

Arbeit und Gesundheit in der Krankenpflege in Bezug auf
das Präsentismus-Phänomen

Bachelorarbeit
zur Erlangung des Grades “Bachelor of Science” (B.Sc.)

Erstprüfer/in: Dipl.-Pfleger (FH) Thomas Schüllermann-Epmann
Zweitprüfer/in: Dr. Martin Mrugalla

Kopp-Taeger, Justin

Braunschweig, den 31.01.2019

Inhaltsverzeichnis

Abkürzungsverzeichnis	V
1 Einleitung	1
1.1 Problemdarstellung	1
1.2 Zielformulierung und Aufbau der Arbeit	2
2 Literaturrecherche	3
2.1 Stand der Forschung	3
2.2 Bewertung und Auswahl der Literatur	6
3 Begriffsklärungen	7
3.1 Motivation.....	7
3.1.1 Motiviertes Handeln	8
3.2 Arbeit	10
3.3 Gesundheit	11
3.4 Präsentismus und Absentismus.....	14
4 Der Wandel im Gesundheitswesen.....	15
4.1 Der Wandel aus gesundheits- und wirtschaftspolitischer Perspektive	15
4.2 Die Effizienz deutscher Krankenhäuser	18
4.3 Krankheitsentwicklung und steigende Pflegebedürftigkeit	19
5 Die Arbeit im Gesundheitswesen.....	21
5.1 Das Gesundheitswesen als Dienstleister.....	21
5.1.1 Dienstleistung nach dem sozialwissenschaftlichen Ansatz	22
5.2 Wandel der Arbeit durch Restrukturierung und Downsizing	23

6	Die Arbeit im Kontext der Mitarbeitergesundheit	25
6.1	Exkurs: Mitarbeiterzufriedenheit.....	25
6.2	Der Einfluss von Arbeit auf die Mitarbeiter	26
6.3	Die Arbeit als Stressor	27
6.3.1	Die Arbeit in Bezug auf das Stresserleben	27
6.4	Arbeit und gesundheitsbezogenes Verhalten.....	28
6.4.1	Das Gesundheitsverhalten	28
6.4.2	Gesundheitsförderliches und schädigendes Verhalten	29
6.4.3	Die Faktoren gesundheitsbezogenen Verhaltens	30
6.4.4	Die Individualität des Gesundheitsverhaltens	31
7	Präsentismus im Interessenkonflikt.....	32
7.1	Das Interesse aus wissenschaftlicher Perspektive	32
7.2	Präsentismus in Bezug auf die Kennzahlen für Gesundheit.....	33
8	Das Präsentismus-Phänomen im Kontext der Pflege	35
8.1	Der Pflegeberuf.....	35
8.1.1	Die Rahmenbedingungen in der Pflege	36
8.1.2	Funktionen und Aufgaben der Pflege	36
8.1.3	Leistungsverdichtung in der Pflege	38
8.1.4	Begünstigende Faktoren für das Präsentismus-Phänomen.....	39
8.1.5	Die Folgen des Verhaltens.....	41
9	Lösungsansätze gegen das Präsentismus-Phänomen	43
9.1	Das Personalmanagement.....	43
9.1.1	Die Funktionen des Personalmanagements	43
9.2	Prävention und betriebliche Gesundheitsförderung.....	45
9.2.1	Interventionsmaßnahmen aus Sicht des Unternehmens	47

10 Kritische Reflexion	48
10.1 Inhaltlich	48
10.2 Methodisch	49
11 Fazit und Ausblick.....	50
Literatur- und Quellenverzeichnis.....	54

Abkürzungsverzeichnis

AOK Allgemeine Ortskrankenkasse

AWMF Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen
Fachgesellschaften

BAuA Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin

BIBB Bundesinstitut für Berufsbildung

BKK Betriebskrankenkasse

DAK Deutsche Angestellten Krankenkasse

DGB Deutscher Gewerkschaftsbund

DRG Diagnoses Related Groups

VPN Virtual private network

WHO Weltgesundheitsorganisation

1 Einleitung

1.1 Problemdarstellung

In der heutigen Zeit ist das Erreichen eines hohen Lebensalters sehr realistisch, womit jedoch das Risiko der Entwicklung komplexer Krankheitsverläufe einhergeht. Infolgedessen wird von einer wachsenden Pflegebedürftigkeit ausgegangen.¹

Das Gesundheitswesen stellt demnach einen großen Dienstleister in der heutigen Zeit dar, welchem aus gesellschaftlicher als auch wirtschaftlicher Perspektive eine hohe Bedeutung zugesprochen wird. Allein im Jahr 2011 waren rund 14% aller Erwerbstätigen im Bereich des Gesundheits- und Sozialwesens beschäftigt. In Zahlen ausgedrückt arbeiteten in diesem Jahr etwa 4,9 Millionen Menschen in diesem Bereich, wonach die Pflege mit 800.000 Beschäftigten eine starke Berufsgruppe darstellt.²

Die Patientenversorgung und der Beruf der Pflege sind zunehmend von einem starken Wandel gezeichnet, welcher bereits seit den 90er Jahren festzustellen ist und eine deutliche Effizienzsteigerung in deutschen Krankenhäusern herbeiführt. Dabei steht Deutschland im internationalen Vergleich weit vorn. Diese Steigerung zeigt sich anhand des Verhältnisses von In- und Output, wonach die Fallzahlen die des Personals deutlich übersteigen.³ Faktoren die diesen Wandel begründen sind unter anderem auf eine starke Mengenentwicklung in Form steigender Fallzahlen auf Grund der Einführung eines neuen Vergütungssystems.⁴ Das Pflegepersonal steht folgend unter einer wachsenden Leistungsverdichtung. Auch wenn die Verweildauer der Patienten abnimmt, steigt die Anzahl chronisch degenerativer Erkrankungen und somit der individuell pflegerische Aufwand.⁵ Neben der Leistungsverdichtung stellen weitere Faktoren, wie die ständige Erreichbarkeit, ein geringes Maß an Arbeitszufriedenheit sowie organisatorische und interpersonelle Konflikte eine hohe Belastung für das Personal dar.⁶

¹ Vgl. Blüher/Kuhlmey 2014, S. 169 ff.

² Vgl. Bornewasser 2014a, S. 1 ff.

³ Vgl. Oppel/Schreyögg 2017, S. 3 ff.

⁴ Vgl. Ebd.

⁵ Vgl. Stab/Hacker 2014, S.191 ff.

⁶ Vgl. Grosser 2014, S. 209 ff.

Die Arbeit zeigt die Hauptursache von Stress und Erschöpfung auf, wobei das Stresserleben durch private Angelegenheiten verstärkt wird. Die Ursachen des erlebten Stresses durch die Arbeit sind vor allem auf einen hohen Leistungs- und Termindruck und Unterbrechungen im Arbeitsprozess zurückzuführen.⁷ Die zunehmende Belastung in der Pflege fördert einen erhöhten Stresslevel des Personals, welcher auf Dauer gesundheitliche Risiken hervorruft.⁸

Die Gesundheit stellt einen wesentlichen Faktor für das individuelle Wohlbefinden und die Lebensqualität dar. Dabei wird der Gesundheitszustand des Personals durch die genetische Prädisposition und dem individuellen Verhalten beeinflusst.⁹ Die Einstellung zur Gesundheit, die Gesundheitskompetenz und die Gesundheitsziele sind maßgebend für das individuelle Verhalten.¹⁰

Ein spezifisches gesundheitsbezogenes Verhalten stellt die Anwesenheit der Mitarbeiter bei der Arbeit, trotz gesundheitlicher Beeinträchtigung dar.¹¹ Dieses ist unter dem Begriff Präsentismus bekannt.¹² Die Bedeutsamkeit des Präsentismus-Phänomens, wird infolge diverser Ergebnisse bundesweiter Befragungen untermauert. Die Ergebnisse des Gesundheitsreports der Deutschen Angestellten Krankenkasse (DAK) aus dem Jahr 2016 beispielsweise zeigen, dass 67% der Frauen und 57% der Männer trotz gesundheitlicher Beeinträchtigung zur Arbeit gegangen sind statt sich krank zu melden. Diverse Befragungen des wissenschaftlichen Instituts der Allgemeinen Ortskrankenkasse (AOK), die Erhebungen des Deutschen Gewerkschaftsbundes (DGB)-Index „Gute Arbeit“ sowie die Befragungen des Bundesinstituts für Berufsbildung (BIBB)/ der Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin (BAuA) kommen zu ähnlichen Ergebnissen.¹³

1.2 Zielformulierung und Aufbau der Arbeit

Man fühlt sich ausgelaugt, ist erschöpft und die Ressourcen sind ausgezehrt. Es ist ja nur ein leichter Schnupfen und der Rücken tut etwas weh. Um die privaten Sorgen kann man sich noch nach der Arbeit kümmern. Sind das Gedanken der

⁷ Vgl. Schirmer/Oelsnitz/Wüstner 2014, S.3 ff.

⁸ Vgl. Ebd.

⁹ Vgl. Salewski/Opwis 2018, S. 31 ff.

¹⁰ Vgl. Ebd.

¹¹ Vgl. Riechert 2015, S. 7 ff.

¹² Vgl. Sinß 2015, S. 36 ff.

¹³ Vgl. Steinke/Lampe 2017, S. 127 ff.

Personen, die trotz gesundheitlicher Beeinträchtigung den Weg zur Arbeit antreten anstatt lieber den Arzt aufzusuchen und der Arbeit fern zu bleiben?

Der Verfasser dieser Arbeit ist selbst Teil des Gesundheitswesens und arbeitet im stationären Sektor als examinierter Gesundheits- und Krankenpfleger. In dieser Arbeit geht es um die Berufsgruppe der professionell Pflegenden, die im Krankenhaus tätig sind. Ein Berufsfeld in dem die Gesundheit im Zentrum des Handelns steht. Rund um die Uhr geht es um die Gesundheit und Genesung der Patienten, doch wie steht es um die Gesundheit der Mitarbeiter?

Das Ziel dieser Arbeit und der Auseinandersetzung mit der Problematik des Präsentismus-Phänomens, ist diesem spezifischen Verhalten auf den Grund zu gehen. Was sind die Motive der Mitarbeiter und welche Folgen resultieren daraus? Das Interesse des Verfassers sich mit diesem Thema tiefgründig zu befassen, begründet sich allein daran, herauszufinden was hinter dem Begriff des Präsentismus steht. Aus dieser Neugier entwickelte der Verfasser folgend eine Forschungsfrage, welche das Ziel dieser wissenschaftlichen Ausarbeitung beleuchtet und wie folgt lautet: *„Wie kann aus Sicht des Unternehmens präventiv interveniert werden um die Gesunderhaltung und Motivation der Mitarbeiter zu gewährleisten und dem Präsentismus-Phänomen entgegenzuwirken?“* Dabei bildet diese den Kern dieser wissenschaftlichen Arbeit, woran sich das weitere Vorgehen des Verfassers orientiert. Hinsichtlich des Aufbaus sind die Themenkomplexe logisch, aufeinander aufbauend gegliedert und bilden damit das theoretische Fundament dieser Arbeit.

