

ARBEITEN, ABER BITTE GESUND!

Eine qualitative Forschungsarbeit zur Wirkung betrieblicher Gesundheitsförderung auf Mitarbeitende in der stationären Behindertenhilfe.

Eine Bachelorarbeit der Hochschule Luzern – Soziale Arbeit

Martina Imfeld & Nicolas Savary

Bachelor-Arbeit

Ausbildungsgang: Sozialpädagogik

Kurse: TZ-BB 2013-2018 & VZ 2014-2018

Martina Imfeld & Nicolas Savary

Arbeiten, aber bitte gesund!

Eine qualitative Forschungsarbeit zur Wirkung betrieblicher Gesundheitsförderung auf Mitarbeitende in der stationären Behindertenhilfe.

Diese Bachelor-Arbeit wurde im August 2018 eingereicht zur Erlangung des vom Fachhochschulrat der Hochschule Luzern ausgestellten Diploms für **Sozialpädagogik**.

Diese Arbeit ist Eigentum der Hochschule Luzern – Soziale Arbeit. Sie enthält die persönliche Stellungnahme des Autors/der Autorin bzw. der Autorinnen und Autoren.

Veröffentlichungen – auch auszugsweise – bedürfen der ausdrücklichen Genehmigung durch die Leitung Bachelor.

Reg. Nr.:

Originaldokument gespeichert auf LARA – Lucerne Open Access Repository and Archive der Zentral- und Hochschulbibliothek Luzern



Dieses Werk ist unter einem
Creative Commons Namensnennung-Keine kommerzielle Nutzung-Keine Bearbeitung 3.0 Schweiz Lizenzvertrag
lizenziert.

Um die Lizenz anzuschauen, gehen Sie bitte zu <https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/3.0/ch/>
Oder schicken Sie einen Brief an Creative Commons, 171 Second Street, Suite 300, San Francisco, California
95105, USA.

Urheberrechtlicher Hinweis

Dieses Dokument steht unter einer Lizenz der Creative Commons Namensnennung-Keine kommerzielle
Nutzung-Keine Bearbeitung 3.0 Schweiz <http://creativecommons.org/>

Sie dürfen:



Teilen — das Material in jedwedem Format oder Medium vervielfältigen und weiterverbreiten
Zu den folgenden Bedingungen:



Namensnennung — Sie müssen angemessene Urheber- und Rechteangaben machen, einen Link zur
Lizenz beifügen und angeben, ob Änderungen vorgenommen wurden. Diese Angaben dürfen in jeder
angemessenen Art und Weise gemacht werden, allerdings nicht so, dass der Eindruck entsteht, der Lizenzgeber
unterstütze gerade Sie oder Ihre Nutzung besonders.



Nicht kommerziell — Sie dürfen das Material nicht für kommerzielle Zwecke nutzen.



Keine Bearbeitungen — Wenn Sie das Material remixen, verändern oder darauf anderweitig direkt
aufbauen dürfen Sie die bearbeitete Fassung des Materials nicht verbreiten.
Im Falle einer Verbreitung müssen Sie anderen die Lizenzbedingungen, unter welche dieses Werk fällt,
mitteilen.

Jede der vorgenannten Bedingungen kann aufgehoben werden, sofern Sie die Einwilligung des Rechteinhabers
dazu erhalten.

Diese Lizenz lässt die Urheberpersönlichkeitsrechte nach Schweizer Recht unberührt.

Eine ausführliche Fassung des Lizenzvertrags befindet sich unter <https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/3.0/ch/legalcode.de>

Vorwort der Schulleitung

Die Bachelor-Arbeit ist Bestandteil und Abschluss der beruflichen Ausbildung an der Hochschule Luzern, Soziale Arbeit. Mit dieser Arbeit zeigen die Studierenden, dass sie fähig sind, einer berufsrelevanten Fragestellung systematisch nachzugehen, Antworten zu dieser Fragestellung zu erarbeiten und die eigenen Einsichten klar darzulegen. Das während der Ausbildung erworbene Wissen setzen sie so in Konsequenzen und Schlussfolgerungen für die eigene berufliche Praxis um.

Die Bachelor-Arbeit wird in Einzel- oder Gruppenarbeit parallel zum Unterricht im Zeitraum von zehn Monaten geschrieben. Gruppendynamische Aspekte, Eigenverantwortung, Auseinandersetzung mit formalen und konkret-subjektiven Ansprüchen und Standpunkten sowie die Behauptung in stark belasteten Situationen gehören also zum Kontext der Arbeit.

Von einer gefestigten Berufsidentität aus sind die neuen Fachleute fähig, soziale Probleme als ihren Gegenstand zu beurteilen und zu bewerten. Sozialpädagogisches Denken und Handeln ist vernetztes, ganzheitliches Denken und präzises, konkretes Handeln. Es ist daher nahe liegend, dass die Diplomandinnen und Diplomanden ihre Themen von verschiedenen Seiten beleuchten und betrachten, den eigenen Standpunkt klären und Stellung beziehen sowie auf der Handlungsebene Lösungsvorschläge oder Postulate formulieren.

Ihre Bachelor-Arbeit ist somit ein wichtiger Fachbeitrag an die breite thematische Entwicklung der professionellen Sozialen Arbeit im Spannungsfeld von Praxis und Wissenschaft. In diesem Sinne wünschen wir, dass die zukünftigen Sozialpädagoginnen/Sozialpädagogen mit ihrem Beitrag auf fachliches Echo stossen und ihre Anregungen und Impulse von den Fachleuten aufgenommen werden.

Luzern, im August 2018

Hochschule Luzern, Soziale Arbeit
Leitung Bachelor

Abstract

„Arbeiten, aber bitte gesund!“ ist eine qualitative Forschungsarbeit zur Umsetzung betrieblicher Gesundheitsförderung bei Mitarbeitenden in der stationären Behindertenhilfe. Ziel dieser Arbeit war es herauszufinden, wie Massnahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung in Betrieben der stationären Behindertenhilfe auf die Mitarbeitenden wirken.

Mitarbeitende der stationären Behindertenhilfe sind durch ihre Arbeit verschiedenen Belastungen ausgesetzt. Einerseits sind das betriebliche Belastungen (z.B. Arbeitsorganisation und betriebliche Strukturen) und andererseits sind das arbeitsbezogene Belastungen (z.B. Quantität der Aufgaben, emotionale Inanspruchnahme). Ausserdem haben aktuell finanzpolitisch bedingte Sparmassnahmen einen Einfluss auf die Belastungen der Mitarbeitenden in der stationären Behindertenhilfe. Die Aufgabe der betrieblichen Gesundheitsförderung ist es, durch Massnahmen verschiedener Natur, sowohl die Gesundheit der Mitarbeitenden zu schützen, als auch die Qualität der Arbeit zu sichern.

Um herauszufinden ob die Massnahmen der Betriebe den Bedürfnissen der Mitarbeitenden entsprechen, haben wir mittels Leitfadeninterviews sowohl Mitarbeitende, als auch verantwortliche Personen für betriebliche Gesundheitsförderung befragt. Durch die in drei Betrieben geführten Leitfadeninterviews zeigte sich, dass die Institutionen bezüglich der Umsetzung der betrieblichen Gesundheitsförderung verschieden weit entwickelt sind. Für eine erfolgreiche Gesundheitsförderung im Betrieb, scheinen besonders Weiterbildungen, das unmittelbare Arbeitsumfeld und die Partizipation der Mitarbeitenden von grosser Bedeutung zu sein.

Danksagungen

An dieser Stelle bedanken wir uns bei allen Personen, die uns im Verlauf unserer Arbeit unterstützt haben:

- Vielen Dank an Frau Stefania Calabrese, die einen erheblichen Einfluss auf unsere Themenwahl hatte und uns besonders zu Beginn unserer Arbeit wiederholt unterstützt hat.
- Vielen Dank an die Institutionen, die sich bereit erklärt haben an unserer Forschungsarbeit teilzunehmen.
- Vielen Dank an die sechs Mitarbeitenden, die sich bereit erklärt haben an den Interviews teilzunehmen.
- Vielen Dank an die drei für betriebliche Gesundheitsförderung verantwortlichen Personen, die uns durch die Interviews einen Einblick in die betriebliche Gesundheitsförderung ihrer Institution gewährt haben.
- Vielen Dank an Frau Rahel Portmann, Herr Gregor Husi und Herr Martin Neuenschwander, die uns in den Fachpoolgesprächen sehr wertvolle fachliche Inputs gegeben haben.
- Vielen Dank an Margrit Durrer-Müller, die unsere Bachelorarbeit gegengelesen hat.
- Vielen Dank an Andreas Küng, der uns bei der Formatierung unserer Arbeit geholfen hat.
- Schlussendlich bedanken wir uns noch gegenseitig. Wir haben zwölf sehr intensive Monate mit Höhen und Tiefen erlebt. Nicolas dankt Martina für ihre stets positive Art und die Ruhe die sie ausgestrahlt hat. Martina dankt Nicolas für die gute Zusammenarbeit und die lustigen, aufregenden, spannenden Stunden und für seine lösungsorientierte Art.

Inhaltsverzeichnis

1. Einleitung	1
1.1 Ausgangslage.....	1
1.2 Motivation	2
1.3 Begriffsklärung.....	4
1.3.1 Betriebliche Gesundheitsförderung und Betriebliches Gesundheitsmanagement	4
1.3.2 Behindertenhilfe/ Mitarbeitende der Behindertenhilfe	5
1.4 Forschungsstand	5
1.5 Praxisrelevanz und Ziele	8
1.6 Fragestellung.....	9
1.7 Abgrenzung.....	10
1.8 Aufbau der Arbeit.....	11
2. Arbeit und Gesundheit	12
2.1 Stellenwert der Gesundheit.....	12
2.2 Definition Gesundheit.....	13
2.3 Gesundheit und Krankheit als Kontinuum	14
2.4 Definition Arbeit	15
2.5 Stellenwert Arbeit	15
2.6 Arbeitsbelastung und Bewältigung	17
2.7 Stress	19
2.7.1 Der Begriff Stress.....	19
2.7.2 Definition Stress.....	19
2.7.3 Die Stresstheorie von Richard S. Lazarus	21
2.7.4 Job-Demand-Control Modell.....	23
2.8 Präsentismus und Absentismus.....	26
2.9 Wirtschaftliche Folgen krankheitsbedingter Ausfälle	28
3. Gesundheit und Unternehmen	30
3.1 Betriebliche Gesundheitsförderung und betriebliches Gesundheitsmanagement	30
3.1.1 Entwicklung der Gesundheitsförderung.....	30
3.1.2 Entwicklung der Gesundheitsförderung in der Schweiz.....	31
3.1.3 Differenzierung Gesundheitsmanagement und Gesundheitsförderung.....	32
3.1.4 Betriebliches Gesundheitsmanagement (BGM).....	33
3.1.5 Betriebliche Gesundheitsförderung (BGF).....	35
3.1.6 Verhaltens- und Verhältnisbezogene Massnahmen.....	36
3.2 Prävention und Gesundheitsförderung	38
3.2.1 Prävention.....	38
3.2.2 Risiko- und Schutzfaktoren.....	40
3.2.3 Salutogenese.....	41
3.2.4 Empowerment.....	42
3.2.5 Partizipation.....	43
3.2.6 Ressourcenansatz	45
4. Methodenbeschrieb	47
4.1 Forschungsfrage	47
4.2 Eine qualitative Forschung	47
4.3 Die Stichprobe	48
4.3.1 Fallauswahl	48
4.4 Entwicklung des Interviewleitfadens.....	50
4.5 Datenerhebung und Datenaufbereitung	51
4.6 Datenauswertung.....	52

5. Forschungsergebnisse.....	54
5.1 Forschungsergebnisse Institutionen	54
5.1.1 Die Organisation betrieblicher Gesundheitsförderung	54
5.1.2 Ziele und Motivationen der Institutionen.....	56
5.1.3 Die Bedarfserfassung.....	57
5.1.4 Evaluation von Massnahmen.....	58
5.1.5 Kommunikation.....	59
5.1.6 Herausforderungen.....	60
5.1.7 Wertschätzung und Kultur als wichtige Elemente.....	61
5.2 Forschungsergebnisse Mitarbeitende.....	62
5.2.1 Genannte Belastungen.....	63
5.2.2 Hilfreiche Massnahmen.....	64
5.2.3 Nicht hilfreiche Massnahmen.....	67
5.2.4 Mitgestaltungsmöglichkeiten.....	67
5.2.5 Wünsche.....	68
6. Diskussion der Forschungsergebnisse	71
6.1 Ziele der Institutionen.....	71
6.2 Organisation der betrieblichen Gesundheitsförderung	72
6.3 Von den Mitarbeitenden genannte Belastungsfaktoren	73
6.4 Unterschiedliche Wirkung von Massnahmen	74
6.5 Besonders gesundheitsrelevante Faktoren	75
6.5.1 Das unmittelbare Arbeitsumfeld.....	75
6.5.2 Weiterbildungen.....	77
6.5.3 Partizipation an der Gestaltung von Massnahmen.....	78
6.5.4 Arbeitsplanung und Casemanagement.....	79
7. Schlussfolgerungen.....	82
7.1 Zusammenfassende Beantwortung der Fragestellung.....	82
7.1.1 Wirkung von Massnahmen.....	82
7.1.2 Wahrnehmung der Massnahmen.....	83
7.1.3 Bedeutungen der Massnahmen.....	83
7.1.4 Bedürfnisse der Mitarbeitenden.....	84
7.1.5 Anregungen für die Praxis.....	85
7.2 Die Rolle der Sozialen Arbeit.....	87
7.3 Ausblick.....	88
8. Quellenverzeichnis	89

Alle Kapitel der vorliegenden Bachelorarbeit wurden von der Autorenschaft gemeinsam verfasst.

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Belastungs-Beanspruchungskonzept	18
Abbildung 2: Bewertung & Bewältigung	22
Abbildung 3: Job-Demand-Control Modell.....	25
Abbildung 4: Dynamisches Modell von Präsentismus und Absentismus	27
Abbildung 5: Drei zentrale Themenfelder von BGM in Anlehnung.....	33
Abbildung 6: Begriffe zur Prävention	39

1. Einleitung

Mitarbeitende in der stationären Behindertenhilfe sind in ihrem Arbeitsalltag wiederholt mit belastenden Situationen konfrontiert. Diese Belastungen können verschiedene Ursachen haben: Sowohl der Umgang mit der Klientel, als auch die institutionellen Rahmenbedingungen oder das Arbeitsumfeld bringen Belastungen im Arbeitsalltag mit sich. Sind Mitarbeitende in ihrem Arbeitsalltag mit belastenden Situationen konfrontiert, benötigen sie Lösungen, welche ihnen für die Bewältigung der gegebenen Herausforderungen hilfreich sind. Die Arbeitgebenden können ihre Mitarbeitenden durch gesundheitsfördernde Massnahmen unterstützen und damit einen wichtigen Teil zu ihrer physischen und psychischen Gesundheit beitragen. Im Rahmen dieser Bachelorarbeit, haben wir untersucht, welche gesundheitsfördernden Massnahmen Betriebe ihren Mitarbeitenden anbieten und ob die Mitarbeitenden solche betrieblichen Massnahmen wahrnehmen, welche Bedeutungen sie diesen beimessen und ob sie ihre Bedürfnisse decken.

1.1 Ausgangslage

Aktuell werden in der Schweiz über 20'000 Menschen mit Behinderungen stationär betreut (INSOS, 2018). Diese Menschen haben ein Recht auf eine qualitativ hochstehende Betreuung. Diese erforderte Qualität, bedingt jedoch auch Arbeitnehmende in guter gesundheitlicher Verfassung. Die Arbeitsbelastung ist laut Jürgen Glaser und Christian Seubert (2014), je nach Arbeitsbranche, unterschiedlich. Früher standen besonders körperliche Arbeitsbelastungen im Fokus. Mit der Entwicklung der Wissens- und Dienstleistungsarbeit stehen nun vorwiegend die psychischen Belastungen im Vordergrund (S. 50). Unsere Erfahrung in diesem Arbeitsbereich zeigt jedoch, dass sowohl körperliche wie auch psychische Belastungen zum Alltag der stationären Behindertenhilfe gehören.

Die Arbeitssicherheit wird in Art. 82 des Bundesgesetzes der Unfallversicherung (UVG) vom 20. März 1981 SR 832.20 als eine allgemein gehaltene Verpflichtung der Arbeitgebenden in Bezug auf die Verhütung von Berufsunfällen und Berufskrankheiten geregelt. In der Verordnung über die Verhütung von Berufsunfällen und Berufskrankheiten (VUV) vom 19. Dezember 1983, SR 832.30 wird die Umsetzung detaillierter definiert. Jedoch sieht das

Schweizer Gesetz keine ausdrücklichen Massnahmen zur Sicherstellung des psychosozialen Wohlbefindens der Arbeitnehmenden vor.

Die Arbeitgebenden sind, zumindest rechtlich, nicht verpflichtet im Bereich der Sicherstellung des Wohlbefindens der Arbeitnehmenden tätig zu werden. AvenirSocial, der Schweizer Berufsverband der Sozialen Arbeit, weist in einer schriftlichen Stellungnahme darauf hin, dass betriebliche Gesundheitsförderung zur Sicherstellung einer guten Qualität der sozialen Arbeit gehört. Jedoch merken sie an, dass die Verantwortung und Sorgfaltspflicht für die betriebliche Gesundheitsförderung zur Führungsaufgabe der Institutionen gehört (E-Mail vom 17.4.2018).

INSOS, der Branchenverband der Institutionen für Menschen mit Behinderung, äussert sich dahingehend, dass einzelne ihrer Mitglieder ein betriebliches Gesundheitsmanagement (BGM) implementiert haben und mit externen Anbietern zusammenarbeiten. Sie verweisen in ihrem Schreiben zwar auf ihre Branchenlösung INSOS SECURIT, doch sie haben keinen Gesamtüberblick bezüglich Verbreitung und Qualität von BGM (E-Mail vom 13.4.2018). Die Stiftung Gesundheitsförderung Schweiz erhebt zwar Kennzahlen zur Verbreitung und zum Umfang der Umsetzung von betrieblicher Gesundheitsförderung, jedoch sind auch da keine spezifischen Daten für den Bereich der Behindertenhilfe vorhanden. Somit bleibt unklar, wie stark verbreitet und in welcher Qualität die betriebliche Gesundheitsförderung in der stationären Behindertenhilfe verankert ist. Die bestehende Forschungslücke in der qualitativen Umsetzung der betrieblichen Gesundheitsförderung im stationären Behindertenbereich soll in der folgenden Arbeit zumindest teilweise geschlossen werden.

1.2 Motivation

Wir studieren beide die Fachrichtung Sozialpädagogik und arbeiten seit einigen Jahren mit erwachsenen Personen im stationären Bereich. Frau Dr. Stefania Calabrese, tätig im Institut Sozialpädagogik und Bildung der HSLU, hat das Thema der Belastungen von Mitarbeitenden in der Behindertenhilfe auf der Hochschulplattform Ilias als Thema für die Bachelorarbeit ausgeschrieben. Daher wurden wir auf das Thema aufmerksam und bekundeten grosses Interesse, weil wir in unserem Berufsalltag wiederholt mit herausfordernden Situationen konfrontiert sind. In verschiedenen Situationen konnten wir erfahren, dass Faktoren wie die Arbeitsmenge, die Institutionellen Rahmenbedingungen, die Teamkultur oder der Betreuungsschlüssel Herausforderungen darstellen können und somit einen erheblichen

Einfluss auf unsere Belastung und die Belastung der anderen Mitarbeitenden haben. Bei der näheren Auseinandersetzung mit dem Thema ist uns aufgefallen, dass wir nur wenig über betriebliche Gesundheitsförderung wussten. Bisher konnten wir in unserem Berufsalltag vereinzelte betriebliche gesundheitsfördernde Massnahmen wahrnehmen. An den Arbeitsplätzen wurden beispielsweise Stehpulte eingeführt, welche während der Büroarbeit den Rücken entlasten und eine gute Körperhaltung fördern sollten. Auch profitierten wir von einem Ruheraum, den wir während der Pausen zur Erholung nutzen konnten. Besonders belastend empfanden wir jedoch geteilte Dienste¹, die bei einem entfernten Wohnsitz eine zwischenzeitliche Rückkehr nach Hause verunmöglichten. Entsprechend waren wir teilweise bis zu 16 Stunden arbeitsbedingt unterwegs. Unser Anliegen, den weiter entfernt wohnenden Mitarbeitenden keine geteilten Dienste mehr zu geben, wurde nicht erfüllt. Mit einem umfassenden Verständnis der betrieblichen Gesundheitsförderung hätten wir unser Anliegen fundierter vertreten können. Durch unsere Erkenntnisse aus der nun vorliegenden Arbeit, möchten wir in Zukunft einerseits unsere persönlichen Anliegen besser vertreten können. Andererseits, wollen wir das erworbene Wissen auch im alltäglichen Austausch oder im Rahmen von Projekten in die Arbeitsplatzgestaltung einfliessen lassen.

Weiter erhoffen wir uns eine qualitative Verbesserung der Arbeitsbedingungen in der stationären Behindertenhilfe. Die Erkenntnisse dieser Arbeit sollen Arbeitgebende der Behindertenhilfe für die Themen des betrieblichen Gesundheitsmanagements und der darin enthaltenen Gesundheitsförderung sensibilisieren. Nicht zuletzt soll durch diese Bemühungen die Qualität der Arbeit verbessert werden, was schlussendlich sowohl den Arbeitgebenden, den Mitarbeitenden und der Klientel der Behindertenhilfe zugutekommt.

¹ Unter einem geteilten Dienst versteht man zwei Arbeitseinsätze am selben Tag, die durch eine lange Pause geteilt werden. Zum Beispiel einen Einsatz von 07:00Uhr – 09:00Uhr und einen von 16:00Uhr – 22:00 Uhr.

1.3 Begriffsklärung

Für unsere Arbeit sind insbesondere die Begriffe „betriebliches Gesundheitsmanagement“ und „betriebliche Gesundheitsförderung“ sowie die Begriffe „Behindertenhilfe“ und „Mitarbeitende der Behindertenhilfe“ zentral, diese sollen folgend kurz erläutert werden:

1.3.1 Betriebliche Gesundheitsförderung und Betriebliches Gesundheitsmanagement

Im wissenschaftlichen Diskurs besteht laut Eva Bamberg, Antje Ducki und Anna-Marie Metz (2011) keine Einigkeit darüber, wie die Begriffe betriebliches Gesundheitsmanagement (BGM) und betriebliche Gesundheitsförderung (BGF) verwendet werden. Einige würden die beiden Begriffe differenzieren, andere verstehen darunter dasselbe (S. 123). In dieser Arbeit wird das BGF als einen teil des BGM verstanden.

Das Gesundheitsmanagement dreht sich um die Organisation von Gesundheit im Betrieb und ist für die Planung und Koordination der gesundheitsfördernden Massnahmen verantwortlich. Diese Massnahmen sollten sich stets an den Zielen des Unternehmens orientieren. Dabei kann sich das Gesundheitsmanagement an verschiedene Zieldimensionen wie etwa an markt- bzw. gewinnorientierte Zielen oder an Zielen der Gesundheitsförderung und/oder Prävention orientieren. In der Regel orientiert sich Gesundheitsmanagement jedoch an mehrere Zieldimensionen (Bamberg et al., 2011, S. 128).

Unter BGF werden alle Massnahmen verstanden, welche die Gesundheit der Mitarbeitenden erhalten und/oder fördern. BGF wird laut der „Initiative Neue Qualität der Arbeit“ (2014) als eine von drei Säulen des BGM verstanden. Zu den drei Säulen des BGM zählen neben BGF, der Arbeitsschutz und das betriebliche Eingliederungsmanagement (BEM) (S. 11). Auf den Arbeitsschutz und das BEM wird in dieser Arbeit nur am Rande eingegangen.

1.3.2 Behindertenhilfe/ Mitarbeitende der Behindertenhilfe

In der vorliegenden Arbeit wird von Mitarbeitenden in der stationären Behindertenhilfe gesprochen. Dieter Röh (2009) definiert Behindertenhilfe wie folgt:

„Mit dem Begriff Behindertenhilfe ist die Gesamtheit an professionell ausgeübten Tätigkeiten für Menschen mit Behinderungen, also ein Arbeitsfeld gemeint, welches in vielfältiger Weise von Sozialpädagogen/-pädagoginnen und Sozialarbeitern/-arbeiterinnen, jedoch gleichsam auch von anderen Professionen bestimmt wird“ (S. 7).

Die Behindertenhilfe umfasst viele Formen der Hilfe, unter anderem die der stationären Behindertenhilfe. Andere Formen der Behindertenhilfe, wie beispielsweise eine punktuelle Begleitung oder Beratungen, sind unter diesem Begriff auch enthalten. Ausserdem umfasst die Behindertenhilfe, in Bezug auf die Klientel, alle verschiedenen Formen von Behinderungen (körperlich, geistig und psychisch) bei Kindern und Erwachsenen (Dieter Röh, 2011, S. 317).

1.4 Forschungsstand

Zu den Belastungen und Ressourcen von Mitarbeitenden in der stationären Behindertenhilfe (BeReBe) haben Stefania Calabrese, Martin Neuenschwander und Widukind Zenker (2017) eine explorative Untersuchung durchgeführt. Im Rahmen von Gruppendiskussionen mit unterschiedlichen Funktionsgruppen (Mitarbeitende, Gruppenleitende und Institutionsleitende) wurden Belastungen und Ressourcen von Mitarbeitenden in der stationären Behindertenhilfe erforscht. In den Diskussionen nannten die Mitarbeitenden besonders arbeitsbezogene und betriebliche Belastungen. Unter arbeitsbezogenen Belastungen wurden vor allem die Quantität der Aufgaben, wie auch die emotionale Inanspruchnahme erwähnt. Unter betrieblichen Belastungen wurden, auf Ebene der Arbeitsorganisation und der betrieblichen Struktur, unregelmässige Arbeitszeiten, Streichung von Überzeit, Zeitknappheit in der Betreuung der Klientel, festgefahrene institutionelle Strukturen und fehlende Gestaltungs- und Mitwirkungsmöglichkeiten genannt und diskutiert. Auch soziale Belastungen, wie misslingende Zusammenarbeit im Team und mangelhafte Unterstützung durch Vorgesetzte wurden als Belastungen empfunden (Calabrese et al., 2017, S. 7-8). Besonders auffällig war, dass in den Diskussionen mit den Mitarbeitenden die Belastungen im Zentrum standen und nur wenige Ressourcen erkannt wurden (Calabrese et al., 2017, S. 15).

Zu diesem Ergebnis kommt auch die Gesundheitsförderung Schweiz, deren Job-Stress-Index (2016) Kennzahlen zu psychischer Gesundheit und Stress bei Erwerbstätigen in der Schweiz erhob. In einer Grafik, welche wir an dieser Stelle nicht veröffentlichen dürfen, werden die für die Branche Gesundheit- und Sozialwesen spezifischen Belastungen und Ressourcen abgebildet. Darin wird ersichtlich, dass sich zumindest die Belastungen nicht signifikant von anderen Branchen unterscheiden, jedoch befinden sich die Arbeitsressourcen unter dem Durchschnitt (Ivana Igic et al., 2016, S. 1).

Zwischen personen- und situationsbezogenen Ressourcen wird im Job-Stress-Index 2014 bis 2016, ein weiteres Dokument der Gesundheitsförderung Schweiz, differenziert. Die situationsbezogenen Ressourcen beinhalten besonders arbeitsorganisatorische Aspekte, wie beispielsweise lernförderliche Merkmale der Arbeit, die Unterstützung durch Kollegen und Vorgesetzte oder den Handlungsspielraum. Der Handlungsspielraum wird im Job-Stress-Index folgendermassen beschrieben: Der Handlungsspielraum der Arbeitnehmenden ist die „(. . .) Kontrolle über die Art und Weise, wie man die Arbeit erledigt oder über den Zeitpunkt, an dem man sie erledigt“ (Ivana Igic, Achim Elfering, Norbert Semmer, Beatrice Brunner, Simon Wieser, 2017, S. 17). Für den Arbeitsbereich der stationären Behindertenhilfe finden sich in diesen Studien jedoch keine spezifischen Erkenntnisse.

Im deutschsprachigen Raum liegen nur wenige Forschungsergebnisse zu Belastungen von Mitarbeitenden in der Behindertenhilfe vor. Diese stammen grossmehrheitlich aus Deutschland (Calabrese et al., 2017, S. 6). Verschiedene empirische Untersuchungen aus Deutschland kommen in gewissen Punkten zu vergleichbaren Ergebnissen wie Calabrese et al. (2017) in der Schweiz: In zwei Untersuchungen zeigen sich diverse betriebliche Belastungen, wie beispielsweise ungünstige Arbeitszeiten, häufige Mehrarbeit, kurzfristiges Einspringen für krankgeschriebene Arbeitskollegen und -kolleginnen und Überforderung durch ungenügende Ausbildung (Lotte Habermann-Horstmeier & Kira Limbeck, 2015, 2016; Habermann-Horstmeier & Stefanie Bühner, 2015).

Ein weiteres Thema, das bei der Studie von Calabrese et al. (2017) zur Sprache kam, war das betriebliche Gesundheitsmanagement (BGM). Dabei wurde erwähnt, dass die meisten teilnehmenden Institutionen bereits auf das Thema des BGM sensibilisiert sind. Erste Erfahrungen damit wurden als überwiegend positiv beschrieben (Calabrese et al, 2017, S. 16).

Auch die Stiftung Gesundheitsförderung Schweiz hat in der Vergangenheit, bezüglich der Verbreitung und Umsetzung der betrieblichen Gesundheitsförderung in der Schweiz, einige Studien veröffentlicht. Diese belegen unter anderem, dass in mittelgrossen und grossen schweizerischen Betrieben ab 50 Angestellten das betriebliche Gesundheitsmanagement stark verbreitet ist. Nur 3% von schweizweit 833 befragten Betrieben betreiben gar kein BGM. Die grossen Unterschiede finden sich jedoch in der Umsetzung, denn nur 23% dieser Betriebe geben an, das BGM vollumfänglich umzusetzen, 48% würden die Richtlinien des BGM mehrheitlich und 23% nur teilweise umsetzen (Gesundheitsförderung Schweiz, 2017). Auch aus dieser Studie gehen keine spezifischen Daten für den Bereich der stationären Behindertenhilfe hervor.

Über den Gesundheitszustand der Betreuenden erfährt man etwas mehr aus der Studie „Betreuung von Menschen mit Behinderung in Deutschland“ (BMBD-Studie) von Habermann-Horstmeier und Limbeck (2015). Die Autoren haben 400 Fachkräfte der Behindertenhilfe zu ihrem Gesundheitszustand befragt und konnten damit spezifische Erkenntnisse für den Bereich der Behindertenhilfe liefern. In ihrer Studie wird ersichtlich, dass Fachkräfte der Behindertenhilfe ihren aktuellen Gesundheitszustand, im Vergleich zum Durchschnitt der Bevölkerung, besonders schlecht einschätzen. Überdurchschnittlich hoch sind ausserdem Krankschreibungen und Präsentismus² (s. Kap. 2.8) von Personal in der Behindertenhilfe, sogar im Vergleich zu anderen Berufen im Sozial- und Gesundheitswesen.

Zudem geht aus der Studie von Habermann-Horstmeier und Bühner (2015) hervor, dass, zumindest in den im Regierungsbezirk Freiburg im Breisgau befragten Institutionen, immer noch ein traditionell geprägtes Bild von Gesundheit vorherrscht. Arbeitsorganisation und Arbeitsbedingungen werden kaum als wichtige Punkte eines BGM angesehen. Auffallend dabei ist, dass 85% der Institutionen angeben, gesundheitsfördernde Massnahmen durchzuführen, jedoch setzten diese praktisch immer direkt beim Individuum an, also auf der verhaltensorientierten Ebene. Dabei würden die Mitarbeitenden eher Massnahmen der Verhältnisprävention, also von Arbeitsorganisation und Arbeitsbedingungen, benötigen.

² „Präsentismus: Mitarbeiter kommen zur Arbeit, obwohl sie gesundheitliche Einschränkungen physischer oder psychischer Art erleben, die berechtigten Anlass bieten, der Arbeit fernzubleiben“ (Daniela Lohaus & Wolfgang Habermann, 2018, S. 11).

Dadurch entsteht eine Diskrepanz zwischen dem Angebot der Institutionen und dem Bedürfnis der Mitarbeitenden (S.365-366).

1.5 Praxisrelevanz und Ziele

Da Belastungen bei der Arbeit die Gesundheit der Mitarbeitenden gefährden und die Klientel die direkten Konsequenzen davon zu tragen hat, ist es von grosser Bedeutung, dass die Betriebe Massnahmen zum Schutz der psychischen und physischen Gesundheit ihrer Mitarbeitenden anbieten. In gewissen Institutionen konnten bereits erste positive Erfahrungen mit dem BGM gemacht werden, wie Calabrese et al. (2017) in ihrer explorativen Studie festgestellt haben. Auch Habermann-Horstmeier weist in mehreren Quellen daraufhin, dass es der Klientel nur gut gehen kann, wenn es auch den Mitarbeitenden gut geht (Habermann-Horstmeier & Bühler, 2015; Habermann-Horstmeier, 2018). Calabrese et al. (2017) drücken sich noch etwas fordernder aus:

„Menschen mit Beeinträchtigungen haben ein Recht auf eine qualitativ hochstehende Begleitung und Betreuung. Vor diesem Hintergrund gilt es, mögliche Belastungen für Mitarbeitende in der stationären Behindertenhilfe zu reduzieren, damit sich das mitarbeitendenspezifische Belastungserleben nicht auf die Qualität der Arbeit auswirkt“ (S. 17).

