingungen heraus (Petzi & Kattwinkel, 2016). Durch den Einsatz eines Gesundheitsmanagements gelingt es Unternehmen, diese Faktoren gesundheitsförderlicher zu gestalten sowie zu steuern (v. Reibnitz & Sonntag, 2019). Betriebliches Gesundheitsmanagement ist eine Erweiterung des seit 200 Jahren bestehenden konventionellen Arbeitsschutzes, durch welchen der Schutz von Gesundheit sowie die Sicherheit am Arbeitsplatz gewährleistet wird (Simmel & Graßl, 2020).

2.2.2 Stellung im betrieblichen Gesundheitsmanagement

Die betriebliche Gesundheitsförderung ist ein operativer Kern des betrieblichen Gesundheitsmanagements (Petzi & Kattwinkel, 2016). Neben dem Arbeits- und Gesundheitsschutzes (Arbeitssicherheit) sowie dem betrieblichen Eingliederungsmanagement stellt die betriebliche Gesundheitsförderung die letzte der drei Säulen des BGM dar (Simmel & Graßl, 2020). Dabei umfasst die betriebliche Gesundheitsförderung „[...] alle gemeinsamen Maßnahmen von Arbeitgebern, Arbeitnehmern und Gesellschaft zur Verbesserung

von Gesundheit und Wohlbefinden am Arbeitsplatz“ (Sochert & Siebeneich, 2009, S. 6). Wie in Abbildung 3 dargestellt, bildet BGF für den Arbeitgeber eine freiwillige Instanz zur Vervollständigung eines ganzheitlichen, integrierten BGM-Konzeptes.

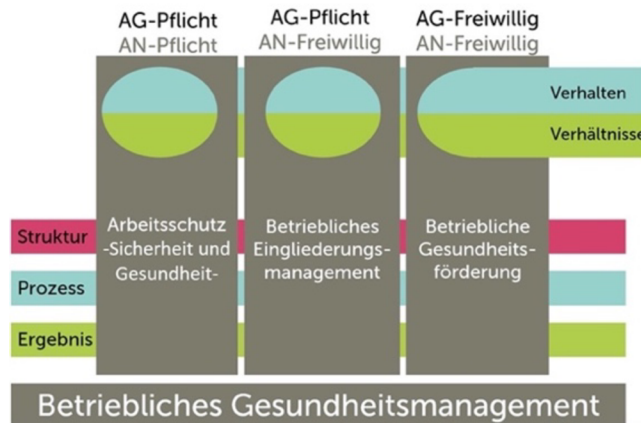


Abbildung 3: Betriebliches Gesundheitsmanagements (Giesert, 2012)

Betriebliche Gesundheitsförderung sorgt für die Erhaltung von körperlicher und geistiger Leistungsfähigkeit (Rimser, 2014). Um diese langfristig zu gewährleisten orientiert sich die Ausrichtung gesundheitsförderlicher Maßnahmen in Betrieben an drei basisschaffenden Aussagen (Simmel & Graßl, 2020):

- Fürsorge durch Akzeptanz eines gesundheitsorientierten Unternehmenskonzeptes zeigen sowie finanzielle Mittel bereitstellen
- Übernahme von Vorbildfunktionen durch die Führungsebene
- Engagement/Eigenverantwortung für die eigene Gesundheit aufbringen

Als finanzielle Grundlage für die Umsetzung der betrieblichen Gesundheitsförderung steht Paragraph 20b des Sozialgesetzbuches. Das im Jahr 2000 verabschiedete Präventionsgesetz (Paragraph 20a bis c) schreibt Krankenkassen die Umsetzung von Leistungen zur Prävention von Krankheitsrisiken vor. Unter Paragraph 20b werden gezielt Maßnahmen zur Schaffung gesundheitsförderlicher Strukturen in Betrieben angesprochen. Die dafür bereitgestellten Unterstützungen seitens der Krankenkassen belaufen sich auf mindestens 2 Euro/jährlich je Versicherten (Bundesministerium der Justiz, 2015). In der von 2015 stammenden Neuauflage unterliegen die Krankenkassen einer gesetzlichen Pflicht zur Unterstützung von Unternehmen mit Gesundheitsgedanken. Dabei müssen laut Regierung Wissen, Motivation und Befähigung in der Gesellschaft für ein gesundheitsbewussteres Verhalten im Sinne der betrieblicher Gesundheitsförderung erzeugt werden (Walter

& Badura, 2018). Sind aus Unternehmenssicht die durch die Krankenkassen verpflichtenden Zahlungen ausgeschöpft, werden bestehende Kosten für Gesundheitsprogramme vom Unternehmen selbst getragen bzw. durch Fördergelder finanziert. Die Höhe der Kosten ist von der Unternehmensgröße, deren Interessen sowie der Projektdauer abhängig. Daraus begründet ist keine allgemeingültige Deklaration anfallender Kostenpunkte möglich. Finanzielle Aufwendungen entstehen beispielsweise durch extern engagierte Gesundheitsexperten sowie Berater, Schulungen, angemietete Kursräume oder intern veranschlagte Personalkosten (Spicker & Schopf, 2007).

Zusammen mit der Pflichtumsetzung des Gesundheits- und Arbeitsschutzes sowie des betrieblichen Eingliederungsmanagements wird eine nachhaltige sowie erfolgreiche Unternehmenskultur geschaffen (Giesert, 2012). Schwerpunktbedingt wird auf deren spezifische Erläuterung im Rahmen der vorliegenden Arbeit verzichtet.

2.2.3 Ziele und Nutzen

Als Säule des betrieblichen Gesundheitsmanagements gleichen sich die Ziele der betrieblichen Gesundheitsförderung mit denen des BGM (Rimser, 2014). Deren Hauptziel liegt in der Schaffung einer gesunden Unternehmenskultur (v. Reibnitz & Sonntag, 2019). Branchenunabhängig werden gesundheitsschädigende Belastungen vermieden sowie Mitarbeiter zu einem gesundheitsbewussten Verhalten befähigt. Darüber hinaus ergeben sich weitere Ziele des betrieblichen Gesundheitsmanagements. Zu diesen gehören (Schmidt et al., 2005):

- Gesundheit sowie die aktive Lebensführung stärken
- Arbeitsfähigkeit erhalten und schaffen
- Arbeitsbedingungen und -organisation optimieren
- Wohlbefinden und Motivation am Arbeitsplatz erhöhen
- Bindung an das Unternehmen steigern
- Qualifikationen sowie Kompetenzen erhalten und fördern
- Wiedereingliederung nach Krankheit unterstützen und stärken

Zur Zielerreichung bedarf es der Steigerung von Ressourcen zur Erweiterung des Gesundheitspotenzials der Beschäftigten (v. Reibnitz & Sonntag, 2019). Begründet daraus grenzt sich die betriebliche Gesundheitsförderung von der Gesundheitsprävention ab. Nicht krankheitsspezifische Risiken werden minimiert, sondern individuelle Widerstandskräfte im Sinne der Gesundheitsprävention der Beschäftigten gestärkt (Spicker & Schopf, 2007). Dadurch gelingt es Unternehmen mittels der betrieblichen Gesundheitsförderung

ein Gleichgewicht zwischen den individuellen Fähigkeiten des Personals und vorliegenden Arbeitsanforderungen zu schaffen. Dies verhilft neben dem Ausbau persönlicher Ressourcen zur Stärkung von Lebensqualität und Wohlbefinden. Der Arbeitgeber profitiert daraus in Form von reduzierten Krankenständen, Arbeitsunfällen sowie Absentismus (Rimbach, 2012). Demnach erlangen Arbeitgeber gleichermaßen wie Arbeitnehmer Nutzen von den Erfolgen betrieblicher Gesundheitsmaßnahmen (Ternès et al., 2017).

Ein Beispiel dafür zeigen Simmel & Graßl mittels einer Nutzenberechnung in einem vom betrieblichen Gesundheitsmanagement geprägten Unternehmen. Die in Kapitel 2.1.1 (S.11) genannten 5,6 Prozent an jährlichen Krankheitsausfällen können durch innerbetriebliche Gesundheitsförderung auf 4,6 Prozent gesenkt werden. Für das Unternehmen ergibt sich daraus ein um 89.286 Euro geminderter Kostenaufwand (Simmel & Graßl, 2020). Krankheitsbedingte Fehlzeiten werden um ein Viertel reduziert. Durch BGF-Investitionen gelingt es rund 2,70 Euro pro Arbeitnehmer durch eine Fehlzeitreduzierung einzusparen (Schmidt et al., 2005). Zusammenfassend stellt Tabelle 1 den aus den Zielen der betrieblichen Gesundheitsförderung resultierenden Nutzen für Arbeitgeber und -nehmer dar.

Tabelle 1: Nutzen betrieblicher Gesundheitsförderung (n. v. Reibnitz & Sonntag, 2019)

| Nutzen Arbeitgeber | Nutzen Arbeitnehmer |
|---|---|
| <ul style="list-style-type: none"> - Steigerung von Produktivität/Motivation - Reduktion von Personalkosten durch geminderte Krankenstände - Optimierung der Arbeits- und Leistungsfähigkeit - Verbesserung der Kommunikationswege - Stärkung von Mitarbeiterzufriedenheit sowie deren Eigenverantwortung - Schaffung von Unternehmensattraktivität mit einer erhöhten Mitarbeiterbindung sowie Imageaufwertung | <ul style="list-style-type: none"> - Stressreduktion bzw. Stressmanagement optimieren - Erhöhung von Arbeitszufriedenheit - Gesundheitsbeschwerden minimieren - Gesundheitsbewusstsein und -kompetenzen in Beruf und Privatleben entwickeln sowie fördern - Erhalt gesunder Arbeitsbedingungen - gesundheitliche Risiken vermindern - Leistungsfähigkeit fördern |

Nach Ternès et al. (2017) stellt das Bestreben nach einem gesundheitsbewussten Verhalten aller Mitarbeiter mit 96 Prozent für den Arbeitgeber den wichtigsten Aspekt zur Implementierung betrieblicher Gesundheitsmaßnahmen dar. Grund dafür ist das Bestehen sozialer Verantwortung der Arbeitgeber gegenüber den Arbeitnehmern. Neben einem gesundheitsförderlichen Denken zielen Unternehmen ebenso auf eine damit einhergehende gesteigerte Leistungsfähigkeit sowie Arbeitsmotivation (95 Prozent) ab. Eine Optimierung der innerbetrieblichen Arbeitsbedingungen wird von 93 Prozent angestrebt. Circa 63 Prozent der Unternehmen erhoffen sich eine Imageaufwertung.

2.2.4 Implementierung in den Kernprozess

Implementierung (lat.: implementum) bedeutet die Umsetzung von abstraktem Wissen in einen konkreten Maßnahmenplan. Im Rahmen der Implementierung gesundheitsförderlicher Interventionen besagt dies die Erfassung und Anwendung prozessrelevanter Daten (z. B. Gesundheitszustand, Belastungsfaktoren), welche es für die Einführung zielgerichteter, effizienter sowie nachhaltiger gesundheitsförderlicher Maßnahmen benötigt. Unter Implementierung versteht sich ein komplexer Prozess, wofür es unternehmensintern neuer Strukturen bedarf. Die Qualität des Implementierungsprozesses entscheidet dabei über deren Wirksamkeit. Das Vorliegen individueller, institutioneller und politisch-administrativer Faktoren beeinflussen den Implementierungsprozess und bestimmen über die Quali- und Quantität der Umsetzung. Liegt beispielsweise eine positive Einstellung sowie Motivation gegenüber dem zu implementierenden Projekt vor, bestärkt dies eine erfolgreiche Umsetzung (Karing & Beelmann, 2019).

Nach Gadatsch und Mitarbeitern (2018) erfolgt der Prozess der Implementierung auf normativer, strategischer und operativer Ebene. Um der vorliegenden Fragestellung aus Kapitel 3 (S. 37) nachzukommen, liegt der Fokus auf Letzterer. Die operative Ebene beschreibt die Festlegung von Rahmenbedingungen, welche in Form einer Ideensammlung mittels eines Kooperationsprozesses mit den Beschäftigten erfolgt. Darunter versteht sich neben der Analyse von Angebots-Frequenz und Teilnehmeranzahl die Ermittlung räumlicher, zeitlicher sowie finanzieller Projektfaktoren. Diese finden anschließend auf strategischer Ebene Anwendung. Die operative Ebene zeichnet sich besonders durch die Einbindung der Arbeitnehmer in den Implementierungsprozess aus und schenkt deren Interessen Gehör.

Mittels der in einem Kernprozess verankerten IST-Analyse werden die Informationen sowie Rahmenbedingungen für eine bedarfsgerechte Ein- und Durchführung von BGF-Interventionen herangezogen (s. ebd.). Der über mindestens ein Jahr andauernde qualitätsorientierte Prozessablauf beschreibt neben der Bedarfsanalyse die Elemente: Planung, Intervention sowie Evaluation. Begleitet von einer kontinuierlichen Sensibilisierung, Partizipation sowie internen Öffentlichkeitsarbeit (Spicker & Schopf, 2007) zeigt Abbildung 4 alle Hauptelemente des Kernprozesses auf. Das Hauptaugenmerk richtet sich in der vorliegenden Arbeit auf die IST-Analyse zur Datenerfassung. Als Grundbaustein einer erfolgreichen Implementierung dient deren Erläuterung dem Verständnis der Forschungsfrage.

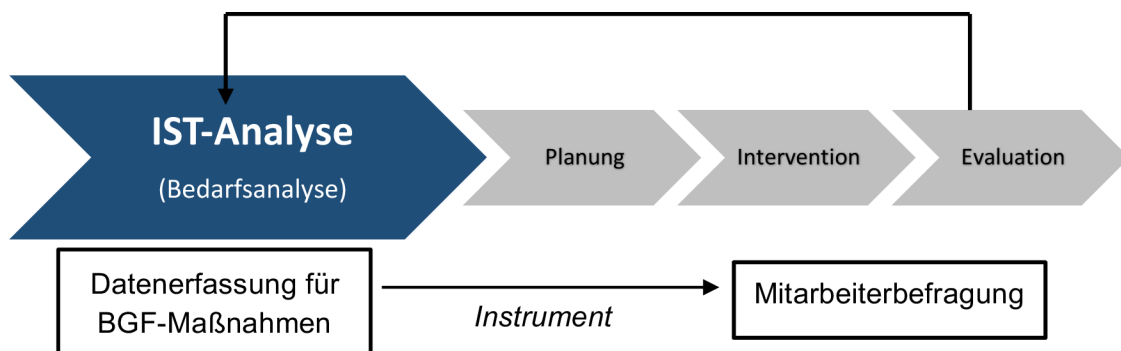


Abbildung 4: IST-Analyse im Kernprozess der betrieblichen Gesundheitsförderung (eigene Abbildung n. Spicker & Schopf, 2007)

Der aufgezeigte Zyklus bildet die Grundlage für die von Krankenkassen an die Unternehmen zur Unterstützung von BGF-Maßnahmen gestellten Anforderungen (Wanek & Schreiner-Kürten, 2018). Angesichts individueller, betrieblicher Rahmenbedingungen lässt sich kein ganzheitlich gültiger Kernprozess gleichermaßen auf alle Unternehmen übertragen. Die genannten vier Elemente haben sich aus Erfahrungen heraus etabliert (Huber & Weiß, 2015) und differenzieren sich nach Zielstellung, Unternehmensressourcen sowie -größe. Unterstützt wird der Kernprozess durch die im Vorfeld des Analyseprozesses ablaufende Vorbereitungs- und Aufbauphase auf deren Darstellung in Abbildung 4 verzichtet wird. Darin ablaufende Maßnahmen sensibilisieren Führungskräfte zum Stellenwert der Gesundheit im Unternehmen. Unterstützend wird aus verschiedenen Entscheidungsträgern (z. B. Betriebsrat, Geschäftsführung, Personal) ein Steuergremium gebildet. Dieses definiert, koordiniert und etabliert Zielsetzungen für ein einheitliches Gesundheitsverständnis im gesamten Unternehmen (Wanek & Schreiner-Kürten, 2018).

IST-Analyse

Die darauf aufbauende IST-Analyse bildet im Rahmen einer Bedarfsermittlung den Grundbaustein eines langfristig ausgerichteten Kernprozesses (Simmel & Graßl, 2020). Mittels systematischer Erhebungsinstrumente erfolgt die Erfassung des innerbetrieblichen Gesundheitszustandes der Mitarbeiter (Spicker & Schopf, 2007), an denen sich der individuelle Bedarf an BGF-Maßnahmen orientiert (Huber, 2013). Das Steuerungsgremium gewinnt durch Diagnoseprozesse Daten für eine zielgerichtete Interventionsplanung (Bruland & Schulz, 2010). Ebenfalls wird auf betriebsinterne Beobachtungsdaten zurückgegriffen (Spicker & Schopf, 2007). Vorhandene Messwerte der Gefährdungsbeurteilungen oder Fehlzeitenanalysen dienen der Bedarfsermittlung mit Hinblick auf dessen fachspezifischen Nutzen und Eignung (Huber, 2015). Krankenkassen stellen Unternehmen Routinedaten (z. B. Arbeitsunfähigkeitsanalysen, Frühberentungsdaten) zur Verfügung. Anschließend wird das Konzept der betrieblichen Gesundheitsförderung einer Wirksamkeitsprüfung unterzogen (Walter & Badura, 2018). Eine Möglichkeit der Bedarfsanalyse bildet der Gesundheitsbericht (Huber, 2013). Darin vorliegende Kennzahlen haben sich etabliert, um differenzierte Auswirkungen auf die betriebliche Gesundheit und den Betriebserfolg zu messen. Zu diesen gehören „Treiber“ mit betrieblichen Einflüssen (z. B. Führung, Teamklima), Frühindikatoren (z. B. Gesundheitszustand der Mitarbeiter) und Spätindikatoren wie Präsentismus oder Qualitätsbewusstsein (Walter & Badura, 2018).

Die Ermittlung der Kennzahlen erfolgt über Datenerhebungen mittels Erhebungsinstrumenten (vgl. ebd.). Unter denen haben sich für die IST-Analyse im Rahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung folgende etabliert: die mündliche Befragung, Arbeitssituations- sowie Altersstrukturanalysen, Gesundheitszirkel und Fokusgruppen sowie die Mitarbeiterbefragung (Giesert, 2012). Im Nachfolgenden wird Letzterer (in schriftlicher Form) besondere Aufmerksamkeit aufgrund der praktischen Anwendung in Kapitel 4.3 (S. 42) geschenkt.

2.2.5 Schriftliche Mitarbeiterbefragung

Die schriftliche Mitarbeiterbefragung ist ein Feedback-Instrument (Keller, Klein, & Tuschl, 2016) für Unternehmen zur Bestandsaufnahme (Nieder, 2013). Gekennzeichnet durch eine hohe Erreichbarkeit der Mitarbeiter (Giesert, 2012) signalisiert sie Arbeitnehmern den Anfang potenzieller Veränderungsprozesse. Der Mitarbeiter wird aktiv in den Analyseprozess einbezogen (Schmidt et al., 2005). Durch systematisch-anonymisierte Erfassungen werden Informationen über den Gesundheitszustand, Einstellung und Meinung der Mitarbeiter sowie deren subjektive Arbeitsbelastungen eingeholt (Spicker & Schopf, 2007).

Dadurch gelingt es dem Arbeitgeber Rückschlüsse auf ungünstige Arbeitssituationen zu ziehen (Nieder, 2013). Standorte mit erhöhten Belastungen und bestehenden Ressourcen (entlastende Wirkung) werden benannt. Die aufgegriffenen Thematiken beinhalten beispielsweise Fragen zu aufgabenspezifischen Belastungen, organisatorischen Rahmenbedingungen, psychosomatischen Befinden oder projektspezifischen Fragen (Gschleier & Andergassen, 2019), aus welchen repräsentative Daten gewonnen werden (Spicker & Schopf, 2007). Die verwendeten Items (Fragen) kann das Unternehmen aus einem eigens angelegten oder einem standardisierten Fragenkatalog beziehen (Keller et al., 2016), um bei wiederholter Anwendung auf Längsschnittdaten zurückzugreifen (Gschleier & Andergassen, 2019). Dadurch ist die Evaluation von Veränderungsprozessen bereits bestehender Maßnahmen möglich (Schmidt et al., 2005). Anderenfalls können Befragungen für Mitarbeiter attraktiver gestaltet werden, indem diese selbst Vorschläge zur Fragebogenkonstruktion anbringen. Mittels standardisierter Items ist der Fragebogen zwei bis vier Wochen im Umlauf (Keller et al., 2016). Die Beantwortung basiert auf freiwilliger Basis und kann, je nach Entscheidung des Steuerkreises, im Beisein eines Interviewers erfolgen (Nieder, 2013). Im Anschluss folgt das Reporting mit der Analyse von Zielgrößen sowie der Aufschlüsselung von Maßnahmen (Keller et al., 2016). Nachdem der Steuerkreis die Ergebnisse der Führungsebene präsentiert hat, gelangen diese auf den Kommunikationsmarkt für den Arbeitnehmer (Giesert, 2012). Über Moderationsveranstaltungen erfolgt die Entwicklung eines Maßnahmenkataloges (Nieder, 2013), dessen Umsetzung die Aufrechterhaltung der Mitarbeitermotivation sowie deren Engagement über die Befragung hinaus abverlangt (Keller et al., 2016). Vor Anwendung des Feedback-Instrumentes muss, falls vorhanden, der Betriebsrat (BR) deren Umsetzung zustimmen (Nieder, 2013). Neben den genannten Zielen besitzt die schriftliche Mitarbeiterbefragung die Funktion der Sensibilisierung gesundheitsrelevanter Themen. Beziehungen zwischen Arbeit, Gesundheit und sozialen Faktoren werden aufgegriffen, zu welchen die Kommunikation und Entwicklung einer betrieblichen Gesundheitsförderung zählt (Gschleier & Andergassen, 2019).

Bei Unternehmen mit weniger als 50 Angestellten kann die schriftliche Mitarbeiterbefragung die Anonymität der Mitarbeiter nicht mehr wahren (Spicker & Schopf, 2007). Feedback-Plattformen stellen bei dieser Unternehmensgröße eine Option dar, die zugleich eine kontinuierliche Rückmeldung der Arbeitnehmer erlaubt (Keller et al., 2016).

2.3 Betriebliche Gesundheitsförderung in der stationären Pflege

Nach Berichten des statistischen Bundesamtes sind im Gesundheitswesen circa 5,3 Millionen Menschen beschäftigt. Davon arbeiten rund 1,2 Millionen in Krankenhäusern, wovon 1,1 Millionen zum nichtärztlichen Dienst als Pflegepersonal zählen (Statistisches Bundesamt, 2018). Letztere stellt die Zielgruppe des nachfolgenden Kapitels dar. Dabei finden fachspezifische Belastungsfaktoren Nennung sowie daraus resultierende Möglichkeiten der Umsetzung eines einheitlichen Konzeptes zur betrieblichen Gesundheitsförderung im stationären Sektor.

2.3.1 Beeinflussende Faktoren der betrieblichen Gesundheit

Pflegepersonal auf Normalstation sorgt für die präoperative Vorbereitung sowie postoperative Nachversorgung unfallchirurgischer Klienten. Unfallverletzte werden ebenso wie Patienten, welche vor einem elektiven Eingriff stehen, pflegerisch versorgt. Um dies zu gewährleisten gehören die Patientenaufnahme und -aufklärung ebenso zum Arbeitsgebiet wie die Patientenbetreuung im Normalbetrieb (Regel, Bosch, & Stalp, 1997).

Rund elf Prozent der Arbeitskräfte außerhalb des Sektors Pflege empfinden ihre Arbeit subjektiv als belastend. In der Pflege sind es 41,7 Prozent (Meißner, 2013). Arbeitskräfte im stationären Gesundheitssektor unterliegen spezifischen Anforderungen und besitzen ein hohes Risiko zur Erwerbsunfähigkeit (Barkey, 2016). Das Berufsfeld ist geprägt von fachlich vielschichtigen Anforderungen, dem Einsatz von Kommunikations- und Sozialkompetenzen sowie Kraft- und Ausdauerbelastungen. Der Umgang mit Ausnahmesituationen darf nicht gescheut werden. Ebenso verlangt zeitkritisches Handeln dem Pflegepersonal Organisationsfähigkeit und ein hohes Maß an Eigenverantwortung ab (Scheidler et al., 2019).

Das Anforderungsprofil spiegelt die Vielseitigkeit des Pflegeberufs wider. Fachliche, emotionale und soziale Kompetenzen sind notwendig, um den Arbeitsaufgaben nachzugehen. Das Bestehen von Anforderungen an die pflegerische Tätigkeit trägt positiv zum Erhalt der Kompetenzen sowie deren Weiterentwicklung bei. Liegen mehr Anforderungen als der Körper an Bewältigungs-Ressourcen zur Verfügung hat vor, äußern sich diese in Form von Belastung auf den Organismus. Belastungen beschreiben die Gesamtheit aller erfassbaren Einflüsse auf den Menschen und deren Auswirkung. Sie resultieren aus dem Tätigkeitsfeld und den organisatorischen Bedingungen am Arbeitsplatz in Form von gesund-

heitsschädlichen Wirkungen (Spicker & Schopf, 2007). Rimser (2014) unterteilt die Belastungen am Arbeitsplatz in vier Kategorien. Zu diesen zählen physische Belastungen, organisationsbedingte Belastungen, Schicht- und Nachtarbeit sowie psychische Belastungen. Mitbegründet durch die demografische Entwicklung haben sich im Bereich der stationären Pflege für die genannten Faktoren Belastungsschwerpunkte herauskristallisiert.

Physische Anforderungen

Der Gesundheitsreport der Deutschen-Angestellten-Krankenkasse (DAK) hat bewiesen, dass Pflegekräfte gegenüber anderen Berufsbranchen im Durchschnitt einen höheren Krankenstand aufgrund starker physischer Belastungen aufweisen (Bruland & Schulz, 2010). Die Arbeit am Patienten ist geprägt durch hohe mechanische Belastungen auf die Wirbelsäule. Verstärkt führt die Zunahme an multimorbiden, inaktiven Patienten täglich zu schweren Heben und Tragen, Mobilisieren sowie Umlagern des Kranken. Arbeitsaufgaben werden in ungünstiger Körperhaltung vermehrt in gebeugter oder gedrehter Haltung absolviert, wodurch Pflegende überproportional stark an Rücken- und Nackenschmerzen leiden. Besonders Mitarbeiter der Normalstationen schreiben sich dieser Zielgruppe zu (Grabbe, Nolting, & Loos, 2005). Ein damit einhergehender Anstieg an Muskel-Skelett-Erkrankungen wird zugleich durch die gehäuft im Stehen durchzuführenden Tätigkeiten begründet (Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin, 2014).

