



Gesundheitsförderung in der Altenpflegeausbildung

Abschlussbericht des Modellprojekts zur
„Gesundheitsförderung von Altenpflegeschülerinnen
und -schülern während der berufspraktischen Ausbildung
in der stationären Altenpflege“

November 2002 bis April 2004

Gesundheitsförderung in der Altenpflegeausbildung

„Gesundheitsförderung von Altenpflegeschülerinnen und -schülern während der berufspraktischen Ausbildung in der stationären Altenpflege“

November 2002 bis April 2004

Das Modellprojekt der Altenheime der Stadt Mönchengladbach GmbH wurde mit finanzieller Unterstützung des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend und der AOK Rheinland und unter wissenschaftlicher Begleitung des Instituts für Betriebliche Gesundheitsförderung BGF GmbH durchgeführt.

Die Verwendung von einzelnen Teilen ist nur mit einem entsprechenden Quellenverweis zulässig.



Bundesministerium
für Familie, Senioren, Frauen
und Jugend



Autorin:

Gisela Bausch-Weis
Soziologin M.A./ex. Krankenschwester
Koordinatorin der betrieblichen Gesundheitsförderung
in der Altenheime der Stadt Mönchengladbach GmbH



Vorwort

Seit einigen Jahren bietet die ‚Sozial-Holding der Stadt Mönchengladbach GmbH‘ ihren knapp 900 Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern umfassende Maßnahmen zur Gesundheitsförderung an. Der überwiegende Teil der Beschäftigten arbeitet im Bereich der Altenpflege in der ‚Altenheime der Stadt Mönchengladbach GmbH‘, einem Tochterunternehmen der Sozial-Holding. Schnell wuchs die Erkenntnis, dass betriebliche Gesundheitsförderung für Pflegekräfte nicht früh genug beginnen kann: in der Ausbildung.

Mit dem hier vorgestellten Projekt zur „Gesundheitsförderung von Altenpflegeschülerinnen und –schülern während der berufspraktischen Ausbildung in der stationären Altenpflege“ möchte die Altenheime GmbH das Gesundheitsbewusstsein der Auszubildenden von Beginn an fördern und ihr Gesundheitsverhalten in der täglichen praktischen Altenpflegearbeit nachhaltig verbessern. Wir hoffen, mit diesem Erfahrungsbericht anderen Altenpflegeschulen und Trägern der Altenpflegeausbildung einige Anregungen bieten zu können, wie sich eine an den Bedürfnissen der Auszubildenden orientierte Gesundheitsförderung in die Altenpflegeausbildung integrieren lässt.

Die Umsetzung dieses Modellprojekts zur Ausgestaltung des Lernfeldes „Die eigene Gesundheit erhalten und fördern“ im Rahmen der bundeseinheitlichen Ausbildungs- und Prüfungsverordnung für den Beruf der Altenpflegerin und des Altenpflegers war nur Dank der finanziellen Unterstützung des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend möglich.

Unser Dank gilt auch der AOK Rheinland, die durch die Bereitstellung von Ressourcen wesentlich zur Realisierung dieses Gesundheitsförderungsprojekts im „Setting“ der Altenpflegeausbildung beigetragen hat. So wurde die Projektphase wissenschaftlich begleitet durch die Experten des Instituts für Betriebliche Gesundheitsförderung BGF GmbH, der AOK Rheinland. Für diese überaus gute und kompetente Zusammenarbeit bedanken wir uns herzlich bei Nicole Lazar, die sich für die Entwicklung des Fragebogens bis hin zur Auswertung der beiden Umfragen verantwortlich zeigte, und Gregor Mertens, der die Gesundheitsförderung in der Sozial-Holding bereits seit Jahren fachlich berät und mitgestaltet.

Im Rahmen ihrer Diplomarbeit im Fachbereich Gesundheitswesen/Technische Medizinwirtschaft an der Hochschule Niederrhein steuerte Jutta Fellmann wesentliche Impulse zur Projektevaluation und –dokumentation bei. Vielen Dank dafür!



Bei der praktischen Umsetzung gesundheitsfördernder Maßnahmen und Schulungen konnten wir auf das Wissen und die Erfahrung verschiedener Fachleute zurückgreifen: So gelang und gelingt es Jutta Niedernhöfer immer wieder, den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern mit ihren Behandlungen nach dem Prinzip der Ortho-Bionomy® in einfühlsamer Weise einen Moment der Entspannung in ihrem Arbeitsalltag zu bieten. Entspannung war auch das Ziel des Kurses von Monika Lehnen. Sie stellte ein Trainingsprogramm speziell für Altenpflegeschülerinnen und –schüler zusammen. Rückenschonende Arbeitstechniken von Bobath bis Kinästhetik und die Prävention von Muskel- und Skeletterkrankungen durch Rückentraining sind wesentliche Elemente der Gesundheitsförderung im Altenpflegebereich. Für ihr Fachwissen und ihr Engagement bei der Vermittlung körperschonender Methoden und Techniken bedanken wir uns bei Gabriele Scheid- Berheide, Susanne Thielen, Sandra Dambach, Zeljko Turkalj und Hans Wagenaar.

Stellvertretend für alle Dozentinnen und Dozenten, die freiberuflich bei der Bildungs-GmbH tätig sind und die Auszubildenden in ihren jeweiligen Unterrichtsfeldern auf die gesundheitlichen Aspekte ihrer Arbeit aufmerksam machten und machen, möchten wir uns bei Heinz Löhr bedanken, der die Schülerinnen und Schüler bei der Auseinandersetzung mit psychischen Belastungen unterstützte, und Barbara Gehrmann, die den Auszubildenden sowohl im Unterricht als auch in Form eines freiwilligen Angebots die Grundlagen einer gesunden Ernährung schmackhaft machte.

Andrea Brinker und Barbara Klee-Reiter vermittelten den Schülerinnen und Schülern die Grundlagen der Integrativen Validation®. Dieses Handlungskonzept für den Umgang mit dementiell erkrankten Menschen basiert auf einer Haltung der gegenseitigen Wertschätzung. Davon profitierten nicht nur die alten Menschen, sondern auch die Auszubildenden.

Ganz besonderer Dank gilt den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern des Fachseminars für Altenpflege der Bildungs-GmbH: dem Geschäftsleiter, Theo Berger, sowie den Pflegepädagoginnen Margit Schiffgens-Mestrom, Evelin Pedarnig und Angelika Baumann. Ihnen liegt nicht nur die fachlich-qualifizierte Ausbildung der Altenpflegeschülerinnen und –schüler am Herzen, sondern auch ihr Wohlergehen. Diesen Einsatz und die Sorge wissen auch die Auszubildenden zu



schätzen. Bedanken möchten wir uns auch bei Helga Hommen und Cornelia Nieland, denen es immer wieder gelang, die Gesundheitsförderung organisatorisch in die bestehende Stundenplanung zu integrieren.

Die praktische Umsetzung der Gesundheitsförderung erfolgte zu großen Teilen an den Einsatzorten der praktischen Ausbildung. Der damalige Geschäftsleiter der Altenheime GmbH und Service GmbH, Ingo Uhlenbrock, und der Geschäftsleiter der Ambulante Dienste GmbH, Ingo Breuer, unterstützten die Gesundheitsförderung auch über die Projektphase hinaus. So sind die Auszubildenden auch weiterhin eingeladen, sich an allen gesundheitsfördernden Angeboten im Unternehmen aktiv zu beteiligen.

Jeden Tag stellen sich die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter in den Einrichtungen der Altenhilfe der Herausforderung, den pflegebedürftigen Menschen mit fachlicher Kompetenz und menschlicher Wärme zu begegnen. Trotz schwieriger Rahmenbedingungen und einer hohen körperlichen und psychischen Belastung arbeiten die meisten gerne und mit großem persönlichen Einsatz in der professionellen Altenpflege.

Wir möchten die Gelegenheit nutzen und unsere Anerkennung und unseren Dank für diesen Einsatz und das vorbildliche Engagement bei der berufspraktischen Ausbildung der Altenpflegeschülerinnen und –schüler zum Ausdruck bringen. An dieser Stelle können wir das Lob der Auszubildenden für die verantwortungsvolle und engagierte Arbeit der Praxisanleiterinnen und Praxisanleiter – auch in Bezug auf die täglich lebbare und erlebbare Gesundheitsförderung – nur unterstreichen.

Nicht zuletzt bedanken wir uns ganz herzlich bei allen Schülerinnen und Schülern der Kurse 10, 11, 12 und 13 des Fachseminars für Altenpflege der Bildungs-GmbH. Ohne ihre aktive Mitarbeit wäre dieses Projekt gar nicht möglich gewesen.

Wir wünschen Ihnen alles Gute für die Zukunft, viel Freude und nicht zuletzt Gesundheit bei Ihrer Arbeit in der Altenpflege!

Mönchengladbach, September 2004



Gisela Bausch-Weis
Projektkoordinatorin



Helmut Wallrafen-Dreisow
Geschäftsführer



Inhaltsverzeichnis

1 EINLEITUNG	8
2 PROJEKTKONZEPTION	9
2.1 Ausgangssituation	9
2.1.1 Gesundheitliche Belastungen in der Altenpflege	10
2.1.2 Ausstieg aus der Altenpflege	12
2.1.3 Ausbildungs- und Prüfungsverordnung für den Beruf der Altenpflegerin und des Altenpflegers	14
2.1.4 Gesundheitsförderung von Anfang an	15
2.2 Projektbeteiligte	16
2.2.1 Projektträger: Altenheime der Stadt Mönchengladbach GmbH	16
2.2.2 Zielgruppe: Die Auszubildenden des Fachseminars für Altenpflege der Bildungs-GmbH	18
2.2.3 Wissenschaftliche Begleitung: Institut für Betriebliche Gesundheitsförderung BGF GmbH	19
2.3 Theoretischer Hintergrund	20
2.3.1 Vom Arbeitsschutz zur betrieblichen Gesundheitsförderung	20
2.3.2 Ziele und Ansätze betrieblicher Gesundheitsförderung	21
2.3.3 Schlüsselbegriffe: Motivation und Arbeitszufriedenheit	22
2.3.4 Salutogeneseansatz von Aaron Antonovsky	24
2.3.5 Selbstdpflegedefizit-Theorie von Dorothea E. Orem	26
2.3.6 Gesundheitsförderung im „Setting“ Altenpflegeausbildung	28
2.4 Praktischer Hintergrund	29
2.4.1 Gesundheitsmanagement der Sozial-Holding GmbH	29
2.4.2 Kosten-Nutzen-Analyse der Gesundheitsförderung	32
3 PROJEKTREALISATION	33
3.1 Gesundheitsförderung für Altenpflegeschülerinnen und -schüler	33
3.1.1 Zielsetzung	33
3.1.2 Konzeption des Gesundheitsförderungsprogramms	34
3.1.3 Gesundheitsförderung „mit Biss“	38
3.2 Gesundheitsförderung in der theoretischen Ausbildung	40
3.2.1 Einführung in die betriebliche Gesundheitsförderung	42
3.2.2 Perspektivwechsel durch den Ansatz der „Salutogenese“	44
3.2.3 Übertragung der Selbstdpflegedefizit-Theorie auf eigene Bedürfnisse	46
3.2.4 Methodik der Gesundheitszirkelarbeit und praktische Einübung	47
3.2.5 Workshop: Integrative Validation®	53
3.2.6 Rückenschonendes Arbeiten	55
3.2.7 Entspannung mit dem „Gesundheitstraining im Alltag“	55
3.2.8 Weitere Angebote und Inhalte	57
3.3 Gesundheitsförderung in der praktischen Ausbildung	61
3.3.1 Ortho-Bionomy® am Arbeitsplatz	61
3.3.2 Körperschonendes Arbeiten im Altenheim	62
3.3.3 Rückenschule	63
3.3.4 Nichtrauchertraining	64
3.3.5 Ernährungskurs	64



3.4 Transfer der Gesundheitsförderung in die beruflichen Praxis	66
3.4.1 Rolle der Praxisanleitungen	66
3.4.2 Praxisbegleitung durch die Lehrkräfte	68
3.4.3 Checkliste zur Ausbildungssituationsanalyse	69
3.4.4 Ergonomische und strukturelle Aspekte der berufspraktischen Ausbildungssituation	71
3.4.5 Gesundes Arbeiten in einem gesunden Umfeld	72
3.5 Befragung zur Gesundheits- und Ausbildungssituation von Altenpflegeschülerinnen und -schülern	74
3.5.1 Entwicklung und Aufbau des Fragebogens	74
3.5.2 Durchführung der Befragungen	75
3.5.3 Ergebnisübersicht	78
3.5.3.1 A) Belastungen aufgrund der Arbeitssituation	78
3.5.3.2 B) Körperliche Beanspruchung	83
3.5.3.3 C) Psychische Beanspruchung	85
3.5.3.4 D) Vereinbarkeit von Theorie und Praxis / Gesundheitsförderung	87
3.5.3.5 E) Fragen zum eigenen Gesundheitszustand bzw. –verhalten	89
3.5.3.6 F) Psychische und physische Auswirkungen der Tätigkeit	91
3.5.3.7 G) Erholungsstrategien der Altenpflegeschülerinnen und –schüler	94
3.5.3.8 H) Sonstige Fragen zur offenen Beantwortung	96
3.5.4 Bewertung des Messinstruments	102
3.6 Ablaufplan November 2002 – April 2004	103
4 PROJEKTEVALUATION	107
4.1 Gesundheitsförderung während der Ausbildung	109
4.1.1 Gesundheitssituation der Altenpflegeschülerinnen und -schüler	109
4.1.2 Entwicklung und Förderung gesundheitsbezogener Kompetenzen	110
4.1.3 Praxistransfer gesundheitsgerechter Verhaltensweisen	110
4.1.4 Praxistransfer schulischer Inhalte	111
4.2 Gesundheitsförderung mit Blick auf die berufliche Praxis	112
4.2.1 Zeitmanagement	112
4.2.2 Kooperation im Team	113
4.2.3 Vereinbarkeit von Familie und Beruf	115
4.3 Gesundheitsförderung beginnt vor der Ausbildung	116
4.3.1 Auswahl der Bewerberinnen und Bewerber	116
4.3.2 Bild der Altenpflege in der Öffentlichkeit	117
4.3.3 Qualität der Ausbildung erhalten und fördern	118
4.4 Ausblick	119
Abbildungsverzeichnis	121
Literaturverzeichnis	122
Anhang	127

Einleitung

Die Altenpflegeschülerinnen und -schüler haben einen anspruchsvollen und anstrengenden Beruf gewählt, denn die Arbeit in der Altenpflege stellt große Anforderungen an die physische und psychische Belastbarkeit der Pflegekräfte: Anforderungen, denen viele auf Dauer nicht gewachsen sind. Die Folgen sind ein im Vergleich zu anderen Berufsgruppen hoher Krankenstand und eine große Zahl an Altenpflegerinnen und -pflegern, die nach nur wenigen Jahren ihrem erlernten Beruf den Rücken kehren. Um diesem Trend entgegenzuwirken, setzt die ‚Altenheime der Stadt Mönchengladbach GmbH‘ unter anderem auf die Gesundheitsförderung. Die Altenheime GmbH hat sich zum Ziel gesetzt, die Altenpflegeschülerinnen und -schüler von Beginn an für die Belastungen aber auch Ressourcen, die der Beruf bereit hält, zu sensibilisieren und das Gesundheitsverhalten der angehenden Pflegekräfte nachhaltig zu verbessern.

Mit finanzieller und inhaltlicher Unterstützung des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSFJ) und des Instituts für Betriebliche Gesundheitsförderung BGF GmbH der AOK Rheinland hat die Altenheime GmbH ein Konzept zur Gesundheitsförderung von Altenpflegeschülerinnen und -schülern während der berufspraktischen Ausbildung in der stationären Altenpflege entwickelt und von November 2002 bis April 2004 am Fachseminar für Altenpflege der ‚Bildungs-GmbH der Stadt Mönchengladbach‘ praktisch umgesetzt.

Im Zentrum stand die Fragestellung, welche spezifischen Bedürfnisse Auszubildende in der Altenpflege an ein Gesundheitsförderungskonzept stellen und wie sich ihr Gesundheitsverhalten in der berufspraktischen Arbeit frühzeitig und dadurch nachhaltig verbessern lässt.

Mit Hilfe eines eigens entwickelten Fragebogens wurde erstmalig eine umfassende Arbeitssituationsanalyse von Auszubildenden in der Altenpflege durchgeführt und es wurden Ansätze zur Ausgestaltung des Lernfeldes 4.4 „Die eigene Gesundheit erhalten und fördern“ der Ausbildungs- und Prüfungsverordnung für den Beruf der Altenpflegerin und des Altenpflegers erarbeitet und erprobt.

Die in dieser Dokumentation vorgestellten Ergebnissen und Erfahrungen aus der 18-monatigen Projektphase sollen Altenpflegeschulen und Trägern der Ausbildung Anregungen bieten, wie Gesundheitsförderung in der Altenpflegeausbildung implementiert und umgesetzt und dadurch die Arbeitssituation und die Gesundheit



der Altenpflegeschülerinnen und -schüler auch über die Ausbildung hinaus nachhaltig verbessert werden können.

Projektkonzeption

Ausgangssituation

2001 wurden über eine Millionen pflegebedürftige Menschen in 9.200 Pflegeheimen oder von 10.600 zugelassenen ambulanten Pflegediensten gepflegt und betreut. Dort arbeiteten insgesamt rund 665.000 Beschäftigte. Etwa die Hälfte dieser Beschäftigten (336.300) waren Pflegefachkräfte mit einer abgeschlossenen Ausbildung in der Krankenpflege, Kinderkrankenpflege oder Altenpflege. Mit insgesamt 124.879 Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern stellten die staatlich anerkannten Altenpflegerinnen und Altenpfleger etwa ein Drittel der Pflegefachkräfte¹.

Angesichts der demographischen Entwicklung werden in Zukunft noch weitaus mehr Menschen benötigt, die sich der Aufgabe stellen, alten Menschen trotz eines zunehmenden Pflegebedarfs ein möglichst selbstbestimmtes und würdiges Leben zu ermöglichen. Und das müssen qualifizierte Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter sein. Denn Pflegen ist eine Profession und damit mehr als eine bloße Begabung oder gar Berufung. Entsprechend breit gefächert sind die Inhalte und Kenntnisse, die in der Altenpflegeausbildung vermittelt werden. Fundiertes Fachwissen bildet die Grundlage für eine individuell geplante, professionell gesteuerte und qualitativ einwandfrei durchgeführte Pflege.

Eine veränderte Bewohnerstruktur, Arbeitsverdichtung und wachsende Auflagen hinsichtlich der Pflegequalität stellen unterschiedliche und steigende Anforderungen an die Pflegefachkräfte². Vor dem Hintergrund eines engen Finanzierungs- und Personalrahmens gilt es, die fachliche Qualität der Pflege zu erhalten und zu verbessern. Und nicht alle Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter in Altenheimen sind

¹ vgl.: Statistisches Bundesamt (2003): Bericht: Pflegestatistik 2001: Pflege im Rahmen der Pflegeversicherung: Deutschlandergebnisse. Bonn.

² vgl.: Leptihn, Tilman (2001): Pflegekonzepte in der Gerontopsychiatrie: Entwicklungen und praktische Umsetzung in der Altenpflege. Hannover: Schlütersche Druckerei und Verlag GmbH & Co. KG; S. 15ff.

Fachkräfte. Das führt dazu, dass sich zusätzliche Arbeitsbelastungen auf immer weniger Schultern verteilen, da un- bzw. angelernte Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter nur begrenzt einsetzbar sind.

Trotz der allgemein schlechten Arbeitsmarktentwicklung ist bei den sozialen Diensten ein überdurchschnittliches Beschäftigungswachstum zu verzeichnen. Doch offensichtlich spitzen sich ausgerechnet im Gesundheits- und Altenpflegebereich die Arbeitsbedingungen so zu, dass viele Menschen hier nicht mehr arbeiten wollen³. Die Arbeits- und Bleibemotivation von Pflegekräften muss deshalb dringend gestärkt werden. Leistungsbereitschaft setzt Leistungsfähigkeit voraus. Daher gilt es, die Arbeitsbedingungen und damit auch die Gesundheit von Pflegenden zu verbessern.

Gesundheitliche Belastungen in der Altenpflege

Im Herbst 2001 legten die Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege (BGW) und die Deutsche Angestellten Krankenkasse (DAK) ein Gutachten vor, das auf den alarmierenden Anstieg der Zahl von Berufskrankheiten bei Pflegeberuflern hinweist⁴. Eine Entwicklung, die die Qualität der Pflege ernsthaft bedroht, wie Dr. Andreas Zimber beim „bgwforum 2001“ in Hamburg betonte. Die Ursachen liegen in der hohen körperlichen und psychischen Belastung, dem Zeitdruck, einer häufig nicht ausreichenden Qualifikation und nicht zuletzt in der geringen gesellschaftlichen Anerkennung des Berufs⁵.

Aktuelle Auswertungen der AOK Rheinland dokumentieren, dass die AOK versicherten Beschäftigten, die in der Branche „Heime“ geführt werden, im Vergleich mit anderen Branchen mittlerweile die höchsten Krankenstandswerte aufweisen.

³ vgl.: Bandemer, Stephan von/Born, Andreas/Hilbert, Josef (2002): Arbeit im Dienstleistungssektor – Arbeitsorganisation, Mitarbeiterzufriedenheit und Kundenorientierung, in: Brödner, Peter/Knuth, Matthias (Hg.): Nachhaltige Arbeitsgestaltung. Trendreport zur Entwicklung und Nutzung von Humanressourcen. München und Mering: Rainer Hampp Verlag, S. 382.

⁴ Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege/Deutsche Angestellten Krankenkasse (2001): BGW-DAK Gesundheitsreport 2001 Altenpflege. Arbeitsbedingungen und Gesundheit von Pflegekräften in der stationären Altenpflege.

⁵ vgl.: Klingbeil-Baksi, Darren (2001): Gesundheitsbelastungen für Pflegende nehmen zu, in: Häusliche Pflege 11/2001, S. 8.



Die Auswertungen zeigen außerdem eine höhere Fallhäufigkeit, eine größere Zahl von krankheitsbedingten Fehltagen, die aus diesen Fällen resultieren, sowie eine längere durchschnittliche Genesungszeit im Vergleich zu den Beschäftigten anderer Branchen⁶. Diese Fakten dokumentieren die starke physische und psychische Beanspruchung der Beschäftigten in Altenpflegeeinrichtungen.

AOK Rheinland

Gesamtkrankenstand Branchen 2002 - 2003

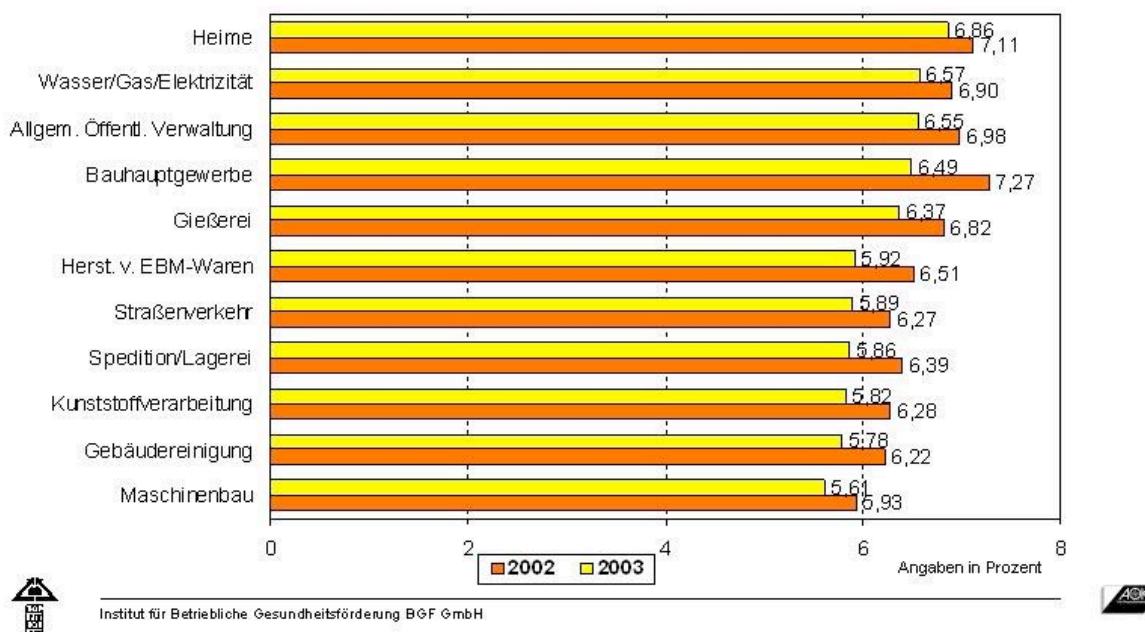


Abb. 1: Gesamtkrankenstand Branchen

Krankheitsbedingte Fehlzeiten verstärken den allgemein beklagten Personalmangel in der Altenpflege noch. Der Arbeitsausfall muss durch die Kolleginnen und Kollegen aufgefangen werden. Arbeitsverdichtung und Überstunden werden zu einer demotivierenden Überforderung der Pflegekräfte und damit zu einer weiteren gesundheitlichen Belastung.

Arbeitsinduzierte Krankheit wirkt sich nicht nur negativ auf die Lebensqualität der Betroffenen aus, sie ist auch mit erheblichen Kosten für den Arbeitgeber verbunden. So veröffentlichte die Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin im Jahr 2002 eine Studie, nach der Produktionsausfälle aufgrund

⁶ vgl.: Meisel, P./Pauli, G. (2004): Rheinlandbericht 2003. Köln, Institut für Betriebliche Gesundheitsförderung BGF GmbH der AOK Rheinland.

von Arbeitsunfähigkeit in der deutschen Wirtschaft jährlich Kosten in Höhe von ca. 40 Milliarden Euro verursachen⁷.

Einrichtungen der Altenhilfe wie die Altenheime der Stadt Mönchengladbach GmbH investierten fortwährend in die Qualifikation ihrer Beschäftigten in der Pflege und Betreuung. Gerade die speziellen Kompetenzen hoch qualifizierter aber erkrankter Beschäftigter sind im Alltag nicht so ohne weiteres zu ersetzen.

Die Reduzierung des Krankenstandes ist daher auch ein wichtiger Beitrag zur Sicherung der Pflegequalität im Bereich der Altenhilfe.

Ausstieg aus der Altenpflege

Die besonderen gesundheitlichen Belastungen in der Altenpflege zeigen sich nicht nur an einem deutlich höheren Krankenstand bei Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern in der Pflege und Betreuung im Vergleich zu anderen Berufsgruppen, sondern auch an der hohen Zahl von Berufsaussteigerinnen und Berufsaussteigern.

Mit der Frage, wie viele Pflegekräfte erwägen, den Pflegeberuf zu verlassen und warum sie dies tun, beschäftigt sich seit Herbst 2002 die europäische NEXT-Studie⁸. NEXT steht für „Nurses' Early Exit Study“. Insgesamt 40.000 Pflegekräfte aus Krankenhäusern, Alten- und Pflegeheimen und ambulanten Pflegediensten in 10 europäischen Ländern beteiligen sich an der noch bis Mitte 2005 laufenden Untersuchung. Erste Zwischenergebnisse liegen aber bereits vor. Und obwohl bei der Zahl der befragten Pflegekräfte die Altenpflegerinnen und Altenpfleger im Vergleich zu den Krankenpflegekräften unterrepräsentiert sind, deuten die signifikanten Unterschiede im Vergleich der neun bzw. zehn teilnehmenden europäischen Länder auf einen gravierenden Handlungsbedarf im Altenpflegebereich hin. Dies gilt insbesondere auch für Deutschland, denn mit 20,7 % gaben erschreckend viele deutsche Pflegekräfte an, oft über einen Berufsaustieg nachzudenken. Lediglich in Großbritannien und Italien waren es mehr. Dass dies nicht so sein muss, zeigt ein Blick nach Belgien (9,8 %) und die Niederlande (8,8%), die die niedrigsten Raten aufwiesen.

⁷ vgl.: Münch, Eckard/Walter, Uta/Badura, Bernhard (2003): Führungsaufgabe Gesundheitsmanagement. Ein Modellprojekt im öffentlichen Sektor, Berlin, S. 23.

⁸ Informationen unter: www.next-study.net



Die Studie belegt, dass der Wunsch nach einem Berufsausstieg eng mit psychosozialen Aspekten und den Arbeitsbedingungen korreliert. Es zeigt sich ein enger Zusammenhang zwischen den Variablen „Arbeitszufriedenheit“, „Arbeitsfähigkeit“ sowie „selbst berichteter Gesundheit“ und der Absicht, den Beruf zu verlassen.

Der „Konflikt zwischen Arbeit und Familie“ und die fehlenden „Entwicklungsmöglichkeiten“ scheinen dabei für die deutschen Befragten von besonderer Bedeutung für die mangelnde Bleibemotivation zu sein.

Es war nicht das Ziel der Studie, Handlungsempfehlungen zu formulieren, dennoch ziehen die Autoren der NEXT-Studie eindeutige Schlussfolgerungen aus dem Ländervergleich: „Offensichtlich kann die Pflege in einigen Ländern durchgeführt werden, ohne dass es zu großen Anteilen unzufriedener, ausgebrannter und kranker Pflegender kommt, die ihren Beruf verlassen wollen.“⁹

Es gibt aber auch viele Beschäftigte, die wollen ihren Beruf gar nicht verlassen. Sie sind aber aus gesundheitlichen Gründen dazu gezwungen. Der IG Metall zufolge scheidet ein Drittel der Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer in Deutschland wegen Erwerbs- und Berufsunfähigkeit vorzeitig aus dem Berufsleben aus¹⁰. Somit sind Gesundheitsförderung und die Verhinderung von krankheitsbedingter Frühverrentung nicht zuletzt auch als Personalbindungsstrategie¹¹ zu verstehen.

Darüber hinaus werden sich auch Einrichtungen der stationären Altenhilfe in Zukunft vermehrt mit den Problemen und Möglichkeiten einer alternden Belegschaft auseinander setzen müssen. Denn die demographische Entwicklung spiegelt sich nicht nur in der Bewohnerstruktur wider, sondern manifestiert sich auch im Durchschnittsalter der Pflegekräfte. Zum einen wird die Zahl der über 50-jährigen Erwerbspersonen ab 2010 deutlich zunehmen. Zum anderen wird sich

⁹ NEXT-STUDY (2003): Hasselhorn, H.-M./Tackenberg, P./Müller, H.-P., NEXT-Study-Group (Hrsg.):

15 Warum will Pflegepersonal in Europa die Pflege verlassen? Manuscript Universität Wuppertal, S.122. [Übersetzung aus: „Working conditions and intent to leave the profession among nursing staff in Europe“ NIWL, Stockholm, 2003 ISSN 1404-790X / www.next-study.net]

¹⁰ vgl.: IG Metall (Hg.) (2002): Fehlzeitenmanagement und Möglichkeiten der Gegenwehr. In: Gesünder @arbeiten. Arbeitshilfe 10, Frankfurt am Main.

¹¹ vgl.: Bausch-Weis, Gisela (2004): Best-Practise-Personalbindungsstrategien in Non Profit-Organisationen. In: Bröckermann, Reiner/Pepels, Werner (Hg.): Personalbindung: Wettbewerbsvorteile durch strategisches Human Resource Management; S. 323-341. Berlin: Erich Schmidt Verlag.

voraussichtlich auch das Renteneintrittsalter nach hinten verschieben¹². Um so wichtiger ist es, dafür Sorge zu tragen, dass die heute noch jungen Beschäftigten den Arbeitsanforderungen auch in Zukunft gesundheitlich gewachsen sind.

Ausbildungs- und Prüfungsverordnung für den Beruf der Altenpflegerin und des Altenpflegers

Mit Inkrafttreten des Gesetzes über die Berufe in der Altenpflege (Altenpflegegesetz – AltPflG)¹³ und der bundeseinheitlichen Ausbildungs- und Prüfungsverordnung für den Beruf der Altenpflegerin und des Altenpflegers (Altenpflege-Ausbildungs- und Prüfungsverordnung – AltPflAPrV)¹⁴ im August 2003 ist das Lernfeld 4.4 „Die eigene Gesundheit erhalten und fördern“ mit einem Stundenumfang von 60 Stunden fester Bestandteil der theoretischen Altenpflegeausbildung geworden. Bereits vor Einführung der bundeseinheitlichen Altenpflege-Ausbildungs- und Prüfungsverordnung gab es in Nordrhein-Westfalen das Fach „Arbeitsbelastungen und Methoden zu deren Bearbeitung“¹⁵, das sich mit berufsbedingten gesundheitlichen Belastungen in der Pflege auseinander setzte. Der Gedanke der Gesundheitsförderung geht jedoch über die Auseinandersetzung mit potentiellen Arbeitsbelastungen hinaus.

Mit dem Altenpflegegesetz des Bundes wurden die unterschiedlichen Bestimmungen in den 16 Ländern abgelöst und die Altenpflegeausbildung neu strukturiert. Altenpflegeschülerinnen und -schüler schließen den Ausbildungsvertrag mit einer Altenpflegeeinrichtung ab, in der sie dann auch den Großteil der praktischen Ausbildungsabschnitte absolvieren. Insgesamt bekommt der praktische Teil der Ausbildung mehr Gewicht und auch die Verantwortung der Altenpflegeeinrichtungen bei der Ausbildung der zukünftigen Fachkräfte steigt. Das gilt auch für den Bereich der Gesundheitsförderung.

¹² vgl.: Morschhäuser, Martina/Schmidt, Eva (2002): Beteiligungsorientiertes Gesundheitsmanagement angesichts alternder Belegschaften – Handlungshilfe zur Durchführung einer Mitarbeiterbefragung und von Gesundheitsworkshops. In: Broschürenreihe: Demographie und Erwerbsarbeit, Stuttgart.

¹³ Gesetz über die Berufe in der Altenpflege (Altenpflegegesetz – AltPflG) sowie zur Änderung des Krankenpflegegesetzes vom 17. November 2000, Bundesgesetzblatt Jahrgang 2000. Teil I Nr. 50, ausgegeben zu Bonn am 24. November 2000.

¹⁴ Ausbildungs- und Prüfungsverordnung für den Beruf der Altenpflegerin und des Altenpflegers (Altenpflege-Ausbildungs- und Prüfungsverordnung – AltPflAPrV) vom 26. November 2002, Bundesgesetzblatt Jahrgang 2002 Teil I Nr. 81, ausgegeben zu Bonn am 29. November 2002.

¹⁵ vgl.: Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales des Landes Nordrhein-Westfalen (1995): Die Neuordnung der Altenpflegeausbildung in Nordrhein-Westfalen.



Gesundheitsförderung von Anfang an

Die Einrichtungen der Altenhilfe, deren Kundinnen und Kunden und nicht zuletzt die Beschäftigten sollen von einer auf Nachhaltigkeit angelegten Gesundheitsförderung profitieren. Vor diesem Hintergrund stellen sich zwei zentrale Fragen: Wie kann das Lernfeld „Gesundheitsförderung“ ganz praktisch ausgestaltet werden, und durch welche Maßnahmen lässt sich der Transfer des theoretisch Erlernten in die praktische Arbeit verbessern?

Zur Klärung dieser Fragen hat die Altenheime der Stadt Mönchengladbach GmbH das Programm zur „Gesundheitsförderung von Altenpflegeschülerinnen und – schülern während der berufspraktischen Ausbildung in der stationären Altenpflege“ initiiert und mit finanzieller Unterstützung des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend und der AOK Rheinland umgesetzt.

Mit dem Ansatz der Gesundheitsförderung verbindet sich die Vision, dass Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter nachhaltig gefördert und befähigt werden, im späteren Berufsleben selbstverantwortlich ihre persönlichen und gesundheitlichen Ressourcen zu erkennen und zu erhalten. Auf diese Weise sollen Krankheiten vermieden und die Arbeits- und Bleibemotivation der einzelnen erhöht werden. Personelle Engpässe aufgrund von krankheitsbedingten Fehlzeiten und die damit verbundenen Kosten sollen reduziert werden. Gesundheitsförderung zielt auch auf die allgemeine Kompetenzentwicklung der angehenden Pflegekräfte und trägt damit zur Verbesserung der Pflegequalität bei. Langfristig soll auf diese Weise die Verweildauer der Pflegekräfte in der Altenpflege verlängert werden.



Projektbeteiligte

Projekträger: Altenheime der Stadt Mönchengladbach GmbH

Projekträger ist die Altenheime GmbH, eine Tochtergesellschaft der Sozial-Holding der Stadt Mönchengladbach GmbH. Die Sozial-Holding wurde im Jahr 1996 von der Stadt Mönchengladbach aus dem Amt für Altenhilfe gegründet, um die wichtigsten sozialen Handlungsfelder schnell, flexibel und unbürokratisch zu organisieren¹⁶. Mit ihren Tochtergesellschaften bietet sie ein breites Spektrum sozialer Dienstleistungen an. Der Schwerpunkt des Angebots liegt auf dem Gebiet der Altenhilfe. Hier gelingt es, wesentliche Bausteine einer pflegerischen Versorgung im ambulanten und stationären Bereich im internen Verbund vorzuhalten und damit auf die individuellen Anforderungen der Kunden zu reagieren.

