



Betriebliche Gesundheitsförderung in der Pflege – Umsetzungsbarrieren und Handlungsansätze

Elisabeth Krupp, Volker Hielscher und Sabine Kirchen-Peters

8.1 Einleitung – 114

8.2 Barrieren der betrieblichen Gesundheitsförderung im Pflege- und Gesundheitssektor – 116

8.2.1 Einfluss der Arbeitsmarktsituation auf die betriebliche
Belastungsregulierung – 116

8.2.2 Erfüllen des Versorgungsauftrags unter den Bedingungen
von Personalknappheit – 117

8.2.3 Organisationale Handlungsansätze und individuelle Strategien
zur Optimierung guter Arbeitsbedingungen – 118

8.3 Fazit – 120

Literatur – 121

■ ■ Zusammenfassung

Trotz guter Konzepte und Handlungsempfehlungen zur betrieblichen Gesundheitsförderung (BGF) geht deren Umsetzung in Krankenhäusern sowie in ambulanten und stationären Pflegeeinrichtungen nur sehr schleppend voran. Das Institut für Sozialforschung und Sozialwirtschaft (iso) e. V. in Saarbrücken hat in einem von der Hans-Böckler-Stiftung geförderten Forschungsprojekt nach hemmenden und fördernden Faktoren für die Umsetzung von BGF gesucht. Vor allem die angespannte Arbeitsmarktsituation und die Notwendigkeiten, die aus sozialpolitischem Versorgungsauftrag und aus der Fürsorgebeziehung in der Pflege resultieren, erweisen sich als Hemmschuh für wirksame Entlastungsstrategien in der Branche. Für Führungskräfte in der Pflege ist es eine besondere Herausforderung, betriebliche Gesundheitsförderung überzeugend und glaubwürdig umzusetzen.

Despite good concepts and recommendations for action on workplace health promotion, their implementation in hospitals, long-term and home care facilities is progressing very slowly. The Institute for Social Research and Social Economy (iso) in Saarbrücken has searched for inhibiting and promoting factors for the implementation of workplace health promotion in a research project funded by the Hans Böckler Foundation. Above all, the tense situation on the labour market and the necessities resulting from the socio-political supply mandate as well as from the care relationship in the nursing sector are proving to be obstacles to effective relief strategies in the sector. It is a particular challenge for managers in nursing care to implement workplace health promotion convincingly and credibly.

8.1 Einleitung

Seit mittlerweile rund zwei Jahrzehnten wird in Wissenschaft und Politik über den Stellenwert von Strategien zur betrieblichen Gesundheitsförderung und zum Gesundheitsmanagement diskutiert. Dennoch werden diese Ansätze

in den verschiedenen Wirtschaftsbranchen sehr unterschiedlich umgesetzt. So ist der Gesundheitssektor durch hohe Arbeitsbelastungen und zunehmenden Fachkräftemangel geprägt. Die krankheitsbedingten Fehlzeiten liegen im Branchenvergleich erheblich über dem Durchschnitt. Insbesondere die Krankschreibungen wegen psychischer Beschwerden sind im Gesundheits- und Sozialwesen seit dem Jahr 2000 um rund 50 % angestiegen (Badura et al. 2015). Rund drei Viertel der Gesundheits- und Krankenpflegenden sowie der Altenpflegenden gehen davon aus, dass sie unter den jetzigen Bedingungen ihren Beruf nicht ohne gesundheitliche Einschränkungen bis zur Rente ausüben können (Institut DGB-Index Gute Arbeit und ver.di Vereinte Dienstleistungsgewerkschaft 2018). Außerdem werden Anstrengungen zur betrieblichen Gesundheitsförderung (BGF) weitaus häufiger in großen Betrieben als in kleinen und mittelständischen Unternehmen unternommen (Beck und Lenhardt 2016); der Gesundheits- und Pflegesektor hinkt zudem der Industrie deutlich hinterher.

Bereits vor mehr als 30 Jahren begannen erste Unternehmen mit der Entwicklung von Konzepten der betrieblichen Gesundheitsförderung (BGF) (Kuhn 2017). Die BGF wurde im Jahr 2015 im Gesetz zur Stärkung der Gesundheitsförderung und der Prävention (PrävG) im Fünften Sozialgesetzbuch (SGB V) als Krankenversicherungsleistung verankert (Bundesgesetzblatt 2015). Im Jahr 2018 wurden mit dem Pflegepersonalstärkungsgesetz zudem die Präventionsleistungen nach § 20 SGB V speziell für die Beschäftigten des Gesundheitssektors erhöht.

