

Hochschule Zittau/ Görlitz  
Fakultät Sozialwissenschaften

# **Masterarbeit im Studiengang Soziale Gerontologie (Master of Arts)**

Thema:

**Erarbeitung eines Konzeptes zur Implementierung eines  
Betrieblichen Gesundheitsmanagements beim Caritas Verband für  
das Bistum Dresden-Meißen e.V.**

**WS 2017/2018**

**Erstgutachter\*in: Prof. Dr. habil. Gisela Thiele**  
**Zweitgutachter\*in: Katja Knauthe M.A.**

vorgelegt von:

Konrad Skatula  
Jan-Skala-Straße 2  
01917 Kamenz  
Matrikelnummer: 212499

Kamenz, 07.08.2018

## Inhaltsverzeichnis

<b>Einleitung</b> .....	<b>1</b>
<b>1 Theoretische Grundlagen</b> .....	<b>4</b>
1.1 Ausgewählte Begriffsbestimmungen.....	4
1.1.1 Der Begriff Gesundheit und ausgewählte Modelle.....	4
1.1.2 Entstehung und Inhalt des betrieblichen Gesundheitsmanagements .....	6
1.1.3 Die Definition der betrieblichen Gesundheitsförderung .....	7
1.1.4 Aufbau und Inhalt der DIN SPEC 91020.....	7
1.1.5 Klärung des Begriffs „not-for-profit Organisation“ .....	8
1.1.6 WHO Definition von Gesundheitsförderung .....	9
1.1.7 Die Ottawa Charta .....	9
1.2 Bedeutung für das Unternehmen .....	10
1.2.1 Vorstellung des Caritasverbandes.....	10
1.2.2 Luxemburger Deklaration zur betrieblichen Gesundheitsförderung .....	12
1.3 Gründe für die Einführung .....	13
1.3.1 Fachkräftemangel im Gesundheitsbereich .....	13
1.3.2 Sich verändernde Mitarbeiterstrukturen .....	15
1.3.3 Der ältere Arbeitnehmer .....	16
1.4 Ziele des Gesundheitsmanagements.....	19
1.4.1 Das gesunde Unternehmen.....	19
1.4.2 Betriebliches Gesundheitsmanagement Definition und Ziele .....	21
1.4.3 Kosten und Nutzen des Gesundheitsmanagements .....	22
<b>2 Betriebliches Gesundheitsmanagement Praxisbeispiele</b> .....	<b>26</b>
2.1 Gesund arbeiten (gesa) – Gesundheitsförderung am Arbeitsplatz .....	26
2.2 Beispiele für Maßnahmen des Gesundheitsmanagements .....	28
2.3 Schlussfolgerungen aus den Praxisbeispielen.....	33
<b>3 Empirische Untersuchung zum betrieblichen Gesundheitsmanagement..</b>	<b>33</b>
3.1 Vorgespräch zur Erstellung des Konzeptes .....	34
3.2 Interviews mit ausgewählten Experten.....	36
3.2.1 Methodisches Vorgehen.....	36
3.2.2 Inhaltsanalyse der Gespräche .....	40
3.2.3 Ergebnisse der Interviews .....	49
3.2.4 Schlussfolgerungen aus den Interviews .....	52
3.3 Befragung der Einrichtungsleiter .....	52
3.3.1 Methodisches Vorgehen.....	52
3.3.2 Ergebnisse der Befragung.....	56
3.3.3 Schlussfolgerungen aus der Befragung .....	63

<b>4 Konzept zur Einführung .....</b>	<b>64</b>
4.1 Ergebnisse der Experteninterviews und der Befragung .....	64
4.2 Gewinnen der Einrichtungsleiter und Pflegedienstleiter .....	64
4.3 Stärken-Schwächen Analyse .....	65
4.4 Das Budget .....	67
4.5 Der Zeitplan.....	68
4.6 Mögliche Kooperationspartner .....	69
4.7 Konkrete Maßnahmen.....	71
<b>Zusammenfassung .....</b>	<b>74</b>
<b>Fazit .....</b>	<b>76</b>
<b>Tabellenverzeichnis.....</b>	<b>78</b>
<b>Abbildungsverzeichnis.....</b>	<b>79</b>
<b>Literaturverzeichnis.....</b>	<b>80</b>
<b>Anhang .....</b>	<b>85</b>
<b>Eidesstattliche Erklärung.....</b>	<b>90</b>

## Einleitung

Der Bereich der Altenhilfe hat in den vergangenen Jahren einen regelrechten Boom erfahren. So ist die Zahl der Pflegeheime von 11 029 im Jahr 2007 auf 13 596 im Jahr 2015 angewachsen. Das entspricht einem Zuwachs von rund 23 %. Auch die Zahl der ambulanten Pflegedienste stieg im gleichen Zeitraum um rund 16 % auf 13.323 an.<sup>1</sup> Gleichzeitig ist eine niedrige Geburtenrate zu verzeichnen, so beträgt Kohorten Fertilität des Jahrgangs 1966 nur 1,53.<sup>2</sup> Entsprechend dem steigenden Personalbedarf im Gesundheitssektor und der niedrigen Fertilität, geht das Statistische Bundesamt in einer Projektion des Personalbedarfs und –angebots in Pflegeberufen bis 2025, in unterschiedlichen Szenarien davon aus, dass bereits ab dem Jahr 2020 der Bedarf an Pflege- und Pflegefachkräften im Gesundheitssektor höher sein wird, als die zur Verfügung stehenden Arbeitskräfte.<sup>3</sup> Hinzu kommt, dass das Renteneintrittsalter bis 2024 schrittweise auf 66 Jahre und bis 2031 auf 67 Jahre steigen wird.<sup>4</sup> Für Arbeitgeber bedeutet dies zum einen vorhandene Mitarbeiter zu pflegen und zum anderen die Attraktivität des Unternehmens für Bewerber zu erhöhen. Ein wichtiges Instrument dafür ist das betriebliche Gesundheitsmanagement. In der durch die Weltgesundheitsorganisation initiierten Ottawa Charta, der ersten einer Reihe von internationalen Konferenzen zur Gesundheit und Gesundheitsförderung, heißt es dazu:

*„Die sich verändernden Lebens-, Arbeits- und Freizeitbedingungen haben entscheidenden Einfluss auf die Gesundheit. Die Art und Weise, wie eine Gesellschaft die Arbeit, die Arbeitsbedingungen und die Freizeit organisiert, sollte eine Quelle der Gesundheit und nicht der Krankheit sein. Gesundheitsförderung schafft sichere, anregende, befriedigende und angenehme Arbeits- und Lebensbedingungen.“<sup>5</sup>*

Auf europäischer Ebene ist die wichtigste Proklamation die Luxemburger Deklaration zur betrieblichen Gesundheitsförderung. Sie benennt als Akteure: Arbeitgeber, Arbeitnehmer und die Gesellschaft, die zur Verbesserung von Gesundheit und

---

<sup>1</sup> Statistisches Bundesamt (2018): <https://www.destatis.de/DE/ZahlenFakten/GesellschaftStaat/Gesundheit/Pflege/Tabellen/PflegeeinrichtungenDeutschland.html;jsessionid=EC2A69612DB30649E5F564EAF65E3E53.InternetLive2> , gesichtet am 06.01.2018

<sup>2</sup> Statistisches Bundesamt (2018): <https://www.destatis.de/DE/ZahlenFakten/GesellschaftStaat/Bevoelkerung/Geburten/Geburten.html> , gesichtet am 06.01.2018

<sup>3</sup> Afentakis Anja, Maier Tobias für Statistisches Bundesamt (2010): Wirtschaft und Statistik 11/2010, Projektionen des Personalbedarfs und –angebots in Pflegeberufen bis 2025, S.990 ff

<sup>4</sup> N24 (2017): <https://www.welt.de/wirtschaft/article167683056/Wo-Deutschland-im-europaweiten-Renten-Vergleich-liegt.html> , gesichtet am 07.01.2018

<sup>5</sup> WHO (1986): Ottawa-Charta. WHO-autorisierte Übersetzung: Hildebrandt/Kickbusch auf der Basis von Entwürfen aus der DDR und von Badura sowie Milz, S. 3

Wohlbefinden am Arbeitsplatz zusammenarbeiten sollen.<sup>6</sup> In der nationalen Gesetzgebung sind die Maßnahmen der Gesundheitsförderung und Prävention für Arbeitnehmer im Arbeitsschutz- und Arbeitssicherheitsgesetz verankert. Die Folgen eines fehlenden oder schlechten Gesundheitsmanagements, beschreibt die Allgemeine Ortskrankenkasse (AOK) in ihrem Artikel: „Folgen von Präsentismus – hohe Kosten für Arbeitgeber“<sup>7</sup>. Es geht darin um die Kosten und die Bedeutung von Fehltagen durch Arbeitnehmer und die Auswirkungen, wenn Arbeitnehmer trotz Krankheit zur Arbeit kommen. Letzteres wird als „Präsentismus“ bezeichnet. Die Kosten, die für Unternehmen pro Jahr und Mitarbeiter anfallen, sind dabei enorm. Die finanziellen Mehraufwendungen für kranke Mitarbeiter belaufen sich auf ca. 1.199 Euro pro Jahr. Für Mitarbeiter, die trotz Krankheit zur Arbeit kommen und damit eine Verlängerung der Krankheit und eine sinkende Produktivität hervorrufen, liegen die geschätzten Aufwendungen gar bei 2.399 Euro. Die AOK nimmt dabei Bezug auf eine Studie der Unternehmensberatung Booz & Company für die Felix-Burda-Stiftung aus dem Jahr 2011.<sup>8</sup> Neben ökonomischen Aspekten, sind auch pflegewissenschaftliche Erkenntnisse zu beachten. Im Bereich der Altenhilfe ist das beispielsweise das Modell der Bezugspflege. Es wurde erstmals von Marie Manthey in den 60iger Jahren am Universitätsklinikum in Minneapolis eingeführt und ist bei einem hohen Krankenstand nicht umsetzbar, da es unter anderem auf der Kontinuität des eingesetzten Personals basiert.<sup>9</sup> Häufige Wechsel der Bezugspersonen widersprechen dem Konzept und wirken sich zusätzlich negativ auf die zu betreuenden Personen aus. Dies trifft insbesondere auf Menschen mit Demenz zu. Die Implementierung eines Gesundheitsmanagements kann einen großen Teil zur Reduzierung krankheitsbedingter Fehltagbeiträge beitragen, was einerseits einen positiven ökonomischen Effekt hat und auf der anderen Seite hilft, die Qualität der Pflege und Betreuung älterer Menschen zu verbessern. Der Begriff Gesundheitsmanagement umfasst also alle Maßnahmen zur Vorbeugung von Krankheiten sowie Maßnahmen, die zur Erhaltung und Verbesserung der Gesundheit und des Wohlbefindens der Mitarbeitenden führen. Dazu gehören auch das betriebliche Wiedereingliederungsmanagement und der Bereich der Gesundheitsförderung.

Das Ziel dieser Arbeit besteht darin, die wissenschaftliche Vorarbeit zu leisten für die Implementierung eines Gesundheitsmanagements beim Caritas Verband für das

---

<sup>6</sup> Luxemburger Deklaration zur betrieblichen Gesundheitsförderung in der Europäischen Union (2007)

<sup>7</sup> AOK: <http://www.aok-business.de/gesundheit/bgf-fuer-ihre-mitarbeiter/psychische-gesundheit/praesentismus/folgen-von-praesentismus-hohe-kosten-fuer-arbeitgeber/> , gesichtet am 20.10.2017

<sup>8</sup> Fricker Rolf (2011): <https://www.strategyand.pwc.com/de/home/Presse/Pressemitteilungen/pressemitteilung-7detail/49542837> , gesichtet am 20.10.2017

<sup>9</sup> Lemke Andrea (2015): Primary Nursing in der Praxis. Vortrag beim 38. Krankenhaustag „Pflege im Krankenhaus“

Bistum Dresden-Meißen e.V. Dazu wurde, neben der Grundlagenarbeit, auch ein konkretes Konzept erarbeitet, das zum einen die bereits vorhandenen Maßnahmen erfasst und zum anderen weitere Maßnahmen empfiehlt. Zunächst soll sich die Einführung auf die Einrichtungen der stationären Altenhilfe begrenzen.

Die zentralen Forschungsfragen waren:

- Welche Voraussetzungen müssen für die Einführung eines Gesundheitsmanagements geschaffen werden?
- Was sind die Besonderheiten bei der Einführung eines Gesundheitsmanagements auf Trägerebene einer „not-for-profit“ Organisation?
- Welchen aktuellen und zukünftigen Herausforderungen muss ein Gesundheitsmanagement gerecht werden?
- Gibt es besondere Anforderungen an ein betriebliches Gesundheitsmanagement in Bezug auf ältere Arbeitnehmer?
- Mögliche Unterschiede und Gemeinsamkeiten des betrieblichen Gesundheitsmanagements in verschiedenen stark besiedelten Kulturräumen.

Die zunächst theoretischen Überlegungen sollen später praktisch umgesetzt werden.

Um sich dem Thema zu nähern, wurde zunächst eine Onlinerecherche durchgeführt:

Suchbegriff	Treffer Google	Treffer Google Scholar	Bibliothek der HSZG
<b>betriebliches Gesundheitsmanagement</b>	316.000	8.120	3.776
<b>betriebliches Gesundheitsmanagement in der Altenpflege</b>	48.700	1	43
<b>betriebliches Gesundheitsmanagement in der Altenpflege Trägerebene</b>	128	1	44

Tabelle 1: Internetsuche

Die Ergebnisse der Suche verdeutlichen, dass es zum Gesundheitsmanagement viele Quellen gibt, jedoch nur wenig zur Einführung auf Ebene des Trägers. Ein erstes offenes Gespräch, mit Verantwortlichen des Caritasverbandes und der Berufsgenossenschaft im Juni 2017, erbrachte zusätzliche Informationen. Besonders zu beachten sind die Daten des Caritasverbandes für das Bistum Dresden-Meißen. Von den deutschlandweit 1.869 stationären Einrichtungen der Altenpflege, ist der Caritas Verband für neun der direkte Träger.<sup>10</sup> Dies ist eine Besonderheit, da es sich um einen Spitzenverband handelt. Üblicherweise liegt die Trägerschaft solcher

<sup>10</sup> Zentralstatistik des Deutschen Caritasverband e.V. (2014): Die katholischen sozialen Einrichtungen und Dienste der Caritas. S.3

Einrichtung im Verantwortungsbereich der untergeordneten Regionalverbände. Die neun Einrichtungen sind in einem Gebiet mit 16.934 km<sup>2</sup> verstreut.<sup>11</sup> Es sind daher auch regionale Unterschiede, wie z.B. Großstadt Leipzig kontra ländlicher Siedlungsraum Oberlausitz, zu beachten.

## 1 Theoretische Grundlagen

Um ein Konzept erstellen zu können, ist es zunächst notwendig, ausgewählte Begrifflichkeiten zu klären. Danach wird der Caritasverband im Bistum Dresden-Meißen als Adressat der Arbeit vorgestellt. Dem folgt die Definition der Gründe und Ziele des Konzeptes.

### 1.1 Ausgewählte Begriffsbestimmungen

Zunächst werden nun die Begriffe Gesundheit, die Entstehung und der Inhalt des betrieblichen Gesundheitsmanagements, die Definition der betrieblichen Gesundheitsförderung, der Aufbau und Inhalt der DIN SPEC 91020, der Begriff „not-for-profit Organisation“, die WHO Definition von Gesundheitsförderung sowie die Ottawa Charta definiert.

#### 1.1.1 Der Begriff Gesundheit und ausgewählte Modelle

Bereits seit der Steinzeit gibt es Erklärungsansätze für die Gesundheit bzw. Krankheit. Zu nächst glaubten die Menschen, dass spirituelle Einflüsse ihnen die Gesundheit wegnahmen. So wurden Schädelöffnungen, sogenannte Trepanationen, bereits in der Steinzeit angewendet, um Dämonen und andere schädliche Geister aus dem Kopf zu lassen. Diese Technik findet sich auch in den ältesten erhaltenen medizinischen Schriften, die ca. 2000 vor Christus in Ägypten entstanden, wieder.<sup>12</sup> Heutige Modelle von Gesundheit und Krankheit sind Mehrdimensional. So definiert die Weltgesundheitsorganisation in ihrer Verfassung aus dem Jahr 1946 den Begriff Gesundheit „[...] als Zustand des völligen psychischen, physischen und sozialen Wohlbefindens und nicht nur das Freisein von Krankheit und Gebrechen. [...]“.<sup>13</sup> Die nun folgende Abbildung 1: „WHO Gesundheitsmodell“ stellt diese Definition grafisch dar:

---

<sup>11</sup> Deutsche Bischofskonferenz (2017): Katholische Kirche in Deutschland – Zahlen und Fakten 2016/17. Bonn: Sekretariat der Deutschen Bischofskonferenz

<sup>12</sup> Prahel Reinhard: Die Kenntnis der Trepanation – Ein Weltweites Phänomen der Steinzeit. Atlantisforschung.de: [http://www.atlantisforschung.de/index.php?title=Die\\_Kennntnis\\_der\\_Trepanation\\_Ein\\_weltweites\\_Phänomen\\_der\\_Steinzeit](http://www.atlantisforschung.de/index.php?title=Die_Kennntnis_der_Trepanation_Ein_weltweites_Phänomen_der_Steinzeit) , gesichtet am 26.01.2018

<sup>13</sup> Weltgesundheitsorganisation (1946): Constitution of the world health Organization. New York

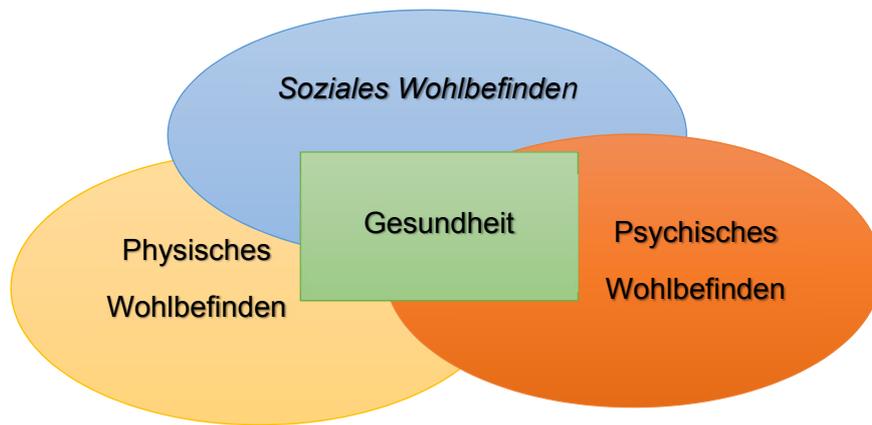


Abbildung 1:WHO Gesundheitsmodell, eigene Abbildung

Auf der Abbildung sind die Einflussbereiche der Gesundheit dargestellt. Gesund ist nach dieser Definition also nur, wer in allen Bereich ein maximales Wohlbefinden erreicht. Daher wurde bereits kurz nach der Veröffentlichung Kritik an der WHO Definition der Gesundheit laut. Sie impliziert außerdem, dass es einen Punkt der maximal zu erreichenden Gesundheit gibt. Sie berücksichtigt dabei nicht, dass jeder Mensch ein persönliches Maß an Gesundheit hat. Ein Model, das dieser Sichtweise mehr entspricht, ist das der Salutogenese von Aaron Antonovsky.<sup>14</sup> Der Begriff Salutogenese setzt sich aus den lateinischen Wörtern „salus“ für Gesundheit, Heil oder Glück und „genesis“ übersetzt Entstehung, zusammen. Wörtlich übersetzt bedeutet Salutogenese also Gesundheitsentstehung. In seinem Modell beschreibt Antonovsky, dass sich der Mensch in einem Kontinuum befindet, zwischen den Polen Gesundheit und Krankheit. Je nach Ausprägung von Stressoren, also negativen Einflüssen bzw. positiven Widerstandsressourcen, bewegen wir uns mehr in Richtung Gesundheit oder Krankheit. Demnach gibt es also keinen Zustand der absoluten Gesundheit oder der absoluten Krankheit.<sup>15</sup> Die Abbildung 2: Salutogenese zeigt das Modell:

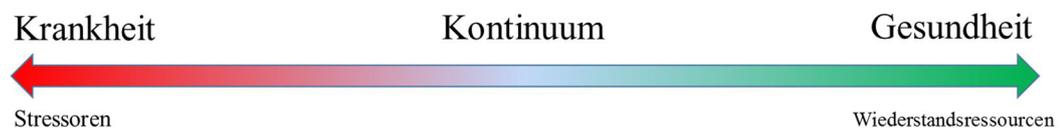


Abbildung 2: Salutogenese, eigene Abbildung

Je mehr Stressoren umso mehr bewegt sich das Individuum auf dem Kontinuum in Richtung Krankheit. Überwiegen die Widerstandsressourcen, bewegt sich das

<sup>14</sup> Aaron Antonovsky, US-amerikanischer Soziologe, 1923 bis 1994, entwickelte das Modell der Salutogenese. Arbeitsgemeinschaft Salutogenese: <http://www.salutogenese.org/index.php?CONTENT=biographie> , gesichtet am 26.01.2018

<sup>15</sup> Mertens Gerhard (2009): Das Konzept der Salutogenese nach Aaron Antonovsky. Eine Perspektive für die Gesundheitsbildung. Universität Köln. S.5ff

Individuum weiter in Richtung Gesundheit. Es gibt dabei keinen maximal zu erreichenden Punkt. Jeder Mensch hat ein anderes Empfinden, auf welchen Punkt des Kontinuums er sich eher gesund oder krank fühlt. Gesundheit ist also ein subjektiver Begriff, der von unterschiedlichen Bereich unseres Lebens beeinflusst wird.

#### 1.1.2 Entstehung und Inhalt des betrieblichen Gesundheitsmanagements

In der Zeit der Industriellen Revolution ca. 1848 bis 1880 spielten Arbeitsschutzmaßnahmen oder Kündigungsschutz keine Rolle. Wer sich unter den widrigen Arbeitsbedingungen zu dieser Zeit Verletzungen zuzog und nicht mehr arbeiten konnte, bekam auch keinen Lohn.<sup>16</sup> Dies änderte sich am 17. November 1881. An diesem Tag verlas Fürst Otto von Bismarck, anlässlich der Eröffnungssitzung des Deutschen Reichstags, eine Kaiserliche Botschaft, in welcher Kaiser Wilhelm der I. Maßnahmen formuliert hat, um die Arbeiter gegenüber Krankheit, Invalidität und Armut im Alter abzusichern. Diese Rede gilt heute als Geburtsstunde der Sozialversicherung. Die Einführung der Unfallversicherung folgte am 6. Juli 1884 mit dem Inkrafttreten des Unfallversicherungsgesetzes. Dem folgte das Gesetz zur Invaliditäts- und Altersversicherung vom 22. Juni 1889. Es bildet die Grundlage für die heutige gesetzliche Rentenversicherung. In der Reichsversicherungsordnung vom 19. Juli 1911 wurden beide Gesetze und weitere Verordnungen in einem Buch zusammengefasst, heute bekannt als Sozialgesetzbuch.<sup>17</sup> Das heutige Sozialgesetzbuch ist in zwölf Bücher gegliedert. Das Neunte Buch enthält gesetzliche Regelungen zur Rehabilitation und Teilhabe von Menschen mit Behinderungen. Durch § 84 Abs. 2 SGB IX sind seit 2004 alle Betriebe, unabhängig von ihrer Größe, verpflichtet ein Betriebliches Eingliederungsmanagement (BEM) durchzuführen. Voraussetzung dafür ist, dass ein Beschäftigter mehr als 42 Tage innerhalb von 12 Monaten arbeitsunfähig ist. Das gilt sowohl für länger andauernde Arbeitsunfähigkeit als auch für mehrere aufeinanderfolgende kurze Erkrankungen. Darüber hinaus gibt es zwei weitere, wichtige gesetzliche Vorschriften. Zum einem das 1996 in Kraft getretene: „Gesetz über die Durchführung von Maßnahmen des Arbeitsschutzes zur Verbesserung der Sicherheit und des Gesundheitsschutzes der Beschäftigten bei der Arbeit (Arbeitsschutzgesetz - ArbSchG)“ und zum anderen das aus dem Jahr 1973 stammende: „Gesetz über Betriebsärzte, Sicherheitsingenieure und andere Fachkräfte für Arbeitssicherheit (Arbeitssicherheitsgesetz – AsiG)“. Nach Arbeitsschutz- und Arbeitssicherheitsgesetz trägt der Arbeitgeber die

---

<sup>16</sup> Sozialpolitik (2018): Industrielle Revolution. [www.sozialpolitik.com/artikel/industrielle-revolution](http://www.sozialpolitik.com/artikel/industrielle-revolution), gesichtet am 02.02.2018

<sup>17</sup> Deutsche Rentenversicherung (2017): Unsere Sozialversicherung. Berlin: Bergmoser + Höller Verlag. S.10ff

Hauptverantwortung für die Überprüfung, Umsetzung und Verbesserung aller erforderlichen Maßnahmen zum Schutz seiner Mitarbeitenden.

Der Begriff Gesundheitsmanagement umfasst also alle Maßnahmen des Arbeitgebers zur Förderung und Erhaltung der Gesundheit des Arbeitnehmers. Unterstützt wird der Arbeitgeber dabei durch die Krankenkassen, die nach § 20a SGB V dazu verpflichtet sind.

### 1.1.3 Die Definition der betrieblichen Gesundheitsförderung

Alle Maßnahmen zum Aufbau, zur Erhaltung und Förderung der Gesundheit des Arbeitnehmers lassen sich zum Begriff „Betriebliche Gesundheitsförderung“ zusammenfassen. Dabei wird unterschieden zwischen Maßnahmen, die das Gesundheitsverhalten von Menschen beeinflussen sollen (Verhaltensprävention) und solchen, die auf die Veränderung der Lebens- und Arbeitsbedingungen ausgerichtet sind (Verhältnisprävention).<sup>18,19</sup> Während der Begriff Gesundheitsmanagement also alle Bereiche eines Unternehmens einschließt, wie zum Beispiel das Betriebliche Eingliederungsmanagement, das Personalmanagement und die Personal- und Organisationsentwicklung, so fokussiert der Begriff Gesundheitsförderung auf gesundheitsfördernde Unternehmensgrundsätze, Unternehmenskulturen und Führungsleitlinien. Die Gesundheitsförderung versteht sich dabei als Teildisziplin des Gesundheitsmanagements und berücksichtigt dabei Erkenntnisse aus den Bereichen Arbeitsschutz und Arbeitssicherheit. Gesundheitsförderung umfasst also demnach auch alle Maßnahmen der Verhaltens- und Verhältnisprävention.<sup>20</sup>

### 1.1.4 Aufbau und Inhalt der DIN SPEC 91020

Die Deutsche Industrie Norm SPEC 91020 enthält die Anforderungen die ein Betriebliches Gesundheitsmanagementsystem erfüllen muss. Wie alle Qualitätsnormen aus der DIN ISO 9000 Reihe, dient sie der Verbesserung der Ergebnisqualität durch Optimierung der Struktur- und Prozessqualität im Unternehmen. Das Ziel ist dabei den Erfolg gesundheitsfördernder Maßnahmen nachhaltig zu sichern. Sie kann bei Unternehmen jedweder Art und Größe angewendet werden.<sup>21</sup> Sie gliedert sich in einen allgemeinen Teil und einen spezifischen. Der allgemeine Teil Enthält das Vorwort, den Anwendungsbereich, die

---

<sup>18</sup> Bundesministerium für Gesundheit (2010): Unternehmen unternehmen Gesundheit - Betriebliche Gesundheitsförderung im Fokus der kleinen und mittleren Unternehmen. Berlin: Druckerei Conrad, S.12

<sup>19</sup> Dölken Mechthild, Hüter-Becker Antje (2007): Prävention. Stuttgart: Thieme Verlag. S.69

<sup>20</sup> Gesund.Stark.Erfolgreich Der gesundheitsplan für ihren Betrieb (2018): BGM und BGF – was sind die Unterschiede? [www.der-gesundheitsplan.de/richtig-planen/bgm-und-bgf.html](http://www.der-gesundheitsplan.de/richtig-planen/bgm-und-bgf.html), gesichtet am 03.02.2018

<sup>21</sup> Deutsches Institut für Normung (2018): DIN-Normenausschuss Organisationsprozesse - DIN SPEC 91020 - Betriebliches Gesundheitsmanagement. [www.din.de/de/mitwirken/normenausschuesse/naorg/din-spec/wdc-beuth:din21:153182508](http://www.din.de/de/mitwirken/normenausschuesse/naorg/din-spec/wdc-beuth:din21:153182508), gesichtet am 06.02.2018

normativen Verweisungen, die Begriffe und Literaturhinweise. Der spezifische Teil ist ähnlich den DIN ISO 9001 nach dem von William Deming entwickelten PDCA Prinzip aufgebaut.<sup>22</sup> In der nun folgenden Tabelle 1: „PDCA Zyklus“ werden die Inhalte der Norm, dem Prinzip von Deming zugeordnet:

<b>Schritt im PDCA Zyklus</b>	<b>DIN SPEC 91020</b>	<b>Erläuterung</b>
<b>Planen engl. plan</b>	- Betrieb - Planung - Unterstützung - Umfeld der Organisation	Der Punkt Planung umfasst alle Tätigkeiten die für eine erfolgreiche Einführung eines Gesundheitsmanagements erforderlich sind. So zum Beispiel das Umfeld der Organisation mit seinen speziellen Erfordernissen und Erwartungen, die Bewertung von Gesundheitschancen, - Risiken und –Zielen sowie welche Ressourcen, Kompetenzen, Qualifikationen etc. für die Umsetzung benötigt werden.
<b>Überwachen engl. check</b>	- Führungsverhalten	Überwachen bedeutet die Wirksamkeit der Planungsmaßnahmen zu überprüfen. Dazu gehört die Führung der Mitarbeiter und Selbstverpflichtung der Leitung, eine konsequente betriebliche Gesundheitspolitik sowie die Überwachung der Einhaltung der Aufgaben, Verantwortungen und Befugnisse.
<b>Ausführen engl. do</b>	- Führungsverhalten	In dieser Phase werden die Planungen ausgeführt, die Führung ist für die Anwendung einer konsequenten betrieblichen Gesundheitspolitik zuständig.
<b>Handeln engl. act</b>	- Evaluation der Leistung - Verbesserung - Führungsverhalten	Die Ziele und Maßnahmen werden überarbeitet und angepasst, dazu gehört die Überwachung, Messung, Analyse und Evaluation sowie Instrumente wie interne Audits oder die Managementbewertung.

Tabelle 2: PDCA-Zyklus<sup>23</sup>

Deutlich zu erkennen ist, dass der Punkt Führungsverhalten in mehreren Phasen des PDCA Zyklus eine wichtige Rolle spielt.

#### 1.1.5 Klärung des Begriffs „not-for-profit Organisation“

Unter dem Begriff „not for profit Organisation“ werden zunächst alle Unternehmen zusammengefasst, die weder erwerbswirtschaftliche Firmen noch öffentliche Behörden der unmittelbaren Staats- und Kommunalverwaltung sind.<sup>24</sup> Weitere

<sup>22</sup> Bohinc Tomas (2010): Grundlagen des Projektmanagements: Methoden, Techniken und Tools für Projektleiter. Offenbach: Gabal, S. 30f

<sup>23</sup> Bohinc Tomas (2010): Grundlagen des Projektmanagements: Methoden, Techniken und Tools für Projektleiter. Offenbach: Gabal, S. 30f

<sup>24</sup> Springer Gabler (2018): Gabler Wirtschaftslexikon. [wirtschaftslexikon.gabler.de/ Definition/nonprofit-organisation-npo.html#referenzen](http://wirtschaftslexikon.gabler.de/Definition/nonprofit-organisation-npo.html#referenzen), gesichtet am 09.02.2018

Merkmale sind, dass keine Gewinnausschüttung an Eigentümer oder Mitglieder erfolgt, dass sie autonom in Bezug auf Entscheidungen und ihre Verwaltung sind sowie dass durch ihr Wirken ein Nutzen für die Allgemeinheit entsteht, wodurch sie oft staatlich gefördert werden. In Deutschland werden sie oft als NON Profit Organisation kurz als NBO bezeichnet. Die meisten dieser Unternehmen haben ihr Tätigkeitsfeld im Sozialen Sektor und im Gesundheitswesen.<sup>25</sup> Dazu zählen beispielsweise auch die großen kirchlichen Wohlfahrtsverbände wie Caritas oder Diakonie.

