

- Sturgess J. A model describing play as a child chosen activity: is it still valid in contemporary Australia? *Australian Occupational Therapy Journal* 2003; 50(2): 104–108
- Tobler N, Roona M. School-based adolescent drug prevention programs: 1998 meta-analysis. 2000; 20(4): 275–336
- WHO. Ottawa Charter for Health Promotion. Online im Internet: www.who.int/hpr/NPH/docs/ottawa_charter_hp.pdf; abgerufen am 15.09. 2008

3.3 Angebote für Erwachsene

3.3.1 Betriebliche Präventionsberatung

Anke Dalhoff

Betriebe entwickeln ihre inhaltlichen und ökonomischen Konzepte kontinuierlich weiter. Um diese dann erfolgreich und ertragreich im Markt anbieten zu können, benötigen sie motivierte und selbstbewusste Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter. Die Personalentwicklung erhält damit eine bedeutsame Rolle in den Unternehmen. Das bedeutet, dass betriebliche Weiterentwicklung im Wesentlichen abhängig von innovativen Konzepten ist, die unter Berücksichtigung der regionalen wirtschaftlichen Faktoren erarbeitet werden. Dies gelingt nur mit starker Mitarbeiterbeteiligung, durch Nutzung des Wissens und des Innovationspotentials. Um diese hohe Zielsetzung erreichen zu können, gestaltet das Unternehmen u. a. eine gesundheitsfördernde Umgebung. Es werden Konzepte und Programme zum betrieblichen Gesundheitsmanagement benötigt und diese müssen mit den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern evaluiert werden.

Betätigungsbasierte Konzeption

Arbeitgeber hoffen, durch ein betriebliches Gesundheitsmanagement die Krankenstände zu senken, die Zufriedenheit im und mit dem Unternehmen zu verbessern und eine wachsende Leistungsfähigkeit zu erzielen. Auch der Gesetzgeber hat auf diesen Aspekt reagiert und fordert von den Unternehmen ein gezieltes, innovatives Vorgehen zu Gesunderhaltung und beruflicher Weiterentwicklung von Mitarbeitern (Gagel 2007). „Im §84 Abs. 1 SGB IX ist der Arbeitgeber verpflichtet, bei Eintreten von personen-, verhaltens- oder betriebsbedingten Schwierigkeiten im Arbeitsverhältnis, alle zur Verfügung stehenden Hilfen zur Beratung

der Kostenträger des SGB V und IX in Anspruch zu nehmen.“ Ziel ist dabei, frühzeitig einer Gefährdung der Arbeitsverhältnisse zu begegnen und Neuerkrankungen und weiterer Chronifizierung eines Krankheitszustandes vorzubeugen. Arbeitgeber reagieren mit unterschiedlichen Konzepten auf diese Anforderungen.

Die Arbeitsplatzunsicherheit und der Strukturwandel in unserer Gesellschaft machen Konzepte zur betrieblichen Prävention notwendig, da die Anforderungen an die einzelnen Menschen enorm gestiegen sind und wir alle sehr individuell mit Stressreaktionen darauf reagieren. Besonders sensibel nehmen wir dabei die Beziehungserfahrungen wahr, einschneidende Erlebnisse werden über lange Zeit in unserem Gehirn gespeichert und bilden sich als Vorstellungen ab. Jede Erschütterung unserer Vorstellungen bedeutet zunächst Bedrohung. Dies kann dann zu einer unkontrollierten Stressreaktion führen. Wenn die Bedrohung von außen zu groß erlebt wird, bekommt der Mensch Angst. Darauf reagiert er mit sehr individuellen Lernerfahrungen, die sich in den unterschiedlichsten Formen (Stressreaktionen) ausdrücken können. Hüther (1999) beschreibt in seinem Buch dazu ein interessantes Tierexperiment. In diesem Experiment sitzt ein Affe in einem Käfig und ein Hund läuft um diesen Käfig herum, was bei dem Affen hohen Stress erzeugt. Als ein zweiter Affe zusätzlich in den Käfig kommt, haben beiden Affen keine Angst mehr. Dabei wird deutlich, dass das wichtigste Mittel gegen Stress die soziale Beziehung ist.

Am Beispiel der Stadtwerke Münster stellt die Autorin hier ein Konzept von Präventionsberatung und Gesundheitsmanagement vor.

Die Stadtwerke Münster sind ein dienstleistungsorientiertes Unternehmen für Energie, Wasserversorgung und Verkehr. Gegründet wurde es 1901 und hat sich bis heute zu einem modernen Anbieter in seiner Branche entwickelt. 2005 erhielt das Unternehmen vom Land Nordrhein-Westfalen die Auszeichnung „Das Gütesiegel TOP JOB Arbeitgeber“. Um diese Auszeichnung zu erhalten, musste das Unternehmen in den Kategorien Visionen und Führung, Personalentwicklung, Entlohnungskonzepte, Kultur und Kommunikation sowie Familien- und Sozialorientierung innovative Konzepte vorlegen.

2008 erhielt das Unternehmen eine Prämie durch das Integrationsamt des Landschaftsverbandes Westfalen Lippe für sein vorbildliches betriebliches Eingliederungsmanagement (BEM).

Strukturen

Das Unternehmen hat sich für eine bewusste und gezielte Steuerung entschieden und folgende Strukturen zum BEM festgelegt:

- Entwicklung eines Leitbildes zu Gesundheitsmanagement
- Aufbau von psychosozialer Beratung durch eine externe Präventionsberaterin
- Anstoß eines Gesundheitszirkels mit Gesundheitsbericht
- Es wurde eine Integrationsvereinbarung zur Einführung des BEM erstellt
- Einrichten des Steuerkreis BEM mit Bildung eines Integrationsteams (Personalabteilung, Personalvertretung, Vertrauensperson für Menschen mit Behinderung, Betriebsärztin, externe Berater) im Betrieb, um durch gemeinsame Beratungsprozesse zu strukturierten Eingliederungsplänen zu gelangen und mögliche Alternativen zu ermitteln (einige Beispiele: innerbetriebliche Umsetzung, betriebliche Qualifizierung, Anpassung des Arbeitsplatzes)
- Ein ressourcengerechter Arbeitsplatz sowie eine sorgfältige qualifizierte Analyse (Anforderung und Fähigkeitsanalyse) und eine fachkompetente Begleitung sind hilfreich, um persönliche und berufliche Entwicklungen anzustoßen und Krankheitsrisiken zu reduzieren

Einzelfallübergreifender systematischer Ansatz

Folgende Schritte werden zur Problemlösung im Rahmen des BEM durchgeführt:

- Um das Problem zu verstehen und erste Überlegungen zu Problemlösung festzulegen, wird das Metamodell von Hagedorn (1996) eingesetzt.
- Es werden Informationen (Arbeitsunfähigkeitszeiten, Gesundheitszustand/Behinderungen, Konflikte im Team, bisheriger Kontakt mit den Mitarbeitern, Rückmeldungen von Führungskräften) gesammelt und analysiert. Das Problem wird identifiziert (persönliches Problem, Arbeits- oder Teamproblem, Gesundheitsproblem etc.), das erwünschte Ergebnis definiert und Maßnahmen festgelegt. Anschließend wird entschieden, wer auf den betroffenen Mitarbeiter zugeht, um das Problem aus betrieblicher Sicht anzusprechen. Gemeinsam mit dem Mitarbeiter wird ein Aktionsplan mit Zeitplanung für Austausch und Rücksprachen festgelegt. Anhand der Rückmeldung der Mitarbeiter, des Teams oder Vorgesetzten werden das Ergebnis des Beratungs- und Interventionsprozesses sowie die Zielerreichung überprüft.

Personenbezogene Prävention

Jeder Mensch ist bei den komplexer werdenden Lebensbereichen gefordert, nach individuellen Lösungen zur Stressbewältigung zu suchen. Ein Gespräch am Arbeitsplatz wird in den meisten Fällen als angenehm erlebt, um den wachsenden Anforderungen begegnen zu können (Hüther 1999), „da jeder Manager und Individualist weiß, dass er einen anderen Menschen braucht, der ihm wirklich hilft, ihm zuhört und mit ihm nach Lösungen sucht“. Die meisten sagen anschließend; „Es war gut, darüber zu reden und dass ich es aussprechen durfte.“ Dem gemeinsamen Gespräch im Betrieb wird also die vorrangige Bedeutung gegeben. Weitere Maßnahmen sind die Adaptation des Arbeitsplatzes unter Berücksichtigung der psychophysischen Belastbarkeit, Angebote von Stressbewältigungs- und Personalentwicklungsseminaren, ggf. stationäre und ambulante Behandlungen oder medizinische Rehabilitationsmaßnahmen mit anschließender stufenweiser Wiedereingliederung, Reduzierung von Arbeitszeiten, Telearbeit und Umsetzungen in andere Arbeitsfelder.

