

Zusätzliches Online-Material

„Das ist 1/5 meiner Arbeit. Ich habe noch 4/5 andere Sachen“ - Herausforderungen für Gesundheitsförderung in der Pflege

Anhang 1: Themen des Leitfadens der Expert*innen-Interviews

*Tabelle 1 Themen des Leitfadens der Expert*innen-Interviews*

Thema	Relevante Aspekte
Angebote	• Vorhandene (und umgesetzte) Angebote auf überbetrieblicher und betrieblicher Ebene, Inanspruchnahme
Organisation von BGM/BGF in Krankenhäusern	• Vorhandene (angestrebte) Strukturen für BGM/BGM (z.B. Aufbau von Steuerkreisen, Aufgabenverteilung)
Belastungen und Bedarfe der Pflege	• Bestehende (gesundheitliche) Belastungen für die Pflegenden und daraus resultierende Bedarfe für Gesundheitsförderung
Barrieren und förderliche Faktoren für BGM/BGF	• Herausforderungen/Barrieren und förderliche Faktoren für die Implementierung, Organisation und Nutzung von BGM/BGF
Überbetriebliche Zusammenarbeit	• Zusammenarbeit von Krankenhäusern und überbetrieblichen Akteuren • Zusammenarbeit von überbetrieblichen Akteuren untereinander
Auswirkungen der Coronapandemie	• Auf Umsetzung von BGM/BGF-Maßnahmen, Mitarbeitenden-Gesundheit und Stellenwert von BGM/BGF

Anhang 2: Darstellung der Zusammensetzung des Samples

Tabelle 2 Anzahl und Länge der geführten Interviews sowie Zusammensetzung des Samples

Überbetriebliche Interviews (ÜA)		Betriebliche Interviews (BA)
Interviewlänge (MW, Range)	80 Minuten (50 -124 Minuten)	58 Minuten (15 - 116 Minuten)
Anzahl gesamt	N _{ÜA} = 12	N _{BA} = 27
Anzahl je Zielgruppe	Träger der Gesetzlichen Krankenversicherung	N = 5
	Träger der Gesetzlichen Rentenversicherung	N = 2
	Träger der Gesetzlichen Unfallversicherung	N = 2
	Gewerkschaften	N = 1
	Kommerzielle Anbieter	N = 1
	Pflegefachverbände	N = 1
		Mit BGF/BGM-beauftragte Personen (Geschäftsführung, BGM-Beauftragte etc.) N = 16
		Leitungspersonen der Pflege (Pflegedirektor*innen, Pflegedienstleitungen, Stationsleitungen) N = 11

Anmerkung

In der betrieblichen Praxis sind die Konzepte und Verantwortlichkeiten für BGF und BGM nicht immer klar voneinander getrennt. Methodisch führte dieser Umstand dazu, dass auch in der Ansprache der Interviewpersonen keine Unterscheidung zwischen BGF und BGM gemacht wurde und sich die Interviewfragen in der Regel auf beides bezogen. Die Frage, wie BEM und Arbeitsschutz als gesetzlich vorgeschriebene Bestandteile von BGM in Krankenhäusern explizit umgesetzt werden, wurde in dieser Studie nicht vertieft, da der Schwerpunkt konzeptionell auf der Umsetzung von BGF lag.

Verzicht auf Ethikvotum: Da es sich bei den interviewten Personen um Expert*innen aus verschiedenen Berufsgruppen und damit um eine nicht-vulnerable Zielgruppe handelte, wurde auf ein Ethikvotum verzichtet.

