

Veröffentlichungsreihe des  
Instituts für Pflegewissenschaft  
an der Universität Bielefeld (IPW)

ISSN 1435-408X

P12-147

## **Qualität und Gesundheit in der stationären Altenhilfe - Eine empirische Bestandsaufnahme**

Thomas Kleina, Michaela Brause, Annett Horn,  
Klaus Wingenfeld, Doris Schaeffer

Bielefeld, Oktober 2012

Das Projekt "Qualität und Gesundheit in der Stationären Altenhilfe" wurde unterstützt durch das Zentrum für Qualität in der Pflege (ZQP).



Zentrum für Qualität in der Pflege  
Die Stiftung, die Wissen vernetzt.

Institut für Pflegewissenschaft  
an der Universität Bielefeld (IPW)  
Universitätsstr. 25  
D-33615 Bielefeld

Telefon: (0521) 106 - 6880  
Telefax: (0521) 106 - 6437  
E-Mail: [ipw@uni-bielefeld.de](mailto:ipw@uni-bielefeld.de)  
Internet: <http://www.uni-bielefeld.de/IPW>



## **Abstract**

Die gesundheitliche Situation von Nutzern und Pflegekräften in der stationären Altenhilfe sowie die Möglichkeiten der Gesundheitsförderung stehen zunehmend im Mittelpunkt der Diskussion. Bislang durchgeführte Untersuchungen bezogen sich jedoch meist entweder auf die Gesundheitssituation der Bewohner|innen oder die der Mitarbeiter|innen. Im Projekt „Qualität und Gesundheit in der stationären Altenhilfe“ wurde eine Bestandsaufnahme der Gesundheit sowohl der Bewohner|innen als auch der Pflegenden in Einrichtungen der stationären Langzeitversorgung durchgeführt und eine empirische Datenbasis, auf deren Grundlage Empfehlungen für eine evidenzbasierte Gesundheitsförderung und Qualitätsverbesserung getroffen werden können, geschaffen.

Der Gesundheitsstatus der Bewohner|innen wurde mittels verschiedener Assessmentinstrumente, einschließlich der Dimensionen des "Neuen Begutachtungsassessments zur Feststellung von Pflegebedürftigkeit (NBA)" erhoben. Zusätzlich wurden Daten zu gesundheitlichen Beeinträchtigungen der Nutzer|innen, die beispielsweise durch Stürze, Kontrakturen, Dekubitalgeschwüre, Schmerzen und aktivitätsbegrenzende Maßnahmen entstanden sind, ermittelt. Auch Angaben zur medizinischen Versorgung, z.B. dem Medikamentengebrauch, Arztkontakten oder Klinikaufenthalten wurden erfasst.

Die Daten zur gesundheitlichen Situation der Mitarbeiter|innen wurden mittels einer schriftlichen Befragung erhoben. Neben soziodemografischen Variablen und Angaben zum aktuellen Gesundheitsstatus wurden dabei auch gesundheitliche Ressourcen und Belastungsfaktoren einbezogen, z.B. Aspekte der Arbeitsorganisation, die soziale Unterstützung und Einbindung am Arbeitsplatz oder das individuelle Gesundheitsverhalten der Befragten.

Die Ergebnisse zeigen, dass der Großteil der Nutzer|innen von einem hohen Maß körperlicher und kognitiver Beeinträchtigungen betroffen ist. Gleichwohl wurde deutlich, dass auch bei Heimbewohner|inne|n Potenziale zur Verbesserung der Gesundheit und Selbstständigkeit bestehen, die allerdings der gezielten Förderung bedürfen. Um diese effektiv zu nutzen, bedarf es weitreichender Anpassungen bestehender Konzepte bzw. der Entwicklung neuer Ansätze, die insbesondere die beeinträchtigten kognitiven Fähigkeiten der Adressaten stärker berücksichtigen, als dies bislang der Fall war.

Die Daten bestätigen die starken Auswirkungen arbeitsorganisatorischer Einflüsse auf das Befinden der Mitarbeiter|innen. Dem gegenüber erwiesen sich physische Belastungen als weniger beeinträchtigend. Die Ergebnisse zeigen allerdings auch, dass es einigen Einrichtungen trotz problematischer Rahmenbedingungen gelingt, ein Arbeitsumfeld zu schaffen, das sich positiv auf die Gesundheit, das Wohlbefinden und die Arbeitszufriedenheit der Beschäftigten auswirkt. Mit Blick auf die Mitarbeitergesundheit in stationären Pflegeeinrichtungen, sollte der Gestaltung arbeitsorganisatorischer Rahmenbedingungen daher zukünftig stärkere Beachtung geschenkt werden.



## Inhalt

Tabellenverzeichnis.....	2
Abbildungsverzeichnis .....	5
1. Einleitung.....	7
2. Zur Situation in der stationären Langzeitversorgung .....	10
2.1 Problemlagen der Nutzer innen.....	10
2.2 Problemlagen der Mitarbeiter innen .....	13
2.3 Fragestellung .....	15
3. Methodisches Vorgehen.....	17
3.1 Erfassung von Bewohnerdaten .....	18
3.2 Mitarbeiterbefragung.....	22
4. Ergebnisse zur Nutzergesundheit und Versorgungsqualität.....	27
4.1 Eckdaten der Bewohnerstichprobe .....	27
4.2 Erkrankungen und medizinische Versorgung.....	31
4.3 Funktionsbeeinträchtigungen und Hilfsmittel .....	38
4.4 Mobilität .....	42
4.5 Selbstversorgung .....	49
4.6 Alltagsleben, soziale Kontakte und Aktivitäten .....	53
4.7 Gesundheitliche Belastungen und Schädigungen .....	58
5. Ergebnisse zur Mitarbeitergesundheit und -zufriedenheit.....	67
5.1 Eckdaten der Mitarbeiterstichprobe.....	67
5.2 Arbeitsbedingte Einflussfaktoren.....	72
5.3 Gesundheit und Arbeitszufriedenheit.....	80
5.4 Vergleiche einzelner Einrichtungsergebnisse .....	90
5.5 Zusammenhänge auf Einrichtungsebene .....	97
6. Zusammenfassung und Diskussion.....	103
6.1 Situation der Nutzer innen .....	103
6.2 Situation der Mitarbeiter innen .....	109
7. Schlussfolgerungen und Empfehlungen .....	115
Literatur.....	122

## Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Größe, Trägerschaft und Spezialisierung der kooperierenden Pflegeeinrichtungen .....	18
Tabelle 2: Bewertungssystematiken der verwendeten NBA-Module .....	20
Tabelle 3: Einbezogene und ausgeschlossene Bewohner innen nach Einrichtung .....	22
Tabelle 4: Bewohner innen mit eingeschränkter Alltagskompetenz, Anteile nach Einrichtung .....	29
Tabelle 5: Bewohneranteile nach Aufenthaltsdauer .....	30
Tabelle 6: Aufenthaltsdauer im Vergleich zu den Ergebnissen der MUG II und MUG IV Studie .....	31
Tabelle 7: Anzahl ausgewählter, ärztlich diagnostizierter Krankheiten je Bewohner innen .....	32
Tabelle 8: Häufigkeiten ausgewählter, ärztlich diagnostizierter Krankheitsbilder .....	33
Tabelle 9: Persönliche Kontakte der Bewohner innen zu Ärzten .....	34
Tabelle 10: Anteil der Bewohner innen mit mindestens einmal jährlichem Kontakt zu ausgewählten Fachärzten nach Einrichtung .....	35
Tabelle 11: Bewohner innen in physiotherapeutischer/ergotherapeutischer Behandlung nach Einrichtung .....	36
Tabelle 12: Regelmäßig eingenommene, ärztlich verordnete Medikamente .....	36
Tabelle 13: Häufigkeit krankheits- und therapiebedingter Anforderungen und Unterstützung bei der Durchführung .....	38
Tabelle 14: Sehvermögen der Bewohner innen unter Berücksichtigung der Nutzung von Hilfsmitteln .....	39
Tabelle 15: Hörvermögen der Bewohner innen unter Berücksichtigung der Nutzung von Hilfsmitteln .....	39
Tabelle 16: Nutzung individuell angepasster körpernaher Hilfsmittel und Prothesen ..	39
Tabelle 17: Ausprägung von Harn- und Stuhlkontinenz .....	40
Tabelle 18: Veränderungen der Selbständigkeit bei der Mobilität in den letzten Wochen und Monaten .....	44
Tabelle 19: Bewohner innen mit Verschlechterung der Selbständigkeit bei der Mobilität in den letzten Wochen und Monaten nach Einrichtungen .....	44
Tabelle 20: Möglichkeiten der Mobilitätsverbesserung nach dem Grad kognitiver Beeinträchtigung .....	45
Tabelle 21: Anteil der Bewohner innen mit Verbesserungsmöglichkeiten der Mobilität nach dem Grad der Selbständigkeit bei der Mobilität .....	45

Tabelle 22: Bewohner innen, bei denen Möglichkeiten zur Verbesserung der Mobilität bestehen nach Einrichtungen .....	46
Tabelle 23: Fähigkeiten und Unabhängigkeit der Bewohner innen bei zentralen Aspekten der Mobilität .....	46
Tabelle 24: Nutzung mobilitätsunterstützender Hilfsmittel .....	47
Tabelle 25: Veränderungen kognitiver und kommunikativer Fähigkeiten in den letzten Wochen und Monaten .....	47
Tabelle 26: Verbesserungsmöglichkeiten der kognitiven und kommunikativen Fähigkeiten unter Bewohner inne n, bei denen Verbesserungspotenziale bestehen .....	47
Tabelle 27: Veränderungen der Selbständigkeit bei der Selbstversorgung in den letzten Wochen und Monaten .....	51
Tabelle 28: Möglichkeiten der Verbesserung bei der Selbstversorgung nach dem Grad kognitiver Beeinträchtigung .....	51
Tabelle 29: Anteil der Bewohner innen mit Verbesserungsmöglichkeiten der Selbstversorgung nach dem Grad der Selbständigkeit bei der Selbstversorgung..	52
Tabelle 30: Teilnahme an Gruppenaktivitäten nach kognitiven Fähigkeiten der Bewohner innen .....	54
Tabelle 31: Gründe für die Nichtteilnahme an Gruppenaktivitäten .....	55
Tabelle 32: Häufigkeit der Teilnahme an ausgewählten Gruppenaktivitäten .....	56
Tabelle 33: Häufigkeit der Kontakte zu Angehörigen und Bekannten .....	56
Tabelle 34: Einsatz aktivitätsbegrenzender Maßnahmen .....	57
Tabelle 35: Einsatz von Becken- bzw. Hüftgurten nach Einrichtungen .....	57
Tabelle 36: Risikoeinschätzungen zu ausgewählten Pflege- und Versorgungsproblemen .....	59
Tabelle 37: Risikoeinschätzungen zu ausgewählten Pflege- und Versorgungsproblemen .....	59
Tabelle 38: Häufigkeit der Sondenernährung bei Bewohner inne n mit Ernährungssonde .....	63
Tabelle 39: Anzeichen für Schmerzen, Bewohnergruppen nach kognitiven Fähigkeiten und Mobilität .....	65
Tabelle 40: Durchführung und Alter von Schmerzeinschätzungen bei Bewohner inne n mit Anzeichen für Schmerzen nach Einrichtungen .....	65
Tabelle 41: Rücklauf der ausgegebenen Fragebögen nach Einrichtung .....	68
Tabelle 42: Fragen zur Arbeitssituation nach BGW-Betriebsbarometer .....	73
Tabelle 43: Fragen zu Regelungen und Abläufen, COPSOQ .....	74

Tabelle 44: Fragen zum Einfluss auf die Arbeit, COPSOQ .....	75
Tabelle 45: Fragen zu Problemen im Umgang mit Bewohner innen und/oder Angehörigen, BGW-Betriebsbarometer.....	76
Tabelle 46: Fragen zur Bedeutung der Arbeit, COPSOQ .....	77
Tabelle 47: Fragen zum Family-Work-Conflict, COPSOQ .....	78
Tabelle 48: Häufigkeit körperlicher Belastung .....	80
Tabelle 49: Angaben zu gesundheitlichen Beschwerden.....	81
Tabelle 50: Korrelationsmatrix Beschwerden/Ressourcen und Belastungsfaktoren .....	83
Tabelle 51: Fragen zum Burnout, COPSOQ.....	83
Tabelle 52: Korrelationsmatrix Burnout/Ressourcen und Belastungsfaktoren.....	84
Tabelle 53: Korrelationsmatrix subjektive Gesundheit/Ressourcen und Belastungsfaktoren.....	86
Tabelle 54: Korrelationsmatrix Wohlbefinden/Ressourcen und Belastungsfaktoren.....	87
Tabelle 55: Korrelationsmatrix Work Ability/Ressourcen und Belastungsfaktoren .....	88
Tabelle 56: Korrelationsmatrix Arbeitszufriedenheit/Ressourcen und Belastungsfaktoren.....	90
Tabelle 57: Ressourcen, Belastungsfaktoren, Mitarbeitergesundheit und Arbeitszufriedenheit nach Einrichtungen .....	99
Tabelle 58: Bewohnerbedingte Belastungsfaktoren, Mitarbeitergesundheit und Arbeitszufriedenheit.....	100
Tabelle 59: Personalausstattung der Einrichtungen .....	101
Tabelle 60: Personalressourcen, Mitarbeitergesundheit und Arbeitszufriedenheit nach Einrichtungen .....	102
Tabelle 61: Selbständigkeitsverluste und Verhaltensweisen nach dem Grad kognitiver und kommunikativer Beeinträchtigungen .....	104



## Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Wirkungsmodell im Projekt „Qualität und Gesundheit“ .....	25
Abbildung 2: Bewohneranteile nach Altersklassen i. Vgl. zur Pflegestatistik 2009 .....	28
Abbildung 3: Bewohneranteile nach Pflegestufen i. Vgl. zur Pflegestatistik 2009 .....	28
Abbildung 4: Einrichtungsbezogene Verteilung der Pflegestufen unter den Bewohner inne n .....	29
Abbildung 5: Kognitive und kommunikative Fähigkeiten der Bewohner innen.....	40
Abbildung 6: Kognitive und kommunikative Fähigkeiten der Bewohner innen nach Einrichtung.....	41
Abbildung 7: Kognitive und kommunikative Beeinträchtigungen nach Wohnbereichen.....	41
Abbildung 8: Selbständigkeit bei der Mobilität nach dem Grad kognitiver Beeinträchtigung .....	42
Abbildung 9: Selbständigkeit bei der Mobilität nach Einrichtungen .....	43
Abbildung 10: Selbständigkeit bei der Mobilität nach Wohnbereichen .....	43
Abbildung 11: Verhaltensweisen und psychische Problemlagen der Bewohner innen nach Einrichtung .....	48
Abbildung 12: Verhaltensweisen und psychische Problemlagen n. Wohnbereichen ..	48
Abbildung 13: Selbständigkeit bei der Selbstversorgung nach dem Grad kognitiver Beeinträchtigung .....	49
Abbildung 14: Selbständigkeit bei der Selbstversorgung nach Einrichtung .....	50
Abbildung 15: Selbständigkeit bei der Mobilität nach Wohnbereichen .....	50
Abbildung 16: Selbständigkeit bei der Gestaltung des Alltagslebens und sozialer Kontakte nach dem Grad kognitiver Beeinträchtigung .....	53
Abbildung 17: Selbständigkeit bei der Alltagsgestaltung nach Einrichtung .....	54
Abbildung 18: Anteil der Bewohner innen, die in den vergangenen 6 Monaten in der Einrichtung einen Dekubitus der Kategorie 2 bis 4 entwickelt haben.....	60
Abbildung 19: Häufigkeit gravierender Sturzfolgen in den vergangenen 6 Monaten ..	61
Abbildung 20: : Anteil der Bewohner innen, die in den vergangenen 6 Monaten in der Einrichtung eine oder mehrere gravierende Sturzfolgen erlitten haben .....	62
Abbildung 21: Bewohneranteile nach BMI-Klassen.....	63
Abbildung 22: Altersgruppenvergleich zw. sozialversicherungspflichtig Beschäftigten, Stichprobe vs. BGW-DAK Stressmonitoring.....	69
Abbildung 23: Berufliche Qualifikation der Mitarbeiter innen .....	71

Abbildung 24: Entlastung durch ehrenamtliche Mitarbeiter innen, BGW- Betriebsbarometer .....	79
Abbildung 25: Wie würden Sie Ihren Gesundheitszustand im Allgemeinen beschreiben?.....	85
Abbildung 26: Wie wohl fühlen Sie sich insgesamt gesehen bei Ihrer Arbeit?.....	86
Abbildung 27: Wie zufrieden sind Sie dann insgesamt mit Ihrer Arbeit?.....	89
Abbildung 28: Müdigkeit/Mattigkeit, Einrichtung 6 vs. übrige Einrichtungen.....	91
Abbildung 29: Müdigkeit/Mattigkeit, Einrichtung 1 vs. übrige Einrichtungen.....	91
Abbildung 30: Schlafstörungen, Anteile, Einrichtung 8 vs. übrige Einrichtungen.....	92
Abbildung 31: Nervosität, Anteile, Einrichtung 3 vs. Einrichtung 8.....	92
Abbildung 32: Wie wohl fühlen Sie sich insgesamt gesehen bei Ihrer Arbeit? Einrichtung 6 vs. übrige Einrichtungen .....	93
Abbildung 33: Wie wohl fühlen Sie sich insgesamt gesehen bei Ihrer Arbeit? Einrichtung 1 vs. übrige Einrichtungen .....	94
Abbildung 34: Glauben Sie, dass Sie, ausgehend von Ihrem jetzigen Gesundheits- zustand, Ihre derzeitige Arbeit bis zum Rentenalter ausüben können? Einrichtung 6 vs. übrige Einrichtungen .....	94
Abbildung 35: Glauben Sie, dass Sie, ausgehend von Ihrem jetzigen Gesundheitszustand, Ihre derzeitige Arbeit bis zum Rentenalter ausüben können? Einrichtung 1 vs. übrige Einrichtungen .....	95
Abbildung 36: Wie zufrieden sind Sie dann insgesamt mit Ihrer Arbeit? Einrichtung 6 vs. übrige Einrichtungen .....	96
Abbildung 37: Wie zufrieden sind Sie dann insgesamt mit Ihrer Arbeit? Einrichtung 8 vs. übrige Einrichtungen.....	96

## 1. Einleitung

Der demografische Wandel und seine Auswirkungen auf die gesellschaftliche Entwicklung rücken zunehmend in den Blick der Öffentlichkeit. Hoher Stellenwert kommt dabei Folgen und Anforderungen zu, die sich aus der demografischen Alterung für das Gesundheits- und Sozialwesen bereits ergeben und zukünftig ergeben werden. Einschlägigen Analysen und Prognosen zufolge wird sich die Alterung der Bevölkerung in den nächsten Jahren und Jahrzehnten verstärken (BMFSFJ 2001, 2002; Landtag NRW 2005; SVR 2007, 2009). Damit einhergehend ist eine Zunahme der Krankheitslast und der Zahl Pflegebedürftiger zu erwarten, auf die sich das Gesundheitssystem insgesamt einstellen muss und deren Konsequenzen für die pflegerische Versorgung gravierend sind. Bereits heute sind in Deutschland 2,34 Millionen Menschen pflegebedürftig im Sinne des SGB XI - das entspricht 2,9% der Bevölkerung (Statistisches Bundesamt 2011). Prognosen zufolge ist davon auszugehen, dass im Jahr 2050 die Zahl Pflegebedürftiger zwischen 3,17 Millionen und 4,35 Millionen liegt (zusammenfassend SVR 2009, S. 515) und damit der Bedarf an Betreuungs- und Unterstützungsleistungen ansteigen wird.

Die stationäre Langzeitversorgung ist ein Bereich, der von diesen Entwicklungen in besonderem Maße betroffen ist und auch zukünftig sein wird, denn rund 30% der Pflegebedürftigen leben dauerhaft in stationären Pflegeeinrichtungen (Statistisches Bundesamt 2011). Ihr Anteil an den Leistungsempfängern der Pflegeversicherung hat sich in den vergangenen zehn Jahren sukzessive erhöht und ist seit 1999 von 554.200 auf rund 700.000 bis Ende 2009 angestiegen (Schmidt/Schneekloth 2011). Neben diesem quantitativen Zuwachs sind stationäre Pflegeeinrichtungen aber vor allem mit Anforderungen konfrontiert, die sich aus Veränderungen der Bewohnerstruktur ergeben. Denn zunehmend werden häusliche Pflegearrangements entsprechend der Forderung „ambulant vor stationär“ mit Unterstützung durch ambulante Pflegedienste über Jahre aufrechterhalten - eine grundsätzlich positive Entwicklung, die jedoch gravierende Folgen für die stationäre Altenhilfe hat.

Alte Menschen ziehen mittlerweile erst dann in stationäre Einrichtungen um, wenn eine Versorgung im häuslichen Umfeld nicht mehr aufrecht erhalten werden kann oder der Grad ihrer Pflegebedürftigkeit sie dazu zwingt (Feichtinger et al. 2002; Horn et al. 2011; Wingenfeld 2008). Dadurch hat sich die Struktur der Nutzer|innen in den Einrichtungen weitgreifend gewandelt: Wurden die Einrichtungen der stationären Altenhilfe ursprünglich für ein langjähriges Wohnen im Alter in relativer Gesundheit konzipiert, sind sie mittlerweile zu Pflegeeinrichtungen für Nutzer|innen in den Spätstadien chronischer Krankheit geworden (Schaeffer/Wingenfeld 2004; Schaeffer/Büscher 2009; Wingenfeld 2008). Allerdings steht die Anpassung der strukturellen, konzeptionellen und personellen Rahmenbedingungen an diese Veränderungen in weiten Teilen noch aus (ebd.; Horn et al. 2011), was zu Beeinträchtigungen der Versorgungs- und Lebensqualität der Bewohner|innen, aber auch der Arbeitszufriedenheit und Gesundheit der Mitarbeiter|innen führen kann.

Den skizzierten Entwicklungen auf Seiten der Bewohner|innen stehen Veränderungen auf der Ebene der Mitarbeiter|innen gegenüber, die für die aktuelle und zukünftige Situation in der Langzeitversorgung ebenfalls

nicht unproblematisch sind. So wird seit einigen Jahren über einen Mangel an Fachkräften berichtet, der bereits heute zu Engpässen in der Personalausstattung von Pflegeeinrichtungen führt und Prognosen zufolge weiter zunehmen wird (Afentakis/Maier 2010; Hackmann 2009; Hämel/Schaeffer 2012; Institut der deutschen Wirtschaft 2011). Eine Auswertung von Arbeitsmarktdaten zeigt, dass in nahezu allen Bundesländern ein Mangel an Altenpflegefachkräften besteht (Bundesagentur für Arbeit 2011). Zugleich lässt eine aktuelle Studie vermuten, dass die Zahl der Pflegefachkräfte in amtlichen Statistiken bislang systematisch überschätzt wurde (Simon 2012).

Darüber hinaus ist ein weiterer Trend von Bedeutung: Nicht nur die Bewohnerstruktur von Pflegeeinrichtungen wird durch den demografischen Wandel beeinflusst, auch der Anteil älterer Arbeitnehmer in Pflegeberufen nimmt seit Jahren kontinuierlich zu (Statistisches Bundesamt 2012; SVR 2009). Diese unterscheiden sich jedoch hinsichtlich ihres Krankheitsspektrums, ihrer Belastungsfähigkeit und ihrer gesundheitlichen Potenziale von jüngeren Personen. Diesen Tatsachen muss also bei der Gestaltung von Maßnahmen zur betrieblichen Gesundheitsförderung ebenfalls vermehrt Aufmerksamkeit geschenkt werden, wenn sie dem Bedarf der Mitarbeiter|innen entsprechen sollen.

Vor dem Hintergrund der beschriebenen Problemlagen und Herausforderungen war es Ziel des Projekts „Qualität und Gesundheit in der stationären Altenhilfe“, zunächst eine differenzierte Bestandsaufnahme der gesundheitlichen Situation der Bewohner|innen und der Gesundheits- und Arbeitssituation der Mitarbeiter|innen stationärer Pflegeeinrichtungen vorzunehmen. Denn nur auf Basis aktueller Daten zu Größenordnungen und Ausprägungen typischer Problem- und Bedarfslagen ist es möglich, zentrale Anforderungen an die qualitative und quantitative Weiterentwicklung der vollstationären pflegerischen Versorgung zu formulieren. Eine solche Bestandsaufnahme ist darüber hinaus erforderlich, um die Reichweite und Relevanz zu beurteilen, die den aktuellen Strategien zur Qualitätsentwicklung und -bewertung, aber auch denen der betrieblichen Gesundheitsförderung beizumessen ist. Im Einzelnen bestanden die Projektziele darin,

1. die Situation der Nutzer|innen, ihre Ressourcen, ihren Gesundheitsstatus und die Versorgungsqualität im Setting stationäre Altenhilfe darzustellen und
2. die Arbeits-, Ressourcen- und Gesundheitssituation der Mitarbeiter|innen zu erfassen. Darüber hinaus sollte
3. untersucht werden, ob sich Zusammenhänge zwischen der Arbeitssituation und Zufriedenheit der Mitarbeiter|innen und der Versorgungssituation der Nutzer|innen empirisch belegen lassen.

Zusätzlich sollten *strukturelle Aspekte* der Rahmen- und Arbeitsbedingungen analysiert werden, um mögliche Einflussfaktoren auf die Gesundheit von Bewohner|inne|n und Mitarbeiter|inne|n, die Qualität der Leistungserbringung und die Arbeitszufriedenheit zu identifizieren.

Der Aufbau des Berichts gliedert sich folgendermaßen: Zunächst werden die in der Literatur beschriebenen aktuellen Problemlagen der Nutzer|innen und Mitarbeiter|innen in der stationären Langzeitversorgung kurz dargelegt (Kapitel 2). Die sich daraus ableitenden Untersuchungsfrä-

gen und das methodische Vorgehen sind Thema des dritten Abschnitts. Im folgenden Kapitel (4) liegt der Fokus auf dem Gesundheitszustand der Bewohner|innen. Die erhobenen Daten zur gesundheitlichen und sozialen Situation der Nutzer|innen werden ausführlich vorgestellt. In Kapitel fünf steht dann die Ebene der Mitarbeiter|innen im Mittelpunkt. Es fokussiert die Ergebnisse zur Arbeitssituation, zum Gesundheitszustand sowie zu den Belastungen und Ressourcen der Mitarbeiter|innen. Bei diesen Betrachtungen geht es einerseits um die Einordnung der Größenordnungen, in denen einzelne Phänomene auftreten, andererseits aber auch um die Zusammenhänge zwischen belastenden und entlastenden Faktoren und der Gesundheit und Arbeitszufriedenheit der Mitarbeiter|innen.

In Kapitel 6 werden die zentralen Ergebnisse zusammenfassend diskutiert. Abschließend werden die daraus erwachsenden Schlussfolgerungen und Konsequenzen - insbesondere mit Blick auf Möglichkeiten der Qualitätsverbesserung und der Gesundheitsförderung von Nutzer|inne|n und Mitarbeiter|inne|n - dargelegt.

## 2. Zur Situation in der stationären Langzeitversorgung

Die stationäre Langzeitversorgung steht bereits heute einer Vielzahl von Herausforderungen gegenüber, die Folge eingetretener Veränderungen der Altersstruktur, aber auch Resultat gesundheitspolitischer Weichenstellungen und einer damit einhergehenden Veränderung der Inanspruchnahme pflegerischer Leistungen sind. Im Folgenden werden die wichtigsten Problemlagen auf Nutzer- und Mitarbeiterseite, die bestimmend für den Versorgungsalltag in stationären Pflegeeinrichtungen und den daraus resultierenden Entwicklungsbedarf sind, kurz zusammengefasst.

### 2.1 Problemlagen der Nutzer|innen

Hochaltrige Menschen, die Hauptnutzergruppe stationärer Pflege, sind besonders häufig von gesundheitlichen Beeinträchtigungen und *chronischen Erkrankungen* betroffen. Diese gelten als häufigste Ursache gravierender Funktionseinbußen, die in pflegerischen Unterstützungsbedarf münden (WHO 2008). Doch obwohl sich in den vergangenen Jahren eine ganze Reihe von Studien und Expertenberichten der Versorgung alter Menschen und ihrem Gesundheitszustand gewidmet hat (Übersicht siehe Kuhlmei/Schaeffer 2008; Menning 2006b; Robert Koch Institut 2009; Walter/Schwartz 2001), wurde die *gesundheitliche Situation Pflegebedürftiger* und insbesondere die der Nutzer|innen der stationären Langzeitversorgung vergleichsweise selten systematisch analysiert (SVR 2009). Die Gruppe der vulnerablen, institutionalisierten Älteren ist allein durch die Art der Stichprobenziehung aus bevölkerungsrepräsentativen Erhebungen herausgefallen oder wurde ausgeschlossen. Von Ausnahmen abgesehen (Schneekloth/Wahl 2007; Wingenfeld/Schnabel 2002) fehlt es daher an empirischen Grundlagen zur Ableitung von Qualitätsanforderungen aus der gesundheitlichen Situation der pflegebedürftigen Menschen in Einrichtungen der stationären Altenhilfe (Wingenfeld 2008)<sup>1</sup>. Auch wenn die lückenhafte Datenlage präzise Einschätzungen zum Gesundheitszustand von Heimbewohnern schwierig macht, lassen sich doch einige zentrale Problemfelder und Entwicklungen identifizieren.

Chronische Erkrankungen gehören zu den Hauptursachen für Pflegebedürftigkeit im Alter. Erkrankungen des Herz-Kreislauf-Systems, Erkrankungen des Muskel- und Skelettsystems, bösartige Neubildungen und Stoffwechselerkrankungen spielen dabei eine führende Rolle (ex. Kuhlmei 2008; Robert Koch Institut 2009). Die Bewohner|innen stationärer Pflegeeinrichtungen sind zudem in besonders hohem Maße von *Multimorbidität* - also dem gleichzeitigen Auftreten mehrerer chronischer oder akuter Krankheiten - und der daraus folgenden Kumulation krankheitsbedingter Beschwerden betroffen (BMFSFJ 2006; Schaeffer/Moers 2011; SVR 2009). Viele von ihnen sind nicht in der Lage, die damit verbundenen, teils komplexen *krankheits- und therapiebedingten Anforderungen* selbständig zu

---

<sup>1</sup> Erst jüngst wurden im Modellprojekt zur Entwicklung und Erprobung von forschungsbasierten Verfahren zur Messung von Ergebnisqualität methodische Voraussetzungen geschaffen, um auf der Ebene der Qualitätsbeurteilung wissenschaftlich begründbare Prioritätensetzungen vornehmen zu können (Wingenfeld et al. 2011b).

bewältigen, was zu einem entsprechend hohen Bedarf an pflegerischer Unterstützung führt (Garms-Homolová 2011; Wingenfeld 2008). Verschärfend kommt hinzu, dass eine wachsende Zahl von Bewohner|inne|n unmittelbar aus dem Krankenhaus, also im Anschluss an gesundheitliche Krisen und mit hohem Unterstützungsbedarf, ins Heim übersiedelt (Schmidt/Schneekloth 2011). Rund ein Viertel der Übergänge ins Heim erfolgte 2010 auf diesem Wege (ebd.). Auch die Versorgung von Menschen *in der letzten Lebensphase* prägt zunehmend das Geschehen der stationären Langzeitversorgung. Dies belegt ein Blick auf die Verweildauer: Der Anteil der Bewohner|innen mit einer Verweildauer von unter sechs Monaten hat sich von 22% im Jahr 2005 (Schneekloth/von Törne 2007) auf 30% im Jahr 2010 (Schmidt/Schneekloth 2011) erhöht. Die Begleitung dieser Personen, die oft mit einem hohen Bedarf körperlicher, aber auch psychosozialer Unterstützung verbunden ist, hat im Versorgungsalltag mittlerweile eine große Bedeutung (Wingenfeld 2008). Aus diesen Entwicklungen resultieren für Einrichtungen der stationären Langzeitversorgung neue Anforderungen, deren Bewältigung maßgebliche Auswirkungen auf die Qualität der Leistungserbringung hat.

Vor allem *psychische Erkrankungen* der Nutzer|innen haben gravierenden Einfluss auf die Versorgung in stationären Pflegeeinrichtungen. Hohe Bedeutung kommt dabei Demenzerkrankungen zu, von denen inzwischen die Mehrzahl der Bewohner|innen - vorliegende Daten weisen auf einen Anteil zwischen 60% und 80% erkrankter Personen hin - betroffen ist (Garms-Homolová 2011; Schmidt/Schneekloth 2011; Wingenfeld 2008). Mit der Erkrankung einher gehen kognitive Funktionseinbußen, die den Betroffenen die Bewältigung alltäglicher Aufgaben, z.B. der Körperpflege, zunehmend erschweren und zu Unterstützungsbedarf führen. Mit Fortschreiten der Erkrankung sind sie immer weniger in der Lage, komplexe Handlungsabläufe eigenständig zu gestalten und ihre Bedürfnisse gegenüber anderen Personen zu kommunizieren (Gutzmann/Zank 2005; Weyerer/Bickel 2007).

Darüber hinaus gehen Demenzerkrankungen oft mit Verhaltens- und Persönlichkeitsveränderungen einher. Häufig treten beispielsweise massive Unruhezustände, Störungen des Tag-Nacht-Rhythmus, sozial inadäquates Verhalten und auch depressive Stimmungslagen<sup>2</sup> auf, was den Umgang mit den Betroffenen zusätzlich erschwert (Schäufele et al. 2007; Wingenfeld 2008; Wingenfeld/Schnabel 2002). Der Umgang mit diesen Krankheitsfolgen, der in immer größer werdendem Ausmaß den Alltag in den Einrichtungen prägt, verlangt den Einsatz darauf ausgerichteter Versorgungskonzepte und Maßnahmen. Zwar haben sich in den vergangenen Jahren verschiedene Projekte mit der Entwicklung und Erprobung von Versorgungskonzepten und Interventionen befasst, die auf einen bedarfsgerechteren Umgang mit diesen Krankheitsfolgen abzielen (ex. Bartholomeyczik et al. 2006; Korte-Pötters et al. 2007; Wingenfeld et al. 2011a). Dass sie allerdings in der Breite der Versorgung aufgegriffen werden und so zu einer Qualitätsverbesserung beitragen, darf bezweifelt werden.

---

<sup>2</sup> Allerdings leiden auch unabhängig vom Vorliegen einer Demenzerkrankung viele Nutzer|innen unter depressiven Stimmungslagen (Schäufele et al. 2007).

Das hohe Maß an körperlichen und psychischen Erkrankungen unter den Bewohner|inne|n stationärer Pflegeeinrichtungen führt dazu, dass sie aufgrund der daraus resultierenden Funktionseinbußen in vielen Bereichen auf pflegerische Unterstützung angewiesen sind. Ihr Pflegebedarf ist dabei höher als bei Pflegebedürftigen, die in Privathaushalten versorgt werden (Schmidt/Schneekloth 2011). Zudem sind sie in besonderem Maße dem Risiko gesundheitlicher Belastungen und Schädigungen (z.B. durch Stürze oder die Entstehung von Dekubitalgeschwüren) ausgesetzt, die wiederum zu einer weiteren Verschlechterung des Gesundheitszustandes und der Selbständigkeit beitragen können (Dassen 2007, 2008). Dies ist vermutlich nicht zuletzt der Tatsache geschuldet, dass bei vielen von ihnen die Folgen sowohl somatischer als auch psychischer Erkrankungen zusammenreffen. Insbesondere der Frage, ob und inwieweit bestimmte Gesundheits- und Funktionsbeeinträchtigungen der Nutzer|innen in Zusammenhang stehen, sich beeinflussen und welche Folgen und Anforderungen sich aus der Kumulation verschiedener Problemlagen für die Versorgungsgestaltung ergeben, widmen sich Untersuchungen jüngeren Datums allerdings nur in Ansätzen. Sie hat jedoch entscheidende Bedeutung für die Weiterentwicklung pflegerischer Versorgungskonzepte. Ein Anliegen der vorliegenden Untersuchung ist es deshalb, hier zu weitergehenden Aussagen auf Basis aktueller Daten zu kommen.

Die gesundheitliche Situation der Nutzer|innen in der stationären Langzeitversorgung - so zeigen es vorliegende Untersuchungsergebnisse - ist insgesamt gesehen fragil. Dennoch verfügen sie - so die in der wissenschaftlichen Diskussion zunehmend mehr vertretene Theorie - trotz ihrer eingeschränkten Gesundheit über *Ressourcen*, die gestärkt werden können und müssen (Schaeffer/Büscher 2009). Ziel von Langzeitversorgung muss es deshalb sein, die Gesundheit der Nutzer|innen zu fördern und dadurch ihre Abhängigkeit von Hilfe und Unterstützung zu minimieren oder zumindest Verschlechterungen zu vermeiden bzw. zu verzögern und somit ihre Autonomie zu erhalten und ihnen trotz bedingter Gesundheit größtmögliche Lebensqualität zu beschern (Evashwick 2005; Garms-Homolová 2008; Kayser-Jones 2009). Nicht umsonst wird dabei dem Erhalt bzw. der Verbesserung von Mobilität und Selbstständigkeit in Systemen zur Beurteilung der Versorgungsqualität zunehmend großer Stellenwert eingeräumt (Medicare 2010; Wingenfeld et al. 2011b).

Die krankheitslastige und defizitorientierte Betrachtungsweise vieler früherer Untersuchungen hat allerdings zur Folge, dass kaum Daten über gesundheitliche Potenziale und Fähigkeiten von Nutzer|inne|n der stationären Langzeitversorgung vorliegen (zusammenfassend siehe Horn et al. 2010). Um jedoch effektive und effiziente Konzepte und Interventionen zur Gesundheitsförderung und Prävention entwickeln zu können, ist ein gesichertes empirisches Wissen über den Gesundheitszustand sowie gesundheitliche Risiken und Ressourcen grundsätzlich Voraussetzung, wie Projekte aus diesem und anderen Settings zeigen (Berzins et al. 2009; Görres/Hasseler 2008; Kuhlmann/Schäfer 2007; McElhone/Limb 2005; Naidoo/Wills 2003; Walter 2008). In dieser Hinsicht besteht also erheblicher Forschungsbedarf (Schaeffer/Büscher 2009).



## 2.2 Problemlagen der Mitarbeiter|innen

Die geschilderten Problemlagen der Nutzer|innen führen dazu, dass die Mitarbeiter|innen stationärer Pflegeeinrichtungen bei ihrer Arbeit oft hohen physischen und psychischen Belastungen ausgesetzt sind (Simon et al. 2005). Die Folgen sind unter anderem - so der Tenor in der Literatur - ein vergleichsweise hoher Krankenstand und der Wunsch, frühzeitig aus dem Beruf auszusteigen (Berger et al. 2003; Frerichs et al. 2004; Gregersen/Wohlert 2005; Hasselhorn et al. 2005b; Kromark et al. 2007). Diese Befunde müssen jedoch differenzierter betrachtet werden, denn es gibt Hinweise darauf, dass die Tätigkeit in Pflegeeinrichtungen nicht für alle Mitarbeiter|innen mit einer geringen Arbeitszufriedenheit und negativen gesundheitlichen Konsequenzen verbunden ist (Klein/Gaugisch 2005; Simon et al. 2005).

Insgesamt liegt eine Reihe an Untersuchungen vor, in denen die Belastungen von Altenpflegekräften im Rahmen ihrer Tätigkeit im Mittelpunkt stehen. Durchgängig zeigen diese Untersuchungen, dass insbesondere der durch die Mitarbeiter|innen wahrgenommene *Zeitmangel* als gravierender Belastungsfaktor angesehen wird. Forschungsergebnissen zufolge leidet 67% (Berger et al. 2001) bis 84% (Frerichs et al. 2004) des Pflegepersonals in stationären Pflegeeinrichtungen erheblich unter Zeitdruck, dem es sich bei seiner Tätigkeit ausgesetzt sieht. Damit liegt die zeitliche Belastung in diesem Bereich über der, die bei Untersuchungen in anderen Versorgungsbereichen wie der ambulanten Pflege oder der Krankenhausversorgung ermittelt wurde. Dafür verantwortlich gemacht werden unter anderem eine *zu geringe Personalausstattung*, ein *hoher Krankenstand* aber auch *Defizite bei der Arbeitsorganisation* (Frerichs et al. 2004; Grabbe et al. 2005). Auch in der aktuellen Studie zu den Wirkungen des Pflegeweiterentwicklungsgesetzes (Schmidt/Schneekloth 2011) wird ausgewiesen, dass rund vier Fünftel der Heimleitungen der Ansicht sind, ihre Beschäftigten hätten zu wenig Zeit für die Betreuung der Bewohner|innen - eine Tatsache, die nicht ohne Folgen für die Qualität der Leistungserbringung sein dürfte.

Eine wichtige Rolle spielen auch hohe *emotionale Anforderungen* in der pflegerischen Versorgung, mit denen sich Mitarbeiter|innen auseinandersetzen müssen. Damit angesprochen sind beispielsweise der Umgang mit Tod und Leiden oder aggressivem oder unfreundlichem Verhalten der Bewohner|innen. Auch diese Anforderungen betreffen Pflegekräfte in Alten- und Pflegeheimen überdurchschnittlich häufig (Simon et al. 2005). So gaben im Rahmen der NEXT-Studie beispielsweise 45% der dort befragten Mitarbeiter|innen an, bei ihrer Arbeit *immer* mit Tod, Krankheit und Leiden konfrontiert zu sein (ebd.). Trotz ihres häufigen Auftretens werden, so lassen die Ergebnisse anderer Untersuchungen vermuten, diese Anforderungen von den Pflegekräften nicht als so belastend empfunden, wie es beim Zeit- und Personalmangel der Fall ist (Frerichs et al. 2004).

*Körperlichen Belastungen* sind Pflegekräfte in der stationären Langzeitversorgung Studien zufolge ebenfalls stärker ausgesetzt als in anderen Versorgungssettings. Physisch belastende Tätigkeiten, beispielsweise das „Betten und Lagern“ oder das „Heben und Tragen“ von Bewohner|inne|n kommen in der stationären Altenhilfe häufiger vor als im Krankenhaus oder der ambulanten Pflege (Berger et al. 2003; Grabbe et al. 2005; Simon et al. 2005). Zwar stehen den Pflegekräften in der stationären

Langzeitversorgung bei diesen körperlich anstrengenden Arbeiten in der Regel technische Hilfsmittel zur Entlastung zur Verfügung. Ob sie allerdings regelmäßig eingesetzt werden, ist auf Basis der Studienlage nur schwer abzuschätzen. Teilweise wird in Untersuchungen von einem hohen Nutzungsgrad berichtet (Bartholomeyczik/Metzing 2004), andere Studien weisen hingegen aus, dass Hilfsmittel nur in rund 50% der Fälle, in denen es möglich wäre, eingesetzt werden (Simon et al. 2005).

Die Mitarbeiter|innen in der stationären Langzeitversorgung sind also in mehrfacher Hinsicht hohen Belastungen ausgesetzt, die zu negativen gesundheitlichen Folgen führen können. Betrachtet man Untersuchungen zum *Krankenstand* von Arbeitnehmer|inne|n (AU-Fälle)<sup>3</sup> genauer, finden sich Unterschiede zwischen Mitarbeiter|inne|n in Altenpflegeheimen und allen bei der AOK versicherten Personen. Dabei ähneln sich die Größenordnungen bei den Atemwegserkrankungen und Erkrankungen des Muskel-Skelett-Systems, die insgesamt am häufigsten zur Arbeitsunfähigkeit führen. Psychische Störungen treten hingegen überdurchschnittlich häufig auf (Küsgens 2005). Sie zeichnen sich zudem durch eine besondere Fehlzeitenstruktur aus: Im Durchschnitt liegt die Erkrankungsdauer hier pro Fall und über alle Berufsgruppen hinweg bei rund 39 Tagen, während beispielsweise die durchschnittliche Dauer von Atemwegserkrankungen bei 6,7 Tagen liegt (Wieland 2009). Mitarbeiter|innen, die unter psychischen Störungen leiden, stehen den Einrichtungen also oft für einen längeren Zeitraum nicht als Arbeitskraft zur Verfügung.

Auch *psychosomatische* Beschwerden und *Burnout-Symptome* kommen bei Pflegekräften in der stationären Altenhilfe relativ häufig und in hoher Ausprägung vor (Berger et al. 2003; Gregersen/Wohlert 2005). Forschungsergebnisse zeigen, dass derartige Stressreaktionen häufig bei Personen auftreten, die sich hohen Arbeitsanforderungen ausgesetzt sehen, oft bei ihren Tätigkeiten unterbrochen werden und gleichzeitig über eine geringe Aufgabenvielfalt und enge Handlungsspielräume bei der Ausübung ihrer Tätigkeit verfügen (ebd.).

Allerdings führen die aufgeführten Belastungen nicht bei allen Pflegekräften zu negativen gesundheitlichen Konsequenzen. Bestimmte Faktoren haben eine moderierende Wirkung auf den Umgang mit negativen Einflüssen (Stressoren) und können als *Ressourcen* den Umgang mit schwierigen Arbeitsbedingungen erleichtern (Ducki 1998). Werden beispielsweise Pflegekräfte mit und ohne Burnout verglichen, zeigt sich, dass es äußere Faktoren sind, die das Entstehen eines Burnouts fördern oder ihm entgegen wirken. Die Arbeitsbedingungen der Pflegenden ohne Burnout sind dabei geprägt durch einen geringeren Zeit- und Verantwortungsdruck, genügend Handlungsspielräume, wenig externe Kontrolle, hohe Wertschätzung und Anerkennung, gute Verhältnisse im Team und zur Ärzteschaft, zufriedenstellende Arbeitszeiten, ausreichende Bezahlung und Weiterbildungsangebote (Aries/Zuppinger Ritter 1999). Das *Fehlen dieser Ressourcen* wird wiederum als Belastung wahrgenommen. In einer Untersuchung bei Pflegekräften empfanden es z.B. rund 42% der rund 1900 Befragten als belastend, dass der Zusammenhalt und die Rücksichtnahme

---

<sup>3</sup> Der *Arbeitsunfähigkeits-Fall* beschreibt die durchschnittliche Anzahl der Fälle von Arbeitsunfähigkeit eines Versicherten innerhalb eines Jahres bzw. je 100 Versicherte in Prozent aller AU-Fälle. Gezählt wird jeder ununterbrochene Zeitraum von Arbeitsunfähigkeit mit der gleichen Hauptdiagnose.

in ihrem Team nicht gut waren, 39% von ihnen gaben an, dass fehlendes Lob von Vorgesetzten sie belaste und 40% der Pflegekräfte sahen für sich eine Belastung durch mangelnde Beteiligungsmöglichkeiten bei Entscheidungen (Frerichs et al. 2004).

Dass die betrieblichen Rahmenbedingungen für die Arbeitszufriedenheit und Gesundheit von Mitarbeiter|inne|n von hoher Bedeutung sind, belegen auch Forschungsergebnisse aus anderen Arbeitsfeldern (Badura et al. 2008). Unter dem Oberbegriff des *Sozialkapitals* wurden in ihnen unter anderem die Auswirkungen der sozialen Unterstützung in einem Team, die Auswirkungen des Führungsverhaltens von Vorgesetzten und die Bedeutung gemeinsamer Werte, Überzeugungen und Regeln in einer Organisation für die Mitarbeitergesundheit untersucht (Badura/Hehlmann 2003; Behr et al. 2008).

Zur Verbesserung der gesundheitlichen Situation der Beschäftigten wird seit einigen Jahren auch in der stationären Langzeitversorgung auf das Konzept der *betrieblichen Gesundheitsförderung* (BGF) zurückgegriffen. Mit Maßnahmen der BGF sollen der Krankenstand gesenkt und die Mitarbeiter|innen in der Altenpflege gehalten werden. Mittlerweile liegt eine Vielzahl an einzelnen Maßnahmen, Programmen und Handlungshilfen vor, die von Einrichtungen der stationären Altenhilfe mit und ohne Hilfe externer Dienstleister umgesetzt werden können (ex. Brause et al. 2010; INQA 2008). Vielfach werden dabei jedoch Konzepte und Maßnahmen übernommen, ohne zu überprüfen, ob sie überhaupt für das Setting der stationären Altenhilfe geeignet sind (Schaeffer/Büscher 2009). Denn in anderen Arbeitsfeldern entwickelte Interventionen zielen nicht notwendigerweise auf die typischen gesundheitlichen Belastungen und Problemlagen der Mitarbeiter|innen in stationären Pflegeeinrichtungen ab und berücksichtigen die dort herrschenden Rahmenbedingungen oft nicht in ausreichendem Maße (Brause et al. 2010). Um hier zu entsprechenden Anpassungen zu kommen, bedarf es allerdings einer Verbreiterung empirischer Grundlagen, die präzise Einschätzungen von Belastungsfaktoren und Ressourcen ermöglichen und damit Ansatzpunkte für effektive Maßnahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung in der stationären Langzeitversorgung liefern.

### 2.3 Fragestellung

Neben fehlender Aktualität und der Konzentration auf Defizite zeichnen sich viele der hierzulande durchgeführten Untersuchungen dadurch aus, dass die Effekte betrieblicher Gesundheitsförderung ausschließlich aus Sicht der Mitarbeiter|innen, die Resultate qualitätsverbessernder Maßnahmen hingegen fast ausnahmslos vor dem Hintergrund zu erfüllender Struktur- und Prozessanforderungen und kaum aus der Perspektive der Nutzer|innen heraus beurteilt werden. Es gibt jedoch durchaus Hinweise darauf, dass zwischen Faktoren, die die *Gesundheit und Arbeitszufriedenheit von Pflegekräften* beeinflussen und der *Versorgungsqualität in Pflegeeinrichtungen* Zusammenhänge bestehen (ex. Bostick et al. 2006; Capon et al. 2007; Castle 2008; Castle/Engberg 2008; Tervo-Heikkinen et al. 2008). Ob sich allerdings, wie teilweise unter der Formel „better jobs, better care“ (Berger/Schweitzer 2004) postuliert, eine Verbesserung der Arbeitsbedingungen mehr oder minder automatisch positiv auf die Situation der Bewohner|innen auswirkt, erscheint fraglich. Zumindest finden sich für

den darin implizierten Automatismus keine empirischen Belege. Umgekehrt ist es jedoch nachvollziehbar, dass unter problematischen Arbeitsbedingungen eine pflegerische Versorgung auf hohem Niveau nur schwer zu gewährleisten ist. Um eine differenzierte Beurteilung einzelner Faktoren und Mechanismen vorzunehmen, die in diesem Zusammenhang zum Tragen kommen (können), bedarf es der Zusammenführung empirischer Nutzer- und Mitarbeiterdaten. Eben dieses Vorhaben wurde im Projekt ebenfalls verfolgt. Im Vordergrund stand allerdings die Generierung einer empirischen Datenbasis

1. zur Ressourcensituation, dem Gesundheitsstatus und der Versorgungsqualität der Nutzer|innen der stationären Altenhilfe,
2. zur Arbeitssituation und -zufriedenheit sowie der Gesundheits- und Ressourcensituation der Mitarbeiter|innen sowie
3. zu den Rahmen- und Arbeitsbedingungen in der stationären pflegerischen Langzeitversorgung.

Ziel war eine umfassende, mehrperspektivische empirische Bestandsaufnahme zur Gesundheit und Qualität im Setting der stationären Altenhilfe. Dazu wurde auf der Ebene der Nutzer|innen Fragen zu ihrer sozialen und gesundheitlichen Situation und ihren noch vorhandenen Gesundheitspotenzialen nachgegangen. Auf der Ebene der Mitarbeiter|innen standen Fragen zur Arbeitssituation, dem Gesundheitszustand sowie Belastungen und Ressourcen im Mittelpunkt. Die im Rahmen der Bestandsaufnahme erhobenen Daten sollten - sofern dies methodisch möglich war - auch als Grundlage dafür genutzt werden, Zusammenhänge zwischen Mitarbeitergesundheit und -zufriedenheit einerseits und der Qualität der pflegerischen Versorgung andererseits zu untersuchen. Anhand der Ergebnisse sollten im Anschluss auch Aussagen zu Möglichkeiten der Verbesserung der Qualität und Gesundheitssicherung getroffen werden.

### 3. Methodisches Vorgehen

Zur Beantwortung der auf die Ebene der Nutzer|innen und Mitarbeiter|innen zielenden Untersuchungsfragen wurden überwiegend standardisierte und validierte Instrumente zur Generierung quantitativer Daten benutzt. Geplant war eine Vollerhebung in acht Einrichtungen der stationären Altenhilfe, in denen insgesamt 500 Bewohner|innen sowie deren professionell Pflegende befragt werden sollten. Die Einrichtungen wurden nach inhaltlichen und organisatorischen Aspekten wie z.B. dem Pflegekonzept oder der Größe ausgewählt, um die Rahmenbedingungen möglichst kontrastierend gegenüber stellen zu können.

Die acht in dem Projekt beteiligten Einrichtungen wurden folgendermaßen für eine Kooperation gewonnen:

- Zu drei Einrichtungsleitungen bestanden bereits im Vorfeld des Projektes Kontakte. Sie hatten Interesse zur Teilnahme an Vorhaben signalisiert, die sich mit Fragen der Gesundheitsförderung bei Nutzer|inne|n und Mitarbeiter|inne|n befassen. Diese Einrichtungen wurden daher gezielt mit Beginn des Projekts auf eine Kooperation angesprochen.
- Die anderen fünf Einrichtungen wurden in der Felderschließungsphase nacheinander für eine Kooperation gewonnen.

Die beiden wichtigsten Kriterien zur Auswahl der acht Einrichtungen waren zum einen die *Trägerschaft*. Hier galt es, sowohl private als auch freigemeinnützige Träger zu involvieren, um ein möglichst breites Bild zu erfassen. Zum anderen war es die *Einrichtungsgröße*, da davon ausgegangen werden muss, dass Einrichtungen mit einer geringen Anzahl an Bewohner|inne|n andere Rahmenbedingungen aufweisen als Einrichtungen mit vielen Wohnbereichen und einer entsprechend hohen Zahl an Bewohner|inne|n. Insgesamt wurde eine Stichprobengröße angestrebt, die es ermöglichte - unter Ausschluss von Personen in der Kurzzeitpflege - Daten von mindestens 500 Nutzer|inne|n zu gewinnen.

Das Projektvorhaben wurde in den später beteiligten Einrichtungen zunächst ausführlich auf der Leitungsebene vorgestellt, im Anschluss wurde die Bereitschaft zur Teilnahme erfragt. Alle Einrichtungen, in denen das Projekt auf diesem Weg vorgestellt wurde, entschieden sich für die Teilnahme. Wie Tabelle 1 zeigt, konnten mit der Auswahl der Einrichtungen sämtliche Kriterien zur Zusammensetzung der Stichprobe erfüllt und, bezogen auf die Stichprobengröße, sogar deutlich übertroffen werden, da in allen Einrichtungen Daten sämtlicher dort lebender Bewohner|innen erhoben wurden.