Prävention ist ein zentraler Bestandteil der Gesundheitsförderung. Eine wichtige Grundlage dafür ist das Modell der Salutogenese des Medizinsoziologen Aaron Antonovsky (1997), das primär auf die Entstehung von Gesundheit abhebt und im Zusammenhang mit BGF eine gesundheitsfördernde Gestaltung der Arbeit in den Fokus rückt. Der Begriff der Gesundheitsförderung wurde erstmals in der Ottawa Charta von der WHO (1986) definiert. Die WHO rief die Industriestaaten dazu auf,

die Gesundheitsförderung auch in Unternehmen umzusetzen (Kuhn 2017). Eine weitere Stärkung der BGF wurde Jahre später mit der Luxemburger Deklaration (2007) durch die Europäische Kommission angestrebt. Dort wird hervorgehoben, dass BGF sowohl verhaltenpräventive, also auf das Gesundheitsverhalten der Mitarbeiter bezogene, als auch verhältnispräventive, auf die Gestaltung der Arbeitsbedingungen bezogene Aspekte zu berücksichtigen hat. Nachhaltige Effekte seien nur in einer Kombination folgender Elemente zu erzielen:

- „Verbesserung der Arbeitsorganisation und der Arbeitsbedingungen“
- „Förderung einer aktiven Mitarbeiterbeteiligung“
- „Stärkung persönlicher Kompetenzen“ (European Network For Workplace Health Promotion 2007)

Es handelt sich um ein Konzept, das alle Ebenen im Betrieb umfasst und als Faktoren für ein Gelingen „Projektmanagement, Ganzheitlichkeit, Partizipation und Integration“ benennt (Faller 2017, S. 27). Der Fokus der BGF wurde auf die gesundheitsförderliche Gestaltung der Arbeit und erst nachgeordnet auf gesundheitsfördernde Verhaltensweisen gelegt (ebenda). Maßnahmen der BGF richten sich an interne und externe Akteure und die Umsetzung beruht – im Unterschied zum Arbeitsschutz – auf der Freiwilligkeit des jeweiligen Betriebs.

In die professionelle Pflege fand der Begriff der Gesundheitsförderung mit der Einführung der Berufsbezeichnung „Gesundheits- und Krankenpflege“ im Pflegeberufsgesetz seit 2003 einen tiefergehenden Eingang. Dadurch eröffneten sich neue Tätigkeitsfelder für die Pflegenden und es wurde deutlich, dass Prävention und Gesundheitsförderung in allen Phasen von Gesundheit und Krankheit wichtig sind (Bartholomeyczik 2006). Doch trotz der professionellen Verankerung und trotz bereits vorliegender elaborierter Konzepte und Handlungsempfehlungen gelingt es in den Einrichtungen der Gesundheitswirtschaft nur sehr

schleppend, mehr für die Gesunderhaltung der Beschäftigten zu tun. Die Ergebnisse einer bundesweiten Befragung von Leitungskräften in teil- und vollstationären Pflegeeinrichtungen deuten auf mehrere Gründe hierfür hin. Einerseits gaben nur 43 % der Befragten an, dass sie aus einem vielfältigen Angebot zur betrieblichen Gesundheitsförderung auswählen könnten. Andererseits bestätigten mehr als die Hälfte der befragten Leitungskräfte, dass die vorgelassenen Maßnahmen zur BGF von den Beschäftigten entweder gar nicht oder in vielen Fällen vor allem von gesunden Mitarbeitenden in Anspruch genommen werden (Isfort et al. 2018).

Woran hapert es also mit der betrieblichen Gesundheitsförderung im Gesundheitswesen? An dieser Frage setzt eine von der Hans-Böckler-Stiftung geförderte und vom Institut für Sozialforschung und Sozialwirtschaft (iso) durchgeführte Studie an. Es geht um die Gründe für Umsetzungsdefizite und -erfolge von gesundheitsfördernden Maßnahmen in Krankenhäusern, ambulanten und stationären Pflegeeinrichtungen. Folgende Forschungsfragen standen dabei im Mittelpunkt:

- Welche Handlungsspielräume sehen die Akteure für die Umsetzung von Maßnahmen zur Gesundheitsförderung?
- Welche förderlichen und hinderlichen Rahmenbedingungen lassen sich für solche Maßnahmen identifizieren?
- Welche betrieblichen Strategien und Akteurskonstellationen haben die Umsetzung von Präventions- und Inklusionsstrategien vorangetrieben?
- Wie sehen die Beschäftigten die Bedarfe und die Umsetzungsbedingungen für solche Maßnahmen?

Im Rahmen der Studie wurden in einer ersten Phase 14 Expertinnen und Experten von Kostenträgern, Berufsgenossenschaften, Rehabilitationsträgern, Arbeitsschutzbehörden, Gewerkschaften und Berufsverbänden aus Pflege und Medizin befragt. Eine zweite Studienphase umfasste die standardisierte Befragung von 744 Beschäftigten und leitfadengestützte Inter-

views mit 55 Beschäftigten aus Kliniken sowie ambulanten und stationären Einrichtungen der Langzeitpflege¹.

