

WORKING PAPER FORSCHUNGSFÖRDERUNG

Nummer 159, November 2019

Betriebliche Prävention im Gesundheitswesen

Barrieren und Treiber der Gesundheitsförderung in
Kliniken und Langzeitpflege

Volker Hielscher und Elisabeth Krupp



© 2019 by Hans-Böckler-Stiftung
Hans-Böckler-Straße 39, 40476 Düsseldorf
www.boeckler.de



„Betriebliche Prävention im Gesundheitswesen“ von Volker Hielscher und Elisabeth Krupp ist lizenziert unter

Creative Commons Attribution 4.0 (BY).

Diese Lizenz erlaubt unter Voraussetzung der Namensnennung des Urhebers die Bearbeitung, Vervielfältigung und Verbreitung des Materials in jedem Format oder Medium für beliebige Zwecke, auch kommerziell. (Lizenztext: <https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/de/legalcode>)

Die Bedingungen der Creative-Commons-Lizenz gelten nur für Originalmaterial. Die Wiederverwendung von Material aus anderen Quellen (gekennzeichnet mit Quellenangabe) wie z. B. von Schaubildern, Abbildungen, Fotos und Textauszügen erfordert ggf. weitere Nutzungsgebühren durch den jeweiligen Rechteinhaber.

ISSN 2509-2359

Inhalt

| | |
|--|----|
| Zusammenfassung..... | 5 |
| 1. Gesundheitsbranche zwischen wachsenden Anforderungen, Fachkräftemangel und hohen Arbeitsbelastungen..... | 7 |
| 2. Anforderungen aus Arbeitsschutz und Gesundheitsförderung | 10 |
| 3. Methodisches Vorgehen..... | 13 |
| 3.1 Überbetriebliche Expertenbefragung..... | 14 |
| 3.2 Branchen- und Betriebsauswahl | 14 |
| 3.3 Betriebliche Befragungen..... | 15 |
| 3.4 Empirische Basis | 17 |
| 4. Umsetzungsbedingungen für betriebliche Gesundheitsförderung in Langzeitpflege und Krankenhaus | 18 |
| 4.1 Überbetriebliche Rahmenbedingungen..... | 18 |
| 4.2 Organisation und Management..... | 24 |
| 4.3 Subjektive Haltungen und Arbeitsroutinen | 36 |
| 5. Resümee..... | 46 |
| 6. Literatur..... | 49 |
| 7. Autorinnen und Autoren..... | 55 |

Tabellen- und Abbildungsverzeichnis

| | |
|--|----|
| Tabelle 1: Übersicht der Fallstudienbetriebe | 15 |
| Tabelle 2: Befragungssample der Studie..... | 17 |
| Tabelle 3: Fragebögen und Rücklaufquoten..... | 17 |
| | |
| Abbildung 1: Einschätzungen von Belastungen und Möglichkeiten zu gesundheitsschonendem Arbeiten | 39 |
| Abbildung 2: Gründe für die Nicht-Nutzung von BGF-Angeboten | 40 |
| Abbildung 3: Wahrnehmung von BGF-Maßnahmen und Informiertheit zu gesundem Arbeiten | 41 |
| Abbildung 4: Rolle der Leitungskräfte aus Sicht der Beschäftigten..... | 42 |
| Abbildung 5: Bekanntheit von guter Praxis und Verfügbarkeit von Hilfsmitteln..... | 43 |

Zusammenfassung

Trotz guter Konzepte und zahlreicher Handlungsempfehlungen gelingt die Umsetzung von Maßnahmen zur betrieblichen Gesundheitsförderung in Krankenhäusern sowie in ambulanten und stationären Pflegeeinrichtungen nur schleppend. Im Folgenden werden Ergebnisse einer Studie des Instituts für Sozialforschung und Sozialwirtschaft (iso) vorgestellt, welche den Fokus auf die Barrieren und Treiber legt, die die Umsetzung betrieblicher Gesundheitsförderung im Gesundheitssektor voranbringen oder erschweren. Die Studie beleuchtet wichtige Faktoren, warum in der Gesundheitswirtschaft schwierige Voraussetzungen für die Umsetzung betrieblicher Gesundheitsstrategien vorliegen.

Generell konnte bei den befragten Führungskräften in Pflegeeinrichtungen und Krankenhäusern eine hohe Sensibilität festgestellt werden, dass hinsichtlich der Förderung der Mitarbeitergesundheit Handlungsbedarf besteht. Trotz dieser Sensibilität sind Gute-Praxis-Beispiele anderer Unternehmen, Handlungshilfen oder Informationen über geeignete Kooperationspartner und Dienstleistungsanbieter wenig bekannt. Die Anforderung, im Alltagsgeschäft einen funktionierenden Betrieb zu organisieren, ist in der eigenen Wahrnehmung so dominant, dass für die Entwicklung nachhaltiger betrieblicher Strategien meist nur wenig Raum bleibt.

Dennoch steht bei den Akteuren das Bernühen im Mittelpunkt, die Belastungen für die Beschäftigten einzugrenzen oder Kompensationen für Sonderbelastungen wie z. B. das in der Pflege verbreitete Einspringen aus dem Dienstfrei zu organisieren. Diesen Bemühungen sind aufgrund des Fachkräftemangels im Gesundheitssektor enge Grenzen gesetzt, solange es nicht gelingt, die bisherigen und die durch die jüngsten Pflege- und Gesundheitsreformen neu geschaffenen Stellen auch tatsächlich zu besetzen. Bei den Pflegefachkräften und Ärzten zeigen sich Absatzbewegungen in atypische Beschäftigungsformen wie Honorar- oder Leiharbeit, die die Konkurrenz um „gute Arbeitsbedingungen“ innerhalb der Belegschaften verschärfen. Angesichts des Versorgungsauftrags und der Fürsorgeverantwortung in der Gesundheitsbranche kann die eigentlich starke Arbeitsmarktposition der Beschäftigten bisher nicht dazu genutzt werden, spürbar verbesserte Arbeitsbedingungen durchzusetzen. Die Personal- und Arbeitsmarktsituation dominiert die Problemwahrnehmung und das Alltagshandeln der Beschäftigten und der personalpolitischen Akteure in der Branche. Strukturelle Lösungen müssen vor allem in diesem Bereich ansetzen, weil ansonsten die Bemühungen um innerbetriebliche Belastungsausgleiche als auch Angebote der betrieblichen Gesundheitsförderung unterlaufen werden.

Zugleich ist aber eine große Vielfalt an Bemühungen erkennbar, Angebote zur gesundheitlichen Sensibilisierung, zur Verhaltensprävention und zur Stärkung der Arbeitsfähigkeit der Beschäftigten zu schaffen. Viele dieser Angebote stehen allerdings solitär für sich, ohne in systematische Strategien oder betriebliche Prozesse eingebunden zu sein. Die Resonanzen seitens der Beschäftigten werden überwiegend als ernüchternd beschrieben. Die Angebote zur Gesundheitsförderung leiden zudem unter einem Glaubwürdigkeitsproblem, solange nicht die Arbeitsbelastungen wirksam reduziert werden können. Dennoch haben solche Angebote insofern eine nicht zu unterschätzende symbolische Bedeutung, als dass sie den Beschäftigten signalisieren, dass sie als Person mit ihrem Bedürfnis nach (gesundheitlichem) Wohlbefinden durch das Unternehmen und seine Führungskräfte wahrgenommen werden. Solange diese Angebote allerdings außerhalb der Arbeitszeit stattfinden, werden sie vermutlich nur von einer kleinen Gruppe von Beschäftigten aktiv genutzt werden.

Ambitionierte betriebliche Gesundheitsprojekte wurden vor allem „Top-Down“ von Leitungspersonen vorangetrieben, denen es gelungen war, die operativen Führungskräfte der Einrichtung und die Beschäftigten für die Maßnahmen zu gewinnen und die Umsetzung und Nutzung der Maßnahmen nachzuhalten. Dort, wo überbetriebliche Präventionsanbieter wie Krankenkassen oder die Berufsgenossenschaft BGW in dauerhafte Kooperationen eingebunden wurden, konnten diese Allianzen wesentlich dazu beitragen, innerbetriebliche Strukturen der Steuerung von Gesundheitsprojekten zu schaffen und die Umsetzung von Maßnahmen zu verstetigen.

1. Gesundheitsbranche zwischen wachsenden Anforderungen, Fachkräftemangel und hohen Arbeitsbelastungen

Seit mittlerweile rund zwei Jahrzehnten wird in Wissenschaft und Politik über den demografischen Wandel in der Arbeitswelt und über den Stellenwert betrieblicher Gesundheitsstrategien diskutiert. Beide Aspekte hängen miteinander zusammen: Einerseits werden die Belegschaften in den Unternehmen älter und vulnerabler für bestimmte Belastungskonstellationen. Der Erhalt der Gesundheit und Leistungsfähigkeit der Beschäftigten bis zum Renteneintritt rückt damit in den Fokus. Andererseits schrumpft das Fachkräftepotenzial durch den Rückgang der erwerbsfähigen Bevölkerung mit der Folge, dass für die Unternehmen Aspekte der Mitarbeiterbindung und der Sicherung von Arbeits- und Beschäftigungsfähigkeit an Dringlichkeit gewinnen. Im politischen Raum sind – neben den Aktivitäten traditioneller Akteure wie den Berufsgenossenschaften oder der Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin – Programme und Initiativen gestartet worden, die die Gestaltung von Arbeit unter präventiven und integrativen Gesichtspunkten thematisieren.¹

Als gemeinsamer Kern dieser Projekte gilt, dass durch betriebliche Gesundheits- und Integrationsmaßnahmen Beschäftigte und Unternehmen gleichermaßen profitieren (Bräunig et al. 2015). Auch im gewerkschaftlichen Diskurs haben in den vergangenen zwei Jahrzehnten unter dem Leitbild „Gute Arbeit“ die qualitativen Aspekte der Gestaltung von Arbeit an Gewicht gewonnen. Die Abschlüsse erster Demografie-Tarifverträge, etwa in der Chemie- oder Metallindustrie oder für den öffentlichen Nahverkehr unterstreichen diesen Trend.

Trotz dieser Bemühungen zeigt sich, dass sich die Belastungen in der Arbeitswelt nach wie vor auf einem hohen Niveau befinden (BAuA 2016). Daten der Krankenkassen verweisen darauf, dass die krankheitsbedingten Fehlzeiten seit einem Tiefstand im Jahr 2006 kontinuierlich angestiegen sind (Badura et al. 2015). Ebenso bewegen sich die Zahlen der jährlichen Rentenzugänge aufgrund von Erwerbsminderung

1 So z. B. für den Sozial- und Gesundheitssektor die Vielzahl der Veröffentlichungen der Berufsgenossenschaft Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege (www.BGW-online.de), der Offensive Gesund Pflegen bei der Initiative Neue Qualität der Arbeit (www.inqa-pflege.de) oder dem Arbeitsprogramm Sicherheit und Gesundheitsschutz bei der Pflege bei der Gemeinsamen Deutschen Arbeitsschutzstrategie (www.gda-portal.de); aber auch der Hans-Böckler-Stiftung (Giesert, Wendt-Danigel 2011; Freigang-Bauer, Gröben 2011; Wellmann 2018), letztere beide allerdings ohne einen spezifischen Branchenfokus.

auf einem stabil hohen Niveau von ca. 170.000 Menschen (Deutsche Rentenversicherung 2015). Dabei zeigen sich Verschiebungen bei den Ursachen für die Beeinträchtigungen. So hat sich der Anteil von Erwerbsminderungsrenten aufgrund von psychischen Erkrankungen seit Mitte der 1990er Jahre verdoppelt. Obwohl die Zahl der mit Maßnahmen der Gesundheitsförderung erreichten Betriebe und Beschäftigten in den vergangenen Jahren gestiegen ist (GKV-Spitzenverband 2018), scheinen offenbar die bisherigen Anstrengungen zur Stärkung der Gesundheit in der Arbeitswelt nur bedingt zu fruchten. Entweder die Maßnahmen entfalten eine nur bedingte Wirkung, oder betriebliche Präventionsstrategien werden noch immer nicht in hinreichendem Maße umgesetzt.

Hierbei sind allerdings starke branchenspezifische Differenzierungen zu vermuten. Der Gesundheitssektor hat dabei eine besondere Bedeutung, steht aber auch vor besonderen Herausforderungen: Insgesamt sind mehr als fünfeinhalb Millionen Menschen in diesem Bereich erwerbstätig – Tendenz steigend (Gesundheitsberichterstattung 2019). Durch die Finanzierungsstrukturen der Pflegeeinrichtungen und Akutkrankenhäuser stehen diese unter einem erheblichen ökonomischen Druck mit der Folge struktureller Personalknappheit und Arbeitsverdichtung. Daneben ist die Branche durch einen ausgeprägten Fachkräftemangel gekennzeichnet (Bundesagentur für Arbeit 2018). Zugleich nimmt durch die demografische Entwicklung nicht nur der Anteil älterer Beschäftigter wie in allen anderen Branchen zu, sondern es entstehen durch die wachsende Zahl älterer, multimorbider Patienten und Pflegebedürftiger im Gesundheitssektor zusätzliche Anforderungen und Belastungsfaktoren für die Beschäftigten (Faller, Störkel 2017).

Als gesundheitliche Hauptrisiken für die Beschäftigten in Gesundheits- und Pflegeberufen gelten Muskel-/Skeletterkrankungen, psychische Belastungen, die mit hohem Zeitdruck und den besonderen interaktiven Anforderungen im Umgang mit Patienten in Verbindung gebracht werden, sowie der Umgang mit Gefahrstoffen und Infektionsrisiken (Europäische Kommission 2012). Die krankheitsbedingten Fehlzeiten im Gesundheitssektor allgemein, vor allem aber in der Altenpflege, liegen im Branchenvergleich erheblich über dem Durchschnitt. Insbesondere die Zahlen der Krankschreibungen aufgrund psychischer Beschwerden sind im Gesundheits- und Sozialwesen seit den frühen 2000er Jahren um ca. 50 Prozent angestiegen (Badura et al. 2015: 469). Rund ein Drittel der Pflegekräfte scheidet über Erwerbsminderung aus dem Arbeitsleben aus (Deutsche Rentenversicherung 2011).² Auch in der Selbsteinschätzung gehen drei Viertel der Pflegekräfte davon aus, dass sie unter

2 Im Jahr 2011 wurden letztmalig die Erwerbsminderungszugänge für bestimmte Berufsgruppen durch die Deutsche Rentenversicherung veröffentlicht.

den gegenwärtigen Bedingungen ihren Beruf nicht ohne Einschränkungen bis zur Rente ausüben können (Institut DGB-Index Gute Arbeit 2018).

An Situationsbeschreibungen und Ursachenanalysen zu den Belastungen im Gesundheits- und Sozialwesen³ mangelt es nicht. Doch trotz des bekannten hohen Problemdrucks und der vorliegenden Handlungskonzepte scheinen in der Branche Maßnahmen zur betrieblichen Prävention nur unterdurchschnittlich häufig umgesetzt zu werden. So werden laut Präventionsbericht der Krankenkassen im verarbeitenden Gewerbe rund fünfmal mehr Maßnahmen zur Gesundheitsförderung durchgeführt als im Gesundheitswesen, obwohl die Zahl der in der Industrie Beschäftigten die des Gesundheitssektors nur um knapp ein Viertel übersteigt (GKV-Spitzenverband, MDS 2018; Statistisches Bundesamt 2019). Zur Verbreitung von Gefährdungsbeurteilungen – als Basis des betrieblichen Arbeits- und Gesundheitsschutzes – ist die Datenlage dünn. Befragungen zufolge liegen nur bei einer Minderheit der ambulanten Pflegedienste und stationären Pflegeeinrichtungen Gefährdungsbeurteilungen vor (Schmauder 2013). Insofern muss konstatiert werden, dass die Praxis in den meisten Unternehmen nicht mit der Fülle an Erkenntnissen und Handlungswissen zur betrieblichen Prävention Schritt hält.

An diesem Spannungsverhältnis hat die Studie angesetzt, deren Ergebnisse nachfolgend vorgestellt werden. Das empirische Projekt wurde im Rahmen des Ideenwettbewerbs „Neue Allianzen zum Erhalt der Beschäftigungsfähigkeit bei gesundheitlichen Einschränkungen“ von der Hans-Böckler-Stiftung gefördert.⁴ Es fokussiert auf die Frage, welche Barrieren in Unternehmen und Einrichtungen der Gesundheitswirtschaft trotz des Problemdrucks, vorliegenden Handlungskonzepten und annehmenden win-win-Konstellationen für Beschäftigte und Unternehmen einer breiten Umsetzung von gesundheitsfördernden Maßnahmen entgegenstehen.

3 Exemplarisch: BAuA et al. 2009; Badura et al. 2014; Bräutigam et al. 2014; Hielscher et al. 2013; Nock et al. 2013; Schildmann, Voss 2018.

4 Die Studie wurde von September 2016 bis März 2019 durchgeführt. Basis dafür waren Interviews mit Branchen- und Gesundheitsexperten sowie empirische Fallstudien in Krankenhäusern und in ambulanten Diensten bzw. stationären Einrichtungen der Altenpflege.

Ohne die Unterstützung der Einrichtungen und die Auskunftsbereitschaft der betrieblichen und überbetrieblichen Akteure wäre diese empirische Untersuchung nicht möglich gewesen. Ihnen sind wir zu herzlichem Dank verpflichtet. Ebenfalls danken wir der Hans-Böckler-Stiftung und insbesondere Frau Dr. Dorothea Voss für die finanzielle Förderung und die fachliche Begleitung der Studie. Schließlich ist Herrn Bastian Waschbusch für die Unterstützung der Datenanalysen und der Auswertungsarbeit am iso-Institut zu danken.