#### 1.1.6 WHO Definition von Gesundheitsförderung

Der Grundstein für eine Reihe von Konferenzen, die sich mit dem Thema Gesundheitsförderung näher beschäftigten, war die Konferenz in Alma Ata im Jahr 1978 im heutigen Kasachstan. An deren Schluss eine gemeinsame Erklärung der 123 Regierungen und 67 regierungsunabhängigen Organisationen stand. Der Artikel 25 der Erklärung enthält das Recht zur Gesundheit und lautet wie folgt: "Jeder Mensch hat Anrecht auf einen Lebensstandard, der ihm ein persönliches und familiäres Wohlbefinden garantiert. Darin inbegriffen sind Ernährung, Bekleidung, Wohnung, ärztliche Pflege, soziale Dienste, Sicherheit bei Arbeitslosigkeit, Krankheit, Invalidität, Witwenschaft, Alter und anderen Nöten, in denen der Einzelne sich nicht helfen kann."<sup>26</sup> Dieser Konferenz folgte 1986 eine erste Konferenz, die ausschließlich dem Thema Gesundheitsförderung gewidmet war.

#### 1.1.7 Die Ottawa Charta

Die Charta zur Gesundheitsförderung wurde am 21. November 1986 zum Abschluss der Ersten Internationalen Konferenz zur Gesundheitsförderung in der kanadischen Hauptstadt Ottawa verabschiedet.<sup>27</sup> Sie beschreibt als Grundprinzipien der Gesundheitsförderung die Punkte: Interessen vertreten, befähigen und ermöglichen sowie vermitteln und vernetzen. Zur Umsetzung dieser Prinzipien nennt sie fünf Handlungsstrategien: Entwicklung einer gesundheitsfördernden Gesamtpolitik, gesundheitsförderliche Lebenswelten schaffen, gesundheitsbezogene, Gemeinschaftsaktionen unterstützen, persönliche Kompetenzen entwickeln und Gesundheitsdienste neu orientieren.<sup>28</sup> Gesundheitsförderung definiert sie als

---

<sup>25</sup> Schmiede Jens (2004): Seminar „Anreizsysteme in Organisationen“ -Nonprofit-Organisationen –eine Abgrenzung. Hagen: FernUniversität in Hagen, S.1

<sup>26</sup> Weltgesundheitsorganisation Regionalbüro für Europa (2018): Erklärung von Alma Ata. [www.euro.who.int/\\_\\_data/assets/pdf\\_file/0017/132218/e93944G.pdf](http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0017/132218/e93944G.pdf), gesichtet am 10.02.2018  
<sup>27</sup> Medicus Mundi Schweiz (2018): Die Erklärung von Alma Ata und ihre Umsetzung in der Schweiz. [/www.medicusmundi.ch/de/bulletin/mms-bulletin/primary-health-care-und-die-schweiz/themen/die-erklarung-von-alma-ata-und-ihre-umsetzung-in-der-schweiz](http://www.medicusmundi.ch/de/bulletin/mms-bulletin/primary-health-care-und-die-schweiz/themen/die-erklarung-von-alma-ata-und-ihre-umsetzung-in-der-schweiz), gesichtet am 10.02.2018

<sup>27</sup> WHO (1986): Ottawa-Charta. WHO-autorisierte Übersetzung: Hildebrandt/Kickbusch auf der Basis von Entwürfen aus der DDR und von Badura sowie Milz

<sup>28</sup> Bundesministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Konsumentenschutz Österreich (2018): Gesundheit und Gesundheitsförderung. [www.bmgf.gv.at/home/Gesundheit\\_und\\_Gesundheitsfoerderung](http://www.bmgf.gv.at/home/Gesundheit_und_Gesundheitsfoerderung), gesichtet am 09.02.2018

Prozess, der allen Menschen ein höheres Maß an Selbstbestimmung über ihre Gesundheit ermöglichen soll und sie dadurch zur Stärkung ihrer Gesundheit befähigt. Diese Definition wurde in der Erklärung von Jakarta im Jahr 1997 weiter entwickelt: „Gesundheitsförderung ist ein Prozess, der Menschen befähigen soll, mehr Kontrolle über ihre Gesundheit zu erlangen und sie zu verbessern durch Beeinflussung der Determinanten für Gesundheit.“<sup>29</sup> Determinanten sind Einflussfaktoren der Gesundheit wie zum Beispiel: Alter, Geschlecht und Erbanlagen oder Lebens- und Arbeitsbedingungen.<sup>30</sup> Insgesamt haben bisher acht Konferenzen zur Gesundheitsförderung stattgefunden. Die letzte mit dem Thema: „Förderung von Gesundheit bei der Verwirklichung der Ziele für nachhaltige Entwicklung: Gesundheit für alle und alle für Gesundheit“ fand vom 21. bis 24. November 2016 in Schanghai statt.<sup>31</sup>

## 1.2 Bedeutung für das Unternehmen

Im folgenden Abschnitt wird zunächst der Caritasverband für das Bistum Dresden-Meißen e.V. vorgestellt, dem folgt die Luxemburger Deklaration.

### 1.2.1 Vorstellung des Caritasverbandes

Die Geschichte des Caritasverbandes ist eng mit der des Bistums Dresden-Meißen e.V. verbunden. Dessen Gründung wird auf das Jahr 968 datiert, erster Bischof war Burchard. In den darauf folgenden Jahrhunderten erlebte das Bistum eine wechselvolle Geschichte, die bis in unsere heutige Zeit reicht. Die wohl bedeutendsten Geschehnisse jüngerer Geschichte waren die Verlegung des Bischofssitzes von Bautzen nach Dresden und die innerdeutsche Teilung. Das heutige Bistum erstreckt sich auf das Gebiet des Freistaates Sachsen mit Ausnahme des Niederschlesischen Oberlausitzkreis und der Umgebung von Hoyerswerda, welche Teile des Bistums Görlitz sind. Eine weitere Ausnahme bilden die Gebiete im Norden Leipzigs, die sowohl zum Bistum Magdeburg als auch zu Dresden-Meißen gehören. Außerdem befindet sich eine kleine Exklave in Ostthüringen, rund um die Stadt Gera. Das Bistum besteht aus acht Dekanaten, welche wiederum aus 97 Pfarreien und einer Pfarrvikarie bestehen. Kathedrale ist die, im italienischen Barockstil erbaute, ehemalige Hofkirche Ss. Trinitatis am Dresdener Elbufer.<sup>32</sup> Die

---

<sup>29</sup> Kaba-Schönstein Lotte im Auftrag der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (2017): Gesundheitsförderung 1: Grundlagen. [www.leitbegriffe.bzga.de/?id=angebote&idx=200](http://www.leitbegriffe.bzga.de/?id=angebote&idx=200), gesichtet am 10.02.2018

<sup>30</sup> Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (2018): Determinanten von Gesundheit. [www.leitbegriffe.bzga.de/alphabetisches-verzeichnis/determinanten-von-gesundheit/](http://www.leitbegriffe.bzga.de/alphabetisches-verzeichnis/determinanten-von-gesundheit/), gesichtet am 10.02.2018

<sup>31</sup> Weltgesundheitsorganisation Regionalbüro für Europa (2018): 9. Globale Konferenz zur Gesundheitsförderung. [www.euro.who.int/de/media-centre/events/events/2016/11/9th-global-conference-on-health-promotion](http://www.euro.who.int/de/media-centre/events/events/2016/11/9th-global-conference-on-health-promotion), gesichtet am 09.02.2018

<sup>32</sup> Sekretariat Der Deutschen Bischofskonferenz – Referat Statistik (2014): Eckdaten des kirchlichen Lebens in den Bistümern Deutschlands 2013

Skatula Konrad (2015): Katholische Priester im Alter - Aktuelle Situation und Probleme in der Versorgung im Bistum Dresden-Meißen. Dresden: Private Fachhochschule Dresden, S.21ff

Zahl der Gläubigen wächst und ist von 141.651 im Jahr 2014 auf 142.046 im Jahr 2015 auf 142.800 im Jahr 2016 angewachsen.<sup>33</sup> Der Diözesan-Caritasverband wurde am 30. September 1922 gegründet und umfasst das gesamte Gebiet des Bistums Dresden-Meißen. Er ist untergliedert in acht Orts Caritasverbände kurz OCV. Insgesamt verfügt der Verband damit über ca. 200 Einrichtungen in den Fachbereichen Pflege, Betreuung, Schulung und Beratung. Tätig sind in diesen Einrichtungen ca. 6000 haupt- und ca. 3000 ehrenamtliche Mitarbeitende. Eine Besonderheit ist, dass der Caritas im Bistum als Spitzenverband neun Einrichtungen der Altenpflege direkt unterstehen. Üblicherweise sind diese den Ortsverbänden unterstellt. Dies ist eine einmalige Besonderheit unter den Caritasverbänden in den deutschen Bistümern. Die einzelnen Einrichtungen sind zudem auf das gesamte Gebiet des Bistums verteilt, was dazu führt, dass trotz zentraler Organisationsstruktur ein hohes Maß an Eigenverantwortung der jeweiligen Einrichtungsleiter notwendig ist.<sup>34</sup> Die nun folgende Abbildung 3 zeigt die beschriebene Strukturierung innerhalb des Caritasverbandes, bezieht sich aber nur auf die neuen Einrichtungen in direkter Trägerschaft durch den DICV:

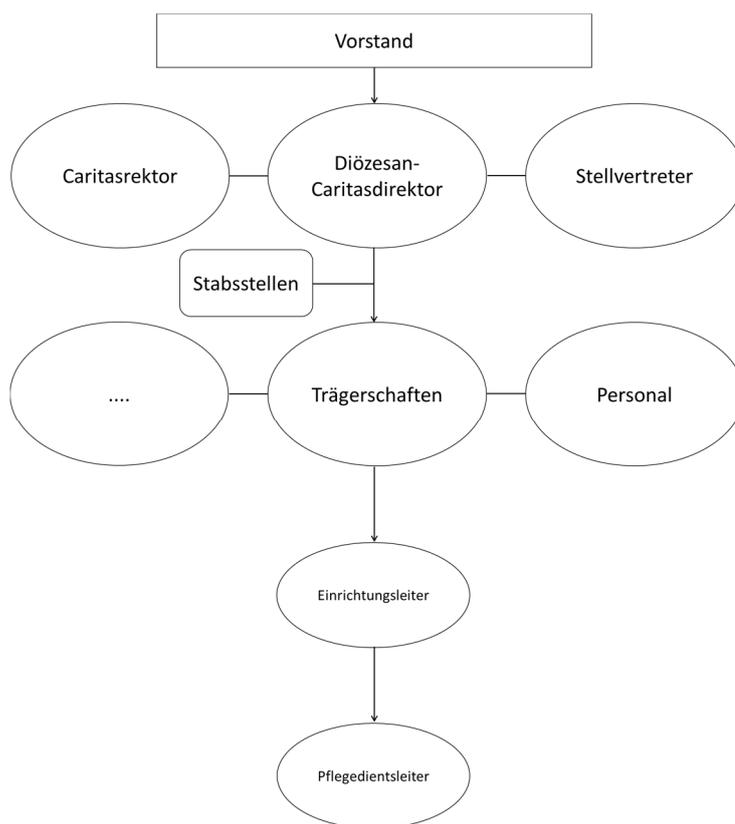


Abbildung 3: Organigramm, eigene Abbildung

<sup>33</sup> Bistum Dresden-Meißen (2016): Aktuelles. <http://www.bistum-dresden-meissen.de/aktuelles/archiv-2016/kirchliche-statistik-2015.html>, gesichtet am 10.02.2018

Deutsche Bischofskonferenz (2017): Katholische Kirche in Deutschland – Zahlen und Fakten 2016/17. Bonn: Sekretariat der Deutschen Bischofskonferenz, S.47

<sup>34</sup> Caritas Verband für das Bistum Dresden-Meißen e.V. (2018): Geschichte der Caritas im Bistum Dresden-Meißen. [www.dicvdresden-meissen.caritas.de/verband/historisches/historisches](http://www.dicvdresden-meissen.caritas.de/verband/historisches/historisches), gesichtet am 10.02.2018

Die Abbildung zeigt, dass zwischen den höchsten Gremium: dem Vorstand und den Einrichtungsleitern, nur die oberen Leitungsposition z.B. Diözesan- Caritasdirektor und der Abteilungsleiter Trägerschaften stehen. Wie bereits beschrieben gilt dies aber nur für die neun direkt dem DICV angegliederten Einrichtungen. Die übrigen vier Einrichtungen der stationären Altenpflege sind organisatorisch den Orts- oder Regionalverbänden der Caritas angegliedert. Diese sind selbstständige eingetragene Vereine, mit Geschäftsführer, Vorstand und Mitgliederversammlung. Dem DICV obliegen hier "nur" gewisse Aufsichtspflichten. Die Geschäftsführer der Orts Caritasverbände unterstehen organisatorisch dem Diözesan- Caritasdirektor. Es erfolgt aber eine Fachberatung durch die Abteilung 1, Referat Gesundheit und Pflege. Beim Caritasverband für das Bistum Dresden-Meißen e.V. sind also einzelne Altenpflegeeinrichtungen organisatorisch deutlich höher eingebunden als üblich. Dies führt zu einer höheren fachlichen Verantwortung auf der sonst eher administrativ tätigen Trägerebene. Diese neun Einrichtungen verfügen über 677 vollstationäre und 66 Tagespflegeplätze.<sup>35</sup> Betreut werden diese durch insgesamt 696 Mitarbeitende, davon 622 in Teil- und 74 in Vollzeit, 613 Mitarbeitende sind weiblich und 83 männlich, die Zahl der Auszubildenden beträgt 26.<sup>36</sup>

#### 1.2.2 Luxemburger Deklaration zur betrieblichen Gesundheitsförderung

Veröffentlicht wurde die Erklärung im November 1997. Sie definiert die betriebliche Gesundheitsförderung (BGF) wie folgt: „[...] umfasst alle gemeinsamen Maßnahmen von Arbeitgebern, Arbeitnehmern und Gesellschaft zur Verbesserung von Gesundheit und Wohlbefinden am Arbeitsplatz.“. Zur Zielerreichung benennt sie Grundsätze, wie etwa das Erstellen von Leitlinien für effektive BGF oder die Verbesserung der Arbeitsorganisation sowie der Arbeitsbedingungen, die Förderung einer aktiven Mitarbeiterbeteiligung und die Stärkung persönlicher Kompetenzen der Betroffenen. Die Deklaration beschreibt auch die Herausforderungen für die Arbeitswelt im 21. Jahrhundert, wie zum Beispiel Globalisierung oder Arbeitslosigkeit. Gesundheitsförderung sieht sie als eine Investition in die Zukunft, was sich in höherer Motivation der Mitarbeitenden und einer Reduzierung von Arbeitsunfällen äußern soll. Themen wie Arbeitsschutz und Personalpolitik werden zum Leitspruch: „Gesunde Mitarbeiter in einem gesunden Unternehmen“ zusammengefasst. Betriebliche Gesundheitsförderung kann nur dann nachweislich erfolgreich sein, wenn sie das gesamte Unternehmen betrifft, das heißt auch Partizipation aller Mitarbeitenden. Unterschrieben werden kann die Deklaration von allen Unternehmen, die sich zu den

---

<sup>35</sup> Caritasverband für das Bistum Dresden-Meißen e. V.(2017): Jahresbericht 2016. Dresden: Lißner-Druck. S.25

<sup>36</sup> Die Zahlen stammen aus einer Anfrage an die Personalabteilung des Caritas Verband für das Bistum Dresden-Meißen e.V. mit Stichtag 31.12.2017

Grundsätzen der Deklaration bekennen. Unternehmen, die das bereits getan haben, sind Weltkonzerne wie etwa BASF oder Daimler.<sup>37</sup>

### 1.3 Gründe für die Einführung

Die Arbeitswelt wandelt sich stetig. Aktuelle Probleme in Deutschland sind die demografischen Entwicklungen und die daraus resultierenden Probleme. Immer weniger junge Menschen treten in das Arbeitsleben ein, das Renteneintrittsalter wurde angepasst und auch der Fachkräftemangel ist ein Thema, was häufig in der Tages- und Fachpresse dargestellt wird.

#### 1.3.1 Fachkräftemangel im Gesundheitsbereich

Dies ist auch auf die sich verändernde Bevölkerungsstruktur zurückzuführen. Insgesamt schrumpft die Bevölkerung von ca. 80,8 Millionen im Jahr 2013 auf 67,6 im Jahr 2060. Der Anteil der unter 20 jährigen verändert sich im gleichen Zeitraum von 14,7 auf 10,9 Millionen. Eine ähnliche Entwicklung zeigt sich bei den Erwachsenen im erwerbsfähigen Alter zwischen 20 und 65 Jahren, deren Zahl von 49,2 auf nur noch 34,3 Millionen zurückgeht. Die Zahl der Menschen im Alter von 65 bis unter 80 Jahren steigt von derzeit 12,5 Millionen zwischenzeitlich auf 15,6 Millionen im Jahr 2030 bevor sie dann wieder sinkt auf 13,5 Millionen im Jahr 2060. Die Zahl der Menschen, die 80 Jahre und älter sind, verdoppelt sich von 4,4 Millionen im Jahr 2013 auf 8,8 Millionen im Jahr 2060.<sup>38</sup> Die genannten Veränderungen in der Struktur der Bevölkerung in der Bundesrepublik Deutschland werden in der nachfolgenden Abbildung 4: Diagramm zur Bevölkerungsentwicklung noch einmal grafisch dargestellt:

---

<sup>37</sup> Luxemburger Deklaration zur betrieblichen Gesundheitsförderung in der Europäischen Union (2007)

<sup>38</sup> Statistisches Bundesamt (2013): Ergebnisse der 13. koordinierten Bevölkerungsvorausberechnung. [www.destatis.de/DE/ZahlenFakten/GesellschaftStaat/Bevoelkerung/Bevoelkerungsvorausberechnung/Tabellen/AltersgruppenBis2060.html](http://www.destatis.de/DE/ZahlenFakten/GesellschaftStaat/Bevoelkerung/Bevoelkerungsvorausberechnung/Tabellen/AltersgruppenBis2060.html), gesichtet am 12.02.2018

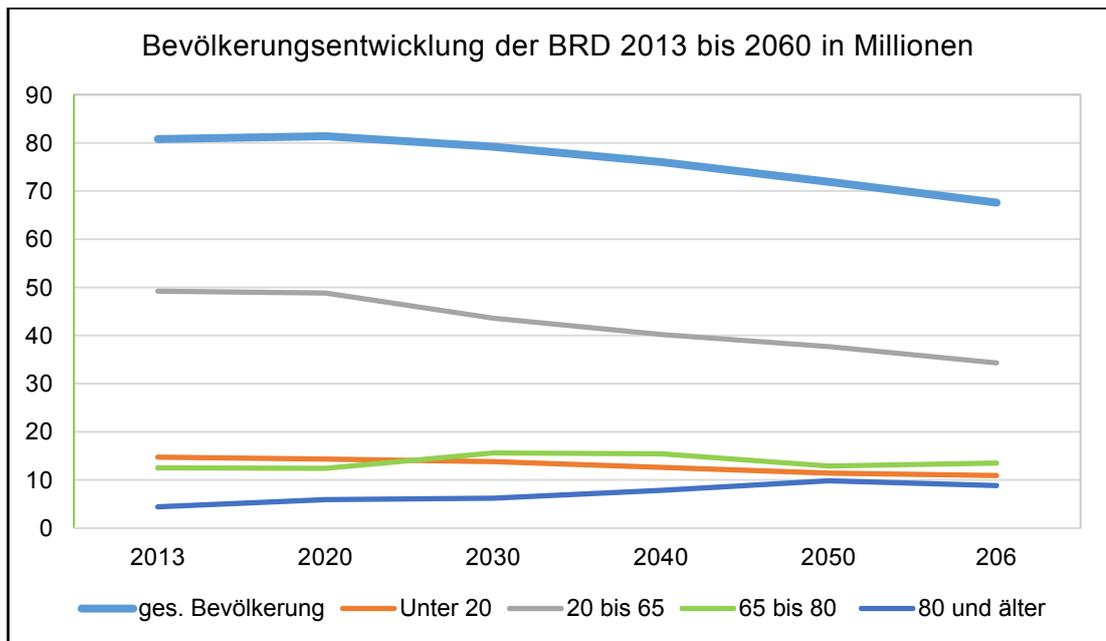


Abbildung 4: Diagramm zur Bevölkerungsentwicklung, eigene Abbildung

Das Diagramm zeigt, dass parallel zum Rückgang der gesamten Bevölkerung, auch die Zahl der Menschen in der Altersgruppe von 20 bis 65 Jahren zurückgeht. Gleichzeitig steigen die Bevölkerungsgruppen im Alter von 65 bis 80 und älter etwas an, beziehungsweise bleiben in ihrer Größe konstant. Das bedeutet, dass der Anteil dieser Altersgruppen an der Gesamtbevölkerung anwächst. Die Zahl der unter 20 Jährigen sinkt leicht ab. ründe für die Veränderung der Bevölkerungsstruktur sind die Triebkräfte Migration, Mortalität und Fertilität. Die Kohortenfertilität des Jahrgangs 1966 liegt beispielsweise bei nur 1,53.<sup>39</sup> Im Jahr 1971 lag die Fertilität letztmalig über der Mortalität. Geboren wurden in diesem Jahr 1 013 396 Kinder, gestorben sind aber nur 965 623. Seit dem sind jedes Jahr in Deutschland mehr Menschen gestorben als geboren wurden.<sup>40</sup> Dem positiven Migrationssaldo ist es zu verdanken, dass die Bevölkerungsgröße noch konstant ist. Das bedeutet, es kommen mehr Menschen nach Deutschland als es verlassen. Ohne konstante Migration wäre es demnach schon seit dem Jahr 1971 zum Schrumpfen der deutschen Bevölkerung gekommen. Die Abbildung 5: Mortalität, Fertilität und Migrationssaldo verdeutlicht dies noch einmal mit aktuellen Zahlen des Statistischen Bundesamtes aus dem Jahr 2015.

<sup>39</sup> Statistisches Bundesamt (2018): [www.destatis.de/DE/ZahlenFakten/GesellschaftStaat/Bevoelkerung/Geburten/Geburten.html](http://www.destatis.de/DE/ZahlenFakten/GesellschaftStaat/Bevoelkerung/Geburten/Geburten.html) , gesichtet am 06.01.2017

<sup>40</sup> Statistisches Bundesamt (2018): Bevölkerung. [www.destatis.de/DE/ZahlenFakten/Indikatoren/LangeReihen/Bevoelkerung/lrbev04.html](http://www.destatis.de/DE/ZahlenFakten/Indikatoren/LangeReihen/Bevoelkerung/lrbev04.html), gesichtet am 13.02.2018

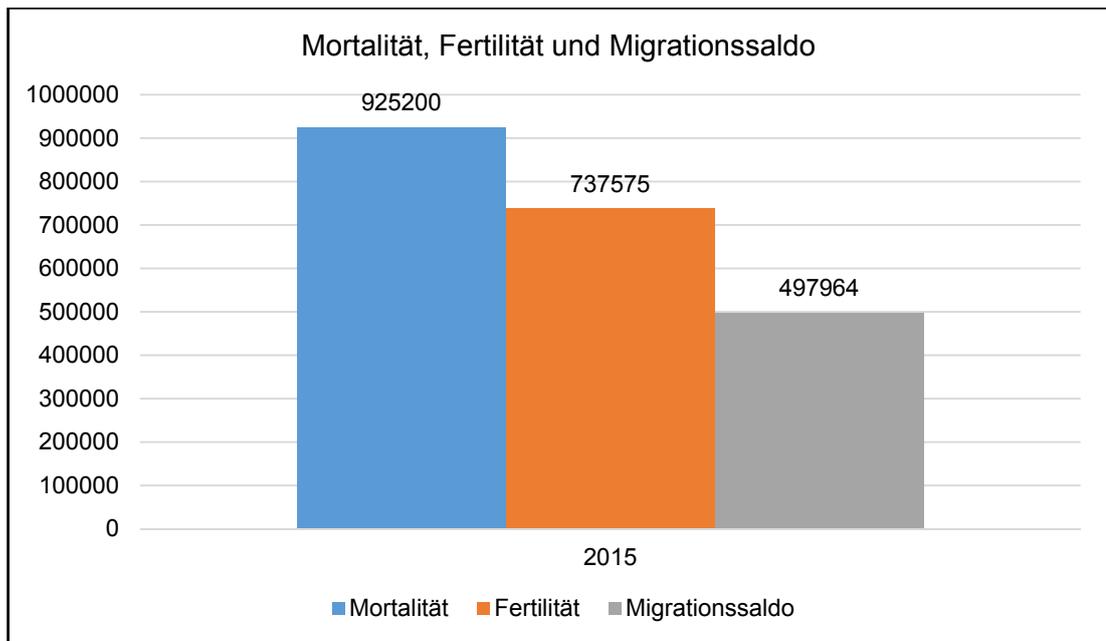


Abbildung 5: Mortalität, Fertilität und Migrationssaldo, eigene Abbildung

737.575 Menschen wurden im Jahr 2015 in Deutschland geboren. 925.200 Menschen sind gestorben. Zugewandert sind insgesamt 1.866.155 Millionen Menschen, ausgewandert hingegen nur 1.368.191 Millionen Menschen, was einem Saldo von 497.964 entspricht.<sup>41</sup> Ohne Migration würde die Bevölkerungszahl in Deutschland also bereits jetzt sinken. Eine Folge dieser demografischen Entwicklungen beschreibt das Statistische Bundesamt in einer Projektion des Personalbedarfs und –angebots in Pflegeberufen bis 2025.<sup>42</sup> Darin geht es davon aus, dass es bereits ab dem Jahr 2020 einen höheren Bedarf an Pflege- und Pflegefachkräften im Gesundheitssektor geben wird, als rein rechnerisch qualifizierte Arbeitskräfte zur Verfügung stehen. Verantwortlich dafür ist, neben der veränderten Bevölkerungsstruktur, auch der wachsende Pflegesektor. In den Jahren von 2007 bis 2015 ist die Zahl der Pflegeheime von 11.029 auf 13.596 gestiegen. Das entspricht einem Zuwachs von rund 23 %. Analog dazu ist auch die Zahl der ambulanten Pflegedienste um rund 16 % auf 13.323 gewachsen.<sup>43</sup> Mehr Einrichtungen und Pflegedienste bedeutet natürlich auch mehr Personalbedarf.

### 1.3.2 Sich verändernde Mitarbeiterstrukturen

Der Bevölkerungsrückgang insgesamt, die sinkende Zahl der Menschen in der Altersgruppe von 20 bis 65 Jahren und die abnehmende Zahl der unter 20 Jährigen führen dazu, dass sich die Mitarbeiterstrukturen verändern. Neben dem unter 1.3.1

<sup>41</sup> Statistisches Bundesamt (2017): Statistisches Jahrbuch 2017. Wiesbaden. S.23 ff

<sup>42</sup> Afentakis Anja, Maier Tobias für Statistisches Bundesamt (2010): Wirtschaft und Statistik 11/2010, Projektionen des Personalbedarfs und –angebots in Pflegeberufen bis 2025

<sup>43</sup> Statistisches Bundesamt (2017): Pflegestatistik 2015, Deutschlandergebnisse. Wiesbaden. S.12

beschrieben Fachkräftemangel ist eine Folge auch der Rückgang an Nachwuchs in den Betrieben. Die Süddeutsche Zeitung titelte in ihrer Ausgabe vom 28. Juli 2017: „Kaum noch Interesse an betrieblicher Ausbildung“.<sup>44</sup> Auslöser dafür war die Veröffentlichung einer Studie der Bertelsmann Stiftung mit dem Thema: „Weniger Ausbildungsplätze trotz Rekordbeschäftigung“.<sup>45</sup> Konkret geht es um die Tatsache, dass die Zahl der Auszubildenden immer weiter sinkt. Gerade in kleinen Betrieben ist die Zahl stark zurückgegangen, wie die nachfolgende Grafik der Bertelsmann Studie zeigt:

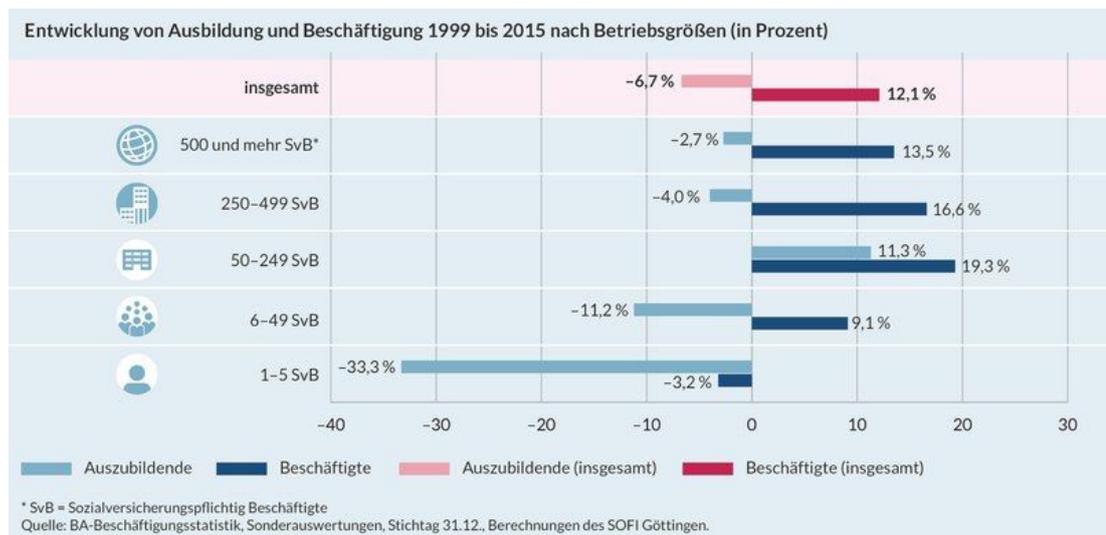


Abbildung 6: Entwicklung von Ausbildung und Beschäftigung<sup>46</sup>

Zuerkennen ist, dass die Zahl der Beschäftigten, mit Ausnahme in Betrieben mit ein bis fünf Mitarbeitenden, gestiegen ist, bei gleichzeitigem Rückgang der Zahl der Auszubildenden. Die Ausnahme bilden die mittelständischen Unternehmen mit 50 bis 249 Arbeitnehmern, bei denen die Zahl der Auszubildenden sogar um 11,3% gewachsen ist. Eine weitere Folge des Strukturwandels in der Mitarbeiterschaft ist eine zunehmende Zahl älterer Arbeitnehmer.