8.2 Barrieren der betrieblichen Gesundheitsförderung im Pflege- und Gesundheitssektor

Die Barrieren für die Umsetzung von BGF lassen sich auf der Ebene der gesetzlichen und finanziellen Rahmenbedingungen, der betrieblichen Prozesse und der Einstellungen der Fachkräfte beschreiben. Im Folgenden wird eine Auswahl von Ergebnissen der Studie dargestellt. Dabei liegt der Fokus insbesondere darauf, Umsetzungsbarrieren zu veranschaulichen sowie Handlungsansätze und Herausforderungen, die für Führungskräfte daraus resultieren, zu beschreiben.

8

¹ In der standardisierten Befragung wurden die Teilnehmenden neben der Angabe von soziodemografischen Daten aufgefordert, eine Einschätzung des eigenen Gesundheitszustands, ihre aktuelle Bewältigung von Belastung, ihre Erfahrungen mit Maßnahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung und die eigene Inanspruchnahme von einrichtungsspezifischen Angeboten zu bewerten. Dazu wurde eine vierstufige Likertskala mit den Antwortformaten von „trifft voll und ganz zu“ bis hin zu „trifft gar nicht zu“ vorgegeben. Der Rücklauf betrug 38 % und der Altersdurchschnitt der antwortenden Personen lag bei 46,5 Jahren. 565 (76 %) der Befragten waren weiblichen Geschlechts. Die Auswahl der 55 Beschäftigten zur Durchführung der leitfadengestützten Interviews fand in enger Abstimmung mit den Einrichtungsleitungen statt. Hierfür wurden pro Einrichtung fünf bis sieben Fach- und Führungskräfte aus den Bereichen der Geschäftsführung, dem Betriebsrat/der Mitarbeitervertretung, der Pflegedirektion und der operativen Pflege, der Betreuung und der Hauswirtschaft und dem Bereich der BGF und dem Arbeitsschutz kontaktiert. In den Interviews wurden Themen des betrieblichen Gesundheitsmanagements, der betrieblichen Gesundheitsförderung und des Arbeitsschutzes in den Blick genommen. Die Studie wurde von September 2016 bis März 2019 durchgeführt.

8.2.1 Einfluss der Arbeitsmarktsituation auf die betriebliche Belastungsregulierung

Strategien zur betrieblichen Gesundheitsförderung richten sich naturgemäß primär an der „Arena“ der betrieblichen Organisation aus. Sie beziehen sich mit ihren Prozessen und Maßnahmen sowie mit den eingesetzten Ressourcen in der Regel auf die jeweils örtliche Organisation, also den „Betrieb“, in dem die Dienstleistungen tatsächlich erbracht werden. Damit Gesundheitsstrategien wirksam werden können, müssen sie einerseits an die subjektiven Dispositionen und Motivationen der Beschäftigten anschließen können. Andererseits sind sie durch die betrieblichen Gegebenheiten wie auch durch übergeordnete Rahmenbedingungen definiert. Im Gesundheitswesen zählen hierzu an erster Stelle die finanziellen Ressourcen für das Personal, die im Krankenhaus, in der stationären und ambulanten Pflege auf unterschiedlichen Wegen organisiert werden.

Seit langer Zeit wird die strukturelle Unterfinanzierung der Pflege berufspolitisch und gesellschaftlich diskutiert. Die häufig enge Personalausstattung gilt für alle Felder, in denen Pflegekräfte beschäftigt sind. In der aktuellen Arbeitsmarktsituation tritt jedoch ein anderer Aspekt in den Vordergrund: Die tatsächliche *Verfügbarkeit* von Personal. Der ausgeprägte Mangel an Arbeitskräften unterschiedlicher Qualifikationsstufen wird in den Unternehmen in allen drei betrachteten Sektoren als das größte Problem dargestellt. Dies ist nicht nur eine Herausforderung für die Rekrutierungsanstrengungen des Managements in Diensten, Heimen und Kliniken. Der Arbeitsmarkt erweist sich als eine ebenso wichtige Rahmenbedingung für die Umsetzung von Gesundheitsstrategien wie die differierenden Finanzierungsmöglichkeiten in den einzelnen Sektoren.

Im Alltag der Unternehmen zeigt sich dies daran, dass Gesundheits- und Pflegedienstleister sich gezwungen sehen, die Arbeitskraft ihrer Beschäftigten deutlich über das vertraglich

