



**Lotte
Habermann-Horstmeier**

Betriebliches Gesundheitsmanagement in Einrichtungen der Behindertenhilfe

I *Teilhabe 2/2020, Jg. 59, S. 56 – 63*

I KURZFASSUNG In den letzten Jahren haben sich die Arbeitsbedingungen in der Behindertenhilfe erheblich verschlechtert. Dies hat bereits Auswirkungen auf die Gesundheit der Beschäftigten. Trotzdem wird wenig unternommen, um die Beschäftigten so lange wie möglich gesund im Beruf zu halten. Das Wissen, welche Möglichkeiten das Betriebliche Gesundheitsmanagement (BGM) hier bietet, ist gering. Ziel eines guten BGM ist es, die Umgebung und die Bedingungen in der Einrichtung so zu verbessern, dass es sich positiv auf die Gesundheit der Beschäftigten auswirkt und es den Beschäftigten leichter fällt, sich gesundheitsbewusst zu verhalten.

I ABSTRACT Workplace Health Management in Facilities for People with Disabilities. Working conditions for employees working in facilities for people with disabilities have deteriorated considerably in recent years. This already has a negative impact on employee health. Nevertheless, little is done to keep employees healthy in their jobs for as long as possible. There is only little knowledge of the possibilities that workplace health management (WHM) offers here. The main target of a good WHM in this field is a health-promoting environment and health-promoting conditions that make it easier for the employees to behave in a health-conscious manner, so that the result is a positive impact on the health of the employees.

Aktuelle Situation

In den letzten Jahren haben sich die Arbeitsbedingungen in Einrichtungen der Behindertenhilfe erheblich verschlechtert. In vielen Bereichen kann sogar von einer prekären¹ Situation gesprochen werden. Leitungskräfte in den Einrichtungen führen dies u. a. auf eine hohe Arbeitsbelastung der Mitarbeiter*innen bei unterdurchschnittlicher Bezahlung zurück. Die hohe Belastung liegt ihrer Ansicht nach u. a. am steigenden Durchschnittsalter der zu betreuenden Menschen mit Behinderung und dem damit verbundenen erhöhten Betreuungs- und Pflegebedarf. Gleichzeitig nimmt auch das Durchschnittsalter der Beschäftigten zu. Dies alles führt dazu, dass sich der Fachkräftemangel hier besonders stark bemerkbar macht (vgl. HABERMANN-HORSTMEIER, BÜHRER 2014, 50 f.). In der Folge werden oft unqualifizierte Hilfskräfte eingestellt, was wiederum zu neuen Problemen führen kann. Es ist daher nicht verwunderlich, dass ein Groß-

teil der Beschäftigten im Betreuungsbereich die eigene Tätigkeit als stark belastend empfindet (vgl. HABERMANN-HORSTMEIER, LIMBECK 2016b, 518 ff.). Als Hauptgrund wird zu wenig Zeit für die zu betreuenden Menschen mit Behinderung genannt. Hinzu kommen ein immer größer werdender Pflegebedarf, auf den man bisher nur unzureichend eingestellt ist, sowie eine mangelhafte Arbeitsorganisation und ein schlechtes Arbeitszeitmanagement (insbesondere ungünstige Arbeitszeiten und ein häufiges kurzfristiges Einspringen für Kolleg*innen; vgl. HABERMANN-HORSTMEIER, LIMBECK 2016b, 519; HABERMANN-HORSTMEIER, LIMBECK 2018, 434 ff.). In einer Studie aus dem Jahr 2015 (vgl. HABERMANN-HORSTMEIER, LIMBECK 2016c, 27 ff.) schätzten die dort befragten Betreuungskräfte ihren Gesundheitszustand als deutlich schlechter ein als der Durchschnitt der altersentsprechenden Bevölkerung in Deutschland. 83,1 % der Befragten gaben an, dass sie im Jahr zuvor mindestens einmal krank

¹ *Prekäre oder atypische Beschäftigungsverhältnisse sind durch eine geringere materielle/soziale Absicherung, schlechtere Arbeitsbedingungen, geringere Arbeitnehmer*innenrechte, mangelnde betriebliche Interessenvertretung, wenig Weiterbildungs- und Aufstiegschancen gekennzeichnet (vgl. WEINKOPF, HIEMING & MESAROS 2009, 6).*

zur Arbeit gegangen waren. Etwa drei Viertel waren in dieser Zeit mindestens einmal krankgeschrieben. Fast die Hälfte befürchtete ein Burnout² in näherer Zukunft. Die meisten Betreuungskräfte mit schlechtem Gesundheitszustand stellten dabei einen Zusammenhang zwischen der Arbeitssituation und ihrem Gesundheitszustand her (vgl. HABERMANN-HORSTMEIER, LIMBECK 2017, 28 ff.). Knapp 40 % waren zudem der Ansicht, dass sich die Betreuungsqualität negativ auf das Wohlbefinden der zu betreuenden Menschen mit Behinderung auswirkt (vgl. HABERMANN-HORSTMEIER & HORSTMEIER 2019, Folie 8 ff.).

Trotz des erheblichen Mangels an qualifizierten Arbeitskräften unternehmen viele Einrichtungen bislang nur wenig, um ihre Beschäftigten so lange wie möglich gesund im Beruf zu halten. Zwar gaben im Jahr 2014 45 % der in einer Studie befragten Institutionen³ in Südbaden an, ein Betriebliches Gesundheitsmanagement eingerichtet zu haben (vgl. HABERMANN-HORSTMEIER, BÜHRER 2015, 365). Angeboten wurden dort jedoch vor allem Gesundheitsschulungen und Gesundheits-Checks sowie einige „Mitmach-Angebote“ in den Bereichen Bewegung und Ernährung. Gesundheitsfördernde Maßnahmen in den Feldern Arbeitsorganisation und Arbeitsbedingungen wurden nicht genannt. Auch dies deutet darauf hin, dass sich viele Einrichtungen der Behindertenhilfe bislang noch nicht näher mit dem „Betrieblichen Gesundheitsmanagement“ beschäftigt haben.