### 1.3.3 Der ältere Arbeitnehmer

„Alte Hasen werden für Firmen immer wichtiger“ titelt die Zeitschrift Wirtschaftswoche und führt in ihrem Artikel aus, dass bereits jetzt in vielen Unternehmen auf einen 16-jährigen Mitarbeitenden zwei im Alter von 60 Jahren und älter kommen.<sup>47</sup> Zahlen aus dem statistischen Jahrbuch stützen diese These. Demnach ist die Zahl der

<sup>44</sup> Süddeutsche Zeitung (2017): Kaum noch Interesse an betrieblicher Ausbildung. [www.sueddeutsche.de/karriere/studie-ausbildungswueste-deutschland-1.3606998](http://www.sueddeutsche.de/karriere/studie-ausbildungswueste-deutschland-1.3606998), gesichtet am 22.02.2018

<sup>45</sup> Bertelsmann Stiftung (2017): Weniger Ausbildungsplätze trotz Rekordbeschäftigung. [www.bertelsmann-stiftung.de/de/themen/aktuelle-meldungen/2017/juli/weniger-ausbildungsplaetze-trotz-rekordbeschaeftigung/](http://www.bertelsmann-stiftung.de/de/themen/aktuelle-meldungen/2017/juli/weniger-ausbildungsplaetze-trotz-rekordbeschaeftigung/), gesichtet am 22.02.2018

<sup>46</sup> Bertelsmann Stiftung (2017) aus BA-Beschäftigungsstatistik, Sonderauswertung, Stichtag 31.12., SOFI Göttingen.

<sup>47</sup> Dämon Kerstin in Wirtschaftswoche (2017): Alte Hasen werden für Firmen immer wichtiger. [www.wiwo.de/erfolg/beruf/mitarbeiter-ue50-alte-hasen-werden-fuer-firmen-immer-wichtiger/20002450.html](http://www.wiwo.de/erfolg/beruf/mitarbeiter-ue50-alte-hasen-werden-fuer-firmen-immer-wichtiger/20002450.html), gesichtet am 26.02.2018

Erwerbstätigen in der Altersgruppe 55 – 60 von 64,2% im Jahr 2016 auf 79,0% im Jahr 2016 gestiegen. Bei der Gruppe der Menschen im Alter zwischen 60 und 65 Jahren, ist die Zahl der Erwerbstätigen im gleichen Zeitraum von 29,6% auf 55,7% gestiegen und bei den 65 bis 79-jährigen hat sich die Zahl mehr als verdoppelt von 6,6% auf 15,4%.<sup>48</sup> Gründe dafür sind zum einen die unter 1.3.1 ausgeführten demografischen Veränderungen und zum anderen das schrittweise Anheben des Renteneintrittsalter auf 66 Jahre bis 2024 und auf 67 Jahre bis 2031.<sup>49</sup> Die gesellschaftlichen Entwicklungen spiegeln sich auch in der Altersstruktur der Mitarbeitenden des Caritasverbandes für das Bistum Dresden-Meißen e.V. wieder, wie die folgende Abbildung 7: Altersverteilung der Caritas Mitarbeitenden verdeutlicht:

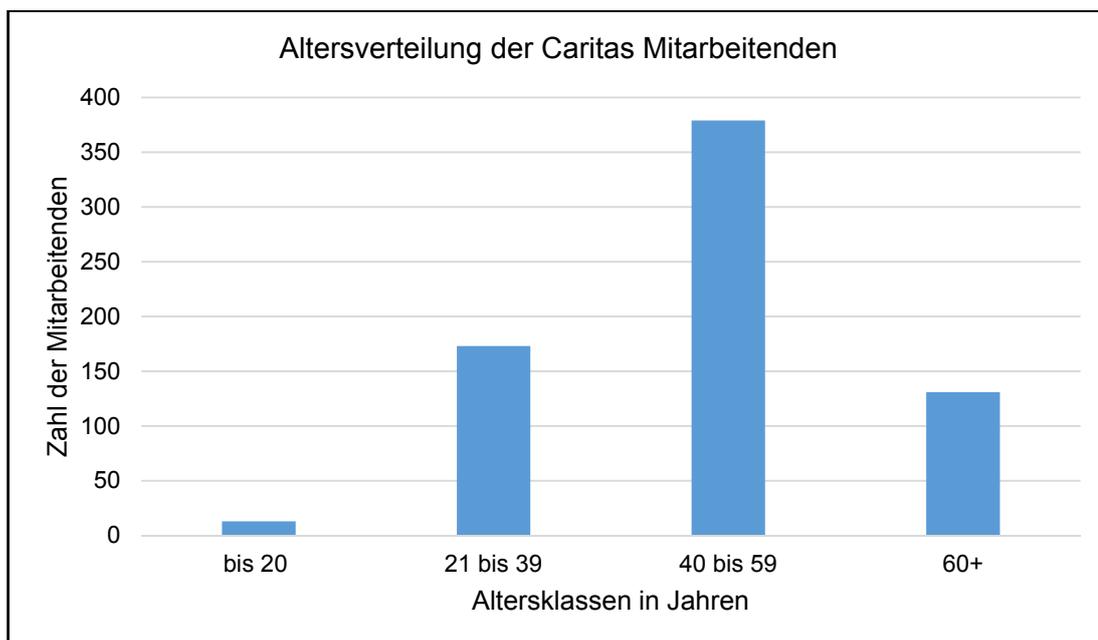


Abbildung 7: Altersverteilung der Caritas Mitarbeitenden, eigene Abbildung

Die Abbildung zeigt die Auswirkungen der demografischen Entwicklungen auf den Caritasverband. Nur 13 Mitarbeitende befinden sich in der Altersgruppe bis 20 Jahre, 173 sind zwischen 21 und 39 Jahren alt, mit 379 Mitarbeitenden ist die Gruppe der 40 bis 59 Jährigen am stärksten vertreten, während zum Zeitpunkt der Datenerhebung 131 Personen im Alter von 60 Jahren und älter waren. Es ist davon auszugehen, dass die Gruppe der Mitarbeitenden im Alter 60+ in den kommenden Jahren weiter ansteigen wird.<sup>50</sup> Länger Arbeiten bedeutet auch länger den Belastungen des Arbeitslebens ausgesetzt zu sein. In einer Meinungsforschung des DGB gehen nur 47% der Befragten davon aus, bis zum Eintreten des gesetzlichen Renteneintrittsalters arbeitsfähig zu sein. Bei dieser Einschätzung scheint auch die

<sup>48</sup> Statistisches Bundesamt (2017): Statistisches Jahrbuch 2017. Wiesbaden. S.364

<sup>49</sup> N24 (2017): [www.welt.de/wirtschaft/article167683056/Wo-Deutschland-im-europaweiten-Renten-Vergleich-liegt.html](http://www.welt.de/wirtschaft/article167683056/Wo-Deutschland-im-europaweiten-Renten-Vergleich-liegt.html) , gesichtet am 07.01.2018

<sup>50</sup> Die Zahlen stammen aus einer Anfrage an die Personalabteilung des Caritas Verband für das Bistum Dresden-Meißen e.V. mit Stichtag 31.12.2017

Qualifikation ein entscheidendes Kriterium zu sein, denn bei den Beschäftigten mit keiner oder nur einjähriger Ausbildung waren es nur 34%. Anders sieht es bei den Arbeitnehmern mit einer hochkomplexen Tätigkeit und Hochschulabschluss aus. Von dieser Gruppe gaben 58% an, bis zum Rentenalter arbeiten zu können nur 34% glaubten dies nicht, 8% waren unentschlossen. Die nun folgende Abbildung 8 stellt die Ergebnisse noch einmal übersichtlich dar.

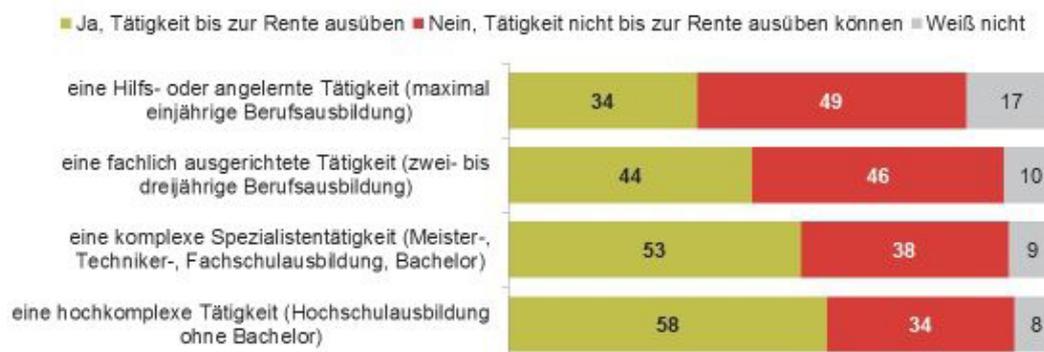


Abbildung 8: Arbeitsfähigkeit bis zur Rente nach Qualifikationsniveau (in Prozent)<sup>51</sup>

Deutlich zu erkennen, ist der Zusammenhang zwischen Zuversichtlichkeit den Beruf bis zum Erreichen der Regelaltersrente fortführen zu können und dem Bildungsniveau. Ein möglicher Grund für diese Unterschiede könnten die verschiedenartige Arbeitsbelastungen sein. So gaben die Mitarbeitenden, die körperlich schwer arbeiten müssen, nur zu 23% an zuversichtlich zu sein bis zum Rentenalter in ihrem Beruf verbleiben zu können. Bei Arbeiten unter widrigen Arbeitsbedingungen oder häufiger Nachtarbeit waren es 31% der Beschäftigten. Berufsgruppen, auf welche diese Merkmale zu treffen, sind beispielsweise das Baugewerbe und der Bereich Gesundheit und Pflege, welche mit 16% bzw. 31% entsprechend eher niedrige Werte aufwiesen. Berufsgruppen mit eher niedriger körperlicher Belastung, wie der IT Bereich oder Planungsberufe wie Architekten, kamen auf vergleichsweise hohe Werte von 64% bzw. 67%.<sup>52</sup> Mit einer mittleren Betriebszugehörigkeit von 9,6 Jahren, liegt der Caritasverband im Bereich der Altenpflege deutlich über dem Durchschnitt, der laut dem Deutschen Verband für Pflegeberufe derzeit bei 8,4 Jahren liegt.<sup>53</sup> Dennoch werden bei Einstellungen jüngere Bewerber, älteren vorgezogen. Die Hans Böckler Stiftung stellt in ihrem Artikel „Ältere Aussortiert“ eine Studie des Briten Peter Riach vor.<sup>54</sup> Dieser hat in seiner Untersuchung Bewerbungen an 427 Gastronomie- und Hotelfachbetriebe in

<sup>51</sup> DGB (2012-2016): DGB-Index, Gute Arbeit. Arbeitsfähig bis zur Rente? Abbildung 3: Arbeitsfähigkeit bis zur Rente nach Qualifikationsniveau (in Prozent), Berlin, S.2

<sup>52</sup> DGB (2012-2016): DGB-Index, Gute Arbeit. Arbeitsfähig bis zur Rente? Berlin, S.1

<sup>53</sup> Deutscher Verband für Pflegeberufe (2018): [www.dbfk.de/manifest/der-hintergrund/](http://www.dbfk.de/manifest/der-hintergrund/), gesichtet am 07.05.2018

<sup>54</sup> Riach Perter (2015): A field experiment investigating age discrimination in four European labour markets. International Review of Applied Economics 5/2015

Deutschland, 345 in Frankreich, 470 in England und 340 in Spanien verschickt. Jeder der Betriebe erhielt im Abstand von einem Monat zwei fiktive Initiativbewerbungen für eine Anstellung im Service. Beide Bewerber waren männlich, der eine 27 und der Andere 47 Jahre alt. Beide verfügten über die gleiche Qualifikation. Um die Chancen auszugleichen, wurden der Bewerbung des Älteren sportliche Hobbys und ein Interesse an Informationstechnologie hinzugefügt.<sup>55</sup> Die nun folgende Grafik Abbildung 9: Jugend bevorzugt, stellt die Ergebnisse der Studie dar:

## Jugend bevorzugt

Bei einem Experiment wurden fiktive Bewerbungen eines 27- und eines 47-Jährigen mit gleicher Qualifikation an Betriebe verschickt. Eine positive Antwort erhielt ...

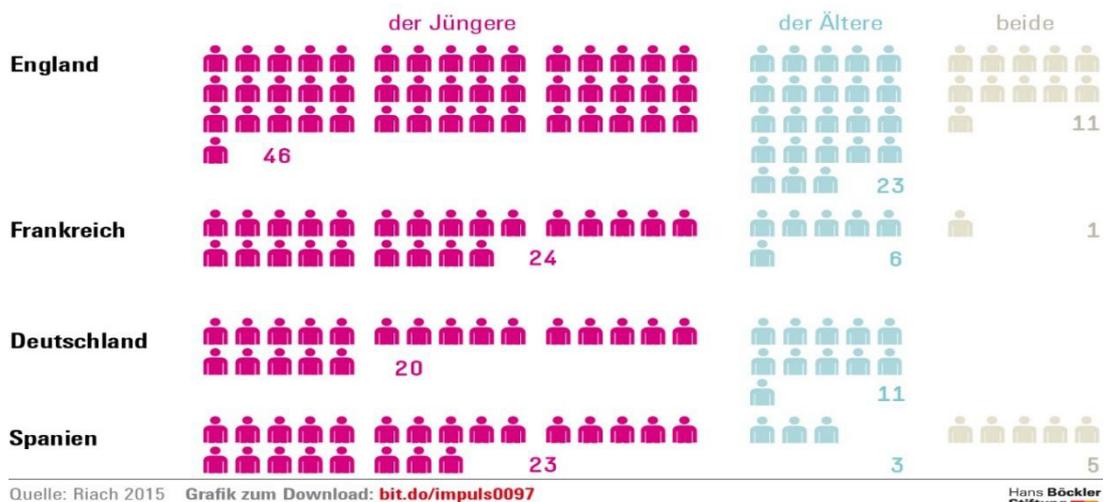


Abbildung 9: Jugend bevorzugt<sup>56</sup>

Zu erkennen ist, dass in allen, in die Untersuchung einbezogenen Ländern, der Jüngere häufiger dem Älteren vorgezogen wurde. Insgesamt schwankt die Zahl der Zusagen von Land zu Land, was vermutlich auf die jeweilige wirtschaftliche Situation sowie den Bedarf und die Verfügbarkeit von Arbeitskräften zurück zu führen ist.

### 1.4 Ziele des Gesundheitsmanagements

Was soll mit der Einführung eines Gesundheitsmanagements erreicht werden? Die in der sächsischen Zeitung vom 17.03.2017 zu lesende Formulierung: „Gesunde Mitarbeiter, gesundes Unternehmen“ ist sehr allgemein.<sup>57</sup> Was konkret erreicht werden kann und sollte, wird in den folgenden Abschnitten versucht zu definieren.

#### 1.4.1 Das gesunde Unternehmen

Ein wirksames Gesundheitsmanagement im Unternehmen kann sogenannte „weiche Faktoren“ wie das Betriebsklima nachhaltig verbessern. Dazu gehören auch die

<sup>55</sup> Hans Böckler Stiftung (2015): Ältere aussortiert. Böckler Impuls Ausgabe 16/2015, S.6

<sup>56</sup> Hans Böckler Stiftung (2015): [bit.de/impuls0097](http://bit.de/impuls0097), gesichtet am 21.05.2018

<sup>57</sup> Sächsische Zeitung – online (2017): [www.sz-online.de/nachrichten/gesunde-mitarbeiter-gesundes-unternehmen-3645674.html](http://www.sz-online.de/nachrichten/gesunde-mitarbeiter-gesundes-unternehmen-3645674.html), gesichtet am 01.03.2018

Arbeitszufriedenheit, Motivation, Arbeitgeberattraktivität und die Mitarbeiterbindung.<sup>58</sup> Es gibt vier wesentliche Einflussfaktoren, die über Erfolg oder Misserfolg eines wirksamen Gesundheitsmanagements entscheiden. Das sind gesellschaftliche Faktoren, das Unternehmen, die Führung des Unternehmens und seine Mitarbeitenden.<sup>59</sup> Gesellschaftliche Faktoren sind auf globaler Ebene die Konferenzen der WHO zur Gesundheitsförderung und die Ottawa Charta. Auf europäischer Ebene ist hier, die unter 1.2.2 beschriebene Luxemburger Deklaration zur betrieblichen Gesundheitsförderung, zu nennen und auf nationaler Ebene ist das die, ebenfalls bereits unter 1.1.4 beschriebene, Deutsche Industrie Norm SPEC 91020. Das Unternehmen schafft die Rahmenbedingungen für ein funktionierendes Gesundheitsmanagement, zum Beispiel über die Einhaltung der Gesetze. Dazu gehört das Arbeitsschutzgesetz, welches Maßnahmen zum Arbeitsschutz und der Verbesserung der Sicherheit und des Gesundheitsschutzes sowie das Arbeitssicherheitsgesetz, das die Notwendigkeit von Betriebsärzten, Sicherheitsingenieuren und anderen Fachkräften für Arbeitssicherheit regelt. Außerdem gibt es die Möglichkeit zusätzliches Engagement zu zeigen, beispielsweise über die Unterzeichnung und Umsetzung, der unter 1.2.2 beschriebenen Luxemburger Deklaration, zur betrieblichen Gesundheitsförderung. Die Führung des Unternehmens beeinflusst naturgemäß maßgeblich den wirtschaftlichen und gesellschaftlichen Erfolg des Unternehmens. Dazu gehören auch die Gesundheit der Mitarbeitenden und die des Führungsteams. Entscheidend ist zum einem der Stil in dem das Unternehmen geführt wird z.B. autoritär, kooperativ, laissez-fair, patriarchalisch, charismatisch, autokratisch oder bürokratisch, wobei jeder Führungsstil Vor- und Nachteile hat.<sup>60</sup> Und zum anderen der Wille ein Gesundheitsmanagement einzuführen. Dazu gehört auch, dass die Unternehmensführung mit positivem Beispiel voran geht, etwa durch ein ausgeglichenes Verhältnis zwischen Arbeit und Freizeit. Die Mitarbeitenden sind im Unternehmen täglich physischen und psychischen Belastungen ausgesetzt. Um diesen zu begegnen, setzt das Gesundheitsmanagement auf die Einhaltung der Bestimmungen zum Arbeitsschutz und .Sicherheit. Beispielsweise in Form von präventiven Angeboten und einem großen Angebot an arbeitserleichternden Hilfsmitteln.

---

<sup>58</sup> Mehlich Harald, Pfannstiel Mario A. (2016): Betriebliches Gesundheitsmanagement -Konzepte, Maßnahmen, Evaluation. Wiesbaden: Gabler für Springer, S.5

<sup>59</sup> Hahnzog Simon (2014): Betriebliche Gesundheitsförderung – Das Praxis Handbuch für den Mittelstand. Wiesbaden: Springer, S.XV

<sup>60</sup> Kranich Julian (2008): Führungsmethoden und Führungsstile. Norderstedt: Grin Verlag, S.2

Die nun folgende Abbildung 10: Das Gesunde Unternehmen, stellt die wechselseitige Beeinflussung der verschiedenen Akteure im betrieblichen Gesundheitsmanagement dar.

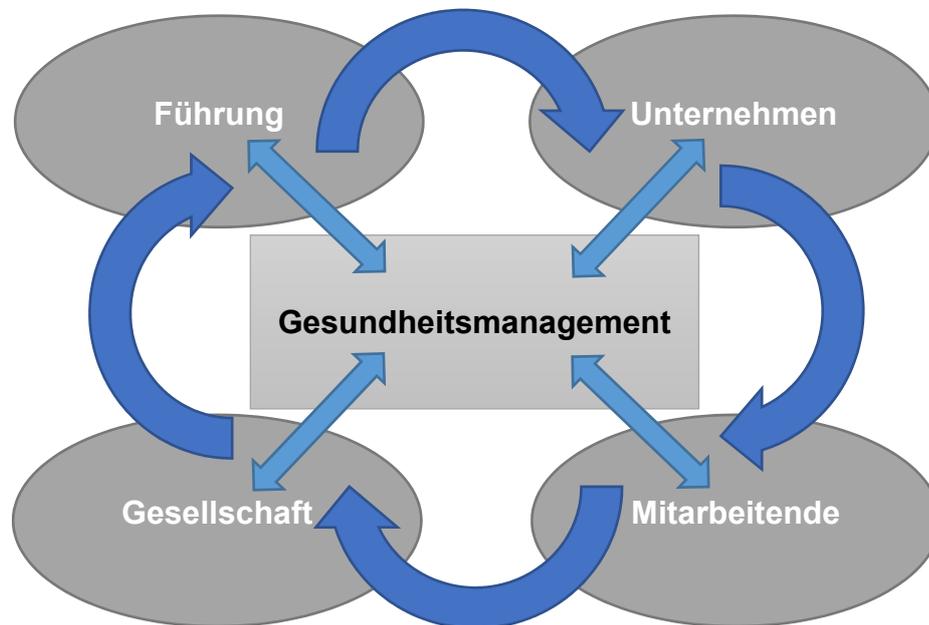


Abbildung 10: Das Gesunde Unternehmen, eigene Abbildung

Die Abbildung verdeutlicht, dass die Einflussfaktoren wie Führung, Unternehmen, Gesellschaft und Mitarbeitende sich gegenseitig beeinflussen und in einer wechselseitigen Beziehung zum Gesundheitsmanagement stehen.

#### 1.4.2 Betriebliches Gesundheitsmanagement Definition und Ziele

Die Planung, Koordination und die Kontrolle aller Maßnahmen des betrieblichen Eingliederungsmanagement, der Gesundheitsförderung im Unternehmen sowie des Arbeitsschutzes und der Arbeitssicherheit werden unter dem Begriff betriebliches Gesundheitsmanagement zusammengefasst.<sup>61</sup> Die Ziele sind die Verbesserung der Organisation und damit die Schaffung besserer Arbeitsbedingungen, die wiederum zur Gesundheit der Mitarbeiter beitragen und ihr Arbeitsverhalten positiv beeinflussen. Die Abbildung 11: Ziele des Gesundheitsmanagements, stellt die Ziele und Abhängigkeiten grafisch dar.<sup>62</sup>

<sup>61</sup> Braun Martin, Gamm Nils et. Al. (2009): Betriebliches Gesundheitsmanagement mit Hilfe der Balanced Scorecard. Dortmund: Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin, S.17

<sup>62</sup> Badura (2000), S. 25 und Rudow (2004) in Esslinger A.S. , Emmert M. , Schäffski O. (2010): Betriebliches Gesundheitsmanagement – Mit gesunden Mitarbeitern zu unternehmerischen Erfolg. Wiesbaden: Gabler Verlag für Springer, S.70

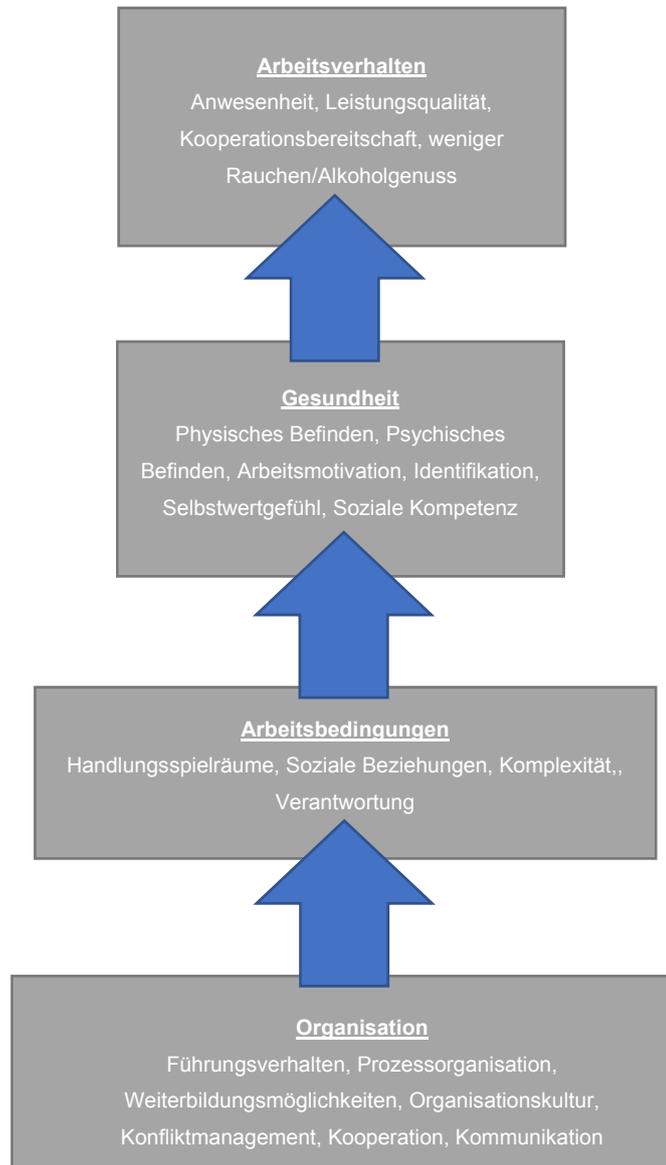


Abbildung 11: Ziele des Gesundheitsmanagements, eigene Abbildung nach Badura (2000)

Die Abbildung verdeutlicht, dass das Gesundheitsmanagement bereits auf der Ebene der Organisation beginnen muss, was zur Verbesserung der Arbeitsbedingungen der Mitarbeitenden führt. Bessere Arbeitsbedingungen tragen ihrerseits zur Gesunderhaltung der Mitarbeiter bei und wirken sich so positiv auf das Arbeitsverhalten aus.

#### 1.4.3 Kosten und Nutzen des Gesundheitsmanagements

Durch eine Verringerung der Fehlzeiten innerhalb der Mitarbeitenden lassen sich enorme Kosten sparen. Das folgende Beispiel soll das Ersparnispotential durch eine höhere Mitarbeitergesundheit verdeutlichen:

Ein mittelgroßes Unternehmen mit ca. 1000 Mitarbeitenden, hat eine Fehlzeitrage von 3 %, das bedeutet das Mitarbeitende an ca. 8750 Tagen pro Jahr nicht ihre geplanten Arbeiten verrichten können. Für einen Fehlzeittag werden geschätzte Personalkosten von ca. € 480 veranschlagt, was ca. € 60 pro Stunde inklusiv Lohnnebenkosten entspricht. Dies ergibt ein Kostenpotenzial von ca. 4,2 Millionen Euro im Jahr.<sup>63</sup> Was ca. 4200 € pro Jahr und Mitarbeiter entspricht. Die Allgemeine Ortskrankenkasse (AOK) ist in ihren Berechnungen etwas konservativer und bezieht sich dabei auch auf das Thema Präsentismus. Demnach entstehen für Mitarbeiter, die trotz Krankheit zur Arbeit kommen, was als Präsentismus bezeichnet wird, geschätzte Kosten von 2.399 Euro. Diese ergeben sich aus einer Verlängerung der Krankheit und eine niedrigere Produktivität. Für kranke Mitarbeiter belaufen sich die Kosten laut AOK, pro Jahr auf immerhin 1.199 Euro.<sup>64</sup> Die AOK nimmt dabei Bezug auf eine Studie der Unternehmensberatung Booz & Company für die Felix-Burda-Stiftung aus dem Jahr 2011.<sup>65</sup> Ein wirksames Gesundheitsmanagement kann diese Fehlzeiten reduzieren und so Kosten sparen. Quasiexperimentelle Studien an Teilnehmern von Gesundheitsförderungsprogrammen, kamen auf Ergebnisse von bis zu 34% weniger Fehlzeiten. Die mit den Fehlzeiten verbundenen Kosten konnten von 12% bis zu 36% verringert werden. Eine unkontrollierte Studie berichtet gar von 68%. In drei Studien wurde auch das Kosten-Nutzen-Verhältnis (cost-benefit ratio; return of investment) ermittelt. Es lag in den quasiexperimentellen Studien bei 1:2,5 bzw. 1:4,85 und im Rahmen einer Korrelationsstudie bei 1:10,1. Bei einem Verhältnis von 1:2,5 lassen sich also theoretisch, für jeden in das Gesundheitsmanagement investierten Euro, zweieinhalb Euro einsparen.<sup>66</sup> Natürlich verursacht ein Gesundheitsmanagement auch Kosten, beispielsweise für konkrete Maßnahmen, zusätzlichen Arbeitsaufwand in der Administration und indirekt durch Doppelbesetzung von Stellen sowie eine geringere Produktivität z.B. bei betrieblicher Eingliederung nach Krankheit. Dennoch ist der monetäre Nutzen größer als der Aufwand. Die zuvor genannten Potentiale zur Reduzierung von Fehlzeiten und den daraus entstehenden Kosten können sich in der Praxis von Fall zu Fall unterscheiden. Das nun folgende Beispiel der UVEX WINTER HOLDING GmbH & Co. KG arbeitet mit konkreten Zahlen, bezieht sich aber lediglich auf die Maßnahmen des betrieblichen Eingliederungsmanagements, welches ein Teil

---

<sup>63</sup> Kaminski Martin (2013): Betriebliches Gesundheitsmanagement für die Praxis – Ein Leitfadens zur systematischen Umsetzung der DIN SPEC 9120. Wiesbaden: Gabler Verlag für Springer, S.7

<sup>64</sup> AOK: <http://www.aok-business.de/gesundheits/bgf-fuer-ihre-mitarbeiter/psychische-gesundheit/praesentismus/folgen-von-praesentismus-hohe-kosten-fuer-arbeitgeber/> , gesichtet am 20.10.2017

<sup>65</sup> Fricker Rolf (2011): <https://www.strategyand.pwc.com/de/home/Presse/Pressemitteilungen/pressemitteilung-detail/49542837> , gesichtet am 20.10.17

<sup>66</sup> Bödeker Wolfgang, Kreis Julia für den BKK Bundesverband(2003): Gesundheitlicher und ökonomischer Nutzen betrieblicher Gesundheitsförderung und Prävention - Zusammenstellung der wissenschaftlichen Evidenz. Essen: BKK Bundesverband. S. 30

des Gesundheitsmanagements im genannten Unternehmen ist. Die untersuchte Unternehmensgruppe hatte zum Betrachtungszeitpunkt 2007 bis 2008, 2.200 Mitarbeitende und einen Umsatz von 311 Millionen Euro. Die nachfolgende Abbildung 12 stellt Aufwand und Nutzen gegenüber:

**Tabelle 5** BEM-Gesamtergebnis in der Basisauswertung<sup>27</sup>

Kostenkomponenten	In €	Nutzenkomponenten	In €
BEM-Einmaldurchführung	9.590,13	↓ AU-Zeit	344.728,51
Laufende Kosten	962,35	↓ Ausgleichsabgabe	1.645,56
Extra Stelle	0,00	Produktivitätsgewinne	1.107.640,80
Produktivitätsstufe ↓ nach EBM	299.063,02	↓ Kosten für Einstellung	16.547,69
		BEM-Prämien	0,00
		Kosten Rechtsstreitigkeiten	24.048,84
		Humankapital	3.024,37
<b>Gesamtkosten</b>	<b>309.615,50 €</b>	<b>Gesamtnutzen</b>	<b>1.497.635,77</b>

Abbildung 12: BEM Kosten und Nutzen Vergleich<sup>67</sup>

Zu erkennen sind die Kosten für die Einmaldurchführung, welche sich, aus der Arbeitszeit für die Gespräche rund um das BEM, ergeben. Veranschlagt werden für das BEM 360 Minuten und ca. 0,72 € Minutenarbeitszeit pro Fall. Die laufenden Kosten von 962,35 € beziehen sich auf den monatlichen Aufwand der BEM Fall-Betreuung durch die Personalverantwortlichen, beziffert mit ca. 180 Minuten. Eine extra Stelle für das BEM wurde nicht veranschlagt. Der größte Kostenfaktor ist die geringere Produktivität, was zu Gesamtkosten von 309.615,50 € führt. Der Gesamtnutzen beläuft sich auf 1.497.635,77 €, welcher sich aus der Verringerung der AU-Zeiten, der Verminderung von Kosten für die Ausgleichsabgabe, Produktivitätsgewinne der BEM-Kandidaten, geringe Wiedereinstellungskosten, BEM-Prämie, Humankapitalerhalt, Kosten für Rechtsstreitigkeiten und Humankapital ergibt. Daraus resultiert, dass für jeden investierten Euro in das BEM, 4,48€ eingespart werden, was einem Verhältnis von rund 1: 4,84 entspricht. Zudem kann das Gesundheitsmanagement weiche Faktoren, wie das Betriebsklima und das Image des Unternehmens verbessern sowie die Motivation und die Effizienz der Belegschaft steigern.<sup>68</sup>

<sup>67</sup> Esslinger A.S., Emmert M., Schäffski O. (2010): Betriebliches Gesundheitsmanagement – Mit gesunden Mitarbeitern zu unternehmerischen Erfolg. Wiesbaden: Gabler Verlag für Springer. S.149

<sup>68</sup> Esslinger A.S., Emmert M., Schäffski O. (2010): Betriebliches Gesundheitsmanagement – Mit gesunden Mitarbeitern zu unternehmerischen Erfolg. Wiesbaden: Gabler Verlag für Springer. S.144

Der Nutzen überwiegt also klar die Kosten. Natürlich lassen sich Faktoren wie die Produktivität in industriellen Betrieben leichter aufzeigen als in Dienstleistungsbetrieben. Im Bereich der Gesundheit und Pflege ist dies noch schwieriger. Es ist nicht möglich, die Wirksamkeit eines Gesundheitsmanagements, mit der bloßen Geschwindigkeit in der Pfl egetätigkeiten ausgeführt werden, zu belegen. Jeder Mensch mit Unterstützungs- und Pflegebedarf hat seine individuellen Probleme und Ressourcen, welche von Tag zu Tag schwanken können. Hier einen Zeitfaktor anzulegen, ist also praktisch wie ethisch schwierig. Möglich ist es aber, die Entwicklung der Fehlzeitentage zu beobachten und Befragungen der Mitarbeitenden durchzuführen. Mögliche Inhalte von Befragungen könnten beispielsweise sein: Betriebsklima, Motivation, Identifikation mit dem Unternehmen oder die Einschätzung der eigenen Gesundheit.

