

Cora Zenz und Guido Becke

Gemeinsam stärker!

Betriebliche Unterstützungs-
strukturen für Beschäftigte in
der Langzeitpflege

Cora Zenz, Guido Becke

Reihe Arbeit und Wirtschaft in Bremen 35 | 2021

Gemeinsam stärker!

Betriebliche Unterstützungsstrukturen für
Beschäftigte in der Langzeitpflege

Danksagung

Wir möchten uns an dieser Stelle sehr für die konstruktive Unterstützung, Begleitung und Beratung dieses Forschungsprojekts bei Carola Bury und Dr. Jennie Auffenberg (beide Arbeitnehmerkammer Bremen) bedanken, deren Expertise und Erfahrungsschatz in der Pflegebranche wertvoll für die Projektarbeit gewesen ist. Unseren Kolleg:innen Dr. Peter Bleses und Stephanie Pöser (beide Institut Arbeit und Wirtschaft) wollen wir für ihr hilfreiches Feedback zum Bericht ebenfalls danken. Zudem gilt unser großer Dank Ilka Petersen und Lukas Bieger, die uns als studentische Mitarbeitende in unterschiedlichen Phasen des Projekts unterstützt haben.

Inhaltsverzeichnis

Abkürzungsverzeichnis	6
1 Einleitung – Arbeitssituation von Pflegekräften	8
1.1 Thematischer Hintergrund und Analyseziel	8
1.2 Zum Vorgehen.....	10
Teil A: Forschungsbedarf und Ausrichtung der Studie	11
2 Betriebliche Unterstützungsstrukturen – der konzeptionelle Rahmen	11
2.1 Betriebliche Unterstützungsstrukturen für die Gesunderhaltung von Beschäftigten	12
2.2 Die stationäre Altenpflege – Rahmenbedingungen betrieblicher Unterstützungsstrukturen.....	14
2.3 Betriebliche Unterstützungsstrukturen in der Coronakrise	18
3 Methodisches Vorgehen der Studie und Überblick über die empirische Basis	20
3.1 Methodisches Vorgehen in der Erhebungsphase	20
3.2 Auswahl der Interviewpartner:innen	21
3.3 Inhaltsanalytische Auswertung.....	22
Teil B: Empirische Ergebnisse.....	23
4 Sichtweise der Akteure zur Arbeitssituation in der Pflege	23
4.1 Die strukturellen und politischen Rahmenbedingungen	23
4.2 Psychische Arbeitsbelastungen von Pflegekräften	26
4.2.1 Ursachen psychischer Belastung	26
4.2.2 Anforderungen durch die Coronakrise	28
5 Betriebliche Unterstützungsstrukturen in der Praxis	34
5.1 Einrichtungseigene Möglichkeiten	34
5.1.1 Arbeits- und Gesundheitsschutz sowie Gesundheitsförderung in Einrichtungen	34
5.1.2 Führung	45
5.1.3 Team	49
5.1.4 Betriebliche Mitarbeitendenvertretung.....	52
5.2 Überbetriebliches Unterstützungsnetzwerk	53
5.2.1 Unterstützung für Pflegekräfte durch überbetriebliche Akteure.....	53
5.2.2 Unterstützung aus der Unternehmensgruppe/Trägerschaft.....	54
5.2.3 Weitere überbetriebliche Unterstützungsquellen.....	54
5.3 Strukturelle Forderungen.....	55
Teil C: Schlussfolgerungen und Gestaltungsempfehlungen.....	57
6 Handlungsempfehlungen für gesunderhaltende Unterstützungsstrukturen	57
6.1 Empfehlungen zu gesunderhaltenden Ressourcen.....	57
6.2 Arbeitsschutz und betriebliche Gesundheitsförderung	60
7 Literaturverzeichnis	63

Abkürzungsverzeichnis

BA	Betriebsarzt
BG	Berufsgenossenschaft
BMV	Betriebliche Mitarbeitendenvertretung
E	Einrichtung
EL	Einrichtungsleitung
PA	Praxisanleitung
PDL	Pflegedienstleitung
Pfk	Pflegefachkraft
Phk	Pflegehilfskraft
WBA	Wohn- und Betreuungsaufsicht
WBL	Wohnbereichsleitung

Zusammenfassung

In der Coronakrise haben sich die ohnehin schon sehr hohen psychischen und auch physischen Arbeitsbelastungen in der stationären Langzeitpflege noch weiter erhöht. Zugleich hat die Coronakrise aber auch verdeutlicht, wie wichtig betriebliche Unterstützungsstrukturen sind – nicht nur, um die Pflegearbeit in der Krise zu bewältigen, sondern auch, um die Gesundheit von Beschäftigten – so gut es geht – zu erhalten.

In diesem Projekt wurde auf Basis einer qualitativ angelegten Praxisanalyse untersucht, welche betrieblichen Unterstützungsstrukturen für eine gesundheitsförderliche Arbeitsgestaltung in Einrichtungen der stationären Langzeitpflege existieren bzw. weiterentwickelt werden können. Betriebliche Unterstützungsstrukturen umfassen unterschiedliche betriebliche Maßnahmen, die auf der organisatorischen Ebene (z. B. Arbeitsorganisation, Dienstplan- und Unfallmanagement), der kulturellen Ebene (z. B. Führungs- und Teamkultur) sowie auf der Ebene des Einsatzes von Instrumenten des Arbeits- und Gesundheitsschutzes, der betrieblichen Gesundheitsförderung und der Personalentwicklung ansetzen (z. B. beteiligungsorientierte Gefährdungsbeurteilung, Teambuilding, Fort- und Weiterbildungsmaßnahmen). Grundlegendes Ziel betrieblicher Unterstützungsstrukturen ist es, das Belastungsniveau durch die Arbeit möglichst gering zu halten sowie die Handlungsfähigkeit der Pflegekräfte bei der Bewältigung arbeitsbezogener Herausforderungen durch die Bereitstellung und möglichst gute Nutzbarkeit unterschiedlicher Ressourcen zu unterstützen.

Elemente betrieblicher Unterstützungsstrukturen – so zeigt die Analyse – müssen gar nicht neu erfunden werden. Sie sind in der betrieblichen Praxis bereits in großer Zahl und Vielfalt vorhanden und zum Teil weit entwickelt. Allerdings nicht immer und überall. Manchmal fehlt es nur an der Umsetzung oder dem systematischen Vorgehen, manchmal werden Instrumente gerade dann nicht mehr eingesetzt, wenn sie aufgrund dauerhaft zu großer Arbeitsbelastung eigentlich besonders dringend benötigt würden.

Die Praxisanalyse hat jedenfalls so viele Ansatzpunkte ergeben, die seitens der betrieblichen und überbetrieblichen Expert:innen (Pflegekräfte, Führungskräfte, Verbandsvertreter:innen, Betriebsärzt:innen usw.) aufgezeigt wurden, dass daraus Gestaltungshinweise zur Entwicklung gesundheitsförderlicher betrieblicher Unterstützungsstrukturen für die Praxis abgeleitet werden können.

Die Ergebnisse zeigen, dass grundlegende Arbeitsschutzinstrumente, wie Gefährdungsbeurteilungen genutzt werden könnten, um einrichtungseigene Belastungsursachen zu erkennen und zu bearbeiten. Zudem sind Qualifizierung, Fort- und Weiterbildung wesentliche Stellschrauben, um Arbeitsbelastungen zu reduzieren, die allerdings bisher nicht abschließend ausgeschöpft werden. Beispiele aus der Praxis zeigen, wie hier interne gesunderhaltende Potenziale für Pflegekräfte entwickelt werden können. Die Beteiligung von Pflegekräften stellt hierbei eine Möglichkeit dar, Bedarfe zu erkennen und konstruktive Lösungen zu finden. Weiterhin bietet die Einbindung betrieblicher Interessensvertretungen, wie die Betriebliche Mitarbeitendenvertretung oder Betriebsräte, bislang häufig ungenutzte Potenziale, Pflegekräfte in ihrem Gesunderhalt zu stärken und sie zu entlasten. Des Weiteren sind Ansätze, wie (digitale) Kommunikationsstrukturen sowie Reflexionsräume ausbaubar, um Leitung und Teams zu stärken. Zudem bietet es sich an, die externe Vernetzung mit außerbetrieblichen Akteur:innen, z.B. auf Verbandsebene, im Sinne des Gesunderhalts von Pflegekräften weiterzuentwickeln.

Aus der qualitativen Untersuchung werden Gestaltungshinweise zur Entwicklung gesundheitsförderlicher Unterstützungsstrukturen für die Praxis abgeleitet, um so die Arbeitsbelastung von Pflegekräften zu reduzieren und ihre Gesundheit langfristig zu erhalten bzw. zu fördern.

1 Einleitung – Arbeitssituation von Pflegekräften

1.1 Thematischer Hintergrund und Analyseziel

In der Gesundheitswirtschaft im Land Bremen arbeiten ca. 15 % der Beschäftigten. Und das Wachstumspotenzial ist groß (Becka et al. 2018: 9). Die zweitgrößte Tätigkeitsgruppe in der bremischen Gesundheitswirtschaft ist die Altenpflege (ebd.: 43), in der 48 % der sozialversicherungspflichtig beschäftigten Pflegefachkräfte (2.253 Personen) tätig sind (ebd., 35). Einen großen Teilbereich der Altenpflege bilden nach wie vor die stationären Pflegeeinrichtungen, in denen 2017 im Land Bremen etwa 6.750 Menschen arbeiteten, davon etwa 53 % mit einem pflegerischen Berufsabschluss (Statistisches Landesamt Bremen 2021: 2). Damit bleibt die Arbeit in der stationären Langzeitpflege trotz des Trends zur Ambulantisierung ein wichtiger Bestandteil in der Pflegeversorgung. Dort, wo die Versorgung einer pflegebedürftigen Person nicht mehr über die ambulante Pflege abgedeckt werden kann, setzt die stationäre Pflege an. Besonders ist, dass in der stationären Langzeitpflege alle fachlichen Disziplinen zur Versorgung der Langzeitpflegebedürftigen zusammenlaufen sowie Pflegefachkräfte mit Hilfs- und Assistenzkräften kooperieren. Dieses komplexe Gefüge der Zusammenarbeit zu koordinieren und die Zusammenarbeit zu sichern, stellt eine Daueraufgabe von Leitungskräften dar, um den gesetzlichen Versorgungsauftrag erfüllen zu können und eine möglichst gute Pflegequalität für die pflegebedürftigen Menschen zu sichern. Pflegebedürftige müssen in stationären Einrichtungen 24 Stunden am Tag versorgt werden.

Seit mehreren Jahren ist in der stationären Langzeitpflege – trotz insgesamt steigender Beschäftigtenzahlen in der jüngeren Vergangenheit – ein merklicher Fachkraft- und Personalmangel zu verzeichnen. Die Schere zwischen Beschäftigungsvolumen und dem Anstieg der Pflegebedürftigkeit im Rahmen des soziodemografischen Wandels öffnet sich immer weiter. Zugleich verändert sich – nicht zuletzt aufgrund der Ambulantisierung der Pflege und den Ansprüchen älterer Menschen, solange wie möglich in den eigenen vier Wänden leben zu können – die Struktur der Bewohner:innen in stationären Pflegeeinrichtungen: Hochaltrigkeit, Multimorbidität und zunehmend demenzielle Erkrankungsbilder gewinnen an Bedeutung. Der anhaltende Personalmangel und die veränderte Struktur der Bewohner:innen tragen maßgeblich zu den insgesamt hohen psycho-physischen Arbeitsbelastungen in der stationären Langzeitpflege bei. Beispiele hierfür sind Zeitdruck bzw. Arbeitsintensivierung, eine hohe Unplanbarkeit der privaten Lebensführung aufgrund der Anforderungen, Dienste bei Personalknappheit abzudecken. Wir gehen hier von einem stress- und handlungstheoretischen Belastungsverständnis aus, wonach arbeitsbezogener Stress bzw. Arbeitsbelastungen entstehen, wenn Beschäftigte die an sie gestellten Arbeitsanforderungen mit den verfügbaren Ressourcen und ihren Handlungsstrategien nicht bewältigen können. Belastungen kommen hierbei in Regulationshindernissen, -unsicherheit und -überforderung zum Ausdruck (vgl. Bamberg et al. 2012: 24 ff.).

Hinzu kommen hohe psycho-emotionale und moralische Belastungen in der Interaktionsarbeit mit Pflegebedürftigen, die u.a. entstehen, wenn kaum Zeit bleibt für die Sterbebegleitung (vgl. Zenz & Becke 2020a, b; Wirth et al. 2021; Theobald et al. 2013). Interaktionsarbeit als Arbeit mit und an Menschen (vgl. Böhle et al. 2015a; Kumbruck 2008; Zenz & Becke 2020b) umfasst in konzeptioneller Hinsicht vier Dimensionen, zwischen denen im Arbeitsalltag vielfältige Wechselbeziehungen bestehen können. Diese Dimensionen werden nun am Beispiel der Pflege skizziert:

- Kooperationsarbeit bezieht sich auf die Herstellung und Aufrechterhaltung von Kooperationsbeziehungen von Beschäftigten mit Kund:innen oder Klient:innen oder Patient:innen. Im Fokus der Pflegearbeit geht es darum, ein Kooperationsbündnis zwischen Pflegekraft und Pflegebedürftigen herzustellen, das auf dem Einverständnis Letzterer beruht, sich auch pflegen zu lassen. Hierbei geht es darum, das Verhältnis von Nähe und Distanz in der arbeitsbezogenen Pflegebeziehung auszubalancieren, die durch eine grundlegende, z.T. existenzielle Angewiesenheit der pflegebedürftigen Person auf die Pflegekraft geprägt ist.
- Gefühlsarbeit bezieht sich darauf, die Gefühle der pflegebedürftigen Personen zu beeinflussen, damit Pflegekräfte ihre Arbeitsaufgaben erfüllen können. Sie sind dabei auf die Mitarbeit der pflegebedürftigen Person angewiesen, um die Pflegeaufgaben erbringen zu können. Beispielsweise geht es darum, pflegebedürftige Personen zu trösten oder zu beruhigen, wenn medizinische Eingriffe bevorstehen.
- Emotionsarbeit richtet sich auf die eigenen Gefühle, d.h. die emotionale Selbstregulation der Arbeitsperson, um vorgegebenen aufgaben- oder organisationsbezogenen Gefühlsregeln zu entsprechen. Pflegekräfte verrichten Emotionsarbeit, indem sie z.B. gegenüber pflegebedürftigen Personen bestimmte Gefühle unterdrücken, wie Ekel oder Ärger bzw. einen bestimmten Gefühlsausdruck (z.B. Heiterkeit) darstellen. Die Unterdrückung oder Darstellung von Gefühlen werden als für einen professionellen Umgang mit den pflegebedürftigen Menschen erforderlich betrachtet. Emotionsarbeit dient der Selbstregulation innerer emotionaler Zustände, um negative Gefühle besser zu bewältigen oder diese Zustände bewusst zu manipulieren, damit Interaktionsarbeit geleistet werden kann.

- Das subjektivierende Arbeitshandeln fokussiert den reflexiven und erfahrungsgestützten Umgang mit Unwägbarkeiten im Arbeitsprozess. In der Pflege ergeben sich solche Unwägbarkeiten vor allem aus ihrem besonderen Arbeitsgegenstand: der zu pflegenden Person – mit ihren Bedürfnissen, psychischen Energien, ihrer Leiblichkeit und Interessen. Pflegekräfte setzen z.B. alle Sinne in der Interaktion mit pflegebedürftigen Menschen ein, um sich ein besseres Bild von deren aktuellem psycho-physischen Zustand zu verschaffen und situationsgerecht darauf eingehen zu können.

Die zuvor skizzierte Belastungskonstellation führt oft dazu, dass Pflegekräfte ihre Arbeitszeit reduzieren oder dieses Berufs- und Tätigkeitsfeld vollständig verlassen. Die Folge ist, dass das Belastungsniveau der verbleibenden Kräfte weiter steigt (vgl. Benedix et al. 2013; Köllner 2015). Das hohe Belastungsniveau ist überdies auf die unzureichende Personalbemessung und -ausstattung in der stationären Langzeitpflege zurückzuführen, die sich bisher vorwiegend an pflegebezogenen Verrichtungen und dem Ziel einer möglichst hohen Pflegequalität orientiert, aber die Arbeitsqualität von Pflegekräften als Zielorientierung weitgehend außen vor lässt. So werden etwa Zeiten für die Interaktionsarbeit mit pflegebedürftigen Menschen, die den Kern des beruflichen Ethos fürsorglicher Praxis in der Pflege bildet, bisher kaum in gängigen Personalbemessungsverfahren aufgenommen (vgl. Zenz & Becke 2020a; Kumbruck & Senghaas-Knobloch 2019). Ebenso wenig werden Zeiten für Maßnahmen des betrieblichen Arbeits- und Gesundheitsschutzes bzw. der betrieblichen Gesundheitsförderung und für Reflexionsräume berücksichtigt, vor allem zur kollegialen Beratung bei belastenden Arbeitssituationen, im Rahmen bisher etablierter Personalbemessungsverfahren (Wirth et al. 2021).

Eine auskömmliche Finanzierung der stationären Langzeitpflege, eine Personalbemessung und -ausstattung, die einer gesundheitsförderlichen Arbeitsqualität der Pflegekräfte Rechnung trägt, sowie eine erhöhte gesellschaftliche, auch materielle Anerkennung der Pflegearbeit bilden daher wichtige Voraussetzungen, um die Bindung von Beschäftigten an den Pflegeberuf und Einrichtungen der stationären Altenpflege zu sichern sowie die Attraktivität dieses grundlegend wichtigen gesellschaftlichen Berufs- und Tätigkeitsfelds zu erhöhen. Daher ist eine Veränderung politischer und ökonomischer Rahmenbedingungen der Pflege erforderlich, um perspektivisch das hohe psychophysische Belastungsniveau der Pflegearbeit und die damit verbundenen erheblichen Gesundheitsgefährdungen für Pflegekräfte merklich zu reduzieren.

Die skizzierten Rahmenbedingungen und Belastungskonstellationen in der stationären Langzeitpflege erschweren Handlungs- und Gestaltungsoptionen einer gesundheitsförderlichen Arbeitsgestaltung auf der betrieblichen Ebene; sie schließen sie aber keineswegs vollkommen aus. Hier liegt der Ausgangspunkt unseres Forschungsprojekts „Betriebliche Unterstützungsstrukturen: Wie sind die Arbeitsbedingungen zu gestalten, um Mitarbeiter:innen in der Pflege langfristig halten zu können?“, das zwischen dem 1. April 2020 und dem 31. März 2021 durch die Arbeitnehmerkammer Bremen gefördert und am Institut Arbeit und Wirtschaft bearbeitet wurde. Das Forschungsprojekt geht von einem ressourcenorientierten Ansatz aus, denn es untersucht, welche betrieblichen Unterstützungsstrukturen für eine gesundheitsförderliche Arbeitsgestaltung in Bremer Einrichtungen der stationären Langzeitpflege existieren bzw. weiterentwickelt werden können, um erstens psychische Arbeitsbelastungen der Pflegearbeit zu reduzieren und zweitens die Handlungsfähigkeit der Pflegekräfte beim Umgang mit dieser großen Herausforderung der Pflegearbeit zu fördern. Grundlegende Annahme des Forschungsprojekts ist es, dass auch unter den restriktiven Rahmenbedingungen in Einrichtungen der stationären Langzeitpflege Handlungsansätze und gesundheitliche Ressourcen existieren, die bereits aktuell dazu beitragen können, die Beschäftigungsfähigkeit von Pflegekräften durch Erhalt ihrer psychischen Gesundheit zu verbessern. Diese Potenziale für eine gesundheitsförderliche Arbeitsgestaltung gilt es aufzudecken und in Richtung gesundheitlicher Ressourcen weiterzuentwickeln.

Das Projekt richtet daher seine Aufmerksamkeit auf die Sondierung und Untersuchung gesunderhaltender betrieblicher Unterstützungsstrukturen. Darunter werden betriebliche Strukturen, Praktiken, Verfahren und Maßnahmen verstanden, die direkt und mittelbar zum (psychischen) Gesunderhalt von Beschäftigten beitragen. Hierbei kann es sich um formale Unterstützungsstrukturen, z.B. im Rahmen des Personalmanagements und des Arbeitsschutzes, und informelle Strukturen handeln, wie gesundheitssensible Führung und eine salutogene Arbeits- und Teamkultur (vgl. Fromm et al. 2000).

Überdies schließt unser Verständnis gesunderhaltender Unterstützungsstrukturen die Fähigkeit betrieblicher Akteur:innen, wie Führungskräfte oder betriebliche Interessenvertretungen, ein, außerbetriebliche Ressourcen der Unterstützung zu mobilisieren bzw. in Kooperation mit externen Partner:innen (z.B. Trägerverbände, Wohn- und Betreuungsaufsicht, Gewerkschaften, Berufsgenossenschaften) zu entwickeln.

1.2 Zum Vorgehen

Im Anschluss an diese Einleitung folgt ein Kapitel, in dem das forschungsleitende Konzept der gesunderhaltenden betrieblichen Unterstützungsstrukturen entfaltet wird (Kap. 2). Das Konzept wird dabei in Bezug gesetzt zu den spezifischen Rahmenbedingungen betrieblicher Unterstützungsstrukturen in der stationären Altenpflege. Zudem wird die Bedeutung der Coronakrise für betriebliche Unterstützungsstrukturen beleuchtet. Die Coronakrise hatte erhebliche arbeitsorganisatorische Veränderungen sowie Verunsicherungen und Zusatzbelastungen bei Führungskräften und Beschäftigten in der stationären Langzeitpflege zur Folge. Das Forschungsprojekt startete, als in Deutschland der erste Lockdown politisch beschlossen wurde. Wir haben die Turbulenzen und Veränderungen, welche die Coronakrise in den untersuchten Altenpflegeheimen verursachte, zum Anlass genommen, näher zu untersuchen, inwiefern gesunderhaltende betriebliche Unterstützungsstrukturen hilfreich gewesen sind, um die Krise und die dadurch induzierten erhöhten (psychischen) Arbeitsbelastungen aufseiten der Leitungs- und Pflegekräfte zu bewältigen.

Im dritten Kapitel wird in die Anlage dieser Studie und die methodische Vorgehensweise bei der qualitativen Datenerhebung und -auswertung eingeführt. Die Studie kombinierte leitfadengestützte Interviews mit außerbetrieblichen Expert:innen (z.B. aus Verbänden, Berufsgenossenschaft, Wohn- und Betreuungsaufsicht) und einrichtungsbezogene Kurzfallstudien auf der Basis leitfadengestützter Interviews mit Führungskräften und Pflegefachkräften. Das qualitativ erhobene Datenmaterial wurde inhaltsanalytisch ausgewertet. Zudem wird die empirische Basis der Studie beschrieben.

Die Sichtweisen der interviewten betrieblichen wie außerbetrieblichen Akteur:innen auf die Arbeitssituation in der stationären Langzeitpflege stehen im Mittelpunkt des vierten Kapitels. Ihre Perspektiven werden mit Blick auf die strukturellen und politischen Rahmenbedingungen der Branche sowie in Bezug auf die psychischen Arbeitsbelastungen von Pflegekräften untersucht. Hierbei werden auch Veränderungen der Arbeitsbedingungen aufgrund der Coronakrise berücksichtigt.

Das fünfte Kapitel stellt die Ergebnisse zu gesunderhaltenden betrieblichen Unterstützungsstrukturen vor, die primär auf qualitativen Erhebungen in stationären Bremer Pflegeeinrichtungen basieren. Hierbei werden Ergebnisse zu zentralen betrieblichen Unterstützungsstrukturen vorgestellt, die zum psychischen Gesunderhalt der Pflegekräfte beitragen, wie Führung, Anerkennung und Teamstrukturen. Zugleich wird die Bedeutung überbetrieblicher Strukturen für gesunderhaltende betriebliche Unterstützungsstrukturen untersucht.

Im sechsten Kapitel werden auf der Basis der empirischen Studienergebnisse Handlungsempfehlungen für Führungskräfte stationärer Altenpflegeeinrichtungen entwickelt, die sich auf die identifizierten betrieblichen Unterstützungsstrukturen beziehen und auch weitere Anregungen bieten. Die Handlungsempfehlungen richten sich darauf, ein betriebliches Handlungskonzept für betriebliche Unterstützungsstrukturen zu entwickeln, das der Gesunderhaltung von Beschäftigten in Einrichtungen der stationären Langzeitpflege zugutekommt. Konkret geht es darum, zu sondieren, welche Möglichkeiten bzw. förderlichen Handlungsbedingungen auf der Einrichtungsebene bereits heute entwickelt oder näher entfaltet werden können. Es gilt also Handlungskonzepte für betriebliche Unterstützungsstrukturen zu entwickeln – auch und gerade unter den bekannten widrigen Rahmenbedingungen, unter denen stationäre Pflegeeinrichtungen tätig sind.

Teil A: Forschungsbedarf und Ausrichtung der Studie

2 Betriebliche Unterstützungsstrukturen – der konzeptionelle Rahmen

Die stationäre Langzeitpflege ist seit einigen Jahren mit merklichem **Personal- und Fachkräftemangel** konfrontiert. Dieser ist z.T. dem demografischen Wandel, aber auch den ungünstigen Arbeitsbedingungen in der Branche geschuldet. Diese sind insbesondere durch hohe psycho-physische und arbeitszeitliche **Belastungen** sowie eine im Vergleich zu den Leistungsanforderungen und der gesellschaftlichen Bedeutung der stationären Altenpflege **unzureichende** materielle und soziale **Anerkennung** geprägt (vgl. Hien 2009; Benedix et al. 2013). Damit gehen hohe krankheitsbedingte **Fehlzeiten** der Beschäftigten einher. So kommt der hkk Gesundheitsreport (Braun 2018: 17) zu dem Ergebnis, dass die Altenpflege mit 21,9 Fehltagen die längste Fehlzeitendauer aufweist. Die in gesundheitlicher Hinsicht problematischen Arbeitsbedingungen äußern sich auch darin, dass die Altenpflege zu jenen Berufsgruppen zählt, in denen psychische Störungen am häufigsten als Ursache von **Arbeitsunfähigkeit** medizinisch diagnostiziert wird: So wurden psychische Störungen bei 43,3 % der bei der BKK 2017 versicherten Altenpflegebeschäftigten diagnostiziert (Richter, Kliner & Rennert 2018a: 154; 2018b: 264).

Diese Befunde verweisen nicht nur auf ein hohes Belastungsniveau in der Altenpflege. Darin spiegelt sich auch wider, dass Beschäftigte die hohen Arbeitsanforderungen in dieser Branche oft nicht bewältigen können, da sie nicht über hinreichende gesundheitliche Ressourcen verfügen. Daraus ergibt sich für die stationäre Langzeitpflege die zentrale Frage, wie (psycho-physische) Arbeitsbelastungen merklich reduziert bzw. **Gesundheitsgefährdungen vermieden** sowie die **Ressourcen** von Pflegekräften **gestärkt** werden können. Auch wenn Unternehmen und Einrichtungen der stationären Langzeitpflege – wie bereits oben angesprochen – oft unter restriktiven Rahmenbedingungen ihrem gesetzlichen Versorgungsauftrag nachkommen, wäre es voreilig, die organisatorische Ebene als Ort gesundheitsförderlicher Arbeitsgestaltung auszuklammern oder aufzugeben. Vielmehr kommt es darauf an, **arbeitspolitische Handlungspotenziale und -ansätze** in Unternehmen und Einrichtungen der stationären Langzeitpflege zu verdeutlichen und zu entwickeln, die eine gesundheitsförderliche Arbeitsgestaltung ermöglichen und unterstützen (vgl. auch Höhmann et al. 2018). Solche Handlungsansätze sind auch unverzichtbar, um Mitarbeitende an den Pflegeberuf und konkrete Einrichtungen zu binden.

Unser Forschungsprojekt konzentriert sich daher im Wissen um die ungünstigen Rahmenbedingungen des Pflegesystems auf die Handlungsebene der Einrichtungen bzw. Unternehmen der stationären Langzeitpflege. Es richtet den Blick auf die oft noch zu wenig beachteten betrieblichen bzw. unternehmensbezogenen Handlungsoptionen einer gesundheitsförderlichen Arbeitsgestaltung. Es sollen Möglichkeiten der praxisorientierten Umsetzbarkeit einer gesundheitsförderlichen Arbeitsgestaltung verdeutlicht und weiterführende Perspektiven hierzu aufgezeigt werden. Solche Handlungsoptionen können zumindest an zwei grundlegenden Gestaltungsstrategien ansetzen (vgl. Becke et al. 2010): Eine Strategie zielt darauf ab, Gesundheitsgefährdungen bzw. Arbeitsbelastungen vorzubeugen bzw. zu reduzieren. Die zweite Strategie ist darauf ausgerichtet, die gesundheitlichen Ressourcen von Beschäftigten zu entwickeln und zu stärken sowie zu gewährleisten, dass in stationären Pflegeeinrichtungen Gesundheitsressourcen für Beschäftigte verfügbar und zugänglich sind. Werden beide Handlungsstrategien miteinander verbunden, ist eine vergleichsweise höhere Effektivität gesundheitsförderlicher Maßnahmen zu erwarten.

Im Rahmen unseres Forschungsprojekts wurde die Bedeutung beider Gestaltungsstrategien untersucht. Wir gehen dabei vor allem von einem **ressourcenorientierten Forschungs- und Gestaltungsansatz** aus. In Untersuchungen zu den Arbeitsbedingungen in der stationären Langzeitpflege werden tendenziell eher restriktive sozioökonomische bzw. politische Rahmenbedingungen und Belastungsfaktoren analysiert, die psycho-physische Gesundheitsgefährdungen begünstigen, während vorhandene bzw. noch zu entwickelnde Gesundheitsressourcen vergleichsweise weniger intensiv beleuchtet werden. Für die ressourcenorientierte Forschungs- und Gestaltungsperspektive unseres Projekts ist das Konzept der betrieblichen Unterstützungsstrukturen von zentraler Bedeutung. Im Folgenden werden daher das Konzept und seine relevanten Dimensionen skizziert. Zudem soll der Zusammenhang zwischen betrieblichen Unterstützungsstrukturen und ihre Bedeutung für die Gesunderhaltung von Beschäftigten herausgearbeitet werden.

2.1 Betriebliche Unterstützungsstrukturen für die Gesunderhaltung von Beschäftigten

Unser Verständnis betrieblicher Unterstützungsstrukturen ist darauf gerichtet, die Gesundheit von Beschäftigten **nachhaltig**, d.h. bei sich mehr oder weniger tief greifenden und schnell verändernden Arbeits- und betrieblichen Umweltanforderungen, zu **erhalten**. Betriebliche Unterstützungsstrukturen können dazu beitragen, die nachhaltige Beschäftigungsfähigkeit von Arbeitnehmer:innen in Anbetracht sich verändernder Kontextbedingungen zu fördern. Nachhaltige Beschäftigungsfähigkeit adressiert hier die Kompetenz- und Qualifikationsentwicklung, den Erhalt bzw. die Stärkung der Gesundheit von Beschäftigten sowie ihrer Arbeitsmotivation. Hervorgehoben wird in diesem Konzept auch die Bedeutung der Gestaltung struktureller Rahmenbedingungen zur Ressourcenstärkung von Erwerbspersonen (siehe ausführlich Bleses & Friemer 2021 i.E.).

Aus arbeitspsychologischer Perspektive betrachten wir Gesundheit hier als die Entwicklung von **Handlungsfähigkeit**, wonach das Gesundheitspotenzial von Menschen in der aktiven Auseinandersetzung mit ihren Umwelten entfaltet werden kann. Handlungsfähigkeit bedeutet hier, sich an die Umwelten anpassen und auch Umweltbedingungen beeinflussen zu können (Greiner 1998: 46). Gesundheit als Handlungsfähigkeit umfasst demnach drei Komponenten (ebd. 46 f.). Die Fähigkeiten

- sich langfristige Ziele zu setzen und zu verfolgen,
- zur Umweltpassung und -veränderung sowie
- körperliche Prozesse und eigenes Handeln zu integrieren, z. B. Pausen bei Ermüdungsgefühlen einzulegen.

Unser Verständnis betrieblicher Unterstützungsstrukturen (BUS) rückt zwei miteinander verbundene Aspekte in den Mittelpunkt: Betriebliche Unterstützungsstrukturen werden hier erstens als betriebliche Strukturen, Praktiken, Verfahren und Maßnahmen betrachtet, die direkt oder indirekt zur Gesunderhaltung von Beschäftigten beitragen können. Zweitens sind BUS dadurch gekennzeichnet, dass sie die Bindung von Mitarbeitenden an Einrichtungen oder Unternehmen erhöhen können (vgl. Eisenberger et al. 1986, Rhoades & Rhoades & Eisenberger 2002). Die von Mitarbeitenden wahrgenommene organisationale Bindung (nach Eisenberger et al. 1986) lässt sich im Anschluss an Meyer und Allen (1997: 11 ff.) als dreidimensionales Konzept beschreiben, das affektive oder emotionale, normative und nutzenorientierte Bindungsdimensionen umfasst:

- Die emotionale Bindungsdimension (affective commitment) bezieht sich auf die emotional positiv besetzte Verbundenheit und Identifikation mit einer Organisation, ihren Zielen und Werten.
- Die nutzenorientierte Bindungsdimension (continuance commitment) wägt Kosten und Nutzen ab, die mit dem Verlassen der Organisation verbunden wären.
- Die normative Bindungsdimension (normative commitment) kommt in einem Verpflichtungsgefühl gegenüber der Organisation zum Ausdruck, das moralisch begründet sein kann (z.B. wenn Mitarbeitende sich verpflichtet fühlen, in einer Organisation zu verbleiben, die ihnen in der Vergangenheit viele Entwicklungschancen bot) bzw. auf einer starken Internalisierung der Normen einer Organisation beruht.

Diese drei Dimensionen können bei Mitarbeitenden unterschiedlich stark ausgeprägt sein und sich im Zeitverlauf verändern (ebd.: 13). Bei betrieblichen Praktiken, Verfahren und Prozessen, die lediglich die nutzenorientierte Bindungsdimension bestärken, ist eher zu erwarten, dass Mitarbeitende bei nächstbesten Gelegenheit die Organisation verlassen werden oder aber – wenn ihnen dies nicht möglich erscheint – ihr Arbeitsengagement für die Organisation stark einschränken (ebd.: 89).

Unterstützungsstrukturen sind hier nicht als geronnene, verfestigte Strukturen zu verstehen. Vielmehr sind sie durch das Handeln von Menschen veränderbar, d.h. Menschen können auf betriebliche Unterstützungsstrukturen in unterschiedlichem Grade gestaltend Einfluss nehmen, sich diese aneignen und in Anspruch nehmen. Bei der Aneignung von Strukturen können sie diese unterschiedlich wahrnehmen und interpretieren. Auch für betriebliche Unterstützungsstrukturen gilt die Annahme der Dualität von Strukturen (Giddens 1988: 77 f.): Sie schränken auf der einen Seite das Handeln von Menschen (hier: Organisationsmitglieder) ein, wenn z. B. die Gewähr von Unterstützung oder Hilfeleistungen an bestimmte Vorleistungen oder Erwartungen an spätere Gegenleistungen geknüpft sind. Auf der anderen Seite ermöglichen Strukturen auch das Handeln von Individuen. So können betriebliche Unterstützungsstrukturen Beschäftigte befähigen, neue Anforderungen gut zu bewältigen.

Unterstützung kann hier verstanden werden als soziale Unterstützung. Soziale Unterstützung lässt sich in drei Facetten strukturieren: informationale, instrumentelle und emotionale Unterstützung (Klauer 2009: 80):

- Informationen können die Verstehbarkeit, Machbarkeit und Sinnhaftigkeit der Mitarbeitenden bei ihrer Arbeit erhöhen (vgl. Antonovsky 1987). Informationale Unterstützung, also die „*Vermittlung lösungsrelevanter Informationen und Bewertungen*“ (Klauer 2009: 80) könnte beispielsweise durch institutionalisierte Teambesprechungen soziale Unterstützungsstrukturen bereitstellen.

- Die instrumentelle Unterstützung (Klauer 2009: 80) beinhaltet beispielsweise, mittels nötiger Hilfsmittel die Arbeit zu erleichtern bzw. die Handlungsfähigkeit der Beschäftigten zu fördern.
- Darüber hinaus ist auch die emotionale Unterstützung (Klauer 2009: 80) durch Vorgesetzte und Kolleg:innen eine Form sozialer Unterstützung. Gemeint sind beispielsweise das Trösten und Zuhören (ebd.), das Pflegekräften direkte Hilfestellung bieten kann, um hohe psychosoziale Belastung zu bewältigen.

Betriebliche Unterstützungsstrukturen orientieren sich explizit oder implizit an den beiden skizzierten grundlegenden gesundheitsbezogenen Handlungsstrategien: Sie richten sich zum einen darauf, arbeitsbezogene Gesundheitsgefährdungen vorzubeugen bzw. diese soweit wie möglich zu reduzieren. Zum anderen beziehen sie sich darauf, Gesundheitsressourcen zu entwickeln, zu aktivieren und zu nutzen. Gesundheitsressourcen werden hier verstanden als „*Faktoren in der Person und in der Umwelt, auf die das Individuum bei Bedarf zurückgreifen kann, um die Gesundheit zu erhalten oder, bei einer Störung, wiederherzustellen*“ (Greiner 1998: 50). Gesundheitsressourcen können näher klassifiziert werden (vgl. Kunze et al. 2016; Richter et al. 2011):

- *Personale Ressourcen*, die an das Individuum, dessen psycho-physische Leiblichkeit und Subjektivität gebunden sind. Beispiele hierfür sind das Kohärenzerleben, Selbstwirksamkeitsüberzeugungen, eine optimistische Grundhaltung, Zukunftsorientierung, körperliche Leistungsfähigkeit, Erholungsfähigkeit.
- *Soziale Ressourcen*, die in Interaktionsprozessen zwischen Menschen (auf betrieblicher Ebene) hervorgebracht werden, wie gegenseitige Unterstützung, soziales Vertrauen, Anerkennung und die Gegenseitigkeit von Geben und Nehmen.
- *Organisationale Ressourcen*, wie Arbeitsautonomie, Beteiligungsmöglichkeiten und -verfahren, Feedback, transparente Kommunikations- und Entscheidungsstrukturen, Lernmöglichkeiten, Klima psychologischer Sicherheit oder Lern- und Fehlerkultur.
- *Außerbetriebliche Ressourcen*, wie Familie und Partnerschaft, Gewerkschaften, Arbeitnehmerkammer oder gesetzlich verbriefte Rechte bzw. Anrechte.

Zu beachten ist, dass es sich bei Gesundheitsressourcen nicht um Universalressourcen handelt, die unabhängig von Kontextbedingungen ihre gesundheitserhaltende Wirkung entfalten. Vielmehr ist zunächst von Gesundheitspotenzialen auszugehen. Ob ein Gesundheitspotenzial als Ressource wirksam werden kann, ist hochgradig abhängig von den Kontextbedingungen der Entwicklung und Verwendung von Gesundheitspotenzialen. Dies bedeutet, dass Gesundheitspotenziale sich unter Umständen auch als Arbeitsbelastungen erweisen können (Becke et al. 2010). Ein Beispiel hierfür sind individuelle oder teambezogene Autonomiespielräume. Sie können hohe Arbeitsanforderungen nur dann abpuffern, wenn die aufgabenbezogenen Freiheitsgrade auch zur Selbstregulation genutzt werden können. Anders sieht dies aus, wenn von Individuen oder Teams erwartet wird, die Autonomiespielräume primär zu nutzen, um flexibler auf Kundenanforderungen zu reagieren (Gerlmaier 2006). Dann bleiben u.U. kaum Spielräume, um die gewährte Autonomie für die teambezogene Belastungsregulation zu nutzen.

Auf die Gesunderhaltung gerichtete betriebliche Unterstützungsstrukturen können ein etabliertes Betriebliches Gesundheitsmanagement (im Folgenden: BGM), das den betrieblichen Arbeits- und Gesundheitsschutz, die Betriebliche Gesundheitsförderung und das Betriebliche Eingliederungsmanagement integriert, einschließen. Sie setzen dies aber nicht zwingend voraus, zumal in vielen kleinen und auch mittelgroßen Unternehmen oftmals kein klassisches BGM vorhanden ist. Vielmehr können in Betrieben Strukturen, Verfahren, Praktiken und Maßnahmen existieren, die auch, wenn sie auf den ersten Blick keine unmittelbare Relevanz für die Gesunderhaltung von Beschäftigten haben, diesen dennoch unterstützen können. Beispielsweise können personalpolitische Praktiken in Unternehmen vorsehen, über Bedarf auszubilden. Im Falle von personeller Fluktuation sind solche Unternehmen eher in der Lage, Personal zu ersetzen und einer Arbeitsintensivierung von Beschäftigten aufgrund von Personalengpässen vorzubeugen. Unternehmen können sich besser auf den Krisenfall vorbereiten, wenn sie Kapazitäten und Reserven aufbauen und vorhalten, die sie zwar im Alltag kaum benötigen, auf diese sie aber in krisenbedingten Ausnahmesituationen zurückgreifen können (Promberger 2020: 464). Diese Bevorratung hilft dabei, negative Auswirkungen von Krisen abzupuffern und Arbeitsstress zu reduzieren. Ein Beispiel hierfür ist die vorausschauende Bevorratung von Desinfektionsmitteln und Schutzmasken für den Fall einer Pandemie.

Betriebliche Unterstützungsstrukturen für die Gesunderhaltung von Beschäftigten und die Bindung von Mitarbeitenden können sich in unterschiedlichen Handlungsfeldern herausbilden bzw. entwickelt werden, wie

- Betriebliche Personalpolitik, z.B. Aus- und Weiterbildung,
- Einarbeitung von neuen Mitarbeitenden,
- Arbeitszeit- und Dienstplangestaltung,
- Betriebliche Handlungskoordination,
- Arbeitsorganisation und Arbeitsgestaltung,
- Interaktionsarbeit mit Kund:innen,

- Organisations- und Führungskulturen,
- Notfallmanagement,
- Beteiligung von Beschäftigten und ihren Interessenvertretungen,
- Betriebliches Gesundheitsmanagement,
- Betriebliche Kommunikation und Kooperation,
- Netzwerkbildung mit externen Partner:innen.

Wir gehen davon aus, dass sich die Qualität betrieblicher Unterstützungsstrukturen aus einer salutogenetischen Perspektive (vgl. Antonovsky 1987) näher bestimmen lässt. Im Mittelpunkt steht hier die Frage, was Menschen (bei der Arbeit) gesund erhält. Als zentrale personale Ressource oder gesundheitlicher Schutzfaktor wird im Konzept der Salutogenese das sogenannte Kohärenzgefühl oder -erleben herausgestellt. Es bezeichnet „*ein Gefühl des Vertrauens, dass Ereignisse in der inneren und äußeren Umwelt vorhersehbar und strukturierbar sind, dass Ressourcen verfügbar sind, Anforderungen zu meistern, und dass diese Anforderungen herausfordernd sind, sowie Einsatz und Engagement lohnen*“ (Greiner 1998: 42). Das Kohärenzerleben umfasst demnach die drei Komponenten der Verstehbarkeit, der Handhabbarkeit oder Machbarkeit sowie der Bedeutsamkeit oder Sinnhaftigkeit (Hehlmann et al. 2018: 56 f.):

- Verstehbarkeit bezieht sich darauf, dass Menschen ihre Umwelt und daraus folgende Anforderungen als konsistent wahrnehmen, einordnen und verstehen können.
- Machbarkeit oder Handhabbarkeit setzt die Verfügbarkeit von Ressourcen voraus, um Anforderungen bewältigen zu können.
- Sinnhaftigkeit bedeutet, dass ein Individuum vermag, seinem Leben Sinn zu verleihen sowie der Aufwand oder das Engagement es wert sind, Probleme oder Anforderungen zu bewältigen.

Das Konzept des Kohärenzgefühls und seiner drei Komponenten kann unseres Erachtens herangezogen werden, um die Qualität betrieblicher Unterstützungsstrukturen näher zu kennzeichnen. Dieses Konzept ist zwar ursprünglich individual- und gesundheitspsychologisch ausgerichtet, eignet sich aber auch für die betriebliche bzw. organisatorische Ebene. Unserer Annahme nach können Organisationen die Gesunderhaltung ihrer Mitglieder fördern, wenn ihre Strukturen, Prozesse, Praktiken und Verfahren so gestaltet sind, dass sie tendenziell den Kriterien der Verstehbarkeit, der Machbarkeit sowie der Sinnhaftigkeit entsprechen, d.h. das Kohärenzerleben der Beschäftigten im Betrieb ermöglichen bzw. fördern (vgl. Becke et al. 2010). Aus unserer konzeptionellen Perspektive richtet sich Verstehbarkeit hier auf eine transparente Kommunikation betrieblicher Entscheidungen und Entwicklungen, die Transparenz über Arbeitsaufgaben und Verantwortlichkeiten sowie eine Klarheit von Arbeits- und Organisationsrollen. Handhabbarkeit oder Machbarkeit bezieht sich demnach auf Möglichkeiten zur Einflussnahme und Beteiligung im Betrieb, Lern- und Entwicklungschancen, arbeitsbezogene Selbstorganisations- bzw. Autonomiespielräume, soziale Unterstützung durch Führungskräfte bzw. Kolleg:innen sowie die Vermeidung von Überforderungen, z.B. hinsichtlich Arbeitstempo und -menge. Sinnhaftigkeit kann durch betriebliche Unterstützungsstrukturen gefördert werden, wenn Beschäftigte vollständige Arbeitsaufgaben wahrnehmen können, sie Anerkennung, Wertschätzung und Feedback erhalten sowie ihre berufskulturellen und -ethischen Ansprüche in der Arbeit tendenziell verwirklichen können.

