



Betriebliches Gesundheitsmanagement (BGM) für Pflege- einrichtungen und Krankenhäuser unter Pandemiebedingungen

Michael Drupp, Markus Meyer und Werner Winter

Inhaltsverzeichnis

- 5.1 **Einleitung – 73**
- 5.2 **Belastungen und Arbeitsbedingungen bei Pflegeberufen im Spiegel der Arbeitsunfähigkeitsstatistik – 74**
- 5.3 **Bedarfsorientierte Instrumentenanpassung im Betrieblichen Gesundheitsmanagement vor und nach dem Pandemieausbruch – 81**
 - 5.3.1 Gesetzliche Regelungen und BGM-Erfahrungen in der Pflege als Ausgangsbasis – 81
 - 5.3.2 Pflegespezifische BGF-Bedarferhebung und Instrumentenentwicklung im AOK-System – 82
 - 5.3.3 Arbeitsorganisatorische Anpassungen und ergänzende BGF-Angebote infolge der ersten Pandemiewelle im Frühjahr 2020 – 84
 - 5.3.4 Veränderungen, Belastungssituation und Anpassungen der BGF-Angebote in der zweiten Pandemiewelle ab November 2020 – 85

5.4 Fazit und Ausblick – 86

Literatur – 87

■ Zusammenfassung

Pflegekräfte in der ambulanten und (teil-)stationären Altenpflege wie auch im Krankenhausbereich waren mit dem Aufkommen der ersten COVID-19-Pandemiewelle im März 2020 und dem Start einer zweiten Welle ab Oktober zusätzlich starken Arbeitsbelastungen ausgesetzt. Zu den bereits seit Jahren überdurchschnittlich hohen krankheitsbedingten Fehlzeiten bei den pflegenden Berufen kam im Pandemiejahr noch die belastende Situation hinzu, sich selbst mit COVID-19 im Rahmen der beruflichen Tätigkeit zu infizieren. Ursachen dafür lagen auch in der – regional und nach Einrichtungen unterschiedlich – erhöhten Arbeitsverdichtung und Arbeitsbelastung. Im Rahmen ansteigender Infektionszahlen in beiden Wellen und den damit verbundenen „Lockdown-Maßnahmen“ kam vorbeugenden Arbeitsschutz- und Hygienemaßnahmen in den Betrieben eine Priorität zu. Bereits mit Auslaufen der ersten Welle zeichnete sich bei vielen Betrieben ein Bedarf nach Maßnahmen der Betrieblichen Gesundheitsförderung (BGF) zur psychosozialen Unterstützung sowie zur Resilienzstärkung ab. Die Autoren zeigen auf, wie auf der Basis empirischer Erkenntnisse und unter Berücksichtigung der nach dem Abklingen der ersten Pandemiewelle nur partiell möglichen Beratung in Präsenz Unterstützungsangebote in Form hybrider und telefonischer Beratung bereitgestellt wurden. Sie ziehen zudem Schlussfolgerungen für eine weitere Anpassung des BGF-Instrumentariums für die berufliche Pflege über die Pandemiezeit hinaus.

With the emergence of the first COVID-19 pandemic wave in March 2020 and the start of a second wave from October, nursing staff in outpatient and (semi-)inpatient care for the elderly as well as in the hospital sector were exposed to heavy workloads. In addition to the above-average absences due to illness in the caring professions, which had already been high for years, the stressful situation of being infected with COVID-19 on the job was added in the pandemic year. This was also due to the

increased workload – which varied from region to region and from facility to facility. In the context of rising infection figures in both waves and the associated “lockdown measures”, preventive occupational health and safety and hygiene measures were given priority in the companies. By the end of the first wave, a need for workplace health promotion (WHP) measures to provide psychosocial support and strengthen resilience had already become apparent in many companies. The authors show how on the basis of empirical findings and taking into account the fact that after the first wave of the pandemic had subsided, counselling could only partial be provided from face to face, support was provided in the form of hybrid and telephone counselling. They also draw conclusions for a further adaptation of WHP for the nursing staff beyond the pandemic period.

5.1 Einleitung

Die im März 2020 beginnenden und bis heute anhaltenden Corona-Pandemiewellen in Deutschland haben die besonderen Handlungsbedarfe in der Pflege wie in einem „Brennglas“ offensichtlich werden lassen: Die Zahl der Pflegebedürftigen wächst seit Jahren infolge der demographischen Entwicklung. Zugleich mangelt es bundesweit an Pflegekräften. Die Pflege zeichnet sich seit langem durch hohe Arbeitsbelastungen aus, die ihren Niederschlag in den Krankenständen und auffälligen Arbeitsunfällen und Berufskrankheiten gefunden haben (Drupp und Meyer 2020).

Im vorliegenden Beitrag werden – ausgehend von Erkenntnissen aus der Sekundärstatistik zur Entwicklung der Arbeitsunfähigkeitsdaten im Zeitraum der vergangenen Jahre bis einschließlich Oktober 2020 – beispielhafte Maßnahmen eines AOK-Projekts dargestellt, die die besonderen pflegebranchenspezifischen Bedarfe für BGF-Maßnahmen aufgreifen. Dabei werden auch digitale Anpassungen und Vorgehensweisen dargestellt, die im ersten Lockdown im Frühjahr 2020 auf-

grund stark eingeschränkter Präsenzzugänge zu Pflegeeinrichtungen erforderlich wurden. In die Auswahl und Spezifizierung der Maßnahmen flossen Erkenntnisse aus Workshops mit Wissenschaftlern und Praktikern der Pflege wie auch aus einer pandemiebezogenen wissenschaftlichen Primärerhebung und schließlich aus einer eigenen Befragung des AOK-Bundesverbandes bei Pflegeeinrichtungen zum BGF-Bedarf unter Pandemiebedingungen ein. Am Ende des Beitrages werden Schlussfolgerungen aus den zweijährigen Projekterfahrungen gezogen sowie ein Ausblick auf verbleibende Anpassungsbedarfe und Entwicklungsoptionen für das Betriebliche Gesundheitsmanagement (BGM) als unterstützendes Instrument für Gesundheit und Prävention in der Pflege gegeben.

5.2 Belastungen und Arbeitsbedingungen bei Pflegeberufen im Spiegel der Arbeitsunfähigkeitsstatistik

In diesem Abschnitt wird auf Basis der Arbeitsunfähigkeitsdaten der AOK-Mitglieder zunächst ein kurzer Überblick über die Belastungssituation der pflegenden Berufe mit folgenden Fragestellungen gegeben:

- Wie auffällig sind Pflegeberufe in Bezug auf das Fehlzeitengeschehen im Vergleich zu allen Berufen? Was sind die Ursachen für Auffälligkeiten?
- Hat das Pandemiejahr 2020 nochmal zu einer Verstärkung der Belastungssituation geführt, die sich in den Arbeitsunfähigkeitsdaten widerspiegelt?

Ausgewertet werden im Folgenden die Informationen, die auf der Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung vermerkt werden, wie der Zeitraum der Arbeitsunfähigkeit und die Arbeitsunfähigkeit auslösende Diagnose. Die ausgeübte Berufstätigkeit einer Person wird von den Unternehmen nach der Klassifikation der Berufe (KldB 2010), die von der Bundes-

agentur für Arbeit herausgegeben wird, bestimmt (Bundesagentur für Arbeit 2010). In **Tab. 5.1** ist dargestellt, welche Berufe in den folgenden Ausführungen als „pflegende Berufe“ zusammengefasst worden sind, wobei der 4-stellige Tätigkeitsschlüssel Berücksichtigung findet. Zudem müssen die genannten Berufe in einem der Wirtschaftszweige der Pflegebranche – wie in **Tab. 5.1** dargestellt – beschäftigt gewesen sein.

Betrachtet wird außer in **Abb. 5.1** jeweils der Zeitraum von Januar bis Oktober 2020, dem zum Zeitpunkt der Beitragserstellung aktuellen Datenstand der monatlichen Arbeitsunfähigkeitsdaten der AOK-versicherten Beschäftigten.

Insgesamt konnten für den Zeitraum Januar bis einschließlich Oktober 2020 die Daten von 640.927 AOK-Mitgliedern mit einem pflegenden Beruf ausgewertet werden. Zum Vergleich mit den „pflegenden Berufen“ wird nachstehend der Kennwert „alle Berufe“, d. h. alle erwerbstätigen AOK-Mitglieder exklusive den in **Tab. 5.1** aufgeführten pflegenden Berufen, dargestellt.

Die Verteilung über alle erwerbstätigen AOK-Mitglieder in Deutschland zeigt, dass 39,8 % der erwerbstätigen AOK-Mitglieder dem weiblichen Geschlecht angehören. Vergleichsweise ist festzustellen, dass in pflegenden Berufen überproportional viele Frauen beschäftigt sind: Der Anteil an Frauen liegt hier bei 83,5 %. Das mittlere Alter der Pflegekräfte liegt hingegen mit 40,3 Jahren nahe dem Durchschnittsalter aller erwerbstätigen AOK-Mitglieder (40,9 Jahre). Der Anteil der über 50-Jährigen liegt bei 29 % und damit um 1,4 Prozentpunkte niedriger als im Vergleich zu allen Berufen (30,4 %).