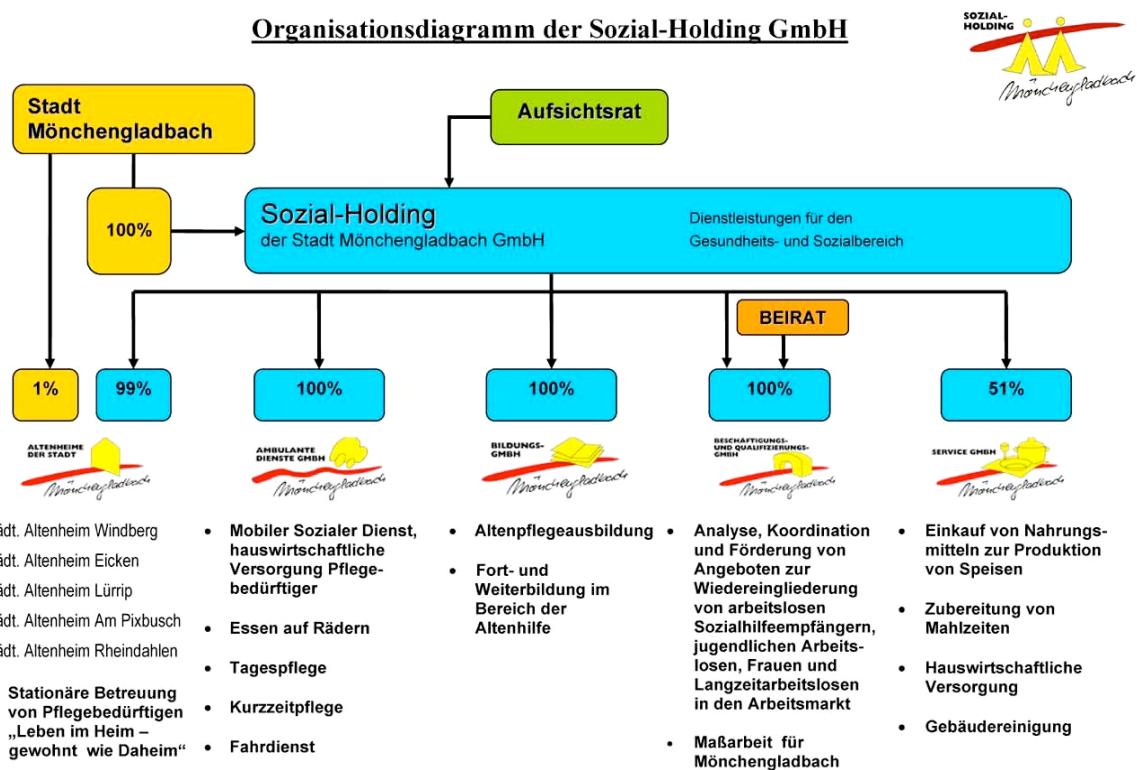


Abb. 2: Organisationsdiagramm der Sozial-Holding der Stadt Mönchengladbach GmbH

¹⁶vgl.: Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (Hrsg.) (1998): Entwicklungen im Amt für Altenhilfe der Stadt Mönchengladbach 1990 – 1995.

Die Altenheime der Stadt Mönchengladbach GmbH ist die größte Tochtergesellschaft der Sozial-Holding und Träger der fünf städtischen Altenheime. Unter dem Motto „Leben im Heim – gewohnt wie daheim“ wohnen hier insgesamt rund 600 alte Menschen, die von fast ebenso vielen Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern gepflegt und betreut werden.

Um den Bewohnerinnen und Bewohnern eine fachlich wie menschlich qualifizierte Pflege bieten zu können, ist es für die Altenheime GmbH von besonderem Interesse, gut ausgebildete Altenpflegefachkräfte zu gewinnen und langfristig an sich zu binden.

Projektkoordination

Für die 18monatige Projektphase wurde bei der Altenheime der Stadt Mönchengladbach GmbH die Stelle einer Projektkoordinatorin, im ersten Jahr mit 38,5 und danach mit einem Umfang von 19,25 Stunden, eingerichtet.

Zu den Aufgaben der Projektkoordinatorin gehörten:

- Bedarfsanalyse und Konzeptentwicklung
- Koordination der verschiedenen Beteiligten und Maßnahmen
- Erarbeitung und Durchführung von Unterrichtseinheiten zum Thema Gesundheitsförderung
- Evaluation und Dokumentation des Gesundheitsförderungsprogramms.



**Zielgruppe: Die Auszubildenden des Fachseminars für
Altenpflege der Bildungs-GmbH**

Zielgruppe des Projektes sind die Schülerinnen und Schüler am Fachseminar für Altenpflege der Bildungs-GmbH der Stadt Mönchengladbach, einer weiteren Tochtergesellschaft der Sozial-Holding. Jedes Jahr im April beginnen hier ca. 23 Altenpflegeschülerinnen und -schüler ihre Ausbildung. Alle drei Jahre startet im Oktober ein zusätzlicher Kurs. Beim Projektstart waren 74 Frauen und 18 Männer in vier Kursen in der Ausbildung zur Altenpflegefachkraft. Das Geschlechterverhältnis der beteiligten Schülerinnen und Schüler im Projektverlauf ist auch heute noch typisch für die Pflegearbeit. Seit der Gründung des kommunalen Fachseminars im Jahr 1991 sind die Absolventinnen und Absolventen der Bildungs-GmbH bekannt für ihre qualifizierte Ausbildung. Und so fanden bisher alle – auch die große Zahl der durch das Arbeitsamt geförderten Altenpflegeschülerinnen und -schüler – nach bestandenem Examen eine Anstellung.

Neben der Vermittlung einer hohen Fachlichkeit und Professionalität fördern die Dozentinnen und Dozenten der Bildungs-GmbH auch die Ausbildung der persönlichen, sozialen und kommunikativen Fähigkeiten der Auszubildenden, um sie auf die stetig steigenden Anforderungen in den Arbeitsfeldern der Altenpflege vorzubereiten.

Das fächerintegrale Lernen im Sinne einer Lernfeldkonzeption verlangt eine enge Vernetzung aller beteiligten Disziplinen und Personen. Dazu zählen neben den hauptamtlich Beschäftigten auch alle weiteren Dozentinnen und Dozenten, die am Fachseminar für Altenpflege der Bildungs-GmbH tätig sind. Es ist die Aufgabe aller Lehrkräfte, den Schülerinnen und Schülern im Rahmen ihres Unterrichts immer wieder die Bedeutung der eigenen Gesundheit vor Augen führen. Deutlich wird dies z.B. bei den Inhalten der „Hygiene“. Die Vermittlung von Hygienestandards im theoretischen Unterricht zielt auf den Schutz der pflegebedürftigen Menschen vor Infektionen und Erkrankungen. Hygiene dient aber auch dem Eigenschutz und damit der Gesundheit der Pflegenden. In diesem Sinne müssen alle beteiligten Dozentinnen und Dozenten für die Aspekte der Gesundheitsförderung sensibilisiert werden.



Rein rechnerisch wurde für die Integration des Gesundheitsförderungsprogramms in den Unterrichtsablauf ein Aufwand von 1/10 Stelle einer Kursleitung zugrunde gelegt. Darüber hinaus wurden im Rahmen des Projektes bestimmte Unterrichtseinheiten und Angebote entwickelt und installiert, für deren Durchführung speziell ausgebildete Fachleute auf Honorarbasis eingestellt wurden.

Wissenschaftliche Begleitung: Institut für Betriebliche Gesundheitsförderung BGF GmbH

Wesentlich für die Projektrealisation war die wissenschaftliche Begleitung durch das „Institut für Betriebliche Gesundheitsförderung BGF GmbH“. Dieses Tochterunternehmen der AOK Rheinland zeigte sich insbesondere für die Entwicklung und Auswertung der Fragebögen verantwortlich. Darüber hinaus begleiteten die Experten des BGF-Instituts den gesamten Projektverlauf und stellten ihre Fachkenntnisse u. a. bei der Moderation des „Lenkungsausschuss für Gesundheitsförderung“ zur Verfügung.

Dieser Lenkungsausschuss setzt sich zusammen aus Geschäftsführung, Personalleitung, Betriebsräten, der Fachkraft für Arbeitssicherheit, dem Betriebsarzt und der Projektkoordinatorin und bildet den Steuerungskreis für die betriebliche Gesundheitsförderung unter dem Dach der Sozial-Holding. In dieser Funktion begleitete das Gremium auch das Gesundheitsförderungsprogramm für Altenpflegeschülerinnen und -schüler (siehe Kapitel 2.4.1).

Wichtige Impulse lieferte auch die Auseinandersetzung mit dem Modellprojekt zur Gesundheitsförderung von Altenpflegeschülerinnen und -schülern im Rahmen einer Diplomarbeit im Fachbereich Gesundheitswesen/Technische Medizinwirtschaft an der Hochschule Niederrhein.

Weitere Anregungen kamen nicht zuletzt vom Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend. Das Ministerium hat das Modellvorhaben nicht nur finanziell, sondern auch inhaltlich mit großem Interesse begleitet. Das zeigte sich u. a. beim Projektbesuch der verantwortlichen Mitarbeiterin des zuständigen Referats für das Altenpflegegesetz und Strukturen in der Altenhilfe des BMFSFJ im April 2003.



Wesentliche Voraussetzung für den Erfolg eines Gesundheitsförderungsprogramms sind der Konsens der Verantwortlichen und die gute Kooperation aller Beteiligten. Beides war in dem hier dokumentierten Projekt von Beginn an gegeben.

Theoretischer Hintergrund

Vom Arbeitsschutz zur betrieblichen Gesundheitsförderung

Bei der Sorge um die Gesundheit von Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmern spielen neben den humanitären immer auch betriebswirtschaftliche Motive eine Rolle. Damit liegt der Gesundheitsschutz der Beschäftigten gleichermaßen im Interesse von Arbeitnehmern und Arbeitgebern. Aus diesem gemeinsamen Interesse heraus entwickelte sich das umfassende System zum Schutz der Beschäftigten, wie wir es heute in Deutschland kennen: Es besteht aus Arbeitsschutz-, Unfallversicherungs- und Arbeitssicherheitsgesetz und den Krankenversicherungen, die durch das Beitragsentlastungsgesetz (§20 SGB V) vom 01.01.1997 zur Zusammenarbeit mit den Unfallversicherungsträgern verpflichtet sind. Eine Verpflichtung, die von den Spitzenverbänden der Krankenkassen eindeutig begrüßt wird, da sie damit die Möglichkeit haben, „gesundheitlichen Beeinträchtigungen frühzeitig und wirksam entgegenzuwirken, anstatt sie kostenintensiv zu kurieren.“¹⁷

Durch eine Vielzahl von Maßnahmen und Entwicklungen im Bereich des Arbeitsschutzes (z.B. Unfallverhütungsvorschriften, ergonomische Arbeitsplatzgestaltung, Bereitstellung bedarfsgerechter Arbeitsmittel etc.) konnten in der Vergangenheit viele Gesundheitsrisiken vermieden und die Arbeitssituation – auch von Pflegekräften – deutlich verbessert werden. Aber nicht nur die Arbeits- auch die Lebensbedingungen haben sich in den letzten Jahrzehnten verändert – mit entsprechenden Auswirkungen: Die Ursachen für arbeitsbedingte Krankheiten werden komplexer, die Krankheitsbilder vielschichtiger. Chronische Krankheitsverläufe, Erkrankungen des Bewegungsapparates und der Atemwege sowie Herz- und Kreislauferkrankungen bestimmen heute das Bild. Neben den Arbeitsbedingungen beeinflussen auch die soziale und ökologische Umwelt, das

¹⁷ „Gemeinsame und einheitliche Handlungsfelder und Kriterien der Spitzenverbände der Krankenkassen zur Umsetzung von §20 Abs. 1 und 2 SGB V vom 21. Juni 2000 in der Fassung vom 27. Juni 2001“



individuelle Gesundheitsverhalten und die genetische Disposition die Krankheitsentstehung und deren Verlauf. Wann und wie berufsbedingte oder arbeitsinduzierte Faktoren zu einer krankmachenden Überforderung werden, lässt sich unter diesen Umständen kaum mit objektiven Mitteln differenzieren.

Hinzu kommt die gestiegene Bedeutung psychischer Belastungen in Verbindung mit der beruflichen Tätigkeit. Dies wird unterstrichen durch die Zunahme psychosomatischer Beschwerden bei Pflegekräften. So lässt sich das Rückenleiden einer Mitarbeiterin oder eines Mitarbeiters nicht zwangsläufig auf ergonomische Mängel am Arbeitsplatz zurückführen, sondern kann Ausdruck einer psychischen Überforderung sein. Jeder Mensch erlebt psychische Anforderungen jedoch ganz unterschiedlich. Während Termindruck bei dem Einen zu einem krankmachenden Gefühl der Überforderung führt, setzt der gleiche Termindruck beim Anderen Energien frei und wird sogar zu einer gesundheitsfördernden Ressource. Eine pauschale Unterscheidung „gesundheitsbelastend – gesundheitsfördernd“ ist nur schwer möglich und muss daher individuell erarbeitet werden.

Diese individuelle Perspektive kennzeichnet die heutigen Ansätze der betrieblichen Gesundheitsförderung. Das macht die Beteiligung der Beschäftigten unerlässlich, um die tatsächlichen Bedürfnisse und Potenziale der Beschäftigten oder – wie in unserem Falle – der Altenpflegeschülerinnen und -schüler, zu ermitteln¹⁸.

Ziele und Ansätze betrieblicher Gesundheitsförderung

Die wesentlichen Ziele betrieblicher Gesundheitsförderung lassen sich wie folgt zusammenfassen:

- Reduzierung des Krankenstandes
- Senkung der Kosten durch Arbeitsausfall
- Sicherung und Weiterentwicklung der Qualität der angebotenen Dienstleistung
- Erhalt und Förderung der Arbeitsmotivation
- Gestaltung der Arbeitsplätze nach ergonomischen Erkenntnissen
- Verbesserung des Betriebsklimas

¹⁸ vgl.: Wallrafen-Dreisow, Helmut (2004): Ideen haben Konsequenzen. In: Wallrafen-Dreisow, H./Weigel, R. (Hrsg.): EFQM in Einrichtungen der Altenhilfe: Messen, bewerten, besser werden: Stuttgart: Kohlhammer Verlag, S. 11.

- Verbesserung der Lebensqualität aller Beteiligten
- Förderung des Gesundheitsbewusstseins und -verhaltens der Beschäftigten

Die Ziele betrieblicher Gesundheitsförderung gehen damit über die Zielsetzung des klassischen Arbeitsschutzes hinaus. Hier geht es nicht nur um das Erkennen und Ausschließen von Krankheitsrisiken, sondern auch um die aktive Förderung persönlicher und organisatorischer Gesundheitspotenziale¹⁹. Hierfür stehen grundsätzlich zwei Ansatzpunkte zur Verfügung, die sich gegenseitig ergänzen und zu einem für die Gesundheitsförderung typischen „Strategie-Mix“²⁰ führen: die Verhältnis- und die Verhaltensprävention.

Die **Verhältnisprävention** zielt auf eine Verbesserung der organisatorischen und strukturellen Arbeitsbedingungen ab. Die Maßnahmen reichen von der ergonomischen Arbeitsplatzgestaltung über flexible Arbeitszeitregelungen bis hin zu Änderungen im Führungsstil. Die **Verhaltensprävention** setzt beim individuellen Gesundheitsbewusstsein und –verhalten der Beschäftigten an. Hier sind z. B. spezielle Bewegungs-trainings oder Maßnahmen zur Rauchentwöhnung zu nennen. Idealerweise greifen beide Ansätze ineinander. So kann beispielsweise die gesundheitsfördernde Wirkung eines Ernährungskurses (Verhaltensprävention) durch ein entsprechendes Ernährungsangebot in Cafeterien und Kantinen (Verhältnisprävention) positiv unterstützt werden.

Schlüsselbegriffe: Motivation und Arbeitszufriedenheit

Das primäre Ziel der betrieblichen Gesundheitsförderung ist es, die Leistungsfähigkeit und Leistungsbereitschaft der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter zu erhalten und zu steigern. Ein anderer Begriff für Leistungsbereitschaft ist Motivation, ein Schlüsselbegriff der betrieblichen Gesundheitsförderung. Unter der Bezeichnung „Absentismus“ spiegeln sich motivationsbedingte Fehlzeiten im Krankenstand wider. Schätzungen in der Literatur gehen davon aus, dass bis zu

¹⁹ vgl.: Badura, Bernhard/Münch, Eckhard/Ritter, Wolfgang (1999): Partnerschaftliche Unternehmenskultur und betriebliche Gesundheitsförderung: Fehlzeiten durch Motivationsverlust? Gütersloh: Verlag Bertelsmann Stiftung.

²⁰ vgl.: Ulrich, E. (2002): Betriebliche Gesundheitsförderung lohnt sich – Netzwerke und Handeln lautet die Devise. Die BKK, 90 (2), S. 41



60% aller Fehlzeiten motivationsbedingt seien²¹. Friederike Wenderlein kommt in einer Untersuchung an 1021 Examinierten und Auszubildenden zum Thema Arbeitszufriedenheit und Fehlzeiten in der Krankenpflege zu dem Schluss, dass ungünstige betriebliche Umstände zur Unzufriedenheit führen und nicht die Tätigkeit an sich. Und weiter stellt sie fest, dass sechs von zehn Schülerinnen oder Schülern 50% ihrer eigenen Fehlzeiten als motivationsbedingt einschätzten. Dies waren vor allem diejenigen, die mit ihrer Arbeit nicht zufrieden waren²².

Die bereits zitierten Ergebnisse der NEXT-Studie²³ weisen ebenfalls in diese Richtung: Nicht der Pflegeberuf an sich ist unattraktiv, sondern die jeweiligen Arbeitsbedingungen. Dies zeigt die unterschiedliche Ausprägung der Arbeitszufriedenheit in den untersuchten Ländern. Die Arbeitszufriedenheit und damit auch der Wunsch und die Fähigkeit langfristig in diesem Beruf tätig zu sein, sind offensichtlich beeinflussbare Größen. Und betriebliche Gesundheitsförderung stellt hier eine wesentliche Maßnahme dar²⁴. Daher muss ein umfassendes Gesundheitsförderungsprogramm neben medizinisch-gesundheitlichen Faktoren ebenso arbeitsorganisatorische, strukturelle und soziale Komponenten berücksichtigen.

Aber auch ein umfassendes Gesundheitsförderungsprogramm kann den Krankenstand nicht auf Null reduzieren oder garantieren, dass ein krankheitsbedingter Berufsausstieg in Zukunft vermieden werden kann. Denn bei allem medizinischen Fortschritt und Einsatz präventiver Maßnahmen ist und bleibt Krankheit schicksalhafter Bestandteil menschlichen Lebens. Doch es gibt Belege

²¹ vgl.: Kleinbeck, U. (1998): Durch Förderung der Arbeitsmotivation lassen sich die Anwesenheitszeiten von Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern erhöhen. In: Brandenburg, U./Kuhn, K./Marschall, B.: Verbesserung der Anwesenheit im Betrieb. Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin, S. 55-72, Bremerhaven: Wirtschaftsverlag neue Wissenschaft.

²² vgl.: Wenderlein, F.U.(2003): Arbeitszufriedenheit und Fehlzeiten in der Krankenpflege. Untersuchung an 1021 Examinierten und Schülern. In: Gesundheitswesen 2003; 65. Georg Thieme Verlag, S. 620-628.

²³ NEXT-STUDY (2003): Hasselhorn, H.-M./Tackenberg, P./Müller, H.-P., NEXT-Study-Group (Hrsg.): 15 Warum will Pflegepersonal in Europa die Pflege verlassen? Manuscript Universität Wuppertal, S.122. [Übersetzung aus: „Working conditions and intent to leave the profession among nursing staff in Europe“ NIWL, Stockholm, 2003 ISSN 1404-790X / www.next-study.net]

²⁴ vgl.: Wenderlein, Friederike Uta (2002): Analyse hoher Fehlzeiten bei Pflegekräften – Schwerpunkt Arbeitszufriedenheit: eine empirische Studie an 1020 Probanden. Dissertation an der Medizinischen Fakultät der Uni Ulm.
Als pdf verfügbar unter: http://vts.uni-ulm.de/query/lonview.meta.asp?document_id=161.



dafür, dass qualifizierte Gesundheitsförderung zur Verringerung von Fehlzeiten, zum längerfristigen Erhalt von Arbeitskraft, zur Verhütung von Frühverrentung und zur Bindung des Personals an das Unternehmen beitragen kann.²⁵

Salutogeneseansatz von Aaron Antonovsky

„Was erhält den Menschen gesund?“ Mit dieser scheinbar simplen Frage leitete der amerikanisch-israelische Soziologe Aaron Antonovsky 1969 einen Paradigmenwechsel in den Gesundheitswissenschaften ein und begründete den Ansatz der „**Salutogenese**“²⁶. Als Pendant zu der in der Medizin üblichen Pathogenese, die nach der Krankheitsentstehung fragt, beschäftigt sich die Salutogenese mit den Faktoren, die die Gesunderhaltung begünstigen. Ausgehend von einer Untersuchung, die sich mit der Frage beschäftigte, was das Besondere an Menschen ist, die trotz extremster Belastungen nicht krank wurden, beschäftigte sich Antonovsky (1923-1994) intensiv mit den Bedingungen für die Gesunderhaltung. Das salutogenetische Gesundheitsverständnis sieht Gesundheit und Krankheit nicht als dichotome Größen, sondern in einem Gesundheits-Krankheits-Kontinuum angeordnet. Der momentane Gesundheitszustand eines Menschen befindet sich auf einem Punkt dieses Kontinuums. So lässt sich Gesundheit auch nicht als Abwesenheit von Krankheit definieren. Es handelt sich vielmehr um einen dynamischen Gleichgewichtszustand, der ständig hergestellt und erhalten wird und auch eine Leistungsminderung einschließen kann²⁷. Im Zentrum des Salutogeneseansatzes stehen eine Reihe von individuellen, sozialen und kulturellen Ressourcen, die die Widerstandsfähigkeit positiv beeinflussen und zur Gesunderhaltung beitragen.

Als verbindendes Element dieser Ressourcen und Voraussetzung für deren Verfügbarkeit sieht Antonovsky eine bestimmte Grundhaltung an. Diese Haltung, die es dem Einzelnen ermöglicht, die Welt als zusammenhängend, stimmig und

²⁵ Badura, Bernhard/Münch, Eckhard/Ritter, Wolfgang (1999): Partnerschaftliche Unternehmenskultur und betriebliche Gesundheitsförderung: Fehlzeiten durch Motivationsverlust? Gütersloh: Verlag Bertelsmann Stiftung, S. 15.

²⁶ vgl.: Münch, Eckhard/Walter, Uta/Badura, Bernhard (2003): Führungsaufgabe Gesundheitsmanagement. Ein Modellprojekt im öffentlichen Sektor. Berlin: edition sigma, S. 14.

²⁷ vgl.: Braun, M. (2002): Gesundheitspräventive Arbeitsgestaltung und Unternehmensentwicklung. In: Gesundheitswesen 65: 698-703. Georg Thieme Verlag, Stuttgart, New York, S. 701.



sinnvoll zu erleben, kommt in einem Gefühl des Vertrauens zum Ausdruck. Er nennt diese Grundhaltung „*sense of coherence*“. Dieses **Kohärenzgefühl** setzt sich aus drei Komponenten zusammen²⁸

1. Das **Gefühl der Verstehbarkeit** (*sense of comprehensibility*). Hier zeigt sich ein kognitives Verarbeitungsmuster, in dem Ereignisse und Erfahrungen als strukturiert, geordnet und vorhersehbar empfunden werden. Eine für sich selbst sinnvolle Erklärung zu haben von dem, was in der inneren und äußereren Welt geschieht, gibt dem Menschen Halt und Orientierung.
2. Das **Gefühl von Handhabbarkeit** (*sense of manageability*). Es beschreibt das Ausmaß der kognitiv-emotionalen Überzeugung, über ausreichende Ressourcen und geeignete Kompetenzen zu verfügen, um bestehenden und kommenden Anforderungen gerecht zu werden. Das schließt den Glauben, dass andere Personen oder eine höhere Macht helfend eingreifen können, mit ein²⁹. D.h. man fühlt sich Situationen nicht hilflos ausgeliefert.
3. Das **Gefühl von Sinnhaftigkeit** (*sense of meaningfulness*). Diese motivationale Komponente, Anforderungen als Herausforderungen zu deuten, die Investition und Engagement verdienen, sieht Antonovsky als die wichtigste an. Ein Mensch, der sein Leben als sinnhaft erlebt, hat auch die Motivation und Energie, um sich Aufgaben zu stellen und für etwas zu kämpfen.

Im Laufe seiner Entwicklung und als Summe seiner Erfahrungen bildet sich bei jedem Menschen dieses Kohärenzgefühl heraus. Dahinter steht die Überzeugung, dass die oder der Einzelne die Fähigkeit und Möglichkeit hat, bestimmte Kompetenzen als Grundlage der Gesundheit zu entwickeln. Vor diesem Hintergrund macht der Ansatz einer aktiven Gesundheitsförderung erst Sinn. Einschränkend wirkt jedoch die Ansicht Antonovskys, dass diese Kompetenzentwicklung im Alter von 30 Jahren weitgehend abgeschlossen ist und sich in einem relativ feststehenden Kohärenzgefühl manifestiert hat. Dies spricht

²⁸ vgl.: Bengel, Jürgen (2001): Was erhält den Menschen gesund? Antonovskys Modell der Salutogenese – Diskussionsstand und Stellenwert. Im Auftrag der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA), Köln.

²⁹ vgl.: Marg, Karola (2004): Salutogenese. Wie Gesundheit entsteht – ein Ressourcen-Modell für die Pflege? In: Heilberufe 3/2004, S. 60-61.

aber auch für eine möglichst frühzeitige Entwicklung und Förderung gesundheitsbezogener Handlungskompetenzen.

Hier liegt der entscheidende Perspektivwechsel für den Bereich der Prävention. Neben den **pathogenen** (krankmachenden) Risiken rücken nun die **salutogenen** (gesunderhaltenden) Ressourcen und individuellen Bewältigungsstrategien der Menschen in das Blickfeld. Für die betrieblichen Gesundheitsförderung bedeutet dies, dass sie sich auch aktiv mit den positiven Aspekten von Arbeit auseinandersetzen muss. Denn auch die Arbeit in der Pflege und Betreuung kann und darf nicht einseitig als gesundheitsbelastend begriffen werden. Einer sinnvollen Tätigkeit nachgehen zu können, schafft Anerkennung, soziale Stabilität und ist somit wesentlicher Bestandteil der Lebensqualität. Nicht umsonst ist das derzeit größte arbeitsbedingte Gesundheitsrisiko in Deutschland die *Arbeitslosigkeit*³⁰.

Im Rahmen der Gesundheitsförderung von Altenpflegeschülerinnen und -schülern gilt es daher, die Ressourcen für die Gesunderhaltung zu entdecken und zu fördern, sowohl die persönlichen als auch jene, die in der Pflegetätigkeit selbst begründet sind.

Selbstpflegedefizit–Theorie von Dorothea E. Orem

In ihrer damaligen Funktion als Curriculum-Beraterin am amerikanischen Gesundheitsministerium entwickelte Dorothea E. Orem in den 60er Jahren ihre Selbstpflegedefizit-Theorie als eine „allgemeine Theorie der Pflege“³¹. Danach wird Pflege immer dann benötigt, wenn die Fähigkeiten, für sich selbst zu sorgen, eingeschränkt sind.

Hinter dieser einfach anmutenden Feststellung verbirgt sich eine komplexe Theorie auf der Grundlage eines rationalen Menschenbildes: Der bewusst handelnde Mensch sorgt für sich selbst bzw. hat ein großes Interesse daran, für sich selbst zu sorgen. Wo dies nicht mehr möglich ist, bemüht er sich aktiv um Lösungen und Unterstützung. Selbstpflege beschreibt eine erlernte und lernbare Handlungskompetenz, die jeder Mensch täglich selbst vollzieht. Ebenso werden

³⁰ vgl.: Robert Koch-Institut in Zusammenarbeit mit dem Statistischen Bundesamt (Hrsg.) (2003): Arbeitslosigkeit und Gesundheit. In: Gesundheitsberichterstattung des Bundes, Heft 13.

³¹ vgl.: Orem, D.E./Taylor, S.G. (1995): Die allgemeine Theorie der Pflege. In: Mischo-Kelling, M./Wittneben, K.: Pflegebildung und Pflegetheorien. München Urban & Schwarzenberg.



bewusst Fähigkeiten entwickelt, um die eigenen gesundheitlichen Bedürfnisse bzw. „Selbstpflegeerfordernisse“ zu erfüllen.

Dorothea Orem hat sehr umfassende Begriffsdefinitionen entwickelt, die insbesondere in der deutschen Übersetzung verwirrend sein können. Wenn Orem von **Selbstpflege** (*self-care*) spricht, dann darf der Begriff der Pflege nicht auf eine reine Pflegetätigkeit reduziert werden, da das englische Wort „care“ eine umfassendere Bedeutung hat. Es beschreibt nicht nur die Tätigkeit an sich, sondern die Fähigkeit eines Individuums, „alle zum (Über-)Leben benötigten Aktivitäten selbst zu bewältigen“³², also die Kompetenz, für sich und sein Wohlbefinden zu sorgen. Wohlbefinden schließt das Vorhandensein von Gesundheitsstörungen nicht aus. Das Wort „Selbst“ ist mit seiner doppelten Bedeutung im Sinne von *für sich* und *durch sich selbst*, bewusst gewählt³³.

Selbstpflege beschreibt das Verhalten, das in konkreten Lebenssituationen Faktoren reguliert, welche die eigene Entwicklung, lebenswichtige Funktionen, die Gesundheit oder das Wohlbefinden beeinträchtigen. Gesundheit beschreibt demnach ein Gleichgewicht zwischen dem Selbstpflegebedarf und der Selbstpflegefähigkeit eines Menschen. Ein **Selbstpflegedefizit** liegt immer dann vor, wenn der Bedarf an situativ erforderlicher Selbstpflege die Selbstpflegekompetenz übersteigt³⁴. Entweder, weil die Selbstpflegefähigkeit eingeschränkt ist, oder weil erhöhte Anforderungen an die Selbstpflegefähigkeit gestellt werden. Daraus ergibt sich der Bedarf an Dependenzpflege. Damit werden wiederum alle zielgerichteten Aktivitäten benannt, die durch die Selbstpflegeerfordernisse einer anderen Person bestimmt sind. Diese Aktivität kann darin bestehen, dass konkret etwas für die andere Person getan wird, sie unterstützt und angeleitet wird, um etwas für sich selbst zu tun, oder ihr die notwendige Kompetenz vermittelt wird, um sich selbst helfen zu können. Manchmal ist also nur ein wenig Rat und Unterstützung von außen notwendig, um die Selbstpflegekompetenz wieder herzustellen oder zu fördern.

³² Cavanagh, Stephen J. (1997): Pflege nach Orem. 2., verb. Aufl. Freiburg im Breisgau: Lambertus, S. 20.

³³ vgl.: Schäfer-Walkmann, Susanne et al.: Modellprojekt „Pflege der Profis“; Zwischenbericht 01. Juli 2001 – 31. Mai 2002. Augsburg: Herausgegeben von Neues Soziales Wissen e.V.; S. 14ff.

³⁴ vgl.: Dennis, Connie M. (2001): Dorothea Orem: Selbstpflege- und Selbstpflegedefizit-Theorie. Bern; Göttingen; Totonto; Seattle: Huber; S. 32f.



Auch hier steht die Kompetenzentwicklung im Vordergrund. Gesundheitsgerechtes Verhalten als zielgerichtetes, bewusstes Handeln ist erlernbar. Das **Empowerment**, die Befähigung zur Selbsthilfe und Eigenverantwortung, steht auch im Zentrum der Gesundheitsförderung.

Gesundheitsförderung im „Setting“ Altenpflegeausbildung

„Gesundheitsförderung zielt auf einen Prozess, allen Menschen ein höheres Maß an Selbstbestimmung über ihre Gesundheit zu ermöglichen und sie damit zur Stärkung ihrer Gesundheit zu befähigen. [...] Gesundheitsförderung schafft sichere, anregende, befriedigende und angenehme Arbeits- und Lebensbedingungen.“ So heißt es in der so genannten Ottawa-Charta, in der die WHO am 21.11.1986 die Zielsetzung der Gesundheitsförderung festlegte. Die Bedeutung der Arbeitsbedingungen wurde hier deutlich unterstrichen. Gesundheitsfördernde Maßnahmen lassen sich besonders wirkungsvoll in einem bestimmten „Setting“, also in einem konkreten Lebensumfeld eines Menschen, installieren. Ein solcher „Setting-Ansatz“ bildet die Grundlage betrieblicher Gesundheitsförderung. Denn aufgrund der zeitlichen und personalen Ge- und Verbundenheit mit einem Betrieb oder einem bestimmten Arbeitsbereich können gemeinsam mit allen Beteiligten die jeweiligen Gesundheitspotenziale in diesem konkreten Umfeld ermittelt und die gesundheitliche Situation nachhaltig verbessert werden³⁵. Das „Setting“ Ausbildung, wie es dem hier vorgestellten Projekt zugrunde liegt, ist jedoch auch für die meisten Ansätze betrieblicher Gesundheitsförderung Neuland.

³⁵ vgl.: Bellwinkel, Michael (2000): Neuer Anlauf für Gesundheitsförderung und Prävention. In: BKK 07/2000, S. 303.



Praktischer Hintergrund

Gesundheitsmanagement der Sozial-Holding GmbH

Seit Anfang 2002 ist die Gesundheitsförderung fester Bestandteil des Managementsystems der Sozial-Holding der Stadt Mönchengladbach GmbH, die mit knapp 900 Beschäftigten einer der größten Arbeitgeber in Mönchengladbach ist. Ein Großteil dieser Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer ist bei der Altenheime GmbH beschäftigt. Als Voraussetzung für den wirtschaftlichen Erfolg und die Qualität der angebotenen Dienstleistungen ist die Gesundheit der Beschäftigten ein zentrales Unternehmensziel. Dies entspricht auch dem Total Quality Management nach EFQM (*European Foundation for Quality Management*), da hier der Kompetenz sowie der Zufriedenheit der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter eine besondere Bedeutung zukommt³⁶. Über das betriebliche Gesundheitsförderungsprogramm hinaus ist die Gesundheit der Beschäftigten auch ein wichtiges Leitmotiv bei der Personalbetreuung und -entwicklung, der innerbetrieblichen Fortbildung oder der Informationspolitik des Konzerns.

Am Beispiel der Sozial-Holding lassen sich die **Phasen der Gesundheitsförderung** veranschaulichen: Ausgangspunkt ist immer eine genaue **Bedarfsanalyse**. Folgendes gilt es zu klären: Wo liegen die tatsächlichen Bedürfnisse der Beschäftigten und welche Ziele sollen mit der Gesundheitsförderung im jeweiligen Unternehmen erreicht werden? Anschließend erfolgt eine möglichst konkrete **Zielformulierung** und entsprechende **Maßnahmenplanung**. Der Erfolg und die Umsetzung dieser Maßnahmen muss anschließend kritisch hinterfragt werden. Die Ergebnisse dieser **Evaluation** gehen dann wieder in die Bedarfsanalyse ein.

Im Zentrum steht die **Gesundheitszirkelarbeit**. Jeweils 5-8 Mitarbeiterinnen oder Mitarbeiter ohne Führungsaufgaben bilden einen so genannten Gesundheitszirkel. In einer **Potenzialanalyse** sammeln sie mit Hilfe einer Moderatorin oder eines Moderators die alltäglichen Mängel und Ärgernisse in ihrem Arbeitsbereich und formulieren Lösungsvorschläge. Diese werden in einem Protokoll festgehalten. Bei

³⁶ vgl.: Eichler, Alexander (1997): Das Krankenhaus im Wandel, in: Spörkel, Herbert et al. (Hg.): Total Quality Management im Gesundheitswesen. Methoden und Konzepte des Qualitätsmanagements für Gesundheitseinrichtungen. 2. überarbeitete Auflage, Weinheim.



der anschließenden **Aktionsplanung** werden nun gemeinsam mit den Vorgesetzten aus diesen Vorschlägen konkrete Aktionspläne mit festen Zeitschienen und Zuständigkeiten erarbeitet. Und auch die **Erfolgskontrolle** wird von den Gesundheitszirkelmitgliedern kontrolliert und protokolliert.

Die Gesundheitszirkelarbeit ist ein wesentliches Element der Mitarbeiterbeteiligung im Rahmen des Qualitätsmanagements nach EFQM³⁷. Die vielen Verbesserungen, die innerhalb kürzester Zeit erreicht werden konnten, belegen die Wirksamkeit der zeitlich und personell aufwendigen Form der Methode. Bereits innerhalb eines halben Jahres waren bereits mehr als die Hälfte der geplanten Maßnahmen zur Verbesserung der Arbeitssituation erfolgreich umgesetzt. Diese reichten im ergonomischen Bereich von der Anschaffung eines Wäschesacks bis zum Umbau von Duschen und Dienstzimmern. Arbeitsorganisatorisch kam es beispielsweise zu Änderungen von Dienstzeiten. Außerdem wurden dienstverpflichtende Teamgespräche eingerichtet, um die Kommunikation auf den Wohnbereichen zu verbessern. Darüber hinaus nehmen die Zirkelmitglieder eine wichtige Multiplikatorenrolle für das Gesundheitsthema bei ihren Kolleginnen und Kollegen wahr.

³⁷ vgl.: Wallrafen-Dreisow, Helmut (2004): Ideen haben Konsequenzen. In: Wallrafen-Dreisow, H./Weigel, R. (Hrsg.): EFQM in Einrichtungen der Altenhilfe: Messen, bewerten, besser werden. Stuttgart: Kohlhammer Verlag.



