

# Gerechtigkeit und Gesundheit in der Pflege



Dr. Christiane Perschke-Hartmann

## Zu meiner Person:

- Dipl. Sozialwissenschaftlerin, Soziologin M.A., Systemische Beraterin (SG), Qualitätsmanagerin im Gesundheitswesen (DGQ), Beraterin für betriebliches Gesundheitsmanagement (Univ. Bielefeld)
- Wissenschaftliche Mitarbeiterin in medizinsoziologischer und politikwissenschaftlicher Forschung
- Beraterin für BGM bei der AOK Niedersachsen
- Wissenschaftliche Mitarbeiterin am Institut für interdisziplinäre Arbeitswissenschaft, wirtschaftswissenschaftliche Fakultät der Leibniz Universität Hannover ([www.wa.uni-hannover.de](http://www.wa.uni-hannover.de))



# Theorieansätze zum Zusammenhang zwischen Gesundheit und Gerechtigkeit



## Gesundheit und Gerechtigkeit

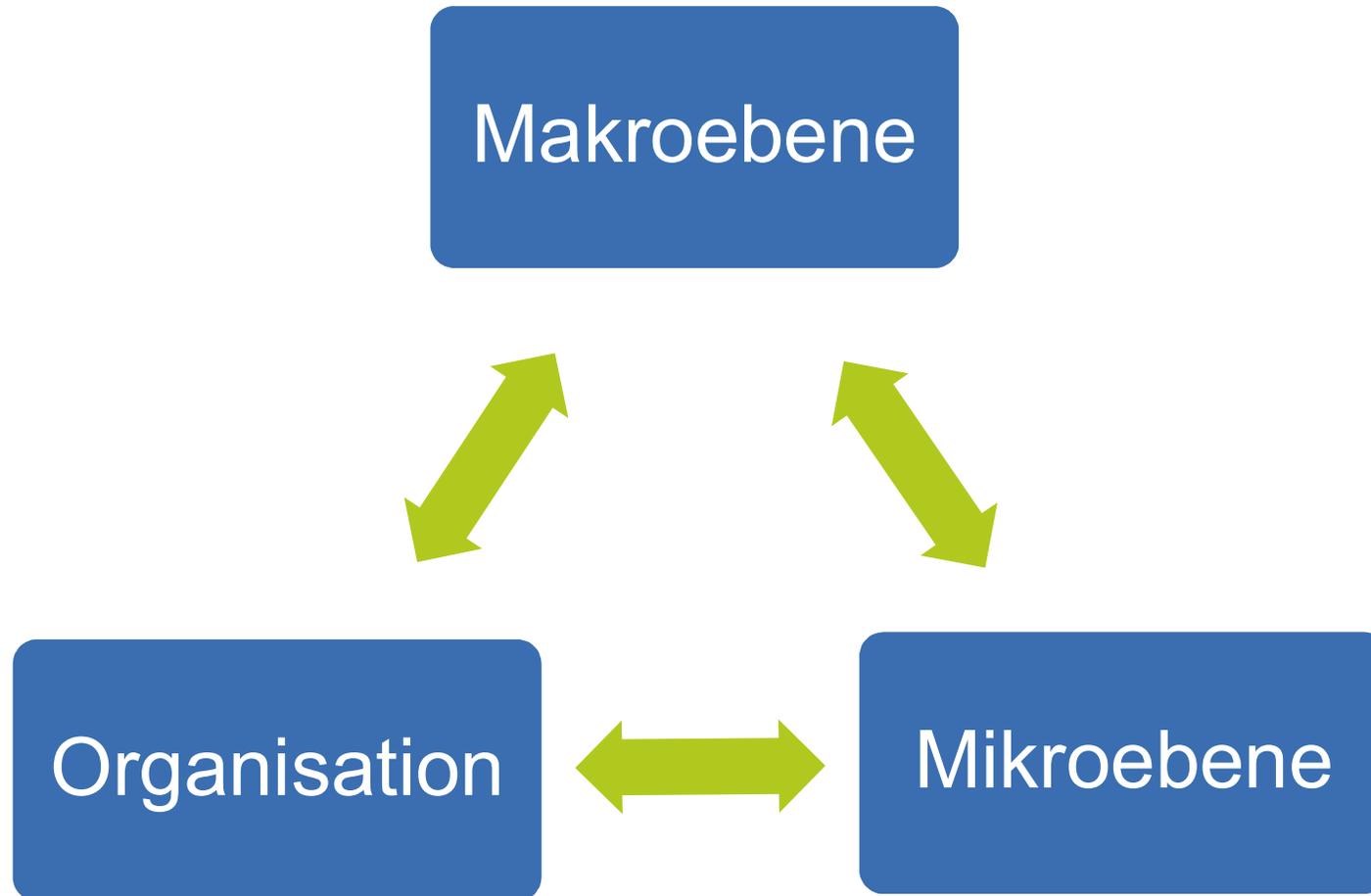
- unterschiedliche Konzepte zu Gerechtigkeit in Bezug zu Arbeit und Gesundheit:
  - Reziprozitätserwartungen: Engagement/ Motivation gegen Gratifikationen (berufliche Gratifikationskrisen; Siegrist)
  - Prozedurale, distributive und interaktionale Fairness in Organisationen (organisationale Gerechtigkeit; Colquitt)
  - „psychologischer Arbeitsvertrag“ (D. Rousseau)
  - Güte des hierarchiehomogenen als auch –heterogenen Umgangs miteinander in einer Organisation als auch die Bedeutung von Unternehmenswerten (Sozialkapital; Badura)
- Gemeinsam ist ihnen, dass Gerechtigkeit ein subjektiver Prozess ist und die Wahrnehmung von Gerechtigkeit auf der Ebene des Individuums beginnt
- Auswirkungen auf die Gesundheit werden der subjektiv wahrgenommenen und nicht der objektiv erfassten Fairness zugeschrieben

## Gerechtigkeit und Gesundheit in der Pflege

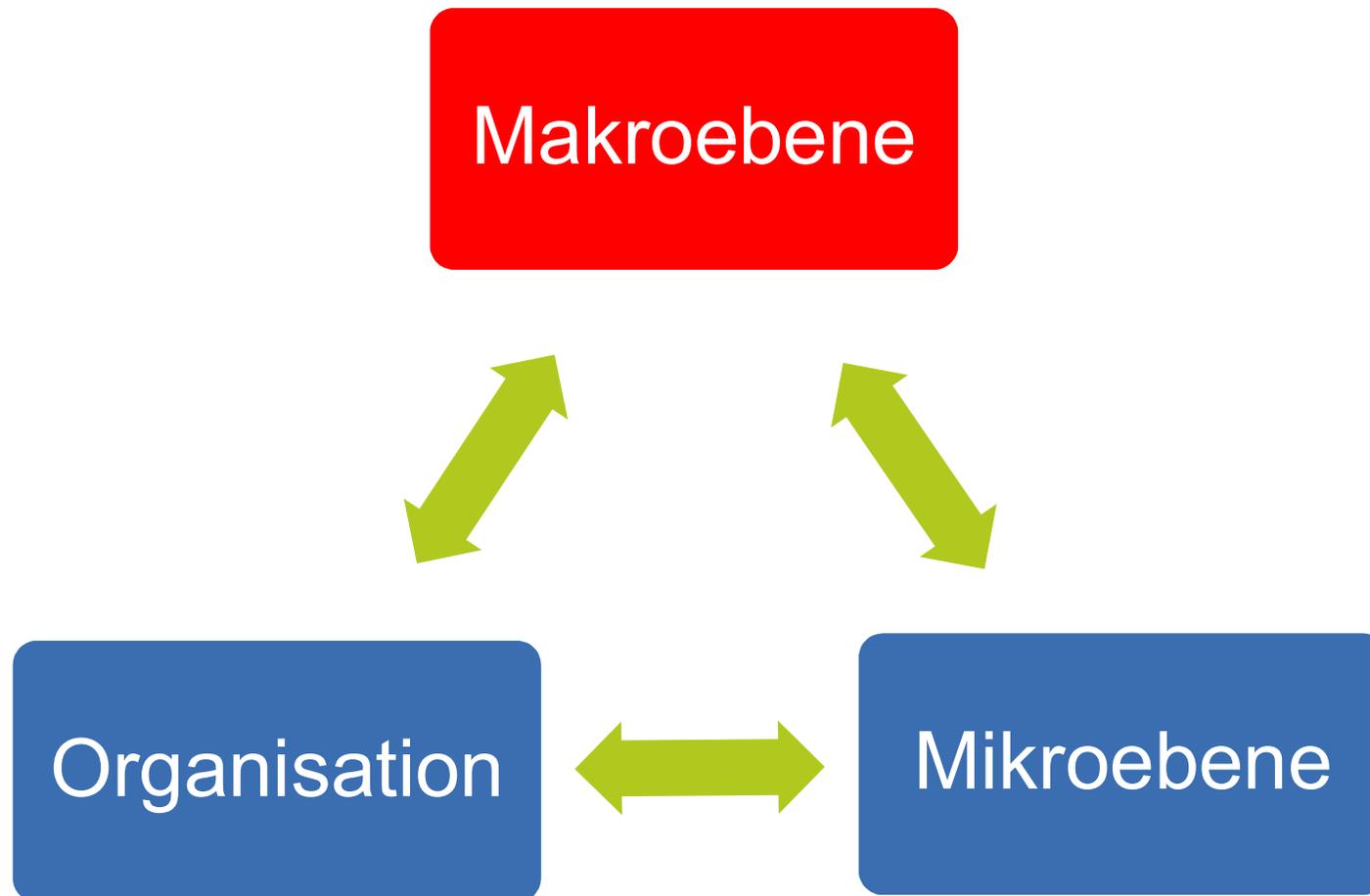
- Welche Belastungen und Ressourcen weist Pflege auf?
- Ist deren Verteilung gerecht oder Gegenstand von Auseinandersetzungen in Betrieben?
- Wie können Gerechtigkeit und gesundheitliche Chancengleichheit im BGM verhandelt und gefördert werden?
- Welche Grenzen gibt es für BGM in der Pflege?