Anhang 3: Herausforderungen für die Umsetzung von BGM in der Pflege - Kategoriensystem und Ankerzitate

Priorisierung		
Herausforderungen	Nr.	Ankerzitat
Langfristiger Nutzen von Gesundheitsförderungsmaßnahmen lässt sich nur begrenzt monetär übersetzen	1	„Ich glaube fest daran, dass Gesundheitsmanagement, Gesundheitsförderung dazu führt, dass man Geld NICHT direkt wieder rein holt was man dafür ausgibt, aber eben über andere Wege, eben weniger AU oder mehr Zufriedenheit, die ja auch weitergegeben wird. Das ist schwer messbar, aber man kann es messbar machen.“ (BA12, Z.440-444)
	2	„Man muss ja auch sagen, das ist erstmal ja auch nicht wenig Geld, wenn man das als Investition sieht. Der langfristige Nutzen ist häufig nicht greifbar und es gibt zwar verschiedene Methoden, um den BGM-Prozess messbar zu machen, aber das braucht halt eine gewisse Zeit um da auch Veränderungen einläuten zu können. Und es sind viel zu viele Variablen mit dran, die das Ganze beeinflussen können. (ÜA11, Z.975-980)
BGM steht in Kostenkonkurrenz zu anderen wichtigen Ausgaben	3	Was ist mir eine Fachkraft wert, ja? Und wie schütze ich meine Fachkraft und gebe ich dafür den Betrag X aus, um sicherzustellen, dass diese Fachkraft mir nicht verloren geht, aufgrund von gesundheitlichen Problemen, die ich als Arbeitgeber abstellen kann. Aber das ist natürlich ein zweischneidiges Schwert, nach wie vor“ (BA25, Z. 448-452).
	4	„dann wird häufig auch erstmal in andere Sachen investiert, wie zum Beispiel in eine Weiterbildung, weil ich dann natürlich mit einer Krankenschwester, die eine ITS-Weiterbildung hat, viel mehr anfangen kann, als das Geld für Präventionsmaßnahmen rauszuhauen, mal ganz plump gesagt.“ (ÜA11, 981-984)
Nötige Ressourcenausstattung wird oft unterschätzt	5	„Ein gutes BGM braucht Ressourcen, das kostet Geld und das braucht auch Personalressourcen. Und manchmal habe ich den Eindruck, dass das tatsächlich den Geschäftsführungen nicht immer so klar ist.“ (ÜA6, Z. 476-478)
eingeschränktes Verständnis bzw. konzeptionelle Unklarheiten bei Entscheidungsträger*innen zu den Themen Prävention und Betriebliches Gesundheitsmanagement	6	„wenn man mal so fragt: „Ja was tun Sie denn so im Bereich BGM?“ wird es halt häufig mit dem Thema Fitness assoziiert. Das heißt, mal einen Kurs, mal einen Workshop.“ (ÜA11, Z. 124-126)
	7	„Also wer davon wenig Ahnung hat, der denkt ja: ‚Wir machen mal einen Rückenkurs und dann haben wir Betriebliches Gesundheitsmanagement gemacht‘. Gerade im Bereich der Pflege ist es damit aber nicht getan.“ (ÜA8, Z.285-289)
Fehlende Anerkennung von BGM durch Geschäftsführung	8	„Und die Akzeptanz dafür, was tut man hier Sinnvolles, ist es auch so, ne. Das ist schwierig. Man macht immer wieder Vorschläge. ‚Und, was kostet es?‘ Und dann wird es abgelehnt. Ne? Also, so wenig wie möglich Kosten, aber so viel wie möglich Gesundheitsförderung.“ (BA17, Z. 1041-1044).