Schicht- und Nachtarbeit

Arbeitszeit bildet die Basis für das Selbstmanagement einer Pflegefachkraft. Ein optimales Arbeitszeitmanagement schützt vor Überlastungen und unterstützt die Selbstverwirklichung (Petzi & Kattwinkel, 2016). Das in den meisten Unternehmen flexibel angelegte Gleitzeitmodell beschreibt die kontinuierliche Entscheidung des Arbeitnehmers über die Verteilung seiner Arbeitszeit über den Tag (Roeser, Knies, & Kübler, 2013). Dieses Modell kann in Krankenhäusern aufgrund von zeitlichen Rahmenbedingungen nicht gelebt werden. Nach dem DAK-Gesundheitsreport für stationäre Pflegekräfte arbeiten 23 Prozent im Schichtsystem (Früh- und Spätdienst) und 57 Prozent des Personals im vollkontinuierlichen Schichtsystem mit Nachtschichten (Grabbe et al., 2005). Davon leiden mehr als die Hälfte unter Schlaf-Wach-Störungen. Diese bedingen Einschlafprobleme, verkürzte Schlafdauer und geringere Schlafqualität einhergehend mit einer geminderten Leistungsfähigkeit durch Müdigkeit und Unachtsamkeit am Folgetag (Lischewski, Zimmermann, Heimlich, Glos, Westermayer, Penzel & Fietze, 2011). Neben Schlafstörungen gilt Schichtarbeit als ein Auslöser für Magen-Darm-Erkrankungen und Herz-Kreislauf-Beschwerden.

Schichtarbeiter neigen zu weniger körperlicher Aktivität, was einen Prädiktor für das metabolische Syndrom darstellt (Oberlinner, Halbgewachs, & Yong, 2016). Hinzukommt die Berücksichtigung von exo- und endogenen Zirkadian. Diese sind vom Individuum abhängige Schwankungen der Leistungsfähigkeit über den Tagesverlauf. Innerhalb des Früh-, Spät- oder Nachtdienstes führt dies zu unterschiedlichen Beanspruchungen innerhalb der Arbeitszeit (Roeser et al., 2013). Abfälle der Leistungsfähigkeit sind zum frühen Nachmittag sowie am Abend zu verzeichnen. Besonders Nachtschichten sind davon geprägt und stellen mit der größten Zeitverschiebung zur endogenen Tagesperiodik die höchste Belastung dar (Czeschinski, Simski, & Waurick, 2013). Hinzu kommt die mit zunehmendem Alter abnehmende subjektive Arbeitsfähigkeit, welche unter den Wechselschichtarbeitern verstärkt abnimmt. Während die unter 25-Jährigen mit 42,8 Prozent eine hohe und zu 48,9 Prozent eine gute Arbeitsfähigkeit aufweisen, zeigt mit 9,3 Prozent nur ein Bruchteil der über 55-Jährigen eine hohe Arbeitsfähigkeit auf (Oberlinner et al., 2016). Die zeitliche Gebundenheit an das Schichtsystem führt zu Einschränkungen des Soziallebens (Döring, Lange, & Schade, 2018) und wird von stationären Pflegekräften als beeinträchtigend empfunden (Bruland & Schulz, 2010).

Organisationsbedingte Belastungen

Organisationsbedingte Belastungen basieren auf dem Mangel an Fachkräften, der demografischen Entwicklung sowie Stellenabbau. Ersteres beruht auf der Unattraktivität des Pflegeberufs, wenigen Auszubildenden durch rückläufige Geburtenziffern (Bruland & Schulz, 2010) sowie einer hohen Fluktuation. Nach durchschnittlich fünf Jahren steigen Pflegekräfte aufgrund zu hoher Arbeitsbelastungen aus dem Beruf aus (Döring et al., 2018). Verstärkt Jüngere denken an Abwanderung oder einen Berufswechsel nach, weil der Arbeitsmarkt attraktive Alternativen bietet (Grabbe et al., 2005). Die demografische Entwicklung sorgt für die Abnahme der Erwerbstätigkeit. 2012 verzeichnen 50 Prozent der 60-Jährigen einen Antritt der Frührente. Unter den restlichen 50 Prozent arbeiten 30 bis 40 Prozent weiter in ihrem Beruf auf Teilzeit (Laban & Schmidt, 2014), was parallel mit der gesamtwirtschaftlichen Zunahme an Teilzeitbeschäftigten in Deutschland einhergeht (Grabbe et al., 2005). Die mit dem Wandel der Altersstruktur zunehmende Anzahl an alten, multimorbiden Menschen führt zu einer erhöhten Fallzahl an Pflegebedürftigen (Barkey, 2016). Gegenüber 2010 wird bis 2030 eine Zunahme der zu behandelnden Fälle um 12 Prozent erwartet (Bruland & Schulz, 2010). Hingegen wird jede siebte Stelle des Pflegepersonals wegrationalisiert. Grund für den Personalabbau ist die Unterfinanzierung der Krankenhausgesellschaften im Wert von 2,2 Milliarden Euro (Bruland & Schulz, 2010). Mit steigendem Mindestlohn nehmen die Personalkosten für die Arbeitgeber zu, was zu einer

Verkleinerung des Personalstammes führt (Laban & Schmidt, 2014). Von 1995 bis 2005 wurden in Deutschland 48.000 Pflege-Vollzeitstellen abgebaut (Bruland & Schulz, 2010). Daraus kristallisiert sich in deutschen Krankenhäusern ein Patientenschlüssel von einer Pflegekraft auf 13 Patienten (Scheidler et al., 2019).

Auf Nachwuchsmangel, Personalabbau und die demografische Entwicklung folgt eine Arbeitsverdichtung in der stationären Pflege (Spicker & Schopf, 2007). Aufgrund von Vergütungssystemen, welche die Liegezeit für die Behandlung eines Patienten anhand seiner Diagnose definiert, verkürzt sich dessen Verweildauer (Grabbe et al., 2005). Zur Erreichung der deklarierten Liegezeit muss eine Erhöhung der Arbeitsgeschwindigkeit erfolgen. Pflegekräfte arbeiten unter Zeitdruck und Pausenzeiten können nicht in Anspruch genommen werden. Leistungsdruck seitens des Personals etabliert sich (Spicker & Schopf, 2007). Ein Wechsel zwischen Be- und Entlastung findet für den Organismus nicht statt. Änderungen im Dienstplan aufgrund von Krankheitsfällen und ein fehlendes Ausfallmanagement erfordern Flexibilität (Welk, 2018). Das besonders stark im Pflegeberuf vertretene weibliche Geschlecht verzeichnet bis zum 50. Lebensjahr eine Erhöhung an krankheitsbedingten Fehlzeiten um 100 Prozent (Röper & Fleißa, 2020). Ständige Arbeitsbereitschaft gestaltet die Vereinbarung von Familie und Beruf als immer komplexer. Hinzu kommt ein hoher Dokumentationsaufwand (Spicker & Schopf, 2007) sowie Verwaltungsaufgaben, welche die Arbeit am Patienten auf ein Minimum reduzieren (Grabbe et al., 2005).

Psychische Belastungen

Die Zahl an Ausfalltagen aufgrund von psychischen Erkrankungen im Pflegesektor ist von 1997 bis 2012 um 165 Prozent gestiegen (Ternès et al., 2017). Begründet durch einen wirtschaftlichen Strukturwandel nimmt die Vielfalt an Arbeitsaufgaben zu (Grabbe et al., 2005). Seitens der Arbeitnehmer stellt sich Überforderung ein (Spicker & Schopf, 2007). Dreiviertel der PflegerInnen beschreiben mehrere Arbeitsaufgaben gleichzeitig vollziehen zu müssen, um das Arbeitspensum zu generieren (Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin, 2014). Zugleich zeichnet sich durch den Umgang mit differenzierten Krankheitsbildern sowie Sterbenden eine zunehmende mentale Belastung ab - die Folge ist Stress (Spicker & Schopf, 2007). Stress entsteht durch ein Ungleichgewicht zwischen verfügbaren Bewältigungsstrategien und bestehenden Anforderungen an das Individuum. Auf das Gefühl einer nicht kontrollierbaren sowie erfolglosen Situation zeichnet sich Angst

ab, welcher Stress auslöst (Barkey, 2016). Hinzu kommen aggressive Patienten und Verleumdung durch Angehörige oder Klienten, die Pflegekräfte mangelnde Anerkennung ihres Berufes signalisieren (Spicker & Schopf, 2007).

Die einzelnen Belastungsfaktoren treten niemals isoliert auf sondern wirken in Interaktion untereinander (vgl. ebd.). Längerfristig führt dies zu einer nicht abwendbaren, hohen Beanspruchung (Barkey, 2016). Demotivation, Ermüdung und Arbeitsunzufriedenheit stellen sich in Verbindung mit psychosomatischen Beschwerden ein. Negative Arbeitsqualität spiegelt sich durch Unzufriedenheit im beruflichen Alltag wider (Bruland & Schulz, 2010).

2.3.2 Umsetzung von Maßnahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung

Das 1996 gegründete Deutsche Netz Gesundheitsfördernder Krankenhäuser thematisierte erstmals die betriebliche Gesundheitsförderung im stationären Gesundheitswesen (Staender, 2011). Begründet durch die im vorherigen Kapitel genannten Belastungsfaktoren schreibt die World Health Organisation (WHO) der Integration gesundheitsförderlicher Maßnahmen in Gesundheitsberufen eine Schlüsselfunktion zu. Gesundheitseinrichtungen unterliegen einer Neuorientierung vom Gesundheitsanbieter hin zur gesundheitsförderlichen Organisation, in der Pflegekräfte selbst zur Zielgruppe gesundheitsbezogener Maßnahmen werden (Hollederer, 2018). Das in Abbildung 5 aufgezeigte Diagramm stellt prozentual die Entwicklung der betrieblichen Gesundheitsförderung im Gesundheitswesen sowie die der Gesamtheit deutscher Unternehmen gegenüber.

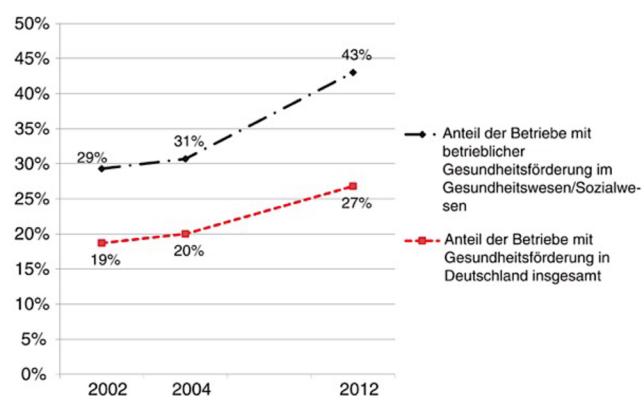


Abbildung 5: Betriebe mit betrieblicher Gesundheitsförderung in Deutschland im IAB-Betriebspanel von 2002 bis 2012 (Hollederer, 2018)

Beide Kurvenverläufe verzeichnen beginnend ab 2002 bis 2012 einen Anstieg an BGF partizipierenden Unternehmen. Im direkten Vergleich finden BGF-Interventionen im Gesundheitswesen eine um 16 Prozent höhere Anwendung gegenüber anderen Branchen.

Dennoch zeichnet der im Jahr 2012 bestehende Anteil von 43 Prozent in deutschen Gesundheitseinrichtungen nur eine Minderheit ab. Als Vorreiter dient hier die öffentliche Verwaltung, in deren Branche sich mit 61% mehr als die Hälfte aller Betriebe für die Umsetzung von BGF-Maßnahmen engagiert (vgl. ebd.). Grund für die branchenspezifischen Differenzen ist die nach dem Sozialgesetzbuch bestehende Pflicht häuslicher Einrichtungen zur pflegerischen Versorgung Versicherter. In Verbindung mit Personalmangel und der damit einhergehenden Arbeitsverdichtung rückt die Gesundheit des Pflegepersonals in den Hintergrund (Jacobs, Kuhlmeier, Greß, Klauber, & Schwinger, 2020). Der Patient unterliegt einer Depolarisierung mit einem Rollen- sowie Statusverlust. Er nimmt als passiver Leistungsempfänger das gesamte Kompetenz- und Aufmerksamkeitsspektrum der PflegerInnen in Anspruch. Diskrepanzen zwischen der Implementierung von Interventionen und der patientenorientierten Versorgung entstehen (Staender, 2011). Pflegekräfte unterliegen in ihrer Tätigkeit einer ethischen Verpflichtung aufgrund der Pflegebedürftigkeit der Klienten (Hielscher & Krupp, 2019). Die Arbeitsvorgänge auf Station bedürfen einer kontinuierlichen Aufrechterhaltung (Jacobs et al., 2020) und können nicht vorausschauend geplant werden (Staender, 2011). Folglich bieten Krankenhäuser wenig Spielraum für die Durchführung gesundheitsförderlicher Maßnahmen während der Arbeitszeit (Hielscher & Krupp, 2019).

Krankenhäuser verzeichnen gegenüber Arztpraxen, Apotheken oder ambulanten Pflegeeinrichtungen im Gesundheitswesen ein verstärktes Engagement bei der Umsetzung gesundheitsförderlicher Maßnahmen am Arbeitsplatz (Hollederer, 2018). Nach Berücksichtigung des Dreischichtsystems sowie den eingeschränkten zeitlichen und personellen Ressourcen erfolgt eine Interventionsaufstellung für das Pflegepersonal vor oder nach der Arbeitszeit (Simmel & Graßl, 2020). Krankenhäuser folgen bei der Umsetzung dem unter Kapitel 2.2.4 (S. 20) dargestellten Kernprozess. Die sich in der Analysephase im Gesundheitswesen etablierte Mitarbeiterbefragung dient neben der Altersstruktur- sowie Fehlzeitenanalyse als Erhebungsinstrument der Bedarfsanalyse mit anschließender Datenauswertung durch das Steuergremium (Lempert-Horstkotte, 2009). Die Instrumente der IST-Analyse definieren sich über den entwickelten Projektstrukturplan, welcher sich aus einem Aufklärungsgespräch zwischen der Krankenhausleitung, Pflegedirektion, Verwaltungsdirektion, dem ärztlichen Direktor und der Projektleitung herauskristallisiert. Es folgt die Definition von Zielen, personellen und finanziellen Ressourcen sowie Kommunikationswegen. Im Anschluss findet die Präsentation des Projektplanes in Anwesenheit von Ärzten und Projektkoordinatoren statt (Gschleier & Andergassen, 2019). Ein unterstützendes För-

derungskonzept wird unter Beachtung ermittelter gesundheitlicher Gefährdungsstellen sowie subjektiv erlebten Belastungen entwickelt (Lempert-Horstkotte, 2009). Über den Planungsschritt geschieht die Listung der über die Analyse gewonnenen Daten in Form eines Gesundheitsberichtes. In Zusammenarbeit mit externen Experten erfolgt die Aufstellung eines Maßnahmenplanes unter Aufsicht des Steuerkreises. Genannt wird die Intervention mit dem dazugehörigen Ziel, der Zielgruppe sowie finanziellen und zeitlichen Aspekten. Krankenhäuser profitieren dabei nicht von einer Vielzahl quantitativer Angebote, sondern deren qualitativen Umsetzung unter beschränkten organisatorischen Ressourcen des Personals (Gschleier & Andergassen, 2019).

Die abschließende Ausführung veranschlagt aufgrund komplexer Krankenhausstrukturen zwei bis drei Jahre (vgl. ebd.). Die Umsetzung erfolgt partizipativ. Die Pflegefachkräfte selbst stellen Experten für die gesundheitsbezogenen Interventionen dar. Um die Durchführung zu bestärken, muss eine interne Öffentlichkeitsarbeit und Transparenz des Projektes von Beginn an gegeben sein (Lempert-Horstkotte, 2009). Mittels des im Vorfeld festgelegten Kommunikationskonzeptes sind die Kommunikationskanäle innerhalb des Krankenhauses definiert (Gschleier & Andergassen, 2019). Ein von der Gesundheitseinrichtung gestellter BGF-Koordinator dient als Korrespondent zwischen der Geschäftsführung und den Arbeitnehmern (Lempert-Horstkotte, 2009). Er leitet die Intervention und sorgt für deren Umsetzung. Nach Interventionseinführung ist das Krankenhaus zur jährlichen Anfertigung eines Projektberichtes verpflichtet. In Form einer Kosten-Nutzen-Rechnung schließt die Evaluation den in das Gesundheitswesen integrierten Kernprozess ab (Gschleier & Andergassen, 2019). Gut strukturierte BGF-Maßnahmen können im späteren Verlauf sowohl für Mitarbeiter als auch Patienten der Langzeitpflege (Geriatric) Anwendung finden (Hollederer, 2018).

2.3.3 Handlungsfelder

Für die Umsetzung gesundheitsförderlicher Interventionen verstärkt sich das Krankenhaus mittels internen und externen Akteuren sowie einrichtungsübergreifenden Aktivitäten (Staender, 2011). Folgend werden durch Abbildung 6 Interventionsmöglichkeiten für gesundheitsförderliche Maßnahmen stationärer Pflegeeinrichtungen aufgezeigt.

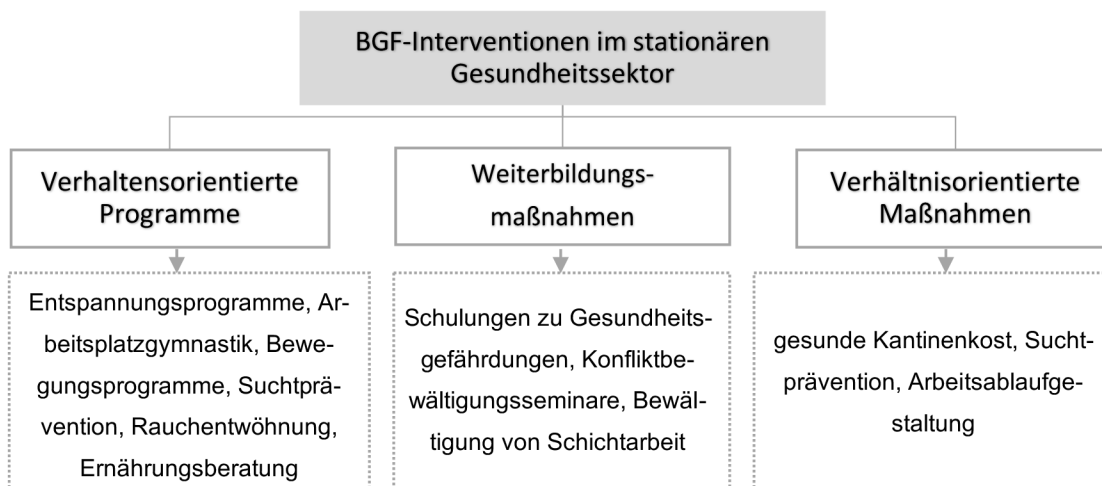


Abbildung 6: Interventionsformen gesundheitsfördernder Maßnahmen in der stationären Pflege (eigene Abbildung n. Lützenkirchen, 2003; Jacobs et al., 2020)

Über den verhaltens- und verhältnisorientierten Ansatz sowie Weiterbildungsmaßnahmen erfolgt die Stärkung eines gesundheitsförderlichen Verhaltens am Arbeitsplatz (Lützenkirchen, 2003). Im Rahmen von Massagen, progressiver Muskelrelaxation oder Yoga werden Entspannungsprogramme umgesetzt. Die Teilnahme an Rückenschulkursen oder innerbetrieblichen Sportgruppen (z. B. Laufgruppen) zählt zur Umsetzung mittels Bewegungsprogrammen (Jacobs et al., 2020). Dem unter dem Pflegepersonal erhöhten Anteil an Rauchern stehen Aufklärungskampagnen zur Suchtprävention und Rauchentwöhnung gegenüber (Bruland & Schulz, 2010). In Zusammenarbeit mit dem hauseigenen Essensversorger können unterstützend zur Ernährungsberatung gesunde Gerichte angeboten werden. Arbeitsplatzbezogene Verhaltensschulungen für pflegerische Tätigkeiten sowie Seminare zur Stressbewältigung unterliegen der Prävention von Gesundheitsgefährdungen. Für eine bessere Arbeitsorganisation erfolgt die Schaffung von Pausenräumen als Rückzugsort. Auf welche Möglichkeiten die Gesundheitseinrichtung bei der Umsetzung von BGF-Maßnahmen zurückgreift, ist abhängig von deren Zielstellung sowie Ressourcen (Faller, 2017). Nachfolgend findet ein Beispiel aus der Praxis zur Umsetzung betrieblicher Gesundheitsförderung im Gesundheitswesen Nennung.

Praxisbeispiel: „astra plus“ – Rauchfrei in der Pflege

Circa 50 Prozent aller Auszubildenden im Pflegesektor sind Raucher. Basierend darauf wurde 2013 das über drei Jahre andauernde Projekt „astra plus“ vom Bundesministerium für Gesundheit initiiert. Die Zielstellung lag auf der Reduktion des Tabakkonsums unter dem angehenden Pflegepersonal. In Zusammenarbeit mit den Ausbildungsstätten sowie

Praxispartnern (Krankenhäuser) erfolgte die Umsetzung des Projekts. Dafür wurden Unterrichtskonzepte zu einem gesünderen Lebensstil ohne Rauchen, zur Rauchberatung sowie zur Stressbewältigung entwickelt und an die Schüler herangetragen. Der Schwerpunkt lag auf der Etablierung eines gesundheitsbewussteren Verhaltens, um gegenüber Klienten eine Vorbildfunktion abzubilden. Für die Durchführung erfolgte die Ausbildung von „astra-plus“- Trainern, welche für die Umsetzung der Intervention in den Schulen sowie Praxiseinrichtungen verantwortlich waren. Gefördert wurde das Projekt durch die DAK Gesundheit in Zusammenarbeit mit den involvierten Krankenhäusern (vgl. ebd.).

2.4 Wissenschaftliche Studienlage

Nachfolgendes Kapitel dient der Darstellung des aktuellen Wissensstandes anhand ausgewählter Studien. Dabei wird die wissenschaftliche Sachlage im Bereich der Einflussfaktoren auf Konzepte der betrieblichen Gesundheitsförderung sowie spezifische Zusammenhänge zwischen dem Faktor Alter und der Gesundheitsförderung am Arbeitsplatz eingegangen. Abschließend erfolgt für das Setting Krankenhaus die Darstellung spezifischer Wirkungsansätze von BGF-Interventionen.

2.4.1 Einflussfaktoren der betrieblichen Gesundheitsförderung

Im Auftrag des „Fonds Gesundes Österreich“ (FGÖ) untersuchten Simek und Mitarbeiter (2014) die vom FGÖ über 10 Jahre unterstützten Projekte zur betrieblichen Gesundheitsförderung in österreichischen Unternehmen. Im Rahmen der Qualitätsüberprüfung stand die Zielstellung im Raum, förder- sowie hinderliche Faktoren für die zwischen 1998 und 2009 durchgeführten Praxisprojekte (beruhend auf natürlichen Situationen) zur betrieblichen Gesundheitsförderung zu ermitteln. Die Datengrundlage bildeten Projektdokumente, zu welchen beispielsweise Projektanträge der 24 vom FGÖ geförderten Projekte zählten. Die Darstellung der Ergebnisse erfolgte in fünf Kategorien. Die darin vertretenen Faktoren mit sowohl hinderlichen als auch förderlichen Auswirkungen auf die Umsetzung von BGF-Maßnahmen wurden als Einflussfaktoren deklariert. Zu diesen zählten: „Projektspezifische Prozesse und Strukturen“, „Ausrichtung von BGF-Interventionen“, „Überbetriebliche Kontextfaktoren“, „Betriebliche Aspekte“, „Merkmale der Evaluation“ sowie die „Charakteristika der Zielgruppe“. Begründet der vorliegenden Fragestellung in Kapitel 3 (S. 37) liegt der Betrachtungsschwerpunkt auf Letzteren. Simek et al. verzeichnet durch eine differenziert ausgeprägte Motivation sowie Beteiligung der Beschäftigten an BGF-Interventionen eine beeinflussende Wirkung auf deren Umsetzung. Gleiches gilt für unzureichendes Wissen der Zielgruppe über die Effekte gesundheitsförderlicher Maßnahmen.

Das systematische Review von Rojatz, Merchant & Nitsch (2015) baut auf die Studie von Simke et al. auf. Die Literaturanalyse zielt auf die Untersuchung weiterer, empirisch belegter Einflussfaktoren ab. Die Datenauswertung nimmt Bezug auf Forschungsprojekte, welche konträr zu den oben genannten Praxisprojekten auf künstlich herbeigeführten Situationen basierten. Datengrundlage bildeten nach 1997 publizierte Forschungsprojekte, welche sich inhaltlich auf Einflussfaktoren gesundheitsfördernder Interventionen (Planung, Implementation, Evaluation) bezogen. Aus 798 Artikel wurden nach Anwendung der Ausschlusskriterien sowie Verfügbarkeit 53 Artikel in die Literaturanalyse eingeschlossen. Der Schwerpunkt richtete sich bei 47 Studien auf ein spezifisches Gesundheitsförderungskonzept, wovon acht Studien bewegungsbezogene Aspekte thematisieren. Schlussfolgernd zählten zu den in den Ergebnissen präsentierten zentralen Einflussfaktoren „Kontextfaktoren zur Projektimplementierung“, „Eigenschaften des Betriebes“, „Interventionscharakteristika“, „Eigenschaften und Erwartungen der Projektumsetzer“ sowie „Eigenschaften und Erwartungen der Teilnehmer“.

Die sich sowohl unter den Forschungs- als auch Praxisprojekten etablierten Einflussfaktoren werden nach Rojatz et al. (2015) als Erfolgsfaktoren deklariert. Darunter zählen die „Eigenschaften des Betriebes“, die „Eigenschaften der Intervention“ sowie die „Zielgruppencharakteristik“. Die Eigenschaften der Teilnehmer differenzieren sich durch deren Motivation und Einstellung, die Beteiligung sowie Compliance an Projekten ebenso wie die bestehenden Ressourcen der Mitarbeiter, welche in beiden Untersuchungen positive sowie negative Auswirkungen auf die BGF-Intervention zeigten. Die genannten Eigenschaften der Probanden treten in Abhängigkeit vom Alter differenziert auf.

2.4.2 Zusammenhang von Alter und betrieblicher Gesundheitsförderung

Die Thematik der Gesundheitsförderung am Arbeitsplatz und deren Wirkung auf das (höhere) Alter wurden durch die systematische Literaturrecherche „Workplace health promotion for older workers: a systematic literature review“ von Poscia und Mitarbeitern (2016) untersucht. Die Literaturanalyse erfolgte innerhalb elektronischer Datenbanken nach Abstracts, welche sich auf die Thematik der betrieblichen Gesundheitsförderung im Zusammenhang mit älteren Erwerbstätigen spezialisierten. Ebenfalls belief sich die Suche auf Studien, welche innerbetrieblich die Förderung eines gesunden Alterns durch BGF-Interventionen für die gesamte Belegschaft aufgriffen. Aus den zwischen 2000 und 2015 themenbasierenden 9.791 Quellen kristallisierten sich nach Anwendung von Ein-/Ausschlusskriterien 18 Studien heraus. Demnach wurde nur Literatur berücksichtigt, welche

über Interventionen mit Älteren am Arbeitsplatz berichtete. Ebenso mussten Primärquellen vorliegen. Ausgeschlossen wurden hingegen Texte, welche altersspezifische Krankheiten aufgriffen. Mit Hilfe der Ergebnisse erfolgte die Überprüfung von vier Zielstellungen auf deren Wirksamkeit, welche mittels einem gesundheitsfördernden Konzepts (bei älteren Mitarbeitern) angestrebt wurde. Zu diesen zählten (Poscia et al., 2016):

- eine gesteigerte Bindung an den Beruf
- die Erhöhung der Arbeitsfähigkeit
- die Verbesserung der Arbeitsorganisation/-produktivität
- die Förderung von Gesundheit und Wohlbefinden am Arbeitsplatz

Die nachfolgende Tabelle veranschaulicht die Zielstellung sowie Wirksamkeit von BGF-Interventionen für Mitarbeiter ab dem 40. Lebensjahr.