Im Berufskodex der Sozialen Arbeit steht unter Art. 5.6, dass die Soziale Arbeit die Aufgabe hat „(. . .) Menschen zu begleiten, zu betreuen oder zu schützen und ihre Entwicklung zu fördern, zu sichern oder zu stabilisieren“ (AvenirSocial, 2010, S. 6). Ausserdem sollen sich laut Art. 13.3 die Professionellen der Sozialen Arbeit „(. . .) innerhalb ihrer Organisation für Integrität und Gesundheit schützende Arbeitsverhältnisse, für befriedigende Arbeitsbedingungen und für die stete Weiterentwicklung und Verbesserung der Qualität ihrer Organisation (. . .)“ einsetzen (AvenirSocial, 2010, S. 12).

Aus unserer Sicht besteht das Bedürfnis, der Frage der Umsetzung und des Verständnisses von betrieblicher Gesundheitsförderung im Bereich der stationären Behindertenhilfe in der Schweiz nachzugehen. Hier gibt es bisher weder betreffend der Verbreitung, noch der Qualität genügend Forschungsergebnisse. Dabei soll erforscht werden, welche gesundheitsförderlichen Massnahmen von den Betrieben angeboten werden und ob diese helfen die Gesundheit der Mitarbeitenden zu erhalten und zu verbessern. Somit erachten wir

es als unseren Auftrag, durch unsere Forschungsarbeit Erkenntnisse zur Verbesserung der Arbeitsqualität im stationären Behindertenbereich zu liefern und somit zur Schliessung dieser Forschungslücke beizutragen. Auch soll diese Arbeit den teilnehmenden Institutionen Hinweise auf die Qualität ihrer betrieblichen Gesundheitsförderung geben. Sowohl positive als auch verbesserungswürdige Aspekte sollen aufgezeigt werden. Gleichzeitig können die teilnehmenden Institutionen im Rahmen dieser Arbeit von der Praxis anderer Institutionen profitieren.

1.6 Fragestellung

Aufgrund der Erkenntnisse aus dem Forschungsstand (s. Kap. 1.4) und der nach wie vor bestehenden Forschungslücke bezüglich der Umsetzung und der Qualität der betrieblichen Gesundheitsförderung im stationären Behindertenbereich, drängt sich an dieser Stelle eine Forschungsarbeit auf. Kapitel 2 und 3 dieser Arbeit werden inhaltlich einer den Kapiteln übergeordneten Theoriefrage folgen und bilden die theoretische Basis zur Beantwortung der Forschungsfrage. Um die Forschungsfrage in Kapitel 6 zu diskutieren, werden die Forschungsergebnisse in Kapitel 5 vorgängig zusammengefasst. Mit den Schlussfolgerungen aus Kapitel 7 soll die Forschungsfrage zusammenfassend beantwortet werden. Ausserdem sollen Optimierungsvorschläge für die Praxis der betrieblichen Gesundheitsförderung gemacht und ein Ausblick gewagt werden.

Theoriefrage 1

Wie wirken sich Arbeitsbelastungen auf Arbeitnehmende aus?

Theoriefrage 2

Was können Betriebe zur Förderung der Gesundheit der Arbeitnehmenden tun?

Forschungsfrage

Inwiefern wirken gesundheitsfördernde Massnahmen in Betrieben der stationären Behindertenhilfe auf die Mitarbeitenden?

In der Forschungsfrage sollen folgende **Unterfragen** beantwortet werden:

1. Wie nehmen die Mitarbeitenden die Massnahmen wahr?

2. Welche Bedeutungen messen die Mitarbeitenden diesen Massnahmen zu?

3. Decken sich die Massnahmen mit den Bedürfnissen der Mitarbeitenden?

Praxisfrage

Wie kann die betriebliche Gesundheitsförderung für die Mitarbeitenden in der stationären Behindertenhilfe optimiert werden?

1.7 Abgrenzung

Diese Arbeit beschränkt sich auf den Bereich der stationären Behindertenhilfe. Im Rahmen dieser Arbeit werden die gesundheitsfördernden Massnahmen von drei Betrieben der Behindertenhilfe analysiert. Dabei wird auf das betriebliche Eingliederungsmanagement und den Arbeitsschutz als weitere Teile des betrieblichen Gesundheitsmanagements (BGM) nur am Rande eingegangen. Wir interessieren uns für die betriebliche Gesundheitsförderung (BGF). Gesundheitsförderung im Allgemeinen wird jedoch zum besseren Verständnis kurz thematisiert. Diese Forschungsarbeit soll ausserdem nicht bei der Verbreitung von BGM und BGF ansetzen, sondern eruieren, welche konkrete gesundheitsförderlichen Massnahmen von den Betrieben umgesetzt werden und wie diese auf die Mitarbeitenden wirken. Durch die Ergebnisse dieser qualitativen Untersuchung können wir in drei Betrieben erheben, was die gesundheitsfördernden Massnahmen für die Mitarbeitenden bedeuten und wie diese konkret ausgestaltet werden können. Jedoch werden auch nach dieser Arbeit weiterhin schweizweite Zahlen zur Qualität von gesundheitsfördernden Massnahmen in der Stationären Behindertenhilfe fehlen.

1.8 Aufbau der Arbeit

Im Folgenden werden kurz die Inhalte dieser Arbeit anhand der Kapitel erläutert:

Das zweite Kapitel „Arbeit und Gesundheit“ führt in die Begriffe von Arbeit, Gesundheit und Stress ein. Die Begrifflichkeiten werden definiert, diskutiert und geschichtlich beleuchtet. Weiter soll dieses Kapitel Auskunft über den Stellenwert dieser Begriffe geben und begründen weshalb Arbeit, Gesundheit und Stress im Arbeitskontext in dieser Arbeit grundlegend sind.

Das dritte Kapitel „Gesundheit und Unternehmen“ befasst sich mit dem Schwerpunkt der betrieblichen Gesundheitsförderung (BFG). In einem ersten Schritt geht es um die geschichtliche Entwicklung von Gesundheitsförderung im Allgemeinen. Anschliessend werden BGF und betriebliches Gesundheitsmanagement (BGM) differenziert und deren Ziele und Aufgaben beschrieben. Abschliessend werden für die Gesundheitsprävention relevante Konzepte vorgestellt und diskutiert. Die Inhalte dieses Kapitels werden für die Analyse der Forschungsergebnisse besonders relevant sein.

Im vierten Kapitel „Methodenbeschrieb“ wird das methodische Vorgehen dieser Arbeit erläutert. Dies dient uns als Arbeitsinstrument für die spätere Auswertung der Forschungsergebnisse.

Im fünften Kapitel „Forschungsergebnisse“ werden wir die Forschungsergebnisse zusammenfassend darstellen um sie anschliessend in Kapitel sechs „Diskussion der Forschungsergebnisse“ zu diskutieren. In Kapitel sieben „Schlussfolgerungen“ soll ein Fazit für die Praxis gezogen und die Forschungsfrage möglichst abschliessend beantwortet werden. Die Arbeit wird schlussendlich mit einem Ausblick abgeschlossen.

2. Arbeit und Gesundheit

In diesem Kapitel werden in einem ersten Schritt die Begriffe „Arbeit und Gesundheit“ definiert und diskutiert. In diesem Zusammenhang werden wir uns auch mit dem Stellenwert dieser Begriffe auseinandersetzen. Damit soll aufgezeigt werden, weshalb sowohl die Arbeit als auch die Gesundheit in unserer Gesellschaft eine wichtige Rolle spielen. Anzumerken ist, dass wir die Arbeit ausschliesslich in Bezug auf die Erwerbsarbeit betrachten werden, auch wenn somit weitere wichtige Formen der Arbeit, wie beispielsweise die Freiwilligenarbeit, in den Hintergrund rücken.

Ausserdem werden wir uns den arbeitsbezogenen Gesundheitsproblemen und den daraus resultierenden Folgen widmen. Zuerst wird auf die Arbeitsbelastung und deren Bewältigung eingegangen. Psychische Ursachen für krankheitsbedingte Ausfälle haben in den letzten Jahren zugenommen, weshalb wir uns auch mit dem Begriff „Stress“ genauer auseinandersetzen werden. Zudem resultieren aus den psychischen Belastungen aktuell hohe wirtschaftliche Kosten, welche unter anderem durch die Phänomene des „Präsentismus und Absentismus“ verursacht werden. Deshalb soll auch auf diese beiden Begriffe noch genauer eingegangen werden.

2.1 Stellenwert der Gesundheit

Gesundheit ist, gemäss Martin Hafén (2009), ein wichtiges Thema unserer Zeit und es steht in der Wertehierarchie unserer Gesellschaft ganz oben (S. 11). Mitverantwortlich für die Thematisierung und die Präsenz der Gesundheitsthematik seien verschiedene Faktoren. So sei es aus politischer Sicht wichtig, die Kosten des Gesundheitssystems möglichst tief zu halten, gleichzeitig profitiere jedoch das Wirtschaftssystem wie auch verschiedene Organisationen davon, dass grosse Summen in die Erhaltung, Förderung und Wiederherstellung von Gesundheit investiert würden (S. 11).

Matthias Richter und Klaus Hurrelmann (2016) machen darauf aufmerksam, dass das Thema Gesundheit auch in unserem Alltag omnipräsent ist. Im Fernsehen, in Zeitschriften und der Werbung wird laut ihnen das Thema Gesundheit hochstilisiert und gleichzeitig auch problematisiert. Überall würden wir Ratschläge erhalten, wie wir unsere Gesundheit optimieren könnten. Dabei werde von der Vorstellung ausgegangen, dass unsere Gesundheit

primär biologisch verursacht und durch unseren individuellen Lebensstil beeinflusst werden kann, wie lange und wie gesund wir leben. Kurzum würden Gesundheit und Krankheit als individuelles Produkt von Verhalten und genetischen Veranlagungen verstanden. Jedoch dürfe nicht ausser Acht gelassen werden, dass auch wirtschaftliche, politische, kulturelle und technische Determinanten auf unsere Gesundheit wirken würden, welche nicht primär biologischer Natur seien. Erst die Betrachtung von biologischen und gesellschaftlichen Faktoren und Prozessen, könne zu einem vollständigen Verständnis von Gesundheit und Krankheit führen (S. 3). Werner Schneider (2013) erklärt, dass in einer Gesellschaft, in der Vorsorge, Optimierung und Prävention grossgeschrieben werden, davon ausgegangen wird, dass Gesundheit kein fixes Endziel für die Kranken mehr darstellt. Es werde viel mehr davon ausgegangen, dass sich der gesundheitliche Zustand, in welchem ein Mensch sich befindet, ständig weiter verbessert werden kann (S. 56).

2.2 Definition Gesundheit

Obwohl Gesundheit in unserer Gesellschaft einen hohen Stellenwert hat, gibt es keinen Konsens darüber, was mit dem Begriff Gesundheit gemeint ist. Auch in der Wissenschaft ist man sich hinsichtlich der Definition von Gesundheit nicht einig (Hafen, 2009, S. 13).

Gemäss Aaron Antonovsky (1997) besteht eine Dichotomie, also eine Zweigliederung, zwischen den Bezeichnungen „gesunde“ und „kranke“ Menschen. Die gesundheitsorientierte Sicht fokussiere sich demnach darauf den Menschen gesund zu halten, während sich die krankheitsorientierte Sicht auf die Behandlung und die Wiederherstellung von Gesundheit konzentriere (S. 23). Hafen hat sich sehr umfangreich mit den Themen Gesundheit und Krankheit auseinandergesetzt. Dabei fragt er sich, ob Gesundheit bloss als andere Seite von Krankheit betrachtet werden kann (Hafen, 2009, S. 13). Ihm zufolge macht es wenig Sinn, Gesundheit und Krankheit isoliert zu betrachten, da sie sich wechselseitig bedingen. Sie sind also „(. . .) keine Zustände, die in absoluter Form auftreten oder bearbeitet werden können“ (Hafen, 2009, S. 39).

Diesem Umstand trägt auch die Definition der Weltgesundheitsorganisation WHO Rechnung, indem sie den Begriff des Wohlergehens miteinbezieht: „Die Gesundheit ist ein Zustand des vollständigen körperlichen, geistigen und sozialen Wohlergehens und nicht nur das Fehlen von Krankheit oder Gebrechen“ (WHO, 2014, S. 1). Martin Hafen (2017) hinterfragt jedoch hier,

ob es überhaupt Sinn macht, den Begriff des Wohlbefindens so eng mit dem Begriff Gesundheit zu verbinden, da Wohlbefinden eine rein individuelle und psychische Wahrnehmung ist. Ausserdem sei „die Vollständigkeit des Wohlbefindens kaum je gegeben“ (S. 9).

Gesundheit sollte gemäss Hafen (2017) deshalb als Prozess und nicht als Zustand betrachtet werden (S. 9). Diese prozessuale Komponente enthält, im Gegensatz zur Definition der WHO, die folgende Definition, die Klaus Hurrelmann und Peter Franzkowiak (1993) vorschlagen:

„Gesundheit ist das Stadium des Gleichgewichts von Risikofaktoren und Schutzfaktoren, das eintritt, wenn einem Menschen eine Bewältigung sowohl der inneren (körperlichen und psychischen) als auch äusseren (sozialen und materiellen) Anforderungen gelingt. Gesundheit ist ein Stadium, das einem Menschen Wohlbefinden und Lebensfreude vermittelt“ (Hurrelmann & Franzkowiak, 1993; zit. in Hafen, 2009, S. 26).

2.3 Gesundheit und Krankheit als Kontinuum

Antonovsky (1997) beschreibt das Gesundheits-Krankheits-Kontinuum wie folgt:

„Wir sind alle sterblich. Ebenso sind wir alle, solange noch ein Hauch von Leben in uns ist, in einem gewissen Masse gesund. Der salutogenetische Ansatz sieht vor, dass wir die Position jeder Person auf diesem Kontinuum zu jedem beliebigen Zeitpunkt untersuchen. Epidemiologische Forschung würde sich auf die Verteilung von Gruppen auf dem Kontinuum konzentrieren. Klinische Mediziner würden dazu beitragen wollen, dass sich einzelne Personen, für die sie verantwortlich sind, in Richtung des Gesundheitspols verändern“ (S. 23).

Beide Begriffe Gesundheit und Krankheit, können also im Verständnis des Salutogenese-Konzepts nicht isoliert verstanden werden. Es braucht jeweils eine Unterscheidung, also Gesundheit braucht die Gegenseite Nicht-Gesundheit und Krankheit die Gegenseite Nicht-Krankheit. Hafen erweitert diese Sichtweise, indem er anmerkt, dass auch Wohlbefinden nicht ohne Zustände des Unwohlbefindens vorstellbar seien (Hafen, 2009, S. 39). Auch die Arbeitspsychologie geht, laut Thomas Rigotti und Gisela Mohr (2011), von einem Kontinuum zwischen den Polen Gesundheit und Krankheit aus. Dies ermöglicht es, sowohl Vorformen

psychischer Störungen wie beispielsweise depressive Verstimmungen oder geringe Selbstwirksamkeitserwartung, als auch positive Beanspruchungsfolgen wie Vitalität oder Engagement zu untersuchen. Damit soll dem Sachverhalt Rechnung getragen werden, dass es eine normative Setzung ist, ab wann eine Beeinträchtigung als Störung angesehen wird. Ausserdem wird mit dieser Sichtweise möglich, primärpräventiv zu arbeiten, da auslösende oder verursachende Bedingungen von gesundheitlichen Beeinträchtigungen sich noch zurückbilden oder die gesundheitlichen Beeinträchtigungen besser behandelt werden können (S. 67-68).

Im weiteren Verlauf dieser Arbeit werden wir uns auf das Gesundheitsverständnis im Sinne von Hafén (2009) und Hurrelmann und Franzkowiak (1993; zit. in Hafén, 2009, S. 26) stützen. Unser Verständnis fokussiert auf die prozessorientierte Definition von Krankheit und Gesundheit, weil der Begriff den Aspekt der Veränderung andeutet und somit die Möglichkeit von Veränderung anzeigt.

2.4 Definition Arbeit

Eberhard Ulich (2001) versteht aus arbeitspsychologischer Sicht unter Arbeit eine „(. . .) Tätigkeit, durch deren Ausführung der oder die Arbeitstätige zu Schaffung materieller oder immaterieller Werte für sich oder andere beiträgt“ (S. 1). Deshalb bietet sich an dieser Stelle die Definition der Arbeit von Artur Woll (2011) an. Laut ihm wird unter Arbeit „(. . .) jede Art manueller und geistiger Beschäftigung verstanden, die für die Produktion notwendig ist und darauf abzielt, Einkommen zu erwirtschaften“ (S. 29). Arbeit wird also als Beschäftigung mit dem Ziel der Erwirtschaftung von Einkommen angesehen (ebd.). Auch Rudolf Bieker (2005) schliesst in die Erwerbsarbeit alle Tätigkeiten ein, welche dazu dienen den Lebensunterhalt zu verdienen. Die Erwerbsarbeit ist sozusagen ein Tauschhandel von produzierten Gütern oder Dienstleistungen gegen Geld (S. 12).

2.5 Stellenwert Arbeit

Die Erwirtschaftung von Einkommen hat in unserer Gesellschaft einen hohen Stellenwert. Laut Daniel Schaufelberger (2013) ist, wer Erwerbsarbeit leistet und somit in den Arbeitsmarkt integriert ist, Teil dieser Gesellschaft. Damit gehen finanzielle Unabhängigkeit, aber auch Anerkennung und Teilhabe einher (S. 9). Martin Hafén (2006) geht sogar etwas weiter und ist

der Meinung, dass wir uns hauptsächlich über unsere Erwerbsarbeit definieren. Man müsse feststellen, dass zum einen Erwerbslose krank werden, weil sie keine Arbeit haben und zum anderen Arbeitnehmende krank werden, weil sie zu viel Arbeit haben und dadurch überlastet sind (S. 12). Serge Gaillard und Daniel Baumberger (2013) weisen ausserdem darauf hin, dass ein funktionierender Arbeitsmarkt für unsere Gesellschaft unerlässlich ist. Je mehr Menschen finanziell durch eine Arbeit abgesichert sind, desto mehr kann das Sozialwesen entlastet werden. Erwerbsarbeit schafft neben der finanziellen Unabhängigkeit ausserdem Sicherheit, indem Arbeitnehmende gegen Risiken des Lebens wie Alter, Invalidität oder Arbeitslosigkeit abgesichert werden. Zudem ermöglicht Arbeit den Menschen einen Beitrag zu leisten, ihre Fähigkeiten einzusetzen und damit an der Gesellschaft teilhaben zu können. Arbeit stiftet somit Sinn und Menschen erfahren durch sie Wertschätzung (S. 82).

Um den Einfluss der Arbeit auf die Identität eines Menschen zu beschreiben, bieten sich die fünf Säulen der Identität nach Hilarion G. Petzold (2012) an. Sie stellen ein diagnostisches Instrument dar, das dazu dienen soll, ein Bild der persönlichen Stabilität eines Menschen im Gesamten, wie auch in spezifischen Teilbereichen, wie etwa der Arbeit und Leistung, zu erhalten. Die fünf Säulen der Identität umfassen:

- 1. Die Leiblichkeit:** Umfasst die Gesundheit, das Wohlbefinden und die Leistungsfähigkeit.
- 2. Die sozialen Beziehungen:** Umfasst die sozialen Netzwerke, die Familie, den Freundes- und KollegInnenkreis.
- 3. Arbeit und Leistung, Freizeit:** Umfasst Arbeit, Leistung und Freizeit.
- 4. Materielle Sicherheit:** Umfasst Geld, Wohnung, Kleidung und alles was für die materielle Sicherheit notwendig ist.
- 5. Werte:** Umfasst unter anderem Sinnfragen und Religiosität (S. 520-524).

Die dritte Säule, die Arbeit, Leistung und Freizeit umfasst, ist für unsere Fragestellung zentral, weshalb im Folgenden näher darauf eingegangen werden soll. Petzold (2012) hat schon in den achtziger Jahren das Konzept der *Musse*, also das Konzept des Nichtstuns, in diese dritte Säule integriert. Nimmt Arbeit, ob privat oder geschäftlich, der *Musse* gegenüber überhand und fehlen Erholungszeiten, gerät die Work-Life-Balance aus dem Gleichgewicht. Dies kann zu Überlastungsreaktionen führen, die sich in weite Teile der anderen Identitätssäulen auswirken

können. So etwa in die sozialen Beziehungen, das Leistungsvermögen und die Gesundheit. Somit kann es vorkommen, dass die Arbeitswelt sich immer weiter in die Freizeit und in die Privatsphäre einschleicht. Dies führt zu „Erkrankungen, Fehlzeiten, Fehl- und Minderleistungen“. Da der Stellenwert der Arbeit in unserer Gesellschaft sehr hoch ist, haben Störungen in der Arbeitswelt besonders schwere Folgen auch für die übrigen Identitätsstufen (S. 523).

2.6 Arbeitsbelastung und Bewältigung

Gemäss Rigotti und Mohr (2011) tragen jedoch neben der Arbeit noch eine Reihe weiterer Faktoren zu unserem Gesundheitszustand und Wohlbefinden bei. Es stellt sich deshalb die Frage, wie hoch der Anteil der Arbeit am Krankengeschehen ist. Bei Arbeitsunfällen und Extremsituationen, die für gewisse Berufe typisch sind, scheint der Zusammenhang von Arbeitshandlung und deren Folgen relativ einfach zu sein. Es scheint jedoch, dass viele arbeitsbezogene Stressoren sich nicht akut, sondern schleichend auswirken. Somit ist es schwieriger den Zusammenhang von psychosozialen oder tätigkeitsbezogenen Belastungen auf den Gesundheitszustand der Arbeitnehmenden festzustellen (S. 71).

Die tätigkeitsbezogenen Belastungen bzw. die Arbeitsbelastung ist laut Jürgen Glaser und Christian Seubert (2014) je nach Arbeitsbranche unterschiedlich. Früher seien bei der industriellen Produktionsarbeit besonders die körperliche Arbeit und die Arbeitsumgebung als Belastungsfaktoren im Fokus gestanden. Mit der Entwicklung der Wissens- und Dienstleistungsarbeit stünden nun vorwiegend die psychischen Belastungen im Vordergrund (S. 50). In der stationären Behindertenhilfe sind jedoch beide Herangehensweisen relevant. Sowohl psychische wie auch körperliche Belastungen sind Realität. Die körperliche Belastung hängt besonders mit pflegerischen Tätigkeiten zusammen, die in der stationären Behindertenhilfe zum Alltag gehören. Die psychischen Belastungen können hingegen mehrere Ursachen haben. Glaser und Seubert (2014) weisen darauf hin, dass in vielen Studien soziale und organisationale Stressoren für psychischen Stress, Gesundheitsbeeinträchtigungen und Krankheit identifiziert wurden (S. 50). Calabrese et al. (2017) beschreiben ausserdem den Kontextfaktor in der Behindertenhilfe als problematisch. Sparmassnahmen würden zu einer dünneren Personaldecke führen, die die Belastungen der Mitarbeitenden verstärkt. Dies könne zu einer negativen Wechselwirkung und zu Krankheitsausfällen führen (S. 20).

Nach Stefan Poppelreuter und Katja Mierke (2012) sind alle Menschen im Laufe ihres Lebens immer wieder mit belastenden, herausfordernden und beanspruchenden Situationen konfrontiert. Um negative physische und psychische Auswirkungen der Arbeitsbedingungen auf den Menschen zu untersuchen, hat sich in verschiedenen arbeitswissenschaftlichen Disziplinen das „Belastungs-Beanspruchungskonzept“ durchgesetzt (S. 15). Dabei sind mit Belastungen alle Faktoren gemeint, die auf den Organismus einwirken und unter Beanspruchung werden die Folgen der Belastungen verstanden. Dabei unterscheiden sich Personen in der Bewältigung von Belastungen. Das heisst, dass gleiche Belastungen bei verschiedenen Personen zu unterschiedlichen Beanspruchungen und negativen wie auch positiven Folgen führen können (Norbert K. Semmer und Laurenz L. Meier, 2014, S. 578). Die folgende Grafik soll dies Veranschaulichen:

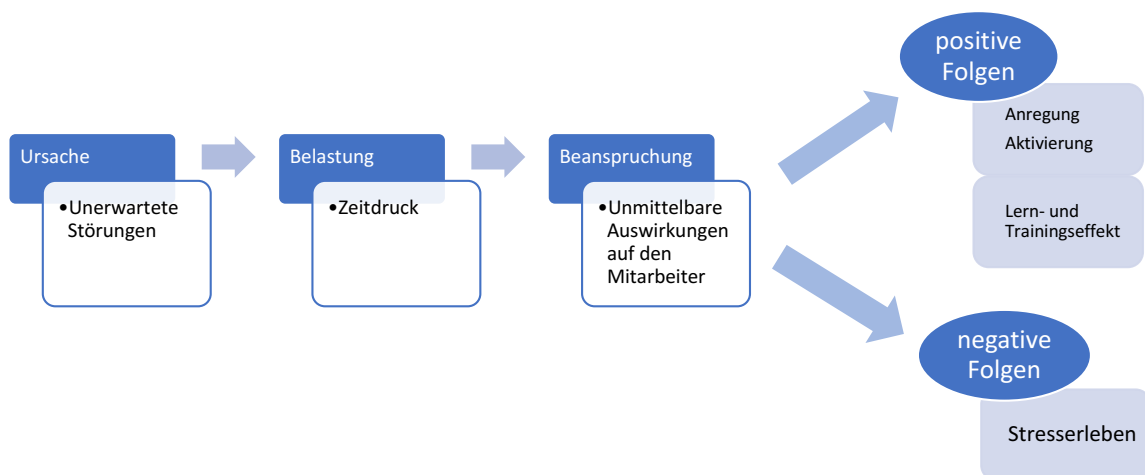


Abbildung 1: Belastungs-Beanspruchungskonzept in Anlehnung an Poppelreuter und Mierke (2012, S. 17)

Obwohl ein Zusammenhang zwischen Arbeitsstressoren und der Entwicklung psychischen Störungen festgestellt werden kann, zählen psychische Störungen, so Rigotti und Mohr (2011), nicht zu anerkannten Berufskrankheiten. Deshalb sei es unerlässlich, die Zusammenhänge zwischen Merkmalen von Arbeitssituation und psychischen Störungen, welche bekannt und gut abgesichert sind, zu verdeutlichen. Somit könnten die psychischen Anforderungen, die Arbeit bei den Beschäftigten verursacht, analysiert werden (S. 65).

2.7 Stress

Im Zusammenhang mit Arbeit begegnen wir häufig den Begriffen Stress oder Arbeitsstressoren. Deshalb soll im folgenden Kapitel der Begriff Stress, die Definition von Stress und das Stressmodell von Richard S. Lazarus genauer erläutert werden. Damit die Verbindung von Stress und Arbeit gemacht werden kann, widmen wir uns auch noch dem Job-Demand-Control Modell von Robert Karasek und Töres Theorell (1990).

2.7.1 Der Begriff Stress

Das Konzept vom Stress gibt es laut Richard S. Lazarus und Susan Folkman (1984) seit Jahrhunderten, aber erst ab Mitte des 20. Jahrhunderts wurde es systematisch konzeptualisiert. Besonders der erste Weltkrieg, als auch der Vietnam Krieg waren für die Stressforschung ausschlaggebend, weil der Faktor Stress im Kriegsgeschehen zentral war (S. 21). Der Begriff Stress wurde im Jahr 1936 von Hans Seyle, dem Mitbegründer der Stressforschung eingeführt. Mittlerweile ist dieser Begriff der breiten Bevölkerung bekannt und wird im Volksmund regelmässig mit etwas Negativem in Verbindung gebracht (Stefan Reber, 2014, S. 133).

In der Wissenschaft hat man Jahre lang darüber debattiert, in welchem Masse die individuelle Situation oder die Umgebungsfaktoren einen Einfluss auf Stress bezogene Krankheiten haben. Diese Debatte fand besonders in den am Individuum orientierten Disziplinen wie der Medizin oder der Psychologie und den systemisch orientierten Disziplinen wie der Soziologie statt (Karasek & Theorell, 1990, S. 7). Der Stressbegriff geniesst laut Heinz Walter Krohne (2010) besonders in den Verhaltenswissenschaften eine grosse Beliebtheit. Er werde in der Literatur jedoch oft, vielfältig und auch unscharf verwendet (S. 19). Den Stressbegriff an dieser Stelle vollumfänglich zu behandeln ist im Rahmen dieser Arbeit kaum möglich. Trotzdem soll er folgend näher betrachtet werden.

2.7.2 Definition Stress

Siegfried Greif (1991) definiert den Begriff Stress wie folgt:

„Stress ist ein subjektiv intensiv unangenehmer Spannungszustand, der aus der Befürchtung entsteht, dass eine stark aversive, subjektiv zeitlich nahe (oder schon eingetretene) und subjektiv lang andauernde Situation sehr wahrscheinlich nicht

vollständig kontrollierbar ist, deren Vermeidung aber subjektiv wichtig erscheint“ (S. 13).

Die von Greif (1991) beschriebene Situation, die diesen Spannungszustand auslöst, wird im situations- und reizorientierten Ansatz auch Stressor oder Stressreiz genannt. Richard S. Lazarus und Raymond Launier (1981) erklären den Ansatz folgendermassen: Auf einen Stressreiz muss zwingend eine Reaktion der betroffenen Person folgen.

Stress beinhaltet die Komponenten des Stressreizes und der Stressreaktion in wechselseitiger Beziehung zueinander. Welche Reize bei einer Person eine Stressreaktion provozieren ist nach diesem Ansatz ausschliesslich von der Situation und von den biologischen und psychischen Eigenheiten der Person abhängig. Dieser reiz- oder situationsorientierte Ansatz habe jedoch den grundlegenden Mangel, dass er ausschliesslich individuelle Unterschiede bezüglich Qualität, Intensität und Dauer einer Reaktion berücksichtige. Nicht immer reagiere dieselbe Person gleich auf eine identische Situation. Die Stressreaktion sei auch von der Lebenslage und der situativen Anfälligkeit der Person abhängig. Des Weiteren sei erwiesen, dass in der Bewertung der Reize auch kulturelle Faktoren massgebend seien (S. 222-223). Dass eine Person auf denselben Reiz verschieden reagieren kann, hebt den Aspekt der Subjektivität aus der Definition von Greif (1991) hervor. Jürgen R. Nitsch (1981) zeigt auf, dass jeder beliebige Reiz grundsätzlich zu einem subjektiven Stressor werden kann. Deshalb sei es nicht möglich einen „Stressorenkatalog“ mit allgemeiner Gültigkeit zu erstellen. Die Person-, Umwelt- und Aufgabenfaktoren werden nach ihm nur dann zu einem Stressor, wenn sie hohe Anpassungsnotwendigkeiten oder Anpassungsschwierigkeiten mit sich bringen (S. 103).

Weiter benutzt Greif (1991) in seiner Definition von Stress, Begriffe wie Befürchtung, Vermeidung, Spannungszustand und Kontrolle. Diese Begriffe lassen sich gemäss Lazarus und Launier (1981) ohne weiteres durch Begriffe wie Angst und Bedrohung ersetzen (S. 221). Stressreize stellen nach Lazarus und Launier (1981) Umweltereignisse dar, die Misserfolg oder drohenden Misserfolg hervorrufen. Stress ist somit eine Antwort und Reaktion auf Einflüsse und Bedrohungen unterschiedlicher Natur (S. 221).

2.7.3 Die Stresstheorie von Richard S. Lazarus

Die Stresstheorie von Richard S. Lazarus erfuhr grosse Beachtung, wie dies Krohne (2010) festhält. In den neusten Darstellungen der Stresstheorie von Lazarus werde Stress als ein relationales Konzept aufgefasst. Im Zentrum seiner Theorie stehe somit die Beziehung zwischen Umwelt und Person (S. 20). Richard S. Lazarus und Susan Folkman (1986) definieren den psychologischen Stress wie folgt:

„Psychologischer Stress bezeichnet eine Beziehung mit der Umwelt, die vom Individuum im Hinblick auf sein Wohlergehen als bedeutsam bewertet wird, aber zugleich Anforderungen an das Individuum stellt, die dessen Bewältigungsmöglichkeiten beanspruchen oder überfordern“ (S. 63).