Bereitstellen von Strukturen und Ressourcen		
Herausforderungen	Nr.	Ankerzitate
Finanzierung von BGM Kosten sind bedingt refinanzierbar, Unternehmen sind i.d.R. auf finanzielle Unterstützung aus Kooperationen mit Kostenträgern (z.B. Krankenkassen) angewiesen	9	„der Hauptgrund ist einfach nur die Finanzierung [...] und bewusst zu sagen: ‚Wir nehmen jetzt nochmal eigenes Geld in die Hand, was wir theoretisch nicht finanziert bekommen, ja gut Kooperation mit Kostenträgern, aber die finanzieren auch nicht hundert Prozent.‘ Die Motivation muss man erstmal haben und die Überzeugung zu sagen: ‚Ich nehme jetzt hier pro Jahr 50 bis 100.000 Euro in die Hand und investiere da Geld rein und glaube daran das funktioniert und das es auch einen Mehrwert hat.‘ [...]“ (BA12, Z.432-439)
	10	„Im Idealfall wird es direkt in der Jahresplanung des Krankenhauses mitberücksichtigt, genauso wie für Fortbildungskosten teilt sich das Unternehmen dann einen gewissen Satz für BGM-Maßnahmen ein, der in der Regel auch viel zu gering angesetzt wird, um wirklich ernsthaft was zu machen, aber das ist nicht nur speziell was, was Krankenhäuser betrifft, das ist im Allgemeinen so. Daher sind viele Häuser natürlich auf Unterstützung durch Krankenkassen mit angewiesen.“ (ÜA11, Z.956-961)
Eingeschränkte personelle Ressourcen: mit BGM/BGF betraute Personen übernehmen oft andere Aufgaben Es fehlt an Zeit für die Planung und Organisation von Maßnahmen Aufgaben im Bereich der Gesundheitsförderung werden hinter anderen Aufgaben zurückgestellt	11	„Das, was ich jetzt mache BGM, BEM, Schnittstelle zur Fachkraft für Arbeitssicherheit, das ist 1/5 meiner Arbeit. Ich habe noch 4/5 andere Sachen. Und das merkt man durchaus. [...] Viele bei uns im Haus sind einfach wandelnde Schweizer Offiziersmesser, eierlegende Wollmilchsäue.“ (BA8, Z. 575-579)
	12	„Also, es war eine Krankenschwester, die hat NEBENBEI sich um BGM kümmern sollen und die hat mal kurz angerufen und hat sich was zu [unserem Angebot] erklären lassen. Dann habe ich ihr auch versucht das alles zu erklären am Telefon und ‚Ja, ja, ja.- Soll ich Ihnen noch was zuschicken? - Nein, auch nicht und hm‘. Nie wieder was von gehört.“ (ÜA3, 637-640).
	13	„Ansprechpartner [haben] auch primär einen anderen Job und das Thema Prävention, Gesundheitsförderung [kann] häufig warten.“ (ÜA11, Z.1044-1045).
	14	„Also es ist tatsächlich so, dass dieser Steuerkreis nur davon lebt, dass alle, die dort in diesem Gremium mitarbeiten, einen unbedingten Wunsch haben, dieses Thema wirklich warmzuhalten. Es gibt leider relativ wenig Unterstützung von Seiten des Vorstandes. Also, was sie machen, ist natürlich in ihren Vorstands-E-Mails auch immer noch einmal darauf hinweisen. [...] also gerade bei den Gesundheitstagen. Jedoch wünschen wir uns tatsächlich mehr Unterstützung personeller Natur, dass sie wirklich jemanden dafür vollumfänglich freistellen, der die Leitung des Steuerkreises hat und vielleicht auch noch eine zweite Person mit einer halben Stelle, die möglicherweise dann auch noch ein bisschen mehr in die Organisation eingebunden ist. Normalerweise ist der Steuerkreis tatsächlich dazu da, eine Auswahl zu treffen und strategisch zu denken und nicht, um diese ganze Organisationsarbeit zu machen. Das kann schon auch einmal sein, aber das wird gerade so in solchen Tagen wie diese Gesundheitstage, ist das sehr viel.“ (BA2, Z.631-644)