Das Gesundheitsmanagementsystem der Sozial-Holding der Stadt Mönchengladbach GmbH

Analyse

- ◎ Auswertung der Arbeitsunfähigkeitsdaten
- ◎ Aufbau einer internen Gesundheitsberichterstattung
- ◎ Schriftliche Befragung aller Mitarbeiter
- ◎ Gesundheitszirkelarbeit
- ◎ Gefährdungsbegehungen



Planung der Ziele und Maßnahmen

- ◎ Schriftliche Zielvereinbarung
- ◎ Bedarfsorientierte Maßnahmenplanung



Umsetzung

- ◎ Der tägliche Apfel
- ◎ Massage am Arbeitsplatz (Ortho-Bionomy®)
- ◎ Rückenschule
- ◎ Ernährungs- und Raucherentwöhnungskurse
- ◎ Gestaltung der Pausenräume
- ◎ Ergonomisch begründete Umbauten
- ◎ Innerbetriebliche Fortbildungen zur fachlichen und persönlichen Qualifizierung
- ◎ Teamsupervision
- ◎ Teamorientierte Maßnahmen zur Verbesserung der Arbeitsorganisation und Kommunikation
- ◎ Schulung der Führungskräfte
- ◎ Einführung regelmäßiger Mitarbeiterbeurteilungsgespräche
- ◎ Arbeitszeitflexibilisierung
- ◎ Mitarbeiterbeteiligung durch regelmäßige Befragungen im Rahmen des Benchmarkings
- ◎ Einführung eines betrieblichen Vorschlagswesens
- ◎ Verbesserung der Transparenz z.B. durch die Gründung einer Unternehmenszeitung



Evaluation

- ◎ Dokumentation und Erfolgskontrolle der Maßnahmen
- ◎ Umsetzungskontrolle der Aktionsplanungen
- ◎ Mitarbeiterbefragungen
- ◎ Kosten-Nutzen-Analysen

Abb. 3: Gesundheitsmanagementsystem der Sozial-Holding der Stadt Mönchengladbach GmbH



Kosten-Nutzen-Analyse der Gesundheitsförderung

Die Evaluation, also die systematische und datengestützte Bewertung einzelner Maßnahmen wie auch des Gesundheitsmanagementsystems als Ganzes, ist eine ebenso wichtige wie schwierige Aufgabe³⁸. So kann etwa die Wirkung einer regelmäßigen Massage am Arbeitsplatz gerade darin bestehen, dass nichts geschieht: Die massierte Mitarbeiterin oder der Mitarbeiter wird eben *nicht* krank. Das macht die Bewertung von Prävention im Sinne einer Kosten-Nutzen-Analyse äußerst schwierig. Daher bleibt als wesentliche Messgröße die Zufriedenheit der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter.

Letztendlich sollen durch die Reduzierung der Fehlzeiten Kosten eingespart werden. Hier ist jedoch zu bedenken, dass ein sichtbarer Effekt auf den Krankenstand erst mit großer zeitlicher Verzögerung auftreten kann. Darüber hinaus muss damit gerechnet werden, dass die Einführung eines Gesundheitsmanagementsystems zunächst mit einem Anstieg der Arbeitsunfähigkeitszahlen einhergeht: Denn manche Beschäftigte werden gerade durch die Beschäftigung mit der eigenen Gesundheit dazu angeregt, den Arzt aufzusuchen. Und auch die Annahme, durch präventives Handeln langwierige und teure Folgeerkrankungen verhindern zu können, lässt sich nicht mit gesicherten Zahlen belegen. Dennoch zeigen Unternehmensbeispiele, „dass die Einsparungen, die Unternehmen durch die Reduzierung von Fehlzeiten erzielen, in der Regel weit über den Investitionen in ein systematisches Gesundheitsmanagement liegen.“³⁹

³⁸ Pfaff, Holger/Slesina, Wolfgang (Hrsg.) (2001): Effektive betriebliche Gesundheitsförderung. Konzepte und methodische Ansätze zur Evaluation und Qualitätssicherung. Weinheim; München: Juventa.

³⁹ Münch, Eckard/Walter, Uta/Badura, Bernhard (2003): Führungsaufgabe Gesundheitsmanagement. Ein Modellprojekt im öffentlichen Sektor, Berlin, S. 23.



Projektrealisation

Gesundheitsförderung für Altenpflegeschülerinnen und -schüler

Zielsetzung

Das Gesundheitsförderungsprogramm für die Schülerinnen und Schüler in der Altenpflege soll bedürfnisorientiert, praxisorientiert und zukunftsorientiert sein.

■ Bedürfnisorientierung

Die Maßnahmen zur Gesundheitsförderung müssen dem tatsächlichen Bedarf der Altenpflegeschülerinnen und -schüler an Unterstützung zu einer gesundheitsgerechteren Arbeits- und Lebensweise entsprechen. Bedürfnisse sind individuell unterschiedlich.

Die Altenpflegeschülerinnen und -schüler sollen in der Lage sein, ihre individuellen Belastungspotenziale und Ressourcen zu identifizieren und zu artikulieren.

■ Praxisorientierung

Das wachsende Gesundheitsbewusstsein muss sich in einem entsprechenden Gesundheitsverhalten im Alltag niederschlagen. Die meisten präventiven Maßnahmen entfalten ihre Wirksamkeit aber nur dann, wenn sie regelmäßig angewendet werden. Gesundheitsgerechte Arbeitsweisen müssen nicht nur vermittelt, sondern auch täglich praktiziert werden.

Die Altenpflegeschülerinnen und -schüler sollen befähigt werden, eine gesundheitsgerechte Lebens- und Arbeitsweise eigenverantwortlich umzusetzen. Arbeitsumfeld und -bedingungen sollen dahingehend verbessert werden, dass gesundheitserhaltende bzw. -fördernde



Maßnahmen und Aktivitäten für die oder den Einzelnen in der beruflichen Praxis lebbar und erlebbar sind.

■ Zukunftsorientierung

Das Gesundheitsförderungsprogramm zielt nicht auf eine kurzfristige Reduktion von krankheitsbedingten Fehlzeiten bei Altenpflegeschülerinnen und -schülern, sondern auf die nachhaltige Verbesserung des Gesundheitsbewusstseins und -verhaltens der angehenden Pflegekräfte. Deshalb fand im Rahmen des Projektes keine weiterführende Auseinandersetzung mit den Arbeitsunfähigkeitszeiten der Auszubildenden statt, denn das Problem der krankheitsbedingten Berufsunfähigkeit oder des motivationsbedingten Berufsausstiegs tritt in der Regel erst nach einigen Jahren praktischer Arbeit auf.

Die Altenpflegeschülerinnen und -schüler sollen über entsprechende gesundheitsbezogene Kompetenzen verfügen, um ihre Gesundheit in der beruflichen Praxis eigeninitiativ und dauerhaft zu pflegen und zu erhalten.

Konzeption des Gesundheitsförderungsprogramms

Zentrale Fragestellung für das Modellvorhaben:

Wie müssen Maßnahmen zur Gesundheitsförderung gestaltet sein, um nachhaltig - das heißt auch über die Ausbildung hinaus - die Leistungsfähigkeit und Leistungsbereitschaft der Pflegekräfte zu erhalten?

Durch welche Ansätze kann der Praxistransfer verbessert werden, damit ein erweitertes Gesundheitsbewusstsein auch tatsächlich zu einem verbesserten Gesundheitsverhalten führt?

Entsprechend dieser Fragestellungen markieren folgende Ansätze die Eckpunkte der Konzeption:



Bedarfanalyse:

Um ein bedürfnisorientiertes Angebot zu schaffen, müssen die Bedürfnisse der Nutzer bekannt sein. Dazu wurde ein standardisierter Fragebogen entwickelt, der die arbeitsbedingten Einflussfaktoren auf die Gesundheit der Altenpflegeschülerinnen und -schüler möglichst vollständig erfassen soll. Mit der wiederholten Befragung im Ausbildungsverlauf wurde untersucht, ob und wie sich die Wahrnehmung von Anforderungen im Laufe der Zeit ändert und wie diese Belastungen von den Betroffenen selbst gewichtet werden. Die Befragungsergebnisse sollen darüber Aufschluss geben, welche gesundheitsfördernden Maßnahmen sinnvoll und effektiv erscheinen.

Entwicklung gesundheitsbezogener Kompetenzen:

Die Kompetenzentwicklung steht im Mittelpunkt dieser Konzeption, die auf Nachhaltigkeit angelegt ist. Während der schulischen Ausbildung sollen die Altenpflegeschülerinnen und -schüler für die spezifischen, berufsbedingten gesundheitlichen Risiken und Gefahren sensibilisiert werden und die Grundsätze gesundheitsgerechter Lebens- und Arbeitsweisen kennen lernen. Dazu gehört auch die bewusste Auseinandersetzung mit eigenen oder organisatorischen gesundheitlichen Ressourcen.

Dazu wurden inhaltliche Ansätze für die Ausgestaltung des Lernfeldes „Gesundheitsförderung“ erarbeitet und in vier Ausbildungskursen umgesetzt. Neben theoretischen Grundlagen und der Förderung allgemeiner kommunikativer Fähigkeiten ist die praktische Einübung der Gesundheitszirkelarbeit ein zentrales Element. Hier lernen die Schülerinnen und Schüler, Probleme konkret zu benennen und eigene Lösungsansätze und Bewältigungsstrategien zu entwickeln. Dadurch werden die allgemeinen kommunikativen Kompetenzen gefördert.

Aufgrund der hohen psychischen Anforderungen des Berufs sollen die Auszubildenden lernen, Warnsignale einer psychischen Überforderung frühzeitig zu erkennen. Methoden zur Verarbeitung dieser Belastungsfaktoren sollen nicht nur theoretisch vermittelt, sondern auch praktisch erprobt werden. Es gilt daher auch, die persönlichen und sozialen Kompetenzen zu fördern. Diese bilden die Grundlage für eine gute Teamarbeit und Konfliktbewältigung. Sie sind ebenso wichtig beim



Umgang mit den alten Menschen, ihren Angehörigen sowie anderen Berufsgruppen.

Förderung der Eigenverantwortung und Eigeninitiative:

Verschiedene Angebote laden die Altenpflegeschülerinnen und -schüler ein, im Sinne ihrer eigenen Gesundheit aktiv zu werden. Diese Angebote sind im Rahmen des theoretischen Unterrichts angesiedelt oder stehen den Auszubildenden in den Einrichtungen der Altenheime GmbH in den praktischen Ausbildungsabschnitten zur Verfügung. Darüber hinaus gibt es freiwillige Angebote, die in der Freizeit genutzt werden können.

Praxistransfer heißt, dass die Auszubildenden ihr theoretisches Wissen selbstständig in Form gesundheitsgerechter Arbeitsweisen in der täglichen beruflichen Praxis umsetzen. Daher zielen alle Maßnahmen des Modellprojekts zur Gesundheitsförderung darauf ab, die Eigenverantwortung und Eigeninitiative der Altenpflegeschülerinnen und -schüler zu fördern aber auch zu fordern. Diese Stärkung der Eigenverantwortung dient auch allgemein der Professionalisierung. Denn wer seine eigenen Bedürfnisse kennt und angemessen vertreten kann, ist auch in der Lage, besser auf die Bedürfnisse anderer einzugehen.

Unterstützung des Praxistransfers:

Das „Empowerment“ der Altenpflegeschülerinnen und -schüler ist die eine Seite: Sie müssen über das nötige Wissen verfügen, um verantwortlich mit der eigenen Gesundheit umzugehen und beispielsweise rückenschonende Arbeitsweisen im Alltag zu praktizieren. Andererseits muss das Arbeitsumfeld so gestaltet sein, dass dies überhaupt möglich ist. Das gilt für die ergonomischen Gegebenheiten ebenso wie für die arbeitsorganisatorischen Bedingungen. Hier nehmen die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter in den Altenpflegeeinrichtungen eine Schlüsselrolle ein. Als Praxisanleiterinnen und -anleiter, Kolleginnen, Kollegen und Vorgesetzte haben sie eine wichtige Vorbildfunktion für die Auszubildenden. Um den Praxistransfer zu verbessern, müssen nicht nur die gesundheitlichen Kompetenzen der Auszubildenden verbessert werden. Daher wurde im Rahmen des Gesundheitsförderungsprogramms zeitgleich daran gearbeitet, das



Gesundheitsbewusstsein der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter am Ort der praktischen Ausbildung zu fördern.

Die hier vorgestellte Konzeption zur Gesundheitsförderung setzt auf viele kleine Schritte und unterschiedliche Ansatzpunkte, um die Auszubildenden und Beschäftigten in der Altenpflege nachhaltig in die Lage zu versetzen, im Alltag nicht nur für das Wohlbefinden von Bewohnerinnen und Bewohnern, sondern auch für die eigene Gesunderhaltung Sorge zu tragen.

Gesundheitsförderung „mit Biss“

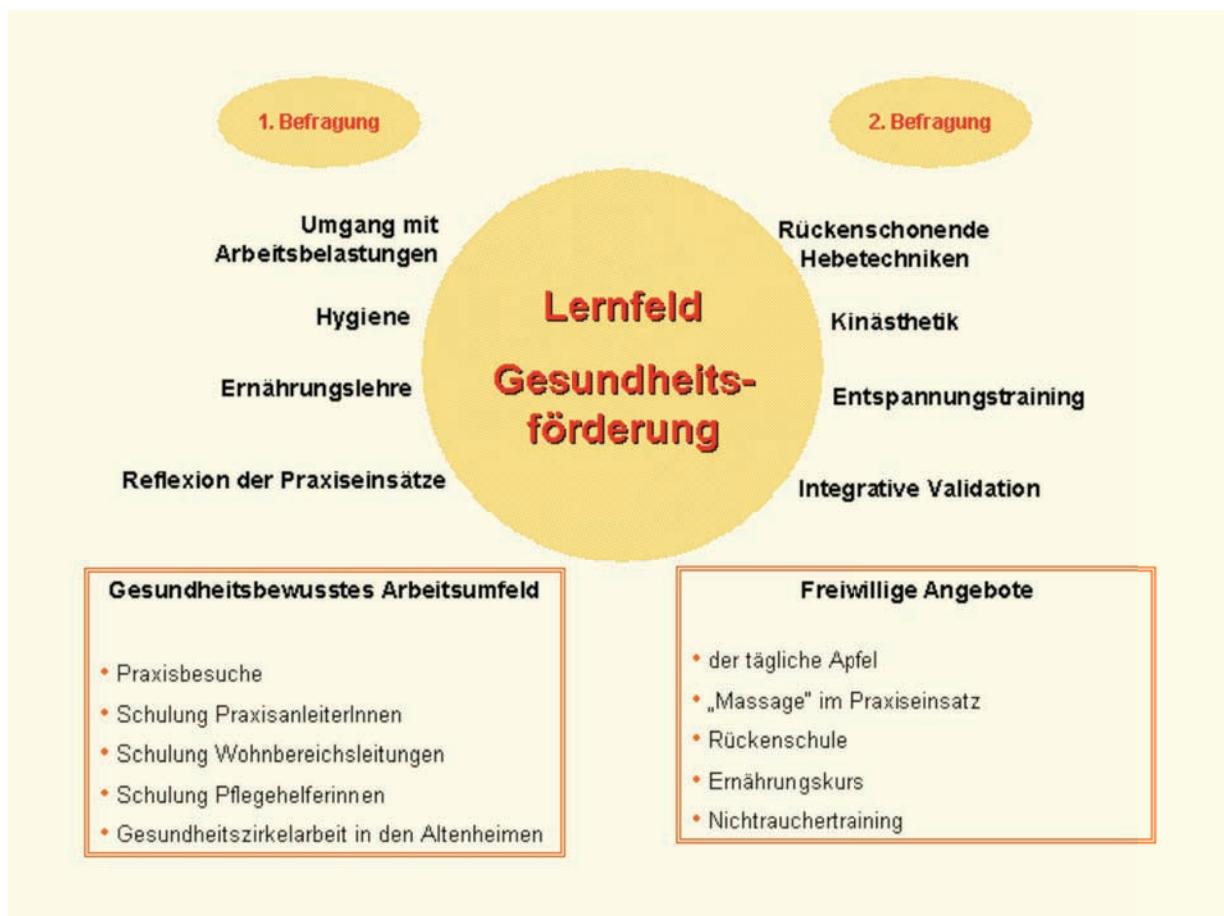


Abb. 4: Gesundheitsförderungsprogramm für Altenpflegeschülerinnen und -schüler

Bestandteile des Modellprojekts sind:

- Entwicklung eines Fragebogens zur Analyse der Gesundheits- und Arbeitssituation von Auszubildenden in der Altenpflege
- Zwei schriftliche Befragungen der Altenpflegeschülerinnen und -schüler
- Theoretische Inhalte im Rahmen der bestehenden Stundenplanung (nach der für die betreffenden Kurse bis Juli 2003 noch geltenden nordrhein-westfälischen Ausbildungsordnung): z. B.:
 - Umgang mit physischen und psychischen arbeitsbedingten Belastungen
 - Ernährungslehre
 - Hygiene
 - Reflexionsgespräche innerhalb der Praxisblöcke



- 3tägiges Seminar zum Umgang mit Sterben und Tod
- Theoretische Ansätze zum Lernfeld „Die eigene Gesundheit erhalten und fördern“ während der schulischen Ausbildung
 - Einführung in die Thematik
 - Motive und Ziele der betrieblichen Gesundheitsförderung
 - Perspektivwechsel durch den Ansatz der „Salutogenese“
 - Übertragung der Selbstpflegedefizit-Theorie auf eigene Bedürfnisse
 - Methodik der Gesundheitszirkelarbeit und praktische Einübung
- Praktische Ansätze zum Lernfeld „Die eigene Gesundheit erhalten und fördern“ während der schulischen Ausbildung
 - Entspannung mit dem „Gesundheitstraining im Alltag“
 - Rückenschonende Hebetechniken
 - Lehrgang Kinästhetik
 - Workshop: Integrative Validation®
- Freiwillige Angebote in der praktischen Ausbildung
 - der tägliche Apfel
 - „Massage“ am Arbeitsplatz (nach den Prinzipien der Orthobionomy®)
 - Rückenschule
 - Nichtrauchertraining
 - Ernährungskurs

Gesundheitsförderung mit Biss

Ein Angebot im Rahmen des Gesundheitsförderungsprogramms für Auszubildende ist der tägliche Apfel. Jeden Tag können sich die Schülerinnen und Schüler kostenlos an den in den Einrichtungen der Altenheime GmbH bereitstehenden Obstkörben bedienen und kommen dieser Aufforderung gerne nach. Der Apfel soll die Beschäftigten daran erinnern, die Gesundheit im Alltag nicht zu vergessen. In diesem Sinne ist der Apfel bereits das Symbol der Gesundheitsförderung unter dem Dach der Sozial-Holding.



Der Apfel steht aber auch für den „Biss“, den Willen und den langen Atem, den eine nachhaltige Gesundheitsförderung braucht.

Gesundheitsförderung in der theoretischen Ausbildung

Seit dem 1. August 2003 wird die schulische Altenpflegeausbildung auf der Grundlage des Bundesaltenpflegegesetzes durchgeführt. Der theoretische Unterricht erfolgt nach dem so genannten **Lernfeldkonzept**⁴⁰. Das bedeutet, dass sich die Unterrichtsplanung an konkreten beruflichen Handlungsfeldern und praktischen Arbeitssituationen orientieren soll und nicht primär an fachtheoretischen Inhalten. Dazu sind die Lernbereiche in **Lernfelder** aufgeteilt. „Lernfelder sind durch Zielformulierung, Inhalt und Zeitrichtwerte beschriebene thematische Einheiten.“⁴¹ Diese didaktisch konstruierten Einheiten sollen an **berufliche Handlungssituationen** anknüpfen und ihre konkrete Realisation in unterschiedlichen Lernsituationen finden. So verteilt sich der **Lernbereich 4** „Altenpflege als Beruf“ auf vier Lernfelder, eines davon ist das **Lernfeld 4.4 „Die eigene Gesundheit erhalten und fördern“**. Darin finden sich folgende Lehrinhalte:

- Persönliche Gesundheitsförderung
- Arbeitsschutz
- Stressprävention
- Kollegiale Beratung und Supervision

Die Lernfeldkonzeption zielt auf eine Förderung des **fächerintegrativen Lernens**. Die Lehrinhalte sollen sich an beruflichen Handlungen und realen Aufgabenstellungen orientieren, für deren Bearbeitung unterschiedliche Disziplinen oder Fachinhalte hinzugezogen werden. Es sollen weniger abrufbare Handlungsabläufe trainiert, als vielmehr **berufliche Handlungskompetenzen** entwickelt werden. Zu den beruflichen Handlungskompetenzen zählen die Fach-, Personal-, Sozial- und Methodenkompetenz. Ziel ist es, die Altenpflegeschülerinnen

⁴⁰ vgl.: Schneider, Kordula (2003): Das Lernfeldkonzept – zwischen theoretischen Erwartungen und praktischen Realisierungsmöglichkeiten. In: Schneider, K./Brinker-Meyendriesch, E./Schneider, A.(Hg.): Pflegepädagogik für Studium und Praxis. Berlin; Heidelberg: Springer.

⁴¹ vgl.: Herrmann, Gernot G. (2000): Zum Lernfeldkonzept in Rahmenlehrplänen der Kultusministerkonferenz. In: Unterricht Pflege 1/2000, S. 5.



und -schüler zu befähigen, ihr Fachwissen individuell, situationsgerecht und zielorientiert in pflegerische Handlungen umzusetzen.

Fächerintegratives Lernen für die eigene Gesundheit

Im Mittelpunkt der Ausbildung steht die so genannte „theoriegeleitete Pflegeprozesssteuerung“ bei der Pflege und Betreuung alter Menschen⁴².

Die dazu notwendigen Handlungskompetenzen decken sich mit den Schlüsselqualifikationen, die auch wesentlich für die eigene Gesunderhaltung sind. Ebenso sind in fast allen beruflichen Handlungssituationen Aspekte des Gesundheits- und Arbeitsschutzes zu berücksichtigen. Die Inhalte des Lernfelds 4.4 eignen sich damit in optimaler Weise für einen fächerintegrativen Unterricht. Um die Gesundheitsbildung der Altenpflegeschülerinnen und -schüler nachhaltig zu fördern, müssen ihre eigenen gesundheitlichen Bedürfnisse in allen Lernsituationen herausgearbeitet werden.

Organisation der schulischen Inhalte und Angebote

Nach der Altenpflege-Ausbildungs- und Prüfungsverordnung sind insgesamt 60 Stunden innerhalb von drei Jahren für das Lernfeld „Die eigene Gesundheit erhalten und fördern“ vorgesehen. Während der 18monatigen Projektphase wurden in allen Kursen mindestens 12 Unterrichtsstunden zum Thema Gesundheitsförderung von der Projektkoordinatorin durchgeführt. In dieser Zeit konnte nur eine Auswahl von Themen bearbeitet werden. Da die Lernfeldkonzeption zu Projektbeginn noch nicht eingeführt war, wurden Unterrichtseinheiten im Rahmen des Faches „Arbeitsbelastungen und Methoden zur Bearbeitung“ der damals noch gültigen nordrhein-westfälischen Ausbildungsordnung vermittelt. Um die schulischen Inhalte des Gesundheitsförderungsprogramms in die bestehende Stundenplanung zu integrieren, musste eine Vielzahl interner und externer Dozentinnen und Dozenten koordiniert werden. Dies war nur Dank des Einsatzes und der großen Flexibilität des gesamten Teams der Bildungs-GmbH möglich. Zusätzlich wurden Freiräume für spezielle praxisorientierte Lehrangebote geschaffen. Dazu zählten ein

⁴² vgl.: Kuratorium Deutsche Altershilfe (Hrsg.) (2002): *Bundeseinheitliche Altenpflegeausbildung. Materialien für die Umsetzung der Stundentafel*. Erstellt im Auftrag des BMFSFJ.



zweitägiges Seminar zur Technik der „Integrativen Validation“ und ein insgesamt 10-stündiger Kurs „Gesundheitstraining im Alltag“, in dem verschiedene Entspannungstechniken vermittelt wurden. Darüber hinaus wurden den Schülerinnen und Schülern rückenschonende Arbeitstechniken und die Bewegungsgrundsätze der Kinästhetik vermittelt. Eine Reihe weiterer Inhalte, die dem Lernfeld zuzuordnen sind, wurden im Rahmen der alten Ausbildungsordnung in anderen Fächern vermitteln. Die wichtigsten werden am Schluss des Kapitels kurz zusammengefasst.

Das Lernfeld „Die eigene Gesundheit erhalten und fördern“

Welche Handlungskompetenzen benötigen die Auszubildenden im Alltag, um die eigene Gesundheit zu erhalten und zu fördern? So lautet die erkenntnisleitende Frage für die Entwicklung einer Lernsituation.

Mit dem theoretischen Input werden persönliche, soziale und kommunikative Kompetenzen angesprochen. Fähigkeiten, die die Voraussetzung bilden, dass Schülerinnen und Schüler ihre eigenen Belastungen und Ressourcen erkennen und benennen können. Praktisch eingeübt wurde dies in der Gesundheitszirkelarbeit. Mit der Erstellung von Gesundheitszirkel-Protokollen werden darüber hinaus die sprachlichen und methodischen Kompetenzen der Auszubildenden trainiert.

In den folgenden Kapiteln werden einige Unterrichtseinheiten zur Gesundheitsförderung vorgestellt. Diese sind nicht als didaktische Anleitung gedacht, es handelt sich vielmehr um einen Erfahrungsbericht, in dem *eine* Möglichkeit vorgestellt wird, wie das Lernfeld 4.4. konkret gestaltet werden kann. Damit wollen wir Anregungen bieten, wie im Rahmen des theoretischen Unterrichts Grundlagen geschaffen werden können, die den Auszubildenden helfen, in der beruflichen Praxis ihre Gesundheit zu erhalten und zu fördern.

Einführung in die betriebliche Gesundheitsförderung

Kompetenzen:

Die Altenpflegeschülerinnen und -schüler kennen die Möglichkeiten und Grenzen betrieblicher Gesundheitsförderung und deren Akteure.



- Unterscheidung: individuelle und betriebliche Gesundheitsförderung
- Motive des Arbeitgebers für betriebliche Gesundheitsförderung
- Akteure des Arbeitsschutzes und der Gesundheitsförderung, wie z.B. Berufsgenossenschaften, Gesetzgeber, Krankenkassen, Betriebsärzte, Arbeitgeber, Betriebsräte etc.
- Rechtliche, soziale und individuelle Grenzen betrieblicher Gesundheitsförderung
- Verhaltens- und verhältnispräventive Maßnahmen betrieblicher Gesundheitsförderung

Stundenverlauf:

Die Frage, welche Motive einen Arbeitgeber dazu bewegen oder bewegen sollten, in die Gesunderhaltung ihrer Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter zu investieren, führte zu einer angeregten Diskussion. Im Verlauf dieser Diskussion musste zunächst Grundwissen aufgefrischt bzw. vermittelt werden: über die Rechte und Pflichten von Arbeitgebern und Arbeitnehmern, die Aufgaben einer Personalabteilung und eines Betriebsrates, gesetzliche Rahmenbedingungen im Bereich des Arbeitsschutzes bis hin zur Finanzierung stationärer Pflegeeinrichtungen.

Im Anschluss wurden die Auszubildenden befragt, welche verhaltens- oder verhältnispräventiven Unterstützungsangebote sie sich wünschen würden. Alle Angebote wurden auf einer Flipchart aufgelistet. Diese Liste der Auszubildenden umfasste schnell sämtliche Maßnahmen, die es im Bereich der betrieblichen Gesundheitsförderung gibt – unabhängig von den tatsächlich vorhandenen Bedürfnissen. Das Ergebnis ist ein riesiger Katalog, angefangen von Angeboten zur Rückenschulung über Supervision bis hin zur Prämienzahlung für gesunde Beschäftigte. Aufgefordert, die Rolle eines Arbeitgebers oder Betriebsrates einzunehmen, standen die Schülerinnen und Schüler nun vor der Aufgabe, zu prüfen, welche dieser Maßnahmen überhaupt Erfolg versprechend und nicht zuletzt auch finanziell realisierbar erscheinen. Damit wurden auch die Grenzen der betrieblichen Gesundheitsförderung deutlich. Denn der Beeinflussung des individuellen Gesundheitsbewusstseins und -verhaltens sind nicht nur psychologische, sondern auch rechtliche Grenzen gesetzt: Trotz bester Absichten eines Arbeitgebers oder einer Altenpflegeschule, sind die Möglichkeiten, auf das Gesundheitsverhalten außerhalb der Ausbildung Einfluss zu nehmen, gering. So



kann ein Arbeitgeber das Rauchen am Arbeitsplatz verbieten, ist dann aber rechtlich dazu verpflichtet, entsprechende „Raucherzonen“ anzubieten. Denn ob die Beschäftigten rauchen oder nicht, ist allein deren private Entscheidung. Es können Rahmenbedingungen und Strukturen geändert werden – gesund leben und arbeiten muss jeder Auszubildende selbst.

Reflexion:

Wie stark die Einstellungen der Altenpflegeschülerinnen und -schüler durch das Verhalten der Kolleginnen und Kollegen in der Praxis geprägt sind, war eine der ersten und eindrücklichsten Erfahrungen im Projektverlauf und zeigte sich bereits in der

ersten Unterrichtsstunde. Auch war ein gewisses Misstrauen gegenüber den Motiven des Arbeitgebers, gesundheitsfördernde Maßnahmen zu unterstützen, spürbar. Es wurde deutlich, dass sich die angehenden Pflegekräfte ihres eigenen Wertes – den sie nicht zuletzt aufgrund einer teuren und fundierten Ausbildung haben – gar nicht bewusst sind.

Hier zeigt die mangelnde Wertschätzung der Öffentlichkeit für die professionelle Altenpflege ihre Wirkung bereits bei den Auszubildenden, denen es anscheinend an einem „gesunden“ Selbstbewusstsein fehlt.

Perspektivwechsel durch den Ansatz der „Salutogenese“

Kompetenzen:

Die Altenpflegeschülerinnen und -schüler kennen das Konzept der Salutogenese und setzen sich bewusst mit gesundheitserhaltenden bzw. –fördernden Ressourcen auseinander.

Stundenverlauf:

In einem gelenkten Unterrichtsgespräch wurde versucht, Gesundheit zu definieren. Erwartungsgemäß stellten die Schülerinnen schon bald fest, dass es keine zufriedenstellende, von allen akzeptierte Gesundheitsdefinition gibt. Viele Menschen haben chronische Erkrankungen, Allergien oder Behinderungen, mit denen sie leben, unter denen sie aber nicht oder nur in bestimmten Situationen leiden. Sie sind nicht völlig gesund, würden sich aber auch nicht als krank bezeichnen. Zumeist bewegt sich der Mensch zwischen diesen beiden Eckpunkten.



Diese Bewegung entspricht dem Gesundheits-Krankheits-Kontinuum des Salutogeneseansatzes (siehe Kapitel 2.3.4). Die theoretische Einführung in das Konzept der Salutogenese bietet den Altenpflegeschülerinnen und -schüler, die in einem stark medizinisch geprägten Umfeld arbeiten, eine neue Perspektive: Den Blick auf die eigenen Ressourcen.

Was hält mich gesund? Diese Frage sollte jede Schülerin und jeder Schüler für sich selbst beantworten. Dies erfolgte schriftlich und es wurde deutlich gemacht, dass diese Notizen selbstverständlich bei den Auszubildenden verbleiben. Denn hier stellt sich die Frage nach den ganz persönlichen Problemen, Fähigkeiten und Kraftquellen.

Gemeinsam wurden die wichtigsten gesundheitserhaltenden Faktoren gesammelt und diskutiert. Ganz im Sinne Antonovskys werteten die Auszubildenden als ihre wichtigsten Ressourcen: Gute Beziehungen zu den Menschen in der Umgebung, Zufriedenheit und psychische Ausgeglichenheit. Dass sie sich diese Ressourcen bewusst machen, hilft ihnen, diesen Faktoren im Alltag auch die notwendige Priorität einzuräumen.

Reflexion:

Die Auseinandersetzung mit den verschiedenen Arten der beruflichen Belastung – seelischen, geistigen und körperlichen – fand bereits im Fach „Arbeitsbelastungen und Methoden zu deren Bearbeitung“ statt. Ebenso wurden spezielle Auswirkungen, wie z.B. die Burnout-Problematik, Mobbing oder das Helfersyndrom angesprochen, die gerade in pflegenden Berufen weit verbreitet sind. Darüber hinaus haben fast alle Auszubildenden ihre eigenen Erfahrungen mit den negativen Aspekten der pflegerischen Tätigkeit gemacht und diskutieren diese häufig mit den Kolleginnen und Kollegen in den Kursen und Teams. Die bewusste Auseinandersetzung mit den positiven Aspekten der Arbeit findet dagegen viel zu selten statt. Aber die Altenpflege ist nicht nur eine belastende, sondern auch eine sehr befriedigende Aufgabe, wie den Schülerinnen und Schülern sehr wohl bewusst ist. So bietet der Beruf Halt und soziale Sicherheit. Die Auseinandersetzung mit Menschen einer anderen Generation und die Erfahrung, dass es durch praktische Hilfen oder seelischen Beistand gelingt, die Lebensqualität der Pflegebedürftigen unmittelbar zu verbessern, geben Bestätigung und fördern das eigene Selbstbewusstsein. Diese positive Grundeinstellung wiederum ist eine wesentliche Ressource der Gesundheit.



Übertragung der Selbtpflegedefizit-Theorie auf eigene Bedürfnisse

Kompetenzen:

Die Altenpflegeschülerinnen und -schüler setzen sich mit den „Selbtpflegeerfordernissen und -fähigkeiten“ in Bezug auf ihre eigene Gesundheit auseinander und können ihren persönlichen Unterstützungsbedarf erkennen und im Sinne der Selbtpflege aktiv werden.

Stundenverlauf:

Die Grundgedanken der Selbtpflegedefizit-Theorie (siehe Kapitel 2.3.5) waren den Altenpflegeschülerinnen und -schülern durchaus vertraut, da sie u. a. auch die Basis für das Modell der fördernden Prozesspflege mit der Struktur der „Aktivitäten und existenziellen Erfahrungen des Lebens“ von Monika Krohwinkel⁴³ bilden. Im Rahmen der Pflegeprozesssteuerung ist es eine zentrale Aufgabe der zukünftigen Pflegefachkräfte, Selbtpflegedefizite und Ressourcen von Pflegebedürftigen zu erfassen und darauf aufbauend eine individuelle und fachgerechte Pflegeplanung zu erstellen. Die bewusste Auseinandersetzung mit den eigenen Selbtpflegeerfordernissen, -fähigkeiten und -defiziten war aber eine neue Erfahrung für die Auszubildenden. Zunächst wurden sie dazu ermutigt, bewusst mit ihren eigenen Bedürfnissen umzugehen.

An dieser Stelle wurde auf das „Selbtpflegeblatt“⁴⁴ zurückgegriffen, das vom Kuratorium Deutsche Altenhilfe erarbeitet wurde. Mit Hilfe dieses Tagebuchs sollten die Schülerinnen und Schüler eine Woche lang ihr Schlaf- und Essverhalten, ihre Trinkmenge und Bewegung sowie positive und negative Ereignisse notieren. Jeder Tag sollte anschließend kurz bewertet werden. Wie die Auszubildenden feststellten, ist es keine einfache Aufgabe, ehrlich mit sich selbst umzugehen.

In welchen Bereichen würde ich gerne mehr für mich tun?

⁴³ vgl.: Köther, Ilka/Gnamm, Else (Hg.) (2000): Altenpflege in Ausbildung und Praxis. 4. komplett überarbeitete und neu gestaltete Aufl. Stuttgart; New York: Thieme; S. 199ff.

⁴⁴ Das KDA stellt eine Kopiervorlage des Selbtpflegeblattes von Christine Sowinski als Download zur Verfügung unter: www.kda.de/german/download/detail.php?id_dl_dl=49



Benötige ich dazu Rat oder Unterstützung?

Wo finde ich diesen Rat oder Unterstützung?

So lauteten hier die zentralen Fragestellungen, die wiederum Jede oder Jeder nur für sich selbst beantworten konnte und sollte. Auch hier wurde an die Eigenverantwortung der Schülerinnen und Schüler appelliert, Eigeninitiative im Sinne der Selbstpflege zu entwickeln.

Reflexion:

Reaktionen aus den Kursen machten deutlich, dass allein durch die Auseinandersetzung mit diesen Fragestellungen bei einzelnen Schülerinnen bereits gesundheitsfördernde Prozesse initiiert werden konnten. Auch Menschen in helfenden Berufen vergessen manchmal, dass sie Hilfe und Unterstützung brauchen. Sei es die Bitte an die Nachbarin, für einen Kinobesuch einmal auf die Kinder aufzupassen oder die Erkenntnis, dass es nützlicher ist, der Wohnbereichsleitung zu sagen, dass man keine weitere Woche Frühdienst mehr verkraftet, als nur den Freunden sein Leid zu klagen. Wenn sie dann feststellen, dass sie diese Hilfe tatsächlich bekommen, wenn sie konkret nachfragen, dann haben sie eine wichtige Erfahrung gewonnen.

Es wurde aber auch deutlich gemacht, dass Selbstpflege oder Selbstfürsorge nicht bedeuten kann, jeglichen Belastungen im Beruf aus dem Weg zu gehen. Professionelles Arbeiten in der Altenpflege verlangt auch, selbstständig Kompetenzen zu entwickeln, um den besonderen Anforderungen des Berufsbildes gewachsen zu sein und zu bleiben.