2. Anforderungen aus Arbeitsschutz und Gesundheitsförderung

Auf der betrieblichen Ebene wird das Thema „Gesundheit“ und „Arbeitsfähigkeit“ der Beschäftigten in unterschiedlichen „Arenen“ bzw. institutionellen Settings bearbeitet. Von zentraler Bedeutung sind dabei der Arbeitsschutz, die betriebliche Gesundheitsförderung und die Eingliederung gesundheitlich eingeschränkter oder behinderter Personen. Diese Handlungsfelder stehen komplementär zueinander; sie sind unterschiedlich stark reguliert und von verschiedenen Akteurskonstellationen geprägt.

Die Basis für die Sicherheit und Gesundheit der Beschäftigten bildet der klassische *Arbeitsschutz*. Die Verhütung von Unfällen und die Vermeidung von arbeitsbedingten Erkrankungen stehen dabei im Mittelpunkt. Die rechtlichen Grundlagen sind eindeutig für dieses Handlungsfeld: So verpflichtet das Arbeitsschutzgesetz (ArbSchG) alle Unternehmen zur Umsetzung des Arbeitsschutzes. Dabei sind für jeden Arbeitsplatz die Gefährdungspotenziale systematisch zu analysieren und Maßnahmen zu ihrer Beseitigung einzuleiten. Seit Ende 2013 sind nach der Novellierung des § 5 Abs. 3 ArbSchG auch psychische Belastungen explizit in eine Gefährdungsbeurteilung aufzunehmen. Die Einhaltung des Arbeitsschutzes soll durch die Länder kontrolliert werden.

Darüber hinaus wird den Unternehmen aber auch eine Verantwortung dafür zugeschrieben, sich aktiv um die Förderung der Gesundheit ihrer Beschäftigten zu kümmern – auch wenn dafür keine bindenden gesetzlichen Regelungen bestehen. Bei der *Gesundheitsförderung* (BGF) geht es nicht nur um die Verhütung von Unfällen und Erkrankungen, sondern primär darum, über ein „Enabling“ und ein „Empowerment“ den Individuen eine gesundheitsförderliche Gestaltung ihrer Arbeit zu ermöglichen. 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 (European Network 2007) durch die Europäische Kommission angestrebt. Dort wird hervorgehoben, dass BGF verhaltenspräventive, also auf das Gesundheitsverhalten der Mitarbeiter bezogene und verhältnispräventive, auf die Gestaltung der Arbeitsbedingungen bezogen.

gene Aspekte gleichermaßen zu berücksichtigen hat (ebenda; Richenhagen 2011). 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 2007)

Der Begriff der betrieblichen Gesundheitsförderung (BGF) ist dabei weit gefasst. Er bezieht sich auf Einzelmaßnahmen zur Förderung von Gesundheit und Wohlbefinden ebenso wie auf umfassende Gestaltungssätze im Betrieb. Im Sinne der Ottawa-Charta zielt sie auf die Befähigung der Beschäftigten zur aktiven Teilhabe an der Gestaltung betrieblicher Prozesse. Darüber hinaus können sehr unterschiedliche Akteure an der BGF beteiligt sein (Brussig, Schulz 2018).

Von einem *betrieblichen Gesundheitsmanagement* (BGM) kann allerdings nur dann gesprochen werden, wenn Managementstrukturen und -prozesse installiert werden, die dauerhaft auf eine betriebliche Prävention und Belastungsreduzierung hinarbeiten und entsprechende Maßnahmen systematisch planen, umsetzen und bilanzieren (Faller 2017). Einschlägige Empfehlungen für den Gesundheits- und Pflegesektor haben für die Ziele der Prävention ebenfalls die Verkoppelung von Verhaltens- und Verhältnisprävention hervor, mit besonderem Fokus auf die Reduzierung von Belastungen des Bewegungsapparates sowie von psychischen Belastungen (GKV-Spitzenverband 2018).

Auf überbetrieblicher Ebene sind die Krankenkassen wichtige institutionelle Träger für Angebote, Unternehmen bei der Umsetzung von Maßnahmen zur betrieblichen Gesundheitsförderung zu unterstützen. Sie wurden mit dem Pflegepersonalstärkungsgesetz ab 2019 dazu verpflichtet, pro Mitglied aus der Gesundheitsbranche einen Euro jährlich zusätzlich für betriebliche Präventionsaktivitäten auszugeben. Auch mit dem Präventionsgesetz soll unter anderem die Rolle der Gesundheitsförderung im Betrieb gestärkt werden.

Die Studien- und Datenlage zur Umsetzung des Arbeitsschutzes und der betrieblichen Gesundheitsförderung ist im Vergleich zu den Kranken- und Erwerbsminderungsdaten bisher lückenhaft. Die Einhaltung der Regelungen zum Arbeitsschutz wird nicht flächendeckend erhoben. Sie wird durch die Landesämter für Arbeitsschutz nur stichprobenartig oder aufgrund von Hinweisen überprüft. Befragungen zur Umsetzung des Arbeitsschutzes beruhen meist auf freiwilligen Angaben der Betriebe. Für die Gesundheitswirtschaft hat eine Befragung im Rahmen der Gemeinsamen Deutschen Arbeitsschutzstrategie ergeben, dass nur 17 Prozent der ambulanten Pflegedienste und 23 Prozent der stationären Pflege-

heime, aber immerhin 60 Prozent der Krankenhäuser eine „angemesene“ Gefährdungsanalyse durchführen, welche sowohl die festgestellten Gefährdungen benennt als auch die Wirkungen der eingeleiteten Maßnahmen überprüft (Schmauder 2013). Der Zeitpunkt dieser Befragung lag allerdings vor der Novellierung des Arbeitsschutzgesetzes, die die Gefährdungsbeurteilung auch auf psychische Belastungen ausgeweitet hat. Vor diesem Hintergrund können im Bereich des Arbeitsschutzes erhebliche Nachholbedarfe vermutet werden, insbesondere in den kleineren Betrieben der Altenpflege.

Auch die betriebliche Gesundheitsförderung erreicht längst nicht alle Beschäftigten in Deutschland. Nach verschiedenen Erwerbstätigkeitenbefragungen schwankt der Anteil der Beschäftigten, die Zugang zu BGF-Maßnahmen haben zwischen 44 Prozent in der BIBB/BAuA-Erwerbstätigkeitenbefragung 2012 (Beck, Lehnhardt 2016) und 36 Prozent in einer aktuellen repräsentativen Befragung, die im Rahmen des DAK-Gesundheitsreports durchgeführt wurde (DAK Gesundheit 2018). Mit anderen Worten: Die deutliche Mehrheit der Beschäftigten in Deutschland hat keinen Zugang zu Maßnahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung. Die Häufigkeit von BGF-Angeboten scheint vor allem nach der Betriebsgröße zu variieren – vor allem die Beschäftigten in den kleineren Betrieben werden faktisch von der betrieblichen Gesundheitsförderung ausgeschlossen. Die Präventionsaktivitäten der Krankenkassen konzentrieren sich auf mittelständische und größere Unternehmen (Beck, Lehnhardt 2014; GKV-Spitzenverband 2018). Branchendifferenzierungen zeigen, dass Industrieunternehmen am häufigsten BGF-Maßnahmen anbieten (Beck, Lehnhardt 2014). Zur Verbreitung von BGF-Angeboten im Gesundheitssektor liegen nur wenige Daten vor. In einer Befragung von Pflegeeinrichtungen im Münsterland gaben etwas mehr als die Hälfte der befragten 108 Einrichtungen an, sich in der betrieblichen Gesundheitsförderung zu engagieren. Das Spektrum der Angebote ist dabei weit gefächert; es dominieren vor allem Bewegungsangebote – also solche mit einem verhaltenspräventiven Ansatz. Nach diesen Ergebnissen sind vor allem größere Einrichtungen und solche von öffentlichen und freigemeinnützigen Trägern im Bereich der BGF aktiv (Rövekamp-Wattendorf et al. 2018).

3. Methodisches Vorgehen

Die Studie „Barrieren und Treiber betrieblicher Inklusion und Prävention im Gesundheitswesen“ wurde mit Förderung der Hans-Böckler-Stiftung von September 2016 bis März 2019 durchgeführt.

Folgende Forschungsfragen standen für die empirischen Erhebungen der Studie im Mittelpunkt:

- Welche Handlungsspielräume sehen die Akteure für die Umsetzung von Maßnahmen zur Gesundheitsförderung?
- Wo werden förderliche und hinderliche Rahmenbedingungen für solche Maßnahmen gesehen?
- Welche betrieblichen Strategien und Akteurskonstellationen haben die Umsetzung von Präventions- und Inklusionsstrategien vorangetrieben?
- Wie sehen die Beschäftigten die Handlungsbedarfe und die Umsetzungsbedingungen für solche Maßnahmen?

Die Studie richtet den Blick auf die Barrieren und Treiber für die Umsetzung präventiver Maßnahmen im Betrieb.⁵ Sie fokussiert damit auf die Handlungsfelder der betrieblichen Gesundheitsförderung bzw. des betrieblichen Gesundheitsmanagements. Dabei wurden die branchenspezifischen übergeordneten Rahmenbedingungen, die betrieblichen Strategien und Prozesse und die Arbeitsroutinen und Einstellungen der Fachkräfte betrachtet.

Die Untersuchung lehnt sich an eine diffusionsanalytische Perspektive an (Rogers 1995), welche nach den Durchsetzungsbedingungen für soziale Innovationen fragt. Es geht also weniger um die Beschreibung, wie „good practice“ funktioniert (Struktur- und Prozessanalyse) und wie wirksam diese ist (Wirksamkeitsanalyse). Vielmehr wird nach dem Prozess gefragt, wie sich innovative Elemente im Rahmen eines bestimmten sozialen Systems (etwa dem Gesundheitssektor oder einer einzelnen Einrichtung) über bestimme Kommunikationskanäle und Entscheidungsprozesse verbreiten. Insofern fokussiert dieser Ansatz auf die Frage: „Welche Faktoren hemmen oder fördern die Verbreitung einer sozialen Innovation und deren Umsetzung?“ Mit der Anlehnung an die Diffusionstheorie wird dabei kein starres formales oder methodisches Konzept zugrunde gelegt. Der von Everett Rogers entwickelte Blick auf die Prozesse, die zur Einführung und Verbreitung von Innovationen in einem

⁵ Aus forschungökonomischen, aber auch aus fachlich-analytischen Gesichtspunkten wurde auf die Untersuchung der Umsetzung des Arbeitsschutzes verzichtet.

sozialen System führen, liefert vielmehr eine heuristische Grundlage für diese explorative empirische Studie.

3.1 Überbetriebliche Expertenbefragung

In der ersten Projektphase erfolgte zunächst eine Auswertung von Literatur und Materialien zum Stand der Forschungsdiskussion und der Beratungsliteratur, auf deren Grundlage die Instrumente für eine erste Expertenbefragung erstellt wurden. Als Experten wurden Akteure aus überbetrieblichen Institutionen, Verbänden und Diensten für die Teilnahme an einem persönlichen oder telefonischen Interview angefragt. Insgesamt wurden 17 Experteninterviews mit relevanten Akteuren aus unterschiedlichen Feldern durchgeführt:

- Träger und Einrichtungen (N = 3)
- Arbeitswissenschaft und Beratung (N = 2)
- überbetriebliche Partner: Krankenkassen (N = 2), Berufsgenossenschaften (N = 1), Rehabilitationsträger (N = 2), Betriebsärzte (N = 1), Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin (N = 1), Berufsverbände aus Pflege und Medizin (N = 2)
- Gewerkschaften (N = 1)
- Präventionsberater der Krankenkassen (N = 2)

Die Interviews wurden inhaltsanalytisch ausgewertet (Mayring 2008) und erste Ergebnisse in praxisbezogenen Fachzeitschriften publiziert.⁶

In einem nächsten Arbeitsschritt wurden empirische Fallstudien in verschiedenen Bereichen des Gesundheitswesens durchgeführt. Mit Hilfe der Fallstudien sollen auf der Basis exemplarischer Empirie wichtige Dimensionen der Fragestellungen aus unterschiedlichen Perspektiven beleuchtet werden (Pongratz, Trinczek 2010). Dabei werden sowohl die jeweiligen betrieblichen wie auch die branchentypischen Aspekte herausgearbeitet.

3.2 Branchen- und Betriebsauswahl

Der empirische Gegenstandsbereich der Studie wurde auf die Situation in Krankenhäusern und in Einrichtungen der ambulanten und stationären Langzeitpflege eingegrenzt. Dort ist der überwiegende Teil der Beschäf-

⁶ Hielscher, Kirchen-Peters (2018); Hielscher et al. (2018a, 2018b); Krupp et al. (2018); Krupp et al. (2019).

tigten des Gesundheitswesens tätig und es lassen sich die Konstellationen in großen wie auch in kleineren Organisationen rekonstruieren.

Folgende Einrichtungen wurden für die Teilnahme an der Studie gewonnen:

Tabelle 1: Übersicht der Fallstudienbetriebe

| Einrichtung | Bundesland | Rechtsform | Beschäftigte |
|---|---------------------|------------------|--------------|
| Krankenhäuser N = 2 | Nordrhein-Westfalen | Freigemeinnützig | 285 |
| | Saarland | Freigemeinnützig | 905 |
| stationäre Pflegeheime N = 3 | Nordrhein-Westfalen | Öffentlich | 59 |
| | Rheinland-Pfalz | Freigemeinnützig | 115 |
| | Saarland | Freigemeinnützig | 53 |
| ambulante Dienste N = 2 | Rheinland-Pfalz | Freigemeinnützig | 82 |
| | Saarland | Freigemeinnützig | 62 |

Quelle: Eigene Darstellung

Im Rahmen der Betriebsakquise wurden auch mehrere Einrichtungen in privater Trägerschaft angefragt, diese hatten aber eine Beteiligung an der Studie abgelehnt. Insofern dominieren freigemeinnützige Träger das Betriebssample.

3.3 Betriebliche Befragungen

Die Erhebungen in den Fallunternehmen wurden zweistufig angelegt: In einem ersten Schritt wurden alle Beschäftigten des Betriebs im Rahmen einer Kurzbefragung schriftlich befragt. Die Ergebnisse der Kurzbefragung wurden in einer Feedbackrunde den jeweiligen Einrichtungsleitungen, betrieblichen Interessenvertretungen und BGM-Verantwortlichen vorgestellt und mit ihnen diskutiert. Direkt im Anschluss an diesen Impuls erfolgte eine Interviewbefragung der oben genannten Akteure.

Als Erhebungsinstrument der schriftlichen Kurzbefragung wurde ein standardisierter Fragebogen mit einem likertskalierten Antwortformat und einer offenen Frage zum Abschluss entwickelt. Der Fragebogen umfasste drei Seiten mit 40 Fragen und war in ca. 10 bis 15 Minuten auszufüllen. Inhaltlich wurde der Fragebogen an das jeweilige Setting Krankenhaus, ambulante und stationäre Einrichtung angepasst. Die Fragen bezogen sich im Wesentlichen auf die Erfahrungen der Mitarbeitenden mit Betrieblicher Gesundheitsförderung und auf Einschätzungen der

persönlichen und betrieblichen Situation in Bezug auf „Gesundes Arbeiten“. Darüber hinaus wurde das individuelle Teilnahmeverhalten bei Angeboten der BGF in den letzten 24 Monaten sowie ggf. die Gründe für eine Nicht-Teilnahme abgefragt.

Auf Wunsch mancher Träger wurde die standardisierte Beschäftigtenbefragung in mehreren Betriebsstätten durchgeführt, so dass hier eine deutlich breitere empirische Basis vorliegt als bei den Betrieben, in denen die Befragung nur an einem Standort stattfand. In die standardisierte Befragung wurden alle Mitarbeiter des jeweiligen Betriebs einbezogen, also neben medizinischem und pflegerischem Personal auch Verwaltung, Hauswirtschaft und technische Dienste.

Die Interviews mit den betrieblichen Akteuren wurden als leitfadengestützte Experteninterviews durchgeführt (Bogner et al. 2002). Für die Interviewbefragung wurden ausgewählte betriebliche Akteure angesprochen, die möglichst differenzierte Perspektiven auf das Thema Gesundheitsförderung repräsentieren sollten:

- Geschäftsführung/Personalleitung
- Betriebliche Interessenvertretung
- BGM-Verantwortliche (so vorhanden)
- Betriebsarzt (so vorhanden)
- Operative Führungskraft (Stations- oder Wohnbereichsleitung)
- Medizinische und pflegerische Fachkräfte
- Hilfskräfte aus Pflege und Betreuung
- Hauswirtschaftskräfte (so vorhanden)

Anhand dieses Auswahlrasters wurden die Interviewpartner in den Unternehmen über die Personal- bzw. Geschäftsleitungen für die Teilnahme an der Befragung angesprochen. Der Interviewleitfaden wurde für Führungskräfte, Interessenvertretungen und Experten sowie für die Fach- und Hilfskräfte jeweils spezifisch zugeschnitten. Die Themen des Leitfadens bezogen sich auf die wahrgenommenen Handlungsbedarfe und die Umsetzungserfahrungen für betriebliche Gesundheitsförderung, auf die betrieblichen und branchenspezifischen Rahmenbedingungen sowie auf die Faktoren für gelingende und scheiternde Umsetzungsprozesse. Die Fach- und Hilfskräfte wurden ergänzend nach der wahrgenommenen Qualität der BGF-Angebote sowie nach Präferenzen oder Gründen für eine Nicht-Inanspruchnahme der Angebote befragt.