Die Fehlzeiten in der Pflegebranche waren im Vergleich zu allen Berufen in den letzten fünf Jahren überdurchschnittlich hoch. Dies trifft auch für das Jahr 2020 zu: Hier lagen die Fehlzeiten für die pflegenden Berufe in dem Betrachtungszeitraum bei 25,2 Arbeitsunfähigkeitstagen (AU-Tage) je AOK-Mitglied und damit 5,9 AU-Tage bzw. 30,6 % über dem Durchschnitt von 19,3 AU-Tagen je AOK-Mit-

■ **Tab. 5.1** Einzelne Berufe, die als „pflegende Berufe“ zusammengefasst werden

Tätigkeitsschlüssel (nach der Klassifikation der Berufe 2010)	Berufsbezeichnung
8210	Berufe in der Altenpflege (ohne Spezialisierung)
8218	Berufe in der Altenpflege (sonstige spezifische Tätigkeitsangabe)
8219	Führungskräfte – Altenpflege
8139	Aufsichts-/Führungskr. Gesundheits-/Krankenpflege, Rettungsdienst, Geburtshilfe
8130	Berufe in der Gesundheits- & Krankenpflege (ohne Spezialisierung)
8131	Berufe in der Fachkrankenpflege
8132	Berufe in der Fachkinderkrankenpflege
8133	Berufe in der operations-/medizintechnischen Assistenz
8134	Berufe im Rettungsdienst
8135	Berufe in der Geburtshilfe & Entbindungspflege
8138	Berufe in der Gesundheits- & Krankenpflege
Schlüssel nach der Wirtschaftszweigklassifikation 2008	Bezeichnung
881	Soziale Betreuung älterer Menschen und Behinderter
873	Altenheime, Alten- und Behindertenwohnheime
871	Pflegeheime
861	Krankenhäuser
Pflege-Report 2021	

glied. Im Folgenden wird der Frage nachgegangen, inwieweit es im Jahr 2020 besondere Auffälligkeiten aufgrund der pandemiebedingten Krise gab. ■ Abb. 5.1 zeigt, dass im Jahr 2020 bei pflegenden Berufen insgesamt kein Anstieg der dokumentierten Fehlzeiten zu beobachten war, sondern dass die Anzahl der durchschnittlichen Fehltag im Vergleich zum Vorjahr in etwa gleichgeblieben ist.

Die Betrachtung der einzelnen Pflegebranchen ergibt, dass – wie in den Jahren davor – auch im Jahr 2020 die Pflege- und Altenheime im Jahresvergleich die höchsten Fehlzeiten aufwiesen (siehe ■ Abb. 5.2). Im Vergleich zum Vorjahr ist bei diesen beiden Branchen ein leichter Rückgang der Fehlzeiten festzu-

stellen. Anders sieht es bei den Pflegekräften in Krankenhäusern aus, die im Jahr 2020 mit 22,3 AU-Tagen je AOK-Mitglied den höchsten Krankenstand innerhalb der letzten fünf Jahre aufwiesen. Der Anstieg zum Vorjahr betrug 1,7 % bzw. 0,4 AU-Tage, während es bei allen Berufen im Vergleich zum Vorjahr eine Seitwärtsbewegung gab. Von 2017 auf 2018 kam es zu einem deutlichen Anstieg der durchschnittlichen Fehltag der Pflegekräfte in den Krankenhäusern insbesondere durch Atemwegserkrankungen aufgrund der Erkältungs- und Grippewelle (plus 7,7 % bei den Fehltagen), 2020 fiel dieser im Vergleich zum Vorjahr aber noch moderat aus. Dieser Anstieg steht ebenfalls in Verbindung mit der Zunahme

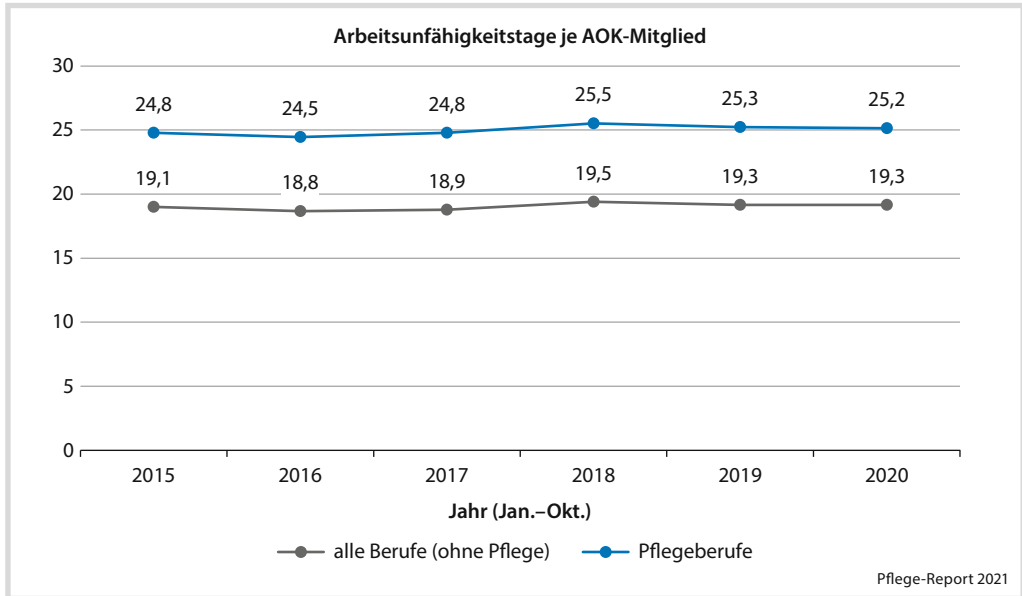


Abb. 5.1 Entwicklung der AU-Tage je AOK-Mitglied (ganzjährig versichert) bei den Pflegeberufen für die Jahre 2015–2020 (Jan. bis Okt.) im Vergleich zu allen Berufen (exklusive Pflegeberufe)

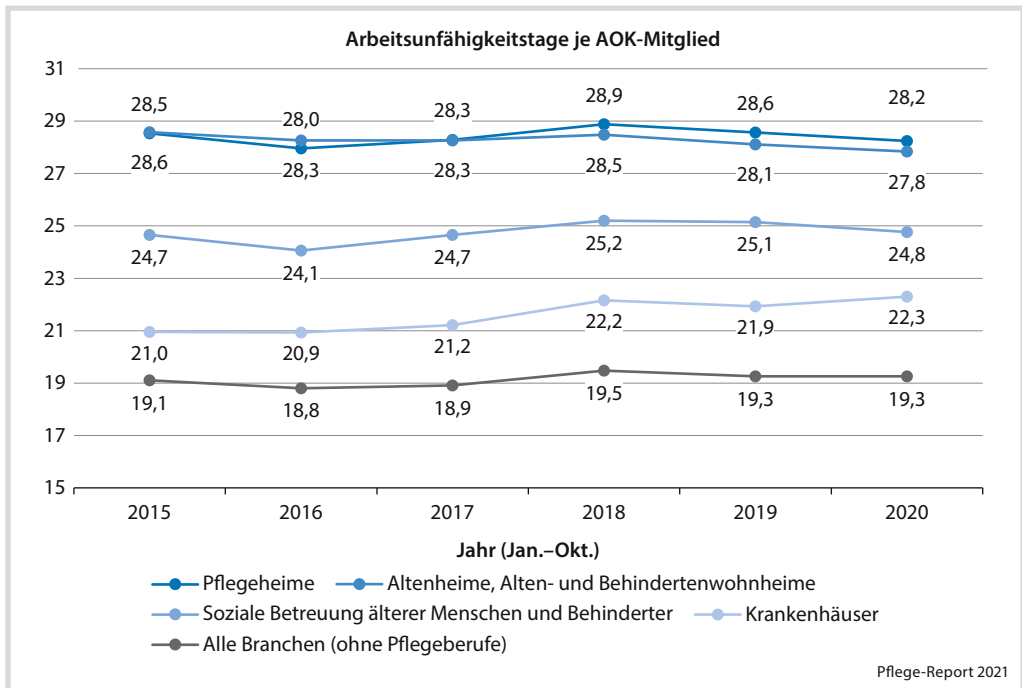
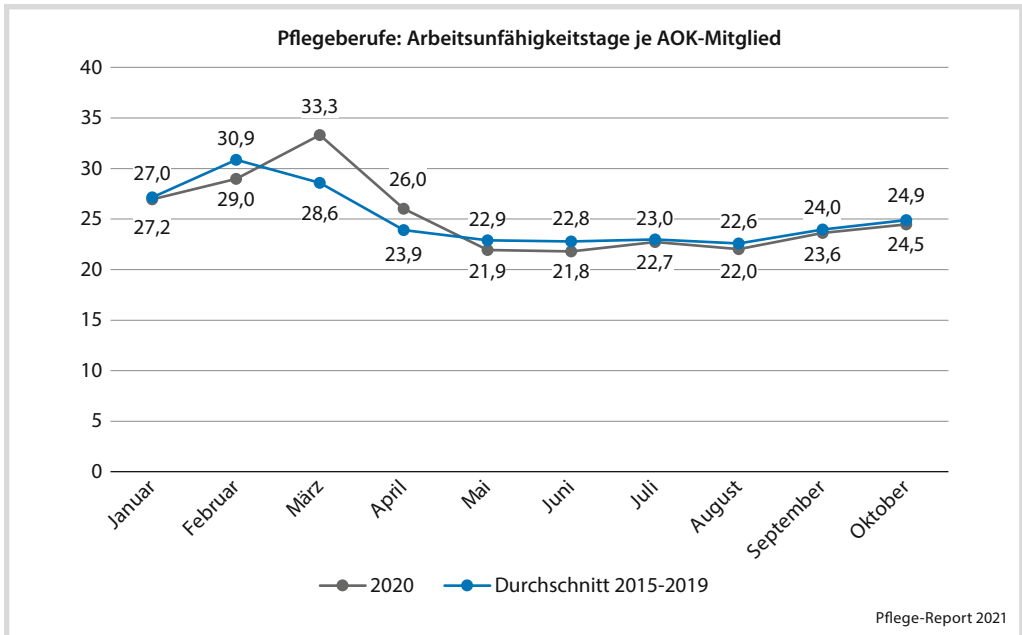