2.2 Die stationäre Altenpflege – Rahmenbedingungen betrieblicher Unterstützungsstrukturen

Im vorherigen Abschnitt haben wir unser generelles Verständnis betrieblicher Unterstützungsstrukturen dargelegt. Gesunderhaltende betriebliche Unterstützungsstrukturen unterscheiden sich jedoch im Einzelnen, z.B.:

- zwischen Betrieben,
- nach Kernaufgaben, die Betriebe wahrnehmen (z.B. Kinder zu erziehen, erkrankte Menschen zu pflegen oder Stahl zu produzieren),
- in Abhängigkeit von Branchen und Berufsgruppen.

Kurzum, es kommt darauf an, die Kontextbedingungen von Betrieben oder Unternehmen zu beachten, da diese bedeutsam für gesunderhaltende betriebliche Unterstützungsstrukturen sind. Die Kontextbedingungen können gesunderhaltende Unterstützungsstrukturen in Altenpflegeeinrichtungen in unterschiedlicher Weise beeinflussen: Auf der einen Seite bilden sie Herausforderungen für diese Unterstützungsstrukturen, wenn sie deren Aufbau und Entwicklung tendenziell erschweren oder hemmen. Auf der anderen Seite können sie als Ressourcen oder Treiber für die Entwicklung solcher betrieblichen Unterstützungsstrukturen wirken. Zu beachten ist, dass diese Kontextbedingungen in sozialer wie politischer Hinsicht gestaltbar sind. Dies bedeutet, dass Herausforderungen von heute, sich morgen als Ressourcen bzw. förderliche Rahmenbedingungen für gesunderhaltende Unterstützungsstrukturen in der stationären Langzeitpflege erweisen können.

In diesem Abschnitt werden nun einige unseres Erachtens bedeutsame Rahmenbedingungen betrieblicher Unterstützungsstrukturen in der stationären Langzeitpflege, vor allem in der Altenpflege, beschrieben. Diese Rahmenbedingungen ermöglichen eine bessere Einordnung der empirischen Ergebnisse zu betrieblichen Unterstützungsstrukturen in stationären Altenpflegeeinrichtungen, die in Kapitel 5 vorgestellt werden.

Mit Blick auf die stationäre Altenpflege erscheinen uns vor allem die folgenden politisch wie sozial gestaltbaren Rahmenbedingungen oder Kontextfaktoren für gesunderhaltende betriebliche Unterstützungsstrukturen bedeutsam:

- Sicherung der Versorgung und Erzielung hoher Pflegequalität bei Personalknappheit und hohem Ökonomisierungsdruck;
- das Spannungsverhältnis von Arbeits- und Pflegequalität;
- die Betriebliche Gesundheitsförderung und ihre Verbreitung;
- betriebliche Interessenvertretungen und ihre Verbreitung.

Sicherung der Versorgung und Erzielung hoher Pflegequalität bei Personalknappheit und hohem Ökonomisierungsdruck

Die Teilbranche der stationären Langzeitpflege steht vor einem strukturellen Dilemma: Auf der einen Seite ist der Arbeitsmarkt für Pflege- und Betreuungskräfte seit Jahren angespannt. Die in der jüngeren Vergangenheit steigenden Beschäftigtenzahlen – von 441.000 in 1999 auf 765.000 Arbeitnehmer:innen in 2017 (GBE-Bund 2015; Statistisches Bundesamt 2021) – vermochten nicht mit dem Anstieg der Pflegebedürftigkeit im Zuge des demografischen Wandels Schritt zu halten. Der Mangel an Pflegekräften wird inzwischen auf allen Qualifikationsstufen, insbesondere aber bei Pflegefachkräften, konstatiert. Der hohe Personalbedarf kann auch durch Zuwanderung von Pflegekräften sowie deren pflegefachliche Ausbildung bzw. Fort- und Weiterbildung nicht kompensiert werden. (Afentakis & Maier 2014). Zu dieser Personalknappheit hat auch die Ökonomisierung der stationären Langzeitpflege seit der Einführung der gesetzlichen Pflegeversicherung auf Teilkaskobasis beigetragen (Auth 2013). So wurde seither das Selbstkostendeckungsprinzip auf Basis der Zuwendungsfinanzierung zum Zwecke der Kostensenkung und Vermarktlichung abgelöst durch ein Kontraktmanagement zwischen Trägern der Altenpflege als Anbieter:innen und den Kostenträger:innen, d.h. öffentlichen Auftraggeber:innen. Das Kontraktmanagement sieht nun eine Standardisierung und Pauschalisierung von Leistungen auf der Basis von Pflegebudgets vor, die unter hohem Kostendruck in Verhandlungen öfters eingefroren oder gekürzt werden (Grohs & Bogumil 2011). Das Kontraktmanagement hat tendenziell zur Unterfinanzierung der Personalausstattung in Altenpflegeeinrichtungen beigetragen (Hielscher et al. 2013). Der Personalmangel in der stationären Langzeitpflege ist überdies den eingangs skizzierten problematischen Arbeitsbedingungen und dem über lange Jahre vergleichsweise geringen Arbeitsentgelt geschuldet. Diese problematischen Arbeits- und Beschäftigungsbedingungen wurden durch die Ökonomisierung der stationären Altenpflege teils hervorgerufen, teils verstärkt (vgl. Theobald et al. 2013).

Auf der anderen Seite unterliegen stationäre Pflegeeinrichtungen, die mit Kostenträgern einen Versorgungsvertrag abgeschlossen haben, der gesetzlichen Verpflichtung, die Versorgung zu gewährleisten – auch bei Personalknappheit und bei anhaltend hohem Ökonomisierungs- und Wettbewerbsdruck (vgl. Krupp et al. 2020; Auth 2013). Unter diesen Voraussetzungen erschweren zudem die erhöhten Leistungsbedarfe, diesem gesetzlichen Versorgungsauftrag nachzukommen. Pflegebedürftige Menschen werden in Deutschland überwiegend zu Hause bzw. ambulant gepflegt, sodass der Übergang in die stationäre Pflege oft erst im höheren Lebensalter bei zunehmender Multimorbidität, vor allem demenziellen Erkrankungen oder anderen psychischen Erkrankungen, ansteht. Dadurch erhöhen sich der Pflegeaufwand und die Arbeitsbelastung der Pflegekräfte je pflegebedürftiger Person (GBE-Bund 2015).

Dieses strukturelle Dilemma zwischen Personalknappheit und der Erfüllung des Versorgungsauftrags begünstigt aufseiten der Einrichtungen eine Kurzfristorientierung, die sich an der Dienstplansicherung und der Gewährleistung der pflegerischen Versorgung in gebotener Pflegequalität orientiert (Krupp et al. 2020: 118 f.). Führungskräfte versuchen, dieses Dilemma soweit wie möglich durch eine situativ-flexible Handlungskoordination zu bewältigen, die darauf abzielt, Personalengpässe durch Ausfall- und Springerdienste oder z.T. durch den Einsatz von Leiharbeitskräften soweit wie möglich zu kompensieren (ebd.). Für ein strategisch und systematisch ausgerichtetes Personal- und Gesundheitsmanagement fehlen in den überwiegend klein- und mittelständisch strukturierten Einrichtungen dann oft die dafür erforderliche Ressourcen, wie Zeit und Finanzmittel (vgl. Kunze 2017; Krupp et al. 2020).

Das Spannungsverhältnis von Arbeits- und Pflegequalität

In der pflege- und gesundheitspolitischen Debatte um Effizienz- und Qualitätssteigerungen in der Altenpflege wurde die Arbeitsqualität als Qualität der Arbeits-, Leistungs- und Beschäftigungsbedingungen weitgehend ausgeblendet (Becke & Bleses 2016). Diese erfährt erst seit wenigen Jahren vermehrt öffentliche Aufmerksamkeit, sei es durch gewerkschaftliche Initiativen oder durch neue gesetzgeberische Vorhaben, wie das Pflegepersonalstärkungsgesetz (2018) oder die Ausweitung von Präventionsleistungen für Beschäftigte des Gesundheitswesens nach § 20 SGB V

(Krupp et al. 2020: 114). Hinzu kommt jüngst die öffentliche Debatte um systemrelevante soziale Dienstleistungen im Zuge der Coronapandemie (vgl. Lübker & Zucco 2020; Mayer-Ahuja & Detje 2020).

Wir orientieren uns hier am Konzept der nachhaltigen Arbeitsqualität (vgl. Becke & Bleses 2016, 107 f.), das von der subjektiven Erlebensperspektive von Beschäftigten ausgeht. Nachhaltige Arbeitsqualität wird hier als Daueraufgabe von Führungskräften, Beschäftigten und Organisationen betrachtet, denn es gilt, eine im Sinne von Beschäftigten gute Arbeitsqualität angesichts sich verändernder Arbeitssituationen und ihrer sozio-ökonomischen Rahmenbedingungen aufrechtzuerhalten oder zu fördern. Es sind zwei Dimensionen nachhaltiger Arbeitsqualität zu unterscheiden: „Die Prozessqualität beschreibt die erlebte Qualität der Gestaltung des Arbeitsprozesses und seiner Bedingungen (Arbeitszeit, Arbeitsdruck, Freiräume, Mitbestimmung usw.), die zu einem Arbeitsergebnis führen. Die Ergebnisqualität beschreibt die Güte des Arbeitsergebnisses“ (ebd., 107). Letztere kann objektiv wie subjektiv näher bestimmt werden. Mit Blick auf die stationäre Pflegearbeit ließe sich die Ergebnisqualität beispielsweise objektiv danach beurteilen, inwieweit sie zur Erfüllung vorgegebener Qualitätskriterien und -ziele guter Pflege beiträgt. In der subjektiven Handlungs- und Erlebensperspektive der Beschäftigten kann sich die Ergebnisqualität auf die Zufriedenheit mit dem Erreichten beziehen. Prozess- und Ergebnisqualität der Arbeit sind von zentraler Bedeutung für das Erleben von Sinnhaftigkeit in der Arbeit. Zwischen Arbeits- und Pflegequalität besteht eine tendenzielle Wechselwirkung: Eine gute Arbeitsqualität, z.B. in arbeitszeitlicher wie -organisatorischer Hinsicht, bildet eine Voraussetzung für eine gute Pflegequalität. So können Pflegekräfte, die über hinreichend Zeittressourcen für persönliche Zuwendung gegenüber ihnen anvertrauten pflegebedürftigen Menschen verfügen, besser auf deren Bedürfnisse, Stimmungen und Befindlichkeiten eingehen. Umgekehrt kann eine als gut erlebte Pflegequalität das Sinnerleben von Pflegekräften in der Arbeit fördern, insbesondere wenn es Pflegekräften in der Interaktionsarbeit mit und an pflegebedürftigen Menschen gelingt, ihre berufskulturell geprägten Vorstellungen eines Ethos fürsorglicher Praxis (vgl. Senghaas-Knobloch 2014) tendenziell umzusetzen.

Zwischen Arbeits- und Pflegequalität existieren also auf der einen Seite größere Schnittmengen und Wechselwirkungen, die im Sinne von Aufwärtsdynamiken eine Vereinbarkeit von guter Arbeits- und guter Pflegequalität fördern können. Auf der anderen Seite kann sich – gerade unter den skizzierten Rahmenbedingungen der Ökonomisierung und der Personalknappheit – in der stationären Langzeitpflege ein Spannungsverhältnis zwischen Arbeits- und Pflegequalität ergeben, das unterschiedliche Facetten aufweist:

- Pflegebedürftige Menschen in der stationären Langzeitpflege sind in der Regel nicht mehr in der Lage, ihre alltägliche Lebensführung alleine zu bestreiten, sondern mehr oder weniger stark auf eine pflegerische Versorgung und Betreuung, oftmals in existenzieller Weise, rund um die Uhr angewiesen. In Wechselschichtsystemen sowie an Wochenenden und an Sonn- und Feiertagen zu pflegen, stellt für viele Pflegekräfte einen erheblichen arbeitszeitlichen Belastungsfaktor und zugleich Normalität dar (Kunze 2017: 600). Dies bedeutet für Pflegekräfte häufig Einschnitte in die Vereinbarkeit von Beruf und anderen Lebensbereichen und ist oft mit höheren psycho-sozialen und physischen Belastungen, z.B. aufgrund des Arbeitens gegen den circadianen Rhythmus, verbunden.
- Die Personalknappheit und die unzureichende Personalbemessung in der stationären Pflege haben oft zur Folge, dass die Schicht- und Dienstplangestaltung in den Einrichtungen „auf Kante genäht“ ist. Krankheitsbedingte Fehlzeiten oder Urlaubs- und Fortbildungszeiten reißen dann Löcher in die Schicht- und Dienstpläne. Der Vorrang, pflegebedürftige Menschen rund um die Uhr (bei möglichst guter Pflegequalität) zu versorgen, bedeutet unter diesen widrigen Umständen, beständig Mehrarbeit zu leisten (Krupp et al. 2020: 117). Nicht selten werden Pflegekräfte von Leitungskräften angehalten, ungeplant für erkrankte Kolleg:innen einzuspringen. Dies erschwert Pflegekräften eine Planbarkeit von dienstfreien Zeiten und kann auch ihre Erholungsfähigkeit beeinträchtigen. Teilweise setzen sich Pflegekräfte selbst unter Druck, auf dienstfreie Tage zu verzichten, um den Dienstplan bei Personalengpässen abzudecken. Das Ethos fürsorglicher Praxis umfasst offenbar eine potenzielle Schattenseite, die darin zum Ausdruck kommt, dass Pflegekräfte dazu neigen, sich zum Wohle der ihnen anvertrauten pflegebedürftigen Personen zu verausgaben, d.h. im Sinne „interessierter Selbstgefährdung“ (vgl. Krause & Dorsemagen 2017) auch ihre arbeitszeitlichen Belastungsgrenzen zu überschreiten und ihre Erholungsfähigkeit zu riskieren. Die stationäre Langzeitpflege ist eine Branche, in der Frauenerwerbstätigkeit, zumeist auf Teilzeitbasis, dominiert (Lübker & Zucco 2020). Da erwerbstätige Frauen häufig auch in ihren privaten Haushalten die meisten alltäglichen Haus- und Familienarbeiten schultern (vgl. Jürgens 2015), d.h., aufgrund der relativ stabilen geschlechterhierarchischen Arbeitsteilung (oder bei Alleinerziehenden) oft nach ihrer Arbeitszeit eine solche „zweite Schicht“ ansteht, sind sie im Falle ungeplanter und zugleich häufiger Mehrarbeit einem erhöhten Gesundheitsrisiko der Erholungsunfähigkeit ausgesetzt.

- Verfahren der Personalbemessung für die stationäre Langzeitpflege orientieren sich überwiegend daran, mit welchem Personalbedarf Pflegedienstleistungen in möglichst guter Qualität erbracht werden können. Die Personalbemessung orientiert sich dabei primär an einzelnen definierten und beobachtbaren und somit objektivierbaren Verrichtungen der Pflegearbeit, wie einen Verband wechseln oder Bewohner:innen Essen zu verabreichen. Bei diesen Verfahren sowie damit verbundenen Methoden der Ermittlung von Ausführungszeiten spezifischer Pflege-tätigkeiten oder -verrichtungen wird die von Pflegekräften zu leistende Interaktionsarbeit mit und an pflegebe-dürftigen Menschen weitgehend ausgeblendet. Dafür gibt es unterschiedliche Gründe: So orientieren sich die gängigen Personalbemessungsverfahren an Standards, die von industrieller Produktionsarbeit anstatt von perso-nennaher Dienstleistungsarbeit, in deren Fokus der „Arbeitsgegenstand Mensch“ steht, ausgehen (Kumbruck & Senghaas-Knobloch 2019: 141). Zudem handelt es sich bei Interaktionsarbeit zu guten Teilen um nicht objektivierbare, nur schwer beobachtbare, ja unsichtbare Arbeit (z.B. Blicke, Gesten und Berührungen im Umgang mit pflegebedürftigen Personen, wie auch innerpsychische Prozesse), die in hohem Maße an die Subjektivität der Pflegekräfte gebunden ist. Da die in der Pflege zu leistende Interaktionsarbeit bei der Personalbemessung weitge-hend unberücksichtigt bleibt, werden hierfür auch kaum Zeitanteile vorgesehen. Dies hat zur Folge, dass verrich-tungsbezogene Verfahren der Personalbemessung Zeitdruck in der Pflegetätigkeit mitverursachen. Hinzu kommt, dass diese Nichtberücksichtigung und oft auch unzureichende Anerkennung von Interaktionsarbeit es Pflegekräf-ten erschwert bzw. sie daran hindert, in der Pflegearbeit ihrem Ethos fürsorglicher Praxis nachzukommen. Damit wird eine wesentliche Quelle der Sinnstiftung ihrer Arbeit beeinträchtigt. Gleichwohl sind Pflegekräfte oft be-strebt, ihre berufsethischen Vorstellungen in der Interaktions- und Beziehungsarbeit mit pflegebedürftigen Men-schen auch unter widrigen Umständen soweit wie möglich zu verfolgen. Häufig neigen sie zu Zeitpraktiken, die ihre eigene Gesundheit beeinträchtigen können, z.B. auf Arbeitspausen zu verzichten (vgl. Zenz & Becke 2020a, b).
- Das bereits skizzierte Problem, die Versorgung von Pflegebedürftigen bei möglichst hoher Pflegequalität auch unter hohem Ökonomisierungsdruck und bei Personalmangel in der stationären Langzeitpflege zu gewährleisten, hat zur Folge, dass die Sicherstellung einer guten Arbeitsqualität in den Hintergrund gerät gegenüber dem Vor-rang der Versorgungssicherheit bei möglichst hoher Pflegequalität.

Die Betriebliche Gesundheitsförderung und ihre Verbreitung

Strukturen und Verfahren des Betrieblichen Gesundheitsmanagements bzw. der Betrieblichen Gesundheitsförderung erweisen sich in der Regel als Gesundheit erhaltende betriebliche Unterstützungsstrukturen. Ein systematisches und integriertes Betriebliches Gesundheitsmanagement (BGM), das Arbeits- und Gesundheitsschutz, Betriebliche Gesundheitsförderung und Betriebliches Eingliederungsmanagement unter einem Dach vereint, oder eine Betriebliche Gesundheitsförderung (BGF) sind in Unternehmen und Einrichtungen der stationären Langzeitpflege allerdings bisher wenig verbreitet (Kunze 2011). Dies steht im Kontrast zu der Vielzahl von gesundheitsbezogenen Praxis- und Handlungshilfen, die etwa von berufsgenossenschaftlicher Seite oder im Rahmen öffentlich geförderter Modellprojekte und Initiativen (z.B. INQA) entwickelt wurden (vgl. Brause et al. 2020). Die vergleichsweise geringe Verbreitung von BGM und BGF ist sicherlich auch darauf zurückzuführen, dass tendenziell größere Unternehmen solche gesundheitsbezogenen betrieblichen Unterstützungsstrukturen etabliert haben, die Einrichtungen der stationären Langzeitpflege aber eher klein- und mittelbetrieblich strukturiert sind (Kunze 2011). Eine recht aktuelle Studie des Instituts für Sozialforschung und Sozialwirtschaft (iso) hat die betriebliche Gesundheitsförderung im Gesundheitswesen (inklusive stationärer und ambulanter Pflegeeinrichtungen) und hierauf bezogene Umsetzungsdefizite und -erfolge näher untersucht (Krupp et al. 2020). Diese Studie kommt zu dem Kernergebnis, dass in der Alten- und Krankenpflege auf der einen Seite Führungskräfte eine hohe Sensibilität für die Gesundheit ihrer Mitarbeitenden und Anforderungen an das BGF bzw. eine gesundheitsförderliche Arbeitsgestaltung aufweisen. Auf der anderen Seite ist jedoch noch ein deutlicher Entwicklungsbedarf im Bereich der BGF zu konstatieren. Interventionen im Bereich der BGF verbleiben oft auf der symbolischen Ebene (z.B. Bereitstellung eines Obstkorbs für Mitarbeitende) oder konzentrieren sich auf verhaltensbezogene Maßnahmen, während verhältnisorientierte Interventionen, wie eine gesundheitsförderliche Arbeits- und Dienstplangestaltung, eher die Ausnahme bilden. Die Personalknappheit und der Ökonomisierungsdruck erweisen sich oft als Schranken, eine stärker verhältnisorientierte BGF zu realisieren. Mitunter existieren in Einrichtungen solche Gestaltungsansätze, z.B. ein Ausfallmanagement, diese können dann aber aufgrund des Personalmangels und z.T. auch fehlender Finanzierungsmöglichkeiten kaum effektiv umgesetzt werden (ebd.: 120). Die BGF bildet daher offenbar auch in Einrichtungen der stationären Langzeitpflege eine Baustelle gesundheitsbezogener betrieblicher Unterstützungsstrukturen. Gleichwohl ist – mit Blick auf Studien zum Arbeits- und Gesundheitsschutz in kleineren und mittleren Handwerksbetrieben – zu beachten, dass betriebliche Sozialordnungen oft auch durch alltagspragmatische und informelle Verfahren und Praktiken geprägt sind, die durchaus eine salutogene Qualität für Beschäftigte enthalten können (Fromm et al. 2000). Beispiele hierfür sind ein gesundheitssensibles Führungshandeln und ein soziales Klima gegenseitiger Wertschätzung. Solche Praktiken bleiben oft unterhalb eines klassischen „BGF-Radars“ und werden daher leicht in ihrer Bedeutung als gesunderhaltende

betriebliche Unterstützungsstrukturen unterschätzt. In unserer Studie wird der Suchscheinwerfer betrieblicher Unterstützungsstrukturen daher auch auf solche quasi informellen gesunderhaltenden Strukturen gerichtet.

Betriebliche Interessenvertretungen und ihre Verbreitung

Die (stationäre und ambulante) Altenpflege ist auf der Ebene der kollektiven Akteure, d.h. der Arbeitgeber- wie der Arbeitnehmerseite, stark fragmentiert und durch vergleichsweise schwache kollektive Arbeitsbeziehungen gekennzeichnet. Der gewerkschaftliche Organisationsgrad ist gering ausgeprägt. Zugleich fehlt es an Arbeitgeberverbänden, die sich als tarifpolitische Akteure verstehen (Schroeder 2017: 191 f.). Im Folgenden wird die betriebliche Ebene der Interessenvertretung von Beschäftigten in den Blick genommen. Betriebliche Interessenvertretungen können – sofern sie in Altenpflegeeinrichtungen vorhanden sind – auf der Basis unterschiedlicher gesetzlicher Handlungsrahmen gestaltend Einfluss auf die Regulierung betrieblicher Arbeits- und Beschäftigungsbedingungen nehmen. Sie erweisen sich damit zugleich als wichtige Kollektivakteure im Bereich der betrieblichen Gesundheitspolitik (vgl. Blume et al. 2011). Analog zu den drei grundlegenden Trägerstrukturen in der Altenpflege existieren auch unterschiedliche gesetzliche Handlungsrahmen für betriebliche Interessenvertretungen: das Betriebsverfassungsgesetz, das Personalvertretungsgesetz und der dritte Weg der kirchlichen Träger. Als betriebliche Interessenvertretungsformen lassen sich dementsprechend in der Altenpflege Betriebsräte, Personalräte und Mitarbeitendenvertretungen unterscheiden. Eine neuere, durch die Hans-Böckler-Stiftung geförderte Studie zum „Kollektives Beschäftigtenhandeln in der Pflegebranche“ (Schroeder et al. 2017) kommt zu dem Ergebnis, dass im Durchschnitt lediglich ein Viertel der befragten Beschäftigten in einem Pflegeunternehmen tätig ist, in dem eine dieser drei Vertretungsformen existiert. In drei Viertel der Pflegeeinrichtungen können Beschäftigte somit nicht auf eine Unterstützung durch betriebliche Interessenvertretungen zurückgreifen. Es zeigen sich jedoch Unterschiede in Abhängigkeit von den Trägerstrukturen: Während betriebliche Interessenvertretungen offenbar im kirchlichen Bereich am weitesten verbreitet sind (38,5 % der befragten Beschäftigten), gefolgt von frei-gemeinnützigen, nicht kirchlichen Trägern (36,4 %) und öffentlichen Einrichtungen (29,9 %), bilden private Träger das Schlusslicht: Dort geben nur 10,6 % der befragten Beschäftigten aus diesem Trägersegment an, dass in ihrer Einrichtung eine betriebliche Interessenvertretung existiert (Schroeder 2017: 193).

Die erwähnte Studie ist mit Blick auf unser Vorhaben in zweifacher Hinsicht besonders interessant:

- Sie verdeutlicht, dass das Thema Gesunderhaltung offenbar für die Praxis des Interessenvertretungshandelns in den Pflegeeinrichtungen einen hohen Stellenwert hat: Die befragten Beschäftigten verweisen darauf, dass die betrieblichen Interessenvertretungen sich vor allem um die Arbeitszeit- und Dienstplangestaltung und Vorhaben mit direktem gesundheitlichen Bezug kümmern, wie die Reduzierung von Arbeitsverdichtung, alternsgerechtes Arbeiten und den Abbau psycho-physischer Belastungen (ebd.). In Pflegeeinrichtungen mit betrieblichen Interessenvertretungen erweisen sich diese offenbar auch als relevante Akteure betrieblicher Gesundheitspolitik oder – in der Perspektive unseres Forschungsvorhabens – sie treten als Gestaltungsakteure gesunderhaltender betrieblicher Unterstützungsstrukturen in Erscheinung.
- Die Studie nimmt auch die persönliche Suche der Beschäftigten nach Unterstützung für eine Verbesserung ihrer Arbeitsbedingungen unter die Lupe. Beschäftigte, die Unterstützung suchten, erhielten diese zumeist auch, vor allem seitens der Pflegedienstleitung und der Team- und Wohnbereichsleitung und in etwas geringerem Maße auch durch die Einrichtungsleitung. Hierbei zeigen sich allerdings Unterschiede nach Qualifikationsniveaus: Fachkräfte fragen häufiger Unterstützung bei Führungskräften an als Hilfskräfte und angelernte Beschäftigte (ebd.: 194).

2.3 Betriebliche Unterstützungsstrukturen in der Coronakrise

Unser Projekt startete im März 2020 – also zu einer Zeit, als die Coronapandemie auch Deutschland erreichte und die Politik daraufhin mit dem ersten Lockdown von Unternehmen und des öffentlichen Lebens antwortete, um eine weitere Ausbreitung des COVID-19-Virus zu vermeiden bzw. einzudämmen. Für unser Projekt bedeutete dieser „externe Schock“ eine besondere Herausforderung, denn der geplante Zugang zu Erhebungen in stationären Altenpflegeeinrichtungen war dadurch weitgehend versperrt, da bereits in dieser Anfangsphase der Pandemie der Infektionsschutz älterer und hochaltriger Menschen in Altenpflegeeinrichtungen im Fokus stand. Die Suche nach weiteren Einrichtungen für unsere Studie gestaltete sich infolge der Coronakrise erheblich aufwendiger als ursprünglich erwartet. Schließlich wurden auch methodische Anpassungen erforderlich: So basierten die empirischen Erhebungen nun auf qualitativen Telefoninterviews und vereinzelt Videoanrufen anstatt auf Interviews in den Einrichtungen.

Der Ausbruch der Coronapandemie wurde von uns nicht nur als ungeplante methodische und zeitliche Herausforderung betrachtet. Vielmehr sondierten wir auch die möglichen neuen projektbezogenen Forschungsperspektiven, die sich nun verstärkt auf die Pandemie-Bewältigung in den Pflegeeinrichtungen richtete. Die krisenbedingte Umsetzung von Infektionsschutzmaßnahmen bedeutete nicht nur einen abrupten Bruch etablierter Arbeits- und Kooperationsroutinen; sie war auch z.T. mit einer massiven Veränderung pflegebezogener Arbeitskonzepte durch die Infektions- und Arbeitsschutzvorgaben verbunden, wobei die Interaktionsarbeit der Pflegekräfte mit und an pflegebedürfti-

gen Menschen nur noch unter sehr erschwerten Umständen zu leisten war. Überdies hatte die Umsetzung der Infektionsschutzkonzepte erhebliche Einschnitte in die einrichtungsbezogene Lebenswelt und die Lebensqualität der Bewohner:innen zur Folge. Der Fortfall sämtlicher externer Kontakte und die so verstärkte soziale Isolation der Bewohner:innen stellte wiederum erhöhte Anforderungen an die Interaktionsarbeit der Pflegekräfte (siehe auch Becke et al. 2021). Das Forschungsthema gesunderhaltende betriebliche Unterstützungsstrukturen in stationären Einrichtungen der Langzeitpflege erhielt im Lichte der Coronapandemie eine erhöhte Bedeutung:

- Die Coronapandemie, die darauf bezogenen Infektionsschutzmaßnahmen und arbeitsorganisatorischen Veränderungen verdeutlichten die Notwendigkeit betrieblicher Unterstützungsstrukturen zur Bewältigung dieser tief greifenden Krise.
- Die Interviews mit betrieblichen Ansprechpersonen ermöglichten einen vertieften Einblick in (gesunderhaltende) betriebliche Unterstützungsstrukturen und -prozesse im Krisenmodus, denn: Krisen, wie die Coronapandemie, *„sind existenzgefährdend, stellen bisherige Ziele und Handlungsroutinen infrage und sind aufgrund ihres existenziellen Bedrohungscharakters angstausslösend. In späteren Entwicklungsphasen sind Stress und Zeitdruck krisenbestimmend. Bei gelungener Bewältigung bieten Krisen aber immer die Chance zur positiven Neuausrichtung bzw. Weiterentwicklung“* (Ducki 2017: 1).
- Krisensituationen, wie die Coronapandemie, sind nicht nur mit einer Zunahme psycho-sozialer Belastungen aufseiten von Führungskräften und Pflegekräften in Altenpflegeeinrichtungen verbunden. Aufgrund ihres Ausnahmecharakters ermöglichen sie Führungskräften und Beschäftigten im Rahmen der Interviews auch, im betrieblichen Pflegealltag kaum bewusste, d.h. implizite oder nicht reflektierte Formen und Praktiken sozialer Unterstützung und damit verbundene Gesundheitsressourcen zu betrachten. Für unser Forschungsprojekt lassen sich daraus im besten Fall neue wie vertiefte Erkenntnisse zur Bedeutung betrieblicher Unterstützungsstrukturen für die Gesunderhaltung von Beschäftigten in Einrichtungen der stationären Langzeitpflege gewinnen.

3 Methodisches Vorgehen der Studie und Überblick über die empirische Basis

In diesem Kapitel wird das methodische Vorgehen der Studie erläutert und die Charakteristik der leitfadengestützten Expert:inneninterviews und der betrieblichen Fallstudien aufgezeigt.

3.1 Methodisches Vorgehen in der Erhebungsphase

Das Forschungsprojekt wurde als qualitative Studie aufgebaut, das sowohl sieben Interviews mit Expert:innen unterschiedlicher überbetrieblicher Akteursebenen im Pflegebereich, wie

- Gewerbeaufsicht,
- Wohn- und Betreuungsaufsicht,
- Berufsgenossenschaft,
- Gewerkschaft,
- branchenbezogenen Landesverbänden der Arbeitgeber:innenseite sowie
- Betriebsarzt.

vorsah. Damit sollte ein erster perspektivreicher Überblick auf die Themen generiert werden. Gestaltungsansätze zur Reduktion psychischer Belastung, gesundheitsförderliche Arbeitsgestaltung älterer Pflegekräfte und soziale Unterstützung von Pflegekräften waren zentrale Oberthemen der Interviews, die aus der Perspektive außerbetrieblicher Akteur:innen beleuchtet wurden, um sich so zunächst dem Thema betrieblicher Unterstützungsstrukturen zu nähern.

Darauf aufbauend wurden 4 betriebliche Fallstudien in Form von Interviews mit der Einrichtungsleitung und/oder Pflegedienstleitung sowie Gruppendiskussionen mit Pflegekräften (sowohl Fach-, als auch Hilfskräfte) geplant. Ziel der betrieblichen Fallstudien war es, die Arbeitsbedingungen und darauf bezogene betriebliche Unterstützungsstrukturen aus den unterschiedlichen Perspektiven betrieblicher Akteur:innen und unter Berücksichtigung unterschiedlicher Strukturmerkmale der Einrichtungen (vor allem Größe und Trägerschaft) zu untersuchen.

Das qualitative Forschungsdesign wurde gewählt, um das Themenfeld betrieblicher Unterstützungsstrukturen einmal möglichst breit und differenziert untersuchen zu können. Hier sind die Wahrnehmungen und unterschiedlichen Definitionen von Unterstützung relevant, die sich im Kontext der Arbeitssituation unterschiedlich auswirken können. So ergeben sich z.T. erst durch Gespräche scheinbar selbstverständliche Alltagshilfen; einrichtungseigene Erfahrungen und Lösungen können problembezogen beschrieben werden.

Zunächst wurden Interviewleitfäden für die Expert:innengespräche und ein Datenschutzkonzept inkl. Informationsschreiben zum Projekt und Einwilligungserklärungen in die Interviewteilnahme erstellt. Anschließend erfolgte die Kontaktaufnahme zu (potenziellen) Interviewpartner:innen und die Terminfindung. Die Interviews mit den Expert:innen aus Landesverbänden, Arbeitsmedizin, Gewerkschaft, Berufsgenossenschaft sowie Wohn- und Betreuungsaufsicht und Gewerbeaufsicht wurden aufgrund der Pandemie telefonisch bzw. per Videotelefonie geführt.

Die Leitfäden zu den betrieblichen Fallstudien wurden anschließend – aufbauend auf den Erkenntnissen der vorangegangenen überbetrieblichen Interviews – erstellt und stellten ergänzende Perspektiven dar.

Wenngleich die Interviews ursprünglich anders geplant waren, wurden sie aufgrund der Coronapandemie als Telefoninterviews durchgeführt. Die Interviews auf überbetrieblicher Ebene dauerten 1,5 bis 2 Stunden ebenso wie die mit den Einrichtungsleitungen. Die Pflegekraftinterviews waren für 30 Minuten geplant, dauerten jedoch tendenziell länger (bis zu einer Stunde). Sie wurden – sofern eingewilligt – aufgenommen und anschließend transkribiert. Aufgrund der Coronapandemie konnten außerdem die Gruppendiskussionen nicht wie geplant durchgeführt werden. So erfolgten stattdessen pro Einrichtung zwischen zwei und vier telefonische Einzelinterviews mit Pflegekräften.

Die Erhebung fand zwischen Ende Mai 2020 und Anfang Dezember 2020 statt. Die meisten Interviews wurden im Sommer 2020 geführt, in der Zeit nach dem ersten Lockdown war die Pandemiesituation etwas entspannter. Die Aussagen der Interviews sind eine Momentaufnahme, die sich zu einem anderen Zeitpunkt anders darstellen könnte. So sind sie speziell in ihrem zeitlichen Kontext zu sehen und zu bewerten.

Vor dem jeweiligen Interview erhielten die Befragten ein Informationsschreiben zur Studie sowie eine Erklärung zum Umgang mit den Daten und anschließend eine vorgefertigte ausfüllbare Einwilligungserklärung zur Aufnahme und Nutzung des Interviews.

Die Teilnahme an den Interviews war freiwillig und fand in den meisten Fällen während der Arbeitszeit statt. Eine Pflegekraft wünschte sich, das Gespräch während ihrer Urlaubszeit durchzuführen.

Bei den zwei Interviews, für die nicht in eine Aufnahme eingewilligt wurde, erfolgte eine Protokollierung.

Insgesamt wurden

- sechs Interviews mit acht außerbetrieblichen Expert:innen aus Arbeitgeber:innen- und Arbeitnehmer:innenvertreter:innen, Berufsgenossenschaft, sowie Betriebsarzt und Institutionen zur Überprüfung der Pflege-/Arbeits-situation;
- 15 Interviews mit vier Einrichtungsleitungen, einer PDL, sowie sieben Pflegefachkräften und zwei Pflegehilfskräften und einem Mitglied einer Interessensvertretung geführt sowie ein Telefonat mit einer weiteren Einrichtungsleitung zu den derzeitigen Herausforderungen protokolliert.

Somit liegen dem empirischen Teil dieses Berichts 24 Expertenmeinungen zugrunde.

3.2 Auswahl der Interviewpartner:innen

Die Berufsgenossenschaft wurde als Interviewpartnerin ausgewählt, da sie den gesetzlichen Auftrag hat, u.a. arbeitsbedingte Gesundheitsgefahren zu verhindern und hinsichtlich psychischer Arbeitsbelastung vielfältiges Informationsmaterial bietet sowie als überbetriebliche Ansprechpartnerin für Einrichtungs- und Pflegedienstleitungen fungiert.

Die Gewerkschaft als Interessensvertretung der Beschäftigten wurde einbezogen, um sie als potenzielle Unterstützungsquelle von Pflegekräften zu befragen als auch die Sichtweise der Beschäftigten aus überbetrieblicher Perspektive einzubeziehen, zumal die gewerkschaftliche Vertretung in der Pflege bisher nicht so hoch ist.

Demgegenüber wurden branchenbezogene Landesverbände einbezogen, die ihre Perspektive der Arbeitgeber:innenseite beitragen sollten und sowohl Anlaufstelle und Vernetzung für verschiedene Pflegeeinrichtungen/Einrichtungsleitungen bieten, Fortbildungsangebote bereitstellen und die Interessen der Unternehmen verbandspolitisch vertreten.

Die Wohn- und Betreuungsaufsicht wurde ebenfalls einbezogen. Sie hat einen regelmäßigen Einblick in Einrichtungen und vertritt den Blick auf die Einhaltung von pflegebezogenen Qualitätsstandards im Sinne der Bewohner:innen. Für Pflegequalität könnten auch die Arbeitsqualität der Pflegekräfte und entsprechende Rahmenbedingungen betrachtet werden und sie damit potenziell eine Unterstützungsquelle für Pflegekräfte darstellen.

Im Rahmen der Gesundheitsbelastungen spielt auch die (psychische) Gesundheitsgefährdung eine Rolle, weshalb ebenfalls die Gewerbeaufsicht einbezogen wurde. Sie sind zuständig für die Überprüfung und Beratung zum Thema Sicherheit bzw. Arbeits- und Gesundheitsschutz der Beschäftigten.

Herangezogen wurde zudem ein Betriebsarzt. Der befragte Betriebsarzt brachte einen psychotherapeutischen Hintergrund mit, sodass im Gespräch insbesondere die psychische Gesundheit der Beschäftigten in den Blick genommen werden sollte.

Die Studie begann während des ersten Lockdowns zur Eindämmung der Verbreitung des Coronavirus, sodass die Akquise von Interviewpartner:innen aus Einrichtungen dadurch überschattet wurde. Die Akquise der Interviewpartner:innen aus den Einrichtungen wurde drei Monate vorgezogen, um angesichts der unvorhersehbaren Situation eventuellen Schwierigkeiten in der Akquise möglichst zuvorzukommen.

Auf betrieblicher Ebene sollten vier Einrichtungen anhand ihrer Trägerschaft und Größe ausgewählt werden. Je zwei Einrichtungen gehörten privaten Unternehmensgruppen an oder befanden sich in frei gemeinnütziger Trägerschaft. Zudem wurde versucht, unterschiedliche Einrichtungsgrößen (Bettenanzahl) und Einrichtungen verteilt über die Stadt einzubeziehen. Insgesamt wurden letztendlich fünf Einrichtungen ausgewählt. Da es in einer Einrichtung nicht genügend Rücklauf von Pflegekräften gab, wurde ergänzend eine weitere Einrichtung akquiriert, die in den Merkmalen der Trägerschaft und der inhaltlichen Ausrichtung der anderen Einrichtung entsprach.

E1 ist eine Einrichtung in privater Trägerschaft mit 137 Betten. Beschäftigte der Einrichtung seien vornehmlich jüngere Männer mit Fluchterfahrung, wie die Einrichtungsleitung erklärt. Eine hervorzuhebende Besonderheit ist, dass hier insbesondere männliche Pflegekräfte arbeiteten, die z.T. einen Fluchthintergrund haben.

Die beiden Einrichtungen E2a und b sind Einrichtungen in privater Trägerschaft mit 82 (a) und 42 (b) stationären Plätzen. Beide verfolgen eine Ausrichtung auf Bewohner:innen mit demenziellen Erkrankungen, weshalb Aussagen aus den Interviews inhaltlich ergänzend bzw. im Vergleich zueinander gesehen werden.

E3 ist eine relativ kleine Einrichtung einer privaten Stiftung mit 30 stationären Plätzen. Sie verfolgt ein offenes Konzept des Ein- und Ausgehens und ist so in den Stadtteil integriert. Zusätzlich zu dem stationären Bereich hält die Einrichtung ambulantes, betreutes Wohnen sowie eine Tagespflege vor. Es werden neben Pflegekräften und Betreuungskräften auch Küchenkräfte in der Einrichtung beschäftigt.

Bei der Einrichtung 4 handelt sich um eine Einrichtung in einer größeren gemeinnützigen Trägerschaft. Aus der Einrichtung konnten aufgrund der pandemiebedingten Rahmenbedingungen keine Pflegekräfte interviewt werden. Mit einer Einrichtungsleitung wurde ein halbstündiges Telefonat geführt, das protokolliert wurde. Hier wurde die Betriebliche Mitarbeitendenvertretung für ein Gespräch gewonnen.

In Anbetracht der Pandemielage konnten Pflegekräfte nicht persönlich angesprochen werden. Die Akquise wurde von den Einrichtungsleitungen als Gatekeeper unterstützt oder gehemmt. Von größeren Auswirkungen durch das Führen der Interviews am Telefon auf die Interviewinhalte ist nicht auszugehen.

3.3 Inhaltsanalytische Auswertung

Nach der Durchführung der Interviews erfolgte, sofern in die Aufnahme eingewilligt wurde, eine Transkription und Anonymisierung der betrieblichen Interviews mithilfe der f4Transkription-Software. Die Interviews, bei denen nicht in die Aufnahme eingewilligt wurde, wurden protokolliert. An diese schlossen darüber hinaus systematische inhaltsanalytische kategoriengeleitete Auswertungen in Anlehnung an Mayring (2015) an, um Einstellungen, Verhaltensweisen und Handlungen zu betrieblichen Unterstützungsstrukturen auswerten zu können (vgl. Lamnek & Krell 2010: 441). Zentraler Vorteil des inhaltsanalytischen Verfahrens nach Mayring ist das systematische Vorgehen und die intersubjektive Überprüfbarkeit bzw. Nachvollziehbarkeit (vgl. Mayring 2015: 13).

Zunächst wurde für die Analyse ein Kategorienbaum erstellt, der deduktive, aus Vorannahmen, z.B. basierend auf Literatur, Kategorien enthält. Entsprechend wurden die Kategorien definiert, um das Vorgehen nachvollziehen zu können. Anschließend wurden die ersten Interviews anhand dieses Kategorienbaumes kategorisiert. Bei Bedarf wurde der Kategorienbaum um weitere induktive (aus den Interviews zusätzlich relevanten Inhalte entstehende) Kategorien erweitert.

Als Codiereinheit wurden einzelne Satzbestandteile festgelegt, da Aussagen z.T. innerhalb eines Satzes abgrenzbar sind. Die Kontexteinheit, mit der der größte Textbestandteil einer Kategorie gemeint ist, wurde verstanden als Zusammenhang mehrerer inhaltlich zusammengehöriger Sprecherphasen. Die Auswertungseinheiten waren die Interviews auf außerbetrieblicher Ebene sowie alle Expert:inneninterviews auf innerbetrieblicher Ebene, d.h. in der jeweiligen Einrichtung (vgl. Mayring 2015). So konnten die Experteninterviews miteinander verglichen ausgewertet und interpretiert werden und die Interviewinhalte der jeweiligen Einrichtungen zunächst einrichtungsintern miteinander in Bezug gesetzt werden.

Im nächsten Schritt wurden die kategorisierten Aussagen in den Memos jeweils paraphrasiert und zusammengefasst. Einzelne, kurze, prägnante Zitate wurden übernommen. Die zusammengefassten Inhalte der Kategorien wurden anschließend in den Kommentaren abermals zusammengefasst und einzelnen Unterthemen zugeordnet. Anschließend wurden diese Inhalte hinsichtlich der Forschungsfrage und dem Forschungsthema hin interpretiert.

Die aus den Audiodateien transkribierten Interviewdateien unterliegen dem Datenschutz und sind am Institut Arbeit und Wirtschaft besonders gesichert hinterlegt.

Teil B: Empirische Ergebnisse

4 Sichtweise der Akteure zur Arbeitssituation in der Pflege

Um mögliche Unterstützungsstrukturen und Gestaltungsansätze der Befragten herausstellen zu können, bedarf es zunächst einer Klärung der aus ihrer Sicht grundlegenden Belastungsursachen und Probleme. Daher werden im Folgenden zunächst die strukturellen und politischen Rahmenbedingungen in der Pflege wie auch psychische Arbeitsbelastungen und (neue) Anforderungen, die aus der Coronapandemie hervorgehen, aus der Perspektive der institutionell unterschiedlich eingebundenen Interviewpartner:innen behandelt. Aufgrund der Tatsache, dass es um die Darstellung der Interviewinhalte geht, ist diese Darstellung nicht als abschließende Beschreibung aller Belastungsursachen und Probleme in der Pflege zu verstehen. Obwohl die Ergebnisse der Interviews hier eine zentrale Rolle spielen und immer wieder durch Zitate herausgestellt werden sollen, werden die Ergebnisse an passender Stelle auch mit Wissen aus der Literatur ergänzt.