Im Rahmen der inhaltsanalytischen Auswertung wurden die Faktoren herausgearbeitet, die eine erfolgreiche Umsetzung betrieblicher Gesundheitsförderung befördern oder behindern. Die jeweiligen Spezifika für das Krankenhaus, die stationäre und ambulante Langzeitpflege wurden dabei berücksichtigt.

3.4 Empirische Basis

Die Expertenbefragung wurde im Jahr 2017, die Fallstudienerhebungen wurden zwischen April und Oktober 2018 durchgeführt.

Tabelle 2: Befragungssample der Studie

| | |
|---|---------|
| überbetriebliche Akteure (Experteninterviews) | n = 17 |
| betriebliche Akteure (Interviews) | n = 55 |
| Beschäftigte (standardisierte Befragung) | n = 744 |

Quelle: Eigene Darstellung

Für die standardisierte Befragung wurden insgesamt 2019 Fragebögen⁷ an die Beschäftigten mit einem frankierten Rückumschlag ausgegeben. Die Rücklaufquote betrug mit 744 Fragebögen 37 Prozent.

Tabelle 3: Fragebögen und Rücklaufquoten

| | ambulante Pflegedienste n = 2 | stationäre Pflegeeinrichtungen n = 1 0 | Krankenhäuser n = 2 | Gesamt |
|---------------|----------------------------------|---|------------------------|--------|
| Fragebögen | 120 | 829 | 1070 | 2019 |
| Rücklauf | 58 | 291 | 395 | 744 |
| Rücklaufquote | 48 % | 35 % | 37 % | 37 % |

Quelle: Eigene Darstellung

Der Anteil der in die standardisierte Befragung einbezogenen weiblichen Beschäftigten lag bei 76 Prozent, der Altersdurchschnitt bei 46,5 Jahren. Rund 55 Prozent der Befragten waren in Teilzeit beschäftigt, davon drei Prozentpunkte als geringfügig Beschäftigte.

⁷ Die Zahl der ausgegebenen Fragebögen resultiert aus den Beschäftigtenzahlen der einbezogenen Fallstudienbetriebe sowie aus denen der zuzüglich befragten Standorte einzelner Träger.

4. Umsetzungsbedingungen für betriebliche Gesundheitsförderung in Langzeitpflege und Krankenhaus

In den folgenden Abschnitten werden die empirischen Ergebnisse der Studie dargestellt. Dabei werden drei Betrachtungsebenen unterschieden. Zunächst wird auf die überbetriebliche Ebene der Finanzierungs- und Arbeitsmarktbedingungen im Gesundheitswesen eingegangen. Die Rolle der betrieblichen Strukturen und der Vorgehensweisen bei der Umsetzung von Gesundheitsstrategien wird in einem weiteren Abschnitt dargelegt, auf den die Betrachtung der Arbeitsroutinen und der gesundheitsbezogenen Haltungen der Beschäftigten folgt. Die Differenzierung der Betrachtung in diese drei Ebenen zeigt unterschiedliche Akteurskonstellationen und Handlungsansätze auf. Sie ist als eine heuristische Folie zu betrachten – tatsächlich sind diese Ebenen eng miteinander verwoben und von starkem gegenseitigem Einfluss.

4.1 Überbetriebliche Rahmenbedingungen

Betriebliche Gesundheitsförderung richtet sich zwar naturgemäß primär an der „Arena“ der betrieblichen Organisation aus. Sie ist aber dabei nicht nur durch die betrieblichen Gegebenheiten geprägt, sondern auch in einen Kontext übergeordneter Rahmenbedingungen eingebettet. Bei den Einrichtungen im Gesundheitswesen haben sich hierbei die finanziellen Ressourcen für das Personal, die Arbeitsmarktsituation für die Fachkräfte und der gesundheitspolitisch gesetzte Versorgungsauftrag als besonders bedeutsam herausgestellt.

Unterfinanzierung und Ressourcenknappheit der Unternehmen

Der Ökonomisierungsdruck im Gesundheitswesen ist vielfach beschrieben worden. Vor allem die Knappheit an Personal bringt erhebliche Auswirkungen auf die Arbeitsbedingungen und auf die Arbeitsbelastungen für die Beschäftigten. Im Krankenhaussektor sind seit den 1990er Jahren, verstärkt aber seit Einführung des DRG-Systems im Jahr 2004 massiv Stellen in der Pflege abgebaut worden, während sich die Patientenzahl (bei kürzerer Liegedauer) erhöht hat. Die Zahl der Ärztinnen und Ärzte, die in den Kliniken unmittelbar Erlöse realisieren können, wurde

hingegen aufgestockt (Albrecht et al. 2017). Der Rückzug der Bundesländer aus der Investitionskostenförderung der Krankenhäuser hat überdies die Personalressourcen indirekt weiter reduziert, weil notwendige Maßnahmen zur Instandhaltung der Bausubstanz und zur Geräteanschaffung teilweise aus den laufenden Betriebsmitteln finanziert werden müssen und nicht mehr für Personal zur Verfügung stehen. Schätzungen zufolge fehlen aktuell mehr als 100.000 Vollzeitstellen im Pflegedienst der Krankenhäuser (Simon 2018).

Im Unterschied dazu wurden in den Heimen und ambulanten Diensten die Beschäftigtenzahlen in den vergangenen zwei Jahrzehnten analog zur Entwicklung der Zahl der Pflegebedürftigen erhöht (Gesundheitsberichterstattung 2019a). Der Beschäftigungsaufbau war dabei nicht nur eine Reaktion auf die zunehmende Pflegebedürftigkeit in der Bevölkerung, sondern auch auf die in den 2000er Jahren erstmals als „Pflegenotstand“ beklagten Versorgungsmängel⁸, denen mit einer Verbesserung der Personalausstattung in der Pflege, aber auch durch zusätzliche Betreuungskräfte begegnet werden sollte. Dennoch ist auch heute die Personalsituation in der Langzeitpflege in vielen Einrichtungen noch nicht zufriedenstellend gelöst. Zudem hat sich die Zahl der Pflegebedürftigen nach der Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriff im Januar 2017 durch die erweiterte Anspruchsgrundlage deutlich erhöht, ohne dass bisher absehbar ist, wie stark sich dadurch insbesondere in der ambulanten Versorgung der Bedarf nach Pflegeleistungen und -personal vergrößert.

Grundlage für die Finanzierung des Pflegepersonals sind die zwischen Pflegeanbietern und Kostenträgern verhandelten Pflegesätze bzw. die Vergütungen der Leistungskomplexe in der ambulanten Pflege. Ausschlaggebend sind dabei die unterschiedlichen Verhandlungslogiken und -ergebnisse der Pflege- und Gesundheitsdienstleister auf der einen und der Kostenträger auf der anderen Seite – mit z. T. erheblichen regionalen Unterschieden. Im Grunde folgt sowohl im Krankenhaus wie auch in der Langzeitpflege die Personalbemessung primär der jeweiligen Finanzierungslogik und kaum einer empirischen und wissenschaftlich gestützten Bedarfsanalyse der Hilfebedürftigkeit und des Pflegebedarfs. Aus dem Budget, das aus Erlösen der DRG's bzw. aus den Pflegesätzen und Leistungskomplexen realisiert werden kann, wird das Per-

⁸ Studien und die ersten Qualitätsberichte des Medizinischen Dienstes des Spitzenverbandes der Krankenkassen (MDS) hatten gravierende Mängel in der Versorgung aufgezeigt, insbesondere bei der Ernährung und bei der Prophylaxe von Druckschwüren (MDS 2004; Garms-Homolová et al. 2004).

sonal finanziert. Zwar sind Instrumente zur Personalbemessung in der Entwicklung, ihre Praxistauglichkeit bleibt allerdings abzuwarten.⁹

Dennoch gab es in der jüngeren Zeit Bemühungen, die Personalsituation zu verbessern. So wurde im November 2018 das Sofortprogramm zur Verbesserung der Arbeitsbedingungen in der Kranken- und Altenpflege im Bundestag verabschiedet. Zentrales Element war dabei das Inkrafttreten des Pflegepersonal-Stärkungsgesetzes im Januar 2019, welches die Krankenkassen verpflichtet, mehr Geld für die betriebliche Gesundheitsförderung im Gesundheitssektor auszugeben und neue Stellen im Pflegedienst der Krankenhäuser zusätzlich zu finanzieren. Darüber hinaus wurde ab Januar 2019 die Personaluntergrenzen-Verordnung für sogenannte pflegesensitive Bereiche der Kliniken in Kraft gesetzt, welche für die Bereiche Intensivstation, Geriatrie, Unfallchirurgie und Kardiologie eine maximal zulässige Anzahl an Patienten pro Pflegekraft definiert.

Die Personaluntergrenzen-Verordnung wurde lange von Beschäftigten und Gewerkschaften gefordert; sie ist das Ergebnis eines politischen Verhandlungsprozesses zwischen GKV-Spitzenverband und Krankenhausgesellschaften und gilt als „Minimum“ der Personalbesetzung in den Kliniken. Die Personaluntergrenzen orientieren sich dabei an der bisherigen Ist-Besetzung der genannten Fachabteilungen, die allerdings bereits seit langem durch Unterbesetzungsprobleme gezeichnet sind. Geplant ist, in den kommenden Jahren weitere Personaluntergrenzen für alle bettenführenden Abteilungen der Krankenhäuser festzulegen.

Die befragten Akteure in den Kliniken nahmen die Ergebnisse dieser Verordnung keineswegs als Fortschritt wahr. Ein bereits bestehender schlechter Zustand werde zementiert; de-facto setze die Verordnung keine Impulse für einen Personalaufbau in der Pflege. Beide befragten Kliniken arbeiten mit einem Personalstand, der deutlich über den in der Personaluntergrenzen-Verordnung definierten Werten liegt.

„Die Zahlen sind nicht so, wie wir uns das vorgestellt haben. Wenn die Untergrenze da ist, wird das der neue Standard.“ (Betriebsratsvorsitzende Klinik)

„Wenn wir die Untergrenzen anlegen, müssten wir in der Geriatrie vierzig bis fünfzig Mitarbeiter entlassen. Die Personaluntergrenzen werden nicht gesundheitsfördernd sein.“ (Verwaltungsdirektor Klinik)

⁹ In § 113c SGB XI wird die Forderung formuliert, ein „empirisch abgesichertes und valides Verfahren für die Personalbemessung in Pflegeeinrichtungen“ bis 2020 zu entwickeln und zu erproben. Ein entsprechendes Projekt wird gegenwärtig an der Universität Bremen durchgeführt.

Die Befürchtungen der betrieblichen Akteure laufen darauf hinaus, dass die Personaluntergrenzen-Verordnung die Personalsituation nicht nur nicht verbessert, sondern im Gegenteil einen Druck zu Personalabbau in denjenigen Kliniken erzeuge, die bisher überdurchschnittlich viele Pflegekräfte vorgehalten hatten. Damit werde das Gegenteil einer besseren Personalausstattung erreicht. Konkrete Planungen oder Schritte zu einer Anpassung des Pflegepersonals an die Personaluntergrenzen waren allerdings in den befragten Kliniken zum Erhebungszeitpunkt nicht erkennbar.

Für stationäre Pflegeeinrichtungen wurden darüber hinaus mit dem Pflegepersonalstärkungsgesetz 13.000 neue Stellen bundesweit zusätzlich finanziert, die nach Einrichtungsgröße gestaffelt besetzt werden können. Aus Sicht der betrieblichen Akteure ist es ein wichtiger Ansatz, die Personalsituation auch in der Langzeitpflege strukturell zu verbessern. Dennoch drohe die Maßnahme angesichts der aktuellen Arbeitsmarktsituation ins Leere zu laufen:

„Die 13.000 Stellen von Herrn Spahn sind nur dann toll, wenn er die Leute auch tatsächlich aus dem Schrank holen kann.“ (Leiter ambulanter Dienst)

Die Skepsis bezieht sich darauf, dass bereits die vorhandenen Stellen nicht auspersonalisiert werden können und die zusätzlichen Mittel in den Einrichtungen nicht als neues Personal „ankommen“. Eine kurz- oder mittelfristige Entlastungswirkung wurde daher nicht erwartet.

Arbeitsmarktsituation als Hemmnis für die betriebliche Belastungsregulierung

Neben der Problematik der Finanzierungsstrukturen stehen Kliniken wie auch die Anbieter der Langzeitpflege vor dem Problem, dass auch bereits vorhandene Stellen angesichts des Fachkräftemangels in der Branche nur mit großem Aufwand bzw. häufig nicht mehr besetzt werden können. Die Arbeitsmarktsituation wird zu einer intervenierenden Variablen, die den Druck zu Mehrarbeit und die Arbeitsbelastung für das vorhandene Personal im Gesundheitssektor erhöht.

Jenseits der Finanzierung von Stellen tritt aus betrieblicher Perspektive die tatsächliche *Verfügbarkeit* von Personal in den Vordergrund. Der ausgeprägte Mangel an Arbeitskräften unterschiedlicher Qualifikationsstufen wird in den Unternehmen in allen betrachteten Sektoren als das größte Problem für die Arbeitsbelastungen, aber auch für die Umsetzung von Entlastungsmaßnahmen dargestellt.

Im Alltag der Unternehmen sehen sich Gesundheits- und Pflegedienstleister gezwungen, 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, eine große Belastung dar. Zum anderen hebelt die Arbeitsmarktsituation bereits bestehende Mechanismen zur Belastungsregulierung im Betrieb zunehmend aus. Dies zeigt sich praktisch am Beispiel so genannter „Ampelkonten“. Diese Zeitkontensysteme verbinden die Arbeitszeiterfassung mit der Vorgabe, dass der Betrieb bei Überschreiten bestimmter Arbeitszeitguthabenstände 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.

„Wir stellen ein, wen wir kriegen können. Wir bekommen die Überstunden nicht abgebaut. Ausbezahlen ist da die einzige Möglichkeit.“ (Leiter ambulanter Dienst)

Durch die allgegenwärtige Mehrarbeit laufen Zeitkonten, soweit vorhanden, weiter voll, Freizeitausgleich kann nicht gewährt und eine Nachpersonalisierung nicht umgesetzt werden. 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.

Für verhaltenspräventive und gesundheitsfördernde betriebliche Angebote hat dies zur Folge, dass die Beschäftigten kaum zeitliche Spielräume sehen, sich an BGF-Maßnahmen des Unternehmens zu beteiligen. Rund ein Drittel der befragten Beschäftigten gab an, Gesundheitsangebote des Betriebs nicht nutzen zu können, weil die Arbeitssituation ihnen dazu keine Zeit ließe. Der „Faktor Zeit“ war unter allen angegebenen Gründen das am häufigsten genannte Hemmnis für eine Beteiligung an solchen Maßnahmen (vgl. Abschnitt 4.3).

Der Versorgungsauftrag als Druck zum Funktionieren

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 Versorgungsauftrages zur pflegerischen Versorgung der Versicherten verpflichtet. Analog dazu sind nach § 109 SGB V zugelassene Krankenhäuser im Rahmen ihres Versorgungsauftrags zur Krankenhausbehandlung der Versicherten aufgefordert. Pflegeeinrichtungen und Kliniken stehen in besonderer vertraglicher Verantwortung, die Erfüllung des Versorgungsauftrags sicherzustellen. Neben der juristischen und vertraglichen Verantwortung liegt im Versorgungsauftrag zudem eine ethische Verpflichtung, weil es sich bei Kranken und Pflegebedürftigen um Menschen mit einem besonderen Hilfebedarf handelt. Insofern sind die Anbieter von Gesundheits- und Pflegeleistungen nicht so frei wie Unternehmen in anderen Branchen, Anfragen von Hilfebedürftigen aus Kapazitätsgründen schlichtweg abzulehnen. Ein Verzicht auf Marktpotenzial geht in dieser Branche u. U. mit der Unterversorgung von Hilfebedürftigen einher.

Vor diesem gesellschaftlich und sozialrechtlich gesetzten Kontext bewegen sich die Leistungsanbieter 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 ihre Erbringung und Konsumption finden meist zeitgleich statt – Pflegedienstleister müssen also genau dann vor Ort verfügbar sein, wenn die Hilfeleistung benötigt wird.

Vor diesem Hintergrund steht das (kurzfristige) Funktionieren der jeweiligen Einrichtung für die verantwortlichen Leitungskräfte immer im Vordergrund.

„Es ist die Fokussierung auf die Probleme, die unmittelbar tagtäglich sehr viel wichtiger sind. Das ist die Arbeitsbelastung. Das sind die relativ unsicheren und wechselnden Arbeitszeiten und der Schichtdienst [...] Heute Morgen gab es sechs Krankenscheine.“ (Leiter Pflegeheim und ambulanter Dienst)

Für die Einrichtungsträger hat das Ziel der Erfüllung des Versorgungsauftrags eine strukturelle Dominanz gegenüber langfristig angelegten anderen Zielen, etwa dem Erhalt der Gesundheit und Arbeitsfähigkeit der Beschäftigten. Dieser Fokus bestimmt das alltägliche Arbeitshandeln der Führungskräfte wie auch insgesamt die Arbeitskultur in den Betrieben der Pflegedienstleister (Hien 2018).