## 2 Betriebliches Gesundheitsmanagement Praxisbeispiele

### 2.1 Gesund arbeiten (gesa) – Gesundheitsförderung am Arbeitsplatz

„GESA“ ist ein Gemeinschaftsprojekt des AWO Bezirksverband Hannover e.V. und vier gemeinnütziger Gesellschaften des gleichen Unternehmensverbands.<sup>69</sup> Die nachfolgende Tabelle 2: AWO Projekt Gesund arbeiten, stellt eine Übersicht zum Projekt dar:

Name:	<ul style="list-style-type: none"><li>• Gesund arbeiten (gesa) – Gesundheitsförderung am Arbeitsplatz</li><li>• Gelebtes Gesundheitsmanagement für Führungskräfte und Mitarbeiter/ -innen</li></ul>
Leitung:	<ul style="list-style-type: none"><li>• Bettina Kaßbaum</li></ul>
Laufzeit:	<ul style="list-style-type: none"><li>• 01.10.2010 – 30.09.2013</li></ul>
Träger:	<ul style="list-style-type: none"><li>• AWO Vita gGmbH</li></ul>
Zielgruppe:	<ul style="list-style-type: none"><li>• Ca. 1500 Beschäftigte</li><li>• Arbeitsbereiche: Kindertagesstätten, Sozialpsychiatrie, Altenpflege und Kurkliniken</li></ul>
Förderung:	<ul style="list-style-type: none"><li>• Europäischer Sozialfonds für Deutschland – Programm: Rückenwind für die Beschäftigten in der Sozialwirtschaft</li></ul>
Volumen:	<ul style="list-style-type: none"><li>• ca. 1,25 Mio. €</li></ul>

<sup>69</sup> Arbeiterwohlfahrt – AWO (2018): AWO Projekte. [www.awo.org/gesa-gesund-arbeiten](http://www.awo.org/gesa-gesund-arbeiten), gesichtet am 05.04.2018

Inhalt:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Qualifizierung durch Seminare, Trainings, Workshops: <ul style="list-style-type: none"> <li>○ „Vital bei der Arbeit“ für Führungskräfte und Mitarbeiter/-innen</li> <li>○ „gesund führen“ für Führungskräfte</li> <li>○ Ausbildung zum Gesundheitsbeauftragten</li> </ul> </li> <li>• Organisationsentwicklung für nachhaltiges Gesundheitsmanagement <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Aufbau und Integration von Steuerungsstrukturen für Gesundheitsmanagement in den Gesellschaften</li> <li>○ Konzernziele und Kenngrößen zur Erfolgsmessung</li> <li>○ Interne PR und Wissensmanagement für Gesundheit</li> </ul> </li> <li>• Erprobung innovativer Personalentwicklungsinstrumente <ul style="list-style-type: none"> <li>○ z.B. Perspektivwechsel, Rotationsbörse</li> </ul> </li> <li>• Geschäftsführer verabschieden im Januar 2011 Gesundheitsziele für den Unternehmensverbund im AWO Bezirksverband Hannover e.V. Kernaussagen: <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Stärkung der Eigenverantwortung der Beschäftigten bei der gesundheitsförderlichen Gestaltung ihrer Arbeit</li> <li>○ Festschreibung der Gesundheitsförderung als Führungsaufgabe</li> <li>○ Nachhaltigkeit</li> </ul> </li> <li>• Präventions-Seminare „Vital bei der Arbeit“ für alle Mitarbeitenden.</li> <li>• Seminarinhalte: <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Salutogenese und Kohärenzgefühl – „Was erhält mich bei der Arbeit gesund?“</li> <li>○ Kommunikation als Ort des Wandels – Zuhören</li> <li>○ Persönliche und betriebliche Glaubensmuster</li> <li>○ achtsamkeitsbasiertes Selbstmanagement</li> <li>○ Körperwahrnehmung</li> </ul> </li> <li>• „gesa“ Workshops für die Geschäftsführung</li> <li>• Strukturen für interne und externe Öffentlichkeitsarbeit</li> <li>• Wissensplattform und Durchführung von Großveranstaltungen.</li> </ul>
---------	--

Tabelle 3: AWO Projekt Gesund arbeiten<sup>70</sup>

Die Darstellung des Projektes kann als Orientierung für ein eigenes Konzept im Caritasverband für das Bistum Dresden- Meißen e.V. dienen. Gründe dafür sind, die Vergleichbarkeit der Unternehmen in Größe und Struktur sowie die Tatsache, dass es sich bei dem Träger um einen der großen Wohlfahrtsverbände in Deutschland handelt, zu denen auch die Caritas gehört.

<sup>70</sup> Kaßbaum Bettina (2011): Projektpräsentation, -Flyer und Artikel. gesa: gesund arbeiten. [www.bagfw-esf.de/index.php?id=266](http://www.bagfw-esf.de/index.php?id=266) , gesichtet am 05.02.2018

## 2.2 Beispiele für Maßnahmen des Gesundheitsmanagements

In Presse, Fachliteratur und anderen Quellen findet sich eine Vielzahl von Maßnahmen des betrieblichen Gesundheitsmanagements. In der nun folgenden Tabelle 3: Praxisbeispiele für erfolgreiches BGM werden ausgesuchte Beispiele vorgestellt. Hauptkriterien für die Auswahl waren: die Machbarkeit im Bereich Altenpflege, kostendeckende Finanzierung und die Innovationskraft der Maßnahme.

Maßnahme	Träger	Beschreibung	Fazit
<ul style="list-style-type: none"> <li>• „HS Gesundheits-offensive“</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• HS - Hamburger Software GmbH &amp; Co. KG</li> <li>• Branche: IT-Dienstleistungen</li> <li>• Anzahl der Mitarbeiter: 160</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Durch die Personalabteilung des Unternehmens wurde ein Gesundheitszirkel initiiert.</li> <li>• Die erste Großveranstaltung war ein Unternehmen weiter „Infotag Gesundheit“. In Kooperation mit einem Gesundheitszentrum werden seit dem ca. 20 Veranstaltungen jährlich durchgeführt z.B. Lauftrainings,</li> <li>• Fahrradaktionen,</li> <li>• Yoga-Stunden, Meditation oder auch Massagen. Das Budget dafür ist vierstellig. Die Krankenkassen beteiligen sich finanziell.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Gesundheitsdienstleister und Krankenkassen bieten Hilfe zur Bedarfsermittlung und zur Durchführung und Finanzierung von BGM Maßnahmen</li> <li>• Das Betriebsklima hat sich im Unternehmen deutlich verbessert, was sich in vielen positiven Mitarbeitergesprächen widerspiegelt.</li> </ul>

<ul style="list-style-type: none"> <li>• „Unternehmen mit Kinderzimmer“</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Otto GmbH &amp; Co KG</li> <li>• Branche: Handel, Logistik und Dienstleistungen</li> <li>• Anzahl der Mitarbeiter: 7.500 (Hamburg), 53.100 (weltweit)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Jährliches Budget für BGM Maßnahmen ca. 2,2 Millionen Euro</li> <li>• Neben diversen BGM Angeboten setzt das Unternehmen auf flexible Arbeitszeitgestaltung und bietet in Kooperation mit einem großen Wohlfahrtsverband einen „Elternservice“ an, der Betreuungsplätze für Kinder vermittelt. Außerdem hat das Unternehmen Vereinbarungen getroffen, wie die Möglichkeit der stundenweisen Kinderbetreuung. Eine besondere Form der familienfreundlichen Unternehmenspolitik ist das Eltern-Kind-Büro, dieses ist neben der normalen Büroausstattung mit Wickeltisch, Spiel- und Kuschelecke ausgestattet. Kinder von Mitarbeitern können an finanziell geförderten Ferienangeboten teilnehmen.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Familienfreundliche Arbeitsplätze reduzieren Fehlzeiten und wirken sich positiv auf das Unternehmensimage und die Mitarbeitergesundheit aus.</li> </ul>
--	---	--	--

<ul style="list-style-type: none"> <li>• „Bewegung für alle“</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Hanse Merkur Versicherungsgruppe</li> <li>• Branche: Versicherung</li> <li>• Anzahl Mitarbeiter: 1.136</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ein Gesundheitstag markierte den Startschuss für das BGM im Unternehmen.</li> <li>• Maßnahmen zu Beginn waren das Messen von Blutdruck, Body-Mass-Index, Stressparametern, Gleichgewichtsfähigkeit und Körperfettanteil.</li> <li>• Erfolgreich laufende Maßnahmen sind beispielsweise Lauftraining, Zumba oder Pilates.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Der Start für ein BGM sollte in einer Unternehmen weiten Veranstaltung erfolgen.</li> <li>• Vor allem Angebote zum Thema Bewegung sind sehr erfolgreich.</li> <li>• Die gleichberechtigte Teilnahme von Mitarbeitenden und Führungskräften an den verschiedenen Angeboten wirkt sich positiv auf das Betriebsklima aus.</li> </ul>
---	--	--	---

<ul style="list-style-type: none"> <li>• „Der Arbeitsbelastung auf der Spur“</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Hamburger Hochbahn AG</li> <li>• Branche: Nahverkehrsunternehmen</li> <li>• Anzahl der Mitarbeiter: 4.450</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Neben Seminaren zur Kompetenzerweiterung für Führungskräfte gibt es regelmäßige Angebote für Mitarbeitende. Außer den klassischen BGM Angeboten wie Bewegung oder Ernährung wird großen Wert auf die Teilhabe der Mitarbeitenden gelegt. In moderierten Workshops erarbeiten die Mitarbeitenden selbst Lösungen für Probleme aus ihrem Arbeitsalltag.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Durch Partizipation an der Gestaltung der Arbeitsprozesse und –bedingungen wächst die Zufriedenheit und Identifikation mit dem Unternehmen.</li> </ul>
---	---	---	---

<ul style="list-style-type: none"> <li>• „Gesundes Heben und Tragen“</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ingredion Germany GmbH</li> <li>• Branche: Produktion von Lebensmittelstärke (u.a. Lebensmittelindustrie)</li> <li>• Anzahl der Mitarbeiter: 235 (Hamburg), über 12.000 (weltweit)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Altersgerechte Arbeitsgestaltung mit Verbesserung der Ergonomie des Arbeitsplatzes und Verringerung des Anteils von Hebe- und Tragetätigkeiten. Dazu wurden moderierte Workshops mit den Mitarbeitenden durchgeführt, bei denen die Analyse der Arbeitsbedingungen im Vordergrund stand. Daraus resultierende Maßnahmen war die Umgestaltung der Arbeitsplätze sowie Coachings zur rückschonenden Arbeitsweise.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Das Einbeziehen der Mitarbeiter in den BGM Prozess steigert die Akzeptanz für Maßnahmen und sorgt für umsetzbare Lösungen.</li> </ul>
---	--	---	--

Tabelle 4: Praxisbeispiele für erfolgreiches BGM<sup>71</sup>

<sup>71</sup> Handelskammer Hamburg (unbekannt): Betriebliches Gesundheitsmanagement Leitfaden und Praxisbeispiele. Hamburg: Siepmann. S.15ff

## 2.3 Schlussfolgerungen aus den Praxisbeispielen

Aus den beschriebenen „best practice“ Beispielen in anderen Unternehmen lassen sich die folgenden Punkte für ein eigenes BGM- Konzept ableiten:

- Gesundheitsdienstleister bieten Hilfe zur Bedarfsermittlung und haben eine breite Palette an Angeboten z.B. Pilates, Yoga etc.
- Die Krankenkassen und Berufsgenossenschaften unterstützen und fördern die BGM Maßnahmen in Unternehmen.
- BGM verbessert das Betriebsklima, das Zugehörigkeitsgefühl und reduziert Fehlzeiten.
- Die Gesundheit der Mitarbeitenden lässt sich auch durch Maßnahmen verbessern, welche auf das soziale Umfeld ausgerichtet sind z.B. familienfreundliche Arbeitsplätze.
- Voraussetzung für den Erfolg eines BGM ist die Partizipation der Mitarbeitenden z.B. durch die Gestaltung der Arbeitsprozesse und –bedingungen.
- Das Konzept sollte firmen- und öffentlichkeitswirksam präsentiert und eingeführt werden z.B. „Gesundheitstag“.
- Die positivsten Resonanzen gibt es auf Angebote zum Thema Bewegung z.B. Lauftraining.
- Die Angebote sollten sich immer gleichberechtigt an Mitarbeitende und Führungskräfte richten.

Ein betriebliches Gesundheitsmanagement kann also nur erfolgreich sein wenn das gesamte Unternehmen (Führung und Mitarbeitende) sich im Konzept wiederfinden und es aktiv mitgestalten können. Außerdem sind externe Unterstützer (z.B. Krankenkassen, Gesundheitszentren etc.) wichtige Partner und besitzen das notwendige „Knowhow“ für ein erfolgreiches BGM.

### **3 Empirische Untersuchung zum betrieblichen Gesundheitsmanagement**

Um das vorhandene Wissen zum Gesundheitsmanagement und zur Situation des Caritasverbandes im Bistum Dresden-Meißen zu verknüpfen, wurden sowohl qualitative als auch quantitative Forschungsmethoden eingesetzt. Ein Hauptgrund dafür war, dass sich beide Methoden zwar gegensätzlich gegenüberstehen, sich aber ergänzen und somit ein maximaler Gewinn an Informationen und Daten gesichert ist.<sup>72</sup> Als qualitative Forschungsmethode wurden Leitfaden gestützte

---

<sup>72</sup> Steinert Erika, Thiele Gisela Hrsg. (2008): Sozialarbeitsforschung für Studium und Praxis. Frankfurt am Main: Peter Lang Internationaler Verlag der Wissenschaften. S48

Expertengespräche durchgeführt. Diese Methode wurde ausgewählt, da bereits eine Vielzahl von Publikationen zum Thema Gesundheitsmanagement existierte und so ein begrenzter Gesprächsrahmen geschaffen werden konnte. Dieser ermöglichte eine ressourcenschonende Durchführung der Interviews, mit dem Ziel Informationen zu gewinnen, um die zu Beginn der Untersuchung formulierten Hypothesen verifizieren oder falsifizieren zu können. Mit dem gleichen Ziel wurden zwei quantitative Befragungen durchgeführt. Die quantitative Forschung stützt sich auf eine Vergleichbarkeit der Daten und gesetzmäßige Zusammenhänge.<sup>73</sup>

### 3.1 Vorgespräch zur Erstellung des Konzeptes

Vor den beschriebenen Interviews mit ausgewählten Experten sowie der Befragung der betroffenen Einrichtungsleiter, gab es ein Vorgespräch, das nun wie folgt beschrieben wird. Am 02. Juni 2017 fand ein erstes Orientierungsgespräch zur Konzepterstellung statt. Ort des Treffens war die Hauptverwaltung des Caritasverbandes für das Bistum Dresden-Meißen e.V. in Dresden. Anwesend waren eine Vertreterin der Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege (BGW), der Leiter der Personalabteilung der Caritas sowie der Abteilungsleiter Trägerschaften. Aus den Gesprächsnotizen wurde eine Mindmap erstellt. Die Kreativmethode der Mindmap wurde von Tony Buzan, einem britischen Psychologen in den 1970er Jahren entwickelt. Sie ermöglicht es Informationen durch hierarchische Strukturen zu visualisieren. Im Mittelpunkt steht das zentrale Thema oder die zentrale Aussage von der weitere Inhalte abgeleitet werden. Es ist dabei möglich, verschiedene Unterpunkte grafisch miteinander zu verbinden, um auch inhaltliche Verbundenheit darzustellen.<sup>74</sup> Es folgt nun die Abbildung 13: „Mindmap zum Vorgespräch“:

---

<sup>73</sup> Steinert Erika, Thiele Gisela Hrsg. (2008): Sozialarbeitsforschung für Studium und Praxis. Frankfurt am Main: Peter Lang Internationaler Verlag der Wissenschaften. S48

<sup>74</sup> Projekt Magazin (2018): Glossar > Deutsche Begriffe > Mind Map. [projektmagazin.de/glossarterm/mind-map](http://projektmagazin.de/glossarterm/mind-map),  
gesehen am 16.05.2018

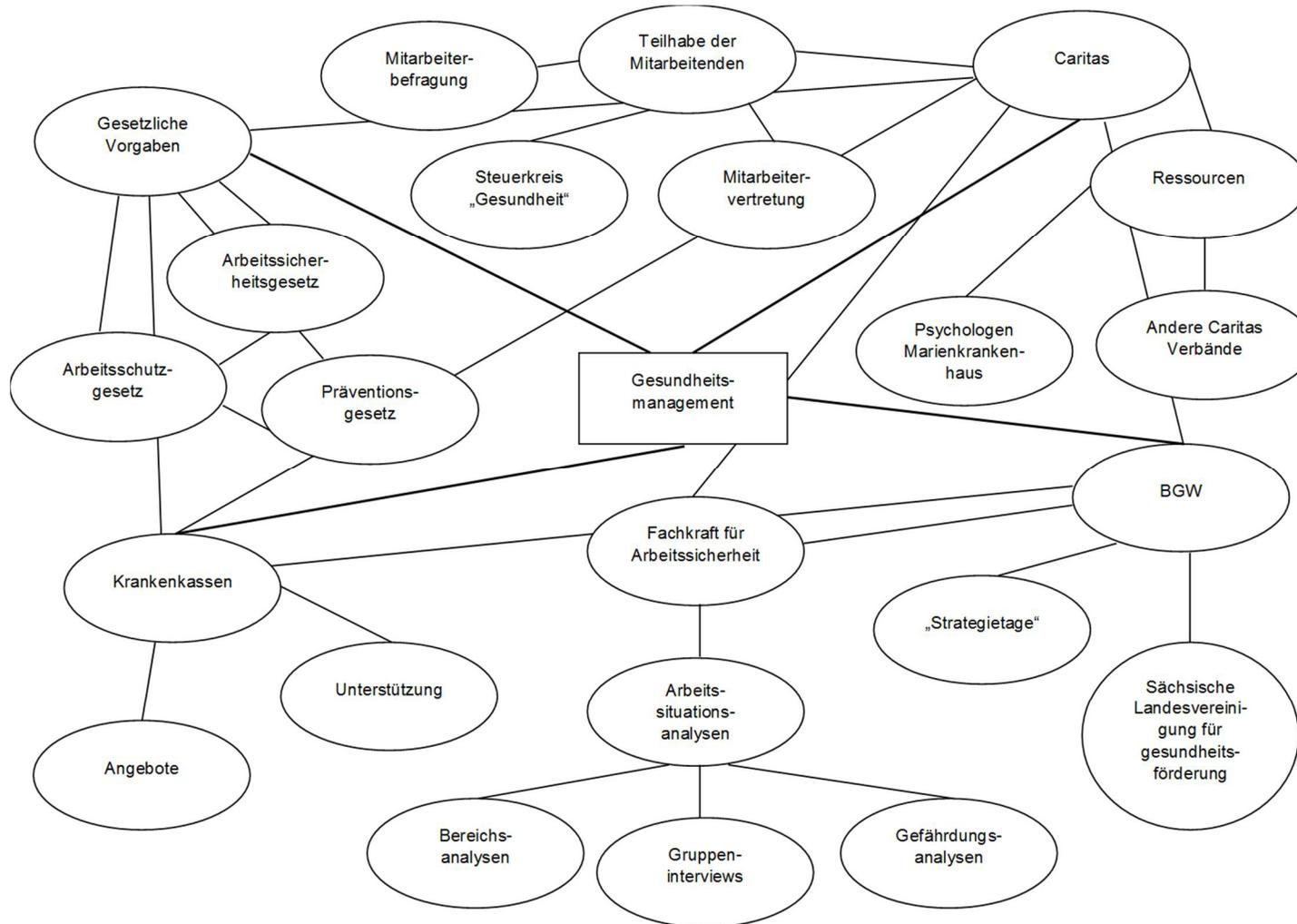


Abbildung 13: Mindmap zum Vorgespräch, eigene Abbildung

Die Abbildung zeigt, dass ein Konzept zum Gesundheitsmanagement nur erfolgreich sein kann, wenn alle Akteure wie Berufsgenossenschaft, Mitarbeitervertretung oder auch die Krankenkassen mit einbezogen werden.

### 3.2 Interviews mit ausgewählten Experten

Im Folgenden wird nun zunächst die Methodik der Interviews vorgestellt, dem folgen die Analyse des Inhalts sowie die Darstellung der Ergebnisse und die daraus resultierenden Schlussfolgerungen.

#### 3.2.1 Methodisches Vorgehen

Zur Vertiefung des Wissens wurden während der Erstellung des Konzeptes sowohl theoriegenerierende als auch systematisierende Expertengespräche mit ausgewählten Personen durchgeführt. Die soziale Rolle des Experten entwickelte sich im Zuge der Industriellenrevolution im 19. Jahrhundert. Das Aufkommen einer Vielzahl neuer Technologien führte zu Spezialisierungen bei Arbeitern und Wissenschaftlern.<sup>75</sup> Demnach besitzt jeder Mensch Fachwissen und Eigenschaften, die er zur Erfüllung seiner alltäglichen, beruflichen und privaten Anforderungen benötigt und die ihn von anderen Individuen unterscheiden. Dieser Definition folgt auch der Duden, der den Experten als Sachverständigen, Fachmann oder Kenner definiert.<sup>76</sup> Befragt wurden:

- P1: Einrichtungsleiter
- P2: leitende Angestellte eine Gesundheitszentrums

Die Methodik, des von Meuser und Nagel entwickelten theoriegenerierenden Expertengesprächs, ist die kommunikative Erschließung und analytische Rekonstruktion des Fachwissens zu einem ausgewählten Themenbereich. Demnach die das systematisierende Expertengespräch der umfassenden Erhebung des Sachwissens der Experten zum Forschungsthema.<sup>77</sup> Das Ergebnis sind vergleichbare Daten.<sup>78</sup> Wichtig für das Leitfaden-Interview ist, aus der Sicht von Flick, zu nächst die Vorbereitung von relevanten Fragen, die möglichst ein breites Spektrum des Forschungsgegenstandes abdecken sollten. Bei der Durchführung ist die Einhaltung der Reihenfolge der Fragen und das Wiedergeben des genauen Wortlautes zweitrangig. Vielmehr soll der Interviewpartner frei sprechen können. Ist die Antwort nicht umfassend genug, sind Rückfragen oder weitergehende

---

<sup>75</sup> Bogner Alexander, Littig Beate, Menz Wolfgang (2014): Interviews mit Experten. Heidelberg: Springer. S.10

<sup>76</sup> Duden: <http://www.duden.de/rechtschreibung/Experte> , gesichtet am 05.05.2015

<sup>77</sup> Bogner Alexander, Littig Beate, Menz Wolfgang (2014): Interviews mit Experten. Heidelberg: Springer. S.24

<sup>78</sup> Bogner Alexander, Littig Beate, Menz Wolfgang (2013): Das Experteninterview: Theorie, Methode, Anwendung. Heidelberg: Springer, S. 38

Fragestellungen erlaubt.<sup>79</sup> Daher wurden die Gespräche mit den Experten als Leitfaden gestützte Interviews durchgeführt. Dazu wurden die im Vorfeld formulierten Hypothesen analysiert und Fragenkomplexen zugeordnet, aus denen die konkreten Fragestellungen für die Interviewleitfäden entwickelt wurden.<sup>80</sup> Die Forschungsfragen wurden dabei konzeptionell und instrumentell operationalisiert, das bedeutet mess- und beobachtbar gemacht. Die Formulierung der Fragen erfolgte weitestgehend offen, um die Befragten zum freien Erzählen zu bewegen. Ein Beispiel dafür ist die Frage drei aus dem Interview P1: „Können Sie mir etwas zu älteren Arbeitnehmern sagen?“. Zweck der im Vorfeld erstellten Leitfäden war die Fokussierung auf das Thema Gesundheitsmanagement.<sup>81</sup> Der Fragebogen für das Interview mit P1: Einrichtungsleiter, befindet sich im Anhang unter a). Die nun folgende Tabelle 5: Operationalisierung, stellt den Prozess der Erstellung der Interviewfragen dar:

---

<sup>79</sup> Flick Uwe (2016): Sozialforschung. Reinbek: Rowohlt. S. 113 f

<sup>80</sup> Kaiser Robert (2014): Qualitative Experteninterviews. Heidelberg: Springer. S. 57

<sup>81</sup> Gläser Jochen, Laudel Grit (2010): Experteninterviews und qualitative Inhaltsanalyse. Wiesbaden: VS Verlag für Springer. S.131

Konzeptionelle Operationalisierung			Instrumentelle Operationalisierung
			
Forschungsfragen	Analysedimensionen	Fragenkomplexe	Interviewfragen
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Welche Voraussetzungen müssen für die Einführung eines Gesundheitsmanagements geschaffen werden?</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Strukturen</li> <li>• Soll-Ist-Vergleich</li> <li>• Stärken-Schwächen</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• gesellschaftliche und unternehmerische Rahmenbedingungen</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Wie könnte eine mögliche Zusammenarbeit zwischen „INJOY Kamenz“ und dem Pflegeheim „St. Georg“ aussehen?</li> <li>• Was denken Sie, was das Konzept „Gesundheitsmanagement“ zum Erfolg benötigt?</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Was sind die Besonderheiten bei der Einführung eines Gesundheitsmanagements auf Trägerebene einer „not-for-profit“ Organisation?</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Zielgruppe(n)</li> <li>• Aufbauorganisation</li> <li>• Ablauforganisation</li> <li>• Unternehmensphilosophie</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Alles zum Caritasverband im Bistum Dresden-Meißen e.V.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Für welchen Bereich sind Sie im Unternehmen zuständig?</li> <li>• welche Qualifikationen haben Sie?</li> <li>• Was sind Ihre genauen Aufgaben?</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Welchen aktuellen und zukünftigen Herausforderungen muss ein Gesundheitsmanagement gerecht werden?</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Personal</li> <li>• rechtliche Rahmenbedingungen</li> <li>• gesellschaftliche Entwicklungen</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• BEM</li> <li>• Gesundheitsförderung</li> <li>• Gesundheitsmanagement</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Welche Rolle spielt das berufliche Eingliederungsmanagement in den zwei Einrichtungen der stationären Altenpflege für die Sie verantwortlich sind?</li> <li>• Was sind die häufigsten Gründe / Erkrankungen für die Inanspruchnahme ihrer Leistungen durch</li> </ul>

			<p>Einzelpersonen oder Unternehmen?</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Welche Maßnahmen, in Bezug auf die Mitarbeitergesundheit, führen Sie durch bzw. würden Sie gern durchführen?</li> <li>• Welche Maßnahmen der Gesundheitsförderung- und Prävention in Unternehmen bieten sie an?</li> <li>• Wie kommen diese Angebote bei den Mitarbeitenden der jeweiligen Unternehmen an?</li> <li>• Welche Maßnahmen würden Sie außerdem empfehlen, um die Gesundheit der Mitarbeitenden zu erhalten?</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Gibt es besondere Anforderungen an ein betriebliches Gesundheitsmanagement in Bezug auf ältere Arbeitnehmer?</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Rentenversicherung</li> <li>• Tarifvertrag</li> <li>• Ruhestandsregelungen</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• alternde Belegschaften</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Können Sie mir etwas zu älteren Arbeitnehmer sagen?</li> <li>• Welche Erfahrungen haben Sie mit älteren Arbeitnehmern?</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• mögliche Unterschiede und Gemeinsamkeiten des betrieblichen Gesundheitsmanagements in unterschiedlich stark besiedelten Kulturräumen.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Stadt-Land-Flucht</li> <li>• Strukturwandel</li> <li>• Demografische Entwicklung</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• gesellschaftliche Entwicklungen</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Bekommen Sie in ihren Einrichtungen die demografischen Veränderungen zu spüren z.B. in Form von Fachkräftemangel?</li> </ul>

Tabelle 5: Operationalisierung

Die in der instrumentellen Operationalisierung entwickelten Interviewfragen wurden den Interviewleitfäden für P1: Interview mit einem Einrichtungsleiter und P2: Interview mit einer Angestellten eines Gesundheitszentrums zugeordnet.

### 3.2.2 Inhaltsanalyse der Gespräche

Zur Auswertung der Gespräche, wurde eine zusammenfassende, qualitative Inhaltsanalyse nach dem Modell Phillip Mayring durchgeführt. Das in den 1980er Jahren im Rahmen einer Studie zu den psychosozialen Auswirkungen von Arbeitslosigkeit entwickelte Modell, ermöglicht es eine große Zahl an Interviews sinnvoll auszuwerten. Im ersten Arbeitsschritt wird dabei das Material paraphrasiert und weniger relevante oder bedeutungsgleiche Passagen gestrichen. Im zweiten Arbeitsschritt werden dann ähnliche Paraphrasen gebündelt und zusammengefasst.<sup>82</sup> Die Grundlage für die Methode sind Daten, die aus einer fixierten Kommunikation stammen. Das können zum Beispiel digitale Aufzeichnungen von Gesprächen oder Gesprächsprotokolle in schriftlicher Form sein. Diese werden thematisch, gedanklich und interpretativ analysiert. Die Grundsätze die dabei gelten sind die Festlegung des Ziels der Analyse durch Einordnung in ein Kommunikationsmodell, Regelgeleittheit - das bedeutet die Zerlegung des vorhandenen Materials in ein inhaltsanalytisches Ablaufmodell sowie die Zusammenfassung der wichtigsten Aspekte in zentrale Kategorien und das Erstellen von vergleichbaren Gütekriterien.<sup>83</sup> Auf Basis der genannten Grundsätze wurden die folgenden Inhaltsanalysen erstellt. Zu nächst wird das Experteninterview „P1: Einrichtungsleiter“ analysiert, dem folgt das Interview „P2: Leitende Angestellte eines Gesundheitszentrums“.

---

<sup>82</sup> Flick Uwe (2016): Sozialforschung. Reinbek: Rowohlt. S.150

<sup>83</sup> Mayring, Philipp & , Philipp. (2000). Qualitative Inhaltsanalyse. Forum Qualitative Sozialforschung / Forum: Qualitative Social Research. 1.