**Tabelle 1: Größe, Trägerschaft und Spezialisierung der kooperierenden Pflegeeinrichtungen**

Einrichtung	Bewohnerplätze (incl. Kurzzeitpflege)	Wohn- bereiche	Träger	Spezialisierung
1	148	4	freie Wohlfahrt	1 Wohnbereich „Junge Pflege“
2	43	1	freie Wohlfahrt	-
3	130	4	privat	-
4	141	4	freie Wohlfahrt	-
5	57	1	freie Wohlfahrt	Menschen mit Suchterkrankungen
6	156	3	freie Wohlfahrt	1 Wohnbereich „Junge Pflege“
7	79	3	privat	-
8	70	3	freie Wohlfahrt	-

Die folgende Projektphase bestand in der Organisation und Vorbereitung der Erhebung auf den beiden Ebenen (Bewohner|innen und Mitarbeiter|innen) und in der Erhebung selbst. Im Anschluss daran wurden die Daten ausgewertet. Wie hier im Einzelnen vorgegangen wurde, wird nachfolgend erläutert.

### 3.1 Erfassung von Bewohnerdaten

Für die Erhebung der Bewohnerdaten wurde ein 15seitiger *Fragebogen* entwickelt, mit dem Einschätzungen zum Pflege- und Gesundheitszustand sowie weitere Angaben zu soziodemografischen Eckdaten, aufgetretenen Gesundheitsbelastungen und sozialen Aspekten erfasst werden sollten. Der Fragebogen war für die Fremdbeurteilung von Bewohner|inne|n durch speziell geschulte Pflegekräfte konzipiert. Die Inhalte des Bogens umfassten folgende Aspekte:

- Soziodemografische Eckdaten, z.B. das Alter, Geschlecht und die Pflegestufe.
- Angaben zu Erkrankungen und der medizinischen Versorgung, z.B. von Ärzten gestellte Diagnosen, Kontakthäufigkeit zu Ärzten oder Inanspruchnahme von Physio- und Ergotherapie.
- Angaben zu Funktionsbeeinträchtigungen, z.B. Seh- und Hörbeeinträchtigungen, Bewegungsfähigkeiten und zu Hilfsmitteln, die eine Person nutzt.
- Angaben zu sozialen Kontakten und Aktivitäten, z.B. Häufigkeit der Kontakte zu Personen außerhalb der Einrichtung oder zur Teilnahme an Gruppenaktivitäten.
- Angaben zu kognitiven und kommunikativen Fähigkeiten sowie Verhaltensweisen und psychischen Problemlagen.
- Angaben zu Fähigkeiten und besonderem Unterstützungsbedarf, der Selbständigkeit bei der Mobilität, der Selbstversorgung und der Gestaltung des Alltagslebens und sozialer Kontakte einer Person.
- Angaben zu spezifischen, für Pflegebedürftige charakteristischen Gesundheitsbelastungen und -problemen. Im Einzelnen ging es um das Auftreten von Stürzen und Sturzfolgen, das Auftreten von Dekubi-

talulcera, das Vorliegen von Gelenkkontrakturen, Angaben zum Vorhandensein und dem Umgang mit Schmerzen sowie Daten zur Anwendung aktivitätsbegrenzender Maßnahmen.

- Einschätzungen zum Präventionsbedarf mit Blick auf typische, bei Pflegebedürftigkeit häufig auftretende Risiken.

Die überwiegende Zahl der Angaben und Einschätzungen erfolgte in standardisierter Form. Zu einzelnen Aspekten waren freischriftliche Angaben, z.B. Datumsangaben oder eine kurze Erläuterung, vorgesehen.

Für Teile des Erhebungsbogens wurde auf Module des *neuen Begutachtungsassessments zur Feststellung von Pflegebedürftigkeit* (NBA) zurückgegriffen. Die Einschätzungen zu den einzelnen Modulitems erfolgen hier überwiegend mittels einer vierstufigen Skala. Der modularisierte Aufbau des NBA ermöglicht neben der Erfassung einzelner Sachverhalte und einer Gesamtbewertung auch die zusammenfassende Bewertung einzelner Bereiche von Pflegebedürftigkeit, z.B. der Selbständigkeit einer Person bei der Mobilität oder seiner kognitiven und kommunikativen Fähigkeiten. Die Gesamtbewertung eines Moduls erfolgt jeweils mittels eines fünfstufigen Rasters, auf das auch bei der Darstellung der Ergebnisse zurückgegriffen wird (vgl. Tabelle 2). Zum Teil wird - ausgehend von dem fünfstufigen Bewertungsraster - eine Zweiteilung der Stichprobe in *nicht oder gering Beeinträchtigte* und *erheblich bis schwerst beeinträchtigte Personen* vorgenommen. Zur besseren Nachvollziehbarkeit seien die hinter dieser Einteilung stehenden Bewertungen am Beispiel der Mobilität kurz erläutert (für eine detaillierte Darstellung vgl. Wingefeld et al. 2008).

- Bei selbständigen Personen bestehen keine Einschränkungen der Mobilität.
- Geringe Beeinträchtigungen weist z.B. eine Person auf, die auf personelle Unterstützung beim Steigen einer Treppe, nicht aber bei den übrigen Aktivitäten des Moduls angewiesen ist.
- Erhebliche Beeinträchtigungen bestehen, wenn eine Person sich zwar noch selbständig aus dem Bett begeben kann, jedoch keine Treppen steigen kann und auch ansonsten bei der Fortbewegung in ihrem Wohnbereich auf personelle Unterstützung angewiesen ist.
- Schwere Beeinträchtigungen weist eine Person auf, wenn neben der umfangreichen Unterstützung bei der Fortbewegung weitere personelle Hilfe, beispielsweise beim Transfer aus dem Rollstuhl auf die Toilette, notwendig ist.
- Bei Personen mit schwersten Beeinträchtigungen, bei denen in allen Bereichen der Mobilität, z.B. auch bei einfachen Lageveränderungen, Unterstützungsbedarf besteht, wird von völligem/weitgehendem Selbstständigkeitsverlust gesprochen.

Auch wenn die Bezeichnungen der Bewertungssystematik in den anderen Modulen des NBA zum Teil leicht abweichen, folgen sie jedoch einer ähnlichen Struktur.

**Tabelle 2: Bewertungssystematiken der verwendeten NBA-Module  
(nach Wingenfeld et al. 2008)**

<b>NBA-Modul</b>	<b>Bewertungssystematik des Moduls</b>
<b>Mobilität Selbstversorgung Gestaltung des Alltagslebens und soziale Kontakte</b>	selbständig geringe Beeinträchtigung erhebliche Beeinträchtigung schwere Beeinträchtigung völliger/weitgehender Selbstständigkeitsverlust
<b>kognitive und kommunikative Fähigkeiten</b>	keine Beeinträchtigung geringe Beeinträchtigung erhebliche Beeinträchtigung schwere Beeinträchtigung völliger/weitgehende Fähigkeitsverlust
<b>Verhaltensweisen und psychische Problemlagen</b>	keine Beeinträchtigung geringe Beeinträchtigung erhebliche Beeinträchtigung schwere Beeinträchtigung schwerste Beeinträchtigung
<b>Umgang mit krankheits- und therapiebedingten Anforderungen</b>	selbständig/unabhängig geringe Beeinträchtigung erhebliche Beeinträchtigung schwere Beeinträchtigung weitgehende Abhängigkeit

Die *Erhebung der Bewohnerdaten* wurde zwischen dem 3. Juni und dem 18. August 2011 durchgeführt. Die einzelnen Einrichtungen wurden vorab gebeten, sich in den Monaten Juni bis August für einen dreiwöchigen Zeitraum zu entscheiden, innerhalb dessen sie die Erhebung durchführen wollten. Dies sollte sie in die Lage versetzen, die Erhebungsarbeiten so zu organisieren, dass sie möglichst wenig mit einrichtungsinternen Planungen, z.B. Phasen, in denen viele Mitarbeiter|innen Urlaub hatten, kollidierten.

Die Erfassung der Daten erfolgte durch Mitarbeiter|innen der Einrichtungen. Da bei der Durchführung der Erhebung differenzierte, fachlich anspruchsvolle Einschätzungen zu den Fähigkeiten und dem Unterstützungsbedarf der Bewohner|innen zu treffen waren, handelte es sich um Pflegefachkräfte. Für diese wurden im Vorfeld der Erhebungen jeweils ca. vierstündige Schulungsveranstaltungen durchgeführt, in denen zunächst Hintergrund und Zielsetzung des Projektes erläutert wurden. Der Schwerpunkt lag allerdings auf der Vermittlung von Kenntnissen, die zur Anwendung des Erhebungsinstrumentes für die Erfassung von Bewohnerdaten notwendig waren. Das Instrument wurde systematisch erläutert und die Teilnehmer|innen hatten die Möglichkeit, Anwendungs- und Verständnisfragen zu den einzelnen Items und Frageblöcken zu stellen. Thematisch standen dabei die Bestandteile des Instrumentes im Fokus, die sich in Anlehnung an das NBA mit der Beurteilung der Selbständigkeit, der kognitiven Fähigkeiten und Verhaltensweisen sowie des Umgangs von Bewohner|inne|n mit krankheits- und therapiebedingten Anforderungen befassen.



Ergänzend zu der ausführlichen Vorstellung des Erhebungsinstrumentes erhielten die Teilnehmer|innen ein Manual, das Hinweise zum Ausfüllen des Bogens und der Interpretation der verwendeten Fragen enthielt. Dieses konnte während der Erhebungen bei Unsicherheiten herangezogen werden. Die Nachfrage in den Einrichtungen ergab, dass während der Erhebungen keine nennenswerten Anwendungsprobleme auftraten bzw. sie durch Nutzung des Manuals gelöst werden konnten. Die Erhebung wurde anonymisiert durchgeführt. Dazu wurden die Erhebungsbögen von den Mitarbeiter|inne|n mit einem Code versehen, der zwar die Zuordnung zur jeweiligen Einrichtung und einem Wohnbereich ermöglichte, aber keinerlei Rückschlüsse auf den Namen der Bewohner|innen zuließ.

In den acht teilnehmenden Pflegeeinrichtungen wurden von insgesamt 807 Bewohner|inne|n Daten erhoben. Im Rahmen von Vollerhebungen wurden jeweils sämtliche Bewohner|innen einer Einrichtung einbezogen<sup>4</sup>. Allerdings zeigte sich im Verlauf des Projektes, dass es in einzelnen Einrichtungen spezialisierte Wohnbereiche gibt, deren Bewohner|innen sich hinsichtlich ihrer Erkrankungen und bestehender Funktionsbeeinträchtigungen stark von „typischen“ Nutzer|inne|n der stationären Langzeitversorgung unterscheiden. Die in diesen Wohnbereichen erhobenen Bewohnerdaten (n=130) wurden aus der Gesamtberechnung ausgeschlossen, da mit der Erhebung das Ziel verfolgt wurde, Aussagen über für die stationäre Altenhilfe charakteristische Gesundheits- und Qualitätsmerkmale zu generieren. Die nachfolgende Tabelle gibt einen Überblick über die Anzahl der in den Einrichtungen einbezogenen bzw. von der Erhebung ausgeschlossenen Bewohner|innen.

---

<sup>4</sup> Lediglich in 29 Fällen wurde keine ausführliche Erhebung durchgeführt. Grund hierfür war, dass sich einzelne Bewohner|innen z.B. aufgrund eines Krankenhausaufenthaltes im vorgesehen Erhebungszeitraum nicht in der Einrichtung befanden. Auch Personen, die sich in der Sterbephase befanden oder die nur vorübergehend im Rahmen einer Kurzzeitpflegemaßnahme nach § 42 SGB XI versorgt wurden, wurden von der Erhebung ausgeschlossen.

**Tabelle 3: Einbezogene und ausgeschlossene Bewohner|innen nach Einrichtung, n=648<sup>5</sup>**

Einrichtung	einbezogene Bewohner		ausgeschlossene & nicht erfasste Bewohner	Bewohner Insgesamt
	„typische“ Wohnbereiche	spezialisierte Wohnbereiche		
1	119	28	1	148
2	42	0	3	45
3	120	0	12	132
4	134	0	4	138
5	0	53	2	55
6	104	49	2	155
7	64	0	2	66
8	65	0	3	68
<b>gesamt</b>	<b>648</b>	<b>130</b>	<b>29</b>	<b>807</b>

In Kapitel 4 werden die in den Einrichtungen erhobenen Bewohnerdaten analysiert. Im Vordergrund stehen dabei Daten zur Häufigkeit einzelner gesundheitlicher Aspekte, sowohl bezogen auf die Daten der Gesamtstichprobe als auch mit Blick auf die in den einzelnen Einrichtungen erzielten Ergebnisse. Darüber hinaus werden Zusammenhänge zwischen einzelnen Bewohnermerkmalen, z.B. zwischen kognitiver Leistungsfähigkeit und Mobilitätsstatus, untersucht.

### 3.2 Mitarbeiterbefragung

Der *Fragebogen zur Erfassung der Mitarbeiterdaten* setzt sich weitestgehend aus Skalen verschiedener, bereits in anderen Befragungen genutzter und überprüfter Instrumente zusammen.

1. Copenhagen Psychosocial Questionnaire (COPSOQ Nübling et al. 2005):

- Einfluss
- Regelungen und Abläufe
- Bedeutung der Arbeit
- Burnout
- Family-Life-Conflict
- Subjektive Gesundheit und Wohlbefinden
- Arbeitszufriedenheit

<sup>5</sup> Nicht für alle der folgenden Auswertungen konnte auf sämtliche Fälle zurückgegriffen werden. Dies resultiert aus der Tatsache, dass einzelne Angaben von den Ratern beim Ausfüllen übersprungen bzw. übersehen wurden oder Angaben, z.B. zum Datum des Heimeinzugs, nicht exakt verfügbar waren. Es handelt sich allerdings um wenige Einzelfälle, die keiner Systematik folgen und nur einen sehr kleinen Teil der Stichprobe betreffen. Diese Fälle fehlender Daten wurden bei der Analyse ausgeschlossen, da aufgrund ihrer unsystematischen Verteilung und geringen Zahl keine nennenswerten Verzerrungen der Ergebnisse zu erwarten waren. Die Anzahl der zugrunde liegenden Fälle wird daher in den Auswertungsdarstellungen angegeben. Daraus ergibt sich die Anzahl der ausgeschlossenen Fälle (648 abzüglich zugrunde liegende Fälle).

2. Nurses` Early Exit Study (NEXT Hasselhorn et al. 2005b):
  - Körperliche Belastungen
3. BGW-Betriebsbarometer (BGW 2008):
  - Arbeitssituation
  - Belastungen durch bewohner- und angehörigbezogene Aspekte
4. Skalen aus dem Fragebogen des Projekts „Gesundheit hat kein Alter“ des Ludwig Boltzmann Institute Health Promotion Research:
  - Achtung und Wertschätzung durch Bewohner|innen, Angehörige
  - Kontakt zu ehrenamtlichen Mitarbeiter|inne|n
  - Verlässlichkeit von Angehörigen und ehrenamtlichen Mitarbeiter|inne|n
5. Skalen zum Sozialkapital (Rixgens 2010)
6. Skala aus dem Fragebogen „Gesundheit - Mitarbeiter|innen - Krankenhaus“ (Karl-Trummer et al. 2007):
  - Beschwerden
  - *Lebensstil/Gesundheitsverhalten*
7. Fragen aus dem Work Ability Index (BAuA 2008)
  - Work Ability eigene Prognose

Um die arbeitsbedingten Einflussfaktoren zu erheben, wurden die Einflussmöglichkeiten und Entscheidungsspielräume, Regelungen und Abläufe sowie das Verhältnis von Arbeit und Privatleben mit Skalen aus dem Copenhagen Psychosocial Questionnaire (COPSOQ, Nübling et al. 2005) erhoben. Weitere Aspekte der Arbeitssituation und mögliche Probleme im Umgang mit Bewohner|inne|n und Angehörigen wurden mit Skalen aus dem BGW-Betriebsbarometer erfasst (BGW 2008). Es handelt sich hierbei um Fragen wie *„Haben Sie Einfluss darauf, was Sie bei Ihrer Arbeit tun?“*, *„Erhalten Sie alle Informationen, die Sie brauchen, um Ihre Arbeit gut zu erledigen?“*, *„Wie häufig kommt es bei Ihrer Arbeit vor, dass Sie unter Zeitdruck stehen, der sich negativ auf Ihre Arbeit auswirkt?“* oder Statements wie *„Die Anforderungen meiner Arbeit stören mein Privat- und Familienleben“*.

Kontakte mit Bewohner|inne|n, Angehörigen und ehrenamtlichen Mitarbeiter|inne|n wurden als mögliche Belastung oder im Sinne einer Ressource abgefragt, z.B. durch Statements wie *„Bei meiner Arbeit habe ich mit Bewohnern und Angehörigen zu tun, die an meiner fachlichen Kompetenz zweifeln“* oder *„Bei meiner Arbeit sehe ich ehrenamtliche Mitarbeiter als Entlastung zur Unterstützung von Bewohnern im Alltag“*. Genutzt wurden hier Skalen aus dem Fragebogen des Projekts „Gesundheit hat kein Alter“ des Ludwig Boltzmann Institute Health Promotion Research (LBIHPR) und dem BGW-Betriebsbarometer (BGW 2008).

Als eine Ressource gelten auch Entwicklungsmöglichkeiten und die Bedeutung der Arbeit. Beide Aspekte wurden mit Skalen aus dem COPSOQ (Nübling et al. 2005) erhoben, z.B. *„Haben Sie die Möglichkeit, durch Ihre Arbeit neue Dinge zu erlernen?“*, *„Haben Sie das Gefühl, dass Ihre Arbeit wichtig ist?“*.

Innovativ ist sicherlich die Erhebung der Ressource Sozialkapital mit dem BISI (Bielefelder Sozialkapital-Index; Rixgens 2010). Der BISI misst das Netzwerkkapital (z.B. *„In unserer Abteilung gehen wir durch dick und*

dünn.“), das Führungskapital (z.B. „*Mein direkter Vorgesetzter steht zu dem, was er sagt.*“) und das Wertekapital (z.B. „*Die Wertschätzung eines jeden einzelnen Mitarbeiters ist in unserem Unternehmen sehr hoch.*“).

Zusätzlich wurden körperliche Belastungen erhoben. Hierbei ging es darum zu erfragen, wie oft eine körperlich belastende Tätigkeit am Tag vorkommt (z.B. Betten und Lagern von Bewohnern: von *0 bis 1 mal täglich bis mehr als 10 mal täglich* (in Anlehnung an die NEXT-Studie, Hasselhorn et al. 2005a). Die Skala wurde leicht abgewandelt und um zusätzliche *Fragen* zum Einsatz von Hilfsmitteln ergänzt.

Zum Gesundheitsverhalten wurden ebenfalls einige Fragen gestellt: eine Frage zum Obst- und Gemüseverzehr, eine bzw. zwei zum Sport, je eine zum Rauchen und zum Alkoholkonsum und drei zur Einnahme von Medikamenten (vgl. Karl-Trummer et al. 2007).

Als abhängige Variablen wurden erhoben: Burnout wie im COPSOQ angegeben (Nübling et al. 2005), subjektive Gesundheit, Wohlbefinden und Arbeitszufriedenheit (je ein Item), die Einschätzung der Arbeitsfähigkeit in der Zukunft nach dem Work Ability Index (BAuA 2008) und Beschwerden (Skala aus dem Fragebogen „Gesundheit - Mitarbeiter|innen - Krankenhaus“; Karl-Trummer et al. 2007). *Bei den Beschwerden wurde gefragt, wie häufig sie vorkommen (z.B. Kopfschmerzen fast nie/nie bis fast immer) und ob die Befragten die vorkommenden Beschwerden auf ihre Arbeit zurückführen.*

Hinzu kamen Fragen zu soziodemografischen Daten, Gewicht und Größe, Schichtsystemen und Arbeitszeiten.

Die *Durchführung der Mitarbeiterbefragung* erfolgte zeitgleich mit der Erhebung der Bewohnerdaten. Zu den Schulungsterminen wurden den Einrichtungen die Fragebögen für die Mitarbeiter|innen übergeben. Anschließend wurden die Fragebögen von dort tätigen Personen verteilt. Meist handelte es sich hierbei um Wohnbereichs- oder Einrichtungsleitungen, in einem Fall übernahm ein externer Berater die Verteilung der Fragebögen.

Der Fragebogen wurde an alle Pflegekräfte verteilt und an Mitarbeiter|innen aus den Bereichen „Hauswirtschaft“ und „Betreuung“ (z.B. nach § 87b SGB XI), sofern diese an der Pflege und Betreuung der Bewohner|innen direkt beteiligt sind. Diese Einschätzung wurde den Einrichtungen überlassen, da von außen die konzeptionell bedingte Aufteilung zwischen Pflege, Betreuung und Hauswirtschaft nicht zu beurteilen war. Allen Mitarbeiter|inne|n stand offen, den ausgefüllten Fragebogen entweder in der Einrichtung in eine geschlossene Box einzuwerfen, die von den Mitarbeiter|inne|n der Universität Bielefeld abgeholt wurde, oder per Post in einem vorfrankierten Rückumschlag direkt an die Universität Bielefeld zurückzuschicken.

Das Vorgehen bei der Befragung in den Einrichtungen konnte nicht vollständig standardisiert werden. Beispielsweise bat die Mitarbeitervertretung von drei Einrichtungen, die zu einem Träger gehören, um Informationsveranstaltungen für die dort tätigen Mitarbeiter|innen. Diesem Wunsch wurde im Rahmen des Projekts Folge geleistet, jedoch war die Resonanz gering. Rund 30 Mitarbeiter|innen nahmen an den beiden Informationsveranstaltungen teil. Es handelte sich allerdings zu einem Großteil um die Mitarbeiter|innen, die auch an der Erhebung von Bewohner-

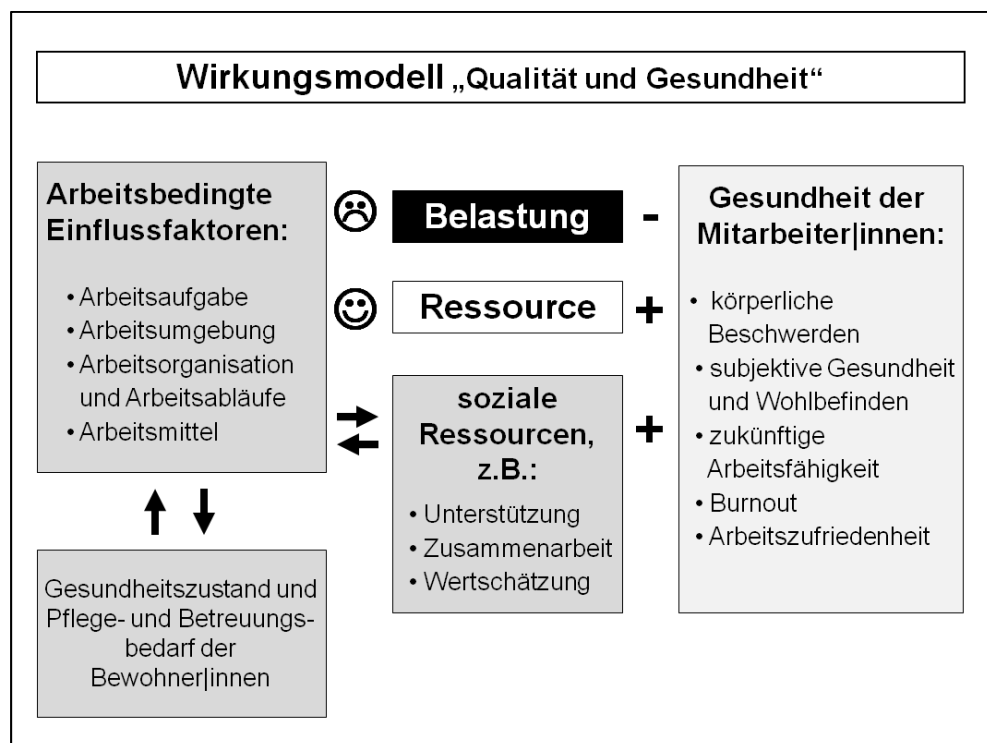
daten beteiligt waren und somit bereits im Rahmen der Schulungen über das Projekt informiert worden waren.

Es waren auch nicht alle Einrichtungen bereit, den Mitarbeiter|inne|n das Ausfüllen der Mitarbeiterfragebögen als Arbeitszeit anzurechnen, was evtl. zu den doch deutlich unterschiedlichen Rücklaufzeiten in den einzelnen Einrichtungen beitrug, ein Problem, mit dem z.B. auch die 3Q-Studie konfrontiert war (Schmidt et al. 2011b).

Die *Auswertung der Daten* erfolgte ausgehend von der Annahme, dass sich bestimmte arbeitsbedingte Einflussfaktoren auf die Gesundheit der Mitarbeiter|innen auswirken. Diese Zusammenhänge werden in dem in Abbildung 1 dargestellten Wirkungsmodell nochmals verdeutlicht.

- *Belastungen* werden dabei eindeutig mit negativen Folgen für die Gesundheit assoziiert.
- Sind die Arbeitsbedingungen nach Meinung der Mitarbeiter|innen gut, werden sie nicht als Belastung wahrgenommen, sondern bilden *Ressourcen*, die sich positiv auf die Gesundheit auswirken.
- Es können darüber hinaus noch soziale *Ressourcen* vorliegen, die über die Arbeitsbedingungen im Sinne von Strukturen und Prozessen hinausgehen (wie z.B. die Unterstützung durch Kolleg|inn|en oder Vorgesetzte) und sich ebenfalls positiv auf die Gesundheit auswirken.

**Abbildung 1: Wirkungsmodell im Projekt „Qualität und Gesundheit“**



Die Ausprägungen der arbeitsbedingten Einflussfaktoren, der Belastungen und Ressourcen und die gesundheitliche Situation der Mitarbeiter|innen werden in Kapitel 5 aufgearbeitet. Dabei werden u.a. die im Modell dargestellten Zusammenhänge zwischen den Arbeitsbedingungen und dem Gesundheitszustand bzw. dem Pflege- und Betreuungsbedarf der Bewoh-

ner|innen analysiert. Da die Literatur Hinweise darauf gibt, dass Einflussfaktoren und Ressourcen in hohem Maße einrichtungsabhängig sind (Fre-  
richs et al. 2004; Schmidt et al. 2011a; Simon et al. 2005), werden Ver-  
gleiche zwischen den Einrichtungen angestellt.

## **4. Ergebnisse zur Nutzergesundheit und Versorgungsqualität**

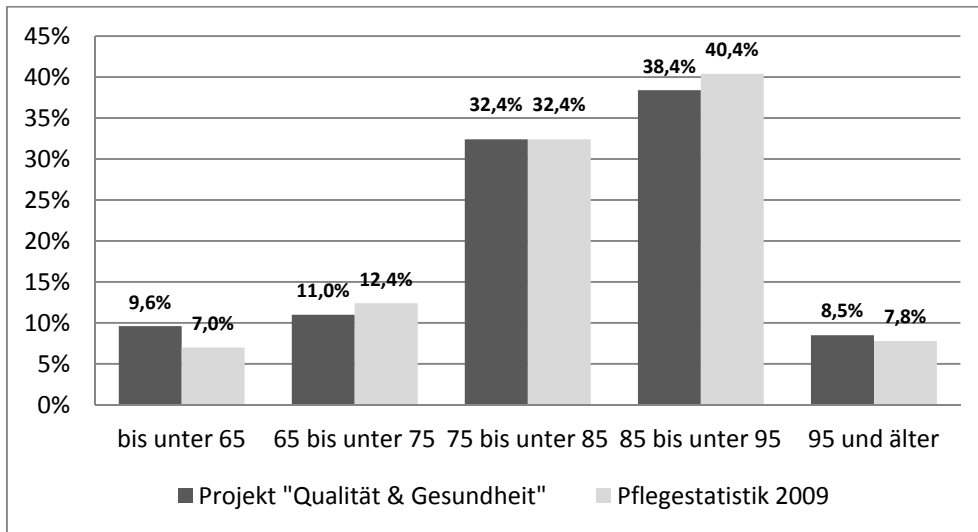
In einer quantitativen Querschnittserhebung wurde eine Fragebogenerhebung zur gesundheitlichen und sozialen Situation der Bewohner|innen von acht Einrichtungen der stationären Langzeitversorgung durchgeführt.

### **4.1 Eckdaten der Bewohnerstichprobe**

Angesichts des Projektumfangs war es weder möglich noch beabsichtigt, Einrichtungen und Bewohner|innen unter dem Aspekt der Repräsentativität auszuwählen. Dennoch deuten die Rahmendaten darauf hin, dass es gelungen ist, eine große Gruppe von Bewohner|inne|n mit für die stationäre Altenhilfe typischen Merkmalen einzubeziehen. Dies lässt vermuten, dass sich auch die in den nachfolgenden Kapiteln dargestellten Ergebnisse zur gesundheitlichen Situation und den damit verbundenen Potenzialen und Beeinträchtigungen der Nutzer|innen in Größenordnungen bewegen, die für diesen Versorgungsbereich zwar nicht repräsentativ, aber durchaus charakteristisch sind.

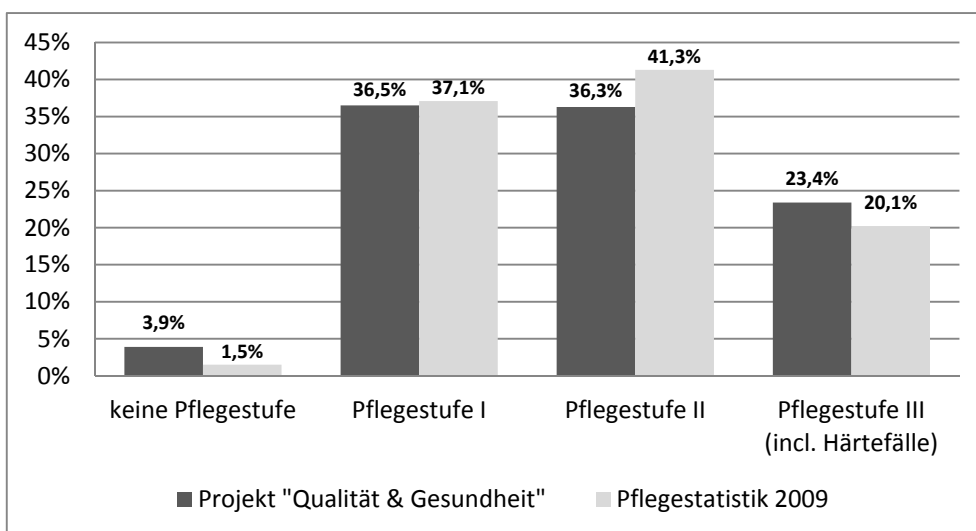
Der Anteil von Bewohner|inne|n, die 75 Jahre und älter sind, beträgt 80,6%, der Anteil Pflegebedürftiger mit einem Alter von 85 und mehr Lebensjahren liegt bei 48,2%. Rund drei Viertel der Pflegebedürftigen (74,5%) sind Frauen. Das Durchschnittsalter betrug in der Bewohnerstichprobe 81,6 Jahre. Hochaltrige Personen ab 90 Jahren machen mit 23,9% nahezu ein Viertel der Nutzer|innen aus. Die demografischen Eckdaten dieser Bewohner|innen sind mit den Daten der Pflegestatistik 2009 (Statistisches Bundesamt 2011) und anderen Erhebungen (Schmidt/Schneekloth 2011) zur Struktur der stationären Langzeitversorgung in mehrfacher Hinsicht vergleichbar. Dort wurde eine ähnliche Alters- und Geschlechtsstruktur ermittelt. Der Anteil der weiblichen Pflegebedürftigen lag in der Pflegestatistik 2009 bei 75%, 80% der Pflegeheimbewohner waren 75 Jahre und älter und der Anteil von Personen mit einem Alter von 85 Jahren und mehr betrug 48,9%. Das Durchschnittsalter in einer Infratest-Erhebung aus dem Jahr 2010 (ebd.) belief sich auf 82 Jahre. In beiden genannten Erhebungen war rund ein Viertel der Bewohner|innen 90 Jahre und älter. Die folgende Abbildung veranschaulicht die Verteilung der Altersklassen innerhalb der Stichprobe im Vergleich zur Pflegestatistik.

**Abbildung 2: Bewohneranteile nach Altersklassen im Vergleich zur Pflegestatistik 2009 (Pflegebedürftige vollstationär in Heimen, Statistisches Bundesamt 2011), n=645**



Die *Verteilung der Pflegestufen* setzt sich folgendermaßen zusammen: Unter den Bewohner|inne|n zeigen sich ähnliche Größenordnungen wie bei den Erhebungen des Statistischen Bundesamtes. Bewohner|innen mit der Pflegestufe III sind im Vergleich zur Pflegestatistik allerdings etwas häufiger vertreten (23,4% vs. 20,1%), wohingegen der Anteil der Bewohner|innen mit der Pflegestufe II etwas geringer ausfällt (36,3% vs. 41,3%). Abbildung 3 stellt die Ergebnisse der Stichprobe der des Statistischen Bundesamtes gegenüber.

**Abbildung 3: Bewohneranteile nach Pflegestufen im Vergleich zur Pflegestatistik 2009 (Pflegebedürftige vollstationär in Heimen, Statistisches Bundesamt 2011), n=647**

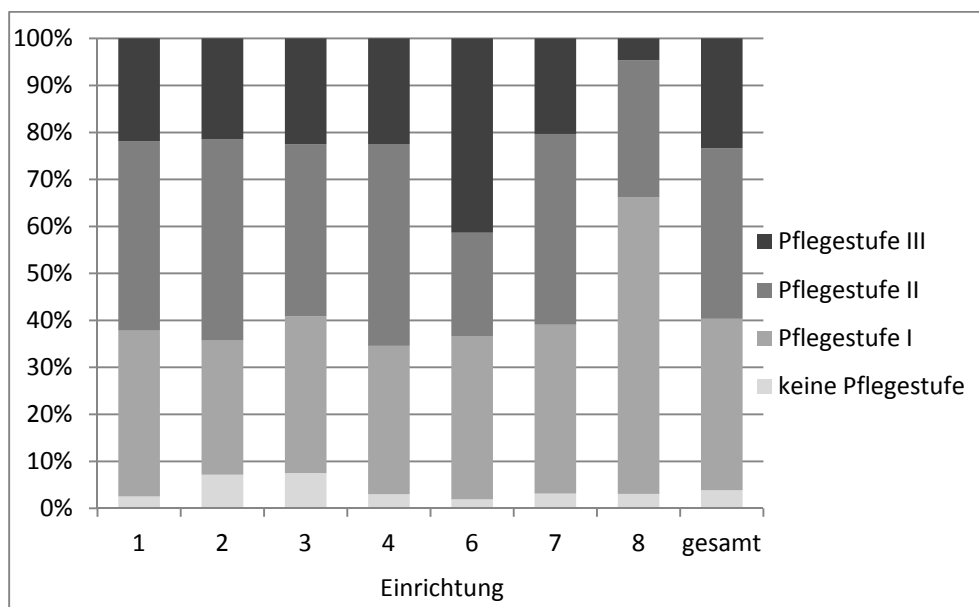


Bei der Verteilung der Pflegestufen zeigen sich überwiegend Ähnlichkeiten zwischen den Einrichtungen. Allerdings fallen auch Unterschiede auf: In



Einrichtung 6 wird mit 41,3% der Nutzer|innen ein besonders hoher Anteil Schwerstpflegebedürftiger versorgt. In Einrichtung 8 ist dieser Anteil mit 4,6% gravierend kleiner als in allen anderen Heimen. Diese Einrichtung zeichnet sich zudem durch einen überdurchschnittlichen Anteil (63,1%) von Bewohner|inne|n aus, die in die Pflegestufe I eingestuft sind.

**Abbildung 4: Einrichtungsbezogene Verteilung der Pflegestufen unter den Bewohner|inne|n, n=647**



Ebenfalls unterschiedlich sind die Anteile der Bewohner|innen, bei denen im Rahmen der Pflegebegutachtung des MDK eine *eingeschränkte Alltagskompetenz* festgestellt wurde. Hier fallen besonders der niedrige Anteil beeinträchtigter Bewohner|innen in Einrichtung 2 und der hohe Wert in Einrichtung 7 ins Auge - beides Heime, die bei der Pflegestufenverteilung keine Besonderheiten aufweisen. In der Gesamtstichprobe wurde für rund zwei Drittel der Bewohner|innen eine Einschränkung der Alltagskompetenz festgestellt.

**Tabelle 4: Bewohner|innen mit eingeschränkter Alltagskompetenz, Anteile nach Einrichtung, n=638**

Einrichtung	Bewohner mit eingeschränkter Alltagskompetenz
1	58,2%
2	42,9%
3	69,7%
4	63,4%
6	61,5%
7	87,5%
8	52,3%
gesamt	63,3%

Während Pflegestufen- und Altersverteilung also ähnlich denen anderer aktueller Untersuchungsergebnisse sind, zeigt sich beim Anteil der Bewohner|innen mit eingeschränkter Alltagskompetenz ein gegenüber der aktuellsten Infratesterhebung von 2010 (Schmidt/Schneekloth 2011) deutlich erhöhter Wert (Infratesterhebung: 42%/Projektstichprobe: 63,3%). Worauf diese Differenz zurückzuführen ist, kann nicht eindeutig geklärt werden. Schätzungen, die darauf hinweisen, dass 60% bis 80% der Bewohner|innen stationärer Pflegeeinrichtungen unter kognitiven Störungen leiden (Wingenfeld 2008; Wingenfeld/Schnabel 2002), lassen vermuten, dass der ermittelte Wert durchaus realistisch ist.

Die *durchschnittliche Aufenthaltsdauer*<sup>6</sup> der einbezogenen Bewohner|innen beträgt rund 40 Monate. Allerdings zeigen sich geschlechtsspezifische Unterschiede: Die Aufenthaltsdauer weiblicher Nutzerinnen liegt mit durchschnittlich 42 Monaten deutlich über der männlicher Heimbewohner, die im Durchschnitt seit 35 Monaten in der Einrichtung versorgt werden. Bemerkenswert ist, dass die Aufenthaltsdauer in der Stichprobe erheblich variiert. Aussagekräftiger ist daher die Betrachtung unterschiedlicher Aufenthaltsdauerklassen, wie sie in Tabelle 5 ausgewiesen werden.

**Tabelle 5: Bewohneranteile nach Aufenthaltsdauer (n=630)**

Aufenthaltsdauer	Männer		Frauen		% insgesamt
	Häufigkeit	%	Häufigkeit	%	
unter 3 Monate	14	8,9%	28	5,9%	6,6%
3 bis unter 6 Monate	11	7,0%	27	5,7%	6,0%
6 bis unter 12 Monate	21	13,3%	61	12,9%	13,0%
12 bis unter 24 Monate	31	19,6%	71	15,0%	16,1%
24 bis unter 36 Monate	22	13,9%	80	16,9%	16,1%
36 bis unter 48 Monate	14	8,9%	55	11,7%	10,9%
48 bis unter 60 Monate	15	9,5%	47	10,0%	10,0%
60 Monate und mehr	30	19,0%	103	21,8%	21,2%
gesamt	158	100,0%	472	100,0%	100,0%

Auch bei dieser Betrachtung zeigen sich Unterschiede zwischen männlichen und weiblichen Personen. Auffällig ist aber vor allem der mit insgesamt 25,6% vergleichsweise hohe Anteil von Bewohner|inne|n, die seit

<sup>6</sup> Die durchschnittliche Aufenthaltsdauer ist nicht zu verwechseln mit der durchschnittlichen Verweildauer. Im Rahmen einer Stichtagserhebung können nur die Daten der zum Erhebungszeitpunkt anwesenden Bewohner|innen herangezogen werden, wohingegen sich die durchschnittliche Verweildauer i.d.R. auf sämtliche im Verlauf eines Jahres versorgten Bewohner|innen bezieht. Aufgrund der Tatsache, dass viele Bewohner|innen mit kurzem Aufenthalt im Jahreszeitraum in eine Einrichtung einziehen und auch wieder ausscheiden, sind sie bei einer Stichtagserhebung unterrepräsentiert. Da diese Personen inzwischen einen großen Teil der Nutzer|innen stationärer Pflegeeinrichtungen ausmachen, liegt die durchschnittliche Verweildauer i.d.R. deutlich unter der hier ausgewiesenen durchschnittlichen Aufenthaltsdauer.

weniger als einem Jahr in der Einrichtung wohnen. Hier bestätigt sich der auch in anderen Untersuchungen ermittelte Trend zur *Verkürzung der Aufenthaltsdauer* in stationären Pflegeeinrichtungen. Besonders deutlich wird dies, wenn man die Ergebnisse den in den MUG II und MUG IV Studien ermittelten Daten (Schneekloth/Wahl 2007) gegenüber stellt (vgl. Tabelle 6). Während der Anteil der Bewohner|innen mit einer Aufenthaltsdauer unter einem Jahr in 1994 und auch in 2005 noch 16% betrug, macht er unter den in diese Untersuchung einbezogenen Bewohner|inne|n rund 26% aus. Die Gruppe derjenigen, die seit fünf oder mehr Jahren in der Einrichtung wohnen, ist mit 21,2% hingegen deutlich kleiner als der seinerzeit ermittelte Anteil von 37%.

**Tabelle 6: Aufenthaltsdauer im Vergleich zu den Ergebnissen der MUG II und MUG IV Studie (Schneekloth/Wahl 2007)**

Aufenthaltsdauer	MUG II (1994)	MUG IV (2005)	Projekt „Qualität und Gesundheit“ (2011)
unter 1 Jahr	16%	16%	25,6%
12 bis unter 24 Monate	16%	18%	16,1%
24 bis unter 36 Monate	11%	16%	16,1%
36 bis unter 48 Monate	10%	12%	10,9%
48 bis unter 60 Monate	8%	8%	10,0%
60 Monate und mehr	37%	29%	21,2%
Durchschnittliche Aufenthaltsdauer	<b>4,9 Jahre</b>	<b>3,9 Jahre</b>	<b>3,4 Jahre</b>

Unter den Nutzer|inne|n befinden sich also zunehmend Pflegebedürftige mit kurzer Aufenthaltsdauer, die vermutlich erst in der Spätphase chronischer Erkrankungen in Einrichtungen der stationären Langzeitversorgung wechseln. Diese Personen, so darf angenommen werden, weisen häufig bereits zu Beginn ihres Aufenthaltes einen hohen, komplexen und spezifischen Unterstützungsbedarf auf, der die Einrichtungen vor fachliche Herausforderungen stellt. Nach wie vor verbringt allerdings der Großteil der Nutzer|innen nicht nur die letzten Lebensmonate, sondern mehrere Jahre in den Einrichtungen.

## 4.2 Erkrankungen und medizinische Versorgung

Im Rahmen der Erhebung wurden auch zwölf häufig auftretende Krankheitsbilder standardisiert erfasst. Es bestand zudem die Möglichkeit, freischriftliche Angaben zu weiteren diagnostizierten Erkrankungen zu machen. Einbezogen wurden allerdings nur Erkrankungen, die zuvor ärztlich diagnostiziert wurden. Im Ergebnis wurden je Bewohner|in durchschnittlich 2,3 *Krankheitsdiagnosen* festgehalten. Lediglich bei 28 Bewohner|inne|n lagen keine Informationen über ärztlich diagnostizierte Erkrankungen vor.

**Tabelle 7: Anzahl ausgewählter, ärztlich diagnostizierter Krankheiten je Bewohner|innen**

Bewohner mit:	Bewohner	Anteil
keiner Diagnose	28	4,3%
einer Diagnose	154	23,8%
zwei Diagnosen	210	32,4%
drei Diagnosen	155	23,9%
vier oder mehr Diagnosen	101	15,6%
gesamt	648	100,0%

Unter den genannten Diagnosen machen *Demenzerkrankungen* mit 49,1% den mit Abstand größten Anteil aus. Es folgen klassische Volkskrankheiten wie *koronare Herzerkrankungen, Diabetes und Osteoporose*, deren Auftretenswahrscheinlichkeit bekanntermaßen altersassoziiert ist. Die in Tabelle 8 dargestellten Häufigkeiten lassen zwar einen Rückschluss auf die Bedeutung einzelner Krankheitsbilder zu, bilden das tatsächliche Krankheitspektrum aber vermutlich nicht exakt ab. Denn zum einen kann nicht davon ausgegangen werden, dass sämtliche Diagnosen einer Person vollständig durch die Ärzte an die Pflegeeinrichtungen übermittelt werden. Zum anderen ist bekannt, dass bei der diagnostischen Abklärung - insbesondere bei psychischen Erkrankungen - Defizite bestehen, die in Diagnostikstatistiken zu beträchtlichen Dunkelziffern führen. Dies könnte z.B. erklären, warum der Anteil der Bewohner|innen mit einer diagnostizierten Demenzerkrankung (49,1%) unter dem Anteil derjenigen Personen liegt, bei denen im Rahmen der Pflegebegutachtung eine eingeschränkte Alltagskompetenz festgestellt wurde (63,3%) bzw. deren kognitive und kommunikative Fähigkeiten erheblich bis schwerst beeinträchtigt sind (73,9%). Zwischen den Einrichtungen zeigten sich keine auffälligen Unterschiede, sowohl die Anzahl der durchschnittlich angegebenen Diagnosen als auch deren Verteilung betreffend.

Obwohl die Anzahl der durchschnittlich pro Bewohner|in dokumentierten Diagnosen deutlich unter den in anderen Untersuchungen ermittelten Werten liegt<sup>7</sup>, verdeutlichen die Ergebnisse, dass ein Großteil der Bewohner|innen unter mehreren, i.d.R. chronischen Erkrankungen, leidet. Dabei zeigen sich bei häufig auftretenden Erkrankungen, deren Symptome und Therapieanforderungen im Versorgungsalltag hohe Relevanz besitzen, ähnliche Größenordnungen wie in andern Untersuchungen. So sind z.B. die Anteile von Bewohner|inne|n mit Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Diabetes oder Apoplexien nahezu deckungsgleich mit den Ergebnissen der MuG IV Studie (Schneekloth/Wahl 2007).

<sup>7</sup> Eine Erklärung für die niedrige Anzahl angegebener Diagnosen ist möglicherweise die im Projekt gemachte Vorgabe, nur Diagnosen zu dokumentieren, die den Einrichtungen durch die behandelnden Ärzte übermittelt wurden.

**Tabelle 8: Häufigkeiten ausgewählter, ärztlich diagnostizierter Krankheitsbilder**

<b>Diagnose:</b>	<b>Bewohner</b>	<b>Anteil</b>
Demenz	318	49,1%
koronare Herzkrankheit	215	33,2%
Diabetes Mellitus	172	26,5%
Osteoporose	111	17,1%
Apoplex	111	17,1%
Hypertonie	64	9,9%
Arterielle Verschlusskrankheit	60	9,3%
Rheumatische Gelenkerkrankung	59	9,1%
Niereninsuffizienz	54	8,3%
Morbus Parkinson	53	8,2%
maligne Tumorerkrankung	51	7,9%
Depression	45	6,9%
Hemiplegie	44	6,8%
Epilepsie	33	5,1%
Herzinsuffizienz	27	4,2%
COPD	18	2,8%
Multiple Sklerose	11	1,7%
Tetraplegie	9	1,4%

Die Daten zur *ärztlichen Versorgung* der Bewohner|innen zeigen, dass ein großer Teil von ihnen regelmäßig persönlichen Kontakt zu behandelnden Ärzten hat. Der *Versorgung durch Allgemeinmediziner*, zu denen 84% der Bewohner|innen mindestens einmal pro Quartal Kontakt haben, kommt dabei die quantitativ größte Bedeutung zu. Der Anteil der Bewohner|innen, die in diesem Zeitraum mindestens einmal Kontakt zu einem *Allgemeinmediziner und/oder einem Internisten* haben, liegt sogar bei 91,4%. Angesichts der in der Fachöffentlichkeit diskutierten Problematik der ärztlichen Versorgung im Heim sind diese Anteile überraschend hoch<sup>8</sup>.

<sup>8</sup> Es ist allerdings davon auszugehen, dass es bei der ärztlichen Versorgung regionale Unterschiede gibt und die erhobenen Daten aufgrund der geringen Zahl beteiligter Einrichtungen und deren regionaler Konzentration vom Bundesdurchschnitt abweichen.

**Tabelle 9: Persönliche Kontakte der Bewohner|innen zu Ärzten**

Kontakt zu:	einmal/ mehrmals pro Quartal		einmal in 6 Monaten		einmal jährlich		seltener oder kein Kontakt	
	Bew.	Anteil	Bew.	Anteil	Bew.	Anteil	Bew.	Anteil
Allgemeinmediziner	542	83,6%	41	6,3%	7	1,1%	58	9,0%
Neurologe	241	37,2%	58	9,0%	32	4,9%	317	48,9%
Zahnarzt	23	3,5%	85	13,1%	121	18,7%	419	64,7%
Gynäkologe <sup>9</sup>	11	1,7%	12	1,9%	13	2,0%	443	92,5%
Augenarzt	20	3,1%	28	4,3%	62	9,6%	538	83,0%
Urologe	70	10,8%	13	2,0%	20	3,1%	545	84,1%
Internist	67	10,3%	11	1,7%	9	1,4%	561	86,6%
Dermatologe	17	2,6%	21	3,2%	12	1,9%	598	92,3%
Orthopäde	12	1,9%	13	2,0%	24	3,7%	599	92,4%
HNO-Arzt	4	0,6%	32	4,9%	10	1,5%	602	92,9%
Geriatler & Gerontopsychiater	17	2,6%	2	0,3%	3	0,5%	626	96,6%
Sonstige Fachärzte	7	1,1%	2	0,3%	4	0,6%	635	98,0%
Diabetologe	1	0,2%	6	0,9%	1	0,2%	640	98,8%
Kardiologe	2	0,3%	5	0,8%	0	0,0%	641	98,9%
Nephrologe	3	0,5%	3	0,5%	1	0,2%	641	98,9%

Wie die Tabelle zu den Arztkontakten zeigt, ergibt sich bei der Betrachtung der *fachärztlichen Versorgung* ein anderes Bild. Der Grad der regelmäßigen Kontakte zu neurologischen Fachärzten ist vergleichsweise hoch: Rund die Hälfte der Bewohner|innen hat mindestens einmal jährlich Kontakt zu ihnen, etwa ein Drittel sogar einmal oder häufiger pro Quartal. Eine deutlich geringere Kontaktdichte besteht zu anderen Fachärzten. Insbesondere der Anteil der Bewohner|innen, die nie oder seltener als einmal jährlich Kontakt zu Geriatern oder Gerontopsychiatern haben, ist mit 97% angesichts der hohen Zahl demenzerkrankter Personen sehr gering. Andere Untersuchungen legen nahe, dass die Behandlung demenzieller Erkrankungen und ihrer Symptome überwiegend durch neurologische Fachärzte erfolgt (Rothgang et al. 2008). Doch selbst wenn man diese Annahme zugrunde legt und nur Bewohner|innen berücksichtigt, bei denen formal eine Demenzdiagnose gestellt wurde, ergeben sich Hinweise auf Versorgungsdefizite. Denn nur 45,6% dieser Personen haben mindestens einmal pro Quartal Kontakt zu einem neurologischen und/oder gerontopsychiatrisch qualifizierten Facharzt. Bei 38,4% der demenzkranken Nutzer|innen gibt es derartige Kontakte nicht bzw. seltener als einmal jährlich.

Auch bei der Versorgung durch andere Fachärzte finden sich niedrige Inanspruchnahmequoten. So haben z.B. 83% der Nutzer|innen seltener als einmal im Jahr oder gar keinen Kontakt zu Augenärzten. Gleiches gilt in 64,7% der Fälle für die Inanspruchnahme zahnärztlicher Versorgung. Angesichts eines hohen Anteils von Bewohner|inne|n mit Kontinenzstörungen ist auch die Zahl der Nutzer|innen, die mindestens einmal jährlich

<sup>9</sup> Es wurden nur weibliche Personen in die Berechnung einbezogen.

Kontakt zu einem Urologen haben, mit 15,9% gering. Diese Daten stehen im Einklang mit den Ergebnissen anderer Untersuchungen, die Defizite der fachärztlichen Versorgung ermittelt haben (Hallauer et al. 2005; Rothgang et al. 2008).

Bei der *ärztlichen Grundversorgung* durch Allgemeinmediziner und Internisten zeigen sich zwischen den Einrichtungen nur geringfügige Unterschiede. Betrachtet man jedoch die fachärztliche Versorgung, ergeben sich teils deutliche Abweichungen (vgl. Tabelle 10). Da sich das Spektrum spezifischer Diagnosen relativ gleichmäßig über alle Einrichtungen verteilt, darf angenommen werden, dass diese sich nicht - zumindest nicht ausschließlich - durch einen stark abweichenden Bedarf an fachärztlicher Versorgung erklären lassen. Möglicherweise haben regionale Gegebenheiten, beispielsweise die Verfügbarkeit eines Facharztes vor Ort, ebenfalls einen bedeutenden Einfluss. Für diese Annahme spricht auch die Tatsache, dass zwei der Einrichtungen mit auffälligen Ergebnissen (Einrichtung 3 und 7) im ländlichen Raum liegen und die Fachärzte mit den niedrigen Inanspruchnahmequoten vor Ort nicht ansässig sind.

**Tabelle 10: Anteil der Bewohner|innen mit mindestens einmal jährlichem Kontakt zu ausgewählten Fachärzten nach Einrichtung, n=647**

Einrichtung	Allgemeinmediziner	Internist	Neurologe	Urologe	Zahnarzt
1	95,8%	15,1%	60,5%	11,8%	22,7%
2	100,0%	2,4%	38,1%	4,8%	19,0%
3	95,8%	1,7%	32,5%	10,8%	66,7%
4	85,1%	16,4%	64,9%	16,4%	25,4%
6	76,0%	30,8%	74,0%	34,6%	26,0%
7	100,0%	1,6%	20,3%	9,4%	53,1%
8	95,4%	16,9%	41,5%	15,4%	29,2%
gesamt	91,0%	13,4%	51,1%	15,9%	35,3%

Ergänzend wurden Daten zu *ärztlich verordneter Physio- bzw. Ergotherapie* erhoben. 185 (28,5%) Bewohner|innen waren zum Zeitpunkt der Erhebung in physiotherapeutischer, 43 (6,6%) in ergotherapeutischer Behandlung. Im Durchschnitt liegt die Inanspruchnahme damit deutlich unter den Raten, die im Rahmen der MuG IV Studie (Schneekloth/Wahl 2007) ermittelt wurden. Dort lag der Anteil der Bewohner|innen, die Physiotherapie erhielt, bei 41%. Insgesamt 28,5% von ihnen erhielten eine ergotherapeutische Behandlung.

Zwischen der Inanspruchnahme dieser Leistungen zeigen sich erneut Unterschiede zwischen den Einrichtungen. Wiederum sind es die Einrichtungen 3 und 7, die vergleichsweise niedrige Quoten aufweisen.

**Tabelle 11: Bewohner|innen in physiotherapeutischer/ergotherapeutischer Behandlung nach Einrichtung**

Einrichtung	Bewohner	davon in physiotherapeutischer Behandlung		davon in ergotherapeutischer Behandlung	
		Bewohner	Anteil %	Bewohner	Anteil %
1	119	41	34,5%	11	9,2%
2	42	20	47,6%	6	14,3%
3	120	21	17,5%	2	1,7%
4	134	38	28,4%	2	1,5%
6	104	34	32,7%	13	12,5%
7	64	15	23,4%	0	0,0%
8	65	16	24,6%	9	13,8%
gesamt	648	185	28,5%	43	6,6%

Bei der Erhebung wurden auch die Häufigkeit und der Umfang *ärztlich verordneter Pharmakotherapie erfasst*<sup>10</sup>. Im Durchschnitt nehmen die Bewohner|innen der Stichprobe 7,2 verschiedene, ärztlich verordnete Medikamente ein. Bei rund 68% von ihnen beträgt die Zahl der täglich eingenommenen Medikamente mehr als fünf. Zwischen den Einrichtungen zeigten sich sowohl beim Durchschnittswert als auch bei der Verteilung nur leichte, nicht signifikante Abweichungen. Einen Überblick über die Verordnungs- bzw. Einnahmepaxis gibt Tabelle 12.