## Belastungsfaktoren in der Pflege



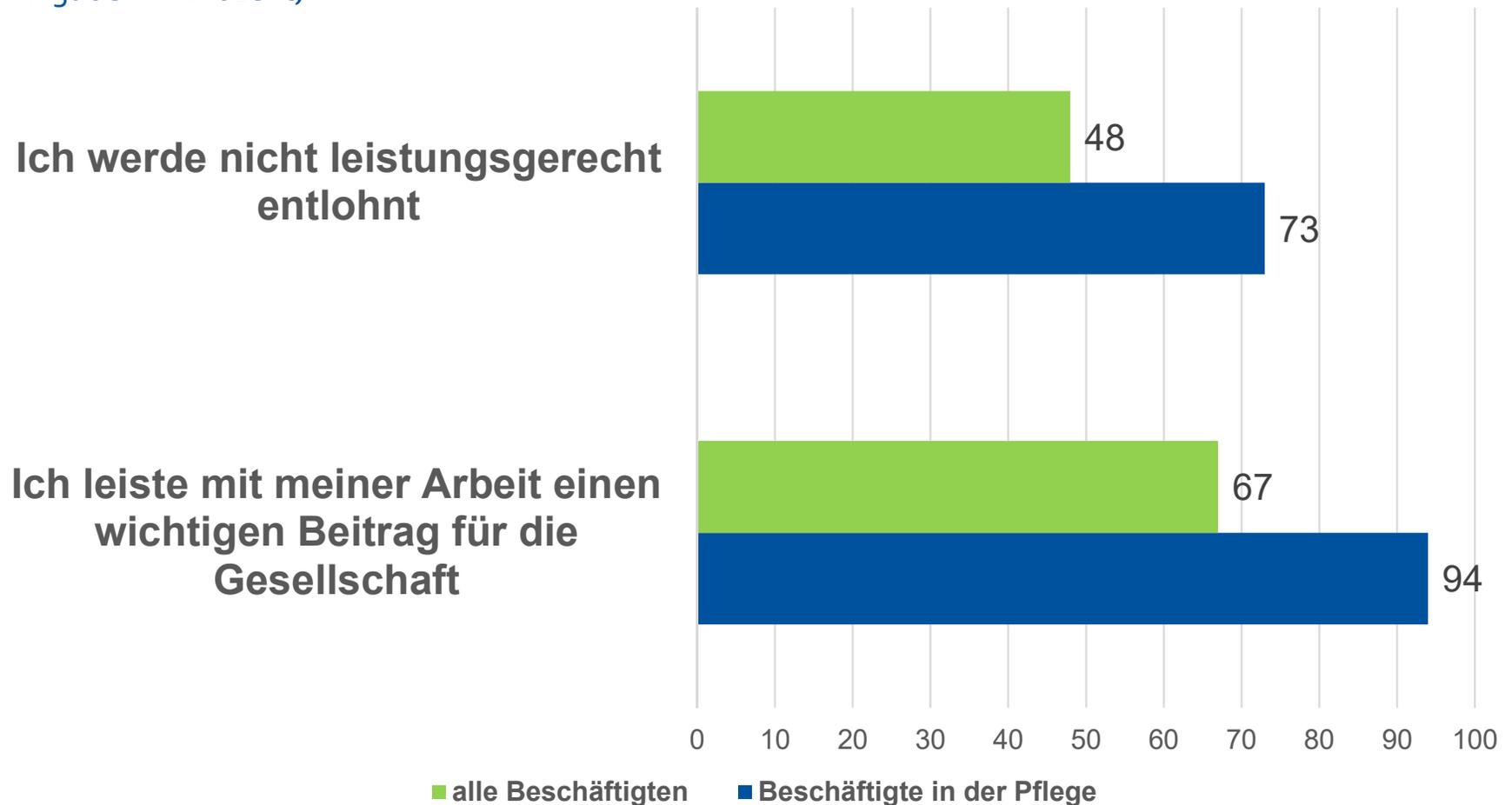
## Belastungsfaktoren in der Pflege



## Belastungsfaktoren auf der Makroebene

- Geringschätzung durch Unterbezahlung:
  - Der überwiegende Teil der Beschäftigten in der Pflege (73%) bewertet die Entlohnung als nicht leistungsgerecht (im Vergleich dazu: 48% aller Beschäftigten) (DGB Index Gute Arbeit 2018)
  - Tarifungleichheit zwischen den Pflegeberufen, Trägern und Bundesländern (Isfort et al. 2018 „Pflege-Thermometer“, destatista)
- hoher Anteil an Frauen (84% Alten- und 80% Krankenpflege in 2018, destatista) und Teilzeitbeschäftigten (56% Alten-, 43% Krankenpflege in 2019, destatista) in der Pflege („Dienstleistungsprekariat“ Reckwitz 2019, Bahl 2014)
- Dramatischer Fachkräftemangel
- Demographischer Wandel und Zunahme demenziell Erkrankter
- Zunehmende Bürokratisierung und Dokumentationsverpflichtung

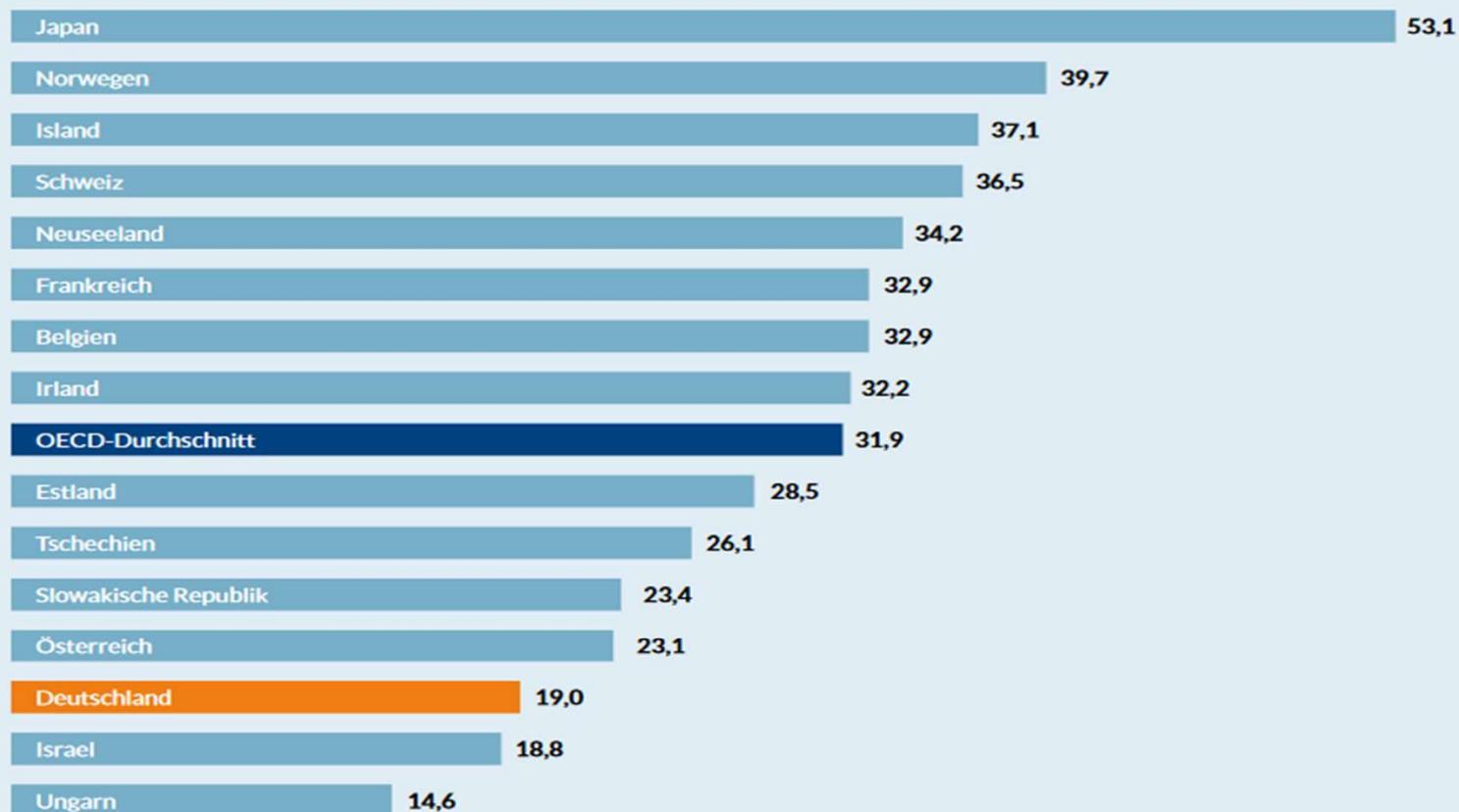
„Knochenjob Pflege“ (DGB Index Gute Arbeit 2018; Sonderauswertung der telefonischen Repräsentativumfragen von 2012–2017; bezieht sich auf insgesamt 35.302 Arbeitnehmerinnen – darunter 1.260 Gesundheits- und Krankenpfleger und 598 Altenpflegerinnen; Angaben in Prozent)



## Belastungsfaktoren auf der Makroebene

- **Ökonomisierung des Gesundheitswesens**
  - Marktmechanismen wie Wettbewerb und Konkurrenz sind politisch gewollt und sollen zu Effizienz- und Qualitätssteigerung führen
  - Krankenhäuser: Fallzahlen steigen während die Falldauer sinkt, ärztliches Personal nimmt zu, während Pflegepersonal stagniert oder abgebaut wird (Arbeitsverdichtung)
  - Fortschreitende Privatisierung: Anteil privater Träger an Krankenhäusern, Pflegeheimen und ambulanten Diensten steigt (Gewinnorientierung)

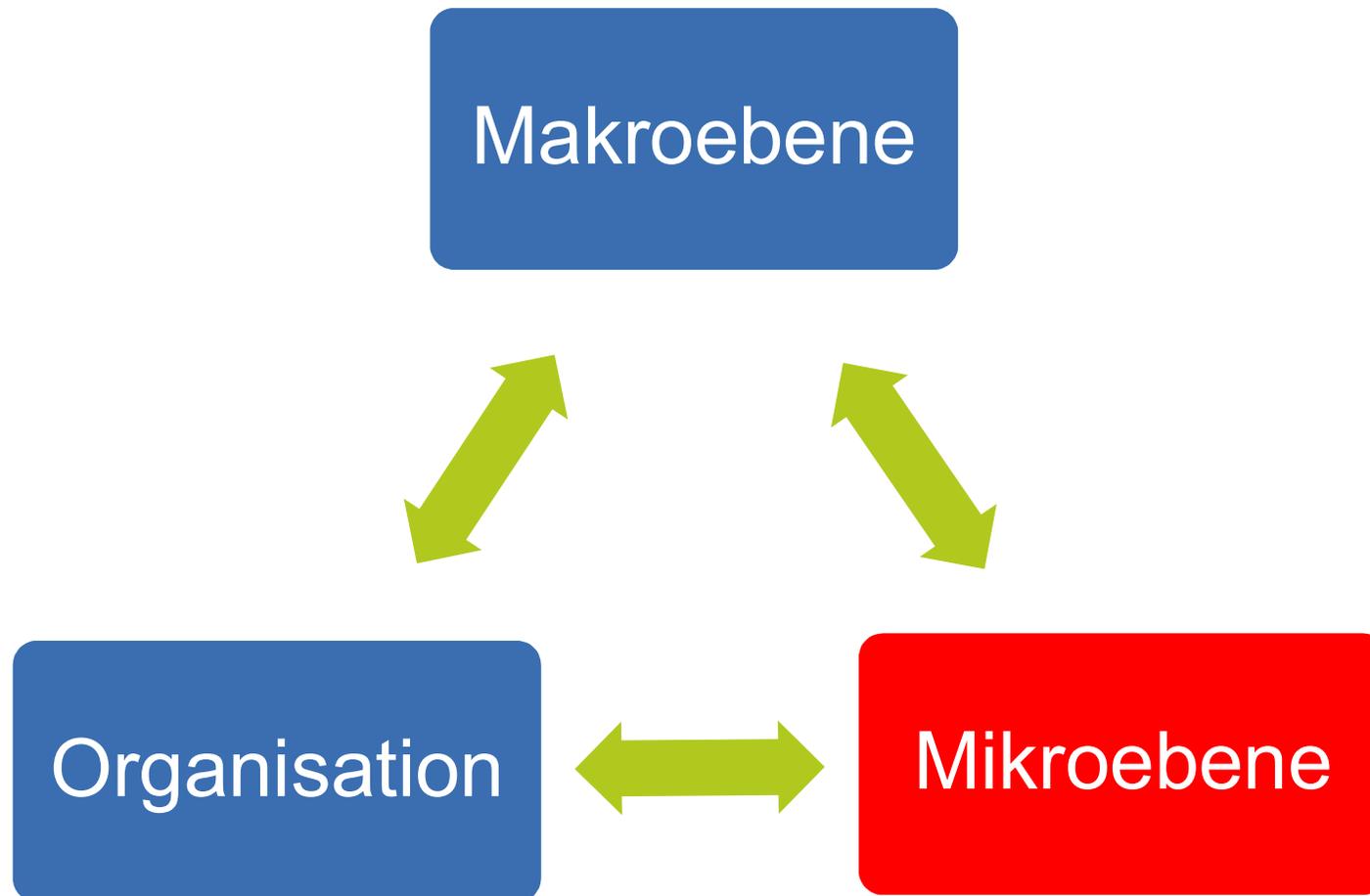
**ABBILDUNG 22: Anzahl der Pflegekräfte im Krankenhaus (VZÄ) je 1.000 Fälle im internationalen Vergleich, 2012**