Bislang findet man in Einrichtungen der Behindertenhilfe nur selten ein gesundheitsförderndes Gesamtkonzept, das die Bedingungen vor Ort berücksichtigt und die Bedürfnisse und Wünsche der betroffenen Beschäftigten mit einbezieht. Ein solches Konzept sollte eine Senkung der gesundheitlichen Risiken der Mitarbeiter*innen und eine Verbesserung ihres physischen und psychischen Gesundheitszustands zum Ziel haben. Dabei ist zu beachten, dass je nach Alter, Geschlecht und Funktionsebene der Beschäftigten ganz unterschiedliche gesundheitliche Beeinträchtigungen im Zusammenhang mit der beruflichen Tätigkeit auftreten können. So geben weibliche Betreuungskräfte im Alter von 35 bis 44 Jahren besonders oft gesundheitliche Probleme an, während bei den Männern die 45- bis 54-Jährigen am häufigsten betroffen sind. Auch nennen weibliche Leitungskräfte im Betreuungsbereich deutlich häufiger Gesundheitsprobleme als ihre männlichen Kollegen (HABER-

MANN-HORSTMEIER, LIMBECK 2016c, 27 f.; HABERMANN-HORSTMEIER, LIMBECK 2018, 435 ff.). Hinzu kommen spezifische Risikofaktoren, die in der *Art der Arbeit* und den *Arbeitsbedingungen* begründet sind. Besonders oft werden im Betreuungsbereich mangelhafte Arbeitszeitbedingungen, insbesondere häufige Überstunden, lange Arbeitsschichten, häufige Wochenenddienste, häufiges, kurzfristiges Einspringen für Kolleg*innen sowie fehlende Rückzugsmöglichkeiten in den Pausen genannt (vgl. HABERMANN-HORSTMEIER, LIMBECK 2016b, 519). Die Betroffenen sehen den zunehmenden Personalmangel, das Fehlen von qualifiziertem Personal und eine mangelnde Mitbestimmung bei der Dienstplangestaltung als wichtige Gründe hierfür an. Hinzu kommt das Gefühl, immer weniger Zeit für die eigentliche Arbeit – die Betreuung der Menschen mit Behinderung – zu haben. Dies gilt insbesondere in Bereichen, wo ältere Menschen mit Behinderung und größerem Pflegebedarf betreut werden sowie in Einrichtungen, in denen Menschen mit psy-

chischen Störungen und Menschen mit schwerer Mehrfachbehinderung leben. Die Probleme bei der Dienstplangestaltung sind nicht selten ein Zeichen für eine generell mangelhafte Kommunikation innerhalb der Einrichtung, insbesondere jedoch zwischen den einzelnen Hierarchieebenen. Hinzu kommen oft Kommunikationsprobleme mit anderen Bereichen (Werkstatt, Therapeut*innen, medizinische Einrichtungen) sowie mit Angehörigen bzw. gesetzlichen Betreuer*innen. Dies alles kann zu einem schlechten Arbeitsklima und zu Stress bzw. Stressfolgeerkrankungen bei den Beschäftigten führen (vgl. HABERMANN-HORSTMEIER, LIMBECK 2016a, 52 ff.). Stress kann direkt und indirekt auch Auswirkungen auf die Gesundheit der Bewohner*innen in den Einrichtungen haben, was die Situation z. B. durch vermehrt auftretende „Verhaltensauffälligkeiten“ weiter verschlimmern kann. Eine Verbesserung der Arbeitsbedingungen, vor allem im Bereich des Arbeitszeitmanagements, eine Reduzierung der Überstunden, eine verträgliche Gestaltung der

Glossar

Gesundheitsförderung

Der Begriff der Gesundheitsförderung beschreibt alle Aktivitäten und Maßnahmen, die der Stärkung der Gesundheitsressourcen und -potenziale der Menschen dienen. Gesundheitsförderung soll somit einen Prozess in Gang setzen, der allen Menschen ein höheres Maß an Selbstbestimmung über ihre Gesundheit ermöglicht und sie dadurch zu einer Stärkung ihrer Gesundheit befähigt.

Prävention

Ziel der Prävention ist es, durch soziale oder medizinische Maßnahmen bzw. Verhaltensweisen die Entstehung von bestimmten gesundheitlichen Schädigungen zu verhindern (*Primärprävention*). Darüber hinaus verhindern präventive Maßnahmen das Fortschreiten einer bereits bestehenden Erkrankung (*Sekundärprävention*) und/oder vermeiden Folgeschäden (*Tertiärprävention*).

Verhältnisassozierte Maßnahmen

Verhältnisassozierte Maßnahmen wollen die Gesundheit von Menschen dadurch verbessern, dass sie ihre Umwelt sowie ihre Lebens- und Arbeitsbedingungen positiv beeinflussen. Auf diese Weise sollen Gefahren abgewendet werden, die möglicherweise von solchen Bedingungen ausgehen (Beispiele für verhältnisassozierte Maßnahmen: Einführung eines ergonomischen Schichtsystems, klimafreundliche Büros, Angebot gesünderer Speisen in der Kantine, überdachte Fahrradständer, Anbindung an das örtliche Fahrradwegenetz).

Verhaltensassozierte Maßnahmen

Verhaltensassozierte Maßnahmen sind darauf ausgerichtet, das Verhalten der Menschen so zu beeinflussen, dass es ihrer Gesundheit dient. Da das individuelle Handeln und Verhalten der Menschen vor allem bei der Entstehung chronischer Erkrankungen eine bedeutende Rolle spielen, kann auf diese Weise ihre Erkrankungswahrscheinlichkeit sinken (Beispiele für gesundheitsschädigendes Verhalten: Rauchen, ungesunde Ernährung, Bewegungsmangel).

² Burnout-Syndrom: Stressbedingter, schleichender Prozess, der durch eine körperliche, emotionale, geistig-mentale und soziale Erschöpfung gekennzeichnet ist.

³ Dies waren ausschließlich Einrichtungen, die über einen Betriebsrat bzw. eine Personalvertretung verfügten.

Wochenendarbeit sowie Maßnahmen zur Verbesserung des Arbeitsklimas können hier also sinnvolle Ansatzpunkte für ein umfassendes Betriebliches Gesundheitsmanagement sein.

Was versteht man unter einem Betrieblichen Gesundheitsmanagement?

Die Basis des Betrieblichen Gesundheitsmanagements (BGM) bilden die Ottawa Charta zur Gesundheitsförderung (WHO 1986) und die Luxemburger Deklaration zur Betrieblichen Gesundheitsförderung in der Europäischen Union (vgl. Europäisches Netzwerk für betriebliche Gesundheitsförderung 1997). Im Zentrum der Betrachtung stehen dabei die Gesundheit und das Wohlbefinden der arbeitenden Menschen. Nur gesunde Mitarbeiter*innen sind in der Lage, ihre Arbeitskraft bestmöglich in den Dienst ihres Unternehmens zu stellen, sodass sich dies dann auch positiv auf die Unternehmenssituation auswirkt. Typisch für ein gutes BGM ist eine Kombination aus verhältnis- und verhaltensassoziierten Maßnahmen (HABERMANN-HORSTMEIER 2017a, 37–44; RICHTER, ROSENBROCK 2018; HABERMANN-HORSTMEIER, LIPPKE 2019), bei denen der Blick auf die Ressourcen⁴ der Mitarbeiter*innen gerichtet ist. Genutzt werden hierzu u. a. moderne Managementinstrumente.