Doch auch auf der individuellen Ebene schildern Pflegekräfte ein Spannungsverhältnis zwischen ihren individuellen Ressourcen, dem Ar-

beitgeber bzw. den Kollegen und den Pflegebedürftigen. Sie können sich der Verpflichtung für den Fürsorgebedarf des pflegebedürftigen Menschen mit seiner Abhängigkeit von fremder Hilfe nur schwer entziehen (vgl. Abschnitt 4.3).

4.2 Organisation und Management

In dieser Betrachtungsebene rückt der betriebliche Handlungsrahmen in den Vordergrund. Im Folgenden wird dazu auf die Varianz der betrieblichen Organisationen eingegangen, die in den betrachteten Sektoren des Gesundheitssektors anzutreffen sind. Daran schließt sich eine Betrachtung der empirisch vorfindbaren Aktivitäten der Gesundheitsförderung, ihrer Umsetzungsbedingungen und der Faktoren für eine nachhaltige Verfestigung an.

Spezifika der betrieblichen Struktur und Leistungserbringung

Die betrieblichen Organisationen in den verschiedenen Bereichen des Gesundheitssektors unterscheiden sich erheblich. Infolge dessen differieren auch die Rahmenbedingungen, unter denen die Beschäftigten mit spezifischen Belastungen umgehen müssen und unter denen in den Unternehmen betriebliche Gesundheitsförderung organisiert werden kann.

So sind die ambulanten Dienste sowie die stationären Pflegeheime in der Regel durch klein- und mittelständische Strukturen geprägt. Trotz der zunehmenden Bedeutung großer Trägerkonzerne auch in der Langzeitpflege dominieren immer noch Betriebe, die einen Großteil ihrer Leistungen vor Ort erbringen, über eine wirtschaftliche Eigenständigkeit verfügen und durch eher flache Hierarchieebenen gekennzeichnet sind. Die im Rahmen der Studie betrachteten Dienste und Heime hatten zwischen 53 und 115 Beschäftigte und operierten in einem lokalen bzw. regional eng umrissenen Einzugsgebiet. In einzelnen Fällen waren Geschäftsführungs- und Personalmanagementfunktionen für mehrere Einrichtungen in einer regionalen Trägergesellschaft angesiedelt. Jedoch wurden sowohl das operative Geschäft als auch Maßnahmen der Mitarbeiterführung und Gesundheitsförderung durch die Akteure in den Betrieben „vor Ort“ organisiert. Aufgrund ihrer kleinen bis mittelständischen Betriebsgröße verfügen diese Unternehmen nur über geringe personelle Ressourcen in der Verwaltung und bei den Leitungskräften, um ein systematisches betriebliches Gesundheitsmanagement aufzubauen und

dauerhaft zu betreiben. Dies gelingt u. U. dann, wenn unterstützende externe Partner mitwirken. Dafür sind die Entscheidungswege in diesen Betrieben vergleichsweise kurz und Maßnahmen können relativ schnell umgesetzt werden. Die Mitbestimmungsstrukturen sind in der Altenpflege generell nur schwach ausgeprägt. So sind laut Beschäftigtenbefragungen weniger als ein Viertel der dort Beschäftigten in Betrieben mit einem Betriebsrat, Personalrat oder einer Mitarbeitervertretung tätig (Schröder et al. 2017). Unter den befragten Altenpflegeeinrichtungen verfügten zwei von fünf über einen Betriebsrat bzw. eine Mitarbeitervertretung. Von daher können in dieser Branche nur in einem eher kleinen Anteil der Betriebe Impulse zur Gesundheitsförderung durch die Interessenvertretung erwartet werden.

Die Arbeit in ambulanten Pflegediensten ist überdies dadurch gekennzeichnet, dass die Beschäftigten ihre Tätigkeit disloziert, d. h. außerhalb einer Dienststelle und in Abwesenheit des Dienstgebers bzw. von Vorgesetzten ausüben. In der ambulanten Versorgung fehlt der Betrieb sowohl als „Ort“ mit den entsprechenden Arbeitsräumen und Arbeitsplätzen mit einer definierten Ausstattung, wie auch als Sozialorganisation: Die Pflegekräfte arbeiten im Wesentlichen für sich allein, haben eine bestenfalls punktuelle soziale Einbindung in ein Team und sind im Arbeitsalltag sowohl für Vorgesetzte wie auch für Interessenvertreter nur schwer unmittelbar ansprechbar. Arbeitsbezogene Vorkommnisse, Belastungen oder Problemlagen müssen in der Regel individuell „gemanagt“ und bewältigt werden; erst mit Zeitverzögerung können Rückkopplung oder Unterstützung durch betriebliche Ressourcen eingeholt werden. Ambulante Pflege findet naturgemäß in der Häuslichkeit der Klienten statt. Dazu müssen sich die professionell Pflegenden auf die häuslichen Bedingungen und die Lebenswelt ihrer Klienten einlassen.

„Wir hatten jemand, die hat sich kein Pflegebett geholt. Sie hätte im Keller noch alte Matratzen. Die könnte man ja nehmen und dann hochlegen. Wir müssen uns dann aber immer noch bücken. Das bringt also nichts. Wir brauchen ein Bett, das wir hoch und runter fahren können.“ (Pflegekraft)

Wenn die Pflegekraft die Wohnung des Klienten betritt, bewegt sie sich in privaten Räumen, die einer Gestaltung durch den Betrieb nicht ohne Weiteres zugänglich sind. Insofern sind in diesem Bereich die Vorgaben zum Arbeitsschutz und zur Arbeitssicherheit schwerer umzusetzen als in betrieblichen Arbeitsräumen. Unter Umständen sind die Verhältnisse beengt und Hilfsmittel sind nicht wie in stationären Einrichtungen oder Krankenhäusern vorhanden. Räumliche und funktionale Faktoren, die Gefährdungen beinhalten bzw. gesundem Arbeiten entgegenwirken, müssen daher am jeweiligen Arbeitsort erkannt und in einem Aushand-

lungsprozess mit dem Klienten und seinen Angehörigen beseitigt werden.

Insofern ist die Umsetzung von verhältnispräventiven Maßnahmen, die sich auf die Arbeitsplatzgestaltung beziehen, in der ambulanten Pflege sehr voraussetzungsvoll. Die befragten ambulanten Dienste hatten daher die Ausstattung der Pflegesituation in der Häuslichkeit zu einem wichtigen Bestandteil der Beratung von Pflegebedürftigen und ihren Angehörigen gemacht. Die Nutzung eines Pflegebetts ist z. B. bei bettlägerigen und immobilen Patienten eine wichtige Voraussetzung für ein rücksenschonendes Arbeiten. Wenn Vorbehalte oder ablehnende Haltungen bei den Klienten bezüglich der Anschaffung solcher Hilfsmittel bestanden, wurde die Leitung des Pflegedienstes zu den Gesprächen hinzugezogen. Angesichts der hohen Nachfrage und der knappen Personalressourcen wurde in Einzelfällen auch eine Ablehnung der Versorgung in Erwägung gezogen, wenn sich die Klienten der Beschaffung und Nutzung wichtiger Hilfsmittel nachhaltig verweigerten.

Ganz anders stellt sich die Situation im Krankenhaus dar. Kliniken sind in der Regel größere Unternehmen mit einer hochgradig differenzierten und hierarchisch gegliederten Organisation. Neben ihren Kernaufgaben Diagnostik und Therapie erbringen Krankenhäuser vielfältige spezialisierte Versorgungsleistungen. Dementsprechend umfassen sie neben den bettenführenden Fachabteilungen zumeist auch Funktionsbereiche und technische Dienste sowie Verwaltungs- und Kantinenbereiche. Die Betriebsgröße von Krankenhäusern weist eine hohe Spannbreite von wenigen hundert in kleinen Häusern bis zu mehreren tausend Mitarbeitern in großen Universitätskliniken auf. Die beiden befragten Kliniken beschäftigten knapp 300 bzw. rund 900 Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter. Die meisten Kliniken verfügen über speziell geschulte Fachkräfte für Arbeitssicherheit und nicht selten auch für ein Qualitäts- und betriebliches Gesundheitsmanagement. Häufig ist in Kliniken auch eine betriebliche Interessenvertretung vorhanden, welche nicht nur eine wichtige Kontrollfunktion im Arbeitsschutz und ein Mitwirkungsrecht bei der Durchführung von Gefährdungsbeurteilungen besitzt, sondern die auch eine wichtige Initiatoren- und Promotorenfunktion bei der Umsetzung von Maßnahmen zur betrieblichen Gesundheitsförderung wahrnehmen kann.

Darüber hinaus ist die Situation im Krankenhaus durch die Dualität von medizinischem und pflegerischem Dienst mit jeweils eigenen fachlichen Standards, Verantwortlichkeiten und Hierarchien gekennzeichnet. Eine Krankenhausleitung (Direktorium) besteht in der Regel aus einem medizinischen Direktor, einem Pflegedirektor und einem kaufmännischen Leiter bzw. Geschäftsführer; für die Fachabteilungen sind die

Chefarzte mit einem in der Regel hohen Maß an Autonomie verantwortlich. Die Kommunikation zwischen dem Pflegedienst und dem medizinischen Dienst wurde von den Akteuren in den Kliniken als häufig schwierig beschrieben, sowohl wegen fehlender Strukturen in der Regelkommunikation (z. B. gemeinsame Dienstbesprechungen) wie auch aufgrund differierender professioneller Sichtweisen auf die Belange der Patienten. Die hochgradige Differenzierung der Krankenhausorganisation führt z. T. zu einer Zersplitterung und zu Unschärfen von Verantwortlichkeiten, Zuständigkeiten und Kompetenzbereichen, die die Umsetzung von Maßnahmen zur Belastungsreduzierung und zur Gesundheitsförderung erschweren:

- So ist z. B. die Arbeitssituation der Pflegekräfte in hohem Maße durch die Kooperationsanforderungen mit dem medizinischen Personal geprägt. Berichtet wurde, dass Projekte nicht erfolgreich umgesetzt werden konnten, weil es nicht gelungen war, das ärztliche Personal in diese Vorhaben einzubeziehen.
- Aufgrund der Größe und der Komplexität der Klinikorganisationen sind Defizite oder Leerstellen in der Organisationsgestaltung immer wieder an der Tagesordnung, die Prozesse verkomplizieren und Belastungen erhöhen können. So existierten in einer der betrachteten Kliniken keine Stellvertretungen für die Stationsleitungen. Dies hatte zur Folge, dass bei Krankmeldungen, die in der Spätschicht für den kommenden Arbeitstag eingingen, die jeweils gerade anwesenden Pflegekräfte in einem ungeregelten Prozess eine hinreichende Schichtbesetzung organisieren mussten. Dies wurde als eine erhebliche Arbeitsbelastung durch zusätzliche und nicht planbare Managementaufgaben und als Beeinträchtigung der Versorgungsqualität wahrgenommen.

Für die Fachverantwortlichen der betrieblichen Gesundheitsförderung ist es mitunter schwer, angesichts der Vielfalt unterschiedlich verantwortlicher Akteure die notwendigen Ressourcen wie auch den internen Rückhalt für Gesundheitsprojekte zu organisieren. So können Vorhaben trotz Unterstützung eines Direktoriumsmitglied daran scheitern, dass der zuständige Chefarzt einer Fachabteilung dies nicht unterstützt und er faktisch nicht zur Umsetzung gezwungen werden kann.

Praxis der Gesundheitsförderung

Trotz der z. T. schwierigen Rahmenbedingungen in den Unternehmen der Gesundheitswirtschaft hatte das Thema Mitarbeitergesundheit einen

hohen Stellenwert bei den befragten Führungskräften. Die Sensibilität für Gesundheitsthemen war zum einen getragen durch das Interesse, krankheitsbedingte Ausfälle zu begrenzen und die knappen Arbeitskraftressourcen vor Verschleiß zu schonen.

Zum anderen wird das Thema „Gesundes Arbeiten“ für viele Leitungskräfte zum Faktor im Wettbewerb um die knappen Fachkräfte, in dem sich die Einrichtungen als attraktive Arbeitgeber positionieren müssten.

„Alle diese Maßnahmen, ob Gesundheitsförderung, Mitarbeiterorientierung oder Familienfreundlichkeit dienen ja nur dazu, das Unternehmen attraktiv zu machen. Damit es seine Mitarbeiter bindet und damit es neue Mitarbeiter im Wettbewerb findet.“ (Leiter Pflegeheim und ambulanter Dienst)

Zumeist wurde dabei der Zusammenhang von Motivation, Wertschätzung und Leistungsfähigkeit der Beschäftigten betont und darauf verwiesen, dass Pflegekräfte 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. So könnte in einer paradoxen Weise der Personalmangel möglicherweise auch zu einem Motor für die Entwicklung innovativer Strategien der Gesundheitsförderung werden.

Im Rahmen der Studie standen die Umsetzungserfahrungen bei der Realisierung von Maßnahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung im Mittelpunkt. Dazu wurde zunächst nach dem Spektrum der Aktivitäten und Angebote gefragt. Die Ergebnisse zeigen eine große Varianz der Maßnahmen, was ihren Anspruch und ihre Reichweite anbelangt:

- Auf der einen Seite stehen eher symbolische Aktivitäten, mit denen das Unternehmen die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter auf das Thema Gesundheit aufmerksam machen möchte, beispielsweise frische Äpfel oder Smoothies an den Arbeitsplätzen. Gelegentlich werden Freistellungsangebote für die Teilnahme an einem Firmen- oder Stadtlauf im regionalen Umfeld offeriert. Die Beteiligung an öffentlichen Sport-Events gilt zugleich als wichtige Marketing-Maßnahme für das Unternehmen, sich als attraktiver Arbeitgeber in der Region zu positionieren.
- Weiter gehen solche Betriebe, die ihren Beschäftigten regelmäßige verhaltenspräventive Angebote zur Verfügung stellen, z. B. Rückenschule, Massagen, Nutzung von Fitness-Studios, betriebliche Sport-

gruppen etc. In den befragten Unternehmen fanden diese Angebote in der Regel außerhalb der Arbeitszeit statt.

- Bei manchen der größeren Organisationen wurden zudem umfassendere Supportstrukturen geschaffen, um den Erhalt der Arbeitsfähigkeit zu stützen, etwa Angebote zur Kinderbetreuung oder zur Beratung in psychosozialen Krisensituationen. Diese Angebote wurden in Kooperation mit externen Partnern und Dienstleistern eingerichtet.
- In Einzelfällen wurden die Regelungen des Arbeitsschutzes dazu genutzt, die Verbindlichkeit von Veranstaltungen zu „Gesundem Arbeiten“ für die Mitarbeiter zu erhöhen. So wurde in einer der befragten Kliniken dazu übergegangen, Informationsveranstaltungen zu den Nutzungsmöglichkeiten von Hilfsmitteln, die vormals nur schwache Resonanz fanden, als verbindliche Unterweisung nach dem Arbeitsschutzgesetz durchzuführen. Nach Einschätzung von Führungskräften konnte die Nutzung der Hilfsmittel im Arbeitsalltag dadurch signifikant verbessert werden.
- Einige der Anstrengungen richten sich darauf, im Rahmen der Arbeitsorganisation und -teilung Entlastungen zu schaffen. Dazu gehören z. B. Bemühungen, Betreuungskräfte in stationären Einrichtungen mit pflegerischen Grundqualifikationen auszustatten, damit sie in der Lage sind, mit bestimmten Klienten Toilettengänge durchzuführen oder Essen anzureichen. Durch diese arbeitsorganisatorische Maßnahme könnten die Pflegekräfte entlastet werden. In der Praxis jedoch setzen enge Verantwortungs- und Haftungsregelungen Grenzen für solche Modelle.
- Andere Ansätze 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. Allerdings sind auch diese Ansätze an die Voraussetzung gebunden, dass entsprechendes Personal verfügbar ist, um die zusätzlichen freien Tage „am Bett“ abzupuffern.

Im Gesamtbild wurde der Erfolg der BGF-Maßnahmen sehr unterschiedlich eingeschätzt. Zwar signalisieren solche Aktivitäten, dass das Unternehmen seine Mitarbeiter nicht nur als „bloße“ Arbeitskraft, sondern als Personen mit gesundheitlichen und sozialen Bedürfnissen wahrnimmt und die Belastungen im Beruf anerkennt. Allerdings blieben nach Einschätzungen der befragten Akteure die Resonanzen auf verhaltenspräventive Angebote hinter den Erwartungen zurück. Verhältnispräventive Ansätze zum Ausgleich der Arbeitszeitbelastungen wiederum seien aufgrund der personellen Situation nur sehr schwer umzusetzen.

Gesundheitsförderung als Glaubwürdigkeitsproblem

Vor diesem Hintergrund sehen sich manche Leitungskräfte bei der Umsetzung von BGF-Maßnahmen auch mit einem Problem der Glaubwürdigkeit konfrontiert.

„Es muss schon ernst gemeint sein. Für den Mitarbeiter ist der Apfel ein Symbol [...] Es kann nicht sein, dass ich einen total stressigen Tag habe und dass zehn Bewohner gleichzeitig klingeln. Dann hat man noch die Krankmeldungen. Dann kommt einer und sagt, dass alles gut wäre und hier ist ein Apfel.“ (Heimleiter)

Offenbar ist es den Beschäftigten nur schwer als konsistent bzw. „ehrlich gemeint“ zu vermitteln, 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 nur symbolische Aktion wahrgenommen zu werden. Vor allem die operativen Führungskräfte auf der „mittleren“ Ebene, also Stations-, Wohnbereichs- oder Pflegedienstleistungen, 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.