2 Literaturrecherche

2.1 Stand der Forschung

Hinsichtlich der Auseinandersetzung mit der beschriebenen Fragestellung hat der Verfasser als Methodik, sich dieser Frage zu nähern und zu beantworten, die wissenschaftliche Literaturrecherche gewählt. Anhand des Titels und der entwickelten Forschungsfrage konnte der Verfasser diverse Schlagwörter identifizieren welche für die wissenschaftliche Literaturrecherche herangezogen wurden. Dabei wurden die Oberbegriffe aus dem Titel und der Forschungsfrage vorerst in einer Mind-Map aufgeführt. Zu diesen zählen die Begriffe wie „Gesundheit“,

„Arbeit“, „Krankenpflege“ und „Präsentismus“. Im Prozess der Literaturrecherche konnten folgend weitere, spezifische Schlagworte generiert werden, welche der Verfasser anhand einer Mind-Map folgend gegliedert und geclustert hat. Unter dem Begriff „Gesundheit“ wurden folgend Schlagworte wie „psychische Gesundheit“, „Gesundheitsförderung“, „Prävention“, „Gesundheitsverhalten“, „Gesundheitszustand“ und „Mitarbeitergesundheit“ geclustert. Schlagworte wie „Arbeitszufriedenheit“, „Arbeitsbelastung“, „psychische Belastung“ und „Stress“ wurden dem Begriff der „Arbeit“ zugeordnet. Der Begriff „Krankenpflege“ umfasst hingegen Schlagworte wie „Gesundheits- und Krankenpflege“, „Pflege“, „pflegerische Versorgung“, „Pflegebedarf“ sowie „Pflegen“. Letzteres wurden dem Begriff „Präsentismus“ Schlagworte wie „krank Arbeiten“, „gesund Pflegen“ und „Risikoverhalten“ zugeordnet.

Um die Treffer nach valider Literatur einzugrenzen wurden logische Operatoren eingesetzt. Durch den Einsatz der Operatoren „AND“ und „OR“, wurden multiple Kombinationen der Schlagworte angewandt.

Der Verfasser nutzte den Zugang zum Online-Katalog der Ostfalia Hochschule, um nach relevanter Literatur zu suchen. So wurde folgend nach Fach- bzw. Lehrbüchern, Artikeln und Beiträgen sowie Onlineressourcen recherchiert, die sich mit der Thematik der Forschungsfrage beschäftigen und die sich zudem über eine hohe Evidenz auszeichnen. Dabei wurden Einstellungen vorgenommen nach denen die Treffer in chronologischer Reihenfolge des Erscheinungsjahrs angegeben werden. Somit sind aktuellste Titel zuerst ersichtlich.

Über die Schnellsuche konnten mit dem Begriff „Gesundheit“ allein 4362 Treffer generiert werden. Um die Treffer einzugrenzen wurde folgend mit der Kombination „Gesundheit“ und „Arbeit“ gesucht, wonach 662 Treffer angegeben wurden. In der erweiterten Suche, ist der Zeitraum der Erscheinung von 2011 bis 2018 gesetzt, 198 Treffer sind erschienen. Darunter wurde ein Werk, welches hinsichtlich der Thematik relevant ist, aufgezeigt und von dem Verfasser herangezogen. Es handelt sich um den Titel „Präsentismus: krank zur Arbeit: Ursachen, Folgen, Kosten und Maßnahmen“. Unter dem Begriff „Präsentismus“ konnten im Online-Katalog lediglich 22 Treffer generiert werden. Nach einer weiteren Eingrenzung und der Kombination der Schlagworte „Präsentismus“ und „Arbeit“ ergaben sich lediglich nur 11 Treffer.

Die Aktualität der Thematik zeigte sich bereits anhand der angegebenen Ergebnisse. Die meisten Treffer erschienen im Jahr 2018 und 2017, das älteste Werk im Jahr 2010. Eine Vielzahl der Treffer wurde dabei für die Ausarbeitung dieser Arbeit herangezogen. Darunter beispielsweise das Werk von Thomas Jung mit dem Titel „Präsentismus im Handlungsfeld von Personalführung und Betrieblichem Gesundheitsmanagement“ aus dem Jahr 2017.

Des Weiteren ist der Verfasser methodisch über den gleichen Weg, wie oben beschrieben vorgegangen und hat in den Datenbanken wie Pubmed und Livivo nach validen Quellen recherchiert. Es wurden diverse Filter gesetzt und Kombinationen der Schlagworte angewandt, um gezielt themenspezifische Literatur zu finden.

Während in der Datenbank Pubmed unter dem Schlagwort „Gesundheit“ allein 3700 Treffer angegeben wurden, ergab die Suche nach „Präsentismus“ keine Treffer. In der englischen Übersetzung des Begriffs „presenteeism“ konnten folgend 13 Treffer generiert werden. Der Zugang zu der Literatur war für den Verfasser jedoch auf die Abstracts der Werke beschränkt. Ein Überblick war somit zwar gegeben, jedoch konnte sich der Verfasser nicht tiefgründiger mit der Literatur auseinandersetzen.

Bei der Recherche im Suchportal Livivo wurden unter dem Begriff „Gesundheit“ über fünf Millionen Treffer angegeben, frei zugänglich waren dabei knapp zwei Millionen. In der Kombination von „Gesundheit“ und „Arbeit“ wurden 322144 Treffer angegeben, wovon 118523 für den Verfasser frei zugänglich waren. Folgend wurden weitere Einstellungen vorgenommen hinsichtlich des Bezugs zum Begriff „Präsentismus“. Dabei wurden die Treffer nach dem „Jahr absteigend“ sortiert. Insgesamt 93 Treffer wurden angegeben, lediglich acht davon waren frei zugänglich. Der Großteil der angegebenen Literatur stammt aus dem Zeitraum zwischen 2018 und 2014, ältere Literatur machte nur einen kleinen Teil der Ergebnisse aus. Unter den frei zugänglichen Treffern, gab der vierte Treffer ein Werk an welches sich bereits bei vorheriger Recherche als relevant erwies. Dabei handelt es sich um das Werk „Präsentismus im Handlungsfeld von Personalführung und Betrieblichem Gesundheitsmanagement“ von Thomas Jung. Unter „Präsentismus“ und „Pflege“ wurden insgesamt acht Treffer angegeben, wovon keiner frei zugänglich war und das neuste Werk aus dem Jahr 2014

stammt. Der dritte Treffer wurde als relevant angesehen. Es handelt sich um das Werk „Krank arbeiten statt gesund Pflegen“ von Martin Jansen.

Hinsichtlich der Suche nach Leitlinien, welche sich auf das Präsentismus-Phänomen beziehen, nutzte der Verfasser das online Portal der Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF). Hier konnten jedoch unter dem Begriff „Präsentismus“ keine Treffer generiert werden.

Zusammenfassend konnten in der Recherche in diversen Datenbanken und Portalen unter dem Begriff „Gesundheit“ weitaus mehr Treffer generiert werden als unter dem Begriff „Präsentismus“. Dies unterstreicht die Aktualität der Thematik.

2.2 Bewertung und Auswahl der Literatur

Nach vorangegangener ausführlicher Recherchearbeit erfolgte die Bewertung und Auswahl der Literatur. Der Zugang zu relevanter Literatur, welche infolge der Literaturrecherche selektiert wurden, wurde über die Bibliothek der Ostfalia und das „virtual private network“ (VPN) ermöglicht. Diverse Literatur wurde über die Standorte Wolfsburg, Suderburg und Wolfenbüttel entliehen oder wurden digital über das VPN herangezogen. Dabei wurde die gesammelte Literatur in das Programm Citavi eingepflegt, geordnet und Themengebieten untergliedert und folgend Bewertet.

Die Bewertung der Literatur und die darauf folgende Auswahl erfolgte grundsätzlich unter der Berücksichtigung der drei wissenschaftlichen Gütekriterien: *Validität*, *Reliabilität* und *Objektivität*.¹⁴

Folgend werden die Bewertungskriterien der Literatúrauswahl kurz beleuchtet. Die *Validität* beschreibt dabei die Gültigkeit eines wissenschaftlichen Verfahrens und ob die angewandte Methodik und Zielformulierung der Fragestellung angepasst und zielgerichtet an die Forschungsbemühungen gerichtet sind. Die *Reliabilität* hingegen beschreibt die Verlässlichkeit in Anbetracht der Methodik. Es geht darum, dass bei identischer Methodik und Herangehensweise das gleiche Ergebnis reproduziert werden kann. Zuletzt wird mit der *Objektivität*, die Unabhängigkeit der Person und der verwendeten Instrumenten sowie Verfahren hinsichtlich der erzielten Ergebnisse beschrieben.¹⁵

¹⁴ Vgl. Przyborski/Wohlrab-Sahr 2014, S.21 ff.

¹⁵ Vgl. Przyborski/Wohlrab-Sahr 2014, S.21 ff.

Die in der verwendeten Literatur beschriebenen Inhalte sowie Ergebnisse weisen eine hohe Objektivität der Verfasser auf. Äußerungen eigener Meinungen sowie Unstimmigkeiten konnten nicht identifiziert werden. Die Forschungsfragen wurden valide beschrieben und die angewandte Methodik ist wissenschaftlich nachvollziehbar und die Reliabilität wissenschaftlich fundiert. Des Weiteren wurde primär Literatur verwendet, welche nicht älter als fünf Jahre ist, was die Aktualität der wissenschaftlichen Erkenntnisse einrahmt.

Hinsichtlich der Präsentismus-Thematik bezog sich der Verfasser dieser Arbeit, unter anderem, auf die Monografie „Präsentismus im Handlungsfeld von Personalführung und Betrieblichem Gesundheitsmanagement“ von Thomas Jung aus dem Jahr 2016. Die Zielsetzung und Vorgehensweise dieser Arbeit gehen inhaltlich deutlich hervor und zeichnen sich durch eine hohe Validität, Reliabilität und Objektivität aus. Die Inhalte sind zudem klar strukturiert, bauen aufeinander auf und sind wissenschaftlich nachvollziehbar und valide. Hinsichtlich weiterer Literatur ging der Verfasser nach gleicher Vorgehensweise in der Bewertung vor. Die Auswahl der Literatur, die für diese Arbeit herangezogen wurde, erfolgte nach vorangegangener Bewertung. Darunter finden diverse Monografien, wissenschaftliche Artikel sowie Sammelwerke mit Beiträgen diverser Autoren Verwendung, welche der Verfasser zur Übersicht als Projekt in Citavi angelegt hat.

3 Begriffsklärungen

3.1 Motivation

Losgelöst von der rein wissenschaftlich ausgelegten Definition von Motivation, spricht man im alltäglichen Gebrauch vom Handeln, welches mit gewissen Merkmalen in Verbindung gebracht wird. So findet im Alltag der Begriff Motivation vor allem Verwendung, wenn es um Handlungen geht, die unter anderem mit Leistungsbereitschaft sowie Zielgerichtetheit und Fleiß einhergehen. Laut der Definition im deutschen Wörterbuch, wird die Motivation als Triebkraft bzw. als Wille definiert.¹⁶

¹⁶ Vgl. Brandstätter et al. 2018, S. 3 ff.