**Tabelle 12: Regelmäßig eingenommene, ärztlich verordnete Medikamente**

eingenommene Medikamente	Bewohner	Anteil
kein oder nur 1 Medikament	24	3,7%%
2 bis 3 Medikamente	71	11,0%
4 bis 5 Medikamente	115	17,7%
6 bis 9 Medikamente	290	44,8%
10 und mehr Medikamente	148	22,8%
gesamt	648	100%

Die Ergebnisse weisen zwar auf mögliche Problemlagen hin, sind auf der Ebene der Einzelfälle jedoch nicht im Sinne einer Unter-, Über- oder Fehlversorgung zu interpretieren, da lediglich die *Zahl der eingenommenen Medikamente* erfasst wurde. Allerdings ist bekannt, dass die Einnahme vieler unterschiedlicher Medikamente bei älteren Menschen aufgrund veränderter Pharmakokinetik und Pharmakodynamik ein besonders hohes Risiko unerwünschter Wechsel- und Nebenwirkungen birgt (Thürmann/

<sup>10</sup> Es wurden nur Medikamente berücksichtigt, deren Einnahme ärztlich verordnet wurde und die in der Regel täglich, mindestens aber einmal pro Woche, von den Bewohner|inne|n eingenommen werden.



Jaehde 2010). In diesem Zusammenhang gilt die Zahl von mehr als fünf eingenommenen Medikamenten als kritische Grenze, bei deren Überschreitung eine hohe Gefahr unerwünschter, schwer kalkulierbarer Wechselwirkungen zwischen den eingenommenen Substanzen besteht, die möglichst vermieden werden soll. Dennoch wird sie bei der überwiegenden Zahl der Bewohner|innen überschritten.

Angesichts des Krankheitsspektrums der Bewohner|innen verwundert es nicht, dass viele von ihnen mit *krankheits- oder therapiebedingten Anforderungen* konfrontiert sind<sup>11</sup>. Hierbei handelt es sich in der Regel um Maßnahmen, die aufgrund ärztlicher Verordnung durchgeführt werden sollen. Nahezu alle Bewohner|innen sind darauf angewiesen, regelmäßig - in den meisten Fällen mehrmals täglich - Medikamente einzunehmen. Auch die Messung und Deutung von Körperzuständen, z.B. in Form einer Blutzucker- oder Blutdruckmessung, ist eine Anforderung, die mit 77,6% den überwiegenden Teil der Bewohner|innen betrifft. Allerdings erfolgen diese Messungen nur bei einem kleinen Teil der Bewohner|innen (16,1%) täglich. Andere Maßnahmen, wie der Umgang mit körpernahen Hilfsmitteln, die Durchführung von Bewegungsübungen und Atemgymnastik oder die Durchführung von Einreibungen und Wärme-/Kälteanwendungen, kommen beim überwiegenden Teil der Bewohner|innen ein- oder mehrmals täglich zur Anwendung. Auf diese hohe Bedeutung, die Behandlungspflegerischen Elementen inzwischen auch in der stationären Langzeitversorgung zukommt, wird in der Literatur vielfach hingewiesen (Garms-Homolová 2011; Schmidt/Schneekloth 2011). Tabelle 13 gibt einen Überblick über die Häufigkeit, mit der Bewohner|innen von bestimmten Anforderungen betroffen sind und weist zudem den Anteil der Bewohner|innen aus, bei denen die jeweilige Maßnahme durch Pflegekräfte durchgeführt wird.

Dass bei zahlreichen Nutzer|inne|n krankheits- und therapiebezogene Maßnahmen zur Anwendung kommen, verwundert nicht. Dabei sind - so die Einschätzungen der Pflegekräfte - bei häufigen und regelmäßig wiederkehrenden Maßnahmen nahezu sämtliche Bewohner|innen auf pflegerische Unterstützung angewiesen. Allerdings ist dies im Hinblick auf einzelne Maßnahmen durchaus kritisch zu betrachten. So ist z.B. nicht unbedingt nachvollziehbar, dass lediglich 33 Bewohner|innen in der Lage sind, ihre Medikamente selbständig einzunehmen. Medikamentengabe wird demnach auch bei den Bewohner|inne|n, die kognitiv und körperlich keine oder geringe Beeinträchtigungen aufweisen, überwiegend durch Pflegekräfte durchgeführt. Dabei gibt es inzwischen Ansätze, die gerade für diesen Bereich die positiven Wirkungen gezielter Kompetenzförderung betonen (Haslbeck/Schaeffer 2011). Möglicherweise sehen die Handlungsroutinen der Einrichtungen hier mehr oder minder automatisch die Übernahme durch Pflegekräfte vor, ohne im Einzelfall deren Notwendigkeit zu hinterfragen. Denkbar ist allerdings auch, dass Bewohner|innen die Medikamentengabe als „Serviceleistung“, die ungefragt erbracht wird, in Anspruch nehmen.

---

<sup>11</sup> Bei der Erfassung dieser Anforderungen wurden die im NBA (Wingenfeld et al. 2008) verwendeten Aktivitäten und Maßnahmen zugrunde gelegt.

**Tabelle 13: Häufigkeit krankheits- und therapiebedingter Anforderungen und Unterstützung bei der Durchführung (NBA), n=648**

Krankheits-/Therapiebezogene Maßnahme	betroffene Bewohner		Übernahme durch Pflegekräfte	
	Bewohner	Anteil %	Bewohner	Anteil %
Medikamenteneinnahme/gabe	635	98,0%	602	94,8%
Messung und Deutung von Körperzuständen (z.B. Blutzucker, Blutdruck)	503	77,6%	491	97,6%
Umgang mit körpernahen Hilfsmitteln (z.B. Kompressionstrümpfe, Prothesen)	278	42,9%	248	89,2%
Therapiemaßnahmen, z.B. Bewegungsübungen, Atemgymnastik	146	22,5%	127	87,0%
Einreibungen, Kälte-/Wärmeanwendungen	124	19,1%	119	96,0%
Arztbesuche außerhalb der Einrichtung	106	16,4%	75	70,8%
Injektionen	101	15,6%	98	97,0%
Verbandwechsel/Wundversorgung	100	15,4%	100	100,0%
Einmalkatheterisierung/Nutzung von Abfuhrmethoden	57	8,8%	55	96,5%
Absaugen / Sauerstoffgabe	26	4,0%	23	88,5%
Besuch med./therap. Einrichtungen (bis zu 3 Std.)	21	3,2%	7	33,3%
Besuch med./therap. Einrichtungen (länger als 3 Std.)	14	2,2%	7	50,0%
Wundversorgung bei Stoma	11	1,7%	11	100,0%
Zeitlich ausgedehnte technikintensive Maßnahmen, z.B. Hämodialyse	8	1,2%	8	100,0%

### 4.3 Funktionsbeeinträchtigungen und Hilfsmittel

Dass eine Vielzahl der Bewohner|innen unter dauerhaften *körperlichen Funktionseinbußen* leidet, war angesichts ihres überwiegend hohen Alters zu vermuten. Allerdings müssen solche Funktionseinbußen bei entsprechender Hilfsmittelversorgung nicht zwangsläufig zu gravierenden Beeinträchtigungen alltagsrelevanter Fähigkeiten führen. Vor diesem Hintergrund wurden vor allem Einbußen erfasst, die auch unter Berücksichtigung der individuell bestehenden Hilfsmittelausstattung zu alltagspraktischen Beeinträchtigungen führen. So sind beispielsweise 58% der Bewohner|innen Brillenträger, bei ihnen liegt also eine Sehbeeinträchtigung vor. Diese kann allerdings in vielen Fällen kompensiert werden. Nur bei 26,1% der Bewohner|innen ist das Sehvermögen auch bei der Nutzung von Sehhilfen derart eingeschränkt, dass Gegenstände im Zimmer nicht erkannt werden. 30,2% der Nutzer|innen sind nur dann in der Lage, Äußerungen anderer Personen zu verstehen, wenn keine Störung durch Nebengeräusche besteht. Einen Überblick über die Seh- und Hörbeeinträchtigungen der Bewohner|innen geben die folgenden beiden Tabellen.

**Tabelle 14: Sehvermögen der Bewohner|innen unter Berücksichtigung der Nutzung von Hilfsmitteln**

Sehvermögen (ggf. unter Verwendung von Sehhilfen)	Bewohner	Anteil
nicht eingeschränkt	418	64,6%
eingeschränkt	135	20,9%
stark eingeschränkt oder erblindet	34	5,2%
nicht zu beurteilen	60	9,3%
gesamt	647	100,0%

**Tabelle 15: Hörvermögen der Bewohner|innen unter Berücksichtigung der Nutzung von Hilfsmitteln**

Hörvermögen (ggf. unter Verwendung eines Hörgerätes)	Bewohner	Anteil
nicht eingeschränkt	416	64,5%
eingeschränkt	134	20,8%
stark eingeschränkt oder gehörlos	46	7,1%
nicht zu beurteilen	49	7,6%
gesamt	645	100,0%

Viele Bewohner|innen nutzen angesichts ihrer Beeinträchtigungen *individuell angepasste Hilfsmittel und Prothesen*. Am häufigsten kommen dabei Zahnprothesen und Sehhilfen zum Einsatz.

**Tabelle 16: Nutzung individuell angepasster körpernaher Hilfsmittel und Prothesen**

Hilfsmittel	Bewohner	Anteil
Zahnprothese	417	64,4%
Sehhilfe / Brille	376	58,0%
Hörgerät	99	15,3%
Bein / Arm - Prothese	8	1,2%

Zahlreiche Nutzer|innen sind von *Beeinträchtigungen der Harn- und Stuhlkontinenz* betroffen. Lediglich 25,6% von ihnen weisen keine Einschränkungen der Blasenkontrolle auf, bei der Darmkontrolle sind es 38,5%. Entsprechend häufig kommen bei 76,1% der Bewohner|innen Inkontinenzmaterialien zum Einsatz. Bei 15,9% der Bewohner|innen erfolgt eine künstliche Harnableitung durch Verwendung eines suprapubischen (48 Bewohner|innen) oder eines transurethralen (55 Bewohner|innen) Blasenkatheters. Die künstliche Darmableitung in Form eines Colo- oder Ileostomas kommt dem gegenüber nur in vier Fällen, also ausgesprochen selten vor. Einen Überblick über die Ausprägung der verschiedenen Kontinenzstörungen gibt die nachfolgende Tabelle.

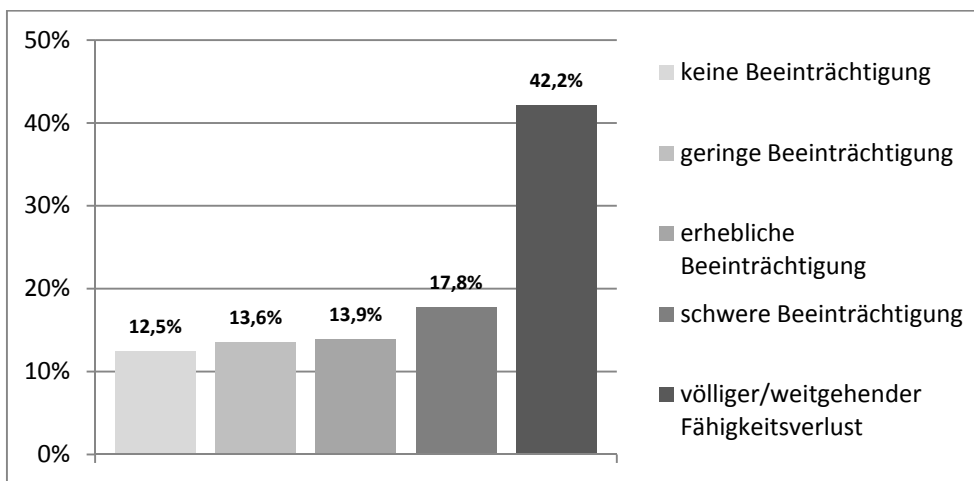
**Tabelle 17: Ausprägung von Harn- und Stuhlkontinenz**

Kontinenzstatus	Harnkontinenz <sup>12</sup>		Stuhlkontinenz	
	Häufigkeit	Anteil	Häufigkeit	Anteil
ständig kontinent	138	25,6%	247	38,5%
überwiegend kontinent	166	30,7%	152	23,7%
überwiegend inkontinent	100	18,5%	64	10,0%
komplett inkontinent	136	25,2%	179	27,9%
gesamt	540	100,0%	642	100,0%

Bei der Bewältigung der mit einer Inkontinenz verbundenen Anforderungen ist ein Großteil der Betroffenen auf pflegerische Unterstützung angewiesen: 75,6% der Bewohner|innen mit Harninkontinenz sind im Umgang mit deren Folgen überwiegend oder gänzlich unselbständig, bei stuhlinkontinenten Personen liegt dieser Anteil sogar bei 91,5%.

Der Anteil der Bewohner|innen, die unter *kognitiven Funktionsbeeinträchtigungen* leiden, ist in der Stichprobe außerordentlich hoch. Unter erheblichen bis schwersten Fähigkeitsverlusten leiden 73,9% der Bewohner|innen. 42,2% von ihnen weisen sogar den höchsten Beeinträchtigungsgrad, nämlich den weitgehenden oder völligen Verlust kognitiver und kommunikativer Fähigkeiten auf.

**Abbildung 5: Kognitive und kommunikative Fähigkeiten der Bewohner|innen (NBA), n=647**

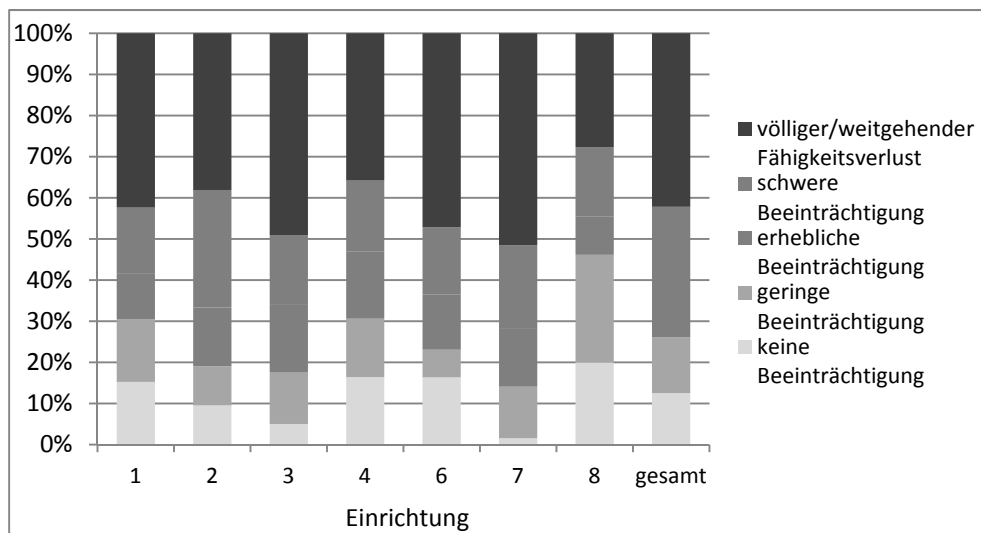


Kognitive Beeinträchtigungen sind allerdings in den einzelnen Einrichtungen (vgl. Abbildung 6), aber auch innerhalb der Heime (zwischen einzelnen Wohnbereichen, vgl. Abbildung 7), unterschiedlich verteilt. Ein hoher Anteil stark beeinträchtigter Personen in Wohnbereichen für demenzkranke Menschen war zu erwarten. Allerdings finden sich auch unter den nicht spezialisierten Versorgungseinheiten keine, in denen erheblich oder stär-

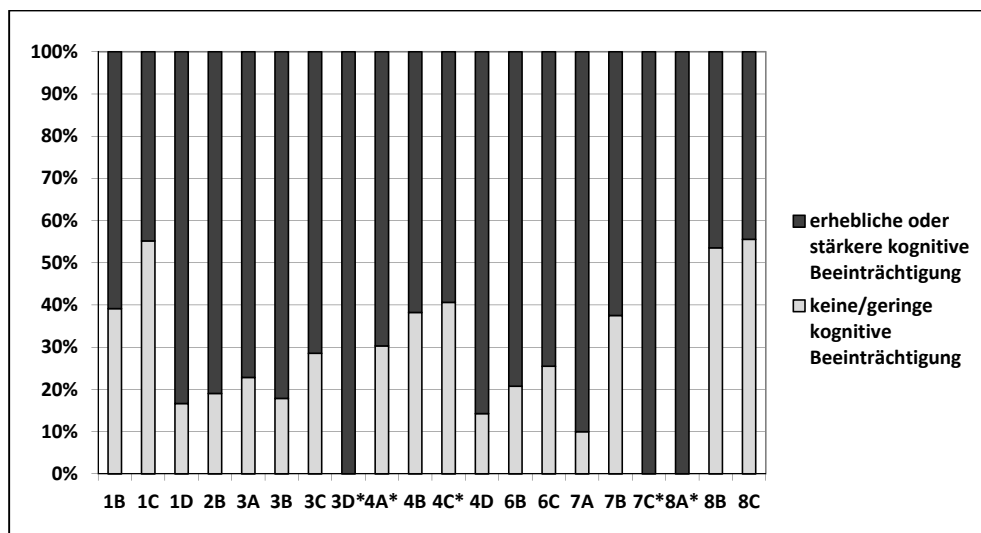
<sup>12</sup> Bei dieser Berechnung wurden Bewohner|innen mit künstlicher Harnableitung ausgeschlossen. Allerdings bestehen bei einem Großteil von ihnen vermutlich Kontinenzprobleme, dies ist aber nicht mit letzter Sicherheit zu beurteilen.

ker kognitiv beeinträchtigte Bewohner|innen die Ausnahme darstellen. Umgekehrt werden auch in spezialisierten Wohnbereichen nicht ausschließlich stark beeinträchtigte Personen versorgt, wie die Ergebnisse der Bereiche 4A und 4C zeigen<sup>13</sup>. Unterm Strich ist festzuhalten: Die Beteiligung an der Versorgung kognitiv hochgradig beeinträchtigter Personen stellt für sämtliche Mitarbeiter|innen in allen Einrichtungen und beteiligten Wohnbereichen die Normalität dar.

**Abbildung 6: Kognitive und kommunikative Fähigkeiten der Bewohner|innen (NBA), Anteile nach Einrichtung, n=647**



**Abbildung 7: Kognitive und kommunikative Beeinträchtigungen (NBA), Anteile nach Wohnbereichen, n=647**



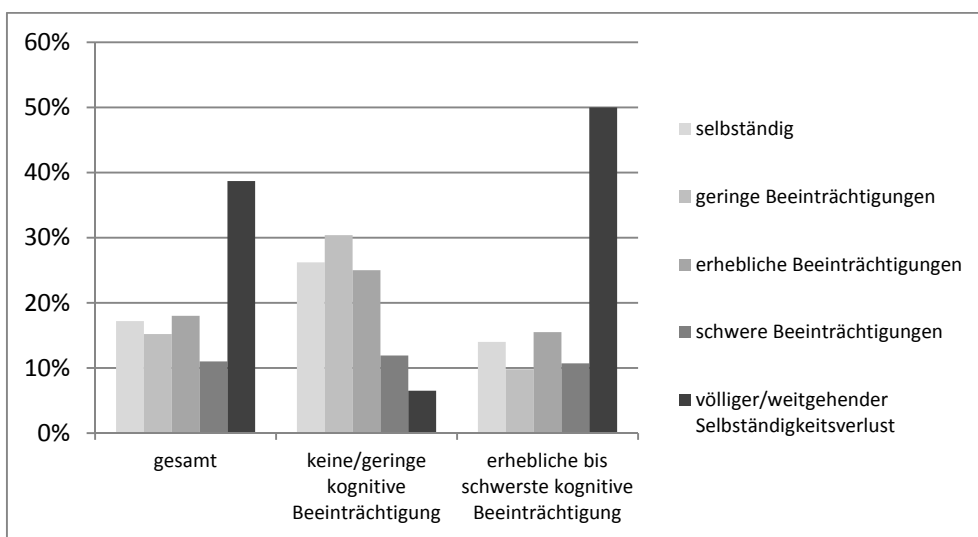
<sup>13</sup> In den nach Wohnbereichen aufgeteilten Darstellungen dieses Berichtes werden die auf die Versorgung demenzkranker Bewohner|innen spezialisierten Bereiche durch ein Sternchen (\*) gekennzeichnet.

Die *Verbesserung kognitiver und kommunikativer Fähigkeiten* stellt eher eine Ausnahme dar. Lediglich bei 3,2% der Bewohner|innen war dies nach Einschätzung der Mitarbeiter|innen zu beobachten. Dahingegen kam es bei 18,1% von ihnen zu einer Zunahme derartiger Beeinträchtigungen. In der überwiegenden Zahl der Fälle (73,1%) waren keine Veränderungen zu verzeichnen. Die Entwicklung der kognitiven Fähigkeiten unter den Bewohner|inne|n unterscheidet sich nicht signifikant zwischen den beteiligten Einrichtungen.

#### 4.4 Mobilität

Rund zwei Drittel der Bewohner|innen (67,6%) leiden unter einem erheblichen bis völligen *Selbstständigkeitsverlust bei ihrer Mobilität*. Davon sind Personen ohne oder mit geringen kognitiven Beeinträchtigungen mit 43,4% allerdings deutlich seltener betroffen als Menschen mit stärkeren kognitiven Fähigkeitseinbußen, bei denen dieser Anteil 76,2% ausmacht. Dieser Trend verstärkt sich weiter, wenn nur Bewohner|innen mit weitgehendem oder völligem Selbstständigkeitsverlust bei der Mobilität betrachtet werden. Ihr Anteil liegt bei den kognitiv nicht oder gering Beeinträchtigten lediglich bei 6,5%, bei Personen mit höhergradigen Kognitionsdefiziten hingegen bei 50,0%.

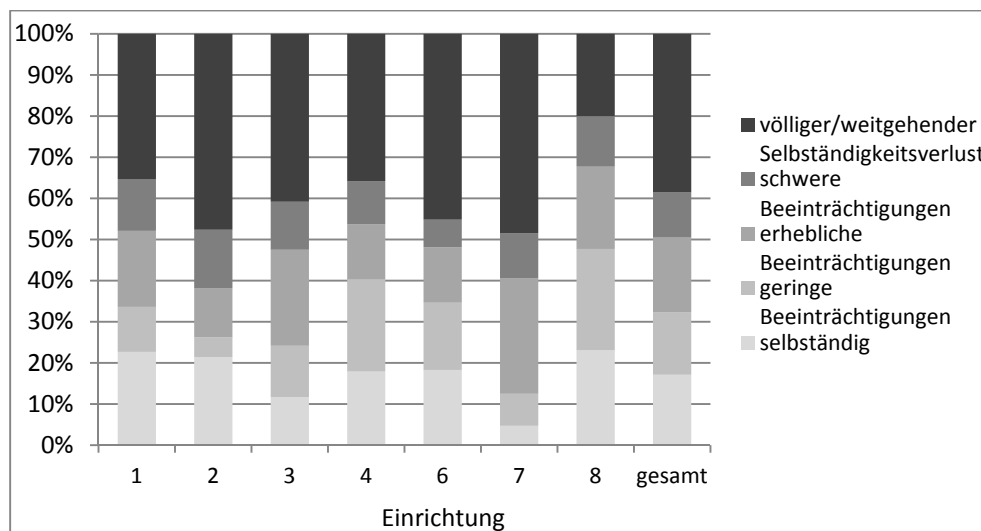
**Abbildung 8: Selbständigkeit bei der Mobilität (NBA) nach dem Grad kognitiver Beeinträchtigung, n=647**



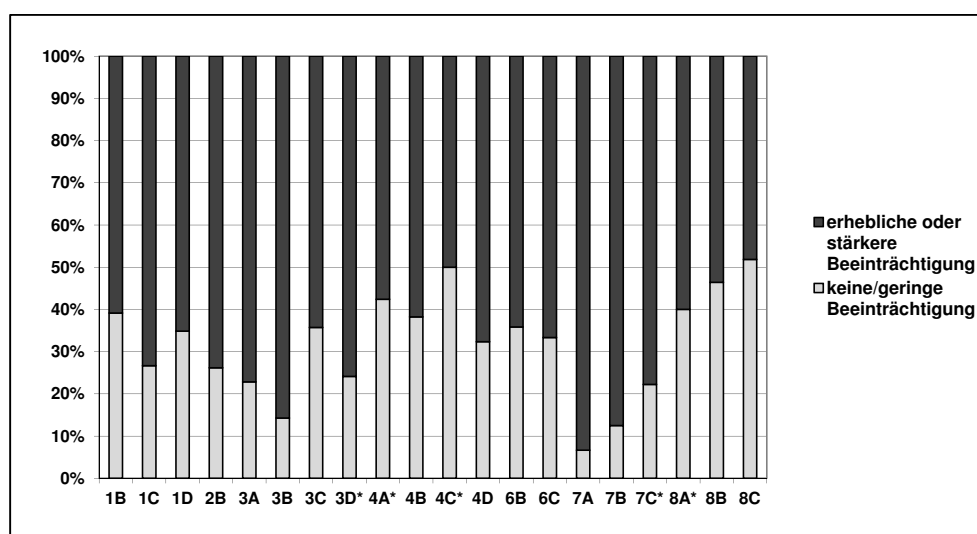
Mit Blick auf die Selbständigkeit bei der Mobilität zeigen sich Unterschiede zwischen den Einrichtungen. Der Anteil der Bewohner|innen, die erhebliche Mobilitätsbeeinträchtigungen bis hin zu einem völligen Selbstständigkeitsverlust aufweisen, schwankt zwischen 52,3% und 87,5% (vgl. Abbildung 9). Auf der Ebene der Wohnbereiche finden sich teils noch extremere Schwankungen. Hier bewegt sich der Anteil der Bewohner|innen mit extremen bis stärksten Mobilitätsbeeinträchtigungen zwischen 48,1% und 93,3%. Innerhalb der einzelnen Einrichtungen fallen die Unterschiede zwischen den Wohnbereichen allerdings geringer aus. Die Bewohner|innen mit gravierenden Beeinträchtigungen bei der Mobilität verteilen sich also

verhältnismäßig gleichmäßig auf die Wohnbereiche einer Einrichtung, wie Abbildung 10 zeigt.

**Abbildung 9: Selbständigkeit bei der Mobilität (NBA), Anteile nach Einrichtungen, n=647**



**Abbildung 10: Selbständigkeit bei der Mobilität (NBA), Anteile nach Wohnbereichen, n=647**



Bei der überwiegenden Zahl der Bewohner|innen (70,1%) waren in den Wochen und Monaten vor der Erhebung keine *Veränderungen der Mobilität* zu verzeichnen. Die Quote dieser Bewohner|innen ist relativ unabhängig von ihren kognitiven Fähigkeiten. Bei Veränderungen ihrer Mobilität sind kognitiv erheblich und stärker Beeinträchtigte allerdings öfter von Negativentwicklungen betroffen. Während es in den letzten Wochen und Monaten vor der Erhebung bei rund einem Viertel von ihnen (25,1%) zu Verschlechterungen kam, war dies bei kognitiv weniger beeinträchtigten Personen nur in 8,9% der Fälle zu beobachten.

Verbesserungen der Mobilität stellen bei ausgeprägten kognitiven Einbußen mit 3,8% ein seltenes Phänomen dar. Bei kognitiv weniger Beeinträchtigten kommt es mit 14,9% der Fälle deutlich häufiger dazu (vgl. Tabelle 18).

**Tabelle 18: Veränderungen der Selbständigkeit bei der Mobilität in den letzten Wochen und Monaten, n=647**

Veränderungen der Mobilität	Bewohner mit keinen & geringen kognitiven Beeinträchtigungen	Bewohner mit erheblichen bis schwersten kognitiven Beeinträchtigungen
Verbesserung	14,9%	3,8%
Verschlechterung	8,9%	25,1%
unverändert	73,2%	69,0%
nicht zu beurteilen	3,0%	2,1%

Zusammengefasst: Wenn sich der Mobilitätsstatus verändert, handelt es sich bei kognitiv weitgehend unbeeinträchtigten Personen überwiegend um eine Verbesserung (62,1% der Fälle), bei erheblich oder stärker kognitiv Beeinträchtigten hingegen überwiegend um eine Verschlechterung (86,9% der Fälle). Dieser Trend bestätigt sich in sämtlichen Einrichtungen, wengleich er unterschiedlich ausgeprägt ist (vgl. Tabelle 19).

**Tabelle 19: Bewohner|innen mit Verschlechterung der Selbständigkeit bei der Mobilität in den letzten Wochen und Monaten nach Einrichtungen, n=647**

Einrichtung	keine/geringe kognitive Beeinträchtigung		erhebliche oder stärkere kognitive Beeinträchtigung		insgesamt	
	Bewohner	Anteil %	Bewohner	Anteil %	Bewohner	Anteil %
1	0	0,0%	24	29,3%	24	20,3%
2	0	0,0%	11	32,4%	11	26,2%
3	2	9,5%	22	22,2%	24	20,0%
4	8	20,0%	26	28,0%	34	25,6%
6	1	4,2%	19	23,8%	20	19,2%
7	1	11,1%	12	21,8%	13	20,3%
8	3	10,0%	6	17,1%	9	13,8%
gesamt	15	8,9%	120	25,1%	135	20,9%

Es wurden auch Einschätzungen der Pflegekräfte zu *Möglichkeiten der Mobilitätsverbesserung* erhoben. In den Schulungsveranstaltungen wurde explizit darauf hingewiesen, dass nur dann Verbesserungsmöglichkeiten angegeben werden sollten, wenn sie unter Einsatz entsprechender Maßnahmen erreichbar erscheinen. Unter einer Verbesserung ist in diesem Zusammenhang die Zunahme von Fähigkeiten zu verstehen, die so groß ist, dass sie zu einer besseren Bewertung der Selbständigkeit bei der Mobilität führen würde.



Die Möglichkeiten der Verbesserung der Mobilität wurden bei Personen ohne oder mit geringen kognitiven Einbußen von den Pflegekräften optimistischer eingeschätzt. Hier ging man in 39,9% der Fälle davon aus, dass realistische Verbesserungsmöglichkeiten bestehen. Unter Bewohner|inne|n mit erheblichen bis schwersten kognitiven Beeinträchtigungen betrug der Anteil dieser Personen nur 25,5%. Gleichwohl liegen diese Anteile für beide Gruppen deutlich über den Größenordnungen tatsächlicher Verbesserungen. Es bestehen nach Einschätzung der Rater also durchaus weitergehende Potenziale, verloren gegangene Mobilität zurück zu erlangen. Als erfolgversprechendsten Ansatz sehen die Rater - ähnlich wie bei Verbesserungsmöglichkeiten der kognitiven Fähigkeiten - die Durchführung bzw. Optimierung therapeutischer Maßnahmen (vgl. Tabelle 20).

**Tabelle 20: Möglichkeiten der Mobilitätsverbesserung nach dem Grad kognitiver Beeinträchtigung, n=647**

Bestehen realistische Möglichkeiten der Verbesserung?	Bewohner mit keinen & geringen kognitiven Beeinträchtigungen	Bewohner mit erheblichen bis schwersten kognitiven Beeinträchtigungen
Nein	60,1%	74,5%
Ja, durch Durchführung/ Optimierung therapeutischer Maßnahmen	26,8%	19,5%
Ja, durch Optimierung der räumlichen Umgebung	4,8%	2,3%
Ja, durch Hilfsmitelein-satz bzw. dessen Optimie-rung	8,3%	8,4%
Ja, durch natürliche Re-konvaleszenz	6,5%	1,7%

Die Verbesserungspotenziale unterscheiden sich allerdings in Abhängigkeit von der Mobilität der Bewohner|innen. Verbesserungen werden vor allem bei Bewohner|inne|n mit bestehendem, jedoch nicht höchstgradigem Selbständigkeitsverlust für realistisch erachtet. Bei Personen mit einem hohen Maß an Selbständigkeit und bei Bewohner|inne|n mit weitgehendem oder völligem Selbständigkeitsverlust werden hingegen weniger Potenziale vermutet (vgl. Tabelle 21).

**Tabelle 21: Anteil der Bewohner|innen mit Verbesserungsmöglichkeiten der Mobilität nach dem Grad der Selbständigkeit bei der Mobilität (NBA), n=647**

Selbständigkeit des Bewohners bei der Mobilität	Bewohner	Anteil
selbständig	25	22,5%
geringe Beeinträchtigungen	31	31,6%
erhebliche Beeinträchtigungen	40	34,2%
schwere Beeinträchtigungen	34	47,9%
völliger/weitgehender Selbständigkeitsverlust	59	23,6%

Zwischen den Einrichtungen bestehen jedoch deutliche Unterschiede die Einschätzungen zum Anteil der Bewohner|innen mit vorhandenem Verbesserungspotential betreffend (vgl. Tabelle 22).

**Tabelle 22: Bewohner|innen, bei denen Möglichkeiten zur Verbesserung der Mobilität bestehen nach Einrichtungen, n=647**

Einrichtung	keine/geringe kognitive Beeinträchtigung		erhebliche oder stärkere kognitive Beeinträchtigung		insgesamt	
	Bewohner	Anteil %	Bewohner	Anteil %	Bewohner	Anteil %
1	19	52,8%	20	24,4%	39	33,1%
2	1	12,5%	19	55,9%	20	47,6%
3	3	14,3%	20	20,2%	23	19,2%
4	18	45,0%	25	26,9%	43	32,3%
6	6	25,0%	8	10,0%	14	13,5%
7	8	88,9%	21	38,2%	29	45,3%
8	12	40,0%	9	25,7%	21	32,3%
gesamt	67	39,9%	122	25,5%	189	29,3%

Einige Fähigkeiten, denen für die Alltagsautonomie der Bewohner|innen besondere Bedeutung zukommt, wurden gesondert erfasst. Erfragt wurde, inwieweit eine Person in der Lage ist *zu sitzen, aufzustehen, zu stehen und zu gehen* und ob sie dafür auf Hilfsmittel oder personelle Unterstützung angewiesen ist. Während beim Sitzen noch rund drei Viertel der Bewohner|innen autonom waren, fiel der Anteil bezogen auf die anderen Fähigkeiten deutlich ab, wie Tabelle 23 ausweist.

**Tabelle 23: Fähigkeiten und Unabhängigkeit der Bewohner|innen bei zentralen Aspekten der Mobilität, n=641**

Der Bewohner kann ...	Sitzen	Aufstehen	Stehen	Gehen
selbständig	42,4%	26,8%	21,1%	14,2%
selbständig mit Hilfsmitteln	32,8%	24,9%	33,4%	33,5%
mit personeller Unterstützung	4,6%	16,4%	13,4%	8,6%
Nein	20,1%	31,9%	32,1%	43,7%

Rund ein Drittel der Bewohner|innen war grundsätzlich nicht mehr in der Lage, aufzustehen oder zu stehen. Der Anteil derjenigen, denen das Gehen, auch mit personeller Unterstützung, nicht mehr möglich ist, lag sogar bei 43,7%. Dementsprechend greifen viele Bewohner|innen (86,3%) auf mindestens ein mobilitätsunterstützendes Hilfsmittel zurück. Einen Überblick über die Häufigkeit dieser Nutzung gibt Tabelle 24.

**Tabelle 24: Nutzung mobilitätsunterstützender Hilfsmittel, n=648**

Hilfsmittel	Bewohner	Anteil
Rollstuhl	350	54,0%
Rollator	291	44,9%
Toilettenstuhl	248	38,3%
Gehstütze / Gehstock	73	11,3%

**Tabelle 25: Veränderungen kognitiver und kommunikativer Fähigkeiten in den letzten Wochen und Monaten (NBA), n=647**

Veränderungen der kognitiven und kommunikativen Fähigkeiten:	Bewohner	Anteil
Verbesserung	21	3,2%
Verschlechterung	117	18,1%
unverändert	473	73,1%
nicht zu beurteilen	36	5,6%

Insgesamt bestehen, so die Einschätzungen der Pflegefachkräfte, bei 144 Bewohner|inne|n (22,3%) *Möglichkeiten zur Verbesserung des kognitiven Status*. Diese überraschend positive Einschätzung gilt nicht nur für Personen mit weniger ausgeprägten Beeinträchtigungen. Selbst in der Gruppe der kognitiv am stärksten Beeinträchtigten bestehen nach Einschätzung der Rater in 16,8% der Fälle Verbesserungsmöglichkeiten. Als dafür notwendige Intervention wird am häufigsten die Durchführung bzw. Optimierung therapeutischer Maßnahmen genannt (vgl. Tabelle 26). Zwischen den Einrichtungen bestehen nur geringe Unterschiede hinsichtlich des Anteils der Bewohner|innen mit vorhandenem Verbesserungspotential.

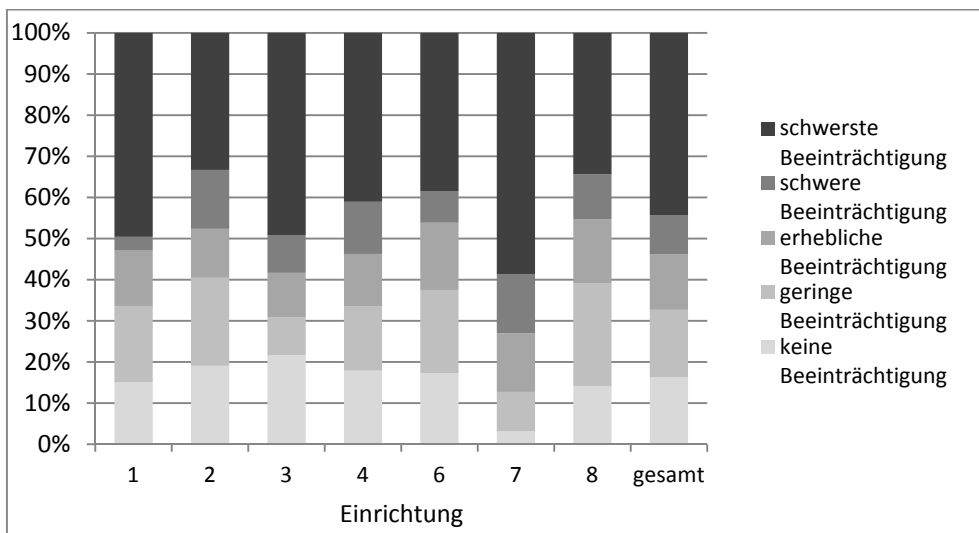
**Tabelle 26: Verbesserungsmöglichkeiten der kognitiven und kommunikativen Fähigkeiten unter Bewohner|inne|n, bei denen Verbesserungspotenziale bestehen (NBA), n=144**

Es bestehen realistische Möglichkeiten der Verbesserung durch:	Bewohner	Anteil
Durchführung/ Optimierung therapeutischer Maßnahmen	82	56,9%
Optimierung der räumlichen Umgebung	32	22,2%
Hilfsmiteleinsetz bzw. dessen Optimierung	23	16,0%
natürliche Rekonvaleszenz	21	14,6%

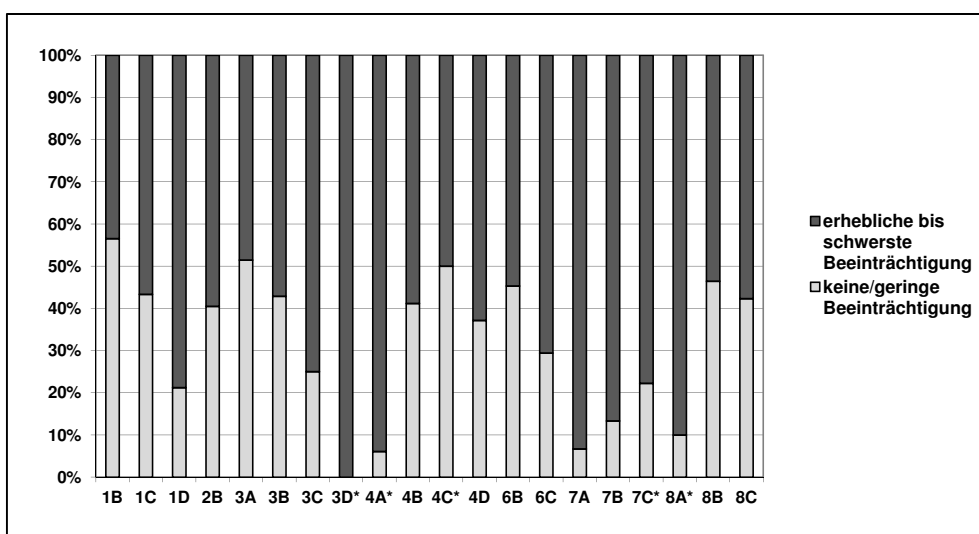
Ein Leitsymptom für den Verlust kognitiver Potenziale, das man als Indikator für das Bestehen einer demenziellen Erkrankung werten kann, ist das Auftreten bestimmter, i.d.R. *demenzassoziierter Verhaltensweisen*. Davon sind mit 67,3% rund zwei Drittel der Bewohner|innen in erheblichem oder stärkerem Ausmaß betroffen. 44,3% der Bewohner|innen weisen sogar schwerste Beeinträchtigungen auf.

Ähnlich wie bei der Verteilung kognitiver Beeinträchtigungen unter den Bewohner|inne|n zeigen sich Unterschiede zwischen Einrichtungen und Wohnbereichen. Die Verteilungen weisen erwartungsgemäß einrichtungsbezogenen Ähnlichkeiten mit denen zu kognitiven Beeinträchtigungen und der durch den MDK attestierten *eingeschränkten Alltagskompetenz* auf. Einrichtungen, die in diesen beiden Bereichen hohe Anteile beeinträchtigter Bewohner|innen aufweisen, tun dies auch bei demenzassoziierten Verhaltensweisen und psychischen Problemlagen. Und auch hier gilt: Wohnbereiche, in denen die Versorgung von Bewohner|inne|n mit demenzassoziiertem Verhalten nicht oder selten vorkommt, gibt es in den beteiligten Einrichtungen nicht (vgl. Abbildung 12). In der Regel weist mindestens jede|r zweite Bewohner|in erhebliche bis schwerste Beeinträchtigungen auf.

**Abbildung 11: Verhaltensweisen und psychische Problemlagen der Bewohner|innen (NBA), Anteile nach Einrichtung, n=647**



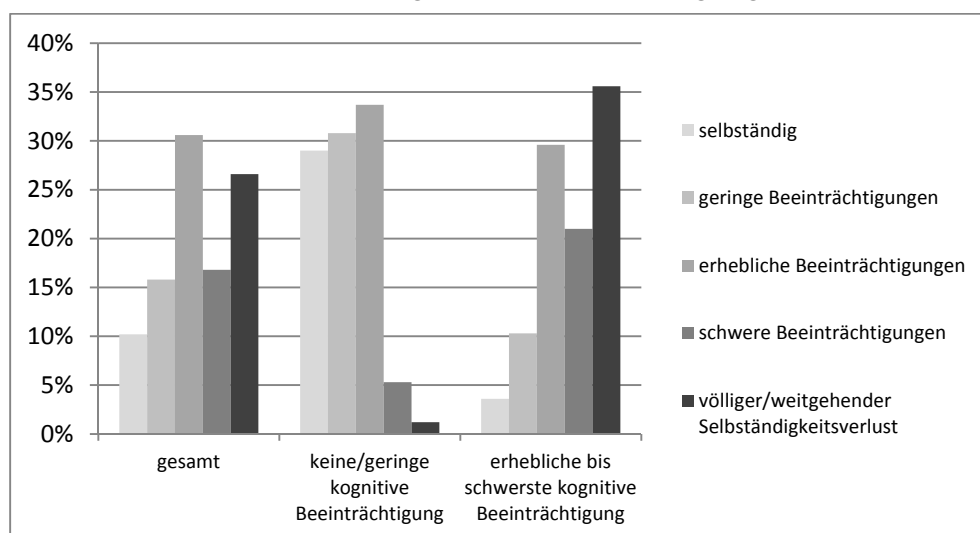
**Abbildung 12: Verhaltensweisen und psychische Problemlagen (NBA), Anteile nach Wohnbereichen, n=647**



## 4.5 Selbstversorgung

Die Einbußen der *Selbständigkeit bei der Selbstversorgung* weisen ähnliche Größenordnungen auf wie im Bereich Mobilität. Bei 74,0% der Bewohner|innen liegen erhebliche bis schwerste Beeinträchtigungen vor, lediglich 10,2% von ihnen sind in der Lage, sich komplett selbstständig zu versorgen. Personen mit weitergehenden kognitiven Beeinträchtigungen sind auch beim Verlust der Selbstversorgungsfähigkeiten stärker betroffen. In der Gruppe der Bewohner|innen mit erheblichem bis schwerstem Verlust kognitiver Fähigkeiten liegt der Anteil derjenigen, die keine oder geringe Verluste der Selbstständigkeit bei der Selbstversorgung aufweisen, bei 13,9%. Bei den kognitiv weniger beeinträchtigten Personen liegt dieser Wert bei 59,8%. In der Rangkorrelation zeigt sich ein mittlerer Zusammenhang zwischen dem kognitiven Status (NBA) und der Selbstständigkeit bei der Selbstversorgung (Kendall-Tau-b .599,  $p < 0,01$ ). Noch ausgeprägter ist allerdings der Zusammenhang zwischen der Selbstständigkeit bei der Mobilität (NBA) und der Selbstversorgung (Kendall-Tau-b .702,  $p < 0,01$ ).

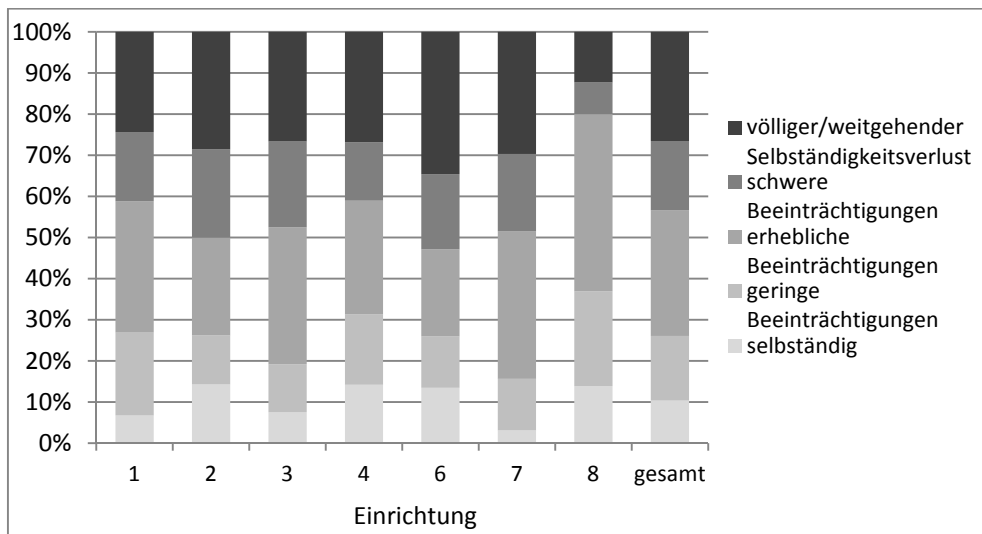
**Abbildung 13: Selbständigkeit bei der Selbstversorgung (NBA) nach dem Grad kognitiver Beeinträchtigung**



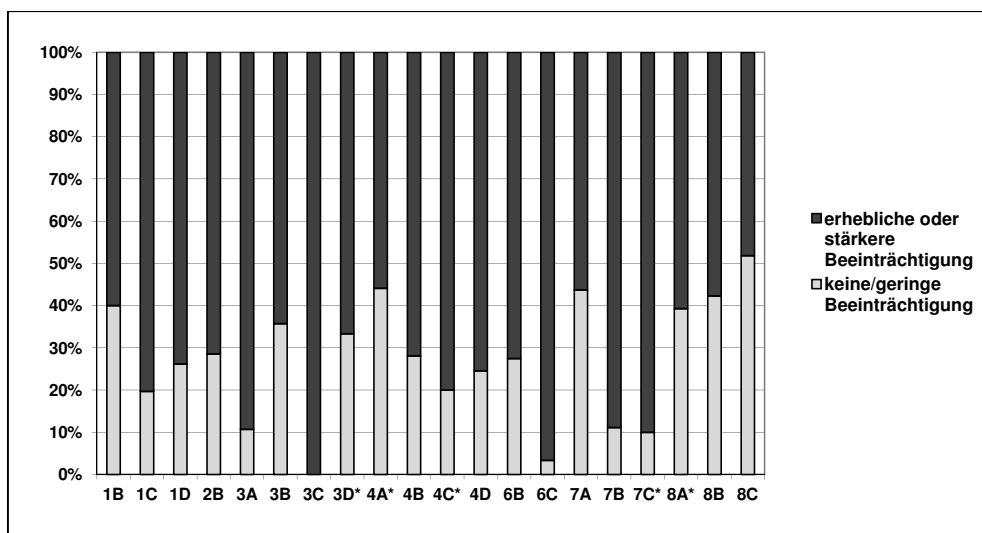
Ähnlich wie bei der Mobilität zeigen sich auch bei der Selbstversorgung Ungleichheiten zwischen den Einrichtungen, die allerdings weniger stark ausfallen. Der Anteil von Bewohner|inne|n mit erheblichen bis stärksten Beeinträchtigungen schwankt zwischen 63,1% (Einrichtung 8) und 84,4% (Einrichtung 7).

Deutlichere Abweichungen werden bei der Verteilung der Bewohner|innen zwischen den Wohnbereichen innerhalb einiger Einrichtungen sichtbar (vgl. Abbildung 15). Dies ist möglicherweise ein Hinweis darauf, dass neben dem formalen Zuweisungsgrund „Demenzerkrankung“ der bei der Selbstversorgung bestehende Unterstützungsbedarf ein Kriterium ist, nach dem Bewohner|innen einzelnen Wohnbereichen zugewiesen werden.

**Abbildung 14: Selbständigkeit bei der Selbstversorgung (NBA), Anteile nach Einrichtung, n=647**



**Abbildung 15: Selbständigkeit bei der Mobilität (NBA), Anteile nach Wohnbereichen, n=647**



Wie auch bei der Mobilität nimmt die *Entwicklung der Selbstversorgungsfähigkeiten* bei Menschen mit erheblichen bis schwersten kognitiven Einbußen häufiger einen ungünstigen Verlauf. Sie waren in den Wochen und Monaten vor der Erhebung mit 23,9% in weitaus stärkerem Ausmaß von Verschlechterungen betroffen als Personen mit weniger starken Kognitionsdefiziten (8,9%). Verbesserungen der Selbständigkeit hingegen kommen bei weitgehenden kognitiven Beeinträchtigungen nur selten vor. Bei Bewohner|inne|n mit geringen Kognitionsdefiziten lag dieser Anteil bei immerhin 11,2%.

**Tabelle 27: Veränderungen der Selbständigkeit bei der Selbstversorgung in den letzten Wochen und Monaten**

Veränderungen der Selbstversorgung	Bewohner mit keinen & geringen kognitiven Beeinträchtigungen	Bewohner mit erheblichen bis schwersten kognitiven Beeinträchtigungen
Verbesserung	11,2%	2,1%
Verschlechterung	8,9%	23,9%
unverändert	76,3%	70,6%
nicht zu beurteilen	3,6%	3,4%

Die Quote der Bewohner|innen, bei denen realistische *Möglichkeiten der Verbesserung* konstatiert werden, liegt über dem Anteil der Bewohner|innen, bei denen es tatsächlich zu Verbesserungen kam. Auch mit Blick auf die Selbstständigkeit bei der Selbstversorgung bestehen also in den Augen der Einrichtungsmitarbeiter Verbesserungspotenziale, vor allem - so die häufigste Nennung - durch Optimierung therapeutischer Maßnahmen. Allerdings fällt die Einschätzung möglicher Selbstständigkeitsverbesserungen mit 20% insgesamt weniger optimistisch aus als im Bereich Mobilität (29,3%). Dies ist insofern nachvollziehbar, als - anders als bei der Einschätzung der Mobilität - bei vielen Aktivitäten der Selbstversorgung neben körperlichen Fähigkeiten zusätzliche kognitive Anforderungen, z.B. das Einhalten einer sinnvollen Reihenfolge bei der Körperpflege, zu bewältigen sind.

**Tabelle 28: Möglichkeiten der Verbesserung bei der Selbstversorgung nach dem Grad kognitiver Beeinträchtigung, n=647**

Verbesserung der Selbstversorgung möglich?	Bewohner mit keinen & geringen kognitiven Beeinträchtigungen	Bewohner mit erheblichen bis schwersten kognitiven Beeinträchtigungen
Nein	72,2%	82,2%
Ja, durch Durchführung/ Optimierung therapeutischer Maßnahmen	17,2%	13,0%
Ja, durch Optimierung der räumlichen Umgebung	3,6%	1,9%
Ja, durch Hilfsmiteileinsatz bzw. dessen Optimierung	9,5%	6,3%
Ja, durch natürliche Rekonvaleszenz	8,9%	2,1%

Der Anteil der Bewohner|innen mit Verbesserungspotenzialen bei der Selbstversorgung wird unter Personen mit dem höchsten Grad des Selbstständigkeitsverlustes geringer eingeschätzt als in anderen Gruppen. Hier sind laut Einschätzung der Rater nur in 8,1% der Fälle Verbesserungsmöglichkeiten vorhanden.

**Tabelle 29: Anteil der Bewohner|innen mit Verbesserungsmöglichkeiten der Selbstversorgung nach dem Grad der Selbständigkeit bei der Selbstversorgung (NBA), n=647**

Selbständigkeit des Bewohners bei der Selbstversorgung	Bewohner	Anteil
selbständig	13	19,4%
geringe Beeinträchtigungen	21	20,6%
erhebliche Beeinträchtigungen	57	28,8%
schwere Beeinträchtigungen	25	22,9%
völliger/weitgehender Selbstständigkeitsverlust	14	8,1%

Insgesamt prägen also *starke Beeinträchtigungen der Selbständigkeit bei der Mobilität und der Selbstversorgung* - auch unabhängig vom Grad kognitiver Einschränkungen - das Bild. Dies ist wenig überraschend, denn der mit diesen Autonomieverlusten einhergehende Unterstützungsbedarf ist maßgeblich für die Einstufung in eine Pflegestufe und damit für die Inanspruchnahme stationärer Versorgung (Büscher/Wingenfeld 2008). Führt man sich die Verteilung der Pflegestufen vor Augen, wird deutlich, dass die Versorgung von Personen ohne Leistungsanspruch nur in Ausnahmefällen vorkommt. Dementsprechend finden sich auch nur 22 Bewohner|innen (3,4%), die in den drei genannten Bereichen keine Beeinträchtigungen aufweisen. Auch die Gruppe der Personen, bei denen lediglich geringe Selbstständigkeitsverluste vorliegen, ist mit 59 Bewohner|inne|n (9,1%) klein.