1. Welche Rolle spielt das berufliche Eingliederungsmanagement in den zwei Einrichtungen der stationären Altenpflege, für die Sie verantwortlich sind?

Zeile	Nr.	Paraphrase	Generalisierung	Nr.	Reduktion
7- 8	1	-das berufliche Eingliederungsmanagement wird genutzt, nach einer längeren Krankheitsphase der Mitarbeiter	BEM-Einsatz nach längerer Krankheitsphase		
9- 10	2	- es ist eine Handreichung um gemeinsam mit dem Mitarbeiter festzulegen, wie seine Arbeitskraft erhalten werden kann	Ziel ist die Erhaltung der Arbeitskraft		
11- 12	3	- dabei wird gefragt, was wir als Einrichtung tun können, aber auch was der Mitarbeiter selbst tun kann	Was können Mitarbeitender und Einrichtung tun	1	Maßnahmen von Arbeitgeber und Arbeitnehmer zum Erhalt der Arbeitskraft nach längerer Krankheit. (1, 2, 3)
13	4	- oft haben Mitarbeiter wenig Ideen, was sie selbst für sich tun können	Ideenlosigkeit	2	Mitarbeiter haben nur wenige Ideen. (4)
14	5	- die Einrichtung hat wenig Möglichkeiten dem Mitarbeiter entgegenzukommen	wenig Spielraum		
15- 17	6	-was möglich ist, wird praktiziert: Nutzung der Wiedereingliederungszeit, Umsetzung in einen anderen Bereich (z.B. von der Pflege in die Betreuung – ist aber nur möglich, wenn ein Platz frei ist)	Zeit zur Wiedereingliederung, Stellenwechsel schwierig		
18- 19	7	- grundsätzlich trifft die Entscheidungen über die Dauer der Krankheit der Arzt, auch wenn wir im Einzelfall unsere Bedenken haben	Rolle des Arztes bei Krankschreibung	3	Arbeitgeber hat nur wenig Spielraum bei Maßnahmen und ist abhängig von der ärztlich festgestellten Dauer der Erkrankung. (5, 6, 7)

2. Bekommen Sie in ihren Einrichtungen die demografischen Veränderungen zu spüren z.B. in Form von Fachkräftemangel?

Zeile	Nr.	Paraphrase	Generalisierung	Nr.	Reduktion
23- 24	8	- die demografischen Veränderungen werden dieses Jahr und in den beiden nächsten Jahren sich besonders zeigen	Die demografischen Veränderungen wirken sich direkt aus		
25- 27	9	- wir sind aktiv am Werben von neuen Mitarbeitern – dabei geht es nicht nur um Fachkräfte, sondern auch um Pflegekräfte, Präsenzmitarbeiter, Hauswirtschaftskräfte oder Küchenmitarbeiter	Wir suchen Mitarbeiter in allen Arbeitsbereichen	4	Die demografischen Veränderungen führen zu Personalbedarf in allen Bereichen. (8, 9)

3. Können Sie mir etwas zu älteren Arbeitnehmer sagen?

Zeile	Nr.	Paraphrase	Generalisierung	Nr.	Reduktion
30- 32	10	- Es gibt beide Seiten: Mitarbeiter die „60“ sind und fachlich, sowie körperlich stabil sind. Aber es gibt auch Mitarbeiter, für die ist es eine „Qual“ bis zum Renteneintritt zu arbeiten	Mitarbeitende im Alter über 60 haben eine unterschiedliche physische und psychische Gesundheit		
33	11	- Ursachen liegen oft in der eigenen Psychohygiene	Psychohygiene ist wichtig	5	Die Gesundheit der Mitarbeitenden im Alter über 60 ist von persönlichen Faktoren abhängig. (10, 11)

4. Welche Maßnahmen in Bezug auf die Mitarbeitergesundheit führen Sie durch bzw. würden Sie gern durchführen?

Zeile	Nr.	Paraphrase	Generalisierung	Nr.	Reduktion
39- 40	12	- Ein ausgewogener Dienstplan und Eingehen auf Wünsche der Mitarbeiter ist wichtig für das Wohlbefinden	Wünsche der Mitarbeitenden beachten z.B. bei der Dienstplan -gestaltung		
41- 42	13	- Der Stellenschlüssel müsste verbessert werden, damit mehr Mitarbeiter zur Disposition stehen und somit die freien Tage als Erholphasen ihren Erfolg haben	höherer Stellenschlüssel ermöglicht sicherere Dienstplanung	6	Mehr Mitarbeitende führen zur mehr Sicherheit bei der Dienstplangestaltung, was die Zufriedenheit steigert. (12, 13)
43- 44	14	- Mitarbeiterpflege mit einem Ausflug oder gemeinsamen Feiern tragen der Gesundheit bei	Maßnahmen zur Mitarbeiterpflege sind wichtig		
45- 46	15	- ob ein Gutschein für Rückengymnastik oder ähnliches Sinn macht, bin ich mir nicht sicher	Unsicherheit bei neuen Maßnahmen	7	Ausflüge und Feiern verbessern das Betriebsklima, andere Maßnahmen müssen erprobt werden. (14, 15)

5. Was denken Sie, was das Konzept „Gesundheitsmanagement“ zum Erfolg benötigt?

Zeile	Nr.	Paraphrase	Generalisierung	Nr.	Reduktion
50	16	- Das Konzept ist vom Grundansatz i.O.	positive Einstellung zum Gesundheitsmanagement		
51-52	17	- Problematisch ist, dass wir als Arbeitgeber bei einzelnen Mitarbeitern, welche sehr oft und dann auch über einen längeren Zeitraum krank sind, keinen Einfluss haben	Die Einflussmöglichkeit des Arbeitgebers bei Fehltagen des Arbeitnehmers ist beschränkt.		

53- 54	18	- Die Leistungsvergütung mit in den Blick zu nehmen, wäre aus meiner Sicht eine Möglichkeit Mitarbeiter, welche die Leistung zusätzlich gebracht haben, zu motivieren	finanzielle Motivation für außerplanmäßigen Einsatz im Dienstplan	8	Die beschränkten Möglichkeiten des Arbeitgebers bei Fehlzeiten müssen genutzt werden z.B. Honorierung der Einsatzbereitschaft der Mitarbeitenden. (17, 18)
--------	----	---	---	---	--

Tabelle 6: Interview P1 Einrichtungsleiter, Tabelle in fünf Teilen

Nach der bereits beschriebenen Methodik wurde auch das Interview „P2: Leitende Angestellte eine Gesundheitszentrums“ analysiert. Der erste Teil der Tabelle beschäftigt sich mit den allgemeinen Fragen zur Qualifikation des Interviewpartners\*in. Die Fragen lauteten:

- 1 Für welchen Bereich sind Sie im Unternehmen zuständig
- 2 Welche Qualifikationen haben Sie?
- 3 Was sind Ihre genauen Aufgaben?

Zeile	Nr.	Paraphrase	Generalisierung	Nr.	Reduktion
6	1	- Studiolleitung	Leitungsfunktion		
9- 10	2	- Fitness und Gesundheitscoach IHK mit Weiterbildung betriebliches Gesundheitsmanagement	Fachbereich Gesundheitsförderung und Prävention		
13	3	- Personalleitung, Organisation und Überwachung der betrieblichen Abläufe	Aufgaben der Leitung	1	Qualifizierte Studiolleitung (1, 2, 3)

4 Was sind die häufigsten Gründe / Erkrankungen für die Inanspruchnahme ihrer Leistungen durch Einzelpersonen oder Unternehmen?

Zeile	Nr.	Paraphrase	Generalisierung	Nr.	Reduktion
17	4	- Rückenschmerzen	physische Belastungen		
18	5	- Gelenkschmerzen, am häufigsten Hüft- und Knieprobleme	Schmerzen im Bewegungsapparat		
19	6	- Stress, häufig Personen, die in der professionellen oder Laien-Pflege tätig sind	psychische Belastung		
20- 22	7	- Seltene Gäste sind Menschen mit Typ 2 Diabetes > oft erworbene Krankheit durch falsche Ernährung und Übergewicht sowie fehlende Einsicht etwas zu ändern, da Komplikationen und Folgeerkrankungen erst spät auftreten	unterschiedlicher Umgang mit Erkrankungen	2	Physische und Psychische Belastungen, wie z.B. Schmerzen, motivieren zur Teilnahme an Maßnahmen der Gesundheitsvorsorge und Prävention. (4, 5, 6, 7)

5 Welche Maßnahmen der Gesundheitsförderung- und Prävention in Unternehmen bieten sie an?

Zeile	Nr.	Paraphrase	Generalisierung	Nr.	Reduktion
26	8	- Rückenschule, Wirbelsäulentraining	Rückengymnastik		
27	9	- Entspannung	psychogenes Training		

28	10	- Training mit dem eigenen Körpergewicht z.B. Pilates	Bewegungstraining		
29	11	- Ernährung > Anpassung an Bewegungsverhalten	Stoffwechsel	3	ganzheitlicher Trainingsansatz (8, 9, 10, 11)

#### 6 Wie kommen diese Angebote bei den Mitarbeitenden der jeweiligen Unternehmen an?

Zeile	Nr.	Paraphrase	Generalisierung	Nr.	Reduktion
32- 33	12	- Kurse zum Teil sehr gut besucht > abhängig von Stimmung im Unternehmen und Kursleiter	Erfolg von Angeboten ist von weichen Faktoren abhängig.		
34- 35	13	- Freiwilligkeit ist Pflicht, aber „Verpflichtung“ schaffen durch Kostenbeteiligung der Mitarbeiter oder verwenden von Freizeit	Grundsatz der Freiwilligkeit bei festem Rahmen		
36- 37	14	- Anreize zur Teilnahme wie z.B. teilweise Anerkennung als Arbeitszeit oder Finanzielle Förderung z.B. durch Krankenkassen	Mitarbeiter zu Teilnahme an freiwilligen Angeboten motivieren		
41	15	- Bewusstsein schaffen für Bewegung	intrinsische Motivation	4	Intrinsische und extrinsische Motivation zur Teilnahme an freiwilligen Angeboten. (12, 13, 14, 15)

7 Welche Maßnahmen würden Sie außerdem empfehlen, um die Gesundheit der Mitarbeitenden zu erhalten?

Zeile	Nr.	Paraphrase	Generalisierung	Nr.	Reduktion
42	16	- Stressbewältigung	Umgang mit Belastungen im Alltag		
43	17	- Anleitung zum richtigen Heben und Tragen	Die eigene Gesundheit erhalten und fördern.		
44	18	- Information zum Säure-Basenhaushalt	biologisches Gleichgewicht		
45	19	- computergestütztes Gerätetraining	moderne Trainingsmethoden	5	ganzheitlicher Ansatz – Work-Live-Balance (16, 17, 18, 19)

8 Welche Erfahrungen haben Sie mit älteren Arbeitnehmern?

Zeile	Nr.	Paraphrase	Generalisierung	Nr.	Reduktion
48	20	- Häufig Konflikte zwischen jüngeren und älteren Arbeitnehmern	Generationenkonflikt		
49- 50	21	- Jüngere Arbeitnehmer orientieren sich an Vorbildern sog. „Influencer“ und präferieren Einzeltraining.	Jüngere Menschen bevorzugen individuelles Training.		
51- 57	22	Ältere(n) Arbeitnehmer(n): <ul style="list-style-type: none"> <li>• sind zielorientiert</li> <li>• legen Wert auf ihre Figur</li> <li>• ist ihre Selbständigkeit wichtig</li> </ul>	Ältere Arbeitnehmer bevorzugen Gruppentraining.		Angebote nach Altersgruppen differenziert aber nicht deklariert (20, 21, 22)

		<ul style="list-style-type: none"> <li>• wollen die berufliche Anforderung zu 100% erfüllen</li> <li>• sind soziale Kontakte wichtig</li> <li>• bevorzugen (Klein-) Gruppentraining</li> </ul>			
--	--	--	--	--	--

9 Wie könnte eine mögliche Zusammenarbeit zwischen „INJOY Kamenz“ und dem Pflegeheim „St. Georg“ aussehen?

Zeile	Nr.	Paraphrase	Generalisierung	Nr.	Reduktion
61	23	- Angebote: Gruppenkurse zur Bewegung z.B. Pilates	Gruppenkurse		
62	24	- themenbezogene Gesundheitstage	Thementage		
63	25	- Laufgruppen > Verletzungsrisiko?!	Verletzungsgefahr bei Freizeitaktivitäten		
64	26	- Hebe- und trage „Schule“	Arbeitssicherheit		
65- 66	27	- Physiotherapeutisches Angebot Vorort mit Möglichkeit zum Einlösen von Rezepten	physiotherapeutisches Angebot auf Rezept		
67	27	- Muskelaufbau	Muskeltraining		
68- 69	28	- Zusammenarbeit wird vertraglich in einem Kooperationsvertrag, jederzeit kündbar und ohne Mindestlaufzeit, versehen	Kooperationsvertrag		Die Angebote müssen abgestimmt und im Kooperationsvertrag festgehalten werden. (23, 24, 25, 26, 27, 28)

70- 71	29	- Start mit physiotherapeutischen Angeboten dann darauf aufbauend nach Bedarf Gruppenangebote etc.	niederschwellig beginnen		
72- 74	30	- Finanzierung zum Teil über Krankenkassen möglich, wenn viele Versicherte einer Kasse, dann komplette Förderung möglich oder Förderung der eigenen Mitglieder z.B. Bonusprogramme und Co.	Wichtiger Kostenträger sind die Krankenkassen.		Die Krankenkassen sind ein wichtiger und Partner. (29, 30)

Tabelle 7: P2: Leitende Angestellte eine Gesundheitszentrums

Im nächsten Analyseschritt werden die Daten nun zusammengefasst dargestellt und kommentiert.

### 3.2.3 Ergebnisse der Interviews

Nachfolgend werden nun die paraphrasierten, generalisierten und reduzierten Ergebnisse der Interviews „P1: Einrichtungsleiter“ und „P2: leitende Angestellte eines Gesundheitszentrums“ den in der Einleitung formulierten Forschungsfragen zugeordnet und kommentiert.

Abkürzung	Hypothese	Ergebnis	Kommentar
A	Welche Voraussetzungen müssen für die Einführung eines Gesundheitsmanagements geschaffen werden?	Mehr Mitarbeitende führen zur mehr Sicherheit bei der Dienstplangestaltung, was die Zufriedenheit steigert	Um attraktive Angebote für Mitarbeitende gestalten zu können, müssen ausreichend personelle Ressourcen zur Verfügung stehen.
		qualifizierte Studioleitung	Der Kooperationspartner muss die nötige fachliche Kompetenz besitzen Angebote zu erstellen. Für die Kostenübernahme durch die Krankenkassen ist eine fundierte fachliche Qualifikation von Vorteil.

		Die Angebote müssen abgestimmt und im Kooperationsvertrag festgehalten werden.	Aus ökonomischer Sicht ist die Zusammenarbeit mit externen Leistungserbringern sinnvoll. Die Rahmenbedingungen müssen festgehalten werden.
		Die Krankenkassen sind ein wichtiger und Partner.	Die Krankenkassen haben ein breites Angebot an Maßnahmen zur Gesundheitsförderung und Prävention und finanzieren voll oder zum Teil Maßnahmen in Unternehmen.
B	Was sind die Besonderheiten bei der Einführung eines Gesundheitsmanagements auf Trägerebene einer „not-for-profit“ Organisation?	-	Keines der beiden Interviews brachte Erkenntnisse, ob ein Gesundheitsmanagement auf Trägerebene einer „not-for-profit“ Organisation besondere Rahmenbedingungen hat.
C	Welchen aktuellen und zukünftigen Herausforderungen muss ein Gesundheitsmanagement gerecht werden?	Maßnahmen von Arbeitgeber und Arbeitnehmer zum Erhalt der Arbeitskraft nach längerer Krankheit.	Arbeitnehmer sollen ihren Beruf lange ausüben können, zum eigenen Wohl z.B. Rentenansprüche und um den ersten Arbeitsmarkt erhalten zu bleiben.
		Mitarbeiter haben nur wenige Ideen	Die Erwartungen an den Arbeitgeber steigen.
		Arbeitgeber hat nur wenig Spielraum bei Maßnahmen und ist abhängig von der ärztlich festgestellten Dauer der Erkrankung.	Die Handlungsspielräume der Einrichtungsleiter müssen erweitert werden um den steigenden Erwartungen recht zu werden.
		Die demografischen Veränderungen führen zu Personalbedarf in allen Bereichen.	Bevölkerungsschwund und Geburtenrückgang führen in allen Teilen des öffentlichen Lebens und der Privatwirtschaft zu offenen Stellen. Arbeitgeber müssen attraktiv sein.

		Die beschränkten Möglichkeiten des Arbeitgebers bei Fehlzeiten müssen genutzt werden z.B. Honorierung der Einsatzbereitschaft der Mitarbeitenden.	Einsatzbereitschaft und Flexibilität werden gefordert, müssen aber auch honoriert werden.
D	Gibt es besondere Anforderungen an ein betriebliches Gesundheitsmanagement in Bezug auf ältere Arbeitnehmer?	Die Gesundheit der Mitarbeitenden im Alter über 60 ist von persönlichen Faktoren abhängig	Angebote des BGM müssen mit den Mitarbeitenden abgestimmt werden.
		Ganzheitlicher Ansatz – Work-Live-Balance	Gesundheit ist mehrdimensional und wird durch die Arbeitsbedingungen beeinflusst.
		Intrinsische und extrinsische Motivation zur Teilnahme an freiwilligen Angeboten.	Materielle Anreize motivieren zur Teilnahme an Angeboten und mindern Hemmschwellen.
		Angebote nach Altersgruppen differenziert aber nicht deklariert	Angebote dürfen nicht den Stempel „Nur für Alte“ haben da dies demotivierend wirkt.
E	Mögliche Unterschiede und Gemeinsamkeiten des betrieblichen Gesundheitsmanagements in verschieden stark besiedelten Kulturräumen.	Ausflüge und Feiern verbessern das Betriebsklima, andere Maßnahmen müssen erprobt werden.	Große Unterschiede bei Maßnahmen zur Verbesserung des Betriebsklimas sind regional nicht zu erwarten.
		Physische und Psychische Belastungen wie z.B. Schmerzen motivieren zur Teilnahme an Maßnahmen der Gesundheitsvorsorge und Prävention.	Die Arbeit im Bereich Gesundheit und Pflege unterscheidet sich in Bezug auf die physische und psychische Belastung

Tabelle 8: Ergebnisse der Experteninterviews

Die Zuordnung der Ergebnisse aus den Experteninterviews zu den Forschungsfragen, stützt die zuvor hergestellten theoretischen Zusammenhänge mit empirischen Daten.

### 3.2.4 Schlussfolgerungen aus den Interviews

Aus den Experteninterviews lassen sich nun die folgenden Punkte für die Erarbeitung eines Konzeptes zur Implementierung eines betrieblichen Gesundheitsmanagements beim Caritas Verband für das Bistum Dresden-Meißen e.V. ableiten:

- Die Krankenkassen sind der wichtigste Partner im Bereich Gesundheitsförderung und Prävention.
- Es werden Kooperationspartner wie z.B. Gesundheitszentren benötigt.
- Die Mitarbeitenden stehen mit ihren Wünschen und Bedürfnissen im Fokus.
- Angebote können nur erfolgreich und wirksam sein, wenn sie ganzheitlich, freiwillig, niedrigschwellig beginnend und mit einem Anreiz versehen sind.
- Die Bedarfe der Mitarbeitenden unterscheiden sich in den jeweiligen Altersgruppen.
- Arbeitgeber benötigen mehr Ressourcen und Handlungsspielräume.
- Gesunde und zufriedene Mitarbeiter verbessern die Arbeitsqualität, was sich auch positiv auf das Unternehmensimage auswirkt.

Die benannten Punkte wurden im erstellten Konzept berücksichtigt. Um die formulierten Hypothesen weiter verifizieren oder zu falsifizieren, wurden ergänzend quantitative Datenerhebungen durchgeführt.

### 3.3 Befragung der Einrichtungsleiter

Die quantitative Datenerhebung, mittels Befragung aller neun Leiter stationären Altenpflegeeinrichtungen in direkter Trägerschaft des Caritasverbandes, ergänzt sinnvoll die qualitative Forschung, mittels Befragung eines einzelnen Einrichtungsleiters.

#### 3.3.1 Methodisches Vorgehen

Da die stationären Altenpflegeeinrichtungen des Caritasverbandes über das ganze Bistum verstreut sind, wurde eine quantitative Datenerhebung mittels Fragebogen durchgeführt. Das Hauptziel der Befragung war es, die zu Beginn des Forschungsprozesses aufgestellten Hypothesen, zu bestätigen oder zu widerlegen. Weitere Ziele waren die Partizipation der Einrichtungsleitungen sowie eine umfassende Datenerhebung, welche urbane und ländliche Räume gleichermaßen berücksichtigt. Der nächste Schritt war die Konzeptualisierung der Befragung. Als Forschungsdesign wurde die Methode der standardisierten Befragung ausgewählt. Die Befragung erfolgte schriftlich mittels offener z.B. „Was würden Sie verbessern, was wünschen Sie sich, was fehlt Ihnen?“ und geschlossener Fragen z.B. „Das betriebliche Eingliederungsmanagement...halte ich für sinnvoll. [...]“. Die

Antwortkategorien zum ersten Teil des Fragebogens: „Allgemein Fragen“, wurden anhand des Vorwissens konstruiert. Bei den Fragekomplexen zwei: „Betriebliches Eingliederungsmanagement (BEM)“ sowie drei: „Gesundheitsförderung und Prävention“ wurden die Antwortmöglichkeiten von „stimme voll zu“ bis „lehne voll ab“ skaliert, um ein Ausweichen auf einen mittleren Wert zu verhindern. Die Antwortmöglichkeiten „keine Angaben“ oder „ich weiß nicht“ wurden bewusst nicht hinzugefügt, da davon ausgegangen wurde, dass die Befragten sich aufgrund ihrer Tätigkeit zu jeder Kategorie äußern können. Die Fragen 3.5 und 2.5 waren offen formuliert und sollten in Textform beantwortet werden. Die Frage 3.4 ließ eine mehrfach Nennung zu, wohin gegen die Frage 2.4 einen konkreten Wert erfragte. Der fertige Fragebogen wurde einem der Einrichtungsleiter und dem zuständigen Abteilungsleiter beim Caritasverband vorgelegt. Im Anschluss wurde der Bogen nochmals überprüft und durch die Verwaltung vom Caritasverband verteilt. Die Grundgesamtheit der Leiter von stationären Altenpflegeeinrichtungen in direkter Trägerschaft des Caritasverbandes Betrag N=9, der Rücklauf belief sich auf neun Bögen was 100% entspricht. Die Bögen wurden zu nächst beim Caritasverband gesammelt und im Anschluss persönlich übergeben. Bereits zu diesem Zeitpunkt war ein Rückschluss auf den jeweiligen Ersteller nicht mehr möglich. Zusätzlich wurden die Bögen, vor der Erfassung und Codierung, gemischt und per Zufall mit Buchstaben von A bis I versehen. Im Tabellenkalkulationsprogramm „Excel“ wurde im Anschluss die Datei, bestehend aus den einzelnen Datensätzen und Dateneinheiten, erstellt.<sup>84</sup> Die fertige Datei befindet sich im Anhang c) Daten-Matrix. Dem folgte die Analyse und Interpretation der Daten.<sup>85</sup> Die nun nachfolgende Tabelle 9 stellt den Prozess der Operationalisierung, der Fragen für die Datenerhebung über die Einrichtungsleiter, dar:

---

<sup>84</sup> Steinert Erika, Thiele Gisela Hrsg. (2008): Sozialarbeitsforschung für Studium und Praxis. Frankfurt am Main: Peter Lang Internationaler Verlag der Wissenschaften, S.288

<sup>85</sup> Raithel Jürgen (2008): Quantitative Forschung. Wiesbaden: VS Verlag für Springer, S. 27

Konzeptionelle Operationalisierung			Instrumentelle Operationalisierung
			
Forschungsfragen	Analysedimensionen	Fragenkomplexe	Interviewfragen
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Welche Voraussetzungen müssen für die Einführung eines Gesundheitsmanagements geschaffen werden?</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Strukturen</li> <li>• Soll-Ist-Vergleich</li> <li>• Stärken-Schwächen</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• allgemeine Fragen</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Wie oft müssen Sie oder die bzw. der Dienstplanverantwortliche den Dienstplan, aufgrund von erkrankten Mitarbeitenden, umstellen?</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Was sind die Besonderheiten bei der Einführung eines Gesundheitsmanagements auf Trägerebene einer „not-for-profit“ Organisation?</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Zielgruppe(n)</li> <li>• Aufbauorganisation</li> <li>• Ablauforganisation</li> <li>• Unternehmens-philosophie</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• allgemeine Fragen</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Für wie viele Mitarbeitende sind sie verantwortlich?</li> <li>• Wie schätzen Sie das Interesse ihrer Mitarbeitenden an freiwilligen Maßnahmen der Gesundheitsförderung und Prävention z.B. Yoga, Schwimmen etc. ein?</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Welchen aktuellen und zukünftigen Herausforderungen muss ein Gesundheitsmanagement gerecht werden?</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Personal</li> <li>• Rechtliche Rahmenbedingungen</li> <li>• Gesellschaftliche Entwicklungen</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Gesundheitsförderung und Prävention</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Was denken Sie sind die häufigsten Ursachen für Fehltage durch Mitarbeitende in ihrer Einrichtung?</li> <li>• Gesundheitsförderung und Prävention.... <ul style="list-style-type: none"> <li>• ... halte ich für sinnvoll.</li> <li>• ... spart Kosten.</li> <li>• ... ist effektiv.</li> </ul> </li> <li>• Welche Themen im Bereich Gesundheitsförderung und</li> </ul>

			<p>Prävention erachten Sie für wichtig?</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Das BEM sowie die Maßnahmen zur Gesundheitsförderung und Prävention sollen in einem Konzept: dem Gesundheitsmanagement vereint werden. Welche Erwartungen oder Wünsche haben sie an dieses Konzept?</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Gibt es besondere Anforderungen an ein betriebliches Gesundheitsmanagement in Bezug auf ältere Arbeitnehmer?</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Rentenversicherung</li> <li>• Tarifvertrag</li> <li>• Ruhestandsregelungen</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Betriebliches Eingliederungsmanagement (BEM)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Das Betriebliche Eingliederungsmanagement... <ul style="list-style-type: none"> <li>• ... halte ich für sinnvoll.</li> <li>• ... spart Kosten.</li> <li>• ... ist effektiv.</li> <li>• ... wende ich ___ pro Jahr an.</li> </ul> </li> <li>• Was würden Sie verbessern, was wünschen Sie sich, was fehlt Ihnen?</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Mögliche Unterschiede und Gemeinsamkeiten des betrieblichen Gesundheitsmanagements in unterschiedlich stark besiedelten Kulturräumen.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Stadt-Land-Flucht</li> <li>• Strukturwandel</li> <li>• Demografische Entwicklung</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Betriebliches Eingliederungsmanagement (BEM)</li> <li>• allgemeine Fragen</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Wo befindet sich ihre Einrichtung?</li> </ul>

Tabelle 9: Operationalisierung Befragung Einrichtungsleiter

Um auch die Mitarbeitenden einzubeziehen und Vergleichswerte zu schaffen, wurde der Fragebogen in leicht abgewandelter Form, für eine offene, anonyme Mitarbeiterbefragung genutzt. Zum Beispiel wurde aus der Frage: „Wie oft müssen Sie oder die bzw. der Dienstplanverantwortliche den Dienstplan aufgrund von erkrankten Mitarbeitenden umstellen?“ die Frage: „Wie oft muss ich für erkrankte Kollegen einspringen?“. Der vollständige Fragebogen befindet sich im Anhang. Es war so möglich die Sichtweisen der Arbeitgeber und Arbeitnehmer wieder zu spiegeln und gegenüber zu stellen. Die Vergleichsgruppe waren die Mitarbeitenden eines Wohnbereiches, einer der neun stationären Einrichtungen, aus den Arbeitsbereichen: Pflege, Soziale Betreuung und Wirtschaft. Die Gesamtzahl der Mitarbeitenden des Bereiches betrug 20, Teilgenommen an der Befragung haben 13 Personen was 65% entspricht.

### 3.3.2 Ergebnisse der Befragung

Die erste Frage lautete: „Für wie viele Mitarbeitende sind sie verantwortlich?“. Die nun folgende Abbildung 14 zeigt die Verteilung der N=696 Mitarbeitenden (MA):

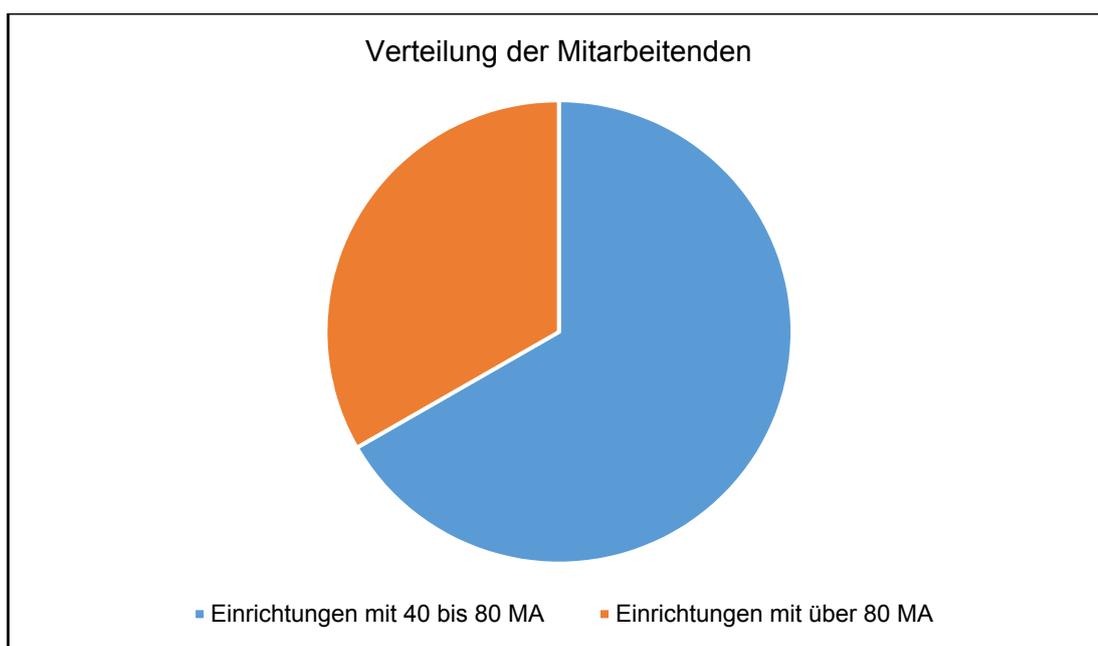


Abbildung 14: Verteilung der Mitarbeitenden, eigene Abbildung

Die Abbildung zeigt das fast dreiviertel der Mitarbeitenden in Einrichtungen mit 80 oder mehr Angestellten tätig sind. Stationäre Einrichtungen der Altenpflege mit 40 oder weniger Mitarbeitenden gibt es derzeit also nicht im Caritasverband für das Bistum Dresden-Meißen. Die Verteilung der Einrichtungen auf urbanes und ländliches Gebiet zeigt die nun folgende „Abbildung 15: Verteilung Stadt – Land“:

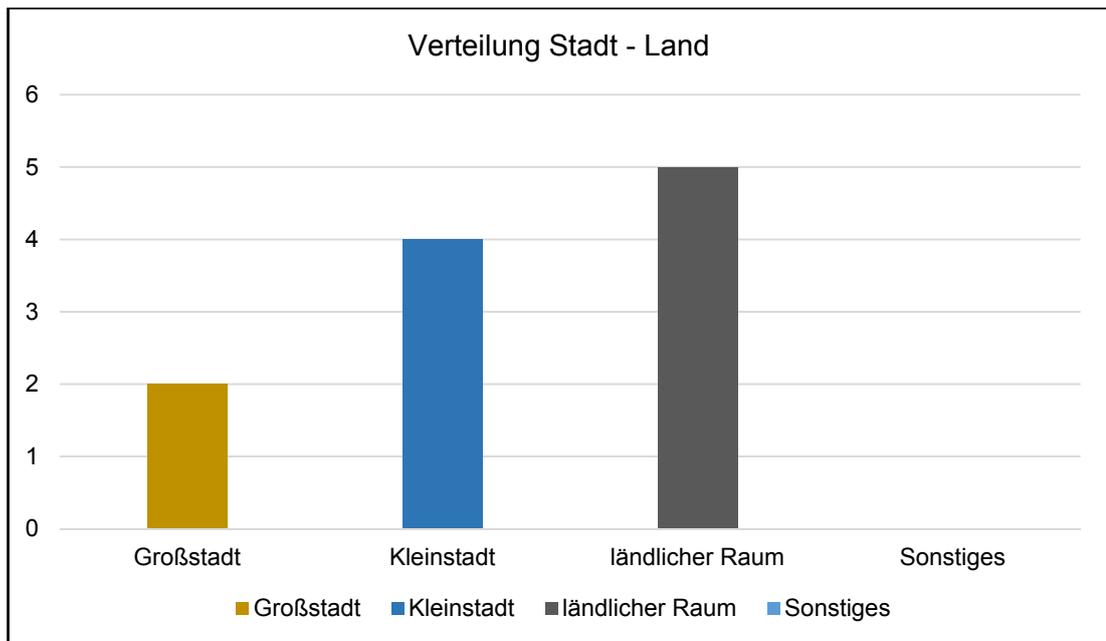


Abbildung 15: Verteilung Stadt – Land, eigene Abbildung

Da eine mehrfache Nennung nicht ausgeschlossen war, wurde auf zwei Bögen, sowohl der ländliche Raum, als auch die Option Kleinstadt, angekreuzt. Beide Antworten wurden im obigen Diagramm berücksichtigt. Die Abbildung verdeutlicht, dass sich der überwiegende Teil der Einrichtungen im ländlichen Bereich oder in Kleinstädten befindet. Die Frage 1.3 beschäftigte sich mit der Frage was vermutlich die häufigsten Ursachen für Fehltage durch Mitarbeitende sind.

