

„AIDA – Arbeitsschutz in der Altenpflege“

im Politikfeld D, Ziel 3 ESF

GZ: 82/V43A/2719

Zuwendungsbescheid vom 06.03.2007

Endbericht zur operativen Projektdurchführung

Institut für Sozialforschung und Sozialwirtschaft (iso)

Kerstin Blass

Manfred Geiger

Sabine Kirchen-Peters

Saarbrücken, November 2008

Mit finanzieller Unterstützung des Landes Nordrhein-Westfalen und des Europäischen Sozialfonds



EUROPÄISCHE UNION
Europäischer Sozialfonds



Ministerium für Arbeit,
Gesundheit und Soziales
des Landes
Nordrhein-Westfalen

NRW.

NAHER AM MENSCHEN



INHALTSVERZEICHNIS

Tabellenverzeichnis	9
1. Einleitung	13
1.1 Projekthintergrund.....	13
1.2 Projektziele.....	13
1.3 Methodisches Vorgehen.....	14
1.3.1 Der partizipative Ansatz.....	14
1.3.2 Die Ist-Analyse.....	16
1.3.3 Die Arbeit des Gesundheitszirkel.....	17
1.4 Aufbau des Abschlussberichts.....	19
2. Führung und Zusammenarbeit	22
A: Allgemeiner Teil.....	22
1. Thematischer Aufriss.....	22
2. Ergebnisse der Querschnittsanalyse.....	24
B: Fallstudie.....	31
1. Die Einrichtung.....	31
2. Die Ist-Analyse.....	32
3. Zwischenfazit.....	38
C: Die Arbeit des Gesundheitszirkels.....	39
1. Problembeschreibung und Ursachenanalyse.....	39
1.1 Kommunikation zwischen den Führungskräften.....	40
1.2 Kommunikation zwischen Träger und Einrichtung.....	41
2. Die Maßnahmenentwicklung.....	42
2.1 Reorganisation der Regelkommunikation zwischen den Führungskräften.....	42
2.2 Festlegung und Zuordnung der Kommunikationsinhalte.....	43
2.3 Verbesserung der Erreichbarkeit.....	43
2.4 Umsetzung der Maßnahmen.....	45
3. Fazit.....	46
3. Psychische Belastungen durch Bewohner/innen und Angehörige	47
A: Allgemeiner Teil.....	47
1. Thematischer Aufriss.....	47
2. Ergebnisse der Querschnittsanalyse.....	49
B: Fallstudie.....	55
1. Die Einrichtung.....	55
2. Die Ist-Analyse.....	56

3. Zwischenfazit.....	62
C: Die Arbeit des Gesundheitszirkels.....	62
1. Ergebnispräsentation und Auswahl der Arbeitsfelder.....	62
2. Problemanalyse und Konkretisierung der Zielzustände in der „Hauswirtschaftsgruppe“	63
2.1 Vertiefung der Bestandsaufnahme	63
2.2 Sollkonzeption	65
2.3 Abstimmung mit der Leitung in der „Hauswirtschaftsgruppe“	66
2.4 Konkretisierung der Maßnahmen in der „Hauswirtschaftsgruppe“	67
2.4.1 Maßnahme: Erhöhung der Kontinuität im Service.....	67
2.4.2 Maßnahme: Standardisiertes Instrument zur Verbesserung des Informationsflusses über Bewohner/innen	68
2.4.3 Maßnahme: Verbesserung der persönlichen Kompetenz und Eignung der Mitarbeiter/innen	73
2.4.4 Maßnahme: Abbau von Materialengpässen (z.B. durch einen Springer)	73
3. Problemanalyse und Konkretisierung der Zielzustände in der „Pflegegruppe“	74
3.1 Vertiefung der Bestandsaufnahme	74
3.2 Sollkonzeption	76
3.3 Abstimmung mit der Leitung in der „Pflegegruppe“	79
3.4 Konkretisierung der Maßnahmen in der „Pflegegruppe“	79
3.4.1 Maßnahme: Mitarbeiter/innen lernen, mit Kritik umzugehen	79
3.4.2 Maßnahme: Neue, transparente Struktur der Neuaufnahme und der Erst- und Folgekontakte; Strukturierung der Kommunikation mit den Angehörigen in den Wohnbereichen.....	80
3.4.3 Maßnahme: Austausch über Angehörigenanliegen im Wohnbereich verbessern	83
4. Fazit.....	83
4. Handhabung von Lasten.....	85
A: Allgemeiner Teil.....	85
1. Thematischer Aufriss.....	85
2. Ergebnisse der Querschnittsanalyse	86
B: Fallstudie.....	91
1. Die Einrichtung	91
2. Die Ist-Analyse	92
3. Zwischenfazit.....	96
C: Die Arbeit des Gesundheitszirkels.....	97
1. Problemanalyse und Konkretisierung der Zielsetzung.....	97
2. Der Gesundheitszirkel stößt auf Skepsis.....	98
3. Thematische Neuorientierung und ein neues Format der Zirkelarbeit.....	100
4. Die AG „Kooperation zwischen Wohnbereichsleitungen und Sozialem Dienst“	102

4.1	Vertiefende Problemanalyse und Konkretisierung der Zielsetzung.....	102
4.2	Maßnahmenentwicklung „Förderung der Alltagskommunikation im Wohnbereich“	104
5.	Die AG „Führung und Zusammenarbeit“	108
5.1	Vertiefende Problemdefinition und Konkretisierung der Zielsetzung	108
5.2	Maßnahmenentwicklung.....	110
5.2.1	Personalbezogener Aufgabenbereich.....	110
5.2.2	Bewohnerbezogener Aufgabenbereich:	111
6.	Umsetzung der Maßnahmen	114
7.	Fazit.....	114
5.	Belastungen durch Hygieneanforderungen	117
A:	Allgemeiner Teil	117
1.	Thematischer Aufriss.....	117
2.	Ergebnisse der Querschnittsanalyse	119
B:	Fallstudie.....	125
1.	Die Einrichtung	125
2.	Die Ist-Analyse	125
3.	Zwischenfazit.....	132
C:	Die Arbeit des Gesundheitszirkels.....	133
1.	Ergebnispräsentation und Auswahl der Arbeitsfelder	133
2.	Problemanalyse und Konkretisierung der Zielzustände	134
2.1	Vertiefung der Bestandsaufnahme	134
2.2	Sollkonzeption	137
2.3	Abstimmung mit der Leitung	138
3.	Die Maßnahmenentwicklung	139
3.1	Verbesserung der Hygienecompliance	139
3.2	Maßnahme: Transparentes Verfahren für den Umgang mit Hygienefehlern und Lernresistenzen	140
3.3	Maßnahme: Vergessen vermeiden über Sichthilfen	140
3.4	Maßnahme: Basiswissen über Hygiene für Bewohner/innen, Angehörige und Externe	141
3.5	Maßnahme: Liste Überbürokratisierung/ Regelungslücken.....	141
4.	Fazit.....	142
6.	Arbeitsorganisation	144
A:	Allgemeiner Teil	144
1.	Thematischer Aufriss.....	144
2.	Ergebnisse der Querschnittsanalyse	145

B: Fallstudie.....	152
1. Die Einrichtung	152
2. Die Ist-Analyse	153
3. Zwischenfazit.....	156
B: Die Arbeit in den Gesundheitszirkeln	157
Exkurs: Probleme bei der Implementation des Gesundheitszirkels	157
1. Problembeschreibung und Ursachenanalyse	159
2. Priorisierung und Benennung des Sollzustandes	163
3. Die Konkretisierung der Maßnahmen	166
4. Ergebnisrückkopplung mit Pflegedienstleitung und Stellvertretung	169
5. Fazit.....	170
7. Arbeitszeit.....	171
A: Allgemeiner Teil	171
1. Thematischer Aufriss.....	171
2. Ergebnisse der Querschnittsanalyse	172
B: Fallstudie I.....	178
1. Die Einrichtung	178
2. Die Ist-Analyse	179
3. Zwischenfazit.....	184
C: Die Arbeit des Gesundheitszirkels.....	184
1. Problembeschreibung und Ursachenanalyse	185
2. Die Zieldefinition	187
3. Die Maßnahmenentwicklung	187
3.1 Berechnung der täglich zur Verfügung stehenden Bruttoarbeitsstunden	187
3.2 Berechnung der täglich zur Verfügung stehenden Nettoarbeitsstunden	190
3.3 Auflistung der täglich anfallenden Tätigkeiten.....	193
3.4 Personaleinsatzplanung Tagschicht	194
4. Ergebnispräsentation für die Geschäftsführung.....	197
5. Fazit.....	200
D: Fallstudie II	201
1. Die Einrichtung	201
2. Die Ist-Analyse	202
3. Zwischenfazit.....	208
E: Die Arbeit des Gesundheitszirkels.....	208
1. Ergebnispräsentation und Auswahl der Arbeitsfelder.....	208

2.	Problemanalyse und Konkretisierung der Zielzustände	209
2.1	Vertiefung der Bestandsaufnahme	209
2.2	Sollkonzeption	211
2.3	Abstimmung mit der Leitung	213
3.	Die Maßnahmenentwicklung	214
3.1	Maßnahme: Verbesserung der Kundenkommunikation	214
3.2	Maßnahme: Arbeitsgruppe „Zukunftskonzept“	214
3.3	Maßnahme: „Zeitfresser“ und Zeitpuffer.....	215
4.	Fazit.....	216
8.	Sensibilisierung zu gesundheitsbewusstem Verhalten.....	218
A:	Allgemeiner Teil	218
1.	Thematischer Aufriss.....	218
2.	Ergebnisse der Querschnittsanalyse	220
B:	Fallstudie.....	225
1.	Die Einrichtung	225
2.	Die Ist-Analyse	225
3.	Zwischenfazit.....	229
C:	Die Arbeit des Gesundheitszirkels.....	231
1.	Vertiefende Problemanalyse und Konkretisierung der Zielsetzung.....	231
2.	Die Maßnahmenentwicklung	234
2.1	Maßnahmen, bei denen zunächst die Mitarbeiter/innen eines Wohnbereichs gefordert sind	234
2.1.1	Reduzierung von Reibungspunkten im täglichen Ablauf.....	236
2.1.2	Nutzung und Entwicklung von Kooperationschancen zwischen Pflege und Sozialem Dienst	236
2.1.3	Die Induzierung von Teamentwicklungsprozessen und Empowerment	237
2.2	Anliegen, bei denen zunächst die Leitung gefordert ist	238
3.	Umsetzung der Maßnahmen.....	241
4.	Fazit.....	242
9.	Abschließende Projektbewertung.....	244
	Literaturverzeichnis.....	249
	Anhang	253

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1:	Absolute Anzahl und Rücklauf der Fragebögen.....	20
Tabelle 2:	Rücklaufquote.....	20
Tabelle 3:	Bewertung der Wohnbereiche.....	25
Tabelle 4:	Hausvergleich: Bewertung der Wohnbereiche	26
Tabelle 5:	Gestaltungsspielräume und Kontrolle (Mehrfachnennungen möglich).....	27
Tabelle 6:	Unterstützung der Mitarbeiter/innen I (Mehrfachnennungen möglich).....	28
Tabelle 7:	Unterstützung der Mitarbeiter/innen II (Mehrfachnennungen möglich).....	28
Tabelle 8:	Feedback (Mehrfachnennungen möglich).....	29
Tabelle 9:	Vertrauensbasis in den Wohnbereichen	29
Tabelle 10:	Vertrauensbasis zu den Führungskräften.....	30
Tabelle 11:	Einrichtungsklima	30
Tabelle 12:	Hausvergleich: Speiserversorgung	33
Tabelle 13:	Vertrauensverhältnis Führungskräfte (Fallstudie/Gesamt).....	34
Tabelle 14:	Planbarkeit der Arbeit (Fallstudie/Gesamt) (Mehrfachnennungen möglich)	35
Tabelle 15:	Gestaltungsspielräume und Kontrolle (Fallstudie/Gesamt) (Mehrfachnennungen möglich).....	35
Tabelle 16:	Unterstützung durch die Vorgesetzten (Fallstudie/Gesamt) (Mehrfachnennungen möglich).....	36
Tabelle 17:	Regelkommunikation (Fallstudie/Gesamt) (Mehrfachnennungen möglich)	37
Tabelle 18:	Arbeitssituation in den Wohnbereichen (Fallstudie/Gesamt)	38
Tabelle 19:	Übersicht Problemfelder bei der Kommunikation zwischen den Führungskräften.....	41
Tabelle 20:	Übersicht Besprechungstermine Führungskräfte	44
Tabelle 21:	Belastungen durch Bewohner(verhalten) I	50
Tabelle 22:	Belastungen durch Bewohner(verhalten) II.....	51
Tabelle 23:	Ausgewählte Belastungen durch Bewohner(verhalten) nach Qualifizierungsstand.....	52
Tabelle 24:	Hausvergleich: Ausgewählte Belastungen durch Bewohner(verhalten)	53
Tabelle 25:	Belastungen durch Angehörige.....	54
Tabelle 26:	Belastungen durch Bewohner(verhalten) I (Fallstudie/Gesamt)	57
Tabelle 27:	Belastungen durch Bewohner(verhalten) II (Fallstudie/Gesamt).....	58
Tabelle 28:	Stärken und Schwächen im Umgang mit psychisch kranken Bewohner/innen	59
Tabelle 29:	Belastungen durch Angehörige (Fallstudie/Gesamt).....	60
Tabelle 30:	Hausvergleich: Nutzung technischer Hilfsmittel.....	87
Tabelle 31:	Gründe für Nichtnutzung technischer Hilfsmittel	87
Tabelle 32:	Hausvergleich: Gründe für Nichtnutzung technischer Hilfsmittel.....	88
Tabelle 33:	Hausvergleich: Hinzuziehen von Mitarbeiter/innen beim Bewegen schwerer Lasten	88
Tabelle 34:	Geeignete Maßnahmen bezüglich der Vermittlung rückengerechter Arbeitsweisen.....	89

Tabelle 35:	Geeignete Maßnahmen bezüglich des situativ gestaltbaren Pflegearrangements	89
Tabelle 36:	Geeignete Maßnahmen bezüglich der betrieblichen Rahmenbedingungen	90
Tabelle 37:	Hausvergleich: Geeignete Maßnahmen bezüglich betrieblicher Rahmenbedingungen	90
Tabelle 38:	Wenn schwere Lasten zu bewegen sind, versuchen Sie (Fallstudie/Gesamt)	93
Tabelle 39:	Gründe für Nichtnutzung technischer Hilfsmittel (Fallstudie/Gesamt)	93
Tabelle 40:	Geeignete Maßnahmen zur Reduktion von Belastungen (Fallstudie/Gesamt).....	94
Tabelle 41:	Bewertungssystematik.....	112
Tabelle 42:	Standards zur Umsetzung von Hygiene.....	120
Tabelle 43:	Sicherheit im Umgang mit Hygiene.....	121
Tabelle 44:	Persönlicher Umgang mit Hygienegerichtlinien.....	122
Tabelle 45:	Bewertung unterschiedlicher Hygienebereiche.....	123
Tabelle 46:	Standards zur Umsetzung von Hygiene (Fallstudie/Gesamt).....	126
Tabelle 47:	Sicherheit im Umgang mit Hygiene (Fallstudie/Gesamt).....	128
Tabelle 48:	Persönlicher Umgang mit Hygienegerichtlinien (Fallstudie/Gesamt).....	128
Tabelle 49:	Bewertung unterschiedlicher Hygienebereiche (Fallstudie/Gesamt).....	129
Tabelle 50:	Stärken und Schwächen im Umgang mit Hygienegerichtlinien	131
Tabelle 51:	Zielübereinkunft.....	146
Tabelle 52:	Hausvergleich: Betriebswirtschaftliche Ausrichtung.....	146
Tabelle 53:	Zusammenarbeit Funktionsbereiche.....	147
Tabelle 54:	Planbarkeit der Arbeit in den Wohnbereichen	147
Tabelle 55:	Arbeitsunterbrechungen.....	148
Tabelle 56:	Hausvergleich: Arbeitsorganisatorische Unterbrechungen (Zustimmung)	148
Tabelle 57:	Aufnahme- und Beschwerdemanagement	148
Tabelle 58:	Hausvergleich: Managementelemente (Zustimmung).....	149
Tabelle 59:	Hausvergleich: Leistbarkeit der Anforderungen an die Pflegedokumentation.....	149
Tabelle 60:	Externe Prüfungen.....	150
Tabelle 61:	Zusammenarbeit mit externen Dienstleistern.....	150
Tabelle 62:	Hausvergleich: Zusammenarbeit mit Krankenhäusern.....	150
Tabelle 63:	Zielübereinkünfte (Fallstudie/Gesamt).....	153
Tabelle 64:	Zusammenarbeit Funktionsbereiche (Fallstudie/Gesamt)	154
Tabelle 65:	Zeitliche Planbarkeit der Arbeit (Fallstudie/Gesamt)	154
Tabelle 66:	Managementelemente (Fallstudie/Gesamt)	155
Tabelle 67:	Externe Prüfungen (Fallstudie/Gesamt).....	155
Tabelle 68:	Zusammenarbeit mit externen Dienstleistern (Fallstudie/Gesamt)	156
Tabelle 69:	Regelmäßiges Arbeiten im Schichtdienst.....	173

Tabelle 70:	Samstags - und Sonntagsdienste	174
Tabelle 71:	Hausvergleich: Samstags - und Sonntagsdienste	174
Tabelle 72:	Rechnerische Arbeitstage pro Woche	175
Tabelle 73:	Arbeitszeitwünsche	175
Tabelle 74:	Wunsch nach mehr freien Tagen hintereinander	175
Tabelle 75:	Hausvergleich: mehr als 20 Arbeitstage am Stück (Anzahl Pflegekräfte)	176
Tabelle 76:	Überstunden/Mehrarbeit	176
Tabelle 77:	Hausvergleich: Überstunden/Mehrarbeit	176
Tabelle 78:	Vereinbarkeit von Familie und Beruf	177
Tabelle 79:	Hausvergleich: Unplanbarkeit der Freizeit	177
Tabelle 80:	Samstagsdienste (Fallstudie/Gesamt)	179
Tabelle 81:	Sonntagsdienste (Fallstudie/Gesamt)	180
Tabelle 82:	Arbeitstage am Stück (Fallstudie/Gesamt)	180
Tabelle 83:	Überstunden/Mehrarbeit (Fallstudie/Gesamt)	181
Tabelle 84:	Vertrauensverhältnis (Fallstudie/Gesamt)	183
Tabelle 85:	Stichwortsammlung der Problemdefinition aus der ersten Zirkelsitzung	186
Tabelle 86:	Berechnung der Vollzeitstellen über die Personalschlüssel	189
Tabelle 87:	Abziehende Stellenanteile für soziale Betreuung sowie Heim - und Pflegedienstleitung	189
Tabelle 88:	Vollzeitstellen und monatliche Bruttostunden im Abgleich mit den tatsächlichen Stundenkontingenten pro Wohnbereich	189
Tabelle 89:	Übersicht Nettoarbeitszeit und Arbeitsstunden Tagschicht (gerundet)	192
Tabelle 90:	Beispiel Tätigkeitsauflistung	193
Tabelle 91:	Schichten und Mindestbesetzung Wohnbereich B (39 BW)	194
Tabelle 92:	Schichten und Mindestbesetzung Wohnbereich C (25 BW)	195
Tabelle 93:	Schichten und Mindestbesetzung Wohnbereich J (43 BW)	195
Tabelle 94:	Überblick Wochenarbeitszeit und Schichtlänge (gerundet)	196
Tabelle 95:	Abgleich geplanter Personaleinsatz und vorgefundene Personalstruktur	196
Tabelle 96:	Arbeitszeitwünsche	202
Tabelle 97:	Hausvergleich: Samstags - und Sonntagsdienste	203
Tabelle 98:	Belastungen durch Bewohner(verhalten) I (Fallstudie/Gesamt)	204
Tabelle 99:	Belastungen durch Bewohner(verhalten) II (Fallstudie/Gesamt)	205
Tabelle 100:	Gestaltungsspielräume und Kontrolle (Fallstudie/Gesamt) (Mehrfachnennungen möglich)	206
Tabelle 101:	Vertrauensverhältnis Leitungskräfte (Fallstudie/Hausvergleich)	207
Tabelle 102:	Arbeitsplatzsicherheit (Fallstudie/Hausvergleich)	207
Tabelle 103:	Was hilft im Umgang mit Belastungen?	220

Tabelle 104:	Hausvergleich: Was hilft im Umgang mit Belastungen?	221
Tabelle 105:	Angebot/Nutzung von gesundheitsfördernden Maßnahmen	221
Tabelle 106:	Hausvergleich: Angebot/Nutzung von gesundheitsfördernden Maßnahmen	221
Tabelle 107:	Vorgesetztenverhalten.....	222
Tabelle 108:	Hausvergleich: Vorgesetztenverhalten	222
Tabelle 109:	Wünsche in Bezug auf Förderung von gesundheitsbewusstem Verhalten.....	223
Tabelle 110:	Hausvergleich: Wünsche in Bezug auf Förderung von gesundheitsbewusstem Verhalten.....	224
Tabelle 111:	Verantwortung für gesundheitsbewusstes Verhalten	224
Tabelle 112:	Hausvergleich: Verantwortung für gesundheitsbewusstes Verhalten	224
Tabelle 113:	Angebot/Nutzung von gesundheitsfördernden Maßnahmen (Fallstudie/Gesamt).....	226
Tabelle 114:	Vorgesetztenverhalten (Fallstudie/Gesamt).....	226
Tabelle 115:	Förderliche Maßnahmen (Fallstudie/Gesamt)	227
Tabelle 116:	Wünsche in Bezug auf Förderung von gesundheitsbewusstem Verhalten (Fallstudie/Gesamt).....	227
Tabelle 117:	Verantwortung für gesundheitsbewusstes Verhalten (Fallstudie/Gesamt)	228

1. Einleitung

1.1 Projekthintergrund

Der gegenwärtig festzustellende und für die Zukunft prognostizierte demographische Wandel in der Bundesrepublik wird die Altersstruktur der Gesellschaft einschneidend verändern¹ und sich gravierend auf die stationäre Altenpflege auswirken. Insbesondere durch die Einführung der Pflegeversicherung und der daraus resultierenden kontinuierlichen Umstrukturierung der Pflegebranche sind die Träger und (Pflege-)Mitarbeiter/innen schon heute einem stetigen Anpassungs- und Veränderungsdruck ausgesetzt. In der stationären Altenpflege sind seit Jahren Arbeitsverdichtungen und eine kontinuierliche Ausweitung des Tätigkeitsprofils zu verzeichnen, wodurch für die Pflegemitarbeiter/innen die Bewältigung der umfangreichen Arbeitsanforderungen in quantitativer und qualitativer Hinsicht zunehmend erschwert wird.² Neben den „klassischen“ Belastungen z.B. in Form von Infektionsgefahren und Belastungen des Stütz- und Bewegungsapparates nehmen vor allem psychische Belastungen (Arbeitsstress, psychosomatische Beschwerden und Burnout-Syndrome) zu. Diese werden unter anderem für die im europäischen Vergleich nur geringe Berufsverweildauer verantwortlich gemacht.

Obwohl zu erwarten ist, dass sich – auch infolge abnehmender häuslicher Pflegeressourcen – die Zahl der benötigten professionellen Pflegekräfte längerfristig deutlich erhöhen wird, scheint die Attraktivität dieses „krisensicheren Berufes“ zunehmend in Frage gestellt. Nicht zuletzt hat die öffentliche Thematisierung von Pflegeskandalen in der jüngsten Vergangenheit zudem den Ruf der ganzen Branche in Mitleidenschaft gezogen und zu erheblichen Problemen in der Rekrutierung geeigneter Fachkräfte geführt.³ Vor dem Hintergrund der Verlängerung der Lebensarbeitszeit, der hohen Frühverrentungen und Krankenstände muss demnach bereits heute der nachhaltigen Förderung der Beschäftigungsfähigkeit von Pflegekräften eine adäquate Aufmerksamkeit zu Teil werden, wenn auch in der Zukunft eine qualitativ hochwertige pflegerische Versorgung gewährleistet werden soll.

1.2 Projektziele

Mit dem Projekt „AIDA – Arbeitsschutz in der Altenpflege“ sollte der Arbeits- und Gesundheitsschutz sowie die Gesundheitsförderung entlang der Themenfelder:

- Psychische Belastungen durch Zusammenarbeit und Führung
- Psychische Belastungen durch Bewohnerverhalten
- Handhabung von Lasten
- Hygiene – mikrobiologische Belastungen und Gefahrenstoffe
- Arbeitsorganisation
- Arbeitszeitgestaltung
- Sensibilisierung und gesundheitsbewusstes Verhalten

systematisch und nachhaltig in die stationäre Altenpflegearbeit integriert werden.

Das Projekt AIDA wurde gemeinsam mit dem Institut für Sozialforschung und Gesellschaftspolitik GmbH (ISG) Köln und acht stationären Pflegeeinrichtungen durchgeführt und von einem Projektbeirat

¹ Die Prognosen gehen davon aus, dass im Jahr 2030 die Zahl der Menschen, die älter als 60 Jahre sind, auf ca. 26,4 Millionen angewachsen sein wird. Ihr relativer Anteil an der Gesamtbevölkerung wird dann bei 36% liegen. Für das Jahr 2050 wird es, nach heutigen Vorausberechnungen, mehr als doppelt so viele ältere wie jüngere Menschen geben (vgl. Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (Hg.) (1998) und (2001)).

² In diesem Zusammenhang muss zwischen zwei Aspekten der Personalnot differenziert werden. Einerseits kann Personalnot verstanden werden als quantitativer Mangel von Pflegekräften auf dem Arbeitsmarkt, andererseits kann Personalnot derart wahrgenommen werden, dass in der Tendenz zu wenig Personal in den Einrichtungen beschäftigt wird, um den Arbeitsanforderungen gerecht zu werden (vgl. Blass (2003):127).

³ Hasselhorn et al. (2003).

fachlich begleitet. Das **iso**-Institut war für die operative Durchführung des Projektes verantwortlich. Im Einzelnen wurden mit dem Projekt Arbeitsschutz in der Altenpflege folgende Teilziele verfolgt:

- Identifizierung und Analyse von konkreten Belastungskonstellationen in ausgewählten Einrichtungen der stationären Pflege.
- Entwicklung und Umsetzung von Maßnahmen und organisatorischen Modelllösungen zum nachhaltigen Abbau von Arbeitsbelastungen.
- Förderung der Beschäftigungsfähigkeit.
- Sensibilisierung des Einrichtungsmanagements und der Mitarbeiter/innen für die Themen Arbeits- und Gesundheitsschutz.
- Förderung eines gesundheitsbewussten Verhaltens und Stärkung der Einsicht, die eigene Gesundheit und die Gesundheit der Mitarbeiter/innen als schützenswert zu erachten.
- Unterstützung des Pflegepersonals bei belastenden und gesundheitsgefährdenden Tätigkeiten.
- Verbesserung der Pflege- und Betreuungsqualität und Abbau von Reibungsverlusten zwischen Pflegepersonal, Bewohner/innen und deren Angehörigen.
- Senkung des zeitlichen Aufwandes für externe Prüfungen und Erleichterungen bei der Einhaltung rechtlicher Vorschriften und Auflagen.

1.3 Methodisches Vorgehen

Für die konkrete Bearbeitung in den acht Einrichtungen war über einen Zeitraum von 18 Monaten ein dreistufiges Vorgehen geplant. In der ersten Projektphase erfolgte durch die Mitarbeiter/innen des **iso**-Instituts die Ist-Analyse der Belastungssituation in den einzelnen Häusern. In der zweiten Projektphase wurden – in Abhängigkeit von den Ressourcen der Einrichtung und den Ergebnissen der Ist-Analyse – ein bzw. zwei Gesundheitszirkel implementiert. Die Gesundheitszirkel hatten die Aufgabe, zu einem vorher festgelegten Bearbeitungsthema Maßnahmen zu entwickeln, die geeignet waren, die vorgefundenen Belastungen zu reduzieren bzw. die Gesundheit zu fördern. In der dritten Projektphase sollte die Maßnahmenumsetzung erfolgen. Diese Konzeption der Projektbearbeitung in drei, zeitlich etwa gleich große, aufeinander folgende Phasen, diente im Wesentlichen der Grobstrukturierung. Es zeigte sich aber recht früh, dass aufgrund intervenierender Faktoren ein Feintuning erforderlich und im Projektverlauf entsprechende Anpassungen vorgenommen werden mussten.

Davon unberührt wurde bei der Projektdurchführung ein partizipativer Ansatz verfolgt, der für die Ist-Analyse und für die Implementation und die Arbeitsweise der Gesundheitszirkel richtungsweisend war. Darüber hinaus gab es für die Ist-Analyse und für die Moderation der Gesundheitszirkel ein über alle Einrichtungen angewandtes einheitliches Verfahren.

1.3.1 Der partizipative Ansatz

Partizipation oder Mitarbeiterbeteiligung wird heute fast schon als Leitbild für die nachhaltige Implementation betrieblicher Gesundheitsförderung begriffen. Insbesondere für die Umsetzung des Konzeptes der Salutogenese ist die Teilhabe der Mitarbeiter/innen an Entscheidungen und (Veränderungs-)Prozessen, die Verhaltens- oder Verhältnisprävention betreffend, ein wichtiges Element. Partizipation nutzt das Fach- und Expertenwissen der Mitarbeiter/innen und fördert dadurch deren Wertschätzung. Sie erhöht die Akzeptanz von Veränderungsprozessen, verbessert die Kommunikation und trägt so zur Arbeitsentlastung bei. Partizipation kann aber auch sehr zeitaufwendig sein, zu Konflikten führen und dadurch ggf. die Arbeitsbelastung sogar erhöhen. Im schlimmsten Fall kann sie die Mitarbeiter/innen auch demotivieren, nämlich dann, wenn Partizipation nicht „ernst“ gemeint ist, wenn sie ein bloßes „Lippenbekenntnis“ ist.

In Anlehnung und mit Bezug auf das Stufenmodell der Partizipation in der Gesundheitsförderung⁴ lag der Projektkonzeption von AIDA ein sehr weitgehendes Partizipationsverständnis zugrunde. Ohne an dieser Stelle im Einzelnen auf die Stufen des Modells einzugehen, kann die Abfolge der genannten Stufen als eine sukzessive Abgabe der Problemdefinition und der Entscheidungsmacht von den Leitungskräften und eine Übernahme derselben durch die Mitarbeiter/innen interpretiert werden.

Stufenmodell der Partizipation in Anlehnung an Wright

		Leitung: Abgabe von:		
	Stufen der Partizipation⁵	Formen der Partizipation⁶		
1.	Instrumentalisierung	Nicht-Partizipation	Problemdefinition	
2.	Erziehen und Behandeln			
3.	Information	Vorstufe der Partizipation		
4.	Anhörung			
5.	Einbeziehung			
6.	Mitbestimmung	Partizipation		Entscheidungsmacht
7.	Teilweise Entscheidungskompetenz			
8.	Entscheidungsmacht			
9.	Selbstständige Organisation	Weit über Partizipation hinaus		
		Mitarbeiter/innen: Übernahme von:		

Orientiert am Stufenmodell der Partizipation kann die Phase der Ist-Analyse des AIDA-Projektes noch als eine Vorstufe der Partizipation charakterisiert werden. Die Mitarbeiter/innen sind in dieser Phase über das Projekt informiert worden, sie wurden über den Eingangsworkshop, die Interviews und den Fragebogen gehört und sie waren bei der endgültigen Themenwahl einbezogen. Nachdem für den Gesundheitszirkel die thematische Aufgabenstellung formuliert war, wurde dann für die konkrete Arbeit der Gesundheitszirkel mit der Maßgabe, dass weder Heimleitung noch Pflegedienstleitung vertreten sind, ein konsequentes Umsetzen partizipativer Ansprüche eingefordert. Die Zirkelmitglieder sollten die Gelegenheit erhalten, in einem geschützten und weitestgehend hierarchiefreiem Raum, unterstützt durch die externe Moderation der **iso**-Mitarbeiter/innen, selbstständig die Entscheidungen zu treffen, welche Aspekte des Themas bearbeitet und welche Maßnahmen entwickelt werden. Unterstellt wurde dabei nicht nur, dass sich die Akzeptanz und Wirkung von Maßnahmen erhöht, wenn sie von den Mitarbeiter/innen, als Expert/innen ihrer eigenen Belastungs- und Gesundheitssituation, entwickelt werden. Mindestens ebenso bedeutsam – und dieser Aspekt hat sich auch bestätigt – war die Annahme, dass bereits der partizipative Prozess der Maßnahmenentwicklung eine belastungsreduzierende Wirkung erzeugt.

⁴ Von Wright u.a. (2007) wurde das auf Arnstein (1969) entwickelte Stufenmodell der Partizipation mit Bezug auf die Gesundheitsförderung weiterentwickelt. Gesundheit Berlin (Hg.).

⁵ Nach Wright u.a. (2007).

⁶ ebd.

1.3.2 Die Ist-Analyse

Für die Ermittlung der Belastungssituation in den Einrichtungen wurde von den Mitarbeiter/innen des **iso**-Instituts folgende vierstufige Ist-Analyse durchgeführt:

Erstgespräche: An den Erstgesprächen in den einzelnen Einrichtungen waren jeweils zwei Mitarbeiter/innen des **iso**-Instituts und - von Einrichtung zu Einrichtung variierend – zwischen einer und sieben Personen des jeweiligen Hauses bzw. des Trägers beteiligt. Die Auswahl der Gesprächsteilnehmer/innen wurde den jeweiligen Einrichtungen überlassen. In dem dreistündigen Erstgespräch wurden – da nicht alle Gesprächsteilnehmer/innen ausreichend über das Projekt informiert waren – die AIDA-Konzeption nochmals vorgestellt, die gegenseitigen Erwartungen an das Projekt abgeklärt, erste Informationen über die Einrichtung gesammelt und der Projektverlauf für die Ist-Analyse konkretisiert. Das Erstgespräch wurde mit der Begehung der Einrichtung abgeschlossen.

Workshop: Im Anschluss an die Erstgespräche sind in den Einrichtungen Eingangsworkshops durchgeführt worden. An den Eingangsworkshops haben in den einzelnen Pflegeheimen zwischen 8 und 20 Mitarbeiter/innen teilgenommen. In den Erstgesprächen war eine Übereinkunft dahingehend erzielt worden, dass die Heimleitungen nicht an den Workshops teilnehmen. Aufgrund der Notwendigkeit der Aufrechterhaltung des Tagesgeschäftes konnte zudem nicht die ganze (Pfleger-) Belegschaft freigestellt werden, sodass die Anwesenden eine Multiplikatorenfunktion übernehmen sollten. Es wurde jedoch darauf geachtet, Mitarbeiter/innen von allen Wohnbereichen und mit unterschiedlichen Qualifikationen, Wohnbereichsleitungen sowie Kräfte der Hauswirtschaft zu beteiligen.

In den Workshops wurde durch das **iso**-Institut zunächst ein Überblick über die Zielsetzung von AIDA und über die Einbindung des jeweiligen Hauses in dieses Projekt gegeben. Über die Frage „Was ist für mich im Arbeitsalltag *Lust* und *Last* in der Arbeit“ erfolgte dann der thematische Einstieg und eine erste Sensibilisierung im Hinblick auf den Gesundheits- und Arbeitsschutz. Mittels der Moderationsmethode wurden die Teilnehmer/innen des Workshops aufgefordert, stichwortartig auf bereitgestellten Karten zu notieren, welche Aspekte Ihrer Arbeit lustvoll und welche belastend sind. Diese Karten wurden gemeinsam thematisch sortiert, die Ergebnisse diskutiert und in Kleingruppenarbeit priorisiert.

Interviews: Nachdem durch die Eingangsworkshops auch aus der Belegschaftsperspektive erste Anhaltspunkte für die spezifische Belastungssituation in den einzelnen Häusern gewonnen waren, wurden im nächsten Analyseschritt Leitfadengestützten Interviews mit den Heimleitungen, den Pflegedienstleitungen, Wohnbereichsleitungen, examinierten und nicht examinierten Pflegekräften, Hauswirtschaftskräften, Leitungen der Hauswirtschaft, Leitungen des Sozialen Dienstes, Sicherheits- bzw. Arbeitsschutzbeauftragten, Hygienebeauftragten und ausgewählten Behördenvertretern durchgeführt worden. Die Auswahl der Interviewpartner/innen orientierte sich an der jeweiligen Hausstruktur und der bis dahin sichtbar gewordenen Problemlage. Insgesamt wurden in jeder Einrichtung zwischen 10 und 13 Personen einzeln oder in Gruppen befragt. Der Leitfaden umfasste folgende zwölf thematische Blöcke, die je nach Interviewpartner/innen mehr oder weniger ausführlich angesprochen wurden.

- **Berufsorientierung der Gesprächspartner/innen** (Qualifikation, Zeitraum der Tätigkeit)
- **Handlungsspielräume gegenüber dem Träger** (Trägerstruktur, Ansprechpartner, Kommunikation)
- **Zusammenarbeit** (Hausstruktur, Aufgabenabgrenzung, Regelkommunikation)
- **Führung** (Führungsleitlinien, Führungsstil, Rückmeldungen/ Kritik, Personalentwicklung, Konflikte)
- **Arbeitsorganisation – intern** (Zuständigkeiten, Zusammenarbeit Funktionsbereiche)
- **Arbeitsorganisation – extern** (Bürokratisierung, externe Prüfinstanzen, Ärzte, Apotheken, Krankenhäuser)

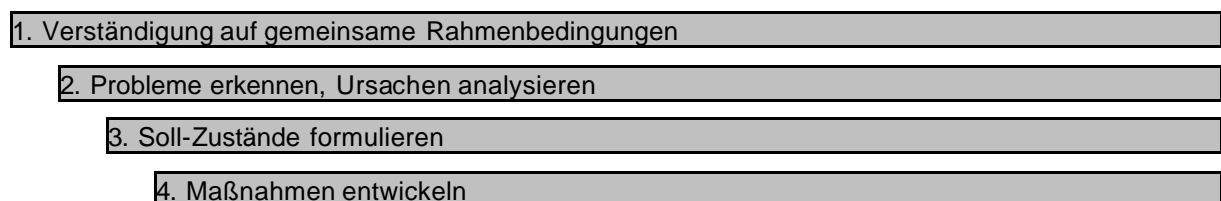
- **Arbeitszeit** (Arbeitszeitmodell, Teilzeitkräfte, Personalcontrolling, Dienstpläne)
- **Hygiene** (Hygieneanforderungen, Hygienebeauftragte, Fortbildungen, Qualitätszirkel, Prüfbehörden)
- **Belastungen durch Bewohnerverhalten/Angehörige** (Pflege- und Betreuungsbedarf, Probleme mit Bewohner/innen/Angehörigen, Unterstützung)
- **Handhabung von Lasten** (Bedeutung der körperlichen Belastungen, Krankmeldungen, Hilfsmittel und deren Nutzung)
- **Sensibilisierung und gesundheitsbewusstes Verhalten** (Wahrnehmung von Belastungen, Stellenwert von Gesundheit, Unterstützung, Haltung der Führungskräfte)

Fragebogen: Die Ist-Analyse schloss mit einer standardisierten Befragung des Pflegepersonals, der Hauswirtschaftskräfte und der Wohnbereichsleitungen ab. Die Zielsetzung dieser Befragung, für die drei unterschiedliche Fragebogenversionen entwickelt wurden, bestand zum einen darin, die Bedeutung einzelner Informationen und Einschätzungen aus den Interviews zu überprüfen, zum anderen sollten die Datenbasis verbreitert und auf diesem Wege möglichst viele Mitarbeiter/innen in das Projekt einbezogen werden.

Die Entwicklung der Fragebögen erfolgte mit Rückgriff auf die methodischen Instrumente des vom **iso**-Institut durchgeführten Projektes „Gesund Pflegen in der Altenpflege“. Sie orientierte sich zudem an dem von der technischen Universität München entwickelten TAA Screening Altenpflege sowie an den Instrumenten einer von der BGW in Auftrag gegebenen Pilotstudie „Gesundheitsfördernd Führen“⁷ und wurde durch entsprechende Literaturrecherchen ergänzt. Der Bogen beinhaltet neben Angaben zur Person, gleichgewichtig Fragen und Aussagen zu jedem der eingangs genannten sieben Themenfelder.⁸ Zudem sind in einzelnen Einrichtungen über zusätzliche Fragen themenspezifische Erweiterungen vorgenommen worden.

1.3.3 Die Arbeit des Gesundheitszirkel

Nachdem in den einzelnen Einrichtungen die Ist-Analyse abgeschlossen, die endgültige Themenwahl vorgenommen und die Gesundheitszirkel implementiert waren, erfolgte die Zirkelarbeit in einem abgestuften Verfahren.⁹ Die in der folgenden Abbildung dargestellten Arbeitsschritte wurden je nach Thema und personeller Zusammensetzung der Gesundheitszirkel mit einer unterschiedlichen Bearbeitungsdichte und einer unterschiedlichen zeitlichen Intensität durchgeführt.



Verständigung auf gemeinsame Rahmenbedingungen

Zu Beginn der konstituierenden Sitzung gaben die Mitarbeiter/innen des **iso**-Instituts, die die Zirkelarbeit moderierten, einen kurzen Überblick über die Zielsetzung des Gesundheitszirkels, über die Aufgabe der Gruppe und der Moderation sowie über die geplante Vorgehensweise. Danach erfolgte mit

⁷ Blass (2006); Glaser (im Erscheinen); Zimber & Gregersen (2007).

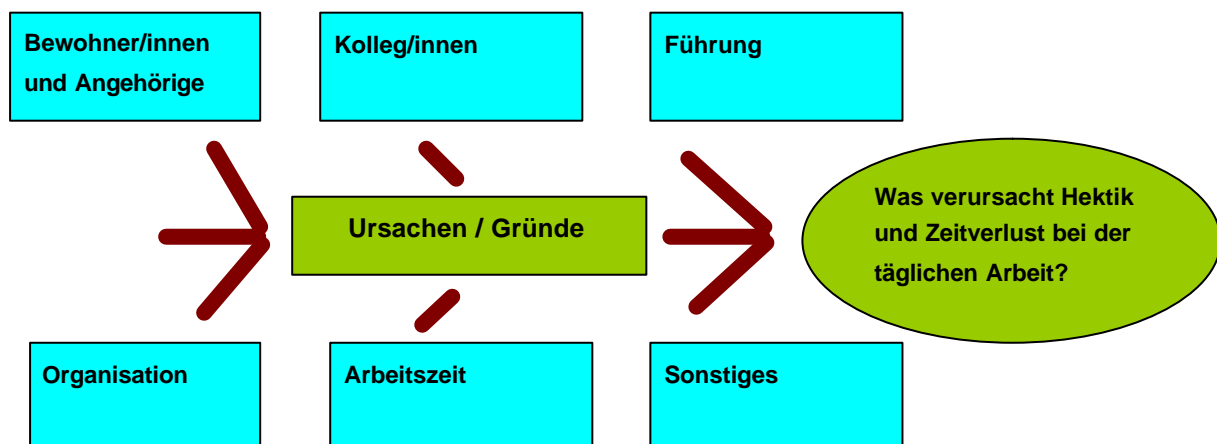
⁸ Der Fragebogen für die Pflegebelegschaft ist in den Anhang aufgenommen.

⁹ Dieses Verfahren orientiert sich an einer Veröffentlichung der Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege (BGW) (2004), in der die Moderation von Projektgruppen und Gesundheitszirkeln sehr detailliert dargestellt wird.

den Mitgliedern des Gesundheitszirkels eine Verständigung auf gemeinsame Rahmenbedingungen. Diese betrafen zum einen Formales (Sitzungsrhythmus, Sitzungsbeginn, Sitzungsdauer, Protokollführung, Ansprechpartner/in für die/den Moderator/in). Zum anderen wurden Regeln des Umgangs miteinander festgelegt (Pünktlichkeit, störungsfreies Arbeiten, Kommunikationsverhalten).

Probleme erkennen, Ursachen analysieren

Obwohl in der ersten Projektphase bereits eine Ist-Analyse der Belastungssituation stattgefunden hatte, begann der thematische Einstieg in die Zirkelarbeit mit einer weiteren Problemdefinition und Ursachenanalyse durch die Zirkelmitglieder. Diese erneute Problembenennung war dadurch begründet, dass erstens seit der Ist-Analyse einige Zeit vergangen war und deshalb geprüft werden musste, ob die damals vorgefundenen Belastungskonstellationen noch aktuell waren. Zweitens waren in den Zirkeln auch Mitarbeiter/innen vertreten, die in der ersten Projektphase nicht am Eingangsworkshop teilgenommen hatten oder interviewt wurden, die aber im Gesundheitszirkel persönliche Einschätzungen vornehmen sollten. Drittens hatte die Ist-Analyse ein sehr breites, über alle sieben Belastungsfelder gestreutes, Analysedesign mit dem Ziel, sowohl einen Einrichtungsvergleich als auch eine endgültige thematische Festlegung in der jeweiligen Einrichtung vorzunehmen. Da alle Zirkel ein vorher festgelegtes Thema bearbeiten sollten, wurde im ersten Arbeitsschritt eine vertiefende, differenziertere Problemdefinition und Ursachenanalyse entlang des sogenannte Fischgrätenmodelles¹⁰ vorgenommen, um für die Maßnahmenentwicklung konkrete Anhalts- und Ansatzpunkte herauszuarbeiten. Dazu wurde die Gruppe über eine Leitfrage aufgefordert, spontan Antworten zu formulieren, die (auf Karten notiert oder nach Teilnehmerwunsch auf Zuruf) im Anschluss zunächst einer der fünf bis sechs vorgegebenen Kategorien zugeordnet wurden. Das folgende Beispiel ist aus dem Gesundheitszirkel zum Themenfeld Arbeitsorganisation entnommen.



Nachdem der Zuordnung der Stichworte wurden in der Gruppe die Probleme beschrieben, gemeinsam erläutert und mögliche Ursachen analysiert. Bei Bedarf erfolgte im Laufe der Diskussion eine neuerliche Gruppierung der genannten Probleme und eine Zuspitzung der Bearbeitungskategorien. Wenn in diesem Bearbeitungsschritt sehr viele und unterschiedliche Belastungsaspekte genannt worden waren, nahmen die Zirkelmitglieder bereits zu diesem Zeitpunkt eine erste Priorisierung der weiter zu bearbeitenden Themenfelder vor.

¹⁰ Das Fischgrätenmodell ist ein von Kaoru Ishikawa Anfang der 50er Jahre entwickeltes Ursache-Wirkungsdiagramm, mit dem Kausalitätsbeziehungen dargestellt werden.

Soll-Zustände formulieren

Implizierte der bisherige Blick auf die Probleme und deren Ursachen im Wesentlichen das sichtbar Machen der Belastungen, so sollte im nächsten Arbeitsschritt eine Positivorientierung eingeleitet werden. Es wurde nach den Veränderungszielen gefragt, also danach, wie der Soll-Zustand aussehen müsste, wenn die Belastungen reduziert und die Probleme beseitigt wären. Bei dieser Aufgabe war es zunächst nicht so relevant, ob und wie dieser Soll-Zustand erreicht werden könnte, es sollten aber bei der Formulierung konkrete Aussagen getroffen und möglichst realistische Ziele benannt werden. Ziel war eine Verständigung auf den angestrebten Wunschzustand, der von allen getragen wurde.

Nach der Formulierung der Soll-Zustände wurde sichtbar, dass in manchen Bereichen der gewünschte Soll-Zustand gleichzeitig bereits die mögliche Maßnahme zur Zielerreichung darstellte. In diesen Fällen waren die Zirkelmitarbeiter/innen entweder nicht mehr in der Lage, ohne Rücksprache mit Dritten substantielle Umsetzungsschritte zu entwickeln oder der Soll-Zustand hatte „lediglich“ einen appellativen Charakter. Bei anderen Themenfeldern hatte die Gruppe dagegen die Möglichkeit, aus eigener Kraft – diese betraf häufig auch das eigene Arbeitsfeld – eine Konkretisierung der Maßnahmen-schritte vorzunehmen.

An dieser Stelle der Gesundheitszirkelarbeit war zum einen eine erneute Priorisierung vorzunehmen, an welchen Themenfeldern die Mitglieder weiterarbeiten wollten.¹¹ Zum anderen wurde diskutiert, ob eine erste Rückkopplung der Ergebnisse an die Leitung erfolgen sollte. Dazu mussten die Teilnehmer/innen die späteren Umsetzungschancen für die entwickelten Maßnahmen abwägen. War es überzeugender, der Leitung erst die vollständig entwickelte Maßnahme zu präsentieren¹², oder war es besser, von der Leitung erst das Einverständnis für die vorgenommene Themenwahl einzuholen¹³?

Maßnahmen entwickeln

Im Anschluss an die Definition der Soll-Zustände und an die vorgenommene Auswahl der weiter zu bearbeitenden Themenfelder, fand mit den Fragestellungen: „Was muss getan werden, um das Ziel zu erreichen? Wer muss etwas tun? Welche Informationen werden dafür eventuell noch benötigt? Wer ist beteiligt? Wer muss informiert werden?“ die Maßnahmenentwicklung bzw. die Formulierung umsetzbarer Schritte statt. Für das konkrete Vorgehen musste, anders als bei den bisher dargestellten Schritten der Zirkelarbeit, die „einheitliche“ Bearbeitungslinie verlassen werden. Wie in den folgenden Kapiteln dieses Berichts ausführlich dargestellt, wurde stattdessen, abhängig vom gewählten Thema, von der Zirkelzusammensetzung, vom Umfang der geplanten Maßnahme und von der zeitlichen Zielsetzung (kurz-, mittel- oder langfristig) die Maßnahmenentwicklung durchgeführt.

1.4 Aufbau des Abschlussberichts

Die Gliederung des vorgelegten Abschlussberichts orientierte sich an der vorgenommenen Unterscheidung zwischen den sieben Themenfeldern

- Handhabung von Lasten
- Hygiene – mikrobiologische Belastungen und Gefahrenstoffe
- Psychische Belastungen durch Wohnerverhalten
- Psychische Belastungen durch Zusammenarbeit und Führung
- Arbeitsorganisation

¹¹ vgl. hierzu das Kapitel Hygiene.

¹² Dies war zum Beispiel die Strategie im Gesundheitszirkel Arbeitszeit.

¹³ Diese Variante wurde im Gesundheitszirkeln zum Wohnerverhalten gewählt.

- Arbeitszeitgestaltung
- Sensibilisierung und gesundheitsbewusstes Verhalten

Jedes der sieben Kapitel umfasst einen allgemeinen Teil, die Fallstudie und die Darstellung der Arbeit im Gesundheitszirkel.

Im allgemeinen Teil erfolgt zunächst ein kurzer thematischer Aufriss, und es werden die für das Thema relevanten Untersuchungskriterien verdeutlicht. Im Anschluss werden ausgewählte Ergebnisse der schriftlichen Befragung dargelegt. Die absolute Anzahl und der Rücklauf der Fragebögen sowie die Rücklaufquote sind in den folgenden Tabellen wiedergegeben. Da nicht alle Befragten auf alle Fragen geantwortet bzw. alle Statements bewertet haben, kann sich die Gesamtzahl in den einzelnen Tabellen von dem angegebenen Rücklauf unterscheiden.

Tabelle 1: Absolute Anzahl und Rücklauf der Fragebögen

Einrichtung		1	2	3	4	5	6	7	8	Gesamt
Pfle-ge	einbezogene Personen	59	30	100	46	91	47	34	76	483
	Rücklauf	25	10	47	9	21	24	21	37	194
WBL	einbezogene Personen	2	2	12	3	3	4	3	8	37
	Rücklauf	2	2	5	2	2	4	3	7	27
HW	einbezogene Personen	9	12	50	36	13	/	9	/	129
	Rücklauf	7	9	15	6	12	/	5	/	54

Tabelle 2: Rücklaufquote

Einrichtung	1	2	3	4	5	6	7	8	Gesamt
Pflege	42,4%	33,3%	47,0%	19,6%	23,1%	51,1%	61,8%	48,7%	38,6%
WBL	100,0%	100,0%	41,7%	66,7%	66,7%	100,0%	100,0%	87,5%	69,0%
HW	77,8%	75,0%	30,0%	16,7%	92,3%	/	55,6%	/	41,9%

Die Darstellung der Ergebnisse bezieht sich – als Querschnittsanalyse – auf das Antwort- und Zustimmungsverhalten aller an der Erhebung beteiligten Mitarbeiter/innen, differenziert nach den drei Gruppen Pflegemitarbeiter/innen, Wohnbereichsleitungen und Hauswirtschaftskräfte. Die in insgesamt vier Kategorien unterteilten Zustimmungs- bzw. Ablehnungsgrade für die im Fragebogen genannten Statements sind für den Zwischenbericht in zwei Kategorien (trifft zu; trifft nicht zu) zusammengefasst. Die Auswertung der Fragebögen erfolgte mit SPSS Version 9.0.

Die **Fallstudie** wird mit einer Kurzdarstellung der anonymisierten Einrichtung eingeleitet. Im Anschluss daran werden die wichtigsten Ergebnisse der Ist-Analyse – unter Bezug auf den allgemeinen Teil – zusammengefasst. Je nach Thema sind für die Auswertung Unterscheidungen zwischen Pflegehilfskräften und examinierten Kräften oder Differenzierungen nach dem Alter der Pflegemitarbeiter/innen vorgenommen worden. Ebenso fanden Vergleiche zwischen den einzelnen Häusern statt, und es wurden bei Bedarf Korrelationen oder Signifikanzen überprüft.

In die Ist-Analyse fließen neben der Auswertung der schriftlichen Befragung auch die Ergebnisse aus dem Eingangsworkshop und die Informationen aus den Interviews ein. Je nach Thema und orientiert an der vorgefundenen Hausstruktur sowie den spezifischen Belastungskonstellationen, werden die

einzelnen Analyseschritte getrennt hervorgehoben und/oder fließen integriert in die Ergebnisdarstellung ein.

Bei der Beschreibung der **Arbeit des Gesundheitszirkels** werden entlang der unter 1.4.3 vertieften Durchführungsschritte die Prozesse und Ergebnisse der Zirkelarbeit dargestellt. Dies bezieht sich zum einen auf die Problem- und Ursachenanalyse, zum anderen auf die Maßnahmenentwicklung. Zudem wird auf die Rückkopplung der Ergebnisse an die Leitung und auf die Maßnahmenumsetzung eingegangen. Jedes Kapitel wird mit einem Fazit abgeschlossen.

2. Führung und Zusammenarbeit

A: Allgemeiner Teil

1. Thematischer Aufriss

Die im Pflegeversicherungsgesetz vorgenommene Öffnung des Pflegemarktes und die damit implizierte Forcierung des Wettbewerbs zwischen den unterschiedlichen Leistungsanbietern, erfordert von den Mitarbeiter/innen stationärer Pflegeeinrichtungen einen kontinuierlichen Anpassungs- und Veränderungsdruck, um am Pflegemarkt bestehen zu können. Pflegeheime stellen heute längst nicht mehr „nur“ die pflegerische Versorgung und medizinische Behandlungspflege der Bewohner/innen in den Einrichtungen sicher, sondern sie unterliegen deutlichen Wirtschaftlichkeitsanforderungen und einer fortschreitenden Bürokratisierung aller pflegerelevanten Tätigkeiten. Hinzu kommen die gestiegenen Erwartungen an eine qualitativ hochwertige Versorgung und Betreuung, die sowohl vom Gesetzgeber formuliert als auch verstärkt von den Bewohner/innen und deren Angehörigen selbst in die Einrichtungen hineingetragen werden.

Angesichts dieser vielfältigen, häufig von Zielkonflikten begleiteten Anforderungen an die tägliche Arbeit gewinnt in der stationären Pflege das Thema Führung und Zusammenarbeit für den erfolgreichen Betrieb der Einrichtung kontinuierlich an Bedeutung. Professionelles Führen kann den Mitarbeiter/innen Orientierungen im Alltagshandeln geben, Partizipationschancen und Gestaltungsspielräume eröffnen, die Teamarbeit fördern sowie die Arbeitsmotivation und das Arbeitsklima verbessern: Führung wirkt sich entscheidend auf die Arbeitsbelastung, das Engagement und die Arbeitszufriedenheit der Mitarbeiter/innen aus.

Orientiert an der arbeitsteiligen Organisationsform der stationären Einrichtungen lassen sich in der Regel drei Leitungsfunktionen unterscheiden: die Wohnbereichsleitung, die Pflegedienstleitung und die Heimleitung. Hinzu kommt – dies wurde bei der Projektdurchführung sehr deutlich –, dass die Heimleitungen an Vorgaben der jeweiligen Träger gebunden sind und nicht für alle Managementaufgaben die Entscheidungshoheit haben. Mit einer Ausnahme sind bei den am Projekt beteiligten Einrichtungen daher insgesamt vier hierarchisch gegliederte Führungsebenen sichtbar geworden: Träger(-Vertretung), Heimleitung, Pflegedienstleitung und Wohnbereichsleitung(en). Die vertikale Gliederung hat zur Folge, dass die jeweils nachfolgende Ebene in ihrem Führungsalltag mit Anforderungen, Zwängen und Ansprüchen der jeweils höheren Ebene konfrontiert sein kann. Des Weiteren stellen auch die Mitarbeiter/innen vielfältige Anforderungen an die Führungskräfte und reagieren unterschiedlich auf das gleiche Führungsverhalten. Führungskräfte müssen daher zahlreichen Rollenerwartungen gerecht werden: als Führungskraft, als Mitarbeiter/in und – dies gilt vor allem für die Wohnbereichsleitungen – als Teammitglied.¹⁴ Demnach kann jede Leitungskraft aufgrund ihrer internen Eingebundenheit ebenso spezifischen Belastungs- oder Entlastungskonstellationen unterliegen wie sie diese Kraft ihrer Position bei den Mitarbeiter/innen hervorrufen oder abbauen kann. „Führung ist gleichermaßen abhängig von den Persönlichkeitseigenschaften und Verhaltenseigenheiten des Vorgesetzten, (der) Geführten und (den) Besonderheiten der Führungsgegebenheiten (Führungssituation)“.¹⁵

Da bei dem Projekt AIDA die (Pflege-)Mitarbeiter/innen im Mittelpunkt stehen, erfolgte für die Ist-Analyse der Belastungssituation insbesondere bei der schriftlichen Befragung eine Konzentration auf das innerbetriebliche Führungsverhalten der Leitungskräfte. Ergänzt wurde deren Perspektive durch qualitative Interviews mit allen Statusgruppen der Einrichtungen.

¹⁴ Die Funktion der Wohnbereichsleitung gibt es im SGB XI nicht. Über die Pflegesätze sind die Wohnbereichsleitungen zu 100% der Pflege zugeordnet. Die Wohnbereichsleitungen haben keine zeitliche Freistellung und übernehmen ebenso wie die Pflegekräfte und die Hilfskräfte die (pflegerische) Versorgung der Bewohner/innen.

¹⁵ Vgl. Conrad & Keller (1998): VI. Die Autoren beziehen sich bei ihren Ausführungen auf interaktionistische Führungstheorien.

Für die Abbildung des Führungsverhaltens der Leitungskräfte waren – ohne explizit auf die in der Literatur vorzufindenden Führungsstilunterscheidungen zurückzugreifen¹⁶ – unterschiedliche Kriterien forschungsleitend. Da in der Praxis selten ein „reiner Führungsstil“ vorzufinden ist, orientierte sich die Analyse an ausgewählten Aspekten des Führungsverhaltens.

Zentral für eine arbeitsentlastende Arbeitsgestaltung ist der durch die Führungskräfte zu steuernde **Informationsfluss** durch das Haus und die Förderung einer konstruktiven **Teamarbeit** in den einzelnen (Wohn-)Bereichen und in der gesamten Einrichtung. Von Vorteil ist eine fest implementierte **Regelkommunikation**, deren inhaltliche Zielrichtung zweckgerichtet sein sollte, das Verhältnis zwischen Informationsüberfluss und Informationsdefizit austariert und die Mitarbeiter/innen adäquat bezüglich der Belange der Einrichtung und ihres Arbeitsbereiches in Kenntnis setzt. Von besonderer Bedeutung ist in diesem Zusammenhang auch die **Transparenz** der Entscheidungen, die für die Mitarbeiter/innen nachvollziehbare Kriterien bezüglich der Zielsetzung und der Entscheidungsfindung haben müssen.

Während beim Thema Information im Wesentlichen auf die Information durch die Vorgesetzten fokussiert wird, zielt **Partizipation** auf die Teilhabe der Mitarbeiter/innen an Entscheidungsprozessen. Mitarbeiter/innen sollten die Möglichkeit haben, in die Problemdefinitionen und -lösungen eingebunden zu werden, ihre Meinung zu äußern und gehört zu werden. Eng verbunden mit den Partizipationschancen ist das Spannungsfeld von **Gestaltungsspielräumen und Kontrolle**. Hier zeigt sich, welche Handlungsspielräume den Mitarbeiter/innen zugestanden werden, wo sie eigenverantwortlich handeln können oder müssen und welche Entfaltungsmöglichkeiten sie bei der Erledigung ihrer täglichen Arbeitsaufgaben haben.

Unabhängig von der Größe der Gestaltungsspielräume spielt im Zusammenhang mit der Bewältigung der zahlreichen, unterschiedlichen Arbeitsaufgaben auch die **Unterstützung** der Mitarbeiter/innen durch die Leitungskräfte eine wichtige Rolle. Diese kann konkrete Hilfestellungen bei der Arbeit umfassen, sie bezieht sich aber auch darauf, inwieweit Vorgesetzte den Mitarbeiter/innen den Rücken stärken, sich für sie einsetzen oder von den Pflegekräften getroffene Entscheidungen mittragen. Von vergleichbarer Wichtigkeit ist die **Wertschätzung** der geleisteten Arbeit durch die Vorgesetzten sowie ein konstruktives **Feedback**. Während eine angemessene Würdigung der Arbeitsleistung den Mitarbeiter/innen die Gewissheit vermittelt, die Führung weiß um die vielfältigen Anforderungen, denen Pflegekräfte bei ihrer alltäglichen Arbeit ausgesetzt sind, erzeugt eine regelmäßige Rückmeldung zur Arbeitsleistung Verhaltenssicherheit und eröffnet den Einzelnen zudem die Chance, sich in ihren Leistungen zu verbessern.

Sollen die bisher hervorgehobenen Aspekte des Führungsverhaltens ihre volle Wirksamkeit entfalten, so gilt es für die Führungskräfte eine solide **Vertrauensbasis** zu schaffen, um das **Arbeitsklima** positiv zu beeinflussen.¹⁷ Mitarbeiter/innen müssen sich auf die Zuverlässigkeit und Verhaltenskonsistenz ihrer Leitungskräfte verlassen können. Zusagen und Versprechungen sollten eingehalten werden. Schließlich zeigt sich die Führungsstärke auch in der **Konfliktlösungskompetenz**. Diese bezieht sich sowohl auf Konflikte zwischen Vorgesetzten und Mitarbeiter/innen als auch auf die Interventionsbereitschaft bei Konflikten zwischen den Mitarbeiter/innen.

¹⁶ Vgl. Conrad & Keller (1998); Harder & Ammermann (2005).

¹⁷ Zur Bedeutung von Vertrauen vgl. Kämmer (2006).

2. Ergebnisse der Querschnittsanalyse

Im Folgenden werden die Ergebnisse der schriftlichen Befragung, entlang der im vorherigen Abschnitt vorgenommenen Systematisierung betrachtet. Für die Auswertung ist das Antwortverhalten aller Statusgruppen quer über alle sieben Einrichtungen von Relevanz. Es wird die Gesamtheit der Pflegemitarbeiter/innen, der Wohnbereichsleitungen und der Hauswirtschaftskräfte dargestellt, vereinzelt erfolgt eine nach den Häusern getrennte Auswertung.

Information, Kommunikation und Transparenz

Bezüglich des Informationsstandes der Mitarbeiter/innen wurde unterschieden zwischen dem Zugang zu Informationen und aktiver Information durch die Leitungskräfte. Dies ist deshalb von Bedeutung, weil das selbstständige Einholen von Informationen für die Mitarbeiter/innen immer einen zusätzlichen Aufwand mit sich bringt und eine gewisse Unsicherheit impliziert, ob alles Relevante erfragt wurde. Während 82,2% (N=157) der Pflegekräfte zustimmten, jederzeit Zugang zu Informationen zu haben, waren immerhin knapp ein Drittel dieser Statusgruppe der Auffassung, nicht ausreichend informiert zu werden. Der Eingebundenheit in die Gesamtorganisation entsprechend, haben alle Wohnbereichsleitungen (N=24) Zugang zu Informationen und 88% fühlen sich auch gut durch ihre Vorgesetzten informiert. Die Mitarbeiter/innen der Hauswirtschaft fühlen sich mit 74% (N=50) zwar gut informiert, aber lediglich die Hälfte ist der Meinung, auch Zugang zu wichtigen Informationen zu haben. In jeder Statusgruppe sind schließlich mindestens 25% der Auffassung, es finden zu viele Besprechungen statt. Verglichen mit dem wahrgenommenen Informationsstand müssten demnach sowohl bezüglich der Effizienz als auch bezüglich der Inhalte der Regelkommunikation Optimierungspotenziale vorhanden sein. Dies betrifft auch die Transparenz der getroffenen Entscheidungen. Diesbezüglich können jeweils nur rund 30% (N=194) der Pflegebelegschaft die von den Heimleitungen bzw. den Pflegedienstleitungen getroffenen Entscheidungen nachvollziehen. Bei den Entscheidungen der Wohnbereichsleitungen sind es 64,9%. Obwohl nach Auskunft in den Interviews in allen Häusern regelmäßige Besprechungen zwischen Heimleitung, Pflegedienstleitung und Wohnbereichsleitungen stattfinden, können auch lediglich 13 von 27 Wohnbereichsleitungen die Entscheidungen der Heimleitungen und 17 von 27 die Entscheidungen der Pflegedienstleitungen nachvollziehen. Auch dieses Ergebnis verweist auf mögliche Defizite in der Regelkommunikation, die eventuell dadurch entstehen, dass Entscheidungen nur mitgeteilt, aber nicht in ausreichendem Maße auf die Kriterien der Entscheidungsfindung oder die damit verbundene Zielsetzung eingegangen wird.¹⁸

Teamarbeit

Wird die Teamarbeit in den Wohnbereichen betrachtet, so kann die Zusammenarbeit zwischen den Kolleg/innen durch ein gegenseitiges Helfen und Unterstützen charakterisiert werden, die von einer Wertschätzung der fachlichen Kompetenz getragen wird. Zudem besteht für die Mitarbeiter/innen die Möglichkeit, sich in das Arbeitsteam einzubringen. Dementsprechend wünschen sich auch nur 15 von 183 Pflegemitarbeiter/innen, zwei von 27 Wohnbereichsleitungen und fünf von 47 Hauswirtschaftskräften in einem anderen Wohnbereich zu arbeiten.

¹⁸ Ohne Tabelle.

Tabelle 3: Bewertung der Wohnbereiche

	Pflege		WBL		Hauswirtschaft	
	trifft zu	trifft nicht zu	trifft zu	trifft nicht zu	trifft zu	trifft nicht zu
In Ihrem Wohnbereich helfen und unterstützen sich die Kolleg/innen gegenseitig. (N = 187; 27; 51)	88,2%	11,8%	100,0%	0,0%	88,2%	11,8%
Sie können in Ihrem Arbeitsteam Vorschläge und Ideen einbringen. (N = 188; 26; 49)	85,1%	14,9%	80,0%	19,2%	71,4%	28,6%
Ihre Kolleg/innen sind fachlich sehr kompetent. (N = 182; 26; 46)	81,3%	18,7%	80,8%	19,2%	73,9%	26,1%
Sie wünschen sich, in einem anderen Wohnbereich zu arbeiten. (N = 183; 27; 47)	8,2%	91,8%	7,4%	92,6%	10,6%	89,4%
In Ihrem Wohnbereich mobben sich die Kolleg/innen. (N = 177; 26; 47)	21,5%	78,5%	7,7%	92,3%	27,7%	72,3%
In Ihrem Wohnbereich werden Probleme offen angesprochen. (N = 185; 27; 50)	63,2%	36,8%	96,3%	3,7%	60,0%	40,0%
In Ihrem Wohnbereich gibt es Mitarbeiter/innen, die sich „vor der Arbeit drücken“. (N = 0; 24; 0)	/	/	41,7%	58,3%	/	/

Trotz dieser – auf den ersten Blick – sehr positiven Bewertungen der Teamarbeit in den Wohnbereichen, gibt es jedoch auch Anhaltspunkte für Reibungsverluste und Belastungsfaktoren in dieser Zusammenarbeit. Zudem divergieren die subjektiven Wahrnehmungen zwischen den Pflegekräften und den Wohnbereichsleitungen zum Teil erheblich. Beispielsweise sind immerhin 21,5% aller Pflegekräfte der Auffassung, die Kolleg/innen auf dem Wohnbereich mobben sich untereinander, wogegen das nur 7,7% der Wohnbereichsleitungen genauso bewerten. Werden darüber hinaus die Häuser einzeln betrachtet, so wurde von den Pflegekräften in allen Häusern Mobbing wahrgenommen (die Zustimmungswerte liegen im Spektrum von 11,1% bis 30,4%). Demgegenüber sehen nur in zwei der acht Einrichtungen jeweils eine Wohnbereichsleitung Mobbing unter den Kolleg/innen.

Des Weiteren ist im Durchschnitt mehr als ein Drittel der Pflegekräfte der Meinung, Probleme werden in den Wohnbereichen nicht offen angesprochen. Auch hier unterscheiden sich zwar die Bewertungen der Pflegekräfte in den einzelnen Häusern (von 20% bis 54%), demgegenüber sind aber in allen acht Einrichtungen 26 von 27 Wohnbereichsleitungen der Auffassung, dass in den Wohnbereichen Probleme offen angesprochen werden. Diese unterschiedlichen Einschätzungen von Pflegekräften und Wohnbereichsleitungen sind umso bedenklicher, wenn berücksichtigt wird, dass zehn von 24 Wohnbereichsleitungen in sechs der sieben Häuser der Aussage „in ihrem Wohnbereich gibt es Mitarbeiter/innen, die sich vor der Arbeit drücken“, zugestimmt haben.

Tabelle 4: Hausvergleich: Bewertung der Wohnbereiche

Zustimmung		3	4	5	6	7	8	9	10
In Ihrem Wohnbereich helfen und unterstützen sich die Kolleg/innen gegenseitig.	Pflege	78,3% (18)	100,0% (10)	90,5% (38)	88,9% (8)	76,2% (16)	100,0% (21)	83,3% (20)	91,9% (34)
	WBL	100,0% (2)	100,0% (2)	100,0% (5)	100,0% (2)	100,0% (2)	100,0% (3)	100,0% (4)	100,0% (7)
Sie können in Ihrem Arbeitsteam Vorschläge und Ideen einbringen.	Pflege	83,3% (20)	100,0% (10)	84,1% (37)	77,8% (7)	90,5% (19)	100,0% (19)	79,2% (19)	78,4% (29)
	WBL	100,0% (2)	100,0% (2)	80,0% (4)	100,0% (2)	100,0% (2)	100,0% (3)	100,0% (4)	42,9% (3)
Ihre Kolleg/innen sind fachlich sehr kompetent.	Pflege	87,0% (20)	77,8% (7)	82,5% (33)	100,0% (9)	85,7% (18)	81,0% (17)	75,0% (18)	74,3% (26)
	WBL	100,0% (2)	100,0% (2)	60,0% (3)	100,0% (2)	100,0% (2)	100,0% (3)	100,0% (3)	57,1% (4)
Sie wünschen sich, in einem anderen Wohnbereich zu arbeiten.	Pflege	4,2% (1)	0,0% (0)	15,0% (6)	0,0% (0)	0,0% (0)	0,0% (0)	8,3% (2)	16,7% (6)
	WBL	0,0% (0)	0,0% (0)	20,0% (1)	0,0% (0)	0,0% (0)	33,0% (1)	0,0% (0)	0,0% (0)
In Ihrem Wohnbereich mobben sich die Kolleg/innen.	Pflege	13,6% (3)	22,2% (2)	25,6% (10)	11,1% (1)	22,2% (4)	23,8% (5)	30,4% (7)	16,7% (6)
	WBL	0,0% (0)	0,0% (0)	0,0% (0)	50,0% (1)	50,0% (1)	0,0% (0)	0,0% (0)	0,0% (0)
In Ihrem Wohnbereich werden Probleme offen angesprochen.	Pflege	45,8% (11)	77,8% (7)	67,4% (29)	77,8% (7)	50,0% (10)	80% (16)	65,2% (15)	59,5% (22)
	WBL	100,0% (2)	100,0% (2)	80,0% (4)	100,0% (2)	100,0% (2)	100,0% (3)	100,0% (4)	100,0% (7)
In Ihrem Wohnbereich gibt es Mitarbeiter/innen, die sich „vor der Arbeit drücken“.	Pflege	/	/	/	/	/	/	/	/
	WBL	0,0% (0)	50,0% (1)	60,0% (3)	50,0% (1)	0,0% (0)	66,7% (2)	75,0% (3)	42,9% (3)

Insbesondere die sichtbar gewordenen unterschiedlichen Einschätzungen von Pflegekräften und Wohnbereichsleitungen verweisen auf die besondere Rolle der Wohnbereichsleitungen und mögliche daraus resultierende Rollenkonflikte. Da die Funktion der Wohnbereichsleitungen weder im Pflegeversicherungsgesetz noch in der Heimpersonalverordnung vorgesehen ist, werden die Wohnbereichsleitungen bei der personellen Besetzung, d.h. bei der Berechnung der Personalschlüssel in der Regel als volle, in der Pflege tätige Fachkräfte gerechnet und müssen entsprechende Aufgaben übernehmen, soll das Arbeitspensum in dem Wohnbereich bewältigt werden. Dadurch sind die Wohnbereichsleitungen sehr stark auf den Teamrückhalt angewiesen, wodurch, ebenso wie die wichtige teambildende Haltung, „sich für keine Tätigkeit zu Schade zu sein“ die Delegation der Aufgaben sowie die Übernahme der Leitungsverantwortung erschwert wird.

Gestaltungsspielräume und Kontrolle

Bezüglich der im Arbeitsbereich vorhandenen Gestaltungsspielräume und der stattfindenden Kontrolle durch die Vorgesetzten sind rund 75% (N=144) der Pflegekräfte rund 70% der Wohnbereichsleitungen der Auffassung, das Team könne frei von Einmischungen durch die Pflegedienstleitung oder Heimleitung gut planen. Dies ist insoweit erstaunlich, als knapp die Hälfte (N=185) (48,1) der Pflegekräfte und rund 35% der Wohnbereichsleitungen auch die Einschätzung teilt, in den Wohnbereichen werden immer wieder Kolleg/innen abgezogen und in anderen Wohnbereichen eingesetzt. Angesichts der (auch in den Interviews immer wieder angesprochenen) Personalnot in den Einrichtungen wäre vielmehr zu erwarten gewesen, dass die Planbarkeit und damit die Bewältigung der Arbeit besonders

auch von der personellen Besetzung und personellen Kontinuität in den Wohnbereichen abhängig sind.¹⁹

Wie in der folgenden Tabelle dargestellt, werden im Gegensatz zu den Gestaltungsspielräumen, die die Teamarbeit betreffen, individuelle Handlungsspielräume bei der Arbeit schlechter und die Kontrolle durch die Vorgesetzten von den Mitarbeiter/innen höher eingestuft.

Tabelle 5: Gestaltungsspielräume und Kontrolle (Mehrfachnennungen möglich)

Wer lässt Ihnen bei der Gestaltung Ihrer Arbeit ausreichende Spielräume? (N = 194; 27)	Pflege	WBL
HL	19,6%	51,9%
PDL/direkte Vorgesetzte	27,8%	63,0%
WBL/WBL's	59,3%	/
Wer kontrolliert Ihre Arbeit mehr als es notwendig wäre? (N = 143; 16)		
HL	19,6%	18,5%
PDL/direkte Vorgesetzte	13,4%	18,5%
WBL/WBL's	18,0%	/

Unterstützung und Konfliktlösung durch die Vorgesetzten

Ebenso wie Planbarkeit und Handlungsspielräume wichtige Anhaltspunkte für eine entlastende Arbeitsgestaltung liefern, stellt die Unterstützung bei der Arbeit einen wesentlichen Faktor dar. Bezüglich des Antwortverhaltens zeigt sich zunächst in der nachfolgenden Tabelle, dass in der Wahrnehmung der Pflegekräfte und der Wohnbereichsleitungen auch bei der Unterstützung die jeweils direkten Vorgesetzten den größeren Anteil leisten. Werden jedoch die genauen Werte betrachtet, so sind es vor allem die Kolleg/innen, die die jeweiligen Mitarbeiter/innen und auch die Wohnbereichsleitungen bei der Arbeit unterstützen (79,9% Pflege und 88,9% WBL's). Das verweist einmal mehr auf die Bedeutung der Teams. Demgegenüber ist die Unterstützung, die die Befragten bei der Arbeit durch die Vorgesetzten erfahren, als eher gering einzustufen. Ledig 46,4% der Pflegekräfte sehen sich durch die Wohnbereichsleitungen in ihrer Arbeit unterstützt und nur 44,4% der Wohnbereichsleitungen findet entsprechende Hilfe bei den Pflegedienstleitungen. Von der Heimleitung fühlen sich sogar nur ca. 6% der Pflegekräfte und 26% der Wohnbereichsleitungen unterstützt, während sich die Pflegekräfte zu rund 19,6% und die Wohnbereichsleitungen zu rund 18,5% von der Heimleitung mehr als nötig kontrolliert fühlen (vgl. Tabelle 5).

Etwas besser ist die Einschätzung bei der Frage ausgefallen, wer sich hinter die Mitarbeiter/innen stellt, wenn diese unter Druck geraten. Trotzdem haben auch diesbezüglich nur 57,2% bzw. 21,6% der Pflegekräfte die Wohnbereichsleitung bzw. die Pflegedienstleitung ausgewählt und nur 51,9% der Wohnbereichsleitungen die Pflegedienstleitung. Obwohl viele der Angehörigen ihre Beschwerden direkt bei den Heimleitungen und Pflegedienstleitungen vortragen und daher ein direkter Kontakt zwischen den Pflegekräften und diesen Vorgesetzten wahrscheinlich ist, erwarten nur 14,9% der Pflegekräfte und 33,3% der Wohnbereichsleitungen von der Heimleitung Rückhalt, wenn sie unter Druck geraten. 19,1% der Pflegekräfte und 11,1% der Wohnbereichsleitungen gehen sogar davon aus, dass sie keiner unterstützen wird.

¹⁹ Vgl. Kapitel Arbeitszeit.

Tabelle 6: Unterstützung der Mitarbeiter/innen I (Mehrfachnennungen möglich)

Wer unterstützt Sie nach Bedarf bei Ihrer Arbeit? (N = 194; 27; 54)	Pflege	WBL	Hauswirtschaft
HL	5,7%	25,9%	9,3%
PDL/direkte Vorgesetzte	10,8%	44,4%	7,4%
WBL/WBL's	46,4%	33,3%	31,5%
Kolleg/innen	79,9%	88,9%	66,7%
Keiner	6,7%	0,0%	5,6%
Wer stellt sich hinter die Mitarbeiter/innen, wenn diese unter Druck geraten? (N = 194; 27; 54)			
HL	14,9%	33,3%	13,0%
PDL/direkte Vorgesetzte	21,6%	51,9%	7,4%
WBL/WBL's	57,2%	25,9%	35,2%
Kolleg/innen	29,4%	48,1%	14,8%
Betriebsrat/MV	1,5%	0,0%	14,8%
Keiner	19,1%	11,1%	27,8%

Bei Konflikten schalten sich nach der Wahrnehmung der Pflegekräfte und Wohnbereichsleitungen zwei Drittel der direkten Vorgesetzten ein. Dies entspricht in etwa auch der Einschätzung über die Offenheit der Vorgesetzten für berufliche und private Probleme. Nach der Wahrnehmung der Pflegekräfte haben diese Offenheit 62% der Wohnbereichsleitungen und nach Einschätzung der Wohnbereichsleitungen zwei Drittel der Pflegedienstleitungen. Schließlich sei darauf verwiesen, dass in Konfliktfällen oder Drucksituationen der Betriebsrat bzw. die Mitarbeitervertretung für die Mitarbeiter/innen eine geradezu verschwindend geringe Rolle spielt.

Tabelle 7: Unterstützung der Mitarbeiter/innen II (Mehrfachnennungen möglich)

Wer schaltet sich bei Konflikten ein und sucht mit den Beteiligten nach einer Lösung? (N = 194; 27; 54)	Pflege	WBL	Hauswirtschaft
HL	23,7%	44,4%	24,1%
PDL/direkte Vorgesetzte	34,5%	66,7%	13,0%
WBL/WBL's	61,9%	29,6%	42,6%
Kolleg/innen	30,9%	33,3%	14,8%
Betriebsrat/MV	6,7%	0,0%	13,0%
Keiner	9,3%	3,7%	18,5%
Wer hat für Ihre persönlichen und beruflichen Probleme in der Regel ein offenes Ohr? (N = 194; 27; 54)			
HL	24,2%	44,4%	25,9%
PDL/direkte Vorgesetzte	26,8%	59,3%	9,3%
WBL/WBL's	61,3%	51,9%	37,0%
Kolleg/innen	67,0%	51,9%	35,2%
Betriebsrat/MV	3,1%	11,1%	11,1%
Keiner	6,2%	7,4%	16,7%

Wertschätzung und Feedback

Ist schon die Unterstützung nach dem Zustimmungsverhalten der Pflegekräfte und Wohnbereichsleitungen als steigerungsfähig zu bezeichnen, so stimmt auch bedenklich, dass ca. 40% der Pflegekräfte, knapp die Hälfte der Wohnbereichsleitung und über die Hälfte der Hauswirtschaftskräfte das Gefühl haben, die Hausleitung unternähme nichts, um sie in der Einrichtung zu halten. 53,1% der Pflegekräfte, 64,0% der Wohnbereichsleitungen und 61,5% der Hauswirtschaftskräfte haben den Eindruck, dass die Heimleitung um die täglichen Arbeitsanforderungen weiß.²⁰ Des Weiteren geben sogar 35,1% bzw. 36,1% der Pflegekräfte, 33,3% bzw. 29,6% der Wohnbereichsleitungen und 35,2% bzw. 40,7% der Hauswirtschaftskräfte an, von niemandem für die erbrachten Leistungen gelobt zu werden bzw.

²⁰ Ohne Tabelle.

Rückmeldungen über Entwicklungsmöglichkeiten zu erhalten. Insgesamt betrachtet sind es weniger als 50% der Pflegekräfte, die von ihren Wohnbereichsleitungen gelobt oder sachlich und konstruktiv kritisiert werden oder Rückmeldungen über Entwicklungsmöglichkeiten erhalten, während die Wohnbereichsleitungen das Feedback von Heimleitung und Pflegedienstleistung etwas besser einschätzen.

Tabelle 8: Feedback (Mehrfachnennungen möglich)

Wer lobt Sie für Ihre Leistungen? (N = 194; 27; 54)	Pflege	WBL	Hauswirtschaft
HL	8,8%	37,0%	20,4%
PDL/direkte Vorgesetzte	16,5%	48,1%	9,3%
WBL/WBL's	43,3%	11,1%	27,8%
Kolleg/innen	35,1%	33,3%	27,8%
Betriebsrat/MV	0,0%	3,7%	0,0%
Keiner	35,1%	33,3%	35,2%
Wessen Kritik erleben Sie als sachlich und konstruktiv? (N = 194; 27; 54)			
HL	23,7%	55,6%	25,9%
PDL/direkte Vorgesetzte	34,0%	55,6%	9,3%
WBL/WBL's	55,7%	22,2%	40,7%
Kolleg/innen	31,4%	29,6%	24,1%
Betriebsrat/MV	1,0%	3,7%	1,9%
Keiner	8,8%	11,1%	16,7%
Von wem erhalten Sie konstruktive Rückmeldungen über ihre Entwicklungsmöglichkeiten? (N = 194; 27; 54)			
HL	13,4%	40,7%	16,7%
PDL/direkte Vorgesetzte	19,6%	48,1%	3,7%
WBL/WBL's	38,1%	18,5%	24,1%
Kolleg/innen	19,6%	7,4%	11,1%
Betriebsrat/MV	0,5%	3,7%	1,9%
Keiner	36,1%	29,6%	40,7%

Vertrauensbasis und Arbeitsklima

Hinsichtlich der Vertrauensbasis und des Arbeitsklimas ist für die Wohnbereiche zunächst festzuhalten, dass die Pflegemitarbeiter/innen und die Wohnbereichsleitungen allen diesbezüglichen Fragen zu mindestens 84% zustimmten, wobei die Leitungen noch eine etwas positivere Einschätzung vornahmen. Schwächer fällt die Zustimmung bei den Hauswirtschaftskräften aus. Diese arbeiten zwar auf den Wohnbereichen, unterstehen häufig aber den Leitungskräften der Funktionsbereiche und nehmen deutlich weniger an Teambesprechungen teil. Trotzdem schätzen auch 90% dieser Statusgruppe das Klima als gut ein.

Tabelle 9: Vertrauensbasis in den Wohnbereichen

	Pflege		WBL		Hauswirtschaft	
	trifft zu	trifft nicht zu	trifft zu	trifft nicht zu	trifft zu	trifft nicht zu
In Ihrem Wohnbereich herrscht ein vertrauensvolles Verhältnis zur Wohnbereichsleitung (WBL). (N = 177; 0; 50)	84,2%	15,8%	/	/	76,0%	24,0%
WBL: Ihre Mitarbeiter/innen in Ihrem Wohnbereich vertrauen Ihnen. (N = 0; 22; 0)	/	/	90,9%	9,1%	/	/
Der Umgang zwischen der WBL und den Mitarbeiter/innen wird wechselseitig als fair und gerecht erlebt. (N = 175; 26; 50)	87,4%	12,6%	92,3%	7,7%	58,0%	42,0%
WBL: Sie sind fair und gerecht zu Ihren Mitarbeiter/innen. (N = 0; 24; 0)	/	/	95,8%	4,2%	/	/
In Ihrem Wohnbereich herrscht ein gutes Arbeitsklima. (N = 176; 26; 51)	85,8%	14,2%	96,2%	3,8%	90,2%	9,8%

Auch bezüglich des Vertrauensverhältnisses zu den nächsthöheren Leitungskräften zeigt sich das bekannte und korrespondierend zu der Entfernung der Vorgesetzten abfallende Zustimmungsverhalten. Insgesamt besteht nach Einschätzung von 63% der Pflegekräfte und von 80% der Wohnbereichsleitungen ein vertrauensvolles Verhältnis zur Pflegedienstleitung, deren Umgang als fair und gerecht erlebt wird. Demgegenüber stufen 61,8% bzw. 66,5% der Pflegekräfte und 69,2% bzw. 73,1% der Wohnbereichsleitungen ihr Verhältnis zur Heimleitung als vertrauensvoll ein und erleben deren Umgang als fair und gerecht.

Tabelle 10: Vertrauensbasis zu den Leitungskräften

	Pflege		WBL		Hauswirtschaft	
	trifft zu	trifft nicht zu	trifft zu	trifft nicht zu	trifft zu	trifft nicht zu
In Ihrem Wohnbereich herrscht ein vertrauensvolles Verhältnis zur Pflegedienstleitung (PDL). (N = 181; 25; 27)	63,0%	37,0%	80,0%	20,0%	70,4%	29,6%
Sie erleben den Umgang der Pflegedienstleitung mit den Mitarbeiter/innen als fair und gerecht. (N = 180; 25, 45)	64,4%	35,6%	80,0%	20,0%	71,1%	28,9%
In Ihrem Wohnbereich herrscht ein vertrauensvolles Verhältnis zur Heimleitung (HL). (N = 178; 26; 50)	61,8%	38,2%	69,2%	30,8%	70,0%	30%
Sie erleben den Umgang der Heimleitung mit den Mitarbeiter/innen als fair und gerecht. (N = 179; 26,47)	66,5%	33,5%	73,1%	26,9%	68,1%	31,9%

Verglichen mit dem Arbeitsklima in den Wohnbereichen, nehmen die Pflegemitarbeiter/innen hinsichtlich des Arbeitsklimas in der Einrichtung eine deutlich schlechtere Einschätzung vor. 21,4% bzw. 19,3% denken an einen Wechsel in eine andere Einrichtung oder an einen Branchenwechsel. Trotzdem sind 87,2% der Überzeugung, dass die Angehörigen gerne in die Einrichtung kommen und 94% macht die Arbeit in der Altenpflege (noch immer) Spaß. Den beiden letztgenannten Aussagen stimmen sogar 100% der Wohnbereichsleitungen zu. Diese bewerten insgesamt auch das Arbeitsklima in der Einrichtung, das Vertrauensverhältnis zur Heimleitung und deren Umgang positiver als die Pflegekräfte. Sie denken weniger an einen Einrichtungs- oder Branchenwechsel.

Tabelle 11: Einrichtungsklima

	Pflege		WBL		Hauswirtschaft	
	trifft zu	trifft nicht zu	trifft zu	trifft nicht zu	trifft zu	trifft nicht zu
In der ganzen Einrichtung herrscht ein gutes Arbeitsklima. (N = 176; 26; 49)	51,1%	48,9%	65,4%	34,6%	69,4%	30,6%
Sie denken an einen Wechsel in eine andere Einrichtung. (N = 182; 25; 48)	21,4%	78,6%	12,0%	88,0%	22,9%	77,1%
Angehörige kommen gerne in die Einrichtung. (N = 172; 26; 40)	87,2%	12,8%	100,0%	0,0%	92,5%	7,5%
Das Verhältnis zwischen Mitarbeiter/innen und Bewohner/innen ist von Vertrauen geprägt. (N = 181; 26; 46)	92,3%	7,7%	100,0%	0,0%	95,7%	4,3%
Die Arbeit in der Altenpflege macht Ihnen Spaß. (N = 183; 26; 43)	94,0%	6,0%	100,0%	0,0%	88,4%	11,6%
Sie denken an einen beruflichen Wechsel in eine andere Branche. (N = 187; 27; 48)	19,3%	80,7%	3,7%	96,3%	16,7%	83,3%

Abschließend kann hinsichtlich der Querschnittsanalyse der Belastungssituation, verursacht durch Führung und Zusammenarbeit, festgehalten werden, dass sich die Notwendigkeit der Differenzierung zwischen der Zusammenarbeit und dem Führungsverhalten der unterschiedlichen Leitungsebenen

bestätigt hat. Während insgesamt betrachtet die Information der Mitarbeiter/innen in den Einrichtungen als weitestgehend zufriedenstellend zu bezeichnen ist, kommen die Wertschätzung, ein (konstruktives) Feedback, die Unterstützung durch die Vorgesetzten und die Konfliktlösung eher zu kurz. Insbesondere bei der Betrachtung der Zusammenarbeit der Wohnbereichsteams ist die divergierende Wahrnehmung von Konflikten zwischen Wohnbereichsleitungen und Pflegekräften deutlich geworden. Trotzdem sind vor allem in den Wohnbereichen die Teamarbeit, das Vertrauensverhältnis zu den Wohnbereichsleitungen und das Arbeitsklima sehr positiv bewertet worden. Demgegenüber nimmt das Vertrauen zu den Heim- und Pflegedienstleitungen sowie die Einschätzung des Klimas in der gesamten Einrichtung ab.

Bei der Betrachtung der Ergebnisse der einzelnen Häuser haben sich zum Teil sehr deutliche Unterschiede hinsichtlich der genannten Belastungsfaktoren finden lassen. Dies zeigt die Vielfalt unterschiedlicher Führungsstile und spricht für ein variierendes Führungsverhalten in den Einrichtungen und verweist auf mögliche Chancen bei der Maßnahmenentwicklung bezüglich der Reduzierung von Belastungen im Rahmen des Projektes.

B: Fallstudie

1. Die Einrichtung

Das Pflegeheim A – in Trägerschaft eines Wohlfahrtsverbandes, der fünf stationäre Einrichtungen sowie Einrichtungen der Kinder- und Jugendhilfe und der Behindertenhilfe betreibt – verfügt über 115 vollstationäre Plätze, mit insgesamt 67 Einzelzimmern. Die pflegebedingten Aufwendungen in den Pflegestufen 0, I, II und III betragen 25,57 €, 38,99 €, 57,28 € und 75,21 €. Die Kosten für Unterkunft und Verpflegung belaufen sich auf 26,85 €, die Investitionskosten liegen bei 21,67 €. In die stationäre Pflege werden nach Bedarf Kurzzeitpflegeplätze eingestreut, das Haus verfügt über einen sozialen Dienst, einen im Haus ansässigen eigenständigen Ambulanten Dienst und ist räumlich an ein wirtschaftlich selbstständiges Betreutes Wohnen angegliedert, das zum Träger gehört. Insgesamt sind in der Einrichtung 59 Mitarbeiter/innen (41 in Teilzeit) in der Pflege, neun Kräfte (4 in Teilzeit) in der Hauswirtschaft und 4 Mitarbeiter/innen (eine in Teilzeit) im Sozialen Dienst beschäftigt.

Zum Stichtag der schriftlichen Befragung waren in Einrichtung A von den 115 Plätzen 112 belegt. Die meisten sind in die Pflegestufe II eingruppiert (50), in Stufe I sind es 41 und in Stufe III 16 Bewohner/innen. Hinzu kommen 5 Bewohner/innen mit Pflegestufe 0.

In Haus A stellt sich die Führungsstruktur wie folgt dar: Trägerebene vertreten durch einen Vorstand, Heimleitung, Pflegedienstleitung, zwei Wohnbereichsleitungen und, direkt der Heimleitung unterstellt, die Leitung der Hauswirtschaft (stellv. HL) und die Leitung des Sozialen Dienstes. Die Heimleitung ist zudem Heimleiterin eines zweiten Pflegeheims des Trägers.

In der Einrichtung sind fast alle hauswirtschaftlichen Funktionsbereiche ausgelagert und überwiegend an trügereigene Tochterfirmen (aus Gründen der Anonymisierung als TA und TB bezeichnet) vergeben worden. Die TA übernimmt die Hausreinigung und die TB die Speiserversorgung. Seit 2006 ist die TB auch für den gesamten Geschirrspiegelprozess zuständig, d.h. das schmutzige Geschirrspiegel wird nicht mehr im Haus gespült. Schließlich sind auch der Hausmeisterdienst und der Hol- und Bringdienst fremd vergeben. Letzterer kümmert sich um die internen Ver- und Entsorgungsangelegenheiten.

In den letzten sieben Jahren ist Haus A zweimal komplett wegen Umbaumaßnahmen umgezogen. Die Heimleitung, die während des zweiten Umzuges diese Funktion übernommen hat und vorher die Pflegedienstleitung war, die beiden Wohnbereichsleitungen und die Leiterin des Sozialen Dienstes haben beide Umzüge organisiert und durchgeführt, die Leitung der Hauswirtschaft war beim zweiten Umzug dabei. Die Pflegedienstleitung ist erst seit 2005 in der Einrichtung beschäftigt.

Da ursprünglich geplant war, das Haus im Sinne des Wohnens für alte Menschen mit nur einer Pflegeabteilung in der fünften Etage zu konzipieren und umzubauen, nun aber der Schwerpunkt auf der Versorgung Pflegebedürftiger liegt, ist die räumliche Struktur des Hauses mit sieben Etagen arbeitsorganisatorisch ungünstig für diesen Versorgungsbedarf ausgerichtet. Die sieben Etagen sind in zwei Wohnbereiche gegliedert. Es gibt einen Wohnbereich mit 49 Plätzen über drei Etagen und einen Wohnbereich mit 67 Plätzen über vier Etagen.

2. Die Ist-Analyse

Bei der Analyse der Be- und Entlastungskonstellationen, verursacht durch Führung und Zusammenarbeit im Haus A, werden aufgrund der vorgefundenen Organisationsstruktur zwei Betrachtungsebenen unterschieden. Obwohl die Vorstandsmitglieder des Trägers in den bisherigen Projektverlauf nicht eingebunden waren, deren Perspektive also keine Berücksichtigung finden konnte, wird zuerst auf die Schnittstelle zwischen Einrichtung und Träger und im Anschluss auf die hausinterne Situation eingegangen.

a) Die Schnittstelle Einrichtung – Träger

Träger, Einrichtungen und Leitungskräfte müssen sich in ihrem Führungsverhalten immer stärker im Spannungsfeld von Wirtschaftlichkeitsanforderungen, hohen Qualitätserwartungen und Erhalt der Mitarbeiterzufriedenheit bewegen und die unternehmenspolitischen Zielsetzungen mehrdimensional ausrichten. Bei Einrichtungen, die in übergeordnete Trägerstrukturen eingebunden sind, gewinnt die Schnittstelle Einrichtung – Träger eine zentrale Bedeutung, weil der Träger den Leitungskräften und Mitarbeiter/innen einer Einrichtung Handlungsspielräume eröffnen oder schließen, deren Gestaltungsressourcen mobilisieren oder dämpfen und das in den Häusern vorhandene Fachwissen nutzen oder brachliegen lassen kann. Demzufolge können an dieser Schnittstelle erhebliche Reibungsverluste auftreten, die sich dann auch auf die Mitarbeiterzufriedenheit und Motivation auswirken.

Bei der Ist-Analyse des Hauses ist in allen Untersuchungsschritten eine Schnittstellenproblematik sichtbar geworden, die konkret auf die zu diesem Zeitpunkt durchgeführte weitgehende Auslagerung der Speiserversorgung zurückgeführt wird. Durch die Auslagerung der Speiserversorgung wurden in unterschiedlicher Stärke Belastungsfaktoren hervorgerufen, die sich auf der arbeitsorganisatorischen, d.h. der Umsetzungsebene, auf den Anspruch an die Versorgungsqualität und auf der Entscheidungsfindungs- und damit auf der Führungsebene niederschlagen.

Auf der Ebene der Arbeitsorganisation hat die Umstellung der Speiserversorgung zu Problemen geführt, weil in der Umstellungsphase sowohl Bestandteile der Mahlzeiten, wie Quark, Käse oder Wurst, als auch Geschirr oder Besteck nicht immer in ausreichendem Maße vor Ort vorhanden waren. Die schon im Eingangsworkshop²¹ von den Mitarbeiter/innen problematisierte und als belastend empfundene Essensorganisation hat dazu geführt, dass von den Pflege- und vor allem den Servicekräften der Hauswirtschaft zusätzliche Wege über die sieben Etagen zurückgelegt werden mussten, um fehlende Teile zu besorgen, die darüber hinaus wegen der hausexternen Bereitstellung mitunter gar nicht in der Einrichtung vorgehalten waren. In der schriftlichen Befragung haben 66,7% der Pflegekräfte (gesamt 60,2%), 42,9% der Servicekräfte (gesamt 81,2%) und keine der Wohnbereichsleitungen (gesamt 57,7%) die Zusammenarbeit mit der Küche als gut funktionierend eingeschätzt.

Die externe Speiserversorgung hat sich nach den Informationen aus dem Workshop und nach Aussagen der Interviewpartner/innen in unterschiedlicher Weise auf die Versorgungsqualität und die Qualität des Essens ausgewirkt. Zum einen deshalb, weil ganz pragmatisch *„die Suppe eben nicht mit Gabeln gegessen werden kann“* und es schwierig ist *„die Bewohner/innen zum Abendbrot zu fragen,*

²¹ In keinem anderen Workshop des Projektes ist die Küche als Quelle der Last genannt worden.

ob sie Schinken wollen, wenn man genau weiß, es sind nur noch fünf Scheiben da“. Zum anderen hat die Essensqualität insgesamt gelitten. Dies betrifft in sehr substanzieller Weise die in der stationären Altenpflege kontrovers diskutierte Frage nach dem Stellenwert der Mahlzeiten. Während die eine Seite mit der Auslagerung der Küche stärker die Kostensenkung und/oder Synergieeffekte im Blick hat, um auf diesem Wege die Einrichtung am Markt konkurrenzfähig zu halten, verweisen die Befürworter der hausinternen Küche auf die Lebensqualität und die Gesundheit der Bewohner/innen, auf die Möglichkeit nach Bedarf auch mal ein an der individuellen Tagesform eines Einzelnen ausgerichtete (Zwischen-)Mahlzeit anbieten zu können und darauf, „dass das Essen häufig das (einzige) ist, worauf sich die Bewohner/innen wirklich freuen“. In den modernen Haus- und Wohngemeinschaftskonzepten für die Versorgung gerontopsychiatrisch erkrankter Pflegebedürftiger spielt die Teilhabe an der Essenszubereitung, der durch die Einrichtung strömende Geruch der gekochten Mahlzeiten und das gemeinsame Essen eine zentrale Rolle, weil damit an die lebensweltlichen Erfahrungen und Erinnerungen der Menschen angeknüpft wird. Selbstverständlich sagt die bloße Tatsache, dass im Haus gekocht wird, alleine noch nichts über die Qualität der Mahlzeiten aus. Ebenso wenig führt aber auch die Auslagerung der Küche per se zu wirtschaftlichen Vorteilen. Dies zeigt folgende Vergleichstabelle der am Projekt beteiligten Einrichtungen, in der ersichtlich ist, dass sich die Differenz der Kosten für Unterkunft und Verpflegung, die jeder/ jede Bewohner/in im Monat (für alle Mahlzeiten) einspart bzw. mehr bezahlt, im Bereich von zwei Euro bewegt.

Tabelle 12: Hausvergleich: Speisversorgung

Haus	1	2	3	4	5	6	7	8
Küche	extern	intern	intern	intern	extern	intern	intern	extern
in Betrieb durch	Tochter des Trägers	Einrichtung	Einrichtung	Einrichtung	Tochter des Trägers	Einrichtung	Einrichtung	Dienstleister
Kosten für Unterkunft und Verpflegung	26,85€	26,21€	24,86€	27,81€	25,98€	26,87€	27,66€	26,28 €

Die Organisation der Essenszubereitung verdeutlicht daher geradezu exemplarisch einen Zielkonflikt zwischen Wirtschaftlichkeitsaspekten, Aspekten der Versorgungsqualität und Aspekten der Arbeitszufriedenheit, der auf alle Führungsebenen ausstrahlt. In der Einrichtung A wirkt sich die Trägerentscheidung, die Speisversorgung auszulagern, in zweifacher Hinsicht belastend auf die Mitarbeiter/innen aus. Zum einen, weil die Essenszubereitung – die sowohl für die Einrichtungen der Kinder- und Jugendhilfe und Behindertenhilfe als auch für die Pflegeheime des Trägers erfolgt – es schwierig macht, die besonderen Bedürfnisse alter, zum Teil gerontopsychiatrisch veränderter, Pflegebedürftiger zu berücksichtigen. Vor dem Hintergrund, dass die Pflegekräfte ohnehin immer weniger Zeit für persönliche Zuwendung oder Betreuung haben, wurde durch diese Standardisierungen nun ein weiterer Teil der individuellen Versorgung aufgegeben. Zum anderen, und das ist vor allem im Zusammenhang mit dem Belastungsthema Führung und Zusammenarbeit wichtig, weil, nach Wahrnehmung der befragten Leitungskräfte, diese nicht angemessen in den Entscheidungsfindungsprozess des Trägers eingebunden, ihr Sachverstand nicht abgerufen und mit der Trägerentscheidung deren Arbeitsgestaltungsspielräume entscheidend eingeschränkt wurden. Eventuell wird der Umgang des Trägers mit den Verantwortlichen der Einrichtung auch deshalb als so belastend empfunden, weil durch die beiden Umzüge Führungskräfte und Belegschaft des Hauses die Vorteile von flachen Hierarchien und gegenseitiger Wertschätzung unmittelbar erfahren haben und im Vergleich dazu die geringen Partizipationschancen auf Trägerebene wesentlich deutlicher wahrgenommen werden (können).

b) Die hausinterne Führungssituation und Zusammenarbeit

Für die Analyse der Führungssituation und Zusammenarbeit in der Einrichtung A kann zunächst festgehalten werden, dass die Ergebnisse der schriftlichen Befragung im Vergleich zu der in 1.2 dargestellten Querschnittsauswertung in den Bereichen Vertrauen, Gestaltungsspielräume und Kontrolle sowie Unterstützung und Konfliktlösung durch die Vorgesetzten deutlich positiver ausgefallen sind. Die Ergebnisse bestätigten darüber hinaus den Eindruck, den die wissenschaftliche Begleitung bereits in den qualitativen Interviews gewonnen hatte. Demgegenüber haben sich aber in den unterschiedlichen Projektbearbeitungsschritten bezüglich der Kommunikation und der Teamarbeit Anhaltspunkte herauskristallisiert, die in der Maßnahmenentwicklung zum Gegenstand werden sollten.

Vertrauensbasis

Wie in der nachfolgenden Tabelle abgebildet, haben Pflegemitarbeiter/innen, Wohnbereichsleitungen und Hauswirtschaftskräfte allen Aussagen das Vertrauensverhältnis in die Heimleitung, Pflegedienstleitung und Wohnbereichsleitung betreffend, bis auf eine Ausnahme zu mindestens 95% im positiven Sinne zugestimmt. Dabei unterscheidet sich im Vergleich zur Querschnittsanalyse vor allem das Zustimmungsverhalten bei Fragen nach Pflegedienstleitung und Heimleitung signifikant.

Tabelle 13: Vertrauensverhältnis Leitungskräfte (Fallstudie/Gesamt)²²

	Haus A	Gesamt
In Ihrem Wohnbereich herrscht ein vertrauensvolles Verhältnis zur Wohnbereichsleitung (WBL). (N Haus A = 25; 0; 6) (N Gesamt = 177; 0; 50)	96,0% / 100,0%	84,2% / 76,0%
Der Umgang zwischen der WBL und den Mitarbeiter/innen wird wechselseitig als fair und gerecht erlebt. (N Haus A = 23; 2; 6) (N Gesamt = 175; 26; 50)	95,7% 100,0% 83,3%	87,4% 92,3% 58,0%
In Ihrem Wohnbereich herrscht ein vertrauensvolles Verhältnis zur Pflegedienstleitung (PDL). (N Haus A = 25; 2; 1) (N Gesamt = 181; 25; 27)	100,0% 100,0% 100,0%	63,0% 80,0% 70,4%
Sie erleben den Umgang der Pflegedienstleitung mit den Mitarbeiter/innen als fair und gerecht. (N Haus A = 25; 2; 5) (N Gesamt = 180; 25; 45)	96,0% 100,0% 100,0%	64,4% 80,0% 71,1%
In Ihrem Wohnbereich herrscht ein vertrauensvolles Verhältnis zur Heimleitung (HL). (N Haus A = 24; 2; 7) (N Gesamt = 178; 26; 50)	95,8% 100,0% 100,0%	61,8% 69,2% 70,0%
Sie erleben den Umgang der Heimleitung mit den Mitarbeiter/innen als fair und gerecht. (N Haus A = 25; 2; 5) (N Gesamt = 179; 26; 47)	96,0% 100,0% 100,0%	66,5% 73,1% 68,1%

Dieses Antwortverhalten kann erstens vermutlich darauf zurückgeführt werden, dass sich nach Aussagen in den Interviews beide Führungskräfte in Zeiten hoher Arbeitsbelastung und personeller Engpässe „nicht zu schade sind, auch mal in der Pflege auszuhelfen“. Sie nehmen zweifelsohne eine Vorbildfunktion ein, ohne dass das Aushelfen als Organisationsprinzip der Einrichtung klassifiziert wurde. Dieses Verhalten hat wahrscheinlich auch eine Signalwirkung, weil die Mitarbeiter/innen davon ausgehen, Heimleitung und Pflegedienstleitung wissen, welchen Anforderungen sie in ihrem beruflichen Alltag ausgesetzt sind. *„Also (...) ist eine Vorgesetzte, der kann man vertrauen, 100%ig. Sie sieht auch, was wir an Arbeit haben. Und für die und auch für uns ist wichtig, dass es unseren Bewohnern gut geht.“*

Zweitens, auch das wurde in den Interviews sehr deutlich und bestätigte sich in der schriftlichen Befragung, bringen die Führungskräfte ihrerseits den Mitarbeiter/innen offensichtlich genügend Vertrau-

²² In allen Tabellen, die einen Vergleich zwischen der Auswertung der Einrichtung A und der Gesamtauswertung beinhalten, sind in der ersten Zeile die Pflegekräfte, in der zweiten Zeile die Wohnbereichsleitungen und in der dritten Zeile die Hauswirtschaftskräfte abgebildet.

en entgegen, im Hinblick auf deren Fähigkeit die tägliche (Pflege-)Arbeit zu organisieren und fachgerecht durchzuführen. „Ich finde, wir haben mit (...) und auch mit (...) großes Glück. Denn sie lassen uns große Freiräume, was die Dienstplangestaltung, die Wohnbereichsgestaltung etc. angeht. Wenn es Fragen und Probleme gibt, können wir jederzeit anrufen. Dass Sie ab und zu kontrollieren müssen und auch etwas finden, ist absolut angebracht. Meistens haben sie auch Recht..

Tabelle 14: Planbarkeit der Arbeit (Fallstudie/Gesamt) (Mehrfachnennungen möglich)

Zustimmung	Haus A	Gesamt
In Ihrem Wohnbereich können Sie als Team bzw. als WBL gut planen, ohne dass sich die Pflegedienstleitung dauernd einmischt. (N Haus A = 25; 2; 4) (N Gesamt = 180; 26; 42)	92,0% 100,0% 50,0%	77,8% 80,8% 61,9%
In Ihrem Wohnbereich können Sie als Team bzw. Als WBL gut planen, ohne dass sich die Heimleitung dauernd einmischt. (N Haus A = 25; 2; 5) (N Gesamt = 179; 27; 47)	92,0% 100,0% 60,0%	77,7% 74,1% 72,3%

Tabelle 15: Gestaltungsspielräume und Kontrolle (Fallstudie/Gesamt) (Mehrfachnennungen möglich)

Wer lässt Ihnen bei der Gestaltung Ihrer Arbeit ausreichende Spielräume? (N Haus A = 25; 2; 7) (N Gesamt = 194; 27; 54)	Haus A	Gesamt
HL	40,0% 100,0% 28,6%	19,6% 51,9% 18,5%
PDL/direkte Vorgesetzte	52,0% 100,0% 0,0%	27,8% 63,0% 5,6%
WBL/WBL's	76,0% 42,9%	59,3% 31,5%
Wer kontrolliert Ihre Arbeit mehr als es notwendig wäre? (N Haus A = 25; 2; 7) (N Gesamt = 194; 27; 54)		
HL	4,0% 0,0% 14,3%	19,6% 18,5% 16,7%
PDL/direkte Vorgesetzte	8,0% 0,0% 0,0%	13,4% 18,5% 5,6%
WBL/WBL's	12,0% 0,0%	18,0% 0,0%

Schließlich gibt es Anhaltspunkte dafür, dass das den Vorgesetzten entgegengebrachte Vertrauen auf deren Unterstützung zurückgeführt werden kann. „Die Frau (...) würde mich jetzt nie fertig machen oder so. Sie macht auch den Mund in der Öffentlichkeit auf, also die steht voll hinter uns, und das merkt man auch.“ Allerdings müssen in der folgenden Tabelle zwei Werte hervorgehoben werden, die an späterer Stelle aufgegriffen werden. Das betrifft die Tatsache, dass jeweils nur eine von beiden Wohnbereichsleitungen die Heimleitung bzw. Pflegedienstleitung bei der Frage nach der Unterstützung bei der Arbeit genannt hat.

Tabelle 16: Unterstützung durch die Vorgesetzten (Fallstudie/Gesamt) (Mehrfachnennungen möglich)

Wer unterstützt Sie nach Bedarf bei Ihrer Arbeit? (N Haus A = 25; 2; 7) (N Gesamt = 194; 27; 54)	Haus A	Gesamt
HL	8,0% 50,0% 42,9%	5,7% 25,9% 9,3%
PDL/direkte Vorgesetzte	40,0% 50,0% 28,6%	10,8% 44,4% 7,4%
WBL/WBL's	52,0% 50,0% 42,9%	46,4% 33,3% 31,5%
Keiner	0,0% 0,0% 0,0%	6,7% 0,0% 5,6%
Wer stellt sich hinter die Mitarbeiter/innen, wenn diese unter Druck geraten? (N Haus A = 25; 2; 7) (N Gesamt = 194; 27; 54)		
HL	36,0% 100,0% 14,3%	14,9% 33,3% 13,0%
PDL/direkte Vorgesetzte	40,0% 100,0% 14,3%	21,6% 51,9% 7,4%
WBL/WBL's	60,0% 0,0% 42,9%	57,2% 25,9% 35,2%
Keiner	4,0% 0,0% 14,3%	19,1% 11,1% 27,8%
Wer hat für Ihre persönlichen und beruflichen Probleme in der Regel ein offenes Ohr? (N Haus A = 25; 2; 7) (N Gesamt = 194; 27; 54)		
HL	36,0% 100,0% 57,1%	24,2% 44,4% 25,9%
PDL/direkte Vorgesetzte	48,0% 100,0% 14,3%	26,8% 59,3% 9,3%
WBL/WBL's	76,0% 100,0% 71,4%	61,3% 51,9% 37,0%
Keiner	0,0% 0,0% 0,0%	6,2% 7,4% 16,7%

Information/Kommunikation

Während sich hinsichtlich des Führungsverhaltens und des Führungsstils durch die Führungskräfte der Einrichtung A keine Anhaltspunkte für Belastungskonstellationen finden ließen, gibt es dagegen im Bereich der Regelkommunikation, des Informationsflusses und vor allem beim fachlichen Austausch zwischen den Funktionsbereichen Defizite. Dies wird auch durch das Zustimmungsverhalten in der schriftlichen Befragung belegt.

Tabelle 17: Regelkommunikation (Fallstudie/Gesamt) (Mehrfachnennungen möglich)

Zustimmung	Haus A	Gesamt
Sie haben jederzeit Zugang zu wichtigen Informationen. (N Haus A = 24; 2; 5) (N Gesamt = 187; 24; 49)	75,0% 100,0% 40,0%	82,2% 100,0% 51,0%
Es finden in der Einrichtung zu viele Besprechungen statt. (N Haus A = 25; 2; 4) (N Gesamt = 186; 26; 45)	16,0% 0,0% 0,0%	30,1% 26,9% 31,1%
Sie werden regelmäßig über alle wichtigen, Ihren Arbeitsbereich betreffenden Entscheidungen und Entwicklungen informiert. (N Haus A = 25; 2; 5) (N Gesamt = 187; 25; 50)	64,0% 100,0% 60,0%	72,2% 88,0% 74,0%

In den Interviews wurde in unterschiedlicher Intensität von den Gesprächspartner/innen deutlich gemacht, dass die gemeinsame Regelkommunikation zwischen Heimleitung, Pflegedienstleitung, Hauswirtschaftsleitung, Leitung des Sozialen Dienstes und den Wohnbereichsleitungen faktisch brach liegt. *„Das große Manko, was wir haben in diesem Haus, und das hat schon was mit Führung zu tun, ist eigentlich die Kommunikationsstruktur zwischen den Bereichen, dass wir keine strukturell organisierten Gespräche führen.“* Zwar finden untereinander durchaus (informelle) Gespräche und Abstimmungen statt, aber durch den fehlenden gemeinsamen Austausch wird der Zusammenhalt untereinander geschwächt, es gehen Informationen über die Arbeitsinhalte verloren und es wird womöglich an mehreren Stellen im Haus an den selben Problemen gearbeitet. Dadurch werden nicht nur Energien und Ressourcen unnötig vergeben, sondern die Einrichtungssteuerung reduziert sich allmählich auf das schnelle Reagieren im Alltagshandeln und eine schrittweise Planung der zukünftigen Entwicklung der Einrichtung findet nicht mehr statt. *„Damit gehen Visionen verloren, weil man keine wirkliche Strategie entwickelt.“*

Als ursächlich für die fehlende Regelkommunikation wird zum einen von allen Führungskräften angemerkt, dass die Heimleiterin auch für die Leitung eines zweiten im Ort ansässigen Pflegeheimes des Trägers verantwortlich ist. Dieses ist erst vor kurzem umgezogen und der interne organisatorische Aufbau nimmt sehr viel ihrer Arbeitszeit in Anspruch, was sich alleine an der eingeschränkten Präsenz der Heimleiterin in der Einrichtung A bemerkbar macht. Des Weiteren hat die Heimleiterin selbst zum Ausdruck gebracht, dass die Organisation einer funktionierenden Regelkommunikation nicht unbedingt zu ihren Stärken gehört. Schließlich ist in den Gesprächen mit den Führungskräften deutlich geworden, dass sehr unterschiedliche Vorstellungen über Intensität, Inhalte und Zielsetzung dieser regelmäßigen Besprechungen bestehen, wodurch vermutlich auch eine Selbststeuerung durch die Führungskräfte verhindert wird.

Teamarbeit

Als letzte der in der Fallstudie darzustellenden Ergebnisse der Ist-Analyse soll auf die Teamarbeit in den beiden Wohnbereichen eingegangen werden. Allerdings muss hervorgehoben werden, dass sich bezüglich der Wohnbereichsteams zwar keine „dramatischen“ aber eben doch Unterschiede herauskristallisiert haben, obwohl auch die Informationen in den einzelnen Erhebungsschritten von Inkonsistenzen und unterschiedlichen Bewertungen geprägt waren. Unumstritten in der Wahrnehmung aller an der Ist-Analyse beteiligten Mitarbeiter/innen ist die komplett konträre Organisation und Führung der beiden Wohnbereiche, was auf die unterschiedlichen Persönlichkeiten der beiden Wohnbereichsleitungen zurückgeführt wurde, die am pointiertesten mit *„Schwester Rabiata“* und *„Mutter Theresa“* beschrieben wurden. Obwohl alle Gesprächspartner/innen (auch die beiden Wohnbereichsleitungen) unaufgefordert auf diesen Unterschied hingewiesen haben, haben sich auf die Nachfragen nach möglichen Konsequenzen für die Versorgungsqualität und Mitarbeiterzufriedenheit keine klaren Anhaltspunkte finden lassen. Auch waren beide Wohnbereichsleitungen nicht der Ansicht, dass es in den Wohnbereichen Mitarbeiter/innen gibt, die sich vor der Arbeit drücken. Die Situation in den beiden

Wohnbereichen wird bei der getrennten Auswertung der Fragebögen deutlicher. Zwar ließen sich keine signifikanten Unterschiede feststellen, aber insgesamt betrachtet hat der Wohnbereich WBAB bei allen Items eine positivere Bewertung erfahren als der Wohnbereich WBAA. Die Einschätzung der Arbeitssituation im Wohnbereich WBAB ist auch positiver ausgefallen als im Gesamtvergleich. Demgegenüber ist die Einschätzung der Arbeitssituation im Wohnbereich WBAA bis auf zwei Ausnahmen (Mobbing und WB-Wechsel) negativer ausgefallen als im Gesamtvergleich. Eventuell erklärt sich aus diesen Bewertungen die unterschiedliche Einschätzung der beiden Wohnbereichsleitungen hinsichtlich der Arbeitsunterstützung durch die Pflegedienstleitung und Heimleitung, die nur die Wohnbereichsleitung des Wohnbereichs AA empfindet (vgl. Tabelle 16). Schließlich hat nur die Wohnbereichsleitung des Wohnbereichs AB der Aussage „es finden zu wenig Teamsitzungen in ihrem Wohnbereich statt“, zugestimmt.

Tabelle 18: Arbeitssituation in den Wohnbereichen (Fallstudie/Gesamt)

Zustimmung (Pflege)	WBAA	WBAB	Gesamt
In Ihrem Wohnbereich helfen und unterstützen sich die Kolleg/innen gegenseitig. (N WBAA = 13) (N WBAB = 10) (N Gesamt = 187)	69,2%	100,0%	88,2%
Sie können in Ihrem Arbeitsteam Vorschläge und Ideen einbringen. (N WBAA = 12) (N WBAB = 11) (N Gesamt = 188)	75,0%	90,9%	85,1%
Sie wünschen sich, in einem anderen Wohnbereich zu arbeiten. (N WBAA = 13) (N WBAB = 10) (N Gesamt = 183)	7,7%	0,0%	8,2%
In Ihrem Wohnbereich mobben sich die Kolleg/innen. (N WBAA = 11) (N WBAB = 10) (N Gesamt = 177)	9,1%	0,0%	21,5%
In Ihrem Wohnbereich werden Probleme offen angesprochen. (N WBAA = 12) (N WBAB = 11) (N Gesamt = 185)	50,0%	63,6%	63,2%
In Ihrem Wohnbereich herrscht ein gutes Arbeitsklima. (N WBAA = 13) (N WBAB = 10) (N Gesamt = 176)	76,9%	90,0%	85,8%

3. Zwischenfazit

Die Analyse der Belastungssituation in der Einrichtung A hat zu Ergebnissen geführt, die drei Kategorien zugeordnet werden können.

Erstens haben sich an der Schnittstelle Einrichtung – Träger Anhaltspunkte ergeben, die auf eine spezifische Belastungssituation der Führungskräfte der Einrichtung hinweisen, welche durch eine mangelnde Teilhabe an den Trägerentscheidungen hervorgerufen werden. Inwieweit diese Belastungen zum Gegenstand der Maßnahmenentwicklung werden können, wird entscheidend davon abhängen, ob sich die Trägervertreter in den weiteren Projektverlauf einbringen können und wollen. Zudem sind dann ggf. auch die anderen Pflegeheime des Trägers zu beteiligen.

Zweitens sind die Führungskräfte in der Einrichtung in den Bereichen Vertrauen, Gestaltungsspielräume und Kontrolle sowie Unterstützung und Konfliktlösung zwar sehr positiv bewertet worden, hinsichtlich der Regelkommunikation ließen sich jedoch erhebliche Defizite feststellen. Damit die in den letzten Jahren aufgebaute stabile Zusammenarbeit und das Vertrauen zwischen den Führungskräften nicht verloren geht und die tägliche Arbeit nicht zu einem reinen Reagieren auf äußere Gegebenheiten reduziert wird, sollte neben der Implementation verbindlicher Kommunikationsstrukturen auch eine Übereinkunft über Inhalte und den notwendigen zeitlichen Rahmen der unterschiedlichen Sitzungen erfolgen.

Drittens sind durch die differenzierte Analyse der beiden Wohnbereiche die in den Interviews angedeuteten Unterschiede konkretisiert worden. Auch hier sollte im weiteren Projektverlauf eine Verdeutlichung der unterschiedlichen Arbeitsorganisation und Führungsstile erfolgen, damit beide Wohnbereiche die Möglichkeit haben, sich an den best-practice Beispielen in der Einrichtung zu orientieren.