Das hohe Maß an Funktions- und Selbständigkeitseinbußen und die Daten zur Verbesserung bzw. Verschlechterung des Zustands der Bewohner|innen lassen vermuten, dass Einrichtungen der stationären Langzeitversorgung tatsächlich Orte sind, an denen die „Krankesten der Krankesten“ versorgt werden, bei denen bereits der *Erhalt bestehender Fähigkeiten und die Vermeidung gesundheitlicher Komplikationen* als Erfolg gewertet werden muss (Horn/Schaeffer 2011). Dies trifft nach Einschätzung der Pflegekräfte zwar für einen überwiegenden Teil, aber längst nicht für alle Bewohner|innen zu. Bei 29,3% der Bewohner|innen bestehen ihrer Einschätzung nach *Potenziale zur Verbesserung der Mobilität*, bei 20,0% *Möglichkeiten zur Verbesserung der Selbständigkeit bei der Selbstversorgung*. Als mit Abstand vielversprechendste Intervention wird in beiden Bereichen die Durchführung bzw. Optimierung therapeutischer Maßnahmen betrachtet. Auch wenn die Prognose bei Personen mit dem höchsten Grad an Selbstständigkeitsverlusten ungünstiger ausfällt, werden auch bei einem Teil dieser Gruppe Verbesserungspotenziale vermutet. Allerdings geben die Daten keine Auskunft darüber, welche Interventionen als sinnvoll erachtet werden, warum bislang nicht auf sie zurückgegriffen wird und wie weit die konstatierten Verbesserungsmöglichkeiten reichen.

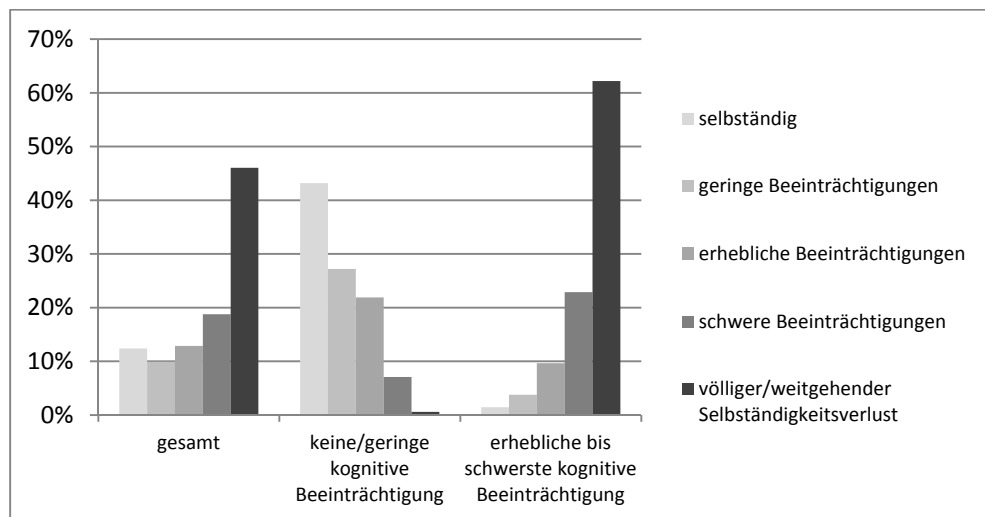


## 4.6 Alltagsleben, soziale Kontakte und Aktivitäten

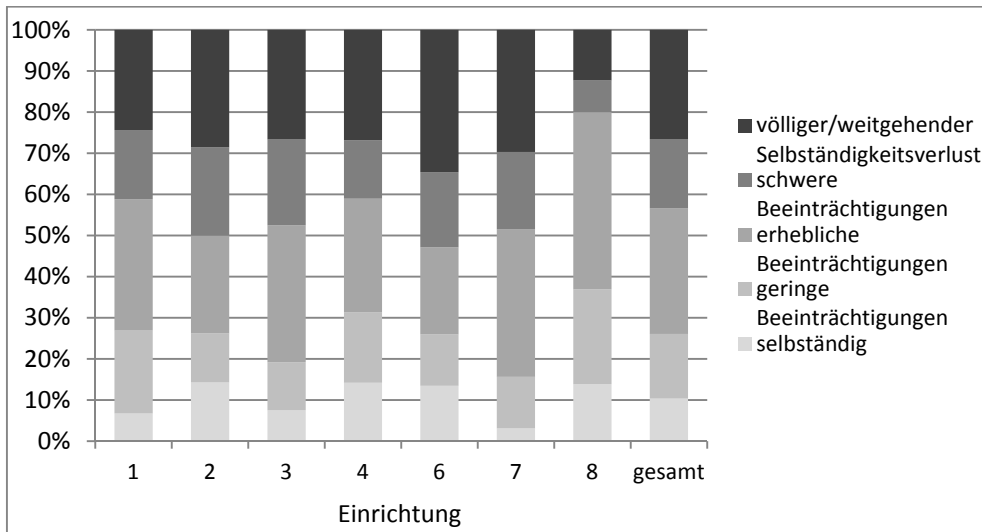
Die *Selbständigkeit bei der Gestaltung des Alltagslebens und der sozialen Kontakte* ist der Bereich, auf den sich kognitive Beeinträchtigungen (erwartungsgemäß) am gravierendsten auswirken (Kendall-Tau  $b = .791$ ,  $p < 0,01$ ). Während bei Bewohner|inne|n ohne oder mit nur geringem Verlust kognitiver Fähigkeiten 29,6% an erheblichen bis schwersten Selbstständigkeitsverlusten in diesem Bereich leiden, liegt der Anteil bei kognitiv stärker beeinträchtigten Personen bei 94,8%.

Dementsprechend zeigen sich, was die Anteile der Bewohner|innen nach dem Grad des Selbstständigkeitsverlustes bei der Bewältigung des Alltagslebens betrifft, Abweichungen zwischen den Einrichtungen, die in hohem Maße der Verteilung des kognitiven Status der Bewohner|innen folgen. Der Anteil von Bewohner|inne|n mit erheblichen bis schwersten Selbstständigkeitsverlusten liegt im Mittel bei 77,6%, schwankt aber zwischen 65,5% (Einrichtung 8) und 90,5% (Einrichtung 7). Ein vergleichbares Bild zeigt sich bei der Betrachtung der einzelnen Wohnbereiche. Hier liegen die Anteilswerte zwischen 57,7% und 100%. Unter dem Strich wird deutlich, dass - trotz der beschriebenen Unterschiede - in allen Einrichtungen und Versorgungsbereichen die überwiegende Zahl der Bewohner|innen so ausgeprägte Beeinträchtigungen bei der Gestaltung ihres Alltagslebens und ihrer sozialen Kontakte aufweisen, dass daraus pflegerischer Unterstützungsbedarf resultiert.

**Abbildung 16: Selbständigkeit bei der Gestaltung des Alltagslebens und sozialer Kontakte (NBA) nach dem Grad kognitiver Beeinträchtigung, n=646**



**Abbildung 17: Selbständigkeit bei der Alltagsgestaltung (NBA), Anteile nach Einrichtung, n=646**



Einen wichtigen Aspekt bei der Gestaltung des Alltagslebens und sozialer Kontakte stellt die *Teilnahme an Aktivitäten* innerhalb der Einrichtung dar. Den Erhebungsdaten zufolge beteiligen sich allerdings 40,8% der Bewohner|innen nicht an Aktivitäten, die in Gruppen angeboten werden. Die kognitiven Fähigkeiten der Bewohner|innen spielen dabei scheinbar keine besonders große Rolle, denn der Grad der Teilnahme an Gruppenangeboten unterscheidet sich nicht signifikant zwischen Bewohner|inne|n mit unterschiedlich ausgeprägten kognitiven Fähigkeiten. Lediglich die Gruppe der Personen ohne jegliche Beeinträchtigung hebt sich durch eine leicht überdurchschnittliche Beteiligung ab (vgl. Tabelle 30). Auch das Vorliegen demenzassoziierter Verhaltensweisen und psychischer Problemlagen hat, bezogen auf die Gesamtstichprobe, keine signifikanten Auswirkungen (gleichwohl führen in einzelnen Fällen problematische Verhaltensweisen von Bewohner|inne|n zum Ausschluss von Gruppenaktivitäten). Unterschiede zeigen sich jedoch zwischen männlichen und weiblichen Bewohnern. Während Frauen nur in 36,1% der Fälle nicht an Gruppenaktivitäten teilnehmen, liegt dieser Anteil unter den Männern bei 53,9%.

**Tabelle 30: Teilnahme an Gruppenaktivitäten nach kognitiven Fähigkeiten der Bewohner|innen, n=647**

Kognitive Fähigkeiten (NBA)	keine Teilnahme an Gruppenaktivitäten		Teilnahme an Gruppenaktivitäten		einbezogene Bewohner
	Bewohner	Anteil %	Bewohner	Anteil %	
keine Beeinträchtigung	19	23,5%	62	76,5%	81
geringe Beeinträchtigung	38	43,2%	50	56,8%	88
erhebliche Beeinträchtigung	31	34,4%	59	65,6%	90
schwere Beeinträchtigung	46	40,0%	69	60,0%	115
völliger/weitgehender Fähigkeitsverlust	130	47,6%	143	52,4%	273
gesamt	264	40,8%	383	59,2%	647

Für die Nichtteilnahme werden verschiedene Gründe genannt (vgl. Tabelle 31). Am häufigsten wird dabei der Wunsch der|s Bewohner|in|s angeführt<sup>14</sup>. Aber auch körperliche Defizite, fehlende kognitive Fähigkeiten und störende Verhaltensweisen führen dazu, dass Bewohner|innen nicht an Gruppenaktivitäten beteiligt werden. Physisch aggressives Verhalten bildet als Ausschlussgrund hingegen die Ausnahme.

**Tabelle 31: Gründe für die Nichtteilnahme an Gruppenaktivitäten, n=265**

<b>Keine Teilnahme wegen:</b>	<b>Bewohner</b>	<b>Anteil</b>
körperlicher Einschränkungen	67	25,3%
physischer Aggressionen	6	2,3%
stark störender Verhaltensweisen	29	10,9%
eingeschränkter kognitiver Fähigkeiten	50	18,9%
keiner dieser Gründe	154	58,1%

Das Spektrum angebotener Gruppenaktivitäten unterscheidet sich zwischen den Einrichtungen. Aus diesem Grund wurden bei der Erhebung Kategorien vorgegeben, denen die Aktivitäten, an denen die|der einzelne Bewohner|in sich beteiligt, zugeordnet werden sollten<sup>15</sup>. Die größte Rolle spielen orientierungs- bzw. gedächtnisfördernde Aktivitäten und Beschäftigungen, die als „Hobby“ aus persönlichem Interesse von den Bewohner|inne|n durchgeführt werden. Mit geringem Abstand folgen die Teilnahme an biografieorientierten Angeboten und Maßnahmen, die der körperlichen Aktivierung dienen. Einzig Aktivitäten außerhalb der Einrichtung werden von einem deutlich kleineren Teil der Bewohner|innen wahrgenommen, werden vermutlich aber auch seltener angeboten.

---

<sup>14</sup> Diese Bewohner|innen verbergen sich in der Tabelle hinter „keiner dieser Gründe“. Bereits in den Schulungsveranstaltungen wiesen viele Teilnehmer|innen darauf hin, dass ein erheblicher Teil der Bewohner|innen nicht aufgrund fehlender Fähigkeiten oder problematischer Verhaltensweisen von der Teilnahme an Gruppenaktivitäten ausgeschlossen wird, sondern eine Teilnahme bewusst ablehnt.

<sup>15</sup> Diese Kategorien weisen Schnittmengen auf. Daher wurden die Rater gebeten, sich bei der Zuordnung der Aktivitäten einer Person an der Zielsetzung zu orientieren, die aus fachlicher Sicht mit der jeweiligen Aktivität verfolgt wird.

**Tabelle 32: Häufigkeit der Teilnahme an ausgewählten Gruppenaktivitäten, Bewohneranteile, n=648**

Teilnahme an:	keine Teilnahme	max. 1x pro Woche	2x oder häufiger /Woche	(nahezu) täglich	Teilnahme insgesamt
orientierungs- und gedächtnisfördernden Aktivitäten	47,8%	34,1%	12,2%	5,9%	52,2%
Beschäftigung / Hobby in der Gruppe	51,1%	31,8%	11,3%	5,9%	48,9%
biografieorientierten Aktivitäten	59,9%	31,2%	6,8%	2,2%	40,1%
körperlicher Aktivierung	56,8%	28,2%	12,5%	2,5%	43,2%
religiös geprägten Aktivitäten	62,7%	25,8%	8,5%	3,1%	37,3%
Aktivitäten außerhalb der Einrichtung	77,9%	18,7%	1,9%	1,5%	22,1%

Einen weiteren Aspekt der sozialen Einbindung stellen die *Kontakte* dar, die Bewohner|innen zu Personen unterhalten, die nicht in der Einrichtung wohnen. In diesem Zusammenhang wurde ermittelt, wie häufig und wie regelmäßig eine Person von Angehörigen und/oder Bekannten besucht wird. Dabei zeigte sich, dass der überwiegende Teil der Bewohner|innen (89,2%) derartige Kontakte pflegt. Allerdings erhält nur rund ein Drittel (33,8%) von ihnen täglich oder mehrmals wöchentlich Besuch von diesen Personen. Nahezu die Hälfte der Nutzer|innen (47,1%) wird seltener als einmal in der Woche bzw. gar nicht von Angehörigen und Bekannten aufgesucht. Einen detaillierten Überblick über die Besuchshäufigkeiten gibt Tabelle 33.

**Tabelle 33: Häufigkeit der Kontakte zu Angehörigen und Bekannten, n=648**

Kontakthäufigkeit	Bewohner	Anteil
täglich	67	10,3%
mehrmals wöchentlich	152	23,5%
1x wöchentlich	124	19,1%
mehrmals monatlich	134	20,7%
1x monatlich oder seltener	101	15,6%
kein Angehörigenkontakt	70	10,8%

Im Zusammenhang mit der Aktivitätsgestaltung wurden auch Daten zu *aktivitätsbegrenzenden Maßnahmen* erhoben, die in den Einrichtungen zur Anwendung kommen. Dabei handelt es sich in den allermeisten Fällen um den Einsatz von Bettgittern. Dieser erfolgt allerdings - so die Auskunft der Einrichtungsmitarbeiter - oft mit dem Einverständnis der Bewohner|innen oder sogar auf deren ausdrücklichen Wunsch. Somit kann nicht im rechtlichen Sinne von einer Freiheitsbeschränkung ausgegangen werden. Eindeutiger sind die Fälle, in denen Gurtfixierungen oder Tischbretter zum Einsatz kommen. Hier handelt es sich um gezielte Maßnahmen zur Be-

grenzung der Aktivität von Bewohner|inne|n<sup>16</sup>. Allerdings kommen derartige Maßnahmen sehr viel seltener vor als der Einsatz von Bettgittern. Sie werden ausschließlich bei Personen mit erheblich oder stärker beeinträchtigten kognitiven Fähigkeiten, die gleichzeitig erhebliche oder stärkere Beeinträchtigungen durch Verhaltensweisen und psychische Problemlagen aufweisen, eingesetzt. Kommen sie zur Anwendung, so überwiegend mit großer Regelmäßigkeit. Am häufigsten war dabei mit 6,2% der Fälle der Einsatz von Bauch- bzw. Hüftgurten zu verzeichnen. Gurtfixierungen an Hand- und Fußgelenken kommen hingegen höchst selten vor - ihr Einsatz bleibt offensichtlich auf Einzelfälle beschränkt.

**Tabelle 34: Einsatz aktivitätsbegrenzender Maßnahmen, n=648**

Maßnahme	Häufigkeit der Maßnahme						insgesamt	
	einmalig		2x oder häufiger		(nahezu) täglich		Bew.	Anteil
	Bew.	Anteil	Bew.	Anteil	Bew.	Anteil		
Bettgitter	1	0,2%	4	0,6%	177	27,3%	182	28,1%
Tischbrett	1	0,2%	6	0,9%	19	2,9%	26	4,0%
Becken/ Hüftgurt	0	0,0%	5	0,8%	35	5,4%	40	6,2%
Gurt Handgelenk	0	0,0%	0	0,0%	2	0,3%	2	0,3%
Gurt Fußgelenk	0	0,0%	0	0,0%	3	0,5%	3	0,5%

Bei dem Einsatz von Gurtfixierungen zeigen sich Unterschiede zwischen den Einrichtungen. Aufgrund der geringen Häufigkeit von Fixierungen des Hand- und Fußgelenkes lassen sich allerdings nur beim Einsatz von Becken- und Hüftgurten relevante Größenordnungen unterscheiden. Während in den übrigen Einrichtungen höhere Anteile der Bewohner|innen betroffen sind, gelingt es in den Einrichtungen 4 und 8 offensichtlich, den Einsatz von Hüftgurten auf Einzelfälle zu begrenzen bzw. gänzlich zu vermeiden.

**Tabelle 35: Einsatz von Becken- bzw. Hüftgurten nach Einrichtungen**

Einrichtung	Bewohner	Anteil	einbezogene Bewohner
1	7	5,9%	119
2	2	4,8%	42
3	6	5,0%	120
4	1	0,7%	134
6	11	10,6%	104
7	8	12,5%	64
8	0	0,0%	65
gesamt	35	5,4%	648

<sup>16</sup> Die Rater wurden ausdrücklich aufgefordert, den Einsatz eines Tischbrettes nur dann als aktivitätsbegrenzende Maßnahme anzugeben, wenn er erfolgt, um die betroffene Person am Aufstehen aus dem Stuhl zu hindern.

Die Größenordnungen, in denen bei Bewohner|inne|n aktivitätsbegrenzende Maßnahmen zum Einsatz kommen, sind schwierig zu interpretieren. Dies liegt unter anderem daran, dass viele Erhebungen zu diesem Thema älteren Datums sind oder einzelne Maßnahmen nicht differenziert erfasst wurden<sup>17</sup>. Zur Anwendung von Gurtfixierungen in der stationären Altenhilfe existieren allerdings einige Vergleichsdaten. Von ihnen sind in unserer Stichprobe mit 6,3% mehr Bewohner|innen betroffen, als dies in einer anderen aktuellen Studie, der eine vergleichbare Erhebungssystematik zugrunde liegt, der Fall war. Dort lag dieser Anteil bei 4,0% (Wingenfeld et al. 2011b). Wie in anderen Untersuchungen auch (Meyer/Köpke 2008; Schäufele et al. 2007), zeigte sich ein starker Zusammenhang zwischen kognitiven Beeinträchtigungen und herausfordernden Verhaltensweisen der Bewohner|innen und der Anwendung von Gurtfixierungen. Die Tatsache, dass in einigen Einrichtungen nur in Einzelfällen auf Fixierungsmaßnahmen zurückgegriffen wird bzw. sie gar nicht vorkommen, spricht für einen im Sinne der Bewohner|innen angemesseneren Umgang mit problematischen Verhaltensweisen.

#### 4.7 Gesundheitliche Belastungen und Schädigungen

Im Rahmen der Erhebung wurde auch das Vorkommen *gesundheitlicher Belastungen und Schädigungen* erfasst, von denen Pflegebedürftige und Heimbewohner aufgrund ihrer Erkrankungen und Funktionseinbußen in besonderem Maße bedroht sind. Auf der individuellen Ebene können sie für die Bewohner|innen mit nachhaltigen Gesundheitsbeeinträchtigungen und einer Minderung des Wohlbefindens einhergehen. Bezogen auf die einzelne Pflegeeinrichtung lässt ein gehäuftes Vorkommen auf mögliche *Defizite der Versorgungsqualität* schließen.

Erhoben wurde auch, inwieweit einzelne Bewohner|innen von typischen *Pflege- bzw. Versorgungsrisiken* betroffen sind und wenn ja, ob diese unmittelbaren Interventionsbedarf nach sich ziehen. Am häufigsten (bei 75,4% der Bewohner|innen) wurde von den Pflegekräften ein Sturzrisiko konstatiert, bei dem sie allerdings nur in einem Drittel der Fälle die unmittelbare Notwendigkeit von Interventionen zur Sturzprophylaxe sahen<sup>18</sup>. Nahezu die Hälfte der Bewohner|innen (46,3%) ist dem Risiko unzureichender Flüssigkeitszufuhr ausgesetzt. In einer vergleichbaren Größenordnung (44,6%) bewegt sich der Anteil der Bewohner|innen mit bestehendem Dekubitusrisiko. Allerdings sehen die Rater auch hier bei der Mehrheit der Bewohner|innen keinen Interventionsbedarf. Einen Überblick über die Einschätzungen zu ausgewählten Risiken gibt die folgende Tabelle.

---

<sup>17</sup> So wurden im Rahmen der MuG IV Untersuchung beispielsweise die Anteile von Bewohner|inne|n, bei denen Bettgitter und/oder Gurtfixierungen angewendet wurden, nicht getrennt dargestellt.

<sup>18</sup> Unter unmittelbarem Interventionsbedarf ist in diesem Zusammenhang die Notwendigkeit zu verstehen, zeitnah neue präventive Maßnahmen zu ergreifen oder bereits angewendete Maßnahmen anzupassen. Wird kein unmittelbarer Interventionsbedarf gesehen, sind die bereits ergriffenen Maßnahmen aus Sicht des Raters angemessen bzw. es sind keine Maßnahmen notwendig.

**Tabelle 36: Risikoeinschätzungen zu ausgewählten Pflege- und Versorgungsproblemen (NBA), n=646**

Risikobereich	Risiko besteht (aber kein unmittelbarer Interventionsbedarf)		Risiko besteht (mit unmittelbarem Interventionsbedarf)		Risiko besteht nicht	
	Bewohner	Anteil %	Bewohner	Anteil %	Bewohner	Anteil %
Sturzrisiko	326	50,5%	161	24,9%	159	24,6%
Dehydratationsrisiko	186	28,8%	113	17,5%	347	53,7%
Dekubitusrisiko	172	26,6%	116	18,0%	358	55,4%
Anzeichen für Mangelernährung	94	14,6%	76	11,8%	476	73,7%
Probleme bei der Medikamentenversorgung	77	11,9%	56	8,7%	513	79,4%
Anzeichen für Alkohol-/Drogenmissbrauch	34	5,3%	7	1,1%	605	93,7%

Bei der Einschätzung des Präventionsbedarfs zeigen sich Unterschiede zwischen den Einrichtungen. Diese lassen sich auf Basis der erhobenen Daten nicht unbedingt durch Besonderheiten der Bewohnerstruktur einzelner Einrichtungen, z.B. den Anteil kognitiv erheblich und stärker beeinträchtigten Personen oder einen besonders hohen bzw. niedrigen Anteil gravierend mobilitätsbeeinträchtigter Nutzer|innen, erklären.

**Tabelle 37: Risikoeinschätzungen zu ausgewählten Pflege- und Versorgungsproblemen (ohne Einschätzung des resultierenden Interventionsbedarfs) nach Einrichtungen, n=646**

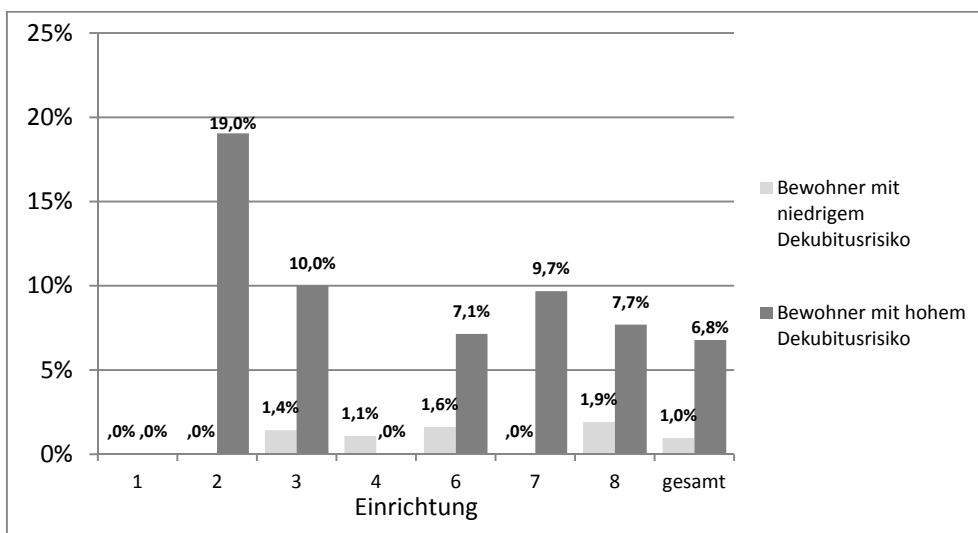
Einrichtung	Sturzrisiko	Dehydratationsrisiko	Dekubitusrisiko	Anzeichen für Mangelernährung
1	82,4%	43,7%	36,1%	26,1%
2	54,8%	38,1%	57,1%	23,8%
3	89,2%	65,8%	50,0%	34,2%
4	64,9%	50,0%	43,3%	30,6%
6	69,9%	34,0%	44,7%	19,4%
7	84,4%	39,1%	59,4%	14,1%
8	71,9%	39,1%	29,7%	28,1%
gesamt	75,4%	46,3%	44,6%	26,3%

#### **Dekubitusprävalenz und -inzidenz**

Insgesamt lag bei 6,5% der Bewohner|innen zum Erhebungszeitpunkt ein *Dekubitus* vor. Schließt man nur Dekubitalgeschwüre der Kategorien 2 bis 4 in die Berechnung ein, ergibt sich ein Wert von 4,9%. Allerdings sagen diese Daten nichts über den Ort und den Zeitpunkt aus, zu dem das Druckgeschwür entstanden ist. Aussagekräftiger, vor allem mit Blick auf

die Wirksamkeit prophylaktischer Maßnahmen in den Einrichtungen, sind Daten zur *Dekubitusinzidenz*. Bei 3,1% der Bewohner|innen ist in den sechs Monaten vor der Erhebung ein Dekubitus der Kategorie 2 bis 4 in der Einrichtung neu entstanden. Wenn man das individuelle Dekubitusrisiko der Betroffenen mit in Betracht zieht, zeigen sich Unterschiede<sup>19</sup>. Der Anteil der Bewohner|innen mit geringem Risiko (n=411), die ein solches Dekubitalgeschwür entwickelten, lag bei 1%. Es handelte sich in den Einrichtungen jeweils um Einzelfälle. Der Anteil der Bewohner|innen mit hohem Risiko (n=236), bei denen ein Dekubitus entstand, betrug hingegen im Durchschnitt 6,8%. Bei dieser Gruppe treten zum Teil deutliche *Unterschiede* zwischen den Einrichtungen auf, die Anteile schwanken zwischen 19% und 0%, wobei es sich nur bei dem in der Einrichtung 8 entstandenen Dekubitus um einen Einzelfall handelt.

**Abbildung 18: Anteil der Bewohner|innen, die in den vergangenen 6 Monaten in der Einrichtung einen Dekubitus der Kategorie 2 bis 4 entwickelt haben, n=648**



Zieht man Ergebnisse anderer Untersuchungen heran, liegt die *Prävalenz von Dekubitalulcera* mit 6,5% in einem für stationäre Pflegeeinrichtungen leicht überdurchschnittlichen Bereich (Dassen 2007; Lahmann 2009). So gesehen sind die Bewohner|innen der beteiligten Einrichtungen stärker belastet, als dies zu erwarten war. Nutzt man die Ergebnisse allerdings als Indikator für die *Qualität* der in den Einrichtungen geleisteten Dekubitusprophylaxe und zieht Entstehungsort und Ausprägung eines Dekubitus mit in Betracht, zeigt sich im Gesamtbild sogar ein überdurchschnittlich positives Ergebnis. Die Inzidenzen in den Einrichtungen entstandener Dekubitalgeschwüre der Kategorien 2 bis 4 liegen mit 1,0% (Bewoh-

<sup>19</sup> Als Maßstab wurde die Fähigkeit einer Person zum selbständigen bzw. überwiegend selbständigen Positionswechsel im Bett herangezogen. Verfügte sie über diese Fähigkeit, wurde das Dekubitusrisiko als niedrig eingeschätzt, in den anderen Fällen als hoch. Diese Risikoeinstufung folgt dem im Projekt „Entwicklung und Erprobung von Instrumenten zur Beurteilung der Ergebnisqualität in der stationären Altenhilfe“ vorgeschlagenen Verfahren (vgl. Wingenfeld et al. 2011b)



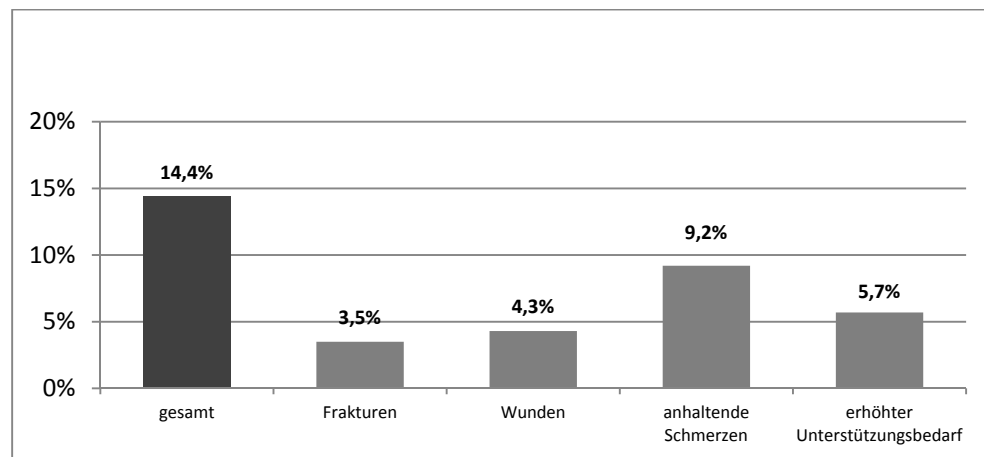
ner|innen mit niedrigem Risiko) bzw. 6,8% (Bewohner|innen mit hohem Risiko) leicht unter den Anteilen, die in einem Projekt zur Entwicklung von Qualitätsindikatoren ermittelt wurden (2,1% bzw. 8,9%) (Wingefeld et al. 2011b). Allerdings weichen die Ergebnisse zwischen den Einrichtungen stark voneinander ab, so dass von *Qualitätsunterschieden* bei der Dekubitusprophylaxe auszugehen ist.

### Stürze und Sturzfolgen<sup>20</sup>

Laut Angaben der Einrichtungsmitarbeiter sind 26,4% der Bewohner|innen in den sechs Monaten vor der Erhebung einmal (16,4%) oder mehrfach (10,0%) gestürzt. Dabei zeigen sich einrichtungsspezifisch erhebliche Unterschiede. So ist in Einrichtung 4 der Anteil gestürzter Bewohner|innen mit 33,1% etwa dreimal so hoch wie in Einrichtung 2 (10,7%). Allerdings ist die retrospektive Erfassung von Sturzhäufigkeiten mit einer gewissen Unsicherheit behaftet: Einbezogen werden nur Sturzereignisse, die bemerkt und auch dokumentiert wurden.

Für 14,3% der Bewohner|innen resultierten aus diesen Stürzen *gravierende Folgen*. Am häufigsten kam es in Folge eines Sturzes zu Schmerzen, die die Betroffenen länger als 48 Stunden beeinträchtigten. Von Frakturen und Wunden, Sturzfolgen also, die oft zu einer längerfristigen medizinischen Behandlung und Beeinträchtigung der Betroffenen führen, sind 3,5% bzw. 4,3% der Heimbewohner betroffen (vgl. Abbildung 19).

**Abbildung 19: Häufigkeit gravierender Sturzfolgen in den vergangenen 6 Monaten, Bewohneranteile, n=511**

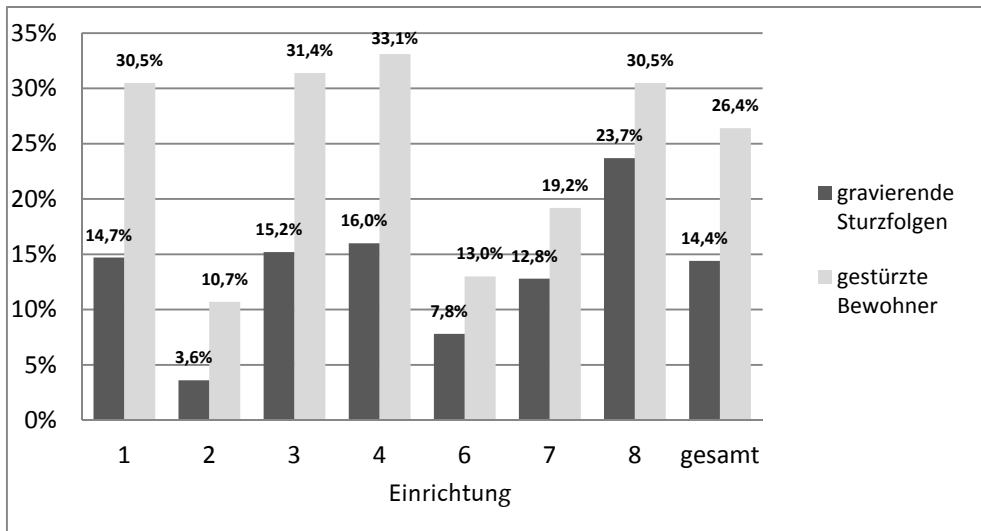


Auch der Anteil an Bewohner|inne|n mit Sturzfolgen unterschied sich zwischen den Einrichtungen erheblich und schwankte zwischen 3,6% und 23,7%. Wie die folgende Abbildung verdeutlicht, zeigt sich bei der Gegenüberstellung von gestürzten Bewohner|inne|n mit denen, die Sturzfol-

<sup>20</sup> Analog zu dem im Projekt „Entwicklung und Erprobung von Instrumenten zur Beurteilung der Ergebnisqualität in der stationären Altenhilfe“ vorgeschlagenen Verfahren, wurden Bewohner|innen, die komplett immobil sind, also auch im Bett keine nennenswerten Eigenbewegungen mehr ausführen können, von den Auswertungen ausgeschlossen (vgl. Wingefeld et al. 2011b).

gen erlitten haben, ein tendenzieller Zusammenhang. Im Gesamtdurchschnitt zieht etwas mehr als jeder zweite dokumentierte Sturz gravierende Folgen nach sich. Dieses Verhältnis bewegt sich in den meisten Heimen mit Ausnahme von Einrichtung 8 in ähnlichen Größenordnungen. Aufgrund der befürchteten Unsicherheiten bei der Erfassung der Sturzhäufigkeit war dies nicht unbedingt zu vermuten.

**Abbildung 20: : Anteil der Bewohner|innen, die in den vergangenen 6 Monaten in der Einrichtung eine oder mehrere gravierende Sturzfolgen erlitten haben, n=511**



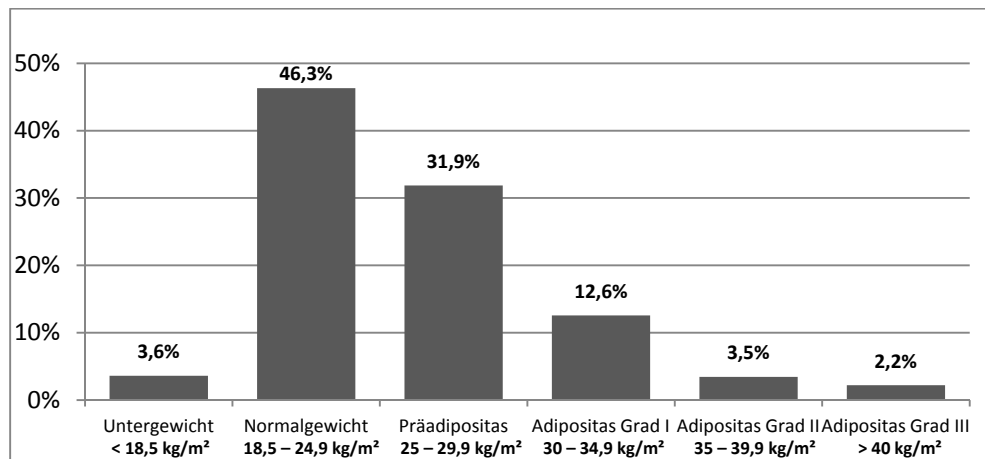
Es ist bekannt, dass die Bewohner|innen stationärer Pflegeeinrichtungen ein hohes Risiko tragen zu stürzen und in der Folge Gesundheitsbeeinträchtigungen zu erleiden (Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege 2006; Heinze 2008). Die Häufigkeit mit der bei den Nutzer|inne|n der beteiligten Einrichtungen gravierende Sturzfolgen auftreten, liegt im Bereich erwartbarer Größenordnungen. Mit einem Anteil von 14,3% betroffener Bewohner|innen in einem Sechs-Monats-Zeitraum handelt es sich dabei um die am häufigsten eingetretene Gesundheitsschädigung. Was die Sturzfolgen betrifft, decken sich die Gesamtergebnisse mit denen eines Projektes zur Erprobung von Qualitätsindikatoren in der stationären Altenhilfe (Wingenfeld et al. 2011b). Allerdings zeigen sich - anders als in dieser Erhebung - nur geringe Abweichungen zwischen Bewohner|inne|n mit unterschiedlich ausgeprägten kognitiven Beeinträchtigungen<sup>21</sup>. Auch bei der Inzidenz gravierender Sturzfolgen weichen die Einrichtungsergebnisse deutlich voneinander ab, so dass von *Qualitätsunterschieden im Bereich der Sturz- und Sturzfolgenprävention* auszugehen ist.

<sup>21</sup> Dies ist möglicherweise auf die Tatsache zurückzuführen, dass der Anteil kognitiv nicht oder gering beeinträchtigter Bewohner|innen in der Stichprobe vergleichsweise klein ist und Einzelfälle daher zu starken Verzerrungen der Anteilswerte führen.

## Ernährungszustand

Auf Basis der erhobenen Daten konnte auch der *Body-Mass-Index* der Bewohner|innen berechnet werden. Dieser lässt allerdings keine eindeutigen Rückschlüsse auf den Ernährungszustand, insbesondere eine bestehende Mangelernährung, zu. Dennoch gilt er als Indikator für mögliche Gesundheitsbeeinträchtigungen. So besteht laut Deutscher Gesellschaft für Ernährung bei einem BMI unter 18,5 kg/m<sup>2</sup> zumindest ein hohes *Risiko der Mangelernährung* (Deutsche Ernährungsgesellschaft 2008). Die Überschreitung eines BMI-Wertes von 30 kg/m<sup>2</sup> hingegen weist auf ein *Übergewicht* hin, das mit einem erhöhten Risiko negativer gesundheitlicher Folgen einhergeht (World Health Organization 2000). Bezogen auf diese Schwellenwerte zeigen sich bei Betrachtung der Ergebnisse unterschiedliche Größenordnungen. Einen BMI-Wert unter 18,5 kg/m<sup>2</sup> weisen 3,6% der Bewohner|innen auf. An einer Adipositas (Grad I bis III) leiden hingegen 18,3% der Bewohner|innen.

**Abbildung 21: Bewohneranteile nach BMI-Klassen (Bewertung nach WHO 2000), n=637**



7,3% der Bewohner|innen verfügen über eine Ernährungssonde, über die in zwei Dritteln der Fälle auch ein wesentlicher Teil der Nahrung verabreicht wird. Allerdings weist keiner dieser Bewohner|innen einen BMI-Wert unter 18,5 kg/m<sup>2</sup> auf. 77,8% der betroffenen Personen sind normalgewichtig, 20,0% weisen ein leichtes Übergewicht auf. Nur bei einer Person mit Ernährungssonde liegt ein Adipositas (Grad I) vor.

**Tabelle 38: Häufigkeit der Sondenernährung bei Bewohner|inne|n mit Ernährungssonde**

Der Bewohner erhält ...	Bewohner	Anteil
nur gelegentlich Sondennahrung	1	2,1%
1 bis 3x täglich Sondennahrung	11	23,4%
mind. 4x täglich Sondennahrung	1	2,1%
ausschließlich Sondennahrung	34	72,3%
gesamt	47	100,0%

Die Daten zum Ernährungszustand der Bewohner|innen lieferten zum Teil unerwartete Ergebnisse. Der Anteil der Bewohner|innen mit einem BMI-Wert unter  $< 18,5 \text{ kg/m}^2$ , der als Hinweis auf Untergewicht gilt, lag mit 3,6% unter den Werten, die in früheren Untersuchungen ermittelt wurden (Schäufele et al. 2007; Tannen et al. 2008). Gleichzeitig wurde deutlich, dass ein erheblicher Teil der Nutzer|innen (18,3%) einen erhöhten BMI aufweist, der als Adipositas 1. bis 3. Grades zu interpretieren ist und auf damit verbundene Gesundheitsrisiken hinweist. Bei der Interpretation dieser Daten ist zwar zu bedenken, dass BMI-Abweichungen nur grobe Hinweise auf eine bestehende Mangel- bzw. Überernährung geben. Angesichts der Tatsache, dass in der Diskussion über den Ernährungszustand von Heimbewohnern vorwiegend Probleme der Mangel- und Unterernährung thematisiert werden, sind die ermittelten Größenordnungen jedoch überraschend. Die Ergebnisse machen deutlich, dass auch das Phänomen Übergewicht als wichtiges Thema für die stationäre Langzeitversorgung aufgegriffen werden sollte. Dies sollte allerdings nicht als pauschaler Hinweis auf die Notwendigkeit einer Gewichtsreduktion bei übergewichtigen Heimbewohnern verstanden werden. Gewichtsabnahmen sind, in Abhängigkeit vom Gesundheitszustand und Erkrankungen einer Person, nicht frei von Risiken (Deutsche Gesellschaft für Ernährungsmedizin 2007). Daher bedarf es einer sorgfältigen, individuellen Prüfung, ob die Vorteile einer Gewichtsreduktion die damit einhergehenden Risiken rechtfertigen. Nicht zuletzt kommt dabei auch dem Wunsch der betroffenen Person ein hoher Stellenwert zu.

## Schmerz

Aufgrund ihrer Erkrankungen und Funktionseinbußen sind Nutzer|innen stationärer Pflegeeinrichtungen in besonderem Maße gefährdet, unter *Schmerzen* zu leiden. Aus diesem Grund ist es wenig überraschend, dass nach Einschätzung der Pflegekräfte bei 42,0% der Bewohner|innen *Anzeichen für Schmerzen vorliegen*<sup>22</sup>. Betrachtet man die Bewohner|innen getrennt nach dem Grad kognitiver Beeinträchtigungen, zeigen sich keine nennenswerten Unterschiede. Einen bedeutenderen Einfluss hat der Mobilitätsstatus der Bewohner|innen. Mobilitätsverluste gehen mit einer Zunahme von Schmerzzeichen einher, wie die Daten in Tabelle 39 zeigen.

---

<sup>22</sup> Bei dieser Einschätzung sollten die Rater sich auf ihre Beobachtungen und dokumentierte Sachverhalte, z.B. die regelmäßige Einnahme von Analgetika oder Hinweise auf Schmerzäußerungen in der Pflegedokumentation stützen. Diese Bewertung ist also Ergebnis einer persönlichen, fachlich begründeten Einschätzung und nur in einem Teil der Fälle das Ergebnis einer systematischen Schmerzeinschätzung.

**Tabelle 39: Anzeichen für Schmerzen, Bewohnergruppen nach kognitiven Fähigkeiten und Mobilität, n=647**

		Bewohner mit Anzeichen für Schmerzen	Anteil
<b>kognitive Fähigkeiten</b>	keine/geringe Beeinträchtigung	70	41,4%
	erhebliche oder stärkere Beeinträchtigung	201	42,1%
<b>Mobilität</b>	keine/geringe Beeinträchtigung	70	33,5%
	erhebliche oder stärkere Beeinträchtigung	202	46,1%

Neben der Frage nach Schmerzzeichen wurden auch Daten zur Durchführung und der Aktualität von *Schmerzeinschätzungen* erhoben. Die Auswertung ergab, dass für Bewohner|innen, bei denen die Pflegekräfte Anzeichen für Schmerzen konstatierten, in 65,8% der Fälle Schmerzeinschätzungen durchgeführt wurden. Allerdings schwankt diese Quote stark zwischen den beteiligten Einrichtungen. Hier bewegt sich der Wert zwischen 27% (Einrichtung 6) und 100% (Einrichtung 7). Erhebliche Unterschiede zeigen sich ebenfalls, wenn man nur die Fälle einbezieht, in denen die Einschätzung aktuelleren Datums (nicht älter als 3 Monate) ist. Hier liegen die Anteile zwischen 5,4% (Einrichtung 6) und 65,4% (Einrichtung 7). Diese Unterschiede müssen als Hinweis darauf interpretiert werden, dass die regelhafte Durchführung einer differenzierten Schmerzeinschätzung in den Heimen höchst unterschiedlich gehandhabt wird. Einen Überblick über Durchführung und Aktualität von Schmerzeinschätzungen in den einzelnen Einrichtungen gibt die nachfolgende Tabelle.

**Tabelle 40: Durchführung und Alter von Schmerzeinschätzungen bei Bewohner|inne|n mit Anzeichen für Schmerzen nach Einrichtungen, n=272**

Einrichtung	Alter der Schmerzeinschätzung								einbez. Bew.
	bis 3 Monate		4 bis 6 Monate		älter als 6 Monate / ohne Datum		Einschätzung fehlt		
	Bew.	Anteil	Bew.	Anteil	Bew.	Anteil	Bew.	Anteil	
1	8	17,4%	4	8,7%	4	8,7%	30	65,2%	46
2	12	63,2%	2	10,5%	0	0,0%	5	26,3%	19
3	26	38,2%	21	30,9%	13	19,1%	8	11,8%	68
4	31	56,4%	10	18,2%	1	1,8%	13	23,6%	55
6	2	5,4%	4	10,8%	4	10,8%	27	73,0%	37
7	17	65,4%	7	26,9%	2	7,7%	0	0,0%	26
8	7	33,3%	2	9,5%	2	9,5%	10	47,6%	21
gesamt	103	37,9%	50	18,4%	26	9,6%	93	34,2%	272

Ältere, mehrfacherkrankte Menschen haben ein hohes Risiko, unter Schmerzen zu leiden (Robert Koch Institut 2009). Insofern überrascht der ermittelte Anteil von Personen, die Anzeichen für Schmerzen aufweisen, nicht. Allerdings liegt er leicht unter den Werten von 45% bis 83%, die ältere Untersuchungen ermittelt haben (Elkeles et al. 2008; Fox et al. 1999). Angesichts der Vielzahl betroffener Bewohner|innen ist die Frage, ob und wie in Pflegeheimen auf Anzeichen von Schmerzen reagiert wird, von hoher Bedeutung. In der Fachliteratur wird darauf hingewiesen, dass die Durchführung systematischer Schmerzeinschätzungen wesentliche Voraussetzung für ein erfolgreiches Schmerzmanagement ist (Carr/Mann 2002; Müller-Mundt 2005). Dies wird allerdings in den beteiligten Einrichtungen höchst unterschiedlich gehandhabt. Die *regelmäßige Einschätzung des Schmerzstatus* von Bewohner|inne|n ist offenbar längst nicht die Regel, sondern stellt in einigen Einrichtungen eher die Ausnahme dar. Insbesondere vor dem Hintergrund, dass in der jüngsten Erhebung zu den Wirkungen des Pflege-Weiterentwicklungsgesetzes 92% der befragten stationären Pflegeeinrichtungen angaben, den Expertenstandard Schmerzmanagement (Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege 2006) umzusetzen (Schmidt/Schneekloth 2011), wären hier höhere Werte zu erwarten gewesen. Offensichtlich besteht in vielen der beteiligten Einrichtungen in dieser Hinsicht erheblicher Entwicklungsbedarf.

## 5. Ergebnisse zur Mitarbeitergesundheit und -zufriedenheit

Bei der Mitarbeiterbefragung handelt es sich um eine quantitative Querschnitterhebung mittels Fragebogen in acht Einrichtungen. In den Einrichtungen wurden alle Mitarbeiter|innen befragt, die an der Pflege und Betreuung der Bewohner|innen teilhaben.

### 5.1 Eckdaten der Mitarbeiterstichprobe

Bei der folgenden Beschreibung der an der Studie „Qualität und Gesundheit in der stationären Altenpflege“ teilnehmenden Mitarbeiter|inne|n werden diese mit Stichproben aus anderen Studien verglichen. Wenn Daten vorliegen, wird ebenfalls verglichen, ob die vorhandene Stichprobe von der Grundgesamtheit der professionell Pflegenden oder der sozialpflichtig Beschäftigten abweicht. Die Vergleichsdaten stammen aus folgenden Quellen:

- Pflegestatistik 2009 (Statistisches Bundesamt 2011)
- Beschäftigtenstatistik (Statistisches Bundesamt 2009)
- NEXT-Studie (europaweit) (Hasselhorn et al. 2005b)
- NEXT-Studie (Deutschlandergebnisse) (Simon et al. 2005)
- BGW-DAK Gesundheitsreport Altenpflege 2001 und 2003 (Berger et al. 2001, Berger et al. 2003)
- Personalstrukturen, Arbeitsbedingungen und Arbeitszufriedenheit in der stationären Altenpflege (Frerichs et al. 2004)
- 3Q-Studie (Schmidt et al. 2011b)

Da eine Zufallsauswahl der Einrichtungen nicht möglich war, soll an dieser Stelle herausgearbeitet werden, inwiefern die vorliegenden Daten mit Daten aus anderen Quellen vergleichbar sind. Die Gruppe der professionell Pflegenden weicht generell bei bestimmten Merkmalen, vor allem beim Geschlecht, von anderen Berufsgruppen ab. Da bei freiwilligen Befragungen außerdem nicht alle Proband|inn|en erreicht werden, weichen die einzelnen Stichproben in ihrer Größe und in ihrem Rücklauf voneinander ab. Dadurch werden Interpretationen erschwert bzw. sind nur bedingt möglich.

Insgesamt wurden 556 Fragebögen von den Einrichtungen an ihre Mitarbeiter|innen ausgegeben, hiervon wurden 297 ausgefüllt zurückgesendet (53,4%). Mit dieser Rücklaufquote wurde das anvisierte Ziel, dass mindestens die Hälfte aller Mitarbeiter|innen befragt wird, erreicht - jedoch nicht in allen Einrichtungen. Die Rücklaufquote in den einzelnen Einrichtungen reichte von 33,9% bis zu 78,8%. Obwohl in einigen Einrichtungen das Ziel von 50% nicht erreicht werden konnte, kann der Rücklauf insgesamt als guter Durchschnitt bezeichnet werden. Im BGW-DAK Stressmonitoring konnten über alle Berufsgruppen hinweg gut 30% erreicht werden (Berger et al. 2001), in der NEXT-Studie in Deutschland lag der Rücklauf bei 55%, in der 3Q-Studie zwischen 43% und 46% und in der Studie von Frerichs et al. (2004) wurde insgesamt ein Rücklauf von 19% erreicht. Jedoch war

auch hier der Rücklauf extrem einrichtungsabhängig und reichte von nur knapp 3% bis 85% (vgl. Tabelle 41).

**Tabelle 41: Rücklauf der ausgegebenen Fragebögen nach Einrichtung**

Einrichtung	ausgegebene Fragebögen	Rücklauf (n)	Rücklauf (%)
1	113	44	38,9
2	35	17	48,6
3	85	67	78,8
4	82	41	50,0
5	26	19	73,1
6	108	63	58,3
7	59	20	33,9
8	48	26	54,2
Gesamt	556	297	53,4

### Soziodemografische Eckdaten

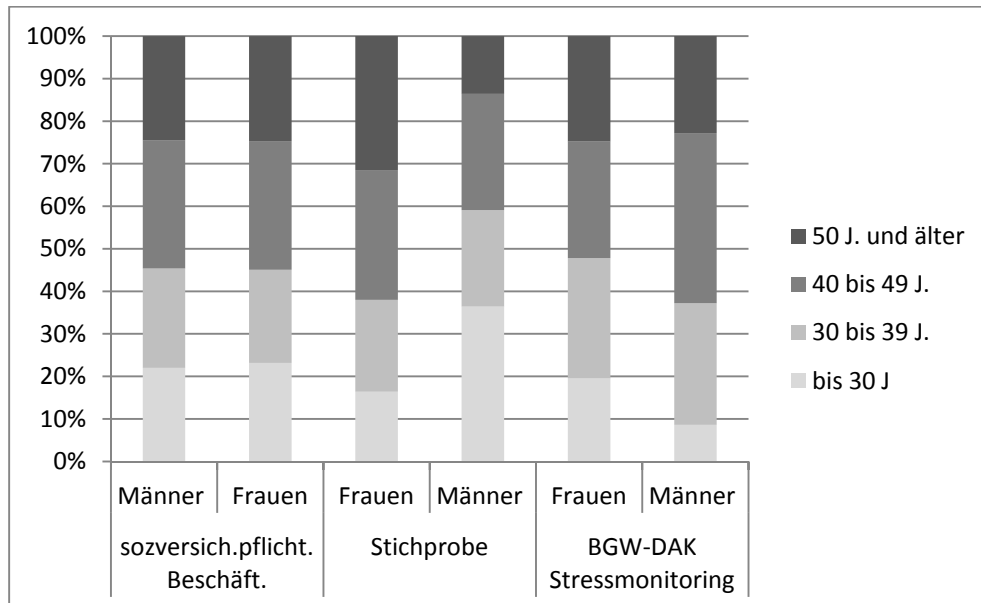
90% der Mitarbeiter|innen in der Stichprobe sind Frauen (weiblich = 272, männlich = 22, fehlend = 3). In der Gesamtbevölkerung sind rund 45% der sozialversicherungspflichtig Beschäftigten weiblich (Statistisches Bundesamt 2008). Pflege ist jedoch ein „weiblicher“ Beruf. 84,6% aller in stationären Pflegeeinrichtungen tätigen Mitarbeiter|innen sind Frauen (Statistisches Bundesamt 2011). Auch in verschiedenen Befragungen von (Alten-)Pflegekräften zeigt sich immer wieder der hohe Frauenanteil: Im BGW-DAK Altenpflegereport waren 86,6% der Befragten weiblich (Berger et al. 2001), in der Next-Studie 89,5% (Tackenberg et al. 2005), in der 3Q-Studie 88,2% (Schmidt et al. 2011b).

Im Mittel sind die Befragten 42,4 Jahre alt (SD = 11,6; Min = 19; Max = 70). Die Männer in der Stichprobe sind mit 35,7 Jahren im Durchschnitt jünger als die Frauen mit 42,9 Jahren. In der NEXT-Studie lag das Durchschnittsalter der deutschen Pflegekräfte bei 39,2 Jahren (Simon et al. 2005), in der Studie zu Personalstrukturen und in der 3Q-Studie bei 41 Jahren (Frerichs et al. 2004; Schmidt et al. 2011b).

In der Bevölkerung sind rund 23% der sozialversicherungspflichtigen beschäftigten Frauen unter 30 Jahre alt, knapp 25% sind 50 Jahre und älter. In der Stichprobe dagegen finden sich nur 16% Frauen, die unter 30 Jahre alt sind, dagegen 32%, die 50 Jahre und älter sind. Die weibliche Stichprobe, die für den Gesundheitsreport 2001 Altenpflege herangezogen wurde, ähnelt in der Verteilung der Altersklassen weit mehr der Gesamtheit der sozialversicherungspflichtigen beschäftigten Frauen als die Vorliegende (vgl. Abbildung 22). Bei den Männern in der Stichprobe finden sich überproportional viele unter 30jährige, dagegen unterproportional wenige, die 50 Jahre oder älter sind (vgl. Abbildung 22).