Organisationsbezogene und arbeitsbezogene Prävention

Hier einige Beispiele für Maßnahmen:

- Externe Moderation von Teamkonflikten, Führungskräftefeedback und Mitarbeiterbefragungen, Beratung von Führungskräften durch die Präventionsberaterin, Förderung von gesundheitsschützenden Faktoren, besonders in den gewerblichen Bereichen des Unternehmens. Verbesserung von Arbeitsbedingungen und Abbau von Stressfaktoren durch die Möglichkeit an Fort- und Weiterbildungsmaßnahmen teilzunehmen
- Die Führungskräfte erhalten die Möglichkeit sich zu den betrieblichen Möglichkeiten der qualifizierten Mitarbeiterführung zu informieren und Planungsschritte abzuleiten

Hier sind die Ziele eine Bewusstwerdung betrieblicher Präventionsmöglichkeiten, sowie die Nutzung und der sichere Umgang mit diesen Instrumenten.

Zielgruppe

Folgende Gruppen haben das Angebot bisher genutzt:

- Als gesundheitsfördernde Maßnahme Menschen, die sich durch Stresserleben belastet fühlen und

darüber in eine berufliche und gesundheitliche Krise geraten sind

- Menschen in aktuellen persönlichen Lebenskrisen, die Auswirkungen auf die Erwerbsfähigkeit haben
- Menschen mit Gesundheitsrisiken
- Menschen mit bekannten Erkrankungen und Behinderungen, die Risikofaktoren mitbringen.
- Gruppe der Auszubildenden, um frühzeitig Gesundheitsrisiken zu minimieren

Jeder Mitarbeiter kann sich niedrigschwellig bei seiner Interessenvertretung oder der Personalabteilung melden und das Beratungsangebot in Anspruch nehmen. Dem Mitarbeiter werden die Möglichkeiten zur Problemlösung aufgezeigt und ggf. angeboten. In der unternehmensinternen Zeitung wird anonym über Beispiele für erfolgreiche Beratungsprozesse informiert, um den Beschäftigten die Möglichkeiten der niedrigschwelligen betrieblichen Präventionsberatung nahezubringen und Ängste abzubauen.

Sollte das Integrationsteam zu der Erkenntnis kommen, dass es sich bei dem Mitarbeiter um ein nachhaltiges Problem mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeiten handelt, sucht der Personalleiter in Verbindung mit der Interessenvertretung das Gespräch mit dem Mitarbeiter und ggf. seiner Führungskraft. Meist wird dem Mitarbeiter dann angeboten, sich unter vier Augen mit der Präventionsberaterin auszutauschen, um das Problem zu fokussieren und die Problemlösung auszuarbeiten. Die betrieblichen Partner werden über die Interventionsschritte bei Wahrung der Schweigepflicht über das Problem informiert.

Klientenzentrierung

Die Mitarbeiter gestalten aktiv die vorgeschlagenen Maßnahmen mit, indem sie an allen Gesprächen und Planungsschritten beteiligt werden. Dabei werden ihre Interessen und Ressourcen berücksichtigt. Ziel ist es, eine angemessene Aufklärung und Sensibilisierung für die eigene Entwicklung und die spezifische Problemstellung zu erreichen.

Innovation und Nachhaltigkeit

Seit Einführung des betrieblichen Eingliederungsmanagements und dem Bekanntwerden der Möglichkeit zur Präventionsberatung nehmen die Anfragen zur Beratung zu. Besonders der niedrig-

schwellige Zugang wird von betroffenen Menschen und Führungskräften genutzt.

Der innerbetriebliche Dialog zwischen den Beteiligten über das Problem sowie seine Möglichkeiten zur Problemlösung werden immer differenzierter. Die Beratungsprozesse werden dokumentiert und mit einer Zielerreichung mit Zeitplanung festgelegt. Der gesamte Plan ist für alle Beteiligten transparent und die Mitarbeiterbeteiligung hat einen hohen Stellenwert. Auf den Einzelfall bezogen kann ein Rückgang an Arbeitsunfähigkeitszeiten festgestellt werden.

Vernetzung

Das gesamte Projekt „Präventionsberatung“ ist im betrieblichen Eingliederungsmanagement vernetzt. Durch die Beteiligung der verschiedenen Funktionsebenen im Betrieb ist es als Möglichkeit bekannt und wird genutzt. Damit die Präventionsmaßnahmen erfolgreich werden, braucht es ein Regelwerk. Der Gesetzgeber hat dies durch die Implementierung des §84 Abs. 1 und 2 SGB IX angestoßen und die Gesundheitsförderung als Betriebskultur angeregt. Ziele sind dabei, die Ursachen für Arbeitsunfähigkeitszeiten sowie Rehabilitationsbedarfe zur Sicherung der Erwerbsfähigkeit frühzeitig zu erkennen und mit den betroffenen Menschen darüber in einen Dialog zu treten. Im Austausch mit anderen Arbeitgebern wird über das Regelwerk sowie bisherige Erfahrungen berichtet und Anregungen zur Weiterentwicklung des Konzeptes entgegengenommen.

Evaluation und kontinuierliche Verbesserung

Bisher werden die Maßnahmen zum betrieblichen Eingliederungsmanagement durch den kritischen Austausch der Akteure reflektiert und ausgewertet sowie Schritte zur kontinuierlichen Verbesserung des Angebotes miteinander abgestimmt. Die Mitarbeiter, die die Maßnahmen in Anspruch genommen haben, werden zur Zufriedenheit mit der Maßnahme befragt. Bisher wurde nach Inanspruchnahme berichtet, dass die Maßnahmen als hilfreich erlebt wurden, und Anerkennung ausgedrückt. Die meisten drücken ihre Würdigung für das ehrliche Interesse des Unternehmens an der Problemlösung aus. Bisher wurden in keinem Fall arbeitsrechtliche Schritte eingeleitet. Es wurde ausschließlich nach innerbetrieblichen Lösungen

und externen Hilfen gesucht und diese in Anspruch genommen.

Lernerfahrungen

Besonders die Kontakte mit den Angeboten des Gesundheitswesens (z. B. diagnostische Abklärungen zu akuten Behandlungsbedarfen, ambulante psychologische und ärztliche Psychotherapien, wohnortnahe ambulante Rehabilitationsmaßnahmen, stufenweise Wiedereingliederung, Angebote zur Prävention etc.) erweisen sich als unterstützend und hilfreich.

Die Präventionsberatung versucht hier, ein Bindeglied zwischen den betrieblichen Belangen und den Bedarfen von Behandlung und Rehabilitation zu sein. Um dem Anspruch gerecht zu werden, werden Fachwissen über betriebliche und ökonomische Prozess im Betrieb sowie medizinisches und rehabilitatives Fachwissen benötigt, um die richtigen Maßnahmen anzuregen. Die Berufsausbildung der Ergotherapeuten bietet eine große Bandbreite an fachlicher Kompetenz. Bisher wird dieses Arbeitsfeld aber kaum von dieser Berufsgruppe ausgefüllt. Besonders das Fachwissen zum Thema „professionelle betriebliche Beratung“ ist selten ausreichend vorhanden.

Die bisher begleitenden Prozesse waren erfolgreich. Es gelang frühzeitig, Krankheitsentwicklungen wahrzunehmen und Behandlungen einzuleiten, um damit einer Chronifizierung entgegenzuwirken und die Erwerbsfähigkeit zu erhalten. Die Ratsuchenden waren sehr dankbar für die Informationen zu wohnortnahen Präventionsmaßnahmen wie Stressbewältigungsseminaren, Bewegungs- und Mobilitätsseminaren und anderes mehr.

Besonders aufmerksam wurden die Ratsuchenden, wenn es um die Entwicklung eines eigenen Businessplans ging. Den Gedanken zuzulassen, sich durch Fort- und Weiterbildung zu entwickeln und wieder eigene Berufsziele zu definieren, erhöhte die Flexibilität für innerbetriebliche Umsetzung, Arbeitszeitveränderungen oder berufliche Neuorientierung.