Darüber hinaus sehen sie sich darin gefordert, die gesundheitlichen Einschränkungen von Mitarbeitern bei der alltäglichen Planung der Arbeitsabläufe zu berücksichtigen.

„Als Chef bin ich der Meinung, dass ich dafür verantwortlich bin, dass ein Mitarbeiter [...] seine Arbeit bewältigen kann. Eine Mitarbeiterin hat Angststörungen. Die kann an keiner Dienstübergabe teilnehmen, wenn viele Menschen da sind, also muss ich Rücksicht nehmen [...]. Eine Mitarbeiterin hat Essstörungen, hinter der muss ich den ganzen Tag her sein, dass sie was isst. [...] Einer nimmt Psychopharmaka und kann nicht immer Spätdienst machen. [...] Auf eine alleinerziehende Mutter nehmen wir auch Rücksicht.“ (Pflegedienstleiter)

Insofern stehen im Arbeitsalltag gerade der operativen Führungskräfte die Anforderungen, auf bereits bestehende Einschränkungen der Arbeitsfähigkeit zu reagieren und diese bei der Organisation der Prozesse zu berücksichtigen, deutlich stärker im Vordergrund als präventive Strategien und Aktivitäten.

Ebenso bewegen sich viele Personalverantwortliche in Einrichtungen und Diensten auch bei der Gestaltung ihrer Arbeitsverträge in widersprüchlichen Anforderungen: Um in komplexen Schichtmodellen und Tourenplanungen, aber auch bei Ausfällen flexibel einsetzbares Perso-

nal verfügbar zu haben, sehen sie sich gehalten, durch Teilzeitbeschäftigung möglichst viele „Köpfe“ im Unternehmen zu haben. Andererseits lassen sie dadurch Arbeitskraftressourcen ungenutzt oder gehen nicht hinreichend auf etwaige Wünsche nach Vollzeitbeschäftigung ein. Dennoch können in der aktuellen Arbeitsmarktlage die Bewerberinnen und Bewerber ihre Arbeitszeitwünsche offenbar recht gut durchsetzen. Nach Einschätzung von Leitungskräften sehe man sich mittlerweile gezwungen, zumindest den Pflegefachkräften Wunscharbeitszeiten anzubieten, um sie für das Unternehmen gewinnen bzw. langfristig halten zu können.

Inner- und überbetriebliche Allianzen

Für die Umsetzung von betrieblichen Gesundheitsstrategien ist eine wichtige Frage, welche Akteure als Impulsgeber und Treiber für diese Themen auftreten. Hierbei sind zunächst die innerbetrieblichen Akteure in den Blick zu nehmen, also das Management und, so vorhanden, die betriebliche Interessenvertretung, oder spezielle Funktionen wie z. B. Betriebsärzte.

In den betrieblichen Befragungen ist deutlich geworden, dass Betriebs- und Personalräte bzw. Mitarbeitervertretungen kaum als treibende Kraft für betriebliche Gesundheitsstrategien wahrgenommen werden. Sie sind zwar in Gremienstrukturen zum Arbeitsschutz (z. B. Ausschuss für Arbeitssicherheit) eingebunden. Allerdings sind sie in den kleinen und mittelständischen Betrieben der Langzeitpflege zumeist ohne Freistellung, so dass sie über nur wenig Ressourcen verfügen, sich nachhaltig um Strategien für Gesundheitsförderung oder BGM zu kümmern. Zudem dominieren auch für sie die Fragen des Alltagsgeschäfts:

„Wir kriegen Liste der Mitarbeiter, die eingesprungen sind. Die Liste wird immer länger, sie hatte in dieser Woche drei Seiten. Der Krankenstand geht immer höher, es sind dabei nicht nur die Alten. Über 100 Mitarbeiter haben den Anspruch auf BEM, das ist eine sehr hohe Quote. Die Frage für uns ist, was kann man tun für die Mitarbeiter? Leistungsangepasste Arbeitsplätze findet man kaum. Deshalb ist ein zentraler Ansatz die Arbeitszeit, das stabile Dienstfrei. Hier klagen Mitarbeiter über die größten Belastungen.“ (Betriebsratsvorsitzende Krankenhaus)

In den befragten Einrichtungen war die Arbeit der Interessenvertretungen stark durch Fragen der Personalisierung der Pflege und durch die Beteiligung an der Regulierung von Mehrarbeit und am Dienstplanmanagement geprägt. Somit wirken sie durchaus an der Steuerung der Belastungssituation der Beschäftigten mit. Diese verhältnispräventiven Ansätze wurden jedoch bestenfalls mittelbar in den Zusammenhang von

Gesundheitsförderung gestellt. Konkrete Projekte zur betrieblichen Gesundheitsförderung sind in den Fallunternehmen seitens der Interessenvertretungen nicht angestoßen worden. Den Befragungen der Akteure zu Folge ist anzunehmen, dass viele Betriebs- und Personalräte dieses Thema bisher kaum als strategisch bedeutsames Handlungsfeld wahrnehmen.

Als eine weitere Akteursgruppe könnten Betriebsärzte einen wichtigen betrieblichen Impulsgeber für Gesundheitsstrategien in Unternehmen darstellen. Allerdings sind solche Ärzte nur in größeren Unternehmen permanent präsent und in betriebliche Gremienstrukturen eingebunden. Hier könnten sie auf die Regulierung von Belastungen und auf Personaleinsatzstrategien Einfluss nehmen, insbesondere bei der Beurteilung, ob Arbeitsplätze und -prozesse belastungsgerecht eingerichtet bzw. organisiert sind. Dennoch nahmen sie in den befragten Einrichtungen kaum eine solche Promotoren- und Kontrollfunktion wahr, sondern beschränkten sich hauptsächlich auf die individuelle arbeitsmedizinische Vorsorge für die Beschäftigten. Insofern sind sie als Akteur bei der Umsetzung von betrieblicher Gesundheitsförderung bisher wenig sichtbar.

In den befragten Einrichtungen wurden die Aktivitäten und Maßnahmen zur betrieblichen Gesundheitsförderung in erster Linie durch die Einrichtungsleitungen oder die Geschäftsführer der Träger initiiert.

„Es ist etwas, was man sich als Leitung immer ausdenkt. In der Hoffnung, den Mitarbeitern etwas Gutes zu tun und in der Hoffnung, damit die Arbeitsplatzzufriedenheit zu verbessern oder zu generieren.“ (Heimleiter)

„Meistens sind wir Initiator und müssen das auch an die entsprechenden Vorgesetzten bringen. Wir müssen das Thema Gesundheit allen Ebenen nahebringen. Von der Einrichtungsleitung angefangen bis über die Wohnbereichs- und Teamleitung.“ (Personalleiter Träger Pflegeeinrichtungen)

„Man muss das den Leuten hinterhertragen, um sie von der Couch zu holen.“ (Verwaltungsdirektor Krankenhaus)

Offenbar dominieren in der Praxis Top-Down-Strategien zur Umsetzung von Maßnahmen. Entscheidend dafür sind engagierte Führungskräfte auf der Ebene der Geschäftsführung oder Personalleitung, die das Gesundheitsthema promoten und vor allem die operativen Führungskräfte für entsprechende Maßnahmen und Strategien gewinnen müssen. In den befragten Einrichtungen wurden die Maßnahmen zur BGF eher von oben nach unten „durchgesteuert“, als in einem Prozess „von unten“ her entwickelt. Die betriebliche Interessenvertretung wirkte ggf. über die Beteiligung an entsprechenden Lenkungskreisen oder den Abschluss von Betriebsvereinbarungen mit. Übereinstimmend berichteten die befragten Leitungskräfte allerdings, dass kaum Bedarfe oder Wünsche zur betrieb-

lichen Gesundheitsförderung aus der Belegschaft an sie herangetragen würden.

Auch der Aufbau überbetrieblicher Allianzen zur Gesundheitsförderung ging in den befragten Einrichtungen auf das Engagement von Leitungskräften der Träger zurück. Im Folgenden sollen zwei Praxisbeispiele solcher überbetrieblichen Allianzen skizziert werden:

Psychosoziale Beratung für Mitarbeiter und Angehörige

Bei den Beschäftigten eines Trägers mehrerer Pflegeeinrichtungen wurde durch eine Krankenkasse eine Analyse des Arbeitsunfähigkeitsgeschehens durchgeführt. Dabei wurde eine Zunahme insbesondere von psychischen Erkrankungsfällen aufgezeigt. In der Folge hat der Einrichtungsträger mit Unterstützung der Krankenkasse ein externes Dienstleistungsunternehmen damit beauftragt, eine psychologische Beratung für die Beschäftigten und deren Familienangehörigen zu implementieren und dauerhaft anzubieten. Die Beratung kann jederzeit freiwillig und anonym durch die Mitarbeiter oder ihre Angehörigen in Anspruch genommen werden und wird vom Arbeitgeber finanziert.

Initiator der Kooperation war ein beim Träger angesiedelter Lenkungsausschuss für Gesundheit, dem u. a. die Geschäftsführung und Personalabteilung, Leitungskräfte der Einrichtungen, Betriebsrat, Betriebliche Gesundheitsmanagerin, Schwerbehindertenvertretung, Fachkraft für Arbeitssicherheit und Betriebsärztin angehören. Der Lenkungsausschuss steuert die Aktivitäten der Gesundheitsförderung und wird dauerhaft durch einen Moderator der Krankenkasse begleitet.

In den ersten drei Jahren nach Einrichtung des Beratungsangebots wurde ein Rückgang der psychisch bedingten Krankheitstage um rund 50 Prozent konstatiert. In rund einem Drittel der Beratungsfälle lagen familiäre Probleme zu Grunde. Die Beschäftigten betrachten dieses Angebot als ein positives Alleinstellungsmerkmal ihres Arbeitgebers.

Zertifizierung der Gesundheitsförderung

Der Träger eines Krankenhauses hat den Arbeitsschutz und die betriebliche Gesundheitsförderung in das Qualitätsmanagement integriert und zertifizieren lassen. Er konnte dabei auf ein Kooperationsangebot der Berufsgenossenschaft Gesundheit und Wohlfahrtspflege zurückgreifen (BGW 2015). Die erfolgreiche Teilnahme an dem Zertifizierungsverfahren wird dabei von der Berufsgenossenschaft finanziell unterstützt.

Mit Hilfe des Verfahrens wird die Umsetzung von bestimmten Aspekten des Arbeitsschutzes und der Gesundheitsförderung durch ein jährlich stattfindendes Audit überprüft, etwa die Gefährdungsbeurteilung, die Durchführung arbeitsmedizinischer Vorsorge, die Etablierung definierter Prozesse und Dokumentationen etc.

Durch die Kooperation im Rahmen der Zertifizierung konnten nach Einschätzung der betrieblichen Akteure erhebliche Verbesserungen nicht nur in den Prozessen des Arbeitsschutzes, sondern auch in der Qualifikationsstruktur der Pflegekräfte erreicht werden. Darüber hinaus wurde durch die verstärkte Thematisierung gesundheitlicher Fragen im Betrieb die Schaffung weiterer BGF-Angebote angestoßen.

Die dargestellten Beispiele für überbetriebliche Allianzen zeigen, dass solche Kooperationen zum einen dazu beitragen können, Angebote dauerhaft zu etablieren und mit einer Struktur zu unterlegen, die Steuerungsaufgaben wahrnimmt und die Beteiligung verschiedener betrieblicher Akteure sichert. Zum anderen können Sie als Impulsgeber wirken für weitere Aktivitäten in der betrieblichen Gesundheitsförderung – etwa wenn Handlungsbedarfe in einem Lenkungsausschuss thematisiert oder im Rahmen von Auditierungen über Abfragen, Checklisten etc. aufgedeckt werden.

Darüber hinaus berichteten Leitungskräfte aus verschiedenen Einrichtungen, dass die überbetriebliche Kooperation als „Nebeneffekt“ auch die innerbetriebliche Legitimation von Maßnahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung stärken kann:

„Die Zertifizierung hilft mir, Projekte besser durchzusetzen, auch bei den Chefärzten.“ (QM-Beauftragte, Krankenhaus)

„Externe Partner sind immer nachhaltiger in ihrer Wirkung auf die Mitarbeiter. Sie haben den Expertenstatus und werden als solche wahrgenommen. Die haben einfach per se eine andere Rolle als die oberste Leitung. Die will motivieren, aber das, was sie von sich gibt, wird als Auftrag oder Befehl verstanden.“ (Heimleiter)

Die Kooperation mit externen Partnern kann von den innerbetrieblichen Akteuren u. U. als zweifacher Hebel genutzt werden, um Prozesse im Bereich der betrieblichen Gesundheitsförderung voranzubringen: Für die Führungskräfte wächst der Legitimationsdruck, beim Gesundheitsthema „mitzuziehen“. Sie müssen sich gegenüber Maßnahmen der BGF eher positionieren und stärker argumentieren, wenn sie sich mit ihrer Organisationseinheit an Projekten nicht beteiligen wollen. Ebenso wird ein Rechtfertigungsdruck aufgebaut, wenn standardisierte Abfragen oder Audits zu Arbeitsschutz und Gesundheit aufzeigen, dass bestimmte Prozesse und Maßnahmen in ihrem Verantwortungsbereich nicht umgesetzt werden.

Mit Blick auf die Gewinnung der Mitarbeiter für betriebliche Gesundheitsstrategien wird auf die manchmal stärkere Überzeugungskraft externer Akteure verwiesen, denen eher eine Expertenrolle zugebilligt werde als den internen Führungskräften. Dies sei nicht nur hinsichtlich der Teilnahmebereitschaft an verhaltenspräventiven Angeboten von Bedeutung, sondern auch, wenn es um gesundheitsschonende Arbeitsweisen und die Veränderungen von Routinen gehe.

Trotz der geschilderten positiven Beispiele fand eine Zusammenarbeit mit überbetrieblichen Partnern wie Berufsgenossenschaft, Krankenkassen, Unfall- oder Rentenversicherung unter den befragten Einrichtungen nur in Einzelfällen und nur bei größeren Betrieben bzw. Trägern statt. Nach Angaben der betrieblichen Akteure gerade aus den kleineren und mittelständischen Unternehmen fehlt es vor allem an Wissen darüber, welche Möglichkeiten an Unterstützung und Kooperation bestehen und welche fachlichen und finanziellen Vorteile aus einer solchen Zusammenarbeit resultieren könnten.

Die befragten Berater zweier großer Krankenkassen verwiesen darauf, dass auch seitens der Präventionsanbieter eine längerfristige Zusammenarbeit eher mit größeren Trägern bzw. Partnerunternehmen präferiert wird, die eine zuverlässige Bereitstellung von Ressourcen zur Maßnahmenumsetzung gewährleisten können und über die es gelingt, eine große Zahl von Beschäftigten zu erreichen. Sie berichten aber zugleich über ein insgesamt steigendes Interesse von Unternehmen an Präventionsmaßnahmen, so dass die Ressourcen der Kassen für solche Angebote mittlerweile an ihre Grenzen stoßen. Auch die Zahlen des Präventionsberichts der Krankenkassen zeigen in den letzten Jahren einen deutlichen Anstieg der Zahl der Betriebe, die über Präventionsmaßnahmen erreicht werden (GKV-Spitzenverband, MDS 2018).

Mit dem Pflegepersonalstärkungsgesetz werden die Krankenkassen ab 2019 verpflichtet, für jeden Beschäftigten der Gesundheitswirtschaft jährlich einen Euro zusätzlich in der Prävention zu investieren. Die Effek-

te des „Pflege-Euro“ waren zum Zeitpunkt der Erhebungen noch nicht erkennbar. Nach Aussagen der Experten werden mit diesem Budget eher bestehende Kooperationen mit bewährten Unternehmenspartnern vertieft. Inwiefern diese Maßnahme tatsächlich eine Breitenwirkung entfaltet und auch für die kleinen und mittelständischen Unternehmen der Branche wirksam wird, muss zukünftig beobachtet werden. Mit Blick auf die gesetzlichen Rahmenbedingungen für die betriebliche Gesundheitsförderung wurde seitens der Experten kritisiert, dass der Gesetzgeber zum 1.1.2019 mit der Änderung des § 34 im Einkommenssteuergesetz die Möglichkeiten der Unternehmen beschnitten hat, ihren Beschäftigten Maßnahmen der Gesundheitsförderung steuerfrei anzubieten. Nunmehr müssen diese Maßnahmen zertifiziert sein, so dass die Finanzierung z. B. der Nutzung von Fitnessstudios oder Sportvereinen durch den Arbeitgeber nicht mehr steuerbefreit möglich ist.

4.3 Subjektive Haltungen und Arbeitsroutinen

Neben den überbetrieblichen Rahmenbedingungen und den betrieblichen Strategien sind die Perspektiven der Beschäftigten von entscheidender Bedeutung für die Umsetzungschancen von betrieblichen Gesundheitsstrategien. Dabei spielen sowohl die subjektiven Haltungen und fachprofessionellen Orientierungen als auch die Deutung der innerbetrieblichen Situation und der Angebote zur Gesundheitsförderung eine Rolle. Im Folgenden sollen diese Aspekte näher beleuchtet werden. Darüber hinaus werden Tendenzen der individuellen Optimierung von Arbeitsbedingungen diskutiert, die von manchen Akteuren als zunehmend problematisch thematisiert wurden. Ergänzend zu den Ergebnissen der Interviewbefragungen werden in diesem Abschnitt auch Daten der standardisierten Beschäftigtenbefragung in die Darstellung einbezogen.