vereinbarte Maß zu beanspruchen. Permanente Mehrarbeit wird zunehmend zur Alltagsrealität. So hat der Anteil der Überstunden im Bereich der öffentlichen Dienstleistungen, der Erziehung und des Gesundheitswesens 2017 einen Höchststand erreicht (Deutscher Bundestag 2018). Für die Beschäftigten in der Pflege stellt die Instabilität von Erholungszeiten, also der Druck, aus dem Dienstfrei für erkrankte Kolleginnen und Kollegen einzuspringen, mittlerweile eine der größten Belastungen dar. Zum anderen ist die Arbeitsmarktsituation geeignet, bereits bestehende Mechanismen zur Belastungsregulierung im Betrieb auszuhebeln. Dies zeigt sich praktisch am Beispiel so genannter „Ampelkonten“. Diese Zeitskontensysteme verbinden die Arbeitszeiterfassung mit der Vorgabe, dass der Betrieb bei Überschreiten bestimmter Arbeitszeitguthaben in der Belegschaft zusätzliches Personal einstellen muss. Solche organisatorischen Regeln greifen immer weniger: Weil schlichtweg kein Personal mehr gefunden wird, können die Beschäftigten nicht auf ihre Zeitguthaben zugreifen und Freizeit entnehmen. Durch die allgegenwärtige Mehrarbeit laufen Zeitskonten – soweit vorhanden – weiter voll oder Überstunden verfallen im ungünstigen Fall ungenutzt.

De facto können die Einrichtungen angesichts der Arbeitsmarktsituation ihren Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern kaum noch überzeugende Angebote machen, um die Personalknappheit und damit die Arbeitszeitbelastung zu verringern. Dies hat auch Folgen für verhaltenspräventive und gesundheitsunterstützende Angebote der betrieblichen Gesundheitsförderung: Zum einen verfügen die Beschäftigten durch die Mehrarbeitsbelastung nur über eingeschränkte Zeitressourcen, um solche Aktivitäten überhaupt wahrnehmen zu können. Zum anderen leidet die Glaubwürdigkeit der BGF-Angebote. Aus Sicht vieler Pflegekräfte ist es nicht konsistent oder „ehrlich gemeint“, wenn der Arbeitgeber Anti-Stress-Maßnahmen oder Offerten zur gesunden Ernährung darbietet, zugleich aber nicht in der Lage ist, die Belastungsschraube im Arbeitsalltag zurückzudrehen. Unter diesen Vorzeichen drohen auch gut

gemeinte Ansätze in der betrieblichen Gesundheitsförderung als symbolische Aktionen diskreditiert zu werden.

Die Führungskräfte auf der „mittleren“ Ebene, also Stations-, Wohnbereichs- oder Pflegedienstleitungen, stehen vor der paradoxen Situation, zum einen im Alltagsgeschäft widrige Bedingungen und hohe Belastungen organisieren zu müssen und andererseits die Beschäftigten zur regelmäßigen Nutzung von Hilfsmitteln oder zur Teilnahme an Maßnahmen der Gesundheitsförderung anzuhalten. Diese Widersprüchlichkeit kann zu Rolleninkonsistenzen und zu Akzeptanzverlusten in der Belegschaft führen.

8.2.2 Erfüllen des Versorgungsauftrags unter den Bedingungen von Personalknappheit

Die pflegerische Versorgung von hilfe- und pflegebedürftigen Menschen aller Altersstufen ist eine gesamtgesellschaftliche Aufgabe (GKV-Spitzenverband 2015). Für die Zulassung zur pflegerischen Leistungserbringung müssen ambulante und stationäre Pflegeeinrichtungen nach § 72 SGB XI bestimmte Kriterien erfüllen, um einen Versorgungsvertrag mit den Kostenträgern abschließen zu können. Sie sind dabei im Rahmen ihres Versorgungsauftrags zur pflegerischen Versorgung der Versicherten verpflichtet. Analog dazu sind nach § 109 SGB V zugelassene Krankenhäuser im Rahmen ihres Versorgungsauftrags zur Krankenhausbehandlung der Versicherten aufgefordert. Insofern stehen Pflegeeinrichtungen und Kliniken in besonderer vertraglicher Verantwortung, die Erfüllung des Versorgungsauftrags sicherzustellen. Hierdurch sind die Anbieter von Pflegeleistungen nicht so frei wie Unternehmen in anderen Branchen, Anfragen von Hilfebedürftigen aus Kapazitätsgründen schlichtweg abzulehnen.

Vor diesem gesellschaftlich und sozialrechtlich gesetzten Kontext bewegen sich die Leis-

tungsanbieter darüber hinaus in einem seit Jahren expandierenden Markt. Während die Nachfrage nach Pflege- und Unterstützungsleistungen kontinuierlich ansteigt, wird es angesichts der knappen personellen Ressourcen zunehmend schwieriger, den Versorgungsauftrag zuverlässig zu erfüllen. Erschwerend kommen die grundlegenden Bedingungen hinzu, unter denen personenbezogene Dienstleistungen erbracht werden: Sie können nicht im Voraus erstellt oder gelagert werden und deren Erbringung und Konsumption finden meist zeitgleich statt – Pflegedienstleister müssen also genau dann vor Ort verfügbar sein, wenn die Hilfeleistung benötigt wird. Vor diesem Hintergrund hat das kurzfristige Funktionieren der jeweiligen Einrichtung für die verantwortlichen Leitungskräfte immer Priorität. Das Ziel der Erfüllung des Versorgungsauftrags besitzt eine strukturelle Dominanz gegenüber langfristig angelegten anderen Zielen, etwa dem Erhalt der Gesundheit und Arbeitsfähigkeit der Beschäftigten.