Betriebliches Gesundheitsmanagement bezieht nicht nur die Führung eines Unternehmens in die Planung und Umsetzung entsprechender Maßnahmen mit ein, sondern alle Betriebsangehörigen sowie ggf. auch noch andere beteiligte Akteur*innen. Es schafft gesundheitsfördernde Strukturen und leitet Prozesse ein, die die Umsetzung präventiver und gesundheitsfördernder Maßnahmen ermöglichen. Dabei geht es immer von den im jeweiligen Unternehmen vorhandenen Bedingungen aus. Bedeutsam für ein gutes BGM ist eine detaillierte Planung im Rahmen eines Gesamtkonzepts. Die auf dieser Basis ausgewählten Maßnahmen sollen wissenschaftlich fundiert sein. Der Erfolg der Maßnahmen wird im Rahmen einer Evaluation überprüft. Effektive⁵ und effiziente⁶ Maßnahmen werden anschließend nachhaltig im täglichen Arbeitsleben verankert (vgl. HABERMANN-HORSTMEIER 2019, 39 ff.).

BGM-Akteur*innen

Ein Betriebliches Gesundheitsmanagement kann nur dann erfolgreich sein, wenn die Unternehmensleitung das Konzept mitträgt. Zudem sollten alle beteiligten Gruppen in die Planung und Umsetzung von BGM-Maßnahmen einbezogen werden (Teilhabe aller Beteiligten [Partizipation]; vgl. FRICZEWSKI 2017).

Zu den BGM-Akteur*innen gehören daher neben der Unternehmensleitung auch alle Beschäftigten (einschließlich der Beschäftigten in der Küche, im Hausmeisterbereich usw.), insbesondere jedoch die Vertreter*innen der jeweils im Blickpunkt stehenden Bereiche oder Abteilungen. Aber auch die Personalabteilung und – falls vorhanden – der Betriebsrat, die BGM-Fachkraft, die Fachkraft für Arbeitssicherheit und der Betriebsarzt / die Betriebsärztin sollten in die Planung und Umsetzung von BGM-Maßnahmen einbezogen werden. Weitere in- und externe Akteur*innen können bei Bedarf noch hinzukommen, wie z. B. Spezialist*innen aus den Bereichen Wissenschaft und Technik oder aus der Praxis, Vertreter*innen einer Krankenkasse, wenn BGM-Maßnahmen mit ihrer Unterstützung geplant werden oder auch Vertreter*innen der Stadtverwaltung, wenn Maßnahmen geplant sind, die auch das Umfeld der Einrichtung betreffen.

Handlungsansätze im Rahmen des BGM

Zu den Voraussetzungen und Rahmenbedingungen eines guten Betrieblichen Gesundheitsmanagements gehören eine wertschätzende Unternehmenskultur und ein gutes, kooperatives Führungsverhalten. Charakteristisch für ein funktionierendes BGM ist eine ganzheitliche integrative Strategie, die ineinandergreifende Aktivitäten auf unterschiedlichen Handlungsebenen umfasst (Entwicklungsplanung). Da sich BGM-Maßnahmen stets an den im Unternehmen vorhandenen Bedingungen orientieren, können alle Bereiche des Unternehmens zu ihrem Ausgangspunkt werden (siehe Abb. 1). Hierzu gehören z. B. Arbeitsorganisation, Arbeitsplatz- und Arbeitszeitgestaltung, Betriebliches (Wieder-)Eingliederungsmanagement (BEM) und Weiterbildung. Aber auch die Arbeitsmedizin und die Gefährdungsbeurteilung sowie ggf. im Unternehmen bereits vorhandene Gesundheitsprogramme können hier eine Rolle spielen.

Abb. 1: Grundlegende Handlungsansätze für ein gutes Betriebliches Gesundheitsmanagement (eigene Darstellung, in Anlehnung an MORSCHHÄUSER, SOCHERT 2007)



Der Public Health Action Cycle als BGM-Grundlage

Maßnahmen im Rahmen eines Betrieblichen Gesundheitsmanagements werden stets systematisch geplant und durchgeführt. Hierzu gehört auch eine klare Regelung der jeweiligen Zuständigkeiten. Im Rahmen der Planung werden verschiedene Werkzeuge des Projektmanagements genutzt, wie etwa die Fehlzeiten- und die Altersstrukturanalyse,

⁴ Ressourcen: Einflussfaktoren, die die Gesundheit eines Menschen fördern können.

⁵ Die Effektivität ist ein Maß für die Wirksamkeit einer Maßnahme. Sie beschreibt das Verhältnis von erreichtem Ergebnis zum zuvor definierten Ziel. Mit Hilfe dieser Maßangabe kann der Grad der Zielerreichung festgestellt werden.

⁶ Als Effizienz bezeichnet man den Wirkungsgrad einer Maßnahme. Hierzu setzt man Wirkung bzw. Nutzen ins Verhältnis zum betriebenen Aufwand.

die Mitarbeiter*innenbefragung und der Work Ability Index (Näheres dazu in HABERMANN-HORSTMEIER 2019). Grundlage der Planung und Umsetzung von BGM-Maßnahmen ist der *Public Health Action Cycle*. Mit seiner Hilfe können gesundheitsassoziierte Probleme im Unternehmen identifiziert und die vorrangig zu behandelnden Probleme bestimmt werden (*Priorisierung*). Anschließend werden hierzu konkrete Ziele formuliert sowie nach passenden Strategien und Methoden gesucht, mit deren Hilfe man diese Ziele am besten erreichen kann. Es folgt die Umsetzung (*Implementierung*) der auf diese Weise vorbereiteten BGM-Maßnahmen. Idealerweise wird der ganze Prozess bereits während der Planung und Umsetzung überprüft und bewertet (*Prozessevaluation*). Ob die durchgeführten Maßnahmen ihr Ziel erreicht haben, kann dann im Rahmen einer *Ergebnisevaluation* festgestellt werden. Die so gewonnenen Erkenntnisse können erneut in den Prozess einfließen. Der Zyklus beginnt nun von vorne, entweder um den laufenden Prozess zu verbessern oder um neue Probleme zu definieren.

Risikofaktoren als BGM-Ansatzpunkte

Menschen sind in der Regel nicht nur entweder gesund oder krank. Es gibt zahllose Zwischenstufen, in denen sie sich mehr oder weniger krank bzw. gesund fühlen (Modell der *Salutogenese* nach ANTONOVSKY 1997). Der Grad der Gesundheit eines Menschen wird durch verschiedenste Faktoren beeinflusst. Diese Faktoren können vom menschlichen Organismus selbst ausgehen oder von den sozialen Beziehungen und ökologischen Umweltbedingungen, in denen er lebt. Es handelt sich dabei entweder um Schutzfaktoren (*Ressourcen*, protektive Faktoren), die die Gesundheit fördern, oder um Belastungsfaktoren, die zur Entstehung von Krankheiten beitragen können. Faktoren, die die menschliche Gesundheit – alleine oder gemeinsam mit anderen Faktoren – beeinträchtigen können, nennt man auch *Risikofaktoren*. Da viele dieser Faktoren potenziell veränderbar sind, können sie Ansatzpunkte für BGM-Maßnahmen sein.