In dem vorliegenden Kapitel sollen zunächst die Perspektiven der befragten Akteure eingenommen und beschrieben werden, anhand deren subjektiver Auswahl Ansatzpunkte für betriebliche Unterstützungsstrukturen festgehalten werden.

4.1 Die strukturellen und politischen Rahmenbedingungen

In diesem Kapitel geht es darum aufzuzeigen, welche allgemeineren politischen oder strukturellen Rahmenbedingungen aus Sicht der befragten Akteure mitunter psychische Belastungen der Pflegekräfte zur Folge haben können. Diese Perspektive beeinflusst die Möglichkeiten und Grenzen betrieblicher Unterstützungsstrukturen, die daraus zu entwickeln sind.

Die Arbeitsbelastung wird als zentrales Problem beschrieben, das sich auf die Gesundheit derart auswirkt, was langfristiges Arbeiten in der Pflege unmöglich macht:

„Das würde jeder blind unterschreiben in allen 3 Einrichtungen, die wir hier haben. Die tägliche Pflege, die wir hier haben, halt ich persönlich, die Belastung für viel zu hoch. Und halte das für eigentlich unmöglich, dort über längere Zeit als Vollzeitkraft [...] zu arbeiten. Also wer das über 10, 20 Jahre macht unter der Belastung, der ist dann kaputt. Das ist so, die Belastung [...] kriegen wir von betriebsintern nicht geändert. Und die wird eher noch zunehmen, wenn man den Personalschlüssel nicht dreht.“ (Betriebliche Mitarbeitendenvertretung (BMV) E4, Absatz 65)

Ursächlich seien bekannte Probleme, wie **der Personalmangel und die geringe materielle Anerkennung**, die in den Interviews als zentrale Belastungsfaktoren dargestellt werden. So fehlt es an **finanziellen Anreizen** sowohl für den Beruf der Pflege (Pflegehilfskraft (Phk) E3, Absatz 117) als auch für die Übernahme zusätzlicher Verantwortung (wie beispielsweise Praxisanleitung) (Praxisanleitung (PA) E3, Absatz 9). Gehaltserhöhungen von etwa 300 - 500 Euro brutto pro Monat würden aus Sicht von betrieblichen Interessenvertreter:innen eine Veränderung bewirken (BMV E4, Pflegefachkraft (Pfk) 2 E1).

Aus Sicht der Akteure sind dies die grundlegenden Probleme. Für Pflegekräfte brauche es erlebbare Veränderungen, die aus Sicht der BMV mit deutlich mehr Personal und besseren Gehältern lösbar wären (E4 BMV, Absatz 77):

„[...] wenn in unserem Demenzbereich oder unserem Wachkomabereich plötzlich doppelt so viele Pflegekräfte stünden, dann wäre die Arbeit deutlich weniger belastend, [...] nicht mehr so getaktet, die Kollegen hätten mehr das Gefühl, sie könnten auf Bewohnerbedürfnisse eingehen. Es bliebe auch Raum für Gespräche, für Übergaben, für Supervisionen, für was auch immer, aber all das hat man ja aus der Pflege rausgespart.“ (E4 BMV, Absatz 79)

Grundsätzlich sprechen die Befragten von **Personalmangel** in verschiedenen Facetten. So gebe es zu wenig Menschen, die in der Pflege arbeiteten (Einrichtungsleitung (Einrichtungsleitung) E1, EL E3, Phk E3), um den Aufgaben gerecht zu werden (Wohnbereichsleitung (WBL) E1, Absatz 97). Eine Pflegehilfskraft beschrieb, dass versucht werde, während des Duschens einer pflegebedürftigen Person gleichzeitig mitzubekommen, was auf dem Wohnbereich passiert, um reagieren zu können, wenn eine pflegebedürftige Person stürzt (Phk E3, Absatz 41 - 43). Zudem gebe es selbst bei einer Fachkraftquote von 60 Prozent nicht ausreichend Fachkräfte (EL E3, Absatz 85; PA E3, Absatz 92), obwohl die über der normativen Vorgabe von 50 Prozent liegt (Rothgang et al. 2020b: 749). Hinzu leide die Pflege unter anderem darunter, zu wenige Auswahlmöglichkeiten für die Besetzung offener Stellen zu haben:

„Man hat einfach Leute in der Einrichtung und [...], das geht glaube ich vielen Einrichtungen so, [...] wenn man ein Auswahlssystem hätte, würde man die nicht nehmen, so. Man lässt aber den einen oder anderen in der Einrichtung arbeiten, weil es eine gewisse Fachkraftquote gibt. Und das, finde ich, ist ja schon ein ganz falscher Gedanke, aber man wird ein Stück weit dazu gezwungen.“ (EL E2a, Absatz 166)

Eine **Fachkraftquote** sei nur begrenzt aussagekräftig, stattdessen sei fachlich qualifiziertes Personal wichtig (EL E1). Aufgrund des Mangels an qualifiziertem Fachpersonal auf dem Arbeitsmarkt werden Stellen mit weniger geeignetem Personal besetzt (vgl. WBL E2a, WBA), wengleich es sich um „hoch verantwortungsvoll[e Arbeit]“ (WBA, Absatz 146) handle, werde an Personal gespart. Dies führe zur „absoluten Überforderung vor Ort“ (WBA, Absatz 146), worunter die Fachlichkeit leide (WBA, Absatz 146). Darüber hinaus könne es eine Abwanderung zur Folge haben (EL E3, Absatz 175). Zum einen übersteigen beispielsweise die Arbeitsanforderungen durch die Dokumentation oder veränderte Qualitätsprüfungsrichtlinien die Fähigkeiten einiger Mitarbeitenden (EL E3, Absatz 43 - 47). Zum anderen kämen „immer mehr Menschen mit stark psychisch verändertem Wesen“ (Phk E3, Absatz 19) als zu Pflegenden in die Einrichtungen, für deren Umgang sich nicht alle gewachsen fühlen (vgl. Ehrentraut et al. 2019: 16). Diesen Herausforderungen, mit denen Pflegekräfte sich konfrontiert sehen, könne man aus Sicht der BMV zusätzlich zu fehlenden Erholungstagen nur noch schwer gerecht werden (E4 BMV, Absatz 67). Zudem fehle die Zeit und Gelegenheit für Fort- und Weiterbildung (Gewerkschaft, Absatz 55; PA E3, Absatz 27), um sich entsprechend nötige Kenntnisse und Fähigkeiten anzueignen. Hinzu komme die enorme Arbeitsbelastung durch fehlendes Personal, die in Maßnahmen wie Dokumentationsbetrug münden könne, weil es nicht anders leistbar sei (Gewerkschaft, Absatz 19). Zudem gebe es mitunter sprachliche Probleme bei ausländischen Pflegekräften und ungelernen Beschäftigten. Hier bedürfe es Zeit für Unterweisung/Einarbeitung (Berufsgenossenschaft (BG), Absatz 36 - 38).

Kleine Verbesserungen zeigten sich hier jedoch durch die Pflegereform: So sei neuerdings neben einer (vorgeschriebenen) Qualifikation zur Praxisanleitung auch eine jährliche Fortbildung für die Praxisanleitung nachzuweisen (EL E2a, Absatz 40 - 44).

Die **Personalschlüssel** seien so eng, dass sie bei Ausfällen zu Arbeitsverdichtung (Verbände Absatz 28) und Belastung (PDL E1) führen: „Die Mindestbesetzung ist heute auch die Maximalbesetzung, weil das ist die refinanzierte Besetzung auf den Wohnbereichen.“ (E4 BMV, Absatz 79) (vgl. Pfk2 E1, Absatz 29 - 33). Eine Unterbesetzung (unter Personalschlüssel) verschärft die bereits bestehenden Belastungsfaktoren noch (PDL E1, Absatz 38). Somit werden Leiharbeitskräfte eingesetzt (EL E3, Absatz 5). Doch auch der Einsatz von Leiharbeitskräften kann aufgrund von Einarbeitung und zum Teil sprachlicher Probleme statt einer Entlastung zu einer zusätzlichen Belastung der Stammkräfte werden (Gewerkschaft, Absatz 40).

Eine Einrichtungsleitung erklärt, dass, obwohl es 42 verhandelte Betten gebe, nur 40 belegt seien, damit ihre Pflegefachkraftquote passe. Statt 40 Pflegebedürftige zu pflegen, sei es hingegen realistisch, 15 bis 20 (schwerst) Pflegebedürftige pro Pflegekraft pro Nacht zu versorgen (BMV E4). Aktuelle Überlegungen zu maximalen Höchstanzahlen zu versorgender Pflegebedürftiger in der Nacht seien nach Meinung der BMV fern der Realität.

Insbesondere in Einrichtungen mit Spezialisierung auf demenziell erkrankte Pflegebedürftige, deren Versorgung einen erheblichen Mehraufwand durch zusätzliche Begleitung oder Betreuung, z. B. aufgrund nächtlichen Umherwanderns demenziell Erkrankter, seien die **Personalschlüssel** nicht angemessen, erklärt eine Einrichtungsleitung (EL E2a). Entscheidungen für hohe Personalschlüssel seien bisher aber auch eine Kostenfrage. Diese schlagen sich derzeit allein in den Eigenanteilen der Pflegebedürftigen nieder, womit das Wohnen in Einrichtungen teurer werde (Verbände, Absatz 34). Auch brauche es Initiative der Behörden und Kostenträgern, in der sie ihre misstrauische Haltung, dass jede Mehrausgabe belegt werden müsse, ablegen, fordern die Verbände (Absatz 34).

Die Forderung nach mehr Personal findet sich in allen durchgeführten Gesprächen (bspw. Pfk E1 Absatz 131). Aber weitere Personaleinstellungen sind aufgrund gesetzlicher Rahmenbedingungen nicht möglich, ohne in wirtschaftliche Probleme zu kommen oder die Eigenanteile der Bewohner:innen steigen zu lassen (EL E3, Absatz 39). Aufgrund des weiteren Problems, des leer gefegten Arbeitsmarktes, sei es aus Sicht eines befragten Experten wichtig, dass es mehr Möglichkeiten gebe, dass Menschen aus dem Ausland hier arbeiten können (BA).

Eine Einrichtungsleitung empfindet ein grundlegendes Dilemma: Pflegebedürftige zahlen viel Geld und erhielten dafür keine adäquate Leistung (EL E1, Absatz 116). Trotzdem sei es nicht möglich, für angemessene Gehälter zu sorgen. Zudem basiere die Höhe des Gehalts in der Pflege auf einer gesellschaftspolitischen Einschätzung zur Bedeutung der Pflege für die Gesellschaft (EL E1, Absatz 72) und wie viel materielle Anerkennung daraus folgen solle. Eine Verschärfung der Problematik Personalmangel in der direkten Pflege wird darin gesehen, dass eine Umschichtung von Personal zugunsten administrativer Aufgabenbereiche erfolge. Wenn dort neue Stellen geschaffen werden, würden diese in der unmittelbaren „händischen Pflege“ (EL E1, Absatz 162) fehlen.

Als weiteres grundlegendes Problem wird die Finanzierung der Pflegeversicherung genannt: „*Die Pflegeversicherung ist ja unterfinanziert*“ (Gewerkschaft, Absatz 50). Mit steigenden Eigenanteilen würden zunehmend notwendige pflegerische Leistungen nicht mehr bezahlbar. Dabei sei der Anspruch der Pflege eigentlich nicht nur, den Zustand zu halten, sondern ihn zu verbessern (Gewerkschaft, Absatz 52).

Die Struktur des Pflegealltags passe heute nicht mehr zu den Pflegebedürftigen: Es liege eine veraltete bzw. zu ein-dimensionale Gestaltung von Altenpflegeeinrichtungen zugrunde, die nicht allen Ansprüchen der heutigen Älteren entsprechen, ist die Aussage einer Einrichtungsleitung. Die Ansprüche und Bedarfe an eine Tagesstruktur seien abhängig von den jeweiligen Lebensgeschichten und auch ihrer Arbeit z.B. in Politik und Wissenschaft geprägt (EL E3, Absatz 284). Der Tagesablauf und seine Gestaltung sollen stärker an die Bedürfnisse der Bewohner angepasst werden, wird daher gefordert. Pflegehelfende fehle z.T. ein Verständnis von Erkrankungen. Sie wünschen sich eine stärker an Krankheitsbildern und an Bedürfnissen der Bewohner:innen angepasste Struktur (Phk E3, Absatz 137).

Dabei mangle es auch an Zeit für die Arbeit: Pflegekräfte bemängeln beispielsweise, dass für das Dokumentieren Überstunden gemacht werden müssen (PA E3, Absatz 7 - 9). Zudem mangle es an Freizeit: Es bestehe ein Missverhältnis zwischen fehlenden planbaren bis hin zu gänzlich fehlenden arbeitsfreien Zeiten bei einem herausfordernden Beruf (Verbände, Absatz 29).

Individuelle Lösungen würden z.T. unterschätzt. So wird kritisiert: „*Leitungskräfte[n] [...] sind manchmal so in ihren Strukturen verhaftet*“ (WBA, Absatz 120; vgl. PA E3, Absatz 68). „*Menschen werden [in den Einrichtungen] verwaltet und der Ablauf muss [...] gewährleistet sein.*“ (WBA, Absatz 122). Die Perspektive des Menschen als Ware in einem Wirtschaftszweig führe dazu, dass Mitarbeitende „*ausgeblutet*“ werden, Bewohnende leiden im schlimmsten Falle darunter. Die Profitorientierung von Einrichtungen und Trägern Sorge über Pflegesatzverhandlungen für Kostendruck bei nicht profitorientierten Unternehmen (Gewerkschaft, Absatz 62). Daher wird geschlussfolgert, ein Ansatz sei die Deckelung des Gewinnertrags privater Einrichtungen (WBA, Gewerkschaft). Ebenso wird große Hoffnung auf die Umsetzung der neuen Personalbemessungsstudie zur stationären Langzeitpflege gesetzt (WBA Absatz 136 - 138) (vgl. Rothgang et al. 2020a).

Häufig wird in den Interviews darauf verwiesen, dass es grundlegender politischer Lösungen bedarf: „*Wir bleiben immer wieder bei der Politik. Es nützt nichts, wenn wir alle unser Bestes geben, aber sozusagen wir an Grenzen gebunden sind, ne?*“ (EL E1, Absatz 206). Grundsätzlich gewünscht wird mehr gesellschaftliche Aufmerksamkeit und Wertschätzung in Form einer Anerkennung der zu bewältigenden Anforderungen: „*Oh schwieriger Beruf! Könnte ich nicht.*“ (Pflegefachkraft (Pfk) 2 E1, Absatz 43). Pflegekräfte bemängeln dabei auch ein fehlendes politisches Interesse, wirklich etwas zu verändern. Gleichzeitig wird das Gefühl beschrieben, sich als Wahlkampfthema ausgenutzt zu fühlen und politisch nicht ernst genommen zu werden (Pfk2 E1, Absatz 43-45). Mehr Aufmerksamkeit und Regulation vonseiten der Politik sei gewünscht (Pfk1 E1, Absatz 132). Zudem wird von Pflegekräften/PDL/EL mehr Präsenz in den Medien gewünscht, dort kämen häufiger Pflege-theoretiker:innen statt Praktiker:innen zu Wort (EL E1, Absatz 226).

Die Pflegekräfte stellten inzwischen auch Ansprüche an Vollzeitarbeit: „*Aber es ist ja eher selten in der Pflege, eine Vollzeit-Stelle zu kriegen. Vor allen Dingen im Helfer-Bereich. Da sind ja eher Teilzeit-Stellen*“ (EL E1, Absatz 120). Dies sei insbesondere ein Problem, wenn das Stundenkontingent ausgeschöpft sei. Werde keine Vollzeitstelle ermöglicht, sei dies ein Grund für Fluktuation (EL E1, Absatz 120). Insbesondere für Hilfskräfte und Betreuungs- oder Hauswirtschaftskräfte sei die Bezahlung ein Haltefaktor (E4 BMV, Absatz 110).

Pflegekräfte zögen laut Aussagen der Gewerkschaft irgendwann eine Grenze und wechseln entweder die/den Arbeitgeber:in oder den Beruf (Thema Arbeits- und Gesundheitsschutz). Alternativ wechseln sie in Leiharbeit, denn diese sei für Pflegekräfte u.a. aufgrund der relativ guten Bezahlung in Zeiten des Fachkräftemangels attraktiv, sodass die Zeitarbeitsunternehmen Pflegekräften attraktive Angebote machen können, die sie wiederum den Einrichtungen in Rechnung stellen können. Die Flucht in die Leiharbeit wird als Reaktion auf die schwierigen Zustände in der Pflege/auf dem Pflegemarkt gesehen (Gewerkschaft, Absatz 90 - 92).

Neben dem Personal mangle es an der technischen Ausstattung bzw. an Arbeitsgeräten, die ebenfalls über Pflegesätze finanziert werden (EL E1, Absatz 204). So wird Bedarf an Hardware in Form von Rechnern und mobilen Geräten zur digitalen Datenerfassung wie auch Faxgeräten, Scannern ebenso wie WLAN berichtet. Dadurch werde die Kommunikation mit weiteren Dienstleistenden von außerhalb der Einrichtung wie Ärzt:innen erschwert (EL E1, Absatz 198 - 202).

4.2 Psychische Arbeitsbelastungen von Pflegekräften

Arbeitsbelastungen der Pflege sind vielfach thematisiert und bekannt (vgl. bspw. Rothgang et al. 2020b, Jacobs et al. 2019). Die stationäre Langzeitpflege zeichnet sich aus durch die Versorgung und Begleitung eines Lebensabschnitts pflegebedürftiger Menschen, die nicht mehr in der Lage sind, selbstständig zu leben. Daraus ergeben sich ein 24-stündiger Versorgungsbedarf und die Notwendigkeit von Schichtdiensten sowie Wochenend- und Feiertagsarbeit. Neben dieser grundlegenden Arbeitsbelastung durch die Arbeitszeit ergibt sich eine weitere psychosoziale Arbeitsbelastung durch den Arbeitsinhalt, die Arbeit mit und am Menschen. Arbeitsgegenstand der Pflege ist der Mensch mit eigenen individuellen Bedürfnissen, Gefühlen, Vorstellungen und Wünschen, dessen Fürsorge und Pflege gefragt ist. Die Leistung der Pflegekraft wird durch die Interaktion mit Pflegebedürftigen aktiv an die jeweilige pflegebedürftige Person angepasst. Daher ist ein essenzieller Bestandteil der Pflegearbeit auch die Interaktionsarbeit, die in engem Zusammenhang mit allen pflegerischen Verrichtungen zu sehen ist (vgl. Becke & Bleses 2016; Böhle et al. 2015a, b). Daraus ergibt sich häufig auch die Orientierung auf das Ethos fürsorglicher Praxis, das durch Zuwendung und Empathie mit den Gepflegten geprägt ist (Kumbruck 2008). Zeit- und Personalmangel sowie fehlende Anerkennung der Pflegeleistung sind bereits herausgestellte wesentliche Belastungsursachen, die es für Pflegekräfte schwierig machen, ihrem Ethos als fürsorgliche Pflegekraft gerecht zu werden und Interaktionsarbeit angemessen ausführen zu können (vgl. Zenz & Becke 2020a, b).

In diesem Kapitel werden die Perspektiven der unterschiedlichen befragten Akteure auf psychische Belastungen und deren Ursachen aufgezeigt, um grundlegende Ansatzpunkte für betriebliche Gestaltungsansätze herauszustellen.

4.2.1 Ursachen psychischer Belastung

In diesem Unterkapitel geht es grundlegend um die relevantesten Ursachen psychischer Arbeitsbelastung von Pflegekräften, die bereits vor der Coronapandemie bestanden. Hier werden Aussagen und Perspektiven der befragten Akteure beschrieben, sodass kein Anspruch auf grundsätzliche Vollständigkeit der Beschreibung von Ursachen psychischer Belastung besteht.

Das anhaltend hohe Belastungsniveau in der stationären Langzeitpflege sehen Pflegekräfte als eine wesentliche Ursache dafür, dass Beschäftigte oft nicht lange in der Pflege bleiben. Bereits angehenden Pflegekräften werde vermittelt: *„Eine Pflegekraft ist im Schnitt fünf Jahre im Beruf und orientiert sich dann neu. Weil Sie dann ausgelaugt ist.“* (Pfk2 E1, Absatz 37), Aussagen des Betriebsarztes stützen diese Einschätzung: Meist gebe es im Alter eine Reduktion der Arbeitszeit, weil Pflegekräfte entweder psychisch nicht mehr leistungsfähig seien, obwohl sie weiter oder mehr arbeiten wollten, oder weil sie mehr Freizeit für ihre Regeneration benötigten. Unter anderem sieht daher die Gewerkschaft den Bedarf an Möglichkeiten zu ihrer Entlastung (vgl. Gewerkschaft, EL E2a).

Die zeitliche Kollision verschiedener Aufgaben wird aufgrund des Personalmangels als Grundproblem für psychische Belastung gesehen (WBL E2a, Absatz 20; PA E3, Absatz 11). Die resultierende Priorisierung der Aufgaben (Pfk1 E1, Absatz 18) bedeutet auch, dass notwendige pflegerische Handlungen z.T. nicht durchgeführt werden können (Phk E3, Absatz 43), was zum sogenannten moral distress führen kann (vgl. Wirth et al. 2021). Durch die Intimität des *„letzte[n] [...] Schritt[s] in ihrem Leben“* (Gewerkschaft, Absatz 21) entstehe ein Verantwortungsgefühl der Pflegekräfte den zu Pflegenden gegenüber. Es entstehe eine enorme Belastung dadurch, *„die Interessen der Menschen, die ihnen anvertraut sind, auf die oberste Priorität setzen“* (Gewerkschaft, Absatz 21) und damit dem Ethos fürsorglichen Arbeitens zu entsprechen. Dem eigenen **Arbeitsanspruch** könne man nur begrenzt gerecht werden (Phk E3, Absatz 25; WBL E2a, Absatz 24; Gewerkschaft, Absatz 29) oder werde von einzelnen noch zulasten der Kolleg:innen erfüllt, die dann noch mehr in derselben Zeit auffangen müssen (EL E2a, Absatz 150). So fühlen sich viele Pflegekräfte psychisch belastet, weil Aufgaben liegen bleiben (Phk E3, Absatz 41 - 43) und nicht alle zu Pflegenden *„zu ihrem Recht“* (Phk E3, Absatz 59) kommen (vgl. WBL E2a, Absatz 24). Insbesondere bei Auszubildenden würde dies von ihrer Berufsvorstellung abweichen (Gewerkschaft, Absatz 29). Dem eigenen Anspruch der Fachlichkeit nicht mehr gerecht zu werden: *„Das demotiviert, das frustriert, das macht krank, das macht Druck, viele nehmen das mit nach Hause“* (WBA, Absatz 24) (vgl. Berufsgenossenschaft, Absatz 86). Zudem gebe es zu wenig Zeit für die Menschen, für Gespräche in der Pflege (BA). So brauche es beispielsweise Zeit für persönlichen Kontakt in der Pflege, um sich Zeit zu nehmen für Einzelne (BA) (vgl. Zenz & Becke 2020a, b, Senghaas-Knobloch 2014).

Gerade in der Langzeitpflege gebe es längere und damit z.T. auch engere Beziehungen als in der kurativen Pflege (PA E1, Absatz 56). Die Interaktion mit Bewohner:innen kann für Pflegekräfte täglich eine **Belastung** darstellen (EL E2a, Absatz 58; EL E1, Absatz 92; WBL E2a, Absatz 20), die unterschiedliche Aspekte aufweist:

- Die grundlegende Interaktionsarbeit mit Menschen, die per se eine Arbeitsbelastung darstellen kann.
- Es gebe aus Sicht der Pflegenden unangemessene Erwartungen mancher Pflegebedürftigen, ausgedrückt in häufigem Serviceklingeln, um z.B. Rauchen zu können (Phk E3, Absatz 43, 115), und fehlendem Verständnis für die Situation der Pflegekräfte (Phk E3, Absatz 43).
- Mitunter hätten auch zu Pflegenden **Erwartungshaltungen** und Ansprüche, dass Routinen/Rhythmen eingehalten werden und dabei wenig Verständnis für die Gesamtsituation der zu Pflegenden (Pfk1 E1, Absatz 24; EL E1, Absatz 115 - 116).

Der Kontakt mit Angehörigen sei mitunter eine stärkere Stressquelle als die Bewohner:innen (Pfk2 E1, Absatz 89 - 91). Insbesondere die Telefonate zu Zeiten der Besuchsverbote wurden als Belastung wahrgenommen (Pfk2 E1, Absatz 107). Die Ansprüche und Erwartungshaltung von Angehörigen seien zum Teil unverhältnismäßig bis unerfüllbar und sehr belastend für die Pflegekräfte (EL E3, Pfk2 E1, Absatz 91 - 94; EL E1, Absatz 115 - 116). Das schlechte Gewissen der Angehörigen werde auf Mitarbeitende übertragen: „*Einige wenige traktieren ganz schön die Mitarbeiter.*“ (EL3, Absatz 49).

Zudem bedeuten Bewohnerwechsel auch Abschiede für die Pflegekräfte. Ebenso müssen Todesmitteilungen von oder an Angehörige überbracht werden (EL E1, Absatz 96 - 98):

*„Auch wenn man sagt: ‚Ach was, das tangiert mich nicht mehr‘. Aber das stimmt nicht. Man hat immer irgendeinen Bezug, in irgendeiner Art und Weise. [...] Das muss man ja auch immer mal verarbeiten, ne?“
(E1 EL, Absatz 96)*

Doch gebe es auch eine Art berufliche Routine, die auch den Umgang mit Todesfällen einschließe. Anders sei es zu Beginn der beruflichen Praxis, wenn der Tod von Bewohner:innen für Pflegekräfte eine psychische Belastung darstellt (Pfk1 E1, Absatz 60). Zudem gebe es Menschen, die langsam sterben, die sich quälen und der Leidensprozess sei schwierig mit anzusehen (Pfk1 E1, Absatz 62). Zudem überfordere eine Häufung von Todesfällen in kurzer Zeit insbesondere neue Pflegenden (PA E1, Absatz 58). Darüber hinaus gebe es Leiderfahrung, wie weinende Angehörige oder auch Tote auf dem Flur (E1 EL, Absatz 74). Insbesondere, wenn viele Menschen versterben, brauche es Unterstützung der Beschäftigten, fordert auch die Gewerkschaft (Absatz 94).

Aus den Interviews ergeben sich folgende zentrale Belastungsfaktoren für die Befragten: Die Arbeitszeitbelastung, die Führung, das Team, sowie gesellschaftliche Anerkennung, auf die im Weiteren konkreter eingegangen wird.

Arbeitszeitbelastung

Als eine Belastungsquelle wird die Arbeitszeit im Sinne der geringen bis fehlenden Erholungstage und des Erschwerens eines geregelten Privatlebens gesehen. Die Arbeitsbelastung durch das Arbeitspensum wird als hoch empfunden. So gebe es laut eines Dienstplanes bei einer 40-Stundenwoche beispielsweise 5,5 Arbeitstage. Zusätzlich werden Mitarbeitende häufig aus dem Frei geholt (EL E3, Absatz 49). Dies wird als besondere Arbeitszeitbelastung gesehen (BA), die in nur wenigen anderen Berufen so vorherrschend oder deutlich besser bezahlt werde (wie z.B. in der Montage) (Pfk2 E1, Absatz 37). Der Schichtdienst habe somit auch soziale Folgen, wenn sich z.B. Freunde zurückziehen und Hobbys schwieriger werden (PA E3, Absatz 13).

Es gebe kurzfristige Planungen der Dienstpläne des Teams, da eine Vorausplanung nicht möglich sei (E4 BMW, Absatz 89, Absatz 108). Insbesondere das Management der Ausfälle stelle eine große Belastung in der Pflege dar (EL E3, Absatz 245). **Die dringlichsten Handlungsbedarfe in der stationären Pflege** werden von einem Betriebsarzt hinsichtlich der geringen Planbarkeit der Freizeit und damit verbundener Gefahr der Erholungsunfähigkeit bzw. der Überstunden in der Freizeit gesehen (BA). In der ambulanten wie auch stationären Pflege sei die Planbarkeit der Freizeit ein großes Thema (BA). Es gebe meist keine verlässlichen freien Tage. Einige springen häufig ein, weil sie wissen, dass es sonst niemand auffängt. Doch das ständige Einspringen im Frei belastet das Privatleben (vgl. BA, Gewerkschaft). Eine Belastung sei dies insbesondere bei einer zusätzlichen Belastung durch Kinder (Gewerkschaft) oder das Pflegen von Angehörigen (BA), sodass keine Balance von Arbeit und Privatleben möglich ist (Gewerkschaft, Absatz 53).

Führung

Weiterhin können die direkten Kolleg:innen und Vorgesetzten eine psychische Belastungsquelle darstellen. Dabei gebe es auf Leitungsebene das Problem, dass es an Entlastungen bei Führungsaufgaben fehlt. So können Führungsaufgaben nicht (angemessen) wahrgenommen werden und es bleibt zu wenig Zeit, um Arbeitsabläufe zu organisieren (Berufsgenossenschaft, Absatz 36 - 38). Neben fehlenden Anleitungen, Einarbeitungen und Aufgabenverteilungen projiziere sich der Stress von Führungskräften darüber hinaus auf das Team, insbesondere, wenn Führungskräfte nicht gelernt haben, damit umzugehen (EL E2a, Absatz 32).

Fehlende Rückendeckung durch die Geschäftsführung übergreifender Organisationen oder Trägerschaften sei bei moralischer Verpflichtung der Einrichtungsleitungen mitunter auch ein Grund für die Fluktuation auf Leitungsebene (WBA, Absatz 86).

Innerhalb des Teams

Das Team als der Kern der Pflegekräfte, die tagtäglich auf den Wohnbereichen zusammenarbeiten, bietet in der Zusammenarbeit und Kommunikation auch Konfliktpotenzial. **Kommunikationsprobleme** entstünden z.B. durch stockende Kommunikation. Informationen aus Besprechungen würden beispielsweise nicht direkt in den Bereich weiterkommuniziert, sondern erst beim nächsten Dienst, der möglicherweise erst Tage später stattfindet. Es komme auch vor, dass z.T. etwas anderes verstanden und weitergeleitet werde, wie bei stiller Post. Ferner gebe es auch mal sprachliche Probleme, die die Kommunikation behindern (EL E1).

Konflikte könnten zu psychischer Belastung führen (PA E1, Absatz 41 - 45) und seien Auslöser für Stress und Erkrankungen (Verbände, Absatz 76). Teamkonflikte könnten sich auch aus unterschiedlichen Pflege- bzw. Selbstverständnissen ergeben. So wurde davon berichtet, dass Pflegekräfte, die aus anderen Ländern kämen, weitere Zuständigkeiten/Verantwortlichkeiten gewohnt seien und sich in dem hiesigen System zurechtfinden müssten, was z.T. Konflikte im Team hervorrufe (Gewerkschaft, Absatz 41).

Fehlende gesellschaftliche/geringe finanzielle Anerkennung

Dem DGB Index von 2018 zufolge „[sehen] 94 Prozent [der Pflegekräfte] ...[...] in ihrer Arbeit einen wichtigen Beitrag für die Gesellschaft. Mit Blick auf ihre Entlohnung dominiert jedoch der Eindruck mangelnder Wertschätzung: 73 Prozent der Befragten empfinden ihr Einkommen als nicht leistungsgerecht“ (DGB 2018). Diese Aussagen könnten sich durch die Erfahrungen in der Coronapandemie weiter verschärft haben.

Die materielle Anerkennung sei eine gesellschaftspolitische Entscheidung (EL E1, Absatz 72). Es fehle an politischer Wertschätzung (BA). Am Beispiel der Coronaprämie wurde beschrieben, dass die Effekte des Bedankens und finanziellen Wertschätzens aufgrund des langwierigen Prozesses begrenzt waren. „Das ist für mich so ein feuchter Händedruck und danach geht es einfach weiter, wie bisher“ (Pfk1 E1, Absatz 134). Zunächst war lange für die Beschäftigten ungewiss, ob sie eine Prämie erhalten würden oder nicht, weil unklar war, wie sie bezahlt werden kann (Pfk2 E1, Absatz 43). Und letztlich entfachte es Neiddebatten und hatte eine gefühlte Abstufung zwischen Pflegekräften und Reinigungskräften in den Häusern zur Folge (EL E2a, Absatz 160 - 162; Verbände, Absatz 58). Die Hoffnung auf Veränderungen der Rahmenbedingungen durch die Coronakrise durch mehr Gehalt und gesellschaftliche Anerkennung des Berufes, sei von der Politik vorerst zerstört worden (EL E2a, Absatz 158 - 160). Das Klatschen wurde von den Pflegekräften mitunter als „schlimm“ (Einrichtungsleitung E3, Absatz 207) empfunden oder gleichgültig gesehen, da es keine Effekte auf ihre Arbeitsbedingungen hatte.

Hinzu kämen z.T. existenzielle Sorgen. So wirke sich das geringe Gehalt auch auf die Rente aus (EL E1, Absatz 72). Zudem ändere sich im Gehalt im Verhältnis zur steigenden Verantwortung „über Leben und Tod“ und dem Ausbildungsaufwand wenig von einer ungelerten Hilfskraft zur ausgebildeten Fachkraft (EL E1, Absatz 72). Die Arbeitsbelastung entspricht nicht dem dafür erhaltenem Gehalt: Es sei eine finanziell weit unterbezahlte Tätigkeit bei der Taktung, was einen Grund dafür darstelle, viel zu arbeiten (Pfk2 E1, Absatz 41).

Darüber hinaus gebe es aus Sicht einer Praxisanleitung bei Schüler:innen Konflikte, die durch das „Gefühl der Ausbeutung, des nicht ernst genommen werden“ (PA E1, Absatz 108) entstünden.

Neben dem Gefühl der fehlenden Anerkennung stoßen Pflegekräfte in den Einrichtungen zudem auf Unverständnis, fehlende Wertschätzung und Anerkennung ihrer Arbeit durch Angehörige, insbesondere in der Coronakrise (EL3, Absatz 53).

4.2.2 Anforderungen durch die Coronakrise

Die Coronapandemie stellte die Pflegeeinrichtungen vor diverse neue Herausforderungen und zusätzliche Belastungen. Die Probleme waren schon vorher da, durch die Krise wurden die Schwierigkeiten jedoch deutlicher.

Zentral sei weiterhin der **Personalmangel**, verstärkt wurde er durch Personalausfall und fehlende Unterstützung durch Leiharbeitskräfte, die nicht in den Einrichtungen eingesetzt werden durften (Gewerkschaft, Absatz 117). Zudem mussten in der Krise schnelle Entscheidungen zur Umsetzung der Infektionsschutzmaßnahmen getroffen werden, die es erforderten, sich aufeinander verlassen zu können (WBA, Absatz 134). Die Belastungen trafen vor allem Einrichtungsleitungen (Verbände, Absatz 127), die ein hohes Maß an krisenbedingter Koordinationsarbeit zu schultern hatten. Sie wurden mit wöchentlich mindestens zwei Änderungen in den Infektions- bzw. Arbeitsschutzverordnungen konfrontiert und mussten sich neuen Aufgabenbereichen, wie der Einweisung der Pflegekräfte in die Umsetzung der Maßnahmen, widmen (EL3, Absatz 188 - 189). Sie mussten Hygienekonzepte schreiben und bei den Angehörigen um Verständnis werben, nicht zu Besuch zu kommen (PDL E1, Absatz 88,) wie auch später die Impfungen organisieren (EL E2b). Sie beschäftigte das Tagesgeschäft als Reaktion auf das, was kommt, bspw. plötzliche

Änderungen der Besuchsregelungen, anstatt vorausschauender arbeiten zu können (EL E1, Absatz 216). Einrichtungsleitungen seien das letzte Glied in der Kette aus haftungsrechtlicher Sicht. Die Verantwortung der Umsetzung liegt bei ihnen. Für die Einrichtungen bedeute es, eine Balance zwischen Infektionsschutz und Grundrechten der Bewohner:innen herzustellen (WBA, Absatz 118). Wenn jemand vor Einsamkeit sterbe, werde nicht darauf geguckt, aber wenn sie die gesetzlichen Voraussetzungen nicht umgesetzt haben und es zu einem Todesfall komme, werde darauf geschaut – so die ernüchternde Erfahrung von Führungskräften. Deshalb sei das Credo einer Einrichtungsleitung: Das gesetzlich Vorgegebene muss sein. Der Mensch mit seinen Bedürfnissen sei „zweitrangig“. Pflegekräfte hätten somit eine Doppelbelastung und würden den Bewohner:innen noch weniger gerecht als zuvor, es sei noch viel schlimmer (EL E4). Es sei abhängig von der grundsätzlichen Aufstellung der Einrichtung und ihrer Ressourcen, wie gut man durch die Krise komme (EL3, Absatz 31).

Pflegekräfte haben grundsätzliche gesellschaftlich verbreitete **Sorgen** gehabt, u.a. der Umgang mit der Ungewissheit der Situation, dem Infektionsgeschehen und daraus resultierende Angst vor möglichen (**persönlichen**) **Auswirkungen** der Pandemie (WBA, Absatz 118). Zumal unter den Pflegekräften auch Risikopatienten sind, „also auch die sind ja eventuell diejenigen, [...] die auch mit ihrer eigenen Angst um ihre Gesundheit konfrontiert sind“ (WBA, Absatz 120). Der Umgang der Pflegekräfte mit den Belastungen in der Krise rief unterschiedliche Reaktionen hervor, wie es im Umgang mit Angst üblich sei, d.h. einige „kämpfen an der Front“ und andere „gehen in die Flucht“ (WBA, Absatz 134). Darüber hinaus stellte sich auch für Pflegekräfte mitunter die Frage der Kinderbetreuung in der Pandemie (EL E1, Absatz 47; PA E3, Absatz 29).

Zudem haben Pflegekräfte Sorge davor gehabt, die **Infektion** in die Einrichtung zu tragen und die ihnen anvertrauten Pflegebedürftigen anzustecken. Darüber hinaus sorgten sie sich darüber, dass Pflegebedürftige die Infektion durch Krankenhausbesuche mit in die Einrichtung schleppen (PDL E1, Absatz 88; Gewerkschaft, Absatz 25). Dies führte zu steigender psychischer Belastung der Pflegekräfte. Deshalb begaben sie sich in Selbstisolation (Pfk1 E1, Absatz 94). „Am Anfang war zwei Monate richtig Stress im Team“ (PDL E1, Absatz 90). Hierbei seien Pflegekräfte mit dieser Verantwortung, die eigentlich der Einrichtungsleitung zukomme – insbesondere im Zuge der gesamtgesellschaftlichen Lockerungen – überfordert worden. Mitarbeitende waren unter anderem frustriert und fühlten sich alleingelassen (Verbände, Absatz 168). Vereinzelt wird berichtet, dass der Gesundheitsschutz der Pflegekräfte weniger beachtet wurde als der der Bewohner:innen, und ein stärkeres Eingehen auf den Gesundheitsschutz der Pflegekräfte unter Corona vonseiten der Arbeitgeber gewünscht sei (Phk E3, Absatz 80 - 81). Es habe an klaren Anweisungen zum Umgang mit der Situation bei fehlendem Arbeitsmaterial gemangelt (Gewerkschaft, Absatz 27 f.). Gleichzeitig seien die Arbeitgeber:innen z.T. mit den Anforderungen auch überfordert gewesen (vgl. Verbände, Absatz 168).

Dennoch zeigte sich insbesondere durch die Erfahrung, **unbestätigter Verdachtsfälle** wie auch vereinzelter nicht weitergegebener Coronainfektionen, „dass Konzepte, die man hatte, die griffen, die haben funktioniert.“ (E4 BMV, Absatz 102) (vgl. Rothgang et al. 2020c). Gleichzeitig wurde auch betont, dass es sich um eine Momentaufnahme handle, die jederzeit anders aussehen könne (E4 BMV, Absatz 102).

Da in der Branche standardmäßig sehr auf **Hygiene** bei der Arbeit geachtet wurde, führten die Maßnahmen dazu, dass der gefühlte Schutz bei der Arbeit größer war als außerhalb der Arbeit (PA E3, Absatz 33).

Ein großes Problem stellte allerdings die fehlende **Schutzkleidung** zu Beginn der Pandemie dar, das für größere Einrichtungen oder Trägerschaften einfacher zu lösen gewesen sei (Gewerkschaft, Absatz 112; EL E2a). Dies führte zu Mehrfachnutzungen von Masken (EL3, Absatz 179), wodurch auch Sorgen der Beschäftigten laut wurden, sich nicht ausreichend geschützt zu fühlen (EL E3): „Es ist beim Duschen unglaublich: Schürze an, FFP 2 Maske an und man muss trotzdem die Zimmer recht schnell wechseln, die Kittel schnell wechseln. Es hängt dort alles. Man macht sich Gedanken: Was hat das für Auswirkungen, wenn da von vier Kollegen der Kittel hängt für Auswirkung auf Raumluft und was hat das für Auswirkungen auch auf den Bewohner, der jetzt diese Dinge alle miterlebt.“ (Phk E3, Absatz 77). Zudem habe es Krankschreibungen von Pflegekräften gegeben, aus Sorge um die eigene Gesundheit, aber auch aus Verantwortung der Pflegekräfte den Pflegebedürftigen gegenüber, um sie zu schützen (BA).

Pflegekräfte mussten bei sich selbst Temperatur messen. Dies sei anfangs zwar eine Umstellung gewesen, inzwischen sei es jedoch Routine (PA E3, Absatz 124 - 126).

Arbeitsorganisatorische Veränderungen der Händehygiene und der Schutzkleidung seien relativ problemlos umzusetzen gewesen. Schwierig sei es z.B. bei bestehenden Atemwegserkrankungen von Pflegekräften, eine Maske zu tragen (BA). Schwierigkeiten ergaben sich auch in der Kommunikation durch undeutlicheres Sprechen mit Maske (PA E3, Absatz 102), des Erkenntwerdens mit Maske speziell bei demenziellen Bewohner:innen (PA E3, Absatz 37) und hierbei den Abstand einzuhalten (PA E3, Absatz 102) sowie bei altersbedingten Höreinschränkungen (Phk E3, Absatz 77). Zudem sei das dauerhafte Tragen des Mundschutzes eine Belastung gewesen. Es habe Fragen aufgeworfen, wo getrunken werden dürfe. Zum Teil sei aufgrund der Regelungen bzw. der Unklarheit darüber heimlich

schnell etwas getrunken worden, wenn die Einrichtungsleitung nicht hingesehen habe. Zum Teil sei es notwendig durch Kontrollen von Führungskräften, die Maßnahmen durchzusetzen (WBA, Absatz 132).

Zudem mussten die **Kontakte** unter Bewohner:innen **eingeschränkt** werden (EL3, Absatz 211). Das Konzept der freien Bewegung der Bewohner:innen wurde stark eingeschränkt (EL3, Absatz 280). Probleme ergaben sich insbesondere in Demenzbereichen, wo Kontaktbeschränkungen kaum umsetzbar waren (EL E2a). Demenzielle Bewohner:innen wandern umher und dürfen nicht eingesperrt werden. Entsprechende Maßnahmenumsetzungen bewirkten zusätzliche Belastungen der Pflegekräfte: „*Ja da [...] haben wir unser Augenmerk regelmäßig immer mehr draufgelegt, dass wir gucken: Kommen die nicht raus. Und wenn sie rauskommen, schnell hin, ihnen noch mal erklären und wieder reinbegleiten. Das war immer ein Hin und Her. Und da haben uns auch gefühlt vier, fünf Leute gefehlt (lacht) zusätzlich*“ (PA E3, Absatz 130).

Distanzierungsmaßnahmen (im Sommer) im Rahmen des Infektionsschutzes sahen vor, dass Pausen umorganisiert werden mussten, um Ansteckungen zu vermeiden: So wurde der Pausenraum für Einzelne freigegeben und „*das Raucherhäuschen*“ geschlossen. Die neuen Pausenregelungen hatten unbefriedigende Nebeneffekte, wie das sichtbare Rauchen auf den Balkonen und Pausen in den Wohnküchen (EL3, Absatz 215). Öffentliche Bereiche, wie Wohnküchen und ein hauseigenes Restaurant, wurden geschlossen, um Mitarbeitenden Konflikte mit Angehörigen zu ersparen (EL E3, Absatz 197). Besprechungen wurden aufgrund der Kontaktbeschränkungen teilweise auf kleinere Personenkreise reduziert oder in größeren Räumen abgehalten. Gerade die Nutzung des Dienstzimmers durch maximal zwei Personen habe eingeschränkt (Pfk E1, Absatz 84). Dennoch konnte Abstand nicht immer gehalten werden, wie bei der Unterstützung bei Computerarbeit oder auch bei der direkten Arbeit am/an der Bewohner/in. So wurde mitunter gehofft, weiterhin gut durch die Krise zu kommen (Pfk E1, Absatz 88).

Probleme ergaben sich in Zeiten der **Besuchsverbote** daraus, dass viele Freiwillige, Ehrenamtliche und Angehörige, die die Pflegeeinrichtungen durch die Übernahme von Aufgaben, wie Betreuung und Wäschewaschen, im Regelfall unterstützen und entlasten, während der Pandemie nicht in die Einrichtungen durften (EL3, Absatz 17).