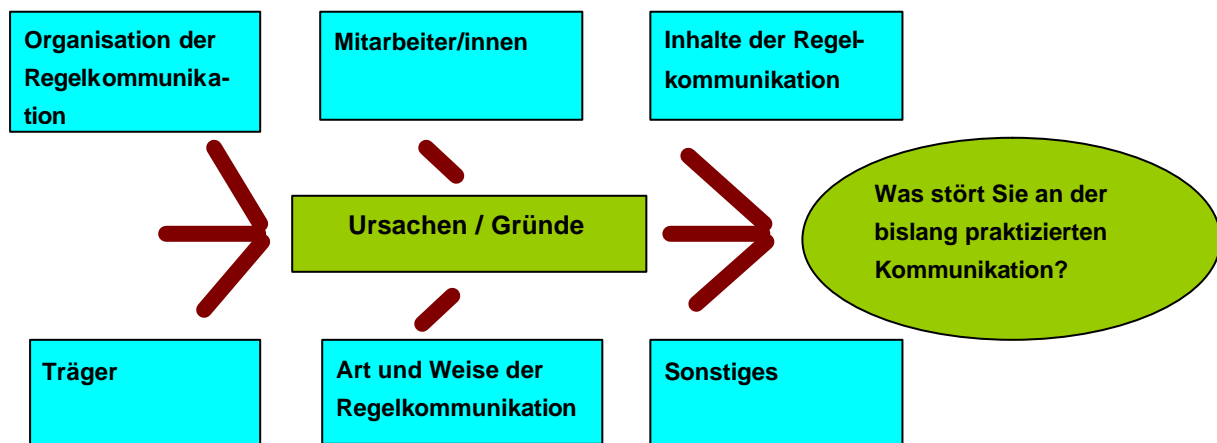
C: Die Arbeit des Gesundheitszirkels

Entgegen des Vorgehens in den anderen am Projekt beteiligten Einrichtungen erfolgten in der Einrichtung die Ergebnispräsentationen nicht getrennt nach Leitungskräften und Belegschaft, sondern es wurden – um den täglichen Arbeitsablauf nicht zu stark zu belasten – zwei Präsentationen für die Früh- bzw. Spätschicht angeboten, an denen die jeweiligen Leitungskräfte teilnahmen. Angesichts der insgesamt sehr guten Ergebnisse, die die Heimleitung, die Pflegedienstleitung und die Wohnbereichsleitungen in den Bereichen Vertrauen, Gestaltungsspielräume und Kontrolle sowie Unterstützung und Konfliktlösung erzielt hatten, verständigten sich die Teilnehmer/innen beider Veranstaltungen darauf, im weiteren Projektverlauf das Thema Zusammenarbeit und Regelkommunikation in Angriff zu nehmen. Da diesbezügliche Schwachstellen vor allem in der Zusammenarbeit zwischen den Führungskräften problematisiert wurden, haben am Gesundheitszirkel nur die genannten Leitungskräfte sowie die Leitung der Hauswirtschaft und die Leitung des Sozialen Dienstes teilgenommen. Es wurde ein monatlicher Sitzungsrythmus mit einer Sitzungsdauer von zwei Stunden vereinbart. Moderiert und strukturiert wurde die Zirkelarbeit von der **iso**-Mitarbeiterin. Die inhaltliche Schwerpunktsetzung wurde, dem partizipativen Gestaltungsansatz folgend, den Mitarbeiter/innen des Zirkels überlassen.

1. Problembeschreibung und Ursachenanalyse

Nachdem in der ersten Sitzung des Gesundheitszirkels die Struktur und die Arbeitsweise des Zirkels erläutert wurden, einigten sich die Teilnehmerinnen²³ – als erste Selbstdisziplinierungsmaßnahme – auf einen pünktlichen Arbeitsbeginn. Des Weiteren sollten die Handys ausgeschaltet und die Zirkelsitzung möglichst frei von Störungen durchgeführt werden. Diese Absprache war deshalb besonders wichtig, weil die Leitungskräfte auch ihren sonstigen Arbeitsalltag häufig wegen Störungen von außen unterbrechen müssen.

Der thematische Einstieg, der an die Ergebnisse der Ist-Analyse anschloss, diese aber vertiefen und differenzierten sollte, erfolgte über die Leitfrage „Was stört Sie an der bislang praktizierten Kommunikation?“. Anhand vorgegebener Kategorien wurden die über die Moderationsmethode erfragten Beiträge der Führungskräfte fünf Handlungsebenen zugeordnet.



²³ Die Leitungskräfte der Einrichtung sind alles Frauen, sodass im Folgenden nur noch die weibliche Endung genutzt wird.

Bezüglich der Kommunikationsstörungen konnte über diese Eingangsfrage eine Differenzierung zwischen der einrichtungsinternen Kommunikation zwischen den Leitungskräften und der Kommunikation zwischen Träger und Einrichtung vorgenommen werden.

1.1 Kommunikation zwischen den Leitungskräften

Organisation der Regelkommunikation: Entsprechend des bereits in den Interviews der Ist-Analyse angedeuteten unstrukturierten Austauschs unter den Leitungskräften, der überwiegend „zwischen Tür und Angel“ stattfindet, hat sich bei der neuerlichen Problembenennung herausgestellt, dass schon die Organisation der Regelkommunikation zahlreiche Anhaltspunkte für interne Verbesserungsmöglichkeiten eröffnet. So gibt es für die Leitungskräfte zwar eine terminierte, aber keine verbindliche Dienstbesprechung. Da es häufig unklar war, ob die Meetings überhaupt durchgeführt werden und sie in der Vergangenheit öfters ausfielen als stattfanden, wurde in der gängigen Praxis, so die Erklärung der Zirkelmitglieder, „eher davon ausgegangen, dass die Treffen **nicht** stattfinden“. „Deshalb wurden Termine auch nicht mehr ernst genommen.“ Mit dieser, als mangelnde Selbstdisziplin kritisierten Einstellung, sank sukzessiv auch die Verbindlichkeit sich den Termin zu merken und freizuhalten und nicht nach Bedarf, dringlichere Aufgaben vorzuschieben.

Ein weiterer organisatorischer Kritikpunkt bezog sich auf die Durchführung der Dienstbesprechungen, die, wenn sie denn stattfanden, jederzeit durch Störungen von außen unterbrochen werden konnten. Unter anderem auch deshalb, weil die Besetzung der Einrichtungsrezeption bestenfalls ein paar Stunden am Tag gewährleistet war. Schließlich gab es für die Sitzungen weder eine Tagesordnung, noch wurden die Sitzungen angemessen protokolliert.

Inhalte der Regelkommunikation: Bezüglich der Inhalte der Dienstbesprechungen wurde, im Gegensatz zu der einmütigen Kritik an der Organisation der Regelkommunikation, zumindest von einzelnen Zirkelmitgliedern beanstandet, es gäbe ein deutliches Übergewicht an Pflgethemen und diesbezüglich fänden auch fast nur Problembesprechungen statt. Neben dem kurzfristigen Reagieren auf Tagesaktualitäten oder Krisensituationen gibt es keinen Raum für mittel- oder gar langfristige strategische Planungen, geschweige denn für die Entwicklung neuer Visionen. Weil es außerdem an ausführlicheren Informationen darüber fehlt, an welchen Themen die einzelnen Bereiche arbeiten, können auch keine Synergieeffekte genutzt werden und es besteht im schlechtesten Fall die Gefahr, konzeptionelle Arbeiten doppelt anzufertigen.

Art und Weise der Regelkommunikation: Wie nach den Interviews zu erwarten gewesen war, gab es aufgrund des guten Klimas zwischen den Leitungskräften zum kommunikativen Umgang miteinander keine Beschwerden. Allerdings wurde die Praxis der fehlenden Rückmeldung nach Benachrichtigungen über Mailbox oder Anrufbeantworter angemahnt, weil ohne Reaktion nicht eindeutig zu entscheiden war, ob die Information angekommen und/oder das Anliegen bereits bearbeitet bzw. ein Problem schon gelöst worden war.

Tabelle 19: Übersicht Problemfelder bei der Kommunikation zwischen den Führungskräften

Organisation	Inhalte	Art und Weise
Keine verbindlich institutionalisierte Regelkommunikation	Übergewicht der Pflege Themen	Fehlende Rückmeldungen
Schlechte Durchführung der Sitzungen	„Nur“ kurzfristiges Reagieren	
Mangelnde Selbstdisziplin der Führungskräfte.	Keine mittel- oder langfristige strategische Planung	
Pflege erreicht Mitarbeiter/innen des Sozialen Dienst und der Hauswirtschaft schlecht.	Fehlende Informationen zu Arbeitsthemen der einzelnen Bereiche	

1.2 Kommunikation zwischen Träger und Einrichtung

Entsprechend der Ergebnisse der Ist-Analyse hat sich auch bei der neuerlichen Problembenennung zu Beginn der zweiten Projektphase bestätigt, dass die Kommunikation zwischen den Führungskräften der Einrichtung und der Geschäftsführung des Trägers gestört ist. Insgesamt ist bei den Zirkelmitgliedern der Eindruck entstanden, der Träger habe sehr wenig, wahrscheinlicher noch gar kein Interesse an einem regelmäßigen Austausch und deshalb organisiere er diesen auch nur unzureichend. Auch Kommunikationsversuche durch die Führungskräfte des Hauses stoßen beim Träger auf wenig Resonanz.

Problematisch wird diese unzureichende Kommunikation vor allem dann, wenn die Mitarbeiter/innen der Einrichtung die Folgen von organisatorischen Veränderungsprozessen tragen müssen, die vom Träger (ohne Rücksprache oder gemeinsame Planung) veranlasst werden. In der Vergangenheit bezog sich dies vor allem auf die Auslagerung hauswirtschaftlicher Tätigkeiten an die beiden Tochterfirmen des Trägers. Einrichtungsintern waren diese Auslagerungen nicht nur nicht ausreichend vorbereitet und strukturiert²⁴, sondern unter betriebswirtschaftlichen Aspekten konnte die Heimleitung bislang auch keine nennenswerten finanziellen Vorteile feststellen. Wurden einerseits hinsichtlich Planung und Umsetzung die fachspezifischen Kompetenzen der Hauswirtschaftsleitung nicht gehört und einbezogen, so hat sich andererseits bei den vorgenommenen Auslagerungen noch ein weiteres Problem ergeben, das die Hausleitung sinngemäß wie folgt beschrieb. „Wenn bestimmte Aufgaben ausgelagert und wie in unserem Fall von der Tochtergesellschaft des Trägers übernommen werden, dann betrifft dies immer nur den klar erkennbaren Kernbereich dieses Aufgabengebietes. Alle Schnittmengentätigkeiten zu anderen Gebieten, die in den Zuständigkeitsbereich einer Hauswirtschaftsmitarbeiter/in fallen, müssen dann von dem verbleibenden Einrichtungspersonal (in der Regel den Pflegekräften) übernommen werden und so erhöht sich deren Arbeitspensum.“ Bezogen auf die in der Einrichtung hervorgehobenen Kommunikationsprobleme ist schließlich zu betonen, dass durch die Auslagerung hauswirtschaftlicher Tätigkeiten an die Tochterfirmen des Trägers der wichtigste Ansprechpartner für die Führungskräfte der Einrichtung, in Personalunion sowohl Geschäftsführer der Tochterfirma als auch einer der beiden Vorstandsvorsitzenden des Trägers ist. Von daher hatten die Heimleitung und die Leitung der Hauswirtschaft auch keine Möglichkeit den externen Dienstleister zu wechseln, falls sie mit dessen Arbeit nicht zufrieden waren.

²⁴ Beispielsweise fehlten bei der Bestückung des Essenswagens durch die Mitarbeiter/innen der Tochterfirma Besteck oder Wurst.

2. Die Maßnahmenentwicklung

Nachdem die oben dargestellten Probleme nochmals erläutert und diskutiert wurden, verständigte sich die Gruppe darauf, mittels der Maßnahmengenerierung ausschließlich die einrichtungsinterne Kommunikation zwischen den Leitungskräften verbessern zu wollen. Da alle Leitungskräfte des Hauses am Gesundheitszirkel teilnahmen, schien die Aussicht darauf, konkrete Maßnahmen entwickeln zu können und diese auch umzusetzen sehr wahrscheinlich. Die Kommunikationsprobleme zwischen Einrichtung und Träger sollten dagegen zurückgestellt werden. Da nach Ansicht der Leitungskräfte der Träger kaum Interesse an einem stabilen Austausch zeigte, schien es unwahrscheinlich, dass er dazu jetzt im Rahmen des Projektes AIDA, an dem er bisher nicht beteiligt war, dazu zu bewegen war.

Bei der im Folgenden wiedergegebenen Maßnahmenentwicklung wurde zugunsten der thematischen Komprimierung auf eine chronologische Darstellung verzichtet.

2.1 Reorganisation der Regelkommunikation zwischen den Leitungskräften

Angesichts der zu Beginn der Zirkelarbeit genannten Probleme hinsichtlich der Regelkommunikation wurde im Rahmen der Maßnahmenentwicklung als Erstes ein verbindlicher wöchentlicher Termin festgelegt. Da strukturelle Vorgaben nicht ohne persönliche Disziplinierungen umsetzbar sind, verpflichtete sich die Gruppe darauf, diesen Termin nun „ernst zu nehmen“ und nicht mehr wie bisher davon auszugehen, er würde sowieso ausfallen. Für Abwesenheitszeiten wurde beschlossen, dass sich die betroffene Person zeitnah und schriftlich bei allen Teilnehmerinnen über das Intranet abmelden muss. Die einstündigen Dienstbesprechungen sollen zukünftig im Büro der Pflegedienstleitung stattfinden, da dieses nicht so hoch frequentiert wird wie das Büro der Heimleitung, in dem die Dienstbesprechungen bisher stattfanden. Hinsichtlich der Sitzungsstruktur wurde eine – inzwischen nochmals überarbeitete – Tagesordnung entworfen, und es wurde festgelegt, welche Leitungskraft für die inhaltliche Strukturierung der einzelnen Tagesordnungspunkte verantwortlich ist.

- Abnahme des Protokolls der letzten Sitzung (alle Leitungskräfte)
- Neuaufnahmen (Heimleitung)
- Sterbefälle (Heimleitung)
- Informationen aus dem Wohnbereich I (Wohnbereichsleitung)
- Informationen aus dem Wohnbereich II (Wohnbereichsleitung)
- Informationen aus dem sozialen Dienst (Leitung Sozialer Dienst)
- Informationen aus der Hauswirtschaft (Leitung Hauswirtschaft)
- Informationen aus der Verwaltung (Heimleitung und Verwaltungsmitarbeiter/innen)
- Essen (alle Leitungskräfte)
- Wäsche (alle Leitungskräfte)
- Informationen aus den einrichtungsübergreifenden Bereichskonferenzen (jeweilige Leitungskraft)
- Verschiedenes (alle Leitungskräfte)

Da es im Qualitätshandbuch kein brauchbares Formblatt für die Protokollierung der Dienstbesprechung gab, wurde auf Veranlassung der Heimleitung ein Formblatt mit den Tagesordnungspunkten erstellt, das zum einen zeitsparend zur Vorbereitung der Dienstbesprechungen genutzt werden kann (indem in dem Formular wichtige Stichworte bereits im Laufe der Arbeitswoche notiert werden). Zum anderen wird wegen dieser Möglichkeit der strukturierten Vorbereitung auch die Protokollierung der Sitzungen erleichtert. Die Protokollführung wird zukünftig von der Heimleitung übernommen, die es

innerhalb von zwei Tagen nach der Dienstbesprechung fertig stellen und an die Führungskräfte weiterleiten soll.

2.2 Festlegung und Zuordnung der Kommunikationsinhalte

Hinsichtlich der Fragen, was Gegenstand der wöchentlichen Dienstbesprechungen sei und wer in welchem Umfang zukünftig daran teilnimmt, wurde angesichts der entwickelten Tagesordnung deutlich, dass dieser einstündige, wöchentliche Besprechungstermin keinen Raum für mittel- oder langfristige strategische Planungen zulassen würde. Zwar gibt es nach wie vor auch eine Dominanz der Pflege Themen, was sich mit dem Versorgungsauftrag der Einrichtung rechtfertigen lässt, zukünftig wird aber auch vom Sozialen Dienst und von der Hauswirtschaft Bericht erstattet.

Für die mittel- und langfristigen strategischen Planungen verständigten sich die Zirkelmitglieder darauf, einmal im Jahr einen ganztägigen Workshop durchzuführen, bei dem der Entwicklung gemeinsamer Perspektiven ausreichend Zeit eingeräumt werden soll. Um ein konstruktives Arbeiten zu ermöglichen, wird dieser Workshop zudem an einem einrichtungsexternen Veranstaltungsort stattfinden.

Als weitere kommunikationsverbessernde Maßnahme, die insbesondere den Austausch zwischen der Pflege und dem Sozialen Dienst optimieren und die Dienstbesprechung der Führungskräfte entlasten soll, wurde vereinbart, dass ein/e Mitarbeiter/innen des Sozialen Dienstes an den wöchentlich stattfindenden Übergabebesprechungen und an den monatlich stattfindenden Fallbesprechungen der Wohnbereiche teilnimmt.²⁵

2.3 Verbesserung der Erreichbarkeit

Wurde in der ersten Zirkelsitzung mittels der Moderationsmethode lediglich die schlechte Erreichbarkeit der Mitarbeiter/innen des Sozialen Dienstes und der Hauswirtschaft problematisiert, so hat sich während der Diskussionen im weiteren Projektverlauf herausgestellt, dass auch die Führungskräfte untereinander nicht immer sicher sind, wer wann und wie erreicht werden kann. Bei den Maßnahmenentwicklungen zur Restrukturierung der Regelkommunikation und zur Festlegung und Zuordnung der Kommunikationsinhalte wurden auch die zahlreichen Besprechungstermine für die Führungskräfte deutlich. Um diesbezüglich einen Überblick zu erhalten, und um die Zeiten sichtbar zu machen, an denen sich die Führungskräfte nicht (direkt) erreichen können, ist folgende Aufstellung der regelmäßigen Besprechungstermine vorgenommen worden, welche den Führungskräften zukünftig als Orientierungshilfe dienen soll.

²⁵ Neben diesen geplanten turnusmäßigen Fallbesprechungen gibt es zusätzlich auch „ungeplante“, akute Fallbesprechungen, z.B. bei Krankenhauseinweisungen oder Rücktransfer, d.h. wenn schnelle Problemlösungen notwendig sind.

Tabelle 20: Übersicht Besprechungstermine Leitungskräfte

	Termin	Rhythmus	Teilnehmer/innen	Inhalte
HL	Dienstags 9.00 – 12.30	14-tägig	alle HL	Bereichskonferenz
	Mittwochs 13.00 – 14.00	wöchentlich	HL, PDL, LHW LSD, (WBL u. VW ersten 15. min)	Leitungsbesprechung
	letzter Donnerstag im Monat 14.00 – 14.30	monatlich	HL; stellv. HL; Verwaltung	Im Anschluss an Leitungsbesprechung
PDL	Montags 10.30 – 12.00	14-tägig	PDL-WBL	
	Montags 12.50 – 13.30	wöchentlich	HWL; WBL; WB_MA, PDL	Übergabe, Dienstbesprechung, nur Infos, keine Fallbesprechung
	Dienstags 13.00 – 13.45	monatlich	Teambesprechung PDL, WBL, WB-MA, die an diesem Tag Dienst haben.	Fallbesprechung kann an das Ende der Besprechung gelegt werden, dann kommt um 13.30 Sozialer Dienst dazu.
	Mittwochs 13.00 – 14.00	wöchentlich	HL, PDL, LHW LSD, (WBL u. VW ersten 15. min)	Leitungsbesprechung
WBL	Montags 10.30 – 12.00	14-tägig	PDL-WBL	Besprechung
	Montags 12.50 – 13.30	wöchentlich	HWL; WBL; WB_MA, PDL	Übergabe, Dienstbesprechung, nur Infos, keine Fallbesprechung
	Dienstags 13.00 – 13.45	monatlich	Teambesprechung PDL, WBL, WB-MA, die an diesem Tag Dienst haben.	Fallbesprechung kann an das Ende der Besprechung gelegt werden, dann kommt um 13.30 Sozialer Dienst dazu.
	erster Mittwoch eines Monats 13.00 – 14.00	monatlich	HL, PDL, LHW LSD, (WBL u. VW ersten 15. min)	Leitungsbesprechung
HWL	Montags 12.50 – 13.30	wöchentlich	HWL; PDL; WBL; WB_MA	Übergabe, Dienstbesprechung, nur Infos, keine Fallbesprechung
	Dienstags 13.00 – 14.00	wöchentlich	AHV; MCS; HWL, Els	
	Mittwochs 13.00 – 14.00	wöchentlich	HL, PDL, LHW LSD, (WBL u. VW ersten 15. min)	Leitungsbesprechung
	Donnerstags 9.00 – 9.30	wöchentlich	HWL, MCC	
	Donnerstags 12.15 – 12.45	wöchentlich	HWL und HW-MA	(+1/4 jährlich größere Besprechung)
	Letzter Donnerstag im Monat 14.00 -	monatlich	HL; stellv. HL; Verwaltung	
	Freitags 9.00 – 9.30	wöchentlich	HWL und MCS	
LSD	Montags 12.50 – 13.30	wöchentlich	HWL; WBL; WB_MA	Übergabe, Dienstbesprechung, nur Infos, keine Fallbesprechung
	Dienstags 12.00 – 14.00	wöchentlich	Teambesprechung Sozialer Dienst	
	Dienstags 13.30 – 13.45	monatlich	Teambesprechung PDL, WBL, WB-MA, die an diesem Tag Dienst haben.	Fallbesprechung kann an das Ende der Besprechung gelegt werden, dann kommt um 13.30 Sozialer Dienst dazu.
	Mittwochs 13.00 – 14.00	wöchentlich	HL, PDL, LHW LSD, (WBL u. VW ersten 15. min)	Leitungsbesprechung

Als weitere Maßnahme die Erreichbarkeit betreffend, hat der Soziale Dienst wieder regelmäßige Sprechzeiten eingeführt. Dadurch werden einerseits einrichtungsintern feste Zeiten ausgewiesen, an denen der Soziale Dienst für die Mitarbeiter/innen der Pflege wegen Gesprächen mit Externen (Ehrenamtliche und Hbspizmitarbeiter/innen) nicht erreichbar ist und auch nicht gestört werden soll. Andererseits werden durch diese festen Terminierungen auch Störungen durch Externe im alltäglichen Arbeitsablauf reduziert. Für Angehörige werden zukünftig Termine mit dem Ziel vereinbart, den Gesprächsbedarf auf beiden Seiten verbindlicher und konkreter zu organisieren. Schließlich hat die Pflege angeregt, die Dienstpläne des Sozialen Dienstes zur Information an die Wohnbereiche weiterzugeben.

Da die Frage nach der Erreichbarkeit auch die in der ersten Zirkelsitzung vorgenommene Einforderung der zeitnahen Rückmeldung auf vorausgegangene Benachrichtigungen berührt, versuchten die Zirkelmitglieder in diesem Zusammenhang eher appellativ Verbesserungen einzuleiten. Es handelte sich dabei nicht um eine „klassische“ Maßnahmenentwicklung, sondern es wurde zunächst um Verständnis geworben, welche Unsicherheiten ein Nichtreagieren auf die Informationen mit sich bringt. Dementsprechend verpflichteten sich die Zirkelmitglieder darauf, zukünftig eine kurze Rückmeldung per Mail oder mündlich zu geben.

2.4 Umsetzung der Maßnahmen

Im Gegensatz zu dem Projektverlauf in den meisten anderen beteiligten Einrichtungen konnte in der Einrichtung die Maßnahmenumsetzung ohne eine weitere Rückkopplung mit übergeordneten Leitungskräften erfolgen. Da der Träger trotz aller Kommunikationsprobleme auf die interne Gestaltung der Zusammenarbeit zwischen den Führungskräften keinen Einfluss nimmt, oblag es ausschließlich den Mitarbeiterinnen des Zirkels, die von ihnen entwickelten Maßnahmen und die zugesicherte Selbstdisziplinierung in den Arbeitsalltag zu integrieren. Ein erster Schritt in die richtige Richtung war bereits durch die regelmäßige Teilnahme am Gesundheitszirkel erfolgt. Nach Auskunft der Zirkelmitglieder fanden sukzessive auch die notwendigen wöchentlichen Dienstbesprechungen zwischen den Führungskräften statt. Dabei wurde sowohl die Tagesordnung überarbeitet und an die konkreten Anforderungen angepasst als auch der Teilnehmerinnenkreis nochmals verändert.²⁶

Im Sommer 2008 fand auch der geplante ganztägige Workshop für die Leitungskräfte statt. Bewährt hatte sich diesbezüglich vor allem die Wahl eines externen Veranstaltungsortes, wodurch es den Leitungskräften ermöglicht wurde, störungsfrei mittel- und langfristige strategische Planungen zu erörtern und darüber den Austausch und die Beziehungen untereinander zu stabilisieren und zu vertiefen.

Die Einführung von Sprechzeiten für den Sozialen Dienst hat zunächst für die Organisation dieses Teilbereichs zu einer besseren Strukturierung und damit zu einer effizienteren Nutzung der ohnehin knapp bemessenen Arbeitszeiten geführt. So haben vor allem Störungen und Arbeitsunterbrechungen durch „Externe“ abgenommen. Durch diese klare Terminierungen von Sprechzeiten in Verbindung mit dem Dienstplan, der den Leitungskräften nun vorliegt, profitieren aber auch die anderen Bereiche, indem sie die Mitarbeiter/innen des Sozialen Dienstes besser erreichen können.

Bevor eine Vertreterin des Sozialen Dienstes an den monatlich stattfindenden Besprechungen der Wohnbereiche teilnehmen kann, müssen vorab die Teambesprechungen fest implementiert werden. Für beide Wohnbereiche sind diese Teambesprechungen terminiert worden, und es soll dann gemeinsam mit den Pflegemitarbeiter/innen eine thematische Prioritätensetzung erfolgen und das gemeinsame Vorgehen für den geplanten Austausch von Pflege und Sozialem Dienst festgelegt werden.

²⁶ Nach den ersten Überlegungen sollten die beiden Wohnbereichsleitungen nur an der letzten Sitzung im Monat teilnehmen und ansonsten durch die Pflegedienstleitung vertreten werden. Dies hat sich als sehr umständlich erwiesen, sodass nun beide Wohnbereichsleitungen und auch eine Vertreterin der Verwaltung bei den wöchentlichen Terminen anwesend sind.

3. Fazit

Angesichts der vielfältigen, häufig von Zielkonflikten begleiteten Anforderungen in Bezug auf Kundenzufriedenheit, Mitarbeiterorientierung und Wirtschaftlichkeit, gewinnt die professionelle Führungsarbeit auch in der stationären Pflege kontinuierlich an Bedeutung. Dabei beziehen sich Führungsfragen nicht nur auf die vertikalen Beziehungen zwischen den Leitungskräften und den Mitarbeiter/innen der Einrichtung, sondern sie können ebenso auch die Zusammenarbeit zwischen den Führungskräften tangieren. Nachdem die Ist-Analyse für die Heimleitung, die Pflegedienstleitung und die Wohnbereichsleitungen zu sehr positiven Bewertungen in den Bereichen Vertrauen, Gestaltungsspielräume, Kontrolle, Unterstützung und Konfliktlösung geführt hatte, und sich statt dessen viel mehr Defizite in der (Regel-) Kommunikation zwischen den Führungskräften herauskristallisierten, wurde dementsprechend das Umsetzungskonzept von AIDA angepasst und ein Gesundheitszirkel nur mit Führungskräften ins Leben gerufen.

Nach einer differenzierten Problemanalyse, die interne Kommunikation betreffend, haben die Leitungskräfte der Einrichtung Schritt für Schritt alle genannten Probleme bearbeitet und sich auf Maßnahmen bzw. Verbesserungsvorschläge verständigt. Durch den regelmäßig stattfindenden Gesundheitszirkel wurde zum einen ein zeitlicher Freiraum geschaffen, um eine systematische und strukturierte Maßnahmengenerierung in Angriff zu nehmen. Da unter anderem zu Beginn der Zirkelarbeit aber auch die Selbstdisziplin beim Einhalten der wöchentlichen Dienstbesprechungen kritisch in Frage gestellt wurde, bot zum anderen der AIDA-Prozess die Gelegenheit, sich wieder an einen fest vereinbarten Termin zu halten und diesen in den Arbeitsalltag zu integrieren.

Insgesamt betrachtet konnte mit dem Projekt AIDA die Wichtigkeit einer strukturierten Kommunikationsorganisation verdeutlicht werden, die zwischen den Führungskräften ihren Anfang nahm und nun allmählich in die gesamte Einrichtung streut.²⁷ Während also einerseits über die Zusammenarbeit der Führungskräfte im Gesundheitszirkel eine Auseinandersetzung um die Kommunikationsinhalte im Sinne eines partizipativen Austauschs ermöglicht wurde, traten andererseits die gemeinsamen Kommunikations- und Partizipationsdefizite gegenüber den Trägervertretern immer deutlicher hervor. Zwar hatten sich die Zirkelmitarbeiterinnen nach der Problemanalyse einmütig darauf verständigt, dieses Problemfeld nicht bearbeiten zu wollen, es hat sich aber während der gesamten Projektlaufzeit herausgestellt, dass auch die Kommunikationsstörungen an der Schnittstelle Einrichtung – Träger einer dringenden Behebung bedürfen. Obwohl die vom Träger vorgenommenen, mehrfachen Umstrukturierungen der Speiserversorgung keinen direkten Einfluss auf die Maßnahmengenerierung hatten, verging keine Zirkelsitzung, in der nicht wenigstens kurz auf die damit verbundenen enormen Belastungen für die gesamte Einrichtung eingegangen wurde.

Für die generelle Entwicklung von arbeitsentlastenden Maßnahmen muss daher abschließend betont werden: Wie sich im Projektverlauf gezeigt hat, ist den Mitarbeiterinnen des Gestaltungszirkels das Generieren von Maßnahmen, ihre eigenen Kommunikationsstrukturen betreffend, sehr gut gelungen, konnten sie doch gemeinsam auf einen großen Erfahrungsschatz zurückgreifen. Ebenso war aufgrund der Tatsache, dass die Leitungskräfte ihre Arbeitsergebnisse an keinen weiteren Entscheidungsträger rückkoppeln mussten, die Umsetzung der Maßnahmen relativ einfach zu bewerkstelligen gewesen. Sind jedoch Einrichtungen in die Strukturen großer Träger eingebunden, so sollte zukünftig bei der Analyse der Belastungssituation von Führungskräften die Einrichtungsperspektive erweitert und die Trägerorganisation stärker berücksichtigt werden.

²⁷ Dies zeigt sich beispielsweise bei der Einführung von Sprechzeiten für den Sozialen Dienst oder bei der Implementation monatlicher Teambesprechungen für die Wohnbereichsmitarbeiter/innen.

3. Psychische Belastungen durch Bewohner/innen und Angehörige

A: Allgemeiner Teil

1. Thematischer Aufriss

Ein Großteil der psychischen Belastungen hat seinen Ursprung in der veränderten Bewohnerstruktur der Pflegeheime. Aufgrund der demographischen Entwicklung steigt die Zahl Hochaltriger mit hohem Pflegebedürftigkeitsrisiko. In einer aktuellen Studie des Bundesfamilienministeriums wird zum Stichtag 15.12.2003 eine Zahl von 2,08 Millionen als pflegebedürftig registrierter Personen genannt, davon werden 640.000 (= 31%) in stationären Einrichtungen versorgt. Sowohl ambulante Dienste (+8,4%) als auch Pflegeheime (+12%) konstatieren seit 1999 einen kontinuierlichen Zuwachs an zu versorgenden Patient/innen bzw. Bewohner/innen.²⁸ Aber nicht nur die Zahl Pflegebedürftiger hat sich verändert, sondern auch der Pflege- und Betreuungsbedarf hat einen weit reichenden Wandel erfahren. Dafür ist zum einen die stärkere Chronifizierung von Krankheiten ausschlaggebend, die zu langen Phasen mit körperlichen und psychischen Einschränkungen führt. Zum anderen verstärken politische Eingriffe diesen Trend, wie die Einführung der Fallpauschalen (DRG) in den Krankenhäusern mit dem dadurch ausgelösten Druck auf frühzeitige Entlassungen sowie der in der Pflegeversicherung verankerte Anreiz für die Aufrechterhaltung der ambulanten Versorgung. Das Personal der Pflegeheime sieht sich damit vor der Herausforderung, dass die Bewohner/innen in einem höheren Alter und mit einem immer komplexeren Hilfebedarf in die Einrichtungen kommen. Das frühere Altenheim als Wohnform für rüstige Rentner/innen kann endgültig als Auslaufmodell bezeichnet werden.

Die heutigen Heimbewohner/innen sind durchschnittlich 82 Jahre alt. Zwei von drei Bewohner/innen (68%) sind 80 Jahre und älter. Während sich das Durchschnittsalter seit 1994 kaum verändert hat, ist der Anteil Hochbetagter über 90 Jahre von 18 auf 25% gestiegen.²⁹ Pflegebedürftigkeit und körperliche Mehrfachbeeinträchtigungen sind kennzeichnend für den Gesundheitszustand der Bewohner/innen. Zudem leiden Schätzungen zufolge rund zwei Drittel der Bewohner/innen an psychischen Erkrankungen³⁰, darunter am häufigsten an einer Demenz, gefolgt von depressiven Störungen, schizophrenen Psychosen und Abhängigkeitserkrankungen.³¹ Ein erhöhter Versorgungsbedarf kann daraus abgeleitet werden, dass ein steigender Anteil Bewohner/innen direkt nach einer stationären Akutbehandlung in das Pflegeheim übersiedelt (2005: 25%/ 1994: 19%).³²

Durch den Wandel der Bewohnerstruktur haben sich die Arbeitsinhalte der Pflegemitarbeiter/innen gravierend verschoben. Floss in der klassischen Altenheimpflege noch ein fester Arbeitszeitanteil in kommunikative und betreuende Leistungen, werden die Energien heute durch die Versorgung der schwerstkranken Bewohner/innen absorbiert. Kennzeichnend für die „neuen“ Arbeitsbedingungen ist neben der allgemein feststellbaren Arbeitsverdichtung und den bekannten körperlichen Belastungen, dass die Mitarbeiter/innen zunehmend psychischen Belastungen ausgesetzt sind:

- Der Umzug in ein Pflegeheim ist für viele Bewohner/innen ein kritisches Lebensereignis, auf das sie mit **depressiven Störungen** reagieren. Die Beschäftigung mit dem eigenen geistigen und körperlichen Verfall, das Fehlen der vertrauten Umgebung und der Bezugspersonen oder der Tod des Ehepartners führen nicht selten zu einer „Lebensmüdigkeit“, die sich in der Äußerung von Todeswünschen und Suizidabsichten niederschlägt. Allein der Umgang mit den de-

²⁸ Vgl. Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend über die Situation der Heime und die Betreuung der Bewohnerinnen und Bewohner. Stand: 15.08.06. www.bmfsfj.de.

²⁹ Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (Hg.) (2007: 94).

³⁰ Vgl. BMFSFJ (Hg.) (2006).

³¹ Höft (Hg.) (1999: 17).

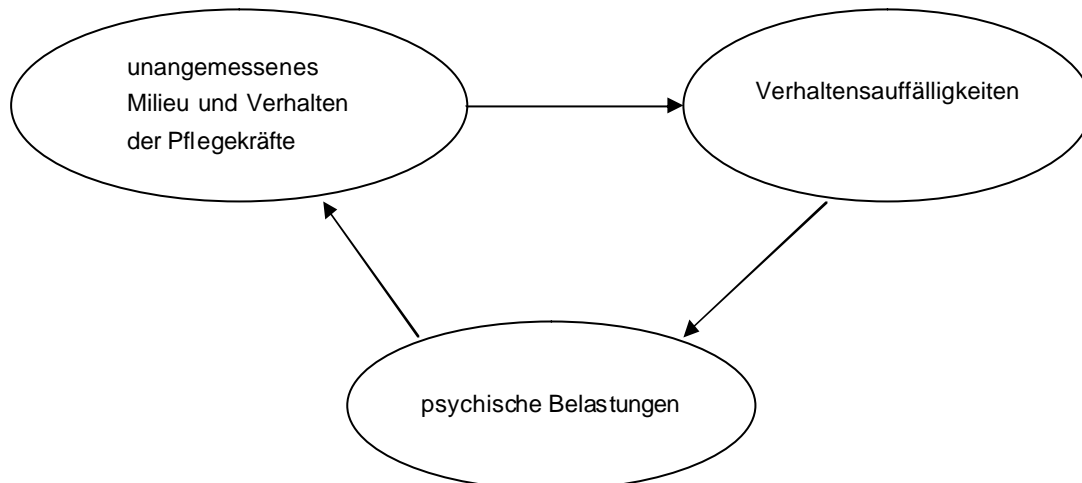
³² BMFSFJ (Hg.) (2007: 98).

pressiven Gedanken und qualvollen Gefühlen der Bewohner/innen stellt eine psychische Belastung für die Pflegekräfte dar. Bei der Äußerung von Todeswünschen kommen zudem Unsicherheiten hinsichtlich einer adäquaten Beurteilung der Suizidgefährdung und daraus zu ziehender Konsequenzen hinzu.

- Infolge der späten Heimeintritte erhöht sich die Anzahl von Bewohner/innen mit kurzer Weildauer und somit die **Häufigkeit zu verarbeitender Todesfälle**. Dies bedeutet eine hohe emotionale Belastung der Mitarbeiter/innen, die oft von Bewohner/innen Abschied nehmen müssen, zu denen sie eine Beziehung aufgebaut haben. Nicht selten entstehen Schuldgefühle, wenn sich die Mitarbeiter/innen in der Sterbephase aufgrund der engen zeitlichen Spielräume nicht so ausführlich mit den Bewohner/innen beschäftigen konnten, wie sie das selbst für richtig gehalten hätten. Gleichzeitig werden die Mitarbeiter/innen persönlich mit den existenziellen Fragen des Lebens konfrontiert.
- Eine vordergründig zunächst körperliche Belastung ergibt sich aus dem **gestiegenen Pflegeaufwand**. Rund zwei Drittel der Bewohner/innen sind im Durchschnitt mittelschwer bis schwer pflegebedürftig (45% Pflegestufe II; 21% Pflegestufe III).³³ Nicht nur die Grundpflege absorbiert einen Großteil der zur Verfügung stehenden Kapazitäten, sondern es müssen zunehmend anspruchsvolle medizinisch-pflegerische Verrichtungen durchgeführt werden, die z.B. bei frühzeitig aus dem Krankenhaus entlassenen Bewohner/innen oder bei dauerhaft schwerstpflegebedürftigen Apalliker/innen anfallen. Dabei entsteht ein enormer Zeitdruck, wenn die Morgenpflege aller Bewohner/innen rechtzeitig vor dem Frühstück zu erledigen ist. Stress ist vorprogrammiert und wird durch unvorhergesehene Zwischenfälle potenziert.
- Einen steigenden Belastungsfaktor stellen auch **demenzkranken Bewohner/innen mit schweren Verhaltensauffälligkeiten** dar. Der Anteil und das Ausmaß kognitiver Beeinträchtigungen haben in den letzten zehn Jahren deutlich zugenommen. Insgesamt 64% der Heimbewohner/innen weisen kognitive Beeinträchtigungen bzw. psychische Veränderungen auf. Bei rund einem Drittel ist regelmäßig, bei weiteren 14% gelegentlich eine dauerhafte Überwachung notwendig.³⁴ Stresssituationen entstehen nicht nur durch die bekannten Verhaltensweisen der Kranken, wie z.B. Weglaufen, Aggressivität oder ständiges Rufen und Schreien. Hinzu kommt die Notwendigkeit, zwischen den demenzkranken und den geistig gesunden Bewohner/innen bzw. deren Angehörigen Konflikte zu schlichten und um Verständnis zu werben. Dabei sind Verhaltensauffälligkeiten zum einen Ausdruck der dementiellen Erkrankung, wenn sich z.B. Bewohner/innen auf Grund einer Verkennung der Situation oder Person bedroht fühlen und „sich wehren“. Andererseits werden Verhaltensauffälligkeiten auch durch ein unangemessenes Milieu (z.B. große Hektik, Lautstärke, Unübersichtlichkeit) oder durch nicht adäquates Verhalten der Pflegekräfte ausgelöst bzw. verstärkt. Damit ergibt sich ein Teufelskreis, der in folgender Grafik veranschaulicht wird.

³³ Vgl. BMFSFJ (Hg.) (2007: 91).

³⁴ BMFSFJ (Hg.) (2007: 117).



- Vor allem **aggressives Verhalten** von Bewohner/innen und **sexuelle Übergriffe auf Pflegekräfte** sind offenbar ein wachsendes Problem. Nach Einschätzung der Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege (BGW) sind viele Altenpflegekräfte schon einmal Opfer von körperlichen und sexuellen Übergriffen geworden und/oder müssen mit Beleidigungen, Bedrohungen und Beschimpfungen alleine und ohne professionelle Unterstützung zurechtkommen.³⁵ Eine Tabuisierung dieses Themas verhindert häufig angemessene Reaktionen der betroffenen Pflegemitarbeiter/innen und der Leitungskräfte.
- Letztlich soll auf insgesamt **gestiegene Ansprüche der Bewohner/innen** verwiesen werden, die häufig von den **Angehörigen** zum Ausdruck gebracht werden. Dabei ist zu unterscheiden zwischen berechtigter Kritik und möglicherweise überzogenen Anforderungen, die sich im Zuge der massenmedialen Kritik der Pflegepraxis in einem ausgeprägten Kontrollzwang äußern.

Wenngleich die geschilderten Anforderungen an die Pflegemitarbeiter/innen den Trägern und Leitungskräften zunehmend ins Bewusstsein rücken, haben sich diese Erkenntnisse noch nicht oder noch nicht in ausreichendem Maße in belastungsreduzierenden und gesundheitserhaltenden Maßnahmen niedergeschlagen. Dies betrifft sowohl den Bereich der strukturellen Verbesserungen (Verhältnisprävention) als auch Maßnahmen zur Stärkung der einzelnen Mitarbeiterin oder des einzelnen Mitarbeiters (Verhaltensprävention).

2. Ergebnisse der Querschnittsanalyse

a) Belastungen durch Bewohnerverhalten

Im Rahmen der schriftlichen Befragung wurden die Belastungsdimensionen im Umgang mit Bewohner/innen und Angehörigen in allen beteiligten Pflegeheimen genauer analysiert. Dabei stand zunächst im Fokus, in Anlehnung an die im dritten Kapitel beschriebenen Belastungsfaktoren, genauer darzustellen, durch welche Bewohnergruppen bzw. durch welches spezifische Verhalten sich die Mitarbeiter/innen besonders belastet fühlen. Da die Bestandsaufnahme zusätzlich alle im AIDA-Projekt als relevant betrachteten potenziellen Arbeitsbelastungen umfasst, ist es gleichzeitig möglich, Wechselwirkungen des Belastungserlebens durch Bewohner/innen und Angehörige mit anderen Struktur- und Prozessparametern der Einrichtungen, wie z.B. dem Führungsverhalten, mit in den Blick zu nehmen:

³⁵ Vgl. BGW – Presse – Info Oktober 2005.

Tabelle 21: Belastungen durch Bewohner(verhalten) I

Sie fühlen sich besonders belastet...	Pflege		Wohnbereichsleitung		Hauswirtschaft	
	trifft zu	trifft nicht zu	trifft zu	trifft nicht zu	trifft zu	trifft nicht zu
durch demenzkranke Bewohner/innen. (N = 183; 26; 37)	29,5%	70,5%	26,9%	73,1%	37,8%	62,2%
durch Bewohner/innen mit Tag-Nacht-Umkehr. (N = 180; 26; 35)	30,0%	70,0%	30,8%	69,2%	8,6%	91,4%
durch Bewohner/innen, die aggressiv im Umgang mit anderen Bewohner/innen sind. (N = 184; 26; 37)	61,4%	38,6%	61,5%	38,5%	40,5%	59,5%
durch Bewohner/innen, die aggressiv im Umgang mit dem Personal sind. (N = 183; 26; 38)	63,4%	36,6%	73,1%	26,9%	36,8%	63,2%
durch Bewohner/innen, die notwendige Hilfen ablehnen. (N = 186; 25; 37)	47,3%	52,7%	48,0%	52,0%	43,2%	56,8%
durch Bewohner/innen mit Weglauftendenz. (N = 185; 24; 37)	55,1%	44,9%	50,0%	50,0%	32,4%	67,6%
durch permanent schreiende oder rufende Bewohner/innen. (N = 185; 25; 36)	66,5%	33,5%	72,0%	28,0%	33,3%	66,7%
durch Bewohner/innen, die andere Bewohner/innen sexuell belästigen. (N = 175; 25; 35)	53,7%	46,3%	60,0%	40,0%	25,7%	74,3%
durch Bewohner/innen, die das Personal sexuell belästigen. (N = 177; 24; 37)	56,5%	43,5%	66,7%	33,3%	29,7%	70,3%

Wie aus der Tabelle hervorgeht, geht die höchste Belastung der Pflegekräfte offenbar von Demenzkranken mit schweren Verhaltensauffälligkeiten aus. Hohe Werte bei den Pflegekräften (66,5%) und Wohnbereichsleitungen (72%) erreichen permanent schreiende oder rufende Bewohner/innen, die mit einem ständigen Geräuschpegel sowohl beim Personal als auch bei den Mitbewohner/innen Stress erzeugen. In Häusern mit einem hohen Anteil an Doppelzimmern erhält dieses Verhalten eine besondere Brisanz. Eine zusätzliche Belastung entsteht für die Mitarbeiter/innen, wenn Außenstehenden, wie z.B. den Angehörigen anderer Bewohner/innen, immer wieder erklärt werden müsse, warum man nicht sofort auf die Zurufe reagiere und dies nicht mit Hilfeverweigerung oder Gleichgültigkeit zu verwechseln sei.

Jeweils über die Hälfte der Mitarbeiter/innen fühlt sich zudem belastet durch Bewohner/innen mit Weglauftendenz (Pflegekräfte: 55,1%; Wohnbereichsleitungen: 50%) oder durch Bewohner/innen, die dem Personal (Pflegekräfte: 63,4%; Wohnbereichsleitungen: 73,1%) oder anderen Bewohner/innen (Pflegekräfte: 61,4%; Wohnbereichsleitungen: 61,5%) mit aggressivem Verhalten begegnen. Während es sich bei den zur Aggressivität neigenden Personen in aller Regel um Demenzkranke handelt, können sexuelle Übergriffe auch von geistig Gesunden ausgehen. Die sexuelle Belästigung des Personals (Pflegekräfte: 56,5 bzw. Wohnbereichsleitungen: 66,7%) wird etwas häufiger als Belastung angegeben als die sexuelle Belästigung anderer Bewohner/innen (Pflegekräfte: 53,7% bzw. Wohnbereichsleitungen: 60,0%). Von Übergriffen auf die eigene Person sind vor allem jüngere Pflegekräfte und Auszubildende betroffen, denen es in der konkreten Situation an einem geeigneten Handlungsrepertoire fehlt.

Tabelle 22: Belastungen durch Bewohner(verhalten) II

Sie fühlen sich besonders belastet...	Pflege		Wohnbereichsleitung		Hauswirtschaft	
	trifft zu	trifft nicht zu	trifft zu	trifft nicht zu	trifft zu	trifft nicht zu
durch Bewohner/innen in der Sterbephase. (N = 184; 26; 41)	27,7%	72,3%	23,1%	76,9%	24,4%	75,6%
durch Bewohner/innen mit hohem grundpflegerischem Bedarf. (N = 185; 25; 39)	22,7%	77,3%	8,0%	92,0%	12,8%	87,2%
durch Bewohner/innen mit hohem behandlungspflegerischem Bedarf. (N = 184; 25; 39)	22,3%	77,7%	16,0%	84,0%	10,3%	89,7%
durch immobile Bewohner/innen. (N = 185; 25; 38)	16,2%	83,8%	4,0%	96,0%	5,3%	94,7%
durch inkontinente Bewohner/innen. (N = 185; 25; 38)	12,4%	87,6%	8,0%	92,0%	13,2%	86,8%
durch Bewohner/innen, die weinerlich und depressiv sind. (N = 184; 26; 38)	41,8%	58,2%	50,0%	50,0%	36,8%	63,2%
durch Bewohner/innen mit Suizidgedanken. (N = 183; 25; 38)	55,7%	44,3%	52,0%	48,0%	28,9%	71,1%
durch Bewohner/innen, die sediert werden (müssen). (N = 175; 25; 37)	32,6%	67,4%	48,0%	52,0%	18,9%	81,1%
durch Bewohner/innen, die fixiert werden (müssen). (N = 179; 24; 37)	37,4%	62,6%	54,2%	45,8%	21,6%	78,4%

Während der Umgang mit Bewohner/innen in der Sterbephase entgegen den in der Einleitung formulierten Erwartungen quer durch alle Beschäftigtengruppen nur von rund einem Viertel der Mitarbeiter/innen als belastend erlebt wird, trifft dies für Bewohner/innen mit Suizidgedanken für über die Hälfte der Pflegekräfte (55,7%) und der Wohnbereichsleitungen (52,0%) zu. Die wenigsten Pflegemitarbeiter/innen geben Belastungen an, die aus der Inkontinenz (Pflegekräfte: 12,4% bzw. Wohnbereichsleitungen: 8,0%) oder Immobilität (Pflegekräfte: 16,2% bzw. Wohnbereichsleitungen: 4,0%) der Bewohner/innen resultieren. Auch der hohe grundpflegerische oder behandlungspflegerische Bedarf ist für lediglich rund ein Fünftel der Pflegekräfte und noch weniger für die Wohnbereichsleitungen ein Thema.

Insgesamt besteht der Trend, dass die Wohnbereichsleitungen die meisten von den Pflegekräften betonten Belastungen teilen und manche sogar verstärkt erleben. Dies gilt neben demenz- und depressionsbedingten Verhaltensweisen vor allem für das Miterleben von Sedierungen und Fixierungen. Diese höheren Werte lassen sich zum einen aus einer stärkeren fachlich begründeten Sensibilisierung der Wohnbereichsleitungen ableiten, aber auch aus der Tatsache, dass die von allen erlebten Belastungen bei den Wohnbereichsleitungen zusammenlaufen und sich damit zwangsläufig ein höherer Gesamtüberblick ergibt.

Im Vergleich zu den pflegerischen Berufsgruppen geben deutlich weniger Hauswirtschaftskräfte Belastungen durch Bewohner/innen an. Zwischen 32 und 43% der Befragten fühlen sich belastet durch demenzbedingte Verhaltensstörungen wie Ablehnungsverhalten, Aggressivität, Schreien oder Weglaufen oder durch weinerliche und depressive Bewohner/innen. Allerdings ist hier von entscheidender Bedeutung, inwieweit die Hauswirtschaftskräfte konzeptionell in die direkte Bewohnerversorgung einbezogen sind. Denn während sich der Aufgabenbereich der Hauswirtschaftskräfte in manchen Häusern auf die Anlieferung der Essenwagen und der Wäsche auf den Stationen beschränkt, gehört bei anderen auch die Verteilung und Portionierung von Mahlzeiten, die Aufnahme der Essensbestellungen usw. zum üblichen Leistungskatalog. Dabei kann davon ausgegangen werden, dass Belastungen immer dann häufiger vorkommen, wenn Hauswirtschaftskräfte direkten Bewohnerkontakt haben. Die Belastungen werden dann in aller Regel aufgrund des niedrigeren Qualifizierungsstandes und damit in Zusammenhang stehenden Unsicherheiten im Umgang sogar intensiver erlebt.

Insgesamt wird von den Pflegekräften, Wohnbereichsleitungen und Hauswirtschaftskräften zwar eine Reihe von Belastungen genannt. Es fällt jedoch auf, dass hier keine „Spitzenwerte“ erreicht werden und dass man mit vielen Situationen offenbar durchaus gut zu Recht zu kommen scheint. Allerdings müssen diese Ergebnisse angesichts der im kürzlich veröffentlichten Bericht des MDS zur Qualität in der ambulanten und stationären Pflege³⁶ geschilderten Missstände bei der Bewohnerversorgung möglicherweise hinterfragt werden. Hier ist z.B. dokumentiert, dass jeder zehnte Bewohner bzw. jede zehnte Bewohnerin in einem unzureichenden Pflegezustand angetroffen wurde, der unmittelbar auf die Qualität der Versorgung in der Einrichtung zurückzuführen war. Defizite wurden zudem in der sozialen Betreuung von immobilien und demenzkranken Bewohner/innen ermittelt.

Aufschlussreich ist in diesem Zusammenhang ein differenzierterer Blick auf die ermittelten Durchschnittswerte. So werden möglicherweise auftretende Unterschiede im Belastungserleben in zweifacher Hinsicht nivelliert:

- Zum einen gehen bei den Bewertungen der Pflegemitarbeiter/innen gleichermaßen die Aussagen der Fachkräfte und der Pflegehilfskräfte ein.
- Zum anderen sind einrichtungsspezifische Besonderheiten nicht erkennbar.

Werden die vorliegenden Daten z.B. getrennt nach **Fach- und Hilfskräften** ausgewertet, wird deutlich, dass sich die weniger gut ausgebildeten Mitarbeiter/innen teilweise deutlich stärker belastet fühlen. Dies betrifft vor allem Belastungen durch Demenzkranke, durch steigenden Pflegebedarf und durch Bewohner/innen in der Sterbephase. Vergleichsweise höhere Belastungen empfinden die Fachkräfte durch Bewohner/innen, die fixiert werden müssen (Fachkräfte 40,5%; Hilfskräfte 33,3%). Dies könnte als ein Hinweis auf eine stärker ausgeprägte Sensibilisierung der Fachkräfte über die Bedeutung freiheitsentziehender Maßnahmen gewertet werden.

Tabelle 23: Ausgewählte Belastungen durch Bewohner(verhalten) nach Qualifizierungsstand

Belastung durch	Fachkräfte	Hilfskräfte
demenzkranke Bewohner/innen (N = 87; 65)	24,1%	41,5%
Bewohner/innen mit Tag-/Nachtumkehr (N = 86; 63)	24,4%	42,9%
Bewohner/innen mit hohem behandlungspflegerischen Bedarf (N = 87; 65)	16,1%	30,8%
Bewohner/innen mit hohem grundpflegerischen Bedarf (N = 87; 65)	19,3%	27,7%
Bewohner/innen in der Sterbephase (N = 88; 64)	25,0%	32,8%
Bewohner/innen, die fixiert werden (müssen) (N = 84; 63)	40,5%	33,3%

Die präsentierten Durchschnittswerte werden zudem durch eine **vergleichende Betrachtung der Einrichtungen** relativiert. Hinsichtlich der Belastungen der Pflegekräfte kommt es zu einer erheblichen Streuung der Prozentwerte, die hier beispielhaft wieder gegeben wird:

³⁶ Medizinischer Dienst der Spitzenverbände der Krankenkassen (2007).

Tabelle 24: Hausvergleich: Ausgewählte Belastungen durch Bewohner(verhalten)

Belastung durch	Maximalwert	Minimalwert
depressive Bewohner/innen	62,2%	11,1%
Bewohner/innen mit Suizidgedanken	80,0%	25,0%
Bewohner/innen mit aggressivem Verhalten gegenüber dem Personal	78,9%	33,3%
Bewohner/innen mit aggressivem Verhalten gegenüber Mitbewohner/innen	85,0%	22,2%
Bewohner/innen, die notwendige Hilfen ablehnen	62,2%	22,2%
Bewohner/innen mit Weglauftendenz	75,0%	22,2%
permanent schreiende Bewohner/innen	78,4%	44,4%
sexuelle Belästigung anderer Bewohner/innen	63,2%	25,0%
sexuelle Belästigung des Personals	69,6%	25,0%
Bewohner/innen, die sediert werden müssen	50,0%	14,3%
Bewohner/innen, die fixiert werden müssen	61,9%	16,7%

Eine unterschiedliche Bewertung des Belastungserlebens bezieht sich vor allem auf den Umgang mit depressiven und demenzkranken Bewohner/innen und auf das Thema „sexuelle Belästigung“. Dabei verdeutlicht die Tabelle, dass die Prozentwerte teilweise erheblich auseinander klaffen. Mit Ausnahme der Weglauftendenz, die auch von der baulichen Struktur der Einrichtung abhängt und der sexuellen Belästigung, die vor allem zum Thema werden kann, wenn vergleichsweise jüngere, sexuell noch stärker aktive Bewohner zur Klientel gehören, verteilen sich alle Maximalwerte auf drei Einrichtungen. Dies deutet darauf hin, dass die Stärke des Belastungserlebens durch Bewohner/innen auch von den jeweiligen Struktur- und Prozessbedingungen, wie dem Führungsverhalten oder den Arbeitsstrukturen, abhängt. Diese These wird dadurch verstärkt, dass sich fast alle Minimalwerte auf zwei Einrichtungen – darunter die Fallstudieeinrichtung – beziehen, in denen häufig nur zwischen einem Viertel und einem Drittel der Beschäftigten Belastungen durch Bewohnerverhalten angegeben haben. Welche Faktoren im Einzelnen zu einem geringeren Belastungserleben durch Bewohnerverhalten beitragen und welche Schlüsse daraus für gesundheitserhaltende Arbeitsbedingungen gezogen werden können, sollte im weiteren Verlauf des AIDA-Projektes ermittelt werden.

b) Belastungen durch Angehörige

Bei der zweiten großen Zielgruppe der Einrichtungen, den Angehörigen, handelt es sich um eine sehr heterogene Gruppe. Neben großen Unterschieden im Alter und in der Schichtzugehörigkeit bestehen verschiedene Verwandtschaftsgrade zu den Bewohner/innen und auch das Besuchsverhalten differiert stark. Mit der schriftlichen Befragung sollte analysiert werden, inwieweit aus dem Umgang mit Angehörigen für die Pflegekräfte spezifische Belastungen hervorgehen:

Tabelle 25: Belastungen durch Angehörige

Angehörige	Pflege		Wohnbereichsleitung		Hauswirtschaft	
	trifft zu	trifft nicht zu	trifft zu	trifft nicht zu	trifft zu	trifft nicht zu
Die Angehörigen entlasten Sie bei Ihrer Arbeit. (N = 177; 23; 41)	31,6%	68,4%	30,4%	69,6%	4,9%	95,1%
Die Kommunikation mit den Angehörigen wird in Ihrer Einrichtung als Teil Ihrer Arbeit betrachtet. (N = 180; 25; 40)	79,4%	20,6%	88,0%	12,0%	67,5%	32,5%
Die Zusammenarbeit mit Angehörigen klappt gut. (N = 171; 23; 40)	74,9%	25,1%	91,3%	8,7%	75,0%	25,0%
Die Angehörigen haben manchmal zu hohe Ansprüche. (N = 179; 25; 41)	83,8%	16,2%	88,0%	12,0%	56,1%	43,9%
Die Angehörigen von Demenzkranken looperieren besser als die Angehörigen geistig rüstiger Bewohner/innen. (N = 168; 25; 37)	48,8%	51,2%	40,0%	60,0%	24,3%	75,7%
Die Angehörigen geben Ihnen oft wertvolle Tipps, weil sie den/die Bewohner/in besser kennen. (N = 178; 23; 37)	49,4%	50,6%	60,9%	39,1%	37,8%	62,2%
Die Angehörigen sind mit der Versorgungsqualität zufrieden. (N = 165; 24; 36)	81,2%	18,8%	91,7%	8,3%	83,3%	16,7%
Die Angehörigen lassen ihr schlechtes Gewissen an Ihnen aus. (N = 177; 24; 38)	53,1%	46,9%	70,8%	29,2%	10,5%	89,5%
Es gibt häufig Unstimmigkeiten mit den Angehörigen. (N = 170; 24; 38)	49,4%	50,6%	37,5%	62,5%	15,8%	84,2%
Man muss den Angehörigen oft das Verhalten Demenzkranker erklären. (N = 178; 24; 35)	86,5%	13,5%	87,5%	12,5%	34,3%	65,7%

Mehrheitlich wird von allen Berufsgruppen eingeschätzt, dass die Kommunikation mit den Angehörigen in der Einrichtung als Teil der Arbeit betrachtet wird. Inwieweit Angehörige jedoch wirklich als Ressource im Sinne eines biografieorientierten Pflegeprozesses verstanden werden, sollte das Item „Die Angehörigen geben Ihnen wertvolle Tipps, weil sie die Bewohner/innen besser kennen“ überprüfen. Dieser Aussage stimmen nur etwa die Hälfte der Pflegekräfte und nur 38% der Hauswirtschaftskräfte zu. Die Wohnbereichsleitungen heben sich mit rund 60% zustimmenden Antworten von den anderen Berufsgruppen ab. Dieses Ergebnis scheint jedoch insgesamt darauf hinzudeuten, dass die Kommunikation mit den Angehörigen noch nicht in ausreichendem Maße genutzt wird, um die Pflege der Bewohner/innen aufzuwerten. Dennoch geht die deutliche Mehrzahl der Befragten davon aus, dass die Angehörigen mit der Versorgungsqualität zufrieden sind und dass die Zusammenarbeit insgesamt gut funktioniert.

Entlastungseffekte durch den Einbezug von Angehörigen sieht man jedoch eher nicht, und dies bekräftigen insbesondere die Hauswirtschaftskräfte, immerhin aber auch etwas mehr als zwei Drittel der Pflegekräfte und Wohnbereichsleitungen. Vielmehr berichten rund die Hälfte der befragten Pflegekräfte und 37,5% der Wohnbereichsleitungen von häufigen Unstimmigkeiten mit den Angehörigen und begründen auftretende Konflikte mit dem schlechten Gewissen der Angehörigen, die Bewohner/innen in ein Pflegeheim abgeschoben zu haben (Pflegekräfte: 53,1%; Wohnbereichsleitungen: 70,8%). Dabei muss bei allen zu unterstellenden Schuldgefühlen, unter denen Angehörige leiden mögen, hinterfragt werden, ob dieser Verweis auf das „Fremdverschulden“ von Konflikten nicht den Blick auf möglicherweise berechnete Anforderungen der Angehörigen verstellen könnte. Diese Einschätzung wird dadurch verstärkt, dass über 80% der befragten Pflegekräfte und fast 90% der Wohnbereichsleitungen angeben, dass Angehörige manchmal zu hohe Ansprüche stellen. Man beklagt sich über die mangelnde Geduld der Angehörigen, alles müsse immer sofort sein, ihr Pflegebedürftiger immer zuerst an die Reihe kommen und ohnehin die beste Versorgung von allen erhalten.

Ein weiterer Belastungspunkt scheint zu sein, dass den Angehörigen häufig die fachliche Kompetenz fehlt, um das pflegerische Handeln der Mitarbeiter/innen adäquat einschätzen zu können. Dies kann sich z.B. auf unterschiedliche Auffassungen über die Notwendigkeit aktivierender Maßnahmen beziehen („Lassen Sie meine Mutter doch mehr ausruhen!“), scheint aber häufig auch beim Umgang mit Demenzkranken der Fall zu sein. So empfinden die Pflegekräfte mehrheitlich eine Belastung durch die Anforderung, den Angehörigen das Verhalten Demenzkranker zu erklären (Pflegekräfte: 86,5%, Wohnbereichsleitungen: 87,5%). Entsprechende Erläuterungen sind z.B. notwendig, wenn die Matratze Demenzkranker auf den Boden gelegt wird, um eine Fixierung zu vermeiden oder wenn man „Fingerfood“ anbietet. Wichtig sind zudem schlichtende Gespräche mit Angehörigen geistig rüstiger Bewohner/innen, wenn Demenzkranke z.B. in fremde Zimmer gehen, um dort die „Wäsche zu sortieren“.

B: Fallstudie

1. Die Einrichtung

Das Pflegeheim B ist eine reine Dauerpflegeeinrichtung, die in eine große Trägergesellschaft integriert ist. Von 99 Plätzen sind 86 in Doppelzimmern angeordnet. Bei der Übernahme der Leitungsfunktion von der jetzigen Heimleitung und der Pflegedienstleitung wurde ein intensiver Prozess der internen Qualitätsentwicklung in Gang gesetzt, in dem die bisher gängigen Arbeitsprozesse überprüft und an vielen Stellen modifiziert wurden. In diesem Rahmen wurde auch eine Veränderung der baulichen Struktur beschlossen. Mit dem Ende 2008 bezugsfertigen Neubau kann ein weiterer Modernisierungsschritt, die Spezialisierung auf demenzkranke Bewohner/innen, realisiert werden.

Im Gegensatz zu anderen Pflegeheimen legt man in Einrichtung B besonderen Wert auf Leistungen aus einer Hand. Dazu „leistet man sich“ eine eigene Küche, Wäscherei und Reinigung. Nur so sei gewährleistet, einen ausreichenden Einfluss auf die Qualität dieser sonst häufig extern vergebenen Dienstleistungen sicherzustellen und sich die notwendigen Spielräume zur Erfüllung individueller Wünsche der Bewohner/innen einzuräumen. Die Heimentgelte liegen dennoch mit 64,20 Euro in Pflegestufe 0, 78,68 Euro in Pflegestufe I, 96,05 Euro in Pflegestufe II und 114,06 Euro in Pflegestufe III im mittleren Preissegment, wenngleich die Hotelkosten im Vergleich zu den anderen ins AIDA-Projekt einbezogenen Einrichtungen leicht erhöht sind.

Das Pflegeheim B ist in drei Wohnbereiche mit 28, 31 und 40 Plätzen aufgeteilt. Die Verteilung der Pflegestufen deutet auf einen leicht überdurchschnittlichen Pflegeaufwand hin (Pflegestufe 0 = 1%; Pflegestufe I = 29,6%, Pflegestufe II = 44,9% Pflegestufe III = 24,5%). Insgesamt sind 88 Personen in Haus B beschäftigt, darunter 46 in der direkten Pflege und sechs im sozialen Dienst. Der soziale Dienst umfasst Personen mit übergreifenden Aufgaben. Diese führen z.B. in Kooperation mit insgesamt 30 ehrenamtlichen Helfer/innen regelmäßige Aktivitäten im Parterre gelegenen „Wohnzimmer“ (z.B. Singkreis, Dämmerchmaus) oder Außenaktivitäten (z.B. Schwimmen) durch. Zudem gehen zwei Personen in die einzelnen Wohnbereiche, um sich spezieller mit denjenigen Bewohner/innen zu befassen, die ihr Zimmer nicht ohne weiteres verlassen können. Der Küchen- und Servicebereich umfasst 26, die Reinigung und Wäsche zusammen zehn Kräfte. Von allen 88 Mitarbeiter/innen arbeiten nur 13 als Vollzeitkräfte.

Mit der Teilnahme am AIDA-Projekt verbinden die Leitungskräfte die Chance, zwischenzeitlich aufgetretene Ereignisse und Konflikte mit Bewohner/innen und Angehörigen aufzuarbeiten, um gemeinsam mit den Mitarbeiter/innen Strategien für einen belastungsreduzierenden Umgang zu entwickeln. Damit sollen Bewohner/innen und Angehörige zwar als Kund/innen ernst genommen werden; gleichzeitig möchte man die Mitarbeiter/innen vor frustrierenden und demotivierenden Ansprüchen der Angehörigen einerseits und vor aggressiven und sexuellen Übergriffen der Bewohner/innen andererseits schützen.

2. Die Ist-Analyse

Dass die Leitungskräfte mit ihren Erwartungen an das AIDA-Projekt mit den Vorstellungen der Mitarbeiter/innen übereinstimmen, zeigte bereits der Auftaktworkshop, an dem Pflegefachkräfte, Pflegehilfskräfte, Hauswirtschaftskräfte sowie Mitarbeiter/innen des Sozialen Dienstes und der Haustechnik beteiligt waren. Gefragt nach den wichtigsten Belastungen im Arbeitsalltag, nannten die Mitarbeiter/innen in erster Linie Aspekte, die sich auf Bewohner/innen und Angehörige beziehen. Wenngleich die Belastung durch Bewohner/innen und Angehörige in allen Workshops thematisiert wurde, war das Haus B das einzige, in dem dieser Faktor so mehrheitlich und „konkurrenzlos“ zu anderen Belastungsdimensionen geäußert und diskutiert wurde. Dabei kritisierten die Beteiligten zum einen die allgemeine Grundhaltung des ständigen Forderns und der Ungeduld, zum anderen ein häufig unangemessenes Verhalten, das sich z.B. in unhöflichem Duzen oder Nichtgrüßen sowie in sexuellen Anspielungen oder aggressivem Verhalten äußere. Belastend sei zudem, wenn sich Angehörige nicht um die Bewohner/innen kümmern, diese z.B. noch nicht einmal mit den wesentlichen Dingen des Alltags versorgen, wie z.B. Kleidung und Zahnpasta. Auch der Umgang mit sterbenden Bewohner/innen bzw. das Verkräften von Todesfällen werde als schwierig erlebt.

Wenngleich das deutliche Hauptgewicht der Nennungen auf die Bewohner/innen und Angehörigen entfiel, gab es aus Sicht der Mitarbeiter/innen weitere belastende Faktoren. Dabei räumten sie dem Zeitdruck ein deutliches Gewicht ein. Hinzu kam eine Reihe von Nennungen für Personalmangel, der sich wiederum in Zeitdruck manifestieren könne. In der Diskussion der Ergebnisse stellten die Mitarbeiter/innen einen Zusammenhang zwischen dem Gefühl, zu wenig Zeit zu haben und der Unzufriedenheit der Klient/innen her. Einzelnennungen bezogen sich auf die Zusammenarbeit mit der Hauswirtschaft, die räumlichen Verhältnisse, die Arbeitszeiten und die hohen Dokumentationsanforderungen.

Gefragt nach den positiven Aspekten des beruflichen Alltags zeigten die Mitarbeiter/innen ein ebenso einheitliches Antwortverhalten wie bei den Belastungen. Die Freude über zufriedene Bewohner/innen war für einen Großteil der Workshopteilnehmer/innen die wichtigste Ressource der Arbeit. Der Umgang mit den Bewohner/innen mache insbesondere dann Spaß, wenn die Bewohner/innen positive Gefühle widerspiegeln wie Dankbarkeit, Lächeln oder wenn selbst Demente sie wieder erkennen und beim Namen nennen. Wichtig sei nicht nur Pflegekraft, sondern auch Bezugsperson sein zu können. Eine besondere Freude komme bei kleinen Fortschritten der Bewohner/innen auf, die als Erfolgserlebnis bewertet werden. Damit wurde deutlich, dass die Arbeit mit den Bewohner/innen gleichermaßen als Belastung (Last) als auch als Ressource (Lust) wahrgenommen wird.

Als zweitwichtigste Ressource wurde die Teamarbeit benannt. Ein funktionierendes Team sei „das A und O“. Spaß mache das kollegiale Zusammenarbeiten, der Austausch im Team, aber auch das Feiern mit den Kolleg/innen. Neben drei lobenden Äußerungen über die Wohnbereichsleitung entfielen mehrere Nennungen auf die hohe Bedeutung der Flexibilität und der Spielräume. Zufriedenheit hänge damit zusammen, dass individuelle Wünsche berücksichtigt würden und dass man sich die Arbeitsgestaltung und die Zeiten möglichst frei einteilen könne. Insgesamt zeigte der Workshop ein hohes Engagement der Mitarbeiter/innen, eine ausgeprägte Kommunikationskultur und vergleichsweise gute Stimmung in der Einrichtung.

Im Rahmen der schriftlichen Befragung und der Interviews wurde die Analyse der Belastungen des Personals durch Bewohner/innen und Angehörige weiter vertieft. Dabei leiten sich wesentliche Erkenntnisse aus einem Vergleich der Fallstudienergebnisse mit der Gesamtauswertung her:

Tabelle 26: Belastungen durch Bewohner(verhalten) I (Fallstudie/Gesamt)

Sie fühlen sich besonders belastet...	Pflege		Hauswirtschaft	
	Haus B	Gesamt	Haus B	Gesamt
durch demenzkranke Bewohner/innen. (N Haus B = 9; 5) (N Gesamt = 183; 37)	11,1%	29,5%	20,0%	37,8%
durch Bewohner/innen mit Tag-Nacht-Umkehr. (N Haus B = 8; 5) (N Gesamt = 180; 35)	12,5%	30,0%	0,0%	8,6%
durch Bewohner/innen, die aggressiv im Umgang mit anderen Bewohner/innen sind. (N Haus B = 9; 5) (N Gesamt = 184; 37)	22,2%	61,4%	60,0%	40,5%
durch Bewohner/innen, die aggressiv im Umgang mit dem Personal sind. (N Haus B = 9; 6) (N Gesamt = 183; 38)	33,3%	63,4%	66,7%	36,8%
durch Bewohner/innen, die notwendige Hilfen ablehnen. (N Haus B = 9; 5) (N Gesamt = 186; 37)	22,2%	47,3%	60,0%	43,2%
durch Bewohner/innen mit Weglauftendenz. (N Haus B = 9; 5) (N Gesamt = 185; 37)	22,2%	55,1%	20,0%	32,4%
durch permanent schreiende oder rufende Bewohner/innen. (N Haus B = 9; 5) (N Gesamt = 185; 36)	44,4%	66,5%	60,0%	33,3%
durch Bewohner/innen, die andere Bewohner/innen sexuell belästigen. (N Haus B = 8; 5) (N Gesamt = 175; 35)	62,5%	53,7%	0,0%	25,7%
durch Bewohner/innen, die das Personal sexuell belästigen. (N Haus B = 8; 6) (N Gesamt = 177; 37)	50,0%	56,5%	33,3%	29,7%

Im Vergleich zur Gesamtauswertung gibt ein höherer Anteil Hauswirtschaftskräfte Belastungen durch Bewohnerverhalten an. Dies betrifft vor allem aggressive oder schreiende Bewohner/innen sowie solche, die notwendige Hilfen ablehnen. Die festgestellten Unterschiede hängen mit einem anderen konzeptionellen Ansatz in B zusammen, nach dem die Hauswirtschaftskräfte auch in die direkte Versorgung der Bewohner/innen einbezogen sind. So umfasst z.B. die Essensversorgung beim Frühstück und Abendessen auch das Verteilen der Speisen im Aufenthaltsraum. Damit werden die Hauswirtschaftskräfte auch mit verhaltensauffälligen Demenzkranken oder depressiven Bewohner/innen konfrontiert und müssen sich in dieser Hinsicht „behaupten“. Dass sie sich dadurch teilweise deutlich höher belastet fühlen als die Pflegekräfte, kann mit mehreren Faktoren zusammen hängen:

- Viele Hauswirtschaftskräfte sind zwar bereits seit langem in der Einrichtung B beschäftigt, die aufgebaute Erfahrung ersetzt jedoch nicht die fachliche Qualifikation, die die Pflegekräfte vor Belastungen schützen kann.
- Es handelt sich um überwiegend ältere Arbeitnehmer/innen, die neben den Anforderungen, die durch die Bewohner/innen entstehen, auch verstärkt unter dem permanenten Zeitdruck und den körperlichen Belastungen zu leiden haben.
- Schließlich sind die Hauswirtschaftskräfte weniger in Diskussionszusammenhänge eingebettet als die Pflegemitarbeiter/innen. Damit haben sie weniger Zugriff auf Informationen, die ihnen die Betreuung der Bewohner/innen teilweise erleichtern könnten. Zum anderen fehlt es am entlastenden kollegialen Austausch.

Geringere Durchschnittswerte sind bei Bewohnerzuständen oder -verhalten angegeben worden, die für die Hauswirtschaftskräfte in B eine geringere Rolle spielen. So gab z.B. keine der Befragten eine Belastung durch inkontinente oder immobile Bewohner/innen an, da diese Einschränkungen bei den hauswirtschaftlichen Verrichtungen mit keinem besonderen Aufwand verbunden sind. Auch die nächtliche Unruhe („Tag-Nacht-Umkehr“), mit der die am Tag eingesetzten Kräfte keine Berührungspunkte haben, ist für sie ebenso unproblematisch wie die sexuelle Belästigung von Bewohnerinnen, was nur die länger in den Wohnbereichen präsenten Pflegekräfte überhaupt realisieren.

Im Gegensatz zu den Hauswirtschaftskräften fühlen sich die Pflegemitarbeiter/innen im Vergleich zur Gesamtauswertung durch Bewohnerverhalten weniger belastet, und dies betrifft vor allem diejenigen

Kategorien, in denen schwere Verhaltensauffälligkeiten im Rahmen einer Demenz beschrieben sind. Besonders deutlich treten diese Unterschiede zur Gesamtauswertung auf bei den Belastungen durch

- Bewohner/innen, die sich dem Personal oder Mitbewohner/innen gegenüber aggressiv verhalten,
- Wegläufer,
- diejenigen Demenzkranke, die permanent schreien oder
- Bewohner/innen, die notwendige Maßnahmen ablehnen.

Tabelle 27: Belastungen durch Bewohner(verhalten) II (Fallstudie/Gesamt)

Sie fühlen sich besonders belastet...	Pflege		Hauswirtschaft	
	Haus B	Gesamt	Haus B	Gesamt
durch Bewohner/innen in der Sterbephase. (N Haus B = 9; 6) (N Gesamt = 184; 41)	22,2%	27,7%	33,3%	24,4%
durch Bewohner/innen mit hohem grundpflegerischem Bedarf. (N Haus B = 9; 5) (N Gesamt = 185; 39)	33,3%	22,7%	20,0%	12,8%
durch Bewohner/innen mit hohem behandlungspflegerischem Bedarf. (N Haus B = 9; 5) (N Gesamt = 184; 39)	22,2%	22,3%	20,0%	10,3%
durch immobile Bewohner/innen. (N Haus B = 9; 5) (N Gesamt = 185; 38)	0,0%	16,2%	0,0%	5,3%
durch inkontinente Bewohner/innen. (N Haus B = 9; 5) (N Gesamt = 185; 38)	0,0%	12,4%	0,0%	13,2%
durch Bewohner/innen, die weinerlich und depressiv sind. (N Haus B = 9; 5) (N Gesamt = 184; 38)	11,1%	41,8%	40,0%	36,8%
durch Bewohner/innen mit Suizidgedanken. (N Haus B = 8; 5) (N Gesamt = 183; 38)	37,5%	55,7%	40,0%	28,9%
durch Bewohner/innen, die sediert werden (müssen). (N Haus B = 8; 5) (N Gesamt = 175; 37)	37,5%	32,6%	20,0%	18,9%
durch Bewohner/innen, die fixiert werden (müssen). (N Haus B = 8; 5) (N Gesamt = 179; 37)	37,5%	37,4%	20,0%	21,6%

Auch Belastungen im Umgang mit depressiven Bewohner/innen mit oder ohne Suizidgedanken empfinden die Mitarbeiter/innen des Hauses B als weniger stark. Überdurchschnittliche Werte sind hingegen bei den Belastungen durch einen hohen Anteil an Grundpflege zu konstatieren. Vor allem beim grundpflegerischen Bedarf hat die Einrichtung B zusammen mit einem weiteren Heim den Maximalwert. Dies würde die oben angeführte These bestätigen, nach der die angegebene Verteilung der Bewohner/innen nach Pflegestufen auf einen überdurchschnittlichen Pflegeaufwand schließen lässt.

Die geringer ausgeprägten Durchschnittswerte in B sind umso erstaunlicher als die Belastung durch Bewohnerverhalten und Angehörige sowohl von Seiten der Leitungskräfte als auch im Rahmen des durchgeführten Workshops als bedeutendste Belastungsquelle hervorgehoben wurde, was letztendlich zur Auswahl des zu vertiefenden Themas im Rahmen des AIDA-Projektes geführt hatte. Bei näherer Betrachtung und unter Hinzuziehung der Interviewergebnisse konnten Hinweise auf mögliche Erklärungen für dieses scheinbar paradoxe Antwortverhalten herausgearbeitet werden:

- Alle Pflegemitarbeiter/innen – unabhängig von ihrem Ausbildungsstand – schilderten wenig Probleme mit „fachlich anspruchsvollen Bewohner/innen“, sondern eher schwierige Konstellationen, die im zwischenmenschlichen Umgang anzusiedeln sind und die sowohl die Bewohner/innen als auch – und dies offenbar in noch stärkerem Maße – die Angehörigen betreffen.
- Zudem ist darauf hinzuweisen, dass die Fragebogen in B mehrheitlich von Pflegefachkräften ausgefüllt wurden, die durch ihre fundierte Grundausbildung über ein größeres Spektrum an Handlungsoptionen im Umgang mit psychisch belastendem Bewohnerverhalten verfügen.

- Auch in den Interviews bestätigte sich dieser Eindruck. Die sonst typischen psychischen Belastungen, die von Demenzzkranken mit Verhaltensauffälligkeiten, von depressiven oder Bewohner/innen in der Sterbephase ausgehen, wurden eher von den weniger gut ausgebildeten Kräften genannt und beschrieben.
- Wie noch detaillierter herauszuarbeiten war, verfügt die Einrichtung B über wertvolle Ressourcen, die geeignet sind, die bestehenden Belastungen vor allem für die Pflegemitarbeiter/innen zu reduzieren. Dass sich die Pflegemitarbeiter/innen im Vergleich zur Gesamtauswertung durch psychisch kranke Bewohner/innen weniger belastet fühlen, kann als ein Zeichen bewusster Auseinandersetzung mit diesem Thema in B gewertet werden.

Um Hinweise auf solche Ressourcen zu erhalten, wurden die Mitarbeiter/innen in B gezielt nach Stärken und Schwächen der Einrichtung im Umgang mit psychisch kranken Bewohner/innen gefragt.

Tabelle 28: Stärken und Schwächen im Umgang mit psychisch kranken Bewohner/innen

Wo sehen Sie Stärken bzw. Schwächen Ihrer Einrichtung im Umgang mit psychisch kranken Bewohner/innen?	Pflege			Hauswirtschaft		
	Stärken	Schwächen	teils/teils	Stärken	Schwächen	teils/teils
Bauliche Struktur (N = 7; 4)	14,3%	57,1%	28,6%	25,0%	50,0%	25,0%
Milieugestaltung (N = 8; 4)	75,0%	0,0%	25,0%	0,0%	0,0%	100,0%
Leitungskompetenz (N = 7; 4)	100,0%	0,0%	0,0%	50,0%	0,0%	50,0%
Personalmenge (N = 8; 4)	25,0%	37,5%	37,5%	0,0%	75,0%	25,0%
Spezifische Fortbildungen des Personals (N = 8; 3)	62,5%	12,5%	25,0%	33,3%	0,0%	66,7%
Engagement des Personals (N = 8; 4)	75,0%	12,5%	12,5%	75,0%	0,0%	25,0%
Funktionierende Teamarbeit (N = 8; 4)	75,0%	12,5%	12,5%	75,0%	0,0%	25,0%
Pflegekonzept (N = 8; 4)	87,5%	12,5%	0,0%	25,0%	0,0%	75,0%
Tagesstrukturierung (N = 8; 4)	87,5%	0,0%	12,5%	50,0%	0,0%	50,0%
Angehörigenarbeit (N = 7; 4)	28,6%	42,8%	28,6%	0,0%	0,0%	100,0%
Einsatz von Ehrenamtlichen (N = 7; 4)	57,1%	14,3%	28,6%	100,0%	0,0%	0,0%
Hausärztliche Versorgung (N = 7; 4)	28,6%	57,1%	14,3%	75,0%	0,0%	25,0%
Fachärztliche Versorgung durch niedergelassene Ärzte (N = 6; 4)	33,3%	33,3%	33,3%	100,0%	0,0%	0,0%

Ein besonderes Vertrauen der Pflegekräfte genießt in dieser Frage die Leitung, deren Kompetenz von allen als besondere Stärke erlebt wird. Deutlich gelobt werden auch Elemente der Arbeitsstruktur, wie das Pflegekonzept und die Tagesstrukturierung (jeweils 87,5% als Stärke) sowie das Engagement des Personals, die Teamarbeit und die Milieugestaltung (jeweils 75% als Stärke). Auch die spezifischen Fortbildungen des Personals werden mehrheitlich als Stärke erlebt (62,5%). Damit wird deutlich, dass die Mitarbeiter/innen in der Einrichtung gute Grundlagen für einen adäquaten Umgang mit psychisch kranken Bewohner/innen wahrnehmen. Betrachtet man die angegebenen Schwächen werden in erster Linie die bauliche Struktur genannt, die man gerade im Rahmen des Neubaus verändern will, sowie Defizite in der haus- und fachärztlichen Versorgung. Zudem geben immerhin 37,5% der Befragten an, die Personalmenge als Schwäche im Umgang mit den psychisch kranken Bewohner/innen einzuschätzen, was den Diskussionen im Rahmen des Workshops entspricht. Im Hinblick auf die Maßnahmenentwicklung war zu berücksichtigen, dass über 40% der Mitarbeiter/innen die Angehörigenarbeit eher als Schwäche bewerten.

Neben den Belastungen durch psychisch kranke Bewohner/innen nahm in den Interviews die Schilderung der sexuellen Belästigungen einen breiten Raum ein, die in erster Linie von geistig gesunden Bewohner/innen oder von Angehörigen ausgehen. Dazu passt, dass das Heim B neben den Belastungen durch den vermehrten Pflegeaufwand auch in diesem Feld den Maximalwert von allen Häusern trägt. Das Repertoire umfasst sexuelle Anspielungen, unhöfliches Anstarren, Aufforderungen,

sexuelle Handlungen vorzunehmen bis hin zu Übergriffen. Als besonders anspannende Situation wird in diesem Zusammenhang die Intimpflege der männlichen Bewohner erlebt. Hier helfen sich die Pflegekräfte aus, indem sie diese Verrichtung in bestimmten Zimmern nur noch zu zweit übernehmen.

Probleme sind in der Vergangenheit auch durch sexuelle Übergriffe auf Bewohnerinnen entstanden. So gab es z.B. einen Fall, dessen Brisanz vor allem darin lag, dass ein geistig rüstiger Bewohner eine demenzkranke Frau sexuell belästigte, die ihm aufgrund ihrer geistigen Einschränkungen hilflos ausgeliefert war. Diese Situationen erleben die Pflegekräfte zwar nicht ganz so intensiv, als wenn sie persönlich betroffen wären. Dennoch werden sie wegen der Empathie mit dem Opfer als vergleichsweise starke Belastung geschildert.

Insgesamt birgt das Thema jedoch eine zusätzliche Schwierigkeit, die mit der gesellschaftlichen Tabuisierung von Alterssexualität zusammenhängt. Hier haben die Leitungskräfte bereits wichtige Schritte unternommen, um die diesbezüglichen Belastungen der Mitarbeiter/innen zu senken. Das Thema wird in der Belegschaft offen diskutiert, und es wird versucht, die Situationen, in denen sexuelle Übergriffe verstärkt vorkommen, zu entschärfen. Gleichzeitig werden die betroffenen Bewohner und Besucher auf ihr Fehlverhalten mit dem Ziel angesprochen, klare Grenzen zu ziehen. Im Gespräch suchen die Leitungskräfte mit den sexuell aktiven Bewohnern nach Lösungsmöglichkeiten, wie sie ihre Bedürfnisse befriedigen können, ohne Dritte zu belästigen. Auch durchgreifendere Maßnahmen, wie die Kündigung eines Bewohners oder eine Anzeige bei der Polizei, wurden bereits ergriffen.

Weiterer Belastungspunkt sind Probleme in der Interaktion mit den Angehörigen. Hier zeigen sich in der schriftlichen Befragung deutliche Unterschiede zur Gesamtauswertung:

Tabelle 29: Belastungen durch Angehörige (Fallstudie/Gesamt)

Angehörige	Pflege		Hauswirtschaft	
	Haus B	Gesamt	Haus B	Gesamt
Die Angehörigen entlasten Sie bei Ihrer Arbeit. (N Haus B = 9; 6) (N Gesamt = 177; 41)	22,2%	31,6%	16,7%	4,9%
Die Kommunikation mit den Angehörigen wird in Ihrer Einrichtung als Teil Ihrer Arbeit betrachtet. (N Haus B = 8; 6) (N Gesamt = 180; 40)	75,0%	79,4%	33,3%	67,5%
Die Zusammenarbeit mit Angehörigen klappt gut. (N Haus B = 7; 6) (N Gesamt = 171; 40)	57,1%	74,9%	50,0%	75,0%
Die Angehörigen haben manchmal zu hohe Ansprüche. (N Haus B = 8; 6) (N Gesamt = 179; 41)	87,5%	83,8%	50,0%	56,1%
Die Angehörigen von Demenzkranken kooperieren besser als die Angehörigen geistig rüstiger Bewohner/innen. (N Haus B = 7; 5) (N Gesamt = 168; 37)	42,9%	48,8%	20,0%	24,3%
Die Angehörigen geben Ihnen oft wertvolle Tipps, weil sie den/die Bewohner/in besser kennen. (N Haus B = 9; 5) (N Gesamt = 178; 37)	33,3%	49,4%	40,0%	37,8%
Die Angehörigen sind mit der Versorgungsqualität zufrieden. (N Haus B = 7; 5) (N Gesamt = 165; 36)	85,7%	81,2%	100,0%	83,3%
Die Angehörigen lassen ihr schlechtes Gewissen an Ihnen aus. (N Haus B = 8; 6) (N Gesamt = 177; 38)	75,0%	53,1%	0,0%	10,5%
Es gibt häufig Unstimmigkeiten mit den Angehörigen. (N Haus B = 7; 5) (N Gesamt = 170; 38)	42,9%	49,4%	0,0%	15,8%
Man muss den Angehörigen oft das Verhalten Demenzkranker erklären. (N Haus B = 8; 5) (N = 178; 35)	100,0%	86,5%	0,0%	34,3%

In den Interviews wurde immer wieder auf dem Stress durch ständig wiederkehrende, als unangemessen empfundene Ansprüche berichtet. Dass Angehörige manchmal zu hohe Ansprüche haben, gaben demzufolge fast neun von zehn Befragten an. Deutlich mehr Pflegekräfte als in der Gesamtauswertung beklagten, dass die Angehörigen ihr schlechtes Gewissen an ihnen auslassen. Dabei wurde in den Interviews präzisiert, dass offenbar alle Mitarbeiter/innen gleichermaßen von „verbalen Attacken“ betroffen seien. Wer auf dem Flur oder im Bewohnerzimmer einen unzufriedenen Angehörigen

gen treffe, müsse sich die Klagen anhören. Eine besondere Brisanz erfahre die Kritik, wenn sich die Angehörigen ohne Rücksprache auf den Wohnbereichen bei den Verwaltungskräften der Rezeption oder bei den Vorgesetzten beschwerten. Dann würden Dinge im Haus diskutiert, ohne dass man die Möglichkeit habe, sie in das richtige Licht zu rücken.

Häufig sei ein Problem, dass die Angehörigen nur „ihre Mutter oder ihren Vater und nicht die Bedürfnisse der anderen Bewohner sehen“. Der Egoismus bewege sich teilweise in einem nicht nachvollziehbaren Rahmen. „Die Angehörigen hätten am liebsten, dass ihr Pflegebedürftiger in jeder Hinsicht immer der Erste ist“. Mit den komplexen Anforderungen an die Pflegekräfte und dem allgegenwärtigen Zeitdruck lasse sich diese Ungeduld nur schwer vereinbaren. Auch die Bewohner/innen selbst erhöhten teilweise den Druck durch „Eifersüchteleien“, indem sie genau beobachteten, wer wann z.B. sein Essen zuerst bekomme.

Der Aussage, dass die Zusammenarbeit mit den Angehörigen gut funktioniere, stimmen deshalb deutlich weniger Befragte in B zu, als dies im Durchschnitt der Fall ist. Hinzu kommt ein Unverständnis, wenn sich die Angehörigen nicht um die Pflegebedürftigen kümmern und diese stark darunter leiden. Als Beispiele werden Angehörige genannt, die in der Nähe wohnen, aber nie zu Besuch kommen oder Angehörige, die in starkem Maße an Kleidung oder sonstigen wichtigen Gebrauchsgegenständen sparen, die das Leben im Heim angenehmer gestalten könnten.

Angesichts dieser Grundhaltung erstaunt es nicht, dass sich weniger Mitarbeiter/innen wertvolle Tipps von den Angehörigen erwarten oder sich gar entlastet fühlen. Im Gegenteil betonen alle Mitarbeiter/innen, dass man den Angehörigen immer wieder das Verhalten Demenzkranker erklären müsse. Hier scheint ein weiteres Konfliktfeld zu liegen. Man fühlt sich von den Angehörigen in der eigenen, als qualitativ voll erlebten Arbeit nicht ausreichend gewürdigt. Den Angehörigen fehle das fachliche Hintergrundwissen, um das Verhalten der Pflegekräfte zu verstehen.

Dennoch geht die überwiegende Mehrheit davon aus, dass die Angehörigen mit der Versorgungsqualität grundsätzlich zufrieden sind. Auch in den Interviews wird betont, dass man mit den meisten Angehörigen gut zurechtkomme, mit einzelnen aber immer wieder aneinander gerate. Dann versuche man die Dinge ruhig im Gespräch zu klären, wenn nötig wird die Wohnbereichsleitung hinzugezogen. Als weitere „Verstärkung“ steht die Pflegedienstleitung zur Verfügung, falls sich die Dinge auch auf diese Weise nicht klären lassen. Dies wird grundsätzlich als große Hilfe im Umgang mit Konflikten erlebt.

Die Hauswirtschaftskräfte in B haben auch hinsichtlich der Angehörigen teilweise deutlich unterschiedliche Einschätzungen im Vergleich zur Gesamtauswertung abgegeben. Nur etwa halb so oft gaben sie an, dass die Kommunikation mit den Angehörigen in der Einrichtung als Teil der Arbeit betrachtet wird. Dies entspricht den Interviewergebnissen, in denen geschildert wurde, dass man zwar Kontakt mit den Bewohner/innen, kaum aber mit den Angehörigen habe. Diese kämen zu Zeiten in die Einrichtungen, zu denen ihre Dienstzeit bereits beendet sei. Dennoch fühlen sie sich teilweise durch die Angehörigen entlastet und mit 40% geben sogar mehr Hauswirtschafterinnen als Pflegekräfte an, von den Angehörigen wertvolle Tipps zu erhalten.

Auch wenn alle Hauswirtschaftskräfte davon ausgehen, dass die Angehörigen mit der Versorgungsqualität zufrieden sind, gibt nur die Hälfte an, dass die Zusammenarbeit gut funktioniert. Dabei wurde in den Interviews deutlich, dass diese Einschätzung sich vorrangig auf die Zusammenarbeit der Angehörigen mit den Pflegekräften bezieht. Hier bekomme man schon mit, dass dies manchmal nicht so einfach sei. Auch die von den Pflegekräften beklagte Anspruchshaltung wird von den Hauswirtschaftskräften wahrgenommen. Mit ihnen selbst gibt es allerdings keine Unstimmigkeiten (0,0%) und auch das schlechte Gewissen der Angehörigen hat für sie keine Relevanz (0,0%).

3. Zwischenfazit

Die Einrichtung in B hat bereits wichtige Schritte in die Wege geleitet, mit Belastungen durch Bewohnerverhalten und durch Angehörige umzugehen. Wichtige Ressourcen sind z.B. die offene Kommunikationskultur mit den Führungskräften, die gute Arbeitsstruktur und die Schulung der Mitarbeiter/innen z.B. im Demenzbereich. Im Rahmen der Maßnahmenentwicklung war zu prüfen, inwieweit ein weiterer Fortschritt durch eine bessere Kommunikation zwischen den Wohnbereichen zu erzielen ist. Zudem legten die Ergebnisse nahe zu überprüfen, inwieweit die Angehörigenarbeit im Sinne einer stärker gelebten Kundenorientierung intensiviert werden könnte und wo andererseits die Mitarbeiter/innen durch persönliche und/oder strukturelle Maßnahmen vor ungebührlichem Verhalten geschützt werden müssen.

C: Die Arbeit des Gesundheitszirkels

1. Ergebnispräsentation und Auswahl der Arbeitsfelder

Nachdem die zuständige Mitarbeiterin des **iso**-Instituts den Führungskräften die Ergebnisse Ist-Analyse hinsichtlich aller Belastungsfelder dargestellt hatte, fand für die Mitarbeiter/innen eine Ergebnispräsentation statt, in der insbesondere die Belastungen durch Bewohner/innen und Angehörige diskutiert wurden. Vertreten waren in erster Linie die im Rahmen der Ist-Analyse interviewten Mitarbeiter/innen aus den Arbeitsfeldern Pflege, Hauswirtschaft und Sozialer Dienst sowie der übergeordnete Qualitätsbeauftragte des Trägers. Die Teilnehmer/innen fanden ihre Arbeitsrealität in den präsentierten Daten gut abgebildet. Eine längere Diskussion ergab sich lediglich hinsichtlich des konstatierten Belastungserlebens der Hauswirtschaftskräfte im Umgang mit Bewohner/innen. Es wurde deutlich, dass die Mitarbeiter/innen des Pflegedienstes nicht nachvollziehen können, warum die Hauswirtschaftskräfte sich z.B. von einem hohen Pflegebedarf der Bewohner/innen belastet fühlen, schließlich seien sie für die konkrete Pflegearbeit gar nicht zuständig. Wer darunter massiv leide, sei wohl für die Arbeit in einem Pflegeheim nicht geeignet. Im Laufe der Erläuterungen der Hauswirtschaftskräfte wuchs das Verständnis der Pflegemitarbeiter/innen, dass den Kolleg/innen in der Regel das professionelle Know-how fehlt, um vor allem die psychischen Belastungen im Umgang mit schwerstkranken, sterbenden und demenzkranken Bewohner/innen zu verarbeiten. Zudem würden auch früher regelmäßig von der Leitung initiierte Validationsschulungen nicht mehr so intensiv verfolgt, weil es auf Trägerebene Diskussionen über ein Outsourcing der Hauswirtschaft gegeben habe. Ängste und Unsicherheiten entstünden z.B. im Servicebereich, wenn man sich alleine in schwierigen Situationen „behaupten“ müsse, etwa wenn die Pflegekräfte unterwegs seien, um Bewohner/innen zur Toilette zu begleiten oder im Zimmer zum Essen abzuholen. Hinzu kommt, dass die Hauswirtschaftskräfte nicht wie die Pflegemitarbeiter/innen in regelmäßige Diskussionszusammenhänge eingebunden sind, in denen entlastende Gespräche stattfinden könnten.

Die Pflegekräfte selbst relativierten die Belastungen durch Bewohnerverhalten. Dies gelte insbesondere, nachdem ein sexuell aktiver Bewohner, der Personal und Bewohnerinnen belästigt hatte, mittlerweile ausgezogen sei. Als täglich im Arbeitsalltag präsent wurden hingegen belastende Situationen im Umgang mit den Angehörigen geschildert. Zur Veranschaulichung wurde eine aus Sicht der Pflegekräfte typische Situation geschildert. Während das Personal des Wohnbereichs und die Angehörigen um eine gerade verstorbene Bewohnerin trauerten, versuchte eine andere Angehörige schnell und mit Nachdruck, das frei gewordene Einzelzimmer für ihre Mutter zu buchen. Die Verstorbene lag dabei noch in dem angestrebten Zimmer. Es entstand in der Folge eine intensive Debatte über mögliche Ursachen von Unzufriedenheiten und unangemessenem Verhalten von Angehörigen, in der bereits mögliche gegensteuernde Maßnahmen auf der Struktur- und Prozessebene der Einrichtung andiskuti-

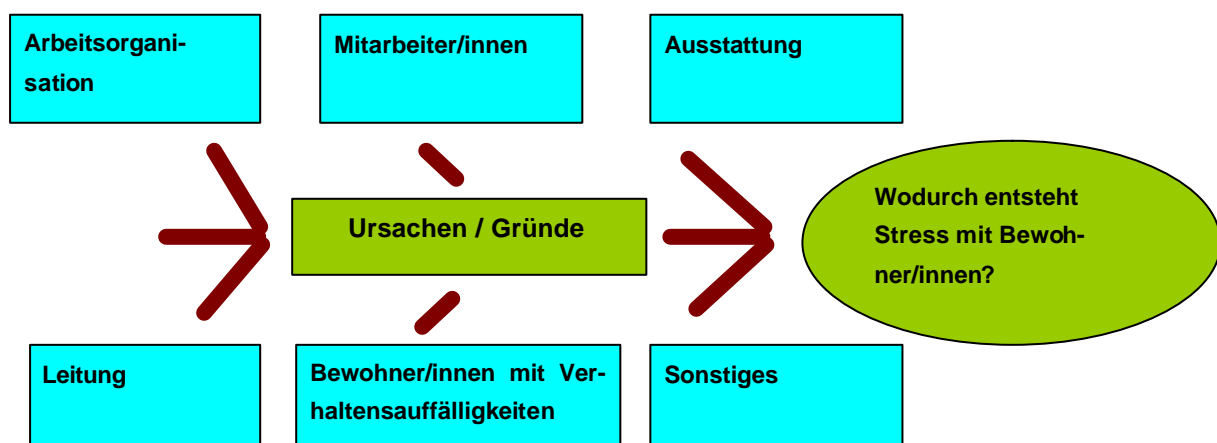
tiert wurden. Die Teilnehmer/innen betonten darüber hinaus die Notwendigkeit, den Angehörigen bei ungebührlichem oder beleidigendem Verhalten Grenzen aufzuzeigen.

Die vertretenen Mitarbeiter/innen priorisierten im Anschluss die im Rahmen der Ist-Analyse herausgearbeiteten Problemfelder. Dabei erhielt das Thema „Belastung der Hauswirtschaftskräfte durch Bewohnerverhalten“ trotz der anfänglich geäußerten Skepsis die breiteste Zustimmung, was als erster Erfolg im Hinblick auf eine schnittstellenübergreifende Sensibilisierung bewertet werden kann. Zudem setzte sich – wie nach der Ist-Analyse zu erwarten – das Thema „Belastungen der Pflegekräfte durch Angehörige“ deutlich vor anderen herausgearbeiteten Belastungen z.B. durch Sterbende oder durch sexuelle Belästigungen durch. Aufgrund des großen Interesses der Mitarbeiter/innen an einer Maßnahmenentwicklung wurde vereinbart, zu beiden Feldern Gruppen unterschiedlicher Zusammensetzung zu bilden. Nach internen Diskussionen wurden für die „Hauswirtschaftsgruppe“ drei Hauswirtschaftskräfte benannt, darunter die Hauswirtschaftsleiterin, sowie eine Pflegekraft, die vor ihrer Ausbildung in der Hauswirtschaft tätig war. In den Mittelpunkt der zu entwickelnden Maßnahmen wurde der Umgang mit demenzkranken Bewohner/innen gerückt. Für die „Pflegegruppe“ wurde vorgegeben, dass alle Wohnbereiche mit jeweils zwei Personen sowie eine Mitarbeiterin des Sozialen Dienstes vertreten sein sollten. Damit wollte man auch einen Impuls zur Verstärkung der wohnbereichsübergreifenden Zusammenarbeit setzen. Die Wohnbereiche stellten daraufhin jeweils die Leitung und eine Fachkraft, darunter eine Auszubildende, für die Gruppenarbeit frei.

2. Problemanalyse und Konkretisierung der Zielzustände in der „Hauswirtschaftsgruppe“

2.1 Vertiefung der Bestandsaufnahme

Nach einer Erläuterung der Struktur und Funktionsweise des Gesundheitszirkels und einer Verständigung auf Kommunikationsregeln erfolgte mit der Leitfrage „wodurch entsteht Stress mit Bewohner/innen?“ der Einstieg in die vertiefende Ursachenanalyse. Anhand vorgegebener Kategorien wurden die Diskussionsbeiträge der Gruppenmitglieder fünf Handlungsebenen zugeordnet:



Dabei hoben sich bereits aus der Zahl der von den Teilnehmer/innen genannten Unterpunkte die Felder „Arbeitsorganisation“ und „Mitarbeiter/innen“ heraus:

Im Hinblick auf die Arbeitsorganisation wurde in erster Linie die **mangelnde bewohnerbezogene Information** problematisiert. Es gibt weder regelmäßige Besprechungen zwischen den Hauswirtschaftskräften, noch zwischen Hauswirtschafts- und Pflegekräften. Damit können Arbeitsbelastungen nicht im direkten Austausch unter Kolleg/innen reduziert werden, sondern bleiben beim einzelnen Mitarbeiter und der einzelnen Mitarbeiterin, die sie häufig mit ins Privatleben nehmen. Insbesondere zwischen Hauswirtschafts- und Pflegekräften ist der Informationsfluss nicht systematisch geregelt, man erhält ausgewählte Informationen „im Vorbeigehen“ und insgesamt fehlt allen Beteiligten die Zeit, sich über die Bewohner/innen auszutauschen. Dies trifft **insbesondere auf Teilzeitbeschäftigte mit geringem Stundenkontingent** zu. In der Konsequenz fehlen den Hauswirtschaftskräften Informationen insbesondere über nicht auskunftsfähige demenzkranke Bewohner/innen, wodurch die Einschätzung des Bewohnerverhaltens erschwert wird: In welcher Stimmung befindet sich ein/e Bewohner/in? Was hat er/sie zu sich genommen? Warum ist er/sie so unruhig? Dabei wird nicht nur eine wichtige Ressource vertan, wenn z.B. der Weg auf mögliche Interventionen zum Abbau von Unruhe durch mangelnde Hintergrundinformationen verstellt ist. Es kommt zudem zu Unsicherheiten über die adäquate Reaktion, die in Kombination mit Zeitdruck schnell als Überforderung erlebt werden kann, etwa wenn ein Bewohner immer wieder den Speiseraum verlassen möchte und nicht realisiert wird, dass dieser ein ausgeprägtes Bedürfnis hat, sich die Hände zu reinigen, was auch mit einem Waschlappen am Tisch zu befriedigen wäre.

Verstärkt wird der Informationsmangel durch eine **fehlende Kontinuität in der Anwesenheit der Hauswirtschaftskräfte** bei der Bewohnerversorgung in den Wohnbereichen. Die Hauswirtschaftskräfte wechseln häufig den Wohnbereich, müssen sich dann immer wieder auf unterschiedliche und teilweise unbekannte Bewohner/innen einstellen und verlieren den Überblick über den Zustand der Bewohner/innen. Dabei werden zwei Ursachen des häufigen Wechsels benannt. Zum einen gibt es bei der engen Kalkulation Probleme bei der Gestaltung des Dienstplans, die den auch von der Leitung angestrebten Einsatz der Kräfte auf festgelegten Wohnbereichen immer wieder verhindern. Zum anderen formulieren viele Hauswirtschaftskräfte Sonderwünsche für den Dienstplan, die auch die ursprünglich geplante Dienstzeit und den vereinbarten Dienstoffort von Kolleg/innen tangieren.

Die zukünftige Verantwortung für die Organisation des Informationsflusses sahen die Teilnehmer/innen bei den Leitungskräften. Sie betonten jedoch, dass auch die einzelnen Pflegemitarbeiter/innen nicht immer ihrer Verantwortung nachkommen, wichtige Informationen zeitnah weiterzugeben.

Als weiteres Problem wurde geschildert, dass die Mitarbeiter/innen unter einem **allgegenwärtigen Zeitdruck** arbeiten. Als belastend erleben sie in diesem Zusammenhang, zu wenig Zeit für Zuwendung zu haben. Stress entstehe z.B., wenn man sich bei der Essensausgabe für einen Demenzkranken etwas länger Zeit nehmen müsse, bis sich geklärt habe, was dieser möchte. Dann spüre man gleich die Ungeduld und Eifersucht der anderen Bewohner/innen und gerate dadurch unter Druck. Belastend sei auch, dass in dem zur Verfügung stehenden Zeitkontingent kaum Spielräume für kurzfristig auftretende, nicht absehbare Zusatzaufgaben bestünden, weil die Pflegemitarbeiter/innen sonst mit ihrem „Programm“ wiederum in zeitlichen Verzug geraten. Dieser Zeitdruck entstehe z.B., wenn ein/e Bewohner/in eine schlechte Tagesform hätte, wenn Sonderwünsche geäußert werden, denen man nachkommen möchte oder wenn im Rahmen von Magen-Darm-Infektionen besondere Reinigungserfordernisse entstünden. Die Zeitnot wird durch fehlendes Material auf den Essenwagen verschärft, wodurch doppelte Wege zu absolvieren sind.

Auf der Ebene der Mitarbeiter/innen wurde selbstkritisch angemerkt, dass manche Kolleg/innen nicht über ausreichende **Kompetenzen im Umgang mit Demenzkranken** verfügten. Diese fühlten sich häufig durch das Verhalten Demenzkranker überfordert und persönlich angegriffen. Es fehlt offenbar an einem geeigneten deeskalierenden Verhaltensrepertoire im Umgang mit Demenzkranken. Zudem stellten die Teilnehmer/innen klar, dass sie einzelne Kolleg/innen als **ungeeignet für eine Arbeit im**

Servicebereich eines Pflegeheims einschätzen. Dies betreffe sowohl die Empathie für die Bewohner/innen und die Motivation als auch die Einsicht in die Bedeutung von Teamprozessen.

Auch durch räumliche Bedingungen, wie **beengte Speiseräume** entsteht Stress, weil derzeit viele schwerstpflegebedürftige Bewohner/innen im Rollstuhl transportiert werden müssen. Dies schätzt man jedoch in zweifacher Hinsicht als ein Übergangsproblem ein. Zum einen wird die Enge im Altbau durch den bevorstehenden Umzug von Bewohner/innen in den Neubau entschärft. Zum anderen erwartet man, dass sich durch den Einzug neuer Bewohner/innen der Anteil an Rollstuhlfahrer/innen wieder sukzessive reduzieren wird.

2.2 Sollkonzeption

Nach Abschluss der vertiefenden Ursachenanalyse wurden die Teilnehmer/innen gebeten, nicht oder nur mit enormem Aufwand zu beeinflussende Aspekte zu benennen, die aus der Maßnahmenentwicklung ausgeklammert werden sollten. Dabei wurde neben der Ausstattung und bewohnerbezogenen Zusammenhängen insbesondere der bestehende Zeitdruck aus der weiteren Bearbeitung ausgeschlossen. Die verbleibenden Problemfelder wurden positiv als Sollzustände umformuliert und teilweise konkretisiert:

- **Bewohnerbezogener Informationstransfer:** Der Infodfluss zwischen Pflege- und Hauswirtschaftskräften wird organisiert. Hauswirtschaftskräfte werden von den Pflegekräften über Änderungen bei den Bewohner/innen informiert. Dazu soll ein standardisiertes Instrument entwickelt werden, weil Besprechungen als zu zeitaufwendig eingeschätzt werden.
- **Infodfluss bei Teilzeitbeschäftigten mit geringem Stundenkontingent:** Es gibt ein Mindeststundenkontingent für Teilzeitkräfte in der Hauswirtschaft.
- **Erhöhung der Kontinuität im Service:** Dazu sollte zunächst geprüft werden, ob dies durch die Zuteilung fester Hauswirtschaftskräfte pro Wohnbereich leistbar ist.
- **Zeitdruck:** Materialengpässe sollen abgebaut werden. Dazu gibt es Springer, die die Hauswirtschaftskräfte und Pflegekräfte zeitlich entlasten.
- **Kompetenzen im Umgang mit Demenzkranken:** Zur Verbesserung der persönlichen Kompetenz im Umgang mit den Bewohner/innen gibt es einmal im Jahr zeitlich begrenzte Demenzfortbildungen für Hauswirtschaftskräfte.
- **Eignung:** Die Hauswirtschaftskräfte sind für die Altenarbeit geeignet. Neue Kräfte werden zu Beginn sorgfältig eingearbeitet.

Die herausgearbeiteten Aspekte wurden anschließend zu Themen zusammengefasst, die die Teilnehmer/innen im Hinblick auf ihre Bedeutung für eine Belastungsreduktion und im Hinblick auf ihre Lösungschancen bewerteten. Dabei mussten sie sich für die drei aus ihrer Sicht wichtigsten Themen entscheiden (Rang 1 = 3 Punkte, Rang 2 = 2 Punkte, Rang 3 = 1 Punkt). Nach Multiplikation der Punktwerte für Bedeutung und Lösungschance ergibt sich folgende Rangfolge:

Thema	Bedeutung	Lösungschance	Summe	Rang
Erhöhung der Kontinuität im Service	10	7	70	1.
Informationsfluss über Bewohner/innen verbessern durch ein standardisiertes Instrument	7	7	49	2.
Verbesserung der Eignung der Mitarbeiter/innen	3	6	18	3.
Abbau von Materialengpässen (z.B. durch einen Springer)	3	4	12	4.
Verbesserung der persönlichen Kompetenz der Mitarbeiter/innen	1	0	0	5.
Mindeststunden für Teilzeitbeschäftigte in der Hauswirtschaft	0	0	0	6.

Die Teilnehmer/innen betonten, dass die niedriger bewerteten Themen für sie ebenfalls von hoher Bedeutung waren. Die „Erhöhung der Kontinuität im Service“ habe für sie jedoch zurecht eine vorrangige Bewertung erhalten, weil durch sie nicht nur eine große Entlastung für die Hauswirtschafts-, sondern auch für die Pflegekräfte erreicht werden könne, die durch die ständigen Rückfragen nicht ausreichend informierter Hauswirtschaftskräfte belastet werden.

2.3 Abstimmung mit der Leitung in der „Hauswirtschaftsgruppe“

Bevor die Maßnahmenentwicklung beginnen konnte, mussten die von der Gruppe erarbeiteten Vorschläge mit der Leitung abgestimmt werden. Dabei erwies sich als Vorteil, dass in der Einrichtung insgesamt ein gutes Vertrauensverhältnis und eine solide kommunikative Basis zwischen Heimleitung, Pflegedienstleitung und den Mitarbeiter/innen bestehen, die sich auch unabhängig vom AIDA-Projekt positiv auf das Innovationsklima auswirken. Es kommt hinzu, dass die Heimleitung früher als Hauswirtschaftsleitung tätig war, so dass ein enger fachlicher Bezug besteht und zusätzlich ein ausgeprägtes Verständnis für die Arbeitssituation der Hauswirtschaftskräfte im Servicebereich des Hauses herrscht. So fiel es auch primär in den Verantwortungsbereich der Heimleiterin, die Vorschläge der „Hauswirtschaftsgruppe“ zu beurteilen und über deren Umsetzung zu entscheiden.

Abstimmungsbedarf entstand zunächst im Hinblick auf die **Erhöhung der Kontinuität im Service**. Aus betriebswirtschaftlichen Erwägungen sei die auch von der Leitung gewünschte Veränderung im Sinne fester Hauswirtschaftskräfte derzeit in den Dienstplänen nicht umzusetzen. Über eine Veränderung der Struktur werden die Leitungskräfte jedoch nach Bezug des Neubaus nachdenken, etwa in dem Sinne, Präsenzkkräfte in den Speiseräumen einzusetzen. Im Rahmen einer solchen Konzeptveränderung sei es auch möglich, die Hauswirtschaftskräfte stärker gemäß ihrer **Eignung** mit angemessenen Aufgaben zu befassen. Direkte und volle Unterstützung sagte die Leitung der Gruppe zu, wenn eine Maßnahme zur Reduktion von Sonderwünschen erarbeitet werden solle. Auch eine Initiative zur **Verbesserung des Informationsflusses** über Formblätter wurde von der Leitung begrüßt. Der Datenschutz müsse jedoch ebenso berücksichtigt werden, wie ein angemessener Zeitaufwand für das Ausfüllen der Papiere. Für den Bereich der Verhaltensprävention wurde zugesagt, unabhängig von der konkreten Maßnahmenentwicklung im AIDA-Projekt die bereits früher angebotenen **Demenzfortbildungen für Hauswirtschaftskräfte** wieder aufleben zu lassen. Der **Abbau von Materialengpässen** über Zivildienstleistende als Springer wurde von der Leitung als nicht umsetzbar eingeschätzt. Den Zivildienstleistenden fehle für eine solch verantwortungsvolle Aufgabe in der Regel die Kompetenz. Die jungen Helfer würden zudem zu häufig wechseln. Für andere Vorschläge zu diesem Thema sei man jedoch offen.

Nach dieser Zwischenabstimmung mit der Leitung wurde die Gruppenarbeit fortgesetzt. Die in der Folge entwickelten Maßnahmen wurden jeweils zeitnah mit den Leitungskräften diskutiert und abgestimmt.

2.4 Konkretisierung der Maßnahmen in der „Hauswirtschaftsgruppe“

2.4.1 Maßnahme: Erhöhung der Kontinuität im Service

Entsprechend der von der Gruppe festgelegten Prioritäten stand bei der Maßnahmenentwicklung zunächst die Verringerung des personellen Wechsels von Hauswirtschaftskräften im Service der Wohnbereiche im Vordergrund der Diskussion. Nachdem der Einsatz fester Kräfte pro Wohnbereich sich als nicht zeitnah umsetzbar heraus gestellt hatte, wurde bei der Suche nach weiteren Ansatzpunkten konkretisiert, mit welchen Faktoren der Wechsel im Einzelnen zusammenhängt:

- Es gibt eine Reihe von Mitarbeiter/innen in der Hauswirtschaft, die sich häufig und sehr spontan um Schichtverlegungen bemühen. Dies hat zu einer allgemeinen Belastung geführt, weil dadurch alle gezwungen sind, ebenfalls ständig ihren Rhythmus zu wechseln.
- Eine Unterbrechung entsteht zudem durch im Wechsel zu erledigende Spülarbeiten. Hier sei nach Auffassung der Gruppenmitglieder jedoch wenig Spielraum für Veränderungen, weil die Spülarbeiten körperlich sehr anstrengend seien und deshalb aufgeteilt werden müssten.
- Am Wochenende erfolgt häufig aufgrund des engen personellen Spielraums ein zusätzlicher Wechsel der Wohnbereiche.
- Hinzu kommen ältere Arbeitnehmer/innen, die in kürzeren Rhythmen arbeiten und dadurch den Wechsel der jüngeren Kolleg/innen verstärken.

Aufgrund der eingeschätzten Bedeutung für eine Erhöhung der personellen Kontinuität entschloss sich die Gruppe, ein Konzept zum Abbau spontaner Dienstplanänderungen zu erarbeiten, das sich wie folgt darstellt:

In Zukunft soll es für die Hauswirtschaft einen **bindenden Monatskalender** geben. Damit sollen Belastungen abgebaut werden, die neben dem körperlich anstrengenden Rhythmenwechsel vor allem Verhaltensunsicherheiten und Ängste betreffen, die aus einer mangelnden Information über den Zustand der zu versorgenden Bewohner/innen resultieren. Neben dem Belastungsabbau wird damit gleichzeitig die Qualität der Bewohnerversorgung von der Maßnahme positiv beeinflusst.

Während die normalen Schichtwechsel bestehen bleiben, sollen die Ausnahmen zukünftig klarer geregelt sein. Demnach können Sonderwünsche nur noch unter folgenden Bedingungen eingebracht werden:

- Sonderwünsche werden mindestens zwei Wochen vor Monatsbeginn angemeldet.
- Die Anfrage muss sich an die Hauswirtschaftsleitung, in Vertretung an eine von der Gruppe benannte Person richten. Nach Ablauf der Frist gibt die Hauswirtschaftsleiterin ggf. eingegangene Sonderwünsche an die Heimleitung weiter, die sie in den Dienstplan einträgt.
- Die privaten Gründe für Sonderwünsche müssen nicht erläutert werden.
- Es dürfen pro Jahr höchstens vier Sonderwünsche geltend gemacht werden.
- Bei Interessenkonflikten ist der frühere Antrag maßgeblich.
- Unausweichliche, mit Attest belegte Arzttermine fallen nicht unter die Sonderwünsche.

Zur Vorbereitung der Umsetzung wurden folgende Schritte in die Wege geleitet:

- Es wurde zunächst ein Termin vereinbart, an dem die Details der Umsetzung zwischen Hausleitung und Projektgruppe ausgehandelt wurden.
- Es war notwendig, die Hauswirtschaftskräfte rechtzeitig vor Maßnahmenbeginn über die geplante Regelung zu informieren. Dazu wurde gemeinsam mit der Leitung eine Informationsveranstaltung geplant, für die zusätzlich eine kurze schriftliche Information vorbereitet wurde. Gemeinsam verteilte man klare Zuständigkeiten für die anstehenden Schritte.
- Zudem stimmten die Gruppenmitglieder und die Leitung die Daten der Einführung des Kalenders und des ersten Stichtags für die Abgabe von Sonderwünschen ab. Dabei wurde präzisiert, dass Sonderwünsche nicht zwei Wochen vor Monatsbeginn, sondern zwei Wochen vor Inkrafttreten des nächsten Dienstplans anzumelden sind, der sich an den Kalenderwochen orientiert.

2.4.2 Maßnahme: Standardisiertes Instrument zur Verbesserung des Informationsflusses über Bewohner/innen

Bevor sich die Gruppe mit dem Instrument befasste, fand eine kurze Reflexion statt um zu klären, ob der Austausch über Bewohner/innen zu Dienstbeginn nicht doch im persönlichen Gespräch stattfinden könnte. Als unrealistisch schätzten die Teilnehmer/innen ein, regelmäßige Besprechungen zwischen Pflege- und Hauswirtschaftskräften einzuführen, denn dazu fehle beiden Berufsgruppen die Zeit. Auch das vom Pflegepersonal geführte Übergabebuch, in dem der Informationstransfer zwischen den Pflege Mitarbeiter/innen geregelt ist, könne von den Hauswirtschaftskräften faktisch nicht genutzt werden. Neben dem Aufwand, sich durch die Fülle der dort vermerkten Informationen zu arbeiten, bestehe das Problem, dass das Buch aus Datenschutzgründen in einem verschlossenen Raum aufbewahrt werde. So müsse man zunächst auf die Suche nach der Pflegekraft mit dem passenden Schlüssel gehen, was wiederum Zeit koste. Die Informationsweitergabe durch persönliche Ansprache funktioniere zwar manchmal, sei aber kein verlässliches Instrument.

So kam man zu dem Schluss, dass der gesicherte Informationstransfer am besten über ein standardisiertes Instrument zu gewährleisten sei. Zukünftig sollte es in der Nähe des Essenwagens eine Stecktafel geben, der jeden Morgen die wichtigsten, für die Hauswirtschaftskräfte relevanten Änderungen entnommen werden können. Gemeinsam sammelten die Gruppenmitglieder die aus ihrer Sicht wesentlichen Inhalte, die auf diesem Blatt zu vermerken wären:

- Bewohner/in isst ausnahmsweise im Zimmer
- Bewohner/in ist im Krankenhaus
- Bewohner/in ist verstorben
- Neuzugänge
- Aktuelle Veränderungen in den Ernährungsvorgaben (z.B. Diätkost, anderer Zerkleinerungsgrad)
- Veränderungen der Befindlichkeit
- Neue Verhaltensauffälligkeiten

Während unproblematische Angaben durch ein Ankreuzen zu kennzeichnen sind, sollte bei sensiblem Themen, wie z.B. der Verschlechterung der Befindlichkeit oder bei neu aufgetretenen Verhaltensauffälligkeiten lediglich der Passus „Rücksprache erforderlich bei Bewohner/in X“ ausgefüllt werden, um datenschutzrechtlichen Vorgaben zu genügen. Darauf hin habe die Hauswirtschaftskraft die Verpflichtung, die Information bei der Schichtleitung zu erfragen. Der jeweiligen Schichtführung im

Frühdienst wurde die Aufgabe zugeteilt, nach der Übergabe den tagesaktuellen Zettel ausfüllen und in die Stecktafel einbringen.