Die wichtigsten Risikofaktoren (vgl. HABERMANN-HORSTMEIER, EGGER & BOLLIGER-SALZMANN 2018) sind

- > Stress,
- > Bewegungsmangel,
- > ungesunde Ernährung,
- > Alkoholmissbrauch,
- > Tabakrauchen.

In der Arbeitswelt können z. B. auch Arbeitszeitmodelle zu Risikofaktoren

werden, wenn sie sich negativ auf die Gesundheit auswirken können (z. B. Schicht-, Nacht- und Wochenendarbeit). Im Folgenden werden die einzelnen Risikofaktoren näher betrachtet. Daneben nennt Tabelle 1 beispielhaft verschiedene BGM-Maßnahmen, die an den genannten Risikofaktoren ansetzen.

Stress

In den letzten Jahrzehnten hat die Bedeutung von Stress als Risikofaktor im Arbeitsbereich stark zugenommen. Negativer Stress entsteht durch ein Miss-

verhältnis zwischen den Anforderungen, die an eine Person gestellt werden, und den Möglichkeiten und Fähigkeiten dieser Person, die Anforderungen zu kontrollieren bzw. zu bewältigen (Coping). Als Stressfaktoren werden dabei innere und äußere Reize bezeichnet, die auf den Menschen einwirken und eine Anpassungsreaktion von ihm erfordern (vgl. HABERMANN-HORSTMEIER 2017, 33 ff.). In der Arbeitswelt kommen zahlreiche äußere Faktoren vor, die zu Stressoren werden können (z. B. Lärm, Hitze, problematische Beziehungen zu Kolleg*innen/Vorgesetzten, Überforderung,

Tab.1: Beispiele für BGM-Maßnahmen

Risikofaktoren	Beispiele für BGM-Maßnahmen
Stress	<ul style="list-style-type: none"> > genügend Personal > Arbeitsabläufe besser planen > Anweisungen klar formulieren > Arbeitsunterbrechungen verhindern > Regeln zur Kommunikation einführen > Arbeitsklima verbessern > Lärm am Arbeitsplatz vermeiden
Bewegungsmangel	<ul style="list-style-type: none"> > Integration von Bewegungsphasen in den Arbeitsablauf > speziell ausgestattete Räume/Außenflächen für Bewegungspausen > Anschluss der Einrichtung an das örtliche Fuß- und Radwegenetz, den ÖPNV; überdachte Fahrradständer > regelmäßige Bewegungsangebote für Beschäftigte und ihre Familien (z. B. Wandern, Tanzen, Schwimmen)
Ungesunde Ernährung	<ul style="list-style-type: none"> > Kurse, die Wissen über gesunde Ernährung und ihre Zubereitung vermitteln; gemeinsames Zubereiten der Gerichte > mehr gesunde Nahrungsmittel in der Kantine / am Kiosk > keine XXL-Portionen; kein Verkauf von Soft- und Energydrinks, von kalorien-, zucker- und fettreichen Snacks
Alkoholmissbrauch	<ul style="list-style-type: none"> > Arbeitsbedingte Risikofaktoren für Alkoholkonsum identifizieren (z. B. soziale Spannungen, schlechtes Betriebsklima, Mobbing, soziale Isolation, hoher Leistungs- und Zeitdruck) > Aufklärungs- und Informationskampagnen > Betriebsvereinbarung „Alkohol“
Rauchen	<ul style="list-style-type: none"> > Betriebsvereinbarung „Rauchen“ > kein Zigarettenautomat auf dem / in der Nähe des Betriebsgeländes, kein Verkauf von Tabakprodukten am Kiosk / in der Kantine > generelles Rauchverbot bzw. Rauchverbot in bestimmten Bereichen > Kurse zur Raucherentwöhnung
Schicht-, Nacht- und Wochenendarbeit	<ul style="list-style-type: none"> > gesetzliche Vorschriften zu Länge/Häufigkeit von Nacht- und Wochenendarbeit einhalten > kurze Nachtschichtblöcke, keine Dauernachtschichten > ergonomisches Schichtsystem > regelmäßige betriebsärztliche Kontrollen

zu viel Arbeit, Zeitdruck, ständige Unterbrechungen, ungenaue Anweisungen, mangelnde Anerkennung). Hinzu kommen innere, persönlichkeitsbedingte Stressfaktoren wie ungenügende Problemlösungskompetenzen, Perfektionismus oder ein starkes Kontrollbedürfnis. Ob sich ein Mensch gestresst fühlt, hängt davon ab, wie er selbst die Situation be-

wertet. Stress entsteht vor allem in Situationen, in denen sich Menschen einer Situation hilflos ausgeliefert fühlen. Zu einem Gesundheitsproblem wird Stress, wenn er chronisch wird. Eine typische Stressfolgeerkrankung ist das *Burnout-Syndrom*. Aber auch Bluthochdruck, Herzinfarkt und Schlaganfall können durch Stress (mit)verursacht werden.

Darüber hinaus beeinflusst chronischer Stress auch den Stoffwechsel, das Verdauungs- und das Immunsystem und kann die Lebenszeit verkürzen.

Bewegungsmangel

Viele Arbeiten werden heute im Sitzen, meist vor einem Bildschirm ausgeführt.

Umsetzung in die Praxis – ein Beispiel

Anhand des folgenden Beispiels wird eine typische Arbeitssituation in einer Wohneinrichtung der Behindertenhilfe näher betrachtet.

Aktuelle Situation in einer Behinderten-Wohneinrichtung

Seit Monaten gibt es erhebliche Personalprobleme. Täglich fehlen etwa 20 % der Betreuungskräfte wegen Krankheit. Die Anzahl der Fehlstunden steigt weiterhin an, zwei Betreuungskräfte sind langzeiterkrankt. Oft müssen Kolleg*innen kurzfristig für Erkrankte einspringen. Die Zahl an Überstunden und Wochenenddiensten bei Nicht-Erkrankten erhöht sich. Betreuungskräfte sind oft alleine für eine Wohngruppe zuständig (gilt z. T. auch für Auszubildende und fachfremde Kräfte). Sie sind stark gestresst und fühlen sich überlastet. Das Arbeitsklima verschlechtert sich, hinzu kommen Probleme mit der Einrichtungsleitung. Das schlechte Arbeitsklima wirkt sich zudem negativ auf die Situation der Bewohner*innen aus. Welche BGM-Maßnahmen können in diesem Fall ergriffen werden, um die gesundheitliche Situation der Beschäftigten dieser Einrichtung zu verbessern?