In ihrer Definition ist im Begriff der Bewältigungsmöglichkeit auch der Aspekt der Kognition verborgen. Das Konzept der kognitiven Bewertung beruht laut Krohne (2010) auf der Überzeugung, dass emotionale Prozesse von den Erwartungen abhängen, die eine Person von einer bevorstehenden Umweltbedingung hat. Es erklärt die individuellen Unterschiede bezüglich der Art, Intensität und Dauer von ausgelösten Emotionen in objektiv betrachtet vergleichbaren Situationen (S. 264). Diese individuelle kognitive Bewertung soll an dieser Stelle ausführlicher behandelt werden. Dafür halten wir uns an die schematische Darstellung von Krohne (2010), die die drei Bewertungsschritte der Stressbewältigungstheorie aufzeigt: Die Primärbewertung, die Sekundärbewertung und die Neubewertung. Zwischen diesen Bewertungsschritten befinden sich zusätzlich die stressbezogene Auseinandersetzung und die Stressbewältigung (Krohne, 2010, S. 268). Die folgende Grafik soll dies veranschaulichen:

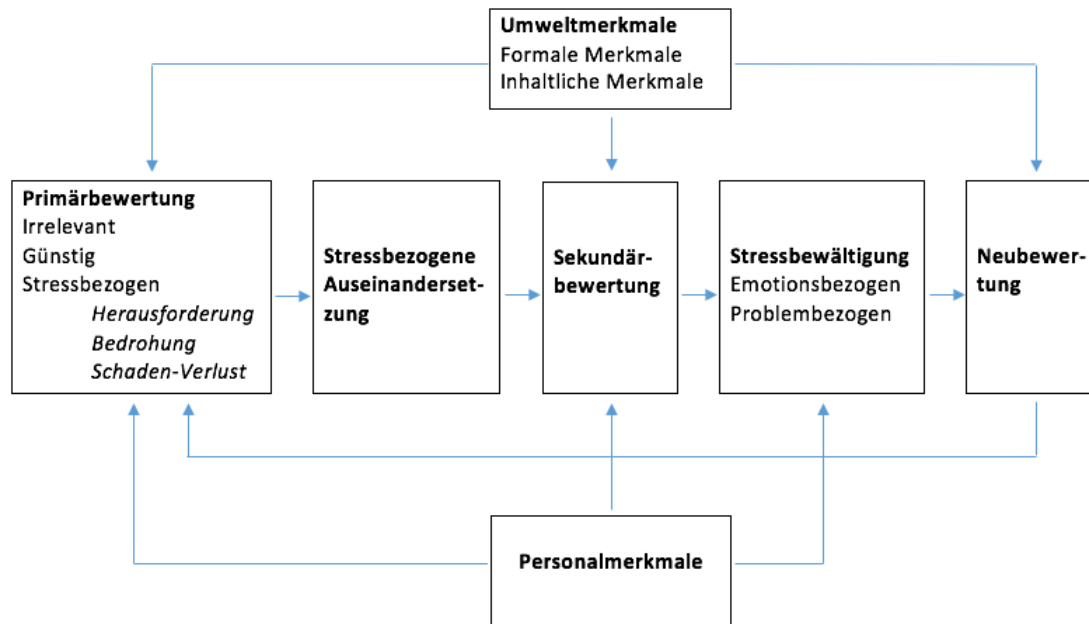


Abbildung 2: Bewertung & Bewältigung (eigene Darstellung auf der Basis von Krohne, 2010, S. 268)

Lazarus und Folkman (1984) teilen die Primärbewertung in drei verschiedene Kategorien auf: irrelevant, positiv und stressbelastet. Irrelevant ist eine Situation, wenn sie keinen Einfluss auf das Wohlbefinden der Person hat. Als positiv wird eine Situation bewertet, wenn die Person von der Situation eine Verbesserung ihres Wohlbefindens erwartet. Stressbelastet ist sie hingegen, wenn Schäden oder Verluste zu erwarten sind und diese eine Bedrohung für das Wohlbefinden der Person darstellen. Erwartungen von Schäden, Verluste oder Bedrohung haben jedoch nicht zwingend eine negative Folge. Neue Herausforderungen, wie beispielsweise eine Beförderung an der Arbeitsstelle, sind regelmässig von solchen Gefühlen begleitet (S. 32-33). Die stressbezogene Auseinandersetzung soll laut Krohne (2010) nur andeuten, dass der Prozess in Gang gesetzt wird, wenn eine stressrelevante Primärbewertung vorliegt (S. 267).

Nach der Sekundärbewertung besteht jederzeit die Möglichkeit die Situation neu zu bewerten. Im weiteren Verlauf der Auseinandersetzung mit der Umwelt kann die Situation neu bewertet werden und zu einer veränderten Reaktion führen. Jedoch muss die Neubewertung auch von einem kognitiven Prozess begleitet sein und ohne weitere Auseinandersetzung mit der Umwelt stattfinden (Lazarus & Folkmann, 1984, S. 38). Durch diese Neubewertung entsteht eine neue Ausgangslage. Somit beginnt der Bewertungsprozess wieder mit der Primärbewertung.

Die Stressbewältigung hat die Aufgabe schädigende Umweltbedingungen zu reduzieren und die Aussicht auf Erholung zu verbessern. Die dazu eingesetzten Bewältigungsstrategien lassen sich in eine emotions- und problembezogene Bewältigung trennen. Emotionsbezogen sind alle Bemühungen zur Bewältigung die der Emotionsregulierung dienen. Problembezogen sind hingegen alle Bemühungen, die sich konkret auf die Herausforderungen, Bedrohungen oder Schädigungen beziehen. Beide Bemühungsarten können im besten Fall auch beide Funktionen erfüllen (Richard S. Lazarus, 2006, S. 123).

2.7.4 Job-Demand-Control Modell

Karasek und Theorell (1990) beobachteten in den 90er Jahren, dass die Menschen in industriellen Staaten, wie in den USA oder in Schweden, steigende Anzeichen von Stress zeigten. Sie zeigten auf, dass die Menschen in den 80-90er Jahren drei Mal mehr an Depression litten als ihre Grosseltern. Auch hatte sich die Anzahl der Professionellen im Bereich der psychischen Gesundheit in diesem Zeitraum verfünffacht (S. 1). Diese Beobachtungen waren der Auslöser für das von ihnen entwickelte Demand-Control-Modell. Sie sind der Meinung, dass zu wenig unternommen wird, um die Ursache des Problems zu bekämpfen, nämlich die bestehende Arbeitsorganisation. In dieser Arbeitsorganisation sehen sie die Ursache für schädlichen Arbeitsstress. Durch ihr Modell möchten sie diesen Zusammenhang darstellen und aufzeigen, wie Arbeitsprozesse umgestaltet werden können, um Gesundheit und Produktivität am Arbeitsplatz zu fördern. Sie wollen zeigen, dass schädlicher Arbeitsstress verhindert werden kann und sehen die Gründe dafür in den konventionellen Modellen der Arbeitsorganisation (Karasek & Theorell, 1990, S. 2).

Mit ihrem Job-Demand-Control Modell haben Karasek und Theorell (1990) laut eigener Aussage ein Instrument geschaffen, das anhand der Arbeitsorganisation eine breite Palette an Verhaltens- und Gesundheitsfaktoren voraussagen kann (S. 30). Im Zentrum dieses Modells sind die Variablen der psychologischen Anforderungen und des Entscheidungsspielraums, die jeweils hoch oder tief sein können. In diesem Zusammenhang differenzieren sie vier verschiedene Typen von Arbeiten (Karasek & Theorell, 1990, S. 31-40):

High-Strain Jobs: **Arbeiten mit hoher Belastung** zeichnen sich durch hohe psychologische Anforderungen und einen tiefen Entscheidungsspielraum aus. Diese Kombination führt zur grössten Anzahl psychologischer Belastungen. Zur

Veranschaulichung bedienen sie sich des Beispiels von Mitarbeitenden in einer Kleiderschneiderei, die durch einen besonderen Auftrag unter grossem Zeitdruck stehen. Durch die erhöhten Anforderungen können die Mitarbeitenden nicht mehr auf ihre gewohnten Bewältigungsstrategien zurückgreifen. Solche Situationen können je nach Stressor von Ermüdungserscheinungen bis zu Persönlichkeitsstörungen führen. In diesem Arbeitskontext seien mehr psychische Erkrankungen als durchschnittlich zu erwarten (Karasek & Theorell, 1990, S. 31-40).

Active Jobs: **Aktive Arbeiten** zeichnen sich durch hohe psychologische Anforderungen und einen hohen Entscheidungsspielraum aus. Studien haben gezeigt, dass sich solche Arbeiten durch ein sehr effektives Problemlöseverhalten auszeichnen. Der effektive Umgang mit Herausforderungen setze Energie frei und lasse wenig Platz für Belastungen. Diese energetische und handlungsorientierte Bewältigung sei notwendig um Lernprozesse zu ermöglichen. Indem das Individuum selbst entscheiden kann wie es auf einen Stressor reagiert, hat es die Möglichkeit die stressbedingte Reaktion zu beurteilen und bei einem Scheitern neu zu beurteilen. Auch seien Arbeitnehmende von aktiven Arbeiten, trotz hoher Arbeitsanforderungen, in ihrer Freizeit äusserst aktiv (ebd).

Low-Strain Jobs: **Arbeiten mit wenig Belastung** zeichnen sich durch tiefe psychologische Anforderungen und einen hohen Entscheidungsspielraum aus. Arbeitnehmende in diesem Arbeitskontext sind weniger mit psychologischen Anforderungen konfrontiert und haben einen grossen Entscheidungsspielraum, um diese zu bewältigen. Dies führt zu weniger Belastung und somit zu weniger psychisch bedingten Krankheiten (ebd.).

Passive Jobs: **Passive Arbeiten** zeichnen sich durch tiefe psychologische Anforderungen und eine tiefe Entscheidungsfreiheit aus und seien in ihrem Modell das zweite grosse psychosoziale Arbeitsproblem. Arbeitnehmende sind nicht gefordert und es ist ihnen durch die hohe Kontrolle, beziehungsweise die tiefe Entscheidungsfreiheit nicht möglich, bei Arbeitsmangel eigene Interessen zu verfolgen oder sie stossen beim

Ergreifen von Initiative wiederholt auf Ablehnung (Karasek & Theorell, 1990, S. 31-40).

Das Job-Demand-Control-Modell bringt zum Ausdruck, dass die Ursache für psychische Belastungen besonders im fehlenden Entscheidungsspielraum der Arbeitnehmenden zu finden ist. Dieser scheint massgebend für die Gesundheit der Arbeitnehmenden zu sein. Wie oft die Herausforderungen aufeinander folgen, hat nach diesem Modell nicht entscheidende Auswirkungen auf die Gesundheit der Arbeitnehmenden. Der fehlende Entscheidungsspielraum hingegen, lässt weniger Freiheit, um Lösungen für Arbeitsanforderungen zu finden und bringt Arbeitnehmende schneller an ihre psychischen Grenzen. Karasek und Theorell (1990) veranschaulichen dies Anhand einer Abbildung, welche diese zwei Variablen zum Ausdruck bringt (Karasek & Theorell, 1990, S. 32):

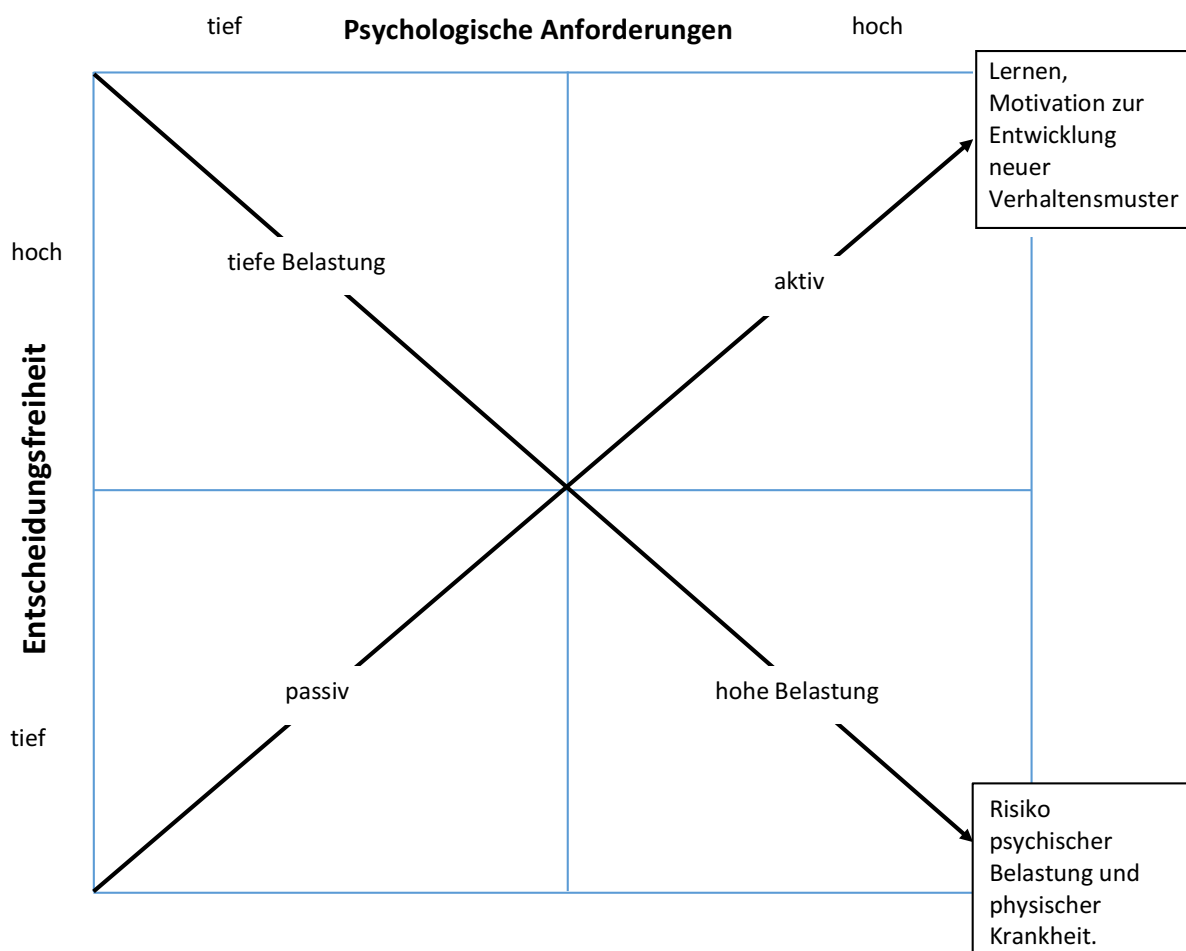


Abbildung 3: Job-Demand-Control Modell (leicht modifiziert nach Karasek & Theorell, 1990, S. 32)

2.8 Präsentismus und Absentismus

Wie wir feststellen konnten, gehen Menschen mit Stress unterschiedlich um, was zu unterschiedlichen Reaktionen und Folgen führen kann. Daniela Lohaus und Wolfgang Habermann (2018) sehen Stress als eine von vielen vermuteten Ursachen für die Phänomene Präsentismus und Absentismus. Ihnen zufolge werden dem Begriff des Präsentismus verschiedene Bedeutungen zugeordnet. Einziger gemeinsamer Nenner ist, dass die Arbeitnehmenden an ihrem Arbeitsplatz physisch anwesend sind. Somit gibt es keine allgemein akzeptierte Definition für Präsentismus. Jedoch wird von den meisten Organisationsforschenden eine auf dem Begriff Gesundheit basierende Definition verwendet. In diesem Sinne bezeichnet Präsentismus das Phänomen, dass Arbeitnehmende trotz gesundheitlicher Einschränkung physischer oder psychischer Art zur Arbeit kommen, dadurch jedoch weniger Leistung erbringen können (S. 4-12). Absentismus bedeutet nach Lohaus und Habermann (2018), hingegen, dass Arbeitnehmende nicht am Arbeitsplatz erscheinen und somit entstehen dem Betrieb durch die Produktivitätseinbuße hohe Kosten. Als wichtigste Ursachen für Absentismus werden krankheitsbedingte Ausfälle, geringe Arbeitszufriedenheit und schwache Verbundenheit zur Organisation genannt (S. 18).

Die Präsentismusforschung hat inzwischen schon einige Studien veröffentlicht, die sich mit verschiedenen Faktoren des Präsentismus beschäftigen. Dabei werden sowohl die Ursachen als auch die Konsequenzen von Präsentismus erforscht. Die Ursachen werden grundsätzlich in folgenden zwei Faktorengruppen lokalisiert: personenbezogene Faktoren und die arbeits- und organisationsbezogene Faktoren. Die personenbezogenen Faktoren sind durch die Mitarbeitenden selbst bedingt. Die arbeits- und organisationsbezogenen Faktoren sind durch die Arbeit selbst und den organisationalen Kontext relevant (Lohaus & Habermann, 2018, S. 58). Laut Miriam Hägerbäumer (2011) führen besonders Zeitdruck bei der Arbeit und ein belastendes Vorgesetztenverhältnis zu Präsentismus. Jedoch haben weitere Kontextfaktoren wie beispielsweise die soziale Unterstützung durch Kollegen und Kolleginnen, Unterstützung durch die Vorgesetzten, betriebliche Gesundheitsförderung und die Gesundheitskultur im Unternehmen einen Einfluss auf die individuelle Entscheidung zur Arbeit zu gehen oder nicht (S. 214-216).

Gary Johns (2010) hat auf Basis bisheriger Forschungsbefunde ein eigenes Präsentismusmodell entworfen. Darin vereint er die arbeits- und organisationsbezogenen

Faktoren unter dem Begriff Kontextfaktoren. In seinem Modell geht er von einem gesundheitlichen „Normalzustand“ (Fully engaged attendance) aus, welcher die produktive Anwesenheit am Arbeitsplatz bezeichnet. Ursache des Präsentismus ist für ihn ein subjektiv wahrgenommenes gesundheitliches Ereignis (Health event). Ob dieses Ereignis zu Präsentismus führt ist nach seinem Modell besonders vom Ausmass abhängig. Dabei kann das Ereignis akut, chronisch oder episodisch sein. Laut ihm wird die Art des Gesundheitsereignisses bis zu einem bestimmten Grad entscheiden, ob Präsentismus oder Absentismus auftreten. Nach seinem Verständnis führt ein schweres Gesundheitsereignis wie ein Fussbruch eher zu Absentismus. In weniger schweren medizinischen Fällen kommen die Kontextfaktoren eher ins Spiel. Sowohl Präsentismus als Absentismus haben laut Johns Modell direkte und kumulative Konsequenzen (cumulative individual consequences), welche die Produktivität, die Selbstzuschreibung, die Zuschreibung anderer und die Anwesenheit an der Arbeitsstelle beeinflussen (Johns, 2010, S. 531-532). Johns Präsentismusmodell ist folgend graphisch abgebildet und soll die bisherigen schriftlichen Ausführungen veranschaulichen.

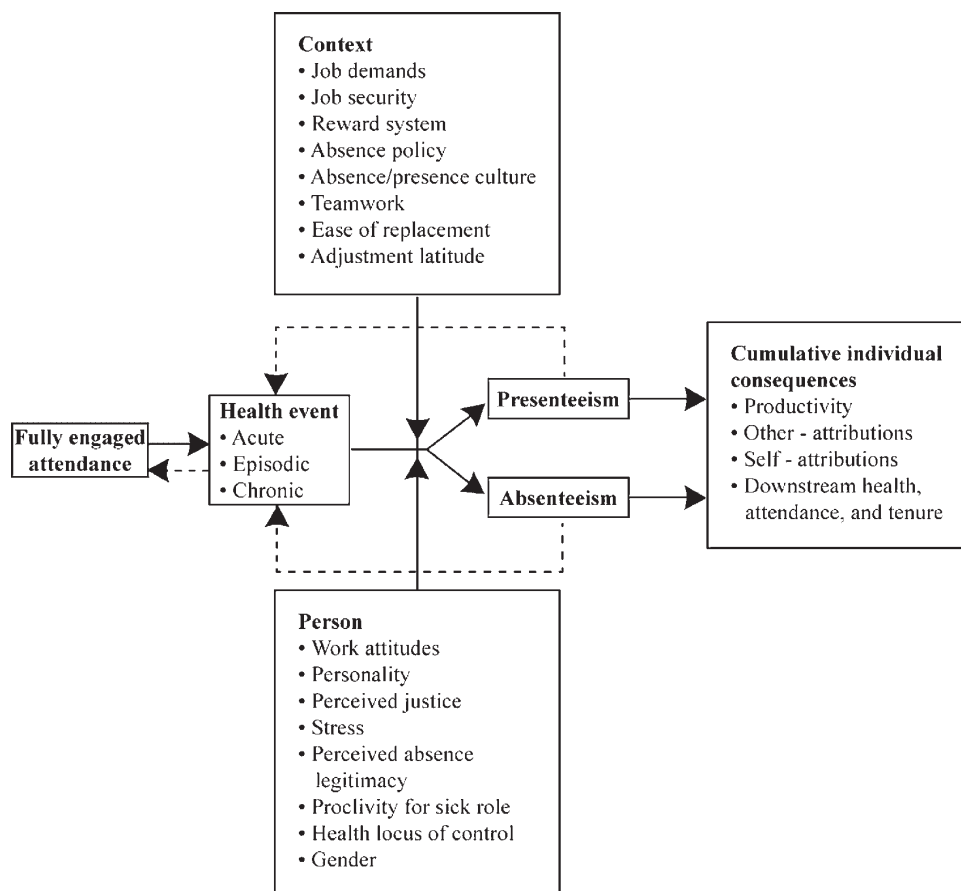


Abbildung 4: Dynamisches Modell von Präsentismus und Absentismus (Johns, 2010, S. 532).

Abschliessend gilt es festzuhalten, dass der Präsentismus nicht zwingend negativ zu betrachten ist oder negative Folgen mit sich zieht. Eine skandinavische Studie hat die Häufigkeit von Präsentismusmotiven bei Krankheitsfällen in Norwegen und Schweden erhoben und sowohl die positiven wie auch die negativen Beweggründe erfasst. Darin werden positive Aspekte wie „ich geniesse meine Arbeit“ oder „Arbeiten gehen wirkt sich günstig auf meine Gesundheit aus“ genannt. Auf der Seite der negativen Motive werden Gründe wie „Angst entlassen zu werden“, „Ich schäme mich krank zu sein“ oder „Ich kann es mir nicht leisten krank zu sein“ genannt (Vegard Johansen, Gunnar Aronsson & Staffan Marklund, 2014, S. 4). Trotz diesen positiven Aspekten weisen Lohaus und Habermann (2018) ausdrücklich darauf hin, dass Präsentismus nicht verniedlicht und als Phänomen ernst genommen werden sollte (S. 174).

2.9 Wirtschaftliche Folgen krankheitsbedingter Ausfälle

Untersuchungen zeigen, dass krankheitsbedingte Ausfälle nicht nur organisatorische Probleme, sondern auch hohe Kosten mit sich bringen. Geschätzt wird, dass 30% der Ausfälle am Arbeitsplatz durch arbeitsbedingte Erkrankungen verursacht werden (Eberhard Ulich & Marc Wülser, 2018, S. 4). Muskel- und Skeletterkrankungen sind die häufigste Ursache von krankheitsbedingten Arbeitsausfällen, gefolgt von Erkrankungen, Unfällen und Verletzungen des Atmungssystems (Rigotti & Moor, 2011, S. 63). Zudem haben psychische Störungen als Grund für Arbeitsunfähigkeit in den letzten Jahren stetig zugenommen. Waren es in Deutschland im Jahr 2000 noch 5.3%, stieg der Wert bis ins Jahr 2008 um 3.7% auf 9% (ebd.).

Daniel Ramaciotti und Julien Perriard (2003a) veröffentlichten im März 2003, im Auftrag des Staatssekretariats für Wirtschaft (SECO), eine Studie zu den Kosten von Stress in der Schweiz im Jahr 2000. Aus der Zusammenfassung dieser Studie (2003b) geht hervor, dass 82% der Bevölkerung angaben sich gestresst zu fühlen. Von diesen 82% waren allerdings 70% der Überzeugung, den Stress im Griff zu haben und guter Gesundheit zu sein. 26,6% der Bevölkerung gaben an, sich oft oder sehr oft gestresst zu fühlen. Von diesen 26.6% gaben 12,2% an, dass sie sich nicht in der Lage fühlen mit dem Stress umzugehen. 18% der Bevölkerung gab an, nicht gestresst und gesundheitlich in guter Verfassung zu sein. Spannend dabei ist, dass 72% der Kosten, durch die Gruppe verursacht wird, welche das Gefühl hat den Stress im Griff zu haben. Diese Gruppe macht jedoch mit 72% auch den grössten Anteil der

Studienteilnehmer aus. Im Vergleich dazu werden von der Gruppe, die sich nicht gestresst fühlen nur 5% der Kosten, und von der Gruppe, die sich sehr gestresst fühlen 23% der Gesamtkosten verursacht. Jährlich werden so 4,2 Milliarden Franken, also ca. 1.2% des BIP, durch Stress verursacht. Würde man zu den Kosten, die durch Stress verursacht werden, noch diejenigen dazurechnen, die durch Arbeitsunfälle und Berufskrankheiten verursacht werden, so würden sich die volkswirtschaftlichen Kosten arbeitsbedingter Gesundheitsstörungen auf mindestens 8 Milliarden Franken oder ca. 2.3% des BIP belaufen (SECO, 2003b, S. 2-12). Ramaciotti und Perriard (2003a) machen darauf aufmerksam, dass 72% der Kosten den Personen zugeschrieben werden können, die sich gestresst fühlen, jedoch das Gefühl haben mit dem Stress umgehen zu können. Sie empfehlen deshalb, dass Präventionsmassnahmen vermehrt auch bei dieser Gruppe angesetzt werden sollen (S. 122).

Zehn Jahre später hat das SECO (2011) eine weitere Studie zu Stress bei Schweizer Erwerbstätigen durchgeführt. In der Studie wurde unter anderem untersucht, wie sich das Stressempfinden bei den Schweizer Erwerbstätigen seit der letzten Studie (2003a) zu den Kosten durch Stress in der Schweiz entwickelt hat. Im Jahr 2010 fühlten sich 34% der Schweizer Erwerbstätigen häufig oder sehr häufig gestresst. Dies bedeutet eine Zunahme von 7% im Vergleich zum Jahr 2000, zugleich ist eine Abnahme der nie oder selten gestressten Personen festzustellen. Auffällig ist ausserdem, dass der Anteil der Personen die sich im Stande fühlen den Stress zu bewältigen, zurückgegangen ist (S. 5-6).

3. Gesundheit und Unternehmen

Das folgende Kapitel wird sich weiterhin mit den Themen der Arbeit und der Gesundheit auseinandersetzen, jedoch unter dem Blickwinkel der betrieblichen Gesundheitsförderung. Weiter werden für die betriebliche Gesundheitsförderung relevante Begriffe und Konzepte ausgeführt und diskutiert.

3.1 Betriebliche Gesundheitsförderung und betriebliches Gesundheitsmanagement

Erst einmal wird im Folgenden die Entwicklung der Gesundheitsförderung im Allgemeinen und in der Schweiz behandelt. Zudem werden die Begriffe des betrieblichen Gesundheitsmanagements (BGM) als zentrales Gesundheitsmodell in Unternehmen und im Speziellen die darin enthaltene betriebliche Gesundheitsförderung (BGF) mit ihren präventiven Aspekten vorgestellt. Auch wird in diesem Zusammenhang die Differenzierung von Verhaltens- und Verhältnisbezogenen gesundheitsförderlichen Massnahmen ausgeführt.

3.1.1 Entwicklung der Gesundheitsförderung

Der Begriff der Gesundheitsförderung entwickelte sich aus den gesundheitspolitischen Debatten der Weltgesundheitsorganisation (WHO). An der Konferenz in Ottawa 1986 wurde über die Umsetzungsstrategien des Gesundheitsbegriffes diskutiert und dabei das Konzept der Gesundheitsförderung entwickelt (Klaus Hurrelmann, Theodor Klotz & Jochen Haisch, 2014, S.13). In der Ottawa Charta (1986) wurde definiert, dass Gesundheitsförderung zum Ziel hat, dass Menschen durch die Ermöglichung von Selbstbestimmung über ihre Gesundheit eine Verbesserung ebendieser erreichen sollen. In der späteren Jakarta-Erklärung (1997) wurde diese Definition der Gesundheitsförderung erweitert. So wird Gesundheitsförderung in der Jakarta-Erklärung als ein Prozess verstanden, bei dem Menschen befähigt werden sollen, mehr Kontrolle über ihre Gesundheit zu erhalten und sie durch Beeinflussung der Determinanten von Gesundheit³ zu verbessern. Im Fokus der Gesundheitsförderung steht die gesundheitliche Chancengleichheit der Menschen (Lotte Kaba-Schönstein, 2011, S. 137).

³ Göran Dahlgren und Margaret Whitehead (1991) differenzieren fünf Hauptdeterminanten der Gesundheit: 1) Alter, Geschlecht und Erbanlagen. 2) Faktoren individueller Lebensweisen. 3) Soziale Umwelt und Integration. 4) Lebens- und Arbeitsbedingungen. 5) Allgemeine Bedingungen der sozioökonomischen Kultur und physischen Umwelt (S. 11).

3.1.2 Entwicklung der Gesundheitsförderung in der Schweiz

Brigitte Ruckstuhl (2011) beschreibt die Entwicklung der Gesundheitsförderung in der Schweiz. Diese entwickelte sich vor allem in den 1990er-Jahren stark weiter und schuf Grundstrukturen auf welche in den Folgejahren aufgebaut werden konnte. Bereits in den 1970er-Jahren wollte der Bundesrat auf nationaler Ebene ein Bundesgesetz für die Regelung der Gesundheitsprävention prüfen. Ziel war es, einen national koordinierten Rahmen für die Gesundheitsprävention in der Schweiz zu schaffen. Die Kantone stoppten jedoch das Vorhaben in einer Vernehmlassung deutlich. Danach entwickelte die schweizerische Gesellschaft für Sozial- und Präventivmedizin (heute Public Health Schweiz) das „Konzept Gesundheitsförderung und Prävention 86“. Damit wollte sie zeigen, wie Gesundheitsprävention auch ohne Bundesgesetz gefördert werden kann. In dem Konzept schlug sie „(. . .) einen schweizerischen Präventivfond zur Förderung von nationalen Kampagnen, die Schaffung kantonaler Beauftragten für Prävention und Gesundheitsförderung und themenorientierte Fachstellen und Dokumentationsstellen“ vor. Diese Vorschläge wurden dann von den Kantonen auch schrittweise umgesetzt. Aufgrund der Initiative einzelner Kantone wurde 1989 eine Stiftung gegründet, die die Funktion dieses Präventivfonds übernahm. Durch die neu zur Verfügung stehenden finanziellen Mittel konnten erstmals gesundheitsfördernde Aktionen und Projekte auf nationaler Ebene vorangetrieben, koordiniert, unterstützt und gefördert werden. Im Jahr 1994 wurde durch eine Volksabstimmung die Revision des Krankenversicherungsgesetzes (KVG) angenommen. Damit wurde in der Schweiz mit Art. 19 und 20 des KVG, das erste Mal eine rechtliche Grundlage für die Gesundheitsförderung gelegt. In den Artikeln wird vorgegeben, dass eine Nationale Stiftung gegründet werden soll, welche von Kantonen und Krankenversicherten finanziert wird. So wurde die bestehende Stiftung 1998 in die neue „Gesundheitsförderung Schweiz“ überführt. Ihre Aufgabe ist es, in Zusammenarbeit „mit anderen Akteuren die Gesundheitsförderung in der Schweiz zu fördern und Programme und Projekte zu initiieren, zu koordinieren und zu evaluieren. Die Verantwortung und Kompetenz der Gesundheitsförderung und Prävention liegt jedoch bei den Kantonen, welche in den letzten 20 Jahren eine gut funktionierende Struktur aufgebaut haben. Im Jahr 2000 wurde schlussendlich die „Vereinigung der kantonalen Beauftragten für Gesundheitsförderung in der Schweiz“ (VBGF) gegründet. Die Vernetzung und der Austausch mit wichtigen Akteuren der Gesundheitsförderung wie etwa der Gesundheitsdirektorenkonferenz, den Bundesstellen

aber auch Nichtregierungsorganisationen, sind wichtige Aufgaben dieser Vereinigung. In der Zwischenzeit sind alle Kantone in der Vereinigung durch einen Delegierten oder eine Delegierte vertreten und Gesundheitsgesetze konnten so revidiert werden, dass Gesundheitsförderung und Prävention darin verankert sind (Brigitte Ruckstuhl, 2011, S. 219-220).

3.1.3 Differenzierung Gesundheitsmanagement und Gesundheitsförderung

Die Begriffe Gesundheitsförderung und Gesundheitsmanagement werden laut Bamberg et al. (2011) in gewissen Fällen synonym verwendet und in anderen Fällen differenziert, um verschiedene Schwerpunkte zu setzen. Somit sind die beiden Begriffe nicht eindeutig voneinander abgegrenzt (S. 123). In der Literatur zeigt sich ausserdem in den letzten Jahren die Tendenz, dass der Begriff der Gesundheitsförderung durch den Begriff des Gesundheitsmanagements erweitert, ergänzt und teilweise ersetzt wurde (Bamberg et al., 2011, S. 128). Die „Initiative Neue Qualität der Arbeit“ (INQA) (2014) beschreibt betriebliche Gesundheitsförderung als eine von drei Säulen des BGM, wobei BGM als übergeordnetes Konzept verstanden wird. Betriebliche Gesundheitsförderung, der Arbeitsschutz und das betriebliche Eingliederungsmanagement (BEM) bilden dabei die drei Säulen des BGM (INQA, 2014, S. 11). Auch Martin Hafen (2013) beschreibt drei zentrale Themenfelder von BGM:

1. Gesundheitsschutz und Arbeitssicherheit:

Massnahmen zum Schutz der Arbeitnehmenden vor schädlichen Einflüssen am Arbeitsplatz. Zum Beispiel ergonomisch eingerichtete Arbeitsplätze, Regeln und Vorschriften für gefährliche Arbeitssituationen oder Lärmschutz.