Doch auch auf der individuellen Ebene schildern Pflegekräfte ein Spannungsverhältnis zwischen ihren individuellen Ressourcen, dem Arbeitgeber bzw. den Kollegen und den Pflegebedürftigen. Sie können sich dem Fürsorgebedarf des pflegebedürftigen Menschen, der sich aus seiner Abhängigkeit von fremder Hilfe ergibt, kaum entziehen. Den Pflegenden sind die Risiken und unerwünschten Folgen sehr genau bewusst, die entstehen, wenn ein pflegerischer Versorgungsbedarf nicht abgedeckt wird. Pflegende verfügen meist über eine hohe intrinsische Motivation und über ein empathisches professionelles Selbstverständnis. Anders als im Krankenhausbereich begleiten sie in der Langzeitpflege die hilfebedürftigen Menschen über einen langen Zeitraum und entwickeln intensive professionelle Beziehungen zu den Pflegebedürftigen. Ihr Berufsethos und ihr Verständnis von Fürsorge und Pflege als Beziehungsarbeit stürzt sie aufgrund der realen Personalsituation in ein schwieriges Dilemma. Einem Menschen auch in einer hohen Belastungssituation Hilfe und Pflege zu verweigern, stellt für die Befragten zunächst keine Option

dar. Die meisten befragten Pflegekräfte äußern, im Interesse des pflegebedürftigen Menschen regelmäßig über ihre zeitlichen und körperlichen Grenzen hinweg zu gehen. Gesundheitsfördernde Maßnahmen werden unter den beschriebenen Arbeitsbedingungen eher als zusätzliche Belastung und nicht als Option zur Stärkung der eigenen Gesundheit empfunden. Die Abgrenzung gegenüber den Anforderungen und die Achtsamkeit gegenüber der eigenen Person werden dadurch erschwert. Der Konflikt um die Dosierung des eigenen Arbeitskräfteeinsatzes ist systematisch in der Sorgearbeit angelegt und wird durch den Personalmangel dramatisch verschärft.

8.2.3 Organisationale Handlungsansätze und individuelle Strategien zur Optimierung guter Arbeitsbedingungen

Trotz der Limitierungen des Arbeitsmarktes und trotz der Anforderungen, die sich aus der besonderen Versorgungs- und Fürsorgesituation in Medizin und Pflege ergeben, hatte das Thema Mitarbeitergesundheit einen hohen Stellenwert bei den befragten Führungskräften. Die Sensibilität für Gesundheitsthemen war getragen durch das Interesse, krankheitsbedingte Ausfälle der kostbaren Arbeitskraftressourcen zu begrenzen. Zudem sind angesichts der knappen Personaldecke Ausfälle kaum von der anwesenden Belegschaft zu puffern und führen zu einem aufwändigen Krisenmanagement, um Springer-, Aushilfs- oder Leiharbeitskräfte zu organisieren, damit die Funktionsfähigkeit der jeweiligen Organisationseinheit sichergestellt bleibt.

Doch in einer paradoxen Weise könnte der belastende Personalmangel möglicherweise auch zu einem Motor für die Entwicklung innovativer Strategien der Gesundheitsförderung werden. Denn eine Reihe von Leitungskräften formulierte die Anforderung, dass die Unternehmen sich im Wettbewerb um die knappen

Fachkräfte als attraktive Arbeitgeber behaupten müssen. Hierfür spielt das Thema Mitarbeitergesundheit und Arbeitszufriedenheit eine bedeutsame Rolle. Zumeist wurde dabei der Zusammenhang von Motivation, Wertschätzung und Leistungsfähigkeit der Beschäftigten betont und darauf verwiesen, dass Pflegekräften die Arbeitsbedingungen und die Möglichkeit, „gute Arbeit“ für ihre Klienten und Patienten leisten zu können, häufig wichtiger sei als die Höhe des Gehalts. Damit rücken die qualitativen Aspekte der Arbeit, unter anderem auch BGF, für das Personalmanagement stärker in den Vordergrund. Auf den Webseiten vieler Organisationen wird mittlerweile mit Gesundheitsangeboten oder Maßnahmen zur Vereinbarkeit von Familie und Beruf geworben.