Betrachtet man den Begriff Motivation aus der wissenschaftlichen Perspektive, also aus motivationspsychologischer Sicht, so lässt sich der Gegenstand der Motivationspsychologie bereits anhand der Forschung der älteren Vertreter dieses Fachgebietes festhalten.¹⁷ John W. Atkinson, welcher sich der experimentellen Motivationsforschung angenommen hat, beschreibt die Motivationsforschung als die Analyse individueller und multipler Faktoren, welche den Handelnden zu einer Handlung bewegt bzw. antreibt und lenkt. Ebenso Bernhard Weiner stellt hinsichtlich der Motivationsforschung eine Frage in den Vordergrund, bei der zu beantworten gilt, was eine Person dazu bewegt gewisse Verhaltensweisen und Handlungen aufzuzeigen.¹⁸ Nach Jutta und Heinz Heckhausen geht es in der Motivationspsychologie und um jene Aktivitäten, die einem gewissen Ziel nachgehen und bei der die Aktivität, das Ziel bzw. die Absicht eine Einheit bilden. Die Motivationsforschung dient der Beantwortung und Erklärung hinter dem „Wozu“ und „Wie“ bezüglich dieser Einheiten. Dabei beschreiben die Aktivitäten jegliche Form von Aktivität, darunter auch jene die nicht von außen wahrgenommen werden können und schließt dabei Gedanken und Emotionen mit ein.¹⁹

3.1.1 Motiviertes Handeln

Damit Handlungen entstehen können, sind zwei Faktoren von Bedeutung. Diese fungieren praktisch als Steuerungselemente. Erstens ist von dem Streben des Individuums nach Wirksamkeit in seinem Umfeld die Rede. Wichtig ist hier die Fähigkeit sich an veränderte Umstände anzupassen und sein Verhalten zu modifizieren.²⁰ Das Potential der eigenen Kontrolle der Handlungen verändert sich im Verlauf der menschlichen Entwicklungsphasen. In den ersten Jahren bzw. im Kleinkindalter ist das Verhalten noch gezeichnet von Ahnungs- und Hilflosigkeit. Kinder erfahren beispielsweise die Wirksamkeitserlebnisse über das Verhalten der Eltern. Durch die Eltern werden fehlende Kenntnisse kompensiert und es entwickeln sich folgend mehr Fähig- und Fertigkeiten, womit sich das Potenzial der primären Kontrolle ausbaut und stärkt. Das autonome Handeln und der

¹⁷ Vgl. Ebd.

¹⁸ Vgl. Ebd.

¹⁹ Vgl. Ebd.

²⁰ Vgl. Heckhausen/Heckhausen 2018, S. 2 ff.

Gebrauch individueller Ressourcen erreichen im Erwachsenenalter seinen Höhepunkt. In der folgenden menschlichen Entwicklung, mit zunehmenden Alter und vor allem im hohen Lebensalter gehen Fähigkeiten verloren und der Mensch fällt praktisch zurück auf den Stand des Anfangs der Entwicklung. Das Laufen lernen verdeutlicht diese Entwicklungsphasen.²¹

Für ein Kleinkind sind die eigenen Schritte eine neue Errungenschaft eine neue Fähigkeit, welche folgend selbstverständlich wird und im hohen Alter eine zunehmende Herausforderung darstellen kann. Es wird angenommen, dass der Mensch Handlungen präferiert, bei denen aus eigenem Verhalten Ereignisse hervorgebracht werden. Hierbei spricht man von der Verhaltens-Ereignis-Kontingenz. Der Mensch verfügt scheinbar schon zu Beginn des Lebens über ein Repertoire an Strategien zur Verarbeitung von Informationen und zur Anpassung des Verhaltens. Das Ziel ist die primäre Kontrolle und somit die Selbstwirksamkeit zu verstärken, wozu der Mensch den Fokus auf eigen hervorgebrachte Handlungsergebnisse legt.²²

Hinsichtlich des Wirksamkeitsstrebens stellt außerdem das Explorationsstreben ein motivationales Steuerungsmodul dar. Das Explorationsstreben wird auch als Motiv der Neugier betitelt und ist individuell ausgeprägt. Das Explorationsstreben gilt in Bezug auf die Motivation als allgemeine Orientierung, in dem Situationen entweder aufgesucht oder gemieden werden. Durch die Neugier und Exploration wird die Wirksamkeit praktisch einer Prüfung unterzogen und die Fähigkeit der primären Kontrolle erweitert. Der Mensch hat ein Bedürfnis nach Erkundungen neuer und bisher unerprobter Situationen, was verdeutlicht, dass es sich bei dem Wirksamkeitsstreben um einen fortlaufenden individuellen Prozess handelt.²³

Des Weiteren hat die unterschiedliche Reaktion auf positive und negative Effekte einen Einfluss auf das Kontrollverhalten. Während auf ein positives Ereignis eine schnelle Reaktion erfolgt, dauert die Reaktion auf ein negatives Ereignis länger und bringt meist lang anhaltende negative Emotionen mit sich. Diese Asymmetrie affektiver Reaktionen auf verschiedenen Ereignisse motiviert dazu,

²¹ Vgl. Heckhausen/Heckhausen 2018, S. 2 ff.

²² Vgl. Ebd.

²³ Vgl. Ebd.

sich nach erfolgreichen Ereignissen neue Ziele zu setzen und nach Misserfolgen nicht vorschnell aufzugeben, sondern diesen entgegen zu steuern.²⁴

Zuletzt spielt die Eigenorganisation der Zielsteuerung, hinsichtlich motivierten Handelns eine wichtige Rolle. Man unterscheidet das Zielengagement und die Zieldistanzierung. Bei dem Zielengagement wird mit optimistischer Wirksamkeitserwartung einem Ziel nachgegangen und Unwichtiges ausgeblendet. Der Fokus und die volle Aufmerksamkeit liegen allein auf dem angestrebten Ziel. Mit der Zieldistanzierung ist die Deaktivierung eines Ziels gemeint. Es handelt sich dabei um einen aktiven Prozess in dem das Individuum die Ziele bewertet und sein Handeln nach den individuellen Ressourcen und seiner kognitiven Fähigkeiten ausrichtet. Der Prozess dient der Erhaltung des Selbstwerts und der motivationalen Ressourcen.²⁵

3.2 Arbeit

Der Begriff Arbeit und seine Bedeutungen sind sehr vielseitig. Nach dem Duden online kann mit dem Substantiv „Arbeit“ unter anderem ein entstandenes Werk als Ergebnis einer Betätigung oder eine Berufsausübung gemeint sein. In diesem Kontext ist mit Arbeit eine Tätigkeit mit einzelnen Verrichtungen bzw. die Ausführung eines Auftrages oder ähnlichem gemeint.²⁶ Voigt und Wohltmann definieren den Begriff Arbeit als eine zielgerichtete, soziale, planmäßige und bewusste körperliche sowie geistige Tätigkeit. Unter Arbeit verstand man damals den Prozess in dem sich der Mensch individuell mit der Natur auseinandergesetzt hat, um sein Überleben zu sichern. Aufgrund von Kooperation sowie Differenzierungen im sozialen und wirtschaftlichen Miteinander, entwickelten sich jedoch die Arbeitsprozesse.²⁷

Aus subjektiver Perspektive handelt es sich bei der Arbeit um eine planvolle, zielgerichtete sowie durch den eigenen Willen heraus gesteuerte Tätigkeit, welche gewissen gesellschaftlichen Rahmenbedingungen unterliegt. Durch die Arbeit erfahren sowohl die Umwelt, als auch Arbeitende materielle sowie ideelle

²⁴ Vgl. Heckhausen/Heckhausen 2018, S. 2 ff.

²⁵ Vgl. Ebd.

²⁶ Vgl. Bibliographisches Institut GmbH (Hrsg.) o.J. (Internet)

²⁷ Vgl. Voigt/Wohltmann 2018 (Internet)

Veränderungen. Betreffend der Arbeitenden, führt es beispielsweise durch Erschöpfung oder auch durch positiv zu betrachtende Entwicklungseffekte zu Veränderungen. Demzufolge wird der Arbeit eine spezielle Form des Tätig-Seins zugesprochen.²⁸

3.3 Gesundheit

Gesundheit stellt für den Menschen einen zentralen Faktor hinsichtlich des subjektiven Wohlbefindens dar und ist zudem maßgebend für die individuelle Lebensqualität. Dabei kann sich Gesundheit positiv auf eine aktive Lebensgestaltung auswirken, wohingegen das Vorliegen diverser Beeinträchtigungen das Gegenteil, also Krankheit begünstigen kann.²⁹

Nach der Definition der Weltgesundheitsorganisation (WHO) aus dem Jahr 1948 wird unter dem Begriff „Gesundheit“ ein Zustand verstanden, welcher sich durch ein vollkommenes körperliches, psychisches sowie soziales Wohlbefinden auszeichnet. Vor diesem Hintergrund der Definition, werden diverse Aspekte angesprochen und in den Vordergrund gerückt. Demzufolge wird Gesundheit als ein positives Gebilde angesehen, welches dem Leben des Menschen einen Profit erbringt. So wird der Gesundheit ein gewisser Zielcharakter zu Teil, wonach sich der Mensch individuell weiterentwickelt und heranwächst.³⁰

Des Weiteren setzt sich Gesundheit aus drei unterschiedlichen Aspekten zusammen und wird von diesen gekennzeichnet. Gesundheit umfasst nach der Definition, körperliche und psychische sowie soziale Komponenten und spricht dabei multiple Dimensionen an, welche für die Gesundheit wesentlich sind. Zudem wird Gesundheit als ein Idealzustand angesehen, welcher sich durch die Vollkommenheit in den drei Dimensionen auszeichnet.³¹

Den Zustand von Gesundheit als Ziel des Individuums zu erreichen, stellt unter Berücksichtigung des Umfangs eine Herausforderung dar. Auf diese Weise ist das Streben nach Gesundheit als ein permanentes und komplexes Ziel zu betrachten. Im Fokus davon steht das individuelle Wohlbefinden des Menschen. Das Wohlbefinden deutet auf das individuelle Erleben des Menschen hin. Dafür

²⁸ Vgl. Voigt/Wohltmann 2018 (Internet)

²⁹ Vgl. Wirtz/Kohlmann/Salewski 2018, S. 15 ff.

³⁰ Vgl. Ebd.

³¹ Vgl. Ebd.

ist die Fähigkeit zu selbstbestimmten Handlungen und Verhalten, das Nachgehen individuell gesetzter Ziele, die persönliche Entwicklung sowie das Erkennen des Sinns im Leben und der Akzeptanz seiner selbst, essentiell. Die Funktionsfähigkeit im Alltag und die Teilhabe in der Gesellschaft sind nach der WHO wesentliche Elemente von Gesundheit. In einer überarbeiteten Fassung der WHO von 1987 wird Gesundheit zudem als eine Fähigkeit und ein Antrieb hinsichtlich einer wirtschaftlichen und aktiven Lebensführung beschrieben.³² Demnach nimmt der Mensch individuell und aktiv Einfluss auf seine Gesundheit und dessen Erhaltung.^{33, 34} Die Gesundheitswissenschaft hat von der Begriffsdefinition der Gesundheit nach der WHO profitiert und wurde durch diese vorangetrieben. Vor diesem Hintergrund wurden diverse gesundheitsrelevante Aspekte wie beispielsweise die Selbstwirksamkeit identifiziert und die Gesundheit und die Methoden und Modelle entwickelt.³⁵

Der amerikanisch-israelische Gesundheitswissenschaftler übte Kritik an der vorherrschenden pathogenen Denkweise in der Forschung und legte einen Perspektivenwechsel dar. Er kritisierte die bisherige Denk- und Vorgehensweise als eine irrationale Strategie.³⁶ Aaron Antonovsky beschäftigt sich mit der Frage, warum Menschen trotz des Bestehens multipler gesundheitlicher Risiken und Einflüsse gesund bleiben und was sie gesund hält. Zudem fragte er sich, wie Gesundheit entsteht.^{37, 38} Dabei fokussiert er sich auf die protektiven Faktoren und Ressourcen.³⁹ Als Antwort auf diese Frage entwickelte Antonovsky das Modell der Salutogenese. Dieses stellt ein komplexes Konstrukt dar, welches anhand diverser Bedingungen die Entstehung von Gesundheit begründet.⁴⁰

Nach diesem Modell ist Gesundheit nicht als Gegensatz von Krankheit anzusehen, sondern vielmehr als eine zusammenhängende Variable. Dies wird nach dem Gesundheitswissenschaftler als multidimensionales Kontinuum beschrieben, welches die zwei Extremen der absoluten Gesundheit und Krankheit als

³² Vgl. Ulich/Wülser 2018, S.3

³³ Vgl. Wirtz/Kohlmann/Salewski 2018, S. 17

³⁴ Vgl. Ulich/Wülser 2018, S.34 ff.