Zudem mussten Telefonate beantwortet werden, Besuche organisiert und deren Zutritt zu Bewohner:innen begleitet und bzgl. der Hygiene unterrichtet und desinfiziert werden, was zusätzlich aufwendig und belastend war. Zeit für die Bewohner:innen wurde so für die Organisation der Infektionsschutzmaßnahmen abgezogen. Die soziale Betreuung der Bewohner:innen wurde schwieriger, da keine Gruppenangebote mehr möglich waren (EL E1, Absatz 114). Betreuungskräfte übernahmen daher **neue Aufgaben**, z.B. die Organisation und Begleitung von Angehörigenbesuchen. Sie fungierten als Unterstützung in der Zeit der Coronapandemie (PDL E1, Absatz 94). Die Zusammenarbeit der Betreuungskräfte mit den Pflegekräften wurde von einer PDL positiv wahrgenommen (PDL E1, Absatz 102).

Fehlende Kontakte bedeuteten für alle Einschränkungen (PA E3, Absatz 29). Die Bewohner:innen sind sehr individuell mit der Situation umgegangen (Pfk E1, Absatz 113). Manche, z.B. alleinstehende Bewohner:innen hätten sich positiv entwickelt (EL3, Absatz 177). Gleichwohl bedeutete die Pandemie einen erheblichen Einschnitt in ihre Lebenswelt. Dass keine Besucher:innen in den Einrichtungen unterwegs seien, bedeutete für manche Pflegebedürftigen, dass der lebenswerte Kontakt fehlte nach dem Motto: „Wenn ich nicht an Corona sterbe, dann sterbe ich an Einsamkeit.“ Die Pflegekräfte mussten dies auffangen (BA). In Zeiten der Besuchsverbote fielen soziale Kontakte durch Angehörige weg; z.T. versuchten Pflegekräfte dies aufzufangen. Dies sei jedoch weder als Tätigkeit der Pflegekräfte vorgesehen, noch werde es bezahlt, „*die Tochter zu spielen oder den Sohn oder irgendwelche anderen Sachen mit zu erledigen [,] [...] wie Einkäufe. Warum muss denn eine Pflegekraft einkaufen gehen?*“ (E1 EL, Absatz 116). Die Bedürfnisse der Bewohner:innen, die sich nicht mehr so frei in der Einrichtung und außerhalb bewegen konnten wie vorher, weil die Zeit für Begleitungen fehlte, mussten aufgefangen werden als zusätzliche Aufgabe (Pfk E1, Absatz 109), ebenso wie die zusätzliche soziale Unterstützung des Zuhörens, Tröstens, Streitschlichtens (Pfk E1, Absatz 113), die als erhöhte Anforderungen auf die Pflegekräfte zukamen. Manche Bewohner:innen hätten sich negativ verändert, seien depressiv aufgrund des fehlenden Kontakts zu den eigenen Kindern (PA E3, Phk E3). Dies wirke sich auch auf das Ernährungs- und Ausscheidungsverhalten aus, was die Konsultation von Ärzt:innen nach sich zog (PA E3, Absatz 102 - 104). Jedoch wurden auch neue Formate zur Kommunikation mit Angehörigen ausprobiert, wie das Skypen (PDL E1, Absatz 102), das von Pflegekräften unterstützt wurde. Zum Teil wurden Anrufe der Angehörigen von Einrichtungsleitung und PDL übernommen, zum Teil wurden sie auf die Uhrzeiten verschoben, zu denen weniger Arbeit anfiel, um Pflegekräfte zu entlasten. So wurde das Telefon zum Öffnen der Haustür überwiegend beim Leitungsteam hinterlegt, um Mitarbeitende vom „Türdienst“ zu befreien (EL E3, Absatz 197). Mitunter habe es Angehörige gegeben, die täglich den Gesundheitszustand erfragten, sodass die Pflegekräfte z.T. genervt waren, insbesondere, wenn sie zu Zeiten mit hohem Arbeitsaufkommen erfolgten. Ferner waren Konflikte mit Angehörigen, die z.T. wenig Verständnis für die Situation hatten, vorprogrammiert (EL E1, Absatz 43 - 45).

In Zeiten der Coronapandemie seien die Belastungen durch Ansprüche der Angehörigen z.T. noch schlimmer gewesen. Denn die Angehörigen mussten den Pflegenden/der Einrichtung während der Besuchsverbote „blind“ vertrauen. Es habe „die schlimmsten Anschuldigungen“ (EL3, Absatz 49) gegeben. „*Es sind aber nur wirklich wenige. Aber*

die belasten die Mitarbeiter, belasten uns ja schon, aber die Mitarbeiter noch mehr.“ (EL3, Absatz 51) (EL E3, Absatz 49 - 51). Dabei hätten mitunter gewalttätige Übergriffe von Angehörigen gegenüber den Pflegekräften zugekommen, weil das Verständnis der Angehörigen gegenüber den Schutzmaßnahmen für die Bewohner:innen fehlte (Gewerkschaft, Absatz 119 - 121). Pflegekräfte hätten zwischen den Stühlen gestanden: zwischen dem Wunsch, den Kontakt mit Angehörigen zu ermöglichen und der Verantwortung, das Virus einzudämmen und Maßnahmen zu entwickeln (Gewerkschaft, Absatz 122 - 123).

Zudem wurden **weniger Externe in die Einrichtung** gelassen. Ärzt:innen und Wundmanager:innen konnten zwar unter Hygieneauflagen in die Einrichtung, doch manche Ärzt:innen wollten es nicht (Pfk E1, Absatz 97). Zudem komme der MDK nicht ins Haus (EL E3). Gleichzeitig wurde berichtet, dass etwas mehr Ruhe eingekehrt sei bis hin zu einer „gespenstisch[en]“ (WBL E1, Absatz 121) Atmosphäre, da keine Besucher oder externen Kräfte vor Ort gewesen seien und keine Arztvisiten anstanden. Die reduzierten Arztvisiten und feste Besuchszeiten stellten mitunter eine Entlastung für die Pflegekräfte dar (PA E3, Absatz 84).

Aufgaben mussten durch Leitungskräfte umverteilt werden (EL3, Absatz 207). Mitunter mussten individuelle Lösungen in den Einrichtungen gefunden werden, z.B. im Umgang mit der behördlichen Anordnung zur Trennung der (ambulanten und stationären) Bereiche, die bei kleineren Einrichtungen nicht möglich war, weil diese Trennung bei Personalausfällen nicht leistbar war. Dies konnte jedoch in Beratung mit der Wohn- und Betreuungsaufsicht besprochen werden (EL3, Absatz 33).

Insgesamt musste vorsichtiger gearbeitet werden. Verdachtsfälle bei Bewohner:innen mussten sehr eng überwacht werden (EL E1, Absatz 114). Es gab **regelmäßige Kontrollen** der Körpertemperatur. Quarantäneregelungen wurden zwischendurch geändert. Zunächst gab es eine erste zweiwöchige Quarantänezeit wie auch bei Neuaufnahmen (PA E3, Absatz 124 - 126), die gerade bei demenziell Erkrankten eine Herausforderung darstellte. Später bedurfte es aufgrund veränderter Vorgaben trotz (24-stündigen) Krankenhausaufenthalts keiner Quarantäne (PA E3, Absatz 122). Dies hatte auch Auswirkungen auf den Arbeitsablauf. So wurden Menschen in Quarantäne als letztes gepflegt (PA E3, Absatz 122). Es gab spezielle Masken nur für das Bewohner-Zimmer, keinen Körperkontakt und Grundpflege mit Schutzkittel (PA E3, Absatz 128). Diese vorsorglichen Maßnahmen und das Hin und Her der Vorgaben wurden als „*ein bisschen anstrengend*“ (WBL E2a, Absatz 114) empfunden (PA E3, Absatz 122).

Zudem wurden **Worst-Case-Szenarien** durchgespielt, in die Mitarbeitende eingeplant bzw. wo sie gefragt wurden, wer sich vorstellen könne, in den Bereichen der Infizierten zu arbeiten (EL E2a). Bisher konnten ausgewählte Pflegefachkräfte für die Betreuung der Infizierten eingesetzt und damit die Beschäftigten geschützt werden, die Vorerkrankungen hatten oder Immunsuppressiva nahmen, dies sei bei 1-2 Infizierten möglich. Schwierig würde es, wenn es einen größeren Infektionsausbruch gebe und jede Pflegekraft gebraucht werde (E4 BMV, Absatz 106). Die Mitbestimmungsmöglichkeit der Pflegekräfte dazu, wo sie eingesetzt werden wollen, wären dann begrenzt.

Als **vorsorgliche Maßnahmen** der Einrichtung, wurde den Pflegekräften eine Bescheinigung zur Mitführung ausgestellt, dass sie Pflegekräfte in der Altenpflege seien, die sich auf dem Arbeitsweg befinden, obwohl die Situation es noch nicht erforderte (PA E1, Absatz 82).

Ferner wirkte sich die Krisensituation auch auf Aus- und Fortbildung aus: „*Jetzt grade Corona, ist natürlich eine besondere Situation, da stehen wir mal außen vor, weil wir da irgendwie eh grade auf null fahren, aber so prinzipiell ist das sonst, eine Ausbildung [oder Fortbildung] wird dann eben mal schnell abgesagt.*“ (EL E2a, Absatz 16).

So verzögert sich z.B. auch die berufsspezifische Qualifikation, wie die Weiterbildung zur PDL, weil zu leistende Stunden nicht erbracht werden konnten (PDL E1).

Information/Kommunikation

Kommunikation hatte einen zentralen Stellenwert in der Krise, insbesondere das persönliche Gespräch, die Information sowie der Austausch zum Umgang untereinander im Team (E4 BMV, Absatz 104). Gespräche, insbesondere zu Beginn der Pandemie (von März bis Mai 2020) hätten geholfen, die Sorgen und Unsicherheiten der Beschäftigten zu reduzieren (E4 BMV, Absatz 104). Zudem hätten Leitungskräfte auf Anregung der Betrieblichen Mitarbeitendenvertretung (im Folgenden: BMV) hin die Mitarbeitenden nochmals informiert (ebd.).

Es habe in dieser Zeit Veränderungen in der Kommunikation gegeben. Die neue Herausforderung der nie dagewesenen Situation bedarf zusätzlicher Aufklärung und es ergab sich hierzu erhöhter Gesprächs- und Kommunikationsbedarf (PA E3, Absatz 105 - 108). Der Bedarf ergebe sich auch aufgrund der Veränderungen. Neben häufigeren Teamsitzungen habe es auch eine intensivere Kommunikation mit der Einrichtungsleitung, hauptsächlich per Telefon, gegeben (PA E3, Absatz 102). Direkte Kontakte auf dem Wohnbereich durch sonst übliches durchs Haus gehen wurden reduziert (EL E1, Absatz 17).

Die vielen neuen Verordnungen mussten schnell umgesetzt und an verschiedenen Stellen (Mitarbeitende, Angehörige) kommuniziert werden (EL E1, Absatz 19). Weiterhin wurde offen über wöchentliche Sitzungsprotokolle der

Leitungskräfte kommuniziert (WBL E1, Absatz 127): Der Einrichtungsleitung kam die Aufgabe der Aufklärungsarbeit durch vermehrte Präsenz im Haus (EL E2a) sowie dem Anhören von Sorgen und Ängsten der Mitarbeitenden zu (EL 1, 2a, 3). Geholfen habe neben der Kommunikation auch die Redundanz in Bezug auf die persönliche Schutzausrüstung der Pflegekräfte: Sicherheit habe eine bestehende Lagerhaltung gegeben, die kommuniziert wurde. *„Weil ich einfach geglaubt habe, dass wir relativ gut vorbereitet sind oder auch waren und muss bis jetzt sagen: Toi toi toi, wir sind wirklich gut durchgekommen, ne?“* (WBL E1, Absatz 125).

Übergaben fanden nur noch zu zweit statt. Entsprechend habe die Informationsweiterleitung nicht reibungslos funktioniert: *„Es ist schwierig, gehen viel Informationen verloren, ne? Das ist einfach so.“* (EL E1, Absatz 35) *„Ja, das ist so ein bisschen das, was gerade bisschen hakt, ne? Das kommt dann nicht ganz bis zu dem letzten Mann, ne?“* (EL, Absatz 132).

Zudem wird von fehlenden digitalen Kompetenzen gesprochen, sodass die Kommunikation mitunter ausschließlich analog stattfand und nur auf Leitungsebene digital (E4 BMV, Absatz 100). Es habe in den ersten Monaten Konflikte gegeben aufgrund des Gefühls, nicht ausreichend informiert zu sein. Darauf wurde inzwischen reagiert, indem Ausdrücke ausgelegt (E3, E4) und aufgehängt wurden sowie Kurzbesprechungen zu neuen Coronarichtlinien anberaumt wurden. Die BMV sei mitunter hierbei ein wichtiger Informant. Insbesondere im März und April 2020 (zu Beginn des ersten Lockdowns) gab es „eine große Unsicherheit“ (BMV E4). Für die BMV als Gremium sei die fehlende Kommunikation eine nachteilige Situation, da es keine Mitarbeiterversammlungen mehr gegeben habe und digitale Alternativen nicht möglich gewesen seien. Ergänzend zu persönlichen Gesprächen wurden schriftliche Informationen per „BMV-Info-Zeitung [...] alle 2, 3 Monate [...] oder bei Bedarf auch als Flugblatt schneller mal zwischendurch“ (E4 BMV, Absatz 98) genutzt, um Beschäftigte zu informieren. Erste Auswirkungen zeigen sich bereits:

„Das bewirkt schon so eine Vereinzelnung, sage ich mal, jeder arbeitet so seine Schicht ab und vor sich her, aber in größeren Zusammenhängen kommt man nicht mehr zusammen. Das wird Auswirkungen haben. Ist die Frage, wie lange dieser Zustand andauert.“ (E4 BMV, Absatz 98)

Zentral sei auch die Haltung von Führungskräften in der Krise gewesen: Ein *„bisschen abgeklärter zu wirken. Nicht irgendwie gleich in Panik zu verfallen, sondern wirklich zu schauen: Was ist nötig? Was muss gemacht werden, ne?“* (E1 EL, Absatz 140) und dabei zu versuchen *„natürlich selbst auch ruhig zu bleiben, auch wenn ich manchmal den Computer aus dem Fenster werfen könnte.“* (E1 EL, Absatz 140). Zudem wurde versucht, (den Schein von) **Normalität** soweit wie möglich aufrechtzuerhalten (EL, Absatz 127 - 128). Besonnenes Reagieren (E1, 2a), z.T. auch mal abzuwarten, sei mitunter ein Resilienzfaktor in der Krise gewesen, anstatt unter Hochdruck auf jede Neuigkeit zu reagieren, die am nächsten Tag schon nicht mehr aktuell ist (EL2a).

Dennoch sei ein Problem gewesen, dass sich einige Mitarbeitende nicht an den Infektionsschutz gehalten hätten (WBA, Absatz 128). Daher wurde auch deutlich kommuniziert, dass die Hygienemaßnahmen einzuhalten seien: *„Es kann eigentlich hier nichts passieren, wenn wir alle die Hygiene-Regeln einhalten.“* (EL E1, Absatz 48 - 49). Zwar seien *„Pflegefachkräfte [...] noch am ehesten aufgrund ihrer Ausbildung [zum] Umgang mit Infektionskrankheiten [...] ein bisschen geschult, wobei so Bilder, wie aus Italien oder New York, die hatten natürlich alle nicht, die konnten wir alle nicht“* (E4 BMV, Absatz 104). Kritisiert wurde jedoch auch, dass die Hygieneanforderungen unabhängig von der Hygienekompetenz gestiegen seien (Berufsgenossenschaft, Absatz 140). Hygienevorsorge brauche auch aus Sicht der Verbände (Absatz 162) eine größere Sicherheit durch Schulung und Material.

Positive Auswirkungen durch die Krise

Gleichzeitig wurde trotz der angespannten Situation gewissermaßen ein Zusammenrücken erlebt (vgl. EL E2a, Absatz 103 - 106; komm. PDL E1, Absatz 88). Die Solidarität in der Gesellschaft spiegelte sich auch in der Arbeit und den Teams wider (Verbände, Absatz 150). Man habe mitunter auch die Krise als Möglichkeit genutzt, die Priorisierung in der eigenen Arbeit und ihre Bedeutung zu überdenken und *„wie man jetzt auch die Köpfe zusammensteckt“* (PA E3, Absatz 120). Auch habe es z.T. keine präventiven Krankschreibungen in den letzten Monaten gegeben, (PDL E1, E4 BMV, Absatz 91), sodass vermutet wurde, dass Pflegekräfte das Team unterstützen wollten. Gleichzeitig sei die Bereitschaft, sich gegenseitig zu vertreten, gestiegen: *„Wenn jemand krank ist, sofort [...]sagen [die]: Okay, du kannst nach Hause gehen, ich springe für dich ein.“* (PDL E1, Absatz 88).

Personal des Restaurants in der Einrichtung wurde kurzerhand eingestellt bzw. umgesetzt, um auf den Wohnbereichen zu unterstützen und ihm eine Perspektive angesichts drohender Arbeitslosigkeit zu geben (EL E3) oder eine private Betreuerin eingestellt, die nun intern unterstütze (EL3, Absatz 209). So wurden kreative Möglichkeiten gesucht, um einerseits Unterstützung zu bekommen und andererseits den Personen eine Übergangslösung in ihrer Erwerbsarbeit zu verschaffen. Doch wurden die Neueinstellungen z.T. zulasten des Hauses getätigt. Aktuell fehlen auch (finanzielle) Ressourcen z.T. für zeitlich begrenzte Aufstockungen. Zudem fehlten Einnahmen der Bewirtung im hauseigenen Restaurant von externen Gästen, die ebenfalls aufzufangen gewesen seien (EL3, Absatz 211).

Durch die veränderte Pausensituation gab es eine andere Dynamik unter den Mitarbeitenden: Es werde weniger gegeneinander gehetzt, weil es an einer Bühne für Stänkereien fehle und somit die Wirkung fehlte (EL3, Absatz 217). Solidarität zeigte sich auch dadurch, dass beispielsweise eine ehemalige Pflegekraft sich bereit erklärt habe, mitzuarbeiten. Ferner gab es Ehrenamtliche oder Angehörige, die Kuchen vorbeibrachten. Mitunter hätten Arbeitgeber:innen kleine Aufmerksamkeiten aus Schokolade oder eine Tulpe verteilt (Verbände, Absatz 129).

Überbetriebliche Maßnahmen und Angebote

Überbetriebliche Zusammenschlüsse in Gesellschaften, Konzernen oder Verbänden scheinen wichtig, um sich auszutauschen und kollegial zu beraten: „*Das ist wirklich ein Schlüssel.*“ (Verbände, Absatz 99). Von Verbandsseite wurde gerade während der Coronakrise sehr stark der Austausch unterstützt und auf Einrichtungsseite stark davon profitiert. In der Krise gab es einen besonderen Bedarf nach Austausch, Beratung und Unterstützung (Verbände, Absatz 99): So wurden Informationen über einen branchenbezogenen Verband der Arbeitgeberseite verteilt und alle zwei Wochen wurden Alltagsfragen in einer Videokonferenz moderiert oder bei kurzfristigem Bedarf Unterstützung geboten. Man habe so von verbandlicher Seite in der Krise flexible Unterstützung bei Verunsicherung und existenziellen Sorgen geboten (Verbände, Absatz 103 - 105, 161). Beispiele waren Hilfestellungen, wie der Antrag auf Unterstützung durch den Rettungsschirm auszufüllen sei (Verbände, Absatz 105), sodass sich die Geschäftsführung um ihre originären Aufgaben kümmern konnten (Verbände, Absatz 161). Der Pflege-Rettungsschirm war für Pflegeeinrichtungen insbesondere bei Einzelunternehmen zur finanziellen Unterstützung hilfreich, da aufgrund der Quarantäne zum Teil keine Neuaufnahmen möglich waren und Einnahmen fehlten (ebd.). Zudem habe es auf Eigeninitiative ein wöchentliches Krisenarbeitskreis-Treffen gegeben (Verbände, Absatz 107).

Die Gewerkschaft hatte vor allem eine intensive Beratungsfunktion (Gewerkschaft, Absatz 109). Sie sah sich „*als Akteur, [...] das Scharnier von der Basis in den Betrieben rauf in die Politik*“ (Gewerkschaft, Absatz 113). Es wurden eine FAQ-Seite auf der Gewerkschafts-Website mit tagesaktueller Anpassung sowie eine Extra-Sonderseite eingerichtet. Zudem wurden digitale Seminare angeboten (Gewerkschaft, Absatz 105) und Handreichungen für Betriebsräte zur Antragstellung auf Prämien für Beschäftigte ausgestellt (Gewerkschaft, Absatz 109). Auf politischer Seite wurden Kommentierungen von Gesetzestexten geschrieben, Druck auf die Beschaffung von Schutzmaterialien ausgeübt und die Sonderprämie für Beschäftigte in Pflegeeinrichtungen angestoßen (Gewerkschaft, Absatz 112 - 115).

Die Berufsgenossenschaft bot ein Krisencoaching-Tool an. Mit bisherigen Mitarbeitenden und Mitteln (bereits bestehendes Coaching-Angebot) stand dieses Tool den Pflege- und Einrichtungsleitungen zur Verfügung (Berufsgenossenschaft, Absatz 150). Dabei gehe es darum, sie zu stärken hinsichtlich ihrer Einstellung auf die neuen Herausforderungen in der Krise, wie Schuldfragen bei einem Infektionsausbruch oder Unsicherheiten zum Hygienekonzept (Berufsgenossenschaft, Absatz 142).

Auch gab es Amtshilfe des Wohn- und Betreuungsamtes im Gesundheitsamt. So wurde Beratung zum Infektionsschutz in den Einrichtungen übernommen, wie in einem Krisenstab gemeinsam entschieden wurde (WBA, Absatz 120 - 128).

Der Betriebsarzt versuchte, durch Verfolgen wissenschaftlicher Entwicklungen zur Coronapandemie Einrichtungen beratend zur Seite zu stehen, z.B. mit Informationen über Standards im Umgang mit Desinfektionsmitteln oder der Virusverbreitung auf unterschiedlichen Oberflächen. Gleichzeitig sei ihm wichtig gewesen, die Kontakte zu den Mitarbeiter:innen zu halten und sei daher auch vor Ort. Zudem wurde das eigene Netzwerk genutzt, um bei der Verteilung knapper Masken zu vermitteln.

Als ergänzendes Unterstützungsangebot wurden betrieblich für Pflegekräfte (E1, E3) wie auch von gewerkschaftlicher Seite eine Corona-Hotline zur psychologischen Unterstützung für Arbeitnehmende eingeführt. Doch „*lassen sich die meisten Konflikte oder Stresssituationen innerhalb des Teams lösen*“ (PA E1, Absatz 39).

5 Betriebliche Unterstützungsstrukturen in der Praxis

In diesem Kapitel wird empirisch hergeleitet, worin sich gesunderhaltende betriebliche Unterstützungsstrukturen in Pflegeeinrichtungen und für Pflegekräfte aus Sicht von betrieblichen Akteuren aus Pflegeeinrichtungen und überbetrieblichen Akteuren zeigen oder zeigen können. So fließen Aussagen von Einrichtungsleitung, Pflegedienstleitung und Pflegefach- und -hilfskräften als auch von Vertreter:innen der Gewerbeaufsicht, der Wohn- und Betreuungsaufsicht, der Berufsgenossenschaft, einer Gewerkschaft, branchenbezogener Landesverbänden der Arbeitgeber:innenseite, und von einem Betriebsarzt mit ein.

Zunächst wird auf die von den befragten Akteuren genannten innerbetrieblichen Möglichkeiten betrieblicher Unterstützung eingegangen, die den Kern des Forschungsprojektes darstellen. Hierunter fallen alle genannten Möglichkeiten und Gestaltungsansätze, um erstens psychische Belastungen der Pflegekräfte zu reduzieren und zweitens ihre Gesundheit im Umgang mit den hohen psycho-physischen Belastungen zu fördern.

In Kapitel 2 ist bereits deutlich geworden, dass die Erhebung zu Zeiten der Coronapandemie stattfand, die wie ein Brennglas bestehende Probleme verschärft hat, zugleich aber die Bedeutung und Möglichkeiten betrieblicher Unterstützungsstrukturen für die Krisenbewältigung und darüber hinaus verdeutlicht hat. Wir unterscheiden im Folgenden betriebliche, d.h. einrichtungsbezogene Möglichkeiten der gesunderhaltenden Unterstützung, von überbetrieblichen Unterstützungsnetzwerken. Die Unterstützung kommt dabei überwiegend indirekt der Gesundheit von Beschäftigten zugute.

5.1 Einrichtungseigene Möglichkeiten

Den Expert:inneninterviews zufolge lässt sich betrieblich auf unterschiedlichen Ebenen – wie vor allem der Arbeits- und Gesundheitsschutz sowie die Gesundheitsförderung in Einrichtungen, der Führung, dem Team und der sozialen Unterstützung zwischen Kolleg:innen und von Vorgesetzten – ansetzen. Zudem werden Potenziale in der betrieblichen Interessenvertretung gesehen, die bisher in großen Teilen der Pflege nicht existent ist. Es stellte sich heraus, dass überbetriebliche Vernetzung ebenfalls Potenziale bieten kann, um die Arbeitssituation der Pflegekräfte zu verbessern. Entsprechend wird im Folgenden auf die genannten zentralen Ebenen mit ihren Potenzialen eingegangen.

Durch die Coronapandemie ergaben sich keine grundlegenden Änderungen, was die betrieblichen Unterstützungsstrukturen angeht. Zwar stellte die Pandemie die Einrichtungen vor diverse neue Herausforderungen, dennoch führte sie nicht zu einem absoluten Bruch in der Arbeitsorganisation. Dies deutet auf eine Handlungssicherheit der Pflegekräfte während der Krise hin. Die grundlegende Versorgung der Pflegebedürftigen blieb notwendig und beinhaltete Arbeitsroutinen, die Entlastung bieten können. Zudem bewiesen sich einige Unterstützungsstrukturen und erlangten mehr Aufmerksamkeit. So erwies es sich beispielsweise als zentral, die Führungskräfte einzubinden und für gute und verlässliche Kommunikation und überbetriebliche Vernetzung zu sorgen.

5.1.1 Arbeits- und Gesundheitsschutz sowie Gesundheitsförderung in Einrichtungen

Gesunderhaltende betriebliche Unterstützungsstrukturen bilden in Pflegeeinrichtungen Strukturen, Maßnahmen und Angebote, die sich direkt darauf beziehen, (psychische) Arbeitsbelastungen von Pflegekräften zu reduzieren bzw. indirekt die Gesundheitsressourcen zu stärken. Es handelt sich hierbei vor allem um den präventionsorientierten betrieblichen Arbeits- und Gesundheitsschutz und die ressourcenorientierte betriebliche Gesundheitsförderung. Hinzu kommen psycho-soziale Unterstützungsangebote, die Pflegekräfte in besonderen Lebens- und Krisensituationen auf betrieblicher Seite Beratung, Begleitung und Unterstützung bieten können.

Arbeits- und Gesundheitsschutz

Grundlegend für Reduktionen der Arbeitsbelastung wird von den Expert:innen die Einhaltung des Arbeits- und Gesundheitsschutzes gesehen. Die im Arbeitsschutzgesetz festgeschriebene Verantwortung der Einhaltung von Arbeits- und Gesundheitsschutz liegt beim Arbeitgeber bzw. Träger (Gewerkschaft, Absatz 89). Grundlegend sind aus Sicht der Expert:innen allgemeine Instrumente und Verfahren des Arbeitsschutzes geeignet, um die Arbeitsorganisation gesunderhaltend auszurichten.

Die Bereitstellung von Arbeitsschutzkleidung ist nicht nur eine gesetzliche Verpflichtung, sondern sei eine Form der Wertschätzung für Pflegekräfte (Interview Berufsgenossenschaft, Absatz 81). Auch Arbeitsschutzmaßnahmen, wie die Nutzung von Hilfsmitteln zur ergonomischen Arbeitsgestaltung, hätten ein nicht ausgeschöpftes Potenzial: Insbesondere von Akteuren überbetrieblicher Ebene wurde erklärt, die bestehenden Arbeitsschutzmaßnahmen würden häufig nicht genutzt und **Hilfsmittel** seien nicht ausreichend, nicht funktionsfähig oder zu weit entfernt (Gewerkschaft, Absatz 87 - 89; PA E3, Absatz 54). Zudem seien nicht immer Arbeitsschutzpraktiken wie gelernt umsetzbar, zum Beispiel wenn Pflegekräfte unter Zeitdruck und alleine arbeiten müssten (Phk E3, Absatz 19). Die Ausstattung

der ergonomischen Arbeitsmittel sei somit ein erster Ansatzpunkt, die Arbeitsbelastung der Pflegekräfte zu reduzieren. Hier anzusetzen entspricht auch der instrumentellen Unterstützung (Klauer 2009: 80) durch Vorgesetzte, die dadurch neben der körperlichen Belastungsreduktion auch die Handlungsfähigkeit der Pflegekräfte fördern. Aus Sicht der Gewerkschaft (Absatz 73) gebe es einen Bedarf, die Einhaltung des Arbeitsschutzes zu kontrollieren (Absatz 74).

Bestehende Instrumente des Arbeits- und Gesundheitsschutzes, wie eine beteiligungsorientiert ausgerichtete und moderierte Gefährdungsbeurteilung als zentrales Arbeitsschutzinstrument (siehe dazu näher Kapitel 6), könnten helfen, Gesundheitsrisiken anzusprechen und zu bearbeiten (Berufsgenossenschaft, Absatz 126). Der Austausch und die Diskussion über Bedarfe und Probleme eröffnen Mitarbeitenden einerseits Beteiligungsmöglichkeiten bei der Problemlösung. Andererseits wird grundsätzlich ermöglicht, zunächst wahrgenommene Probleme und Belastungen zu thematisieren und anzugehen. Entsprechend positiv ist der gesundheitsfördernde Effekt für Pflegekräfte zu erwarten. Ihre Handlungsfähigkeit und damit auch die erlebte Selbstwirksamkeit, Arbeitsaufgaben zu bewältigen, kann dadurch gestärkt werden. Aus der Gefährdungsbeurteilung ergeben sich Potenziale für die Belastungsreduktionen und eine bedarfsgerechte Gesundheitsförderung für Pflegekräfte. Als fortschrittlich wird auch eine psychische Gesundheitsförderung gesehen, die Supervision und teambildende Maßnahmen einbezieht, was sich oft aus Gründen der Dienstzeiten nicht umsetzen ließ (EL E1, Absatz 21). Die Gefährdungsbeurteilung wird jedoch in der Praxis bisher zu wenig genutzt (Gewerkschaft, Absatz 73 f.; siehe auch Krohn & Zwingmann 2017). In einer Einrichtung wird beispielsweise davon berichtet, dass zwar die psychische Gefährdungsbeurteilung angegangen wird, doch es lägen noch keine Ergebnisse vor, auf die zurückgegriffen werden könnte (bspw.: EL E2a).

Insbesondere ältere Beschäftigte, die lange in der Pflege gearbeitet haben, hätten mehr Ausfallzeiten und von entsprechend längerer Dauer (vgl. EL E2a, Absatz 135 - 136; siehe auch Braun 2018, 10). Zudem hätten ältere Beschäftigte eher Muskel-Skelett-Erkrankungen und profitieren insbesondere von der Rehabilitation. Nach Rehabilitationsmaßnahmen seien sie dann Multiplikatoren für diese Themen in den Einrichtungen. Die Erkrankungen träten unabhängig davon auf, ob es Quereinsteiger seien oder nicht (Interview BA). Dennoch steigt die Wahrscheinlichkeit einer (chronischen) Erkrankung im Alter (vgl. BMBF 2021), sodass Arbeitsplätze geschaffen werden müssten, die von diesen Menschen ausgefüllt werden können. Besondere Bedeutung habe dies, um Fachkräfte nicht zu verlieren, denn das Know-how, der Erfahrungsschatz und ihre Menschenkenntnis seien von hohem Wert (Gewerkschaft, Absatz 82 - 83).

Betriebliches Eingliederungsmanagement

In Bezug auf die längerfristigen Erkrankungen oder Behinderungen von Beschäftigten spielt auch das Betriebliche Eingliederungsmanagement (BEM) bzw. die Schwerbehindertenvertretung eine Rolle. Von einzelnen Akteuren werden aufgrund der z.T. chronischen Erkrankungen bei älteren Beschäftigten die **Schwerbehindertenvertretung** und das **BEM** als potenzielle Unterstützungsstrukturen genannt, die innerbetrieblich arbeiteten (E4 BMV) und über diverse auch überbetriebliche Kontakte verfügen, z.B. zu Integrationsämtern. Diese Unterstützungsstrukturen eignen sich z.B. dazu, die Beschäftigungsperspektiven von länger erkrankten älteren Beschäftigten mit gesundheitlichen Einschränkungen zu sichern.

Gesundheitsförderung am Arbeitsplatz

Eine langfristige Gesundheitsförderung, die über den klassischen Arbeits- und Gesundheitsschutz im Betrieb hinausreicht, fehlt aus Sicht der Verbände. Es gebe einen „*riesig[en]*“ Bedarf (EL2a, Absatz 136) an gesundheitsförderlicher Arbeitsgestaltung. Aktuell würden – nach Ansicht der Expert:innen – aber eher verhaltenspräventive Maßnahmen (BMV, Absatz 73) dominieren. Angebote von Unternehmen zur Gesundheitsförderung werden dennoch als attraktiv wahrgenommen und als Unterstützungsstrukturen verstanden. Genannt wurden vor allem Massagemöglichkeiten (in E2a), wie auch vergünstigte Sportangebote in einer Sporteinrichtung in der Nähe des Heims und eine Ergonomieberatung durch einen Betriebsarzt oder Ähnliches (in E3). Die Inanspruchnahme der Angebote scheint jedoch sehr unterschiedlich und mitunter wird eine Tendenz beschrieben, dass ältere Pflegekräfte eher Angebote in Anspruch nehmen (vgl. Pfk 2 E1, Phk E2b, BMV E4). In Zeiten der COVID-19-Pandemie wurden allerdings viele Angebote eingeschränkt (EL E2a, Pfk1 E1).

Aus Sicht der gewerkschaftlichen Expert:innen wäre im Rahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung eine Begleitung, z.B. Coaching oder eine niedrigschwellige, kollegiale Beratung, bei schwierigen Arbeits- und Belastungssituationen, wünschenswert.

Psychosoziale Unterstützungsangebote

Für die Bewältigung psychischer Arbeitsbelastungen bei der Pflegearbeit erwiesen sich aus der Expertensicht vor allem psycho-soziale Unterstützungsangebote als hilfreich, die aufseiten der Träger angeboten werden. In einer Einrichtung (E3) wurde bereits von einem relativ großen Strauß unterschiedlicher Angebote, wie Sozialberatung, Interventionsketten bei Suchtproblematiken, Teamsupervision und Coaching, ethische Fallbesprechungen wie auch

anlassbezogenen Austauschrunden berichtet, die von der Trägerschaft angeboten werden, unter der verschiedene größere Einrichtungen versammelt sind.

Angebote wie betriebliche Anlaufstellen der Schuldnerberatung, Sozialberatung oder Suchtberatung werden von den Interviewpartner:innen unter soziale Unterstützung gefasst. Hierbei brauche es insbesondere „*niedrigschwellige Hilfen und die müssen in den Betrieben*“ (Interview Verbände, Absatz 66) vorhanden sein, damit in Ausnahmesituationen oder auch privaten Notfällen (Interview Betriebsarzt), direkt und einfach darauf zurückgegriffen werden könne. Ein **Sozialberatungsangebot** sei sinnvoll, indem Sozialarbeiter:innen als Anlaufstelle – für private Probleme wie z.B. Verschuldung – dienen (Verbände, Absatz 64). Derzeit würden in der Sozialberatung insbesondere Themen der Arbeitsbelastung und der psychosozialen Situation in der Einrichtung bearbeitet, jedoch werde die Sozialberatung hauptsächlich von tendenziell denselben Personen aufgesucht, die immer wieder dieses Angebot benötigten (Einrichtungsleitung E3, Absatz 137 - 139). Beruflich gesehen, seien Zeitmanagement und psychische Belastung die Themen, wo Hilfe ansetzen müsste (BA).

Externe Unterstützungsangebote könnten im Rahmen von Seelsorge genutzt werden, indem Gespräche geführt werden und bei Bedarf professionelle Unterstützung möglich ist (Gewerkschaft, Absatz 94). Zwar gehöre der Umgang mit dem Tod zum Beruf, dennoch könne sich der Tod von Bewohner:innen unterschiedlich dramatisch darstellen. Für besonders belastende Fälle müsste es Unterstützung geben (Gewerkschaft, Absatz 95 - 96). Das Angebot der **Seelsorge** spiele in den Einrichtungen z.T. eine Rolle, wobei in den selteneren Fällen das Angebot tatsächlich angenommen worden zu sein scheint, wie aus den Interviews hervorgeht. Allerdings wurde bereits die Existenz dieses Angebots allein als gut bewertet (bspw.: Pfk2 E1, Absatz 55). Diesbezüglich könnten Pflegekräfte aus Einrichtungen kirchlicher Trägerschaften bei Bedarf auf eigene Unterstützung, z.B. durch Seelsorger:innen, zurückgreifen (Interview BA).

Auch **interkulturelle Probleme** müssten begleitet werden, z.B. durch Mediator:innen oder Coaching (Gewerkschaft, Absatz 42).

Damit es den Mitarbeitenden möglich ist, an den psycho-sozialen Unterstützungs- und Beratungsangeboten teilzunehmen, werden für entsprechende Zeitfenster Vertretungen aus anderen Bereichen organisiert (EL E3).

Die **Gründe** dafür, dass Unterstützungsstrukturen, wie Sozialberatung, externe Berater und Dokumentationsunterstützung im Haus vorgehalten werden, liegen darin, dass diese Einrichtungen ihre Mitarbeitenden halten, ihre Motivation steigern und die Arbeitsqualität steigern wollen (EL3, Absatz 257). So wurde mit den Angeboten einerseits eine Unterstützungsstruktur für (persönliche) Unterstützungsbedarfe geschaffen, womit individuelle Belastungen reduziert werden können. Gleichzeitig eröffnen Angebote, wie ethische Fallbesprechungen und anlassbezogene Austauschrunden, institutionalisierte Möglichkeiten, Probleme anzusprechen und zu bearbeiten. Somit können die Handhabbarkeit und die Verstehbarkeit der Pflegekräfte fallbezogenen unterstützt und die Sinnhaftigkeit ihrer Fürsorgearbeit gefördert werden.

Eine Einrichtungsleitung betont, dass neben der betrieblichen, auch die Unterstützung von außerhalb der Einrichtung sehr wichtig sei (EL3, Absatz 19, Absatz 133). Gleichzeitig sei die Finanzierung von Unterstützungsangeboten gerade für kleinere Einrichtungen schwierig. So gebe es Arbeitserleichterungen der Pflegekräfte durch freiwillig Helfende und Ergänzungen der Pflege z.B. durch Physiotherapieschüler:innen (EL E3, Absatz 13).

Dennoch gibt es auch hier **Verbesserungsbedarf** aus Sicht der Beschäftigten: So wurde die Zugänglichkeit der Angebote erschwert, weil die Ansprechperson wider Erwarten während der Präsenzzeit nicht erreichbar war (Phk E3). Hier bedarf es einer klaren Kommunikation.

Aufgrund der finanziell begrenzten Möglichkeiten (EL E1, E3) wird empfohlen, auf bestehende Strukturen zurückzugreifen und diese zu ergänzen. So könne die bestehende Gewaltprävention das Thema der psychischen Belastung einbinden. Die vorgeschriebene Ansprechperson für **Gewaltprävention** könnte sich beispielsweise neben den Themen Mobbing, verbale Aggression, über eine Huckepackstrategie auch weiterer Themen psychischer Belastung zuwenden (WBA, Absatz 44).

Grenzen der Unterstützung

Die Grenzen der Entwicklung neuer gesundheitsförderlicher Projekte und die **Hürde der Beantragung** der finanziellen Projektförderung erklären, warum es kaum größere innovative Änderungen oder gesundheitsförderliche Projekte gibt. Finanzielle Unterstützung gebe es z.B. für Projekte mit gesundheitsförderlicher Zielsetzung, die z.T. durch Fördermittel der Pflege-/Krankenkassen finanziert würden (Verbände, Absatz 64). Meist sei jedoch die Beantragung aufwendig und bedarf einer gewissen Spitzfindigkeit. Die als relativ hoch wahrgenommenen Hürden der Beantragung solcher Fördermittel, schrecke die Einrichtungen eher ab.

Grenzen der Unterstützung ergeben sich mitunter aus Sicht der Führungskräfte aus dem von ihnen empfundenen Dilemma zwischen dem Wunsch, einerseits den Pflegekräften etwas anbieten zu wollen und andererseits dem Prob-

lem, dass die **Bedarfe** der Pflegekräfte **nicht bekannt** sind: „*Ich finde es sehr schwierig, weil vieles, was man anbietet, wird gar nicht angenommen und Fragen, was man bieten kann, werden gar nicht beantwortet*“ (EL E2b, Absatz 12). Es resultiere für die Leitungskräfte eine Unklarheit darüber, was sie tun könnten und die Pflegekräfte wollen. Auf Ansprache gebe es den Aussagen der Einrichtungsleitung zufolge keine wesentlichen Erkenntnisse:

„Also gerne immer genommen: mehr Gehalt. [...] selbst eine Gehaltserhöhung ist ja nach ein paar Monaten auch schon wieder vergessen und motiviert jetzt auch nicht langfristig, genau. Ich habe tatsächlich gar keine Idee. Also [...] man hat, [...] Dinge, allgemein gefasst, angeboten, die aber wenig wahrgenommen wurden.“
(EL E2b, Absatz 12)

Die Einrichtungsleitung schließt daraus, dass der Bedarf aus Sicht der Pflegekräfte nicht bestünde, obwohl der Wille der Einrichtungsleitung prinzipiell vorhanden sei, etwas zu tun (EL E2b, Absatz 38). Zudem wird auch bemängelt, dass ermöglichte **Angebote nicht angenommen** würden: Beispielsweise gebe es Mediation als Einzelangebot, das eher als Pflichtveranstaltung empfunden werde, oder kleine Feste, wie Weihnachtsfeiern mit geringer Teilnahme der Pflegekräfte. Auch Geburtstagsgeschenke erhielten wenig positives Feedback, erklärt eine Einrichtungsleitung (EL E2b).

Gründe dafür, Möglichkeiten nicht in Anspruch zu nehmen, werden mitunter auch in der begrenzten Zeit gesehen. Es **fehlt** aufgrund der vielen Arbeit die **Zeit**, sich um zusätzliche Maßnahmen zu kümmern. Es bleibe nur Zeit für die reine Pfllegetätigkeit bzw. die direkte Versorgung der Bewohner:innen (E4 BMV; BA). Es wird vermutet, dass Pflegekräfte so viel arbeiteten, dass sie sich über ihre Arbeitszeit hinaus nicht auf weitere freiwillige zusätzliche Angebote vonseiten des Arbeitgebers einlassen. Dies sei jedoch wieder ein Rückschlag für die Leitung, die Angebote schafft. Sie würden sich zeitlich eine Entlastung wünschen (BA). Allerdings gebe es auch Leitungskräfte, die nicht reagierten, d.h. Mängelbeschwerden der Pflegekräfte nicht ernst nähmen oder belächelten und somit ihrer Vorbildfunktion nicht entsprechen (WBA, Absatz 100).

An einem anderen Beispiel werden weitere Grenzen der Angebote deutlich. Aus einer Einrichtung wird als positives Praxisbeispiel berichtet, dass im Falle vermehrter Todesfälle unter den Bewohner:innen z.B. ein „**runder Tisch**“ einberufen werde. Bei diesem Angebot wird die Möglichkeit eines moderierten Austausches darüber gewährt, in den neben Pflegekräften ggf. auch andere Beteiligte, wie Angehörige, Mitarbeitende, Ärzt:innen, eingebunden werden. Dieses Angebot wurde jedoch vor allem von Mitarbeitenden angenommen, die den Eindruck hatten, beim „runden Tisch“ inhaltlich etwas zu der Runde beitragen zu können (EL3, Absatz 71). Hierdurch lässt sich ein Hemmnis der Mitarbeitenden bei Angeboten zu Austauschmöglichkeiten identifizieren: Mitarbeitende, die den Eindruck haben, keinen Einfluss auf den Verlauf des Gesprächs zu haben oder selbst etwas bewirken zu können, werden das Angebot nicht annehmen. Mitarbeitende müssen die Möglichkeit sehen oder erfahren haben, handlungsfähig zu sein. Ihnen muss in Aussicht gestellt werden, dass sie mit ihrer Teilnahme etwas bewirken.

„Es braucht Strukturen und es braucht eine Ermächtigung der Menschen, die dort arbeiten.“ (Berufsgenossenschaft, Absatz 137)

Arbeitsorganisation

Eine wesentliche Stellschraube für Veränderungen der Arbeitsbelastung der Pflegekräfte ist die Organisation der Arbeit. Die potenzielle Unterstützungsstruktur der Arbeitsorganisation kann eine gesunderhaltende organisationale Ressource darstellen, die sich durch personale und soziale Ressourcen (vgl. Kapitel 3.1) ergänzen lässt.