Zur Vorbereitung der Umsetzung wurden folgende Schritte in die Wege geleitet:

- Es wurde ein Termin vereinbart, an dem die Details der Umsetzung zwischen Hausleitung und Projektgruppe ausgehandelt und klare Zuständigkeiten für die anstehenden Schritte festgelegt wurden. Auf Anregung der Leitung wurde vereinbart, dass der Informationstransfer über sensible, die Bewohner/innen betreffende Aspekte im direkten Austausch mit der zuständigen Bezugspflegekraft erfolgen soll. Die Schichtleitung sei nur im Vertretungsfall anzusprechen. Die Bezugspflegekraft solle auch die Zuständigkeit übernehmen, das tagesaktuelle Blatt während der Übergabe auszufüllen und in die Stecktafel einzubringen. Zur Information der Hauswirtschaftskräfte solle ein Plan über die Zuständigkeiten der Bezugspflegekräfte für die einzelnen Bewohner/innen des Wohnbereichs ausgehängt werden.
- Die Information der Hauswirtschaftskräfte über die geplante Neuregelung wurde mit der Veranstaltung zum Monatskalender verknüpft. Zur Information der Pflegekräfte einigte man sich darauf, die Wohnbereichsleitungen in der bestehenden Montagsrunde über die Planungen zu informieren, damit diese ihre Mitarbeiter/innen selbst in Kenntnis setzen konnten. Auch zu dieser Maßnahme sollte eine kurze schriftliche Information an alle Mitarbeiter/innen verteilt werden.
- Schließlich einigten sich die Gruppenmitglieder mit der Leitung auf ein Datum für die Implementation der Maßnahme.

Die Mitarbeiterin des **iso**-Instituts entwickelte einen Entwurf für ein Formblatt, auf dessen Basis die weitergehenden Abstimmungen erfolgen sollten:

Übergabeformular für Servicekräfte

Tag: _____ Datum: _____ Übergabe durch Pflegekraft: _____

WOHNBEREICH 1	Namen der Bewohner/innen
<ul style="list-style-type: none"> • Bewohner/in ist im Krankenhaus: 	
<ul style="list-style-type: none"> • Bewohner/in ist verstorben: 	
<ul style="list-style-type: none"> • Neuzugänge: 	
Veränderungen Ernährung:	
<ul style="list-style-type: none"> ○ Diätkost: _____ _____ 	
<ul style="list-style-type: none"> ○ Zerkleinerungsgrad: _____ _____ 	
<ul style="list-style-type: none"> ○ Sonstiges: _____ _____ 	
<ul style="list-style-type: none"> • Rücksprache erforderlich (z.B. bei Verschlechterung der Befindlichkeit, Verhaltensauffälligkeiten usw.) 	
<ul style="list-style-type: none"> • Sonstiges: _____ 	

Nach einem Pretest stellte sich heraus, dass das Instrument in der Handhabung für die Pflegekräfte zu zeitaufwendig war, woraufhin es verkürzt und auch in anderer Weise modifiziert wurde. Die wichtige Information über Veränderungen im Zustand der Bewohner/innen wurde an den Anfang gerückt. Bei den Veränderungen der Essensvorgaben wurden vorgegebene Kategorien eingefügt, um ein zeitsparendes Ankreuzen zu ermöglichen. Informationen über Krankenhausaufenthalte, Neuzugänge oder Sterbefälle werden zukünftig zentral von der Hauswirtschaftsleitung an die Mitarbeiter/innen weitergegeben. Nach Eingabe der Korrekturen lag die Endfassung des Instruments vor und konnte zum vereinbarten Zeitpunkt in den Wohnbereichen eingesetzt werden:

Übergabeformular für Servicekräfte

Tag: _____ Datum: _____ Übergabe durch Pflegekraft: _____

WOHNBEREICH 1	Namen der Bewohner/innen
Rücksprache erforderlich (z.B. bei Verschlechterung der Befindlichkeit, Verhaltensauffälligkeiten usw.)	<div style="border-bottom: 1px solid black; height: 20px;"></div> <div style="border-bottom: 1px solid black; height: 20px;"></div> <div style="border-bottom: 1px solid black; height: 20px;"></div> <div style="border-bottom: 1px solid black; height: 20px;"></div>
Veränderungen Ernährung:	
Diätkost: _____ _____ _____	<div style="border-bottom: 1px solid black; height: 20px;"></div> <div style="border-bottom: 1px solid black; height: 20px;"></div> <div style="border-bottom: 1px solid black; height: 20px;"></div> <div style="border-bottom: 1px solid black; height: 20px;"></div>
Zerkleinerungsgrad: <div style="margin-left: 20px;"> <input type="checkbox"/> Vollkost <input type="checkbox"/> Passiertes </div> _____ <div style="margin-left: 20px;"> <input type="checkbox"/> Vollkost <input type="checkbox"/> Passiertes </div> _____ <div style="margin-left: 20px;"> <input type="checkbox"/> Vollkost <input type="checkbox"/> Passiertes </div> _____ <div style="margin-left: 20px;"> <input type="checkbox"/> Vollkost <input type="checkbox"/> Passiertes </div> _____	<div style="border-bottom: 1px solid black; height: 20px;"></div> <div style="border-bottom: 1px solid black; height: 20px;"></div> <div style="border-bottom: 1px solid black; height: 20px;"></div> <div style="border-bottom: 1px solid black; height: 20px;"></div>
Sonstiges: _____ _____ _____ _____	<div style="border-bottom: 1px solid black; height: 20px;"></div> <div style="border-bottom: 1px solid black; height: 20px;"></div> <div style="border-bottom: 1px solid black; height: 20px;"></div> <div style="border-bottom: 1px solid black; height: 20px;"></div>

2.4.3 Maßnahme: Verbesserung der persönlichen Kompetenz und Eignung der Mitarbeiter/innen

Die Eignung, Kompetenz und Motivation mancher Hauswirtschaftskräfte wurde in der Problemanalyse als Handlungsfeld heraus gearbeitet. Zum Zeitpunkt der Maßnahmenentwicklung stellte sich die Frage, inwieweit sich das Anforderungsprofil an die Hauswirtschaftskräfte durch eine im Projektverlauf auf der übergeordneten Trägerebene getroffene Entscheidung über eine externe Essensversorgung verändern wird. Die Heimleitung stellte die Vermutung an, dass sich die Tätigkeiten stärker ausdifferenzieren werden. Neben vergleichsweise einfachen Leistungen im Bereich der Raumpflege, für die auch weniger geeignete Kräfte eingesetzt werden könnten, bestünde die Option, dass zunehmend pflegenähe Tätigkeiten im Sinne einer alltagsorientierten Tagesstrukturierung von engagierten Servicekräften mit übernommen werden. Gerade im Neubau seien auch Vorrichtungen geplant, die z.B. die gemeinsame Zubereitung von Mahlzeiten oder Mahlzeitenteilen mit Bewohner/innen zulassen würden. Diese Aktivitäten könnten von spezieller geschulten Präsenzkraften aus der Hauswirtschaft durchgeführt werden. Aufgrund der Planungsunsicherheit wurde diese Maßnahme jedoch nicht weiter konkretisiert. Unabhängig von der konkreten Maßnahmenentwicklung im AIDA-Projekt hat die Leitung zugesagt, die bereits früher angebotenen Demenzfortbildungen für Hauswirtschaftskräfte wieder auflieben zu lassen.

2.4.4 Maßnahme: Abbau von Materialengpässen (z.B. durch einen Springer)

Hintergrund der geplanten Maßnahme war der entstehende Zeitaufwand, wenn Hauswirtschaftskräfte die Wohnbereiche verlassen müssen, um fehlende Materialien in der zentralen Küche zu besorgen. Die Gruppenmitglieder schlugen vor, dass dieser Hol- und Bringdienst für fehlende Speisen, Getränke und Geschirr von Zivildienstleistenden umgesetzt werden könnte. Nach Rücksprache mit der Leitung hatte sich jedoch ergeben, dass Zivildienstleistende diese Aufgabe aufgrund mangelnder Verlässlichkeit und Kontinuität nicht erfüllen können.

Es ergab sich im Laufe der Maßnahmenplanung das zusätzliche Problem, dass die Einrichtung nach einer Entscheidung des übergeordneten Trägers auf eine externe Essensversorgung umgestellt wird, so dass diese Planung in der Form relativiert werden musste, dass man sich bei der Maßnahmenentwicklung zunächst auf das Geschirr beschränken wollte. Anstatt der Zivildienstleistenden soll die Aufgabe zukünftig von den Servicekräften eines kleineren Wohnbereichs zentral für die anderen Wohnbereiche mit übernommen werden.

Der Ablauf wurde wie folgt festgelegt:

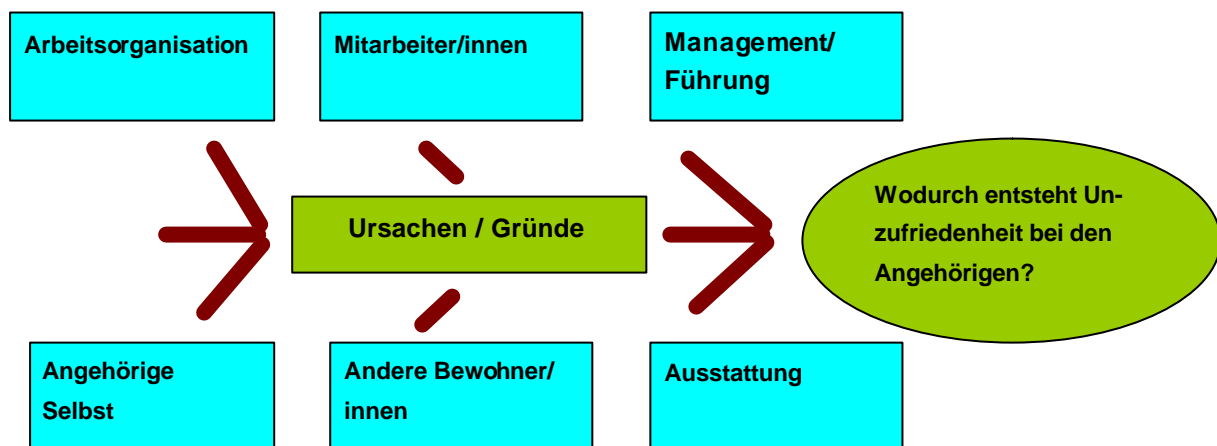
- Der normale Service im kleinen Wohnbereich läuft von 8.00-9.30 Uhr. Von 9.30-10.00 Uhr erfolgt von der Servicekraft dieses Wohnbereichs die Geschirrbereitstellung für das Mittagessen zentral für alle Wohnbereiche.
- Die bestückten Wagen werden von den Servicekräften der Mittagsschicht abgeholt.

Nach einer mündlichen Information der Mitarbeiter/innen konnte die Maßnahme zeitnah umgesetzt werden.

3. Problemanalyse und Konkretisierung der Zielzustände in der „Pflegruppe“

3.1 Vertiefung der Bestandsaufnahme

Auch in der „Pflegruppe“ mussten die Teilnehmer/innen zunächst über die Struktur und Funktionsweise des Gesundheitszirkels informiert werden. Im Anschluss erfolgte mit der Leitfrage „wodurch entsteht Unzufriedenheit bei den Angehörigen?“ der Einstieg in die vertiefende Ursachenanalyse. Anhand vorgegebener Kategorien wurden die Diskussionsbeiträge der Gruppenmitglieder sechs Handlungsebenen zugeordnet:



Dabei hoben sich bereits aus der Zahl der genannten Punkte die Felder „Angehörige“, „Arbeitsorganisation“, „Management/Führung“ und „Mitarbeiter/innen“ heraus:

Als großes Problem schilderten die Teilnehmer/innen, dass viele Angehörige aus Sicht der Pflegemitarbeiter/innen unberechtigte Ansprüche stellten, die im Pflegealltag nicht umzusetzen seien. Diese Ansprüche resultierten aus ihrer Einschätzung jedoch nur zum Teil aus einem „Überaktionismus“ der Angehörigen, der das schlechte Gewissen beruhigen soll. Wichtiger sei einzuschätzen, dass **den Angehörigen die notwendigen Informationen fehlten**, um die Versorgung adäquat einzuordnen. So sei der Stellenwert einer guten Pflege nicht bekannt und werde deshalb nicht ausreichend geschätzt. Die Pflegearbeit sei für die Angehörigen „unsichtbar“, sie werde als Selbstverständlichkeit vorausgesetzt. Wesentlich mehr Aufmerksamkeit und Anerkennung bekomme hingegen der Soziale Dienst, der „mache ja was mit den Bewohnern!“. Das mangelnde Fachwissen der Angehörigen führe nicht nur dazu, dass sie den Aufwand der pflegerischen Verrichtungen unterschätzten. Hinzu komme, dass sie spezielle Konzepte der Aktivierung oder Demenzbetreuung nicht nachvollziehen könnten, was wiederum zu Missverständnissen und Unmut führen könnte. So hätten Angehörige oder auch Bewohner/innen z.B. häufig Probleme mit störendem Verhalten benachbarter Demenzkranker, weil sie zu wenig über die Erscheinungsformen der Krankheit wissen und deshalb kein Verständnis aufbringen können. Erschwerend komme dann hinzu, dass die Doppelzimmer im Altbau relativ klein seien und man teilweise durch unangenehme Gerüche zusätzlich gestresst werde.

Die Teilnehmer/innen mutmaßten, dass die Erstberatung der Angehörigen, die von der Leitung durchgeführt wird, nicht genügend genutzt werde, um den Stellenwert der Pflege zu verdeutlichen. Was den Angehörigen im Gedächtnis bleibe, seien wohl eher die Räumlichkeiten und die diversen Beschäftigungsangebote des Sozialen Dienstes. Die Gruppenmitglieder sahen ein Problem, wenn man die hohen Erwartungen der Angehörigen in der Erstberatung nicht relativiert und die Grenzen des Machba-

ren rechtzeitig aufzeigt werden. Viele Beschwerden würden sich nach ihrer Einschätzung erübrigen, wenn die Angehörigen und Bewohner/innen selbst mehr über pflegerelevante Themen wissen würden. Dazu zählten sie zum einen inhaltliche Aspekte wie aktivierende Pflege, Demenz, medizinische Versorgung, aber auch Grundkenntnisse über den Arbeitsalltag in den Heimen (was sind selbstverständliche Leistungen, wo liegen Grenzen, wie sieht ein typischer Tagesablauf mit Arbeitsspitzen und -tälern aus, wann ist also eher zeitlicher Spielraum für die Anliegen der Angehörigen usw.?). Denn sonst seien Enttäuschungen und Unzufriedenheiten vorprogrammiert, die das Personal auf den Wohnbereichen zu spüren bekomme.

Wenn man die Information der Angehörigen in dieser Hinsicht ernst nähme, wenn diese z.B. verstehen sollen, was aktivierende Pflege ist, reiche ein Erstgespräch sicher nicht aus. Es wurde angeregt, darüber nach zu denken, welche Aspekte mit der Heimleitung und Verwaltung zu klären seien und welche weitergehenden Informationen von den Wohnbereichsleiterinnen gegeben werden sollten. Insgesamt hätten die Angehörigen bereits bei der Neuaufnahme zu wenig Kontakt mit dem Wohnbereichspersonal. Dadurch entstehe ein **Bruch zwischen der Erstberatung und der weiteren Betreuung der Angehörigen in den Wohnbereichen**. Organisierte „**Folgegespräche**“ oder **Angehörigensprechzeiten** in den Wohnbereichen hätten zudem den Vorteil, dass man Besonderheiten der Wohnbereiche thematisieren könne.

Umgekehrt sei die Bewohnerversorgung teilweise dadurch erschwert, weil die Angehörigen ihrerseits zu wenige Informationen preisgeben. Bei aussageunfähigen Bewohner/innen fehlten nicht selten biografische oder medizinisch-pflegerisch relevante Daten. Die Gruppenmitglieder berichteten, dass Angehörige bestimmte Informationen aus Scham bewusst zurückhielten, z.B. wenn Abhängigkeiten von Alkohol, Sedativa oder Abführmitteln bestünden. Auch unabhängig von Abhängigkeiten sei es mitunter schwierig, das Ausmaß an Eigenmedikation zu überblicken. Dann gäbe es zunehmend Fälle, in denen die Angehörigen zwar aussagewillig wären, jedoch selbst über viele Dinge nicht im Bilde seien, sei es, weil sie sich aus Desinteresse oder wegen Konflikten zurückgezogen haben oder weil sie andernorts wohnen.

Schwierigkeiten treten immer wieder auf, weil sich die Angehörigen nicht an den formal beschriebenen Prozess für das Beschwerdemanagement halten, was die Teilnehmer/innen auf verschiedene Ursachen zurückführten. Zum einen seien die Wohnbereichsleiterinnen je nach Schichtzuteilung nicht immer präsent und für die Angehörigen ansprechbar. Zum anderen hätten die Angehörigen des Öfteren zu bestimmten anderen Mitarbeiter/innen ein persönliches Vertrauen aufgebaut und würden sich mit ihren Anliegen direkt an diese wenden. Schließlich gebe es auch Fälle, in denen Beschwerden direkt bei der Hausleitung oder gar im Verwaltungssekretariat vorgetragen werden, ohne dass der Wohnbereich die Chance gehabt hätte, die Kritikpunkte mit den Angehörigen vorher selbst zu besprechen. Die Teilnehmer/innen kamen zu dem Schluss, dass den **Angehörigen in den Wohnbereichen ein klarer Ansprechpartner fehlt**. Dies sei nicht nur für Beschwerden von Bedeutung, sondern auch um den notwendigen Informationstransfer zu gewährleisten. Im Grunde sei derzeit kein klarer Rahmen vorgegeben, zu welchen Zeiten der Austausch mit den Angehörigen in den Wohnbereichen stattfinden solle und wer für welche Themen zuständig ist. Diese Regelungslücke führe zur Handlungsunsicherheit bei den Angehörigen und beim Personal.

Es wurde diskutiert, wie der Austausch mit den Angehörigen besser funktionieren könnte, wobei sich eine Reihe offener Fragen ergab: Welche Gespräche sollen die einzelnen Mitarbeiter/innen selbst führen? Welche Themen liegen eher im Verantwortungsbereich der Wohnbereichsleitung? In welcher Form könnte die Wohnbereichsleitung eine intensivere Angehörigenberatung leisten? Die Teilnehmer/innen schlugen vor, feste **Angehörigensprechzeiten** der Wohnbereichsleitungen einzuführen. Dazu müssten die notwendigen Freiräume geschaffen werden. Die Teilnehmer/innen betonten, dass aber nicht jedes Thema in die Sprechstunden verlagert werden könne, man müsse sich auch selbst weiter engagieren. Als hilfreich wurde ein **Katalog „wohnbereichsrelevanter“ Probleme und Fra-**

gen der Angehörigen eingeschätzt. Als Vorteil der Sprechzeiten wurde gesehen, dass die Angehörigen gezwungen wären, sich auf ein solches Gespräch vorzubereiten, ihre Kritik zu strukturieren und nicht wie jetzt, spontan ihrem Unmut freien Lauf zu lassen.

Die Gruppenmitglieder überlegten zudem, ob für immer wiederkehrende Themen, die viele Angehörige betreffen, **zentrale Veranstaltungen oder Angehörigengruppen** angeboten werden sollten. Hier wäre dann z.B. eine Gelegenheit, zu der die Angehörigen mit einem neutralen „Aufhänger“ in ein entlastendes Gespräch über ihr schlechtes Gewissen einsteigen könnten. Damit ein solches Angebot angenommen werde, müsse man jedoch das Interesse der Angehörigen wecken, z.B. im Rahmen von Fachvorträgen über Demenz oder als Austausch zum Thema Neuaufnahme usw. Die Gruppe behielt sich jedoch vor, die Dringlichkeit dieses Vorschlags nochmals zu überdenken.

Als weiteres Problem sahen die Teilnehmer/innen, dass der **Austausch über Anliegen der Angehörigen in den Wohnbereichen** nicht geregelt sei. So komme es vor, dass die Angehörigen bei verschiedenen Mitarbeiter/innen Wünsche äußerten und die Informationen im Alltagsstress verloren gingen, was dann zu einer berechtigten Kritik der Angehörigen führe. Zwar liege es in der Verantwortung jedes einzelnen, wenn Informationen von Angehörigen nicht im Team ankommen. Allerdings könne hier ein festgelegtes Verfahren den Informationsverlust reduzieren.

Schließlich wurde ein **Schnittstellenproblem** in die Debatte aufgenommen. So komme es immer wieder zu Beschwerden über die Wäsche und - wenn auch selten – über das Essen. Dann müssten sich die Pflegekräfte zu Bereichen äußern, in die sie keinen fundierten Einblick haben und für die sie nicht verantwortlich sind.

Die Teilnehmer/innen ergänzten schließlich selbstkritisch, dass die Mitarbeiter/innen im Umgang mit den Angehörigen nicht immer den richtigen Ton treffen bzw. teilweise überfordert seien, kompetent Auskünfte zu erteilen. Probleme wurden insbesondere beim korrekten Umgang mit Beschwerden gesehen. Viele fühlten sich durch Kritik persönlich angegriffen, anstatt vielleicht durch Rollenwechsel zu prüfen, welche Punkte aus Sicht der Angehörigen durchaus berechtigt seien. Es bestehe insgesamt eine **Unsicherheit, wie man mit Kritik umgehen sollte**, vor allem wenn sie in einer ungebührlichen Form geäußert werde. Manche Angehörige zeigten beim Versuch, ihre Wünsche durchzusetzen, einen ausgeprägten Egoismus ohne jegliche Schamgrenzen, für den die Gruppenmitglieder wenig Verständnis aufbringen konnten. Abgestoßen fühlten sie sich zudem durch unhöfliches Verhalten oder sexuelle Anzüglichkeiten einzelner.

Die Zirkelmitglieder räumten aber auch ein, dass viele Angehörige sich insbesondere in der Phase der Neuaufnahme in einer psychisch schlechten Verfassung befänden. Sie seien verunsichert, ob ihre Entscheidung zur Heimübersiedelung richtig war, machten sich Sorgen, ob die Versorgung gelingen werde und plagten sich mit einem schlechten Gewissen. Durch diesen Stress ausgelöst verfielen manche nach Beobachtung der Teilnehmer/innen sogar in eine depressive Grundhaltung, mit der man schwer umgehen könne. In solchen Phasen müsse man sich eigentlich mehr um die Angehörigen kümmern, wozu meistens die Zeit fehle.

3.2 Sollkonzeption

Nach Abschluss der vertiefenden Ursachenanalyse wurden die Teilnehmer/innen gebeten, nicht oder nur mit enormem Aufwand zu beeinflussende Aspekte zu benennen, die aus der Maßnahmenentwicklung ausgeklammert werden sollten. Dabei wurden neben der Ausstattung in erster Linie als nicht beeinflussbar eingeschätzte Aspekte der Angehörigenebene aus der weiteren Bearbeitung ausgeschlossen, wie z.B. das schlechte Gewissen oder die je nach Konstellation bestehende mangelnde Auskunftsfähigkeit über die Bewohner/innen. Die verbleibenden Problemfelder wurden positiv als Sollzustände umformuliert und teilweise konkretisiert:

- **Struktur der Neuaufnahme und der Erst- und Folgekontakte in den Wohnbereichen:** Die Inhalte der Erstgespräche sind transparent und abgestimmt auf die weitere Beratung in den Wohnbereichen. Die Inhalte der Erst- und Folgegespräche werden gemeinsam zwischen Leitung und der Arbeitsgruppe festgelegt. Im Rahmen der Erst- und Folgegespräche erhalten die Angehörigen Hintergrundinformationen über pflegerische Konzepte und über die Grundstruktur des Arbeitsalltags („der informierte Angehörige“).
- **Austausch über Anliegen der Angehörigen in den Wohnbereichen:** Es findet ein geregelter Austausch über die Anliegen der Angehörigen in den Wohnbereichen statt.
- **Ansprechpartner:** Den Angehörigen ist klar, wer für welche Fragen ihr Ansprechpartner ist. Es gibt Angehörigensprechzeiten der Wohnbereichsleiter/innen. Den Mitarbeiter/innen ist bewusst, welche Themen in diesen Sprechzeiten zu bearbeiten sind. Darüber hinaus engagieren sie sich auch selbst, wenn Angehörige Wünsche äußern.
- **zentrale Veranstaltungen oder Angehörigengruppen:** Es gibt Angehörigengruppen für Themen von allgemeinem Interesse.
- **Schnittstellenproblem:** Der direkte Austausch zwischen den Angehörigen und den zuständigen Mitarbeiter/innen der Wäscherei und der Hauswirtschaft ist organisiert.
- **Sicherheit im Umgang mit Kritik:** Die Mitarbeiter/innen lernen mit Kritik und ungebührlichem Verhalten professionell umzugehen. Es findet ein Austausch zwischen Mitarbeiter/innen und Leitung statt, um zu klären, was berechnigte Ansprüche sind und wo die Mitarbeiter/innen zu Recht Grenzen setzen müssen.

Die herausgearbeiteten Aspekte wurden anschließend zu Vorhaben zusammengefasst, die die Teilnehmer/innen im Hinblick auf ihre Bedeutung für eine Belastungsreduktion und im Hinblick auf ihre Lösungschancen bewerten sollten. Der Vorschlag, den Angehörigen zu verschiedenen Themen ein Grundwissen zu vermitteln, damit sie einen Einblick in die täglich anfallenden Aufgaben und Anforderungen haben und damit besser Grenzen akzeptieren können, wurde als übergreifende Aufgabe verstanden, die sich in verschiedenen der genannten Themen widerspiegelt. Die Teilnehmer/innen wurden aufgefordert, sich für die drei aus ihrer Sicht wichtigsten Themen zu entscheiden (Rang 1 = 3 Punkte, Rang 2 = 2 Punkte, Rang 3 = 1 Punkt). Nach Multiplikation der Punktwerte für Bedeutung und Lösungschance ergibt sich folgende Rangfolge:

Vorhaben	Bedeutung	Lösungschance	Summe	Rang
Neue, transparente Struktur der Neuaufnahme und der Erst- und Folgekontakte; Strukturierung der Kommunikation mit den Angehörigen in den Wohnbereichen	15	11	165	1.
Austausch über Angehörige in den Wohnbereichen verbessern	7	11	77	2.
Mitarbeiter/innen lernen, mit Kritik umzugehen	7	9	63	3.
Regelmäßige Angehörigensprechzeiten in den Wohnbereichen	3	4	12	4.
Es gibt Angehörigengruppen für übergreifende Themen	3	1	3	5.
Schnittstellenproblem: Organisierter Austausch zwischen Angehörigen und Mitarbeiter/innen aus Wäsche und Hauswirtschaft	0	0	0	6.

Wie in der „Hauswirtschaftsgruppe“ stand als nächster Schritt an, die notwendige Abstimmung mit der Leitung herbeizuführen. Die Dringlichkeit wurde dadurch unterstrichen, dass bei den von den Teilnehmer/innen gesetzten Prioritäten insbesondere hinsichtlich der Struktur des Erstgesprächs auch die konkreten Arbeitsinhalte der Leitung betroffen sind. Man verständigte sich darauf, dass vor der Abstimmung mit der Leitung ein weiteres Treffen der Gruppe stattfinden sollte, um die Vorschläge weiter zu konkretisieren. Als Anregung sollte eine zwischenzeitliche Recherche der Mitarbeiterin des **iso**-Instituts dienen, in der zu klären war, mit welchen konzeptionellen Elementen die angestrebten Sollzustände ggf. in anderen Einrichtungen umgesetzt werden.

Die Recherche ergab, dass sich Angehörigensprechstunden als schwer umsetzbar heraus gestellt haben. Diese sind offenbar aufwendig zu organisieren, werden dann aber nur selten von den Angehörigen aufgesucht. Demgegenüber scheint es effektiver zu sein, bei Bedarf mit den Angehörigen Termine zu vereinbaren.

Hinsichtlich der Struktur der Neuaufnahme und der weiteren Begleitung der Angehörigen in den Wohnbereichen hat sich andernorts das Patensystem bewährt. Die Teilnehmer/innen schätzten ein, dass es in ihrer Einrichtung zwar gut strukturierte Erstgespräche durch die Leitung gebe, dann fehle jedoch ein Instrument, diese Betreuung in den Wohnbereichen auf dem gleichen Niveau weiter zu führen. Der Pate könnte als Brücke fungieren, müsste dann aber in die ersten Kontakte einbezogen werden. Das Patensystem sahen die Teilnehmer/innen als Chance, für die Angehörigen feste Ansprechpartner/innen zu schaffen.

Um das Patenkonzept zu konkretisieren, überlegten sie zunächst, in welchen Phasen der Kontakt zu den Angehörigen besonders wichtig ist. So gibt es in der Regel:

- einen Erstkontakt,
- ein Aufnahmegespräch vor bzw. bei Einzug,
- eine Eingewöhnungsphase, die etwa zwei Wochen dauert und in der noch allerlei abzuklären ist.
- In der anschließende „Phase der Normalität“ gebe es weniger Anlässe, ins Gespräch zu kommen und dann „fielen viele Bewohner/innen in ein Loch“. Es sei keine Kommunikationsstruktur vorhanden, um dies aufzufangen.

Die Teilnehmer/innen betonten, dass der Pate nur bei Gesprächsinhalten präsent sein sollte, die sich auf für die Pflege und Betreuung relevante Aspekte beziehen, damit keine zeitliche Überforderung entstehe. Dazu gehörten nach ihrer Auffassung z.B. Gespräche über die Biografie der Bewohner/innen und sein Leben vor dem Einzug, medizinische Informationen, soziale Aktivitäten und Tagesstruktur, Wünsche der Angehörigen über Beteiligung an der Pflege und Versorgung usw. Die Aufgabe eines Paten könne jedoch in diesem Sinne nur erfüllt werden, wenn er bereit sei, auch Haus- bzw. Krankenhausbesuche zu machen. Nicht von zentralem Interesse seien für die Paten hingegen Formalitäten, besondere Dienstleistungen wie Fußpflege, Hausbesichtigungen usw.

Damit keine Informationen verloren gehen, wurde eine Ergebnissicherung von den Gesprächen mit den Bewohner/innen und den Angehörigen als notwendig erachtet, die z.B. in Form von Protokollen geleistet werden könnte. Insgesamt formulierte die Gruppe folgende Rahmenbedingungen, die für das Patensystem von Bedeutung sind:

- Ergebnissicherung;
- nur Pflegefachkräfte können Paten sein;
- Wohnbereichsleitungen sind nicht zwangsläufig die Paten;
- der Pate für die Angehörigen sollte stets auch die Bezugspflegekraft der Bewohner/innen sein;

- es muss eine Vertretungsregelung geschaffen werden;
- vor allem die Paten sollten in Kundenkommunikation geschult sein;
- Paten sollten mindestens eine 0,75-Stelle haben;
- die Angehörigenbetreuung muss arbeitsorganisatorisch ermöglicht werden.

3.3 Abstimmung mit der Leitung in der „Pflegruppe“

Bevor die Maßnahmenentwicklung beginnen konnte, musste auch die „Pflegruppe“ die erarbeiteten Vorschläge mit der Leitung abstimmen. Jedoch reichte es anders als in der „Hauswirtschaftsgruppe“ aus inhaltlichen Gründen nicht aus, dass diese erste Abstimmung von der Mitarbeiterin des **iso**-Instituts übernommen wurde. Die Gruppe äußerte zusätzlich den Wunsch, die Konzeptelemente im direkten Austausch mit der Pflegedienstleiterin, die den Hauptteil der Angehörigengespräche führt, voranzutreiben. So strebten die Gruppenmitglieder eine gemeinsame Sitzung mit der Pflegedienstleitung an mit dem Ziel, die Aufgaben der Angehörigenbetreuung zwischen Leitung und den Wohnbereichen sinnvoll aufzuteilen und zu entscheiden, bei welchen Gesprächsteilen welche Personen im einzelnen einzubeziehen wären. Die Pflegedienstleiterin brachte ihre Erfahrungen mit Angehörigenberatung gewinnbringend in die Diskussion ein und rundete damit die Vorschläge an verschiedenen Punkten ab (vgl. Maßnahmenentwicklung).

Wie in der anderen Gruppe verlief die Abstimmung mit der Leitung aufgrund der positiven Grundstimmung insgesamt äußerst produktiv. Mit Ausnahme kleinerer Modifizierungen griff die Leitung alle Vorschläge der „Pflegruppe“ unterstützend auf. Man ebnete Wege und räumte Umsetzungsbarrieren – soweit möglich – aus dem Weg. Um den durch das Projekt entfachten Motivationsschub der Mitarbeiter/innen positiv zu untermauern, bemühten sich die Leitungskräfte um schnelle und sichtbare Veränderungen. So wurde z.B. im Bereich der Verhaltensprävention bereits vor Abschluss der Zirkelarbeit eine erste Tagesfortbildung zum Thema Kundenkommunikation organisiert und durchgeführt, deren Ergebnisse in die letzte Gruppenphase eingebracht werden konnten. Auch andere Vorschläge der Gruppe wurden bestärkend aufgenommen und zügig umgesetzt.

3.4 Konkretisierung der Maßnahmen in der „Pflegruppe“

3.4.1 Maßnahme: Mitarbeiter/innen lernen, mit Kritik umzugehen

Im Rahmen der Zirkelarbeit wurde von den Teilnehmer/innen konkretisiert, wie sie sich ihren Wissensaufbau im Themenfeld Kundenkommunikation vorstellten. Anschließend wurde die Maßnahme im Projektverlauf umgesetzt. Die erste Schulung fand Ende Mai 2008 zur großen Zufriedenheit der Beteiligten statt. Weitere Veranstaltungen sind in Planung.

Es wurde eine erfahrene Dozentin ausgewählt, die ursprünglich als Pflegefachkraft und seit Jahren als Fortbildnerin selbstständig tätig ist. Erklärtes Ziel der Gruppe war, dass möglichst alle Mitarbeiter/innen des Hauses an der Schulung teilnehmen sollten. Beginnend mit einer wohnbereichsbezogenen Gruppe im Jahr 2008, wird die Schulung der restlichen Mitarbeiter/innen im Frühjahr 2009 fortgesetzt. In der ersten Gruppe nahmen zusätzlich die Heimleitung, die Hauswirtschaftsleitung und eine weitere Hauswirtschaftskraft sowie eine Person aus dem Sozialen Dienst teil. Der personelle Ausfall im Wohnbereich wurde über die anderen Wohnbereiche und den verbleibenden Sozialen Dienst kompensiert. Zudem übernahm der betreffende Wohnbereich einen „kleinen Frühdienst“ vor Veranstaltungsbeginn. Folgende Inhalte wurden im Rahmen der Fortbildung vertieft:

- Perspektivwechsel: was erwarten Angehörige und Bewohner/innen?
- Inwieweit ist Kritik selbst produziert (Kommunikationsfallen beim Senden und Empfangen von Nachrichten)?
- Wer ist eigentlich Kunde?
- Wie kommuniziert man erfolgreich (z.B. wie drückt man Verbindlichkeit und Respekt aus? was sind „Todsünden“ oder zu vermeidende Formulierungen im Beschwerdemanagement?)
- Umgang mit persönlichen Beleidigungen
- Es wurde Wert darauf gelegt, die theoretischen Kenntnisse durch konkrete Beispiele aus der Praxis zu illustrieren. Neben der Erweiterung der persönlichen Kompetenz der Mitarbeiter/innen ging es den Teilnehmer/innen um eine gemeinsame Verständigung über die Grundzüge einer angemessenen Kundenkommunikation.

3.4.2 Maßnahme: Neue, transparente Struktur der Neuaufnahme und der Erst- und Folgekontakte; Strukturierung der Kommunikation mit den Angehörigen in den Wohnbereichen

Um die Inhalte der Erst- und Aufnahmegespräche mit der weiteren Angehörigenarbeit in den Wohnbereichen zu vernetzen, fand eine gemeinsame Auflistung praktizierter und für die Zukunft geplanter Angehörigenaufgaben statt. Zum Einstieg in die Diskussion berichtete die Pflegedienstleiterin, welche Inhalte derzeit bei Erstkontakten und Aufnahmegesprächen besprochen werden. Zu unterscheiden sei jedoch zwischen langfristig geplanten Aufnahmen, bei denen genügend Zeit sei, wichtige Informationen einzuholen, und Notaufnahmen, z.B. aus dem Krankenhaus, bei denen ein hoher Handlungsdruck bestehe und Informationen, z.B. zur Biografie, oft im Nachhinein ergänzt werden müssten. Auch das Krankheitsbild wirke sich auf die Gesprächsinhalte aus, handelt es sich z.B. um einen Sterbenden oder einen Demenzkranken mit Verhaltensauffälligkeiten.

Als Gesprächsinhalte beim Erstkontakt wurden vor allem folgende Themenbereiche aufgelistet:

- die Biografie der Bewohner/innen und ihr Leben vor dem Einzug,
- medizinische Informationen,
- soziale Aktivitäten und Tagesstruktur,
- Wünsche der Angehörigen über Beteiligung an der Versorgung,
- besondere Dienstleistungen,
- Formalitäten,
- psychische Entlastung der Angehörigen.

Es wurde angeregt, anstatt der neuen Funktion des „Paten“ auf die in der Einrichtung B bereits etablierten **Bezugspflegekräfte** zurückzugreifen und deren **Aufgabenspektrum um neue Angehörigenaufgaben zu erweitern**. Alle Bezugspflegekräfte sind – wie im Patenkonzept vorgesehen – mindestens auf einer 0,75%Stelle eingesetzt.

Damit die Betreuung in den Wohnbereichen nahtlos an die Erstkontakte anknüpfen kann, muss der Wohnbereich aus Sicht der Teilnehmer/innen möglichst früh in die Angehörigengespräche einbezogen werden. Eine Beteiligung der Wohnbereiche an Erstgesprächen wird aus Zeitgründen nur dann als sinnvoll erachtet, wenn es sich um *sichere Aufnahmen* handelt. Um in den anderen Fällen einen Informationsverlust zu verhindern, wird die Pflegedienstleitung zukünftig vor Aufnahmen **in den Übergabungen** über das Erstgespräch mit neuen Bewohner/innen bzw. den Angehörigen **mündlich informieren und eine kurze schriftliche Information** für den Bewohnerordner verteilen.

In Anlehnung an die konzeptionellen Vorschläge der „Referenzmodelle“³⁷ wurde zudem vereinbart, in den Wohnbereichen **Integrationsgespräche mit den Bewohner/innen und Angehörigen** zu führen. Diese Gespräche sollten ca. sechs bis acht Wochen nach der Aufnahme erfolgen, wenn alle Fragen rund um den Einzug geklärt sind. Die Teilnehmer/innen setzten einen zeitlichen Rahmen von zwischen 30 und 45 Minuten. Falls mehr Gesprächsbedarf bestehe, müsse man sich vertagen. Im Vorfeld der Gespräche müsse den Angehörigen die Problematik von Unpünktlichkeit oder Nichterscheinen für die Dienstplangestaltung verdeutlicht werden. Wenn möglich sollten die Wohnbereichsleitung und die Bezugspflegekraft an den Gesprächen teilnehmen. Die Gespräche beginnen vorzugsweise um 10.00 Uhr oder um 13.30 Uhr und finden im Snoezelraum statt.

Die Angehörigenaufgaben wurden von der Gruppe konkretisiert und zwischen Pflegedienstleitung und Wohnbereichsleitung bzw. Bezugspflegekraft aufgeteilt:

Angehörigenaufgaben Pflegedienstleitung:

- Erstkontakte; Erstberatung; Erstbesuche
- Mündliche und schriftliche Information aus den Erstgesprächen in die Wohnbereiche liefern
- Erstabstimmung, z.B. über soziale Aktivitäten
- Krisenintervention bei Beschwerden

Angehörigenaufgaben Wohnbereichsleitung / Bezugspflegekraft:

- Teilnahme an Erstgesprächen, falls es sich dienstlich einrichten lässt; Voraussetzung: sichere Aufnahmen
- Weitere Abstimmung, z.B. über soziale Aktivitäten
- Annahme und Bearbeitung von Beschwerden
- den Angehörigen Informationen über Konzepte und Arbeitsinhalte der Pflege geben (z.B. aktivierende Pflege, Lebensweltkonzept, Konzepte der Dementenbetreuung)
- Vermittlung zwischen Bewohner/innen und Angehörigen bei unterschiedlichen Sichtweisen (Anwaltschaft für die Bewohner/innen)
- Eigenmedikation abbauen
- Abstimmung über Bedarf an Toilettenartikel, besondere Dienstleistungen, Getränke, Beteiligung der Angehörigen an der Versorgung, z.B. Wäsche (die diesbezüglichen Formulare sollen zukünftig nicht mehr von der Verwaltung, sondern im Wohnbereich ausgefüllt werden)
- Angebot eines Integrationsgesprächs nach 6 bis 8 Wochen

Zur Gesprächsstrukturierung und als Erinnerungshilfe für die Integrationsgespräche wurden die Inhalte gemeinsam festgelegt und von der Mitarbeiterin des **iso**-Instituts in einen Leitfaden umgewandelt. Damit sollte gewährleistet werden, dass sich die Gespräche an einheitlichen Kriterien orientieren. Im Laufe der Diskussionen über die Ausgestaltung der Integrationsgespräche wurde deutlich, dass eine Reihe der im Katalog formulierten Angehörigenaufgaben im Rahmen dieses Gesprächs bearbeitet werden kann.

³⁷ Wingenfeld/Korte-Pötters/Heitmann (2006: 27ff).

Gesprächsleitfaden für Integrationsgespräche mit Bewohner/innen und Angehörigen

Die Fragen wenden sich zunächst an die Bewohner/innen. Stellvertretend bzw. ergänzend werden Angehörige gefragt.

Die Fragen dienen als Gedächtnisstütze. Sie sollten nicht wörtlich vom Blatt abgelesen werden, sondern angepasst an die Situation und mit den eigenen Worten formuliert werden. Die Reihenfolge ist nicht bindend und kann je nach Situation und Vorlieben der Gesprächsteilnehmer/innen spontan umgestellt werden.

Hinweise für den Gesprächsführer bzw. die Gesprächsführerin (GF) sind kursiv!

- Wie haben Sie sich eingelebt? Fühlen Sie sich wohl bei uns?
- Sind Sie zufrieden mit der pflegerischen Versorgung? Was erwarten Sie in diesem Bereich von uns? Gibt es Dinge mit denen Sie besonders zufrieden sind? Was könnte Ihres Erachtens noch verbessert werden? *(Hier ggf. Pflegeziele und konkretes Vorgehen fachlich erläutern! Bei konkreter Unzufriedenheit ein Verfahren anbieten, z.B. Angebot zur Behebung der Schwachstellen bis zum Zeitpunkt X, dann wieder Kontaktaufnahme durch Gesprächsführer/in.)*
- Wie funktioniert die Wäscheversorgung?
- Nehmen Sie Angebote des sozialen Dienstes wahr? *Bei ja:* Welche sind das und wie sind Sie damit zufrieden? *Bei nein:* Warum nehmen Sie keine Angebote wahr? Was müsste aus Ihrer Sicht passieren, damit Sie es tun? *Ggf. Ansprechpartner des sozialen Dienstes nennen!*
- Informationen geben über den Bedarf an Toilettenartikeln!
- Gibt es Bereiche, in denen Sie sich als Angehöriger stärker an der Versorgung des Bewohners/ der Bewohnerin beteiligen möchten, z.B. Wäsche, Essen anreichen? *Bei ja:* Was müsste von uns aus getan werden, damit das für Sie möglich wird? *(Hier Information geben, dass Angehörige immer gerne gesehen sind und sich mit ihren Kompetenzen einbringen können, z.B. auch bei Sonderaktionen im Haus!)*
- Wie sollen zukünftig Arztbesuche organisiert werden? Gibt es Medikamente, die Sie als Angehöriger für den Bewohner/ die Bewohnerin besorgen? *(Hinweis auf Problematik der Eigenmedikation!)*
- Gibt es Fragen zu Geldangelegenheiten, z.B. Taschengeld, Zuzahlungen? *Ggf. Ansprechpartner nennen!*
- Gibt es noch ein Thema, über das Sie gerne mit uns sprechen würden?
- Abschlussvereinbarung: Wenn Sie in Zukunft weitere Fragen oder Gesprächsbedarf haben, können Sie sich gerne an mich oder an Frau X wenden. Am meisten Zeit haben wir für Sie, wenn wir einen gemeinsamen Termin vereinbaren!

Nach einem ersten Praxistest werden bestimmte Formalitäten, wie die Bargeldverwaltung, nun nicht mehr im Wohnbereich, sondern wieder über die Verwaltung geregelt, weil sich dies als zu aufwendig erwiesen hat. Die Bezugspflegekraft kümmert sich neu um die Aufnahme der biografischen Daten, was zuvor von der Pflegedienstleitung übernommen wurde, um von Beginn an das persönliche Verhältnis zu den Bewohner/innen aufbauen zu können.

3.4.3 Maßnahme: Austausch über Angehörigenanliegen im Wohnbereich verbessern

Um zu vermeiden, dass die Weitergabe von Informationen über Angehörigenanliegen im Alltagsgeschäft vergessen wird, diskutierten die Teilnehmer/innen, wie der diesbezügliche Austausch in den Wohnbereichen verbessert werden könnte. Folgende Punkte wurden vereinbart:

- Zukünftig gibt es bei jeder Übergabe einen Tagesordnungspunkt „Angehörigenanliegen“. Dazu wird konkret nachgefragt, ob Angehörige Wünsche oder Beschwerden geäußert haben und wie die Kommunikation verlaufen ist. Gemeinsam soll dann nach Lösungswegen gesucht werden.
- Die Schichtleitung übernimmt die Verantwortung für die Einhaltung der neuen Tagesordnung.
- Angehörigenbeschwerden werden in der Pflegedokumentation, in der Bewohnerakte und im Übergabebuch eingetragen.
- Nach Integrationsgesprächen werden die Mitarbeiter/innen des Wohnbereichs bei der Übergabe über die wichtigsten Ergebnisse informiert.

Zusammen mit der Leitung wurden für die entwickelten Maßnahmen ein Verfahren für die Informationsweitergabe an alle Mitarbeiter/innen sowie ein Zeitplan abgestimmt.

4. Fazit

Alle Maßnahmen zur Reduzierung von Belastungen durch Bewohnerverhalten konnten noch im Projektverlauf umgesetzt werden. Die Maßnahmen setzen am konkreten Belastungserleben der Hauswirtschaftskräfte an. Sie können nun entspannter mit schwierigen Bewohner/innen umgehen, weil sie deren Verhalten besser einschätzen können. Allein das Gefühl der Mitarbeiter/innen, über den aktuellen Zustand der Bewohner/innen auf dem Laufenden zu sein, reduziert die Unsicherheit und damit das Stresserleben. Dabei ist die Verbesserung des Informationsstands nicht nur durch die tagesaktuellen Blätter, sondern auch durch einen Abbau von Schichtwechsel im Servicebereich erreicht worden. Eine weitere strukturelle Maßnahme bezieht sich auf den Abbau von „Zeitfressern“ durch Materialengpässe. Auch wenn diese arbeitsorganisatorische Veränderung auf den ersten Blick keinen direkten Bewohnerbezug hat, zielt sie im eigentlichen Sinn darauf ab, den Hauswirtschaftskräften zu ermöglichen, ihre knappe Zeit in der Bewohnerversorgung einzusetzen. Damit kann der deutlich gewordenen Belastung, zu wenig Zeit für zuwendende Aufmerksamkeit zu haben, zumindest partiell begegnet werden. Angestoßen durch das Projekt hat die Leitung im Hinblick auf die Verhaltensprävention bereits früher durchgeführte Demenzfortbildungen für die Hauswirtschaftskräfte wieder aufleben lassen. Das Problem der mangelnden Eignung mancher Kräfte wird nach Bezug des in Bau befindlichen Neubaus angegangen, nach dessen Inbetriebnahme über differenziertere Aufgabenprofile in der Hauswirtschaft nachgedacht wird.

Im Mittelpunkt der „Pflegegruppe“ stand zunächst die Einleitung eines Perspektivenwechsels. Durch Rollenübernahme konnte die Sensibilisierung und das Verständnis für die Situation von Angehörigen gesteigert werden. Die Mitarbeiter/innen haben davon abgesehen, Angehörige pauschal abzuwerten und gelernt, dass zufriedene Angehörige sie weniger belasten. Damit wurde sogleich der Weg geöffnet, den Blick auf eigene Fehler in der Kundenkommunikation sowie auf strukturelle Barrieren für eine erfolgreiche Zusammenarbeit zu legen. Die erste Fortbildung zur Kundenkommunikation konnte an der im Gesundheitszirkel entwickelten positiven Grundhaltung direkt anknüpfen, und es ergaben sich weitere Synergieeffekte, indem die in der Fortbildung erarbeiteten Veränderungen im Rahmen der Gruppenarbeit weiter diskutiert und verstetigt wurden. Die vom Gesundheitszirkel neu konzipierte Struktur der Angehörigenarbeit war ein ehrgeiziges Unterfangen, das nur durch die gezielte Unterstützung und Mitwirkung der Leitung zum Tragen kommen konnte. Dabei lag der Fokus vor allem auf der Beseitigung ungünstiger und konflikträchtiger Konstellationen zwischen Pflegekräften und Angehörigen.

gen. Jetzt gibt es für die gesamte Einrichtung eine klare Struktur, wie mit Angehörigenanliegen umzugehen ist und wie der für die kompetente Bearbeitung notwendige Informationstransfer zwischen Leitung und Wohnbereichen sowie innerhalb des Wohnbereichspersonals zu organisieren ist. Die Angehörigenarbeit wurde einerseits im Sinne einer stärker gelebten Kundenorientierung intensiviert, was Unzufriedenheiten und Kritik abbaut. Andererseits wurden die Mitarbeiter/innen durch persönliche und/oder strukturelle Maßnahmen vor ungebührlichem Verhalten geschützt. Dieser neu geschaffene Rahmen gibt nicht nur den Mitarbeiter/innen eine entlastende Sicherheit, sondern bietet auch den Angehörigen eine Orientierung. Die aufzubringende Zeit für den Informationsfluss und die Integrationsgespräche bei Neuaufnahmen wird durch weniger Aufwand bei der Beschwerdebearbeitung aufgewogen.

In beiden Gruppen sind auf vielen Ebenen belastungsreduzierende Maßnahmen entwickelt worden, die so ausgerichtet sind, dass sie nicht gleichzeitig zu erheblichen zusätzlichen, z.B. zeitlichen Belastungen für das Personal führen. Dieser Aspekt ist von großer Bedeutung, wenn es um die Bewertung der Praxistauglichkeit der Maßnahmen geht. Als positive Nebeneffekte sind zu nennen, dass sich im Rahmen der Zirkelarbeit bestehende Kommunikationsbarrieren zwischen den unterschiedlichen Wohnbereichen ebenso aufgeweicht haben wie zwischen den Funktionsbereichen Pflege und Hauswirtschaft. Dass in der vergleichsweise kurzen Projektphase viel erreicht worden ist, ist zum einen auf den disziplinierten und engagierten Einsatz der Zirkelteilnehmer/innen zurückzuführen. Zum anderen sind die dort erarbeiteten Vorschläge von den Führungskräften sehr positiv aufgenommen und ohne zeitliche Verzögerung weiter vorangetrieben worden. Die Führungskräfte nahmen die Belastungen der Mitarbeiter/innen ernst und versuchten, bestehende Umsetzungsbarrieren aus dem Weg zu räumen. Damit kann die Schlussfolgerung gezogen werden, dass die Entwicklung und Umsetzung belastungsreduzierender Maßnahmen im Bereich des Bewohnerverhaltens und der Angehörigen dann auf besonders fruchtbaren Boden trifft, wenn in der Einrichtung gesundheitsförderliche Ressourcen bestehen, die sich z.B. in einer offenen Kommunikationskultur zwischen Mitarbeiter/innen und Führungskräften und in einer guten Arbeitsstruktur manifestieren. Wenn die Mitarbeiter/innen den Eindruck gewinnen, dass sich ihr Einsatz in der Zirkelarbeit lohnt, indem z.B. ganz konkret an ihren Belastungen angesetzt wird, dann können das Vertrauensverhältnis und die Motivation der Mitarbeiter/innen sogar noch gesteigert werden. Die Nachhaltigkeit wird unter anderem dadurch gesichert, dass der übergeordnete Qualitätsmanager die entwickelten Maßnahmen in das Qualitätsmanagementsystem der Einrichtung einarbeiten wird.

4. Handhabung von Lasten

A: Allgemeiner Teil

1. Thematischer Aufriss

Bei der Pflege von alten Menschen sind in vielerlei Hinsicht Tätigkeiten gefordert, die den Stütz- und Bewegungsapparat belasten; vor allem wenn diese, wie in Heimen, in rascher Folge anfallen und oft über lange Zeit hinweg ausgeübt werden. Gemeint sind Tätigkeiten, bei denen immer wieder körperfern und/oder in gebückter Haltung anzuheben und/oder zugleich Drehbewegungen aus ungünstigen Positionen heraus notwendig sind. Das ist zum Beispiel bei der Körperpflege von Bewohner/innen der Fall, die sich selbst kaum helfen können, bei der Dekubitus- und Inkontinenzversorgung, beim Duschen, Baden, Betten und Lagern, beim Aufrichten und Mobilisieren von Bewohner/innen, beim Transfer in den Rollstuhl. Dass sich diese Belastungen in stationären Altenpflegeeinrichtungen in besonderer Weise zuspitzen, wird in einschlägigen Untersuchungen immer wieder deutlich.³⁸

Da körperlich belastende Tätigkeiten wohl unausweichlich zur Pflegearbeit gehören, kann man nur versuchen, die damit einhergehenden Gesundheitsrisiken zu reduzieren. Das mag noch am ehesten gelingen, wenn technische Hebehilfen genutzt und die in methodischen Anleitungen genannten Prinzipien, Basistechniken und Ausgleichsübungen für rückengerechtes Arbeiten beachtet werden. Verwiesen wird in diesem Zusammenhang immer wieder auf die Notwendigkeit, Arbeitsabläufe ergonomisch zu durchdenken und zu planen, die hierzu erforderlichen Mittel und Räumlichkeiten vorzubereiten, die Kund/innen anzusprechen und zu einer aktiven Mitwirkung anzuregen. Betont wird bei der Konkretisierung entsprechender Anleitungen, wie wichtig es ist, die richtige Arbeitshöhe an Pflegebetten einzustellen, sich in eine günstige Ausgangsposition zu den Bewohner/innen zu stellen und auf eine entsprechende Fußstellung zu achten. Bewohner/innen, die angehoben werden müssen, soll man zunächst „kompakt machen“. Man sollte, wenn Lasten zu bewegen sind, ziehen statt heben und dabei versuchen Reibung und Kraftaufwand zu reduzieren. Dies ist z.B. möglich, wenn man Schiefe Ebenen und Rampen einsetzt, Arme durch Laken „verlängert“ und die Möglichkeiten einer Schwerpunkt- und Gewichtsverlagerung nutzt. So kann man sich in vielerlei Hinsicht besonders belastende Arbeitssituationen ersparen bzw. sich das Anheben, soweit es dennoch notwendig ist, zumindest erleichtern. Im Übrigen bleibt immer noch die Möglichkeit andere Mitarbeiter/innen hinzuzuziehen, wenn man sich allein zu schwer tut oder technische Hilfen, aus welchen Gründen auch immer, nicht zum Einsatz kommen können.³⁹

³⁸ Vgl. BGW-DAK (Hg.) (2003: 41-48).

³⁹ Vgl. Michaelis/Nienhaus/Hermann/Soyka (2003); Landesanstalt für Arbeitsschutz (2002); Bundesverband der Unfallkassen (2002a/b); Ammann (2007); vgl. auch die Rückenschule, Kinästhetik in der Pflege und das Bobath-Konzept.

In der Rückenschule werden die Pflegekräfte mit Körperwahrnehmungsübungen für ihre Bewegungsabläufe, für die Reaktionen ihres Körpers und das Spüren ihrer Befindlichkeit sensibilisiert. Ihre Rückenmuskulatur wird durch gezielte Funktionsgymnastik gekräftigt und gedehnt. Entspannungsübungen sollen das Wohlbefinden steigern bzw. bessere Möglichkeiten der Schmerzbewältigung erfahrbar machen.

Die Kinästhetik in der Pflege geht auf den Choreographen Hatch und die Psychologin Maietta zurück. Wie beim Tanz spielen hierbei die Erkenntnisse der Verhaltenskybernetik, das Synchronisieren und Harmonisieren von Bewegungsabläufen gerade auch in der Interaktion mit den Patient/innen eine besondere Rolle.

Das Bobath-Konzept, benannt nach seinen Erfindern, dem Ehepaar Bobath – sie ist Krankengymnastin und er Neurologe –, versteht sich als ein empirisch gestütztes Pflege- und Therapiekonzept, das vor allem für Menschen mit Bewegungsstörungen und Lähmungserscheinungen gedacht ist. Es versucht mit entsprechenden Lagerungen, mit der Regulierung und Anbahnung physiologischer Bewegungsabläufe Muskelspannungen zu lösen und die Selbstwahrnehmung des Körpers zu fördern. Die Bewegungsfähigkeit der Patient/innen und ihre Mitwirkungsmöglichkeit im Pflegeprozess vermag sich zu bessern, was wiederum die Pflege erleichtern und die Belastung der Pflegekraft verringern kann.

Mit den verschiedenen Hinweisen und Anleitungen, die zu einer rückengerechteren Arbeitsweise hinführen, werden jeweils unterschiedliche Möglichkeiten einer besseren Handhabung von Lasten bzw. einer Reduzierung von gesundheitlich riskanten Hebe- und Drehbewegungen thematisiert. All diese Konzepte und Arbeitstechniken sind an unterschiedliche Voraussetzungen und Vorerfahrungen geknüpft, weshalb es wichtig ist, auch unter diesem Gesichtspunkt über ihre Anwendung und ihren Zugschnitt zu entscheiden. Denn zu einer nachhaltigen Verbesserung des Umgangs mit Lasten werden Anleitungen und technische Hilfsmittel wohl nur führen, wenn sie von den Pflegekräften auch angenommen und in ihren beruflichen Alltag integriert werden können. Das ist eine Frage der persönlichen Aneignung, aber auch eine Frage der Gestaltung von betrieblichen Arbeitsabläufen und Rahmenbedingungen. Es tangiert die Selbstsicht und Veränderungsbereitschaft der Mitarbeiter/innen, das Zusammenwirken und die Beziehungen in den Arbeitsteams, das Sozialklima, die Sozialordnung und die Organisationsentwicklung in der Einrichtung im weiteren Sinn. Beides ist wichtig: Verhaltens- und Verhältnisprävention und beides steht in einem inneren Zusammenhang.

Die Bemühungen um einen besseren Umgang mit Lasten beinhalten also weit mehr als nur etwa die Anschaffung von Hebehilfen bzw. Appelle, entsprechende Anleitungs- oder Schulungsangebote wahrzunehmen. Sie stellen sich als eine betriebliche Gestaltungsaufgabe, bei der es um die pragmatische und zugleich strategisch kalkulierte Auswahl und Kombination, Anwendung und Optimierung von Entlastungsmöglichkeiten unterschiedlicher Art geht. Schließlich gehört zu einem pragmatischen Zugschnitt von Maßnahmen und Strategien, die auf eine Reduzierung von körperlich belastenden Gesundheitsrisiken zielen, immer auch die Einsicht, dass unter dem Druck der alltäglichen Handlungszwänge vieles gar nicht so ohne weiteres umzusetzen ist oder nur perspektivisch zur Handlungsroutine werden kann. Was gut und hilfreich ist, was in einer bestimmten Situation passt und was nicht, ist also mit Blick auf die jeweiligen Mitarbeiter/innen und die jeweils betriebs- oder gar wohnbereichsspezifische Ausgangslage zu entscheiden.

Diese Situation galt es mit einer Ist-Analyse zu erhellen. Da die belastenden Auswirkungen von Pflegetätigkeiten auf die Wirbelsäule, den Rücken und den Nacken mittlerweile durch zahlreiche Studien hinreichend belegt sind, haben sich die Erhebungen auf die Frage konzentriert, wie sich die am AIDA-Projekt beteiligten Mitarbeiter/innen und Einrichtungen auf diese Anforderungen und Gesundheitsrisiken einstellen bzw. wo sie Ansätze zur Verbesserung sehen. Einige dieser Aspekte konnten bei der schriftlichen Befragung in standardisierter Weise erfasst werden, wobei man sich allerdings auf wenige, durch Statementvorgaben konkretisierbare Variablen beschränken musste. Erhoben wurde die **Nutzung von technischen Hebehilfen, die Unterstützung durch andere Mitarbeiter/innen sowie die Einschätzung von Maßnahmen, die geeignet scheinen, Belastungen des Stütz- und Bewegungsapparates bzw. gesundheitliche Risiken, die damit verbunden sind, in Grenzen zu halten.**

Auf Basis der standardisierten Erhebung erfolgte eine einrichtungsübergreifende Betrachtung. Bei der sich anschließenden Fallstudie werden auch Ergebnisse aus den mündlichen Interviews einbezogen.

2. Ergebnisse der Querschnittsanalyse

Nutzung von technischen Hilfen

Grundsätzlich sollte es für alle Pflegekräfte selbstverständlich sein, höhenverstellbare Pflegebetten, Lifter, Aufstehhilfen, Drehscheiben oder technische Hilfen usw. zu nutzen. Das ist nach Einschätzung der Befragten aber nicht durchgehend der Fall. Gut ein Viertel der Pflegekräfte und ca. 18,5% der Wohnbereichsleiter/innen nehmen keine Hebehilfen in Anspruch. Unterschiede zwischen examinierten und nicht examinierten Pflegekräften sind in dieser Hinsicht nicht festzustellen, wohl aber bei einer Differenzierung nach Altersgruppen. So geben nahezu alle über 50-Jährigen an, technische Hilfsmittel zu nutzen. Man kann annehmen, dass sie „aus Erfahrung klug geworden sind“ und/oder ohne die Nutzung von Hebehilfen wohl kaum den an sie gestellten Anforderungen gerecht werden können.

Bemerkenswert ist, dass technische Hilfen in den einzelnen Einrichtungen in sehr unterschiedlichem Ausmaß zum Einsatz kommen. Den Angaben in Haus 2 zufolge verzichten z.B. über 60% aller Pflegekräfte auf derartige Hilfen, in Haus 1 sind es nur 8%.

Tabelle 30: Hausvergleich: Nutzung technischer Hilfsmittel

	1 (N=25)	2 (N=8)	3 (N=23)	4 (N=21)	5 (N=8)	6 (N=20)	7 (N=40)	8 (N=37)	Gesamt (N=182)
trifft zu	92,0%	37,5%	78,3%	61,9%	62,5%	90,0%	85,0%	59,5%	74,7%
trifft nicht zu	8,0%	62,5%	21,7%	38,1%	37,5%	10,0%	15,0%	40,5%	25,3%

Es liegt nahe, dass es zwischen der Nutzung von technischen Geräten und der Einschätzung, dass diese gar nicht in hinreichendem Maße zur Verfügung stehen, einen Zusammenhang gibt. Das hat sich bei den Erhebungen in statistisch signifikanter Weise bestätigt. 27,6% der Pflegekräfte und 25,9% der Wohnbereichsleiter/innen gehen davon aus, dass in ihrer Einrichtung technische Hilfsmittel nicht in einem als hinreichend empfundenem Maße verfügbar sind. Das kann bedeuten, dass gar keine Geräte vorhanden sind, aber auch, dass es zu wenige oder nicht alle für erforderlich gehaltenen Arten von Hebehilfen gibt bzw. dass diese im Bedarfsfall nur mit großem Aufwand herbeizuschaffen wären.

Als Gründe, weshalb die Befragten technische Hilfsmittel nicht nutzen, werden von den Pflegekräften vor allem der Zeitaufwand (56,4%) und beengte Räumlichkeiten (48,4%) angegeben. 30,3% gehen davon aus, dass ihnen der Einsatz technischer Hebehilfen keine wirkliche Erleichterung verschafft. Zwischen allen drei Begründungen besteht ein Zusammenhang, der, bezogen auf die Pflegekräfte, auch statistisch signifikant ist. Das heißt z.B.: Beengte Räumlichkeiten erschweren eine einsatznahe Stationierung von Geräten. Umso größer ist der Zeit- und Organisationsaufwand für ihre Beschaffung. Dieser Nachteil ist mit den Vorteilen technischer Arbeitserleichterung abzuwägen. Die Wohnbereichsleitungen messen Gründen wie „zu zeitaufwendig“, „zu enge Räumlichkeiten“ oder auch der Vermutung, dass diese „keine wirkliche Arbeitserleichterung“ darstellen, viel weniger Bedeutung bei als es die Pflegekräfte tun. Demnach kann man vermuten, dass für sie der Nutzen von technischen Hilfen eher evident ist.

Tabelle 31: Gründe für Nichtnutzung technischer Hilfsmittel

Technische Hilfsmittel werden nicht genutzt, weil	Pflege		WBL	
	trifft zu	trifft nicht zu	trifft zu	trifft nicht zu
zu zeitaufwendig. (N = 179; 24)	56,4%	43,6%	25,0%	75,0%
die Räumlichkeiten zu eng sind. (N = 182; 25)	48,4%	51,6%	32,0%	68,0%
sie keine wirkliche Arbeitserleichterung sind. (N = 175; 23)	30,3%	69,7%	4,3%	95,7%

Bei den Häufigkeiten, mit denen zum Ausdruck kommt, wie viele der Pflegekräfte den jeweiligen Gründen, die in ihren Augen gegen eine Nutzung von technischen Geräten sprechen, sind bemerkenswerte Unterschiede zwischen den einzelnen Häusern festzustellen. Daraus ist auf unterschiedliche Ausstattungen und räumliche Voraussetzungen bzw. unterschiedliche Gepflogenheiten und Sichtweisen zu schließen. Diese scheinen durchaus beeinflussbar, weshalb man diesen Begründungskontexten im Laufe des AIDA-Prozesses näher nachgehen sollte. Für „zu zeitaufwendig“ halten in Haus 1 z.B. nur 29,2% der Pflegekräfte den Einsatz von Hebehilfen, in Haus 3 hingegen wird dieses Argument von über 70% geltend gemacht. Bei den Zustimmungsraten zu „die Räumlichkeiten sind zu eng“ sind die Diskrepanzen zwischen den einzelnen Einrichtungen noch größer (20,8% in Haus 3 und 87,5% in Haus 5). Als „keine wirkliche Arbeitserleichterung“ sehen in Haus 1 nur gut 8% der Pflegekräfte, in Haus 8 aber 48,6% technische Hilfsmittel an.

Tabelle 32: Hausvergleich: Gründe für Nichtnutzung technischer Hilfsmittel

Zustimmung	1	2	3	4	5	6	7	8	Gesamt
zu zeitaufwendig	29,2% (24)	37,5% (8)	70,8% (24)	68,4% (19)	50,0% (8)	68,4% (19)	47,5% (40)	67,6% (37)	56,4% (179)
die Räumlichkeiten zu eng sind	41,7% (24)	66,7% (9)	20,8% (24)	75,0% (20)	87,5% (8)	75,0% (20)	35,0% (40)	43,2% (37)	48,4% (182)
sie keine wirkliche Arbeitserleichterung sind	8,3% (24)	33,3% (6)	37,5% (24)	25,0% (20)	14,3% (7)	31,6% (19)	26,3% (38)	48,6% (37)	30,3% (175)

Unterstützung durch andere Mitarbeiter/innen

Neben technischen Hebehilfen kann das Hinzuziehen von Kolleg/innen das Heben und Wenden von Bewohner/innen erleichtern. Das wird, den Angaben zufolge, von 92,6% Wohnbereichsleiter/innen und von knapp 90% der Pflegekräfte so praktiziert. Geht man davon aus, dass wechselseitige Unterstützung selbstverständlich sein sollte, bleibt also auch hier ein Nachholbedarf zu konstatieren. Das gilt insbesondere in den Einrichtungen 2, 4 und 8, in denen 22,2%, 14,3% und 19,4% der Pflegekräfte angaben, auch dann, wenn sie schwere Lasten zu bewegen haben, auf eine Unterstützung von Kolleg/innen zu verzichten.

Tabelle 33: Hausvergleich: Hinzuziehen von Mitarbeiter/innen beim Bewegen schwerer Lasten

	1 (N=24)	2 (N=9)	3 (N=24)	4 (N=21)	5 (N=9)	6 (N=20)	7 (N=42)	8 (N=36)	Gesamt (N=185)
trifft zu	95,8%	77,8%	87,5%	85,7%	100,0%	90,0%	90,5%	80,6%	88,1%
trifft nicht zu	4,2%	22,2%	12,5%	14,3%	0,0%	10,0%	9,5%	19,4%	11,9%

Maßnahmen und Rahmenbedingungen, die zu rückengerechten Arbeitsweisen anregen könnten

Was ist zu tun, um die Mitarbeiter/innen zu veranlassen und anzuregen, beim Heben und Wenden mehr auf ihre Gesundheit zu achten? Was ist hierbei mit Blick auf das konkrete Pflegearrangement und betriebliche Rahmenbedingungen wichtig? Welchen Stellenwert haben in diesem Zusammenhang Ausgleichssport und Fitnesstraining im privaten Bereich? Welchen dieser Maßnahmen, die mit den Statementvorgaben konkretisiert wurden, messen die befragten Pflegekräfte und Wohnbereichsleiter/innen Bedeutung zu?

Was die Art der *Vermittlung* von rückengerechten Arbeitsweisen angeht, finden sowohl bei den Pflegekräften wie bei den Wohnbereichsleiter/innen vor allem die „Einübung rückengerechter Hebe- und Tragetechniken durch spezielle Kurse wie Bobath-Konzept, Kinästhetik, Rückenschule“ Resonanz. Gut vier Fünftel (81,2%) der Pflegekräfte und drei Viertel der Wohnbereichsleitungen halten derartige Angebote für hilfreich. Ansonsten findet bei den Wohnbereichsleiter/innen „mehr unmittelbar praktische Anleitung in der konkreten Arbeitssituation“ häufiger Zustimmung als lediglich „mehr Information über den rückengerechten Umgang mit Lasten“ (72,7% gegenüber 56,5%). Von den Pflegekräften hingegen wünschen sich 75,4% „mehr Information“ und 70,3% „mehr unmittelbar praktische Anleitung in der konkreten Arbeitssituation“. Daraus kann man schließen, dass vor allem bei den Pflegekräften durchaus noch ein Bedarf an Information gesehen wird. Die relativ hohe Zustimmungsrates zu „speziellen Kursen“ lässt vermuten, dass ein großes Interesse daran besteht, den Umgang mit Lasten systematischer und in einer vom Arbeitsalltag losgelösten Situation anzugehen.

Tabelle 34: Geeignete Maßnahmen bezüglich der Vermittlung rückengerechter Arbeitsweise n

	Pflege		WBL	
	trifft zu	trifft nicht zu	trifft zu	trifft nicht zu
mehr Information über einen rückengerechten Umgang mit Lasten. (N = 183; 23)	75,4%	24,6%	56,5%	43,5%
mehr unmittelbar praktische Anleitung in der konkreten Arbeitssituation. (N = 182; 22)	70,3%	29,7%	72,7%	27,3%
Einübung rückengerechter Hebe- und Tragetechniken durch spezielle Kurse, wie etwa Bobath-Konzept, Kinästhetik, Rückenschule. (N = 181; 24)	81,2%	18,8%	75,0%	25,0%

Ausgleichssport und Fitnesstraining im privaten Bereich sind nach Meinung von gut 70 % (71,4) der Wohnbereichsleiter/innen und etwas mehr als zwei Drittel der anderen Pflegekräfte wichtig, um besser mit den gesundheitlichen Risiken, die mit den körperlichen Belastungen im Pflegeberuf einhergehen, fertig zu werden. In den Interviews gibt man allerdings zu bedenken, dass es vielen Mitarbeiter/innen schwer fällt, derartige Angebote auch tatsächlich wahrzunehmen. Gerade viele der weiblichen Pflegekräfte hätten sich, wenn sie nach der Arbeit nach Hause kommen, zunächst einmal um ihre Familie zu kümmern. Um dann auch noch ins Fitnessstudio zu gehen, fehle die Zeit und vielfach habe man in dieser Situation dazu schlichtweg auch „keine Lust“.

Aspekte eines *situativ gestaltbaren Pflegearrangements* sind z.B. das Hinzuziehen von anderen Mitarbeiter/innen, die Nutzung technischer Hilfen und die Mitwirkung von Kund/innen. Bezogen auf entsprechende Statementvorgaben wird sowohl von den Pflegekräften wie auch von den Wohnbereichsleiter/innen am häufigsten auf die offenbar noch nicht ausgeschöpften Möglichkeiten einer Aktivierung der Bewohner/innen verwiesen (vgl. 70,8% bzw. 81,0%). Aber auch in einem häufigeren Einsatz von technischen Hilfsmitteln mit entsprechender Anleitung sowie in mehr wechselseitiger Unterstützung wird noch Nachholbedarf gesehen. Das ist für 67,4% bzw. 70,6% der Pflegekräfte wichtig. Bei den Wohnbereichsleiterinnen sind hier die Zustimmungsraten nicht ganz so hoch. Da andererseits bereits 74,7% bzw. 88,1% der Pflegekräfte angegeben haben, dass sie technische Geräte nutzen und ggf. andere Mitarbeiter/innen hinzuziehen, ist zu vermuten, dass das nach ihrer Meinung durchaus noch viel öfter geschehen sollte.

Tabelle 35: Geeignete Maßnahmen bezüglich des situativ gestaltbaren Pflegearrangements

	Pflege		WBL	
	trifft zu	trifft nicht zu	trifft zu	trifft nicht zu
mehr wechselseitige Unterstützung der Mitarbeiter/innen. (N = 180; 23)	70,6%	29,4%	56,5%	43,5%
mehr technische Hilfsmittel mit entsprechender Anleitung. (N = 178; 22)	67,4%	32,6%	59,1%	40,9%
mehr Patientenaktivierung, damit diese besser mitwirken. (N = 178; 21)	70,8%	29,2%	81,0%	19,0%

Gemessen an der Häufigkeit, mit der Statementvorgaben angekreuzt wurden, wird einer *Verbesserung betrieblicher Rahmenbedingungen* keine so große Bedeutung zugeschrieben wie anderen Maßnahmen. Das gilt insbesondere für die Wohnbereichsleitungen. Gut 45% der Pflegekräfte und ein etwas geringerer Anteil der Wohnbereichsleitungen (42,9%) wünschen sich eine, was den Umgang mit Lasten angeht, sensiblere Leitung. Etwas mehr als die Hälfte (50,6%) der Pflegekräfte und knapp 30% der Wohnbereichsleiter/innen sehen in einer Verbesserung des Arbeitsklimas einen wichtigen Schritt, um diese Fragen besser ansprechen zu können. 54,5% der Pflegekräfte aber nur 31,8% der Wohnbereichsleitungen glauben, dass sich mit einer Verbesserung der Arbeitsabläufe indirekt auch Belastungen durch das zur Pflege erforderliche Heben und Tragen reduzieren lassen. 54,1% der Pflegekräfte

und 42,9% der Wohnbereichsleiter/innen halten eine Verbesserung der räumlichen Verhältnisse für einen wichtigen Ansatzpunkt.

Tabelle 36: Geeignete Maßnahmen bezüglich der betrieblichen Rahmenbedingungen

	Pflege		WBL	
	trifft zu	trifft nicht zu	trifft zu	trifft nicht zu
eine Verbesserung der räumlichen Verhältnisse. (N = 181; 21)	54,1%	45,9%	42,9%	57,1%
eine Verbesserung der Arbeitsabläufe. (N = 178; 22)	54,5%	45,5%	31,8%	68,2%
eine in diesen Fragen sensiblere Leitung. (N = 166; 21)	45,8%	54,2%	42,9%	57,1%
ein besseres Arbeitsklima, damit man diese Fragen besser ansprechen kann. (N = 176; 22)	50,6%	49,4%	27,3%	72,7%

Wenn Maßnahmen, die betriebliche Rahmenbedingungen betreffen, nicht so häufig als geeignet betrachtet werden, kann das auch damit zusammenhängen, dass sie nicht so einfach als konkrete Maßnahmen zu fassen und zu gestalten sind. Als hintergründig wirksame Faktoren, die Selbstveränderungsbereitschaft und Organisationsentwicklung begünstigen, sollten sie jedoch nicht unterschätzt werden. Vor allem kommt mit der Gewichtung von entsprechenden Verbesserungsansätzen implizit zum Ausdruck, was als (Mit)Ursache für aktuelle Defizite in der Handhabung von Lasten empfunden wird und damit Anlass zu einer Problematisierung sein sollte. Eine nach Einrichtungen differenzierte Betrachtung zeigt, dass den betrieblichen Rahmenbedingungen als Ansatzpunkt für eine bessere Handhabung von Lasten vor allem in den Häusern 4 und 6 eine relativ große Bedeutung zugeschrieben wird. Das gilt in Haus 4 insbesondere mit Blick auf das Arbeitsklima und die räumlichen Gegebenheiten. In Haus 6 glauben vergleichsweise viele Pflegekräfte, dass es in diesem Zusammenhang neben einer räumlichen Verbesserung vor allem auf eine Optimierung von Arbeitsabläufen ankommt.

Tabelle 37: Hausvergleich: Geeignete Maßnahmen bezüglich betrieblicher Rahmenbedingungen

Zustimmung	1	2	3	4	5	6	7	8	Gesamt
eine Verbesserung der räumlichen Verhältnisse	62,5% (24)	37,5% (8)	41,7% (24)	80,0% (20)	88,9% (9)	80,0% (20)	35,0% (40)	44,4% (36)	54,1% (181)
eine Verbesserung der Arbeitsabläufe	41,7% (24)	42,9% (7)	69,6% (23)	71,4% (21)	33,3% (9)	83,3% (18)	41,5% (41)	51,4% (35)	54,5% (178)
eine in diesen Fragen sensiblere Leitung	26,1% (23)	57,1% (7)	43,5% (23)	73,3% (15)	25,0% (8)	50,0% (16)	41,0% (39)	54,3% (35)	45,8% (166)
ein besseres Arbeitsklima	45,8% (24)	28,6% (7)	45,8% (24)	89,5% (19)	11,1% (9)	64,7% (17)	42,5% (40)	52,8% (36)	50,6% (176)

B: Fallstudie

1. Die Einrichtung

Für den Themenschwerpunkt „Handhabung von Lasten“ hat sich Haus C entschieden. Das Altenpflegeheim existiert seit 1992. 1998 hatte der jetzige Träger die Einrichtung übernommen. Er war allerdings bereits von Anfang an im Rahmen eines Gestellungsvertrages für die Pflege und Hauswirtschaft in Haus C zuständig. Neben der stationären Altenpflege in Haus C betreibt der Träger in einer anderen Stadt ein weiteres Pflegeheim.

Im Haus C stehen 92 Pflegeplätze zur Verfügung, davon 52 in Einzelzimmern. Die Betten verteilen sich auf drei Etagen, die jeweils einen Wohnbereich bilden. Im Wohnbereich I (33 Betten) werden schwerpunktmäßig Demenzkranke aufgenommen. Im Wohnbereich II stehen 35 Plätze und in der 3. Etage 24 Plätze zur Verfügung.

Zum Stichtag (Ende Juni 2007) waren 85 Plätze (92%) belegt. 38% der Bewohner/innen waren in Pflegestufe I, 34% in II und 18% in III eingestuft. 7% galten als nicht pflegebedürftig im Sinne von SGB XI und bei 4% hatte damals noch keine Begutachtung stattgefunden bzw. das Ergebnis lag noch nicht vor.

Die pflegebedingten Aufwendungen betragen pro Tag bei Stufe 0 25,05 €. Bei Stufe I sind 39,70 € zu zahlen, bei Stufe II 57,29 € und bei Schwerstpflegebedürftigen (Stufe III) werden 75,54 € pro Tag abgerechnet. Die Kosten für Unterkunft und Verpflegung liegen bei 24,86 €. Der Investitionskostenanteil beläuft sich auf 20,79 €. Daraus ergibt sich ein Tagesentgeltsatz von 70,70 € bei Stufe 0, von 85,35 € bei Stufe I sowie von 102,94 € bzw. 121,19 € bei Stufe II bzw. III.

Insgesamt sind in dem Haus 52 Personen beschäftigt; 37 in der Pflege, darunter 25 mit einer Vollzeitstelle. Die Fachquote beträgt 56%. In der Küche arbeiten vier Vollzeit- und fünf Teilzeitkräfte. Für den Sozialen Dienst sind drei Mitarbeiter/innen zuständig, darunter eine in Vollzeit. Weiterhin zählen ein Hausmeister und zwei Zivildienstleistende zur Belegschaft. Die Hausreinigung ist an eine Fremdfirma vergeben.

Entscheidend für die Wahl des Themenschwerpunktes „Handhabung von Lasten“ waren die Beobachtung und Einschätzung des Leitungsteams sowie der für das Haus zuständigen Ergotherapeutin, dass sich in dieser Hinsicht bei vielen Mitarbeiter/innen Arbeitsweisen eingeschlichen haben, die auf Dauer zu gesundheitlichen Beeinträchtigungen führen könnten. Immer wieder gegebene Hinweise und Hilfen, eine rückengerechte Arbeitsweise zu beachten, die Lifter und andere im Haus verfügbaren Hebehilfen zu nutzen, scheinen bislang wenig zu fruchten. Das gilt auch für die Appelle, sich mehr wechselseitige Unterstützung über die Wohnbereiche hinweg zu organisieren, wenn Bewohner/innen zu lagern und alleine nur schwerlich zu heben sind. Noch zu wenig ausgeprägt sei auch die Bereitschaft, Bewohner/innen, für die das Aufstehen eine große Anstrengung bedeutet, zu ermuntern, sich dennoch aus dem Bett heben zu lassen. „Mehr Personal“, wie von vielen der Mitarbeiter/innen immer wieder gefordert, sei zwar wünschenswert, aber das gäben die Refinanzierungsmöglichkeiten nun einmal nicht her. So müsse man auf andere Weise für gesundheitserhaltende und dennoch effiziente Arbeitsweisen sorgen. Und es wäre schon viel gewonnen, wenn sich die Einstellung von Mitarbeiter/innen, rückengerechtes Arbeiten sei angesichts des Zeitdrucks, der über allem lastet, gar nicht möglich, auflösen ließe.

Das Thema „Umgang mit Lasten“ ist akut, weil hier von der Leitung gravierende Defizite gesehen werden, die mit zunehmendem Alter der Belegschaft künftig wohl noch häufiger zu chronischen Rückenbeschwerden führen werden. Bislang sei das nur in wenigen Fällen manifest geworden. Zugleich hofft man, dass mit dem Thema „Lasten“ und dem AIDA-Prozess im weiteren Sinn die Belegschaft auch

grundsätzlich zu mehr Selbststeuerung und Eigenverantwortung, zu mehr Interesse an den Mitgestaltungsmöglichkeiten der Arbeitsorganisation im Wohnbereich zu bewegen ist. Dann, so hofft man, könnte sich auch die Kommunikation innerhalb und zwischen den Teams der Wohnbereiche und nicht zuletzt die zwischen „oben und unten“ verbessern. Darin wird eine grundlegende Voraussetzung für das Mobilisieren von Motivation und Engagement der Mitarbeiter/innen gesehen. Das wiederum sei für die Marktfähigkeit der Einrichtung von entscheidender Bedeutung und darauf komme es angesichts einer sich verschärfenden Konkurrenz im Umfeld und wachsender Ansprüche an Qualität und Kundenfreundlichkeit künftig mehr denn je an.

2. Die Ist-Analyse

In Haus C nehmen Pflegekräfte und Wohnbereichsleitungen körperliche Belastungen, die mit ihrer Arbeit einhergehen, als ein gravierendes Problem wahr. „Rund die Hälfte“, „mehr als die Hälfte“ oder gar „so gut wie alle“, war bei den Interviews zu hören, leiden an mehr oder weniger ausgeprägten Rückenbeschwerden. Der Hausleitung sind bislang zwar lediglich „vier bis fünf Personen“ bekannt, bei denen dies auch ärztlicherseits diagnostiziert und dokumentiert wurde, aber auch von ihrer Seite geht man davon aus, dass der Kreis der von Rückenleiden Betroffenen viel größer ist. Der Betriebsarzt wird zwar hier und da auf entsprechende Symptome aufmerksam, ein prominentes Thema war das für ihn bislang aber nicht. Auch in den Krankmeldungen spiegelt sich das Problem kaum. „Man beißt sich durch, bis es nicht mehr geht“, heißt es hierzu lakonisch von Betroffenen. Warum? Hier mag Vieles eine Rolle spielen. Die Pflegekräfte wissen, dass ihre Kolleg/innen für sie einspringen müssen, wenn sie fehlen. Das wiederum bedeute für sie noch mehr körperliche Beanspruchung, noch mehr Überstunden und Wochenenddienste, noch weniger Erholungsmöglichkeiten an freien Tagen. „Die Arbeit wird ja nicht weniger“, heißt es. Da habe man nur allzu schnell ein schlechtes Gewissen, wenn man zu Hause bleibe. Vor allem aber grassiert die Angst, dass man seinen Arbeitsplatz verlieren könnte oder mit einer Versetzung auf einen finanziell und statusmäßig als schlechter empfundenen Job rechnen müsse, wenn offiziell attestiert werde, dass man keine schweren Lasten mehr heben könne. Schließlich wisse jede(r), dass die Pflgeteams wohl nur wenige eingeschränkt belastbare Personen verkraften können. So versuche man, wie auch immer, mit seinen Beschwerden fertig zu werden. Der eine lässt sich ab und zu vom Arzt eine Spritze geben, die andere „schluckt 1000 Tabletten“, wieder andere versuchen sich mit Massagen und Ausgleichssport Linderung zu verschaffen.

Den Pflegekräften ist durchaus bewusst, dass mancherlei Belastungen und gesundheitsgefährdende Risiken zu vermeiden wären, wenn sie häufiger den Lifter oder andere Hebehilfen einsetzen würden, wenn sie auch beim Nachtdienst, der pro Etage nur mit einer Pflegekraft besetzt ist, Mithilfe von Kolleg/innen aus einem der anderen Wohnbereiche in Anspruch nehmen würden, wenn sie mehr auf rückengerechtes Heben, Drehen und Wenden achten würden. Prinzipiell wisse man auch, auf was es hierbei ankomme. Das gälte zumindest für die Pflegefachkräfte, die das in ihrer Ausbildung gelernt haben. Dennoch werden Hebehilfen und wechselseitige Unterstützung oft nicht in Anspruch genommen bzw. entsprechende Tipps und Anleitungen von Seiten der Leitung sowie der im Haus tätigen Ergo- und Physiotherapeuten bleiben ohne nachhaltige Wirkung.

Nutzung von technischen Hilfen

Aus den quantifizierbaren Daten der schriftlichen Befragung geht hervor, dass in Haus C 38,1% der Pflegekräfte und auch eine der drei Wohnbereichsleiterinnen beim Lagern und Mobilisieren von Bewohner/innen keine technischen Hebehilfen in Anspruch nehmen. Im Schnitt aller Einrichtungen sind es nur 25,3%. Das hängt sicherlich mit der Ausstattung zusammen. Jedenfalls sind in Haus C alle drei Wohnbereichsleiterinnen und über die Hälfte (52,4%) der Pflegekräfte der Meinung, dass in ihrer Einrichtung die erforderlichen Gerätschaften gar nicht in einem als hinreichen empfundenen Maß zur

Verfügung stehen. Im Gesamtschnitt der Einrichtungen kommt eine solche Einschätzung nur bei 27,6% zum Ausdruck.

Tabelle 38: Wenn schwere Lasten zu bewegen sind, versuchen Sie (Fallstudie/Gesamt)

	Pflege		WBL	
	trifft zu	trifft nicht zu	trifft zu	trifft nicht zu
technische Hilfsmittel (Hebehilfen) zu nutzen. (N Haus C = 21; 3) (N Gesamt = 182; 27)	61,9% 74,7%	38,1% 25,3%	66,7% 81,5%	33,3% 18,5%
Technische Hilfsmittel stehen in Ihrer Einrichtung in hinreichendem Maße zur Verfügung. (N Haus C = 21; 3) (N Gesamt = 181; 27)	47,6% 72,4%	52,4% 27,6%	0,0% 74,1%	100,0% 25,9%

Danach gefragt, was einer Inanspruchnahme von Hebehilfen entgegensteht, ist in den Interviews mit den Pflegekräften und den Wohnbereichsleiter/innen immer wieder selbstkritisch von Gewohnheiten die Rede, von denen man nicht so schnell ablassen könne, vor allem aber vom Zeitdruck, der dazu führe, dass man gar nicht erst darüber nachdenkt, wie man es besser machen könnte. Es sei nun einmal zeitaufwendig und mit Blick auf die notwendigen Absprachen oft nicht einfach, sich den Lifter oder Kolleg/innen-Unterstützung von einer anderen Etage zu organisieren. Zeit und Geduld brauche man aber auch, um Kund/innen an den Einsatz von Geräten zu gewöhnen und um sie zu einer aktiveren Mitwirkung anzuregen.

Die bei den Interviews in Haus C geäußerten Gründe für eine zurückhaltende Nutzung von technischen Hebehilfen kommen auch in der schriftlichen Befragung zum Ausdruck. Viel öfter als im Durchschnitt aller Einrichtungen werden in Haus C „Zeitaufwand“ oder „räumlich beengte Verhältnisse“ als Gründe für die Nichtinanspruchnahme von Liftern und technischen Hilfsmitteln anderer Art geltend gemacht. Auf ersteres wird in Haus C von gut zwei Drittel (68,4%) der Pflegekräfte verwiesen; in der Summe aller Einrichtungen tun das nur etwa 56%. „Zu enge Räumlichkeiten“ sind in Haus C für drei Viertel ein entscheidender Grund, der einer prinzipiell für sinnvoll gehaltenen Nutzung von Hebehilfen entgegensteht. Im Gesamtschnitt macht dieser Anteil nur knapp die Hälfte aus. Die Einschätzung, dass von technischen Hebehilfen eigentlich keine wirkliche Arbeitserleichterung zu erwarten ist, teilen im Schnitt aller Einrichtungen etwa 30% der Pflegekräfte; im Haus C aber nur ein Viertel.

Tabelle 39: Gründe für Nichtnutzung technischer Hilfsmittel (Fallstudie/Gesamt)

	Pflege		WBL	
	trifft zu	trifft nicht zu	trifft zu	trifft nicht zu
zu zeitaufwendig. (N Haus C = 19; 3) (N Gesamt = 179; 24)	68,4% 56,4%	31,6% 43,6%	66,7% 25,0%	33,3% 75,0%
die Räumlichkeiten zu eng sind. (N Haus C = 20; 3) (N Gesamt = 182; 25)	75,0% 48,4%	25,0% 51,6%	66,7% 32,0%	33,3% 68,0%
sie keine wirkliche Arbeitserleichterung sind. (N Haus C = 20; 3) (N Gesamt = 175; 23)	25,0% 30,3%	75,0% 69,7%	0,0% 4,3%	100,0% 95,7%

Dass Zeitaufwand und beengte Verhältnisse gewichtige Gründe sind, die einer Nutzung technischer Hilfsmittel entgegenstehen, wird in Haus C auch von zwei der drei befragten Wohnbereichsleiterinnen so gesehen. In der Gesamtbetrachtung macht der entsprechende Anteil aller Wohnbereichsleitungen 25 bis 32% aus.

Unterstützung durch andere Mitarbeiter/innen

Bei den Antworten auf die Frage, ob es üblich ist, gegebenenfalls andere Mitarbeiter/innen hinzuzuziehen, wenn Kund/innen zu lagern, aus dem oder ins Bett zu bringen und/oder zu mobilisieren sind, ist die Diskrepanz zwischen Haus C (85,7%) und dem Gesamtschnitt (88,1%) nicht ganz so groß.

Näher nachgefragt wurde in Haus C, ob Kolleg/innen, die man hinzuzieht, wenn schwere Lasten zu bewegen sind, nur aus dem eigenen oder auch aus anderen Wohnbereichen kommen. 95% der Pflegekräfte und alle Wohnbereichsleiter/innen gehen davon aus, dass hier in der Regel lediglich an Mitarbeiter/innen aus dem eigenen Wohnbereich gedacht wird. Diese Kolleg/innen, heißt es in den Interviews, kennt man. Da sind Absprachen leichter herbeizuführen. Vor allem aber kann sich eine *wechselseitige* Unterstützung einspielen. Mit den Kolleg/innen auf den anderen Etagen sei das „viel komplizierter“. Der Verständigungsaufwand ist größer und mitunter werden auch abfällige Bemerkungen befürchtet, wenn man Mitarbeiter/innen, die man nicht einzuschätzen weiß, um Mithilfe bittet („Schafft die das nicht alleine?“ „Weiß die denn nicht, dass ich auch genug zu tun habe?“).

Maßnahmen und Rahmenbedingungen, die zu rückengerechten Arbeitsweisen anregen könnten

Bei allen Maßnahmenkategorien, die hier zur Einschätzung in Form von Statements vorgelegt wurden, sind in Haus C die Zustimmungsraten höher als bei den entsprechenden Durchschnittswerten aller AIDA-Einrichtungen. Das betrifft insbesondere die Forderung nach mehr technischen Hilfsmitteln mit entsprechender Anleitung und schlichtweg „mehr Information“ über einen rückengerechten Umgang mit Lasten. Vor allem aber betreffen die als geeignet empfundenen Maßnahmen viel häufiger als im Gesamtschnitt die räumlichen Gegebenheiten, Arbeitsabläufe sowie den Wunsch nach einer in diesen Fragen sensibleren Leitung und das Arbeitsklima im weiteren Sinn. In Haus C liegt die Zustimmung zu Bestrebungen, die auf eine Verbesserung der Arbeitsabläufe zielen, um gut 16 Prozentpunkte und bei den Bemühungen um eine Verbesserung der räumlichen Verhältnisse um mehr als 25% höher. Bezogen auf die Wünsche nach einer in diesen Fragen sensibleren Leitung und einem besseren Arbeitsklima sind es gar nahezu 30 bzw. fast 40% mehr.

Tabelle 40: Geeignete Maßnahmen zur Reduktion von Belastungen (Fallstudie/Gesamt)

		Pflege		WBL	
		trifft zu	trifft nicht zu	trifft zu	trifft nicht zu
Vermittlung rückengerechter Arbeitsweisen	mehr Information über einen rückengerechten Umgang mit Lasten. (N Haus C = 21; 3) (N Gesamt = 183; 23)	85,7% 75,4%	14,3% 24,6%	66,7% 56,5%	33,3% 43,3%
	mehr unmittelbar praktische Anleitung in der konkreten Arbeitssituation. (N Haus C = 21; 3); (N Gesamt = 182; 22)	76,2% 70,3%	23,8% 29,7%	66,7% 72,7%	33,3% 27,3%
	Einübung rückengerechter Hebe- und Tragetechniken durch spezielle Kurse, wie etwa Bobath-Konzept, Kinästhetik, Rückenschule. (N Haus C = 21; 3); (N Gesamt = 181; 24)	81,0% 81,2%	19,0% 18,8%	66,7% 75,0%	33,3% 25,0%
situativ gestaltbares Pflegearrangement	mehr wechselseitige Unterstützung der Mitarbeiter/innen. (N Haus C = 21; 3); (N Gesamt = 180; 23)	66,7% 70,6%	33,3% 29,4%	0,0% 56,5%	100,0% 43,5%
	mehr technische Hilfsmittel mit entsprechender Anleitung. (N Haus C = 21; 3); (N Gesamt = 178; 22)	85,7% 67,4%	14,3% 32,6%	100,0% 59,1%	0,0% 40,9%
	mehr Patientenaktivierung, damit diese besser mitwirken. (N Haus C = 21; 3); (N Gesamt = 178; 21)	76,2% 70,8%	23,8% 29,2%	66,7% 81,0%	33,3% 19,0%
Betriebliche Rahmenbedingungen	eine Verbesserung der räumlichen Verhältnisse. (N Haus C = 20; 3); (N Gesamt = 181; 21)	80,0% 54,1%	20,0% 45,9%	66,7% 42,9%	33,3% 57,1%
	eine Verbesserung der Arbeitsabläufe. (N Haus C = 21; 3); (N Gesamt = 178; 22)	71,4% 54,5%	28,6% 45,5%	33,3% 31,8%	66,7% 68,2%
	eine in diesen Fragen sensiblere Leitung. (N Haus C = 15; 3); (N Gesamt = 166; 22)	73,3% 50,6%	26,7% 49,4%	66,7% 27,3%	33,3% 72,7%
	ein besseres Arbeitsklima, damit man diese Fragen besser ansprechen kann. (N Haus C = 19; 3); (N Gesamt = 176; 22)	89,5% 50,6%	10,5% 49,4%	33,3% 27,3%	66,7% 72,7%
Ausgleich im privaten Bereich	Ausgleichsport/Fitnesstraining im privaten Bereich. (N Haus C = 18; 3); (N Gesamt = 174; 21)	66,7% 69,5%	33,3% 30,5%	66,7% 71,4%	33,3% 28,6%

Der Wunsch nach mehr technischen Hilfsmitteln bezieht sich in Haus C wohl weniger auf die Ausstattung im Haus, sondern auf eine wohnbereichsinterne Stationierung, so dass diese auch schneller verfügbar sind. Denn grundsätzlich sind, wie von Seiten der Hausleitung versichert wird, alle erforderlichen Geräte vorhanden. Handlungsbedarf wird auch hinsichtlich der Anleitung im Umgang mit Hebehilfen und überhaupt in Bezug auf mehr Information über rückengerechte Arbeitsweisen signalisiert. Vor allem aber kommt in den vergleichsweise hohen Zustimmungsraten zu Maßnahmen, die räumliche Verhältnisse, Arbeitsabläufe, die Leitung und das Arbeitsklima betreffen, zum Ausdruck, dass in diesem Zusammenhang auch die Arbeitsbeziehungen und -bedingungen zu problematisieren sind. 80% der Pflegekräfte und zwei der drei Wohnbereichsleiter/innen, die in Haus C über ihre Meinung zur Verantwortlichkeit für Bewältigungsstrategien im Umgang mit Lasten befragt wurden, sehen darin „primär eine Aufgabe des Arbeitgebers“. Der Aussage „Mit körperlichen Belastungen am Arbeitsplatz muss jede/r für sich selbst zurechtkommen“ haben knapp 62% der Pflegekräfte zugestimmt.

Grundsätzlich, so lassen die Pflegekräfte bzw. Wohnbereichsleiterinnen in den vertiefenden Interviews erkennen, könnten all die vielen Informationen oder auch Schulungen und Fortbildungen, die auch von ihnen für wichtig gehalten werden, nur dann eine nachhaltige Wirkung entfalten, wenn zugleich der Zeitdruck thematisiert werde, der auf allem lastet. Wie man sich die für rückengerechtes Arbeiten für erforderlich gehaltene Zeit freischaufeln könne, dazu habe man von der Leitung bislang jedoch noch keine praktisch verwertbaren Tipps bekommen. „Da fühlt man sich manchmal schon ein bisschen allein gelassen“. Man fühle sich „abgespeist“ und empfinde es mittlerweile als zynisch, wenn einem immer wieder gesagt werde: „Ihr seid schlecht organisiert!“ oder: „Alles eine Frage der Organisation!“. Wie man das besser organisieren könne, höre man jedoch nicht. Nach Ansicht der Pflegekräfte und Wohnbereichsleitungen, mit denen in den Leitfadengesprächen diese Frage näher erörtert werden konnte, sei der Spielraum einer besseren Ablauforganisation aber bereits weitgehend ausgereizt. Noch mehr „entzerren“ könne man nicht, sonst müssten einige Bewohner/innen morgens bis 11 Uhr und länger auf ihr Frühstück warten und es müssten noch mehr Kund/innen bereits von der Nachtschicht gewaschen werden.

So scheint die Auseinandersetzung um eine systematischere Beachtung von rückengerechten Arbeitsweisen einstweilen in einer Sackgasse zu stecken, ja man hat den Eindruck, dass sie ihrerseits das offenbar ohnehin angespannte Klima zwischen Leitung und sozialem Dienst einerseits und den in der Pflege beschäftigten Mitarbeiter/innen andererseits zusätzlich belastet. Die Pflegekräfte fühlen sich, weil die Leitung ihr „*Jammern und Klagen*“ nicht mehr hören will, diskreditiert. Ihre Bereitschaft, sich zu Belastungen und anderen Problemen bei der Arbeit zu äußern, Verbesserungsvorschläge einzubringen und Verantwortung zu übernehmen, schwindet. Die Stimmung verschlechtert sich.

Den Leitungskräften bleibt das Misstrauen, das ihnen von Seiten der Belegschaft entgegengebracht wird, unverständlich, betrachten sie doch den eigenen Führungsstil als „offen“, „kollegial“ und „sehr transparent“. Sie selbst empfinden sich als „jederzeit ansprechbar“ und „austauschbereit“. Bei den Mitarbeiter/innen hingegen fehle es an selbstkritischer Reflexionsbereitschaft: „Wenn ich nur jammere, ‚mir tut das Kreuz weh‘, ohne zu analysieren, was habe ich falsch gemacht“, gehe das an der Sache vorbei. Ebenso wenn die Einsicht in wirtschaftliche Notwendigkeiten fehle. „Mehr Personal“, wie immer wieder gefordert, sei nun einmal nicht drin; zumal man hier im Haus ja noch vergleichsweise gut ausgestattet sei. So dreht sich das Wechselspiel von Argumentation und Gegenargumentation im Kreis. Die Positionen scheinen sich zu verhärten und die Neigung, sich in diesen Fragen auszuweichen, wird größer.

3. Zwischenfazit

Die Pflege von alten Menschen geht in vielerlei Hinsicht mit Tätigkeiten einher, die den Stütz- und Bewegungsapparat belasten. Insofern ist dieses „alte“ Belastungsthema nach wie vor aktuell und die Handlungsoptionen konzentrieren sich auf die Frage, wie die damit verbundenen Gesundheitsrisiken zu minimieren sind. Gelingen kann das noch am ehesten, wenn die mittlerweile in vielen methodischen Anleitungen und Schulungsprogrammen proklamierten Prinzipien, Basistechniken und Ausgleichsübungen für rückengerechtes Arbeiten beachtet und in den beruflichen Alltag integriert werden. Dazu gehören kraft sparende und dem Körper angemessene Bewegungsabläufe, die Nutzung technischer Hilfen, aber auch die Möglichkeiten kollegialer Unterstützung und die entlastenden Wirkungen einer systematisch betriebenen Bewohneraktivierung, die den zu Pflegenden eine Mitwirkung bei den anstehenden Prozeduren erleichtert und so auch unter diesem Gesichtspunkt für Entlastung sorgen kann.

Im Großen und Ganzen ist dieses Repertoire den Pflegekräften in Haus C bekannt. Von Hebetechniken, körpergerechten und kraftsparenden Bewegungsabläufen hatten die meisten der Mitarbeiter/innen schon in ihrer Ausbildung erfahren und es ist in dieser Einrichtung üblich, hierauf in der Einarbeitungsphase in besonderer Weise zu achten. Überdies werden von Zeit zu Zeit einschlägige Schulungen angeboten. Dennoch fällt es vielen Mitarbeiter/innen schwer, im Pflegealltag eine rückengerechte Arbeitsweise zu praktizieren. Folgt man den Befragungsergebnissen der Ist-Analyse sind in dieser Hinsicht in Einrichtung C im Vergleich zu den anderen am AIDA-Projekt teilnehmenden Einrichtungen überdurchschnittlich viele Defizite zu konstatieren. Als Gründe für einen falschen, weil gesundheitlich riskanten Umgang mit Lasten werden mehr oder weniger reflektierte Gewohnheiten, vor allem aber der Zeitaufwand genannt, der notwendig wäre, um im Bedarfsfall technische Geräte beizuschaffen oder eine Unterstützung von Kollegen/innen zu organisieren. Würde man sich um eine rundum rückengerechte Arbeitsweise bemühen, so war in den mündlichen Interviews zu hören, könnte sich der ohnehin schon als sehr groß empfundene Zeitdruck noch weitergehend verschärfen. Dass eingespielte Gewohnheiten so schwer zu ändern und einer selbstkritischen Reflexion zu unterziehen sind, mag wiederum mit den spannungsgeladenen Arbeitsbeziehungen zwischen Pflege- und Leitungskräften bzw. Mitarbeiter/innen des Sozialen Dienstes zusammenhängen. Auch dafür gab es in der schriftlichen Befragung und vor allem in den mündlichen Interviews, deutliche Hinweise. Die zunächst technisch anmutende Frage der Handhabung von Lasten ist eng mit den Möglichkeiten der Teamentwicklung und Selbststeuerung von Mitarbeiter/innen in den Wohnbereichen verknüpft und diese hängen wiederum mit den grundlegenden Kommunikations- und Arbeitsbeziehungen zwischen den verschiedenen Leitungsebenen, zwischen Pflege und Sozialem Dienst und letztlich mit dem Sozialklima, der Sozialordnung i.w.S. zusammen.

Wer dafür sorgen will, dass rückengerechtes Arbeiten im Pflegealltag zur Selbstverständlichkeit und Handlungsroutine wird, muss also an vielen Baustellen ansetzen. Man muss für eine bessere Ausstattung und Erreichbarkeit von technischen Geräten und für entsprechende Einweisungen sorgen. Man wird gesundheitlich riskantes Heben, Drehen und Wenden ansprechen und das Wissen um rückengerechtes Arbeiten immer wieder auffrischen müssen. Dabei ist auch an die Möglichkeiten von entsprechenden Ausgleichsübungen und Weiterbildungen zu denken (Rückenschule, ggf. auch Kinästhetik, „Bobath“ und dergleichen). Nicht zu vergessen sind in diesem Zusammenhang auch die entlastenden Möglichkeiten einer Unterstützung durch Kolleg/innen und einer Aktivierung von Bewohner/innen; Möglichkeiten, die, weil sie sich offenbar nicht in einem hinreichenden Maße von selbst ergeben, immer wieder angeregt und unterstützt werden müssen. Vor allem aber sind Gelegenheiten zu eröffnen, bei denen die damit verbundenen Ansprüche und Anpassungsprobleme angesprochen und verhandelt werden können. Letztlich werden gesundheitlich weniger belastende, aber ungewohnte Arbeitsweisen aller Erfahrung nach erst dann zur Handlungsroutine, wenn es gelingt, sie im Teamverständnis, in den

Hilfeplänen und schließlich in den wie selbsttätig ablaufenden Arbeitsprozessen zu verankern. Nur so können diese Arbeitsweisen normativ und organisatorisch gestützt, also institutionalisiert werden. Erst dann reduzieren sich Reibungs- und Zeitverluste, die mit den damit verbundenen Kooperationserfordernissen einhergehen. Erst dann sind die Möglichkeiten einer „lernenden Organisation“ zu nutzen, die ihrerseits individuelle Anpassungs- und Umstellungsprozesse erleichtern.

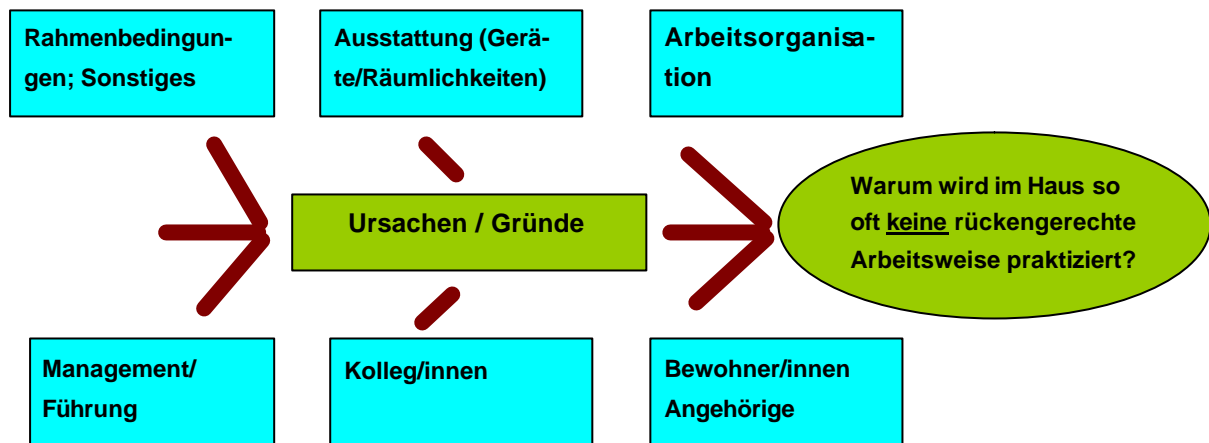
C: Die Arbeit des Gesundheitszirkels

1. Problemanalyse und Konkretisierung der Zielsetzung

Die Ergebnisse und erste Schlussfolgerungen der Ist-Analyse wurden der Belegschaft und der Leitung in jeweils getrennt angesetzten Treffen vorgestellt. Bei der Aussprache standen insbesondere die konstatierten Defizite im Umgang mit Lasten und die relativ schlechten Werte bei Items im Vordergrund, mit denen die Gestaltungsräume der Mitarbeiter/innen, das Vertrauensverhältnis zur Heim- und Pflegedienstleitung sowie deren Verhalten in Bezug auf Feedback, Konfliktsituationen und Kontrolle erfasst wurden. Diese Ergebnisse waren für die Teilnehmer/innen gut nachvollziehbar. Plausibel schien auch die von Seiten der wissenschaftlichen Begleitung vorgenommene Interpretation, dass die offenbar spannungsgeladenen Arbeitsbeziehungen mit ein Grund für die in der Vergangenheit oft vergeblichen Bemühungen der Leitung sind, mit Schulungen und unmittelbar personenbezogenen Anleitungen den defizitären Umgang mit Lasten in nachhaltig wirksamer Weise zu verbessern. An diesen Überlegungen anknüpfend war dann im Gesundheitszirkel eine vertiefende Problemanalyse angestrebt, um schließlich auf dieser Basis Ziele und Maßnahmen, die zu einem rückengerechteren Umgang mit Lasten führen könnten, zu präzisieren.

Ausgangspunkt der Zirkelarbeit waren, und das wurde beim ersten Treffen noch einmal betont, die empfundenen Probleme und Sichtweisen der im Gesundheitszirkel Engagierten, die sich auf Anregung der Heimleitung in dieser Besetzung zusammenfanden. Die inhaltliche Linie wurde, so sah es das Konzept vor, von den Teilnehmer/innen bestimmt, Aufgabe der Moderation war es, sie bei diesem Austausch-, Such- und Lernprozess mit entsprechenden Impulsen und Prozessinterventionen, mit entlastenden Auf- und Nachbereitungsarbeiten kommunikativ und verfahrenspraktisch zu unterstützen.

Zur Einstimmung in die vertiefende Problemanalyse wurden die Teilnehmer/innen gebeten, sich in möglichst anschaulicher Weise verschiedene Situationen zu vergegenwärtigen, in denen von ihnen bei der Pflege Bewohner/innen zu heben, zu drehen oder zu wenden waren. Sie sollten rekonstruieren und kurz charakterisieren, wie sie sich in derartigen Situationen wahrgenommen und verhalten haben. Danach stand, inspiriert durch eine impulsgebende Leitfrage, ein Brainstorming an. Die Antworten sollten stichwortartig auf eine Karte geschrieben und den Kategorien des „Fischgrätenschemas“ zugeordnet werden. Die Leitfrage lautete: *„Warum wird hier im Haus so oft keine rückengerechte Arbeitsweise praktiziert?“* Gemeint war, und das sollte nacheinander durchgespielt werden, *„kein richtiges Heben/Drehen/Wenden in Bezug auf den Bewegungsablauf“*, *„Verzicht auf technische Hilfsmittel“*, *„keine kollegiale Unterstützung“*, *„keine systematisch angelegte Entlastung durch gezielte Aktivierung von Bewohner/innen.“*



Im Gesundheitszirkel kam der Arbeitsprozess nur zögerlich in Gang. Auf ein vertiefendes Nachdenken, wie sie, die im Gesundheitszirkel teilnehmenden Pflegekräfte, sich selbst bei der Handhabung von Lasten verhalten haben, wollten sich die Teilnehmer/innen jedoch nicht einlassen; und erst recht nicht auf die Karten-Methode. Es blieb bei einigen Statements, die auf Bitten des Moderators schließlich dann doch noch geäußert wurden; wenn auch nur zögerlich und mit erkennbarem Unbehagen. Im Grunde, so der Tenor, der hier zum Ausdruck kam, sei „schon alles gesagt.“ Viele Mitarbeiter/innen wüssten durchaus, wie man beim Heben, Drehen und Wenden vorzugehen habe, aber man halte sich eben nicht immer daran. Wenn es schnell gehen muss, ver falle man nun einmal sehr leicht in alte Gewohnheiten. Man habe auch gar nicht die Zeit, darüber nachzudenken und mitunter schlichtweg keine Lust, sich umzustellen. Im Übrigen könne es sehr umständlich und zeitaufwendig sein, Hebehilfen erst einmal beizuschaffen. Manche Bewohner/innen, so gab man weiterhin zu bedenken, hätten auch Angst vor dem Lifter oder sie wollen aus anderen Gründen lieber ohne derartige Gerätschaften gepflegt werden. Sie zu beschwichtigen und zu überreden aber sei ebenfalls mit Zeitaufwand verbunden. Bei Patienten mit Kontrakturen, so die Einschätzung, wären technische Hilfsmittel ohnehin nicht geeignet. Kollegiale Hilfe in Anspruch zu nehmen, sei durchaus üblich; jedenfalls wenn man Mitarbeiter/innen ansprechen könne, mit denen man sich ohnehin gut verstehe. Mit anderen sei das aber oft zu umständlich. Es könnte mehr Zeit kosten als es bringe. Dass auch eine aktivere Mitwirkung der Bewohner/innen dazu beitragen kann, sich das Heben, Drehen und Wenden zu erleichtern, sieht man sehr wohl. Wenn die Bewohner/innen dazu aber nicht bereit sind bzw. sich in ihrer augenblicklichen Situation dazu nicht in der Lage sehen, mache es keinen Sinn darauf zu bestehen. Die Frage, ob man sich bei der Mobilisierung von Bewohner/innen von der im Haus angesiedelten Ergotherapie, die das Kernstück des Sozialen Dienstes bildet, Hilfe erwarte, wurde mit großer Entrüstung verneint. Die hier zuständige Mitarbeiterin, so hieß es, arbeite ohnehin nur mit den noch relativ Fitten. Eine Entlastung der Pflegekräfte sei von ihr nicht zu erwarten. Ihre Aktivitäten werden mit Blick auf den eingespielten Ablauf der Pflege eher als störend empfunden („Die hält den Verkehr auf“). Von einer guten Kooperation könne keine Rede sein. Da wirken, so wurde in diesem Zusammenhang angedeutet, auch alte, unverarbeitete Konflikte aus der Vergangenheit nach.

2. Der Gesundheitszirkel stößt auf Skepsis

Natürlich war geplant, den mit diesen Stellungnahmen zum Ausdruck kommenden Problemen, wozu auch die Art und Weise gehört, wie und mit welchen Konnotationen sie vorgetragen wurden, nachzugehen. Dazu kam es aber nicht. Eine tiefer gehende Problematisierung war nicht gewünscht. Je intensiver der Moderator nachfragte, desto stereotyper und im Grunde abweisender wurden die Antworten. Die Botschaft war eindeutig: Was man bereit sei, zu sagen, habe man gesagt. Mehr sei nicht zu erwarten. Die wirklich wichtigen Probleme hier in der Einrichtung wären ganz anderer Natur. Aber daran

werde wohl auch ein Gesundheitszirkel nichts ändern. Dann bricht es nach einer langen Schweigephase aus einer der Teilnehmer/innen heraus und die anderen signalisieren Zustimmung: Man sitze hier ohnehin nur, weil die Leitung Druck gemacht habe. „Wir haben keine Motivation. Das bringt in diesem Haus ohnehin nix. Es gab schon einmal ‚so ein Seminar‘ zum Thema ‚XY‘. Auch hier wurde ‚mit Karten und so‘ gearbeitet. Passiert ist nichts!“ „Die da oben“ machten ohnehin weiter wie bisher: „Keine Struktur!“ Niemand sage, wo es lang geht. Jetzt kriegen es die Wohnbereichsleitungen aufgedrückt, das zu organisieren. Dann machten die einen (ein Wohnbereich) das so und die anderen (ein anderer Wohnbereich) das so und wieder andere machten es womöglich überhaupt nicht. Das sei nicht gerecht. Die Leitung verteile Probleme, die eigentlich sie lösen müsste, nach unten. Spätestens zu diesem Zeitpunkt waren die Themen „Führung“, „Verantwortlichkeiten“, „Kommunikation“, „Arbeitsbeziehungen“, „Feindbildfunktionen“ und implizit auch die „Machtfrage“ in den Vordergrund gerückt. Das Thema „Handhabung von Lasten“ war einstweilen vom Tisch.

Der Moderator war, schon weil es dazu in der Ist-Analyse eine Reihe von Hinweisen gab, durchaus darauf gefasst, dass gerade in dieser Einrichtung die Problematik des Umgangs mit Lasten eng mit einer Fülle von spannungsgeladenen Arbeitsbeziehungen verknüpft war, die mitzubearbeiten waren, wenn man in Bezug auf eine rückengerechtere Arbeitsweise weiter kommen wollte. Mit einer derart massiven Blockade wurde allerdings nicht gerechnet. Wie damit umgehen? „Störungen haben Vorrang!“. Dieses Prinzip gehört mit zur Methode des Zirkelkonzepts. Schon deswegen konnte man nicht zur Tagesordnung übergehen; jedenfalls nicht ohne diese grundlegend zu ändern. Schließlich ist ein Gesundheitszirkel, so wie er im AIDA-Projekt angelegt ist, auf eine intrinsische Mitwirkung der Teilnehmer/innen angewiesen. Davon aber ist nur auszugehen, wenn der Gesundheitszirkel von den Beteiligten auch als ein Medium zur partizipativen Entwicklung von Verbesserungsvorschlägen verstanden und genutzt wird. Das aber war, so wie das erste Treffen verlief, offensichtlich nicht der Fall. Ob die massive Reaktion der Teilnehmer/innen des Gesundheitszirkels nur ein erster Affront und eine Machtprobe war, die der Moderator stellvertretend für eine an dieser Stelle heftig, aber ansonsten nicht offen kritisierte Leitung auszufechten hatte, war zu diesem Zeitpunkt noch unklar. Ebenso die Frage, ob sich die Arbeit im Gesundheitszirkel so weit modifizieren ließ, dass sie doch noch den empfundenen Interessen der Teilnehmer/innen entgegenkommt. Vielleicht war das Medium „Gesundheitszirkel“ in der Wahrnehmung der hier sitzenden Teilnehmer/innen auch bereits derart desavouiert, dass nicht einmal das möglich schien.

So stand in dieser Phase zunächst einmal eine grundlegende Verständigung über den Sinn und Zweck eines Gesundheitszirkels bzw. seinen praktischen Gebrauchswert an. Der Moderator versuchte, das Anliegen und die Arbeitsweise des Gesundheitszirkels noch einmal zu verdeutlichen. Er verwies auf den wachsenden Druck, dem eine Pflege ausgesetzt ist, die in einem scharfen Konkurrenzkampf mit anderen Einrichtungen steht und hohen, stetig wachsenden und zu überprüfenden Qualitätsansprüchen gerecht werden muss. Da sei die Gefahr groß, dass dieser Druck einfach an die Mitarbeiter/innen weitergegeben werde und dass die Probleme im wahrsten Sinn des Wortes „auf ihrem Rücken“ ausgetragen werden. Hier könne ein Gesundheitszirkel helfen, inne zu halten. Er könne wie ein Filter wirken, der dafür sorgt, dass nicht jeglicher Druck ungebremst auf die Belegschaft niedergeht. Die Mitarbeiter/innen, also die unmittelbar von (potenziellen) Rückenproblemen Betroffenen, sind die Experten ihrer Situation. Deswegen sei es wichtig, an den von ihnen empfundenen Problemen anzusetzen und *mit ihnen zusammen* Veränderungsmöglichkeiten auszuloten. Praktisch wirksam könnten diese aber nur werden, wenn die Probleme, die Ziele und die Maßnahmen/Wege, die da hin führen können, auf den Punkt gebracht werden. Erst dann sind sie für die Heimleitung zu überblicken und kalkulierbar. Denn diese müsse, wenn praktische Maßnahmen ergriffen werden, vermutlich Einiges an Geld, Zeit und Nerven investieren.

Das so dargestellte Anliegen des Gesundheitszirkels war für die Anwesenden gut nachvollziehbar. Dennoch schien sich in ihnen weiterhin alles zu sträuben, sich auf ein solches Engagement einzulas-

sen. Ihre Skepsis blieb. Sie sahen in dem Gesundheitszirkel nach wie vor ein Instrument der Leitung, das dazu dient, sie in einen Prozess zu verwickeln, dessen Ausgang sie misstrauen. Der Gesundheitszirkel, so der Eindruck, gefährdet die Art und Weise, wie sich die hier artikulierenden Teilnehmer/innen in ihrer oft als belastend erlebten Arbeitssituation eingerichtet haben. So scheint sich vor allem innerhalb des Mitarbeiterkreises von zwei der drei Wohnbereiche ein nach außen abgeschottetes Eigenleben entwickelt zu haben, das der Heim- und der Pflegedienstleitung aber auch den Mitarbeiter/innen des Sozialen Dienstes suspekt ist; zumal sich die hier zuständigen Wohnbereichsleitungen ihren Mitarbeiter/innen in einer stark ausgeprägten Gruppenloyalität verpflichtet sehen. Hier spielen, so kam es schon bei der Ist-Analyse zum Ausdruck, unter anderem soziokulturelle Komponenten eine Rolle, die sich aus einem gemeinsamen Migrationshintergrund ergeben, sicherlich aber auch das Festhalten an einem eher traditionellen Pflegeverständnis, das der Arbeitsökonomie der Pflegekräfte entgegen zu kommen scheint, der Sozialbetreuung und einer Aktivierung der Bewohner/innen aber keine so große Bedeutung beimisst. Die relative Abschottung, so eine nahe liegende Interpretation, hilft den Mitarbeiter/innen an ihren eingespielten Gewohnheiten und Arbeitsrhythmen festzuhalten und so mit vielen Belastungsaspekten fertig zu werden. Sie hilft, die von oben bzw. vom Sozialen Dienst an sie herangetragenen Ansprüche zu modifizieren, oder gar zu ignorieren und zu unterlaufen. Vor allem aber hilft sie, das eingespielte Beziehungsgefüge in den Wohnbereichen aufrecht zu erhalten. Das hat schon in der Vergangenheit immer wieder zu Konflikten mit der Leitung und mit dem Sozialen Dienst geführt. Denn dadurch bleiben ihnen fachlich für wichtig erachtete Einblicke in den Pflegeablauf verwehrt. Und weil sich die damit verbundenen Konflikte immer wieder schnell hochschaukeln und zu emotional unerquicklichen Situationen führen, die alle Beteiligten belasten, hat sich mittlerweile ein sehr vorsichtiger, ja man kann sagen, ein delikater und mitunter sprunghafter Umgang miteinander entwickelt. In der Vergangenheit haben Heim- und Pflegedienstleitung immer wieder und offenbar immer wieder vergeblich versucht, diese Abschottung aufzubrechen. In dem AIDA-Projekt und speziell in der Arbeit im Gesundheitszirkel sahen sie dazu eine weitere Gelegenheit. Das wiederum schienen die Mitarbeiter/innen, die sich zu einer Mitwirkung am Gesundheitszirkel gedrängt sahen, zu ahnen. So war der Gesundheitszirkel sehr schnell zum Spielball eines grundlegenden Betriebskonfliktes geworden. Er ist Teil des Problems und kann daher nicht viel zu dessen Lösung beitragen; jedenfalls solange er nicht als Chance gesehen wird, in dieser Hinsicht neue Denk- und Handlungsspielräume zu eröffnen.