Literatur

Adlhoch U. Handlungsempfehlungen zum „Betrieblichen Eingliederungsmanagement“. Landschaftsverband Rheinland und Westfalen, Hrsg. Münster: Lippe & Jahr; 2005

Dalhoff A, Hirsch T. Betriebliches Arbeitstraining. In: Köhler K, Steier-Mecklenburg F. Hrsg. Arbeitstherapie und Arbeitsrehabilitation. Stuttgart: Thieme; 2008

Hagedorn R. Foundations for Practice in Occupational Therapy. 2nd edition. Edinburgh: Churchill Livingstone/Harcourt Brace and Company; 1996

Hüther G. „Wie aus Stress Gefühle werden“. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht; 1999

Gagel A, Schian HM, Kohte W, Preis U. „Forum B/Aufsatz über § 84 SGB IX“ Institut für Qualitätssicherung in der Prävention und Rehabilitation GmbH; 2007. www.iqpr.de, Zugriff am 15.08.2009

3.3.2 Das Dilemma der Dreißigjährigen

Chris Kuiper und Pepijn Roelofs

Niederländische Ergotherapeuten, die in der Berufsberatung tätig sind, stellten bei ihren Klientengruppen die Notwendigkeit einer besseren Ausgewogenheit zwischen Beruf und Privatleben fest.

Betätigungs-basierte Konzeption

Niederländische Ergotherapeuten entwickelten einen Kurs für Menschen in den Dreißigern, der ihnen ihre persönlichen Dilemmas bewusster macht und hilft, die richtigen Betätigungsentscheidungen in ihrem beruflichen und privaten Leben zu treffen. Dazu wurde der erfahrungsbasierte Kurs „What's Next? (Was kommt danach?)“ entwickelt (Weustink et al. 2008). Die meisten Teilnehmer erkannten Dilemmas und trafen zufriedenstellende Betätigungsentscheidungen.



Betätigungsentscheidungen: „...Bewusste Festlegungen auf eine Beschäftigungsrolle, auf die Annahme neuer Gewohnheiten oder die Durchführung eines persönlichen Projekts...“ (Kielhofner 2008)

Das Dilemma der Dreißigjährigen scheint wie ein Virus um sich zu greifen. Die am stärksten betroffene Gruppe sind Menschen mit hohem Bildungsniveau im Alter zwischen 30 und 40 Jahren (oft als verwöhnte Generation bezeichnet), die sich selbst in den Mittelpunkt stellen. Allerdings nehmen die Menschen dieser Altersgruppe ihre Wirklichkeit häufig ganz anders wahr – sie büden sich in al-

len Lebensbereichen zu viel auf: Arbeit, Kinder, Familie, Netzwerke, soziales Leben und Freizeit. Während sie ihre Karriere in die richtige Richtung lenken wollen, verursachen Arbeitsdruck und die vielen ihnen offen stehenden Möglichkeiten Stress und lassen keine Ausgewogenheit zwischen Beruf und Privatleben zu. Dies führt dazu, dass existenzielle Fragen zum Sinn und Zweck ihres extrem ausgelasteten Lebens aufkommen.

Die Phänomene

Sowohl die psychologische Theorie zu den Lebensphasen als auch die Betätigungswissenschaft (Occupational Science) können eine Basis für die eingehende Beschreibung der spezifischen Probleme Dreißigjähriger darstellen. Während Menschen in ihren frühen Zwanzigern kurze Verantwortung- und Festlegungszeiträume anstreben, wechselt deren Fokus zunehmend auf langfristige Zielsetzungen, je näher sie ihrem 30. Lebensjahr kommen. Die Lebensphase der Dreißigjährigen kann als die Phase gesehen werden, in der sich ein Mensch in der Welt etabliert. Sie gründen eine Familie, kaufen ein Haus und gehen feste Verpflichtungen gegenüber anderen Menschen ein. Gleichzeitig jedoch beginnen sie, bestimmte Beschränkungen in ihrem Leben zu erfahren. Manche Probleme lassen sich lösen, indem eine Person ihre Erfahrungen nutzt, z. B. ihre bisherige Vorgehensweise, ihre Ansichten darüber, was im Leben wichtig ist, sowie die Tendenz, sich so zu verhalten, wie es zu früheren Zeitpunkten angemessen erschien (Kielhofner 2008). Die fantasievollen Träume Heranwachsender und Zwanzigjähriger werden von realistischeren Versuchen abgelöst, eine persönliche Vision eines Menschen zu entwickeln, der sich in der Welt behaupten kann (Kielhofner 2008, MacAdam 1997).

Der Prozess, den Menschen durchmachen, sobald radikale Änderungen in ihrem Leben eintreten, wird als Übergang bezeichnet. Die Ruhelosigkeit der Zwanzigjährigen verschwindet, aber Vitalität und Tempo bleiben hoch (Van der Brug 2004). Sich in der Welt zu etablieren erfordert das Auswählen und Treffen von Entscheidungen, die angemessen, authentisch und rollengerecht sind (Kielhofner 2008). Berücksichtigt man all dies, ist es kaum überraschend, dass Menschen in den Dreißigern in Dilemmas geraten. Laut Sietsma (2007) findet man in der Literatur vier Szenarien beschrieben, die charakteristisch sind und in die Lebensgeschichte der Betätigung Dreißigjähriger integriert werden müssen. Im Mittelpunkt dieses Konzepts stehen die philosophischen Fragen „Was

will ich?“ und „Welche Wünsche und Ideale kann ich verwirklichen?“.

Aktiv eingreifen in den Lebensverlauf

Einige Autoren haben Referenzpunkte für einen erfolgreich verlaufenden Übergangsprozess benannt. Durch die Fähigkeit, ihre eigenen Handlungen zu reflektieren sowie aus den Erfahrungen und Interpretationen der Vergangenheit zu lernen, haben Dreißigjährige bereits einige vitale Fertigkeiten (Wijnants 2005, Beck et al. 1992, Van Aggelen 2001, Van Slageren 2004, Ter Borg 2003).

Eine der grundlegenden Annahmen der Ergotherapie ist, dass aktives Handeln ein geeignetes Mittel ist, um Veränderungen zu gestalten. Kielhofner (2008) weist auf die Bedeutung von Erfahrung hin. Unser Wertesystem beeinflusst, wie wir das, was wir tun, erleben. Wie wir unser Handeln erleben, ist mit unserer Lebensqualität verbunden. Erleben ist eine entscheidende Dimension der Änderungsprozesse. Die Interpretation einer Handlung verleiht der Handlung Bedeutung. Laut Dewey (1916) bedeutet Reflexion, dem Unterschied zwischen dem gewünschten und dem tatsächlichen Ergebnis einer Handlung einen Sinn zu geben.

Van der Brug und Locher (2004) bezeichnen diesen Prozess des Reflektierens, Entscheidens, des Ergreifens von Initiative und damit auch des Eingehens von Risiken als „aktives Eingreifen in den Lebensverlauf“. Sie nennen „Lebenstauglichkeit“ und „innere Entwicklung“ als Ressourcen für diesen Prozess.

Lebenstauglichkeit bezieht sich auf:

- die Fähigkeit, mit offenen Fragen zu leben,
- die Fähigkeit zur Voraussicht
- die Kunst des Zurückblickens
- das Erkennen der Wirkung eigener Handlungen und der Vergleich mit früheren Erfahrungen
- Bewusstsein für die eigene Biografie sowie
- die Einbindung Dritter

Innere Entwicklung bezieht sich auf Folgendes:

- Schulung des Willens und Aufbau eines stabilen Wertesystems
- Schulung des Denkens
- Intensivierung von Gefühlen und
- Erkennen positiver Elemente

Sowohl Hoogendijk (2005) als auch Van der Brug und Locher (2004) argumentieren für die Verbindung von Vernunft, Gefühl und Willen.

Der Kurs

Das Ziel des Kurses sind die Verbesserung der Ausgewogenheit zwischen Beruf und Privatleben der Teilnehmer und die Absenkung ihres Stresslevels bei Entscheidungen. Die Schlüsselmerkmale Handlung, Erleben und Interpretation, gekoppelt mit Reflexion und dem aktiven Eingreifen in den Lebensverlauf, sind die Leitprinzipien des Kurses. Der Kurs, der in einem inspirierenden Ambiente stattfindet, dauert zwei Tage, zwischen denen ein Zeitraum von vier bis fünf Wochen liegt. Der Kurs ist nicht nur betätigungsorientiert, sondern befasst sich auch mit dem Erleben, verbessert das Verständnis, arbeitet Dilemmas heraus, offenbart unrealistische Erwartungen und fordert Menschen dazu auf, realistische, aber auch herausfordernde Entscheidungen zwischen Privatleben und Beruf zu fällen. Während des Kurses werden verschiedene Methoden angewandt, um die Integration von Vernunft, Gefühl und Willen anzuregen.