Arbeitsteilung/-abläufe

In den Interviews wurde zudem besonders die Arbeitsteilung thematisiert: So sei es nötig, Arbeitsabläufe z.B. hinsichtlich ihrer benötigten Dauer zu evaluieren (siehe auch Rothgang et al. 2020a). Als Fachkraft den Fachkraftaufgaben nachkommen zu können, sei z.T. eine Strukturierungsfrage, erklärt auch eine Fachkraft (Pfk1 E1, Absatz 22). Zudem sei aus Sicht der Berufsgenossenschaft eine klare Aufteilung in Fach- und Hilfskraftaufgaben entsprechend der Stellenbeschreibung grundlegend (vgl. Rothgang et al. 2020a). Neben einer nötigen Klärung der Zuständigkeiten zeige sich der Bedarf u.a. auch darin, dass es ein widersprüchliches Verständnis von Arbeitsgestaltung zwischen Praxisanleitung und Kolleg:innen gebe (PA E1, Absatz 106). Konflikte entstünden im Team und mit Leitungskräften beispielsweise daraus, dass Einzelne, die nicht den Anspruch hätten, die Arbeit zu schaffen, Aufgaben einfach liegen ließen (PA E1, Absatz 112). Die Forderung kommt ebenso von einer Pflegehilfskraft: Es brauche „*eine vernünftige Arbeitsaufteilung*“ (Phk E3, Absatz 41). Dies zeigt das Bedürfnis nach abgrenzbar und handhabbaren Arbeitsaufgaben und dem Verfolgen des Ethos fürsorglicher Pflegekraft. Die Vorstellung ist hier eine an die Bewohner:innen und ihre Bedürfnisse und Bedarfe angepasste Struktur mit zeitlichem Puffer, die für Notfälle oder liegen gebliebene Aufgaben genutzt werden könnten (Phk E3, Absatz 41 - 43). Diese Forderung zeigt Überschneidungen mit den Ergebnissen der Studie zur Personalbedarfsbemessung von Rothgang et al. (2020a). In Hinblick auf Altersunterschiede der Pflegekräfte werde versucht, weniger physisch belastende Grundpflegearbeiten und dafür eher administrative und Behandlungspflege-Aufgaben für ältere Pflegefachkräfte zu ermöglichen (EL E3, Ab-

satz 154 - 155) und so die Machbarkeit der Arbeit zu erhalten. Gleichzeitig sei es zu kurz gedacht, wenn Jüngere die schwere körperliche Arbeit der Älteren übernehmen und als Nächstes diejenigen seien, die Entlastung bräuchten (EL E2a).

Eine stärkere Aufteilung beeinträchtigt jedoch auch den Ansatz der Ganzheitlichkeit, wenn die Pflege einzelner Personen in mehrere Unteraufgaben unterteilt und zwischen verschiedenen Personen aufgeteilt wird. Insbesondere erschwert dies die Interaktionsarbeit: Die Beziehung zwischen Pflegekraft und Pflegebedürftigen, die immer wieder kleinschrittig aufgebaut werden muss und langfristig Vertrauen aufbaut, gehört untrennbar zu einzelnen Pflegetätigkeiten hinzu und schafft eine Grundlage für die Pflegearbeit.

Demgegenüber wird von positiven Erfahrungen mit flexiblerer Gestaltung des Arbeitsablaufs im Bereich der Versorgung demenziell erkrankter Pflegebedürftiger berichtet, zugunsten des Eingehens auf die Bedürfnisse der (demenziell erkrankten) Bewohner:innen. Diese Flexibilität wird von einer Pflegekraft als positive Rahmenbedingung beschrieben (WBL E2a, Absatz 44).

Reduktion von Arbeitsunterbrechungen

Eine weitere bedeutsame Belastungsquelle stellen Arbeitsunterbrechungen dar (vgl. Baethge & Rigotti 2013), zu denen es insbesondere bei Fachkräften häufiger im Pflegealltag komme. Unterbrechungen spielen vor allem in Bezug auf Aufgaben, die besonderer Konzentration bedürfen, wie Dokumentieren und Tablettenstellen, eine Rolle. Es kommt aus Sicht der Expert:innen vor allem bei Tätigkeiten mit hohen Konzentrationsanforderungen darauf an, die Arbeitsorganisation so auszurichten, dass Möglichkeiten zu ungestörtem Arbeiten geschaffen werden, um so die psychische Arbeitsbelastung zu reduzieren. Beispiele aus der Praxis zeigen, wie mit kleineren Veränderungen, wie der Organisation des Tablettenstellens, große Wirkungen in der Belastungsreduktion bei den Beschäftigten erzielt werden können: Eine Fachkraft berichtet davon, dass das Stellen der Tabletten der Bewohner:innen tageweise organisiert werde. So werde reihum jede Fachkraft einen Tag etwa alle zwei Monate freigestellt, um die tägliche Medikation der Bewohner:innen für die nächste Woche vorzubereiten. Sie ist an dem Tag dann nur dafür zuständig (Pfk1 E1, Absatz 100 - 106). Dies habe den Vorteil, dass die konzentrationsfordernde Aufgabe in Ruhe am Stück ausgeführt werden könne und die Rahmenbedingungen konzentriertes Arbeiten erlauben. Dies wird unterstützt, wenn es Rückzugsräume für Pflegekräfte ohne Besucherzugang gibt, in denen sie beispielsweise in Ruhe Dokumentationen führen können (WBL E2a, Absatz 46; Pfk1 E1, Absatz 114). Zudem könnten Rückzugsräume auch von Praxisanleitungen genutzt werden, wenn sie Gespräche mit Schulleitungen führen (PA E3, Absatz 72).

Arbeitszeit

Im Rahmen der Arbeitszeitorganisation gibt es Ideen und Erfahrungen, wie Belastungen der Pflegekräfte reduziert werden können und die Handhabbarkeit der Arbeit erhöht werden kann. Der **Tagesablauf** in der Pflege passe zunehmend weniger zur Lebensrealität der Pflegebedürftigen und ihrem Bedürfnis nach Individualität und auch wenig in die Lebensrealität der Beschäftigten (Verbände, Absatz 41 - 42). Es bedarf somit einer Anpassung und flexibleren Gestaltungsoptionen. So wird betriebliche Unterstützung auch verstanden als Beitrag zur **Vereinbarkeit** von Familie und Berufsleben (Interview Wohn- und Betreuungsaufsicht (WBA), Betriebsarzt (BA)). Großen Bedarf hätten vor allem junge Familien. Hier böten kirchliche Träger Kinderbetreuung an und/oder wenn Angehörige gepflegt werden, hülfe sie hier auch unbürokratisch (Interview BA). Indem beispielsweise Arbeitszeiten etwas flexibler organisiert werden, sodass berufstätige Eltern ihre Kinder morgens zur Kinderbetreuung bringen können oder im Sommer bei der Hitze etwas früher begonnen werden kann, könnten Arbeitgeber ihre Beschäftigten weiter unterstützen (EL E2a, Absatz 60). Ein familienfreundlicher Arbeitsplatz bedeute zudem ein Angebot, dass der Dienst erst um 8 Uhr beginne (EL E3).

Dienstplan/Ausfallmanagement

Personalausfälle spielen in der Pflege eine alltägliche Rolle. Das Management von Personalausfällen bzw. eine **verlässliche Dienstplangestaltung** für Pflegekräfte ist ein wesentlicher Faktor hinsichtlich der betrieblichen Unterstützungsstrukturen in den Einrichtungen und ein wichtiger Faktor, sie in der Pflege zu halten (vgl. E2a, E3, BA). Ein funktionierender Dienstplan hat somit nicht nur eine in der Arbeit begründete Notwendigkeit, sondern: „*Der Dienstplan ist [auch] ein ganz wichtiges Instrument zur Mitarbeiter-Zufriedenheit.*“ (EL E3, Absatz 49). Hier spielen **personelle Ressourcen** eine entscheidende Rolle, um die Belastungen, durch fehlendes Personal oder Einspringen aus dem Frei, reduzieren zu können. Gleichzeitig gibt es Ansätze der befragten Einrichtungen, mit diesen Herausforderungen umzugehen: Grundsätzlich werde der Dienstplan so versucht zu gestalten, dass ein **Ausfall** möglichst abgedeckt werden kann (EL E2a, Absatz 66). Von der Gewerkschaft wird aus unterschiedlichen Gründen unter anderem aufgrund der Versorgungsqualität gefordert, keine Nacht allein zu arbeiten (Gewerkschaft, Absätze 36 - 39, 70), um die Überforderung aufgrund der alleinigen Zuständigkeit für die Versorgung aller Bewohner:innen und die psychische Belastung durch fehlende Unterstützungsmöglichkeiten der allein arbeitenden Pflegekraft zu reduzieren.

Der Schichtdienst könne ggf. auch den **privaten Plänen** angepasst werden (Pfk E1, Absatz 178), indem auf die Wünsche bzw. (private) Bedarfe geachtet werde, sofern diese geäußert werden (vgl. PDL E1, Absatz 54, BA), womit zusätzliche psychische Belastungen auch aus dem privaten Bereich reduziert werden. Auch werden beispielsweise Geburtstage frei gehalten (WBL E1), was als persönliche Wertschätzung empfunden werden kann.

Dienste zu tauschen, sei meistens nicht nötig (Pfk E1, Absatz 181 - 182). Dennoch gebe es häufig Mitarbeiter:innen, von denen man wisse, dass man sie dies fragen könne. Einerseits stellt dies eine Unterstützungsmöglichkeit für einzelne Pflegekräfte dar, gleichzeitig kann sich bei den häufig **einspringenden** Beschäftigten eine Verausgabungsneigung zeigen, sodass sie durch die angebotene Unterstützung zu stark belastet werden. Teilweise sei es möglich, Überstunden im Vorhinein aufzubauen, um zu Zeiten, in denen sie frei haben wollen, freizubekommen (WBL E1, Absatz 19). Diese Regelung erhöht die Handlungsfähigkeit und Autonomie der Beschäftigten sowie die Möglichkeit einer vorausschauenden Planung des Privatlebens. Bei wichtigen Terminen am Wochenende, springe auch die PDL mal ein, um den Dienst abzudecken (PDL E1, Absatz 50). Diese Unterstützungsleistung kann Pflegekräften den psychischen Druck nehmen, aufgrund ihres starken Verantwortungsgefühls für die Versorgung der Pflegebedürftigen, ihr Privatleben einzuschränken. Dies wiederum bedeute jedoch, dass die PDL für ihre Führungsaufgaben weniger Zeit hätten (vgl. Kapitel 5.1.2). Zudem gab es in einer Einrichtung die Regel, falls am Wochenende ein Ausfalldienst übernommen werde, nur einen Tag einspringen zu müssen. Ferner gebe es einen Gutschein pro Tag Einspringen am Wochenende im Wert von 20 Euro, um auch einmal andere Pflegekräfte zu motivieren einzuspringen, bisher jedoch ohne Effekt (EL E2b, Absatz 48). Die Garantie, dass Ausfälle abgedeckt werden können, gebe es jedoch nicht (EL E2a, Absatz 66). So bleibe immer ein Risiko bestehen, dass Pflegekräfte aus dem Frei geholt werden bzw. freiwillig an ihren Freitagen zulasten ihrer Erholungszeiten einspringen, womit die psychische Belastung, bedingt durch das spontane Einspringen aus dem Frei, nicht ausgeschlossen werden kann. Bei krankheitsbedingten Ausfällen wird dies in der hausübergreifenden Übergabe besprochen und diensthabende Pflegekräfte des Hauses werden kurzfristig umorganisiert, sodass Ausfälle meist durch Unterstützung von vorhandenem Personal aufgefangen werden (WBL, Absatz 67). So funktioniere die Dienstplanung trotz begrenztem Personal gut, weil die Hilfsbereitschaft unter Kolleg:innen hoch sei (Pfk 2 E1, Absatz 147). Gleichzeitig wurde berichtet, dass es an Unterstützung bei krankheitsbedingtem Personalausfall fehle (Pfk E1 Absatz 61). Der Arbeitsanspruch der Pflegekräfte, in diesen Situationen sein Bestes zu versuchen, sei richtungsweisend (WBL E2a, Absatz 70). Dieses wohnbereichsübergreifende, arbeitsbezogene Einspringen im Krankheitsfall (WBL E1, Absatz 41) kann als (soziale) Unterstützung durch Kolleg:innen verstanden werden. Zudem seien familienfreundliche Bedingungen z.B. (betriebs-eigene) Angebote zur Kinderbetreuung, die mehrere Schichten abdeckt, wichtig, gerade um Alleinerziehende darin zu unterstützen, dass sie ihrer Arbeit nachgehen können (WBA, Absatz 90). Personalausfälle spielen auch in den Interviews als Belastungsfaktor immer wieder eine Rolle. So werden mitunter von Pflegekräften Strukturen zum Auffangen krankheitsbedingter Personalausfälle gefordert, um die Belastung zu reduzieren (Pfk E1, Absatz 61). Um ein verlässliches Ausfallmanagement zu ermöglichen, brauche es daher **Springerdienste**. Entsprechend des Bedarfs gibt es einen Markt der Zeitarbeitsfirmen: Externe Springer:innen über diese zu buchen, sei üblich (PA E3, Absatz 7 - 9) (vgl. Höhmann et al. 2018). Mit Springerdiensten ließe sich ein verlässliches Frei garantieren und deren Planbarkeit erhöhen (Verbände Absatz 29). Mitunter führe das Problem der engen Personaldecke bereits dorthin, dass die verfügbare Arbeitszeit der Beschäftigten genutzt wird, um dringend notwendige Tätigkeiten zu den Spitzenzeiten abzudecken (EL E1, Absatz 112).

In einem Interview wurde von einem Projekt aus der Praxis berichtet, bei dem es eine beteiligungsorientierte Dienstplangestaltung mithilfe einer kollaborativen Plattform gab. Diese Struktur habe Erfolg gehabt (Gewerkschaft, Absatz 72). In manchen Einrichtungen wird von einer Unterstützung durch ein **Ausfallmanagement** gesprochen, dass im Alltag besonders auf Leitungsebene unterstütze (E2b).

Gefordert wird von den Befragten beispielsweise ein **geregeltes Dienstplansystem** mit monatlichem Überblick, bei dem regelmäßig auch Wochenenden verlässlich frei seien. Neben der notwendigen Erholungszeit wird damit auch die (private) Planbarkeit und Vorhersehbarkeit der Mitarbeitenden unterstützt. Einen „sicheren Dienstplan“ fordert beispielsweise die Berufsgenossenschaft (Absatz 90). Wengleich einzelne Einrichtungen die Regelungen schon haben, ist die Verlässlichkeit des Freihabens bisher begrenzt. Dies zeigt sich u.a. darin, dass bereits Schwierigkeiten bestehen, den Überstundenausgleich und Urlaub einzuhalten und parallel die Schichten abzudecken (EL E1, Absatz 78). Für die Auszahlung der Überstunden, die dazu führen würde, die Dienste abdecken zu können, fehle das Geld (ebd.). Andere Wünsche gingen dahin, die Arbeitsstruktur so zu verändern, dass es feste Zeiten für Grundpflege sowie Medikamentengabe und Behandlungspflege, für Organisatorisches und einen Zeitpuffer für Notfallsituationen gebe (PA E3, Absatz 92 - 94).

Grundsätzlich sei bei der Dienstplangestaltung eine **Überlastung** einzelner Pflegekräfte zu **vermeiden**. Bei der komplexen Aufgabe müssten z.T. auch unterschiedliche Rahmenbedingungen der Beschäftigten berücksichtigt werden. Auch die Gewerbeaufsicht sieht hier die Notwendigkeit, Regelungen in individuellen Zusammenhängen zu prüfen und ggf. auch flexibel zu handhaben, so z.B. Schichtarbeit an das Familienleben anzupassen und häufiger

gleiche Schichten zu übernehmen, die eigentlich als vergleichsweise gesundheitsschädlicher gelten. Schwierig sei die Dienstplangestaltung u.a., weil sowohl ein Stunden- als auch Tagemodelle der Mitarbeitenden berücksichtigt werden müsste (PDL E1, Absatz 44). Zusätzlich auf eine Durchmischung der Altersstruktur zu achten, sei unmöglich, da es nicht genügend jüngere Mitarbeitende gebe. Themen bei älteren Beschäftigten seien zudem Belastungen durch Nacht- und Schichtarbeit (Berufsgenossenschaft, Absatz 97). Bei einer Minimierung von Nachtarbeit sei aber auch eine andere Arbeits(zeit)gestaltung nötig (Berufsgenossenschaft, Absatz 97). Dienste müssen dennoch aufgeteilt werden, sodass die Jüngeren auch nicht „verheizt“ werden (EL E3, Absatz 167 - 169). Allerdings gebe es Beschäftigte, die gerne Dauernachtwachen bis zum Alter von 60 Jahre halten wollen und können. Es ist von einem „Best-Practice“-Beispiel berichtet worden, in dem mehr Personal in der Nachtschicht arbeitete, um so demenziell Erkrankte mit ihrem nächtlichen Aktionismus besser versorgen zu können. Da diese Regelung zulasten des Tagdienstes ging, konnte die Regelung jedoch nicht aufrechterhalten werden (Berufsgenossenschaft, Absatz 103).

Aufgrund der vielfältigen Probleme wird gefordert, ein Problembewusstsein zu schaffen, eine vorausschauende Dienstplangestaltung, in der die Arbeitnehmenden im Gesamten bedacht und gute Teams zusammengestellt werden. Darin sollten auch die Krankheitsbilder und Synergieeffekte verschiedener Pflegekräfte berücksichtigt werden (Gewerkschaft, Absatz 84).

Kommunikation

Einen weiteren Ansatzpunkt betrieblicher Unterstützungsstrukturen, der niedrigschwellig ansetzt und dennoch positive gesundheitliche Effekte erwarten lässt, ist die Kommunikation. Grundsätzlich stellte sich heraus, dass die Kommunikation im Team und allgemein in der Pflege ein wesentlicher Faktor sowie zentral für organisationale Ressourcen ist (z.B. PDL E1, Absatz 68). Neben dem wesentlichen Informationsaustausch ist auch die potenziell steigende Verstehbarkeit und Handhabbarkeit der Arbeit hier zu betonen. Dabei werde der direkte Austausch grundsätzlich in der Kommunikation vorgezogen (PDL E1, Absatz 79 - 80).

Kommunikation gebe es bisher zu wenig (vgl. BA). Es fehle derzeit an Zeiträumen im Pflegealltag. Dies wirke sich auf Empfinden des „moral distress“ der Pflegekräfte aus (vgl. Wirth et al. 2021). Es bedarf ausreichend Zeit für Fürsorge und Zuwendung für Bewohner:innen sowie für Dienstbesprechungen und Übergaben, um eine gute Kommunikation zu fördern (Gewerkschaft und Verbände, vgl. auch Zenz & Becke 2020; Rothgang et al. 2020a).

Austauschräume

Die größte Bedeutung für die **Unterstützung**, die die Pflegekräfte aus Sicht des Betriebsarztes haben, sei für die Belastungsprävention einen geschützten Raum zu schaffen, indem sie sich freiwillig unterhalten können. Räume zum Austausch zu schaffen, sei in den Einrichtungen bisher selten. Austauschräume gebe es höchstens im Rahmen einer Personal-/Betriebsversammlung. Regelmäßige Betriebsversammlungen, um Themen anzusprechen und zu diskutieren, würden aus Sicht der Gewerkschaft (Absatz 125) einen Kulturwandel bedeuten. Darüber hinaus wurde der Wunsch abgeleitet, sich dadurch besser bei wahrgenommenen Veränderungen gemeinsam beratschlagen zu können. Für einen Austausch entsprechende Rahmenbedingungen zu schaffen, sei wichtig. Es bedürfe **Räume**, wie beispielsweise Mitarbeitenden-Cafés zu schaffen, in denen gemeinsam mit Pflegekräften überlegt werden kann, wo die Probleme liegen, und entsprechend anzusetzen (Interview BA). Allerdings sei die Freiwilligkeit, an Terminen teilzunehmen ein Problem, ebenso wie es nicht denkbar sei, Termine zu bereits bestehenden Anforderungen anzusetzen. Aus Sicht des Betriebsarztes biete sich aufgrund der engen zeitlichen und finanziellen Rahmenbedingungen ein Kompromiss an. So könne er sich einen Termin, der zumindest zum Teil als Arbeitszeit anerkannt wird, vorstellen.

Grundsätzlich wird angemerkt, dass es häufig daran mangle, den Pflegekräften zuzuhören. Häufig würden Pflegekräfte nicht gefragt, wo die Probleme liegen bzw. welche Lösungen sie sehen, z. T. würden vermeintliche Lösungen implementiert, die nicht zu den Problemursachen passen. So wurde ein Beispiel angeführt, indem digitale Assistenzsysteme durch die Geschäftsleitung angeschafft wurden, ohne den Bedarf oder Einsatzmöglichkeiten in den Pflegeablauf/-prozess im eigenen Betrieb ausreichend geprüft zu haben (Gewerkschaft, Absatz 78). Austauschräume stellen einerseits als betriebliche Kommunikationsstruktur Möglichkeiten der Beteiligung von Pflegekräften dar (organisationale Ressourcen), andererseits bieten sie in Form eines kollegialen Austauschs Lernmöglichkeiten und ermöglichen gegenseitige Unterstützung (soziale Ressourcen) (vgl. Zenz & Becke 2020). Es müssten daher **Räume** geschaffen werden, in denen gemeinsam mit Pflegekräften überlegt wird, wo die Probleme liegen und entsprechend angesetzt werde, z.B. bei Kleinigkeiten, die „einfach mal anders“ gemacht werden könnten, z.T. auch Berufsregelungen, die nicht zum Arbeitsprozess/Ablauf in der Einrichtung passen. Bei einem Austausch würde dann überlegt, wie es anders geregelt werden könne (Gewerkschaft, Absatz 77). Pflegekräfte seien bei Maßnahmen zur Entlastung in die Entwicklung einzubeziehen (Gewerkschaft, Absatz 44). So sei es hilfreich, bei Unstimmigkeiten, wie wenn die Übergabezeit nicht zum Dienstplan oder Arbeitsprozess in der Einrichtung passe, zusammen mit den Pflegekräften alternative Strategien zu suchen und umzusetzen (Gewerkschaft, Absatz 77). Es wird mitunter erklärt, dass es an

der oft fehlenden betrieblichen Mitbestimmung, deren Aufgabe es ist, sich um Anliegen der Beschäftigten zu kümmern und den Prozess mitzugestalten, liege, dass dies nicht passiere (Gewerkschaft, Absatz 79).

Teambesprechungen

Teambesprechungen sind ein Mittel, um regelmäßigen Austausch zu institutionalisieren. In einer Einrichtung wurden Teambesprechungen (zwischen WBL und PDL) dreimal wöchentlich in unterschiedlichen Formaten als Unterstützungsstruktur beschrieben. Dies betreffe die interne Kommunikation über den eigenen Wohnbereich hinaus (in E1). Wöchentliche Treffen auf Leitungsebene werden ebenfalls als Ressource beschrieben, um auch Zeit zu haben, ebenso wie grundsätzlich auch der Vorteil, kurze Wege im Haus zu haben (EL E3, Absatz 131). Dies führe dazu, dass Probleme besprochen und gemeinsam gelöst werden: So können Themen der externen Kommunikation oder Umorganisationen besprochen oder potenzieller Rückgriff auf die Arbeitskraft von Pflegekräften über den eigenen Wohnbereich hinaus genommen werden, wenn z.B. in Krankheitsfällen Vertretungen benötigt werden (PDL E1, Absatz 72 - 78). Auf der Ebene der Wohnbereiche gibt es Regelungen abhängig von der jeweiligen Leitungskraft. Die Sitzungen werden auf den Wohnbereichen selbstständig organisiert (EL E1, Absatz 55 - 62). So wurde aus einem Wohnbereich berichtet, dass es kurze und lange Teamsitzungen gebe, die sich inhaltlich unterscheiden. Kurze Teamsitzungen fänden wöchentlich statt und hätten zum Inhalt, Feedback zur Arbeit zu geben; lange Teamsitzungen seien monatliche Gesprächsrunden, in der sich jede/r einbringen könne (WBL E1, Absatz 21-25). Mitunter werde auch über Privates gesprochen und aktiv nachgefragt, weil Privates auch die Arbeit beeinflussen könne (WBL E1, Absatz 21). Bei den Treffen finden jeweils alle Anwesenden aus Früh- und Spätdienst zusammen. Inhalte würden für alle protokolliert, die nicht anwesend sind, um die Informationen für alle zugänglich zu machen.

Kollegiale Fallbesprechungen

Kollegiale Fallbesprechung ist eine Art möglicher Kommunikationsroutinen. Von der Berufsgenossenschaft wird insbesondere das Instrument der kollegialen Fallbesprechungen hervorgehoben (vgl. Zenz & Becke 2020), in der ein großes Potenzial für eine Verbesserung der Arbeitssituation gesehen wird (Berufsgenossenschaft, Absatz 88). Aus einer Einrichtung wird von einem erfolgreichen Angebot einer ethischen Fallbesprechung berichtet. Hierfür sei vorgesehen, Angehörige, Mitarbeitende verschiedener Berufsgruppen wie auch Ehrenamtliche, behandelnde Ärzt:innen, Bevollmächtigte, rechtliche Betreuer:innen und zwei Moderator:innen zu beteiligen. Ethische Fallbesprechungen bestehen nach Aussage der Einrichtungsleitung aus höchstens zwei Bezugspflegekräften und Sozialdienstleitung/PDL. Sie besprechen so einzelne Fälle aus verschiedenen Perspektiven und versuchen, Lösungen und Umgangsweisen zu finden. Das Angebot würde sehr gut angenommen (EL3, Absatz 71). Es dient der Unterstützung im Pflegealltag bei besonderen ethischen Fragestellungen und Problemen. Eine Besprechung setzt somit an der psychischen Belastung durch den moral distress an (vgl. Wirth et al. 2021). Eine moderierte Besprechung mit verschiedenen Perspektiven kann anschließend eine gesteigerte Handhabbarkeit der Pflegekraft in Bezug auf den jeweiligen Fall, wie auch die Verstehbarkeit der Entscheidungen und Perspektiven und Sinnhaftigkeit des resultierenden ethischen Umgangs mit dem jeweiligen Fall zur Folge haben.

Offene Kommunikation

Doch auch außerhalb der Routinen sei eine **offene Kommunikation** ein wichtiger Faktor (PDL E1, WBL E1). So müssten Probleme offen angesprochen werden können, z.B. die Anpassung des Dienstplans. Gegenseitige Unterstützung und Austausch im Team seien gut und wichtig (PDL E1). Belastende Situationen kommen vor, sich jedoch über Probleme unterhalten zu können, wird als wichtig eingeschätzt. Hierfür bedarf es bei Kolleg:innen ein entsprechendes Vertrauensverhältnis, der Ort hierfür wird allerdings eher in Treffen außerhalb der Arbeitszeit gesehen (Mitarbeiterfeier o.Ä.) (PA E1).

Ansprechpartner:innen bei Problemen

„Also erst mal denke ich, dass es wichtig ist, dass es einen Raum gibt, wo man auch einfach mal Dampf ablassen kann, ne? Das ist ja kein großartiges Geheimnis, dass es in der Pflege zu belastenden Situationen kommen kann. Und kommen wird, realistisch betrachtet. Und dann muss man auch in der Lage sein ... ob es jetzt schwarzer Humor ist, sich einfach mal sozusagen ... man muss irgendwo auch mal seinen Ballast abwerfen können, sage ich mal.“ (PA E1, Absatz 31)

Grundsätzlich könne es Pflegekräften helfen, über Erlebtes (mit Kolleg:innen oder der PDL) zu reden (WBL E2a, PA E1). Wenngleich die Annahme des Angebots nicht für alle Interviewten von Interesse sei (z.B. PA E1, Absatz 56), scheint es ihnen grundsätzlich wichtig zu sein, Ansprechpartner:innen bei Fragen oder Problemen zu haben (WBL E2a, BA). Mitunter legen auch die Leitungskräfte Wert darauf: *„Aber das versuchen wir wirklich, dass jedes Team einen Ansprechpartner hat in den Bereichen. Das ist ganz wichtig.“* (EL E3, Absatz 123). Und damit diese Ansprechpersonen Probleme lösen können, sei es wichtig, dass sich jede in ihrem Bereich gut auskenne und entsprechend zusammengearbeitet werde (EL E3, Absatz 123). Diese sozialen Ressourcen können Pflegekräften die Möglichkeit geben, Arbeitsbelastungen anzusprechen und anschließend (gemeinsam) zu bewältigen.

Schon bei der Integration bzw. Einarbeitung neuer Mitarbeitenden sei die **Kommunikation** zentral. Gesprächsangebote in besonderen Situationen gehörten zur Einarbeitung: Pflegeschüler:innen sollten nach der Bekanntmachung des Versterbens eines Bewohners/einer Bewohnerin ein Gesprächsangebot bekommen, in dem ihnen Möglichkeiten des Umgangs mit ihren und der Reflektion ihrer Gefühlen aufgezeigt werden (PA E1, Absatz 58). So versuche man den Eindruck, sich „*ein dickes Fell aneignen*“ (E1 Praxisanl., Absatz 60) zu müssen, zu umgehen und sensibel für Belastungssituationen von Auszubildenden zu bleiben. Doch trotz der Bedeutung für die Praxis ist Kommunikation in der Pflegeausbildung bislang kein fester Bestandteil, anders als in anderen Berufen (Verbände, Absatz 76).

Pausen als informelle Austauschräume

Die **Pausenregelungen** werden nicht einrichtungsweit institutionalisiert, sondern wohnbereichsbezogen, abhängig von der jeweiligen WBL organisiert, wie in einer Einrichtung berichtet wird (EL E1, Absatz 122). Pausen haben neben der bekannten Regenerationsfunktion noch eine weitere, soziale Funktion des informellen Austauschs. Über diesen Austausch ist es dann auch möglich, informelle Unterstützungsstrukturen aufzubauen.

So übernimmt eine gemeinsame Frühstückspause morgens um 10 Uhr auch eine Rolle des informellen Austauschraums (vgl. WBL E1, Absatz 83). Zum Teil werden bewusst zusätzlich gemeinsame Frühstückspausen (Pfk2 E1, Absatz 147) ermöglicht, die neben dem Austausch auch als Teambuilding- und Motivationsfaktoren fungieren (E1).

„Also [...] [die Einrichtungsleitung] hat das befürwortet, dass wir uns auf jeden Fall täglich, wenn es geht eine halbe Stunde, treffen zum Frühstück und uns da einfach unterhalten, sprechen und auch außerhalb der Pausenzeit, ne. Also wir dürfen die Pausenzeit nutzen und zudem noch halt uns zum Frühstück treffen. Zusätzlich. Und das ist auch vom Chef so gewollt und der findet das ganz gut und das haben wir auch, also versuchen wir, immer so durchzuführen auf jeden Fall.“ (E1, WBL, Absatz 33)

Hierfür setzte man sich in den Speisesaal, um sich ungestört unterhalten zu können, aber trotzdem mitten drin und ansprechbar sein zu können (WBL E1, Absatz 81). Somit dienen auch gemeinsame Frühstücks“pausen“ als betriebliche Unterstützungsstruktur. Die Bedeutung von Kommunikation sowohl über Arbeit als auch über Privates ist hierbei hoch (E1 WBL, Absatz 35).

Für die Einrichtungsleitung sei hierbei insbesondere wichtig, dass die Arbeit geschafft werde, dann spiele auch die Häufigkeit der Pausen eine untergeordnete Rolle. Laut einer Pflegefachkraft werde dies als eine grundlegende Einstellung zur Arbeit verstanden (Pfk E1, Absatz 172). Angemerkt werde, dass häufig Pausen auf Abruf genommen würden, also Pflegekräfte weiterhin in den Pausen erreichbar seien, was keine richtigen Pausenzeiten sind (Berufsgenossenschaft, Absatz 113). Eine reguläre Pause dient der Arbeitsunterbrechung, in der Pflegekräfte Anrecht auf Ungestörtheit haben. Eine derart zentrale Platzierung und Ansprechbarkeit entspricht nicht dem Kriterium einer tatsächlichen Arbeitspause, sondern eher eine Form der betrieblichen Unterstützung. Eine Arbeitspause ist somit nicht mit einer alternativen Form eines institutionalisierten Austauschraumes zu verwechseln. Es bedürfe einer Selbstverständlichkeit bezahlter Pausenzeit bzw. eine Pausenkultur oder Zeiten, in denen sie aus dem Arbeitskontext herausgehen können (Berufsgenossenschaft, Absatz 111 - 117). Allerdings fehlen mitunter auch für Pausen Aufenthaltsräume (Gewerkschaft, Absatz 69).

In der Pflege bekannt sind die häufig von Einrichtungsleitungen bemängelten Raucherpausen. Sie dienen den Pflegekräften als Treff- und Austauschraum (E1 und E2a) (soziale Ressource) sowie als Möglichkeit, kleinere Pausen in den Alltag (E3) (personale Ressource) einzubauen. So werden von den Pflegekräften unabhängig von den jeweiligen Rahmenbedingungen Austauschräume geschaffen. **Informelle Austauschräume**, wie die der Raucherpause oder WhatsApp-Dialoge (WBL E1), scheinen sich zu etablieren.

Das Rauchen draußen werde als Pause genutzt und als Regenerationszeit (PA E3, Absatz 70). Grundsätzlich wird der Selbstfürsorge in Form von Pausen Bedeutung beigemessen (PA E3, Absatz 60). So werde das Rauchen auch als eine Form der Selbstfürsorge gesehen, denn als Raucher:in nehme man sich dafür Pausen während der Schicht. Wenngleich diese Entwicklungen einen Bedarf der Pflegekräfte aufzeigen, dem dadurch entsprochen wird, sind sie hinsichtlich des Datenschutzes der Bewohner:innen und des Gesundheitsschutzes der Beschäftigten auch kritisch zu hinterfragen. Manches Mal würden Nichtraucher:innen hierzu mitgenommen (PA E3, Absatz 60). Das aktive Planen der Pausen sei wichtig. So würden Kolleg:innen, insbesondere Auszubildende, ermutigt mitzukommen, um auf sich und ihre Einhaltung der Pausen achtzugeben (PA E3, Absatz 66 - 68).

Ein Problem der Zigarettenpause sei zudem das Konfliktfeld zwischen Raucher:innen und Nichtraucher:innen. Umgehen ließe sich dies durch alternative Formen der Selbstfürsorge wie paralleles Händeeincremen oder einen Apfel zu essen während der Raucherpause der anderen und sich so Minipausen als Selbstfürsorge ggf. in Verbindung mit Rückzugsorten einzuführen. Zudem würden mitunter Nicht-Raucher:innen zu Raucherpausen mitgenommen, um ihnen einerseits Pausen zu ermöglichen. Andererseits wird so der Zugang zu potenziellen sozialen Ressourcen ermöglicht.

5.1.1.1 Aus- und Fort- und Weiterbildung

Zentraler Belastungsfaktor in der Pflege sei auch die mangelnde Qualifikation Einzelner für bestimmte Aufgaben. Anzusetzen ist daher an der Personalentwicklung hinsichtlich individueller Kompetenzen, Aus-, Fort- und Weiterbildung wie auch Supervision, um Belastungen zu reduzieren und Beschäftigte in ihrer Handlungsfähigkeit zu fördern.

Personal- und Kompetenzentwicklung

Einarbeitung und Anleitung

Grundlegendes Instrument für die Belastungsreduktion zeigt sich den Ergebnissen zufolge auch in der Einarbeitung und der Anleitung von Auszubildenden bzw. neuen Pflegekräften. Die Einarbeitung für Schüler:innen, Wiedereinsteigende oder Wechselnde wird als ein zentraler Faktor gesehen, wenn es um die Arbeitsqualität und das Halten von Pflegekräften geht. In den Interviews zeigt sich immer wieder die Bedeutung der Integration bzw. Einarbeitung von neuen Mitarbeitenden (soziale Integration): „*Damit steht und fällt eigentlich alles*“ (WBL E1, Absatz 119). Mit der Einarbeitung entscheide sich, wie die Leute im Team ankommen und wie lange sie bleiben (WBL E1, Absatz 117). Die soziale Integration der neuen Mitarbeitenden ist somit von wesentlicher Bedeutung (WBL E1, Absatz 117). Eine Möglichkeit der Integration ins Team bestehe darin, neue Mitarbeitende bei der Einarbeitung zu einer Teamsitzung in Form eines Treffens in lockerer Atmosphäre nach dem Dienst einzuladen (WBL E1, Absatz 117 f.).

Mit entsprechender Einarbeitung und Anleitung können Pflegekräfte über einrichtungseigene Regelungen, Abläufe und Verfahrensweisen sowie über die Verfügbarkeit von Hilfsmitteln, Räumlichkeiten und über potenzielle Ansprechpersonen informiert werden und in die Teamstrukturen eingeführt werden (vgl. Becke & Wehl 2016). Dieses Wissen erleichtert ihnen und den Kolleg:innen die anschließende Zusammenarbeit. Zentral sind diese Maßnahmen nicht nur für die Arbeitsqualität, sondern sie spielen auch im Sinne des Kohärenzerlebens für eine erhöhte Verstehbarkeit, Machbarkeit und Sinnhaftigkeit der Arbeit eine große Rolle. Für die Einarbeitung werde jedoch mehr Zeit benötigt als vorhanden.

Weiterhin bedarf es einer entsprechenden Anleitung oder Schulung bei der Übernahme neuer Aufgaben (vgl. PA E1, Absatz 116; Phk E3, Absatz 99). Es werden Potenziale gesehen, indem klare zeitliche Angaben für Unterweisung und Besprechungen eingeführt würden (BG, Absatz 86). Ferner würden Konflikte und Schwierigkeiten aufgrund anderer Arbeitserfahrungen im Ausland mit anderen Zuständigkeiten reduziert und Probleme, die auf sprachlichen Barrieren begründet sind, reduziert (vgl. Gewerkschaft, Berufsgenossenschaft, PA E1). Eine Ein- und Anleitung könnte zudem die Machbarkeit der Arbeitsaufgaben von Pflegekräften und somit die gesundheitsförderliche Arbeitsgestaltung unterstützen.

Fehlende Zeit sei auch in der Praxisanleitung weiterhin ein Problem. Für Anleitungssituationen der Praxisanleitung wird eine Freistellung von anderen normalerweise anstehenden Aufgaben gefordert (u.a. Gewerkschaft und PA E3), um den Erwartungen der Schulen gerecht zu werden (PA E3, Absatz 76 - 80). Ansonsten ließen sich manche Aufgaben auch von einer „normalen“ Fachkraft übernehmen, um die Praxisanleitung neben den ursprünglichen Tätigkeiten zu entlasten (PA E3, Absatz 88).

Kompetenzentwicklung

Als gesundheitsförderlich erweist es sich aus Expert:innensicht grundsätzlich, den **Personaleinsatz** der Mitarbeitenden nach ihren **Kompetenzen** (PA E1, Absatz 115 - 116) und die Zuteilung der Pflegeaufgaben unter Einbezug der persönlichen Möglichkeiten (WBL, Absatz 39) zu gestalten. Damit ließe sich einerseits die Motivation der Mitarbeitenden fördern, und andererseits die erlebte Machbarkeit stärken. Wenn Pflegekräfte sich ihren Herausforderungen gewachsen sehen, können sie diese besser bewältigen, was sich positiv auf ihre Gesundheit auswirkt (vgl. Antonovsky 1987). Aus Erfahrung in einer Einrichtung wird berichtet, dass es hilfreich sei, wenn Leitungskräfte mit Mitarbeitenden Gespräche führen, um ihre Arbeit wertzuschätzen (PA E1, Absatz 115 - 116) sowie individuelle Potenziale zu erkennen und fördern zu können. Dabei sollten Pflegekräfte entsprechend ihrer Interessen weitere Möglichkeiten, wie Weiterbildungen, eröffnet werden und sie bei der Umsetzung z.B. durch Zusicherung des Arbeitsplatzes für dieselbe Zeit unterstützt werden (PDL E1, Absatz 38; EL E1, PA E1, Absatz 116). Hier angesprochene Ansätze unterstützen die Pflegekräfte in den organisationalen und personalen Ressourcen, indem sie Lernmöglichkeiten eröffnen wie auch eine Zukunftsorientierung bieten.

So wurde in den Interviews einer Einrichtung die Förderung einzelner Mitarbeitender als eine Form der betrieblichen Unterstützung dargestellt. Die Einrichtungsleitung habe den Anspruch, die Mitarbeitenden zu kennen, und führe regelmäßig **Gespräche**, wodurch Mitarbeitende Wertschätzung erfahren und auch ihre Motivation erhalten bleibe. Insbesondere junge Menschen mit Fluchterfahrung, die als Helfer:in in die Pflegearbeit einsteigen und Potenzial zur Fachkraft haben, werden gezielt von der Einrichtungsleitung im Anschluss bei der Ausbildung unter-

stützt, u.a. um Mitarbeitende zu halten. Die Erfahrung zeigt, dass sich so Pflegehilfskräfte bis hin zur Pflegedienstleitung weiterqualifiziert haben und aus diesem Grund in der Einrichtung geblieben sind (PDL E1, Absatz 30).

Ausbildung

Gefordert wird vonseiten der Verbände, den Wert der **Fachkraftausbildung** durch höheres Gehalt anzuerkennen, aber auch durch verantwortungsvolle Aufgaben und Gestaltungsspielräume, die Zufriedenheit und Gesundheit zu fördern (Verbände, Absatz 30). Zudem müsse es einen Abgleich geben: Das Gelernte müsse zur Praxis passen. Der medizinische Anteil in der Arbeit nehme zu und Pflegekräfte hätten und bräuchten aufgrund der Morbidität der Pflegebedürftigen zunehmend mehr Verantwortung. Sie bräuchten dementsprechend mehr Zeit, um der Pflege gerecht zu werden und so Krankenhauseinweisungen zu vermeiden, und um adäquat mit den Ärzt:innen zu kooperieren und Zeit dafür zu haben, Visiten zu begleiten (Verbände, Absatz 32).

Bereits hinsichtlich der Ausbildung gebe es ein breites Altersspektrum zwischen Teenager und über 40-jährigen (PA E1), mit entsprechenden Unterschieden. Für Jüngere sei der Umgang mit Leid und Tod eher neu. Dabei ist entscheidend, dass sie in ihrem Umgang damit begleitet werden. Als lebenserfahrenere Person bringe man andere Erfahrungen mit, die helfen können. Bei Jüngeren sei der Vorteil, dass sie leichter lernen (PA E1, Absatz 76 - 78). Zum Teil sei auffällig, dass Jüngere die Ausbildung tendenziell seltener beenden (Pfk2 E1, Absatz 47). Auch Quereinsteiger stiegen eher früher wieder aus (EL E2a, Absatz 140).

Fort- und Weiterbildung

Fortbildungen werden meist in den Einrichtungen angeboten und spielen neben den verpflichtenden Fortbildungen auch als Unterstützung für die alltägliche Arbeit für die Pflegekräfte eine Rolle. Zum Teil werden Fortbildungen über eigene Teams einzelner Trägerschaften organisiert, was die Leitungskräfte entlastet und ein größeres Angebot schafft. Problematisch sei jedoch, dass die gebuchten Fortbildungen teilweise aus Gründen der Dienstabdeckung nicht besucht werden (EL E2a). So brauche es grundsätzlich mehr Personal, um auch zusätzliche Angebote, wie Supervision, Teambuilding, zu ermöglichen, da die Versorgung der Pflegebedürftigen sichergestellt sein muss (EL E1). Zudem suchen einige Pflegekräfte vermehrt nach Fortbildungsangeboten, weil sie praxisnahe Hilfestellungen für einzelne Arbeitssituationen, wie der Kommunikation mit demenziell erkrankten Bewohner:innen, böten und auch Austausch stattfinde.

Das Thema Fortbildung ist ein entscheidendes: Gerade in Einrichtungen mit besonderer psychischer Arbeitsbelastung durch die Fokussierung auf demenziell erkrankte Pflegebedürftige gebe es tendenziell mehr Anmeldungen für Fortbildungen in einer der in die Erhebungen einbezogenen Unternehmensgruppe (EL E2a, Absatz 14). Dennoch gebe es Schwierigkeiten, die Anmeldungen immer alle aufrechtzuerhalten, wenn die Dienste an den Tagen plötzlich nicht abgedeckt seien (EL E2a). Forderungen sind hier insbesondere Zeit für Fort- und Weiterbildung zu haben (Berufsgenossenschaft, Absatz 90).

Die meisten der befragten Pflegekräfte sehen hinsichtlich ihres Verbleibs in der Pflege bzw. hinsichtlich ihres weiteren beruflichen Lebens Weiterbildung als zentrales Kriterium, um auch langfristig in der Pflege bleiben zu können. Aus Erfahrung sei es körperlich nicht möglich, über Jahrzehnte vom Arbeitseinstieg bis hin zur Rente in der Grundpflege zu arbeiten (vgl. EL E1, Absatz 90; PA E3, Absatz 52), ein Ausweg wird dabei in der Weiterbildung gesehen.