2. Prävention und Gesundheitsförderung:

Massnahmen zum Schutz der Arbeitnehmenden vor negativen psychosozialen und verhaltensbezogenen Faktoren, die negativen Stress verursachen und die Gesundheit beeinträchtigen können. Diese Massnahmen können auf das Individuum bezogen sein (persönliches Stressmanagement, Ernährung usw.) oder auf den Betrieb (Betriebsklima, Führungsqualität usw.).

3. Eingliederungsmanagement und Disability Management:

Massnahmen zur Wiedereingliederung von Mitarbeitenden, die aus gesundheitlichen Gründen ausfallen. Gesundheitsbezogene Probleme sollen frühzeitig erkannt werden, damit der Ausfall der Mitarbeitenden möglichst kurz ausfällt und der Gefahr vom Ausscheiden aus dem Arbeitsmarkt entgegengewirkt werden kann (Hafen, 2013, S. 169).

Dabei merkt Hafen (2013) an, dass Gesundheitsmanagement sowohl präventive, als auch behandelnde Aspekte und solche der Früherkennung beinhaltet. Unter behandelnden Aspekten wird im BGM das Eingliederungs-/Disability Management verstanden. Unter präventiven Massnahmen gehören die betriebliche Prävention und Gesundheitsförderung und der Arbeitsschutz. Das Eingliederungs-/ Disability Management ist auf eine gute Früherkennung angewiesen, die durch Personalführung und durch ein gut durchdachtes Absenzen- oder Präsenzmanagement erreicht werden kann (S. 169). Folgende Darstellung soll dies veranschaulichen:

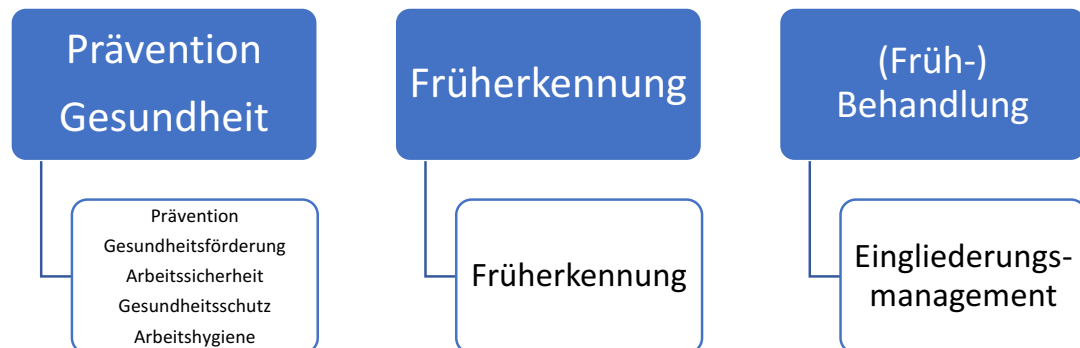


Abbildung 5: Drei zentrale Themenfelder von BGM in Anlehnung an Hafen (2017, S. 39)

3.1.4 Betriebliches Gesundheitsmanagement (BGM)

Sowohl die INQA (2014) als auch Hafen (2013) beschreiben BGM als dem BFG übergeordnetes Konzept. Bevor die BGF thematisiert wird, gehen wir deshalb zuerst auf die Ziele und Aufgaben des BGM ein. BGM dreht sich nach Bamberg et al. (2011) um die Organisation von Gesundheit im Betrieb, es hat also die Aufgabe, Massnahmen zu planen, zu organisieren und untereinander zu koordinieren. Dabei muss es stets auch die Ziele des Unternehmens im Auge behalten und sich daran orientieren (S. 128). Martin Hafen (2013) weist darauf hin, dass BGM

eine Führungsaufgabe sei, dessen Massnahmen gut koordiniert werden müssten. Um ein nachhaltiges BGM zu implementieren sollten jedoch nicht nur die Massnahmen gut koordiniert werden, vielmehr solle BGM ein Teil der Unternehmensstrategie werden. Wichtig für die Implementierung eines BGM sei ausserdem eine gute Informationspolitik, mit der die Ziele und Chancen des BGM für die Angestellten vermittelt werden sollten. So könne verhindert werden, dass präventive Massnahmen sich nach kurzer Zeit bereits wieder im Nichts verlieren (Hafen 2013, S. 176-177). Zu den zentralen Aufgaben eines betrieblichen Gesundheitsmanagements gehört laut Bamberg et al. (2011) die Ausarbeitung eines Konzeptes mit dem Inhalt und dem Ziel, gesundheitsbezogene Massnahmen in einer Organisation zu planen, durchzuführen und anschliessend zu bewerten. Dies solle in Koordination mit der Personal- und Organisationsentwicklung geschehen (S. 133).

Gesundheitsmanagement bezieht sich laut Gudrun Faller (2008) in erster Linie auf den Markt, orientiert sich also an Zielen ökonomischer Bedarfssicherung und Aufgabenerfüllung, d.h. die Gesundheit wird soweit unterstützt, wie es den Betriebszielen dient (zit. in Bamberg et al., 2011, S. 128). Jedoch verfolgt das Gesundheitsmanagement laut Bamberg et al. (2011) immer mehrere Zieldimensionen. Die Umsetzung des Gesundheitsmanagements hängt auch davon ab, wie diese verschiedenen Zieldimensionen gewichtet werden. Es kann vorkommen, dass sich Gesundheitsmanagement vorwiegend an gewinn- und marktorientierten Zielen ausrichtet, was dazu führen kann, dass gewisse Massnahmen und Interventionen reduziert oder abgeschafft werden. In diesem Fall könnte man zwar noch von gesundheitsrelevanten, jedoch nicht von gesundheitsförderlichen Entscheidungen sprechen. Ein Gesundheitsmanagement, das seine Wurzeln in der Gesundheitsförderung hat, entwickelt Massnahmen und Angebote, die die Gesundheit fördern und weiterentwickeln, Belastungen und Risikofaktoren minimieren und gleichzeitig personale Ressourcen stärken können (S. 128). Bamberg et al. (2011) beschreiben Prävention als wichtigen Teil von Gesundheitsmanagement, jedoch messen sie auch dem proaktiven Handeln bei betrieblichen, wirtschaftlichen, personellen und technischen Entscheidungen, die Gesundheit fördern, grosse Wichtigkeit bei (S. 133-134).

3.1.5 Betriebliche Gesundheitsförderung (BGF)

Rolf Rosenbrock und Susanne Hartung (2011) beschreiben BGF wie folgt:

„Als Betriebliche Gesundheitsförderung (BGF) bezeichnet man systemische Interventionen in privaten und öffentlichen Betrieben, durch die gesundheitsrelevante Belastungen gesenkt und Ressourcen gestärkt werden sollen. Die primärpräventiven und gesundheitsförderlichen Effekte werden durch gleichzeitige und aufeinander bezogene Veränderungen der Ergonomie, der Organisation, des Sozialklimas und des individuellen Verhaltens erzielt“ (S. 231).

Wie Gudrun Faller (2017) anmerkt, steht bei der BGF nicht die Korrektur des individuellen Verhaltens im Vordergrund, wie fälschlicherweise von vielen, darunter auch Fachpersonen und Arbeitgebenden angenommen wird. Vielmehr gehe es um die Gestaltung einer gesundheitsfördernden Arbeit. Auch wenn die Reduktion von Fehlzeiten ein sinnvolles und richtiges Ziel der BGF darstellen würden, sei es dennoch eine Fehlannahme, davon auszugehen, dass dies eine Hauptaufgabe der BGF darstelle. Das Ziel der BGF sei die Gestaltung von gesundheitsfördernder und gesunder Arbeit (S. 25-26). Wie in Kapitel 2 bereits erläutert wurde, kann Arbeit die Gesundheit von Menschen fördern, aber auch gefährden und schädigen. Faller (2017) weist darauf hin, dass Arbeitsbelastungen in engem Zusammenhang mit „(. . .) betrieblichen Strukturen, Hierarchie- und Machtverhältnissen, Gewohnheiten und etablierten Mustern“ stehen (S. 26). Auch fügt sie an, dass sich die Mühe der Betriebe nicht nur in Form von weniger krankheitsbedingten Ausfällen und gesteigerter Produktivität auszahle, sondern auch damit, dass sich das Betriebsklima verbessere, alle Beteiligten mehr Freude bei der Arbeit empfinden, man sich besser aufeinander verlassen könne und die Wertschätzung füreinander gesteigert werde (Faller, 2017, S. 26-27).

In der BGF geht es, wie bereits erwähnt, nicht bloss um die Korrektur individuellen Verhaltens, sondern auch um die Gestaltung von Gesundheitsfördernder Arbeit. Diese beiden Ansätze werden differenziert in Verhaltens- und Verhältnisbezogene Massnahmen. Darauf soll folgend genauer eingegangen werden.

3.1.6 Verhaltens- und Verhältnisbezogene Massnahmen

Laut Hafen (2013) gibt es unzählige präventive Massnahmen. Deren Unterscheidung in verhaltens- und verhältnisbezogene Massnahmen stellt dabei eine Möglichkeit dar, diese zu ordnen. Dabei wird definiert, ob sich die Massnahmen direkt an das Individuum und dessen Verhalten richten, oder ob mit den Massnahmen soziale Systeme so verändert werden sollen, dass diese zu einer gesundheitsförderlichen Umwelt beitragen. In der Gesundheitsförderung spricht man auch von individuums- und settings-orientierten Ansätzen (S. 161).

In der Verhaltensprävention soll also, so Hafen (2013), individuelles Verhalten, das zu gesundheitlichen Schäden führt, verhindert werden. Dabei merkt er an, dass sich Prävention auf verhaltensbedingte Probleme (z.B. Krankheiten, Gewalttätigkeit) bezieht und nicht auf das Verhalten selbst. Also geht es weniger um die „Prävention des Verhaltens“, sondern vielmehr um Prävention unterschiedlicher Probleme, welche durch Verhaltensänderung eingeschränkt werden sollen (S. 161-162).

Auch bei der verhältnisorientierten Prävention geht es nach Hafen (2013) nicht in erster Linie um die „Prävention von Verhältnissen“. Vielmehr geht es um die Veränderung des „Settings“. Es geht darum, strukturelle Aspekte wie soziale oder physikalische Faktoren, die auf die Gesundheit einwirken zu unterscheiden und zu bezeichnen. Als strukturell werden diese Aspekte beschrieben, weil das verändern von Strukturen Möglichkeitsspielräume eröffnen und somit das Auftreten von bestimmten Problemen beeinflussen kann (S. 162). So können laut Bamberg et al. (2011) Veränderung der Arbeitsgestaltung und Veränderungen der Organisationsstruktur zu den verhältnisbezogenen Massnahmen gezählt werden. Dazu zählen beispielsweise ergonomische Veränderung am Arbeitsplatz (z.B. Stehpulte) oder Veränderungen von Arbeitsaufgaben (welche zum Beispiel grösseren Handlungsspielraum ermöglichen) (S. 124).

Jedoch weisen sowohl Bamberg et al. (2011) als auch Hafen (2013) darauf hin, dass verhaltens- und verhältnisbezogene Massnahmen nicht klar voneinander getrennt werden können und sich wechselseitig beeinflussen (Bamberg et al., 2011, S. 124; Hafen, 2013, S. 162-163). Bamberg et al. (2011) nennen als Beispiel dafür die Erarbeitung von neuen Leitlinien der Unternehmenskultur und die damit verbundene Veränderung von Regeln und Normen. Da die Leitlinien eines Unternehmens als Orientierungshilfe für das Personal dienen, kann diese

Massnahme als verhältnisbezogen verstanden werden. Die veränderten Normen und Regeln sollen sich jedoch auch auf das Verhalten des Personals auswirken, weshalb die Massnahme auch als verhaltensbezogen verstanden werden kann. Ausserdem beinhalten verhaltens- und verhältnisorientierte Massnahmen normalerweise mindesten ein Element der jeweils anderen Gruppe. So müsste das Personal in die neuen Leitlinien eingeführt werden und für neue Verhaltensmassnahmen, wie etwa eine neue Pausenregelung, müssten von der Organisation neue Rahmenbedingungen geschaffen werden (S. 124).

Eberhard Ulich (2005) betont, dass obwohl den verhältnisorientierten Massnahmen immer mehr Bedeutung beigemessen wird, Verhaltensprävention bei der betrieblichen Gesundheitsförderung immer noch überwiegt. Dabei konnte bei einer der häufigsten Ursachen für Fehltage, nämlich bei den Muskel- und Skeletterkrankungen, festgestellt werden, dass, neben Bewegungsmangel und körperlicher Belastung, dem Mangel an Aufgabenvollständigkeit und Autonomie eine bedeutende Rolle zukommt (S. 226-227). Auch Martin Hafen (2007) merkt an, dass gewisse betriebliche Strukturen für die Gesundheit der Mitarbeitenden eine grosse Rolle spielen. Deshalb sei es für Betriebe wichtig, zu eruieren, ob auch verhältnisorientierte Massnahmen umgesetzt werden sollten und nicht nur verhaltensorientierte Massnahmen zu prüfen (S. 212). Gerhard Westermayer und Bertolt A. Stein (2006) kritisieren, dass „(. . .) in der Entscheidung für verhaltenspräventive oder verhältnispräventive Massnahmen (. . .) das eigentlich in Frage stehende Problem, der Zusammenhang von Arbeitsbedingungen, Beanspruchungen, und Krankheitsursachen nicht untersucht, sondern bereits als gelöst betrachtet (. . .)“ werden (S. 122-123). Faller (2017) nennt als Beispiel die Anschaffung ergonomischer Stühle und merkt an, dass die Anschaffung und die Schulung der Mitarbeitenden wie sie die Stühle zu benützen haben, nicht die Frage klärt, ob die Stühle wirklich das grösste Problem der Mitarbeitenden sind. Es könnten nämlich auch andere Belastungen eine viel wichtigere Rolle spielen. So können Ziele verfolgt und Lösungen gesucht werden, die jedoch mit dem eigentlichen Ziel der Gesundheitsförderung nicht viel zu tun haben. Das Ziel der Gesundheitsförderung, die Mitarbeitenden „(. . .) in die Definition von Belastungen und die Entwicklung von Lösungen einzubeziehen“, wird damit aus den Augen verloren (S. 35).

3.2 Prävention und Gesundheitsförderung

Bei der Auseinandersetzung mit den Zielen der betrieblichen Gesundheitsförderung wird klar, dass sie darum bemüht ist, Probleme zu verhindern, die zu gesundheitlichen Schäden führen können. In diesem Zusammenhang wird auch von Prävention gesprochen. In diesem Kapitel soll deswegen genauer auf das Thema der Prävention eingegangen werden. Dazu sollen folgend die für die betriebliche Gesundheitsförderung relevanten Konzepte der Prävention, der Risiko- und Schutzfaktoren, der Salutogenese, des Empowerments, der Partizipation und des Ressourcenansatzes vorgestellt und diskutiert werden.

3.2.1 Prävention

Laut Hafen (2013) besteht zwischen den Begriffen Prävention und Gesundheitsförderung kein Unterschied. Er bezeichnet die Begriffe als formal und funktional identisch, denn sowohl die Gesundheitsförderung als auch die Prävention hätten zum Ziel die Gesundheit zu erhalten, indem sie die Schutzfaktoren in Bezug auf die Gesundheit zu stärken und die Belastungsfaktoren zu minimieren versuchen (S. 133). Eine weitere Gemeinsamkeit der beiden Konzepte bestehe darin, dass sowohl in der Prävention wie in der Gesundheitsförderung, sowie bei allen professionellen Interventionsversuchen, von Defiziten ausgegangen werde, die behoben werden müssten (Hafen, 2013, S. 193).

Laut Bamberg et al. (2011) lässt sich die Prävention in primäre, sekundäre und tertiäre Massnahmen einteilen. Die primärpräventiven Massnahmen konzentrieren sich auf die Reduktion von Risiken vor Krankheitsbeginn. Die sekundärpräventiven Massnahmen beziehen sich auf das Frühstadium von Krankheiten und die tertiärpräventiven Massnahmen setzen ein, wenn eine Krankheit bereits ausgebrochen ist, beziehen sich also auf die Behandlung oder die Rückfallprophylaxe (S. 125). Auch Hafen (2013) macht die Unterscheidung in Primär-, Sekundär- und Tertiärprävention. Jedoch führt er diese ein wenig genauer aus:

1. Massnahmen der **Primärprävention** (Prävention) haben das Ziel das Auftreten von gesellschaftlich bekannten Problemen, bei den Menschen zu verhindern, die vom Problem selber noch nicht betroffen sind. Dies soll erreicht werden, indem Schutzfaktoren gestärkt und Belastungsfaktoren minimiert werden (S. 102-103).

2. Hafen (2013) beschreibt mit der Risikogruppenprävention und der Früherkennung zwei zentrale Aspekte der **Sekundärprävention** (Früherkennung). Bei der Früherkennung geht es darum, ein Problem im Frühstadium zu erkennen, damit es mittels geeigneter Massnahmen früh behandelt werden kann. Aus der Beobachterperspektive unterscheidet Früherkennung also zwischen zu behandelndem Problem und nicht zu behandelndem Problem. Durch die Risikogruppenprävention werden hingegen Menschen angesprochen, die rein statistisch gesehen ein höheres Risiko aufweisen, ein bestimmtes Problem zu entwickeln. Ein erhöhtes Risiko gibt jedoch keine genauen Angaben darüber, welche Menschen das Problem dann effektiv entwickeln. Aus diesem Grund schlägt Hafen vor, die Risikogruppenprävention eher der Primärprävention zuzuordnen (S. 105-106).

3. Bei der **Tertiärprävention** (Behandlung) werden laut Hafen (2013) nur Menschen angesprochen, die ein bestimmtes Problem bereits aufweisen. Das Ziel ist hier also in erster Linie die Behandlung und nicht die Prävention des Problems. Trotzdem haben behandelnde Massnahmen der Tertiärprävention in diesem Sinne einen präventiven Charakter, da sie zukünftige Folgeprobleme zu verhindern versuchen (S. 106-107).

Im Kapitel 3.1.3 wurden die drei zentralen Themenfelder des BGM mit ihren behandelnden und präventiven Massnahmen vorgestellt. Nach Hafen (2017) lässt sich die Primärprävention der Prävention, die Früherkennung der Sekundärprävention und die (Früh-)Behandlung der Tertiärprävention zuordnen (S. 39). Folgende Grafik soll dies veranschaulichen:

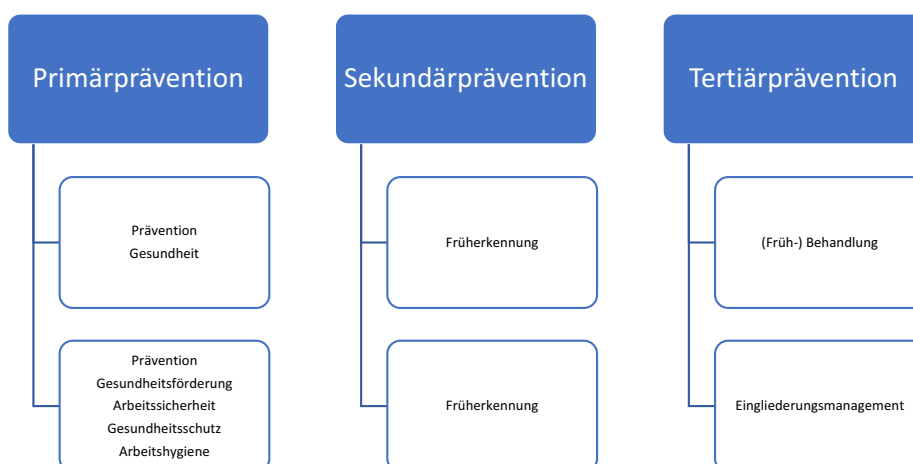


Abbildung 6: Begriffe zur Prävention In Anlehnung an Hafen (2017, S. 39).

3.2.2 Risiko- und Schutzfaktoren

Hafen (2013) unterscheidet zwischen Risikofaktoren, die eine Krankheit wahrscheinlicher machen (Belastungsfaktoren, Stressoren) und Schutzfaktoren, die das Risiko einer Krankheit verkleinern (Widerstandsressourcen). Die Einheit der Differenz zwischen Risiko- und Schutzfaktoren bezeichnet er als Einflussfaktoren. Diese Differenz stelle „(. . .) den zentralen Ansatzpunkt der Prävention“ dar. Prävention setzt also bei der Stärkung von Schutzfaktoren und der Minimierung von Risikofaktoren an, im Gegensatz zur Behandlung, die bei der Krankheit und ihren Symptomen ansetzt (S. 126-127). Wie im Kapitel zur Prävention bereits beschrieben wurde, können behandelnde Faktoren jedoch auch einen präventiven Charakter haben (s. Kap. 3.2.1). In Bezug auf die Risikofaktoren macht Martin Hafen (2009) folgende Aussage: „Gefahren ist man ausgeliefert, gegen Risiken kann man sich mindestens teilweise schützen“ (S.60). Risiko ist gemäss Hafen (2009) das kalkulierbare Risiko einer Person, von einer bestimmten Krankheit befallen zu werden. Kalkulierbar wird dieses Risiko durch den statistischen Unterschied zwischen einer Person mit bestimmten Charakteristiken (z.B. erhöhter Blutdruck oder Zigarettenrauchen) und einer Person ohne diese Charakteristiken (S. 61). Für Peter Franzkowiak (2011) gibt ein Risikofaktor Auskunft über das Gefährdungspotential der Gesundheit, der Entwicklung oder der sozialen und kulturellen Integration. Risikofaktoren würden besonders beim Zusammenwirken mehrerer Risikofaktoren, die Wahrscheinlichkeit einer Erkrankung erhöhen. Die Risikofaktoren würden jedoch als Gruppenrisiko bestimmt. Ihre Wirkung sei im Einzelfall in der Regel nicht zwangsläufig (S. 479).

Die Schutzfaktoren hingegen, setzen sich mit dem Schwerpunkt der Widerstandsfähigkeit, bzw. Resilienz⁴ auseinander und befassen sich mit der Frage: „Was hält den Menschen gesund?“ In dessen Mittelpunkt sind Faktoren, die sich positiv auf die psychische und physische Gesundheit auswirken (Lisa Lyssenko, Peter Franzkowiak, Jürgen Bengel, 2011, S. 476).

⁴ Definition Resilienz: Resilienz (resilience), bedeutet auf Englisch Spannkraft, Strapazierfähigkeit und Elastizität und bezeichnet die psychische Widerstandsfähigkeit (Lisa, Lyssenko, Peter, Franzkowiak, Jürgen, Bengel, 2011, S. 476)

Hafen (2013) unterscheidet sowohl bezüglich der Risiko- als auch der Schutzfaktoren zwischen vier Klassifizierungsebenen und fügt je ein Beispiel an:

- „die körperliche Ebene: Bewegung (Schutz), genetische Defekte (Belastung) (...)
- die psychische Ebene: gut ausgeprägte Selbstwirksamkeitserwartungen (Schutz), anhaltender negatives Stressempfinden (Belastung) [sic!]
- die soziale Ebene: gutes Betriebs- oder Schulklima (Schutz), Mobbing (Belastung)
- die physikalisch-materielle Ebene: Fahrradhelm (Schutz), Lärm (Belastung)“ (S. 128)

Mit der physikalisch-materiellen Ebene differenziert Hafen (2013) eine Klassifizierungsebene mehr als dies Lyssenko, Franzkowiak und Bengel (2011) machen. Risikofaktoren sind laut Hafen (2013) somit nicht ausschliesslich beim individuellen Verhalten zu suchen, sondern auch im Körper, in der Psyche, im sozialen Umfeld und im physikalisch-materiellen Bereich (S. 128).

Wie wir an dieser Stelle feststellen konnten, versucht Prävention über die Reduktion von Risikofaktoren und die Stärkung von Schutzfaktoren, Gesundheit zu fördern und zu erhalten. In diesem Zusammenhang spricht Hafen (2013) auch von einem „salutogenetischen“ Zugang (S.135). Nachfolgend werden wir deshalb die Salutogenese genauer betrachten.

3.2.3 Salutogenese

Hafen (2007) weist darauf hin, dass das Salutogenese⁵ Modell von Aaron Antonovsky eine zentrale Grundlage von Gesundheitsförderung und somit auch zentrale Grundlage von Prävention ist. Antonovsky stellte laut Hafen fest, dass Frauen die in einem Konzentrationslager gelebt hatten, teilweise trotz traumatischen Erlebnissen, über eine relativ gute Gesundheit verfügten. Diese Erkenntnis bildete die Ausgangslage für das Konzept der Salutogenese. Antonovsky interessierte sich dafür, wie diese Frauen trotz extremen Erlebnissen relativ gesund bleiben konnten (S. 96-97). Der Gegenbegriff der Salutogenese ist die Pathogenese, welche laut Alexa Franke (2011) die Gesundheit als normal und die Krankheit als abweichende Alternative betrachtet. Im pathogenetischen⁶ Modell sei man entweder krank oder gesund. Das salutogenetische Modell von Antonovsky nehme hingegen

⁵ Der Begriff Salutogenese besteht aus den lateinischen Begriffen *salus* und *genesis*, welche für Gesundheit und Entwicklung stehen. Somit steht Salutogenese für die Entwicklung der Gesundheit (DocCheck, 2018a).

⁶ Der Begriff Pathogenese besteht aus den lateinischen Begriffen *pathos* und *genesis*, welche für Leiden und Entwicklung stehen. Somit steht Pathogenese für die Entwicklung von Krankheit (DocCheck, 2018b).

Gesundheit und Krankheit als ein Kontinuum wahr (S. 487).

Hafen (2007) merkt an, dass durch die gesundheitsorientierte Perspektive des salutogenetischen Modells von Antonovsky, die ausschliessliche Fokussierung auf die Ursachen von Krankheit verhindert werde. Die erweiterte Beobachtungsperspektive ermögliche ausserdem die Suche nach positiven Aspekten. Wie bereits bei den Risiko- und Schutzfaktoren steht die Frage „Was macht oder hält gesund?“ im Vordergrund (S. 96-97).

Kernpunkt des Salutogenese Modells ist gemäss Franke (2011) das Konzept des Kohärenzgefühls (sense of coherence, SOC). Es bezieht sich auf die Überzeugung einer Person, dass man „(. . .) in der Lage ist, sich selbst und die eigenen Lebensbedingungen steuern und gestalten zu können.“ Diese Überzeugung entsteht durch einzelne Widerstandsressourcen, die sowohl im Individuum als auch in dessen Umfeld und der Gesellschaft zu finden sind. Je mehr Widerstandsressourcen einem Individuum zur Verfügung stehen, desto stärker ist das Empfinden des Kohärenzgefühls. Das Kohärenzgefühl besteht aus den folgenden drei Teilkomponenten:

- Dem Gefühl der Verstehbarkeit der eigenen Person und Umwelt (comprehensibility)
- Dem Gefühl der Handhabbarkeit und Bewältigbarkeit (manageability)
- Dem Gefühl der Bedeutsamkeit und Sinnhaftigkeit (meaningfulness) (S. 488)

Das Kohärenzgefühl führt laut Franke (2011) nicht nur zu einer besseren Stressbewältigung, sondern auch zu einer besseren Erschliessung von gesundheitsförderlichen Ressourcen (S.488).

Gesundheitsförderliche Ressourcen sollen bei der Prävention auch auf der methodischen Ebene gefördert werden. Nachfolgend werden wir uns mit den methodischen Ansätzen des Empowerments, der Partizipation und des Ressourcenansatzes beschäftigen.

3.2.4 Empowerment

Gemäss Hafen (2013) stellt das Konzept des Empowerments immer einen Interventionsversuch dar, der Individuen zur Selbstbefähigung ermächtigen soll. Laut Jennie Naidoo und Jane Wills (2010) hilft der Ansatz des Empowerments „(. . .) den Menschen bei der Feststellung ihrer Gesundheitsprobleme und der Gewinnung der notwendigen Fähigkeiten,

um auf ihre Probleme angemessen zu reagieren“ (S. 111). Dabei ist neu, dass Gesundheitsförderungsfachleute keine ExpertInnenrolle mehr einnehmen, sondern eine Strategie „von unten nach oben“ verfolgt wird. Vielmehr sollen die Fachleute vermittelnd und unterstützend im Prozess der Implementierung von Gesundheitsförderung wirken, um sich dann später wieder aus diesem Prozess rauszunehmen (S. 111). Um Menschen „empowern“ zu können ist es laut Naidoo und Wills (2010) unabdingbar:

- „dass diese ihren mangelnden Einfluss erkennen und verstehen lernen,
- ihre Lage als ernst genug empfinden, um sie ändern zu wollen und
- davon überzeugt sind, dass sie durch zusätzliche Informationen, Unterstützungen und Kompetenzen ihre Lage auch wirklich verändern können“ (S. 111).

Sven Brandes und Wolfgang Stark (2011) erklären, dass sich der Prozess des Empowerments sowohl auf einzelne Personen, als auch auf Personengruppen, beziehen kann. Sie erläutern ausserdem, dass die Rahmenbedingungen (sozial, politisch) von Person oder Personengruppen die Ressourcen, die zur Verfügung stehen, stark beeinflussen und deshalb immer eine wichtige Rolle spielen. Als wichtige Strategie für Empowerment nennen sie auch den Aspekt der Partizipation (S. 57).

3.2.5 Partizipation

Laut Katja Kerkau (1997) soll bei der Partizipation Fremdbestimmung durch Selbstbestimmung und aktive Mitgestaltung der Menschen ersetzt werden. Das Konzept der Partizipation ist daher dem Konzept des Empowerments sehr nahe. Voraussetzung für eine gelingende Partizipation in der Gesundheitsförderung ist, dass die Kompetenz der betroffenen Menschen für ihre Gesundheit anerkannt wird. Das Erfahrungswissen der Betroffenen soll, neben dem Fachwissen der Experten, in die Entwicklung von Massnahmen einfließen (S. 62-63).

Martin Hafen (2013) beschreibt Partizipation als Methode, die in der Prävention zunehmend an Bedeutung gewinnt. Dabei könne eine verbesserte Partizipation an Projekten, zur Minderung von zukünftigen Problemen beitragen. Mit diesem auf die Zukunft gerichteten Blick würden solche Projekte dann als „Präventionsprojekte“ bezeichnet werden. Im Hinblick auf die Gegenwart würde man solche Projekte aber als „Partizipationsprojekte“ bezeichnen (S. 199). Wenn es um die Veränderung von Systemen (Z.B. Unternehmen, Schule usw.) in der

Lebenswelt von Menschen geht, also um Verhältnisprävention, wird Partizipation besonders wichtig (ebd.). Allerdings ist auch bei Verhaltensorientierten Massnahmen die Partizipation von Zielpersonen unerlässlich, schliesslich sollen sich Massnahmen an deren Eigenschaften und Persönlichkeit orientieren (ebd.) Vor allem die Form von Projekten ermöglicht es den Zielpersonen sich als Projektmitglieder einzubringen und so an Entscheidungsprozessen teilzunehmen. Interventionsversuche sind oft mit Widerständen verbunden. Hier kann die Partizipation helfen diese Widerstände abzubauen (Hafen, 2013, S. 201).

Wolfgang Stark und Michael T. Wright (2011) weisen darauf hin, dass der Partizipationsbegriff oft „unscharf“ und „widersprüchlich“ gebraucht wird. Dies kann bei Professionellen dazu führen, dass sie sich verunsichert fühlen und in der Umsetzung von Gesundheitsförderung auf ein veraltetes Verständnis der „Teilnahme“ zurückgreifen. So beschränkt sich die Partizipation oftmals auf die Information über die Planung von Projekten oder auf Umfragen. Eine wirkliche Teilhabe an Entscheidungen wird somit oft verhindert. Deshalb weisen die Autoren daraufhin, dass Professionelle in der Gesundheitsförderung Vorstellungen der Bürger und Bürgerinnen ernst nehmen sollen und dafür verantwortlich sind, dass deren Engagement und ihre aktive Beteiligung „(. . .) nicht instrumentalisiert werden“ (S. 406).

Toni Sachs Pfeiffer (1989) beschreibt dieses veraltete Verständnis der Teilhabe als „Teilhabe-Strategie“, welche „top-down“ durch Experten und Expertinnen organisiert ist und keinen Raum für Mitgestaltung bietet. Dem gegenüber setzt er die „Teilnahme-Strategie“, welche „bottom up“ durch die Initiierung und unter Mitwirkung der Betroffenen organisiert wird. Bei der „Teilnahme-Strategie“ sollen Präventionsfachleute eine unterstützende und animierende Haltung einnehmen (zit. in Hafen, 2013, S. 199-200).