Zielgruppe

Der Kurs richtet sich an (hoch qualifizierte) Fachkräfte ab Mitte zwanzig bis Ende dreißig, die ihre Lebensmotive und Dilemmas einer kritischen Betrachtung unterwerfen möchten, weil sie nicht sicher sind, ob sie effektiv damit umgehen. Handelt es sich um eine gefährdete Gruppe, bei der die Gesundheit einem hohen Risiko ausgesetzt ist? Ja, denn in ihren Bemühungen, sich sowohl auf beruflicher Ebene als auch in ihrem Privatleben auszuzeichnen, kann der ineffektive Umgang mit diesem Dilemma Stress hervorrufen und so zu verminderter Leistungsfähigkeit in allen Tätigkeitsbereichen und zur vermehrten Inanspruchnahme sozialer Leistungen aufgrund von berufsbedingten Problemen wie Burn-out führen (Wijnants 2008).

Merkmale

Folgende vier Szenarien sind charakteristisch für die Lebensphase und den Übergang, den Menschen in den Dreißigern bewältigen müssen:

Emotional gebunden oder nicht

Menschen werden sesshaft, sobald sie langfristig beruflich Verantwortung übernehmen oder Beziehungen eingehen. Die Beschränkungen und Pflichten, die den Menschen auferlegt werden oder die sie sich selbst auferlegen, schaffen sowohl Chancen als auch Barrieren.

Existenzieller Zeitdruck

Das zweite Szenario wird durch Wijnants (2005) als Zeitdruck beschrieben. Der von Dreißigjährigen erlebte Zeitdruck beruht auf der begrenzten Menge an Zeit, der ihnen für Entdeckungen und die Realisierung aller Optionen zur Verfügung steht. Dann wird den Menschen bewusst, dass sie nicht alles tun können, was sie wollen.

Idealisiertes Bild

Sobald er mit der Realität konfrontiert wird, passt der Dreißigjährige seine Wünsche, Erwartungen und Ideale einem realistischeren Niveau an. Sowohl die persönlichen als auch die sozialen Ideale, die in der Multiple-Choice-Gesellschaft propagiert wurden, sind nicht mehr länger erreichbar. Die Verwirklichung dieses erfolgreichen Lebens gleicht von diesem Moment an einer Illusion. Ideale und Träume müssen nicht aufgegeben, aber fast immer den Gegebenheiten angepasst werden.

Sich widersprechende Werte und Logik

Da Arbeit, Familienleben und Freizeitaktivitäten auf unterschiedlichen Werten und unterschiedlicher Logik beruhen, stimmen sie nicht mehr überein. Daraus entstehen Spannungen, für die der Einzelne eine Lösung finden muss. Menschen in den Dreißigern entwickeln verschiedene Wesenszüge, um mit sich widersprechenden Bedürfnissen, wie z.B. Liebe und Macht, umzugehen. Verschiedene Rollen werden eingenommen, um den von Beruf und häuslichem Leben gestellten Anforderungen zu begegnen. Die Zielgruppe für die Intervention sind Menschen, die einigen der charakteristischen Risiken im beschriebenen Veränderungsprozess gegenüberstehen und entsprechende Entscheidungen treffen müssen.

Risiken

Folgende Risiken können auftreten:

Kognitive Orientierung

Einseitige kognitive Orientierung scheint ein insbesondere für Personen in den Dreißigern typisches Risiko zu sein: Sie können vieles gleichzeitig erledigen und werden gerne an ihre geistigen Fähigkeiten erinnert. Tatsächlich werden Menschen von etwa 35 Jahren in unserer Arbeitskultur von vielen Unternehmen als ideale Mitarbeiter gesehen. Sie können einen so starken Charakter aufweisen, dass ein etwaiger Bedarf an innerer Entwicklung einfach nicht zum Zug kommt (Van der Brug 2004).

Zeitdruck

Trotz der Tatsache, dass die ständige Aktivität das Statusgefühl des Einzelnen verstärkt, kämpft die Gruppe tagtäglich mit einem chronischen Zustand der Zeitknappheit. Durch die vielen verfügbaren Optionen sind die Menschen versucht, immer mehr zu tun, was wiederum einen noch höheren Zeitdruck als zuvor zur Folge hat (Breedveld 2003). Der Anspruch an Menschen, die unterschiedliche Rollen auszufüllen haben – ein guter Mitarbeiter, Ehegatte, Elternteil, Freund zu sein –, führt unweigerlich zu gelegentlichen Konflikten, selbst wenn es nur um die Planung der Abläufe geht. Dies kann zu Situationen führen, in denen keine Zeit zur Selbstreflexion bleibt.

Unabhängigkeit

Insbesondere hoch qualifizierte Dreißigjährige sind sich sowohl ihrer Entscheidungsfreiheit bewusst als auch auf dem Arbeitsmarkt aktiv. Ihre Arbeit basiert wahrscheinlich ebenfalls auf Konkurrenzdenken. All dies macht sie zu Individualisten, die zwar unabhängig, aber auch auf sich gestellt sind.

Realitätsvermeidung

Dreißigjährige schätzen ihre eigene Kapazität und berufliche Effizienz realistischer ein. Diese realistische Einschätzung steht den noch existierenden Träumen von der Zukunft und den individualistischen Idealen entgegen. Manche Menschen vermeiden die Konfrontation mit ihren Träumen und Problemen durch einen Wechsel ihrer Aktivitäten, bevor sie sich auf die Realität der Probleme einlassen können.

Entscheidungsstress

Haben Menschen die freie Wahl zwischen verschiedenen Optionen, beginnen sie zu zweifeln, ob sie die richtige Wahl getroffen haben. In diesem Fall besteht die Gefahr, dass Menschen auf der Grundlage von Zweifel und Unsicherheit fälschlicherweise den Schluss ziehen, dass ihre Situation nicht gut ist. Da der Einzelne mehr Verantwortung für seine Entscheidungen übernimmt, ist er auch verantwortlich für seine eigenen Fehler. Daher geht Entscheidungsfreiheit Hand in Hand mit Unsicherheit (Beck 1992). Die von diesen Menschen gefühlte Unsicherheit kann in der Folge dazu führen, dass sie sich grundlegende philosophische Fragen stellen. Wenn Menschen ständig ihre Situation und ihren Sinngehalt ändern, sind die wirklich wichtigen Dinge im Leben nur noch sehr schwer erkennbar (Ter Borg 2003).

Klientenzentriertheit

Sumsion (2006) wies darauf hin, dass beim klientenzentrierten Ansatz die Rolle der Fachkraft darin besteht, die Vorstellungen des Kunden zu ermitteln und sie mit ihrer eigenen zusammenzuführen. Während des Kurses werden durchgehend die individuellen Motive, Werte und Interpretationen des typischen Menschen in den Dreißigern beobachtet. Zu diesem Zweck werden Daten aus dem Aufnahmegespräch und der Biografie verwendet.

Aufnahmegespräch

Einige Wochen vor Beginn des Kurses wird jeder Teilnehmer befragt und dabei gebeten, seine Dilemmas zu benennen und einzustufen. Falls eine Person keine Zwangslagen benennen kann, wird ihr geraten, nicht am Kurs teilzunehmen (Weustink et al. 2008). Als Messinstrument für die Aufnahme wird das Canadian Occupational Performance Measure (COPM) (Eyssen et al. 2005, Law et al. 1998) herangezogen. Dieses Instrument kann Veränderungen auf Ordinalskalen darstellen.

Biografie

In der Vorbereitung auf die ersten beiden Kurstage werden die Teilnehmer gebeten, ihre Vergangenheit sowie die Werte und Bedeutungen, die sie verschiedenen Aspekten des Lebens beimessen, zu umreißen und ihre derzeitige Position in der Gesellschaft zu beschreiben. Neben Erfolgen und Misserfolgen werden auch Enttäuschungen, Glücksmomente, Höhepunkte und Ideale angesprochen. Die Vergangenheit wird nochmals interpretiert und beurteilt, damit ein neues Bild von Gegenwart und Vergangenheit gezeichnet werden kann (McAdams 1997, Hoogendijk 2005). Auf der Basis ergotherapeutischer Modelle des kulturellen Eingebundenseins und der Spiritualität werden Verbindungen zum Selbst, zum anderen und zur Natur von einer ganzheitlichen Perspektive aus betrachtet.

Innovation und Nachhaltigkeit

Personalführungskräfte haben die Notwendigkeit dieses Schulungskurses anerkannt. Sie bezeichnen diesen Kurs als „anders“ – ein einzigartiges Produkt, das die Lücke zwischen Kursen, die sich mit Erkenntnisgewinn oder der Schulung von Fertigkeiten beschäftigen, und Kursen, die auf Bewusstseinsbildung abzielen, schließt. Dabei fällt auf, dass die Auszüge aus den Beurteilungen der Per-

sonalführungskräfte vor allem rationale Gesichtspunkte abdecken.

Beispiel

Anders als die Kurse, an denen ich bisher teilgenommen habe. [...] der traditionell kognitive Charakter anderer Kurse trat bei diesem nicht so deutlich hervor ...