„Weil man hat es immer wieder mitbekommen, dass wenn man längere Zeit körperlich schwer in der Pflege arbeitet, dass es einfach nicht auf Dauer gut ist für den Körper. Und habe gleich schon geguckt: Was sind meine Aufstiegsmöglichkeiten? Wo kann ich hin? Und wenn ich das wahrnehmen kann, dann habe ich auch gesagt, werde ich das tun.“ (WBL E1, Absatz 93)

So scheinen Fort- und Weiterbildungen im Wundmanagement, in der Praxisanleitung und zur Pflegedienstleitung beliebt (Pfk1 E1, WBL E1, PDL E1). Damit wird ein anderer Einsatz möglich, der für Pflegekräfte mit zum Beispiel Rückenbeschwerden im Alter von 30 Jahren durch andere Arbeitszeiten und weniger körperbetonte Arbeit eine Zukunft in der Pflege und auch eine bessere private Planbarkeit ermögliche (Pfk E1, Absatz 36). Die Aufstiegsqualifikation wird somit als Weg aus körperlich belastenden Arbeitsbedingungen gesehen. Nebenher sehen sie die Notwendigkeit finanzieller privater Vorsorge, weil sie nicht erwarten bis zum regulären Rentenalter durchzuhalten (Phk E3, Absatz 82 - 83). Die Fort- und Weiterbildung von Pflegekräften kann als Grundlage für soziale Innovationen genutzt werden. Dies ist der Fall, wenn in Einrichtungen systematisch Fachlaufbahnen für Pflegekräfte entwickelt und etabliert werden, die ihnen Tätigkeits- und Beanspruchungswechsel ermöglichen (vgl. Grüner et al. 2016). Sie bieten nicht nur Chancen der persönlichen wie fachlichen Weiterentwicklung, sondern auch einer gesundheitsförderlichen Laufbahngestaltung.

Zum Teil förderten Weiterentwicklungsmöglichkeiten die Motivation, im Beruf zu bleiben anstatt abzuwandern (PDL E1, Absatz 38) oder „abzustumpfen“ (PA E3, Absatz 50). Andere benötigten die aktive Unterstützung durch Leitungskräfte, sich Weiterbildungen und neue Karriereschritte zuzutrauen:

„Zum Beispiel bei mir, erst mal war ich Pflegefachkraft unsicher ... [...] unsichere Pflegefachkraft (lacht). Und wurde ich dann Wohnbereichsleitung [...] wurde ich gefragt, habe [...] „Ja“ gesagt. Und dann einfach durch die Weiterbildung und alles wurde ich sicherer und sicherer. Und jetzt bin ich in dieser Position, was ich nie gedacht habe!“ (PDL E1, Absatz 38)

Darüber hinaus könnten auch von der Pflege unabhängige Themen zur Förderung der persönlichen Entwicklungen angeboten werden, wie der Betriebsarzt vorschlägt, um Pflegekräfte den Verbleib in einer Einrichtung attraktiv zu gestalten.

Gerade in Bezug auf Rollenwechsel im Rahmen der Karriere in einer Einrichtung von einer/m, Kolleg:in zur/m Vorgesetzte(n) gebe es eine eigene **Schulungsreihe** für Wohnbereichsleitungen (Interview Verbände, Absatz 81).

Supervision

Supervision ist eine Forderung, die ebenfalls aus mehreren Interviews sowohl betrieblich als auch überbetrieblich gestellt wird. Zwar sei die Erfahrung mit Supervision heterogen (Einrichtungsleitung E2a, E4 BMV), jedoch werde die Möglichkeit einer Supervision sowohl unter Leitungskräften als auch in den einzelnen Wohnbereichen unter der Voraussetzung der Offenheit von den Beteiligten herausgestellt (Verbände, EL E3, EL E2a, EL E1). So könne Supervision beispielsweise im Umgang mit demenziell erkrankten Pflegebedürftigen helfen, psychische Belastungen zu reduzieren, wo Erlebnisse bei Pflegekräften auch im Feierabend noch eine Belastung darstellen (EL E2a, Absatz 8). Meist sei es jedoch – wenngleich es die Forderung gebe – kaum umsetzbar, da es unter den aktuellen Rahmenbedingungen finanziell nicht leistbar sei (EL E1).

Auch Supervision könnte als betriebliches (Anm. CZ: Regel-/Pflichtprogramm für Wohnbereiche genutzt werden, um die Zusammenarbeit zu reflektieren (Berufsgenossenschaft, Absatz 88). So wird gefordert, Supervision und Coaching in Landesrahmenverträgen zu verankern (Verbände, Absatz 80). Dennoch gibt es auch Grenzen der Supervision: Erfahrungen zufolge könne Supervision hilfreich sein, dafür gebe es allerdings keine Garantie (EL E2a, Absatz 20), insbesondere, wenn es an Akzeptanz oder Bereitschaft zur Supervision fehlt (EL E2a, Absatz 24). Einerseits nehmen meist dieselben Personen die Angebote an: *„Wie in jedem Beruf sind immer die Gleichen, die da bedürftig sind und die Gleichen, die aktiv sind und ja ...“* (EL3, Absatz 73). Andererseits seien manchmal einzelne Leute der Grund dafür, dass es eine „Schieflage“ im Team gebe. Wenn sich diese dann auch Angeboten verweigern (EL3, Absatz 72 - 75) werde es schwierig. Auch der subjektive Bedarf an Fortbildungen werde unterschiedlich wahrgenommen. Hier werde meist zugunsten der direkt zu leistenden Pflegearbeit entschieden, weil die Dringlichkeit der eigenen Arbeit in den Vordergrund gestellt wird (Pfk2 E1, Absatz 59).

Bisher sei Supervision kein Bestandteil der Ausbildung in der Pflege, dies sei denkbar, um eine Offenheit schaffen zu können für dieses Format (EL E2a).

Fortbildungen könnten auch individuelle Problemlösungsstrategien sein, um schwierig empfundene Arbeitssituationen besser bewältigen zu können und sich für die eigene Arbeit inspirieren zu lassen (Phk E3). Zudem gebe es dort andere, fremde Kolleg:innen, die mitunter aus der gleichen Unternehmensgruppe stammen und mit denen sich über Probleme noch einmal anders ausgetauscht werden könne, was als hilfreich empfunden wird. Gleichzeitig sei es schwieriger, sich den fremden Personen gegenüber zu öffnen (WBL E1).

5.1.2 Führung

Führung ist ein wesentlicher Aspekt, wenn es um die **Gesunderhaltung** von Mitarbeitenden geht (Franke et al. 2015) und wird in allen Interviews als eine wesentliche Unterstützungsquelle genannt. Grundsätzlich gibt es unterschiedliche Arten der Unterstützung, die sich im Pflegealltag zeigen bzw. von überbetrieblichen Expert:innen gesehen werden. Wie Führung als potenzielle Unterstützungsquelle für Pflegekräfte fungiert, soll in diesem Kapitel anhand der Aussagen aus den Interviews mit den Pflegeakteuren behandelt werden. So zeigt sich Führung als Unterstützungsquelle in sozialer Unterstützung, in Ansprechbarkeit und Ansprache, durch ihr Krisenmanagement, mittels Anerkennung, die Arbeitsatmosphäre, durch Mitarbeitendengesprächen und kann in Abhängigkeit der Leitungsfunktion unterschiedlich in Anspruch genommen werden.

Führung als soziale Unterstützung

Eine mögliche Unterstützungsform ist die nachweislich gesundheitsfördernde soziale Ressource.

„Soziale Unterstützung gilt heute als der empirisch am besten erforschte Schutzfaktor für die psychische Gesundheit [...] [und gehört] zu einer der wichtigsten betrieblichen Ressourcen.“ (Gunkel et al. 2014: 260).

Wesentlicher Punkt in den Interviews war das Thema Führung als soziale Unterstützungsressource. *„Das hängt immer an der Vorgesetzten. Ich glaube, das ist der Dreh- und Angelpunkt.“* (EL3, Absatz 129). Die Bedeutung von sozialer Unterstützung wird in den Interviews immer wieder hervorgerufen. Soziale Unterstützung wird von den Be-

fragten als eindeutiges Führungsthema gesehen, für das es Zeit braucht (z.B. Berufsgenossenschaft, Absatz 111). Dies mache mitunter einen Anteil von 80% der Arbeit von Führungskräften aus (Verbände, Absatz 143 - 148).

Der Führungskraft wird auch seitens der Berufsgenossenschaft eine **elementare Rolle** zugeschrieben, was die betriebliche Unterstützung angeht. Sie sollten anhören und individuelle Lösungen suchen. So sei es für die Pflegekräfte wichtig, von Führungskräften Verständnis für die eigene Situation zu erhalten und ggf. Hilfe bei der Ausführung der Aufgaben zu bekommen oder vertreten zu werden (E1 Pfk1, PA). Zudem sollten sie soziale Unterstützung als Führungsaufgabe verstehen (Berufsgenossenschaft, Absatz 120). Sie müssten in der Unterstützung jedoch auch Grenzen setzen und einhalten, z.B. bei der Suchtberatung (Berufsgenossenschaft, Absatz 122). Es brauche daher geschulte Leitungen, die sich über Kommunikationsstrukturen, Instrumente und Regeln Gedanken machen. Führung und Kolleg:innen seien für die Mitarbeitendenzufriedenheit immens wichtig. Die Personalführung sei entscheidend, denn ihre Fehler seien für alle spürbar (EL E3, Absatz 104). Gerade weil Führung zentral sei, wird mitunter auch auf Führungskräfte für alle Bereiche, wie stationären ambulanten, Küche und Hauswirtschaft, geachtet (EL E3, Absatz 106). Dabei könnten sich Führungskräfte als Ressourcen für Mitarbeitende erweisen aufgrund ihrer Erfahrung, Strukturiertheit sowie Ansprechbarkeit für Mitarbeitende bei Problemen (EL E3, Absatz 109). Es bedarf zudem grundsätzlich einer Offenheit der Beschäftigten gegenüber der Vermittlung und Angeboten der Führung (E4 BMV), um sie unterstützen zu können. Für manche Pflegekräfte sei es schwierig, sich zu öffnen (WBL E2a, Absatz 54).

Ansprechbarkeit und Ansprache

Einerseits ist eine **Ansprechperson** wichtig, die grundsätzlich verfügbar ist und Probleme im Kontext einordnen kann, andererseits spielen die Art der Führung (orientiert am Wohle der Mitarbeitenden) wie auch die **Persönlichkeit** der Führungsperson eine Rolle (vgl. EL3, PA E1, WBL E1).

Grundsätzlich gebe es die Möglichkeit der persönlichen Ansprache, indem die Einrichtungsleitung persönlich im Haus herumgehe und sich als Ansprechpartner anbiete (EL E1, Absatz 104). Dieses Mittel wird jedoch von den Einrichtungsleitungen unterschiedlich stark genutzt, um den Eindruck der Kontrolle nicht zu sehr zu wecken (Einrichtungsleitung E3). Zum Teil erleben und schätzen Pflegekräfte auch direkte, persönliche und individuelle Ansprache durch die Leitungskräfte: „*Wie fühlst du dich eigentlich, bist du zufrieden hier? Was können wir vielleicht noch machen [...]? Oder ne... Wie können wir unser Arbeitsverhältnis verbessern?*“ (PA E1, Absatz 120). Dieses Interesse an den Mitarbeitenden wird als Ausdruck von Wertschätzung gesehen (ebd.) und kann als soziale Ressource verstanden werden. Zusätzlich gebe es die Möglichkeit eines schriftlichen Beschwerdemanagements (Pfk2 E1, Absatz 161). Diese Kommunikationsstruktur ermöglicht als organisationale Ressource zusätzlich Beteiligungsmöglichkeiten bzw. Unterstützung bei der Bewältigung von Arbeitsbelastungen.

Einrichtungsleitungen erklären häufig, ansprechbar zu sein (E1, E2a, E3), doch tendenziell scheinen sie selten tatsächlich von Pflegekräften angesprochen zu werden. Zudem gebe es immer auch eine Gefahr, sich zu stark als Einrichtungsleitung einzubringen und die Arbeit der Mitarbeitenden so einzuschränken (EL E3).

Krisenmanagement

Die Bedeutung von Führung zeigte sich in besonderem Maße in der Coronakrise, indem Sorgen und Ängste unter Pflegekräften ernst genommen wurden. So wurden als kurzfristige Maßnahmen Beschäftigte mit Vorerkrankungen in Urlaub oder Überstundenfrei geschickt. Nebenher wurde in die Planung von einer Coronakrisensituation in einer Einrichtung versucht, bereits Zuständigkeiten festzulegen. Gerade von jüngeren Pflegekräften wurde in diesem Zusammenhang z.T. über ihre „*Angst davor, einfach so viele Menschen sterben zu sehen*“ (EL E2a, Absatz 100), gesprochen. Im Rahmen der Möglichkeiten konnte auch hier auf Wünsche Rücksicht genommen werden.

Stabile Leitungen in der Rolle von PDL, Einrichtungsleitung oder Geschäftsführung seien auch insbesondere in Krisen wichtig. Die Leitungskräfte müssen geschult sein und sich Gedanken über Kommunikationsstrukturen machen, eine achtsame Haltung den Mitarbeitenden gegenüber sowie Instrumente, Regeln haben (WBA, Absatz 98). Beispielhaft sei es eine Führungsaufgabe, eine Austauschstruktur und einen entsprechenden Raum zu implementieren, sodass z.B. monatlich geregelt Austausch stattfindet (WBA, Absatz 98). In Krisensituationen hätte sich bereits auch ein **Krisenmanagement** von außerhalb für die Erhaltung und Neustrukturierung einer Einrichtung als hilfreich erwiesen. So habe es in einem Beispiel geholfen von außen zu schauen, dass jeder Mitarbeitende dort arbeite, wo er/sie hinpasse, durch klare Strukturen und mit Konsequenz die Regeln durchzusetzen (WBA).

In Zeiten der Coronapandemie wurde durch die Einrichtungsleitung z.T. auch der Angehörigenkontakt übernommen, sodass die Pflegekräfte diesbezüglich direkte Entlastung erfuhren.

Auch zu Zeiten von Corona kümmert sich die Einrichtungsleitung zeitnah um **Belange der Mitarbeitenden** – wie im Falle von Teilzeitarbeit Aufstockungen beim Arbeitsamt oder Visa für festsitzende Pflegekräfte im Ausland und vermittelten so Stabilität in Zeiten der Unsicherheit.

Anerkennung

Die fehlende Anerkennung in der Pflege wird immer wieder als ein Belastungsproblem thematisiert. Dabei wird einerseits auf die fehlende materielle Anerkennung in Form des Arbeitsentgelts eingegangen, die die Verantwortung und Leistung der Pflegearbeit anerkennen soll. Andererseits meint es die immaterielle Anerkennung in Form der Wertschätzung durch Kolleg:innen und Vorgesetzte der Pflegekräfte.

Aus Sicht einer Einrichtungsleitung und einer Pflegedienstleitung (E1) sei die **Bezahlung** wichtig für Pflegekräfte. Daraus leite sich der Gestaltungsansatz ab, um Mitarbeitende gewinnen und halten zu können, insbesondere für Pflegefachkräfte mittels Gehaltes zu werben, wie es in manchen Unternehmensgruppen bereits üblich ist, oder Regelungen aufseiten der Einrichtungsleitung für die Pflegekräfte zu treffen. So können bereits kleine Änderungen wie 20 Cent pro Stunde für Mitarbeitende einen Unterschied machen (E1 PDL, Absatz 38). Gerade für Pflegekräfte würden die Arbeitsbedingungen oft als nur schwer veränderbar wahrgenommen und so die einzigen Stellschrauben in mehr Freizeitausgleich und Gehalt gesehen (Pfk2 E1, Absatz 35).

Hingegen wird von einer Einrichtungsleitung ebenfalls erklärt, dass der motivierende Effekt eines höheren Gehalts sehr schnell nicht mehr spürbar sei (EL2b). Zudem brauche es grundsätzlich mehr Wertschätzung (WBL E2a, Absatz 52). Auf betrieblicher Ebene im Rahmen des Führungsverhaltens lässt sich somit niedrigschwellig ansetzen: Führung kann den Mitarbeitenden Wertschätzung ihrer Arbeit und ihrer Person vermitteln. Dabei lässt sich Wertschätzung in der Kommunikation und Werthaltung der Leitungskraft gegenüber den Mitarbeitenden ausdrücken (vgl. Massini 2018). Wie bereits zuvor beschrieben, kann die Leitungskraft ihre Wertschätzung beispielsweise in Gesprächen, sowohl regelmäßigen Mitarbeitendengesprächen wie auch der Alltagskommunikation vermitteln, indem sie Interesse an den Mitarbeitenden zeigen oder Geburtstage und private Pläne im Dienstplan berücksichtigen. Darüber hinaus kann auch das Bereitstellen von Arbeitsschutzkleidung und die Einbindung in Entscheidungsprozesse als Wertschätzung empfunden werden.

Mitarbeitendengespräch

Manche Mitarbeitenden erreiche man jedoch aus Sicht der Einrichtungsleitung nur im Mitarbeitendengespräch (EL E2a). Bisherige Bemühungen lägen darin, sich in geschütztem Raum einmal jährlich Zeit für Mitarbeitendengespräche zu nehmen, um zu klären, wo Probleme liegen und diese anzugehen. Nebenher zeichnet sich dies auch in Wertschätzung der Leitungskraft gegenüber den Mitarbeitenden aus, indem sie ihnen Gelegenheit geben, sich zu äußern, ihnen zuzuhören, auf das Besprochene z.B. in Form abgeleiteter Maßnahmen eingehen. Auch jährlich stattfindende, geführte Gespräche in Zusammenhang mit **psychischer Gefährdungsbeurteilung** werden hierunter genannt, die auch im Rahmen der Prävention von schlimmeren Auswirkungen unentdeckter Burn-out-Symptomen eine Rolle spielen. In diesem Zusammenhang drückt die Führungskraft durch Gespräche auch ihre Fürsorge für die Mitarbeitenden aus. Dies setze allerdings voraus, dass Führungskräfte entsprechend in der Gesprächsführung und individuellen Förderung von Mitarbeitenden geschult sind (Gewerkschaft, Absatz 97). Grundproblem bei den Mitarbeitendengesprächen sei es, dass sich nicht alle Mitarbeitenden darin öffneten. Es gebe die Erfahrung, dass Pflegekräfte z.T. nichts in angebotenen Gesprächen sagten, sondern nur außerhalb. Die Kommunikation über eigene Gefühle und über Konflikte oder offene Probleme falle Pflegekräften schwer (Verbände, Absatz 76). Elementar für offene Gespräche sei eine Vertrauensgrundlage, um über Belastungen sprechen zu können, dies impliziere auch einen eher informellen Charakter zu wahren (EL E2a). So berichtet eine Pflegekraft von der Sorge vor negativen Auswirkungen bei kritischen Äußerungen, weil Kolleg:innen, die anderer Meinung seien, dies an die Geschäftsleitung weiterleiteten. Zudem reicht eine direkte Ansprache der Führungskraft als einziges Mittel nicht aus, um die Situation zu verbessern (vgl. Pfk 2 E1).

Arbeitsatmosphäre

Führung wird auf unterschiedlichen Ebenen als entscheidend verstanden. Die Arbeitsatmosphäre werde durch die Heimleitung geprägt. Dass die Arbeitsbedingungen in anderen Häusern auch der eigenen Pflegegruppe aus Sicht einer Pflegekraft schlechter seien, liege seiner Meinung nach u.a. auch an der Einrichtungsleitung und den beiden Pflegedienstleitungen (Pfk2 E1, Absatz 163). Gute Erfahrungen gebe es mit der Zusammenarbeit in flachen Hierarchien (PA E1, Absatz 26 - 27). Die Führung sei hier stärker orientiert an den Bedürfnissen der Mitarbeitenden. Letztlich sei die Persönlichkeit der Einrichtungsleitung entscheidend. Hier wird von der Haltung einer Einrichtungsleitung berichtet, alles mit ihr klären zu können, sogar private Probleme ließen sich ansprechen und gemeinsam Lösungen finden. Letzteres könnte sich positiv auf die Fluktuation auswirken (BA). Sie sei bei ernststen Problemen sowie auch im Alltag in Form ungezwungener Gespräche ansprechbar. *„Und das ist, finde ich, auch sehr wichtig. Gerade in der Pflege, dass man solche Vorgesetzten hat, ne?“* (Pfk2 E1, Absatz 161). Zum Teil werde gemeinsam mit der Einrichtungsleitung eine Zigarettenpause gemacht, in der er Interesse an den Mitarbeitenden über die Arbeit hinaus zeige (Pfk2, Absatz 163). Es sei ein Wohlfühlfaktor, von der Einrichtungsleitung gefragt zu werden, wie es einem selbst und der Familie gehe. Dies vermittele das Interesse an der einzelnen Person des Mitarbeitenden auch über die Arbeit hinaus (Pfk2 E1, Absatz 170). Grundsätzlich auch bei Sitzungen Privates zuzulassen, z.T. sogar zu

erfragen und ein „*offenes Ohr*“ (ebd.) zu haben, „*weil Leute Privates auch mit zur Arbeit bringen*“ (WBL E1, Absatz 21)“, sei der eigene Arbeitsanspruch. Zudem sei es wichtig, die individuelle Motivation der Mitarbeitenden zu erkennen und darauf zu reagieren, um Mitarbeitende zu halten.

Leitungskräfte vermitteln das **Gefühl von Sicherheit und Zufriedenheit** (PA E1, Absatz 68). Diese Bedeutung wird darüber hinaus deutlich in der Art des Umgangs mit Stress:

„Wenn ich da eine besonnene Wohnbereichsleitung habe, die keine Hektik verbreitet und ja locker seine Arbeit durchzieht, ne? Und weiß, was sie tut, ist das natürlich was anderes, als wenn ich jemanden habe, die ja (seufzt) ... wie so ein aufgeschrecktes Huhn über die Station läuft und da irgendwie versucht alles schnell, schnell, schnell, schnell. Und ne? Und die Hälfte wurde vergessen.“ (EL E1, Absatz 52). Für die Einrichtungsleitung bedeute es, *„bei der Personalauswahl [...] ziemlich aufpassen“* (EL E1, Absatz 52) zu müssen.

Unterschiede in der Inanspruchnahme der Unterstützung von unterschiedlichen Leitungsebenen

Die innerbetrieblichen Unterstützungsmöglichkeiten orientierten sich darüber hinaus scheinbar auch an der vorgegebenen hierarchischen Struktur. Einerseits zeigt sich ihre Unterstützung in unterschiedlichen Aspekten. Andererseits sieht eine Pflegefachkraft die **Pflegedienst-** und **Heimleitung** hinsichtlich der Unterstützungsangebote anders geschult als eine Wohnbereichsleitung (E1 Pfk2). Die PDL hat z.T. aufgrund ihrer Person scheinbar besonders Potenzial als Unterstützende. Damit die Ansprechpersonen Unterstützung leisten können, brauche es entsprechende Rahmenbedingungen. So sei ein besonders Verhältnis wichtig, bei dem man keine Angst haben brauche, ebenso wie der vertrauliche Rahmen eines Gesprächs mit geschlossener Tür und den Eindruck zu vermitteln, immer zuhören zu können (WBL E2a).

Eine wesentliche Ansprechperson für Pflegekräfte ist in Pflegeeinrichtungen die **Pflegedienstleitung** (PDL).

„Ich sage mal hier unsere PDLs [...], die helfen einem damit aus oder wenn man Fragen hat oder ... man kann mal sagen: ‚Du ich schaffe das diese Woche nicht alles.‘ Dann sagen die auch: ‚Mensch, mach nächste Woche‘, oder die setzen sich mit [da]zu und man macht es zusammen, dass man schneller ist. Die entlasten schon mit.“ (Pfk E1, Absatz 131)

Der PDL kommt dabei nicht nur hinsichtlich des Zuhörens, Zeigens von Verständnis und der akuten Unterstützung jeglicher Problemlagen im Arbeitsablauf, sondern auch hinsichtlich fachlicher Einschätzung oder Probleme mit einzelnen Bewohner:innen eine besondere Rolle als Ansprechperson zu. Die PDL übernimmt darüber hinaus z.T. auch regelmäßig Vertretungen von Mitarbeitenden und unterstützt bei der Dokumentation. Zentral dabei ist die Person, die die jeweilige Rolle ausführt, die für die Unterstützung und Ansprechbarkeit entscheidende Rolle spielt (E1, E2a, b, E3). Sowohl die PDL als auch die Person der Einrichtungsleitung können Haltefaktoren wie auch Wechselgründe darstellen. In der Pflege sei es häufiger vorgekommen, dass Mitarbeitenden mit Einrichtungs- oder Pflegedienstleitung gemeinsam Einrichtungen wechselten (E1, E2b). Dies zeigt, wie entscheidend die Person der Leitungskraft ist.

Nebenher fungiere die Leitungskraft auch als Vorbild, beispielsweise indem sie durch den eigenen Werdegang andere Mitarbeitende (zum Beispiel mit Fluchterfahrung) motivieren, sich mehr zuzutrauen (PDL E1).

Die **Wohnbereichsleitung** ist auch eine Leitungsebene, die nah am bzw. mit dem Team im Wohnbereich zusammenarbeitet. Sie kann bei Kritik und Problemen angesprochen werden und bei Bedarf an andere weitervermitteln (WBL E2a, E1). Sie fungiert u.a. auch als Puffer. So könnten sie Belastungen durch zu hohe Arbeitsanforderungen oder Erwartungen der Pflegedienstleitung an die Pflegekräfte abpuffern. Eine WBL sieht sich selbst als Unterstützungsquelle für Pflegekräfte. Sie fühle sich *„dafür verantwortlich, dass es dem Team auch gut geht und wenn ich da auch aktiv helfen kann, dann mache ich das auf jeden Fall.“* (WBL E1, Absatz 29).

Grundsätzlich sei es Aufgabe der WBL, Aufgaben zu verteilen. Gelegentlich komme es auch vor, dass Pflegekräfte Tätigkeiten übernehmen, die die WBL sonst übernommen hätte (WBL E1, Absatz 30 - 31) und so Unterstützung auch beidseitig funktioniert.

Auch die jeweilige **Schichtleitung** wird z.T. als Führungskraft verstanden, deren Aufgabe es ist, den Gesamtüberblick zu behalten und Aufgaben verteilen. Zum Teil scheine dies nicht erfüllt zu sein (Phk E3, Absatz 60 - 63). Gewünscht wird daher auch ein von der Schichtleitung geführtes, strukturiertes, zielorientiertes Arbeiten im Sinne der Bewohner:innen, um dem eigenen Anspruch an die Arbeit gerecht werden zu können (Phk E3, Absatz 64 - 65). Hier kommt der Leitung eine wesentliche Rolle zu, da es nur begrenzt planbare Dienste gibt: *„Also man kann eigentlich immer erst sehr kurzfristig dann wirklich gucken ‚wen habe ich auf dem Flur und wie verteile ich die Aufgaben?‘ Das ist dann eigentlich auch wirklich Leitungsaufgabe.“* (E4 BMW, Absatz 89). Dies setzt voraus, dass die Pflegefachkraft/Schichtleitung die Fähigkeit besitzt, die Schichtstrukturen an die Bedürfnisse der Bewohner:innen anzupassen, Wirkungsweisen der Medikamente, Krankheitsbilder der Personen im Blick zu behalten. Im Zweifelsfall

brauche es eine Schulung der Schichtleitung (Phk E3, Absatz 139). Die Schichtleitung hat somit das Potenzial für eine Unterstützungsstruktur und könne die erlebte Machbarkeit in der jeweiligen Schicht steigern.

Abhängig von der Leitungsposition werden so unterschiedliche Unterstützungsmöglichkeiten von den Pflegekräften gesehen. Direkte, fachliche Ansprechpersonen sind häufig die Wohnbereichs- und Pflegedienstleitung. Eher übergeordnete oder grundlegende Fragen wie arbeitsvertragliche Anliegen oder das Vorgehen in der Krise werden hingegen eher an die Einrichtungsleitung gestellt. Hier unterscheidet sich tendenziell abhängig von der jeweiligen Rolle (Einrichtungsleitung, PDL oder WBL) auch die geleistete Unterstützung für die Pflegekräfte.

5.1.3 Team

Als erste Anlaufstelle für die Zusammenarbeit, bzgl. Aufgabenverteilung, Vertretungen, Unterstützung, einen Austausch und gegenseitige Informationen, wird das Team gesehen. Das Team sei auch wichtig, um langfristig im Beruf bleiben zu können und mit Freude zur Arbeit zu gehen (WBL E2a, Absatz 52). Auch in der Literatur wird bereits davon berichtet, dass „*die soziale Unterstützung durch die Kollegen und den Vorgesetzten [...] in enger Beziehung zur Bindung an den Beruf einerseits und zur Bindung an die Einrichtung andererseits [stehen].*“ (Simon et al. 2005: 29, Hervorhebung durch Autorin). Gerade in der Pflege spiele das Team eine entscheidende Rolle:

„Ganz entscheidend nach wie vor empfinde ich, wie man eigentlich in seinem Team, in seinem direkten Arbeitsumfeld aufgefangen wird, weil das ist der erste Moment. Das erlebt jeder, der in der Pflege ist. Man kommt immer mal wieder in Situationen, ja, die einen überfordern, die belastend sind und da muss man direkt jemanden haben, also da nützt mir keine Telefonhotline oder so was, da muss ich mit anderen Kollegen austauschen können, muss mich auch ein Stück weit verstanden fühlen, muss auch mal von Vorgesetzten idealerweise ja, ein Stück weit Verständnis, aber das ist schon eine schwierige Geschichte mittlerweile. Weil eben die Rahmenbedingungen so getaktet, so fertig gesteckt sind, so eng sind.“ (E4 BMV, Absatz 27)

Der Personalmangel ist bekannt, die Forderung nach mehr Personal nicht neu, jedoch im Kontext des Ermöglichens auch zusätzlicher Strukturen, wie Supervision oder Teambuilding, (E1) unerlässlich. Dabei ist nicht nur das Problem, dass wenig Personal vorhanden ist, sondern auch, dass es eine **Fluktuation** in der Pflege gibt. „*Ja man braucht auf jeden Fall ein stabiles Team, eine stabile Besetzung. Das auch wirklich täglich und durchgehend. [...] Und das Allerwichtigste ist die Kontinuität in der Pflege.*“ (E1 EL, Absatz 97 - 116). Ein stabiles Team ist gemeint im Sinne von ausreichend Personal, sodass eine Arbeitsteilung über mehr Leute möglich ist (WBL E1, Absatz 99 ff.). Bei gleichbleibenden Personen könnte die Fluktuation auf niedrigem Niveau gehalten werden und damit mit der Fluktuation bedingte Unruhe und Unzufriedenheit (vgl. WBL E1; PA E1, Absatz 68). Die Idee langfristiger Teamzusammensetzungen wurde auch von der Gewerkschaft begrüßt. Dies hat zum Vorteil, dass sich die festen Teams untereinander kennen und routiniert zusammenarbeiten können (vgl. WBL E1, EL E2b). Zudem könnten sie so besser einschätzen, wie es den Kolleg:innen gehe und bei Bedarf angemessene Unterstützung angeboten werden (WBL E1). Der Wunsch nach Kontinuität nehme mit dem Alter zu, weshalb weniger über einen Wechsel nachgedacht werde (Phk E3, Absatz 121). Tendenzial gebe es bei neu angefangenen Pflegekräften eine schnellere Flucht aus dem Arbeitsumfeld (E4 BMV, Absatz 73): „*Wir merken es eben bei jüngeren Kollegen, also bei Kollegen, die grade neu angefangen haben oder/da ist der erste Schritt, das Unternehmen wieder zu verlassen. [...] der Arbeitsmarkt für Pflegekräfte gibt es her. Wer nach 2, 3, 4 Monaten oder nach 1, 2 Jahren unzufrieden ist, der wechselt den Arbeitgeber. Der versucht gar nicht erst sein Arbeitsumfeld zu ändern oder sich da Hilfestellung zu holen, sondern der wechselt einfach.*“ (E4 BMV, Absatz 37).

Weitere Ressourcen für Pflegekräfte in den Einrichtungen zeigen sich in der Wertschätzung durch die Bewohner:innen oder gute strukturierte Teamzusammenarbeit aus: „*Wenn man halt was zurückbekommt von den Bewohnern [...]. Oder wenn alles gut läuft, wenn man in einem guten Team arbeitet, alle wissen, was man machen soll. Strukturiert, jeder hat seinen Job, wenn man halt miteinander arbeitet*“ (WBL E2a, Absatz 18).

Die Qualität der Kooperation im Team stellte sich als weitere entscheidende Ressource dar. „*Ein konstruktiv zusammenarbeitendes Team.*“ (PA E1, Absatz 19) ist wesentlich für die psychische Gesundheit und das Festhalten an einem Arbeitsplatz. Zentral für die Pflegearbeit ist die **Teamzusammenarbeit**.

„Also es gibt nichts Schlimmeres als ein schlechtes Team. Ein schlechtes Team ist auch gleich schlechte Pflege und das zieht sich ja auch. Das macht eine schlechte Linie. Also ein gutes Team zeichnet sich aus, dass man einfach auch per Augenkontakt weiß: ‚Oh der braucht jetzt Hilfe, da gehe ich mal kurz hin.‘ Und das macht es ja auch leichter zur Arbeit zu kommen.“ (PA E3, Absatz 100)

So gehört zur Zusammenarbeit neben einer guten verbalen Kommunikation auch eine nonverbale Verständigung (EL E2b). Zentral ist das Team. Die **Zusammenarbeit** und Motivation spielen eine wesentliche Rolle (PDL, Absatz 67). Auch die gegenseitige Unterstützung im Sinne des Ratsuchens sowie Vertretungen zwischen Fachkräften z.T. auch bereichsübergreifend, also z. B. im ambulanten aus dem stationären Bereich (EL3, Absatz 58 - 63;

WBL E1, Absatz 67) werde gesucht. Erreichbar sind Kolleg:innen zumeist über mitgeführte Telefone: „Die Pflegefachkraft hat immer die feste Nummer und dann haben wir noch zwei Telefone für die Pflegehelfer und man erwischt auf jeden Fall jemanden.“ (WBL E1, Absatz 43). Ebenso wird hinsichtlich der gegenseitigen Unterstützung die Wertschätzung und Übertragung von Verantwortung betont (WBL E2a, Absatz 52, 86):

„Also ich denke, eine kooperative Zusammenarbeit ist für mich das Wichtigste, damit ich mich persönlich auch wohlfühlen kann an meinen Arbeitsplatz. Also dass man nicht gegeneinander arbeitet, sondern miteinander.“ (PA E1, Absatz 23)

Eine Einrichtungsleitung erklärt: „Das Geheimnis ist ja **Personal-Mix** meines Erachtens, das ist [...] wichtig.“ (EL E3, Absatz 278). Die Zusammenarbeit der verschiedenen Professionen ist demnach sehr wichtig. Die Teamzusammenarbeit kann dabei auch die zwischen verschiedenen Berufsgruppen wie den Pflege- und Betreuungskräften bedeuten. So helfe mitunter auch eine Servicekraft aus der Küche z.T. beim Essenanreichen (WBL E2). Ein **stabiles Team** kann somit auch als Ressource und als Resilienzfaktor dienen. Dies wurde während der Coronakrise deutlich, als Betreuungskräfte andere Tätigkeiten wie Terminorganisation, Begleitung ab der Haustür, Desinfizieren, übernehmen, um so die Pflegekräfte nicht zusätzlich zu belasten (PDL E1, Absatz 94). Dementsprechend bedeutet es, das Team als Ressource der berufsgruppenübergreifenden Unterstützung zu sehen, die über die eigentlichen Pflegeberufe hinaus geleistet werde (PDL E1, Absatz 102). In einer anderen Einrichtung wurde berichtet, dass sie auch mal auf der Station Unterstützung vonseiten der Servicekraft aus der Küche bekämen, die schon mal das Essen anreiche (WBL E2a).

Die Bedeutung der gegenseitigen Unterstützung und Kooperation wird insbesondere in kleineren Einrichtungen deutlich:

„Also unser Konzept ist eigentlich: Wir helfen uns alle. Ich muss natürlich darauf achten, dass die Mitarbeiter da ihren Vertrag erfüllen, wo sie beschäftigt sind, also in der Pflege. Also was heißt beschäftigt sind sie bei de[m] [gemeinnützigen Träger]. Aber wir haben halt Mitarbeiter in der stationären, in der ambulanten und in der teilstationären Pflege. Und ich darf die Stationären ja nicht mischen mit anderen. Das geht nicht. Da hängen wir so am Tropf der Pflegekasse, das geht gar nicht. Aber in diesem kleinen Haus geht das nicht. Also müssen wir uns irgendwie unterstützen. Wenn jemand krank wird, muss man gucken: Wie unterstützen wir uns?“ (EL E3, Absatz 33)

Hierzu gehören auch die **Leiharbeitskräfte**, für die mehr Wertschätzung und eine bessere Zusammenarbeit mit den hauseigenen Pflegekräften gefordert wird (Berufsgenossenschaft, Absatz 90).

„Die Arbeit ist schon schwer genug“ (WBL E2a, Absatz 52). Als einzige Fachkraft auf der Station bestehe das Problem, die Aufgaben, wie Pflege, Arztvisiten begleiten, Medikamentengabe, Dokumentation, zu schaffen, obwohl die Pflegehelfer unterstützen, indem sie ihre Aufgaben machen und übernehmen, was sie können (Pfk2 E1). Insbesondere bzgl. der personenfernen Aufgaben gebe es dann Unverständnis vonseiten der Hilfskräfte (Pfk2 E1, Absatz 131) hinsichtlich der **Aufgabenteilung** zwischen Hilfs- und Fachkräften. Gerade motivierte Mitarbeitende zu halten, sei jedoch ein Anliegen (WBL E1). Insbesondere Konflikte mit Kolleg:innen bzw. Persönlichkeiten könnten für die Arbeit hinderlich sein (PA E1, Absatz 128). Probleme entstünden auch daraus, dass Leute, die keinen anderen Arbeitsplatz finden, in der Pflege landen und dauerhaft unzufrieden seien (WBL E1, Absatz 105 - 107).

Darüber hinaus gibt es Unterschiede im Alter, die sich im Arbeitsprozess in Teams zeigen können: Einerseits besteht die Meinung, dass „ältere Pflegekräfte mitunter unglaublich robust [seien] [...] und einen guten Rücken“ (Berufsgenossenschaft, Absatz 97) hätten. Andererseits wird erklärt, dass ältere Beschäftigte weniger schwere körperliche Arbeiten übernehmen könnten, Service-Tätigkeiten, Aufgaben, wie Frühstück machen, Lager aufräumen (als Qualitätstag) oder Ähnliches aber noch machbar seien (WBL E1, Absatz 65). Die schwere körperliche Arbeit allein auf die Jüngeren zu verteilen, würde jedoch darin resultieren, dass sie sonst als Nächstes ausfielen. Unterstützung sei jedoch prinzipiell möglich. So „bestimmte Dinge abnimmt oder bestimmte Bewohner erspart [...], die besonders körperlich anspruchsvoll sind, aber das findet dann eher so auf Teamebene statt, aber ist natürlich von der Dienstplanung her sehr schwierig.“ (E4 BMV, Absatz 87).

Weiter wird erklärt, dass ältere Beschäftigte z.T. „festgefahren[er] in ihrem Handeln und Denken“ (EL E2a, Absatz 18) (vgl. PA E1, Absatz 104) seien. Für veränderte Arbeitsstrukturen oder -routinen seien sie weniger offen (PA E1, Absatz 104). Daher sei es mitunter wichtig, neue Teammitglieder einzubringen, um Sensibilität für Neues zu stärken, wenngleich es zeitaufwendig sei, in einem Team anzukommen.

In den Teams brauche es die Rolle der sogenannten **Kümmerer**, die nachfragen, wie es den Leuten geht und wissen, was demjenigen guttut (Verbände, Absatz 151). Über Probleme zu reden helfe (WBL E2a). Das Team sei die erste Anlaufstelle für Unterstützung. Im Folgenden würde dann häufig die Pflegedienstleitung konsultiert und dann die Einrichtungsleitung (Pfk2 E1). Beispielsweise werden direkte Pflegeprobleme mit Kolleg:innen (Pfk1 E1) oder

speziell mit einer Fachkraft mit mehr Erfahrung (WBL E2a) besprochen. Unterstützung habe gerade für Pflegefachkräfte eine große Bedeutung (Pfk2 E1). Zudem sei man selbst potenzielle Ansprechperson oder eher auch Vermittlung zu bedarfsgerechteren Ansprechpersonen (Pfk2, E1). So beispielsweise im Falle psychischer Probleme. Hierfür sei ein/e hellhörige Kolleg:in erwünscht (PA E1), um frühzeitig auf Überlastungen aufmerksam zu werden. Pflegefachkräfte hätten auf Station die Verantwortung und müssten auch die Teammitglieder im Blick behalten und so im Krankheitsfälle auch nach Hause schicken (Pfk 2 E1).

Ganz allgemein gab es Empfehlungen aus Interviews überbetrieblicher Expert:innen: Die Bedeutung interner überdisziplinärer Vernetzung und Austausch zu fördern, indem berufsgruppenübergreifende Veranstaltungen z.B. Pädagogen, Pflege, Verwaltung geplant werden, wodurch sich Mitarbeitende gesehen fühlten und einen Überblick bekämen, wer was mache (Verbände, Absatz 153). Aktivitäten der Einrichtungsleitungen zielen darauf ab, über **Team-buildingangebote** die Beschäftigten zu stärken und die Kollegialität zu fördern (Gewerkschaft) und die Motivation zu erhalten. Außerhalb des Arbeitsalltags wird die Teamzusammenarbeit, z. B. durch besondere Events (E1, E2a, E3), wie beispielsweise gemeinsame Ausflüge und Feste oder einem regelmäßig stattfindenden Abend außerhalb der Arbeit zum Essen oder Bowlen, aktiv gefördert. Damit werde u.a. die Arbeitsmotivation der Beschäftigten gesteigert (PDL E1) und die Beschäftigten lernen sich untereinander besser kennen (WBL E2a). Mitunter werde das Angebot außerbetrieblicher Veranstaltungen sehr gut angenommen (E1).

Auch finanziell werden Treffen außerhalb der Arbeit von der Einrichtungsleitung unterstützt (WBL E1), zum Teil sei dies ausbaufähig (WBL E2a). Ein Hindernis sei, dass es jemanden brauche, der sich um die Organisation kümmere (Verbände, Absatz 153).

Von einer Einrichtungsleitung wird vermutet, es liege an dem Team bzw. auch den Einzelpersonen, was angenommen oder abgelehnt werde, oder was man sich traut zu erzählen (EL3). Von einzelnen Pflegekräften wird berichtet, dass sie selbst für sich keinen Bedarf an Unterstützung sähen (Pfk E1). Gleichzeitig wird von der Erfahrung berichtet, die Bereitschaft älterer Kolleg:innen sei nicht so da, an Gesprächen teilzunehmen. Vermutet wird, dass dies daran liege, weil man „*nicht als 'das Weichei' gelten will*“ (PA E1, Absatz 64). Denn es werde Schwäche gezeigt, die niemand preisgeben möchte (ebd.). Die Grenzen der Unterstützung ergeben sich, je nachdem, was leistbar, sei es möglich über die eigenen Zuständigkeiten hinaus Unterstützung zu leisten/zu erhalten oder nicht (Phk E3, Absatz 25). Unterschiedliche Ansichten wie auch der fehlende Teamgedanke oder fehlender Informationsaustausch oder fehlende Kommunikation der Zielsetzung könnten weitere Probleme in der gegenseitigen Unterstützung darstellen (Phk E3, Absatz 127).

Auch im Arbeitsalltag können integrierte Maßnahmen die **Teamzusammenarbeit** fördern. So wird in einer Einrichtung auf einzelnen Wohnbereichen eine gemeinsame Frühstückspause organisiert, in denen sich die Teilnehmenden mit der Rufbereitschaft abwechseln (E1). Darüber hinaus seien auch weitere Räume zum kollegialen Austausch und zur Seelsorge sinnvoll. Diese Räume können helfen, den „*Zusammenhang untereinander*“ (Gewerkschaft, Absatz 94) zu stärken und „*sich kollegial [...] gegenseitig [zu] beraten*“ (Gewerkschaft, Absatz 94) sowie den Austausch über konkrete Arbeitszusammenhänge hinaus fördern (Gewerkschaft, Absatz 96).

Die soziale Unterstützung von Kolleg:innen im Team scheint eine große Rolle für die Arbeit zu spielen. Gerade in der Coronakrise waren soziale Unterstützung und sozialer Austausch wichtig, aber auch im normalen Alltag sei dies bedeutungsvoll (ebd.). So habe es gegenseitige Vertretungen, stärkeres aufeinander achten sowie Unterstützung in Form von Anerkennung gegeben (vgl. Kapitel 4.2.2).

Grundsätzlich können Kolleg:innen immer per Telefon angefragt werden (WBL E1, Absatz 39). Hier gehe es meist um Suche nach lösungsrelevanten Informationen (informationale Unterstützung), wie auch um aktives Mitpacken (instrumentelle Unterstützung). Bei **instrumentellen** Unterstützungsanfragen gebe es geschlechtsspezifische Unterschiede: Grundsätzlich würden männliche Kollegen eher gefragt bei schwerem Heben und Tragen (Pfk1, Absatz 49 - 50). Zudem leiste die PDL neben dem Einspringen bei Personalausfall am Wochenende auch Unterstützung durch Mithilfe bei der Dokumentationserstellung (instrumentelle Unterstützung) oder mittels Verständnis für Aufgaben, die nicht bewältigt werden können (emotionale Unterstützung).

Hinsichtlich der **emotionalen** Unterstützung wird berichtet, dass der Eindruck bestünde, immer jemanden mit einem offenen Ohr finden zu können, wenn man Sorgen habe. Da man sich untereinander gut kenne, weil man häufig in derselben Besetzung arbeite (Pfk1 E1, Absatz 64). Schwierig sei allerdings, konkrete Ansprechpersonen zu erreichen, da die Telefonnummern morgens zufällig zugeordnet werden. Der unterstützende Gesamteindruck Einzelner zeigt sich u.a. darin, dass „*es hier sehr, sehr offen [ist]. Sehr familiär und auch [...] den Führungskräften gegenüber, also auch vorher schon. Man konnte jederzeit zu den Führungskräften gehen, jegliches Problem ansprechen, die haben immer versucht, sich Zeit zu nehmen, also es ist wirklich sehr offen.*“ (WBL E1, Absatz 87). Grundsätzlich könne jedoch soziale Unterstützung bei Bedarf vom Team, der PDL und der Einrichtungsleitung erbeten werden (Pfk2 E1, Absatz 55). So würden Probleme auch offen angesprochen, auch, wenn Pflegekräfte an ihrer Wohnbe-

reichsleitung Kritik hätten (WBL, Absatz 27). Entscheidend sei der Ton z.B. bei Klärung von Konflikten im Team (PA E1, Absatz 110).