Als viele der hier interpretativ zusammengefassten Aspekte mehr oder weniger explizit angesprochen waren und die Abneigung der anwesenden Mitarbeiter/innen gegen den Gesundheitszirkel mit Händen zu greifen war, bat sie der Moderator bei späterer Gelegenheit in einem teaminternen Austausch noch einmal darüber nachzudenken, ob und inwiefern in dem Gesundheitszirkel eine Gelegenheit gesehen werde, die angesprochenen Probleme zu bearbeiten. Die Fortsetzung des Gesundheitszirkels mache nur Sinn, wenn die Teilnehmer/innen diesen auch als *ihr* Medium betrachten. Sollten die Mitarbeiter/innen hier zu einer positiven Einschätzung kommen, könne die Arbeit im Gesundheitszirkel wieder aufgenommen werden; gegebenenfalls auch unter einer modifizierten Themenstellung.

3. Thematische Neuorientierung und ein neues Format der Zirkelarbeit

Der verabredete Zeitrahmen für diese Klärung verstrich, ohne dass der Wunsch nach einer Fortsetzung der Zirkelarbeit bekundet wurde. Damit war in Einrichtung C der intendierte Ansatz eines von Pflegekräften getragenen Gesundheitszirkels zum Thema „Handhabung von Lasten“ gescheitert. Andererseits sind im Zuge dieser Auseinandersetzung eine Reihe von Problemen manifest geworden, die für die Arbeitssituation und -beziehungen in der Einrichtung und letztlich auch für eine gute Pflege, die sich am Markt zu bewähren hat, von entscheidender Bedeutung sind. Diese Situation galt es, mit der Heim- und Pflegedienstleitung zu erörtern. Überrascht war diese nicht. Vieles hatte man „geahnt“ und „intuitiv gespürt.“ Man hatte gehofft, dass sich über das relativ unverfänglich klingende Thema

„Handhabung von Lasten“ indirekt auch manches von der grundlegenden Konfliktproblematik hier im Haus bearbeiten lasse. Aber dieser Versuch war einstweilen gescheitert. So reifte der Entschluss, die Möglichkeiten des AIDA-Projektes auf andere Weise zur Bearbeitung der nun manifest gewordenen Probleme zu nutzen. Geklärt und bearbeitet werden sollte die Frage, *was an der Art und Weise, wie Leitung, Kommunikation und Selbststeuerung praktiziert wird, verändert werden muss*. Ziel war es, die fachlichen Ansprüche einer aktivierenden Pflege so zu verankern, sodass sich daran nicht immer wieder unerquickliche, mehr oder weniger offen ausgetragene Kontroversen entzündeten. Denn das wird von allen Beteiligten als sehr stressig und damit als belastend empfunden. Es ging bei diesem Schritt um Klarheit in der Konzeptorientierung. Zur Disposition stand das Konzept einer aktivierenden Pflege natürlich nicht.

Um weiter zu kommen, formierten sich zwei von der wissenschaftlichen Begleitung moderierte Arbeitsgruppen: eine AG, in der sich die Wohnbereichsleiterinnen und die Mitarbeiter/innen des Sozialen Dienstes zusammenfanden, sowie eine AG „Leitung“, in der die Heim- und die Pflegedienstleitung ihre Strategie und Verhalten überdenken und weiterentwickeln wollte. In der AG „Leitung“ stand die Frage im Vordergrund, wie die Verantwortung, die Stellung und die Handlungskompetenz der Wohnbereichsleitungen durch Beratung, aber auch durch demonstrative Rückendeckung, Direktiven und Kontrolle seitens der Heim- und Pflegedienstleitung gestärkt werden kann. Das wiederum bedeutet, dass die Leitung ihre Linie transparent macht und konsequent über alle Bereiche hinweg durchzieht. Sonst entsteht, wie es in der Vergangenheit offenbar immer wieder der Fall war, ein Entscheidungs- und Machtvakuum, das von manchen Mitarbeiter/innen zu Lasten von anderen genutzt werden kann, was mitunter als „ungerecht“ empfunden wird. Die andere AG konzentrierte sich auf die Frage, wie es zu einem besseren Zusammenwirken von Pflege und Sozialem Dienst kommen kann, so dass der konzeptionelle Anspruch einer aktivierenden Pflege besser umzusetzen ist und in diesem Kontext auch die Möglichkeiten einer Anleitung beim Umgang mit Lasten zu nutzen sind.

Beides, die Verständigung von Wohnbereichsleitungen und Sozialem Dienst einerseits und die Stärkung der Wohnbereichsleitungsfunktionen durch die Leitung andererseits, wird in einem Zusammenhang gesehen: Nur wenn sich die Wohnbereichsleitungen und der Soziale Dienst untereinander einig sind und an einem Strang ziehen, so die Überlegung, kann es gelingen den Konzeptanspruch einer aktivierenden Pflege und schließlich auch rückengerechte Arbeitsweisen durchzusetzen. Dazu bedürfen die Wohnbereichsleitungen und die Mitarbeiter/innen des Sozialen Dienstes, wie die Erfahrungen in der Vergangenheit gezeigt haben, letztlich auch einer Rückendeckung und wohl auch einer klareren Vorgabe und Kontrolle durch die Leitung. Nur dann vermag sich eine stützende Struktur zu entwickeln, die den Mitarbeiter/innen Orientierung und definierte Spielräume für mehr Selbststeuerung gibt und sie ermuntert, diese zu nutzen.

Damit hatte sich die Zirkelarbeit in die beiden Gruppen verlagert. Das Thema „Umgang mit Lasten“ trat in den Hintergrund, es blieb aber im Blick. Erst einmal galt es, und das lag nach den Erfahrungen mit dem gescheiterten Versuch, das Thema „Handhabung von Lasten“ im Rahmen eines Gesundheitszirkels zu bearbeiten, nahe, die Arbeitsbeziehungen zu konsolidieren. Das Thema „Umgang mit Lasten“ wurde vertagt bzw. die hier in Angriff genommenen Maßnahmen bezogen sich zunächst lediglich auf die Vervollständigung der Ausstattung mit technischen Hebehilfen. Es wurden zwei neue Liegelifter und eine Aufstehhilfe angeschafft. Nun verfügt jede Etage über die notwendigen Gerätschaften. Damit entfallen zeitaufwendige Abstimmungs- und Herbeischaffungsprozeduren. Zugleich wurden die Mitarbeiter/innen in der Handhabung der Hebe- und Aufstehhilfen unterwiesen und (noch einmal) mit dem breiten Spektrum von Einsatzmöglichkeiten vertraut gemacht. Die technischen und die kognitiven Voraussetzungen für einen optimierten „Umgang mit Lasten“ sind also geschaffen. Inwiefern es gelingt, nun auch zu einer obligatorischen Anwendung zu kommen und schließlich das gesamte Repertoire einer rückengerechteren Arbeitsweise in der Pflege zu nutzen, hängt nicht zuletzt von Fort-

schritten in der Gestaltung von Arbeitsbeziehungen ab. Dazu galt es, in den beiden Arbeitsgruppen praktische Schritte zu entwickeln.

4. Die AG „Kooperation zwischen Wohnbereichsleitungen und Sozialem Dienst“

4.1 Vertiefende Problemanalyse und Konkretisierung der Zielsetzung

Ziel dieser Arbeitsgruppe war es, bei der Bewohneraktivierung und perspektivisch auch beim Umgang mit Lasten zu einem besseren Zusammenwirken von Pflege und Sozialem Dienst zu kommen. Dazu standen drei Schritte an:

- eine Verständigung über gemeinsame Bezugspunkte bei der Bewohneraktivierung
- eine Klärung und praktische Anbahnung der Zusammenarbeit von Pflege und Sozialem Dienst bei der Bewohneraktivierung
- eine Verstärkung des Austauschs zwischen den Wohnbereichsleitungen untereinander und den Mitarbeiter/innen des Sozialen Dienstes.

Zunächst sollten die angesprochenen Mitarbeiter/innen in getrennten Treffen, einem für die Wohnbereichsleitungen und einem für die Mitarbeiter/innen des Sozialen Dienstes sondieren, inwiefern sie sich auf das Anliegen einer bereichsübergreifende Arbeitsgruppe einlassen wollen. Bei dem Treffen mit den Wohnbereichsleitungen waren allerdings nur die Wohnbereichsleiterin bzw. eine Stellvertreterin von zweien der drei Wohnbereiche erschienen. Der dritte Wohnbereich war nicht vertreten. Eine offizielle Begründung für das Fernbleiben wurde nicht bekannt. Zu vermuten ist, dass hierfür die gleichen Gründe entscheidend waren, die schon bei den Treffen des schließlich eingestellten Gesundheitszirkels anklagen.

Besprochen und sondiert wurde in diesen beiden ersten getrennt verlaufenden Sitzungen jeweils spiegelbildlich

- welche Aktivierungsaufgaben zur Zeit von der Pflege und welche vom Sozialen Dienst wahrgenommen werden,
- wie man das mit Blick auf die jeweils andere Seite sieht,
- worin und inwiefern man sich von der jeweils anderen Seite Unterstützung erwartet bzw. was hierzu als hilfreich empfunden wird,
- wie man künftig besser mit den in der Vergangenheit zwischen Pflege und Sozialem Dienst immer wieder aufgeflackerten Konflikten und Feindbildern umgehen kann,
- ob und wie man zu einer gut funktionierenden Regelkommunikation zwischen Wohnbereichsleitungen und Sozialem Dienst kommen will und kann.

Beide Seiten, die Wohnbereichsleitungen wie der Soziale Dienst, waren daran interessiert, den Austausch fortan in einer gemeinsamen Arbeitsgruppe fortzusetzen. Hier sollte auch der dritte Wohnbereich einbezogen werden. Dazu aber waren offenbar weder die Wohnbereichsleiterin noch ihre Stellvertreterin bereit. Für sie sprang auf Bitten der Heimleitung eine Pflegekraft aus diesem Wohnbereich ein.

Als Einstieg für das erste gemeinsame Treffen dienten Themen, die zuvor schon in den getrennt verlaufenden Treffen besprochen wurden. Detaillierter herausgearbeitet wurde, in welcher Hinsicht sich die Pflege und in welcher Hinsicht sich der Soziale Dienst bereits zurzeit bei Aktivierungsmaßnahmen engagiert und sich künftig mehr engagieren sollte. Die Pflege sieht sich vor allem bei der Förderung der Alltagskommunikation im Wohnbereich, bei der so genannten „10-Minuten-Aktivierung“ und in

Situationen gefordert, in denen einzelne Bewohner/innen Zuspruch und emotionale Stützung brauchen. Letzteres – Gespräche und Aufmunterung, das „Seelenrösten“ am Bett der Patienten – betrachten auch die beiden Mitarbeiterinnen des Sozialen Dienst als eine für sie wichtige Aufgabe. Sie verwiesen dabei auch auf ihre Möglichkeiten, entspannende Bewegungsübungen und basale Stimulation einzusetzen. Ansonsten trägt der Soziale Dienst vor allem mit seinen Gruppenaktivitäten (Frühstücksrunde, Gedächtnistraining, Gymnastik, „Dämmerschoppen“, kleinen Ausflügen) sowie der Mitgestaltung von Gottesdiensten zur Anregung und Aktivierung von Bewohner/innen bei. Erwähnt wird in diesem Zusammenhang auch die Ausstattung der Räumlichkeiten mit einem für die Jahreszeit typischen Ambiente.

Selbstkritisch wurde von allen Seiten – vom Sozialen Dienst wie von den Vertreter/innen der Wohnbereiche - eingeräumt, dass die Möglichkeiten einer für die Bewohner/innen so wichtigen Begleitkommunikation noch viel zu wenig genutzt werden. Alle zeigten aber Verständnis dafür, dass das gerade für die unter großem Zeitdruck stehenden Pflegekräfte nicht einfach ist. Denn wer das Gefühl hat, sich beim Kontakt mit einem/einer Bewohner/in schon auf die nächste Aufgabe konzentrieren zu müssen, läuft Gefahr, sich den Betroffenen nur mit geteilter Aufmerksamkeit zuzuwenden. Die Mitarbeiter/innen des Sozialen Dienstes sahen ein, dass sie sich durchaus mehr auch um bettlägerige und mitunter „schwierige“ Bewohner/innen kümmern sollten, sie erwarten aber, dass sich die Pflegekräfte in dieser Hinsicht ebenfalls engagieren. Stattdessen, so will man beobachtet haben, zögen sich diese aber gerade dann, wenn sich der Soziale Dienst intensiver mit Bewohner/innen beschäftigt, aus der pflegebegleitenden Gesprächsarbeit zurück oder verschwänden gar in eine Zigarettenpause. Da werde von den Pflegekräften, so die Mitarbeiter/innen des Sozialen Dienstes, schon mehr Mitwirkung, Kooperation und konzeptionelle Einbindung erwartet.

Schließlich verständigte man sich über eine Reihe von Haltungen und Regelungen, die zu einer besseren Kooperation von Pflegekräften und Sozialem Dienst führen sollen. Zusammenfassend wurde festgehalten:

- Die pflegenden Mitarbeiter/innen erkennen die Notwendigkeit von mehr Beschäftigung und Tagesstrukturierung für die Bewohner/innen an.
- Bewohneraktivierung ist eine von Pflegekräften und den Mitarbeiter/innen des Sozialen Dienstes *gemeinsam* zu bewältigende Aufgabe. Beide Disziplinen arbeiten mit denselben Personen an *einem* abzustimmenden Pflege- und Betreuungsprozess. Schon deswegen ist die Einbindung in ein gemeinsames Konzept sowie eine entsprechende Abklärung und Abstimmung unerlässlich.
- Die Bewohneraktivierung muss stärker in die Pflege integriert werden. Das gilt für die Hilfe im Einzelfall, aber auch mit Blick auf das grundlegende Verständnis von aktivierender Pflege. Beide Seiten, Pflege und Sozialer Dienst, tauschen sich mehr über die Befindlichkeit eines Bewohners/einer Bewohnerin aus. Sie geben sich wechselseitig Tipps und ggf. auch Anleitung. Wenn sich der Soziale Dienst intensiver um einzelne Bewohner/innen kümmern will, sind vorher die zuständigen Pflegekräfte zu informieren. Die Mitarbeiter/innen des Sozialen Dienstes machen ihre Ziele und ihr Vorgehen transparent und melden schließlich an die Pflegekräfte zurück, wie der/die betreffende Bewohner/in entsprechende Maßnahmen erlebt und verkraftet; wie er/sie reagiert. Das gilt spiegelbildlich auch für die Pflege.
- Um die wechselseitige Hilfe und Information im Einzelfall zu ermöglichen und zu erleichtern, ist es wichtig, dass Pflege und Sozialer Dienst auch in grundlegender Hinsicht mehr über das jeweils andere Aufgabenfeld wissen. Dazu sind entsprechende Informationen hilfreich, aber auch eine wechselseitige Hospitation. Dann, so ist zu hoffen, stellt sich ein realistischeres Bild von der Arbeit der jeweils anderen Seite ein. Umso eher ist mit Respekt vor der Aufgabe der jeweils anderen Seite zu rechnen und vielleicht auch mit mehr wechselseitiger Wertschätzung.

Alle sind sich darüber im Klaren, dass sich die als wichtig herausgestellten Haltungen und Verhaltensweisen nur in einem längeren Prozess einstellen. Voraussetzung ist, dass es zu einer intensiveren und vor allem regelmäßigeren Kooperation kommt. In diesem Zusammenhang wurde auch die offenbar gravierende Kommunikationsstörung zwischen dem Sozialen Dienst und demjenigen Wohnbereich angesprochen, der hier ersatzweise durch eine Pflegekraft vertreten war. In diese zunächst betont sachlich geführte Aussprache schlichen sich allerdings immer mehr gegen die jeweils andere Seite gerichtete Vorwürfe ein, die schließlich in sehr emotionaler Weise vorgebracht wurden. Die Situation eskalierte, als dann auch noch eine sehr persönlich eingefärbte Angelegenheit hochkam. Damit stand die Kooperation in der Arbeitsgruppe auf der Kippe. Die nun (wieder einmal) massiv ausgebrochenen Konflikte würden, so die Einschätzung der Beteiligten, die Arbeitsgruppe schwer belasten, ohne dass sie in diesem Rahmen in Erfolg versprechender Weise zu bearbeiten wären. Später entschloss man sich, und hier war das Wort der Heimleitung entscheidend, diese Konflikte an anderer Stelle mit Hilfe einer Supervision zu bearbeiten. Die Arbeitsgruppe „WBL und SD“ sollte ihre Arbeit einstweilen ohne eine Vertretung des Wohnbereichs fortsetzen, an dem sich der Konflikt entzündete. Wenn es gelänge erst einmal in den beiden anderen Wohnbereichen eine gute Kommunikation in Gang zu bringen, könnte das, so die Überlegung, auch positive Rückwirkungen auf den dritten Wohnbereich haben; nicht zuletzt, weil dieser dann unter Zugzwang stünde.

Im weiteren Verlauf der unter diesen Voraussetzungen fortgeführten Gruppenarbeit wurden verschiedene, vorausgehend schon erkundete Ansatzpunkte für eine intensivere Bewohneraktivierung näher unter die Lupe genommen und zwar vor allem unter dem Gesichtspunkt, wo sich hierbei zwischen Pflege und Sozialem Dienst Schnittflächen ergeben: Bei der „10-Minuten-Aktivierung“, bei der Alltagskommunikation im Wohnbereich, beim „Seelentrösten“, bei der basalen Stimulation sowie bei den Gruppenaktivitäten, die außerhalb des Wohnbereichs stattfinden.

Die angestrebte Maßnahmenkonkretisierung konzentrierte sich schließlich, so entschieden die Teilnehmer/innen, auf „die Förderung der Alltagskommunikation im Wohnbereich.“ Sie steht zugleich als Beispiel dafür, wie man auch mit Blick auf die anderen Ansatzpunkte einer Intensivierung der Bewohneraktivierung vorgehen kann. Das auf „Alltagskommunikation im Wohnbereich“ bezogene Maßnahmenprogramm stellt sich wie folgt dar:

4.2 Maßnahmenentwicklung „Förderung der Alltagskommunikation im Wohnbereich“

1. Die Wohnbereichsleitungen sowie die Mitarbeiterinnen des Sozialen Dienstes beobachten in einem etwa vierwöchigen Zeitraum sich und die anderen Mitarbeiter/innen in ihrem jeweiligen Zuständigkeitsbereich unter dem Gesichtspunkt „problematische Verhaltensweisen bei der Alltagskommunikation im Wohnbereich.“ Sie orientieren sich dabei an der folgenden als „Sensorium“ bezeichneten Übersicht. Hier finden sich Beispiele für kritikwürdige Verhaltensweisen, zu denen spiegelbildlich erwünschte formuliert wurden. Dieses Sensorium war auf der Basis der vorausgehenden Diskussionen von der Arbeitsgruppe entwickelt worden. Es kann und soll bei Bedarf um zusätzliche Aspekte ergänzt werden.

Sensorium „Förderung der Alltagskommunikation im Wohnbereich“⁴⁰

<u>Problematische Verhaltensweisen von Mitarbeiter/innen</u> Die Mitarbeiter/innen ...	<u>Erwünschte Verhaltensweisen</u> Die Mitarbeiter/innen ...
1. verträsten BW, wenn diese rufen und vergessen dann rechtzeitig hinzugehen;	1. reagieren, wenn BW rufen, sofort. Ggf. erklären sie kurz, warum sie jetzt noch dringend etwas anderes machen müssen, dass sie aber in 10 Min. zurückkommen bzw. von dem BW noch einmal daran erinnert werden wollen. In dieser Hinsicht sind MA zuverlässig.
2. kommunizieren mit den BW in laut und abweisend klingendem Tonfall über mehrere Tische hinweg („Ja, was wollen 'se denn?“);	2. gehen, wenn sie gerufen werden bzw. mit den BW sprechen wollen, nahe zu den BW hin und wenden sich ihnen in personenbezogener Weise zu. Sie zeigen Interesse und nehmen eine gesprächsfördernde Haltung ein.
3. zeigen wenig Bemühen, die Wünsche der BW herauszufinden und sie zu ermuntern, Wünsche zu äußern;	3. versuchen herauszufinden, was die BW zum Ausdruck bringen wollen und helfen ihnen das deutlich zu machen. Das kann sich auch auf hintergründige Bedürfnisse und Wünsche wie z.B. nach Anerkennung und Zuwendung beziehen. Bei BW, die nicht (richtig) sprechen können, bedienen sie sich ggf. eines „Ja-Nein-Codes.“
4. führen währenddem sie BW pflegen/ihnen Essen reichen über die Köpfe der BW hinweg „Privatgespräche“ mit anderen MA, und zwar ohne dass die BW in diese Gespräche einbezogen sind. Da wird der/die BW zur „Nebensache“. Das geschieht besonders oft bei BW, die sich verbal nicht richtig artikulieren können. Gerademit Blick auf sie ist das aber problematisch, weil sie in besonderer Weise auf sich zuwendende Aufmerksamkeit angewiesen sind.	4. konzentrieren sich bei Interaktionen mit BW auf diese. Das schließt nicht aus, dass es in diesem Kontext auch zu Gesprächen zwischen MA untereinander kommt, bei denen private Angelegenheiten eine Rolle spielen.
5. betten Pflege-/Versorgungshandlungen nicht in eine Begleitkommunikation ein. Gemeint ist beispielsweise, dass nicht erklärend auf die einzelnen Schritte der anstehenden Pflegehandlungen hingewiesen wird bzw. dass Pflegekräfte hierbei in einen routinehaft ausdruckslosen und wenig einfühlsam oder gar vereinnahmend klingenden Tonfall verfallen.	5. betten Pflege- und Versorgungshandlungen in einen kommunikativen Kontext ein. Dazu gehört auch eine entsprechende Körperhaltung (Augenkontakt, Gesten, ggf. Körperkontakt). ⁴¹
6. nutzen Essenszeiten und das Verteilen von Essen und Getränken nicht als bewohnerorientierte Gesprächs- und Kontaktgelegenheiten. Sie stellen, um Zeit zu sparen, die drei Gänge des Essens den BW gleichzeitig hin.	6. nutzen Zeiten, in denen die Grundpflege vorbei ist, verstärkt zu gesprächsfördernden Kontakten; auch indem sich die MA zu den BW hinsetzen.

⁴⁰ Dieses Verhalten wurde bisher ohne eine systematische Erfassung beobachtet. Inwieweit es sich dabei um Ausnahmen oder Regelmäßigkeiten handelt, konnte zu diesem Zeitpunkt nicht entschieden werden. Auch deshalb sollte eine vierwöchige systematische Beobachtung stattfinden.

⁴¹ Diese Kommunikation hat immer mehrere Funktionen:

- Sie orientiert die BW, stimmt sie ein in das, was kommt.
- Sie eröffnet und verstärkt eine Kontaktsituation. Das erleichtert den BW ein Feedback und begünstigt insgesamt die für eine aktivierende Pflege wichtige Compliance (Bereitschaft zur aktiven Mitwirkung).
- Sie ist Ausdruck von Anteilnahme, Zuwendung und Anerkennung der Person.

2. Die Wohnbereichsleitungen und die Mitarbeiter/innen des Sozialen Dienstes machen sich zu ihren Beobachtungen entsprechende Notizen. Das Anfertigen von Notizen und Protokollen ist, so wurde von Seiten des Moderators betont, für das Sich-Einspielen von förderlichen Interventionen und Verhaltensweisen hilfreich. Insofern lohne sich der Aufwand. Der praktische Gebrauchswert von begleitenden Notizen und Protokollen ist, auch das wurde noch einmal herausgestellt, in folgender Hinsicht zu sehen:
 - Die schriftlichen Notizen regen zu einer konzentrierteren Beobachtung und Reflexion von veränderungswürdigen Tatbeständen an.
 - Sie ermöglichen eine Quantifizierung des beobachteten Verhaltens. Darüber kann konkreter beurteilt werden, ob es sich bei den Beobachtungen eher um Ausnahmen gehandelt hat oder nicht und ob das Verhalten vielleicht nur einige wenige Mitarbeiter/innen zeigen.
 - Sie erleichtern eine intersubjektive Verständigung.
 - Sie sorgen für mehr Verbindlichkeit und Nachhaltigkeit.
 - Sie erleichtern eine gemeinsame Auswertung und Bewertung am Ende der AIDA-Phase.

Für das Anfertigen von Notizen waren vier Kategorien vorgesehen:

- Problematisch empfundene Verhaltensweisen,
 - Überlegungen, wie (in welcher Form und bei welcher Gelegenheit) und was an kritischem Feedback an die betreffenden Mitarbeiter/innen weiter gegeben werden soll,
 - Vorschläge, welche Hilfestellungen in dem jeweils konkreten Fall sinnvoll erscheinen, sowie
 - Überlegungen, was getan werden kann/zu tun ist, wenn die an Mitarbeiter/innen herangetragene Kritik/Hilfe nicht angenommen wird bzw. nicht fruchtet.
3. Die Wohnbereichsleitungen und die Mitarbeiterinnen des Sozialen Dienstes treffen sich monatlich zu einem festen Termin. Hier tauschen sie sich systematisch und ergänzend zu Gesprächen zwischen „Tür und Angel“ über die erfassten Tatbestände und Eindrücke aus. Hier verständigen sie sich über Interventionen, die auf eine bessere Alltagskommunikation von Pflegekräften zielen; fallbezogen und bezogen auf eine insgesamt bessere Verankerung des Anspruchs einer *aktivierenden* Pflege. Bei diesen Treffen wird auch geklärt, was sie an Rückmeldung und Interventionsbedarf an die Mitarbeiter/innen weitergeben bzw., wie sie das tun wollen (inhaltliche Argumentation, Kommunikationsform/-strategie usw.). Die Wirksamkeit der schließlich praktizierten Intervention wird beim Folgetermin eingeschätzt.
 4. Gelegenheiten für die Rückmeldung durch die Wohnbereichsleitungen an Mitarbeiter/innen bzw. Gelegenheiten für entsprechende Interventionen (kritisches Feedback, Hilfestellungen) sind vor allem die Übergabe und/oder die monatlichen Teamsitzungen im Wohnbereich. Das schließt auch das Ansprechen von Haltungen ein, die damit in Verbindung stehen (könnten). Bei dieser Gelegenheit ist zugleich zu verdeutlichen und ggf. einzuüben, wie ein konstruktives Feedback und der Umgang mit Kritik erfolgen können (*Zuhören, die Äußerung der/des Anderen zunächst einmal im gemeinten Sinn wahrnehmen; primär sach- und nicht personenbezogen argumentieren; Argumente und die damit verbundenen Emotionen auseinander halten. Letztere erst im Nachgang mitteilen usw.*).

Die notwendigen Interventionen, die sich auf die Mitarbeiter/innen eines Wohnbereichs beziehen, laufen zunächst ausschließlich über die Wohnbereichsleitungen. So können Konflikte, die sich aus den augenblicklich noch belasteten Arbeitsbeziehungen zwischen Sozialem Dienst und Mitarbeiter/innen ergeben, noch am ehesten außen vor bleiben.

5. Die beiden Wohnbereichsleiter/innen und die beiden Mitarbeiter/innen des Sozialen Dienstes besprechen das vorliegende Maßnahmenprogramm mit der Heim- und Pflegedienstleitung. Vor allem gilt es, die Rückendeckung durch die Leitung sicherzustellen. Denn diese ist erforderlich, wenn die Kritik am Verhalten und an den Haltungen von Mitarbeiter/innen bzw. die damit einhergehenden Hilfestellungen (noch) nicht zu den für notwendig erachteten Veränderungen führen.
6. Später wird im Kreis von Wohnbereichsleitungen, Sozialem Dienst und Heimleitung mit dem Begleitinstitut eine Auswertung vorgenommen, bei der die wichtigsten Erkenntnisse über Fortschritte und noch anstehende Veränderungsnotwendigkeiten gemeinsam reflektiert werden. Auf dieser Grundlage wird festgelegt, wie der angelaufene Prozess einer schrittweisen Verbesserung der Alltagskommunikation zwischen Mitarbeiter/innen und Bewohner/innen verstetigt werden kann. Dabei ist auch zu überlegen, ob und wie dieser Aspekt der Bewohneraktivierung in den schon bestehenden Beurteilungsbogen einbezogen wird, an Hand dessen von jeder/m und für jede/n Mitarbeiter/in mindestens einmal im Jahr eine Selbst- und Fremdeinschätzung vorgenommen wird.

Die hier entwickelte Vorgehensweise ist in eine Reihe von grundlegenden Überlegungen eingebettet, die bei den Bemühungen um eine Förderung der Alltagskommunikation im Wohnbereich zu beachten sind. Sie wurden wie folgt auf den Punkt gebracht:

Will man den mit „erwünschten Verhaltensweisen“ charakterisierten Ansprüchen gerecht werden, ist in einer konkreten Situation sicherlich *mehr* Engagement und Zeit erforderlich. Letztere steht nach Ansicht der Wohnbereichsleiterinnen und des Sozialen Dienstes dem gegebenen Rahmen durchaus zur Verfügung. Bislang aber würden, so mutmaßten die in der Arbeitsgruppe engagierten Mitarbeiter/innen, Pflegekräfte, wenn ihre Kernaufgaben erledigt sind, die verbleibende Zeit allerdings nur all zu oft für zusätzliche Pausen nutzen. Wenn die pflegebegleitende Gesprächsarbeit intensiver gepflegt wird, mag sich die Arbeit verdichten, andererseits werde sie auch leichter. Denn dann, so die Erwartung, werden die Bewohner/innen ruhiger, freundlicher, ausgeglichener. Mithin sind sie „weniger anstrengend.“ Man könne häufiger mit positiven Rückmeldungen von den zu Pflegenden und auch von Angehörigen rechnen. Dann wiederum mache die Arbeit mehr Spaß, weshalb auch der unausweichliche Stress besser zu bewältigen sei. In diesem Zusammenhang ist auch an die in dieser Einrichtung relativ schlechten Werte zu erinnern, die sich bei der Ist-Analyse bei Fragen nach Belastungen durch Bewohnerverhalten ergaben.

Problematische Verhaltensweisen, wie sie in dem oben dargestellten Sensorium beispielhaft charakterisiert wurden und perspektivisch verändert werden sollen, hängen damit zusammen, dass wichtige Aspekte einer „aktivierenden Pflege“ noch nicht verinnerlicht sind. Dazu ist es wichtig, bei vielen Gelegenheiten und auf vielen Ebenen immer wieder die Essentials einer aktivierenden Pflege zu verdeutlichen und als normativen Anspruch der Einrichtung hervorzuheben. Zwar haben alle Mitarbeiter/innen mit ihrer Unterschrift unter ihre Stellenbeschreibung diesen Anspruch des Hauskonzeptes – es orientiert sich an Krohwinkel – bereits anerkannt, aber um ihn in der Praxis wirksam werden zu lassen, wird man ihn immer wieder in Erinnerung rufen *und* einklagen müssen.

Ergänzend zur unmittelbar fallbezogenen Problematisierung von Verhaltensweisen sind immer wieder auch Haltungen zu thematisieren, die damit zusammen hängen (könnten). Hier hat niemand die ausschließliche Definitionsmacht. Aber es ist wichtig, diesbezügliche Vermutungen und Fragen anzusprechen. Erst dann lässt sich eine intersubjektive Verständigung herbeiführen. Problematisierungsbedürftige Haltungen werden von den Wohnbereichsleiter/innen und den Mitarbeiter/innen des Sozialen Dienstes – und nur *ihre* Sicht, *nicht* die der anderen Mitarbeiter/innen kam in dieser Arbeitsgruppe zur Sprache – wie folgt auf den Punkt gebracht:

- Mitarbeiter/innen wollen schnell und bequem mit ihrer Arbeit fertig werden. Sie konzentrieren sich auf den Kernbereich von Pflege- und Versorgungstätigkeiten. Für die Begleitkommunikation und vieles andere, das den Bewohner/innen das Leben etwas angenehmer machen könnte, nehmen

sie sich kaum Zeit. Die Mitarbeiter/innen hingegen würden sagen, sie hätten dazu gar keine Zeit. Vielleicht wollten viele Mitarbeiter/innen in dieser Hinsicht auch keine Nähe und Interaktion mit den Bewohner/innen. Jedenfalls akzeptieren sie das auch (noch) nicht als eine ihrer zentralen Aufgaben.

- Mitarbeiter/innen haben (noch) nicht begriffen, dass Kundenorientierung, Kommunikation und Kooperation mit den Bewohner/innen zu den Essentials des Pflegekonzeptes gehören, wie es in dieser Einrichtung verfolgt wird. Schließlich sind es die Bewohner/innen, die letztlich den Arbeitsplatz der Mitarbeiter/innen finanzieren!
- Mitarbeiter/innen nutzen ihre gegenüber den Bewohner/innen relativ starke Stellung, um deren Bedürfnisse so wahrzunehmen und so zu definieren, wie es ihnen als Mitarbeiter/innen, die sich möglichst wenig Arbeit machen wollen, ins Konzept passt.

In der AG „Wohnbereichsleitung und Sozialer Dienst“ konnten sich die beiden Mitarbeitergruppen über die Konkretisierung des Konzeptes einer aktivierenden Pflege und eine gemeinsame Linie bei der strategisch-praktischen Umsetzung in den Wohnbereichen verständigen. Sie, die Wohnbereichsleitungen und die Mitarbeiter/innen des Sozialen Dienstes, bedürfen dabei des Rückhalts der Leitung, die ihrerseits bereit war, in selbstkritischer Weise ihre Führungsaufgabe zu reflektieren. Das geschah im Rahmen der AG „Führung und Zusammenarbeit.“

5. Die AG „Führung und Zusammenarbeit“

Hinsichtlich des Themenfeldes Führung wurde beim ersten Treffen zwischen Heimleitung/Pflegedienstleitung und der wissenschaftlichen Begleitung beschlossen, das Thema Führung und Zusammenarbeit zwischen den Leitungskräften zunächst ohne die Wohnbereichsleitungen (WBL), vorrangig aus der Perspektive der zentralen Leitungskräfte der Einrichtung zu erörtern. Dadurch sollte – in einem geschützten Rahmen – ein extern begleiteter Austausch ermöglicht werden, über den die Heim- und die Pflegedienstleitung ihre Führungserwartungen an die Wohnbereichsleitungen konkretisieren konnten.

5.1 Vertiefende Problemdefinition und Konkretisierung der Zielsetzung

Wie sich im Verlauf des ersten Gesprächs herausstellte, lag nach Wahrnehmung von Heim- und Pflegedienstleitung das größte Problem bei der Zusammenarbeit der Leitungskräfte in der mangelnden Bereitschaft der WBL's, Verantwortung zu übernehmen. Wurde im Kapitel Führung und Zusammenarbeit darauf verwiesen, dass das Zugestehen von Gestaltungsspielräumen, die den Mitarbeiter/innen eigenverantwortliches Handeln ermöglichen, zur Reduktion der Arbeitsbelastungen beitragen kann, so zeigt die in Einrichtung C vorgefundene Problemkonstellation, dass grundsätzlich auch die Delegation von Verantwortung zur Entlastung der jeweils höheren Leitungsebene beitragen kann. Insgesamt wurde in allen beteiligten Projekteinrichtungen deutlich, wie schwierig es im Betriebsalltag ist, ein ausgewogenes Verhältnis zwischen Delegation und Übernahme von Verantwortung herzustellen. Ebenso wie im Spannungsfeld von Kontrolle und Eröffnung von Gestaltungsräumen scheint es bei der Verantwortungszuweisung keine pauschalen Orientierungsgrößen zu geben, die auf eine daraus resultierende Erhöhung bzw. Reduktion der Arbeitsbelastung schließen lassen könnten. Hinzu kommt ein weiterer in Einrichtung C beschriebener und für das Problemverständnis sehr wichtiger Sachverhalt, nach dem, selbst wenn die Verantwortungsbereiche geklärt wurden, die gemeinsame Zielvorgabe infolge unterschiedlicher Prioritätensetzung der jeweilige Leitungsebene, zumindest phasenweise verloren gehen kann. Verdeutlicht wurde dies am Beispiel der Pflegeplanung. Es kann z.B. wegen eines äußeren Anlasses die ordnungsgemäße und vollständige Pflegeplanung für die Heimleitung zu einem Zeitpunkt X höchste Priorität haben, zum gleichen Zeitpunkt X hat die WBL mit zahlreichen Krankheitsausfällen zu kämpfen und die Pflegeplanung rückt zugunsten der Personaleinsatzplanung

zunehmend in den Hintergrund. Wird zum Zeitpunkt X ein Abgleich zum Stand der Pflegeplanung vorgenommen, entsteht zwangsläufig der Eindruck, die Wohnbereichsleitung übernimmt die ihr übertragene Verantwortung nicht.

Während für bestimmte Aufgaben die Zuständigkeiten einrichtungsintern bereits geklärt waren, und eventuell im Rahmen der Regelkommunikation lediglich eine wiederholte gemeinsame Verständigung auf deren Wichtigkeit hin erfolgen sollte, schien es demgegenüber aber auch ungeklärte Verantwortungsbereiche zu geben. Manifestiert haben sich diese in Einrichtung C insbesondere beim Umgang der Wohnbereichsleitungen mit dem „Fehlverhalten“ von Mitarbeiter/innen, welches nach Einschätzung von Heim- und Pflegedienstleitung zu wenig Konsequenzen ggf. auch Sanktionen durch die Wohnbereichsleitungen nach sich zieht. Es muss aber hinzugefügt werden, dass nicht nur der Umgang mit Fehlverhalten, sondern auch das Fehlverhalten selbst weder ausreichend definiert war, noch in irgendeiner Form dokumentiert und quantifiziert wurde.

Angesichts der prinzipiellen Unschärfe der an die Wohnbereichsleitungen gestellten Anforderungen sollten die in Frage kommenden Kontrollaufgaben zunächst entlang der vorliegenden Stellenbeschreibungen herausgefiltert werden, um im Anschluss Maßnahmen zu entwickeln, mit denen Heim- und Pflegedienstleitung die Wohnbereichsleitungen bei der Übernahme dieser Aufgaben unterstützen und entlasten können. Ziel war es, durch entsprechende Verfahrensanweisungen den Kontrollprozess in dreifacher Hinsicht zu systematisieren und zu erleichtern. Erstens sollte für die Wohnbereichsleitungen ein ausreichender Grad an Handlungssicherheit erreicht werden, zweitens erhielten Heim- und Pflegedienstleitung ein Instrument, mit dem diese ihrerseits die Leistungen der Wohnbereichsleitungen überprüfen und bewerten konnten, und drittens sollte die Möglichkeit eröffnet werden, dass sich die Leitungskräfte gemeinsam auf einen adäquaten Umgang mit Fehlverhalten der Mitarbeiter/innen verständigen.

Hinsichtlich der Frage, welche Kontrollaufgaben laut Stellenbeschreibung in den Zuständigkeitsbereich der Wohnbereichsleitungen fallen, wurde zwischen personalbezogenen und bewohnerbezogenen Aufgaben unterschieden. Während personalbezogene Aufgaben im weitesten Sinne Führungsaufgaben sind, die die Beziehung zwischen Leitungskraft und Mitarbeiter/innen des Wohnbereichs tangieren, können bewohnerbezogene Aufgaben als Ergebnisqualitätssicherung umschrieben werden, bei der die Wohnbereichsleitung die abschließende Verantwortung für die termin- und fachgerechte Durchführung aller pflegerelevanten Tätigkeiten trägt. Im Einzelnen sind in der Einrichtung folgende Kontrollaufgaben in der Stellenbeschreibung der Wohnbereichsleitungen aufgeführt.

Personalbezogener Aufgabenbereich:

- Einhalten und Kontrollieren der Arbeitszeit und der arbeitsrechtlichen Bestimmungen
- Überwachung und Kontrolle der Arbeitsausführung der Mitarbeiter/innen
- Beurteilung und Bewertung der Leistungen der Mitarbeiter/innen

Bewohnerbezogener Aufgabenbereich:

- Überwachung und Kontrolle fachgerechter Grund- und Behandlungspflege
- Überwachung der Pflegequalität im Wohnbereich
- Durchführung regelmäßiger Besprechungen und Pflegevisiten
- Sicherstellung einer fach- und sachgerechten Dokumentation

Nachdem durch diesen Abgleich zunächst sichergestellt war, dass nur die Kontrollaufgaben konkretisiert werden, die tatsächlich auch in der Stellenbeschreibung aufgeführt waren, erfolgte in einem weiteren Arbeitsschritt ein Abgleich mit dem Personalurteilungsbogen des Trägers. Ziel war es zu über-

prüfen, ob für die Übernahme der genannten Kontrollaufgaben sowie deren Durchführung ein differenziertes Bewertungsschema vorlag, um die Leistungsbeurteilung der mittleren Führungsebene vorzunehmen. Aufgrund der starken Standardisierung dieses Instruments, das für die Beurteilung aller Mitarbeiter/innen des Trägers (weitestgehend unabhängig von Qualifikation und Position) zum Einsatz gebracht wurde, konnte dort keine verwertbare Hilfestellung gefunden werden.

Angesichts der in der Stellenbeschreibung vorgenommenen Unterscheidung zwischen personal- und bewohnerbezogenen Aufgaben entschieden sich Heimleitung und Pflegedienstleitung für die Auswahl einer Tätigkeit aus jedem Verantwortungsbereich.

5.2 Maßnahmenentwicklung

5.2.1 Personalbezogener Aufgabenbereich

Innerhalb des personalbezogenen Aufgabenbereichs der Wohnbereichsleitung sollte prioritär das Kontrollieren der Arbeitszeit durch die Wohnbereichsleitung verbessert werden. Dieses Thema hatte in den letzten Wochen in der Einrichtung zunehmend an Bedeutung gewonnen, weil der Eindruck entstanden war, manche Mitarbeiter/innen gehen früher nach Hause oder erscheinen später zum Dienst, ohne dass dies mit der Wohnbereichsleitung abgesprochen wurde. Das bloße Ansprechen der betroffenen Mitarbeiter/innen durch die Wohnbereichsleitungen zeigte offensichtlich keine zufriedenstellende Wirkung und da dieses – auch von den Wohnbereichsleitungen bei der Heim- und Pflegedienstleitung problematisierte – Fehlverhalten bislang nicht dokumentiert wurde, war die Ursache für dieses Verhalten nur zu vermuten und es war in letzter Konsequenz auch nicht sanktionsfähig. In der Folge konnte auch die Ist-Stunden Ermittlung nicht korrigiert werden, sodass eine zusätzliche „Ungechtigkeit gegenüber den pünktlichen Mitarbeiter/innen zu verzeichnen war. Die arbeitszeitlichen Unregelmäßigkeiten begannen sich schließlich auch auf die bewohnerorientierte Anpassung bestimmter Arbeitsabläufe auszuwirken, indem sich beispielsweise eine späterer Abendbrotzeit im Sommer nicht realisieren ließ, weil „angeblich“ die Arbeit im Spätdienst bei einem derart veränderten zeitlichen Ablaufplan nicht mehr zu bewältigen sei.

Gegengesteuert werden sollte im Rahmen der Maßnahmenentwicklung mit einer zeitnahen Fixierung der Minusstunden bzw. Plusstunden. Um eine weitere Erhöhung des Dokumentationsaufwandes über ein neues Formular zu vermeiden, wurde beschlossen, den Dienstplan, als mitgeltendes Instrument, entsprechend zu erweitern. Zudem soll das Verfahren in das Qualitätshandbuch der Einrichtung aufgenommen werden. Verantwortlich für die Dokumentation waren die Wohnbereichsleitungen und, da diese jeweils nur zu einer Tagesschicht anwesend waren, die verantwortlichen Schichtleitungen, wobei die Wohnbereichsleitung diese Aufgabe zukünftig explizit an die Schichtleitung delegieren muss. Diese werden dann auch im Dienstplan mit dem Kürzel (SL) gekennzeichnet. Genehmigte Überstunden und Minusstunden sollen zeitnah, d.h. täglich im Dienstplan notiert werden, bei nicht genehmigten Minusstunden wird zudem über das Intranet eine Information an die Wohnbereichsleitungen sowie an die Pflegedienst- und Heimleitung erfolgen. Erfasst werden Zeitwerte von mindestens 15 Minuten.

Um das Vertrauen zwischen Wohnbereichsleitungen und der Heimleitung zu stärken, und um die Zusammenarbeit zwischen den Führungskräften in eine positive Neuausrichtung zu lenken, sollten die Wohnbereichsleitungen in einem ausführlichen Gespräch über die geplante Veränderung, vor allem aber über die damit verbundene Zielsetzung informiert werden. Bei diesem Gespräch wurde zunächst verdeutlicht, dass das von Heim- und Pflegedienstleitung entwickelte Verfahren zur Entlastung der Wohnbereichsleitungen beitragen soll, indem diese sich gegenüber den Mitarbeiter/innen lediglich als ausführende Organe und nicht als Verursacher der verstärkten Kontrolle zu verantworten hätten, also auf Anweisung „von oben“ handeln (müssen). Des Weiteren soll über die Dokumentation insbesondere der Minusstunden die bis dato bloße Wahrnehmung des Fehlverhaltens konkretisiert und in ihrem tatsächlichen Ausmaß bewertbar werden. Zudem könnten eventuell über entsprechende Arbeitszeit-

anpassungen für einzelne Mitarbeiter/innen Lösungen gefunden werden, die sowohl die Vereinbarkeit von Familie und Beruf erleichtern als auch der Ablauforganisation in den Wohnbereichen ausreichend Flexibilisierungspotenziale eröffnen.

5.2.2 Bewohnerbezogener Aufgabenbereich:

Während bei der personalbezogenen Aufgabe „Kontrolle der Arbeitszeiten“ der Beurteilungsmaßstab insofern relativ klar ist, als im Falle von Unregelmäßigkeiten arbeitsvertragliche Regelungen und ein Dienstplan zugrunde gelegt werden können, sind die bewohnerbezogenen Kontroll- und Überwachungsaufgaben für die Wohnbereichsleitungen wesentlich schwerer durchzuführen. Ursächlich für diese Problematik ist vor allem eine häufig fehlende und für alle verbindliche Übereinkunft dahingehend, wie die Kriterien beispielsweise für eine zufrieden stellende Pflegequalität zu definieren sind. Zu beachten in diesem Zusammenhang ist ferner, dass auf die einrichtungsinterne Verständigung hinsichtlich der Frage, was heutzutage „gute Pflege“ ausmacht, auch die Qualitätskriterien der externen Aufsichtsbehörden (MDK und Heimaufsicht) sowie eventuell auch davon abweichende Anforderungen und Erwartungen der Bewohner/innen und deren Angehörigen einen erheblichen Einfluss haben. Schließlich muss bei der Beurteilung differenziert werden, ob Mitarbeiter/innen, deren Leistungen nicht zufriedenstellend sind, „lediglich“ über ein mangelndes (fachspezifisches) Wissen verfügen oder ob sie das in der Schule Gelernte nicht adäquat in die Praxis umsetzen können (in beiden Fällen wären Lern- und Verbesserungspotenziale zu unterstellen) oder ob den Mitarbeiter/innen schlichtweg die Motivation bzw. die „richtige“ Berufseinstellung fehlt, um gute Arbeit zu leisten.

Angesichts dieser Problemkonstellation in Bezug auf die Pflegequalität wollten Heim- und Pflegedienstleitung eine weitere Maßnahme konzipieren, mit der die Wohnbereichsleitungen bei den Aufgaben „Überwachung und Kontrolle der Arbeitsausführung“ (personalbezogener) in Kombination mit Überwachung und Kontrolle fachgerechter Grund- und Behandlungspflege (bewohnerbezogener) unterstützt würden. Wie sich in der Diskussion zwischen Heim- und Pflegedienstleitung herausstellte, gab es in der Einrichtung kein geeignetes Instrument, mit dem die Wohnbereichsleitungen die Pflegefachlichkeit der Mitarbeiter/innen überprüfen und bewerten können. Im Umkehrschluss bekamen auch die Pflegekräfte kein angemessenes Leistungs-Feed-back, über das sich deren Handlungssicherheit erhöhen oder Verbesserungsmöglichkeiten aufzeigen ließe.

Als zweite Maßnahme der Arbeitsgruppe Führung und Zusammenarbeit sollte daher ein Instrument zur Beurteilung der Pflegefachlichkeit entwickelt werden. Da die Pflegefachlichkeit grundsätzlich in den Zuständigkeitsbereich des MDK fällt und von dieser Instanz geprüft wird, ob bestimmte Tätigkeiten durchgeführt und ob diese Durchführungen zufriedenstellend sind, sollten sich die zu beurteilenden Pflegetätigkeiten an den Richtlinien des MDK zur „Feststellung der Pflegebedürftigkeit“ ausrichten. Die angestrebte Verbesserung der Pflegefachlichkeit könnte dann zusätzlich genutzt werden, um das MDK-Prüfergebnis zu optimieren.

Insgesamt sollen zur Feststellung der Pflegefachlichkeit in der Einrichtung drei Themenkomplexe erfasst werden. Vor Aufnahme der Pflegearbeiten soll die Pflegekraft zunächst Aussagen über den Pflegezustand des/der Bewohner/in treffen, die um Nachfragen zum Inhalt und Umfang beispielsweise der Körperpflege ergänzt werden.

Danach soll mit der Pflege begonnen und diese entlang folgender Tätigkeiten beobachtet werden:

1. Ganzkörperwäsche: am Waschbecken; im Bett; Duschen; Baden
2. Teilwäsche Unterkörper
3. Hautpflege
4. Zahnpflege/Mundpflege
5. Kämmen

6. Rasieren
7. Ankleiden/bzw. Entkleiden: Oberkörper; Unterkörper
8. Darm- und Blasenentleerung: Wasserlassen; Stuhlgang
9. Ernährung: Hauptmahlzeit; Zwischenmahlzeit
- 9a. Mundgerecht zubereiten
- 9b. Essen anreichen
10. Mobilität: Aufstehen Umlagern
11. Behandlungspflege
12. Administration

Bei der Durchführung werden von der Leitungskraft vier Aspekte beobachtet und bewertet:

- Die fachliche Durchführung.
- Das Einhalten von Hygienemaßstäben (werden z.B. für die Intimpflege andere Waschlappen benutzt als für die Fußpflege).
- Die Berücksichtigung der Bewohnerindividualität (welche Unterstützungsleistung braucht der/die Bewohner/in, welche Pflegehandlung kann durchgeführt werden, wo ist eine zweite Kraft notwendig).
- Die Bewohnerinteraktion (werden die Bewohner/innen ausschließlich sachbezogen oder auch im psychosozialen Sinne angesprochen).

In Anlehnung an die Bewertungssystematik des Personalbeurteilungsbogens des Trägers können für die einzelnen Bewertungskriterien (jedes Item ist gleichrangig) maximal 15 Punkte vergeben werden.

Tabelle 41: Bewertungssystematik

Punkte	Entsprechung	Bedeutung
15 bis 13	Sehr gut	Wenn die Leistungen den Anforderungen im besonderen Maße entsprechen sowie durch besondere Selbstständigkeit und Wissensumfang herausragen.
12 bis 10	Gut	Wenn die Leistungen den Anforderungen voll entsprechen sowie selbstständiges Denken und handeln erkennen lassen.
9 bis 7	Befriedigend	Wenn die Leistungen den Anforderungen im Allgemeinen entsprechen, d.h. im Wesentlichen richtig sind.
6 bis 4	Ausreichend	Wenn die Leistungen noch den Anforderungen entsprechen. Ausreichende Grundkenntnisse sind zu erkennen. Es treten aber einzelne, größere Fehler auf.
3 bis 1	Mangelhaft	Wenn die Leistungen den Anforderungen nicht entsprechen, jedoch Grundkenntnisse in Ansätzen zu erkennen sind.
0	Ungenügend	Wenn die Leistungen den Anforderungen nicht entsprechen. Selbst die Grundkenntnisse sind so lückenhaft, dass die Mängel in absehbarer Zeit nicht behoben werden können.

Durch eine horizontale und/oder vertikale Auswertung lassen sich zudem die vier Beobachtungskategorien als auch die konkreten Pfllegetätigkeiten auswerten und der Stand der Pflegefachlichkeit sowie die Verbesserungspotenziale kann differenzierter analysiert werden.

Formular Beurteilung Pflegefachlichkeit (verkleinerte und verkürzte Darstellung)

Leitungskraft _____

Datum: _____

Name: _____

WB: _____

Bewohner _____

Pflegevisite _____ ja

Nein

Teil 1. Feststellung des Pflegezustandes

	Punkte
--	--------

Teil 2. fachliche Abfragen z.B. was gehört denn zur Körperpflege

	Punkte
--	--------

Teil 3. Tätigkeitsbeurteilung

Tätigkeit	Bewohnerorientierung	Fachlichkeit	Hygiene	Interaktion	Summe
1. Ganzkörperwäsche: Am Waschbecken Im Bett Duschen Baden					
Bemerkung					

Summe: Teil 1 _____, Unterschrift: _____

Teil 2 _____

Teil 3 _____ Leitungskraft1 _____

Gesamt _____ Pflegekraft _____

Für die Implementation und Handhabung des neuen Instrumentes verständigten sich Heim- und Pflegedienstleitung darauf, dass zunächst in jedem Wohnbereich die Beurteilung der Pflegefachlichkeit eines/einer Mitarbeiter/in von der Heim- oder der Pflegedienstleitung in Anwesenheit der Wohnbereichsleitung durchgeführt werden soll, damit die Wohnbereichsleitung die Gelegenheit erhält, das Instrument kennen zu lernen. Eine weitere Beurteilung soll dann von der Wohnbereichsleitung in Anwesenheit der Heim- oder Pflegedienstleitung vorgenommen werden, damit die Wohnbereichsleitung die Handhabung des neuen Instruments einüben kann. Erst dann wird die Beurteilung der Pflegefachlichkeit ganz den Wohnbereichsleitungen überlassen werden, wobei nach Bedarf jederzeit die Heim- oder die Pflegedienstleitung hinzugezogen werden kann.

Nachdem das Instrument zum Einsatz kam, wurden weitere Modifizierungen vorgenommen, die in der bereits vorliegenden Beschreibung berücksichtigt wurden. Zum einen wurden die zu beobachteten Tätigkeiten deutlicher differenziert und erweitert, zum anderen soll für jede Beobachtung ein angemessen großes Feld für handschriftliche Bemerkungen vorhanden sein. Geplant ist zudem, der Bewertungssystematik (vgl. Tabelle (...)) Beispiele hinzuzufügen um die Vergleichbarkeit der Ergebnisse abzusichern. Schließlich wird dieses Instrument zukünftig sowohl für die Beurteilung der Pflegefachlichkeit als auch für die Pflegevisite genutzt werden.

6. Umsetzung der Maßnahmen

Umgesetzt werden konnten die von den beiden Arbeitsgruppen entwickelten Maßnahmen bislang nur zum Teil. Das sei allerdings, wie die Heimleitung versicherte, auf die zu diesem Zeitpunkt vielen Personalausfälle durch Krankheit und Fortbildungen zurückzuführen. So konnte die im Maßnahmenprogramm der AG „WBL-SD“ vorgesehene Rückkoppelung mit der Leitung und eine gemeinsame Auswertungsrunde noch nicht stattfinden. Zu erfahren war aber, dass zumindest in einem der Wohnbereiche die sich im Arbeitskreis anbahnende Kooperation zwischen Wohnbereichsleitung und Sozialem Dienst auf fruchtbaren Boden stieß. Die mit Hilfe des Sensoriums vorgenommenen Beobachtungen haben dazu geführt, dass man sich gezielter über problematisierungsbedürftige Aspekte der Alltagskommunikation im Wohnbereich verständigen kann. Mit Blick auf den anderen Wohnbereich hat sich zumindest die auf diese Themen bezogene Kommunikation zwischen dem Sozialen Dienst und der stellvertretenden Wohnbereichsleiterin verstetigt und verbessert. Die zwischen den Mitarbeiter/innen der Wohnbereiche und denen des Sozialen Dienstes nach wie vor bestehenden Konflikte sind klarer erkannt. Das erleichtert den unmittelbar Beteiligten einen pragmatischen Umgang, verweist aber auch auf den Lösungsbedarf grundsätzlicher Art. Hier ist die Leitung gefordert.

Auch die beiden in der AG „Leitung“ entwickelten Maßnahmen, die zu mehr Transparenz bei der Erfassung der Arbeitszeit und Beurteilung der Pflegefachlichkeit führen sollen, wurden positiv aufgenommen. Das ist nicht zuletzt darauf zurückzuführen, dass sich die Wohnbereichsleitungen in der Übernahme der Verantwortung nun ernsthaft durch Heim- und Pflegedienstleitung unterstützt sahen und nicht – so ihr bisheriger Eindruck – von diesen nur in die Pflicht genommen und dabei im Stich gelassen wurden. Das Zeiterfassungsinstrument konnte in die Regelpraxis überführt werden, die Implementierung des Rasters zur Beurteilung der Pflegefachlichkeit steht noch aus. Nach den zwischenzeitlich vorgenommenen Verbesserungen ist nun vorgesehen, wenn möglich bis Jahresende die Pflegefachlichkeit aller Pflegekräfte nach diesem Beurteilungsbogen zu prüfen.

7. Fazit

Das Thema „Umgang mit Lasten“ hatte in Einrichtung C durchaus seine Berechtigung. Vergleichsweise wenige, so wurde es in der zu Projektbeginn durchgeführten Bestandsaufnahme deutlich, nutzen technische Hilfsmittel, eine kollegiale Unterstützung und die Entlastungsmöglichkeiten durch Bewohneraktivierung. Deutlich wurde aber auch, dass die Mitarbeiter/innen im Allgemeinen zwar durchaus

wissen, wie man richtig hebt, dreht und wendet, es aber dennoch vielen schwer fällt, im Pflegealltag auf eine rückengerechte Arbeitsweise zu achten. In der Wahrnehmung der Mitarbeiter/innen hängt dies vor allem mit einem als „zusätzlich“ empfundenen Zeit- und Umstellungsaufwand zusammen, der notwendig ist, um im Bedarfsfall technische Geräte herbei zu holen und die Mithilfe von Kollegen/innen zu organisieren. Vor allem aber war zu erkennen, wie sehr die zunächst technisch anmutende Frage der Handhabung von Lasten mit grundlegenden Kommunikations- und Arbeitsbeziehungen verknüpft ist. Denn davon hängt es ab, ob und wie weitgehend die Pflegekräfte auch „innerlich“ bereit sind, sich auf eine Umstellung ihrer Gewohnheiten und in diesem Zusammenhang auf entsprechende Rückmeldungen, Anregungen und Hilfestellungen von Fach- und Leitungskräften einzulassen.

Wie sehr die als problematisch empfundenen Arbeitsbeziehungen einer nachhaltigen Thematisierung von Fragen des Umgangs mit Lasten im Wege steht, kam nicht zuletzt im Verlauf des Gesundheitszirkels zum Ausdruck. Auf eine vertiefende Betrachtung und Bearbeitung der Hemmnisse, die eine rückengerechte Arbeitsweise erschweren, wollten sich die Teilnehmer/innen nicht einlassen; auch nicht auf eine prioritäre Thematisierung der Spannungen in den Arbeitsbeziehungen. Ihre Skepsis gegenüber dem Gesundheitszirkel und hier vor allem die Befürchtung, in einen Prozess verwickelt zu werden, dessen Ausgang man misstraut, war grundsätzlicher Art. So war der Versuch eines mit Pflegekräften und Wohnbereichsleiter/innen besetzten Gesundheitszirkels zum Thema „Handhabung von Lasten“ einstweilen gescheitert. Zugleich aber sind grundlegende Probleme offensichtlicher geworden. Das Thema „Handhabung von Lasten“ wurde vertagt bzw. die hier in Angriff genommenen Maßnahmen bezogen sich zunächst lediglich auf die Vervollständigung der technischen Ausstattung sowie die dazu gehörenden Einweisungen. In dieser Hinsicht sind die Voraussetzungen für einen optimierten „Umgang mit Lasten“ also geschaffen. Inwiefern es gelingt, nun auch zu einer obligatorischen Anwendung dieser Gerätschaften zu kommen und schließlich das gesamte Repertoire einer rückengerechteren Arbeitsweise in der Pflege zu nutzen, hängt nicht zuletzt von Fortschritten in der Gestaltung von Arbeitsbeziehungen ab.

Diese Fragen wurden in der verbleibenden Laufzeit in zwei Arbeitsgruppen weiter verfolgt; einer AG mit Wohnbereichsleitungen und Mitarbeiter/innen des Sozialen Dienstes sowie mit einer AG „Leitung“. Die AG „Wohnbereichsleitung - Sozialer Dienst“ konzentrierte sich auf die Frage, wie es zwischen beiden Seiten zu einem abgeklärteren Zusammenwirken kommen kann, sodass der konzeptionelle Anspruch einer „aktivierenden Pflege“ besser umzusetzen ist und in diesem Kontext auch häufiger die Möglichkeiten einer Anleitung beim Umgang mit Lasten zu nutzen sind. Bei der praktischen Umsetzung ist eine Rückendeckung durch die Leitung notwendig. Diese hat ihrerseits die im AIDA-Projektzusammenhang angebotene Organisationsberatung genutzt, um die bislang offenbar uneindeutigen Regelungen in Fragen der Delegation von Entscheidungsbefugnissen, der Übernahme von Verantwortung und des Umgangs mit Fehlverhalten zu klären und intersubjektiv überprüfbar zu machen. Beide Arbeitsgruppen befassten sich auf jeweils ihre Weise mit zentralen Aspekten der Pflegefachlichkeit. Beide entwickelten Instrumente zur Überprüfung und Sicherstellung einer entsprechenden Ergebnisqualität und stellten Überlegungen an, wie es zu einem angemessenen Feedback an die Pflegekräfte kommen kann. Damit war zugleich ein gerade in dieser Einrichtung neuralgischer Punkt ins Zentrum der Aufmerksamkeit gerückt, von dem in der Vergangenheit viele der als sehr belastend erlebten Konflikte und Störungen in den Arbeitsbeziehungen ausgingen. Das tangierte auch die Bereitschaft, sich auf eine kritische Sicht und Veränderung eingespielter Gewohnheiten beim Umgang mit Lasten einzulassen.

Ein entscheidender Grund für die schließlich doch noch konstruktive Wende der Zirkelarbeit war sicherlich die selbstkritische und vor allem auch lernbereite Haltung, mit der sich die Heim- und die Pflegedienstleitung den Problemen stellte, die im Laufe des AIDA-Prozesses manifest wurden. Das Fallbeispiel zeigt, dass sich eine Zirkelarbeit gegebenenfalls auch auf massive Störungen einstellen muss. Störungen können aber – auch das wurde bei dem AIDA-Projekt in Haus C deutlich – den Weg

zu einem tiefer liegenden Kern des Problems weisen und Zusammenhänge in den Blickpunkt rücken, die bislang noch nicht hinreichend erkannt wurden, aber im Interesse eines integrativen und nachhaltig wirksamen Ansatzes von Arbeits- und Gesundheitsschutz aufzugreifen sind.

5. Belastungen durch Hygieneanforderungen

A: Allgemeiner Teil

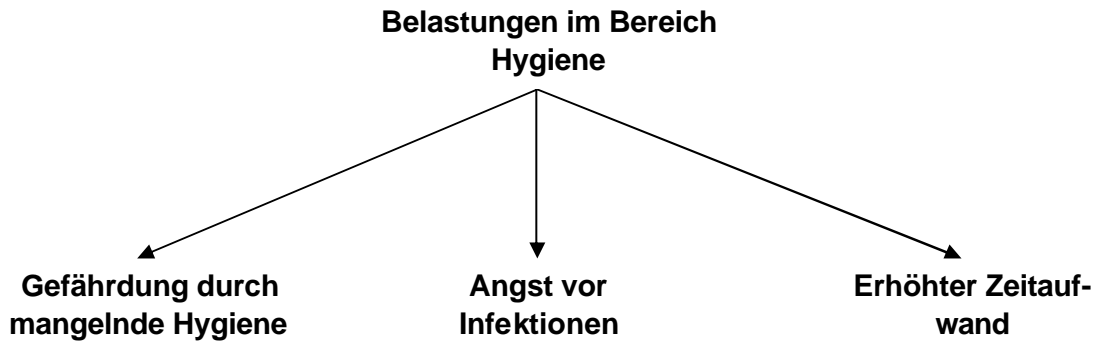
1. Thematischer Aufriss

In jeder Pflegeeinrichtung ist die Sicherstellung gesetzlich vorgeschriebener Hygienestandards obligater Bestandteil des Qualitätsmanagements. Insbesondere die von der Bundesregierung in den letzten Jahren verabschiedeten Gesetze (z.B. Infektionsschutzgesetz, Pflegequalitätssicherungsgesetz, Medizinproduktegesetz, überarbeitetes Heimgesetz) haben die Notwendigkeit eines modernen und effektiven Hygienemanagements deutlich gemacht und herausgestellt, dass unter Hygiene weit mehr zu verstehen ist, als die bloße Kenntnis von Desinfektions- und Sterilisationsmaßnahmen. Neben der Berücksichtigung hygienischer Aspekte bei der pflegerischen Versorgung und bei der medizinischen Behandlungspflege sind auch zahlreiche hygienische Anforderungen in der Reinigung und bei der Zubereitung und Lagerung der Speisen einzuhalten.

Obwohl die Hygienestandards sowohl dem Schutz der Bewohner/innen als auch dem Schutz der Mitarbeiter/innen dienen, sind die Akzeptanz und die Bereitschaft, entsprechende Maßnahmen umzusetzen, in der Pflege noch immer nicht ausreichend vorhanden. Dies kann zum einen auf fehlendes Wissen oder Problembewusstsein der Pflegekräfte zurückgeführt werden. In vielen Einrichtungen fehlen jedoch auch die strukturellen Voraussetzungen für ein erfolgreiches Hygienemanagement.

Im Zusammenhang mit dem Themenfeld Hygiene muss zudem darauf verwiesen werden, dass in diesem Bereich des Arbeits- und Gesundheitsschutzes im Gegensatz zu den anderen im AIDA-Projekt bearbeiteten Themenfeldern mehrere prüfende Behörden und Instanzen für die Einhaltung der gesetzlichen Anforderungen und Auflagen zuständig sind. Zu nennen sind z.B. das Gesundheitsamt, das Staatliche Amt für Arbeitsschutz, die Heimaufsicht und der Medizinische Dienst der Krankenversicherung. Die Behörden gehen unterschiedlichen Prüfinhalten und -kriterien nach mit der Folge, dass sie bei der Bewertung spezieller Sachverhalte zu unterschiedlichen Ergebnissen kommen können. Vor allem wenn sich die unterschiedlichen Behörden und deren Mitarbeiter/innen widersprechen, kann für die Einrichtungsleitungen und deren Mitarbeiter/innen die Einhaltung der Hygienestandards zu einer enormen Belastungsquelle werden. Insbesondere für den Bereich Hygiene wäre es deshalb wünschenswert, dass die unterschiedlichen Behörden gemeinsam an den gesetzlichen Regelwerken orientierte Prüfparameter erarbeiten und für die Prüfung ein einheitliches Dokument erstellen, das institutionsübergreifend akzeptiert und genutzt wird.

Mit der Einhaltung von Hygienerichtlinien sind unterschiedliche Belastungen verbunden, die sich zum einen in der Gefährdung durch mangelnde Hygiene und in Ängsten vor Infektionsgefahren manifestieren. Andererseits kosten hygienische Maßnahmen Zeit und müssen zusätzlich dokumentiert werden. Dabei erhöht sich der Aufwand, wenn gesetzliche Neuregelungen oder aktualisierte Richtlinien in die Praxis überführt werden müssen.



Die Hygiene in Pflegeeinrichtungen umfasst mehrere Arbeitsgebiete, die für die Mitarbeiter- und Bewohnergesundheit von Relevanz sind. Im AIDA-Projekt wird der Schwerpunkt der Analyse auf diejenigen Aspekte gelegt, die vorrangig die Pflege betreffen:

- Erhöhte **Infektionsgefahren** treten im Rahmen der **Grund – und Behandlungspflege** auf, etwa wenn septische Wunden zu versorgen sind oder beim Umgang mit sonstigen Körpersekreten. Besondere Gefährdungen sind zu erwarten, wenn die Pflegekräfte die vorgeschriebenen Sicherheitsmaßnahmen, wie z.B. das Tragen von Schutzhandschuhen, nicht ausreichend berücksichtigen.
- Nach den entsprechenden Pflegeverrichtungen muss der **Reinigung, Desinfektion und Sterilisation von Flächen und Geräten** eine besondere Bedeutung eingeräumt werden. Eine Gefährdung der Hautgesundheit geht zusätzlich von den in diesem Zusammenhang häufig anfallenden feuchten Reinigungsarbeiten aus.
- Eine weitere Infektionsgefahr besteht bei der **Arbeit mit Spritzen, Kanülen und Lanzetten**. In einer Studie der DAK-BGW⁴² gaben 31% der Befragten an, dass sie im Laufe des letzten Jahres einen Arbeitsunfall hatten. Dabei waren von 315 Unfällen 219 Stich-, Schnitt- oder Kratzwunden. Gerade nach solchen Verletzungen tritt in der Regel eine Phase der beunruhigenden Ungewissheit ein, bis geklärt ist, ob eine Infektion stattgefunden hat (**Angst vor Infektionen**). Um das Gefährdungspotenzial einzuschränken, sind die Einrichtungen gehalten, sowohl eine systematische Entsorgung der Geräte zu veranlassen als auch ein Verfahren über den strukturierten Ablauf nach dem Ereignis einer Verletzung zu entwickeln.
- Auch der **Umgang mit Gefahrenstoffen**, wie z.B. Medikamente (Aerosole, Salben), stellt eine potenzielle Gefährdung der Mitarbeiter/innen dar. Dieser Aspekt kommt noch stärker im Krankenhaussektor zum Tragen, in dem das Personal z.B. mit Narkosemittel oder Zytostatika umgehen muss.
- Um eine **mikrobiologische Belastung der Ernährung** zu vermeiden, sind von den Hauswirtschaftskräften strenge Vorgaben hinsichtlich der Zubereitung und Lagerung von Speisen einzuhalten.
- Besondere Richtlinien gibt es auch für die **Ver- und Entsorgung von Abfall und Wäsche**. Diese Themen werden im AIDA-Projekt, das sich vorwiegend auf die Pflege bezieht, nur am Rande gestreift.

Neben dem erhöhten Aufwand an Einzelverrichtungen und an Dokumentation stellt es eine zusätzliche Anforderung für die Mitarbeiter/innen dar, die notwendige **Vereinbarkeit von Hygienerichtlinien und Wohnqualität** zu gewährleisten und damit die Erwartungen der Bewohner/innen und Angehöriger

⁴² Deutsche Angestellten-Krankenkasse (Hg.) (2000: 44).

gen mit einfließen zu lassen. So richten sich moderne Pflegekonzepte an der „Normalität“ aus. Das Wohnen und Wohlfühlen soll im Mittelpunkt stehen. Damit werden zusätzliche Herausforderungen an die Umsetzung von Hygienestandards gestellt, etwa wenn Haustiere erlaubt sind oder sich die Bewohner/innen an der Mahlzeitenzubereitung beteiligen können.

2. Ergebnisse der Querschnittsanalyse

Im Rahmen der schriftlichen Befragung wurde zunächst erfasst, inwieweit die Einrichtungen aus Sicht der Mitarbeiter/innen die strukturellen Voraussetzungen für ein erfolgreiches Hygienemanagement (z.B. Hygienehandbuch, Hygienefachkräfte usw.) geschaffen haben. Die Antworten geben nicht zwangsläufig den Stand der Umsetzung wieder, sondern der Fokus liegt auf der Wahrnehmung durch das Personal. Wenn ein/ eine Mitarbeiter/in beispielsweise angibt, dass es in der Einrichtung keine Hygienefachkräfte gibt, kann dies zwar faktisch falsch sein, die Befragte gibt damit jedoch ihren persönlichen Erfahrungshintergrund wieder, der für das Alltagshandeln maßgeblich ist. Mit einer zusätzlichen Antwortkategorie „weiß nicht“ kann erfasst werden, in welchen Hygienefragen sich Mitarbeiter/innen einzelner Einrichtungen oder bestimmte Beschäftigtengruppen nicht ausreichend informiert fühlen.

In einem zweiten Schritt wird das Problembewusstsein der Mitarbeiter/innen hinsichtlich der Umsetzung von Hygienerichtlinien erfasst. Wie informiert fühlen sie sich zu bestimmten Aspekten, wie sicher gehen sie mit Anforderungen um, welche Richtlinien setzen sie um und bei welchen sehen sie Probleme, an welchen Punkten fühlen sie sich belastet usw. Dabei kann aus dem Datenmaterial abgeleitet werden, in welchen Hygienebereichen sich eher ein allgemein gültiger Trend abzeichnet und wo es noch größere Unterschiede in der Umsetzung von Hygienemaßnahmen und im Belastungserleben der Mitarbeiter/innen gibt.

Die thematische Vielfalt der Projektkonstruktion erlaubt zudem, Wechselwirkungen mit anderen Struktur- und Prozessparametern der Einrichtungen, wie z.B. dem Führungsverhalten oder der Kommunikationsstruktur, mit in den Blick zu nehmen. Die im Zwischenbericht vorgenommenen Ergebnisse und Einschätzungen wurden im Projektverlauf kontinuierlich ergänzt. So ist erfahrungsgemäß die Aussagekraft einer schriftlichen Befragung begrenzt, wenn es um die Erfassung eines hintergründigen Problembewusstseins geht. Eine notwendige Vertiefung wurde im Rahmen der Interviews in der Fallstudieneinrichtung durchgeführt und musste im Rahmen der Maßnahmenentwicklung weitergeführt werden.

Nach Einschätzung der befragten Mitarbeiter/innen sind die verschiedenen Elemente des Hygienemanagements unterschiedlich weit umgesetzt:

Tabelle 42: Standards zur Umsetzung von Hygiene

Zum Thema Hygiene gibt es in Ihrem Haus:	Pflege			Wohnbereichsleitung			Hauswirtschaft		
	ja	nein	wn	ja	nein	wn	ja	nein	wn
Fortbildungen (N = 190; 26; 48)	81,1%	8,9%	10,0%	76,9%	23,1%	0,0%	87,5%	4,2%	8,3%
regelmäßige Unterweisungen durch die Leitung (N = 181; 24; 45)	64,6%	22,1%	13,3%	58,3%	41,7%	0,0%	88,9%	8,9%	2,2%
Arbeitskreis(e) (N = 170; 22; 41)	34,7%	34,1%	31,2%	27,3%	63,6%	9,1%	39,0%	36,6%	24,4%
ein Handbuch (N = 182; 26; 47)	82,4%	2,7%	14,8%	96,2%	0,0%	3,8%	83,0%	4,3%	12,7%
Hygienestandards (N = 188; 26; 46)	95,2%	1,1%	3,7%	96,2%	3,8%	0,0%	100,0%	0,0%	0,0%
regelmäßige betriebsärztliche Untersuchungen (N = 182; 25; 45)	70,9%	14,3%	14,8%	80,0%	16,0%	4,0%	73,3%	15,6%	11,1%
Hygienefachkräfte (N = 176; 24; 43)	52,8%	22,7%	24,4%	41,7%	37,5%	20,8%	58,1%	20,9%	21,0%

Die Mehrheit der Befragten gibt an, dass es in der Einrichtung Hygienestandards (95,2; 96,2; 100%) gibt. Die Hygienestandards sind in aller Regel in einem Handbuch oder Hygieneplan schriftlich festgehalten, was den Wohnbereichsleitungen fast ausnahmslos (96,2%) und den Pflegekräften (82,4%) und Hauswirtschaftskräften mehrheitlich (83,0%) bekannt ist. Nimmt man die Aussagen der Wohnbereichsleitungen ernst, hat sich das Hygienethema noch nicht ausreichend in den Fortbildungsprogrammen der Träger durchgesetzt, denn immerhin fast ein Viertel der Befragten gibt an, dass es keine Hygienefortbildungen in ihrem Haus gibt. Auch die regelmäßige Unterweisung in Hygienefragen durch die Vorgesetzten spielt eher in der Hauswirtschaft eine große Rolle (88,9%), bei den Pflegekräften geben jedoch nur knapp zwei Drittel der Befragten an, dass dies in ihrem Haus praktiziert wird. Bei näherer Betrachtung des Datenmaterials wird allerdings deutlich, dass Hilfskräfte deutlich häufiger Unterweisungen erhalten als Fachkräfte (69,4 bzw. 57,8%).

Erstaunlich ist auch, dass regelmäßige betriebsärztliche Untersuchungen für fast 30% der Pflegekräfte und für über ein Viertel der Hauswirtschaftskräfte nicht zur betrieblichen Routine gehören. Dabei kommt dem Betriebsarzt z.B. eine wichtige Aufgabe beim Infektionsschutz durch Impfungen zu.

Einen Entwicklungsbedarf scheint es zudem bei der Benennung zuständiger Hygienefachkräfte zu geben, die zur Ausübung dieser Aufgabe eine spezielle Fortbildung durchlaufen müssen. Nimmt man die Aussagen der Wohnbereichsleitungen ernst, werden diese Kräfte in nur rund 40% der Einrichtungen eingesetzt. In noch weniger Einrichtungen (etwas über ein Viertel) gibt es Arbeitskreise, die sich mit Hygienefragen beschäftigen.

Die Durchschnittswerte vermitteln insgesamt den Eindruck, dass sich die Einrichtungen in der Umsetzung des Hygienemanagements auf den Weg gemacht haben, jedoch noch nicht alle notwendigen Strukturelemente, wie z.B. Fortbildungen, überall installiert werden konnten. Ein Blick auf das unterschiedliche Antwortverhalten in den einzelnen Häusern bestätigt diese Vermutung. So kommt es bei der Beantwortung der einzelnen Items teilweise zu extremen Schwankungen. Dies betrifft vor allem das Vorhalten von Arbeitskreisen (Minimum: 12,0%, Maximum: 90,0%), die betriebsärztlichen Untersuchungen (Minimum: 17,4%, Maximum: 97,1%) und die Installation von Hygienefachkräften (Mini-

⁴³ wn = weiß nicht

mum: 22,2%, Maximum: 95,2%)⁴⁴. Wichtig ist jedoch zu betonen, dass es im Hygienebereich innerhalb der am AIDA-Projekt beteiligten Häuser keine „schwarzen Schafe“ zu geben scheint, denn es gibt keine Häufungen bezogen auf einzelne Häuser. So hat z.B. ein Pflegeheim einen Minimalwert bei den Hygienefachkräften, dafür aber den Maximalwert bei den Arbeitskreisen und der Unterweisung durch die Fachkraft. Dies kann so interpretiert werden, dass alle Häuser Schritte zur Installierung eines Hygienemanagements eingeleitet haben, sich dem Ziel aber auf unterschiedlichen Wegen nähern.

Ein Teil der abgefragten Items soll überprüfen, wie die Mitarbeiter/innen ihre eigene Kompetenz in unterschiedlichen hygiene relevanten Arbeitsbereichen einschätzen.

Tabelle 43: Sicherheit im Umgang mit Hygiene

Treffen folgende Aussagen zu?	Pflege			Wohnbereichsleitung			Hauswirtschaft		
	ja	nein	wn	ja	nein	wn	ja	nein	wn
Die Gefährdungspotenziale durch mangelnde Hygiene sind Ihnen bekannt. (N = 190; 27; 50)	90,0%	7,9%	2,1%	96,3%	0,0%	3,7%	78,0%	18,0%	4,0%
Für die Einhaltung von Hygienerichtlinien fühlen Sie sich ausreichend qualifiziert. (N = 189; 26; 50)	83,6%	7,9%	8,5%	69,2%	19,2%	11,5%	82,0%	6,0%	12,0%
Sie fühlen sich sicher im Umgang mit Kanülen, Lanzetten und Spritzen. (N = 179; 27; 34)	79,9%	14,5%	5,6%	100,0%	0,0%	0,0%	/	/	/
Im Umgang mit Gefahrenstoffen fühlen Sie sich sicher. (N = 183; 25; 42)	65,0%	20,2%	14,8%	80,0%	16,0%	4,0%	59,5%	26,2%	14,3%

Vor allem die Wohnbereichsleitungen (96,3%), aber auch die deutliche Mehrzahl der Pflegekräfte (90,0%) und Hauswirtschaftskräfte (78,0%) wissen nach eigenen Angaben um die Gefährdungspotenziale durch mangelnde Hygiene. Die Mehrheit der Befragten aus allen Beschäftigtengruppen fühlt sich zudem für die Einhaltung der entsprechenden Richtlinien ausreichend qualifiziert, wobei es deutliche Unterschiede zwischen Fach- und Hilfskräften (90,8% bzw. 77,3%) und auch zwischen den einzelnen Häusern gibt (Minimum: 78,3%, Maximum: 100,0%). Die Angaben der Wohnbereichsleitungen liegen mit 69,2% am niedrigsten, was zum einen so interpretiert werden kann, dass diese eine höhere Kenntnis der bestehenden Anforderungen und damit auch einen größeren Überblick über die bestehenden Wissenslücken haben. Zum anderen könnte es mit dem weiter gefassten Aufgabenbereich der Wohnbereichsleitungen zu tun haben, durch den zusätzliche Verantwortungsbereiche entstehen.

Alle Wohnbereichsleitungen fühlen sich sicher im Umgang mit Kanülen, Lanzetten und Spritzen. Für immerhin jede fünfte Pflegekraft trifft dies nicht zu. Bei näherer Betrachtung der Daten wird jedoch deutlich, dass es sich dabei um die Pflegehilfskräfte handelt (Fachkräfte 96,6%, Hilfskräfte 61,7%). Im Umgang mit Gefahrenstoffen fühlen sich deutlich weniger Beschäftigte auf der sicheren Seite. Während der Anteil bei den Wohnbereichsleitungen immerhin noch bei 80% liegt, sinkt er bei den Pflegekräften auf 65% und bei den Hauswirtschaftskräften auf 59,5% ab. Auch hier gibt es deutliche Unterschiede zwischen Pflegefach- und Hilfskräften (74,7% bzw. 50,8%) und auch zwischen den einzelnen Häusern (Maximalwert: 87,5%; Minimalwert: 42,1%).

⁴⁴ Die Häuservergleiche und die Vergleiche zwischen Fach- und Hilfskräften sind nicht tabellarisch dargestellt.

Tabelle 44: Persönlicher Umgang mit Hygienerichtlinien

Treffen folgende Aussagen zu?	Pflege			Wohnbereichsleitung			Hauswirtschaft		
	ja	nein	wn	ja	nein	wn	ja	nein	Wn
Gegen die wichtigsten Infektionskrankheiten sind Sie geimpft. (N = 187; 27; 47)	77,0%	17,6%	5,3%	88,9%	7,4%	3,7%	66,0%	34,0%	0,0%
Sie achten sorgfältig auf die Händehygiene. (N = 190; 27; 48)	97,4%	2,6%	0,0%	96,3%	0,0%	3,7%	97,9%	2,1%	0,0%
Sie entscheiden sich oft gegen das eigentlich angeratene Tragen von Schutzhandschuhen. (N = 188; 27; 47)	25,0%	73,9%	1,1%	29,6%	70,4%	0,0%	19,1%	80,9%	0,0%
Die ständigen Feuchtarbeiten empfinden Sie als Belastung. (N = 184; 25; 44)	18,5%	77,7%	3,8%	8,0%	88,0%	4,0%	25,0%	68,2%	6,8%
Die Arbeit mit dem Pflegearbeitswagen ist hilfreich für die Einhaltung von Hygienestandards. (N = 183; 25; 38)	76,0%	12,0%	12,0%	88,0%	8,0%	4,0%	52,6%	10,5%	36,9%

Was die Einschätzung der eigenen Kompetenz anbelangt, formulieren demnach vor allem die Pflegehilfskräfte Unsicherheiten, die aus ihrer allgemein geringeren Qualifizierung resultieren könnten. Zudem bestehen deutliche Unterschiede zwischen den einbezogenen Einrichtungen. Mit Ausnahme des Impfschutzes gibt es bei den restlichen Items kaum Unterschiede im Antwortverhalten der Pflegehilfs- und Fachkräfte. Der Impfschutz scheint mit sinkendem Qualifizierungsstand abzunehmen. Denn während der Großteil der Wohnbereichsleitungen gegen die wichtigsten Infektionskrankheiten geimpft sind, trifft dies bei Pflegefachkräften auf 83,9%, bei Pflegehilfskräften auf 69,2% (Mittelwert Pflege = 77%) und bei Hauswirtschaftskräften auf 66,0% zu. Allerdings bestehen hier erhebliche Unterschiede zwischen den in die Erhebung einbezogenen Häusern. Während z.B. in einer Einrichtung offenbar alle Befragten Impfschutz genießen, sind dies in einer anderen nur etwa die Hälfte (52,4%). Dieses Ergebnis legt nahe, dass es in verschiedenen Häusern erheblichen Nachholbedarf beim Impfschutz zu geben scheint. Zu prüfen ist in diesem Zusammenhang, wer im Einzelnen die Kosten des Impfschutzes übernimmt.

Der persönliche Umgang mit Hygienerichtlinien wurde unter anderem am Beispiel der Händehygiene erfasst. Nach eigener Einschätzung wird die Händehygiene fast ausnahmslos und quer durch alle Beschäftigtengruppen sorgfältig beachtet, auch wenn es zwischen den einzelnen Einrichtungen zu kleineren Unterschieden kommt. Bei konkreterer Nachfrage räumten jedoch im Durchschnitt zwischen einem Fünftel und einem Viertel der Befragten ein, sich oft gegen das eigentlich angeratene Tragen von Schutzhandschuhen zu entscheiden. Dieser Anteil liegt bei fünf von acht Häusern sogar bei rund einem Drittel. Das könnte auf ein unterschiedliches Verständnis von sorgfältiger Händehygiene hindeuten. Für einen Teil der Befragten ist das Nicht-Tragen von Schutzhandschuhen offenbar nicht unbedingt mit mangelnder Hygiene gleichzusetzen.

Nur ein geringerer Teil der Befragten empfindet die ständig anfallenden Feuchtarbeiten als Belastung. Die meisten Nennungen treten bei den Hauswirtschaftskräften auf, von denen sich immerhin jede vierte Person dadurch belastet fühlt. Ein Blick auf die einzelnen Häuser zeigt Schwankungen im Belastungserleben der Pflegemitarbeiter/innen (bejahende Antworten zwischen 0 und 32,4%).

Die überwiegende Mehrheit der Wohnbereichsleitungen (88,0) empfindet den Pflegearbeitswagen als hilfreich für die Einhaltung von Hygienestandards. Diese Erkenntnis hat sich im Durchschnitt bei etwa drei von vier Pflegekräften niedergeschlagen. Doch während die Arbeit mit dem Pflegearbeitswagen z.B. in einer Einrichtung von allen Pflegekräften als hilfreich erlebt wird, teilt diese Auffassung in einer

anderen nur die Hälfte der Befragten. Die Umsetzung dieser Arbeitsweise scheint demnach noch unterschiedlich weit vorangeschritten zu sein.

Tabelle 45: Bewertung unterschiedlicher Hygienebereiche

Treffen folgende Aussagen zu?	Pflege			Wohnbereichsleitung			Hauswirtschaft		
	ja	nein	wn	ja	nein	wn	ja	nein	wn
Sie haben häufig Angst, sich bei der Grund- und Behandlungspflege zu infizieren. (N = 184; 26; 36)	15,8%	81,5%	2,7%	7,7%	88,5%	3,8%	/	/	/
Die Desinfektion und Sterilisation von Geräten ist bei Ihnen unproblematisch. (N = 183; 25; 40)	69,9%	18,0%	12,0%	72,0%	28,0%	0,0%	75,0%	5,0%	20,0%
Sie vertrauen auf die hygienische Zubereitung und Lagerung von Speisen in Ihrem Haus und würden jederzeit alles selbst essen. (N = 189; 27; 47)	65,6%	24,3%	10,1%	81,5%	14,8%	3,7%	89,4%	6,4%	4,2%
Es gibt immer wieder Hygieneprobleme mit mitgebrachten Speisen. (N = 184; 25; 45)	16,3%	62,5%	21,2%	8,0%	88,0%	4,0%	22,2%	64,4%	13,4%
Der hygienische Umgang mit dem Abfall funktioniert bei Ihnen gut. (N = 186; 25; 49)	80,1%	8,6%	11,3%	72,0%	24,0%	4,0%	89,8%	4,1%	6,1%
Bei der Entsorgung von Schmutzwäsche gibt es keine Probleme. (N = 187; 25; 47)	43,9%	49,7%	6,4%	36,0%	60,0%	4,0%	40,4%	44,7%	14,9%
Das strikte Einhalten von Hygienerichtlinien ist nicht immer umsetzbar. (N = 181; 25; 44)	60,8%	32,0%	7,2%	72,0%	28,0%	0,0%	43,2%	38,6%	18,2%
Die Wohnqualität der Bewohner/innen wird durch die Hygienerichtlinien beeinträchtigt. (N = 181; 25; 45)	22,1%	65,2%	12,7%	24,0%	72,0%	4,0%	13,3%	57,8%	28,9%

Nur 7,7% der Wohnbereichsleitungen gibt an, häufig Angst zu haben, sich bei der Pflege zu infizieren; bei den Pflegekräften sind es immerhin 15,8%. Die Durchschnittswerte vermitteln den Eindruck, dass man sich in diesem Bereich eher sicher zu fühlen scheint. Die hausspezifische Aufschlüsselung der Werte offenbart jedoch große Unterschiede in dieser Frage. So gibt es Heime, in denen sich niemand vor Infektionen fürchtet, während dies in anderen für 35% der Befragten zutrifft. Dies könnte zum einen auf einen unterschiedlichen Wissensstand der Mitarbeiter/innen hindeuten, zum anderen aber auch als Zeichen dafür gewertet werden, dass die einrichtungsspezifischen Standards zur Vermeidung von Infektionen differieren. Dies lässt sich aktuell an den Infektionsgefahren durch MRSA⁴⁵ oder durch NVL⁴⁶ nachzeichnen, mit denen die Heime mittlerweile häufig nach Krankenhausaufenthalten der Bewohner/innen konfrontiert sind. Um einen sicheren Umgang mit diesen Keimen zu gewährleisten, muss neben der Aufklärungsarbeit beim Personal ein Hygienestandard ausformuliert und umgesetzt werden. Wichtig ist zudem - so ein Ergebnis der Interviews -, dass die Mitarbeiter/innen das Ver-

⁴⁵ MRSA = Methicillin-resistente Staphylococcus aureus.

⁴⁶ NLV = Norwalk-like-Virus.

trauen in die Einrichtungsleitung haben, dass das Personal bei Auftreten infektiöser Erkrankungen sofort informiert wird.

Geringe Bedenken äußern die Befragten hinsichtlich der Desinfektion und Sterilisation von Geräten. Dies sei unproblematisch, äußern zwischen 70 und 75% der Pflege- und Hauswirtschaftskräfte sowie der Wohnbereichsleitungen. Aus den vertiefenden Interviews geht hervor, dass zwar mehrheitlich wenig Zweifel über den hygienischen Zustand der Geräte besteht, wohl aber Umsetzungsprobleme im Alltag gesehen werden, die als Belastung empfunden werden. So müssen z.B. teilweise lange Wege zurückgelegt werden, um die Desinfektionsräume zu erreichen. Bei manchen Befragten wurde zudem ein Unverständnis deutlich, etwa was die Notwendigkeit einer Desinfektion von Scheren anbelangt, mit denen man keinen direkten Bewohnerkontakt hatte.

Auf eine hygienische Zubereitung der Speisen vertrauen vor allem die Hauswirtschaftskräfte, bei denen neun von zehn Befragten jederzeit alle angebotenen Speisen auch selbst konsumieren würden. Immerhin durchschnittlich 35% der Pflegekräfte können dieses Vertrauen jedoch nicht aufbringen. Dabei schwanken die Werte in den Häusern zwischen 41,7% und 100%. Besonders hohes Vertrauen herrscht offenbar in denjenigen Häusern, in denen eine eigene Küche vorgehalten wird, während man bei externer Vergabe der Essensversorgung deutlich mehr Bedenken zeigt. Hygieneprobleme mit von Angehörigen mitgebrachten Speisen werden weniger gesehen, und dies scheint zumindest aus Sicht der Pflegekräfte eher ein Problem einzelner Häuser zu sein.

Probleme beim hygienischen Umgang mit dem Abfall sieht nur ein kleiner Teil der Befragten, diese konzentrieren sich jedoch auf einzelne Häuser. Die Entsorgung von Schmutzwäsche scheint jedoch in den meisten Häusern weniger reibungslos zu verlaufen. Mit Ausnahme einer Einrichtung, in der drei Viertel der Befragten keine Beanstandungen anmelden, sind in allen anderen Häusern zwischen 20 und 50% davon weniger überzeugt. Als schwierig wurde in den Interviews z.B. geschildert, wenn aus hygienischen Gründen geschlossene Wäschesäcke auf Grund falscher Wäschesortierung dennoch geöffnet werden müssen.

Insgesamt glaubt die Mehrheit der Pflegemitarbeiter/innen, dass das strikte Einhalten von Hygienerichtlinien nicht immer umsetzbar ist, und diese Auffassung schwankt in den Häusern zwischen einem Minimum von 48,7% und einem Maximum von 75,0%. Größere Probleme stellen sich z.B. bei älterer Bausubstanz, es gibt jedoch auch einzelne Vorschriften, die aus Sicht der Praktiker/innen eher unsinnig wirken und in Phasen von drängender Zeitnot vernachlässigt werden. Die geringsten Werte haben in dieser Kategorie mit 43,2% die Hauswirtschaftskräfte, bei denen die meisten Richtlinien offenbar eher als zwingend geboten interpretiert werden. Die stärkeren Inkonsistenzen der Pflegemitarbeiter/innen im Umgang mit Hygienerichtlinien scheinen jedoch weniger mit Erfordernissen an die Wohnqualität der Bewohner/innen zusammenzuhängen. Dafür spricht, dass in denjenigen Häusern, in denen das strikte Einhalten der Richtlinien besonders in Frage gestellt wurde, nicht gleichzeitig die meisten Probleme in der Vereinbarkeit mit der Wohnqualität gesehen werden. Ein Viertel der Wohnbereichsleitungen und rund ein Fünftel der Pflegekräfte sehen die Wohnqualität durch Hygienerichtlinien beeinflusst. Aus den Interviews ging hervor, dass dies insbesondere die hohen Anforderungen an die Reinigung von Flächen und Möbeln betrifft, die z.B. das Nutzen von Teppichböden oder gepolsterten Sitzmöbeln verhindern.

Insgesamt ergab die Personalbefragung im Hygienebereich ein sehr heterogenes Bild. Alle haben sich offenbar auf den Weg gemacht, bestimmte Strukturelemente des Hygienemanagements zu implementieren. In den einzelnen Häusern gibt es jedoch in fast allen Items erhebliche Unterschiede, wobei sich diese nicht auf einzelne Einrichtungen konzentrieren. Offenbar besteht bei den meisten Häusern in verschiedenen Hygienebereichen noch Handlungsbedarf. Mit welchen Rahmenbedingungen dieser Handlungsbedarf im Einzelnen zusammenhängt bzw. welche Faktoren in den Einrichtungen die Umsetzung von Hygienerichtlinien positiv beeinflussen können, musste im Rahmen einer weiteren Durch-

dringung des Datenmaterials und zusätzlicher Erkenntnisse im Projektverlauf geklärt werden. Eine erste Vertiefung fand mit der folgenden Fallstudie statt.

B: Fallstudie

1. Die Einrichtung

Die Einrichtung D ist ein reines Pflegeheim mit insgesamt 115 Plätzen, darunter 83 in Einzelzimmern. Das Haus hat eine lange Tradition in kirchlicher Trägerschaft und geht in seinen Ursprüngen bis ins 19. Jahrhundert zurück. In der jetzigen Bausubstanz gibt es das Haus seit 1974. Das Pflegeheim ist keinem größeren Träger angebunden, man betont die religiöse Prägung und beschäftigt auch heute noch fünf Ordensfrauen. Aufgrund baulicher Mängel, die z.B. zu einer Beanstandung der Wasserleitungen durch das Gesundheitsamt geführt haben, befindet man sich in der Sanierungsphase.

Die Bewohner/innen sind drei Wohnbereichen à 42, 38 und 35 Plätzen zugeteilt, die sich über fünf Etagen verteilen. Für die Mitarbeiter/innen entstehen dadurch lange Wege. In der Pflege sind insgesamt 91 Kräfte, darunter 32 Vollzeitstellen beschäftigt. Für die soziale Betreuung gibt es einen eigenen Sozialen Dienst, der mit 2,34 Stellen Sozialpädagoge/innen und Ergotherapeut/innen vergleichsweise hoch besetzt ist. In der Haustechnik arbeiten weitere vier Personen, darunter drei in Vollzeit. Man leistet sich eine eigene Küche mit 13 Mitarbeiter/innen. Es herrscht eine hohe Arbeitszufriedenheit, die die Heimleitung an der geringen personellen Fluktuation festmacht.

Von den 121 Bewohner/innen sind die meisten in die Pflegestufe II eingruppiert (43) und etwa gleich viele in Stufe I und III (36 bzw. 37). Auch wenn man zusätzlich wenige Bewohner/innen in Stufe 0 (5) versorgt, ist der Pflegebedarf damit vergleichsweise hoch. Das Heimentgelt im Einzelzimmer beträgt je nach Pflegestufe 63,70, 77,20, 93,52 bzw. 110,41 Euro. Dass es mit der Belegung des Hauses keine Probleme gibt, führt man auf den guten Ruf des Trägers in der Bevölkerung und auf die christliche Philosophie zurück.

Zur Strukturierung der Kommunikation gibt es in D verschiedene Arbeitsforen. So z.B. die Gruppe „Sorge für die Seele“, geleitet von einer Ordensschwester und einer Mitarbeiterin des Sozialen Dienstes, in der auch Arbeitsbelastungen und persönliche Probleme im Sinne einer Psychohygiene besprochen werden können. Die Gruppe „Zeit haben, zu erinnern“, an der auch Angehörige teilnehmen können, wird einmal monatlich angeboten, um verstorbener Bewohner/innen zu gedenken. Hinzu kommen eine Reihe von Qualitätszirkeln z.B. zu den Themen Demenz, Schmerzmanagement, Dekubitus und Hygiene. Die an den Qualitätszirkeln beteiligten Mitarbeiter/innen sollen sich als Multiplikator/innen im Arbeitsalltag verstärkt diesen Themen widmen und sie den Kolleg/innen bei Bedarf ins Gedächtnis rücken.

Vonseiten der Heimleitung und der Pflegedienstleitung erwartet man sich vom AIDA-Projekt konkrete Maßnahmen zur Entlastung und zum Schutz der Mitarbeiter/innen. Es soll überprüft werden, in welchen Teilbereichen der Hygiene man erfolgreich agiert und wo ggf. weitere Vertiefungen und Überzeugungsarbeit geleistet werden müssen. Zum anderen wird der Wunsch geäußert, Unterstützung bei der Umsetzung neuer gesetzlicher Vorgaben zu erhalten und über eine Vereinheitlichung der Prüfverfahren der unterschiedlichen Behörden den bürokratischen Aufwand zu senken.

2. Die Ist-Analyse

Die Erwartungen der Beschäftigten an das AIDA-Projekt kristallisierten sich im Rahmen des Eingangsworkshops heraus. Mithilfe der Moderationsmethode wurden zunächst die Hauptbelastungspunkte der Mitarbeiter/innen herausgearbeitet. Die meisten Nennungen entfielen auf den Zeitdruck bzw. den Personalmangel und auf die hohen Anforderungen an Bürokratie und Dokumentation. Auch

wenn die Hygienerichtlinien zunächst nicht ausdrücklich zur Sprache kamen, stellten die Beteiligten im Rahmen der näheren Erläuterungen Bezüge her. So müsse auch zum Nachweis der Einhaltung von Hygienemaßnahmen viel dokumentiert werden, der Schreibaufwand am Computer sei gestiegen. Im Gegensatz zu anderen Einrichtungen des AIDA-Projektes richteten sich nur einzelne Aussagen auf Belastungen durch Bewohner/innen und Angehörige. Neben dem Zeitmangel und dem bürokratischen Aufwand räumten die Mitarbeiter/innen jedoch ein, dass sie sich durch zwischenmenschliche Probleme belastet fühlten. Es gäbe teilweise Konflikte und Unverträglichkeiten zwischen den Kolleg/innen, daraus resultierten eine schlechte und unzufriedene Stimmung. Moniert wurde zudem, dass manchen Mitarbeiter/innen die Einsicht für Veränderungen fehle.

Als Quelle der Befriedigung erlebten die Mitarbeiter/innen hingegen die Bewohner/innen und Angehörigen. Es mache Spaß, wenn diese zufrieden seien, sich wohl fühlten und wenn man eine positive Resonanz erhalte. Besonders motivierend seien kleine Erfolge, die sich einstellten, wenn man die Ressourcen der Bewohner/innen fördere. Auch wenn es offenbar zwischenmenschliche Probleme gibt, wurde die Teamarbeit als zweite wichtige Motivationsquelle genannt. Es herrsche eine lockere, humorvolle Atmosphäre auf dem Wohnbereich, man schätze die Zuverlässigkeit und das Verständnis der Kolleg/innen. Als konkrete Erwartung an das AIDA-Projekt formulierten die Mitarbeiter/innen das Bedürfnis, sich im Bereich des Arbeitsschutzes weiter zu entwickeln und Bürokratie abzubauen. Gleichzeitig äußerten sie ihre Skepsis, ob es vor dem Hintergrund des geringen Personalvolumens überhaupt möglich sei, Veränderungen in Gang zu setzen.

Durch eine Gegenüberstellung der Gesamterhebung mit den Ergebnissen der Einrichtung Dist es möglich, Besonderheiten herauszuarbeiten und die spezifischen Belastungen der Mitarbeiter/innen im Umgang mit Hygienerichtlinien unter zusätzlichem Rückgriff auf die Interviewergebnisse in einen Zusammenhang zu bringen. So fällt zunächst auf, dass man in D nach Einschätzung der Mitarbeiter/innen in der Umsetzung von strukturellen Elementen eines Hygienemanagements bereits weiter entwickelt ist als der Durchschnitt der einbezogenen Heime.

Tabelle 46: Standards zur Umsetzung von Hygiene (Fallstudie/Gesamt)

Zum Thema Hygiene gibt es in Ihrem Haus:	Pflege		Hauswirtschaft	
	ja	wn	ja	wn
Fortbildungen (N Haus D = 21; 11) (N Gesamt = 190; 48)	100,0% (81,1%)	0,0% (10,0%)	90,9% (87,5%)	9,1% (8,3%)
regelmäßige Unterweisungen durch die Leitung (N Haus D = 21; 9) (N Gesamt = 181; 45)	76,2% (64,6%)	4,8% (13,3%)	77,8% (88,9%)	11,1% (2,2%)
Arbeitskreis(e) (N Haus D = 20; 9) (N Gesamt = 170; 41)	90,0% (34,7%)	10,0% (31,2%)	66,7% (39,0%)	11,1% (24,4%)
ein Handbuch (N Haus D = 20; 11) (N Gesamt = 182; 47)	85,0% (82,4%)	15,0% (14,8%)	100,0% (83,0%)	0,0% (12,7%)
Hygienestandards (N Haus D = 21; 9) (N Gesamt = 188; 46)	95,2% (95,2%)	4,8% (3,7%)	100% (100%)	0,0% (0,0%)
regelmäßige betriebsärztliche Untersuchungen (N Haus D = 19; 10) (N Gesamt = 182; 45)	42,1% (70,9%)	31,6% (14,8%)	60,0% (73,3%)	20,0% (11,1%)
Hygienefachkräfte (N Haus D = 21; 10) (N Gesamt = 176; 43)	95,2% (52,8%)	4,8% (24,4%)	70,0% (58,1%)	30,0% (21,0%)

Ein Schwachpunkt scheinen in D die betriebsärztlichen Untersuchungen zu sein, auch wenn man im Impfschutz der Pflegemitarbeiter/innen etwas besser gestellt ist als der Durchschnitt der Einrichtungen. Nur rund 40% der Pflegemitarbeiter/innen geben an, dass es in ihrem Haus regelmäßige betriebsärztliche Untersuchungen gibt. Nach Aussagen der Heimleitung komme der Betriebsarzt zwar einmal im Monat, diese Ressource werde jedoch noch zu wenig genutzt. Es wird als potenzielles Entwicklungsfeld bewertet, den Betriebsarzt zukünftig stärker in die Abläufe der Einrichtung einzubeziehen.

Hygienestandards und Fortbildungen, die auch in den anderen Häusern am häufigsten umgesetzt zu sein scheinen, gibt es nach Aussagen der Pflegemitarbeiter/innen und Hauswirtschaftskräfte auch in D und diese sind den Befragten teilweise noch deutlicher im Bewusstsein. Neben ebenfalls leicht erhöhten Werten bei den regelmäßigen Unterweisungen durch die Leitung und dem Handbuch gibt es jedoch große Unterschiede bei den Arbeitskreisen und den Hygienefachkräften. Ist es in D für 90% der Pflegemitarbeiter/innen eine Tatsache, dass es Arbeitskreise zum Thema Hygiene gibt, trifft dies insgesamt nur für ca. ein Drittel der Befragten zu. Fast alle Pflegemitarbeiter/innen in D wissen zudem, dass es Hygienefachkräfte gibt im Vergleich zu nur 52,8% in der Gesamtauswertung. Auch bei den Hauswirtschaftskräften sind die Hygienefachkräfte in D präsenter als im allgemeinen Durchschnitt (70% bzw. 58,1% gesamt), wie auch bei den Arbeitskreisen (66,7% bzw. 39% gesamt). Insgesamt kann festgestellt werden, dass die Leitungskräfte in D auf der strukturellen Ebene wichtige Maßnahmen ergriffen haben, um die Einhaltung von Hygienerichtlinien zu ermöglichen. Dazu zählen die Entwicklung von Hygienestandards, die in einem Handbuch zusammengefasst sind, und die Fortbildung des Personals, die auch in anderen Häusern mehrheitlich umgesetzt sind. Zusätzlich wurden Arbeitskreise eingerichtet und Hygienefachkräfte eingesetzt, womit man sich von den anderen Häusern deutlich abhebt. Insgesamt scheint die Gruppe der Hauswirtschaftskräfte in diese Bemühungen jedoch weniger einbezogen zu sein.

Inspiziert durch die seit ein paar Jahren tätige Pflegedienstleiterin, die selbst Hygienebeauftragte ist, wird dem Themenfeld Hygiene in D demnach besondere Aufmerksamkeit beigemessen. Es wurden insgesamt drei Hygieneassistentinnen benannt, die von der Pflegedienstleiterin eine Unterweisung erhielten. Zusammen entwickelte man ein ausführliches Handbuch, in dem die wichtigsten hygienerelevanten Standards erfasst sind. Aktuell beschäftigt sich der Arbeitskreis mit neu eingeführten Richtlinien oder mit bei der Umsetzung auftretenden Problemen auf den Wohnbereichen. Der Arbeitskreis ist ein wichtiges Instrument, um die Diskussion hygienerelevanter Aspekte zu strukturieren und mit Kompetenz zu füllen sowie gleichzeitig sicherzustellen, dass die Diskussionsergebnisse und Verfahrensanweisungen über die Vertreterinnen aus den Wohnbereichen an die Basis und damit zu einer breiten Anwendung gelangen.

Denn zu den wichtigsten Aufgaben der Hygieneassistentinnen gehört, in ihren jeweiligen Wohnbereichen für die Umsetzung der beschlossenen Standards zu sorgen. Dazu haben sie ein gewisses Kontingent an pflegefreien Zeiten, in denen sie zum einen selbst Hygienemaßnahmen durchführen, wie z.B. die Desinfektion von Geräten, zum anderen die Kolleg/innen über die notwendige Handhabung informieren und wenn nötig mit sanftem Druck versuchen, eine strengere Auslegung der Richtlinien herbeizuführen.

Aus den Interviews geht hervor, dass sich das Multiplikatorensystem im Bereich der Hygiene schwierig gestaltete. Bis die Mitarbeiter/innen der Wohnbereiche bereit waren, auf eingeübte Routinen zu verzichten, bedurfte es einer Phase der Sensibilisierung und Überzeugungsarbeit, die noch nicht abgeschlossen ist. Die Hygiene schien den Mitarbeiter/innen zwar ein notwendiges, jedoch nicht so drängend wichtiges Thema zu sein und sie reagierten auf die Verbesserungsvorschläge der Assistentinnen zunächst eher „genervt“. Zu Gute kam den Hygieneassistentinnen jedoch, dass das Multiplikatorensystem in der Einrichtung eine geübte Praxis darstellt. So gibt es zu vielen Arbeitsbereichen diese speziellen Vertreterinnen, wie z.B. auch für das Schmerzmanagement oder für den Umgang mit Demenzkranken, so dass die Mitarbeiter/innen gelernt haben, in diesen Bereichen dem Fachwissen der Kolleg/innen zu vertrauen und die Ratschläge zu akzeptieren. Quasi alle Fachkräfte haben in einem, teilweise sogar in mehreren Bereichen solche Funktionen und begegnen ihren Kolleg/innen auch deshalb mit Respekt und Wohlwollen.

So stellten die Hygieneassistentinnen und die Leitungskräfte innerhalb eines halben Jahres bereits Fortschritte in der gelebten Praxis mit Hygienerichtlinien fest, wenngleich sie in vielen Bereichen weiteren Handlungsbedarf sehen, wie auch die nachfolgenden Tabellen deutlich machen.

Tabelle 47: Sicherheit im Umgang mit Hygiene (Fallstudie/Gesamt)

Treffen folgende Aussagen zu?	Pflege		Hauswirtschaft	
	ja	Wn	ja	wn
Die Gefährdungspotenziale durch mangelnde Hygiene sind Ihnen bekannt. (N Haus D = 20; 11) (N Gesamt = 190; 50)	100,0% (90,0%)	0,0% (2,1%)	54,5% (78,0%)	9,1% (4,0%)
Für die Einhaltung von Hygienerichtlinien fühlen Sie sich ausreichend qualifiziert. (N Haus D = 21; 12) (N Gesamt = 189; 50)	81,0% (83,6%)	14,2% (8,5%)	75,0% (82,0%)	8,3% (12,0%)
Sie fühlen sich sicher im Umgang mit Kanülen, Lanzetten und Spritzen. (N Haus D = 21; 10) (N Gesamt = 179; 34)	81,0% (79,9%)	0,0% (5,6%)	/	/
Im Umgang mit Gefahrenstoffen fühlen Sie sich sicher. (N Haus D = 20; 11) (N Gesamt = 183; 42)	50,0% (65,0%)	20,0% (14,8%)	36,4% (59,5%)	27,3% (14,3%)

Hinweise, ob die Bemühungen der Hygieneassistentinnen in den Wohnbereichen gefruchtet haben, zeigen sich z.B. in denjenigen Items, die auf die Einschätzung der persönlichen Kompetenz im Umgang mit hygiene relevanten Aspekten zielen. So geben alle Pflegemitarbeiter/innen an, dass ihnen die Gefährdungspotenziale durch mangelnde Hygiene bekannt seien und heben sich damit um 10% positiv von der Gesamterhebung ab. Ohne nennenswerte Abweichung von der Gesamterhebung fühlen sich vier von fünf Mitarbeiter/innen ausreichend für die Hygieneaufgaben qualifiziert. Anders sieht das Bild bei den Hauswirtschaftskräften aus. Hier fühlen sich zwar drei Viertel der Befragten ausreichend qualifiziert, jedoch nur etwas über die Hälfte glaubt, die Gefährdungspotenziale zu kennen, wodurch sich eine vergleichsweise große Unsicherheit ausdrückt.

Im Umgang mit Gefahrenstoffen setzt sich dieser Trend fort, denn nur etwas über ein Drittel der Hauswirtschaftskräfte fühlt sich in diesem Bereich sicher, während es im Durchschnitt immerhin rund 60% sind. Auch die Pflegekräfte liegen in diesem Bereich mit 50% unter dem Durchschnitt der Gesamterhebung. Im Umgang mit Kanülen, Lanzetten und Spritzen fühlt sich die große Mehrheit der Pflegekräfte wiederum sicher (81%).

Der persönliche Umgang mit Hygieneanforderungen ist ein weiteres wichtiges Indiz, um nachzuvollziehen, ob die von der Leitung und den Hygieneassistentinnen vertretenen Schutzmaßnahmen Eingang in die Praxis gefunden haben. Dabei bezieht sich die Befragung exemplarisch auf die Händehygiene und auf die Arbeit mit dem Pflegearbeitswagen.

Tabelle 48: Persönlicher Umgang mit Hygienerichtlinien (Fallstudie/Gesamt)

Treffen folgende Aussagen zu?	Pflege		Hauswirtschaft	
	ja	wn	ja	wn
Gegen die wichtigsten Infektionskrankheiten sind Sie geimpft. (N Haus D = 21; 12) (N Gesamt = 187; 47)	81,0% (77,0%)	4,8% (5,3%)	66,7% (66,6%)	0,0% (0,0%)
Sie achten sorgfältig auf die Händehygiene. (N Haus D = 21; 11) (N Gesamt = 190; 48)	90,5% (97,4%)	0,0% (0,0%)	100,0% (97,9%)	0,0% (0,0%)
Sie entscheiden sich oft gegen das eigentlich angeratene Tragen von Schutzhandschuhen. (N Haus D = 20; 11) (N Gesamt = 188; 47)	35,0% (25,0%)	0,0% (1,1%)	18,2% (19,1%)	0,0% (0,0%)
Die ständigen Feuchtarbeiten empfinden Sie als Belastung. (N Haus D = 21; 11) (N Gesamt = 184; 44)	9,5% (18,5%)	0,0% (3,8%)	27,3% (25,0%)	9,1% (6,8%)
Die Arbeit mit dem Pflegearbeitswagen ist hilfreich für die Einhaltung von Hygienestandards. (N Haus D = 21; 11) (N Gesamt = 183; 38)	66,7% (76,0%)	14,3% (12,0%)	63,6% (52,6%)	18,2% (36,9%)

Nur zwei Drittel der Befragten in D geben an, dass sie die Arbeit mit dem Pflegearbeitswagen als hilfreich für die Einhaltung von Hygienestandards halten. Mit diesem Ergebnis liegt die Fallstudieeinrichtung, wie nach den Interviews zu erwarten war, rund 10% unter den Werten der Gesamterhebung. Denn hier habe sich zwar bereits viel bewegt – so die Hygieneassistentinnen –, die Widerstände seien aber groß gewesen, schließlich setze sich die Pflegebelegschaft aus einem großen Stamm erfahrener Kräfte zusammen, für die die Umstellung auf den Pflegearbeitswagen ein gravierender Eingriff in die

gewohnten Handlungsrouninen darstelle. Auch durch die Architektur des Hauses mit der verschachtelten Bauweise über fünf Etagen ergeben sich einige Schwierigkeiten im Umgang mit dem Pflegearbeitswagen.

Bei den Items zur Händehygiene liegt die Fallstudieneinrichtung ebenfalls etwas unter den Werten der Gesamteinrichtung. So geben nur 90,5% gegenüber 97,4% der Befragten an, sorgfältig auf die Händehygiene zu achten, etwas über ein Drittel gibt zu, sich häufig gegen das eigentlich angeratene Tragen der Schutzhandschuhe zu entscheiden (gesamt: 25%). Die Ergebnisse decken sich mit den Einschätzungen der Hygieneassistentinnen, nach denen es noch nicht gelungen ist, wirklich alle Mitarbeiter/innen ausreichend von der Bedeutung der Standards zu überzeugen. Als Gründe für das zeitweise Vernachlässigen der Händehygiene nannten die Mitarbeiter/innen in aller Regel die mangelnde Zeit. Teilweise fehlt jedoch auch die Einsicht in die Sinnhaftigkeit von Maßnahmen, wie z.B. das Tragen von Handschuhen bei der Verabreichung von Insulin. Bei den Hauswirtschaftskräften scheint die Händehygiene jedoch überdurchschnittlich gut in den Alltagsroutinen verankert zu sein. Das Belastungsempfinden hinsichtlich Feuchtarbeiten unterscheidet sich nicht wesentlich von der Gesamterhebung. Nur jede zehnte Pflegekraft und etwa jede vierte Hauswirtschaftskraft empfindet die ständigen Feuchtarbeiten als Belastung.

Tabelle 49: Bewertung unterschiedlicher Hygienebereiche (Fallstudie/Gesamt)

Treffen folgende Aussagen zu?	Pflege		Hauswirtschaft	
	ja	wn	ja	wn
Sie haben häufig Angst, sich bei der Grund- und Behandlungspflege zu infizieren. (N Haus D = 21; 10) (N Gesamt = 184; 36)	9,5% (15,8%)	0,0% (2,7%)	/	/
Die Desinfektion und Sterilisation von Geräten ist bei Ihnen unproblematisch. (N Haus D = 20; 11) (N Gesamt = 183; 40)	65,0% (69,9%)	30,0% (12,0%)	81,8% (75,0%)	18,2% (20,0%)
Sie vertrauen auf die hygienische Zubereitung und Lagerung von Speisen in Ihrem Haus und würden jederzeit alles selbst essen. (N Haus D = 20; 10) (N Gesamt = 189; 47)	80,0% (65,6%)	5,0% (10,1%)	80,0% (89,4%)	0,0% (4,2%)
Es gibt immer wieder Hygieneprobleme mit mitgebrachten Speisen. (N Haus D = 20; 11) (N Gesamt = 184; 45)	10,0% (16,3%)	20,0% (21,2%)	18,2% (22,2%)	9,1% (13,4%)
Der hygienische Umgang mit dem Abfall funktioniert bei Ihnen gut. (N Haus D = 21; 12) (N Gesamt = 186; 49)	71,4% (80,1%)	19,0% (11,3%)	91,7% (89,8%)	8,3% (6,1%)
Bei der Entsorgung von Schmutzwäsche gibt es keine Probleme. (N Haus D = 20; 12) (N Gesamt = 187; 47)	20,0% (43,9%)	25,0% (6,4%)	75,0% (40,4%)	0,0% (14,9%)
Das strikte Einhalten von Hygienerichtlinien ist nicht immer umsetzbar. (N Haus D = 21; 11) (N Gesamt = 181; 44)	66,7% (60,8%)	9,5% (7,2%)	36,4% (43,2%)	27,2% (18,2%)
Die Wohnqualität der Bewohner/innen wird durch die Hygienerichtlinien beeinträchtigt. (N Haus D = 19; 11) (N Gesamt = 181; 45)	10,5% (22,1%)	15,8% (12,7%)	27,3% (13,3%)	27,2% (28,9%)

Einen breiten Raum nahm im Rahmen der Interviews der Umgang mit infektiösen Krankheiten ein. Die Pflegekräfte berichteten von Verunsicherungen hinsichtlich der seit einigen Jahren aufgetretenen Erkrankungen mit multiresistenten Bakterien. In diesem Bereich halten die Befragten das Einhalten hygienischer Standards für besonders wichtig, um einen Übergang der Keime auf andere Bewohner/innen oder Pflegekräfte zu verhindern. Belastungsreduzierend wirkte die Entwicklung einer Richtlinie für den Umgang mit den infizierten Personen sowie die Schulung der Mitarbeiter/innen. Nur noch jede zehnte Pflegekraft in D fürchtet sich immer noch vor Infektionen im Rahmen der Grund- und Behandlungspflege. Manche Mitarbeiter/innen sind jedoch unsicher, ob sie wirklich zeitnah über das Auftreten einer Infektion im Haus unterrichtet werden bzw. beklagen, nicht rechtzeitig Entwarnung zu erhalten, wenn sich ein ursprünglich bestehender Verdacht nach einer Testung als gegenstandslos erweist. Probleme werden von den Mitarbeiter/innen zudem dann gesehen, wenn Infektionen bei Bewohner/innen eines Doppelzimmers auftreten. Im Rahmen der Maßnahmenentwicklung sollte geprüft werden, ob die bestehenden Richtlinien weiter ergänzt werden könnten, um die Ängste der Mitarbeiter/innen vor Infektionen noch weiter zu reduzieren.

In einer letzten Gruppe von Items sollten die Mitarbeiter/innen den Stand der Umsetzung in bestimmten hygienerelevanten Arbeitsgebieten einschätzen. Vor allem im Umgang mit der Schmutzwäsche sehen die Pflegemitarbeiter/innen in D überdurchschnittlich viele Probleme. Hier nimmt nur jede fünfte Pflegekraft im Gegensatz zu 43,9% in der Gesamtauswertung einen reibungslosen Ablauf der Prozesse wahr. Die Hauswirtschaftskräfte sehen dies ganz anders. Hier vertrauen drei von vier Kräften auf einen professionellen Umgang mit der Schmutzwäsche im Gegensatz zu nur 40,4% in der Gesamterhebung. Bei der hygienischen Entsorgung des Abfalls liegt man zwar etwas unter der Gesamteinschätzung, über 70% der Pflegemitarbeiter/innen und über 90% der Hauswirtschaftskräfte haben jedoch den Eindruck, dass dieser Bereich gut funktioniere. Im Bereich der Speisenversorgung vertrauen zwar vier von fünf Pflegemitarbeiter/innen und Hauswirtschaftskräften auf die hygienische Zubereitung und Lagerung der Speisen. Dies bedeutet jedoch gleichzeitig, dass jeder Fünfte nicht jederzeit alles selbst zu sich nehmen würde, was in D zubereitet wird. Mit dieser Einschätzung liegen die Pflegekräfte zwar über dem Durchschnitt von 65,6%, die Hauswirtschaftskräfte jedoch unterhalb des Durchschnitts von 89,4%. Die Desinfektion und Sterilisation von Geräten sehen die Hauswirtschaftskräfte bei den Pflegekräften weitgehend in guten Händen (81,8%), während die Pflegemitarbeiter/innen selbst in diesem Bereich viel kritischer mit sich ins Gericht gehen (65,0%), und dies gilt auch im Vergleich zur Gesamtauswertung (69,9%). Die Desinfektion und Sterilisation empfinden 65% der Pflegekräfte und damit fünf Prozentpunkte weniger als in der Gesamtauswertung als unproblematisch. Wie aus den Interviews hervorgeht, spielt hier jedoch eine Rolle, dass nach einer Vorgabe des Gesundheitsamts nun ein neuer Raum für die Gerätedesinfektion vorgeschrieben wurde, durch den die Mitarbeiter/innen lange Wege in Kauf nehmen müssen. Auch zuvor gab es Probleme, weil zum Erreichen des Desinfektionsraums der Aufbahrungsraum für die Verstorbenen durchschritten werden musste, was als pietätlos empfunden und deshalb geändert wurde.

Ähnlich wie in der Gesamterhebung äußern sich zwei Drittel der Pflegemitarbeiter/innen skeptisch, was das strikte Einhaltenkönnen von Hygienerichtlinien anbelangt, bei den Hauswirtschaftskräften betrifft dies nur etwa jede Dritte. Eher wenige Probleme sehen die Mitarbeiter/innen mit der Vereinbarkeit von Wohnqualität und Hygienerichtlinien. Nur jede zehnte Pflegekraft und jede vierte Hauswirtschaftskraft gibt an, die Wohnqualität werde durch die Hygienerichtlinien beeinträchtigt. Alle Wohnbereichsleiterinnen⁴⁷ sehen hier jedoch Einbußen und unterscheiden sich damit gravierend von ihren Kolleg/innen aus den anderen Häusern, von denen nur jede vierte hier ein Problem gesehen hat.