**Abbildung 22: Altersgruppenvergleich zw. sozialversicherungspflichtig Beschäftigten (Statistisches Bundesamt 2008), Stichprobe vs. BGW-DAK Stressmonitoring (Berger et al. 2003). Eigene Darstellung**



Es muss davon ausgegangen werden, dass die vorliegenden Daten zur gesundheitlichen Situation der Mitarbeiter|innen nicht immer eindeutig mit den Ergebnissen anderer Studien vergleichbar sind, da sowohl berufsbedingte gesundheitliche Beschwerden als auch Belastungsempfinden und Ressourcen alters- und geschlechtsabhängig sind (Braun/Müller 2005; Meisel 2004). Beispielsweise haben Braun und Müller (2005) Gesundheits- und Krankenpfleger|innen mit anderen „typisch“ weiblichen Berufsgruppen verglichen und kommen zu dem Schluss, dass sich dann keine erhöhte Unzufriedenheit unter den examinierten Pflegekräften zeigt.

Rund 65% der Befragten haben angegeben, ein oder mehrere Kinder zu haben (n=194), jedoch sind nur etwa ein Drittel der Kinder unter 18 Jahre alt oder anders formuliert: 83 Personen (27,9%) haben ein oder mehrere Kinder unter 18 Jahren. Wenn Kinder einen Betreuungsbedarf haben, gehen sie zu 66,3% in die Kindertagesstätte oder Schule und werden durch den Partner/Vater (54,2%) oder von anderen Familienangehörigen (22,0%) betreut (Mehrfachantworten waren möglich, sonstige Betreuungsmöglichkeiten 13,3%). In der Studie von Frerichs und Kolleg|inn|en (2004) gaben 56% der Befragten an, Kinder zu haben, auch hier war die Mehrheit der Kinder über 16 Jahre alt. 26 Personen (8,8%) haben neben dem Beruf weitere Pflegeaufgaben, wie z.B. die Pflege von Angehörigen. 33 Personen (11,1%) gehen neben ihrer Tätigkeit in der Altenpflege noch anderen Erwerbstätigkeiten nach.

Diese Angaben sind vergleichbar mit der NEXT-Studie, dort wurde jedoch nicht nach zusätzlichen Tätigkeiten gefragt. Ebenfalls 8% der befragten deutschen Pflegekräfte hatten zusätzliche Pflegeaufgaben außerhalb der Berufstätigkeit (Simon et al. 2005), in der Studie zu Personalstrukturen waren es dagegen 12% (Frerichs et al. 2004). Zusammenfassend kann gesagt werden, dass knapp 20% der befragten Mitarbeiter|innen Belastungen durch private Pflegetätigkeiten oder Erwerbstätigkeiten ausgesetzt sind, die nicht nur zusätzlich bewältigt werden müssen, sondern auch eine

gute, vermutlich aber nicht immer leicht zu realisierende Koordination privater und beruflicher Tätigkeiten verlangen.

278 Mitarbeiter|innen besitzen die deutsche Staatsangehörigkeit (93,6%), 221 wurden in Deutschland geboren (74,4%). Nur acht Personen (2,7%) gaben an, dass die in ihrer Familie hauptsächlich gesprochene Sprache nicht deutsch ist, bei 40 Personen (13,5%) wird deutsch und eine andere Sprache zu gleichen Teilen gesprochen.

Eine ähnliche Verteilung findet sich auch in der Gesamtbevölkerung. Hier finden sich unter den sozialversicherungspflichtig Beschäftigten 6,9%, die nicht die deutsche Staatsbürgerschaft besitzen, unter den Frauen 5,7% (Statistisches Bundesamt 2008). Auf den ersten Blick kann also nicht davon ausgegangen werden, dass sich überproportional viele Ausländer|innen unter den Mitarbeiter|inne|n der Altenpflegeeinrichtungen finden oder mangelnde Sprachkenntnisse ein gravierendes Problem darstellen. Allerdings muss bedacht werden, dass eventuell gerade Mitarbeiter|innen, die die deutsche Sprache nicht (gut) beherrschen, den Fragebogen nicht ausgefüllt haben.

In einer Studie zu Pflegenden mit Migrationshintergrund hatten 30% einen Migrationshintergrund in weiterem Sinne. Das heißt, auch diejenigen, die in Deutschland geboren wurden, aber deren Eltern eine andere Staatsbürgerschaft hatten oder haben, wurden als Personen mit Migrationshintergrund definiert (Friebe 2006). Auf wie viele der 221 in Deutschland Geborenen in der vorliegenden Stichprobe der erweiterte Migrationsbegriff zutrifft, kann nicht nachvollzogen werden, da nicht nach dem Herkunftsland der Eltern gefragt wurde.

### **Schulbildung, Qualifikation und Berufserfahrung**

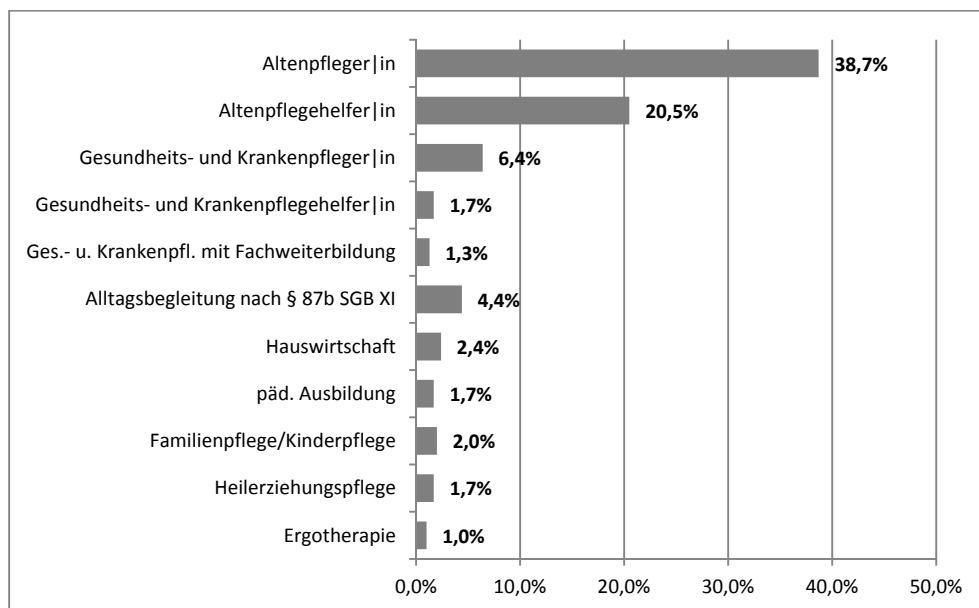
Über die Hälfte der befragten Mitarbeiter|innen besitzen die mittlere Reife (n=161; 54,2%), weitere 74 haben einen Volks- oder Hauptschulabschluss (24,9%) und 44 haben das (Fach-)Abitur (14,8%). Nur wenige verfügen über einen akademischen Abschluss (n=11; 3,7%) oder haben keinen Schulabschluss (n=4; 1,3%).

Rund 60% der Mitarbeiter|innen haben eine Ausbildung in der Altenpflege absolviert, nur wenige (8,1%) eine Ausbildung im Bereich Gesundheits- und Krankenpflege. 16,2% haben keine bzw. eine fachfremde Ausbildung oder haben ihre genaue Berufsbezeichnung nicht angegeben. 4,4% bezeichneten sich als Alltagsbegleitung oder Betreuungskraft nach §87b SGB XI. Aus dem Bereich Hauswirtschaft kommen 2,4%. Ausbildungen wie Ergotherapie oder Heilerziehungspflege wurden selten genannt.<sup>23</sup> Einen Überblick gibt die nachfolgende Abbildung.

---

<sup>23</sup> Abgefragt wurden nur die Kategorien „keine Berufsausbildung“, „Altenpfleger|in“, „Altenpflegehelfer|in“, „Gesundheits- und Krankenpfleger|in“, „Gesundheits- und Krankenpflegehelfer|in“ und „Gesundheits- und Krankenpfleger|in mit Fachweiterbildung“. Die übrigen Angaben wurden in einer weiteren offenen Frage gemacht und zusammengefasst.

**Abbildung 23: Berufliche Qualifikation der Mitarbeiter|innen, n=292**



Laut der Pflegestatistik (Statistisches Bundesamt 2011) haben im prozentualen Vergleich deutlich weniger Personen als in der vorliegenden Stichprobe eine Ausbildung als Altenpfleger|in (25,9%), Altenpflegehelfer|in (4,6%), Gesundheits- und Krankenpfleger|in (10,1%) oder Gesundheits- und Krankenpflegehelfer|in (0,7%). In der Pflegestatistik werden jedoch erstens *alle* Mitarbeiter|innen in stationären Pflegeheimen aufgeführt und nicht nur die Personen, die in der direkten Pflege und Betreuung tätig sind, und zweitens die Berufe sehr viel detaillierter abgefragt. Die NEXT-Studie ist aufgrund ihres Designs (es wurden nur ausgebildete Pflegekräfte befragt), nicht für einen Vergleich geeignet (Simon et al. 2005). Auch für den Gesundheitsreport Altenpflege wurden die Befragten nach ihrer offiziellen Berufsausbildung ausgewählt und damit keine Mitarbeiter|innen befragt, die *ohne* Pflegeausbildung in der stationären Altenhilfe tätig sind (Berger et al. 2001). In der 3Q-Studie wiederum wurden alle Mitarbeiter|innen befragt, also auch die, die z.B. im Bereich der Hauswirtschaft keinen Kontakt zu den Bewohner|inne|n haben (Schmidt et al. 2011b).

254 Personen haben Angaben dazu gemacht, wie lange sie schon in der Pflege arbeiten. Im Mittel handelt es sich hier um 11,6 Jahre (SD = 8,9; Min = 0; Max = 42). Für den derzeitigen Arbeitgeber arbeiten 53,2% der Befragten bereits seit über fünf Jahren (n=158), das sind weit mehr als beispielsweise in der Studie zu Personalstrukturen. Hier arbeiteten etwas mehr als 40% länger als 5 Jahre in derselben Einrichtung.

20,9% der Befragten sind zwischen zwei und fünf Jahren (n=62) und weitere 11,4% sind ein bis zwei Jahre für den derzeitigen Arbeitgeber tätig (n=34) und 7,7% sechs Monate bis ein Jahr (n=23). Nur 4,4% der Befragten sind weniger als sechs Monate bei ihrem derzeitigen Arbeitgeber beschäftigt (n=13). In der Studie zu Personalstrukturen waren 8,5% weniger als ein halbes Jahr bei ihrem derzeitigen Arbeitgeber beschäftigt (Frichs et al. 2004).

In der NEXT-Studie lag die mittlere Betriebszugehörigkeit für Deutschland bei 6,8 Jahren. Allerdings wird explizit darauf verwiesen, dass dieser

Mittelwert nicht aussagekräftig ist, da es deutliche Einrichtungsunterschiede gab. Weiterhin konnte gezeigt werden, dass in Deutschland, im Vergleich zu anderen europäischen Ländern, vermehrt junge Pflegekräfte mit geringer Berufserfahrung arbeiten (Tackenberg et al. 2005). Ein knappes Viertel der Befragten hat Führungsverantwortung, z.B. als Wohnbereichsleitung oder Gruppenleitung (23,6%; n=70).

Die weiteren Befragungsergebnisse werden in den folgenden Kapiteln zunächst für die gesamte Stichprobe, d.h. über alle Einrichtungen hinweg, vorgestellt. Im ersten Schritt werden dazu arbeitsbedingte Faktoren, die Einfluss auf die Gesundheit der Mitarbeiter|innen haben, dargestellt. Anschließend werden die Aspekte der Mitarbeitergesundheit und -zufriedenheit beschrieben. In Kapitel 5.4 und 5.5 werden dann Vergleiche zwischen den Einrichtungen angestellt.

## 5.2 Arbeitsbedingte Einflussfaktoren

### Arbeitssituation

Knapp die Hälfte der im Projekt „Qualität und Gesundheit“ befragten Mitarbeiter|innen gab an, dass bei ihnen Zeitdruck, der sich negativ auf die Arbeit auswirkt, *oft* oder sogar *sehr oft* vorkommt. Jede|r Dritte berichtet davon, dass dieser Zeitdruck *manchmal* vorkommt. Zeitdruck und quantitative Arbeitsanforderungen werden immer wieder als wichtige Belastungsfaktoren in der stationären Altenpflege benannt. Die vorliegenden Ergebnisse legen nahe, dass der Zeitdruck auch in den im Projekt untersuchten Einrichtungen ein Problem darstellt.

Auch andere Phänomene, die als mögliche Folgen einer hohen quantitativen Arbeitslast gedeutet werden können, betreffen viele der befragten Personen:

- Rund 33% von ihnen geben an, dass vorgesehene Pausen *oft* oder *sehr oft* nicht eingehalten werden (können).
- Jede|r vierte Mitarbeiter|in muss *oft* oder *sehr oft* Überstunden machen, um die tägliche Arbeit zu schaffen.
- Rund 31% der Befragten müssen *oft* oder *sehr oft* eine Arbeit unterbrechen, um anderswo einzuspringen.
- Rund 37% von ihnen müssen *oft* oder *sehr oft* für erkrankte Kolleg|inn|en einspringen.

Positiver fallen die Einschätzungen zu den Arbeitsinhalten aus. Bei der überwiegenden Mehrheit der Befragten kommt es nur *selten* oder *nie* vor, dass sie Tätigkeiten übernehmen müssen, für die sie nicht ausgebildet sind. Auch die Zuständigkeiten sind überwiegend klar geregelt. Qualitative Überforderung scheint dementsprechend kein Problem zu sein, wenn auch das Informationsmanagement noch verbesserungswürdig scheint. Denn fast 40% der Befragten geben an, dass ihnen *manchmal* Informationen fehlen, um ihre Arbeit gut zu machen (Tabelle 42). Alles in allem werden diese Ergebnisse durch andere Studien bestätigt (z.B. Berger et al. 2003; Frerichs et al. 2004).

**Tabelle 42: Fragen zur Arbeitssituation nach BGW-Betriebsbarometer (BGW 2008), Anteile, n=297**

Wie häufig kommt es bei Ihrer Arbeit vor, dass...	nie	selten	manchmal	oft	sehr oft	fehlend
Sie unter Zeitdruck stehen, der sich negativ auf Ihre Arbeit auswirkt?	3,0%	15,5%	32,0%	31,0%	16,8%	1,7%
Sie für erkrankte Kollegen einspringen müssen?	3,4%	14,8%	42,8%	23,6%	13,8%	1,7%
Sie so viel Arbeit haben, dass Sie die vorgesehenen Pausen nicht einhalten können?	6,4%	28,3%	29,3%	21,2%	12,8%	2,0%
Sie Überstunden machen müssen, um Ihre tägliche Arbeit zu schaffen?	18,9%	27,6%	26,6%	13,5%	11,1%	2,4%
Sie die begonnene Arbeit unterbrechen müssen, weil Sie z.B. aktuell bei einer anderen Tätigkeit benötigt werden?	5,1%	21,2%	41,1%	24,2%	6,7%	1,7%
Sie Tätigkeiten übernehmen müssen, für die Sie nicht ausreichend ausgebildet sind?	36,0%	40,1%	15,2%	5,1%	2,4%	1,3%
Ihre Arbeit durch unklare Zuständigkeiten erschwert wird?	20,5%	46,5%	21,2%	8,4%	1,0%	2,4%
Ihnen ausreichende Informationen fehlen, um Ihre Arbeit gut zu machen?	8,4%	37,0%	38,7%	11,1%	3,0%	1,7%

### Regelungen und Abläufe

Ein positives Bild ergibt sich ebenfalls, wenn Aspekte der Arbeitsorganisation im positiven Sinne, also als mögliche Ressourcen, erfragt werden. Über die Hälfte der befragten Mitarbeiter|innen gibt an, in *hohem* oder sogar *sehr hohem Maße* zu wissen, wie weit ihre Befugnisse reichen, welche Arbeiten in ihrem Zuständigkeitsbereich liegen, was von ihnen erwartet wird und welche Ziele für ihre Arbeit vorliegen. Hier gaben auch 61% an, dass ihnen in (*sehr*) *hohem Maße* die Informationen vorliegen, die sie brauchen, um ihre Arbeit gut zu machen.

Allerdings wurde die Informationsweitergabe über längerfristige Entscheidungen bzw. Veränderungen und Pläne von weniger als der Hälfte der Befragten mit „Bestnoten“ bewertet (vgl. Tabelle 43). Hier besteht eine Diskrepanz zu den Informationen, die sich auf das „alltägliche Geschäft“ beziehen. Möglicherweise resultiert sie aus der Tatsache, dass alltägliche Informationen im Team zwischen den Mitarbeiter|inne|n weitergegeben werden, die Informationen über weitreichende Veränderungen jedoch aus dem Leitungsbereich stammen und auf anderen Wegen kommuniziert werden.

**Tabelle 43: Fragen zu Regelungen und Abläufen, COPSOQ (Nübling et al. 2005), Anteile, n=297**

	in sehr hohem Maße	in hohem Maße	zum Teil	in geringem Maße	in sehr geringem Maße	fehlend
Erhalten Sie alle Informationen, die Sie brauchen, um Ihre Arbeit gut zu machen?	14,5%	46,5%	30,3%	7,1%	1,0%	0,7%
Werden Sie rechtzeitig über Veränderungen informiert...?	12,5%	32,3%	39,1%	11,4%	4,4%	0,3%
Wissen Sie genau, wie weit Ihre Befugnisse (...) reichen?	26,9%	47,8%	19,2%	3,4%	1,7%	1,0%
Gibt es klare Ziele für Ihre Arbeit?	34,0%	50,2%	12,8%	1,0%	0,7%	1,3%
Wissen Sie genau, welche Dinge in Ihrem Arbeitsbereich fallen?	37,0%	49,5%	11,1%	1,7%	0,0%	0,7%
Wissen Sie genau, was von Ihnen (...) erwartet wird?	41,8%	46,1%	9,1%	2,0%	0,7%	0,3%

### **Einfluss auf Arbeitsbedingungen**

Handlungsspielräume und Einfluss auf die Arbeitsorganisation gelten als Ressourcen, die es ermöglichen, mit den unabänderlichen Belastungsfaktoren umzugehen und z.B. vor Burnout zu schützen. Im Rahmen unserer Untersuchung gaben 46,1% der Befragten an, dass sie *nie* oder *fast nie* Einfluss darauf haben, mit wem sie arbeiten. Auf die Menge der Arbeit, die ihnen übertragen wird, haben 26,3% (*fast*) *nie* Einfluss und knapp ein Viertel der Mitarbeiter|innen kann (*fast*) *nie* oder nur *selten* Einfluss auf die Arbeitsinhalte nehmen. Umgekehrt geben 35% der Befragten an, *oft* oder *immer* Einfluss auf die Arbeitsinhalte zu haben. Auch auf die Pausenzeiten können mehr als ein Viertel von ihnen Einfluss nehmen und die Urlaubsplanung ist nur bei jede|r|m zehnten Mitarbeiter|in ein Problem (vgl. Tabelle 44). Es zeigt sich also ein gemischtes Bild. Allerdings scheinen grundsätzlich Potenziale zu bestehen, einem Teil der Mitarbeiter|innen mehr Handlungsspielräume zu eröffnen. Es ist ein bekanntes Phänomen, dass Möglichkeiten der Mitbestimmung in der stationären Altenhilfe nicht immer ausgeschöpft werden (Berger et al. 2003; Frerichs et al. 2004).

**Tabelle 44: Fragen zum Einfluss auf die Arbeit, COPSOQ (Nübling et al. 2005), Anteile, n=297**

	nie oder fast nie	selten	manchmal	oft	immer	fehlend
Haben Sie Einfluss darauf, mit wem Sie arbeiten?	46,1%	24,9%	16,2%	8,4%	3,7%	0,7%
Haben Sie Einfluss auf die Menge der Arbeit, die Ihnen übertragen wird?	26,3%	29,6%	24,9%	13,8%	4,0%	1,3%
Können Sie selbst bestimmen, wann Sie eine Pause machen?	18,5%	9,4%	26,3%	26,3%	18,5%	1,0%
Können Sie Ihre Arbeit unterbrechen, um sich mit einem Kollegen zu unterhalten?	13,5%	26,9%	38,0%	12,8%	7,4%	1,3%
Haben Sie Einfluss darauf, was Sie bei Ihrer Arbeit tun?	9,4%	14,8%	29,0%	29,0%	15,8%	2,0%
Haben sie großen Einfluss auf Ihre Arbeit?	6,1%	18,9%	40,4%	21,5%	10,1%	3,0%
Können Sie mehr oder weniger frei entscheiden, wann Sie Urlaub machen?	4,0%	7,1%	23,9%	42,4%	21,9%	0,7%
Wenn Sie private Dinge erledigen müssen, können Sie Ihren Arbeitsplatz ohne besondere Erlaubnis für eine halbe Stunde verlassen? (nicht in allen Einrichtungen erhoben)	43,1%	7,7%	4,4%	1,0%	2,0%	41,8%

### **Belastung durch bewohner- oder angehörigenbezogene Aspekte**

Der Zeitdruck wirkt sich auch auf das Verhältnis zwischen Mitarbeiter|inne|n und Bewohner|inne|n aus. 36% der Mitarbeiter|innen meinen, dass sie (*eher*) *zu wenig* Zeit haben, um auf die Probleme der Bewohner|innen einzugehen. Rund ein Viertel von ihnen fühlt sich durch (ihrer Ansicht nach) nicht angemessene Verhaltensweisen der Bewohner|innen belastet. Dagegen finden nur 14% die Aussage (*eher*) *zutreffend*, dass der Umgang mit unheilbaren Kranken und Sterbenden belastend für sie ist. Demnach fällt die Belastung durch den Umgang mit Krankheit und Tod geringer aus als die durch den Umgang mit aus Sicht der Befragten „schwierigen“ Bewohner|inne|n.

An dieser Stelle sei darauf hingewiesen, dass die Frage, ob Bewohner|innen „nörgeln“, das subjektive Empfinden der befragten Mitarbeiter|innen wiedergibt und nicht geeignet ist, das Auftreten von Verhaltensweisen bei Bewohnern objektiv zu erfassen. Denn möglicherweise empfinden die Befragten bestimmte Verhaltensweisen erst dann als konfliktträchtig, wenn sie sich aufgrund zeitlicher Belastung oder fehlender personeller Ressourcen nicht in der Lage sehen, angemessen darauf einzugehen<sup>24</sup>. Festzuhalten ist, dass für die überwiegende Zahl der Befragten

<sup>24</sup> Im Rahmen der Mitarbeiterbefragung wurde auf einen Fragenkomplex des BGW-Betriebsbarometers (BGW 2008) zurückgegriffen. Darin wird die Belastung durch „nörgelnde oder aggressive Bewohner“ erfragt. Diese Einschätzung ist bewusst Alltagssprachlich gehalten und dient dem Zweck, das subjektive Erleben der Befragten zu erfassen. Die Formulierung soll also keineswegs Äuße-

aus Faktoren, die den Umgang mit Bewohner|inne|n betreffen, keine gravierenden emotionalen Belastungen resultieren (vgl. Tabelle 45).

**Tabelle 45: Fragen zu Problemen im Umgang mit Bewohner|innen und/oder Angehörigen, BGW-Betriebsbarometer (BGW 2008), Anteile, n=297**

Bei meiner Arbeit...	trifft völlig zu	trifft eher zu	teils, teils	trifft wenig zu	trifft gar nicht zu	feh- lend
habe ich zu wenig Zeit, auf die Probleme der einzelnen Bewohner einzugehen.	16,8%	19,2%	44,1%	12,8%	5,7%	1,3%
werde ich durch „nörgelnde“ oder aggressive Bewohner belastet.	7,1%	18,5%	30,3%	33,0%	9,8%	1,3%
belastet es mich, dass manche Bewohner unheilbar krank sind oder sterben.	5,1%	9,1%	41,1%	33,7%	9,8%	1,3%
belastet es mich, dass ich zu den meisten Bewohnern keine persönliche Beziehung aufbauen kann.	1,7%	3,7%	18,9%	45,8%	28,6%	1,3%
habe ich mit Bewohnern und/oder Angehörigen zu tun, die mit rechtlichen Schritten drohen, wenn die Behandlung nicht ihren Vorstellungen entspricht.	1,0%	0,7%	7,4%	24,6%	64,0%	2,4%
habe ich ein unbehagliches Gefühl wegen der Art und Weise, wie ich mit Bewohnern umgegangen bin.	0,7%	3,0%	11,1%	30,0%	52,9%	2,4%
habe ich mit Bewohnern und/oder Angehörigen zu tun, die an meiner fachlichen Kompetenz zweifeln.	0,3%	2,0%	15,2%	38,4%	42,1%	2,0%

Insgesamt weisen die Ergebnisse zur Wertschätzung durch Bewohner|innen und deren Angehörigen darauf hin, dass es in diesem Bereich wenige Probleme gibt. So meint rund ein Viertel der Mitarbeiter|innen (25,3%), dass ihnen die Bewohner|innen *immer* Achtung und Wertschätzung entgegen bringen, 48,8% geben an, dass dies *oft* der Fall ist (*manchmal*: 19,7%; *selten*: 4%; *nie*: 0,3%). Die Achtung und Wertschätzung durch die Angehörigen wird nicht ganz so positiv wahrgenommen, aber noch immer meint knapp ein Fünftel der Befragten (18,5%), die Angehörigen würden ihnen *immer* Achtung und Wertschätzung entgegen bringen und fast jede|r Zweite (48,8%) meint, dies sei *oft* der Fall (*manchmal*: 24,6%; *selten*: 3,7%; *nie*: 1,3%). Rund 47% der Befragten gehen davon aus, dass sie sich *oft* auf die Angehörigen verlassen können, nur 23 Personen (7,7%) gehen davon aus, dass sie sich *immer* auf die Angehörigen verlassen können (*manchmal*: 36,7%; *selten*: 3,7%; *nie*: 1,3%).

---

rungen von Bewohner|inne|n abqualifizieren, sondern die Befragten dazu bringen, von ihnen als subjektiv belastend erlebte Ereignisse zu benennen. Die Verwendung des Begriffs im weiteren Bericht bezieht sich auf das so verwendete Fragebogenitem und sollte keinesfalls als Bewertung oder Herabwürdigung von Bewohneräußerungen verstanden werden. Daher wird es im Text in Anführungszeichen gesetzt.



Für viele Pflegekräfte hat ihre Arbeit eine hohe Bedeutung (vgl. „Bedeutung der Arbeit“). Das Gefühl mangelnder Anerkennung und Wertschätzung kann zu Belastungen bei den betroffenen Mitarbeiter|inne|n und im schlimmsten Fall zu einer Gratifikationskrise führen (Siegrist 1996). Erfreulicherweise sind davon jedoch relativ wenige der Befragten betroffen.

### Bedeutung der Arbeit

Ergebnisse anderer Untersuchungen lassen vermuten, dass Pflegekräfte die Bedeutung ihrer Arbeit relativ hoch einschätzen. Dies bestätigt sich in der vorliegenden Stichprobe. Neun von zehn Mitarbeiter|inne|n haben das Gefühl, dass ihre Arbeit *in (sehr) hohem Maße* wichtig und sinnvoll ist. Immer noch acht von zehn Mitarbeiter|inne|n fühlen sich motiviert und eingebunden, jedoch sagen auch rund 19%, dass dies nur zum Teil der Fall ist (vgl. Tabelle 46).

Der Zusammenhang zwischen der Bedeutung der Arbeit und dem Berufsausstiegswunsch wurde in der NEXT-Studie nachgewiesen. Je geringer die Bedeutung, desto eher haben Pflegekräfte den Wunsch, aus dem Beruf auszusteigen (Simon et al. 2005). In diesem Sinne sind die meisten befragten Mitarbeiter|innen nicht gefährdet, jedoch halten viele ihre Gesundheit für nicht ausreichend, um bis zum Rentenalter ihrer derzeitigen Tätigkeit nachzugehen (vgl. Kapitel 5.3: Work Ability - eigene Prognose).

Auch die eigenen Fertigkeiten oder das eigene Fachwissen können rund 70% der Befragten *in (sehr) hohem Maße* anwenden. Rund 65% meinen, dass es ihre Arbeit *in (sehr) hohem Maße* verlangt, dass sie die Initiative ergreifen, und weitere 63% geben an, dass sie *in (sehr) hohem Maße* die Möglichkeit haben, neue Dinge zu erlernen. Eine qualitative Unterforderung liegt dementsprechend bei der Mehrzahl der Befragten nicht vor.

**Tabelle 46: Fragen zur Bedeutung der Arbeit, COPSOQ (Nübling et al. 2005), Anteile, n=297**

	in sehr hohem Maße	in hohem Maße	zum Teil	in geringem Maße	in sehr geringem Maße	fehlend
Haben Sie das Gefühl, dass Ihre Arbeit wichtig ist?	65,0%	25,6%	4,7%	1,7%	2,7%	0,3%
Ist Ihre Arbeit sinnvoll?	62,3%	29,6%	3,4%	1,3%	2,7%	0,7%
Fühlen Sie sich motiviert und eingebunden in Ihre Arbeit?	41,8%	34,3%	18,5%	3,0%	2,0%	0,3%
Können Sie Ihre Fertigkeiten oder Ihr Fachwissen bei der Arbeit anwenden?	25,3%	44,8%	24,2%	3,4%	1,7%	0,7%
Verlangt es Ihre Arbeit, dass Sie die Initiative ergreifen?	23,6%	41,8%	29,6%	1,3%	2,4%	1,3%
Haben Sie die Möglichkeit, durch Ihre Arbeit neue Dinge zu erlernen?	18,9%	44,1%	29,3%	4,4%	3,0%	0,3%

## Family-Work-Conflict

Viele Fragen zum Verhältnis zwischen Arbeit und Privatleben werden von der Mehrzahl der Mitarbeiter|innen überraschend positiv beurteilt. Nur der Aussage, dass wegen beruflicher Verpflichtungen Pläne für private oder Familienaktivitäten verändert werden müssen, stimmten 38,8% der Befragten (*voll*) zu. Den anderen Aussagen zu möglicherweise belastenden Auswirkungen ihrer Arbeit konnten jeweils rund 20% der Mitarbeiter|innen zustimmen, *unentschieden* sind je nach Aussage zwischen 22% bis 27% (vgl. Tabelle 47). Besonders auffällig ist, dass 29% bis 32% nicht zustimmen können, wenn es darum geht, dass die Anforderungen, der Stress oder der Zeitaufwand das Privat- oder Familienleben stören. Vor dem Hintergrund von Schicht- und Wochenenddiensten, unregelmäßigen Arbeitszeiten und der Tatsache, dass gut ein Drittel der Befragten häufig für erkrankte Kolleg|inn|en einspringen muss, wären hier höhere Zustimmungsraten zu erwarten gewesen. In der Studie von Frerichs et al. (2004) war beispielsweise der größte aus der Gestaltung der Arbeitszeiten resultierende Belastungsfaktor die schlechte Vereinbarkeit von Berufs- und Privatleben.

**Tabelle 47: Fragen zum Family-Work-Conflict, COPSOQ (Nübling et al. 2005), Anteile, n=297**

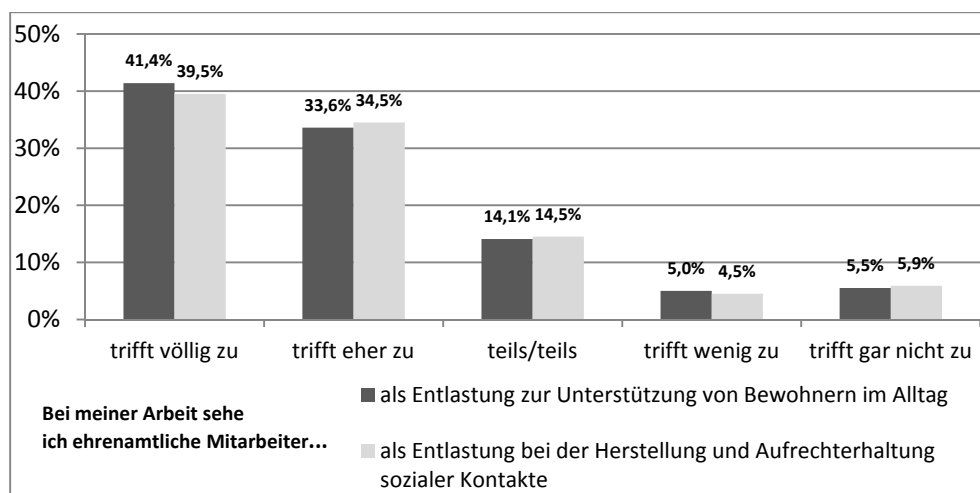
	stimme voll zu	stimme zu	unentschieden	stimme eher nicht zu	stimme nicht zu	fehlend
Wegen beruflicher Verpflichtungen muss ich Pläne für private oder Familienaktivitäten ändern.	8,8%	30,0%	22,6%	22,9%	15,8%	0,0%
Dinge, die ich zu Hause machen möchte, bleiben wegen der Anforderungen meiner Arbeit liegen.	5,1%	20,9%	21,5%	24,9%	27,6%	0,0%
Die Anforderungen meiner Arbeit stören mein Privat- und Familienleben.	4,7%	18,2%	26,6%	24,9%	25,6%	0,0%
Meine Arbeit erzeugt Stress, der es schwierig macht, privaten oder familiären Verpflichtungen nachzukommen.	4,4%	16,8%	21,5%	26,6%	30,6%	0,0%
Der Zeitaufwand meiner Arbeit macht es schwierig für mich, meinen Pflichten in der Familie oder im Privatleben nachzukommen.	3,7%	15,5%	24,9%	26,6%	29,3%	0,0%

## Kontakt zu ehrenamtlichen Mitarbeiter|innen

Insgesamt haben knapp drei Viertel (74,1%) der Mitarbeiter|innen Kontakt zu ehrenamtlichen Mitarbeiter|inne|n. Diese sollen die hauptamtlich Tätigen vor allem im Hinblick auf Freizeitangebote, bei denen die Bewohner|innen soziale Kontakte aufrechterhalten oder neu knüpfen können, unterstützen. Wie die folgende Abbildung zeigt, sieht die überwiegende Mehrheit der Befragten die ehrenamtlichen Mitarbeiter|innen als Entlastung sowohl bei der Unterstützung von Bewohner|inne|n im Alltag als

auch bei der Herstellung und Aufrechterhaltung sozialer Kontakte von Bewohner|inne|n.

**Abbildung 24: Entlastung durch ehrenamtliche Mitarbeiter|innen, BGW-Betriebsbarometer (BGW 2008), Anteile, n=297**



Der Aussage, dass der Kontakt zu ehrenamtlichen Mitarbeiter|inne|n sie belaste, können 76,4% der Befragten *gar nicht* zustimmen (*trifft wenig zu*: 15,5%; *teilweise zutreffend*: 6,4%; *trifft eher zu*: 1,4%; *trifft völlig zu*: 0%). Jedoch meinen 6,8% von ihnen, dass es *völlig zutrifft*, dass sie zu wenig Zeit für die Zusammenarbeit mit ehrenamtlichen Mitarbeiter|inne|n haben, weitere 20,5% meinen, dies *trifft eher zu* (*teils/teils*: 27,3%; *trifft wenig zu*: 20%; *trifft gar nicht zu*: 25%).

Die Verlässlichkeit ehrenamtlicher Mitarbeiter|innen wird insgesamt als hoch eingeschätzt. Auf die Frage, ob sie sich auf die ehrenamtlichen Mitarbeiter|innen verlassen können, gaben 25,5% der Befragten an, dies sei *immer* der Fall, 51,4% sagen, dies treffe zumindest *oft* zu (*selten*: n=4, 1,8%; *nie*: n=2, 0,9%).

Ebenfalls positiv ist, dass 37,3% der Befragten zu der Einschätzung kommen, dass ihnen von ehrenamtlichen Mitarbeiter|innen *immer* Achtung und Wertschätzung entgegengebracht wird, 41,4% meinen, dies ist *oft* der Fall (*manchmal*: 13,6%; *selten*: 3,6%; *nie*: 0,5%).

### Sozialkapital

Da das Sozialkapital in Einrichtungen der stationären Altenpflege bislang kaum erhoben wurde, liegen keine Vergleichsdaten vor. An dieser Stelle werden daher lediglich die gemessenen Werte angeführt, um einen vollständigen Überblick zu geben:

- Das Netzwerkkapital lag im Mittel bei 25,9 Punkten (SD = 7,4; Min = 3, Max = 40).
- Das Führungskapital wurde mit 28,1 Punkten etwas höher bewertet (SD = 9,2; Min = 0, Max = 40).
- Das Wertekapital mit mittleren 23,8 Punkten etwas schlechter (SD = 8,1; Min = 0, Max = 40).

Sozialkapital wird als mögliche Ressource für die Gesundheit und Zufriedenheit der Mitarbeiter|innen angesehen. Die Darstellungen zur Überprüfung möglicher Zusammenhänge finden sich in den folgenden Kapiteln.

### Körperliche Belastungen

Die körperliche Belastung der Pflegekräfte ist in Altenpflegeheimen grundsätzlich höher als in der ambulanten Pflege oder im Krankenhaus (Simon et al. 2005). Von den körperlichen Belastungen, die in direktem Kontakt zu den Bewohner|inne|n entstehen, kommen erwartungsgemäß das Umsetzen, das Lagern oder die Mobilisierung deutlich häufiger vor als beispielsweise das Duschen oder Baden (vgl. Tabelle 48). Jede|r vierte Mitarbeiter|in muss mehr als 10 mal täglich Bewohner|innen umsetzen, umlagern oder tragen, jede|r Fünfte mehr als 10 mal täglich Bewohner|innen betten und lagern oder mobilisieren. Auch das Bettenmachen und das Arbeiten in einer unbequemen Körperhaltung kommen bei jeder|m Fünften mehr als 10 mal täglich vor.

**Tabelle 48: Häufigkeit körperlicher Belastung, Skala in Anlehnung an die NEXT-Studie (Hasselhorn et al. 2005b), Anteile, n=297**

	0-1 mal täglich	2-5 mal täglich	6-10 mal täglich	mehr als 10 mal täglich	fehlend
Umsetzen, Umlagern oder Tragen von Bewohnern	12,5%	32,0%	22,9%	25,6%	7,1%
Betten und Lagern	16,5%	32,7%	22,2%	21,9%	6,7%
Bewohner mobilisieren (z.B. zur Toilette gehen)	12,1%	29,3%	30,6%	21,9%	6,1%
Bettenmachen	25,3%	14,5%	33,3%	19,5%	7,4%
Arbeiten in einer unbequemen Körperhaltung	22,9%	31,6%	18,9%	19,9%	6,7%
Anheben von Bewohnern im Bett ohne Hilfsmittel	20,2%	33,7%	22,6%	15,5%	8,1%
Bewohner ankleiden	21,5%	16,2%	39,4%	15,2%	7,7%
Körperpflege (Waschen, Duschen, Baden) von Bewohnern	25,9%	16,2%	36,0%	14,5%	7,4%
Hilfe bei der Nahrungsaufnahme	12,5%	55,6%	18,9%	7,7%	5,4%
Schieben von Bewohnerbetten, Essens- oder Wäschewagen	32,7%	45,8%	10,8%	4,4%	6,4%

Bei hoher körperlicher Belastung ist es vor allem mit Blick auf die Prävention von Rückenproblemen wichtig, vorhandene Hilfsmittel auch zu nutzen. Knapp 72% der Befragten stehen für körperlich belastende Arbeiten *immer* geeignete Hilfen zur Verfügung, weiteren 15% *oft*. Wenn Hilfsmittel verfügbar sind, werden sie von rund 50% der Befragten *immer* und von weiteren 31% *oft* genutzt. Dieser hohe und positiv zu bewertende Anteil stimmt mit den Ergebnissen einer Studie, in der diese Sachverhalte *ebenfalls* untersucht wurden überein (Bartholomeyczik/Metzing 2004).

### 5.3 Gesundheit und Arbeitszufriedenheit

Im Folgenden werden die Ergebnisse zu den *abhängigen Variablen* des Wirkungsmodells (vgl. Kapitel 3.2) beschrieben. Das sind die Merkmale,

die die gesundheitliche Situation der Mitarbeiter|innen beschreiben, z.B. körperliche Beschwerden, Burnout, subjektive Gesundheit, Wohlbefinden, die Einschätzung der eigenen Arbeitsfähigkeit und die Arbeitszufriedenheit. Darüber hinaus wird dargestellt, ob und in welchem Umfang Zusammenhänge zwischen den im vorherigen Kapitel beschriebenen arbeitsbedingten Ressourcen und Belastungen und der gesundheitlichen Situation der Mitarbeiter|innen bestehen.

### Gesundheitliche Beschwerden

Rund drei Viertel der Befragten leiden zumindest *einmal im Monat* oder häufiger unter körperlichen Beschwerden (Rückenschmerzen, Muskelschmerzen im Schulter-/Nackbereich oder Müdigkeit/Mattigkeit), ein Viertel der Mitarbeiter|innen gab an, (*fast*) *nie* daran zu leiden. Besonders zu beachten ist, dass jede|r Fünfte angibt, *täglich* oder *sogar fast immer* Rückenschmerzen zu haben oder müde/matt zu sein. Sogar jede|r Vierte gibt an, *täglich* oder *sogar fast immer* unter Schmerzen im Schulter- und Nackenbereich zu leiden (vgl. Tabelle 49).

**Tabelle 49: Angaben zu gesundheitlichen Beschwerden, Anteile, n=297**

	fast nie/nie	monat- lich	wöch- entlich	täglich	fast immer	fehlend	Beschwerden werden auf die Arbeit zurück- geführt <sup>25</sup>
Rückenschmerzen	23,9%	30,3%	20,2%	13,5%	8,8%	3,4%	87,4%
Müdigkeit/Mattigkeit	24,9%	25,9%	22,2%	15,8%	7,7%	3,4%	78,1%
Muskelschmerzen Schulter/Nackbereich	25,6%	24,6%	20,9%	13,5%	12,8%	2,7%	86,4%
Schlafstörungen	44,4%	20,2%	17,5%	7,1%	8,1%	2,7%	65,3%
Reizbarkeit	45,5%	27,3%	16,2%	5,7%	2,7%	2,7%	72,4%
Kopfschmerzen	46,1%	31,0%	18,2%	1,3%	0,7%	2,7%	37,8%
Nervosität	63,3%	18,2%	9,4%	4,0%	2,4%	2,7%	74,5%
Magenschmerzen o. Übelkeit	72,4%	15,5%	5,1%	2,0%	1,0%	4,0%	50,8%
Hautprobleme	76,1%	10,1%	3,4%	3,7%	2,4%	4,4%	50,0%
Herz-Kreislauf- Beschwerden	77,1%	10,8%	5,7%	2,0%	1,0%	3,4%	47,3%
Verdauungsstörungen	80,8%	8,8%	4,0%	1,0%	1,7%	3,7%	32,5%
Augenprobleme	81,5%	8,8%	3,0%	2,7%	0,7%	3,4%	22,0%
Angstzustände	83,8%	6,7%	2,7%	2,0%	1,3%	3,4%	61,8%
Atemprobleme (Reizzu- stände)	89,2%	3,7%	1,0%	1,7%	1,0%	3,4%	26,3%

Andere Beschwerden treten *deutlich* seltener auf, trotzdem geben 17,5% der befragten Mitarbeiter|innen an, *mindestens einmal in der Woche* Schlafstörungen zu haben, reizbar zu sein (16,2%) oder an Kopfschmerzen

<sup>25</sup> Die Prozentwerte beziehen sich auf den Personenkreis, bei dem die jeweilige Beschwerde vorkommt.

zu leiden (18,2%). Acht der zwölf benannten Beschwerden werden von den Befragten, die darunter leiden, überwiegend auf die Arbeit zurückgeführt.

Bei der Analyse der drei am häufigsten vorkommenden Gesundheitsbeschwerden fanden sich tatsächlich die im Wirkungsmodell beschriebenen Zusammenhänge zu arbeitsbedingten Einflussfaktoren: Sind die Ressourcen hoch, kommen gesundheitliche Beschwerden seltener vor. Sind die Belastungen hoch, finden sich auch die Beschwerden häufiger (vgl. Tabelle 50)<sup>26</sup>.

Es erstaunt jedoch, dass körperliche Belastungen weniger zur Erklärung der Rückenschmerzen beitragen können als beispielsweise die empfundene Belastung durch „nörgelnde“ oder aggressive Bewohner|innen<sup>27</sup>. Auch zwischen körperlicher Belastung und Muskelschmerzen im Schulter- oder Nackenbereich oder Müdigkeit und Mattigkeit lässt sich kein Zusammenhang finden. Je belastender jedoch die Arbeitsorganisation<sup>28</sup> aus Sicht der Mitarbeiter|innen ist, desto eher fühlen sie sich müde oder matt. Gleiches gilt bei schlechter Vereinbarkeit von Arbeits- und Privatleben (Arbeits-Familie-Konflikt, vgl. Tabelle 50).

Gesundheitliche Beeinträchtigungen können demnach, auch wenn es sich um muskuloskelettale Beschwerden handelt, weniger durch physische Belastungen erklärt werden, sondern weisen stärkere Zusammenhänge zu anderen arbeitsbedingten Faktoren auf.

---

<sup>26</sup> Die Analysen wurden nur für die drei am häufigsten vorkommenden Beschwerden durchgeführt.

<sup>27</sup> Am Beispiel der Rückenschmerzen seien an dieser Stelle die Tabellen und die darin enthaltenen Werte kurz erläutert: Es findet sich zwar ein signifikanter Zusammenhang zwischen den körperlichen Belastungen und den Rückenschmerzen ( $p < .01$ ; vgl. Tabelle 50). Dieser ist jedoch mit einem Korrelationskoeffizienten von  $r = ,21$  als gering einzustufen. Das Bestimmtheitsmaß  $r^2$  gibt näherungsweise an, wie viel Variation der einen Variable auf die Variation der anderen Variablen zurückgeht. Bei den Rückenschmerzen sind das beispielsweise rund 4,5% ( $r^2 = 0,045$ ). Etwas vereinfacht ausgedrückt heißt das: Das Ausmaß der Rückenschmerzen wird zu rund 95% durch andere Einflussfaktoren und nur zu ca. 5% durch das Ausmaß der körperlichen Belastung bestimmt. Im Folgenden wird davon ausgegangen, dass erst bei einem Korrelationskoeffizienten von  $r > ,32$  ( $r^2 > ,10$ ) von einem relevanten Zusammenhang ausgegangen werden kann. Anders formuliert: Nur wenn mindestens 10% der Varianz erklärt werden können, hat die statistische Signifikanz auch eine praktische Bedeutsamkeit.

<sup>28</sup> Die Ressourcen und Belastungen sind bei allen berechneten Korrelationen hinterlegt mit den Skalen, die aufgrund der Faktorenanalyse gebildet wurden.

**Tabelle 50: Korrelationsmatrix Beschwerden/Ressourcen und Belastungsfaktoren**

	Rückenschmerzen				Müdigkeit/Mattigkeit				Muskelschmerzen im Schulter- und Nackenbereich			
	r	r <sup>2</sup>	p	n	r	r <sup>2</sup>	p	n	R	r <sup>2</sup>	p	n
<b>Ressourcen</b>												
Führungskapital	-,180	,032	<.01	285	-,290	,084	<.001	285	-,135	,018	<.05	287
Netzwerkkapital	-,193	,037	<.01	280	-,187	,035	<.01	279	-,146	,021	<.05	282
Abgrenzung des eigenen Tätigkeitsbereichs	-,134	,018	<.05	282	-,209	,044	<.01	281	-,169	,029	<.001	283
Bedeutung der Arbeit	-,211	,045	<.001	284	-,248	,062	<.001	283	-,165	,027	<.01	286
Einflussmöglichkeiten	-,166	,028	<.01	275	-,190	,036	<.01	277	-,191	,036	<.01	276
Achtung/Verlässlichkeit Bew./Ang.	-,179	,032	<.01	277	-,200	,040	<.05	275	-,142	,020	<.01	275
<b>Belastungsfaktoren</b>												
belast. Aspekte der Arbeitsorganisation	,283	,080	<.001	276	,497	,247	<.001	276	,254	,065	<.001	277
Arbeits-Familie-Konflikt	,299	,089	<.001	287	,495	,245	<.001	287	,291	,085	<.001	287
zu wenig Zeit (Einzelitem)	,196	,038	<.01	283	,290	,084	<.001	283	,246	,061	<.001	285
nörgelnde Bewohner (Einzelitem)	,325	,106	<.001	283	,426	,181	<.001	283	,290	,084	<.001	285
unbehagliches Gefühl (Einzelitem)	,191	,036	<.01	280	,192	,037	<.01	281	,197	,039	<.01	282
unheilbar kranke Bewohner (Einzelitem)	,171	,029	<.01	283	,002	,000	n.s.	283	,197	,039	<.01	285
körperliche Belastung	,213	,045	<.01	261	,215	,046	<.001	260	,088	,008	n.s.	262

### Burnout

Müdigkeit und körperliche Erschöpfung wurden auch in der Burnout-Skala von vielen Mitarbeiter|inne|n als *oft* oder *immer* vorkommend beschrieben. Deutlich seltener fühlen sich Mitarbeiter|innen ausgelaugt, emotional erschöpft, schwach und krankheitsanfällig oder haben den Gedanken „Ich kann nicht mehr“. Nichtsdestotrotz kommen die abgefragten Aspekte bei 24% bis 40% der Befragten *manchmal* vor (vgl. Tabelle 51).

**Tabelle 51: Fragen zum Burnout, COPSOQ (Nübling et al. 2005), Anteile, n=297**

	immer	oft	manchmal	selten	nie	fehlend
Wie häufig fühlen Sie sich müde?	2,7%	36,7%	40,1%	17,5%	2,4%	0,7%
Wie häufig sind Sie körperlich erschöpft?	3,0%	38,0%	32,3%	22,6%	3,4%	0,7%
Wie häufig sind Sie emotional erschöpft?	2,7%	18,9%	34,3%	35,0%	7,7%	1,3%
Wie häufig denken Sie: „Ich kann nicht mehr?“	1,0%	16,2%	29,6%	34,4%	17,5%	1,3%
Wie häufig fühlen Sie sich ausgelaugt?	1,3%	25,3%	37,7%	25,9%	9,1%	0,7%
Wie häufig fühlen Sie sich schwach und krankheitsanfällig?	0,3%	14,5%	24,4%	41,8%	18,5%	0,7%

Der auf Basis dieser Angaben ermittelte Burnout-Wert liegt im Mittel bei 45,0 Punkten (SD = 19,3; Min = 0; Max = 91,7), wobei null Punkte bedeuten, dass die erfragten Symptome nie auftreten und 100 Punkte, dass alle erfragten Symptome immer vorhanden sind.

In der NEXT-Studie lag der Mittelwert dieses Scores in Altenheimen bei 44 Punkten. Allerdings lassen sich die Ergebnisse nur bedingt vergleichen, da in dieser Untersuchung andere Antwortkategorien als im hier verwendeten COPSOQ genutzt wurden (Simon et al. 2005). In der Überprüfung des COPSOQ ergab sich für Deutschland ein Mittelwert von 42 Punkten, jedoch waren in der zugrunde liegenden Stichprobe burnoutgefährdete Berufsgruppen (z.B. Lehrer|innen) überproportional vertreten (Nübling et al. 2005).

Die Ausprägung einer Burnout-Symptomatik hängt - ähnlich wie Müdigkeit und Mattigkeit die typischen Symptome des Burnouts darstellen - eindeutig mit belastenden Aspekten der Arbeitsorganisation, dem Arbeits-Familie-Konflikt und der empfundenen Belastung durch „nörgelnde“ oder aggressive Bewohner|innen zusammen. Auch ein geringes Führungskapital geht mit hohen Burnout-Werten einher (vgl. Tabelle 52).

**Tabelle 52: Korrelationsmatrix Burnout/Ressourcen und Belastungsfaktoren**

	Burnout			
	R	r <sup>2</sup>	p	n
<b>Ressourcen</b>				
Führungskapital	-,345	,119	<.001	289
Netzwerkkapital	-,269	,072	<.001	283
Abgrenzung des eigenen Tätigkeitsbereichs	-,261	,068	<.001	284
Bedeutung der Arbeit	-,275	,076	<.001	287
Einflussmöglichkeiten	-,193	,037	<.01	280
Achtung/Verlässlichkeit Bew./Ang.	-,216	,047	<.001	284
<b>Belastungsfaktoren</b>				
belastende Aspekte der Arbeitsorganisation	,529	,280	<.001	279
Arbeits-Familie-Konflikt	,572	,327	<.001	291
zu wenig Zeit (Einzelitem)	,362	,131	<.001	287
nörgelnde Bewohner. (Einzelitem)	,476	,227	<.001	287
unbehagliches Gefühl. (Einzelitem)	,218	,048	<.001	287
unheilbar kranke Bewohner (Einzelitem)	,149	,022	<.05	287
körperliche Belastung	,216	,047	<.001	264

Das Konstrukt „Führungskapital“ spiegelt die Einschätzungen der Befragten zur Qualität der Unternehmensführung wider. Ist es hoch, spricht das für hohe Führungskompetenzen der Vorgesetzten und funktionierende Leitungsstrukturen. Diese - so die Annahme - ermöglichen es den Mitarbeiter|inne|n, Vertrauen in ihre Vorgesetzten und deren Entscheidungen zu haben und diese nachvollziehen zu können. Mit dem Faktor „belastende Aspekte der Arbeitsorganisation“ werden verschiedenste Anzeichen, die auf organisatorische Defizite schließen lassen (z.B. Zeitdruck, der zu



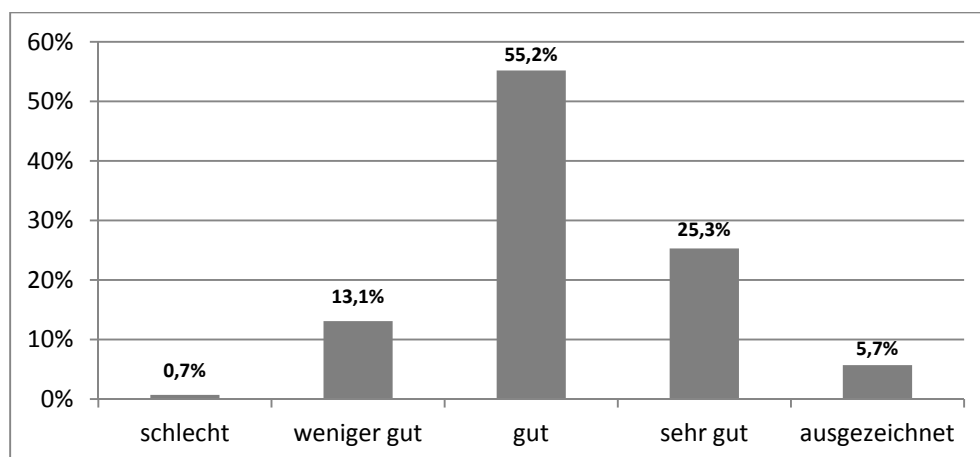
Qualitätsproblemen führt, fehlende Informationen, unklare Zuständigkeiten, Arbeitsunterbrechungen und fehlende Pausen), zusammengefasst. Kumulieren diese Anzeichen, kommt es eher zu hohen Burnout-Werten als bei einer guten Arbeitsorganisation. Gleiches gilt für den Arbeits-Familie-Konflikt. Können Arbeits- und Privatleben nicht in Einklang gebracht werden oder wird der Stress „mit nach Hause“ genommen, so droht ein Burnout.