Während es zwischen diesem und anderen Kursen Schnittmengen gibt, ist der Kursinhalt in seiner Gesamtheit einzigartig und wertet die derzeit verfügbaren Kurse auf. ...

Vernetzung

Ein Zugangsweg zu dem Kurs ist die Überweisung vom Arbeitsmediziner zur Ergotherapie. Darüber hinaus wird diese Option den Personen in der Altersgruppe um die Dreißig von Personalführungskräften großer Unternehmen, Wiedereingliederungsunternehmen und Kollegen vorgeschlagen. Der Erfolg des Kurses ist sowohl in Zeitungen als auch in verschiedenen Fachzeitschriften thematisiert worden, darunter auch im Journal of Occupational Therapy. Derzeit können sich Interessierte auf den Internetseiten der Karriere-Coaches für den Kurs anmelden. Der Kurs wird auch als unternehmensinterne Schulung angeboten. Die Arbeitgeber sind bereit, die Kursteilnahme (finanziell) zu unterstützen, wenn sie sehen, dass es ihren Mitarbeitern nicht gut geht.

Evaluation und kontinuierliche Verbesserung

Sowohl quantitativ als auch qualitativ wurde in einem eintretenden Vorher-Nachher-Vergleich die Wirkung des Schulungskurses ermittelt (Weustink et al. 2008). Eine daraus hervorgehende Erkenntnis war, dass die erwartete Verbesserung im Umgang mit persönlichen Dilemmas (gemessen mit COPM) auch nach drei Monaten noch nachweislich fortbestand. Im Gegensatz zu anderen Schulungskursen, von denen die Teilnehmer berichten, dass sie ab einem gewissen Punkt doch wieder zu ihren früheren Verhaltensweisen zurückkehren, scheint es so, dass die Absolventen von diesem Kurs das Gelernte dauerhaft annehmen. Darüber hinaus weisen diese quantitativen Ergebnisse starke Ähnlichkeiten auf. Diese Verhaltensänderungen zeigen sich z.B. in einem Stellenwechsel, dem Besuch ei-

nes Lehrgangs oder darin, dass die Schulungsteilnehmer sich stärker am Familienleben orientieren und dabei auf die unmittelbare Realisierung beruflicher Chancen verzichten.

Lernerfahrungen

Entscheidungen zu treffen ist eine Sache, sie entsprechend umzusetzen eine andere. Die Rückmeldungen der Kursteilnehmer zeigen Unterschiede zwischen ihrem Erkenntnisgewinn und ihren Handlungsvorschlägen zur Umsetzung. Erkenntnisse können zur Erarbeitung neuer Einsichten führen. Sobald ein Teilnehmer die im Kursverlauf gewonnenen Erkenntnisse und deren Auswirkungen ernst nimmt, wird dies in gewisser Weise zu einem wirklichen Ziel, übernimmt er Verantwortung und ändert seine Handlungsweisen (Kuiper 2007).

Für die Folgebefragung drei Monate nach dem Kurs empfehlen wir die Teilnehmer explizit danach zu fragen, wie sie ihre gewonnenen Erkenntnisse zur Identifizierung ihrer eigenen Verantwortung genutzt und jeweils gehandelt haben.

Wir betrachten das Treffen von Entscheidungen nicht nur als Teil eines Willensbildungsprozesses (Kielhofner 2008), sondern als eigenständige bedeutungsvolle Aktivität. Durch die Fokussierung auf den gesamten Entscheidungsprozess wird vermieden, dass diejenigen Elemente, die untrennbar mit der Entscheidungsfindung verbunden sind – wie die Übernahme von Verantwortung, das Ergreifen der Initiative, das Tun, das Erfahren und das Lernen –, nicht genügend beachtet werden.

Literatur

- Beck U, Ritter M. Risk society: towards a new modernity. Theory, culture & society. London: Sage; 1992
- Breedveld K, Van den Broek A. De meerkeuzemaatschappij: facetten van de temporele organisatie van verplichtingen en voorzieningen. SCP-publicatie; 2003/8. Den Haag: Sociaal en Cultureel Plan-bureau; 2003
- Dewey J. Democracy and education. An introduction to the philosophy of education. New York: The Free Press, Simon & Schuster; 1916
- Eyssen IC, et al. The reproducibility of the Canadian Occupational Performance Measure. Clin Rehabil 2005; 19(8): 888–894
- Hoogendijk A. Loopbaanzelfsturing: bezieling en vitaliteit. Amsterdam: Contact; 2005

- Iwama M. The Issue is toward culturally relevant epistemology in occupational therapy. *AJOT* 2003; 57(5): 582–588
- Johnston D, Mayers C. Spirituality: a Review of how occupational therapists acknowledge, assess and meet spiritual needs. *British Journal of Occupational Therapy* 2005; 68(9): 386–392
- Kielhofner G. *Model of Human Occupation. Theory and application*. Philadelphia: Lippincot Williams & Wilkins; 2008
- Kuiper CHZ. *The Eventmaker the hybrid art of performing professionals, work-setting rehabilitation*. Den Haag: Lemma; 2007
- Law M, Baptiste S, Carswell A, McColl M, Polatajko H, Pollock N. *Canadian Occupational Performance Measure*; CAOT. Ottawa: ACE publications; 1998
- McAdams DP. *The stories we live by: personal myths and the making of the self*. New York: Guilford Press; 1997
- Sietsma WT. *Levensfase-gerelateerde thema's bij dertigers; een literatuuronderzoek naar de wetenschappelijke verklaring voor het „dertigers dilemma“*. Utrecht: Universiteit voor Humanistiek; 2007
- Sumsion T, ed. *Client-centred practice in occupational therapy a guide to implementation*. 2nd edition. Edinburgh: Churchill Livingstone Elsevier; 2006
- Ter Borg MB. *Zineconomie: de samenleving van de overtreffende trap*. Scriptum management. Schiedam: Scriptum; 2003
- Thomas C, Verhoef J, Vromen I. *Sleutelbegrippen: A model of Human Occupation*. InnovatieCentrum MOHO. HVA; 1998
- Van Aggelen R, Van de Stolpe E. *Dertigers in crisis: werk en leven uit balans, herkennen en aanpakken*. W & L support. Utrecht: Kosmos-Z&K; 2001
- Van der Brug J, Locher K. *Ondernemen in de levensloop: een route naar inspiratie en vernieuwing in het werkleven*. Zeist: Indigo; 2004
- Van Slageren I, Van der Steen B. *Leiding geven aan dertigers: samenwerken met een veeleisende generatie*. PM-reeks. Soest: Nelissen; 2004
- Weustink E, Happel S, Sietsma T, Roelofs P, Kuiper C. *What's Next? Het dertigersdilemma: keuzestress in theorie en praktijk* *Wetenschappelijk Tijdschrift voor Ergotherapie* 2008; 1(1): 2–7
- Wijnants N. *Dealn met het Dertigersdilemma. Loopbaan: tijdschrift voor loopbaanadviseurs en -begeleiders* 2005; 11(1)
- Wijnants N. *Het dertigers dilemma. De belangrijkste loopbaan- en levensvragen van twintigers en dertigers*. Amsterdam: Bert Bakker; 2008

3.3.3 Ergonomie am Bildschirmarbeitsplatz – Pilotprojekt mit einer Gruppe Sekretärinnen in einer Zürcher Klinik

Verena Langlotz Kondzic

Dieser Beitrag wurde als Abschlussarbeit zum Erwerb des Zertifikats „CAS Projektmanagement in der Gesundheitsförderung 2006/2007“ an der Fachhochschule Nordwestschweiz, Hochschule für soziale Arbeit, Institut Soziale Arbeit und Gesundheit eingereicht.

Betätigungsbasierte Konzeption

Die Ergonomie ist ein wesentlicher Teil der betrieblichen Gesundheitsförderung. Sie hat zum Ziel, die Arbeit dem Menschen anzupassen und dabei dessen Wohlbefinden und die Effizienz bei der Arbeit zu steigern.

Mehrere nationale und internationale Programme und Institutionen befassen sich hauptsächlich mit dem Thema Ergonomie am Arbeitsplatz. Ein besonderes Augenmerk gilt hierbei auch dem Bildschirmarbeitsplatz. In der Schweiz hat die Schweizerische Unfallversicherungsanstalt (SUVA) Richtlinien, Arbeitsmittel und Checklisten erarbeitet, welche zur Verbesserung der Bildschirmarbeitsplätze führen soll (www.suva.ch). Wahlström (2005) beschreibt das Wissen über negative Verbindungen zwischen Arbeitshaltung und muskuloskeletalen Problemen. Es scheint jedoch eine Lücke zwischen dem Wissen um ergonomische Anpassungen am Arbeitsplatz und der Umsetzung dieses Wissens zu geben (Berner 2002). Nur wenige Menschen schaffen es, selbstständig ein erfolgreiches gesundheitsförderndes Verhalten am Bildschirmarbeitsplatz umzusetzen. Das Projekt setzt an dieser Stelle zwischen Wissen und Umsetzung ergonomischer Arbeitsweisen an.