Insgesamt ist der Eindruck entstanden, dass man sich in D auf den Weg gemacht hat, die strukturellen Voraussetzungen und die notwendige Sensibilisierung der Beschäftigten im Umgang mit Hygienerichtlinien in Gang zu setzen. Erste Erfolge haben sich eingestellt, in anderen Bereichen sind weitere Anstrengungen erforderlich, die auch im Rahmen der Maßnahmenentwicklung ins Auge gefasst werden können. Dabei ist darauf zu achten, dass die Maßnahmen mit den Anforderungen der zuständigen Behördenvertreter in Einklang gebracht werden müssen.

Ansatzpunkte für mögliche gesundheitsfördernde und belastungsreduzierende Maßnahmen lassen sich aus einer Einschätzung der Mitarbeiter/innen zu den Stärken und Schwächen ihrer Einrichtung im Umgang mit Hygienerichtlinien ableiten:

⁴⁷ Ohne Tabelle.

Tabelle 50: Stärken und Schwächen im Umgang mit Hygienerichtlinien

Wo sehen Sie Stärken bzw. Schwächen Ihrer Einrichtung im Umgang mit Hygienerichtlinien?	Pflege			Hauswirtschaft		
	Stärken	Schwächen	teils/teils	Stärken	Schwächen	teils/teils
Bauliche Struktur (N = 19; 9)	0,0%	78,9%	21,1%	55,6%	11,1%	33,3%
Leitungskompetenz (N = 15; 8)	53,3%	13,3%	33,4%	37,5%	50,0%	12,5%
Unterweisung durch Vorgesetzte (N = 18; 8)	66,7%	16,7%	16,6%	25,0%	62,5%	12,5%
Spezifische Fortbildungen (N = 20; 8)	75,0%	15,0%	10,0%	50,0%	25,0%	25,0%
Hygienefachkräfte (N = 19; 8)	78,9%	5,3%	15,8%	62,5%	25,0%	12,5%
Hygienefachbuch (N = 18; 9)	83,3%	0,0%	16,7%	77,8%	0,0%	22,2%
Personalmenge (N = 18; 9)	22,2%	44,4%	33,3%	44,4%	22,2%	33,3%
Engagement des Personals (N = 19; 9)	21,1%	47,4%	31,5%	55,6%	22,2%	22,2%
Kompetenz des Personals (N = 19; 9)	31,6%	36,8%	31,6%	55,6%	11,1%	33,3%
Funktionierende Teamarbeit (N = 19; 9)	36,8%	42,1%	21,1%	55,6%	22,2%	22,2%
Pflegekonzept (N = 18; 8)	50,0%	11,1%	38,9%	62,5%	0,0%	37,5%
Hauswirtschaft (N = 18; 9)	50,0%	11,1%	38,9%	66,7%	22,2%	11,1%

Die wichtigsten Ressourcen für ein erfolgreiches Hygienemanagement liegen aus Sicht der Pflegemitarbeiter/innen beim Hygienefachbuch (83,3%), bei den Hygienefachkräften (78,9%) und bei den Fortbildungen (75,0%). Dies spricht dafür, dass der eingeschlagene Weg von einer breiten Mehrheit der Beschäftigten getragen wird. Während die Unterweisung durch die Vorgesetzten noch von zwei Drittel der Pflegekräfte als Stärke erlebt wird, wird die Rolle der Leitungskompetenz, des Pflegekonzepts und der Hauswirtschaft durchaus ambivalent erlebt. Dabei bezieht sich die Einschätzung der Leitungskompetenz weniger auf hygienebezogene Wissensgebiete als auf Führungsverhalten. So wurde in der Ist-Analyse bei den Fragekomplexen zur Führung z.B. deutlich, dass man sich häufig stärker als nötig kontrolliert fühlt. Einigkeit besteht demgegenüber in der Tatsache, dass die bauliche Struktur derzeit noch als Nachteil erlebt wird. Auch Aspekte, die das Personal betreffen, werden im Zusammenhang mit der Einhaltung von Hygienerichtlinien kritisch gesehen. So scheinen – passend zu den Angaben im Eingangsworkshop – Reibungen innerhalb der Teams für Probleme zu sorgen. Die bereits im Workshop thematisierten zwischenmenschlichen Probleme spiegeln sich in der Tatsache wieder, dass der Kompetenz und dem Engagement des Personals nicht mehrheitlich vertraut wird. Die geringe Personalmenge und die damit verbundene Zeitnot werden von den meisten als eine zusätzliche Erschwernis im Umgang mit Hygiene betrachtet.

Die Bewertungen der Hauswirtschaftskräfte unterscheiden sich in vielfältiger Hinsicht von denjenigen der Pflegemitarbeiter/innen. Nur jede zehnte empfindet die bauliche Struktur als Schwäche, was auf unterschiedliche räumliche Bedingungen schließen lässt. Deutliche Schwächen werden hingegen bei führungsbezogenen Variablen angegeben, wie der Leitungskompetenz bzw. der Unterweisung durch Vorgesetzte. Die genannten Stärken beziehen sich insbesondere auf die Arbeitsbereiche der Pflegemitarbeiter/innen. Als günstig im Umgang mit Hygienerichtlinien werden z.B. das Hygienefachbuch (77,8%), die Hygienefachkräfte (62,5%) und das Pflegekonzept (62,5%) bewertet. Dies deutet auf eine insgesamt positive Wahrnehmung der Pflegemitarbeiter/innen durch die Hauswirtschaftskräfte hin. Viel stärker als in der Pflege werden teambezogene Stärken wahrgenommen, so z.B. die Kompetenz und das Engagement des Personals (55,6%) sowie die funktionierende Teamarbeit (55,6%). Zwei Drittel sehen ihren eigenen Arbeitsbereich als Stärke beim Umgang mit Hygiene und damit treten die Hauswirtschaftskräfte in diesem Bereich deutlich selbstbewusster auf als ihre Kolleg/innen aus der Pflege. Umgekehrt ist das Antwortverhalten bei den Fortbildungen, mit denen sich weniger Hauswirtschaftskräfte zufrieden zeigen.

3. Zwischenfazit

In jeder Pflegeeinrichtung ist die Sicherstellung gesetzlich vorgeschriebener Hygienestandards obligater Bestandteil des Qualitätsmanagements. Dabei ist unter Hygiene weit mehr zu verstehen als die bloße Kenntnis von Desinfektions- und Sterilisationsmaßnahmen. Neben der Berücksichtigung hygienischer Aspekte bei der pflegerischen Versorgung und bei der medizinischen Behandlungspflege sind auch zahlreiche hygienische Richtlinien in der Reinigung und bei der Zubereitung und Lagerung der Speisen einzuhalten.

Mit dem Bedeutungszuwachs der Hygieneanforderungen sind unterschiedliche Belastungen verbunden, die sich zum einen in Ängsten vor Infektionsgefahren und vor den Folgen mangelnder Hygiene manifestieren. Zum anderen kosten hygienische Maßnahmen Zeit und müssen zusätzlich dokumentiert werden. Dabei erhöht sich der Aufwand, wenn gesetzliche Neuregelungen oder aktualisierte Richtlinien in die Praxis überführt werden.

Im Belastungsfeld Hygiene sind die Ergebnisse durch eine große Heterogenität geprägt. Alle einbezogenen Einrichtungen haben Anstrengungen unternommen, die Richtlinien der unterschiedlichen Behörden einzuhalten. Dabei gibt es große Unterschiede in den festgelegten Prioritäten und eingeschlagenen Wegen. In der konkreten Umsetzung besteht jedoch in den meisten Häusern hinsichtlich unterschiedlicher Hygienebereiche noch Handlungsbedarf, und dies gilt vor allem für den Impfschutz und für die betriebsärztlichen Untersuchungen. Während Unsicherheiten im Umgang mit Hygieneanforderungen vor allem bei den weniger gut qualifizierten Arbeitskräften festgestellt werden konnten, ist die Skepsis über die Alltagstauglichkeit der Hygienerichtlinien allgemein verbreitet.

Wie die Beschreibung der Fallstudie verdeutlicht, reicht es nicht aus, Vorgaben zu machen, sondern es muss ein Prozess der Sensibilisierung in Gang gesetzt werden. Grundlage dieses Prozesses muss die Verhältnisprävention sein. So bilden bestimmte Strukturelemente, wie das Hygienehandbuch, die Grundlage für einen kontinuierlichen Prozess des Kompetenzaufbaus, der von dazu ausgebildeten Hygieneassistent/innen an die Basis getragen wird. Obwohl die Hygienestandards sowohl dem Schutz der Bewohner/innen als auch dem Schutz der Mitarbeiter/innen dienen, sind die Akzeptanz und die Bereitschaft, entsprechende Maßnahmen umzusetzen, noch immer nicht ausreichend vorhanden. Dies kann auf fehlendes Wissen oder Problembewusstsein der Pflegekräfte zurückgeführt werden.

Als weitere Ressource hat sich in D eine gute Kooperation mit dem Vertreter des Gesundheitsamts entwickelt, der die Anstrengungen der Einrichtung honoriert und den Leitungskräften im Umsetzungsprozess beratend zur Seite steht. Neben anderen Aspekten sollte im Rahmen der Maßnahmenentwicklung geprüft werden, inwieweit sich über eine stärkere Integration der Hauswirtschaftskräfte weitere Fortschritte erzielen lassen.

C: Die Arbeit des Gesundheitszirkels

1. Ergebnispräsentation und Auswahl der Arbeitsfelder

Nachdem die zuständige Mitarbeiterin des **iso**-Instituts den Leitungskräften die Ergebnisse der schriftlichen Befragung hinsichtlich aller Belastungsfelder dargestellt hatte, fand für die Mitarbeiter/innen eine Ergebnispräsentation statt, in der das Themenfeld Hygiene in den Mittelpunkt gestellt wurde. Vertreten waren in erster Linie die beim Eingangsworkshop beteiligten Mitarbeiter/innen der Pflege (Wohnbereichsleitungen, Fachkräfte, Hygieneassistentinnen) und einzelne Hauswirtschaftskräfte.

Konfrontiert mit dem Antwortverhalten der Mitarbeiter/innen in der schriftlichen Befragung, reagierte ein Großteil der Teilnehmer/innen betroffen. Dies war z.B. der Fall, als geschildert wurde, wie unterdurchschnittlich die Akzeptanz des Pflegearbeitswagens ausgeprägt ist, obwohl die Vorteile der neuen Arbeitsweise im Haus breit diskutiert wurden. Im Hinblick auf geäußerte Unsicherheiten im Umgang mit Gefahrenstoffen wurde vermutet, dass aufgrund der internen Aufklärungsarbeit über mögliche Gefährdungen ein großer Respekt davor bestehe. Im Hinblick auf das notwendige Wechseln von Desinfektionsmittelbehältern wurde angemerkt, dass man dies lieber an den Hausmeister delegiere. Hier sei man wenig geübt, weil dies so selten vorkomme. Nach Beobachtung der Teilnehmer/innen bestünden besondere Unsicherheiten bei Mitarbeiter/innen mit Migrationshintergrund, die oft nicht in der Lage seien, die auf den Behältern markierten Warnhinweise zu lesen. Die anwesenden Hygieneassistentinnen berichteten demgegenüber, dass sie selbst diese Arbeit ohne Probleme verrichten.

Ohnehin entstand der Eindruck, und dieser wurde von den Anwesenden bestätigt, dass die Hygieneassistentinnen sich in ihrer Fachkompetenz und Sicherheit im Umgang mit Hygienemaßnahmen von den anderen Fachkräften und von den Wohnbereichsleitungen unterscheiden. Für die – wenn auch geringfügigen – Abweichungen zur Gesamtauswertung gab es zwei unterschiedliche Deutungen, die sich teilweise widersprechen. So schätzte ein Teil der Anwesenden die geringeren Werte z.B. im Bereich der Händehygiene als Zeichen eines bestehenden Problembewusstseins und der selbstkritischen Einschätzung von Optimierungspotenzialen ein. Andere Teilnehmer/innen stellten hingegen fest, dass Hygienemaßnahmen insbesondere von Teilzeit- und Wochenendkräften eher nachlässig gehandhabt werden. Alle waren sich einig, dass erst die Kenntnis der vielfältigen Richtlinien zur Hygiene es ermögliche, die Komplexität des Stoffgebiets und die möglichen Fehlerquellen in Gänze zu erfassen. Es wurde aber auch kritisch angemerkt, dass das Tragen von Schutzhandschuhen allein kein Garant für hygienisches Arbeiten sei; durch die Handschuhe fehle den Mitarbeiter/innen häufig das Gefühl dafür, dass die Hände verschmutzt seien und damit bleibe der Waschreflex aus. Auf Handschuhe könne man teilweise verzichten, wenn die Hände richtig desinfiziert würden. Dies sei teilweise für das Personal, aber auch für die Bewohner/innen ein angenehmeres Arbeiten.

Die Teilnehmer/innen gingen zudem auf Umsetzungsprobleme ein. Vor allem bei neuen Regelungen, wie z.B. der gerade eingeführten Schürzen, seien die Widerstände der Mitarbeiter/innen groß und die Hygieneassistentinnen müssten viel Überzeugungsarbeit leisten. Die Hygieneassistentinnen sind genervt, immer das Gleiche sagen zu müssen in dem Bewusstsein, dass sich ein Teil der Kolleg/innen trotzdem nicht daran halten wird. Erschwerend komme hinzu, dass sie für diese zusätzliche Arbeit keine Freistellung erhalten. Andererseits zeigten sie teilweise auch Verständnis, denn die Kolleg/innen hätten viel Stress, die Arbeit werde häufig unterbrochen, und dann würde man schon einmal eine eigentlich geplante Hygienemaßnahmen vergessen. Besondere Probleme sah man in der Hauswirtschaft. Dort sei der Fortbildungsstand der Mitarbeiter/innen geringer und die Leitungskräfte seien sich bei den Vorgaben nicht immer einig, was zur Verunsicherung führe.

Im Hinblick auf den niedrigen Impfzustand des Personals wird auf die mangelnde Kooperationsbereitschaft des früheren Betriebsarztes verwiesen, der immer zu einem Zeitpunkt am Nachmittag erschien, an dem ein Teil Hilfs- und Teilzeitkräfte bereits das Haus verlassen hatte. Diese hätten wiederum zu wenig Problemverständnis gehabt, um mit dem Arzt gesonderte Impftermine zu vereinbaren. Auf Leitungsebene bestehe das Problem, dass für die Pflege keine Impfliste geführt werde, so

dass man sich kein umfassendes Bild machen und auf dieser Grundlage „Impfsäumige“ gezielt ansprechen könne.

Die Teilnehmer/innen bekräftigten ihr Interesse, im bevorstehenden Gesundheitszirkel den Fokus auf eine konsequentere Umsetzung von Hygienemaßnahmen setzen zu wollen, auch wenn im Rahmen der schriftlichen Befragung weitere Belastungsfelder, wie z.B. im Umgang mit Bewohner/innen oder in der Teamarbeit, deutlich geworden waren. Auf Anregung des **iso**-Instituts wurde vereinbart, dass die Hauswirtschaft in die Zirkelarbeit einbezogen werden sollte, um die dort bestehenden Probleme zu bearbeiten sowie eine bessere hygienebezogene Zusammenarbeit der beiden Funktionsbereiche zu erzielen. Nach internen Diskussionen wurden pro Wohnbereich die Hygieneassistentin und eine weitere „hygienesensible“ Pflegekraft, darunter zwei Fachkräfte und eine Pflegehilfskraft, sowie zwei Hauswirtschaftkräfte für die Gruppe benannt.

2. Problemanalyse und Konkretisierung der Zielzustände

2.1 Vertiefung der Bestandsaufnahme

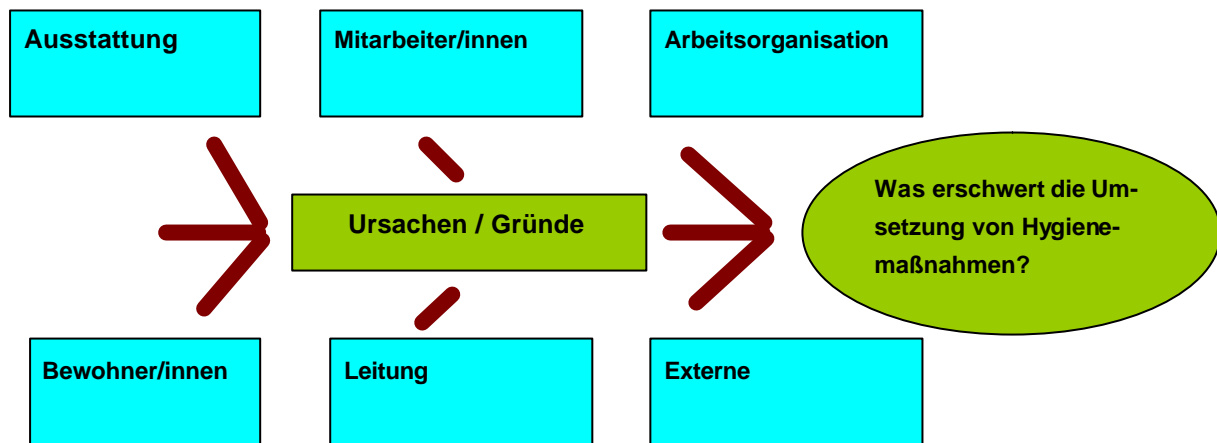
Nach einer Erläuterung der Struktur und Funktionsweise des Gesundheitszirkels und einer Verständigung auf Kommunikationsregeln wurde eine Kartenabfrage mit der Frage „welches Ergebnis der Gruppenarbeit wäre für Sie persönlich von Nutzen?“ durchgeführt, um zu klären, wo die Teilnehmer/innen die Hauptbelastungsquellen im Bereich Hygiene sahen und was sie in diesem Zusammenhang von der Gruppe erwarteten:

- Die Hygienevorgaben sollen von allen befolgt werden; in diesem Zusammenhang ist darauf zu achten, die Teilzeitkräfte einzubinden.
- Die Hygiene muss von allen ernst genommen werden. Die Verantwortung soll nicht abgegeben werden, nur weil es speziell zuständige Mitarbeiter/innen gibt. Es stellt sich die wichtige Frage, wie man die Hygienecompliance verbessern könnte, indem bestimmte Abläufe stärker automatisiert werden.
- Die Umsetzung von Hygiene soll als Teamarbeit begriffen werden. Dann kann man sich gegenseitig erinnern (z.B. an die Dokumentation).
- Unklare Vorgaben müssen konkretisiert werden. Es gibt z.B. eine Diskussion darüber, zu welchen Zeitpunkten die Händedesinfektion durchzuführen ist und wie die damit verbundenen langen Wege zu leisten sind.
- Es müssen Lösungen für unrealistische Vorgaben gefunden werden. Dabei ist zu klären, ob Hygienemaßnahmen teilweise übertrieben angewandt werden und wie andererseits sinnvolle Maßnahmen zeitlich ermöglicht werden können.

Nach dieser Sammlung konnte man davon ausgehen, dass die Gruppenarbeit eine doppelte Zielsetzung verfolgen sollte. Zum einen ging es darum, das Gefährdungspotenzial durch mangelnde Hygienecompliance für Mitarbeiter/innen und Bewohner/innen zu reduzieren. Gleichzeitig sollte jedoch auch über Möglichkeiten einer Reduzierung von zeitlichen Belastungen nachgedacht werden, etwa wenn durch Überregulierungen in den unterschiedlichen Richtlinien ein erheblicher und möglicherweise nicht gerechtfertigter Aufwand für die Einhaltung und Dokumentation von Hygienemaßnahmen ent-

steht. In der Konsequenz würden sich die zu entwickelnden Maßnahmen sowohl an die Einrichtung selbst als auch an externe Instanzen, wie die zuständigen Behörden, richten müssen.

Mit der Leitfrage: „Was erschwert die Umsetzung von Hygienemaßnahmen?“ erfolgte der Einstieg in die vertiefende Ursachenanalyse. Anhand vorgegebener Kategorien wurden Belastungsdimensionen herausgearbeitet und sechs unterschiedlichen betrieblichen Ebenen zugeordnet:



Im Zentrum der Debatte stand die Frage, wie die **Hygienecompliance** der Mitarbeiter/innen gesteigert werden könnte. Mit Compliance verbanden die Teilnehmer/innen aufbauend auf der Kommunikationskette nach Konrad Lorenz das automatisierte Einhalten, Erfüllen oder Befolgen gesetzter Regeln. Den Gruppenmitgliedern wurde klar, dass ein langer Prozess in Gang gesetzt werden muss, bis die im Hygienehandbuch formulierten Handlungsanweisungen den Mitarbeiter/innen gleichsam „in Fleisch und Blut“ übergehen. Dabei sind viele Fallstricke zu überwinden, die personenbezogene als auch strukturelle Faktoren umfassen.

Zu den persönlichen Voraussetzungen für eine erfolgreiche Hygienecompliance zählen zunächst das hygienebezogene **Fachwissen** sowie ein entsprechendes **Bewusstsein**. Für den Wissensaufbau werden in der Fallstudieneinrichtung zwar Fortbildungen angeboten; diese sind aus Sicht der Teilnehmer/innen jedoch nicht ausreichend adressatengerecht konzipiert. Denn während viele Inhalte für „Hygieneinformierte“ bereits bekannt sind, wäre für andere Personengruppen, wie z.B. Aushilfen oder Teilzeitkräfte, häufiger eine tiefergehende Instruktion nötig. Um einen optimalen Nutzen für alle zu erzielen, müsse man die Inhalte und die Form der Fortbildungen aus Sicht der Gruppe neu überprüfen. Es wurde konstatiert, dass ein Teil der Kolleg/innen Hygienevorschriften nicht ernst genug nimmt und dass die erforderliche Einsicht in den Sinn der Maßnahmen nicht ausreichend ausgebildet ist. Die Hygieneassistentinnen geraten mit ihrer Überzeugungsarbeit oft an ihre Grenzen, denn die Kolleg/innen nehmen nur ungern Kritik an, zumal die Assistent/innen formal keine Weisungsbefugnis gegenüber gleichgestellten Fachkräften haben. Besonders in der **Hauswirtschaft** zeigen sich deutliche Unterschiede zwischen hygienebewussten und hygieneunsensiblen Kräften, wobei diese teilweise durch **Sprachprobleme** verschärft werden.

Auch **Bewohner/innen und Angehörige** machen nach Beobachtung der Gruppenmitglieder aus mangelnder Sachkenntnis „**Hygienefehler**“, legen z.B. Pflegeabfälle auf die Essenstabletts. Durch biografisch geprägte Sparsamkeit vernachlässigen die Bewohner/innen zudem die Körperpflege oder

⁴⁸ Gesagt ist nicht gehört; gehört ist nicht verstanden; verstanden ist nicht einverstanden; einverstanden ist nicht durchgeführt; durchgeführt ist nicht beibehalten. [Wikipedia.org/wiki/Konrad_Lorenz](https://de.wikipedia.org/wiki/Konrad_Lorenz).

sammeln „altes“ Essen. Verunsichert seien die Angehörigen, wenn die Mitarbeiter/innen sich hinsichtlich von Hygienemaßnahmen unterschiedlich verhalten. Aber auch Externe, wie Ärzte oder Rettungssanitäter hielten sich nicht immer in ausreichendem Maße an die bestehenden Vorschriften, was sich negativ auf die Bemühungen nach besserer Compliance auswirkt. Insgesamt stellte die Gruppe fest, dass man beim Wissensaufbau und bei der Überzeugungsarbeit nicht nur die Mitarbeiter/innen, sondern auch die Bewohner/innen, die Angehörigen und sonstige Externe im Blick haben müsse.

Selbst wenn das nötige Fachwissen und das geforderte Bewusstsein bei den Mitarbeiter/innen vorhanden sind, gibt es auf der Ebene der Arbeitsorganisation weitere Hemmnisse für eine nachhaltige Hygienecompliance. So werden **Arbeitsprozesse** durch aktuelle Anforderungen immer wieder **unterbrochen** mit der Gefahr, die notwendigen hygienischen Maßnahmen in der Folge zu **vergessen**.

Als weiteres Problem arbeiten die Teilnehmer/innen heraus, dass der **wohnbereichsbezogene Informationsfluss über hygienebezogene Themen** nicht ausreichend geregelt ist. So sind die Übergeben für die Pflegekräfte der Wohnbereiche so knapp bemessen und mit so vielen Themen belegt, dass regelmäßig die Zeit fehlt, z.B. über aufgetretene Hygienefehler und Möglichkeiten ihrer Beseitigung zu diskutieren. Es gibt kein Forum, in dem die Hygieneassistentinnen, den Wissensaufbau und die Bewusstseinsbildung bei den Mitarbeiter/innen des Wohnbereichs in Gang setzen könnten. Die Informationsbeschaffung in die Verantwortung der einzelnen Pflegekraft zu legen, indem diese aufgefordert werden, die Protokolle des bestehenden „QZs-Hygiene“ zu lesen, hat sich aufgrund der Zeitnot im Pflegedienst als unrealistisch herausgestellt. Die derzeit praktizierte „Information zwischen Tür und Angel“ geht insbesondere bei Teilzeitkräften oft verloren und hat keinen nachhaltigen Einfluss auf die Compliance.

Regelungsbedürftig empfanden die Teilnehmer/innen auch den **Informationsfluss zwischen den Funktionsbereichen der Pflege und der Hauswirtschaft**. Grundvoraussetzung eines gemeinsamen Verständnisses sei es, die „Regeln“ des jeweils anderen Bereichs zu kennen und die arbeitsbezogenen Zwänge zu akzeptieren. Gerade die Hauswirtschaft wurde von den Teilnehmer/innen als im Hygienebereich „unterorganisiert“ wahrgenommen; es gebe weniger Fortbildungen, keine Besprechungen und keine vergleichbaren Funktionen wie die der Hygieneassistentinnen. Um Schnittstellenprobleme zu beseitigen, für die die Teilnehmer/innen einige für die Hygiene relevante Beispiele nennen konnten, müsse ein gemeinsamer Austausch organisiert werden.

Die regelhafte Einhaltung notwendiger Hygienemaßnahmen werde zudem dadurch behindert, dass es **kein gelebtes und akzeptiertes Verfahren für den Umgang mit Hygienefehlern und Lernresistenzen** gibt. So hätten Mitarbeiter/innen, die einen eher nachlässigen Umgang mit den bestehenden Vorschriften pflegten, keine eindeutigen Konsequenzen zu befürchten. Kontrolle mache nur Sinn, wenn im Hintergrund die Möglichkeit von Sanktionen bestehe.

Von den Teilnehmer/innen wurde aber auch moniert, dass den Mitarbeiter/innen häufig **zu wenig Zeit** für die Einhaltung von Hygienemaßnahmen verbleibe. Gerade die Hygieneassistentinnen seien hier belastet, weil sie neben der Überzeugungsarbeit die meiste Zeit für hygienebezogene Maßnahmen aufbringen müssten. Dies hänge teilweise mit **baulichen Gegebenheiten und der Ausstattung** zusammen, die zu langen Wegen führen. Je nach Wohnbereich gebe es zu wenig Behälter für Desinfektionsmittel, Müll oder Schmutzwäsche. Als problematisch wurde auch eingeschätzt, wenn sich einzelne Bewohner/innen ohne Schutzkleidung in die Wäscherei oder Küche verirren.

Zudem wurde kritisch angemerkt, dass sich die bestehenden Richtlinien zu stark am Krankenhausalltag orientieren. Schließlich spiele in Pflegeheimen die Wohnqualität für die Heimbewohner/innen eine erhebliche Rolle und dafür seien manche Regelungen zu streng ausgelegt (**Überbürokratisierung**). Teilweise werden die Vorschriften bzw. deren Auslegung sogar als unsinnig eingestuft, etwa wenn Scheren nach jedem Abschneiden von Verbandsmaterial ohne Bewohnerkontakt zu desinfizieren seien. Andererseits bestünden in anderen Bereichen noch **Regelungslücken**, die zu einer Verunsicherung

cherung der Mitarbeiter/innen führten. Diese bezögen sich vor allem auf Einzelheiten im Umgang mit infektiösen Erkrankungen.

2.2 Sollkonzeption

Nach Abschluss der vertiefenden Ursachenanalyse wurden die Teilnehmer/innen gebeten, nicht oder nur mit enormem Aufwand zu beeinflussende Aspekte zu benennen, die aus der Maßnahmenentwicklung ausgeklammert werden sollten. Die verbleibenden Problemfelder wurden positiv als Sollzustände umformuliert und teilweise konkretisiert:

- **Compliance:**
Man entwickelt gemeinsam Maßnahmen zur Förderung der Hygiene-Compliance. Dazu werden mehrere Ebenen zu bearbeiten sein:
 1. **Fachwissen:** Ziel ist der Aufbau eines adressatengerechten Fortbildungskonzepts.
 2. **Bewusstsein:** Hygiene muss stärker als Teamaufgabe begriffen werden. Man soll sich gegenseitig zur Hygiene ermuntern, dies darf nicht als Bevormundung oder Kritik missverstanden werden. Dazu soll die Funktion der Hygieneassistent/innen stärker legitimiert werden.
 3. **Erinnern:** Es werden Maßnahmen entwickelt, um das Vergessen von Hygienemaßnahmen nach Arbeitsunterbrechungen zu reduzieren.
 4. **Abbau von Lernresistenzen:** es wird ein akzeptiertes und gelebtes Verfahren für wiederholte Hygieneverstöße entwickelt.
 5. **Förderung des hygienebezogenen Informationsflusses:** Dies betrifft gleichermaßen den Inflow in den Wohnbereichen sowie zwischen Pflege und Hauswirtschaft.
- **Zeitnot:** Man sucht in der Arbeitsorganisation nach „Zeitfressern“ (z.B. Reinigungsarbeiten) und versucht, Zeitpuffer zu schaffen. Die Mitarbeiter/innen haben frei gestellte Zeiten für Sonderaufgaben (vor allem Hygiene).
- **Abbau von Sprachproblemen in der Hauswirtschaft:** In der Hauswirtschaft müssen Sprachprobleme abgebaut werden, die das Hygieneverständnis beeinträchtigen.
- **Abbau von Hygienefehlern von Bewohner/innen und Angehörigen:** Neben dem Personal müssen auch Bewohner/innen und Angehörige Grundkenntnisse über Hygiene erwerben.
- **Überbürokratisierung/Regelungslücken:** Es soll eine Liste über diskussionswürdige Richtlinien und Auslegungen zur Hygiene erstellt werden, um auf dieser Grundlage mit den zuständigen Behörden ins Gespräch zu kommen. Hier sollen Beispiele für Überbürokratisierung ebenso aufgelistet werden wie spezielle Fragen, in denen noch eine verunsichernde Offenheit besteht.
- **Mangelnde Ausstattung:** Es gibt keinen öffentlichen Zutritt zu Küche und Wäscherei.

Die herausgearbeiteten Aspekte wurden anschließend zu Vorhaben zusammengefasst, die die Teilnehmer/innen im Hinblick auf ihre Bedeutung für eine Belastungsreduktion und im Hinblick auf ihre Lösungschancen bewerteten. Dabei mussten sie sich für die drei aus ihrer Sicht wichtigsten Themen entscheiden (Rang 1 = 3 Punkte, Rang 2 = 2 Punkte, Rang 3 = 1 Punkt). Nach Multiplikation der Punktwerte für Bedeutung und Lösungschance ergab sich folgende Rangfolge:

Vorhaben	Bedeutung	Lösungschance	Summe	Rang
Verbesserung der Hygienecompliance	8	12	96	1.
Liste Überbürokratisierung/Regelungslücken	6	8	48	2.
Suche nach „Zeitfressern“ und Zeitpuffern	7	3	21	3.
Basiswissen über Hygiene für Bewohner/innen, Angehörige und Externe	3	5	15	4.
Abbau von Sprachproblemen in der Hauswirtschaft	5	3	15	4.
Kein öffentlicher Zutritt in Küche und Wäscherei	3	3	9	6.

Der Schwerpunkt der Maßnahmenentwicklung wurde vom Gesundheitszirkel demnach auf die Förderung der Hygienecompliance gelegt. Die Gruppe entschloss sich, auf unterschiedlichen Ebenen anzusetzen, um eine nachhaltige Veränderung der eingeschliffenen Handlungsmuster zu bewirken. Für die niedriger bewerteten Themen sollten in der verbleibenden Zeit – wenn möglich – „kleinere“ Maßnahmen ausgearbeitet werden. Dazu eigneten sich insbesondere die „Liste zu den diskussionswürdigen Fragen“ sowie das Thema „Basiswissen für Bewohner/innen und Externe“.

2.3 Abstimmung mit der Leitung

Bevor die Maßnahmenentwicklung beginnen konnte, stimmte die Mitarbeiterin des **iso**-Instituts die von der Gruppe erarbeiteten Vorschläge mit der Leitung ab. Am Gespräch beteiligt waren die Pflegedienstleitung und der Küchenchef in Vertretung der Hauswirtschaftsleitung. Bereits die Besetzung des Gesprächs von Seiten der Einrichtung verdeutlichte das Bestreben, die im AIDA-Projekt deutlich gewordenen Reibungsverluste an der Schnittstelle zwischen den beiden Funktionsbereichen zukünftig stärker zu bearbeiten. Die Vertreter/innen der Leitungsebene teilten die Problemanalyse des Gesundheitszirkels. Vorrangiges Ziel müsse es sein, die Lücke zwischen dem im Handbuch formulierten Anspruch an hygienisches Arbeiten und der praktizierten Wirklichkeit zu schließen. Das gehe nur durch Bewusstseinsbildung, die von der Leitung allein deutlich schwerer voranzutreiben sei, als dies in einem kollektiven Prozess möglich ist. Die Leitung lobte den breit angelegten Vorschlag der Gruppe, mit Maßnahmen auf unterschiedlichen Ebenen die Compliance der Mitarbeiter/innen zu stärken und sagte zu, den weiteren Prozess der Entwicklung und Umsetzung zu unterstützen. Grundsätzlich positiv wurde zudem der Plan aufgenommen, den zuständigen Behörden eine Liste diskussionswürdiger Fragen zu unterbreiten. Schließlich sei es zu Beginn des Projektes ein wichtiges Ziel der Leitung gewesen, den Arbeitsaufwand der Mitarbeiter/innen durch die teilweise als Überbürokratisierung erlebten Anforderungen der prüfenden Behörden einzugrenzen. Die Leitung wünschte sich eine schnelle Konkretisierung der Vorschläge, die im Rahmen der Maßnahmenentwicklung erfolgen sollte.

3. Die Maßnahmenentwicklung

3.1 Verbesserung der Hygienecompliance

Die Teilnehmer/innen verständigten sich darauf, dass es für das komplexe Feld der Hygienecompliance zukünftig eine Plattform von Mitarbeiter/innen und Führungskräften geben müsse, auf deren Basis der Prozess der Bewusstseinsbildung sukzessive vorangetrieben wird. Somit könnten die Vorschläge gleichsam „von unten“ entwickelt und mit Entscheidungsbefugnissen von Seiten der Leitung verknüpft werden, wodurch sich die Umsetzungschancen erhöhen.

Diese Plattform könne an den bestehenden **QZ-Hygiene** angedockt werden, in dem bereits die Hygieneassistent/innen und die Pflegedienstleiterin vertreten sind. Um die formulierten Sollzustände zu erreichen, muss die personelle Besetzung jedoch in zweifacher Hinsicht verändert werden. Zur Verbesserung des hygienebezogenen Informationsflusses zwischen den Funktionsbereichen und zum Abbau von Schnittstellenproblemen sollen zukünftig eine Leitungskraft und eine Mitarbeiterin der Hauswirtschaft, die jetzt erstmals als Hygieneassistentin der Hauswirtschaft fungiert, in die QZ-Arbeit integriert. Um die Basis zu verbreitern und personelle Kontinuität zu gewährleisten, werden zudem alle Assistentinnen mit Vertreter/innen aus den Reihen des Gesundheitszirkels belegt, die in die Planung der Treffen einbezogen und zeitnah über die Besprechungsergebnisse informiert werden.

Im neuen QZ-Hygiene werden die für Pflege und Hauswirtschaft relevanten Hygienethemen diskutiert. Folgende **Inhalte** wurden von der Gruppe festgelegt:

- Verbesserung hygienerelevanter Arbeitsabläufe (z.B. Händedesinfektion, Bestückung der Küchenwagen)
- Vermeidung aufgetretener Hygienefehler (z.B. Teebeutel im Zucker, gesonderte Spritzenentsorgung)
- Erarbeitung von Lösungen für Schnittstellenprobleme (z.B. Pflegeabfälle auf dem Küchenwagen)
- Erkennen von Fortbildungsbedarfen und Entwicklung adressatengerechter Schulungsformen
- Entwicklung eines Verfahrens für den Umgang mit Lernresistenzen (z.B. Stellenbeschreibung für Assistent/innen und Vertreter/innen, offizielle Beauftragung durch die Leitung)
- Umgang mit neuen Richtlinien und neuer Ausstattung
- Sprachprobleme

Organisation: Der QZ-Hygiene trifft sich einmal im Monat für maximal 60 Minuten. Die Einladung erfolgt durch die Pflegedienstleitung. Zu Beginn müsse man sich auf kommunikative „Spielregel“ verständigen, um eine unbefangene und offene Diskussion über Hygienefehler zu ermöglichen. So sollen z.B. keine Aussagen über konkrete Personen getroffen, sondern der Fokus auf allgemein verbesserungsbedürftige Strukturen und Prozesse gelegt werden.

Eine weitere Öffnung erfolgt durch das Konzept der wechselnden Moderation. Im Gesundheitszirkel wurde die Verantwortung für die erste Sitzung zugeteilt und geklärt, welche Aufgaben die Moderation übernimmt und wie die anderen Gruppenteilnehmer/innen ihr zuarbeiten sollen. So hat die Moderation dafür Sorge zu tragen, dass die Sitzung zu einem klaren Ergebnis kommt. Dies kann z.B. bedeuten, Abschweifungen abzukürzen und mit gezielten Fragen das weitere Vorgehen zu konkretisieren (z.B. Wer macht was? Bis wann? Wer ist für welchen Schritt verantwortlich? Wer muss informiert werden? Was ist sonst noch zu tun, damit der Schritt umgesetzt werden kann? Usw.). Die Sitzung wird maßgeblich von der Moderation vorbereitet, die anderen unterstützen sie dabei, indem sie ihr Anregungen zur Tagesordnung unterbreiten. Es wurde überlegt, inwieweit das Intranet für den QZ genutzt werden

könnte, etwa indem dafür ein eigenes Konto eingerichtet wird, so dass die Abfrage von Anregungen per E-Mail-Check erfolgen könnte.

Der **Informationstransfer** wird auf der Grundlage eines kurzen Ergebnisprotokolls organisiert, das abwechselnd von den Teilnehmer/innen erstellt wird und dann an alle Mitarbeiter/innen der Wohnbereiche und der Küche weitergegeben wird. Um die Verbindlichkeit für das Lesen der Protokolle zu steigern, sind diese von den Mitarbeiter/innen mit Unterschrift gegenzuzeichnen. Zudem wird nach der QZ-Sitzung im Rahmen der Übergabe zehn Minuten über die wichtigsten Ergebnisse informiert. Im QZ-Hygiene soll noch ein Verfahren gefunden werden, um zu gewährleisten, dass sich bei der Übergabe abwesende Aushilfen und Kolleg/innen mit Sprachproblemen auf dem gleichen Informationsniveau befinden.

Zur Vorbereitung der Maßnahmenumsetzung wurde die Pflegedienstleitung über die Strukturüberlegungen für den neuen QZ-Hygiene informiert. Nach Rücksprache mit der Küchenleitung wurde der Vorschlag in Gänze akzeptiert. In der Leitungsrunde wurden die Wohnbereichsleiterinnen über die geplanten Schritte informiert mit der Maßgabe, ihre jeweiligen Mitarbeiter/innen zu unterrichten.

3.2 Maßnahme: Transparentes Verfahren für den Umgang mit Hygienefehlern und Lernresistenzen

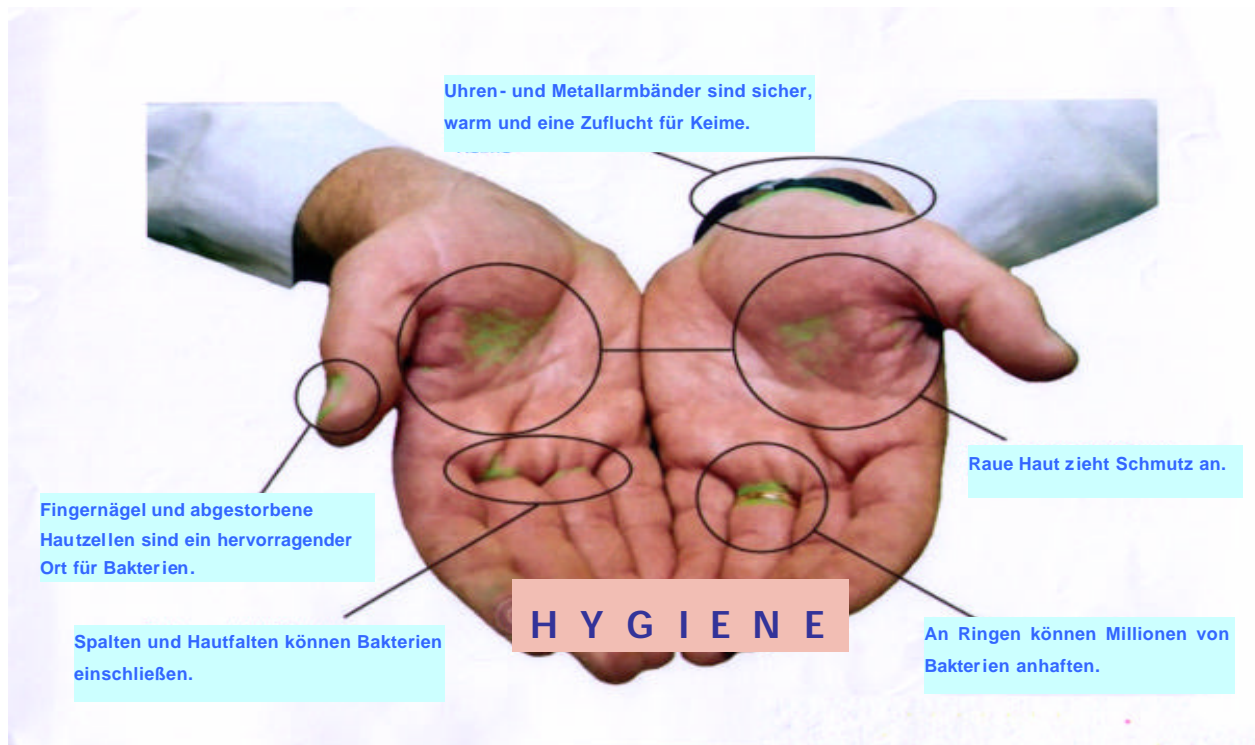
Als Unterpunkt der Hygienecompliance beschäftigten sich die Gruppenmitglieder mit der Frage, wie immer wiederkehrende Hygienefehler ausgeräumt und „hygieneunwillige“ Mitarbeiter/innen zu einem Umdenken angeregt werden könnten. Man verständigte sich auf folgendes Verfahren: Wenn die Hygieneassistenten auf Hygienefehler aufmerksam werden, wird zunächst eine Email mit Empfangsbestätigung an alle Kolleg/innen verschickt, in der allgemein auf Handlungsbedarf aufmerksam gemacht wird. Bei Wiederholung wird ein persönliches Gespräch mit den betreffenden Personen geführt. Die Gründe für die Nichteinhaltung der Hygiene werden dokumentiert. Dies hat zwei Vorteile: man kann zum einen eine gemeinsame Sprachregelung für Entgegnungen auf Ausreden finden („hab ich schon immer so gemacht“; „und das war schon immer falsch!“). Zum anderen wird es möglich, bei nachvollziehbaren Gründen systematisch zu eruieren, was auf der Struktur- oder Prozessebene verändert werden könnte, um die aufgetretenen Fehler zu beseitigen. Falls auch dieser Schritt nicht geholfen hat, wird ein Beschwerdemanagementblatt ausgefüllt und an die zuständige Leitungskraft weitergegeben. Im Rahmen der QZ-Arbeit mit den Leitungskräften ist noch zu klären, welche Konsequenzen „Lernresistente“ grundsätzlich von der Leitung zu erwarten haben, was nicht ausschließt, jeden Einzelfall gesondert zu prüfen. Eine Rückmeldung an den Beschwerdeführer und ggf. an alle Mitarbeiter/innen schließt das Verfahren ab.

Gleichzeitig stellte die Gruppe Überlegungen an, ob die Compliance durch Belohnungssysteme für besonders Hygienebewusste oder für besondere Lernerfolge gesteigert werden könnte. Dieser Punkt konnte jedoch nicht weiter vertieft werden und soll Thema im neuen QZ sein.

3.3 Maßnahme: Vergessen vermeiden über Sichthilfen

Als weiteren Unterpunkt der Compliance arbeitete die Gruppe ein Konzept für Sichthilfen aus, die die Mitarbeiter/innen insbesondere nach Arbeitsunterbrechungen daran erinnern sollen, die notwendigen hygienischen Maßnahmen zu ergreifen. Als Nebeneffekt wird durch die Sichthilfen die Bedeutung des Hygienethemas für die Einrichtung insgesamt stärker dokumentiert. Auf der Grundlage einer Internetrecherche durch die Mitarbeiterin des **iso**-Instituts einigten sich die Gruppenmitglieder auf eine Darstellung vermeintlich sauberer Hände, bei denen die versteckten Keime auf der Handfläche und angrenzend an Schmuck und Uhr visualisiert wurden. Die Vorlage wurde von einem Gruppenmitglied für die Zwecke der Einrichtung weiterbearbeitet. Auf den Wohnbereichen sollen diese Sichthilfen bei den Spendern, in ausgewählten Bewohnertoiletten und der Gästetoilette angebracht werden. Zusätzlich

wird geprüft, ob die Sichthilfen in der Empfangshalle und an der Küchen- und Waschküchentür platziert werden. Die endgültige Abstimmung über die Gestaltung und die geeignete Platzierung der Sichthilfen soll im neuen QZ-Hygiene erfolgen.



3.4 Maßnahme: Basiswissen über Hygiene für Bewohner/innen, Angehörige und Externe

Wie im Rahmen des Zirkels herausgearbeitet wurde, entstehen Hygieneprobleme häufig an der Schnittstelle zu den Bewohner/innen, den Angehörigen sowie verschiedenen externen Besucher/innen, wie Ärzten oder Rettungssanitären. Die in der Regel durch mangelndes Wissen verursachten Fehler wirken sich besonders im Bereich der infektiösen Erkrankungen gravierend aus, weil sie eine Gefährdung für andere Bewohner/innen und Mitarbeiter/innen darstellen können. Auf Anregung einer Teilnehmerin des Gesundheitszirkels beschloss die Gruppe, informative Faltblätter über den Umgang mit Infizierten des MRSA (Methicillin-resistente Staphylococcus aureus) und des NLV (Norwalk-like-Virus) zu entwickeln. Als Grundlage diente ein Beispiel aus einem anderen Kontext, das auf die Belange der Einrichtung zugeschnitten werden sollte. Nach Rücksprache mit der Pflegedienstleitung wurde deutlich, dass diese einen solchen Schritt bereits geplant hatte. Sie nahm die Anregungen der Gruppe dankbar auf und ließ sie in ihr Konzept einfließen. Nach Einschätzung der Gruppenmitglieder wird dieses Faltblatt auch für die Mitarbeiter/innen von Interesse sein. Die Endabstimmung der Faltblätter wird im neuen QZ-Hygiene erfolgen.

3.5 Maßnahme: Liste Überbürokratisierung/ Regelungslücken

Wichtigste Ziele der Liste waren einerseits die zeitliche Belastung der Mitarbeiter/innen zu reduzieren und andererseits bestehende Unsicherheiten abzubauen. Da im Rahmen der Gesundheitszirkel kaum mehr Zeit verblieb, um Punkte für die Liste der diskussionswürdigen und offenen Hygienefragen zu sammeln, wurden die Gruppenmitglieder aufgefordert, als „Hausaufgabe“ die aus ihrer Sicht wichtigen Punkte auszuarbeiten. Danach wurde ein erster Entwurf der Liste zusammengestellt:

Liste diskussionswürdiger und klärungsbedürftige Fragen

Diskussionswürdige Fragen	Klärungsbedürftige Fragen
Sind Scherendesinfektionen nötig, wenn kein Bewohnerkontakt erfolgt ist?	Was ist der korrekte Umgang mit Angehörigen und Bewohner/innen, die sich Hygienemaßnahmen bei Infektionen widersetzen?
Wie kann der Widerspruch zwischen einem budgetierten Inkontinenzmaterial und den bestehenden Hygieneanforderungen aufgelöst werden?	Wie genau ist zu verfahren bei Infektionen in Doppelzimmern?
Bei welchen Verrichtungen außer der Intimpflege, der Versorgung bei Infektionen und beim Salbenauftragen sind Handschuhe vorgeschrieben/sinnvoll?	
Wie könnte bei der Dokumentation von Hygienemaßnahmen Zeit gespart werden?	
Welche Haftung besteht bei mitgebrachten Speisen? Wie kann man sich schützen?	

Um diese Liste mit weiteren wichtigen Fragen zu ergänzen, beschloss die Gruppe mit Unterstützung der Leitung, den Prozess für das gesamte AIDA-Projekt zu öffnen. Die Mitarbeiterin des **iso**-Instituts erhielt den Auftrag, im Rahmen des Projektbeirats das Interesse der Behörden zu erfragen, sich an einer offenen Diskussion der Fragen zu beteiligen. Das Amt für Arbeitsschutz und die BGW, die in der Beiratssitzung vertreten waren, haben die Initiative begrüßt und ihre Teilnahme zugesagt. Darüber hinaus wollen sie weitere Behörden (wie den MDK oder die Heimaufsicht) einbeziehen. Im Anschluss wurden die anderen im Projekt beteiligten Einrichtungen in einer Rundmail über die Hintergründe der Initiative in Kenntnis gesetzt, und sie erhielten zur Orientierung die erste Fassung der Liste mit der Bitte um Ergänzungen.

4. Fazit

In Anbetracht der vergleichsweise kurzen Zeitspanne für die Maßnahmenentwicklung sind in der Einrichtung D erhebliche Erfolge erzielt worden. Diese sind insbesondere darauf zurückzuführen, dass es mit der Pflegedienstleiterin eine Person gibt, die sich für das Hygiene-Thema einsetzt und für ihren Funktionsbereich bereits wichtige Strukturelemente, wie die Hygieneassistent/innen, aufgebaut hat. Die Grenzen von Strukturvorgaben wurden jedoch in zweifacher Hinsicht deutlich. Denn einerseits kann eine Bewusstseinsbildung und ein dauerhaft verändertes Verhalten nur dann zum Tragen kommen, wenn bei den Mitarbeiter/innen ein Prozess der Sensibilisierung in Gang gesetzt wird und dies gelingt umso besser, wenn er von vielen Personen und als Teamaufgabe verstanden wird. Andererseits können sich Strukturvorgaben für Hygiene nur dann voll entfalten, wenn sie alle Bereiche einer Einrichtung umfassen, weil sonst an den Schnittstellen Reibungsverluste und Hygienefehler vorprogrammiert sind.

Für beide Barrieren konnten durch das Projekt wichtige Weichenstellungen erfolgen. Der in der Zwischenzeit implementierte neue QZ-Hygiene ist eine solide Plattform, um bestehende und zukünftige Probleme in der Umsetzung von Hygienemaßnahmen zu bearbeiten und gleichzeitig den in der Ist-Analyse deutlich gewordenen strukturellen Nachholbedarf in der Hauswirtschaft auszugleichen. Damit ist gewährleistet, dass im AIDA-Projekt „angedachte“ Strategien strukturiert weitergeführt und in konkrete Verbesserungen umgeleitet werden.

Auf der Ebene der Verhaltens- und Verhältnisprävention wurde das schwierige und komplexe Feld der Compliance mit vielfältigen Vorschlägen für Maßnahmen konkretisiert, die an der realen Arbeitswirk-

lichkeit der Mitarbeiter/innen des Hauses ansetzen und mit den notwendigen Anpassungen auf andere Einrichtungen übertragbar sind. Dabei kann unterschieden werden zwischen schnell umsetzbaren kleineren Maßnahmen, wie den Sichthilfen, und komplexen Vorhaben, wie dem Abbau von Lernresistenzen, die im QZ-Hygiene sicherlich noch länger zu diskutieren sein werden.

Als positiver Nebeneffekt wurden das Selbstbewusstsein der Mitarbeiter/innen und ihre Motivation, sich persönlich für ein „besseres“ Arbeiten in der Einrichtung einzusetzen, gesteigert. Die von der Leitung gestützte stärkere Verantwortungsübernahme konkretisierte sich z.B. in dem neuen Verfahren der wechselnden Sitzungsmoderation.

Durch die vom Zirkel erarbeitete und für einen allgemeinen Diskussionsprozess geöffnete Liste der diskussionswürdigen und offenen Fragen können zudem Effekte erzielt werden, die weit über das Interesse der Einrichtung D hinausgehen und positive und entlastende Auswirkungen auf die ganze Region haben könnten.

6. Arbeitsorganisation

A: Allgemeiner Teil

1. Thematischer Aufriss

Die personenbezogenen Dienstleistungen im Bereich der Betreuung und Pflege alter Menschen haben infolge der demografischen Entwicklung und der Erosion traditioneller Familienstrukturen einen kontinuierlichen Aufmerksamkeitszuwachs erfahren. Um die Versorgung alter und pflegebedürftiger Menschen umfassend und qualitativ angemessen sicherzustellen, bedarf es eines branchenspezifischen Wissens um die Organisation dieser Dienstleistungen. Das betriebliche Know-how wird einerseits dem noch im Aufbau begriffenen Pflegemarkt zukünftig seine Strukturen und Konturen geben, es muss aber andererseits auch geeignet sein, beschäftigungssichernde und attraktive Arbeitsplätze auf dem Arbeitsmarkt bereitzustellen, die die Gesundheit erhalten und Erkrankungen vermeiden.

Eine zentrale Herausforderung für die Wohlfahrtsverbände und die kommunalen oder privaten Anbieter stationärer Altenpflege besteht daher darin, die Aufbau- und Ablauforganisation in den (stationären) Pflegeeinrichtungen einer kritischen Prüfung zu unterziehen sowie Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität kontinuierlich zu optimieren,⁴⁹ um dadurch sowohl eine professionelle Versorgung der Bewohner/innen zu gewährleisten als auch eine entlastende Arbeitsgestaltung für die Belegschaft realisieren zu können.

Die Aufbauorganisation legt das Gerüst der Einrichtung fest und hat maßgeblichen Einfluss auf die Strukturqualität (d.h. auf die baulichen, technischen und personellen Rahmenbedingungen), innerhalb derer die Mitarbeiter/innen ihre alltäglichen Arbeitsaufgaben zu bewältigen haben. Zweck der Aufbauorganisation ist es, eine sinnvolle arbeitsteilige, in der Regel auch hierarchische Gliederung und Ordnung der betrieblichen Handlungsprozesse zu erreichen. Die Ablauforganisation dagegen bestimmt wesentlich die Prozessqualität und gibt Auskunft über die Arbeits- und Informationsprozesse. Damit die Beschäftigten zielgerichtet im Sinne der Aufgabenbewältigung handeln können, müssen die Verteilung der Aufgaben, die einzelnen Arbeitsschritte und die Arbeitsabläufe sowie die Zusammenarbeit zwischen den unterschiedlichen Teilbereichen mit möglichst wenig Reibungsverlusten gestaltet werden. „Die Aufbauorganisation und die Ablauforganisation stehen daher in einem Abhängigkeitsverhältnis und betrachten gleiche Objekte unter verschiedenen Aspekten. Während es bei der Aufbauorganisation um die Bildung von organisatorischen Potenzialen geht, beschäftigt sich die Ablauforganisation mit dem Prozess der Nutzung dieser Potenziale.“⁵⁰

Wie der Verweis auf die Aufbau- und Ablauforganisation sowie auf die unterschiedlichen Pflegequalitätsebenen deutlich macht, kann das Themenfeld Arbeitsorganisation als das umfangreichste Bearbeitungsfeld im Hinblick auf potenzielle Belastungsfaktoren betrachtet werden. Zur Systematisierung wurden verschiedene arbeitsorganisatorische Schnittstellen unterschieden, an denen Stress und psychische Belastungskonstellationen auftreten können.

- Schnittstelle Pflege – Management,
- Schnittstelle Pflege – Funktionsbereiche,
- Schnittstelle Pflege – Pflege (Arbeitsschichten/Aufgabenverteilung),
- Schnittstelle Pflege – Markt/ Kund/innen,
- Schnittstelle Pflege – Externe (Kooperations-)Partner/Prüfinstanzen.

⁴⁹ Donabedian (1980).

⁵⁰ [wikipedia.org/wiki/Aufbauorganisation](https://de.wikipedia.org/wiki/Aufbauorganisation).

Da einzelne der genannten Schnittstellen entsprechend des konzeptionellen Aufbaus von AIDA bereits eine gesonderte Aufmerksamkeit und Vertiefung erfahren, orientierte sich die Analyse an ausgewählten Aspekten der Arbeitsorganisation.⁵¹

Zentral für die Aufbauorganisation der Einrichtung ist zunächst eine für alle klar erkennbare **Aufgabenteilung zwischen den Führungskräften** und eine reibungslose **Zusammenarbeit zwischen den Funktionsbereichen** der Einrichtung; unabhängig davon, ob die Wäsche, die Reinigung oder die Essenszubereitung noch zu den organisatorischen Einheiten der Einrichtung zählen oder über Fremddienstleister ausgelagert wurden.

Ebenso wie eine schlecht abgestimmte Zusammenarbeit zwischen Pflege und Hauswirtschaft kann auch eine unüberschaubare Aufgabenverteilung innerhalb eines Wohnbereiches zu Arbeitsbelastungen führen. Hinsichtlich der Ablauforganisation sind zum einen die **Arbeitsabläufe in den einzelnen Wohnbereichen** zu betrachten, zum anderen ist für die Arbeitsabläufe die **zeitliche Planbarkeit der täglichen Arbeit** von Bedeutung. Negative Auswirkungen können in diesem Zusammenhang vor allem häufige (ungeplante) **Arbeitsunterbrechungen** haben, sie können aber beispielsweise auch durch ein fehlendes oder unzureichendes **Aufnahme- oder Beschwerdemanagement** hervorgerufen werden.

Vor allem in Hinblick auf die Bewohnerzufriedenheit ist es für die Prozessoptimierung ferner von Bedeutung, dass in der Einrichtung zwischen Management und Pflege eine gemeinsame **Zielübereinkunft** und Abwägung zwischen Anforderungen an die Pflegequalität und an die Wirtschaftlichkeit besteht, an denen die Mitarbeiter/innen ihr Alltagshandeln ausrichten können. Da vom Gesetzgeber, durch die Prüfinstanzen MDK und von den (wissenschaftlichen) Pflegeexpert/innen sehr hohe Anforderungen an die Pflegequalität gestellt werden, muss in den Einrichtungen eventuell eine (erneute) Verständigung darüber erfolgen, was „qualitativ gute Pflege“ unter den gegebenen wirtschaftlichen Rahmenbedingungen heute ausmacht.

Eine solche Übereinkunft wirkt maßgeblich auf die **Handlungsspielräume** der einzelnen Mitarbeiter/innen, ihre tägliche (Pflege-)Arbeit betreffend. Hinzu kommen umfassende und noch immer nicht einheitlich spezifizierte Dokumentationsanforderungen, die in der Praxis sehr viel Arbeitszeit binden, und unterschiedliche Prüfungen durch die externen Prüfinstanzen. Diese erfordern von der Pflegebelegschaft eine fehlerfreie Handhabung der **Pflegedokumentation** und einen sicheren Umgang mit den **externen Prüfinstanzen** und deren Anforderungen.

Schließlich wird auch die **Zusammenarbeit des Pflegeheims mit den Apotheken, Krankenhäusern und/oder Ärzt/innen** in den Blick genommen, da die externen Leistungsanbieter maßgeblichen Einfluss auf die Gestaltung unterschiedlichster Arbeitsprozesse in der Pflegeeinrichtung haben (können).

2. Ergebnisse der Querschnittsanalyse

Im Folgenden werden die Ergebnisse der schriftlichen Befragung entlang der im vorherigen Abschnitt vorgenommenen Systematisierung betrachtet. Für die Auswertung ist das Antwortverhalten aller Statusgruppen quer über alle acht Einrichtungen von Relevanz. Es wird die Gesamtheit der Pflegemitarbeiter/innen, der Wohnbereichsleitungen und der Hauswirtschaftskräfte dargestellt. Von Fall zu Fall erfolgt dabei auch eine differenzierte Betrachtung getrennt nach Einrichtungen.

Aufgabenteilung zwischen den Führungskräften/ Zielübereinkünfte

Wie bereits im Kapitel 2 Führung dargelegt, gliedert sich der hierarchische Führungsaufbau in stationären Pflegeeinrichtungen in die Positionen der Heimleitung, der Pflegedienstleitung und der Wohnbe-

⁵¹ Vgl. die Schnittstelle Pflege-Management Kapitel 2 Führung, Schnittstelle Pflege-Markt/ Kund/innen Kapitel 3 Bewohnerverhalten und Schnittstelle Pflege – Pflege (Arbeitsschichten/Aufgabenverteilung) Kapitel 7 Arbeitszeit.

reichsleitungen. Heimleitungen und Pflegedienstleitung tragen grundsätzlich für alle Prozesse in der Einrichtung die Verantwortung, wobei die Wohnbereiche als funktionale Einheiten Arbeitsabläufe und Arbeitsprozesse relativ selbstständig planen können. Während die funktionale Aufgabenteilung der Leitungskräfte in den Einrichtungen für die Mitarbeiter/innen aller Statusgruppen klar erkennbar zu sein scheint (Zustimmung Pflege 89,4% (188); WBL's 85,2% (27) und Hauswirtschaftskräfte 95,8% (48), sind hinsichtlich der Zielübereinkunft und des Primats von Wirtschaftlichkeits- bzw. Pflegequalitätsanforderungen erste Unterschiede zu verzeichnen. Wie die nachfolgende Tabelle zeigt, stimmen 79,3% der Pflegemitarbeiter/innen und 92,3% der Wohnbereichsleitungen zu, dass bei der täglichen Arbeit immer öfter wirtschaftliche Notwendigkeiten zu berücksichtigen sind. Demgegenüber sind 72,1% der Pflegekräfte und 77,8% der Wohnbereichsleitungen der Auffassung, in der Einrichtung besteht eine gemeinsame Vorstellung darüber, wodurch sich eine „gute Pflege“ auszeichnet.

Tabelle 51: Zielübereinkunft

	Pflege		WBL		Hauswirtschaft	
	trifft zu	trifft nicht zu	trifft zu	trifft nicht zu	trifft zu	trifft nicht zu
Sie müssen bei Ihrer Arbeit immer öfter wirtschaftliche Notwendigkeiten berücksichtigen. (N = 188; 26; 45)	79,3%	20,7%	92,3%	7,7%	82,2%	17,8%
Bei den Mitarbeiter/innen und den Leitungskräften besteht eine gemeinsame Vorstellung darüber, wodurch sich eine „gute Pflege“ auszeichnet. (N = 183; 27; 42)	72,1%	27,9%	77,8%	22,2%	78,6%	21,4%
In der Einrichtung sind betriebswirtschaftliche Notwendigkeiten wichtiger als „gute Pflege“. (N = 181; 25; 41)	41,4%	58,6%	32,0%	68,0%	29,3%	70,7%

Offensichtlich werden die Unterschiede zwischen den Häusern, wenn die innerbetriebliche Notwendigkeit betrachtet wird, das Alltagshandeln an den betriebswirtschaftlichen Erfordernissen auszurichten. Während in Einrichtung 12 lediglich 11,1% der Pflegekräfte und keine der Wohnbereichsleitungen der Auffassung sind, betriebswirtschaftliche Notwendigkeiten seien in der Einrichtung wichtiger als „gute Pflege“, sind dies in Einrichtung 15 bereits 61,9% der Pflegekräfte und 50% der Wohnbereichsleitungen.

Tabelle 52: Hausvergleich: Betriebswirtschaftliche Ausrichtung

Zustimmung	1	2	3	4	5	6	7	8
Pflege	16,0% (25)	33,3% (9)	58,5% (41)	11,1% (1)	40,0% (8)	45,0% (9)	61,9% (13)	36,1% (36)
WBL	0,0% (2)	50,0% (2)	60% (5)	0,0% (0)	0,0% (0)	66,7% (2)	50,0% (2)	14,3% (7)

Zusammenarbeit zwischen den Funktionsbereichen

Auch die Zusammenarbeit zwischen den Funktionsbereichen ist bereits im Zusammenhang mit dem Führungsthema angesprochen worden.⁵² Bezüglich der Schwierigkeit, über eine funktionale Aufbauorganisation alle Bereiche so zu integrieren, dass die Ablauforganisation möglichst reibungslos ineinander greift, scheint die Organisation der Zusammenarbeit zwischen Pflege und Wäscherei die größten Anforderungen zu stellen. Das hat sich bis auf eine Ausnahme auch bei den Einzelbetrachtungen der Häuser bestätigt. Dieser Sachverhalt ist vermutlich darauf zurückzuführen, dass bei der Organisation der Wäsche die Pflegekräfte und die Mitarbeiter/innen der Wäscherei am stärksten in einem aufeinander

⁵² Vgl. Kapitel Führung.

der folgenden (wechselseitigen) Prozess zusammenarbeiten müssen. Die Pflegekräfte sind in den Wohnbereichen verantwortlich für das Einsammeln und Sortieren der schmutzigen Wäsche. Die (Bewohner-)Wäsche wird dann von den Mitarbeiter/innen der Wäscherei gewaschen, gebügelt, sortiert und in die Wohnbereiche zurückgebracht. In den Wohnbereichen sind es häufig die Pflegekräfte, die das Einordnen der Wäsche in den Bewohnerzimmern vornehmen. Fehlt beispielsweise ein Kleidungsstück, ist es relativ schwer zu rekonstruieren, an welcher Stelle das Teil verloren gegangen ist.

Tabelle 53: Zusammenarbeit Funktionsbereiche

	Pflege		WBL		Hauswirtschaft	
	trifft zu	trifft nicht zu	trifft zu	trifft nicht zu	trifft zu	trifft nicht zu
Die Zusammenarbeit mit der Küche klappt gut. (N = 181; 26; 48)	60,2%	39,8%	57,7%	42,3%	81,2%	18,8%
Die Zusammenarbeit mit der Reinigung klappt gut. (N = 179; 27; 51)	70,4%	29,6%	66,7%	33,3%	88,2%	11,8%
Die Zusammenarbeit mit der Wäscherei klappt gut. (N = 178; 25; 51)	54,5%	45,5%	60,0%	40,0%	80,4%	19,6%

Arbeitsabläufe in den einzelnen Wohnbereichen

Auch hinsichtlich der Aufbauorganisation in den Wohnbereichen kann zunächst festgehalten werden, dass dort nach Einschätzung von 85% der Pflegekräfte und 96% der Wohnbereichsleitungen klar geregelt ist, wer für welche Arbeitsaufgaben zuständig ist. Vergleichbar werden auch die Arbeitsabläufe als gut organisiert und die eigenen Arbeitsaufgaben als gut planbar wahrgenommen. Etwas geringer werden von den Pflegekräften und den Wohnbereichsleitungen die Gestaltungsfreiräume, den eigenen, täglichen Arbeitsablauf betreffend (67% bzw. 80,8%) eingeschätzt.⁵³

Tabelle 54: Planbarkeit der Arbeit in den Wohnbereichen

	Pflege		WBL		Hauswirtschaft	
	trifft zu	trifft nicht zu	trifft zu	trifft nicht zu	trifft zu	trifft nicht zu
In Ihrem Wohnbereich ist klar geregelt, wer für welche Arbeitsaufgaben zuständig ist. (N = 178; 25; 50)	85,0%	15,0%	96,0%	4,0%	88,0%	12,0%
Die täglichen Arbeitsabläufe in Ihrem Wohnbereich sind gut organisiert. (N = 180; 26; 40)	81,1%	18,9%	96,2%	3,8%	72,5%	27,5%
Ihre Arbeitsaufgaben sind während einer Schicht gut planbar. (N = 185; 26; 50)	79,5%	20,5%	96,2%	3,8%	84,0%	16,0%
Sie können Ihren täglichen Arbeitsablauf selbst gestalten. (N = 190; 26; 51)	67,9%	32,1%	80,8%	19,2%	62,7%	37,3%

Allerdings sind in dem oben abgebildeten Zustimmungsverhalten der Befragten zumindest Anhaltspunkte für mögliche Inkonsistenzen festzustellen. Denn nach Einschätzung der Mitarbeiter/innen muss die (gut organisierte und gut planbare) Arbeit aus unterschiedlichen Gründen immer wieder unterbrochen werden.

Dies betrifft Unterbrechungen, die durch Bewohner/innen verursacht werden, da diese – auch in Abhängigkeit ihrer jeweiligen „Tagesform“ – nicht immer den gleichen Hilfe- und Unterstützungsbedarf haben. Dies betrifft Unterbrechungen, die auftreten, weil sich die Kolleg/innen gegenseitig aushelfen, z.B. wenn Bewohner/innen gelagert werden müssen. Dies betrifft aber auch Unterbrechungen infolge von organisatorischen Mängeln, die immerhin mehr als die Hälfte aller befragten Pflegekräfte für Arbeitsunterbrechungen verantwortlich macht.

⁵³ Zum Zusammenhang von Handlungsspielräumen und Arbeitsbelastungen siehe Kapitel Führung.

Tabelle 55: Arbeitsunterbrechungen

	Pflege		WBL		Hauswirtschaft	
	trifft zu	trifft nicht zu	trifft zu	trifft nicht zu	trifft zu	Trifft nicht zu
Sie müssen Ihre Arbeit immer wieder unterbrechen, weil Sie von Bewohner/innen gerufen werden. (N = 186; 26; 44)	84,4%	15,6%	73,1%	26,9%	56,8%	43,2%
Sie müssen Ihre Arbeit immer wieder unterbrechen, weil Sie Kolleg/innen aushelfen müssen. (N = 184; 26; 49)	62,0%	38,0%	73,1%	26,9%	38,8%	61,2%
Sie müssen einzelne Tätigkeiten aufgrund organisatorischer Mängel immer wieder unterbrechen (z.B., weil der Arbeitswagen falsch bestückt ist, keine Hilfsmittel vorhanden oder diese defekt sind). (N = 187; 26; 43)	54,0%	46,0%	42,3%	57,7%	34,9%	65,1%

Anders als eventuelle Unterbrechungen, die durch Bewohner/innen verursacht werden, lassen sich arbeitsorganisatorische Mängel durch Prozessoptimierungen reduzieren. Das zeigt auch ein differenzierter Blick auf die Ergebnisse der einzelnen Einrichtungen, wonach sehr deutliche Unterschiede festzustellen sind. Während in Einrichtung 10 nur 22,2% der Pflegekräfte und keine der Wohnbereichsleitungen der Aussage zustimmten „Sie müssen einzelne Tätigkeiten aufgrund organisatorischer Mängel immer wieder unterbrechen“, waren es in Einrichtung 15 bereits 75% der Pflegekräfte und die Hälfte der befragten Wohnbereichsleitungen.

Tabelle 56: Hausvergleich: Arbeitsorganisatorische Unterbrechungen (Zustimmung)

	1	2	3	4	5	6	7	8
Pflege	44% (25)	22,2% (9)	53,5% (43)	37,5% (3)	57,1% (12)	42,9% (9)	75,0% (18)	63,9% (36)
WBL	0% (2)	0% (2)	50% (4)	50,0% (1)	50,0% (1)	33,3% (1)	50,0% (2)	57,1% (7)

Hinsichtlich der Ablauforganisation in den Einrichtungen kann schließlich festgehalten werden, dass sowohl die Neuaufnahme von Bewohner/innen als auch der Umgang mit Beschwerden im Großen und Ganzen geregelten Abläufen folgt, auch wenn knapp ein Viertel der Pflegekräfte diese Einschätzung nicht teilt.

Tabelle 57: Aufnahme- und Beschwerdemanagement

	Pflege		WBL		Hauswirtschaft	
	trifft zu	trifft nicht zu	trifft zu	trifft nicht zu	trifft zu	trifft nicht zu
Die Aufnahme neuer Bewohner/innen ist gut organisiert. (N = 182; 27; 38)	73,1%	26,9%	81,5%	18,5%	81,6%	18,4%
In Ihrer Einrichtung gibt es geregelte Abläufe im Umgang mit Beschwerden von Bewohner/innen und deren Angehörigen. (N = 177; 27; 38)	75,7%	24,3%	92,6%	7,4%	86,8%	13,2%

Eventuell können diesbezüglich die Prozesse im weiteren Projektverlauf noch konkretisiert werden. Bei der Betrachtung der einzelnen Pflegeheime lassen sich zumindest geringe Anhaltspunkte für unterschiedliche Organisationsprinzipien finden.

Tabelle 58: Hausvergleich: Managementelemente (Zustimmung)

Aufnahme	1	2	3	4	5	6	7	8
Pflege	79,2% (24)	75,0% (8)	69,2% (39)	88,9% (8)	85,7% (18)	65,0% (13)	62,5% (15)	73% (37)
WBL	100,0% (2)	100,0% (2)	40,0% (5)	100,0% (2)	100,0% (2)	100,0% (3)	50,0% (2)	100% (7)
Beschwerden								
Pflege	65,2% (24)	75,0% (8)	77,5% (40)	100,0% (9)	65,0% (13)	75,0% (15)	65,2% (15)	88,2% (34)
WBL	100,0% (2)	100,0% (2)	60,0% (5)	100,0% (2)	100,0% (2)	100,0% (3)	100,0% (4)	100,0% (7)

Pflegedokumentation/ externen Prüfinstanzen

Ein weiterer potenzieller Belastungsfaktor kristallisiert sich bei den Anforderungen an die Dokumentation der Pflege heraus. Nur etwa mehr als die Hälfte aller Pflegekräfte (55,4%) und nur etwas mehr als ein Drittel der Wohnbereichsleitungen (37%) sind der Auffassung „die Anforderungen an die Dokumentation der Pflege sind gut leistbar“.

Allerdings lässt sich anhand der im Fragebogen formulierten Aussage nicht eindeutig rekonstruieren, ob tatsächlich die Anforderungen zu hoch sind oder ob die genaue und ausführliche Dokumentation der Pflege zu viel Arbeitszeit in Anspruch nimmt und daher nicht immer wie erforderlich zu leisten ist. Offensichtlich scheint aber der Dokumentationsprozess in den einzelnen Häusern unterschiedlich organisiert und daher auch unterschiedlich schwer zu handhaben zu sein. Während in Einrichtung 15 78,3% der Pflegekräfte angeben, die Anforderungen gut leisten zu können, sind es in Einrichtung 13 nur noch 35%.

Tabelle 59: Hausvergleich: Leistbarkeit der Anforderungen an die Pflegedokumentation

Anforderungen sind gut leistbar	1	2	3	4	5	6	7	8
Pflege	54,2% (24)	70% (10)	43,9% (41)	75,0% (6)	35,0% (7)	55,0% (11)	78,3% (18)	59,5% (37)
WBL	0% (2)	0 (2)	40% (5)	100% (2)	0,0% (0)	0,0% (0)	50,0% (2)	57,1% (7)

Es ist in Bezug auf die Pflegedokumentation darüber hinaus anscheinend davon auszugehen, dass Umfang und Inhalte wesentlich stärker von einrichtungsinternen Kriterien und Anforderungen determiniert werden, als von externen Prüfinstanzen eingefordert. Zumindest im Hinblick auf die häufig problematisierte Bürokratisierung der Pflege sind lediglich gut ein Viertel der Pflegekräfte und nur rund 12% der Wohnbereichsleitungen der Auffassung, es finden zu viele Prüfungen durch externe Prüfinstanzen statt. Ebenso scheinen sich die externen Prüfer/innen wesentlich weniger zu widersprechen als dies im Vorfeld der Projektplanung von einzelnen Beiratsteilnehmer/innen unterstellt wurde und deren Beanstandungen sind für rund 70% der Pflegekräfte und 64% Wohnbereichsleitungen auch nachvollziehbar.

Tabelle 60: Externe Prüfungen

	Pflege		WBL		Hauswirtschaft	
	trifft zu	trifft nicht zu	trifft zu	trifft nicht zu	trifft zu	trifft nicht zu
Es finden zu viele externe Prüfungen (z.B. Heimaufsicht, MDK usw.) in der Einrichtung statt. (N = 174; 26; 36)	25,3%	74,7%	11,5%	88,5%	27,8%	72,2%
Die externen Prüfer/innen widersprechen sich regelmäßig. (N = 148; 23; 26)	35,1%	64,9%	26,1%	73,9%	30,8%	69,2%
Die Beanstandungen der externen Prüfer/innen sind gut nachvollziehbar. (N = 145; 25; 28)	67,6%	32,4%	64,0%	36,0%	50,0%	50,0%

Zusammenarbeit des Pflegeheims mit den Apotheken, Krankenhäusern und/ oder Ärzt/innen

Als letzte arbeitsorganisatorische Schnittstelle wurde nach der Zusammenarbeit mit externen Dienstleistern gefragt. Insbesondere deren Arbeit hat entscheidenden Einfluss auf die medizinische Versorgung und die medizinische Behandlungspflege der Bewohner/innen in der Einrichtung. Während sich die Zusammenarbeit zwischen Pflege und Apotheken sowie Pflege und Ärzt/innen anscheinend in den letzten Jahren immer besser eingespielt hat und zumindest nach Einschätzung der Mitarbeiter/innen der am Projekt beteiligten Einrichtungen gut klappt, sind in der Zusammenarbeit zwischen Pflege und Krankenhaus immer noch Defizite festzustellen.

Tabelle 61: Zusammenarbeit mit externen Dienstleistern

	Pflege		WBL	
	trifft zu	trifft nicht zu	trifft zu	trifft nicht zu
Die Zusammenarbeit mit den Ärzten/innen klappt gut. (N = 173; 27; 0)	78,6%	21,4%	96,3%	3,7%
Die Zusammenarbeit mit den Apotheken klappt gut. (N = 171; 27; 0)	88,9%	11,1%	92,6%	7,4%
Die Zusammenarbeit mit den Krankenhäusern klappt gut. (N = 173; 27; 0)	57,8%	42,2%	48,1%	51,9%

Auch bezüglich der Zusammenarbeit zeigt die differenzierte Ergebnisauswertung deutliche Unterschiede zwischen den Einrichtungen und lässt Optimierungspotenziale vermuten. Während in Einrichtung 11 rund 92% der Pflegekräfte und alle Wohnbereichsleitungen die Zusammenarbeit zwischen Pflege und Krankenhaus als gut klassifizieren, sind es in Einrichtung 12 nur 25% der Pflegekräfte und lediglich eine der beiden Wohnbereichsleitungen.

Tabelle 62: Hausvergleich: Zusammenarbeit mit Krankenhäusern

Klappt gut	1	2	3	4	5	6	7	8
Pflege	58,3%(24)	87,5%(8)	91,7%(36)	25,0% (2)	55,6% (10)	40,0% (8)	63,6% (14)	32,4% (37)
WBL	50%(2)	50%(2)	100%(5)	50,0% (1)	0,0% (0)	33,3% (1)	25,0% (1)	42,9% (7)

Abschließend kann hinsichtlich der Querschnittsanalyse der Belastungssituation, verursacht durch die Arbeitsorganisation, festgehalten werden, dass (wie eingangs schon problematisiert) organisatorische Defizite von der Belegschaft nur zu einem sehr geringen Teil in den Arbeitsabläufen und der Arbeitsplanung in den einzelnen Wohnbereichen gesehen werden, obwohl Arbeitsunterbrechungen z.B. infolge organisatorischer Mängel auftreten. Die größte Herausforderung für eine entlastende Arbeitsgestaltung scheint jedoch bei der Handhabung und Umsetzung der Anforderungen an die Pflegedoku-

mentation zu liegen. Eventuell sollte im weiteren Projektverlauf sowohl für die Arbeitsabläufe in den Wohnbereichen als auch bei der Festlegung der Dokumentationserfordernisse eine vertiefende Analyse und Konkretisierung vorgenommen werden, um eindeutigeren Anhaltspunkte für die Maßnahmenentwicklung zu **isolieren**.

Des Weiteren manifestieren sich Probleme in der Ablauforganisation insbesondere an der Schnittstelle Pflege-Hauswirtschaft und an der Schnittstelle Pflege-Krankenhaus. Es sind aber bei der Betrachtung der Ergebnisse der einzelnen Häuser zum Teil sehr deutliche Unterschiede sichtbar geworden. Dies spricht für prinzipiell vorhandene Spielräume bei der Schnittstellengestaltung und verweist auf mögliche Chancen bei der Maßnahmenentwicklung bezüglich der Reduzierung von Belastungen im Rahmen des Projektes.

B: Fallstudie

1. Die Einrichtung

Das anthroposophische Pflegeheim E verfügt über 54 stationäre Plätze, darunter 50 Einzelzimmer, sechs – in einer Gruppe zusammengefasst – Kurzzeitpflegeplätze und 15 Tagespflegeplätze. Die pflegebedingten Aufwendungen für die stationäre Versorgung in den Pflegestufen 0, I, II und III betragen 26,11 €, 40,49 €, 57,33 € und 74,75 €. Die Kosten für Unterkunft und Verpflegung belaufen sich auf 27,66 €, die Investitionskosten liegen bei 12,79 €. In der Einrichtung gibt es ferner eine niedergelassene Ergotherapeutin, die Räume angemietet hat. Zum Stichtag der schriftlichen Befragung waren in Einrichtung E von den 54 Plätzen 53 belegt. Die meisten Bewohner/innen sind in die Pflegestufe I (22) und II (21) eingruppiert (127), in Stufe III sind es 11 Bewohner/innen.

Entsprechend der anthroposophischen Grundhaltung spielt die hauseigene Speisenversorgung in der Einrichtung eine sehr wichtige Rolle. Dies betrifft die Ausrichtung der Essenszubereitung an den Jahreszeiten und das Feiern jahrestypischer (anthroposophischer) Feste und Feiertage. Die Organisation der Feste wird ebenso wie die tägliche soziale Betreuung der überwiegend gerontopsychiatrisch erkrankten Bewohner/innen vom Sozialen Dienst der Einrichtung übernommen.

Die Einrichtung hat einen eigenen Küchenchef, der besonderen Wert auf biologisch wertvolles und gesundes Essen legt. Da die Mahlzeiten im Haus von den Bewohner/innen und den Mitarbeiter/innen gemeinsam eingenommen werden, können auch die Pflegekräfte von der hauseigenen Küche profitieren. Neben der Küche zählen auch die Reinigung und die Wäscherei (dort wird die Bewohnerwäsche gewaschen) zu den hausinternen Organisationseinheiten. Die insgesamt sechzig Pflegeplätze sind auf zwei Wohnbereiche verteilt, die wiederum in je drei Pflegegruppen aufgeteilt sind. Jeder Wohnbereich hat eine Wohnbereichsleitung. Zum Zeitpunkt der Ist-Analyse war die Stelle der Pflegedienstleitung vakant und wurde kommissarisch von einer Wohnbereichsleitung übernommen. Die andere Wohnbereichsleitung hatte diese Funktion erst seit wenigen Wochen inne.

Insgesamt sind in der stationären Pflege 28 Teilzeitkräfte und in der Kurzzeitpflege zwei Teilzeitkräfte beschäftigt. In der Tagespflege sind es zwei Vollzeit und zwei Teilzeitkräfte, im Sozialen Dienst zwei Teilzeitkräfte. In der Küche arbeiten drei Vollzeit- und drei Teilzeitkräfte und in der Reinigung und in der Wäscherei eine Vollzeitkraft und fünf Teilzeitkräfte.

In den letzten Jahren hat es in der Einrichtung große Probleme in vielen Bereichen der Arbeitsorganisation gegeben, die im Jahre 2003 zu einem Trägerwechsel geführt haben. Nachdem auch dieser Wechsel nicht zu der gewünschten Stabilität geführt hatte und zudem das philosophische Grundkonzept nicht mehr im gewünschten Maße Berücksichtigung fand, ist die Trägerschaft seit 2005 wieder an den alten Träger zurückgegangen. Der eingetragene Verein verwaltet nur diese Einrichtung, die Heimleitung ist sehr eng über regelmäßige Sitzungen an den Vorstand rückgekoppelt. Die stellvertretende Heimleitung, die bis zum ersten Trägerwechsel die Heimleiterinnenposition innehatte und nun für die soziale Betreuung zuständig ist, und der Küchenchef sind beratende Mitglieder dieses Vorstandes und nehmen zumindest teilweise an den gemeinsamen Sitzungen teil.

Die arbeitsorganisatorischen Probleme wurden in den letzten Jahren von einer sehr hohen Personalfuktuation begleitet bzw. haben diese noch verschärft. Seit nunmehr zwei Jahren scheint sich aber nach Einschätzung des (neuen) Heimleiters auch die personelle Besetzung der Einrichtung zu stabilisieren.

2. Die Ist-Analyse

Für die Analyse der Arbeitsorganisation in der Einrichtung E kann zunächst festgehalten werden, dass die Ergebnisse der schriftlichen Befragung im Großen und Ganzen besser ausgefallen sind als in der in 1.2 dargestellten Querschnittsauswertung. Nach dem jetzigen Stand der Fragebogenauswertung hat Einrichtung E auch in den Themenfeldern Arbeitszeit, Bewohnerverhalten und Führung gute Bewertungen erzielt, wobei in den Interviews vorsichtige Klagen bezüglich des Führungsstils und des Führungsverhaltens von Heimleitung und Pflegedienstleitung geäußert wurden. Die Pflegedienstleitung war jedoch zu diesem Zeitpunkt schon nicht mehr in der Einrichtung beschäftigt. Auch im Eingangsworkshop ist das „Misstrauen von Vorgesetzten“ zum Thema Lasten genannt worden.

Aufgabenteilung zwischen den Führungskräften/ Zielübereinkünfte

Wie in der nachfolgenden Tabelle abgebildet, spielen in Einrichtung E bei der täglichen Arbeit wirtschaftliche Notwendigkeiten zwar auch eine Rolle, diese sind zumindest bei den Pflegekräften aber im Vergleich zur Gesamtauswertung noch etwas unter den Durchschnittswerten. Ebenso sehen nur ein Drittel der Pflegekräfte, aber eine der Wohnbereichsleitungen die Notwendigkeit, das Alltagshandeln stärker an den betriebswirtschaftlichen Erfordernissen als an den Ansprüchen an eine gute Pflege auszurichten. Trotzdem – und hier zeigt sich der erste „negative“ Unterschied zur Gesamtauswertung – sind in der Einrichtung E nur rund zwei Drittel der Pflegekräfte der Auffassung, „in der Einrichtung besteht eine gemeinsame Vorstellung darüber, wodurch sich eine „gute Pflege“ auszeichnet“.

Tabelle 63: Zielübereinkünfte⁵⁴ (Fallstudie/Gesamt)

Zustimmung	Haus E	Gesamt
Sie müssen bei Ihrer Arbeit immer öfter wirtschaftliche Notwendigkeiten berücksichtigen. (N Haus E = 8; 2) (N Gesamt = 188; 26)	62,5% 100,0%	79,3% 92,3%
Bei den Mitarbeiter/innen und den Führungskräften besteht eine gemeinsame Vorstellung darüber, wodurch sich eine „gute Pflege“ auszeichnet. (N Haus E = 9; 2) (N Gesamt = 183; 27)	66,7% 100,0%	72,1% 77,8%
In der Einrichtung sind betriebswirtschaftliche Notwendigkeiten wichtiger als „gute Pflege“. (N Haus E = 9; 2) (N Gesamt = 181; 25)	33,0% 50,0%	41,4% 32,0%

Eventuell lässt sich dieses Ergebnis auch darauf zurückführen, dass die Heimleitung nach eigener Aussage im Erstgespräch zurzeit dabei ist, die anthroposophische Grundhaltung des Hauses stärker mit den betriebswirtschaftlichen Ansprüchen und den vielfältigen Qualitätsansprüchen der externen Prüfinstanzen in Einklang zu bringen. *„Wenn sie das (anthroposophische) Konzept lesen, merken sie, dass da eine unheimlich große Erwartungshaltung dahinter steht. In der Anthroposophie gibt es aber immer auch eine Abstimmung mit den zur Verfügung stehenden Ressourcen, d.h. wenn ich keine Ressourcen mehr habe, kann ich auch nicht mehr bringen. Und dann kommt man immer an seine Grenzen, wie auch die Einrichtung, wenn sie sich überlegen muss, was sie mit den ihr zur Verfügung stehenden Ressourcen leisten kann.“*

⁵⁴ In allen Tabellen, die einen Vergleich zwischen der Auswertung der Einrichtung E und der Gesamtauswertung beinhalten, sind in der ersten Zeile die Pflegekräfte und in der zweiten Zeile die Wohnbereichsleitungen abgebildet.

Zusammenarbeit Funktionsbereiche

Hinsichtlich der Ablauforganisation und der Zusammenarbeit zwischen den einzelnen Funktionsbereichen sind in Einrichtung E die geringsten Reibungsverluste zu verzeichnen. Ursächlich hierfür könnte zum einen die Tatsache sein, dass alle Funktionsbereiche nach wie vor zu den organisatorischen Einheiten der Einrichtung zählen und sowohl die Küche als auch die Wäscherei und Reinigung zusammengefasst eigene Bereichsleitungen haben, die in die Regelkommunikation des Hauses integriert sind. Diese Leitungskräfte setzen sich für die Belange ihrer Mitarbeiter/innen ein, sie sind aber vor allem auch die verbindlichen Ansprechpartner/innen für die Wohnbereichsleitungen und Pflegekräfte, wenn es zu Schwierigkeiten oder Konflikten kommt. Des Weiteren spricht einiges dafür, dass die Zusammenarbeit zwischen den unterschiedlichen Funktionsbereichen auch deshalb funktioniert, weil Einrichtung E im Vergleich zu anderen Projekteinrichtungen eine sehr kleine und daher gut überschaubare Einrichtung ist, in der es „nur kurze Wege“ gibt.

Tabelle 64: Zusammenarbeit Funktionsbereiche (Fallstudie/Gesamt)

Zustimmung	Haus E	Gesamt
Die Zusammenarbeit mit der Küche klappt gut. (N Haus E = 9; 2) (N Gesamt = 181; 26)	88,9% 100,0%	60,2% 57,7%
Die Zusammenarbeit mit der Reinigung klappt gut. (N Haus E = 9; 2) (N Gesamt = 179; 27)	88,9% 50,0%	70,4% 66,7%
Die Zusammenarbeit mit der Wäscherei klappt gut. (N Haus E = 9; 2) (N Gesamt = 178; 25)	88,9% 50,0%	54,5% 60,0%

Arbeitsabläufe in den einzelnen Wohnbereichen

Auch hinsichtlich der Aufbauorganisation in den Wohnbereichen der Einrichtung E kann zunächst festgehalten werden, dass dort nach Einschätzung aller Pflegekräfte und Wohnbereichsleitungen klar geregelt ist, wer für welche Arbeitsaufgaben zuständig ist. Vergleichbar werden auch von rund 90% der Pflegekräfte und allen Wohnbereichsleitungen die Arbeitsabläufe als gut organisiert, die eigenen Arbeitsaufgaben als gut planbar und gestaltbar wahrgenommen. Im Gegensatz zu den Ergebnissen der Gesamtauswertung lassen sich im Hinblick auf das Zustimmungsverhalten keine größeren Inkonsistenzen feststellen. Zumindest muss die Arbeit deutlich seltener wegen organisatorischer Mängel unterbrochen werden.

Tabelle 65: Zeitliche Planbarkeit der Arbeit (Fallstudie/Gesamt)

Zustimmung	Haus E	Gesamt
In Ihrem Wohnbereich ist klar geregelt, wer für welche Arbeitsaufgaben zuständig ist. (N Haus E = 10; 2) (N Gesamt = 178; 25)	100,0% 100,0%	85,0% 96,0%
Die täglichen Arbeitsabläufe in Ihrem Wohnbereich sind gut organisiert. (N Haus E = 9; 2) (N Gesamt = 180; 26)	88,9% 100,0%	81,1% 96,2%
Ihre Arbeitsaufgaben sind während einer Schicht gut planbar. (N Haus E = 10; 1) (N Gesamt = 185; 26)	90,0% 100,0%	79,5% 96,2%
Sie können Ihren täglichen Arbeitsablauf selbst gestalten. (N Haus E = 9; 2) (N Gesamt = 190; 26)	88,9% 100,0%	67,9% 80,8%
Sie werden mit Ihren täglichen Arbeitsaufgaben ohne Hektik fertig. (N Haus E = 9; 2) (N Gesamt = 185; 27)	66,7% 100,0%	42,7% 96,3%
Sie müssen Ihre Arbeit immer wieder unterbrechen, weil Sie von Bewohner/innen gerufen werden. (N Haus E = 10; 2) (N Gesamt = 186; 26)	80,0% 50,0%	84,4% 73,1%
Sie müssen Ihre Arbeit immer wieder unterbrechen, weil Sie Kolleg/innen aushelfen müssen. (N Haus E = 9; 2) (N Gesamt = 184; 26)	44,0% 100,0%	62,0% 73,1%
Sie müssen einzelne Tätigkeiten aufgrund organisatorischer Mängel immer wieder unterbrechen (z.B., weil der Arbeitswagen falsch bestückt ist, keine Hilfsmittel vorhanden oder diese defekt sind). (N Haus E = 9; 2) (N Gesamt = 187; 26)	22,2% 0,0%	54,0% 42,3%

Auch das Belegungs- und Beschwerdemanagement der Einrichtung liefert keine Hinweise auf organisatorische Defizite in der Einrichtung E.

Tabelle 66: Managementelemente (Fallstudie/Gesamt)

Zustimmung	Haus E	Gesamt
Die Aufnahme neuer Bewohner/innen ist gut organisiert. (N Haus E = 8; 2) (N Gesamt = 182; 27)	75,0% 100,0%	73,1% 81,5%
In Ihrer Einrichtung gibt es geregelte Abläufe im Umgang mit Beschwerden von Bewohner/innen und deren Angehörigen. (N Haus E = 8; 2) (N Gesamt = 180; 26)	75,0% 100,0%	81,1% 96,2%

Pflegedokumentation/ externe Prüfinstanzen

Obwohl 70% der Pflegekräfte in Haus E die Anforderungen an die Pflegedokumentation als gut leistbar eingeschätzt haben, teilen die Wohnbereichsleitungen diese Auffassung nicht. Ob die Wohnbereichsleitungen die Dokumentation immer wieder verbessern oder das Dokumentieren immer wieder erklären müssen, ist weder in den Interviews deutlich geworden, noch aus dem Antwortverhalten zu erschließen. Einigkeit besteht aber zwischen Pflegekräften und Wohnbereichsleitungen insofern, als dass in der Einrichtung zu viele Prüfungen stattfinden und nur die Hälfte der Mitarbeiter/innen die Beanstandungen gut nachvollziehen können. Vielleicht sind diese Ergebnisse jedoch „nur“ auf die unruhige Situation des Hauses in den letzten Jahren zurückzuführen. Nach Auskunft der Heimleitung und nach den Erfahrungen des **iso**-Instituts, das die Einrichtung in einem anderen Kontext bereits 1995-2002 begleitet hat⁵⁵, haben in dieser Zeit zahlreiche Begehungen durch externe (Prüf-)Instanzen stattgefunden.

Tabelle 67: Externe Prüfungen (Fallstudie/Gesamt)

Zustimmung	Haus E	Gesamt
Die Anforderungen an die Dokumentation der Pflege sind gut leistbar. (N Haus E = 10; 2) (N Gesamt = 183; 27)	70,0% 0,0%	55,7% 37,0%
Es finden zu viele externe Prüfungen (z.B. Heimaufsicht, MDK usw.) in der Einrichtung statt. (N Haus E = 7; 1) (N Gesamt = 174; 26)	85,7% 100,0%	25,3% 11,5%
Die externen Prüfer/innen widersprechen sich regelmäßig. (N Haus E = 6; 1) (N Gesamt = 148; 26)	33,3% 0,0%	35,1% 26,1%
Die Beanstandungen der externen Prüfer/innen sind gut nachvollziehbar. (N Haus E = 4; 2) (N Gesamt = 145; 25)	50,0% 50,0%	67,6% 64,0%

Zusammenarbeit zwischen Pflegeheim, Apotheken, Krankenhaus und/oder Ärzt/innen

Die dritte Unterscheidung im Vergleich zu den Gesamtergebnissen findet sich an der organisatorischen Schnittstelle zwischen Pflege und externen medizinischen Leistungsanbietern. Im Abgleich mit den Gesamtergebnissen könnte am ehesten in der Zusammenarbeit zwischen Pflege und Ärzt/innen von gewissen Reibungsverlusten gesprochen werden. Während die Zusammenarbeit zwischen Pflege und Krankenhäusern deutlich besser als in den Durchschnittswerten eingeschätzt wird.

⁵⁵ Die Einrichtung E ist im Rahmen des BMG-Modellprogramms „Verbesserung der Versorgung Pflegebedürftiger“ gefördert worden. Das seit 1991 laufende Modellprogramm wird vom iso-Institut wissenschaftlich begleitet.

Tabelle 68: Zusammenarbeit mit externen Dienstleistern (Fallstudie/Gesamt)

Zustimmung-	Haus E	Gesamt
Die Zusammenarbeit mit den Ärzten/innen klappt gut. (N Haus E = 9; 2) (N Gesamt = 173; 27)	77,8% 100,0%	78,6% 96,3%
Die Zusammenarbeit mit den Apotheken klappt gut. (N Haus E = 9; 2) (N Gesamt = 171; 27)	100,0% 100,0%	88,9% 92,6%
Die Zusammenarbeit mit den Krankenhäusern klappt gut. (N Haus E = 8; 2) (N Gesamt = 173; 27)	87,5% 50,0%	57,8% 48,1%

3. Zwischenfazit

Die Analyse der Belastungssituation in der Einrichtung E hat im Großen und Ganzen keine konkreten Anhaltspunkte für organisatorische Defizite in der Aufbau- und Ablauforganisation geliefert. Insbesondere im Vergleich zu den anderen Einrichtungen des Projektes sind sowohl die Ergebnisse der schriftlichen Befragung als auch die im Eingangsworkshop genannten Belastungsfaktoren als eher gering einzuschätzen. Es ist davon auszugehen, dass dafür die überschaubare Größe der Einrichtung, die hausinterne Bereitstellung aller Funktionsbereiche und nicht zuletzt die anthroposophische Grundhaltung ausschlaggebend sind. Insbesondere die anthroposophische Grundhaltung macht sich an der Atmosphäre und im Umgang mit den überwiegend gerontopsychiatrisch erkrankten Pflegebedürftigen bemerkbar und hat auch sehr positive Auswirkungen auf die Arbeitsbedingungen und die Mitarbeiterzufriedenheit. Allerdings sind durch den von der Belegschaft begrüßten Weggang der Pflegedienstleitung, deren Stelle noch nicht endgültig wiederbesetzt ist, und durch den Einsatz einer neuen – jungen und nach eigenen Aussagen relativ unerfahrenen – Wohnbereichsleitung personelle Veränderungen eingetreten. Diese personelle Neuaufstellung, verbunden mit dem Interesse der Heimleitung, arbeitsorganisatorische Optimierungen vornehmen zu wollen, kann für den weiteren Projektverlauf eventuell Belastungskonstellationen hervorrufen und sollte durch die Maßnahmenentwicklung adäquat begleitet werden; auch deshalb, weil in den Interviews durchaus vorsichtige Kritik an der Art und Weise bisher vorgenommener organisatorischer Neustrukturierungen geäußert wurde. Insgesamt scheint das Gleichgewicht zwischen der anthroposophischen Grundhaltung und der Notwendigkeit, auf wirtschaftliche Sachzwänge zu reagieren, neu bestimmt werden zu müssen, was auch eine gemeinsame Verständigung auf eine leistbare Pflegequalität beinhalten sollte.

B: Die Arbeit in den Gesundheitszirkeln

Exkurs: Probleme bei der Implementation des Gesundheitszirkels

Im Anschluss an die Auswertung der Ist-Analyse erfolgten in der Einrichtung für die Führungskräfte und für die Belegschaft zwei getrennte Ergebnispräsentationen. Beide Gruppen sollten dadurch die Möglichkeit erhalten, die zentralen Ergebnisse der Belastungsanalyse zunächst „in einem geschützten Raum“ aufnehmen zu können. Bei diesen Ergebnispräsentationen wurden von der **iso**-Mitarbeiterin Empfehlungen ausgesprochen, welche thematischen Schwerpunkte im weiteren Projektverlauf vorrangig bearbeitet werden sollen. In Absprache mit der Heimleitung, die für die Arbeit des Gesundheitszirkels letztendlich die organisatorischen und finanziellen Ressourcen bereitstellen musste, wurde zu diesem Zeitpunkt vereinbart, in der Einrichtung drei Gesundheitszirkel zu implementieren, die folgende Themenfelder bearbeiten sollten:

Im ersten Gesundheitszirkel **Arbeitsorganisation** sollten vier bis fünf Pflegemitarbeiter/innen vor allem des Wohnbereichs II arbeitsorganisatorische Belastungen konkretisieren mit dem Ziel, zeitliche Puffer im alltäglichen Arbeitsablauf zu identifizieren. Denkbar war in diesem Zusammenhang, das Leistungsspektrum in den Wohnbereichen nach Standardleistungen, Spezialleistungen und Akutleistungen zu differenzieren, Arbeitspläne und Arbeitsabläufe zu vereinbaren, eine Pausenregelung festzulegen und eine Lösung für die Zeitprobleme der Pflegekräfte beim Bewohnertransfer zum täglichen Morgenkreis zu entwickeln.

Im zweiten Gesundheitszirkel **Umgang mit Lasten und Hygieneanforderungen** sollten vier bis fünf Pflege- und Hauswirtschaftsmitarbeiter/innen der Frage nachgehen, warum in der Einrichtung im Vergleich zu den anderen Häusern technische Hilfsmittel so wenig genutzt werden und auch die Nachfrage nach kollegialer Unterstützung beim Heben und Tragen so wenig ausgeprägt ist. Für den Fall, dass der Zirkel in diesem Zusammenhang einen Weiterbildungsbedarf, z.B. in Bobath oder Kinästhetik herausarbeiten würde, wurde von der Heimleitung im Vier-Augen-Gespräch mit der **iso**-Mitarbeiterin zudem die Finanzierung einer solchen Schulung in Aussicht gestellt. Der Zirkel sollte sich auch mit den gesundheitlichen Belastungen, die sich im Zusammenhang mit dem Hygienethema angedeutet hatten, auseinandersetzen. Auch hier wurde im Falle eines Schulungsbedarfs, z.B. im Umgang mit Kanülen, Lanzetten und Spritzen, Unterstützung zugesagt.

Im dritten Zirkel schließlich sollte mit den Führungskräften der Einrichtung das Thema **Führung und Zusammenarbeit** bearbeitet werden, weil es insbesondere aus der Sicht des Heimleiters in der Einrichtung zwischen den Führungskräften keine gemeinsame Führungslinie gibt, dementsprechend die Zusammenarbeit oft sehr belastend sei und sich dies auch auf die Regelkommunikation und deren Inhalte auswirke.

Für die genannten Gesundheitszirkel wurden ein fester monatlicher Sitzungsrhythmus und die ersten vier Sitzungstermine vereinbart. Für die Teilnahme an den Zirkeln (Sitzungszeit ist Arbeitszeit) wollte der Heimleiter werben und ggf. gezielt Mitarbeiter/innen ansprechen, die beispielsweise über die notwendigen fachlichen oder kommunikativen Kompetenzen verfügen.

Nachdem alle diese Vereinbarungen bezüglich des weiteren Projektverlaufs getroffen waren, geriet (entgegen aller Erfahrungen, die mit den anderen Einrichtungen des Projektes gesammelt wurden) der gesamte Prozess zunächst ins Stocken und kam dann gänzlich zum Erliegen, weil es nach Aussagen des Heimleiters nicht gelungen war, Mitarbeiter/innen für die Gesundheitszirkelarbeit zu gewinnen. Wie die Kommunikation zum Projekt AIDA im Haus gesteuert wurde, d.h. wann z.B. die Mitarbeiter/innen informiert wurden und/oder ob die Teilnahmemodalitäten am Gesundheitszirkel ausreichend transparent waren, konnte von der Mitarbeiterin des **iso**-Instituts nicht rekonstruiert werden. Auch

hinsichtlich der Kommunikation zwischen **iso**-Institut und Einrichtung traten in dieser Projektphase erhebliche Schwierigkeiten auf. So wurden beispielsweise zwei Termine von der Heimleitung erst vor Ort, also am Tag der geplanten Zirkelarbeit abgesagt. Da zu diesem Zeitpunkt nicht zu entscheiden war, ob tatsächlich seitens der Mitarbeiter/innen kein Interesse an dem partizipativen Gestaltungsprojekt AIDA bestand, dessen Zielsetzung dezidiert den Arbeits- und Gesundheitsschutz in der Einrichtung verbessern und zu einer Reduzierung der Arbeitsbelastung beitragen sollte, wurde vom **iso**-Institut der Projektkoordinator ISG um Intervention gebeten. Weil das ISG, ebenso wie vorher das **iso**-Institut, in den Gesprächen mit der Heimleitung zu der Vermutung kam, dass sich das (vermeintlich) mangelnde Interesse der Mitarbeiter/innen auch auf interne Kommunikationslücken zurückführen lassen könnte, wurde der Vorschlag formuliert, mit einem direkten Anschreiben an alle Mitarbeiter/innen zu der konstituierenden Sitzung *eines* Gesundheitszirkels einzuladen. Diesem stimmte die Heimleitung zu. Da es zudem gelungen war, die zwischenzeitlich neu eingestellte Pflegedienstleitung⁵⁶ und deren Stellvertreterin für das Projekt zu interessieren, und diese beiden Leitungskräfte einrichtungsintern für das Projekt warben, fand am 12. Juni die erste Zirkelsitzung mit sechs Mitarbeiter/innen, der Pflegedienstleitung und deren Stellvertreterin sowie einer Mitarbeiterin des ISG und des **iso**-Instituts statt.

Aufgrund der erheblichen Verzögerungen im Projektverlauf und wegen der Informationsdefizite der neuen Ansprechpartnerinnen wurden in einem Vorgespräch zwischen **iso**-Institut, Pflegedienstleitung und deren Stellvertreterin die Projektzielsetzung und die Ergebnisse der Ist-Analyse nochmals ausführlich dargestellt. Ferner wurden konzeptionelle Anpassungen für den weiteren Projektverlauf vorgenommen. Diese bestanden zum einen darin, die Zirkelarbeit nach der mittags stattfindenden ersten Sitzung komprimiert in Form eines Tagesworkshops fortzuführen, da auch angesichts der anstehenden Sommerferien in NRW ein Vorgehen in Intervallen, d.h. in mehreren zweistündigen Zirkelsitzungen, nicht mehr zu realisieren war. Zweitens hatte das ISG angeboten, eine Schichtbeobachtung durchzuführen. Das Vorhaben wurde dahingehend erweitert, dass das vom ISG entwickelte und später eingesetzte Instrument zur Tätigkeitsbeobachtung einer examinierten Fachkraft auch vom **iso**-Institut genutzt werden konnte, sodass zusätzlich auch eine Pflegehelferin begleitet wurde.⁵⁷

Mit den beiden Vereinbarungen Tagesworkshop und Schichtbeobachtung galt es im nächsten Schritt, die Teilnehmer/innen der ersten Gesundheitszirkelsitzung über das Projekt AIDA zu informieren und vor allem diese für eine weitere Mitarbeit im Gesundheitszirkel zu gewinnen. Wie sich zu Beginn der ersten Sitzung herausstellte, war keine der anwesenden Mitarbeiter/innen aktiv am Eingangsworkshop oder bei den Interviews der Analysephase beteiligt gewesen, sodass auch im Zirkel Projektidee und Analyseergebnisse nochmals dargestellt werden mussten.

Nachdem das **iso**-Institut eine Empfehlung ausgesprochen hatte, welche thematischen Schwerpunkte im weiteren Projektverlauf vordringlich zu bearbeiten seien (Arbeitsorganisation, Kommunikation, Umgang mit Lasten) und erläutert hatte, wie sich die Zirkelarbeit in Form eines Tagesworkshops gestalten würde, verständigten sich die Anwesenden nach kurzer Diskussion darauf, das Thema Arbeitsorganisation weiter bearbeiten zu wollen.⁵⁸

In gemeinsamer Absprache auch mit der Pflegedienstleitung wurde schließlich ein Termin für den Tagesworkshop verabredet, an dem zwei examinierte Kräfte und zwei Pflegehelferinnen teilnehmen sollten. Ferner wurde von den Pflegekräften das Einverständnis zur Schichtbeobachtung gegeben und diese so terminiert, dass sie vor dem Workshop stattfinden und die Ergebnisse in die Gesundheitszirkelarbeit einfließen konnten. Aus diesem Grund hat dann auch eine Mitarbeiterin des ISG am Workshop teilgenommen, wobei sich ihre Rolle weitestgehend auf die Präsentation der Ergebnisse be-

⁵⁶ Die PDL übernimmt außerdem auch die Position der stellvertretenden Heimleiterin.

⁵⁷ Vgl. Mehlan (2008) (im Erscheinen).

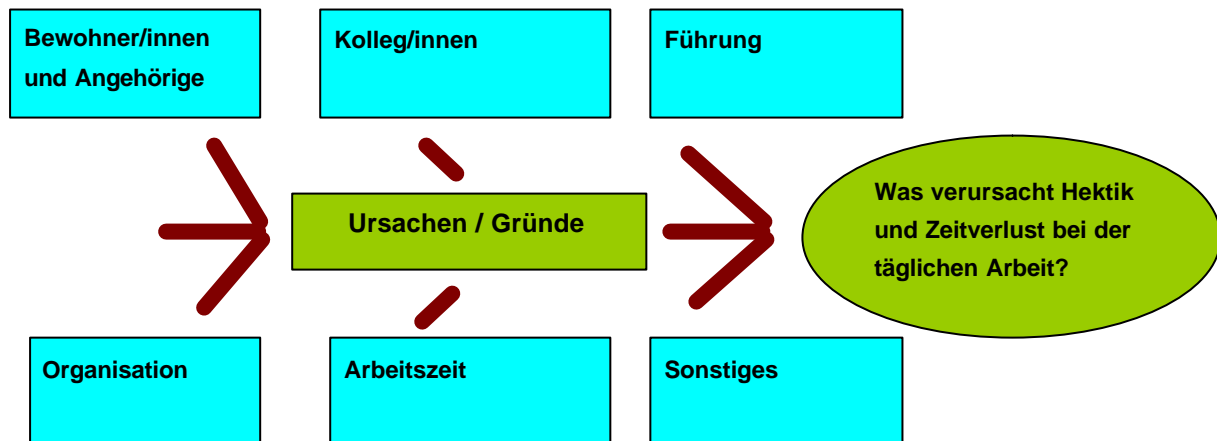
⁵⁸ Zu diesem Zeitpunkt hatten PDL und stellvertretende PDL die Sitzung bereits verlassen, um den Mitarbeiter/innen einen offenen Austausch zu ermöglichen.

schränkte und die Moderation des Workshops entsprechend der Projektkonzeption dem **iso**-Institut oblag.

1. Problembeschreibung und Ursachenanalyse

Nachdem die Pflegedienstleitung einen externen Veranstaltungsort für den Tagesworkshop organisiert hatte, konnte im August der Workshop in der Zeit von 8.00 bis 16.00 Uhr durchgeführt werden.

Nach einer kurzen Einführung und Übersicht über die zeitliche Strukturierung des Tagesworkshops erfolgte der thematische Einstieg über die Leitfrage „Was verursacht Hektik und Zeitverlust bei der täglichen Arbeit?“ Anhand vorgegebener Kategorien wurden die über die Moderationsmethode erfragten Beiträge der Pflegekräfte fünf Handlungsebenen zugeordnet.



Bei dieser Leitfrage wurde entsprechend der thematischen Schwerpunktsetzung zwar auf die Arbeitsorganisation im Wohnbereich bzw. in der Einrichtung fokussiert, trotzdem sollte sich aber durch die im Vergleich zu den anderen Gesundheitszirkeln gewählte relativ offen gefasste Frage die Möglichkeit bieten, neben der Kategorie Organisation auch andere potenzielle Belastungsquellen zu identifizieren. Hinsichtlich der Ergebnisse dieses ersten Bearbeitungsschritts wurden dementsprechend zum einen zu allen angebotenen Kategorien Zuordnungen in der Problembenennung vorgenommen. Zum anderen haben sich aber – wie nach der konstituierenden Zirkelsitzung abzusehen war – entsprechende Häufungen bei den Kategorien Organisation, Arbeitszeit und Führung ergeben. Da sich bei der Erläuterung der auf den Karten genannten Stichworte abzeichnete, dass diese nicht alle trennscharf einer der angebotenen Kategorien zugeordnet werden konnten, nahm die Moderatorin in der ersten Pause auf der Grundlage der Diskussionsergebnisse eine neuerliche Gruppierung der genannten Probleme und Zuspitzung der Bearbeitungskategorien vor, um entlang dieser Strukturierung die weiteren Arbeitsschritte vorbereiten zu können.

Kategorie: Zusammenarbeit, Arbeitsteilung und Arbeitsbeginn in den Wohnbereichen

Hinsichtlich der konkreten Organisation der Zusammenarbeit zwischen den Mitarbeiter/innen der einzelnen Schichten hat sich bei der Problemanalyse ein sehr geringer Strukturierungsgrad herauskristallisiert. Dies äußerte sich darin, dass zwar jede Pflegekraft, insbesondere der Frühschicht, eine an der Architektur des Wohnbereichs orientierte Anzahl von Bewohner/innen zu versorgen hatte, durch dieses Denken in „individuellen Arbeitspaketen“ geriet eine wohnbereichsübergreifende Abstimmung und Bewältigung aller Arbeitsaufgaben aber in den Hintergrund. Vor allem die examinierte Fachkraft, die als Schichtleitung für alle organisatorischen Fragen, für die täglichen Tropfenstellung und für die gesamte Behandlungspflege zuständig war, hatte kaum die Möglichkeit einen Teil ihrer (pflegerischen) Aufgaben zu delegieren, wenn z.B. medizinische Zwischenfälle wie eine Krankenhauseinweisung oder die medizinische Behandlungspflege einen unerwartet großen Arbeitszeitbedarf erforderten. Diese fehlende Abstimmung und Unterstützung unter den Pflegekräften war in der gemeinsamen Diskussion zum einen damit begründet worden, dass auch die Pflegehelfer/innen viele Aufgaben zu bewältigen hätten. „Ich konnte nichts übernehmen, weil ich noch die Spülmaschine ausräumen musste, wer deckt dann den Mittagstisch?“. Neben der sich darin abzeichnenden fehlenden (zeitlichen) Priorisierung der Tätigkeiten wurde aber zudem deutlich, dass es infolge der vorgenommenen Anpassung der Arbeitszeiten an die allgemeinen täglichen Arbeitsspitzen und -täler tatsächlich auch keine gemeinsamen Besprechungszeiten mehr gab, an denen eine an den aktuellen Erfordernissen orientierte Umverteilung der Arbeitsaufgaben hätte stattfinden können. Da die examinierte Kraft die Übergabe mit der Nachtschicht um 6:30 Uhr weitestgehend alleine vornimmt, weil die anwesende Pflegehelferin bereits auf die vielen wachen Bewohner/innen reagiert, müssen alle wesentlichen Informationen auch an die zweite Pflegehelferin, die in der Regel um 7:00 Uhr beginnt, häufig zwischen Tür und Angel weitergegeben werden. Mit dieser Zustandsbeschreibung, die auch durch die Schichtbeobachtung bestätigt wurde, sind im Gesundheitszirkel bei der Problemdefinition neben den fehlenden Besprechungszeiten schließlich auch die Anfangszeiten der (Früh-)Schichten und die fehlenden Dokumentationszeiten zum Schichtende problematisiert worden.

Kategorie: Arbeitsorganisatorische Hausvorgaben

Neben den wohnbereichsinternen Schwierigkeiten beim Aufbau einer funktionalen Ablauforganisation gab es in der ersten Phase der Problembenennung auch zahlreiche Kritikpunkte, die die arbeitsorganisatorischen Hausvorgaben betrafen. Moniert wurden beispielsweise alle „überflüssigen“ Arbeitsunterbrechungen durch die Leitungskräfte vor zehn Uhr, die auch zu einem späteren Zeitpunkt erfolgen könnten. Besonders die morgendliche Stehkonferenz um 9:00, an der alle Leitungskräfte⁵⁹ und die jeweiligen Schichtleitungen⁶⁰ der Wohnbereiche verpflichtend teilnehmen müssen, fällt in eine extrem arbeitsintensive Pflegephase und erzeugt bei den Pflegekräften enorme arbeitszeitliche Belastungen. Der Eindruck, dass sich in der Einrichtung die Organisation der Kernaufgabe Pflege häufig an den Vorgaben anderer Bereiche orientieren muss, wurde auch durch andere Sachverhalte verdeutlicht. So muss die Pflege den Bewohnertransfer zum Morgenkreis des Sozialen Dienstes pünktlich bis 10:30 bewerkstelligen. Dazu wird die überwiegende Zahl der Bewohner/innen, die an diesem sehr positiv angenommenen tagsstrukturierenden Angebot teilnehmen wollen⁶¹, mit dem Aufzug von den beiden Wohnbereichen in den großen Veranstaltungsraum im Erdgeschoss gebracht. Da die meisten Bewohner/innen entweder im Rollstuhl sitzen oder mit Rollatoren ausgerüstet sind, der Aufzug dann aber nur maximal drei Personen und die Pflegekraft befördern kann, stehen ab zehn Uhr – so hat es sich bei der Schichtbeobachtung dargestellt – alle gemeinsam vor dem Aufzug Schlange. Diese „Prozessi-

⁵⁹ Heimleitung, Pflegedienstleitung, Leitung Tagespflege, Leitung Sozialer Dienst, Leitung Hauswirtschaft, Leitung Küche.

⁶⁰ In der Regel die einzige examinierte Fachkraft der Frühschicht.

⁶¹ Selbstverständlich ist ein solches Angebot für die Bewohner/innen ein in vielerlei Hinsicht ganz wichtiges, den Einrichtungsalltag unerbrechendes Ereignis, das in der Konsequenz die Pflegekräfte entlastet.

on“ wiederholt sich gegen 12.00 Uhr in umgekehrter Richtung, während gleichzeitig die Vorbereitungen für das Mittagessen getroffen werden.

Eine zusätzliche, aus der Sicht der Pflegekräfte erst recht nicht nachzuvollziehende Transferaufgabe besteht darin, die Bewohner/innen neuerdings zu ihrem Friseurtermin im Erdgeschoss der Einrichtung begleiten zu müssen, während der frühere Pächter des Friseursalons und auch die Fußpflegerin die Bewohner/innen aus den Wohnbereichen selbst abgeholt hat bzw. abholt.

Neben dem Bewohnertransfer wurden des Weiteren Schwachstellen in der Organisation der Wäsche, die bis 11.00 von der Pflege in die Wäscherei der Einrichtung gebracht werden muss, und bei der allgemeinen Materialversorgung angesprochen. So standen zum Zeitpunkt des Workshops seit einer vorgenommenen Umstellung in der Wäscherei (samstags wird nicht mehr gewaschen) an den Wochenende bzw. am Montagmorgen keine ausreichende Zahl an sauberen Handtüchern, Waschlappen usw. zur Verfügung, weil das am Freitag zu waschende Kontingent nicht entsprechend erhöht wurde. Insgesamt – und auch das wurde bei der Schichtbeobachtung bestätigt und quantifiziert⁶² – müssen die Pflegekräfte ihre Arbeit häufig unterbrechen, weil Material (Handtücher, Waschlappen, Arbeitshandschuhe oder auch Material für die Behandlungspflege) fehlt. Diese organisatorischen Mängel berühren zum einen die grundsätzliche Frage, nach welchem System die Einrichtung ihr Material bestellt und aufbewahrt, sie erfordern zum anderen aber auch eine Klärung dahin gehend, wer in den Wohnbereichen für das Auffüllen der Bestände zuständig ist bzw. in welchem Zustand ein „Arbeitsplatz“ für die nachfolgende Schicht überlassen werden soll.

Als letzten hervorzuhebenden Punkt der Probleme, die aus den arbeitsorganisatorischen Hausvorgaben resultieren, soll auf die Dienstplanerstellung und auf Aspekte der arbeitszeitlichen Belastungen eingegangen werden. Für die Dienstplanerstellung ist in der Einrichtung die Pflegedienstleitung zuständig, und dies wird von den examinierten Pflegefachkräften auch als Entlastung wahrgenommen. Belastend ist jedoch, dass eine examinierte Kraft den Dienstplan dann auf seine Richtigkeit hin überprüfen muss und dass bei Krankheitsfällen generell die jeweilige Schichtleitung die Vertretung selbst organisieren hat. Des Weiteren findet im Zusammenhang mit der Dienstplanerstellung eine jährliche Urlaubsplanung statt. Diese dient zwar der Einrichtung als Planungshilfe, für die Pflegekräfte bleibt aber die Urlaubsplanung solange unverbindlich, bis die Urlaubsanträge von der Leitung (schriftlich) bewilligt sind, und dies geschieht nach der bisher gängigen Praxis immer erst kurz vor dem geplanten Urlaubstermin. Bei dieser Vorgehensweise wird nicht nur eine familienfreundliche Urlaubsplanung unnötig erschwert, sondern auch unter ökonomischen Gesichtspunkten unnötig verteuert.⁶³ Im Zusammenhang mit der Urlaubsplanung wurden außerdem die Unsicherheiten hinsichtlich des Arbeitsbeginns nach dem Urlaub beschrieben. Diese bezog sich vor allem auf die Frage, wie der Sonntag im Anschluss an einen Urlaub zu bewerten ist bzw. konkreter, wie viele Urlaubstage eine Pflegekraft nehmen muss, wenn sie z.B. eine Woche (von Samstag bis zum übernächsten Sonntag) wegfahren möchte.⁶⁴

Bei den arbeitszeitlichen Belastungen wurde vor allem problematisiert, dass es den Pflegekräften selten gelingt, ihre halbstündigen Pausen zu nehmen, diese aber trotzdem bei der Arbeitsentgeltberechnung berücksichtigt wird. Die Pflegekräfte sind zudem nicht darüber informiert, ob und in welcher Höhe ihre Mehrarbeit bzw. ihre Überstunden erfasst werden. Obwohl diese Zeiten im Folgemonat

⁶² Nach den Auswertungen der Tätigkeitsbeobachtung hatte die Pflegefachkraft 59 und die Pflegehilfskraft 11 Unterbrechungen während der Frühschicht. Bei der Fachkraft waren davon 15 bei der Hilfskraft 7 der Unterbrechungen auf fehlendes Material zurückzuführen. Vgl. Mehlan (2008).

⁶³ Im Gesundheitszirkel schilderte eine iranische Pflegehelferin die Nachteile, die z.B. bei einer sehr späten Flugbuchung in den Iran entstehen, wenn sie in ihrem Urlaub ihre Mutter besuchen will.