³⁵ Vgl. Wirtz/Kohlmann/Salewski 2018, S.16

³⁶ Vgl. Faltermaier 2018, S.85 ff.

³⁷ Vgl. Ebd.

³⁸ Vgl. Ulich/Wülser 2018, S. 39 ff.

³⁹ Vgl. Ebd.

⁴⁰ Vgl. Faltermaier 2018, S.85 ff.

Pole darstellt, zwischen denen sich der Mensch bewegt und der Gesundheitszustand variiert. Das Modell erklärt dabei die positive oder negative Bewegung auf dem Kontinuum. Zudem werden sowohl Gesundheits- als auch Krankheitsaspekte berücksichtigt, wonach jeder Mensch über gesunde und kranke Anteile verfügt. Demnach kann ein Mensch trotz diagnostizierter Krankheit gewissermaßen auch als gesund angesehen werden.⁴¹ In diesem Modell geht es um jene Prozesse, die der Erhaltung und Förderung der Gesundheit dienen.⁴²

Ausschlaggebend für die positive oder negative Ausrichtung auf dem Gesundheitskontinuum sind der Stressprozess und sein Ergebnis.^{43,44} Dabei wird von Stressoren unterschiedlichen Ursprungs ausgegangen, welche zum einen exogener Natur und zum anderen endogener Natur sein können.⁴⁵

Ausgangspunkt für einen Stressprozess sind die Stressoren, welche in psychosoziale, physikalische und biochemische Stressoren gruppiert werden. Infolge der Begegnung mit diesen Stressoren, erfährt der Mensch einen Spannungszustand physischen sowie körperlichen Ursprungs, dessen Bewältigung bzw. fehlende Bewältigung über das Ergebnis des Prozesses entscheidet. Die Auswirkungen des Stressprozesses sind dabei von der individuell kognitiven Bewertung und den Bewältigungsversuchen gegen die Stressoren abhängig. Kommt es zur Bewältigung des Spannungszustandes erfolgt eine positive Ausrichtung auf dem Gesundheitskontinuum. Schlägt die Bewältigung im Gegensatz dazu aber fehl, entstehen Stressreaktionen, welche unter anderem die Entstehung von Krankheiten begünstigen und einleiten können.^{46, 47} Somit entwickeln sich im Laufe des Lebens viele individuelle Widerstandsressourcen womit der Mensch an Erfahrung gewinnt, wodurch er resistenter und beständiger wird und über mehr Kontrolle seiner Selbst und in seinem sozialen Umfeld verfügt. Dabei unterstützt die Lebenserfahrung des Individuums Dysbalancen zu begegnen und ein Gleichgewicht zwischen Über- und Unterforderung zu generieren. Vor diesem Hintergrund entsteht eine individuelle Orientierung und Grundhaltung im Leben. Diese erhalten in Bezug auf das Modell der Salutogenese einen elementaren Charakter

⁴¹ Vgl. Faltermaier 2018, S.85 ff.

⁴² Vgl. Ulich/Wülser 2018, S. 39 ff.

⁴³ Vgl. Faltermaier 2018, S. 85 ff.

⁴⁴ Vgl. Ulich/Wülser 2018, S. 39 ff.

⁴⁵ Vgl. Faltermaier 2018, S. 85 ff.

⁴⁶ Vgl. Ebd.

⁴⁷ Vgl. Ulich/Wülser 2018, S. 39 ff.

und werden als Kohärenzgefühl bezeichnet, welches sich aus drei Komponente zusammensetzt.⁴⁸

Dazu zählen Gefühle der Verstehbarkeit, der Handhabbarkeit und der Sinnhaftigkeit. Das multidimensionale Gefüge nimmt hier zwecks der Widerstandsressourcen und der möglichen Bewältigung von Stressoren eine Vermittlerrolle ein und ist entscheidend für den Erfolg oder Misserfolg in der Bewältigung.^{49,50} Die Verstehbarkeit deutet dabei auf die Fähigkeit, Reize und Situationen zu Verarbeiten und als vorhersehbar und verständlich zu erkennen. Die Handhabbarkeit einer Situation oder eines Reizes beschreibt die Fähigkeit abzuwägen ob die für den Umgang mit der Anforderung oder Belastung benötigten Ressourcen verfügbar sind und zu entscheiden ob man sich in der Lage sieht sich dieser zu bedienen und der Situation zu stellen. Letzteres geht es bei der Sinnhaftigkeit um das Ausmaß in dem das Leben und Handeln als sinnvoll und lohnend angesehen und empfunden werden.⁵¹ Verfügt der Mensch über ein stark ausgebildetes Kohärenzgefühl, können die verfügbaren Ressourcen optimal ausgewählt und angewandt werden, wodurch die Konfrontation mit Belastungen besser bewältigt werden.⁵²

3.4 Präsentismus und Absentismus

Im literarischen Kontext bezieht sich der Begriff „Presentee“ auf eine Person die anwesend ist. Hier fand der Begriff bereits im Jahre 1892 seine Verwendung. Aus wissenschaftlicher Perspektive hingegen wurde der Begriff erstmals in den 1950er Jahren aufgeführt und bezog sich auf die Anwesenheit am Arbeitsplatz.⁵³ Dabei liegen diverse Definitionen hinsichtlich dieses Begriffes vor, welche jeweils unterschiedliche Phänomene beschreiben, wie beispielsweise das Leisten von Überstunden. Betrachtet man die Definitionen genauer, zeigt sich jedoch ein Aspekt, den alle gemeinsam haben. Dabei geht es um die physische Anwesenheit am Arbeitsplatz.⁵⁴ Aktuell liegt keine allgemeingültige Definition für Präsentis-

⁴⁸ Vgl. Faltermaier 2018, S. 85 ff.

⁴⁹ Vgl. Ebd.

⁵⁰ Vgl. Ulich/Wülser 2018, S. 39 ff.

⁵¹ Vgl. Ebd.

⁵² Vgl. Faltermaier 2018, S. 85 ff.

⁵³ Vgl. Lohaus/Habermann 2018, S. 10 ff.

⁵⁴ Vgl. Ebd.

mus vor. Jedoch findet eine Begriffsbestimmung, welche sich auf die gesundheitlichen Einschränkungen bezieht primär Verwendung. Nach dieser wird Präsentismus als ein Phänomen beschrieben, nachdem Mitarbeiter trotz vorhandener physischer oder psychischer gesundheitlichen Beeinträchtigungen zur Arbeit gehen, obwohl Grund darin besteht der Arbeit fern zu bleiben.⁵⁵ Hinsichtlich des Präsentismus liegen diverse Begrifflichkeiten aus dem amerikanischen sowie skandinavischen Raum vor, welche der Definition dieses Ausdrucks dienen. In der amerikanischen Forschung findet überwiegend der Begriff „presenteeism“ Verwendung, auf den auch der Begriff Präsentismus aus dem deutschen Raum basiert.⁵⁶ Somit beschreibt das genannte Phänomen ein spezifisches Verhalten von Personen, die in einem Beschäftigungsverhältnis stehen. Dies äußert sich dadurch, dass trotz bestehender Erkrankung die Arbeit aufgesucht wird.⁵⁷ Der Absentismus wird häufig als Gegenpol zum Präsentismus verstanden.⁵⁸ Demnach ist unter dem Absentismus das Fernbleiben von der Arbeit zu verstehen.⁵⁹

4 Der Wandel im Gesundheitswesen

4.1 Der Wandel aus gesundheits- und wirtschaftspolitischer Perspektive

Die Patientenversorgung erlebt aufgrund diverser Faktoren einen starken Wandel. Während die pflegerische Versorgung vor noch etwa 15 Jahren eine Verwaltungsaufgabe dargestellt hat, geht diese fortan mehr in den Managementbereich über.⁶⁰

Im Folgenden wird der Verfasser auf die einflussreichen Faktoren, welche für den Umbruch in der Pflege bzw. im Gesundheitswesen aus gesundheits- und wirtschaftspolitischer Sicht verantwortlich zu machen sind, eingehen und diese kurz beleuchten. Dabei legt der Verfasser dieser Arbeit das Augenmerk auf folgende Faktoren, da diese hinsichtlich der sich verändernden Situation von aktueller Bedeutung sind.

⁵⁵ Vgl. Lohaus/Habermann 2018, S. 10 ff.

⁵⁶ Vgl. Jansen 2011, S. 23 ff.

⁵⁷ Vgl. Steinke/Lampe 2017, S. 128 ff.

⁵⁸ Vgl. Lohaus/Habermann 2018, S. 2 ff.

⁵⁹ Vgl. Jansen 2011, S. 24

⁶⁰ Vgl. Opper/Schreyögg 2017, S. 3 ff.

Dabei ist als erstes die Einführung eines neuen Vergütungssystems zu erwähnen. Durch die Einführung des Diagnoses Related Groups (DRG)-Systems konnte eine enorme Effizienzsteigerung in den Krankenhäusern erreicht werden.⁶¹ DRGs stellen diagnosespezifische Fallgruppen dar. Bei dem DRG-System handelt es sich um ein ökonomisch-medizinisches Patientenklassifikationssystem, nach dem stationäre Fälle auf Basis ihrer Diagnosen und Prozeduren in Fallgruppen eingeteilt werden. Dabei werden die einzelnen Fallgruppen nach dem erforderlichen Aufwand der Behandlung bewertet. Die diagnosespezifischen Fallgruppen unterscheiden sich in ihrem klinischen Inhalt der erforderlichen Ressourcen und sind die Basis hinsichtlich der Finanzierung und Vergütung von Krankenhausleistung.^{62,63} Infolge dieses neuen Vergütungssystems hat sich der Wettbewerb unter den diversen Krankenhäusern verstärkt. Hintergrund dafür ist die stetige Anpassung der Vergütungspreise. Diese werden jährlich, gemessen am Basiswert der durchschnittlichen Kosten von Krankenhäusern, neu kalkuliert. Hierbei spricht man von dem so genannten Yardsticks-Wettbewerb, welcher die Krankenhäuser dazu motiviert, sich jährlich mit den individuellen Kosten auseinander zu setzen und sich an den durchschnittlichen Kosten anderer Häuser zu orientieren.⁶⁴ Folglich hat die Einführung des DRG-Systems einen Wandel in der Managementebene im Gesundheitswesen bewirkt, wonach Krankenhäuser ihr Handeln nun ebenfalls betriebswirtschaftlich ausrichten müssen.⁶⁵ Neben der Einführung eines neuen Entgeltsystems ist ein weiterer Aspekt nicht weniger von Bedeutung. Dabei geht es um den Ansturm von Krankenhausfusionen, welcher bereits in den 90er Jahren seinen Anfang hatte. Diese Welle von Unternehmenszusammenschlüssen wird deutlich, wenn man die Zahlen der vereinten Krankenhäuser in Betracht zieht. Mit einer Summe von rund 600 Krankenhäusern, die seit dem Jahr 2000 fusioniert haben, wird das Ausmaß untermauert. Dabei lag die Zahl zwischen 2004 und 2008 allein bei 325 Fusionen. Folgend kam es zu einem starken Zuwachs an Privatisierungen durch Krankenhausgruppen. In den vergangenen Jahren konnte jedoch ein Abschwächen der Welle von Verbundbildungen in Deutschland festgehalten werden. Fortan steht mehr

⁶¹ Vgl. Oppel/Schreyögg 2017, S. 3 ff.