Bereitstellen von Strukturen und Ressourcen		
Herausforderungen	Nr.	Ankerzitate
Unklare Zuständigkeiten für BGM/BGF Erschweren Zugang zum Betrieb für überbetriebliche Akteure und kontinuierliche Begleitung	15	„Das können welche aus der Personalabteilung sein, welche aus dem Betriebsrat, das kann mal jemand aus dem Gesundheitszirkel sein, der vielleicht auch trotzdem in der Pflege arbeitet. Das ist ganz unterschiedlich und das sehen wir ja von außen nicht, wer da jetzt verantwortlich ist und wen wir da ansprechen können.“ (ÜA11, Z. 497-501)
	16	„Wenn die Leute gewechselt haben, ist es mitunter so, dass tatsächlich mit den Köpfen auch das Know-How weg ist und dann fangen wir manchmal wieder von vorne an.“ (ÜA2, Z.651-653).
Langwierige Organisationsprozesse für Gesundheitsförderungsmaßnahmen aufgrund vielfältiger Informations- und Abstimmungsbedarfe und daraus resultierenden Abstimmungsschleifen	17	„das ist bei großen Häusern ein extrem langer und schwieriger Weg, weil es müssen ganz unterschiedliche Bereiche und Akteure im Haus mit reingeholt werden, sei es ein Betriebsrat, Büro der Geschäftsführung und dann aus den unterschiedlichen Arbeitsbereichen, sei es Verwaltung, sei es Pflege, sei es Ärzte. Also die Wege sind in diesen großen Häusern echt schwer und lange und dann hängt es tatsächlich auch von den jeweiligen Ansprechpartnern ab, wie sie bei dem Thema aufgestellt sind, wie offen sie da sind, wie sie da auch mitwirken.“ (ÜA11, Z.449-455)
	18	„ich habe einmal so einen Prozess mitgemacht und den länger begleitet, [...] wo wir uns dann auch die Angebote angeguckt haben und dann aber festgestellt haben, wie lange das auch dauert - bis man jetzt erstmal alle [Angebote] gesehen hat, bis man sich abgestimmt hat, bis man nochmal für die hohe Geschäftsführung so einen Antrag formuliert hat – ‚Der und der könnte es sein. Wollen Sie das auch bezahlen?‘. Und das ist ein derart schleppender Prozess, da hat das, was ich eben in drei Sätzen gesagt habe, mal problemlos anderthalb Jahre gedauert.“ (ÜA6, Z.507 - 520)
	19	„Und wir haben die Erfahrung gemacht, dass von den ersten Gesprächen bis Vertragsunterzeichnung und dann halt auch Start der Maßnahmen in der Regel ein bis anderthalb Jahre vergehen.“ (ÜA11, Z.481-483)