Wie die Studie gezeigt hat, weisen die betrieblichen Maßnahmen in ihrem Anspruch und in ihrer Reichweite eine große Varianz auf: Auf der einen Seite stehen eher symbolische Aktivitäten, mit denen das Unternehmen auf das Thema Gesundheit aufmerksam machen möchte, beispielsweise frische Äpfel an den Arbeitsplätzen, Smoothies für die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter oder gelegentliche Freistellungsangebote für die Teilnahme an einem Firmen- oder Stadtlauf im regionalen Umfeld. Weiter gehen solche Unternehmen, die ihren Beschäftigten regelmäßige verhaltenspräventive Angebote zur Verfügung stellen, z. B. Rückenschule, Massagen, Nutzung von Fitness-Studios, betriebliche Sportgruppen etc. In den meisten Fällen finden diese Angebote außerhalb der Arbeitszeit statt. Bei manchen der größeren Organisationen wurden zudem umfassendere Supportstrukturen geschaffen, um den Erhalt der Arbeitsfähigkeit zu stützen, etwa Hilfe durch Möglichkeiten der Kinderbetreuung oder durch Angebote zur Beratung in psychosozialen Krisensituationen.

Einige der Anstrengungen richten sich darauf, im Rahmen der Arbeitsorganisation und -teilung Entlastungen zu schaffen. Dazu gehören z. B. Versuche, Betreuungskräfte mit pflegerischen Grundqualifikationen auszustatten, damit sie in der Lage sind, mit bestimmten Klienten Toilettengänge durchzuführen

oder Essen anzureichen. Doch hier setzen enge Verantwortungs- und Haftungsregelungen Grenzen für eine wirksame Entlastung der Pflegekräfte. Andere Modelle zielen auf eine Balancierung von Belastungen durch einen Arbeitszeitausgleich ab. Ein Beispiel dafür ist die Honorierung des Einspringens aus dem Dienstfrei durch zusätzliche freie Tage. Aber auch diese Ansätze stoßen auf die oben skizzierten Grenzen der Arbeitskräfteknappheit.

Viele Personalverantwortliche in Einrichtungen und Diensten bewegen sich bei der Gestaltung ihrer Arbeitsverträge in einem Paradox: Sie sind einerseits unter dem Druck, durch Teilzeitbeschäftigung möglichst viele „Köpfe“ im Unternehmen zu haben, die in komplexen Schichtmodellen und Tourenplanungen, aber auch bei Personalausfällen flexibel einsetzbar sind. Andererseits lassen sie dadurch Arbeitskraftressourcen ungenutzt oder gehen nicht hinreichend auf Wünsche nach Vollzeitbeschäftigung ein. Dabei müsse man, so die Einschätzung von Führungskräften, den Pflegefachkräften mittlerweile Wunscharbeitszeiten anbieten, um sie für das Unternehmen gewinnen bzw. sie langfristig halten zu können.

Darüber hinaus scheinen sich in wachsendem Maße medizinische und pflegerische Fachkräfte die angespannte Arbeitsmarktsituation auch für individuelle Optimierungsstrategien zunutze zu machen. Aus Perspektive der befragten Kliniken, Einrichtungen und Dienste gewinnt der Aspekt an Bedeutung, dass Honorarärzte, freiberufliche Pflegekräfte oder Pflegekräfte aus der Leiharbeit gegenüber den Stammbeschafteten als innerbetriebliche Konkurrenten um attraktive Arbeitsbedingungen auftreten. Sie dürfen sich nach Aussage der Befragten z. B. tagesbezogene Arbeitszeiten außerhalb des Schichtbetriebs aussuchen, sie werden nicht in Bereitschaftsdienste einbezogen und teilweise höher entlohnt. In der Gerechtigkeitswahrnehmung der Festangestellten wird diese Situation mitunter als problematisch empfunden. Im Arbeitsalltag erweist es sich als ein Problem, dass diese Kräfte nur sehr bedingt in die Arbeitsteams integriert sind und häufig mangels Kenntnis der Örtlichkeiten und

Klienten nicht in vollem Umfang in alle Aufgaben und die vollen Leistungsanforderungen einbezogen werden können. Nicht selten sind diese Arbeitskräfte für Maßnahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung schwer ansprechbar, weil sie nur bedingt in das jeweilige Team integriert sind.

Der bisher noch kleinen, aber unter Umständen wachsenden Gruppe gelingt es angesichts der Arbeitsmarktsituation im Gesundheitssektor offenbar, die einst als Prekarisierung des Arbeitsmarktes kritisierte Leih- und Werkvertragsarbeit in ihr Gegenteil zu verkehren: sie wird zu einem Instrument, individuell bessere Arbeits- und Entlohnungsbedingungen durchzusetzen. Bei der Diskussion um die Frage, wie „gute Arbeit“ im Gesundheitssektor organisiert werden könnte, sollte daher der Blick auf die heterogenen Beschäftigtengruppen mit ihren unterschiedlichen Qualifikationsniveaus und Tätigkeitsbereichen gerichtet werden – vom Oberarzt bis hin zur Betreuungs- oder Hauswirtschaftskraft.