⁶² Vgl. Statistische Bundesamt (Hrsg.) 2018 (Internet)

⁶³ Vgl. Raab 2016, S. 48

⁶⁴ Vgl. Oppel/Schreyögg 2017, S. 3 ff.

⁶⁵ Vgl. Ebd.

die formale statt der materiellen Privatisierung kommunaler Krankenhäuser im Fokus. Bezüglich formaler Änderungen handelt es sich häufig um eine Änderung der Rechtsform. Dabei haben innerhalb von acht Jahren 121 kommunale Krankenhäuser einen Rechtsformwechsel durchgeführt.⁶⁶

Durch die Veränderungen kann eine Effizienzsteigerung von 3,3% bei kommunalen Häusern und von 5% bei privatisierten Häusern verzeichnet werden. Infolge des neuen DRG-Systems sowie der formalen und materiellen Privatisierung entsteht ein zunehmender Druck für die Krankenhäuser zur Betriebswirtschaftlichkeit sowie eine verstärkte Entwicklung des Wettbewerbs untereinander.⁶⁷ In der Zeit zwischen 2004 und 2015 sank die Anzahl öffentlicher sowie freigemeinnütziger Krankenhäuser um 26% bzw. 18,3%, während es zu einem Anstieg privatisierter Krankenhäuser kam. Die Anzahl privatisierter Krankenhäuser stieg dabei zwischen 2004 und 2012 um 25,6%. Der Welle zur Privatisierung ging jedoch seit 2012 deutlich zurück. Es kann festgehalten werden, dass der Marktanteil privatisierter Krankenhäuser innerhalb von 11 Jahren um 6% zugenommen hat.⁶⁸

Ein weiterer Gesichtspunkt, welcher die Krankenhäuser zu einer betriebswirtschaftlichen Ausrichtung des Handelns zwingt bzw. den Druck dazu erhöht, ist auf den enormen Rückgang von Investitionsfördersummen seit 1991 zurückzuführen. Nach den Berechnungen der deutschen Krankenhausgesellschaft besteht für das Jahr 2015 eine Förderlücke von rund 3,17 Milliarden Euro. Eine positive Entwicklung hinsichtlich der Investitionsförderung durch das Land ist dabei für die Zukunft aufgrund der Auswirkungen des demografischen Wandels, der Schuldenbremse sowie fortan wachsender Pensionslasten unwahrscheinlich. Demzufolge sind die Krankenhäuser dazu gezwungen, Investitionen aus dem eigenerwirtschafteten Kapital zu realisieren.⁶⁹

Letzteres spielt die Entwicklung im Bereich der Medizintechnik eine große Rolle im Blick auf den spürbaren Wandel in den Krankenhäusern. Durch die Entwicklung und den Fortschritt ergeben sich neue Verfahrens- und Behandlungsmethoden. Auch wenn diese relativ zeitnah zum Einsatz kommen können und das

⁶⁶ Vgl. Oppel/Schreyögg 2017, S. 3 ff.

⁶⁷ Vgl. Ebd.

⁶⁸ Vgl. Herr et al. 2018, S. 30

⁶⁹ Vgl. Oppel/Schreyögg 2017, S. 3 ff.

DRG-System im Allgemeinen als innovationsförderlich gesehen wird, dauert es Jahre bis jene neue Verfahren in das System integriert werden. Demzufolge liegt es vorerst an den jeweiligen Krankenhäusern im Fall des Gebrauchs diese Verfahren eigenständig zu finanzieren. Hinsichtlich der Veränderung interner Prozesse wird der Einfluss der demografischen Entwicklung deutlich. Bislang sind keine erheblichen Veränderungen bezüglich der Fallzahlen und der Kosten spürbar, was sich jedoch in Zukunft mit dem Eintritt der geburtenstarken Generation in den Ruhestand im Jahr 2025 ändern wird.⁷⁰

4.2 Die Effizienz deutscher Krankenhäuser

Bereits seit den 90er Jahren ist eine Effizienzsteigerung in deutschen Krankenhäusern wahrzunehmen. Als Beispiel dient das Verhältnis von In- und Output, also dem Verhältnis von Personal und der Anzahl stationär behandelter Fälle. Während die Anzahl an Fachkräften und die Höhe der Sachkosten nur wenig gestiegen sind, wurde ein erhöhter Output durch gestiegene Fallzahlen erreicht.⁷¹ Auch wenn eine enorme Effizienzsteigerung vor allem in den fusionierten Krankenhäusern deutlich zu spüren ist, zeigt sich auch bei den kommunalen Trägern eine deutliche Steigerung infolge eines Wechsels zur privaten Rechtsform. Im Allgemeinen steht Deutschland im internationalen Vergleich weit vorn, wonach die Krankenhäuser zu den effizientesten zählen.⁷² Neben den Fusionen, welche einen Schub der Effizienz mit sich gebracht haben, ist die Effizienzsteigerung multifaktoriellen Ursprungs. Nennenswert ist, dass sich der Output durch die steigenden Fallzahlen erhöht und sich der Input in Relation dazu nur minimal verändert hat. Wie oben beschrieben ist die Anzahl an Pflegekräften im Vergleich zur Fallzahl nur gering gestiegen. Seitens der Gesellschaft ist dies eine positive Entwicklung, da die Ressourcen effizient genutzt werden.⁷³

Jedoch haben sich auch negative Aspekte zuschulden der Entwicklung herauskristallisiert, auf welche der Verfasser als nächstes eingeht. Dazu zählt zum einen die Mengenentwicklung bezüglich der stetig wachsenden Fallzahlen in Deutschland. In anderen Ländern sind die Fallzahlen eher konstant geblieben

⁷⁰ Vgl. Oppel/Schreyögg 2017, S. 3 ff.

⁷¹ Vgl. Ebd.

⁷² Vgl. Ebd.

⁷³ Vgl. Ebd.

oder in Folge der vermehrten Förderung des ambulanten Sektors sogar gesunken. Deutschland zeigt dahingegen kaum einen Fortschritt in der ambulanten Entwicklung und der Ambulantisierung stationärer Leistungen. Hintergrund dafür sind zum einen die demografische Entwicklung sowie der Einfluss des DRG-Systems, welches zu einer Maximierung der Fallzahlen motiviert.⁷⁴ Im Jahr 2015 sind die Fallzahlen um 14,5% auf 1,9 Millionen Fälle gestiegen. Diesbezüglich sind in den letzten Jahren in Folge der zunehmenden Ambulantisierung, die Zahlen in anderen Industrieländern gesunken.⁷⁵

Die Einführung des neuen Vergütungssystems bringt zwangsweise Veränderungen mit sich, welche sich auf die internen Versorgungsstrukturen auswirken. Die Krankenhäuser finanzieren sich zu 80% aus den DRG-Erlösen. In Folge dessen stellt dieses System den Anreiz mehr interventionell als konservative zu behandeln. Zudem werden Vorhaltekosten nur zu einem geringen Teil vergütet und müssen überwiegend vom Krankenhaus selbst getragen und durch eine Erhöhung der Fallzahlen refinanziert werden. Demzufolge steigt vor allem bei Krankenhäusern der Druck, die mit hohen Vorhaltekosten arbeiten, die Fallzahlen zu erhöhen und zusätzliche Leistungen zu erbringen. Schlussfolgernd kann festgehalten werden, dass das DRG-System den Anreiz zu einer eher quantitativen, als qualitativen Versorgung bietet.⁷⁶

4.3 Krankheitsentwicklung und steigende Pflegebedürftigkeit

Aus dem Gesundheitsreport der Betriebskrankenkasse (BKK) 2014 geht hervor, dass heut zu Tage ein immer höheres Alter der Gesellschaft realistisch ist. Dabei ist von einem Alter von 80 bis 100 Jahren die Rede. Diese Entwicklung geht jedoch mit diversen Konsequenzen einher.⁷⁷ Hier geht es vor allem um die spezifische Krankheitsentwicklung innerhalb der Bevölkerung. Ein hohes Alter begünstigt den Eintritt multipler und chronischer Erkrankungen sowie allgemeine funktionelle Einschränkungen. Dabei steigt mit zunehmendem Alter das Risiko komplexer Krankheitsverläufe, welche physische sowie psychische Beeinträchtigungen mit sich bringen. In Hinblick auf die gesundheitliche Versorgung in der

⁷⁴ Vgl. Oppel/Schreyögg 2017, S. 3 ff.

⁷⁵ Vgl. Herr et al. 2018, S. 30 ff.

⁷⁶ Vgl. Ebd.

⁷⁷ Vgl. Blüher/Kuhlmey 2014, S. 169 ff.

Pflege zeigen sich zunehmend demografisch bedingte Herausforderungen. Dazu zählt unter anderem der voraussichtliche wachsende Pflegebedarf. Diversen Prognosen zu Folge, wird im Jahr 2050 bereits von etwa 4,35 Millionen Pflegebedürftigen ausgegangen.⁷⁸

In Anbetracht der verschiedenen Prognosen über die Entwicklung der Zahl an Pflegebedürftigen in Deutschland kann festgestellt werden, dass sich in Zukunft allein auf Grund der Quantität, diverse Herausforderungen für die Gesundheitspolitik und das Versorgungssystem zeigen werden. Darüber hinaus ist die Thematisierung qualitativer Aspekte einer angemessenen pflegerischen Versorgung im Zusammenhang politischer Entscheidungen zur Entwicklung der Pflege von Bedeutung. Bezüglich der Qualität in der Pflege und der steigenden Nachfrage pflegerischer Leistungen wird das Ausmaß der Herausforderungen deutlich. Daher sind in Anbetracht der zukünftig steigenden Nachfrage diverse Veränderungen oder Anpassungen innerhalb der Versorgungsstrukturen ratsam. Darunter fallen viele Perspektiven. Zu diesen zählen unter anderem der Aufbau präventiver Versorgungsstrukturen, die Verbesserung des Wohnens im Alter und die damit einhergehenden wohnungs- sowie städtebaupolitischen Aufgaben. Darüber hinaus stellen der Ausbau flexibler Versorgungsstrukturen aus ambulanter sowie stationärer Versorgung und die Zusammenarbeit professioneller und informeller Helfer eine wichtige Rolle dar.⁷⁹

Hinsichtlich des Ausbaus dieser Aspekte, sind jedoch die regionsspezifischen Gegebenheiten zu berücksichtigen. Die Prognose für das Jahr 2050 zeigt die deutschlandweite Entwicklung. Hinsichtlich des Angebots und der Nachfrage sind regionale Differenzen zu erkennen, wonach sich der Handlungsbedarf richtet. Der politische Handlungsbedarf variiert folgend auf Ebene des Landes, der Kommunen und Landkreise. Durch einen fehlerhaften Gebrauch von Ressourcen kann es in Teilen zu einer Über- oder Unterversorgung kommen. Dabei stehen die Herausforderungen immer mit monetären Faktoren in Zusammenhang. Bei dem Thema Pflege handelt es sich jedoch um ein gesellschaftspolitisches Thema oberster Priorität, welches über Fragen der Kostenverteilung hinausragt.⁸⁰

⁷⁸ Vgl. Blüher/Kuhlmey 2014, S. 169 ff.