Tabelle 2: Wirksamkeit von BGF-Interventionen für Mitarbeiter über 40 Jahren (eigene Tabelle n. Poscia et al., 2016)

| Zielstellung | Wirksamkeit | Interventionen |
|--|--|---|
| Gesteigerte Bindung an den Beruf | - auf hohem geistigen Leistungsniveau signifikante Verbesserung - Erleichterung von Arbeitsentscheidungen und beruflicher Entwicklung | computergestütztes Atemschutzprogramm, Mentoren-Programme |
| Erhöhte Arbeitsfähigkeit | - kein signifikanter Anstieg zu verzeichnen - Rückgang: Wunsch nach frühzeitiger Berentung - physische Interventionen reduzieren körperliche Belastung, jedoch nicht signifikant den WAI | Stressmanagement, Ernährungsberatung, physische und psychische Interventionen, Konfliktmanagement |
| Verbesserung von Arbeitsorganisation/ -produktivität | - keine signifikante Verbesserung - Schlaf- und Wachphasen optimiert | Lebensstilintervention, Schichtregulation |
| Förderung von Gesundheit & Wohlbefinden am AP | - signifikante Verbesserung der körperlichen Aktivität - Gewichtsreduktion, BMI, Taillenumfang | physische Interventionen (mittlere Intensität) |

Die in der Literatur untersuchten BGF-Interventionen unterlagen einer heterogenen Methodik sowie Ergebnispräsentation. Das Durchschnittsalter der Probanden lag zwischen 51 bis 55 Jahren. Ab dem 40. Lebensjahr wurden durch Poscia et al. alle Arbeitnehmer als alt deklariert. Die älteren Erwerbstätigen verzeichneten bei der Förderung von Gesundheit und Wohlbefinden bestmögliche Effekte gegenüber der Optimierung von Arbeitsfähigkeit und -produktivität. Zu berücksichtigen sind dabei die vorliegenden persönlichen Ressourcen sowie der differenzierte zeitliche Rahmen zur erfolgreichen Umsetzung der Gesundheitsförderung im Betrieb (vgl. ebd.).

2.4.3 Wirkungsansatz betrieblicher Gesundheitsförderung im Krankenhaus

Perry und Mitarbeiter (2017) untersuchten die Durchführbarkeit und Wertigkeit der betrieblichen Gesundheitsförderung in Krankenhäusern für Pflegefachkräfte sowie Hebammen. Mit Unterstützung durch Pflegeexperten lag die Zielstellung auf der Entwicklung von Praktiken zur Umsetzung von BGF-Maßnahmen im Gesundheitswesen. Innerhalb eines dreimonatigen Erhebungszeitraumes fand mit Hilfe eines angepassten Delphi-Studiendesigns eine Pflegepersonalbefragung statt. Fünftausend australische Krankenschwestern und Pfleger wurden zu ihrem Gesundheitszustand sowie -verhalten über zwei anonymisierte Fragerunden befragt. Vor der zweiten Befragungsrunde erfolgte im Vorfeld die Ergebnispräsentation der ersten Testrunde, um im zweiten Durchgang der Befragung Meinungsänderungen des Pflegepersonals erkenntlich machen zu können. In einer anschließenden Expertenrunde folgte die Auswertung aller Ergebnisse. Die Pflegefachkräfte zeigten in dieser, dass ihr Gesundheitszustand einen unterdurchschnittlichen Wert bei der Beurteilung dessen gegenüber anderen Berufsgruppen aufwies.

Aufgrund der fehlenden Datenlage zu BGF-Interventionen im Gesundheitswesen entwickelte das Expertengremium Interventionen zur betrieblichen Gesundheitsförderung für das Setting Krankenhaus. Die auf alle AK ausgerichteten Maßnahmen wurden im Vorfeld über eine Literaturrecherche und evidenzbasierte Interventionen zur Arbeitsplatzgestaltung definiert. Eine Ausrichtung nach den Standards der WHO erfolgte zugleich. Bei der Entwicklung wurde Bezug auf die vier Faktoren: psychische Gesundheit, gesunde Ernährung, Bewegung sowie Rauchentwöhnung genommen. Die 19 Experten bewerteten jede der Maßnahmen zur betrieblichen Gesundheitsförderung nach ihrer Bedeutung (Faktor 1) sowie deren Durchführbarkeit (Faktor 2) mittels einer fünfstufigen Ratingskala. Durch die Multiplikation beider Faktoren erfolgte die Bildung eines Referenzwertes für jede Maßnahmen-Kategorie. Je höher das Produkt der beiden Faktoren war, desto mehr Priorität lag

auf dessen Umsetzung. Die größte Notwendigkeit der Gesundheitsförderung zeigte die Umsetzung von Interventionen im Bereich der psychischen Gesundheit mit einem Wert von 12,7. Gefolgt von der Rubrik der gesunden Ernährung mit einem Faktor von 10,6, der Bewegung (Faktor = 9) sowie der Rauchentwöhnung mit einem Wert von 6,7 (vgl. ebd).

3 Wissenschaftliche Fragestellung und Hypothese

In Anbetracht der marktwirtschaftlichen Entwicklung, einhergehend mit der Privatisierung von Krankenhäusern, reagieren Gesundheitseinrichtungen mit Personalabbau und Mehrarbeit für das Pflegepersonal. Die daraus resultierenden gesundheitlichen Beeinträchtigungen können mittels BGF-Interventionen verhindert werden. In Verbindung mit dem zunehmenden Anteil an älteren Arbeitskräften in stationären Pflegeeinrichtungen muss deren Implementierung im Gesundheitswesen genauere Betrachtung finden.

Der vorliegende Wissensstand zu „working health programs“ weißt in Verbindung mit dem Faktor Alter nur wenige, in schlechter Qualität vorliegende Studien auf. Die bestehende Studienlage analysiert Einflussfaktoren zur Durchführung von BGF-Maßnahmen, legt aber keinen Fokus auf die Betrachtung des Alters. Ausschließlich Zielgruppenanalysen lassen Rückschlüsse auf einen möglichen Altersaspekt zu, greifen diesen aber nicht auf. Vermehrt Anwendung findet der Altersaspekt unter der Analyse generationspezifischer, gesundheitsförderlicher Wirkungsweisen durch BGF-Maßnahmen. Interventionen mit signifikanten Effekten finden Nennung. Neben den altersspezifischen Wirkungsansätzen verschiedener Branchen unterliegen stationäre Pflegeeinrichtungen einer gezielten Betrachtung. In Zusammenhangsanalysen zu BGF-Interventionen im Krankenhaus bleibt der Alterseffekt jedoch unberührt. Eine genaue Untersuchung des Zusammenhangs in Verbindung mit der Implementierung der betrieblichen Gesundheitsförderung erfolgt innerhalb der Studienlage nicht.

Um die aufgezeigte Forschungslücke zu schließen, untersucht die vorliegende Arbeit folgende Forschungsfrage:

Besitzt der Faktor Alter einen Einfluss auf die Implementierung betrieblicher Gesundheitsförderung (BGF) für Pflegefachkräfte auf Normalstation?

Der Forschungsfrage abgeleitet, besteht folgendes Hypothesenpaar:

H₀: Der Faktor Alter besitzt keinen Einfluss auf die Implementierung gesundheitsfördernder Maßnahmen in stationären Pflegeeinrichtungen.

H₁: Der Faktor Alter besitzt einen Einfluss auf die Implementierung gesundheitsfördernder Maßnahmen in stationären Pflegeeinrichtungen.

4 Methodik

Hauptschwerpunkt richtet sich im Kapitel 4 auf die Beschreibung des methodischen Vorgehens der Studienintervention. Für die Anwendung findende Mitarbeiterbefragung werden nachfolgend die organisatorischen Rahmenbedingungen erläutert, welche für die Studiendurchführung der vorliegenden Arbeit von Notwendigkeit sind. Beginnend mit der Vorstellung des kooperierenden Praxispartners obliegt der Fokus dem Erhebungsinstrument in Form einer schriftlichen Befragung. Die Auswahl sowie Vorteile dessen werden neben der Fragebogenkonstruktion detailliert geschildert. Die Beschreibung des Probandenkollektivs und die Vorgehensweise innerhalb der Datenanalyse schließen das Kapitel der Methodik ab.

4.1 Methodik der Literaturrecherche

Die Grundlage dieser Abschlussarbeit bildet der in Kapitel 2 (S. 9) beschriebene wissenschaftliche Sachstand. Die basisschaffende Recherche basiert primär auf dem Online-Bibliotheksportal der Helios Kliniken GmbH. Die darin zur Verfügung gestellte Literatur nimmt Bezug auf die Datenbank PubMed, die medizinische Wissensplattform AMBOSS und Pschyrembel sowie eigene Publikationen der Helios-Institute. Folgende Tabelle (Tab.3) veranschaulicht am Beispiel der Stichworte „workplace health promotion“, auf deutsch „betriebliche Gesundheitsförderung“, den Suchauftrag mit der dazugehörigen Trefferzahl. Aufgrund des großen Textanteils dieser Thematik im Theorieteil wird dessen Recherche ausführlicher beleuchtet.

Tabelle 3: erweiterter Suchauftrag zum Thema „betriebliche Gesundheitsförderung“ in deutsch/englisch in der Helios-Zentralbibliothek (eigene Tabelle)

| <i>Deutsch</i> | | <i>Englisch</i> | | | |
|---------------------|-----------------------------------|--------------------|---------------------|----------------------------|--------------------|
| Suchbegriffe | | Trefferzahl | Suchbegriffe | | Trefferzahl |
| | betriebliche Gesundheitsförderung | 120 | | workplace health promotion | 6.013 |
| AND | Pflege | | AND | hospital | |

Um die Trefferanzahl zu erhöhen erfolgte neben der deutschsprachigen Literaturrecherche die Suche nach wissenschaftlichen Quellen in englischer Sprache. Unter allen Such-

aufträgen innerhalb des Bibliotheksportals fanden die gleichen Ein- und Ausschlusskriterien Anwendung. Neben der Suche nach deutsch- sowie englischsprachigen Texten wurden ausschließlich Volltexte in die Recherche mit einbezogen. Das Erscheinungsdatum von Büchern, E-Books und wissenschaftlichen Zeitschriften sollte nicht vor 2010 liegen. Ältere Publikationen sowie kostenpflichtige Texte galten als Ausschlusskriterien. Neben der Helios-Onlinebibliothek dienten SpringerLink sowie Google Scholar als ergänzende Wissensplattformen. Für diese erfolgte die Festlegung gleicher Ein- und Ausschlusskriterien wie oben angeführt. Zusätzlich wurde unter SpringerLink nur Texten der Rubrik „Medicine & Public Health“ eine Relevanz zugeschrieben.

Der Wissensgewinn zu den Thematiken: demografische Entwicklung, Gesundheit, beeinflussende Faktoren im Pflegeberuf und den Generationen leitete sich aus der Literaturrecherche zu den in Tabelle 3 (S. 38) aufgeführten Begrifflichkeiten ab. Die Literatur zur betrieblichen Gesundheitsförderung im stationären Pflegesetting basiert größtenteils auf dem Gesundheits- sowie Altersaspekt, wodurch inhaltliche Ergänzungen vorgenommen werden konnten. Für die anschließende Recherche zur wissenschaftlichen Studienlage dienten vorwiegend englischsprachige Studien der Analyse. Unter PubMed erfolgte die Suche nach Zusammenhangsanalysen zwischen BGF-Interventionen, dem Faktor Alter sowie dem Setting Krankenhaus. Die Suche nach frei zugänglichen Volltexten galt als Einschlusskriterium. Eine zeitliche Eingrenzung bezüglich des Erscheinungsdatums wurde nicht definiert.

Um die Erstellung eines standardisierten Fragebogens zu gewährleisten, erfolgte eine Literaturanalyse zur Erstellung von standardisierten Fragebögen (Mitarbeiterbefragung) sowie deren Durchführung. Die Suche begrenzte sich auf die Online-Bibliothek der Technischen Universität (TU) Chemnitz sowie SpringerLink. Um der Mitarbeiterbefragung als Anwendung findendes Erhebungsinstrument die größte Bedeutung zu zuschreiben, werden nachfolgend (Tab. 4) die Suchergebnisse innerhalb der Datenbanken vergleichend dargestellt.

Tabelle 4: erweiterter Suchauftrag zum Thema „Fragebogen“ im Suchmaschinen-Vergleich (eigene Tabelle)

| Online-Bibliothek der TU Chemnitz | | | SpringerLink | | |
|-----------------------------------|------------|-------------|--------------|------------|-------------|
| Suchbegriffe | | Trefferzahl | Suchbegriffe | | Trefferzahl |
| | Fragebogen | 1008 | | Fragebogen | 455 |
| AND | Befragung | | AND | Befragung | |

Gegenüber den oben aufgeführten Einschlusskriterien wurden unter den in Tabelle 4 genannten Suchmaschinen nur Bücher und Kapitel in die Analyse eingeschlossen. Unter SpringerLink erfolgt ebenfalls die Eingrenzung in den Bereich „Medicine & PublicHealth“, um themenspezifische Literatur aufzugreifen.

Das unter Abbildung 7 dargestellte Flussdiagramm dient zur Überblicksanalyse der Literaturrecherche. Dabei werden die in den jeweiligen Datenbanken durchgeführten Literaturrecherchen zusammenfassend betrachtet.

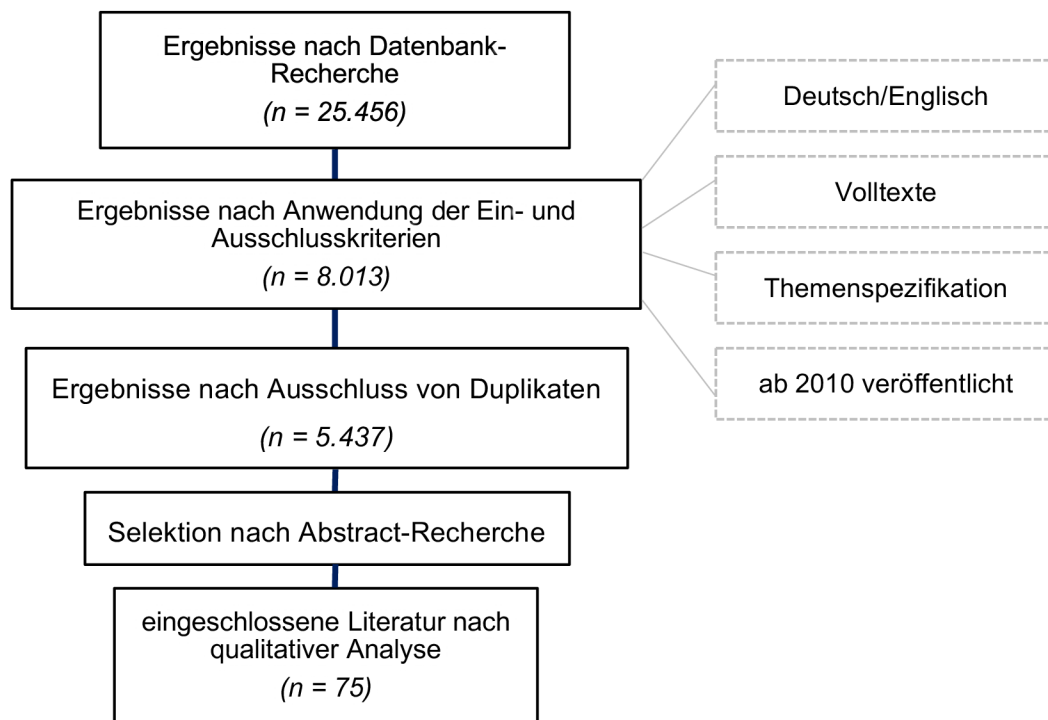


Abbildung 7: Flussdiagramm der Literaturrecherche (Gesamt) (eigene Abbildung)

Zeigten sich nach der abgeschlossenen Literaturrecherche Wissenslücken unter spezifischen Thematik (z. B. Normalstation) auf, bedurfte es dessen Ausgleich mit vor 2010 veröffentlichter Literatur. Für die Vorstellung des Praxispartners erfolgte die Informationsgewinnung über die Internetseite www.helios-gesundheit.de.

4.2 Praxispartner - Helios Klinikum Pirna GmbH

Das Helios Klinikum Pirna versorgt als Dienstleister zur Förderung und Erhalt der Fähigkeiten des Menschen alle Patienten im Großraum Pirna und Umgebung. Mit rund 750 Mitarbeitern wird auf höchstem medizinischen Standard gearbeitet, um eine optimale gesundheitliche Versorgung zu gewährleisten. Zu diesen zählen, neben der Geschäftsführung

und Verwaltung, Ärzte, Therapeuten sowie Pflegekräfte, die mit ihrer Arbeit das Ziel einer optimalen Genesung aller Patienten verfolgen. Auf 390 Betten verteilt, ließen sich über das Jahr 2019 rund 18.500 voll- und teilstationäre Patienten verzeichnen (<https://www.helios-gesundheit.de/kliniken/pirna/unser-angebot/>; Zugriff: 03.08.2020).

Neben verschiedenen Fachbereichen wie der Allgemein- und Bauchchirurgie, der Herzmedizin, der Gastroenterologie, der Hals-, Nasen-, Ohrenheilkunde oder der Geriatrie bietet das Klinikum weitere Dienstleistungen an. Über das Medizinische Versorgungszentrum werden durch Ärzte verschiedener Fachbereiche ambulante Leistungen angeboten, welche jährlich von rund 37.000 Patienten in Anspruch genommen werden. Ergänzt wird der ambulante sowie stationäre Pflege- und Behandlungsprozess durch hausinterne Physio- und Ergotherapeuten sowie Logopäden (vgl. ebd.).

4.3 Schriftliche Mitarbeiterbefragung

Im Rahmen der empirischen Untersuchung dient Kapitel 4.3 der Beschreibung des methodischen Vorgehens. Dabei wird zu Beginn die Wahl des Erhebungsinstruments begründet mit einer anschließenden Aufschlüsselung des angewendeten Fragebogens. Im letzten Teil des Kapitels erfolgt die Darstellung der Vorbereitung sowie Durchführung der Mitarbeiterbefragung. Die Grundlage dafür bildet die in Kapitel 3 (S. 37) geschaffene Fragestellung und deren Hypothesenpaar.

4.3.1 Wahl des Erhebungsinstruments

Die in der vorliegenden empirischen Arbeit Verwendung findende schriftliche Befragung zählt zur quantitativen Forschung (Mayer, 2013). Diese steht für eine numerische Darstellung der Empirie zur Abbildung der zu erfassenden Gesamtheit (Steiner & Benesch, 2018).

Die in Form eines Fragebogens umgesetzte schriftliche Befragung beschreibt das Vorlegen von Fragen in niedergeschriebener Form. Dabei beantwortet der Untersuchungsteilnehmer die Fragen selbstständig ohne Beisein eines Interviewers (vgl. ebd.). Durch das angeführte Erhebungsinstrument wurde eine Methode gefunden, welche kostengünstig ist sowie in kurzer Zeit eine große Stichprobe erfasst. Auf Personalkosten ist durch die Abwesenheit eines externen Moderators zu verzichten. Für die Durchführung der Untersuchung erfolgte vom Helios Klinikum Pirna keine Veranschlagung von Kostenpunkten, was mit dem Einsatz einer schriftlichen Befragung Berücksichtigung fand. Der nicht vorhandene personelle Aufwand begünstigt zugleich die Durchführbarkeit des Erhebungsinstruments (Mayer, 2013). Ebenso wird die Umsetzung der Studie im veranschlagten Zeitraum

von insgesamt vier Monaten gewährleistet. Die Befragung in schriftlicher Form wirbt mit einer höheren Erreichbarkeit gegenüber Interviews. Das Ziel, die Erlangung einer repräsentativen Stichprobe durch die Teilnahme möglichst vieler Pflegekräfte, kann demnach bestätigt werden. Durch die schriftliche Befragung gelingt es, das gesamte Pflegepersonal anzusprechen. Hierdurch signalisiert die Klinikleitung den Arbeitnehmern das Interesse zur Weiterentwicklung von Unternehmensstrukturen. Das Risiko eines vorzeitigen Abbruchs während der Beantwortung wird gemindert (Schmidt et al., 2005). Neben den organisatorischen Rahmenbedingungen sorgt die Abwesenheit eines Interviewers für eine überlegtere Antwort des Probanden. Der Teilnehmer verspürt keinen Druck, eine sozial erwünschte Antwort abgeben zu müssen. Die schriftliche Befragung ist gekennzeichnet durch ein ehrliches Antwortmuster (Mayer, 2013), welches die im vorliegenden Fragebogen angeführte Aufforderung zu einer ehrlichen Beantwortung unterstützt.

4.3.2 Methodik und Inhalt des Fragebogens

Der in Rücksprache mit dem Qualitätsmanagement des Helios Klinikums Pirna über die Software EvaSys erstellte Fragebogen (s. Anhang 1) besitzt fünf Subkategorien. Hauptschwerpunkt der schriftlichen Mitarbeiterbefragung liegt auf der zweiten Fragegruppe mit Fragen zur betrieblichen Gesundheitsförderung.

Fragen zur betrieblichen Gesundheitsförderung

Die Items (Fragen) zur betrieblichen Gesundheitsförderung bilden den Hauptteil des Erhebungsinstrumentes ab. Begründet durch Aschemann-Pilshofer (2001) befinden sich der Hauptteil im mittleren Drittel der Befragung, um die höchste Aufmerksamkeit der befragten Pflegekräfte zu erhalten. Die durch die Fragen zur betrieblichen Gesundheitsförderung gewonnenen Informationen sind bedeutend für die in Kapitel 3 aufgestellte Fragestellung. Frage 3.1 (Abb. 8) dient der Interessensermittlung zum Thema Gesundheitsförderung am Arbeitsplatz.

3. Fragen zur betrieblichen Gesundheitsförderung

Betriebliche Gesundheitsförderung (BGF) bedeutet die Schaffung von Maßnahmen zur Verbesserung von Wohlbefinden und Gesundheit am Arbeitsplatz.

3.1 Haben Sie Interesse an Angeboten zur betrieblichen Gesundheitsförderung im Helios Klinikum Pirna?

Ja Nein

Bei -NEIN- fahren Sie mit Frage 4.1 fort!

Abbildung 8: Definition zur betrieblichen Gesundheitsförderung und Frage 3.1 (eigene Abbildung)

Die Filterfrage selektiert die nicht an BGF interessierten PflegerInnen aus der Stichprobe. Das Verwenden eines (einfachen) dichotomen Antwortmusters mit „Ja“ und „Nein“ zielt für

ein aussagekräftiges Ergebnis auf das Erzwingen einer schnellen und spontanen Antwort ab (Steiner & Benesch, 2018). Durch einen Antwortfilter, „Bei -NEIN- fahren Sie mit Frage 4.1 fort!“, überspringt das nicht an der betrieblichen Gesundheitsförderung interessierte Pflegepersonal alle weiteren, themenrelevanten Fragen. Durch deren fehlendes Interesse an gesundheitsförderlichen Maßnahmen bilden weitere Antworten des zweiten Fragenkomplexes nicht aussagekräftige Ergebnisse. Die durch Frage 3.1 gewonnenen Informationen dienen der Untersuchung eines Zusammenhangs zwischen dem Interesse an BGF-Interventionen und dem Faktor Alter.

Um Unklarheiten zur Definition der betrieblichen Gesundheitsförderung zu vermeiden, wurden diese im Vorfeld definiert. Damit kann eine Verfälschung der Ergebnisse aufgrund von Unwissenheit zur Thematik ausgeschlossen werden. Zugleich erfolgte die Sensibilisierung der Befragten mit der Abkürzung „BGF“. Die in der Befragung angeführten Items sind kurz und verständlich gefasst. Eine wiederholte Nennung der Begrifflichkeit „betriebliche Gesundheitsförderung“ gestaltet die Fragestellungen als zu komplex. Begründet daraus wurde sich für die Nennung der Abkürzung BGF in Frage 3.6 entschieden. Unterstützend wirkt die Verwendung der Höflichkeitsform für eine einheitliche Fragekonstruktion sowie zur Unterstützung einer positiven Befragungsatmosphäre.

Tendenzen zur zukunftsorientierten Förderung von BGF-Maßnahmen im Helios Klinikum Pirna werden über die Frage 3.2 aufgestellt. Das Item unterliegt der Überprüfung, welche der aktuellen Interventionen im Interesse der Pflegekräfte liegen. Das Pflegepersonal erhält einen Überblick zu bestehenden Maßnahmen im Klinikum Pirna. Die geschlossene Frage gibt mit einem gebundenen Antwortformat mehrere Antwortmöglichkeiten vor, aus welchem der Teilnehmer auswählen kann. Der Hinweis zur Mehrfachnennung eröffnet dem Befragten die Alternative zur Auswahl mehrerer Antwortoptionen. Wurde bis dato kein Angebot zur betrieblichen Gesundheitsförderung in Anspruch genommen, steht die Antwort „keine Maßnahmen“ zur Verfügung.

Frage 3.3 bietet den PflegerInnen die Möglichkeit zur Nennung von Zielen, welche sie durch die Teilnahme an gesundheitsförderlichen Maßnahmen am Arbeitsplatz verfolgen. Aufgrund einer Vielzahl an Antwortoptionen entschied sich die Autorin für die Konzeption einer offenen Frage. Durch diese erhält der Befragte die Chance zur Nennung eigener Ziele und Ansätze. Eine geschlossene Frage bürgt die Gefahr, nicht alle Antwortmöglichkeiten auszuschöpfen und die Probanden dadurch zu einer Antwort zu zwingen. Ange-

fügte Antwortbeispiele dienen dem Befragten als Hilfestellung sowie zum besseren Frageverständnis. Die aufgeführten Antworten geben Rückschluss auf interessensbezogene BGF-Maßnahmen, welche zukunftsorientiert Anwendung finden können.