Abb. 5.2 Entwicklung der AU-Tage je AOK-Mitglied (ganzjährig versichert) der in den verschiedenen Pflegebranchen tätigen Pflegeberufe 2015–2020 (jeweils Jan. bis Okt.) im Vergleich zu allen Branchen (exklusive Pflegeberufe)



■ **Abb. 5.3** AU-Tage je AOK-Mitglied (ganzjährig versichert) im Monatsverlauf Januar bis Oktober 2020 im Vgl. zu 2015–2019 für Pflegekräfte, AOK-Mitglieder

der Fehltagen aufgrund von Atemwegserkrankungen (plus 7,7 %), aber auch mit den Fehltagen aufgrund psychischer Erkrankungen (plus 7,2 %). Inwieweit dieser Effekt den erschwerten Rahmenbedingungen in Krankenhäusern aufgrund der Pandemie zuzuschreiben ist, ist bei der Betrachtung der Arbeitsunfähigkeitsdaten allein nicht final zu klären.

Im Monatsverlauf der Krankenstände für 2020 zeigt sich, dass die Fehlzeiten der Pflegeberufe – bis auf die Monate März und April – in etwa denen des Durchschnitts der letzten fünf Jahre entsprachen (siehe ■ Abb. 5.3). Insbesondere der März war mit 33,3 AU-Tagen je AOK-Mitglied bei den Pflegeberufen besonders auffällig: In diesem Monat waren Pflegekräfte im Durchschnitt 4,7 Tage länger erkrankt als im Durchschnitt der letzten fünf Jahre. Auch im April lagen die AU-Tage noch im Schnitt um 2,1 Fehltag höher. Der Zeitraum der erhöhten Fehlzeiten deckt sich mit dem der sogenannten ersten Welle der COVID-19-Infektionen im Frühjahr 2020.

Im Monatsverlauf spiegelt sich offenbar die besondere Belastungssituation der Pflegekräfte durch die erste Welle der COVID-19-Pandemie wider. Diese besondere Belastungssituation kann neben der eigentlichen beruflichen Pflegetätigkeit auch durch eine COVID-19-Infektion einer Pflegekraft selbst entstanden sein, da Pflegekräfte durch die vielen menschlichen Kontakte einem besonders hohen Ansteckungsrisiko ausgesetzt sind. Um die Ergebnisse für die Pflegeberufe einordnen zu können, wurde ausgewertet, welche zehn Berufsgruppen die höchsten und niedrigsten Fehlzeiten im Zusammenhang mit COVID-19 für den Zeitraum März bis Oktober 2020 aufwiesen (■ Abb. 5.4).

Insgesamt erhielten von den 13,2 Millionen AOK-versicherten Erwerbstätigen von März bis Oktober 2020 circa 155.610 Beschäftigte von einem Arzt eine Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung im Zusammenhang mit einer COVID-19-Diagnose. Es zeigt sich, dass bei den zehn Berufsgruppen mit den höchsten Be-

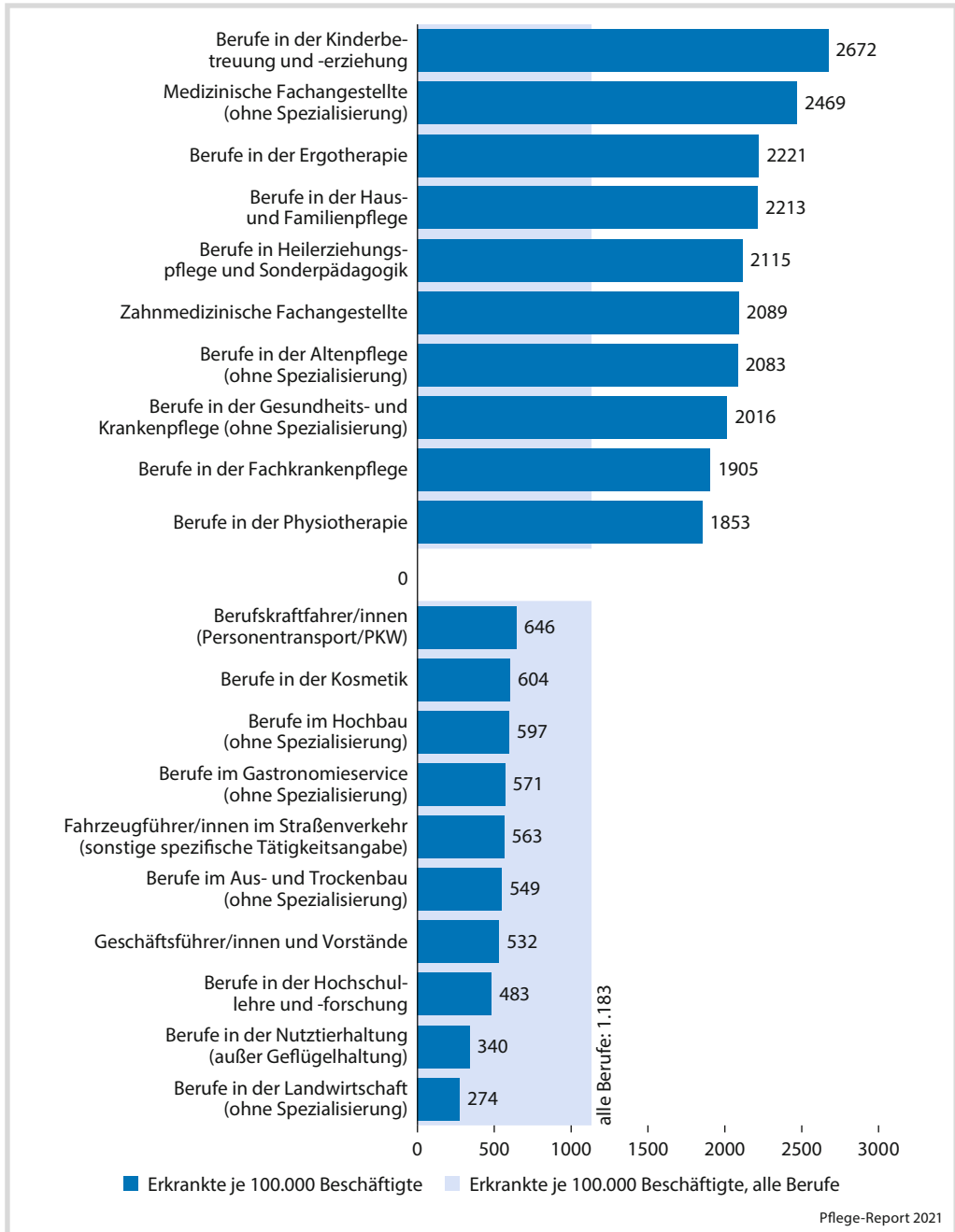


Abb. 5.4 Zehn Berufsgruppen mit den höchsten und niedrigsten Fehlzeiten im Zusammenhang mit COVID-19, Erkrankte je 100.000 erwerbstätige AOK-Mitglieder von März bis Oktober 2020. (Quelle: Arbeitsunfähigkeitsmeldungen der AOK-versicherten Beschäftigten, die im WiDo bis zum 27. November 2020 vorlagen. Krankschreibungen mit den dokumentierten Diagnosen für COVID-19 mit Nachweis des SARS-CoV-2-Virus (ICD-10 GM: U07.1!) sowie für den klinischen COVID-19-Verdacht ohne Virusnachweis (ICD-10 GM: U07.2!))

troffenheitsquoten neben Berufen in der Kinderbetreuung und -erziehung vor allem Gesundheitsberufe zu finden sind. Demnach sind Fehlzeiten im Zusammenhang mit COVID-19 bei Berufen wahrscheinlicher, in denen die Beschäftigten trotz Lockdown mit einer Vielzahl von Menschen in Kontakt kommen. Bei den pflegenden Berufen waren 2020 vor allem Berufe in der Altenpflege (2.083 Erkrankte je 100.000 AOK-Mitglieder), in der Gesundheits- und Krankenpflege (2.016 Erkrankte je 100.000 AOK-Mitglieder) und der Fachkrankenpflege (1.905 Erkrankte je 100.000 AOK-Mitglieder) überdurchschnittlich von Fehlzeiten im Zusammenhang mit COVID-19 betroffen. Bis auf die Berufe in der Fachkinderkrankenpflege waren auch alle anderen Pflegeberufe, die in [Tab. 5.1](#) genannt werden, überdurchschnittlich betroffen, gehörten jedoch nicht zu den zehn auffälligsten Berufsgruppen. Die Betroffenheit über alle Berufe war deutlich geringer als bei den genannten Pflegeberufen: Sie liegt bei 1.183 Erkrankte je 100.000 AOK-Mitglieder.