Konzeption und Organisation von Gesundheitsförderung		
Herausforderungen	Nr.	Ankerzitate
Schichtdienst Erschwert Inanspruchnahme für Mitarbeitende, Teilnahme an Kursangeboten während der Arbeitszeit kaum möglich Höherer Planungsaufwand für schichtsensible Kurse	20	„Im Krankenhaus kommen viele Sachen zusammen, das sind prinzipiell: das Schichtsystem, das macht es extrem schwierig. Zudem die verschiedenen Arbeitsbereiche, also Pflege, Verwaltung und alle anderen medizinischen Dienstleister, die nochmal ringsum sind je nach Krankenhaus. Also da kommen ein paar Faktoren zusammen, die das schwer machen.“ (ÜA11, Z.1004-1009)
	21	„Für die Pflege im Allgemeinen sind es natürlich immer Angebote, die zu Uhrzeiten sind, wo man gar nicht mehr im Haus ist, mal als Beispiel. Weil wie will man das machen? In der Regel Drei- oder Vier-Schicht-Modell, irgendjemand ist immer nicht da und irgendjemand kann es immer nicht nutzen und das ist tatsächlich eine große Herausforderung. Und wenn man ein Angebot zur klassischen Feierabendzeit macht 16-17 Uhr, dann werden die in der Pflege sagen: ‚Sorry, unsere Frühschicht ist 14.30 Uhr vorbei, passt nicht.‘ Ja und die Mittelschicht, die arbeitet und das heißt, dieser zeitliche Aspekt unabhängig von dem Thema ist da ein ganz entscheidender Faktor.“ (ÜA11, 280-288)
	22	„die Umsetzung [ist halt] schwierig durch dieses drei-Schicht-System bei den Pflegekräften, die ja auch manchmal dann in den Schichten wechseln, weil irgendwelche Mitarbeiter krank sind und damit die Dienste abgesichert werden können, ja? Und da ist es halt/ in der Verwaltung ist dieses Problem nicht, da haben wir ja regelmäßige Arbeitszeiten.“ (BA24, 266-270)
	23	„In der Somatik ist es so, dass die Schwestern, wenn die morgens auf die Station kommen, können sie eine Pause machen, aber dass sie einmal für eine Stunde die Station verlassen, das wird schon relativ schwierig. Also sie können, wenn wir Gesundheitstage machen, relativ selten wirklich sich heraus eisen, es sei denn, sie planen das irgendwie lange. Und dann ist es aber auch meistens so, dass die Pflegekräfte, die zu den Gesundheitstagen beispielsweise kommen, auch meistens dafür einen freien Tag nehmen und also das dann auch irgendwie nicht als Arbeitszeit geltend machen. Ansonsten ist dadurch, dass das ja ganz normale Kurse sind, gibt es da eigentlich keine Hemmnisse. Wir versuchen das sogar so zu machen, dass es irgendwie so früh ist, dass das, sage ich einmal unmittelbar nach dem Frühdienst genommen werden kann. Also wir versuchen, denen auch mit der zeitlichen Taktung schon sehr entgegenzukommen.“ (BA2, 929-939)
Eingeschränkte Erreichbarkeit der Pflegenden im Arbeitsalltag Informationsweitergabe z.T. abhängig von Leitungspersonen	24	„Uns haben nach einem Jahr aktivem Prozess immer noch Mitarbeiter geschildert, sie wissen gar nicht, dass es bestimmte Maßnahmen vor Ort gibt. Und da haben wir aber Kick-Off-Workshops, mit Führungskräfte-schulung, mit Flyer, Plakaten, Mails, also mit allem gearbeitet, was kommunikativ eigentlich möglich ist und es gibt immer noch Mitarbeiter, die das dann irgendwie – ja, die da so ein bisschen im Tunnel sind, halt Arbeitsalltag, man sieht nicht, hängt da jetzt ein Plakat mehr oder weniger. Da hängt sowieso immer schon so viel.“ (ÜA11, Z. 300-306)

Konzeption und Organisation von Gesundheitsförderung		
Herausforderungen	Nr.	Ankerzitate
Eingeschränkte Erreichbarkeit der Pflegenden im Arbeitsalltag Informationsweitergabe z.T. abhängig von Leitungspersonen	25	„dann kommt halt dazu, habe ich gehört, dass in dem Bereich Pflege, wenn Sie da jetzt eine Mail schreiben, eine Rundmail: „Achtung die Kurse starten.“ – ist es wohl so, dass ein sehr, sehr großer Teil gar nicht auf seinen Mailpostfach, oder nur ganz, ganz selten mal auf dieses Mailpostfach zugreift und dann nach drei Wochen dann mal so eine Mail öffnet und dann ist der Kurs schon am Laufen oder ist vielleicht schon abgesagt, weil sich nicht genug gemeldet haben.“ (ÜA8, 350-355)
BGM-Marketing, umfassende Kommunikations- und Informationsstrategien und -mittel werden unterschätzt	26	„Es wissen zu wenig Leute – und JA, es wissen IMMER zu wenig Leute. [...] Also internes BGM-Marketing ist sehr wichtig, wird häufig unterschätzt oder ganz weggelassen.“ (ÜA11 Z. 586-595)
Fehlende/zu kleine Räumlichkeiten	27	„Aber so Themen wie Räumlichkeiten, bin ich ehrlich, haben wir prinzipiell häufig im Gesundheitsbereich, dass es an Räumlichkeiten fehlt. Klingt so banal, aber jetzt auch nach Corona ist es noch schwieriger, weil große Räume dann häufig für andere Sachen genutzt werden.“ (ÜA11, Z. 1009-1013)
Mehrere/dezentral gelegene Standorte	28	„Ja, also grundsätzlich ist es hier ein großes Problem, dass die Räume zu klein sind, aber das kann ich halt schwer ändern -also das es echt baulich ist.“ (BA9, Z.449-450)
	29	„Es ist sehr schwierig. (...) Weil meist die Mitarbeiter, die an den Außenstellen arbeiten, eben auch da in der Nähe irgendwo wohnen. Und [die Angebote werden] dann meist hier angeboten, am Hauptstandort quasi.“ (BA10, 755-757)
Fehlende Partizipation von Pflegenden, z.B.	30	„Also wir hatten bei uns die stellvertretende Pflegeleitung mit in dem Arbeitskreis. Die ist im letzten halben Jahr überhaupt nicht mehr gesehen worden.“ (ÜA8, 302-303)
aufgrund fehlender Repräsentanz in Steuerkreisen/Arbeitsgruppen	31	„Ja, so reine Pflege [...] Also die sind jetzt nicht direkt mit am Steuerkreis dran, aber sie werden eben auch informiert, beziehungsweise die Leitungen der Stationen werden informiert“ (BA9, Z.283-286)
aufgrund eingeschränkter Beteiligung an Bedarfsanalysen und Partizipationsformaten	32	„[Wir haben] die Befragung getrennt und haben gesagt, wir befragen den Pflegebereich und wir befragen den Bereich und wir befragen den Verwaltungsbereich. [...] Die wenigsten Antworten kamen aus dem Pflegebereich. Zwei von sieben haben mitgemacht und der Geschäftsführer hat gesagt: ‚Naja, dann haben wir keinen Bedarf.‘ [...] Und dann findet BGM in dem Bereich, für den wir es eigentlich hauptsächlich gemacht haben, nicht statt.“ (ÜA10, Z.883-891)