Subjektiver Druck durch Fürsorgebeziehung

Bereits in den vorangegangenen Abschnitten wurde auf die spezifische professionelle Aufgabe im Gesundheits- und Pflegesektor hingewiesen, die aus dem gesetzlichen und gesellschaftlichen Versorgungsauftrag resultiert. Dieser strukturell gesetzte Rahmen findet seine Entsprechung in den fachprofessionellen Orientierungen der meisten Fachkräfte im Gesundheitswesen, insbesondere in der Pflege. Dabei wird die Pflegeinter-

aktion, also die „Arbeit am Menschen“ (Hacker 2009) als Kern des professionellen Handelns wahrgenommen. Die Pflegebeziehung ist danach geprägt durch „das Ansetzen an der Leiblichkeit (und nicht nur am Körper) und eine die Existenz umfassende, heilende, Anteil nehmende und fürsorgende Hilfe und Unterstützung in krisenhaften, oftmals sehr verletzlichen Situationen“ (Darmann-Fink, Friesacher 2009).

Die Pflegearbeit unterscheidet somit sich von anderen personenbezogenen Dienstleistungen wie etwa die von Frisören durch die Fürsorgebeziehung, in der sich Pflegende und zu Pflegende in einer Situation der Hilfebedürftigkeit, also in einer asymmetrischen Konstellation begegnen. Diese spezielle Beziehung ist für sehr viele Fachkräfte in helfenden Berufen eine ganz entscheidende Berufsmotivation. Sie unterscheidet die Pflegearbeit von vielen Tätigkeiten in Industrie, Handwerk und wissenschaftlich-technischen Dienstleistungen.

Insofern sind Pflegende meist durch eine hohe intrinsische Motivation und ein empathisches professionelles Selbstverständnis getragen. Insbesondere in der Altenpflege begleiten sie die hilfebedürftigen Menschen über einen langen Zeitraum und entwickeln intensive professionelle Beziehungen zu den Pflegebedürftigen.

Angesichts der personellen Situation in der Pflege stehen die Pflegekräfte häufig vor einem schwierigen Dilemma: Einem Menschen auch in einer hohen Belastungssituation Hilfe und Pflege zu verweigern, stellt für die Befragten zunächst keine Option dar. So ist es eher die Regel als die Ausnahme, dass die Pflegekräfte in ihrer eigenen Wahrnehmung über zeitliche und körperliche Grenzen hinweg gehen: In der standardisierten Befragung gaben 87 Prozent der Beschäftigten in der ambulanten Pflege und 78 Prozent der Befragten in Pflegeheimen und Krankenhäusern an, zum Wohle des Patienten bzw. Klienten gelegentlich die eigene Belastbarkeit zu überschreiten. Dass dieser Wert in der ambulanten Versorgung noch ausgeprägter ist als im stationären Bereich, verwundert nicht: Die Pflegekräfte arbeiten dort allein und können zum Feierabend nicht einfach eine noch nicht abgeschlossene Tour an die nächste Schicht abgeben. Außerdem ist in der privaten Häuslichkeit die Tendenz vorhanden, Biten der Pflegebedürftigen oder der Angehörigen nach zusätzlichen kleinen Handreichungen oder nach einem Gespräch nachzukommen (Hielscher et al. 2013). Die Abgrenzung gegenüber den Anforderungen und die Achtsamkeit gegenüber der eigenen Person werden dadurch erschwert. Der Konflikt um die Dosierung des eigenen Arbeitskrafteinsatzes ist systematisch in der Sorgearbeit angelegt und wird durch die personelle Engpasssituation noch verschärft.

Einige der befragten Leitungskräfte allerdings verwiesen auf demografische Differenzierungen: Eine ausgeprägte „Opferbereitschaft“ wird

vor allem den älteren Mitarbeitern unterstellt, während jüngere im Rahmen ihrer Ausbildung mehr Erkenntnisse zur Selbstpflege und zur Gesundheitskompetenz vermittelt bekommen würden.

„Die Jüngeren sagen mir ganz klar, ich hab' doch einen Lifter, ich mache mir doch nicht den Rücken kaputt.“ (Pflegedienstleitung)

Bei der jüngeren Generation wird nicht nur eine größere Bereitschaft konstatiert, technische Hilfsmittel zu nutzen, um körperliche Belastungen zu reduzieren. Auch würden sie eher der eigenen Verfügbarkeit für den Betrieb Grenzen setzen.

„Es ist eine Mentalitätsfrage. Früher haben wir die Älteren gepuffert, heute reiben wir uns auf, weil die Jungen das nicht mehr wollen.“ (Ärztin)

Berichtet wird, dass jüngere Mitarbeiter z. B. weniger bereit sind, für erkrankte Kolleg/innen aus dem Dienstfrei einzuspringen, auf Dauer vollkontinuierliche Schichtarbeit oder im ärztlichen Bereich Bereitschaftsdienste zu leisten. Offen ist, ob sich hier eine grundlegende Änderung beim Umgang mit den eigenen zeitlichen und gesundheitlichen Ressourcen in der jüngeren Generation abzeichnet.¹

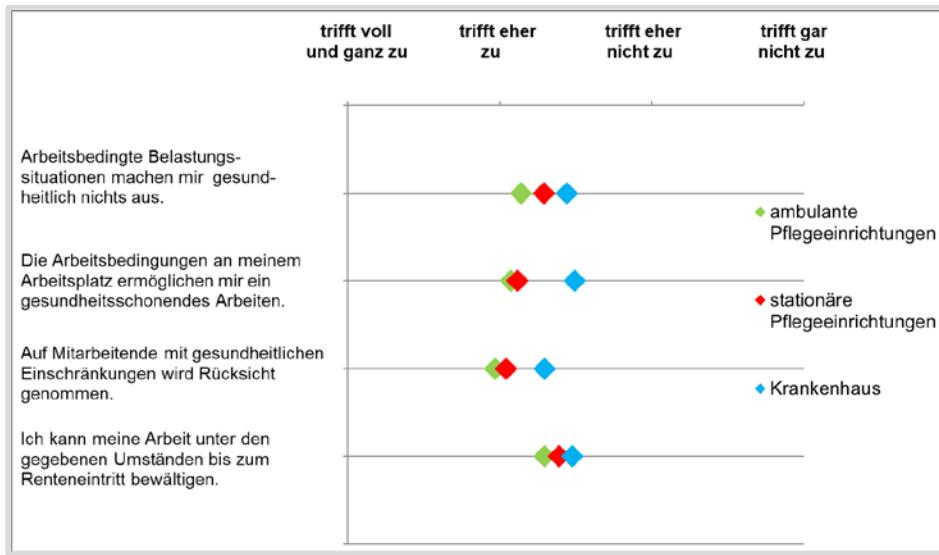
Gesundheit im Betrieb aus Sicht der Beschäftigten

Im Rahmen der standardisierten Befragung wurde unter anderem nach der Einschätzung der Belastungen und der Möglichkeiten, gesundheitsschonend zu arbeiten gefragt.

Der Mittelwertvergleich zeigt zum einen, dass zumindest in der Langzeitpflege die Möglichkeiten, gesundheitsschonend arbeiten zu können, als eher zutreffend beschrieben wird. Ebenso wird die Rücksichtnahme auf Kolleginnen und Kollegen mit gesundheitlichen Einschränkungen eher positiv beurteilt. Etwas kritischer sehen die Beschäftigten die gesundheitlichen Auswirkungen der arbeitsbedingten Belastungen – besonders in der langfristigen Betrachtung der Chancen, die Arbeitsanforderungen bis zum Renteneintritt bewältigen zu können. Zum anderen zeigen die Daten der Befragung, dass die Beschäftigten der Krankenhäuser die Situation durchweg kritischer beurteilen als ihre Kolleginnen und Kollegen aus der ambulanten und stationären Langzeitpflege.

1 Vgl. hierzu die Thesen zu den Arbeits- und Lebensorientierungen der „Generation Z“ (Scholz 2014); aktuelle empirische Studien zur Schichtarbeit zeigen ebenfalls Hinweise auf einen Wandel der Einstellungen in der jüngeren Generation (Hielscher et al. 2019).

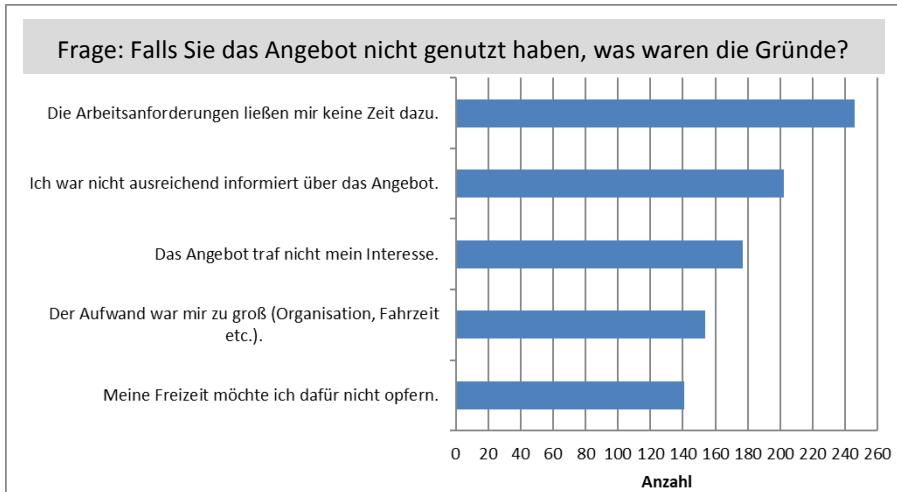
Abbildung 1: Einschätzungen von Belastungen und Möglichkeiten zu gesundheitsschonendem Arbeiten



Quelle: iso 2019, Befragung im HBS-Projekt „Barrieren und Treiber betrieblicher Prävention“

In den Interviews wurde deutlich, dass Angebote zur Gesundheitsförderung durch den Betrieb durchaus ambivalent wahrgenommen werden. Grundsätzlich wurden solche Aktivitäten in der Regel begrüßt und als generell sinnvoll eingeschätzt. Die eigene Teilnahme an Gesundheitsangeboten variierte zum einen nach den Inhalten: so wurden Entspannungs- und leichte Sportangebote wie z. B. Yoga oder Pilates eher wahrgenommen als Informationen oder Kurse zu gesunder Ernährung oder zur Raucherentwöhnung. Angebote, die direkt auf die Steigerung des Wohlbefindens abzielen, scheinen demnach besser nachgefragt zu werden als solche, die eine Umstellung von Lebensgewohnheiten in den Mittelpunkt stellen. Von Leitungskräften wurde zudem berichtet, dass generell soziale Aktivitäten wie Betriebsfest oder -ausflug größere Resonanz finden als gesundheitsbezogene Maßnahmen. Zum anderen war die Organisation der Angebote, also die räumliche und zeitliche Lage ein Hauptfaktor für die Resonanzen bei den Beschäftigten.

Im Zuge der Erhebung wurde nach den Gründen gefragt, warum die Adressaten von BGF-Angeboten diese nicht nutzen. Die mit Abstand meisten Nennungen fielen auf den Druck der Arbeitsanforderungen, die keine zeitlichen Spielräume für eine Teilnahme zuließen.

Abbildung 2: Gründe für die Nicht-Nutzung von BGF-Angeboten

Quelle: iso 2019, Befragung im HBS-Projekt „Barrieren und Treiber betrieblicher Prävention“

Aus den Interviews heraus lässt sich der Befund insofern zuspitzen, als dass die Aufforderung, sich an gesundheitsfördernde Maßnahmen zu beteiligen, eher als Belastung denn als Möglichkeit zur Stärkung der eigenen Ressourcen empfunden wurde.

„Soll ich hier noch einen Kurs da mitmachen, ich bin sowieso schon die ganze Zeit durchgehend hier ohne frei. Dann soll ich auch noch hier, also was ist denn das für ein Kappes?“ (Pflegekraft)

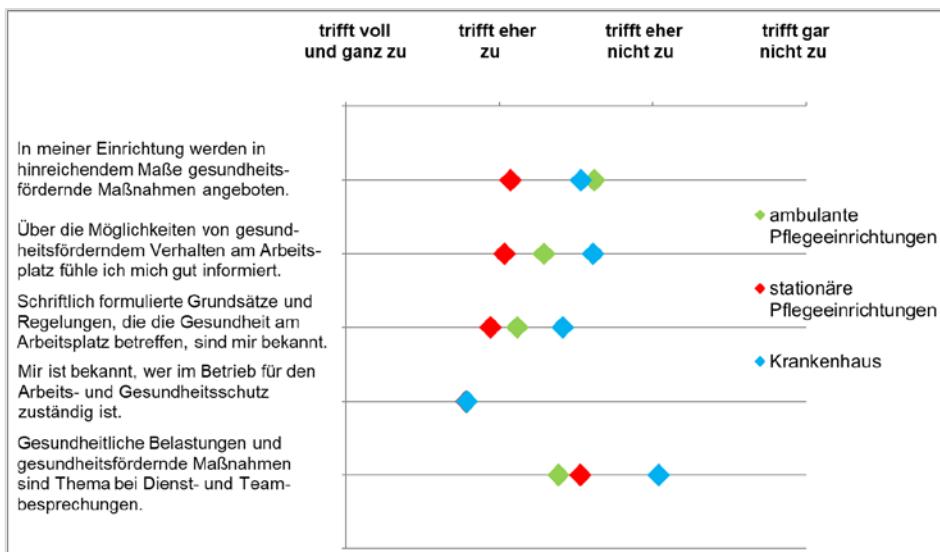
„Wenn ich das in der Arbeitszeit machen könnte, ja. Nach Feierabend gehe ich da nicht mehr hin. [...] Ich habe noch eine Tochter daheim. Wenn die aus der Schule kommt, will die ihr Mittagessen haben. Ich kann dann nicht noch eine Stunde Gymnastik machen.“ (Betreuungskraft)

Angesichts der Lasten durch Mehrarbeit und der ohnehin knappen Freizeit greifen BGF-Angebote, die außerhalb der Arbeitszeit wahrgenommen werden können, u. U. ins Leere. Viele der Befragten verweisen auf die Paradoxie, dass diejenigen Beschäftigtengruppen mit den höchsten Belastungen und Bedarfen an gesundheitlicher Ressourcenstärkung am schlechtesten erreicht werden. Hinweise von Leitungskräften, dass z. B. Beschäftigte aus der Verwaltung deutlich leichter für eine Teilnahme an BGF-Angeboten zu gewinnen seien als Pflegekräfte, unterstreichen diesen Aspekt. Ein auch in den Interviews artikulierter Ansatzpunkt könnte darin bestehen, die Teilnahme an Angeboten innerhalb der Dienstzeit zu ermöglichen (wobei auch hier die Limitierungen der personellen Knappheit greifen dürften).

Darüber hinaus geht aus Abbildung 2 hervor, dass offenbar Optimierungspotenziale in der Information zu BGF-Angeboten bestehen. Hier besteht offenbar eine Diskrepanz zwischen den Bemühungen der Leitungsebene, dieses Thema zu adressieren, und dem, was bei den Beschäftigten tatsächlich an Informationen zu den Angeboten wahrgenommen wird.

In der standardisierten Erhebung wurde zudem danach gefragt, wie der betriebliche Umgang mit dem Gesundheitsthema in verschiedenen Aspekten wahrgenommen wird.

Abbildung 3: Wahrnehmung von BGF-Maßnahmen und Informiertheit zu gesundem Arbeiten

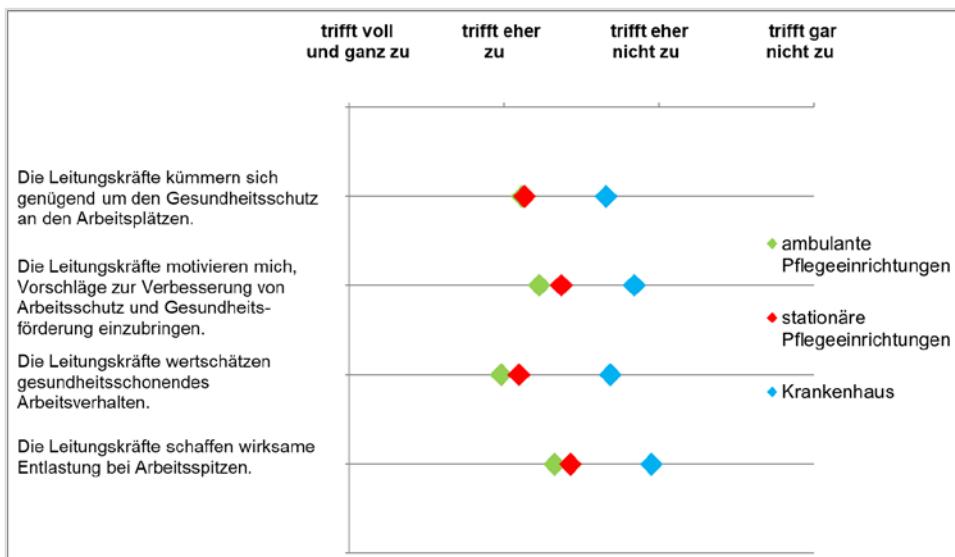


Quelle: iso 2019, Befragung im HBS-Projekt „Barrieren und Treiber betrieblicher Prävention“

Bei den Angeboten der betrieblichen Gesundheitsförderung, der Informationslage zu gesundheitsförderlichem Arbeiten und hinsichtlich schriftlich formulierten Grundsätzen und Regeln zum Gesundheitsschutz beurteilten die Befragten aus den stationären Einrichtungen die Lage besser als ihre Kolleginnen in den Krankenhäusern oder den ambulanten Diensten. Die Verantwortlichkeit für den Arbeitsschutz wird in allen Teilbranchen deutlich profilierter wahrgenommen als die eher „weichen“ Themen der Gesundheitsförderung.