Methodik der Gesundheitszirkelarbeit und praktische Einübung

Kompetenzen:

Die Altenpflegeschülerinnen und -schüler sind in der Lage, allein oder in Gruppen, arbeitsbedingte Belastungen zu identifizieren, eigeninitiativ Lösungsstrategien zu formulieren und deren Umsetzung aktiv zu verfolgen.

Stundenverlauf:



Aus soziologischer Sicht befindet sich der Mensch in der Arbeitssituation in einem hochkomplexen System, bestehend aus vorgegebenen Strukturen, unterschiedlichen Beziehungen und wechselnden Bedürfnissen. Wann und wie berufsbedingte Faktoren zu krankmachenden körperlichen oder psychischen Belastungen werden, lässt sich unter diesen Umständen kaum objektiv feststellen. Das können nur die Betroffenen selbst bestimmen. Die Gesundheitszirkelarbeit ist hier eine Möglichkeit.

Das Konzept der Gesundheitszirkel (siehe Kapitel 2.4.1) sieht vor, dass eine begrenzte Zahl von Teilnehmerinnen und Teilnehmern in moderierten Gesprächen die gesundheitlichen Belastungsfaktoren in einem Arbeitsbereich herausarbeiten. Da die berufspraktische Ausbildung aber in unterschiedlichen Einrichtungen und wechselnden Teams stattfindet, steht bei der Gesundheitszirkelarbeit in den einzelnen Ausbildungskursen nicht die konkrete Arbeitssituationsanalyse im Vordergrund. Wichtiger ist es, dass die Altenpflegeschülerinnen und -schüler die Methodik erlernen: Sie sollen die Fähigkeit erlangen, ihren Bedürfnissen in konstruktiver Weise Ausdruck zu verleihen. Die Auszubildenden eines Kurses lernen unter Anleitung der Projektkoordinatorin belastende Faktoren in den Bereichen Ergonomie, Arbeitsorganisation, Führung und Kommunikation mit Hilfe verschiedener Moderationstechniken herauszuarbeiten und konkrete Lösungsansätze zu entwickeln.

Ziele der Gesundheitszirkelarbeit sind:

- Sensibilisierung für die pathogenen (krankmachenden) und salutogenen (gesunderhaltenden) Strukturen und Prozesse am Arbeitsplatz
- Sensibilisierung für Unfallgefahren für sich und andere
- gemeinsame Überlegungen zur gesundheitsfördernden Arbeitsplatzgestaltung
- Förderung der Eigenverantwortung und der kommunikativen Fähigkeiten
- Nutzung des vorhandenen Kreativitätspotentials
- Förderung der gegenseitigen Akzeptanz zur Verbesserung des Arbeitsklimas
- nachhaltige Förderung des persönlichen Gesundheitsbewusstseins sowie des Gesundheitsverhaltens



Die Auszubildenden lernen die Probleme konkret zu benennen und formulieren Lösungen. Sie sind auch selbst für die Umsetzung ihrer Pläne und Ideen verantwortlich. Das bedeutet auch, dass nichts geschieht, wenn die Auszubildenden nicht aktiv werden.

Ständiger Zeitdruck und Stress sind die zentralen Belastungspunkte für Altenpflegekräfte im Beruf wie auch in der Ausbildung. Anhand eines Auszugs eines solchen Gesundheitszirkelprotokolls soll das Vorgehen verdeutlicht werden:

Problem	gesundheitliche Auswirkung	Lösungsvorschlag	Wer ist verantwortlich/zuständig für Umsetzung
Stress und Zeitdruck	<ul style="list-style-type: none"> - Kopfschmerzen - Schlafstörungen - Nicht abschalten können - Nervosität und Gereiztheit 	<p>Mehr Personal, ansonsten kein Lösungsvorschlag, wie Stress und Zeitdruck reduziert werden könnten.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Anwendung von Entspannungstechniken 	<ul style="list-style-type: none"> - der/die Altenpflegeschüler/in

Hier fanden die Schülerinnen und Schüler keine Antwort auf die Frage, was gegen das Gefühl permanenten Zeitdrucks zu tun sei. Die Auszubildenden wurden aufgefordert, konkreter zu erfassen, welche Situationen mit Stress und Zeitdruck verbunden sind.

⇒ Wodurch entsteht der Zeitdruck bei der Arbeit?			
Problem	gesundheitliche Auswirkung	Lösungsvorschlag	Wer ist verantwortlich/zuständig für Umsetzung
<u>z.B.:</u> Es müssen immer viele Aufgaben gleichzeitig erledigt werden.	<ul style="list-style-type: none"> - „man läuft auf Hochtouren“ 	<ul style="list-style-type: none"> - Aufgabenverteilung überdenken - eigene Prioritäten 	<ul style="list-style-type: none"> - die Wohnbereichsleitung/ Praxisanleiter/in - der/die



	<ul style="list-style-type: none"> - Angst, etwas zu vergessen 	<ul style="list-style-type: none"> planen - Rückmeldung an die Kollegen, wenn mehrere Aufgaben gleichzeitig an die/den Schüler/in verteilt wurden. - aktive Nachfrage, ob jemand Unterstützung geben kann 	<ul style="list-style-type: none"> Altenpflegeschüler/in - der/die Altenpflegeschüler/in - der/die Altenpflegeschüler/in
--	---	--	---

⇒ Wodurch entsteht das Gefühl von Stress bei der Arbeit?

Problem	gesundheitliche Auswirkung	Lösungsvorschlag	Wer ist verantwortlich/zuständig für Umsetzung
<u>z.B.:</u> <ul style="list-style-type: none"> - geplante Pause verschiebt sich immer wieder nach hinten bzw. fällt ganz aus 	<ul style="list-style-type: none"> - man ist total kaputt - „Ich dachte, ich unterzucker gleich!“ - Spannung im Team 	<ul style="list-style-type: none"> - Absprache im Team anregen, über den Wert und die Bedeutung der Pausenzeiten. - der eigenen Pause die nötige Priorität zumessen - ggf. Unterstützung durch Vorgesetzte / Lehrkräfte des Fachseminars suchen. 	<ul style="list-style-type: none"> - Wohnbereichsleitung / Team - der/die Altenpflegeschüler/in - der/die Altenpflegeschüler/in

Weitere Beispiele für die spezifischen Belastungspotenziale der Auszubildenden aus der Gesundheitszirkelarbeit:

Bereich Ergonomie: z. B. überhitzte Bewohnerzimmer / wenig Platz in den Zimmern

Hier sind die Einflussmöglichkeiten der Schülerinnen und Schüler gering. Aber an dieser Stelle setzte ein Austausch von guten Ideen, Tipps und Tricks ein, wie man besser mit den Gegebenheiten zurecht kommen könnte, z.B. durch die Wahl der richtigen Kleidung, Absprachen zum regelmäßigen Lüften



oder gemeinsame Überlegungen mit den Bewohnerinnen und Bewohnern, um die Möglichkeiten einer angepassten Möblierung zu prüfen.

Bereich Arbeitsorganisation: z. B. Dienstplangestaltung

Manchmal werden die Wünsche der Schülerinnen und Schüler bei der Dienstplangestaltung nicht berücksichtigt. Die Auszubildenden fühlen sich nicht ernst- und angenommen.

Mit Hilfe kleiner Rollenspiele wurden den Auszubildenden typische Fehlverhalten gespiegelt, die ihnen verdeutlichten, dass sie ihre Wünsche häufig nicht deutlich kommunizieren. Die Auszubildenden sahen, dass sie sehr hohe Erwartungen an die Kolleginnen und Kollegen in der Praxis haben. Insbesondere die Erwartung, dass andere ihre Bedürfnisse antizipieren könnten, überfordert aber auch Vorgesetzte. Den Schülerinnen und Schülern wurde klar, dass sie ihre Wünsche deutlich benennen müssen. Darüber hinaus wurde überlegt, bei wem sie sich Unterstützung holen könnten, falls sich die Situation nicht bessert, z.B. bei der jeweiligen Einrichtungs- oder auch Kursleitung.

Bereich Kommunikation: z. B. mangelnde bzw. keine Rückmeldung von den Praxisanleiterinnen und Praxisanleitern oder Spannungen im Team.

Mangelnde Rückmeldung verursacht Unsicherheit. „Ein beschissenes Gefühl!“, wie es die Auszubildenden auf den Punkt brachten. Auch hier lautete der erste Lösungsansatz: aktiv nachfragen. Es ist aber auch ein wichtiger Hinweis für die Praxisanleitungen, dass die Auszubildenden Feedback brauchen – positiv wie negativ. Nicht nur Lob und Anerkennung, auch kritische Rückmeldungen können gesundheitsfördernd sein. Selbstverständlich gilt hier: Der Ton macht die Musik! Gleichermaßen gilt für die Art und Weise, in der Auszubildende auf ihre Belastungen aufmerksam machen. Auch dies wurde den Schülerinnen und Schülern deutlich vor Augen geführt.

Ein weiteres Problem, unter dem Auszubildende zu leiden haben, sind Spannungen im Team: „Man steht zwischen den Stühlen!“. Die meisten Menschen reagieren wie Seismographen auf Atmosphäre und Stimmung am Arbeitsplatz. Auch die Auszubildenden wussten aus eigener Erfahrung, wie sich ein schlechtes Arbeitsklima auf die eigene Motivation auswirkt. Die Frage war nun: Was kann die oder der Einzelne tun, wenn es im Team nicht



stimmt? Aktiv ansprechen? Das ist für Schülerinnen und Schüler schwer, da sie oft nur kurz vor Ort und damit keine „vollwertigen“ Teammitglieder sind. Eine Entlastung wird hier die Altenpflege-Ausbildungs- und Prüfungsverordnung bringen, denn danach werden die Auszubildenden in Zukunft den Großteil ihrer praktischen Ausbildung in einer Einrichtung absolvieren. Die Integration der angehenden Pflegekräfte in das jeweilige Team wird dadurch verbessert. Damit verbindet sich die Hoffnung, dass die Auszubildenden erleben, dass sie Teamprozessen nicht hilflos ausgeliefert sind, sondern diese auch positiv mit gestalten können.

In regen Diskussionen wurden sich die Schülerinnen und Schüler der enormen Bedeutung das Betriebsklimas für ihr eigenes Wohlbefinden bewusst. Und in Anbetracht der Wirkung auf die eigene Gesundheit wurde deutlich, dass sich niemand der Verantwortung für ein „gesundes“ Miteinander in einem Team entziehen kann und darf.

Bereich Vorgesetzten-/Führungsverhalten: Für die Auszubildenden sind es weniger akute Probleme aufgrund hierarchischer Strukturen als vielmehr das Spannungsfeld zwischen Theorie und Praxis, das für sie zu einer Belastung wird.

Einrichtungs- und Kursleitungen stellen bisweilen sehr unterschiedliche Anforderungen. Die oder der Einzelne fühlt sich in dieser Situation häufig allein gelassen.

Die Auszubildenden stellten fest, dass sie alle diese Situation kennen. Sie hatten aber nie versucht, gemeinsam eine Lösung zu finden. Ganz gezielt einen Verantwortlichen anzusprechen und um Unterstützung zu bitten, war demnach kein nahe liegender Gedanke für die Auszubildenden, sondern musste im Gesundheitszirkel erarbeitet werden.

Reflexion:

Durch die Gesundheitszirkelarbeit erlebten die Schülerinnen und Schüler, dass ihre Probleme, Ideen und Vorschläge gehört und ernst genommen werden, denn nach Freigabe durch die Zirkelmitglieder werden alle Gesundheitszirkelprotokolle im Lenkungsausschuss Gesundheit vorgestellt und damit den Entscheidungsträgern im Unternehmen bekannt gemacht. Auf diese Weise können sich bereits die



Schülerinnen und Schüler am Gestaltungsprozess im Unternehmen beteiligen. So wurden viele Vorschläge der Auszubildenden von den bestehenden Gesundheitszirkeln in den Einrichtungen aufgenommen oder deckten sich mit den Anregungen der Kolleginnen und Kollegen in den Häusern. Anhand der dortigen Aktionspläne konnten die Schülerinnen und Schüler auch die weitere Umsetzung der Verbesserungsmaßnahmen verfolgen. Umgekehrt profitierten die bestehenden Gesundheitszirkel häufig von der Perspektive der Auszubildenden, wenn sie die Gewohnheiten und Routinen eines Teams hinterfragten. Dies führte u. a. dazu, dass für die bestehenden Gesundheitszirkel in den Altenheimen eine stärkere Teamorientierung angestrebt wird. Auf diese Weise werden nun auch die Auszubildenden aktiv an der kontinuierlichen Gesundheitszirkelarbeit in der Altenheime GmbH beteiligt.

In einer Untersuchung aus dem Jahr 1992 begründeten ehemalige Altenpflegerinnen und Altenpfleger ihren Ausstieg aus der stationären Altenpflege damit, dass sie keine Möglichkeiten der Veränderung ihrer Arbeitsbedingungen in der Institution Heim mehr sahen⁴⁵. In Anbetracht dessen geht vom Arbeitsprozess der Gesundheitszirkel bereits motivierende und damit auch gesundheitsfördernde Wirkung aus. Nicht zuletzt wird die Kooperation zwischen den angehenden Pflegefachkräften verbessert. Das wiederum wirkt sich langfristig auch positiv auf die Arbeitsatmosphäre insgesamt aus.

Workshop: Integrative Validation®

Kompetenzen:

Die Altenpflegeschülerinnen und -schüler entwickeln Bewusstsein und Handlungskompetenz für den Umgang mit dementiell veränderten Menschen.

Stundenverlauf:

Fachliche Überforderung ist eine wesentliche Quelle gesundheitlicher Be- und Überlastung im Beruf. Daher ist eine kompetente und an den neuesten Erkenntnissen orientierte Ausbildung ein entscheidender Faktor zur

⁴⁵ Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales des Landes Nordrhein-Westfalen (Hrsg.) (1992): Motivationsanalyse von Altenpflegefachkräften. Personalgewinnung und Personalbindung in der Altenpflege, S. 35.



Gesunderhaltung der Pflegekräfte. Das gilt auch für die Auseinandersetzung mit der wachsenden Zahl gerontopsychiatrisch veränderter Pflegebedürftiger.

Der Umgang mit altersverwirrten und dementen Bewohnerinnen und Bewohnern birgt großes Belastungspotenzial. Gerade unter Zeitdruck reagieren auch Pflegekräfte manchmal ungeduldig und Situationen mit demenzerkrankten Menschen können eskalieren. „Man fühlt sich hilflos!“, so eine Aussage aus den Reihen der Auszubildenden. Hilflosigkeit, die wiederum Stress auslösen kann. Daher zählt auch ein 2-tägiger Workshop „Integrative Validation®“ zur Gesundheitsförderung.

Integrative Validation® beschreibt ein Handlungskonzept im Umgang mit verwirrten, alten Menschen, das nicht urteilt und wertet, sondern Menschen in ihrer Welt – auch wenn sie „ver-rückt“ ist – ernst nimmt und respektiert. „Integrativ zu validieren“ heißt, die oder den Betreffenden in ihrer bzw. seiner Welt aufzusuchen, Emotionen wahrzunehmen und darauf einzugehen. Entwickelt wurde dieses Konzept, das die Antriebe und Gefühle und damit die Ressourcen dementiell erkrankter Menschen in den Mittelpunkt rückt, von der Amerikanerin Naomi Feil. Nicole Richard hat diese Methode im Hinblick auf die europäische Mentalität abgewandelt⁴⁶. Von ihr autorisierte Trainerinnen führten den 2tägigen Workshop in den Kursen 10 und 11 durch.

Reflexion:

Die Anregung, diese Schulung mit in das Gesundheitsförderungsprogramm für Altenpflegeschülerinnen und -schüler aufzunehmen, kam von den Beschäftigten der Altenheime, die bereits umfassend geschult wurden bzw. werden. Sie erleben diese Methode als eine wirkliche Entlastung im Alltag, da sie ihnen Handlungsalternativen bei der Interaktion mit dementiell veränderten Menschen bietet. Krankmachende Gefühle der Ohnmacht und Überforderung können so vermieden werden. Von der gegenseitigen Wertschätzung, die das Kernstück der Integrativen Validation ist, profitieren nicht nur die Pflegebedürftigen sondern auch die Pflegenden untereinander.

⁴⁶ vgl.: Köther, Ilka/Gnamm, Else (Hg.) (2000): Altenpflege in Ausbildung und Praxis. 4. komplett überarb. und neu gestaltete Aufl. Stuttgart; New York: Thieme.



Rückenschonendes Arbeiten

Kompetenzen:

Die Altenpflegeschülerinnen und -schüler kennen, trainieren und praktizieren verschiedene Techniken des rücken- bzw. körperschonenden Arbeitens.

Stundenverlauf:

Neben dem theoretischen Input wurden gesundheitsgerechte Verhaltensweisen auch ganz praktisch eingeübt. Alle Kurse wurden durch einen Physiotherapeuten in die Pflege nach Bobath mit ihren rückenschonenden Hebetechniken eingeführt.

Darüber hinaus trainierten alle Schülerinnen und Schüler unter fachlicher Anleitung die Kinästhetik mit ihrem Grundsatz, „Gewicht ist zum Bewegen – nicht zum Heben“. „Kinästhetik in der Pflege ist weder eine Technik noch schnell erlernbar. Es handelt sich vielmehr um ein kreatives Handlungskonzept zur Gestaltung der pflegerischen Interaktion“⁴⁷. Dies bedeutet, dass beispielsweise die Bewegungsabläufe bei einem Transfer oder einer Mobilisation nicht nur schonend für die Pflegekraft, sondern auch schonend für die pflegebedürftige Person durchgeführt werden⁴⁸. Die Altenpflegeschülerinnen und -schüler waren und sind angehalten, diese Techniken und Bewegungsabläufe auch selbstständig zu üben. Dazu wurde ihnen der so genannte „Demoraum“ des Fachseminars zur Verfügung gestellt. Hier finden sie den Platz und die notwendigen Utensilien, die sie benötigen, ihre Fähigkeiten zu trainieren.

Entspannung mit dem „Gesundheitstraining im Alltag“

Kompetenzen:

Die Altenpflegeschülerinnen und -schüler kennen verschiedene Ansätze und Techniken der Entspannung und wenden diese an.

Stundenverlauf:

⁴⁷ Balzar, Evi (2003): Ein Programm für rückenschonendes Arbeiten in der Pflege. In: Senioren im 21. Jahrhundert 2/2003. S. 21-24.

⁴⁸ vgl.: Seel, Mechthild/Hurling, Elke (2003): Die Pflege des Menschen im Alter. 2. vollständig überarbeitete und erweiterte Auflage. Brigitte Kunz Verlag; S. 123ff.



Werden Altenpflegekräfte nach ihren Belastungen gefragt, so sprechen sie nicht als erstes die Belastungen des Rückens an. Stress, Aufgabenverdichtung und das Arbeiten unter Zeitdruck sind die Punkte, die genannt werden. So sollten beispielsweise alle Kurse bei der zweiten Befragung formulierten, welches Angebot sie sich in Bezug auf die Gesundheitsförderung wünschen würden. Entspannungstechniken, lautete hier die einhellige Antwort.

Da wir einerseits vor dem Problem standen, dass Entspannungstechniken ihre Wirksamkeit nur entfalten können, wenn sie eingeübt und längere Zeit trainiert werden, und andererseits im Rahmen eines Lehrplanes weder die finanziellen noch zeitlichen Möglichkeiten bestehen, umfassende und regelmäßige Schulungen durchzuführen, haben wir uns entschlossen, ein Training anzubieten, das quasi als Schnupperkurs zum Kennenlernen verschiedener Techniken dienen sollte. Dieses „Schnupperangebot“ wurde von der entsprechend ausgebildeten Trainerin, die selbst lange Jahre in der Pflege tätig war, speziell zusammengestellt. Aus organisatorischen Gründen konnte dieses Entspannungstraining erst gegen Ende der Projektphase erstmalig im Kurs 10 mit einem Umfang von 10 Stunden durchgeführt werden. Erwartungsgemäß konnten sich nicht alle Schülerinnen und Schüler in gleicher Weise auf ein solches Angebot einlassen.

Aber viele der Teilnehmerinnen und Teilnehmer des Kurses 10 haben das Training gerade in der Zeit der Examensvorbereitung sehr genossen.

Mit dem „Gesundheitstraining im Alltag“ wurde ein Ganzkörperkonzept zur Förderung der Gesundheit verfolgt. Bewegung, Abbau von Verspannungen, Wirbelsäulengymnastik und Stressabbau durch aktive Entspannung waren die Themen. Die Auszubildenden lernten die Grundprinzipien des Autogenen Trainings oder der Muskelentspannung nach Jacobsen kennen. Gerade die progressive Muskelentspannung nach Jacobsen eignet sich zur Entspannung zwischendurch, da sie auch im Sitzen erfolgen kann und sich damit gut in den Arbeitsalltag integrieren lässt. Mit einem kurzen Test konnten die Auszubildenden ihre eigene Fitness überprüfen. Außerdem wurden unterschiedliche Wege zur Verbesserung des Körperbewusstseins vorgestellt, wie z.B. Yoga, Feldenkrais, Zilgrei, Tai Chi und Qi-Gong bis hin zur Fußreflexzonenmassage.

Mit diesem Angebot verbindet sich die Hoffnung, dass Einzelne neugierig werden und eine Technik vielleicht näher kennen lernen möchten und in ihrer Freizeit weiter vertiefen.

Weitere Angebote und Inhalte

Unabhängig von den speziellen Unterrichtsangeboten im Rahmen des Gesundheitsförderungsprojektes gab und gibt es in der Altenpflegeausbildung eine Reihe von Teillernfeldern, die weitere Aspekte des Gesundheits- und Arbeitsschutzes aufgreifen. So haben die allgemeine Krankheitslehre, Ernährungslehre oder der Infektionsschutz durch Hygiene immer auch einen Bezug zur eigenen Gesundheit. Und aufgrund ihrer Ausbildung verfügen Altenpflegeschülerinnen und -schüler über ein medizinisches Basiswissen, das sich für die Gesundheitsförderung gut nutzen lässt. Umgekehrt kommen alle Maßnahmen, die das Gesundheitsbewusstsein der angehenden Altenpflegekräfte fördern, auch den Pflegebedürftigen zugute.

In der Ausbildungs- und Prüfungsverordnung des Landes NRW, die bis Ende Juli 2003 gültig war, gab es das Fach „**Arbeitsbelastungen und Methoden der Bearbeitung**“. Im Rahmen dieses Unterrichts erfolgte in einigen Kursen bereits eine theoretische Auseinandersetzung mit dem Phänomen Stress (Eustress – Distress/ Strategien zur Stressvermeidung bzw. -reduktion), und es wurden



Konflikte und Teamprozesse sowie die Grundregeln der Kommunikation besprochen. Darüber hinaus wurde auf die Gefahren, die sich aus der engen Beziehung zwischen Pflegebedürftigen und Pflegekräften ergeben, aufmerksam gemacht. Die Grenzen zwischen einem gesunden engagierten Einsatz und ersten Anzeichen eines Burnout-Syndroms sind fließend. Gleches gilt für die menschliche Nähe und Wärme, die die alten Menschen suchen und brauchen. Auch hier liegt die Schwierigkeit in dem schlechrenden Übergang zu einer Situation, in der nicht mehr die Bedürfnisse des Pflegebedürftigen, sondern die der Pflegekraft befriedigt werden. Das „Überpflegen“ und die Unfähigkeit, nach dem Dienst abzuschalten, müssen von den Auszubildenden als Anzeichen des so genannten Helfer-Syndroms erkannt werden. Wichtige Inhalte, die heute dem Lernfeld der Gesundheitsförderung zuzuordnen sind.

Die Befragung hat ergeben, dass das Ernährungsbewusstsein der Auszubildenden erfreulich gut ausgeprägt ist. Die Inhalte der „**Ernährungslehre**“, die auch in die Stundentafel der Altenpflege-Ausbildungs- und Prüfungsverordnung des Bundes integriert sind, hatten hier großen Anteil. Neben den medizinischen Besonderheiten bei der Ernährung alter Menschen lernten die Auszubildenden auch die wesentlichen Grundlagen für ihre eigene gesundheitsgerechte Ernährung kennen. Unabhängig von der neuen Prüfungsordnung legen die Lehrkräfte der Bildungs-GmbH bereits seit Jahren großen Wert auf die praktische Umsetzung gesundheitsgerechter Verhaltensweisen. Ein Beispiel ist die tägliche Erinnerung an das Trinken. Eine ausreichende Flüssigkeitszufuhr ist im wahrsten Sinne lebenswichtig. Das gilt insbesondere für die Pflege alter Menschen. Getränke anbieten oder anreichen ist eine ständige Aufgabe in der Altenpflege. Dies sollen bereits die Auszubildenden verinnerlichen. Und sie sollen sich der Bedeutung des ausreichenden Trinkens für die eigene Gesundheit bewusst sein. So dürfen die Auszubildenden während des Unterrichts nicht essen, das Trinken ist aber immer erlaubt.

Während den berufspraktischen Ausbildungsblöcken finden regelmäßig Studentage statt, die zur Reflexion und zum Austausch dienen. Bei der **Reflexion der Praxiseinsätze** im Projektverlauf wurden auch die gesundheitsbelastenden Faktoren und Quellen des Wohlbefindens bei der alltäglichen Pflegearbeit thematisiert. Diese Vor- und Nachbereitung der berufspraktischen Einsätze ist Aufgabe der Dozentinnen und Dozenten des Fachseminars. Ein Praxiseinsatz



dauert durchschnittlich 10 Wochen. Darin enthalten sind rund 5 Studentage. Die psychischen Belastungen, die sich aus den Beziehungen zu den Pflegebedürftigen aber auch zu den Kolleginnen und Kollegen ergeben, sind hier häufig Gegenstand der Diskussion. Die Auszubildenden können die Lehrkräfte aktiv um Unterstützung bitten und den Lehrkräften bietet es die Gelegenheit, bei drohenden gesundheitlichen Gefahren möglichst frühzeitig einzutreten.

Die Altenpflegeschülerinnen und -schüler werden in der praktischen Arbeit auch mit Leid, schwerer Krankheit und Tod konfrontiert. Das Sterben eines Menschen zu begleiten, führt unweigerlich zu einer Auseinandersetzung mit der eigenen Sterblichkeit.

Bereits seit einigen Jahren bietet das Fachseminar der Bildungs-GmbH den Schülerinnen und Schülern mit einem 3tägigen **Seminar zum Thema „Umgang mit Sterben und Tod“** einen angemessenen Rahmen, um sie an dieses schwierige Thema heranzuführen. Neben der Unterstützung und Begleitung von Sterbenden und deren Angehörigen wird auch das eigene Erleben und Verarbeiten dieser besonderen Belastungssituation besprochen. Aus den handschriftlichen Bemerkungen der Befragung wurden die positiven Rückmeldungen der Auszubildenden zu diesem Seminar sehr deutlich. Die Schülerinnen und Schüler erlebten diese intensive Auseinandersetzung mit dem Thema Tod und Sterben als wichtige Unterstützung und Hilfe für ihre Arbeit.

Im Rahmen des Projektes konnten nicht alle Themen des Lernfeldes 4.4 ausführlich behandelt werden. Weitere wichtige Themen sind beispielsweise: Vermeidung von Unfällen, Infektionen, Berufskrankheiten, Suchtgefährdungen, Stressprävention und ausgleichende Aktivitäten, persönliche Psychohygiene und soziale Interaktion.

Auf das Thema **Hautschutz** wurde im Rahmen unseres Gesundheitsförderungsprogramms nicht detaillierter eingegangen. Es hat aber eine zentrale Bedeutung für den Berufsverbleib von Altenpflegekräften. Hauterkrankungen verursachen mittlerweile die meisten Kosten bei den Berufsgenossenschaften. Darauf und auf die enge Verbindung von Hauterkrankungen und Stress hat die Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege (BGW) auf der Altenpflegemesse in Hannover im Februar 2004 deutlich hingewiesen. Die BGW hat u. a. auch zu diesem Thema eine umfassende Unterrichtseinheit nach dem Lernfeldkonzept erarbeitet.



Stressprävention, die Vermeidung von Rückenerkrankungen und Infektionsschutz durch Hygiene sind weitere Themen, die für den Unterricht im Lernfeld 4.4 vorbereitet wurden. Diese speziell für den Einsatz in der theoretischen Altenpflegeausbildung konzipierten Unterrichtsmaterialien, wie z. B. Folien und Plakate, werden Altenpflegeschulen kostenfrei zur Verfügung gestellt.

In Absprache mit der Berufsgenossenschaft Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege weisen wir an dieser Stelle gerne darauf hin, dass die von der BGW erstellten Lehrer- und Schülermappen mit Unterrichtsmaterialien zum Lernfeld Gesundheitsförderung unter dem Titel: „Eine Ausbildung, die passt! Die eigene Gesundheit erhalten und fördern“, ab 2005 von allen Fachseminaren und Altenpflegeschulen kostenfrei bezogen werden können.

BGW Schulungs- und Beratungszentrum Berlin
Karlsruher Straße 19/22
10711 Berlin
schubertz-berlin@bgw-online.de
www.bgw-online.de

Gesundheitsförderung in der praktischen Ausbildung

Neben der theoretischen Auseinandersetzung im Unterricht muss Gesundheitsförderung auch und gerade im Alltag erlebbar und lebbar sein. Durch eine Reihe von verhaltenspräventiven Angeboten waren und sind die Altenpflegeschülerinnen und -schüler eingeladen, regelmäßig an ihre Gesundheit zu denken und aktiv zu werden.

Ortho-Bionomy® am Arbeitsplatz

Die Sozial-Holding stellt ihren Beschäftigten regelmäßig und kostenfrei eine Behandlung nach dem Prinzip der Ortho-Bionomy® zur Verfügung. Dieses – kurz aber falsch – als „Massage“ am Arbeitsplatz bezeichnete Angebot wird von den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern gerne genutzt und vermittelt ihnen einen Moment der Entspannung. Wöchentlich können jeweils 20 Beschäftigte auf diese Weise die Wertschätzung des Arbeitgebers spürbar erfahren. Neben der Behandlung gibt die Therapeutin auch wertvolle Tipps und macht aufmerksam, wo ein Arztbesuch ratsam erscheint. In Einzelfällen konnten bereits Operationen vermieden werden,



sodass sich dieses Angebot für den Arbeitgeber auch finanziell rechnet. Auch die Auszubildenden können die Ortho-Bionomy®-Behandlungen während der berufspraktischen Einsätze in den Einrichtungen der Altenheime GmbH in Anspruch nehmen. Hier war der einzige Kritikpunkt, dass diese Zuwendungen häufiger und länger erfolgen könnte.

Körperschonendes Arbeiten im Altenheim

Die psychischen Belastungen des Berufs sind den Auszubildenden sehr bewusst, und die Auseinandersetzung mit diesen Belastungen bzw. den entsprechenden Bewältigungsstrategien ist ohne Frage sehr wichtig. Darüber darf aber nicht vergessen werden, dass Altenpflege im wahrsten Sinne des Wortes auch Knochenarbeit sein kann. Mehr als ein Viertel aller Arbeitsunfähigkeitstage in der Altenpflege sind auf Erkrankungen der Muskeln, des Skeletts oder des Bindegewebes zurückzuführen⁴⁹. Daher sind die Techniken des rückenschonenden Hebens und Tragens selbstverständlicher und wichtiger Bestandteil der theoretischen Ausbildung. Es gilt aber, das Erlernte in der Praxis umzusetzen. Voraussetzung dafür ist, dass die anleitenden Kolleginnen und Kollegen in der berufspraktischen Ausbildung diese Techniken ebenfalls kennen und anwenden. Daher wurden in den Einrichtungen der Altenheime GmbH teamorientierte Schulungen zur körperschonenden Arbeitsweise unter Anleitung eines Physiotherapeuten angeboten. Bei diesen Schulungen vor Ort, an denen selbstverständlich auch die Auszubildenden teilnehmen konnten, wurden gesundheitsgerechte Hebetechniken in der realen Pflegesituation eingeübt und konkrete Probleme unmittelbar angesprochen. Auch die Benutzung von Hebe-, Trage- oder Drehhilfen konnte hier ganz praktisch eingeübt werden.

⁴⁹ vgl.: Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege/Deutsche Angestellten Krankenkasse (2001): BGW-DAK Gesundheitsreport 2001 Altenpflege. Arbeitsbedingungen und Gesundheit von Pflegekräften in der stationären Altenpflege; S. 72.

Rückenschule

Weitere Angebote, die den Altenpflegeschülerinnen und -schülern in der Freizeit offen standen, waren die Rückenschule, ein Ernährungslehrgang und ein Nichtrauchertraining.

Hier zeigten sich die Grenzen der betrieblichen Gesundheitsförderung: Ein Arbeitgeber kann Angebote machen und einladen, aber nicht verpflichten. Dies wurde besonders deutlich beim Angebot der Rückenschule. Angesichts der Bedeutung von Muskel- und Skeletterkrankungen ein überaus sinnvolles Präventionsangebot, das auch von den Krankenkassen anerkannt und finanziell unterstützt wird. Auch die Schülerinnen und Schüler bewerteten das Angebot sehr positiv – aber sie nutzten es nicht. So musste das innerbetriebliche Angebot der Rückenschule der Altenheime GmbH von ursprünglich zehn auf den Schichtdienst abgestimmten Terminen in der Woche, verteilt auf die fünf Altenheime, auf fünf und schließlich auf einen Termin reduziert werden. Zu diesem Rückentraining waren auch alle Auszubildenden eingeladen. Dennoch war das Unternehmen aufgrund der mangelnden Resonanz gezwungen, dieses für alle Teilnehmenden kostenlose Angebot im September 2003 ganz einzustellen. Durch eine bequeme Erreichbarkeit direkt im Anschluss an den Dienst sollte das Angebot für die Beschäftigten in der Pflege und Betreuung attraktiver werden. Wie Rückmeldungen von Seiten der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter ergaben, wurden sie davon aber eher abgehalten. Sie möchten den Arbeitsort nach dem Dienst verlassen und würden es vorziehen, solche Angebote in einer anderen, privateren Atmosphäre zu nutzen. Für sie ist die bewusste Trennung zwischen Arbeit und Freizeit eine wichtige Strategie, um Stress abzubauen bzw. zu vermeiden.

Im Gegensatz dazu waren es die Entfernung zwischen der Wohnung und dem Veranstaltungsort, familiäre Verpflichtungen oder die wechselnden Dienstzeiten, die nach Aussage der Schülerinnen und Schüler dem Besuch des Rückentrainings entgegenstanden. Um die Auszubildenden tatsächlich mit einem solchen Angebot zu erreichen, müsste es während der Schulzeit oder direkt im Anschluss daran im Fachseminar angeboten werden.



Nichtrauchertraining

Im Herbst 2003 machte die Altenheime GmbH ihren Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern im Rahmen des Projektes das Angebot eines Nichtrauchertrainings. Das Programm „Rauchfrei in 10 Schritten“ wurde von der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung und vom Münchener Institut für Therapieforschung entwickelt und ist mittlerweile seit vielen Jahren erfolgreich im Einsatz. Doch trotz intensiver Information und auch persönlicher Einladungen fanden sich im gesamten Unternehmen nicht genügend Interessenten, um das Programm durchzuführen. Dabei hatten allein in den beiden schriftlichen Befragungen je neun Auszubildende angegeben, mit dem Rauchen aufzuhören zu wollen.

Selbstverständlich stellte sich als erstes die Frage, wie die fehlende Resonanz zu erklären sei. Fehlende Information konnte nicht der Grund für das mangelnde Interesse sein. Die Nachfragen bei verschiedenen Krankenkassen ergaben, dass andere Anbieter dieses Angebots, wie bspw. Vereine, Gesundheitszentren oder Familienbildungsstätten, ähnliche Erfahrungen machen mussten. So kam 2003 im gesamten Stadtgebiet von Mönchengladbach kein einziges Nichtrauchertraining zustande. Manche Schülerinnen und Schüler gaben an, dass die Kursgebühr von 100 Euro sie abgehalten hätte. Da ein Großteil dieser Kosten jedoch von den Krankenkassen übernommen worden wäre, scheint dies kein stichhaltiges Argument zu sein. Dennoch wurde den Auszubildenden das Angebot gemacht, einen erneuten Kurs mit Kostenübernahme durch den Arbeitgeber durchzuführen, wenn sie sich mit einer ausreichenden Zahl an Interessenten bei der Projektkoordinatorin melden würden. Leider zeigten die Altenpflegeschülerinnen und -schüler hier nicht genügend Eigeninitiative und nutzten dieses Angebot nicht.

Ernährungskurs

Das Angebot einer freiwilligen Ernährungsschulung fand dagegen auch bei einigen Auszubildenden Anklang. Die Dozentin, eine ausgebildete Ökotrophologin, war ihnen bereits aus dem Unterricht am Fachseminar bekannt. An 12 Abenden trafen sich die Teilnehmenden. Zunächst wurde das eigene Essverhalten beobachtet. Danach erklärte die Dozentin die Grundlagen einer abwechslungsreichen Ernährung und gab praktische Tipps für eine gesunde Ernährung im Alltag. Die



bewusstere Ernährung hatte bei den meisten Teilnehmenden auch den positiven Nebeneffekt einer gesundheitsschonenden Gewichtsreduktion. Die Kurstreffen fanden in einer sehr entspannten Atmosphäre statt und förderten dadurch auch den Austausch zwischen Beschäftigten und Auszubildenden aus unterschiedlichen Arbeitsbereichen.