Einleitende BGM-Maßnahmen

Die Leitung der Einrichtung beruft eine Mitarbeiterversammlung ein, auf der die Problematik angesprochen und gemeinsam diskutiert wird. Anschließend erläutert die BGM-Fachkraft den Mitarbeiter*innen die Ideen des Betrieblichen Gesundheitsmanagements im Rahmen eines Workshops. Ein Arbeitskreis „Arbeit und Gesundheit“ wird eingerichtet mit folgenden den Akteur*innen: Einrichtungsleitung, Vertreter*innen der Betreuungskräfte aus den verschiedenen Wohngruppen, der Nachtwachen, der Tagesstruktur, der Verwaltung, dem Hausmeisterbereich und der Gemeinschaftsküche; ggf. auch offizielle Arbeitnehmer*innenvertretung, BGM-Fachkraft, Betriebsärztin / Betriebsarzt.

Erste Handlungsschritte des Arbeitskreises

Der Arbeitskreis beschließt eine Mitarbeiter*innen-Befragung durchzuführen / durchführen zu lassen, die die Probleme im Zusammenhang mit Arbeit und Gesundheit erfasst. Ein Fragebogen wird erarbeitet; es werden Fragen vermieden, die Rückschlüsse auf Personen zulassen. Nach der Auswertung werden die Ergebnisse der Belegschaft mitgeteilt. Der Arbeitskreis bespricht die Ergebnisse und stuft die Probleme nach Wichtigkeit ein. Zuerst sollen die gravierendsten Probleme angegangen werden. Es erfolgt eine Festlegung der Verantwortlichkeiten für die Planung, Umsetzung und Finanzierung der noch zu treffenden Maßnahmen. Die gefassten Beschlüsse werden schriftlich festgehalten.

Erarbeitung spezifischer BGM-Ziele im Rahmen eines Gesamtprogramms

Das Ziel des durch den Arbeitskreis erarbeiteten Gesamtprogramms ist es, die Bedingungen in der Einrichtung schrittweise so zu verbessern, dass sich dies positiv auf die Gesundheit der Beschäftigten auswirkt und es den Beschäftigten leichter fällt, sich gesundheitsbewusst zu verhalten. Der Arbeitskreis geht dabei folgendermaßen vor:

- > Festlegung des Problems, das zuerst angegangen werden soll: Mangelhafte Arbeitszeitgestaltung (häufige Überstunden und Wochenenddienste, kurzfristiges Einspringen)
- > Finden von gesundheitsfördernden Strategien, die an den Ursachen des Problems ansetzen, z. B.
 - > Bildung eines Pools aus sog. Springern, die kurzfristig für erkrankte Kolleg*innen einspringen (in Frage kommen z. B. Mitarbeiter*innen in Elternzeit, nicht berufstätige ehemalige Mitarbeiter*innen)
 - > Einstellung zusätzlicher Fachkräfte in der Betreuung
 - > Einbeziehung aller Betreuungskräfte in die Arbeitszeitplanung (Ziel: bessere Work-Life-Balance für alle)
 - > Regelmäßiger Austausch von Leitung und Beschäftigten zu aktuellen gesundheitsrelevanten Problemen

Die Mitglieder des Arbeitskreises gehen davon aus, dass sich die Maßnahmen auch positiv auf das Arbeitsklima und das Wohlbefinden der Bewohner*innen auswirken werden.

Umsetzung und Evaluation

Alle Mitarbeiter*innen werden über die geplanten Maßnahmen schriftlich informiert. Die Maßnahmen werden im nächsten halben Jahr zügig umgesetzt. Währenddessen werden die Mitarbeiter*innen jeweils schriftlich über die einzelnen, bereits erfolgten Schritte informiert. Es wird eine Evaluation durchgeführt: Mitarbeiter*innen im Betreuungsbereich werden vor Beginn der Umsetzung, nach einem viertel und nach einem halben Jahr zu Problemen bei der Arbeitszeitgestaltung und deren Auswirkungen befragt, sodass Verbesserungen/Verschlechterungen der Situation festgestellt werden können. Diese Ergebnisse fließen in die Tätigkeit des Arbeitskreises ein. Erfolgreiche Maßnahmen werden verstetigt, d. h. langfristig in den normalen Arbeitsalltag integriert.

Die Maßnahmen in diesem Beispiel machen deutlich, dass das Betriebliche Gesundheitsmanagement jeweils die Situation vor Ort und die Bedürfnisse der dort Beschäftigten einbezieht. In einer anderen Umgebung und mit anderen Beschäftigten könnten sie auch deutlich anders aussehen. Es zeigt auch, dass es in solchen Fällen auf längere Sicht hin weniger sinnvoll ist, Maßnahmen des Stressmanagements und Entspannungsmaßnahmen auszuwählen, da vor allem die Entspannungsmaßnahmen nicht an den Ursachen der Probleme ansetzen und das Stressgefühl bei den Betroffenen meist nur kurzfristig mindern.

Wenn Menschen sich dann auch in ihrer Freizeit wenig bewegen, kommt es zu einem chronischen Mangel an körperlicher Betätigung. Dies kann verschiedene pathophysiologische Prozesse im Körper auslösen, die die Basis für Folgeerkrankungen wie Muskelabbau, muskuläre Verspannungen, Osteoporose, Verdauungsprobleme usw. werden. Darüber hinaus kann ein Bewegungsmangel auch zu Bluthochdruck und Übergewicht (mit den entsprechenden Folgeerkrankungen) führen und die Psyche negativ beeinflussen.

Ungesunde Ernährung

Überernährung ist nicht nur in Deutschland ein gravierendes Problem. Wenn der Körper mehr Energie in Form von Nahrung aufnimmt als er benötigt, nimmt das Körpergewicht zu. Die Ursachen hierfür liegen u. a. im Konsum zu großer Mengen zucker- und fettreicher Nahrungsmittel und Getränke. Krankhaft erhöhtes Körpergewicht (Adipositas) kann zu zahlreichen Folgeerkrankungen wie Bluthochdruck, Fettstoffwechselstörungen, Typ-2-Diabetes und Arthrose führen. Stark übergewichtige Menschen haben auch im Berufsleben oft Probleme. Sie sind nicht selten in ihrer täglichen Arbeit eingeschränkt, fallen häufiger aufgrund von Folgeerkrankungen aus und haben ein höheres Risiko, krankheitsbedingt früher in Rente zu gehen.