Neben der eigenen Betroffenheit der Pflegekräfte durch COVID-19 könnten 2020 auch andere gesundheitliche Belastungssituationen durch Überlastung oder beeinträchtigende Arbeitsbedingungen bei Pflegekräften vorgelegen haben. Haupttreiber für krankheitsbedingte Fehlzeiten der Pflegekräfte sind seit Jahren vor allem drei Erkrankungsarten: Muskel-/Skelett-Erkrankungen, psychische und Atemwegserkrankungen (vgl. Drupp und Meyer 2020). Um abzusehen, ob im Pandemiejahr 2020 hinsichtlich dieser drei Erkrankungsarten Auffälligkeiten auftraten, wurden für die Beschäftigten der Pflegeberufe und die Vergleichsgruppe über alle Berufe die AU-Tage für die drei genannten Hauptdiagnosegruppen von 2015 bis 2020 ausgewertet. In [Abb. 5.5](#) ist der Verlauf der AU-Tage je 100 AOK-Mitglieder von 2015 bis 2020 (jeweils Jan. bis Okt.) sowie die jeweiligen prozentualen Steigerungen der Fehltage zum Vorjahr dargestellt.

Es zeigt sich, dass die psychischen Erkrankungen bei allen Berufen, aber auch bei den pflegenden Berufen kontinuierlich ansteigen –

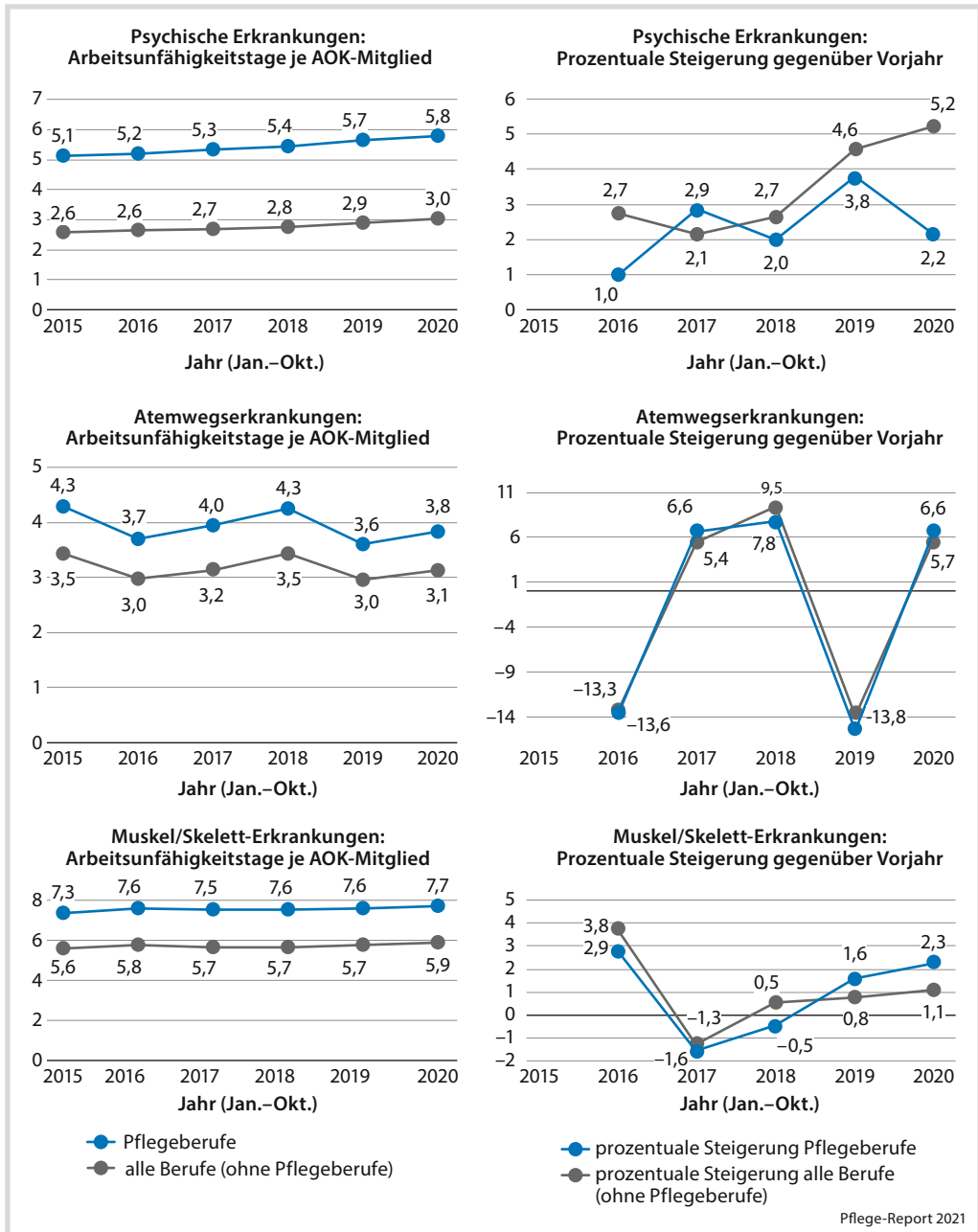
hier stellt das Jahr 2020 keine Ausnahme dar. Allerdings fiel die Steigerung 2020 im Vergleich zum Vorjahr mit 2,2 % geringer aus als bei allen Berufen zusammengenommen. Gleichwohl lagen die Fehltage aufgrund psychischer Erkrankungen bei den Pflegeberufen deutlich über dem Durchschnitt.

Bei den Muskel-/Skelett-Erkrankungen ist bei den Pflegekräften in den letzten Jahren tendenziell eine Seitwärtsbewegung der Fehlzeiten auf gleichbleibend überdurchschnittlichem Niveau zu beobachten. Auch hier lag die prozentuale Steigerung 2020 gegenüber dem Vorjahr mit 1,1 % unterhalb der Steigerung aller Berufe (2,3 %).

Die Fehlzeiten aufgrund von Atemwegserkrankungen werden durch die jeweiligen Erkältungswellen stark beeinflusst, was die Anstiege in den Jahren 2015 und 2018 zu erkennen geben. Im Vergleich zum Vorjahr zeigt sich, dass 2020 bei den Pflegeberufen mit 6,6 % eine höhere Steigerung der Fehlzeiten aufgrund von Atemwegserkrankungen zu beobachten war als bei allen anderen Berufen (5,7 %).

So zeigten sich im Pandemiejahr bis Oktober 2020 sowohl bei den psychischen Erkrankungen als auch bei den Muskel-/Skelett-Erkrankungen bei den Pflegekräften insgesamt keine wesentlichen Auffälligkeiten, die einen Rückschluss auf die erschwerten Arbeitsbedingungen während der Pandemie zulassen. Lediglich bei den Atemwegserkrankungen zeigt sich, wenn man auf den Vergleich zu allen Berufen und zum Vorjahr fokussiert, dass die Steigerung der Fehltage über dem Durchschnitt lag. Dies kann auch ein Effekt davon sein, dass Arbeitnehmer prinzipiell aufgefordert waren, auch schon bei leichten Erkältungssymptomen zu Hause zu bleiben und ggf. von der telefonischen Krankschreibung Gebrauch zu machen.