Orts- und zeitgebundene sowie finanzielle Aspekte werden mittels der Items 3.4, 3.5 und 3.6 ermittelt. Die im geschlossenen Antwortformat abgebildeten Fragen (Abb. 9) vervollständigen die Interessensprofile der Pflegekräfte an BGF-Maßnahmen.

| | | |
|--|---|-----------------------------------|
| 3.4 Wann möchten bzw. nutzen Sie diese Maßnahmen? (Mehrfachnennung möglich) | | |
| <input type="checkbox"/> Arbeitszeit | <input type="checkbox"/> Pausenzeit | <input type="checkbox"/> Freizeit |
| 3.5 Würden Sie selbst finanzielle Mittel dafür aufbringen? | | |
| <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein | <input type="checkbox"/> Anteilig |
| 3.6 Wo sollten die Maßnahmen des BGF angeboten werden? | | |
| <input type="checkbox"/> Intern (im Klinikum) | <input type="checkbox"/> Extern (Fitnessstudio,...) | <input type="checkbox"/> Egal |

Abbildung 9: Fragen 3.4, 3.5 und 3.6 (eigene Abbildung)

Die Ermittlung von organisatorischen Aspekten sowie Kostenfaktoren sind für eine bedarfsgerechte, erfolgreiche BGF-Implementierung unumgänglich (Gschleier & Andergassen, 2019). Die gewonnenen Ergebnisse geben Aufschluss darüber, wann und wo die betrieblichen Maßnahmen erwünscht sind. Ebenso wird ersichtlich, in welchem Umfang der Teilnehmer finanzielle Mittel aufbringen würde. Abgeschlossen wird der zweite Fragenkomplex mit der Frage zur Nennung eigener Wünsche. Die betriebliche Gesundheitsförderung bietet eine Vielzahl von Interventionen an, die unter Auswertung der Fragestellung selektiert werden.

Fragen zur Person

Das für die Zusammenhangsanalyse benötigte Alter des Pflegepersonals wird über den soziodemografischen Teil der Befragung ermittelt. Da der Altersaspekt für den Befragten ohne Relevanz ist, erfolgt dessen Nennung zum Ende der schriftlichen Befragung. (Aschemann-Pilshofer, 2001). Die Erfassung von Persönlichkeitsmerkmalen geschieht über ein geschlossenes Antwortformat. Um der Fragestellung nachzugehen, unterliegt der Frage nach dem Alter eine hohe Wertigkeit. Die Antwortoptionen des Items aus Abbildung 10 leiten sich aus Kapitel 2.1.2 (S. 13) ab und stellen die Generationen (in Jahren) dar.

| 5. Fragen zur Person | | |
|--|--|--|
| 5.1 Wie alt sind Sie? | | |
| <input type="checkbox"/> 24 Jahre und jünger | <input type="checkbox"/> 25 - 39 Jahre | <input type="checkbox"/> 40 - 55 Jahre |
| <input type="checkbox"/> 56 Jahre und älter | | |
| 5.2 Ihr Geschlecht: | | |
| <input type="checkbox"/> weiblich | | <input type="checkbox"/> männlich |

Abbildung 10: vierter Fragenkomplex (eigene Abbildung)

Neben der Ermittlung interessenbezogener Zusammenhänge finden die Altersgruppen zur Erstellung von Interessensprofilen Verwendung. Die Profile ergeben sich aus den Angaben der dritten Fragegruppe, explizit aus den Fragen 3.2 bis 3.7. Die altersklassenspezifischen Profile unterliegen einem Vergleich, welcher zwischen den Generationen bestehende Unterschiede und Gemeinsamkeiten im Rahmen der Implementierung aufdeckt.

Fragen zur Arbeitsbelastung, Gesundheit und Lebensstil

Die unter dem ersten Fragenkomplex (gleich 2.) aufgezeigten Items (Abb. 11) spiegeln die im Kapitel zu den beeinflussenden Faktoren der betrieblichen Gesundheit (S. 24) aufgeführten Belastungsfaktoren wider.

| 2. Fragen zur Arbeitsbelastung | | | | |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| <i>Sie als Pflegefachkraft unterliegen bei der Arbeit auf Normalstation verschiedenen Belastungen.</i> | | | | |
| Beurteilen Sie in den nächsten Punkten, mit welcher Intensität Sie persönlich diese Belastungen wahrnehmen! | | | | |
| | Stark | Mäßig | Wenig | Überhaupt nicht |
| 2.1 wahrgenommene physische Belastungen: <i>(ungünstige Körperhaltungen, schweres Heben & Tragen, Umlagern, gebeugte & gedrehte Körperhaltungen,...)</i> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Abbildung 11: Frage 2.1 (eigene Abbildung)

Über unipolare Skalen erfolgt die subjektive Beurteilung der Belastungsintensität physischer, psychischer und organisationsbedingter Faktoren sowie der Wahrnehmung der Belastung durch Nacht- und Schichtdienste. Der Pretest zeigte, dass während der Beantwortung Probleme bei der Differenzierung zwischen physischen und psychischen Belastungen vorlagen. Durch die Nennung von Hilfstexten (Tätigkeitsbeispiele) wurde dieses Problem umgangen. Angeführt sind die in der Literatur als typische, für die Pflege beschriebenen Arbeitstätigkeiten. Der Einsatz einer geraden Anzahl an Antwortkategorien sorgt für das Umgehen der neutralen „Ich-Weiß-Nicht-Kategorie“. Diese wird häufig von Befragten ausgewählt, welche sich in ihrer Meinung nicht schlüssig sind. Das vierstufige Antwortformat wendet eine ungünstige Beeinflussung des Informationsgehaltes ab. Der Abstand

zwischen den Antwortkategorien ist gleichwertig, was eine bessere Auswertbarkeit unterstützt. Die Etikettierung jeder Antwortoption erfolgt mittels verbaler Skalenbezeichnung. Dadurch wird dem Probanden eine bessere Differenzierbarkeit zwischen den Antwortoptionen geboten. Eine eigens gewählte Verbalisierung der Antwortmöglichkeiten wird ausgeschlossen (Steiner & Benesch, 2018).

Die im Anschluss folgende Definition zur betrieblichen Gesundheitsförderung eröffnet dem Befragten den Zusammenhang zwischen der betrieblichen Gesundheitsförderung und den Belastungsfaktoren. Die durch innerbetriebliche Interventionen umgesetzte Gesundheitsförderung dient laut Schmidt und Mitarbeitern (2005) der Reduzierung von Belastungen. Durch die angeführte Begriffsdefinition wird für die Teilnehmer der Bezug zur Fragestellung aufrecht gehalten.

Neben den Belastungsfaktoren auf Normalstation wird die körperliche Aktivität in der Freizeit sowie das Vorliegen chronischer Erkrankungen erfragt. Beide Items (4.1, 4.2) wurden von der Autorin als weitere Ko-Faktoren auf die zu beantwortende Fragestellung bestimmt. Die in der dritten Fragegruppe (gleich 4.) gelisteten geschlossenen Items besitzen ein dichotomes Antwortformat. Hilfstexte mit Beispielen verstärken das Verständnis des angeführten Fragekomplexes.

Bei Erstellung der Instruktion wurde sich an die sechs Schritte nach Steiner & Benesch (2018) gehalten. Im Einleitungstext erfolgt die Aufforderung zum Verzicht der Namensnennung, um die Anonymität zu wahren. Neben dem Hinweis zur freiwilligen Teilnahme werden die PflegerInnen über den Kontext der empirischen Untersuchung in Kenntnis gesetzt. Seitens der Autorin wird daran appelliert, dass es bei der Beantwortung keine falschen Antworten gibt. Die Analyse der Daten erfolgt wertungsfrei. Die Instruktion verweist das Pflegepersonal bei bestehenden Rückfragen an die stellvertretende Pflegedirektion. Um einen zeitlichen Rahmen für einen repräsentativen Rücklauf zu setzen wurde mit dem 08.06.2020 ein Zeitfenster für die Befragung definiert. In Rücksprache mit der Geschäftsführung diente der Briefkasten der Pflegedienstleitung als Abgabeort ausgefüllter Fragebögen. Mit seiner zentralen Lage ist dieser für alle Pflegefachkräfte frei zugänglich. Anschließend wurde den Probanden für die Teilnahme gedankt.

4.4 Vorbereitung und Durchführung

Für die Durchführung der Mitarbeiterbefragung wurde sich unter wissenschaftlicher Vorgehensweise an die vier Schritte der Planung, Information (der Mitarbeiter), Durchführung

sowie Auswertung und Ergebnisdarstellung gehalten (Spychala & Sonnentag, 2009). Die in Tabelle 5 aufgezeigten Phasen veranschaulichen den Ablauf der Mitarbeiterbefragung im Helios Klinikum Pirna GmbH und stellen die dazugehörigen Aufgabenbereiche kurz vor.

Tabelle 5: Ablauf der Mitarbeiterbefragung mit Aufgabenbereichen & Zeitplan (eigene Tabelle)

| Planungsphase | Informationsphase | Durchführung | Auswertung/ Darstellung |
|--|--|---|---|
| April/Mai 2020 | 11.05.2020 | 11.05.- 08.06.2020 | Juni-August 2020 |
| <ul style="list-style-type: none"> - def. Zielstellung/-gruppe - Wahl Erhebungsinstrument - Literaturrecherche - Konstruktion Fragebogen - Rücksprache QM, GF und BR - Organisation → Pretest | <ul style="list-style-type: none"> - Information der Stationsleitungen - Präsentation stationsintern | <ul style="list-style-type: none"> - Ausgabe Fragebögen - Organisation Rücklauf | <ul style="list-style-type: none"> - Datencodierung - Datenauswertung mittels Excel - Datenpräsentation im Rahmen des QM |

Vor Beginn der Planungsphase erfolgte in Rücksprache mit dem Qualitätsmanagement (QM) die Formulierung der Zielstellung bzw. -gruppe. Um den Effekt des Alters auf die Implementierung der betrieblichen Gesundheitsförderung im Haus zu untersuchen, wurde sich als Erhebungsinstrument für eine schriftliche Mitarbeiterbefragung entschieden. Gründe für diese Wahl sind Kapitel 4.3.1 (S. 41) zu entnehmen. In Zusammenarbeit mit der Pflegedienstleitung wurden alle Normalstationen definiert. In Kooperation mit der Personalabteilung erfolgte die Bestimmung der Anzahl auf Normalstation tätiger Pflegekräfte (s. Anhang 2). Für die Deklaration der Altersstruktur erfolgte die Erstellung eines Dokuments der beschäftigten Pflegefachkräfte mit deren Geburtsdatum.

Für die Konstruktion des Fragebogens erfolgte vorerst eine Recherche zur standardisierten Fragebogenerstellung sowie möglichen Belastungsfaktoren für Pflegekräfte auf Normalstation. Letztere bedurfte es zur Ermittlung subjektiver Belastungen während der Tätigkeit auf Station. Im Anschluss folgte die Konstruktion des Fragebogens. Die Ausarbeitung erfolgte mit Hilfe der webbasierten Software EvaSys SurveyGrid des Unternehmens Electric Paper Evaluationssysteme GmbH. Durch das Qualitätsmanagement erhielt die

Autorin eine Einweisung zum selbstständigen Umgang mit dieser. Im Klinikum selbst findet die Software zur Durchführung eigener Befragungen Anwendung, wodurch eine reibungslose Nutzung gegeben war. Ein Entwurf der schriftlichen Befragung wurde dem Qualitätsmanagement vorgestellt und mit deren Unterstützung, für die Präsentation bei der Geschäftsführung (GF), überarbeitet. Die Vorstellung erfolgte über Mailverkehr. Seitens der Führungsebene gab es keine Einwände. Aufgrund der Umlaufzahl von 276 Fragebögen bedurfte die Durchführung zusätzlich die Zustimmung durch die Regionalpersonalleiterin des Helios Verwaltungsmanagement Ost GmbH. Abschließend stimmte der Betriebsrat der Durchführung zu. Die Kommunikation erfolgte ebenfalls über Mailverkehr.

Neben der Fragebogenkonstruktion legte die Autorin in Kooperation mit der Pflegedirektion, welche als Schnittstelle zwischen den Pflegekräften und der GF agierte, organisatorische Rahmenbedingungen fest. Die Umlaufdauer wurde auf vier Wochen ausgelegt.

Die Verteilung erfolgte im Rahmen der Stationsleiterrunde, in welcher Briefumschläge mit einer für die Station ausgezählten Anzahl an Fragebögen sowie einem Anschreiben (s. Anhang 3) ausgehändigt wurden. Die Verteilung erfolgte über die stellv. Pflegedirektion. Neben dem Hinweis zu wichtigen Rahmenbedingungen fand eine mündliche Instruktion statt. Die Stationsleitungen erhielten die Aufgabe zur Übermittlung dieser an das Pflegepersonal auf Station. Im Vorfeld der Stationsleiterrunde fand ein persönliches Gespräch mit der Pflegedirektion statt, welches alle Rahmenbedingungen der vorliegenden Studie detailliert eröffnete. Von einer Rundmail bezüglich des Umfragen-Startes wurde abgesehen.

Vor Abschluss der Informationsphase erfolgte die Durchführung des Pretests zur Kontrolle auf Vollständig- und Verständlichkeit (Mayer, 2013). Dabei wurde der Fragebogen unter einer Zufallsstichprobe von 15 Pflegefachkräften in Umlauf gebracht. Die daraus gewonnenen Daten dienten der Überprüfung, ob darunter die Fragestellung Beantwortung fand und Unklarheiten bei der Bearbeitung vorlagen. Im Anschluss fand ein kurzes Feedbackgespräch mit den Teilnehmern statt. Neben dem in Kapitel 4.3.2 (S. 42) angesprochenen Problem der Differenzierung von Belastungsfaktoren zeigten sich Verständnisprobleme gegenüber der Definition zur betrieblichen Gesundheitsförderung. Zu Beginn lag eine Definition vor, welche BGF-Maßnahmen ausschließlich als bewegungsbezogenen Interventionen deklarierte. Es stand die Fragestellung im Raum, warum die unter Frage 3.2 aufgeführten Antwortoptionen (z. B. Rauchentwöhnung) teils keinen bewegungsbezogenen An-

satz aufweisen. Eine Korrektur der Definition nach WHO-Empfehlungen wurde vorgenommen. Anfang Mai erfolgte die Ausgabe der Mitarbeiterbefragung über die Stationsleiterunde und die Vorstellung auf Station.

Die stellvertretende Pflegedirektorin unterstützte den Prozess der Durchführung, indem diese regelmäßig auf den Stationen für Rückfragen präsent war. Der Rücklauf erfolgte ausschließlich über den Briefkasten der Pflegedirektion, um durchgängig die Anonymität zu wahren. Nach Ablauf des vierwöchigen Umfragezeitraumes wurden 102 Fragebögen zusammengetragen. Mittels Excel erfolgte im Rahmen einer deskriptiven Auswertung die Abstraktion der Daten mit anschließender Ergebnisinterpretation. Für die Auswertung fand die Codierung der Fragen einschließlich der Antwortoptionen statt. Nach Abschluss der Ergebnisaufbereitung wurden die Daten betriebsintern dem Qualitätsmanagement und der Pflegedirektion präsentiert.

4.5 Probandenkollektiv

Aufgrund der aufgestellten Forschungshypothesen ist es von Notwendigkeit, die Population einzugrenzen. Es werden Ein- und Ausschlusskriterien geschaffen, welche im nachfolgenden Kapitel Erläuterung finden. Sie ermöglichen die Realisierung vergleichbarer Datensätze innerhalb der Studiendurchführung. Im Anschluss erfolgt die Deklaration der Stichprobenzusammensetzung sowie die Aufschlüsselung der Rücklaufquote.

4.5.1 Ein- und Ausschlusskriterien

Die für die Stichprobenzusammensetzung definierten Ein- und Ausschlusskriterien ermöglichen eine spezifische Analyse der aufgestellten Fragestellung. In Rücksprache mit dem Unternehmen stand die Zielstellung im Raum ausschließlich das Pflegepersonal, als größte Arbeitsgruppe im Helios Klinikum Pirna, zu untersuchen. Pflegekräfte innerhalb der Funktionsbereiche wurden von der Befragung ausgeschlossen. Für die Stichprobenselektion lagen keine alters- und geschlechtsspezifischen Ausschlusskriterien vor. Die Befragung zielte auf Mitarbeiter des Helios Klinikums Pirna ab.

4.5.2 Stichprobe und Rücklaufquote

Das Helios Klinikum Pirna weist eine Beschäftigtenzahl von insgesamt 750 Mitarbeitern (alle Funktionsbereiche) auf. Die Grundgesamtheit der vorliegenden Arbeit wird durch alle PflegerInnen der Normalstationen in ganz Deutschland gebildet. Die detaillierte Zusammensetzung der absoluten Fallzahl im Helios Klinikums Pirna wird, unter Berücksichtigung der Generationen, mittels Tabelle 6 abgebildet.

Tabelle 6: Zusammensetzung Pflegepersonal nach Altersgruppen (Generationen) auf Normalstation (eigene Tabelle)

| | 24 Jahre + jünger Generation Z | 25 bis 39 Jahre Generation Y | 40 bis 55 Jahre Generation X | 56 Jahre + älter Babyboomer | Gesamt |
|--------------------------|-----------------------------------|---------------------------------|---------------------------------|--------------------------------|--------|
| Anzahl gesamt | 29 | 90 | 135 | 45 | 299 |
| MW | 20,3 | 32,0 | 48,4 | 59,7 | - |
| SD | 12,5 | 12,5 | 12,4 | 12,5 | - |

Neben der absoluten Anzahl an Pflegepersonal je Generation wird der Mittelwert (MW) sowie die Standardabweichung (SD) abgebildet. Unter der Gesamtanzahl von 299 Pflegekräften findet das Personal in Elternzeit (EZ) oder im Langzeitkrank Berücksichtigung, wodurch insgesamt 276 Fragebögen (vgl. Anhang 2) im Helios Klinikum Pirna in Umlauf gebracht wurden. Die nachfolgende Tabelle (Tab. 7) zeigt die Anzahl an ausgehändigten sowie nach Ablauf der Rückgabefrist zurückerhaltenen Fragebögen einschließlich der Rücklaufquote auf.

Tabelle 7: Vergabe und Rücklauf der Fragebögen (in %) nach Altersgruppen (Generation) (eigene Tabelle)

| | verteilte Fragebögen (in %) | davon zurück erhaltene Fragebögen (in %) |
|--|-----------------------------|---|
| 24 Jahre + jünger Generation Z | 29 Fragebögen (10,5%) | 10 Fragebögen (34,5%) |
| 25 bis 39 Jahre Generation Y | 79 Fragebögen (28,6%) | 30 Fragebögen (38,0%) |
| 40 bis 55 Jahre Generation X | 128 Fragebögen (46,4%) | 44 Fragebögen (34,4%) |
| 56 Jahre + älter Babyboomer | 40 Fragebögen (14,5%) | 18 Fragebögen (45,0%) |
| Gesamt | 276 Fragebögen (100%) | 102 Fragebögen (37,0%) |

In Anlehnung an die Fragestellung erfolgt innerhalb der Verteilung sowie des Rücklaufes die Differenzierung nach den in Kapitel 2.1.2 (S. 13) genannten Generationen. Von insgesamt 276 Fragebögen lag der Rücklauf bei 102 Fragebögen. Die vorliegende Formel beschreibt die Berechnung der Bruttoreücklaufquote.

$$\text{Bruttorücklaufquote} = \frac{\text{Rücklauf Fragebögen (Gesamt)}}{\text{Verteilte Fragebögen}} * 100$$

Aus dieser ergibt sich ein Brutto-Wert von 37 Prozent. Der Wert liegt innerhalb des in der Literatur definierten Intervalls von 15 bis 60 Prozent (Mayer, 2013), wodurch Rückschlüsse auf die Grundgesamtheit gezogen werden können. Die Repräsentativität ist gegeben.

Unter den zurück erhaltenen Fragebögen zeigt sich mit rund 34,5 Prozent der geringste Rücklauf unter der Generation X und Z hingegen in der AK der über 56-Jährigen der höchste Rücklauf (45,0 Prozent). Die über den Rücklauf der Fragebögen erreichte Stichprobe unterteilt sich in 83 weibliche und 10 männliche Pflegekräfte (Enthaltungen liegen vor).

4.6 Deskriptive Datenanalyse und Auswertung

Mithilfe des Tabellenkalkulationsprogramms Microsoft Excel 2016 erfolgte die deskriptive Datenauswertung. Die durch die Mitarbeiterbefragung gewonnenen Rohdaten wurden über einen Zahlencode manuell in einem Gesamtdatensatz hinterlegt. Aus diesem konnte zu Beginn die Stichprobe nach Generationen aufgeschlüsselt werden. Die Auswertung und Darstellung der Daten untereinander erfolgte mittels Diagrammen und Tabellen. Für jede der vier AK wurden je Item die berechneten Relativwerte in Prozent durch Tabellen mit den dazugehörigen Balkendiagrammen aufgezeigt. Mittels einer Gesamtbetrachtung erfolgte die Gegenüberstellung der Generationen untereinander durch gruppierte Balkendiagramme. Darunter finden neben den Relativwerten die Absolutwerte (n) Nennung.

5 Ergebnisdarstellung

Nachfolgendes Kapitel dient der grafischen Darstellung und Analyse der durch die schriftliche Mitarbeiterbefragung gewonnenen Daten. Wie im Abschnitt 4.3.2 (S. 42) beschrieben, liegt der Schwerpunkt auf der Betrachtung von Generationen im Zusammenhang mit deren Interesse zur Implementierung der betrieblichen Gesundheitsförderung. Die im folgenden genannten AK 1, 2, 3 und 4 sind mit den in Kapitel 2.1.2 (S. 13) aufgeführten Generationen gleichzusetzen. Wonach AK 1 die jüngste und AK 4 die älteste Generation abbildet. Nach der Interessensanalyse finden die organisatorischen Implementierungsfaktoren Beachtung. Neben den Zielen und Wünschen erfolgt die Darstellung zeitlicher, räumlicher sowie finanzieller Aspekte, welche bei der Umsetzung betrieblicher Gesundheitsförderung Berücksichtigung finden. Die genannten Faktoren werden für jede AK gegenüberstehend dargestellt. Die Visualisierung und Verschriftlichung von potenziellen Ko-Faktoren folgt im Anschluss.

Um eine Vergleichbarkeit zwischen den vier AK zu gewähren, entsprechen die Werte einer Generation je Grafik 100 Prozent. Die unter den Altersgruppen entstehende Differenz zu 100 Prozent entspricht Enthaltungen. Aufgrund der Übersichtlichkeit wird auf deren Anführung innerhalb der Ergebnisdarstellung verzichtet. Die in Prozenten aufgezeigten Daten spiegeln Relativwerte wider, welche durch Absolutwerte Ergänzung finden.

5.1 Interessensbetrachtung nach Altersklassen

Einleitend wird die Grafik zur Interessenbetrachtung an Maßnahmen zur betrieblichen Gesundheitsförderung dargestellt. Vorbereitend veranschaulicht Tabelle 8 die Bezugstichproben je AK.

Tabelle 8: Bezugstichproben (n) je Altersklasse (100 Prozent) für Frage 3.1 (eigene Tabelle)

| | AK 1 | AK 2 | AK 3 | AK 4 | Σ |
|----------------------------|------|------|------|------|----------|
| Bezugstichprobe (n) | 10 | 30 | 44 | 18 | 102 |

Unter den Generationen zeigen sich keine gleichgroßen Stichprobengrößen. Mit 44 Befragten stellt die dritte AK die größte Teilstichprobe dar. Die Summe von 102 spiegelt den Rücklauf der Befragung im Helios Klinikum Pirna wider.

Die in Abbildung 12 aufgezeigten Ergebnisse leiten sich aus der Frage 3.1 „Haben Sie Interesse an Angeboten zur betrieblichen Gesundheitsförderung im Helios Klinikum Pirna?“ ab.

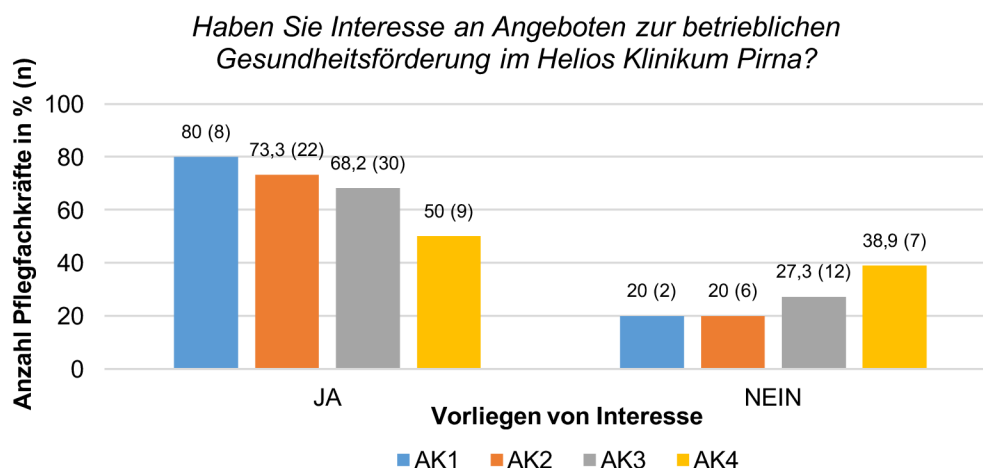


Abbildung 12: Interesse an BGF-Interventionen nach Altersklassen (eigene Abbildung)

Mit zunehmendem Alter verzeichnet sich ein kontinuierlicher Abfall an Pflegefachkräften, welche an betrieblicher Gesundheitsförderung interessiert sind. Während unter der jüngsten AK 80 Prozent Interesse zeigen, sind dies unter der ältesten Generation 50 Prozent. Die Werte der AK 3 und 4 ordnen sich mit 73 (AK 2) sowie 68 Prozent (AK 3) in der Mitte der zuvor genannten Generationen ein. Sechs Mitarbeiter verweigern ihre Aussage, wovon sich je zwei Probanden über die ältesten drei Generationen verteilen.

5.2 BGF-Interessensprofile stationärer Pflegefachkräfte

Die nachfolgenden Grafiken veranschaulichen die Analyse der im zweiten Fragenkomplex (gleich 3.) gelisteten Items zur betrieblichen Gesundheitsförderung. Die unter Frage 3.5 und 3.6 angeführten Daten nehmen ausschließlich Bezug auf die Probanden der AK, welche unter der Fragestellung 3.1 Interesse an Maßnahmen zur betrieblichen Gesundheitsförderung zeigen. Aufgrund der Mehrfachnennungen von Antwortoptionen gilt dies nicht für die Frage 3.2 sowie die offenen Fragen 3.3 und 3.7. Deren 100-prozentiger Bezugswert wird separat angeführt. Die unter Item 3.4 bestehende Möglichkeit zur Mehrfachbeantwortung wird von den Teilnehmern nicht in Anspruch genommen. Daraus begründend nimmt Frage 3.4 ebenfalls Bezug auf alle an BGF-Interessierten.

5.2.1 Bestehende Maßnahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung

Aufgrund der Möglichkeit zu Mehrfachnennung innerhalb der Frage 3.2 übersteigen die Relativwerte der folgenden vier AK jeweils 100 Prozent. Tabelle 9 verweist auf die Bezugsstichproben je Altersgruppe, an denen sich die nächstgenannte Ergebnisdarstellung orientiert.