Interne Erstabklärung

Eine Umfrage von 27 Mitarbeitern des medizinischen Sekretariats (es wurden 40 Fragebogen ausgeteilt) ergab folgendes Bild:

- Das Wissen über die Einstellungen und ergonomischen Richtlinien der Möbel (Bürostuhl, Bildschirm, Tisch, Tastatur, Fenster und Licht) ist bei 64% der Befragten nur teilweise oder nicht vorhanden. Die Items, Anpassungen beim Tisch,

Bildschirm und Umgang mit Fenster und Licht, schnitten dabei am schlechtesten ab.

- Nur zwei Mitarbeiter, die im selben Büro arbeiten, verfügen über eine Möglichkeit, auch im Stehen zu arbeiten.
- Zwei Drittel (18 Personen) führten körperliche Beschwerden (Kopf und Augen, Nacken, Schultern, Arme, Hände, Rücken, Beine, anderes) im Zusammenhang mit ihrer Arbeit an. Die Beschwerden treten vor allem in folgenden Bereichen auf: Nacken (17 Pers.), Rücken (12 Pers.), Kopf und Augen (9 Pers.), Hände (8 Pers.), Schultern (7 Pers.). Die Arme waren nur bei einer Person betroffen.

Bei der ersten Bedürfnisabklärung ergab sich ein starkes Interesse, mehr über Ergonomie am Arbeitsplatz zu erfahren sowie sich für ein stärkeres Wohlbefinden bei der Arbeit einzusetzen. Einige Mitarbeiter fügten auf dem Fragebogen Tipps und Ideen für eine Umsetzung in Richtung Gesundheitsförderung an. Der Klinikdirektor sowie der Leiter des Personaldienstes zeigten sich offen für die Ausarbeitung eines ergonomischen Projekts für die medizinischen Sekretärinnen.

Ziele

- Die Sekretärinnen passen ihren Arbeitsplatz nach ergonomischen Richtlinien an und 90% der erwünschten Anpassungen sind nach drei Monaten erfolgt.
- 70% der Sekretärinnen führen drei Monate lang die gemeinsam ausgearbeiteten gesundheitsfördernden Maßnahmen durch.
- Bei 50% der Sekretärinnen steigert sich das Wohlbefinden am Arbeitsplatz innerhalb von drei Monaten.
- Die Klinikleitung gibt ein Nachfolgeprojekt für weitere Mitarbeiter in Auftrag.

Strategien und Intervention

Der erste Schritt der Projektdurchführung bestand darin, die Arbeitsplätze in ihrem Istzustand aufzunehmen. Dies wurde von den zwei Ergotherapeuten ohne Beisein der Sekretärinnen vorgenommen. Dabei wurde jeder Arbeitsplatz ausgemessen und fotografiert. Es wurde analysiert, welche Punkte bei einer individuellen Beratung angesprochen und geändert werden sollten. Diese ersten Erkenntnisse flossen gleich in die Überlegungen ein, wo in der Schulung Schwerpunkte gesetzt werden sollten. Ebenfalls wurde in Vorbereitungsgesprächen mit der Teamleiterin eine Aufnahme der individuellen Arbeitsabläufe erörtert. Bei der sozialen Gleichheit

wurde vor allem der Genderaspekt bei der Ausarbeitung der Workshops beachtet. Es wurde eine praktische, alltagsnahe und interaktive Schulung ausgearbeitet.

Workshops

Die Workshops waren auf drei Abende verteilt in einem Abstand von je zwei Wochen. Diese Unterbrechung war einerseits gewählt worden, um dem Wissenstransfer Platz zu geben, andererseits bekamen die Teilnehmerinnen Aufgaben für die Zeit zwischen den Workshops.

Workshop 1

Der erste Workshop dauerte 90 Minuten und befasste sich zu einem Drittel mit der Vermittlung von theoretischem Wissen als Grundlage für ein ergonomisches Verständnis. Funktion und Ernährung der Wirbelsäule, Muskulatur und der Bandscheibe wurden erläutert. Diese Aspekte wurden dann in einen praktischen Zusammenhang mit dem Bürostuhl gebracht und dynamisches Sitzen während des Workshops mit den eigenen Bürostühlen geübt. Eine Auflockerungs- und Partnermassage wurde eingebaut, um zu zeigen, wie man sich auf einfache Weise und ohne großen Zeitaufwand gegenseitig helfen kann, wenn Verspannungen oder Beschwerden bei der Arbeit auftreten. Der letzte Teil der Schulung befasste sich mit der Einführung in das Thema „gesundheitsförderndes Verhalten am Arbeitsplatz“. Anhand des Trans-theoretischen Modells der Verhaltensänderung (BZgA 2003) erhielten die Teilnehmerinnen einen Einblick in die verschiedenen Phasen der Veränderung von Verhalten. In einem Test konnte sich jede Sekretärin überprüfen, wie es um ihr körperliches Wohlbefinden steht und wo Schwachpunkte und Stärken liegen. Diese Ergebnisse wurden dann zuerst in Kleingruppen und später im Plenum diskutiert. Ein Teil des Tests beinhaltete beispielsweise, auf einem Körperschema einzuzeichnen, wo am Körper Beschwerden „häufig“, „selten“ und „nie“ auftreten. Diese Grunddaten wurden am Ende des Projekts zum Thema „körperliches Wohlbefinden“ überprüft und evaluiert.

Zeit zwischen Workshop 1 und 2

In der Zeit zwischen Workshop 1 und 2 bekam jede Sekretärin die Aufgabe, das dynamische Sitzen mit ihrem Bürostuhl zu üben, Höheneinstellungen vorzunehmen und Fragen in den nächsten Workshop mitzunehmen.

Workshop 2

Der zweite Workshop dauerte 120 Minuten und war unterteilt in zwei thematische Inhalte. Eine Stunde lang wurde theoretisches Wissen über das Auge, den Bildschirm im Raum und den Bildschirm in Relation zur Person vermittelt. Die Einrichtung eines Arbeitstisches wurde angeschaut und Hilfsmittel wie Fußstützen ausprobiert. Dieser Schulungsteil wurde durch eine Gruppenarbeit mit der Aufgabe, einen Musterarbeitsplatz für jeweils zwei Teilnehmerinnen einzurichten, beendet. Zuerst arbeiteten die Sekretärinnen selbstständig, dann wurden sie von je einem Coach auf verschiedene Details hingewiesen und am Schluss wichtige Erkenntnisse noch einmal im Plenum besprochen.

Die Überleitung zum Thema „Verhalten“ wurde mit der Auswertung des Körperschemas aus dem ersten Workshop gestaltet. Auffällige Daten wurden ausgewertet und die Verbindung zwischen Beschwerden und Arbeitshaltung aufgezeigt. In diesem Zusammenhang wiesen wir darauf hin, wie groß die eigenen Möglichkeiten sind, durch aktives Verhalten am Arbeitsplatz positiv auf den Körper einzuwirken. Der nächste Schritt befasste sich mit der Ausarbeitung eines Maßnahmenplans. In diesem Maßnahmenplan formulierte jede Teilnehmerin für sich selbst ein gesundheitsförderndes Ziel am Arbeitsplatz, welches sie innerhalb von drei Monaten zu erreichen wünschte. Die Teilnehmerinnen lernten zuvor, wie man ein Ziel formuliert. Sie identifizierten eigene Stolpersteine und Hilfen und lernten anhand von zwei Modellen, wie man sich diese Hilfe organisieren kann. Der Abschluss bestand darin, dem Plan mit einer Vereinbarung an sich selbst abzuschließen und einen ersten Schritt zu formulieren.