Unterstützung durch Loyalität im Team bedeute auch, dass Mobbing keine Chance hat. Es bestehe somit eine Art Freundschaft, ohne sich privat treffen zu müssen (PA E3, Absatz 100). Die **Bedeutung des Teams** wird auch deutlich durch die Aussage einer Pflegekraft, dass Kolleg:innen als Freunde angesehen werden, weil man sich fast täglich sehe (PA E3, Absatz 15). Gleichzeitig bedeute ein gutes Team nicht, dass es zwingendermaßen privaten Kontakt untereinander geben müsse (vgl. EL E2b). Die grundsätzlich harmonische (WBL E1) und wertschätzende, unterstützende Arbeitsatmosphäre, sei mitunter aber auch abhängig von der Tagesform oder Laune der Beteiligten (Pfk2 E1).

Doch auch für die teaminterne Unterstützung fehle häufig die Zeit: „*Man hat im laufenden Betrieb keinerlei Freiräume mehr, um sich mit Teamfragen zu beschäftigen*“ (E4 BMV, Absatz 55). Die potenziellen Unterstützungsquellen könnten nicht genutzt werden, da die Zeit zu knapp sei (Phk E3, Absatz 107 - 109). Ferner werden häufig Arbeitsprozesse wie das Dokumentieren unterbrochen, um Unterstützung zu leisten. Die Unterbrechung belaste die Unterstützenden (Pfk2 E1, Absatz 135 - 137).

Zusätzlicher **Stress** im Team sei aus Sicht einer PDL durch nicht zu schaffende Deadlines und fehlendes Verständnis zu vermeiden: „*Für mich ist wichtig, [dass] mein Team zufrieden ist. Und es läuft. Und (...) nicht so viel Stress, [...] wenn der Stress da ist, dass ich so schnell wie möglich reagieren kann und dieser Stress so vermeiden kann.*“ (PDL E1, Absatz 66). Somit zeigt sich Unterstützung auch dadurch, dass Wohnbereichsleitungen versuchen, ihren Druck nicht weiterzugeben, und „*versuchen mit ihren Mitarbeitern gut umzugehen*“, dadurch sind sie selbst allerdings stark belastet (Verbände, Absatz 93). Die beschriebene Fürsorglichkeit der Führungskraft kann an Grenzen stoßen, wenn sie dadurch in einen Konflikt mit der eigenen Selbstsorge gerät.

5.1.4 Betriebliche Mitarbeitendenvertretung

Als weitere potenzielle innerbetriebliche Anlaufstelle ist die betriebliche **Betriebliche Mitarbeitendenvertretung** zu nennen, wenngleich es diese Gremien nicht in vielen Pflegeeinrichtungen, insbesondere bei denen in privater Trägerschaft, gibt.

Die Bedeutung von Mitbestimmung wird als „*elementarer [...] zentraler Aspekt*“ (Gewerkschaft, Absatz 125) beschrieben, die als gelebte Ressource verstanden wird. Als Interessenvertretung der Mitarbeitenden verfolgen Mitarbeitendenvertretung, Betriebsrat und Personalrat ihre Interessen hinsichtlich guter Arbeitsqualität und ihrer Anerkennung der Pflegekräfte. Ganz grundsätzlich achten und überwachen sie die Einhaltung des Arbeitsrechts (Gewerkschaft), wie Arbeitszeitregelungen und die Arbeitsgestaltung. Sie kontrollieren beispielsweise die Dienstpläne (BMV E4). Zugleich sind betriebliche Interessensvertretungen der Mitarbeitenden immer auch intermediäre Institutionen, die zwischen Mitarbeitenden und der Leitung vermitteln können – und dadurch auch Führungskräfte entlasten können. So habe es eine Einrichtungsleitung als Entlastung wahrgenommen, Unterstützung der betrieblichen Interessensvertretung bei der Kommunikation über die Gerechtigkeit von Prämiegeldern zu bekommen (EL E3).

Aus überbetrieblicher Sicht werden zudem betriebliche Vertretungen als wichtig angesehen, um Mitarbeitenden den Rücken zu stärken in ihrer Position gegenüber den Führungskräften und sich nicht ausgeliefert zu fühlen (WBA, Absatz 90). So fungierten sie als moderierender zugewandter Ansprechpartner bei Bedarf, z.B. gesundheitliche Probleme oder persönliche Verwerfungen oder Reibereien im Team oder mit Führungskräften sowie bei als ungerne empfundenen Dienstplänen und dem Umgang mit Belastungen (E4 BMV). Hier setzt betriebliche Unterstützung an, beispielsweise in Form der betrieblichen Interessensvertretung, um Möglichkeiten aufzuzeigen, in ein Gespräch zu kommen und Lösungen zu finden. Sie zeigten Möglichkeiten für die individuellen Situationen auf, z.B. Tätigkeitswechsel im Unternehmen bei gesundheitlicher körperlich begründeter Überlastung, und vermittelten jeweilig passende Unterstützungsangebote und -stellen (E4 BMV). Häufig laufe es bei einer Überlastung auf eine Kürzung der Arbeitszeit hinaus (WBA, Absatz 104), die ihrerseits den Personalmangel verschärfen (WBA E4).

„Bei vielen ist der erste Schritt, wenn die Belastung zu hoch wird, die Stunden zu reduzieren. Das ist eigentlich ein ganz gängiges Instrument, was die Kollegen wählen. Was man auch immer erst mal ausreizt, sofern es finanziell möglich ist. Weil einfach die Belastung als Vollzeitkraft in der Pflege unglaublich groß ist und die Freiräume zu wenig sind. Wer 5, 6, 7 Tage am Stück durcharbeitet, der ist auch durch. Da reicht auch manchmal ein Tag Erholung gar nicht.“ (E4 BMV, Absatz 29)

So wird mitunter der Wunsch nach Teilzeit geäußert, um mehr Auszeit, Zeit für sich, den/die Partner:in oder Familie zu haben, was aufgrund der Gehaltseinbußen nicht möglich sei (Pfk E1, Absatz 125). Somit wäre ein Wunsch, vollen Lohnausgleich bei reduzierter Arbeitszeit zu ermöglichen (E4 BMV, Absatz 83). Zudem wäre eine Möglichkeit der Teilzeit, angepasst an die jeweilige Lebenssituation wie der Familienphase denkbar, um Pflegekräfte zu halten

(BA). Die Option eine Auszeit zu nehmen, z.B. ein Jahr etwas anderes zu machen, könnte darüber hinaus insbesondere für jüngeren Beschäftigten attraktiv sein (BA).

Als weitere Lösungsmöglichkeiten der BMV zur Belastungsreduktion können auch Tätigkeitswechsel in andere Bereiche gefunden werden, wenn die körperliche Belastung in der Pflege zu groß ist. Hier ist insbesondere die Tagespflege beliebt (Arbeitszeiten von montags bis freitags ohne Schichtdienst) (E4 BMV, Absatz 31 - 33) oder bei Hilfskräften sei ein Wechsel in die Betreuung möglich. Für Fachkräfte sei es schwieriger, gleichbezahlte Aufgaben zu finden. Bereichswechsel seien z.T. auch möglich, jedoch sei die Tagespflege besonders beliebt und entsprechende Plätze seltener (E4 BMV).

Auch wenn Pflegekräfte in der Regel nicht im Alter unterschieden würden und z.T. Mitarbeitende über 60 bzw. sogar über 70 Jahre alt seien (EL E1), bedarf es Tätigkeitswechsel als potenzielles Mittel zur körperlichen Entlastung, insbesondere für ältere Beschäftigte (EL E3). Speziell Pflegehelfende seien von körperlicher Arbeit betroffen, da sie mehr Grundpflege leisten und Hilfsmittel z.T. aus Bequemlichkeit nicht benutzt würden (Pfk1 E1, Absatz 52). Grenzen seien hierbei einerseits höhere sprachliche Voraussetzungen der Tätigkeiten, zum Beispiel für den Betreuungsbereich (EL E1) als auch die finanziellen Einbußen durch die geringer bezahlte Tätigkeit, insbesondere für Fachkräfte. So werde die Tagespflege für Mitarbeitende genutzt, die den körperlichen Anforderungen der Grundpflege nicht mehr nachkommen können, sonst bräuhete es dort keine Fachkräfte (EL E3, Absatz 161).

Entscheidend für eine positive Resonanz der BMV bei Mitarbeitenden ist mitunter ein persönlicher Zugang zur Ansprechperson wie auch die Authentizität *„durch seine eigene Biografie, durch sein eigenes Erleben im Betrieb glaubhaft machen [zu können], dass er dir da helfen kann“* (E4 BMV, Absatz 51). Dies sei unabhängig von den jeweiligen Berufsgruppen. Vertreten seien meist jedoch alle Berufsgruppen des Hauses oder Trägers (E4 BMV, EL E3).

In beiden Einrichtungen, in denen Betriebsrat oder BMV vorhanden sind, sind u.a. Pflegekräfte aktiv beteiligt (EL E3, Absatz 23 - 25). Dennoch werde das Sprechstundenangebot aber scheinbar nur zum Teil angenommen (EL E3, Absatz 23 - 25).

Ressourcen der BMV seien dabei, gut vernetzt zu sein, persönliche Kontakte nutzen zu können und die Einrichtung gut zu kennen (BMV, Absatz 44 - 45). Dabei bietet auch die Gewerkschaft die Möglichkeit der BMV, sich zu vernetzen.

Wenngleich es nicht den Anspruch hat, als Lösung die Lücken des Systems zu erhalten: *„Dauerhaft reicht es einfach nicht, weil einfach die Arbeit an sich zu belastend ist.“* (E4 BMV, Absatz 29). Grenzen ergeben sich auch aus den Möglichkeiten der eigenen Rolle: *„Wir haben auch immer so ein Spruch hier in dem Gremium: ‚Wir können sie nicht alle retten‘.“* (E4 BMV, Absatz 77)

Dennoch können eine Betriebliche Mitarbeitendenvertretung und Gewerkschaften auch für **Tarifverträge** oder betriebliche Regelungen sorgen, nach denen *„ab einem bestimmten Alter keine Nachtdienste[Zusatzdienste] mehr gemacht werden müssen“* (Gewerkschaft, Absatz 81) oder Urlaubszeiten geregelt würden. Früher übliche zusätzliche Urlaubstage für Ältere gelten jedoch inzwischen als Altersdiskriminierung (E4 BMV, Absatz 83).

Grundlegend bedarf es eines Wissens über potenzielle **Ansprechpartner:innen**, das zum Teil fehle. So helfe das Ansprechen von potenziellen Vermittler:innen, wie auch der betrieblichen Interessensvertretung der Mitarbeitenden (Pfk 2 E1, Absatz 74 - 77). Weiterhin gebe es auch Aushänge und Ausdrücke über potenzielle Rufnummern von fachlichen Unterstützungsquellen wie Wundmanagement oder palliativer Unterstützung.

5.2 Überbetriebliches Unterstützungsnetzwerk

Weitere Anlaufstellen, die von den Interviewten genannt werden, sind auf überbetrieblicher Ebene zu finden. Unterstützung von außerhalb der Einrichtung sei sehr wichtig (EL E3). Überbetriebliche Unterstützung erfolgt auf unterschiedlichen Ebenen, auf die im Folgenden eingegangen wird.

5.2.1 Unterstützung für Pflegekräfte durch überbetriebliche Akteure

Überbetriebliche Unterstützung erfahren Pflegekräfte vor allem in Bezug auf die Hilfe bei der Versorgung der Pflegebedürftigen.

So spielen **Ärzt:innen**, wie Hausärzt:innen, potenziell auch der Betriebsarzt eine wichtige Rolle für den Pflegealltag und die Unterstützung in der Pflege. Hausärzt:innen unterstützen medizinisch, z.T. mit einem 24-Stunden-Rufdienst. Doch weigerten sich manche Ärzt:innen, in die Einrichtungen zu kommen (Pfk2 E1), was sich belastend auswirken kann.

Auch das externe **Wundmanagement** könne fachlich unterstützen. So könne es bei Wissensbedarf anlassbezogene Unterstützung durch das Wundmanagement geben, das über die eigene Fachlichkeit hinausgehe (WBL E2a). Fachli-

che Unterstützung durch Externe sei darüber hinaus für jeden denkbaren Fall möglich, z.B. bei Sterbenden, wofür es palliative Begleitungen gebe. Allerdings gebe es hierfür die Voraussetzung, dass die Strukturen und Ansprechpartner bekannt sein müssten (Pfk2 E1) oder Bedarfe artikuliert werden, die an die entsprechenden Personen vermittelt würden.

„Und ich sage mal, die sind wichtig. Die brauchen wir auch.“ (Pfk2 E1, Absatz 79). Das Zusammenspiel verschiedener Experten sei mitunter sehr wichtig, gerade in besonderen Fällen (Schmerztherapie in der Palliativmedizin). Wundmanagement scheint häufiger eingebunden zu werden. Pflegeeinrichtungen dienen in manchen Fällen selbst als Unterstützungsnetzwerk, z.B. indem sie Palliativpatient:innen aus Krankenhäusern aufnehmen, oder weil palliative Dienste nur begrenzt Plätze hätten (Pfk2 E1).

Darüber hinaus stellen Ärzt:innen eine weitere Unterstützungsquelle für die eigene Gesundheit der Pflegekräfte dar. Grundsätzlich biete ein Betriebsarzt einen Zugang, um psychische Gefährdungen ansprechen zu können. Die Schnittstelle Betriebsarzt und Unternehmensleitung und per se eine Ansprechperson festzulegen als Vertrauensperson sehe er als wichtig. Der BA könne Unterstützung geben, komme aber nur manchmal in die Einrichtung.

Ärzt:innen sorgen zudem durch Krankschreibungen mitunter zu notwendiger Erholung der Pflegekräfte, wenn die Pflegekräfte zu erschöpft zum Arbeiten sind (Pfk2 E1, Absatz 61).

5.2.2 Unterstützung aus der Unternehmensgruppe/Trägerschaft

Gerade jedoch innerhalb der eigenen Unternehmensgruppe oder Trägerschaft werden Unterstützungsquellen geschätzt. In größeren Trägerschaften oder Unternehmensgruppen können so Kolleg:innen des gleichen Konzerns als zwar fremd, aber mit ähnlichen Rahmenbedingungen, helfen, über potenzielle Probleme zu sprechen oder sich auszutauschen (WBL E2a, Absatz 54, 56).

Ein weiteres Potenzial, das gesehen wird, sind Ansprechpersonen und unternehmensweite Vernetzungen. Es sei wichtig, dass die Träger feste Strukturen vor Ort mit direkten **Ansprechpersonen** schafften (WBA). Dies sei unter anderem eine Frage der Wertschätzung und der Kommunikation (WBA), Leute enger zusammenzubringen, z.B. bzgl. Gewaltprävention.

Insbesondere in Zeiten der Coronapandemie stellten sich überbetriebliche Anlaufstellen als sehr wichtig heraus (EL E3, Absatz 33). So könnten sich Einrichtungsleitungen bei einem Träger im Intranet gegenseitig austauschen. Zudem seien monatliche Treffen zum Austausch über Einrichtungsebene verschiedener Pflegeheime hinaus mit Geschäftsführung oder des Pflegemanagements mitunter Gründe für Leitungskräfte, eine Einrichtung als Arbeitgeberin auszuwählen, weil man begleitet werde. Der kollegiale Austausch werde sehr geschätzt und erscheine sehr wichtig, es werden dabei praktische Themen angesprochen und konkret nach Umgangsweisen oder Informationen gefragt oder danach, was ausprobiert wurde (Verbände, Absatz 96).

Für die Einrichtungsleitungen spielten insbesondere in der Coronapandemie überbetriebliche aber unternehmensgruppeneigene Angebote und Strukturen eine hilfreiche Rolle, die die Bewältigung der Krise unterstützten: Ein **Krisenstab** der Unternehmensgruppe, der zur Coronapandemie entstand und mit Informationen und als Ansprechpartner:in bereitsteht. Aus einer Einrichtung wurde von der Unterstützung durch die Fachkraft für Hygiene und Infektionsprävention und Hygienebeauftragten berichtet, die den betrieblichen Umgang mit der Infektionskrankheit vorbeugend organisierten (BMV E4, Absatz 91). Darüber hinaus wurde der hauseigene ärztliche Dienst geschätzt, der im Vergleich zu externen Ärzt:innen in unsicheren Zeiten von Corona ständig erreichbar war.

Vernetzung sei eine wesentliche informationale Ressource. In dem großen Unternehmen werde sich z.B. unter vier Einrichtungsleitungen ausgetauscht. Jeder sehe und höre etwas anders, so werde ergänzt und gegenseitig aufmerksam gemacht (E4). Neue Verordnungen müssten selbst herausgesucht werden, es gebe z.B. keinen Verlass, dass das Gesundheitsamt die neuste Fassung des RKI zur Coronapandemie auf ihrer Website veröffentliche. Gleichzeitig sei es für die Einrichtungsleitungen enorm wichtig, die neusten Informationen zu bekommen und entsprechend darauf zu reagieren, weil es haftungsrechtliche Auswirkungen haben könne, wenn entsprechende Vorgaben nicht eingehalten würden und es in der Einrichtung zu einem Ausbruch der Coronainfektion komme.

5.2.3 Weitere überbetriebliche Unterstützungsquellen

Neben Angeboten der eigenen Unternehmensgruppe oder Trägerschaft wurden auch darüber hinaus überbetriebliche Unterstützungsquellen hervorgehoben.

In den Einrichtungen könne meist Unterstützung durch **überbetriebliche Vernetzung** (zu bekannten Ansprechpersonen oder Institutionen wie die Berufsgenossenschaft) vermittelt werden, so hätten Mitglieder des BEM Kontakte in die außerbetrieblichen Stellen und auch die Schwerbehindertenvertretung nutze Kontakt zum Integrationsamt. Grenzen der Unterstützung gebe es durchaus aber über die gleichbleibende Grundbelastung. Voraussetzung sei es zudem, dass Hilfe zugelassen werde (E4 BMV).

Grundsätzlich scheinen überbetriebliche Zusammenschlüsse in Gesellschaften oder zu einem Konzern wichtig, um sich auszutauschen und kollegial zu beraten „*Das ist wirklich ein Schlüssel.*“ (Verbände, Absatz 99).

So wurden Angebote und Informationen des branchenbezogenen Landesverbands während der ersten Zeit unter **Corona** von Einrichtungsleitungen geschätzt. Verbandsarbeit sei im Kern Austausch und Vernetzung. Zwar gebe es Konkurrenz zwischen den Einrichtungen, dennoch lernen sie z.B. in Zeiten der Coronapandemie voneinander und weisen auf bekannte Stolpersteine hin. Für eine Vernetzung seien bekannte Gesichter und „kurze Wege“ wichtig. Hierfür sei die Struktur des Bundeslandes prädestiniert. Es sei auch eine Datenplattform für Austausch vorhanden (Verbände, Absatz 95).

Die befragten Vertreter:innen **externer Institutionen ergeben sich** z.T. selbst auch als potenzielle Unterstützungsquellen, wie bspw. die **WBA** mit ihrem eigentlich „*originäre[n][...] gesetzlich[en Auftrag], [...] die Unterstützung für die Bewohner*“ (WBA, Absatz 64) zu leisten. Sie kann potenziell eine Anlaufstelle für Pflegekräfte bzw. Einrichtungsleitungen sein.

Die WBA sitzt an einer Schnittstelle und grenzt mit ihren Aufgaben immer wieder auch an anderen Institutionen an. Es gebe z.B. Überschneidungen inhaltlicher Art insbesondere zum Schutze der Bewohner mit Bauamt, Polizei, Brandschutz, MDK, Staatsanwaltschaft, Architekten (WBA, Absatz 68 - 74). So würden mitunter auch Fortbildungen auf Anfrage des branchenbezogenen Landesverbands (WBA, Absatz 55 - 56) angeboten. Auch könnten sie über ihre Nähe zum Referat für Ältere Menschen Impulse einbringen und so neue Rahmenbedingungen, wie die Vorgabe zur Präsenz von ausreichend Personal, erreichen (WBA, Absatz 76). Aus ihrer Sicht gestalte sich eine Zusammenarbeit im Sinne der Pflege.

Ebenso bietet die **Berufsgenossenschaft** im Bereich der Prävention vor allem für Führungskräfte wie Einrichtungsleitungen und z.T. PDLs eine Anlaufstelle. Für Pflegekräfte bietet die Berufsgenossenschaft berufsspezifische Rehaangebote (tertiärpräventiv, Anm. CZ). Die könne nur bei manifestem Schaden bei mehrjähriger Berufszugehörigkeit in Anspruch genommen werden. Doch es gebe ausgezeichnete Ergonomie-Informationen, z.B. wie Ergonomie mit einfachen Mitteln umgesetzt werden könne. Dies sei nach Meinung des Betriebsarztes schon in der Ausbildung nötig und als regelmäßige Fortbildung. Der Einsatz von ergonomischen Mitteln in den Einrichtungen sei ebenfalls wichtig.

Ferner stellt die **Gewerkschaft** als überbetriebliche Unterstützung hinsichtlich der Verhandlung von Beschäftigteninteressen (Gewerkschaft) sowie als wichtige Informationsquelle (BMV E4) eine Unterstützungsquelle dar. Die Gewerkschaft gehe strukturelle Probleme wie Mindestbedingungen (Absatz 62) an, so wird von ihnen ein flächendeckender Tarifvertrag gefordert, der die Einhaltung der Standards sichere (Gewerkschaft, Absatz 58). Ansprechpartner der Gewerkschaft sind auf Bezirksebene zu finden, da sie die Arbeitgeber kennen und Anfragen einordnen können. Da Betriebsräte zu einem Großteil fehlten, werde z.T. von der Gewerkschaft aufgefangen, was normalerweise Betriebsräte vor Ort täten: persönliche Anfragen von Pflegekräften hinsichtlich rechtlicher Fragestellungen, Arbeitsbedingungen beantworten (Interview Gewerkschaft, Absatz 12 - 13). Zudem würden Gremien und Tagungen als Informationsquelle und Schulungen für Betriebsräte organisiert.

Darüber hinaus gab es bzgl. der Bewältigung der Coronapandemie eine Zusammenarbeit mit Gesundheitsamt, Heimaufsicht/Wohn- und Betreuungsaufsicht, die geschätzt wurde (E2a, 3). Dennoch gab es zum Ende des Jahres auch Kritik an dem überbetrieblichen Netzwerk: Es mangle und fehle an Zuarbeit, insbesondere bezüglich der Organisation des Impfens in den Einrichtungen. Die neuen Herausforderungen werden nicht so gut gemeinsam gemeistert: Hier fehle es an Begleitung, Rückenstärkung bzw. Unterstützung in Fragen zu dem Thema. Zudem sei die Kommunikation lückenhaft, da die E-Mail-Verteiler nicht aktuell und standardisiert seien, es gebe bröckchenweise unvollständige Informationen zum Impfen. Man selbst müsse immer wieder prüfen, ob alle relevanten Informationen angekommen seien. Grundsätzlich sei die Erreichbarkeit der potenziellen Ansprechpersonen ein Problem. Anders sei es beim Gesundheitsamt, wo zumindest telefonisch gute Erreichbarkeit gegeben sei und sie z.T. am Sonntag (rund um die Uhr) erreichbar seien und sich kümmerten. Verbesserungsbedarf gebe es somit an guter Zuarbeit, an einheitlichen Vorgaben und bei der Überprüfung der Maßnahmen. Auch die tatsächlichen Personalzahlen würden nicht adäquat vom WBA überprüft, wird in einem Interview mit einer Einrichtungsleitung bemängelt.

5.3 Strukturelle Forderungen

Immer wieder wird erklärt, dass Personal die Stellschraube sei, um tatsächliche Entlastung zu erreichen und sie länger gesund in der Pflege arbeiten könnten (Phk E3, Absatz 84 - 85). Einerseits werden mehr Hilfskräfte gefordert (vgl. Rothgang et al. 2020a), um die physische und psychische (verändertes Zeitgefühl) Belastung zu reduzieren (PA E3, Absatz 56) und auch bei der Struktur und Planung der Schicht auswirken. Andererseits gebe es auch bei den Fachkräften Bedarf, um eine Entlastung durch Arbeitsaufteilung auf mehrere Personen zu erreichen (Phk E3, Absatz 41 - 43) und hinsichtlich der Möglichkeit an Wochenenden auch einmal freizuhaben (PA E3, Absatz 94). Um verlässliche, auskömmliche Personalschlüssel zu erreichen, bräuchte es unter anderem auch gemeinsame Vereinba-

rungen. Dann würden Personalschlüssel im Wettbewerb zwischen Einrichtungen nicht zu Kostendruck führen, wie die Verbände äußerten.

Manche Interviewpartner:innen sind der Meinung gewesen: Es brauche erst Veränderungen im **System**, ehe auf betrieblicher Ebene etwas getan werden könnte (EL E2a, Gewerkschaft, BMV E4) bzw. um spürbare Veränderungen für Pflegekräfte zu erreichen (WBA, BMV, Verbände):

*„Aber dennoch also ändert [betriebliche Unterstützung] halt die Grundbelastung nicht der Kollegen. Das ist ja eigentlich das Hauptproblem, also man kann sicherlich vielen Kollegen unterstützende Dinge vermitteln, grade wenn sie so weit sind, das auch zuzulassen, aber sie müssen halt trotzdem wieder hier auf ihren Bereich kommen und ihre Schicht absolvieren und dort ist die Belastung eben die gleiche und es gibt keinerlei Möglichkeiten, irgendwie einen Kollegen über Wochen, vielleicht erst mal schonend wieder heranzuführen, außer eben er ist wirklich krankgeschrieben und kommt über irgendwelche stufenweise Eingliederung wieder rein. Aber wer hier als gesund auf dem Flur steht, hat die volle Belastung. Das ist dann eben das Problem dann.“
(E4 BMV, Absatz 37)*

Wertschätzung könne ebenfalls durch soziale Unterstützung in Form von Beratung und verbesserten Personalschlüsseln vermittelt werden (Verbände, Absatz 67). Insbesondere hinsichtlich Einrichtungen mit Spezialisierung auf demenziell erkrankte Pflegebedürftige, seien die Personalschlüssel nicht angemessen (EL E2a), um dem Arbeits- und Gesundheitsschutz zu entsprechen, Interaktionsarbeit zu leisten, die Arbeit angemessen zu reflektieren sowie ausreichend Zeit für Fortbildungen zu haben. Die Belastung sei auch noch zu hoch, wenn die Personalschlüssel eingehalten werden (EL E2a, Absatz 58). Entscheidungen für hohe Personalschlüssel seien aus Sicht der Verbände bisher aber auch eine Kostenfrage. Mit der Entscheidung für höhere Personalschlüssel steigen die Kosten für Personal, wodurch die Eigenbeiträge der Pflegebedürftigen steigen und die Konkurrenz mit anderen Einrichtungen auf dem Markt zunehme (Verbände).

Das neue Instrument zur **Personalbedarfsbemessung** könne als Modellprojekt einmal im Alltag überprüft werden (Verbände, Absatz 33). Die grundlegenden Probleme könnten nur mit mehr Personal angegangen werden: Diesbezüglich sei man der Meinung, betriebliche Maßnahmen hätten nicht ausreichend Effekt (Gewerkschaft, Absatz 43).

Die Einrichtungsleitung E1 fasst zusammen, es brauche mehr Personal, mehr Geld und mehr pflegefördernde politische Entscheidungen. Es brauche ausreichend Mitarbeitende und geringere Fluktuation (EL E1, Absatz 116). Ein Springerpool in großen Unternehmensgruppen sei denkbar, bisher würden sie jedoch nur bestehende Lücken stopfen (EL E1, Absatz 27). Doch alleine weiteres Personal einzustellen, sei nicht zielführend (EL E1, Absatz 27; vgl. Höhmann et al. 2018). Es bedürfe auch evaluierter Arbeitsstrukturen und Arbeitsteilung (vgl. Berufsgenossenschaft).

Grundsätzlich fehle es jedoch an finanziellen Mitteln, um niedrigschwellige Hilfen in den Betrieben einzusetzen. Eine projekthafte Förderung mache Arbeit durch Antragstellung und Nachweise und das ist abhängig von der Ausstattung von Trägern und/oder Einrichtungen sowie der Spitzfindigkeit einzelner Heimleitungen.

Für eine Beruhigung zwischen den Fronten der Arbeitgeber:innenverbände und Kostenträgenden sowie eine Veränderung sei es hilfreich, dass die Politik ein moderierender Vertragspartner in den Landesrahmenverträgen sei und daher direkten Einfluss auf diese habe (vgl. Verbände, Absatz 67; Berufsgenossenschaft, Absatz 74 - 77).

Für Pflegekräfte wird der Wunsch geäußert, eine Selbstermächtigung zu erfahren und Ermutigung für die eigene Wertigkeit einzustehen (Berufsgenossenschaft, Absatz 81).

Zudem gibt es den Verbesserungsvorschlag, eine Führungsspanne festzulegen sowie Schulungen hinsichtlich gesundheitsförderlicher Führung zu fordern (Berufsgenossenschaft, Absatz 61).

Im vollstationären Bereich wird eine Umstrukturierung der **MDK-Prüfungen gefordert**. Diese stellten bisher eine Belastung für die Pflegekräfte dar. Es sollten Fachgespräche stattfinden und dort eher Entscheidungen hinterfragt werden, wodurch sie weniger als Prüfinstanz auftreten und Fachkräften mehr zugetraut würde (Verbände, Absatz 33). Eine solche MDK-Prüfung führe auch dazu, dass Mitarbeitende vernünftig behandelt würden, *„Qualität hängt mit Mitarbeiter-Zufriedenheit zusammen“* (EL3, Absatz 92).

Teil C: Schlussfolgerungen und Gestaltungsempfehlungen

6 Handlungsempfehlungen für gesunderhaltende Unterstützungsstrukturen

Unsere Studie hat verdeutlicht, dass stationäre Einrichtungen der Langzeitpflege trotz herausfordernder Rahmenbedingungen einen wichtigen Beitrag zur Gesunderhaltung von Beschäftigten leisten können. Im Mittelpunkt dieses Kapitels stehen praxisorientierte Handlungsempfehlungen, die dazu dienen, gesunderhaltende Unterstützungsstrukturen auf der Einrichtungsebene gerade auch unter den bekannten widrigen Rahmenbedingungen zu entwickeln bzw. zu fördern. Die Handlungsempfehlungen zielen darauf ab, auf der Einrichtungsebene entsprechende Handlungskonzepte zu entwerfen und umzusetzen. Die Entwicklung gesunderhaltender Unterstützungsstrukturen kann und sollte durch eine politische Gestaltung der Rahmenbedingungen im Bereich der Altenhilfe und -pflege flankiert werden. Politische Veränderungen vollziehen sich oft erst in längeren Zeiträumen. Daher gilt es, bereits heute konkrete gesundheitsförderliche Handlungsmöglichkeiten auf der Einrichtungsebene auszuloten, zu entwickeln und umzusetzen.

Die Handlungsempfehlungen beziehen sich dabei auf Elemente betrieblicher Unterstützungsstrukturen, die oft bereits auf Einrichtungsebene – zumindest ansatzweise – vorhanden sind, aber mit Blick auf die Gesunderhaltung von Beschäftigten noch systematisch weiterentwickelt und umgesetzt werden können. Diese Elemente enthalten Potenziale für gesunderhaltende Unterstützungsstrukturen, die es konkret zu entfalten und zu nutzen gilt.

Überdies tragen vor allem Strukturen und Verfahren der betrieblichen Gesundheitsförderung und des betrieblichen Arbeits- und Infektionsschutzes dazu bei, die Gesundheit von Beschäftigten zu erhalten. Daher richten sich die folgenden Handlungsempfehlungen zudem auf diese im engeren Sinne gesunderhaltenden Strukturen des Arbeits- und Infektionsschutzes sowie der betrieblichen Gesundheitsförderung. Auch hier stehen praxistaugliche Ansätze im Vordergrund, die Pflegeeinrichtungen aus sich heraus, d.h. größtenteils ohne Zusatzaufwand, gestalten können.

6.1 Empfehlungen zu gesunderhaltenden Ressourcen

Die nun folgenden Empfehlungen richten sich auf Elemente betrieblicher Unterstützungsstrukturen, von denen gesunderhaltende oder -förderliche Wirkungen auf Beschäftigte in der stationären Langzeitpflege ausgehen können. Diese Elemente sind – für sich betrachtet – Aspekte der betrieblichen Personalpolitik, der Arbeitsorganisation und der überbetrieblichen Vernetzung von Einrichtungen. Im Folgenden konzentrieren wir uns hierbei auf solche Elemente betrieblicher Unterstützungsstrukturen, die sich tendenziell auch in der Ausnahmesituation der Coronakrise als gesunderhaltende Handlungsbedingungen oder Ressourcen bewährt haben:

- Führung,
- Betriebliche Kommunikation,
- Teams und ihre Entwicklung,
- Qualifizierung und Kompetenzentwicklung,
- Verlässliche Arbeitszeit- und Dienstplangestaltung,
- Anerkennung von Interaktionsarbeit,
- Überbetriebliche Vernetzung.

Führung bildet eine wesentliche soziale Ressource für die Gesunderhaltung von Beschäftigten. Gesundheitsförderliche Führung kann in Einrichtungen der stationären Langzeitpflege auf unterschiedlichen Ebenen ansetzen:

- Führungskräfte können durch ihr Handeln auch in Krisenzeiten eine Vorbildfunktion für Beschäftigte wahrnehmen. Sie können z.B. durch ein besonnenes und zielorientiertes Führungshandeln Pflegekräften Handlungs- und Orientierungssicherheit vermitteln. Durch ihr gesundheitssensibles Arbeitsverhalten können Führungskräfte selbst eine Vorbildfunktion für Pflegekräfte einnehmen, indem sie z.B. auf möglichst regelmäßige Pausen achten (vgl. Franke et al. 2015: 256 f.).
- Präsenz und Ansprechbarkeit von Führungskräften können Pflegekräften im Arbeitsalltag wie in Krisenzeiten emotionale Unterstützung (Klauer 2009: 80) bieten.
- Durch eine wertschätzende Kommunikation können Führungskräfte Mitarbeitenden Anerkennung vermitteln. Anerkennung bildet eine zentrale gesundheitsförderliche Ressource (vgl. Siegrist 2014).

- Regelmäßige Mitarbeitergespräche bieten Führungskräften nicht nur die Möglichkeit der Anerkennungskommunikation gegenüber Beschäftigten. Sie ermöglichen es auch, sich mit ihnen über die Arbeitssituation, Fähigkeiten und Qualifizierungswünsche der Beschäftigten auszutauschen. Gerade in einem solchen Austausch liegen Potenziale für Führungskräfte, die Arbeitsbedingungen von Beschäftigten gesundheitsförderlicher zu gestalten.
- Führung kann im Sinne einer flexiblen Handlungskoordination dazu beitragen, Pflegekräfte zu entlasten, z.B. wenn Leitungskräfte geeignete Arbeitsaufgaben in Krisen oder bei Überlastsituationen einrichtungsintern umverteilen, z.B. auf Assistenz- oder Hilfskräfte.
- Eine positive Wirkung auf die Gesunderhaltung von Mitarbeitenden geht nach den Ergebnissen unserer Studie auch von einem situativen Führungsverhalten aus, das die Individualität von Pflegekräften und unterschiedliche Arbeitssituationen berücksichtigt. Hiernach erhalten Beschäftigte, die konkrete Vorgaben und Strukturen wünschen, diese auch. Anderen Pflegekräften, die mehr arbeitsbezogene Autonomiespielräume erwarten, würden diese auch eröffnet.

Ein wesentliches Merkmal gesunderhaltender Unterstützungsstrukturen bildet die **betriebliche Kommunikation** und ihre Gestaltung. Unsere Studie hat hierbei vor allem die große Bedeutung der Veränderungskommunikation durch Führungskräfte für die Bewältigung von Arbeitsanforderungen in Zeiten der Coronakrise verdeutlicht. Durch eine zeitnahe und transparente Kommunikation von Veränderungen bzw. neuer Arbeitsanforderungen können Führungskräfte bei Beschäftigten psychische Belastungen aufgrund von Handlungsunsicherheit abbauen und Orientierung vermitteln. Die Coronakrise hat vor Augen geführt, dass die betriebliche Kommunikation aber auch an der Schnittstelle zu externen Kooperationspartner:innen, wie Apotheken und Ärzt:innen, durch den Einsatz digitaler Medien effektiver, verlässlicher und zeitnäher gestaltet werden kann. In der Coronakrise hat sich u.a. gezeigt, dass Dokumente in digitaler Form zuverlässig und schnell übermittelt werden und dadurch die Handlungs- und Reaktionsfähigkeit von Einrichtungen und ihren Mitgliedern in der Krise erhöht werden konnte. Hier bedarf es eines Aufbaus verlässlicher Informationsstrukturen, wie aktuell gehaltene und standardisierte E-Mail-Verteiler für alle relevanten Informationen in der (überbetrieblichen) Kommunikation. Aufseiten von Führungskräften und Beschäftigten erfordert der digitale Technikeinsatz die Entwicklung digitaler Handlungskompetenzen (vgl. Bleses et al. 2020). Digitale Medien sollten vor allem zur Unterstützung betrieblicher Kommunikationsprozesse und der Aufgabenbearbeitung eingesetzt werden.

Unsere Projektergebnisse haben die große Bedeutung von Teams als soziale Unterstützungsressource in den Pflegeeinrichtungen aufgezeigt, insbesondere während der Coronakrise. Teams (z.B. auf der Ebene von Wohnbereichen) bieten Mitarbeitenden emotionale Unterstützung bei der Bewältigung von Anforderungen der Interaktionsarbeit sowie bei hohen Arbeitsanforderungen, wie Arbeiten unter Zeitdruck. Damit Teams ihre gesunderhaltende Bedeutung entfalten können, empfiehlt sich eine gezielte **Teamentwicklung**, die ein Klima der wechselseitigen Unterstützung und eine Lernkultur in und zwischen Teams fördert. Ein gutes und vertrauensbasiertes Teamklima ermöglicht es Pflegekräften auch, Überlastsituationen bei Teammitgliedern leichter zu erkennen und soziale Unterstützung anzubieten. Es fördert überdies psychologische Sicherheit, Kritik oder abweichende Meinungen im Team offen ansprechen zu können, ohne Nachteile befürchten zu müssen (vgl. Edmondson 2020). Die gesunderhaltende Funktion von Teams ist kein Selbstläufer. Es empfiehlt sich daher, in Pflegeeinrichtungen Möglichkeiten der Teamsupervision zu prüfen und anzubieten, die dazu beitragen, einer psychosozialen Erschöpfung von Teams vorzubeugen.

Ein wirksames, aber in Pflegeeinrichtungen bisher noch zu wenig verbreitetes Verfahren zur Stärkung der Handlungsfähigkeit von Teams und ihrer Mitglieder bietet die kollegiale Fallberatung oder Beratung. Sie bezeichnet ein niedrigschwelliges, strukturiertes und einfach durchzuführendes Verfahren, das Pflegekräften ermöglicht, sich im kleineren Kolleg:innenkreis über belastende Aspekte oder Probleme ihrer Arbeitssituation auszutauschen und hierzu Lösungsansätze zu erarbeiten (vgl. Kocks 2019; Kocks & Segmüller 2019; Tietze 2018). Hierbei bringt eine Pflegekraft ein arbeitsbezogenes Problem ein (Fallgeber:in), zu dem dann Kolleg:innen Lösungsideen entwickeln, die schließlich durch die fallgebende Pflegekraft bewertet werden und nach Möglichkeit weiterverfolgt werden. Der zeitliche Aufwand einer kollegialen Fallberatung ist mit 45 bis 60 Minuten überschaubar. Die kollegiale Beratung eignet sich auch dazu, auf der Teamebene bzw. mit Kolleg:innen psychisch belastende Arbeitssituationen in der Interaktionsarbeit mit Pflegebedürftigen bzw. ihren Angehörigen zu reflektieren und hierzu konstruktive Bewältigungsstrategien zu entwickeln.

Psychische Arbeitsbelastungen aufseiten von Beschäftigten können entstehen, wenn sich eine Diskrepanz zwischen den aufgabenbezogenen Arbeitsanforderungen und den Kompetenz- und Qualifikationsvoraussetzungen herausbildet. Solche Belastungen äußern sich vor allem in Überforderungsgefühlen und psychischem Stresserleben von Beschäftigten. Dieses Problem kann angegangen werden, wenn Einrichtungs- und Pflegedienstleitungen auf einen qualifikationsangemessenen Personaleinsatz und eine entsprechende Aufgabenteilung zwischen Pflegefach- und -hilfskräften achten (vgl. Rothgang et al. 2020a).

Zudem können Strukturen und Maßnahmen der **Qualifizierung und Kompetenzentwicklung** dazu beitragen, solchen psychisch belastenden Diskrepanzen vorzubeugen. Hier gilt es nach Zielgruppen zu differenzieren:

- Mit Blick auf neue Mitarbeitende empfiehlt sich eine systematische Einarbeitung und Begleitung durch erfahrene Pflegefachkräfte. Hierfür sind hinreichend Zeitressourcen für die Einarbeitung aufseiten der neuen Mitarbeitenden und ihrer Mentor:innen vorzuhalten.
- Einrichtungs- und Pflegedienstleitungen können interessierten Pflegehilfs- oder Servicekräften berufliche und innerorganisatorische Entwicklungs- und Qualifizierungsperspektiven eröffnen. Leitungskräfte können etwa in Gesprächen mit Mitarbeitenden dieser Beschäftigtengruppen herausfinden, ob und inwiefern Interesse an Entwicklungs- und Aufstiegsperspektiven besteht und ob die Beschäftigten dafür geeignet erscheinen. Leitungskräfte können Pflegehilfs- oder Servicekräfte im Rahmen der Personalentwicklung motivieren und unterstützen, z.B. durch Zusage eines dann qualifikationsadäquaten Arbeitsplatzes. Solche Personalentwicklungsperspektiven für Pflegehilfs- und Servicekräfte fördern eine arbeitsbezogene Persönlichkeitsentwicklung, indem sie neue Lernchancen und Berufsperspektiven ermöglichen. Damit verbunden sind in der Regel gesundheitsförderliche Potenziale (vgl. Ulich & Wülser 2004). Gleichzeitig fördert dies die Bindung von Mitarbeitenden an die Einrichtung wie auch die Möglichkeit, das Qualifikationsniveau auf zu besetzenden Stellen in der Pflege zu sichern.
- Eine weitere gesundheitsförderliche Gestaltungsmöglichkeit besteht darin, psycho-physische Arbeitsbelastungen aufseiten der Pflegekräfte zu reduzieren, indem möglichst frühzeitig auf einen arbeitsbezogenen Beanspruchungswechsel geachtet wird. Maßnahmen der Qualifizierung und Kompetenzentwicklung können einen solchen Aufgaben- und Beanspruchungswechsel unterstützen. Hierfür bietet sich vor allem die Entwicklung und Gestaltung horizontaler Fachlaufbahnen für Pflegekräfte, z.B. im Bereich der Mund- und Zahnhygiene, an (vgl. Grüner et al. 2016). Die Übernahme solcher Aufgaben kann dazu beitragen, physische Belastungen von Pflegekräften abzubauen bzw. zu begrenzen. Überdies eröffnet die soziale Innovation horizontaler Fachlaufbahnen Mitarbeitenden auch die Möglichkeit, spezifische Sinnansprüche an die Pflegearbeit zu realisieren. Das Sinnerleben in der Erwerbsarbeit bildet eine zentrale gesunderhaltende Ressource (vgl. Ulich & Wülser 2004; Waltersbacher et al. 2018).

Ein wesentlicher Stressor für Pflegekräfte besteht in der unzureichenden Planbarkeit ihrer Arbeitszeit und Freizeit. Gewiss erschwert es der Personalmangel, Dienste rund um die Uhr verlässlich abdecken zu können. Gleichwohl können Führungskräfte stationärer Pflegeeinrichtungen dafür Sorge tragen, dass die Vereinbarkeit von Pflegearbeit und anderen Lebensbereichen aufseiten der Mitarbeitenden soweit wie möglich gewährleistet wird. Sie fördern damit nicht nur die Erholungsfähigkeit ihrer Beschäftigten, sondern auch deren Arbeitszufriedenheit und Bindung an die Einrichtung. Eine **gesundheitsförderliche Arbeitszeit- und Dienstplangestaltung** setzt voraus, dass Mitarbeitende an der Dienstplangestaltung beteiligt werden, ihre eigenen Wünsche einbringen können und diese soweit wie möglich umgesetzt werden. So kann zum Beispiel bei der Dienstplangestaltung die konkrete Lebenssituation von Pflegekräften berücksichtigt werden. Dies ist der Fall, wenn Einrichtungen z. B. einen zeitlich versetzten Dienstbeginn für alleinerziehende Pflegekräfte bzw. Beschäftigte mit jüngeren Kindern anbieten oder bei der Dienstplangestaltung Wünsche von Beschäftigten aufgreifen, die im privaten Umfeld pflegebedürftige Angehörige betreuen. Wenn Einrichtungen den Bedürfnissen von Pflegekräften nach verlässlich gestalteten Dienstplänen entgegenkommen, erhöht dies auch die Chancen ihrer sozialen Teilhabe, z.B. an geplanten Freizeit- bzw. Vereinsaktivitäten.