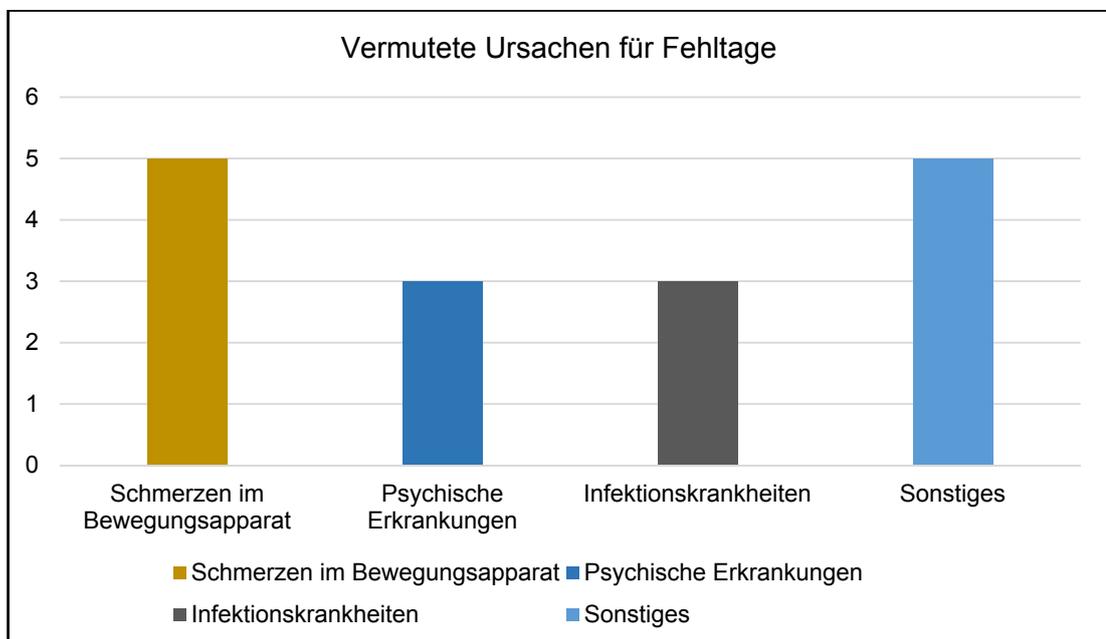


Abbildung 16: Vermutete Ursachen für Fehltage, eigene Abbildung

Auch bei dieser Frage waren mehrfache Nennungen möglich und auf drei der neun Bögen vorhanden. Unter der Antwortoption „Sonstiges“ notierten zwei der Befragten Personen, obwohl nicht vorgesehen, formlos „Schwangerschaft“ bzw. „Sonstiges“.

Überlastungssyndrom mit typischen Fluchtfolgen“. Die übrigen Befragten spiegelten in der Grundtendenz die Ergebnisse des DAK Gesundheitsreportes 2017 wieder. In diesem nennt die Deutsche Angestelltenkrankenkasse die häufigsten Ursachen für Fehltage ihrer Versicherten. Demnach sind Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems mit 22,2% die häufigste Ursache, gefolgt von 17,1% psychischen Erkrankungen, Infektionen wurden mit einer Häufigkeit von 4,6% angegeben.<sup>86</sup> Bei der Befragung der Mitarbeitenden nach den Gründen für ihre Erkrankungen in den letzten zwölf Monaten gaben 10 der 13 Befragten Infektionskrankheiten als häufigste Ursache an, was rund 77% entspricht. Nur zwei gaben Schmerzen im Bewegungsapparat an. Wie groß das Interesse an freiwilligen Maßnahmen zur Gesundheitsförderung und Prävention ist bzw. eingeschätzt wird, beschäftigte sich die Frage 1.4. Die Ergebnisse werden in Abbildung 17 dargestellt:

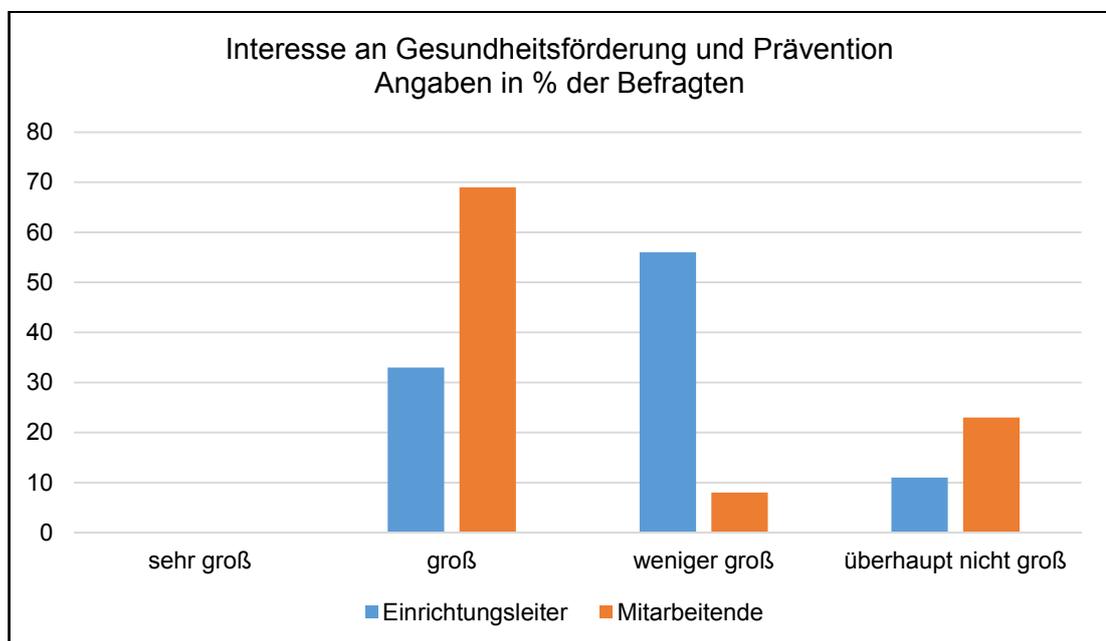


Abbildung 17: Interesse an Gesundheitsförderung und Prävention, eigene Abbildung

Die Abbildung macht deutlich, dass die Fremdeinschätzung der Einrichtungsleiter stark von der Selbsteinschätzung der Mitarbeitenden abweicht. Während Letztere ein großes Interesse zeigten, schätzten die Einrichtungsleiter dieses Interesse als eher weniger groß ein. Eine mögliche Ursache könnte dafür sein, dass die Mitarbeitenden ihr Interesse nicht oder nur unzureichend kommunizieren. Wie oft der Dienstplan, aufgrund von erkrankten Mitarbeitenden, umgestellt werden muss, wurde in der Frage 1.5 erforscht. Da auf einem Bogen alle Antworten angekreuzt waren, wurde nur die Antwort „beinahe täglich“ in die Auswertung einbezogen, da diese alle anderen einschließt. Abbildung 18 stellt die Antworten grafisch dar:

<sup>86</sup> Storm Andreas Hrsg. (2017): Gesundheitsreport 2017. Heidelberg: medhochzwei Verlag, S.19

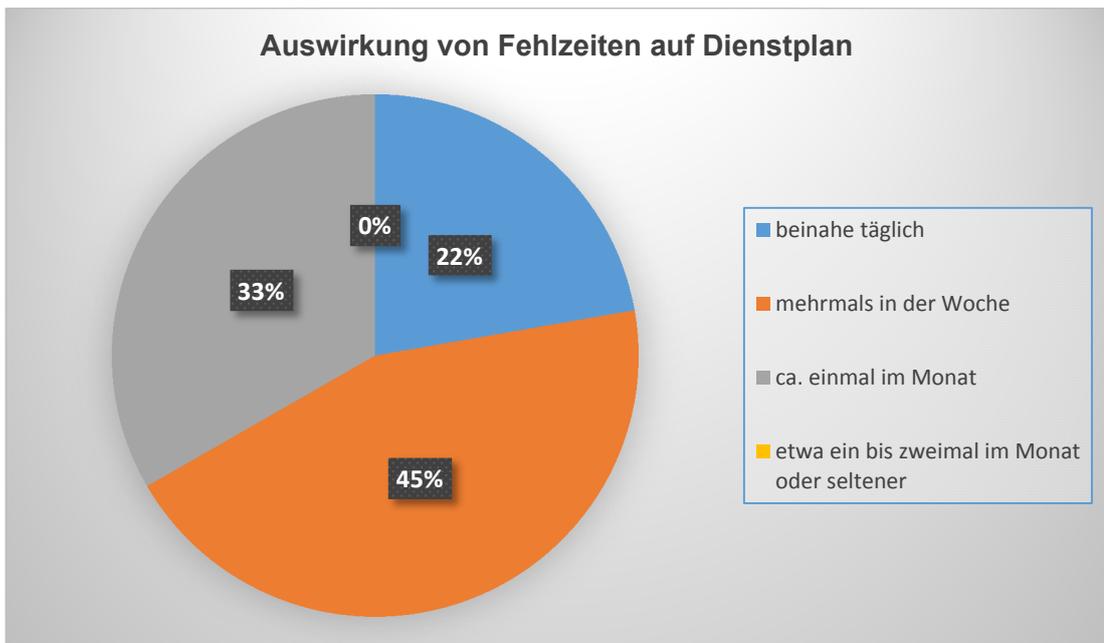


Abbildung 18: Auswirkung von Fehlzeiten auf Dienstplan, eigene Abbildung

Die Abbildung verdeutlicht, dass durch Fehlzeiten der Dienstplan oft umstrukturiert werden muss, was Mitarbeitende wie Dienstplanverantwortliche, gleichermaßen belastet. In der nun folgenden Abbildung 19 werden die Aussagen der Einrichtungsleiter zum betrieblichen Gesundheitsmanagement dargestellt:

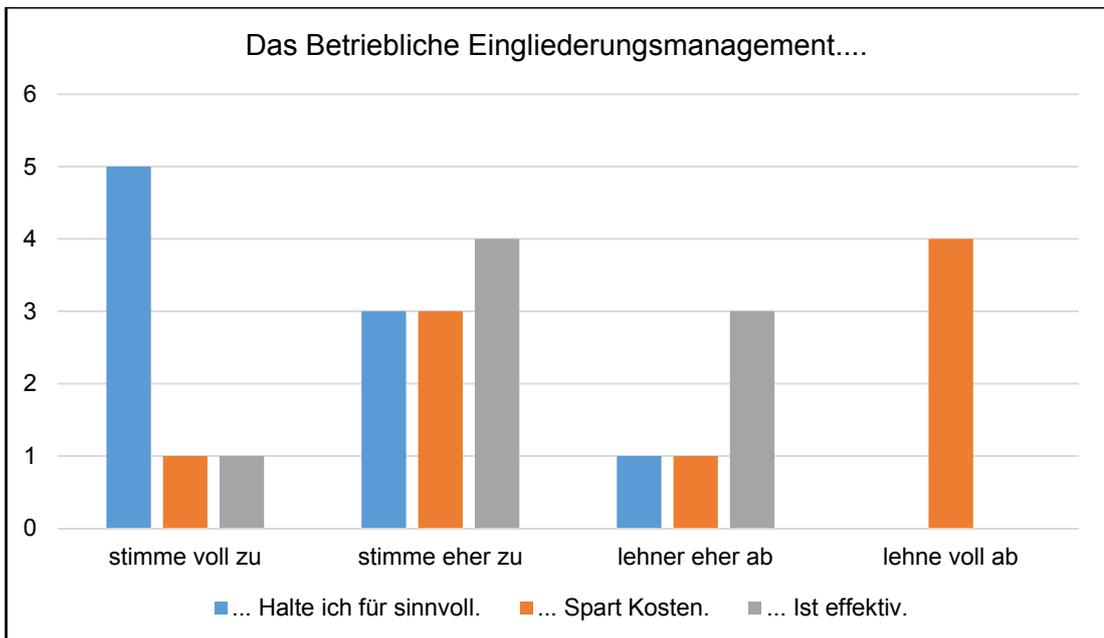


Abbildung 19: Das Betriebliche Gesundheitsmanagement, eigene Abbildung

Die Abbildung zeigt, dass die Einrichtungsleiter das BEM zum überwiegenden Teil für sinnvoll und effektiv halten. Auf größere Ablehnung stieß die These, dass das BEM Kosten spart. Die nun folgende Abbildung 20 zeigt wie oft das BEM in den Einrichtungen angewendet wird:

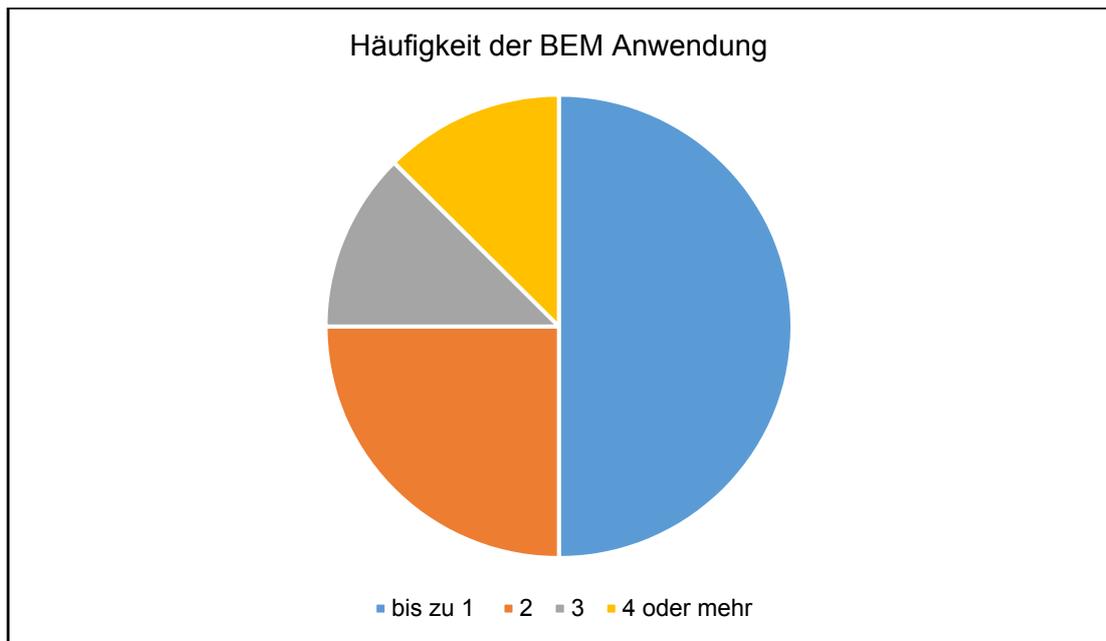


Abbildung 20: Häufigkeit der BEM Anwendung, eigene Abbildung

Die Grafik zeigt, dass das betriebliche Gesundheitsmanagement relativ selten eingesetzt wird. Ein möglicher Grund dafür könnte sein, dass die Voraussetzungen, wie z.B. Fehlzeit über sechs Wochen, nur selten erfüllt werden.

Auf die offene Frage was am BEM zu verbessern oder zu ergänzen ist, kamen folgende Antworten:

- „Die Einrichtung hat keinen Einfluss auf die Entscheidungen des Arztes. In Ausnahmefällen wäre eine beratende Rücksprache bzw. gemeinsame Überlegung sinnvoll.“
- „Für dieses Management muss man sich Zeit nehmen im Alltagsgeschäft.“
- „Ist aus meiner Sicht optimal geregelt.“
- „Leistungsvergütung nicht pauschal auszahlen, sondern die Ausfalltage durch Krankheit beachten.“
- „Zunächst muss geklärt sein, worum es geht beim BEWM. Wie wird mit der erforderlichen Zeit umgegangen (Arbeitszeit oder Freizeit). Was kostet das, wie wird es finanziert, das BEM und die Ausfallzeit“

Vier der Befragten machten keine Angaben. Der letzte Teil der Befragung beschäftigte sich mit dem Thema Gesundheitsförderung und Prävention. Die ersten drei Fragen waren identisch der Fragen zum BEM und sollten die Einstellung der Befragten zum Konzept darstellen. Auf einem Bogen fehlten die Angaben zur Frage 3.2 und 3.3. Die Abbildung 21 veranschaulicht nun die Ergebnisse:

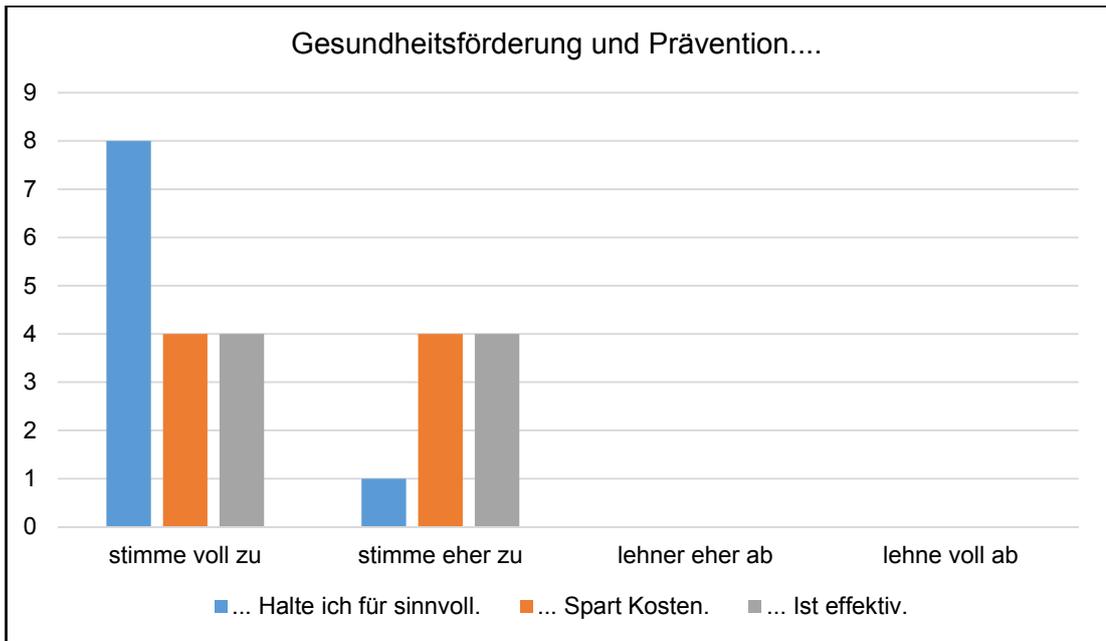


Abbildung 21: Gesundheitsförderung und Prävention, eigene Abbildung

Im Vergleich zum BEM zeigt sich hier eine deutlich positiver Einstellung zum Thema dar. In der Frage 3.4 wurde nach den wichtigsten Themen im Bereich Gesundheitsförderung und Prävention gefragt. Es waren mehrfache Nennungen möglich. Die Ergebnisse der Einrichtungsleiterbefragung N=9 und der stichprobenartigen Mitarbeiterbefragung N=13 wurden gegenübergestellt. Da die Gruppen unterschiedlich groß sind, lassen sich lediglich Grundtendenzen aus den Ergebnissen ableiten. Die nun folgende Abbildung 22 gibt die Antworten übersichtlich wieder:

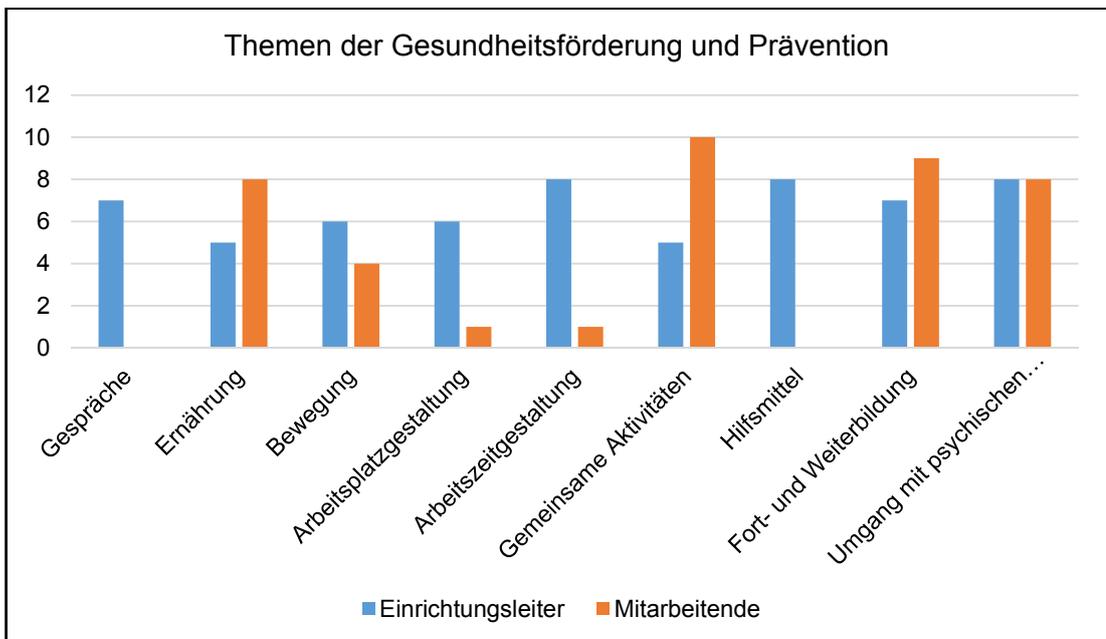


Abbildung 22: Themen der Gesundheitsförderung und Prävention, eigene Abbildung

Die Abbildung zeigt auf Seite der Mitarbeiter ein großes Interesse an gemeinsamen Aktivitäten sowie an den Bereichen Ernährung, Fort- und Weiterbildung sowie Umgang mit psychischen Belastungen. Auf Seite der Einrichtungsleiter ist das Interesse an den Einzelnen Themen nahezu gleich groß. Hervor sticht das Interesse an Hilfsmitteln, Arbeitszeitgestaltung und Umgang mit psychischen Belastungen. Die letzte Frage 3.5 war offen formuliert und erfragte die Erwartungen und Wünsche an das Konzept Gesundheitsmanagement. Die Antworten waren:

- „Einfache und schnelle Handhabung, QM basiert.“
- „1. Die Eigenverantwortung der einzelnen MA sollte in erster Linie klar herausgestellt werden. 2. Es sollte klar, übersichtlich geschrieben und einfach anwendbar sein. 3. Es sollte in den normalen Arbeitsalltag als Angebot integrierbar sein. 4. Es sollte für die MA und Anwender nicht als zusätzliche Aufgabe und Belastung, sondern als Instrument zur Verbesserung im Arbeitsalltag erkennbar sein. 5. Es sollte dafür ein Zeitbudget vorhanden sein.“
- „Dieses Konzept sollte an die Möglichkeiten im Haus (z.B. „Inhouse“ Veranstaltungen) und den Wünschen/ Bedürfnissen / Zielen der Mitarbeitenden angepasst werden können.“
- „Es muss Geld für Maßnahmen der Gesundheitsförderung zusätzlich im Haushalt planbar sein. Das heißt, es sollte reguläre Arbeitszeit dem einzelnen Mitarbeiter zur Verfügung stehen, um etwas für seine Gesundheit tun zu können. Maßnahmen und Angebote außerhalb der Arbeitszeit werden aus unserer Erfahrung nicht oder nur sehr wenig angenommen. Für die Erarbeitung des Konzeptes sollte MAV mit einbezogen werden.“
- „Das es praktisch anwendbar ist und sichtbare Erfolge bringt bzw. konkrete Maßnahmen sollten festgelegt sein.“
- „Das BEM muss immer sehr individuell angewendet werden, weil es auch die Probleme sind. Die Zeitabläufe, der Rahmen kann festgelegt werden, anwesende Personen immer nach dem Arbeitsbereich. Es muss kurz und praktikabel sein, einfach in der Durchführung.“
- „Wünsche: Zunächst, dass ernst genommen wird, dass es Probleme gibt, welche die Einrichtung nicht allein regeln kann. Ich halte dieses Gesundheitsmanagement für sehr sinnvoll und gut, aber sobald es etwas kostet, geht das Interesse gegen Null. 1. 3 Es geht nicht um Schmerzen sondern um echte Verbraucherscheitungen mit OPs usw. 1.4 Die wesentliche und zeitraubende Aufgabe der PDL oder WBL oder Bereichsleitung ist der Dienstplan (in der Pflege täglich in der Küche wöchentlich) 2.2 2-4 kann man nur bei Anwendung BEM beurteilen.“

Lediglich zwei Bögen enthielten keine Antwort.

### 3.3.3 Schlussfolgerungen aus der Befragung

Etwa Dreiviertel der 696 Mitarbeitenden arbeiten in Einrichtungen mit 40 bis 80 oder mehr Kollegen/-innen zusammen. Für Gruppenangebote im Bereich Sport gilt aber eine maximale Größe von 15 bis 17 Mitgliedern als ideal, um die Kohäsion, also den Gruppenzusammenhalt, nicht zu verlieren.<sup>87</sup> Da die Mitarbeitenden aber auch angegeben haben, dass ihnen gemeinsame Aktivitäten wichtig sind, sollten mehrere Kurse mit begrenzter Teilnehmerzahl angeboten werden. Es empfiehlt sich die Angebote nicht auf einzelne Arbeitsbereiche zu begrenzen, um den Austausch und das Zusammengehörigkeitsgefühl in der gesamten Einrichtung positiv zu beeinflussen. Die Verteilung der Einrichtung auf urbanes und ländliches Gebiet gestaltet sich relativ heterogen. Ein Zusammenhang, zwischen Lage der Einrichtung und Tendenz in der Beantwortung der Fragen, konnte nicht festgestellt werden. Anhand der Antworten auf die offenen Fragen lässt sich erkennen, dass viele der Befragten sich für ein einfaches, standardisiertes Konzept aussprechen, welches in jeder Einrichtung individuell angepasst werden kann. Einer der Hauptgründe für Fehltag sind Muskel-Skelett Erkrankungen. Gleichzeitig zeigten viele Mitarbeitende ein großes Interesse an Maßnahmen der Gesundheitsförderung und Prävention. Das Interesse an Bewegungsangeboten war nur mittelmäßig, das an gemeinsamen Aktivitäten sowie Angeboten der Fort- und Weiterbildung aber groß. Daher lässt sich ableiten, dass mit niedrighwelligen Gruppenangeboten zu gemeinsamen sportlichen Aktivitäten, wie z.B. Wandern, begonnen werden sollte. Die Mitarbeitenden gaben zusätzlich an, häufiger an Infektionskrankheiten zu leiden. Leichte sportliche Aktivität, in Kombination mit einem Angebot zur gesunden Ernährung, könnte hier präventiv wirken. Um Mitarbeiter zur Teilnahme an Angeboten zu motivieren, sollten diese in den Arbeitsalltag integriert werden. Eine Idee wäre „Aktive Frühstückspause“, die üblicherweise 15 minütige Pause am Morgen, wird auf 30 Minuten erweitert, ohne dass die Mitarbeiter diese zusätzliche Zeit einarbeiten müssen. Ein Teil der Zeit wird mit sportlichen Übungen, welche in Arbeitskleidung und ohne große körperliche Anstrengung ausgeübt werden können, verbracht. Im anderen Teil der Pause gibt es ein gemeinsames gesundes Frühstück.

---

<sup>87</sup> Lewun Marina (2013): Die Gruppengröße und ihre Auswirkung auf die Teamleistung. Trainingsworld: <https://www.trainingsworld.com/sportmedizin/motivation/gruppengroesse-auswirkung-teamleistung-2673134>,  
gesehen am 30.06.2018

## **4 Konzept zur Einführung**

Im Folgenden wird nun die Vorgehensweise zur Einführung eines Konzeptes zum Gesundheitsmanagement, in den stationären Einrichtungen der Altenpflege, in direkter Trägerschaft des Caritasverbandes für das Bistum Dresden-Meißen e.V., skizziert.

### **4.1 Ergebnisse der Experteninterviews und der Befragung**

Die erste Erkenntnis ist, dass zur Einführung von Maßnahmen der Gesundheitsförderung und Prävention, kompetente Partner benötigt werden. Die wichtigsten sind die Krankenkassen und die Berufsgenossenschaft, um die Finanzierung sicherzustellen. Weitere Kooperationspartner könnten privatwirtschaftliche Unternehmen aus dem Gesundheits- und Fitnessbereich sein, wie zum Beispiel z.B. Gesundheitszentren, Fitnessstudios oder Physiotherapien. Die zweite wichtige Erkenntnis ist, dass der Mitarbeiter im Fokus stehen muss. Seine Wünsche und Bedürfnisse müssen individuell erfragt, z.B. in Mitarbeitergesprächen oder Zufriedenheitsbefragungen, und berücksichtigt werden. Erkenntnis Nummer drei ist, dass Angebote der Gesundheitsförderung und Prävention ganzheitlich, freiwillig, niedrigschwellig beginnend und mit einem Anreiz versehen sein müssen, um angenommen zu werden. Ein vierter wichtiger Aspekt ist die Arbeitgeberseite, auf der Ressourcen und Handlungsspielräume zur Umsetzung von Maßnahmen und Ideen benötigt werden. Außerdem muss ein Bewusstsein geschaffen werden, dass gesunde und zufriedene Mitarbeiter die Arbeitsqualität sowie das Arbeitsklima, und damit langfristig auch das Unternehmensimage, positiv beeinflussen können.