Tabelle 9: Bezugsstichproben (n) je Altersklasse (100 Prozent) für Frage 3.2 (eigene Tabelle)

| | AK 1 | AK 2 | AK 3 | AK 4 |
|-----------------------------|------|------|------|------|
| Bezugsstichprobe (n) | 8 | 25 | 31 | 10 |

Unter allen Generationen wird eine Beantwortungsquote von über 50 Prozent erzielt. Mit diesen Teilstichproben erfolgt in Abbildung 13 die Analyse der durch die Pflegekräfte bereits in Anspruch genommenen Maßnahmen zur betrieblichen Gesundheitsförderung im Klinikum Pirna. Die in der schriftlichen Befragung unter Item 3.2 vorzufindende Fragestellung weist fünf Antwortmöglichkeiten auf.

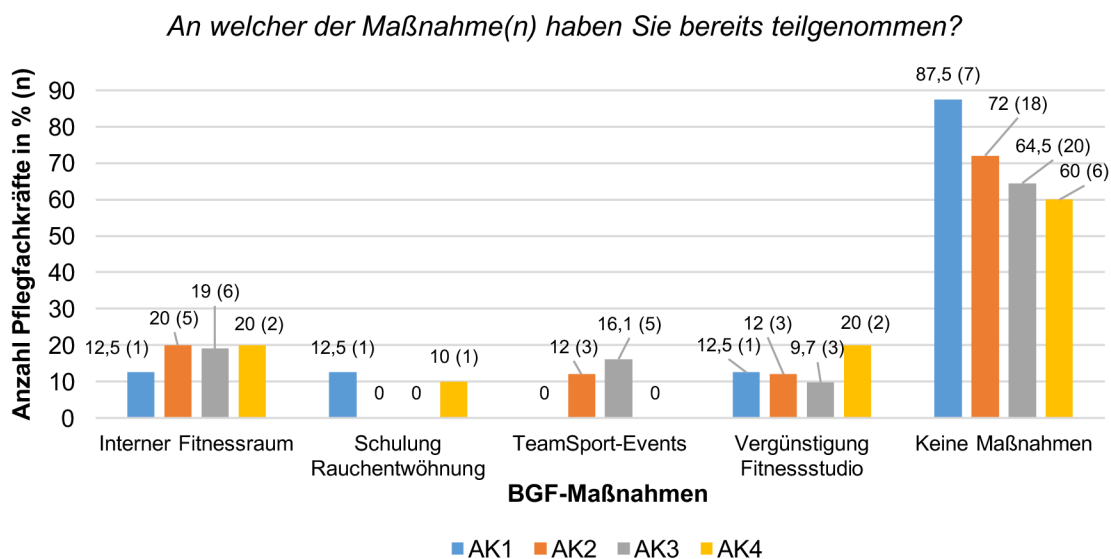


Abbildung 13: Teilnahme an bestehenden BGF-Interventionen nach Altersklassen (eigene Abbildung)

Unter allen Generationen zeigt sich für die „Schulung zur Rauchentwöhnung“ sowie die „Teilnahme an TeamSport- Events“ die geringste Beteiligung. Wobei AK 1 und AK 4 mit rund 11 Prozent an Schulungen zur Rauchentwöhnung und die Pflegefachkräfte zwischen dem 25. und 55. Lebensjahr hingegen an TeamSport-Events teilgenommen haben. Der

interne Fitnessraum wird bevorzugt von der zweiten sowie vierten AK genutzt. Letztgenannte verzeichnet unter dem Nutzen von Vergünstigungen für Fitnessstudios das größte Interesse und weist mit 20 Prozent eine um circa 100 Prozent gesteigerte Teilnahmebereitschaft gegenüber den anderen AK auf. Die Mehrzahl aller an der Befragung involvierten Mitarbeiter verweist auf die Antwortoption „keine Maßnahmen“. Den größten Anteil der nicht an BGF-Interventionen Teilgenommenen bildet mit 87,5 Prozent die jüngste Altersgruppe, gefolgt von AK 2 (72 Prozent) und AK 3 (64,5 Prozent). Unter der ältesten Generation verzeichnet sich der geringste Anteil an Pflegekräften (60 Prozent), welche an keinen Maßnahmen teilgenommen haben.

5.2.2 Ziele durch die Teilnahme an BGF-Interventionen

Die mittels Tabelle 10 genannten Ziele durch BGF-Interventionen haben sich aus der offenen Frage 3.3 herauskristallisiert.

Tabelle 10: Ziele durch die Teilnahme an BGF-Interventionen nach Altersklassen (eigene Abbildung)

| Ziele | AK 1 | AK 2 | AK 3 | AK 4 |
|------------------------------|--------------------|----------|-----------|----------|
| | Prozent (n) | | | |
| Alltagsausgleich | 25,0 (2) | 50,0 (8) | 25,0 (4) | 50,0 (3) |
| Muskelaufbau | 50,0 (4) | 43,8 (7) | 62,5 (10) | 66,7 (4) |
| Rauchentwöhnung | 25,0 (2) | | | |
| Gewichtsreduktion | | 18,8 (3) | | |
| Gesunde Ernährung | | 6,3 (1) | | |
| Gesundheit verbessern | | 18,8 (3) | 25,0 (4) | |
| Stressabbau | | 12,5 (2) | 31,3 (5) | 16,6 (1) |
| Konfliktbewältigung | | | | 16,6 (1) |
| Bezugsstichprobe (n) | 8 | 25 | 31 | 10 |

Wie im vorherigen Kapitel aufgezeigt, unterliegt dieses Item ebenfalls einer Mehrfachnennung, wodurch die Prozentangaben teils den 100 Prozentwert innerhalb der Generationen übersteigen. Die Tabelle spiegelt alle von den Teilnehmern genannten Ziele sowie die Bezugsstichproben wider. Unter den vier AK dominiert der Wunsch nach Muskelaufbau, verstärkt mit 66,7 Prozent unter der ältesten Generation. Ebenfalls stellt der Alltagsausgleich für alle Altersgruppen ein wichtiges Ziel dar. Die größte Wunschielfalt zeigt die AK

der 25 bis 39-Jährigen durch deren Anführung von Zielstellungen wie die „Gewichtsreduktion“ (18,8 Prozent), „gesunde Ernährung“ (6,3 Prozent), der „Verbesserung von Gesundheit“ (18,8 Prozent) sowie dem „Stressabbau“ mit 12,5 Prozent. Die zwei letztgenannten Zielstellungen werden dem gegenüber von der dritten AK verstärkt nachgefragt. Ausschließlich die Generation der über 56-Jährigen zielt auf die „Konfliktbewältigung“ (16,6 Prozent) ab.

5.2.3 Zeitlicher Aspekt von BGF-Interventionen

Für die Analyse des bestmöglichen Zeitpunktes zur Durchführung von Maßnahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung findet Frage 3.4 Verwendung. Wie in Kapitel 5.2. (S.53) beschrieben, unterliegt die Fragestellung der Mehrfachbeantwortung. Diese Möglichkeit wird jedoch von keinem Befragten in Anspruch genommen. Begründet daraus orientiert sich die Auswertung an den in Tabelle 11 aufgeführten Absolutwerten, welche die Bezugstichproben je AK veranschaulicht.

Tabelle 11: Bezugstichproben (n) je Altersklasse (100 Prozent) für Frage 3.4 (eigene Tabelle)

| | AK 1 | AK 2 | AK 3 | AK 4 |
|----------------------------|------|------|------|------|
| Bezugstichprobe (n) | 8 | 22 | 30 | 9 |

Die unter den AK bestehenden Stichproben ergeben sich aus den an BGF-Interventionen Interessierten. Eingeschlossen sind alle Probanden, welche Frage 3.1 mit „JA“ beantwortet haben. Daraus ergeben sich für die AK 1 acht, für die zweite AK 22, für die Dritte 30 und die letzte AK neun interessierte Pflegefachkräfte. Wie in Abbildung 14 dargestellt, standen dem Pflegepersonal die Antwortmöglichkeiten: „Arbeitszeit“, „Pausenzeit“ sowie „Freizeit“ zur Auswahl.

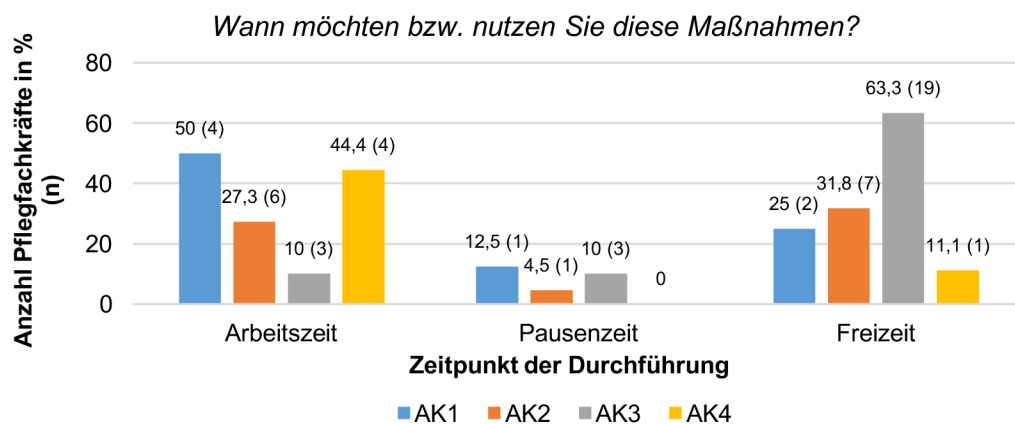


Abbildung 14: zeitlicher Aspekt von BGF-Interventionen nach Altersklassen (eigene Abbildung)

Während unter der dritten AK 63,3 Prozent zur Umsetzung innerhalb der Freizeit plädieren, nutzen bzw. möchte unter der jüngsten AK die Hälfte gesundheitsförderliche Maßnahmen während der Arbeitszeit in Anspruch nehmen. Ebenso wie die AK der über 56-Jährigen, welche zu 44,4 Prozent dazu tendiert. Die Minderheit bevorzugt die Nutzung der Pausenzeit für die Durchführung der betrieblichen Gesundheitsförderung. Unter der zweitjüngsten AK zeigen sich keine Tendenzen zwischen dem Nutzen während der Arbeits- oder Freizeit. Zu berücksichtigen ist die Enthaltungsquote der Generationen, welche unter der AK 2 (n=8) und 4 (n=4) bei rund 40 Prozent liegt.

5.2.4 Finanzieller Aspekt von BGF-Interventionen

Als weiteren Aspekt zur bedarfsgerechten sowie altersspezifischen BGF-Implementierung dient Frage 3.5: „Würden Sie selbst finanzielle Mittel dafür aufbringen?“. Nachfolgende Grafik (Abb. 15) veranschaulicht die Bereitschaft des Pflegepersonals zur finanziellen Beteiligung an Maßnahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung. Die Daten nehmen Bezug auf die in Tabelle 11 (S. 56) aufgezeigten Absolutwerte.

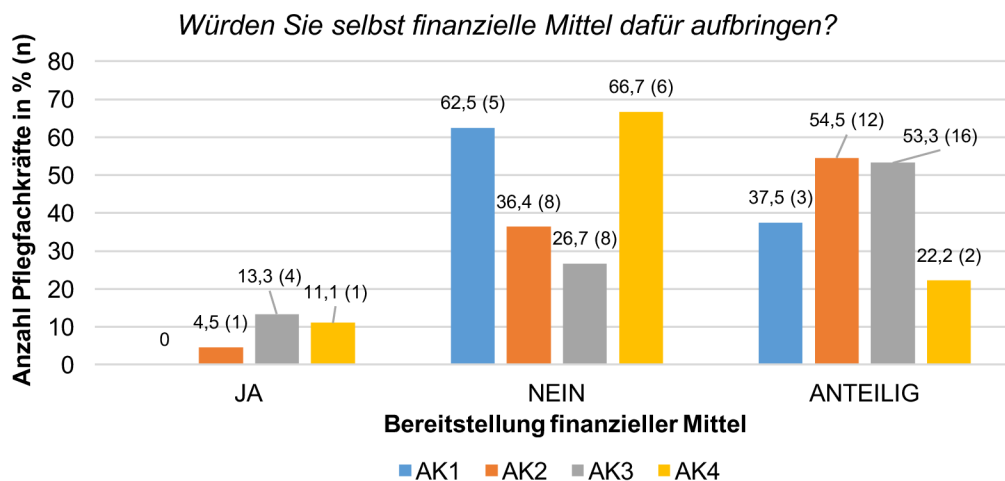


Abbildung 15: finanzieller Aspekt von BGF-Interventionen nach Altersklassen (eigene Abbildung)

Hingegen die Minderheit, welche sich für die Bereitschaft zur Finanzierung potenzieller BGF-Maßnahmen ausspricht, verzeichnen 62,5 Prozent der AK 1 sowie 66,7 Prozent der ältesten AK kein Interesse zur Aufbringung finanzieller Mittel. Die Mehrheit der AK 3 und 4 spricht sich für eine anteilige Finanzierung von BGF-Interventionen aus. Tendenzen innerhalb dieser Generationen verlaufen mit 36,4 Prozent (AK 2) sowie der dritten Altersgruppe (26,7 Prozent) zu der Meinung, keine Kosten tragen zu wollen. Unter AK 2 liegen eine sowie unter AK 3 zwei Enthaltungen vor.

5.2.5 Räumlicher Aspekt von BGF-Interventionen

Der vorletzte Aspekt einer bedarfsgerechten Implementierung erschließt sich durch Item 3.6 der Mitarbeiterbefragung. Das unter Abbildung 16 aufgezeigte gruppierte Balkendiagramm veranschaulicht, wo das Pflegepersonal die Umsetzung gesundheitsorientierter Maßnahmen wünscht. Die Bezugsstichproben der Generationen sind gleichzusetzen mit denen aus Tabelle 11 (S. 56).

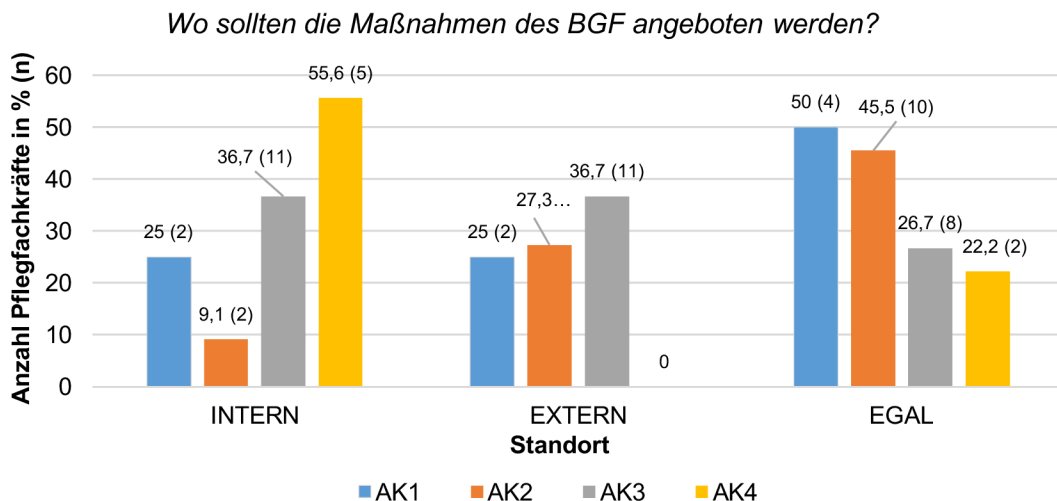


Abbildung 16: räumlicher Aspekt von BGF-Interventionen nach Altersklassen (eigene Abbildung)

Besonders die Altersgruppe der über 56-jährigen PflegerInnen erbittet sich eine betriebsinterne Umsetzung. Aus dem Klinikum ausgelagerte BGF-Maßnahmen sind für sie nicht von Interesse. Für 22,2 Prozent dieser Generation ist die Standortwahl irrelevant. Konträr dazu spricht sich die AK 2 mit 9,1 Prozent gegen intern durchgeführte Maßnahmen aus bzw. deklariert die Standortwahl als „EGAL“ (46 Prozent). Hingegen tendieren die unter 25-Jährigen mit jeweils 25 Prozent gleichermaßen zur internen sowie externen Umsetzung. Schließen sich dennoch mit der Mehrheit von 50 Prozent dem Aspekt an, die Standortwahl als unwichtig zu empfinden. Die Generation des 40 bis 55 Jahre alten Personals verzeichnet für alle drei Antwortmöglichkeiten keine Antworttendenz. Unter den 25 bis 39-Jährigen (n=4) sowie der ältesten Generation (n=2) verzeichnen durchschnittlich 20 Prozent eine Enthaltung.

5.2.6 Wünsche an Maßnahmen zur BGF-Implementierung

Die Frage 3.7 schließt die Auswertung der Implementierungsfaktoren ab. Die unter folgender Tabelle aufgeführten Daten dienen der Auflistung der unter allen teilgenommenen Pflegefachkräften angegebenen Wünsche an BGF-Interventionen.

Tabelle 12: Wünsche an BGF-Interventionen nach Altersklassen (eigene Tabelle)

| Wünsche | AK 1 | AK 2 | AK 3 | AK 4 |
|-----------------------------------|--------------------|----------|----------|--------|
| | Prozent (n) | | | |
| Massagen | 33,3 (1) | 38,9 (7) | 26,3 (5) | 30 (3) |
| Fitnessstudio/Kurse | 66,6 (2) | 5,6 (1) | 21,1 (4) | 10 (1) |
| Rückenschule | | 22,2 (4) | 26,3 (5) | 40 (4) |
| Physiotherapie | | 11,1 (2) | 5,3 (1) | 10 (1) |
| Ergonomischer Arbeitsplatz | | 5,6 (1) | | |
| Job-Bike | | 22,2 (4) | | |
| Ernährungsberatung | | 5,6 (1) | 5,3 (1) | 10 (1) |
| Laufanalyse/Körperhaltung | | 5,6 (1) | | |
| Stationsausflüge | | 11,1 (2) | | |
| Bezugsstichprobe (n) | 3 | 18 | 19 | 10 |

Die tabellarisch dargestellten Werte orientieren sich an den im letzten Tabellenabschnitt dargestellten Bezugsstichproben je AK. Aufgrund von Mehrfachnennungen kann innerhalb dieser der 100-Prozentwert überschritten werden. Durch eine Vielzahl genannter, vereinzelter Maßnahmen wird Tabelle 12 auf die meistgenannten Ziele reduziert. Die vollständige Tabelle findet sich im Anhang 4 wieder.

Für alle AK kristallisiert sich der Wunsch nach Massagen sowie das Interesse an Fitnessstudiobesuchen heraus. Besonders unter den 25 bis 39-Jährigen zeigt sich mit 39 Prozent großes Interesse darin. Unter Ausnahme der zweiten AK liegt der zweite Schwerpunkt auf der Durchführung von Rückenschulkursen. Weitere Wünsche nach physiotherapeutischen Behandlungen, Stationsausflügen oder einer ergonomischen Arbeitsplatzgestaltung finden nur vereinzelt Nennung.

5.3 Ko-Faktoren

Die unter dem Kapitel 5.3 folgenden Abbildungen präsentieren mögliche Ko-Faktoren auf die zuvor aufgezeigten Implementierungsfaktoren zur betrieblichen Gesundheitsförderung. Arbeitsplatzbedingte Belastungen, das Vorliegen von chronischen Erkrankungen, die körperliche Aktivität sowie das Geschlecht werden innerhalb der AK auf ihre Ausprägung untersucht. Die Datenauswertung bezieht sich dabei auf die gesamte Stichprobe je Altersgruppe (vgl. Tab. 8, S. 52).

5.3.1 Arbeitsplatzbedingte Belastungen

Die subjektiv erfragte Einschätzung arbeitsplatzbedingter Belastungen wird durch Abbildung 17 veranschaulicht.

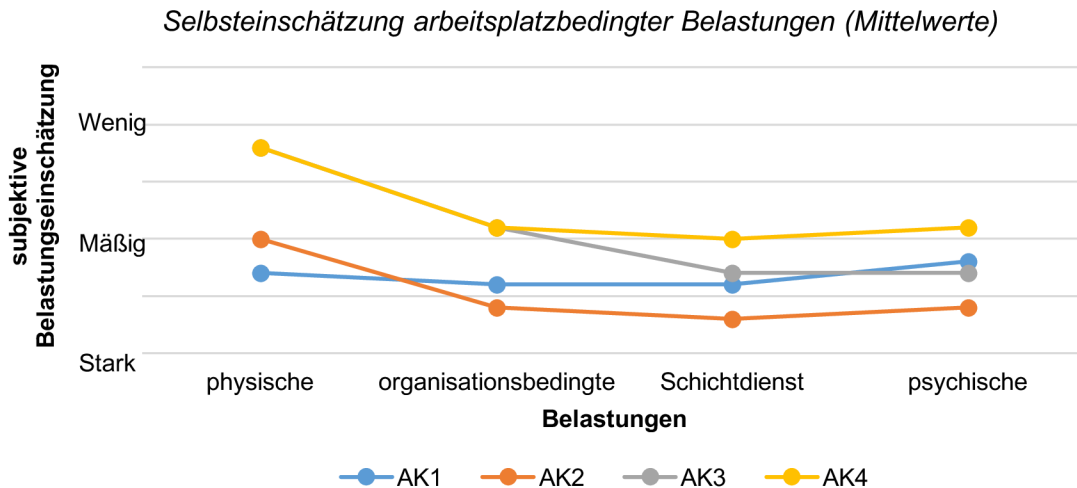


Abbildung 17: Arbeitsplatzbedingte Belastungen nach Altersklassen (eigene Abbildung)

Die unter dem ersten Fragenkomplex (gleich 2.) dargestellten Antwortmöglichkeiten spiegeln vier Belastungsfaktoren wider, zu welchen physische, organisationsbedingte und psychische Belastungen sowie der Schichtdienst zählen. Je niedriger die durch die AK empfundene Belastung am Arbeitsplatz, desto größer ist die Entfernung der Werte (Linie) von der Abszissenachse. Unter Ausschluss der ersten AK verweisen alle weiteren AK unter Betrachtung der physischen Belastung auf eine geminderte Beanspruchung. Für die AK 1 liegt über alle Belastungsfaktoren verteilt eine mäßig bis starke Belastung vor. Die höchste Beanspruchung nimmt die Altersgruppe der 25 bis 39-Jährigen war, deren Tendenzen unter den zuletzt angeführten Belastungsfaktoren zu einer starken Belastungswahrnehmung verlaufen. Die älteste Generation verzeichnet mit durchgängig mäßigen Belastungen die geringste subjektive Belastungseinschätzung unter Ausnahme der physischen Belastung, welche als „wenig“ eingestuft wird. Die dritte AK empfindet die physischen Belastungen ebenfalls als gering. Zu berücksichtigen gilt die Antwortverweigerung, welche unter der AK 2 und AK 3 mit zehn bzw. elf Probanden am höchsten ist.

5.3.2 Chronische Erkrankungen

Das nachstehende Balkendiagramm (Abb. 18) greift die Frage nach dem Vorliegen von chronischen Krankheiten auf, welche beeinflussend auf die Arbeitsfähigkeit wirken.

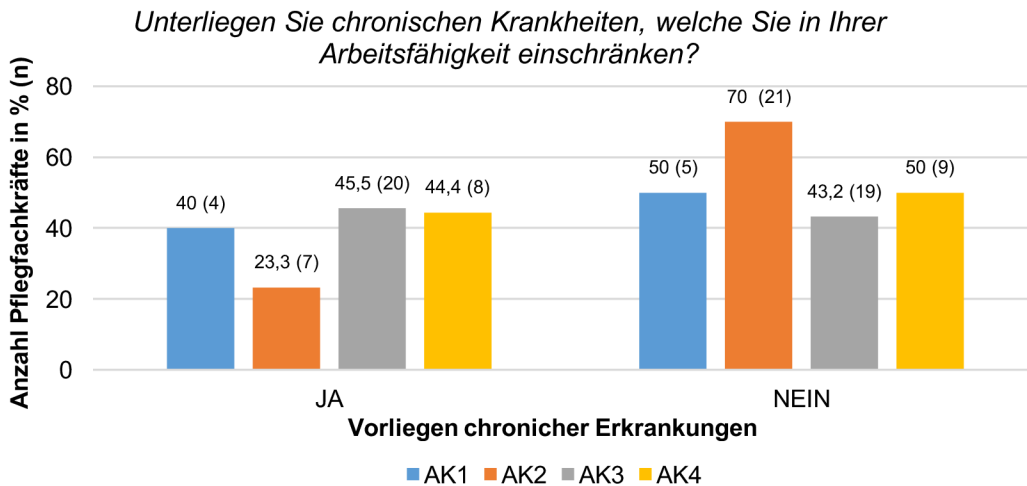


Abbildung 18: chronischer Erkrankungen der Pflegekräfte nach Altersklassen (eigene Abbildung)

Die AK 2 verweist unter dem dichotomen Antwortformat mit der Mehrheit von 70 Prozent auf kein Vorliegen chronischer Erkrankungen, gefolgt von der jüngsten sowie ältesten AK mit jeweils 50 Prozent. Außer der zweitältesten Generation zeigt die Mehrheit aller AK eine leichte Tendenz zu keinem Vorliegen einschränkender Beschwerden auf. Verstärkt verweigerten Pflegekräfte (n=5) der dritten Altersgruppe ihre Aussage.

5.3.3 Körperliche Aktivität

Den vorletzten Ko-Faktor bildet die körperliche Aktivität in der Freizeit ab. Die in Abbildung 19 aufgezeigten Daten entstammen der Frage 4.2 und stellen die in ihrer Freizeit Aktiven den nicht aktiven Pflegefachkräften gegenüber.

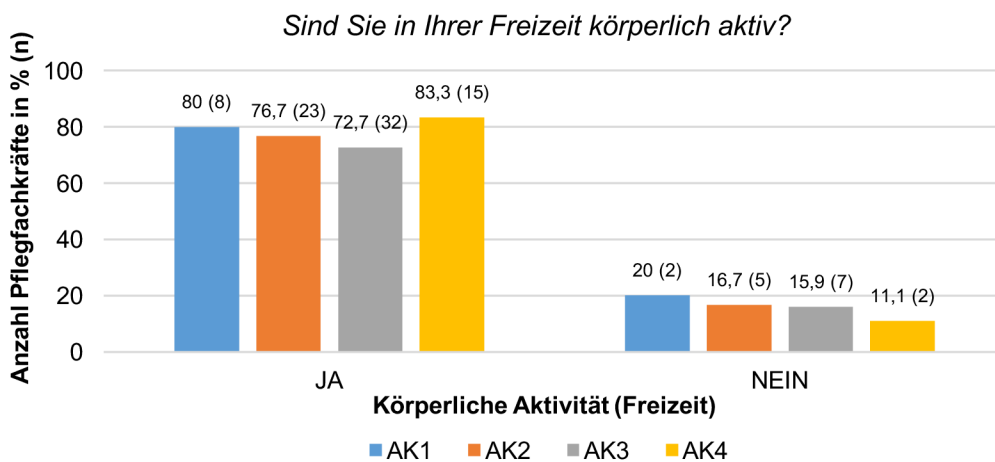


Abbildung 19: körperliche Aktivität (Freizeit) der Pflegekräfte nach Altersklassen (eigene Abbildung)

Unter allen Generationen gibt der Großteil an, in seiner Freizeit einer körperlichen Ertüchtigung nachzugehen. Von der ältesten AK haben 83 Prozent die Frage nach der körperlichen Aktivität mit „JA“ beantwortet, gefolgt von der ersten AK mit 80 Prozent sowie den AK 2 (77 Prozent) und 3 (73 Prozent). Unter Letztgenannter haben elf Prozent keine Aussage getroffen. Die dritte AK verzeichnet zu sieben Prozent keine Angabe.