⁷⁹ Vgl. Ebd.

⁸⁰ Vgl. Blüher/Kuhlmey 2014, S. 169 ff.

Schlussfolgernd ist die Bevölkerung kollektiv und individuell in allen Lebensphasen gesund und leistungsfähig zu halten sowohl aus Sicht der Gesellschaft als auch der Medizin nicht zu realisieren. Die Herausforderung besteht vor allem darin, sich der im zunehmenden Alter zeigenden Vulnerabilität rechtzeitig entgegenzustellen und auf die individuellen Ressourcen der Betroffenen einzugehen und diese zu stärken. Im Grunde geht es darum ein hohes Maß an Lebensqualität zu schaffen und die Autonomie in allen Phasen des Lebens zu erhalten.⁸¹

5 Die Arbeit im Gesundheitswesen

5.1 Das Gesundheitswesen als Dienstleister

Das Gesundheitswesen stellt einen starken Bereich innerhalb der vielfältigen Dienstleistungssektoren dar. Aus gesellschaftlicher sowie wirtschaftlicher Perspektive ist das Gesundheitswesen von hoher Relevanz. Dies wird unter anderem anhand der Beschäftigungszahlen in den jeweiligen Sektoren deutlich. So sind nach dem Bundesministerium für Wirtschaft und Energie im Jahr 2011 rund 14% aller Erwerbstätigen im Bereich des Gesundheits- und Sozialwesens tätig.⁸² Im Zeitraum von 2010 bis 2011 wurde ein Drittel aller neuen Arbeitsplätze im Bereich des Gesundheits- und Sozialwesens generiert. Folgend wird dem Gesundheitswesen eine enorme Bedeutung zu Teil, die unter einem stetigen Wandel steht. So gewinnt der Sektor nicht allein aus wirtschaftlicher, sondern auch aus politischer Sicht an Relevanz.⁸³ Die Auswirkungen des Wandels betreffen vor allem die Pflege und darunter das Pflegepersonal im stationären sowie ambulanten Bereich. Die durch die Bevölkerungsentwicklung erzeugten Umstände, wie die alternde Gesellschaft, erzeugen neue komplexe Pflegebedarfe und begründen die herausragende Bedeutung dieses Bereiches. Folgend gewinnen Gesundheitsleistungen zunehmend an Bedeutung und gelten als unverzichtbares

⁸¹ Vgl. Ebd.

⁸² Vgl. Bornewasser 2014a, S. 1 ff.

⁸³ Vgl. Ebd.

Gut. Dabei war im Jahr 2011 etwa jeder neunte Beschäftigte im Gesundheitswesen tätig, wonach über 800.000 der insgesamt 4,9 Millionen Beschäftigten, zu der Gesundheits- und Krankenpflege zählen.⁸⁴

5.1.1 Dienstleistung nach dem sozialwissenschaftlichen Ansatz

Im Allgemeinen beschreiben Dienstleistungen ein Verhältnis zwischen Anbieter und Abnehmer, welches durch die direkte Interaktion beider Akteure gekennzeichnet wird.⁸⁵ Es geht um das Leisten eines Dienstes für eine Person und impliziert die Interaktion mit den Menschen auf beruflicher Ebene. Dabei geht es um die Kommunikation untereinander und die gemeinsame Arbeit zur Erfüllung eines für den Kunden relevanten und bestimmten Ziels. Dabei wird der Kunde in die Arbeitsabläufe involviert und in Prozesse mit eingebunden womit er am Ergebnis teilhat. Durch die Integrität beeinflussen sich Anbieter und Abnehmer gegenseitig und schließen dabei emotionale Prozesse mit ein.⁸⁶

Dienstleistungen sind aus multidimensionaler Perspektive zu betrachten. Im Hinblick auf das Gesundheitswesen und die Pflege, dominiert der sozialwissenschaftliche Ansatz. Hiernach wird die Dienstleistung als interaktive Arbeit angesehen. Aus Sicht der Sozialwissenschaft wird nicht allein das Endergebnis als Dienstleistung betrachtet, sondern vielmehr auf die Prozesse sowie Abläufe, welche zu dem Ergebnis führen, geachtet und in den Fokus gesetzt. So geht es in diesem Bereich primär um die Arbeitsprozesse und dessen Organisation und letztlich um das Produkt.⁸⁷

In der Humandienstleistung und somit auch in der Dienstleistungsarbeit der Pflege werden drei Tätigkeitsfelder unterschieden. Darunter die körperliche, die geistige sowie die emotionale Arbeit. Die Bereiche unterscheiden sich in Bezug auf die benötigten Ressourcen, der Einbindung des Kunden in den Prozess und in dem verfolgten Ziel.⁸⁸ Vor allem aus sozialwissenschaftlicher Sicht spielen Emotionen und Gefühle in der Dienstleistungsarbeit eine besondere Rolle. Zu erwähnen sind die Emotions- und die Gefühlsarbeit. Bei der Emotionsarbeit geht

⁸⁴ Vgl. Bornewasser 2014a, S. 1 ff.

⁸⁵ Vgl. Bornewasser 2014b, S.43 f.

⁸⁶ Vgl. Unger 2014, S.299 f.

⁸⁷ Vgl. Bornewasser 2014b, S. 29 ff.

⁸⁸ Vgl. Unger 2014, S. 307

es um die individuelle Regulation der eigenen Emotionen und darum, diese auf die betrieblichen Gegebenheiten auszurichten.⁸⁹

Bei der Gefühlsarbeit hingegen spielen nicht die eigene Regulation, sondern die Beeinflussung der Gefühle von Personen mit denen man in Interaktion tritt, eine Rolle. In der Pflege als großer Dienstleister, bezieht man sich, neben den Hauptaufgaben und den allgemeinen Vorgaben auf die Auseinandersetzung der individuellen, körperlichen, geistigen sowie emotionalen Grenzen.⁹⁰

5.2 Wandel der Arbeit durch Restrukturierung und Downsizing

Die heutige Arbeitswelt wird gezeichnet durch fortwährende Veränderungen in Hinblick auf die Organisation und Flexibilität. Infolge des Wandels wird Stress generiert, dessen Verarbeitung aus Sicht des Personals eine wachsende Herausforderung darstellt. Der durch den Wandel hervorgebrachte Stress wirkt sich auf die Gesundheit und die Effizienz der Mitarbeiter aus.⁹¹

Der Wandel ruft eine Effizienzsteigerung hervor, welche der Gesundheit der Mitarbeiter zur Last fällt. Der Aspekt der gesundheitlichen Auswirkung wird unter anderem durch die Studie des Stressreports 2012 deutlich. Ein Betrieb, welcher im ständigen Wettbewerb steht, sieht sich praktisch gezwungen andauernd die Leistungsprozesse zu optimieren und anzupassen, um seine Leistungen zu maximieren. Veränderungen innerhalb der Organisation können als belastend wahrgenommen werden und zu einem Ungleichgewicht der Anforderungen und Bewältigungsmöglichkeiten führen.⁹²

Dazu kommt es beispielsweise, wenn das Bedürfnis nach Zugehörigkeit und Stabilität nicht erfüllt wird. Dieses Ungleichgewicht wird auch als Gratifikationskrise in der Literatur beschrieben. Diese Krisen beschreiben ein Missverhältnis der Anstrengungen eines Mitarbeiters, wie die vertraglich geregelten Arbeitsleistungen, sowie Überstunden. Auch ein starkes Engagement und die Belohnungen, wie den Lohn und Anerkennung sowie Unterstützung sind dabei entscheidend. Die Ergebnisse des Gesundheitsreports der DAK aus dem Jahr 2012 untermalen den Fakt der Entwicklung von Gratifikationskrisen in Bezug auf den

⁸⁹ Vgl. Unger 2014, S. 298 ff.

⁹⁰ Vgl. Ebd.

⁹¹ Vgl. Schirmer 2014, S. 156 ff.

⁹² Vgl. Ebd.

Wandel. Von den 3035 Befragten gab etwa die Hälfte an, bereits von Umstrukturierungen betroffen zu sein. Die Betroffenen zeigen dabei deutlich häufiger auf, unter einer Gratifikationskrise zu stehen, im Vergleich zu den Befragten welche keine Umstrukturierung erfahren haben. Des Weiteren zeigt sich in den Ergebnissen zu der Frage von sich verändernden Arbeitsinhalten, dass ständige Veränderungen der Arbeitsinhalte einen Risikofaktor für vermehrt hohen Arbeitsstress darstellen. Aus den Ergebnissen der Befragung geht außerdem hervor, dass dauernde Veränderungen bereits weit verbreitet sind. In Anbetracht der Ergebnisse dieser Befragung und weiterer Studien, wie der von Dragano et al. aus dem Jahr 2011, wird angenommen, dass Restrukturierungen im Unternehmen einen gesundheitsbelastenden Stressor für die Mitarbeiter darstellen.⁹³

Auch das Downsizing stellt einen weiteren Gesichtspunkt des Wandels dar. Das Downsizing legt den Fokus auf die Effizienzsteigerung und zeichnet sich durch den Abbau von Arbeitsplätzen aus. Folgend können aus der veränderten Stellenstruktur zugunsten der Effizienz weitere Konsequenzen resultieren, welche zur Last der bestehenden Mitarbeiter fallen. Mit den Konsequenzen sind beispielsweise der wachsende Arbeitsumfang sowie die steigende Arbeitsintensität gemeint. Downsizing und Restrukturierung treten häufig in Kombination auf. Die Auswirkungen von Personalabbau führen dazu, dass die Mitarbeiter sich nicht fair behandelt fühlen und dessen Leistungsbereitschaft und ihre Leistungen abnehmen. Zudem leidet darunter die Bindung der Mitarbeiter an das Unternehmen sowie das Vertrauensverhältnis zum Management. Eben diese Wirkungsweisen manifestieren sich in einer Studie von Datta et al. aus dem Jahr 2010.⁹⁴

In Bezug auf die gesundheitliche Auswirkung durch ständige Restrukturierungen in Unternehmen liegen kaum Studien vor, obwohl Restrukturierungen weit verbreitet sind. Dennoch zeigt sich anhand der vorliegenden Studien, dass Restrukturierung und Downsizing erhebliche gesundheitliche Beeinträchtigungen hervorbringen. Dabei kann infolge von Downsizing das Gefühl von Unsicherheit hinsichtlich der Aufgaben und des Arbeitsplatzes zunehmen, was das Risiko der Entwicklung psychischer Erkrankungen erhöht. Darüber hinaus folgt auf den Abbau von Stellen häufig, dass mehr Aufgaben auf die Mitarbeiter fallen, die

⁹³ Vgl. Schirmer 2014, S. 156 ff.

⁹⁴ Vgl. Ebd.