Transfer der Gesundheitsförderung in die beruflichen Praxis

„Der / die Auszubildende ist normalen / hohen / sehr hohen Anforderungen körperlich und psychisch gewachsen.“

(Auszug aus einem Beurteilungsbogen für Auszubildende in der Altenpflege)

Solche und ähnliche Aussagen finden sich in vielen Beurteilungsbögen, mit denen die Leistungen von Altenpflegeschülerinnen und -schülern im praktischen Einsatz in der stationären Altenhilfe abgefragt werden. Eine nahe liegende und berechtigte Fragestellung, da es unzweifelhaft ist, dass die Berufstätigkeit in der Pflege und Betreuung alter Menschen sehr belastend sein kann. Aber angesichts der Tatsache, dass es die einzige Frage in diesem Beurteilungsbogen ist, die sich mit der Gesundheitssituation der Auszubildenden auseinandersetzt, spiegelt dies auch eine gefährliche Haltung in der Altenpflege wider, denn es zeigt, dass die eigene Gesundheit in der Altenpflege eine Forderung ist. Der Gedanke, die Gesundheit der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter zu fördern, hat in der alltäglichen praktischen Altenpflege immer noch viel zu wenig Raum.

Die Beschäftigten in den Einrichtungen nehmen daher eine Schlüsselrolle bei der Gesundheitsförderung für Altenpflegeschülerinnen und -schüler ein. Als Kolleginnen und Kollegen, Praxisanleitungen oder Vorgesetzte haben sie eine wichtige Vorbildfunktion. Sie sichern maßgeblich den Praxistransfer gesundheitsgerechter Arbeits- und Verhaltensweisen.

Rolle der Praxisanleitungen

Die Bildungs-GmbH bietet auch die Fortbildung zur Praxisanleiterin bzw. zum Praxis-anleiter an. Diese engagierten Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter sind ein wichtiges Bindeglied zwischen dem theoretischen und dem praktischen Ausbildungsort. In ihrer Mentorenfunktion zeigen sich diese Fachkräfte dafür verantwortlich, dass die Auszubildenden das theoretische Wissen auch in der täglichen Arbeit umsetzen. Mit der Altenpflege-Ausbildungs- und Prüfverordnung wurde diese Verantwortung für die praktische Ausbildung der Schülerinnen und Schüler auch rechtlich festgeschrieben. Das schließt auch das Thema der Gesundheitsförderung mit ein. Denn gesundheitserhaltende und -fördernde Aspekte müssen auch und gerade in der praktischen Ausbildung verortet sein. Das bedeutet, dass die Frage nach dem Erhalt der Leistungsfähigkeit und -bereitschaft



auch zur umfassenden Fortbildung von Pflegefachkräften zur Praxisanleitung gehören muss.

Im Rahmen des Projektes fanden auch so genannte **Praxisanleiterergänzungskurse** statt. Hauptgegenstand dieser jeweils 3-tägigen Schulungen waren die erweiterten Anforderungen im Rahmen der Ausbildungs- und Prüfungsverordnung für Beruf der Altenpflegerin und des Altenpflegers und deren praktische Umsetzung. Darüber hinaus wurden die bereits eingesetzten Praxisanleiterinnen und -anleiter in diesen Ergänzungskursen gezielt auf die spezifischen Arbeitsbelastungen der Auszubildenden aufmerksam gemacht.

Die Praxisanleitungen sind sich ihrer Verantwortung und Vorbildfunktion auch im Hinblick auf eine gesundheitsgerechte Arbeitsweise bewusst. Bei der Auseinandersetzung mit ihrer eigenen Belastungssituation wurde jedoch deutlich, dass sie selbst das Gesundheitsverhalten in der Praxis vernachlässigen. Ein Umstand, auf den auch die Befragungsergebnisse hinweisen, in denen der Einsatz der Praxisanleiterinnen und -anleiter von den Auszubildenden sehr positiv bewertet wurde. Die Antworten der Schülerinnen und Schüler belegen auch, dass die Fachkräfte bei der Anleitung viel Wert auf rückenschonende Arbeitsweisen legen. Das bedeutet aber nicht, dass sie selbst diese auch anwenden. Keine Zeit, kein Personal, das sind die wiederkehrenden Argumente, die ein gesundheitsgerechtes Arbeiten scheinbar unmöglich machen. In einer moderierten Diskussion wurde versucht, die größten Hemmnisse, die beispielsweise gegen den konsequenten und selbstverständlichen Einsatz von Hilfsmitteln sprechen, herauszuarbeiten. Anhand weniger Beispiele wurde den Praxisanleitungen bewusst, dass sowohl zeitlich als auch personell durchaus die Möglichkeit besteht, Arbeitsabläufe gesundheitsgerecht zu gestalten. Dies erfordert aber eine gute Kooperation in den Teams und zwischen den verschiedenen Arbeitsbereichen in einem Altenheim.

Neu im Rahmen der bundeseinheitlichen Altenpflegeausbildung ist auch das jährliche Zeugnis. Beurteilt werden nicht nur die theoretischen Leistungen. Der Träger der praktischen Ausbildung stellt den Auszubildenden auch eine Bescheinigung zu deren praktischen Kenntnissen aus. Im Rahmen einer solchen Benotung müssen die Beurteilungskriterien auch in Bezug auf die Gesundheitsförderung überprüft werden. Selbstgefährdendes Arbeiten muss demnach die gleiche Kritik erfahren wie Fehler bei der Pflege anderer.



Praxisanleiterinnen und Praxisanleiter, die sich dieser Bedeutung bewusst sind, werden zu Multiplikatoren des Gesundheitsthemas zu beiden Seiten: bei den Auszubildenden ebenso wie bei ihren Kolleginnen und Kollegen.

Praxisbegleitung durch die Lehrkräfte

„Die Altenpflegeschule stellt durch Lehrkräfte für die Zeit der praktischen Ausbildung die Praxisbegleitung der Schülerinnen und Schüler in den Einrichtungen sicher.“ So heißt es im 3. Absatz des §2 der Ausbildungs- und Prüfungsverordnung für den Beruf der Altenpflegerin und des Altenpflegers. Die Lehrkräfte sollen den Schülerinnen betreuend und den Praxisanleitungen beratend zur Seite stehen. Eine enge und konstruktive Zusammenarbeit zwischen den jeweils Verantwortlichen am Ort der theoretischen und berufspraktischen Ausbildung ist unerlässlich, damit der Praxistransfer gesundheitsfördernder Inhalte und Maßnahmen zur Verbesserung der Arbeits- und Gesundheitssituation von Altenpflegeschülerinnen und -schülern gelingen kann.

Die Lehrkräfte des Fachseminars für Altenpflege führen regelmäßige **Praxisbesuche** bei den Schülerinnen und Schülern an den jeweiligen Einsatzorten der praktischen Ausbildung durch. Dabei setzen sich die Lehrkräfte, Praxisanleitungen und Auszubildenden auch ganz bewusst mit den Arbeitsbelastungen der Altenpflegeschülerinnen und -schüler auseinander. Dadurch werden Pflegekräfte sowie Auszubildende in den jeweiligen Teams für einen kritischen Umgang mit ihrer eigenen Arbeitsweise sensibilisiert.

Im Rahmen des Projektes fanden auch gezielte **gesundheitsbezogene Praxisbesuche** statt. Da diese Besuche mit einem Aufwand verbunden waren, konnten jeweils nur einzelne Schülerinnen und Schüler aus den Kursen befragt werden. In einem Vier-Augen-Gespäch mit der Projektkoordinatorin sollten die konkreten Belastungen vor Ort thematisiert werden. In ihrer Arbeitsumgebung zeigten sich die Auszubildenden jedoch weit weniger kritisch als im Unterricht. Alle äußerten sich positiv zu ihren Kolleginnen und Kollegen sowie den Vorgesetzten vor Ort. Die Auszubildenden sahen auch deutlich die Belastungen dieser Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter in der täglichen Arbeit. Angesichts dieses Einsatzes und der Situation der Bewohnerinnen und Bewohner schien es den



Auszubildenden schwer zu fallen, ihre eigenen Bedürfnisse in den Vordergrund zu stellen.

Auch hier zeigte sich die große Wirkung der bestehenden Grundhaltungen in den Teams auf das jeweilige Belastungsempfinden der einzelnen Teammitglieder. So scheint unter Pflegepersonal die Meinung verbreitet zu sein, dass eine große (körperliche) Belastbarkeit Ausdruck für eine hohe Motivation sei. Solche Grundhaltungen vermitteln sich zu einem guten Teil unbewusst. Sie entziehen sich somit einer kritischen Reflexion und werden umso stärker internalisiert. Daher ist es ein wichtiger Ansatz der betrieblichen Gesundheitsförderung, diese unbewussten Haltungen im Team offen zu legen und ggf. zu überdenken. Daher wurde bei den Praxisbesuchen gezielt nachgefragt, ob und bei wem Hebehilfen zum Einsatz kommen, oder wo diese zu finden sind. Erst dadurch wurde den Schülerinnen und Schülern die Diskrepanz zwischen Theorie und Praxis bzw. zwischen dem Gesundheitsbewusstsein und einem entsprechenden gesundheitsgerechten Verhalten deutlich.

Checkliste zur Ausbildungssituationsanalyse

Um den Lehrkräften, Praxisanleitungen und Auszubildenden die Arbeitssituationsanalyse zu erleichtern, wurden Fragen in einer „Checkliste“ (siehe Anhang) zusammengefasst. Mit Hilfe dieser Checkliste können die wichtigsten Bereiche von der Arbeitsplatzgestaltung über die Organisation bis hin zum Führungsstil in der jeweiligen Einrichtung des Praxiseinsatzes erfasst und im Rahmen der Praxisbesuche thematisiert werden.

Dabei ist es empfehlenswert, dass sich die Schülerinnen und Schüler zunächst allein und schriftlich mit diesen Fragen zur Vorbereitung eines Praxisbesuches auseinandersetzen.



Checkliste zur Gesundheitssituationsanalyse in der praktischen Ausbildung

➤ Wo befinden Sie sich derzeit im berufspraktischen Einsatz?

- Wie viele Bewohnerinnen und Bewohner werden in diesem Wohnbereich betreut?
- Wie viele Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter sind durchschnittlich im Früh-, Spät- und Nachtdienst im Einsatz?

➤ Wie beurteilen Sie Ihre fachliche Anleitung in diesem Einsatz?

- Fühlen Sie sich ausreichend über die Bewohnerinnen und Bewohner und Abläufe auf dem Wohnbereich informiert?
- Ist der Informationsaustausch in der Übergabe Ihrer Meinung nach umfassend und professionell?
- Haben Sie jederzeit die Möglichkeit, nachzufragen oder die Dokumentation einzusehen?
- Arbeiten Sie immer unter Anleitung der Praxisanleitung bzw. einer erfahrenen Pflegefachkraft?
- Erhalten Sie unmittelbare und konkrete Rückmeldung – positiv wie negativ – zu Ihrer Arbeit?
- Was haben Sie in diesem Einsatz ganz konkret dazugelernt und wo wünschen Sie sich noch mehr Unterstützung oder Übung?
- Können Sie auch Probleme und Belastungen mit Ihrer Praxisanleitung besprechen?

➤ Werden Sie dazu angehalten, rückenschonend zu arbeiten?

- Müssen Mobilisationen und Transfers von Ihnen allein durchgeführt werden? Und wenn ja, wie oft kommt dies durchschnittlich vor?
- Kommen Hebe- und Hilfsmittel in der alltäglichen Pflege zum Einsatz?
- Wissen Sie, wo die Hilfsmittel gelagert werden?
- Stehen Hilfsmittel in ausreichender Zahl zur Verfügung?
- Wünschen Sie sich weitere Hebe- und Hilfsmittel? Wenn ja, welche?

➤ Arbeiten die Kolleginnen und Kollegen in Ihrem Team nach gesundheitsgerechten Grundsätzen?

- Werden gesundheitliche Bedürfnisse von Pflegenden z.B. bei der Arbeitsorganisation berücksichtigt?
- Kennen die Kolleginnen und Kollegen spezielle Techniken, wie z.B. Kinästhetik und werden diese auch angewendet?

➤ Wie schätzen Sie Ihre eigene Arbeitsmotivation zurzeit ein und wodurch begründen Sie das?

- Sind Sie mit der Arbeit im Team und auch mit der eigenen Arbeit zufrieden?
- Gibt es verbindliche Absprachen im Team und wird auf eine konsequente



- Einhaltung dieser Absprachen geachtet?
- Haben Sie die Möglichkeit, Ihr Wissen sach- und fachgerecht einzusetzen?
 - Werden Ihre Beobachtungen und Anregungen in Bezug auf die Bewohnerinnen und Bewohner ernst genommen?
- Wie empfinden Sie die Zusammenarbeit mit Ihren Kolleginnen und Kollegen?
- Fühlen Sie sich im Team wohl und akzeptiert?
 - Werden Ihre Wünsche z.B. in Bezug auf die Dienstplangestaltung nach Möglichkeit berücksichtigt?
 - Herrscht eine offene Atmosphäre oder gibt es Spannungen im Team?
- Gibt es zurzeit eine Situation, die Sie besonders physisch oder psychisch belastet?
- Welche Hilfe oder Unterstützung wünschen Sie sich ganz konkret zur Bewältigung dieser Situation?
- Was macht Ihnen im derzeitigen Einsatz am meisten Freude?

Ergonomische und strukturelle Aspekte der berufspraktischen Ausbildungssituation

Selbstverständlich müssen auch die ergonomischen Voraussetzungen für ein gesundes Arbeiten im Altenheim gegeben sein. Dazu zählen z. B. die Ausstattung mit Hilfsmitteln, wie z.B. Hebe-, Trage- oder Drehhilfen und höhenverstellbare Betten. Bauliche Voraussetzungen, wie z.B. die Größe und Übersichtlichkeit der Wohnetagen, das Platzangebot in Zimmern und Bädern, barrierefreie Duschen und Toiletten oder die rollstuhlgerechte Aufteilung des Hauses. Auch die Lärm-, Licht- und Geruchssituation in einem Altenheim hat Einfluss auf das Wohlbefinden der Beschäftigten.

Selbst kleinere Mängel bei der ergonomischen Ausstattung können aufgrund der dauernden bzw. wiederholten Belastung in der Alltagsarbeit mit großen gesundheitlichen Risiken verbunden sein. Darüber hinaus bestimmen eine Reihe struktureller Aspekte die Arbeitssituation. Angefangen von der personellen Besetzung, der Frequenz und Qualität von Dienstbesprechungen bis hin zum Umgangston zwischen Kolleginnen und Kollegen und Vorgesetzten. Die Bereitschaft der Träger von Altenhilfeeinrichtungen, in eine gesundheitsgerechte



Arbeitsplatzgestaltung zu investieren, verbessert auch die Ausbildungssituation von Altenpflegeschülerinnen und -schülern.

Gesundes Arbeiten in einem gesunden Umfeld

Gesundheitsgerechtes Arbeiten im Alltag umzusetzen, ist für Einzelne sehr schwer. Das gilt ganz besonders für Schülerinnen und Schüler, die sich häufig schon aufgrund ihrer Stellung als Einzelkämpferin bzw. Einzelkämpfer empfinden. „Nur ein schneller Schüler ist ein guter Schüler!“ Das ist die Botschaft, die leider immer noch viel zu häufig in der Praxis vermittelt wird.

- Arbeiten mit dem Lifter – „Das ist viel zu zeitaufwendig!“
- Bei einer Mobilisation eine Kollegin zu Hilfe holen – „Dafür musste ich jetzt kommen!“
- Rückenschonende Techniken, wie z.B. Kinästhetik anwenden – „Lass mal, dass machen wir schon immer so!“

Altenpflegeschülerinnen und -schüler brauchen ein starkes Rückgrat, um sich ein gesundes Arbeiten von Anfang an anzugewöhnen. Dieses Rückgrat gilt es im Rahmen des Lernfeldes „Gesundheitsförderung“ zu stärken.

Wenn die Arbeitssituation in der Altenpflege nachhaltig verbessert werden soll, dann müssen aber nicht nur die Praxisanleitungen, sondern auch alle anderen Beteiligten umdenken. Deshalb wurden alle Beschäftigtengruppen in den Einrichtungen der Altenheime GmbH in die Gesundheitsförderung einbezogen:

In den Gesundheitszirkeln in den Einrichtungen der Altenheime GmbH arbeiten die **Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter aus Pflege und Hauswirtschaft** gemeinsam an der Verbesserung ihrer konkreten Arbeitssituation. Die Aktionspläne und Umsetzungskontrollen in den Altenheimen zeigen, wie erfolgreich sie dabei sind.

In insgesamt drei Lehrgängen wurden hauswirtschaftliche Mitarbeiterinnen für ihre wichtige Rolle in Bezug auf die Tagesstrukturierung und Lebensgestaltung der Bewohnerinnen und Bewohner vorbereitet und zu **Pflegehelferinnen** ausgebildet. Im Rahmen dieser Fortbildungsmaßnahme wurden sie auch mit den Zielen und



Ansätzen betrieblicher Gesundheitsförderung vertraut gemacht. Sie wissen nun, dass sie um Hilfe bitten sollen oder die Arbeit anders organisieren müssen, um ihre eigene Gesundheit nicht zu gefährden.

Die Anforderungen an **Wohnbereichsleitungen** im Rahmen der Qualitätsentwicklung und theoriegeleiteten Pflegeprozesssteuerung sind in den letzten Jahren stetig gestiegen. Dazu kommt der Interrollenkonflikt, gleichzeitig als Kollegin oder Kollege und Führungskraft in einem Team zu agieren. In einem eigenen Gesundheitszirkel formulierten die Wohnbereichsleitungen der fünf städtischen Altenheime ihre spezifische Belastungssituation. In der systematischen Aufbereitung in Form eines Gesundheitszirkelprotokolls wurden die Anforderungen auch für die Einrichtungs- und Geschäftsleitungen nachvollziehbar. In der gemeinsamen Aktionsplanung wurde entschieden, dass für die Zeit der derzeit laufenden Umstrukturierungsphase mehr Personal benötigt würde, sodass auf jedem Wohnbereich eine halbe Stelle zusätzlich eingesetzt wurde.

Durch diese und alle weiteren Maßnahmen im Rahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung soll in den Einrichtungen der Altenheime der Stadt Mönchengladbach GmbH eine Gesundheitskultur entstehen, in der eine gesundheitsfördernde Lebens- und Arbeitsweise nicht nur möglich, sondern selbstverständlich wird. Die Altenpflegeschülerinnen und -schüler sollen von Beginn an nicht nur ein qualifiziertes, sondern auch ein gesundes Arbeiten in der professionellen Altenpflege erlernen und praktizieren. Daher müssen sie von Anfang an in die betriebliche Gesundheitsförderung eingebunden werden.



Befragung zur Gesundheits- und Ausbildungssituation von Altenpflegeschülerinnen und -schülern

Die Befragung wurde wissenschaftlich begleitet durch Institut für Betriebliche Gesundheitsförderung BGF GmbH in Köln. Die Darstellung der folgenden Kapitel stützt sich maßgeblich auf den „Bericht zur Analyse der Gesundheitssituation der Schülerinnen und Schüler am Fachseminar für Altenpflege der Bildungs-GmbH“⁵⁰. In dieser umfassenden Auswertung sind alle Ergebnisse in ausformulierter, tabellarischer und graphischer Form aufbereitet. In der folgenden Darstellung werden die wichtigsten Erkenntnisse aus den beiden Befragungen zusammengefasst.

Entwicklung und Aufbau des Fragebogens

Für die Erhebung der Daten wurde ein Fragebogen entwickelt, der zu beiden Testzeitpunkten zum Einsatz kam. Bei der Entwicklung wurde auf den seit 1999 existierenden und 2003 überarbeiteten Fragebogen des Instituts für Betriebliche Gesundheitsförderung zurückgegriffen, der durch spezielle Fragen für die Schülerinnen und Schüler in der Altenpflegeausbildung ergänzt wurde. Diese wurden anhand von Experteninterviews sowie aus dem Fragebogen der Berufsgenossenschaft Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege BGW generiert.

Insgesamt beinhaltet der Fragebogen 113 Fragen, die sich auf folgende Bereiche aufteilen:

- A)** Arbeitssituation (u. a. Zusammenarbeit mit Praxisanleiterinnen und Praxisanleiter, Dozentinnen und Dozenten, Kolleginnen und Kollegen, Schülerinnen und Schüler)
- B)** Körperliche Beanspruchung sowie Umfang und Bedienbarkeit von technischen Hilfen (z.B. höhenverstellbare Betten)
- C)** Psychische Beanspruchung

⁵⁰ Lazar, Nicole (2004): Bericht zur Analyse der Gesundheitssituation der Schülerinnen und Schüler am Fachseminar für Altenpflege der Bildungs-GmbH Mönchengladbach. Unveröffentlichter Bericht im Auftrag des Instituts für Betriebliche Gesundheitsförderung, Köln.



- D) Fragen zur Vereinbarkeit von Theorie und Praxis, nach der Zufriedenheit mit der Berufswahl und mit dem Programm der Gesundheitsförderung
- E) Fragen zur Gesundheit (Gesundheitszustand, Rauchen, Ernährung, Trinkverhalten)
- F) Auswirkungen der Tätigkeit (Umgang mit Belastungen, physische wie psychische Folgen)
- G) Fragen zu Erholungsstrategien
- H) Offene Fragen
(z.B. Was finden die Schülerinnen und Schüler positiv/negativ an ihrer Ausbildung? Was fehlt ihnen am Programm zur Gesundheitsförderung?)
- I) Biographische Fragen (Alter, Geschlecht, Schulbildung, letzter praktischer Einsatz, Erfahrungen im Pflegebereich, bereits gemachte Ausbildung)

Hinsichtlich der Kategorien A, B, C, F sollten die Auszubildenden angeben, ob der jeweilige Faktor vorhanden ist, und wie stark sie sich dadurch belastet sehen.

<i>Anmerkung: Bitte beurteilen Sie, ob Sie der Aussage zustimmen oder nicht. Geben Sie bei Bedarf auch an, wie stark Sie sich dadurch belastet fühlen.</i>	belastet mich					
	gar nicht	mäßig	stark	sehr stark		
Im Team bestehen Spannungen und Konflikte.	<input type="radio"/> nein ja →		<input type="radio"/> ①	<input type="radio"/> ②	<input type="radio"/> ③	<input type="radio"/> ④

Im Frage teil D sollten die Schülerinnen beurteilen, ob bzw. wie weit die verschiedenen Aussagen zutreffen („trifft etwas zu“, „trifft teils/teils zu“, „trifft weitgehend zu“, „trifft vollkommen zu“). Daneben gab es Fragen, die nur mit „Ja“ oder „Nein“ zu beantworten waren, Mehrfachantworten oder eine freie Beantwortung ermöglichten.

Durchführung der Befragungen

Insgesamt wurden vier Kurse des Fachseminars für Altenpflege der Bildungs-GmbH zweimal befragt. Da die Befragung im Rahmen einer Unterrichtsstunde stattfand, konnte eine Rücklaufquote von 95% zum ersten Testzeitpunkt (TZP I) und 93% zum zweiten Testzeitpunkt (TZP II) erreicht werden. Zunächst wurden



exemplarisch die verschiedenen Antwortstrukturen erklärt, um die Zahl möglicher Fehler aufgrund der komplexen Abfrageart zu reduzieren. Die Schülerinnen und Schüler wurden gebeten, sich bei der Beantwortung der Fragen zur praktischen Ausbildung jeweils auf ihren letzten berufspraktischen Einsatzort zu beziehen.

Die Wahrung der Anonymität war selbstverständlich. Die ausgefüllten Fragebogen wurden im Beisein der Schülerinnen und Schüler in Umschlägen verschlossen, die umgehend an das BGF-Institut weitergeleitet wurden. Im BGF-Institut wurden alle handschriftlichen Bemerkungen in den PC übertragen, so dass auch hier keine Rückschlüsse auf einzelne Personen möglich waren.

Die Schülerinnen und Schüler des Kurses 13 hatten zum ersten Testzeitpunkt (TZP I) ihre Ausbildung gerade erst begonnen, während sich die des Kurses 10 im letzten Ausbildungsjahr befanden. Die erste Befragung fand in den Kursen 10, 11 und 12 Ende März bis Anfang April 2003 statt. Die Schülerinnen und Schüler des Kurses 13 konnten aufgrund der organisatorischen Gegebenheiten erst Mitte August befragt werden. Der zweite Testzeitpunkt lag für alle Kurse im Dezember 2003. Die Kursgröße reduzierte sich zwischen den zwei Erhebungen im Kurs 10 und Kurs 11 um jeweils eine Schülerin bzw. einen Schüler.

Die genauen Kursgrößen und Rückläufe werden aus folgender Tabelle deutlich:

	TZP I			TZP II		
	Kursgröße	Rücklauf	Rücklauf in %	Kursgröße	Rücklauf	Rücklauf in %
Kurs 10	21	21	100%	19	16	84%
Kurs 11	21	21	100%	20	18	90%
Kurs 12	25	24	96%	25	25	100%
Kurs 13	25	21	84%	25	24	96%
Gesamt Anzahl	92	87	87%	89	83	93%

Die folgende Aufstellung gibt Auskunft, in welchen Bereichen die überwiegende Zahl der Schülerinnen und Schüler eines Kurses unmittelbar vor den beiden Befragungen im Einsatz waren.



		Kurs			
		10	11	12	13
TZP I	stationäre Altenhilfe/Kurzzeitpflege	1	2	2	21
	ambulante Altenhilfe	0	1	21	0
	Geriatrie/Krankenhaus	0	16	0	0
	stationäre Gerontopsychiatrie/Tagespflege	20	0	0	0
Gesamtanzahl der Antworten		21	19	23	21
TZP II	stationäre Altenhilfe/Kurzzeitpflege	8	1	0	24
	ambulante Altenhilfe	1	0	0	0
	Geriatrie/Krankenhaus	0	2	23	0
	stationäre Gerontopsychiatrie/Tagespflege	6	15	1	0
Gesamtanzahl der Antworten		15	18	24	24

Auswertungsmodalitäten

Die Ergebnisse wurden hinsichtlich zweier Aspekte betrachtet: Tritt der zu bewertende Aspekt überhaupt auf, und wenn ja, inwieweit sehen sich die Schülerinnen und Schüler dadurch belastet? Dabei wurde insbesondere darauf eingegangen, ob der jeweils erlebte Faktor starke bis sehr starke Belastungen hervorruft und ob Veränderungen vom ersten zum zweiten Testzeitpunkt zu beobachten sind. Die Daten wurden zusätzlich auf Effekte der Kurszugehörigkeit bzw. in Hinblick auf den Ausbildungsstand untersucht. Die Ergebnisse der Umfrage spiegeln die heterogene Zusammensetzung der Schülerinnen und Schüler eines Kurses wider: Das Alter der Befragten variierte zwischen 19 und 56 Jahren, die schulische Vorbildung reichte vom Hauptschul- bis zum Hochschulabschluss. Der Altersdurchschnitt der Befragten lag bei 34 Jahren. 47 % der Befragten hatten bereits eine abgeschlossene Ausbildung, und die Mehrheit verfügte bereits vor Ausbildungsbeginn über Pflegeerfahrung. Rund 80% der befragten Auszubildenden waren Frauen.

Zur Wahrung der Anonymität und wegen der geringen Signifikanz, erfolgte keine alters- und geschlechtsspezifische Auswertung.



Um die vorhandene Datenmenge zu reduzieren und damit übersichtlicher zu machen, wurden die Ergebnisse der Belastungswerte nachträglich zusammengefasst (d.h. von fünf Antwortkategorien auf drei). Graphisch wird nur eine Auswahl von interessanten Daten dargestellt.

Darüber hinaus ist bei der Interpretation der Daten zu beachten, dass aufgrund der recht kleinen Stichprobe die Abweichungen einzelner Schülerinnen und Schüler vergleichsweise großen Einfluss auf die prozentuale Verteilung haben. Daher wird in der folgenden Ergebnisübersicht weitgehend auf eine Unterscheidung nach den einzelnen Kursen verzichtet und lediglich auf signifikante Ergebnisse hingewiesen.

Ergebnisübersicht

A) Belastungen aufgrund der Arbeitssituation

Im ersten Fragenteil wurden unterschiedliche Aspekte hinsichtlich der Arbeitssituation der Schülerinnen und Schüler während der berufspraktischen und theoretischen Ausbildung abgefragt: Fühlen sich die Schülerinnen und Schüler im Team akzeptiert und integriert? Wie schätzen sie die fachliche Anleitung ein? Wie ist die Arbeitsorganisation und -atmosphäre, und wie ist der Umgang mit belastenden Situationen? Wie bewerten sie die theoretische Ausbildung und die Unterstützung durch die Dozentinnen und Dozenten im Fachseminar und wie erleben sie den Zusammenhalt und Umgang mit ihren Kolleginnen und Kollegen im Kurs?

A a) Belastungen im berufspraktischen Einsatz

Einige exemplarische Fragen aus der schriftlichen Befragung zur praktischen Ausbildungssituation⁵¹:

	belastet mich
	gar nicht mäßig stark sehr stark
Im Team nimmt man sich ausreichend Zeit, um mich als SchülerIn angemessen zu	Ⓐ nein Ⓑ ja →

⁵¹ Nähere Informationen zum gesamten Fragebogen erhalten Sie beim Institut für Betriebliche Gesundheitsförderung BGF GmbH der AOK Rheinland (www.aok-bgf.de)



unterstützen.		
Meine Beobachtungen werden von den KollegInnen ernst genommen.	① nein ja →	① ② ③ ④
Meine PraxisanleiterInnen legen Wert auf körperschonendes Arbeiten	① nein ja →	① ② ③ ④
Ich erlebe häufig kurzfristige Dienstplanänderungen	① nein ja →	① ② ③ ④

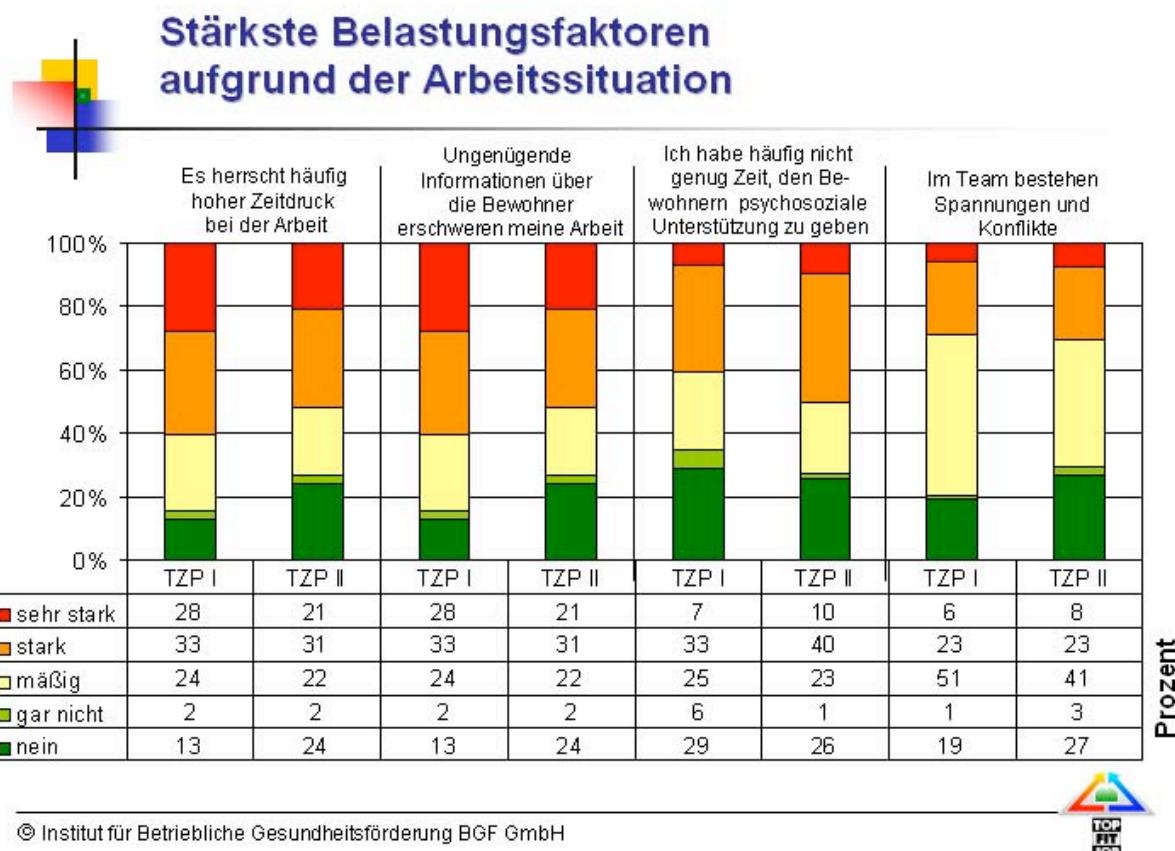


Abb. 5: Belastungsfaktoren aufgrund der Arbeitssituation

Der überwiegende Teil der Altenpflegeschülerinnen und -schüler fühlt sich durch die praktische Ausbildung keinen übermäßigen Belastungen ausgesetzt. Drei Viertel der Schülerinnen und Schüler sind gut in das jeweilige Team integriert und fühlen sich mit ihren Beobachtungen ernst genommen. Zwei Drittel der Auszubildenden sagt aus, dass sie auch im Team über negative Erfahrungen und Gefühle sprechen können. Diejenigen, die dieser Aussage nicht zustimmen, fühlen sich dadurch aber auch nicht oder nur mäßig belastet.

Zum zweiten Testzeitpunkt (TZP II) gaben aber nur noch 49% und nicht mehr 67% (TZP I) der Schülerinnen und Schüler an, dass man sich im Team ausreichend Zeit



für eine angemessene Unterstützung nimmt. Diese negativeren Einschätzungen der Anleitungssituation geht vor allen Dingen auf die veränderte Bewertung im Kurs 12 zurück, dem im Krankenhauseinsatz nicht wie gewohnt die Praxisanleiterinnen und -anleiter zur Seite standen. Aber auch im Kurs 10 litten 14% mehr als bei der ersten Erhebung unter der fehlenden Zeit zur Unterstützung. Möglicherweise ist den Kolleginnen und Kollegen in der Praxis nicht genügend bewusst, dass auch die erfahrenen Schülerinnen und Schüler im letzten Ausbildungsjahr noch Zeit und Aufmerksamkeit zur Anleitung benötigen.

Die Art der Unterstützung durch die Praxisanleiterinnen und Praxisanleiter bzw. Kolleginnen und Kollegen auch in schwierigen Situationen wird von der großen Mehrzahl der Auszubildenden gut bewertet. Ca. 80% der Schülerinnen und Schüler bekommen auch positive Rückmeldungen von den Praxisanleiterinnen und -anleitern sowie Kolleginnen und Kollegen. Darüber hinaus bescheinigen zwei Drittel der Auszubildenden den Praxisanleitungen, dass diese viel Wert auf körperschonende Arbeitsweisen legen. Gleichzeitig stellen aber nur 43 % (TZP I) bzw. 51% (TZP II) der Schülerinnen und Schüler fest, dass in den Teams auch tatsächlich mit körperschonenden Techniken gearbeitet wird. Die Zahl derjenigen, die sich dadurch stark belastet sieht, stieg im Projektverlauf leicht von 13% auf 15 % an.

Die größte Belastung bei der Arbeit ist der Zeitdruck. 88% (TZP I) bzw. 76% (TZP II) geben an, dass ein hoher Zeitdruck bei der Arbeit herrscht, und weit über die Hälfte der Auszubildenden fühlt sich dadurch stark bis sehr stark belastet.

Etwa die Hälfte der Schülerinnen und Schüler ist sich der hohen Verantwortung für die Bewohnerinnen und Bewohner bewusst, leidet aber nicht oder nur mäßig darunter. Ein Viertel von ihnen trägt jedoch schwer an dieser Verantwortung. Zwei Drittel aller Befragten fühlt sich für viele Bewohner zuständig. 41 % bzw. 50% der Auszubildenden empfinden es als starke bis sehr starke Belastung, häufig nicht genügend Zeit für die psychosoziale Unterstützung der Bewohnerinnen und Bewohner zu haben. Dennoch bereitet der Umgang mit den alten Menschen den meisten Schülerinnen und Schülern viel Freude. Hier stieg die positive Tendenz von 84% auf 90% zum zweiten Testzeitpunkt an.

Auszubildende erleben auch schwierige Situationen mit Angehörigen, aber lediglich 10% sehen sich dadurch einer starken Belastung ausgesetzt.

Die Arbeitsorganisation wird unterschiedlich bewertet. 89% der Altenpflegeschülerinnen und -schüler zu beiden Testzeitpunkten schätzen die Möglichkeit, selbstständig arbeiten zu können.

Aber 75% der Schülerinnen und Schüler sehen ihre Arbeit dadurch erschwert, dass sie nur ungenügende Informationen zu den Bewohnerinnen und Bewohnern haben. Für 49% (TZP I) bzw. 40 % (TZP II) ist mangelnde Information sogar eine starke bis sehr starke Belastungsquelle. 58% (TZP I) bzw. 62% (TZP II) der Auszubildenden haben aber auch die Möglichkeit, sich aus belastenden Situationen zurückzuziehen.