Zeit zwischen Workshop 2 und 3

In der Zeit zwischen Workshop 2 und 3 bestand die Aufgabe darin, den eigenen Arbeitsplatz so gut wie möglich mit dem neu erworbenen Wissen anzupassen. Ebenfalls standen jeder Sekretärin 20 Minuten individuelle Beratung zu den Verhältnissen (Mobiliar, Licht etc.) sowie 20 Minuten Beratung zum Verhalten zur Verfügung. Dabei wurde besonders auf den ausgearbeiteten Maßnahmenplan der Sekretärinnen geachtet. Es wurden Stolpersteine und Hilfen noch einmal thematisiert und maßgeschneiderte Tipps gegeben. Es kristallisierten sich vier Themen heraus, derer sich die Sekretärinnen in den nächsten drei Monaten annehmen wollten:

- Schmerzen oder Beschwerden vermindern
- mehr Ordnung am Arbeitsplatz
- mehr Trinken und
- mehr Bewegung während der Arbeitszeit

Workshop 3

Der letzte Workshop wurde in 90 Minuten durchgeführt. Offene Fragen wurden gesammelt und das Wissen in den gewünschten Bereichen vertieft. Ein zweiter Teil befasste sich mit der Ausarbeitung einer Teamvereinbarung, welche die Sekretärinnen für sich in einer geführten Gruppenarbeit ausarbeiteten. Das Ziel dieser Teamvereinbarung war, sich als Team gemeinsam einen Raum zu schaffen, in dem sich alle für die nächsten drei Monate an ein bestimmtes Ziel halten und sich bei Bedarf gegenseitig unterstützen und ermuntern, dieses Ziel auch zu erreichen. Am Schluss fand noch eine Information über die weiteren Schritte statt.

Abschlusssitzung

Bei der Abschlusssitzung mit der Klinikleitung und dem für Gesundheitsförderung zuständigen Gremium wurde eine Übersicht über die Struktur des Projekts und die praktische Durchführung gegeben. Ebenfalls wurde der für den Einkauf „Material“ Zuständige eingeladen.

Ein Vorschlagskonzept für die Klinik wurde an alle Sitzungsteilnehmer verteilt und vorgestellt. Es basiert auf drei verschiedenen Angeboten und hat einen Aufbau sowie eine Nachhaltigkeit im Sinn. Im Konzept sind die Ziele sowie die eingeschätzten Arbeitsstunden von allen Mitarbeitern aufgezeigt.

Zielgruppe

Die Zielgruppe besteht aus medizinischen Sekretärinnen der Abteilung ambulantes Sekretariat. Das Team bestand aus neun Frauen zwischen 25 und 55 Jahren, die zwischen 50 und 100% im Betrieb arbeiten. Ursprünglich war geplant, über die Bedürfnisabklärung eine Gruppe von Mitarbeiterinnen zu rekrutieren. Nach einem Gespräch mit dem Vorgesetzten der Sekretärinnen wurde aus Arbeitszeitgründen das Team des ambulanten Sekretariats ausgewählt. Dieses Team bedient u.a. den Poliklinikscharter (Anmeldung für die ambulanten Patienten) und hat dadurch im Unterschied zu den anderen Teams abwechselnde Arbeitstätigkeiten.

Klientenzentrierung

Hignett et al. (2005) heben die Wichtigkeit der aktiven Mitarbeiterbeteiligung bei der Ausarbeitung präventiver Maßnahmen am Bildschirmarbeitsplatz hervor. In der ersten Bedürfnisumfrage, die an alle Sekretärinnen der Klinik geschickt wurde, konnten die Befragten angeben, was sie bei einer Schulung interessieren würde. Diese Bedürfnisse wurden bei der Ausarbeitung der Workshop Inhalte einbezogen. Die Anpassungen am Arbeitsplatz erfolgten zu 90% durch die Sekretärinnen, jeweils nachdem das theoretische Wissen vermittelt wurde. Es war der Kern der Schulung, auf aktuelle Themen der Teilnehmerinnen Bezug zu nehmen und eigene Anliegen einbringen zu können. Besonders bei der Ausarbeitung der individuellen gesundheitsfördernden Ziele wurden bewusst die Ressourcen als Mittel zur Zielerreichung eingesetzt.

Innovation und Nachhaltigkeit

Ergonomie ist eine bereits erprobte Methode von betrieblicher Gesundheitsförderung. Die klassische Ergonomie involviert die Klienten noch zu wenig und gilt dadurch eher als Präventionsmaßnahme im Vergleich zu einem gesundheitsfördernden Ansatz, bei dem Empowerment und Partizipation im Zentrum stehen.

Im Rückblick betrachtet sehe ich folgende Chancen und Gefahren für ein Angebot der Ergotherapie im selben Betrieb.

Gefahren

- Umgang mit Gesundheitsdaten der Mitarbeiter
- Befangenheit bei Problemen (zwischen Klinik als Auftraggeber und Bedürfnissen der Mitarbeiter)

Chancen

- Kostengünstig (Wissen kann in der Fortbildungszeit der Mitarbeiter erworben werden)
- Multiplikatorinnen, die langfristig Wissen in der Klinik halten können
- Know-how-Erwerb der Mitarbeiter in der Ergotherapie
- Hemmschwelle des Nachfragens seitens der Sekretärinnen bei kleinen Problemen ist niedrig.

Ich sehe das Programm als eine kostengünstige Möglichkeit, Ergonomie im Rahmen des eigenen Betriebes unter Berücksichtigung der Gefahren anzusiedeln. Wichtig dabei wäre, dass es nur als

eine von vielen Maßnahmen des betrieblichen Gesundheitsförderungskonzepts besteht.

Vernetzung

Die Interventionen wurden mit der Unterstützung des Managements und der betriebsinternen Gruppe Arbeitssicherheit sowie der aktiven Partizipation der involvierten Mitarbeiter ausgeführt (Wahlström 2005). Der Leiter des Personaldienstes ist als Mitglied der Klinikleitung sowie der beratenden Gruppe Arbeitssicherheit und Gesundheitsschutz die Schlüsselperson und wurde als Projektverantwortlicher in das Projekt miteingebunden. Die Teamleiterin des Sekretariats ist verantwortlich für die Einführung aller neuen Mitarbeiter und ist dadurch eine Multiplikatorin. Der Fokus der Klinik liegt im Moment weiterhin bei der Arbeitssicherheit, die gesetzlich vorgeschrieben ist, und noch nicht so stark bei der betrieblichen Gesundheitsförderung.

Evaluation und kontinuierliche Verbesserung

Methoden der Evaluation

Es wurden bewusst verschiedene Methoden (Checkliste, zweimalige Inspektion der Arbeitsplätze, Fragebögen, Wissenstest) für die Evaluation ausgewählt. Einerseits wurde der praktische Teil des Projekts durch die Teilnehmer, aber auch durch das Projektteam evaluiert. Um einen möglichst großen Überblick zu bekommen, wurde nicht nur schriftliche Evaluation, sondern auch eine Inspektion eingeplant. Die Erhebungen wurden zu vier verschiedenen Zeitpunkten erhoben, um einen Verlauf zu dokumentieren, bei dem man die Möglichkeit zum Einschreiten hatte.

Alle Mittel wurden von der Autorin entwickelt, es wurden keine standardisierten Tests eingesetzt.

Zwei Beispiele

Das körperliche Wohlbefinden (kWB) wurde auf einer 10er-Skala individuell von jeder Teilnehmerin vor dem Workshop und drei Monate nachher eingeschätzt (0 = schlechtes WB, 10 = sehr gutes WB). Diese Einteilung wird in der Ergotherapie zur Erfassung von Schmerzen (Visual Analog Scale) benutzt.

Die körperlichen Beschwerden wurden anhand eines Körperschemas erfasst. Die Sekretärinnen zeichneten darauf ein, wie es mit der Lokalisation

und dem Schweregrad der Beschwerden steht. Rot (mehrmals pro Woche Beschwerden oder Schmerzen), Orange (zwei- bis dreimal im Monat Beschwerden), Grün (keine Beschwerden).

Evaluation

Ziele

- Die Sekretärinnen passen ihren Arbeitsplatz nach ergonomischen Richtlinien an und 90% der erwünschten Anpassungen sind nach drei Monaten erfolgt. Der Indikator von 90% der umgesetzten Anpassungen wurde nicht erreicht. Die Gründe dafür waren u.a., dass in der Pilotgruppe die Hälfte der Mitarbeiterinnen nicht der Normgröße entsprach und man so bei der Anpassung des Mobiliars an Grenzen stieß. Mittlerweile wurden die fehlenden Hilfsmittel wie z. B. Fußstützen bestellt. Der zuständige Mitarbeiter für den Einkauf bekam gegen Ende des Projekts eine Liste mit den empfohlenen Hilfsmitteln, die in den Mobiliarpool aufgenommen werden könnten.
- 70% der Sekretärinnen führen drei Monate die gemeinsam ausgearbeiteten gesundheitsfördernden Maßnahmen durch. Der Indikator von 70% der Mitarbeiterinnen wurde erreicht. 100% führten die individuellen gesundheitsfördernden Ziele durch, sieben von neun Mitarbeiterinnen erreichten ihr gesetztes Ziel. Das gesundheitsfördernde Teamziel wurde mit nur 45%, weniger als der Hälfte, als nicht erreicht eingeschätzt. Die Mehrheit des Teams zeigte kein Interesse, ein neues Teamziel zu formulieren.
- Bei 50% der Sekretärinnen steigert sich das Wohlbefinden am Arbeitsplatz innerhalb von drei Monaten. Diese Frage muss unterteilt werden in einerseits das körperliche Wohlbefinden, das individuell mit nur drei Personen sich nicht um die erwarteten 50% verbessert hat. Interessant ist jedoch der Vergleich zu den Beschwerden, die sich deutlich verminderten. Es ist zu vermuten, dass die Fragestellung des körperlichen Wohlbefindens auf die aktuelle Tagesform bezogen wurde, während die Beschwerden, welche auf eine längere Zeit (z. B. zwei- bis dreimal im Monat Beschwerden) bezogen wurden.
- Die Klinikleitung gibt ein Nachfolgeprojekt für weitere Mitarbeiter in Auftrag. Eine Sitzung mit allen Schlüsselpersonen fand statt. Bisher fand noch keine Verankerung in eine etablierte Schulung des Sekretariats statt, da die Ressourcen zuerst gewährleistet sein müssen. Aktive Bestrebungen verfolgen das Ziel, das Angebot als Teil der Ergotherapie zur betrieblichen Gesundheitsförderung zu verankern.