Albrecht et al. 2017, S. 47

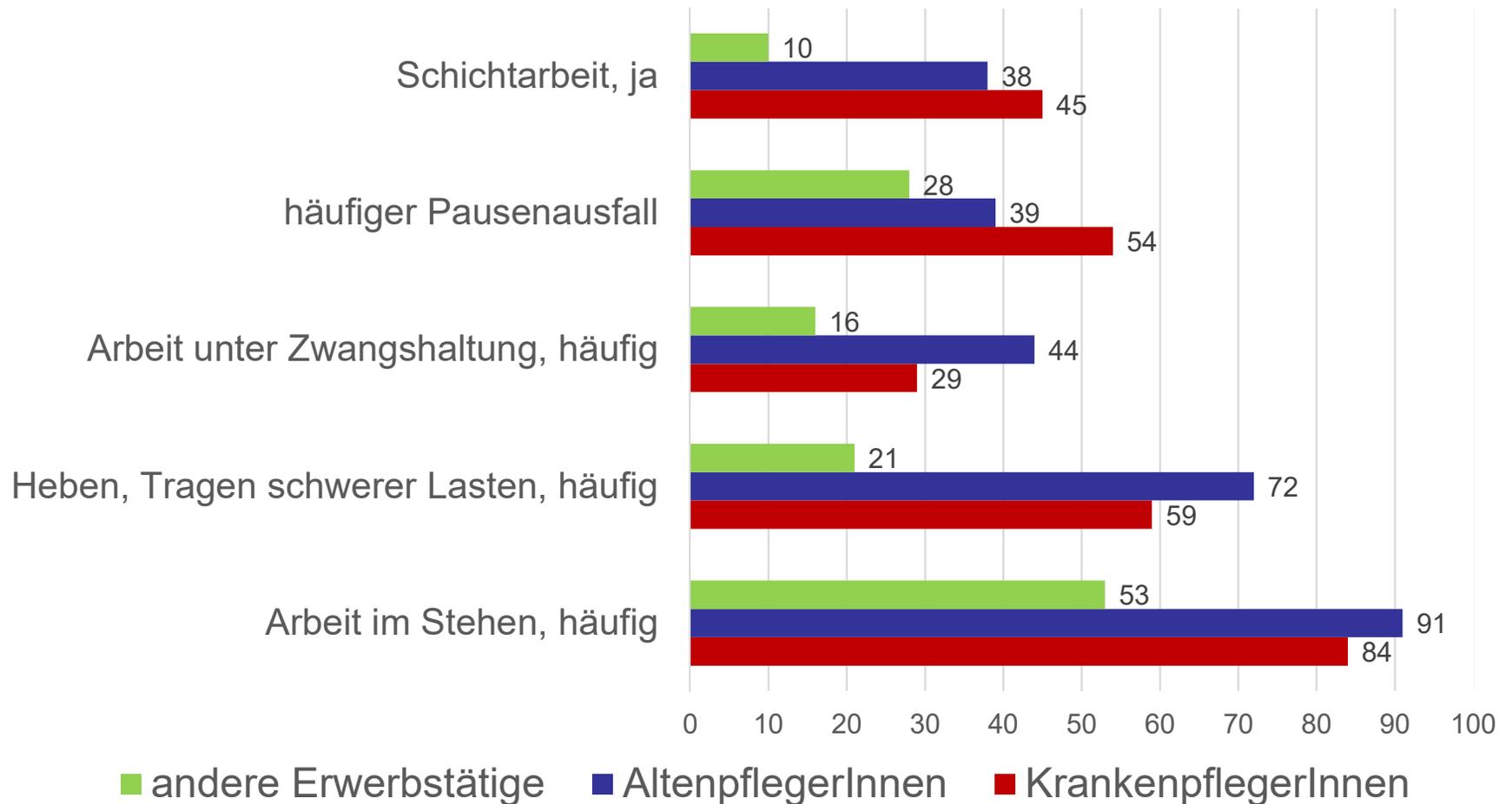
Anmerkungen: Berücksichtigt wurden alle OECD-Länder, für die Angaben zur Zahl der Pflegekräfte und der Fallzahl im Jahr 2012 vorlagen. Der OECD-Durchschnitt bezieht sich auf die dargestellten Länder. Pflegekräfte inklusive Hebammen („professional nurses and midwives“) ohne Krankenpflegehilfskräfte („associate nurses“). Auch bei Einbeziehung der „associate nurses“ bleibt Deutschland auf dem drittletzten Rang  
Quelle: IGES auf Basis von OECD-Daten (Stand: 1. Juni 2016)

## Belastungsfaktoren in der Pflege

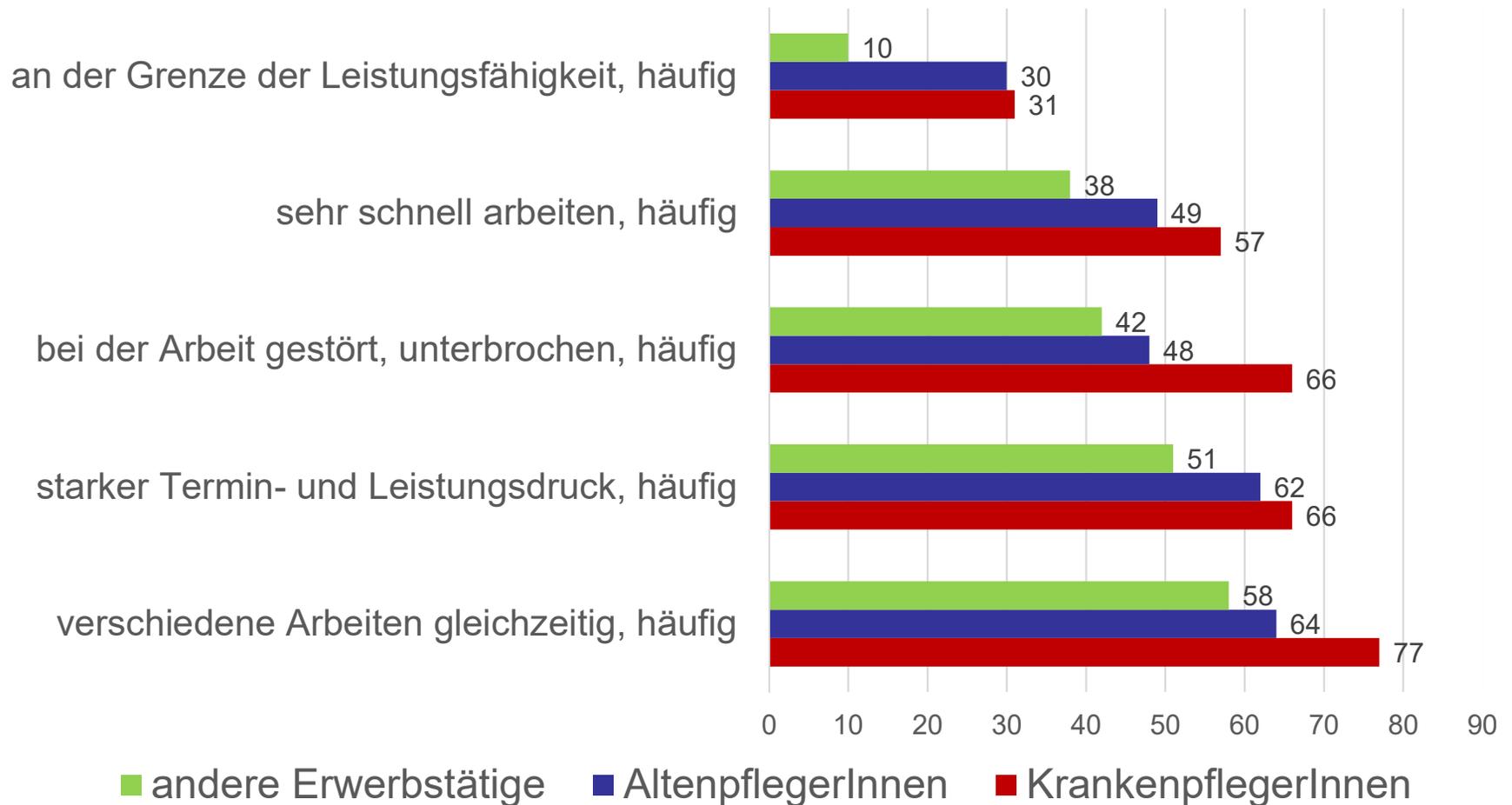


# Körperliche Anforderungen in der Pflege (BAuA 2014)

(Auswertung bezieht sich auf 282 Altenpflegerinnen, 464 Krankenschwestern und 19.290 Erwerbstätige; Angaben in Prozent)



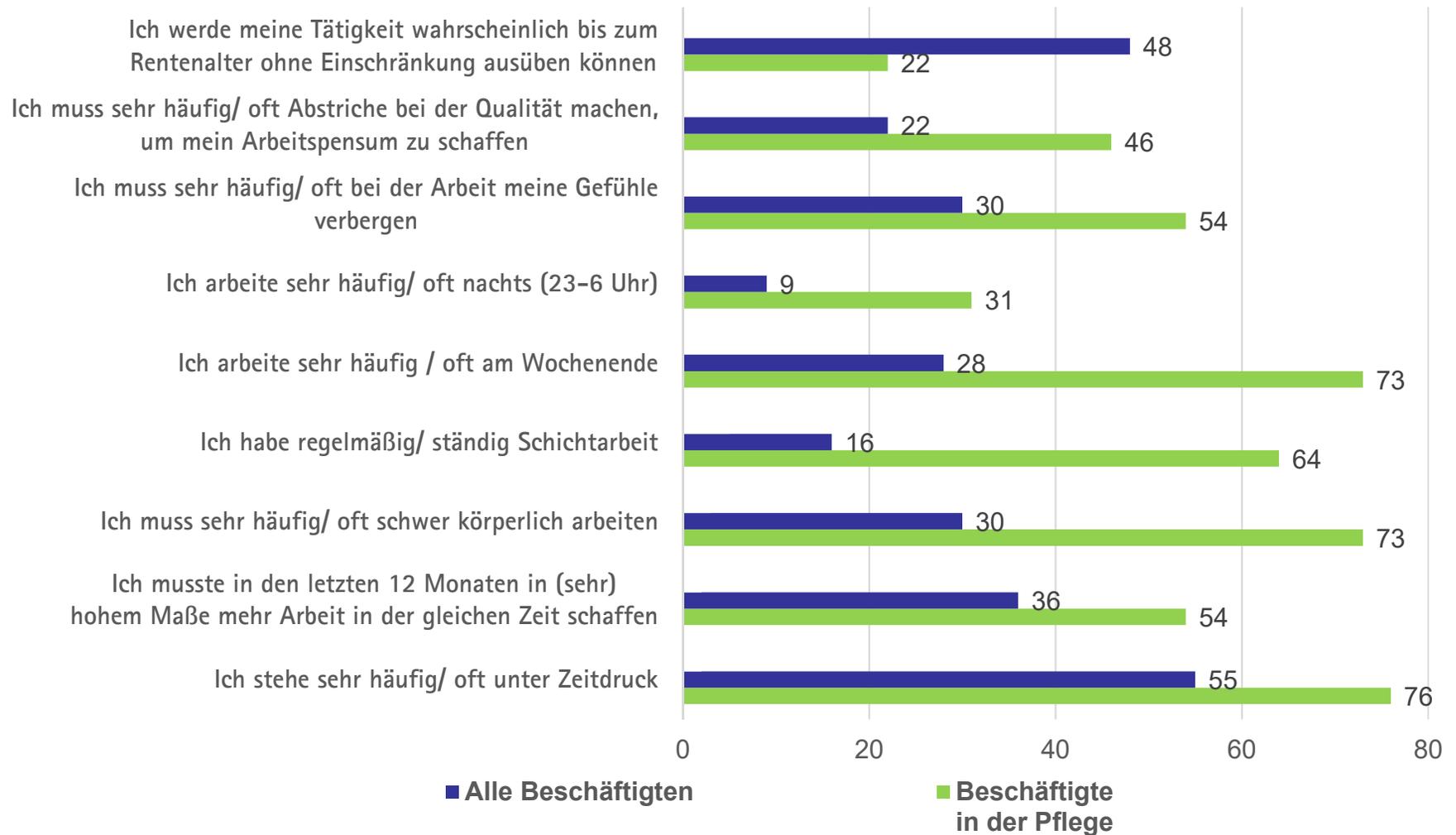
## Psychische Anforderungen in der Pflege (BAuA 2014)