Insgesamt fällt auf, dass Beschäftigte in Pflegeberufen seit Jahren überdurchschnittlich stark von krankheitsbedingten Fehlzeiten betroffen sind. Insbesondere Alten- und Pflegeheime sind mit auffallend hohen Krankenständen ihrer Pflegekräfte konfrontiert. Un-



■ **Abb. 5.5** Psychische Erkrankungen (ICD F00-99), Atemwegserkrankungen (ICD J00-99) und Muskel-/Skelett-Erkrankungen (ICD M00-99) im Jahresverlauf seit 2015 (jeweils Jan.-Okt.); Arbeitsunfähigkeitstage je AOK-Mitglied (ganzjährig versichert) und prozentuale Abweichung zum jeweiligen Vorjahr

ter den erschwerten Pandemiebedingungen im Jahr 2020 blieben die Fehlzeiten in diesen Branchen konstant hoch. Nach wie vor bestimmen drei Krankheitsarten das Fehlzeitengeschehen der Pflegekräfte: Muskel-/Skeletterkrankungen, psychische und Atemwegserkrankungen (vgl. Drupp und Meyer 2020). Im Jahr 2020 war nur bei Fehlzeiten aufgrund von Atemwegserkrankungen ein höherer Anstieg im Vergleich zum Vorjahr und zu allen Berufen festzustellen. Deutliche krisenspezifische Veränderungen bei den häufigsten Ursachen der Arbeitsunfähigkeit sind bisher nicht zu erkennen. Es zeigt sich aber, dass Angehörige pflegender Berufe im Zeitraum von März bis Oktober 2020 besonders häufig im direkten Zusammenhang mit COVID-19 in ihren Betrieben fehlten und sich unter den am stärksten betroffenen Berufsgruppen in Deutschland befanden. Bedingt durch ihre Tätigkeit, die vermehrte menschliche Interaktionen notwendig macht, sind Pflegekräfte besonders gefährdet, sich mit COVID-19 zu infizieren. Pflegekräfte waren prinzipiell in der ersten Welle in den Monaten März und April häufiger krankgeschrieben als im Vergleichszeitraum der letzten fünf Jahre.

5.3 Bedarfsorientierte Instrumentenanpassung im Betrieblichen Gesundheitsmanagement vor und nach dem Pandemieausbruch

5.3.1 Gesetzliche Regelungen und BGM-Erfahrungen in der Pflege als Ausgangsbasis

Im Folgenden wird der Frage nachgegangen, wie sich die Pandemiesituation auf die Betriebliche Gesundheitsförderung als Teil eines trägerübergreifenden BGM ausgewirkt hat.

Die langjährigen Erfahrungen der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) in der BGF

belegen, dass punktuelle oder rein symbolische verhaltenspräventive Maßnahmen keine messbaren Ergebnisse für den Erhalt, die Wiederherstellung und Verbesserung von Gesundheit und Arbeitsfähigkeit der in der beruflichen Pflege Beschäftigten erzielen. Vielmehr bedarf es eines strukturierten, systematischen Vorgehens, das verhaltens- wie verhältnispräventive Maßnahmen in den Einrichtungen der Pflege analysebasiert und bedarfsbezogen kombiniert. Die für BGF-Maßnahmen zuständigen Krankenkassen kooperieren dabei im Rahmen eines BGM mit der gesetzlichen Unfallversicherung, deren Zuständigkeit im Bereich des Gesundheits- und Arbeitsschutzes liegt. Pflegeeinrichtungen und Krankenhäuser brauchen professionelle externe Unterstützung, um „gute Arbeitsbedingungen in der Pflege“ zu realisieren (Appel und Schein 2019). Diese sollte sich an praxiserprobten, wissenschaftlich abgesicherten Leitfäden orientieren, die als Standard auch in Digitalform zur Verfügung stehen.¹

Faktisch hat in den vergangenen Jahren nur ein Teil der Pflegeeinrichtungen und Krankenhäuser BGM in umfassenderer und systematischer Form durchgeführt. So wies der MDS-Präventionsbericht für das Berichtsjahr 2019 zwar eine signifikante Zunahme von Präventionsmaßnahmen vor allem im Bereich der stationären Pflegeeinrichtungen (Bauer et al. 2020) sowie gute Beispiele auch für den Aufbau eines BGM im Krankenhausbereich aus (Münch et al. 2020). Für kleinere Unternehmen – und das gilt auch für die Pflege – hat das Tagesgeschäft jedoch Vorrang (siehe dazu schon Bechmann et al. 2011). Hier fehlt es offensichtlich an Strukturen, personellen Ressourcen und auch einfachen Tools, um verhaltens- und verhältnispräventive Maßnahmen

1 Die gesetzlichen Krankenkassen orientieren sich bei ihrer Vorgehensweise nach §§ 20 und 20b SGB V am GKV-Leitfaden Prävention mit seinen vier Kernphasen Analyse, Maßnahmenplanung, Umsetzung und Evaluation (Bauer et al. 2020), zur Konkretisierung für die Pflege siehe auch Drupp und Meyer (2020, S. 42–44).

nachhaltig zu verankern und bedarfsbezogen anzupassen.

Mit dem Ausbruch der ersten Pandemie- welle im Frühjahr 2020 wurde der Zugang für Präsenzberatungen durch BGF-Fachper- sonal in Pflegebetrieben und Krankenhäu- sern unterbrochen. Die auf der Basis des Pflegepersonalstärkungsgesetzes (PpSG) be- reits 2019 deutlich ausgebauten BGF-Unter- stützungsmaßnahmen für Pflegebetriebe muss- ten überwiegend auf telefonische und digital- hybride Beratungen umgestellt werden. Ein Start neuer BGF-Projekte wie auch die Fort- setzung laufender Projektarbeiten wurde pan- demiebedingt verschoben. Vorrang hatten in dieser Phase in den Betrieben Arbeitsschutz- und Hygienemaßnahmen im Rahmen von Kri- senmanagement und Pandemieprävention.

5.3.2 Pflegespezifische BGF-Bedarfserhebung und Instrumentenentwicklung im AOK-System

Innerhalb des AOK-Systems gab es seit 2010 umfassende bundesweite Ansätze zur BGF in der Pflege. Gründe waren schon damals nicht nur die im Branchenvergleich auffäl- ligen Krankenstände (s. in diesem Beitrag ► Abschn. 5.2) und die hohen arbeitsbeding- ten Belastungen, sondern auch die erwartete, weiter zunehmende Bedeutung der Pflege vor dem Hintergrund der demographischen Entwicklung in Deutschland. Schon frühzeitig wurde deutlich, dass die berufliche Pflege nicht nur insgesamt als Branche Besonder- heiten aufweist (siehe ■ Abb. 5.6), sondern dass zwischen den einzelnen Pflegebereichen wie der ambulanten und (teil-)stationären Al- tenpflege und dem Krankenhausbereich zum Teil sehr unterschiedliche Handlungsbedarfe bestehen (Glaser und Höge 2005).

Bei einer grundsätzlich vergleichbaren sys- tematischen und strukturierten Vorgehens- weise im BGM sind deshalb auch spezifi- sche Fragestellungen aufzugreifen und jeweils

adäquate teilbranchenbezogene und betriebs- individuelle Lösungen zu finden. Dies gilt für Themen wie die Gewaltprävention in der Pflege, die wechselseitigen Wirkungen von Bewohner- und Beschäftigtenprävention oder die besondere Rolle der Ärzte als fachlich Weisungsbefugte und mittelbare Führung- skräfte für das Pflegefachpersonal im Kran- kenhausbereich. Unterschiede bestanden und bestehen darüber hinaus nach Betriebsgrößen und zum Teil auch Trägerschaften (öffentliche, freigemeinnützige und private Einrichtun- gen). Diese und andere Fragestellungen wur- den in mehrjährigen, auch wissenschaftlich begleiteten Projekten aufgegriffen und vertieft (Perschke-Hartmann und Drupp 2018; Jaensch et al. 2020).

Vor dem Hintergrund der Verabschiedung des PpSG 2018 und der Beratungen der Kon- zertierten Aktion Pflege (KAP) wurden die bundesweiten AOK-Erfahrungen aus der BGF in der Pflege zusammengeführt und im Hin- blick auf verfügbare pflegebranchenspezifi- sche Bausteine auch digital weiterentwickelt (Bundesministerium für Gesundheit 2020).

Unter Einbezug pflegewissenschaftlicher Expertise und Praktikern wurden folgende Projekte und Tools für eine bundesweite Um- setzung ausgewählt.²

- Das auf drei Jahre angelegte Forschungs- projekt „Care4Care“: Im Fokus steht hier die Entwicklung eines hybriden Angebots zur Gesundheitsförderung in der beruf- lichen Pflege, das Pflegekräfte und de- ren Führungskräfte dabei unterstützt, Ar- beit gesundheitsförderlich zu gestalten und die individuellen gesundheitlichen Res- sourcen zu stärken. Angesprochen werden alle Pflegeteilbranchen. Im Kern werden wissenschaftlich erprobte, verhaltens- und verhältnispräventive Tools pflegebranchen- spezifisch angepasst, aber auch neu entwi-

2 Entscheidungskriterien für die Auswahl waren die GKV-Leitfadenkonformität, die betrieblichen Anwen- dungserfahrungen, die Verfügbarkeit oder Eignung für digitale Applikationen sowie der Innovations- aspekt.