Nicht klar zu interpretieren ist der bestehende Zusammenhang zwischen der Belastung durch „nörgelnde“ Bewohner|innen und Burnout-symptomen. Denn eine ausgeprägte Burnoutsymptomatik kann zu Aversion und Distanzierung oder einer zynisch-kalten Haltung gegenüber den Bewohner|innen führen (Leppin 2006). Dementsprechend stellt sich die Frage, ob die Angaben der Befragten tatsächlich aus dem vermehrten Auftreten konfliktträchtiger Situationen resultieren, oder Verhaltensweisen der Bewohner|innen durch Mitarbeiter|innen, die von Burnoutsymptomen betroffenen sind, leichter als unangemessen und belastend empfunden werden.

### Subjektive Gesundheit und Wohlbefinden

Die überwiegende Mehrheit der befragten Mitarbeiter|innen bezeichnet ihren allgemeinen Gesundheitszustand als *gut* oder *besser*. Nicht einmal ein Prozent gibt einen *schlechten* Gesundheitszustand an (vgl. Abbildung 25). Mit letzterem liegen sie im Bundesdurchschnitt. Der Anteil der Bevölkerung, der seinen Gesundheitszustand als schlecht bezeichnet, ist konstant niedrig und erreichte auch in Längsschnittstudien der vergangenen Jahre nie die 3%-Marke (Robert Koch Institut 2007).

**Abbildung 25: Wie würden Sie Ihren Gesundheitszustand im Allgemeinen beschreiben? COPSOQ (Nübling et al. 2005), Anteile, n=297**



Eine schlechte Vereinbarkeit von Arbeits- und Privatleben geht, so die Analyse der Daten, mit einer schlechteren Einschätzung der subjektiven Gesundheit einher (vgl. Tabelle 53). Der Grad der körperlichen Belastung hat dagegen nur einen sehr geringen Einfluss, ähnlich wie dies mit Blick auf körperliche Beschwerden der Fall war. Insgesamt sind die einzelnen Zusammenhänge zwischen Ressourcen bzw. Belastungen und der subjek-

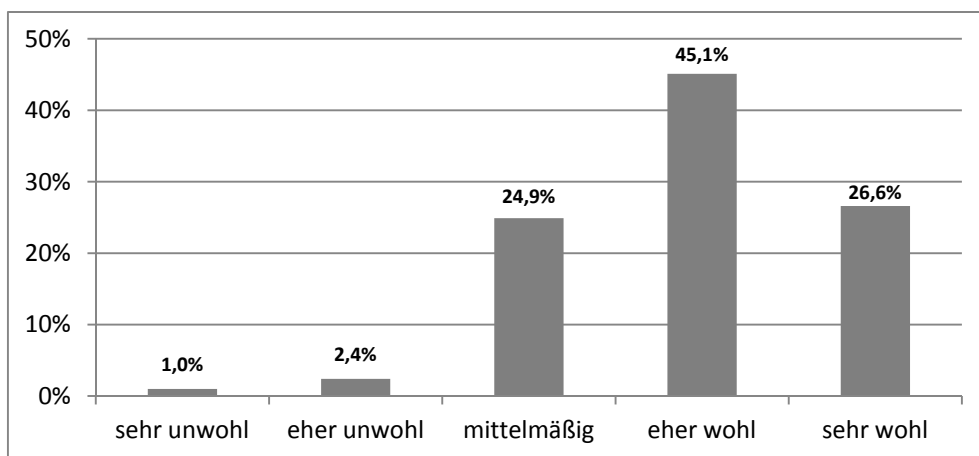
tiven Gesundheit zwar statistisch signifikant, von der Stärke des Zusammenhangs her jedoch so gering, dass sie im Einzelnen nicht interpretierbar sind.

**Tabelle 53: Korrelationsmatrix subjektive Gesundheit/Ressourcen und Belastungsfaktoren**

	subjektive Gesundheit			
	r	r <sup>2</sup>	p	n
<b>Ressourcen</b>				
Führungskapital	,178	,032	<.01	294
Netzwerkkapital	,196	,038	<.01	288
Abgrenzung des eigenen Tätigkeitsbereichs	,263	,069	<.001	290
Bedeutung der Arbeit	,276	,076	<.001	292
Einflussmöglichkeiten	,221	,049	<.001	284
Achtung/Verlässlichkeit Bew./Ang.	,183	,033	<.01	284
<b>Belastungsfaktoren</b>				
belastende Aspekte der Arbeitsorganisation	-,308	,095	<.001	284
Arbeits-Familie-Konflikt	-,327	,107	<.001	297
zu wenig Zeit (Einzelitem)	-,157	,025	<.01	293
nörgelnde Bewohner (Einzelitem)	-,250	,063	<.001	293
unbehagliches Gefühl. (Einzelitem)	-,101	,010	n.s.	290
unheilbar kranke Bewohner (Einzelitem)	-,210	,044	<.001	293
körperliche Belastung	-,079	,006	n.s.	268

Die Einschätzungen zum *Wohlbefinden* bei der Arbeit fallen ähnlich aus wie zur subjektiven Gesundheit. Auch hier geben weit über die Hälfte der Mitarbeiter|innen an, dass sie sich *eher wohl* oder *sehr wohl* fühlen (vgl. Abbildung 26).

**Abbildung 26: Wie wohl fühlen Sie sich insgesamt gesehen bei Ihrer Arbeit? COPSQ (Nübling et al. 2005), n=297**



Beim Wohlbefinden finden sich eindeutige Zusammenhänge mit den Ressourcen Führungs- und Netzwerkkapital, Abgrenzung des eigenen Tätigkeitsbereichs und Bedeutung der Arbeit. Wieder gilt: Je höher die Ausprägung der Ressource, desto höher das subjektive Wohlbefinden (vgl. Tabelle 54).

Ein hohes Netzwerkkapital steht für hohe soziale Unterstützung innerhalb der Einrichtung bzw. im Team, das Führungskapital - wie beschrieben - für Vertrauen in die Leitungsebene. Wenn diese Einflussfaktoren hoch sind, fühlen sich die Mitarbeiter|innen wohler; das gilt auch, wenn sie genau wissen, wo ihr Tätigkeitsbereich liegt, sie Ziele vor Augen haben und sie ihrer Arbeit eine hohe Bedeutung zumessen, d.h. sie ihre Tätigkeit als sinnvoll und wichtig erachten und sie grundsätzlich motiviert sind. Bei den Belastungsfaktoren fallen, wie auch beim Burnout, belastende Aspekte der Arbeitsorganisation, ein bestehender Arbeits-Familie-Konflikt und die Belastung durch „nörgelnde“ oder aggressive Bewohner|innen als negativ wirkende Einflussfaktoren auf.

Erwähnenswert ist, dass die empfundene Belastung durch den Umgang mit schwerstkranken und sterbenden Bewohnern in keinem relevanten Zusammenhang mit dem Wohlbefinden der Mitarbeiter|innen steht.

**Tabelle 54: Korrelationsmatrix Wohlbefinden/Ressourcen und Belastungsfaktoren**

	Wohlbefinden			
	r	r <sup>2</sup>	p	n
<b>Ressourcen</b>				
Führungskapital	,478	,228	<.001	294
Netzwerkkapital	,385	,148	<.001	288
Abgrenzung des eigenen Tätigkeitsbereichs	,397	,158	<.001	290
Bedeutung der Arbeit	,442	,195	<.001	292
Einflussmöglichkeiten	,269	,072	<.001	284
Achtung/Verlässlichkeit Bew./Ang.	,318	,101	<.001	284
<b>Belastungsfaktoren</b>				
belastende Aspekte der Arbeitsorganisation	-,445	,198	<.001	284
Arbeits-Familie-Konflikt	-,445	,198	<.001	297
zu wenig Zeit (Einzelitem)	-,234	,055	<.001	293
nörgelnde Bewohner (Einzelitem)	-,412	,170	<.001	293
unbehagliches Gefühl. (Einzelitem)	-,246	,061	<.001	290
unheilbar kranke Bewohner (Einzelitem)	-,055	,003	n.s.	293
körperliche Belastung	-,200	,040	<.01	268

### Work Ability - eigene Prognose

Ausgehend von ihrem jetzigen Gesundheitszustand sind sich viele Mitarbeiter|innen (79,8%) *ziemlich sicher*, dass sie ihre derzeitige Arbeit auch in den nächsten zwei Jahren ausüben können. *Nicht sicher* sind hingegen 16,8% der Befragten, lediglich sieben Personen (2,4%) halten das für *un-*

wahrscheinlich. Seltener sind sich die Mitarbeiter|innen darüber im Klaren, ob sie ihre Tätigkeit bis zum Rentenalter ausüben können. *Ziemlich sicher* sind sich hier 33,7% der Befragten, *nicht sicher* sind 36,7% und für *unwahrscheinlich* halten das 28,6% von ihnen.

Auch zwischen den Work-Ability-Prognosen der Mitarbeiter|innen und den abgefragten Ressourcen und Belastungsfaktoren finden sich Zusammenhänge, die im Hinblick auf die Richtung des Zusammenhangs eindeutig sind. Jedoch sind sie - ähnlich wie bei der Einschätzung der subjektiven Gesundheit - überwiegend als gering oder sehr gering zu bezeichnen. Lediglich der Arbeits-Familie-Konflikt kann, ähnlich wie bei den zuvor beschriebenen gesundheitlichen Aspekten, in relevantem Ausmaß zur Erklärung beitragen, weshalb die Mitarbeiter|innen meinen, ihre Tätigkeit nicht bis zum Rentenalter ausüben zu können (vgl. Tabelle 55).

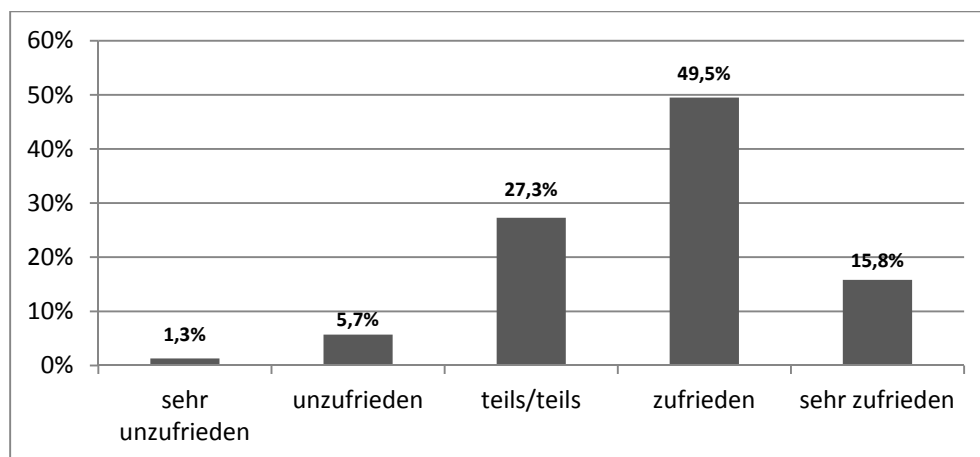
**Tabelle 55: Korrelationsmatrix Work Ability/Ressourcen und Belastungsfaktoren**

	Work Ability (2 Jahre)				Work Ability (bis zu Rente)			
	r	r <sup>2</sup>	p	n	r	r <sup>2</sup>	p	n
<b>Ressourcen</b>								
Führungskapital	,106	,011	n.s.	291	,248	,062	<.001	291
Netzwerkkapital	,127	,016	<.05	285	,241	,058	<.001	285
Abgrenzung des eigenen Tätigkeitsbereichs	,175	,031	<.01	287	,139	,019	<.05	287
Bedeutung der Arbeit	,273	,075	<.001	289	,205	,042	<.001	289
Einflussmöglichkeiten	,085	,007	n.s.	281	,188	,035	<.01	281
Achtung/Verlässlichkeit Bew./Ang.	,236	,056	<.001	282	,222	,049	<.001	282
<b>Belastungsfaktoren</b>								
belastende Aspekte der Arbeitsorganisation	-,231	,053	<.001	282	-,231	,053	<.001	282
Arbeits-Familie-Konflikt	-,240	,058	<.001	294	-,389	,151	<.001	294
zu wenig Zeit (Einzelitem)	-,153	,023	<.01	290	-,253	,064	<.001	290
nörgelnde Bewohner (Einzelitem)	-,158	,025	<.01	290	-,308	,095	<.001	290
unbehagliches Gefühl. (Einzelitem)	-,132	,017	<.05	287	-,195	,038	<.01	287
unheilbar kranke Bewohner (Einzelitem)	-,091	,008	n.s.	290	-,078	,006	n.s.	290
körperliche Belastung	-,096	,009	n.s.	266	-,261	,068	<.001	266

## Arbeitszufriedenheit

Rund 50% der befragten Mitarbeiter|innen bezeichnen sich als *zufrieden* und weitere 16% sogar als *sehr zufrieden* mit ihrer Arbeit. Weitere 27% geben an, *teils zufrieden* zu sein. Nur 5,7% der Befragten sind *unzufrieden*, lediglich 1,3% äußern, *sehr unzufrieden* zu sein. (vgl. Abbildung 27).

**Abbildung 27: Wie zufrieden sind Sie dann insgesamt mit Ihrer Arbeit? COPSOQ (Nübling et al. 2005), Anteile, n=297**



Die Zufriedenheitswerte sind vor dem Hintergrund schwieriger Arbeitsbedingungen als relativ hoch anzusehen. Jedoch kamen auch andere Studien im Pflegebereich zu insgesamt hohen Zufriedenheitswerten (Klein/Gaugisch 2005; Simon et al. 2005). In diesem Zusammenhang ist darauf hinzuweisen, dass Fragen nach der Zufriedenheit mit bestimmten Sachverhalten - hier bildet die Arbeitszufriedenheit keine Ausnahme - von den Befragten vor dem Hintergrund ihrer Erwartungen und Erfahrungen beantwortet werden. Mit anderen Worten: Wer mit hochgradig belastenden Arbeitsbedingungen rechnet, wird relativ leicht „zufrieden“ zu stellen sein, selbst wenn noch erhebliche Verbesserungspotenziale bestehen.

Bei der Arbeitszufriedenheit finden sich ähnlich hohe und eindeutige Zusammenhänge mit Ressourcen und Belastungsfaktoren wie beim Wohlbefinden. Bewerten die Mitarbeiter|innen die Leitungsstrukturen und die Zusammenarbeit (Führungs- und Netzwerkkapital) als gut, wissen sie, wo ihre Aufgaben liegen und können sie Einfluss auf ihr Aufgabenfeld nehmen, sind sie insgesamt zufriedener mit der Arbeit. Weniger zufrieden sind sie, wenn die Arbeitsorganisation aus ihrer Sicht Defizite aufweist, sie zu wenig Zeit haben, um auf Bewohner|innen einzugehen, sie sich durch „nörgelnde“ oder aggressive Bewohner|innen belastet fühlen und ein ausgeprägter Arbeits-Familie-Konflikt besteht. Auch auf die Arbeitszufriedenheit nimmt der Umgang mit unheilbar kranken und sterbenden Bewohner|innen keinen signifikanten Einfluss.

**Tabelle 56: Korrelationsmatrix Arbeitszufriedenheit/Ressourcen und Belastungsfaktoren**

	Arbeitszufriedenheit			
	r	r <sup>2</sup>	p	N
<b>Ressourcen</b>				
Führungskapital	,510	,260	<.001	293
Netzwerkkapital	,380	,144	<.001	287
Abgrenzung des eigenen Tätigkeitsbereichs	,366	,134	<.001	289
Bedeutung der Arbeit	,315	,099	<.001	291
Einflussmöglichkeiten	,353	,125	<.001	283
Achtung/Verlässlichkeit Bew./Ang.	,204	,042	<.01	283
<b>Belastungsfaktoren</b>				
belastende Aspekte der Arbeitsorganisation	-,490	,240	<.001	283
Arbeits-Familie-Konflikt	-,566	,320	<.001	296
zu wenig Zeit (Einzelitem)	-,410	,168	<.001	292
nörgelnde Bewohner (Einzelitem)	-,481	,231	<.001	292
unbehagliches Gefühl. (Einzelitem)	-,263	,069	<.001	289
unheilbar kranke Bewohner (Einzelitem)	-,095	,009	n.s.	292
körperliche Belastung	-,281	,079	<.001	267

#### 5.4 Vergleiche einzelner Einrichtungsergebnisse

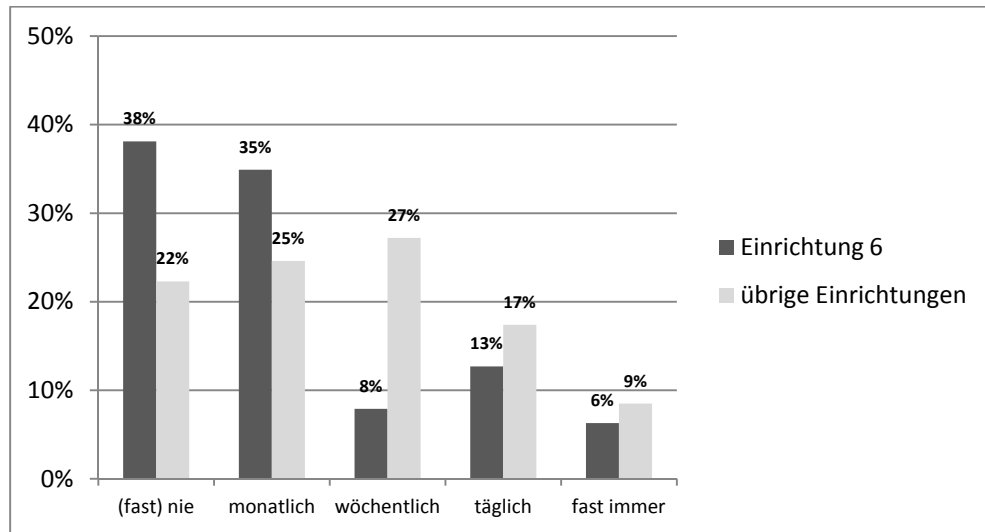
Nach den Ergebnissen aller Einrichtungen werden in den folgenden Kapiteln die in den Einrichtungen erzielten Ergebnisse miteinander verglichen. Denn andere Studien weisen darauf hin, dass sich diese hinsichtlich der Belastungsfaktoren und auch der Mitarbeitergesundheit und -zufriedenheit oft maßgeblich voneinander unterscheiden (Frerichs et al. 2004; Schmidt et al. 2011; Simon et al. 2005). Im Folgenden werden zunächst die Ergebnisse einzelner Einrichtungen betrachtet, die im Vergleich zum Rest der Stichprobe bei einzelnen Aspekten der Mitarbeitergesundheit und Arbeitszufriedenheit besonders positiv bzw. negativ hervortreten.

##### Gesundheitliche Beschwerden

*Rückenschmerzen sowie Muskelschmerzen im Schulter- und Nackenbereich* kommen in allen Einrichtungen gleichmäßig häufig vor. Das mag daran liegen, dass die körperliche Belastung in der stationären Altenhilfe insgesamt hoch ist. Auch *Müdigkeit und Mattigkeit* betreffen viele Mitarbeiter|innen, jedoch lassen sich Einrichtungsunterschiede identifizieren ( $\chi^2 = 15,975$ ;  $df = 7$ ;  $p < .05$ ).

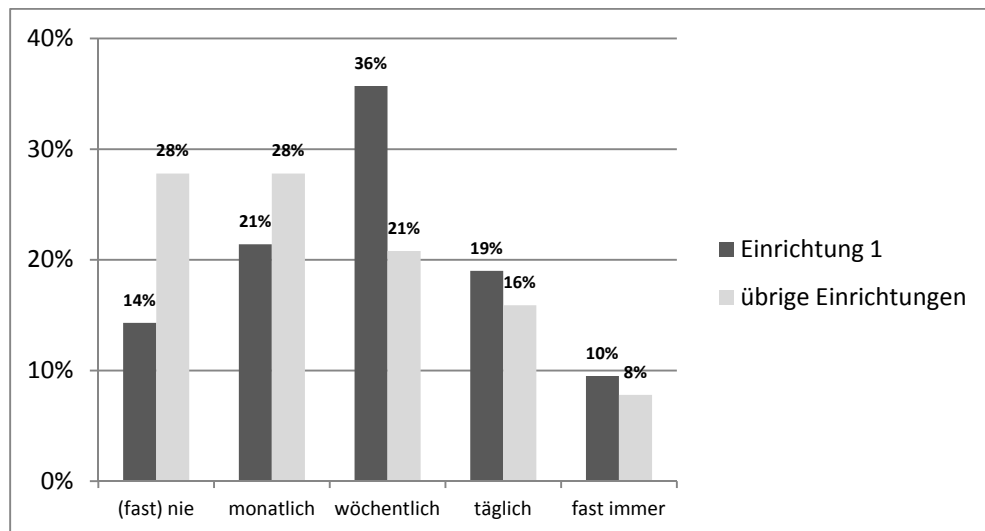
Während sich die Mitarbeiter|innen in der Einrichtung 6 zu 38% (*fast*) *nie* müde oder matt fühlen, sind es in den übrigen Einrichtungen nur 22%, die das von sich behaupten. Weitere 35% der Befragten in Einrichtung 6 fühlen sich *nur einmal im Monat* müde oder matt (vgl. Abbildung 28).

**Abbildung 28: Müdigkeit/Mattigkeit, Anteile, Einrichtung 6 (n=63) vs. übrige Einrichtungen (n=243)**



Ein dem gegenüber negatives Bild zeigt sich in Einrichtung 1. Hier sind es 19% der Befragten, die von sich sagen, dass sie täglich müde oder matt sind und nahezu jede|r zehnte Mitarbeiter|in ist *fast immer* müde oder matt (vgl. Abbildung 29).

**Abbildung 29: Müdigkeit/Mattigkeit, Anteile, Einrichtung 1 (n=42) vs. übrige Einrichtungen (n=245)**

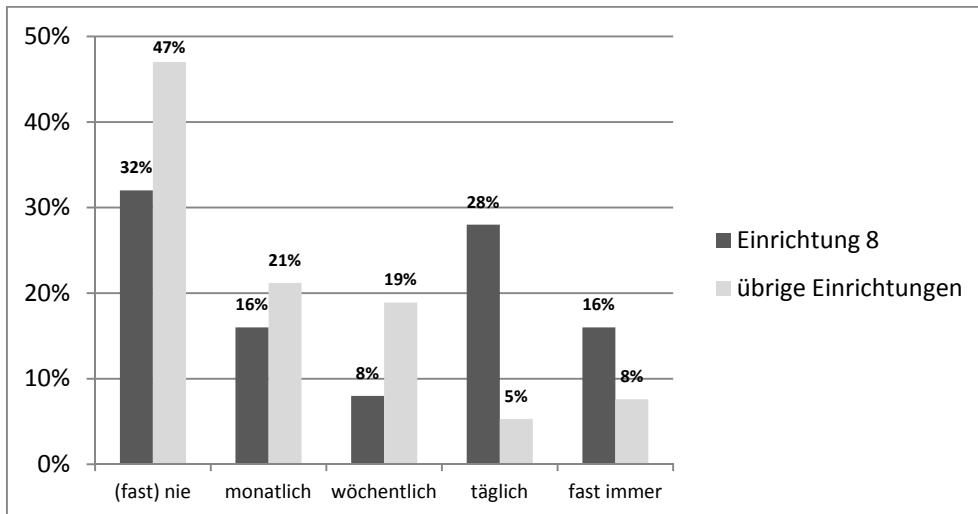


Stellt man die Ergebnisse der Einrichtungen 1 und 6 gegenüber, werden gravierende Abweichungen offensichtlich: In Einrichtung 1 sind 67% der Befragten *mindestens einmal wöchentlich* von Müdigkeit und Mattigkeit betroffen, in Einrichtung 6 liegt dieser Anteil bei nur 27%. In diesem Punkt zeigen sich also deutliche Unterschiede bei der Mitarbeitergesundheit.

Bei den seltener vorkommenden *Schlafstörungen* findet sich keine Einrichtung, die sich dadurch abhebt, dass unter den Befragten deutlich we-

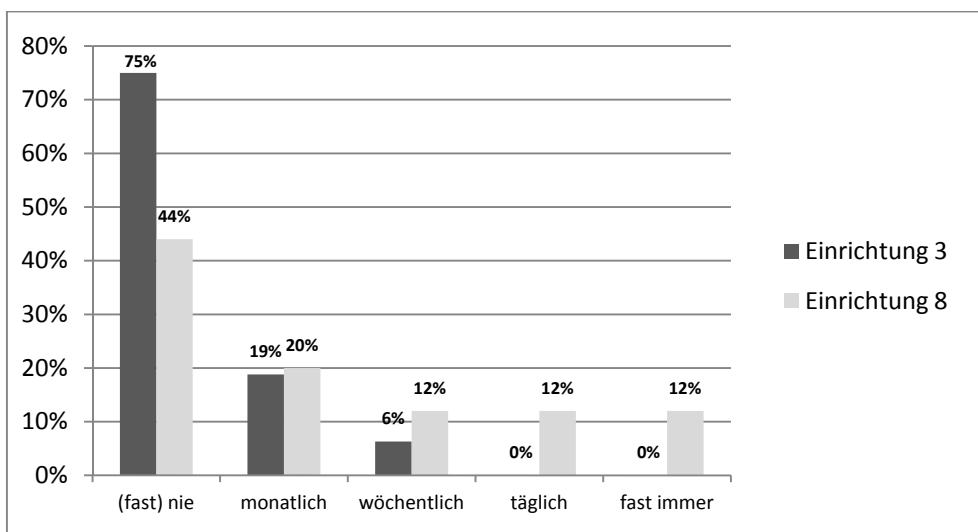
niger Schlafstörungen auftreten als in den übrigen Einrichtungen. Auffällig ist allerdings das im negativen Sinne abweichende Ergebnis der Einrichtung 8. Dort geben 44% der Mitarbeiter|innen an, dass sie *täglich* bzw. *fast immer* Schlafstörungen haben, in den übrigen Einrichtungen liegt dieser Anteil lediglich bei rund 13% (vgl. Abbildung 30).

**Abbildung 30: Schlafstörungen, Anteile, Einrichtung 8 (n=25) vs. übrige Einrichtungen (n=264)**



Insgesamt selten kommt Nervosität bei den Befragten vor, in Einrichtung 3 jedoch noch seltener als in den übrigen Einrichtungen. Dem gegenüber geben in Einrichtung 8 deutlich mehr Mitarbeiter|innen an, sie seien des Öfteren nervös (vgl. Abbildung 31, nur im direkten Vergleich abgebildet). Bei den übrigen Beschwerden unterscheiden sich diese Einrichtungen nicht signifikant voneinander.

**Abbildung 31: Nervosität, Anteile, Einrichtung 3 (n=64) vs. Einrichtung 8 (n=25)**





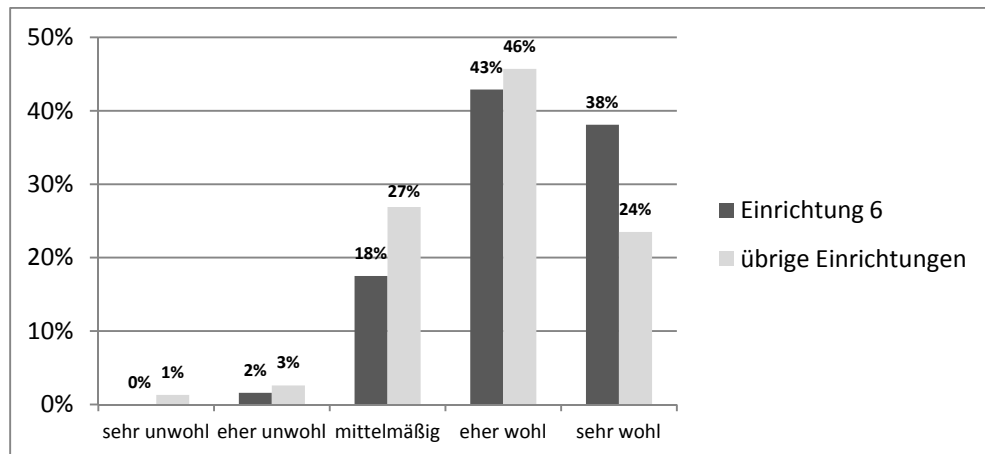
## Burnout

Die Mittelwerte für Burnout reichten von 34,4 Punkten in Einrichtung 2 bis 53,8 Punkten in Einrichtung 7. Es lassen sich mittels der einfaktoriellen ANOVA zwar signifikante Mittelwertunterschiede zwischen allen Einrichtungen erkennen, adjustiert für multiples Testen wurden jedoch im direkten Vergleich einzelner Einrichtungen keine signifikanten Mittelwertunterschiede ermittelt.

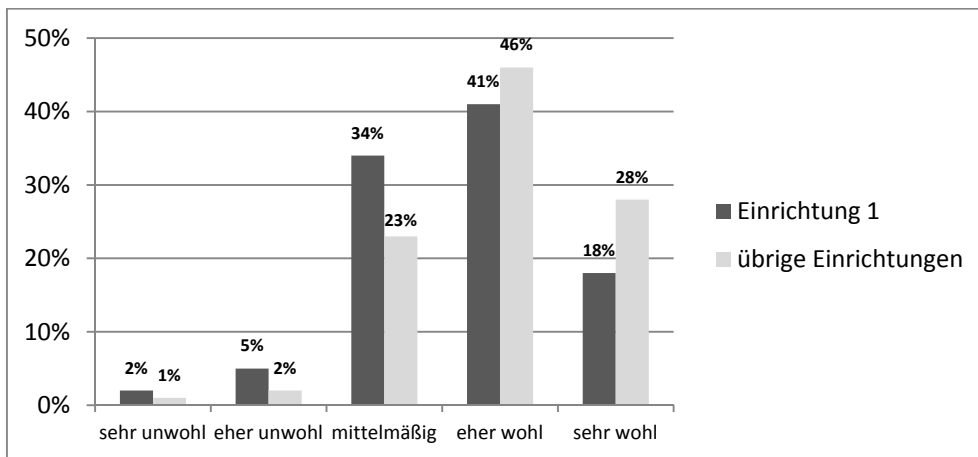
## Subjektive Gesundheit und Wohlbefinden

Die Mitarbeiter|innen der einzelnen Einrichtungen unterscheiden sich zwar in der Beurteilung ihrer subjektiven Gesundheit nicht, jedoch in der Beurteilung des Einzelitems zum Wohlbefinden ( $\chi^2 = 15,712$ ;  $df = 7$ ;  $p < .05$ ). Einrichtung 6 hebt sich im positiven, Einrichtung 1 im negativen Sinne ab. In Einrichtung 6 fühlen sich 81% der Mitarbeiter|innen sehr oder zumindest eher wohl (vgl. Abbildung 32). Dem gegenüber liegt dieser Anteil in Einrichtung 1 lediglich bei 59% und weicht somit deutlich vom Durchschnitt der Einrichtungen ab (vgl. Abbildung 33). Außerdem wird deutlich, dass die Mitarbeiter|innen dort ihr Wohlbefinden deutlich häufiger mit *sehr unwohl* oder *eher unwohl* bezeichnen und vor allem die *mittelmäßige* Bewertung des Wohlbefindens 34 % deutlich über dem Gesamtdurchschnitt der Einrichtungen liegt.

**Abbildung 32: Wie wohl fühlen Sie sich insgesamt gesehen bei Ihrer Arbeit? Anteile, Einrichtung 6 (n=63) vs. übrige Einrichtungen (n=234)**



**Abbildung 33: Wie wohl fühlen Sie sich insgesamt gesehen bei Ihrer Arbeit? Anteile, Einrichtung 1 (n=44) vs. übrige Einrichtungen (n=253)**

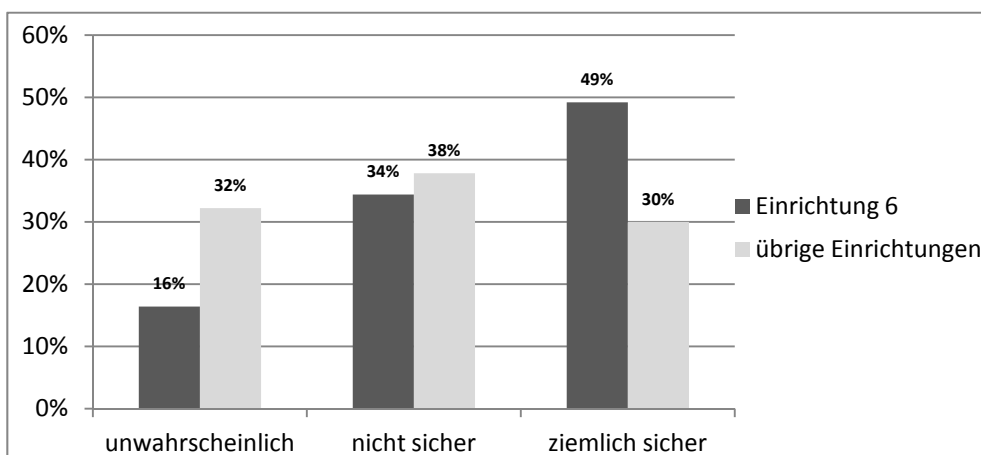


### Work Ability - eigene Prognose

Auch die Bewertung der zukünftigen Arbeitsfähigkeit durch die Mitarbeiter|innen fällt je nach Einrichtung sehr unterschiedlich aus (zwei Jahre:  $\chi^2 = 17,048$ ;  $df = 7$ ;  $p < .05$  / bis zum Rentenalter:  $\chi^2 = 30,058$ ;  $df = 7$ ;  $p < .001$ ).

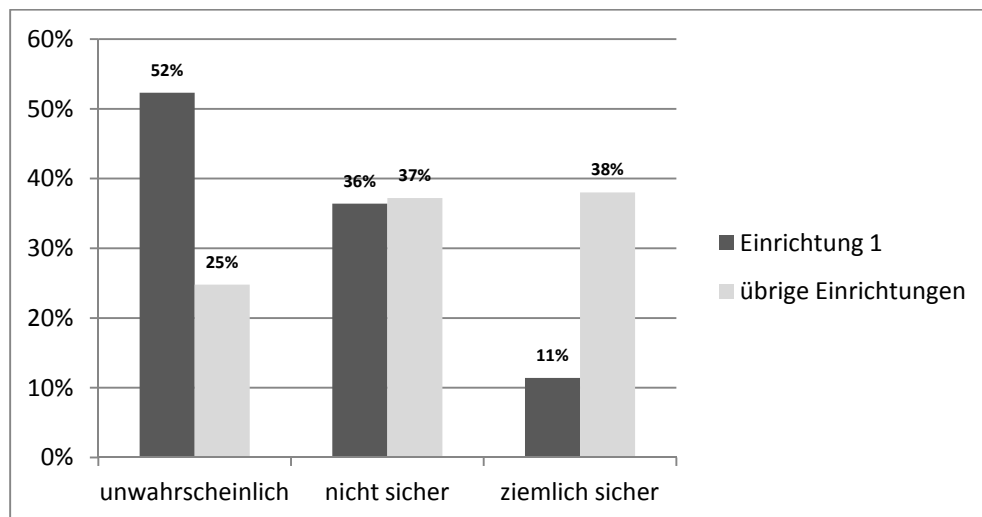
Besonders Einrichtung 4 hebt sich dadurch ab, dass hier über 90% der Befragten meinen, ihre derzeitige Tätigkeit auch noch in zwei Jahren ausüben zu können. Kein|e Mitarbeiter|in hält das für *unwahrscheinlich*. Hinsichtlich der prognostizierten Arbeitsfähigkeit bis zum Rentenalter weichen die Ergebnisse dieser Einrichtung jedoch nicht - zumindest nicht signifikant - von denen der anderen Einrichtungen ab. Anders in Einrichtung 6, die sich erneut positiv vom Einrichtungsdurchschnitt unterscheidet. Hier gehen knapp 50% der Mitarbeiter|innen davon aus, dass sie ihrer derzeitigen Tätigkeit noch bis zum Rentenalter nachgehen können (vgl. Abbildung 34).

**Abbildung 34: Glauben Sie, dass Sie, ausgehend von Ihrem jetzigen Gesundheitszustand, Ihre derzeitige Arbeit bis zum Rentenalter ausüben können? Anteile, Einrichtung 6 (n=61) vs. übrige Einrichtungen (n=233)**



Wiederum ist es Einrichtung 1, die im negativen Sinne auffällt. Ein Viertel der Befragten sind sich dort *nicht sicher*, ob sie ihre derzeitige Tätigkeit auch noch in zwei Jahren ausüben können, 6,8% halten das sogar für *unwahrscheinlich*. Noch deutlicher wird der Unterschied zu den übrigen Einrichtungen bei der Einschätzung der eigenen Arbeitsfähigkeit bis zum Rentenalter. Über 50% der Mitarbeiter|innen halten es für *unwahrscheinlich*, dass sie ausgehend von ihrem jetzigen Gesundheitszustand bis zum Rentenalter in ihrer derzeitigen Tätigkeit verbleiben können. In den übrigen Einrichtungen meinen das nur rund 25% (vgl. Abbildung 35).

**Abbildung 35: Glauben Sie, dass Sie, ausgehend von Ihrem jetzigen Gesundheitszustand, Ihre derzeitige Arbeit bis zum Rentenalter ausüben können? Anteile, Einrichtung 1 (n=44) vs. übrige Einrichtungen (n=255)**

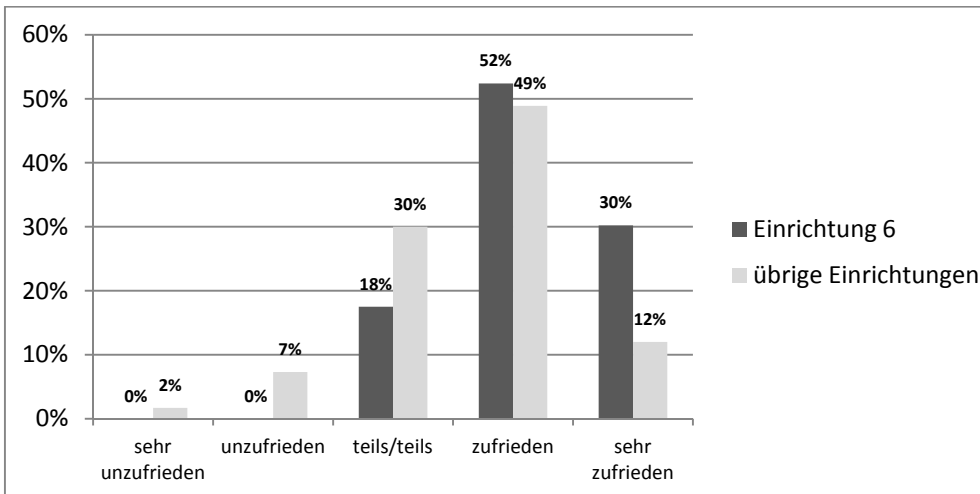


Auch in Einrichtung 7 schätzen die Mitarbeiter|innen ihre zukünftige Arbeitsfähigkeit - relativ gesehen - schlecht ein. Zwar ist hier niemand der Meinung, dass sie|er in zwei Jahren der derzeitigen Tätigkeit nicht mehr nachgehen kann, jedoch sind sich 40% *nicht sicher*, ob das der Fall sein wird. Deutlich sind auch hier die Unterschiede in der Einschätzung der Arbeitsfähigkeit bis zum Rentenalter. 45% der Mitarbeiter|innen in Einrichtung 7 halten das für *unwahrscheinlich*, weitere 40% sind sich *nicht sicher*.

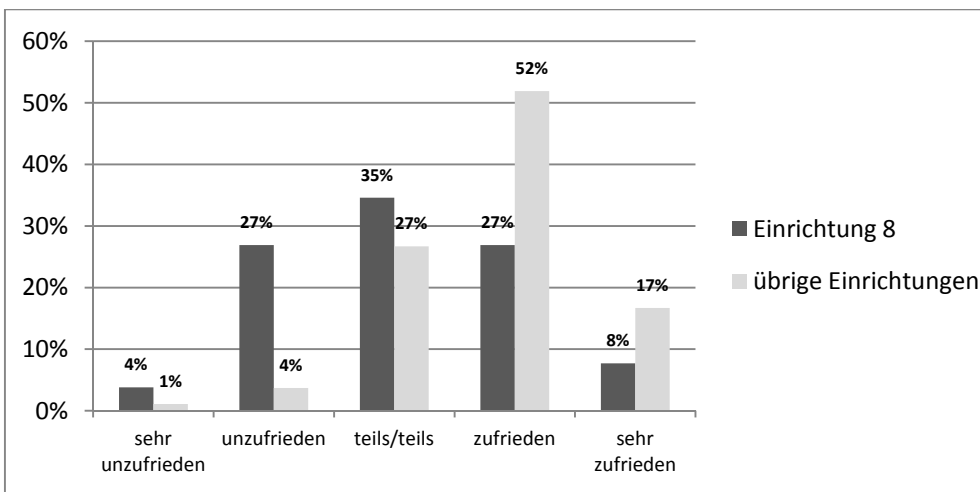
### Arbeitszufriedenheit

Auch hinsichtlich der Arbeitszufriedenheit ihrer Mitarbeiter|innen unterscheiden sich die Einrichtungen signifikant voneinander ( $\chi^2 = 43,848$ ;  $df = 7$ ;  $p < .001$ ). In Einrichtung 6 gibt es keine *unzufriedenen* Mitarbeiter|innen. Über 80% sind (*sehr*) *zufrieden* und rund 18% *teilweise* zufrieden (vgl. Abbildung 36).

**Abbildung 36: Wie zufrieden sind Sie dann insgesamt mit Ihrer Arbeit?  
Anteile, Einrichtung 6 (n=63) vs. übrige Einrichtungen (n=233)**



**Abbildung 37: Wie zufrieden sind Sie dann insgesamt mit Ihrer Arbeit?  
Anteile, Einrichtung 8 (n=26) vs. übrige Einrichtungen (n=270)**



Dem gegenüber äußern die Mitarbeiter|innen in Einrichtung 8 zu einem relativ großen Anteil Unzufriedenheit. Rund 30% von ihnen sind (*sehr*) *unzufrieden*, nur ein gutes Viertel ist *zufrieden* und lediglich 8% *sehr zufrieden* (vgl. Abbildung 37).

Auch Einrichtung 1 hebt sich dadurch ab, dass es dort deutlich weniger zufriedene oder sehr zufriedene Mitarbeiter|innen als im Gesamtdurchschnitt der Einrichtungen gibt. Dort sind nur 9% der Befragten *sehr zufrieden*, dagegen 39% *nur teilweise zufrieden*.

Wie die in diesem Kapitel vorgestellten Einzelergebnisse deutlich machen, gibt es mit Blick auf die Mitarbeitergesundheit und -zufriedenheit teils erhebliche, statistisch signifikante Abweichungen zwischen den im Projekt beteiligten Einrichtungen.

## 5.5 Zusammenhänge auf Einrichtungsebene

In diesem Kapitel geht es um die Frage, ob sich die in der Gesamtstichprobe identifizierten Zusammenhänge auch auf Ebene der Einrichtungen widerspiegeln, denn die Unterschiede bei der Mitarbeitergesundheit und Arbeitszufriedenheit scheinen - so lassen die im vorigen Abschnitt vorgestellten Ergebnisse vermuten - nicht zufällig zu sein. So sticht die Einrichtung 6 in mehrfacher Hinsicht positiv hervor. Unter anderem leiden in ihr die Mitarbeiter|innen seltener an den insgesamt häufig vorkommenden Beschwerden Müdigkeit und Mattigkeit, fühlen sich aber gleichzeitig wohler, schätzen ihre zukünftige Arbeitsfähigkeit besser ein und sind insgesamt zufriedener mit ihrer Arbeit. Allerdings ermöglicht das Auftreten derartiger Effekte in einer einzelnen Einrichtung keinen generellen Rückschluss auf bestehende Zusammenhänge. Daher wurde untersucht, ob sich die in der Gesamtstichprobe beobachteten Trends auch durch die Ergebnisse der anderen Einrichtungen bestätigen lassen. Neben den bei der Mitarbeiterbefragung erhobenen Daten fließen auch Daten der Einrichtungen zur Personalausstattung und Ergebnisse aus der Erhebung von Bewohnerdaten in diese Analyse ein.

In die Analyse einbezogen wurden nur Sachverhalte, bei denen signifikante Unterschiede zwischen den Einrichtungen bestehen. Ein Rückgriff auf Variablen, bei denen dies nicht der Fall ist, hätte zu der Gefahr geführt, dass Rückschlüsse aufgrund zufällig zustande gekommener Differenzen zwischen den Einrichtungen gezogen werden. Dies limitierte jedoch die Zahl der Sachverhalte, die in den Vergleich einbezogen werden konnten.

Ursprünglich war eine Auswertung der Daten auf Wohnbereichsebene vorgesehen, da hier - zumindest bei einigen Variablen - mit größeren Unterschieden zu rechnen gewesen wäre, als dies bei der Gesamtbetrachtung von Einrichtungen der Fall ist. So ist es z. B. naheliegend, dass bei der Frage nach dem Zusammenhalt im Team wohnbereichsspezifische Konstellationen mit beurteilt werden, die nicht in der gesamten Einrichtung vorhanden sind. Aufgrund des Antwortverhaltens der befragten Mitarbeiter|innen<sup>29</sup> war eine Differenzierung jedoch nur auf Einrichtungs- und nicht auf Wohnbereichsebene möglich. Eine mögliche Folge ist, dass sich dabei die Ergebnisse „guter“ und „schlechter“ Bereiche innerhalb einer Einrichtung nivellieren und Unterschiede, die sich beim Vergleich auf Wohnbereichsebene gezeigt hätten, nicht beobachtet werden können.

Um die Ergebnisse der Einrichtungen dennoch miteinander vergleichen zu können, wurde eine Darstellung auf der Ebene der bei den einzelnen Variablen erzielten Ränge vorgenommen. Dies ermöglicht zwar nicht, den unterschiedlich starken Einfluss einzelner Faktoren einzubeziehen. Dennoch lassen sich einige Rückschlüsse auf grundsätzliche Trends ziehen. Die grafische Darstellung folgt dabei einer bestimmten Systematik:

---

<sup>29</sup> Viele Mitarbeiter|innen (33,7%) haben nicht angegeben, in welchem Wohnbereich sie arbeiten.

- Ränge, die mit einem als positiv zu bewertenden Einfluss (hohe Ressourcen oder niedrige Belastungen) oder Ergebnis (Gesundheitszustand oder Arbeitszufriedenheit) assoziiert sind, erhalten niedrige Nummern. Das jeweils „beste“ Ergebnis wird mit „1“ bewertet, das „schlechteste“ mit „8“.
- Zur besseren Nachvollziehbarkeit sind die Ergebnisse farblich markiert. So werden die beiden „besten“ Ergebnisse weiß, die beiden direkt darunter liegenden Ergebnisse hellgrau unterlegt. Eine mittelgraue Markierung kennzeichnet die Ränge fünf und sechs, die beiden „schlechtesten“ Ergebnisse werden dunkelgrau dargestellt.
- In einigen Darstellungen werden auch Variablen abgebildet, bei denen sich die Ergebnisse der Einrichtungen nicht signifikant unterscheiden. Sie sind durchgängig grau unterlegt und wurden bei der Interpretation nicht berücksichtigt.

### **Ressourcen, Belastungsfaktoren und Mitarbeitergesundheit**

Wie Tabelle 57 verdeutlicht, liegen die Einrichtungen 2 und 6 bei allen Variablen zur Mitarbeitergesundheit und -zufriedenheit im „hellen Bereich“, weisen also überdurchschnittlich positive Ergebnisse auf. In Einrichtung 1 dagegen sind die Mitarbeiter|innen besonders häufig müde/matt, sie fühlen sich insgesamt unwohler und schätzen ihre zukünftige Arbeitsfähigkeit schlechter ein. In den Einrichtungen 7 und 8 ist das Bild nicht wesentlich besser.

Die Ressourcen sind relativ eindeutig verteilt, die Einrichtung 4, 5 und 6 liegen bei allen Ressourcen im „hellen Bereich“, die Einrichtungen 1, 7 und 8 dagegen im dunklen. Bei den Belastungsfaktoren ist die Verteilung der Ränge nicht ganz so eindeutig, nur Einrichtung 5 fällt durch eine eindeutige Zuordnung zur oberen Hälfte auf und Einrichtung 8 durch eine eindeutige Zuordnung zur unteren Hälfte.

Mit Blick auf das in Kapitel 3 dargestellte Wirkungsmodell müssten sich die Ausprägungen der Ressourcen und Belastungen in den Ergebnissen zur Gesundheit und Arbeitszufriedenheit der Mitarbeiter|innen widerspiegeln. In vier der Einrichtungen sind derartige Zusammenhänge relativ klar erkennbar:

- In den Einrichtungen 1 und 7 gehen eine vergleichsweise niedrige Ausprägung von Ressourcen und eine hohe Ausprägung bei den einbezogenen Belastungsfaktoren mit schlechten Ergebnissen bei der Mitarbeitergesundheit und Arbeitszufriedenheit einher.
- In den Einrichtungen 5 und 6 gehen ein hohes Ausmaß an Ressourcen und gering ausgeprägte Belastungen mit positiven Ergebnissen bei der Mitarbeitergesundheit und Arbeitszufriedenheit einher.

**Tabelle 57: Ressourcen, Belastungsfaktoren, Mitarbeitergesundheit und Arbeitszufriedenheit nach Einrichtungen (Ränge<sup>30</sup>)**

	Einrichtung								
<b>Ressourcen:</b>	1	2	3	4	5	6	7	8	<b>Signifikanz</b>
Führungskapital	7	4	5	3	2	1	6	8	p < .001
Abgrenzung der eigenen Tätigkeit	7	6	2	4	1	3	5	8	p < .05
Bedeutung der Arbeit	5	8	2	3	4	1	6	7	p < .01
Arbeitsorganisation	6	1	7	3	4	2	5	8	p < .001
Einflussmöglichkeiten	8	3	2	6	4	1	5	7	n.s.
Achtung/Verlässlichkeit Bew./Ang.	7	8	2	3	4	1	6	5	n.s.
Netzwerkkapital	3	7	1	5	4	6	2	8	n.s.
<b>Belastungsfaktoren:</b>									
Arbeits-Familie-Konflikt	6	3	4	5	2	1	7	8	p < .001
zu wenig Zeit	3	1	4	5	2	6	7	8	p < .001
nörgelnde/aggressive Bewohner	7	1	6	2	4	3	5	8	p < .05
unbehagliches Gefühl	7	6	5	4	2	1	3	8	p < .001
unheilbar kranke Bewohner innen	3	1	4	5	2	6	7	8	n.s.
körperliche Belastung	5	6	4	2	1	3	8	7	n.s.
<b>Mitarbeitergesundheit und Arbeitszufriedenheit</b>									
Müdigkeit/ Mattigkeit	7	2	4	5	3	1	8	6	p < .05
Work Ability (2 Jahre)	7	4	2	1	5	3	8	6	p < .05
Work Ability (bis zur Rente)	8	5	2	6	4	1	7	3	p < .001
Wohlbefinden	8	5	2	3	4	1	6	7	p < .05
Arbeitszufriedenheit	7	3	2	5	4	1	6	8	p < .001
Burnout	5	1	3	4	6	2	8	7	n.s.
Rückenschmerzen	5	1	2	7	3	4	6	8	n.s.
Muskelschmerzen	7	3	1	8	2	6	5	4	n.s.
subjektive Gesundheit	5	1	2	4	7	3	6	8	n.s.

Allerdings sind die Trends nicht in allen Einrichtungen so eindeutig. So erreicht Einrichtung 2, die bei Betrachtung von Ressourcen und Belastungsfaktoren eher im „Mittelfeld“ liegt, überdurchschnittlich gute Ergebnisse bei der Gesundheit und Arbeitszufriedenheit ihrer Mitarbeiter|innen. In den übrigen Einrichtungen bietet sich ein gemischtes Bild. Insgesamt lassen die Ergebnisse vermuten, dass die im Wirkungsmodell postulierten Zusammenhänge vorhanden sind und zumindest bei starken Abweichungen von Ressourcen und Belastungsfaktoren - sei es im positiven oder negativen Sinne - Effekte auf Mitarbeitergesundheit und Arbeitszufriedenheit vorhanden sind.

<sup>30</sup> Basierend auf den mittleren Rängen, auf denen auch die Aussagen zur Signifikanz beruhen. Rang 1 beschreibt jeweils das höchste positive Ergebnis.

Im Wirkungsmodell wurde auch die Annahme formuliert, dass sich der Gesundheitszustand und der Pflege- und Betreuungsbedarf der Bewohner|innen auf die arbeitsbedingten Ressourcen und Belastungen und somit indirekt auch auf den Gesundheitszustand und die Arbeitszufriedenheit der Mitarbeiter|innen auswirkt. Aus diesem Grund wurden zentrale Merkmale der Bewohnerstruktur, die auf einen hohen pflegerischen Unterstützungsbedarf der Nutzer|innen hindeuten, den Ergebnissen auf Mitarbeiterseite gegenübergestellt. Als Indikatoren wurden dabei die einrichtungsspezifischen Anteile der Bewohner|innen mit schweren bis schwersten Beeinträchtigungen der Selbständigkeit und kognitiver Fähigkeiten sowie der Anteil der Bewohner|innen mit schweren und schwersten Verhaltensauffälligkeiten herangezogen. Hohe Anteile - so die Annahme - sprechen dabei für einen hohen Unterstützungsbedarf der Nutzer|innen und führen auf der Mitarbeiterseite zu Belastungen.

Die Rangvergleiche lieferten bezogen auf diese Fragestellung keine eindeutigen Ergebnisse (vgl. Tabelle 58). Wie deutlich wird, zeigen sich tendenziell negative Ergebnisse auf der Mitarbeiterseite sowohl in Einrichtungen mit potenziell belastender als auch in Einrichtungen mit potenziell wenig belastender Bewohnerstruktur (z.B. Einrichtung 7 und 8). Die insgesamt schlechtesten Ergebnisse auf Mitarbeiterseite finden sich in Einrichtung 1, in der sich die potenzielle Belastung durch die Bewohnerstruktur eher im Mittelfeld bewegt. In der Gesamtbetrachtung lässt sich kein eindeutiger Einfluss der Bewohnerstruktur auf die Arbeitszufriedenheit und Gesundheit der Mitarbeiter|innen auf Einrichtungsebene ableiten.