Obwohl die Hälfte aller Altenpflegeschülerinnen und -schüler häufig kurzfristige Dienstplanänderungen erleben, sind drei Viertel der Auszubildenden zufrieden mit der Dienstplangestaltung und sehen auch ihre Wünsche hinsichtlich des Dienstplans meistens berücksichtigt. Für 53% der Schülerinnen und Schüler überwiegen auch noch die positiven Aspekte der Schichtarbeit. Aber 17% bzw. 16% fühlen sich durch die wechselnden Arbeitszeiten stark bis sehr stark belastet. Insbesondere der „kurze“ Wechsel von Spät- auf Frühdienst wird als sehr anstrengend empfunden. Der Schicht- und Wochenenddienst führt darüber hinaus auch häufig zu Schwierigkeiten in der Beziehungspflege mit Freunden und Familie. Positiv werten die Auszubildenden die Abwechslung, die der Schichtdienst bietet. Da die Dienstzeiten pro Tag nicht zu lang sind, können z.B. private Termine flexibel geplant werden.

Die Zusammenarbeit in den Teams auf den Wohnbereichen wird von über der Hälfte der Befragten als fair bewertet. Dennoch berichten 81% (TZP I) bzw. 73% (TZP II) auch über Spannungen und Konflikte unter den Kolleginnen und Kollegen in der Praxis. Von denen, die darüber berichten, leidet immerhin die Hälfte stark bis sehr stark unter dieser Situation. Dennoch geben 71% (TZP I) bzw. 63% (TZP II) der Schülerinnen und Schüler an, dass sie in den Teams auch viel lachen.



A b) Belastungen in der theoretischen Ausbildung am Fachseminar

Einige exemplarische Fragen aus der schriftlichen Befragung zur theoretischen Ausbildungssituation:

		belastet mich	gar	mäßig	stark	sehr
			nicht			stark
Der Umgang unter den SchülerInnen in meinem Kurs ist fair.	Ⓐ nein Ⓑ ja →		①	②	③	④
Ich fühle mich von meinen Dozentinnen/KursleiterInnen angemessen unterstützt.	Ⓐ nein Ⓑ ja →		①	②	③	④
Aus meiner Ausbildung zur AltenpflegerIn nehme ich viel Positives für mich persönlich mit.	Ⓐ nein Ⓑ ja →		①	②	③	④

80% der Befragten macht das Arbeiten mit den Kolleginnen und Kollegen am Fachseminar, d.h. den anderen Kursteilnehmerinnen und -teilnehmern, Spaß. Nur einzelne fühlen sich als Außenseiterin oder Außenseiter, leiden aber nur mäßig darunter. Zum zweiten Testzeitpunkt (56%) wird der faire Umgang unter den Teilnehmenden in den Kursen besser bewertet als noch beim ersten Testzeitpunkt (49%). Dies gilt insbesondere für den Kurs 10 (Anstieg um 17%). Dennoch leiden rund 10% aller Schülerinnen und Schüler unter der Art des Umgangs untereinander und wünschen sich mehr Fairness unter den Auszubildenden.

Als Schülerin bzw. Schüler des Fachseminars sehen sie sich zu 88% (TZP I) bzw. 90% (TZP II) fair behandelt. Der überwiegende Teil der Auszubildenden fühlt sich von den Dozentinnen und Dozenten und insbesondere von der jeweiligen Kursleitung angemessen unterstützt. Dies sagen 87% (TZP I) bzw. 83% (TZP II). Dabei ist diese geringe Änderung wiederum auf eine veränderte Bewertung des Kurses 10 zurückzuführen. Statt 86% (TZP I) fühlen sich jetzt nur noch 63% (TZP II) dieser Kursteilnehmerinnen oder -teilnehmer angemessen unterstützt.

Fast alle Schülerinnen und Schüler stimmen jedoch in eindeutiger Weise und mit steigender Tendenz (TZP I: 93% / TZP II: 95%) der Aussage zu, dass die Dozentinnen und Dozenten des Fachseminars viel Wert auf körperschonendes Arbeiten legen.

Ebenso geben über 90% der Auszubildenden zu beiden Testzeitpunkten an, dass sie viel Positives für sich persönlich aus ihrer Ausbildung mitnehmen.



B) Körperliche Beanspruchung

Einige exemplarische Fragen aus der schriftlichen Befragung zur körperlichen Belastungssituation:

		belastet mich			
		gar nicht	mäßig	stark	sehr stark
	Während meiner praktischen Arbeit muss ich häufig schwer heben und tragen.	① nein ja →	②	③	④

Darüber hinaus wurde abgefragt, in welchem Umfang den Auszubildenden an den Einsatzorten technische Arbeitshilfen wie z.B. höhenverstellbare Betten oder Umlagerungshilfen zur Verfügung stehen und wie die Bedienbarkeit eingeschätzt wird. Ebenso wurde gefragt, wie häufig diese Hilfen benutzt werden.

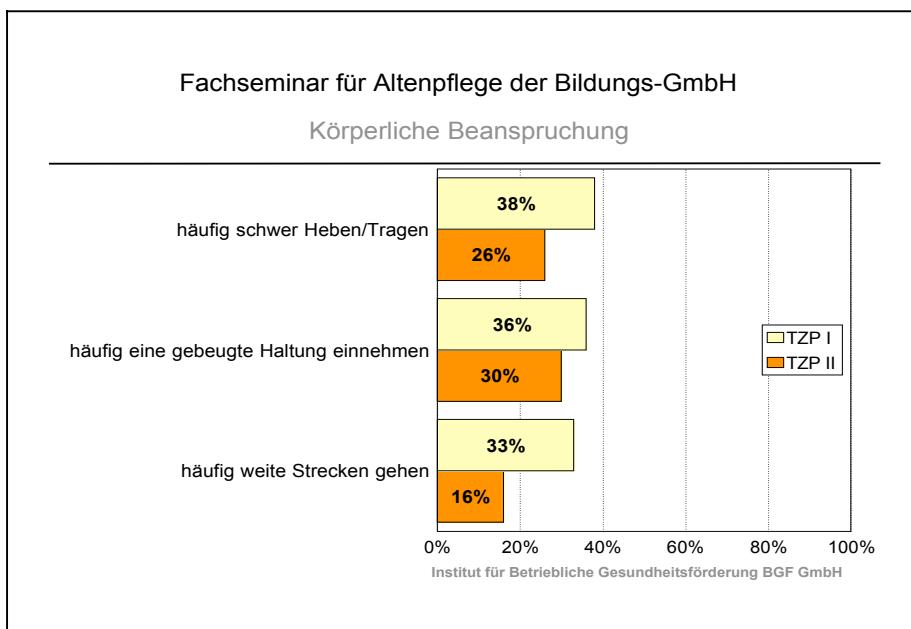


Abb. 6: Körperliche Belastungen

Generell scheinen die Schülerinnen und Schüler zum zweiten Testzeitpunkt durch schweres Heben und Tragen, dem Arbeiten in gebeugter Haltung und dem Laufen weiter Strecken weniger stark belastet zu sein als noch bei der ersten Befragung. Die Bewertung der körperlichen Belastung pendelt sich dabei auf ein mittleres Niveau ein.

Deutliche Unterschiede zwischen den Testzeitpunkten zeigen die Antworten der Kurse 11 und 12 auf. Demnach erlebten die Schülerinnen und Schüler beider Kurse während der Einsätze im Krankenhaus bzw. in der Geriatrie eine deutliche Mehrbelastung im körperlichen Bereich. Die mündlichen Aussagen der Schülerinnen und Schüler bestätigen dieses Befragungsergebnis, wonach auch die



Ausstattung mit technischen Hilfen zur Umlagerung im Krankenhausbereich schlechter zu sein scheint als in den Altenheimen.

Allen Schülerinnen und Schülern in den städtischen Altenheimen stehen bei der Arbeit höhenverstellbare Betten als Arbeitserleichterung zur Verfügung, die auch von fast 100% der Auszubildenden genutzt werden. Ein weniger eindeutiges Bild ergibt sich bei den technischen Hilfsmitteln zum Heben und Umlagern. Gaben zum ersten Testzeitpunkt 37% der Befragten an, dass ihnen fast nie oder nur selten technische Lagerungshilfen zur Verfügung standen, so beklagen zum TZP II 60% der Schülerinnen und Schüler fehlende Hilfsmittel. Die schlechtere Ausstattung in Krankenhäusern, in denen der Kurs 12 zum TZP II im Einsatz war, erklärt, dass sich hier die Zahl derer verdoppelt hat, denen nur selten Hilfsmittel zur Verfügung stehen. Aber auch im Kurs 13 geben zum ersten Testzeitpunkt noch 76,2 % an, dass ihnen Hilfen zum Umlagern zur Verfügung stehen. Zur zweiten Befragung sind es nur noch 37,5%. Da die Schülerinnen und Schüler des Kurses 13 vor beiden Testzeitpunkten in der stationären Altenpflege eingesetzt waren und davon auszugehen ist, dass in der Zwischenzeit keine Umlagerungshilfen abgeschafft wurden, scheinen sie im Projektverlauf stärker auf das Vorhandensein von technischen Arbeitshilfen zu achten.

Obwohl die Auszubildenden in beiden Befragungen diesen Umlagerungshilfen eine gute bis sehr gute Bedienbarkeit attestieren, ist die Zahl derer, die diese Hilfsmittel häufig einsetzen, von 63% (TZP I) auf 41% (TZP II) gesunken. Warum sie die Hilfsmittel zur körperlichen Entlastung nicht nutzen, begründen über 65% der Antwortenden wiederum damit, dass die Benutzung zu umständlich und zeitintensiv sei. Häufig stünden Hilfsmittel wie z.B. Hebelifter nicht griffbereit am vorgesehenen Ort oder wären defekt.

Erfreulicherweise kennen nahezu 100% der Auszubildenden körperschonende Arbeitstechniken wie z.B. Kinästhetik. Am Ergebnisverlauf des Kurses 13 (TZP I: 52,4 % zum TZP II: 100%) ist deutlich zu erkennen, dass diese rückenschonenden Techniken innerhalb der ersten Ausbildungsmonate vermittelt wurden.

Die Frage, ob die körperliche Beanspruchung im praktischen Einsatz ihren Erwartungen entspricht, bejahren bei der ersten Befragung 57 % und bei der zweiten 72% der Auszubildenden. Von denjenigen, die andere Erwartungen hatten, fühlen sich fast 90% körperlich schwerer belastet als sie angenommen hatten.



C) Psychische Beanspruchung

Einige exemplarische Fragen aus der schriftlichen Befragung zur psychischen Beanspruchungssituation:

		belastet mich	gar nicht	mäßig	stark	sehr stark
Ich werde häufig mit Sterben und Tod konfrontiert.	Ⓐ nein Ⓑ ja →		①	②	③	④
Meine pflegerische Arbeit wird von den Angehörigen anerkannt.	Ⓐ nein Ⓑ ja →		①	②	③	④
Die psychische Belastung entspricht meinen Erwartungen.	Ⓐ nein Ⓑ ja →		①	②	③	④

Bei der zweiten Erhebung geben 81% der Schülerinnen und Schüler an, dass ihre psychische Belastung im praktischen Einsatz ihren Erwartungen entspricht. Wenn nicht, stimmen alle darin überein, dass die Belastungen schwerer als erwartet sind.

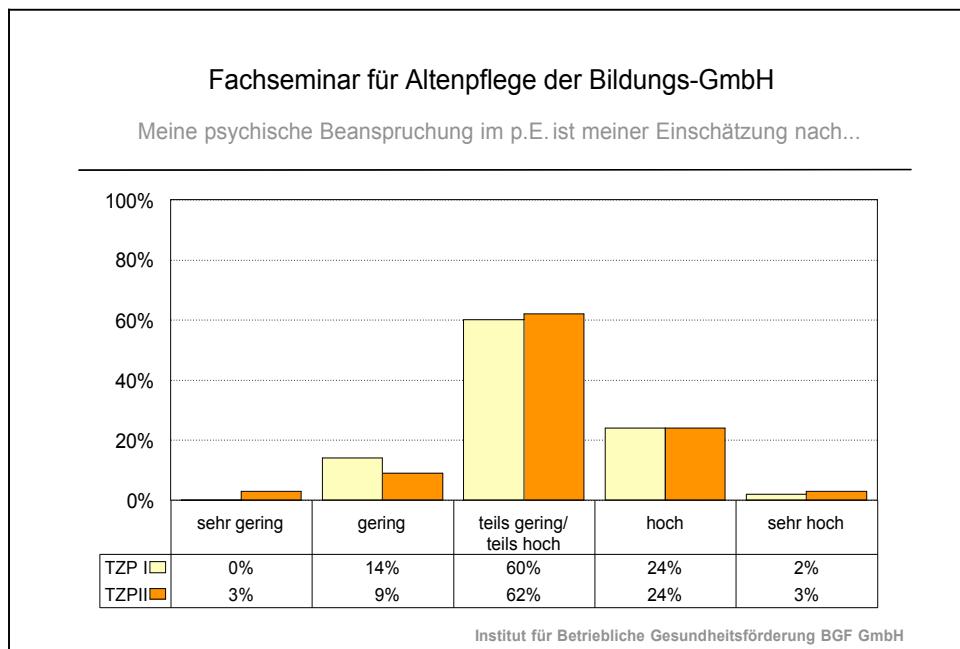


Abb. 7: Einschätzung der psychischen Beanspruchung im praktischen Einsatz

Über 70 % der Befragten erleben im Alltag häufig schwierige Situationen mit gerontopsychiatrisch veränderten Bewohnerinnen und Bewohnern. Und fast jede oder jeder Fünfte sieht sich dadurch stark bis sehr stark belastet. Das gleiche gilt für die Auseinandersetzung mit dem fortschreitenden Abbau körperlicher und geistiger Fähigkeiten und den eingeschränkten Kommunikationsmöglichkeiten der Bewohnerinnen und Bewohner sowie der Konfrontation mit Sterben und Tod. Hier



zeigten sich in der zweiten Befragung aber deutlich weniger stark bis sehr stark belastet (TZP I : 27% und TZP II: 16%). Das ist vor allen Dingen auf Veränderungen des Kurses 11 zurückzuführen. Die Auswertung der handschriftlichen Ergebnisse lässt vermuten, dass dieser Rückgang der Belastung in Kurs 11 (40% starke/sehr starke Belastung auf 17% bei der zweiten Befragung) in engem Zusammenhang mit dem zwischenzeitlich stattgefundenen Seminar zum Umgang mit Sterben und Tod steht. Am stärksten sehen sich die Altenpflegeschülerinnen und -schüler dadurch belastet, dass sie nicht immer die Möglichkeit haben, die Wünsche und Gefühle der Pflegebedürftigen in dem Maße zu respektieren, wie sie es gerne tun würden.

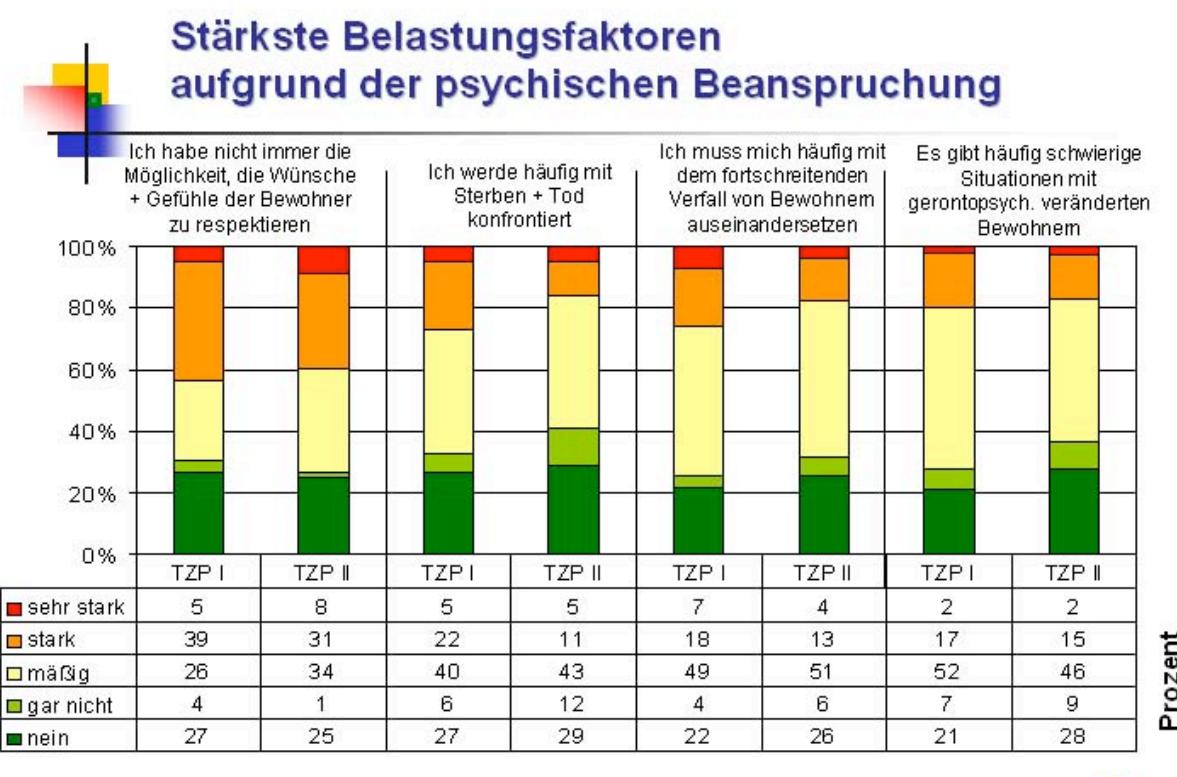


Abb. 8: Psychische Belastungsfaktoren

Etwa die Hälfte der Auszubildenden kennt das Gefühl, manchmal Ekel und Scham unterdrücken zu müssen. Aber nur weniger als 10 % der Auszubildenden in den verschiedenen Kursen sehen darin eine wirkliche Belastung.



Ebenfalls 10% der Schülerinnen und Schüler leiden mit wachsender Tendenz stark bis sehr stark unter den Konflikten zwischen den Bewohnerinnen und Bewohnern, mit denen der Großteil der Pflegenden im Alltag konfrontiert wird.

Die Auszubildenden erfahren aber nicht nur Belastendes. Der Beruf bietet ihnen auch Bestätigung. So sieht der überwiegende Teil, dass die eigene pflegerische Arbeit auch von den Angehörigen anerkannt wird und 90% bekommen positive Rückmeldungen durch die Bewohnerinnen und Bewohner.

D) Vereinbarkeit von Theorie und Praxis / Gesundheitsförderung

D a) Vereinbarkeit von Theorie und Praxis

In diesem Fragenteil waren vorformulierte Aussagen zu bestätigen oder abzulehnen („trifft vollkommen zu“ bis „trifft gar nicht zu“).

Einige exemplarische Fragen aus der schriftlichen Befragung zur Vereinbarkeit von Theorie und Praxis:

	Trifft gar nicht zu	Trifft etwas zu	Teils teils	Trifft weitestgehend zu	Trifft vollkommen zu
Meine PraxisanleiterIn und das Team unterstützen mich, das Erlernte in die Praxis umzusetzen.					
Die theoretischen Inhalte sind gut auf die Praxis abgestimmt.					

Bei der Gegenüberstellung der Ergebnisse aus den beiden Testzeitpunkten, waren wiederum nur geringe Unterschiede festzustellen. Insgesamt zeigte sich, dass sich die Befragten differenzierter mit den Aussagen auseinander setzten als noch bei der ersten Befragung.

Die Frage, ob die theoretischen Inhalte gut auf die Praxis abgestimmt seien, beantworten mit Ausnahme von Kurs 13 alle Kurse mit negativer Tendenz. Besonders auffällig ist die Veränderung des Kurses 12. Waren es in der ersten Befragung lediglich 4%, die die Theorie nicht gut auf die Praxis abgestimmt sahen, stieg die Zahl in der zweiten Erhebung auf 40% der Schülerinnen und Schüler an. Dieses Ergebnis wird verständlich vor dem Hintergrund, dass die Teilnehmerinnen

und Teilnehmer des Kurses 12 zu dieser Zeit in einem Krankenhaus mit der entsprechenden medizinischen Ausrichtung eingesetzt waren.

Dies bestätigt auch das Ergebnis der Frage, ob die Praxisanleitungen bzw. das Team die Schülerinnen und Schüler angemessen unterstützen, das Erlernte in die Praxis umzusetzen. Während des Krankenhauseinsatzes stimmen nur noch 28% des Kurses 12 dieser Aussage zu. Vorher waren es noch 63% gewesen. Das erklärt auch die leichte Verschiebung zum Negativen bei der Betrachtung aller Kurse: Nur noch 45% statt vorher 55% stimmen der Aussage vollkommen zu, dass die Praxisanleitungen sie gut bei der Umsetzung des Erlernten unterstützen.

Fast ein Viertel der Schülerinnen und Schüler hat sich nicht vorgestellt, dass das Arbeiten im Altenheim so schwierig sein würde. Dennoch ist festzuhalten, dass 93% (TZP I) bzw. 90% (TZP II) aller Altenpflegeschülerinnen und -schüler mit ihrer Berufswahl zufrieden sind.

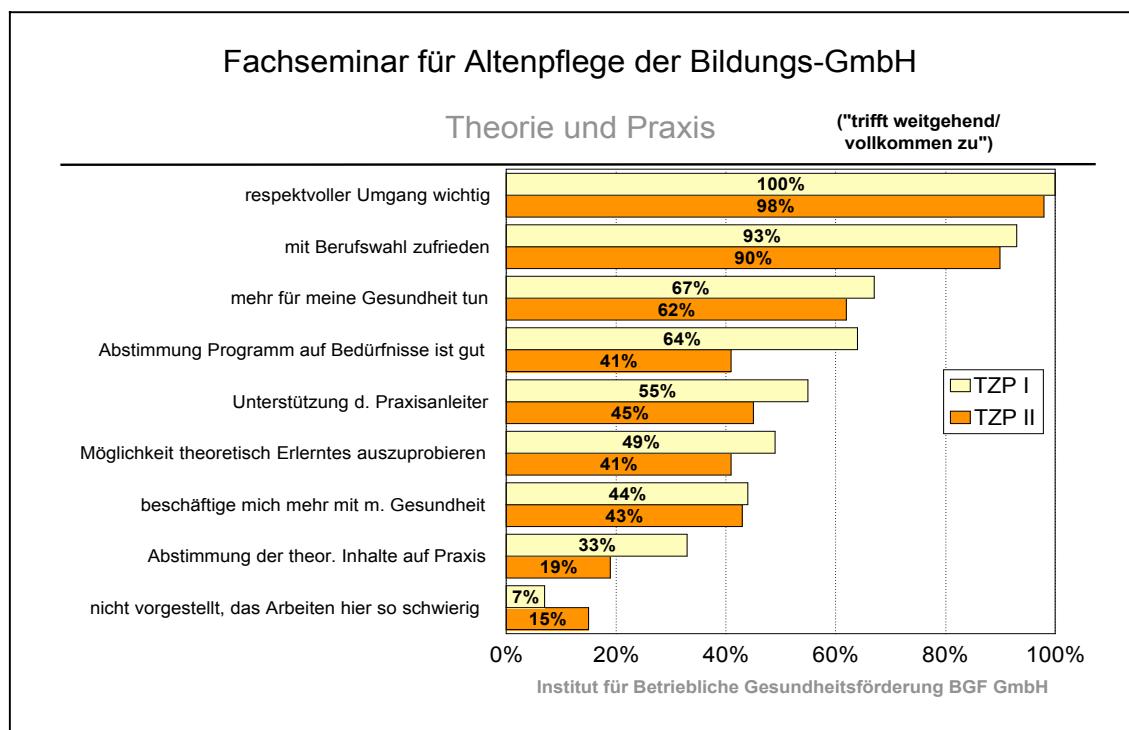


Abb. 9: Beanspruchung im Spannungsfeld von Theorie und Praxis

D b) Beurteilung der Gesundheitsförderung

Einige exemplarische Fragen aus der schriftlichen Befragung zur Beurteilung der gesundheitsfördernden Maßnahmen:

	Trifft gar nicht zu	Trifft etwas zu	Teils teils	Trifft weitestgehend zu	Trifft vollkommen zu
Das Programm zur Gesundheitsförderung für Altenpflegeschüler-Innen der Altenheime GmbH ist gut auf meine Bedürfnisse abgestimmt.					

Und die Frage: „Mir fehlt beim Programm der Gesundheitsförderung für AltenpflegeschülerInnen folgende(r) Aspekt(e)“, bot Platz zur freien Formulierung.

Aufgrund ihrer Tätigkeit im Pflegebereich beschäftigen sich über 70% der Auszubildenden mehr oder teilweise mehr mit ihrer Gesundheit. Bei der ersten Befragung am Anfang der Projektphase empfanden 64% der Schülerinnen und Schüler das Programm der Gesundheitsförderung als gut auf ihre Bedürfnisse abgestimmt. Im Projektverlauf sank dieser Wert auf 41% zum zweiten Testzeitpunkt ab. Aber mit 67% (TZP I) bzw. 62% (TZP II) äußert die Mehrheit der Schülerinnen und Schüler den Wunsch, mehr für die eigene Gesundheit tun zu wollen.

E) Fragen zum eigenen Gesundheitszustand bzw. –verhalten

Einige exemplarische Fragen aus der schriftlichen Befragung zum Gesundheitszustand und Verhalten:

	Trifft gar nicht zu	Trifft etwas zu	Teils teils	Trifft weitestgehend zu	Trifft vollkommen zu
Seitdem ich hier arbeite, beschäftige ich mich mehr mit meiner Gesundheit.					
Ich würde gerne mehr für meine eigene Gesundheit tun.					

Insgesamt fällt die Bewertung des eigenen Gesundheitszustandes bei der zweiten Erhebung nicht mehr so positiv aus, wie noch sechs bzw. neun Monate vorher. Werden die Einzelergebnisse der Kurse betrachtet, bewerten tendenziell weniger Schülerinnen und Schüler in drei Kursen ihren Gesundheitszustand als gut bis sehr gut. Anders jedoch im Kurs 11. Eine gute bis sehr gute Bewertung des eigenen



Gesundheitszustandes wurde hier öfter vorgenommen (TZP I: 55% und TZP II: 82%).

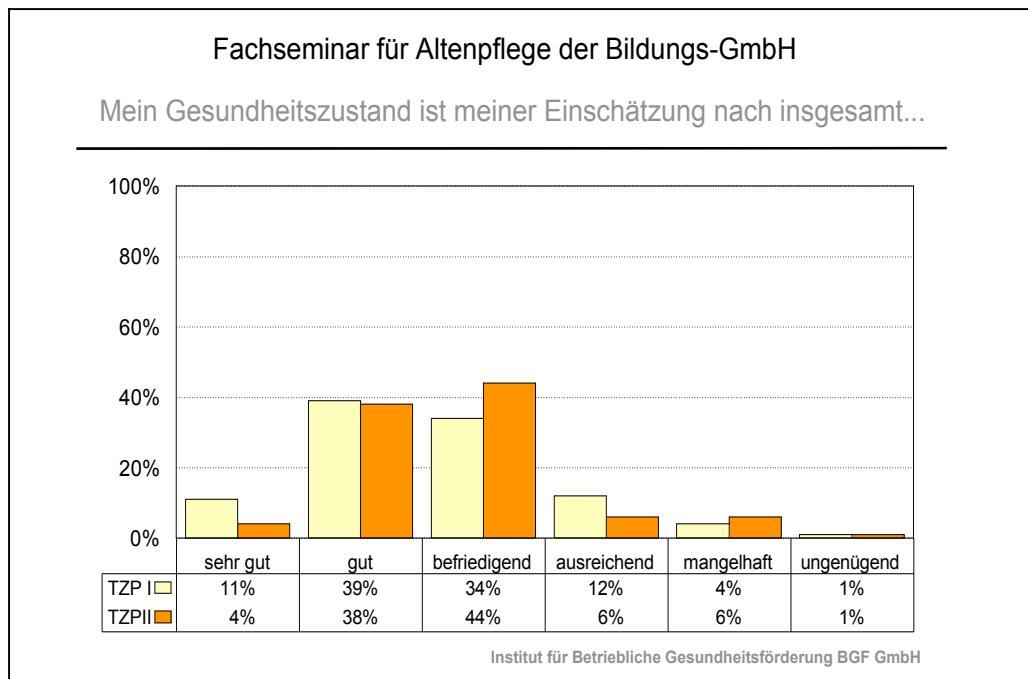


Abb. 10: Einschätzung des eigenen Gesundheitszustands

E a) Beurteilung des eigenen Rauchverhaltens

Auffallend viele Pflegekräfte rauchen. Dies bestätigt sich auch bei der Befragung der Altenpflegeschülerinnen und -schüler. Auch hier sind die Raucherinnen und Raucher mit 55% (TZP I) bzw. 59% (TZP II) in der Mehrheit. Sie wurden gefragt, seit wann und in welchen Situationen sie rauchen und ob sich das Rauchverhalten im Laufe der Ausbildung verändert hat.

Die meisten haben schon vor Ausbildungsbeginn geraucht. Lediglich eine bzw. zwei Schülerinnen oder Schüler geben zum zweiten Testzeitpunkt an, sich das Rauchen erst in der Ausbildung angewöhnt zu haben. Und 30% (TZP I) bzw. 51% (TZP II) der Befragten gibt an, dass sie ihren Zigarettenkonsum im Verlauf der Ausbildung noch gesteigert haben. Die meisten Schülerinnen und Schüler (TZP I: 89% bzw. TZP II: 98%) greifen vor allem in der Pause mit ihren Kolleginnen und Kollegen zur Zigarette.

E b) Beobachtung des Essverhaltens

Mit Hilfe verschiedener Antwortvorgaben wurden die Altenpflegeschülerinnen und



-schüler gefragt, ob sich ihr Essverhalten seit Beginn der Ausbildung verändert hat. Es wurde untersucht, wie oft Obst, Milchprodukte oder Fast-food-Mahlzeiten auf dem Speiseplan der Auszubildenden stehen und welche Kriterien für die Auswahl der Mahlzeiten entscheidend sind.

Im Vergleich zur ersten Befragung gaben zum zweiten Testzeitpunkt mehr Schülerinnen und Schüler an, dass sich ihr Essverhalten in irgendeiner Form verändert hat; allerdings ist hierbei keine einheitliche Tendenz erkennbar. Am ehesten ist zu beobachten, dass mehr (23% statt vorher 17%) der Aussage zustimmen „Ja, ich achte mehr auf meine Ernährung.“ Trotz dieser Aussage, zeigen sich Veränderungen im Essverhalten auch dahingehend, dass einige nicht mehr vor Arbeitsbeginn zu Hause frühstücken und häufig sogar ganz auf das Frühstück verzichten. Was die Schülerinnen und Schüler essen, entscheidet sich in erster Linie am Geschmack, gefolgt von Aussehen und Preis. Gesundheitliche Aspekte, Erreichbarkeit und Bequemlichkeit spielen dabei eine untergeordnete Rolle. Über 40% der Befragten setzten sich im Rahmen der Ausbildung bewusster mit ihrem Trinkverhalten auseinander, sodass sie nun mehr Flüssigkeit zu sich nehmen. In Gesprächen oder in den handschriftlichen Anmerkungen beklagen die Schülerinnen und Schüler vor allem das fehlende Ernährungsangebot in der Mittagspause am Fachseminar.

F) Psychische und physische Auswirkungen der Tätigkeit

F a) Psychische Auswirkungen der Arbeit

Einige exemplarische Fragen aus der schriftlichen Befragung zu den psychischen Auswirkungen:

		belastet mich			
		gar nicht	mäßig	stark	sehr stark
Ich muss auch nach dem Dienst an die Arbeit denken.	Ⓐ nein ja →	①	②	③	④
Ich habe das Gefühl, in den letzten Wochen dauernd unter Druck zu stehen.	Ⓐ nein ja →	①	②	③	④
Durch die Arbeit bin ich oft gereizt.	Ⓐ nein ja →	①	②	③	④



Rund die Hälfte der Befragten gibt an, nach dem Dienst schlecht abschalten zu können. Zum zweiten Zeitpunkt werden es etwas weniger und nur für einzelne ist damit eine starke bis sehr starke Belastung verbunden. Rund 50% der Schülerinnen und Schüler fühlen sich manchmal bei der Arbeit hilflos. Und hier steigt die Zahl derer, die darunter stark leidet, bei der zweiten Erhebung auf 18% an. Auch befürchten manche der Auszubildenden, dass sie durch die Arbeit emotional verändert werden. Sie sind gereizt, befürchten, die Geduld zu verlieren und „können manchmal schreien“. Aber die Belastungen durch solche Gefühle sind nicht übermäßig stark ausgeprägt.

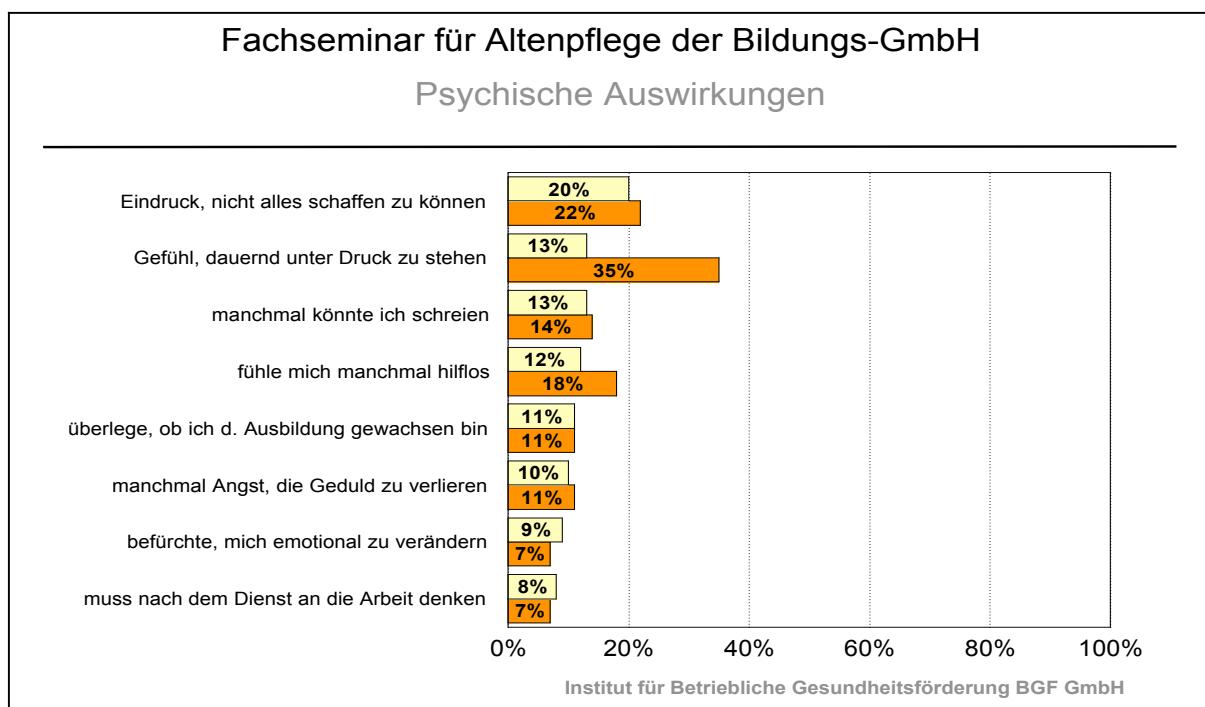


Abb. 11: Psychische Auswirkungen der Tätigkeit

Zum zweiten Erhebungszeitpunkt zeigt sich eine auffallende Mehrbelastung der Schülerinnen und Schüler durch das Gefühl, in den letzten Wochen ständig unter Druck zu stehen.

Die Steigerung ist vor allem auf die Einschätzungen der Kurse 12 und 13 zurück zu führen. Allein in Kurs 13 leiden 37,5% mehr als noch bei der ersten Befragung unter ständigem Druck. Erstaunlicherweise fühlen sich die Schülerinnen des Kurses 10 am wenigsten unter Druck. Obwohl sie bei der zweiten Befragung nur wenige Monate vor dem Examen standen, sahen sich hier 62,5% und damit mit Abstand der höchste Anteil in allen Kursen als relativ unbelastet an. Knapp 70% der



Altenpflegeschülerinnen und -schüler fühlen sich der Ausbildung gewachsen, aber konstant 11% haben Befürchtungen, dem Ganzen nicht gewachsen zu sein.