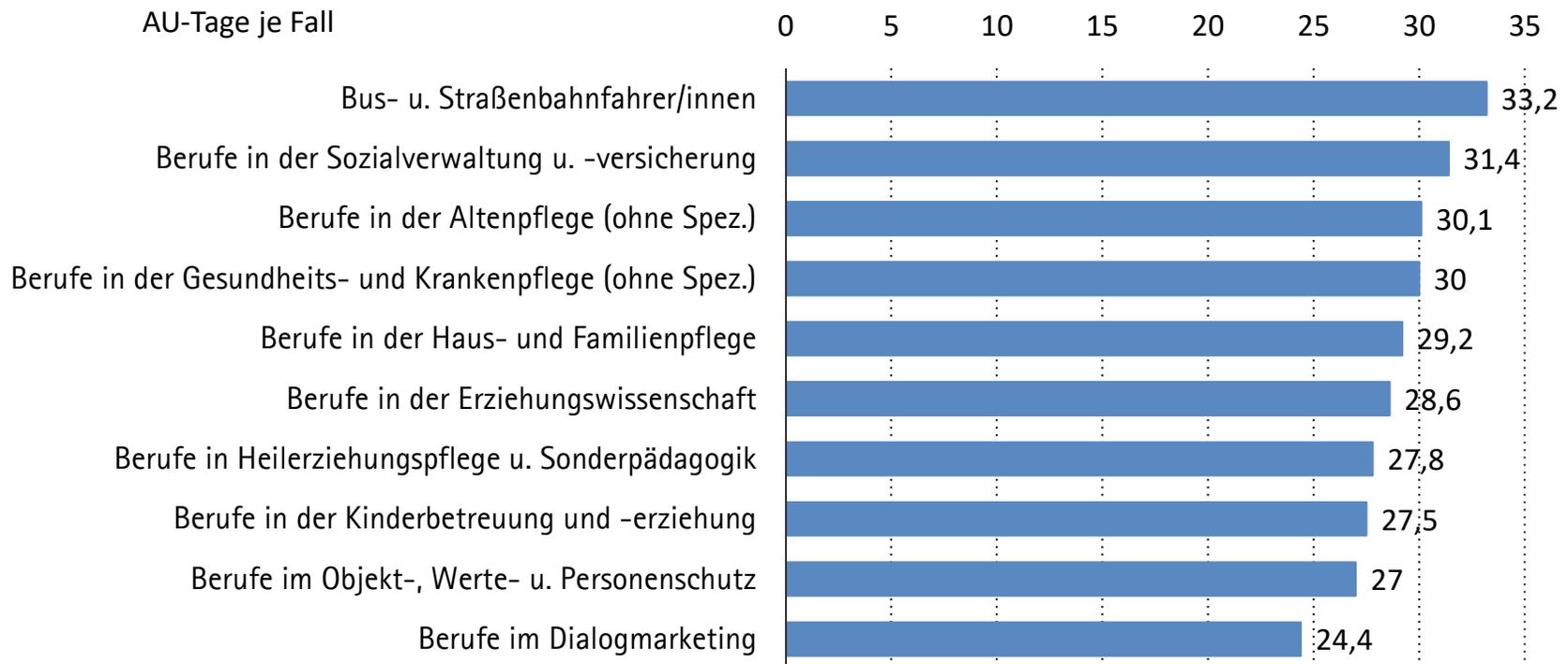
# „Knochenjob Pflege“

## Einschätzung der Befragten zu Aspekten ihres Berufsalltags (in %)

DGB Index Gute Arbeit 2018; Datensatz wie Folie 10)



## Berufsgruppen mit den meisten Arbeitsunfähigkeitsfällen aufgrund psychischer Erkrankungen und Verhaltensstörungen nach Falldauer im Jahr 2018 (AU-Tage je Fall)



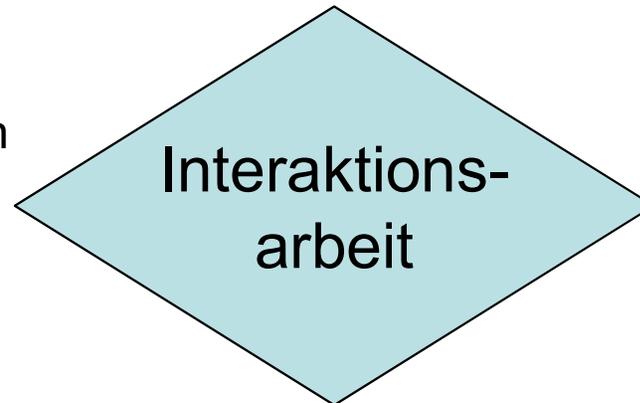
Quelle: [FehlzeitenReport 2019, S. 465](#)

# Pflege als eine besondere Form der Dienstleistung

(Böhle et al. 2015)

Herstellung einer Kooperation zwischen  
Dienstleister und Kunden/ Klienten  
„Kooperationsarbeit“

Umgang mit eigenen  
Emotionen  
„Emotionsarbeit“

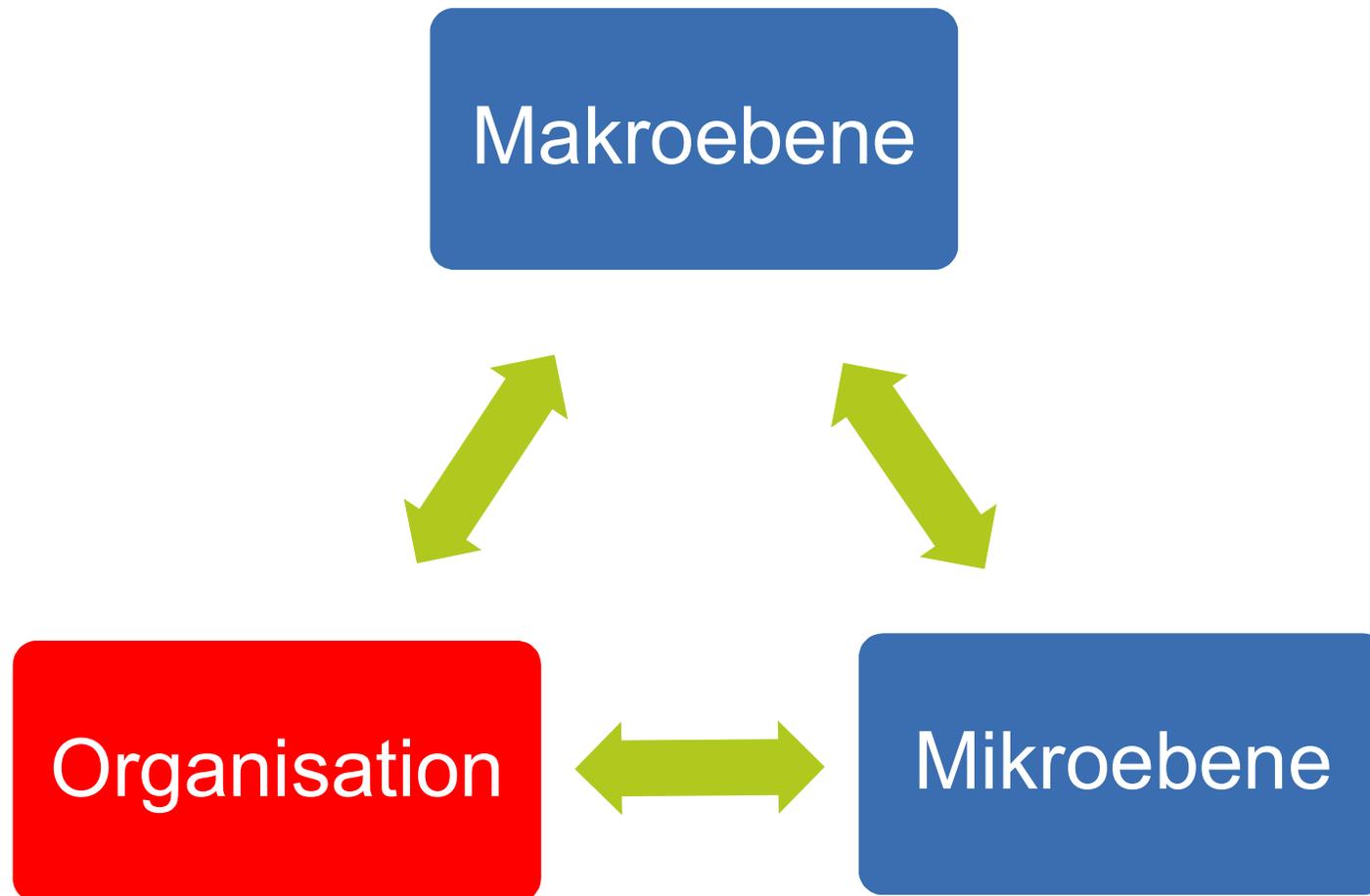


Umgang mit Gefühlen  
des Kunden/ Klienten  
„Gefühlsarbeit“

Umgang mit  
Unwägbarkeiten/  
Grenzen der Planung  
„subjektivierendes  
Arbeitshandeln“