Ambulante Pflege	Stationäre Altenpflege	Stationäre Pflege im Krankenhaus
<ul style="list-style-type: none"> – Mobilitätsbedingte Belastungen in Arbeitsorganisation zu berücksichtigen – Isolation – Fehlender Teambezug – Schwierigkeiten im Herstellen der professionellen Distanz durch häusliche Umgebung – Körperlich und psychisch schwere Arbeit 	<ul style="list-style-type: none"> – Diverse Beschäftigte (kulturell, sprachlich, Qualifikation) => Teamkonflikte – Körperlich und psychisch schwere Arbeit – Widersprüchliche Anforderungen: <ul style="list-style-type: none"> – Erkrankte und ihre Angehörigen – Zeitvorgaben & reale Bedarfe – Umsetzung von BGF (SGB V) und Bewohnerprävention (SGB XI) 	<ul style="list-style-type: none"> – Diverse Beschäftigte (kulturell, sprachlich, Qualifikation) => Teamkonflikte – Hierarchiebedingte Belastungen: <ul style="list-style-type: none"> – Pflegeleitung – Sonderrolle der Ärzte – Widersprüchliche Anforderungen (Zeit/Zuwendung) – Hohe Dokumentationspflichten

Pflege-Report 2021

■ **Abb. 5.6** BGF-relevante Besonderheiten verschiedener Teilbereiche in der Pflege

- ckelt (Ducki et al. 2019; Lehr und Boß 2019). Die Module teilen sich in die Bereiche Care4Care vor Ort und Care4Care digital auf. Sie sind inhaltlich, konzeptionell und zeitlich aufeinander abgestimmt. Im Mittelpunkt von Care4Care vor Ort steht das erprobte Konzept „Health Oriented Leadership“ (HoL), das ebenfalls pflegebranchenspezifisch angepasst wird (Felfe et al. 2018; Elprana et al. 2015).
- Der vom BGF-Institut der AOK Rheinland-Hamburg bereits erprobte Workshop „Haus der wertschätzenden Pflege“, der in Pflegeeinrichtungen und Krankenhäusern als Auftakt für BGF-Projekte genutzt werden kann und sich konzeptionell am „Haus der Arbeitsfähigkeit“ von Ilmarinen (Ilmarinen 2011) orientiert.
 - Das vom BGF-Institut der AOK Rheinland-Hamburg als Präsenzveranstaltung erprobte Modul „Fit für die Pflegeschicht“: Hierbei handelt es sich um ein zunächst in der ambulanten Altenpflege erprobtes ganztägiges Seminar mit pflegebranchenspezifischen Schwerpunktthemen wie Stress, Schlaf, Entspannung, körperliche Aktivität/Heben-Tragen.
 - Eine um BGF-Bausteine für die drei Pflegegeteilbranchen erweiterte digitale Lernplattform „Pflegetheke“. Sie vereint erstmals Inhalte der Bewohnerprävention (SGB XI) mit spezifischen Pflege-themen wie Expertenstandards z. B. zur Wundbehandlung und mit BGF-Angeboten. Im Rahmen von Micro-Learnings sollen Lerninhalte so gezielt und ressourcenschonend an die Mitarbeitenden adressiert werden. Um eine hohe Attraktivität zu erreichen, besteht die Möglichkeit, Fortbildungspunkte für die „Registrierung beruflich Pflegenden“ zu erhalten. Die Bausteine wurden in Zusammenarbeit mit Pflege- und Gesundheitswissenschaftlern entwickelt und werden regelmäßig thematisch aktualisiert und erweitert (www.aok-verlag.pflegetheke.de). Das Online-Angebot ist mit einer digitalen Lernplattform verknüpft, die die Entwicklung von Selbstlernformaten und die Gestaltung einrichtungsspezifischer E-Learnings erlaubt. Aktuell nutzen bereits ca. 15 % der bundesdeutschen Pflegeeinrichtungen die AOK-Pflegetheke (Quelle: eigene Berechnungen 2021).

5.3.3 Arbeitsorganisatorische Anpassungen und ergänzende BGF-Angebote infolge der ersten Pandemiewelle im Frühjahr 2020

Prozesse zur Förderung gesunder Arbeit wurden im Frühjahr 2020 pandemiebedingt von Seiten der Organisationen abrupt gestoppt. Welchen tatsächlichen Bedarf Krankenhäuser und Einrichtungen der Altenpflege an BGF-Angeboten in Krisenzeiten haben und in welcher Form ein Kompetenztransfer stattfinden kann, war nicht hinreichend geklärt. Dieser Frage ist der AOK-Bundesverband mithilfe einer qualitativen Erhebung nachgegangen.

So wurden anhand einer im Mai 2020 durchgeführten explorativen Befragung mittels eines standardisierten Fragebogens 51 Vertreterinnen und Vertreter der Pflege, von Pflegeverbänden und der Wissenschaft aus dem Bundesgebiet von erfahrenen BGF-Beraterinnen und -beratern der Landes-AOKen zu ergänzenden BGF-Angeboten in Krisenzeiten interviewt. Die Untersuchungspopulation teilt sich wie folgt auf (siehe Tab. 5.2):

Die interviewten Einrichtungen wurden zwar nicht repräsentativ ausgewählt, bilden jedoch in Bezug auf die Unternehmensgröße einen aussagekräftigen Querschnitt der Pflegebranche. Interviewt wurden Leitungskräfte aller Hierarchieebenen.

Die Entwicklung und Übernahme der Pandemiepläne zur Umsetzung von Hygienestandards sowie die Beschaffung von Schutzmaterialien stand für die befragten Führungskräfte im Vordergrund (Hower et al. 2020; Rheindorf et al. 2020). Krankenhäuser und stationäre Einrichtungen der Altenpflege haben nach Angabe der Befragten die durch die Pandemie entstandenen vielfältigen Herausforderungen überwiegend gut gemeistert. Die weitaus meisten der Befragten betonten den hohen Willen von Seiten der Beschäftigten und der Führungskräfte, die Krise gut

Tab. 5.2 Untersuchungspopulation der Befragung 2020

Pflegebranche	n	In %
Stationäre Altenpflege	26	51
Ambulante Altenpflege	11	21
Krankenhaus	10	20
Verbandsvertreter*innen	3	6
Vertreter*in der Wissenschaft	1	2
Pflege-Report 2021		

zu meistern. Dem mit Veränderungen einhergehenden hohen Kommunikations- und Informationsbedürfnis aller Beteiligten wurde mit einer Ausweitung von (Team-)Besprechungen begegnet. Dabei konnten auch die im Rahmen von BGF-Prozessen entwickelten Kommunikationsstrukturen und ihre gelebte Praxis aus Sicht der Befragten unterstützend genutzt werden.

Die Untersuchung zeigt ferner, dass in Krisenzeiten BGF-Angebote zu den Themen

- Stressbewältigung/Resilienz/Entspannung und
- psychosoziale Unterstützung/Supervision/EAP³

für die Beschäftigten von hoher Bedeutung sind. Die Möglichkeiten, „Energie zu tanken“ bzw. sich durch professionelle Unterstützung zu entlasten, sind angesichts der starken Überbelastung in Pandemiezeiten gut nachzuvollziehen. Rheindorf et al. erhoben in ihrer Studie von 2020 mit über 2.000 Teilnehmenden ähnliche Befunde. Dort bemängelten mehr als die Hälfte der Befragten fehlende Unterstützungsangebote wie Supervision und Fallbesprechungen (Rheindorf et al. 2020).

³ Employee Assistance Programm ist eine professionelle Kurzzeitberatung bei gesundheitlichen, beruflichen und persönlichen Fragen. Immer mehr Arbeitgeber bieten ihren Beschäftigten diese Dienstleistung durch externe Partner an.

Ein weiteres Ergebnis der Befragung ist, dass Führungskräfte in Krisenzeiten selbst unter starker Belastung und besonders hoher Verantwortung stehen. Sie wünschen sich vor allem Unterstützung zu den Themen

- gesunde Führung
- kollegialer Austausch
- Kommunikation mit Mitarbeitenden und Angehörigen sowie
- Maßnahmen zur Förderung der Teamarbeit.

Petzold et al. (2020) heben diesbezüglich hervor, dass Führungskräfte die Selbstfürsorge gerade in Krisenzeiten im Blick haben sollten, da sie wichtige Rollenvorbilder für ihre Mitarbeitenden darstellen.

In der Befragung wurde auch die Haltung zu digitalen Angeboten in der Pflege erhoben. 40% der Interviewten begrüßen diese als zusätzliches Angebot zu analogen Veranstaltungen. Wie aus Studien bekannt (Daum 2017) beschreiben die Interviewten durchaus eine divergente Haltung dazu. Ferner sind als Hindernisse der zurückhaltende Umgang v. a. älterer Pflegekräfte mit IT-Programmen und die mangelhafte Ausstattung v. a. in der stationären Altenhilfe mit Hardware wie fehlendes W-LAN und kaum vorhandene mobile Endgeräte untersucht (Kuhlmey et al. 2019).