Konzeption und Organisation von Gesundheitsförderung		
Herausforderungen	Nr.	Ankerzitate
Angebote im Bereich der Verhältnisprävention sind schwieriger zu organisieren, da sie komplexer sind Beispiel: Wertschätzung	33	„dass man sich vielleicht mal ein Programm der Wertschätzung zum Beispiel ausdenkt und entwickelt, dass man Führungskräfte bindet, dass diese Führungskräfte auch offen dafür sind. Dass man das Thema Mitarbeitergespräche vielleicht mal aufgreift in diesem Zusammenhang. Das ist ein Schritt, der ist so komplex – ich weiß nicht ob die Leute davor zurückschrecken und sagen: „Oh, die Aufgaben kann ich gar nicht stemmen. Das ist alles viel zu schwierig.““ (ÜA8, Z.290-296)
Heterogenität der verschiedenen Zielgruppen bei Bedarfen, Präferenzen, Arbeitsalltagen und Belastungen als große Schwierigkeit für Entwicklung passgenauer Angebote	34	„Erschwerend sind die vielen unterschiedlichen Bedarfe und die vielen unterschiedlichen Berufsgruppen. Also jedem gerecht zu werden, glaube ich. Und für jeden irgendwie also zu gucken, was passt überhaupt für wen? Und ich glaube, das ist schwer, da das unter einen Hut zu bekommen.“ (BA10, Z.737-740)
	35	„Wir müssen versuchen, die Angebote, die wir anbieten wollen, so zu fächern, dass möglichst viele sich da wiederfinden. Gleichgültig, ob es nun Intensivstationen oder Funktionsbereiche oder bettenführende Stationen sind. Aber jetzt Angebote speziell für einen Bereich zu machen, dafür sind wir, glaube ich, zu klein. Wenn ich jetzt wüsste, dass die Station X komplett wie sie ist, ein bestimmtes Seminar wollen, dann wäre das etwas anderes. Darüber kann man nachdenken, dann kriegen wir es mit Sicherheit irgendwie hin. Aber jetzt einfach nur einmal so aus Verdacht heraus, für die chirurgische Station das anzubieten. Und für die internistischen was anderes - Ich glaube, dafür sind wir zu klein.“ (BA8, Z. 661-670)