F b) Physische Auswirkungen

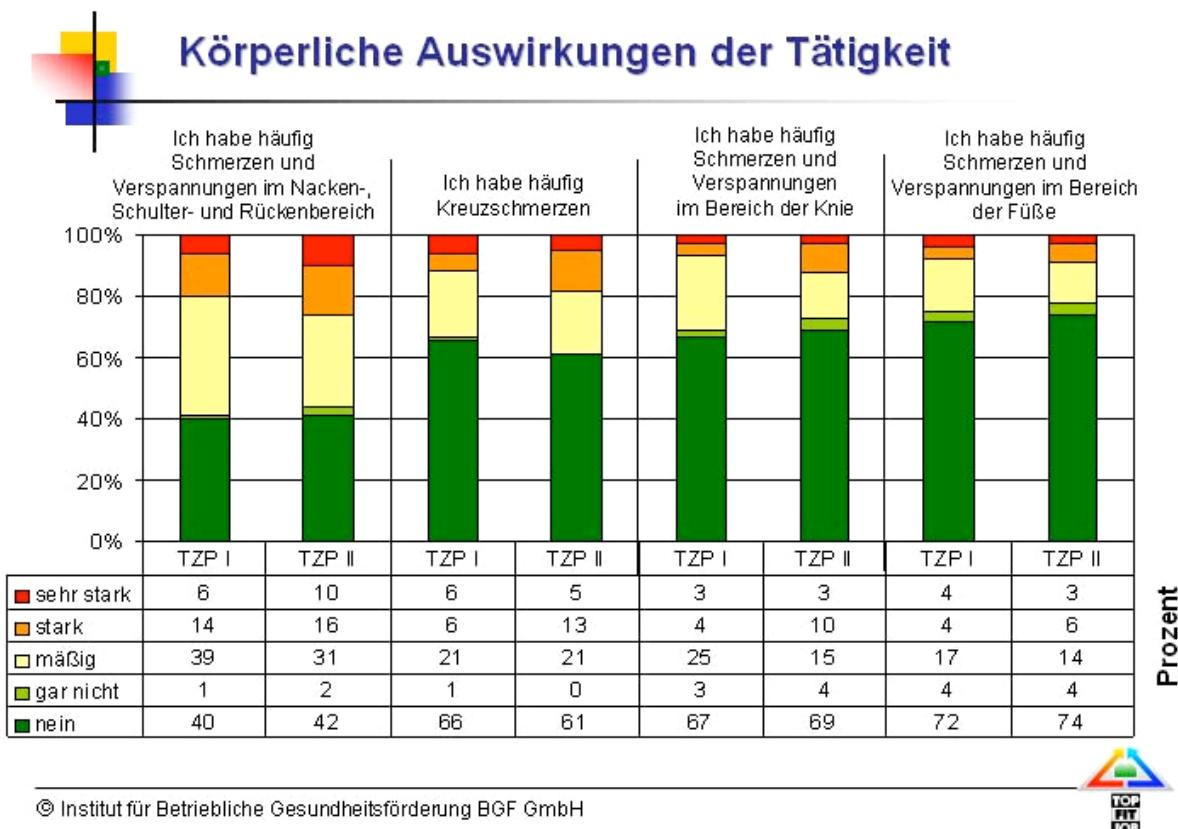


Abb. 12: Physische Auswirkungen der Tätigkeit

Die Arbeit in der Altenpflege verlangt häufig schweres Heben und Tragen von den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern. Daher wird die Pflegearbeit mit entsprechenden Beschwerden im Lendenbereich der Wirbelsäule assoziiert. Die Befragungsergebnisse zeigen hingegen, dass weniger das Kreuz als vielmehr Nacken- und Schulterbeschwerden beklagt werden. In der zweiten Befragung ist ein leichter Anstieg in der Wahrnehmung der Beschwerden in allen abgefragten Arealen zu beobachten.



Obwohl der überwiegende Teil der Befragten noch keine Beschwerden äußert, zeigen sich bereits bei den Auszubildenden erste Auswirkungen der Arbeit, wie z. B. Verspannungen, Kopfschmerzen und Migräne. Immerhin fühlen sich bereits bis zu 13% der Schülerinnen und Schüler durch körperliche Auswirkungen stark bis sehr stark belastet.

G) Erholungsstrategien der Altenpflegeschülerinnen und –schüler

„Können Sie in Ihrer Freizeit gut abschalten?“, war hier die erste Frage, die es mit Ja oder Nein zu beantworten galt. Anhand von Antwortvorgaben wurden die verschiedenen Erholungsstrategien der Schülerinnen und Schüler abgefragt und sie sollten selbst formulieren, womit sie sich etwas Gutes gönnen.

Hinsichtlich der Erholung geben die Schülerinnen und Schüler zu beiden Erhebungszeitpunkten an, gut abschalten zu können. Das Sprechen über ihre Belastungen hilft ihnen dabei. Am meisten Unterstützung bietet ihnen das Gespräch mit Freunden und Verwandten.

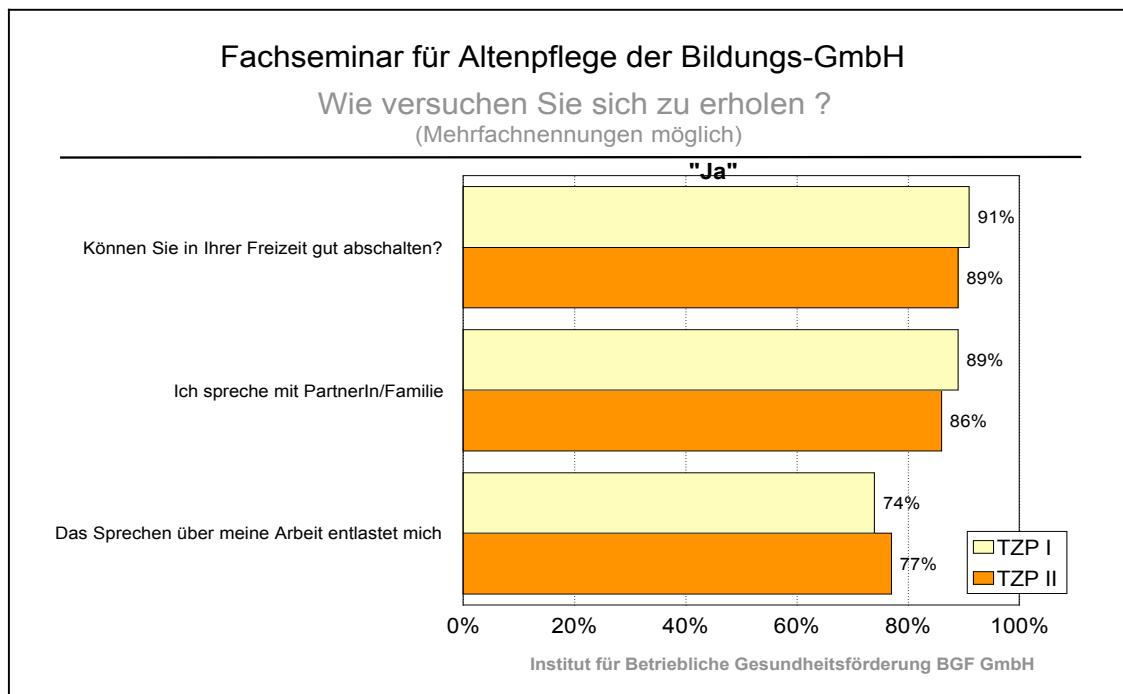


Abb. 13: Erholungsstrategien



Von den abgefragten Erholungsstrategien stehen das Entspannen beim Fernsehen, das Lesen und das Zusammensein mit Freunden ganz oben. Aber auch gesundheitsfördernde Entspannungstechniken und Sport werden zur Erholung genutzt.

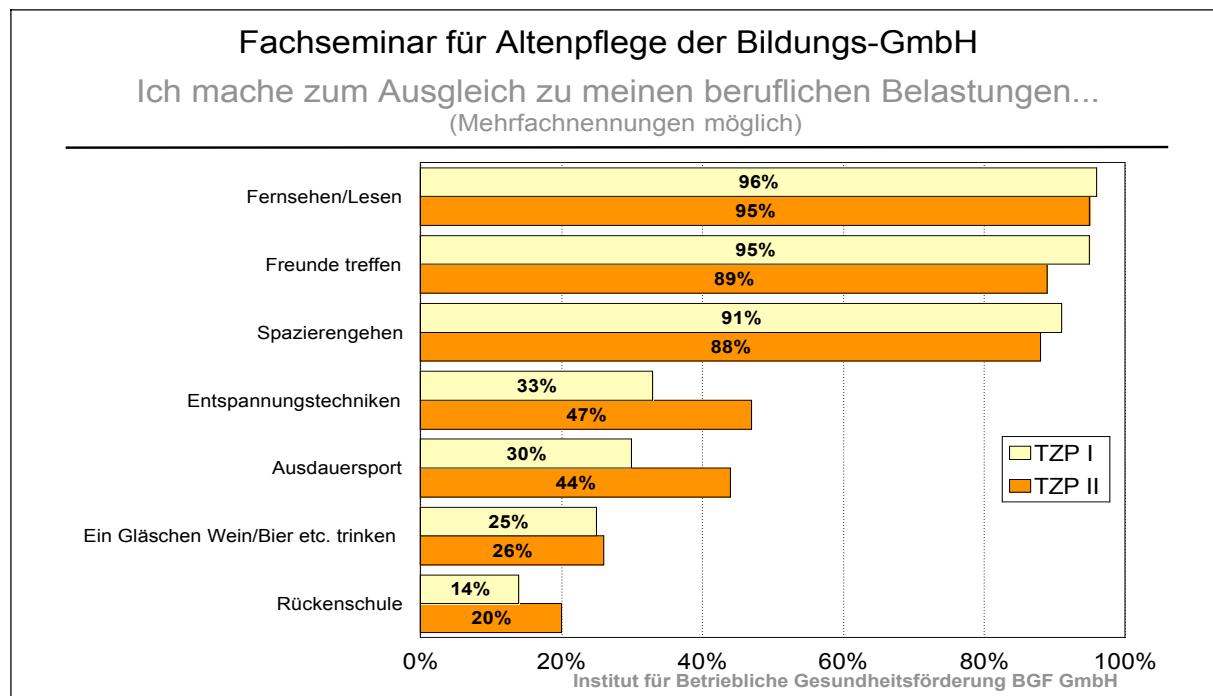


Abb. 14: Ausgleich zur beruflichen Belastung

Wie aus der Graphik zu entnehmen ist, stieg der Anteil der Schülerinnen und Schüler, die zum Ausgleich zu den beruflichen Belastungen Entspannungstechniken oder Ausdauersport praktizieren oder bewusst den Rücken trainieren im Projektverlauf deutlich an. Bei der zweiten Erhebung fällt insbesondere das gewachsene Engagement des Kurses 13 im Bereich eines gesundheitsfördernden Ausgleichs positiv auf.

H) Sonstige Fragen zur offenen Beantwortung

Die Frage, ob die Schülerinnen und Schüler ihrer besten Freundin bzw. ihrem bestem Freund empfehlen würden, eine Ausbildung zur Altenpflegekraft am Fachseminar der Bildungs-GmbH zu beginnen, sollte die grundsätzliche Bewertung der Arbeitssituation der Altenpflegeschülerinnen und -schüler widerspiegeln.

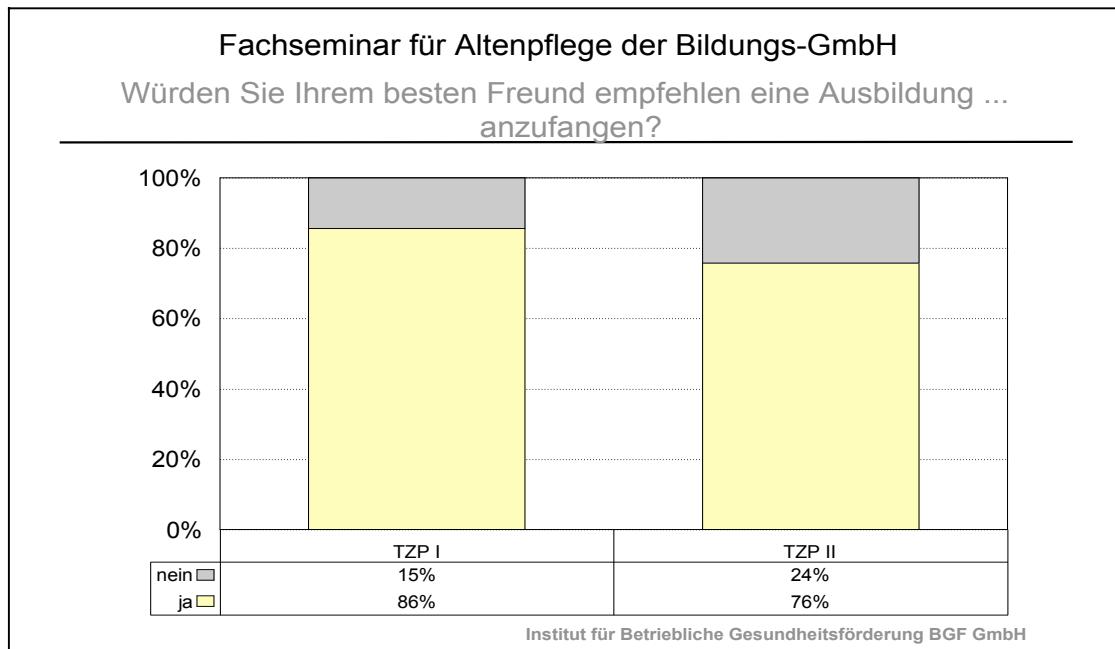


Abb. 15: Weiterempfehlung der Ausbildung

Die meisten Schülerinnen und Schüler (TZP I: 86% und TZP II: 76%) würden die Ausbildung zur Altenpflegerin bzw. zum Altenpfleger weiterempfehlen. Die handschriftlichen Auswertungen zeigen, dass sich die Schülerinnen und Schüler sehr kritisch mit dieser Frage auseinander setzten und sehr genau überlegten, wem sie den Beruf empfehlen, und wem nicht.

Als Gründe, die Ausbildung zu empfehlen, wurden u. a. genannt:

- Der Beruf hat Zukunft.
- Eine vielseitige und qualifizierte Ausbildung, bei der sich die Auszubildenden auch persönlich weiterentwickeln können.



- Kompetente Dozentinnen und Dozenten, von denen sich die Schülerinnen und Schüler ernst und wichtig genommen fühlen.

Als Gründe, die Ausbildung nicht weiter zu empfehlen, wurden u. a. genannt:

- Die Anforderungen der Ausbildung seien zu hoch.
- Die psychische Beanspruchung, z.B. durch den Umgang mit Tod und Sterben, ist sehr hoch.
- Die Auszubildenden sehen ihre Freunde als nicht geeignet für diesen Beruf an.

H a) Ausformulierte Antworten

Der Fragebogen bot auch die Möglichkeit, an unterschiedlichen Stellen eigene Anmerkungen hinzuzufügen.

Die große Anzahl der handschriftlichen Bemerkungen zeigt, wie rege die Schülerinnen und Schüler von dieser Gelegenheit Gebrauch gemacht und wie ernsthaft sie sich mit dem Fragebogen auseinander gesetzt haben.

Da bei den Antworten keine signifikanten Unterschiede zwischen den Kursen erkennbar waren, wurden die Antworten für alle Kurse zusammen ausgewertet.

Generell ist festzuhalten, dass die Antworten in der Auswertung zum zweiten Testzeitpunkt differenzierter und reflektierter sind als in der ersten Befragung.

Gründe, warum höhenverstellbare Betten eher selten benutzt werden, sind folgende:

TZP I: Nur eine Schülerin oder ein Schüler des Kurses 13 gibt an, dass diese nicht in ausreichender Zahl vorhanden seien.

TZP II: 5 Schülerinnen oder Schüler der Kurse 11 und 12 geben an, dass keine höhenverstellbaren Betten am Einsatzort vorhanden waren. Zum Zeitpunkt der Befragungen absolvierten sie ihre praktischen Ausbildungseinsätze in der stationären Gerontopsychiatrie bzw. in Krankenhäusern.

Gründe, warum technische Hilfen zur Umlagerung von Pflegebedürftigen nicht genutzt werden, sind folgende:



TZP I: 26 Antworten

17 Befragte geben an, dass keine vorhanden seien bzw. nicht dort, wo sie benötigt werden, oder sie seien defekt (65%),

7 Befragte meinen, es sei zu zeitintensiv oder umständlich (27%),

2 Befragte antworten, dass der Einsatz von Hilfsmitteln nicht notwendig sei (8%)

TZP II: 42 Antworten

29 Befragte geben an, dass diese nicht vorhanden seien bzw. nicht dort, wo sie benötigt werden, oder defekt seien (69%),

9 Befragte geben an, dass es zu zeitintensiv oder umständlich (21%) sei,

4 Befragte antworten, dass der Einsatz von Hilfsmitteln nicht notwendig sei (10%).

Am Programm der Gesundheitsförderung für Altenpflegeschülerinnen und -schüler fehlten den Befragten folgende Aspekte:

(TZP I: 14 Aussagen, TZP II: 21 Aussagen)

Das Programm sollte mehr auf die Praxis abgestimmt sein. Insbesondere sollte vermehrt die Möglichkeit eingeräumt werden, während der regulären Schulzeiten rückenschonende Techniken oder Rückenschule einüben zu können. Auch der Wunsch nach Entspannungstechniken sowie nach einem Ansprechpartner für psychische Belastungen während der berufspraktischen Ausbildung wurde geäußert.

Die Schülerinnen und Schüler würden nach ihren Angaben gerne folgendes mehr für ihre eigene Gesundheit tun:

(Mehrfachnennungen möglich)	TZP I		TZP II	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Sport, Bewegung, Fitness	31	43,7%	26	39,4%
Gesunde Ernährung, Abnehmen, regelmäßiger Essen	12	16,9%	16	24,2%
Rückenschule, rückenschonende Arbeitstechniken erlernen bzw. anwenden	9	12,7%	6	9,1%



Mit dem Rauchen aufhören	9	12,7%	9	13,6%
Entspannungstechniken	3	4,2%	5	7,6%
Mehr Ausgeglichenheit, Muße	5	7,0%	1	1,5%
Sonstiges, z.B. mehr Schlaf, Umgang mit Konflikten etc.	2	2,8%	3	4,6%
Gesamt	71	100%	67	100%

Über die bereits abgefragten Auswirkungen der Arbeit in Form von Schmerzen und Beschwerden hinaus spüren die Schülerinnen und Schüler auch weitere Folgen:

TZP I: 12 Antworten / TZP II: 21 Antworten

Überwiegend werden Kopfschmerzen benannt, aber auch Bauch- und Magenschmerzen sowie Kreislaufbeschwerden. Darüber hinaus klagen Einzelne über Müdigkeit, Lustlosigkeit, Konzentrationsschwierigkeiten und Angst vor dem Versagen. Weitere Beschwerden sind Schlafstörungen, Müdigkeit und Abgeschlagenheit, sowie nervöse (Magen-)Verstimmungen und Schmerzen in den Beinen.

Zur Erholung versuchen die Schülerinnen und Schüler:

	TZP I		TZP II	
	Anzahl	%	Anzahl	%
(Mehrfachnennungen möglich)				
Faulenzen, Ruhen, Schlafen, Musik hören	14	18%	16	20%
Essen gehen	10	13%	14	17,5%
Unternehmungen (z.B. Kino), Reisen, Ausflüge	14	18%	13	16,3%
Entspannungsbäder, Sonnenbank, Sauna	11	14%	11	13,8%
Sport (Radfahren, Schwimmen, Inliner), Wandern etc.	9	11%	3	3,7%
Einkaufen gehen	6	8%	7	8,7%
Hobby (Gartenarbeit, Nähen, Lesen)	8	10%	7	8,7%



Freunde, Familie, Kinder	2	3%	6	7,5%
Sex	1	1%	2	2,5%
Krankengymnastik, Massage	4	5%	1	1,3%
gesamt	79	100%	80	100%

Die Schülerinnen und Schüler waren aufgefordert, drei Punkte zu benennen, die sie während Ihrer Ausbildung besonders positiv bewerten:

(TZP I: 157 Antworten, TZP II: 182 Antworten)

Insgesamt wird die breit gefächerte und daher abwechslungsreiche Ausbildung positiv gewertet. Dies bezieht sich vor allem auf die Vermittlung von fundiertem Fachwissen sowie die Erweiterung der eigenen sozialen Kompetenzen im Umgang mit unterschiedlichen Menschen und Berufsgruppen. Ebenso schätzen die Schülerinnen und Schüler die Möglichkeit, mehr über sich selbst zu lernen. Die Begleitung und Anleitung durch die Dozentinnen und Dozenten sowie die Praxisanleitungen wird besonders gelobt.

Ebenso wurden die Schülerinnen und Schüler aufgefordert, Punkte zu benennen, die ihrer Ansicht nach zu verbessern seien:

(TZP I: 121 Antworten, zum TZP II: 172 Antworten)

Als negativ wird die räumliche Ausstattung des Fachseminars der Bildungs-GmbH bewertet. Neben der schlechten Belüftung der Klassenzimmer wird auch die Bestuhlung beklagt, obwohl die Stühle ergonomisch getestet und häufig in Schulen eingesetzt sind. Die Schultage empfinden viele als zu lang und zu anstrengend und die Pausen zu kurz. Insbesondere die Klausurenendichte in manchen Wochen belastet die Auszubildenden. Obwohl unter den positiven Aspekten auf die gute Klassengemeinschaft hingewiesen wird, gibt es auch mehrere Stimmen, die sich einen faireren Umgang unter den Kursteilnehmerinnen und -teilnehmern wünschen. Ebenso wird mehrfach angemahnt, dass es eine bessere Auswahl der



Bewerberinnen und Bewerber geben sollte. Worauf sich diese Aussage jedoch im Einzelnen bezieht, ist aus den Antworten nicht abzulesen. Die Schülerinnen und Schüler wünschen sich, dass die theoretischen Inhalte vor dem jeweiligen Praxiseinsatz vermittelt werden. Und vor allen Dingen sollte im Theorieblock mehr Zeit und Raum zum praktischen Üben, z. B auch von kinästhetischen und rückenschonenden Techniken, sein.



Bewertung des Messinstruments

Wie auch die Schülerinnen und Schüler in der Nachbesprechung bemerkten, ist der Fragebogen insgesamt sehr lang und umfangreich, und die gewissenhafte Beantwortung der Fragen erfordert eine gewisse Zeit und Konzentration. Insgesamt hat sich der entwickelte Fragebogen aber bewährt und kann die Belastungen der Altenpflegeschülerinnen und -schüler gut abbilden. Durch Befragung größerer Gruppen ließe sich die Repräsentativität der Ergebnisse sicherlich erhöhen, dennoch können mit diesem Fragebogen bereits Tendenzen für kleinere Gruppen nachgewiesen werden⁵². Es ist festzuhalten, dass die positiven Effekte des Programms zur Gesundheitsförderung von Altenpflegeschülerinnen und -schülern mit Hilfe des Fragebogens nicht im gewünschten Maße nachzuweisen waren. Ein entscheidender Grund hierfür liegt sicherlich darin, dass nicht genügend Zeit zwischen den Befragungen lag. Konzeptionell ist eine jährliche Abfrage vorgesehen und sinnvoll. Da der Fragebogen im Projektzeitraum zunächst entwickelt und getestet wurde, erfolgte die Wiederholungsabfrage bereits nach nur sechs Monaten. Dennoch zeigen die Befragungsergebnisse, dass durch die verschiedenen Maßnahmen im Projektverlauf eine deutliche Sensibilisierung für das Thema der eigenen Gesundheit bei den Altenpflegeschülerinnen und -schülern erreicht werden konnte. Alle Ergebnisse unterstreichen aber auch die Notwendigkeit, bereits frühzeitig, d.h. in der Ausbildung das Gesundheitsbewusstsein der angehenden Pflegekräfte zu stärken. Gesundheitsförderung darf dabei aber kein isoliertes Thema der theoretischen Ausbildung bleiben, sondern muss gelebte Kultur in den Einrichtungen der Altenhilfe werden.

⁵² Nähere Informationen zum Fragebogen erhalten Sie beim Institut für Betriebliche Gesundheitsförderung BGF GmbH der AOK Rheinland (www.aok-bgf.de)



Ablaufplan November 2002 – April 2004

November

– Dezember 2002

- Start des Gesundheitsförderungsprojektes für Altenpflegeschülerinnen und -schüler während der berufspraktischen Ausbildung in der stationären Altenpflege am 01.11.02
- Koordination und Feinabstimmung des Projektsverlaufs mit den Verantwortlichen des Fachseminars für Altenpflege der Bildungs-GmbH
- Einladung der Schülerinnen und Schüler zur Teilnahme an dem Angebot „Rückentraining“ [montags, 19.00 Uhr im Altenheim Rheindahlen]
- Planung und Vorbereitung spezieller Inhalte und Schulungsmaßnahmen in Zusammenarbeit mit internen und externen Fachleuten
- Vorbereitung der Unterrichtseinheiten zum Thema Gesundheitsförderung
- Lenkungsausschuss Gesundheit (20.11.02)
- Kurs 12: insgesamt 10 Unterrichtsstunden zum Thema Gesundheitsförderung

Januar

– Februar 2003

- Planung und Vorbereitung der Praxisanleiterergänzungskurse
- Planungsgespräche mit den hauptamtlichen Dozentinnen und Dozenten der Bildungs-GmbH
- Entwicklung des Fragebogens zur Erfassung der spezifischen Belastungspotenziale von Altenpflegeschülerinnen und -schülern in Zusammenarbeit mit dem Institut für Betriebliche Gesundheitsförderung BGF GmbH



- Expertenvalidation des Fragebogens
- Schulung der Wohnbereichsleitungen der fünf Altenheime der Altenheime GmbH zum Thema Gesundheitsförderung

März**– April 2003**

- Beteiligung der Auszubildenden am Angebot des „täglichen Apfels“
- Organisation der Befragung zum 1. Testzeitpunkt (TZP I)
- Start des freiwilligen Angebots der Ernährungsschulung [insgesamt 12 Termine]
- schriftliche Befragung, Kurs 12 (TZP I: 17.03.03)
- Lenkungsausschuss Gesundheit (19.03.03)
- Kurs 10: insgesamt 14 Unterrichtsstunden zum Thema Gesundheitsförderung
- Projektbesuch von Marianne Arnold, BMFSFJ (02.04.03)
- schriftliche Befragung, Kurs 10 (TZP I: 02.04.03)
- schriftliche Befragung, Kurs 11 (TZP I: 09.04.03)
- Ausbildungsbeginn, Kurs 13

Mai**– Juni 2003**

- Auswertung der 1. Befragung in drei Kursen
- Lenkungsausschuss Gesundheit (17.06.03)
- Ende Ernährungskurs



**Juli
– August 2003**

- PflegehelferInnenlehrgang, Kurs 1: Thema Gesundheitsförderung
- PflegehelferInnenlehrgang, Kurs 2: Thema Gesundheitsförderung
- Hospitation von Praxisbesuchen der Lehrkräfte
- gesundheitsbezogene Besuche von Altenpflegeschülerinnen und -schülern am Ort der berufspraktischen Ausbildung
- schriftliche Befragung, Kurs 13 (TZP I: 14.08.03) [Befragung nach dem ersten Praxiseinsatz]

**September
– Oktober 2003**

- Angebot des Rückentrainings wird aufgrund mangelnder Resonanz eingestellt
- Lenkungsausschuss Gesundheit (08.10.03)
- Kurs 13: insgesamt 10 Unterrichtsstunden zum Thema Gesundheitsförderung

**November
– Dezember 2003**

- Informationsveranstaltung „Rauchfrei in 10 Schritten“ [Kurs kam wegen mangelnder Anmeldungen nicht zustande]
- Artikel in der Servicebeilage „Gesundheit“, Rheinische Post, 6. Nov. 2003 zur Gesundheitsförderung in der Altenpflegeausbildung
- PraxisanleiterInnenergänzungskurs 1: Thema BGF
- PraxisanleiterInnenergänzungskurs 2: Thema BGF



- schriftliche Befragung, Kurs 11 (TZP II: 27.11.03)
- schriftliche Befragung, Kurs 12 (TZP II: 28.11.03)
- Pressemitteilung: „Gesundheitsförderung mit Biss“ (Presse, regional / Fachpresse, überregional)
- PflegehelferInnenlehrgang, Kurs 3: Thema BGF
- Lenkungsausschuss Gesundheit (03.12.03)
- schriftliche Befragung, Kurs 13 (TZP II: 15.12.03)

Januar**– Februar 2004**

- Planung und Organisation der Fachtagung
- 2tägige Schulung „Integrative Validation“ Kurs 10
- Pressemitteilung: Einladung zur Fachtagung am 19.03.04 (Presse, regional / Fachpresse, überregional)
- „Entspannungstraining“, Kurs 10 (insgesamt 10 Unterrichtsstunden)
- 2tägige Schulung Integrative Validation®, Kurs 11

März**– April 2004**

- Fachtagung: „Gesundheit pflegen – von Anfang an“
⇒ musste aufgrund der geringen Zahl an Anmeldungen abgesagt werden
- Dokumentation / Veröffentlichung



Projektevaluation

Ziel des hier vorgestellten Modellprojekts war es, bedürfnis-, praxis- und zukunftsorientierte Ansätze zur „Gesundheitsförderung von Altenpflegeschülerinnen und -schülern während der berufspraktischen Ausbildung in der stationären Altenhilfe“ aufzuzeigen. Dazu wurde ein entsprechendes Gesundheitsförderungsprogramm entwickelt und innerhalb einer 18monatigen Projektphase implementiert und umgesetzt.

Vor dem Hintergrund der Ergebnisse und Erfahrungen der letzten Monate möchten wir Altenpflegeschulen und Trägern von Altenpflegeeinrichtungen einen gangbaren Weg aufzeigen, die Gesundheitsförderung von Altenpflegeschülerinnen und -schülern von Beginn an zu unterstützen, so dass sie langfristig in der Lage sind, selbstständig ihre eigene Gesundheit in der beruflichen Praxis zu erhalten und zu fördern.

Eine abschließende Bewertung der Projektphase ist zum jetzigen Zeitpunkt kaum möglich, da zu bedenken ist, dass gerade bei der Gesundheitsförderung mit eher mittel- bis langfristigen Erfolgen zu rechnen ist, zu deren Sicherung die kontinuierliche Weiterführung der Maßnahmen unbedingt erforderlich ist. Die Befragungsergebnisse und die Erfahrungen der Projektbeteiligten weisen aber darauf hin, dass die Auszubildenden im Verlauf des Gesundheitsförderungsprojektes sensibler für die eigenen Gesundheitsbedürfnisse wurden und sich verstärkt um eine gesundheitsgerechte Lebens- und Arbeitsweise bemühten.

Die Tatsache, dass in der zweiten Befragung deutlich weniger Auszubildende das Gesundheitsförderungsprogramm als gut auf ihre Bedürfnisse abgestimmt sahen (41% statt vorher 64%), gab den Projektverantwortlichen selbstverständlich zu denken. Im Projektverlauf wurden die Schülerinnen und Schüler wiederholt aufgefordert, ihre Wünsche und Bedürfnisse bezüglich eines auf sie abgestimmten Programms zu äußern. Ein zentraler Wunsch war die Möglichkeit der Entspannung. Das entsprechende Training konnte aber aus organisatorischen Gründen erst nach der zweiten Befragung und während der Projektphase nur in einem einzigen Kurs angeboten werden, so dass dieses nicht mit in die Bewertung eingeflossen ist.



Darüber hinaus setzten viele der Maßnahmen zur Verbesserung der Arbeitssituation der Altenpflegeschülerinnen und -schüler bei den Personen und Gegebenheiten im berufspraktischen Umfeld an.



Damit lagen diese Maßnahmen häufig außerhalb des direkten Wahrnehmungsbereichs der Auszubildenden. An dieser Stelle wäre eine umfassendere und lückenlose Information der Schülerinnen und Schüler zu Stand und Umsetzung des Gesundheitsförderungsprogramms nötig gewesen, denn für die betriebliche Gesundheitsförderung gilt der Leitsatz: Tue Gutes und rede darüber!

Gesundheitsförderung während der Ausbildung

Zusammenfassend stellen sich die wesentlichen Bedürfnisse und Anforderungen an eine zielgruppenorientierte Gesundheitsförderung aufgrund der Erfahrungen und Ergebnisse aus der 18monatigen Projektphase wie folgt dar:

Gesundheitssituation der Altenpflegeschülerinnen und -schüler

Die Befragung ergab, dass sich die Altenpflegeschülerinnen und -schüler weit weniger belastet sehen, als zunächst angenommen. Sie haben Freude an ihrem Beruf und würden die Ausbildung – von der sie auch viel Positives für sich persönlich mitnehmen – mit großer Mehrheit weiterempfehlen. Die meisten Schülerinnen und Schüler haben bereits vor Ausbildungsbeginn eine recht realistische Vorstellung von der körperlichen Belastung, die in der Altenpflege auf sie zukommt. Das Bewusstsein der Auszubildenden für mögliche Gesundheitsgefahren, die auf Dauer aus diesen körperlichen Belastungen erwachsen können, ist aber nur unzureichend ausgeprägt. Dieses wächst leider erst mit der eigenen, oft leidvollen Erfahrung. Irreparable Verschleißerscheinungen traten bei den befragten Schülerinnen und Schülern glücklicherweise noch nicht auf und die meisten schätzten ihren Gesundheitszustand durchaus positiv ein. Damit die angehenden Pflegekräfte ihren Gesundheitszustand auch im späteren Berufsleben möglichst lange pflegen und erhalten können, müssen gesundheitsgerechte Arbeitstechniken und Verhaltensweisen frühzeitig und



konsequent vermittelt und vor allem praktisch eingeübt werden, damit „gesundes“ Arbeiten von Anfang an zur Gewohnheit wird.

Entwicklung und Förderung gesundheitsbezogener Kompetenzen

Zentrales Ziel ist es daher, die persönlichen und sozialen Kompetenzen der Schülerinnen und Schüler zu entwickeln, damit sie individuelle Strategien zum Erhalt ihrer Gesundheit ausbilden können und sich aktiv und eigenverantwortlich dafür einsetzen.

Zur Entwicklung dieser Kompetenzen hat sich der Ansatz der Selbstpflege-Defizit-Theorie bewährt, da er vorhandene Fähigkeiten der angehenden Pflegekräfte aufgreift. In ähnlicher Weise, wie sie Selbstpflegedefizite und -fähigkeiten bei den pflegebedürftigen alten Menschen erfassen, um darauf aufbauend eine individuelle Pflegeplanung zu erstellen, nutzen sie nun diese Kompetenz, um individuelle Strategien zur Förderung der eigenen Gesundheit zu entwickeln. Im Zentrum solcher Strategien steht die Frage nach den eigenen Ressourcen. Mit der salutogenetischen Frage: „Was hält mich gesund?“ richtet sich der Blick der Auszubildenden auch auf die positiven Aspekte des Pflegeberufs. Hier war festzustellen, dass allein der Perspektivwechsel motivierende Wirkung hatte. Viele Kommentare und Aussagen der Schülerinnen und Schüler waren in Anbetracht der wachsenden und unterschiedlichen Anforderungen in der Altenpflege von Resignation und bisweilen sogar Zynismus geprägt. Alternativ dazu lernten die Schülerinnen und Schüler in der Gesundheitszirkelarbeit, nicht problemorientiert, sondern lösungsorientiert zu denken. Die Mehrheit der Auszubildenden ließ sich mit Begeisterung darauf ein, aktiv nach Möglichkeiten zur Verbesserung ihrer Situation zu suchen. Und je konkreter diese Verbesserungsvorschläge auf ihre tatsächlichen Bedürfnisse in der berufspraktischen Ausbildung abgestellt werden, desto besser gelingt der Praxistransfer dieser gesundheitlichen Kompetenzen in den beruflichen Alltag.

Praxistransfer gesundheitsgerechter Verhaltensweisen

Manche Auszubildende zeigten zunächst eine eher konsumierende Haltung: Einerseits hatten sie hohe Erwartungen an das Fachseminar, ihre Vorgesetzten,



Kolleginnen und Kollegen sowie Praxisanleitungen, dass diese die gesundheitlichen Bedürfnisse der Schülerinnen und Schüler im Alltag berücksichtigen. Andererseits muss festgestellt werden, dass gerade die Angebote, die die Eigeninitiative der Auszubildenden forderte, wie z.B. Kursangebote in der Freizeit, häufig nicht genutzt wurden. Gesundheitsförderung in der Altenpflegeausbildung heißt daher, diese Eigenverantwortung der Auszubildenden zu fördern, aber auch zu fordern.

Die Erfahrungen mit den verhaltenspräventiven Angeboten während der schulischen und praktischen Ausbildung sind dagegen positiv zu werten. Die Auszubildenden nahmen die Angebote gut an und nutzen sie auch weiterhin gerne. Langfristig entscheidet aber auch das personelle und ergonomische Umfeld an den Einsatzorten der berufspraktischen Ausbildung darüber, ob bzw. wie konsequent es den Altenpflegeschülerinnen und -schülern gelingt, gesundheitsgerechte Arbeitsweisen in der täglichen Praxis umzusetzen. Daher ist es ein wesentlicher Ansatzpunkt des Gesundheitsförderungsprogramms, alle beteiligten Personen – Lehrkräfte, Vorgesetzte, Praxisanleiterinnen und -anleiter sowie Kolleginnen und Kollegen – aktiv einzubinden. Die breite Beteiligung der verschiedenen Akteure stellt zum einen den Praxistransfer und den dauerhaften Nutzen gesundheitsfördernder Maßnahmen sicher. Zum anderen profitieren auf diese Weise alle beteiligten Personen an der Gesundheitsförderung der Auszubildenden. Bisher zeigten alle Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Altenheime auf den unterschiedlichen Ebenen große Bereitschaft und Engagement, im Rahmen der Gesundheitsförderung von Altenpflegeschülerinnen und -schülern zusammenzuarbeiten.

Praxistransfer schulischer Inhalte

Die Auszubildenden empfinden sich in den praktischen Einsätzen auf den Wohnbereichen oft als „Einzelkämpfer“. Entsprechend schwierig ist es für manche, ihre Bedürfnisse offen auszusprechen. Unterschiedliche Ansprüche der Lehrkräfte des Fachseminars und der Führungskräfte in den Einrichtungen erschweren zusätzlich den Alltag. Dieses dauernde Spannungsverhältnis zwischen Theorie und Praxis scheint für die Altenpflegeschülerinnen und -schüler belastender zu sein als der oft beschriebene „Praxisschock“ beim Eintritt in den Pflegealltag. Hier sind



Lehrkräfte und Praxisanleitungen gleichermaßen aufgerufen, zusammenzuarbeiten und den Altenpflegeschülerinnen und -schülern Unterstützung zu bieten.