Für die inhaltliche und organisatorische Ausrichtung der BGF konnten folgende Anforderungen abgeleitet werden:

- Verstärkt hybride Formen der psychosozialen Entlastung zu entwickeln. Neben Programmen zur Stressbewältigung und Stärkung der Resilienz kommt hier insbesondere Unterstützung bei der Installation von Supervision und EAP-Programmen in Betracht. Erste ermutigende Erfahrungen dazu liegen in einzelnen Landes-AOKen bereits vor. Hybride Angebote, wie das wissenschaftlich im Rahmen von Care4Care erprobte Online-Programm „RESIST“, verbinden virtuelles Training mit analogem Coaching und unterstützen so den Transfer in den Alltag;

- Die Führungskräfte in diesen schwierigen Zeiten stärker in den Fokus zu nehmen und eigene Programme vorzuhalten. Ein gelungenes Beispiel dafür ist das Online-Training zum gesunden Führen www.aok-gesundfuehren.de. Das Programm wurde um einen Blended-Learning-Ansatz erweitert. Drei Workshops begleiten das Programm, helfen das Thema im Betrieb zu integrieren und unterstützen Austausch und Reflexion des Führungshandelns (Lück und Fenn 2020);
- Es nicht bei der Bereitstellung digitaler/hybrider Angebote für die Pflege zu belassen, sondern schon bei der Entwicklung Pflegekräfte zu beteiligen, deren Technikkompetenz zu fördern und die Bereitstellung von Hardware zu unterstützen. Einzelne Landes-AOKen haben deshalb in Pflegeeinrichtungen beispielsweise leihweise Tablets für Fachkräfte zur Verfügung gestellt.

5.3.4 Veränderungen, Belastungssituation und Anpassungen der BGF-Angebote in der zweiten Pandemiewelle ab November 2020

In der ersten Pandemiewelle dominierten krisenbedingt individuelle Bewältigungsstrategien durch Führungskräfte, bei denen einrichtungsinterne Lösungsmaßnahmen im Vordergrund standen, die dynamisch veränderten internen und äußeren Rahmenbedingungen anzupassen waren. Dabei kam der Kommunikation als Führungsinstrument in der Krise und dem sozialen Zusammenhalt als Schlüsselfaktor für die Krisenbewältigung eine zentrale Bedeutung zu (Hower et al. 2020). Beides, zumal die Vorbildfunktion von „Führung“, sind wichtige Faktoren einer gelingenden BGF. Die organisationale Coping-Kapazität durch Führungskräfte in der Pflege (Bewältigungsopti-

mismus) wurde in der ersten Pandemiewelle nach der Studie von Hower et al. (2020) hoch eingeschätzt, d. h. 62 % von über 600 digital befragten Führungskräften glaubten, die mit der Corona-Pandemie verbundenen Herausforderungen und Belastungen bewältigen zu können.

Die Einschätzung dürfte in der zweiten und in weiteren Pandemiewellen auch von deren Dauer und Ausprägung abhängen. Begerow et al. (2020) zeigten in ihrem qualitativen Survey zu Wahrnehmungen von Pflegenden im Bereich der Intensivpflege während der COVID-19-Pandemie auf, dass sich Personal-mangel und Arbeitszeitverlängerungen, andererseits aber auch das „Warten auf etwas“ (z. B. im Falle von Unterauslastung bei für COVID-Patienten freigemachten Betten) subjektiv als besonders belastend gegenüber der Vor-Corona-Zeit erwiesen. In ihrer zweiten Erhebung im Zeitraum vom 31.10.2020 bis zum 05.01.2021 gaben dann 84 % der 2.300 repräsentativ Befragten eine „höhere Arbeitsbelastung als üblich“ an, in der ersten Befragung waren es nur 26 %⁴ (Begerow et al. 2020; HAW Hamburg 2021). Auch die Befürchtung, sich selbst und die eigene Familie anzustecken, spielte offensichtlich dabei eine wichtige Rolle, ebenso wie die Enttäuschung über nicht gehörte „Hilferufe“ vor, während und zwischen den beiden Pandemiewellen: So gaben 17 % der Befragten an, „keine Motivation mehr für ihren Job“ zu haben (HAW Hamburg 2021). Diese Ergebnisse deuten auf Handlungsbedarfe hin, die weit über die Möglichkeiten gezielter Präventions- und BGF-Maßnahmen hinausweisen.

Mit dem Abklingen der ersten Pandemiewelle und dem Rückgang der Infektionszahlen trat im Sommer 2020 in vielen Einrichtungen zunächst zum Teil wieder eine „Normalisierung“ ein. In einzelnen Bundesländern wie Mecklenburg-Vorpommern, Sachsen-

Sachsen-Anhalt, Rheinland und Rheinland-Pfalz wurden durch das AOK-Fachpersonal in dieser Phase nicht nur digitale Informationsveranstaltungen zur BGF in der Pflege durchgeführt, sondern es fanden zum Teil auch wieder Präsenzberatungen in Krankenhäusern und Pflegeeinrichtungen statt. Diese Phase wurde spätestens mit den erneuten, sich seit Oktober 2020 verschärfenden Lockdown-Maßnahmen der Bundesregierung und den teils noch unterschiedlichen Umsetzungen in den Ländern beendet.

Vor dem Hintergrund der krisenbezogenen Priorisierungen und der fehlenden Möglichkeit von physischer Präsenz in den Einrichtungen wurde auch die AOK-Beratung in der BGF bundesweit mit der zweiten Pandemiewelle fast ausschließlich auf Formen der digitalen und telefonischen Unterstützung umgestellt. Dazu gehören Corona-bezogene Informationen zur Prävention über die AOK-Pflegemediathek ebenso wie Online-Beratungen, digitale und telefonisch begleitete Lernprogramme zur Resilienzstärkung, zur gesunden Führung und zum Führungskräftecoaching in Krisensituationen. Evaluative Aspekte sind dazu auch in das wissenschaftlich begleitete Care4Care-Projekt mit aufgenommen worden, und zwar sowohl beim digital-telefonischen RESIST-Programm als auch bei hybriden Varianten des HoL-Programms. Zugleich wurden Vorbereitungen getroffen, um Pflegeeinrichtungen und Krankenhäuser mit dem Auslaufen der Pandemie gezielt und flexibel durch weitere digitale und hybride BGF-Angebote zu unterstützen.

5.4 Fazit und Ausblick

Die Corona-Pandemie in den Jahren 2020 und 2021 hat die Defizite und damit Handlungsbedarfe und -möglichkeiten für die berufliche Pflege sowie die sie unterstützenden Organisationen noch einmal „brennglasartig“ deutlich gemacht. Insoweit kann von den Autoren folgendes Fazit im Sinne eines Zwischenstandes mit vorsichtigem Ausblick zu Beginn des Jah-

⁴ Die differenzierten Ergebnisse aus der Zweitbefragung werden nach Angaben der Autorinnen Begerow und Gaidys noch wissenschaftlich weiter ausgewertet und publiziert.

res 2021 auf die weitere Entwicklung gezogen werden:

- Die Fehlzeiten in der beruflichen Pflege sind seit vielen Jahren konstant überdurchschnittlich hoch. Die Analyse der Arbeitsunfähigkeitsdaten zeigt, dass Pflegekräfte prinzipiell stärker gefährdet sind, selbst auch an COVID-19 zu erkranken. Erste Studien deuten darauf hin, dass in der zweiten Erkrankungswelle der COVID-19-Pandemie die (subjektive) Arbeitsbelastung gestiegen ist. Es ist anzunehmen, dass sich die Stressbelastung mittel- und langfristig auf die Gesundheit der Pflegekräfte auswirken wird. Offen bleibt, wie groß der Anteil der Präsentismusfälle bei den Pflegekräften im Jahr 2020 war, also trotz Krankheit der Arbeit nachzugehen, was durch die besondere Stressbelastung bei gleichzeitig knapper Personaldecke durchaus ein relevanter Faktor sein kann. Hierzu bedarf es weiterer wissenschaftlicher Forschung unter Berücksichtigung der Datenlage und empirischer Erhebungen im Jahr 2021 und darüber hinaus.
- In einer Pandemie und damit einer Krisensituation, die Pflegeeinrichtungen und Krankenhäuser in besonderer Weise betrifft, hat die Umsetzung von Pandemieplänen und Arbeitsschutzmaßnahmen absolute Priorität. Laufende BGF-Projekte werden nachvollziehbar zurückgestellt. Als hilfreich betrachtet und von Seiten der Einrichtungen gewünscht und genutzt werden indessen Maßnahmen zur unmittelbaren Unterstützung der Pflege- und Führungskräfte, Trainings und Coaching zur Resilienzstärkung und psychosozialen Entlastung (Hower und Winter 2021).
- Die Pandemieerfahrung hat die digitalen Defizite bei den Pflegeeinrichtungen offengelegt. Es mangelt in den Einrichtungen immer noch vielfach an der erforderlichen Hard- und Software (Kuhlmey et al. 2019). Die Pandemie hat insoweit auch den Pflegeeinrichtungen einen „Digitalisierungsschub“ (KPMG 2020) gegeben, dessen Nutzungsmöglichkeiten nach Einschätzung

der Autoren dieses Beitrages aber längst noch nicht ausgeschöpft sind. Das gilt für entlastende technische Hilfsmittel in der Pflege über die Qualitätssicherung und Dokumentation bis hin zum Einsatz von Robotik.