Arbeitsintensität zunimmt und erneute Veränderungen in der Organisation vorgenommen werden, wodurch sich Stress chronifizieren kann. Diese genannten Fakten können sich auf die psychische Gesundheit der Mitarbeiter auswirken. Die alleinige Ankündigung von Maßnahmen der Restrukturierung erzeugt Verunsicherungen bei den Mitarbeitern, was sich negativ auf die Prozesse und Ergebnisse auswirken kann. Die Zunahme des Präsentismus stellt neben weiteren eine dieser Auswirkungen dar.⁹⁵

6 Die Arbeit im Kontext der Mitarbeitergesundheit

6.1 Exkurs: Mitarbeiterzufriedenheit

Buxels Studie aus dem Jahr 2011, in welcher 3.145 Pflegende, hinsichtlich der Mitarbeiterzufriedenheit, nach ihren Wünschen und deren Wichtigkeit in Bezug auf ihren Beruf im Krankenhaus gefragt wurden, behandelt folgende *Schwerpunkte*. Vorerst stelle die *Kompatibilität von Privat- und Berufsleben* ein wichtiges Bedürfnis der Arbeitnehmer dar. Auch die *Anerkennung und das Ansehen von erbrachter Leistung*, seitens der Mitarbeiter untereinander und des Arbeitgebers gewinnen, laut Buxels Umfrage, an Bedeutung.⁹⁶ Die Gallup-Umfrage von 2016 erzielte bezüglich des oben genannten Themas ähnliche Ergebnisse. Nach der Sicherung des Arbeitsplatzes und der damit verbundenen Zugehörigkeit im Unternehmen geht hervor, dass das ausgewogene Verhältnis zwischen Beruf und privater Angelegenheit sich auf Platz zwei des Rankings der Umfrage „Was Mitarbeiter wollen“ befindet.⁹⁷ Eine weitere Untersuchung im Hinblick auf die Bedürfnisse der Pflegekräfte in Krankenhäusern zeigt, dass auch dort die Vereinbarkeit von Arbeit und Privatleben, neben dem gesicherten Arbeitnehmer- und Arbeitgeberverhältnis im Vordergrund steht. Zudem verdeutlicht die Studie auch, dass durch die wenige Zeit und dem damit verbundenen schlechteren persönlichen Verhältnis zu den Patienten und der daraus entstehende zeitliche sowie

⁹⁵ Vgl. Schirmer 2014, S. 156 ff.

⁹⁶ Vgl. Lüthy 2013, S. 200

⁹⁷ Vgl. Schnaubelt/Tristl 2017, S. 28

psychische Stress, zu einer allgemeinen Unzufriedenheit am Arbeitsplatz führen.⁹⁸

6.2 Der Einfluss von Arbeit auf die Mitarbeiter

Die Arbeitswelt ist von einer zunehmenden Leistungsverdichtung gezeichnet. Vor diesem Hintergrund stellt die physische sowie psychische Gesundheit der Mitarbeiter einen erheblichen Erfolgsfaktor für das Unternehmen dar.⁹⁹ Die Arbeit in der modernen Arbeitswelt kann in vielerlei Hinsicht auf das Individuum und sein Erleben Einfluss nehmen. Zum einen gehen aus der Arbeit positive Erlebnisse und Wirkungen hervor. Zu nennen sind hier beispielsweise das Erleben von positiv zu bewertendem Eustress, Glück und Arbeitszufriedenheit. Zum anderen kann Arbeit auch negativ erlebt werden und eine Herausforderung in Anbetracht belastender Faktoren darstellen. In der Arbeitswissenschaft und Arbeitsmedizin weisen die Begriffe Belastung und Beanspruchung eine hohe Präsenz auf.¹⁰⁰ Mit Belastungen sind externe Einflüsse gemeint, die auf ein Individuum einwirken können. Die Beanspruchung meint die Reaktion des Individuums auf die Einflussfaktoren. Aus arbeitswissenschaftlicher und arbeitsmedizinischer Perspektive ist hinsichtlich der Belastungen von allgemeinen Stressoren die Rede, welche sich auf das Individuum auswirken kann.¹⁰¹

Dabei unterscheidet man zwischen biophysikalischen, sozialen und psychischen Belastungsfaktoren. Während die Belastungen in Folge physikalischer Einflussfaktoren wie Lärm, Hitze oder Strahlung anhand diverser Richt- und Grenzwerte gut messbar sind, stellt die Erfassung und Messbarkeit psychischer Belastung eine Herausforderung dar. Häufig gelten messbare und darstellbare Belastungsfaktoren als objektiv zu betrachtende Größen. Psychische Belastungen hingegen erfahren eher subjektive Annahmen und werden häufig mit psychischen Erkrankungen gleichgestellt. Dennoch liegen mittlerweile Instrumente vor, die zur Messung psychischer Belastungen dienen.¹⁰²

⁹⁸ Vgl. Buxel 2017, S. 102 ff.

⁹⁹ Vgl. Ghadiri/Ternès/Peters 2016, S. V

¹⁰⁰ Vgl. Wüstner 2014, S.23 f.

¹⁰¹ Vgl. Ebd.

¹⁰² Vgl. Ebd.

6.3 Die Arbeit als Stressor

Das Thema Stress wird vielseitig und im hohen Ausmaß angesprochen. Stress stellt grundlegend eine natürliche Reaktion des Körpers dar. Dabei wird hinsichtlich der Stressthematik und der Entstehung von Stress von einem Zusammenwirken von Anforderungen und individuell verfügbarer Ressourcen zur Anforderungsbewältigung gesprochen. Sind die Anforderungen über längere Zeit zu hoch und können nicht ausreichend Ressourcen mobilisiert werden, um diesen entgegenzuwirken führt dies zu langanhaltendem Stress und folgend zu gesundheitlichen Risiken, wie der Erschöpfung der Mitarbeiter. So geht anhaltender Stress oder auch Dauerstress häufig in eine Erschöpfungsspirale über.¹⁰³

Nach einer Befragung der Techniker-Krankenkasse, geben 70% der befragten Erwerbstätigen an, dass sie manchmal oder häufig Stress ausgesetzt sind. Dabei gibt etwa die Hälfte aller Befragten an, dass Stress hauptsächlich durch die Arbeit verursacht wird. Die Hauptursache von Stress und daraus resultierender Erschöpfung stellt der Arbeitsplatz dar. Stresssituation aus dem Privatleben verstärken bzw. unterstützen dabei das Stresserleben.¹⁰⁴

In Bezug auf die Arbeit und den Arbeitsplatz kristallisieren sich diverse Faktoren aus, welche das Stresserleben negativ beeinflussen. Zu den Hauptfaktoren zählen in hoher Leistungs- und Termindruck sowie Unterbrechungen im Arbeitsprozess und ein enormer Informationsfluss. Nach Daten der AOK ist seit dem Jahr 1994 ein Anstieg der Arbeitsunfähigkeitstage von 91,1% in Bezug auf psychische Erkrankungen festzustellen.¹⁰⁵

6.3.1 Die Arbeit in Bezug auf das Stresserleben

Nach dem Anforderungs-Kontroll-Modell spielt das Zusammenwirken der Anforderungen der Arbeitswelt und der Möglichkeiten diese zu kontrollieren bzw. zu bewältigen eine entscheidende Rolle hinsichtlich des Stresserlebens. Dabei sind hohe Arbeitsansprüche im Zusammenhang mit geringen Kontroll- und Entscheidungsmöglichkeiten charakteristisch für einen Arbeitsplatz mit hohem Stresslevel. Von geringer Kontrolle ist die Rede, wenn Mitarbeiter beispiels-

¹⁰³ Vgl. Schirmer/Oelsnitz/Wüstner 2014, S.3 ff.

¹⁰⁴ Vgl. Ebd.

¹⁰⁵ Vgl. Ebd.

weise wenig Einfluss auf die Gestaltung der Arbeitsprozesse haben und ihre individuellen Fertigkeiten nicht zum Einsatz bringen können. Zeichnet sich die Arbeit andererseits darin aus, dass hohe Anforderungen in Verbindung mit vielseitigen Möglichkeiten der Kontrolle stehen, wirkt sie sich positiv auf die Gesundheit der Mitarbeiter aus.¹⁰⁶ Unter den Anforderungen versteht man im Zusammenhang zu diesem Modell arbeitsbedingte Belastungsfaktoren, welche permanent Anstrengungen der Mitarbeiter fordern.¹⁰⁷

Hinsichtlich des psychologischen Stresserlebens spricht man von einer Beziehung des Individuums mit der Umwelt. Diese Beziehung wird als ein wichtiger Faktor im Hinblick auf das individuelle Wohlbefinden erlebt. Daneben stellt die Beziehung im selben Moment Anforderungen, welche die Ressourcen des Individuums belasten oder überfordern. Die Hauptfaktoren des Stressgeschehens sind demnach die individuell wahrgenommenen Anforderungen sowie die vorhandenen Ressourcen zur Bewältigung dieser. Stresstheoretische Modelle, welche sich mit psychosozialen Belastungen am Arbeitsplatz beschäftigen und dabei auf die Anforderungen und Ressourcen im Rahmen der Arbeit eingehen, verdeutlichen dies.¹⁰⁸

6.4 Arbeit und gesundheitsbezogenes Verhalten

6.4.1 *Das Gesundheitsverhalten*

Der Gesundheitszustand der Mitarbeiter wird über die Wechselwirkung von Prädispositionen und individuellem Verhalten beeinflusst. Dabei kann das Verhalten direkten oder indirekten Einfluss auf die individuelle Gesundheit nehmen, welches sich positiv als auch negativ auswirken kann. Durch eine Vielzahl an Studien, ist empirisch belegt, dass spezifische Verhaltensweisen einen starken Einfluss auf die Pathogenese diverser Erkrankungen und Einschränkungen der Gesundheit haben. Eben diese Verhaltensweisen, werden folgend als gesundheitsbezogenes Verhalten beschrieben. Man unterscheidet hinsichtlich des gesundheitsbezogenen Verhaltens zwischen zwei grundlegenden Funktionen, dem

¹⁰⁶ Vgl. Rasch/Dewitt/Eschenbeck 2017, S. 286

¹⁰⁷ Vgl. Kleinlercher et al. 2015, S. 12

¹⁰⁸ Vgl. Rasch/Dewitt/Eschenbeck 2017, S. 286

gesundheitsschädigenden Verhalten und dem gesundheitsförderlichen Verhalten.¹⁰⁹

Inwiefern ein Individuum mit seiner Gesundheit umgeht hängt mit der Wahrnehmung, dem Empfinden, dem Denken und dem Verhalten zusammen. Demnach sollte man Gesundheit als subjektiv und individuell geprägten Erlebens- und Verhaltensaspekt ansehen.¹¹⁰

6.4.2 *Gesundheitsförderliches und schädigendes Verhalten*

Die Förderung der Gesundheit wird durch das gezielte Ausüben gesundheitsförderlichen Verhaltens und dem Meiden schädigenden Verhaltens erreicht.¹¹¹

Anhand der Alameda County Study von Belloc und Breslow, einer Längsschnittstudie aus dem Jahr 1972, konnte gesundheitsbezogenes Verhalten aufgezeigt werden. Dabei beschreiben die Alameda seven, sieben Verhaltensweisen, welche den Gesundheitszustand positiv beeinflussen. Zu diesen Verhaltensweisen, welche sich additiv verstärken, zählen ausreichend Schlaf, der Verzicht auf Nikotin sowie ein geringer Alkoholkonsum, regelmäßige körperliche Aktivität, ein regelmäßiges Frühstück, der Verzicht auf Zwischenmalzeiten und ein normales Körpergewicht.¹¹²

Nach Rothmann, Bartels, Wlaschin und Salovey (2006) sei es sinnvoll, gesundheitsbezogenes Verhalten in präventives, aufklärendes und kuratives Verhalten zu unterscheiden. Präventives Verhalten meint hier beispielsweise die Verhütung sexuell übertragbarer Infektionskrankheiten. Aufklärendes Verhalten dagegen zum Beispiel das Wahrnehmen von Vorsorgeuntersuchungen zur Früherkennung von Krankheiten. Hinsichtlich des kurativen Verhaltens spricht man beispielsweise von der Compliance während einer Chemotherapie. Diese Verhaltensweisen sind als gesundheitsförderlich anzusehen.¹¹³

Schädigendes Verhalten entsteht sobald einem spezifischen Risikoverhalten nachgegangen oder gesundheitsförderliches Verhalten gemieden wird.¹¹⁴ Im Jahr

¹⁰⁹ Vgl. Salewski/Opwis. 2018, S. 31 ff.