Bernhard Badura, Wolfgang Ritter und Michael Scherf (1999) weisen jedoch darauf hin, dass Führungskräfte die Aufgabe haben, solche partizipative Strukturen und Prozesse im BGM „top-down“ zu Initialisieren. Dies sei überhaupt erst die Voraussetzung für die Mitwirkung und Befähigung von Mitarbeitenden (zit. in Wolfgang Ritter, 2003, S. 101). Badura, Ritter und Scherf nennen folgende Punkte wie Führungskräfte die betriebliche Gesundheitspolitik stützen können:

- „Rolle der Führungskräfte bei der Initiierung von Massnahmen des BGM;
- Aktive Mitwirkung der Führungskräfte bei der Umsetzung (z.B. Projektteams);

- Erfolgskontrolle der Führungskräfte bei Massnahmen der Gesundheitsförderung;
- Teilnahme der Führungskräfte an betrieblichen Veranstaltungen zum Thema;
- Kommunikation der Führungskräfte mit Mitarbeitenden über gesundheitsrelevante Themen;
- Schaffung/Bereitstellung/Ermöglichung von zeitlichen, räumlichen und materiellen Ressourcen für die Durchführung von Massnahmen durch Führungskräfte“ (zit in Ritter, 2003, S. 101)

3.2.6 Ressourcenansatz

Im Kapitel 3.2.3 konnten wir feststellen, dass Gesundheitsförderung von einem salutogenetischen Verständnis ausgeht. Es wird also nicht danach gefragt, was uns krank macht, sondern was uns gesund hält (s. Kapitel 3.2.3). Auch der Ressourcenansatz, der laut Kerkau (1997) eine weitere Grundlage von Gesundheitsförderung darstellt, geht von diesem Verständnis aus. Anstatt nach den Risikofaktoren zu fragen, widmet sich der Ressourcenansatz Faktoren, die die Gesundheit fördern und erhalten (S. 56).

Peter Bündler (2002) verweist darauf, dass sich Ressourcen in materielle und nichtmaterielle Ressourcen einteilen lassen. Eine nichtmaterielle Ressource stellt für ihn immer entweder eine psychische oder eine soziale Konstruktion dar. Dies geschieht entweder durch Kognition oder durch ein soziales Konstrukt. (S. 61). Zu den zentralen kognitiven Prozessen eines Menschen zählt Bündler (2002) Wahrnehmung, Aufmerksamkeit, Wissen und Gedächtnis. Durch diese Prozesse organisieren und strukturieren Menschen ihre Wirklichkeit (S. 63). Nach Peter L. Berger und Thomas Luckmann (1970) erwerben Menschen ihre persönlichen Konstrukte nicht selbständig, sondern sie werden ihnen durch ihre soziale Umwelt vermittelt. Die Wirklichkeiten der Menschen unterscheiden sich also je nachdem, wie die soziale Umwelt individuell wahrgenommen und erlebt wird. Durch die daraus gemachten Erfahrungen, positive oder negative, ändert sich also auch die Wahrnehmung von Ressourcen (zit. in Bündler, 2002, S. 67). Welche nichtmateriellen Ressourcen von den Menschen wahrgenommen werden, ist sehr individuell und abhängig von der sozialen, persönlichen und kulturellen Situation. Dabei kann es sich um Fähigkeiten und Fertigkeiten oder um Ausstattung der Menschen handeln. Erstere stellen jedoch immer ein Hilfsmittel für die Erreichung eines Ziels dar (Bündler, 2002, S. 96).

Bünder (2002) macht noch eine weitere Unterteilung der nichtmateriellen Ressourcen in personale oder interne Ressourcen und in externe oder soziale Ressourcen. Personale oder interne Ressourcen zeichnen sich dadurch aus, dass sie von einem Individuum selbständig aus eigener Kraft erschlossen werden können. Wenn Ressourcen jedoch von anderen Personen zur Verfügung gestellt werden, sind diese als externe oder soziale Ressourcen zu bezeichnen (S. 96).

Hafen (2013) schlägt in diesem Kontext vor, dass zwischen einer funktionalen und einer methodischen Ebene unterschieden wird. Auf der funktionalen Ebene sollen die Ressourcen gestärkt, respektive Ressourcen-Defizite abgebaut werden. Dies soll die Behandlung von Problemen unterstützen und bei der Prävention die Erfolgchancen erhöhen. Die Stärkung der Ressourcen können sowohl bestehende Probleme lösen, als auch gewisse Ursachen drohender Problemen beheben (S. 197). Als Beispiel führt Hafen (2013) die Förderung von Vernetzung im Quartier an, durch diese sollen Nachbarn sich gegenseitig unterstützen, falls Probleme auftreten. Dadurch kann verhindert werden, dass Menschen mit Problemen nur auf amtliche Hilfe zurückgreifen können (ebd.).

Auf der methodischen Ebene sollen hingegen die Ressourcen-Defizite in den Hintergrund rücken und der Schwerpunkt soll auf die bereits vorhandenen Ressourcen eines psychischen⁷ oder sozialen⁸ Systems gesetzt werden. So kann beispielsweise die Akzeptanz von ausländischen Kindern in einer Klasse gefördert werden, indem eine Themenwoche zu den unterschiedlichen Kulturen und Ländern durchgeführt wird, in der die Kinder ihr Ursprungsland und dessen besondere Vorzüge (Essen, Wetter usw.) vorstellen können. Hafen merkt dazu an, dass es wichtig sei, dass die funktionale Ebene (Behebung von Ressourcen-Defiziten/Förderung von Ressourcen) den Ausgangspunkt für die Behebung von Problemen und deren Ursachen bildet. Die Ebene der Methodik soll erst dann einsetzen, wenn es darum geht wie das Problem und seine Ursachen behoben werden sollen (Hafen, 2013, S. 198).

Die theoretischen Bezüge unserer Arbeit sind an dieser Stelle abgeschlossen. Im folgenden Kapitel werden wir nun das methodische Vorgehen unserer Arbeit beschreiben.

⁷ Unter einem psychischen System versteht Hafen (2007) Individuen, also Menschen. Jeder Mensch ist ein eigenes psychisches System (S. 195).

⁸ Unter einem sozialen System versteht Hafen (2007) unter anderem Gesellschaft, Organisationen, Familie, Gruppen (S. 16-22).

4. Methodenbeschrieb

Wie in der Ausgangslage bereits erläutert wurde, besteht eine Forschungslücke hinsichtlich der Frage, wie die betriebliche Gesundheitsförderung im stationären Behindertenbereich konkret umgesetzt wird. Im folgenden Kapitel soll das methodische Vorgehen unserer qualitativen Forschungsarbeit beschrieben werden.

4.1 Forschungsfrage

In dieser Forschungsarbeit soll einerseits erhoben werden, welche Massnahmen von Betrieben in der Behindertenhilfe zur Förderung der Gesundheit ihrer Mitarbeitenden angeboten werden. Andererseits soll erhoben werden wie und ob diese von den Mitarbeitenden erkannt werden und ob sie deren Bedürfnissen entsprechen. Um die oben beschriebene Forschungslücke schliessen zu können, haben wir folgende Fragestellung formuliert:

Inwiefern wirken gesundheitsfördernde Massnahmen in Betrieben der stationären Behindertenhilfe auf die Mitarbeitenden?

4.2 Eine qualitative Forschung

Uwe Flick (2016) erklärt, dass es nach über einem Jahrhundert empirischer Sozialforschung praktisch unmöglich ist, ein komplett unerforschtes Feld zu entdecken. „Nicht dass alles schon erforscht wäre, aber alles, was man für Sozialforschung und auch für die qualitative Forschung auswählt, lässt sich zumindest zu Forschung in verwandten Feldern in Verbindung setzen“ (S.72-73). Deshalb ist für Flick (2016) auch für die qualitative Forschung der Einbezug von Literatur unabdingbar. Dabei sollen bereits vorhandene Informationen zum Forschungsfeld und zur Zielgruppe erschlossen werden. Dieses Wissen ist zur besseren Verortung von Aussagen und Beobachtungen im Feld hilfreich. Ausserdem kann so erschlossen werden, was das „Neue“, das „Unerforschte“ im Vergleich zu anderen bereits durchgeführten Studien ist (S.74). Horst Otto Mayer (2013) merkt an, dass auch bei der Erhebungsmethode des Leitfadeninterviews ein Vorverständnis des untersuchten Gegenstandes vorausgesetzt wird (S. 28).

Deshalb wurde in dieser Arbeit in den Kapiteln 2 & 3 mit der theoretischen Erarbeitung von Forschung in verwandten Feldern begonnen. In Kapitel 6 soll das Wissen aus dieser theoretischen Erarbeitung zudem wieder in die Diskussion der Forschungsergebnisse fließen.

4.3 Die Stichprobe

Laut Mayer (2013) können bei vielen empirischen Studien nicht alle Elemente einer Gesamtheit untersucht werden. Deshalb sei man auf die Ergebnisse von Stichproben angewiesen (S.38). Bei der quantitativen Forschung steht in Bezug auf die Ziehung dieser Stichprobe die statistische Repräsentativität im Vordergrund, wohingegen bei der qualitativen Forschung die inhaltliche Repräsentativität im Vordergrund steht (Hans Merrens, 1997, S. 100). Trotzdem sollen auch mit qualitativer Forschung Erkenntnisse gewonnen werden, welche sich verallgemeinern lassen. Deshalb soll die Stichprobe für ExpertInneninterviews so erfolgen, dass Ergebnisse aus der Untersuchung exemplarisch und generalisierbar werden (Mayer, 2013, S.39).

Laut Michael Patton (1990) soll durch qualitative Sozialforschung einen Einblick in soziale Phänomene ermöglicht werden. Dabei steht das Prinzip der Varianzmaximierung bei der Ziehung der Stichprobe im Vordergrund, das heißt, die Stichprobe soll so heterogen wie möglich sein. Dabei unterscheidet Patton zwei Arten von Stichprobenziehungen:

1. Deduktive Stichprobe: Die Stichprobe wird vor der Untersuchung durch bestimmte Kriterien festgelegt.
2. Induktive Stichprobe: Die Stichprobe wird im Verlauf der Untersuchung immer erweitert. Es werden also keine Kriterien im Voraus bestimmt (zit. in Marius Metzger, 2018, S. 1).

4.3.1 Fallauswahl

Für unsere Arbeit hat sich das Verfahren der deduktiven Stichprobe angeboten, da wir durch die Ausschreibung von Stefania Calabrese auf das Thema aufmerksam wurden und an ihre Ergebnisse anknüpfen wollten. Auch wurden uns durch Stefania Calabrese zwei Betriebe vermittelt, die bereits bei der Studie von Calabrese et al. (2017) teilgenommen haben. Dadurch wurden bereits Kriterien für die Auswahl der Betriebe festgelegt. Von diesen Betrieben wussten wir, dass sie bereits erste Erfahrungen mit dem Thema des betrieblichen

Gesundheitsmanagements gemacht haben und mindestens 50 Wohnplätze anbieten. Für die Kategorisierung der Grösse der teilnehmenden Institutionen orientierten wir uns am Referenzrahmen des Bundesamtes für Gesundheit (BAG). Diese definieren Institutionen bis 10 Wohnplätze als sehr klein, zwischen 10-24 Plätzen als klein, zwischen 25-49 Plätzen als Mittel, zwischen 50-90 Plätzen als gross und ab 90 Wohnplätzen als sehr gross (zit. In Calabrese et al., 2017, S. 5). Da wir drei Betriebe untersuchen wollten, legten wir für die Auswahl des letzten Betriebes dieselben Kriterien fest, die auch die anderen Betriebe erfüllen: Eine bestimmte Grösse des Betriebes (mindestens 50 Wohnplätze) und Erfahrung mit betrieblichem Gesundheitsmanagement. Anhand dieser Kriterien ist es uns gelungen, eine weitere sehr grosse Institution für die Teilnahme an unserer Arbeit zu gewinnen. Wir haben unsere Interviews also in einer grossen Institution und in zwei sehr grossen Institutionen durchgeführt. Da wir in dieser Untersuchung nur grosse Betriebe einbeziehen, müssen wir dies bei der Auswertung berücksichtigen, da die Resultate nicht ohne weiteres auf kleinere Betriebe übertragen werden können. Als weiteres Kriterium für die Mitarbeitenden, die wir befragten, legten wir fest, dass diese mindestens seit zwei Jahren im Betrieb arbeiten. Damit soll gewährleistet werden, dass die Mitarbeitenden genügend Zeit hatten, die Massnahmen des Betriebes zur Gesundheitsförderung kennenzulernen. Um der Varianzmaximierung Rechnung zu tragen, haben wir auf der Ebene der Mitarbeitenden zudem folgende Kriterien festgelegt:

- Männer und Frauen zu gleichen Teilen befragen: Damit soll die Wahrnehmung von Frauen und Männern zu gleichen Teilen miteinbezogen werden.
- Mitarbeitende mit und ohne Ausbildung befragen: Im Bereich der Behindertenhilfe arbeiten viele Menschen ohne spezifische Ausbildung. Um dieser Tatsache Rechnung zu tragen sollen auch Mitarbeitende ohne Ausbildung befragt werden.
- Verschiedene Alter der Mitarbeitenden sollen berücksichtigt werden: Damit soll die Wahrnehmung von jüngeren und älteren Mitarbeitenden berücksichtigt werden.

Um InterviewpartnerInnen für die Teilnahme an unserer Studie zu motivieren, dienten uns die Institutionsleitungen als „Gatekeeper“, also als Türöffner (Mayer, 2013, S. 46). Für unsere Studie wählten wir ein zweiteiliges Verfahren. Hans Merkens (2000) merkt an, dass es Sinn macht, wenn Experten und Expertinnen aus verschiedenen Hierarchieebenen und Abteilungen kommen (zit. in Mayer, 2013, S. 42). Aus diesem Grund haben wir zwei verschiedene

Interviewleitfäden entwickelt, einen für die betriebliche Gesundheitsförderung verantwortlichen Personen und einen für die Mitarbeitenden. Erst wurde jeweils eine Person im Betrieb befragt, die für die Gesundheitsförderung zuständig ist und darin Experte oder Expertin ist. Dabei wurde eruiert, welche Massnahmen der Betrieb seinen Mitarbeitenden zur Förderung der Gesundheit anbietet, welche Ziele damit verfolgt werden, was die beabsichtigte Wirkung der Massnahmen ist, was die Erfahrungen damit sind, wie die Mitarbeitenden über die Angebote informiert werden und wie die Wirkung evaluiert wird. Die Befragung der Personen, welche für die Umsetzung betrieblicher Gesundheitsförderung zuständig sind, fand vor der Befragung der Mitarbeitenden statt, damit wir uns ein besseres Bild über das Angebot des Betriebes machen konnten. Danach wurden die Mitarbeitenden als Experten und Expertinnen befragt. Den Expertenstatus erlangen sie dadurch, dass sie beurteilen können, wo in ihrem Job Belastungen entstehen, die ihre Gesundheit gefährden könnten, was ihnen im Umgang damit hilft, was sie als Unterstützung vom Betrieb wahrnehmen und ob sich diese Unterstützung mit ihren Bedürfnissen deckt. Laut Michael Meuser und Ulrike Nagel (1997) gilt eine Person als Experte oder Expertin, wenn sie in einem definierten Bereich über Wissen verfügt, welches abrufbar ist und nicht auf unsicheren Annahmen basiert (zit. in Mayer 2013, S. 41).

4.4 Entwicklung des Interviewleitfadens

Laut Aglaja Przyborski und Monika Wohlrab-Sahr (2010) kommt das offene Leitfadeninterview bei Forschungskontexten zum Tragen, bei denen die Fragestellung relativ eng begrenzt ist (S.140). Als Beispiel nennen sie für eine solche eingegrenzte Fragestellung auch das ExpertInneninterview (Przyborski & Wohlrab-Sahr, 2010, S. 139). Laut Meuser und Nagel (1997) stellt ein ExpertInneninterview normalerweise ein Leitfadeninterview mit offenen Fragen dar. Die thematische Vorstrukturierung dient dazu, dass keine wichtigen Aspekte übersehen werden und sich die interviewende Person durch die vorgängige Auseinandersetzung mit dem Thema als kompetenten Gesprächspartner präsentieren kann (zit. in Mayer, 2013, S. 43). Theoretische Vorüberlegungen und der bereits vorhandene Forschungsstand bilden dabei die Grundlage für die Entwicklung eines Leitfadens (Mayer, 2013, S. 43).

Da wir ein zweiteiliges Verfahren gewählt haben, in dem wir verschiedene Hierarchiestufen befragen, mussten wir dementsprechend zwei verschiedene Interviewleitfäden entwickeln (Anhang A&B). Beim Interviewleitfaden für die Verantwortlichen der betrieblichen Gesundheitsförderung, wurden die Fragen so gestellt, dass das Angebot und die Absichten der Institutionen herausgearbeitet werden konnten. Beim Interviewleitfaden für die Mitarbeitenden wurden die Fragen so gestellt, dass wir erfahren konnten, ob und wie die Massnahmen wahrgenommen und wo auf der Mitarbeitendenseite Bedürfnisse noch nicht abgedeckt werden.

4.5 Datenerhebung und Datenaufbereitung

Harry Hermanns (2005) beschreibt einige spezifische Aufgaben, die in einem Interview gemeistert werden müssen. Von der Gewinnung der GesprächspartnerInnen, über die Gestaltung einer guten Gesprächsatmosphäre, zur Klärung der Erwartungen der Interviewenden bis zur Klärung, ob das Interview mittels eines Recorders aufgenommen werden darf oder nicht (S. 361). Gemäß Friebertshäuser (1997) ist eine Aufzeichnung des Interviews mittels Aufnahmegerät empfehlenswert. Dies bedingt jedoch eine Einwilligung der interviewten Person. Mit der Aufnahme soll der interviewenden Person ermöglicht werden, dass sie sich voll und ganz auf die Befragung konzentrieren kann, was wiederum eine Voraussetzung für die flexible Handhabung des Leitfadens darstellt (Friebertshäuser, 1997, zit. in Mayer, 2013, S. 47). Walter Spöhring (1995) erklärt, dass die interviewende Person während des Gesprächs die Möglichkeit hat, nachzufragen, wenn ein Thema noch nicht ausreichend behandelt werden konnte, Verständnisfragen zu stellen oder einen neuen Themenbereich anzusprechen, wenn die Frage hinreichend beantwortet wurde (zit. in Mayer, 2013, S. 47).

Mayer (2013) rät ausserdem, die Namen der interviewten Personen zu anonymisieren, damit bestimmte Aussagen nicht von Vorgesetzten zugeordnet werden können. Die Gewährleistung der Anonymität soll bereits zu Interviewbeginn thematisiert werden, damit das Vertrauen der interviewten Person gewonnen werden kann (S. 46).

Die zu interviewenden Personen konnten mit der Hilfe der Institutionsleitungen, die als „Gatekeeper“ agierten, relativ einfach angefragt werden. Leider konnte dem Kriterium Männer und Frauen zu gleichen Teilen zu befragen, nicht ganz Rechnung getragen werden, da uns in einer Institution nur zwei Frauen als Interviewpartnerinnen vermittelt werden konnten.

Alle neun Interviews wurden mit einem Aufnahmegerät aufgenommen. Die zu interviewenden Personen wurden zu Beginn des Interviews nach ihrem Einverständnis gefragt und über die Anonymisierung der Daten informiert. Transkribiert wurden die Aufnahmen mittels wörtlicher Transkription. Die Interviews wurden vom Schweizerdeutschen ins Schriftdeutsche übersetzt. Laut Philipp Mayring (2016) ist eine wörtliche Transkription zwar aufwändig, jedoch für eine genaue Auswertung der Daten unerlässlich. Man erhält damit die Möglichkeit Textstellen zu vergleichen und die Aussagen in einem Kontext zu sehen, was wiederum die Grundlage von Interpretationen ist (S. 89). Die Überführung ins Schriftdeutsche stellt laut Mayring (2016) die übliche Protokolltechnik dar: „Der Dialekt wird bereinigt, Satzbaufehler werden behoben, der Stil wird geglättet“ (S. 91). Dies kommt gemäss Mayring (2016) „(. . .) dann in Frage, wenn die inhaltlich-thematische Ebene im Vordergrund steht, wenn der Befragte beispielsweise als Zeuge, als Experte, als Informant auftreten soll“ (S. 91).

4.6 Datenauswertung

Gemäss Meuser und Nagel (1991) besteht das Ziel bei der Auswertung von Experteninterviews darin, „(. . .) im Vergleich der erhobenen Interviewtexte das Überindividuell-Gemeinsame herauszuarbeiten“ (zit. in Mayer, 2013, S. 47). Bei der Datenauswertung haben wir uns für das sechsstufige pragmatische Auswertungsverfahren nach Claus Mühlefeld (1981) entschieden (zit. in Mayer, 2013, S. 48). Laut Siegfried Lamnek (1995) stellt dieses Verfahren eine eher pragmatische Vorgehensweise dar, welche im Vergleich zu anderen Verfahren weniger zeitliche als auch ökonomische Ressourcen benötigt (zit. in Mayer, 2013, S. 48). Nachfolgend werden die sechs Stufen pragmatischen Auswertungsverfahrens nach Claus Mühlefeld et al. (1981) zusammenfassend dargestellt (zit. in Mayer, 2013, S. 48-50):

1. Stufe: Antworten markieren

Im transkribierten Text sollen alle Textstellen markiert werden, die konkret die Fragen des Leitfadens beantworten.

2. Stufe: In Kategorienschema einordnen

Der Text soll nochmals konsultiert und dabei in ein zuvor erarbeitetes Kategorienschema eingeordnet werden. Zur Erarbeitung des Kategorienschemas dienen unter anderem Erkenntnisse aus der Theorie, aus anderen Studien und aus Experteninterviews. Ausserdem kann das Kategorienschema während der Einordnung erweitert werden. Dabei liegt das

Augenmerk auf der Extraktion von Einzelinformationen und richtet sich noch nicht auf die Logik des gesamten Interviews. Das Interview wird erst hier zerlegt. In unserem Fall dienen uns besonders die Leitfäden der beiden Interviews als Grundlage für die Kategorienbildung.

3. Stufe: Innere Logik herstellen

Nach der Zerlegung des Interviews soll eine innere Logik zwischen den Einzelinformationen innerhalb des Interviews hergestellt werden. Dabei sollen Passagen mit bedeutungsgleichem wie auch mit widersprechendem Inhalt berücksichtigt werden.

4. Stufe: Text zur inneren Logik erstellen

Hier soll die innere Logik zu einem Text verschriftlicht werden. Dabei werden relevante Passagen noch genauer differenziert und präziser ausgeführt.

5. Stufe: Text mit Interviewausschnitten

Um die Ausführungen des Textes noch zu untermauern, werden passende Zitate ausgesucht und eingefügt.

6. Stufe: Bericht

Schlussendlich soll aus dem generierten Auswertungstext eine Präsentation entwickelt werden, mit dem Ziel, die Auswertung darzustellen. Der Bericht soll keine weiteren Interpretationen enthalten (Mühlefeld, 1981, zit. in Mayer, 2013, S. 48-50).

5. Forschungsergebnisse

Nachfolgend werden die Ergebnisse aus der qualitativen Befragung der Institutionen und der Mitarbeitenden vorgestellt. Die Aussagen der Institution wurden mit dem Kürzel „I“ für Institution und die Aussagen der Mitarbeitenden mit dem Kürzel „M“ für Mitarbeitende bezeichnet.

5.1 Forschungsergebnisse Institutionen

Die interviewten Personen sind in verschiedene Positionen und Rollen in ihrer Institution tätig. Wir sprachen mit einer sicherheitsverantwortlichen Person, einem Heimleiter und einer Person, die eine betrieblichen Beratungsstelle leitet. Gemeinsam ist unseren GesprächspartnerInnen, dass sie alle im Auftrag ihrer Institution für die Gesundheitsförderung der Mitarbeitenden verantwortlich sind und zu diesem Thema die Interessen ihres Arbeitgebenden vertreten haben. Aus diesem Grund werden wir der Einfachheit halber ihre Aussagen nicht als eigene Ausführungen behandeln, sondern als Darlegungen der Institution aufführen. Die drei teilnehmenden Institutionen wurden in den Gesprächen zur Organisation der betrieblichen Gesundheitsförderung, zu den Zielen, den Massnahmen, der Evaluation und den Herausforderungen befragt.

5.1.1 Die Organisation betrieblicher Gesundheitsförderung

Aussagen zum genauen Zeitpunkt der Einführung der Gesundheitsförderung in der Institution konnten nicht immer gemacht werden. Dies war teilweise von der Anstellungsdauer der befragten Personen oder verlorenem Wissen abhängig. Ein weiterer Grund für ungenaue Aussagen war, dass Gesundheitsförderung zwar seit längerer Zeit ein Thema ist, jedoch nicht systematisch oder konzeptionell verfolgt wurde.

I : „Wir sind es am hochfahren ja, genau und mit dieser Idee haben wir es angefangen, dass es eben betrieblich ist und so mal ein bisschen hier und mal da, dass es sich verwebt, dass es, ich sage mal, ziemlich alles durchdringt und es nicht ein Stückwerk bleibt, das ist die Idee.“

Die Grundlage für die betriebliche Gesundheitsförderung liegt bei allen Institutionen im Qualitätsmanagement. Aufgebaut und organisiert wird sie jedoch nach den individuellen

Bedürfnissen und Vorstellungen. In einer Institution läuft die gesamte Gesundheitsförderung über die interne Beratungsstelle Gesundheit und Soziales. Nebst ihrer Aufgabe als Beratungsstelle für Mitarbeitende, kümmert sie sich um weitere Aspekte wie die Umsetzung von gesundheitsfördernden Massnahmen oder das Absenzenmanagement. In einer weiteren Institution sind die Aufgaben zwischen einer sicherheitsbeauftragten Person und der Abteilung Human Resources (HR) aufgeteilt. Bei der kleinsten dieser drei Institutionen scheint vieles direkt über die Heimleitung organisiert zu sein. Da scheinen besonders die Dienstwege weniger stark definiert zu sein.

Weitere Unterschiede hängen direkt mit der Entwicklung der Gesundheitsförderung in der Institution zusammen. Eine Institution hat die Gesundheitsförderung seit mehr als zehn Jahren konzeptionell verankert und umgesetzt. Die anderen beiden Institutionen befinden sich noch im Prozess dieser Entwicklung. Besonders in einer dieser beiden Institutionen ist schon einiges umgesetzt, jedoch konzeptionell noch nicht gänzlich verankert.

I: „Es gibt noch kein systematisches Absenzenmanagement, das ist man aber gerade am evaluieren auf Seite des HR mit einem Versicherer.“

Gemeinsam ist den Institutionen jedoch, dass sie in der Gesundheitsförderung mit externen Partnern zusammenarbeiten. Sowohl für das Absenzenmanagement, für Weiterbildungen als auch für gesundheitsfördernde Konzepte holen sie sich die notwendigen Kompetenzen von aussen. Diese externen Anbieter können von den Institutionen für verschiedenste Bedürfnisse hinzugezogen werden.

I: „Übergeordnet arbeiten wir mit der Firma X, das ist wie eine Tochtergesellschaft der IV und dabei geht es um den Grossbegriff Gesundheitsförderung, im Sinne von Prävention. Darin gibt es ein Programm das heisst „lueg zu dir“, es sind so 10 Schritte.“

I: „Also ist es Case Management, wo diese externe Firma, also diese Berater, Leute unterstützen auch, wenn sie Versicherungsfragen haben und auch darauf achten, dass IV Anmeldungen gemacht werden, wenn es länger als sechs Monate dauert.“

5.1.2 Ziele und Motivationen der Institutionen

Die Institutionen sind sich einig, dass gesunde Mitarbeitende wichtig sind und sehen sich in der Verpflichtung deren Gesundheit zu schützen und ihnen Sorge zu tragen. Zwei Institutionen erwähnten explizit, dass die Beteiligung der Mitarbeitenden und die Stärkung ihrer Kompetenzen angestrebt werde. Weiter legt eine Institution besonderen Wert auf die Betriebskultur.

I : „Man versucht die Arbeitsorganisation und die Arbeitsbedingungen zu verbessern, eine aktive Mitarbeitenden-Beteiligung zu fördern und persönliche Kompetenzen zu stärken.“

I : „Wir haben diskutiert, was ist denn das, Gesundheit? Das ist viel umfassender als „ich habe keine Schmerzen, ich habe kein Fieber“ es ist viel umfassender, also geht es darum eine Betriebskultur zu haben, die Kultur unserer Institution, die dort auch reingehört, wo man zusammen diskutiert, zusammen spricht. “

Auch der finanzielle Aspekt wird von allen Beteiligten erwähnt. Sie weisen alle darauf hin, dass es weniger kostspielig ist in Gesundheitsförderung statt in Langzeitausfälle zu investieren. Ihr Ziel beschränkt sich jedoch nicht nur auf finanzielle Aspekte. Würde man nicht gut zu seinen Mitarbeitenden schauen, könnten Aspekte wie die Leistung, die Motivation, die Betriebskultur und der Zusammenhalt verloren gehen.

I : „Es sind ja nicht nur Kosten, das es generiert, wenn die Leute von der Stange fallen, wenn die Leute nicht zufrieden sind, das sind nicht nur Kosten, das ist ganz viel mehr.“

Eine weitere Motivation der Arbeitgebenden für die Institutionalisierung der betrieblichen Gesundheitsförderung ist auch die Sicherstellung der Arbeitsqualität und die Gewährleistung der Leistungserbringung ihrer Institution. Die Gesundheit der Mitarbeitenden wird grundsätzlich in Verbindung mit der Leistungsfähigkeit gebracht. Gleichzeitig zeigt eine Institution auch die Grenzen der Aufgaben der betrieblichen Gesundheitsförderung bezüglich der Leistungsförderung auf. Solange die Leistung stimmt, mische man sich nicht in das Privatleben der Mitarbeitenden ein. Die Institution habe die Haltung, dass sie die Leistung der Mitarbeitenden im Blick habe. Es sei aber allen freigestellt, wie sie sich ernähren, ob sie rauchen oder Alkohol trinken. Weiter stellt eine Institution fest, dass viele

gesundheitsrelevante Themen im Privaten liegen, wo sie keinen Einfluss haben oder haben können. Trotzdem motivieren sie die Mitarbeitenden ihre Bedürfnisse zu äussern, auch wenn deren Ursprung im Privaten liegen. Genannt wurde das Beispiel einer Mitarbeiterin, die durch ihre familiäre Situation zunehmend belastet war. Die Gesundheitsförderung dient laut einer Aussage auch dem Image der Institutionen. Die Führungspersonen würden grossen Wert auf den Vergleich mit anderen Institutionen legen. Dies gebe ihnen Hinweise, wo sie gegenüber anderen Institutionen bezüglich der betrieblichen Gesundheitsförderung stehen. Ein gutes Abschneiden im Vergleich mit anderen Institutionen würde zur Attraktivität der Arbeitsplätze beitragen.

I : „Dann haben wir einen Vergleich, Führungspersonen haben immer gerne Benchmarking, dann können sie sich vergleichen und dann hoffen sie, dass sie etwas besser oder mindestens in der „Range“ sind und dann können sie sagen wir sind gut.“

5.1.3 Die Bedarfserfassung

Die Arbeitgebenden haben verschiedene Instrumente, um die Bedürfnisse der Mitarbeitenden erfassen zu können. Aus diesen erfassten Bedürfnissen können dann neue gesundheitsfördernde Massnahmen abgeleitet werden. Auf der individuellen Ebene wird das Gespräch von allen Institutionen als Erfassungsmethode genannt. Dazu gehören Mitarbeitendengespräche, Austrittsgespräche, sowie informelle Gespräche. Eine Institution weist darauf hin, dass besonders die Führungspersonen für Gesprächssituationen und das Erkennen der Befindlichkeit von Mitarbeitenden, sensibilisiert und geschult sein sollten. Die Führungspersonen sollten Bescheid wissen woran man merken kann, dass es einer Person nicht gut geht, auch wenn dies von den Mitarbeitenden nicht ausgesprochen werde. Auch sollten sie wissen, wie in solchen Situationen zu handeln ist.

I : „Es wird erfasst in dem die Leute auf diese Themen sensibel sind. Da werden Teamleitungen geschult: An was merke ich wie es meinen Leuten geht? Wie muss ich agieren? “

Weiter wurde das Absenzenmanagement als ein angewandtes Instrument genannt. Sowohl auf individueller als auch auf institutioneller Ebene können die Absenzen Hinweise zum Gesundheitszustand der Mitarbeitenden geben. Besonders bei wiederholten kurzen

Absenzen könne ein Kontrollblick auf den Verlauf der Absenzen gewisse Eindrücke bestätigen. Auch würden jährlich institutionsinterne Auswertungsgespräche mit den Versicherungen stattfinden, bei denen auf die grössten Gefahren am Arbeitsplatz und in Privathaushalten hingewiesen wird. Damit konnte eine Institution feststellen, dass bei der Arbeit besonders Handverletzungen und im Privaten besonders Stürze zu Krankheitsausfällen führen. Solche Erkenntnisse seien eine gute Grundlage, um neue Massnahmen zu erstellen. In diesem Fall seien Weiterbildungen zu diesen Themen angeboten worden.

Als weitere Beispiele der Erfassungsmethode nannten die Institutionen Instrumente wie Rückmeldungsplattformen, Meldeformulare und die Mitarbeiterumfragen. In diesem Kontext weist eine Institution darauf hin, dass der Bedarf von Massnahmen jeglicher Art grundsätzlich immer zu spät erfasst wird. Es müsse immer zuerst etwas passieren, damit man den Bedarf erkenne. Die Massnahmen seien anschliessend da, um zu verhindern, dass sich derselbe Vorfall wiederhole.