## Belastungsfaktoren in der Pflege

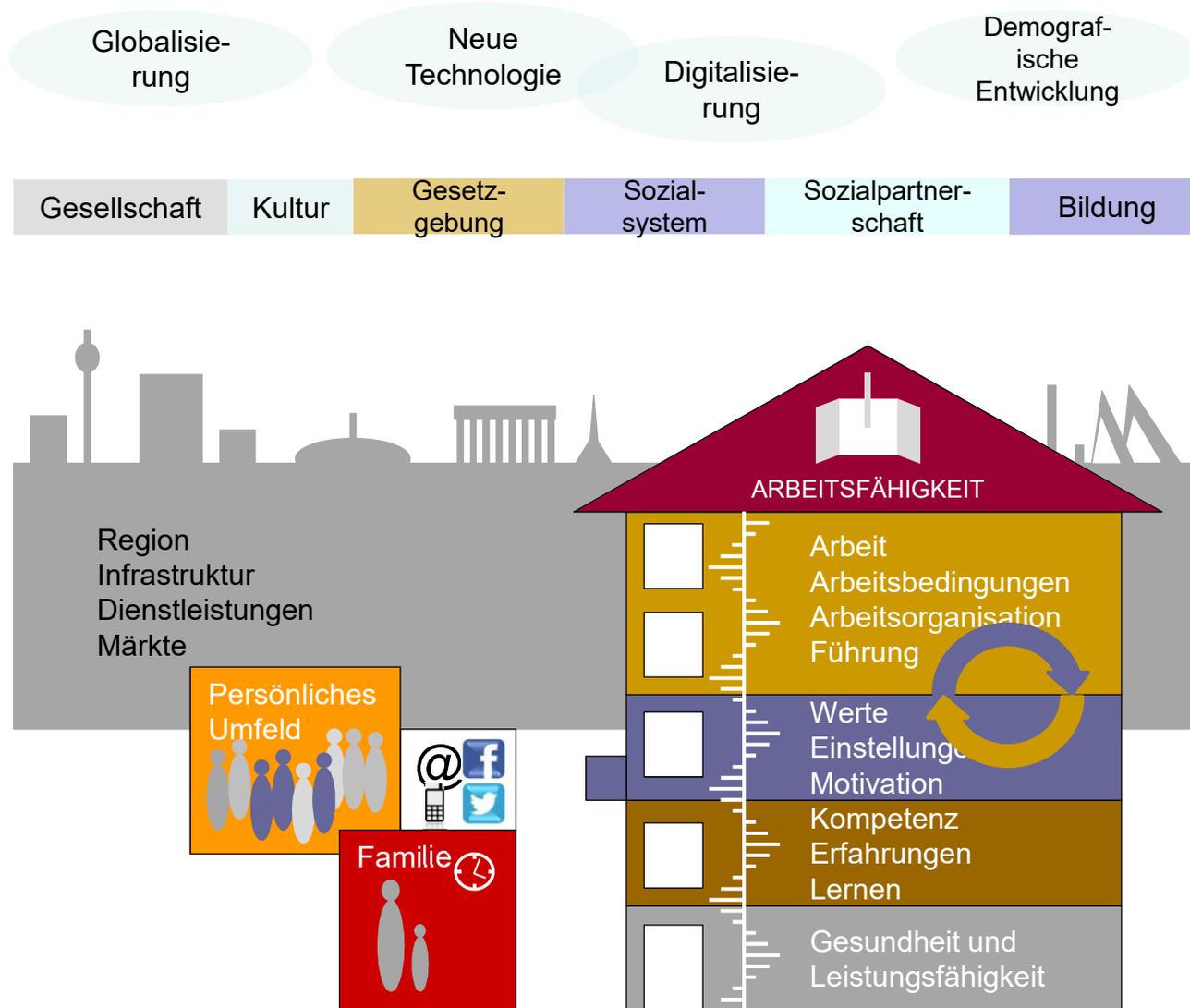


## Belastungsfaktoren auf der organisationalen Ebene

(am Beispiel des Projekts BONAS: Bonusregelungen für ambulante und stationäre Pflegeeinrichtungen, Perschke-Hartmann & Drupp 2018)

- Initiative der AOK Niedersachsen als Teil der politischen Strategie des CDU geführten Sozialministeriums (Frau Özkan 2012)
- 20 ambulante und stationäre Pflegeeinrichtungen in Niedersachsen, insgesamt 2.150 Beschäftigte, unterschiedliche Träger wurden bis Ende 2016 vier Jahre zu BGM beraten
- Beratungsarbeit durch AOK BGM Berater unter Anwendung des Konzepts „Haus der Arbeitsfähigkeit“ von Ilmarinen
- Analyse der Belastungssituation mit Hilfe von Arbeitsbewältigungs-Coachings (1.200 Einzelgespräche) und dem Einsatz des „Pflegeleitfadens“

# Haus der Arbeitsfähigkeit als Strukturierungshilfe



## Belastungsfaktoren auf der organisationalen Ebene (beispielhafte Angaben aus BONAS, Arbeitsbewältigungs-coachings)

- **Arbeitsabläufe** (z.B. schlechte Tourenplanung, bessere Durchmischung der Touren mit belastenden/ schwerkranken und weniger kranken Patienten, Fahrzeit wird zu wenig berücksichtigt, Absprachen zwischen examinierten und nicht examinierten Pflegekräften fehlen oder Reinigungsleistungen sind durch Examinierte zu erbringen, Entlastung von nicht fachspezifischen Pflegeaufgaben gewünscht, ...)
- **Arbeitszeit** (12 Tage durcharbeiten und nur 2 Tage frei ist zu viel, Rufbereitschaft soll als Arbeitszeit anerkannt werden, geteilte Dienste am Wochenende, ungerechte Verteilung von Urlaub und Dienstplänen, es bleibt zu wenig Zeit für Familie, bin nachts allein mit x Patienten, lieber Dauernachtwachen als 3-Schicht-System, kein verlässlicher Dienstplan, können Pausen nicht nehmen, permanentes Einspringen, es springen immer dieselben ein; ungerechte Gestaltung der Dienstpläne zwischen Früh- und Spätdienst oder zwischen Wohnbereichen)
- **Arbeitsaufgabe und -menge** (zu wenig Zeit für Patienten, zu wenig Personal – insbes. am Wochenende, entspricht nicht den Vorstellungen guter Pflege, kurzfristige Übernahme von Diensten, Schülerin allein auf dem Wohnbereich, keine vernünftige Einarbeitung, Dokumentation nimmt zu und geht zulasten der Bewohner, Umgang mit demenziell erkrankten Bewohnern ist sehr belastend; zu viele unbezahlte Überstunden; schwieriger Umgang mit Angehörigen)

## Belastungsfaktoren auf der organisationalen Ebene (beispielhafte Angaben aus BONAS)

- **Arbeitsmittel** (Zustand der Dienstfahräder ist katastrophal, Autos haben keine Klimaanlage, keine funktionale Dienstkleidung vorhanden, keine Lifter, Antirutschmatten, Aufstehhilfen, Hebehilfen, kein Dienstzimmer vorhanden, kein Laptop vorhanden, Menge an Inkontinenzvorlagen ist genau abgezählt - reicht aber nicht...)
- **Kommunikation/ Information** (zu wenig Austausch im Team, keine zuverlässige Informationsweitergabe, keine ausreichende Zeit für Übergaben, Kommunikation zwischen Bereichen ist nicht optimal, keine Absprachen zwischen Pflege und anderen Bereichen wie Küche, Pflege, Alltagsbegleitung usw. ist nicht optimal..)
- **Betriebsklima** (es fehlt das Menschliche, das Warme, es gibt Teamkonflikte; jeder denkt nur an sich, Zusammenarbeit zwischen Pflege und Hauswirtschaft ist problematisch; die Stimmung ist so als würde alles untergehen...)
- **Kollegialität** (wenig Unterstützung zwischen den Kolleginnen; das soziale Miteinander muss dringend verbessert werden, es werden Vorwürfe gemacht und die Probleme werden nicht direkt angesprochen...)

## Belastungsfaktoren auf der organisationalen Ebene (beispielhafte Angaben aus BONAS)

- **Mitsprache** (mehr Einbezug in Tourenplanung, Dienstplangestaltung, Entwicklung neuer Geschäftsfelder, Anschaffung von Arbeitsmitteln, Festlegung von Überstunden...wird gefordert)
- **Vorgesetzten-Mitarbeiter-Beziehung** (möchte mehr Wertschätzung vom Vorstand, Geschäftsführung, Pflegedienstleitung....; mehr Feedback, bekomme bei Konflikten mit Patienten keine Rückendeckung von der PDL/ GF; Leitung schaut nur auf Zahlen; es werden nicht alle Kollegen vom Chef gleichbehandelt, bei Teambesprechungen traut sich keiner die Probleme anzusprechen; Position der Wohnbereichsleitung ist nicht besetzt,)
- **Fortbildung/Kompetenzen** (Fortbildung zu Pflegeschwerpunkten, zum Umgang mit Demenzkranken, Kinästhetikschulungen werden gewünscht, Küche möchte Fortbildung zu Ernährung demenziell Erkrankter; Supervision/ kollegiale Fallberatung wird gewünscht)

## Belastungsfaktoren in der Pflege

### Makroebene

- Mangelnde gesellschaftliche Anerkennung
- Unzufriedenheit mit der monetären Vergütung
- Ökonomisierung des Gesundheitssystems
- Bürokratisierung/ Dokumentationsaufwand
- Fachkräftemangel
- Zunahme dementiell Erkrankter

- Arbeitsverdichtung
- Wenig Mitsprache
- Arbeitszeitorganisation
- Kollegialität/ Miteinander/ Kommunikation
- Entwicklungs- und Weiterbildungsmöglichkeiten
- Führung

- Körperliche Anforderungen
- Psychische Belastungen durch Konfrontation mit Krankheit, Leiden, Tod...
- Konflikte zwischen Arbeit und Familie