8.3 Fazit

Betriebliche Gesundheitsförderung in der Pflege ist der Tendenz nach offenbar eine paradoxe Angelegenheit. Auf der einen Seite steht der evidente Handlungsbedarf in der Branche mit ihren hohen Arbeitsbelastungen, den krankheitsbedingten Ausfällen und einem erheblichen Anteil von Fachkräften, die den Pflegeberuf bereits nach wenigen Jahren wieder verlassen. Die empirischen Erhebungen der Studie zeigen zugleich eine insgesamt hohe Sensibilität der Führungskräfte in der Branche für die Mitarbeitergesundheit und die Anforderungen an BGF und Arbeitsgestaltung. Dennoch ist das Spektrum der konkreten betrieblichen Aktivitäten breit gefächert und unterschiedlich stark ambitioniert. In vielen Fällen erfolgt eine Engführung auf symbolische oder ausschließlich verhaltenspräventive Maßnahmen. Insofern ist in den Unternehmen der Branche häufig noch „Luft nach oben“, insbesondere mit Blick auf verhältnispräventive

Arbeitsgestaltung und Maßnahmen zum Belastungsausgleich.

Zugleich ist aber zu konstatieren, dass durch die angespannte Personalsituation und durch die besondere Versorgungs- und Fürsorgepflicht in der Pflege Rahmenbedingungen gesetzt werden, die es erschweren, wirksame betriebliche Präventionsstrategien umzusetzen. Im Arbeitsalltag tendieren sowohl die Einrichtungen wie auch die Pflegekräfte dazu, Belastungsgrenzen organisational und/oder individuell zu überschreiten. Innovative Konzepte für ein wirksames Ausfall- und Belastungsmanagement sind bisher noch wenig verbreitet. Auch bleiben sie dann ein stumpfes Schwert, wenn sie nicht durch entsprechende Personalkapazitäten unterlegt werden können. Die Effekte der jüngsten Pflegereformen zur Stärkung der Personalsituation sind in ihrer praktischen Wirksamkeit schwer abzuschätzen und werden vermutlich erst mit deutlicher zeitlicher Verzögerung spürbar.

Insofern müssen die Leitungskräfte in der Branche mit Blick auf die betriebliche Gesundheitsförderung derzeit einen Spagat leisten: Sie müssen die Versorgung der Klienten unter widrigen Bedingungen organisieren und ihren Belegschaften dabei einiges abverlangen. Aber gerade deshalb muss der Anspruch, auch in der Pflege gesundheitsförderliche und die Arbeitsfähigkeit erhaltende Bedingungen zu organisieren, in den Mittelpunkt gerückt werden. Die Schaffung verhaltenspräventiver und niedrigschwellig nutzbarer Angebote zum Umgang mit Belastungen könnte dabei ein erster Schritt sein. Dies können z. B. Maßnahmen zur Stressbewältigung, zur Kommunikation mit Klienten und Angehörigen oder zum rückschonenden Arbeiten sein (vgl. Präventionsbericht 2018 des GKV-Spitzenverbandes und des MDS (Bauer und Römer 2018); psyGA-Handlungshilfe „Kein Stress mit dem Stress“ (Kleinschmidt 2017)). Es bedarf darüber hinaus aber ebenso eines belastungssensiblen Managements, das auch verhältnispräventive Maßnahmen in den Blick nimmt und innerhalb des Betriebs eine Verteilung der Belastungen auf möglichst vie-

le Schultern anstrebt. Hierbei geht es u. a. um die Arbeitsorganisation und Arbeitsteilung in den Teams, um den richtigen Mix an Qualifikationen und Kompetenzen sowie um Personal-konzepte, die verlässliche Schichtpläne und ein stabiles Dienstfrei für die Pflegekräfte sicherstellen. Dazu ist das Führungspersonal in den Einrichtungen und Diensten mit seiner ganzen Innovationskraft gefordert. Denn vom Arbeitsmarkt selbst ist kurz- und mittelfristig kaum eine Linderung der Situation zu erwarten.