5.1.4 Evaluation von Massnahmen

Die genannten Instrumente zur Evaluation von Massnahmen sind teilweise die gleichen wie diejenigen für das Erkennen von Bedürfnissen. Auch hier wurden Instrumente wie die jährlichen Gespräche mit Versicherungen, Mitarbeiterbefragungen oder das Absenzenmanagement genannt. Eine Institution ist der Ansicht, dass Betriebe stark auf Kennzahlen fixiert seien, um diese Evaluationen durchführen zu können. Konkret benannt wurden Kennzahlen zu Kurzzeitabsenzen, Langzeitabsenzen und der Fluktuation.

I: „Alle Leute sind so scharf auf Kennzahlen, alle wollen Kennzahlen. Kennzahlen sind Absenzen, Kurzzeit/Langzeitabsenzen, da können wir sehen wie entwickelt sich das durch die Jahre.“

I: „Die beiden Versicherer, mit diesen gibt es Jahresendgespräche und Auswertungen, man sieht anschliessend wie viel Unfälle es gegeben hat und wie viele Nichtberufsunfälle und wodurch sie bedingt sind.“

Neben den systematischen Instrumenten, welche die Kennzahlen generieren, werden auch die Mitarbeitendengespräche und eine gute Beobachtung durch qualifizierte Vorgesetzte zur Evaluation genutzt. Eine Institution äussert sich dazu folgendermassen:

I : „Es hat auf einer Wohngruppen in 12 Monaten 19 Wechsel von Personal gegeben. Da musste man nicht die Tabelle nehmen, um zu sehen, dass da etwas nicht stimmt.“

Ansonsten scheint die Evaluation sehr individuell und besonders von den einzelnen Massnahmen abhängig zu sein. Bei Massnahmen in Zusammenarbeit mit externen Anbietern wird in einer Institution keine Evaluation durchgeführt. Auch wurde erwähnt, dass die Evaluation teilweise durch die externen Anbieter gemacht wird. Bei anderen Massnahmen wie beispielsweise bei „Bike to work⁹“ wird zumindest in einer Institution keine Evaluation angestrebt. Besonders bei Massnahmen, die freiwillig sind, wird der Erfolg mehrheitlich durch die Teilnehmendenzahlen gemessen (Bike to work, Weiterbildungen, Firmensport).

5.1.5 Kommunikation

Ein weiterer behandelter Aspekt galt der Kommunikation der Massnahmen in den Institutionen. Zwei Institutionen erwähnen, dass die neuen Mitarbeitenden bei ihnen durch Informationsanlässe in den ersten Arbeitstagen erste Informationen bezüglich der Gesundheitsförderung erhalten. Alle befragten Institutionen setzen für die Kommunikation vergleichbare Mittel wie E-Mails, Flyer oder das betriebsinterne Intranet ein. Für die Einladung zu Austrittsgesprächen werden in einer Institution auch WhatsApp und SMS versendet. Grundlegende Informationen, die den Mitarbeitenden immer zur Verfügung stehen, befinden sich, zumindest in einer Institution, im Personalreglement und im Anstellungsordner. Eine weitere Institution stellt während dem Gespräch fest, dass solche Informationen in ihrem Personalreglement fehlen und noch hinzugefügt werden sollten.

Weiter werden die Wohngruppenleitungen zur Verbreitung von Informationen eingesetzt. Zwei Institutionen erwähnen, dass sie auf die Wohngruppenleitungen angewiesen sind. Als

⁹ Bike to work bezeichnet sich als „schweizweite Aktion zur Gesundheitsförderung in Unternehmen“. Das Unternehmen kann sich für einen Wettbewerb anmelden, bei dem es darum geht, bei welchem Unternehmen die Mitarbeitenden insgesamt am meisten Kilometer mit dem Fahrrad zurückgelegt haben. Dabei können Preise gewonnen werden (bike to work, 2018).

direkte Vorgesetzte haben diesen regelmässigen Kontakt mit den Mitarbeitenden und können somit gesundheitsrelevante Themen im Rahmen von Teamsitzungen oder im Alltag ansprechen. Eine Institution erwähnt, dass sie mit Einführungsblättern arbeitet, welche von der Wohngruppenleitung mit neuen Mitarbeitenden Punkt für Punkt besprochen werden.

I: „Dort ist auch festgehalten: Der Vorgesetzte instruiert mich oder hat mich instruiert über sicherheitsrelevante Themen an meinem Arbeitsplatz und, und und... Das wird gegenseitig unterschrieben und dann geht es ins HR.“

Ein Arbeitgebender äusserte sich speziell dahingehend, dass die erfolgreiche Wissensvermittlung und Wirkung von Informationen ein Zusammenspiel von mehreren Faktoren ist und mit der betriebsinternen Kultur zusammenhängt. Eine erfolgreiche Gesundheitsförderung sei auch davon abhängig, wie sie im Alltag gelebt werde. Es sei besonders die Aufgabe der Wohngruppenleitungen, gesundheitsfördernde Themen immer wieder einzubringen, damit die Mitarbeitenden das Gefühl erhalten, dass sie zu jeder Zeit Anliegen deponieren können. Dies sei auch eine Form der Information.

5.1.6 Herausforderungen

Der finanzielle Aspekt wurde von allen Institutionen als Herausforderung genannt. Jedoch sind sie davon unterschiedlich stark betroffen. Eine Institution ist durch kantonale Sparmassnahmen besonders betroffen und hat daher für die betriebliche Gesundheitsförderung weniger Mittel zur Verfügung als zuvor. Sie merkt an, dass durch die Sparwut des Kantons besonders verhaltensbezogene Massnahmen bedroht sind.

I: „Solange diese Politik am Drücker ist, ist es eine riesen Herausforderung. Vor allem was auf das Verhalten geht, weil man könnte ja sagen, wenn ein Mitarbeiter sagt, dass er ins Fitnesscenter geht, dann zahlen wir 20% ans Abo. Wir haben gar kein Geld für so Sachen.“

Eine andere Institution hebt hervor, dass die finanziellen Gegebenheiten zwischen den Kantonen sehr verschieden seien. Eine Herausforderung sei es, ihren unzufriedenen oder fordernden Mitarbeitenden wiederholt aufzuzeigen, dass sie verglichen mit Institutionen in anderen Kantonen auf einer „rosa Wolke“ sitzen. Sie seien personell besser aufgestellt als in

anderen Betrieben und könnten noch einen Beitrag zum Fitnessabonnement ihrer Mitarbeitenden leisten. Diese zwei Institutionen betonen wie wichtig es ist, dass man nicht im Bereich der Gesundheitsförderung spart.

Herausfordernd sei laut einer Institution auch die veränderte Erwartungshaltung der jüngeren Generationen. Freizeit und Privatleben haben, im Vergleich zu früher, mehr an Gewicht gewonnen. Dies hat einen Einfluss auf die Gestaltung der Arbeitsdienste. Die Ansprüche und Erwartungen an den Arbeitgebenden seien sich am verändern, es wird erwartet, dass Arbeit und Freizeit gut miteinander vereinbart werden können, was zum Beispiel mit geteilten Diensten teilweise schwierig ist. Auch würden sie beobachten, dass die Belastbarkeit der Mitarbeitenden tendenziell abnehme. Generell würden sie einen gesellschaftlichen Wandel beobachten bei dem die Menschen in vielen Lebensbereichen immer mehr unter Druck gerieten. Als Institution sei es wichtig, dass man solchen Entwicklungen auch Rechnung trage.

Die Herausforderung bestehe jedoch auch in der institutionellen Eingliederung der Gesundheitsförderung. Zwei der befragten Vertretenden der Institutionen weisen darauf hin, dass sie als Stabsstelle keine Entscheidungsmacht hätten. Deswegen seien sie darauf angewiesen, dass sich das Kader für gesundheitsfördernde Themen interessiere und sich ihnen annehme. Das sei zumindest in einem Betrieb während einer längeren Umstrukturierungsphase nicht immer der Fall gewesen, weil das Kader mit ganz anderen Themen beschäftigt war.

5.1.7 Wertschätzung und Kultur als wichtige Elemente

Die Institutionen erwähnten während den Gesprächen auch Aspekte, die sie als elementar für das Gelingen der betrieblichen Gesundheitsförderung erachten. Somit wurde von zwei Institutionen darauf hingewiesen, dass das Verhältnis zu den direkten Vorgesetzten besonders wichtig sei. Sei die Beziehung zu den direkten Vorgesetzten schlecht, würden alle gesundheitsfördernden Massnahmen nichts nützen. Dabei sei es wichtig, dass die Mitarbeitenden genügend Wertschätzung erhalten. Die Wertschätzung sei, laut der einen Institution, der Schlüsselfaktor für Gesundheit. Die andere Institution fügt in diesem Zusammenhang hinzu, dass die Wertschätzung dauerhaft spürbar sein müsse, ansonsten würden Massnahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung nichts nützen.

I: „Und auch nicht alle Teamleiter haben dasselbe Gespür und sagen: Hee super das finde ich super, vielen Dank. Das reicht, wenn es ehrlich ist und nicht einfach nur an Weihnachten: Ah super du arbeitest heute noch, vielen Dank.“

Weiter sei, laut Aussagen von zwei Institutionen, auch die Betriebskultur relevant. Eine Institution bemühe sich seit einigen Jahren, ihren Mitarbeitenden das Gespür zu vermitteln, dass sie ihre Anliegen zu jeder Zeit deponieren können. Es solle eine Betriebskultur entstehen die offen und kritikfähig ist. Ob die Leute mit Problemen auf die Institution zukommen, sei einerseits eine persönliche Frage, aber vor allem auch eine Frage der Betriebskultur.

I: „Aber daran sind wir, das ist eine Atmosphäre/Kultur. Für mich ist das eine Kultur. Ich kann hier meine Befindlichkeit auf den Tisch legen und sagen, das ist scheisse, was machen wir?“

Ausserdem sei es wichtig, dass die Institutionen als Arbeitgebende in ihrem Handeln konsequent seien und ihre Versprechen hielten. Dies habe einen grossen Einfluss auf ihre Glaubwürdigkeit und die Zufriedenheit der Mitarbeitenden. Eine Institution verwies in diesem Kontext auf die Konsequenzen die es hat, wenn die Bedürfnisse der Mitarbeitenden erhoben würden, jedoch keine Taten folgen.

I: „Das mache ich genau einmal und beim zweiten Mal wissen sie schon, dass anschliessend trotzdem nichts passiert wenn ich komme.“

5.2 Forschungsergebnisse Mitarbeitende

Die sechs interviewten Mitarbeitenden wurden in den Interviews zu den Belastungen in ihrer Arbeit befragt. Davon ausgehend wollten wir von ihnen wissen, welche strukturellen oder individuellen gesundheitsförderlichen Massnahmen im Betrieb für ihre Arbeit und ihr Wohlbefinden hilfreich sind. Weiter wurden sie auch aufgefordert, Verbesserungsvorschläge, beziehungsweise offene Wünsche zu formulieren.

5.2.1 Genannte Belastungen

Als Einstiegsfrage für die Mitarbeitenden wollten wir von ihnen wissen, wo sie in ihrer Arbeit Belastungen für ihre Gesundheit sehen. Damit wollten wir den Einstieg in das Thema der betrieblichen Gesundheitsförderung erleichtern und auf die Frage nach den vom Betrieb angebotenen Massnahmen vorbereiten. Wie bei Calabrese et al. (2017), konnten wir bei den Belastungen der Mitarbeitenden arbeitsbezogene wie auch betriebliche Belastungen feststellen. Teilweise nannten Mitarbeitende dieselben Belastungen, aber grundsätzlich kann man feststellen, dass Belastung sehr individuell und unterschiedlich wahrgenommen werden. Bei den arbeitsbezogenen Belastungen nannten die Mitarbeitenden herausfordernde Verhaltensweisen wie etwa Fremd- oder Selbstaggressionen, belastende Situationen mit schwerkranker Klientel und Todesfällen, Zeitdruck, physische Belastungen durch Pflege, wie auch das Gefühl sich fachlich ungenügend kompetent zu fühlen. Bei den betrieblichen Belastungen wurden unregelmässige Arbeitszeiten und der damit verbundene Mangel an Erholungszeit, personale Engpässe, Unsicherheiten durch Personalwechsel und soziale Belastungen durch Unstimmigkeiten im Team genannt. Ausserdem werden auch strukturelle Veränderungen und Veränderungen der Prozesse in der Institution als Belastung empfunden.

M: „Strukturelle Veränderungen welche durch die Institution kommuniziert werden: Es sollte einfacher werden, es sollte differenzierter werden. Diese Veränderungen bedeuten für uns im Haus aber einen riesen Mehraufwand. Ich finde schon, dass hat dann auch einen Zusammenhang mit Stress.“

Als besonders frustrierend wurde ausserdem beschrieben, dass man nicht genügend Ressourcen zur Verfügung hat um mit der Klientel so zu arbeiten, dass damit alle Bedürfnisse gedeckt werden können.

M: „Es ist schön, dass wir eine Klientel haben, welches auch kognitiv ziemlich stark ist, aber es bräuchte mehr Zeit, wenn du alle Bedürfnisse abdecken möchtest. Da finde ich es wirklich cool, wenn du gewisse Ressourcen hast, ein regelmässiges Angebot zu starten. Und das ist halt belastend, wenn du während deiner Arbeitszeit nicht das machen kannst, wo du das Gefühl hast es wäre gut und du würdest es gerne machen, aber keine Ressourcen hast dafür.“

5.2.2 Hilfreiche Massnahmen

Unter den Massnahmen und gesundheitsförderlichen Aspekten, welche die interviewten Mitarbeitenden aufgezählt haben, wurden einige als besonders gut und hilfreich bewertet. Als relevant zeigten sich dabei insbesondere das Verhältnis zum Team und den direkten Vorgesetzten, die Arbeitsplanung, sowie einige weitere Massnahmen, welche als hilfreich empfunden wurden. Diese Aspekte werden im Folgenden näher erläutert.

Das Verhältnis zum Team und den direkten Vorgesetzten

Von allen Mitarbeitenden wurde das Verhältnis im Team und zur Gruppenleitung (direkte vorgesetzte Person), also ein gutes Klima untereinander als besonders relevant beschrieben. Betont wurde, dass gegenseitiges Verständnis, ein offenes Ohr und Hilfsbereitschaft im Team sehr wichtig sind. Belastungen und Unsicherheiten bei der Arbeit werden gerne erst im Team oder mit der Gruppenleitung besprochen, erst dann werden weitere Stellen (Ombudsstellen) oder Personen in Betracht gezogen. Von einigen Mitarbeitenden wird es als hilfreich beschrieben, zu wissen, wohin man sich bei Problemen wenden kann. Auch individuelle Massnahmen werden geschätzt.

M: „Ja ich kann eigentlich immer, wenn ich ein Anliegen habe oder wenn es mir nicht gut geht zu zwei Teamkollegen wo ich weiss, ok die hören mir zu. Auch mein Chef hat so ein sehr gutes Verhältnis, also da weiss ich, wenn es mir nicht gut geht, kann hingehen und sagen: Hey mir gehts nicht gut. Dann schaut er auch, ok brauchst du einen Tag frei, brauchst du zwei Tage frei und so. Also da wird schon gut drauf geschaut.“

In einer Institution wurde in diesem Zusammenhang auch die gute Beziehung zur Institutionsleitung als hilfreich erwähnt.

M: „Der Heimleiter kommt regelmässig vorbei und fragt wie es einem geht und dann kann man sicher auch mal kurz sein Herz ausschütten, das ist auch sehr wichtig finde ich. Die Beziehung vor allem zum Heimleiter, ich kann ja jetzt nicht für alle sprechen, aber die finde ich sehr stark.“

Zwei Mitarbeitende sehen in Gefässen für das Team, wie Teamtage oder Teamausflüge, eine gute Massnahme für die Teambildung, die Steigerung der Motivation und somit der

Arbeitsqualität. Als weitere hilfreiche Gefässe werden Teamsitzungen und Supervisionen genannt, wo Probleme und Themen genauer besprochen werden können.

M: „Und dann finde ich auch sehr gut, dass wir regelmässig an die Teamsitzung einladen dürfen, wenn uns etwas belastet, wo man nachher im Team darüber diskutieren kann.“

Die Arbeitsplanung

Bei der Arbeitsplanung wurde unter anderem erwähnt, dass es hilfreich ist, wenn die vorgesetzte Person auf Hobbys Rücksicht nimmt und Mitarbeitende dafür auch einen Abend zugesprochen bekommen, an dem sie nicht eingeplant werden. Ausserdem wurden Feiertagszulagen, keine zu langen Arbeitstage und Verzicht auf geteilte Dienste genannt. Auch klare Regeln in der Arbeitsplanung, beispielsweise keinen Frühdienst nach dem Spätdienst, mindestens zwei freie Tage pro Woche oder die Trennung von Pikett und Nachtwache wurden als hilfreich erkannt.

M: „Allgemein finde ich, dass da recht gut geschaut wird, dass du vor einem Frühdienst kein Spätdienst hast oder so, dass die Ruhezeiten auch wirklich eingehalten werden. Die Gruppenleitung schaut halt, dass du deinen Hobbys nachgehen kannst, deine fixen Abende frei hast oder die die Familie haben, dass die wirklich auch Zeit mit den Kindern verbringen können.“

Ausserdem wurde von mehreren Mitarbeitenden erwähnt, dass sie erst nach sechs Tagen Krankheitsabsenz ein Arztzeugnis bringen müssen. Dies empfanden sie als entlastend.

Bezüglich der Ferien erwähnten mehrere Mitarbeitende, dass sie mindestens fünf Wochen Ferien haben und gleichzeitig die Möglichkeit besteht, sich Ferien zu kaufen oder unbezahlten Urlaub zu beantragen. Für Mitarbeitende auf Intensivwohngruppen wird in einer Institution wegen der erhöhten psychischen Belastung ausserdem eine zusätzliche Woche Ferien zur Verfügung gestellt.

Zwei der interviewten Mitarbeitenden haben Erfahrungen mit längeren Krankheitsausfällen gemacht. Ein Mitarbeiter konnte von einem Case Management profitieren und empfand es als besonders schön, dass er keinen Druck durch den Arbeitgebenden empfunden hat. Es wurde keine Kündigung ausgesprochen, obwohl der Mitarbeiter noch in der Probezeit war.

Eine Mitarbeiterin berichtete davon, dass sie sich gut unterstützt fühlte, da ihr Chef sie regelmässig anrief und sie sich durch die Institution gerecht behandelt fühlte.

Weitere Hilfreiche Massnahmen

Als unterstützend und hilfreich für ihren Arbeitsalltag empfindet die Mehrheit der Mitarbeitenden, dass die Institutionen ihnen die Teilnahme an Weiterbildungen ermöglichen. Somit können sie ihr Wissen vertiefen und/ oder neues Wissen aneignen. Das grosse Angebot an Weiterbildungen und deren Finanzierung durch die Institutionen wird von den Mitarbeitenden sehr geschätzt. Weiter werden sowohl freiwillige Weiterbildungen, als auch obligatorische Weiterbildungen für ganze Teams angeboten.

Von einigen Mitarbeitenden wurden auch Massnahmen und Programme wie „Bike to Work“, Pilatesunterricht über den Mittag, gratis Schwimmbadbenutzung und Vergünstigungen in Fitnesszentren erwähnt. Die Bewertung dieser Massnahmen ging von neutral bis hilfreich. Eine Mitarbeiterin erwähnt Zusatzleistungen vom Arbeitgebenden (Goodies) als Massnahme, die sie als sehr gut, grosszügig und wertschätzend erlebt, wie etwa Dienstaltersgeschenke oder Gratskaffee. Eine weitere Mitarbeiterin profitiert am meisten von der Qualitätssicherung in ihrem Betrieb.

M: „Also ich profitiere am meisten davon, dass ich Sachen melden kann, die ich nicht ok finde und ich weiss, dass damit etwas passiert. Also eigentlich unsere Qualitätssicherung. Also du stösst mit nichts einfach ins Leere, sondern du kannst wirklich deinem Unmut egal über was, kannst du Ausdruck verleihen, wirst erhört und bekommst Antwort.“

Auch wurden Hilfsmittel wie Lifte, Pflegebetten oder andere Geräte als hilfreich genannt, welche die physischen Belastungen minimieren. Es wurde auch ein Instrument für den Umgang mit Aggression und Gewalt erwähnt. Ein Mitarbeiter empfindet ausserdem die Arbeitskleidung als sehr hilfreich.

M: „Ich finde es auch cool, dass wir hier Arbeits-T-Shirts haben, dann hast du viel weniger Wäsche, dann kannst du mal zwei, drei Tage später waschen als sonst.“

5.2.3 Nicht hilfreiche Massnahmen

Von einigen Mitarbeitenden wurden gewisse Massnahmen aber auch als nicht hilfreich empfunden. Eine Mitarbeiterin hat keine guten Erfahrungen mit Supervision gemacht und diese überhaupt nicht als hilfreich empfunden. Eine andere Mitarbeiterin fand, dass der Pausenraum in der Institution ihr nicht zur Erholung diene, da es für die ganze Institution nur einen Raum gibt und dort immer sehr viel Betrieb herrsche. Eine weitere Mitarbeiterin empfindet die Optimierung der Prozesse durch die Institution als wenig hilfreich.

M: „Dort finde ich halt sind viele Abläufe welche man optimieren wollte und vielleicht im Büro oben auch optimiert hat, welche aber in der Praxis eher schwieriger geworden sind.“

Ausserdem wurden, wie bei den weiteren Hilfsmitteln erwähnt, Verhaltensbezogene Massnahmen teilweise weder als hilfreich, noch als nicht hilfreich empfunden. Manche Mitarbeitende kennen diese Massnahmen zwar, aber ihre Bewertung ist eher neutral.

M: „An Bewegungsangeboten wie Bike to work kann man auch mitmachen, wenn man will aber ich muss sagen. Ich habe das Gefühl, da könnte man schon mehr machen aber ich wäre nicht der, der das nutzen würde.“

5.2.4 Mitgestaltungsmöglichkeiten

Den Mitarbeitenden sind verschiedene Möglichkeiten zur Mitgestaltung bekannt. Grundsätzlich wurden von allen Mitarbeitenden unterschiedliche Arten der Mitgestaltung genannt. Gewisse Möglichkeiten wie der direkte Kontakt zu Vorgesetzten, Teamsitzungen, Mitarbeitendenbefragungen, Mitarbeitendengespräche und ein Forum im Intranet, worin man seine Anliegen deponieren kann, wurden von mehreren Mitarbeitenden genannt. Bei den Mitarbeitendengesprächen wurde von mehreren Mitarbeitenden erwähnt, dass es hauptsächlich um die persönliche Weiterentwicklung im Betrieb gehe und nur am Rande um Mitgestaltungsmöglichkeiten.

M: „Einmal im Jahr gibt es ein Mitarbeitendengespräch und da geht es wirklich auch um den eigenen Standpunkt, wo man sich selbst weiter entwickeln kann. Von beiden Seiten

her. Dort wollen sie dann wissen, wo man gerade steht oder was man dazu findet oder ob man etwas verbessern könnte.“

Von einem Mitarbeiter wurde ausserdem die Möglichkeit einer Teilnahme in einer Mitarbeitendenvertretung, bei der eine Gruppe von Mitarbeitenden der Institution die Interessen der Mitarbeitenden vertreten können, genannt.

Eine Mitarbeiterin hat den Eindruck, dass es in ihrer Institution extrem viele Mitgestaltungsmöglichkeiten gibt, dass die Verantwortung diese zu nutzen jedoch bei den Mitarbeitenden selbst liegt. Eine andere Mitarbeitende erwähnt, dass die Institutionsleitung sehr offen ist für Veränderungsvorschläge und diese auch gerne annimmt.

M: „Wenn uns etwas schadet und wir das verändern wollen, dann ist das kein Thema, das wird sofort gemacht. Ja dort schaut der Heimleiter wirklich, dass wir das bekommen. Ja dort würde ich für ihn meine Hand ins Feuer legen.“

Es wird auch angemerkt, dass man zwar weiss, dass es Mitgestaltungsmöglichkeiten gibt, dass jedoch teilweise kein Bedürfnis besteht sich zu engagieren. Für manche ist es zu mühsam sich zu engagieren, weil sie sonst schon sehr beschäftigt sind und andere sehen keine Notwendigkeit, weil sie damit zufrieden sind, wie es ist. Es wird ausserdem bemerkt, dass es in den kleinen Einheiten (Wohngruppe, Wohnhaus) relativ einfach ist, Abläufe und Prozesse anzupassen und zu verändern, weil man sich dort gut eingebunden fühlt. Hingegen fühlt man sich auf der Institutionsebene weniger in Entscheidungsprozesse eingebunden. Es wird jedoch auch von einigen Mitarbeitenden erwähnt, dass es für sie wichtiger ist, wenn die direkten Vorgesetzten ihre Anliegen und Wünsche aufnehmen und umsetzen.

M: „Und mir ist es eigentlich auch nicht so wichtig, da bin ich grad ehrlich. Mir ist wichtig, dass wenn ich bei meinem Chef etwas deponiere, dass das aufgenommen oder umgesetzt wird, abgeklärt wird, rückgemeldet wird. Das ist mir eigentlich wichtiger.“

5.2.5 Wünsche

Das Wohl der Klientel steht für die Mitarbeitenden an oberster Stelle. Wie bereits erwähnt, stellen einige Mitarbeitende fest, dass sie zu wenige Ressourcen in der Betreuung haben. Sie würden gerne den Betreuungsschlüssel anpassen, um ihre Arbeit qualitativ hochwertig

verrichten zu können. Gerne würden sie für die Klientel mehr Zeit zur Verfügung haben, damit mehr Ausflüge, Bewegungsangebote und Förderung möglich wären.

M: „Es wäre halt schon schön, wenn wir mehr Zeit hätten, um mehr Bewegungsangebote oder so zu machen. Es ist sehr cool, dass wir Kinästhetikkurse¹⁰ haben und ich konnte den Aufbaukurs schon machen. Aber es wäre schön, wenn wir auch mal Zeit hätten, um das auf den Wohngruppen einzubringen.“

Weiterbildungen werden sehr geschätzt, eine Mitarbeiterin erwähnt jedoch, dass es für sie von Vorteil wäre, wenn sie auch mal eine Fachperson in ihrem Arbeitsalltag begleiten und beraten würde. Es gebe nach Weiterbildungen wiederholt Unsicherheiten bezüglich der Umsetzung in der Praxis.

Ein Mitarbeiter würde sich wünschen, dass sich die Institution allgemein ein bisschen mehr über das Wohlbefinden ihrer Mitarbeitenden informiert. Er selber arbeite zwar nicht in der Pflege, er wünsche sich jedoch, dass auf Mitarbeitende in der Pflege besser geachtet würde, da diese einen körperlich sehr anstrengenden Job haben. Dieser Mitarbeiter schlägt auch vor, dass bei einem Vorfall mit Gewalt eine professionelle Person für die Nachbesprechung zur Verfügung gestellt werden sollte.

M: „Dass man da halt nochmals mehr auf die Mitarbeiter schaut, dass es da vielleicht, gerade wenn so ein Vorfall von Gewalt vorkommt, dass man es meldet im HR und dass dann eine Fachperson kommt und sich mit dem Mitarbeiter und dem Ereignis auseinandersetzt.“

Es wurde auch vorgeschlagen, dass Führungspersonen öfters die Wohngruppen besuchen sollten, damit sie den Alltag ihrer Angestellten erleben und ein besseres Verständnis für deren Bedürfnisse und Probleme entwickeln. Eine Mitarbeiterin merkt an, dass sie sich auch von den Mitarbeitenden einen Blick für die Zusammenhänge und mehr Interesse am Angebot und der Umgangskultur der Institution wünscht.

¹⁰ Kinaesthetics meint „Erfahrungswissenschaft, die sich mit Bewegungskompetenz als einer der zentralen Grundlagen des menschlichen Lebens auseinandersetzt (. . .) Es führt zu einer erhöhten Achtsamkeit für die Qualitäten und Unterschiede der eigenen Bewegung in allen alltäglichen Aktivitäten.“ (Kinaesthetics Schweiz, 2018)

Mitarbeitende, die in der Pflege arbeiten, würden sich freuen, wenn die Institution ihnen Vergünstigungen oder Gutscheine für Massagen oder Wellness anbieten könnte. Ein Mitarbeiter hat den Eindruck, dass das angebotene Essen für Mitarbeitende gesünder sein könnte und er aus diesem Grund, aber auch aus Kostengründen, sein Essen immer selber mitnehme. Auch der Wunsch nach Arbeitskleidung wurde geäußert. In einer Institution gibt es einen Pausenraum für alle Häuser, dort fände man es schön, wenn es für jedes Haus einen Pausenraum geben würde. Eine Mitarbeiterin hat einen konkreten Wunsch zur Arbeitssicherheit.

M: „Ich fände es gut, wenn man mal Übungen machen könnte zum Beispiel zu Brandsituationen oder Evakuierungen. Das wurde schon von mehreren Mitarbeitenden angebracht und bis jetzt ist nichts umgesetzt worden zu dem. Weil gerade so bei der Nachtwache, wo wenig Personal da ist, so viele Häuser nacheinander, das kann böse enden. Und ich hätte echt Respekt davor, wenn das hier mal brennen würde.“

6. Diskussion der Forschungsergebnisse

Da wir insgesamt nur neun Interviews durchgeführt haben, können wir mit unserer nun vorliegenden Arbeit keinen Anspruch auf Repräsentativität erheben. Dennoch konnten aus den Interviews Aussagen und Informationen herausgefiltert werden, die aufgrund der gegenwärtigen Theorielage auch einen allgemeingültigen Charakter besitzen. In diesem Kapitel werden wir deshalb die wichtigsten Ergebnisse aus den Interviews nochmals aufgreifen und anhand unserer Forschungsfrage diskutieren. Dabei werden die Inhalte der Interviews der Mitarbeitenden und der Institutionen mit den Grundlagen und Theorien aus den Kapiteln 2 & 3 verknüpft.

Einleitend werden die Ziele der Institutionen als Arbeitgebende, die von den Mitarbeitenden genannten Belastungsfaktoren und die Wirkung der Massnahmen diskutiert. Durch die geführten Interviews wurde zudem ersichtlich, dass bestimmte Faktoren für die Mitarbeitenden besonders gesundheitsrelevant sind. Deswegen werden auch die Einflüsse des unmittelbaren Arbeitsumfelds, der Weiterbildungen, der Arbeitsplanung und des Casemanagements näher betrachtet. Weiter werden die Partizipationsmöglichkeiten der Mitarbeitenden innerhalb ihrer Institutionen diskutiert.

6.1 Ziele der Institutionen

Als Ziele der betrieblichen Gesundheitsförderung nannten die Institutionen besonders die Gesundheit der Mitarbeitenden, die Arbeitsqualität und den finanziellen Aspekt. Auch wurden noch weitere Ziele wie die Stärkung der Kompetenzen oder die Beteiligung der Mitarbeitenden genannt. Die Zielformulierungen der Institutionen unterschieden sich nicht grundlegend, änderten sich jedoch in ihren Feinheiten. Diese Unterschiede sind besonders davon abhängig, woran sich das Gesundheitsmanagement hauptsächlich orientiert, denn dieses hat laut Bamberg et al. (2011, S. 128) nicht immer den selben Ausgangspunkt. Das Gesundheitsmanagement könne sich an gewinnorientierten Zielen, an Zielen der Gesundheitsförderung und/oder der Prävention orientieren. Die aufgezählten Zieldimensionen können verschieden gewichtet werden (s. Kap. 3.1.4.). Zwei Institutionen orientierten sich in den Gesprächen stark an der Gesundheitsförderung und eine vermehrt an der Arbeitssicherheit und am Gesundheitsschutz. Der Unterschied zwischen Gesundheitsförderung und Arbeitssicherheit und Arbeitsschutz besteht laut Hafén (2013, S.

169) darin, dass sich Arbeitssicherheit und Gesundheitsschutz auf den Schutz vor schädlichen Einflüssen am Arbeitsplatz beziehen. Gesundheitsförderung hingegen bezieht sich auf den Schutz vor negativen psychosozialen und verhaltensbezogenen Faktoren (s. Kap. 3.1.3). Laut Bamberg et al. (2011, S. 128) entwickelt ein Gesundheitsmanagement, das seine Wurzeln in der Gesundheitsförderung hat, vermehrt Massnahmen und Angebote, die die Gesundheit fördern und weiterentwickeln, Belastungen und Risikofaktoren minimieren und gleichzeitig personale Ressourcen stärken (s. Kap. 3.1.4.). Faller (2017, S. 26-27) merkt an, dass sich die Mühe der Betriebe für die betriebliche Gesundheitsförderung auf verschiedenen Ebenen auszahlt: Die Produktivität der Arbeitnehmenden werde gesteigert, krankheitsbedingte Absenzen minimiert, das Betriebsklima verbessert und die Verlässlichkeit und Wertschätzung untereinander und füreinander gestärkt (s. Kap. 3.1.5).