### Organisation

### Mikroebene

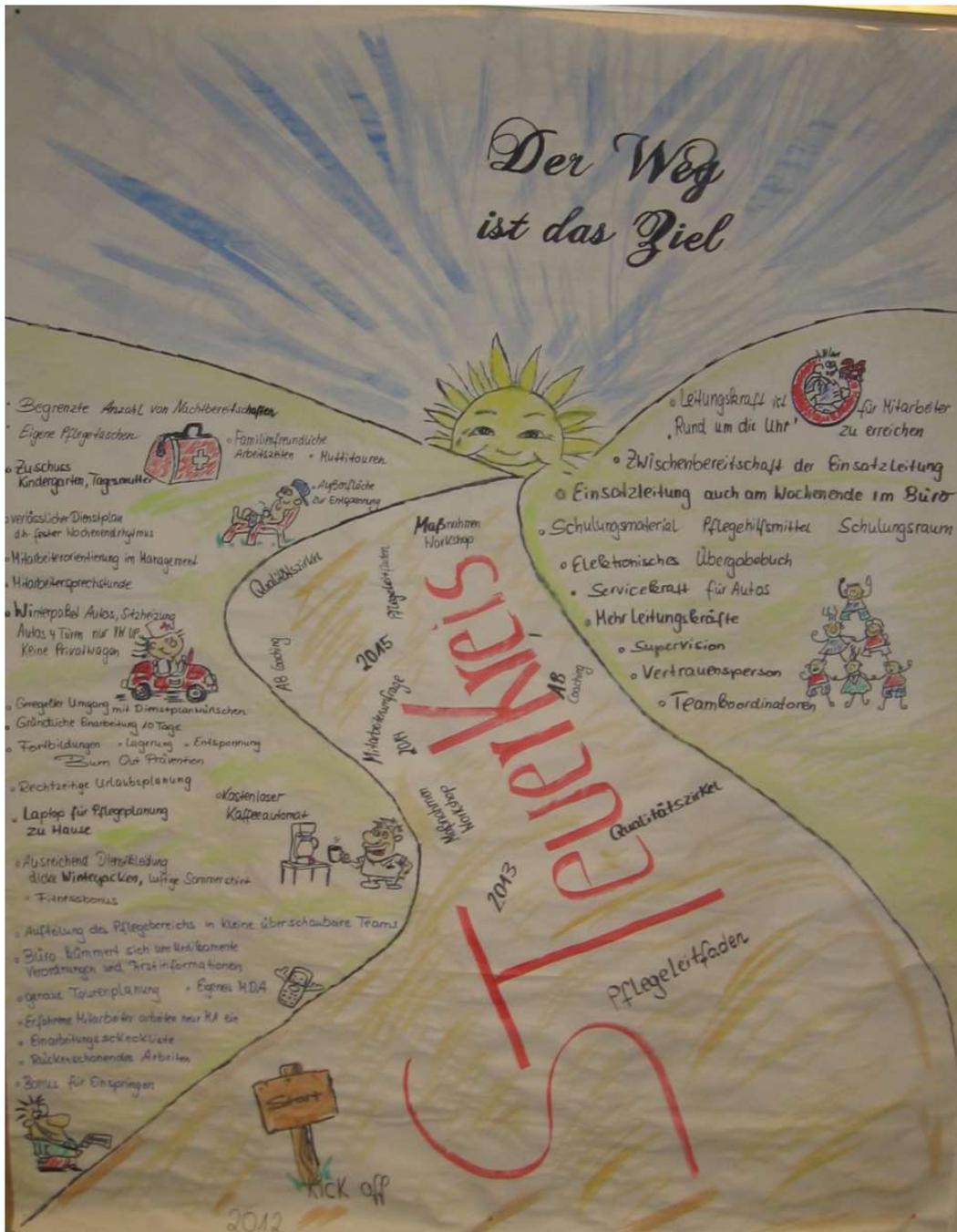
## Ressourcen in der Pflege

- Hohe Sinnhaftigkeit der Aufgabe (94% im Vergleich 67% alle Beschäftigte; DGB-Index Gute Arbeit 2018)
- In der Regel sehr intrinsisch motivierte Kräfte, z. T. mit (zu) hoher Verausgabungsbereitschaft
- BGM kann darin unterstützen, um systematisch und strukturiert in den Austausch und in die Aushandlung zu kommen
  - DIALOG zwischen allen Mitarbeitenden, allen Ebenen, Professionen und Bereichen
  - BGM als ein individueller und organisatorischer Lernprozess (Schubert 2019)
  - BGM ermöglicht es, die Kreativität, die Motivation, die Erfahrung und das Engagement der Mitarbeiter zum gegenseitigen Vorteil zu nutzen
- Der Weg ist das Ziel...

## Handlungsebenen des BGM: Woran können wir konkret arbeiten?

**Empfehlung: Yoga 😊**





BGM in der Pflege ist sinnvoll!

**BGM:**

**Der Weg ist das Ziel!**

(Abb. Einrichtung aus dem Projekt BONAS)

## Handlungsebenen des BGM: Woran können wir konkret arbeiten?

Arbeiten an/ mit....	Arbeitsverhältnissen	Mitarbeitenden
Belastungen u. Beanspruchungen, Stressoren „korrektiv“	z.B. Arbeitsunterbrechungen, Pausen, Arbeitszeiten, Ergonomie, Leistungsmenge, Information, Zeitdruck, ...	z.B. Abbau von Risikoverhalten, Stressmanagement, Suchtverhalten, Zeitmanagement, Rückengesundheit, ...
Ressourcen zur Bewältigung von Belastungen/ Stressoren	z.B. Handlungsspielraum, Gratifikation, Mitsprache, Kooperationsklima, Teamentwicklung, ...	z.B. Einarbeitung, Regeneration, soziale/ kommunikative Führungskompetenz, ...

# Das Konzept der Arbeitsfähigkeit

Arbeitsfähigkeit ist das Verhältnis von

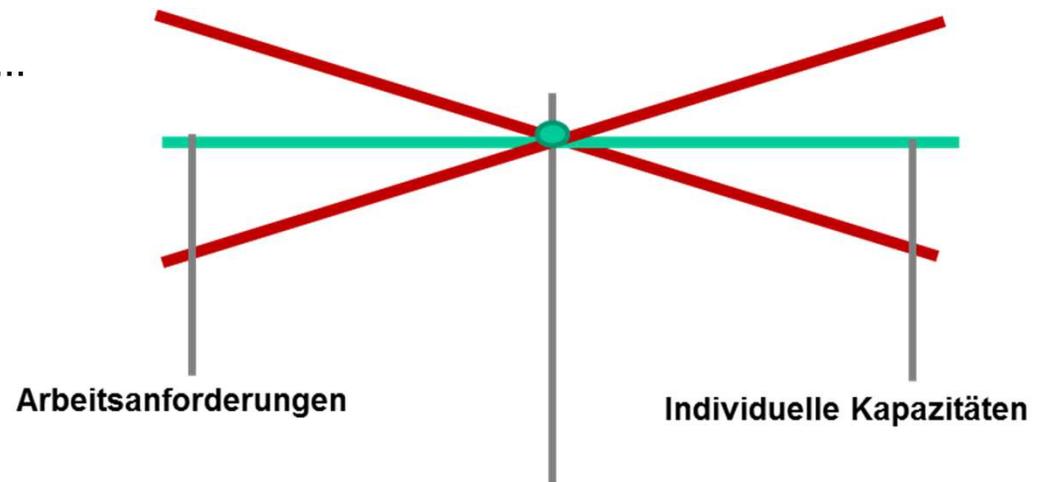
- Individuellen Kapazitäten und
- Arbeitsanforderungen

Eine gute Arbeitsfähigkeit bedeutet...

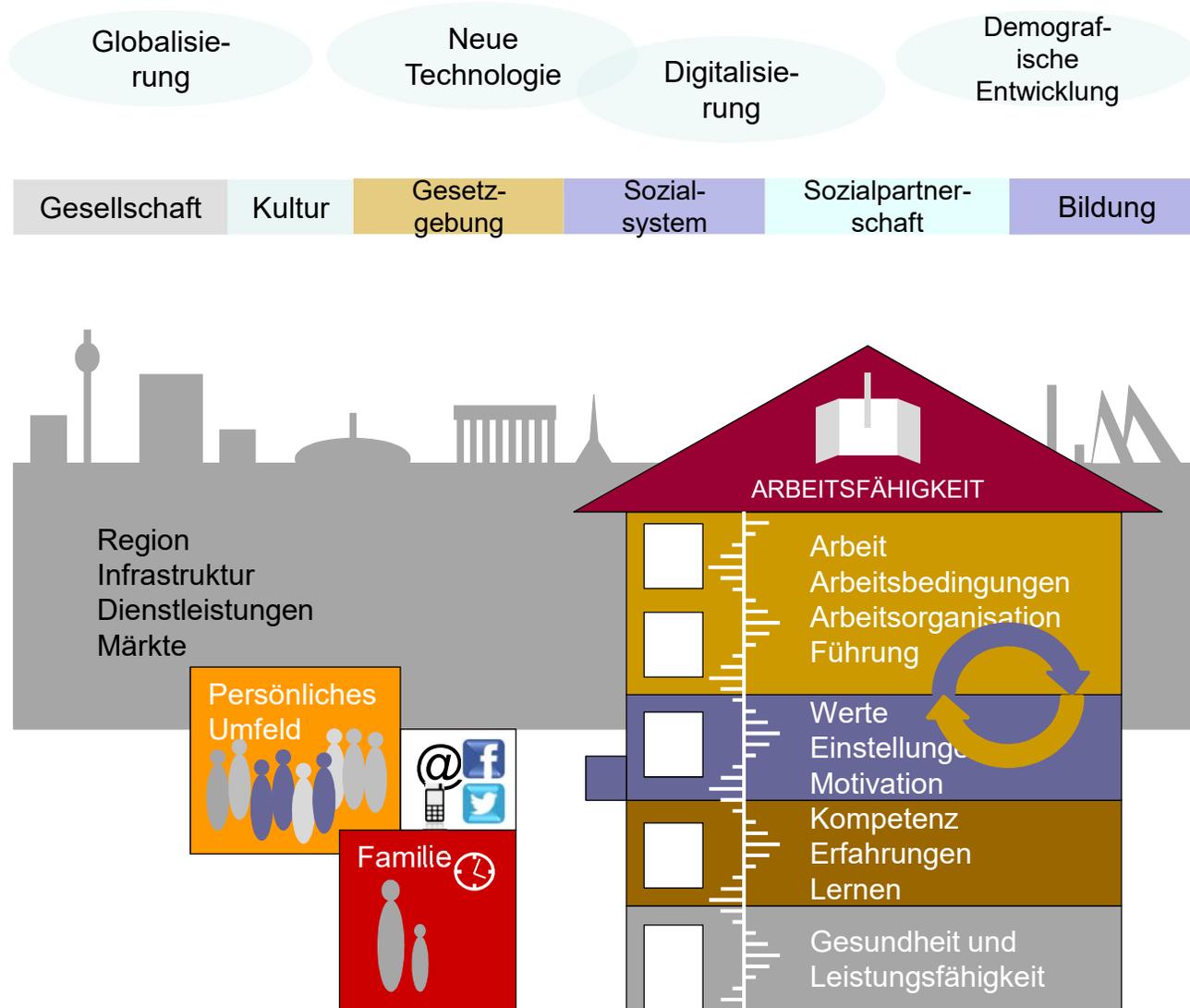
- Individuelle Kapazitäten =  
Arbeitsanforderungen

Welche Faktoren beeinflussen die  
Arbeitsfähigkeit?

- Gesundheit
- Berufliche Kompetenzen
- Motivation, Einstellungen, Werte
- Führung, Arbeitsbedingungen und  
-umgebung



# Haus der Arbeitsfähigkeit als Strukturierungshilfe



## Woran haben die Einrichtungen vornehmlich gearbeitet?

- **Gesundheitskompetenz der Mitarbeiter stärken** (Kooperation mit Fitnessstudios, Kinästhetik-Schulungen, Betriebssport, z.B. Zumba, finanzielle Zuwendung zu Sportaktivitäten. Interventionen der AOKN dazu: WS/ Trainings zu den Themen: Stressbewältigung, Ergonomieberatung, Rauchfrei, Chi Gong, Betriebliches Gesundheitstraining, Fitnessstests)
- **Kompetenz der Mitarbeiter stärken** (Supervision/ kollegiale Fallberatung/ Coaching für Mitarbeiter; Verbesserung des Einarbeitungskonzepts; PC Schulungen, Persönliche Weiterentwicklung als Gegenstand von Personalgesprächen, Ausbildung von Mitarbeitern zu Kinästhetik-Trainern als betriebliche Multiplikatoren, Transparente Gestaltung der Weiterbildung am Bedarf der Mitarbeiter und der Einrichtung..)
- **Führungskompetenz stärken und Führungsorganisation verbessern** (WBL werden entlastet und erhalten einen „Bürotag“ oder werden durch Stärkung der Teams entlastet; Führungsriege erhält Supervision/ Coaching, regelmäßige Leitungsgespräche werden eingeführt, Regelmäßiges Frühstück mit der Leitung, WBL wird eingeführt, Arbeitsteilung auf Leitungsebene wird neu strukturiert, persönliche Konflikte zwischen Führungskräften werden auf struktureller Ebene einer Lösung zugeführt...Interventionen der AOKN dazu: Seminare zum Betrieblichen Gesundheitstraining, Seminare für Führungskräfte zu psychischen Belastungen, zu Wertschätzung, zu Unternehmenswerten; Netzwerkveranstaltungen zum Erfahrungsaustausch und zu Themen wie Gesundheit im Schichtsystem, Mitarbeitermotivation..., Entwicklung einer betrieblichen Gesundheitspolitik)
- **Arbeitsbedingungen gesundheitsförderlich gestalten** (Verbesserte Ausstattung der Autos (Freisprech- und Klimaanlage,..), Hilfsmittel (Anschaffung/ Einweisung), Verlässlicher Dienstplan, Umstellung der Arbeitszeit auf 5 oder 5,5 Tage Woche, Bonussystem für „Springer“, Pausenraum für Pflegekräfte; Verbesserung der internen Kommunikation; Arbeitsabläufe verbessern (z. B. work flow), Tourengestaltung verbessern....)
- **Vereinbarkeit von Beruf und Privat ermöglichen** (Kooperationen mit KiTas, Tagesmüttern, Ferienwohnung an der Küste...Flexibilisierung der Arbeitszeit...)
- .....