5.3.4 Geschlecht

Abschluss des Kapitels bildet Frage 5.2 der schriftlichen Mitarbeiterbefragung. Die durch Abbildung 20 aufgezeigten Werte veranschaulichen die Analyse des Geschlechts.

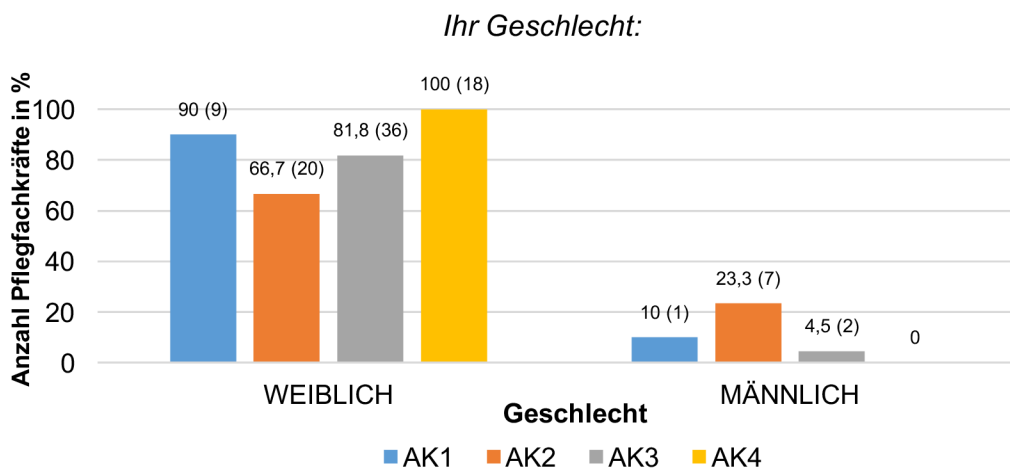


Abbildung 20: Geschlechterverteilung der Pflegekräfte nach Altersklassen (eigene Abbildung)

In allen AK überwiegt das weibliche Geschlecht, insbesondere in der vierten AK mit 100 Prozent sowie der AK 1 mit 90 Prozent. Die zweitjüngste AK verzeichnet den höchsten Männeranteil von 23 Prozent, weist dennoch zu 67 Prozent weibliche Pflegefachkräfte auf. Die AK 3 setzt sich aus 36 (82 Prozent) Pflegerinnen zusammen. Unter den Antwortverweigerern entstammen rund zwölf Prozent der dritten sowie vierten AK.

6 Diskussion

Zielstellung der vorliegenden empirischen Arbeit ist es, die in Kapitel 3 (S. 37) aufgeführte Fragestellung, *ob der Faktor Alter einen Einfluss auf die Implementierung betrieblicher Gesundheitsförderung (BGF) für Pflegefachkräfte auf Normalstation besitzt*, zu untersuchen. Nachfolgender Abschnitt dient zur kritischen Auseinandersetzung mit der zielführenden Methodik und beinhaltet die Diskussion der erzielten Ergebnisse mit Hinblick auf die zu untersuchende Forschungsfrage. Die Ergebnisanalyse unterliegt ausschließlich der Betrachtung der aus 102 Mitarbeitern des Helios Klinikums Pirna GmbH bestehenden Stichprobe.

6.1 Methodendiskussion

Folgende Textpassagen unterliegen der kritischen Hinterfragung für die in der Methodik verwendeten Mittel zur Beantwortung der Forschungsfrage. Die unter Kapitel 4 angeführten Punkte, zu denen die Literaturrecherche, das verwendete Erhebungsinstrument, die Durchführung sowie das Probandenkollektiv zählen, werden folglich analysiert, diskutiert sowie Optimierungsvorschläge für weitere Studien offengelegt.

Literaturrecherche

Die Basis der vorliegenden empirischen Arbeit wird durch Kapitel 2, dem wissenschaftlichen Sachstand, gelegt. Auf der Grundlage fundierter Quellen erfolgte die Schaffung eines Überblicks über den aktuellen Wissensstand der Thematiken wie die demografische Entwicklung, das betriebliche Gesundheitsmanagement und -förderung sowie deren Integration in das Gesundheitswesen. Für die Literaturrecherche wurde sich weithin auf Quellen des Online-Bibliotheksportals der Helios Kliniken beschränkt. Das Portal greift innerhalb der Suchergebnisse auf die Datenbanken PubMed, die medizinische Wissensplattform AMBOSS sowie Pschyrembel zurück. Daraus begründet bietet die Online-Bibliothek innerhalb des medizinischen Wissensstandes ein breitgefächertes Literaturangebot in Form von Büchern, E-Books, medizinischen Fachzeitschriften sowie Studien verschiedener Sprachen. Die Suche erfolgte nach deutsch- sowie englischsprachiger Literatur. Dadurch kann der vorliegenden Arbeit eine internationale Präsenz bezüglich des wissenschaftlichen Sachstandes zugeschrieben werden. Zu den Top Drei Weltsprachen gehörend, liegen in englischer Sprache eine Vielzahl von international repräsentativen, literarischen Werken vor. Die nicht nur auf einer Sprache basierende Literaturrecherche dient zugleich der Erweiterung an Suchergebnissen. Weitere, vereinzelte Recherchen erfolgten über die

Wissensplattform SpringerLink sowie die Universitätsbibliothek der TU Chemnitz. Durch die gezielte Auswahl an Datenbanken fand unter vorliegender Arbeit ein großes Spektrum an Literatur Verwendung, was die Repräsentativität des Wissenstandes bestärkt. Zudem bietet das Bibliotheksportal der Helios GmbH gratis Zugriff auf, unter anderen Datenbanken vorliegende, kostenpflichtige Quellen, was die Literaturrecherche ausgedehnt hat. Um die wissenschaftliche Studienlage trotz umfassender Trefferzahl aktuell zu halten, erfolgte die Eingrenzung des Erscheinungsdatums bestehender Literatur bis ins Jahr 2010. Themenbezogen wurden Ausnahmen innerhalb der Suchkriterien geschaffen.

Innerhalb der Literaturrecherche erwiesen sich die bestehenden Quellen zum Hauptschwerpunkt der betrieblichen Gesundheitsförderung als sehr unschlüssig. Die unter BGF in den Datenbanken vorliegenden Artikel nehmen mehrheitlich auf das betriebliche Gesundheitsmanagement Bezug, wovon die betriebliche Gesundheitsförderung nur eine Teildisziplin abbildet. Es liegen verschiedenen literarische Werke vor, welche das betriebliche Gesundheitsmanagement als Gesundheitsförderung deklarieren. Innerhalb der Ausarbeitung des wissenschaftlichen Sachstandes entstanden Schwierigkeiten bei der Differenzierung beider Themengebiete, was die Komplexität der Literaturrecherche (vgl. Abb. 7, S. 40) begründet. Unter vereinzelt Textpassagen, wie dem Kapitel zu Zielen und Nutzen des BGF, konnte abschließend keine Trennung innerhalb des Gesundheitsmanagements sowie der -förderung vorgenommen werden.

Erhebungsinstrument

Der innerhalb der Methodik (s. Kapitel 4.3.2, S. 42) aufgeführte Fragebogen zur schriftlichen Mitarbeiterbefragung stellt das für die Studie verwendete Erhebungsinstrument dar. Aufgrund der geringen Studienlage zu der unter Kapitel 3 angeführten Fragestellung bedurfte es die Entwicklung eines eigenen Fragebogens zur Informationsgewinnung. Neben den in Kapitel 4.3.1 (S. 41) aufgezeigten Argumenten zur Anwendung der schriftlichen Mitarbeiterbefragung liegen unter diesem Erhebungsinstrument negative Aspekte vor, welche eine kritische Analyse bedingen. Durch den Verzicht auf einen Interviewer sowie das Vorliegen von Anonymität entsteht eine unkontrollierbare Erhebungssituation (Schmidt et al., 2005). Seitens der Autorin liegt keine Kontrolle über die Probanden während der Testdurchführung vor. Informationen, ob die schriftliche Befragung von einer Person mehrmals, ohne Mithilfe von Kollegen, am Arbeitsplatz oder Zuhause sowie mittels eigenem Sachverstand ausgefüllt hat, bleibt ungeklärt. Somit wird die inhaltliche Freiheit des befragten Pflegepersonals ohne Meinungseinfluss durch Kollegen in Frage gestellt.

Durch den Einsatz eines Testleiters bei weiterführenden Studien kann der nicht-kontrollierbaren Erhebungssituation entgegengewirkt werden, was hingegen Kostenpunkte verursacht. Ausschließlich ein externer Befrager kann in diesem Fall die Anonymität gewährleisten.

Eine teils unvollständige Beantwortung an Fragebögen lässt auf Probleme im Verständnis während der Befragung schließen. Semantische Verständnisprobleme, welche durch Diskrepanzen bei der Begriffsbestimmung innerhalb der Fragestellung entstehen oder das Fehlen von pragmatischem Wissen (Was meint die Frage?) (Porst, 2014), unterstützen dies. Der Einsatz eines Testleiters erscheint diesbezüglich ebenfalls als sinnvoll, ist aber (neben dem Kostenfaktor) aufgrund der organisatorischen Rahmenbedingungen im stationären Pflegesektor nicht zu bewerkstelligen. Mitbegründet daraus können die unter Item 3.3 sowie 3.7 geringen Antwortquoten ebenfalls dem Fehlen eines Interviewers geschuldet sein. Andererseits verlangt das unter diesen Fragen angeführte offene Antwortformat den Probanden rhetorisches Geschick sowie Ausdrucksvermögen ab, was die Befragungssituation erschwert. Folglich führt dies zu Enthaltung, da Gedankengut orthografisch sowie stilistisch nicht ausgedrückt werden kann (Steiner & Benesch, 2018). Aufgrund der Tätigkeit auf Station und dem damit verbundenen Dokumentationsaufwand, welcher stilistische Fähigkeiten abverlangt, wurde sich dennoch für den Einsatz eines offenen Fragenformates entschieden. Zeitdruck, Stress sowie Personalmangel stellen demgegenüber Gründe für eine unvollständige Beantwortung dar.

Die unter dem zweiten sowie vierten Fragekomplex bestehende Tendenz zur sozialen Erwünschtheit muss bei der Ergebnisanalyse Beachtung finden und begründet zugleich die im vorherigen Abschnitt benannte Problematik an Antwortverweigerungen. Je nach individuellem Empfinden kann der Befragte die Analyse der Befragungsergebnisse mit einem Wertungsgedanken seitens der Geschäftsführung verbinden. Es kommt zu Enthaltungen oder Verzerrungen der eigentlichen Antwort unter Berücksichtigung gesellschaftlicher Maßstäbe und Normen (Aschemann-Pilshofer, 2001). Mittels dem Bestreben nach Anonymität und dem Einsatz eines einfachen, dichotomen Antwortformates wird dies umgangen.

Die in der vorliegenden Arbeit angeführte Berücksichtigung der Gütekriterien Validität, Reliabilität und Objektivität gewährt eine standardisierte Befragungssituation (Hollenberg, 2016). Durch deren Bestehen ist über standardisierte Antwortformate eine vereinfachte

Auswertung mit vergleichbaren Ergebnissen gegeben. Damit das Messinstrument als Validde deklariert wird, müssen die Ergebnisse eine Beantwortung der Forschungsfrage generieren. Die unter Kapitel 6.2 (S. 69) angeführte Beantwortung der Forschungsfrage bestätigt die Validität. Werden daraufhin bei wiederholten Messungen die gleichen Ergebnisse erzielt, liegt das Kriterium der Reliabilität vor. Aufgrund eines einmaligen Durchführungszeitraumes ist dieser Punkt für die vorliegende Arbeit nicht relevant. Das Gütekriterium erweist sich dennoch als bestehend, da die Konzeption der Befragung eine wiederholte Studiendurchführung erlaubt. Die schriftliche Befragung weist keine Gebundenheit an das Helios Klinikum Pirna auf, was deren Einsatz in weiteren Einrichtungen erlaubt. Das letzte Gütekriterium bildet die Objektivität. Sie beschreibt die Unabhängigkeit der Befragungsergebnisse vom Testleiter (Hollenberg, 2016). Durch die Abwesenheit eines Interviewers während der Befragung sowie eine Datenanalyse, welche ausschließlich durch die Autorin erfolgt, liegt eine objektive Erhebungssituation vor.

Durchführung

Das mit Beginn des Jahres 2020 auftretende Corona-Virus (COVID-19) bedingt mit seinem Ausmaß die Umstrukturierung gesellschaftlich-sozialer Strukturen, wovon Krankenhäuser ebenfalls betroffen sind. Innerhalb des Helios Klinikums Pirna erfolgte die Einleitung gesonderter Hygienemaßnahmen. Dem Gesetz der Bundesregierung begründet, musste der Krankenhausbetrieb innerhalb des operativen sowie nicht-operativen Bereichs im Verhältnis von 50 zu 50 auf unter 90 Prozent gefahren werden. Die Schließung von Betten veranlasste innerhalb der Abteilungen (Stationen) personelle Umstrukturierungen. Nach Vorgaben der Geschäftsführung bestand die Aufforderung zum Abbau von Mehrarbeit sowie Urlaubstagen, wodurch eine Ausweitung der Dienstabfolge für das Pflegepersonal stattfand. Dies begründet die Abwesenheit vom Arbeitsplatz einzelner Pflegefachkräfte über eine größere Zeitspanne. Um diesem Personal trotzdem die Teilnahme an der Befragung zu gewähren und zugleich eine hohe Rücklaufquote zu erhalten, erfolgte die Ausweitung der Umlaufphase auf vier Wochen. Die in der Literatur empfohlene Umlaufphase von zwei bis drei Wochen wurde um eine Woche erweitert, um den Rücklauf zu erhöhen. Obwohl die in der vorliegenden Arbeit erzielte Quote mit 37 Prozent einen repräsentativen Wert darstellt, führte erst nach Abgabefrist eine erneute verbale Aufforderung seitens der Pflegedirektion zum Erhalt der letztendlichen Rücklaufquote. Durch die Unterstützung seitens der Pflegedirektion konnte der Brutto-Rücklauf von 30 auf 37 Prozent gesteigert werden. Dies gibt den Hinweis auf eine dennoch zu kurze Umlaufphase oder eine gestörte Kommunikationskette von der Erstellung bis zur Verteilung der Mitarbeiterbefragung.

Unter Berücksichtigung der im Krankenhaus bestehenden hohen hygienischen Maßnahmen, welche unter COVID-19 nochmals verstärkt wurden, stützte sich die Kommunikation mit dem Praxispartner auf den Kontakt über Mail. Für die Vorstellung des Projektes gegenüber der Geschäftsführung sowie dem Betriebsrat musste auf eine persönliche Vorstellung verzichtet werden. Der persönliche Kontakt bestand ausschließlich zur Pflegedirektion sowie dem Qualitätsmanagement. Die Instruktion und Fragebogenverteilung konnte nur über Dritte (Pflegedienstleitung) erfolgen. Besonders für die Präsentation innerhalb der Stationsleiterunde wäre die Anwesenheit der Autorin von Vorteil gewesen, um als Testleiter und Experte auf aufkommende Fragen selbst spezifischer eingehen zu können, was die im vorherigen Kapitel angesprochene Kommunikationslücke begründet. Für weitere Studien wird demnach eine persönliche Präsentation der Befragung über deren Sinn und Zweck auf den Stationen empfohlen.

Zugleich konnte durch die fehlende persönliche Präsenz in den Abteilungen die Übermittlung der in der Stationsleiterunde erhaltenen Instruktionen nicht nachverfolgt werden. Es besteht Unklarheit darüber, ob alle Pflegefachkräfte über die Intervention informiert sowie korrekt instruiert waren. Durch den Einsatz des unter Anhang 3 angefügten Anschreibens wurde versucht, dieses Problem zu umgehen. Auf die Vorstellung des Projektes über eine persönliche Mail an alle PflegerInnen musste verzichtet werden. Unter dem Pflegepersonal verfügen ausschließlich die Stationsleitungen sowie deren Stellvertreter über eine persönliche Mailadresse. Demnach konnte der nach Steiner und Benesch (2018) angeführte Vorteil einer schnellen und einfachen Verbreitung der Fragebögen keine Anwendung finden. Die Übergabe des Erhebungsinstrumentes innerhalb der Stationsleiterunde wurde zudem seitens des Interventionsteams präferiert und als der effektivste Weg zur schnellen Erreichbarkeit aller Kollegen angesehen. Die postalische Verteilung des Fragebogens einschließlich Instruktion durch die Lohn- und Gehaltsabrechnung wurde aufgrund des finanziellen Aspektes von der Pflegedirektion abgelehnt. Weitere Gründe für den Verzicht waren die Gewährung der Freiwilligkeit sowie das Vermeiden von Drucksituation zur Teilnahme unter dem Pflegepersonal.

Durch die im Vorfeld beschriebenen organisationsbedingten Belastungen (S. 26) kann es zu zeitlichen Einschränkungen während der Teilnahme an der Befragung kommen. Zugleich beeinflussen im Vorfeld der Teilnahme ablaufende stressige, von Mehrarbeit geprägte Pfl egetätigkeiten die Ausprägung der Antwort. Die Berücksichtigung und Erfassung des Stresslevels während der Befragung bietet eine Möglichkeit zum Ausbau der Studie.

Das Stresslevel kann als weiterer potenzieller Ko-Faktor integriert werden. Demnach würde ein hoher Stresspegel Rückschlüsse auf eine negative Antworttendenz geben, ein niedriges Stresslevel wiederum keine bzw. eine positive Tendenz verzeichnen.

Innerhalb der Datencodierung wurde im Rahmen der deskriptiven Datenanalyse ersichtlich, dass an der Befragung teilnehmendes Personal auch bei Desinteresse unter Frage 3.1 weitere Fragen zur Thematik der betrieblichen Gesundheitsförderung beantwortet haben. Unter Kapitel 6.2 (S. 69) werden diesbezüglich genaue Werte veranschaulicht.

Probandenkollektiv

Für die Studie wurde sich aufgrund eines sonst nicht realisierbaren organisatorischen Aufwandes auf das vom Helios Klinikum Pirna GmbH zur Verfügung gestellte Probandenkollektiv begrenzt. Dazu gehören 299 Pflegefachkräfte (abzüglich EZ und LZK: 276 PflegerInnen), welche auf Normalstation tätig sind. Personal anderer Krankenhäuser wurde nicht in die Datenanalyse eingeschlossen. Dennoch kann das Ergebnis auf die Grundgesamtheit aller deutschen PflegerInnen (Normalstation) übertragen werden. Begründet wird dies durch die im Pflegeberufsgesetz geregelten Tätigkeitsbereiche, welches deutschlandweit einheitliche Maßnahmen vorgibt. Die Grundgesamtheit (Pflegekräfte deutscher Krankenhäuser) ergibt sich aus der im Theorieteil bezugnehmenden Literatur auf Daten des deutschen Gesundheitswesens.

In Kooperation mit dem Qualitätsmanagement wurde sich auf die Analyse des Pflegepersonals der Normalstationen geeinigt, um die reine pflegerische Arbeit am und mit dem Patienten abzudecken. Neben der klassischen Tätigkeit auf Station zählen fachspezifische Aufgaben wie die Vorbereitung von Operation, Verbandswechsel, Visiten oder die Patientenüberwachung zu dem Aufgabengebieten auf Normalstation, welche unter der Arbeit in den pflegerischen Funktionsbereichen keine Anwendung finden (Regel et al., 1997). Wie ergänzend in Kapitel 2.3.1 (S. 24) beschrieben, grenzen sich die Tätigkeitsfelder des Pflegepersonals nach deren Abteilung ab. Nach Lützenkirchen (2003) unterliegt die Organisation des Krankenhauses einer hochgradig differenzierten, hierarchischen Struktur. Begründet daraus ist die Entwicklung eines ganzheitlich, gesundheitsfördernden Konzeptes schwer umsetzbar. Sozial bedingte Orientierungsdifferenzen unter den Berufsgruppen führen zu einem Interessensgefälle, was die Implementierung eines mitarbeiterorientierten BGF-Konzeptes beeinflusst (Staender, 2011). Die Analyse weiterer Arbeitsbereiche würde

den Rahmen der vorliegenden Arbeit sprengen. Die Erweiterung des Untersuchungszeitraumes sowie die Vergrößerung des Untersuchungsteams können einen geeigneten Rahmen zur Analyse weiterer Abteilungen für ein ganzheitliches Konzept stellen.

Obwohl die Bruttoreklaufquote mit 37 Prozent innerhalb des von Mayer (2013) veranschlagten Intervalls von 15 bis 60 Prozent einen guten Mittelwert abbildet, kann eine gesteigerte Quote die Repräsentativität der Stichprobe weiter erhöhen. Begründet wird das Defizit an Rückläufen durch eine Teilnahme auf ausschließlich freiwilliger Basis. Unter der dadurch gewährleisteten Zufallsstichprobe wird angenommen, dass die Teilnahme an der Befragung unter allen Pflegekräften mit gleicher Wahrscheinlichkeit erfolgt. Verzerrungen werden unter der Zufallsauswahl ausgeschlossen. Durch das Abzielen auf eine zufällige Stichprobenziehung wurde auf eine Klumpenstichprobe verzichtet, wodurch innerhalb der AK keine gleichgroßen Stichprobengrößen vorliegen. Um dennoch eine Vergleichbarkeit zwischen den Altersgruppen zu erzielen, nehmen die Relativwerte der AK Bezug zu deren eigenen Altersgruppen-Gesamtheit (Bezugsstichprobe).

In der unter Anhang 2 aufgeführten Stationsübersicht muss aufgrund von Datenschutzrichtlinien auf die Nennung der Stationen verzichtet werden. Die Daten stehen ausschließlich dem Helios Klinikum Pirna zur Verfügung. Zur Anonymisierung der Stationen finden Zahlen Verwendung.

6.2 Ergebnisdiskussion

Orientiert an den Daten aus Kapitel 5 (S. 52) erfolgt die Wertung der „Interessensbetrachtung nach Altersklassen“. Die Ergebnisse werden unterstützend durch die unter Punkt 5.3 (S. 59) genannten Ko-Faktoren diskutiert, analysiert und bewertet. Die im Anschluss folgende Aufstellung von Interessensprofilen je Generation für die stationären Pflegekräfte dient dem Vergleich der Ausprägung von Implementierungsfaktoren innerhalb der AK.

Interessensbetrachtung nach Altersklassen

Im Hauptkontext dieses Kapitels steht die Beantwortung der Forschungsfrage mithilfe der eigens durch die Studie gewonnenen Ergebnisse. Um zu beurteilen, ob der Faktor Alter einen Einfluss auf die Implementierung gesundheitsförderlicher Maßnahmen in stationären Pflegeeinrichtungen hat, wird Abbildung 13 (s. Kapitel 5.1, S. 54) herangezogen. Das Balkendiagramm veranschaulicht das Interesse zur Teilnahme an Maßnahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung im Helios Klinikum Pirna GmbH. Den vorliegenden Er-

gebnissen entsprechend, zeigt sich innerhalb der AK eine Tendenz zur (potenziellen) Teilnahme an der betrieblichen Gesundheitsförderung innerhalb des Pflegepersonals auf Normalstation. Mit zunehmenden Alter nimmt die mögliche Beteiligung der Pflegekräfte ab. Während die AK der 56-Jährigen und Älteren nur mit 50 Prozent Interesse aufzeigen, weist die jüngste Generation mit 80 Prozent den höchsten Interessenswert auf. Beginnend bei AK 4 verzeichnet sich mit abnehmenden Alter ein kontinuierlicher Anstieg an Interesse. Durch die altersdifferenzierten Ausprägungen wird die unter der Forschungsfrage aufgestellte Hypothese H_1 , dass das Alter einen Einfluss auf die Implementierung der betrieblichen Gesundheitsförderung im stationären Bereich hat, bestätigt. Zusammenfassend besagt das Zutreffen der Forschungshypothese H_1 , dass unter jeder AK Interesse besteht. Jedoch eine durch jüngere Pflegekräfte bestehende Mitarbeiterstruktur verstärkt Anspruch auf Maßnahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung erhebt. Die primäre Erwartung an die Forschungshypothese H_1 , dass ältere Arbeitnehmer insbesondere wegen ihres Alters und den daraus bedingten gesundheitlichen Einschränkungen höheres Interesse an BGF-Interventionen aufweisen, wird dennoch nur teils bestätigt.

Durch die Abnahme von Grundsubstanz im Knochen, einer verringerten Wasserbindungsfähigkeit und abnehmender Zellanzahl sowie -aktivität kommt es zum erhöhten Verschleiß sowie Instabilität der Bandscheiben, des Knorpels, der Sehnen und Bänder. Das Muskel-Skelett-System reagiert anfälliger auf Belastungen. Zugleich verlangsamt sich der Heilungs- und Regenerationsprozess genannter Strukturen. Der menschliche Stützapparat schwächt mit steigendem Alter ab. Gleiches gilt für die Abnahme der Knochen- und Muskelmasse (Richter, Greiff, & Weidemann-Wendt, 2017). Ein gestörter Knochenstoffwechsel führt zu einem Anstieg des Osteoporose-Risikos. Veränderungen im Hormonhaushalt können einem Knochenabbau nicht entgegenwirken (Schmidt & Döbele, 2016). Neben Abbauprozessen am Bewegungsapparat schwächen auftretende Veränderungen des Herz-Kreislauf-Systems den Organismus ab. Altersbedingte Umstrukturierungen der Anatomie des Herzens, wie die Zunahme der Dicke von Herzkammer, -klappe sowie -scheidewand bestärken dies (Richter et al., 2017). Der linke Vorhof weitet sich, die Kapillarendichte sowie Herzfrequenzvariabilität nehmen ab (Schmitz, Ko, Seewald, Glanzer, Dusing & Vetter, 2011). Die maximale Sauerstoffaufnahme sinkt, die Bindegewebsmasse im Herzen erhöht sich und es kommt zu Anlagerungen von Fett und Kalk. Besonders diese arteriosklerotisch bedingten Veränderungen im Herzen sorgen für eine Reduzierung der kardialen Leistungsfähigkeit. Das Schlagvolumen und die maximale Herzfrequenz sinken zugleich. Ältere Menschen leiden besonders unter Bluthochdruck (Richter et al., 2017).