6.2 Organisation der betrieblichen Gesundheitsförderung

Die befragten Institutionen befanden sich bezüglich der Umsetzung der betrieblichen Gesundheitsförderung in verschiedenen Entwicklungsstadien. Eine Institution gab an, dass seit mehr als zehn Jahren ein konzeptionell verankertes Gesundheitsmanagement bestehe. Die anderen Institutionen betrieben zwar vereinzelt Gesundheitsförderung, jedoch schien die konzeptionelle Verankerung noch in der Entwicklung zu sein. Hafén (2013, S. 176-177) weist diesbezüglich darauf hin, dass ein nachhaltiges Gesundheitsmanagement nicht einzig von einer guten Organisation und Koordination abhängig ist. Vielmehr müsse das betriebliche Gesundheitsmanagement Teil der Unternehmensstrategie werden (s. Kap. 3.1.4). Auch gab es Unterschiede in der Organisation der betrieblichen Gesundheitsförderung. Dabei fällt auf, dass die Gesundheitsförderung mehrheitlich als Stabsstelle organisiert war. Dies hat zur Folge, dass die Verantwortlichen für die Gesundheitsförderung im Betrieb keine Entscheidungsmacht haben. Die Herausforderung für die Gesundheitsförderung bestehe darin, dass sich das Kader ihren Themen annimmt. Grundsätzlich suchten die Institutionen, in der Umsetzung, nach individuellen strukturellen Lösungen und setzten dafür auf externe Partnerorganisationen.

6.3 Von den Mitarbeitenden genannte Belastungsfaktoren

Von den Mitarbeitenden wurden unterschiedliche, arbeitsbezogene, aber auch betriebliche Belastungen genannt. Was als Belastung empfunden wird ist dabei sehr individuell. Dies beschreiben auch Poppelreuter und Mierke (2012, S. 15) anhand des „Belastungs-Beanspruchungskonzepts“. In dem Modell geht es darum, negative psychische und physische Auswirkungen von Arbeitsbedingungen auf den Menschen zu untersuchen (s. Kap. 2.6). Semmer und Laurenz (2014, S. 578) führen dazu aus, dass mit Belastungen nur Faktoren gemeint sind, die auf einen Organismus einwirken. Beanspruchungen hingegen stellen alle Folgen einer Belastung dar. Jede Person bewältigt Belastungen anders. So kann die gleiche Belastung, bei unterschiedlichen Menschen, zu verschiedenen Beanspruchungen führen, welche wiederum negative Folgen wie Stresserleben, aber auch positive Folgen wie Lern- und Trainingseffekte haben können (s. Kap. 2.6). Unter arbeitsbezogenen Belastungen wurden von den Mitarbeitenden herausfordernde Verhaltensweisen wie etwa Fremd- oder Selbstaggressionen, belastende Situationen mit schwerkranker Klientel und Todesfällen, Zeitdruck, physische Belastungen durch Pflege, wie auch das Gefühl sich fachlich nicht genügend kompetent zu fühlen genannt. Unter betrieblichen Belastungen nannten die Mitarbeitenden unregelmässige Arbeitszeiten und der damit verbundene Mangel an Erholungszeit, personale Engpässe, Unsicherheiten durch Personalwechsel und soziale Belastungen durch Unstimmigkeiten im Team. Auch wurden Umstrukturierungen in den Institutionen und die damit verbundenen Optimierungsversuche erwähnt.

Mehrere Mitarbeitende äusserten das Ziel, ihre Arbeit qualitativ hochwertig zu verrichten, damit die Klientel so gut wie möglich betreut und gefördert werden kann. Allerdings wurde von einigen Mitarbeitenden erwähnt, dass sie nicht genügend personelle und zeitliche Ressourcen zur Verfügung haben und dies als belastend empfinden. Sie würden gerne den Betreuungsschlüssel anpassen, damit sie der Klientel gerecht werden können. Ein Mitarbeiter merkt dazu an, dass er in einer Weiterbildung zu Kinästhetik zwar neue Kompetenzen erwerben konnte, jedoch im Arbeitsalltag nicht genügend zeitliche Ressourcen vorhanden sind, um das Gelernte vollumfänglich umzusetzen und anzuwenden. Er beschreibt es als sehr belastend, da er bei der Arbeit nicht die Leistung bringen kann, die er könnte und auch möchte. Durch die fehlenden personellen und zeitlichen Ressourcen werden Mitarbeitende also in ihrer Entscheidungsfreiheit beschnitten. Auch Karasek und Theorell (1990) bestätigen

mit ihrem Job-Demand-Control-Modell, dass psychische Belastungen besonders im fehlenden Entscheidungsspielraum der Arbeitnehmenden ihren Ursprung haben. Dieser Entscheidungsspielraum ist für die Gesundheit der Arbeitnehmenden von grosser Bedeutung. Denn Entscheidungsspielräume lassen Freiheit zu, um Lösungen für Arbeitsanforderungen zu finden und verhindern, dass Arbeitnehmende an ihre psychischen Grenzen stossen (s. Kap. 2.7.4).

6.4 Unterschiedliche Wirkung von Massnahmen

Aus den Interviews wurde ersichtlich, dass Massnahmen mit verhältnisorientiertem Charakter, wie beispielsweise Weiterbildungen und Teamsitzungen, von den Mitarbeitenden grundsätzlich erkannt und als hilfreich bewertet wurden. Die verhaltensbezogenen Massnahmen und Programme wurden von den Mitarbeitenden zwar wahrgenommen, jedoch wurde deren Nutzen sehr unterschiedlich bewertet. Einige bewerteten die Massnahmen als gut und hilfreich, andere interessieren sich wenig dafür. Besonders verhaltensbezogene Massnahmen wie „Bike to Work“, Pilatesunterricht oder gratis Schwimmbadbenutzung, die zumindest auf den ersten Blick keinen direkten Zusammenhang mit dem Arbeitsalltag haben, wurden sehr unterschiedlich bewertet.

Gesundheitsfördernde Massnahmen lassen sich laut Hafén (2013, S. 161-162) in verhaltens- und verhältnisbezogene Massnahmen einteilen. Die verhaltensbezogenen Massnahmen richten sich direkt an das Individuum und dessen Verhalten. Dabei soll individuelles Verhalten, das zu Schäden führt verhindert werden. Es geht um die Prävention von Problemen mittels Verhaltensänderung. Die verhältnisbezogenen Massnahmen richten sich an soziale Systeme und versuchen diese dahingehend zu verändern, dass sie zu einer gesundheitsförderlichen Umwelt beitragen (s. Kap. 3.1.6). Zu den verhältnisbezogenen Massnahmen zählen Bamberg et al. (2011, S. 124) beispielsweise Veränderungen in der Arbeitsgestaltung und in der Organisationsstruktur, wie etwa ergonomische Veränderungen am Arbeitsplatz. Auch Veränderungen von Arbeitsaufgaben, wie etwa einen grösseren Handlungsspielraum, zählen sie zu den verhältnisbezogenen Massnahmen (s. Kap. 3.1.6). Bamberg et al. (2011) aber auch Hafén (2013) weisen darauf hin, dass sich verhaltens- und verhältnisbezogene Massnahmen nicht klar voneinander unterscheiden lassen und sich gegenseitig beeinflussen (s. Kap. 3.1.6).

Aus diesem Grund ist die vorgenommene Einteilung, der von den Mitarbeitenden erkannten Massnahmen in verhaltens- und verhältnisbezogene Massnahmen nicht trennscharf.

Die unterschiedlichen Bewertungen der Massnahmen können einerseits mit den bereits thematisierten individuellen Reaktionen auf Belastungen zu tun haben. Andererseits kann der Unterschied auch durch die Arbeit selbst erklärt werden. Vor allem von Mitarbeitenden, welche viel pflegerische Arbeit leisten müssen und keine Vergünstigungen für Fitnesszentren erhalten, wurde explizit die finanzielle Beteiligung der Institutionen, beispielsweise für entspannende Behandlungen im Rückenbereich gewünscht. Diesem Wunsch steht die Aussage einer Institution gegenüber, die erklärt, dass durch die Sparmassnahmen des Kantons, verhaltensorientierte Massnahmen gefährdet sind und Leistungen dieser Art durch die Institution nicht mehr finanziert werden können. In diesem Zusammenhang kritisiert Ulich (2005, S. 226-127), dass, obwohl den verhältnisorientierten Massnahmen immer mehr Bedeutung beigemessen wird, verhaltensorientierte Massnahmen bei Gesundheitsförderung immer noch überwiegen würden (s. Kap. 3.1.6).

6.5 Besonders gesundheitsrelevante Faktoren

In den Interviews mit den Mitarbeitenden und Institutionen wurden die folgenden Themen als besonders gesundheitsrelevant beschrieben und/oder von der grossen Mehrheit der Mitarbeitenden erwähnt. Deswegen werden sie folgend einzeln behandelt.

6.5.1 Das unmittelbare Arbeitsumfeld

Massnahmen im unmittelbaren Arbeitsumfeld (sozial, physikalisch und strukturell) gelten eher als verhältnisbezogene Massnahmen, da es bei diesen laut Hafén (2013, S. 162) darum geht Verhältnisse („Settings“) so zu beeinflussen, dass strukturelle Aspekte wie soziale oder physikalische Einflussfaktoren, die das Auftreten von bestimmten Problemen beeinflussen, verändert werden können (s. Kap. 3.1.6).

Sowohl für die Institutionen als auch für Arbeitnehmende spielt das unmittelbare Arbeitsumfeld, also das Team und die direkt vorgesetzte Person, für den Umgang mit Belastungen und somit auch auf das psychische Wohlbefinden, eine wichtige Rolle. Von den Mitarbeitenden wurde ein gutes Verhältnis, sowohl im Team, als auch mit den direkten Vorgesetzten als besonders relevant beschrieben. Dieses positive Klima entsteht laut ihnen

durch gegenseitige Unterstützung, Beratung und Hilfsbereitschaft. Nach Bündler (2002, S. 96) kann das unmittelbare Arbeitsumfeld also als soziale Ressource bezeichnet werden. Unter sozialen Ressourcen versteht er Ressourcen, die von anderen Personen zur Verfügung gestellt werden. Demgegenüber stellt er die personalen Ressourcen, die vom Individuum selbständig erschlossen werden können (s. Kap. 3.2.6). Mitarbeitende können zwar einen Beitrag zu einem positiven Betriebsklima leisten, können dieses jedoch nicht alleine beeinflussen, dabei sind sie auf ihre Mitarbeitenden und auf ihre direkten Vorgesetzten angewiesen. Auch die Institutionen messen dem unmittelbaren Arbeitsumfeld eine grosse Bedeutung bei und sehen darin eine wichtige Ressource. Dafür bieten die Institutionen Massnahmen zur Stärkung des Klimas im Team an, wie beispielsweise Supervisionen, Teamsitzungen und Mitarbeitendenanlässe. Auch Hafén (2013, S. 128) misst dem sozialen Umfeld grosse Bedeutung zu. So sieht er beispielsweise in einem guten Betriebsklima einen Schutzfaktor (s. Kap. 3.2.2). Dies lässt den Schluss zu, dass umgekehrt davon ausgegangen werden kann, dass durch ein schlechtes Betriebsklima ein Belastungsfaktor entsteht, der sich negativ auf die Gesundheit auswirken kann. Lazarus und Folkman (1986, S. 63) bezeichnen den psychologischen Stress diesbezüglich als eine Beziehung mit der Umwelt, die vom Individuum im Hinblick auf sein Wohlergehen als bedeutsam bewertet wird (s. Kap. 2.7.3).

Die Institutionen erwähnen auch die Bedeutung von Massnahmen auf der Ebene der Teamleitungen. Einerseits werden durch Beratungs- und Gesprächsschulungen Kompetenzen im Umgang mit den Mitarbeitenden vermittelt. Andererseits werden die Teamleitungen in der Früherkennung und Frühbehandlung von Krankheitsausfällen geschult.

Von zwei Institutionen wurde darauf hingewiesen, dass das Verhältnis zum direkten Vorgesetzten von grösster Bedeutung ist. Sei dieses Verhältnis schlecht, würden alle gesundheitsfördernden Massnahmen nichts nützen. Dabei sei vor allem wichtig, dass die Mitarbeitenden genügend Wertschätzung erfahren. Eine Institution sieht in der Wertschätzung den Schlüsselfaktor für Gesundheit. Nicht alle Vorgesetzten hätten dasselbe Gespür für ihre Mitarbeitenden, dies sei jedoch sehr wichtig. Die Institutionen erkennen, dass die Beratungskompetenz der Leitungspersonen eine wichtige Voraussetzung für die innerbetriebliche Gesundheitsförderung ist. Der Erfolg einer betrieblichen Gesundheitsförderung hängt laut einer Institution auch davon ab, ob und wie diese im Alltag gelebt wird. Auch dabei nehmen die direkten Vorgesetzten eine wichtige Rolle ein. Es sei

besonders ihre Aufgabe gesundheitsfördernde Themen einzubringen, damit die Mitarbeitenden das Gefühl erhalten, dass sie zu jeder Zeit Anliegen deponieren können. Hafén (2013 S. 177) weist in diesem Kontext darauf hin, dass die Umsetzung eines nachhaltigen BGM besonders von der Koordination und der Informationspolitik abhängig sei (s. Kap 3.1.4.).

Obwohl für die Mitarbeitenden das unmittelbare Arbeitsumfeld für ihre Gesundheit und den Umgang mit Belastungen die wichtigste Rolle spielt, fehlt einigen die Nähe zur Leitungsebene. Sie würden sich wünschen, dass sich die Leitungsebene mehr nach ihrem Wohlbefinden erkundigen und sich mehr für ihren Arbeitsalltag und die damit verbundenen Belastungen und Probleme interessieren würde. Regelmässige Besuche von Leitungspersonen auf den Wohngruppen würde die Mehrheit der Mitarbeitenden begrüßen.

6.5.2 Weiterbildungen

Für die Mehrheit der Mitarbeitenden stellen Weiterbildungen eine wichtige Massnahme dar, da sie ihnen ermöglichen ihre Kompetenzen zu steigern und dadurch auch Belastungen abzubauen. So wurde zwar von einigen Mitarbeitenden erwähnt, dass sie sich in gewissen Bereichen fachlich nicht genügend kompetent fühlen, zum Beispiel in der Pflege oder im Umgang mit herausforderndem Klientel. Diese Mitarbeitenden merkten jedoch an, dass sie die Möglichkeit haben sich für Weiterbildungen einzuschreiben und davon sehr profitieren können. Ausserdem werden auch obligatorische Schulungen für das ganze Betreuungsteam durchgeführt. Ganz nach dem Ansatz des Empowerments wie ihn Naidoo und Wills (2010, S. 111) beschreiben, können die Mitarbeitenden durch diese Weiterbildungen die notwendigen Fähigkeiten erwerben, um auf die beruflichen Herausforderungen angemessen reagieren zu können. Damit Menschen empowert werden können, ist es allerdings unumgänglich, dass diese ihren mangelnden Einfluss erkennen und verstehen, ihre Lage als ernst empfinden, diese ändern wollen und davon überzeugt sind, dass sie ihre Kompetenzen durch Unterstützung und zusätzliche Informationen verändern können (s. Kap. 3.2.4). Mit dem Angebot von Weiterbildungen ermöglichen die Institutionen den Mitarbeitenden ebendiesen Kompetenzgewinn, der wichtig ist, um mit Belastungen besser umgehen zu können. Wie verschiedene Studien gezeigt haben (Habermann-Horstmeier & Limbeck, 2015, 2016; Habermann-Horstmeier & Stefanie Bühner, 2015) unterstreicht die Tatsache, dass

Überforderung oft auch durch ungenügende Ausbildung verursacht wird, die Notwendigkeit solcher Weiterbildungen (s. Kap. 1.4).

6.5.3 Partizipation an der Gestaltung von Massnahmen

Die Mitarbeitenden äusserten sich bezüglich der Mitgestaltung mehrheitlich über Gestaltungsmöglichkeiten innerhalb ihrer Wohngruppe bzw. ihres Wohnhauses. Es wurden Gefässe wie Teamsitzungen, Mitarbeiterbefragungen, Mitarbeitergespräche und der direkte Kontakt zum Vorgesetzten genannt, innerhalb welcher sich Mitgestaltungsmöglichkeiten wahrnehmen können. In diesem Kontext wurde von den Mitarbeitenden wiederholt die Gestaltung der Arbeitsplanung genannt, in die sie bei Bedarf ihre Anliegen anbringen konnten. In der Regel wurden diese auch berücksichtigt.

Auch ein Forum im Intranet, in dem man Anliegen deponieren kann und die Möglichkeit einer Teilnahme in einer Mitarbeitendenvertretung wurden genannt. Haus- bzw. Gruppenintern sei das Anpassen von Abläufen und Prozessen relativ einfach und die Mitarbeitenden fühlten sich grundsätzlich gut eingebunden und in ihren Anliegen ernst genommen. Stark und Wright (2011, S. 406) fordern explizit, dass die Partizipation ernst genommen wird. Die Professionellen der Gesundheitsförderung seien dafür verantwortlich, dass eine wirkliche Teilhabe an Entscheidungen stattfindet, denn oft beschränke sich die Partizipation, auf die Information über Projekte oder darauf, dass an Umfragen teilgenommen werden kann (s. Kap. 3.2.5).

Bezüglich der Partizipation auf institutioneller Ebene äusserten sich die Mitarbeitenden verschieden. Besonders die Mitarbeitenden einer Institution sagten, dass viele Möglichkeiten gibt, sich einzubringen. Im Vordergrund stand besonders der Eindruck, dass sie bei der Heimleitung ihre Anliegen immer deponieren können und diese auch ausnahmslos behandelt werden. Eine Mitarbeiterin machte in diesem Kontext jedoch darauf aufmerksam, dass es auch in der Verantwortung der Mitarbeitenden sei, die vorhandenen Möglichkeiten zu nutzen.

Bei den zwei weiteren Institutionen äusserten sich die Mitarbeitenden etwas verhaltener. Sie wussten zwar teilweise über Möglichkeiten Bescheid, machten jedoch aus verschiedenen Gründen keinen Gebrauch davon. Für gewisse Mitarbeitende ist es zu umständlich sich einzubringen und andere sehen keine Notwendigkeit, weil sie mit ihrer Arbeitssituation

zufrieden sind. Hafen (2013, S. 199) merkt an, dass die Teilnahme der Zielpersonen an der Veränderung ihrer Lebenswelt wichtig ist, weil sich diese Veränderungen auch an deren Eigenschaften und Persönlichkeiten orientieren sollten. Dies habe zudem auch einen präventiven Charakter (s. Kap. 3.2.5). Somit sollten die Mitarbeitenden auch auf institutioneller Ebene partizipativ eingebunden werden. In diesem Kontext weisen Badura, Ritter und Scherf (1999, zit. in Wolfgang Ritter, 2003, S. 101) darauf hin, dass jedoch die Führungskräfte die Verantwortung haben, partizipative Strukturen und Prozesse zu initialisieren. Dies sei eine Voraussetzung für die Mitwirkung und Befähigung von Mitarbeitenden (s. Kap. 3.2.5.).

Eine Mitarbeiterin, die privat wiederholt an Feuerwehrrübungen teilgenommen hat, äusserte sich darüber, dass ihre Institution von mehreren Mitarbeitenden wiederholt auf Sicherheitsbedenken hingewiesen wurde und bisher aber diesbezüglich nichts vorgenommen wurde. Zwei Institutionen wiesen in diesem Kontext darauf hin, dass die Anliegen der Mitarbeitenden konsequent bearbeitet werden müssten und eine Rückmeldung zwingend erforderlich sei. Inhaltlich müssten die Absichten erklärt und zwingend auch umgesetzt werden, ansonsten würde die Glaubwürdigkeit solcher Prozesse verloren gehen.

Weiter konnten wir in den Forschungsergebnissen feststellen, dass Umstrukturierungen in den Institutionen und die damit verbundenen Optimierungsversuche als Belastungen erlebt werden. Dies könnte auch mit der fehlenden Partizipation der Mitarbeitenden an solchen Umstrukturierungen zusammenhängen. Hafen (2013, S. 199) hebt in diesem Kontext hervor, dass die Partizipation der Mitarbeitenden, besonders wenn es um die Veränderung von Systemen in der Lebenswelt der Mitarbeitenden, also um Verhältnisprävention geht, eine wichtige Rolle spielt (s. Kap. 3.2.5).

6.5.4 Arbeitsplanung und Casemanagement

Obwohl die unregelmässigen Arbeitszeiten teilweise als belastend empfunden wurden, äusserten sich die Mitarbeitenden sehr positiv über die Arbeitsplanung. Sie erwähnten, dass ihre Vorgesetzten sehr bemüht seien die Ruhezeiten einzuhalten und in der Arbeitsplanung beispielsweise bedacht seien, nach Spätdiensten keine Frühdienste zu planen. Des weiteren würden sie auch auf persönliche Bedürfnisse Rücksicht nehmen und den Mitarbeitenden durch die Arbeitsplanung regelmässige Hobbys ermöglichen oder auf familiäre Bedürfnisse

eingehen. Mitarbeitende, die mit sehr anspruchsvoller Klientel arbeiten, bekommen eine Woche mehr Ferien. Damit möchte die Institution der erhöhten psychischen Belastung entgegenwirken. Um die Bedeutung der Arbeitsplanung beschreiben zu können, ist das fünf Säulen Modell nach Petzold (2012, S. 520-524) dienlich. Petzold beschreibt insgesamt fünf Säulen der Identität, um den Einfluss der Arbeit auf die Identität von Menschen zu beschreiben. Die dritte Säule stellt dabei Arbeit, Leistung und Freizeit dar. Wenn nicht genügend Erholungszeit vorhanden ist, kann die Work-Life-Balance innerhalb dieser Säule aus dem Gleichgewicht geraten. Dies führt zu Überlastungsreaktionen, die sich auf weite Teile der anderen Identitätssäulen wie etwa die sozialen Beziehungen, das Leistungsvermögen und die Gesundheit auswirken können (s. Kap. 2.5).

Eine Institution sieht in diesem Zusammenhang eine Herausforderung in der veränderten Erwartungshaltung der neuen Generation. Diese würden anders zwischen Freizeit und Arbeit gewichten. Freizeit und Privatleben würden, im Vergleich zu früher, mehr gewichtet als Arbeit. Diese Veränderung könne auch einen Einfluss auf die Gestaltung der Arbeitsdienste haben. Es wurde zudem geäußert, dass man den Eindruck habe, dass die Belastbarkeit der Mitarbeitenden abgenommen habe. Gleichzeitig könne man beobachten, dass Mitarbeitende in vielen Lebensbereichen immer mehr unter Druck gerieten. Deshalb sei es wichtig, dass Institutionen dieser Entwicklung Rechnung tragen würden, um sowohl für die Klientel als auch für die Mitarbeitenden attraktiv bleiben zu können.

Weiter wurden auch das Absenzenmanagement und das Casemanagement von den interviewten Personen thematisiert. Mehrere Mitarbeitende erwähnten, dass sie erst ab sechs Tagen ein Krankheitszeugnis bringen müssen. Dies empfanden sie als entlastend. Für die Institutionen stellt das Absenzenmanagement eine Möglichkeit dar, Hinweise auf den Gesundheitszustand ihrer Mitarbeitenden zu erhalten. Hafén (2013, S. 169) beschreibt als dritte Säule des BGM das Eingliederungsmanagement und das Disability Management. Darin enthalten sind Massnahmen zur Wiedereingliederung von Mitarbeitenden, die gesundheitsbedingt für längere Zeit ausfallen. Eine gute Früherkennung, die durch Personalführung und ein gut durchdachtes Absenzenmanagement erreicht wird, ist dabei ein wichtiger Teil des Eingliederungs-/ Disability Managements. Die Ausfälle sollen so kurz wie möglich ausfallen und ein Ausscheiden aus dem Arbeitsmarkt verhindert werden (s. Kap. 3.1.3).

Zwei Mitarbeitende haben Erfahrungen mit längeren krankheitsbedingten Ausfällen gemacht. Einer profitierte von einem Casemanagement und empfand es als „schön“ begleitet zu werden und keinen Druck durch die Institution zu spüren. Bei der anderen Mitarbeiterin wurde kein Casemanagement eingerichtet, ihr Chef rief sie jedoch regelmässig an und sie fühlte sich durch die Institution unterstützt.

7. Schlussfolgerungen

Der Einblick in die Institutionen hat gezeigt, dass das Verständnis und die Umsetzung der betrieblichen Gesundheitsförderung sehr individuell sind. Deshalb ist es kaum sinnvoll Vergleiche zwischen den Institutionen zu machen. Durch die Interviews und die theoretische Auseinandersetzung haben sich jedoch gemeinsame Themen herauskristallisiert, die wir als besonders relevant für die Beantwortung unserer Fragestellung erachten. In der Schlussfolgerung sollen diese Themen deshalb nochmals kurz aufgenommen werden, damit unsere Fragestellung zusammenfassend beantwortet werden kann. Zum Schluss werden wir Anregungen für die Praxis und Handlungsempfehlungen für die Soziale Arbeit aussprechen.

7.1 Zusammenfassende Beantwortung der Fragestellung

Im Anschluss soll unsere Forschungsfrage zusammenfassend beantwortet werden. Dafür werden die wichtigsten Ergebnisse aus der Diskussion der Forschungsergebnisse nochmals aufgegriffen und alle Unterfragen beantwortet.

7.1.1 Wirkung von Massnahmen

Inwiefern wirken gesundheitsfördernde Massnahmen in Betrieben der stationären Behindertenhilfe auf die Mitarbeitenden?

Wie in Kapitel 6.4 bereits beschrieben, ist die Wirkung der Massnahmen auf die Mitarbeitenden unterschiedlich. Allgemein lässt sich jedoch feststellen, dass verhältnisorientierte Massnahmen von den Mitarbeitenden eher als wirkungsvoll beschrieben werden, als verhaltensorientierte Massnahmen. Die Wirkung von verhaltensorientierten Massnahmen ist sehr individuell und sie werden von den Mitarbeitenden als unterschiedlich hilfreich beschrieben.

Zur Beantwortung unserer Forschungsfrage dienten uns drei Unterfragen, die im Folgenden beantwortet werden sollen und somit zur vollständigen Beantwortung unserer Forschungsfrage beitragen.

7.1.2 Wahrnehmung der Massnahmen

Wie nehmen die Mitarbeitenden die Massnahmen wahr?

Während der Interviews viel auf, dass die Mitarbeitenden in der Regel keinen gesamtheitlichen Überblick über die von ihrem Arbeitgeber umgesetzten Massnahmen hatten. Die Mitarbeitenden waren besonders über Massnahmen informiert, die ihre Arbeit direkt betreffen oder von denen sie aus individuellen Gründen schon gebrauch gemacht haben. Gerade Mitarbeitende, die bereits längere krankheitsbedingte Ausfälle zu beklagen hatten, erwähnten beispielsweise das Case Management als Massnahme und konnten ausführlicher darüber berichten. Mitarbeitende, die vom Case Management nicht Gebrauch gemacht haben, hatten teilweise schon davon gehört oder wussten nicht ob ihre Arbeitgeber eines führen. Die Mitarbeitenden konnten jedoch sehr präzise darüber Auskunft geben, was aus ihrer Sicht für ihre Arbeit und Gesundheit wichtig ist.

7.1.3 Bedeutungen der Massnahmen

Welche Bedeutungen messen die Mitarbeitenden diesen Massnahmen zu?

Eine grosse Anzahl der Aussagen und Beispiele der Mitarbeitenden hatten einen direkten Bezug zu ihrem unmittelbaren Arbeitsumfeld, beziehungsweise den Wohngruppen. Alle haben dabei die zentrale Rolle des Teams und der Teamleitung hervorgehoben. Ein gegenseitiges Verständnis und ein hilfsbereites Klima im Team seien sehr wichtig. Dadurch könnten Belastungen und Unsicherheiten bei der Arbeit, im Team besprochen werden. Die Auseinandersetzung mit der Theorie hat aufgezeigt, dass die Mitarbeitenden nicht alleine für ein gutes Klima untereinander verantwortlich sind. Es sei laut Hafén (2013) die Aufgabe der Gesundheitsförderung und somit des Arbeitgebers für Verhältnisse zu sorgen, die ein solches Klima untereinander ermöglichen. Unter anderem auch durch die Sicherstellung der Führungsqualität (Kap. 3.1.3).

Weiter wurden die Weiterbildungen als wichtige Massnahme genannt. Besonders die Tatsache, dass viele Mitarbeitende als Quereinsteigende ohne berufsspezifische Ausbildung in der stationären Behindertenhilfe tätig sind, verstärkt die Wichtigkeit des Weiterbildungsangebotes, weil das Risiko von Überforderung durch ungenügende Ausbildung

erhöht ist. Weiter wird der aktuelle politische Kontext in der Behindertenhilfe von Calabrese et al. (2017, S. 20) als problematisch beschrieben. Die Sparmassnahmen würden die Personaldecke dünner werden lassen und die Belastung der Mitarbeitenden verstärken (s. Kap. 2.6.). Weiterbildungen können in diesem Kontext ein wichtiges Mittel darstellen, um den Mitarbeitenden die Möglichkeit zu bieten ihre Kompetenzen und Ressourcen zu stärken und sich in diesem erschwerten Umfeld zu behaupten.

7.1.4 Bedürfnisse der Mitarbeitenden

Decken sich die Massnahmen mit den Bedürfnissen der Mitarbeitenden?

Ob sich die Massnahmen generell mit den Bedürfnissen der Mitarbeitenden decken, ist an dieser Stelle nur schwer abschliessend zu beantworten. Grundsätzlich konnten wir feststellen, dass die Massnahmen im unmittelbaren Arbeitsumfeld und die Weiterbildungen für die Mitarbeitenden einen hohen Stellenwert haben. Die Mitarbeitenden waren mit dem Angebot mehrheitlich zufrieden oder äusserten zumindest keine grössere Unzufriedenheit. Die in den Interviews genannten Belastungen und Wünsche der Mitarbeitenden lassen dennoch Verbesserungspotential bezüglich gesundheitsfördernder Massnahmen vermuten. Mehrere Mitarbeitende äusserten Belastungen wie Zeitdruck, Personale Engpässe, Unsicherheiten durch Personalwechsel oder Umstrukturierungen. Der Zeitdruck durch die fehlenden Ressourcen würde dazu führen, dass den Mitarbeitenden die Zeit fehle, um alle Bedürfnisse der Klientel zu decken. Dies sei laut einem Mitarbeitenden besonderes frustrierend und auch belastend, weil man dadurch nicht das machen könne, was man für richtig empfinde. Die Wünsche der Mitarbeitenden lassen sich oft von den genannten Belastungen ableiten, wie beispielsweise der Wunsch nach mehr Personal.

Besonders auffallend war folgender Aspekt: In den Interviews mit den Mitarbeitenden wurden auch Umstrukturierungen und die Optimierung von Prozessen durch die Institution, teilweise als nicht hilfreich und belastend beschrieben. Gerade bei solchen Umstrukturierungen, wo es um die Veränderung von Systemen in der Lebenswelt und somit um Verhältnisprävention geht, wäre jedoch eine Partizipation der Mitarbeitenden wichtig, wie dies Hafén (2013, S. 199) feststellt (s. Kap. 3.2.5). In den Aussagen der Mitarbeitenden fiel jedoch auf, dass die Partizipation auf institutioneller Ebene kaum ein Thema war. Die Mitarbeitenden waren

mehrheitlich weder interessiert an institutionellen Entwicklungen teilzunehmen, noch wussten sie in welchem Rahmen das möglich ist. Welches die Ursachen für die fehlende Partizipation oder für das fehlende Interesse sind, wird durch die Forschungsergebnisse dieser Arbeit nicht eindeutig ersichtlich. Es könnte am Fehlen von Institutionellen Konzepten, an deren Umsetzung oder an weiteren an dieser Stelle nicht in Erwägung gezogenen Faktoren liegen. Klar scheint jedoch, dass Veränderungen der Arbeitsverhältnisse durch den aktuellen finanzpolitischen Kontext gefördert werden. Die Institutionen stehen vermehrt unter Druck und müssen sich den neuen finanziellen Gegebenheiten anpassen, was Umstrukturierungen mit sich bringt. Der Einbindung der Mitarbeitenden in diese institutionellen Veränderungsprozesse sollte, gestützt auf die Forschungsergebnisse dieser Arbeit, besonderes Augenmerk zukommen.

7.1.5 Anregungen für die Praxis

Wie kann die betriebliche Gesundheitsförderung für die Mitarbeitenden in der stationären Behindertenhilfe optimiert werden?

Zwei Institutionen äussern sich im Zusammenhang mit den Sparmassnahmen auch über die Wichtigkeit der betrieblichen Gesundheitsförderung. Die Sparmassnahmen würden die Institutionen finanziell unter Druck setzen und es sehe nicht danach aus, dass sich dies in nächster Zeit ändere. Sie befürchten, dass diese Sparmassnahmen soziale Institutionen dazu verleiten könnten im Bereich der Gesundheitsförderung zu sparen. Dies wäre aus ihrer Sicht jedoch fatal, denn Gesundheitsförderung generiere nicht nur Kosten, sondern trage auch zum Erhalt der Motivation, der Betriebskultur und dem Zusammenhalt bei. Somit scheint es wichtig, dass die gesundheitsfördernden Bemühungen der Betriebe weiterverfolgt, möglicherweise sogar intensiviert werden.