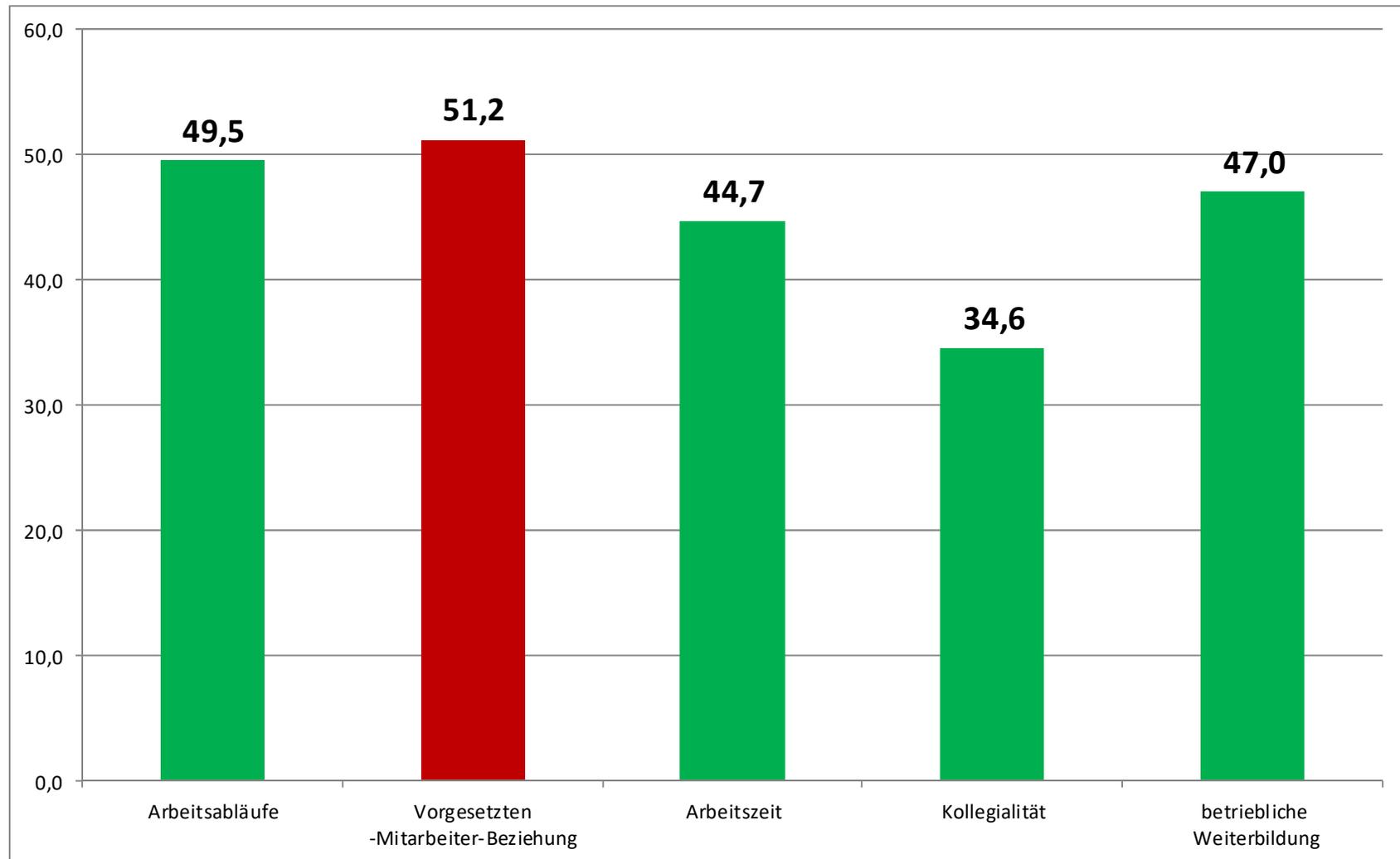
# „Hitliste“ der arbeitsbedingten Belastungen im BONAS Projekt

(Auswertung der Erst- und Zweitgespräche zum Arbeitsbewältigungs-Coaching N  
= 646)

1. Arbeitsabläufe
2. Vorgesetzten-Mitarbeiter-Beziehung
3. Arbeitszeit
4. Kollegialität
5. Betriebliche Weiterbildung

## Verbesserungen bezogen auf die „Hitliste“ der genannten arbeitsbedingten Belastungen

(Angaben in Prozent und bez. auf die Mehrfachnennungen)



## Beispielhafte Äußerungen der Beschäftigten (BONAS)

„Wir haben mehr Verständnis füreinander bzw. haben veränderte Sichtweisen.“

„Projekt verändert die Sichtweise und auch das Verhalten von Leitung.“

„Die Stimmung ist anders.“

„Das Vertrauen zwischen Mitarbeitern und Leitung hat sich verbessert.“

„Unsere Haltung hat sich geändert; wir gehen wertschätzender miteinander um.“

„Wir denken mehr bereichsübergreifend und haben mehr Verständnis.“

## Beispielhafte Äußerungen von Führungskräften (BONAS)

„Mir ist wichtig, dass nicht punktuell sondern nachhaltig vorgegangen wird. Hier hat uns BONAS den Weg gewiesen.“

„Im Projekt haben wir gelernt uns Zeit zu nehmen, um zu prüfen, ob wir auf dem richtigen Weg sind.“

„Mit BONAS haben wir die Belange der Mitarbeiter weit stärker in den Fokus genommen.“

„Die Berater der AOKN wirken wie Katalysatoren. Wir nehmen Dinge in Angriff, die wir allein nicht schaffen würden.“

„Im Leitungskreis arbeiten wir jetzt viel vertrauensvoller miteinander.“

## Grenzen von BGM in der Pflege

- **Ökonomisierung des Gesundheitswesens**
  - „Geld ist nicht mehr Mittel zum Zweck, um Patienten zu versorgen, sondern Mittel um mit der Versorgung von Kranken Gewinne zu machen“ (Manzeschke 2010)
  - ...nicht nur als Rationalisierung von Prozessen und Strukturen, sondern führt zur Kommerzialisierung von Gefühlen (mit Patienten Gewinne machen)
  - Pflege wird auf funktionale Verrichtungen reduziert (Taylorisierung der Pflege)
  - Nicht-funktional eingebundene Kommunikation wird nicht abgebildet und nicht wert geschätzt
  - Kommunikationsanteile zwischen Personal und Patient verringern sich bei gleichzeitiger Arbeitsvermehrung und –verdichtung

## „Nebenwirkungen“ für die Pflegekräfte

- Trend geht zu Lasten von Motivation und Berufsethos (Transformationsprozesse in der Pflege)
- widersprüchliche Arbeitsanforderungen (Qualität in der Pflege vs. Effizienz der Abläufe) führen zu intra- und interpersonalem Konflikten
- Hohes Risiko für persönliche Verausgabung (Burnout) oder moralischem Desensibilisierungsprozess (Coolout)