### **4.2 Gewinnen der Einrichtungsleiter und Pflegedienstleiter**

Aufgrund der unter 1.2.1 beschriebenen Situation des Caritasverbandes, großes Gebiet wenige Einrichtungen, sind die wichtigsten Personen, die es zu überzeugen gilt, die Einrichtungs- und Pflegedienstleiter. Sie sind diejenigen die Vorort sind und ihre Mitarbeiterstrukturen, Bedarfe und Probleme am besten kennen. Ein Veränderungsprozess sollte um erfolgreich zu sein, von unten und oben initiiert werden. Eine erste Beteiligung am Prozess wurde durch die Befragung realisiert. Weitere Schritte könnten sein: die Vorstellung des Konzeptes im Rahmen der regelmäßig statt findenden Einrichtungsleiterkonferenz sowie die Vorstellung beim regelmäßigen Treffen der Pflegedienstleiter. Der weitere Prozess sollte über eine überregionale Steuerungsgruppe geschehen, die paritätisch aus Leitungskräften und Mitarbeitervertretern zusammengesetzt ist. Die eigentliche Umsetzung des

Konzeptes in den Einrichtungen liegt in der Verantwortung von Einrichtungs- und Pflegedienstleitern. Sie müssen den Prozess im Haus steuern und unterstützen. Zudem empfiehlt sich der Austausch der Einrichtungen untereinander, wie auch unter 4.6 beschrieben.

#### 4.3 Stärken-Schwächen Analyse

Die Stärken-Schwächen Analyse, im englischen abgekürzt: SWOT, ist ein Instrument zur strategischen Unternehmensplanung. Es setzt sich zusammen aus den englischen Begriffen „Strengths“, was übersetzt Stärken bedeutet, „Weaknesses“ im deutschen: Schwächen, „Opportunities“ also Chancen und „Threats“ was Risiken bedeutet.<sup>88</sup> Nach den vier genannten Kategorien geordnet, wird die aktuelle Situation im Unternehmen analysiert, festgehalten und bewertet. Zur Bewertung können beispielsweise numerische Skalen verwendet werden.<sup>89</sup> Die nun folgende Tabelle 10: „SWOT Analyse“ skizziert die Anwendung der Methode zur Feststellung des aktuellen Stands des betrieblichen Gesundheitsmanagements im Unternehmen:

---

<sup>88</sup> Bertelsmann Stiftung (2018): Die Qualität im Prozess sichern und evaluieren. Bertelsmann Verlag: online. [www.bertelsmann-stiftung.de/fileadmin/files/Projekte/Jungbewegt/Downloads/Methoden\\_zur\\_Entwicklung/SWOT-Analyse.pdf](http://www.bertelsmann-stiftung.de/fileadmin/files/Projekte/Jungbewegt/Downloads/Methoden_zur_Entwicklung/SWOT-Analyse.pdf), gesichtet am 02.07.2018

<sup>89</sup> Pelz Waldemar (2018): Stärken und Schwächen Liste. Institut für Management-Innovation: Eigenpublikation

Stärken	Chancen	Risiken	Schwäche	
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Kooperationspartner</li> <li>- bereits vorhandene Angebote</li> <li>- qualifizierte Mitarbeiter z.B. Trainer, Kursleiter,</li> <li>- geeignete Räumlichkeiten</li> <li>- großes Grundstück</li> <li>- angrenzende Sport- und Freizeitanlagen</li> <li>- Konzepte wie BEM werden regelmäßig genutzt</li> <li>- vorhanden sein von Hilfsmitteln zur Erleichterung des Arbeitsalltages z.B. Patientenlifter, höhenverstellbare Schreibtische...</li> <li>- ...</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- potentielle Kooperationspartner</li> <li>- Ideen für Angebote</li> <li>- unerforschte Mitarbeiterpotentiale</li> <li>- fremde Räumlichkeiten deren Nutzung möglich wäre</li> <li>- Interesse der Mitarbeitenden</li> <li>- ...</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- unklares Meinungsbild der Mitarbeitenden zum BGM</li> <li>- BGM wird als notwendiges „Übel“ gesehen</li> <li>- Bereitschaft zur Teilnahme an freiwilligen Angeboten ist fraglich</li> <li>- ...</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- BEM wird nicht genutzt</li> <li>- fehlendes oder schlecht funktionierendes Qualitätsmanagement</li> <li>- ....</li> </ul>	
				
<b>+ 2</b>	<b>+ 1</b>	<b>0</b>	<b>- 1</b>	<b>- 2</b>

Tabelle 10: SWOT Analyse

Da jede der neun Einrichtungen in direkter Trägerschaft durch den Caritasverband für das Bistum Dresden-Meißen e.V. unterschiedliche bauliche, strukturelle und organisatorische Voraussetzungen hat, kann die entworfene Analyse nur als Vorlage dienen, welche individuell angepasst werden muss. Die vorgeschlagenen Inhalte können ergänzt oder ausgetauscht werden. Die farbliche Skala und die numerische Einteilung dienen der Orientierung.

#### 4.4 Das Budget

Bezeichnet wird mit dem Begriff Budget die Menge an Ressourcen, wie z.B. Geld oder Zeit, die zur Erfüllung eines definierten Ziels zur Verfügung steht.<sup>90</sup> Welche materiellen und personellen Ressourcen benötigt werden, um ein Gesundheitsmanagement beim Caritasverband zu installieren bzw. um die Einführung vor zu bereiten, wird in der nun folgenden Tabelle 11: „Budgetplanung“ übersichtlich dargestellt:

Ressource	Menge	Beschaffung
Geld	Die Höhe ist abhängig von der Art der Maßnahmen die eingeführt werden sollen.	Die benötigten Finanzen müssen im Wirtschaftsplan der jeweiligen Einrichtung berücksichtigt werden. Eine Refinanzierung durch Erhöhung der Pflegesätze ist individuell auf Machbarkeit und Sinnhaftigkeit zu prüfen. Die Beschaffung von Drittmitteln z.B. der Krankenkassen oder Berufsgenossenschaften ist anzustreben und der Pflegesatzerhöhung vorzuziehen.
Arbeitszeit	Zu trennen ist hier die Zeit, die für die Analyse der Ist-Situation und die Organisation von Maßnahmen benötigt wird und die Zeit, welche den Mitarbeitenden für die Teilnahme eingeräumt wird.	Die Vorarbeit für die Einführung sollte in einer überregionalen Steuerungsgruppe und in Gruppen vor Ort geschehen. Bereits vorhandene Strukturen sind dafür zu nutzen z.B. Qualitätszirkel. Das Zeitbudget lässt sich so begrenzen. Die Zeit, welche den Mitarbeitenden für die Teilnahme an Angeboten zur Verfügung zu stellen ist, sollte individuell nach

<sup>90</sup> Finanzen.net (2018): <https://www.finanzen.net/wirtschaftslexikon/Budget>, gesichtet am 03.07.2018

		wirtschaftlicher Situation und Bedarf der Einrichtung geplant werden.
Personal	Zusätzliches Personal ist nicht erforderlich.	Der Personalbedarf, der durch das Gesundheitsmanagement geschaffen wird, ist so gering, dass er durch bereits vorhandene Stellen übernommen werden kann oder an externe Mitarbeitende abgegeben werden kann.
Räumlichkeiten	Für „Inhouse“ Angebote wie z.B. Rückenschulrkurse, werden Räumlichkeiten benötigt.	Es können vorhandene Räumlichkeiten genutzt werden oder es wird auf Räume der Gemeinde oder von Kooperationspartnern z.B. Fitnessstudio ausgewichen.

Tabelle 11: Budgetplanung

Die Tabelle zeigt, dass der Begriff Budget mehrere Dimensionen erfasst. Das alleinige Zur Verfügung stellen von Geld reicht nicht aus. Es werden ebenso personelle und materielle Ressourcen benötigt.

#### 4.5 Der Zeitplan

Die nun folgende Abbildung 23 zeigt den möglichen zeitlichen Ablauf der Einführung und Umsetzung des Konzeptes:

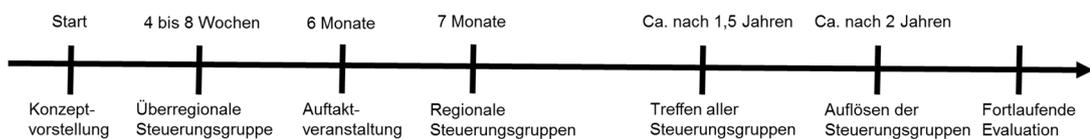


Abbildung 23: Zeitplan, eigene Abbildung

Am Start steht die Vorstellung in den entsprechenden Gremien wie unter 4.2 beschrieben. Vier bis acht Wochen danach sollte eine überregionale Steuerungsgruppe gegründet werden. Die erste Aufgabe dieser Gruppe wäre dann die Vorbereitung eines Themenjahres z.B. „Caritas in Bewegung“ und einer Auftaktveranstaltung. Denkbar wäre beispielsweise auch die öffentliche Unterzeichnung der unter 1.2.2 beschriebenen Luxemburger Deklaration zur betrieblichen Gesundheitsförderung. Danach sollten sich in den neun Einrichtungen eigene Steuerungsgruppen bilden, diese können sich aus bestehenden Gremien rekrutieren oder in diesen thematisiert werden z.B.: Qualitätszirkel oder Hauskonferenz. Die regionalen Steuerungsgruppen sollten dabei in ihrer Arbeit von Mitgliedern der überregionalen Steuerungsgruppe begleitet werden. Nach ca. 1,5

Jahren sollte spätestens ein Treffen aller Steuerungsgruppen, zum gemeinsamen Ideenaustausch, stattfinden. Nach ca. zwei Jahren sollte der Implementierungsprozess abgeschlossen sein. Danach kann das Thema auf Ebene der etablierten Gremien nach Bedarf evaluiert werden

#### 4.6 Mögliche Kooperationspartner

Sowohl die theoretische Analyse als auch die Ergebnisse der empirischen Untersuchung, wie unter 3.1.2 beschrieben, machen deutlich, dass Kooperationspartner benötigt werden. Die wichtigsten Partner sind dabei die Krankenkassen und Berufsgenossenschaften, da diese über Knowhow und finanzielle Mittel zur Förderung von Maßnahmen der Gesundheitsförderung und Prävention besitzen. Zum einen lassen sich so Ressourcen sparen, zum anderen kann auf das Wissen der Unternehmenspartner in diesem Bereich zurückgegriffen werden. Aus dem gleichen Grund empfiehlt sich eine Zusammenarbeit mit einem „Gesundheitszentrum“ bzw. Fitnessstudio oder Physiotherapien. Die jeweiligen Kooperationspartner profitieren von einer wechselseitigen Beziehung. Das bedeutet für die Krankenkassen Werbung für ihr Unternehmen, die Berufsgenossenschaften profitieren von gesunden Mitarbeitenden, die weniger oder keine Leistungen in Anspruch nehmen, gleiches gilt ebenso für die Krankenkassen, Gesundheitszentren, Physiotherapien und Fitnessstudios können ihre Leistungen anbieten und potentielle Neukunden werben. Abbildung 24 illustriert das Netzwerk, über welches jede Einrichtung verfügt:

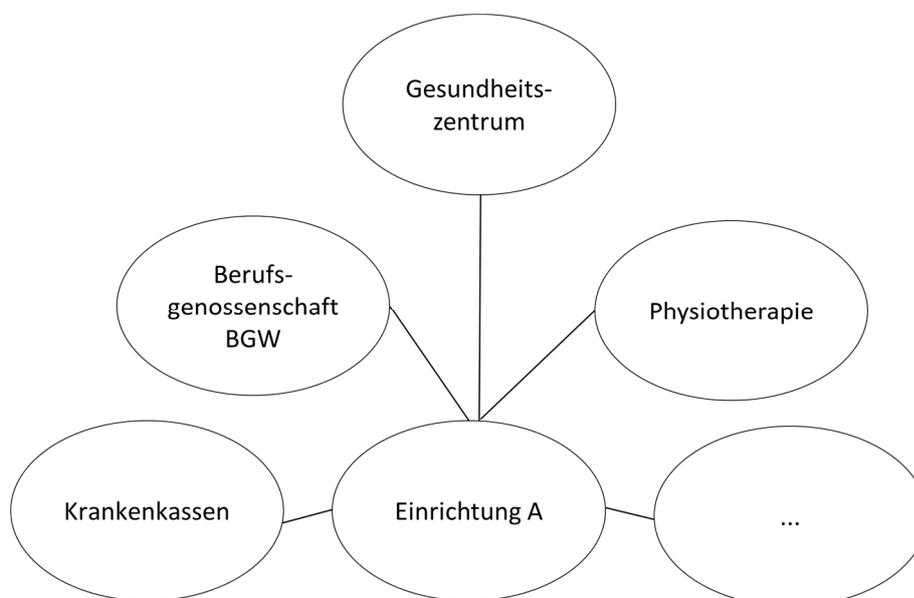


Abbildung 24: Netzwerke der Einrichtung

Jede der neun Altenpflegeeinrichtungen in direkter Trägerschaft durch den Caritasverband im Bistum Dresden-Meißen e.V. verfügt über ein eigenes Netzwerk an Dienstleistern und Kooperationspartnern. Die Chance eines

Unternehmensverbundes, wie der Caritas, besteht darin auch die Netzwerke der anderen Einrichtungen zu nutzen. Abbildung 25 soll diese notwendige Vernetzung der Einrichtungen untereinander verdeutlichen:

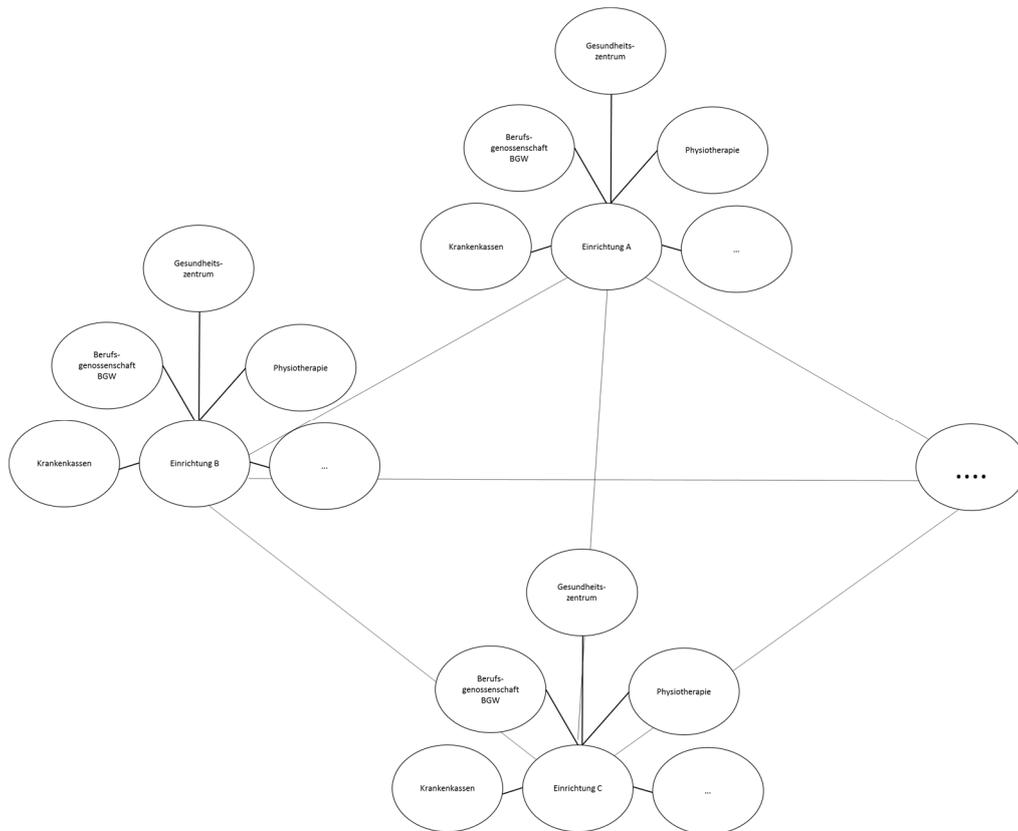


Abbildung 25: Vernetzung

Auch bei größeren räumlichen Entfernungen lassen sich Ressourcen wie Geschäftskontakte gemeinsam nutzen. Erfolgreiche Kooperationen und Angebote von Einrichtung A können auch in Einrichtung B funktionieren und müssen nicht neu erfunden werden. Um Ideen und Konzepte auszutauschen, sollte das Thema Gesundheitsmanagement ein fester Bestandteil der Unternehmenskultur werden und ein Punkt auf jeder Tagesordnung von überregionalen Treffen sein.

#### 4.7 Konkrete Maßnahmen

Abgeleitet aus den theoretischen Grundlagen, den Praxisbeispielen von erfolgreichem Gesundheitsmanagement und den empirischen Untersuchungen, lassen sich die folgenden Maßnahmen ableiten:

Name der Maßnahme	Beschreibung	Benötigte Ressourcen
Fort- und Weiterbildungen	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Regelmäßige „Inhouse“ Veranstaltungen für Führungskräfte und Mitarbeitende z.B. unter dem Sammelbegriff „Gesund durch den Arbeitsalltag“.</li> <li>• Themen könnten beispielsweise sein: Stressbewältigung, rückenschonende Arbeitsweise, Kommunikation oder Ernährung.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Veranstaltungsraum evtl. bei einem Kooperationspartner.</li> <li>• Dozent nach Möglichkeit vom Kooperationspartner oder ein qualifizierter Mitarbeitender evtl. auch aus einer anderen Einrichtung oder von Trägerebene.</li> </ul>
Erprobung innovativer Personalentwicklungsinstrumente wie z.B. Perspektivwechsel, Rotationsbörse	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Das Kennenlernen anderer Arbeitsbereiche im Unternehmen erhöht, verbessert die Zusammenarbeit im Unternehmen.</li> <li>• Mitarbeitende müssen sich bewerben und können dann in einem „Inhouse-Praktikum“ einen anderen Arbeitsbereich kennenlernen.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Die Einsatzzeiten können normal im Dienstplan berücksichtigt werden und sollten außerhalb von Urlaubszeit und Zeiten mit erhöhtem Krankenstand liegen.</li> </ul>
Thementage	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Den Start sollte eine zentrale Auftaktveranstaltung machen, danach könnte es beispielsweise vierteljährlich weitere verbandsweite Thementage geben.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ausgestaltung der Thementag mit den Kooperationspartnern.</li> </ul>

		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Qualifizierte Mitarbeitende aus den Einrichtungen &gt; Austausch untereinander für Einzelveranstaltungen.</li> </ul>
Arbeitszeitgestaltung	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Die Anforderungen an das Pflegepersonal variieren von Tag zu Tag, im gleichen Maß sollte auch die Arbeitszeit gestaltbar sein z.B. Mischung aus verpflichtender Kernarbeitszeit und variablem Anteil.</li> <li>• Schaffung von Lebensarbeitszeitkonten zur Nutzung für Altersteilzeitmodelle, Pflege naher Angehöriger, Elternzeit etc.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Flexibler Dienstplan mit angemessenem Personalschlüssel.</li> <li>• Absicherung der Arbeitszeitkonten über Rück- und Anlagevermögen.</li> </ul>
Bewegungsangebote	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Mögliche Gruppenangebote: Gemeinschaftskurse wie Pilates oder Yoga als „Inhouse“ Variante oder beim Kooperationspartner.</li> <li>• Individuelle Einzelangebote beim Kooperationspartner mit Förderung durch die Einrichtung.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Paritätische Teilung der Kurszeit 50% Arbeitszeit und 50% Freizeit</li> <li>• Kostenübernahme durch die Krankenkassen voll oder teilweise, sonst paritätische Finanzierung oder anteilige Beteiligung an den Kosten.</li> <li>• Geeignete Räumlichkeiten</li> <li>• Förderung von individuellen Maßnahmen wie Mitgliedschaft im Sportverein.</li> </ul>
Ernährung	<ul style="list-style-type: none"> <li>• „Aktive Frühstückspause“ z.B. einmal pro Woche durch Einrichtung bereitgestellt mit Sportangebot.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Kosten für Frühstück</li> <li>• Räumlichkeiten</li> <li>• Kursleiter oder geschulter Mitarbeiter</li> </ul>

Moderierte Workshops	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Die Mitarbeitenden entwickeln Lösungen für häufige Probleme im Arbeitsalltag z.B. psychische Belastungen.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Kosten für Moderator</li> </ul>
Arbeitsplatzgestaltung	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Erfassung und Analyse der Arbeitsbedingungen mit dem Ziel der Reduzierung von physischen und psychischen Belastungen.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Übernahme durch Berufsgenossenschaft oder externe Fachkraft für Arbeitssicherheit möglich.</li> </ul>
Motivation	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Die freiwillige Teilnahme an Maßnahmen der Gesundheitsförderung und Prävention, gesunde Lebensweise und Einsatzbereitschaft sollten honoriert werden z.B. durch zusätzliche Freitage oder monetäre Anreize.</li> <li>• Ausschüttung des leistungsbezogenen Arbeitsentgelts an Bedingungen knüpfen z.B. Teilnahme an Fort- und Weiterbildungen sowie gesunden Lebensweisen etc. &gt;„Gesundheitspass“.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Keine zusätzlichen Kosten da Mittel bereits vorgesehen.</li> </ul>
Wertschätzung	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Regeln der Höflichkeit einhalten z.B. Tür aufhalten, beim Gespräch anschauen, grüßen etc.</li> <li>• Wertschätzen durch ausgewogenes Verhältnis von Lob und Kritik, schützen der professionellen Identität</li> <li>• Individuelle Besonderheiten beachten z.B. persönlicher Lebensstil, Work-Life-Balance<sup>91</sup></li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Keine</li> </ul>

Tabelle 12: BGM Maßnahmen

<sup>91</sup> Bossmann Ulrike, Schweitzer Jochen (2013): Systemisches Demografiemanagement. Wiesbaden: Springer, S. 90

Die aufgeführten Maßnahmen und benötigten Ressourcen können von Einrichtung zu Einrichtung variieren. Aufgrund der unterschiedlichen Bedingungen und Wünsche des Mitarbeitenden Vororts, können die aufgezählten Maßnahmen nur einen Empfehlungscharakter haben und sind individuell anzupassen.

### Zusammenfassung

Unsere Lebens- und Arbeitswelt befindet sich im Wandel. Rückgang der Bevölkerung, zunehmende Urbanisierung und ein quantitatives Missverhältnis zwischen jungen und alten Menschen führen zu großen Umbrüchen. Beispielsweise steigt die Zahl der Pflegebedürftigen in einem höheren Maße, als neue Pflege- und Pflegefachkräfte ausgebildet werden. Für Unternehmen und Wohlfahrtsverbände, die auf diesem Gebiet tätig sind, bedeutet dies Strategien zu entwickeln, um den Mitarbeiterschwund entgegen zu treten. Neben Maßnahmen zur Ausbildung und Gewinnung von neuen Mitarbeitenden, ist auch die Pflege der Stammebelegschaft bedeutend, da Arbeitsbelastungen und die Lebensarbeitszeit gestiegen sind. Diese Faktoren haben direkte Auswirkungen auf die Gesundheit der Arbeitnehmer. Die Weltgesundheitsorganisation definierte Gesundheit als... „ [...] Zustand vollkommenen körperlichen, geistigen und sozialen Wohlbefindens und nicht allein das Fehlen von Krankheit und Gebrechen.“. A. Antonovsky sieht hinter dem Begriff einen dynamischen Prozess, siehe Abbildung 2: Salutogenese. Nach seiner



Abbildung 2: Salutogenese, eigene Abbildung

Definition befindet sich jeder Mensch auf einem Kontinuum zwischen den Maximal-Polen Gesundheit und Krankheit. Wie die Gesundheit von Menschen gefördert werden kann, war Thema bei einer Reihe von bisher acht, von der Weltgesundheitsorganisation veranstalteten, internationalen Konferenzen. Auch auf europäischer Ebene gibt es dazu Überlegungen, welche in der Luxemburger Deklaration niedergeschrieben sind. Auf nationaler Ebene gibt es verschiedene gesetzliche Vorschriften, welche dem Schutz der Arbeitnehmergeundheit dienen sollen. Dazu gehört § 84 Abs. 2 SGB IX welcher seit 2004 alle Betriebe, unabhängig von ihrer Größe, verpflichtet ein betriebliches Eingliederungsmanagement (BEM) durchzuführen, wenn ein Beschäftigter mehr als 42 Tage innerhalb von 12 Monaten arbeitsunfähig ist. Weitere wichtige Vorschriften, die den Arbeitgeber in die Pflicht nehmen, sind das: „Gesetz über die Durchführung von Maßnahmen des Arbeitsschutzes zur Verbesserung der Sicherheit und des Gesundheitsschutzes der Beschäftigten bei der Arbeit“ kurz ArbSchG und das „Gesetz über Betriebsärzte, Sicherheitsingenieure und andere Fachkräfte für Arbeitssicherheit“ kurz AsiG. Ein wichtiger Bestandteil der Unternehmenskultur ist daher der Bereich Betriebliches

Gesundheitsmanagement kurz BGM. Die Ziele des BGM sind alle Maßnahmen zur Vorbeugung von Krankheiten, zur Erhaltung und Verbesserung der Gesundheit und des Wohlbefindens der Mitarbeitenden. Die Ergebnisse, welche sich die Unternehmen für ihre Investitionen ins BGM versprechen, sind dabei sinkende Fehlzeiten, längere Verweildauer im Betrieb und eine gleichbleibende Produktivität was zur Kostenersparnis führt. Für ein erfolgreiches Gesundheitsmanagement gibt es eine Vielzahl von Beispielen aus der Privatwirtschaft. Bei den großen Wohlfahrtsverbänden im sozialen Bereich erwacht erst nach und nach das Bewusstsein für Notwendigkeit eines BGM. Dabei unterscheiden sich die maßgeblich bestimmenden Faktoren im BGM wie das Unternehmen, dessen Führung, Mitarbeitende und die Gesellschaft nicht von denen gewinnorientierter Einrichtungen. Ein Beispiel für einen großen Wohlfahrtsverband in Deutschland ist die Caritas. Für den Bereich zwischen Bautzen in Sachsen und Gera in Thüringen ist der Caritas Verband für das Bistum Dresden-Meißen zuständig. Als einer der deutschen Caritasverbände mit der größten Fläche, bei gleichzeitig einer geringen Dichte an Christen, hat er verschiedene Besonderheiten. Eine wichtige im Bereich der Organisationsstruktur ist die Tatsache, dass neun stationäre Altenpflegeeinrichtungen dem Träger direkt unterstehen, also nicht einem Regional- oder Stadtverband angegliedert sind, siehe Abbildung 3: Organisation. Trotz dieses

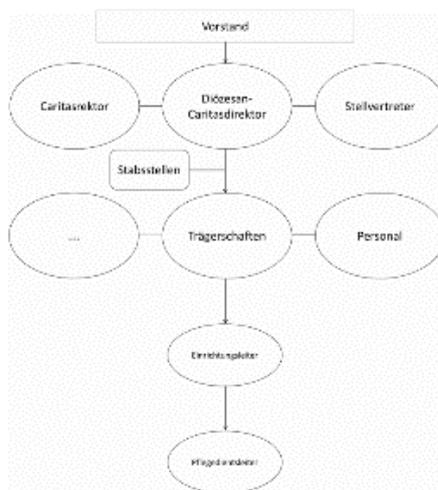


Abbildung 3: Organigramm, eigene Abbildung

zentralen Aufbaues verfügen die Einrichtungen über viel unternehmerischen Freiraum, welchen Sie benötigen um die unterschiedlichen regionalen Gegebenheiten bewältigen zu können. Von der Trägerebene ausgehende Konzepte können daher nur erfolgreich sein, wenn auch die Ebene der Einrichtungsleitungen mit einbezogen wird. Bestätigt haben sich diese Annahmen in den empirischen

Untersuchungen. Bei der schriftlichen Befragung aller neun Einrichtungsleiter kam der Wunsch nach einem zentralen, einfach zu handhabenden Konzept zum Ausdruck. Gleichzeitig unterschieden sich die Antworten auf Fragen, wie nach den vermuteten häufigsten Ursachen für Fehltag, zum Teil stark voneinander. Ein Zusammenhang zwischen der Lage oder der Größe der Einrichtung und dem Antwortverhalten, ließ sich dabei nicht feststellen. Unterschiede ergaben sich beim Vergleich der Ergebnisse der Befragungen von Einrichtungsleitern und

Mitarbeitenden. Etwa bei der Frage nach dem Interesse an Themen, aus dem Bereich der Gesundheitsförderung und Prävention, ergaben sich differenzierte Antworten, siehe Abbildung 22 Themen der Gesundheitsförderung und Prävention. Während die

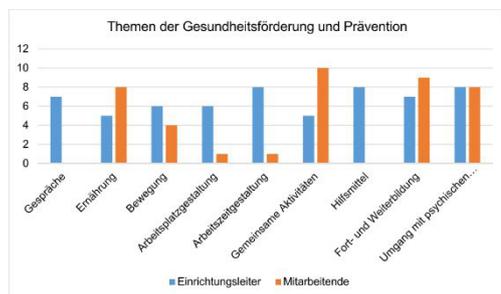


Abbildung 22: Themen der Gesundheitsförderung und Prävention, eigene Abbildung

Leiter/-innen Arbeitszeitgestaltung, Hilfsmittel und Gespräche favorisierten, so waren es bei den Mitarbeitenden gemeinsame Aktivitäten, Fort- und Weiterbildungen sowie das Thema Ernährung. Ein weiteres Ergebnis der Befragungen und zweier

Experteninterviews war, dass das Angebot an Maßnahmen des BGM vielfältig und ganzheitlich sein muss. Während jüngere Menschen eher individuelle Einzelangebote bevorzugen, so präferieren Ältere eher Gruppenangebote. Bevor konkrete Maßnahmen in den einzelnen Einrichtungen starten können, müssen die Voraussetzungen geschaffen werden. Zum ersten benötigen die Einrichtungen, für die Umsetzung des Konzeptes, personelle und materielle Ressourcen. Diese können



Abbildung 23: Zeitplan, eigene Abbildung

aus den bestehenden Netzwerken sowie neuen und alten Kooperationen gewonnen werden.

Wichtigste Partner sind die Krankenkassen und Berufsgenossenschaften die im Bereich des BGM viele Maßnahmen anbieten und fördern. Weitere zentrale Punkte des Konzeptes sind die Erfassung der derzeitigen Situation nach dem Prinzip einer Stärken-Schwächen Analyse und die Bereitstellung eines Budgets. Zur strukturierten und zeitnahen Umsetzung empfiehlt sich ein fester Zeitplan, siehe Abbildung 23: Zeitplan. Die Planung von Maßnahmen und Veranstaltungen zum Thema BGM sollte in regionalen und überregionalen Steuerungsgruppen stattfinden. Abschließend ist zuzusagen, dass das betriebliche Gesundheitsmanagement ein gutes Instrument zur Mitarbeiterpflege ist, welches beim Caritasverband für das Bistum Dresden-Meißen e.V. implementiert werden sollte.