Die Arbeitgebenden sind zumindest auf der gesetzlichen Ebene nicht zur Gesundheitsförderung verpflichtet. Die Ausführungen der Institutionen zeigten jedoch, dass zumindest auf der Ebene des Wettbewerbs mit anderen Institutionen ein gewisser Druck besteht. Einerseits möchte das Kader im Vergleich mit anderen Institutionen nicht negativ auffallen. Andererseits sind die Institutionen auf einen minimalen Qualitätsstandard angewiesen, wenn sie für qualitativ hochstehendes Personal attraktiv sein wollen. Für eine qualitative und nachhaltige Gesundheitsförderung ist laut Hafén (2013, S. 176-177) eine

konzeptionelle Verankerung und gute Koordination der Massnahmen notwendig. Dies allein sei jedoch noch kein Garant für Erfolg, vielmehr solle Gesundheitsförderung, beziehungsweise das Gesundheitsmanagement eine Unternehmensstrategie werden (s. Kap. 3.1.4). Zwei Institutionen benutzten bezüglich der Umsetzung wiederholt die Begriffe „Kultur“ oder „Betriebskultur“. Dieses Streben nach einer gesundheitsfördernden Betriebskultur scheint ein Beispiel für die von Hafen geforderte Unternehmensstrategie zu sein (ebd.).

Die teilnehmenden Institutionen haben bereits seit längerer Zeit ein Konzept zur Gesundheitsförderung oder befinden sich im Aufbau eines solchen Konzeptes. Wie bereits erwähnt, war die Herangehensweise nicht bei allen Institutionen die gleiche. Besonders eine Institution fokussierte in den Gesprächen stark auf die Arbeitssicherheit und den Gesundheitsschutz (s. Kap. 6.1). Wie aus der Ottawa Charta (1986) hervorgeht, verfolgt die Gesundheitsförderung jedoch nicht nur den Schutz der Mitarbeitenden, sondern strebt auch die Befähigung zur Selbstbestimmung über die eigene Gesundheit an (s. Kap. 3.1.1). Dies beinhaltet beispielsweise auch, dass die Mitarbeitenden die Möglichkeit erhalten ihr Arbeitsumfeld sowohl auf der Wohngruppe, als auch auf der institutionellen Ebene partizipativ mitzugestalten.

Durch die Aussagen der Mitarbeitenden wurde auch ersichtlich, dass teilweise eine Distanz zwischen den Mitarbeitenden und den Heimleitungen wahrgenommen wird. Es wurde explizit gewünscht, dass sich die Heimleitungen mehr für das Wohlbefinden und die Probleme der Mitarbeitenden interessieren. Dieser Wunsch entsteht möglicherweise durch den Eindruck sich nicht verstanden zu fühlen. Eine fehlende Verbindung zwischen den Mitarbeitenden und den Heimleitungen kann, aus unserer Sicht, dazu führen, dass Entscheide der Heimleitungen auf die Mitarbeitenden befremdend wirken und auf Unverständnis stossen. Besonders in diesem zurzeit schwierigen finanziellen Kontext, welcher auch Unsicherheiten und Belastungen mit sich bringt, könnten ein gezeigtes Interesse und eine gezeigte „Nähe“ der Heimleitungen die Identifikation, den Zusammenhalt und die Motivation der Mitarbeitenden fördern.

Die Sparmassnahmen setzen auch das Budget der betrieblichen Gesundheitsförderung unter Druck. Individuelle verhaltensbezogene Massnahmen können teilweise nicht ohne weiteres finanziert werden. Die Institutionen sind angehalten nach kreativen Lösungen zu suchen. Die Institutionen können beispielsweise Synergien und Ressourcen ihrer Mitarbeitenden nutzen.

So werden zumindest in einer Institution bereits einzelne Angebote wie beispielsweise Pilates oder Yoga von Mitarbeitenden geleitet.

7.2 Die Rolle der Sozialen Arbeit

Wie in der Ausgangslage bereits erwähnt, verweist AvenirSocial in einer schriftlichen Stellungnahme darauf, dass betriebliche Gesundheitsförderung zur Sicherstellung einer guten Qualität der Sozialen Arbeit gehört, jedoch merken sie an, dass die Verantwortung dafür bei der Führung der Institutionen liegt (s. Kap.1.1). Auch Hafen (2013, S. 177) weist darauf hin, dass betriebliches Gesundheitsmanagement und die enthaltene Gesundheitsförderung eine Führungsaufgabe sei (s. Kap. 3.1.4). Jedoch ist es, aus unserer Sicht, besonders im aktuellen finanzpolitischen Kontext wichtig, dass die Soziale Arbeit und im speziellen Branchenverbände wie INSOS oder AvenirSocial weiterhin auf die Relevanz der betrieblichen Gesundheitsförderung aufmerksam machen.

Auch die Professionellen der Sozialen Arbeit sollen sich in ihrem beruflichen Alltag für ein gesundheitsförderndes Arbeitsumfeld einsetzen. Unter Art. 13.3 des Berufscodex der Sozialen Arbeit steht, dass sich die Professionellen der Sozialen Arbeit „(. . .) innerhalb ihrer Organisation für Integrität und Gesundheitsschützende Arbeitsverhältnisse, für befriedigende Arbeitsbedingungen und für die stete Weiterentwicklung und Verbesserung der Qualität ihrer Organisation (. . .)“ einsetzen sollen. Im Bereich der stationären Behindertenhilfe fällt besonders den Professionellen der Sozialpädagogik diese Aufgabe zu. Weiter können auch die Hochschulen für Soziale Arbeit in ihren Lehrgängen auf die Thematik aufmerksam machen und die zukünftigen Professionellen sensibilisieren. Die Hochschule Luzern – Soziale Arbeit (2018) bietet in diesem Zusammenhang bereits im Bachelorstudiengang ein Modul „Prävention und Gesundheitsförderung“ an. Weiter bieten sie sowohl bezüglich des betrieblichen Gesundheitsmanagements, als auch der Prävention und Gesundheitsförderung einen „Master of Advanced Studies“ (MAS) an.

7.3 Ausblick

Wie bereits erwähnt, steuert diese Arbeit, bezüglich der Umsetzung der betrieblichen Gesundheitsförderung, nur einen kleinen Beitrag an Erkenntnissen bei. Die Interviews mit den Institutionen haben trotzdem einen Einblick in die Organisation und Entwicklung der Gesundheitsförderung ermöglicht. Es wurde ersichtlich, dass die teilnehmenden Institutionen den Wert der betrieblichen Gesundheitsförderung erkannt haben und sich darum bemühen, ihre Massnahmen konzeptuell zu verankern. Auch wurde ersichtlich, dass sich die Institutionen bezüglich der Verankerung der betrieblichen Gesundheitsförderung in verschiedenen Entwicklungsstadien befinden und zudem verschiedene Herangehensweisen haben.

Belastungen am Arbeitsplatz können durch die Gesundheitsförderung nicht gänzlich vermieden werden. Trotzdem kann sie in gewissen Bereichen für Entlastung sorgen. Die von den Mitarbeitenden genannten Belastungen zeigen, dass beispielsweise Umstrukturierungen als belastend empfunden werden. Aus unseren Forschungsergebnissen geht jedoch nicht hervor wie die Institutionen bei solchen Prozessen detailliert vorgehen. Es wäre jedoch interessant, herauszufinden, ob Umstrukturierungsprozesse so angepasst werden können, dass sie auf die Mitarbeitenden weniger belastend wirken. Weiter äusserten sich die Mitarbeitenden über die Wichtigkeit ihres unmittelbaren Arbeitsumfeldes. Auch da wäre es sehr spannend herauszufinden was dafür gelingende Beispiele sind. Somit könnten „best practice“ Beispiele definiert werden, die weiteren Institutionen gelingende Hinweise liefern.

Abschliessend gilt es festzuhalten, dass diese qualitative Forschung in grossen Institutionen durchgeführt wurde. Die daraus erarbeiteten Erkenntnisse können somit nur bedingt auf kleinere Betriebe abgeleitet werden. Eine zukünftige Forschungsarbeit könnte beispielsweise bei der betrieblichen Gesundheitsförderung in kleineren Institutionen ansetzen.

8. Quellenverzeichnis

- Antonovsky, Aaron (1997). *Salutogenese. Entmystifizierung der Gesundheit* (Alexa Franke & Nicola Schulte, Übers.). Tübingen: dgvt-Verlag (engl. Unraveling the Mystery of Health. How People Manage Stress and Stay Well. San Francisco 1987).
- AvenirSocial (2010). *Berufskodex Soziale Arbeit Schweiz. Ein Argumentarium für die Praxis der Professionellen*. Bern: Autor.
- Bamberg, Eva, Ducki, Antje & Metz, Anna-Marie (2011). Gesundheitsförderung und Gesundheitsmanagement: Konzeptuelle Klärung. In Eva Bamberg; Antje Ducki & Anna-Marie Metz (Hrsg.), *Gesundheitsförderung und Gesundheitsmanagement in der Arbeitswelt. Ein Handbuch*. (S. 123-134). Göttingen: Hogrefe.
- Bieker, Rudolf (Hrsg.). (2005). *Teilhabe am Arbeitsleben. Wege der beruflichen Integration von Menschen mit Behinderung*. Stuttgart: Kohlhammer.
- bike to work (2018). *Über bike to work*. Gefunden unter https://www.biketowork.ch/de/about/about_bike_to_work
- Brandes, Sven & Stark, Wolfgang (2011). Empowerment/ Befähigung. In Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung [BZgA], *Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention* (S. 57-60). Köln: Autor.
- Bundesamt für Statistik (2014). Medienmitteilung. Publikation der Standardtabellen der Schweizerischen Gesundheitsbefragung 2012. Gefunden unter <https://www.bfs.admin.ch/bfs/de/home/aktuell/neue-veroeffentlichungen.assetdetail.37758.html>
- Bundesgesetz vom 20. März 1981 über die Unfallversicherung (SR 832.20).
- Bünder, Peter (2002). *Geld oder Liebe? Verheissungen und Täuschungen der Ressourcenorientierung in der Sozialen Arbeit*. Lit Verlag: Münster.
- Calabrese, Stefania, Neuenschwander, Martin, Zenker, Widukind (2017). *Belastungen und Ressourcen von Mitarbeitenden in der stationären Behindertenhilfe. Eine explorative Untersuchung*. Luzern: unveröffentlichter Forschungsbericht.
- Dahlgren, Göran & Whitehead, Margaret (1991). *Policy and strategies to promote social equity in health. Background document to WHO – Strategy paper for Europe*. Stockholm: Institute for future Studies.
- DockCheck (2018a). *Definition Salutogenese*. Gefunden unter <http://flexikon.doccheck.com/de/Salutogenese>
- DockCheck (2018b). *Definition Pathogenese*. Gefunden unter <http://flexikon.doccheck.com/de/Pathogenese>

- Faller, Gudrun (2017). Was ist eigentlich betriebliche Gesundheitsförderung? In Gudrun Faller (Hrsg.), *Lehrbuch Betriebliche Gesundheitsförderung* (3. Vollst. überarb. und erw. Auflage, S. 25-38). Bern: Hogrefe Verlag.
- Flick, Uwe (2016). *Qualitative Sozialforschung. Eine Einführung* (vollst. überarb. Neuausg.). Reinbek bei Hamburg: Rowohlt Verlag GmbH.
- Franke, Alexa (2011). Salutogenetische Perspektive. In Stephan Blümel, Peter Franzkowiak, Lotte Kaba-Schönstein, Guido Nöcker, Alf Trojan (Hrsg.), *Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention. Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden*. (S. 487-490) Gamburg: Verlag für Gesundheitsförderung.
- Franzkowiak, Peter (2011). Risikofaktoren und Risikofaktorenmodell. In Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung [BZgA], *Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention* (S. 479-486). Köln: Autor.
- Glaser, Jürgen & Seubert, Christian (2014). Arbeitsbezogene psychosoziale Determinanten von Gesundheit. In Peter Angerer, Jürgen Glaser, Harald Gündel, Peter Henningsen, Claas Lehman et al. (Hrsg.). *Psychische und psychosomatische Gesundheit in der Arbeit* (S. 133-155). Heidelberg: Hüthig Jehle Rehm GmbH.
- Gaillard, Serge & Baumberger, Daniel (2013). Arbeit und Beschäftigung. In Anna Maria Riedi, Michael Zwilling, Marcel Meier Kressig, Petra Benz Bartoletta & Doris Aebi Zindel (Hrsg.), *Handbuch Sozialwesen Schweiz* (S. 82-102). Bern: Haupt.
- Gerhard Westermayer & Bertolt A. Stein (2006). *Produktivitätsfaktor Betriebliche Gesundheit*. Göttingen: Hogrefe.
- Greif, Siegfried (1991). Stress in der Arbeit. Einführung und Grundbegriffe. In Siegfried Greif, Eva Bamberg & Norbert Semmer (Hrsg.). *Psychischer Stress am Arbeitsplatz*. Göttingen: Hogrefe.
- Habermann-Horstmeier, Lotte (2018). *Grundlagen der Gesundheitsförderung in der stationären Behindertenarbeit. Eine praxisbezogene Einführung*. Bern: Hogrefe.
- Habermann-Horstmeier, Lotte, Bühner, Stefanie (2015). Welche Massnahmen der Betrieblichen Gesundheitsförderung bieten Behinderten-Wohneinrichtungen ihrem Betreuungspersonal an? Ergebnisse einer Untersuchung in Südbaden. *ASU Arbeitsmed Sozialmed Umweltmed*, 50, (5), 362-370.
- Habermann-Horstmeier, Lotte, Limbeck, Kira (2015). Krank zur Arbeit – Gesundheitssituation von Betreuern in Behinderteneinrichtungen. *HeilberufeScience*, 7, (1), 25-39.
- Habermann-Horstmeier, Lotte, Limbeck, Kira (2016). Arbeitsbelastung: Welchen Belastungen sind die Beschäftigten in der Behindertenbetreuung ausgesetzt? *ASU Arbeitsmed Sozialmed Umweltmed*, 51 (7), 517-525.
- Hafen, Martin (2006). Betriebliches Gesundheitsmanagement – eine komplexe Aufgabe. *SuchtMagazin*, (4), 3-15.

- Hafen, Martin (2007). *Grundlagen der systemischen Prävention. Ein Theoriebuch für Lehre und Praxis* (1. Aufl.). Heidelberg: Carl-Auer Verlag.
- Hafen, Martin (2009). *Mythologie der Gesundheit. Zur Integration von Salutogenese und Pathogenese* (2. Aufl.). Heidelberg: Carl-Auer Verlag.
- Hafen, Martin (2013). *Grundlagen der systemischen Prävention. Ein Theoriebuch für Lehre und Praxis* (2. vollst. überarb. Aufl.). Heidelberg: Carl-Auer Verlag.
- Hafen, Martin (2017). *Soziale Arbeit und Gesundheit*. Unveröffentlichtes Unterrichtsskript. Hochschule Luzern Soziale Arbeit.
- Hägerbäumer Miriam (2011). *Präsentismus. Krank zur Arbeit – Ursachen, Folgen, Kosten und Massnahmen*. Berlin: Springer.
- Hermanns, Harry (2005). Interviewen als Tätigkeit. In Uwe Flick, Ernst von Kardorff & Ines Steinke (Hrsg.), *Qualitative Forschung. Ein Handbuch* (4. Aufl., S. 360-368). Reinbek bei Hamburg: Rowohlt Verlag GmbH.
- Hochschule Luzern - Soziale Arbeit (2018). *Weiterbildungsangebot. Master of Advanced Studies*. Gefunden unter <https://www.hslu.ch/de-ch/soziale-arbeit/weiterbildung/studienprogramm/mas/#?filters=102,27>
- Hurrelmann, Klaus, Klotz, Theodor & Haisch, Jochen (2014). Grundlagen und Konzepte von Prävention und Gesundheitsförderung. In Klaus Hurrelmann, Theodor Klotz & Jochen Haisch (Hrsg.), *Lehrbuch Prävention und Gesundheitsförderung* (4. Voll. überarb. Aufl., S. 13-24). Bern: Huber.
- Brigitte, Ruckstuhl (2011). Definition, Ziele, Prinzipien, Handlungsebenen und- strategien. In Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung [BZgA], *Gesundheitsförderung in der Schweiz* (S. 219-222). Köln: Autor.
- Igic, Ivana, Elfering, Achim, Semmer, Norbert, Brunner Beatrice, Wieser, Simon (2017). *Job-Stress-Index 2014 bis 2016. Kennzahlen zu psychischer Gesundheit und Stress bei Erwerbstätigen in der Schweiz. Theoretische Grundlagen, Methodik und Ergebnisse für die Jahre 2014 bis 2016 in quer- und Längsschnitt*. Bern und Lausanne: Gesundheitsförderung Schweiz.
- Igic, Ivana, Luder, Lorenz, Elfering, Achim, Semmer, Norbert, Brunner Beatrice et al. (2016). *Job-Stress-Index 2016. Erhebung von Kennzahlen zu psychischer Gesundheit und Stress bei Erwerbstätigen in der Schweiz*. Unveröffentlicher kommentierter Tabellenband. Bern: Gesundheitsförderung Schweiz.
- Initiative Neue Qualität der Arbeit [INQA]. (2014). *Gesunde Mitarbeiter – gesundes Unternehmen. Eine Handlungshilfe für das Betriebliche Gesundheitsmanagement*. Berlin: Autorin.
- Initiative Neue Qualität der Arbeit [INQA]. (2014). *Gesunde Mitarbeiter -gesundes Unternehmen. Eine Handlungshilfe für das Betriebliche Gesundheitsmanagement*.

Gefunden unter: https://www.inqa.de/SharedDocs/PDFs/DE/Publikationen/psyga-gesunde-mitarbeiter-gesundes-unternehmen.pdf?__blob=publicationFile&v=2

Insos (2018). *Flyer Insos Securit*. Gefunden unter <https://www.insos-securit.ch/assets/INSOS-SECURIT/Flyer-INSOS-Securit-d.pdf>

Nationaler Branchenverband der Institutionen für Menschen mit Behinderung [INSOS]. (2018). *Wohnangebote*. Gefunden unter <https://www.insos.ch/themen/bereichsthemen/wohnangebote/>

Johns, Gary (2010). *Presentism in the workplace: A review and research agenda*. Wiley: InterScience VS. DOI: 10.1002/job.630

Kaba-Schönstein, Lotte (2011). Definition, Ziele, Prinzipien, Handlungsebenen und -strategien. In Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung [BZgA], *Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention* (S. 137-144). Köln: Autor.

Karasek, Robert & Theorell, Töres (1990). *Healthy Work. Stress, productivity, and the reconstruction of working life*. New York City: Basic Books.

Kerkau, Katja (1997). Betriebliche Gesundheitsförderung. *Faktoren für die erfolgreiche Umsetzung des Gesundheitsförderungskonzepts in Unternehmen*. Gamburg: Verlag für Gesundheitsförderung.

Kinaesthetics Schweiz (2018). *Was ist Kinaesthetics?* Gefunden unter <https://www.kinaesthetics.ch/was-ist-kinaesthetics.cfm>

Krohne, Heinz Walter (2010). *Psychologie der Angst*. Stuttgart: Kohlhammer.

Lazarus, Richard S. & Launier, Raymond (1981). Stressbezogene Transaktionen zwischen Person und Umwelt. In Jürgen R. Nitsch (Hrsg.). *Stress. Theorien, Untersuchungen, Massnahmen* (S. 213-259). Bern : Hans Huber.

Lazarus, Richard S. & Folkman, Susan (1984). *Stress, appraisal and Coping*. New York: Springer.

Lazarus, Richard S. & Folkman, Susan (1986). Cognitive theories of Stress and the issue of circularity. In M. H. Alley & R. Trumbull (Hrsg.). *Dynamics of Stress. Physiological, psychological, and social perspectives* (S. 63-80). New York: Plenum.

Lazarus, Richard S. (2006). *Stress and Emotion. A new Synthesis*. Berlin: Springer.

Lohaus, Daniela & Habermann, Wolfgang (2018). *Präsentismus. Krank zur Arbeit – Ursachen, Folgen, Kosten und Massnahmen*. Berlin: Springer.

Lyssenko, Lisa, Franzkowiak, Peter & Bengel, Jürgen (2011). Resilienz und Schutzfaktoren. In Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung [BZgA], *Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention* (S. 476-478). Köln: Autor.

- Mayer, Horst Otto (2013). *Interview und schriftliche Befragung. Grundlagen und Methoden empirischer Sozialforschung* (6. überarb. Aufl.). München: Oldenbourg Wissenschaftsverlag GmbH.
- Mayring, Philipp (2016). *Einführung in die qualitative Sozialforschung. Eine Anleitung zu qualitativem Denken* (6. überarb. Aufl.). Weinheim: Beltz Verlag.
- Merkens, Hans (1997). Stichproben bei qualitativen Studien. In Barbara Friebertshäuser & Annedore Prengel (Hrsg.), *Handbuch Qualitative Forschungsmethoden in der Erziehungswissenschaft* (S. 97-106). Weinheim: Juventa Verlag.
- Metzger, Marius (2018). *Sampling: Wie kommt man zur Stichprobe?* Unveröffentlichtes Unterrichtsskript. Hochschule Luzern, Soziale Arbeit.
- Naidoo, Jennie & Wills, Jane (2010). *Lehrbuch der Gesundheitsförderung* (Günter Conrad übers.). Köln: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung [BZgA] (engl. Health Promotion – Foundations for Practice, 2009).
- Nitsch, Jürgen R. (1981). Stresstheoretische Modellvorstellungen. In Jürgen R. Nitsch (Hrsg.), *Stress. Theorien, Untersuchungen, Massnahmen* (S. 52-130). Bern: Hans Huber.
- Petzold, Hilarion G. (2012). „Transversale Identität und Identitätsarbeit“. Die Integrative Identitätstheorie als Grundlage für eine entwicklungspsychologisch und sozialisationstheoretisch begründete Persönlichkeitstheorie und Psychotherapie - Perspektiven „klinischer Sozialpsychologie“. In Hilarion G. Petzold (Hrsg.), *Identität. Ein Kernthema moderner Psychotherapie – interdisziplinäre Perspektiven* (1. Aufl., S. 407-605). Wiesbaden. Springer.
- Poppelreuter, Stefan & Mierke, Katja (2012). *Psychische Belastungen am Arbeitsplatz. Ursachen – Auswirkungen – Handlungsmöglichkeiten* (4. durchges. Aufl.). Berlin: Schmid.
- Przyborski, Aglaja & Wohlrab-Sahr, Monika (2010). *Qualitative Sozialforschung. Ein Arbeitsbuch* (3. Aufl.). München: Oldenbourg Wissenschaftsverlag GmbH.
- Reber, Stefan (2014). Neurobiologische Grundlagen von Stress. Grundlagen der Stressanfälligkeit und der Stressresistenz. In Peter Angerer, Jürgen Glaser, Harald Gündel, Peter Henningsen, Claas Lehman et al. (Hrsg.), *Psychische und psychosomatische Gesundheit in der Arbeit* (S. 133-155). Heidelberg: Hüthig Jehle Rehm GmbH.
- Richter, Matthias & Hurrelmann, Klaus (Hrsg.). (2016). *Soziologie von Gesundheit und Krankheit*. Wiesbaden: Springer.
- Rigotti, Thomas & Mohr, Gisela (2011). Gesundheit und Krankheit in der neuen Arbeitswelt. In Eva Bamberg, Antje Ducki & Anna-Marie Metz (Hrsg.), *Gesundheitsförderung und Gesundheitsmanagement in der Arbeitswelt. Ein Handbuch* (S. 61-82). Göttingen: Hogrefe.

- Ritter, Wolfgang (2003). Betriebliches Gesundheitsmanagement „erlernen“ durch Leitfäden? Organisationstheoretische und betriebspraktische Anforderungsdimensionen an Verfahrenswege im betrieblichen Gesundheitsmanagement. In Dietrich Müller & Rainer Müller (Hrsg.), *Gesundheit-Arbeit-Medizin*. Bremerhaven: Wirtschaftsverlag NW.
- Rosenbrock, Rolf & Hartung, Susanne (2011). Gesundheitsförderung und Betrieb. In Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung [BZgA], *Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention* (S. 231-235). Köln: Autor.
- Schaufelberger, Daniel (2013). *Supportet Employment. Arbeitsintegration für Personen mit erschwertem Zugang zum Arbeitsmarkt*. Luzern: Interact.
- Schneider, Werner (2013). Gesundheit und Krankheit in der Gesundheitsgesellschaft. Historische Rekonstruktionen und aktuelle Problematisierungen. *Soziologische Revue*, 36 (1), 44-57.
- Semmer, Norbert K. & Meier, Laurenz L. (2014). Bedeutung und Wirkung von Arbeit. In Heinz Schuler & Klaus Moser (Hrsg.), *Lehrbuch Organisationspsychologie* (5. vollst. überarb. Aufl.). Bern: Huber.
- Ramaciotti, Daniel & Perriard, Julien (2003a). *Die Kosten des Stresses in der Schweiz*. (Staatssekretariat für Wirtschaft). Bern: SECO.
- Staatssekretariat für Wirtschaft [SECO]. (2003b). *Zusammenfassung der Studie Kosten des Stresses in der Schweiz*. Bern: Autor.
- Staatssekretariat für Wirtschaft [SECO]. (2011). *Kurzfassung der Stressstudie 2010. Stress bei Schweizer Erwerbstätigen. Zusammenhänge zwischen Arbeitsbedingungen, Personenmerkmalen, Befinden und Gesundheit*. Bern: Autor.
- Stark, Wolfgang & Michael T. Wright (2011). Partizipation – Mitwirkung und Mitgestaltung der Bürgerinnen und Bürger. In Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung [BZgA], *Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention* (S. 404-408). Köln: Autor.
- Röh, Dieter (2009). *Soziale Arbeit in der Behindertenhilfe*. München: Ernst Reinhardt Verlag.
- Röh, Dieter (2011). Soziale Arbeit mit behinderten Menschen. In Rudolf Bieker, Peter Floercke (Hrsg.), *Träger, Arbeitsfelder und Zielgruppen der Sozialen Arbeit* (S. 317-332). Stuttgart: Kohlhammer.
- Ulich, Eberhard (2001). *Arbeitspsychologie* (5. vollst. überarb. erw. Aufl.). Stuttgart: Schäffer-Poeschel.
- Ulich, Eberhard (2005). KMU als Rahmenbedingung für BGF. In Oskar Meggeneder; Klaus Pelster & Reinhold Sochert (Hrsg.), *Betriebliche Gesundheitsförderung in kleinen und mittleren Unternehmen* (1. Aufl., S. 222-231). Bern: Verlag Hans Huber.
- Ulich, Eberhard & Wülser, Marc (2018). *Gesundheitsmanagement in Unternehmen*.

Arbeitspsychologische Perspektiven (7. überarb. erw. Aufl.) Wiesbaden: Gabler.

Vegard, Johansen, Aronsson, Gunnar & Marklund, Staffan (2014). *Positive and negative reasons for sickness presenteeism in Norway and Sweden: a cross-sectional Survey*. Gefunden unter <http://bmjopen.bmj.com/content/4/2/e004123>

Verordnung über die Verhütung von Berufsunfällen und Berufskrankheiten vom 19. Dezember 1983, SR 832.30.

Verfassung der Weltgesundheitsorganisation (WHO) vom 22. Juli 1946 (Stand 8. Mai 2014), SR 0.810.1

Woll, Artur (2011). *Volkswirtschaftslehre* (6. vollst. überarb. Aufl.). München: Vahlen.

A Anhang – Leitfaden Mitarbeitende

Interviewnummer: __ von 6

Datum:

M oder W:

Jahrgang:

Berufsjahre im Betrieb:

Beruflicher Hintergrund:

1. Ablauf der Befragung

Zuerst geben wir ihnen Informationen zur Studie und zur Befragung. Anschliessend führen wir die Befragung durch. Das Interview wird voraussichtlich 1 Stunde dauern.

2. Ziel der Befragung

Unsere Studie befasst sich mit der Unterstützung der Mitarbeitenden durch den Arbeitgeber. Konkret wollen wir herausfinden inwiefern Arbeitgeber die Mitarbeitenden im Arbeitsalltag unterstützen. Die Fragestellung unserer Arbeit lautet: Inwiefern entlasten die gesundheitsfördernden Massnahmen der Betriebe im stationären Behindertenbereich die Mitarbeitenden?

Ob sie sich in diesem Thema auskennen oder eher nicht ist für uns nicht relevant. Sie können, auch wenn sie den Eindruck haben nicht viel zu wissen, dieses Gespräch ganz "entspannt" angehen. Uns geht es nicht darum, ihr Wissen zu bewerten, sondern viel mehr ihre Sicht zu diesem Thema zu erhalten.

3. Tonband/Notizen

Wir werden das Interview mit dem Smartphone aufnehmen. Auch werde ich bei Bedarf Notizen machen, lassen sie sich davon nicht ablenken.

4. Anonymität der Befragung, Datenschutz

Die Daten werden anonymisiert. Das heisst: Es wird nicht nachvollziehbar sein, wer interviewt wurde und in welchen Institutionen die Informationen gesammelt wurden.

5. Fragen

Einige Fragen sind möglicherweise ziemlich ähnlich. Lassen sie sich davon nicht verunsichern und beantwortet die Fragen so gut wie möglich.

Fragen

1) Welche Belastungen für ihre Gesundheit sehen sie in ihrem Job?

Erwünschte Informationen:

Psychisch
Physisch
Emotional

2) Wissen sie was ihr Betrieb seinen Mitarbeitenden für Massnahmen anbietet, um ihre Gesundheit zu fördern? Welche betrieblichen gesundheitsfördernden Massnahmen sind ihnen bekannt?

Erwünschte Informationen:

Arbeitsschutz
Absenzen Regelungen
Organisationsstruktur
Arbeitsplanung
Angebot an Weiterbildung
Aktive Hilfestellung
Pausen- und Ruheräume

3) Erleben sie gesundheitsfördernde Massnahmen des Betriebes als hilfreich?

Erwünschte Informationen:

Schon profitiert
Erfahrungen mit Krankheit
Fälle von Mitarbeitenden

4) Haben sie die Möglichkeit sich an der Gestaltung solcher Massnahmen zu beteiligen?

Erwünschte Informationen:

Mitarbeitenden Befragung
Austausch Vorgesetzte
Arbeitsgruppen

5) In welchen Bereichen wünschen sie sich von ihrem Arbeitgeber mehr Unterstützung?

Erwünschte Informationen:

Nicht gedeckte Bedürfnisse
Verbesserungsvorschläge
Offene Wünsche

6) Gibt es ansonsten noch etwas wichtiges das sie hinzufügen wollen?

B Anhang - Leitfaden Institutionen

Interviewnummer: __ von 3

Datum:

Seit wann BGF im Betrieb umgesetzt wird:

6. Ablauf der Befragung

Zuerst gebe wir ihnen Informationen zur Studie und zur Befragung. Anschliessend führen wir die Befragung durch. Das Interview wird voraussichtlich 1 Stunde dauern.

7. Ziel der Befragung

Unsere Studie befasst sich mit der Unterstützung der Mitarbeitenden durch den Arbeitgeber. Konkret wollen wir herausfinden ob die unterstützenden Massnahmen der Arbeitgeber nützen und wahrgenommen werden. Die Fragestellung unserer Arbeit lautet: Inwiefern entlasten die gesundheitsfördernden Massnahmen der Betriebe im stationären Behindertenbereich die Mitarbeitenden?

8. Tonband/Notizen

Wir werden das Interview mit dem Smartphone aufnehmen.
Auch werden wir bei Bedarf Notizen machen, lassen sie sich davon nicht ablenken.

9. Anonymität der Befragung, Datenschutz

Die Daten werden anonymisiert. Das heisst: Es wird nicht nachvollziehbar sein wer interviewt wurde und in welchen Institutionen die Informationen gesammelt wurden.

10. Fragen

Einige Fragen sind möglicherweise ziemlich ähnlich. Lassen sie sich davon nicht verunsichern und beantworten sie die Fragen so gut wie möglich.

Fragen

<p>1. Wie ist die betriebliche Gesundheitsförderung in ihrer Institution organisiert?</p> <p>Erwünschte Informationen:</p> <p>Verantwortlichkeiten Organigramm</p>
<p>2. Welche Massnahmen setzt der Betrieb zur Gesundheitsförderung der Mitarbeitenden um?</p> <p>Erwünschte Informationen:</p> <p>Verhaltens- und Verhältnisbezogene Massnahmen Umfang Massnahmen</p>
<p>3. Wie wird der Bedarf von Massnahmen festgestellt?</p> <p>Erwünschte Informationen:</p> <p>Vorgehen Beteiligung Mitarbeitende</p>
<p>4. Wie werden die Mitarbeitenden über die gesundheitsfördernden Massnahmen der Institution informiert?</p> <p>Erwünschte Informationen:</p> <p>Kommunikation Vorgehensweise Bewusstsein Mitarbeitende Hol- und Bringschuld</p>
<p>5. Wie wird die Umsetzung der Massnahmen evaluiert?</p> <p>Erwünschte Informationen:</p> <p>Sicherung der Qualität Meinung Mitarbeitende</p>
<p>6. Welche Ziele verfolgt die Institution mit gesundheitsfördernden Massnahmen?</p> <p>Erwünschte Informationen:</p> <p>Verbesserung Gesundheit Qualität Arbeit Kosteneinsparung Profit Arbeitgeber</p>
<p>7. Wo liegen aus ihrer Sicht in der betrieblichen Gesundheitsförderung die Herausforderungen?</p>
<p>8. Gibt es ansonsten noch etwas Wichtiges das sie hinzufügen wollen?</p>