Zusammen mit einem geminderten Gasaustausch (Wentzke, 2015), abgeschwächten Alveolen, verringerter Rückstellkraft und Elastizität der Lunge sowie reduzierter Funktionsfähigkeit der Atemmuskulatur sorgen diese Punkte für eine nur bedingte Belastungsfähigkeit. Kleinste Aktivitäten bewirken einen Anstieg der Atemfrequenz. Das Risiko für Immobilität wächst, da geringfügige Bewegung zu großen Anstrengungen führen. Der Körper befindet sich durch einen erhöhten Energieaufwand der Organe schneller in einem abgeschwächten Zustand. Als Ursache für die Veränderungen der Körperstrukturen kann die Umstrukturierung des endokrinen Systems mit zunehmenden Alter genannt werden (Richter et al., 2017).

Die genannten Veränderungen des menschlichen Organismus werden als Degenerationsprozess deklariert. Geprägt von Multimorbidität und einer damit einhergehenden erhöhten Krankheitsanfälligkeit kommt es zur Erschwerung der Tätigkeiten im Pflegeberuf (Welk, 2018). Bei der Aufstellung der Forschungshypothesen stand die Annahme im Raum, dass diese altersbedingten Abbauprozesse ein erhöhtes Interesse an BGF-Interventionen bedingen. Die Annahme bestätigt sich anhand vorliegender Ergebnisse nicht. Der Ausgleich altersdifferenzierter, physischer Defizite gegenüber jungen Kollegen spielt demnach in den Augen der Probanden innerhalb der höheren AK (AK 3, AK 4) nur bedingt eine Rolle. Die Bestätigung der Forschungshypothese bleibt dennoch bestehen.

Ko-Faktoren

Für die weiterführende Diskussion der Interessensanalyse bedarf es die Betrachtung von Ko-Faktoren, welche im Vorfeld der Studiendurchführung definiert wurden. Die darunterfallenden Elemente können in ihrer Ausprägung die Bewertung der Forschungshypothese beeinflussen und werden als Einflussfaktoren deklariert. Zu diesen zählen die subjektive Einschätzung arbeitsplatzbedingter Belastungen, das Vorliegen chronischer Erkrankungen, die körperliche Aktivität in der Freizeit sowie das Geschlecht der Pflegefachkraft. Letzterer Faktor erweist sich innerhalb der Ergebnisanalyse als neutral. Das Geschlecht besitzt keinen Einfluss auf die Implementierung der betrieblichen Gesundheitsförderung, da unter allen AK überdurchschnittlich stark das weibliche Geschlecht vertreten ist. Es bedarf somit keinen Geschlechtervergleich.

Die unter 5.3.2 (S. 60) aufgeführte Grafik beschreibt das Vorliegen von chronischen Erkrankungen unter allen Altersgruppen des Pflegepersonals. Gekennzeichnet durch eine über drei Monate vermehrt auftretende Schmerzperiodik dauern chronische Erkrankungen

über den ursprünglich gedachten Heilungsverlauf hinaus an. Mit ihren komplexen Ursprung unterliegen die persistenten Krankheiten einem multimodalen Heilungsansatz (Häuser, Schmutzer, Henningsen, & Brähler, 2014). Aufgrund der Abnahme der objektiven Gesundheit und Lebensqualität mit zunehmenden Alter stellt die älteste AK die größte Zielgruppe für das Auftreten chronischer Erkrankungen dar (Böhm, Tesch-Römer, & Ziese, 2010). Die betriebliche Gesundheitsförderung bildet mit ihrem verhaltens- sowie verhältnispräventiven Ansatz eine Basis zur Schmerzreduktion sowie Bewältigung chronischer Beschwerden. Daraus leitet sich folgende Interaktionskette (Abb. 21) ab:



Abbildung 21: Interaktionskette von Alter und chronischen Erkrankungen (eigene Abbildung)

Angenommen wird, dass im höheren Alter die Anfälligkeit für Krankheiten steigt und sich durch Degenerationsprozesse und Multimorbidität das Schmerzempfinden erhöht. Der Wunsch nach Schmerzlinderung rückt in den Vordergrund des Heilungsansatzes. Die erfassten Daten widersprechen dieser Erwartungshaltung. Wie Abbildung 18 (S. 61) zeigt, leiden unter der vierten Generation ebenso viele Probanden unter chronischen Erkrankungen wie unter den weiteren Altersgruppen (AK 2 ausgeschlossen). Innerhalb der AK bestehen trotz der Altersdifferenzen keine Tendenzen zu einem erhöhten Vorliegen chronischer Beschwerden. Ein Grund dafür kann in der verfälschten, subjektiven Einschätzung des Gesundheitszustandes der (älteren) Pflegekräfte liegen. Nach Homfeldt (2010) nehmen Personen, welche mehreren Krankheiten unterliegen, ihre (subjektive) Gesundheit besser war, als diese objektiv vorliegt. Demnach kann trotz altersbedingter, pathologischer Veränderungs- und Abbauprozesse ein positives Gesundheitsempfinden bestehen. Dies begründet eine geringe subjektive Beanspruchung mit steigendem Alter. Ebenso ist besonders älteres Personal durch physische Überbelastung anfällig für Fehlzeiten. Aufgrund dessen bedingt die Angst vor einer Kündigung eine sozial erwünschte Antwort, welche von der Geschäftsführung als „Goldstandard“ angesehen wird.

Das mögliche Vorliegen gesteigerter Ressourcen im höheren Alter kann ebenfalls der Erwartung widersprechen, dass ältere Arbeitskräfte vermehrt Interesse an der betrieblichen Gesundheitsförderung zeigen. Das individuelle Bestehen von Ressourcen bestimmt, wann sich eine Belastung durch die pflegerischen Tätigkeiten auf Station zu einer (hohen)

Beanspruchung entwickeln. Persönliche Voraussetzungen, Eigenschaften (Genetik, Geschlecht), Fähigkeiten sowie Bewältigungsstrategien bestimmen über die Ausprägung der Beanspruchung. Dadurch führen gleiche Belastungen bei jedem Menschen zu unterschiedlichen Beanspruchungen (Spicker & Schopf, 2007). Unter nachfolgender Abbildung (Abb. 22) wird das Belastungs-Beanspruchungsmodell bildlich dargestellt.

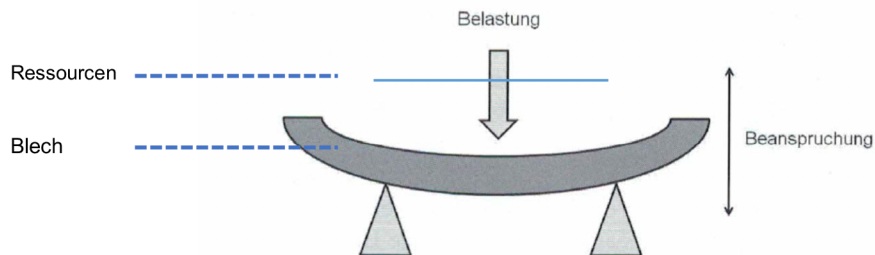


Abbildung 22: Zusammenhang von Belastung und Beanspruchung am Beispiel der Blechbiegeprobe (modifiziert n. Faller, 2017)

Umso größer die Arbeitsbelastung ist, sprich der auf den Organismus erfasste äußere Einfluss am Arbeitsplatz auf das Individuum, desto mehr verbiegt sich das Blech. Bestehende Ressourcen können die Beanspruchung trotz gleicher Belastung mindern (Faller, 2017). Unter Betrachtung des Liniendiagramms zur subjektiven Einschätzung arbeitsplatzbedingten Belastungen (s. Kapitel 5.3.1, S. 60) deutet AK 4 auf die geringste und die jüngste AK auf die höchste Wahrnehmung unter allen Belastungsfaktoren, bei der Tätigkeit auf Normalstation, hin. Unter Beachtung des Wechselwirkungsprinzips, als eine Grundannahme des Belastungs-Beanspruchungsmodells, weist der Organismus anhand der Datenlage mit zunehmenden Alter auf das Bestehen von physischen und psychischen Ressourcen sowie individuelle Fähig- und Fertigkeiten hin, was zu einer geringeren Beanspruchung führt. Gründe für das Vorliegen gesteigerter Ressourcen können sein:

- der Erfahrungswert durch langjährige Tätigkeit im Pflegeberuf
- der Generationsgedanke
- körperliche Aktivität

Gegenüber der jüngsten AK weisen die Babyboomer (AK 4) teils eine um das Fünffache gesteigerte Berufserfahrung auf, wodurch Arbeitsaufgaben sowie Stress durch Routine besser bewältigt werden. Unter Berücksichtigung der in Kapitel 2.1.2 (S. 13) angeführten Beschreibung der Generationen zeichnet sich zugleich diese Generation durch Disziplin und Optimismus aus, was die schmerzbedingte Beeinträchtigung in den Hintergrund stellt. Respekt vor den Vorgesetzten rückt ebenso wie der ruhige Umgang mit Problemen in den

Vordergrund des Handelns, was das Vorliegen eines besseren Konfliktmanagements bestärkt. Demnach weist die Generation der über 56-Jährigen vermehrt Faktoren auf, welche das Bestehen von mehr Ressourcen gegenüber anderer AK begründen.

Regelmäßige körperliche Aktivität dient neben dem allgemein gesundheitsfördernden Aspekt zur Optimierung von Lebensqualität und Leistungsfähigkeit, zur Schulung motorischer und koordinativer Fähigkeiten sowie zur Krankheitsprävention und -bewältigung (Hartmann, Meyer, Brudy, Oberhoffer-Fritz, Böhm, Hebestreit & Hansmann 2020). Das Organsystem wird funktionell sowie morphologisch positiv beeinflusst, unabhängig vom Gesundheitsstadium des Individuums (Bachl, Lercher, & Schober-Halper, 2020). Rückblickend auf Abbildung 19 (S. 61) gibt die Mehrheit des Pflegepersonals jeder AK an, in ihrer Freizeit körperlich aktiv zu sein. Bestärkt wird das Ergebnis durch Hartmann (2020), der die Möglichkeit zu Teilnahme an Sportinterventionen für jede Altersgruppe als umsetzbar und notwendig beschreibt. Es liegen hohe Evidenzgrade zur präventiven sowie rehabilitativen Wirksamkeit von Sport und Bewegung für junge als auch ältere Menschen vor (Bachl et al., 2020). Übertragen auf das Pflegepersonal unterliegen die vermehrt dem Degenerationsprozess ausgesetzten AK 3 und 4 höheren Defiziten, wodurch verstärkt unter diesen Generationen Effekte erzielt werden können (Defizitmodell). Es bestehen körperliche Einschränkungen, welche durch Sport ausgeglichen sowie Ressourcen mit zunehmendem Alter gestärkt werden können. Dies bekräftigt die positivere Belastungseinschätzung (Abb. 17, S. 60) sowie das abnehmende Interesse an gesundheitsförderlichen Maßnahmen im Betrieb. Zusammenfassend schöpft jede Generation die durch Sport erzielten gesundheitsförderlichen Effekte altersspezifisch aus, welche die Auswirkung und das subjektive Empfinden der Belastungsfaktoren mindern. Berücksichtigt werden muss bei der Ergebnisinterpretation dennoch, dass die Frage nach der körperlichen Aktivität viel Interpretationsspielraum bietet. Es ist nicht nachvollziehbar, in welchem Umfang und Intensität der Aktivität nachgegangen wird. Für weitere Studien empfiehlt sich eine Differenzierung im Antwortformat bezüglich der Trainingshäufigkeit pro Woche.

Die im Vorfeld genannten Argumente benennen Gründe, warum älteres Personal ein geringeres Interesse an Maßnahmen zur betrieblichen Gesundheitsförderung zeigt und zugleich die Interessens-Differenzen innerhalb der AK begründet. Dem gegenüber besteht die Frage, warum jüngere Pflegekräfte vermehrt interessiert an BGF-Interventionen sind. Das sich erst in den letzten Jahren in Verbindung mit dem Ausbau des Präventionsgesetzes etablierte betriebliche Gesundheitsmanagement findet vermehrt im Ausbildungskon-

zept angehender Pflegefachkräfte Anwendung. Verstärkt Personal der jüngsten Generation erhält innerhalb der Pflegeausbildung eine Einführung sowie Sensibilisierung in die Thematik der Gesundheitsförderung am Arbeitsplatz (Faller, 2017). Wissen, auf welches die weiteren Generationen nur bedingt zurückgreifen können. Dem zufolge bestehen mit zunehmenden Alter Wissenslücken in Bezug auf die betriebliche Gesundheitsförderung, deren Nutzen sowie Interventionsmöglichkeiten. Das Wissensdefizit wird durch eine im Vorfeld bestehende Abneigung gegenüber Innovationen verstärkt. Hingegen stehen die jungen AK mit ihren Weiterentwicklungsgedanken Veränderungen innerhalb der Arbeitsstruktur, beispielweise durch BGF, offen gegenüber. Zugleich nimmt mit der gesellschaftlichen Entwicklung das Streben nach neuen Trends zu. Bestärkt von den sozialen Medien nehmen Fitnesstrends und gesundheitsbewusstes Denken innerhalb der Gesellschaft eine große Rolle ein. Gesunde Ernährung und körperliche Aktivität bestimmen neben Arbeit und Ausbildung den Tagesablauf. Bestreben, welches mit zunehmendem Alter aufgrund von Familie sowie geringer körperlicher Belastbarkeit nicht verfolgt werden kann. Betriebliche Gesundheitsförderung wird als Belastung anstatt Entlastung wahrgenommen. Die durch den Alterungsprozess bedingte Abnahme von körperlicher Leistungsfähigkeit kann auch Ängste sowie Schamgefühl zur körperlichen Aktivität innerhalb des Kollegenkreises auslösen, was die Abneigung gegenüber der betrieblichen Gesundheitsförderung bestärkt. Durch die Frage der Umsetzung als Gruppen- oder Einzelinterventionen im Rahmen der Gesundheitsförderung wäre eine detaillierte Aussage diesbezüglich möglich. In weiterführenden Studien sollte diese Anwendung finden.

Die in dieser Arbeit vorgenommene Deklaration von persönlichem Interesse einer Arbeitskraft als gleichzeitige Teilnahme an Maßnahmen zur betrieblichen Gesundheitsförderung, ist kritisch zu hinterfragen. Interesse bedeutet nach Krapp (1992) eine persönlich-spezifische Vorliebe zu einem Handlungsgebiet, welche Handlungsbereitschaft bedingt. Sie drückt sich durch ein Streben zur wiederholten, freudvollen Auseinandersetzung mit dem Interessensgegenstand aus. Die unter den Interessierten vorliegende Handlungsbereitschaft lässt jedoch nicht auf eine kontinuierliche Teilnahme sowie Zusage an BGF-Maßnahmen schließen. Ausschließlich Tendenzen werden aufgezeigt, was das Zutreffen der Hypothese H_1 in Frage stellt. Ebenfalls muss Berücksichtigung finden, dass unter der ältesten Generation der größte Rücklauf gegenüber den weiteren Generationen besteht. Die unter den restlichen AK um durchschnittlich zehn Prozent geringere Rücklaufquote würde durch eine gesteigerte Teilnahme die Repräsentativität innerhalb der Altersgruppen erhöhen. Die Gegenüberstellung der Interessenprofile bildet eine weitere Möglichkeit zur Bestätigung der Forschungshypothese H_1 , was der angeführten Kritik entgegenwirkt.

Interessensprofile der Altersklassen

Nachstehende Tabelle bilden eine Zusammenfassung der in Kapitels 5.2 (S. 53) aufgezeigten Ergebnisdarstellung ab. Die mittels Tabelle 13 angeführten Werte veranschaulichen zusammengefasst die Interessensprofile je AK bezüglich der Implementierungsfaktoren zur betrieblichen Gesundheitsförderung.

Tabelle 13: Vergleich der Interessensprofile nach Altersklassen (eigene Tabelle)

| Fragen | | AK 1 | AK 2 | AK 3 | AK 4 |
|--------|--------------------------|-----------------|------------------|--------------|------------------|
| 3.2 | Bereits teilgenommen an? | Keine Maßnahmen | | | |
| 3.3 | Ziele? | Muskelaufbau | | | |
| | | | Alltagsausgleich | | Alltagsausgleich |
| 3.4 | Wann? | Arbeitszeit | | | Arbeitszeit |
| | | | Freizeit | | |
| 3.5 | Finanzierung? | Nein | Anteilig | | Nein |
| 3.6 | Wo? | Egal | | Extern | |
| | | | | Intern | |
| 3.7 | Wünsche? | Massagen | | | |
| | | Fitnessstudio | | Rückenschule | |

Die Zusammenfassung der Faktoren entstammt den von der jeweiligen Altersgruppe präferierten Antwortformat und bildet einen direkten Vergleich zwischen den Altersgruppen ab. Die differenzierte Ausprägung unter den Items bestätigt ebenfalls das Zutreffen der Forschungshypothese H_1 . Die unterschiedlichen Ergebnisse unterstützen die Erwartungshaltung, dass der Faktor Alter einen Einfluss auf die Implementierung von Maßnahmen zur betrieblichen Gesundheitsförderung besitzt. Während unter Item 3.2 im Vorfeld der Befragung alle AK angeben, bereits an keiner gesundheitsförderlichen Maßnahme teilgenommen zu haben, verweisen alle weiteren Faktoren auf unterschiedliche Ausprägung. Altersklassenübergreifend liegen teils identische Implementierungsgedanken vor. Zu berücksichtigen gilt, dass unter Item 3.2 in der AK 2 drei Probanden eine Antwort abgegeben haben, welche das Interesse an BGF-Interventionen verneint haben. Gleiches gilt für AK 3 und 4 mit jeweils einem Befragten. Die Fehlbeantwortung beeinflusst die in Tabelle 13

angeführten Werte jedoch nicht. Nach Abzug der Mehrbeantwortungen in Frage 3.2 besteht dennoch die Dominanz zur Antwort: „keine Maßnahmen“.

Mittels einer klassischen Altersstrukturanalyse, welche als Analyseinstrument zur Fachkräftesicherung dient (Adenauer, 2016), wird die Altersstruktur des Pflegepersonals für die Normalstationen im Helios Klinikum Pirna, zum Zeitpunkt Juni 2020, abgebildet (Abb. 23).

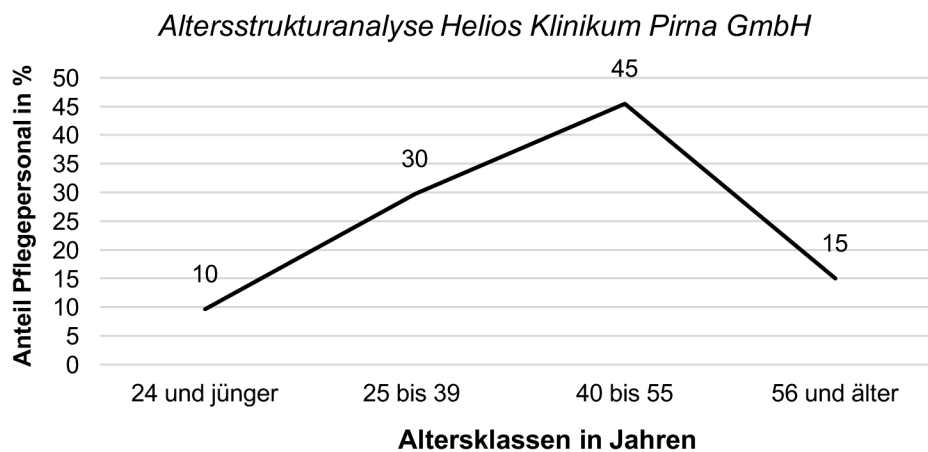


Abbildung 23: Altersstrukturanalyse des Helios Klinikum Pirna GmbH für Juni 2020 (eigene Abbildung)

Die Altersstrukturanalyse veranschaulicht, dass die Beschäftigungsgruppe der 40 bis 55-Jährigen (AK 3) mit 45 Prozent den Großteil der Belegschaft des Pflegepersonals abbildet (vgl. Tab. 6, S. 50). Um die Mehrheit der Belegschaft zu erreichen, präferiert eine interessenbezogene Implementierung von BGF-Interventionen im Helios Klinikum Pirna die unter der dritten AK aufgeführten Implementierungsfaktoren aus Tabelle 13 (S. 76). Empfehlungen laufen auf Interventionen hinaus, welche den Muskelaufbau stärken sowie einen Alltagsausgleich und Stressabbau schaffen. Präferiert werden Maßnahmen, die während der Freizeit durchführbar sind, klinikintern oder extern Anwendung finden sowie einer anteiligen Finanzierung unterliegen. Auf die Nennung von Möglichkeiten zur Interventionsumsetzung wird aufgrund des fehlenden Bezuges zur vorliegenden Forschungsfrage verzichtet. Anreize schaffen die unter Kapitel 2.3.3 (S. 30) angeführten Handlungsfelder, welche einrichtungsspezifisch umsetzbar sind.

Schlussfolgernd lassen die Studienergebnisse darauf schließen, dass das Alter einen Einfluss auf die Implementierung gesundheitsförderlicher Maßnahmen im Betrieb hat. Innerhalb der jüngeren AK verzeichnet sich ein verstärkter Gesundheitsgedanke der Pflege-

fachkräfte. Unterstützt wird die Bestätigung der Forschungshypothese H_1 durch Ko-Faktoren, zu welchen die körperliche Fitness, das Vorliegen chronischer Erkrankungen, das Geschlecht sowie die subjektive Arbeitsbelastung zählen. Die genannten Punkte bestärken in ihrer Ausprägung das Ergebnis, dass mit zunehmenden Alter das Interesse zur Teilnahme an BGF-Maßnahmen sinkt. Für eine erfolgreiche sowie bedarfsgerechte Einführung der betrieblichen Gesundheitsförderung benötigt es demnach im Rahmen der Planungsphase die Berücksichtigung der innerbetrieblichen Altersstruktur. Die Interessensprofile (Tab. 13, S. 76) veranschaulichen die unter den Pflegekräften favorisierten Ausprägungen der Implementierungsfaktoren, welche aufgrund der Repräsentativität auf andere stationäre Pflegeeinrichtungen übertragen werden können.

7 Zusammenfassung und Ausblick

Arbeitsfähige Mitarbeiter stehen zugleich für gesunde Mitarbeiter. Mit Etablierung der betrieblichen Gesundheitsförderung nach der Luxemburger Deklaration wird mit Unterstützung durch Krankenkassen eine Verbesserung der Gesundheit von Beschäftigten sowie Arbeitgebern mittels gesundheitsbewussten Maßnahmen angestrebt (Sochert & Siebeneich, 2009). Besonderes Augenmerk zur Umsetzung derer unterliegen Gesundheitseinrichtungen, unter welchen sich die demografische Entwicklung auf die Zusammensetzung der Belegschaftsstruktur verstärkt äußert. Die Mehrheit des Personals wird durch Pflegekräfte höheren Alters ausgebildet, was in Verbindung mit älteren Patienten zu gesundheitsschädlicher Mehrbelastung führt. Durch das Bestehen der betrieblichen Gesundheitsförderung erfolgt im stationären Pflegesektor ein Umdenken nicht nur primär als Gesundheitserbringer zu agieren, sondern Pflegepersonal selbst als Zielgruppe zu definieren. Ob die Altersstruktur einen Einfluss auf die Einführung sowie Umsetzung von BGF-Maßnahmen hat, gilt es zu analysieren.

Für das Ziel, den Einfluss des Faktors Alter auf die Implementierung betrieblicher Gesundheitsförderung im Gesundheitswesen zu untersuchen, erfolgt die Durchführung einer schriftlichen Mitarbeiterbefragung. Mittels der Anwendung eines für die Untersuchung erstellten Fragebogens wurde in Zusammenarbeit mit dem Helios Klinikums Pirna GmbH eine Forschungslücke geschlossen. Unter der Analyse des potenziellen Einflussfaktors bestätigte sich die Hypothese, dass dieser die Implementierung betrieblicher Gesundheitsförderung in stationären Einrichtungen beeinflusst. Die Daten verweisen auf ein mit zunehmenden Alter verringertes Interesse an BGF-Interventionen. Verstärkt wird das Forschungsergebnis durch die unter den AK differenzierten Ausprägungen von Implementierungsfaktoren. Zu diesen zählen finanzielle, zeitliche und räumliche Aspekte ebenso wie Ziele und Wünsche des Pflegepersonals zur Maßnahnumsetzung. Beeinflusst wird die Wirkung des Einflussfaktors „Alter“ durch Ko-Faktoren. Die zu diesen Faktoren mittels der schriftlichen Befragung gewonnenen Informationen bestärken die aufgestellte These in ihrer Wirksamkeit und dürfen nicht unbeachtet bleiben.

Mittels der vorliegenden Arbeit wurde durch die eigens durchgeführte Studie die aufgezeigte Forschungsfrage beantwortet. Die Aussagekraft der Ergebnisse bedarf für weitere Studien jedoch einer kritischen Hinterfragung. Die in der Diskussion aufgegriffenen Verbesserungsvorschläge sollten umgesetzt werden. Besonders die Einbeziehung einer größeren Stichprobe sowie der Ausbau des Untersuchungszeitraumes erscheinen sinnvoll.