Auch die Leitungskräfte spielen eine wichtige Rolle dafür, wie Arbeitsschutz und gesundes Arbeiten im Betrieb durch die Beschäftigten wahrgenommen werden.

Abbildung 4: Rolle der Leitungskräfte aus Sicht der Beschäftigten



Quelle: iso 2019, Befragung im HBS-Projekt „Barrieren und Treiber betrieblicher Prävention“

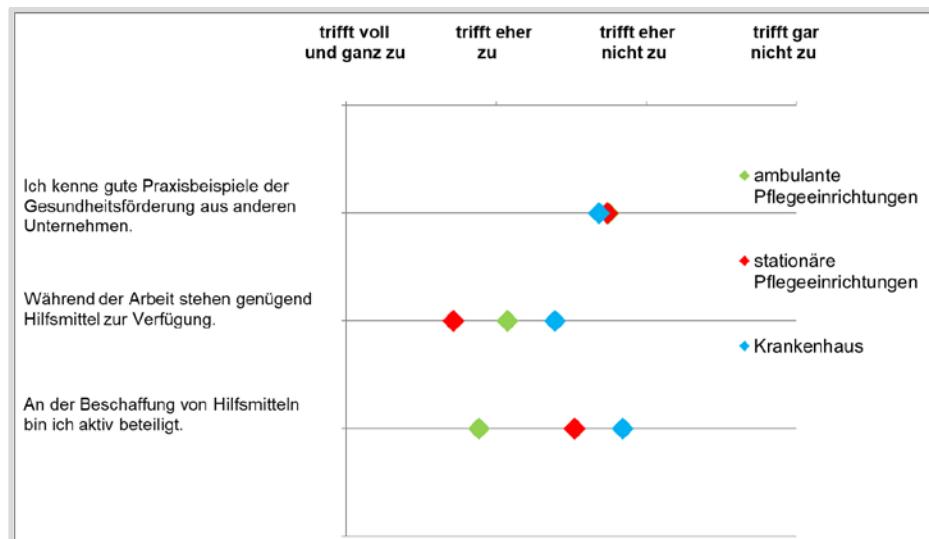
Die Antworten zur Rolle der Leitungskräfte sind eher ernüchternd zu beurteilen. Als positives Ergebnis kann festgehalten werden, dass in der ambulanten und stationären Langzeitpflege eine Wertschätzung der Leitungskräfte für gesundheitsschonendes Arbeiten registriert wird. Jedoch fallen die Bewertungen der Motivation zur aktiven Beteiligung an der Entwicklung von Maßnahmen oder die Schaffung wirksamer Entlastung durch die Leitungskräfte skeptischer aus.

Besonders auffällig ist der Befund, dass die Beschäftigten der Kliniken die Rolle der Leitungskräfte in allen Aspekten deutlich kritischer beurteilen. Betriebliche Abläufe, Organisationskultur und Führungsverständnis im „System Krankenhaus“ lassen offensichtlich wenig Spielräume für eine wirksame Unterstützung betrieblicher Gesundheitsförderung durch die Leitungskräfte. Dies korrespondiert mit Befunden aus den Experteninterviews, denen zu Folge Mediziner im Krankenhaus als wenig belastungssensible Akteure eingeschätzt werden. Auf der einen Seite scheinen demzufolge berufsspezifische Barrieren zu bestehen, das Thema Gesundheit am Arbeitsplatz auf sich selbst zu beziehen. Nach Einschätzungen von Befragten sehen sich die Ärzte als die eigentlichen Experten für Gesundheit. Sie seien wenig empfänglich für Ratschläge oder Maßnahmen, die ihre eigene Gesundheit bzw. ihr Gesundheitsverhalten adressieren. Auf der anderen Seite herrsche bei Ärzten ein erheblicher mentaler Druck, für die Interessen der Patienten und des

Krankenhauses über sich hinaus zu wachsen. Überlange Mehrarbeit habe eine lange Tradition in der Ärzteschaft und spielt noch immer eine große Rolle. Viele Chefärzte verlangten auch heute noch eine permanente Verfügbarkeit ihrer ärztlichen Mitarbeiter. Insofern seien die Ärzte einerseits nur schwer für betriebliche Gesundheitsstrategien zu gewinnen, auf der anderen Seite müssten sie selbst als vulnerable Gruppe betrachtet werden.

Auch in Bezug auf die Bekanntheit von „Gute-Praxis-Beispielen“ und zur Verfügbarkeit von Hilfsmitteln variieren die Einschätzungen beträchtlich:

Abbildung 5: Bekanntheit von guter Praxis und Verfügbarkeit von Hilfsmitteln



Quelle: iso 2019, Befragung im HBS-Projekt „Barrieren und Treiber betrieblicher Prävention“

Augenfällig ist, dass Praxisbeispiele aus anderen Unternehmen, die Impulsgeber für die Gesundheitsförderung im eigenen Betrieb darstellen könnten, bei den Beschäftigten kaum bekannt sind. Auch in den betrieblichen Interviewbefragungen der Leitungskräfte gab es nur wenig Wissen darüber, was jenseits des „eigenen Tellerrands“ in der Gesundheitsförderung läuft. Dies überrascht insofern, denn gerade aus dieser Gruppe wurde das Thema „Mitarbeitergesundheit“ in den Interviews als wichtiger werdender Faktor der Arbeitgeberattraktivität dargestellt.

Hilfsmittel dienen der Arbeitserleichterung und sind wichtige Präventionsmaßnahmen gegen einen vorzeitigen Verschleiß vor allem des Muskel-Skelett-Apparates. Die Verfügbarkeit solcher Hilfsmittel wird in

den Pflegeheimen noch am besten beurteilt. Interessanterweise sehen die Beschäftigten der ambulanten Dienste die Nutzungsmöglichkeiten von Hilfsmitteln noch eher gegeben als die Krankenhausmitarbeiter – trotz der bereits geschilderten schwierigeren Beschaffungssituation und den räumlich-technischen Restriktionen in der Häuslichkeit der Klienten. Dagegen überrascht weniger, dass die Beschäftigten der ambulanten Dienste sich am stärksten an der Beschaffung von Hilfsmitteln beteiligt sehen, denn sie sind in der Regel diejenigen, die die Pflegebedürftigen und ihre Angehörigen bei der Beantragung und der Anschaffung beraten und unterstützen.

Individuelle Strategien zur Optimierung „guter“ Arbeitsbedingungen

Insbesondere für die befragten Pflegekräfte stand die Frage, wie sie die Arbeitsbelastungen begrenzen und ausbalancieren können, viel stärker im Vordergrund als die Nutzung betrieblicher Gesundheitsangebote. Die Sorge um den langfristigen Erhalt der Arbeitskraft wurde dabei explizit thematisiert. Sie steht aus Sicht der Beschäftigten in einem Spannungsverhältnis zum Versorgungsauftrag und den Anforderungen zur Ableistung von Überstunden, um die Einrichtung funktionsfähig zu halten.

„Ich habe auf drei Viertel-Stelle reduziert. Mit den Überstunden bin ich dann auf Vollzeit. Mehr geht nicht.“ (Pflegekraft)

Die Reduzierung der Arbeitszeit wurde nicht mit familiären oder persönlichen Interessen begründet, sondern zur Begrenzung der Arbeits(zeit)belastungen gewählt, um die Gesundheit auf Dauer nicht zu gefährden. Ein „Normalarbeitsverhältnis“ in Vollzeit wurde unter dem aktuellen Druck zu Mehrarbeit als nicht mehr leistbar gesehen. Der Personalmangel in der Branche scheint die Beschäftigten unter Druck zu setzen, bei der Verausgabung ihrer Arbeitskraft- und Gesundheitsressourcen individuelle Grenzziehungen etwa über den Weg der Teilzeitarbeit vorzunehmen.

Darüber hinaus wiesen einige der befragten Leitungskräfte darauf hin, dass medizinische und pflegerische Fachkräfte in zunehmendem Maße individuelle Strategien einschlagen, um ihre Arbeitsbedingungen zu verbessern. So wird z. B. aus dem Krankenhaussektor berichtet, dass neu eingestellte Ärzte Sonderbedingungen verhandeln würden, um weniger Bereitschaftsdienste abzuleisten und somit ihre Arbeitszeitbelastungen zu begrenzen.

Zudem gewinnt aus Perspektive der befragten Kliniken, Einrichtungen und Dienste der Tatbestand an Bedeutung, dass Honorarärzte, freiberufliche Pflegekräfte oder Pflegekräfte aus der Leiharbeit eingesetzt werden, um Personalengpässe abzupuffern. Innerbetrieblich werden diese Kräfte nicht selten als Konkurrenten um attraktive Arbeitsbedingungen wahrgenommen. Sie dürfen sich nach Aussage der Befragten z. B. tagesbezogene Arbeitszeiten außerhalb des Schichtbetriebs aussuchen, sie werden nicht in ärztliche Bereitschaftsdienste einbezogen und teilweise höher entlohnt. In der Gerechtigkeitswahrnehmung wird diese Situation von den fest Angestellten 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 der Kenntnis von Örtlichkeiten und Klienten nicht in vollem Umfang in alle Aufgaben und die vollen Leistungsanforderungen einbezogen werden können. Meist ist diese Gruppe für Maßnahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung schwer ansprechbar, weil sie nur für zeitlich begrenzt eingesetzt werden und in die jeweilige Organisationseinheit nur bedingt integriert sind.

Insgesamt scheint es dieser bisher noch kleinen, aber u. U. wachsenden Gruppe angesichts der Arbeitsmarktsituation im Gesundheitssektor zu gelingen, die einst als Prekarisierung des Arbeitsmarktes kritisierte Leih- und Werkvertragsarbeit in ihr Gegenteil zu verkehren: sie wird zu einem Instrument, um individuell bessere Arbeits- und Entlohnungsbedingungen durchzusetzen.

Auch in der fachpolitischen Diskussion wird diese Entwicklung hinsichtlich ihrer innerbetrieblichen Auswirkungen und der finanziellen Kosten zunehmend thematisiert (z. B. Kiefer 2018; bpa 2019). Zwischen 2017 und 2018 ist die Zeitarbeit im Tätigkeitsfeld der personenbezogenen Dienstleistungen um 13 Prozent auf mehr als 130.000 Personen angewachsen (Bundesagentur für Arbeit 2019). Das „Ausweichen“ in Konstellationen, die die Durchsetzung besserer Arbeitsbedingungen ermöglichen, ist aus individueller Perspektive nachvollziehbar, funktioniert allerdings nur, solange diese Gruppe zahlenmäßig relativ klein bleibt. Arbeitspolitisch problematische Folgen sind u. U. dann zu befürchten, wenn durch Zeitarbeits- und Honorarkräfte die Stammbelegschaften in ungünstige Arbeitszeitlagen verdrängt werden und zwischen den Beschäftigten innerbetriebliche Konflikte um „gute Arbeitsbedingungen“ entstehen.

5. Resümee

Mit der vorliegenden Studie wurde der Fokus auf die Barrieren und Treiber gelegt, die die Umsetzung betrieblicher Gesundheitsförderung im Gesundheitssektor voranbringen oder erschweren. Die Gesundheitswirtschaft gilt einerseits als eine Branche mit hohen Arbeitsbelastungen sowie schwierigen Arbeitsmarkt- und Finanzierungsbedingungen. Andererseits ist sie ein Bereich, der vor allem über die Mittel der Sozialversicherungen finanziert, also öffentlich gesteuert wird und daher auch in Fragen der Personalausstattung und der Arbeitsbedingungen in hohem Maße durch den Gesetzgeber bzw. politische Akteure gestaltbar ist – und sich hierin von anderen Branchen unterscheidet.

Die Ergebnisse der Studie zeigen, warum in der Gesundheitswirtschaft schwierige Voraussetzungen für die Umsetzung betrieblicher Gesundheitsstrategien vorliegen. Durch die Differenzierung der Betrachtung nach der Ebene der überbetrieblichen Rahmenbedingungen, der Ebene von Organisation und Management sowie der Ebene der subjektiven Haltungen und Arbeitsroutinen kann verdeutlicht werden, dass hier vielfältige Faktoren ineinander greifen und die Branche durch ihren speziellen sozial- und gesundheitspolitischen Versorgungsauftrag geprägt ist. Zwar leiden alle Einrichtungen unter dem Personalnotstand; dennoch lässt sich eine breite empirische Spannbreite feststellen, mit welcher Stoßrichtung und Reichweite Präventionsstrategien im Betrieb umgesetzt werden.

Generell wurde von den befragten Leitungskräften deutlich artikuliert, dass hinsichtlich der Förderung der Mitarbeitergesundheit ein evidenter Handlungsbedarf besteht. Dieser Sensibilität steht ein erstaunlich hoher Grad an Nicht-Wissen über Gute-Praxis-Beispiele anderer Unternehmen, über Handlungshilfen sowie über geeignete Kooperationspartner und Dienstleistungsanbieter gegenüber. Den vielfältigen Angeboten dieser Art scheint es grosso modo bisher nicht gelungen zu sein, in das Wahrnehmungsfeld der betrieblichen Akteure zu rücken.

In der betrieblichen Praxis lassen sich bei einer vergröberten Betrachtung zwei parallele Ansätze identifizieren: Auf der einen Seite steht das Bemühen der Leitungskräfte, die Belastungen einzugrenzen und auf möglichst viele Schultern zu verteilen; oder zumindest Kompensationen für Sonderbelastungen wie das Einspringen aus dem Dienstfrei zu organisieren. Diesen Bemühungen sind aufgrund der geschilderten Arbeitsmarktsituation strukturelle Grenzen gesetzt, solange es nicht gelingt, die bisherigen und die durch die Pflege- und Gesundheitsreformen neu geschaffenen Stellen auch tatsächlich zu besetzen. Solange diese Situation besteht, dürften auch die Absetzbewegungen eines Teils der Fach-

kräfte in atypische Beschäftigungsformen anhalten, in denen sie sich günstigere Arbeitsbedingungen versprechen. Die Personal- und Arbeitsmarktsituation dominiert die Problemwahrnehmung und das Alltagshandeln der Beschäftigten und der personalpolitischen Akteure in der Branche. Strukturelle Lösungen müssen vor allem in diesem Bereich ansetzen, weil ansonsten die Bemühungen um innerbetriebliche Belastungsausgleiche wie auch Angebote der betrieblichen Gesundheitsförderung unterlaufen werden. Insofern bleibt darauf zu hoffen, dass die Anstrengungen zur stärkeren Ausbildung und zur Attraktivitätssteigerung von Pflege- und Gesundheitsberufen sich zeitnah auf dem Arbeitsmarkt bemerkbar machen.

Dennoch zeigt sich auf der anderen Seite eine große Vielfalt der betrieblichen Aktivitäten und Angebote zur gesundheitlichen Sensibilisierung, zur Verhaltensprävention und zur Stärkung ihrer Arbeitsfähigkeit. Sie haben insofern eine nicht zu unterschätzende symbolische Bedeutung, als dass sie den Beschäftigten signalisieren, dass sie als Person mit ihrem Bedürfnis nach (gesundheitlichem) Wohlbefinden auch wahrgenommen werden. Solange diese Angebote allerdings außerhalb der Arbeitszeit stattfinden, werden sie vermutlich nur von einer kleinen Gruppe von Beschäftigten aktiv genutzt werden.

Ambitioniertere betriebliche Gesundheitsprojekte wurden in der empirischen Praxis vor allem „Top-Down“ von Leitungspersonen vorangetrieben, denen es gelungen war, die operativen Führungskräfte der Einrichtung und die Beschäftigten für die Maßnahmen zu gewinnen und die Umsetzung und Nutzung der Maßnahmen nachzuhalten. Überbetriebliche Kooperationen mit Präventionsanbietern wie den Krankenkassen oder der Berufsgenossenschaft BGW haben dazu beigetragen, innerbetriebliche Strukturen der Steuerung zu schaffen und die Umsetzung von Maßnahmen zu verstetigen. In den Fallbetrieben, die solche Allianzen gebildet hatten, wurden über die Kooperation zudem weitere Aktivitäten der betrieblichen Gesundheitsförderung angestoßen.

Offen ist, ob der Personalmangel tatsächlich auch zu einem wirksamen Treiber für die betriebliche Gesundheitsförderung werden kann. Denn die Kliniken und Einrichtungen stehen unter einem scharfen Konkurrenzdruck, sich als attraktiver Arbeitgeber zu präsentieren. Sie müssen letztendlich glaubwürdig darlegen, dass sie sich nachhaltig um das Wohlergehen und die Gesundheit ihrer Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter kümmern. Die Varianzen in der betrieblichen Praxis zeigen, dass auch unter den schwierigen Rahmenbedingungen Spielräume bestehen, das Thema „Gesundheit im Betrieb“ zu entwickeln, mit Maßnahmen zu unterlegen und zu verstetigen. Diese Spielräume sollten von den Leitungs-

kräften, den betrieblichen Interessenvertretungen und von überbetrieblichen Präventionsanbietern energischer als bisher genutzt werden.