Betriebliches Gesundheitsmanagement, zumal in den stark personenbezogenen und durch menschliche Nähe geprägten Pflegeberufen, wird nach Einschätzung der Autoren auch in Zukunft, zumal nach Auslaufen der Pandemie, stark auf Präsenzkommunikation in der Beratung beruhen, die jedoch durch vielfältige digitale Tools von der Analyse über das systematische Projektmanagement bis hin zu digitalen und hybriden Lernplattformen zu pflegespezifischen Themen unterstützt werden kann und sollte.

Literatur

- Appel J, Schein C (2019) Projekt zur Umsetzung guter Arbeitsbedingungen in der Pflege. Abschlussbericht für den Pflegebevollmächtigten der Bundesregierung. https://www.pflegebevollmaechtigter.de/mwginternal/de/5fs23hu73g7/progress?id=Hgut9_NZy2-3twJS9UjX-plwPLqedValHRPsNihBec. Zugegriffen: 9. Nov. 2019
- Bechmann S, Jäckle R, Lück P, Herdegen R (2011) Motive und Hemmnisse für Betriebliches Gesundheitsmanagement (BGM). Iga-Report 20. BKK, DGUV, AOK, vdek, Berlin
- Begerow A, Michaelis U, Gaidys U (2020) Wahrnehmungen von Pflegenden im Bereich der Intensivpflege während der COVID-19-Pandemie. Pflege 33:229–236. <https://doi.org/10.1024/1012-5302/a000744>
- Bundesagentur für Arbeit (2010) Klassifikation der Berufe 2010 (KldB 2010). <https://statistik.arbeitsagentur.de/DE/Navigation/Grundlagen/Klassifikationen/Klassifikation-der-Berufe/KldB2010/Printausgabe-KldB2010/Printausgabe-KldB-2010-Nav.html?jsessionid=C74B4296A06C68422443BC2133F3BA63>. Zugegriffen: 01. April 2021
- Bundesministerium für Gesundheit (2020) Konzertierte Aktion Pflege. <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/konzertierte-aktion-pflege.html>. Zugegriffen: 5. Febr. 2021
- Daum M (2017) Digitalisierung und Technisierung der Pflege in Deutschland. Aktuelle Trends und ihre Fol-

- gewirkungen auf Arbeitsorganisation, Beschäftigung und Qualifizierung. DAA-Stiftung Bildung und Beruf, Hamburg
- Drupp M, Meyer M (2020) Belastungen und Arbeitsbedingungen bei Pflegeberufen – Arbeitsunfähigkeitsdaten und ihre Nutzung im Rahmen eines Betrieblichen Gesundheitsmanagements. In: Jacobs K, Kuhlmei A, Greß S, Klauber J, Schwinger A (Hrsg) Pflege-Report 2019 – Mehr Personal in der Langzeitpflege – aber woher? Springer, Berlin Heidelberg, S 23–47
- Ducki A, Behrendt D, Boß L, Brandt M, Janneck M, Jent S, Kunze D, Lehr D, Nissen H, Wappler P (2019) Digi-Exist: Eine digitale Plattform zur Gesundheitsförderung für junge Unternehmen. In: Badura B, Ducki A, Schröder H, Klose J, Meyer M (Hrsg) Fehlzeiten-Report 2019. Digitalisierung – gesundes Arbeiten ermöglichen. Springer, Berlin Heidelberg, S 333–347
- Elprana G, Felfe JJ, Franke F (2015) Gesundheitsförderliche Führung diagnostizieren und umsetzen. In: van Dick R, Felfe J (Hrsg) Handbuch Mitarbeiterführung: Wirtschaftspsychologisches Praxiswissen für Fach- und Führungskräfte. Springer, Berlin Heidelberg
- Felfe J, Krick A, Reiner A (2018) Wie kann Führung Sinn stiften? – Bedeutung der Vermittlung von Sinn für die Gesundheit. In: Badura B, Ducki A, Schröder H, Klose J, Meyer M (Hrsg) Fehlzeiten-Report 2018. Sinn erleben – Arbeit und Gesundheit. Springer, Berlin Heidelberg, S 213–223
- Geiger L, Niggemann R, Seidel J, MDS, Bauer S (Hrsg) (2020) Präventionsbericht 2020: Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung: Primärprävention und Gesundheitsförderung sowie Leistungen der sozialen Pflegeversicherung: Prävention in stationären Pflegeeinrichtungen für das Berichtsjahr 2019. https://www.gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/krankenversicherung_1/praevention_selbsthilfe_beratung/praevention/praeventionsbericht/2020_gkv_mds_praeventionsbericht.pdf. Zugegriffen: 14. Jan. 2021
- Glaser J, Höge T (2005) Probleme und Lösungen in der Pflege aus Sicht der Arbeits- und Gesundheitswissenschaften. Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin (BAuA), Dortmund, Berlin, Dresden
- Hamburg HAW (2021) Neue Pflegestudie. Pflegekräfte am Limit. 14.01.2021. <https://www.haw-hamburg.de/detail/news/news/show/pflegekraefte-am-limit>
- Hower I, Pförtner T-K, Pfaff H (2020) Pflegerische Versorgung in Zeiten von Corona – Drohender Systemkollaps oder normaler Wahnsinn? – Wissenschaftliche Studie zu Herausforderungen und Belastungen aus der Sichtweise von Leitungskräften. Universität zu Köln, Köln
- Hower I, Winter W (2021) Pandemiebedingte Herausforderungen in der Pflege – Ansätze für die Betriebliche Gesundheitsförderung. In: Badura B, Ducki A, Schröder H et al (Hrsg) Fehlzeiten-Report 2021. Springer, Berlin
- Ilmarinen J (2011) Arbeitsfähig in die Zukunft. In: Giesert M (Hrsg) Arbeitsfähig in die Zukunft – Willkommen im Haus der Arbeitsfähigkeit! VSA Verlag, Hamburg, S 20–30
- Jaensch P et al (2020) Organisationskultur und -gerechtigkeit, betrieblicher Wandel und Gesundheit: Eine Auseinandersetzung am Beispiel „Pausengestaltung in der Pflege“. In: Badura B, Ducki A, Schröder H, Klose J, Meyer M (Hrsg) Fehlzeiten-Report 2020. Springer, Berlin, S 295–309
- KPMG (Hrsg) (2020) Clarity on healthcare. Zürich. <https://home.kpmg/ch/de/home/insights/2020/09/clarity-on-healthcare.html?cid=7403493&mid=3943021&rid=5173336>. Zugegriffen: 4. Febr. 2021
- Kuhlmei A et al (2019) Ressource oder Risiko – Wie professionell Pflegenden den Einsatz digitaler Technik in der Pflege sehen. In: Zentrum für Qualität in der Pflege (Hrsg) Pflege und digitale Technik. Druckteam, Berlin, S 31–35
- Lehr D, Boß L (2019) Occupational e-Mental Health – eine Übersicht zu Ansätzen, Evidenz und Implementierung. In: Badura B, Ducki A, Schröder H, Klose J, Meyer M (Hrsg) Fehlzeiten-Report 2019. Digitalisierung – gesundes Arbeiten ermöglichen. Springer, Berlin Heidelberg, S 155–178
- Lück P, Fenn S (2020) Organisationale Gerechtigkeit durch gesunde Führung – Ein Blended-Learning-Ansatz. In: Badura B, Ducki A, Schröder H, Klose J, Meyer M (Hrsg) Fehlzeiten-Report 2020. Springer, Berlin, S 273–282
- Münch M, Steinmetz A, Vogt U (2020) Gemeinsam vernetzt für mehr Gesundheit – Gemeinschaftliche Umsetzung von der betrieblichen Gesundheitsförderung zum betrieblichen Gesundheitsmanagement. In: MDS, GKV-Spitzenverband (Hrsg) Präventionsbericht 2020. Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung: Primärprävention und Gesundheitsförderung sowie Leistungen der sozialen Pflegeversicherung: Prävention in stationären Pflegeeinrichtungen. Berichtsjahr 2019, S 110
- Perschke-Hartmann C, Drupp M (2018) Ressourcen stärken in der Altenpflege. In: Badura B, Ducki A, Schröder H, Klose J, Meyer M (Hrsg) Fehlzeiten-Report 2018. Sinn erleben – Arbeit und Gesundheit. Springer, Berlin, S 303–314
- Petzold MB, Plag J, Ströhle A (2020) Umgang mit psychischer Belastung bei Gesundheitsfachkräften im Rahmen der Covid-19-Pandemie. Nervenarzt 91:417–421
- Rheindorf J, Blöcker J, Himmel C, Trost A (2020) Wie erleben Pflegefachpersonen die Corona-Pandemie? Pflege Z 73(8):50–53

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

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