## Fazit

Es gibt viele Deklarationen, gesetzliche Vorschriften, Konzepte und Maßnahmen, die sich unter dem Begriff Betriebliches Gesundheitsmanagement subsumieren lassen. Ein Unternehmen, egal ob privatwirtschaftlicher oder gemeinnütziger Natur, muss auf die sich verändernde Lebens- und Arbeitswelt reagieren, um konkurrenzfähig zu bleiben. Im Punkt Mitarbeiterpflege gibt es beim Caritasverband für das Bistum Dresden-Meißen e.V. verschiedene Angebote, wie das betriebliche Eingliederungsmanagement, leistungsbezogene Arbeitsentgeltanteile oder ein breites Angebot an Fort- und Weiterbildungen, um nur ein paar zu nennen. Was dem

Verband fehlt, ist eine koordinierte, einrichtungsübergreifende Zusammenarbeit im Bereich Gesundheitsmanagement. Zur Erprobung eignet sich der Bereich der stationären Altenhilfe, in dem neun Einrichtungen dem Träger direkt unterstehen. Da diese über das Gesamtgebiet des Bistums verteilt sind und sich in unterschiedlich stark besiedelten Kulturräumen befinden, ist dieser Bereich repräsentativ für das gesamte Bistum. Zu Beginn dieser Untersuchung wurden verschiedene Thesen formuliert, die nun bestätigt oder widerlegt werden können. Die erste These fragte nach den Voraussetzungen, die für die Einführung eines Gesundheitsmanagements geschaffen werden müssen. Die Untersuchung ergab, dass die folgenden Ressourcen benötigt werden: Kooperationspartner, eine Analyse der Ist-Situation, ein universelles Konzept, welches individuell angepasst werden kann, finanzielle Mittel und eine verbandsweite Zusammenarbeit. Die zweite These beschäftigte sich mit der Frage, ob es Besonderheiten bei der Einführung eines Gesundheitsmanagements auf Trägerebene einer „not-for-profit“ Organisation gibt. Grundsätzlich ließen sich keine gravierenden Unterschiede zwischen gemeinnützigen und gewinnorientierten Einrichtungen erkennen. Die Besonderheit des Caritas Verbandes für das Bistum Dresden-Meißen ist die Ansiedlung von neun Altenpflegeeinrichtungen direkt an der Trägerstruktur. Dies führt einerseits zu einer flachen Hierarchie aber gleichzeitig aufgrund der geographischen Ausdehnung des Verbandes zu einem besonderen Verhältnis zwischen Einrichtungsleitern und Trägerverband. Die aktuellen und zukünftigen Herausforderungen, die ein Gesundheitsmanagement dabei gerecht werden muss, sind zunehmend ältere Arbeitnehmer, Fachkräftemangel sowie sich verändernde Mitarbeiterstrukturen und Bedarfe. Die These, ob es besondere Anforderungen an ein betriebliches Gesundheitsmanagement in Bezug auf ältere Arbeitnehmer gibt, kann verifiziert werden. Älteren Arbeitnehmern droht, aufgrund des gestiegenen Renteneintrittsalters und wachsenden beruflichen Belastungen, der vorzeitige Ausstieg aus dem Berufsleben, beispielsweise wegen Muskel-Skelett Erkrankungen. Um dem entgegenzuwirken, bevorzugen ältere Arbeitnehmer Gruppenangebote. Prägnante Unterschiede, welche bei der Einführung eines betrieblichen Gesundheitsmanagements in verschieden stark besiedelten Kulturräumen zu beachten wären, konnten nicht festgestellt werden. Bei der empirischen Untersuchung überwogen die Gemeinsamkeiten. Das erstellte Konzept zur Implementierung eines betrieblichen Gesundheitsmanagements beim Caritas Verband für das Bistum Dresden-Meißen e.V. sollte als Vorlage dienen, für ein detaillierteres und auf den gesamten Verband bezogenes Konzept.

## Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Internetsuche .....	3
Tabelle 2: PDCA-Zyklus .....	8
Tabelle 3: AWO Projekt Gesund arbeiten .....	27
Tabelle 4: Praxisbeispiele für erfolgreiches BGM.....	32
Tabelle 5: Operationalisierung .....	39
Tabelle 6: Interview P1 Einrichtungsleiter, Tabelle in fünf Teilen .....	44
Tabelle 7: P2: Leitende Angestellte eine Gesundheitszentrums .....	49
Tabelle 8: Ergebnisse der Experteninterviews .....	51
Tabelle 9: Operationalisierung Befragung Einrichtungsleiter .....	55
Tabelle 10: SWOT Analyse .....	66
Tabelle 11: Budgetplanung .....	68
Tabelle 12: BGM Maßnahmen .....	73

## Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: WHO Gesundheitsmodell, eigene Abbildung .....	5
Abbildung 2: Salutogenese, eigene Abbildung .....	5
Abbildung 3: Organigramm, eigene Abbildung .....	11
Abbildung 4: Diagramm zur Bevölkerungsentwicklung, eigene Abbildung .....	14
Abbildung 5: Mortalität, Fertilität und Migrationssaldo, eigene Abbildung .....	15
Abbildung 6: Entwicklung von Ausbildung und Beschäftigung .....	16
Abbildung 7: Altersverteilung der Caritas Mitarbeitenden, eigene Abbildung .....	17
Abbildung 8: Arbeitsfähigkeit bis zur Rente nach Qualifikationsniveau (in Prozent) 18	
Abbildung 9: Jugend bevorzugt .....	19
Abbildung 10: Das Gesunde Unternehmen, eigene Abbildung .....	21
Abbildung 11: Ziele des Gesundheitsmanagements, eigene Abbildung nach Badura (2000) .....	22
Abbildung 12: BEM Kosten und Nutzen Vergleich .....	24
Abbildung 13: Mindmap zum Vorgespräch, eigene Abbildung .....	35
Abbildung 14: Verteilung der Mitarbeitenden, eigene Abbildung .....	56
Abbildung 15: Verteilung Stadt – Land, eigene Abbildung .....	57
Abbildung 16: Vermutete Ursachen für Fehltage, eigene Abbildung .....	57
Abbildung 17: Interesse an Gesundheitsförderung und Prävention, eigene Abbildung .....	58
Abbildung 18: Auswirkung von Fehlzeiten auf Dienstplan, eigene Abbildung .....	59
Abbildung 19: Das Betriebliche Gesundheitsmanagement, eigene Abbildung .....	59
Abbildung 20: Häufigkeit der BEM Anwendung, eigene Abbildung .....	60
Abbildung 21: Gesundheitsförderung und Prävention, eigene Abbildung .....	61
Abbildung 22: Themen der Gesundheitsförderung und Prävention, eigene Abbildung .....	61
Abbildung 23: Zeitplan, eigene Abbildung .....	68
Abbildung 24: Netzwerke der Einrichtung .....	69
Abbildung 25: Vernetzung .....	70

## Literaturverzeichnis

Afentakis Anja, Maier Tobias für Statistisches Bundesamt (2010): Wirtschaft und Statistik 11/2010, Projektionen des Personalbedarfs und –angebots in Pflegeberufen bis 2025

Arbeitsgemeinschaft Salutogenese (2018): [www.salutogenese.org](http://www.salutogenese.org)

Arbeiterwohlfahrt – AWO (2018): AWO Projekte. [www.awo.org/gesa-gesund-arbeiten](http://www.awo.org/gesa-gesund-arbeiten)

Badura (2000), S. 25 und Rudow (2004) in Esslinger A.S. , Emmert M. , Schäffski O. (2010): Betriebliches Gesundheitsmanagement – Mit gesunden Mitarbeitern zu unternehmerischen Erfolg. Wiesbaden: Gabler Verlag für Springer

Bertelsmann Stiftung (2017): Weniger Ausbildungsplätze trotz Rekordbeschäftigung. [www.bertelsmann-stiftung.de/de/themen/aktuelle-meldungen/2017/juli/weniger-ausbildungsplaetze-trotz-rekordbeschaeftigung/](http://www.bertelsmann-stiftung.de/de/themen/aktuelle-meldungen/2017/juli/weniger-ausbildungsplaetze-trotz-rekordbeschaeftigung/)

Bertelsmann Stiftung (2018): Die Qualität im Prozess sichern und evaluieren. Bertelsmann Verlag: online. [www.bertelsmann-stiftung.de/fileadmin/files/Projekte/Jungbewegt/Downloads/Methoden\\_zur\\_Entwicklung/SWOT-Analyse.pdf](http://www.bertelsmann-stiftung.de/fileadmin/files/Projekte/Jungbewegt/Downloads/Methoden_zur_Entwicklung/SWOT-Analyse.pdf)

Binnewies Carmen, Sonnetag Sabine (2006): Arbeitsbedingungen, Gesundheit und Arbeitsleistung. In Stress im Erwerbsleben: Perspektiven eines integrativen Gesundheitsmanagements / hrsg. von S. Leidig u.a. Lengerich: Pabst, 2006

Bibliographisches Institut (2018): Duden online. Berlin: Dudenverlag. [www.duden.de/rechtschreibung/Foerderung](http://www.duden.de/rechtschreibung/Foerderung)

Bistum Dresden-Meißen (2016): Aktuelles. <http://www.bistum-dresden-meissen.de/aktuelles/archiv-2016/kirchliche-statistik-2015.html>

Braun Martin, Gamm Nils et. Al. (2009): Betriebliches Gesundheitsmanagement mit Hilfe der Balanced Scorecard. Dortmund: Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin

Bödeker Wolfgang, Kreis Julia für den BKK Bundesverband(2003): Gesundheitlicher und ökonomischer Nutzen betrieblicher Gesundheitsförderung und Prävention - Zusammenstellung der wissenschaftlichen Evidenz. Essen: BKK Bundesverband.

Bogner Alexander, Littig Beate, Menz Wolfgang (2013): Das Experteninterview: Theorie, Methode, Anwendung. Heidelberg: Springer

Bogner Alexander, Littig Beate, Menz Wolfgang (2014): Interviews mit Experten. Heidelberg: Springer

Böhnke Elisabeth (2006): Standards für das Gesundheitsmanagement in der Praxis – Konsequenzen des gesetzlichen Präventionsauftrags für Unternehmen und den Arbeits- und Gesundheitsschutz. Wiesbaden: Deutscher Universitäts-Verlag

Bohinc Tomas (2010): Grundlagen des Projektmanagements: Methoden, Techniken und Tools für Projektleiter. Offenbach: Gabal

Bossmann Ulrike, Schweitzer Jochen (2013): Systemisches Demografiemanagement. Wiesbaden: Springer

Bundesministerium für Gesundheit (2010): Unternehmen unternehmen Gesundheit - Betriebliche Gesundheitsförderung im Fokus der kleinen und mittleren Unternehmen. Berlin: Druckerei Conrad

Bundesministerium für Justiz und Verbraucherschutz (2018): Juristisches Informationssystem für die BRD. [www.gesetze-im-internet.de/](http://www.gesetze-im-internet.de/)

Bundesministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Konsumentenschutz Österreich (2018): Gesundheit und Gesundheitsförderung. [www.bmgf.gv.at/home/Gesundheit\\_und\\_Gesundheitsfoerderung](http://www.bmgf.gv.at/home/Gesundheit_und_Gesundheitsfoerderung)

Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (2018): Determinanten von Gesundheit. [www.leitbegriffe.bzga.de/alphabetisches-verzeichnis/determinanten-von-gesundheit/](http://www.leitbegriffe.bzga.de/alphabetisches-verzeichnis/determinanten-von-gesundheit/)

Caritasverband für das Bistum Dresden-Meißen e. V.(2017): Jahresbericht 2016. Dresden: Lißner-Druck

Dämon Kerstin in Wirtschaftswoche (2017): Alte Hasen werden für Firmen immer wichtiger. [www.wiwo.de/erfolg/beruf/mitarbeiter-ue50-alte-hasen-werden-fuer-firmen-immer-wichtiger/20002450.html](http://www.wiwo.de/erfolg/beruf/mitarbeiter-ue50-alte-hasen-werden-fuer-firmen-immer-wichtiger/20002450.html)

Deutsches Institut für Normung (2018): DIN-Normenausschuss Organisationsprozesse - DIN SPEC 91020 - Betriebliches Gesundheitsmanagement. [www.din.de/de/mitwirken/normenausschuesse/naorg/din-spec/wdc-beuth:din21:153182508](http://www.din.de/de/mitwirken/normenausschuesse/naorg/din-spec/wdc-beuth:din21:153182508)

Deutsche Rentenversicherung (2017): Unsere Sozialversicherung. Berlin: Bergmoser + Höller Verlag.

Deutsche Bischofskonferenz (2017): Katholische Kirche in Deutschland – Zahlen und Fakten 2016/17. Bonn: Sekretariat der Deutschen Bischofskonferenz

Deutscher Verband für Pflegeberufe (2018): [www.dbfk.de/manifest/der-hintergrund/](http://www.dbfk.de/manifest/der-hintergrund/)

DGB (2012-2016): DGB-Index, Gute Arbeit. Arbeitsfähig bis zur Rente? Berlin

Dölken Mechthild, Hüter-Becker Antje (2007): Prävention. Stuttgart: Thieme Verlag

Esslinger A.S. , Emmert M. , Schäffski O. (2010): Betriebliches Gesundheitsmanagement – Mit gesunden Mitarbeitern zu unternehmerischen Erfolg. Wiesbaden: Gabler Verlag für Springer

Finanzen.net (2018): <https://www.finanzen.net/wirtschaftslexikon/Budget>

Flick Uwe (2016): Sozialforschung. Reinbek: Rowohlt

Gesund.Stark.Erfolgreich Der gesundheitsplan für ihren Betrieb (2018): BGM und BGF – was sind die Unterschiede? [www.der-gesundheitsplan.de/richtig-planen/bgm-und-bgf.html](http://www.der-gesundheitsplan.de/richtig-planen/bgm-und-bgf.html)

Ghadiri Argang, Peters Theo, Ternes Anabel (2016): Trends im Betrieblichen Gesundheitsmanagement – Ansätze aus Forschung und Praxis. Wiesbaden: Gabler Verlag für Springer

Gläser Jochen, Laudel Grit (2010): Experteninterviews und qualitative Inhaltsanalyse. Wiesbaden: VS Verlag für Springer

- Gronwald Stephan, Melchart Dieter (2016): Gesundheitsförderung für kleine Unternehmen – Fakten und Praxistipps aus der Lebensstilforschung. Wiesbaden: Springer
- Goldgruber Judith (2012): Organisationsvielfalt und betriebliche Gesundheitsförderung – Eine explorative Untersuchung. Wiesbaden: Springer
- Handelskammer Hamburg (unbekannt): Betriebliches Gesundheitsmanagement Leitfaden und Praxisbeispiele. Hamburg: Siepmann
- Hahnzog Simon (2014): Betriebliche Gesundheitsförderung – Das Praxis Handbuch für den Mittelstand. Wiesbaden: Springer
- Hans Böckler Stiftung (2015): Ältere aussortiert. Böckler Impuls Ausgabe 16/2015
- Hornberg Claudia, Schott Thomas (2011): Die Gesellschaft und ihre Gesundheit. Wiesbaden: VS Verlag für Springer
- Institut für Entwicklungsforschung im Ländlichen Raum Ober- und Mittelfrankens e. V. (2013): Gesundheitsversorgung im Ländlichen Raum. Priesendorf: Safner Druck und Verlags GmbH
- Kaba-Schönstein Lotte im Auftrag der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (2017): Gesundheitsförderung 1: Grundlagen. [www.leitbegriffe.bzga.de/?id=angebote&idx=200](http://www.leitbegriffe.bzga.de/?id=angebote&idx=200)
- Kaiser Robert (2014): Qualitative Experteninterviews. Heidelberg: Springer
- Kaminski Martin (2013): Betriebliches Gesundheitsmanagement für die Praxis – Ein Leitfaden zur systematischen Umsetzung der DIN SPEC 9120. Wiesbaden: Gabler Verlag für Springer
- Klenke Benjamin, Jerusel Marc, Schmidtbleicher Bastian, Ternès Anabel (2017): Integriertes Betriebliches Gesundheitsmanagement – Sensibilisierungs-, Kommunikations- und Motivationsstrategien. Wiesbaden: Gabler Verlag für Springer
- Kranich Julian (2008): Führungsmethoden und Führungsstile. Norderstedt: Grin Verlag
- Kaßbaum Bettina (2011): Projektpräsentation, -Flyer und Artikel. gesa: gesund arbeiten. [www.bagfw-esf.de/index.php?id=266](http://www.bagfw-esf.de/index.php?id=266)
- Lewun Marina (2013): Die Gruppengröße und ihre Auswirkung auf die Teamleistung. Trainingsworld: <https://www.trainingsworld.com/sportmedizin/motivation/gruppengroesse-auswirkung-teamleistung-2673134>
- Luxemburger Deklaration zur betrieblichen Gesundheitsförderung in der Europäischen Union (2007)
- Mayring, Philipp & , Philipp. (2000). Qualitative Inhaltsanalyse. Forum Qualitative Sozialforschung / Forum: Qualitative Social Research. 1.
- Medicus Mundi Schweiz (2018): Die Erklärung von Alma Ata und ihre Umsetzung in der Schweiz. <http://www.medicusmundi.ch/de/bulletin/mms-bulletin/primary-health-care-und-die-schweiz/themen/die-erklaerung-von-alma-ata-und-ihre-umsetzung-in-der-schweiz>

Mehlich Harald, Pfannstiel Mario A. (2016): Betriebliches Gesundheitsmanagement – Konzepte, Maßnahmen, Evaluation. Wiesbaden: Gabler Verlag für Springer

Mertens Gerhard (2009): Das Konzept der Salutogenese nach Aaron Antonovsky. Eine Perspektive für die Gesundheitsbildung. Universität Köln

N24 (2017): [/www.welt.de/wirtschaft/article167683056/Wo-Deutschland-im-europaweiten-Renten-Vergleich-liegt.html](http://www.welt.de/wirtschaft/article167683056/Wo-Deutschland-im-europaweiten-Renten-Vergleich-liegt.html)

Pelz Waldemar (2018): Stärken und Schwächen Liste. Institut für Management-Innovation: Eigenpublikation

Prahl Reinhard: Die Kenntnis der Trepanation – Ein Weltweites Phänomen der Steinzeit. Atlantisforschung.de: [www.atlantisforschung.de/index.php?title=Die\\_Kennntnis\\_der\\_Trepanation\\_Ein\\_weltweites\\_Phänomen\\_der\\_Steinzeit](http://www.atlantisforschung.de/index.php?title=Die_Kennntnis_der_Trepanation_Ein_weltweites_Phänomen_der_Steinzeit)

Projekt Magazin (2018): Glossar > Deutsche Begriffe > Mind Map. [projektmagazin.de/glossarterm/mind-map](http://projektmagazin.de/glossarterm/mind-map)

Raithel Jürgen (2008): Quantitative Forschung. Wiesbaden: VS Verlag für Springer

Riach Perter (2015): A field experiment investigating age discrimination in four European labour markets. International Review of Applied Economics 5/2015

Sächsische Zeitung – online (2017): [www.sz-online.de/nachrichten/gesunde-mitarbeiter-gesundes-unternehmen-3645674.html](http://www.sz-online.de/nachrichten/gesunde-mitarbeiter-gesundes-unternehmen-3645674.html)

Schmiede Jens (2004): Seminar „Anreizsysteme in Organisationen“ -Nonprofit-Organisationen –eine Abgrenzung. Hagen: FernUniversität in Hagen

Sekretariat Der Deutschen Bischofskonferenz – Referat Statistik (2014): Eckdaten des kirchlichen Lebens in den Bistümern Deutschlands 2013

Skatula Konrad (2015): Katholische Priester im Alter - Aktuelle Situation und Probleme in der Versorgung im Bistum Dresden-Meißen. Dresden: Private Fachhochschule Dresden

Sozialpolitik (2018): Industrielle Revolution. [www.sozialpolitik.com/artikel/industrielle-revolution](http://www.sozialpolitik.com/artikel/industrielle-revolution)

Springer Gabler (2018): Gabler Wirtschaftslexikon. <http://wirtschaftslexikon.gabler.de/Definition/nonprofit-organisation-npo.html#referenzen>

Statistisches Bundesamt (2017): Statistisches Jahrbuch 2017. Wiesbaden

Statistisches Bundesamt (2017): Pflegestatistik 2015, Deutschlandergebnisse. Wiesbaden

Statistisches Bundesamt (2018): [www.destatis.de/DE/ZahlenFakten/GesellschaftStaat/Bevoelkerung/Geburten/Geburten.html](http://www.destatis.de/DE/ZahlenFakten/GesellschaftStaat/Bevoelkerung/Geburten/Geburten.html)

Statistisches Bundesamt (2018): Bevölkerung. [www.destatis.de/DE/ZahlenFakten/Indikatoren/LangeReihen/Bevoelkerung/Irbev04.html](http://www.destatis.de/DE/ZahlenFakten/Indikatoren/LangeReihen/Bevoelkerung/Irbev04.html)

Statistisches Bundesamt (2018):  
[www.destatis.de/DE/ZahlenFakten/GesellschaftStaat/Gesundheit/Pflege/Tabellen/PflegeeinrichtungenDeutschland.html;jsessionid=EC2A69612DB30649E5F564EAF65E3E53.InternetLive2](http://www.destatis.de/DE/ZahlenFakten/GesellschaftStaat/Gesundheit/Pflege/Tabellen/PflegeeinrichtungenDeutschland.html;jsessionid=EC2A69612DB30649E5F564EAF65E3E53.InternetLive2)

Statistisches Bundesamt (2013): Ergebnisse der 13. koordinierten  
Bevölkerungsvorausberechnung.  
[www.destatis.de/DE/ZahlenFakten/GesellschaftStaat/Bevoelkerung/Bevoelkerungsvorausberechnung/Tabellen/AltersgruppenBis2060.html](http://www.destatis.de/DE/ZahlenFakten/GesellschaftStaat/Bevoelkerung/Bevoelkerungsvorausberechnung/Tabellen/AltersgruppenBis2060.html)

Steinert Erika, Thiele Gisela Hrsg. (2008): Sozialarbeitsforschung für Studium und  
Praxis. Frankfurt am Main: Peter Lang Internationaler Verlag der Wissenschaften

Struhs-Wehr Karin (2017): Betriebliches Gesundheitsmanagement und Führung -  
Gesundheitsorientierte Führung als Erfolgsfaktor im BGM. Wiesbaden: Springer

Storm Andreas Hrsg. (2017): Gesundheitsreport 2017. Heidelberg: medhochzwei  
Verlag

Süddeutsche Zeitung (2017): Kaum noch Interesse an betrieblicher Ausbildung.  
[www.sueddeutsche.de/karriere/studie-ausbildungswueste-deutschland-1.3606998](http://www.sueddeutsche.de/karriere/studie-ausbildungswueste-deutschland-1.3606998)

Tintor Maja (2014): Betriebliches Gesundheitsmanagement in  
Restrukturierungsprozessen, Wiesbaden: Gabler Verlag für Springer

Treier Michael, Uhle Torsten (2013): Betriebliches Gesundheitsmanagement –  
Gesundheitsförderung in der Arbeitswelt – Mitarbeiter einbinden, Prozesse  
gestalten, Erfolge messen. Berlin: Springer

Ulich Eberhard, Marc Wülser (2009): Gesundheitsmanagement in Unternehmen -  
Arbeitspsychologische Perspektiven. Wiesbaden: Gabler Verlag für Springer

Weltgesundheitsorganisation (1946): Constitution of the world health Organization.  
New York

Weltgesundheitsorganisation Regionalbüro für Europa (2018): 9. Globale Konferenz  
zur Gesundheitsförderung. <http://www.euro.who.int/de/media-centre/events/events/2016/11/9th-global-conference-on-health-promotion>

Weltgesundheitsorganisation Regionalbüro für Europa (2018): Erklärung von Alma  
Ata. [http://www.euro.who.int/\\_\\_data/assets/pdf\\_file/0017/132218/e93944G.pdf](http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0017/132218/e93944G.pdf)

WHO (1986): Ottawa-Charta. WHO-autorisierte Übersetzung:  
Hildebrandt/Kickbusch auf der Basis von Entwürfen aus der DDR und von Badura  
sowie Milz

Zentralstatistik des Deutschen Caritasverband e.V. (2014): Die katholischen sozialen  
Einrichtungen und Dienste der Caritas

## Anhang

### a) Fragebogen für Einrichtungsleitung

Hallo, danke dass Sie sich zeitgenommen haben für dieses Interview. Wir werden dafür ca. 30 Minuten benötigen. Die Ergebnisse werden anonymisiert und nur für diese Arbeit verwendet.

1. Welche Rolle spielt das berufliche Eingliederungsmanagement in den zwei Einrichtungen der stationären Altenpflege für die Sie verantwortlich sind?
  - das berufliche Eingliederungsmanagement wird genutzt, nach einer längeren Krankheitsphase der Mitarbeiter –
    - o es ist eine Handreichung um gemeinsam mit dem Mitarbeiter festzulegen, wie seine Arbeitskraft erhalten werden kann
    - o dabei wird gefragt, was wir als Einrichtung tun können, aber auch was der Mitarbeiter selbst tun kann
    - o oft haben Mitarbeiter wenig Ideen, was sie selbst für sich tun können
    - o die Einrichtung hat wenig Möglichkeiten dem Mitarbeiter entgegenzukommen
  - was möglich ist, wird praktiziert: Nutzung der Wiedereingliederungszeit, Umsetzung in einen anderen Bereich (z.B. von der Pflege in die Betreuung – ist aber nur möglich, wenn ein Platz frei ist,)
    - o grundsätzlich trifft die Entscheidungen über die Dauer der Krankheit der Arzt, auch wenn wir im Einzelfall unsere Bedenken haben
2. Bekommen Sie in ihren Einrichtungen die demografischen Veränderungen zu spüren z.B. in Form von Fachkräftemangel?
  - die demografischen Veränderungen werden dieses Jahr und in den beiden nächsten Jahren sich besonders zeigen
  - wir sind aktiv am Werben von neuen Mitarbeitern – dabei geht es nicht nur um Fachkräfte, sondern auch um Pflegekräfte, Präsenzmitarbeiter, Hauswirtschaftskräfte, oder Küchenmitarbeiter
3. Können Sie mir etwas zu älteren Arbeitnehmer sagen?
  - Es gibt beide Seiten: Mitarbeiter die „60“ sind und fachlich, sowie körperlich stabil sind. Aber es gibt auch Mitarbeiter für die ist es eine „Qual“ bis zum Renteneintritt zu arbeiten
  - Ursachen liegen oft in der eigenen Psychohygiene

4. Welche Maßnahmen in Bezug auf die Mitarbeitergesundheit führen sie durch bzw. würden sie gern durchführen?
  - Ein ausgewogener Dienstplan und eingehen auf Wünsche der Mitarbeiter ist wichtig für das Wohlbefinden
  - Der Stellenschlüssel müsste verbessert werden, damit mehr Mitarbeiter zur Disposition stehen und somit die freien Tage als Erholphasen ihren Erfolg haben
  - Mitarbeiterpflege mit einem Ausflug oder gemeinsamen Feiern tragen der Gesundheit bei
  - Ob ein Gutschein für Rückengymnastik oder ähnliches Sinn macht, bin ich mir nicht sicher
  
5. Was denken Sie, was das Konzept „Gesundheitsmanagement“ zum Erfolg benötigt?
  - Das Konzept ist vom Grundansatz i.O.
  - Problematisch ist, dass wir als Arbeitgeber bei einzelnen Mitarbeitern, welche sehr oft und dann auch über einen längeren Zeitraum krank sind, keinen Einfluss haben
  - Die Leistungsvergütung mit in den Blick zu nehmen wäre aus meiner Sicht eine Möglichkeit Mitarbeiter welche die Leistung zusätzlich gebracht haben zu motivieren

## b) Fragebogen für Mitarbeiter

Liebe Kolleginnen und Kollegen,

im Zuge meiner Abschlussarbeit im Masterstudiengang „Soziale Gerontologie“ erarbeite ich ein Konzept zur Implementierung eines Betrieblichen Gesundheitsmanagements beim Caritas Verband für das Bistum Dresden-Meißen. Das Konzept soll sich zunächst auf die Einrichtungen der stationären Altenhilfe beziehen. Da ihr die Hauptakteure in diesem Bereich seid, würde ich gern eure Anmerkungen und Wünsche in das Konzept aufnehmen.

Für die Befragung benötigt ihr ca. 5 Minuten. Die Befragung ist anonym, die Ergebnisse werden nur insgesamt betrachtet und nur für diese Arbeit verwendet, ein Rückschluss auf einzelne Mitarbeiter ist nicht möglich.

Vielen Dank für eure Teilnahme!

Hinweise zum Ausfüllen:

- Unter der jeweiligen Frage befinden sich die Antwortkategorien
- Ausgefüllt wird nach dem „Strichlisten-System“
- Z.B. Ja    Nein
  
- Die letzten beiden Fragen sind offen d.h. ihr könnt eure Wünsche und Anmerkungen eintragen

|||    ||||

Zu Welcher Altersgruppe gehöre ich?

bis 20 Jahre

21 bis 39

40 bis 59

60+

Ich war in den letzten zwölf Monaten krank wegen:

Schmerzen im Bewegungsapparat

Psychische Erkrankung

Infektionskrankheit z.B. Grippe

Sonstiges

Mein Interesse an freiwilligen Maßnahmen der Gesundheitsförderung und Prävention z.B. Yoga, Schwimmen etc. ist....

sehr groß

groß

weniger groß

überhaupt nicht groß

Wie oft muss ich für erkrankte Kollegen einspringen?

beinahe täglich

mehrmals in der Woche

ca. einmal die Woche

etwa ein bis zweimal im Monat

seltener

Welche Themen im Bereich Gesundheitsförderung und Prävention interessieren mich?

Gespräche

Ernährung

Bewegung

Arbeitsplatzgestaltung

Arbeitszeitgestaltung

Gemeinsame Aktivitäten

Hilfsmittel

Fort- und Weiter-bildung

Umgang mit psychischen Belastungen

Meine Wünsche im Bereich Gesundheitsförderung und Prävention:

Sonstige Anmerkungen:

### c) Daten-Matrix

Masterarbeit im Studiengang Soziale Gerontologie (Master of Arts)

Thema:

*Erarbeitung eines Konzeptes zur Implementierung eines Betrieblichen Gesundheitsmanagements beim Caritas Verband für das Bistum Dresden-Meißen e.V.*

Auswertung der Einrichtungsleiterbefragung

Fragebogen	1.1	1.2	1.3	1.4	1.5	2.1	2.2	2.3	2.4	2.5	3.1	3.2	3.3	3.4	3.5
A	3	2	4*	3	2	2	3	3	2		2	2	2	1 2 3 4 5 6 8 9 10	n.A.
B	3	1	1 2 3	3	1	2	4	4	4	n.A.	1	n.A.	n.A.	5 7 8 9	Einfache und schnelle Handhabung, QM basiert
C	3	1	1 2 3 4*	3	2	1	2	2	1		1	2	2	1 4 5 6 7 8	
D	4	2	1	2	3	1	2	2	3	n.A.	1	1	1	3 7 9	
E	4	3	1	4	3	1	1	1	1	Überlastungssyndrom	1	1	1	1 2 3 4 5 7 8 9	
F	3	2 3	4	3	2	2	4	2	2		1	2	2	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10**2	Das ist grundsätzlich unveränderbar ist und weitere Schritte bringt bzw. konkrete Maßnahmen sollten herabgeleitet sein.
G	3	2	4	2	2	3	4	4	1	n.A.	1	1	1	1 5 7 9	n.A.
H	3	3	3 4	2	3	1	2	2	1	n.A.	1	1	1	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10**2	
I	4	2 3	1 2 4*	3	1 2 3 4	1	4	n.A.	n.A.		1	2	2	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10**2	

\* Überlastungssyndrom mit typischen "Fluchtkonsequenzen"  
\* Schwangerschaften

\*\*2 Familie im Kontext zur Arbeit

\*\*2 Höherer Stellenschlüssel

\*\*2 Klima der Dienstgemeinschaft, Leitungsstil, Gemeinschaftsfördernde Maß

## **Eidesstattliche Erklärung**

Ich versichere an Eides statt, dass ich die vorliegende Arbeit allein und nur unter Verwendung der aufgeführten Quellen und Hilfsmittel angefertigt habe. In der Arbeit habe ich alle Formulierungen, die ich wörtlich oder sinngemäß aus den aufgeführten Quellen entnommen habe, kenntlich gemacht. Die Arbeit wurde bisher in gleicher oder ähnlicher Form keiner anderen Prüfungsbehörde vorgelegt und noch nicht veröffentlicht. Ich bin mir bewusst, dass eine unwahre Erklärung rechtliche Folgen haben wird.



Konrad Skatula, Kamenz 02.08.2018