**Tabelle 58: Bewohnerbedingte Belastungsfaktoren, Mitarbeitergesundheit und Arbeitszufriedenheit (Ränge)**

Belastung durch einen:	Einrichtung								Signifikanz
	1	2	3	4	5	6	7	8	
hohen Anteil an Bewohnern mit schweren bis schwersten Mobilitätsbeeinträchtigungen	6	8	5	3	2	4	7	1	p < .05
hohen Anteil an Bewohnern mit schwerer bis schwerster Beeinträchtigung der Selbstversorgung	3	7	5	2	4	8	6	1	p < .001
hohen Anteil an Bewohnern mit schweren bis schwersten kognitiven/kommunikativen Beeinträchtigungen	2	7	6	3	4	5	8	1	p < .05
hohen Anteil an Bewohnern mit schweren bis schwersten Verhaltensauffälligkeiten	5	2	7	6	4	3	8	1	p < .05
hohen Anteil an Bewohnern mit schweren bis schwersten Beeinträchtigungen bei der Gestaltung des Alltagslebens & sozialer Kontakte	4	6	7	2	3	5	8	1	p < .001
<b>Mitarbeitergesundheit und Arbeitszufriedenheit</b>									
Müdigkeit/ Mattigkeit	7	2	4	5	3	1	8	6	p < .05
Work Ability (2 Jahre)	7	4	2	1	5	3	8	6	p < .05
Work Ability (bis zur Rente)	8	5	2	6	4	1	7	3	p < .001
Wohlbefinden	8	5	2	3	4	1	6	7	p < .05
Arbeitszufriedenheit	7	3	2	5	4	1	6	8	p < .001



Die Tatsache, dass keine Differenzierung der Mitarbeiterergebnisse auf Wohnbereichsebene möglich war, wirkt sich bei der Betrachtung dieser Zusammenhänge besonders stark aus. Denn wie in Kapitel 4 deutlich wurde, unterscheiden sich einzelne Wohnbereiche mit Blick auf bestimmte Bewohnermerkmale, z.B. den Anteil von Personen mit ausgeprägten Verhaltensauffälligkeiten, sehr viel stärker, als dies zwischen den Einrichtungen der Fall ist. Effekte, die erst bei ausgeprägten Unterschieden in der Bewohnerstruktur zum Tragen kommen, werden daher beim Vergleich auf Einrichtungsebene möglicherweise nicht deutlich.

### Auswirkungen der Personalausstattung

Die personelle Ausstattung einer Einrichtung stellt eine wichtige Grundlage für die Organisation der pflegerischen Versorgung in einer Einrichtung dar. Sie unterscheidet sich zwischen den beteiligten Einrichtungen teils erheblich (vgl. Tab. 59).

Es ist bekannt, dass die personelle Ausstattung stationärer Pflegeeinrichtungen stark von regional- und trägerspezifisch unterschiedlichen Vergütungsvereinbarungen abhängt. Dies zeigt sich auch in den einbezogenen Einrichtungen. Zwar geht ein höherer Anteil schwer- und schwerstpflegebedürftiger Bewohner|innen tendenziell mit einem vergleichsweise günstigeren Verhältnis von Pflegekräften zu Bewohner|inne|n einher. Dies bedeutet jedoch nicht, dass Einrichtungen mit ähnlicher Pflegestufenverteilung auch über eine vergleichbare Personalausstattung verfügen. In unserer Stichprobe zeigen sich insbesondere Unterschiede zwischen niedersächsischen (vergleichsweise geringe Personalausstattung) und nordrhein-westfälischen (vergleichsweise hohe Personalausstattung) Einrichtungen. So bewegt sich das Verhältnis von Pflegekräften zu Bewohner|inne|n in Einrichtung 2 (Niedersachsen) mit 1:3,4 deutlich unter dem von Einrichtung 4 (Nordrhein-Westfalen) mit 1:2,8, obwohl die Pflegestufenverteilung sehr ähnlich ist (vgl. Kapitel 4, Abb. 4).

**Tabelle 59: Personalausstattung der Einrichtungen<sup>31</sup>**

Einrichtung	1	2	3	4	5	6	7	8
Verhältnis Fachkräfte : Bewohner	1:7,7	1:6,8	1:6,7	1:5,1	1:5,2	1:4,8	1:5,7	1:6,3
Verhältnis Pflegekräfte : Bewohner	1:3,2	1:3,4	1:3,6	1:2,8	1:3,0	1:2,4	1:2,6	1:3,9
Anteil der Fachkräfte an Pflegekräften	42,3%	50,6%	53,3%	55,9%	58,2%	50,9%	45,4%	62,8%

Im Rahmen der Auswertungen wurden auch Zusammenhänge zwischen Merkmalen der Personalausstattung und der Gesundheit der Mitarbei-

<sup>31</sup> In diese Berechnung wurden ausschließlich Mitarbeiter|innen einbezogen, die den Wohnbereichen der Einrichtungen zugeordnet sind und dort in die Versorgung der Bewohner|innen eingebunden sind. Daher können die Ergebnisse geringfügig von denen abweichen, die sich bei Einbeziehung sämtlicher Pflegekräfte einer Einrichtung (z.B. auch der Pflegedienstleitung und Qualitätsbeauftragten) ergeben.

ter|innen untersucht. Dabei zeigt sich, dass die Einrichtungen mit vergleichsweise guten Ergebnissen bei der Mitarbeitergesundheit und -zufriedenheit überwiegend über eine bessere Personalausstattung verfügen. Entgegen diesem insgesamt zu beobachtenden Trend erzielt allerdings Einrichtung 3 trotz ihres vorletzten Rangs bei der personellen Ausstattung vergleichsweise gute Ergebnisse. Sie hebt sich auch bei den durch die Mitarbeiter|innen wahrgenommenen Ressourcen und Belastungen positiv gegenüber den Einrichtungen ab, in denen sowohl eine geringe Personalausstattung als auch eine niedrige Mitarbeitergesundheit zu beobachten sind. Einen Überblick gibt die nachfolgende Tabelle.

**Tabelle 60: Personalressourcen, Mitarbeitergesundheit und Arbeitszufriedenheit nach Einrichtungen (Ränge)**

	Einrichtung								
<b>strukturelle Ressource:</b>	1	2	3	4	5	6	7	8	<b>Signifikanz</b>
hohe Quote Fachkräfte/ Bewohner	8	6	7	2	3	1	4	5	
hohe Quote Pflegekräfte/Bewohner	5	6	7	3	4	1	2	8	
<b>Mitarbeitergesundheit und Arbeitszufriedenheit</b>									
Müdigkeit/ Mattigkeit	7	2	4	5	3	1	8	6	p < .05
Work Ability (2 Jahre)	7	4	2	1	5	3	8	6	p < .05
Work Ability (bis zur Rente)	8	5	2	6	4	1	7	3	p < .001
Wohlbefinden	8	5	2	3	4	1	6	7	p < .05
Arbeitszufriedenheit	7	3	2	5	4	1	6	8	p < .001

## 6. Zusammenfassung und Diskussion

Zentrales Anliegen des Projekts war es, eine empirische Bestandsaufnahme der Gesundheitssituation von Nutzer|inne|n und Mitarbeiter|inne|n und der Versorgungsqualität in der stationären Altenhilfe vorzunehmen. Im Rahmen der durchgeführten Erhebungen ist es gelungen, aussagekräftige Daten als Grundlage für die dafür notwendige Analyse zu gewinnen. Wie die in den vorangegangenen Kapiteln vorgestellten Ergebnisse zeigen, konnten auf dieser Basis umfassende Aussagen zum Gesundheitsstatus, zu gesundheitlichen Belastungen aber auch zu Gesundheitsressourcen und -potenzialen beider Gruppen getroffen werden. Teilweise bestätigten sich dabei Entwicklungen und Trends, auf die bereits in früheren Untersuchungen hingewiesen wurde (ex. Galatsch et al. 2012; Hasselhorn et al. 2005a; Schmidt et al. 2011a; Schneekloth/von Törne 2007; Wingefeld/Schnabel 2002). Zugleich zeichneten sich neuere Entwicklungen ab. Auch war es auf Basis der gewonnenen Daten möglich, differenziertere Einschätzungen zu einzelnen Problemlagen und zwischen ihnen bestehenden Zusammenhängen vorzunehmen. Nachfolgend werden die zentralen Ergebnisse des Projektes zusammengefasst und diskutiert. Aus ihnen lassen sich wichtige Schlussfolgerungen für die Qualität der Versorgung und die Möglichkeiten von Prävention und Gesundheitsförderung ziehen, auf die im abschließenden Kapitel weiter eingegangen wird.

### 6.1 Situation der Nutzer|innen

Die Untersuchung bestätigt einmal mehr, dass der Anteil kognitiv beeinträchtigter Bewohner|innen weiter wächst und inzwischen charakteristisch für die stationäre Langzeitversorgung ist. Dafür sprechen sowohl der insgesamt hohe Anteil von Bewohner|inne|n mit erheblichen bis schwersten Einbußen der kognitiven und kommunikativen Fähigkeiten (73,9%), aber auch die Verteilung in den Einrichtungen und einzelnen Wohnbereichen, die deutlich macht, dass dieses Phänomen keinesfalls auf einzelne Versorgungsbereiche von Pflegeeinrichtungen begrenzt bleibt. Dies deckt sich mit den Ergebnissen anderer Untersuchungen zu diesem Sachverhalt (Schneekloth/Wahl 2007; Statistisches Bundesamt 2011; Wingefeld 2008; Wingefeld/Schnabel 2002; Wingefeld et al. 2011b). Über diese Tatsache hinaus ermöglichen die Daten aber auch Aussagen darüber, mit welchen anderen Problemlagen diese Einschränkungen bei den Bewohner|inne|n zusammentreffen bzw. kumulieren und welche Konsequenzen sich daraus ergeben. So wird beispielsweise deutlich, dass sich nur ein verschwindend geringer Teil (5,3%) kognitiv erheblich oder stärker beeinträchtigter Bewohner|innen eine überwiegende Selbständigkeit bei der Gestaltung des Alltagslebens bewahrt hat. Auch besteht ein starker Zusammenhang zwischen kognitiven Beeinträchtigungen und körperlichen Fähigkeiten, insbesondere der Mobilität der Bewohner|innen. Kognitiv beeinträchtigte Bewohner|innen weisen im Schnitt einen gravierend schlechteren Mobilitätsstatus auf und sind von Mobilitätsverschlechterungen häufiger betroffen als kognitiv leistungsfähigere. Tabelle 61 stellt die Unterschiede bei der Selbständigkeit dieser beiden Bewohnergruppen noch einmal zusammenfassend gegenüber.

**Tabelle 61: Selbstständigkeitsverluste und Verhaltensweisen nach dem Grad kognitiver und kommunikativer Beeinträchtigungen, n=477**

davon mit erheblichen bis stärksten Beeinträchtigungen:	Bewohner ohne/mit geringen Beeinträchtigungen kognitiver und kommunikativer Fähigkeiten		Bewohner mit erheblichen bis stärksten Beeinträchtigungen kognitiver und kommunikativer Fähigkeiten	
	Bewohner	Anteil	Bewohner	Anteil
bei der Gestaltung des Alltagslebens und sozialer Kontakte	50	29,6%	451	94,7%
der Selbständigkeit bei der Selbstversorgung	68	40,0%	411	86,2%
bei Verhaltensweisen und psychischen Problemlagen	66	39,0%	369	77,5%
der Selbständigkeit bei der Mobilität	73	43,4%	364	76,2%

Das Zusammenwirken von funktionalen Beeinträchtigungen, kognitiven Einbußen und Selbstständigkeitsverlusten hat *Konsequenzen für die Versorgungsgestaltung*. So besteht bei vielen Bewohner|inne|n nicht nur ein Bedarf an physischer Unterstützung, vielmehr sind parallel auch orientierungsfördernde, anleitende und strukturierende Hilfen notwendig, um eine ressourcenfördernde Pflege durchführen und so eine hohe Versorgungsqualität gewährleisten zu können. Die Kombination erheblicher bis stärkster Beeinträchtigungen - sowohl der Mobilität, als auch der kognitiven Fähigkeiten - tritt bei mehr als jeder|m zweiten Bewohner|in (56,3%) auf. Dadurch verringert sich ihr Spielraum bei der Beschäftigung und Alltagsgestaltung auch dann, wenn keine pflegerischen Versorgungsleistungen, beispielsweise im Rahmen der Körperpflege, erbracht werden.

Kognitive Beeinträchtigungen haben neben den geschilderten Konsequenzen für die aktuelle Versorgungsgestaltung auch *Auswirkungen auf die Entwicklung der Selbständigkeit* von Bewohner|inne|n. Wie die Ergebnisse zeigen, kam es nach Beobachtung der Einrichtungsmitarbeiter bei erheblich oder stärker kognitiv beeinträchtigten Personen in den Wochen und Monaten vor der Erhebung deutlich häufiger zu Selbstständigkeitsverlusten bei der Mobilität und der Selbstversorgung als bei weniger Beeinträchtigten. Dass sich ausgeprägte kognitive Defizite häufig negativ auf die Selbständigkeit der Nutzer|innen auswirken, spiegelt sich auch in den Einschätzungen zu Verbesserungspotenzialen wieder. Hier fallen die Prognosen der Rater für Personen mit hochgradigen kognitiven Einschränkungen deutlich ungünstiger aus.

Dennoch sind auch bei dieser Nutzergruppe - so die Einschätzungen der Einrichtungsmitarbeiter|innen - Potenziale zur Verbesserung von Mobilität und Selbständigkeit vorhanden, die aber der gezielten Förderung bedürfen.

Wie bei der täglichen Versorgung stellen kognitiv gravierend beeinträchtigte Bewohner|innen die Einrichtungen jedoch auch beim Einsatz *gesundheitsfördernder und präventiver Interventionen* vor besondere Herausforderungen. Einerseits sind sie aufgrund ihrer vielfältigen Beeinträchtigungen und den damit verbundenen Gesundheitsrisiken ganz besonders auf derartige Maßnahmen angewiesen. Andererseits ist der Einsatz her-

kömmlicher Interventionsstrategien, die in hohem Maße auf instruktive Wissensvermittlung zielen, für sie kaum geeignet. Erfolgversprechende Konzepte müssen sowohl die bedingte körperliche Leistungsfähigkeit der Betroffenen als auch deren Motivationslage und kognitive Anpassungs- bzw. Lernfähigkeit berücksichtigen. Interventionen zur Gesundheitsförderung und Prävention bei kognitiv beeinträchtigten Nutzer|inne|n sollten daher stärker auf besondere Lernformen, z.B. Modell- oder Imitationslernen oder das Lernen in der Gruppe und auf die Handlungsebene der Nutzer|innen zielen. Hier besteht in der Praxis erheblicher Entwicklungsbedarf.

Darüber hinaus ist nicht zu erwarten, dass im Rahmen von Gruppenaktivitäten alle Bewohner|innen zu erreichen sind. Bei einem Teil von ihnen werden der Erhalt bzw. die Verbesserung von Selbständigkeitspotenzialen nur durch den Einsatz individueller Maßnahmen zu erreichen sein. Diese gehen jedoch mit einem zusätzlichen Personalaufwand einher und werden daher unter den herrschenden Rahmenbedingungen - so die Rückmeldung auch aus den Einrichtungen mit vergleichsweise guter Personalausstattung - als kaum realisierbar erachtet. Die Verantwortlichen betonen, dass man zwar bemüht sei, „aktivierende Elemente“ in die tägliche Versorgung, z.B. bei der Körperpflege, zu integrieren. Für die Durchführung gezielter Förderungsmaßnahmen, die eigenständig und nicht im Zusammenhang mit ohnehin durchgeführten Pflegemaßnahmen erbracht werden, fehlen ihrer Einschätzung nach jedoch die notwendigen personellen Ressourcen.

Doch auch für kognitiv weniger stark Beeinträchtigte bedarf es der gezielten Weiterentwicklung bestehender Gesundheitsförderungs- und Präventionsprogramme und -konzepte. Denn insgesamt - so ein wichtiges Projektergebnis - lassen sich mit Interventionen, die zwar für den Einsatz bei alten Menschen konzipiert wurden, jedoch das hohe Ausmaß körperlicher Funktionsbeeinträchtigungen unter den Bewohner|inne|n stationärer Pflegeeinrichtungen kaum berücksichtigen, nur wenige Personen erreichen. Denn viele dieser Maßnahmen setzen bei Teilnehmern ein Mindestmaß an Eigenständigkeit bei der Mobilität (z.B. die Fähigkeit, ohne personelle Unterstützung aufstehen zu können) voraus, das bei einem großen Teil der Bewohner|innen nicht mehr gegeben ist.

Wie erwartet ist ein Großteil der Bewohner|innen von weiteren funktionalen Beeinträchtigungen betroffen. Der *Verlust sensorischer Fähigkeiten*, insbesondere des Seh- und Hörvermögens, gehört zu den häufigsten chronischen Störungen des Alters (Menning/Hoffmann 2009). Sie können, wie die Ergebnisse zeigen, bei vielen, aber längst nicht allen Bewohner|inne|n durch den Einsatz entsprechender Hilfsmittel kompensiert werden. Derart ausgeprägte Einschränkungen wirken sich, so ist zu vermuten, dann sowohl auf die physische Bewältigung alltäglicher Herausforderungen als auch auf die Möglichkeiten der Betroffenen zur Kommunikation aus. Nicht zuletzt erhöhen gravierende Beeinträchtigungen der Sensorik andere Risiken, z.B. die Sturzgefahr (Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege 2006; Menning 2006a). Auch wenn die Daten keine Einschätzung der individuellen Qualität der Hilfsmittelversorgung zulassen, legen sie doch nahe, dieser verstärkt Aufmerksamkeit zu widmen, um im Einzelfall nach Optimierungsmöglichkeiten zu suchen.

Einen hohen Stellenwert nehmen auch Beeinträchtigungen der Harn- und *Stuhlkontinenz* ein. Diese Daten stehen im Einklang mit den Ergebnis-

sen anderer Untersuchungen (Schmitz 2009; Schneekloth/Wahl 2007). Kontinenzstörungen zählen aber nicht nur zu den häufigsten Gesundheitsstörungen, unter denen Heimbewohner leiden. Sie führen, wie die Ergebnisse zeigen, bei vielen Betroffenen zu einem hohen Maß an *Abhängigkeit von personeller Unterstützung*, schränken damit die autonome Alltagsgestaltung ein und dürften für die Mitarbeiter|innen der Einrichtungen mit einem hohen Arbeitsaufwand verbunden sein.

Wie die Ergebnisse zeigen, sind viele Bewohner|innen *gesundheitlichen Risiken, Schädigungen und Belastungen*, z.B. der Entstehung von Dekubitalcера, ausgesetzt. Deren Vermeidung bzw. der Umgang mit bestehenden Problemlagen gehört zweifelsohne zu den Kernaufgaben pflegerischer Versorgung (International Council of Nurses o. J.). Denn das Auftreten der in dieser Untersuchung erfassten Belastungen ist für die betroffenen Personen in der Regel mit erheblichen Konsequenzen, z.B. durch Mobilitätsbeeinträchtigungen, die Notwendigkeit medizinischer Behandlung und nicht zuletzt Einschränkungen der Alltagsautonomie verbunden. Aus diesen Gründen werden die im Projekt erhobenen Sachverhalte auch als wichtige Parameter zur *Beurteilung der Versorgungsqualität* betrachtet und herangezogen (Pringle/Doran 2003; Steering Committee Responsible Care 2008; Wingenfeld et al. 2011b).

Die Häufigkeit, mit der einzelne Gesundheitsschädigungen auftreten, bewegt sich - bezogen auf die Gesamtstichprobe - in Größenordnungen, die auch in anderen Untersuchungen ermittelt wurden. Mit Blick auf einige *Qualitätsmerkmale* zeigen sich jedoch Unterschiede zwischen den Einrichtungen, die sich nicht allein aus der jeweiligen Bewohnerstruktur heraus erklären lassen. Besonders deutlich wird dies z.B. beim Auftreten von Dekubitalgeschwüren, der Anwendung aktivitätsbegrenzender Maßnahmen oder dem Auftreten gravierender Sturzfolgen. Mit anderen Worten: Beim Schutz ihrer Bewohner|innen vor gesundheitlichen Schädigungen und Belastungen sind die Einrichtungen unterschiedlich erfolgreich. Und auch im Umgang mit bestimmten Problemlagen, z.B. einer bestehenden Schmerzproblematik, unterscheiden sie sich zum Teil erheblich. Diese Differenzen müssen - bezogen auf die einzelnen Sachverhalte - als Hinweise auf eine *unterschiedliche Versorgungsqualität* gewertet werden. Allerdings lässt sich in der Gesamtschau der beteiligten Einrichtungen keine identifizieren, die durchweg besonders positive oder negative Ergebnisse aufweist. Zum Teil stehen überdurchschnittlich positive Resultate in einem Bereich unterdurchschnittlichen Ergebnissen in einem anderen gegenüber (z.B. Dekubitusinzidenz und Inzidenz gravierender Sturzfolgen in Einrichtung 2). In allen Einrichtungen lässt sich also, nutzt man die Ergebnisse im Sinne von *Qualitätsindikatoren*, an unterschiedlichen Stellen Entwicklungs- oder doch zumindest Klärungsbedarf aufzeigen<sup>32</sup>.

---

<sup>32</sup> Die Überprüfung von Zusammenhängen zwischen diesen Qualitätsmerkmalen, der personellen Ausstattung der Einrichtungen und Aspekten der Mitarbeitergesundheit und -zufriedenheit erwies sich aus methodischen Gründen als problematisch. Dies liegt vor allem daran, dass viele als negativ zu bewertende Belastungen und Schädigungen auf Bewohnerseite so selten vorkommen, dass zwischen den Einrichtungen keine statistisch signifikanten Unterschiede bestehen - was allerdings nicht bedeutet, dass die aufgezeigten Unterschiede nicht qualitätsrelevant sind.

Mit Blick auf gesundheitliche Belastungen lieferte die Auswertung der Daten zum *Ernährungszustand* der Bewohner|innen teils überraschende Ergebnisse. Angesichts der Diskussion, die in der Öffentlichkeit in den vergangenen Jahren über das Problem der Mangelernährung bei Heimbewohnern geführt wurde, erscheint der Anteil von 3,6% der Bewohner|innen, die einen BMI von unter 18,5 kg/m<sup>2</sup> aufweisen - was als Hinweis auf eine mögliche Mangelernährung gilt - vergleichsweise klein. Dem gegenüber weisen jedoch 18,3% der Bewohner|innen ein so ausgeprägtes Übergewicht auf, dass von einer Adipositas 1. bis 3. Grades gesprochen werden kann. Diese Problematik wurde in der Öffentlichkeit bislang wenig beachtet, obwohl sie durchaus Konsequenzen für die Betroffenen, aber auch für die Pflegekräfte hat. Denn ein gravierendes Übergewicht geht mit zusätzlichen gesundheitlichen Risiken einher und beeinträchtigt ab einer gewissen Ausprägung auch die Mobilität, was sich wiederum in einem erhöhten Unterstützungsbedarf niederschlagen kann. Zudem sind Hilfsmittel, insbesondere Hebehilfen, teilweise nur für ein Maximalgewicht ausgelegt, das bei stark adipösen Bewohner|inne|n überschritten wird. Die Rückmeldungen aus den Einrichtungen deuten darauf hin, dass diese Problematik im Versorgungsalltag eine zunehmende Rolle spielt. Sie kann sich nach Einschätzung der Verantwortlichen negativ auf die Qualität der Versorgung auswirken, denn die Möglichkeiten der körperlichen Aktivierung sind bei stark übergewichtigen Bewohner|innen oft limitiert, und bei der Durchführung pflegerischer Maßnahmen ist unter Umständen der Einsatz zusätzlicher Pflegekräfte notwendig. Auch für die Einrichtungsmitarbeiter|innen kann die Versorgung stark adipöser Bewohner|innen also zu erhöhten physischen Belastungen führen.

Die analysierten *Diagnosedaten* weisen zudem auf ein hohes Maß an Multimorbidität unter den Nutzer|inne|n hin. Insbesondere der Anteil von Bewohner|inne|n mit psychischen Erkrankungen ist hoch. Allerdings lassen die darüber hinaus erhobenen Daten zu kognitiven Fähigkeiten, Verhaltensweisen und psychischen Problemlagen vermuten, dass die Prävalenzen von *Demenzkrankungen und Depressionen* bei der ermittelten Diagnosehäufigkeit eher unterschätzt werden. Denn während „nur“ für 49,1% der Bewohner|innen eine Demenzdiagnose gestellt wurde, beläuft sich der Anteil der Personen mit erheblichen oder stärkeren kognitiven Beeinträchtigungen auf 73,9%. Auch der Teil der Bewohner|innen, bei denen eine Depression diagnostiziert wurde, fällt mit 6,8% gering aus. Andere Untersuchungen ermittelten Anteile schwer depressiver Heimbewohner zwischen 15% und 20% (Weyerer/Bickel 2007). Die Beobachtung der Pflegekräfte, dass ein Viertel der Bewohner|innen (25,3%) mehrmals wöchentlich oder sogar täglich depressive Stimmungslagen und/oder Antriebslosigkeit zeigt, stützt die Vermutung, dass depressive Erkrankungen oft nicht diagnostiziert und behandelt werden. Auch wenn durch das Auftreten dieser Krankheitszeichen nicht zwangsläufig alle Kriterien zur Stellung der Diagnose Depression erfüllt werden, können sogenannte „subdiagnostische“ Symptome sehr wohl die Lebensqualität der Betroffenen beeinträchtigen und sich negativ auf den Verlauf körperlicher Erkrankungen und das Krankheitserleben auswirken (Robert Koch Institut 2009).

Die Mehrzahl der Bewohner|innen (66,2%) hat maximal einmal wöchentlich Kontakt zu Angehörigen und Bekannten. Ihre *sozialen Kontakte* vollziehen sich also vornehmlich innerhalb der Einrichtungen. Daher ist es zumindest verwunderlich, dass mehr als 40% der Nutzer|innen grundsätz-

lich nicht an *sozialen Aktivitäten* teilnehmen, die von den Einrichtungen angeboten werden. Auch wenn es sicherlich Personen gibt, die keinen Wert auf Kontakte zu anderen Nutzer|inne|n legen, erscheint die Rate der Nichtteilnahme sehr hoch. Dies wirft die Frage auf, ob das auf Kontaktförderung zielende *Angebot an Gruppenaktivitäten* tatsächlich den Bedürfnissen und Wünschen der überwiegenden Zahl der Bewohner|innen entspricht. Die Daten lassen keine eindeutige Beurteilung dieses Sachverhaltes zu, denn es wurden keine Einschätzungen der Bewohner|innen selbst erhoben. Auch auf die Intensität informeller, nicht organisierter Kontakte zwischen den Nutzer|inne|n lassen sich keine Rückschlüsse ziehen. Gleichwohl legen die Ergebnisse nahe, der Gestaltung sozialer Aktivitäten vermehrt Aufmerksamkeit zu widmen und sorgfältig zu prüfen, ob das Angebot sich in ausreichendem Maße an den Wünschen, aber auch den Fähigkeiten der Bewohner|innen orientiert. Denn auch die Herstellung und Sicherung sozialer Beteiligungsmöglichkeiten stellt unter Gesundheitsförderungsaspekten eine Aufgabe dar, die einen wichtigen Beitrag zum Wohlbefinden der Nutzer|innen stationärer Langzeitversorgung leisten kann (Schaeffer/Büscher 2009).

Besonderes Augenmerk verdienen auch die Daten zur *Aufenthaltsdauer* der Nutzer|innen. Der direkte Vergleich mit den Ergebnissen der MUG IV - Studie (Schneekloth/von Törne 2007) zeigt, dass sich der Trend zur *Verkürzung der Verweildauern* fortsetzt und immer mehr Personen einen vergleichsweise kürzeren Zeitraum als noch vor Jahren in Einrichtungen der stationären Langzeitversorgung in Deutschland verbringen. Auch wenn sich dies anhand der Erhebungsdaten nicht belegen lässt, handelt es sich doch vermutlich um Nutzer|innen, die erst in der Spätphase längerer Versorgungsverläufe in die stationäre Versorgung übersiedeln, weil ihrem Bedarf in ambulanten Pflegearrangements nicht (mehr) entsprochen werden kann, also um Personen, die sich bereits zu Beginn ihres Aufenthaltes in einer gesundheitlich fragilen Situation befinden und einen hohen Unterstützungsbedarf aufweisen.

Doch obwohl die Gruppe der Nutzer|innen mit vergleichsweise kurzer Aufenthaltsdauer wächst, machen die Ergebnisse deutlich, dass nach wie vor die Mehrheit der erfassten Bewohner|innen (58,2%) einen Zeitraum von mehr als zwei Jahren im Heim verbringt. Um den Bedürfnissen auch dieser Bewohner|innen gerecht zu werden, bedarf es *längerfristig wirksamer Unterstützungskonzepte* und Maßnahmen zur *Gesundheitssicherung*, die auf den Erhalt und die Förderung verbliebener Fähigkeiten und Gesundheitspotenziale sowie die Vermeidung gesundheitlicher Belastungen und damit auf eine größtmögliche Alltagsautonomie und Lebensqualität abzielen.

Die Daten zur *ärztlichen Versorgung* in den beteiligten Einrichtungen zeichnen ein zwiespältiges Bild. Es ist gekennzeichnet durch ein hohes Maß regelmäßiger Kontakte zu Allgemeinmediziner|innen in sämtlichen beteiligten Heimen. Angesichts der vielfach diskutierten Probleme in der medizinischen Versorgung von Heimbewohnern (Hallauer et al. 2005; Schäufele et al. 2007) ist dies ein erfreuliches Ergebnis, wenngleich die Daten keine Aussagen über die kurzfristige Verfügbarkeit hausärztlicher Unterstützung bei akuten Gesundheitsproblemen ermöglichen. Anders die Ergebnisse zur *fachärztlichen Versorgung*: Hier findet sich zum Teil eine sehr geringe Kontakthäufigkeit bzw. Inanspruchnahme, die Fragen aufwirft. Die Zahl der Kontakte bei der fachärztlichen Versorgung - insbeson-



dere zu Augenärzten, Zahnärzten, Urologen, Gynäkologen und Gerontopsychiatern - fällt angesichts der Erkrankungen der Nutzer|innen sehr gering aus. Betroffen ist also sowohl die Versorgung somatischer Erkrankungen als auch die ärztliche Behandlung gerontopsychiatrischer Krankheitsbilder. Insgesamt lassen die Ergebnisse darauf schließen, dass die fachärztliche Versorgung von Bewohner|inne|n stationärer Pflegeeinrichtungen nach wie vor Defizite aufweist, auf die seit längerem regelmäßig hingewiesen wird (BMFSFJ 2002; Hallauer 2005; Rothgang et al. 2008; SVR 2009).

Die Tatsache, dass sich die Ergebnisse zur fachärztlichen Versorgung stark zwischen den einzelnen Einrichtungen unterscheiden, spricht darüber hinaus dafür, dass *regionale Rahmenbedingungen* und die jeweilige *Organisations- und Kooperationskultur eines Heimes* erheblichen Einfluss ausüben. So nachvollziehbar dies ist: Maßstab für die Inanspruchnahme ärztlicher Leistungen sollte der Bedarf der Bewohner|innen sein. Auch die Pflegeeinrichtungen sind aufgefordert, hierzu einen Beitrag zu leisten, in dem sie z.B. Kontakte herstellen und ärztliche Hausbesuche organisatorisch unterstützen (Korte-Pötters et al. 2007). Das Zustandekommen tragfähiger Kooperationsbeziehungen hängt jedoch maßgeblich von der Bereitschaft der einzelnen Ärzte ab, sich in der Versorgung von Heimbewohnern zu engagieren.

Auf das Fortbestehen einer bekannten Problematik im Kontext der medizinischen Versorgung in stationären Pflegeeinrichtungen deuten auch die Ergebnisse zur Medikamenteneinnahme hin. Die *Einnahme vieler unterschiedlicher Medikamente* birgt für ältere Menschen ein erhöhtes Risiko unerwünschter Wechsel- und Nebenwirkungen. Gleichwohl nehmen die Nutzer|innen in unserer Untersuchung im Schnitt regelmäßig 7,2 ärztlich verordnete Medikamente ein. Auch die Tatsache, dass die Schwelle zur *Multimedikation* bei 67,6% von ihnen überschritten wird - also eher die Regel als eine Ausnahme ist - weist zumindest auf ein hohes Gefährdungspotenzial bei vielen Nutzer|inne|n hin, dem im Einzelfall durch eine sorgfältige Überprüfung der Medikation durch einen Arzt oder Apotheker oder aber eine entsprechend spezialisierte Pflegekraft Rechnung getragen werden sollte (Bundesapothekerkammer 2009). Auch in diesem Zusammenhang können Pflegeeinrichtungen durch die Entwicklung und Stärkung entsprechender Kooperationsstrukturen dazu beitragen, die Qualität der Pharmakotherapie positiv zu beeinflussen.

## 6.2 Situation der Mitarbeiter|innen

Auch bei den Ergebnissen zur Gesundheit und Arbeitszufriedenheit der Mitarbeiter|innen bestätigten sich in mehrfacher Hinsicht Resultate anderer Untersuchungen, wengleich partiell neue Aspekte zu Tage traten.

Richtet man den Blick auf die *Belastungen*, denen die Mitarbeiter|innen ausgesetzt sind, so kommt den Faktoren *Zeitmangel* und *quantitative Arbeitslast* eine hohe Bedeutung zu. Aber auch durch Überstunden, das Einspringen für erkrankte Kolleg|inn|en, ungeplante Arbeitsunterbrechungen und schlecht einzuhaltende Pausenzeiten fühlen sich die Befragten hochgradig belastet. Die Arbeitsmenge können sie selten beeinflussen, und ihr Einfluss auf die Arbeitsorganisation erachten sie überwiegend als gering. Diese Ergebnisse stimmen mit denen anderer Studien überein (Berger et al. 2003, Frerichs et al. 2004, Simon et al. 2005).

Auch für die *Qualität der Versorgung* kommt dem von den Befragten empfundenen *Zeitdruck* große Bedeutung zu. Denn es wurde explizit nach *Zeitdruck* gefragt, der sich *negativ auf die Qualität der Arbeit auswirkt*. Nahezu die Hälfte der Mitarbeiter|innen (48,8%) ist der Meinung, dass dies *oft* oder sogar *sehr oft* für ihre Arbeit zutrifft. Dieser Befund steht im Einklang mit den erwähnten Veränderungen der Bewohnerstruktur, die auf einen gestiegenen Unterstützungsbedarf der Nutzer|innen und damit auf eine erhöhte Arbeitsintensität schließen lassen.

Eine angespannte Personalsituation kann jedoch nicht nur negative Auswirkungen auf die Qualität der täglichen Versorgung haben. Auch für die Entwicklung und Durchführung von Interventionen zur *Gesundheitsförderung bei Bewohner|inne|n* ist sie problematisch. Denn insbesondere Pflegekräfte verfügen angesichts ihrer Nähe und ihres intensiven Kontaktes zu den Nutzer|inne|n am ehesten über die Voraussetzungen, Maßnahmen zu identifizieren und anzuwenden, die dem individuellen Bedarf und den Fähigkeiten einer Person entsprechen. Jedoch lassen die Ergebnisse der Mitarbeiterbefragung zu personellen und zeitlichen Rahmenbedingungen vermuten, dass in vielen Einrichtungen kaum Raum für notwendige Qualifikationsmaßnahmen und die Durchführung zusätzlicher Interventionen im Versorgungsalltag besteht.

Es wurden jedoch nicht allein Daten zu belastenden Faktoren, sondern auch zu *Ressourcen*, die sich positiv auf die Gesundheit und Arbeitszufriedenheit der Mitarbeiter|innen auswirken können, erhoben. Wie die Analyse zeigt, sind diese bei vielen Befragten durchaus vorhanden. Die überwiegende Mehrheit von ihnen hat das Gefühl, ihre Arbeit ist wichtig und sinnvoll. Die Mitarbeiter|innen fühlen sich mehrheitlich motiviert und eingebunden in ihr Team und können ihr Fachwissen einsetzen. Auch der Umgang mit Bewohner|inne|n und ihren Angehörigen sowie die Zusammenarbeit mit ehrenamtlichen Mitarbeiter|inne|n werden von der überwiegenden Zahl der Befragten überwiegend positiv bewertet.

Dies dürfte nicht unerheblich zu der Tatsache beitragen, dass die Befragten mehrheitlich zufrieden mit ihrer Arbeit sind und der größte Teil von ihnen die eigene Gesundheit (trotz teilweise bestehender Beschwerden) als insgesamt gut oder sehr gut einschätzt. Weit über 90% der Mitarbeiter|innen bezeichnen ihren Gesundheitszustand als gut oder besser, rund 70% fühlen sich wohl bei dem, was sie tun und rund 65% sind grundsätzlich zufrieden mit ihrer Arbeit. Auch andere Studien, die sich nicht nur Belastungen und Erkrankungen sondern auch Ressourcen und Gesundheitspotenzialen von Pflegenden gewidmet haben, kommen zu ähnlichen Ergebnissen. In der Befragung von Klein und Gaugisch (2005) waren gut acht von zehn Mitarbeiter|inne|n alles in allem mit ihrer Arbeit zufrieden, und neun von zehn bewerteten ihre Arbeit als sinnvoll. In der NEXT-Studie zeigten sich über alle Befragten hinweg rund 50% zufrieden, jedoch schwankten die Werte einrichtungsbedingt von rund 30% bis 80% (Simon et al. 2005). Diese auch in unserer Stichprobe identifizierten Potenziale gilt es im Rahmen betrieblicher Gesundheitsförderung vermehrt zu nutzen und zu stärken.

Ungeachtet dieser insgesamt positiven Befunde zeigen sich bemerkenswerte *Unterschiede zwischen den einzelnen Einrichtungen*. So deuten beispielsweise die Daten zum Wohlbefinden, der Prognose der eigenen Arbeitsfähigkeit und der Arbeitszufriedenheit der Mitarbeiter|innen darauf

hin, dass es einigen Einrichtungen deutlich besser gelingt, bestehenden Herausforderungen so zu begegnen, dass die Belastung der Beschäftigten reduziert wird und Gesundheitspotenziale gestärkt werden.

Zwar ließen sich aufgrund methodischer Probleme die Zusammenhänge zwischen divergierenden Einrichtungsergebnissen bei der Mitarbeitergesundheit und Arbeitszufriedenheit einerseits und den einrichtungsspezifisch vorhandenen Ressourcen und Belastungsfaktoren andererseits nicht im Rahmen von Regressionsmodellen überprüfen. Dennoch machen die zwischen den Einrichtungen angestellten Rangvergleiche deutlich, dass sich einrichtungsspezifische *strukturelle Defizite* und *organisatorische Belastungen*, aber auch *Ressourcen*, auf das Befinden der Mitarbeiter|innen auswirken.

Dem gegenüber scheint die *Bewohnerstruktur* einer Einrichtung - insbesondere das Ausmaß von Funktionseinbußen, Verhaltensweisen und Unterstützungsbedarf unter den Bewohnern - keinen gravierenden Einfluss auf die Gesundheit, das Wohlbefinden und die Arbeitszufriedenheit der Einrichtungsmitarbeiter zu haben. Denn auch Einrichtungen, in denen viele Bewohner|innen einen hohen Unterstützungsbedarf aufweisen, gelingt es aus Sicht der Mitarbeiter|innen, gesundheitsförderliche Arbeitsbedingungen zu schaffen. Einrichtungen mit überdurchschnittlich positiven Ergebnissen bei der Mitarbeitergesundheit und -zufriedenheit zeichnen sich dabei vor allem dadurch aus, dass aus Mitarbeitersicht Ressourcen wie Führungs- und Netzwerkkapital besonders ausgeprägt sind und arbeitsorganisatorisch bedingte Belastungen als geringer eingeschätzt werden.

Die Analyse der Mitarbeiterdaten und der Angaben der Einrichtungen zu Aktivitäten der betrieblichen Gesundheitsförderung ließ keine Rückschlüsse darauf zu, ob und inwieweit Unterschiede zwischen den Einrichtungen möglicherweise das Resultat gezielter Gesundheitsförderungsstrategien sind. Dies mag auch daran liegen, dass in der Praxis unter präventiven und gesundheitsförderlichen Maßnahmen primär Interventionen verstanden werden, die eine Reduzierung körperlicher Belastungen zum Ziel haben. Aspekte der Unternehmensleitung und -organisation, denen für die Gesundheit der Mitarbeiter|innen ebenfalls eine hohe Bedeutung zukommt, werden nicht unbedingt als Bestandteil betrieblicher Gesundheitsförderung angesehen und integriert. Wenn in der Praxis auf Maßnahmen zur Stressbewältigung für Mitarbeiter|innen, z.B. Supervisionsangebote, zurückgegriffen wird, erfolgt dies oft kurzfristig als Reaktion auf akute Konflikte und zu selten im Rahmen einer langfristig angelegten, systematischen Gesundheitsförderungsstrategie (Horn et al. 2011).

Auch wenn ihr individueller Gesundheitszustand von den befragten Mitarbeiter|innen mehrheitlich positiv beurteilt wird, sind Gesundheitsprobleme unter ihnen weit verbreitet. Dies betrifft vor allem körperliche Beschwerden wie Rückenschmerzen oder Muskelschmerzen im Schulter- und Nackenbereich. Jede|r fünfte Mitarbeiter|in leidet täglich oder sogar fast immer an Rückenschmerzen und jede|r vierte Mitarbeiter|in hat täglich oder sogar fast immer Schulter- oder Nackenbeschwerden, und das, obwohl eine hohe Anzahl von ihnen routinemäßig Hilfsmittel bei der Durchführung körperlich belastender Tätigkeiten nutzt. Auch von weniger spezifischen Beschwerden ist ein erheblicher Teil der Mitarbeiter|innen wenigstens wöchentlich (zum Teil auch deutlich häufiger) betroffen. So

leiden 49,2% von ihnen regelmäßig unter Müdigkeit und Mattigkeit, 35,4% geben an, unter Schlafstörungen zu leiden und immerhin 27,2% der Mitarbeiter|innen fühlen sich mindestens einmal in der Woche besonders reizbar. Die genannten Gesundheitsprobleme werden dabei von der überwiegenden Zahl der Befragten auf die Arbeit zurückgeführt. Insbesondere das hohe Ausmaß von muskuloskelettalen Beschwerden und Müdigkeits- und Mattigkeitssymptomen unter den Mitarbeiter|innen sind, so das Ergebnis anderer Untersuchungen, typisch für die stationäre Altenhilfe. Laut BGW-DAK Gesundheitsreport (Berger et al. 2003) leiden in diesem Sektor 81% der Mitarbeiter|innen mäßig bis stark an Kreuz- oder Rückenschmerzen, 76% an Nacken- und Schulterschmerzen und 50 % an Mattigkeit<sup>33</sup>.

Die Analysen zeigen, dass es *weniger körperliche Belastungen* sind, die in Zusammenhang mit diesen Beschwerden stehen. Entscheidenden Einfluss scheinen vielmehr konfliktträchtige Situationen im Umgang mit Bewohner|inne|n, Defizite bei der Arbeitsorganisation und Konflikte bei der Vereinbarkeit von Arbeits- und Familienleben auf körperliche Beschwerden der Mitarbeiter|innen zu nehmen. So überraschend dieses Ergebnis auf den ersten Blick erscheint; es ist bekannt, dass derartige Beschwerden<sup>34</sup> häufig psychosomatischen Ursprungs sind oder ihre Symptome durch psychische Belastungsfaktoren verstärkt werden (Pfungsten 2005). Gerade die quantitative Arbeitslast wird zunehmend als Ursache hierfür diskutiert (Meisel 2004). Die durchgeführten Analysen stützen die Annahme, dass die von den Mitarbeiter|inne|n angegebenen Beschwerden nicht primär auf physische Belastungen zurückzuführen sind, sondern mit anderen, vorwiegend arbeitsorganisatorischen Faktoren und der Vereinbarkeit von Berufs- und Privatleben in Zusammenhang stehen. Auch ist bekannt, dass Altenpflegepersonal häufiger als andere Berufsgruppen von psychosomatischen Beschwerden betroffen ist (44,3% über dem Durchschnitt der berufstätigen Bevölkerung; vgl. Berger et al. 2003). Daher liegt die Vermutung nahe, dass auch in der vorliegenden Stichprobe der gegenüber körperlichen Belastungen größere Einfluss arbeitsorganisatorischer Faktoren auf psychosomatische Wirkungszusammenhänge zurückzuführen ist.

Da in der vorliegenden Stichprobe relativ gesehen viele Personen 50 Jahre und älter waren, kann auch dieser Faktor - insbesondere was muskuloskelettale Beschwerden betrifft - Einfluss auf die Ergebnisse genommen haben, denn derartige Beeinträchtigungen weisen eine hohe Altersabhängigkeit auf. Im Jahr 2003 gingen beispielsweise rund 28% der Arbeitsunfähigkeitsfälle der bis 24jährigen auf eine Muskel-Skelett-Erkrankung zurück, bei den 55jährigen und Älteren lag dieser Anteil mit 45 % deutlich darüber (Meisel 2004). Bei den psychischen und Verhaltensstörungen hin-

---

<sup>33</sup> Aufgrund der Verwendung unterschiedlicher Erhebungsinstrumente sind die Ergebnisse dieser Untersuchung allerdings nicht direkt mit den Ergebnissen des Projektes zu vergleichen.

<sup>34</sup> Die Häufigkeit des Auftretens der Beschwerden wurde mittels der subjektiven Einschätzung der Befragten ermittelt. Diese Daten geben lediglich Auskunft darüber, ob die jeweiligen Beschwerden von den Befragten wahrgenommen werden. Anders als bei der Auswertung ärztlicher Diagnosen lassen sich daher die Ursachen nicht eindeutig physischen oder psychischen Ursachen zuschreiben.

gegen besteht kein derart eindeutiger Altersgradient. Für Personen ab 55 Jahren zeigt sich in Statistiken sogar ein Rückgang derartiger Diagnosen<sup>35</sup>. Da die Befragten in der vorliegenden Stichprobe im Vergleich mit allen Sozialversicherungspflichtigen ein höheres Alter aufweisen, lassen sich die Daten zu gesundheitlichen Beschwerden nur bedingt mit den Ergebnissen anderer Untersuchungen vergleichen und sind in ihrer Größenordnung nur eingeschränkt interpretierbar.

Als bedeutsam sind daher vor allem die zwischen den Einrichtungen bestehenden Differenzen, die nicht auf gravierende Abweichungen der Altersstruktur der Beschäftigten zurückzuführen sind, anzusehen. Denn ähnlich wie bei den Belastungsfaktoren und Ressourcen bestehen auch bei der Mitarbeitergesundheit und -zufriedenheit Unterschiede zwischen den Einrichtungen. Insbesondere bei einzelnen Beschwerden (Müdigkeit/Mattigkeit, Schlafstörungen und Nervosität), dem subjektiven Wohlbefinden, der Prognose der Arbeitsfähigkeit (vor allem bis zum Rentenalter) und der Arbeitszufriedenheit der Befragten finden sich deutliche, statistisch signifikante, Abweichungen.

Die in der Gesamtstichprobe durchgeführten Analysen weisen auf bestehende Zusammenhänge zwischen Ressourcen und Belastungsfaktoren einerseits und der Gesundheit und Arbeitszufriedenheit der Mitarbeiter|innen andererseits hin. Insbesondere belastende Aspekte der Arbeitsorganisation, Konflikte zwischen Arbeits- und Privatleben, als belastend empfundene Verhaltensweisen von Bewohner|innen und das Konstrukt Führungskapital, in dem sich die Qualität des Einrichtungsmanagements widerspiegelt, stehen in Wechselwirkung mit dem Befinden der Beschäftigten. Die Richtung der dabei ermittelten Zusammenhänge ist eindeutig:

- Gute Leitungsstrukturen gehen mit geringer ausgeprägten Burnout-symptomen, einem gesteigerten Wohlbefinden und höherer Arbeitszufriedenheit einher.
- Defizite bei der Arbeitsorganisation und Konflikte bei der Vereinbarkeit von Arbeits- und Privatleben gehen mit hohen Burnout-Werten, einem geringeren Wohlbefinden und niedriger Arbeitszufriedenheit einher.

Die Größenordnung dieser Zusammenhänge konnte jedoch aus methodischen Gründen nicht *differenziert* in einem Gesamtmodell aufgearbeitet werden. Ursprünglich war vorgesehen, die bivariaten Analysen mittels verschiedener Regressionsmodelle multivariat zu überprüfen. Ziel solcher multivariaten Modelle ist es, vereinfacht ausgedrückt, zu ermitteln, wie groß der Einfluss einzelner arbeitsbedingter Einflussfaktoren (unabhängige Variablen) auf die gesundheitliche Situation bzw. die Arbeitszufriedenheit der Mitarbeiter|innen (abhängigen Variablen) ist und wie gut sich mit Hilfe arbeitsbedingter Einflussfaktoren die gesundheitliche Situation prognostizieren lässt. Wie die erhobenen Daten gezeigt haben, stehen jedoch auch die unabhängigen Variablen (Ressourcen und Belastungen) untereinander in einem engen Zusammenhang.

---

<sup>35</sup> Dieses Phänomen könnte allerdings auch auf den so genannten „healthy worker effect“ zurückgehen, denn in diesem Alter sind schwer erkrankte Personen möglicherweise bereits aus dem Berufsleben ausgeschieden und somit in Arbeitnehmerstichproben nicht mehr zu finden.

So geht beispielsweise ein hohes Maß der Ressource Führungskapital mit einem hohen Maß der Ressourcen Netzwerkcapital, Bedeutung der Arbeit, Abgrenzung des eigenen Tätigkeitsbereichs und einem geringem Maß der Belastung durch arbeitsorganisatorische Aspekte und Konflikte bei der Vereinbarkeit von Berufs- und Privatleben einher. Nicht alle dieser *statistischen* Zusammenhänge sind auch *sachlogisch* zu erklären; einige, wie die Zusammenhänge von Führungskapital, Aspekten der Arbeitsorganisation und dem Arbeits-Familie-Konflikt jedoch schon: So lässt sich beispielsweise nachvollziehen, dass Zeitdruck, Arbeitsunterbrechungen und Überstunden emotionalen und zeitlichen Stress erzeugen, der sich negativ auf die Vereinbarkeit von Arbeits- und Privatleben auswirkt. In dieser Argumentationskette ist der Arbeits-Familie-Konflikt nicht nur unabhängige, sondern auch eine von der Arbeitsorganisation und dem Führungskapital abhängige Variable. Mit anderen Worten: Die zweifelsohne bestehenden und auch durch andere Untersuchungen (Galatsch et al. 2012) ermittelten Zusammenhänge zwischen der Vereinbarkeit von Berufs- und Privatleben und der Gesundheit und Zufriedenheit der Mitarbeiter|innen, dürfen nicht isoliert von anderen Belastungsfaktoren und Ressourcen betrachtet werden, denn sie stehen in Wechselwirkung mit ihnen. Solche komplexen Zusammenhänge lassen sich nicht in Regressionsmodelle integrieren.

Trotz dieser methodischen Probleme lassen sich, wie die in Kapitel 5.5 vorgenommenen Rangvergleiche zeigen, die Einflüsse einrichtungstypischer Ressourcen und arbeitsbedingter Belastungsfaktoren auf die Gesundheit und Arbeitszufriedenheit der Mitarbeiter|innen - zumindest bei besonders positiv oder negativ ausgeprägten Ergebnissen - auch bei der *vergleichenden Betrachtung der Einrichtungen* erkennen. Klare Zusammenhänge zwischen dem Gesundheitszustand der Mitarbeiter|innen und dem Pflege- und Betreuungsbedarf der Bewohner|innen waren bei diesem Vergleich hingegen nicht zu identifizieren. Die Tatsache, dass im Altenheim viele schwerstkranke und sterbende Menschen leben, deren Pflege mit einem hohen Grad an körperlicher und emotionaler Belastung einhergeht, steht laut der durchgeführten Analysen in keinem bedeutsamen Zusammenhang mit dem subjektiven Gesundheitszustand der Mitarbeiter|innen<sup>36</sup>. Erst dann, wenn aus Sicht der Befragten aus dem Verhalten der Bewohner|innen häufig konflikträchtige Situationen erwachsen, die als belastend empfunden werden, führt dies zu Beeinträchtigungen der Gesundheit und des Wohlbefindens der Beschäftigten. Das Auftreten dieses Phänomens scheint allerdings weniger vom Anteil kognitiv beeinträchtigter, verhaltensauffälliger Bewohner, als von den in den Einrichtungen herrschenden Rahmenbedingungen abhängig zu sein.

---

<sup>36</sup> Allerdings traten, wie in Kapitel 5.5 dargelegt, bei der Analyse dieses Zusammenhangs methodische Probleme auf. Ein Zusammenhang zwischen der Gesundheit von Mitarbeiter|inne|n und bestimmten Bewohnermerkmalen kann anhand der vorliegenden Daten ebenso wenig belegt wie ausgeschlossen werden.

## 7. Schlussfolgerungen und Empfehlungen

An diesem Punkt der Untersuchung angekommen, stellt sich die Frage, welche Schlussfolgerungen sich aus den dargestellten Ergebnissen ziehen lassen. Ihr soll abschließend nachgegangen werden, wobei wir uns auf die wichtigsten Aspekte für die Qualität der Versorgung und vor allem der Gesundheitsförderung konzentrieren.

- Insgesamt zeigt die vorliegende Untersuchung einmal mehr, dass die pflegerische Versorgung und so besonders die stationäre pflegerische Langzeitversorgung größerer Aufmerksamkeit als bislang bedarf, sei es seitens der Wissenschaft *oder* der Gesundheitspolitik. Denn die Veränderung der Zusammensetzung der Nutzer|innen schreitet sukzessiv weiter voran, und diese befinden sich mehrheitlich in einem fragilen Gesundheitszustand und einer durch Vulnerabilität gekennzeichneten Situation. Gleichwohl sind, wie die Projektergebnisse zeigen, gesundheitsförderliche Potenziale bei den Nutzer|innen erkennbar. Ähnliches gilt, wie gezeigt wurde, auch für die Mitarbeiter|innen. Diese Potenziale besser auszuschöpfen, ebenso die dazu notwendige Konzeptentwicklung voranzutreiben, gehört zu den wichtigen Aufgaben der Zukunft.
- Der Versorgungsalltag in der stationären Langzeitversorgung ist, so wurde deutlich, inzwischen durch eine große und wachsende Zahl an Menschen mit chronischen Krankheiten und besonders mit *kognitiven Beeinträchtigungen* und *demenzassoziierten Verhaltensweisen* geprägt. Dies stellt hohe Anforderungen an die *Kompetenz der Einrichtungsmitarbeiter*. Sie müssen beispielsweise in der Lage sein, gerontopsychiatrische Problemlagen zu erkennen und sie bei der Planung und Umsetzung pflegerischer Maßnahmen zu berücksichtigen. Dafür stehen der Praxis seit einigen Jahren entsprechende Empfehlungen und Konzepte zur Verfügung (ex. Bartholomeyczik et al. 2006; MDS 2009). In welchem Umfang tatsächlich auf sie zurückgegriffen wird und inwieweit stationäre Pflegeeinrichtungen ihre Mitarbeiter|innen zur Umsetzung dieser Empfehlungen (weiter) qualifizieren, ist mangels entsprechender Untersuchungen jedoch schwer abzuschätzen. Gleichwohl gibt es Hinweise auf entsprechenden Entwicklungsbedarf (MDS 2012). So konnte eine aktuelle Studie zeigen, dass z.B. die systematische Einschätzung von kognitiven Defiziten und Verhaltensauffälligkeiten im Rahmen des pflegerischen Assessments keineswegs die Regel ist (Wingefeld et al. 2011b). Ein solches Vorgehen ist jedoch die Grundlage für einen geplanten, vorausschauenden Umgang mit demenzbedingten Verhaltensweisen und sollte daher in der Praxis stärker verankert werden.
- Der Blick auf kognitive und kommunikative Einbußen, unter denen die Mehrzahl der Nutzer|innen leidet, macht gleichzeitig deutlich, dass der Anwendung verhaltensbezogener Ansätze wie der Gesundheitskommunikation, -information und -edukation in der stationären Langzeitversorgung enge Grenzen gesetzt sind, denn zu einer bewussten Änderung gesundheitsschädlicher Verhaltensweisen bzw. der Optimierung ihres Gesundheitsverhaltens sind viele Bewohner|innen nicht (mehr) in der Lage. Daher ist die Entwicklung neuer Konzepte gefordert, die es ermöglichen, das Gesundheitsverhalten dieser Bewohner|innen auf anderen Wegen positiv zu beeinflussen. Die Ergebnisse legen nahe, dabei

den Themen Bewegungsförderung und Ernährung besondere Aufmerksamkeit zu widmen.