Alkoholmissbrauch

Alkohol gehört weltweit zu den zehn schädlichsten Drogen. In Deutschland trinkt jeder Einwohner über 14 Jahre im Durchschnitt 11,0 l reinen Alkohol pro Jahr (vgl. OECD 2017, 72 f.), 18,2 % der Männer und 13,8 % der Frauen zeigen einen riskanten Alkoholkonsum. Bereits der regelmäßige Konsum von mehr als 100 g reinen Alkohols pro Woche kann das Leben der Konsumenten erheblich verkürzen (vgl. WOOD et al. 2018, 1520). Zu den Folgen des chronischen Alkohol-Konsums gehören neben der möglichen Abhängigkeit auch körperliche Schäden (Fettleber, Leberzirrhose, Bluthochdruck, Herzmuskel-erkrankungen, Bauchspeicheldrüsenentzündung, Hirnschädigungen bis hin zur Demenz usw.) und negative Auswirkungen auf die Familie und die Gesellschaft. Alkoholkonsum während der Arbeit kann die Leistungsfähigkeit von Betroffenen stark einschränken und zu einer erhöhten Unfallgefahr führen (vgl. Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen 2014, 4).

Rauchen

Durch das Rauchen entsteht meist sehr schnell ein Abhängigkeitsverhalten. Darüber hinaus ist Rauchen einer der größten

Risikofaktoren für die Entstehung von chronischen Krankheiten wie Herz-Kreislauf-Erkrankungen, chronischen Lungenerkrankungen und bösartigen

Tumoren (v. a. Lungenkrebs). Weltweit sterben jährlich mehr als 7 Mio. Menschen durch aktives Tabakrauchen und schätzungsweise weitere 1,2 Mio. Menschen

BGM-Maßnahmen in Zeiten der Corona-Pandemie

In Zeiten der COVID-19-Pandemie steht das Betriebliche Gesundheitsmanagement in den Einrichtungen der Behindertenhilfe vor ganz besonderen Aufgaben. Ziel ist es, Beschäftigte und Menschen mit Behinderung in Einrichtungen und im ambulant betreuten Bereich vor einer Ansteckung zu schützen, bis ein Impfstoff vorhanden ist. Zudem müssen die Beschäftigten angesichts der neuen, vielfältigen Aufgaben und des zusätzlichen Arbeitsvolumens vor körperlicher und psychischer Überlastung geschützt werden (HABERMANN-HORSTMEIER 2020).

BGM-Maßnahmen für den Risikofaktor „Infektionsgefahr“

- > Bereitstellen von genügend Schutzkleidung, medizinischen Schutzmasken, Desinfektionsmitteln, Seife über einen längeren Zeitraum
- > (Online-)Schulungen für die Beschäftigten in den Behinderteneinrichtungen zur Übertragbarkeit des Coronavirus SARS-CoV-2 und der korrekten Anwendung der Schutzmaßnahmen
- > (Online-)Schulungen zum Händewaschen und Abstandhalten in leichter Sprache für Menschen mit geistiger Behinderung; regelmäßiges gemeinsames Händewaschen als Ritual einführen
- > Beschränkung der Kontakte der Betreuungskräfte außerhalb der Einrichtung auf den engsten Familienkreis (hierbei besondere Vorsicht bei Betreuungskräften mit kleineren Kindern); Regeln zur Kommunikation einführen
- > Frühzeitiges Testen bei Verdachtsfällen (leichtes Krankheitsgefühl, leichter Husten, erhöhte Körpertemperatur) und sofortige Anordnung von Quarantänemaßnahmen, bis ein negatives Testergebnis vorliegt
- > Besondere Vorsicht bei den Risikogruppen (ältere Mitarbeiter*innen, Mitarbeiter*innen mit Vorerkrankungen wie chronischen Atemwegsinfekten, Herzerkrankungen, Störungen des Immunsystems/rheumatischen Erkrankungen, Tumorerkrankungen, Diabetes mellitus)
- > Falls genügend Testmaterial vorliegt: Testung der Mitarbeiter*innen und der Menschen mit Behinderung in regelmäßigen Abständen

BGM-Maßnahmen für den Risikofaktor „Stress“

- > Ausreichend Personal, um die zusätzlichen Aufgaben zu bewältigen!
- > Ggf. zusätzliches Personal aus Werkstätten / Tagesstrukturen einsetzen, deren Einrichtungen derzeit geschlossen sind
- > Ggf. zusätzliche Hilfskräfte aus den Freiwilligendiensten anfordern, die derzeit in ihrem Bereich nicht eingesetzt werden
- > In schweren Notsituationen (z. B. beim Ausfall weiter Teile der Belegschaft) kann auch die Hilfe der Bundeswehr im Rahmen des Amtshilfeverfahrens angefordert werden
- > Einhalten der maximalen Arbeitszeiten bei den einzelnen Beschäftigten, ausreichend Pausen in separaten Räumlichkeiten ermöglichen
- > Regelmäßige Gespräche und Austausch im Team und mit den Führungskräften (unter Einhaltung der Hygieneregeln oder virtuell)
- > (Virtueller) Austausch mit anderen Einrichtungen in ähnlicher Situation: Wie geht es den Beschäftigten und Menschen mit Behinderung dort? Wie machen die das? Was können wir von ihnen lernen?)
- > Für schöne Momente im Tagesablauf sorgen: gemeinsame Rituale für einen schönen Start in den Tag finden, singen und musizieren, die Räumlichkeiten schmücken, Feste im Jahresverlauf in kleinen Gruppen weiterhin begehen, in Grünanlagen / in die Natur gehen (unter Berücksichtigung der max. Personenzahl, der Abstands- und Hygieneregeln)
- > Ängste bei den Beschäftigten durch Gesprächsangebote auffangen: die Angst, (1) die Infektion in die Einrichtung einzuschleppen, (2) selbst zu erkranken, (3) vor dem ersten Infektionsfall in der Einrichtung, (4) dass die Pandemie noch lange anhält und die eigenen Kräfte nicht ausreichen
- > Kontakt zu psychologischen / sozialpsychologischen Diensten aufnehmen, um kontinuierlich und in besonderen Fällen Unterstützungsangebote einzuholen, ggf. regelmäßige (video-)telefonische Kontakte

an den Folgen des Passivrauchens. Raucher sterben im Durchschnitt etwa drei Jahre früher als Nichtraucher (vgl. WHO 2019). In Deutschland rauchen durchschnittlich 25 bis 29 % der erwachsenen Bevölkerung. Der Anteil der Raucher*innen ist in den Pflegeberufen besonders hoch (vgl. Deutsches Krebsforschungszentrum 2015, 46).

Schicht-, Nacht- und Wochenendarbeit

Es handelt sich bei der Schichtarbeit um verschiedene Arbeitsmodelle, die nicht dem üblichen 8-Stunden-Tag entsprechen (z. B. Nacht- und Wechselschichten, unregelmäßige Arbeitszeiten). Sie stellen für die Betroffenen eine besondere Belastung dar und führen zu einem höheren Risiko für Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Verdauungsprobleme, Schlafstörungen, Adipositas, Typ-2-Diabetes, Depressionen usw. Hinzu können vor allem bei der Nachtarbeit Schlafprobleme und kognitive Einschränkungen („Denkstörungen“) kommen. Aufgrund der eingeschränkten Aufmerksamkeit steigt die Unfallgefahr. Längerfristige Schichtarbeit kann mit einem ungesunden Ernährungsrythmus und ungesundem Freizeit- und Bewegungsverhalten einhergehen und zu einer Störung der sozialen Beziehungen führen. Die gesundheitlichen Probleme nehmen bei den betroffenen Arbeitskräften mit dem Alter deutlich zu.