Lernerfahrungen

Aus dem Projekt habe ich gelernt, dass es sehr wichtig ist, der Vernetzung und Verankerung mehr Rechnung zu tragen, damit sich der große Aufwand bei der Ausarbeitung eines Pilotprojekts bezahlt macht. Mithilfe der Tools von Quint-Essenz, eines Projektsteuerungshilfsmittels der Gesundheitsförderung Schweiz, wurde die für mich neue Projektarbeit erleichtert.

Beim nächsten Mal würde ich für die Evaluation standardisierte Tests benutzen, um auch einen Vergleich mit anderen Projekten und eine Reliabilität zu gewährleisten.

Ich bin weiterhin davon überzeugt, dass eine aktive Involvierung der Klienten bei der Schulung sowie bei der Suche nach Lösungen – sei es zum Thema Verhalten oder Verhältnis – wichtig ist, um Nachhaltigkeit zu erreichen.

Ein Teamziel zu formulieren hat sich bei meinem Projekt nicht bewährt, es spielen dabei viele gruppendynamische Prozesse mit. Ich kann mir vorstellen, dass dies bei einer anderen Gruppe besser wirkt. Die individuellen Ziele haben sich jedoch bewährt und werden selbst ein Jahr danach (aktuelle Evaluation) aktiv und erfolgreich weiterverfolgt.

Literatur

- Berner K, Jacobs K. The gap between exposure and implementation of computer workstation ergonomics in the workplace. Work; 2002
- Transtheoretisches Modell der Verhaltensaufklärung www.bzga.de abgerufen am 10.11.09
- Hignett S, Wilson JR, Morris W. Finding ergonomic solutions – participatory approaches. Occupational Medicine; 2005
- Wahlström J. Ergonomics. In: Depth Review, Musculoskeletal disorders and computer work. Occupational Medicine; 2005
- www.suva.ch, Zugriff am 15.08.2009

3.4 Angebote für Senioren

3.4.1 Ergotherapeutische Optionen in Prävention und Gesundheitsförderung für Senioren

Konstanze Löffler

Dieser Beitrag ordnet ergotherapeutische Leistungen den sechs nationalen Präventions- und Gesundheitszielen für die zweite Lebenshälfte zu

(Bundesvereinigung Prävention und Gesundheitsförderung BVPG 2008). Mit Bezug auf das politische Rahmenwerk der WHO (2002) zum aktiven Altern wird ein siebtes Ziel im Bereich der Betätigungspartizipation vorgeschlagen. Grundlage des Beitrages ist eine Masterarbeit (Löffler 2008).

Die „Präventionsziele für die zweite Lebenshälfte“ der BVPG stellen ältere Menschen in den Mittelpunkt präventiver und gesundheitsfördernder Betrachtungen. Die BVPG ist Mitglied in der unabhängigen „Beratenden Kommission der Spitzenverbände der Krankenkassen für Primärprävention und betriebliche Gesundheitsförderung“. Die Kommission unterstützt die Spitzenverbände der Krankenkassen z. B. bei der Weiterentwicklung und der Neuaufnahme von Handlungsfeldern und der Weitergabe wissenschaftlicher Erkenntnisse. Neben anderen Gesundheitsverbänden ist der Deutsche Verband der Ergotherapeuten Mitglied in der BVPG.

Das Dokument „Präventionsziele für die zweite Lebenshälfte“ differenziert sechs Zielbereiche. Im Folgenden werden ergotherapeutische Optionen für diese und einen weiteren neu vorgeschlagenen Zielbereich ausgeführt.

Bewegung und körperliche Aktivität im Alter fördern

Dieses Ziel priorisiert die Gesundheitsförderung. Das betätigungsbasierte Lifestyle-Redesign®-Programm für selbstständig lebende Senioren zeigte in einer randomisiert-kontrollierten Studie mittlere Effekte auf die körperliche Aktivität und Vitalität (Effektstärken: $d=0,4$ und $0,5$, Clark et al. 1997).

Die körperliche Aktivität wird in diesem Programm nicht separat behandelt, sondern in Verbindung gebracht mit für den Senior bedeutsamen alltäglichen Betätigungen, dem Lebensstil sowie mit geistiger Aktivität. Betätigungen des Alltags werden nach ihren Bewegungselementen sowie geistigen Anforderungen (z. B. Kochen) untersucht und gemeinsam mit den Senioren wird nach Möglichkeiten gesucht, wie der Alltag bewegter (z. B. Treppe steigen statt Rolltreppe) und welche alltäglichen Gewohnheiten bewegungsförderlicher gestaltet werden können. Eng daran geknüpft wurden die Themen Entspannung und Stressmanagement. Des Weiteren wird im Lifestyle-Redesign®-Programm individuell betätigungsbiografisch vorgegangen: Früher mit Freude durchgeführte Bewegungsaktivitäten des Seniors werden gemeinsam auf-

gedeckt, nach entsprechenden Alternativen oder Adaptationen für diese Aktivität gesucht und bei ihrer (Wieder-)Anbahnung begleitet. Dabei werden Barrieren und Unterstützungspotenziale der Kommune beachtet (Mandel et al. 1999).

Auch Ergebnisse medizinischer Studien zeigen das Potenzial betätigungsbasierter Interventionen auf. Alltägliche produktive und soziale Aktivität senkt das Mortalitätsrisiko (Glass et al. 1999, Manini et al. 2006), eine Kombination aus körperlicher und sozialer Aktivität gewährleistet eine länger anhaltende Funktionsfähigkeit (Hendrie et al. 2006) und eine Kombination aus Gedächtnistraining und Psychomotoriktraining zeigt stabile Effekte auf den Erhalt der Selbstständigkeit und die Alltagskompetenz (Ackermann 2007). Ein alleiniges Psychomotoriktraining zeigte keine positiven Effekte auf die Alltagskompetenz der Senioren (ebd.).

Mobilität und Selbstständigkeit erhalten – Stürzen vorbeugen

Dieses Ziel fokussiert ausschließlich die Sturzprävention. Hierfür konnte eine hohe Evidenz ergotherapeutischer Angebote für Senioren allgemein (Clemens et al. 2004, Gitlin et al. 2006) sowie für sehbeeinträchtigte Senioren im Speziellen (Eklund et al. 2007, Campell et al. 2005) gefunden werden. Durch ergotherapeutische Intervention konnte die Sturzhäufigkeit um bis zu 41% reduziert und die Alltagskompetenz verbessert werden.

Möglichkeiten zur Erhaltung und Anbahnung einer größtmöglichen Selbstständigkeit bei Alltagsaktivitäten werden in diesem Zielbereich bislang nicht aufgezeigt, obgleich der Titel des Zieles dies erwarten lässt. Aktuelle gesundheitspolitische Bestrebungen der Pflegediskussion weisen stark in diese Richtung. Ergotherapeuten können für diesen Zielbereich ihre langjährige Expertise aus dem Bereich der Kuration bzw. Tertiärprävention in Bezug auf die Anbahnung und den Erhalt einer größtmöglich selbstständigen Betätigungsdurchführung nutzen und sind aufgefordert, zeitnah Maßnahmen für die Primär- und Sekundärprävention zu entwickeln, durchzuführen und zu evaluieren. Hervorzuhebendes Beispiel stellt das niederländische ambulante Ergotherapieprogramm für Demenzerkrankte und ihre Angehörigen von Graff et al. (2006) dar. Hier konnten 12 Wochen nach Interventionsende bei allen Zielgrößen noch hohe Effekte aufgezeigt werden (z. B. bei motorischen und prozesshaften Fähigkeiten: $d=2,7$, Alltagskompetenz: $d=2,4$).