⁶⁴ In der Vergangenheit war es vorgekommen, dass die Mitarbeiter/innen aus ihrem Urlaub zweiwöchigen Urlaub in Eigeninitiative in der Einrichtung anrufen mussten, um zu erfahren, wann sie wieder arbeiten sollten. Manche sind dann trotz anderer Planung und mit erheblichen zusätzlichen Kosten vorzeitig, z.B. samstags aus dem Urlaub zurückgekehrt, um die Frühschicht am Sonntag zu übernehmen, während der Rest der Familie die Rückfahrt am Sonntag antrat.

finanziell ausgeglichen werden, geht aus der Gehaltsabrechnung nicht eindeutig hervor, wie viel Stunden dieser Berechnung zugrunde liegen.

Hinzu kommt, dass den Pflegekräften manchmal bei hohem zeitlichem Arbeitsaufwand eher der Eindruck vermittelt wird „sie organisieren die Arbeit schlecht und müssen deshalb auch mehr arbeiten.“

Kategorie Rückhalt von der Heimleitung

Die oben geschilderte Haltung trifft einen vermutlich für alle Pflegekräfte wunden Punkt, der die Anerkennung und Wertschätzung der (Pflege-) Arbeitsleistungen betrifft. Dies wird zwar mehrheitlich im Zusammenhang mit der gesellschaftlichen Anerkennung der Pflegearbeit thematisiert, es manifestiert sich zumindest in der Einrichtung aber auch im „Feedback“, indem die Heimleitung „die Pflege nicht genug würdigt“ und „weil die Arbeitszeiten nicht ausreichend für die Pflege verwendet werden können.“

Sonstige Kategorien

Da im nächsten Arbeitsschritt des Workshops eine Priorisierung und Auswahl der weiter zu bearbeitenden Themenfelder erfolgte, werden abschließend zu diesem Unterkapitel die außerdem genannten dann zurückgestellten Problemfelder stichwortartig aufgelistet:

- **Kurzzeitpflege:** Im Wohnbereich I werden neben der stationären Pflege auch Kurzzeitpflegegäste versorgt. Die kurzen Verweildauern, die häufigen Aufnahmen und der teilweise sehr hohe behandlungspflegerische Aufwand stellen ein eigenes sehr umfassendes Problemfeld in der Versorgung Pflegebedürftiger dar.⁶⁵
- **Arbeitsverträge:** Bestimmte arbeitsvertragliche Inhalte wie z.B. die Bezahlung der vertraglich vereinbarten Wochenarbeitszeit im Falle eines Minusstundenaufbaus, mussten in der Vergangenheit vor dem Arbeitsgericht verhandelt werden.
- **Angehörige und Bewohner/innen:** Es ist sehr schwer, beiden Kundegruppen verständlich zu machen, dass bestimmte Wünsche und Bedürfnisse nicht immer sofort erfüllt werden können, da immer auch andere Bewohner/innen und Angehörige zeitgleich Ansprüche an die Pflegekräfte formulieren.
- **Fachkraftquote:** Da in jeder Schicht normalerweise nur eine examinierte Pflegekraft anwesend ist, können bestimmte Tätigkeiten im täglichen Ablauf nicht mehr delegiert oder von einer zweiten Fachkraft ausgeführt werden.
- **Abstimmung mit der Reinigung:** Da die Reinigung die Bewohnerzimmer erst sauber machen kann, wenn die Pflgetätigkeit beendet ist und die Bewohner/innen zum Frühstücksbereich begleitet wurden, gibt es abhängig von der täglichen Arbeitsbewältigung Abstimmungsprobleme zwischen den beiden Statusgruppen.

⁶⁵ Vgl. Blass (2001) und Geiger; Kirchen-Peters (2007).

2. Priorisierung und Benennung des Sollzustandes

Angesichts der in 1.1 erfolgten umfangreichen und in der Erläuterung sehr ausführlichen Problemdefinition musste im anschließenden Workshopverlauf von den Zirkelmitarbeiter/innen zunächst eine Themenauswahl erfolgen. Dazu erhielt jede der vier Teilnehmer/innen drei Bewertungspunkte, die sie für die in der Pause durch die Moderatorin zwischenzeitlich neu zusammengefassten Themen vergeben konnte. Die für Teilnehmer/innen zur Bewertung angebotenen Themen, die diesen zugeordneten Stichpunkte und die Bewertungsergebnisse sind in der folgenden Tabelle zusammengefasst.

Thema	Punkte	Stichworte
Zusammenarbeit; Arbeitsteilung; Arbeitszeit in den Wohnbereichen	3	Wer macht was Denken in Arbeitspaketen Prioritätensetzung Arbeit delegieren Auf- und Abschließen der Wäscheschränke Tropfen stellen, medizinische Zwischenfälle Übergabe Arbeitsbeginn Zeit für Dokumentation
Arbeitsorganisatorische Hausvorgaben	3	Morgenkreis Bewohnertransfer Stehkonferenz Wäscheproblematik Dienstplanerstellung
Rückhalt „von der Heimleitung“	1	Unverständnis und zu wenig Zeit für die Pflegearbeit Fehlende Anerkennung
Erfassung von Überstunden und Pausenzeiten	2	Pausen Überstunden und Mehrarbeit
Fehlendes Material	1	Organisation der Bestellung und des Nachfüllens
Kurzzeitpflege	1	Behandlungspflege, Verweildauer
Arbeitsverträge	1	Gehaltsabrechnung
Verständnis Angehörige		Fehlendes Verständnis, großer Gesprächsbedarf, oft vor 10:00 Uhr.
Erwartungshaltung Bewohner/innen		Gleichzeitigkeit der Erwartungen
Fachkraftquote		nur eine examinierte Kraft pro Schicht
Abstimmung mit Reinigung		Reinigung treibt Pflege an

Im Anschluss an die vorgenommene Auswahl der weiter zu bearbeitenden Themen erhielten die Mitarbeiter/innen die Aufgabe, entlang der genannten Stichworte den gewünschten Soll-Zustand zu formulieren.⁶⁶ Bei dieser Aufgabe war es zunächst nicht relevant, ob und wie dieser Soll-Zustand erreicht werden kann, sondern es sollte benannt werden, wie das gewünschte Ziel aussehen müsste, um die Belastungen zu reduzieren. Als die Teilnehmer/innen des Workshops die Sollzustände benannt hatten, wurde sichtbar, dass in manchen Bereichen der gewünschte Soll-Zustand gleichzeitig bereits die mögliche Maßnahme zur Zielerreichung darstellte. In diesen Fällen waren die Zirkelmitarbeiter/innen entweder nicht mehr in der Lage, ohne Rücksprache mit Dritten substanzielle Umsetzungsschritte zu entwickeln oder der Soll-Zustand hatte „lediglich“ einen appellativen Charakter und angesichts der knapp bemessenen Zeit war es an diesem Tag nicht möglich, diesen kleinschrittig zu operationalisieren und zu vertiefen. Da die Pflegedienstleitung und deren Stellvertreterin eine umfassende Dokumentation des Workshopverlaufs erhalten sollten bzw. eine gemeinsame Ergebnisbesprechung geplant war, war es prinzipiell möglich, gemeinsam mit den Führungskräften diese Themen Schritt für Schritt weiter zu bearbeiten, beispielsweise in den monatlich stattfindenden Teambesprechungen der Wohnbereiche oder im Qualitätszirkel. Zudem – und das hat sich als sehr wichtig für die gesamte Beurteilung des in dieser Einrichtung durchgeführten Projektes erwiesen – waren durch die vorgenommene Problemdefinition und durch das Formulieren des gewünschten Soll-Zustandes die Sichtweise und Wahrnehmung der Pflegekräfte herausgearbeitet worden. Damit war eine Diskussionsgrundlage geschaffen und ein echtes Partizipationsangebot unterbreitet, dem die Führungskräfte ihre Problemdefinition und Sichtweise gegenüberstellen konnten, um dann gemeinsam eine für alle bestmögliche Lösung anzustreben.

In der folgenden Tabelle sind die Definitionen des Sollzustandes, die im weitesten Sinne als Maßnahmen zu begreifen sind, aufgelistet:

Thema: Zusammenarbeit; Arbeitsteilung; Arbeitszeit in den Wohnbereichen

Problemfeld/ Arbeitsbelastung	Soll-Zustand/ Maßnahme
Denken in Arbeitspaketen/ Prioritätensetzung	Die Kolleg/innen müssen sich gemeinsam verantwortlich fühlen für die Erledigung aller Arbeitsaufgaben einer Schicht.
Arbeit delegieren	Es müssen klare, verlässliche Absprachen getroffen werden, wenn Arbeit abzugeben ist.
	Die Kommunikation muss eindeutig sein, und es muss sichergestellt sein, dass alle „dasselbe“ meinen.
	Wenn Arbeit abgegeben wurde, muss die übernehmende Kraft auch die Verantwortung für die Erledigung übernehmen. D.h. Rückmeldung, ob die Arbeit erledigt wurden oder nicht.
Auf- und Abschließen	Das häufige Auf- und Abschließen des Dienstzimmers sollte durch eine elektronische (Zahlenkombination) Installation vereinfacht werden.
	Das Auf- und Abschließen der Wäscheschränke soll abgeschafft und die Wäsche wieder frei zugänglich werden.
Medizinische Zwischenfälle	Es müsste eine weitere examinierte Fachkraft anwesend sein.
Zeit für Dokumentation	Den examinierten Kräften muss über eine Arbeitszeitverlängerung die Möglichkeit gegeben werden, die Dokumentationsaufgaben durchzuführen.

⁶⁶ In den folgenden Tabellen sind vereinzelt noch weitere Probleme aufgeführt, die in 1.1 nicht in alle ausführlich beschrieben wurden.

Thema: Arbeitsorganisatorische Hausvorgaben

Problemfeld/ Arbeitsbelastung	Soll-Zustand/ Maßnahme
Morgenkreis	Der Bewohnertransfer zum Morgenkreis soll nicht mehr (ausschließlich) durch die Pflege erfolgen.
	Bei der Aufzugnutzung muss es eine bessere Koordination geben, d.h. zu diesen Zeiten sollen möglichst nicht auch noch Waren angeliefert werden.
Bewohnertransfer	Der Bewohnertransfer zum Friseur soll nicht mehr durch die Pflege erfolgen.
Stehkonferenz	Bei der morgendlichen Stehkonferenz nimmt kein/e Vertreter/innen der Wohnbereiche teil.
Organisation von Krankenfahrten	Die Organisation von planbaren Arzt- und Krankenhausfahrten soll durch die Verwaltung oder Pforte erfolgen.
Wäscheproblematik	Das alte System bei der Wäscheorganisation soll wieder eingeführt werden.
Dienstplanerstellung	Die Verantwortung für die Erstellung des Regeldienstplans und für die Organisation von Krankheitsvertretungen liegt bei der Pflegedienstleitung.
	Bei Urlaubsanträgen soll es eine klare (schriftliche bzw. unterschriebene) Rückmeldung innerhalb von einer Woche nach Abgabe geben.
	Wenn eine volle Urlaubswoche beantragt wird (5,5 Tage) wird grundsätzlich erst montags wieder gearbeitet. Der Sonntag bleibt dann dienstfrei.
Störungen vor 10.00 Uhr	Die Telefonumleitung von der Verwaltung in die Wohnbereiche muss abgestellt werden.
	Pflegedienstleitung oder stellv. Pflegedienstleitung sollen die Pflege vor 10.00 Uhr nur bei dringenden und wichtigen hausinternen Angelegenheiten unterbrechen.

Thema: Rückhalt „von Oben“

Problemfeld/ Arbeitsbelastung	Soll-Zustand/ Maßnahme
Unverständnis für die Arbeit der Pflege	Die Pflegezeit muss für die Pflege verwendet werden dürfen.
	Es sollte mehr Anerkennung z.B. in Form von Loben für das täglich geleistete Arbeitspensum geben.

Thema: Erfassung von Überstunden

Problemfeld/ Arbeitsbelastung	Soll-Zustand/ Maßnahme
Unklare Regelung für Überstunden	Die Zeiterfassung soll gerecht und transparent sein.
	Es muss eine Regelung für den Überstundenausgleich geben.
	Überstunden sollten anerkannt und respektiert werden.

Thema: Fehlendes Material

Problemfeld/ Arbeitsbelastung	Soll-Zustand/ Maßnahme
Organisation des Bestellwesens und der Vorratshaltung	Der Hausbestand an Wäsche muss erhöht werden.

3. Die Konkretisierung der Maßnahmen

Während wie dargestellt ein Teil der definierten Soll-Zustände im weitesten Sinne als Maßnahmen zu begreifen waren, an denen im Tagesworkshop nicht mehr weiter gearbeitet werden konnte, war es den Pflegekräften dagegen bei anderen Aspekten möglich, im Rahmen des Workshops eine weitere Konkretisierung der Maßnahmenschritte vorzunehmen. Das bezog sich auf den gesamten Themenbereich Zusammenarbeit, Arbeitsteilung und Arbeitszeit in den Wohnbereichen. Auch bei diesen Problemfeldern hatten die Zirkelmitarbeiter/innen Soll-Zustände definiert, zusätzlich wurden aber in diesem Zusammenhang Fragen formuliert, die bei der Maßnahmenentwicklung aufgegriffen und beantwortet werden sollten:

Thema: Zusammenarbeit; Arbeitsteilung; Arbeitszeit in den Wohnbereichen

Problemfeld Arbeitsbelastung	Soll-Zustand/ Maßnahme	Offene Fragen
Wer macht was?	Es muss klar definiert sein, was zu den Leitungsaufgaben gehört und was zu den einzelnen Arbeitsaufgaben oder Arbeitsprozessen gehört.	Um welche Prozesse/Aufgaben handelt es sich? Gibt es eine Prozessbeschreibung, wer ist verantwortlich? Gibt es z.B. im Qualitätshandbuch eine Verfahrensanleitung?
Tropfen stellen	Die examinierte Kraft muss vor ihrem pflegerischen Arbeitsbeginn die Möglichkeit haben, die Tropfen in Ruhe stellen zu können.	Wie könnte dies gelingen, was ist dafür notwendig?
Übergabe	Es muss eine gemeinsame Übergabe stattfinden. Der Informationsfluss muss verbessert werden.	Wann, wo und wie oft sollte eine Übergabe bzw. eine Verständigung über den aktuellen Arbeitsstand stattfinden?
Arbeitsbeginn	Der Arbeitsbeginn der Frühschichtmitarbeiter/innen muss neu organisiert werden.	Was heißt das konkret?
Zeit für Dokumentation	Die Dokumentation muss zeitnah möglich sein.	Wie und wo könnten die Dokumentationsaufgaben in den Ablaufplan eingefügt werden?
Pausenzeiten	Wenigstens zehn Minuten Pause ohne Störung pro Schicht.	Wann und wo soll die Pause stattfinden?

Angesichts der konkret aufgelisteten Soll-Zustände und vor dem Hintergrund der im gesamten Workshopverlauf erkennbar gewordenen Probleme bei der Ablauforganisation der Tätigkeiten in den Wohnbereichen beschlossen die Zirkelmitglieder damit zu beginnen, einen Ablaufplan für einen Arbeitstag zu entwickeln. Dazu wurden zunächst zwei arbeitszeitliche Maßnahmen entworfen, die die Pausenregelung und die Dienstzeiten der Frühschicht betreffen.

Maßnahme Pausenregelung

Gemeinsames Motto:

„Wir nehmen uns täglich wenigstens **zehn Minuten** Pause.“ „Wir passen aufeinander auf und unterstützen uns gegenseitig, damit jede und jeder Pause auch nehmen kann.“

Regelung:

Die examinierte Fachkraft:	nimmt ihre Pause zwischen 09.30 Uhr und 10.00 Uhr
Die erste Hilfskraft	nimmt ihre Pause zwischen 10.00 Uhr und 10.30 Uhr
Die zweite Hilfskraft	nimmt ihre Pause zwischen 10.30 Uhr und 11.00 Uhr
Die dritte Hilfskraft	braucht keine Pause aufgrund der Schichtlänge (weniger als sechs Stunden).
Spätschicht	keine Vorgaben. Die Spätschicht soll ausprobieren, wann die beste Pausenzeit ist.

Vereinbarungen:

Pausen finden im Pausenraum oder im Freien statt:

Eventuell soll der Pausenraum durch das Pflegepersonal verschönert werden.

Die Pause muss störungsfrei sein, d.h. es wird kein Telefon oder Piepser mitgenommen.

Im Pausenraum hängt ein Formblatt, in das sich die Pflegekraft einträgt, damit zu einem späteren Zeitpunkt erkennbar ist, ob die Maßnahme umgesetzt wurde.

Maßnahme Dienstzeiten Frühschicht

Es gibt in der Frühschicht vier unterschiedliche Dienstzeiten:

FS1: 06:30 bis 14:30	examinierte Pflegekraft (20 Minuten länger als bisher, um den gegenüber den Pflegehelfer/innen umfangreicheren Dokumentationsaufwand bewältigen zu können)
FS2: 06:30 bis 11:00	erste/r Pflegehelfer/in (Helfer/in mit der kurzen Schicht fängt als erste/r an)
FS3: 07:00 bis 14:00	zweite/r Pflegehelfer/in
FS4: 07:00 bis 14:00	dritte/r Pflegehelfer/in

Nachdem sich die Zirkelmitglieder auf diesen arbeitszeitlichen Rahmen verständigt hatten, begannen die Pflegekräfte damit, einen zeitlichen Ablaufplan zu entwickeln. Dazu wurden in einem chronologischen Ablauf zeitliche Orientierungspunkte markiert, und es wurde durchgesprochen, welche Tätigkeiten und welche Aufgaben von den jeweiligen Mitarbeiter/innen in dieser Zeitspanne zu übernehmen sind. Besonders wichtig war es den Zirkelmitgliedern, in diesen Ablaufplan auch gemeinsame Besprechungszeiten aufzunehmen, damit die im Tagesworkshop an unterschiedlicher Stelle angesprochenen fehlenden Absprachen untereinander zukünftig möglich werden und dann die Arbeitsverteilung des gesamten Wohnbereichs tatsächlich flexibel an das aktuelle Tagesgeschehen angepasst werden kann. Ebenso wurde auch die Pausenregelung fest im Ablaufplan verankert.

Maßnahme Ablaufplan			
Uhrzeit	Mitarbeiter/in	Tätigkeit	Anmerkung
06:30	Arbeitsbeginn examinierte Pflegekraft	Übergabe mit der Nachtschicht. Tropfen stellen.	
06:30	Arbeitsbeginn erste/r Pflegehelfer/in	Auf das Bewohnerklingeln reagieren. Beginn mit Pflege Tätigkeit.	
07:00	Arbeitsbeginn zweite/r und dritte/r Pflegehelfer/in	Pflege Tätigkeiten.	
07:00 bis 07:10	Alle anwesenden Pflegekräfte	Gemeinsame Übergabe, Arbeitsbesprechung und -koordination, Aufgabenverteilung.	
07:00 bis 10:00	Alle anwesenden Pflegekräfte	Beginn bzw. Fortsetzung mit den vereinbarten Arbeitsaufgaben.	
09:30 bis 10:00	Examierte Pflegekraft nimmt zehn Minuten Pause		
10:00 bis 10:05	Alle anwesenden Pflegekräfte	Gemeinsame Arbeitsverlaufskontrolle. Gelegenheit Arbeit zu delegieren, Zeit für Absprachen und ggf. Neuaufteilung der verbleibenden Arbeitsaufgaben. Pflegedienstleitung könnte dazu kommen, falls es von ihrer Seite dringende Besprechungspunkte gibt.	Wer zuerst am Treffpunkt ist, schlägt einen Gong (der noch zu besorgen ist), damit die anderen Kolleginnen wissen, es geht los.
10:05 bis 10:30	Erste/r Pflegehelfer/in zehn Minuten Pause		

Da an dieser Stelle die inhaltliche Arbeit des Workshops aus zeitlichen Gründen beendet werden musste, trafen die Mitarbeiter/innen für das weitere Vorgehen folgende Vereinbarungen:

Die **iso**-Mitarbeiterin fertigt zur Ergebnissicherung ein ausführliches Protokoll an. Dieses wird den Zirkelmitgliedern per Post zugestellt und dann in einer weiteren gemeinsamen Zirkelsitzung in der Einrichtung durchgesprochen und auf seine Richtigkeit hin überprüft. Wenn noch Zeit verbleibt, soll am Ablaufplan weitergearbeitet werden.

Nachdem eventuelle Änderungen und Ergänzungen in das Protokoll eingefügt sind, erhalten Pflegedienstleitung und Stellvertretung das Protokoll. Wenn es zeitlich einzurichten ist, werden die Zirkelmitglieder den beiden mit Unterstützung der **iso**-Mitarbeiterin die wesentlichen Inhalte und Ergebnisse des Tagesworkshops mündlich erläutern, ansonsten wird dies die **iso**-Mitarbeiterin allein übernehmen.

4. Ergebnissrückkopplung mit Pflegedienstleitung und Stellvertretung

Bevor das Protokoll und die zentralen Ergebnisse des Tagesworkshops an die beiden Leitungskräfte weitergeleitet und kommuniziert wurden, hat wie vereinbart eine gemeinsame Sitzung des Gesundheitszirkels stattgefunden. In dieser Sitzung sind von den Pflegekräften zu verschiedenen Punkten im Protokoll Veränderungswünsche formuliert worden. Diese betrafen fast ausschließlich Formulierungen, die aus ihrer Sicht die Pflegedienstleitung zu stark angreifen würden. Im Wesentlichen ging es darum klar zu stellen, dass sich die ausgesprochene Kritik konkreter auf die Heimleitung bezog. Bei der Pflegedienstleitung und deren Stellvertreterin, die beide erst relativ kurze Zeit in der Einrichtung tätig waren, hatten die Pflegekräfte durchaus den Eindruck, beide arbeiten aktiv daran, für die sichtbar gewordenen Probleme in der Einrichtung eine Lösung zu finden. Nicht zuletzt waren es auch diese beiden, die das Projekt AIDA unterstützt und die dafür notwendigen Ressourcen bereitgestellt hatten. Des Weiteren sollte im Protokoll vermerkt werden, dass sich die im Tagesworkshop vorgenommenen Problembeschreibungen auf den „Stichtag August“ bezogen hatten und zum Zeitpunkt der Septembersitzung nicht mehr alle genannten Kritikpunkte aktuell waren (beispielsweise waren die Schwierigkeiten mit den Urlaubsanträgen bereits beseitigt worden).

Bei einem weiteren projektabschließenden Treffen zwischen Pflegedienstleitung, Stellvertretung und der **iso**-Mitarbeiterin, an der auch die Mitarbeiterin des ISG teilnahm, wurde dann sowohl über die Ergebnisse des Protokolls als auch über die Auswertungen der beiden Schichtbeobachtungen gesprochen. Die Schichtbeobachtungen wurden von den beiden Leitungskräften mit großem Interesse aufgenommen, da dadurch die Frühschicht in dem begleiteten Wohnbereich sehr viel transparenter und manche vermuteten Schwachstellen in der Bewohnerversorgung bestätigt wurden.

Zwar teilten die Leitungskräfte nicht alle durch die Pflegekräfte vorgenommenen Problemdefinitionen und Ursachenanalysen, aber sie wollten die sowohl im Protokoll als auch in der Schichtbeobachtung festgehaltenen Sachverhalte nutzen, und gemeinsam mit den Pflegekräften (und das bezog sich nicht nur auf die vier Teilnehmer/innen des Tagesworkshops) daran weiterarbeiten. Dazu boten sich der von der Pflegedienstleitung moderierte Qualitätszirkel und die von der stellvertretenden Pflegedienstleitung geleiteten Teamsitzungen der Wohnbereiche an. Insgesamt ist in der jüngeren Vergangenheit schon vieles in Bewegung geraten und hat zum Überdenken der eingefahrenen Arbeitsstrukturen geführt. Die im Projektverlauf gesetzten Impulse durch die Pflegekräfte sind dabei eine entscheidende Triebfeder für die Reorganisationsbestrebungen der Leitungskräfte. Viel wichtig war es jedoch, – und das wurde von den Pflegekräften im Workshop-Feedback explizit formuliert, bei den anschließenden Besuchen der **iso**-Mitarbeiterin in der Einrichtung wiederholt und von den beiden Leitungskräften auch wahrgenommen – dass sich die Pflegekräfte in ihren Bedürfnissen und Situationseinschätzungen ernst genommen fühlten und ein eigenes Interesse am Mitgestalten der Arbeitsabläufe entwickelt haben.

5. Fazit

Die Implementation von Arbeits- und Gesundheitsschutz mit dem Ziel, arbeitsorganisatorische Belastungen zu reduzieren, kann als das umfangreichste Bearbeitungsfeld im Hinblick auf eine salutogene Weichenstellungen in der stationären Pflege betrachtet werden und kann sowohl die Aufbauorganisation als auch die Ablauforganisation betreffen.

Die Ist-Analyse der Belastungssituation in der ersten Projektphase hatte im Großen und Ganzen keine konkreten Anhaltspunkte für organisatorische Defizite in der Aufbau- und Ablauforganisation der Einrichtung geliefert. Insbesondere im Vergleich zu den anderen Einrichtungen des Projektes waren sowohl die Ergebnisse der schriftlichen Befragung als auch die im Eingangsworkshop genannten Belastungsfaktoren als eher gering einzuschätzen. Eventuell kann dies auf die thematische Breite der Analyse zurückgeführt werden und auf die Projektkonzeption, die erst in der zweiten Phase der Maßnahmenentwicklung, die notwendigen thematischen Vertiefungen vorsah. Denkbar wäre auch, dass zum Zeitpunkt der Ist-Analyse die später im Tagesworkshop sehr detailliert geschilderten Probleme noch nicht bestanden. Hinweise gab es, dass zumindest die Heimleitung einen dringenden arbeitsorganisatorischen Optimierungsbedarf sah. Psychische Belastungen durch Führung und Zusammenarbeit wurden von den Mitarbeiter/innen vorsichtig, aber dann fast ausschließlich an der Pflegedienstleitung festgemacht, die allerdings zum Projektbeginn die Einrichtung bereits verlassen hatte. Die für die Fortsetzung des Projektverlaufs später verantwortliche Pflegedienstleitung und ihre Stellvertreterin haben ihre Tätigkeit in der Einrichtung erst nach Ende der Ist-Analyse aufgenommen. Sie waren, wie sich herausstellen sollte, über das Projekt AIDA kaum informiert. Dies lässt die Vermutung zu, dass der dringend erforderliche Informationsfluss zwischen Heimleitung und Belegschaft für die Konstituierung der Gesundheitszirkel – und es sollten immerhin drei ins Leben gerufen werden – phasenweise vollständig zum Erliegen kam.

Aufgrund der dadurch verlorenen Zeit wurde deshalb eine konzeptionelle Neuorientierung notwendig, die sich im Nachhinein als sehr glücklich, weil überaus konstruktiv, erwiesen hat. Im Gegensatz zum Projektverlauf in den anderen Einrichtungen fanden die Gesundheitszirkelsitzungen nicht in Intervallen, sondern komprimiert in Form eines Tagesworkshops statt. Dadurch hatten die Pflegekräfte die Gelegenheit, frei vom Alltagsgeschäft einen ganzen Tag außerhalb der Einrichtung ausschließlich die aus ihrer Sicht vorhandenen arbeitsorganisatorischen Belastungskonstellationen zu benennen, zu analysieren und schließlich Maßnahmen und Vorschläge zu deren Abbau zu entwickeln. Nach anfänglichem Zögern haben sie diese Chance genutzt und sehr engagiert eine Vielzahl von Problemen angesprochen und Soll-Zustände formuliert. Ferner haben sie eine große Bereitschaft gezeigt, auch ihren eigenen Arbeitsablauf in den Wohnbereichen einer kritischen Prüfung zu unterziehen und nach arbeitsorganisatorischen Entlastungen zu suchen, von denen perspektivisch alle gemeinsam profitieren sollen. Das neben den konkreten Arbeitsergebnissen vielleicht noch wichtigere Ergebnis war jedoch die von den Pflegekräften gemachte Erfahrung der Beteiligung. Dies äußerten sie auch im Workshop Feedback. „Wir wurden wirklich ernst genommen“; „Es ging heute nur um die Situation der Pflege“; „Es hat gut getan, das mal alles äußern zu dürfen.“ Insofern war der dezidiert partizipative Ansatz, nachdem schon der Prozess selbst zu einer Entlastung beitragen kann, in dieser Einrichtung erfolgreich.

Hinsichtlich der Arbeitsergebnisse kann abschließend festgehalten werden, dass für die Projekteinrichtung eine konkrete Arbeitsgrundlage geschaffen wurde, die im Qualitätszirkel der Einrichtung und in den Teamsitzungen aufgegriffen und weiterentwickelt werden muss. Die Ergebnisse eröffnen einen differenzierten Blick auf die Ablauforganisation der Einrichtung, die zudem vermutlich in ihrer Grundstruktur auch in anderen Pflegeheimen zu finden ist. Insofern können sowohl die Ergebnisse (Problemdefinition, Soll-Zustände, Maßnahmen) als auch der Prozess der Maßnahmenentwicklung von anderen Einrichtungen nutzbar gemacht werden.

7. Arbeitszeit

A: Allgemeiner Teil

1. Thematischer Aufriss

Betreiber von Pflegeheimen müssen sich einerseits wie die Nachfrager von Pflegeleistungen sowohl im privatrechtlichen Raum des Marktes zurechtfinden und sind andererseits den öffentlich-rechtlichen Regulierungen des Sozialrechts unterworfen. Diese Rückkopplung hat enormen Einfluss auf die Finanzierung und Preisbildung am Markt und wirkt sich über die verhandelten Pflegesätze unmittelbar auf die für die Erbringung dieser Leistungen zur Verfügung stehende Menge und Zusammensetzung des Einrichtungspersonals aus. Vor dem Hintergrund eines weitgehend restriktiven Kostenrahmens und daraus resultierender knapper personeller Ressourcen müssen sich daher die unterschiedlichen Bestandteile einer professionellen Personalplanung zu einem zentralen Steuerungselement für den erfolgreichen Betrieb einer stationären Einrichtung entwickeln. „Mit der Personalplanung wird im Wesentlichen das Ziel verfolgt, dem Unternehmen zur richtigen Zeit am richtigen Ort die richtige Anzahl der richtig qualifizierten Mitarbeiter/innen bereitzustellen.“⁶⁷

Im Zusammenhang mit dem Thema Arbeitszeit ist insbesondere die Personaleinsatzplanung in den Einrichtungen einer differenzierten Analyse zu unterziehen. Über eine systematisierte Personaleinsatzplanung können die Einrichtungen der Notwendigkeit der Ausgabenbegrenzung nachkommen, indem sie beispielsweise den Personaleinsatz an die täglichen Arbeitsspitzen und -täler anpassen und dadurch den Einsatz des vorhandenen Personals optimieren. Darüber hinaus lässt sich die Arbeitsverdichtung auflockern, wodurch die Arbeitsbedingungen für das vorhandene Personal verbessert werden können. Schließlich kann ein gezielter Personaleinsatz auch Auswirkungen auf die Pflegequalität haben, da dann zu sehr arbeitsintensiven Zeiten eine ausreichende Zahl an Mitarbeiter/innen zur Verfügung steht, die sich in der Konsequenz für die einzelnen Pflegebedürftigen mehr (Arbeits-)Zeit nehmen können⁶⁸.

Ein gesundheits- und beschäftigungsfördernder Personaleinsatz bzw. eine daran ausgerichtete Arbeitszeitgestaltung stellt zwar für die stationäre Altenpflege eine große Anforderung an die Synchronisation der Arbeitszeiten mit den betriebswirtschaftlichen Erfordernissen, mit den individuellen Bewohnerbedürfnissen und mit den privaten familiären Erwartungen der Mitarbeiter/innen dar, die Arbeitszeitgestaltung gehört aber auch zu den Teilplanungen, bei denen die einzelnen Einrichtungen intern Gestaltungsoptionen haben.

Bezüglich der Frage nach Be- und Entlastungsfaktoren für die (Pflege-)Mitarbeiter/innen im Zusammenhang mit der Arbeitszeitgestaltung muss vorab betont werden, dass dort eine fachgerechte Versorgung „Rund-um-die-Uhr“ auch an den Wochenenden und Feiertagen sicherzustellen ist. Für diese Branche ergeben sich Abweichungen von der Normalarbeitszeit bereits deshalb, weil es in den Altenhilfeeinrichtungen weder eine 5-Tage-Woche von Montag bis Freitag gibt, noch eine Arbeitszeit, die sich nur über den Zeitraum von 8.00 bis 17.00 Uhr erstreckt. In den Pflegeheimen wird stattdessen noch immer überwiegend im klassischen Wechsel von Früh-, Spät- und Nachtdienst gearbeitet, die (zu) dünne Personaldecke erfordert regelmäßig Arbeitseinsätze von bis zu zehn Tagen hintereinander und nicht immer können zwei freie Wochenenden pro Monat von den Pflegekräften realisiert werden. Urlaubs- und Krankheitsvertretungen erzwingen darüber hinaus häufig eine kurzfristige Anpassung der Dienstpläne. Dadurch wird die Freizeit unplanbarer, es wird Mehrarbeit nötig oder es werden Überstunden aufgebaut und es verkürzen sich die dringend benötigten Regenerationszeiten.

⁶⁷ Domsch u.a. (2000: 1).

⁶⁸ Blass (2003).

Die Analyse der Arbeitszeitorganisation in den am AIDA-Projekt beteiligten Einrichtungen bezog sich sowohl darauf, zunächst die Eckpfeiler der jeweiligen Arbeitszeitmodelle zu erfassen als auch darauf, Anhaltspunkte zu gewinnen, ob und wodurch das gewählte Modell die Mitarbeiter/innen entlastet bzw. was ursächlich für die Organisation der Arbeitszeitgestaltung in den Einrichtungen ist.

Zentral für die Analyse des Arbeitszeitmodells sind zunächst die Merkmale **Lage** und **Dauer** der Arbeitszeit. Während die Arbeitszeitlage Auskunft darüber gibt, wann am Tag oder an welchen Tagen der Woche gearbeitet wird, bezieht sich die Arbeitszeitdauer auf die Länge des täglichen Arbeitseinsatzes, auf die Dauer der aufeinander folgenden Arbeitstage sowie auf damit ggf. verbundene **Überstunden** oder **Mehrarbeit**. Aspekte der **Arbeitszeitflexibilisierung** geben zusätzlich Auskunft darüber, ob Lage und Dauer der Arbeitszeit variieren. Arbeiten die Mitarbeiter/innen in einem rhythmischen Wechsel von Früh- und Spätdienst oder orientiert sich der tägliche oder wöchentliche Arbeitseinsatz an eventuellen Arbeitsspitzen und -tälern? Soll der Arbeitseinsatz an den Arbeitsspitzen und -tälern ausgerichtet werden, ist es darüber hinaus wichtig zwischen Tätigkeiten zu unterscheiden, die an eine feste (Tages-)Zeit gebunden sind (z.B. Medikamentenversorgung) und solchen, die beispielsweise nur einmal in der Woche durchgeführt werden müssen (z.B. das Stellen der Medikamente). Durch die Unterscheidung von **Leistungsarten** (Standardleistungen, Spezialleistungen, Akutleistungen)⁶⁹ können zeitliche Puffer in der alltäglichen Organisation der Arbeitsabläufe sichtbar werden, die auch für eine entlastende Arbeitszeitgestaltung nutzbar zu machen wären.

Lage und Dauer der Arbeitszeit haben Auswirkungen auf Lage und Dauer der privaten Zeiten. In Abhängigkeit von der privaten und familiären Lebensgestaltung der Mitarbeiter/innen können sich beide Merkmale daher sehr unterschiedlich auf die durch die arbeitszeitlichen Erfordernisse notwendige **Vereinbarkeit von Familie und Beruf** auswirken. In dieser Hinsicht spielt für eine entlastende Arbeitszeitgestaltung die **Dienstplangestaltung** eine wichtige Rolle und es kann davon ausgegangen werden, dass Entlastungseffekte erzielt werden, wenn die Arbeitszeitwünsche der Mitarbeiter/innen eine ausreichende Berücksichtigung finden.⁷⁰ Insgesamt ist es wahrscheinlich, dass eine für alle Beteiligten zufriedenstellende(re) Arbeitszeitgestaltung innerhalb der in der Pflege vorzufindenden Rahmenbedingungen dann gelingen kann, wenn die einzelnen Wohnbereichsteams diese bis zu einem gewissen Grad selbst organisieren (können). Bei der betrieblichen Arbeitszeitgestaltung spielen daher ebenso Führungsaspekte (vgl. Kapitel 2) wie Aspekte der Arbeitsorganisation (vgl. Kapitel 6) eine wichtige Rolle.

2. Ergebnisse der Querschnittsanalyse

Im Folgenden werden die Ergebnisse der schriftlichen Befragung entlang ausgewählter, im vorherigen Abschnitt hervorgehobener Kriterien betrachtet. Für die Auswertung ist das Antwortverhalten aller Statusgruppen quer über alle acht Einrichtungen von Relevanz. Es wird die Gesamtheit der Pflege-mitarbeiter/innen, der Wohnbereichsleitungen und der Hauswirtschaftskräfte dargestellt, vereinzelt erfolgt eine Differenzierung zwischen den einzelnen Häusern.

Lage, Dauer und Flexibilisierung der Arbeitszeit

Hinsichtlich der Lage der Arbeitszeit ist zunächst festzuhalten, dass die Gewährleistung einer „Rund-um-die-Uhr“ Betreuung in der stationären Pflege prinzipiell einen aufeinander folgenden Arbeitseinsatz der (Pflege-)Kräfte erfordert und sich in den Dienstplänen in einem Grundgerüst von Früh-, Spät- und Nachtdienst niederschlägt. Wie die nachfolgende Tabelle zeigt, arbeiten von 166 Pflegemitarbeiter/innen lediglich 10,2% nicht im Schichtdienst, während rund 80% im Wechsel von Früh- und Spätschicht und davon 21,7% auch in der Nachtschicht arbeiten. Hauswirtschaftskräfte arbeiten dem-

⁶⁹ Diakonisches Werk Berlin-Brandenburg e.V. (Hg.) (o.J.).

⁷⁰ Blass (2006).

gegenüber deutlich weniger in Wechselschicht. Dies ist vor allem darauf zurückzuführen, dass die (die Pflege unterstützende) Arbeit der Reinigungs-, Küchen- und Servicekräfte sehr stark am Lebensrhythmus der Bewohner/innen orientiert ist. Ein großer Arbeitszeitbedarf fällt bei der Essenszubereitung bzw. bei der Vorbereitung der Mahlzeiten in den Wohnbereichen und daher vormittags an (Frühstück und Mittagessen). Des Weiteren wird z.B. die Zimmerreinigung der Bewohner/innen möglichst dann durchgeführt, wenn sich die Bewohner/innen nicht in ihren Zimmern aufhalten, um sie nicht zu stören. Wohnbereichsleitungen sind demgegenüber häufig auch für den Kontakt mit den Ärzten, den Apotheken und den Krankenhäusern zuständig, die am besten vormittags zu erreichen sind; dies erklärt vermutlich, wieso 20% der Wohnbereichsleitungen nicht in Wechselschicht arbeiten und verweist gleichzeitig auf prinzipiell unterschiedliche Organisationsformen, denn der größere Teil (76%) der Wohnbereichsleitungen arbeitet im Wechsel von Früh- und Spätdienst.

Tabelle 69: Regelmäßiges Arbeiten im Schichtdienst

(N = 166; 25; 44)	Pflege	WBL	Hauswirtschaft
Nein	10,2 %	20,0%	59,1%
Ja, jedoch ohne Nachtdienst	57,2%	68,0%	38,6%
Ja, einschließlich Nachtdienst	21,7%	8,0%	2,3%
Dauernachtschicht	4,0%	4,0%	0,0%

Obwohl der Arbeitseinsatz grundsätzlich einem Rhythmus von Früh-, Spät- und Nachtdienst folgt, haben rund 66% der befragten Pflegekräfte, 80% der Wohnbereichsleitungen und 73% der Hauswirtschaftskräfte der Aussage zugestimmt, dass sich die personelle Besetzung der Dienste an den anfallenden Arbeitsspitzen und -tälern orientiert. Die daraus resultierenden Einsatzvarianten von examinieren Kräften, Hilfskräften und Hauswirtschaftskräften in Vollzeit oder Teilzeitbeschäftigung sind so vielfältig und variieren selbst in einer Einrichtung von Wohnbereich zu Wohnbereich, dass sie im Rahmen der Ist-Analyse nicht im Detail erhoben werden konnten und sich (nach den unterschiedlichen Informationen aus den Interviews) auch nicht übersichtlich darstellen lassen. Verallgemeinert werden kann der Einsatz insofern, als die Schichten der Mitarbeiter/innen zu unterschiedlichen Zeiten beginnen oder zu unterschiedlichen Zeiten enden. Ausgerichtet ist der differenzierte Personaleinsatz zum einen daran, wann die Bewohner/innen den größten Pflege- und Unterstützungsbedarf haben (wann wollen die meisten Bewohner/innen morgens geweckt und für den Tag vorbereitet werden?), zum anderen nehmen nicht mehr alle Mitarbeiter/innen an den zweimal pro Schicht stattfindenden Übergaben teil. Der Personaleinsatz wird daher vorrangig an den täglich anfallenden, zeitlich fest terminierten Standardleistungen ausgerichtet.

Neben dem Wechsel von Früh- und Spätdiensten ist im Zusammenhang mit Belastungsfaktoren durch die Lage der Arbeitszeit auch die Betrachtung der Wochenenddienste aussagekräftig. Nach den bisherigen Erfahrungen der wissenschaftlichen Begleitung kann der Einsatz am Wochenende an beiden Tagen, also am Samstag und am Sonntag erfolgen, es kann aber auch nur samstags oder nur sonntags gearbeitet werden. Deshalb sind in der folgenden Tabelle Samstags- und Sonntagsdienste getrennt aufgeführt.

Tabelle 70: Samstags- und Sonntagsdienste

	Pflege		WBL		Hauswirtschaft	
	0-2 Tage	3-5 Tage	0-2 Tage	3-5 Tage	0-2 Tage	3-5 Tage
Wie viele Samstagsdienste haben Sie durchschnittlich im Monat? (N = 188; 26; 49)	49,5%	50,5%	34,6%	65,4%	83,7%	16,3%
Wie viele Sonntagsdienste haben Sie durchschnittlich im Monat? (N = 188; 26; 49)	53,7%	46,3%	42,3%	57,7%	85,7%	14,3%

Unabhängig davon, ob an den Wochenenden nur der Samstag oder nur der Sonntag gearbeitet wird, ist aus der Tabelle ersichtlich, dass maximal nur etwas weniger als die Hälfte der Pflegekräfte (49,5%) und nur etwas mehr als ein Drittel der Wohnbereichsleitungen (34,6%) zwei komplett arbeitsfreie Wochenenden pro Monat zur Verfügung haben. Bei den Hauswirtschaftskräften fällt die Bilanz deutlich positiver aus (83,7%).

Werden die Häuser getrennt betrachtet, zeigt sich jedoch, dass die Besetzung der Wochenendtage offensichtlich sehr stark von der planerischen Gestaltungskraft in der jeweiligen Einrichtung abhängig zu sein scheint und es Einrichtungen gibt, in denen alle Pflegekräfte nur für zwei Samstags- bzw. Sonntagsdienste eingesetzt werden.

Tabelle 71: Hausvergleich: Samstags- und Sonntagsdienste⁷¹

	1	2	3	4	5	6	7	8
Samstagsdienste								
0-2	91,3% 50,0%	100,0% 100,0%	23,9% 0,0%	12,5% 25,0%	57,1% 33,3%	100,0% 50,0%	76,2% 100,0%	36,1% 28,6%
3-5	8,7% 50,0%	0,0% 0,0%	76,1% 100,0%	87,5% 75,0%	42,9% 66,7%	0,0% 50,0%	23,8% 0,0%	63,9% 71,4%
Sonntagsdienste								
0-2	91,3% 50,0%	100,0% 100,0%	23,9% 0,0%	25,0% 50,0%	61,9% 33,3%	100,0% 50,0%	81,0% 100,0%	44,4% 42,9%
3-5	8,7% 50,0%	0,0% 0,0%	76,1% 100,0%	75,0% 50,0%	38,1% 66,7%	0,0% 50,0%	19,0% 0,0%	55,6% 57,1%

In der stationären Pflege wird bei den Arbeitszeitmodellen in der Regel zwischen einer 5-Tage-Woche, einer 5,5-Tage-Woche und einer 6-Tage-Woche unterschieden. Diese Unterscheidung dient der rechnerischen Verteilung der Wochenarbeitszeit auf fünf bzw. fünfeinhalb oder sechs Tage. Sie gibt keinerlei Auskunft darüber, an welchen der sieben Wochentage oder an wie vielen Tagen hintereinander gearbeitet wird. Die rechnerische Verteilung gibt vielmehr Hinweise auf die Länge der einzelnen Schichten und die Anzahl der freien Arbeitstage. Als (theoretische) Orientierung sind bei einer 6-Tage-Woche die täglichen Schichten kürzer, aber es müssen mehr Tage im Monat gearbeitet werden, um auf die monatliche Soll-Stundenzahl zu kommen. Bei einer 5-Tage-Woche sind die täglichen Schichten etwas länger, es gibt jedoch im Vergleich etwas weniger Arbeitstage im Monat. Einen Überblick über die rechnerisch zugrunde gelegten Arbeitstage pro Woche gibt die nachfolgende Tabelle.

⁷¹ Erste Zeile Pflege, zweite Zeile WBL.

Tabelle 72: Rechnerische Arbeitstage pro Woche

(N = 166; 25; 47)	Pflege	WBL	Hauswirtschaft
5	11,5%	8,0%	29,8%
5,5	56,0%	80,0%	25,5%
6	32,5%	12,0%	44,7%

Dass es im Hinblick auf eine entlastende Arbeitszeitgestaltung keine Patentregeln gibt und eine an allen Interessen ausgerichtete Arbeitszeitgestaltung in der Pflege nur sehr schwer zu realisieren ist, zeigt häufig die praktische Umsetzung der Modelle. Wenn z.B. die Mitarbeiter/innen eines Wohnbereiches durch die 5-Tage-Woche insgesamt mehr freie Tage pro Monat haben, müssen die einzelnen Schichten personell dünner besetzt werden, um die Abdeckung aller Schichten zu gewährleisten. Dadurch besteht die große Gefahr, dass in Krankheitsfällen oder Urlaubszeiten Mitarbeiter/innen einspringen müssen und dadurch ihr „Mehr“ an freien Tagen unter Umständen wieder einbüßen. Dieser Zusammenhang erklärt vermutlich, wieso die meisten der befragten Mitarbeiter/innen in einer 5,5- oder 6-Tage-Woche arbeitet und warum sich vergleichsweise wenige Pflegekräfte (13,7%), Wohnbereichsleitungen (22,2%) und Hauswirtschaftskräfte (13,3%) kürzere tägliche Dienstzeiten wünschen. Zentral für die Arbeitszeitgestaltung scheint, wie die nachfolgende Tabelle belegt, für die Beschäftigten vielmehr die Anzahl der freien Tage zu sein und noch bedeutsamer ist die Möglichkeit, freie Tage am Stück nehmen zu können.

Tabelle 73: Arbeitszeitwünsche

	Pflege		WBL		Hauswirtschaft	
	trifft zu	trifft nicht zu	trifft zu	trifft nicht zu	trifft zu	trifft nicht zu
Sie wünschen sich kürzere tägliche Dienstzeiten. (N = 182; 27; 45)	13,7%	86,3%	22,2%	77,8%	13,3%	86,7%
Sie wünschen sich längere tägliche Dienstzeiten und dafür mehr freie Arbeitstage. (N = 188; 26; 48)	49,5%	50,5%	38,5%	61,5%	33,3%	66,7%
Sie wünschen sich mehr freie Tage hintereinander. (N = 188; 26; 48)	70,7%	29,3%	73,1%	26,9%	58,3%	41,7%

Auch wenn sich bei der Ergebnisauswertung keine Korrelationen zwischen der Art der Tage-Woche und den Arbeitszeitwünschen feststellen ließen, so hat sich doch zumindest eine Tendenz abgezeichnet, nach der Pflegekräfte (im Gegensatz zu den Wohnbereichsleitungen), die in einer 5 Tage-Woche arbeiten, weniger den Wunsch nach mehr freien Tagen hintereinander geäußert haben, als Pflegekräfte, die in einer 5,5 bzw. 6 Tage-Woche arbeiten.

Tabelle 74: Wunsch nach mehr freien Tagen hintereinander

Arbeitstage pro Woche	Pflege		WBL		Hauswirtschaft	
	trifft zu	trifft nicht zu	trifft zu	trifft nicht zu	trifft zu	trifft nicht zu
5 Tage (N = 19; 2; 10)	52,6%	47,4%	100,0%	0,0%	30,0%	70,0%
5,5 Tage (N = 92; 19; 11)	77,2%	22,8%	73,7%	26,3%	54,5%	45,5%
6 Tage (N = 53; 3; 21)	75,5%	24,5%	66,7%	33,3%	71,4%	28,6%

Wie bereits erwähnt, lässt die Angabe 5, 5,5 oder 6 Tage-Woche keine Rückschlüsse darüber zu, wie viele Tage die Einzelnen am Stück arbeiten. Häufig ist planerisch eine zehn Tage-Woche vorzufinden, d.h. es wird zehn Tage hintereinander gearbeitet und im Anschluss sind eine unterschiedliche Zahl an Tagen arbeitsfrei. Auch dieser Rhythmus kann von verschiedenen Faktoren beeinflusst und durchbrochen werden. Bedenklich stimmt daher ein Ergebnis der schriftlichen Befragung, nach dem 40 von

147 Pflegemitarbeiter/innen, sechs von 20 Wohnbereichsleitungen und sieben von 51 Hauswirtschaftskräften in diesem Jahr (Stichtag 31.07.07) schon einmal mehr als 20 Tage am Stück gearbeitet haben. Manche (18, 4, 5) davon in diesem Jahr schon mehr als einmal.⁷² Ein nach Häusern differenzierter Vergleich zeigt jedoch erneut, dass von diesem belastenden Arbeitseinsatz nicht alle Pflegekräfte im gleichen Maße betroffen sind, sondern hier eine klare Häufung vorliegt. Die Arbeitszeitorganisation ist demnach in entscheidendem Maße von den strukturellen Gegebenheiten abhängig und von der internen Personaleinsatzplanung zu verantworten.

Tabelle 75: Hausvergleich: mehr als 20 Arbeitstage am Stück (Anzahl Pflegekräfte)

Haus	1	2	3	4	5	6	7	8
Ja	4	1	2	1	0	2	12	0
Ja, mehrmals	1	0	0	4	0	0	13	1

Ein letzter Hinweis auf die arbeitszeitlichen Belastungen des Personals wird mit Blick auf die angesammelten Über- bzw. Mehrarbeitsstunden sichtbar. Rund 30% der Pflegemitarbeiter/innen, rund 58% der Wohnbereichsleitungen und rund 19% der Hauswirtschaftskräfte haben zum Stichtag mehr als 50 Über- bzw. Mehrarbeitsstunden angesammelt. Im Hinblick auf die Regeneration der Mitarbeiter/innen ist es sehr schwer, diese Tage durch Freizeit auszugleichen, ohne bei anderen Kolleg/innen Überstunden bzw. Mehrarbeitsstunden aufzubauen, wenn gleichzeitig eine ausreichende Schichtbesetzung garantiert werden soll.

Tabelle 76: Überstunden/Mehrarbeit

(N = 117; 19; 31)	Pflege	WBL	Hauswirtschaft
bis 25 Stunden	59,0%	36,8%	61,3%
zwischen 26 und 50 Stunden	10,3%	5,3%	19,4%
zwischen 51 und 75 Stunden	6,0%	10,5%	3,2%
zwischen 76 und 100 Stunden	9,4%	21,1%	6,5%
mehr als 100 Stunden	15,4%	26,3%	9,7%

Auch bezüglich der angesammelten Überstunden bzw. Mehrarbeitsstunden hat die differenzierte Betrachtung der einzelnen Häuser bestätigt, dass der „übermäßige“ Aufbau von Mehrarbeitsstunden nicht notwendig ein Charakteristikum der stationären Pflege darstellt. In drei der sieben am Projekt beteiligten Einrichtungen hat keine Pflegekraft und in zwei Einrichtungen keine Wohnbereichsleitung mehr als 50 Überstunden.

Tabelle 77: Hausvergleich: Überstunden/Mehrarbeit

	1	2	3	4	5	6	7	8
Bis 50 Stunden	50,0% 0,0%	100,0% 0,0%	30,8% 0,0%	100,0% 100,0%	62,5% 0,0%	100,0% 100,0%	85,7% 0,0%	89,7% 83,3%
Mehr als 50 Stunden	50,0% 100,0%	0,0% 100,0%	69,2% 100,0%	0,0% 0,0%	37,5% 100,0%	0,0% 0,0%	14,3% 100,0%	10,3% 16,7%

Vereinbarkeit von Familie und Beruf

Menschen, die sich für eine Arbeit in der (stationären) Altenpflege entscheiden, mussten schon immer bestimmte, für diese Branche charakteristische, zeitliche Einschränkungen in Kauf nehmen. Wochenenddienste, Schichtarbeit und Überstunden wirken sich erschwerend auf die Vereinbarkeit von Familie und Beruf aus. Obwohl auf den ersten Blick, und das trägt sicherlich zu einer zeitlichen Entlastung der Mitarbeiter/innen bei, 80,9% der Pflegemitarbeiter/innen, 80,8% der Wohnbereichsleitungen und

⁷² Ohne Tabelle.

76,9% der Hauswirtschaftskräfte angeben, ihre Arbeitszeitwünsche werden im Dienstplan ausreichend berücksichtigt, sind doch 55% der Pflegemitarbeiter/innen und 40,7% der Wohnbereichsleitungen der Auffassung, die zeitlichen Anforderungen der Arbeit und der Familie immer schlechter miteinander vereinbaren zu können. 60% der Pflegekräfte und rund 45% der Wohnbereichsleitungen stimmen darüber hinaus der Aussage zu, die Freizeit nicht gut planen zu können, weil sie häufig auch kurzfristig einspringen müssen.

Tabelle 78: Vereinbarkeit von Familie und Beruf

	Pflege		WBL		Hauswirtschaft	
	trifft zu	trifft nicht zu	trifft zu	trifft nicht zu	trifft zu	trifft nicht zu
Ihre Arbeitszeitwünsche werden im Dienstplan ausreichend berücksichtigt. (N = 188; 26; 52)	80,9%	19,1%	80,8%	19,2%	76,9%	23,1%
Sie können die zeitlichen Anforderungen der Arbeit und der Familie immer schlechter miteinander vereinbaren. (N = 191; 27; 53)	55,0%	45,0%	40,7%	59,3%	30,2%	69,8%
Sie können Ihre Freizeit (Urlaub, Wochenende) nicht gut planen, weil Sie häufig auch kurzfristig einspringen müssen. (N = 189; 27; 52)	60,8%	39,2%	44,4%	55,6%	34,6%	65,4%

Neben den bisher genannten arbeitszeitlichen Belastungsfaktoren kann in Bezug auf die Planbarkeit der Freizeit ein weiteres Belastungskriterium genannt werden, das sich auf das kurzfristige Einspringen für Kolleg/innen bezieht. In diesem Fall müssen bereits geplante Vorhaben abgesagt werden. Tritt das Einspringen häufig auf, so ist zu vermuten, werden die Mitarbeiter/innen keine langfristigen Planungen insbesondere einer kollektiven Freizeitgestaltung mit der Familie oder mit Freunden mehr vornehmen, da es ungewiss bleibt, ob die Verabredung eingehalten werden kann. Ebenso wie bei den anderen hervorgehobenen Kriterien zeigt sich auch bezüglich der Planbarkeit der Freizeit ein sehr heterogenes Bild, werden die Häuser getrennt betrachtet.

Tabelle 79: Hausvergleich: Unplanbarkeit der Freizeit⁷³

	1	2	3	4	5	6	7	8
trifft zu	40,0%	71,4%	83,3%	85,7%	22,2%	38,1%	64,4%	62,2%
trifft nicht zu	60,0%	28,6%	16,7%	14,3%	77,8%	61,9%	35,6%	37,8%
	100,0%	100,0%	0,0%	66,7%	100,0%	50,0%	20,0%	71,4%

Wie die Tabelle zeigt, differieren die Einschätzungen der Pflegemitarbeiter/innen und der Wohnbereichsleitungen bezüglich der Freizeitplanung in den einzelnen Häusern erheblich. Während in Einrichtung 5 nur rund 22% der Pflegemitarbeiter/innen der Auffassung sind, die Freizeit nicht gut planen zu können, weil sie häufig auch kurzfristig einspringen müssen, sind es dagegen in Haus 4 rund 86%. Allerdings zeigt sich insbesondere in Haus 4 und in Haus 2, dass die Wohnbereichsleitungen mehrheitlich nicht die Auffassung der Pflegekräfte teilen. Insgesamt scheint das kurzfristige Einspringen eher ein Problem der Pflegekräfte darzustellen. Ob die Wohnbereichsleitungen tatsächlich weniger betroffen sind oder ob sie im Gegenteil diesen Sachverhalt bereits akzeptiert haben und sie ihn deshalb nicht mehr negativ für ihre Freizeitplanung wahrnehmen, müsste in Gesprächen vor Ort konkretisiert werden.

⁷³ Erste Zeile Pflege, zweite Zeile WBL's.

Abschließend kann hinsichtlich der Querschnittsanalyse der Belastungssituation, verursacht durch die Arbeitszeitgestaltung, festgehalten werden, dass die arbeitszeitlichen Anforderungen an die Belegschaft in der stationären Altenpflege infolge der Notwendigkeit einer fachgerechten Versorgung „Rund-um-die-Uhr“ auch an den Wochenenden und Feiertagen im Vergleich zu vielen anderen Branchen deutlich höher sind. Charakteristisch für die Arbeitszeiten sind nach wie vor ein Wechsel von Früh- und Spät-, teilweise auch Nachtdiensten, Wochenendarbeit, Überstunden bzw. Mehrarbeit und eine deutlich längere Aufeinanderfolge von Arbeitstagen als dies vergleichbar bei einer 5-Tage-Woche in der Verwaltung der Fall ist. Trotzdem haben sich bei der Betrachtung der Ergebnisse der einzelnen Häuser zum Teil sehr deutliche Unterschiede hinsichtlich der genannten Belastungsfaktoren finden lassen. Dies spricht zum einen für prinzipiell vorhandene Spielräume bei der Arbeitszeitgestaltung, die von den Einrichtungen sehr ungleich nutzbar gemacht werden, und verweist zum anderen auf mögliche Chancen bei der Maßnahmenentwicklung bezüglich der Reduzierung von Belastungen im Rahmen des Projektes.

B: Fallstudie I

1. Die Einrichtung

Das Pflegeheim F verfügt über 287 Plätze, davon 139 Einzelzimmer. Die Plätze sind auf fünf Häuser verteilt, wobei der Hauptsitz und die Verwaltung der Einrichtung sowie vier Häuser am Stadtrand im Grünen und ein Haus in der Innenstadt liegen. Haus I verfügt über 68 Plätze, Haus II über 99 Plätze, Haus III über 60 Plätze, Haus IV über 23 Plätze und Haus V in der Innenstadt über 80 Plätze. Eines der vier Häuser am Hauptsitz hat zudem 23 Wohnungen, die als Heimverbundwohnen an den Heimbereich angegliedert sind. Die pflegebedingten Aufwendungen in den Pflegestufen 0, I, II und III betragen 24,95 €, 38,99 €, 55,85 € und 73,32 €. Die Kosten für Unterkunft und Verpflegung belaufen sich auf 26,87 €, die Investitionskosten liegen bei 20,13 €, für Einzelzimmer muss ein Zuschlag von 2,50 € gezahlt werden. Die Höhe der Investitionskosten unterscheidet sich von Haus zu Haus.

Einrichtung F hält vier Kurzzeitpflegeplätze vor, die in die stationäre Pflege eingestreut sind. Das Haus verfügt über zehn eingestreute Tagespflegeplätze, einen Hausnotruf, einen mobilen Mittagstisch und einen eigenständigen ambulanten Dienst. Alle Angebote sind miteinander vernetzt. In der Einrichtung gibt es ferner eine niedergelassene Ergotherapeutin, die Räume angemietet hat. Zum Stichtag der schriftlichen Befragung waren in Einrichtung F von den 287 Plätzen 281 belegt. Die meisten sind in die Pflegestufe I eingruppiert (127), in Stufe II sind es 100 und in Stufe III 38. Hinzu kommen 16 Bewohner/innen mit Pflegestufe 0.

In den letzten Jahren sind in der Einrichtung vielfältige Umbau- und Sanierungsmaßnahmen durchgeführt worden. Zudem wurde die Lebensmittelversorgung verändert. Es gibt in der Einrichtung eine hauseigene Zentralküche, in der die Herstellung der Hauptmahlzeiten erfolgt. Ein Teil der Küche ist in die Wohnbereiche in Verteilerküchen ausgelagert worden. Dort werden von Servicekräften vor Ort das Frühstück und die Zwischenmahlzeiten vorbereitet. Die Einrichtung verfügt über eigene Hausmeister und Gärtner und eine eigene Wäscherei, die für die Bewohnerwäsche zuständig ist. Die Wohnbereichswäsche, wie Bettwäsche und Handtücher, wird an eine Fremdfirma vergeben. Die Reinigung in den Häusern ist zum Teil ausgelagert, zum Teil wird sie von Hauswirtschaftskräften der Einrichtung durchgeführt.

Zwei Geschäftsführer und die Pflegedienstleitung sind für alle Häuser verantwortlich, organisatorisch sind die fünf Häuser in insgesamt 14 Wohnbereiche untergliedert, wobei nicht jeder Wohnbereich eine eigene Wohnbereichsleitung hat. Ebenso sind nicht auf jedem Wohnbereich Servicekräfte eingesetzt. Das Personal wird für jedes Haus separat geplant. Insgesamt sind in der Einrichtung, bezogen auf volle Planstellen, 93 Mitarbeiter/innen in der Pflege, 3,63 in der Tagespflege, 45,64 in der Hauswirt-

schaft, 5,02 im Sozialen Dienst und 3 Zivildienstleistende beschäftigt. Hinzu kommt ein Pool von Aushilfen, um den Arbeitseinsatz besser an Auslastungsschwankungen anpassen zu können.

Vor ca. zwei Jahren erfolgte in der Einrichtung eine Umstellung von der 6-Tage-Woche auf die 5,5-Tage-Woche. Dadurch sollten vor allem die bis dahin üblichen geteilten Denste abgeschafft werden. Insgesamt hat die Umstellung – auch vor dem Hintergrund der Umbau- und Sanierungsmaßnahmen und der organisatorischen Veränderungen – die arbeitszeitlichen Belastungen der Belegschaft enorm erhöht. Mit dem Projekt AIDA soll das Arbeitszeitkonzept der Einrichtung nochmals überarbeitet werden. Begonnen werden soll in Haus I, das nach umfangreichen Sanierungsmaßnahmen seit Mitte des Jahres wieder bezugsfertig ist. Zum Zeitpunkt der Ist-Analyse fand dort Zug um Zug die Belegung durch (neue) Bewohner/innen und die personelle (Neu-)Besetzung statt. Neben der Arbeitszeitorganisation wird daher auch die Arbeitsorganisation eine wichtige Rolle spielen.

2. Die Ist-Analyse

Für die Analyse der Arbeitszeitgestaltung in der Einrichtung F kann zunächst festgehalten werden, dass die Ergebnisse der schriftlichen Befragung im Vergleich zu der Querschnittsauswertung, insbesondere hinsichtlich der Wochenenddienste, hinsichtlich der ohne Unterbrechung aufeinander folgenden Arbeitstage und hinsichtlich der geleisteten Über- bzw. Mehrarbeitsstunden einen deutlichen Handlungsbedarf anzeigen. Die Ergebnisse bestätigten darüber hinaus den Eindruck, den die wissenschaftliche Begleitung bereits im Eingangsworkshop und während der qualitativen Interviews gewonnen hatte. Zusätzlich haben sich in den unterschiedlichen Projektbearbeitungsschritten bezüglich der Belastungsthemen Führung und Zusammenarbeit sowie Arbeitsorganisation Anhaltspunkte herauskristallisiert, die im Zusammenhang mit dem Themenfeld Arbeitszeit in der Einrichtung F von Bedeutung sind.

Lage, Dauer und Flexibilisierung der Arbeitszeit

In der Einrichtung F erfolgt der Arbeitskräfteeinsatz wie in allen anderen am Projekt beteiligten Häusern durch eine Aufeinanderfolge von Früh-, Spät- und Nachtdienst. Verglichen mit der Gesamtauswertung arbeiten in der Einrichtung F mit 18,4% etwas mehr Pflegemitarbeiter/innen (gesamt: 10,2%) und mit 81,8% mehr Hauswirtschaftskräfte nicht im Schichtdienst (gesamt: 59,1%). Mit 5,3% haben die Pflegekräfte auch etwas mehr Nachtdienst (gesamt: 4,0%). Demgegenüber arbeiten alle Wohnbereichsleitungen (gesamt: 80%) im Schichtdienst, 20% davon einschließlich Nachtdienst (gesamt: 8,0%). In Einrichtung F arbeiten 65,9% der Pflegekräfte und 100% der Wohnbereichsleitungen in einer 5,5 Tage-Woche, für 34,1% der Pflegemitarbeiter/innen ist eine 6 Tage-Woche zugrunde gelegt.

Erste Anhaltspunkte für eine durch die Arbeitszeit hervorgerufene besondere Belastung der Pflegekräfte und Wohnbereichsleitungen in der Einrichtung F werden bei der Betrachtung der Wochenenddienste sichtbar, wonach drei Viertel der Pflegekräfte und alle Wohnbereichsleitungen keine zwei kompletten Wochenenden im Monat frei haben.

Tabelle 80: Samstagsdienste (Fallstudie/Gesamt)

0		1		2		3		4 bzw. 5	
Haus F	Gesamt	Haus F	Gesamt	Haus F	Gesamt	Haus F	Gesamt	Haus F	Gesamt
0,0%	0,5%	2,2%	0,5%	21,7%	48,4%	52,2%	42,6%	23,9%	7,4%
0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	34,6%	80,0%	61,5%	20,0%	3,8%
0,0%	4,1%	0,0%	4,1%	76,9%	75,5%	23,1%	16,3%	0,0%	0,0%

⁷⁴ In allen Tabellen, die einen Vergleich zwischen der Auswertung der Einrichtung F und der Gesamtauswertung beinhalten, sind in der ersten Zeile die Pflegekräfte, in der zweiten Zeile die Wohnbereichsleitungen und in der dritten Zeile die Hauswirtschaftskräfte abgebildet. (N Haus F = 46; 5; 13) (N Gesamt = 188; 26; 49).

Tabelle 81: Sonntagsdienste (Fallstudie/Gesamt)⁷⁵

0		1		2		3		4 bzw. 5	
Haus F	Gesamt	Haus F	Gesamt	Haus F	Gesamt	Haus F	Gesamt	Haus F	Gesamt
2,2%	1,1%	2,2%	1,1%	19,6%	51,6%	47,8%	37,2%	28,2%	9,0%
0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	42,3%	80,0%	53,8%	20,0%	3,8%
0,0%	6,1%	0,0%	4,1%	84,6%	75,5%	15,4%	14,3%	0,0%	0,0%

76% der Pflegekräfte und 100% der Wohnbereichsleitungen haben im Durchschnitt mindestens drei Samstags- und drei Sonntagsdienste im Monat.⁷⁶ Nach den Vergleichsdaten der Gesamtauswertung arbeiten dagegen „nur“ 46% der Pflegekräfte und 65% der Wohnbereichsleitungen an mindestens drei Samstagen und drei Sonntagen. Damit unterscheiden sich die Werte der Pflegekräfte und Wohnbereichsleitungen in Einrichtung F signifikant von den Durchschnittswerten der Gesamtanalyse.

Neben dem häufigen Arbeitseinsatz an den Wochenendtagen kann des Weiteren die Dauer des Arbeitseinsatzes über mehrere Tage hinweg schon als alarmierend bezeichnet werden. Insgesamt gaben in der Einrichtung 55,6% der Pflegekräfte und 60% der Wohnbereichsleitungen an, in diesem Jahr schon einmal mehr als 20 Tage ohne einen arbeitsfreien Tag gearbeitet zu haben und davon 28,9% der Pflegekräfte und 40% der Wohnbereichsleitungen sogar mehrmals.

Tabelle 82: Arbeitstage am Stück (Fallstudie/Gesamt)

Sie haben in diesem Jahr schon mehr als 20 Tage ohne freien Tag gearbeitet. (N Haus F = 45; 5; 14) (N Gesamt = 190; 27; 51)	Haus F		Gesamt	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Nein	20	44,4	149	78,4
	2	40,0	21	77,8
	12	85,7	44	86,3
Ja, einmal	12	26,7	22	11,6
	1	20,0	2	7,4
	0	0,0	2	3,9
Ja, mehrmals	13	28,9	19	10,0
	2	40,0	4	14,8
	2	14,3	5	9,8

Auch die Werte der Pflegekräfte der Einrichtung F unterscheiden sich signifikant von den Durchschnittswerten der Gesamtanalyse.

Schließlich verdeutlicht auch der Blick auf die Über- bzw. Mehrarbeitsstunden die enormen arbeitszeitlichen Belastungen in der Einrichtung F. Hervorzuheben ist in diesem Zusammenhang auch, dass alle drei genannten Faktoren (Wochenendarbeit, Arbeitstage am Stück und Mehrarbeit) bei der Einrichtung F einen deutlichen Handlungsbedarf anzeigen, wogegen in den übrigen Einrichtungen in der Regel nur einer dieser Belastungsaspekte einer Bearbeitung bedarf.

⁷⁵ (N Haus F= 46; 5, 13) (N Gesamt = 188; 19; 49)

⁷⁶ Die Prozentwerte ermitteln sich aus der Summe der beiden letzten Spalten.

Tabelle 83: Überstunden/Mehrarbeit (Fallstudie/Gesamt)

(N Haus F = 26;4;12) (N Gesamt = 117; 19; 31)	Haus F	Gesamt
Bis 25 Stunden	15,4%	59,0%
	0,0%	36,8%
	50,0%	61,3%
Zwischen 26 und 50 Stunden	15,4%	10,3%
	0,0%	5,3%
	16,7%	19,4%
Zwischen 51 und 75 Stunden	7,7%	6,0%
	0,0%	10,5%
	8,3%	3,2%
Zwischen 76 und 100 Stunden	15,4%	9,4%
	25,0%	21,1%
	8,3%	6,5%
Mehr als 100 Stunden	46,2%	15,4%
	75,0%	26,3%
	16,7%	9,7%

Auch hinsichtlich der Überstunden unterscheiden sich die Werte der Pflegekräfte, die mehr als 100 Überstunden haben, signifikant von den Durchschnittswerten der Gesamtanalyse.

Insgesamt kann hinsichtlich der bisher dargestellten Ergebnisse aus der schriftlichen Befragung festgehalten werden, dass sich die Informationen und Inhalte aus dem Eingangsworkshop und den Interviews bestätigt haben. Bereits im Eingangsworkshop hat das Thema Arbeitszeitgestaltung im Ranking der Belastungsfaktoren den zweitwichtigsten Platz eingenommen. Ferner wurde auch in den qualitativen Interviews mit unterschiedlichen Argumentationen immer wieder auf die „*katastrophale Arbeitszeitgestaltung*“ hingewiesen und auch Heimleitung und Pflegedienstleitung sehen hier einen dringenden Handlungsbedarf.

Vereinbarkeit von Familie und Beruf

Angesichts der Anzahl an Wochenenddiensten und Über- bzw. Mehrarbeitsstunden sowie dem Faktum, dass manchen Arbeitseinsätze 20 Tage am Stück erfolgen, wundert es nicht, wenn in den Interviews und im Eingangsworkshop immer wieder auf Probleme bei der Vereinbarkeit von Familie und Beruf verwiesen wurde. *„Wir wollen auch unser Privatleben. Wir haben Kinder und wir möchten auch mit der Familie ein bisschen Zeit verbringen. Ich bin wirklich mit Leib und Seele hier. (...) aber wir kommen in Familienkrisen. Was wir wollen, wir wollen nur jedes 2. Wochenende frei haben, oder dass wir ein Wochenende planen können. Ist das viel von uns verlangt? Ich denke nicht, das klappt überall. Mein Mann hat schon gesagt, das ist doch Wahnsinn. Mein Sohn fragt mich schon, der ist acht Jahre alt, und der fragt mich – ich hatte letzten Sonntag frei – Mama, wann musst du gehen? Ich habe gesagt, ich muss nicht gehen, ich hab heute frei. Oh wie schön, Mama ist endlich Zuhause.“*

Nach den Ergebnissen der schriftlichen Erhebung haben dementsprechend 66,7% (gesamt: 55,0%) der Pflegekräfte und 80% (gesamt: 40,7%) der Wohnbereichsleitungen der Aussage zugestimmt, dass sich die zeitlichen Anforderungen der Arbeit und der Familie immer schlechter miteinander vereinbaren lassen. 64% (gesamt: 60,8%) der Pflegekräfte und 80% (gesamt: 44,4%) der Wohnbereichsleitungen sind außerdem der Auffassung, die Freizeit nicht gut planen zu können, weil sie häufig kurzfristig einspringen müssen.

Wurde eingangs dieses Kapitels darauf verwiesen, dass sich Lage und Dauer der Arbeitszeit auf Lage und Dauer der privaten Zeiten auswirken, so erfordern die an unterschiedlicher Stelle zum Ausdruck gebrachten Hinweise auf Belastungen, die durch eine mangelnde Planbarkeit der Freizeit verursacht werden, auch eine genauere Analyse der (zeitlichen) Planbarkeit der Arbeit. Im Folgenden wird daher die Planung des Personaleinsatzes und – damit zusammenhängend – die Handlungsspielräume, die den Mitarbeiter/innen der Wohnbereiche und den Wohnbereichsleitungen in Einrichtung F zugestan-

den werden, betrachtet, es werden also auch Aspekte von Führung und Zusammenarbeit (vgl. Kapitel 2) hervorgehoben.

Personaleinsatzplanung

Als erstes Ergebnis im Hinblick auf den Personaleinsatz ist das Zustimmungsverhalten der Mitarbeiter/innen der Einrichtung F zu der Aussage „In Ihrem Wohnbereich werden immer wieder Kolleg/innen abgezogen und in einem anderen Wohnbereich eingesetzt“ hervorzuheben. Im Vergleich zu den Daten der Gesamtauswertung haben dieser Aussage 95% gegenüber 48,1% der Pflegemitarbeiter/innen, 76,9% gegenüber 57,1% der Hauswirtschaftskräfte und 80% gegenüber 34,6% der Wohnbereichsleitungen zugestimmt. Damit unterscheiden sich die Werte der Pflegekräfte und die Werte der Wohnbereichsleitungen abermals signifikant von den Werten der Gesamtanalyse.

Dass sich auch die Werte der Wohnbereichsleitungen in Einrichtung F signifikant von den Vergleichswerten der Gesamtanalyse unterscheiden, kann darauf zurückgeführt werden, dass in Einrichtung F die Pflegedienstleitung sehr stark und sehr kurzfristig auf die Einsatzplanung Einfluss nimmt. Auch dies wurde sowohl im Eingangsworkshop als auch in den Interviews problematisiert:

„Eigentlich steht und fällt alles mit der Entscheidung der PDL. Wir legen ihr den Dienstplan vor und dann zieht sie meistens Leute ab.“ „Bei uns ist es mit dem Dienstplan ganz schrecklich. Eigentlich müsste jetzt schon der Dienstplan für Juli aushängen (Zeitpunkt des Interviews: 19. Juni), doch der ist noch im absoluten Rohbau. Man weiß nie, wann man frei hat und kann kein Wochenende planen.“
„Diese kurzfristigen Änderungen kommen von der PDL.“ „Können Sie mir sagen, wann Sie in der nächsten Woche am Montag arbeiten? Nein.“

Der häufige personelle Wechsel auf den Wohnbereichen, wirkt sich in mehrfacher Hinsicht sehr belastend auf die Mitarbeiter/innen aus. Zum einen wird dadurch prinzipiell die Teambildung erschwert, zum anderen ist eine, einen längeren Zeitraum umfassende Arbeitsplanung, die sich an einem festen, kontinuierlich anwesenden Personalstamm ausrichtet, faktisch nicht mehr möglich, wenn immer dann, wenn der Wohnbereich (relativ zu anderen) gut besetzt ist, jemand abgezogen wird. Eventuell aufgebaute Zeitpuffer können in dieser Situation auch nicht mehr von dem betroffenen Wohnbereich genutzt werden.

Hinzu kommt, dass – angesichts der für viele nicht mehr zu überschauenden und nachzuvollziehenden Personaleinsatzplanung – während der Ist-Analyse insgesamt der Eindruck entstanden ist, die Wohnbereiche und die gesamte Einrichtung sind seit den Umbau-, Renovierungs-, Umzugs- und sonstigen Veränderungsmaßnahmen in keinsten Weise in einen routinierten und ruhigeren Arbeitsalltag zurückgekehrt. Das hat auch sehr starke Auswirkungen auf die Wahrnehmung der Führungskräfte durch die Pflegemitarbeiter/innen, Hauswirtschaftskräfte und Wohnbereichsleitungen. Bereits im Eingangsworkshop hat das Thema Führung im Ranking der Belastungsfaktoren den wichtigsten Platz eingenommen. Es lassen sich auch bei der schriftlichen Befragung zahlreiche Anhaltspunkte für ein belastendes Führungsverhalten finden.⁷⁷

Das betrifft zum einen das Verhältnis von Gestaltungsspielräumen und Kontrolle. Danach sind lediglich rund 5% bzw. 25% der Pflegemitarbeiter/innen, 7% bzw. 7% der Hauswirtschaftskräfte und 50% bzw. 50% der Wohnbereichsleitungen der Auffassung, die Heimleitung bzw. die Pflegedienstleitung lasse ihnen genügend Spielräume bei der Gestaltung ihrer Arbeit. Statt dessen teilen rund 63% bzw. 26% der Pflegemitarbeiter/innen, 50% bzw. 60% der Hauswirtschaftskräfte und 60% bzw. 60% der Wohnbereichsleitungen die Einschätzung, die Heimleitung bzw. die Pflegedienstleitung kontrolliere die Arbeit mehr als es notwendig sei.

⁷⁷ Vergleiche zu den folgenden Ausführungen auch das Kapitel Führung und Zusammenarbeit und die Ergebnisse der Fallstudie zu diesem Thema.

Zum anderen sehen sich in der Einrichtung F keine bzw. 2% der Pflegemitarbeiter/innen, 20% bzw. 6% der Hauswirtschaftskräfte und 0% bzw. 40% der Wohnbereichsleitungen durch die Heimleitung bzw. die Pflegedienstleitung in ihrer Arbeit unterstützt. Ebenso wie lediglich rund 5% bzw. 21% der Pflegemitarbeiter/innen, 7% bzw. 7% der Hauswirtschaftskräfte und 40% bzw. 40% der Wohnbereichsleitungen davon ausgehen, die Heimleitung oder die Pflegedienstleitung stelle sich hinter sie, wenn sie unter Druck geraten.

Bezogen auf das Antwortverhalten und unter Einbezug der Ergebnisse aus den anderen Erhebungsschritten, scheint sich in der Einrichtung eine Schiefelage zwischen Kontrolle, dem Gewähren von Gestaltungsspielräumen und Unterstützung durch Heimleitung und Pflegedienstleitung abzuzeichnen. Es gibt aber auch Hinweise darauf, dass deren Handlungsweise zumindest partiell in Zusammenhang mit deren Arbeitsbelastung gesehen wird. *„Ich denke mal, die Frau (...) (PDL) hat zu viel, die hat jetzt auch Haus V. Ich hab sie am Montag gesehen, wo einer noch eine Krankmeldung abgegeben hat, ich hab gedacht, die fällt um.“* Zum anderen bemerken einzelne Mitarbeiter/innen, dass sich die Wahrnehmung der Heimleitung bezüglich der Arbeitsanforderung, mit denen das Personal konfrontiert ist, verändert. *„Und er (HL) hat selber zu mir gesagt, weil ich sagte, okay, das schaffen wir, wir sind zu viert, wir gucken mal, und er sagte, nein, Frau (...), das ist nicht mehr zu schaffen. Und das fand ich sehr positiv, dass der jetzt auch kommt.“*

Wie in der nachfolgenden Tabelle dargestellt, ist jedoch im Vergleich zur Gesamtauswertung das Zustimmungsverhalten bezüglich des Vertrauens in die Führungskräfte und deren Umgang mit den Mitarbeiter/innen bis auf eine Ausnahme in allen Punkten – wenn auch nicht signifikant – schlechter ausgefallen.

Tabelle 84: Vertrauensverhältnis (Fallstudie/Gesamt)

	Haus F	Gesamt
In Ihrem Wohnbereich herrscht ein vertrauensvolles Verhältnis zur Wohnbereichsleitung (WBL). (N Haus F = 41; 0; 14) (N Gesamt = 177; 0; 50)	73,2% / 64,3%	84,2% / 76,0%
Der Umgang zwischen der WBL und den Mitarbeiter/innen wird wechselseitig als fair und gerecht erlebt. (N Haus F = 41; 4; 14) (N Gesamt = 175; 26; 50)	75,6% 100,0% 35,7%	87,4% 92,3% 58,0%
In Ihrem Wohnbereich herrscht ein vertrauensvolles Verhältnis zur Pflegedienstleitung (PDL). (N Haus F = 42; 4; 11) (N Gesamt = 181; 25; 27)	59,5% 50,0% 54,5%	63,0% 80,0% 70,4%
Sie erleben den Umgang der Pflegedienstleitung mit den Mitarbeiter/innen als fair und gerecht. (N Haus F = 43; 4; 13) (N Gesamt = 180; 25; 45)	60,5% 50,0% 53,8%	64,4% 80,0% 71,1%
In Ihrem Wohnbereich herrscht ein vertrauensvolles Verhältnis zur Heimleitung (HL). (N Haus F = 40; 4; 14) (N Gesamt = 178; 26; 50)	47,5% 50,0% 35,7%	61,8% 69,2% 70,0%
Sie erleben den Umgang der Heimleitung mit den Mitarbeiter/innen als fair und gerecht. (N Haus F = 42; 4; 14) (N Gesamt = 179; 26; 47)	45,2% 50,0% 35,7%	66,5% 73,1% 68,1%

Abschließend soll noch auf zwei Aspekte verwiesen werden, die die Arbeitsbelastung der Mitarbeiter/innen verstärken:

Zum einen finden vor allem nach Aussagen der Wohnbereichsleitungen zu wenig gemeinsame Besprechungen statt. Das betrifft die Teambesprechungen in den einzelnen Wohnbereichen, die wegen der Anrechnung als Arbeitszeit anscheinend nur zweimal im Jahr stattfinden dürfen. Das betrifft den fehlenden, aber gewünschten (alleinigen) Austausch unter den 11 Wohnbereichsleitungen und das betrifft Anzahl und Inhalte der Besprechungstermine zwischen allen Leitungskräften im Haus.

Zum anderen wurde von verschiedener Seite die Sorge geäußert, dass die Einrichtung im Ort ihren guten Ruf verliert, dadurch kein gutes Personal mehr anzuwerben ist und auch intern die Bewoh-

ner/innen und Angehörigen beginnen, die „chaotische“ Personalsituation wahrzunehmen. *Bewohner/innen und Angehörige fragen auch ständig nach, wer denn noch im Dienst ist oder sie wollen wissen, wie viele im Dienst sind. Das macht mir mittlerweile ein bisschen Angst, dass das bald die Runde macht, dass wir weniger gut besetzt sind.“* „Das ist auch ein ganz schlechtes Bild, das verbreitet sich ganz stark in (...), (...) ist ein Dorf. Und wenn (...) mich anruft und sagt, was ist denn bei euch los, habt ihr kein Personal, was ist da los, wie viele Tage müsst ihr denn arbeiten, kommt das nicht von uns. Und das spricht sich rum. Letztens habe ich eine Kollegin aus meiner Ausbildung getroffen und die sagte, was ist denn bei euch los in dem Heim. Die Leute tratschen an den Bushaltestellen, Angehörige. Die sehen uns hier rennen wie die Bescheuerten und keine Schwester ist da.“ „Hierher kommen Mitarbeiter, auch gute Mitarbeiter, die arbeiten 2, 3 Tage, arbeiten 1 Woche, dann haben sie 3 Wochenenden hintereinander, weil keine Menschenseele da ist, und dann sagen sie, nein, hier soll ich arbeiten? Die kommen neu rein, sind noch nicht so verbunden mit dem Haus und mit ihnen und sagen dann, ich bin doch nicht wahnsinnig, ich gehe mal lieber schnell woanders hin.“

3. Zwischenfazit

Die Analyse der Belastungssituation in der Einrichtung F hat zu Ergebnissen geführt, die drei Kategorien zugeordnet werden können.

Erstens haben sich deutliche Kriterien abgezeichnet, die sich bei der Arbeitszeitgestaltung als besonders belastend erwiesen haben. Das betrifft die übermäßige Wochenendarbeit, die angesammelten Über- bzw. Mehrarbeitsstunden, die Anzahl der an einem Stück hintereinander gearbeiteten Arbeitstage und daraus resultierend die zunehmend schlechtere Vereinbarkeit von Familie und Beruf.

Zweitens ist in der Einrichtung ein Missverhältnis zwischen den durch Heimleitung und Pflegedienstleitung gewährten Gestaltungsspielräumen und der durch diese Leitungskräfte ausgeübten Kontrolle sichtbar geworden. Insgesamt ist in den einzelnen Analyseschritten der Eindruck entstanden, in der Einrichtung F findet ein permanentes Krisenmanagement, vor allem hinsichtlich der Schichtbesetzungen statt, das es den einzelnen Wohnbereichen und deren Mitarbeiter/innen verunmöglicht, längerfristige Arbeitsplanungen vorzunehmen, geschweige denn eine kontinuierliche und absehbare Personaleinsatzplanung zu implementieren.

Drittens hat diese Form des Krisenmanagements einen erheblichen Vertrauensverlust in die Heimleitung und Pflegedienstleitung zur Folge, der durch kurzfristige, wenig transparente und/oder partizipative Entscheidungen von Geschäftsführung und Pflegedienstleitung erhöht wird.

Es ist davon auszugehen, dass sich alle genannten Faktoren wechselseitig verstärken und somit eine Unterscheidung zwischen Ursache und Wirkung zum jetzigen Zeitpunkt noch nicht möglich ist. Festzuhalten bleibt aber, dass nicht nur die Mitarbeiter/innen, sondern – so die Einschätzung der wissenschaftlichen Begleitung – auch die Leitungskräfte die Grenzen ihrer Belastbarkeit erreicht haben, und im ganzen Haus ein entsprechender Wunsch für Veränderungen und eine Offenheit für die Entwicklung von belastungsreduzierenden Maßnahmen vorhanden ist.

C: Die Arbeit des Gesundheitszirkels

Nachdem die Ergebnisse der Ist-Analyse in der Einrichtung zum einen der Leitung (beide Geschäftsführer und Pflegedienstleitung) und zum anderen der Mitarbeiter/innen gesondert präsentiert wurden, kann zunächst festgehalten werden: Die in der Ist-Analyse vorgestellten Ergebnisse fanden in beiden Gruppen weitestgehende Zustimmung. Unterschiede in der Ergebnisbewertung gab es jedoch bezüglich der Einschätzungen des Führungsverhaltens und der hausinternen Kommunikation. Dies kann als weiteres Indiz dafür gewertet werden, dass die Vertrauensbasis nicht stabil genug, die gegenseitigen Erwartungen nicht konkret genug und die Fragen nach der Verantwortungsübernahme in der Einrich-

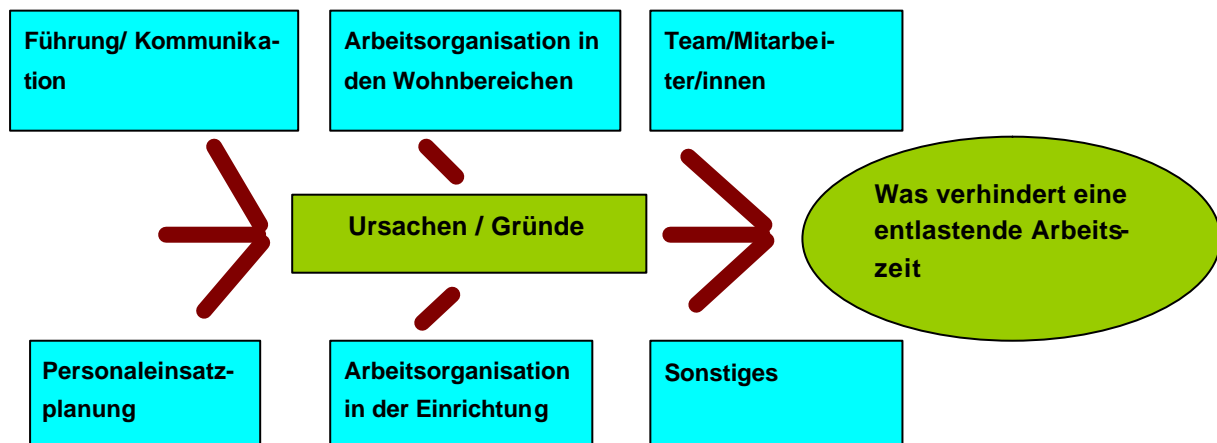
tung nicht zufrieden stellend beantwortet sind. Da von den Teilnehmer/innen beider Sitzungen die arbeitszeitlichen Belastungen aber als vordringlich eingestuft wurden, wurde beschlossen, im Gesundheitszirkel, wie zu Projektbeginn vorgesehen, das Thema Arbeitszeit weiter zu bearbeiten.

In Absprache mit den Leitungspersonen haben im Gesundheitszirkel acht Personen mitgearbeitet. Die Teilnehmer/innen des Zirkels setzten sich aus Wohnbereichsleitungen, examinierten und nicht examinierten Pflegekräften sowie zwei Vertreterinnen aus der Tagespflege und der therapeutischen Betreuung zusammen. Die Zirkelmitglieder trafen sich durchschnittlich einmal im Monat, und es wurde eine Sitzungsdauer von ca. 2 Stunden veranschlagt.

Moderiert und strukturiert wurde die Zirkelarbeit von der wissenschaftlichen Begleitung. Die inhaltliche Schwerpunktsetzung wurde, dem partizipativen Gestaltungsansatz folgend, den Mitarbeiter/innen des Zirkels überlassen.

1. Problembeschreibung und Ursachenanalyse

Nachdem in der ersten Sitzung des Gesundheitszirkels die Struktur und die Arbeitsweise des Zirkels erläutert wurden, und sich die Gruppe auf gemeinsame Rahmenbedingungen und Kommunikationsregeln verständigt hatte, erfolgte mit der Leitfrage „**Was verhindert eine entlastende Arbeitszeitgestaltung?**“ der thematische Einstieg in die Zirkelarbeit. Anhand vorgegebener Kategorien wurden die über die Moderationsmethode erfragten Beiträge der Mitarbeiter/innen fünf Handlungsebenen zugeordnet.



Entsprechend der Ergebnisse der Ist-Analyse hat sich auch bei der neuerlichen Problembenennung zu Beginn der zweiten Projektphase herausgestellt, dass diese nach wie vor mehrheitlich den Kategorien Personaleinsatzplanung und Führung/Kommunikation zuzuordnen waren. Vom Zeitpunkt der durchgeführten Interviews und der quantitativen Befragung im Sommer 2007 bis zum Beginn der Zirkelarbeit Anfang des Jahres 2008 waren demnach einrichtungsintern keine nennenswerten „Selbstheilungsprozesse“ in Gang gesetzt worden.

Kategorie: Personaleinsatzplanung

Wurde eingangs dieses Kapitels die Bedeutung der Personaleinsatzplanung im Zusammenhang mit dem Thema ent- bzw. belastende Arbeitszeitgestaltung hervorgehoben, so kumulieren die von den Mitarbeiter/innen als ursächlich für die enormen arbeitszeitlichen Belastungen genannten Stichworte auf den Dienstplan und die Dienstplangestaltung. Wie der folgenden Tabelle zu entnehmen ist, kann dabei unterschieden werden zwischen erstens Kritikpunkten, die substantiell **die personelle Ausstattung** der einzelnen Wohnbereiche problematisieren. Begonnen mit der Frage, ob die Einrichtungslei-

tung den Wohnbereichen tatsächlich das Personal zur Verfügung stellt, das ihnen über die Berechnung nach Stellenschlüsseln auch zusteht. Zudem wurde moniert, dass die Mitarbeiter/innen sehr häufig in anderen Wohnbereichen eingesetzt werden und dies dann die Arbeitsplanung und -bewältigung in den einzelnen Wohnbereichen und die Teambildung erschwert. Hinderlich für die Teambildung sei außerdem der Einsatz von Personal aus Zeitarbeitsfirmen, denn, obwohl sicherlich auch gute Kräfte dabei sind, wirkt sich das auf die Teambildung belastend aus, weil deren Bindung an die Einrichtung eben nur sehr schwach ist. Schließlich entstehen Probleme mit der personellen Ausstattung indirekt auch dadurch, weil das ohnehin knapp bemessene Pflegepersonal sehr viele pflegerfremde Tätigkeiten übernehmen muss.

Alle diese genannten Probleme haben - und das ist die zweite Kategorie - Auswirkungen auf den **persönlichen Arbeitseinsatz**, indem sich kein fester Schichtrythmus etablieren kann, zum Teil „20-Tage“ Einsätze absolviert werden müssen und insgesamt sehr viel Wochenendarbeit und Mehrarbeit anfällt.

Die Arbeitszeitgestaltung wiederum wirkt allein dadurch negativ auf die Freizeitgestaltung und Planung. Verschärft wird dieser Sachverhalt zusätzlich, weil als dritte zusammenfassende Kategorie der **Dienstplan** sehr spät aushängt und zudem auch noch häufig kurzfristig verändert wird.

Tabelle 85: Stichwortsammlung der Problemdefinition aus der ersten Zirkelsitzung

	Personelle Ausstattung	persönlicher Arbeitseinsatz	Dienstplan
Stichworte	Stellenschlüssel		sehr spät
	Einsatz in unterschiedlichen Wohnbereichen	„kein Schichtrythmus“	Häufige kurzfristige Änderungen
	Probleme bei der Arbeitsplanung und -bewältigung	„zum Teil „20-Tage“ Einsätze“	
	Einsatz von Personal aus Zeitarbeitsfirmen	„sehr viel Wochenendarbeit“	
	Pflegefremde Tätigkeiten	Mehrarbeit/ Überstunden	

Kategorie: Führung/Kommunikation:

Während sich die belastende Arbeitszeitgestaltung konkret über die Personaleinsatzplanung und in einem „schlechten“ Dienstplan manifestiert, bestätigte sich in der ersten Zirkelsitzung zudem nochmals der bereits in der Ist-Analyse festgestellte Vertrauensverlust in die Leitungskräfte (Geschäftsführung und Pflegedienstleitung) der Einrichtung.⁷⁸ Seinen Ausdruck findet der Vertrauensverlust zum einen in der Vermutung, dass den Wohnbereichen nicht die Personalmenge zugeteilt wird, die ihnen bei einer genauen Berechnung über die Pflegeschlüssel zustehen würde. Zum anderen liegt die Dienstplangestaltung im Verantwortungsbereich der Pflegedienstleitung und deren Schichteinteilungen und kurzfristige Planänderungen sind für die Mitarbeiter/innen häufig nicht nachvollziehbar. Insofern werden die arbeitszeitlichen Gestaltungsspielräume der einzelnen Wohnbereiche als stark durch Geschäftsführung und Pflegedienstleitung eingeschränkt wahrgenommen.

⁷⁸ Vgl. Ist-Analyse dieses Kapitels

2. Die Zieldefinition

Nachdem die oben dargestellten Kritikpunkte mit besonderem Fokus auf die Kategorien *Personaleinsatzplanung* und *Führung/Kommunikation* nochmals erläutert und diskutiert wurden, verständigte sich die Gruppe darauf, im Rahmen der Maßnahmengenerierung einen Dienstplan zu entwickeln. Vordringlichstes Ziel aus Sicht der Zirkelmitglieder war es, mit diesem Dienstplan eine ausreichende Zahl an freien Wochenendtagen sicherzustellen, die Anzahl der aufeinanderfolgenden Arbeitstage zu reduzieren und möglichst wenige Überstunden anzusammeln. Als flankierende Randbedingung, die perspektivisch ein „störungsfreies und planbares Arbeiten“ über den Geltungsbereich des Dienstplanes von vier Wochen ermöglichen sollte, wurde zudem festgelegt: Kein/e Wohnbereichsmitarbeiter/in wird in einem anderen Wohnbereich eingesetzt werden und umgekehrt – z.B. bei Engpässen infolge von Krankheit – soll niemand von einem anderen Wohnbereich einspringen. Die Personaleinsatzplanung sollte mit dieser Maßnahme wieder in den Verantwortungsbereich der Wohnbereiche bzw. deren Leitungen zurückgeführt werden mit der Hoffnung, dass sich über eine stabile personelle Besetzung arbeitszeitliche Belastungen reduzieren und die Bewältigung der anfallenden Arbeiten optimieren ließe. Zu diesem Zweck wurde darüber hinaus abgesprochen, die Hausleitung und die Pflegedienstleitung zwar grundsätzlich über die geplante Maßnahme zu informieren, hinzugezogen werden sollten die Führungskräfte aber erst nach Fertigstellung des Dienstplanentwurfs.

3. Die Maßnahmenentwicklung

Da zu Beginn der Zirkelarbeit die Mitarbeiter/innen weder konkrete Angaben zur Bewohnerstruktur, noch zu den Personalschlüsseln oder zum Wohnbereichspersonal und dessen genauer Wochenarbeitszeit machen konnten, wurde beschlossen, den Dienstplan in folgenden Arbeitsschritten zu entwickeln:⁷⁹

- Berechnung der täglich zur Verfügung stehenden Bruttoarbeitsstunden.
- Berechnung der täglich zur Verfügung stehenden Nettoarbeitsstunden.
- Auflistung der täglich anfallenden (Pflege-)Tätigkeiten.
- Verteilung der ermittelten Arbeitsstunden für die Tagschicht und Abgleich des benötigten Personals mit der Personalstruktur der Wohnbereiche.

In der folgenden Darstellung der Arbeitsergebnisse wird zugunsten der thematischen Komprimierung auf eine chronologische Darstellung der Zirkelarbeit verzichtet.

3.1 Berechnung der täglich zur Verfügung stehenden Bruttoarbeitsstunden

Grundlage für die Dienstplanerstellung war zunächst die Ermittlung der Vollzeitstellen über die Pflegegeschlüssel orientiert an der Bewohnerstruktur. Die Vollzeitstellen wurden im Anschluss in monatliche Bruttostunden umgerechnet und mit den (Personal-)Sollstunden der einzelnen Wohnbereiche abgeglichen. Da aufgrund der geschilderten personellen Inkonsistenzen und infolge des Einsatzes von Zeitarbeitnehmer/innen keine wirklich zuverlässigen Vergleichsgrößen zu erwarten waren, musste für den weiteren Projektverlauf bereits zu diesem Zeitpunkt davon ausgegangen werden, dass die vorzunehmenden Berechnungen im Wesentlichen nur als Annäherungswerte zu verstehen sind.

Nachdem Hausleitung und Pflegedienstleitung die notwendigen Daten (Pflegeschlüssel, sowie Bewohnerstruktur und personelle Besetzung der einzelnen Wohnbereiche) zur Verfügung gestellt hatten, wurden die Vollzeitstellen, die abzuziehenden Anteile für die Leitung und den sozialen Dienst und die

⁷⁹ In Anlehnung an Wipp (2007).

Bruttoarbeitsstunden mit einer Exceltabelle für alle Wohnbereiche berechnet und den tatsächlichen Sollstundenkontingenten gegenübergestellt.

Damit die aktuelle (Fach-)Diskussion um die Personleinsatzplanung und die flexible Ausrichtung des Arbeitseinsatzes an den täglichen Arbeitsspitzen und -tälern durch Praxisbeispiele konkretisiert wird, werden für die Berichtslegung die Daten für die Wohnbereiche in den folgenden Tabellen abgebildet.

Erläuterungen zu den Tabellen

Stellenschlüssel ⁸⁰ Stufe 0:	1:8
Stellenschlüssel Stufe 1:	1:4
Stellenschlüssel Stufe 2:	1:2,5
Stellenschlüssel Stufe 3:	1:1,8
Stellenschlüssel Leitung:	1:150
Stellenschlüssel Sozialer Dienst:	1:38,5

WB	Wohnbereich
BW	Anzahl Bewohner/innen differenziert nach Pflegestufen
VZ	Anteil Vollzeitstelle im Verhältnis Stellenschlüssel/Bewohner/innen
L	Leitung (abziehender Anteil an Vollzeitstellen für die Leitungskräfte)
SD	Sozialer Dienst (abziehender Anteil an Vollzeitstellen für den Sozialen Dienst)
Stunden	VZ umgerechnet in monatliche Arbeitsstunden auf Basis der 38,5 Stunden/Woche (167 Stunden/Monat, Brutto) ⁸¹
Soll-Stunden	tatsächliches Stundenkontingent der Wohnbereiche (Brutto)

⁸⁰ Nach Auskunft der Geschäftsführung gibt es in Nordrhein-Westfalen einheitliche Stellenschlüssel.

⁸¹ Tatsächlich sind in den Einrichtungen infolge der tariflichen Umstellungen der letzten Jahre zunehmend Arbeitsverträge auf Basis der 40 Stunden/Woche (173,3 Stunden/Monat, Brutto) abgeschlossen worden. Ob diese Auswirkungen zu einer Absenkung der Pflegeschlüssel führen werden, oder ob den Einrichtungen orientiert an den Vollzeitstellen dann tatsächlich mehr Arbeitsstunden zur Verfügung stehen, ist zurzeit noch nicht einzuschätzen.

Tabelle 86: Berechnung der Vollzeitstellen über die Personalschlüssel

Stufe	WB A		WB B		WB C		WB D		WB E		WB F		WB G		WB H		WB I		WB J	
	BW	VZ	BW	VZ	BW	VZ	BW	VZ	BW	VZ	BW	VZ	BW	VZ	BW	VZ	BW	VZ	BW	VZ
0	0	0,00	2	0,25	2	0,25	2	0,25	2	0,25	1	0,13	0	0,00	0	0,00	1	0,13	4	0,50
1	20	5,00	26	6,50	17	4,25	7	1,75	18	4,50	7	1,75	18	4,50	14	3,50	13	3,25	23	5,75
2	5	2,00	10	4,00	6	2,40	16	6,40	11	4,40	14	5,60	7	2,80	11	4,40	20	8,00	8	3,20
3	2	1,11	1	0,56	0	0,00	6	3,33	2	1,11	2	1,11	6	3,33	5	2,78	6	3,33	8	4,44
?	27	8,11	39	11,31	25	6,9	31	11,73	33	10,26	24	8,59	31	10,63	30	10,68	40	14,71	43	13,89

Tabelle 87: Abzuziehende Stellenanteile für soziale Betreuung sowie Heim- und Pflegedienstleitung

	WB A		WB B		WB C		WB D		WB E		WB F		WB G		WB H		WB I		WB J	
	BW	VZ	BW	VZ	BW	VZ	BW	VZ	BW	VZ	BW	VZ	BW	VZ	BW	VZ	BW	VZ	BW	VZ
L	27	0,18	39	0,26	25	0,17	31	0,21	33	0,22	24	0,16	31	0,21	30	0,20	40	0,27	43	0,29
SD		0,70		1,01		0,65		0,81		0,86		0,62		0,81		0,78		1,04		1,12
?		0,88		1,27		0,82		1,01		1,08		0,78		1,01		0,98		1,31		1,40

Tabelle 88: Vollzeitstellen und monatliche Bruttostunden im Abgleich mit den tatsächlichen Stundenkontingenten pro Wohnbereich

	WB A	WB B	WB C	WB D	WB E	WB F	WB G	WB H	WB I	WB J
VZ-Stellen	7,23	10,03	6,08	10,72	9,18	7,80	9,62	9,70	13,40	12,49
Stunden	1207,38	1675,44	1016,03	1790,49	1533,72	1303,06	1606,79	1619,66	2238,25	2085,98
Soll-Stunden	1552,20	1965,45	925,20	1692,30	1356,30	1359,5	1691,05	1721,10	2183,90	2184,20
Differenz	344,82	290,01	-90,83	-98,19	-177,42	56,44	84,26	101,44	-54,35	98,22

Wird zunächst nur die Tabelle 85 betrachtet, so zeigt bereits diese Vergleichsrechnung die Bedeutung der (richtigen) Bewohnereinstufung für die personelle Ausstattung. Dem Wohnbereich G stehen demnach für die Versorgung von 31 Bewohner/innen 10,63 Vollzeitstellen zur Verfügung während im Vergleich Wohnbereich D mit derselben Bewohnerzahl auf 11,73 Vollzeitstellen kommt, weil diese dort durchschnittlich höher eingestuft sind. Bereinigt um die abzuziehenden Anteile für Leitung und Soziale Betreuung, muss die Tag- und Nachtversorgung von 31 Bewohner/innen in Wohnbereich G mit 9,62 und im Wohnbereich D mit 10,72 Vollzeitstellen sichergestellt werden. Angesichts der Diskussion um die Einstufungspraktiken und die systemimmanente Vernachlässigung der gerontopsychiatrischen Erkrankungen einerseits und der Größe des Flexibilisierungspotenzials in Abhängigkeit von den insgesamt zur Verfügung stehenden Stunden andererseits gestaltete sich die Anpassung des Personaleinsatzes an die täglichen Arbeitsspitzen und -täler für den Wohnbereich G deutlich schwerer als für den Wohnbereich D.

Des Weiteren wird für verhältnismäßig kleine Wohnbereiche wie beispielsweise Wohnbereich F (24 BW) oder Wohnbereich C (25 BW) zu zeigen sein, dass der rechnerische Anteil der durch die Pflegeversicherung gegenfinanzierten Vollzeitstellen (6,08 bzw. 7,80) im Grunde nicht ausreichen kann, um den laufenden Betrieb angemessen aufrechtzuerhalten.

Bezüglich der von den Zirkelmitgliedern geäußerten Zweifel, ob die Wohnbereiche tatsächlich entsprechend der Stellenschlüssel auspersonalisiert sind, gibt Tabelle 87 Auskunft. Nach dem Abgleich der rechnerisch ermittelten monatlichen Bruttostunden mit den Soll-Stunden wird von der Einrichtungsleitung in sechs Wohnbereichen mehr und in vier Wohnbereichen weniger Personalstunden zur Verfügung gestellt. Insgesamt wurden zum Zeitpunkt der Berechnungen (Monat: Mai 2008) 323 Bewohner/innen in der Einrichtung versorgt, für die rechnerisch 96,27 VZ-Stellen (bereinigt) mit einem Kontingent von 16.076,78 Stunden eingesetzt werden können. Tatsächlich können in der gesamten Einrichtung aber 16.631,20 Stunden (= 99,58 VZ-Stellen) verplant werden.

Nachdem die Zahlen für die Zirkelmitglieder transparent waren, kann als Ergebnis für den ersten Bearbeitungsschritt im Rahmen der Maßnahmenentwicklung festgehalten werden:

- Das Vertrauen in Heim- und Pflegedienstleitung wurde gestärkt, weil insgesamt betrachtet genug Personalsollstunden in der Einrichtung zum Einsatz gebracht wurde.
- Für die meisten Zirkelmitglieder wurden konkret in ihrem jeweiligen Wohnbereich sogar mehr Sollstunden zur Verfügung gestellt, als sich aus der Berechnung über die Personalschlüssel ergeben hatte.
- Alle Zirkelmitglieder haben durch die Zahlenbeispiele nochmals die Wichtigkeit der „richtigen“ Bewohnereinstufung erkannt. Weil diese die zentrale „Einnahmequelle“ für die Pflegearbeit darstellt, begannen die Mitarbeiter/innen zudem die Themen Nachbegutachtung und Höherstufungspraktiken in der Einrichtung zu problematisieren. Dies hatte auch Auswirkungen auf weitere Maßnahmenentwicklungen zum Projektende.

3.2 Berechnung der täglich zur Verfügung stehenden Nettoarbeitsstunden

Nachdem im ersten Arbeitsschritt die Bruttoarbeitsstunden berechnet wurden, erfolgte im nächsten Arbeitsschritt die Berechnung der täglich zur Verfügung stehenden Nettoarbeitsstunden. Die Unterscheidung zwischen Brutto- und Nettoarbeitsstunden ist deshalb von enormer Bedeutung, weil in den Bruttoarbeitsstunden sogenannte Ausfallzeiten (z.B. Urlaubs- und Krankheitstage, Feiertage u.a.)⁸² enthalten sind, in denen die Arbeitnehmer/innen der Einrichtung nicht zur Verfügung stehen. Die Be-

⁸² Vgl. zu dieser Problematik Wipp; Wagner (2005: 40). „Als Ausfallzeiten gelten alle Zeiten, in denen der Mitarbeiter für die Zeit seiner Abwesenheit im Rahmen der für ihn geplanten Arbeitszeit die volle oder teilweise Vergütung erhält. Der Anlass für die Ausfallzeiten gilt als Ausfallart.“

rechnung der Ausfallzeiten sollte regelmäßig einrichtungsintern vorgenommen werden, um z.B. die Ausfallzeiten infolge von Krankheit genau zu ermitteln. Ebenso hängen die Urlaubsausfallzeiten von den individuellen arbeitsvertraglichen Vereinbarungen ab. Schließlich schwankt auch die Anzahl der Feiertage von Jahr zu Jahr. Wird bei der Personaleinsatzplanung keine Unterscheidung zwischen Brutto- und Nettoarbeitszeit vorgenommen und orientiert sich die Erstellung der Dienstpläne lediglich an den errechneten Bruttoarbeitsstunden, werden systematisch bereits vor dem Wirksamwerden des Dienstplanes Überstunden eingeplant.⁸³

Weil die notwendigen Kennzahlen des Arbeitsausfalls und die daraus zu errechnende Ausfallquote (prozentueller Wert des Arbeitsausfalls) der Einrichtung für den Gesundheitszirkel nicht zur Verfügung standen⁸⁴, verständigten sich die Zirkelmitglieder darauf, die monatlichen Nettoarbeitsstunden und die täglich zur Verplanung verbleibenden Nettostunden über Schätzwerte zu berechnen. Als Ausgangsbasis wurde die über die Personalschlüssel errechnete monatliche Bruttoarbeitszeit zugrunde gelegt und nicht das von der Einrichtung tatsächlich zur Verfügung gestellte Personal, um genauere Anhaltswerte für die Personaleinsatzplanung zu erhalten.

Für jeden Wohnbereich wurden drei Vergleichsrechnungen vorgenommen, basierend auf erstens 0% Ausfallzeit, zweitens 10% Ausfallzeit und drittens 20% Ausfallzeit.

(Monatliche Nettoarbeitszeit = monatliche Bruttoarbeitszeit – % Ausfallzeit).

Für die Berechnung der täglich zur Verfügung stehenden Arbeitsstunden wurde als Annäherung die Nettoarbeitszeit durch 30,5 geteilt⁸⁵, da in der Einrichtung die Mindestschichtbesetzung an allen Wochentagen gleich groß sein soll.⁸⁶

(Tägliche Arbeitszeit = monatliche Nettoarbeitszeit geteilt durch 30,5).

Für die Berechnung der für die Tagschichten zur Verfügung stehenden Arbeitsstunden wurden als Annäherung neun Nachtdienststunden abgezogen.⁸⁷

(Arbeitsstunden Tagschicht = Tägliche Arbeitszeit - neun Stunden Nachtschicht).

⁸³ Ebd. (10ff.)

⁸⁴ Laut telefonischer Angabe des Geschäftsführers erfolgte die Einsatzplanung zu diesem Zeitpunkt ohne Berücksichtigung einer kalkulatorischen Ausfallzeit, weil sich – wegen der umfangreichen Renovierungen der letzten Jahre - die Mitarbeiter/innen ohnehin in einer sehr belastenden Arbeitssituation befanden und deshalb mehr Stunden als verfügbar eingeplant wurden.

⁸⁵ Für die Berechnung der täglich zur Verfügung stehenden Nettostunden wurde die Summe der Nettostunden durch 30,5 geteilt. Da es Monate gibt, die 31, 30 bzw. 28 Tage haben, ist dieser Wert nur als Annäherung zu betrachten. Des Weiteren wurde, entsprechend den Richtlinien in der Einrichtung, für alle Wochentage eine gleichgroße Schichtbesetzung zugrunde gelegt.

⁸⁶ Ob die Wochenend- und Feiertage mit der gleichen Anzahl an Mitarbeiter/innen zu besetzen sind, oder ob an diesen Tagen eventuell ein verkleinerter Personalstamm zum Einsatz kommt, wird in den Einrichtungen unterschiedlich gehandhabt. In der Projekteinrichtung ist der Personaleinsatz an allen Wochentagen gleich groß, damit Angehörige und Besucher, die die Einrichtung an den Feiertagen und Wochenenden besuchen, auch eine angemessene Zahl an Ansprechpartner/innen antreffen können.

⁸⁷ Die Nachtschicht in der Einrichtung geht von 21.00 bis 6.30 Uhr. Abzüglich einer halben Stunde Pause, werden 9 Arbeitsstunden geleistet.

Die folgende Tabelle gibt die auf dem oben beschriebenen Weg berechneten Vergleichswerte für drei ausgewählte Wohnbereiche wieder. Für die Berichtslegung wurden ein kleiner, ein mittlerer und ein großer Wohnbereich ausgewählt, weil von diesen Wohnbereichen auch Mitarbeiter/innen am Gesundheitszirkel teilnahmen.

Tabelle 89: Übersicht Nettoarbeitszeit und Arbeitsstunden Tagschicht (gerundet)

	WB B (39 BW)	WB C (25 BW)	WB J (43 BW)
Monatliche Bruttoarbeitszeit/ Personalschlüssel	1675,44	1016,03	2085,98
Monatliche Nettoarbeitszeit bei 0% Ausfallzeit	1675,44	1016,03	2085,98
Tägliche Arbeitszeit	54,93	33,31	68,39
Arbeitsstunden Tagschicht	45,93	24,31	59,39
Monatliche Nettoarbeitszeit bei 10% Ausfallzeit	1507,90	914,43	1877,38
Tägliche Arbeitszeit	49,44	29,98	61,55
Arbeitsstunden Tagschicht	40,44	20,98	52,55
Monatliche Nettoarbeitszeit bei 20% Ausfallzeit	1340,35	812,82	1668,78
Tägliche Arbeitszeit	42,00	26,658	54,71
Arbeitsstunden Tagschicht	33,00	17,65	45,71

Wie die abgebildeten Vergleichswerte sehr eindrucksvoll beweisen, spielt die zu berücksichtigende Ausfallzeit eine erhebliche Rolle für die Personaleinsatzplanung. Bei diesem vorbereitenden Bearbeitungsschritt für die Dienstplanerstellung gewannen die Zirkelmitglieder insbesondere einen Eindruck davon, worauf vermutlich die für alle sehr belastenden Überstunden zurückzuführen sind. Bei der Planung ohne Berücksichtigung von Ausfallzeiten in Abhängigkeit von der Größe des Wohnbereichs werden rechnerisch täglich rund 4; 5 oder 7 Stunden mehr verplant als bei kalkulierten 10% Ausfallzeit. Bei kalkulierten 20% sind es sogar rund 8; 6 oder 14 Stunden. Nachdem der grundsätzliche Zusammenhang zwischen Überstunden und Ausfallzeiten – wenn auch nur als Annäherung ohne genaue Zahlenwerte⁸⁸ – transparent und nachvollziehbarer wurde, löste die Erkenntnis, dass das Überstundenproblem wahrscheinlich nur durch eine stringenterere Verwendung der Arbeitszeit gelöst werden kann, Betroffenheit bei den Zirkelmitgliedern aus. Entgegen der zu Beginn der Arbeit des Gesundheitszirkels formulierten Vermutung, die Einrichtungsleitung stelle zu wenig Personal für die Wohnbereiche zur Verfügung, wurde im Gegenteil tendenziell sogar zu viel Personal eingesetzt. Die erste Reaktion auf diesen Sachverhalt war Enttäuschung und die Einschätzung „die Arbeit sei dann gar nicht mehr zu schaffen.“ Dementsprechend standen die Zirkelmitglieder auch der Vorstellung sehr kritisch gegenüber, durch eine genauere und dadurch vielleicht effizientere Arbeitsplanung könnten Überstunden vermieden, die individuellen Regenerationszeiten erhöht und die Pflegekräfte langfristig in die Lage versetzt werden, die anfallenden Arbeiten innerhalb der vorgesehenen Arbeitszeiten auch zu bewältigen,.

⁸⁸ Die tatsächlich anfallenden Überstunden der Einrichtung liegen deutlich unterhalb der rechnerisch ermittelten Werte. Das deutet darauf hin, dass in der täglichen Besetzung der Schichten sehr wohl auf Ausfallzeiten reagiert und nicht jeder Ausfall durch personelle Vertretungen kompensiert wird.

3.3 Auflistung der täglich anfallenden Tätigkeiten

Parallel zu den Berechnungen der Brutto- und Nettoarbeitszeiten hatten die Zirkelmitglieder die Aufgabe, in einem vorgegebenen Formular die täglich anfallenden Tätigkeiten in viertelstündigen Intervallen mit Angaben des dafür zuständigen Personals (Pflegehelferin oder Pflegefachkraft) einzutragen. Ziel war es, erste Anhaltspunkte hinsichtlich der Differenzierung der Leistungen in Pflege und pflegeunterstützende Leistungen zu erhalten sowie zwischen Standard-, Spezial- und Akutleistungen unterscheiden zu können.

Als Standardleistungen (z.B. das Lagern) werden zeitlich festgelegte Leistungen bezeichnet, bei denen es sich in der Regel um Tätigkeiten der Grundversorgung mit regelmäßig wiederkehrenden direkten Betreuungsleistungen handelt. Insbesondere die Arbeitsaufgaben im Zusammenhang mit der alltäglichen Lebensführung der betreuten Personen gehören überwiegend zu den Standardleistungen. Die Standardleistungen bilden das Grundgerüst der Dienstplanung.

Spezialleistungen (z.B. bestimmte behandlungspflegerische Leistungen) dagegen sind zeitlich variable Leistungen. Sie können regelmäßig auftreten, fallen aber meist unregelmäßig an. Sie müssen fortlaufend terminiert werden. Zu den Spezialleistungen zählen beispielsweise planbare Ereignisse, wie terminlich vereinbarte Einzelbetreuungen. Die Spezialleistungen ergänzen das Dienstplan-Grundgerüst mit aufgabenbezogenen Einsatzzeiten.

Bei Akutleistung (z.B. Krankenhausüberweisung) schließlich handelt es sich um unregelmäßige und unvorhersehbar auftretende Anforderungen, die nicht bereits durch Standardleistungen abgedeckt wurden. Akutleistungen werden im Dienst- bzw. Einsatzplan ggf. nachträglich erfasst.

Erstaunlicherweise hat sich jedoch bei der Bearbeitung dieser „(Haus-)Aufgabe“ herausgestellt, dass die genaue Auflistung der Tätigkeiten über eine Tagschicht den Zirkelmitarbeiter/innen enorme Probleme bereitete und so waren lediglich die Tagespflege – und annähernd der Wohnbereich C – in der Lage, die Arbeitstätigkeiten niederzuschreiben. Das Hauptproblem bei dieser Aufgabe⁹⁰ bestand in der chronologischen Erfassung der Tätigkeiten in sehr enggesteckten viertelstündigen Intervallen von 6:00 bis 6:15; von 6:15 bis 6:30 usw. bis Ende der Frühschicht 13.30.

Tabelle 90: Beispiel Tätigkeitsauflistung

Zeit:	Anzahl Pflegekräfte insgesamt	Aufgabe	Anzahl Fachkraft	Aufgabe	Anzahl Hilfskraft
7:00					
7:15					
7:30					

Da die Mitarbeiter/innen versucht hatten, bestimmte Tätigkeiten, wie z.B. die Grundpflege, konkret Bewohner/innen zuzuordnen, häufig aber kein chronologisches Nacheinander, sondern zum Teil auch eine parallele Versorgung erfolgte („während Frau B morgens auf der Toilette sitzt, gehe ich ins Zimmer von Frau S und bringe sie in ihr Badezimmer“), war es praktisch nicht mehr möglich, die Aufgabenspalten des Formulars auszufüllen. Hinzu kam, wegen der personellen Diskontinuität, dass auch die Anzahl der Fach- und Hilfskräfte, die diese Tätigkeiten durchführten, nicht eindeutig festzuschreiben waren.

⁸⁹ Siehe zu diesem Thema auch Diakonisches Werk Berlin-Brandenburg e.V. (Hrsg.) (o.J.). www.arbeitszeitberatung.de und www.bmgs.bund.de/de/asp/arbeitszeitmodelle.

⁹⁰ Diese Vorgehensweise wurde vom iso-Institut in einem früheren Projekt erfolgreich erprobt. Blass (2006: 51ff.).

Insgesamt betrachtet hatte das gewählte Verfahren daher keine verwertbaren Ergebnisse liefern können. Trotzdem hat es aber nicht zuletzt die Zirkelmitglieder selbst erstaunt, welche Schwierigkeiten sie bei der Aufstellung eines Ablaufplanes hatten.

3.4 Personaleinsatzplanung Tagschicht

Obwohl nach den beiden durchgeführten Personalberechnungsschritten bereits absehbar war, dass es nicht gelingen würde, einen Dienstplan zu erstellen, mit dem eine ausreichende Zahl an freien Wochenendtagen ermöglicht und die Anzahl der aufeinander folgenden Arbeitstage reduziert werden könnte, sollte im Gesundheitszirkel trotzdem wenigstens exemplarisch eine vorstellbare Mindestbesetzung für die Tagschicht entwickelt werden. Hinsichtlich der Verteilung des Arbeitsvolumens Tagschicht wurde – um sich planerisch an die Rechnung mit Ausfallzeiten anzunähern – als Ausgangswert die ermittelten Arbeitsstunden Tagschicht bei 10% Ausfallzeit gewählt.⁹¹ Für den Wohnbereich B (39 BW) konnten demnach rund 40 Stunden am Tag verplant werden, für den Wohnbereich C (25 BW) rund 21 Stunden und für den Wohnbereich J (43 BW) rund 52 Stunden.

Die in den folgenden Tabellen aufgelisteten Schichten für die Pflegekräfte basieren auf den Erfahrungswerten der Mitarbeiter/innen bei der Verrichtung ihrer täglichen Arbeit. Schankungen im Arbeitsanfall (Spitzen und Täler) wurden berücksichtigt. Es handelt sich bei der Darstellung der täglichen Besetzung trotzdem lediglich um eine Grobstrukturierung, bei der auch keine weitere Unterscheidung zwischen direkten Pflēgetätigkeiten und jenen, welche lediglich Pflege unterstützende Aktivitäten sind, erfolgte.