Kosten und Nutzen des BGM

Viele Führungskräfte in den Unternehmen gehen davon aus, dass ein Betriebliches Gesundheitsmanagement sehr kosten- und zeitintensiv ist und zögern deshalb mit der Einführung. Dies liegt u. a. daran, dass entsprechendes Wissen fehlt und falsche Vorstellungen weit verbreitet sind. Viele verstehen unter einem BGM vor allem verhaltensorientierte Gesundheitsprogramme (etwa zu Ernährung, Bewegung und Stress), die man – oft überteuert und ohne konkreten Bezug zur Situation vor Ort – bei entsprechenden Institutionen einkaufen kann. Doch ein gutes BGM geht weit darüber hinaus. Es gibt viele BGM-Maßnahmen, die ohne größeren zeitlichen und finanziellen Aufwand umgesetzt werden können. Andere Maßnahmen kosten vor allem Zeit – und damit indirekt auch mehr Geld für Personal. Natürlich gibt es aber auch Maßnahmen, für die genügend Geld bereitgestellt werden muss (z. B. für Umbaumaßnahmen). Daher sollten solche Maßnahmen möglichst von vornherein mitgedacht werden (z. B. bei der Planung eines Arbeitsbereichs oder bei der Einrichtung eines Raums). Auf diese Weise können auf längere Sicht Kosten gespart werden. Maßnahmen, die den

Arbeitsbereich so umgestalten, dass gesundheitsbewusstes Verhalten leichter möglich ist, sind in der Regel wesentlich wirksamer und oft auch effizienter als kurzfristig durchgeführte Programme, die nur auf eine Verhaltensänderung der Beschäftigten abzielen. Hinzu kommt, dass BGM-Maßnahmen nicht nur aus gesundheitlicher, sondern oft auch aus betriebswirtschaftlicher Sicht bzw. aus Umweltgesichtspunkten sinnvoll sein können (vgl. BÖDEKER 2017, 265 f.). Bereits bei der Planung von BGM-Maßnahmen ist eine klare Regelung hinsichtlich der Kostenübernahme nötig. Nach dem Präventionsgesetz (§ 20a SGB V) können die gesetzlichen Krankenkassen die Einrichtungen dabei finanziell unterstützen.

In den nächsten Jahren wird der demografische Wandel dazu führen, dass die Zahl der älteren Mitarbeiter*innen in der Behindertenarbeit weiter ansteigt. Da zudem bereits ein z. T. erheblicher Fachkräftemangel besteht, liegt es im Interesse der Einrichtungen, ein Betriebliches Gesundheitsmanagement einzuführen und damit jungen Nachwuchskräften ebenso wie älteren Mitarbeiter*innen gesundheitsfördernde Arbeitsbedingungen anzubieten, die es ihnen erlauben, möglichst lange und gesund im Arbeitsleben zu verbleiben. Um wirksam zu sein, müssen diese Bedingungen immer wieder an sich ändernde Situation in den Einrichtungen und an die älter werdenden Belegschaften angepasst werden. Insbesondere die Leitungskräfte in den Einrichtungen sind nun gefordert, diesen Prozess anzustoßen.

LITERATUR

- ANTONOVSKY, Aaron** (1997): Salutogenese: Zur Entmystifizierung der Gesundheit. Tübingen: dgvt.
- BÖDEKER, Wolfgang** (2017): Lohnt sich Betriebliche Gesundheitsförderung? Ökonomische Indikatoren und Effizienzanalysen. In: Faller, Gudrun (Hg): Lehrbuch Betriebliche Gesundheitsförderung. Bern: Hogrefe, 263–270.
- Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen (DHS)** (2014): Alkohol am Arbeitsplatz. Die Auswirkungen von Alkoholkonsum. DHS Factsheet. Hamm: Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen e. V., Stand: Dezember 2014.
- Deutsches Krebsforschungszentrum (dkfz)** (2015): Tabakatlas Deutschland 2015 – Auf einen Blick. Heidelberg: Deutsches Krebsforschungszentrum.
- Europäisches Netzwerk für betriebliche Gesundheitsförderung** (1997): Luxemburger Deklaration zur betrieblichen Gesundheitsförderung in der Europäischen Union.
- FRICZEWSKI, Franz** (2017): Partizipation

- im Betrieb: Gesundheitszirkel & Co.
In: Faller, Gudrun (Hg): Lehrbuch Betriebliche Gesundheitsförderung. Bern: Hogrefe, 243–252.
- HABERMANN-HORSTMEIER, Lotte** (2017a): Gesundheitsförderung und Prävention. Bern: Hogrefe
- HABERMANN-HORSTMEIER, Lotte** (2017b): Risikofaktor „Stress“. Bern: Hogrefe.
- HABERMANN-HORSTMEIER, Lotte** (2018a): Gesundheitsförderung in Behindertenwohneinrichtungen – zum Umgang mit psychischen Störungen, Krankheit, Altern und Tod. Bern: Hogrefe.
- HABERMANN-HORSTMEIER, Lotte** (2018b): Grundlagen der Gesundheitsförderung in der stationären Behindertenarbeit. Bern: Hogrefe.
- HABERMANN-HORSTMEIER, Lotte** (2019): Von der Betrieblichen Gesundheitsförderung zum Betrieblichen Gesundheitsmanagement. Bern: Hogrefe.
- HABERMANN-HORSTMEIER, Lotte** (2020): Menschen mit geistiger Behinderung in Zeiten der Corona-Pandemie. Ergänzungskapitel zu HABERMANN-HORSTMEIER, Lotte (2018a): Gesundheitsförderung in Behindertenwohneinrichtungen – zum Umgang mit psychischen Störungen, Krankheit, Altern und Tod. Bern: Hogrefe; kostenloser Download voraussichtlich ab Mitte Juni 2020 über die Homepage des Hogrefe Verlages möglich.
- HABERMANN-HORSTMEIER, Lotte; BÜHRER, Stefanie** (2014): Arbeiten in Wohneinrichtungen für behinderte Menschen in Deutschland. Eine Studie zur Arbeitssituation von Betreuungskräften aus Sicht der Wohneinrichtungen. Villingen-Schwenningen: Petaurus.
- HABERMANN-HORSTMEIER, Lotte; BÜHRER, Stefanie** (2015): Welche Maßnahmen der Betrieblichen Gesundheitsförderung bieten Behinderten-Wohneinrichtungen ihrem Betreuungspersonal an? – Ergebnisse einer Untersuchung in Südbaden. In: Arbeitsmedizin Sozialmedizin Umweltmedizin 50 (5), 362–370.
- HABERMANN-HORSTMEIER, Lotte; EGGER, Matthias; BOLLIGER-SALZMANN, Heinz** (2018): Risikofaktoren. In: Egger, Matthias et al. (Hg): Public Health Kompakt. Berlin: De Gruyter, 182–196.
- HABERMANN-HORSTMEIER, Lotte; HORSTMEIER, Lukas M.** (2019): Auswirkungen der Arbeitssituation in Behindertenwohneinrichtungen auf das Wohlbefinden und die Gesundheit der Bewohner/-innen aus Sicht der Betreuungskräfte. Vortrag auf dem Kongress Armut und Gesundheit 2019. TU Berlin, 14./15. März 2019.
- HABERMANN-HORSTMEIER, Lotte; LIMBECK, Kira** (2016a): Arbeitsklima in Behinderten-Wohneinrichtungen in Deutschland. In: Arbeitsmedizin Sozialmedizin Umweltmedizin 51 (1), 50–63.