Einrichtungen können die Planbarkeit der Arbeits- und Dienstzeiten fördern, wenn sie systematische Vorkehrungen für Urlaubs-, Weiterbildungs- und Krankheitszeiten von Beschäftigten treffen. Hierzu bietet es sich an, ein transparentes Ausfallmanagement vorzusehen, das regelt, welche Pflegekräfte bei Bedarf einspringen, um solche Dienstplanlücken zu schließen. Ein **Ausfallmanagement** sollte transparente Kriterien und Regelungen umfassen, die Pflegekräften mit hinreichend zeitlichem Vorlauf ein Höchstmaß an Planbarkeit und Verlässlichkeit ihrer Ausfall- oder Ersatzdienste bieten. Durch das Ausfallmanagement sollte vermieden werden, dass Pflegekräfte kurzfristig bei abzudeckenden Diensten aus ihrer Freizeit geholt werden. Zu beachten sind bei der Gestaltung des Ausfallmanagements Gerechtigkeitskriterien. So ist darauf zu achten, dass durch das Verfahren einzelne Pflegekräfte weder bevorzugt noch benachteiligt werden. Zu klären wären zudem die mögliche Vergütung geleisteter Ersatzdienste und Bereitschaftszeiten, die nicht in Anspruch genommen werden.

Die **Interaktionsarbeit** mit und an pflegebedürftigen Bewohner:innen ist auf der einen Seite eine Quelle möglicher emotionaler Belastungen von Pflegekräften. Auf der anderen Seite bildet die Interaktionsarbeit für Pflegekräfte eine wesentliche gesunderhaltende Ressource (vgl. Zenz & Becke 2020b). Sie erleben die Interaktionsarbeit häufig als sinnstiftend; vor allem, wenn sie hinreichend Zeit für Fürsorge und Zuwendung für Bewohner:innen aufbringen können. Eine gesundheitsensible Gestaltung von Interaktionsarbeit kann daher dazu beitragen, psychische Arbeitsbelastungen abzubauen und zugleich die Gesundheitsressourcen von Pflegekräften zu stärken. Leitungskräfte können auch unter widrigen Rahmenbedingungen dazu beitragen, die Interaktionsarbeit von Pflegekräften mit und an Bewohner:innen gesundheitsensibel auszurichten. So können Leitungskräfte die Interaktionsarbeit von Pflegekräften im Pflegealltag auf vielfältige Weise anerkennen:

- Sie können beispielsweise Arbeitsaufgaben einrichtungsintern so umverteilen, dass Pflegekräfte entlastet werden, um mehr Zeit für Interaktionsarbeit zur Verfügung zu haben, z.B. die Organisation der Angehörigenkontakte durch Betreuungskräfte, wie in Zeiten der Coronakrise.
- In regelmäßigen Mitarbeitergesprächen sowie in der alltäglichen Kommunikation können sie ihre Wertschätzung für die Interaktionsarbeit der Pflegekräfte ausdrücken.
- Einrichtungsleitungen können Pflegekräften Weiterbildungen bzw. Kompetenzentwicklungsmaßnahmen anbieten, die darauf abzielen, emotionale Anforderungen der Interaktionsarbeit besser zu bewältigen (z.B. zur emotionalen Selbstregulation und individuellen Achtsamkeit oder aber zur Sterbebegleitung bzw. zur Trauerbewältigung).
- Leitungskräfte können sich dafür einsetzen, auf der Einrichtungsebene Reflexions- und Austauschräume zu schaffen, in denen Beschäftigte gemeinsam emotional belastende Arbeitssituationen reflektieren können. Beispiele hierfür sind kollegiale Fallberatungen oder Teamsupervisionen.
- Gerade im Falle der Sterbebegleitung ist es wichtig, einrichtungsintern auch Rituale vorzusehen, die Pflegekräften ermöglichen, Abschied von verstorbenen Bewohner:innen zu nehmen, die sie oft längere Zeit betreut und begleitet haben.
- Pflegeeinrichtungen sollten die Interaktionsarbeit von Pflegehilfskräften stärker anerkennen. Pflegehilfskräfte haben häufig bedingt durch ihre Aufgaben eine höhere Kontaktdauer mit den Pflegebedürftigen. Ihnen fallen daher eher kleinere Veränderungen der Bewohner:innen auf, die für eine Gesamtbewertung der Pflegefachkraft entscheidend sein können. Indem Pflegehilfskräfte darin bestärkt werden, beobachtete Auffälligkeiten bei den Bewohner:innen zu äußern, könnten Informationen verstärkt gebündelt werden und in ihrer Summe ausgewertet die Pflegefachkräfte in ihrer Verantwortung unterstützen. Hierfür ist ein regelmäßiger Kommunikationsaustausch zwischen Pflegefach- und -hilfskräften bedeutsam (vgl. Kludig 2019). Die Anerkennung der Pflegehilfskräfte wird einrichtungsintern gefördert, wenn sie so eingebunden werden. Zudem wird ihr Selbstwirksamkeitserleben in der Arbeit gestärkt, wenn sie erleben, dass die von ihnen geleistete Interaktionsarbeit dazu beiträgt, die Pflegequalität der Bewohner:innen zu erhöhen.

In der Coronakrise hat sich gezeigt, wie wichtig Netzwerke auf regionaler und überbetrieblicher Ebene für gesunderhaltende betriebliche Unterstützungsstrukturen sind. Diese Netzwerke sollten bereits in Zeiten ohne Krisen aufgebaut, weiter gefördert und nach Möglichkeit auch ausgebaut werden. So ließe sich über eine übergreifende Koordination des Einkaufs und der Lagerhaltung von Schutzausrüstung sicherstellen, dass auch kleinere Pflegeeinrichtungen in Krisenzeiten verlässlich Ausrüstungen für den Infektionsschutz und Desinfektionsmittel bevorraten bzw. erhalten können. So könnten Einrichtungen auf überbetrieblicher Ebene z.B. Einkaufsgenossenschaften bilden. Eine solche vorausschauende Bevorratung und Bereitstellung von Schutzmaterialien können Ängste der Beschäftigten, sich bei der Arbeit zu infizieren, reduzieren.

Die **überbetriebliche Vernetzung** auf Unternehmensgruppen- oder Verbandsebenen sowie mit außerbetrieblichen Institutionen, wie der Arbeitnehmerkammer, Berufsgenossenschaften, der Wohn- und Betreuungsaufsicht und den Gesundheitsämtern, erweist sich als effektiv für den Informationsaustausch und die wechselseitige Unterstützung bzw. die Beratung und Begleitung von Pflegeeinrichtungen. Es empfiehlt sich, diese Ansätze der überbetrieblichen Vernetzung auch nach der Coronakrise fortzuführen, um für zukünftige Krisen besser gewappnet zu sein. Überdies können Pflegeeinrichtungen diese positiven Vernetzungserfahrungen zur Stärkung und Weiterentwicklung ihrer gesunderhaltenden Unterstützungsstrukturen nutzen: Im Bereich der Prävention, der Gesundheitsförderung und der betrieblichen Wiedereingliederung von länger erkrankten Mitarbeitenden bieten sich z.B. Kooperationen mit Krankenkassen auf der Basis des Präventionsgesetzes sowie eine stärkere Zusammenarbeit mit regionalen gesundheitsbezogenen Akteuren, wie den Integrationsämtern, an (vgl. Pöser et al. 2017).

6.2 Arbeitsschutz und betriebliche Gesundheitsförderung

Die Gesundheit von Pflegekräften nachhaltig, d.h. auch bei sich verändernden Arbeits- und Rahmenbedingungen, zu erhalten und zu fördern, bildet ein wesentliches Merkmal betrieblicher Unterstützungsstrukturen. Wie bereits in Kapitel 2 verdeutlicht, erweist sich gerade dieser Bereich in der überwiegend klein- und mittelbetrieblich strukturierten Einrichtung der stationären Langzeitpflege als Baustelle betrieblicher Unterstützungsstrukturen. Es stellt sich die Frage, welche möglichst alltagspraktischen Ansätze des betrieblichen arbeits- und Infektionsschutzes sowie der betrieblichen Gesundheitsförderung in Pflegeeinrichtungen ohne erheblichen Zusatzaufwand entwickelt und umgesetzt werden können.

Dabei geht es zum einen um Ansätze des betrieblichen Arbeits- und Infektionsschutzes, die in der Coronakrise und in ähnlichen Pandemien erforderlich sind, um die Gesundheit von Pflegekräften und Bewohner:innen zu schützen. Geeignete Vorkehrungen umfassen etwa die betriebliche Einhaltung und Umsetzung von pandemiebezogenen Verordnungen bzw. gesetzlichen Vorgaben des Arbeits- und Infektionsschutzes, Testungen und Impfangebote sowie die

möglichst frühzeitige und ausreichende Bevorratung und Bereitstellung von Schutzkleidung, Hilfsmitteln (z.B. Desinfektionsmittel) und organisatorische Unterstützungsangebote für Beschäftigte (z.B. psycho-soziale Beratung und Unterstützung in der Krise). Eine Schlüsselbedeutung kommt im pandemiebezogenen Arbeits- und Infektionsschutz einer transparenten und möglichst kontinuierlichen betrieblichen Kommunikation und Information zu, insbesondere zur Prävention bzw. Eindämmung von Infektionen (vgl. Becke et al. 2021). Ein wirkungsvoller betrieblicher Arbeits- und Infektionsschutz setzt zudem eine entsprechende Unterweisung und Schulung von Pflegekräften sowie ihre aktive Beteiligung an der betrieblichen Umsetzung und Weiterentwicklung von Schutzkonzepten voraus. Wenn Pflegeeinrichtungen in solchen Krisensituationen Vorkehrungen im Bereich des Arbeits- und Infektionsschutzes treffen, können Mitarbeitende dies auch als Wertschätzung und Fürsorge der Leitung wahrnehmen (vgl. Becke et al. 2021).

Zum anderen gilt es, Ansätze des betrieblichen Arbeitsschutzes und der Betrieblichen Gesundheitsförderung in den Blick zu nehmen, die sich nicht auf pandemiebedingte Ausnahmesituationen richten. Solche alltagspraktischen Ansätze sollten durchaus Lehren und Erkenntnisse aus der pandemiebedingten Krisenbewältigung aufnehmen, z.B. im Bereich der betrieblichen Gesundheitskommunikation oder zur Bevorratung von Schutzkleidung. Diese Ansätze möchten wir an dieser Stelle als wichtigen Bestandteil gesunderhaltender Unterstützungsstrukturen näher beleuchten: Es empfiehlt sich, Ansätze weiterzuentwickeln, die sich durch ein hohes Maß an Praktikabilität und Anschlussfähigkeit an vorhandene betriebliche Strukturen und Prozesse auszeichnen, auf eine aktive Beteiligung von Pflegekräften und ihrer betrieblichen Interessenvertretungen setzen und Gesundheitsförderung als betriebliche Daueraufgabe verankern. Dadurch ließen sich Hindernisse, wie inhaltliche und zeitliche Überforderung sowie bürokratische Hürden, überwinden. Eine gute Grundlage dafür bildet die (psychische) **Gefährdungsbeurteilung** als zentrales Verfahren im Rahmen des deutschen Arbeitsschutzgesetzes. Sie dient dazu, für unterschiedliche Arbeitstätigkeiten gesundheitliche Gefährdungen zu ermitteln, diese zu bewerten, auf dieser Grundlage geeignete Maßnahmen zu entwickeln und durchzuführen, die Wirksamkeit der Maßnahmen zu überprüfen und sie in einem weiteren Schritt ggf. anzupassen. Die Gefährdungsbeurteilung als betriebliches Arbeitsschutzverfahren erstreckt sich auf den gesamten skizzierten Kreislaufprozess, durch dessen regelmäßige Wiederholung eine kontinuierliche Verbesserung des Arbeits- und Gesundheitsschutzniveaus erreicht werden soll (Krohn & Zwingmann 2017, 290). Die Handlungshilfe der Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege (BGW) (2006) führt diesen Kreislaufprozess der Gefährdungsbeurteilungen für Pflegeeinrichtungen näher aus und zeigt Möglichkeiten einer schlanken Dokumentation der einzelnen Prozessschritte und -ergebnisse auf, die gerade für kleinere und mittlere Pflegeeinrichtungen geeignet sind. Überbetriebliche Netzwerke, z.B. über Verbände, die sich hinsichtlich der Bewältigung neuer Anforderungen in der Krise als hilfreich erwiesen haben, ließen sich hinsichtlich eines Austauschs und gegenseitigen Unterstützens im Aufbauprozess einer Gefährdungsbeurteilung nutzen.

Wenn auf Einrichtungsebene der gesamte **Kreislaufprozess** der Gefährdungsbeurteilung vollständig durchlaufen und regelmäßig wiederholt wird, lässt sich damit eine gute Grundlage schaffen, um Arbeitsbelastungen zu reduzieren und gesundheitliche Ressourcen von Pflegekräften zu stärken. Das Verfahren der Gefährdungsbeurteilung kann so einen gesundheitsorientierten betrieblichen Veränderungsprozess fördern. Das dadurch erreichte höhere gesundheitsbezogene Schutz- und Entwicklungsniveau kann Pflegeeinrichtungen, ihre Führungskräfte und Beschäftigte dabei unterstützen, auch unvorhergesehene Krisen, wie die aktuelle Coronapandemie, besser zu bewältigen.

Die Wirksamkeit der Gefährdungsbeurteilung und ihres vollständigen Kreislaufprozesses hängt im Wesentlichen von der (direkten) Beteiligung der Pflegekräfte und ihrer Interessenvertretung sowie von verfügbaren zeitlichen Ressourcen für den betrieblichen Arbeits- und Gesundheitsschutz ab. Gerade bei recht komplexen psychischen Arbeitsanforderungen und Belastungen, wie Zeitdruck oder Arbeitsverdichtung und emotionalen Belastungen bei der Interaktionsarbeit mit und an pflegebedürftigen Menschen, kommt es darauf an, Beschäftigte als „Expert:innen ihrer Arbeit“ unmittelbar in alle Phasen dieses Kreislaufprozesses einzubinden (Krohn & Zwingmann 2017, 291 f.). Hierzu empfehlen sich neben der kollegialen Fallberatung andere niedrighschwellige und moderierte Teilnahmeverfahren, wie die DGUV-Ideentreffs (DGUV 2016), die Arbeitssituationsanalyse (BGN o.J.) oder betriebliche Gesundheitszirkel (Friczewski 2017). Schließlich können Arbeitsbelastungen und gesundheitsförderliche Lösungsideen auch in regelmäßigen Orientierungsgesprächen zwischen Mitarbeitenden und ihren unmittelbaren Führungskräften sowie im Rahmen von Pflegevisiten oder in Teamsupervisionen behandelt werden.

Da kleinere und z.T. auch mittelgroße Pflegeeinrichtungen oft nur über begrenzte personelle, zeitliche und finanzielle Ressourcen verfügen, empfiehlt es sich, vorhandene Kommunikationsstrukturen mit gesundheitsorientierten Schulungsinhalten zu verknüpfen. So können Pflegekräfte z.B. in regelmäßigen Teambesprechungen auch für eine gesundheitsorientierte Auseinandersetzung mit ihren Arbeitsbedingungen und für eine stärkere Selbstsorge sensibilisiert und geschult werden. Überdies können die genannten Teilnahmeverfahren zeitlich auch so organisiert werden, dass sie unmittelbar an regelmäßige betriebliche Kommunikationsstrukturen anschließen oder – falls möglich – darin integriert werden. Ein Beispiel hierfür ist die Durchführung eines Ideentreffs direkt im Anschluss an eine Dienst- oder Teambesprechung.

Es empfiehlt sich für Einrichtungs- und Pflegedienstleitungen, auf dem Gebiet der Förderung der Mitarbeitergesundheit externe Unterstützungsmöglichkeiten und Finanzierungsquellen zu sondieren und für konkrete betriebliche Vorhaben zu nutzen. Hierzu eignen sich z.B. Unterstützungsangebote der Krankenkassen auf Basis des Präventionsgesetzes.

Die gesunderhaltende Wirkung betrieblicher Unterstützungsstrukturen stößt in Anbetracht der ausgeprägten Ökonomisierung und Unterfinanzierung der stationären Langzeitpflege an Grenzen. Daher sind auch Handlungsempfehlungen an gesundheits- und arbeitspolitische Akteure zu richten. Zeit ist in der stationären Langzeitpflege ein besonders knappes Gut. Ein Hebel für gesunderhaltende Unterstützungsstrukturen bildet daher eine Revision der Personalbemessung, die über verrichtungs- und tätigkeitsspezifische Grundlagen hinausweisen müsste, um Zeiten für die Arbeit mit und an pflegebedürftigen Menschen (Interaktionsarbeit) angemessen berücksichtigen sowie Zeitbedarfe für Arbeitsschutz und Gesundheitsförderung zu integrieren (vgl. Zenz & Becke 2020b; Wirth et al. 2021). Ansatzpunkte hierfür bieten avancierte neue Verfahren der Personalbemessung, wie der PeBeM-Algorithmus (vgl. Rothgang et al. 2020). Allerdings weisen quantifizierende Verfahren der Personalbemessung auch Grenzen auf (vgl. Zenz & Becke 2020b; Wirth et al. 2021). So werden z.B. unsichtbare Tätigkeitselemente der Interaktionsarbeit nicht erfasst. Daher ist zusätzlich zu empfehlen, „institutionelle Ressourcen zur proaktiven Förderung von Gesundheit sowie zur Befähigung und Ermöglichung von gesunder Pflegearbeit“ (Wirth et al. 2021, 19) zu finanzieren und auf betrieblicher Ebene zu entwickeln und vorzuhalten. Solche Ressourcen könnten perspektivisch dazu verwendet werden, gesunderhaltende betriebliche Unterstützungsstrukturen weiterzuentwickeln.

7 Literaturverzeichnis

- Afentakis, A. & Maier, T. (2014): Können Pflegekräfte aus dem Ausland den wachsenden Pflegebedarf decken? Analysen zur Arbeitsmigration in Pflegeberufen im Jahre 2010. *Wirtschaft und Statistik* (3. März 2014) (S. 173-180). Wiesbaden: Statistisches Bundesamt.
- Antonovsky, A. (1987): *Unraveling the mystery of health*. San Francisco: Jossey-Bass.
- Auth, D. (2013): Ökonomisierung der Pflege – Formalisierung und Prekarisierung von Pflegearbeit. *WSI-Mitteilungen* 66: 412-422.
- Baethge, A. & Rigotti, T. (2013): *Auswirkung von Arbeitsunterbrechungen und Multitasking auf Leistungsfähigkeit und Gesundheit – Eine Tagebuchstudie bei Gesundheits- und KrankenpflegerInnen*. Dortmund: BAUA.
- Bamberg, E., Mohr, G. & Steinmetz, B. (2012): *Arbeit und Gesundheit – Wirkung von Arbeit*; in: E. Bamberg, G. Mohr & C. Busch (Hrsg.): *Arbeitspsychologie* (S. 113-133). Göttingen, Bern et al.: Hogrefe.
- Becka, D., Evans, M., Hilbert, J., Merkel, S. & Schmidt, C. (2018): *Gesundheitswirtschaft in Bremen – Befunde und Perspektiven*. Studie im Auftrag der Arbeitnehmerkammer Bremen. Bremen.
- Becke, G. & Bleses, P. (2016): *Pflegepolitik ohne Arbeitspolitik? Entwicklungen im Feld der Altenpflege*. *Jahrbuch Christliche Sozialwissenschaft* 57: 105-126
- Becke, G., Bleses, P. & Schmidt, S. (2010): *Nachhaltige Arbeitsqualität – Ein Gestaltungskonzept für die betriebliche Gesundheitsförderung in der Wissensökonomie*. *Wirtschaftspsychologie* 12: 60-68
- Becke, G., Pöser, S. & Zenz, C. (2021): *Organisationale Resilienz und Gesunderhalt in der Corona-Krise*; in: B. Badura, A. Ducki, H. Schröder, J. Klose, M. Meyer (Hrsg.) *Fehlzeiten-Report 2021. Prävention jetzt!* Berlin: Springer (im Erscheinen).
- Becke, G. & Wehl, R. (2016): *Generationengerechtigkeit als Schlüssel für betriebliche Sozialinnovationen*; in: G. Becke, P. Bleses, F. Frerichs, M. Goldmann, B. Hinding & M.K.W. Schweer (Hrsg.): *Zusammen – Arbeit – Gestalten. Soziale Innovationen in sozialen und gesundheitsbezogenen Dienstleistungen* (S. 223-240). Wiesbaden: Springer VS.
- Benedix, U., Hammer, G., Medjedović, I. & Schröder, E. (2013): *Arbeitskräftebedarf und Personalentwicklung in der Pflege. Eine Erhebung im Land Bremen*. Schriftenreihe Arbeit und Wirtschaft in Bremen, Ausgabe 3. Bremen: Institut Arbeit und Wirtschaft.
- Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege (BGW) (2006): *Gefährdungsbeurteilung in der Pflege*. Hamburg: BGW .
- Berufsgenossenschaft Nahrungsmittel und Gastgewerbe (BGN) (o.J.): *Die Arbeitssituationsanalyse. Arbeit gesund gestalten. Mitarbeiter und Führungskräfte einbinden*. Mannheim: BGN.
- Bleses, P., Busse, B. & Friemer, A. (2020): *Digitalisierung der Arbeit in der Langzeitpflege als Veränderungsprojekt*. Berlin: Springer Vieweg.
- Bleses, P. & Friemer, A. (2021): *Nachhaltige Beschäftigungsfähigkeit in digitalisierten Arbeitswelten – das Beispiel ambulante Pflege*; in: G. Becke & P. Bleses (Hrsg.): *Interdependenzen von Arbeit und Nachhaltigkeit*. Weinheim: BeltzJuventa (im Erscheinen).
- Blume, A., Walter, U., Bellmann, R. & Wellmann, H. (2011): *Betriebliche Gesundheitspolitik – eine Chance für die Mitbestimmung. Potenziale, Hemmnisse und Unterstützungsmöglichkeiten*. Berlin: Edition Sigma.
- Böhle, F., Stöger, U. & Wehrich, M. (2015a): *Interaktionsarbeit gestalten. Vorschläge und Perspektiven für humane Dienstleistungen*. Hans-Böckler-Stiftung (Hrsg.). Berlin: Edition Sigma.
- Böhle, F., Stöger, U. & Wehrich, M. (2015b). *Wie lässt sich Interaktionsarbeit menschengerecht gestalten? Zur Notwendigkeit einer Neubestimmung*. *Arbeits- und Industriesoziologische Studien*. 8: 37-54

- Braun, B. (Hrsg.). (2018). hkk Gesundheitsreport 2018. Fehlzeiten. Eine Analyse mit hkk Routinedaten von Dr. Bernhard Braun. Bremen. Zugriff am 16.05.2019. Verfügbar unter: <https://www.hkk.de/infomaterial/hkk-gesundheitsreport#hkkgesundheitsreports> [11.05.2021].
- Brause, M., Horn, A., Büscher, A. & Schaeffer, D. (2010): Gesundheitsförderung in der stationären Langzeitversorgung – Teil II. Bielefeld: Institut für Pflegewissenschaft an der Universität Bielefeld (IPW).
- Bundesministerium für Bildung und Forschung (o.A.). Ältere Menschen. Viele Erkrankungen werden mit dem Alter häufiger. Verfügbar unter: <https://www.gesundheitsforschung-bmbf.de/de/viele-erkrankungen-werden-mit-dem-alter-haufig-6786.php> [11.05.2021].
- Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung Spitzenverband (DGUV) (2016): Gesund und fit im Kleinbetrieb. So geht's mit Ideen-Treffen. Tipps für Wirtschaft, Verwaltung und Dienstleistung. Berlin: DGUV.
- DGB (2018). Arbeitsbedingungen in der Alten- und Krankenpflege. Verfügbar unter: <https://index-gute-arbeit.dgb.de/++co++fecfee2c-a482-11e8-85a5-52540088cada> [12.03.2021]
- Ducki, A. (2017): „Nervöse Systeme“ - Leben in Zeiten der Krise: Ein Überblick. Editorial; in: Bernhard Badura, Antje Ducki, Hartmut Schröder, Joachim Klose, Markus Meyer (Hrsg.) Fehlzeiten-Report 2017. Krise und Gesundheit. Ursachen, Prävention, Bewältigung (S. 1-8). Berlin: Springer.
- Ehrentraut, O., Huschik, G., Moog, S. & Sulzer, L. (2019): Langzeitpflege im Wandel. Pflegebedarfe, Pflegeberufe, Pflegefinanzierung. Gütersloh: Bertelsmann Stiftung. Verfügbar unter: https://www.bertelsmann-stiftung.de/fileadmin/files/BSt/Publikationen/GrauePublikationen/VV_Langzeitpflege_final.pdf [06.04.2021]
- Eisenberger, R., Huntington, R., Hutchison, S., & Sowa, D. (1986). Perceived organizational support. *Journal of Applied Psychology*, 71(3), 500 - 507. <https://doi.org/10.1037/0021-9010.71.3.500>
- Franke, F., Ducki, A. & Felfe, J. (2015): Gesundheitsförderliche Führung; in: J. Felfe (Hrsg.): Trends der psychologischen Führungsforschung. Neue Konzepte, Methoden und Erkenntnisse (S. 253-264). Göttingen et al.: Hogrefe.
- Friczewski, F. (2017): Partizipation im Betrieb: Gesundheitszirkel & Co. In: Gudrun Faller (Hrsg.): Lehrbuch Betriebliche Gesundheitsförderung (S.243-252). Bern (3. Auflage): Hogrefe.
- Fromm, C. & Pröll U. (unter Mitarbeit von A. Dehne & E. Hilf) (2000): Gesundheit und Sicherheit im Kleinbetrieb. Präventive Potenziale der kleinbetrieblichen Arbeitswelt und Möglichkeiten ihres systematischen Ausbaus. Dortmund: TU Dortmund/Sozialforschungsstelle Dortmund.
- GBE-Bund (2015): Gesundheitsberichterstattung des Bundes: Datenquelle. Pflegestatistik des Statistischen Bundesamts 2013, Verfügbar unter: <https://www.gbe-bund.de> [30.11.2015]
- Gerlmaier, Anja (2006): Nachhaltige Arbeitsgestaltung in der Wissensökonomie? Zum Verhältnis von Belastungen und Autonomie in neuen Arbeitsformen; in: Steffen Lehnendorff (Hrsg.): Das Politische in der Arbeitspolitik. Ansatzpunkte für eine nachhaltige Arbeits- und Arbeitszeitgestaltung (S. 71-98). Berlin: Edition Sigma.
- Giddens, A. (1988): Die Konstitution der Gesellschaft. Grundzüge einer Theorie der Strukturierung. Frankfurt/M., New York: Campus.
- Greiner, B. A. (1998): Der Gesundheitsbegriff; in: Eva Bamberg, Antje Ducki, Anna-Marie Metz (Hrsg.): Handbuch Betriebliche Gesundheitsförderung (S. 39-55). Göttingen: Verlag für Angewandte Psychologie.
- Grohs, S. & Bogumil, J. (2011): Management sozialer Dienste; in: Adalbert Evers, Rolf G. Heinze & Thomas Olk (Hrsg.): Handbuch Soziale Dienste (S. 299-314). Wiesbaden: VS Verlag.
- Grüner, T., Werner, A.-C., Frerichs, F. & Schorn, N. K. (2016): Fachlaufbahnen in der Altenpflege als soziale Innovation; in: G. Becke, P. Bleses, F. Frerichs, M. Goldmann, B. Hinding & M.K.W. Schweer (Hrsg.): Zusammen – Arbeit – Gestalten. Soziale Innovationen in sozialen und gesundheitsbezogenen Dienstleistungen (S. 145-162). Wiesbaden: Springer VS.

- Gunkel, L., Böhm, S. & Tannheimer, N. (2014): Resiliente Beschäftigte – eine Aufgabe für Unternehmen, Führungskräfte und Beschäftigte. In B. Badura et al. (Hrsg.), Fehlzzeiten-Report 2014 : Erfolgreiche Unternehmen Von Morgen - Gesunde Zukunft Heute Gestalten. Berlin/Heidelberg: Springer.
- Hehlmann, T., Schmidt-Semisch & H., Schorb, F. (2018): Soziologie der Gesundheit. München: UVK.
- Hielscher, V., Nock, L., Kirchen-Peters, S., & Blass, K. (2013): Zwischen Kosten, Zeit und Anspruch: Das alltägliche Dilemma sozialer Dienstleistungsarbeit. Wiesbaden: Springer VS.
- Hien, W. (2009): Pflegen bis 67? Die gesundheitliche Situation älterer Pflegekräfte. Frankfurt/Main: Mabuse-Verlag.
- Höhmann, U., Lauxen, O., Schwarz, L., (2018): Gestaltungskompetenzen im Pflegealltag stärken. arbeitsprozessintegrierte Kompetenzentwicklung in der Pflege. Frankfurt am Main: Mabuse-Verlag.
- Institut DGB-Index Gute Arbeit (2018). Arbeitsbedingungen in der Alten- und Krankenpflege. So beurteilen die Beschäftigten die Lage. Ergebnisse einer Sonderauswertung der Repräsentativumfragen zum DGB-Index Gute Arbeit. Verfügbar unter: <https://index-gute-arbeit.dgb.de/++co++fecfee2c-a482-11e8-85a5-52540088cada> [01.04.2021]
- Jacobs, K., Kuhlmeier, A., Greß, S., Klauber, J. & Schwinger, A. (2019): Pflege-Report 2019. Mehr Personal in der Langzeitpflege - aber woher? Berlin: Springer.
- Jürgens, K. (2015): Zusammenhänge anerkennen: Für eine Neuordnung von Arbeit und Leben. In R. Hoffmann & C. Bogedan (Hrsg.), Arbeit der Zukunft. Möglichkeiten nutzen – Grenzen setzen (S. 289-310). Frankfurt/M.: Campus.
- Klauer, T. (2009). Soziale Unterstützung. In J. Bengel & M. Jerusalem (Hrsg.), Handbuch der Gesundheitspsychologie und medizinischen Psychologie (S 80-85). Göttingen: Hogrefe.
- Kludig, R. (2019): Die Gesundheit von Pflegekräften in der ambulanten Pflege. Einfluss von arbeitsvor- und -nachbereitenden Kommunikation. Schriftenreihe Institut Arbeit und Wirtschaft ; 26.
- Kocks, A. (2019): Kollegiale Beratung in der Pflege. Pflege 72: 26-28
- Kocks, A. & Segmüller, T. (2019): Kollegiale Beratung im Pfltegeteam. Implementieren – Durchführen – Qualität sichern. Wiesbaden: Springer.
- Köllner, V. (2015): Psychisch krank in der Pflege - Psychische Belastungen durch den Beruf, Möglichkeiten zu Prävention und Rehabilitation. WiSo direkt Analysen und Konzepte zur Wirtschafts- und Sozialpolitik.
- Krause, A. & Dorsemagen, C. (2017): Neue Herausforderungen für die Betriebliche Gesundheitsförderung durch indirekte Steuerung und interessierte Selbstgefährdung, in: Gudrun Faller (Hrsg.): Lehrbuch Betriebliche Gesundheitsförderung, 3. Auflage, (S. 153-164). Bern: Hogrefe.
- Krohn, M. & Zwingmann, B. (2017): Die Beurteilung der Arbeitsbedingungen: Konzeptionelle Grundlagen zur Weiterentwicklung der Gefährdungsbeurteilung. Zeitschrift für Arbeitswissenschaft 71: 289-295
- Krupp, E., Hielscher, V. & Kirchen-Peters, S. (2020): Betriebliche Gesundheitsförderung in der Pflege – Umsetzungsbarrieren und Handlungsansätze; in: Klaus Jacobs, Adelheid Kuhlmeier, Stefan Greß, Jürgen Klauber, Antje Schwinger (Hrsg.): Pflege-Report 2019. Mehr Personal in der Langzeitpflege - aber woher? (S. 113-122). Berlin: Springer.
- Kumbruck, C. (2008): Das Ethos fürsorglicher Praxis – in der stationären und ambulanten Pflege. In: Senghaas-Knobloch, E. & Kumbruck, C. (Hg.): Vom Liebesdienst zur liebevollen Pflege (Loccumer Protokolle 80/07). Rehburg-Loccum: Evangelische Akademie Loccum, 39-52.
- Kumbruck, C. & Senghaas-Knobloch, E. (2019): Die Grenzen instrumenteller Verfügbarkeit von Subjektivität – Einsichten aus der Arbeitswelt der Pflege (S. 131-165); in: Fritz Böhle & Eva Senghaas-Knobloch (Hrsg.): Andere Sichtweisen auf Subjektivität. Impulse für kritische Arbeitsforschung. Wiesbaden: Springer VS.

- Kunze, D. (2017): Betriebliche Gesundheitsförderung in der Alten- und Krankenpflege; in: Eva Bamberg, Antje Ducki, Anna-Marie Metz (Hrsg.): Gesundheitsförderung und Gesundheitsmanagement in der Arbeitswelt. Ein Handbuch (S. 595-613). Göttingen et al.: Hogrefe.
- Kunze D., Ducki, A. & Brandt, M. (2016): Ressourcenstärkend führen: Ein Leitfaden für Kleinbetriebe. In: Felfe J, van Dick R (Hrsg) Handbuch Mitarbeiterführung. Wirtschaftspsychologisches Praxiswissen für Fach- und Führungskräfte (S. 169-182). Berlin, Heidelberg: Springer.
- Lamnek, S. & Krell, C. (2010): Qualitative Sozialforschung. Lehrbuch Grundlagen Psychologie, 5., überarb. Aufl. Weinheim: Beltz.
- Lübker, M. & Zucco, A. (2020): Was ist wichtig? Die Corona-Pandemie als Impuls zur Neubewertung systemrelevanter Sektoren. WSI-Mitteilungen 73: 472-484
- Massini G. (2019) Das Modell aus Klarheit, Wertschätzung und Motivation. In: Klarheit und Wertschätzung in der Führung. essentials (S. 9-12). Springer Gabler: Wiesbaden. https://doi.org/10.1007/978-3-658-23353-2_3
- Mayer-Ahuja, N. & Detje, R. (2020): „Solidarität“ in Zeiten der Pandemie: Potenziale für eine neue Politik der Arbeit? WSI-Mitteilungen 73: 493-500
- Mayring, P. (2015): Qualitative Inhaltsanalyse. Grundlagen und Techniken. 12., überarb. Aufl., Weinheim: Beltz. Verfügbar unter: http://www.content-select.com/index.php?id=bib_view&ea.. [16.02.2021]
- Medjedović, I. (2014): Gute Arbeit und Strukturwandel in der Pflege. Gestaltungsoptionen aus Sicht der Beschäftigten. Schriftenreihe Arbeit und Wirtschaft in Bremen, Ausgabe 6. Bremen: Institut Arbeit und Wirtschaft.
- Meyer, J. P. & Allen, N. J. (1997): Commitment in the Workplace. Theory, Research, and Application. Thousand Oaks, London. New Delhi: Sage.
- Pöser, S., Becke, G. & Schwerdt, C. (2017): Psychische Gesundheitsrisiken als Herausforderung für das Betriebliche Eingliederungsmanagement (BEM). Problemfelder, Gestaltungsbedarfe und -ansätze für betriebliche Akteure. Schriftenreihe Arbeit und Wirtschaft in Bremen, Ausgabe 19. Bremen: Institut Arbeit und Wirtschaft.
- Promberger, M. (2020): Resilienz: Was Organisationen und Regierungen aus der Corona-Krise lernen können. WSI-Mitteilungen 73: 462-467
- Richter, P., Buruck, G., Nebel, C. & Wolf, S. (2011): Arbeit und Gesundheit – Risiken, Ressourcen und Gestaltung; in: Eva Bamberg, Antje Ducki & Anna-Marie Metz (Hrsg.): Gesundheitsförderung und Gesundheitsmanagement in der Arbeitswelt. Ein Handbuch (S. 25-59). Göttingen, Bern et al.: Hogrefe.
- Richter, M., Kliner, K. & Rennert, D. (2018b). Stationäre Versorgung. In F. Knieps & H. Pfaff (Hrsg.), BKK Gesundheitsreport 2018. Arbeit und Gesundheit Generation 50+ (S. 225 - 291). Berlin: Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft.
- Rhoades, L., & Eisenberger, R. (2002): Perceived organizational support: A review of the literature. Journal of Applied Psychology, 87(4), 698 - 714. <https://doi.org/10.1037/0021-9010.87.4.698>
- Rothgang, H., Cordes, J., Fünfstück, M., Heinze, F., Kalwitzki, T., Stolle, C., Kloep, S. Krempa, A., Matzner, L., Zenz, C., Sticht, S., Görres, S., Darmann-Finck, I., Wolf-Ostermann, K., Brannath, W. & Becke, G. (2020a): Abschlussbericht im Projekt Entwicklung und Erprobung eines wissenschaftlich fundierten Verfahrens zur einheitlichen Bemessung des Personalbedarfs in Pflegeeinrichtungen nach qualitativen und quantitativen Maßstäben gemäß §113c SGB XI (PeBeM). Bremen: SOCIUM Forschungszentrum Ungleichheit und Sozialpolitik. Verfügbar unter : <https://doi.org/10.26092/elib/294> [29.03.2020]
- Rothgang, H., Fünfstück, M., Kalwitzki, T., Stolle, C. (2020b): Personalbemessung in der stationären Langzeitpflege. In T. Gaertner, S. Knoblich, T. Muck & M. Rieger (Hrsg.), Die Pflegeversicherung. Handbuch zur Begutachtung, Qualitätsprüfung, Beratung und Fortbildung, 4., aktualisierte, überarbeitete und umfassend erweiterte Auflage. Berlin: de Gruyter.

- Rothgang, H. Wolf-Ostermann, K., Domhoff, D., Friedrich, A.-D. Heinze, F., Preuß, B., Schmidt, A., Seiber, K., Stolle, C. (2020c): Zur Situation der Langzeitpflege in Deutschland während der Corona-Pandemie. Ergebnisse einer Online-Befragung in Einrichtungen der (teil)stationären und ambulanten Langzeitpflege. Verfügbar unter: <https://www.uni-bremen.de/fb11/corona-update-fb11/zur-situation-der-langzeitpflege-in-deutschland-waehrend-der-corona-pandemie> [16.03.2021]
- Schroeder, W. (2017): Altenpflege zwischen Staatsorientierung, Markt und Selbstorganisation. WSI-Mitteilungen 70: 189-196
- Schroeder, W. (unter Mitarbeit von Christine Ludwig, Benedikt Schreiter, Florian Steinmüller, Oliver D'Antonio, Sascha Kristin Futh & Katarina Pollner) (2017): Kollektives Beschäftigtenhandeln in der Altenpflege. Reihe Study, Bd. 373. Düsseldorf: Hans-Böckler-Stiftung.
- Senghaas-Knobloch, E. (2014): Das Ethos guter Pflege unter Marktbedingungen. Zwischen neuen Leistungsanforderungen und der Suche nach Anerkennung. WISO 37: 21-37
- Siegrist, J. (2014): Arbeitswelt und stressbedingte Erkrankungen. Forschungsevidenz und präventive Maßnahmen. München: Elsevier.
- Simon, M., Tackenberg, P., Hasselhorn, H.-M., Kümmerling, A., Büscher A. & Müller, B.H. (2005): Auswertung der ersten Befragung der NEXT-Studie in Deutschland. Universität Wuppertal. Verfügbar unter: <http://www.next.uni-wuppertal.de> [29.01.2021]
- Statistisches Bundesamt (2021): Datenreport 2021. Kapitel 9.1.3: Pflege. Statistisches Bundesamt: Wiesbaden.
- Statistisches Landesamt Bremen (2021): Fachsheet Pflegestatistik 2017 Land Bremen. Bremen.
- Theobald, H., Szebehely, M. & Preuß, M. (2013): Arbeitsbedingungen in der Altenpflege: Die Kontinuität der Berufsverläufe – ein deutsch-schwedischer Vergleich. Berlin: Edition Sigma.
- Tietze, K.-O. (2018): Kollegiale Beratung – Problemlösungen gemeinsam entwickeln. Reinbek: rororo.
- Ulich, E. & Wülser, M. (2004): Gesundheitsmanagement in Unternehmen. Arbeitspsychologische Perspektiven. Wiesbaden: Gabler.
- Waltersbacher, A., Zok, K., Böttger, S. J. & Klose, J. (2018): Sinnerleben bei der Arbeit und der Einfluss auf die Gesundheit; in: B. Badura, A. Ducki, H. Schöder, J. Klose & M. Meyer (Hrsg.): Fehlzeiten-Report 2018. Sinn erleben – Arbeit und Gesundheit (S. 23-46). Berlin: Springer.
- Wirth, L. M.; Ruppert, N., Schilke, K., John, S. M., Büscher, A. & Hülsken-Gieseler, M. (2021): Gesunde Personalbemessung: Arbeitsschutz und Gesundheitsförderung in Kontexten der systematischen Personalbemessung für die Pflege (GePAG. Abschlussbericht im Auftrag der Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege (BGW). Osnabrück: Universität Osnabrück.
- Zenz, C. & Becke, G. (2020a): Das Teilvorhaben ‚Interaktionsarbeit in der stationären Langzeitpflege‘. In H. Rothgang, et al., Anlagenband Abschlussbericht PeBem. Verfügbar unter: <https://doi.org/10.26092/elib/294> [09.04.2021].
- Zenz, C. & Becke, G. (2020b): „Fertig wird man eigentlich nie“ – Zeitpraktiken und -wünsche von Pflegekräften zur Interaktionsarbeit. Schriftenreihe Arbeit und Wirtschaft in Bremen, Ausgabe 30. Bremen: Institut Arbeit und Wirtschaft.

Impressum

Herausgeber

Institut Arbeit und Wirtschaft (iaw)
Universität/Arbeitsnehmerkammer Bremen
Wiener Straße 9
28359 Bremen

Arbeitsnehmerkammer Bremen
Bürgerstraße 1
28195 Bremen

Umschlaggestaltung

GfG/Gruppe für Gestaltung, Bremen

Titelfotos

fotolia.com/Dan Race
fotolia.com/CHW
fotolia.com/auremar
fotolia.com/Carl-Juergen Bautsch

Lektorat

Martina Kedenburg

Druck

Brüggemann, Bremen

1. Auflage 2021
ISSN: 2195-7266

Bestellung

Institut Arbeit und Wirtschaft (iaw)
Geschäftsstelle
Telefon 0421.218-61704
iaw-info@uni-bremen.de

Die Arbeitsnehmerkammer Bremen vertritt als Körperschaft des öffentlichen Rechts die Interessen der im Land Bremen beschäftigten Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer. Um diesem gesetzlichen Auftrag auf der Basis aktueller wissenschaftlicher Forschungsergebnisse umfassend gerecht zu werden, kooperiert die Arbeitsnehmerkammer mit der Universität Bremen. Teil dieser Kooperation ist das Institut Arbeit und Wirtschaft (iaw), das gemeinsam von beiden Häusern getragen wird. Schwerpunkte des iaw sind die Erforschung des Strukturwandels von Arbeit, Wirtschaft und Gesellschaft, insbesondere in seinen Auswirkungen auf Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer. Im Rahmen dieser Reihe werden die Forschungsergebnisse, die aus der Kooperation zwischen Arbeitsnehmerkammer und iaw hervorgehen, veröffentlicht.

Arbeitnehmerkammer Bremen
Bürgerstraße 1
28195 Bremen
Telefon 0421.3 63 01-0
Telefax 0421.3 63 01-89
info@arbeitnehmerkammer.de
www.arbeitnehmerkammer.de

iaw – Institut Arbeit und Wirtschaft
Universität Bremen
Wiener Straße 9
28359 Bremen
Telefon 0421.2 18-6 17 04
Telefax 0421.2 18-6 17 07
iaw-info@uni-bremen.de
www.iaw.uni-bremen.de



Gemeinsam stärker! **Betriebliche Unterstützungsstrukturen für** **Beschäftigte in der Langzeitpflege**

Die Corona-Krise hat vor Augen geführt, dass sich die ohnehin schon hohen psychischen und auch physischen Arbeitsbelastungen in der stationären Langzeitpflege noch weiter erhöht haben. Zugleich hat die Corona-Krise aber auch verdeutlicht, wie wichtig betriebliche Unterstützungsstrukturen sind – nicht nur, um die Krise zu bewältigen, sondern auch um die Gesundheit von Beschäftigten zu erhalten.

Das Institut Arbeit und Wirtschaft hat hierzu in mehreren qualitativen Betriebsfallstudien untersucht, was betriebliche Unterstützungsstrukturen in der stationären Langzeitpflege ausmacht und wie ihre gesundheitsförderlichen Gestaltungspotenziale weiterentwickelt werden können.

In den Fallstudien wurden relevante gesundheitliche Ressourcen betrieblicher Unterstützungsstrukturen für Beschäftigte identifiziert. Beispiele hierfür sind eine transparente Kommunikationsgestaltung, eine unterstützende Führung, ein starker Teamzusammenhalt, Beteiligungs- und Reflexionsräume vorzusehen sowie eine Vernetzung mit anderen außerbetrieblichen Akteuren. Aus der qualitativen Untersuchung werden Handlungsempfehlungen für die Praxis abgeleitet. Im Mittelpunkt stehen Gestaltungshinweise zur Entwicklung gesundheitsförderlicher Unterstützungsstrukturen.