6. Literatur

- Albrecht, M.; Loos, S.; Möllenkamp, M.; Sander, M.; Schiffhorst, G.; Braeseke, G.; Stengel, V. (2017): Faktencheck Pflegepersonal im Krankenhaus. Internationale Empirie und Status quo in Deutschland. Bertelsmann Stiftung, Gütersloh.
- Antonovsky, A. (1997): Salutogenese. Zur Entmystifizierung der Gesundheit. Tübingen.
- Badura, B.; Ducki, A.; Schröder, H.; Klose, J.; Meyer, M. (Hg.) (2015): Fehlzeiten-Report 2015. Neue Wege für mehr Gesundheit – Qualitätsstandards für ein zielgruppenspezifisches Gesundheitsmanagement. Berlin, Heidelberg.
- Beck, D.; Lehnhardt, U. (2016): Betriebliche Gesundheitsförderung in Deutschland: Verbreitung und Inanspruchnahme. Ergebnisse der BIBB/BAuA-Erwerbstägenbefragungen 2006 und 2012. Gesundheitswesen 2016; 78(01): 56–62. <https://www.thieme-connect.de/products/ejournals/abstract/10.1055/s-0034-1387744> (Aufruf am 3.6.2019).
- Berufsgenossenschaft Gesundheit und Wohlfahrtspflege (BGW) (2015): Managementanforderungen der BGW zum Arbeitsschutz (MAAS-BGW). Integration von Arbeitssicherheit und Gesundheit in ein Qualitätsmanagementsystem (modellunabhängige MAAS-BGW). Hamburg. https://www.bgw-online.de/DE/Medien-Service/Medien-Center/Medientypen/BGW-Broschueren/BGW04-08-003_Managementanforderungen-der-BGW-zum-Arbeitsschutz-MAAS.html (Aufruf am 19.11.2019).
- Bogner, A.; Littig, B.; Menz, W. (Hg.) (2002): Das Experteninterview. Theorie, Methode, Anwendung. Wiesbaden.
- Bräutigam, C.; Evans, M.; Hilbert, J.; Öz, F. (2014): Arbeitsreport Krankenhaus. Arbeitspapier 306 der Hans-Böckler-Stiftung, Düsseldorf.
- Brussig, M. Schulz, S. E. (2018): Wer sich für Gesundheitsprävention im Betrieb einsetzt. Forschungsmonitor für den Verbund „Neue Allianzen zum Erhalt der Beschäftigungsfähigkeit bei gesundheitlichen Einschränkungen“, HBS Working Paper Forschungsförderung Nr. 56, Februar 2018, Düsseldorf. https://www.boeckler.de/pdf/p_fofoe_WP_056_2018.pdf (Aufruf am 11.9.2019).
- Bundesagentur für Arbeit (2011): Gesundheits- und Pflegeberufe in Deutschland, Nürnberg.
- Bundesagentur für Arbeit (2018): Arbeitsmarktsituation im Pflegebereich. Berichte: Blickpunkt Arbeitsmarkt, Nürnberg.

- Bundesagentur für Arbeit (2019): Aktuelle Entwicklungen in der Zeitarbeit. Berichte: Blickpunkt Arbeitsmarkt, Januar 2019, Nürnberg.
- Bundesverband privater Anbieter sozialer Dienste (bpa) (2019): Aktionsplan Pflege: „Gute Ansätze ohne Finanzierungskonzept und konkreten Fahrplan“. Pressemitteilung Nr. 32/19, Berlin.
- DAK-Gesundheit (2018): DAK-Gesundheitsreport 2018, Hamburg.
- Darmann-Fink, I.; Friesacher, H. (2009): Professionalisierung muss am Kern des Pflegerischen ansetzen! Editorial zum IPP-Info Nr. 7/2009. Institut für Public-Health und Pflegeforschung an der Universität Bremen. Bremen, S. 1.
- Deutsche Rentenversicherung (2011): Rentenzugänge in 2011 der 20 Berufsgruppen mit den höchsten Anteilen an Rente wegen verminderter Erwerbsfähigkeit. In: Rentenzugänge 2011, Renten nach SGB VI insgesamt, Bd. 188, S. 14–17, Berlin.
- Deutsche Rentenversicherung (2015): Indikatoren zu Erwerbsminderungsrenten im Zeitablauf 2015. http://www.deutsche-rentenversicherung.de/cae/servlet/contentblob/238686/publicationFile/34841/indikatoren_zu_erwerbsminde-rungsrenten.pdf (Aufruf am 14.2.2019).
- Deutsche Rentenversicherung (2018): Erwerbsminderungsrenten im Zeitverlauf. https://www.deutsche-rentenversicherung.de/Allgemein/de/Inhalt/6_Wir_ueber_uns/03_fakten_und_zahlen/03_statistiken/02_statistikpublikationen/13_erwerbsminderungsrenten_zeitablauf_2018.pdf?blob=publicationFile&v=19 (Aufruf am 14.2.2019).
- Deutsche Rentenversicherung Bund (2007): Regionale Initiative – Betriebliches Eingliederungsmanagement, Abschlussbericht, Berlin.
- Deutscher Bundestag (2018): Überstunden und Mehrarbeit in Deutschland. 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 vom 28.11.2018, Berlin.
- Europäische Kommission (2012): Sicherheit und Gesundheit bei der Arbeit im Gesundheitswesen. Leitfaden für Prävention und gute Betriebspraxis. <https://www.gesundheitsdienstportal.de/gemeinsame-deutsche-arbeitsschutzstrategie/handlungshilfe-praxishilfen/sonstiges/sicherheit-und-gesundheit-bei-der-arbeit-im-gesundheitswesen/> (Aufruf am 3.9.2019)

- 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 (Aufruf am 30.11.2018)
- Faller, G. (2017): Was ist eigentlich betriebliche Gesundheitsförderung? In: Faller, G. (Hg.): Lehrbuch betriebliche Gesundheitsförderung. Bern, S. 25–38.
- Faller, G.; Störkel, F. (2017): Wer hilft den Helfern? Gesundheitsförderung im Krankenhaus. In: Faller, G. (Hg.): Lehrbuch Betriebliche Gesundheitsförderung, Bern, S. 369–379.
- Freigang-Bauer, I.; Gröben, F. (2011): Eingliederung von Mitarbeitern mit psychischen Erkrankungen. HBS Arbeitspapier 224, Düsseldorf.
- Garms-Homolová, V.; Roth, G. (2004): Vorkommen, Ursachen und Vermeidung von Pflegemängeln. Forschungsbericht. Berlin, Göttingen.
- Gesundheitsberichterstattung (2019): Gesundheitspersonal in 1.000. Gliederungsmerkmale: Jahre, Deutschland, Geschlecht, Einrichtung, Beruf. [http://www.gbe-bund.de/oowa921-install/servlet/oowa/aw92/dboowasys921.xwdevkit/xwd_init?qbe.isgbetol/xs_start_neu&p_aid=i&p_aid=36711647&nummer=569&p_sprache=D&p_indsp=36239401&p_aid=856134](http://www.gbe-bund.de/oowa921-install/servlet/oowa/aw92/dboowasys921.xwdevkit/xwd_init?qbe.isgbetol/xs_start_neu&p_aid=&p_aid=88771587&nummer=89&p_sprache=D&p_indsp=&p_aid=42516560) (Aufruf am 14.2.2019)
- Gesundheitsberichterstattung (2019a): Personal in ambulanten Pflegediensten und Pflegeheimen. Gliederungsmerkmale: Jahre, Region, Beschäftigungsverhältnis. http://www.gbe-bund.de/oowa921-install/servlet/oowa/aw92/dboowasys921.xwdevkit/xwd_init?qbe.isgbetol/xs_start_neu&p_aid=i&p_aid=36711647&nummer=569&p_sprache=D&p_indsp=36239401&p_aid=856134 (Aufruf am 1.4.2019)
- Giesert, M.; Wendt-Danigel, C. (2011): Handlungsleitfaden für ein Betriebliches Eingliederungsmanagement, HBS Arbeitspapier 199, Düsseldorf.
- GKV-Spitzenverband (2018): Leitfaden Prävention. Handlungsfelder und Kriterien nach § 20 Abs. 2 SGB V; Leitfaden Prävention in stationären Pflegeeinrichtungen nach § 5 SGB XI. Berlin. https://www.gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/presse/publikationen/Leitfaden_Prävention_2018_barrierefrei.pdf (Aufruf am 13.5.2019)
- GKV Spitzenverband, Medizinischer Dienst des Spitzenverbandes-Bund der Krankenkassen (MDS) (2018): Präventionsbericht 2018. Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung: Primärprävention und Gesundheitsförderung. Leistungen der sozialen Pflegeversicherung: Prävention in stationären Pflegeeinrichtungen. Berichtsjahr 2017. Berlin, Essen.

- Hacker, W. (2009): Arbeitsgegenstand Mensch: Psychologie dialogisch-interaktiver Erwerbsarbeit: Ein Lehrbuch. Lengerich
- Hielscher, V.; Kreutzer, E.; Matthäi, I. (2019): Schichtarbeit unter Veränderungsdruck. Praxiserfahrungen, Herausforderungen, Zielkonflikte. Baden-Baden.
- Hielscher, V.; Kirchen-Peters, S. (2018): Woran hapert's bei der betrieblichen Gesundheitsförderung? In: Management & Krankenhaus, Nr. 9/2018, S. 6.
- Hielscher, V.; Kirchen-Peters, S.; Krupp, E. (2018a): Bei der betrieblichen Gesundheitsförderung gibt es „Luft nach oben“! In: Seniorenheim-Magazin, Ausgabe 02/2018, S. 40–41.
- Hielscher, V.; Kirchen-Peters, S.; Krupp, E. (2018b): Gesundheitsförderung – Die Gesundheit der Pflegenden schützen. In: CAREkonkret, Nr. 51, S. 2.
- Hielscher, V.; Nock, L.; Kirchen-Peters, S.; Blass, K. (2013): Zwischen Kosten, Zeit und Anspruch. Das alltägliche Dilemma sozialer Dienstleistungsarbeit. Wiesbaden.
- Hien, W. (2018): Krank – und in der ambulanten Pflege arbeiten? Eine Fallstudie zur Arbeit mit gesundheitlichen Beeinträchtigungen in Klein- und Mittelbetrieben. Working Paper der Forschungsförderung, Nr. 55, Januar 2018, Düsseldorf. https://www.boeckler.de/pdf/p_fofoe_WP_055_2018.pdf (Aufruf am 11.9.2019).
- Institut DGB-Index Gute Arbeit und ver.di-Vereinte Dienstleistungsgewerkschaft (2018) Arbeitsbedingungen in der Alten- und Krankenpflege. <https://index-gute-arbeit.dgb.de/++co++fecfee2ca482-11e8-85a5-52540088cada> (Aufruf am 29.10.2018)
- Kiefer, Anna (2018): Eine tickende Zeitbombe. In: Altenheim Nr. 5/2018, S. 16–20.
- Kooperationsstelle Hamburg IFE; TNS Infratest (2014): Abschlussbericht zur Dachevaluation der Gemeinsamen Deutschen Arbeitsschutzstrategie, Berlin.
- Krupp, E.; Hielscher, V.; Kirchen-Peters, S. (2018): Gesundes Arbeiten auch in der ambulanten Pflege. In: Häusliche Pflege, Nr. 4/2018, S. 14.
- Krupp, E.; Hielscher, V.; Kirchen-Peters, S. (2019): Betriebliche Gesundheitsförderung in der Pflege – Umsetzungsbarrieren und Handlungsansätze. In: K. Jacobs et al. (Hg.) (2019): AOK – Pflegereport 2019, S. 26–35.
- Kuhn, K. (2017) Der Betrieb als gesundheitsförderndes Setting: Historische Entwicklung der Betrieblichen Gesundheitsförderung. In: Faller, G. (Hg.) Lehrbuch Betriebliche Gesundheitsförderung, 3. Aufl. Hogrefe, Bern, S. 39–56

- Mayring, P. (2008): Qualitative Inhaltsanalyse: Grundlagen und Techniken. Weinheim.
- Medizinischer Dienst des Spitzenverbandes der Krankenkassen (MDS) (2004): Qualität in der ambulanten und stationären Pflege. 1. Bericht des MDS nach § 118 Abs. 4 SGB XI. Berlin.
- Nock, L.; Hielscher, V.; Kirchen-Peters, S. (2013): Dienstleistungsarbeit unter Druck: Der Fall Krankenhauspflege. Arbeitspapier 296. Düsseldorf: Hans Böckler Stiftung.
- Pongratz, H.-J.; Trinczek, R. (Hg.) (2010): Industriesoziologische Fallstudien. Entwicklungspotenziale einer Forschungsstrategie. Berlin.
- Richenhagen, G. (2011): Arbeitsfähigkeit – Arbeitsunfähigkeit – Arbeitsschutz. In: Giesert, M. (Hg.): Arbeitsfähig in die Zukunft. Willkommen im Haus der Arbeitsfähigkeit. Hamburg, S. 30–44.
- Rogers, E. (1995): The Diffusion of Innovations, New York, NY: Free Press.
- Rövekamp-Wattendorf, J. Heckes, K-T; Technau, J. (2018): Betriebliches Gesundheitsmanagement in der Pflege – eine Regionalanalyse. In: ASU Arbeitsmedizin-Sozialmedizin-Umweltmedizin 2018; 53, S. 735–741.
- Schildmann, C.; Voss, D. (2018): Aufwertung von sozialen Dienstleistungen. Warum sie notwendig ist und welche Stolpersteine noch auf dem Weg liegen. Forschungsförderung Report Nr. 4, Hans-Böckler-Stiftung, Düsseldorf. https://www.boeckler.de/pdf/p_fofoe_report_004_2018.pdf (Aufruf am 11.9.2019).
- Schmauder, M. (2013): Auswertung der Datenerhebung. Anhang 3 zum Abschlussbericht des GDA-Arbeitsprogramms Sicherheit und Gesundheitsschutz bei der Pflege (AP Pflege). Berlin.
- Scholz, C. (2014): Generation Z: Wie sie tickt, was sie verändert und warum sie uns alle ansteckt. Weinheim.
- Schröder, W. (2017): Kollektives Beschäftigtenhandeln in der Altenpflege. Böckler Study 373, Düsseldorf.
- Simon, M. (2018): Von der Unterbesetzung in der Krankenhauspflege zur bedarfsgerechten Personalausstattung, Hans Böckler Stiftung, Düsseldorf.
- Statistisches Bundesamt (2019): Gesundheitspersonal, https://www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Gesundheit/Gesundheitspersonal/_inhalt.html (Aufruf am 13.5.2019); Industrie, verarbeitendes Gewerbe, https://www.destatis.de/DE/Themen/Branchen-Unternehmen/Industrie-Verarbeitendes-Gewerbe/_inhalt.html (Aufruf am 13.5.2019).

Wellmann, H. (2018): Monitoring im betrieblichen Gesundheitsmanagement, Böckler-Study Nr. 389, Mai 2018, Düsseldorf. https://www.boeckler.de/pdf/p_study_hbs_mbf_bvd_389.pdf (Aufruf am 11.09.2019).

Weltgesundheitsorganisation (WHO) Europa (1986) Ottawa-Charta zur Gesundheitsförderung 1986. <http://www.euro.who.int/de/publications/policy-documents/ottawa-charter-for-health-promotion,-1986> (Aufruf am 30.11.2018).

7. Autorinnen und Autoren

Dr. rer. pol. Volker Hielscher, Studium der Sozialwissenschaft, Politikwissenschaft und Psychologie, Promotion an der Universität Bremen. Mehrjährige Tätigkeit als wissenschaftlicher Mitarbeiter am Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung (WZB) sowie als Professor für Arbeitsmarktkökonomie an der SRH Hochschule Heidelberg.

Wissenschaftlicher Mitarbeiter und stellvertretender Geschäftsführer am Institut für Sozialforschung und Sozialwirtschaft (iso) in Saarbrücken. Forschungsschwerpunkte: Arbeitszeiten und Zeitstrukturwandel, Personalpolitische Strategien in Unternehmen, Entwicklung von sozialer Dienstleistungsarbeit.

Dr. rer. cur. Elisabeth Krupp, Gesundheits- und Krankenpflegerin und Studium Pflegemanagement an der Hamburger Fern-Hochschule mit mehrjähriger Berufserfahrung in beiden Bereichen. Masterstudium und Promotion in der Pflegewissenschaft an der Philosophisch-Theologischen Hochschule in Vallendar. Anschließend mehrjährige Tätigkeit als wissenschaftliche Mitarbeiterin im Studiengang Pflegewissenschaft an der Universität Trier.

Seit 2018 wissenschaftliche Mitarbeiterin am Institut für Sozialforschung und Sozialwirtschaft (iso) in Saarbrücken. Forschungsschwerpunkte: Pflege- und Versorgungsforschung, innovative Demenzversorgung, Pflegequalität, Betriebliches Gesundheitsmanagement.

In vielen Einrichtungen des Gesundheitswesens – Krankenhäuser, ambulante oder stationäre Pflegeeinrichtungen – bleibt die konkrete Umsetzung von Maßnahmen zur betrieblichen Gesundheitsförderung hinter den Erwartungen und dem hohen Bedarf zurück. Die Studie hat auf der Basis von Interviews und einer quantitativen Befragung nach Barrieren und Treibern für die betriebliche Gesundheitsförderung gefragt. Dabei wurden Organisationsstrategien, überbetriebliche Rahmenbedingungen sowie individuelle Arbeitserfahrungen beleuchtet und Potenziale überbetrieblicher Allianzen zur Umsetzung von Gesundheitsprojekten ausgelotet.