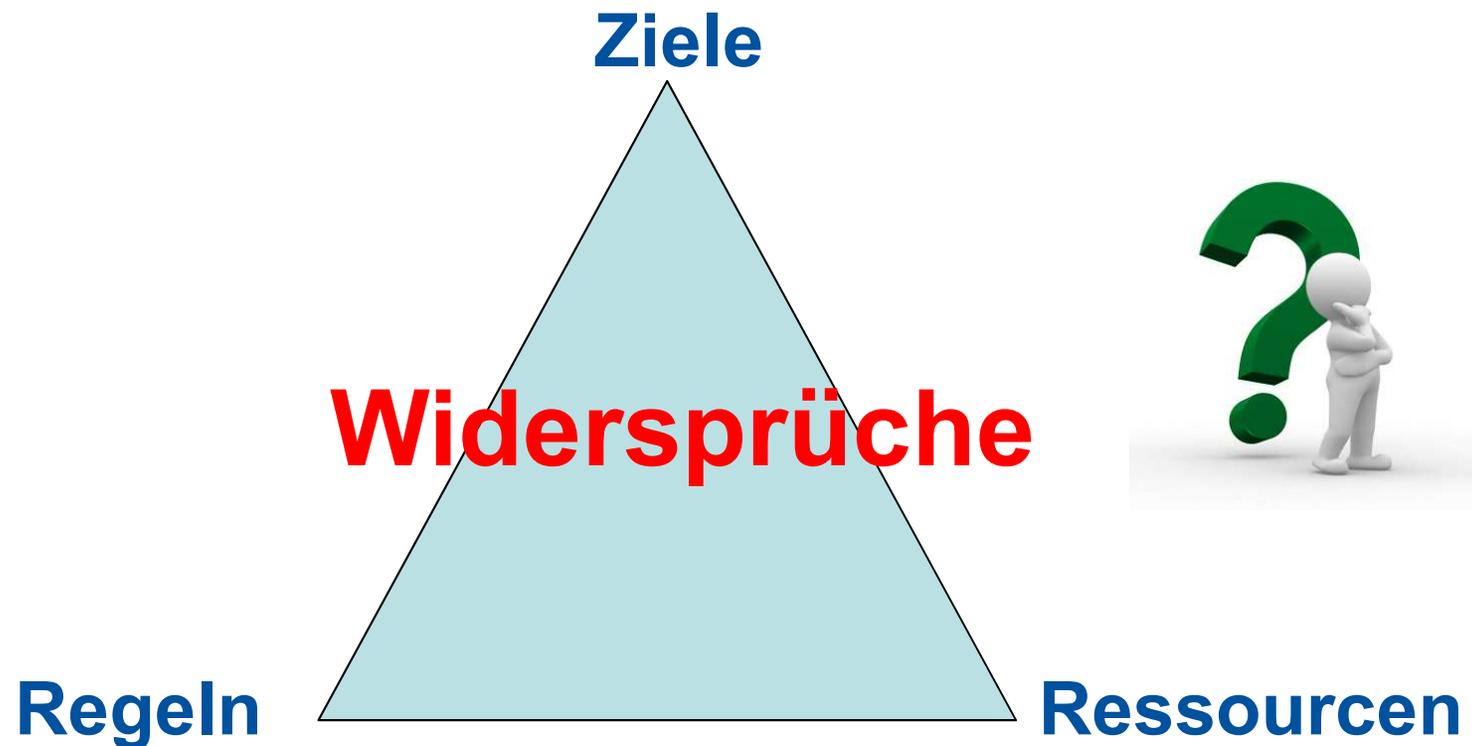


# Konflikt zwischen pflegerischem und wirtschaftlichem Anspruch (Kersting 2016)



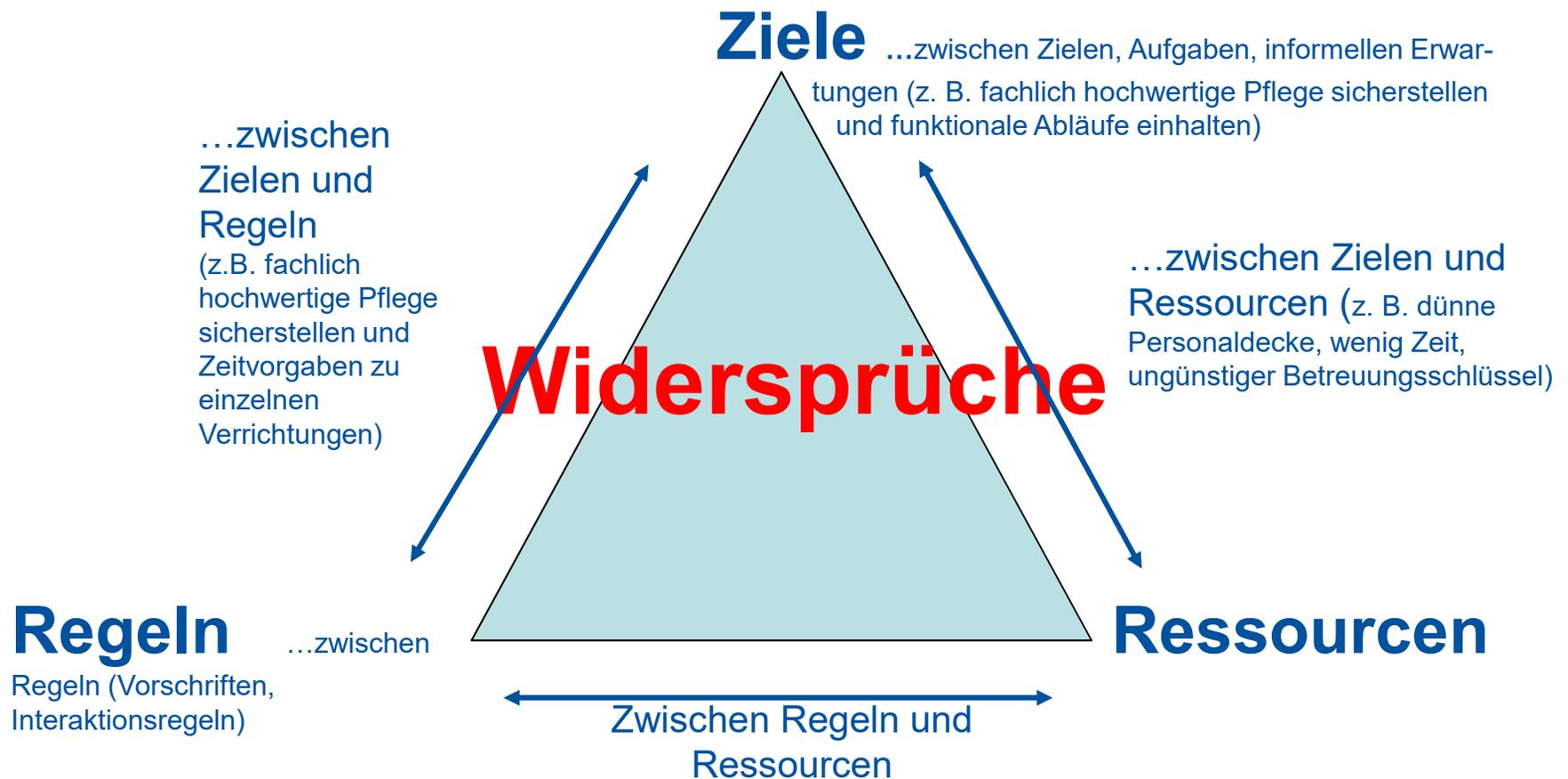
# Exkurs: widersprüchliche Arbeitsanforderungen (WAA)

(Moldaschl 2018)



# Exkurs: widersprüchliche Arbeitsanforderungen (WAA)

(Moldaschl 2018)



# Widersprüchliche Handlungsanforderungen kommerzieller Dienstleistungsarbeit

Doppelcharakter marktvermittelter, personenbezogener  
Dienstleistungsarbeit

- **Persönliche Beziehung:**
  - Aufbau von Vertrauen,
  - Herstellen von Gesprächs-, Kooperationsbereitschaft,
  - Koproduktion
- **Ökonomisch-instrumentelle Beziehung:**
  - Verkauf von Dienstleistung,
  - Umsatz erwirtschaften,
  - Das Überleben der Organisation und das eigene Einkommen sichern

# Exkurs: widersprüchliche Arbeitsanforderungen (WAA)

(Moldaschl 2018)

- Wie kann psychische Belastung theoretisch definiert werden?
- Wie lassen sich situative Bedingungen unabhängig von der konkreten Person und jenseits physiologischer Grenzwerte als ungünstig oder schädlich bestimmen?
  - Grenzt sich von objektivistischen Ansätzen wie z.B. dem Belastungs-Beanspruchungs-Modell ab
  - Kritisiert subjektivistische Ansätze wie z.B. das kognitive bzw. transaktionale Stressmodell von Lazarus
  - Versteht sich als interaktionistischer Ansatz (versucht Arbeitsumwelt bzw. Kontext mit der Person und ihren Eigenschaften, Wahrnehmungen und Verarbeitungen in Zusammenhang zu bringen) also als bedingungsbezogener Ansatz, der jedoch die Subjektivität nicht ausschließt

# Exkurs: widersprüchliche Arbeitsanforderungen (WAA)

(Moldaschl 2018)

- Geht davon aus, dass belastende Arbeitsanforderungen nur im Verhältnis zu den gestellten Anforderungen und Ressourcen bestimmt werden können und nicht anhand normativer Grenzwerte und auch nicht anhand individueller Personenmerkmale
- Definiert psychische Belastungen als Widersprüche zwischen Handlungsanforderungen und Handlungsmöglichkeiten
- Als Diskrepanzen zwischen Zielen, Regeln und Ressourcen
- Belastungen treten dann auf, wenn Entscheidungsbefugnisse und Ressourcen nicht reichen, um eine Balance eigenständig herzustellen
- **Versteht sich als Ansatz zur Kritik der Verhältnisse**

## Transformationsprozesse der Pflege (Manzeschke 2010)

- Pflege als Interaktionsarbeit wird politisch-faktisch nicht anerkannt und von den Einrichtungen größtenteils auch nicht unterstützt (bspw. keine Supervision, kollegiale Fallberatung o. Ä. für Pflegekräfte...)
- Die Kosten des politisch gewollten Transformationsprozesses in der Pflege gehen zulasten der Versorgung von Patienten und zulasten der Gesundheit von Pflegekräften
- Vermuteter Zusammenhang zwischen reduzierten Personalkapazitäten, hochgradig verdichteten Versorgungsprozessen, restringierter Kommunikation zwischen den Akteuren und einer verringerten Versorgungsqualität

## Organisationen brauchen einen öffentlichen Diskurs

- Diskussion um eine Balance zwischen Effizienz und Belastbarkeit auf allen Ebenen anstrengen
- BGM kann die Einrichtungen darin unterstützen, ihre Gestaltungsmöglichkeiten wahrzunehmen und zu nutzen. Basis dafür sind Aushandlungsprozesse auf allen und zwischen allen Ebenen.
- BGM kann die Nebenwirkungen des Transformationsprozesses aber nicht kompensieren



## Gerechtigkeit und Gesundheit in der Pflege

- Welche Belastungen und Ressourcen weist Pflege auf?
- Ist deren Verteilung gerecht oder Gegenstand von Auseinandersetzungen in Betrieben?
- Wie können Gerechtigkeit und gesundheitliche Chancengleichheit im BGM verhandelt und gefördert werden?
- Welche Grenzen gibt es für BGM in der Pflege?



## Literatur

1. Albrecht, Martin et al. (2017): Faktencheck Pflegepersonal im Krankenhaus. Internationale Empirie und status quo in Deutschland. Bertelsmannstiftung: Gütersloh. ([https://faktencheck-gesundheit.de/fileadmin/files/BSt/Publikationen/GrauePublikationen/WV\\_FC\\_Pflegepersonal\\_final.pdf](https://faktencheck-gesundheit.de/fileadmin/files/BSt/Publikationen/GrauePublikationen/WV_FC_Pflegepersonal_final.pdf), Zugriff am 08.08.2020)
2. BAuA (2014): Factsheet 10. Arbeit in der Pflege- Arbeit am Limit? Arbeitsbedingungen in der Pflegebranche. [www.baua.de/dok/6505548](http://www.baua.de/dok/6505548)
3. Böhle, Fritz et al. 2015: Wie lässt sich Interaktionsarbeit menschengerecht gestalten? Zur Notwendigkeit einer Neubestimmung. In: AIS Arbeits- und industriesoziologische Studien. Heft 1. Jg. 8, S. 37-54
4. Bahl, Friederike 2014: Lebensmodelle in der Dienstleistungsgesellschaft. Verlag des Hamburger Instituts für Sozialforschung: Hamburg
5. Colquitt, Jason A. (2012): Organizational Justice. In: S.W.J. Kozlowski (Hrsg.) The Oxford Handbook of Psychology. Vol 1. New York: Oxford University Press, S. 526-547
6. DGB Index Gute Arbeit 2018: Arbeitsbedingungen in der Alten- und Krankenpflege. ([file:///C:/Users/PRESCH~1/AppData/Local/Temp/DGB-Index-Gute-Arbeit\\_Arbeitsbedingungen-Pflegeberufe\\_2018\\_ver.pdf](file:///C:/Users/PRESCH~1/AppData/Local/Temp/DGB-Index-Gute-Arbeit_Arbeitsbedingungen-Pflegeberufe_2018_ver.pdf); Zugriff am 10.08.2020)
7. Höge, Thomas (2005): Salutogenese in der ambulanten Pflege. Zum Zusammenhang zwischen organisationalen Ressourcen, erlebter Fairness, Kohärenzsinn und der psychophysischen Gesundheit von ambulanten Pflegekräften. In: zeitschrift für Gesundheitspsychologie 13 (1), S. 1-11, Hogrefe Verlag: Göttingen
8. Höhmann, U., M. Lautenschläger, L. Schwarz (2016): Belastungen im Pflegeberuf: Bedingungsfaktoren, Folgen und Desiderate. In: Jacobs, K., A. Kuhlmei, S. Greß, J. Klauber, A. Schwinger (Hrsg.): Pflege-Report 2016. Die Pflegenden im Fokus, Schattauer: Stuttgart, S. 73-89
9. Isfort, M.; Rottländer, R.; Weidner, F.; Gehlen, D., Hylla, J., Tucman, D. (2018): Pflege-Thermometer 2018. Eine bundesweite Befragung von Führungskräften zur Situation der Pflege und Patientenversorgung in der stationären Langzeitpflege in Deutschland. Hrsg. von: Deutsches Institut für angewandte Pflegeforschung e.V. (DIP), Köln. Online verfügbar unter <http://www.dip.de>, Köln
10. Kersting, Karin. (2016): „Coolout“ in der Pflege. Eine Studie zur moralischen Desensibilisierung. Frankfurt a. Main: Mabuse Verlag, 4. Aufl.
11. Manzeschke, Arne (2010): Transformation der Pflege. Ethische Aspekte eines subtilen und zugleich offenkundigen Wandels. In: Kreutzer, Susanne (Hrsg.): Transformation pflegerischen Handelns. Pflegewissenschaft und Pflegebildung 5, V&R unipress Universitätsverlag Osnabrück S. 175-193
12. Moldaschl, M. (2018): Widersprüchliche Arbeitsanforderungen. In Faller Lehrbuch Betriebliche Gesundheitsförderung
13. Perschke-Hartmann, C. (2016): Gesundheits- und Sozialpolitik. In: Conzen, C., Freund, J., Overlander, G. (Hrsg.): Pflegemanagement Heute. 2. Aufl., München: Elsevier, S. 1-22
14. Perschke-Hartmann, C. & M. Drupp (2018): Ressourcen stärken in der Altenpflege. In: In: Fehlzeiten-Report 2018 Sinn erleben – Arbeit und Gesundheit. Hrsg. Von B. Badura et al.
15. Schubert, Andrea-Kristin (2019): Gesundheit als organisationaler Lernprozess. (Schriftenreihe zur interdisziplinären Arbeitswissenschaft), Bd. 11; Augsburg/ München: Rainer Hampp.

Vielen Dank und ich freue mich auf die Diskussion!