Literaturverzeichnis

- Adenauer, S. (2016). *Die betriebliche Altersstrukturanalyse und -prognose und kostenfreie Instrumente zur Durchführung*. Institut für angewandte Arbeitswissenschaft.
- Aschemann-Pilshofer, B. (2001). *Wie erstelle ich einen Fragebogen? - Ein Leitfaden für die Praxis*. Wissenschaftsladen Graz. Graz.
- Bachl, N., Lercher, P., & Schober-Halper, B. (2020). *Bewegt Altern*. Berlin, Heidelberg: Springer Berlin Heidelberg. <https://doi.org/10.1007/978-3-662-56042-6>
- Baldus, A. (2020). POLKA: a model project for prevention in inpatient nursing homes. *Bewegungstherapie und Gesundheitssport*, 36, 27–35.
- Barkey, H. (2016). Wenn Arbeit krank macht. *PPH*, 22(04), 196–201. <https://doi.org/10.1055/s-0042-107390>
- Böckmann, V. K. (2017). Bekommt man alle Generationen unter einen Hut? *Klinikmanagement*, 22, 28–31.
- Böhm, K., Tesch-Römer, C., & Ziese, T. (2010). *Gesundheit und Krankheit im Alter*. Berlin: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Bruland, D., & Schulz, M. (2010). Gesundheitsförderung von Pflegekräften. *Psych. Pflege Heute*, 16(06), 293–297. <https://doi.org/10.1055/s-0030-1268787>
- Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin. (2014). Arbeit in der Pflege-Arbeit am Limit? *baua.*, 1–2. Abgerufen von <https://www.baua.de/DE/Angebote/Publicationen/Fakten/BIBB-BAuA-10.html>
- Bundesministerium der Justiz. (2015). Gesetz zur Stärkung der Gesundheitsförderung und der Prävention (Präventionsgesetz – PräVG). *Bundesgesetzblatt*, 31(1), 1368–1379.
- Czeschinski, P., Simski, S., & Waurick, R. (2013). Leben und Arbeiten im Schichtdienst. *Intensivmedizin up2date*, 09(04), 277–291. <https://doi.org/10.1055/s-0033-1344964>
- Döring, S., Lange, N., & Schade, C. (2018). Ein Serious Game für Führungskräfte im Pflegebereich. *Prävention und Gesundheitsförderung*, 13(4), 292–297. <https://doi.org/10.1007/s11553-018-0662-1>
- Faller, G. (2017). *Lehrbuch Betriebliche Gesundheitsförderung*. (G. Faller, Hrsg.). Hogrefe. <https://doi.org/10.1024/85569-000>

- Frerichs, F. (2015). Demografischer Wandel in der Erwerbsarbeit – Risiken und Potentiale alternder Belegschaften. *Journal for Labour Market Research*, 48(3), 203–216. <https://doi.org/10.1007/s12651-014-0171-4>
- Gadatsch, A., Ihne, H., Mohemius, J., & Schreiber, D. (2018). *Nachhaltiges Wirtschaften im digitalen Zeitalter*. (A. Gadatsch, H. Ihne, J. Monhemius, & D. Schreiber, Hrsg.). Wiesbaden: Springer Fachmedien Wiesbaden. <https://doi.org/10.1007/978-3-658-20174-6>
- Giesert, M. (2012). Arbeitsfähigkeit und Gesundheit erhalten. *AiB*, (5), 336–340.
- Grabbe, Y., Nolting, H.-D., & Loos, S. (2005). *DAK-BGW Gesundheitsreport 2005 Stationäre Krankenpflege*. Abgerufen von http://www.dak.de/content/filesopen/KrankenpflegeGesamt_110106.pdf
- Gschleier, R., & Andergassen, M. (2019). Betriebliches Gesundheitsmanagement im Krankenhaus. In J. Stierle, H. Siller, M. Fiedler, & S. Ortner (Hrsg.), *Handbuch Strategisches Krankenhausmanagement* (S. 805–825). Wiesbaden: Springer Fachmedien Wiesbaden. <https://doi.org/10.1007/978-3-658-13646-8>
- Hartmann, M., Meyer, M., Brudy, L., Oberhoffer-Fritz, R., Böhm, R., Hebestreit, H., & Hansmann, S. (2020). Bewegung und Sport bei chronischen Erkrankungen. *Monatsschrift Kinderheilkunde*, 168(8), 703–714. <https://doi.org/10.1007/s00112-020-00935-7>
- Hasselhorn, H. M., & Freude, G. (2007). *The Work Ability Index – a practical guide*. bauer:
- Häuser, W., Schmutzer, G., Henningsen, P., & Brähler, E. (2014). Chronische Schmerzen, Schmerzkrankheit und Zufriedenheit der Betroffenen mit der Schmerzbehandlung in Deutschland. *Der Schmerz*, 28(5), 483–492. <https://doi.org/10.1007/s00482-014-1438-y>
- Hielscher, V., & Krupp, E. (2019). *Betriebliche Prävention im Gesundheitswesen* (Bd. 159). Düsseldorf.
- Hollederer, A. (2016). Betriebliche Gesundheitsförderung bei älteren Beschäftigten in Deutschland. *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie*, 49(2), 132–137. <https://doi.org/10.1007/s00391-015-0945-5>
- Hollederer, A. (2018). Betriebliche Gesundheitsförderung im Gesundheitswesen. *Public Health Forum*, 26(2), 136–138. <https://doi.org/10.1515/pubhef-2018-0033>
- Hollenberg, S. (2016). *Fragebögen*. Wiesbaden: Springer Fachmedien Wiesbaden. <https://doi.org/10.1007/978-3-658-12967-5>

- Homfeldt, H. G. (2010). Gesundheit und Krankheit im Alter. In *Handbuch Soziale Arbeit und Alter* (S. 315–320). Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften. https://doi.org/10.1007/978-3-531-92004-7_31
- Huber, G. (2010). Betriebliche Gesundheitsförderung – nur mit Evaluation langfristig erfolgreich. *B&G Bewegungstherapie und Gesundheitssport*, 26(05), 223–227. <https://doi.org/10.1055/s-0030-1262569>
- Huber, G. (2013). Betriebliche Gesundheitsförderung: Ein Update zu Konzepten, Tendenzen und Forschungsstand. *B&G Bewegungstherapie und Gesundheitssport*, 29(02), 46–50. <https://doi.org/10.1055/s-0032-1331091>
- Huber, G. (2015). Bewegungstherapie und arbeitsplatzorientierte Rehabilitation. *B&G Bewegungstherapie und Gesundheitssport*, 31, 240–244. <https://doi.org/10.1055/s-0035-1558522>
- Huber, G., & Weiß, K. (2015). Betriebliche Gesundheitsförderung – Trends und Forschungsupdate 2014. *B&G Bewegungstherapie und Gesundheitssport*, 31(01), 6–9. <https://doi.org/10.1055/s-0034-1384326>
- Jacobs, K., Kuhlmeier, A., Greß, S., Klauber, J., & Schwinger, A. (2020). *Pflege-Report 2019*. (K. Jacobs, A. Kuhlmeier, S. Greß, J. Klauber, & A. Schwinger, Hrsg.). Berlin, Heidelberg: Springer Berlin Heidelberg. <https://doi.org/10.1007/978-3-662-58935-9>
- Karing, C., & Beelmann, A. (2019). Präventionsarbeit in Kitas. *Prävention und Gesundheitsförderung*, 14(4), 319–326. <https://doi.org/10.1007/s11553-019-00711-w>
- Keller, B., Klein, H.-W., & Tuschl, S. (2016). *Marktforschung der Zukunft - Mensch oder Maschine?* (B. Keller, H.-W. Klein, & S. Tuschl, Hrsg.). Wiesbaden: Springer Fachmedien Wiesbaden. <https://doi.org/10.1007/978-3-658-14539-2>
- Krapp, A. (1992). Interesse, Lernen und Leistung. Neue Forschungsansätze in der Pädagogischen Psychologie. *Zeitschrift für Pädagogik*, 38(5), 747–770.
- Laban, A., & Schmidt, C. (2014). So motivieren Sie Ihr Team. *Heilberufe*, 66(1), 14–16. <https://doi.org/10.1007/s00058-014-0116-x>
- Lempert-Horstkotte, J. (2009). Höchstes Gut: Die Gesundheit der Mitarbeiter. *Heilberufe*, 61(2), 10–13. <https://doi.org/10.1007/s00058-009-0222-3>
- Lischewski, D., Zimmermann, S., Heimlich, J., Glos, M., Westermayer, G., Penzel, T., & Fietze, I. (2011). Betriebliche Gesundheit. *Somnologie - Schlafforschung und Schlafmedizin*, 15(1), 5–13. <https://doi.org/10.1007/s11818-011-0502-4>

- Lützenkirchen, A. (2003). Organisationsentwicklung durch Gesundheitsförderung, dargestellt am Beispiel Krankenhaus. *Gruppe. Interaktion. Organisation. Zeitschrift für Angewandte Organisationspsychologie (GIO)*, 34(4), 405–415. <https://doi.org/10.1007/s11612-003-0041-y>
- Mayer, H. O. (2013). *Interview und schriftliche Befragung*. <https://doi.org/10.1017/CBO9781107415324.004>
- Meißner, F. (2013). Betriebliches Gesundheitsmanagement im Gesundheitswesen. *B&G Bewegungstherapie und Gesundheitssport*, 29(02), 62–66. <https://doi.org/10.1055/s-0032-1331094>
- Mette, J., & Harth, V. (2017). Das Kohärenzgefühl im Arbeitskontext. *Zentralblatt für Arbeitsmedizin, Arbeitsschutz und Ergonomie*, 67(4), 240–244. <https://doi.org/10.1007/s40664-017-0168-2>
- Nieder, P. (2013). Mitarbeiterbefragung und betriebliches Gesundheitsmanagement (BGM). In M. E. Domsch & D. Ladwig (Hrsg.), *Handbuch Mitarbeiterbefragung*. Berlin, Heidelberg: Springer Berlin Heidelberg. <https://doi.org/10.1007/978-3-642-35295-9>
- Oberlinner, C., Halbgewachs, A., & Yong, M. (2016). Work-Ability-Index – Vergleich zwischen verschiedenen Arbeitszeitformen. *Zeitschrift für Arbeitswissenschaft*, 70(1), 12–19. <https://doi.org/10.1007/s41449-016-0006-y>
- Perry, L., Nicholls, R., Duffield, C., & Gallagher, R. (2017). Building expert agreement on the importance and feasibility of workplace health promotion interventions for nurses and midwives: A modified Delphi consultation. *Journal of Advanced Nursing*, 73(11), 2587–2599. <https://doi.org/10.1111/jan.13345>
- Petzi, M., & Kattwinkel, S. (2016). *Das Gesunde Unternehmen zwischen Utopie und Dystopie*. Wiesbaden: Springer Fachmedien Wiesbaden. <https://doi.org/10.1007/978-3-658-15146-1>
- Porst, R. (2014). *Fragebogen*. Wiesbaden: Springer Fachmedien Wiesbaden. <https://doi.org/10.1007/978-3-658-02118-4>
- Poscia, A., Moscato, U., La Milia, D. I., Milovanovic, S., Stojanovic, J., Borghini, A., ... Magnavita, N. (2016). Workplace health promotion for older workers: a systematic literature review. *BMC Health Services Research*, 16(S5), 329. <https://doi.org/10.1186/s12913-016-1518-z>
- Prümper, J. (2013). Arbeitsfähigkeit im demografischen Wandel. *Zukunft Wirtschaft*, 58–63.

- Regel, G., Bosch, U., & Stalp, M. (1997). Normalstation. In *Tscherne Unfallchirurgie* (S. 149–185). Berlin, Heidelberg: Springer Berlin Heidelberg. https://doi.org/10.1007/978-3-642-59215-7_7
- Richter, K., Greiff, C., & Weidemann-Wendt, N. (2017). *Der ältere Mensch in der Physiotherapie*. Berlin, Heidelberg: Springer Berlin Heidelberg. <https://doi.org/10.1007/978-3-662-50466-6>
- Rimbach, A. (2012). Wohlfühlfaktor Arbeitsplatz. *Im OP*, 2(06), 279–282. <https://doi.org/10.1055/s-0032-1329563>
- Rimser, M. (2014). *Generation Resource Management*. Wiesbaden: Springer Fachmedien Wiesbaden. <https://doi.org/10.1007/978-3-658-07828-7>
- Roeser, K., Knies, J., & Kübler, A. (2013). Schlaf und Lebenszufriedenheit in Abhängigkeit vom Arbeitszeitmodell. *Somnologie - Schlafforschung und Schlafmedizin*, 17(3), 205–211. <https://doi.org/10.1007/s11818-013-0616-y>
- Röhr, A. (2018). Älter werden im Pflegeberuf: Möglichkeiten für den Einzelnen und Teams. *Endo-Praxis*, 34(4), 185–190. <https://doi.org/10.1055/a-0624-5685>
- Rojatz, D., Merchant, A., & Nitsch, M. (2015). Zentrale Einflussfaktoren der betrieblichen Gesundheitsförderung. *Prävention und Gesundheitsförderung*, 10(2), 134–146. <https://doi.org/10.1007/s11553-015-0488-z>
- Röper, J., & Fleßa, S. (2020). Krankheitsbedingte Fehlzeiten des Pflegepersonals eines Maximalversorgers – Analyse und Handlungsanweisungen. *HeilberufeScience*, 11(1–2), 13–23. <https://doi.org/10.1007/s16024-020-00336-6>
- Scheidler, A., Müllleder, P., & Dieplinger, A. M. (2019). Stress im Akutpflegebereich. *ProCare*, 24(1–2), 46–49. <https://doi.org/10.1007/s00735-019-1018-6>
- Schmidt, R., Müller, M., Bühren, S., Neubert, N., Malinka, J., Sakris, J., & Kraußlach, H. (2005). *Praxisleitfaden zur Einführung eines Betrieblichen Gesundheitsmanagements*. Jena: Verlag Ernst-Abbe-Hochschule Jena.
- Schmidt, S., & Döbele, M. (2016). *Demenzbegleiter. Demenzbegleiter*. Berlin, Heidelberg, Heidelberg: Springer Berlin Heidelberg. <https://doi.org/10.1007/978-3-662-52653-8>
- Schmitz, U., Ko, Y., Seewald, S., Glanzer, K., Dusing, R., & Vetter, H. (2011). *Klinische Kardiologie*. (E. Erdmann, Hrsg.), *Praxis*. Berlin, Heidelberg, Heidelberg: Springer Berlin Heidelberg. <https://doi.org/10.1007/978-3-642-16481-1>

- Simek, M., Nitsch, M., & Ropin, K. (2014). Praxisprojekte betrieblicher Gesundheitsförderung. *Prävention und Gesundheitsförderung*, 9(2), 138–143. <https://doi.org/10.1007/s11553-013-0423-0>
- Simmel, M., & Graßl, W. (2020). *Betriebliches Gesundheitsmanagement mit System*. (M. Simmel & W. Graßl, Hrsg.). Wiesbaden: Springer Fachmedien Wiesbaden. <https://doi.org/10.1007/978-3-658-26956-2>
- Sochert, R., & Siebeneich, A. (2009). *Gesundheit im Betrieb fördern*. Essen.
- Spicker, I., & Schopf, A. (2007). *Betriebliche Gesundheitsförderung erfolgreich umsetzen*. Wien: Springer.
- Spychala, A., & Sonnentag, S. (2009). Mitarbeiterbefragung. In *Modernisierung kleiner und mittlerer Unternehmen* (S. 202–209). Berlin, Heidelberg: Springer Berlin Heidelberg. https://doi.org/10.1007/978-3-540-92927-7_14
- Staender, J. (2011). Krankenhaus und Public Health. In *Die Gesellschaft und ihre Gesundheit* (S. 345–366). Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften. https://doi.org/10.1007/978-3-531-92790-9_18
- Statistisches Bundesamt. (2018). *Gesundheit - Grunddaten der Krankenhäuser* (Bd. 12). Abgerufen von https://www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Gesundheit/Krankenhaeuser/Publikationen/Downloads-Krankenhaeuser/grunddaten-krankenhaeuser-2120611177004.pdf?__blob=publicationFile
- Steckl, M., Simshäuser, U., & Niederberger, M. (2019). Arbeitgeberattraktivität aus Sicht der Generation Z. *Prävention und Gesundheitsförderung*, 14(3), 212–217. <https://doi.org/10.1007/s11553-019-00703-w>
- Steiner, E., & Benesch, M. (2018). *Der Fragebogen*.
- Ternès, A., Klenke, B., Jerusel, M., & Schmidtbleicher, B. (2017). *Integriertes Betriebliches Gesundheitsmanagement*. Wiesbaden: Springer Fachmedien Wiesbaden. <https://doi.org/10.1007/978-3-658-14640-5>
- v. Reibnitz, C., & Sonntag, K. (2019). Best Practice: Betriebliches Gesundheitsmanagement. *Pflegezeitschrift*, 72(10), 32–35. <https://doi.org/10.1007/s41906-019-0160-x>
- Walter, U., & Badura, B. (2018). Betriebliches Gesundheitsmanagement mit Kennzahlen. *Public Health Forum*, 26(2), 141–143. <https://doi.org/10.1515/pubhef-2018-0017>

Wanek, V., & Schreiner-Kürten, K. (2018). *Leitfaden Prävention*. Berlin. Abgerufen von www.gkv.info

Welk, I. (2018). Im besten Alter. *Im OP*, 08(03), 113–120. <https://doi.org/10.1055/s-0044-101491>

Wentzke, S. (2015). Veränderungen im Alter. *Deutsche Zeitschrift für Osteopathie*, (1), 13–17.

Zniva, R. (2016). *Ältere Konsumenten in Handel und Marketing*. Wiesbaden: Springer Fachmedien Wiesbaden. <https://doi.org/10.1007/978-3-658-15589-6>

Internetquellen

Wollbrandt, Kristin (k. A.) Unser Angebot. Zugriff unter www.helios-gesundheit.de/kliniken/pirna/unser-angebot.html

Anhang

Anhang 1: Fragebogen

Mitarbeiterbefragung zur betrieblichen Gesundheitsförderung im Helios Klinikum Pirna

Annemarie Hörr

Bitte so markieren: Bitte verwenden Sie einen Kugelschreiber oder nicht zu starken Filzstift. Dieser Fragebogen wird maschinell erfasst.Korrektur: Bitte beachten Sie im Interesse einer optimalen Datenerfassung die links gegebenen Hinweise beim Ausfüllen.

1. Einführung

Liebe Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter,

im Rahmen meiner Masterarbeit führe ich in Kooperation mit dem Helios Klinikum Pirna eine Analyse zum Thema "Betriebliche Gesundheitsförderung" durch. Hiermit soll der Fragestellung nachgegangen werden, wie das Alter die Einführung und Umsetzung gesundheitsförderlicher Maßnahmen für Pflegekräfte, unter Berücksichtigung von Belastungsfaktoren, beeinflusst.

Dabei werden ausschließlich Pflegefachkräfte auf Normalstation befragt. Ich bitte Sie dabei um Ihre ehrliche Meinung - die Beantwortung der Fragen erlaubt kein Richtig oder Falsch.

Wichtige Hinweise zu dieser Befragung:

1. Die Teilnahme an der Befragung ist **freiwillig**.
2. Die Befragung ist anonym. Schreiben Sie bitte **keinen Namen auf den Fragebogen**.
3. Bitte stecken Sie den ausgefüllten Fragebogen bis zum **08.06.2020** in das Postfach der Pflegedienstleitung.
4. Bei Fragen können Sie sich gern an die stellv. Pflegedirektion wenden.

Ich bedanke mich herzlich für Ihre Teilnahme und Unterstützung!

Annemarie Hörr
Master-Studentin an der TU Chemnitz

2. Fragen zur Arbeitsbelastung

Sie als Pflegefachkraft unterliegen bei der Arbeit auf Normalstation verschiedenen Belastungen.

Beurteilen Sie in den nächsten Punkten, mit welcher Intensität Sie persönlich diese Belastungen wahrnehmen!

| | Stark | Mäßig | Wenig | Überhaupt nicht |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 2.1 wahrgenommene physische Belastungen: <i>(ungünstige Körperhaltungen, schweres Heben & Tragen, Umlagern, gebeugte & gedrehte Körperhaltungen,...)</i> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2.2 wahrgenommene organisationsbedingte Belastungen: <i>(Zeitdruck, Wegfall von Pausenzeiten, hohes Arbeitstempo, häufige Arbeitsbereitschaft bei personellen Ausfällen,...)</i> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2.3 wahrgenommene Belastung durch Schicht- und Nachtarbeit: | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2.4 wahrgenommene psychische Belastungen: <i>(Stress, Konflikte mit Kollegen, Angehörigen und Patienten,...)</i> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |



3. Fragen zur betrieblichen Gesundheitsförderung

Betriebliche Gesundheitsförderung (BGF) bedeutet die Schaffung von Maßnahmen zur Verbesserung von Wohlbefinden und Gesundheit am Arbeitsplatz.

3.1 **Haben Sie Interesse an Angeboten zur betrieblichen Gesundheitsförderung im Helios Klinikum Pirna?**

- Ja Nein

Bei -NEIN- fahren Sie mit Frage 4.1 fort!

3.2 **Im Helios Klinikum Pirna werden Maßnahmen zur Förderung der Gesundheit angeboten. An welcher der Maßnahme(n) haben Sie bereits teilgenommen? (Mehrfachnennung möglich)**

- interner Fitnessraum Schulung zur Rauchentwöhnung TeamSport-Events (Stadtlauf, Drachenboot, Fußball)
- Vergünstigung Fitnessstudio, WeightWatchers (HeliosPlusCard) Keine Maßnahmen

3.3 **Welches Ziel verfolgen Sie mit Ihrer (möglichen) Teilnahme? (z.B. Muskelaufbau, Alltagsausgleich,...)**

3.4 **Wann möchten bzw. nutzen Sie diese Maßnahmen? (Mehrfachnennung möglich)**

- Arbeitszeit Pausenzeit Freizeit

3.5 **Würden Sie selbst finanzielle Mittel dafür aufbringen?**

- Ja Nein Anteilig

3.6 **Wo sollten die Maßnahmen des BGF angeboten werden?**

- Intern (im Klinikum) Extern (Fitnessstudio,...) Egal

3.7 **Welche Maßnahmen zur Gesundheitsförderung würden Sie sich im Klinikum Pirna in naher Zukunft wünschen?**

4. Fragen zur Gesundheit und Lebensstil

4.1 **Unterliegen Sie chronischen Krankheiten, welche Sie in Ihrer Arbeitsfähigkeit einschränken? (z.B. chronische Rückenschmerzen,...)**

- Ja Nein

4.2 **Sind Sie in Ihrer Freizeit körperlich aktiv? (z.B. im Verein, Fitnessstudio, Wandern,...)**

- Ja Nein

5. Fragen zur Person

5.1 **Wie alt sind Sie?**

- 24 Jahre und jünger 25 - 39 Jahre 40 - 55 Jahre
- 56 Jahre und älter

5.2 **Ihr Geschlecht:**

- weiblich männlich



Anhang 2: Stationsübersicht

| Station | Mitarbeiteranzahl | | | | |
|---------------|-------------------|-----------|--------------------------|-----------|--------------------|
| | weiblich | männlich | Gesamt (ohne EZ/LZK*) | EZ/LZK | Gesamt anwesend |
| Station 1 | 14 | 8 | 22 | 3 | 19 |
| Station 2 | 14 | 4 | 18 | - | 18 |
| Station 3 | 4 | 2 | 6 | 1 | 5 |
| Station 4 | 15 | 10 | 25 | 4 | 21 |
| Station 5 | 18 | 3 | 21 | 1 | 20 |
| Station 6 | 20 | 6 | 26 | 3 | 23 |
| Station 7 | 17 | 5 | 22 | 3 | 19 |
| Station 8 | 19 | 3 | 22 | 2 | 20 |
| Station 9 | 19 | 1 | 20 | 1 | 19 |
| Station 10 | 16 | 1 | 17 | - | 17 |
| Station 11 | 12 | 9 | 21 | 2 | 19 |
| Station 12 | 20 | 4 | 24 | 1 | 23 |
| Station 13 | 10 | 1 | 11 | 1 | 10 |
| Station 14 | 13 | 1 | 14 | 1 | 13 |
| Station 15 | 12 | 1 | 13 | - | 13 |
| Station 16 | 16 | 1 | 17 | - | 17 |
| Gesamt | 239 | 60 | 299 | 23 | 276 |

*LZK = Langzeitkrank
EZ = Elternzeit

S. Hörr
stellv. Pflegedirektorin

Anhang 3: Anschreiben Mitarbeiterbefragung

Sehr geehrte Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter,

ab heute ist ein Fragebogen im Helios Klinikum Pirna in Umlauf.

Im Rahmen meiner Masterarbeit führe ich in Kooperation mit dem Helios Klinikum Pirna eine Analyse zum Thema „Betriebliche Gesundheitsförderung“ durch. Hiermit soll der Fragestellung nachgegangen werden, wie das Alter die Einführung und Umsetzung gesundheitsförderlicher Maßnahmen für Pflegekräfte, unter Berücksichtigung von Belastungsfaktoren, beeinflusst.

Die Durchführung erfolgt in Papierform und nimmt ca. 10 Minuten in Anspruch. Die Fragebögen finden Sie in Ihrem Dienstzimmer. Der Umfragezeitraum beläuft sich auf 3 Wochen und endet am **08.06.2020**. Haben Sie den Fragebogen ausgefüllt, werfen Sie diesen bitte in das Postfach der Pflegedienstleitung.

Hinweis!

Bei der Umfrage ist zu jederzeit Ihre **Anonymität** gewährleistet und Rückschlüsse auf einzelne Personen sind nicht möglich. Jede Angabe ist natürlich **freiwillig**. Ich möchte Sie darum bitten, pro Person nur einmal daran teilzunehmen.

Sollten Fragen zur Umfrage aufkommen, können Sie sich gern jederzeit an die stellv. Pflegedirektion wenden.

Vielen Dank im Voraus für Ihre Teilnahme.

Mit freundlichen Grüßen



Annemarie Hörr

Master-Studentin an der TU-Chemnitz

Anhang 4: Wünsche an BGF-Interventionen nach Altersklassen (eigene Tabelle)

| Ziele | AK 1 | AK 2 | AK 3 | AK 4 |
|-----------------------------------|--------------------|--------|--------|--------|
| | Prozent (n) | | | |
| Massagen | 33 (1) | 39 (7) | 26 (5) | 30 (3) |
| Fitnessstudio/Kurse | 67 (2) | 6 (1) | 21 (4) | 10 (1) |
| Rückenschule | | 22 (4) | 26 (5) | 40 (4) |
| Physiotherapie | | 11 (2) | 5 (1) | 10 (1) |
| Ergonomischer Arbeitsplatz | | 6 (1) | | |
| Job-Bike | | 22 (4) | | |
| Ernährungsberatung | | 6 (1) | 5 (1) | 10 (1) |
| Laufanalyse/Körperhaltung | | 6 (1) | | |
| Stationsausflüge | | 11 (2) | | |
| Ruheraum | | | 5 (1) | |
| Sommerkleidung | | | 5 (1) | |
| Gesunde Kantinenkost | | | 5 (1) | 10 (1) |
| Autogenes Training | | | 5 (1) | 10 (1) |
| Bezugsstichprobe (n) | 3 | 18 | 19 | 10 |

| | |
|---------------------|--|
| Name: Hörr | <u>Bitte beachten:</u> 1. Bitte binden Sie dieses Blatt am Ende Ihrer Arbeit ein. |
| Vorname: Annemarie | |
| geb. am: 10.11.1995 | |
| Matr.-Nr.: 407034 | |


Selbstständigkeitserklärung*

Ich erkläre gegenüber der Technischen Universität Chemnitz, dass ich die vorliegende **Masterarbeit** selbstständig und ohne Benutzung anderer als der angegebenen Quellen und Hilfsmittel angefertigt habe.

Die vorliegende Arbeit ist frei von Plagiaten. Alle Ausführungen, die wörtlich oder inhaltlich aus anderen Schriften entnommen sind, habe ich als solche kenntlich gemacht.

Diese Arbeit wurde in gleicher oder ähnlicher Form noch nicht als Prüfungsleistung eingereicht und ist auch noch nicht veröffentlicht.

Datum: 11.08.2020

Unterschrift: 

* Statement of Authorship

I hereby certify to the Technische Universität Chemnitz that this thesis is all my own work and uses no external material other than that acknowledged in the text.

This work contains no plagiarism and all sentences or passages directly quoted from other people's work or including content derived from such work have been specifically credited to the authors and sources.

This paper has neither been submitted in the same or a similar form to any other examiner nor for the award of any other degree, nor has it previously been published.