Literatur

- Antonovsky A (1997) Salutogenese. Zur Entmystifizierung der Gesundheit. dgvt-Verlag, Tübingen
- Badura B, Ducki A, Schröder H, Klose J, Meyer M (Hrsg) (2015) Fehlzeiten-Report 2015. Neue Wege für mehr Gesundheit – Qualitätsstandards für ein zielgruppenspezifisches Gesundheitsmanagement. Springer, Berlin Heidelberg.
- Bartholomeyczik S (2006) Prävention und Gesundheitsförderung als Konzept der Pflege. *Pflege Ges* 11:210–223
- Bauer S, Römer K (2018) Präventionsbericht 2018. Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung: Primärprävention und Gesundheitsförderung, Leistungen der sozialen Pflegeversicherung: Prävention in stationären Pflegeeinrichtungen, Berichtsjahr 2017, Medizinischer Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen e.V. (MDS) und GKV-Spitzenverband (Hrsg). https://www.gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/krankenversicherung_1/praevention_selbsthilfe_beratung/praevention/praeventionsbericht/2018_GKV_MDS_Praeventionsbericht.pdf Zugriffen: 10. Januar 2019
- Beck D, Lenhardt U (2016) Betriebliche Gesundheitsförderung in Deutschland: Verbreitung und Inanspruchnahme: Ergebnisse der BIBB/ BAuA-Erwerbstätigenbefragungen 2006 und 2012. *Gesundheitswesen* 78:56–62
- Bundesgesetzblatt Jg. 2015 Teil I Nr. 31 vom 17. Juli 2015, S 1368–1379
- Deutscher Bundestag (2018) Antwort der Bundesregierung auf die Kleine Anfrage der Abgeordneten Jessica Tatti, Susanne Ferschl, Matthias W. Birkwald, weiterer Abgeordneter und der Fraktion DIE LINKE (Drucksache 19/5174). Überstunden und Mehrarbeit in Deutschland. Drucksache 19/6187 vom 28. November 2018. Deutscher Bundestag, Berlin
- European Network For Workplace Health Promotion (ENWHP) (2007) Luxemburger Deklaration zur Betrieblichen Gesundheitsförderung in der Europäischen Union. http://www.dnbgf.de/fileadmin/downloads/materialien/dateien/Luxemburger_Deklaration_09_11.pdf. Zugriffen: 30. Nov. 2018
- Faller G (2017) Was ist eigentlich Betriebliche Gesundheitsförderung? In: Faller G (Hrsg) *Lehrbuch Betriebliche Gesundheitsförderung*, 3. Aufl. Hogrefe, Bern, S 25–38
- GKV-Spitzenverband (2015) Anforderungen an die Rolle der Kommunen in der Pflege. Positionen des GKV-Spitzenverbandes anlässlich der Verhandlungen zwischen Bund und Ländern. https://www.gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/presse/publikationen/Positionspapier_Kommunen_Pflege_barrierefrei.pdf. Zugriffen: 25. Okt. 2018
- Institut DGB-Index Gute Arbeit und ver.di-Vereinte Dienstleistungsgewerkschaft (2018) Arbeitsbedingungen in der Alten- und Krankenpflege. <https://index-gute-arbeit.dgb.de/++co++fecfee2c-a482-11e8-85a5-52540088cada>. Zugriffen: 29. Okt. 2018
- Isfort M, Rottländer R, Weidner F, Gehlen D, Hylla J, Tucman D (2018) Pflege-Thermometer 2018. Eine bundesweite Befragung von Führungskräften zur Situation der Pflege- und Patientenversorgung in der stationären Langzeitpflege in Deutschland. Deutsches Institut für angewandte Pflegeforschung e. V. (DIP), Köln
- Kleinschmidt C (2017) Kein Stress mit dem Stress – Eine Handlungshilfe für Führungskräfte. Projekt „Psychische Gesundheit in der Arbeitswelt – psyGA. Initiative Neue Qualität der Arbeit (Hrsg) Berlin. http://psyga.info/fileadmin/user_upload/PDFs/psyGA_Handlungshilfe_fu%CC%88r_Fu%CC%88hrungskra%CC%88fte_WEB.pdf. Zugriffen: 22. Jan. 2019
- Kuhn K (2017) Der Betrieb als gesundheitsförderndes Setting: Historische Entwicklung der Betrieblichen Gesundheitsförderung. In: Faller G (Hrsg) *Lehrbuch Betriebliche Gesundheitsförderung*, 3. Aufl. Hogrefe, Bern, S 39–56
- Weltgesundheitsorganisation (WHO) Europa (1986) Ottawa-Charta zur Gesundheitsförderung 1986. http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0006/129534/Ottawa_Charter_G.pdf. Zugriffen: 30. Nov. 2018

Open Access Dieses Kapitel wird unter der Creative Commons Namensnennung 4.0 International Lizenz (<http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/deed.de>) veröffentlicht, welche die Nutzung, Vervielfältigung, Bearbeitung, Verbreitung und Wiedergabe in jeglichem Medium und Format erlaubt, sofern Sie den/die ursprünglichen Autor(en) und die Quelle ordnungsgemäß nennen, einen Link zur Creative Commons Lizenz beifügen und angeben, ob Änderungen vorgenommen wurden.

Die in diesem Kapitel enthaltenen Bilder und sonstiges Drittmaterial unterliegen ebenfalls der genannten Creative Commons Lizenz, sofern sich aus der Abbildungslegende nichts anderes ergibt. Sofern das betreffende Material nicht unter der genannten Creative Commons Lizenz steht und die betreffende Handlung nicht nach gesetzlichen Vorschriften erlaubt ist, ist für die oben aufgeführten Weiterverwendungen des Materials die Einwilligung des jeweiligen Rechteinhabers einzuholen.