Tabelle 91: Schichten und Mindestbesetzung Wohnbereich B (39 BW)

Pflegekraft	Schichtbeginn	Schichtende	Schichtlänge (Stunden)	Pause (Stunden)	Verbrauchte Arbeitszeit (Stunden)	VZ-Kraft	TZ-Kraft	
1	6:30	13:30	7,0	0,5	6,5	X		
2	6:30	13:30	7,0	0,5	6,5		X	
3	7:00	13:00	6,0	0,0	6,0		X	
4	7:30	12:30	3,0	0,0	5,0		X	
5	13:30	21:00	7,5	0,5	7,0	X		
6	13:30	18:30	5,0	0,0	5,0		X	
7	15:30	20:30	5,0	0,0	5,0		X	
					?	40	2	5

⁹¹ Es ist davon auszugehen, dass eine Berücksichtigung von lediglich 10% Ausfallzeit nicht ausreichend ist und eher mit einem Wert zwischen 15 und 20% zu rechnen ist.

Tabelle 92: Schichten und Mindestbesetzung Wohnbereich C (25 BW)

Pflegekraft	Schichtbeginn	Schichtende	Schichtlänge (Stunden)	Pause (Stunden)	Verbrauchte Arbeitszeit (Stunden)	VZ-Kraft	TZ-Kraft
1	6:30	13:30	7,0	0,5	6,5	X	
2	6:30	10:30	6,5	0,0	4,0		X
4	13:30	21:00	7,5	0,5	7,0	X	
5	15:30	19:30	4,0	0,0	3,0		X
?					21	2	2

Tabelle 93: Schichten und Mindestbesetzung Wohnbereich J (43 BW)

Pflegekraft	Schichtbeginn	Schichtende	Schichtlänge (Stunden)	Pause (Stunden)	Verbrauchte Arbeitszeit (Stunden)	VZ-Kraft	TZ-Kraft
1	6:30	13:30	7,0	0,5	6,5	X	
2	6:30	13:30	7,0	0,5	6,5	X	
3	6:30	13:00	5,5	0,0	5,5		X
4	7:00	13:00	4,5	0,0	5,0		X
5	7:30	12:30	4,0	0,0	4,0		X
6	13:30	21:00	7,5	0,5	7,0	X	
7	13:30	21:00	7,5	0,5	7,0	X	
8	14:30	20:30	6,0	0,0	6,0		X
9	15:00	19:30	4,5	0,0	4,5		X
?					52	4	5

Mit der Verteilung des Arbeitsvolumens Tagschicht sollte eine Orientierung dahingehend erfolgen, wie viele Teilzeitkräfte bzw. Vollzeitkräfte bei Anpassung des Personaleinsatzes an den schwankenden Arbeitsanfall über den Tag in den einzelnen Wohnbereichen benötigt würden. Zielsetzung war es, Aussagen bezüglich der (notwendigen) vertraglichen wochenarbeitszeitlichen Vereinbarungen treffen zu können.

In der Einrichtung waren bei der Aufstellung der personellen Besetzung der Wohnbereiche unterschiedliche monatliche Soll-Stunden für einzelne Mitarbeiter/innen verzeichnet gewesen. Die Spannweite für die monatlichen Soll-Stunden lag bei 167 Stunden (= 38,5 Stundenwoche, älterer Arbeitsvertrag), bei 173 Stunden (= 40 Stundenwoche, neuerer Arbeitsvertrag) und bei 182 Stunden (= 42 Stundenwoche, Zeitarbeitnehmer/innen). Zu Projektbeginn äußerte die Heimleitung im Erstgespräch zudem die Absicht die vor zwei Jahren vorgenommene Umstellung von einer 6 Tage-Woche auf eine 5,5 Tage-Woche wieder rückgängig zu machen. Die zugrunde gelegte Tage-Woche beeinflusst nicht nur die täglich zu leistende Arbeitszeit bzw. die Schichtlängen für die einzelnen Mitarbeiter/innen, sondern auch die Anzahl, der monatlich zu arbeitenden Tage.

Tabelle 94: Überblick Wochenarbeitszeit und Schichtlänge (gerundet)

Monatliche Soll-Stunden	Wochenarbeitszeit (Stunden)	Schichtlänge 5-Tage-Woche	Anzahl monatlicher Arbeitstage	Schichtlänge 5,5-Tage-Woche	Anzahl monatlicher Arbeitstage	Schichtlänge 6 Tage-Woche	Anzahl monatliche Arbeitstage
167	38,5	7,7	22	7,0	24	6,42	26
173	40	8,0	22	7,27	24	6,67	26
182	42	8,4	22	7,64	24	7,00	26

Im Vergleich der in Tabelle 93 dargestellten Schichtlängen mit den in den Tabellen 90 bis 92 dargestellten Schichten und Mindestbesetzung für die ausgewählten Wohnbereiche wird zunächst deutlich, dass Vollzeitkräfte bei den geplanten maximalen Schichtlängen (6,5 und 7 Stunden) 26 Tage pro Monat arbeiten müssen, um auf ihre Soll-Stunden zu kommen. Des Weiteren kann der Wohnbereich C bei einer Personaleinsatzplanung, die auf der exakten Berechnung über Bewohnerstruktur und Personalschlüsseln basiert, faktisch keine angemessene Bewohnerversorgung mehr gewährleisten. Für die beiden anderen Wohnbereiche gilt schließlich: Eine an die täglichen Schwankungen des Arbeitsanfalls angepasste Personaleinsatzplanung benötigt konsequenterweise mehr Teilzeit- als Vollzeitkräfte. Nach einem Abgleich mit der vorgefundenen personellen Besetzung der drei Wohnbereiche müssen dort aber wesentlich mehr Vollzeit- als Teilzeitkräfte zum Einsatz gebracht werden.

Tabelle 95: Abgleich geplanter Personaleinsatz und vorgefundene Personalstruktur

	Geplante Kräfte			Vorgehaltene Kräfte		
	VZ	TZ	Anzahl geplante Schichten	VZ	TZ	Anzahl Mitarbeiter/innen
WB B	2	5	7	9	5	14
WB C	2	4	4	5		5
WB J	4	5	9	11	4	15

Auch die Realisierung eines regelmäßigen Dienstfrei an jedem zweiten Wochenende setzt bei dieser Schichtverteilung eine erhöhte Anzahl an Teilzeitkräften voraus. Nach der Zielvorgabe der Einrichtung, nach der jeder Wochentag gleich zu besetzen ist, muss – weil die eine Hälfte der Belegschaft am Wochenende arbeitet während die andere Hälfte frei hat – die Wochenendbesetzung mit dem Faktor zwei als Mindestmitarbeiterzahl multipliziert werden.⁹² Nach den vorliegenden Zahlen erfüllt lediglich der Wohnbereiche B die rechnerische Voraussetzung, während für die Wohnbereiche C und F zu wenig Personal vorgehalten wird.

Nachdem sich der Zirkel auf die geschilderte Weise mit der Personaleinsatzplanung Tagschicht auseinander gesetzt hatte, löste insbesondere die Einschätzung, es würden wesentlich mehr Teilzeitkräfte in der Einrichtung benötigt, sehr starke Abwehrreaktionen bei den Mitarbeiter/innen des Gesundheitszirkels aus, da alle in Vollzeit arbeiten. Eine Teilzeitbeschäftigung stellt, trotz der damit in Aussicht gestellten Arbeitsentlastungen, für die Meisten der anwesenden Pflegekräfte keine ernsthafte Alternative dar, weil:

⁹² Vgl. Roskosch; Wipp (2007: 18-24).

- das monatliche (Vollzeit-)Einkommen in den Privathaushalten fest eingeplant ist,
- die Gefahr besteht, bei weniger Lohn mehr (unbezahlte) Überstunden leisten zu müssen, sich also eventuell noch nicht einmal eine spürbare Entlastung einstellen würde und
- sich die Relation zwischen Kosten und Zeit für die Anfahrt zur Arbeit und der täglichen (dann verkürzten) Anwesenheitszeit zu stark verschlechtern würde.

Angesichts der in den einzelnen Arbeitsschritten sichtbar gewordenen Probleme auf dem Weg zu einem Dienstplan⁹³, der die Arbeitszeitwünsche der Mitarbeiter/innen angemessen berücksichtigt, beschlossen die Mitglieder des Gesundheitszirkels an dieser Stelle, die Geschäftsführung und die Pflegedienstleitung zu informieren und in den Prozess der Maßnahmenentwicklung einzubinden.

4. Ergebnispräsentation für die Geschäftsführung

Bei der Präsentation der Ergebnisse der Zirkelarbeit sollten vor allem die Probleme bei der Berechnung der Bruttoarbeitszeit (Bewohnerstruktur und Personalschlüssel), bei der Berechnung der Nettoarbeitszeit (kalkulatorische Ausfallzeit) und bei der Ermittlung der Mindestbesetzung der Schichten (Verhältnis Vollzeit- und Teilzeitkräfte) verdeutlicht werden. Von Vorteil war es, dass über die durchgeführten Teilschritte der Maßnahmenentwicklung seitens der Zirkelmitglieder das Verständnis für die Schwierigkeiten einer an unterschiedlichen Bedürfnissen (Bewohner/innen, Mitarbeiter/innen, Betrieb) ausgerichteten Personaleinsatzplanung gewachsen war. Allmählich hatte sich dadurch auch etwas mehr Vertrauen zu den Leitungskräften aufgebaut,⁹⁴ und es konnte eine sich einstellende Interessenübereinkunft zwischen der Pflegebelegschaft und den Leitungskräften festgestellt werden.

Hinsichtlich der Berechnung der Bruttoarbeitszeiten hatte allein der Vergleich der Zahlen von Wohnbereich C (6,9 VZ-Stellen für 25 BW) und F (8,59 VZ-Stellen für 24 BW) die enorme Bedeutung der „richtigen“ Einstufung gezeigt. Darüber hinaus war es nun auch nachvollziehbarer, warum manchen Wohnbereichen mehr und anderen demzufolge weniger Personal zugewiesen wurde, sollte eine angemessene Versorgung der Bewohner/innen gewährleistet werden. Grundsätzlich waren sich alle Beteiligten auch darin einig, zukünftig eine konsequente Überprüfung der Bewohnereinstufungen und ggf. auch entsprechende Höherstufung einzuleiten, um die personelle Ausstattung der Wohnbereiche zu verbessern.⁹⁵

Des Weiteren war eine mögliche Ursache für die hohen Überstunden gefunden worden, die sich auf eine nicht adäquate Berücksichtigung von kalkulatorischen Ausfallzeiten zurückführen ließ. Vor allem bei diesem Punkt betonte die Einrichtungsleitung, sie hätte bislang den Wohnbereichen aufgrund der langandauernden Renovierungsmaßnahmen im Wesentlichen die Bruttoarbeitszeit zugestanden. Aus betriebswirtschaftlicher Sicht sei dies aber zukünftig nicht mehr möglich, sondern die Arbeitsleistungen müssten konsequenter an das real verfügbare Arbeitsvolumen angepasst werden. Zwar hatten die Pflegekräfte bereits in den Zirkelsitzungen betont, mit einem reduzierteren Arbeitszeitvolumen sei die tägliche Arbeit nicht zu schaffen, andererseits war aber die Einsicht gewachsen, dass ohne diese Anpassung keine Aussicht auf einen Abbau der Überstunden bestand. Hinzu kam die Erfahrung, die die Pflegekräfte bei dem Versuch, die Arbeitsleistungen eines Tages chronologisch zu dokumentieren gesammelt hatten. Dies wurde als Anzeichen gewertet, die Ablaufplanung in den Wohnbereichen einer genaueren Prüfung zu unterziehen.

⁹³ Bewohnerstruktur bzw. Bewohnereinstufung der einzelnen Wohnbereiche und die daraus resultierende Anzahl an Vollzeitstellen, fehlende Kennzahlen für die Ausfallzeiten, aktuelle personelle Vollzeit- und Teilzeitbesetzung der Wohnbereiche sowie die sichtbar gewordenen Probleme der Pflegekräfte bei dem Versuch, die Pflegeleistungen über einen Tag und die pflegefremden Tätigkeiten aufzulisten und zu quantifizieren.

⁹⁴ Unabhängig vom AIDA-Projekt war es über den Zeitraum der Maßnahmenentwicklung anscheinend gelungen, wieder stärker ins Gespräch zu kommen.

⁹⁵ Es sei aber hinzugefügt, dass auch das Belegungsmanagement der Einrichtung überprüft werden sollte.

Auch bezüglich der Einschätzung der wissenschaftlichen Begleitung, dass in der Einrichtung zu wenig Teilzeitkräfte zum Einsatz kämen, um eine Mindestschichtbesetzung zu realisieren, die, angepasst an die täglichen Arbeitsspitzen und -täler, zwei dienstfreie Wochenenden ermöglichen könnte, gab es insoweit zwischen Leitung und Pflegekräften eine Übereinstimmung, als die Mitarbeiter/innen nach wie vor in Vollzeit arbeiten wollten und auch die Leitung mit Blick auf die Einkommenssituation der Pflegekräfte lieber Vollzeitkräfte beschäftigen möchte. Darüber hinaus wurde auf die Schwierigkeit verwiesen, gut qualifizierte Teilzeitkräfte auf dem Arbeitsmarkt zu finden.

Die in der Diskussion sichtbar gewordenen möglichen Ansätze (Überprüfung der Höherstufung, Analyse der Ablauforganisation, Veränderung der Personalstruktur), mit denen der Personaleinsatz verbessert werden könnte, waren vor allem langfristiger Natur. Für das weitere Vorgehen wurden aber kurzfristig dennoch zwei Vorhaben ins Leben gerufen. Zum einen sollen die Wohnbereichsleitung über eine Fortbildung speziell für die Problematik der Einstufung und Nachbegutachtung geschult werden.

Zum anderen war im Zusammenhang mit der Dienstplangestaltung von Beginn an nicht nur die (quantitative) personelle Besetzung der Wohnbereiche problematisiert worden, sondern mindestens ebenso stark die fehlende Kontinuität in der personellen Besetzung, die sich in einem ständigen Wechsel der Mitarbeiter/innen über unterschiedliche Wohnbereiche manifestiert hatte sowie die kurzfristigen Änderungen der Dienstpläne. Um hier Abhilfe zu schaffen wurde der Vorschlag formuliert, die Personaleinsatzplanung ganz den Wohnbereichen zu überlassen. Diesem Vorschlag stimmte die Geschäftsführung schließlich nach einigem Zögern zu, und es wurde beschlossen, ein/e Projekt/Maßnahme zu entwickeln, bei dem – zunächst exemplarisch für einen Wohnbereich – der Personaleinsatz eigenverantwortlich von der Wohnbereichsleitung und den Mitarbeiter/innen gesteuert werden sollte. Folgende Vereinbarungen zwischen Geschäftsführung und Wohnbereichsleitung wurden getroffen.

Projekt / Maßnahme

Selbstgesteuerte Personaleinsatzplanung in ausgewählten Wohnbereichen

Projektauftrag:

Der Wohnbereich B übernimmt über einen Projektzeitraum von einem halben Jahr die Personaleinsatzplanung selbstständig. Verantwortlich ist die Wohnbereichsleitung. Die anwesenden Leitungskräfte von Wohnbereich I und Wohnbereich J wollten – obwohl sie nach eigenen Aussagen eine selbstverantwortliche Personaleinsatzplanung bereits umsetzen – keinen solch dezidierten Projektstatus.

Zielsetzung des Projekts:

- Optimierung der Ablauforganisation im Wohnbereich. Bessere Planung und Bewältigung der täglich, wöchentlich und monatlich anfallenden Arbeitsaufgaben.
- Reduzierung der arbeitszeitlichen Belastungen.
- Möglichst wenig Wochenendarbeit.
- Kein Aufbau von Überstunden.
- Höhere Eigenverantwortung der Mitarbeiter/innen im Umgang mit Beschwerden.

Rahmenbedingungen:

- Während der Projektlaufzeit wird kein/e Mitarbeiter/in des Wohnbereichs in einem anderen Wohnbereich arbeiten. Falls diesbezüglich eine Ausnahme gemacht werden muss, kommt die Pflegedienstleitung oder Geschäftsführung auf die Projektverantwortliche zu, diese hat das Recht zuzustimmen bzw. abzulehnen, die Anfragen werden dokumentiert.
- Während der Projektlaufzeit wird der Wohnbereich die Versorgung der Bewohner/innen ausschließlich mit dem, dem Wohnbereich zugeteilten Personal abdecken, d.h. beispielsweise, dass in Krankheitsfällen kein Personal aus anderen Wohnbereichen einspringen wird, sondern die Krankheitsvertretung wohnbereichsintern organisiert wird.

- Das Personal, das zum Projektstart zugeordnet ist, bleibt über die Projektlaufzeit konstant. Zum Ende der Projektlaufzeit dürfen nicht mehr Überstunden vorhanden sein als zum Projektstart, vorausgesetzt die Bewohnerstruktur ändert sich nicht. Es wird ein monatlicher Abgleich der Kennzahlen (Bewohnerstruktur, Belegungstage, personelle Besetzung und Überstunden) erfolgen.
- Steigt die Einstufung, muss eine Personalanpassung erfolgen. Dann kann die Projektleitungen in Rücksprache mit Pflegedienstleitung und Geschäftsführung Fremdarbeiter einbeziehen.
- Sinkt die Einstufung, muss ein Überstundenabbau erfolgen.
- Wenn jemand ausscheidet (Kündigung) sorgt die Geschäftsführung für neues Personal. Wenn der/die ausscheidende Mitarbeiter/in zum Zeitpunkt des Ausscheidens noch Urlaubsansprüche hat, wird dies projektanteilig berechnet.

Vorbereitung:

- Zum Projektstart muss die Wohnbereichsleitung über die aktuelle Bewohnerstruktur und die daraus resultierenden Stellenschlüssel informiert sein. Dem Wohnbereich soll die angemessene personelle Besetzung zugewiesen werden (wenn möglich mit einer entsprechenden Anzahl von Teilzeitkräften).
- Der von der Wohnbereichsleitung zu erstellende Dienstplan für den Projektmonat bzw. die Projektlaufzeit sollte vor Projektbeginn nochmals mit der Pflegedienstleitung durchgesprochen werden, außerdem sollten sich Wohnbereichsleitung, Geschäftsführung und Pflegedienstleitung auf eine Mindestbesetzung der Schichten verständigen.
- Die Wohnbereichsleitung muss zu Projektbeginn über den aktuellen Stand der Überstunden informiert werden.
- Die Mitarbeiter/innen des Wohnbereichs müssen rechtzeitig über das geplante Projekt und dessen Zielsetzung informiert werden.
- Vor Projektbeginn wird ein (vorläufiger) Urlaubsplan erstellt.

Starttermin:

November 2008

Laufzeit des Projektes:

6 Monate

Erfolgskontrolle:

- Erfassung und Analyse der Krankheitstage und Vergleich mit früheren Monaten
- Erfassung und Analyse der Überstunden
- Erfassung und Analyse der Wochenendarbeit

5. Fazit

In der stationären Altenpflege entstehen arbeitszeitliche Belastungen bereits durch die notwendige Versorgung der Bewohner/innen Rund-um-die-Uhr an allen Tagen des Jahres. Die Auswirkungen auf die Vereinbarkeit von Beruf und Familie sind infolge von Schichtarbeit und Wochenendarbeit enorm, und es ist für viele Pflegekräfte schwierig, sich in einem angemessenen Maße an kollektiven Freizeitaktivitäten zu beteiligen. Dementsprechend kann und muss eine gute Dienstplangestaltung zur arbeitszeitlichen Entlastung beitragen.

Wie sich jedoch anhand des Fallbeispiels gezeigt hat, sind an eine entlastende Arbeitszeitorganisation einige Voraussetzungen gebunden. Diese lassen sich nicht nur im Handlungsfeld der Personaleinsatzplanung verorten, sondern betreffen gleichermaßen auch die Personalbedarfsplanung und die Personalbeschaffungsplanung.

Solange der Personalbedarf über die Bewohnerstruktur und die vereinbarten Personalschlüssel ermittelt wird, sind die Begutachtungen des MDK und die kalkulatorisch zugrunde gelegten Personalschlüssel weichenstellend für die Basis der personellen Ausstattung der Pflegeheime. Insofern wird der zu erwartenden Auseinandersetzung um den Begriff der Pflegebedürftigkeit eine ebenso große Aufmerksamkeit zu Teil werden müssen, wie der Frage nach der zukünftigen Berücksichtigung der behandlungspflegerischen Leistungen in den Pflegeschlüsseln. Einrichtung intern muss flankierend eine gut geführte Pflegedokumentation Auskunft über den Pflegebedarf und ggf. notwendige Nachbegutachtung geben können, und es muss mittels eines professionellen Belegungsmanagements die Verteilung der Bewohner/innen auf die einzelnen Wohnbereiche so gesteuert werden, dass jeder Wohnbereich genügend Personal erhält, um die pflegerische Versorgung qualitativ angemessen gewährleisten zu können.

Wird der Personaleinsatz an den täglichen Arbeitsspitzen und -tälern ausgerichtet, muss zudem eine ausreichende Zahl an Teilzeitkräften in der Einrichtung beschäftigt werden. Mit einer größeren Menge an Teilzeitkräften kann die Wochenendarbeit auf mehr Mitarbeiter/innen verteilt werden. Kürzere Arbeitsschichten erleichtern außerdem das Einplanen von entlastenden Ruhezeiten und das Einhalten der täglichen Höchstarbeitszeit. Für die Personalbeschaffungsplanung ergibt sich aber die Schwierigkeit, das „passende“ Personal, d.h. Personal mit dem gewünschten Arbeitszeitvolumen und in der gewünschten Qualifikation auf dem Arbeitsmarkt anzuwerben.

Sozialpolitisch ist darüber hinaus zu problematisieren, inwieweit eine auf Teilzeitarbeit aufgebaute Organisation der stationären Altenpflege für die Pflegekräfte existenzsichernde Arbeitsplätze bereitstellen kann. Dies könnte auch Auswirkungen auf die Mindestlohndiskussion haben, da sich der eventuell zukünftig festgeschriebene Mindestlohn an Teilzeitarbeit orientieren sollte.

D: Fallstudie II

1. Die Einrichtung

Das 1984 in Betrieb genommene Pflegeheim verfügt über 240 Plätze mit lediglich 4 Einzelzimmern. Die Plätze sind über vier Etagen und – seit einem Umbau 1994 – auf insgesamt acht Wohnbereiche verteilt. In jedem Stockwerk befinden sich ein großer und ein kleiner Wohnbereich mit 36 bzw. 24 Plätzen. Einer der kleinen Wohnbereiche ist eine geschlossene gerontopsychiatrische Abteilung, in der auch jüngere psychisch kranke Pflegebedürftige untergebracht werden. Die pflegebedingten Aufwendungen in den Pflegestufen 0, I, II und III betragen 25,31 €, 39,90 €, 57,41 € und 75,56 €. Die Kosten für Unterkunft und Verpflegung belaufen sich auf 26,28 €, die Investitionskosten liegen bei 17,22 €. Zum Stichtag der schriftlichen Befragung waren in der Einrichtung 201 der 240 vollstationären Plätze belegt. Die meisten Bewohner/innen sind in Pflegestufe II eingruppiert (84), in Stufe I sind es 62, in Stufe III 32. Hinzu kommen 23 Bewohner/innen mit Pflegestufe 0.

Die Einrichtung G hält vier Kurzzeitpflegeplätze in zwei Doppelzimmern vor, die in die stationäre Pflege eingestreut sind, und einen sozialen Dienst. Im Erdgeschoss gibt es einzelne Zimmer für Menschen ohne Pflegestufe, die sich (Pflege-)Leistungen einkaufen können. Organisatorisch sind diese Zimmer dem kleinen Wohnbereich im ersten Stock zugeordnet, das heißt, das dortige Personal ist im Bedarfsfall für die Versorgung zuständig. Wäsche und Reinigung werden seit zehn Jahren von demselben externen Dienstleister eingekauft.

Die Einrichtung befindet sich in privater Trägerschaft. Sie ist das einzige Pflegeheim einer Betriebsgesellschaft, die ansonsten in Wohnungswirtschaft, Einkaufszentren u.a. investiert. Im Herbst 2007 hat die Gesellschaft eine Tochter, die Servicegesellschaft gegründet, die für die Essensversorgung und -zubereitung in der hauseigenen Küche zuständig ist. Die Küchenmitarbeiter/innen sind seitdem keine Angestellten der Pflegeeinrichtung mehr, aber die Heimleitung blieb weisungsbefugt. Obwohl die Firmengruppe aufgrund interner Veränderungen seit zwei Jahren versucht, stärkeren Einfluss auf einrichtungsinterne Abläufe zu nehmen, zielt das finanzielle Firmeninteresse bislang darauf, die vereinbarte Miete in vollem Umfang zu erwirtschaften. Anders als heutzutage eventuell bei einem privaten Anbieter zu erwarten wäre, gilt die Einrichtung nach Aussagen der Heimleitung für viele sozial schwache Bewohner/innen der Region als Anlaufstelle. Ebenso sind in der Einrichtung viele der Mitarbeiter/innen schon sehr lange beschäftigt und werden in Anlehnung an den Tarifvertrag bezahlt. Auch die Heimleitung ist seit Inbetriebnahme der Einrichtung in dieser Funktion tätig. Unterstützt wird die Heimleitung von der Pflegedienstleitung (seit 18 Jahren in der Einrichtung tätig) und dem Qualitätsbeauftragten (seit neun Jahren in der Einrichtung tätig, als QM zu 100% freigestellt), die mit unterschiedlichen Schwerpunktsetzungen das Haus gemeinsam führen.

In der Einrichtung sind in den letzten Jahren die starren Dienstzeiten aufgeweicht und unterschiedliche Arbeitszeitvarianten (Stundenkonten, fünf Frühdienst- und zwei Spätdienstzeiten, Dauernachtwachen, Zwischendienste für die Wohnbereichsleitungen) erprobt worden. Insgesamt betrachtet hat die Pflegebelegschaft nach Ansicht der Leitungskräfte auf die Möglichkeiten der Arbeitszeitflexibilisierungen nicht ausreichend reagiert. Mit dem Projekt AIDA sollte das Arbeitszeitkonzept der Einrichtung nochmals optimiert werden, sodass entweder eine stärkere Anpassung der Dienstzeiten an die täglichen Arbeitsspitzen und -täler und/oder die Möglichkeit der „Pflege über den ganzen Tag“ besser umgesetzt werden. Primäre Zielsetzung bei dieser Themenwahl war die Verbesserung der Versorgungsqualität. Gleichzeitig erhoffte sich die Leitung aber durch entsprechende Arbeitszeitverschiebungen auch eine Erhöhung der Arbeitszufriedenheit der Mitarbeiter/innen, denen im Resultat mehr Zeit für Beschäftigungsangebote mit den Bewohner/innen zur Verfügung stünde.

2. Die Ist-Analyse

Bezüglich der Analyse der Arbeitszeitgestaltung in der Einrichtung G kann zunächst festgehalten werden, dass die Ergebnisse der schriftlichen Befragung anders als bei Einrichtung F auf keinen sofortigen Handlungsbedarf hinweisen. Auch im Eingangsworkshop und bei den qualitativen Interviews sind arbeitszeitliche Belastungen von der Belegschaft selbst kaum thematisiert worden. Eine wesentlich größere Rolle spielten – und dies konnte durch die schriftliche Befragung auch bestätigt werden – psychische Belastungen, die vor allem durch das Bewohnerverhalten, teilweise aber auch durch das Führungsverhalten verursacht werden.

Lage, Dauer und Flexibilisierung der Arbeitszeit

In der Einrichtung (...) orientiert sich der Arbeitskräfteeinsatz wie in allen anderen am Projekt beteiligten Häusern an einem prinzipiellen Wechsel von Früh- Spät- und Nachtdienst, wobei durch die unterschiedlichen Anfangszeiten der Dienste eine flexible Anpassung an die täglichen Arbeitsspitzen und -täler erfolgt. Weder die Daten für die Dauer des Arbeitseinsatzes über mehrere Tage hinweg noch für die Arbeitszeitwünsche sind im Vergleich zur Gesamtauswertung auffällig. Lediglich eine Pflegekraft (= 2,7%) und keine Wohnbereichsleitung haben schon einmal oder mehrfach 20 Tage am Stück gearbeitet (Gesamt: 21,6%, 22,2%). Des Weiteren wünschen sich annähernd so viele Pflegekräfte der Einrichtung (...) ebenso wie die Gesamtheit der befragten Pflegekräfte mehr freie Tage hintereinander (69,4% bzw. 70,7%), während kürzere Dienstzeiten konsequenterweise von den Pflegekräften kaum gewünscht werden (14,3% bzw. 13,7%). Unterschiede zur den Ergebnissen der Querschnittsanalyse lassen sich bei der Aussage nach der Verlängerung der tägliche Dienstzeiten feststellen. Sind es in der Gesamterhebung rund die Hälfte aller Pflegekräfte, die sich längere tägliche Dienstzeiten und dafür mehr freie Arbeitstage wünschen, so stimmten in Einrichtung (...) nur etwas mehr als ein Drittel dieser Aussage zu. Insgesamt betrachtet ist aus der Beschäftigtenperspektive nur ein geringer arbeitszeitlicher Veränderungsbedarf in der Einrichtung sichtbar geworden. Dieser Eindruck wird nochmals unterstrichen, wenn die Arbeitszeitwünsche der Wohnbereichsleitungen betrachtet werden und hat sich auch in den Interviews bestätigt. *„Ich finde die Arbeitszeiten so gut wie sie sind. Wenn wir jetzt wieder mit den Dienstzeiten ausprobieren, bleibt für meine Familie immer weniger. So wie jetzt die Schichten liegen, haben wir uns zu Hause gut eingespielt. Eine Arbeitszeit von acht bis fünf passt gar nicht in unseren Rhythmus“.*

Tabelle 96: Arbeitszeitwünsche⁹⁶

	Einrichtung	Gesamt
Sie wünschen sich flexiblere Arbeitszeiten. (N = 35; 7)	40,0%	47,6%
	42,9%/	38,5%
Sie wünschen sich kürzere tägliche Dienstzeiten. (N = 35; 7)	14,3%	13,7%
	14,3%/	22,2%
Sie wünschen sich längere tägliche Dienstzeiten und dafür mehr freie Arbeitstage. (N = 37; 7)	35,1%	49,5%
	28,6%/	38,5%
Sie wünschen sich mehr freie Tage hintereinander. (N = 36; 7)	69,4%	70,7%
	28,6%/	73,1%

Schließlich liegt auch die Anzahl der Überstunden verglichen mit den einzelnen Häusern und mit der Querschnittsanalyse eher im unteren Bereich. Rund 80 % der Pflegekräfte und rund 67 % der Wohn-

⁹⁶ Erste Zeile Pflege, zweite Zeile Wohnbereichsleitung; dies gilt auch für die folgenden Tabellen.

bereichsleitungen haben bis zu 25 Überstunden, niemand hat mehr als 100 Überstunden. Während in der Gesamterhebung 30,8 % aller Pflegekräfte und 57,9 % der Wohnbereichsleitungen zum Stichtag der Befragung mehr als 50 Überstunden hatten, waren es in Einrichtung G nur 10,2 % bzw. 16,7 %.

Vereinbarkeit von Familie und Beruf

Auch wenn der tägliche Arbeitskräfteeinsatz und die arbeitszeitlichen Wünsche der Belegschaft keine besonderen arbeitszeitlichen Belastungen anzeigen, lassen sich bei der Betrachtung der Wochenenddienste erste mögliche Anhaltspunkte für Belastungen finden, die auf eine schlechte Vereinbarkeit von Familie und Beruf verweisen. Denn nur etwas mehr als ein Drittel der Pflegekräfte und etwas mehr als ein Viertel der Wohnbereichsleitungen haben keine zwei kompletten Wochenenden im Monat frei. Verglichen mit den anderen am Projekt teilnehmenden Einrichtungen, liegt die Einrichtung (..) mit diesen Werten im unteren Drittel.

Tabelle 97: Hausvergleich: Samstags- und Sonntagsdienste

	Haus (...)	1	2	3	4	5	6	7
Sams- tags- dienste								
0-2	36,1%	91,3%	100,0%	23,9%	12,5%	57,1%	100,0%	76,2%
	28,6%	50,0%	100,0%	0,0%	25,0%	33,3%	50,0%	100,0%
3-5	63,9%	8,7%	0,0%	76,1%	87,5%	42,9%	0,0%	23,8%
	71,4%	50,0%	0,0%	100,0%	75,0%	66,7%	50,0%	0,0%
Sonn- tags- dienste								
0-2	44,4%	91,3%	100,0%	23,9%	25,0%	61,9%	100,0%	81,0%
	42,9%	50,0%	100,0%	0,0%	50,0%	33,3%	50,0%	100,0%
3-5	55,6%	8,7%	0,0%	76,1%	75,0%	38,1%	0,0%	19,0%
	57,1%	50,0%	0,0%	100,0%	50,0%	66,7%	50,0%	0,0%

Zu diesen Ergebnissen passt auch das Zustimmungsverhalten der Pflegekräfte zu den Aussagen über die Vereinbarkeit von Familie und Beruf und der Planbarkeit der Freizeit. Während in der Gesamterhebung zwar auch rund 61% aller Pflegekräfte der Aussage zustimmten, die zeitlichen Anforderungen der Arbeit und der Familie immer schlechter miteinander vereinbaren zu können, lag der Einrichtung (..) dieser Wert bei immerhin knapp 70 %. Ebenso stufen rund 62% der Pflegekräfte die Planbarkeit der Freizeit als schlecht ein.

(N Gesamt = 188; 48.)	Einrichtung	Gesamt
Sie können Ihre Freizeit (Urlaub, Wochenende) nicht gut planen, weil Sie häufig auch kurzfristig einspringen müssen. (N = 37; 7)	62,2%	60,8%
	28,6%/	44,4%
Sie können die zeitlichen Anforderungen der Arbeit und der Familie immer schlechter miteinander vereinbaren. (N = 36; 7)	69,4%	55,0%
	14,3%	40,7%

Zusammenfassend kann nach der Ist-Analyse festgehalten werden, dass die arbeitszeitlichen Belastungen aus Sicht der Pflegekräfte als eher gering einzustufen sind. Zwar wird die Vereinbarkeit von Familie und Beruf und die Planbarkeit der Freizeit als zunehmend schwer wahrgenommen, vermutlich

kann dies aber auf die grundsätzliche Arbeitszeitproblematik (Schicht-, Wochenend- und Feiertagsdienste) der Pflegeberufe zurückgeführt werden. Von den meisten Interviewpartner/innen werden mit einer stärkeren Flexibilisierung der Arbeitszeit eine Verstärkung der Belastung und eine Verschlechterung der aktuellen arbeitszeitlichen Rahmenbedingungen verbunden. Es gab zudem keine Anzeichen dafür, dass die Pflegebelegschaft die Erwartung der Leitungskräfte teilte, nach der sich über eine Arbeitszeitverschiebung eine Verbesserung der Versorgungsqualität durch mehr Zeit für Beschäftigungsangebote ergeben sollte. In Bezug auf den Umgang mit den Bewohner/innen wurde jedoch im Eingangsworkshop, in den Interviews und vor allem in der schriftlichen Befragung ein grundsätzlicher Handlungsbedarf deutlich. Auch diesbezüglich sind leichte Unterschiede zwischen den Einschätzungen der Leitungskräfte und der Pflegekräfte erkennbar. Während die Leitungskräfte das Angebotspektrum für die Bewohner/innen verbreitern wollte, ohne das Bewohnerverhalten zu problematisieren, schilderten die Pflegekräfte in erster Linie das Bewohnerverhalten als sehr belastend, ohne die Erwartung zu formulieren, dass über einen anderen Umgang mit den Bewohner/innen auch eine Verhaltensänderung der Bewohner/innen herbeigeführt werden könnte. Anhaltspunkte, mit denen sich diese Diskrepanzen erklären lassen, können eventuell auf Aspekte aus dem Themenfeld Führung abgeleitet werden.

Bewohnerverhalten

Im Gegensatz zu den Ergebnissen der Arbeitszeitanalyse muss für die Belastungen durch Bewohnerverhalten betont werden, dass die Zustimmung zu den Belastungssitems fast durchgängig über den Vergleichswerten der Querschnittsauswertung liegt. Wie die folgenden Tabellen zeigen, bezieht sich dies sowohl auf Belastungen durch Verhaltensauffälligkeiten infolge gerontopsychiatrischer Veränderungen als auch auf Belastungen, die durch grund- und behandlungspflegerische Tätigkeiten verursacht sind. Analog zu den Ergebnissen der Gesamtauswertung werden jedoch Verhaltensauffälligkeiten von deutlich mehr Pflegekräften als belastend empfunden als Belastungen bei der Grund- und Behandlungspflege.

Tabelle 98: Belastungen durch Bewohner(verhalten) I (Fallstudie/Gesamt)

Sie fühlen sich besonders belastet...	Pflege	
	Einrichtung	Gesamt
durch demenzkranke Bewohner/innen. (N Haus (..) = 37) (N Gesamt = 183)	40,5%	29,5%
durch Bewohner/innen mit Tag-Nacht-Umkehr. (N Haus (..) = 36) (N Gesamt = 180)	38,9%	30,0%
durch Bewohner/innen, die aggressiv im Umgang mit anderen Bewohner/innen sind. (N Haus (..) = 37) (N Gesamt = 184)	75,7%	61,4%
durch Bewohner/innen, die aggressiv im Umgang mit dem Personal sind. (N Haus (..) = 36) (N Gesamt = 183)	77,8%	63,4%
durch Bewohner/innen, die notwendige Hilfen ablehnen. (N Haus (..) = 37) (N Gesamt = 186)	62,2%	47,3%
durch Bewohner/innen mit Weglauftendenz. (N Haus (..) = 36) (N Gesamt = 185)	66,7%	55,1%
durch permanent schreiende oder rufende Bewohner/innen. (N Haus (..) = 37) (N Gesamt = 185)	78,4%	66,5%
durch Bewohner/innen, die weinerlich und depressiv sind. (N Haus (..) = 37) (N Gesamt = 184)	62,2%	41,8%
durch Bewohner/innen mit Suizidgedanken. (N Haus (..) = 36) (N Gesamt = 183)	69,4%	55,7%

Wie aus der vorangehenden Tabelle ersichtlich, scheint das Vorliegen einer demenziellen Erkrankung und die insbesondere für den Nachtdienst relevante Tag-Nacht-Umkehr der Bewohner/innen für das Belastungserleben nicht so gravierend zu sein. Erst wenn sich schwere Verhaltensauffälligkeiten in Aggressivität und/oder permanentem Schreien oder Rufen manifestieren, nimmt das Belastungserleben zu. So stimmten mindestens 75% den Aussagen zu, sie fühlen sich durch aggressive bzw. schreiende Bewohner/innen besonders belastet, während „nur“ rund 40% eine besondere Belastung durch Demenzkranke bzw. durch Bewohner/innen mit Tag-Nacht-Umkehr empfinden. Diese Tendenz im Zustimmungsverhalten wird auch in der Querschnittsanalyse sichtbar (über 60% und rund 30%). Ebenso kann sowohl in der Einrichtung G als auch in der Gesamterhebung eine Belastungszunahme verzeichnet werden, wenn sich Weinerlichkeit und Depressivität in konkreten Suizidgedanken niederschlagen. Während jedoch in der Querschnittsanalyse nur 41,8% der befragten Pflegekräfte weinerliche oder depressive Bewohner/innen als belastend empfinden, sind es in Einrichtung G 62,2%.

Verglichen mit den Belastungen infolge von Verhaltensauffälligkeiten liegen die Belastungen, die durch grund- und behandlungspflegerische Tätigkeiten verursacht sind, deutlich niedriger. Dieses Zustimmungsverhalten spiegelt sich auch in den Daten der Querschnittsanalyse wieder.

Tabelle 99: Belastungen durch Bewohner(verhalten) II (Fallstudie/Gesamt)

Sie fühlen sich besonders belastet...	Pflege	
	Einrichtung	Gesamt
durch Bewohner/innen mit hohem grundpflegerischem Bedarf. (N Haus (..) = 37) (N Gesamt = 185)	32,4%	22,7%
durch Bewohner/innen mit hohem behandlungspflegerischem Bedarf. (N Haus (..) = 37) (N Gesamt = 184)	35,1%	22,3%
durch immobile Bewohner/innen. (N Haus (..) = 37)(N Gesamt = 185)	29,7%	16,2%
durch inkontinente Bewohner/innen. (N Haus (..) = 37) (N Gesamt = 185)	32,4%	12,4%
durch Bewohner/innen, die sediert werden (müssen). (N Haus (..) = 35) (N Gesamt = 175)	20,0%	32,6%
durch Bewohner/innen, die fixiert werden (müssen). (N Haus (..) = 36) (N Gesamt = 179)	30,6%	37,4%

Wie der Tabelle (..) zu entnehmen ist, werden die Belastungen durch hohe behandlungspflegerische Anteile gegenüber den Belastungen durch hohe grundpflegerische Anteile etwas stärker wahrgenommen (32,4%, 35,1%). Dieses Ergebnis, das sich in der Steigerung gegenüber den Werten der Querschnittsanalyse (22,3%, 22,7%) unterscheidet, ist umso erstaunlicher, als zum Stichtag der schriftlichen Befragung in Einrichtung lediglich 32 Bewohner/innen in Pflegestufe III (= 16%), demgegenüber jedoch 23 Bewohner/innen in Stufe 0 und 62 in Stufe I eingruppiert waren (zusammen = 42%). Hinzu kommen 84 Bewohner/innen mit Pflegestufe II. Inwieweit dies als Indiz dafür gewertet werden kann, dass sich behandlungspflegerische Leistungen nicht ausreichend in den Einstufungen des MDKs widerspiegeln oder ob wegen des eher geringen Vorkommens der Behandlungspflege diese als stärker belastender empfunden wird, kann nach den Ergebnissen der Ist-Analyse nicht entschieden werden.

Des Weiteren ist das Belastungserleben hervorzuheben, das sich auf die Sedierung und Fixierung der Bewohner/innen bezieht, denn alleine diese beiden Merkmale werden von den Pflegekräften der Fallstudie im Vergleich zur Gesamterhebung als weniger belastend empfunden. Lediglich 20% der Pflegekräfte gegenüber 32,6% der Gesamterhebung haben der Aussage: „Sie fühlen sich besonders belastet durch Bewohner/innen, die sediert werden (müssen)“ zugestimmt. Ebenso waren es in Einrichtung G 30,6% gegenüber 37,4%, die der Aussage: „Sie fühlen sich besonders belastet durch Bewohner/innen, die fixiert werden (müssen)“ zugestimmt haben. Obwohl auch im Einrichtungsvergleich die

Zustimmungswerte der beiden Statements im unteren Drittel liegen, kann ebenso wie bei den Fragen zu den Belastungen im Zusammenhang mit der Behandlungspflege nicht zweifelsfrei entschieden werden, ob in Einrichtung G Sedierungen und Fixierungen eher die Ausnahme darstellen und daher tatsächlich keine Belastungen entstehen oder ob den Mitarbeiter/innen eher das Bewusstsein für die Problematik freiheitsentziehender Maßnahmen fehlt.

Führungsverhalten

Abschließend zur Ist-Analyse in der Einrichtung G soll die eingangs der Fallstudie thematisierte Diskrepanz in der Einschätzung der Themenfelder arbeitszeitliche Belastungen und psychische Belastungen durch Bewohnerverhalten entlang des Themenfeldes Führung nochmals aufgegriffen werden. Auch innerhalb der Bewertung von psychischen Belastungen verursacht durch das Führungsverhalten ließen sich sowohl in den Interviews als auch in der schriftlichen Befragung inkonsistente Einschätzungsmuster herauskristallisieren. So wird wie aus folgender Tabelle ersichtlich, dass das Gewähren von Gestaltungsspielräumen besser und die ausgeübte Kontrolle schwächer eingeschätzt werden als in der Querschnittsauswertung.

Tabelle 100: Gestaltungsspielräume und Kontrolle (Fallstudie/Gesamt) (Mehrfachnennungen möglich)

Wer lässt Ihnen bei der Gestaltung Ihrer Arbeit ausreichende Spielräume? (N Haus (..) = 37; 7) (N Gesamt = 194; 27)	Einrichtung	Gesamt
Heimleitung	29,7% 71,4%	19,6% 51,9%
Pflegedienstleitung/direkte Vorgesetzte	29,7% 85,7%	27,8% 63,0%
Wohnbereichsleitung	62,2%/	59,3%
Wer kontrolliert Ihre Arbeit mehr als es notwendig wäre? (N Haus (..) = 37; 7) (N Gesamt = 194; 27;)		
Heimleitung	0,0% 0,0%	19,6% 18,5%
Pflegedienstleitung/direkte Vorgesetzte	0,0% 14,3%	13,4% 18,5%
Wohnbereichsleitung	27,0% /%	18,0% 0,0%

Ebenso haben hinsichtlich der Planbarkeit in den Wohnbereichen 86% bzw. 91,4% der Pflegekräfte (gegenüber rund 78% der Gesamtauswertung) und alle Wohnbereichsleitungen (gegenüber 80,8% bzw. 74,1%) den Aussagen zugestimmt „Sie können als Team gut planen, ohne dass sich Pflegedienstleitung bzw. Heimleitung dauernd einmischen.“

Andererseits wird vor allem das Vertrauensverhältnis zur Pflegedienstleitung und deren Umgang mit den Mitarbeiter/innen, aber auch das Vertrauensverhältnis zu den Wohnbereichsleitungen schlechter eingeschätzt als in der Querschnittsauswertung.

Tabelle 101: Vertrauensverhältnis Leitungskräfte (Fallstudie/Hausvergleich)

	Gesamt	Haus (...)	1	2	3	4	5	6	7
Gutes Vertrauensverhältnis zur Wohnbereichsleitung	84,2%	76,5%	96,0%	77,8%	86,4%	90,5%	100,0%	94,4%	73,2%
Fairer Umgang der Wohnbereichsleitung	87,4%	82,4%	95,7%	90,0%	90,0%	90,5%	100,0%	100,0%	75,6%
Gutes Vertrauensverhältnis zur Pflegedienstleitung	63,0%	37,1%	100,0%	77,8%	83,3%	33,3%	100,0%	55,6%	59,5%
Fairer Umgang der Pflegedienstleitung	64,4%	42,9%	96,0%	75,0%	91,3%	33,3%	100,0%	52,9%	60,5%
Gutes Vertrauensverhältnis zur Heimleitung	61,8%	65,7%	95,8%	77,8%	29,2%	47,6%	100,0%	77,8%	47,5%
Fairer Umgang der Heimleitung	66,5%	80,0%	96,0%	50,0%	47,6%	47,6%	100,0%	88,2%	45,2%

Dieses Misstrauen spiegelte sich teilweise sehr deutlich in den Interviews wider. Zum einen lehnten zwei Pflegekräfte es ab, das Interview auf Tonband aufzunehmen. Andere äußerten sehr deutlich die Bitte, dass die gemachten Aussagen nicht an die Leitung weiter gegeben werden dürfen.⁹⁷ „Was ich jetzt sage, darf die Leitung aber nicht hören, sonst haben die mich direkt auf dem Kieker.“ Schließlich wurde auf manche, die Führung betreffende Fragen nicht geantwortet. Ein weiterer wesentlicher Aspekt in Bezug auf das Vertrauensverhältnis kam in der Sorge um den Arbeitsplatz zum Ausdruck. Neben einem möglichen Arbeitsplatzverlust infolge von Auslastungsproblemen schienen einige Mitarbeiter/innen vor allem Angst vor arbeitsrechtlichen Sanktionen zu haben. „Die wollen mich hier loswerden, weil ich angeblich meine Aufgaben nicht richtig erfülle.“ Die Arbeitsplatzsorge der Pflegebelegschaft in der Einrichtung G spiegelte sich auch in der schriftlichen Befragung wider. Danach machen sich lediglich 25,7% der Pflegekräfte im Vergleich zu 50,8% der Gesamtauswertung keine Sorge um den Arbeitsplatz. Im Hausvergleich bildet die Einrichtung damit das Schlusslicht. Auch das Gefühl, jederzeit austauschbar zu sein teilen in Einrichtung G rund 60% der Pflegekräfte gegenüber 43% in der Querschnittanalyse.

Tabelle 102: Arbeitsplatzsicherheit (Fallstudie/Hausvergleich)

	Gesamt	Einrichtung	1	2	3	4	5	6	7
Keine Arbeitsplatzsorge	50,8%	25,7%	60,0%	42,9%	43,5%	52,4%	75,0%	80,0%	52,4%
Jederzeit austauschbar	42,9%	58,3%	32,0%	37,5%	39,1%	61,9%	0,0%	35,0%	42,9%

⁹⁷ Anonymität wurde den Interviewpartner/innen in allen Einrichtungen mehrfach zugesichert.

3. Zwischenfazit

Die Analyse der Belastungssituation in der Einrichtung G hat zu Ergebnissen geführt, die drei Kategorien zugeordnet werden können. Erstens haben sich die arbeitszeitlichen Belastungen als nicht so gravierend herausgestellt, wie dies aufgrund der Themenwahl durch die Leitungskräfte zu erwarten gewesen wäre. Zwar gibt es Anhaltspunkte dafür, dass den Pflegekräften die Vereinbarkeit von Familie und Beruf sowie die Planbarkeit der Freizeit zunehmend schwerer erscheint, insgesamt ist nach der Ist-Analyse aber der Eindruck entstanden, dass eine Maßnahmenentwicklung mit dem Ziel arbeitszeitliche Veränderungen einzuleiten, von den Mitarbeiter/innen tendenziell eher abgelehnt wird.

Von wesentlich größerer Bedeutung sind demgegenüber zweitens die psychischen Belastungen, die durch das Bewohnerverhalten verursacht werden. Das Zustimmungsverhalten zu den Belastungssystems lag fast durchgängig über den Vergleichswerten der Querschnittsauswertung. Insbesondere der Umgang mit schwer verhaltensauffälligen, demenziell erkrankten Bewohner/innen scheint den Pflegekräften nicht leicht zu fallen. Ob das Belastungserleben auch auf spezifische Qualifikationsdefizite zurückzuführen ist, war im Rahmen der Ist-Analyse, deren Fokus entsprechend der Themenwahl mit auf die arbeitszeitlichen Regelungen gelenkt war, nicht festzustellen. Im weiteren Projektverlauf sollte daher auch auf dieses Themenfeld Bezug genommen werden.

Drittens ist in der Einrichtung eine erhebliche Arbeitsplatzunsicherheit festzustellen und das Vertrauensverhältnis zumindest zur Pflegedienstleitung scheint gestört. Ob das auch den Qualitätsbeauftragten einschließt – nach eigenen Aussagen übernehmen diese beiden Kräfte im Wesentlichen gemeinsam die Arbeitsorganisation in der Einrichtung, während sich die Heimleitung vor allem um wirtschaftliche Belange kümmert – ist nach den Ergebnissen des Eingangsworkshops und der Interviewaussagen nicht eindeutig zu entscheiden. Für den weiteren Projektverlauf wird sich jedoch erweisen müssen, ob die ebenfalls sichtbar gewordenen Gestaltungsspielräume von den Pflegekräften bei der Maßnahmenentwicklung genutzt werden können, oder ob die genannten Verunsicherungen eben diese Maßnahmenentwicklungen blockieren werden.

E: Die Arbeit des Gesundheitszirkels

1. Ergebnispräsentation und Auswahl der Arbeitsfelder

Die Ergebnisse wurden zunächst den Leitungskräften, anschließend einer Gruppe von Mitarbeiter/innen getrennt voneinander präsentiert. Wie oben dargelegt sah man aus unterschiedlichen Gründen vom ursprünglich gewählten Thema „Arbeitszeit“ ab. Den Leitungskräften war deutlich geworden, dass ihr eigentliches Interesse an einer Veränderung des Arbeitszeitmodells in einer Steigerung der Versorgungsqualität angesiedelt war, was aus Sicht der Mitarbeiter/innen jedoch nicht als entlastend empfunden wurde. Sie bekräftigten vielmehr den Eindruck, dass eine Veränderung der Arbeitszeit nur dann entlastend wahrgenommen werden könnte, wenn diese zu einer besseren Vereinbarkeit von Familie und Beruf führt. Sie stellten klar, dass sie kein ernsthaftes Interesse an einer Veränderung der Arbeitszeiten hatten, weil sie damit eher noch größere Probleme in der Planbarkeit ihrer Freizeit antizipierten. So kam man mit der Leitung und mit den Mitarbeiter/innen überein, sich im Gesundheitszirkel primär auf den Abbau von Belastungen durch Bewohnerverhalten zu konzentrieren mit der Offenheit, in der Diskussion aufkommende weitere Handlungsfelder ggf. parallel zu vertiefen. Die Leitung stellte eine Gruppe aus Wohnbereichsleitungen, Fach- und Hilfskräften sowie einer Vertreterin des Sozialdienstes für den Gesundheitszirkel zusammen.

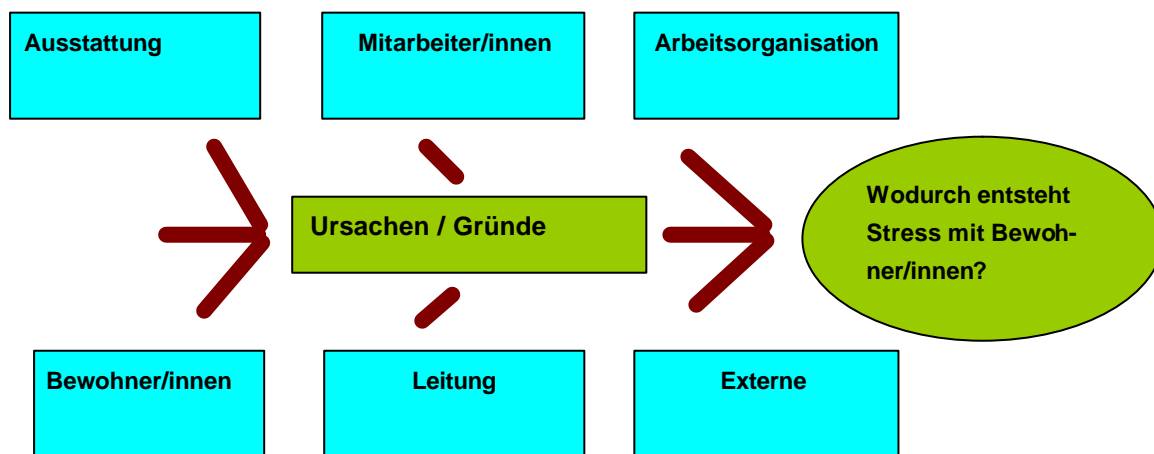
2. Problemanalyse und Konkretisierung der Zielzustände

2.1 Vertiefung der Bestandsaufnahme

Nachdem in Absprache mit der Leitung ein Themenwechsel vorgenommen war, sollte sich der Gesundheitszirkel primär auf die Belastungen durch Bewohnerverhalten konzentrieren. Um der aus der Ist-Analyse hervorgehenden Belastungsvielfalt Rechnung zu tragen, wollte man sich in der Bearbeitung jedoch offen halten, gleichzeitig Aspekte aus weiteren belastenden Themenfeldern mitzubearbeiten, falls sich diese im Rahmen der tiefer gehenden Analyse als drängend herausstellen würden.

Nach einer Erläuterung der Struktur und Funktionsweise des Gesundheitszirkels und einer Verständigung auf Kommunikationsregeln wurden die Teilnehmer/innen zunächst mit ausgewählten Befragungsergebnissen konfrontiert, die verdeutlichten, wie hoch die Belastungen durch Bewohnerverhalten von den Mitarbeiter/innen der Fallstudieneinrichtung angegeben wurden. Außer bei der Sedierung und Fixierung wurden alle Items zum Bewohnerverhalten im Vergleich zur Gesamtauswertung als überdurchschnittlich belastend erlebt, darunter 12 von 16 Items zwischen 10 und 20% stärker.

Die Belastungen durch Bewohnerverhalten wurden von einzelnen Teilnehmer/innen relativiert. Insbesondere die Wohnbereichsleitungen fühlten sich durch Bewohner/innen nicht so stark belastet, wie dies aus der Fragebogenauswertung für alle Pflegekräfte hervorgegangen war. Inwieweit die Kolleg/innen hier Probleme hätten, könne man nicht einschätzen. In der weiteren Vertiefung der Problemanalyse mit der Leitfrage „Wodurch entsteht Stress mit Bewohner/innen?“ wurden dennoch eine Reihe belastender Aspekte herausgearbeitet und unterschiedlichen betrieblichen Ebenen zugeordnet.



Insgesamt entstehen Probleme durch eine **veränderte Bewohnerstruktur**. Die Teilnehmer/innen berichteten z.B. über eine hohe Zahl von Sterbefällen, durch deren Betreuung psychische Belastungen entstehen. Die Einrichtung hat – so wurde berichtet - bereits insofern reagiert, dass vier Personen über ein Jahr eine diesbezügliche Fortbildung durchlaufen und anschließend ihr Wissen in die Wohnbereiche tragen sollen.

Während der Umgang mit Demenzkranken von den Wohnbereichsleitungen als weniger belastend erlebt wurde, wiesen andere Teilnehmer/innen des Gesundheitszirkel darauf hin, dass zumindest ein Teil des Pflegepersonals unsicher sei, wie man mit Verhaltensauffälligkeiten bei Demenzkranken umgehen soll. **Stress durch Verhaltensauffälligkeiten** potenziere sich durch sehr unterschiedliche Faktoren. Häufig entstehe eine ansteckende Geräuschkulisse, auf die andere Bewohner/innen aggressiv,

gereizt und ängstlich reagieren. Schwierig sei es auch bei **Konflikten zwischen Demenzkranken und geistig Gesunden sowie deren Angehörigen** zu vermitteln und dies gelte insbesondere dann, wenn sich psychisch kranke und gesunde Bewohner/innen ein Doppelzimmer teilen müssten. Für einige Verhaltensauffälligkeiten würden keine Lösungen gefunden. In solchen Situationen die Ruhe zu bewahren gelinge umso schlechter, je mehr Dienste man hinter sich habe, was jedoch eher als Problem der Arbeitsorganisation betrachtet wurde.

Sich potenzierende Stresssituationen im Umgang mit Demenzkranken wurden nach Auffassung der Mitarbeiter/innen auch durch **Probleme in der Arbeitsorganisation** ausgelöst. Durch eine interne Umstrukturierung zur gleichmäßigen Erfüllung der Fachkraftquote habe es in den letzten Jahren eine große Unruhe im Personaleinsatz gegeben. Das Personal wurde neu auf die Wohnbereiche verteilt, was zu großen Unzufriedenheiten bei Bewohner/innen und Angehörigen sowie zu einer hohen Belastung der Pflegekräfte geführt habe. Neben einem erlebten Personalmangel, der sich in Krankheitszeiten verschärfe, berichteten die Teilnehmer/innen von zu vielen parallelen Anforderungen durch Notfälle und kurzfristig notwendige, nicht absehbare Einsätze bei Bewohner/innen sowie zusätzlichem Aufwand bei Neuaufnahmen. Zudem gebe es häufig Termine mit Externen wie Ärzten, Apotheken und Angehörigen. Als weiteres Problem sahen die Teilnehmer/innen, dass der **Austausch zwischen den Wohnbereichen** völlig erlahmt sei.

Die Probleme im Umgang mit verhaltensauffälligen Demenzkranken könnten in den Teams nicht ausreichend besprochen werden, weil hier häufig die **kommunikative Basis** fehle, diese Probleme offen zu thematisieren und gemeinsam nach Lösungen zu suchen. Das Zugeben von Schwierigkeiten falle vielen schwer, es herrsche **keine Kultur des Umgangs mit Fehlern**, sondern nach außen werde die Haltung vertreten, man kann *alles*. Von Seiten der Wohnbereichsleiterinnen wurde kritisch angemerkt, dass die Mitarbeiter/innen sich häufig sträubten, Verantwortung zu übernehmen. So hätten viele z.B. Angst, welche persönlichen Konsequenzen für sie entstehen, wenn Demenzkranke aus der Einrichtung „weglaufen“. Angebotene **Fortbildungen** würden **zu wenig genutzt**.

Schwierig sei zudem der Umgang mit **obdachlosen oder verwahrlosten Pflegebedürftigen**, die häufig eine Suchtproblematik mitbringen. In den Wohnbereichen entstehe wegen des aggressiven Umgangstons häufig Stress unter den Bewohner/innen. Man versuche hier, über eine Anpassung der Sitzordnung bei den Mahlzeiten schlimmere Konflikte zu verhindern. Aber auch die Mitarbeiter/innen seien dem ungebührlichen Verhalten mancher Bewohner/innen ausgesetzt und würden z.B. mit ausländischerfeindlichen Parolen beschimpft. Aufgrund der Belegungsprobleme müsse die Einrichtung jedoch Abstriche bei den Aufnahmebedingungen machen, und es wird – so der Eindruck der Teilnehmer/innen- *jeder* aufgenommen. In diesem Zusammenhang äußerten die Mitarbeiter/innen eine **Furcht vor dem Arbeitsplatzverlust**, der ihnen möglicherweise drohen könnte, falls die Belegungsprobleme anhalten sollten. Man führte diese auf die im Vergleich zu neueren Häusern „schlechtere Optik“ zurück, der „Hotelcharakter“ fehle, man habe als Außenstehender keinen guten ersten Eindruck. Hinzu komme, dass manchen **Mitarbeiter/innen das Kundenverständnis** fehle.

Als weitere Schwierigkeiten wurden **Probleme in der Ausstattung** benannt, die aus der älteren Bausubstanz resultieren. So seien die Räume teilweise sehr beengt und es fehle an kleinen Räumen oder Sitzgruppen, die als Rückzugsmöglichkeiten für das Personal oder als Gruppenräume für die Bewohner/innen genutzt werden könnten. Hier sehe man allerdings wenig Gestaltungsspielraum.

Durch **Angehörige** entstehen nach Auffassung der Teilnehmer/innen zum einen zeitliche Belastungen, z.B. weil man ihnen die Erscheinungsformen der Demenz erklären müsse. Viele hätten **zu wenig Verständnis für Demenzkranke**. Zudem entstünden psychische Belastungen, wenn die Angehörigen nicht ehrlich zu den Bewohner/innen seien und diesen z.B. verschweigen, dass sie im Heim bleiben müssen und nicht mehr nach Hause zurück können.

In der Zusammenarbeit mit den ausgelagerten Bereichen der Wäscherei und der Hauswirtschaft gebe es immer wieder **Schnittstellenprobleme**, die zu Unzufriedenheiten bei den Bewohner/innen und den Angehörigen führten. Diese Unzufriedenheit werde dann an die Pflegekräfte weiter gegeben. Es gebe in der Hauswirtschaft unzuverlässige Mitarbeiter/innen, die z.B. wichtige Arbeiten vergessen. Bestellungen würden teilweise aufgrund von Sprachproblemen nicht korrekt bearbeitet. Die Wäsche komme häufig sehr spät ins Haus zurück und Kleidungsstücke verschwänden. Man versuche dies zunächst direkt mit den zuständigen Personen zu klären oder fülle dafür vorgesehene Beschwerdezeettel für die eigene Hausleitung aus. Das Problem sei jedoch, dass in der Regel nichts passiere, so dass man mittlerweile schon resigniert habe. Es wurde diskutiert, inwieweit die Hausleitung und/oder das Qualitätsmanagement hier mehr Druck auf die Fremdfirmen ausüben sollte.

Im Hinblick auf Verantwortungsbereiche der Leitungskräfte für Stresssituationen mit Bewohner/innen wurden nur wenige Punkte genannt und diese wurden nicht von allen Teilnehmer/innen geteilt. So fehle es einigen Teilnehmer/innen bei Neubelegungen an Absprachen mit den Wohnbereichen um zu klären, ob die Bewohner/innen zueinander passen. Insgesamt gebe es nicht genug Kommunikation zwischen den Wohnbereichen, der Pflegedienstleitung und dem Qualitätsbeauftragten; diese seien z.B. zu wenig präsent in den Wohnbereichen und sollten mehr Interesse zeigen. Unklar waren einem Teil der Mitarbeiter/innen auch die Kommunikationswege und die Frage, wer in der Leitung für welche Aufgabenbereiche zuständig ist.

Im Rahmen der Diskussionen relativierten viele Teilnehmer/innen immer wieder die herausgearbeiteten Belastungen. Viele Belastungen im Umgang mit Bewohner/innen seien gar nicht so gravierend, wie die Fragebogenauswertung dies vermuten lasse. Auf andere Probleme habe die Leitung bereits reagiert, wie im Falle der Fortbildungen in Palliativversorgung. Es wurde überlegt, ob die Fragebogenerhebung möglicherweise von die Mitarbeiter/innen genutzt wurde, um eine aktuell angestaute Frustration zum Ausdruck zu bringen oder ob die Gruppenzusammensetzung für das ausgewählte Thema ungünstig sei, weil die Teilnehmer/innen für sich genommen wenig Probleme im Umgang mit Bewohner/innen sehen.

Insgesamt entstand der Eindruck, dass es den Teilnehmer/innen schwer fiel, Probleme offen zu artikulieren und sich angreifbar zu machen. Die Moderation führte dieses Verhalten auf das bereits in der Fragebogenerhebung deutlich gewordene gestörte Vertrauensverhältnis zur Leitung zurück. Es äußerte sich zum einen in einem ständigen Zurücknehmen von Aussagen aus der vor den Konsequenzen, falls dies als eine Kritik am Leitungshandeln interpretiert werden würde. Zum anderen wurde eine weit reichende Resignation spürbar, die sich in der immer wieder kehrenden These „Daran wird sich sowieso nichts ändern!“ erhärtete. Offenbar hatten die Teilnehmer/innen bereits eine Reihe negativer Erfahrungen sammeln können, wie mit Verbesserungsvorschlägen ihrerseits in der Leitung umgegangen wird. Durch motivierende Impulse, die die Moderatorin des **iso**-Instituts in der Gruppe, aber auch im Rahmen von Einzelgesprächen setzte, ließen sich die Teilnehmer/innen auf den weiteren Prozess ein.

2.2 Sollkonzeption

Nach Abschluss der vertiefenden Ursachenanalyse wurden die Teilnehmer/innen gebeten, nicht oder nur mit enormem Aufwand zu beeinflussende Aspekte zu benennen, die aus der Maßnahmenentwicklung ausgeklammert werden sollten. Die nach der Debatte verbleibenden Problemfelder wurden positiv als Sollzustände umformuliert und teilweise konkretisiert:

- Es werden gemeinsame Anstrengungen zur **Sicherung der Arbeitsplätze** unternommen. Die Leitung bezieht die Mitarbeiter/innen in Überlegungen über ein zukunftsfähiges Konzept ein. Gemeinsam entwickelt man eine Einrichtungsidentität. Auf dieser Grundlage werben die Mitarbeiter/innen auch im privaten Umfeld für die Einrichtung. Neben der Arbeitsplatzsicherung

kann mit dieser Gruppe die **Kommunikation zwischen Leitung und Beschäftigten** verbessert werden.

- Alle Mitarbeiter/innen lernen, sich stärker **kundenorientiert** zu verhalten. Dazu soll an einer ersten, vom Träger organisierten **Fortbildungsveranstaltung** angeknüpft werden.
- Im Hinblick auf die Arbeitsorganisation sollen im Arbeitsalltag greifende „**Zeitfresser**“ **ermittelt** werden mit dem Ziel ggf. **Zeitpuffer zu schaffen**, die der Bewohnerversorgung zugute kommen können.
- Die **Kommunikation zwischen den Wohnbereichen** wird verbessert, um eine gegenseitige Unterstützung zu ermöglichen.
- Es gibt ein **Verfahren für den Umgang mit Verwahrlosten** und Suchtkranken. Dies umfasst z.B. das Aufnahmeverfahren sowie feste Spielregeln für die betroffenen Bewohner/innen.
- Es gibt mehr Möglichkeiten des **Umgangs mit Verhaltensauffälligkeiten**, z.B. durch Einbeziehung des Sozialdienstes.
- Die Mitarbeiter/innen entwickeln eine **Fortbildungskultur**. Bestehende Angebote werden auch genutzt.
- **Lösung des Schnittstellenproblems**: Wäsche und Hauswirtschaft sind verlässlich organisiert.

Die herausgearbeiteten Aspekte wurden anschließend im Hinblick auf ihre Bedeutung für eine Belastungsreduktion und im Hinblick auf ihre Lösungschancen bewertet. Dabei mussten sich die Teilnehmer/innen für die drei aus ihrer Sicht wichtigsten Vorhaben entscheiden (Rang 1 = 3 Punkte, Rang 2 = 2 Punkte, Rang 3 = 1 Punkt). Nach Multiplikation der Punktwerte für Bedeutung und Lösungschance ergab sich folgende Rangfolge:

Vorhaben	Bedeutung	Lösungschance	Summe	Rang
Arbeitsgruppe „Zukunftskonzept“	18	15	270	1.
Suche nach „Zeitfressern“ und Zeitpuffern	8	7	56	2.
Verbesserung der Kommunikation zwischen den Wohnbereichen	4	9	36	3.
Mitarbeiter/innen verbessern ihre Kundenkommunikation	2	3	6	4.
Mitarbeiter/innen entwickeln Fortbildungskultur	1	2	2	5.
Wäsche und Hauswirtschaft sind verlässlich geregelt	1	-	--	6.
Besserer Umgang mit Verhaltensauffälligkeiten	1	-	-	6.
Verfahren für Verwahrloste	-	-	-	8.
Verständnis für Demenzerkrankte bei Bewohner/innen und Angehörigen	-	-	-	8.

Eine breite Mehrheit der Teilnehmer/innen entschied sich für das Thema „Zukunftskonzept“. Es soll eine Arbeitsgruppe gebildet werden, in der mit unterschiedlichen Beschäftigtengruppen und der Leitung offen über neue Ansätze diskutiert wird. Die Mitarbeiter/innen bekräftigten nochmals, dass sie gerne im Hinblick auf die Entwicklung eines zukunftsfähigen Konzeptes mehr Transparenz über die Ziele und Wege der Leitung hätten. Es wurde wahrgenommen, dass die Leitung viele Anstrengungen unternommen habe, nicht immer gelangten jedoch z.B. Informationen über aktuelle Reaktionen auf Kundenwünsche zeitnah in die Wohnbereiche.

Mit der getroffenen Prioritätensetzung wurde unterstrichen, dass Ängste vor dem Arbeitsplatzverlust die Mitarbeiter/innen verunsichern und dass sie das Bedürfnis haben, sich in Ergänzung zu den Marketingaktivitäten der Leitungskräfte aktiv an einer besseren Marktlage der Einrichtung zu beteiligen. Um sich selbst als Werbeträger/innen besser einbringen zu können, kam man überein, als Grundlage die „Verbesserung der Kundenkommunikation“ als Maßnahme vorzuziehen, wenn gleich diese beim „Voting“ nur den vierten Rang eingenommen hatte. Mit diesen beiden Themen wollte die Gruppe die Maßnahmenentwicklung beginnen.

2.3 Abstimmung mit der Leitung

Vor der Maßnahmenentwicklung mussten die von der Gruppe erarbeiteten Vorschläge mit der Leitung abgestimmt werden. Dazu fand eine Besprechung zwischen der Mitarbeiterin des **iso**-Instituts und der Hausleitung, repräsentiert durch den Heimleiter, die Pflegedienstleiterin und den Qualitätsbeauftragten statt. Die Mitarbeiterin des **iso**-Instituts unterrichtete die Leitungskräfte über den Prozess und über die Zwischenergebnisse des Gesundheitszirkels. In der Diskussion entfalteten sich vielfältige negative Energien. Die herausgearbeiteten Belastungen wurden von den Leitungskräften zum Großteil negiert. Wer mit Demenzkranken nicht zu Recht komme oder nicht wisse, wie man sich kundenorientiert zu verhalten habe, sei in der Einrichtung fehl am Platz. Auch Probleme in der Arbeitsorganisation gebe es eher in der Hinsicht, dass einige Mitarbeiter/innen mit ihrem individuellen Zeitmanagement überfordert seien und sich hier verbessern müssten. Dass sich die Mitarbeiter/innen zukünftig stärker an der Diskussion über Zukunftsvisionen beteiligen möchten, wurde nicht als Ressource, sondern als Kritik an den eigenen Marketingaktivitäten bewertet.

Insgesamt teilten die Leitungskräfte weder die von den Teilnehmer/innen des Gesundheitszirkels herausgearbeitete Problemdefinition, noch die daraus abgeleiteten Vorschläge für die Maßnahmenentwicklung. Nach einer intensiven Debatte über die Grundzüge des partizipativen Ansatzes und den zu befürchtenden negativen Auswirkungen auf die Motivation der Mitarbeiter/innen im Falle einer Ablehnung der Vorschläge durch die Leitung, stimmte man am Ende zu, dass die Gruppe für die Bereiche „Diskussion über Zukunftskonzept“ und „Kundenkommunikation“ die Maßnahmen weiter ausdifferenzieren könne, wenn gleich immer noch durchschimmerte, dass diese Themen von der Leitung im Grunde als Zeitverschwendung interpretiert wurden. Die Mittel für Fortbildungen zur Kundenkommunikation sollten dennoch ebenso zur Verfügung gestellt werden wie die notwendigen Ressourcen für die neu zu installierende Arbeitsgruppe. Die Leitung bestand im Gegenzug darauf, dass die Gruppe sich anschließend mit dem Thema „Zeitfresser und Zeitpuffer“ auseinander setzen solle, um zumindest partiell dem Interesse der Leitungskräfte am AIDA-Projekt Rechnung zu tragen.

3. Die Maßnahmenentwicklung

3.1 Maßnahme: Verbesserung der Kundenkommunikation

Anknüpfend an eine bereits durchgeführte Veranstaltung zur Kundenkommunikation sollen sukzessive alle Mitarbeiter/innen des Pflegedienstes (Wohnbereichsleitungen, Fach- und Hilfskräfte), der Sozialdienst und die Haustechnik in Kundenkommunikation geschult werden. Eine Fortbildungsreihe soll nach Auffassung der Zirkelteilnehmer/innen folgende Themen umfassen:

- Wie rede ich in der Öffentlichkeit über die Einrichtung, um das Interesse potenzieller Kund/innen zu wecken?
- Wie gehe ich professionell mit Anliegen und Beschwerden von Bewohner/innen und Angehörigen um?
- Wie verhalte ich mich richtig in Konfliktfällen zwischen Bewohner/innen und ggf. Angehörigen?
- Was sind zu vermeidende Todsünden in der Kundenkommunikation?
- Wie kommuniziere ich mit Kund/innen am Telefon?
- Übungen anhand konkreter Fallbeispiele

Die Teilnehmer/innen wünschen sich ein Tagesseminar, wobei die Inhalte eventuell auf zwei halbe Tage aufgeteilt werden könnten. Ideal finden die Mitarbeiter/innen eine wohnbereichsbezogene Durchführung der Fortbildungen, um konkreter auf bestimmte Fallbeispiele eingehen zu können und ein gemeinsames Verständnis über angemessene Kundenkommunikation herzustellen. So könnten z.B. jeweils zwei Wohnbereiche zusammen mit einzelnen Personen aus dem Sozialdienst und der Haustechnik geschult werden. Dagegen sprechen jedoch die Schwierigkeiten bei der Dienstplangestaltung. Alternativ sollen aus allen Wohnbereichen jeweils zwei Personen gemeinsam geschult werden.

3.2 Maßnahme: Arbeitsgruppe „Zukunftskonzept“

Unter zukunftsfähigem Konzept verstehen die Mitarbeiter/innen, Wege zu mehr Kundenzufriedenheit zu entwickeln. Dazu gehören aus ihrer Sicht:

- Vertiefung des Kundengedankens bei den Mitarbeiter/innen
- Effizientere Abläufe an den Schnittstellen
- Verbesserung des ersten Eindrucks
- Planung lebendiger Veranstaltungen in der Einrichtung und im Umfeld der Einrichtung
- Öffnung in die Gemeinde
- Beteiligung von Mitarbeiter/innen, Angehörigen und Ehrenamtlichen
- Besondere Aktionen für Ärzte, Krankenhäuser und sonstiger externer Kunden

In vielen der genannten Bereiche werden nach Auskunft der Mitarbeiter/innen bereits eine Reihe von Initiativen ergriffen, die von der Leitung und/oder dem Sozialdienst gesteuert werden. Eine erweiterte Qualität der Aktionen könnte jedoch – so die Einschätzung des Zirkels – dadurch erreicht werden, dass sich die Pflege mit ihrer Fachkompetenz und überhaupt eine größere Anzahl von Personen einbringen. Um dies zu forcieren, beschließen die Mitarbeiter/innen deshalb eine **Arbeitsgruppe für öffentlichkeitswirksame Aktionen in der Einrichtung und im Umfeld der Einrichtung** ins Leben zu rufen. Damit soll mehr Lebendigkeit ins Haus kommen, ein neuer Aufbruch stattfinden und der Kundengedanke auch auf Mitarbeiterseite ernst genommen werden.

Die Arbeitsgruppe ist grundsätzlich offen für Freiwillige aus Pflege, Sozialdienst und Verwaltung. Zudem sind Angehörige und falls möglich Mitglieder des Heimbeirats gern gesehen. Zur Strukturierung will die Gruppe in der ersten Sitzung einen Sprecher wählen, wobei es begrüßt würde, wenn sich eine Pflegefachkraft dieser Aufgabe widmen würde. Bis zu diesem Zeitpunkt wird eine kommissarische Leiterin aus den Reihen des Zirkels bestimmt. Zur Ergebnissicherung wird ein Protokoll geführt. Man trifft sich einmal im Monat für maximal 60 Minuten (jeweils am letzten Mittwoch im Monat von 14.00 bis 15.00 Uhr). Das erste Treffen der neuen Gruppe wird auf Ende August gelegt.

Neben den zu planenden Aktivitäten soll die Gruppe gleichzeitig mit bedenken, wie der entstehende Zeitaufwand arbeitsorganisatorisch abgebildet wird und wie z.B. der Dienstplan bei Aktivitäten so gestaltet werden kann, dass möglichst viele Bewohner/innen an den Veranstaltungen teilnehmen können.

Einige Teilnehmer/innen aus dem Gesundheitszirkel äußerten Interesse an einer Mitwirkung an der Gruppe. Weitere potenzielle Mitglieder werden über verschiedene Wege gesucht:

- Hinweis in der Hauszeitschrift
- Hausmitteilung durch die Leitung
- Information der Wohnbereichsleitungen in der gemeinsamen Dienstbesprechung; diese informieren ihrerseits die Mitarbeiter/innen der Wohnbereiche. Die am Gesundheitszirkel beteiligten Wohnbereichsleiterinnen bringen bei Bedarf nähere Informationen zum Hintergrund der Initiative ein.

Als Anregungen für die Inhalte und die Arbeitsweise beteiligungsorientierter Gruppen erhalten die Zirkelteilnehmer/innen von der Mitarbeiterin des **iso**-Instituts Konzeptvorschläge und Ansprechpersonen aus den erfolgreich arbeitenden BETA⁹⁸-Projekten in Baden-Württemberg. In diesen Projekten ist es gelungen, in großem Ausmaß Angehörige und sonstige engagierte Bürger/innen in die Altenpflege einzubeziehen und dadurch eine neue Kultur des Helfens zu etablieren.

3.3 Maßnahme: „Zeitfresser“ und Zeitpuffer

Das Thema betrifft Tätigkeiten, die nicht streng zeitgebunden sind bzw. die ggf. von Dritten übernommen werden könnten. Mit der Leitfrage „Was kostet Sie immer wieder „unnötig“ Zeit?“ nennen die Gruppenmitglieder vier „Zeitfresser“:

- Telefonieren (Anrufen und angerufen werden, z.B. interne Rückfragen, Arzttelefonate, Absprachen mit hausinterner Friseurin)
- Nachfragen an der Schnittstelle zur Hauswirtschaft
- Materialengpässe auf dem Pflegewagen (nicht durchgängig als Problem geschildert)
- Individuelle Probleme im Zeitmanagement

Aus den beschriebenen „Zeitfressern“ leiten sich folgende Vorhaben ab:

Entlastung von Telefonaten

- In der pflegeintensiven Zeit vor 10.00 Uhr finden keine hausinternen Anrufe in die Wohnbereiche statt.
- Die Kooperation mit der hausinternen Friseurin wird verbessert. In Zukunft vereinbart die Friseurin eine Woche im Voraus feste Termine mit den Bewohner/innen und trägt diese in das Friseurbuch ein. Am Freitagnachmittag erhalten die Wohnbereiche die Planung für die bevor-

⁹⁸ BETA= Bürger engagieren sich und teilen Alter.

stehende Woche. Mündliche Absprachen sind dann nur noch beim plötzlichen Ausfall von Terminen nötig. Dies gibt den Wohnbereichen mehr Planungssicherheit und für die Bewohner/innen verkürzen sich die derzeit teilweise langen Wartezeiten im Salon.

- Viel Zeit kostet auch die Bestellung von Rezepten in den Arztpraxen, die nicht delegiert werden kann, sondern aus fachlichen Gründen weiter von den Wohnbereichen übernommen werden muss. Bisherige Versuche haben keine Entlastung gebracht, ein Fax mit der Bitte um Rückruf wird z.B. in den Praxen nicht beachtet. Eine Lösung des Problems konnte im Rahmen des AIDA-Projekts nicht mehr bearbeitet werden. Die Teilnehmer/innen des Gesundheitszirkels erhielten von der Mitarbeiterin des **iso**-Instituts als Anregung für die Weiterentwicklung zwei Formblätter mit einer Verfahrensanleitung aus einer anderen Einrichtung, die für sich eine zeitsparende Alternative gefunden hat mit der Option, den Vorschlag auf die eigenen Bedürfnisse anzupassen.

Schnittstelle Hauswirtschaft

Für die regelmäßige Überwachung der Reinigungsdienstleistung ist zukünftig die Hauswirtschaftsleitung selbst und nicht mehr die Wohnbereichsleitung zuständig. Die Zufriedenheit der Wohnbereichsleitungen mit der Dienstleistung wird nur noch punktuell erfragt. Damit entfällt für die Wohnbereichsleitungen die Aufgabe, täglich die Abnahme der Grundreinigung der Zimmer schriftlich zu bestätigen.

Bestückung des Pflgewagens

Eine klare Verteilung von Zuständigkeiten für die Materialaufstockung soll Engpässe zu vermeiden helfen. Dieses Verfahren wurde in einigen Wohnbereichen mit Erfolg erprobt und soll nun auf alle Wohnbereiche übertragen werden.

Probleme im Zeitmanagement

Die Wohnbereichsleitungen haben die Aufgabe, Probleme im Zeitmanagement ihrer Mitarbeiter/innen zu erkennen und Maßnahmen zu ergreifen. Strategien können z.B. darin bestehen, auf der Grundlage eines gemeinsamen Konzepts klare Vorgaben für die Reihenfolge bestimmter Verrichtungen zu machen, die Einhaltung von Ablaufplänen für bestimmte Verrichtungen zu überwachen und/oder die Mitarbeiter/innen zu Fortbildungen im individuellen Zeitmanagement zu ermuntern.

4. Fazit

Während der letzten Phase der Maßnahmenentwicklung wurde von den Leitungskräften eine Störung der Zirkelarbeit hervorgerufen, indem die zugesagte Billigung einer Fortbildung zum Thema Kundenkommunikation zurückgenommen wurde, nachdem die Gruppe dies als Maßnahme konkretisiert hatte. Für die Zirkelteilnehmer/innen musste danach der Eindruck entstehen, dass die Leitung die zu erarbeitenden Ergebnisse und das Engagement der Teilnehmer/innen für eine bessere Praxis gering schätzte, was vor dem Hintergrund des ohnehin belasteten Vertrauensverhältnisses als negatives Signal bewertet wurde, zumal bekannt war, dass diese Maßnahme in einem anderen „AIDA-Haus“ erfolgreich als Maßnahme umgesetzt werden konnte. In der Konsequenz verstärkten die Teilnehmer/innen ihre individuellen Strategien des inneren Rückzugs. Die Teilnehmerzahl im Gesundheitszirkel sank und die bereits beschriebene vorsichtige Grundhaltung griff weiter Raum. Vor diesem Hintergrund schwand das Vertrauen der Mitarbeiter/innen, mit den Leitungskräften in eine offene, angstfreie und produktive Diskussion über Zukunftsvisionen einsteigen zu können mit der Folge, dass zuvor geäußerte Interessenbekundungen von Teilnehmer/innen des Gesundheitszirkels wieder zurück genommen wurden. Auf Nachfrage der Mitarbeiterin des **iso**-Instituts wurde deutlich, dass sich hausweit nur eine verschwindend geringe Zahl von Personen für die Arbeitsgruppe gemeldet hatte, so dass diese bislang nicht zustande gekommen ist. Auch im Hinblick auf die heraus gearbeiteten „Zeitpuffer“

gab es wenig Entgegenkommen der Leitungskräfte, wie die Teilnehmer/innen des Zirkels bereits befürchtet hatten. Die beschriebenen Probleme in der Arbeitsorganisation wurden von Seiten der Leitung nicht ernst genommen und als individuelle Versäumnisse uminterpretiert.

Das Scheitern des Projekts in der Fallstudieneinrichtung G hängt mit einer Missdeutung des partizipativen Ansatzes zusammen. Der Leitung ist es nicht gelungen, die Deutungsmacht für Probleme und darauf aufbauende Lösungswege partiell den Mitarbeiter/innen zu überlassen. Die notwendige Offenheit, sich auf andere Sichtweisen einzulassen fehlte ebenso wie die unerlässliche Bereitschaft, Veränderungen zuzulassen. Auch den Mitarbeiter/innen fiel es aufgrund des gestörten Vertrauensverhältnisses schwer, in einen offenen und angstfreien Diskurs über ihre Arbeitsbelastungen einzutreten. Der Verlauf des Projektes hat ihre Zweifel eher noch bestärkt und wird zusätzlich demotivierend wirken. Gleichzeitig hat die Leitung die Chance vertan, dass sich Mitarbeiter/innen als Werbeträger/innen der Einrichtung stärker einbringen und damit einen persönlichen Beitrag leisten, die Belegungsprobleme zu reduzieren und ihren Arbeitsplatz abzusichern. Vor dem Hintergrund knapper Ressourcen sollte für die Zukunft genauer geprüft werden, welche Eingangsvoraussetzungen Einrichtungen mitbringen müssen, die an beteiligungsorientierten Projekten mitwirken möchten.

8. Sensibilisierung zu gesundheitsbewusstem Verhalten

A: Allgemeiner Teil

1. Thematischer Aufriss

Sensibilisierung zu gesundheitsbewusstem Verhalten ist ein Grundprinzip, das in allen Themenschwerpunkten von AIDA eine Rolle spielt. Wenn es dennoch als eigener Themenschwerpunkt verfolgt wird, dann wohl, weil hier in besonderer Weise die subjektive Verantwortung der Akteure und die „Salutogenese“ betont wird, also die Frage „Was hält gesund, was stärkt die Widerstands- und Selbstheilungskräfte?“ Diese Ausrichtung soll bei der Weiterentwicklung des klassischen Arbeitsschutzes hin zur einer stärker präventiv ausgerichteten „Gesundheitsförderung“ an Profil gewinnen. All das wird erst recht wichtig, wenn man bedenkt, dass die Anforderungen an die Pflegekräfte steigen. Umso dringlicher ist es, eine Art „Filter“ einzubauen, der dafür sorgt, dass der Druck, der von der Marktkonkurrenz, von Qualitätsanforderungen und schließlich auch von der demographischen Entwicklung ausgeht, wenigstens nicht ungebremst auf die Mitarbeiter/innen niedergeht. Ohne Rücksicht auf die eigene Gesundheit und aktive Förderung der Selbstheilungskräfte vermag sich keine dauerhaft belastbare Motivation und Identifikation mit der Arbeitsaufgabe einzustellen. Das aber ist gerade in der Pflege eine der wichtigsten Ressourcen, weil hier „*die Arbeit mit seiner Person*“ eine wichtige Rolle spielt. So betrachtet wird eine systematisch angelegte Gesundheitsförderung letztlich auch den Bewohner/innen und dem Träger zugute kommen. Wie groß in dieser Hinsicht der Nachholbedarf ist, zeigt nicht zuletzt der hohe Anteil an Pflegekräften, die vorzeitig in Rente gehen oder sich beruflich anders orientieren.

Nur wer auf sich selbst achtet, so die Einsicht, die sich auf breiter Ebene bis in die Ausbildungs- und Prüfungsverordnung hinein⁹⁹ durchzusetzen scheint, vermag den wachsenden Herausforderungen einer beruflich-betriebsförmig organisierten Pflege, die dem rauen Wind des Marktes ausgesetzt ist, gerecht zu werden. Nur wer bei der Pflege die eigene Gesundheit nicht aus dem Auge verliert, kann diesen Beruf über längere Zeit und vielleicht auch noch in fortgeschrittenem Alter ausüben.

Die Sorge um sich selbst ist selbstredend eine Angelegenheit des Subjekts. Sie ist aber auch eine Frage des Spielraums, des betrieblichen Rückhalts und der sozialen Unterstützung, die Pflegekräfte hierbei erfahren. Die Anregung zu gesundheitsbewusstem Verhalten kann sich, wie es das Selbstpflegemodell von Orem und das „KDA-Selbstpflegeblatt“ nahe legen¹⁰⁰, auf privat zu verantwortende Lebensführung beziehen, sie kann aber auch an der realen Arbeitssituation der Pflegekräfte anknüpfen. Zur Arbeitssituation gehören objektivierbare Notwendigkeiten wie das Heben und Bewegen von schweren Lasten, der Umgang mit schwierigen Bewohner/innen und Angehörigen oder die Zumutungen der Wechselschicht.

Ein besserer Umgang mit arbeitsplatzbezogenen Gesundheitsrisiken betrifft schließlich auch die Art und Weise, *wie* die Mitarbeiter/innen derartige Anforderungen vor dem Hintergrund ihrer Persönlichkeit und Einbindung in Arbeitsbeziehungen bewältigen; *wie* es ihnen gelingt, sich auf den Körper und die Persönlichkeit der Pflegebedürftigen einzulassen. In den Altenheimen sind die Mitarbeiter/innen hautnah mit dem Leid, dem Verfall und dem Tod von Menschen konfrontiert. Sie müssen es ertragen und versuchen, den Betroffenen nahe zu sein. Zugleich aber sind Distanzierungsstrategien zu entwickeln; schon um sich schnell wieder dem nächsten zuwenden zu können. Pflege ist Lohnarbeit, die unter Marktbedingungen und damit unter Zeitdruck stattfindet, sie ist aber auch Beziehungsarbeit, bei der es auf Empathie und „Zeithaben“ ankommt. Sie ist eine Dienstleistung und ein persönliches Ver-

⁹⁹ Vgl. AltPflAPrV. Anlage 1.

¹⁰⁰ Vgl. Sowinski (1995).

hältnis. Vor allem aber hat jede Pflegekraft das Problem, diese höchst widersprüchlichen Anforderungen auszubalancieren und auf ein persönlich verkräftbares Maß zu reduzieren. Gelingt das nicht, wird sie aufgerieben („burnout“) und/oder letztlich nicht dem Anspruch einer qualitätvollen Pflege gerecht. Sich zudem auch noch mit der eigenen Gesundheit zu befassen und gegen schlechte Gewohnheiten anzugehen, wird vor diesem Hintergrund vielfach als eine weitere Zumutung empfunden. Das mag mit ein Grund sein, weshalb gesundheitsbewusstes Verhalten bislang noch kein zentrales Thema ist.

„Gesundheit entsteht (...) im sorgfältigen Umgang mit sich selber und in der bewussten Auseinandersetzung mit den Arbeitsanforderungen“.¹⁰¹ Es geht um das Verhalten der Mitarbeiter/innen, es geht aber auch um die betrieblichen Verhältnisse und, in Bezug auf weitergehende Rahmenbedingungen, um politisch zu verantwortende Gestaltungsprozesse. Verhaltens- und Verhältnisprävention stehen in einem Zusammenhang. Auch deswegen greifen pädagogische Ansinnen, die sich nur allzu leicht auf die Subjekte konzentrieren, und damit, gewollt oder nicht, primär Personen problematisieren, zu kurz.

Aus der Welt zu schaffen sind die Widersprüchlichkeiten und Belastungen einer beruflich-ökonomisch organisierten Pflege, wie sie in unserer Gesellschaft üblich ist, sicherlich nicht. Wohl aber ist zu verhindern, dass sich unvermeidliche Belastungen durch die Art der Arbeitsorganisation und Führung, durch die Personalpolitik und die betriebliche Sozialordnung noch zusätzlich zuspitzen. Noch besser wäre es natürlich, wenn auf all diesen Gestaltungsebenen darüber hinausgehend für gesunde Arbeitsbedingungen und für eine systematische Gesundheitsförderung gesorgt werden könnte.¹⁰²

Aus optimierten Arbeitsbedingungen ergibt sich noch nicht per se gesundheitsbewusstes Verhalten. Das bleibt letztlich eine subjektiv zu verantwortende Angelegenheit, der offenbar eine höchst unterschiedliche Wertigkeit zugeschrieben wird. Wie wichtig das Gut Gesundheit etwa gegenüber Bedürfnissen und Bestrebungen anderer Art ist, was als be- oder entlastend empfunden wird, ist von Person zu Person verschieden. Hier kann es keine universal gültigen Maßstäbe geben. Der Primat für die eigene Gesundheit liegt bei der betreffenden Person, die aber, das ist wichtig zu betonen, nicht als eine Monade zu fassen ist, sondern als ein sozial eingebettetes Individuum.¹⁰³

Gesundheitsförderung muss helfen, die individuellen *und* die sozialen Ressourcen zu erschließen. Das kann nur in einem kommunikativen Verfahren organisiert werden. Der Austausch sensibilisiert und fördert die Reflexion. Er hilft individualspezifische, aber auch kollektive Betroffenheiten herauszuarbeiten. Schließlich sind viele Gesundheitsrisiken und Ressourcen gar nicht so leicht zu identifizieren. Das gilt vor allem, wenn sie in zur Routine geronnenen Alltagshandlungen angelegt sind, die den Betreffenden so sehr in Fleisch und Blut übergegangen sind, dass sie kaum noch wahrgenommen werden. Aufgabe der Leitung bzw. eines betrieblichen Gesundheitsmanagements ist es, einen solchen Austausch- und Verständigungsprozess zu legitimieren und zu ermöglichen. Schließlich werden sich der Träger und die Hausleitung aber auch selbst positionieren und erklären müssen, wo sie Handlungsspielräume für einen Abbau von Belastungen und eine Förderung von gesundheitsbewusstem Verhalten sehen.¹⁰⁴

¹⁰¹ Vgl. Reindl (2003: 221).

¹⁰² In diesem Zusammenhang wird von Reindl vor allem die Bedeutung der betrieblichen Sozialordnung herausgestellt. Sie ist „die mächtigste strukturbezogene Gesundheitsressource“ (Reindl (2003: 232); was spiegelbildlich wohl auch heißt, dass sie eine zusätzliche Quelle von Belastung sein kann, wenn sie keine positive Ausprägung annimmt. „Die betriebliche Sozialordnung ist“, so Reindl (2003:232/233), „die soziale Form betrieblicher Herrschaft. Das Konzept fokussiert (...) auf die inneren Beziehungen und auf die sozialen Austauschprozesse zwischen Herrschenden (Eigentümer/Management) und Beherrschten (Arbeiter/Angestellte). Es rekurriert auf die Handlungsebene (Praxen) und auf die kulturelle Ebene (Einstellungen, Deutungen, Bilder, Selbstverständnisse, wechselseitige Wahrnehmungen). Mit der Sozialordnung wird in Erinnerung gerufen, dass Betriebe nicht nur verzweckte ökonomische Gebilde, finale Organisationen sind, sondern auch sinnbesetzte Lebensräume, in die eine ‚Moral‘ eingeschrieben ist. (...) Die Sozialordnung eines Betriebes ist die wichtigste Quelle für das Wohlbefinden der Belegschaft.“

¹⁰³ Vgl. Reindl (2003: 223).

¹⁰⁴ Vgl. dazu auch Zimmer/Gregersen (2007); Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege (2006).

Bei der Arbeit in den geplanten Gesundheitszirkeln und hier speziell in der Einrichtung, die dieses Thema als Schwerpunkt gewählt hat, ist näher zu erkunden, wie der Prozess einer Sensibilisierung zu gesundheitsbewusstem Verhalten gestützt und vorangetrieben werden kann, was dazu von Seiten der Leitung bzw. des Gesundheitsmanagements zu tun ist bzw. welche betrieblichen Rahmenbedingungen einer solchen Entwicklung förderlich sind. Dabei wird man unter anderem auf Ergebnisse der Ausgangserhebungen zurückgreifen können. Bei der Auswertung der standardisierten Befragung gilt die Aufmerksamkeit insbesondere der Frage nach den bisherigen **Erfahrungen** im Umgang mit Belastungen und gesundheitsfördernden Maßnahmen sowie der Einschätzung von Mitarbeiter/innen, wie weitgehend sich **Vorgesetzte** um die **Gesundheitsförderung** kümmern und Mitarbeiter/innen motivieren, sich in dieser Hinsicht zu engagieren. Weiterhin interessiert, wo **praktische Ansatzpunkte** für die Förderung von Gesundheitsschutz und gesundheitsbewusstem Verhalten gesehen werden und wo die **Verantwortung** für die Gesundheitsförderung lokalisiert wird.

2. Ergebnisse der Querschnittsanalyse

Was hilft im Umgang mit Belastungen?

Beim Versuch, mit arbeitsbedingten Belastungen zurecht zu kommen, spielen sowohl betriebliche wie private Entlastungsmöglichkeiten eine Rolle. Beide Statementkategorien finden große Zustimmung, wobei die Zustimmungsraten der Wohnbereichsleitungen fast überall über denen der Pflege- und Hauswirtschaftskräfte liegen. An der Spitze rangieren bei den Pflegekräften mit jeweils um die 80% Entlastungsmöglichkeiten durch „den Kollegenkreis“ (80,9%) und auch „Kontakte mit Freunden und Bekannten“ (79,9%). Von den Wohnbereichsleiter/innen haben alle den Kollegenkreis genannt (100%). Hier sehen aber auch relative viele (88,9%) in „Team- und Dienstbesprechungen“ eine wichtige Entlastungsmöglichkeit. Danach folgt „Kontakte mit Freunden und Bekannten“ mit 85,2%. Bei den Hauswirtschaftskräften steht ebenfalls „der Kollegenkreis“ an erster Stelle (83,7%). Danach ist beim „Betriebsklima“ (77,3%) die meiste Zustimmung zu registrieren.

Dass im betrieblichen Rahmen vor allem der Kollegenkreis als entlastend erlebt wird, unterstreicht die Bedeutung unterstützender Arbeits- und informeller Sozialbeziehungen. Die Leitung bzw. der/die Vorgesetzte wird zwar sowohl bei den Pflegekräften wie bei den Wohnbereichsleitungen und Hauswirtschaftskräften ebenfalls von einer Mehrheit der jeweils Befragten als hilfreich erlebt, um mit Belastungen fertig zu werden, die darauf bezogenen Zustimmungswerte rangieren aber am unteren Ende.

Tabelle 103: Was hilft im Umgang mit Belastungen?

	Pflege		WBL		Hauswirtschaft	
	trifft zu	trifft nicht zu	trifft zu	trifft nicht zu	trifft zu	trifft nicht zu
das Betriebsklima in der Einrichtung (N = 181; 26; 44)	68,0%	32,0%	84,6%	15,4%	77,3%	22,7%
der Kollegenkreis (N = 178; 26; 43)	80,9%	19,1%	100,0%	0,0%	83,7%	16,3%
die Team-/Dienstbesprechungen (N = 178; 27; 38)	68,5%	31,5%	88,9%	11,1%	65,8%	34,2%
die Leitung bzw. der/die Vorgesetzte (N = 173; 24; 37)	68,8%	31,2%	66,7%	33,3%	56,8%	43,2%
Ihre Familie bzw. Ihr/Ihre Lebenspartner/in (N = 177; 26; 41)	75,1%	24,9%	76,9%	23,1%	68,3%	31,7%
Kontakte mit Freunden und Bekannten (N = 174; 27; 41)	79,9%	20,1%	85,2%	14,8%	73,2%	26,8%

Allerdings zeigt sich bei einer differenzierten Betrachtung, dass die Pflegekräfte in Haus 1 und 4 mit 84 bzw. 85% die Leitung doch recht häufig als durchaus hilfreich erleben. In Haus 7 sind diese Werte

mit 51,3% aber relativ niedrig. Beim „Betriebsklima“ bewegt sich das Spektrum zwischen 80% in Haus 1 und nur 50% in Haus 2.

Bemerkenswert ist das Profil von Haus 2. Hier sind die Zustimmungsraten bei der Frage, was man als förderlich erlebt, um mit den Belastungen der Arbeit fertig zu werden, sowohl beim „Betriebsklima“, wie auch bei der „Leitung bzw. Vorgesetzten“ und den „Team-/Dienstbesprechungen“ relativ niedrig. Umso mehr konzentrieren sich die hier gesehenen Entlastungsmöglichkeiten auf den Kollegenkreis und den privaten Lebensbereich.

Tabelle 104: Hausvergleich: Was hilft im Umgang mit Belastungen?

Zustimmung	1	2	3	4	5	6	7	8	Gesamt
das Betriebsklima in der Einrichtung	80,0% (25)	50,0% (8)	75,0% (24)	68,4% (19)	75,0% (8)	68,4% (19)	61,9% (42)	63,9% (36)	68,0% (181)
der Kollegenkreis	79,2% (24)	100% (8)	73,9% (23)	84,2% (19)	87,5% (8)	83,3% (18)	76,2% (42)	83,3% (36)	80,9% (178)
die Team - /Dienstbesprechungen	76,0% (25)	66,7% (9)	70,8% (24)	75,0% (20)	75,0% (8)	82,4% (17)	59,0% (39)	61,1% (36)	68,5% (178)
die Leitung bzw. der/die Vorgesetzte	84,0% (25)	57,1% (7)	78,3% (23)	85,0% (20)	75,0% (8)	56,3% (16)	51,3% (39)	68,6% (35)	68,8% (173)
Ihre Familie bzw. Ihr/Ihre Lebenspartner/in	80,0% (25)	100% (7)	83,3% (24)	68,4% (19)	62,5% (8)	72,2% (18)	68,3% (41)	77,1% (35)	75,1% (177)
Kontakte mit Freunden und Bekannten	88,0% (25)	100% (8)	79,2% (24)	76,5% (17)	75,0% (8)	88,2% (17)	75,0% (40)	74,3% (35)	79,9% (174)

Gesundheitsfördernde Maßnahmen

Rund 29% der Pflegekräfte, fast 23% der Wohnbereichsleiter/innen und gut 10% der Hauswirtschaftskräfte gaben an, schon einmal an gesundheitsfördernden Maßnahmen teilgenommen zu haben. Allerdings gehen in etwa vier Fünftel der Befragten, der Pflege- und Hauswirtschaftskräfte wie der Wohnbereichsleiter/innen, davon aus, dass derartige Maßnahmen in ihren Einrichtungen bislang noch nicht in hinreichendem Maße angeboten wurden; mithin ein großer Bedarf signalisiert wird. Siehe dazu auch den Häuservergleich.

Tabelle 105: Angebot/Nutzung von gesundheitsfördernden Maßnahmen

	Pflege		WBL		Hauswirtschaft	
	trifft zu	trifft nicht zu	trifft zu	trifft nicht zu	trifft zu	trifft nicht zu
In Ihrer Einrichtung werden in hinreichendem Maße gesundheitsfördernde Maßnahmen angeboten. (N = 181; 26; 39)	18,2%	81,8%	19,2%	80,8%	20,5%	79,5%
Derartige Angebote werden von Ihnen genutzt. (N = 158; 22; 38)	29,1%	70,9%	22,7%	77,3%	10,5%	89,5%

Tabelle 106: Hausvergleich: Angebot/Nutzung von gesundheitsfördernden Maßnahmen

Zustimmung	1	2	3	4	5	6	7	8	Gesamt
In Ihrer Einrichtung werden in hinreichendem Maße gesundheitsfördernde Maßnahmen angeboten.	8,0% (25)	22,2% (9)	33,3% (24)	15,8% (19)	12,5% (8)	15,8% (19)	24,4% (41)	11,1% (36)	18,2% (181)
Derartige Angebote werden von Ihnen genutzt.	13,6% (22)	42,9% (7)	41,7% (24)	40,0% (15)	12,5% (8)	42,9% (14)	26,3% (38)	23,3% (30)	29,1% (158)

Vorgesetztenverhalten

Kritik an einem noch unzulänglichen Gesundheitsmanagement spiegelt sich auch an der Einschätzung eines entsprechenden Engagements des Führungspersonals. Mehr als die Hälfte der Pflegekräfte finden, dass sich ihre Vorgesetzten *nicht* genügend um den Gesundheitsschutz an ihren Arbeitsplätzen kümmern. Immerhin aber fühlen sich 43% bzw. 39% von ihren Vorgesetzten motiviert an Fort- und Weiterbildungen zum Thema Gesundheitsförderung teilzunehmen bzw. in dieser Hinsicht Verbesserungsvorschläge zu machen. Bei den Wohnbereichsleiter/innen ist vor allem der Anteil derjenigen, die von ihren Haus- bzw. Pflegedienstleitungen zur Teilnahme an Fort- und Weiterbildungen angeregt werden, relativ hoch (61%).

Tabelle 107: Vorgesetztenverhalten

	Pflege		WBL		Hauswirtschaft	
	trifft zu	trifft nicht zu	trifft zu	trifft nicht zu	trifft zu	trifft nicht zu
Ihr/e Vorgesetzte/r kümmert sich genügend um den Gesundheitsschutz an den Arbeitsplätzen. (N = 153; 21; 44)	45,0%	55,0%	48,0%	52,0%	63,6%	36,4%
Ihr/e Vorgesetzte/r motiviert Sie, an Fort- und Weiterbildungen teilzunehmen, die sich mit Gesundheitsförderung befassen. (N = 158; 23; 41)	43,0%	57,0%	61,0%	39,0%	48,8%	51,2%
Ihr/e Vorgesetzte/r motiviert Sie, Vorschläge zur Verbesserung von Arbeitsschutz und Gesundheitsförderung einzubringen. (N = 155; 22; 43)	39,0%	61,0%	41,0%	59,0%	51,2%	48,8%

Auch hier verweist ein Häuservergleich auf unterschiedliche Einschätzungen. In Haus 3 sind alle drei Werte überdurchschnittlich hoch. In Haus 1 meinen zwar recht viele, dass sich ihre Vorgesetzten um den Gesundheitsschutz kümmern (56,5%), Fort und Weiterbildung bzw. die Ermunterung zu Verbesserungsvorschlägen kommt hier aber relativ selten vor.

Tabelle 108: Hausvergleich: Vorgesetztenverhalten

Zustimmung	1	2	3	4	5	6	7	8	Gesamt
Ihr/e Vorgesetzte/r kümmert sich genügend um den Gesundheitsschutz an den Arbeitsplätzen.	56,5% (23)	42,9% (7)	60,9% (23)	31,6% (19)	57,1% (7)	47,1% (17)	45,5% (44)	41,7% (36)	45,0% (153)
Ihr/e Vorgesetzte/r motiviert Sie, an Fort- und Weiterbildungen teilzunehmen, die sich mit Gesundheitsförderung befassen.	25,0% (24)	50,0% (8)	66,7% (24)	52,6% (19)	25,0% (8)	65,0% (20)	55,8% (43)	25,0% (36)	43,0% (158)
Ihr/e Vorgesetzte/r motiviert Sie, Vorschläge zur Verbesserung von Arbeitsschutz und Gesundheitsförderung einzubringen.	33,3% (24)	42,9% (7)	56,5% (24)	26,3% (19)	25,0% (8)	68,4% (19)	42,9% (42)	33,3% (36)	39,0% (155)

Wünsche in Bezug auf Förderung von gesundheitsbewusstem Verhalten

Hier kommt, was den Typus von Vermittlungskompetenzen in Fragen der Gesundheitsförderung angeht (vgl. die ersten drei Statements in Tabelle 88) zum Ausdruck, dass sich die Pflegekräfte am häu-

figsten „mehr praktische Anleitung und Übungen“ wünschen (85,6%). Sehr oft (in 84,3% bzw. 75,4% der Fälle) wird hier auch Fort- und Weiterbildung sowie mehr Information genannt. Bei den Hauswirtschaftskräften wurde bei insgesamt niedrigeren Zustimmungsraten mit 73,7 % „mehr Information“ am häufigsten angekreuzt.

Bei den übrigen Statements ging es um Formen der Unterstützung, die von Kolleg/innen, dem Team, der Leitung sowie einem mehr oder weniger förderlichen Arbeitsklima ausgehen können. Bezogen auf diese Kategorien wird von den Pflegekräften in erster Linie gewünscht, dass Gesundheit und Gesundheitsförderung in Teambesprechungen häufiger zur Sprache kommen. Das Thema soll also immer wieder auf die Tagesordnung kommen und damit gewissermaßen institutionalisiert werden. Von den Wohnbereichsleiter/innen sehen das rund 58% so. Sie verweisen häufiger auf die Dringlichkeit von „mehr wechselseitiger Unterstützung durch die Mitarbeiter/innen“ (65,2%). Ein „besseres Arbeitsklima, damit man diese Fragen besser ansprechen kann“ hat in den Augen der Wohnbereichsleiter/innen keine so große Bedeutung wie bei den Pflegekräften. Das gilt auch für den Wunsch nach einer „in diesen Fragen sensibleren Leitung“. Letzteres wird von gut zwei Drittel der Pflegekräfte, aber nur von der Hälfte der Wohnbereichsleiter/innen hervorgehoben.

Tabelle 109: Wünsche in Bezug auf Förderung von gesundheitsbewusstem Verhalten

	Pflege		WBL		Hauswirtschaft	
	trifft zu	trifft nicht zu	trifft zu	trifft nicht zu	trifft zu	trifft nicht zu
mehr Information durch schriftliche und mündliche Hinweise. (N = 179; 24; 38)	75,4%	24,6%	62,5%	37,5%	73,7%	26,3%
mehr praktische Anleitung und Übungen. (N = 181; 26; 40)	85,6%	14,4%	61,5%	38,5%	62,5%	37,5%
mehr Fort- und Weiterbildung in diesen Fragen. (N = 178; 27; 40)	84,3%	15,7%	63,0%	37,0%	70,0%	30,0%
mehr wechselseitige Unterstützung durch die Mitarbeiter/innen. (N = 179; 23; 39)	69,8%	30,2%	65,2%	34,8%	59,0%	41,0%
eine häufigere Thematisierung dieser Fragen in Teambesprechungen. (N = 176; 24; 40)	70,5%	29,5%	58,3%	41,7%	60,0%	40,0%
eine in diesen Fragen sensiblere Leitung. (N = 175; 35; 38)	69,1%	30,9%	48,0%	52,0%	52,6%	47,4%
ein besseres Arbeitsklima, damit man diese Fragen besser ansprechen kann. (N = 176; 25; 39)	62,5%	37,5%	32,0%	68,0%	48,7%	51,3%

Vergleicht man die Höhe der Zustimmungsraten, wird deutlich, dass bei den Pflegekräften mit *keiner* Ausnahme über alle Statements hinweg viel häufiger Wünsche zur Förderung von Gesundheitsschutz und gesundheitsbewusstem Verhalten zum Ausdruck kommen als von den Wohnbereichsleiter/innen.

Was die Art und Weise der Kompetenzvermittlung (Information, praktische Übung, Fortbildung) angeht, sind in den einzelnen Häusern unterschiedliche Gewichtungen erkennbar. In den Häusern 1, 3 und 8 stehen Fort und Weiterbildungen mit jeweils um 95% auf der Wunschliste ganz oben. In Haus 2 sprechen sich die meisten für „mehr Information“ aus.

Mit Blick auf die übrigen Statements fallen beim Häuservergleich vor allem die hohen Zustimmungswerte auf, mit denen in Haus 4 der Wunsch nach einer in Fragen des Gesundheitsschutzes sensibleren Leitung zum Ausdruck kommt. Das sehen 94,1% der Pflegekräfte so. In Haus 4 wünscht man sich auch relativ häufig (88,9%) „ein besseres Arbeitsklima, damit man diese Fragen besser ansprechen kann“ sowie Gelegenheit, das Thema bei Teamsitzungen zu besprechen (77,8%).

Tabelle 110: Hausvergleich: Wünsche in Bezug auf Förderung von gesundheitsbewusstem Verhalten

Zustimmung	1	2	3	4	5	6	7	8	Gesamt
mehr Information durch schriftliche und mündliche Hinweise.	80,0% (25)	87,5% (8)	91,7% (24)	68,4% (19)	50,0% (8)	84,2% (19)	65,0% (40)	75,0% (36)	75,4% (179)
mehr praktische Anleitung und Übungen.	92,0% (25)	75,0% (8)	91,7% (24)	78,9% (19)	100% (8)	89,5% (19)	73,2% (41)	91,9% (37)	85,6% (181)
mehr Fort- und Weiterbildung in diesen Fragen.	95,8% (24)	62,5% (8)	95,7% (23)	73,7% (19)	87,5% (8)	77,8% (18)	73,2% (41)	94,6% (37)	84,3% (178)
mehr wechselseitige Unterstützung durch die Mitarbeiter/innen.	76,0% (25)	57,1% (7)	82,6% (23)	68,4% (19)	62,5% (8)	84,2% (19)	56,1% (41)	70,3% (37)	69,78% (179)
eine häufigere Thematisierung dieser Fragen in Teambesprechungen.	72,0% (25)	75,0% (8)	75,0% (24)	77,8% (18)	62,5% (8)	82,4% (17)	61,5% (39)	67,6% (37)	70,5% (176)
eine in diesen Fragen sensiblere Leitung.	64,0% (25)	57,1% (7)	75,0% (24)	94,1% (17)	25,0% (8)	58,8% (17)	67,5% (40)	75,7% (37)	69,1% (175)
ein besseres Arbeitsklima, damit man diese Fragen besser ansprechen kann.	54,2% (24)	57,1% (7)	79,2% (24)	88,9% (18)	25,0% (8)	64,7% (17)	56,1% (41)	59,5% (37)	62,5% (176)

Verantwortung für gesundheitsbewusstes Verhalten

Hier meinen 75,5% der Pflegekräfte und fast alle Hauswirtschaftskräfte (95,6%), dass zunächst einmal jede(r) selbst mit den Belastungen am Arbeitsplatz zurechtkommen muss. Bei den Wohnbereichsleiter/innen liegt diese Quote bei 73,1%. Der Aussage „Bei der Gesundheitsförderung ist zunächst der Arbeitgeber gefordert“ stimmten knapp zwei Drittel der Pflegekräfte zu. Bei den Wohnbereichsleiter/innen und bei den Hauswirtschaftskräften sind es mit 62,5% bzw. 59% etwas weniger.

Tabelle 111: Verantwortung für gesundheitsbewusstes Verhalten

	Pflege		WBL		Hauswirtschaft	
	trifft zu	trifft nicht zu	trifft zu	trifft nicht zu	trifft zu	trifft nicht zu
Mit Belastungen am Arbeitsplatz muss jede/r zunächst selbst zurechtkommen. (N = 184; 26; 45)	75,5%	24,5%	73,1%	26,9%	95,6%	4,4%
Bei der Gesundheitsförderung ist zunächst der Arbeitgeber gefordert. (N = 173; 24; 39)	65,3%	34,7%	62,5%	37,5%	59,0%	41,0%

In Haus 4 wird, gemessen am Durchschnittswert, vergleichsweise oft auf die prioritäre Verantwortung des Arbeitgebers in Fragen der Gesundheitsförderung verwiesen. In den Häusern 1 und 5 liegen die entsprechenden Zustimmungsraten nicht so hoch, aber auch hier über denen zur Aussage „mit Belastungen am Arbeitsplatz muss jede/r zunächst selbst zurechtkommen“.

Tabelle 112: Hausvergleich: Verantwortung für gesundheitsbewusstes Verhalten

Zustimmung	1	2	3	4	5	6	7	8	Gesamt
Mit Belastungen am Arbeitsplatz muss jede/r zunächst selbst zurechtkommen.	72,0% (25)	88,9% (9)	73,9% (23)	76,2% (21)	37,5% (8)	81,0% (21)	75,6% (41)	80,6% (36)	75,5% (184)
Bei der Gesundheitsförderung ist zunächst der Arbeitgeber gefordert.	79,2% (24)	62,5% (8)	68,2% (22)	85,0% (20)	50,0% (8)	57,9% (19)	56,8% (37)	60,0% (35)	65,3% (173)

B: Fallstudie

1. Die Einrichtung

Das Altenpflegeheim wurde vor gut zwei Jahren (2005) eröffnet. Träger ist eine über Kapitalfonds finanzierte Gesellschaft, die in anderen Städten eine Reihe weiterer Einrichtungen dieses Typs unterhält bzw. plant. Das Haus H kann 160 Bewohner/innen aufnehmen. Für 140 stehen Einzelzimmer und für 20 Doppelzimmer bereit. Bei freien Kapazitäten kann das Angebot auch als Kurzzeitpflege wahrgenommen werden. Die 160 Plätze verteilen sich auf drei Etagen, von denen jede einen Wohnbereich bildet. Der Wohnbereich I verfügt über 62 Betten, die beiden anderen über jeweils 49. Der Wohnbereich II ist vorzugsweise für Demenzkranke vorgesehen. Ende Juni 2007 waren 148 der 160 Plätze belegt. Das entspricht einer Auslastung von gut 92%. 57% dieser Bewohner/innen waren in Pflegebedarf I eingestuft, 30% in II und 4% in III. Bei 9% lag keine Pflegebedürftigkeit im Sinne von SGB IX vor bzw. es war bis zu diesem Zeitpunkt noch keine Einstufung vorgenommen worden.

Die Tagesentgeltsätze sehen für Unterkunft und Verpflegung 25,98 € und einen Investitionskostenanteil von 21,95 € vor. Die pflegebedingten Aufwendungen betragen 24,06 € bei Stufe 0, 38,34 € bei Stufe I, und 55,59 € bei Stufe II. Bei Einstufung in III sind hier 73,45 € zu zahlen. Weiterhin wird für die in Einzelzimmern Untergebrachten ein Zuschlag von 1,12 € erhoben. Die Tagesentgeltsätze bewegen sich demnach bei Einzelzimmerbelegung zwischen 73,11 € bei Stufe 0 und 122,50 € bei Einstufung in III. Für Bewohner/innen, denen Pflegestufe I attestiert wurde, beläuft sich der Entgeltsatz auf 87,39 €, bei Stufe II sind 104,64 € vorgesehen.

Die Reinigungs- und Küchenarbeiten sind an eine externe Servicegesellschaft vergeben. Insgesamt stehen 71 Mitarbeiter/innen auf der Gehaltsliste; davon 50 als Vollzeitbeschäftigte. 60 von ihnen (43 Vollzeitbeschäftigte) sind dem Pflegebereich zuzuordnen. Der Soziale Dienst wird von vier Mitarbeiter/innen wahrgenommen; zwei von ihnen haben eine volle Stelle. Weiterhin gibt es fünf Verwaltungsangestellte, darunter drei mit einer ganzen Stelle sowie zwei vollzeitbeschäftigte Mitarbeiter, die für die Haustechnik zuständig sind.

Nachdem sich in den ersten Jahren nach der Inbetriebnahme die Aufmerksamkeit zunächst ganz auf den Aufbau von grundlegenden Organisationsstrukturen, die Mitarbeiterrekrutierung und die Belegung konzentrierte, steht nun die innere Entwicklung von Arbeitsabläufen und –zusammenhängen an; die Kultivierung von Team- und Kommunikationsprozessen sowie die Ausformung von Kompetenzprofilen. Bei diesen Bestrebungen, so wird von der Heimleitung betont, spiele nicht zuletzt die Förderung von gesundheitsbewusstem Verhalten eine wichtige Rolle. Mitarbeiter/innen, die an der Erhaltung ihrer Arbeitskraft und damit an der Sorge um sich selbst interessiert sind, so die Philosophie der Leitung, werden sich auch eher mit ihrer Aufgabe und dem Haus identifizieren. Im Übrigen sei die Gesundheitsförderung ein gutes Medium, um Team- und Kommunikationsstrukturen weiterzuentwickeln und um ein Führungskonzept zu etablieren, bei dem der Selbststeuerung von Mitarbeiter/innen große Bedeutung zugeschrieben wird. Für die Initiierung und Forcierung eines solchen Organisationsentwicklungsprozesses erwartet man sich nicht zuletzt von der Mitwirkung im AIDA-Projekt Anregung und kritische Begleitung.

2. Die Ist-Analyse

Nach den Ergebnissen der schriftlichen Befragung scheint die Gesundheitsförderung bei dem AIDA-Projekt in Haus H schon eine vergleichsweise größere Rolle zu spielen. In Haus H gaben gut 40% der Pflegekräfte an, entsprechende Angebote schon einmal genutzt zu haben (Gesamt: 29,1%). In Haus H geht ein Drittel der Pflegekräfte davon aus, dass gesundheitsfördernde Maßnahmen in der eigenen Einrichtung bereits in hinreichendem Maße angeboten werden, im Gesamtschnitt sind es weniger als ein Fünftel.

Tabelle 113: Angebot/Nutzung von gesundheitsfördernden Maßnahmen (Fallstudie/Gesamt)

	Pflege		WBL	
	trifft zu	trifft nicht zu	trifft zu	trifft nicht zu
In Ihrer Einrichtung werden in hinreichendem Maße gesundheitsfördernde Maßnahmen angeboten. (N Haus G = 24;4) (N Gesamt = 181; 226)	33,3% 18,2%	66,7% 81,8%	25,0% 19,2%	75,0% 80,8%
Derartige Angebote werden von Ihnen genutzt. (N Haus G = 24;4) (N Gesamt = 158; 22)	41,7% 29,1%	58,3% 70,9%	50,0% 22,7%	50,0% 77,3%

Weiterhin sind die in Haus H befragten Pflegekräfte und Wohnbereichsleiter/innen häufiger als im Schnitt aller Einrichtungen der Auffassung, dass sich ihre Vorgesetzten genügend um den Gesundheitsschutz an den Arbeitsplätzen kümmern und die Mitarbeiter/innen motivieren, sich in dieser Hinsicht weiterzubilden und/oder Verbesserungsvorschläge einzubringen.¹⁰⁵

Tabelle 114: Vorgesetztenverhalten (Fallstudie/Gesamt)

		Pflege		WBL	
		trifft zu	trifft nicht zu	trifft zu	trifft nicht zu
Ge-	Ihr/e Vorgesetzte/r kümmert sich genügend um den Gesundheitsschutz an den Arbeitsplätzen. (N = 153; 22)	45,0%	55,0%	48,0%	52,0%
	Haus H	Die Heimleitung/PDL kümmert sich genügend um den Gesundheitsschutz an den Arbeitsplätzen. (N = 22; 3)			
		45,5%	54,5%	66,7%	33,3%
	Die Wohnbereichsleitung (WBL) kümmert sich genügend um den Gesundheitsschutz an den Arbeitsplätzen. (N = 23; 0)	60,9%	39,1%	/	/
Ge-	Ihr/e Vorgesetzte/r motiviert Sie, an Fort- und Weiterbildungen teilzunehmen, die sich mit Gesundheitsförderung befassen. (N = 158; 23)	43,0%	57,0%	61,0%	39,0%
	Haus H	Die Heimleitung/PDL motiviert Sie, an Fort- und Weiterbildungen teilzunehmen, die sich mit Gesundheitsförderung befassen. (N = 24; 4)			
		75,0%	25,0%	75,0%	25,0%
	Die WBL motiviert Sie, an Fort- und Weiterbildungen teilzunehmen, die sich mit Gesundheitsförderung befassen. (N = 24; 0)	66,7%	33,3%	/	/
Ge-	Ihr/e Vorgesetzte/r motiviert Sie, Vorschläge zur Verbesserung von Arbeitsschutz und Gesundheitsförderung einzubringen. (N = 155; 22)	39,0%	61,0%	41,0%	59,0%
	Haus H	Die Heimleitung/PDL motiviert Sie, Vorschläge zur Verbesserung von Arbeitsschutz und Gesundheitsförderung einzubringen. (N = 24; 4)			
		45,8%	54,2%	75,0%	25,0%
	Die WBL motiviert Sie, Vorschläge zur Verbesserung von Arbeitsschutz und Gesundheitsförderung einzubringen. (N = 23; 0)	56,5%	43,5%	/	/

Dass die Pflegekräfte in Haus H ihre Führung in Bezug auf den Umgang mit Belastungen als hilfreich empfinden, wird auch bei der Frage, was die Betroffenen als förderlich erleben, um mit den Belastungen der Arbeit fertig zu werden, deutlich. Das entsprechende Statement findet überdurchschnittlich oft Zustimmung (78,3% gegenüber 68,8% im Gesamtschnitt). Auch mit Blick auf das Betriebsklima sind die in H registrierten Nennungen relativ hoch. Weniger oft werden bei der Frage, wen oder was man als förderlich erlebt, um mit den Belastungen der Arbeit fertig zu werden, der Kollegenkreis, sowie Kontakte mit Freunden und Bekannten genannt; die Familie bzw. der/die Lebenspartner/in jedoch relativ häufig. Dass „der Kollegenkreis“ in Haus H nicht so oft angekreuzt wurde, mag mit der relativ

¹⁰⁵ Bei dieser Frage wurde in Haus H, wo dieser Themenschwerpunkt intensiver verfolgt wurde, bei Einschätzung des Vorgesetztenverhaltens durch die Pflegekräfte zwischen der Wohnbereichsleitung einerseits sowie der Heim- und Pflegedienstleitung andererseits unterschieden.

hohen Personalfuktuation zusammenhängen, die man in dieser Einrichtung bislang hinnehmen musste.