HABERMANN-HORSTMEIER, Lotte; LIMBECK, Kira (2016b): Arbeitsbelastung: Welchen Belastungen sind die Beschäftigten in der Behindertenbetreuung ausgesetzt? In: Arbeitsmedizin Sozialmedizin Umweltmedizin 51 (7) 517–525.

HABERMANN-HORSTMEIER, Lotte; LIMBECK, Kira (2016c): Krank zur Arbeit. Gesundheitssituation von Beteuern in Behinderteneinrichtungen. In: HeilberufesCIENCE 7 (1), 25–39.

HABERMANN-HORSTMEIER, Lotte; LIMBECK, Kira (2017): Burnout-Gefährdung in der Behindertenarbeit. Subjektive Einschätzungen der Beschäftigten geben Hinweise. In: Prävention und Gesundheitsförderung 12 (1), 27–40.

HABERMANN-HORSTMEIER, Lotte; LIMBECK, Kira (2018): Einflussfaktoren auf die Arbeitsbelastung in der stationären Behindertenhilfe. In: Das Gesundheitswesen 80 (5), 433–443.

HABERMANN-HORSTMEIER, Lotte; LIPPKE, Sonia (2019): Grundlagen, Strategien und Ansätze der Primär-, Sekundär- und Tertiärprävention. In: Tiemann,

Michael; Mohokum, Melvin (Hg): Prävention und Gesundheitsförderung. Springer Reference Pflege-Therapie-Gesundheit. Heidelberg: Springer.

HABERMANN-HORSTMEIER, Lotte; SCHMID, Klaus; PLETSCHER, Claudia; KLIEN, Christine (2018): Arbeit und Gesundheit. In: Egger, Matthias et al. (Hg): Public Health Kompakt. Berlin: De Gruyter, 317–362.

MORSCHHÄUSER, Martina; SOCHERT, Reinhold (2007): Beschäftigungsfähigkeit erhalten. Strategien und Instrumente für ein langes gesundes Arbeitsleben. Essen: BKK Bundesverband.

OECD (2017): Health at a Glance 2017: OECD Indicators. Paris: OECD Publishing. DOI: http://dx.doi.org/10.1787/health_glance-2017-en (abgerufen am 25.02.2020).

RICHTER, Matthias; ROSENBROCK, Rolf (2018): Sinnvolle Kombination von Verhaltens- und Verhältnisprävention. In: Egger, Matthias et al. (Hg): Public Health Kompakt. Berlin: De Gruyter, 175–176.

WEINKOPF, Claudia; HIEMING, Bettina; MESAROS, Leila (2009):

Prekäre Beschäftigung. Expertise für die SPD-Landtagsfraktion NRW. Duisburg: Institut Arbeit und Qualifikation (IAQ), Universität Duisburg-Essen.

WHO (1986): Ottawa-Charta zur Gesundheitsförderung.

WHO (2019): Tobacco. www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/tobacco (abgerufen am 25.02.2020):

WOOD, Angela M. et al. (2018): Risk thresholds for alcohol consumption: combined analysis of individual-participant data on 599 912 current drinkers in 83 prospective studies. In: The Lancet 391 (10129): 1513–1523.

i Die Autorin:
Dr. med. Lotte Habermann-Horstmeier
Leiterin des Villingen Institute of Public Health (VIPH) an der Steinbeis+Akademie, Steinbeis-Hochschule Holding GmbH
@ Habermann-Horstmeier@viph-steinbeis-hs.de

Anzeige

Aus dem Lebenshilfe-Verlag

Wolfgang Hinte, Oliver Marco Pohl (Hrsg.)

Der Norden geht voran

Sozialraumorientierung in der Eingliederungshilfe im Landkreis Nordfriesland

1. Auflage 2018, 17 x 24 cm, broschiert, 160 Seiten
ISBN: 978-3-88617-326-6; Bestellnummer LBS 326
15,- Euro [D]; 18,- sFr.

Vermittelt aus unterschiedlichen Perspektiven Eindrücke über verschiedene Facetten sowohl des Prozesses der Entwicklung der kommunalen Landschaft in Nordfriesland als auch der Strukturen, Finanzierungsformen und Abläufe, die den Rahmen bilden für die Arbeit in der EGH im Landkreis Nordfriesland. Akteure aus dem Landkreis beschreiben die Essentials des Projekts und ziehen ein Zwischenresümee. Inhaltlich gerahmt durch einen Fachbeitrag von Wolfgang Hinte, der die leitenden Fachprinzipien darstellt.



Jonas Kabsch (Hrsg.)

LebensAlter

Zu Kooperationen zwischen der Behindertenhilfe und der Altenhilfe

1. Auflage 2018, 256 Seiten, Broschur 16,5 x 24 cm
ISBN 978-3-88617-570-3, Bestellnummer LED 570
25,- Euro [D]; 31,- sFr.

Die bessere medizinische und pflegerische Versorgung führt zu einer deutlich längeren Lebenserwartung der Menschen mit Behinderung. Dafür werden umfassend ineinandergreifende flexible Konzepte benötigt: Eine adäquate Betreuung und Unterstützung für älter werdende Menschen mit Behinderung, die an ihre bestehende Lebenswelt und die darin erlebten Dimensionen anknüpft und die individuellen Wünsche und Vorstellungen eines gelingenderen Lebensabends Realität werden lässt. Das Ergebnis des Projekts ›LebensAlter‹ ist ein konkretes Handlungskonzept für die Praxis.



Bestellungen an:

Bundesvereinigung Lebenshilfe e. V. · Vertrieb · Raiffeisenstr. 18 · 35043 Marburg
Tel.: (0 64 21) 4 91-123 · Fax: (0 64 21) 4 91-623 · E-Mail: vertrieb@lebenshilfe.de