- Kognitiv beeinträchtigte Nutzer|innen sind - wie gezeigt wurde - in besonders hohem Maße in ihrer Mobilität eingeschränkt. Auch ihr Mobilitätsstatus verschlechtert sich tendenziell häufiger als bei kognitiv weniger eingeschränkten Personen. Daher kommt gerade bei dieser Nutzergruppe Interventionen zur *Bewegungsförderung* ein hoher Stellenwert zu. Ähnliches gilt auch für die anderen Bewohner, doch wirft diese Aufgabe bei Menschen mit kognitiven Beeinträchtigungen besondere konzeptionelle und didaktische Anforderungen auf. Wie angedeutet wurde, sind viele in der Praxis etablierte Konzepte dafür nicht oder nur bedingt geeignet. Auch hier bedarf es also der Konzeptentwicklung.
- Doch auch für Personen ohne kognitive Beeinträchtigungen bedarf es der Entwicklung adressatengerechter Konzepte zur Bewegungsförderung. Denn von bewegungsfördernden Maßnahmen sind nur dann positive Effekte zu erwarten, wenn sie mit einer individuell passgenauen Intensität und Häufigkeit durchgeführt werden, also dem Leistungsniveau der Teilnehmer entsprechen. Angesichts der unterschiedlichen kognitiven Fähigkeiten und Mobilitätspotenziale der Bewohner|innen bedarf es daher einer stärkeren Diversifizierung bestehender und neu zu entwickelnder Angebote, damit nicht nur Über- sondern auch Unterforderungen vermieden werden.
- Bei aller Bedeutung, die dem Thema Mobilitäts- und Bewegungsförderung sowohl für kognitiv als auch primär körperlich beeinträchtigte Bewohner|innen zukommt, sollten mit dem Einsatz einschlägiger Interventionskonzepte realistische Erwartungen verbunden werden. Angesichts der bestehenden Funktionseinschränkungen und Krankheiten der Nutzer|innen sind Verbesserungen vermutlich nur bei einem kleinen Personenkreis zu erzielen (Horn et al. 2012). In erster Linie wird es darum gehen, verbliebene gesundheitliche Ressourcen zu erhalten und Abwärtsentwicklungen zu vermeiden bzw. zu verlangsamen. Allein die Realisierung dieses Zieles muss als Erfolg betrachtet werden und leistet einen wichtigen Beitrag zum Erhalt partieller Alltagsautonomie, die für viele Bewohner|innen maßgeblich zum Wohlbefinden beiträgt (Schmitt 2011).
- Im Rahmen der Qualitätsentwicklung wie auch der Gesundheitsförderung von Nutzer|innen kommt dem Thema *Ernährung* ebenfalls eine wichtige Rolle zu. Die Ergebnisse legen nahe, es nicht ausschließlich mit Blick auf Gefahren der Mangelernährung (der zweifellos bedeutsam ist) zu betrachten, sondern auch das Phänomen Übergewicht als wichtiges Thema für die stationäre Langzeitversorgung aufzugreifen, da es viele Bewohner|innen betrifft und sowohl für die Betroffenen als auch die Mitarbeiter|innen negative gesundheitliche Auswirkungen haben kann. Dies bedeutet jedoch nicht, dass bei übergewichtigen Heimbewohner|innen pauschal eine Gewichtsreduktion angestrebt werden sollte, denn Gewichtsabnahmen sind, in Abhängigkeit vom Gesundheitszustand und Erkrankungen einer Person, nicht frei von Risiken (Deutsche Gesellschaft für Ernährungsmedizin 2007). In vielen Fällen



wird es weniger die Reduktion, sondern der geeignete Umgang mit Fragen der Ernährung und auch dem bestehendem Übergewicht sein, der im Fokus steht. Das Thema Ernährung bietet neben individuellen Interventionsmöglichkeiten auch zahlreiche Ansatzpunkte für setting-bezogene Veränderungen, z.B. die stärkere Beteiligung von Bewohner|innen bei der Planung und Zubereitung von Mahlzeiten oder das Umgestalten des Umfelds, in dem Mahlzeiten eingenommen werden. Diese Gestaltungsmöglichkeiten sollten konsequent genutzt werden.

- Wenngleich den Themen Bewegungsförderung und Ernährung, wie die Ergebnisse zeigen, jeweils besondere Bedeutung zukommt, liegt es nahe, bei der Neukonzipierung von Interventionen von einer eindimensionalen Ausrichtung abzusehen und mehrdimensionale Konzepte anzustreben. So sollte bei der Entwicklung bewegungsfördernder Interventionen beispielsweise die Frage, ob und inwieweit deren Ausgestaltung gleichzeitig Potenziale zur Pflege und dem Aufbau sozialer Kontakte oder der Thematisierung von Ernährungsfragen bietet, mitgedacht werden (Horn et al. 2012). Denn eine solche *Kombination verschiedener Zielsetzungen* kann einerseits die Attraktivität des Angebotes für die Nutzer|innen steigern und trägt andererseits dazu bei, die Ressourcen der Einrichtungen effizient einzusetzen.
- Wie die Ergebnisse zeigen, sind viele Bewohner|innen *gesundheitlichen Risiken, Schädigungen und Belastungen*, z.B. der Entstehung von Dekubitalulcera oder gravierender Sturzfolgen ausgesetzt. Bemerkenswert sind in diesem Zusammenhang die teils erheblichen Abweichungen zwischen den Ergebnissen einzelner Einrichtungen. Denn diese Differenzen können nicht allein aus der jeweiligen Bewohnerstruktur heraus erklärt werden, sondern lassen auf eine *unterschiedliche Versorgungsqualität* schließen, die sich direkt auf das Befinden der Nutzer|innen auswirkt. Die Tatsache, dass es einigen Einrichtungen gelingt hierbei zu deutlich überdurchschnittlichen Ergebnissen zu kommen macht deutlich, dass in den anderen Einrichtungen *Verbesserungspotenziale* bestehen, die es zu nutzen gilt. Allerdings wurde in der vorliegenden Untersuchung nicht der Versuch unternommen, zu klären, worauf diese Differenzen zurückzuführen sind. Dazu bedarf es einer genaueren Analyse der in den Einrichtungen bestehenden Strukturen und Versorgungsprozesse. Daher sind weiterführende Studien, die sich eingehender mit Aspekten der Ergebnisqualität und den damit zusammenhängenden Arbeitsweisen der Einrichtungen befassen, erforderlich.
- Auch zur medizinischen Versorgung förderte das Projekt interessante Ergebnisse zu Tage. Sie belegen einmal mehr, dass deren Qualität verbesserungswürdig ist und hoher Anpassungsbedarf an die Bedarfslagen der Bewohner|innen besteht, vor allem bei der *fachärztlichen Versorgung* und der *Pharmakotherapie*. Auch wenn die überwiegende Zahl der Nutzer|innen erfreulicherweise regelmäßige Kontakte zu Allgemeinmedizinern hat, finden sich mit Blick auf die fachärztliche Versorgung deutliche Hinweise auf eine Unterversorgung, denn die Zahl der Kontakte - insbesondere zu Augenärzten, Zahnärzten, Urologen, Gynäkologen und Gerontopsychiatern - fällt angesichts der Erkrankungen und Einschränkungen der Nutzer|innen sehr gering aus. Auch die Tatsache, dass bei rund zwei Dritteln der Bewohner|innen die Schwelle zur *Mul-*

*timedikation* überschritten wird, ist besorgniserregend. Hier gilt es, wie seit längerem angemahnt (ex. SVR 2009), Bedingungen für eine bedarfsgerechtere Versorgung zu schaffen. Ob die jüngste Initiative des Gesetzgebers, verstärkt monetäre Anreize zu setzen und die Krankenkassen beim Zustandekommen von Kooperationsvereinbarungen zwischen Ärzten und Pflegeeinrichtungen stärker einzubinden (BMG 2012), dazu ausreicht, scheint allerdings fraglich. Denn Kooperationen gelingen erfahrungsgemäß dann am besten, wenn zwischen den Beteiligten Einigkeit über gemeinsame Ziele besteht (Garms-Homolová et al. 1998). Externe Anreize können zwar zum Gelingen beitragen, reichen aber für sich genommen selten aus.

- Auch wenn der überwiegende Teil der Bewohner|innen nach wie vor über einen längeren Zeitraum in einer Einrichtung der stationären Langzeitversorgung lebt, wächst die Gruppe der Nutzer|innen mit einer Aufenthaltsdauer von wenigen Monaten und Wochen. Dadurch kommt der Begleitung von *Menschen in der letzten Lebensphase* im Vergleich zu früheren Jahren eine sehr viel größere Bedeutung zu. Stationäre Pflegeeinrichtungen müssen ihr Angebot noch stärker auf diese Bewohner|innen abstimmen. Deren Situation ist in der Regel durch einen hohen Versorgungsbedarf und ausgeprägte Krankheitssymptome gekennzeichnet, die zu bewältigen sind. Um für diesen Personenkreis eine qualitativ hochwertige *palliative Versorgung* zu gewährleisten, bedarf es entsprechender konzeptioneller und organisatorischer Anpassungen (z.B. der verstärkten Kooperation mit Hospizdiensten und einschlägig qualifizierten Ärzten), einer dem Versorgungsbedarf angemessenen Personalausstattung, aber auch entsprechend qualifizierter Mitarbeiter|innen (Heller/Pleschberger 2008; Wingenfeld 2008). Trotz entsprechender Bemühungen im Rahmen einzelner Modellvorhaben sind die meisten stationären Pflegeeinrichtungen auf diese Anforderungen noch nicht ausreichend vorbereitet (Ewers 2011). Darüber hinaus unterstreichen die Daten zum Auftreten *kognitiver Beeinträchtigungen* die dringende Notwendigkeit, Palliativversorgungskonzepte zu entwickeln, die dem speziellen Bedarf dieser Nutzergruppe entsprechen.
- Insgesamt besteht, so wurde deutlich, erheblicher Entwicklungs- und Verbesserungsbedarf mit Blick auf die Qualität der Versorgung und die Gesundheitsförderung der Nutzer|innen in der stationären Langzeitversorgung. Allerdings muss auch darauf hingewiesen werden, dass die damit verbundenen *organisatorischen Anpassungen*, aber auch die Durchführung zeitintensiver, *bislang unüblicher Maßnahmen* mit Zeitaufwand einhergehen. Entsprechende zeitliche und personelle Ressourcen zur Verfügung zu stellen wirft für manche Einrichtungen angesichts ihrer personellen Ausstattung Probleme auf. Die Diskussion um die Einführung eines neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs, der den komplexen Unterstützungsbedarf demenzkranker Personen bei der Einstufung in eine Pflegestufe stärker berücksichtigt, weist in dieser Hinsicht in die richtige Richtung.

Richten wir nun den Blick auf die Ergebnisse auf der Mitarbeiterseite, denn auch aus ihnen lassen sich wichtige Schlussfolgerungen und Konsequenzen für die Gestaltung von Gesundheitsförderung und Prävention ziehen.

- Grundsätzlich ist festzuhalten, dass pauschale Hinweise auf einen insgesamt schlechten Gesundheitszustand und eine geringe Arbeitszufriedenheit der Mitarbeiter|innen stationärer Pflegeeinrichtungen durch die Ergebnisse nicht bestätigt werden. Denn es zeigten sich sowohl mit Blick auf Belastungen und Ressourcen, aber auch bei der Gesundheit und dem Wohlbefinden der Beschäftigten teils erhebliche Unterschiede zwischen einzelnen Einrichtungen.
- In Einrichtungen, in denen die Mitarbeiter|innen für sich eine klare Aufgabenstellung erkennen können und ihre Handlungsspielräume als vergleichsweise groß einschätzen, fielen die Ergebnisse zur Gesundheit und Arbeitszufriedenheit tendenziell besser aus. In diesem Zusammenhang hat auch die Wahrnehmung der Mitarbeiter|innen, aus ihrer Sicht in angemessener Weise mit den Bedarfslagen und Bedürfnissen der Bewohner|innen umgehen zu können, einen positiven Effekt. Dies deutet an, dass eine entsprechende Änderung der Arbeitsbedingungen unmittelbare Auswirkungen auf die Qualität und auch das Wohlbefinden der Mitarbeiter|innen haben dürfte.
- Bislang stehen jedoch im Rahmen des betrieblichen Gesundheitsmanagements jedoch meist verhaltensbezogene Ansätze, die auf die Minimierung körperlicher Belastungen zielen, im Mittelpunkt (Schempp et al. 2012). Grundsätzlich ist der Einsatz derartiger Maßnahmen angesichts der im Pflegeberuf auftretenden Belastungen, die sich auch in dieser Untersuchung zeigten, zwar berechtigt. Da sich aber auch einrichtungsspezifische Rahmenbedingungen wie die Führungskultur, das soziale Miteinander unter den Mitarbeitern oder Aspekte der Arbeitsorganisation erheblich - unseren Daten zufolge sogar stärker als physische Belastungen - auf die Gesundheit und das Wohlbefinden der Mitarbeiter|innen auswirken, sollte die Gestaltung und Verbesserung der Arbeitsverhältnisse und -bedingungen verstärkt als Ansatzpunkt für Gesundheitsförderung begriffen und berücksichtigt werden. Dies gilt umso mehr, als der Handlungs- und Gestaltungsspielraum von Pflegeeinrichtungen mit Blick auf strukturelle und organisatorische Rahmenbedingungen - anders als bei der Vermeidung physischer Belastungen - erheblich ist.
- Programme, die im Rahmen von Personalentwicklungsmaßnahmen gezielt auf die Stärkung von Leitungskompetenzen und Kommunikationsfähigkeiten zielen, liegen durchaus vor (ex. Gregersen et al. 2010). Jedoch ist weniger die kurzfristige Implementation einzelner Programmbausteine, sondern deren Anwendung im Rahmen langfristig konzipierter, breit angelegter Veränderungsstrategien erfolgversprechend. Zur Umsetzung werden nicht nur finanzielle sondern auch personelle Ressourcen benötigt, was den Erwartungen vieler Einrichtungen zuwider läuft, denn sie möchten mit möglichst minimalem Ressourceneinsatz Verbesserungen der Mitarbeitergesundheit und Arbeitszufriedenheit erreichen (vgl. ebd.).

- Obwohl in der vorliegenden Untersuchung zahlreiche Erkenntnisse zur Qualität der Versorgung und der Gesundheit sowohl der Nutzer|innen als auch der Mitarbeiter|innen gewonnen wurden, ließen sich nicht sämtliche Ausgangsfragen beantworten. So konnten Zusammenhänge zwischen organisatorischen und personellen Ressourcen von Pflegeeinrichtungen und der Versorgungsqualität - in erster Linie aufgrund methodischer Probleme - nicht eindeutig identifiziert werden. Dennoch geben andere Untersuchungen Hinweise darauf, dass sich insbesondere die Personalausstattung von Gesundheitseinrichtungen auf die Gesundheit von Patient|inne|n und Bewohner|inne|n auswirken kann (Needleman/Buerhaus 2003; Needleman et al. 2011). Vor diesem Hintergrund sei nochmals auf den hohen Anteil befragter Mitarbeiter|innen hingewiesen, aus deren Sicht die Qualität ihrer Arbeit aufgrund knapper Zeitressourcen negativ beeinflusst wird. Auch wenn sich diese Einschätzungen bei der Auswertung der Daten nicht mit messbaren Qualitätsdefiziten auf Seiten der Bewohner|innen verknüpfen ließen, sollte ihnen nachgegangen werden. Dazu bedarf es allerdings weitergehender Untersuchungen, die sich differenzierter der Erfassung von Qualitätsmerkmalen und der Personalausstattung stationärer Pflegeeinrichtungen widmen, als dies im Rahmen dieses Projektes möglich war.
- Auch aufgrund des zeitlichen Rahmens und der Anlage als Querschnittsuntersuchung konnten einige Aspekte der Nutzer- und Mitarbeitergesundheit nicht oder nur ansatzweise einbezogen werden. Dies betrifft beispielsweise die Veränderung des Pflege- und Gesundheitszustandes der Bewohner|innen. Hierzu konnten zwar retrospektive Einschätzungen der Mitarbeiter|innen erhoben werden. Dies kann allerdings die differenzierte Erfassung gesundheitlicher Entwicklungen, wie sie im Rahmen von Längsschnittstudien über einen längeren Zeitraum möglich ist, nicht ersetzen. Daher sei nochmals ausdrücklich auf den Forschungsbedarf hingewiesen, der in der stationären pflegerischen Langzeitversorgung besteht und der mit der Forderung nach Neu- und Weiterentwicklung von Konzepten zur Qualitäts- und Gesundheitsförderung zu einer drängenden Herausforderung wird. Denn für viele damit auf die Tagesordnung gelangende Fragen fehlt es an hinreichendem empirischem Wissen.
- Abschließend bleibt ein anderer Aspekt anzusprechen. Es dürfte deutlich geworden sein, dass Qualitätsverbesserung und vor allem Gesundheitsförderung sowohl die Nutzer- wie auch die Mitarbeiterseite einschließen muss. Beide Seiten bedürfen gleichermaßen der Aufmerksamkeit, wobei die Mitarbeitergesundheit besonders durch Intervention auf institutioneller und arbeitsorganisatorischer Ebene profitieren würde, wie die Untersuchung gezeigt hat. Doch fragt sich, wie dabei vorzugehen und wo die Priorität zu setzen ist: Sollen Interventionskonzepte und -maßnahmen entweder auf die Nutzer|innen oder die Mitarbeiter|innen bzw. die Organisation zielen, wie dies der derzeit gängigen Praxis entspricht und auch durch die Befunde der vorliegenden Untersuchung legitimiert werden könnte? Oder sollen Interventionen parallel erfolgen und nicht nur dort ansetzen, wo aktuell ein Problem besteht, das der Intervention bedarf? Dass diese Frage keineswegs banal ist, zeigt ein Blick in die Praxis, denn dort wird - oft geleitet durch wechselnden Problemdruck - meist erst dieses und dann jenes probiert,

weil unklar ist, wo Ansatz- oder Anknüpfungspunkte liegen und wie Interventionen zusammengeführt werden könnten (Horn et al. 2011). Sinnvoll ist, zu einem integrativen Konzeptansatz zu gelangen, der Nutzer|innen und gleichermaßen die Mitarbeiter|innen umfasst, dabei allerdings - so die Empfehlung - die Nutzer|innen in das Zentrum der Bemühungen stellt, denn sie sind diejenigen, an die sich das Versorgungssystem adressiert und deren gesundheitliche Situation durch besondere Vulnerabilität gekennzeichnet ist. Auf andere Personengruppen und Ebenen zielende Interventionen sollten dem - eng verknüpft - nachgelagert werden. Eine solche Vorgehensweise ist allerdings Zukunftsmusik, denn auch für sie fehlt es noch an Konzepten. Sie wissenschaftlich fundiert zu entwickeln gehört daher zu den Herausforderungen der Zukunft.

Dabei sollte nicht aus dem Blick geraten, dass es zur Realisierung einer bedarfsgerechten Gesundheitsförderung und Prävention neben der Entwicklung innovativer Konzepte ebenso deren erfolgreicher Implementierung bedarf. Darüber, wie Einrichtungen der stationären Langzeitversorgung unter den herrschenden Rahmenbedingungen erfolgreich neue Konzepte aufgreifen und implementieren können und wodurch sie sich bei deren Auswahl leiten lassen, ist wenig bekannt. Vermutlich spielen dabei jedoch häufig externe Anforderungen sowie der vorhandene strukturelle und finanzielle Rahmen eine wichtige Rolle. Auch hierzu bedarf es weiterführender Untersuchungen, um die Faktoren zu identifizieren, die in der Praxis zum Gelingen von Implementationsprozessen beitragen oder sich als hinderlich erweisen. Fehlen diese Erkenntnisse oder werden sie bei der Konzipierung von Interventionen nicht mit in Betracht gezogen, besteht die Gefahr, dass diese ins Leere laufen, weil sie von den Einrichtungen nicht adaptiert und umgesetzt werden. Daher bedarf es auch hier weiterer Aufmerksamkeit.

## Literatur

- Afentakis, A./Maier, T. (2010): Projektionen des Personalbedarfs und -angebots in Pflegeberufen bis 2025. *Wirtschaft und Statistik* 11/2010, 990-1002
- Aries, M./Zuppinger Ritter, I. (1999): Pflegende mit und ohne Burnout: Ein Vergleich. *Pflege* 12, Nr. 2, 83-88
- Badura, B./Hehlmann, T. (2003): *Betriebliche Gesundheitspolitik: der Weg zur gesunden Organisation*. Berlin, Heidelberg: Springer
- Badura, B./Greiner, W./Rixgens, P./Ueberle, M./Behr, M. (2008): *Sozialkapital. Grundlagen von Gesundheit und Unternehmenserfolg*. Berlin, Heidelberg: Springer
- Bartholomeyczik, S./Metzing, S. (2004): Erfassung von Hilfsmitteln und Kenntnissen zur Unterstützung eines rückengerechten Bewohnertransfers in der stationären Altenpflege. Universität Witten/Herdecke: Abschlussbericht: Stand 26. April 2004
- Bartholomeyczik, S./Halek, M./Riesner, C. (2006): *Rahmenempfehlungen zum Umgang mit herausforderndem Verhalten bei Menschen mit Demenz in der stationären Altenpflege*. Berlin: Bundesministerium für Gesundheit
- BAuA (2008): *Why WAI? Der Work Ability Index im Einsatz für Arbeitsfähigkeit und Prävention - Erfahrungsberichte aus der Praxis*. Dortmund-Dorstfeld: Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin
- Behr, M./Rixgens, P./Badura, B. (2008): *Das Unternehmensmodell - Elemente und Zusammenhänge*. In: Badura, B./Greiner, W./Rixgens, P./Ueberle, M./Behr, M. (Hg.): *Sozialkapital. Grundlagen von Gesundheit und Unternehmenserfolg*. Berlin, Heidelberg: Springer, 31-41
- Berger, G./Schweitzer, P. (2004): Stimmt der Job - stimmt die Pflege. Was Mitarbeitern besonders wichtig ist. *Schritte zur besseren Arbeitssituation*. *Altenheim* 43, Nr. 8, 14-21
- Berger, J./Nolting, H.-D./Schiffhorst, G./Genz, H.O./Kordt, M. (2001): *BGW-DAK Gesundheitsreport 2001. Altenpflege. Arbeitsbedingungen und Gesundheit von Pflegekräften in der stationären Altenpflege*. Hamburg: BGW/DAK
- Berger, J./Nolting, H.-D./Genz, H.O./Küfner, S./Nienhaus, A. (2003): *BGW-DAK Gesundheitsreport 2003. Altenpflege. Arbeitsbedingungen und Gesundheit von Pflegekräften in der stationären Altenpflege*. Hamburg: BGW/DAK
- Berzins, K./Reilly, S./Abell, J./Hughes, J./Challis, D. (2009): UK self-care support initiatives for older patients with long-term conditions: a review. *Chronic Illness* 5, Nr. 1, 56-72
- BGW (2008): *Betriebsklima und Gesundheit systematisch messen. Anleitung für eine Mitarbeiterbefragung*. Hamburg: BGW
- BMFSFJ - Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (2001): *Dritter Bericht zur Lage der älteren Generation in der Bundesrepublik Deutschland: Alter und Gesellschaft (Bundestagsdrucksache 14/5139)*. Berlin: Deutscher Bundestag
- BMFSFJ - Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (2002): *Vierter Bericht zur Lage der älteren Generation in der Bundesrepublik Deutschland: Risiken, Lebensqualität und Versorgung Hochaltriger - unter besonderer Berücksichtigung demenzieller Erkrankungen*. Berlin: Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend

- BMFSFJ - Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (2006): Erster Bericht des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend über die Situation der Heime und die Betreuung der Bewohnerinnen und Bewohner Berlin: Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend
- BMG (2012): Entwurf eines Gesetzes zur Neuausrichtung der Pflegeversicherung (Pflege - Neuausrichtungsgesetz - PNG). Referentenentwurf. Verfügbar unter: [http://www.bmg.bund.de/fileadmin/dateien/Downloads/P/Pflegeversicherung\\_g\\_Pflegereform/Referentenentwurf\\_Neuausrichtung\\_\\_Pflegeversicherung\\_12\\_0124.pdf](http://www.bmg.bund.de/fileadmin/dateien/Downloads/P/Pflegeversicherung_g_Pflegereform/Referentenentwurf_Neuausrichtung__Pflegeversicherung_12_0124.pdf) (12.03.2012)
- Bostick, J.E./Rantz, M.J./Flesner, M.K./Riggs, C.J. (2006): Systematic review of studies of staffing and quality in nursing homes. *Journal of the American Medical Directors Association* 7, Nr. 6, 366-376
- Braun, B./Müller, R. (2005): Arbeitsbelastungen und Berufsausstieg bei Krankenschwestern. *Pflege & Gesellschaft* 10, Nr. 3, 131-141
- Brause, M./Horn, A./Schaeffer, D./Büscher, A. (2010): Gesundheitsförderung in der Langzeitversorgung. Teil II. Bielefeld: Veröffentlichungsreihe des Instituts für Pflegewissenschaft an der Universität Bielefeld (IPW). P10-144
- Bundesagentur für Arbeit (2011): Arbeitsmarktberichterstattung. Gesundheits- und Pflegeberufe in Deutschland. Nürnberg: Bundesagentur für Arbeit
- Bundesapothekerkammer (2009): Empfehlungen der Bundesapothekerkammer zur Qualitätssicherung. Versorgung der Bewohner von Heimen. Verfügbar unter: [http://www.abda.de/fileadmin/assets/Praktische\\_Hilfen/Handlungsanweisungen/Heimversorgung/LL\\_Heimversorgung.pdf](http://www.abda.de/fileadmin/assets/Praktische_Hilfen/Handlungsanweisungen/Heimversorgung/LL_Heimversorgung.pdf) (13.02.2012)
- Büscher, A./Wingenfeld, K. (2008): Funktionseinschränkungen und Pflegebedürftigkeit im Alter. In: Kuhlmeier, A./Schaeffer, D. (Hg.): *Alter, Gesundheit und Krankheit*. Bern: Huber, 107-119
- Capon, A./Pavoni, N./Mastromattei, A./Di Lallo, D. (2007): Pressure ulcer risk in long-term units: prevalence and associated factors. *Journal of Advanced Nursing* 58, Nr. 3, 263-272
- Carr, E.C.J./Mann, E.M. (2002): *Schmerz und Schmerzmanagement*. Bern: Huber
- Castle, N.G. (2008): Nursing home caregiver staffing levels and quality of care: a literature review. *Journal of Applied Gerontology* 27, Nr. 4, 375-405
- Castle, N.G./Engberg, J. (2008): Further examination of the influence of caregiver staffing levels on nursing home quality. *The Gerontologist* 48, Nr. 4, 464-476
- Dassen, T. (Hg.) (2007): *Prävalenzerhebung 2007: Pflegeabhängigkeit, Sturzereignisse, Inkontinenz, Dekubitus* Berlin: Charité - Institut für Medizin-, Pflegepädagogik und Pflegewissenschaft
- Dassen, T. (Hg.) (2008): *Prävalenzerhebung 2008: Pflegeabhängigkeit, Sturzereignisse, Inkontinenz, Dekubitus* Berlin: Charité - Institut für Medizin-, Pflegepädagogik und Pflegewissenschaft
- Deutsche Ernährungsgesellschaft (2008): *Ernährungsbericht 2008 - Ernährungssituation in Deutschland*. Deutsche Ernährungsgesellschaft
- Deutsche Gesellschaft für Ernährungsmedizin (2007): *Evidenzbasierte Leitlinie: Prävention und Therapie der Adipositas*. Deutsche Adipositas-Gesellschaft, Deutsche Diabetes-Gesellschaft, Deutsche Gesellschaft für Ernährung, Deutsche Gesellschaft für Ernährungsmedizin
- Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege (2006): *Expertenstandard Sturzprophylaxe in der Pflege. Entwicklung - Konsentierung - Implementierung*. Osnabrück: DNQP

- Ducki, A. (1998): Ressourcen, Belastungen und Gesundheit. In: Bamberg, E. (Hg.): Handbuch Betriebliche Gesundheitsförderung. Göttingen: Verlag für Angewandte Psychologie, 145-154
- Elkeles, B./Fischer, K./Fuchs, K. (2008): Schmerztherapie in Seniorenheimen - Ein unterschätztes Problem. Notfall & Hausarztmedizin 34, Nr. 8, 440-445
- Evashwick, C.J. (2005): The Continuum of Long-Term Care. 3rd Edition. New York: Thomson Delmar Learning
- Ewers, M. (2011): Pflege und Versorgung am Ende des Lebens. In: Schaeffer, D./Wingenfeld, K. (Hg.): Handbuch Pflegewissenschaft. Weinheim, München: Juventa, 561-577
- Feichtinger, L./Thiele, C./Baumann, U./Mitmannsgruber, H./Somweber, M. (2002): Der Umzug ins Seniorenheim aus der Sicht von nicht institutionalisierten Senioren. Zeitschrift für Gerontopsychologie und -psychiatrie 15, Nr. 3, 125-137
- Fox, P.L./Raina, P./Jadad, A.R. (1999): Prevalence and treatment of pain in older adults in nursing homes and other long-term care institutions: a systematic review. Canadian Medical Association Journal 160, Nr. 3, 329-333
- Frerichs, F./Freundlieb, A./Krämer, K./Sporket, M./Wienold, K. (2004): Personalstrukturen, Arbeitsbedingungen und Arbeitszufriedenheit in der stationären Altenpflege - Abschlussbericht. Dortmund: Forschungsgesellschaft für Gerontologie
- Friebe, J. (2006): Migrantinnen und Migranten in der Altenpflege. Bestandsaufnahme, Personalgewinnung und Qualifizierungen in Nordrhein-Westfalen. Bonn: Deutsches Institut für Erwachsenenbildung
- Galatsch, M./Iskenius, M./Müller, B.H./Hasselhorn, H.M. (2012): A Comparison of general health and potential predictors of general health among nurses in different age groups in Germany. Pflege 25, Nr. 1, 23-32
- Garms-Homolová, V. (2008): Prävention bei Hochbetagten. In: Kuhlmei, A./Schaeffer, D. (Hg.): Alter, Gesundheit und Krankheit. Bern: Huber
- Garms-Homolová, V. (2011): Pflege im Alter. In: Schaeffer, D./Wingenfeld, K. (Hg.): Handbuch Pflegewissenschaft. Weinheim, München: Juventa, 405-427
- Garms-Homolová, V./Maurer, M./Schaeffer, D. (1998): Konzepte und Voraussetzungen der Kooperation. In: Garms-Homolová, V./Schaeffer, D. (Hg.): Medizin und Pflege. Kooperation in der ambulanten Versorgung. Wiesbaden: Ullstein Medical, 1-5
- Görres, S./Hasseler, M. (2008): Gesundheit und Krankheit vulnerabler älterer Bevölkerungsgruppen. In: Kuhlmei, A./Schaeffer, D. (Hg.): Alter, Gesundheit und Krankheit. Bern: Huber, 175-189
- Grabbe, Y./Nolting, H.-D./Loos, S. (Hg.) (2005): DAK-BGW Gesundheitsreport 2005. Stationäre Krankenpflege. Hamburg: BGW/DAK
- Gregersen, S./Wohlert, C. - BGW (2005): Psychische Belastungen in der Altenpflege. Zusammenfassung verschiedener Studien. Hamburg: BGW. Verfügbar unter: [http://www.bgw-online.de/internet/generator/Inhalt/Onlininhalt/Medientypen/bgw\\_20forschung/Psychische\\_20Belastungen\\_20in\\_20der\\_20Altenpflege.property=pdfDownload.pdf](http://www.bgw-online.de/internet/generator/Inhalt/Onlininhalt/Medientypen/bgw_20forschung/Psychische_20Belastungen_20in_20der_20Altenpflege.property=pdfDownload.pdf) (11.08.2008)
- Gregersen, S./Zimber, A./Kuhnert, S./Nienhaus, A. (2010): Betriebliche Gesundheitsförderung durch Personalentwicklung Teil II: Praxistransfer eines Qualifizierungsprogramms zur Prävention psychischer Belastungen. Gesundheitswesen 72, Nr. 4, 216-221
- Gutzmann, H./Zank, S. (2005): Demezielle Erkrankungen - Medizinische und psychosoziale Interventionen. Stuttgart: Kohlhammer



- Hackmann, T. (2009): Arbeitsmarkt Pflege: Bestimmung der künftigen Altenpflegekräfte unter Berücksichtigung der Berufsverweildauer. Forschungszentrum Generationenverträge: Diskussionsbeiträge. Verfügbar unter: <http://www.vwl.uni-freiburg.de/fakultaet/fiwil/publikationen/242.pdf> (11.11.2009)
- Hallauer, J. (2005): Wirklichkeit der Pharmakotherapie bei Heimbewohnern mit Demenz. Ergebnisse einer neuen Felduntersuchung in 23 Pflegeheimen. *Krankenpflege Journal* 43, Nr. 7, 206
- Hallauer, J./Bienstein, C./Lehr, U./Rönsch, H. (2005): SÄVIP - Studie zur ärztlichen Versorgung in Pflegeheimen. Hannover: Vincenz
- Hämel, K./Schaeffer, D. (2012): Fachkräftemangel in der Pflege - viel diskutiert, politisch ignoriert? *Gesundheits- und Sozialpolitik* 66, Nr. 1, 38-46
- Haslbeck, J./Schaeffer, D. (2011): Selbstverantwortung im Gesundheitswesen, diskutiert am Medikamentenmanagement aus Sicht chronisch kranker Patienten. *Gesundheitswesen* 73, Nr. 3, e44-e50
- Hasselhorn, H.-M./Tackenberg, P./Müller, B.H. (2005a): Warum will Pflegepersonal in Europa die Pflege verlassen? In: Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin (Hg.): *Berufsausstieg bei Pflegepersonal. Arbeitsbedingungen und beabsichtigter Berufsausstieg bei Pflegepersonal in Deutschland und Europa*. Dortmund, Berlin, Dresden: *Wirtschaftsverlag NW*, 124-134
- Hasselhorn, H.M./Tackenberg, P./Müller, B.H. (2005b): Warum will Pflegepersonal in Europa die Pflege verlassen? In: Hasselhorn, H.M./Müller, B.H./Tackenberg, P./Kümmerling, A./Simon, M. (Hg.): *Berufsausstieg bei Pflegepersonal. Arbeitsbedingungen und beabsichtigter Berufsausstieg bei Pflegepersonal in Deutschland und Europa*. Dortmund: Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin, 124-134
- Heinze, C. (2008): Sturzereignisse. In: Dassen, T. (Hg.): *Prävalenzerhebung 2008: Pflegeabhängigkeit, Sturzereignisse, Inkontinenz, Dekubitus* Berlin: Charité - Institut für Medizin-, Pflegepädagogik und Pflegewissenschaft
- Heller, A./Pleschberger, S. (2008): Palliative Versorgung im Alter. In: Kuhlmei, A./Schaeffer, D. (Hg.): *Alter, Gesundheit und Krankheit*. Bern: Huber, 382-399
- Horn, A./Schaeffer, D. (2011): Nutzerorientierte Gesundheitsförderung in der stationären Langzeitversorgung. Ergebnisse einer Expertenbefragung. Bielefeld: Veröffentlichungsreihe des Instituts für Pflegewissenschaft an der Universität Bielefeld (IPW). P10-146
- Horn, A./Brause, M./Schaeffer, D. (2011): Gesundheitsförderung in der stationären Langzeitversorgung - Ergebnisse einer Expertenbefragung. *Prävention und Gesundheitsförderung* 6, Nr. 4, 262-269
- Horn, A./Brause, M./Schaeffer, D. (2012): Bewegungsförderung in der (stationären) Langzeitversorgung. In: Geuter, G./Hollederer, A. (Hg.): *Handbuch Bewegungsförderung und Gesundheit*. Bern: Huber, 305-318
- Horn, A./Brause, M./Schaeffer, D./Büscher, A. (2010): Gesundheitsförderung in der stationären Langzeitversorgung. Teil I. Bielefeld: Veröffentlichungsreihe des Instituts für Pflegewissenschaft an der Universität Bielefeld (IPW). P10-143
- INQA (2008): *Gute Lösungen in der Pflege II. Beispiele guter Praxis einer gesundheitsgerechten und qualitätsfördernden Arbeitsgestaltung von Pflegearbeitsplätzen in Krankenhäusern, stationären Pflegeeinrichtungen und ambulanten Pflegediensten*. Dortmund: INQA

- Institut der deutschen Wirtschaft (2011): Doppeltes Demografieproblem. iw-dienst 37, Nr. 21, 7
- International Council of Nurses (o. J.): Nursing Matters. Nursing Sensitive Outcome Indicators. Verfügbar unter: [http://www.icn.ch/matters\\_indicators .pdf](http://www.icn.ch/matters_indicators.pdf) (12.01.2009)
- Karl-Trummer, U./Novak-Zezula, S./Griebler, R. (2007): Job strain as predictor for health and well being of hospital staff. Empirical results from a staff survey in six Austrian hospitals. *European Journal of Public Health* 17, 236-236
- Kayser-Jones, J. (2009): Nursing Homes. A Health-promoting or Dependency-promoting Environment? *Family & Community Health/ Supplement* 32, Nr. 1S, S66-S74
- Klein, B./Gaugisch, P. (2005): Gute Arbeitsgestaltung in der Altenpflege. Selbstbewertung als partizipationsorientierte und nachhaltige Methode für die gesundheitsförderliche Arbeitsgestaltung in der Pflege. Dortmund: INQA
- Korte-Pötters, U./Wingenfeld, K./Heitmann, D. (2007): Konzepte zur Sicherstellung der Versorgungsqualität in vollstationären Einrichtungen. In: Ministerium für Arbeit Gesundheit und Soziales des Landes Nordrhein-Westfalen (MAGS) (Hg.): Referenzmodelle. Band 5: Qualitätsverbesserung in der vollstationären Pflege - Leitfaden zur praktischen Umsetzung des Referenzkonzepts. Düsseldorf: MAGS
- Kromark, K./Wohlert, C./Köhler, S./Hasselhorn, H.-M./Schmidt, S./Loos, S./Zimmer, A. (2007): Sieht die Pflege bald alt aus? BGW-Pflegereport 2007. Hamburg: Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege. Verfügbar unter: [http://www.bgw-online.de/internet/generator/Inhalt/OnlineInhalt/Medientypen/bgw\\_20themen/TS-AP0711\\_\\_Pfleregereport2007 ,property=pdfDownload.pdf](http://www.bgw-online.de/internet/generator/Inhalt/OnlineInhalt/Medientypen/bgw_20themen/TS-AP0711__Pfleregereport2007 ,property=pdfDownload.pdf) (11.08.2008)
- Kuhlmann, A./Schäfer, B. (2007): Overview on health promotion for older people in Germany. Verfügbar unter: [http://www.healthproelderly.com/pdf/National\\_report1\\_Germany\\_ge.pdf](http://www.healthproelderly.com/pdf/National_report1_Germany_ge.pdf) (08.05.2009)
- Kuhlmey, A. (2008): Altern - Gesundheit und Gesundheitseinbußen. In: Kuhlmey, A./Schaeffer, D. (Hg.): *Alter, Gesundheit und Krankheit*. Bern: Huber, 85-96
- Kuhlmey, A./Schaeffer, D. (Hg.) (2008): *Alter, Gesundheit und Krankheit*. Bern: Huber
- Küsgens, I. (2005): Krankheitsbedingte Fehlzeiten in Altenpflegeberufen - Eine Untersuchung der in Altenpflegeeinrichtungen tätigen AOK-Versicherten, 2003. In: Badura, B./Schellschmidt, H./Vetter, C. (Hg.): *Fehlzeiten-Report 2004. Gesundheitsmanagement in Krankenhäusern und Pflegeeinrichtungen. Zahlen, Daten, Analysen aus allen Branchen der Wirtschaft*. Berlin, Heidelberg: Springer, 203-220
- Lahmann, N. (2009): Dekubitus. In: Dassen, T. (Hg.): *Bundesweite Erhebung zu Pflegeproblemen 2009. Studie aus Pflegeheimen und Krankenhäusern*. Berlin: Charité - Universitätsmedizin Berlin, Institut für Medizin-, Pflegepädagogik und Pflegewissenschaft
- Landtag NRW (2005): *Situation und Zukunft der Pflege in NRW. Bericht der Enquete-Kommission des Landtags von Nordrhein-Westfalen*. Düsseldorf: Landtag NRW
- Leppin, A. (2006): Burnout: Konzept, Verbreitung, Ursachen und Prävention. In: Badura, B./Schellschmidt, H./Vetter, C. (Hg.): *Fehlzeiten-Report 2006. Chronische Krankheiten*. Heidelberg: Springer Medizin Verlag, 99-109
- McElhone, A.L./Limb, Y. (2005): Health Promotion/Disease Prevention in Older Adults - An Evidence-Based Update. Part III: Nursing Home Population. *Clinical Geriatrics* 13, Nr. 9, 24-31

- MDS (2009): Grundsatzstellungnahme - Pflege und Betreuung von Menschen mit Demenz in stationären Einrichtungen. Essen: Medizinischer Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen e.V. (MDS)
- MDS (Hg.) (2012): 3. Bericht des MDS nach § 114a Abs. 6 SGB XI. Qualität in der ambulanten und stationären Pflege. Essen: Medizinischer Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen e.V.
- Medicare (2010): Nursing Home Compare - Quality Measures (Q1). Verfügbar unter: <http://data.medicare.gov/dataset/Nursing-Home-Compare-Quality-Measures-Q1-gnfb-ghmy> (01.06.2010)
- Meisel, P. (2004): Alter und Gesundheit. Spezialanalyse 2003. AOK Rheinland. Die Gesundheitskasse. Köln: Institut für Betriebliche Gesundheitsförderung BGF GmbH
- Menning, S. (2006a): GeroStat-Report Altersdaten. Gesundheitszustand und gesundheitsrelevantes Verhalten Älterer. Berlin: Deutsches Zentrum für Altersfragen (DZA)
- Menning, S. (2006b): GeroStat-Report Altersdaten. Lebenserwartung, Mortalität und Morbidität im Alter. DZA. Verfügbar unter: [http://www.dza.de/SharedDocs/Publikationen/GeroStat\\_20Report\\_20Altersdaten/GeroStat\\_Report\\_Altersdaten\\_\\_20Heft\\_2\\_2006,templateId=raw,property=publicationFile.pdf/GeroStat\\_Report\\_Altersdaten\\_%20Heft\\_2\\_2006.pdf](http://www.dza.de/SharedDocs/Publikationen/GeroStat_20Report_20Altersdaten/GeroStat_Report_Altersdaten__20Heft_2_2006,templateId=raw,property=publicationFile.pdf/GeroStat_Report_Altersdaten_%20Heft_2_2006.pdf) (17.03.2009)
- Menning, S./Hoffmann, E. (2009): Funktionale Gesundheit und Pflegebedürftigkeit. In: Böhm, K./Tesch-Römer, C./Ziese, T. (Hg.): Gesundheit und Krankheit im Alter. Berlin: Robert Koch Institut, Statistisches Bundesamt, Deutsches Zentrum für Altersfragen, 62-78
- Meyer, G./Köpke, S. (2008): Freiheitseinschränkende Maßnahmen in Alten- und Pflegeheimen: eine multizentrische Beobachtungsstudie. In: Schaeffer, D./Behrens, J./Görres, S. (Hg.): Optimierung und Evidenzbasierung pflegerischen Handelns. Weinheim, München: Juventa
- Müller-Mundt, G. (2005): Chronischer Schmerz. Herausforderung für die Versorgungsgestaltung und Patientenedukation. Bern: Huber
- Naidoo, J./Wills, J. (2003): Lehrbuch der Gesundheitsförderung. Gamburg: Verlag für Gesundheitsförderung
- Needleman, J./Buerhaus, P. (2003): Nurse staffing and patient safety: current knowledge and implications for action. *International Journal for Quality in Health Care* 15, Nr. 4, 275-277
- Needleman, J./Buerhaus, P./Pankratz, V.S./Leibson, C.L./Stevens, S.R./Harris, M. (2011): Nurse staffing and inpatient hospital mortality. *New England Journal of Medicine* 364, Nr. 11, 1037-1045
- Nübling, M./Stößel, U./Hasselhorn, H.-M./Michaelis, M./Hofmann, F. - BAUA (2005): Methoden zur Erfassung psychischer Belastungen. Dortmund, Berlin, Dresden: BAUA. Verfügbar unter: [http://www.baua.de/nn\\_28516/de/Publikationen/Forschungsberichte/2005/Fb1058,xv=vt.pdf](http://www.baua.de/nn_28516/de/Publikationen/Forschungsberichte/2005/Fb1058,xv=vt.pdf) (19.06.2009)
- Pfingsten, M. (2005): Psychologische Faktoren. In: Hildebrandt, J./Müller, G./Pfingsten, M. (Hg.): Lendenwirbelsäule. Diagnostik und Therapie von Rückenschmerzen. München: Urban und Fischer, 26-39
- Pringle, D./Doran, D.M. (2003): Patient Outcomes as an Accountability. In: Doran, D.M. (Hg.): *Nursing Sensitive Outcomes - State of the Science*. Mississauga: Jones and Bartlett Publishers, 1-26

- Rixgens, P. (2010): Messung von Sozialkapital im Betrieb durch den »Bielefelder Sozialkapital-Index« (BISI). In: Badura, B./Schröder, H./Klose, J./Macco, K. (Hg.): Fehlzeiten-Report 2009. Arbeit und Psyche: Belastungen reduzieren - Wohlbefinden fördern. Zahlen, Daten, Analysen aus allen Bereichen der Wirtschaft. Heidelberg: Springer Medizin Verlag, 263-271
- Robert Koch Institut (2007): Gesundheit in Deutschland. Berlin: Robert Koch Institut
- Robert Koch Institut (2009): Gesundheit und Krankheit im Alter. Beiträge zur Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Berlin: Robert Koch Institut
- Rothgang, H./Borchert, L./Müller, R./Unger, R. (2008): GEK-Pflegereport 2008. Schwerpunktthema: Medizinische Versorgung in Pflegeheimen. St. Augustin: Asgard
- Schaeffer, D./Wingenfeld, K. (2004): Pflegerische Versorgung alter Menschen. In: Kruse, A./Martin, M. (Hg.): Enzyklopädie der Gerontologie. Altersprozesse aus multidisziplinärer Sicht. Bern: Huber
- Schaeffer, D./Büscher, A. (2009): Möglichkeiten der Gesundheitsförderung in der Langzeitversorgung. Empirische Befunde und konzeptionelle Überlegungen. Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie 42, 441-451
- Schaeffer, D./Moers, M. (2011): Bewältigung chronischer Krankheiten - Herausforderungen für die Pflege. In: Schaeffer, D./Wingenfeld, K. (Hg.): Handbuch Pflegewissenschaft. Weinheim, München: Juventa, 329-364
- Schäufele, M./Köhler, L./Lode, S./Weyerer, S. (2007): Menschen mit Demenz in stationären Pflegeeinrichtungen: aktuelle Lebens- und Versorgungssituation. In: Schneekloth, U./Wahl, H.W. (Hg.): Möglichkeiten und Grenzen selbständiger Lebensführung in stationären Einrichtungen (MuG IV). Berlin: Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend, 169-231
- Schempp, N./Zelen, K./Strippel, H. (2012): Präventionsbericht 2011. Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung: Primärprävention und betriebliche Gesundheitsförderung. Essen, Berlin: Medizinischer Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen, GKV-Spitzenverband
- Schmidt, M./Schneekloth, U. (2011): Abschlussbericht zur Studie "Wirkungen des Pflege-Weiterentwicklungsgesetzes". Berlin: Bundesministerium für Gesundheit
- Schmidt, S./Palm, R./Dichter, M./Hasselhorn, H.-M. (2011a): Arbeitsbedingte Prädiktoren für Zufriedenheit in der Demenzversorgung bei Pflegenden in stationären Altenpflegeeinrichtungen. Pflege 24, Nr. 2, 85-95
- Schmidt, S.G./Palm, R./Dichter, M./Müller, B.H./Hasselhorn, H.M. (2011b): 3Q-Studie. Zusammen erfassen, was zusammen gehört. Abschlussbericht. Wuppertal: Bergische Universität Wuppertal
- Schmitt, S. (2011): Subjektive Gesundheitskonzepte und Gesundheitsförderung im Alter. Dissertation
- Schmitz, G. (2009): Inkontinenz. In: Dassen, T. (Hg.): Bundesweite Erhebung zu Pflegeproblemen 2009. Studie aus Pflegeheimen und Krankenhäusern. Berlin: Charité - Universitätsmedizin Berlin, Institut für Medizin-, Pflegepädagogik und Pflegewissenschaft
- Schneekloth, U./Wahl, H.W. (Hg.) (2007): Möglichkeiten und Grenzen selbständiger Lebensführung in stationären Einrichtungen (MuG IV). Berlin: Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend

- Schneekloth, U./von Törne, I. (2007): Entwicklungstrends in der stationären Versorgung - Ergebnisse der Infratest-Repräsentativerhebung. In: Schneekloth, U./Wahl, H.W. (Hg.): Möglichkeiten und Grenzen selbständiger Lebensführung in stationären Einrichtungen (MuG IV). Berlin: Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend, 53-168
- Siegrist, J. (1996): Soziale Krisen und Gesundheit. Göttingen: Hogrefe
- Simon, M. (2012): Beschäftigte und Beschäftigungsstrukturen in Pflegeberufen. Eine Analyse der Jahre 1999 bis 2009. Hannover: Deutscher Pflegerat
- Simon, M./Tackenberg, P./Hasselhorn, H.M./Kümmerling, A./Büscher, A./Müller, B.H. (2005): Auswertung der ersten Befragung der NEXT-Studie in Deutschland. Wuppertal: Universität Wuppertal
- Statistisches Bundesamt (2008): Pflegestatistik 2007. Wiesbaden: Statistisches Bundesamt
- Statistisches Bundesamt (2009): Bevölkerung und Erwerbstätigkeit. Struktur der sozialversicherungspflichtigen Beschäftigten. Wiesbaden: Statistisches Bundesamt
- Statistisches Bundesamt (2011): Pflegestatistik 2009. Wiesbaden: Statistisches Bundesamt
- Statistisches Bundesamt (2012): Ad-hoc-Tabelle: Beschäftigte im Gesundheitswesen: Deutschland, Jahre, Berufe, Geschlecht, Altersgruppen. Verfügbar unter: [https://www-genesis.destatis.de/genesis/online/logon?Language=de&sequenz=tabellen&selectionname=23621\\*](https://www-genesis.destatis.de/genesis/online/logon?Language=de&sequenz=tabellen&selectionname=23621*) (27.03.2012)
- Steering Committee Responsible Care (2008): Quality Framework Responsible Care. Rijswijk: Steering Committee Responsible Care
- SVR (2007): Kooperation und Verantwortung. Voraussetzungen einer zielorientierten Gesundheitsversorgung. Gutachten des Sachverständigenrates zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen 2007. Bonn
- SVR (2009): Koordination und Integration - Gesundheitsversorgung in einer Gesellschaft des längeren Lebens. Sondergutachten des Sachverständigenrates zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen 2009. Bonn
- Tackenberg, P./Hasselhorn, H.M./Büscher, A. (2005): Pflege in Europa. In: Hasselhorn, H.M./Müller, B.H./Tackenberg, P./Kümmerling, A./Simon, M. (Hg.): Berufsausstieg bei Pflegepersonal. Arbeitsbedingungen und beabsichtigter Berufsausstieg bei Pflegepersonal in Deutschland und Europa. Dortmund: Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin, 21-29
- Tannen, A./Schütz, T./Dassen, T./van Nie-Visser, N./Meijers, J.M./Halfens, R. (2008): Mangelernährung in deutschen Pflegeheimen und Krankenhäusern - Pflegebedarf und pflegerische Versorgung. Aktuelle Ernährungsmedizin 33, 177-183
- Tervo-Heikkinen, T./Kvist, T./Partanen, P./Vehvilainen-Julkunen, K./Aalto, P. (2008): Patient satisfaction as a positive nursing outcome. Journal of Nursing Care Quality 23, Nr. 1, 58-65
- Thürmann, P./Jaehde, U. (2010): Abschlussbericht zum Projekt Arzneimittelsicherheit in Alten- und Pflegeheimen: Querschnittsanalyse und Machbarkeit eines multidisziplinären Ansatzes. Witten/Herdecke: Universität Witten/Herdecke
- Walter, U. (2008): Möglichkeiten der Gesundheitsförderung und Prävention im Alter. In: Kuhlmeier, A./Schaeffer, D. (Hg.): Alter, Gesundheit und Krankheit. Bern: Huber, 245-262

- Walter, U./Schwartz, F.-W. (2001): Gesundheit der Älteren und Potentiale der Prävention und Gesundheitsförderung. In: Deutsches Zentrum für Altersfragen (Hg.): Potentiale, gesundheitliche und Umweltressourcen. Expertisen zum Dritten Altenbericht der Bundesregierung. Band 1. Opladen: Leske & Buderich
- Weyerer, S./Bickel, H. (2007): Grundriss Gerontologie Band 14. Epidemiologie psychischer Erkrankungen im höheren Lebensalter. Stuttgart: Kohlhammer
- WHO (2008): Caring for People with chronic conditions. New York: World Health Organization
- Wieland, R. (2009): Gesundheitsreport 2009 - Psychische Gesundheit und psychische Belastungen. Wuppertal: Barmer Ersatzkasse
- Wingenfeld, K. (2008): Stationäre pflegerische Versorgung alter Menschen. In: Kuhlmei, A./Schaeffer, D. (Hg.): Alter, Gesundheit und Krankheit. Bern: Huber, 370-381
- Wingenfeld, K./Schnabel, E. (2002): Pflegebedarf und Leistungsstruktur in vollstationären Pflegeeinrichtungen. Bielefeld/Dortmund: Institut für Pflegewissenschaften (IPW), Forschungsgesellschaft für Gerontologie e.V. (FfG)
- Wingenfeld, K./Büscher, A./Gansweid, B. (2008): Das neue Begutachtungsassessment zur Feststellung von Pflegebedürftigkeit. Abschlussbericht zur Hauptphase 1: Entwicklung eines neuen Begutachtungsinstruments. Bielefeld/Münster: Institut für Pflegewissenschaft (IPW), Medizinischer Dienst der Krankenversicherung Westfalen-Lippe (MDK WL)
- Wingenfeld, K./Seidl, N./Ammann, A. (2011a): Präventive Unterstützung von Heimbewohnern mit Verhaltensauffälligkeiten. Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie 44, Nr. 1, 27-32
- Wingenfeld, K./Kleina, T./Franz, S./Engels, D./Mehlan, S./Engel, H. (2011b): Entwicklung und Erprobung von Instrumenten zur Beurteilung der Ergebnisqualität in der stationären Altenhilfe. Abschlussbericht. Berlin: Bundesministerium für Gesundheit & Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend
- World Health Organization (2000): Obesity: preventing and managing the global epidemic. Report of a WHO consultation. World Health Organization