Auf die Frage, was in Bezug auf die Altenpflegeausbildung ihrer Ansicht nach verbessert werden sollte, äußerten viele Schülerinnen und Schüler den Wunsch nach einer besseren Abstimmung zwischen den Inhalten der theoretischen Ausbildung und den Anforderungen der berufspraktischen Ausbildung. Diesem Wunsch der Auszubildenden kommtt auch die Ausbildungs- und Prüfungsverordnung für den Beruf der Altenpflegerin und des Altenpflegers auf der Basis der Lernfeldkonzeption entgegen. Denn hier ist explizit formuliert, dass Lernfelder an konkrete berufliche Handlungssituationen anknüpfen sollen. Das gilt auch für die Gesundheitsförderung zukünftiger Altenpflegekräfte.

Gesundheitsförderung mit Blick auf die berufliche Praxis

Durch die Gesundheitsförderung während der berufspraktischen Ausbildung soll die Leistungsfähigkeit und Leistungsbereitschaft in der Altenpflegearbeit langfristig verbessert werden. Die frühzeitige und vernetzte Förderung des Gesundheitsbewusstseins der Schülerinnen und Schüler sowohl in der theoretischen als auch der praktischen Ausbildung ist hier ein wichtiger Ansatz. Wesentliche Belastungspunkte für die Beschäftigten in der Pflege liegen jedoch außerhalb des Wirkungsbereichs eines solchen Gesundheitsförderungsprogramms für Auszubildende. Im folgenden werden Problemlagen aufgegriffen, die Auszubildende wie examinierte Pflegekräfte gleichermaßen betreffen, für deren Bearbeitung aber weiterreichende Maßnahmen im Bereich der strukturellen Gegebenheiten, der Arbeitsorganisation und der Kommunikation erforderlich sind.

Zeitmanagement

„Dafür haben wir keine Zeit...“

Die psychische Beanspruchung in der Altenpflege wird von Schülerinnen und Schülern vor Beginn der Ausbildung eher unterschätzt. Am meisten beklagen die Auszubildenden den allgemeinen Zeitdruck im berufspraktischen Einsatz in der stationären Altenpflege. Gründe sind u. a. die deutliche Aufgabenverdichtung und die veränderte Bewohnerstruktur in den letzten Jahren. Die Schülerinnen und



Schüler wünschen sich insbesondere mehr Zeit für die psychosoziale Betreuung der Bewohnerinnen und Bewohner. Sich diese Zeit zu nehmen, käme nicht nur den pflegebedürftigen Menschen zugute, sondern hätte auch positive Auswirkungen auf die Gesundheit der Pflegenden.

Ständiger Zeitdruck wirkt sich auch negativ auf die Kommunikation aus. Das betrifft zum einen die Informationsweitergabe. Mangelnde Informationen zu den einzelnen Bewohnerinnen und Bewohnern erschweren vielen Auszubildenden die individuelle und zielgerichtete Pflege. Angst vor Fehlern und Frust sind die Folge. Die professionelle Informationsweitergabe in der Übergabe oder der Pflegedokumentation hat somit auch Einfluss auf die Arbeitszufriedenheit.

Kommunikation ist zum anderen auch Grundlage des Lernens und der Anleitung. Viele Auszubildende leiden darunter, zuwenig bzw. wenig differenzierte Rückmeldung zu ihrer eigenen Arbeit zu erhalten. Das schafft Unsicherheit und Stress.

Zwar werden der Einsatz und die Unterstützung durch die Praxisanleiterinnen und Praxisanleiter von den Auszubildenden sehr positiv bewertet. Dennoch war in der zweiten Befragung nicht einmal mehr jede zweite Schülerin bzw. Schüler der Ansicht, dass sich die Teams und damit insbesondere auch die Praxisanleitungen ausreichend Zeit zur Unterstützung und Anleitung nahmen. Den Schülerinnen und Schülern ist sehr bewusst, dass dies nicht an mangelndem Interesse der Praxisanleiterinnen und Praxisanleiter liegt. Das zentrale Problem ist auch hier die fehlende Zeit. Darunter leiden auch die Praxisanleiterinnen und -anleiter, die ihre Aufgabe sehr ernst nehmen. Sie sehen sich nicht zuletzt durch die hohen Anforderungen des Altenpflegegesetzes an eine qualifizierte berufspraktische Ausbildung stark gefordert. Daher müssen dringend die entsprechenden zeitlichen und personellen Ressourcen eingeräumt werden, damit die Praxisanleitungen ihren Ausbildungsauftrag auch erfüllen können.

Kooperation im Team

„Wenn es im Team nicht stimmt...“

Das ist nach Meinung der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter in den Gesundheitszirkeln der Altenheime GmbH die größte gesundheitliche Belastung. Ein Modellprojekt in Bayern zur „Pflege der Profis“ kam in einer Befragung im Jahr



2002 zum gleichen Ergebnis. Hier waren die Pflegekräfte aufgerufen, aus 18 verschiedenen Aspekten die für sie wichtigsten zehn Faktoren für eine zufrieden stellende Arbeitssituation auszuwählen. „Über alle Modelleinrichtungen hinweg wurden die Aspekte ‚Arbeitsklima‘ und ‚Kontakt und Zusammenarbeit mit Kolleginnen und Kollegen‘ von nahezu allen Befragten an die oberste Stelle gesetzt.“⁵³ Wie groß der Einfluss des Arbeitsklimas auf das allgemeine Belastungsempfinden ist, zeigen auch die Befragungsergebnisse der Altenpflegeschülerinnen und -schüler. So bejahten in der ersten Befragung zwischen 74% und 86% der Auszubildenden aus drei Kursen die Aussage „Während der Arbeit im Team lachen wir viel.“ Von den Schülerinnen und Schülern des Kurses 12, die zu dieser Zeit im Krankenhouseinsatz waren, stimmten dagegen nur 38% dieser Aussage zu. Sie fühlten sich als angehende Altenpflegekräfte von einigen Krankenschwestern und -pflegern nicht ernst genommen und entsprechend unwohl bei der Arbeit in den Teams auf den Stationen. Auffallend war jedoch, wie sich die negative Grundhaltung, die sich in dieser einen Frage zeigte, über den gesamten Fragebogen fortsetzte und auch auf die abgefragten Aspekte ausstrahlte, die nicht in direktem Zusammenhang mit der negativen Erfahrung am Einsatzort standen.

Im Projektverlauf wurde immer wieder deutlich, wie stark das Belastungsempfinden der Auszubildenden durch Stimmungen, Meinungen und Argumente der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter in der Praxis geprägt wird. Diese Grundhaltungen im Team werden zudem relativ unreflektiert übernommen. Daher ist es eine wesentliche Maßnahme der Gesundheitsförderung, diese Grundhaltungen gemeinsam mit den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern offen zu legen. Die Probleme und Ideen der Beschäftigten und Auszubildenden ernst zu nehmen und sich beispielsweise in der Gesundheitszirkelarbeit damit auseinander zu setzen, trägt ebenfalls zu einem gesunden Betriebsklima bei. Die Wirkung der Arbeitsatmosphäre auf das Belastungsempfinden und damit auch auf den Krankenstand von Altenpflegekräften kann und darf nicht unterschätzt werden. Umso erfreulicher ist das Ergebnis der Umfrage, nach der sich die überwiegende Zahl der Schülerinnen und Schüler in den jeweiligen Teams akzeptiert und wohl fühlt.

⁵³ Schäfer-Walkmann, Susanne et al.: Modellprojekt „Pflege der Profis“: 2. Zwischenbericht 01. Juni 2002 – 28. Februar 2003. Augsburg: Herausgegeben von Neues Soziales Wissen e.V., S. 52.



Vereinbarkeit von Familie und Beruf

„Zu Hause wartet auch noch die Familie...“

Ein Grund für die scheinbar mangelnde Eigeninitiative in Bezug auf die Nutzung verhaltenspräventiver Angebote ist die Mehrfachbelastung vieler Auszubildender, die sich neben der theoretischen und praktischen Ausbildung auch um die eigene Familie kümmern müssen. Obwohl sie ein ausgeprägtes Bewusstsein für ihre Belastungen zeigen und gerne entsprechend aktiv werden würden, fehlt ihnen einfach die Zeit, um mehr für sich selbst zu tun. Im Projektverlauf machten einzelne Auszubildende wiederholt darauf aufmerksam, wie viel Kraft es jeden Tag von ihnen fordert, den Anforderungen der Ausbildung und der Familie gleichermaßen gerecht zu werden. Gleichermaßen gilt für die Pflegekräfte in den Altenheimen. Schicht- und Wochenenddienste und häufiges Einspringen, dazu ein stetiges Anwachsen des Arbeitspensums sowie der fachlichen Ansprüche erschweren gerade jungen Eltern den beruflichen Wiedereinstieg nach der Geburt eines Kindes. Und so ist es häufig diese Belastung - und nicht etwa die gesundheitliche Überforderung -, die dazu führt, dass auch ausgebildete Pflegekräfte ihrem Beruf nach nur wenigen Jahren den Rücken kehren. Eine Teilanalyse der NEXT-Studie zu diesem so genannten „Arbeit und Familie-Konflikt“⁵⁴ bei europäischem Pflegepersonal unterstreicht diese Annahme. Solche Konflikte entstehen, wenn die Anforderungen zu groß werden, um dem Beruf und der Familie gleichermaßen gerecht zu werden. Ein schlechter allgemeiner Gesundheitszustand kann hier noch verschärfend wirken. Am deutlichsten zeigt sich dieser Konflikt in der Altersgruppe der 25- bis 30jährigen. Männer und Frauen zeigen dabei weniger Unterschiede als vermutet. Der Vergleich von sieben europäischen Ländern brachte ein weiteres beachtenswertes Ergebnis: Während sich dieser Konflikt in allen untersuchten Ländern am stärksten im Krankenhausbereich zeigte, bildet Deutschland hier eine Ausnahme. Hier liegen die höchsten Werte im ambulanten Pflegebereich gefolgt von Altenpflegeeinrichtungen. Als mögliche Ursache verweist diese NEXT-Teilanalyse auf die Besonderheiten der Pflegeversicherung, die es nur in Deutschland gibt. Neben gesundheitsfördernden Maßnahmen ist es daher dringend

⁵⁴ vgl.: Simon, Michael/Hasselhorn, Hans-Martin/Kümmerling, Angelika (2003): Arbeit und Familie-Konflikt bei europäischem Pflegepersonal. Eine Analyse der Daten der europäischen NEXT-Studie. Als pdf verfügbar unter: www.next.uni-wuppertal.de/dt/ergebnisse_dt.htm_06.04.04.



erforderlich, nach Ansatzpunkten zu suchen, um den Beschäftigten in der Pflege die Vereinbarkeit von Familie und Beruf und damit den Verbleib im Beruf bzw. den Wiedereinstieg zu erleichtern.

Gesundheitsförderung beginnt vor der Ausbildung

Auswahl der Bewerberinnen und Bewerber

Inzwischen liegen einige repräsentative Studien zur Arbeitssituation von Pflegekräften vor. Untersucht wurden dabei beispielsweise unterschiedliche Belastungsfaktoren, Arbeitszufriedenheit oder auch die Gründe dafür, warum gerade in dieser Berufsgruppe so viele Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer nach kurzer Zeit den Beruf verlassen. Die Ist-Situation scheint damit hinreichend analysiert zu sein. Ebenso gibt es eine Reihe von Empfehlungen, wie sich die Arbeitssituation und -zufriedenheit von Pflegekräften verbessern lässt. Neben der Forderung nach gesundheitsfördernden Maßnahmen für die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter in der Pflege und Betreuung, steht die Empfehlung einer sorgfältigen Auswahl der Bewerberinnen und Bewerber für diesen Beruf⁵⁵. Dies deckt sich auch mit dem häufig benannten Verbesserungsvorschlag der von uns befragten Schülerinnen und Schüler. Ebenso empfehlen die Experten des Instituts für Betriebliche Gesundheitsförderung eine systematische, differenzierte und professionell betriebene Bewerberauswahl und entsprechende berufsvorbereitende Praktika, die den Interessenten ein möglichst realistisches Bild ihrer zukünftigen Tätigkeit vermitteln können.

⁵⁵ vgl.: Wenderlein, F. U. (2003): Arbeitszufriedenheit und Fehlzeiten in der Krankenpflege. Untersuchung an 1021 Examinierten und Schülern. In: Gesundheitswesen 2003:65, Georg Thieme Verlag. S. 620-628.

Darüber hinaus sollte stärker darauf geachtet werden, dass die im Altenpflegegesetz vorgeschriebenen ärztlichen Eignungsuntersuchungen sorgfältig durchgeführt werden. Zurzeit liegt es im alleinigen Ermessen der attestierenden Ärztin bzw. des Arztes, ob und aus welchen Gründen eine Bewerberin oder ein Bewerber geeignet ist, eine Berufstätigkeit in der Altenpflege zu beginnen oder nicht. Neben der notwendigen physischen und psychischen Stabilität benötigen die künftigen Altenpflegefachkräfte auch die intellektuellen Fähigkeiten, um eine qualifizierte Ausbildung erfolgreich zu absolvieren. An dieser Stelle kam die NEXT-Studie zu einem alarmierenden Befund: „Vor allem in den alten Bundesländern hat nicht nur die Zahl sondern auch das Qualifikationsniveau der Bewerber/innen abgenommen“⁵⁶. Damit sich wieder kompetente Bewerberinnen und Bewerber in ausreichender Zahl für den Beruf interessieren, ist es dringend geboten, die Attraktivität des Berufs zu erhöhen. Mit der Einführung der bundeseinheitlichen Ausbildungsrichtlinien wurden die richtigen Weichen gestellt. Um das Interesse für den Pflegeberuf zu erhöhen, gehört nicht zuletzt, dass alles dafür getan wird, dass Altenpflegekräfte ihren Einsatz nicht mit der eigenen Gesundheit bezahlen müssen.

Bild der Altenpflege in der Öffentlichkeit

In der öffentlichen Wahrnehmung findet die professionelle Arbeit in der Altenpflege nur wenig Anerkennung. Da sich reißerische Berichte besser verkaufen lassen als differenzierte Darstellungen, dominieren Schreckensmeldungen und Negativbeispiele aus deutschen Altenheimen die Schlagzeilen. So kommt es, dass viele Menschen verzerrte oder veraltete Vorstellungen von stationärer Pflege und Betreuung haben. Auszubildende und Beschäftigte in der Altenpflege werden täglich mit diesen Zerrbildern konfrontiert. Im beruflichen und privaten Umfeld müssen sie immer wieder aufs Neue deutlich machen, dass Altenpflege ein sehr anspruchsvoller Beruf ist, der hohe Anforderungen an die fachlichen, persönlichen und sozialen Kompetenzen der Altenpflegekräfte stellt. Diese dauernde Missachtung der eigenen Leistung trifft insbesondere die hochengagierten Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter, die mit Kompetenz, Sachkenntnis und großem

⁵⁶ NEXT-Study (2003): Hasselhorn, Hans-Martin et al: (2003): 17 Wunsch nach Berufsausstieg bei Pflegepersonal in Deutschland, S. 136. [Übersetzung aus: Working conditions and intent to leave the profession among nursing staff in Europe" NIW:, Stockholm, 2003 ISSN 1404-790X / www.next-study.net]



persönlichen Einsatz ihren Aufgaben in der Altenpflege nachkommen. Die öffentliche Wahrnehmung der Altenpflege wirkt zunehmend demotivierend auf die Beschäftigten und kann zu einer gravierenden (gesundheitlichen) Belastung werden. Darüber hinaus verliert der Beruf zunehmend an Attraktivität für potentielle Bewerberinnen und Bewerber. Es ist daher dringend geboten, das Berufsbild durch Information und Öffentlichkeitsarbeit aufzuwerten.

Qualität der Ausbildung erhalten und fördern

„Fachwissen hilft!“

Eine der wichtigsten gesundheitsfördernden Maßnahmen im Rahmen einer Ausbildung ist die fachliche Qualifikation. Den Beruf der Altenpflege selbstbewusst und sicher ausüben zu können, ist eine ganz wesentliche gesundheitliche Ressource für die angehenden Pflegekräfte. Oder wie es eine Schülerin formulierte: „Fachwissen hilft!“. Es hilft, berufliche Stressoren, wie Angst vor Fehlern, Unsicherheit und Überforderung zu vermeiden. Es hilft, die eigenen Bedürfnisse selbstbewusst zu vertreten. Und es hilft dabei, eigenverantwortlich gesundheitsgerecht aktiv zu werden. Die Fähigkeit, pflegebedürftigen Menschen kompetent und fachgerecht helfen zu können, bringt sichtbare Erfolge und positive Rückmeldungen. Die Zufriedenheit mit der eigenen Arbeit wächst, und damit auch die Widerstandskraft gegen Krankheit und damit verbundene Fehlzeiten. Und Menschen, die Bestätigung und Zufriedenheit mit ihrer Arbeit verbinden, denken gar nicht erst an einen Berufsausstieg. Darüber hinaus kann auch der mangelnden gesellschaftlichen Anerkennung des Altenpflegeberufs nur mit Kompetenz, Fachlichkeit und Professionalität begegnet werden.

Daher ist sicherzustellen, dass die Qualität der Ausbildung in der theoretischen und berufspraktischen Altenpflege auch zukünftig erhalten und gefördert wird. Mit der Ausbildungs- und Prüfungsverordnung für den Beruf der Altenpflegerin und des Altenpflegers hat das Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend dazu im August 2003 dazu eine wichtige Grundlage geschaffen.



Ausblick

Die hier vorgestellte Konzeption zur Gesundheitsförderung setzt auf viele kleine Schritte und unterschiedliche Ansatzpunkte, damit die Auszubildenden und zukünftigen Fachkräfte in der Altenpflege langfristig in der Lage sind, im Alltag nicht nur das Wohlbefinden von Bewohnerinnen und Bewohnern, sondern auch die eigene Gesunderhaltung aktiv zu fördern.

Im Lernfeld „Die eigene Gesundheit erhalten und fördern“ können und müssen wichtige Grundlagen vermittelt werden. Aber Gesundheitsförderung kann und darf nicht alleinige Aufgabe von Fachseminaren und Altenpflegeschulen sein, denn eine nachhaltige Wirkung lässt sich nur erzielen, wenn alle Beteiligten der theoretischen und berufspraktischen Ausbildung konstruktiv und konsequent zusammenarbeiten damit gesundheitsförderndes Arbeiten in der Altenpflege gelebte Praxis wird.

Nachhaltige Gesundheitsförderung ist kein Projekt, sondern ein kontinuierlicher Prozess. Dazu sind das nötige Bewusstsein, ein langer Atem und der nötigen „Biss“ erforderlich. Gerade dieser „Biss“, der Wille oder die Möglichkeit, umfassende Gesundheitsförderung zu praktizieren, scheint vielen Einrichtungen der Altenhilfe und Trägern der theoretischen und praktischen Ausbildung derzeit noch zu fehlen.

Dieser Eindruck ist entstanden, als die Abschlusstagung des Gesundheitsförderungsprojektes im März 2004, zu der mehr als fünfhundert Altenpflegeschulen, Träger und Verbände eingeladen waren, aufgrund mangelnder Resonanz abgesagt werden musste. Mit Blick auf die hohen Krankenstände und einen drohenden Fachkräftemangel in der Altenpflege ist das fehlende Interesse an der Gesundheitsförderung von Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern kaum nachvollziehbar. Aber angesichts der Investition in die Qualifikation angehender Altenpflegefachkräfte ist die gleichzeitige Investition in deren Gesundheit nicht nur logisch, sondern auch notwendig.

Zusammenfassende Empfehlungen zur Verbesserung der Gesundheitssituation von Auszubildenden und Beschäftigten in der Altenpflege:

- Eine sorgfältige und systematische Auswahl der Bewerberinnen und Bewerber



- Fachliche Qualifikation der angehenden Altenpflegekräfte
- Anerkennung und Unterstützung der Praxisanleiterinnen und -anleiter in ihrer wichtigen Vorbildfunktion
- Einführung umfassender Gesundheitsförderungsprogramme in den Einrichtungen der Altenhilfe mit:
 - Gründung eines „Arbeitskreis Gesundheit“ als Steuerungsgremium auf Leitungsebene
 - Gründung von „Gesundheitszirkeln“, in denen Altenpflegefachkräfte und Auszubildende ihre Belastungen benennen und Lösungsansätze entwickeln können
 - Förderung des gesundheitsbezogenen Wissens, z.B. durch Informationsveranstaltungen
 - Schulungen und Angebote zur Stressprävention und -bewältigung
 - Schulungen und Angebote zur Prävention und Bewältigung von Muskel- und Skeletterkrankungen
 - Begleitung von Teamprozessen zur Verbesserung der Kommunikation und des allgemeinen Arbeitsklimas
- Information und Öffentlichkeitsarbeit zur Aufwertung des Berufsbildes
- Information und Öffentlichkeitsarbeit zur Gesundheitsförderung als Personalmanagementinstrument

Die Voraussetzungen für den nachhaltigen Erfolg einer konsequenten Gesundheitsförderung von Beginn der Ausbildung an sind gut. Denn trotz aller Belastungen, die der Pflegealltag mit sich bringt, arbeiten die meisten Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter gerne in der Altenpflege, wie die Aussage einer Altenpflegeschülerin oder eines Altenpflegeschülers aus der schriftlichen Befragung beweist: „Das ist der schönste Beruf, den ich mir vorstellen kann!“

Abbildungsverzeichnis

Abb. 1: Gesamtkrankenstand Branchen	11
Abb. 2: Organisationsdiagramm der Sozial-Holding GmbH	16
Abb. 3: Gesundheitsmanagementsystem der Sozial-Holding GmbH	31
Abb. 4: Gesundheitsförderungsprogramm für Altenpflegeschülerinnen und -schüler	38
Abb. 5: Belastungsfaktoren aufgrund der Arbeitssituation	79
Abb. 6: Körperliche Belastungen	83
Abb. 7: Einschätzung der psychischen Beanspruchung im praktischen Einsatz	85
Abb. 9: Beanspruchung im Spannungsfeld von Theorie und Praxis	88
Abb. 10: Einschätzung des eigenen Gesundheitszustands	90
Abb. 11: Psychische Auswirkungen der Tätigkeit	92
Abb. 12: Physische Auswirkungen der Tätigkeit	93
Abb. 13: Erholungsstrategien	94
Abb. 14: Ausgleich zur beruflichen Belastung	95
Abb. 15: Weiterempfehlung der Ausbildung	96



Literaturverzeichnis

AUSBILDUNGS- UND PRÜFUNGSVERORDNUNG für den Beruf der Altenpflegerin und des Altenpflegers (Altenpflege-Ausbildungs- und Prüfungsverordnung – AltPfIAPrV) vom 26. November 2002, Bundesgesetzblatt Jahrgang 2002 Teil I Nr. 81, ausgegeben zu Bonn am 29. November 2002.

BADURA, Bernhard/MÜNCH, Eckhard/RITTER, Wolfgang (1999): Partnerschaftliche Unternehmenskultur und betriebliche Gesundheitsförderung: Fehlzeiten durch Motivationsverlust? 3. aktualisierte Ausgabe [1997¹] Gütersloh: Verlag Bertelsmann Stiftung.

BALZAR, Evi (2003): Ein Programm für rückenschonendes Arbeiten in der Pflege. In: Senioren im 21. Jahrhundert 2/2003; S. 21-24.

BANDEMER, Stephan von/BORN, Andreas/HILBERT, Josef (2002): Arbeit im Dienstleistungssektor – Arbeitsorganisation, Mitarbeiterzufriedenheit und Kundenorientierung, in: Brödner, Peter/Knuth, Matthias (Hrsg.): Nachhaltige Arbeitsgestaltung. Trendreport zur Entwicklung und Nutzung von Humanressourcen. München und Mering: Rainer Hampp Verlag.

BAUSCH-WEIS, Gisela (2004): Best-Practise-Personalbindungsstrategien in Non Profit-Organisationen. In: Bröckermann, Reiner/Pepels, Werner (Hrsg.): Personalbindung: Wettbewerbsvorteile durch strategisches Human Resource Management. Berlin: Erich Schmidt Verlag.

BECKER, Wolfgang/MEIFORT, Barbara (1996): Altenpflege – eine Arbeit wie jede andere? Ein Beruf fürs Leben? Dokumentation einer Längsschnittuntersuchung zu Berufseinmündung und Berufsverbleib von Altenpflegekräften. (Teil 1). BiBB – Bundesinstitut für Berufsbildung.

BELLWINKEL, Michael (2000): Neuer Anlauf für Gesundheitsförderung und Prävention. In: BKK 07/2000.

BENGEL, Jürgen (2001): Was erhält den Menschen gesund? Antonovskys Modell der Salutogenese – Diskussionsstand und Stellenwert. Im Auftrag der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA), Köln.

BUNDESMINISTERIUM FÜR FAMILIE, SENIOREN, FRAUEN UND JUGEND (Hrsg.) (1998): Entwicklungen im Amt für Altenhilfe der Stadt Mönchengladbach 1990 – 1995.



BRAUN, M. (2002): Gesundheitspräventive Arbeitsgestaltung und Unternehmensentwicklung. In: Gesundheitswesen 65: 698-703. Georg Thieme Verlag, Stuttgart, New York.

CAVANAGH, Stephen J. (1997): Pflege nach Orem. 2., verb. Aufl. Freiburg im Breisgau: Lambertus.

DENNIS, Connie M. (2001): Dorothea Orem: Selbstpflege- und Selbstpflegedefizit-Theorie. Bern; Göttingen; Toronto; Seattle: Huber.

DEUTSCHES INSTITUT FÜR ANGEWANDTE PFLEGEFORSCHUNG E.V. (dip): Pflegethermometer 2003, Köln.

EICHLER, Alexander (1997): Das Krankenhaus im Wandel, in: Spörkel, Herbert et al. (Hrsg.): Total Quality Management im Gesundheitswesen. Methoden und Konzepte des Qualitätsmanagements für Gesundheitseinrichtungen. 2. überarbeitete Auflage, Weinheim.

„Gemeinsame und einheitliche Handlungsfelder und Kriterien der Spitzenverbände der Krankenkassen zur Umsetzung von §20 Abs. 1 und 2 SGB V vom 21. Juni 2000 in der Fassung vom 27. Juni 2001“.

Gesetz über die Berufe in der Altenpflege (Altenpflegegesetz – AltPflG) sowie zur Änderung des Krankenpflegegesetzes vom 17. November 2000, Bundesgesetzblatt Jahrgang 2000. Teil I Nr. 50, ausgegeben zu Bonn am 24. November 2000.

IG METALL (Hrsg.) (2002): Fehlzeitenmanagement und Möglichkeiten der Gegenwehr. In: Gesunder @rbeiten. Arbeitshilfe 10, Frankfurt am Main.

KLEINBECK, U. (1998): Durch Förderung der Arbeitsmotivation lassen sich die Anwesenheitszeiten von Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern erhöhen. In: Brandenburg, U./Kuhn, K./Marschall, B.: Verbesserung der Anwesenheit im Betrieb. Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin, S. 55-72, Bremerhaven: Wirtschaftsverlag neue Wissenschaft.

KMK (Sekretariat der Ständigen Konferenz der Kultusminister der Länder in der Bundesrepublik Deutschland) (2002): Handreichungen für die Erarbeitung von Rahmenlehrplänen der Kultusministerkonferenz für den berufsbezogenen Unterricht in der Berufsschule und ihre Abstimmung mit Ausbildungsordnungen des Bundes für anerkannte Ausbildungsberufe. Stand: 15.09.2000.

KÖTHER, Ilka/GNAMM, Else (Hrsg.) (2000): Altenpflege in Ausbildung und Praxis. 4. komplett überarb. und neu gestaltete Aufl. Stuttgart; New York: Thieme.

KURATORIUM DEUTSCHE ALTERSHILFE (Hrsg.) (2002): Bundeseinheitliche Altenpflegeausbildung. Materialien für die Umsetzung der Stundentafel. Autorinnen: Christine Sowinski/Renate Behr. Erstellt im Auftrag des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend.

LAZAR, Nicole (2004): Bericht zur Analyse der Gesundheitssituation der Schülerinnen und Schüler am Fachseminar für Altenpflege der Bildungs-GmbH Mönchengladbach. Unveröffentlichter Bericht im Auftrag des Instituts für Betriebliche Gesundheitsförderung, Köln.

LEPTIHN, Tilman (2001): Pflegekonzepte in der Gerontopsychiatrie: Entwicklungen und praktische Umsetzung in der Altenpflege. Hannover: Schlütersche Druckerei und Verlag GmbH & Co.KG.

MARG, Karola (2004): Salutogenese. Wie Gesundheit entsteht – ein Ressourcen-Modell für die Pflege? In: Heilberufe 3/2004, S. 60-61.

MEISEL, P./PAULI, G. (2004): Rheinlandbericht 2003. Köln, Institut für Betriebliche Gesundheitsförderung BGF GmbH der AOK Rheinland.

MINISTERIUM FÜR ARBEIT, GESUNDHEIT UND SOZIALES DES LANDES NORDRHEIN-WESTFALEN (Hrsg.) (1992): Motivationsanalyse von Altenpflegefachkräften. Personalgewinnung und Personalbindung in der Altenpflege.

MINISTERIUM FÜR ARBEIT, GESUNDHEIT UND SOZIALES DES LANDES NORDRHEIN-WESTFALEN (Hrsg.) (1995): Die Neuordnung der Altenpflegeausbildung in Nordrhein-Westfalen.

MORSCHHÄUSER, Martina/SCHMIDT, Eva (2002): Beteiligungsorientiertes Gesundheitsmanagement angesichts alternder Belegschaften – Handlungshilfe zur Durchführung einer Mitarbeiterbefragung und von Gesundheitsworkshops. In: Broschürenreihe: Demographie und Erwerbsarbeit, Stuttgart.

MÜNCH, Eckhard/WALTER, Uta/BADURA, Bernhard (2003): Führungsaufgabe Gesundheitsmanagement. Ein Modellprojekt im öffentlichen Sektor. Berlin: edition sigma.

NEXT-STUDY (2003): Hasselhorn, H.-M./Tackenberg, P./Müller, H.-P., NEXT-Study-Group (Hrsg.): 15 Warum will Pflegepersonal in Europa die Pflege verlassen? Manuskrift Universität Wuppertal, S.122. [Übersetzung aus:

„Working conditions and intent to leave the profession among nursing staff in Europe“ NIWL, Stockholm, 2003 ISSN 1404-790X / www.next-study.net]

NEXT-STUDY (2003): Hasselhorn, Hans-Martin et al.: 17 Wunsch nach Berufsausstieg bei Pflegepersonal in Deutschland, S. 136. [Übersetzung aus: „Working conditions and intent to leave the profession among nursing staff in Europe“ NIW, Stockholm, 2003 ISSN 1404-790X / www.next-study.net]

OREM, D.E./TAYLOR, S.G. (1995): Die allgemeine Theorie der Pflege. In: Mischo-Kelling, M/Wittneben, K.: Pflegebildung und Pflegetheorien. München Urban & Schwarzenberg.

ROBERT KOCH-INSTITUT in Zusammenarbeit mit dem STATISTISCHEN BUNDESAMT (Hrsg.) (2003): Arbeitslosigkeit und Gesundheit. In: Gesundheitsberichterstattung des Bundes, Heft 13.

PFAFF, Holger/SLESINA, Wolfgang (Hrsg.) (2001): Effektive betriebliche Gesundheitsförderung. Konzepte und methodische Ansätze zur Evaluation und Qualitätssicherung. Weinheim; München: Juventa.

SCHÄFER-WALKMANN, Susanne et al.: Modellprojekt „Pflege der Profis“; Zwischenbericht 01. Juli 2001 – 31. Mai 2002. Augsburg: Herausgegeben von Neues Soziales Wissen e.V..

SCHÄFER-WALKMANN, Susanne et al.: Modellprojekt „Pflege der Profis“: 2. Zwischenbericht 01. Juni 2002 – 28. Februar 2003. Augsburg: Herausgegeben von Neues Soziales Wissen e.V..

SCHNEIDER, Kordula (2003): Das Lernfeldkonzept – zwischen theoretischen Erwartungen und praktischen Realisierungsmöglichkeiten. In: Schneider, K./Brinker-Meyendriesch, E./Schneider, A.(Hrsg.): Pflegepädagogik für Studium und Praxis. Berlin; Heidelberg: Springer.

SEEL, Mechthild/HURLING, Elke (2003): Die Pflege des Menschen im Alter. 2.vollständig überarbeitete und erweiterte Auflage. Brigitte Kunz Verlag.

SIMON, Michael/HASSELHORN, Hans-Martin/KÜMMERLING, Angelika (2003): Arbeit und Familie-Konflikt bei europäischem Pflegepersonal. Eine Analyse der Daten der europäischen NEXT-Studie. Als pdf verfügbar unter: www.next.uni-wuppertal.de/dt/ergebnisse_dt.htm_06.04.04.

STATISTISCHES BUNDESAMT (2003): Bericht: Pflegestatistik 2001: Pflege im Rahmen der Pflegeversicherung: Deutschlandergebnisse. Bonn.

ULRICH, E. (2002): Betriebliche Gesundheitsförderung lohnt sich – Netzwerke und Handeln lautet die Devise. Die BKK, 90 (2).

WALLRAFEN-DREISOW, Helmut (2004): Ideen haben Konsequenzen. In: Wallrafen-Dreisow, H./Weigel, R. (Hrsg.): EFQM in Einrichtungen der Altenhilfe: Messen, bewerten, besser werden. Stuttgart: Kohlhammer Verlag.

WENDERLEIN, Friederike Uta (2002): Analyse hoher Fehlzeiten bei Pflegekräften – Schwerpunkt Arbeitszufriedenheit: eine empirische Studie an 1020 Probanden. Dissertation an der Medizinischen Fakultät der Uni Ulm. Als pdf verfügbar unter: http://vts.uni-ulm.de/query/lonview.meta.asp?document_id=161.

WENDERLEIN, F.U.(2003): Arbeitszufriedenheit und Fehlzeiten in der Krankenpflege. Untersuchung an 1021 Examinierten und Schülern. In: Gesundheitswesen 2003; 65. Georg Thieme Verlag, S. 620-628.

Anhang

Checkliste zur Gesundheitssituationsanalyse in der praktischen Ausbildung



Checkliste zur Gesundheitssituationsanalyse in der praktischen Ausbildung

- Wo befinden Sie sich derzeit im berufspraktischen Einsatz?
 - Wie viele Bewohnerinnen und Bewohner werden in diesem Wohnbereich betreut?
 - Wie viele Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter sind durchschnittlich im Früh-, Spät- und Nachtdienst im Einsatz?
- Wie beurteilen Sie Ihre fachliche Anleitung in diesem Einsatz?
 - Fühlen Sie sich ausreichend über die Bewohnerinnen und Bewohner und Abläufe auf dem Wohnbereich informiert?
 - Ist der Informationsaustausch in der Übergabe Ihrer Meinung nach umfassend und professionell?
 - Haben Sie jederzeit die Möglichkeit, nachzufragen oder die Dokumentation einzusehen?
 - Arbeiten Sie immer unter Anleitung der Praxisanleitung bzw. einer erfahrenen Pflegefachkraft?
 - Erhalten Sie unmittelbare und konkrete Rückmeldung – positiv wie negativ – zu Ihrer Arbeit?
 - Was haben Sie in diesem Einsatz ganz konkret dazugelernt und wo wünschen Sie sich noch mehr Unterstützung oder Übung?
 - Können Sie auch Probleme und Belastungen mit Ihrer Praxisanleitung besprechen?
- Werden Sie dazu angehalten, rückenschonend zu arbeiten?
 - Müssen Mobilisationen und Transfers von Ihnen allein durchgeführt werden? Und wenn ja, wie oft kommt dies durchschnittlich vor?
 - Kommen Hebe- und Hilfsmittel in der alltäglichen Pflege zum Einsatz?
 - Wissen Sie, wo die Hilfsmittel gelagert werden?
 - Stehen Hilfsmittel in ausreichender Zahl zur Verfügung?
 - Wünschen Sie sich weitere Hebe- und Hilfsmittel? Wenn ja, welche?



- Arbeiten die Kolleginnen und Kollegen in Ihrem Team nach gesundheitsgerechten Grundsätzen?
 - Werden gesundheitliche Bedürfnisse von Pflegenden z.B. bei der Arbeitsorganisation berücksichtigt?
 - Kennen die Kolleginnen und Kollegen spezielle Techniken, wie z.B. Kinästhetik und werden diese auch angewendet?
- Wie schätzen Sie Ihre eigene Arbeitsmotivation zur Zeit ein und wodurch begründen Sie das?
 - Sind Sie mit der Arbeit im Team und auch mit der eigenen Arbeit zufrieden?
 - Gibt es verbindliche Absprachen im Team und wird auf eine konsequente Einhaltung dieser Absprachen geachtet?
 - Haben Sie die Möglichkeit, Ihr Wissen sach- und fachgerecht einzusetzen?
 - Werden Ihre Beobachtungen und Anregungen in Bezug auf die Bewohnerinnen und Bewohner ernst genommen?
- Wie empfinden Sie die Zusammenarbeit mit Ihren Kolleginnen und Kollegen?
 - Fühlen Sie sich im Team wohl und akzeptiert?
 - Werden Ihre Wünsche z.B. in Bezug auf die Dienstplangestaltung nach Möglichkeit berücksichtigt?
 - Herrscht eine offene Atmosphäre oder gibt es Spannungen im Team?
- Gibt es zurzeit eine Situation, die Sie besonders physisch oder psychisch belastet?
 - Welche Hilfe oder Unterstützung wünschen Sie sich ganz konkret zur Bewältigung dieser Situation?
- Was macht Ihnen im derzeitigen Einsatz am meisten Freude?