Tabelle 115: Förderliche Maßnahmen (Fallstudie/Gesamt)

	Pflege		WBL	
	trifft zu	trifft nicht zu	Trifft zu	trifft nicht zu
das Betriebsklima in der Einrichtung (N Haus G = 24; 4) (N Gesamt = 181; 26)	75,0% 68,0%	25,0% 32,0%	75,0% 84,6%	25,0% 15,4%
den Kollegenkreis (N Haus G = 23; 4) (N Gesamt = 178; 26)	73,9% 80,9%	26,1% 19,1%	100,0% 100,0%	0,0% 0,0%
die Team-/Dienstbesprechungen (N Haus G = 24; 4) (N Gesamt = 178; 27)	70,8% 68,5%	29,2% 31,5%	75,0% 88,9%	25,0% 11,1%
die Leitung bzw. der/die Vorgesetzte (N Haus G = 23; 4) (N Gesamt = 173; 24)	78,3% 68,8%	21,7% 31,2%	75,0% 66,7%	25,0% 33,3%
Ihre Familie bzw. Ihr/Ihre Lebenspartner/in (N Haus G = 24; 4) (N Gesamt = 177; 26)	83,3% 75,1%	16,7% 24,9%	100,0% 76,9%	0,0% 23,1%
Kontakte mit Freunden und Bekannten (N Haus G = 24; 4) (N Gesamt = 174; 27)	79,2% 79,9%	20,8% 20,1%	100,0% 85,2%	0,0% 14,8%

Wünsche in Bezug auf Förderung von gesundheitsbewusstem Verhalten

Alle hier vorgegebenen Möglichkeiten zur Förderung von gesundheitsbewusstem Verhalten bzw. mehr Gesundheitsschutz werden bei den Pflegekräften in Haus H häufiger angekreuzt als im Durchschnitt. Die erste Position nimmt in Haus H mit 95,7% „mehr Fort- und Weiterbildung“ ein. Alle vier Wohnbereichsleiter/innen halten „mehr praktische Anleitung und Übungen“ sowie „mehr Fort- und Weiterbildung“, aber auch „mehr wechselseitige Unterstützung der Mitarbeiter/innen“ für wünschenswert. Den anderen Forderungen stimmten jeweils zwei der vier Wohnbereichsleiter/innen zu.

Tabelle 116: Wünsche in Bezug auf Förderung von gesundheitsbewusstem Verhalten (Fallstudie/Gesamt)

	Pflege		WBL	
	trifft zu	trifft nicht zu	trifft zu	trifft nicht zu
mehr Information durch schriftliche und mündliche Hinweise. (N Haus G = 24; 4) (N Gesamt = 179; 24)	91,7% 75,4%	8,3% 24,6%	50,0% 62,5%	50,0% 37,5%
mehr praktische Anleitung und Übungen. (N Haus G = 24; 4) (N Gesamt = 181; 26)	91,7% 85,6%	8,3% 14,4%	100,0% 61,5%	0,0% 38,5%
mehr Fort- und Weiterbildung in diesen Fragen. (N Haus G = 23; 4) (N Gesamt = 178; 27)	95,7% 84,3%	4,3% 15,7%	100,0% 63,0%	0,0% 37,0%
mehr wechselseitige Unterstützung durch die Mitarbeiter/innen. (N Haus G = 23; 4) (N Gesamt = 179; 23)	82,6% 69,8%	17,4% 30,2%	100,0% 65,2%	0,0% 34,8%
eine häufigere Thematisierung dieser Fragen in Teambesprechungen. (N Haus G = 24; 4) (N Gesamt = 176; 24)	75,0% 70,5%	25,0% 29,5%	50,0% 58,3%	50,0% 41,7%
eine in diesen Fragen sensiblere Leitung. (N Haus G = 24; 4) (N Gesamt = 175; 25)	75,0% 69,1%	25,0% 30,9%	50,0% 48,0%	50,0% 52,0%
ein besseres Arbeitsklima, damit man diese Fragen besser ansprechen kann. (N Haus G = 24; 4) (N Gesamt = 176; 25)	79,2% 62,5%	20,8% 37,5%	50,0% 32,0%	50,0% 68,0%

In Haus G spielt also einerseits eine auch von der Leitung forcierte Thematisierung und Unterstützung von gesundheitsbewusstem Verhalten ohnehin bereits eine vergleichsweise große Rolle, andererseits werden häufiger, als es im Gesamtschnitt festzustellen war, Wünsche zum Ausdruck gebracht, mit denen ein Bedarf nach „noch mehr“ artikuliert wird. Daraus kann man schließen, dass die Sensibilisierung, vielleicht gerade weil sie bereits greift, auch weiterhin auf Resonanz stößt. Gesundheitsbewusstes Verhalten ist ein Thema, bei dem in ähnlicher Größenordnung in Haus H wie im Gesamtschnitt die meisten sowohl sich selbst wie den Arbeitgeber gefordert sehen.

Tabelle 117: Verantwortung für gesundheitsbewusstes Verhalten (Fallstudie/Gesamt)

	Pflege		WBL	
	trifft zu	trifft nicht zu	trifft zu	trifft nicht zu
Mit Belastungen am Arbeitsplatz muss jede/r zunächst selbst zu-rechtkommen. (N Haus G = 23; 4) (N Gesamt = 184; 26)	73,9% 75,5%	26,1% 24,5%	100,0% 73,1%	0,0% 26,9%
Bei der Gesundheitsförderung ist zunächst der Arbeitgeber gefor-dert. (N Haus G = 22; 4) (N Gesamt = 173; 24)	68,2% 65,3%	31,8% 34,7%	50,0% 62,5%	50,0% 37,5%

Auch aus den Interviews in Haus H geht hervor, dass gesundheitsbewusstes Verhalten bei verschie-denen Gelegenheiten immer wieder mal zur Sprache kommt. Die Strukturen der Regelkommunikation, über die unter anderem auch dieses Thema transportiert wird, scheinen gut entwickelt. Dennoch schleichen sich in Bezug auf gesundheitsgerechtes Verhalten immer wieder Unaufmerksamkeiten und „schlechte Gewohnheiten“ ein. Die Pflegekräfte glauben zu wissen, warum. Man habe schlichtweg „den Kopf nicht frei“ und „keine Zeit“, um im Pflegealltag auch noch auf seine Gesundheit zu achten. „Es ist einfach zu viel parallel zu machen“, heißt es. Neben der Pflege im eigentlichen Sinn sind die Wäsche und der Müll wegzutragen, es sind Sprudelkisten zu verteilen, Medikamente vorzubereiten und Arztvisiten zu begleiten. Vor allem aber sind zwischendurch immer wieder „die Klingeln“ abzuar-beiten, mit denen die Bewohner/innen das Personal herbeirufen. „Alles ist wichtig, alles muss schnell gehen: Druck, Druck, DruckWenn man eine Sache macht, muss man sich schon auf die nächste konzentrieren und überall muss man sich schnell wieder losreißen Man rennt von ‚Baustelle‘ zu ‚Baustelle‘ und kriegt keine wirklich fertig.“ Für „das Seelentrösten“, das Am-Bett-Sitzen und das Ge-spräch mit den Patienten und den Angehörigen bleibe so gut wie keine Zeit. So lasse sich eine „richti-ge Bezugspflege“, bei der auch die Pflege von Beziehungen zu den Patienten eine wichtige Rolle spielt, nur schwerlich entwickeln.

Man fühle sich „ausgepowert“, „gereizt“ und „abgenervt“; erst recht wenn man sich dann auch noch einer als nicht gerecht empfundenen Kritik von Angehörigen ausgesetzt sieht und sich „für Dinge ent-schuldigen soll, für die man sich eigentlich nicht entschuldigen will“. Da bleibe „unheimlich viel in den Kleidern hängen. Das nimmt man mit nach Hause.“ Zu Hause soll und muss man sich entspannen, aber auch das sei nicht einfach, wenn man geschafft ist und schließlich ja auch noch seiner Familie und Partnerschaft gerecht werden will. Überdies hat man wegen der Wechselschicht ohnehin nur ein, zwei Wochenenden im Monat frei.

Sich mit seinen Kolleg/innen am Arbeitsplatz einigermaßen gut zu verstehen, sich auszutauschen, Dampf abzulassen und sich entlasten können, gilt vor diesem Hintergrund als ein hohes Gut. Da ist es sicherlich hilfreich, wenn Fragen gesundheitlicher Belastung angesprochen werden können. Dass in dieser Hinsicht Teambesprechungen durchaus als hilfreich erlebt werden, meinen, wie im Durch-schnitt, auch in Haus H etwa 70% der befragten Pflegekräfte (siehe Tabelle 94). Hier stehen aller-dings, so kommt es in den mündlichen Interviews zum Ausdruck, vor allem die fachlichen Komponen-ten im Vordergrund. Für das Ansprechen von subjektiven und emotionalen Betroffenheiten eigne sich dieser Rahmen weniger. In dieser Hinsicht fühlt man sich weitgehend auf den informellen Austausch im Kollegenkreis verwiesen, deren Entlastungsfunktion nach den Ergebnissen der schriftlichen Befra-gung auch in Haus H von immerhin 73,9% der Pflegekräfte geschätzt wird (siehe Tabelle 94). In den mündlichen Interviews wird allerdings von den Gesprächspartner/innen, die auch andere Pflegeheime kennen, darauf verwiesen, dass der informelle Austausch in ihrer jetzigen Einrichtung (noch) nicht sehr weit entwickelt sei. Zudem konzentriere er sich stark auf Mitarbeiter/innen, die schon etwas län-ger in der Einrichtung arbeiten und auch bleiben wollen. Letzteres scheint bislang nicht die Regel zu sein, was vor allem auf die relativ niedrige Entlohnung zurückgeführt wird. Wer aber ohnehin auf dem Sprung sei, investiere nicht viel und auch die Stammebelegschaft sei es leid, immer wieder neue Kol-leg/innen anzuleiten und ins Team einzubauen. Da wartet man lieber erst einmal ab und konzentriert sich auf den Kontakt und die Arbeitsbeziehungen mit seinesgleichen, also mit denjenigen, mit denen

man sich eh schon relativ gut versteht. Gerade dann aber mögen sich reservierte Haltungen und Ausgrenzungseffekte gegenüber den Neuen noch zusätzlich verschärfen. Wo das Unterfutter eines sozialen Rückhalts in Beziehungsgeflechten fehlt, fällt es schwer, funktionierende Teamstrukturen zu entwickeln. Diese aber bilden die Grundlage für verlässliche und weitgehend selbstgesteuerte Kooperationsstrukturen. Mit ihnen ergibt und stabilisiert sich eine intrinsische Motivation, eine Identifikation mit der Arbeit und mit der Einrichtung.

Je weniger sich ein Pflegebereich auf der Mikroebene des Jobfloors selbst zu organisieren weiß, desto mehr müssen all die vielen Kleinigkeiten, die für eine gute und zugleich gesundheitsbewusste Pflegearbeit wichtig sind, „von oben“ an die Mitarbeiter/innen herangetragen werden. Und weil das oft in Form von kleinlich anmutenden Dienstanweisungen geschieht, rufen solche Direktiven nur allzu leicht Abwehrhaltungen hervor, die den Initiativen, die „von unten“ kommen könnten, zusätzlich im Wege stehen. Das wird in Haus H von allen Gesprächspartner/innen als Manko empfunden.

Die Wohnbereichsleiter/innen spüren, dass bei den Ablauf- und Kooperationsprozessen in den Teams noch vieles im Argen liegt. Sie wissen, dass das eng mit dem Druck und dem Stress zusammenhängt, dem sich die Pflegekräfte ausgesetzt fühlen. Sie wissen, dass sich ihre Mitarbeiter/innen vor allem eines wünschen: „Mehr Zeit“. Sie wissen aber auch, dass man diesem Wunsch nicht mit „mehr Personal“ gerecht werden kann. Also bleibe nur „eine bessere Organisation“ und in diesem Zusammenhang „ein besseres Zeitmanagement“. Nur so könne man sich „Zeit freischaufeln“, die man offenbar schon braucht, um innezuhalten und herauszufinden, wie man sich effektiver von dem Stress in der Pflege erholen kann. So war in den Interviews zu hören, dass Mitarbeiter/innen mitunter glauben, nicht einmal Zeit für die ihnen während der Arbeit zustehenden Pausen zu haben. Vor allem aber scheint Zeit und „Inne-Halten“ notwendig, um mehr und selbstkritischer über seine Arbeitsweise und die damit verbundenen Gesundheitsrisiken nachzudenken, um der Sorge um sich selbst einen größeren Stellenwert einzuräumen.

Noch eindeutiger als die Wohnbereichsleiter/innen neigen Heim- und Pflegedienstleitung dazu, das systematische Denken in Handlungsketten und damit die Fähigkeit, sich flexibel auf parallel laufende Tätigkeiten einzustellen, als typisch für das Anforderungsprofil einer „modernen Pflege“ hervorzuheben. Eine gute und zugleich wirtschaftlich effiziente Pflege müsse sich nun einmal als betriebsförmig optimierte Dienstleistungsstrategie verstehen. Darauf hätten sich die Mitarbeiter/innen wohl oder übel einzustellen; mental und vor allem mit Blick auf ein besseres Zeitmanagement und die Optimierung einer teaminternen Selbstorganisation. Erst wenn den Pflegekräften das gelingt, so die PDL, ergeben sich mehr Spielräume zur Stressbewältigung. Die dazu notwendige Regelkommunikation scheint zwar gut entwickelt, dennoch, so wird von der Heim- und Pflegedienstleitung konstatiert, lasse die Umsetzung ihrer Anregungen zu wünschen übrig. Vor allem aber zeigt man sich von Seiten der Heim- und Pflegedienstleitung darüber enttäuscht, dass die von ihnen selbst als groß empfundenen Mitgestaltungsmöglichkeiten in den Wohnbereichen offenbar nicht genutzt werden. Da komme wenig Initiative, sodass letztlich doch vieles „von oben“ per Dienstanweisung veranlasst und immer wieder kontrolliert werden müsse. Hier erhofft man sich nicht zuletzt von dem AIDA-Prozess eine Trendwende.

3. Zwischenfazit

Gesundheit entsteht im sorgfältigen Umgang mit sich selbst und in der bewussten Auseinandersetzung mit den Arbeitsanforderungen. Beides muss im Gleichklang entwickelt werden und schließlich in den Köpfen, im Habitus, in den Gewohnheiten der Mitarbeiter/innen verankert werden. Denn unter dem Druck der vielseitigen Anforderungen einer qualitativ guten und zugleich wirtschaftlich effizienten Pflege „vergessen“ die Pflegekräfte nur allzu leicht ihre eigene Gesundheit, „die Sorge um sich selbst“. Hier gilt es gegenzusteuern. Dieser Prozess lässt sich nicht verordnen. Er erschöpft sich nicht in einigen Maßnahmen. Hier muss Vieles ineinander greifen: die Veränderungsbereitschaft von einzelnen

Mitarbeiter/innen *und* Führungskräften, das Sozialgefüge in den Pflgeteams, die Systematik betrieblich geförderter Gesundheitsstrategien. Sich der gesundheitlichen Risiken bewusst zu werden, über alternative Verhaltensweisen und bessere Arbeitsbedingungen nachzudenken gelingt noch am ehesten, wenn man sich mit anderen verständigen, Belastungen und Befindlichkeiten ansprechen kann. Die Befragungsergebnisse zeigen, wie wichtig hier der Kollegenkreis, das Betriebsklima, das Führungsverhalten der Führungskräfte und nicht zuletzt der Rückhalt in Familie bzw. Partnerschaft sind. Sie verweisen aber auch auf eine Reihe von Komponenten, die gerade in Haus H auf vergleichsweise schwierige Arbeitsbedingungen schließen lassen. So haben in H im Vergleich zu den anderen AIDA-Einrichtungen überdurchschnittlich viele Pflegekräfte den Eindruck, dass

- in ihrem Haus wirtschaftliche Notwendigkeiten wichtiger als ein gute Pflege sind;
- Arbeitsabläufe im Wohnbereich schlecht organisiert sind;
- es viele Arbeitsunterbrechungen gibt;
- sich wenig Spielräume für Mitgestaltungsmöglichkeiten ergeben
- das Arbeitsklima nicht gut ist;
- sehr häufig Wochenenddienste zu leisten sind
- sich Arbeit und Privatleben nicht gut miteinander vereinbaren lassen.

Schließlich wurde vor allem in den mündlichen Interviews deutlich, wie schwer es den Mitarbeiter/innen fällt, das Spannungsverhältnis zwischen den subjektiv oft als widersprüchlich erlebten Anforderungen einer guten Pflege auszubalancieren; zwischen einer Pflege, die sich einerseits als rational organisierte, auf wirtschaftliche Effizienz ausgerichtete Dienstleistung versteht und andererseits als persönlich eingefärbte Beziehungsarbeit, die sich nur bedingt in dem vorgegebenen Zeitkorsett entfalten kann. Diese Problematik stellt sich sicherlich in allen Pflegeeinrichtungen, nach den Ergebnissen der Eingangsbefragung spricht aber vieles dafür, dass diese Widersprüchlichkeiten und Spannungszustände in Haus H eine zusätzliche Zuspitzung erfahren.

Das mag neben den vergleichsweise niedrigen Löhnen, mit zu der in diesem Haus ungewöhnlich hohen Personalfuktuation beigetragen haben. So entstehen immer wieder Besetzungslücken, die situativ aufzufangen sind. Das Einarbeiten der Neuen kostet Zeit und Kraft; ganz abgesehen davon, dass mit dem ständigen Kommen und Gehen nur all zu leicht die eingespielte Arbeitsteilung und -verteilung, aber auch das Beziehungs- und Statusgefüge in den Wohnbereichen in Unruhe gerät. Die damit verbundenen, zum Teil konflikträchtigen Anpassungsprozesse absorbieren viel Energie und werden ihrerseits als ständige Belastungsquelle erlebt.

Im Gesundheitszirkel sollten die Mitarbeiter/innen Gelegenheit finden, sich der vielen Stresskomponenten bewusst zu werden, die sich aus den Arbeitsbedingungen, aber auch aus der jeweils individuellen Art und Weise, im Pflegealltag damit umzugehen, ergeben. Die Teilnehmer/innen sollten sich angeregt fühlen, im Austausch mit Kollegen/innen über ihre Befindlichkeit zu reden und ihre Kritik an Arbeitsabläufen, -bedingungen und -beziehungen auf den Punkt zu bringen. Denn erst wenn die Mitarbeiter/innen spüren, dass nicht nur sie, sondern „die ganze Situation“ problematisiert wird, wächst die Bereitschaft, neben den Zumutungen der Arbeitsanforderungen auch die Eigenanteile zu sehen, Schwächen zuzugeben, Verantwortung zu übernehmen und sich für einen Abbau von Belastungen zu engagieren. Erst dann mag sich das Klagen in eine konstruktive Richtung wenden. Aufgabe des Gesundheitszirkels ist es, einen solchen Prozess der individuellen und kollektiven Selbstveränderung anzustoßen und zumindest ansatzweise auszuprobieren.

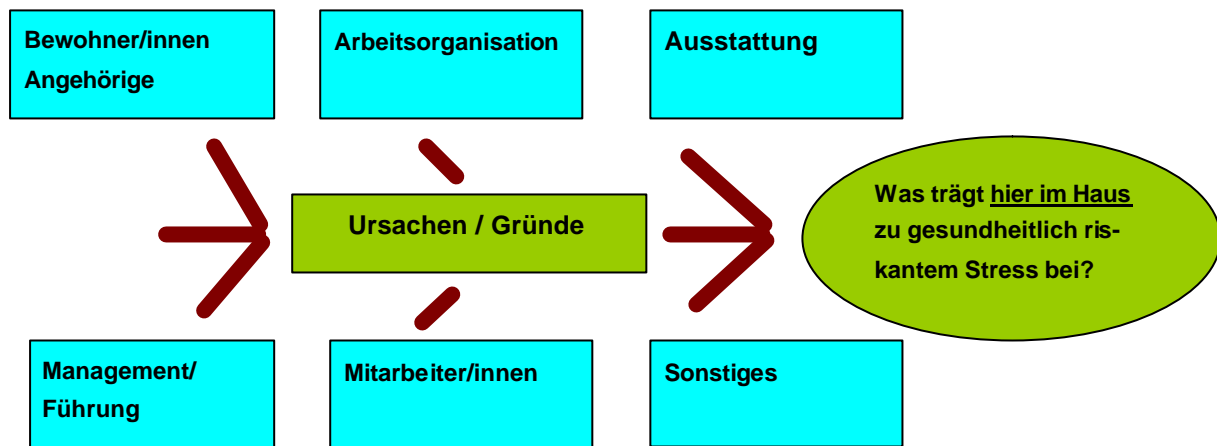
C: Die Arbeit des Gesundheitszirkels

1. Vertiefende Problemanalyse und Konkretisierung der Zielsetzung

Die Ergebnisse der Ist-Analyse wurden zunächst der Heim- und Pflegedienstleitung und schließlich einem breiteren Mitarbeiterkreis vorgestellt. In beiden Fällen wurde die Präsentation interessiert, aber ohne größere Kommentierung entgegengenommen. Die diagnostizierten Schwachstellen bewegen sich, so wurde signalisiert, im Großen und Ganzen im Rahmen des bisherigen Wahrnehmungshorizontes.

Bevor im Weiteren auf die konkrete Arbeit des Gesundheitszirkels eingegangen wird, muss zunächst hervorgehoben werden, dass obwohl im Vorfeld des Gesundheitszirkels und bei den ersten Treffen immer wieder auf die Notwendigkeit einer kontinuierlichen Teilnehmer-Präsenz hingewiesen wurde, es sehr oft zu kurzfristigen Absagen; und zwar insbesondere von Pflegefachkräften kam, die in unvorhergesehener Weise bei Personalausfällen einspringen mussten. So ergab sich bei jedem Treffen des Gesundheitszirkels eine andere Teilnehmerkonstellation. Das war einer kontinuierlichen Arbeit nicht gerade förderlich; inhaltlich und vor allem mit Blick auf den Gruppendynamischen Prozess. Die in diesem Haus insgesamt große Fluktuationsproblematik tangierte auch die Leitungskräfte. Zweimal wechselte im AIDA-Zeitraum die Heimleitung und zwischenzeitlich waren auch fast alle Wohnbereichsleitungen ausgetauscht worden, die bei der zu Projektbeginn durchgeführten Bestandsaufnahme als Interviewpartner/innen zur Verfügung standen und bei dieser Gelegenheit auf ihre spätere Mitwirkung bei der Umsetzung von im Gesundheitszirkel entwickelten Maßnahmen eingestimmt wurden. Auch das war ein Grund für die hohen Hürden, die sich in Haus H bei den Bemühungen, die später entwickelten Maßnahmen umzusetzen, ergaben.

Die Zirkelarbeit knüpfte, wie schon erwähnt an den Ergebnissen der Ist-Analyse an. Die Aussprache bezog sich vor allem auf die in diesem Haus offenbar vergleichsweise großen Spannungen, die sich aus den oft als widersprüchlich empfundenen Anforderungen einer Pflege ergeben, die sich einerseits als personennahe Beziehungsarbeit versteht, andererseits aber auch als wirtschaftlich effiziente Dienstleistung zu organisieren ist. Die damit einhergehenden Stresssituationen sollten näher erkundet werden. Dann, so die Überlegung, lassen sich Ansatzpunkte für eine Reduzierung von Belastungskomponenten und bessere Bewältigungsmöglichkeiten finden, die schließlich auch bei einer präventiv und salutogenetisch angelegten Gesundheitsförderung zu berücksichtigen sind. Die Leitfrage, an der entlang diese Exploration in Gang kam, lautete: *„Was trägt hier im Haus zu gesundheitlich riskantem Stress bei?“*. Die Antworten wurden, wie es die „Fischgrätmethode“ vorsieht, den entsprechenden Kategorien zugeordnet.



Bei dem hier anstehenden Brainstorming sprudelte es aus den Teilnehmer/innen nur so heraus. Moniert wurden bezogen auf die Kategorie „Ausstattung“, beispielsweise, dass Hebehilfen nicht in genügender Anzahl vorhanden bzw. nur mit einem als zu groß empfundenen Aufwand herbei zu holen sind und die langen Wege, die sich mit der Anordnung der Räumlichkeiten über vier lange im Carre angeordnete Flure ergeben.

Probleme, die als Fragen der „Arbeitsorganisation“ betrachtet und diskutiert wurden, waren z.B. dass

- mitunter auf einer Etage mit fast 50 Bewohner/innen nur eine Pflegefachkraft zur Verfügung steht,
- Fehlzeiten von Mitarbeiter/innen in den offiziellen Planungen kaum berücksichtigt werden und Springerdienste für das Auffangen von Arbeitsspitzen fehlen,
- die Mitarbeiter/innen nur selten an Wochenenden ganz frei haben (Samstag *und* Sonntag),
- der Soziale Dienst keine differenzierten Beschäftigungsangebote macht,
- sich die Wohnbereichsleitungen mittlerweile auf ihre Leitungsfunktionen konzentrieren und sich weitgehend aus der praktischen Pflege zurückgezogen haben.

Der Kategorie „Mitarbeiter/innen“ waren Aussagen zuzuordnen, mit denen die bei Manchen geringe Bereitschaft kritisiert wurde, sich im Team einzubringen und ihre Kollegen/innen z.B. beim Mobilisieren von Bewohner/innen zu unterstützen. Vor allem aber gehörten zu dieser Rubrik Stellungnahmen, mit denen die Befindlichkeit der Pflegekräfte zum Ausdruck kam: Man fühle sich abgestumpft, ausgelagt, resigniert und demoralisiert; gehe ohne Energie und Freude zur Arbeit.

Stress, der von „Bewohner/innen bzw. den Angehörigen“ ausgeht, haben die Teilnehmer/innen des Gesundheitszirkels in erster Linie an deren „Machtspielen“ festgemacht. Erwähnt wurde beispielsweise, dass Bewohner/innen, obwohl sie nur schwer zu heben sind, ohne plausibel scheinenden Grund darauf bestehen, dass die Pflegekräfte keinen Lifter zu Hilfe nehmen. Lasse man sich darauf im Interesse einer rückengerechten Arbeitsweise nicht ein, komme es zu massiven Beschwerden bei der Heimleitung.

Bei den Problemen, die zunächst beim „Management“ zu verorten sind, war die Liste am längsten. Wenn sich Bewohner/innen und Angehörige bei der Leitung über Pflegekräfte beschwerten, so heißt es, schlage sich diese nur allzu leicht auf die Seite von Angehörigen und Bewohner/innen. Man erhalte keinerlei Lob und Anerkennung. Vielmehr werde man „kleingehalten“ und mit abschätzigen Bemerkungen kritisiert. Im Grunde vermittele einem die Leitung, dass hier im Haus (fast) jede(r) jederzeit austauschbar sei. Man werde zwar als Arbeitskraft geschätzt, nicht aber als ein/e Arbeitnehmer/in, der Rechte hat. Eine von Leitungskräften unabhängige Interessenvertretung sei nicht vorgesehen. Prob-

leme mit dem Ablauf in den Wohnbereichen würden einseitig den Mitarbeiter/innen zur Last gelegt („Ihr seid schlecht organisiert“). Man solle mitgestalten, aber zugleich würde Vieles bis in Kleinigkeiten hinein „von oben“ festgelegt.

Den vorgegeben Kategorien nicht so ohne weiteres zuzuordnen waren Verweise auf eine vergleichsweise geringe Entlohnung und eine als unzulänglich empfundene Sterbebegleitung. Mit Blick auf eine bessere Sterbebegleitung genüge es nicht, dass einige Mitarbeiter/innen mal einen Palliativkurs mitmachen. Im Pflegealltag müsse auch Zeit bleiben, um sich in angemessener Weise um die Bewohner/innen zu kümmern, die dem Tod entgegensehen.

Die genannten und mit Beispielen illustrierten Probleme wurden erörtert und so auf mögliche Ursachen und innere Zusammenhänge hin ausgelotet, etwa zwischen einer als unzulänglich empfundenen Arbeitsorganisation und dem Verhalten bzw. den Haltungen von Führungskräften und Mitarbeiter/innen. Vor diesem Hintergrund war zu entscheiden, welche der Problembereiche im Gesundheitszirkel weitergehend verfolgt werden sollen. Hierbei waren zwei Kriterien zu beachten: die Bedeutung und Dringlichkeit sowie die Chance, in dieser Hinsicht in absehbarer Zeit einer Lösung näher zu kommen. So kristallisierten sich, auch indem verschiedene Aspekte zusammengefasst wurden, zunächst vier Problemfelder heraus, zu denen schließlich spiegelbildlich „erwünschte Zielzustände“ formuliert wurden:

<i>Problemfeld</i>	<i>Erwünschter Zustand</i>
<p><u>1. Problemfeld:</u></p> <p>„Zu wenige Wochenenden, an denen sowohl Samstag als auch Sonntag frei ist, sowie, eng damit zusammenhängend, das Fehlen von Springerdiensten“</p>	<p><u>Erwünschter Zielzustand:</u></p> <p>„Es gibt einen verlässlichen Einsatzplan, der für jede(n) Mitarbeiter/in pro Monat mindestens zwei ganz freie Wochenenden vorsieht (Samstag und Sonntag)“.</p>
<p><u>2. Problemfeld:</u></p> <p>„Zu wenig Spielraum für eine würdige Sterbebegleitung“</p>	<p><u>Erwünschter Zielzustand:</u></p> <p>„Bei der Sterbebegleitung übernimmt eine Pflegekraft die Rolle einer Bezugsperson. Das kann auch eine Pflegehilfskraft sein. Die Bezugsperson hat Zeit, um sich im erforderlichen Maße den Sterbenden und ihren Angehörigen zu widmen. Ein würdiger Rahmen ist auch durch eine entsprechende Gestaltung der räumlichen Situation zu gewährleisten.“</p>
<p><u>3. Problemfeld:</u></p> <p>„Keine Freude und Energie bei der Arbeit. Man fühlt sich abgestumpft, ausgelaugt, demoralisiert, austauschbar, nicht wertgeschätzt“</p>	<p><u>Erwünschter Zielzustand:</u></p> <p>„Die Mitarbeiter/innen sind motiviert. Sie arbeiten ausgeglichen, ruhig und mit Freude. Sie können auch mal ‚nein‘ sagen. Sie werden von der Leitung als Arbeitnehmer geschätzt und anerkannt. Es bleibt noch Spielraum für ein Privat- und Familienleben.“</p>
<p><u>4. Problemfeld:</u></p> <p>„Bei manchen Mitarbeiter/innen gibt es wenig Bereitschaft, sich im Team zu engagieren und sich wechselseitig zu unterstützen“</p>	<p><u>Erwünschter Zielzustand:</u></p> <p>„Die Mitarbeiter/innen identifizieren sich mit ihrem Team. Sie unterstützen sich gegenseitig. Probleme werden im Team angesprochen.“</p>

Die Maßnahmenentwicklung konzentrierte sich auf das dritte und vierte Problemfeld. Beides wurde in einem engen Zusammenhang gesehen und fortan gemeinsam behandelt. Das erste Problemfeld („Zu wenig freie Wochenenden und Springerdienste“) wurde zurückgestellt, bzw. es sollte nur am Rande mitbehandelt werden, weil es Schwerpunktthema eines anderen AIDA-Projektes ist; das zweite („wür-

dige Sterbebegleitung“), weil man davon ausging, dass zunächst die Grundlagen für eine Pflege, die sich als Beziehungsarbeit versteht, zu verbessern sind. Denn gerade bei der Sterbebegleitung ist ein solches Pflegeverständnis in besonderer Weise gefordert. Und bei einer Pflege, die sich als Beziehungsarbeit versteht, spielen die motivationalen Ressourcen, die „Arbeit mit der eigenen Person“ und der „Rückhalt im Team“, also die unter drittens und viertens angesprochenen Aspekte, eine wichtige Rolle.

2. Die Maßnahmenentwicklung

Ausgehend von den mit Blick auf die Problemfelder drei und vier formulierten Zielzuständen wurden weitere Konkretisierungen in Form von Zwischenzielen vorgenommen. Sie bezogen sich einerseits auf Maßnahmen, bei denen in erster Linie die Mitarbeiter/innen bzw. das jeweilige Wohnbereichsteam gefordert sind und andererseits auf Anliegen, bei denen in erster Linie die Leitung tätig werden muss. Der Schwerpunkt der Zirkelarbeit lag bei der Entwicklung von Maßnahmen, bei denen vor allem die Mitarbeiter/innen bzw. das jeweilige Wohnbereichsteam angesprochen sind.

2.1 Maßnahmen, bei denen zunächst die Mitarbeiter/innen eines Wohnbereichs gefordert sind

Der erwünschte Zielzustand auf den hinzuarbeiten war, wurde wie folgt präzisiert: *„Die Mitarbeiter/innen sind motiviert. Sie arbeiten ausgeglichen, ruhig und mit Freude. Sie können auch mal ‚nein‘ sagen. Sie werden von der Leitung als Arbeitnehmer und geschätzt und anerkannt. Es bleibt noch Spielraum für ein Privat- und Familienleben. Die Mitarbeiter/innen identifizieren sich mit ihrem Team. Sie unterstützen sich gegenseitig. Probleme werden im Team angesprochen.“*

Daraus wurde eine Reihe von Zwischenzielen abgeleitet, mit denen es leichter fallen könnte, sich auf eine konkrete Maßnahmenebene zuzubewegen:

- Es soll zu einem respektvolleren Umgang der Mitarbeiter/innen untereinander kommen.
- Es soll darauf hingewirkt werden, dass die Mitarbeiter/innen mehr Eigeninitiative entfalten. Dazu gehört, dass die Mitarbeiter/innen sich zutrauen und berechtigt fühlen, selbst initiativ zu werden. Sie sollen bereit sein und ggf. lernen, die anstehenden Aufgaben von sich aus zu sehen und anzugehen.
- Mit der ohnehin anstehenden Aufteilung der Wohnbereiche soll eine Präzisierung der jeweiligen Aufgaben von Wohnbereichsleitung, stellvertretender Wohnbereichsleitung sowie von Pflegefach-, Pflegehilfs- und Hauswirtschaftskräften erfolgen. In diesem Zusammenhang sind auch die Schnittstellen der verschiedenen Aufgabenbereiche klarer zu fassen.
- Es soll geklärt werden, wie die beiden auf einer Etage angesiedelten Wohnbereiche zusammenarbeiten; in welcher Weise und in welchen Situationen sie sich z.B. wechselseitig unterstützen.
- Es soll sichergestellt werden, dass die in diesem Prozess zu erwartenden Konflikte angesprochen und bearbeitet werden.

Aber auch derartige Zwischenziele ließen sich noch nicht so ohne weiteres auf eine konkrete Maßnahmenebene herunterbrechen. Die in diesem Zusammenhang immer wieder anstehende Nachfrage, was denn zu tun ist, *damit* der als (Zwischen-)Ziel anvisierte Zustand erreicht werden kann, führte zunächst nur zu einer noch größeren Anzahl von Unterzielen. Bezogen auf das Anliegen, einen respektvolleren Umgang der Mitarbeiter/innen untereinander zu erreichen, wurde z.B. darauf hingewiesen, dass Konflikte unmittelbar angesprochen werden *sollen* statt „hinten herum“ übereinander zu reden, dass sich Mitarbeiter/innen in einem höflicheren Tonfall verständigen und sich nicht „wie ein

Chef“ aufspielen *sollen*. So drohten all diese Konkretisierungsversuche in nur noch kleinteiligere Ziele zu münden. Für diese hätte man schließlich sicherlich ebenso kleinteilige Maßnahmen definieren können, ein in sich kohärentes Maßnahmenkonzept, das den Kern der Stressquellen bei der Pflege in den Wohnbereichen trifft, hätte sich damit aber nicht ergeben. Offenbar bewegten sich die zu diesem Zeitpunkt stattfindenden Konkretisierungsbemühungen noch zu sehr „im luftleeren Raum“. Die angesprochenen Probleme und Ziele müssten, so die Überlegung, stärker geerdet werden. Das gelang, indem man sich noch einmal in systematischer Weise die täglich wiederkehrenden Arbeitsabläufe im Wohnbereich vergegenwärtigte.

Die Reflexion des täglichen Ablaufs bezog sich auf die kritische, weil besonders stressanfällige Zeit im Frühdienst von 6:00 bis 10:30 Uhr. So ließen sich zeitliche und situativ sich zuspitzende Arbeitssituationen besser lokalisieren. Es wurde anschaulicher, wo welche Berufsgruppe (Pflegefach-, Pflegehilfs-, Service-, Hauswirtschafts-, Leitungskraft) involviert ist, wo es Überschneidungen und Unklarheiten in den Zuständigkeiten gibt, wann und wo sich immer wieder unerquickliche Stresssituationen und/oder Konflikte zwischen den Mitarbeiter/innen zuspitzen. Daran ansetzend war zu überlegen, wie die so umrissenen Stresssituationen und Konflikte entschärft werden könnten, und auf welche Ressourcen man sich dabei besinnen und zurückgreifen könnte.

Im Ergebnis kam schließlich ein Maßnahmenkonzept zustande, deren Essentials, vor allem um Handlungsspielräume auszuloten und weitere Anregungen aufzunehmen, vor seiner zirkelinternen Verabschiedung mit einigen der Wohnbereichsleiter/innen und bei einem anderen Termin auch mit der Heim- und Pflegedienstleitung, besprochen wurde. Diese Gespräche wurden, weil ein zusätzlicher Termin für die Teilnehmer/innen des Gesundheitszirkels nicht möglich war, von dem Moderator geführt. Unter Berücksichtigung von Modifikationen, die sich daraus ergaben, stellen sich die Maßnahmen, bei denen zunächst die Mitarbeiter/innen eines Wohnbereichs gefordert sind, wie folgt dar. Sie beziehen sich auf

- die Reduzierung von Reibungen im täglichen Ablauf,
- die Nutzung und Entwicklung von Kooperationschancen zwischen Pflege und Sozialem Dienst,
- die Induzierung von Teamentwicklungsprozessen und das Empowerment der hier Engagierten.

Zwischen diesen Maßnahmenkomplexen wird ein innerer Zusammenhang gesehen. Eine Reduzierung von Reibungen bedeutet Entlastung i.S. von Zeitgewinn und weniger Stress im Umgang miteinander. Damit erweitern sich die Spielräume, die für den Ausbau von Kooperation und Teamentwicklungsprozessen genutzt werden können. Wenn schließlich auch in dieser Hinsicht Fortschritte erzielt sind, mag es wiederum leichter fallen, Reibungen im täglichen Ablauf zur Sprache zu bringen und Abläufe zu optimieren. All das ist mit viel Kommunikation verbunden, weshalb auch diese gepflegt, kultiviert und weiterentwickelt werden muss.

Zu thematisieren und zu bearbeiten sind diese Fragen vor allem bei den regelmäßigen Teamsitzungen in den Wohnbereichen. Hier gilt es, Kommunikationsprozesse in Gang zu bringen, durch die sich Mitarbeiter/innen eingeladen und angeregt fühlen, Kritik und Verbesserungsvorschläge am täglichen Ablauf zu äußern und die damit verbundenen Probleme anzusprechen; aber auch ihre Befindlichkeiten und Interessen, die ihre Gesundheit und gesundheitsförderlichere Arbeitsbedingungen bzw. Verhaltensweisen tangieren. Hierbei spielen hintergründig auch persönlich nahe gehende Probleme eine Rolle, die den Status und die Stellung der Mitarbeiter/innen im Sozialgefüge der Teams sowie eine als gerecht empfundene Arbeitsverteilung betreffen. Ohne diese Aussprachemöglichkeiten, ohne die Kritik, Wertschätzung und Orientierung, die man durch ein Feedback von Kollegen und Leitungskräften erfahren kann, werden sich kaum mehr Selbststeuerung und die Übernahme von Verantwortung entwickeln. Das aber ist für die Bewältigung von unausweichlichen Stresssituationen und für die Fähig-

keit, Spannungszustände auszuhalten, auszubalancieren und reflektiert damit umzugehen, von entscheidender Bedeutung. Ohne eine einigermaßen gut funktionierende Kommunikation, Kritik und Konfliktverarbeitung im Team wird es letztlich auch keine nachhaltig wirksame Sensibilisierung zu gesundheitsbewusstem Verhalten geben. Denn dann bleiben die Einzelnen auf individuelle Bewältigungsstrategien verwiesen. Umso schwerer ist es, alte Gewohnheiten in Frage zu stellen und Zutrauen zu neuen Sichtweisen und Strategien der Stressbewältigung zu finden. Dann schwinden auch die Chancen, im Austausch mit den anderen zumindest im Mikrobereich des unmittelbaren Arbeitsumfeldes die Abläufe mitzugestalten und auf Veränderungen zu verweisen, die durch übergeordnete Stellen anzugehen sind. Umso schwerer vermag sich eine produktive, eine als anregend empfundene Sozialordnung entwickeln, die letztlich auch zu mehr Kohäsion im Arbeitszusammenhang führt. Und das ist neben einer als angemessen empfundenen Entlohnung vermutlich das wirksamste Mittel gegen eine große Personalfluktuaton, die, wie schon erwähnt, eine Vielzahl von Folgeproblemen nach sich zieht.

Die praktischen Schritte, mit denen man zu einer Reduzierung von Reibungsverlusten im täglichen Ablauf, zu einer besseren Nutzung und Entwicklung von Kooperationschancen zwischen Pflege und Sozialem Dienst und schließlich zu einer Induzierung von Teamentwicklungsprozessen kommen will, stellen sich wie folgt dar:

2.1.1 Reduzierung von Reibungspunkten im täglichen Ablauf

- Es ist sicherzustellen, dass in der stressigen Zeit morgens von 6:00 Uhr bis 10:30 Uhr keine Physiotherapeuten- und keine MDK-Termine stattfinden.
- Der Nachtdienst übernimmt Aufgaben, die bislang im Frühdienst anfallen. Als Beispiele wurden die Bestückung von Pflegewagen und das Reinigen von Rollstühlen genannt.
- Die den Wohnbereichen zugeordneten Servicekräfte müssen gerade auch in Zeiten von Arbeitsspitzen verfügbar sein.
- Vorlagen (Inkontinenzmaterialien) werden von den Reinigungskräften entsorgt.
- Die Pflegekräfte werden von der Betreuung der Bewohner/innen, die sich im Wartebereich der Fußpflege aufhalten, entlastet. Das betrifft einen der Wohnbereiche. Diese Aufgabe gehört zwar nicht zu den originären Aufgaben der Pflegekräfte, aber weil sich die Wartezone in ihrem Wohnbereich befindet, tragen sie nun einmal die Verantwortung. Sie müssen die zum Teil dementen und verhaltensauffälligen Bewohner/innen im Blick haben und beispielsweise zur Toilette begleiten. Das beeinträchtigt die primär auf den Wohnbereich bezogenen Arbeitsabläufe. Deswegen muss hier eine andere Lösung gefunden werden.

Ziel der vorgeschlagenen Maßnahmen ist eine praktische Verbesserung von vielen Kleinigkeiten im konkreten Fall. Ziel ist es aber auch, über diesen Weg und die damit verbundenen Erfolgserlebnisse, die Wahrnehmung von Reibungspunkten, die Suche nach besseren Lösungen und das Prinzip einer „lernenden Organisation“ in grundsätzlicher Hinsicht zu legitimieren und als eine Praxis zu verankern, die Anerkennung und Wertschätzung erfährt.

2.1.2 Nutzung und Entwicklung von Kooperationschancen zwischen Pflege und Sozialem Dienst

- Den beiden Wohnbereichen auf einer Etage werden jeweils zwei Mitarbeiter/innen des Sozialen Dienstes zugeordnet, so dass sich zwischen beiden Seiten, der Pflege einerseits und dem Sozialen Dienst andererseits, mehr Kooperationsgelegenheiten und schließlich ein engerer Arbeitszusammenhang ergeben.

- Pflege und Sozialer Dienst stimmen sich bei der Bewohneraktivierung aufeinander ab und unterstützen sich wechselseitig. Das betrifft unter anderem eine Rückkopplung über wahrgenommene Therapiewirkungen und die Befindlichkeit von Bewohner/innen.
- Der Austausch von Pflege und Sozialem Dienst erfolgt bei den Teamsitzungen und Übergaben im Wohnbereich. Dabei werden unter anderem wechselseitige Entlastungsmöglichkeiten erkundet.
- Aus der Sicht von Pflegekräften ist es beispielsweise wünschenswert, wenn der Soziale Dienst häufiger eine Begleitung von Arztbesuchen und die Betreuung der Bewohner/innen übernimmt, die sich in der Wartzone der Fußpflege aufhalten.
- All diese Fragen bedürfen noch einer Abklärung. Diese ist mit einem gemeinsamen Treffen von Mitarbeiter/innen der Wohnbereiche, der Pflegedienstleitung und dem Sozialen Dienst herbeizuführen. Dabei ist auch zu besprechen, wie die Aufgaben und Arbeitsweise des Sozialen Dienstes für die Pflegekräfte transparenter werden. Noch ist der Soziale Dienst für viele der Pflegekräfte eine „Terra incognita“.

2.1.3 Die Induzierung von Teamentwicklungsprozessen und Empowerment

Hier gilt es die vorhandenen Ansätze und Bemühungen der Wohnbereichsleitungen, die fast alle erst seit Kurzem diese Aufgabe wahrnehmen und noch dabei sind, ihren Stil zu finden, zu unterstützen. Das wird von allen Seiten so gesehen. Unklar ist noch, in welcher Form das geschehen sollte. Im Gesundheitszirkel standen vier Varianten zur Debatte, von denen zwei favorisiert und zwei als nachrangig betrachtet wurden. Letzteres gilt für

- ein Antistresstraining bzw. Kurse wie „Entspannter Arbeiten“, also Angebote, bei denen Gelegenheit besteht, inne zu halten, sich der eigenen Stressbewältigungsstrategien und Ressourcen bewusst zu werden, diese zu reflektieren und weiter zu entwickeln;
- eine Art Selbstbeobachtung, mit der die Mitarbeiter/innen eines Teams ihr Verhalten, also auch das der Wohnbereichsleitung bewusster wahrnehmen und zur Sprache bringen, so dass man sich darüber im Team austauschen und Veränderungen ins Auge fassen kann. Dazu war ein Beobachtungsraster vorgesehen, das für die hier wichtigen Dimensionen sensibilisiert. Nach der Selbstbeobachtungsphase findet vor Ort ein von externer Stelle aus moderiertes Reflexionsgespräch statt. Daraus erhofft man sich Anhaltspunkte für Veränderungsnotwendigkeiten und das weitere Vorgehen.

Von einem Antistresstraining, bei dem subjektive Befindlichkeiten und Bewältigungsmöglichkeiten im Vordergrund stehen, versprechen sich die Mitarbeiter/innen des Gesundheitszirkels keine nachhaltigen Wirkungen; jedenfalls solange sich nicht zugleich etwas an den bislang üblichen Kommunikationsstrukturen und Umgangsformen im Team ändert. Bei dieser Einschätzung mag auch die Angst eine Rolle gespielt haben, sich in einer noch als prekär empfundenen Teamsituation auf die Dynamik von mitunter schmerzlichen Selbsterfahrungsprozessen einzulassen. Bei der zweiten Variante („Selbstbeobachtung und gemeinsame Selbstreflexion“) stehen zwar die Kommunikationsstrukturen und Umgangsformen im Team im Mittelpunkt, sie laufe aber darauf hinaus, „sich am eigenen Schopf aus dem Sumpf zu ziehen“. Das wird beim jetzigen Stand der Teamentwicklung als wenig erfolgversprechend betrachtet. Deswegen wurden, mit Blick auf das Anliegen über die Optimierung von Ablaufprozessen hinaus, ein konsensfähiges Teamverständnis herauszubilden und entsprechende Kommunikationsformen bzw. -stile zu verankern, die beiden anderen Varianten favorisiert:

- Einige Mitarbeiter/innen aus den Teams der Wohnbereiche besuchen Fortbildungsveranstaltungen, die der Förderung von Kommunikations- und Teamprozessen dienen. Gemeint sind z.B. Kurse, bei denen es um die Einübung von konstruktivem Feedback, den Umgang mit Kritik und Emo-

tionen und die Prinzipien der „Themenzentrierten Interaktion“ (TZI) im weiteren Sinn geht.¹⁰⁶ Ziel ist es die Artikulationsfähigkeit der Pflegemitarbeiter/innen zu fördern, ihre Stellung im Team und ihre Kritikfähigkeit gegenüber Leitungskräften zu stärken. Dann wächst die Chance, dass Themen, die Stresssituationen und den Umgang mit ihnen betreffen, bereitwilliger angesprochen und konstruktiver diskutiert werden. Als sinnvoll wird eine solche Maßnahme allerdings nur empfunden, wenn mindestens drei Mitarbeiter/innen eines Wohnbereichsteams eine solche Fortbildung machen. Nur dann können sie sich auch später wechselseitig stützen. Nur dann ist eine Multiplikationseffekt zu erwarten.

- Ein Teamcoaching vor Ort in Form einer Tagesveranstaltung. Mit einem solchen Training kann die Gestaltung von Teamsitzungen reflektiert und ansatzweise eingeübt werden. Das Teamcoaching, das mithilfe eines externen Moderators durchzuführen wäre, sollte nach einiger Zeit seine Fortsetzung finden. Dann ist mehr Nachhaltigkeit zu erwarten. Ein solches Teamtraining kann nicht zuletzt mit Hilfe der Erfahrungen und Erkenntnisse, die bei der Ist-Analyse des AIDA-Projektes und bei der bisherigen Arbeit des Gesundheitszirkels gewonnen wurden, gezielt vorbereitet werden, sodass man schneller zum Punkt kommt.

2.2 Anliegen, bei denen zunächst die Leitung gefordert ist

Was unmittelbar in der Leitungskompetenz liegt, lässt sich in einem Gesundheitszirkel, der bei der partizipativen Mitwirkung von Pflegekräften ansetzt, im Einzelnen kaum überblicken und demnach auch nur schwerlich mitgestalten. Dennoch war es den Teilnehmer/innen wichtig, die Handlungsmöglichkeiten der Heimleitung in die Überlegungen zur Entspannung von gesundheitlich riskanten Stresssituationen einzubeziehen. Schließlich ist die Sensibilisierung zu gesundheitsbewusstem Verhalten nicht nur eine Angelegenheit von einzelnen Mitarbeiter/innen und schon gar nicht dürfen die dazu wichtigen Rahmen- und Arbeitsbedingungen aus dem Blick geraten. Daher sollten die aus Sicht der Teilnehmer/innen wichtigen Anliegen, bei denen die Leitung die Initiative ergreifen muss, zumindest auf den Punkt gebracht und mit der Heimleitung in einem speziell dazu angesetzten Termin besprochen werden. Diese Aufgabe übernahmen zwei Vertreter/innen des Gesundheitszirkels, die zusammen mit dem Moderator das hierzu vorgesehene Gespräch mit der Heimleitung führten. Die in diesem Zusammenhang entwickelte Maßnahme bestand also darin, Forderungen, die sich an die Leitung richten, zusammenzustellen und diese im Rahmen einer Aussprachemöglichkeit an die Heimleitung heranzutragen.

Auch die an die Heimleitung gerichteten Vorschläge zielen darauf, dem Zielzustand, der aus den Problemfeldern drei und vier abgeleitet wurde, näher zu kommen. Dieser wurde, darauf sei an dieser Stelle noch einmal erinnert, wie folgt präzisiert: *„Die Mitarbeiter/innen sind motiviert. Sie arbeiten ausgeglichen, ruhig und mit Freude. Sie können auch mal ‚nein‘ sagen. Sie werden von der Leitung als Arbeitnehmer/innen geschätzt und anerkannt. Es bleibt noch Spielraum für ein Privat- und Familienleben. Die Mitarbeiter/innen identifizieren sich mit ihrem Team. Sie unterstützen sich gegenseitig. Probleme werden im Team angesprochen.“*

¹⁰⁶ Das Konzept der *Themenzentrierten Interaktion (TZI)* geht davon aus, dass Lernen und Arbeiten in Gruppen dann am effektivsten ist, wenn sich vier grundlegende Faktoren im Gleichgewicht befinden: Die einzelnen am Gruppenprozess beteiligten Personen mit ihren Anliegen und Befindlichkeiten, ihre Interaktion, die Aufgabe/das Ziel der Gruppe, sowie das organisatorische, physikalische, strukturelle, soziale, politische, ökologische, kulturelle engere und weitere Umfeld der Gruppe. Dieses Gleichgewicht ist als eine dynamische Balance zu verstehen, die im Gruppenprozess immer wieder gesucht und hergestellt werden muss. Insofern sind Sach- und Beziehungsebene eng miteinander verknüpft. Mit dem methodischen Konzept der Themenzentrierten Interaktionen wurde eine Reihe von Hilfsregeln entwickelt, die dazu beitragen, eine solche Interaktion günstig zu beeinflussen (vgl. Wikipedia. <http://de.wikipedia.org/wiki/Themenzentrierte-Interaktion> und Einführung in die Themenzentrierte Interaktion (TZI) www.feliz.de/html/tzi.htm).

Die mit dieser Zielrichtung an die Heimleitung herangetragenen Anliegen beziehen sich auf:

1. den Personaleinsatz/die Personaleinsatzplanung
2. die Arbeitsbeziehungen und Umgangsformen zwischen Leitung und Belegschaft
3. eine Verbesserung der materiellen Situation von Mitarbeiter/innen

Anliegen, die den Personaleinsatz/die Personaleinsatzplanung betreffen, sind z.B., dass

- sich die Leitung um eine umsichtigeren Auswahl von neu einzustellenden Mitarbeiter/innen bemüht, sodass nicht mehr so viele der neu Eingestellten bald wieder die Einrichtung verlassen;
- bei einer Zuständigkeit für 48 Bewohner/innen mehr als eine Fachkraft im Einsatz ist;
- Springer eingestellt werden, um Personalausfälle zu überbrücken;
- die Mitarbeiter/innen intensiver als bislang in die Personaleinsatzplanung einbezogen werden;
- der Finanzierungsspielraum, der sich mit einer Höherstufung von Bewohner/innen ergibt, für eine Aufstockung des Personals genutzt wird;
- Weiterbildungsangebote künftig häufiger als bislang auch von Pflegehilfskräften wahrgenommen werden können.

Zusammengefasst lässt sich die darauf erfolgte Stellungnahme der Heimleitung zu diesen Punkten wie folgt charakterisieren: Man wisse um die Bedeutung einer guten Personalauswahl, gerade wenn es darum gehe, die ja auch von der Leitung als problematisch empfundene Fluktuation zu reduzieren. So versuche man den Bewerber/innen, einen sehr realistischen und ungeschminkten Eindruck von den in diesem Haus üblichen Arbeitsbedingungen zu verschaffen. Aber man könne nun einmal kein besonders attraktives Angebot machen. Entsprechend klein ist der Kreis von ernsthaften Bewerber/innen, unter dem man auswählen kann. Das Dilemma liegt auf der Hand: Wenn man mit einer Neueinstellung zu lange warte, etwa um noch mehr Einstellungsgespräche zu führen, verschärft sich der Personalengpass, entscheide man aber schnell, ist das Risiko die Falschen einzustellen, umso größer. So müsse man wohl weiter immer wieder Notlösungen in Kauf nehmen, bei denen es zu einer vorübergehenden Unterbesetzung von Pflegefachkräften kommt.

Potenzielle Krankheitsausfälle schon bei der Schichtenplanung zu berücksichtigen, wie es bei der Aussprache angeregt wurde, seien zwar wünschenswert, aber kaum zu finanzieren. Mit einer systematisch betriebenen Höherstufung von Bewohner/innen mag der Refinanzierungsspielraum etwas größer werden, für eine grundlegendere Lösung der Personaleinsatzprobleme reiche das aber nicht aus. So müsse man weiterhin notgedrungen auf Springer zurückgreifen. Aber auch hier stoße man sehr schnell auf Grenzen. Denn es sei nicht einfach, zuverlässige Personen zu finden, die sich auf die angebotene Entlohnung und vor allem auf die erforderlichen Wochenenddienste einlassen. Eine nachhaltigere Entspannung der Personaleinsatzprobleme sei nur zu erwarten, wenn man mehr Teilzeitkräfte einstellen könne. Diese aber wären angesichts der niedrigen und in vielen Fällen kaum existenzsichernden Gehälter, die den Betroffenen dann noch verbleiben, nur schwer zu finden.

Eine Mitwirkung der Mitarbeiter/innen bei der Personaleinsatzplanung wird begrüßt. Das gelte vor allem mit Blick auf eine teaminterne oder gar wohnbereichsübergreifende Selbststeuerung bei der Ausbalancierung von Personalengpässen. Da das bislang aber nicht gut funktioniere, müsse nun einmal Vieles „von oben“ verordnet werden. Andererseits wurde konzidiert, dass sich die grundlegenden Probleme der Personaleinsatzplanung wohl kaum durch mehr Selbststeuerung und Selbstorganisation in den Teams lösen lassen; schon gar nicht solange die Teams in Punkto Organisationsentwicklung noch am Anfang stehen.

Dem Anliegen, künftig auch den Pflegehilfskräften häufiger eine Fortbildung zu ermöglichen, will man, so wird von Seiten der Heimleitung betont, nachkommen. Schließlich übernehmen Hilfskräfte in vielerlei Hinsicht ähnliche Aufgaben wie die Pflegefachkräfte.

Anliegen, die die Arbeitsbeziehungen und Umgangsformen zwischen Leitung und Belegschaft betreffen, sind z.B., dass

- Leitungskräfte mit den Mitarbeiter/innen so umgehen, wie sie es von den Mitarbeiter/innen gegenüber den Bewohne/innen/Angehörigen erwarten: freundlich und zuvorkommend;
- die Leitungskräfte häufiger auch lobend anerkennen, wenn Pflegekräfte bereit sind, bei einem Personalengpass kurzfristig einzuspringen. Es muss respektiert werden, dass die Mitarbeiter/innen hin und wieder auch „nein“ sagen. Das darf kein Grund sein, den Betroffenen eine „schlechtes Gewissen zu machen“;
- bei Personalgesprächen, beispielsweise bei Krankenrückkehrergesprächen, eine „Person des Vertrauens“ mit anwesend sein kann. Die Inhalte derartiger Gespräche sollten sich nicht nur in als kontrollierend empfundenen Nachfragen erschöpfen, die Schuldgefühle erzeugen;
- die Leitung zu erkennen geben soll, dass sie die Mitarbeiter/innen nicht nur als Kostenfaktoren sehen, sondern „auch als Menschen“, die bei allem Engagement aber auch noch private Interessen und Verpflichtungen haben;
- perspektivisch eine effektivere Interessenvertretung der Mitarbeiter/innen aufgebaut wird.

Die Heimleitung findet, dass die Ansprüche an Personen mit Leitungsfunktionen, die in den hier aufgelisteten Anliegen zum Ausdruck kommen, berechtigt sind. Ein barscher Tonfall habe im Allgemeinen keine Berechtigung, jedenfalls nicht, wenn es darum geht, Mitarbeiter/innen dazu zu bewegen, kurzfristig einzuspringen. Das müsse vielmehr durchaus anerkennend gewürdigt werden. So klar sei diese Kritik bislang noch nicht bei der Leitung angekommen. Darüber soll auch in den entsprechenden Gremien gesprochen werden.

Anliegen, die eine Verbesserung der materiellen Situation der Mitarbeiter/innen betreffen, beziehen sich auf

- die Bewertungskriterien, anhand derer über Zusatzgratifikationen wie die Höhe des Weihnachtsgeldes entschieden wird;
- die Einrichtung eines Pausenraumes für Nichtraucher;
- die Einführung einer betrieblichen Altersvorsorge;
- die Nutzung der freien Parkmöglichkeiten im Haus.

Bis auf die Parkplatzfrage hat man für die hier aufgelisteten Anliegen mittlerweile eine Lösung gefunden bzw. auf den Weg gebracht. Es gibt einen Pausenraum für Nichtraucher. Man ist dabei, eine betriebliche Altersvorsorge einzurichten. Man hat einen neuen Erhebungsbogen für die Beurteilung von Mitarbeiter/innen entworfen, der für die Gewährung von Zusatzgratifikationen entscheidend ist. Dieser vermag nun auch das Tätigkeitsfeld der Pflegehilfskräfte in angemessenerer Weise zu erfassen. Eine Lösung der Parkplatzfrage steht noch aus. Sie ist vor allem für die Spätschicht dringlich, weil es für diese Mitarbeiter/innen oft sehr zeitaufwendig ist, im öffentlichen Raum eine Parkmöglichkeit zu finden. Die freien Plätze in der Tiefgarage hierfür kostengünstig oder gar kostenfrei zur Verfügung zu stellen, hält die Heimleitung für schwierig, weil für diese zwar der Träger, nicht aber unmittelbar die Einrichtung zuständig ist und steuerrechtliche Fragen tangiert sind. Andererseits heißt es, dass sich die Trägerzentrale noch einmal um eine Lösung in der Parkplatzfrage bemühen wolle.

Abschließend wurde von den Vertretern des Gesundheitszirkels noch einmal herausgestellt – und hier stimmte die Heimleitung zu – wie wichtig es ist, den im Gesundheitszirkel begonnen Prozess einer

Artikulation von Kritik, Befindlichkeiten und Veränderungsvorschlägen in den Teams der Wohngruppen fortzusetzen. Bei diesem Bestreben erhofft man sich von der Leitung Rückendeckung und Unterstützung, vor allem wenn es darum geht, die Kommunikations- und Konfliktkultur in den Wohngruppenteams weiter zu entwickeln.

3. Umsetzung der Maßnahmen

Die Maßnahmen zielten auf eine Reduzierung von Reibungen im täglichen Ablauf, die kooperative Einbindung des Sozialen Dienstes in die Pflege und die Induzierung von Teamentwicklungsprozessen. Darüber hinaus wurden eine Reihe von Anliegen auf den Punkt gebracht, bei denen zunächst die Heimleitung gefordert ist.

Bei den Bemühungen um eine *Reduzierung von Reibungspunkten im täglichen Ablauf* ist man bereits ein Stück weiter gekommen. Physiotherapie-Termine finden mittlerweile in der „stressigen Zeit“ bis 10.00 Uhr morgens nur noch ausnahmsweise statt. Für den Hygienemüll steht fortan in den Wohnbereichen ein Container bereit. Die Entsorgung in den Keller wird von den Reinigungskräften übernommen. Was die Verfügbarkeit von Servicekräften angeht, haben zwei auf einer der Etagen angesiedelte Wohnbereiche eine beispielgebende Lösung gefunden. Möglich war das, weil es hier nach wie vor eine gemeinsame Küche gibt und die Servicekräfte flexibel in den beiden hier angesiedelten Wohnbereichen eingesetzt werden können. Sie sind nicht, wie auf den anderen Etagen, jeweils einem der beiden dort befindlichen Wohnbereiche fest zugeordnet. Über die damit gemachten Erfahrungen wird man demnächst auch in den anderen Wohnbereichen berichten. Die Frage, ob der Nachtdienst den Frühdienst entlasten kann, hat sich schließlich als nicht mehr so dringlich erwiesen. Anders als zunächst vermutet, sind mit den hier vorgeschlagenen Regelungen keine nennenswerten Entlastungseffekte zu erwarten. Für die Betreuung von Bewohner/innen, die auf die Fußpflege warten, hat sich noch keine Lösung abgezeichnet. Wie es von Seiten der Heimleitung hieß, stehen für die Fußpflege keine anderen Räumlichkeiten zur Verfügung. So müsse man die daraus resultierende Zusatzbelastung für die Mitarbeiter/innen einstweilen in Kauf nehmen. Für die Mitarbeiter/innen des entsprechenden Wohnbereichs ist das keine befriedigende Lösung. Das Problem bleibt akut und auf der Tagesordnung.

Inwiefern es über eine Reihe von praktischen Verbesserungen im täglichen Ablauf hinaus gelingt, diese Bemühungen gewissermaßen als Arbeitsprinzip zu institutionalisieren, ist eine offene Frage. Sie hängt nicht zuletzt von Fortschritten in der Teamentwicklung ab.

Die *Einbindung des Sozialen Dienstes* ist mittlerweile im Sinne der vom Gesundheitszirkel vertretenen Vorstellungen auf den Weg gebracht. Hier stand zwar ohnehin eine Überarbeitung der Konzeption an, zunächst sah diese aber vor, dass die Mitarbeiter/innen des Sozialen Dienstes jederzeit flexibel im ganzen Haus eingesetzt werden können. Die notwendige Abstimmung mit den Wohnbereichen sollte über die Pflegedienstleitung erfolgen. Nun werden jeweils zwei Mitarbeiter/innen des Sozialen Dienstes in relativ fester Zuordnung für einen bestimmten Wohnbereich zuständig sein.

Bei den Maßnahmen, die auf eine *Forcierung von Teamentwicklungsprozessen* zielen, konnten die hierzu notwendigen Abklärungen mit den jeweiligen Wohnbereichsleitungen und Wohnbereichsteams noch nicht erfolgen. Von der Heimleitung wird, so war bei einem Rückkopplungsgespräch, das der Moderator führte, zu erfahren, die Notwendigkeit, den Teamentwicklungsprozess systematischer als bislang zu unterstützen, gesehen. Dazu komme, so wurde signalisiert, auch die vom Gesundheitszirkel für wichtig gehaltene Teilnahme von mehreren Teammitgliedern an einer entsprechenden Fortbildung und/oder ein extern moderiertes Teamcoaching in Frage.

Auch eine Reihe von Forderungen, die eine Verbesserung der materiellen Situation von Mitarbeiter/innen betreffen, sind mittlerweile erfüllt bzw. auf den Weg gebracht (Bewertungskriterien für Zusatzgratifikationen, Pausenraum für Nichtraucher, betriebliche Altersvorsorge). Offen ist, ob und wie

die anderen, an die Heimleitung herangetragenen Anliegen auch weiterhin verfolgt werden. Denn kurz vor Ende der AIDA-Phase hat es erneut einen Führungswechsel hin zu einer kommissarischen Heimleitung gegeben und auch diese hat ihre Aufgabe mittlerweile an einen Nachfolger weitergegeben.

4. Fazit

Beim Themenschwerpunkt „Sensibilisierung zu gesundheitsbewusstem Verhalten“ geht es um die Erschließung von individuellen, sozialen und betrieblichen Ressourcen, die dazu beitragen gesundheitlich riskante Arbeitsweisen und Arbeitsbedingungen wenn nicht zu vermeiden, so doch zu minimieren. Ein zentraler Aspekt ist in diesem Zusammenhang der Umgang mit Stresssituationen. Diese scheinen im Rahmen einer beruflich organisierten Pflege, die der Konkurrenz am Markt ausgesetzt ist und zugleich hohen Qualitätsansprüchen gerecht werden muss, prinzipiell zwar unvermeidlich, wie groß und gesundheitsgefährdend dieser Stress aber ist, kann sehr unterschiedlich sein. Es hängt von den konkreten Arbeitsbedingungen und nicht zuletzt davon ab, wie Stress persönlich verarbeitet wird.

Der Gesundheitszirkel in H ist einer Reihe von subjektiv empfundenen Stresssituationen nachgegangen. Die entwickelten Maßnahmen bezogen sich zunächst auf Reibungspunkte, die den täglichen Ablauf beeinträchtigen, eine bessere Verzahnung von Pflege und Sozialem Dienst sowie die Induzierung von Teamentwicklungsprozessen. Reduzierung von Reibungspunkten im täglichen Ablauf, so die Überlegung, bedeutet Entlastung im Sinne von Zeitgewinn und weniger Stress im Umgang miteinander. Damit erweitern sich die Spielräume für Kooperation und Teamentwicklungsprozesse, mit denen wiederum die Kommunikation und Selbststeuerung der Mitarbeiter/innen untereinander kultiviert werden kann. Hier konnten Lösungsvorschläge entwickelt werden, die sich, wie etwa eine besser zum Ablauf passende Terminierung von Physiotherapien und eine neue Regelung zur Entsorgung von Hygienemüll sehr schnell umsetzen ließen. Auch die ohnehin anstehende Überarbeitung des Konzeptes für den Sozialen Dienstes ist schließlich, wie vom Gesundheitszirkel vorgeschlagen, erfolgt. Andere Probleme und Lösungsansätze, wie etwa die Betreuung im Wartebereich der Fußpflege, die Verfügbarkeit von Servicekräften und die Unterstützung von Teamentwicklungsprozessen konnten zumindest auf den Punkt gebracht werden. Schließlich hat man eine Reihe von Anliegen konkretisiert, die, wie Fragen der Personalrekrutierung und des Personaleinsatzes, einen respektvolleren Umgang von Führungskräften mit den Mitarbeiterinnen sowie betriebliche Leistungen materieller Art, zunächst in die Handlungskompetenz der Heimleitung fallen. Hier bestand die Maßnahme darin, diese Anliegen in einer vorbereiteten Gesprächssituation an die Heimleitung heranzutragen.

So betrachtet hat der Gesundheitszirkel sicherlich einige Erfolge erzielt. Nicht zuletzt hat er die Mitarbeiter/innen ermuntert, ihre Befindlichkeit und ihre Verbesserungsvorschläge zu artikulieren. In gewisser Weise wurde dieses Bestreben mit dem Engagement des Gesundheitszirkels auch als eine generell wünschenswerte Praxis verankert und legitimiert. Das ist in einer Einrichtung, in der es keine formelle Interessenvertretung gibt und nach Vorgabe des Managements auch nicht geben soll, keine Kleinigkeit.

Ein nicht zu übersehendes Manko der Zirkelarbeit war, dass es nicht mehr, jedenfalls nicht mehr im Zeitraum der AIDA-Phase, zu einer systematisch organisierten Rückkopplung mit den Wohnbereichsleitungen und der Pflegedienstleitung kam. Das wäre sicher eher zu gewährleisten gewesen, wenn die Wohnbereichsleitungen im Gesundheitszirkel mitvertreten gewesen wären. Dann aber wäre, so jedenfalls der Eindruck, der sich aus den vorausgegangenen Interviews ergeben hatte, den Pflegefach- und vor allem den Pflegehilfskräften die Artikulierung ihrer Sichtweisen schwerer gefallen. Dass es lediglich bei einem zwischenzeitlichen Austausch mit einigen der Wohnbereichsleitungen blieb, ist nicht zuletzt darauf zurückzuführen, dass die Maßnahmenentwicklung erst gegen Ende des AIDA-Prozesses ein relativ konkretes Stadium erreicht hat, dann aber der Gesundheitszirkel erst recht in den Sog der in diesem Haus großen Mitarbeiterfluktuation geriet. Schließlich kam, als weitere Mitarbeiter/innen aus dem Gesundheitszirkel ausschieden, weil sie gekündigt hatten bzw. längerfristig

krank geschrieben waren, das letzte Treffen und die geplanten Rückkopplungsgespräche mit den Wohnbereichen gar nicht mehr zustande; zumal man auch in den Wohnbereichen zu diesem Zeitpunkt wieder einmal ganz stark mit Personalausfällen und damit mit akutem Krisenmanagement befasst war. Demgegenüber standen präventiv angelegte und eher längerfristig wirksame Arbeitsschutz- und Gesundheitsförderungskonzepte erst einmal zurück.

Das Dilemma ist offensichtlich: Gerade weil in diesem Haus die Fluktuation so groß ist, steigen die gesundheitlichen Belastungen und Risiken der Belegschaft, die ja diese Problematik, wie auch immer, auffangen müssen. Zugleich fehlen eben deswegen der Spielraum und die Kontinuität, um sich mit der erforderlichen Nachhaltigkeit den Fragen einer stärker präventiv angelegten Sensibilisierung zu gesundheitsbewusstem Verhalten zu stellen. Hier aber sind nur Fortschritte zu erzielen, wenn beides, *Arbeitsverhältnisse* und *Arbeitsverhalten*, im Zusammenhang thematisiert und im Rahmen einer strategisch angelegten Gesundheitsförderung mit langem Atem weiterentwickelt wird. Für Haus H bedeutet dies, dass man wohl zunächst einmal die Personalfuktuation und damit die sie verursachenden Hintergrundprobleme (Lohnhöhe, Teambindung, Kohäsion/Sozialordnung, Anerkennungskultur) in Angriff nehmen muss. Sonst gleichen alle Versuche einer Sensibilisierung zu gesundheitsbewusstem Verhalten eher einer Sisyphusarbeit denn einer präventiv und nachhaltig angelegten Gesundheitsförderung.

9. Abschließende Projektbewertung

Mit dem Projekt AIDA wurde die Zielsetzung der nachhaltigen Integration von Arbeits- und Gesundheitsschutz in Einrichtungen der stationären Pflege verfolgt. Dazu wurde in einem abgestuften Verfahren zunächst in den acht beteiligten Einrichtungen eine umfangreiche Ist-Analyse durchgeführt. Mit dieser auf sieben Themenfelder bezogenen Ist-Analyse konnte zum einen eine breite Datenbasis zu den aktuellen Belastungen in der stationären Pflege gewonnen werden, zum anderen wurden einrichtungsspezifische Unterschiede hervorgehoben, die darauf schließen lassen, dass bestimmte Belastungen durch verhaltens-, viel mehr aber noch durch verhältnispräventive Maßnahmen zu beeinflussen sind. Trotzdem ist aus der Ist-Analyse keine der Einrichtungen als eindeutiger „Sieger“ hervorgegangen, sondern die potenziellen Belastungen sind so vielfältig, dass das Konzept einer nachhaltigen und umfassenden Gesundheitsförderung nur sehr langsam und in kleinen Schritten in der stationären Pflege umgesetzt werden kann. Knappe finanzielle Ressourcen und steigende Arbeitsanforderungen führen – so wurde es im gesamten Projektverlauf problematisiert – zu einer permanenten Zeitnot. Diese wirkt sich längst negativ auf die Verrichtung der eigentlichen Kernaufgabe „Pflege“ aus, zudem gibt es nur noch wenige Zeitpuffer, um gesundheitsfördernde Veränderungsprozesse auf den Weg zu bringen, diese konsequent zu verfolgen und sie dauerhaft in die Hektik des Arbeitsalltags zu integrieren. Erschwerend kommt schließlich hinzu, dass insbesondere für die psychischen Belastungen auch die Verordnungen und Richtlinien des Arbeitsschutzes nicht im notwendigen Maße ausdifferenziert sind.

In der zweiten Projektphase wurden – in Abhängigkeit von den Ressourcen der Einrichtungen und den Ergebnissen der Ist-Analyse – ein bzw. zwei Gesundheitszirkel implementiert. Diese trafen sich, mit einer Ausnahme, in regelmäßigen zweistündigen Sitzungen zwischen sechs- und achtmal. Festgehalten werden muss, dass es bis zur tatsächlichen Arbeitsaufnahme der Gesundheitszirkel in einigen Häusern bereits zu Verzögerungen kam. Eine Einrichtung ist erst nachdem die Ist-Analyse in den anderen Häusern abgeschlossen war in das Projekt AIDA eingestiegen. Dadurch verzögerte sich der Beginn der Zirkelarbeit, die dann entsprechend verdichtet werden musste. In einer anderen Einrichtung kam das Projekt in der Phase der Implementation des Gesundheitszirkels fast zum Erliegen. Es wurden dort schließlich statt mehrerer Zirkelsitzungen ein Tagesworkshop und eine weitere Ist-Analyse in Form von Schichtbeobachtungen durchgeführt. In einer dritten Einrichtung musste der Gesundheitszirkel nach der zweiten Sitzung durch zwei neu gebildete Arbeitsgruppen ersetzt werden. In einer vierten Einrichtung hat die Heimleitung während der Ist-Analyse die Einrichtung verlassen. Die Pflegedienstleitung, die die vakante Position der Heimleitung übernahm, war zwar über das Projekt AIDA informiert, sie musste sich aber zunächst hinsichtlich ihres neuen Tätigkeitsfeldes orientieren, sodass AIDA in der Prioritätensetzung etwas in den Hintergrund trat. Diese (neue) Heimleitung hat zum Projektende ihrerseits die Einrichtung verlassen.

Trotz der genannten Komplikationen wurden schließlich sieben Gesundheitszirkel und zwei Arbeitsgruppen ins Leben gerufen. Die Zusammensetzung der Zirkel und Arbeitsgruppen war aufgrund der vorgefundenen Belastungskonstellationen in den Einrichtungen vielfältiger als in der Projektplanung angenommen. Es gab einen Zirkel, der sich vorrangig aus Mitarbeiter/innen der Hauswirtschaft zusammensetzte, einen Zirkel, an dem alle Leitungskräfte der Einrichtung teilnahmen, ebenso eine Arbeitsgruppe nur mit Heimleitung und Pflegedienstleitung und eine weitere Arbeitsgruppe aus Wohnbereichsleitungen und den Mitarbeiter/innen des Sozialen Dienstes. Die restlichen fünf Gesundheitszirkel setzten sich aus Pflegefachkräften, Pflegehilfskräften und Wohnbereichsleitungen zusammen, gemäß des partizipativen Ansatzes ohne Heim- oder Pflegedienstleitung.

Hinsichtlich der Maßnahmenentwicklung und deren Umsetzung stellte sich im Projektverlauf ein eher fließender Übergang heraus. Manche Maßnahmen wurden bereits während der Zirkelarbeit erprobt, andere konnten den Einrichtungsleitungen aufgrund ihres Umfangs erst zu einem späteren Zeitpunkt

vollständig vorgestellt werden. In einem Zirkel war es nicht möglich gewesen, eine vollständige Maßnahme zu entwickeln. Die Maßnahmen wiederum wurden von den Führungskräften zum Teil sehr positiv aufgenommen, bei manchen musste erst Überzeugungsarbeit geleistet werden und einige wenige wurden ganz verworfen.

Die Evaluation des Projektes AIDA obliegt nicht dem **iso**-Institut, das für die operative Projektdurchführung verantwortlich war, sondern wird vom Projektkoordinator ISG in einem zweistufigen Verfahren durchgeführt. Aus Sicht des **iso**-Instituts können jedoch folgende zentrale Ergebnisse hervorgehoben werden:

- Die Ziele, den Arbeits- und Gesundheitsschutz nachhaltig in Einrichtungen der stationären Pflege zu implementieren, Arbeitsbelastungen zu reduzieren und für die Gesundheitsförderung sowie für ein gesundheitsbewusstes Verhalten zu sensibilisieren, lassen sich nur in einem kontinuierlichen Veränderungsprozess realisieren. Prozesse brauchen Zeit und gelingen selten auf dem direkten Weg, häufig sind Umwege notwendig, es müssen Widerstände überwunden werden und manchmal ist eine Neuorientierung erforderlich. Nach den Erfahrungen bei der Projektdurchführung sollte zukünftig berücksichtigt werden, dass abhängig von der Themenwahl, von den in der Einrichtung vorhandenen Ressourcen¹⁰⁷ und von den aktuellen Urlaubszeiten und Krankenstände der zeitliche Rahmen für die Durchführung von Veränderungsprozessen entsprechend weit gesteckt bzw. zeitliche Puffer eingeplant werden.
- Hinsichtlich der Maßnahmenentwicklung hat sich gezeigt, dass insbesondere dort, wo die Zirkelmitglieder tatsächlich über die Zirkelarbeit hinaus Einfluss auf die Gestaltung ihrer eigenen Arbeit hatten, die größten Erfolge erzielt wurden. Manche entwickelten Maßnahmen mögen vor dem Auge des Betrachters als eher selbstverständlich und längst als betrieblicher Standard vorausgesetzt werden, wie z.B. der Entwurf einer Tagesordnung für die Dienstbesprechungen der Führungskräfte im Führungskapitel. Andere Maßnahmen waren so umfassend, dass während der Zirkelarbeit zwar einzelne Teilschritte entwickelt und umgesetzt werden konnten, für die vollständige Maßnahmenentwicklung aber bereits während der Zirkelarbeit eine neue, über das Projekt AIDA hinausgehende Bearbeitungsstruktur vereinbart wurde. Dies war z.B. im Gesundheitszirkel Hygiene der Fall. Dort wurde mit der Zielsetzung der Herstellung von Compliance unter anderem ein Konzept für Sichthilfen bei der Handhygiene entwickelt und umgesetzt, andere Aspekte sollen zukünftig im Qualitätszirkel Hygiene weiterentwickelt werden. Schließlich gab es auch eine Maßnahme, deren Zielsetzung sich als zu ehrgeizig erwiesen hat. Der Gesundheitszirkel zum Thema Arbeitszeit wollte einen neuen Dienstplan entwerfen. Dies war, ohne langfristige personal- und leistungsplanerische Entscheidungen der Geschäftsführung, auf der Basis der aktuellen Bewohner/innen- und Personalstruktur nicht gelungen. Trotzdem wurde mit der intensiven Auseinandersetzung über die kalkulatorischen Grundlagen der personellen Ausstattung die Einrichtungstransparenz erhöht, und auch in dieser Einrichtung haben zum Projektende die Zirkelmitglieder gemeinsam mit der Geschäftsführung zwei weitere Vorhaben geplant, mit denen perspektivisch die Personaleinsatzplanung verbessert werden kann.
- Ob die im Projekt AIDA entwickelten Maßnahmen nun neu und richtungsweisend oder eben in vergleichbaren Einrichtungen längst bekannt und etabliert sind, kann nicht abschließend entschieden werden. Für die Zirkelmitarbeiter/innen, die, dem partizipativen Projektansatz folgend, als Expert/innen ihrer eigenen Belastungssituation wahrgenommen wurden, waren es die zentralen Themen, es waren ihre Problemdefinitionen, es waren ihre Lösungsvorschläge.

¹⁰⁷ Für die Teilnahme an der Gesundheitszirkelarbeit müssen beispielsweise Mitarbeiter/innen frei gestellt werden. Es muss einen störungsfreien Besprechungsraum geben. Den Teilnehmer/innen müssen eventuell bestimmte Informationen zur Verfügung gestellt werden. Wenn keine externe Moderation erfolgt, muss jemand über die notwendigen Kenntnisse in der Projektsteuerung verfügen.

- Aus Sicht des **iso**-Instituts hat dieser mit dem Projekt AIDA angestoßene Prozess der Teilhabe an gesundheitsfördernden Veränderungen bereits zu einer Entlastung der Mitarbeiter/innen beigetragen, weil sie gehört wurden und sich ernst genommen fühlten. Die Arbeit in den Gesundheitszirkeln und in den Arbeitsgruppen war, mit Ausnahmen, von großem Engagement geprägt, die Mitarbeiter/innen haben ihre Meinung geäußert, miteinander diskutiert und sich gemeinsam auf den Prozess eingelassen. Hinzu kam, dass mit dem fest vereinbarten Sitzungsrhythmus eine terminierte Verpflichtung geschaffen wurde, sich ernsthaft mit den Problemen zu beschäftigen, die im Arbeitsalltag bisher immer wieder verschoben wurden. Als Chance hat sich dabei auch die externe Moderation erwiesen. Sie hat zur Erhöhung der Terminverbindlichkeiten beigetragen, sie hat aber vor allem die Prozesse so gesteuert, dass alle am Zirkel teilnehmenden Mitarbeiter/innen sich ganz auf die inhaltliche Arbeit konzentrieren konnten. Zudem wurde den unterschiedlichen Statusgruppen die Möglichkeit eröffnet, sich in einem geschützten Raum über ihre eigenen Problemsichten, Sorgen und Wahrnehmungen auszutauschen. Dies galt nicht nur für die Gesundheitszirkel, in denen keine Heimleitung und Pflegedienstleitung vertreten war, sondern auch für den Gesundheitszirkel, an dem nur die Leitungskräfte teilnahmen und für die Arbeitsgruppe von Heimleitung und Pflegedienstleitung. Schließlich hat die externe Moderation bei Bedarf auch die Kommunikation zwischen Gesundheitszirkeln und der Heimleitung unterstützt, indem die Rückkopplung der Arbeitsergebnisse an die Heimleitungen von den Moderator/innen übernommen wurde.
- Bei der kontinuierlichen Umsetzung von Arbeits- und Gesundheitsschutz in den Einrichtungen kommt den Führungskräften unbestritten ein besonderer Stellenwert zu, und sie waren aufgrund des hohen partizipativen Anspruchs im Projekt AIDA auch besonders gefordert. Dies bezog sich zum einen auf die Akzeptanz, dass mit dem Projekt der primäre Fokus auf die Situation der Mitarbeiter/innen gerichtet war und Verbesserungen in der Versorgungsqualität und in der betriebswirtschaftlichen Ressourcennutzung als (wünschenswerte) Nebenziele zu begreifen waren. Dies bezog sich zum anderen darauf, den Mitarbeiter/innen in den Gesundheitszirkeln eine große Autonomie zuzugestehen, indem weder Heimleitungen noch Pflegedienstleitungen bei der Zirkelarbeit vertreten waren. Konkret bedeutete dies, dass die Leitung, zumindest phasenweise, keine Kontrolle über die inhaltliche Ausrichtung der Arbeit hatte. Zudem mussten sich die Heimleitungen damit auseinandersetzen, dass die Zirkelmitglieder im Prozess der Maßnahmenentwicklung eventuell andere Wege der Problemlösung beschritten hatten, als die bisher in der Einrichtung üblichen. Obwohl im Projektverlauf dieser partizipative Anspruch manchen Heim- und Pflegedienstleitungen mehrmals verdeutlicht werden musste, haben sie im Großen und Ganzen die wirkliche Teilhabe der Mitarbeiter/innen ermöglicht und sich auf eine für sie eher ungewöhnliche Vorgehensweise eingelassen. Für die Beurteilung der Projektdurchführung muss aber auch hier darauf hingewiesen werden, dass zukünftig bei einem solchen Vorhaben mehr Zeit für die Rückkopplung der Ergebnisse eingeplant werden muss. Auch wenn die Leitungskräfte bestimmte Maßnahmen vorbehaltlos unterstützten, muss mehr Zeit eingeplant werden, damit auch die Mitarbeiter/innen, die nicht in den Gesundheitszirkeln vertreten waren, über die geplanten Veränderungen informiert werden können und die Umsetzung in einem strukturierten Verfahren in Angriff genommen werden kann.
- Für das Projekt AIDA sind nicht nur die Maßnahmen zum Belastungsabbau und zur Gesundheitsförderung von Bedeutung gewesen, sondern auch der Prozess der Maßnahmenentwicklung, der Prozess der Abstimmung zwischen den beteiligten Mitarbeiter/innen und den Heimleitungen sowie der Prozess der Maßnahmenumsetzung. In dem vorliegenden Abschlussbericht liegt dementsprechend ein besonderer Fokus auf der Abbildung dieser Prozesse. Es kann davon ausgegangen werden, dass einige der entwickelten Maßnahmen direkt für andere Einrichtungen nutzbar zu machen sind. Bei anderen wird eine einrichtungsspezifische Anpassung vorgenommen werden müssen. Die dargestellten Prozesse liefern vor allem Beispiele dafür, wie partizipative Veränderungsprozesse in Einrichtungen der stationären Altenpflege prinzipiell strukturiert auf den Weg gebracht

werden und welche Schwierigkeiten, Widerstände und strukturelle Hindernisse dabei auftreten können.

Abschließend soll nochmals hervorgehoben werden: Ein partizipatives und kollegiales Führungsverständnis kann durch Delegation und Übernahme von Verantwortung zur Entlastung Aller beitragen. Es kann die Vertrauenskultur fördern, indem die Mitarbeiter/innen als Expert/innen ihrer Arbeit anerkannt und wertgeschätzt werden. Es kann dazu beitragen, das Arbeitsklima zu verbessern und die Mitarbeiter/innen an die Einrichtung zu binden. Für die Umsetzungschancen nachhaltiger, gesundheitsfördernder Konzepte muss daher bereits zu Projektbeginn ein solch partizipatives und kollegiales Führungsverständnis vorausgesetzt werden.

Literaturverzeichnis

- Ammann, Angelika (2007): Rückengerechtes Arbeiten in der Pflege. Leitfaden für gesundheitsfördernde Techniken in der Pflege. Schlütersche Verlagsgesellschaft. Hannover.
- Bergen, Peter (2004): Hygiene in Altenpflegeeinrichtungen. Urban & Fischer. München.
- Berufsgenossenschaft für Gesundheit und Wohlfahrtspflege (BGW) – Deutsche Angestellten Krankenkasse (DAK) (Hg.) (2003): Gesundheitsreport 2003. Altenpflege. Arbeitsbedingungen und Gesundheit von Pflegekräften in der stationären Altenpflege. Hamburg.
- Berufsgenossenschaft für Gesundheit und Wohlfahrtspflege (BGW) – Presse – Info Oktober 2005.
- Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege (BGW) (Hg.) (2006): Betriebliches Gesundheitsmanagement in Einrichtungen der stationären Altenhilfe. Hamburg.
- Blass, Kerstin (2006): Gesund Pflegen in der Altenpflege. Analyse und Maßnahmenentwicklung zur Reduzierung der Arbeitsbelastung in der stationären Altenpflege. Schriftenreihe der Initiative neue Qualität in der Arbeit (INQA), Band 16. Dortmund.
- Blass, Kerstin (2003): Personalplanung in stationären Pflegeeinrichtungen. Veröffentlichung der Wissenschaftlichen Begleitung zum Modellprogramm des Bundesministeriums für Gesundheit und Soziale Sicherung zur "Verbesserung der Situation der Pflegebedürftigen", Band 4. Saarbrücken.
- Blass, Kerstin (2001): Die Kurzzeitpflege - Ein unverzichtbarer Bestandteil einer integrierten Versorgungskette. Veröffentlichung der Wissenschaftlichen Begleitung zum Modellprogramm des Bundesministeriums für Gesundheit und Soziale Sicherung zur "Verbesserung der Situation der Pflegebedürftigen", Band 5. Saarbrücken.
- Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (Hg.) (1998): Zweiter Bericht zur Lage der älteren Generation in der Bundesrepublik Deutschland: Wohnen im Alter. Bundestags-Drucksache 13/9750.
- Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (Hg.) (2001): Dritter Bericht zur Lage der älteren Generation in der Bundesrepublik Deutschland: Alter und Gesellschaft. Bundestags-Drucksache 14/5130.
- Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (Hg.) (2007): Möglichkeiten und Grenzen selbständiger Lebensführung in stationären Einrichtungen. München.
- Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend über die Situation der Heime und die Betreuung der Bewohnerinnen und Bewohner. Stand: 15.08.2006. www.bmfsfj.de.
- Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (Hg.) (2006): Situation der Heimbewohnerinnen und Heimbewohner, Kurzzusammenfassung: Kapitel 4, S. 2.
- Bundesverband der Unfallkassen (Hg.) (2002a): Rückengerechter Patiententransfer in der Kranken- und Altenpflege. Bundesweites Präventionsprogramm der Unfallversicherungsträger der öffentlichen Hand. München.
- Bundesverband der Unfallkassen (Hg.) (2002b): Sitzen – Heben – Tragen. Ausgleichsübungen am Arbeitsplatz. München.
- Conrad, Peter; Keller Michael (1998): Mitarbeiterführung – Grundlagen und Konzepte. Zentrum für Fernstudien & universitäre Weiterbildung, Studienbrief PE0510 im Fernstudiengang Personalentwicklung im lernenden Unternehmen. Kaiserslautern.

- Deutsche Angestellten Krankenkasse (DAK) – Berufsgenossenschaft für Gesundheit und Wohlfahrts-
pflege (BGW) (Hg.) (2000): DAK-BGW Studie zu den Arbeitsbedingungen in der Krankenpfle-
ge. Krankenpflegereport 2000: S. 44.
- Deutsche Expertengruppe Dementenbetreuung e.V. (Hg.) (2005): Die Ernährung Demenzkranker in
stationären Einrichtungen. Praktische Erfahrungen und Empfehlungen aus der Milieuthérapie.
Selbstverlag Deutsche Expertengruppe Dementenbetreuung e.V.. Rieseby.
- Diakonisches Werk Berlin-Brandenburg e.V. (Hg.). Leitfaden zur Gestaltung und Umsetzung flexibler
Arbeitszeitsysteme in Pflege- und Betreuungseinrichtungen. www.arbeitszeitberatung.de und
www.bmgs.bund.de/de/asp/arbeitszeitmodelle.
- Domsch, Michael; Harms, Martina; Stickel, Peter (2000): Methoden II - Arbeitstechniken der Perso-
nalplanung. Zentrum für Fernstudien & Universitäre Weiterbildung. Studienbrief PE0410. Kai-
serslautern.
- Donabedian, Avedis (1980). The definition of quality and approaches to its assessment. Explorations
in quality assessment and monitoring. Health Administration: Ann Arbor, Michigan.
- Einführung in die Themenzentrierte Interaktion (TZI). www.feliz.de/html/tzi.htm.
- Geiger, Manfred; Kirchen-Peters, Sabine (2007): Kurzzeitpflege vor der Reform: Perspektiven eines
Versorgungsbausteins. Veröffentlichung der Wissenschaftlichen Begleitung zum Modellpro-
gramm des Bundesministeriums für Gesundheit und Soziale Sicherung zur "Verbesserung der
Situation der Pflegebedürftigen", Band 16, Saarbrücken.
- Glaser, J. (im Erscheinen): TAA Screening Altenpflege. Technische Universität München, Lehrstuhl für
Psychologie, München.
- Harder, Jens; Ammermann, Lars (2005): Die Praxis der Mitarbeiterführung. Situationsgerechtes Füh-
ren. Hannover.
- Hasselhorn, Hans-Martin; Tackenberg, Peter; Müller, Bernd Hans (2003): Vorzeitiger Berufsausstieg
aus der Pflege in Europa. Sichere Arbeit, 6:22-25
- Höft, Barbara (Hg.) (1999): Empfehlungen für Leistungsstandards in der gerontopsychiatrischen Pfl e-
ge. Bonn: S. 17.
- Hörning, Karl H.; Gerhardt, Annette; Michailow, Matthias (1991): Zeitpioniere. Flexible Arbeitszeiten -
neuer Lebensstil. Frankfurt a.M.
- Institut für Pflegewissenschaften an der Universität Bielefeld (IPW) (Hg.) (2007): Referenzmodelle.
Qualitätsverbesserung in der vollstationären Pflege – Leitfaden zur praktischen Umsetzung
des Referenzkonzepts. Band 5, Teil A
- Institut für Sozialarbeit und Sozialpädagogik in Frankfurt a.M. (ISS) und Institut für Gerontologie an der
Universität Dortmund (FFG) (Hg.) (2007): Referenzmodelle. Qualitätsverbesserung in der voll-
stationären Pflege – Leitfaden zur praktischen Umsetzung des Referenzkonzepts. Band 5, Teil
B.
- Kämmer, Karla (2006): Führung. In: Berger, Gerhard; Kämmer, Karla; Zimber, Andreas (Hg.) Erfolgs-
faktor Gesundheit. Handbuch zum betrieblichen Gesundheitsmanagement, Teil 2 Pflegema-
nagement und Selbstpflege. Hannover.
- Landesanstalt für Arbeitsschutz (Hg.) (2002): Praxis in NRW. Gesundheit schützen beim Heben und
Tragen. Sieben Schritte zum Erfolg. Kleve.
- Medizinischer Dienst der Spitzenverbände der Krankenkassen (2007): 2. Bericht des MDS nach §118
Abs. 4 SGB XI: Qualität in der ambulanten und stationären Pflege. Köln.

- Mehlan, Silke (im Erscheinen): Tätigkeitsbeobachtung Projekt AIDA. Institut für Sozialforschung und Gesellschaftspolitik (Hg.) Köln.
- Michaelis, Martina; Nienhaus, Albert; Hermann, Stella; Soyka, Matthias (2003): Rückengerechter Patiententransfer in der Kranken- und Altenpflege. Evaluation eines modernen Pflegekonzepts. Dortmund/Berlin/Dresden.
- Müller, Herbert (2001): Arbeitsorganisation in der Altenpflege. Ein Beitrag zur Qualitätsentwicklung und -sicherung. Hannover.
- Ochs, Peter; Petrenz, Johannes; Reindl, Josef (1996): Ressource. Handbuch zur arbeitsnahen Gesundheitsförderung im Betrieb. Saarbrücken.
- Reindl, Josef unter Mitarbeit von Meinerz Klaus-Peter (2003): Gesundheitskompetenz: Selbsttechnik oder sozial eingeebte Selbstsorge. In: Arbeitsgemeinschaft Betriebliche Weiterbildungsfor- schung e.V./Projekt Qualifikations-Entwicklungs-Management (Hg.): Kompetenz. Müns- ter:207-242.
- Roskosch; Wipp (2007): Controlling und Einsatzplanung eng verzahnen. In: Altenheim 12/2007: 18- 24.
- Schichterich, Wolfgang (2004): Moderation von Projektgruppen und Gesundheitszirkeln. Berufsges- nossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege (BGW) (Hg.) Hamburg.
- Sowinski, Christine (1995): Selbstpflege der Pflegenden. In: Die Schwester/Der Pfleger 12/1995: 1074-1078.
- Wikipedia. http://de.wikipedia.org/wiki/Konrad_Lorenz.
- Wikipedia. <http://de.wikipedia.org/wiki/Aufbauorganisation>
- Wikipedia. http://de.wikipedia.org/wiki/Themenzentrierte_Interaktion
- Wingenfeld, Klaus; Korte-Pötters, Ursula; Heitmann, Dieter (2006): Referenzmodelle. Qualitätsmaß- stäbe in der vollstationären Pflege – Leitfaden zur praktischen Umsetzung des Referenzkon- zepts, Heft 5, Teil A. Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales des Landes Nordrhein- Westfalen (Hg.) Düsseldorf.
- Wipp, Michael; Wagner, W. (2005): Der Regelkreis der Einsatzplanung. Personaleinsatzplanung, Mit- arbeiterinsatzplanung und Dienstplangestaltung in der stationären Altenhilfe. Hannover.
- Wright, Michael T. u.a. (2007) Gesundheit Berlin (Hg.): Dokumentation 13. bundesweiter Kongress Armut und Gesundheit. Berlin.
- Zimber, Andreas; Gregersen, Sabine (2007): „Gesundheitsfördernd führen“: Eine Pilotstudie in aus- gewählten BGW-Mitgliedsbetrieben. Hamburg.

Anhang

- **Fragebogen „Pflege“**

I) Arbeitszeit

Die personelle Besetzung Ihrer Dienste ist flexibel und orientiert sich an den anfallenden Arbeitsspitzen und Tälern?	Ja	Nein	
Arbeiten Sie in einer	5 Tage Woche?	5,5 Tage Woche?	6 Tage Woche?
Wie viele Samstagsdienste haben Sie durchschnittlich im Monat?	_____ Anzahl		
Wie viele Sonntagsdienste haben Sie durchschnittlich im Monat?	_____ Anzahl		
Wie viele Nachtdienste haben Sie durchschnittlich im Monat?	_____ Anzahl		
Ist es in diesem Jahr schon vorgekommen, dass Sie mehr als 20 Tage ohne einen freien Tag hintereinander gearbeitet haben?	Ja, einmal	Ja, mehrmals	Nein

Zeitliche Planbarkeit der Arbeit	Trifft völlig zu	Trifft eher zu	Trifft eher nicht zu	Trifft gar nicht zu
In Ihrem Wohnbereich ist klar geregelt, wer für welche Arbeitsaufgaben zuständig ist.				
Ihre Arbeitsaufgaben sind während einer Schicht gut planbar.				
Sie wissen bereits im Voraus, wann bei den Bewohner/innen ein Termin (z.B. Arztbesuch, MDK usw.) ansteht.				
Sie werden mit Ihren täglichen Arbeitsaufgaben ohne Hektik fertig.				
Sie müssen Ihre Arbeit immer wieder unterbrechen, weil Sie Kolleg/innen aushelfen müssen.				
Sie müssen Ihre Arbeit immer wieder unterbrechen, weil Sie von Bewohner/innen gerufen werden.				
Sie müssen einzelne Tätigkeiten aufgrund organisatorischer Mängel immer wieder unterbrechen (z.B., weil der Arbeitswagen falsch bestückt ist, keine Hilfsmittel vorhanden oder diese defekt sind).				
Vereinbarkeit Familie/ Beruf	Trifft völlig zu	Trifft eher zu	Trifft eher nicht zu	Trifft gar nicht zu
Sie können Ihre täglichen Arbeitspausen ungestört nehmen.				
Sie können in der Regel pünktlich Feierabend machen.				
Sie können nach einem Arbeitstag zu Hause abschalten.				
Sie können Ihre Freizeit (Urlaub, Wochenende) nicht gut planen, weil Sie häufig auch kurzfristig einspringen müssen.				
Sie können die zeitlichen Anforderungen der Arbeit und der Familie immer schlechter miteinander vereinbaren.				
Ihre Arbeitszeitwünsche werden im Dienstplan ausreichend berücksichtigt.				
Sie wünschen sich flexiblere Arbeitszeiten.				
Sie wünschen sich kürzere tägliche Dienstzeiten.				
Sie wünschen sich längere tägliche Dienstzeiten und dafür mehr freie Arbeitstage.				
Sie wünschen sich mehr freie Tage hintereinander.				

II) Arbeitsorganisation

Handlungsspielräume	Trifft völlig zu	Trifft eher zu	Trifft eher nicht zu	Trifft gar nicht zu
Sie können Ihren täglichen Arbeitsablauf selbst gestalten.				
Sie können bei der Erledigung der Arbeitsaufgaben eigene Vorstellungen umsetzen.				
Sie müssen bei Ihrer Arbeit immer öfter wirtschaftliche Notwendigkeiten berücksichtigen.				
Bei den Mitarbeiter/innen und den Führungskräften besteht eine gemeinsame Vorstellung darüber, wodurch sich eine „gute Pflege“ auszeichnet.				
In der Einrichtung sind betriebswirtschaftliche Notwendigkeiten wichtiger als „gute Pflege“.				
Arbeitsabläufe	Trifft völlig zu	Trifft eher zu	Trifft eher nicht zu	Trifft gar nicht zu
Die Größe der Wohnbereiche ist funktional.				
Die Aufnahme neuer Bewohner/innen ist gut organisiert.				
In Ihrer Einrichtung gibt es geregelte Abläufe im Umgang mit Beschwerden von Bewohner/innen und deren Angehörigen.				
Die täglichen Arbeitsabläufe in Ihrem Wohnbereich sind gut organisiert.				
Zusammenarbeit Funktionsbereiche/ Kooperationspartner	Trifft völlig zu	Trifft eher zu	Trifft eher nicht zu	Trifft gar nicht zu
Die Zusammenarbeit mit der Küche klappt gut.				
Die Zusammenarbeit mit der Reinigung klappt gut.				
Die Zusammenarbeit mit der Wäscherei klappt gut.				
Die Zusammenarbeit mit den Ärzten/innen klappt gut.				
Die Zusammenarbeit mit den Apotheken klappt gut.				
Die Zusammenarbeit mit den Krankenhäusern klappt gut.				
Externe Anforderungen	Trifft völlig zu	Trifft eher zu	Trifft eher nicht zu	Trifft gar nicht zu
Die Anforderungen an die Dokumentation der Pflege sind gut leistbar.				
Es finden zu viele externe Prüfungen (z.B. Heimaufsicht, MDK usw.) in der Einrichtung statt.				
Die externen Prüfer/innen widersprechen sich regelmäßig.				
Die Beanstandungen der externen Prüfer/innen sind gut nachvollziehbar.				

III) Zusammenarbeit

Teamarbeit	Trifft völlig zu	Trifft eher zu	Trifft eher nicht zu	Trifft gar nicht zu
In Ihrem Wohnbereich helfen und unterstützen sich die Kolleg/innen gegenseitig.				
In Ihrem Wohnbereich werden immer wieder Kolleg/innen abgezogen und in einem anderen Wohnbereich eingesetzt.				
Wenn Ihr Wohnbereich personell unterbesetzt ist, helfen Kolleg/innen von anderen Wohnbereichen aus.				
Sie wünschen sich, in einem anderen Wohnbereich zu arbeiten.				
Sie arbeiten am liebsten alleine.				
In Ihrem Wohnbereich mobben sich die Kolleg/innen.				
Ihre Kolleg/innen sind fachlich sehr kompetent.				
Kommunikation/ Information	Trifft völlig zu	Trifft eher zu	Trifft eher nicht zu	Trifft gar nicht zu
Sie haben jederzeit Zugang zu wichtigen Informationen.				
Es finden in der Einrichtung zu viele Besprechungen statt.				
Sie werden regelmäßig über alle wichtigen, Ihren Arbeitsbereich betreffenden Entscheidungen und Entwicklungen informiert.				
Sie wissen, wie sich der Personalbedarf für Ihren Wohnbereich errechnet.				
In Ihrem Wohnbereich werden Probleme offen angesprochen.				
Sie können in Ihrem Arbeitsteam Vorschläge und Ideen einbringen.				
Arbeitsklima	Trifft völlig zu	Trifft eher zu	Trifft eher nicht zu	Trifft gar nicht zu
Kolleg/innen, Vorgesetzte und die Leitung ziehen gemeinsam an einem Strang, um die Arbeit zu bewältigen.				
Die Heimleitung weiß, welchen Arbeitsanforderungen die Pflegekräfte täglich ausgesetzt sind.				
Die Arbeit in der Altenpflege macht Ihnen Spaß.				
In Ihrem Wohnbereich herrscht ein gutes Arbeitsklima.				
In der ganzen Einrichtung herrscht ein gutes Arbeitsklima.				
Sie haben das Gefühl, dass Sie jederzeit austauschbar sind, die Leitung also nichts tun würde, um Sie in der Einrichtung zu halten.				
Sie denken an einen Wechsel in eine andere Einrichtung.				
Sie denken an einen beruflichen Wechsel in eine andere Branche.				
Angehörige kommen gerne in die Einrichtung.				
Das Verhältnis zwischen Mitarbeiter/innen und Bewohner/innen ist von Vertrauen geprägt.				

IV) Führung

Führung	Trifft völlig zu	Trifft eher zu	Trifft eher nicht zu	Trifft gar nicht zu
In Ihrer Einrichtung ist klar geregelt, welche der Leitungspersonen welche Aufgaben hat und für welchen Verantwortungsbereich sie zuständig ist.				
In Ihrem Wohnbereich herrscht ein vertrauensvolles Verhältnis zur Wohnbereichsleitung (WBL).				
In Ihrem Wohnbereich herrscht ein vertrauensvolles Verhältnis zur Pflegedienstleitung (PDL).				
In Ihrem Wohnbereich herrscht ein vertrauensvolles Verhältnis zur Heimleitung (HL).				
Sie erleben den Umgang der WBL mit den Mitarbeiter/innen als fair und gerecht.				
Sie erleben den Umgang der Pflegedienstleitung mit den Mitarbeiter/innen als fair und gerecht.				
Sie erleben den Umgang der Heimleitung mit den Mitarbeiter/innen als fair und gerecht.				
In Ihrem Wohnbereich können Sie als Team gut planen, ohne dass sich die Pflegedienstleitung dauernd einmischt.				
In Ihrem Wohnbereich können Sie als Team gut planen, ohne dass sich die Heimleitung dauernd einmischt.				

Führung (Mehrfachnennungen möglich)	HL	PDL	WBL	Kolleg/innen	Betriebsrat/ MV	Keiner
Wer hat für Ihre persönlichen und beruflichen Probleme in der Regel ein offenes Ohr?						
Wer unterstützt Sie nach Bedarf bei Ihrer Arbeit?						
Wer lässt Ihnen bei der Gestaltung Ihrer Arbeit ausreichende Spielräume?						
Wer kontrolliert Ihre Arbeit mehr als es notwendig wäre?						
Wer lobt Sie für Ihre Leistungen?						
Wessen Anordnungen und Entscheidungen können Sie gut nachvollziehen?						
Wessen Kritik erleben Sie als sachlich und konstruktiv?						
Von wem erhalten Sie konstruktive Rückmeldungen über ihre Entwicklungsmöglichkeiten?						
Wer stellt sich hinter die Mitarbeiter/innen, wenn diese unter Druck geraten?						
Wer schaltet sich bei Konflikten ein und sucht mit den Beteiligten nach einer Lösung?						
Wer ist nach Ihrer Meinung ständig überarbeitet und kann deshalb die Arbeitsaufgaben nicht mehr angemessen bewältigen?						

HL = Heimleitung; PDL = Pflegedienstleitung; WBL = Wohnbereichs - oder Stationsleitung; MV = Mitarbeitervertretung

V) Hygiene

Zum Thema Hygiene gibt es in Ihrem Haus:	ja	nein	weiß nicht
eine Gefährdungsbeurteilung			
Fortbildungen			
regelmäßige Unterweisungen durch die Leitung			
Arbeitskreis(e)			
ein Handbuch			
Hygienestandards			
regelmäßige betriebsärztliche Untersuchungen			
Hygienefachkräfte			
Sonstiges: _____ _____ _____			

Treffen folgende Aussagen zu?	ja	nein	weiß nicht
Die Gefährdungspotentiale durch mangelnde Hygiene sind Ihnen bekannt.			
Für die Einhaltung von Hygienerichtlinien fühlen Sie sich ausreichend qualifiziert.			
Gegen die wichtigsten Infektionskrankheiten sind Sie geimpft.			
Die Arbeit mit dem Pflegearbeitswagen ist hilfreich für die Einhaltung von Hygienestandards.			
Die Wohnqualität der Bewohner/innen wird durch die Hygienerichtlinien beeinträchtigt.			
Das strikte Einhalten von Hygienerichtlinien ist nicht immer umsetzbar.			
Sie fühlen sich sicher im Umgang mit Kanülen, Lanzetten und Spritzen.			
Sie haben häufig Angst, sich bei der Grund- und Behandlungspflege zu infizieren.			
Sie achten sorgfältig auf die Händehygiene.			
Sie entscheiden sich oft gegen das eigentlich angeratene Tragen von Schutzhandschuhen.			
Die ständigen Feuchtarbeiten empfinden Sie als Belastung.			
Im Umgang mit Gefahrenstoffen fühlen Sie sich sicher.			
Die Desinfektion und Sterilisation von Geräten ist bei Ihnen unproblematisch.			
Sie vertrauen auf die hygienische Zubereitung und Lagerung von Speisen in Ihrem Haus und würden jederzeit alles selbst essen.			
Es gibt immer wieder Hygieneprobleme mit mitgebrachten Speisen.			
Der hygienische Umgang mit dem Abfall funktioniert bei Ihnen gut.			
Bei der Entsorgung von Schmutzwäsche gibt es keine Probleme.			

VI) Psychische Belastung durch Bewohner/innen bzw. Angehörige

Sie fühlen sich besonders belastet ...	Trifft völlig zu	Trifft eher zu	Trifft eher nicht zu	Trifft gar nicht zu
durch Bewohner/innen in der Sterbephase.				
durch Bewohner/innen mit hohem grundpflegerischem Bedarf.				
durch Bewohner/innen mit hohem behandlungspflegerischem Bedarf.				
durch immobile Bewohner/innen.				
durch inkontinente Bewohner/innen.				
durch Bewohner/innen, die weinerlich und depressiv sind.				
durch Bewohner/innen mit Suizidgedanken.				
durch demenzkranke Bewohner/innen.				
durch Bewohner/innen mit Tag-Nacht-Umkehr.				
durch Bewohner/innen, die aggressiv im Umgang mit anderen Bewoh- ner/innen sind.				
durch Bewohner/innen, die aggressiv im Umgang mit dem Personal sind.				
durch Bewohner/innen, die notwendige Hilfen ablehnen.				
durch Bewohner/innen mit Weglauftendenz.				
durch permanent schreiende oder rufende Bewohner/innen.				
durch Bewohner/innen, die andere Bewohner/innen sexuell belästigen.				
durch Bewohner/innen, die das Personal sexuell belästigen.				
durch Bewohner/innen, die sediert werden (müssen).				
durch Bewohner/innen, die fixiert werden (müssen).				
Angehörige	Trifft völlig zu	Trifft eher zu	Trifft eher nicht zu	Trifft gar nicht zu
Die Angehörigen entlasten Sie bei Ihrer Arbeit.				
Die Kommunikation mit den Angehörigen wird in Ihrer Einrichtung als Teil Ihrer Arbeit betrachtet.				
Die Zusammenarbeit mit Angehörigen klappt gut.				
Die Angehörigen haben manchmal zu hohe Ansprüche.				
Die Angehörigen von Demenzkranken kooperieren besser als die An- gehörigen geistig rüstiger Bewohner/innen.				
Die Angehörigen geben Ihnen oft wertvolle Tipps, weil sie den/die Be- wohner/in besser kennen.				
Die Angehörigen sind mit der Versorgungsqualität zufrieden.				
Die Angehörigen lassen ihr schlechtes Gewissen an Ihnen aus.				
Es gibt häufig Unstimmigkeiten mit den Angehörigen.				
Man muss den Angehörigen oft das Verhalten Demenzkranker erklä- ren.				

VII) Handhabung von Lasten

Wenn schwere Lasten zu bewegen sind (Bewohner/innen mobilisieren, lagern usw.), versuchen Sie:	Trifft völlig zu	Trifft eher zu	Trifft eher nicht zu	Trifft gar nicht zu
andere Mitarbeiter/innen hinzuzuziehen.				
technische Hilfsmittel (Hebehilfen) zu nutzen.				
Technische Hilfsmittel stehen in Ihrer Einrichtung in hinreichendem Maße zur Verfügung.				
Sie nutzen vorhandene technische Hilfsmittel nicht (im eigentlich notwendigen Ausmaß),				
weil der Zeitdruck zu hoch ist.				
weil die Räumlichkeiten zu eng sind.				
weil Sie keine wirkliche Arbeitserleichterung sind.				
weil die Bewohner/innen das nicht mögen.				
Anderer Grund:				
.....				

Welche Maßnahmen sind geeignet um Belastungen, die auf das Bewegen von schweren Lasten zurückzuführen sind, zu reduzieren?	Trifft völlig zu	Trifft eher zu	Trifft eher nicht zu	Trifft gar nicht zu
Mehr Information über einen rückengerechten Umgang mit Lasten.				
Mehr unmittelbar praktische Anleitung in der konkreten Arbeitssituation.				
Einübung rückengerechter Hebe- und Tragetechniken durch spezielle Kurse, wie etwa Bobath-Konzept, Kinästhetik, Rückenschule.				
Mehr wechselseitige Unterstützung der Mitarbeiter/innen.				
Mehr technische Hilfsmittel mit entsprechender Anleitung.				
Mehr Patientenaktivierung, damit diese besser mitwirken.				
Eine Verbesserung der räumlichen Verhältnisse.				
Eine Verbesserung der Arbeitsabläufe.				
Eine in diesen Fragen sensiblere Leitung.				
Ein besseres Arbeitsklima, damit man diese Fragen besser ansprechen kann.				
Ausgleichsport/Fitnesstraining im privaten Bereich.				

VIII) Sensibilisierung und gesundheitsbewusstes Verhalten

Aktuelle Bewältigung von Belastungen	Trifft völlig zu	Trifft eher zu	Trifft eher nicht zu	Trifft gar nicht zu
Mit Belastungen am Arbeitsplatz muss jede/r zunächst selbst zurechtkommen.				
Bei der Gesundheitsförderung ist zunächst der Arbeitgeber gefordert.				
Um mit den Belastungen der Arbeit fertig zu werden, erleben Sie als förderlich:				
die allgemeine Lage in der Einrichtung				
das Betriebsklima in der Einrichtung				
den Kollegenkreis				
die Team-/Dienstbesprechungen				
die Leitung bzw. der/die Vorgesetzte				
Ihre Familie bzw. Ihr/Ihre Lebenspartner/in				
Hobbys und Freizeitaktivitäten				
Kontakte mit Freunden und Bekannten				
Ärzte/Therapeuten				
Erfahrungen mit gesundheitsförderlichen Maßnahmen	Trifft völlig zu	Trifft eher zu	Trifft eher nicht zu	Trifft gar nicht zu
In Ihrer Einrichtung werden in hinreichendem Maße gesundheitsfördernde Maßnahmen angeboten.				
Derartige Angebote werden von Ihnen genutzt.				
Ihr/e Vorgesetzte/r kümmert sich genügend um den Gesundheitsschutz an den Arbeitsplätzen.				
Ihr/e Vorgesetzte/r motiviert Sie, an Fort- und Weiterbildungen teilzunehmen, die sich mit Gesundheitsförderung befassen.				
Ihr/e Vorgesetzte/r motiviert Sie, Vorschläge zur Verbesserung von Arbeitsschutz und Gesundheitsförderung einzubringen.				
Zur Förderung von gesundheitsbewusstem Verhalten und von mehr Gesundheitsschutz wünsche Sie sich künftig	Trifft völlig zu	Trifft eher zu	Trifft eher nicht zu	Trifft gar nicht zu
mehr Information durch schriftliche und mündliche Hinweise.				
mehr praktische Anleitung und Übungen.				
mehr Fort- und Weiterbildung in diesen Fragen.				
mehr wechselseitige Unterstützung durch die Mitarbeiter/innen.				
eine häufigere Thematisierung dieser Fragen in Teambesprechungen.				
eine in diesen Fragen sensiblere Leitung.				
ein besseres Arbeitsklima, damit man diese Fragen besser ansprechen kann.				

IX) Allgemeines zu Ihrer Arbeitssituation

Berufliche Weiterbildung	Trifft völlig zu	Trifft eher zu	Trifft eher nicht zu	Trifft gar nicht zu
Es ist für Sie wichtig, dass Sie sich regelmäßig fortbilden.				
Es fällt Ihnen leicht, neu Erlerntes direkt bei der Arbeit anzuwenden.				
Auf Neuerungen und Veränderungen am Arbeitsplatz können Sie sich leicht einstellen.				
Für die berufliche Weiterbildung nutzen Sie regelmäßig Fachzeitschriften, Computer und Internet, Besuche auf Messen, etc.				
Die vom Betrieb angebotenen Weiterbildungsmöglichkeiten reichen für Sie aus.				
Den vom Betrieb angebotenen Weiterbildungsmöglichkeiten können Sie nicht mehr nachkommen.				
Wie oft haben Sie in den letzten zwei Jahren an einer beruflichen Bildungsveranstaltung (Seminar, Kurs, Fachvortrag etc.) teilgenommen?	Ungefähr _____ mal			

Allgemeines zu Ihrer Arbeit	Trifft völlig zu	Trifft eher zu	Trifft eher nicht zu	Trifft gar nicht zu
Sie können sich gut vorstellen, dass Sie auch in 10 Jahren noch in der Lage sind, Ihre Arbeit auszuüben.				
Sie müssen sich keine Sorgen machen, den Arbeitsplatz zu verlieren.				
An den meisten Tagen gehen Sie gerne zur Arbeit.				
Sie sind bei Ihrer Arbeit an die Grenzen Ihrer Belastbarkeit gestoßen.				
Es gab bei Ihnen schon gesundheitliche Probleme, die im Zusammenhang mit der Arbeit stehen (z.B. Rücken- und Gliederschmerzen, Kopfschmerzen, Nervosität, etc.).				

Erwartungen an das Projekt AIDA – Arbeitsschutz in der Altenpflege	Trifft völlig zu	Trifft eher zu	Trifft eher nicht zu	Trifft gar nicht zu
Was wird nach Ihrer Ansicht wahrscheinlich eintreten?				
Durch AIDA werden gesundheitsschädliche Dinge leichter erkannt.				
Von AIDA erwarten Sie eine Verminderung der Belastungen bei Ihrer Arbeit.				
Durch AIDA werden gesundheitsförderliche Aspekte bei der Arbeit stärker beachtet.				
AIDA wird zur Verbesserung des Arbeitsklimas in Ihrer Einrichtung beitragen.				
Damit die Arbeitsbedingungen tatsächlich verbessert werden, sind neben AIDA weitere zusätzliche Maßnahmen erforderlich.				

Angaben zur Person

Geschlecht	weiblich	männlich
Alter:	_____Jahre	
Nationalität:	_____	
Sind Sie oder Ihre Eltern nach Deutschland eingewandert?	Ja, und zwar aus _____	Nein
Seit wann leben Sie in Deutschland?	seit _____	
Berufsausbildung:	Krankenschwester/-pfleger	Altenpfleger/in
	nicht examinierte Pflegekraft	Einjährige Pflegeausbildung
	Sonstiges: _____	
Beschäftigungsverhältnis :		
Beschäftigungsdauer im jetzigen Beruf:	____Jahre	____Monate
Beschäftigung in dieser Einrichtung:	____Jahre	____Monate
Arbeitsumfang:	_____ Stunden/Woche	
	Vollzeit	Teilzeit _____%
Wie viele Überstunden bzw. Mehrarbeitsstunden haben Sie zurzeit?	_____Stunden	
Arbeitsvertrag:	unbefristet	befristet
Arbeiten Sie regelmäßig im Schichtdienst?	Nein	Ja, einschließlich Nachtdienst
	Dauernachtschicht	Ja, jedoch ohne Nachtdienst
Wie viele Krankheitstage hatten Sie im letzten Jahr?	_____ Tage	
In welchem Wohnbereich arbeiten Sie?	Wohnbereich: _____	
In welcher Funktion sind Sie dort beschäftigt:	Wohnbereichsleitung	stellv. Wohnbereichsleitung
	examinierte Fachkraft	Pflegehelfer/in
	Servicekraft/ Stationshilfe	Therapeut/in; soziale Betreuung
Ihr monatliches Bruttoeinkommen liegt:	zwischen 400 Euro und 1000 Euro	zwischen 2000 Euro und 2500 Euro
	zwischen 1000 Euro und 1500 Euro	zwischen 2500 Euro und 3000 Euro
	zwischen 1500 Euro und 2000 Euro	über 3000 Euro