¹¹⁰ Vgl. Wirtz/Kohlmann/Salewski 2018, S. 13 ff.

¹¹¹ Vgl. Salewski/Opwis 2018, S. 31 ff.

¹¹² Vgl. Ebd.

¹¹³ Vgl. Ebd.

¹¹⁴ Vgl. Ebd.

2009 publizierte die WHO eine Studie, in der es um den Zusammenhang globaler Risikofaktoren und der Häufigkeit spezifischer Erkrankungen und Sterblichkeit geht. Aus dieser Studie gehen insgesamt acht verhaltensbezogenen Risikofaktoren hervor, welche für 61% der tödlich verlaufenden Herz-Kreislauf-Erkrankungen innerhalb des Studienzeitraums herangezogen werden konnten. Ähnlich wie in der vorherig beschriebenen Studie sind hier Parallelen hinsichtlich des Ergebnisses zu erkennen. Risikofaktoren, das Verhalten des Individuums betreffend, welche einen erheblichen Einfluss auf den Gesundheitszustand haben sind nach dieser Studie folgende: Alkoholkonsum, Tabakkonsum, hoher Blutdruck, geringer Verzehr von Obst und Gemüse, ein hoher Body-Mass-Index sowie eine zu geringe körperliche Aktivität.¹¹⁵

6.4.3 Die Faktoren gesundheitsbezogenen Verhaltens

Das gesundheitsbezogene Verhalten der Mitarbeiter umfasst alle Handlungen, welche zu einer direkten oder indirekten Beeinflussung der Gesundheit führen, und kann in gesundheitsförderliches und gesundheitsschädigendes Verhalten eingeteilt werden. Beispiele dafür sind unter anderem eine regelmäßige körperliche Betätigung sowie ein ausgewogenes und gesundes Ernährungsverhalten. Das individuelle Verhalten wird dabei von diversen Faktoren beeinflusst. Gemeint sind hier die eigene Einstellung zur Gesundheit, der Gesundheitskompetenz sowie der individuellen Gesundheitsziele.¹¹⁶

Das Verhalten ist dabei von Entwicklungen in Wissenschaft und Technologie sowie von Veränderungen gesellschaftlicher Sichtweisen abhängig. Zeigt sich ein gehäuftes die Gesundheit schädigendes Verhalten wird das Auftreten von Krankheit begünstigt. Gesundheitsverhalten umfasst zusammenfassend, jenes Verhalten, was unter einer präventiven Lebensführung verstanden wird, Schäden und Beeinträchtigungen vermeidet und die Lebenserwartung verlängern kann. Beispiele für das Gesundheitsverhalten, sind körperliche Aktivität und der Gebrauch von Sicherheitsvorkehrungen, wie das Anlegen des Sicherheitsgurtes im Auto. Das Gegenteil zeigt sich beispielsweise anhand diversen Risikoverhaltens wie dem Alkohol- und Drogenkonsum.¹¹⁷

¹¹⁵ Vgl. Salewski/Opwis 2018, S. 31 ff.

¹¹⁶ Vgl. Ebd.

¹¹⁷ Vgl. Ebd.

Die individuelle Gesundheitskompetenz stellt ein breit gefächertes Konzept dar, welches in verschiedenen Bereichen vertreten ist. Dabei geht um das individuelle Wissen über Gesundheit und dem Gesundheitsverhalten. Zudem geht es um die Fähigkeit des Menschen sich im Gesundheitssystem zurechtzufinden, sein Konsumverhalten nach gesundheitlichen Aspekten auszurichten und sich aktiv an der Gestaltung in Arbeit und Politik zu beteiligen. Dabei wird häufig zwischen drei Formen der Gesundheitskompetenz unterschieden. Bei der funktionalen Form geht es um die Fähigkeit des Lesens und Verstehens gesundheitsrelevanter Informationen. Die interaktive und kommunikative Form, beschreibt die Fähigkeit sozial und kommunikativ mit und in dem Gesundheitssystem zu interagieren. Bei der kritischen Form geht es um die Fähigkeit sich kritisch mit den gesundheitsrelevanten Informationen auseinander zu setzen.¹¹⁸

6.4.4 Die Individualität des Gesundheitsverhaltens

Der Mensch unterscheidet sich individuell in dem Erleben und in der Verarbeitung gesundheitsrelevanter Aspekte. So verfügt jeder Mensch über eine individuelle Einstellung und Überzeugung hinsichtlich der Thematik Gesundheit und setzt sich dahingehend eigene gesundheitsbezogene Ziele was sich an einem individuellen Gesundheitsverhalten zeigt. Der individuelle Umgang hängt folglich eng mit der Wahrnehmung, dem Empfinden, Denken und Verhalten zusammen.¹¹⁹ Diesbezüglich gibt es diverse Faktoren, die das individuelle Verhalten aus psychologischer Sicht beeinflussen. Zu diesen zählen die Emotionen wie Freude und Angst, welche ein Bild hinsichtlich der Bedeutung erlebter Situationen aufzeigen. Die Motivation stellt einen ebenso wichtigen Faktor dar. Dabei verdeutlicht die Motivation den Willen und Antrieb hinsichtlich zielgerichteter Handlungen des Menschen für die die Motive und Bedürfnisse eine wichtige Funktion darstellen. Anhand dieser können positive Situationen bzw. Ziele erreicht oder im Falle einer negativen Bewertung aus dem Weg gegangen werden.¹²⁰ Das individuelle Verhalten wird dabei von diversen Faktoren beeinflusst. Gemeint sind hier die eigene Einstellung zur Gesundheit, der Gesundheitskompetenz sowie der individuellen Gesundheitsziele. Dieses Verhalten ist dabei von

¹¹⁸ Vgl. Soellner/Rudinger 2018, S.59 ff

¹¹⁹ Vgl. Wirtz/Kohlmann/Salewski 2018, S.14

¹²⁰ Vgl. Ebd.

Entwicklungen in Wissenschaft und Technologie sowie von Veränderungen gesellschaftlicher Sichtweisen abhängig.¹²¹

7 Präsentismus im Interessenkonflikt

7.1 Das Interesse aus wissenschaftlicher Perspektive

Ein vermehrtes Interesse hinsichtlich der Präsentismus-Thematik hat sich erst in den letzten Jahren entwickelt, wohingegen die Forschung zum Thema Absentismus, anhand einer Vielzahl von Publikationen über mehrere Jahrzehnte, eine lange Tradition nachweist. Nach Hansen und Andersen ist die unterschiedliche Gewichtung des Interesses daran zu begründen, da Präsentismus im Vergleich zum Absentismus deutlich schwerer zu erfassen ist.¹²²

Das erste Mal das der Begriff Präsentismus im wissenschaftlichen Kontext Verwendung fand, war im Jahre 1955 im amerikanischen Raum und bezog sich ausschließlich auf die Anwesenheit am Arbeitsplatz mit Blick auf eine Reduzierung der Abwesenheitszeiten. So wurde Präsentismus in den USA zunächst unter einer rein kostenspezifischen Perspektive betrachtet. Erst später wurde diese Perspektive mit dem Blick auf die Gesundheit der Mitarbeiter erweitert und Zusammenhänge zwischen Krankheit und Produktivität erforscht.¹²³

Das Interesse der Forschung lässt sich anhand zweier Forschungszweige darstellen, welche unterschiedlichen inhaltlichen Schwerpunkten bezüglich der Thematik und einem anderen Verständnis nachgehen. Dabei handelt es sich um die europäische und die US-amerikanische Präsentismusforschung. Im Folgenden werden die beiden Forschungslinien kurz thematisiert.¹²⁴

Die europäische Forschung versteht Präsentismus als ein Verhalten von Mitarbeitern, die krank zur Arbeit gehen. Dabei liegt der Fokus der Forschung auf dem Entscheidungsprozess, krank zur Arbeit zu gehen und Motive sowie Folgen des Verhaltens aufzuzeigen. Nach diesem Verständnis wird davon ausgegangen,

¹²¹ Vgl. Salewski/Opwis 2018, S.31 ff.

¹²² Vgl. Jansen 2011, S. 23 ff.

¹²³ Vgl. Ebd.

¹²⁴ Vgl. Lohaus/Habermann 2018, S. 12 ff.

dass personen-, arbeits- sowie gesellschaftsbezogene Faktoren Einfluss auf dieses Verhalten haben. Dabei verfolgt die europäische Forschung das Ziel Präsentismus als eine Fehlentwicklung zu beheben.¹²⁵

Die US-amerikanische Forschung hingegen versteht unter Präsentismus den Verlust der Produktivität infolge gesundheitlicher Beeinträchtigungen. Dabei wird der Fokus vor allem auf chronische Erkrankungen und dessen Einfluss auf die Produktivität am Arbeitsplatz und die damit folgend zusammenhängenden Kosten gelegt. Das Ziel aus US-amerikanischer Sicht liegt darin die Kosten vorerst zu erfassen und abzubilden und folgend zu reduzieren.¹²⁶

7.2 Präsentismus in Bezug auf die Kennzahlen für Gesundheit

Präsentismus steht im Zusammenhang mit der bewussten Entscheidung krank zur Arbeit zu gehen. Jedoch ist diese Entscheidung nur in gewissen Fällen möglich. Typisch für dieses Verhalten sind leichte gesundheitliche Beschwerden, wie beispielsweise Kopfschmerzen, Erkältungen oder Verdauungsprobleme.¹²⁷

Es stellt vor dem Hintergrund, dass die breite Masse der Beschäftigten in Deutschland zum Ausdruck bringt, krank zur Arbeit gegangen zu sein, ein ernstzunehmendes Phänomen dar. Dabei zeigen sich vermehrt Fälle von Präsentismus als von Arbeitsunfähigkeit, wobei die Mitarbeiter länger krankheitsbedingt fehlen als krank gearbeitet zu haben. Es hat sich zudem herauskristallisiert, dass Präsentismus unter dem Einfluss von gesundheitlichen Beeinträchtigungen steht.¹²⁸ In der Mehrheit wird der Präsentismus als eine Reaktion auf die Arbeitsplatzunsicherheit und dem daraus resultierenden Anstieg von Stress und Krankheit verstanden. Diese Unsicherheit entsteht dabei infolge diverser Maßnahmen der Restrukturierung und des Abbaus von Personal.¹²⁹ Durch das Verhalten der Mitarbeiter trotz einer Arbeitsunfähigkeit zur Arbeit zu gehen werden Leistungsreduktionen und Arbeitsausfälle begünstigt.¹³⁰ Es wird zudem davon ausgegangen, dass die Anzahl der Mitarbeiter, die krank auf der Arbeit erscheinen, die

¹²⁵ Vgl. Lohaus/Habermann 2018, S. 12 ff.

¹²⁶ Vgl. Ebd.

¹²⁷ Vgl. Jansen 2011, S. 26

¹²⁸ Vgl. Steinke/Lampe 2017, S. 128 ff.

¹²⁹ Vgl. Lohaus/Habermann 2018, S. 2 ff.

¹³⁰ Vgl. Jansen 2011, S. 24

der Mitarbeiter, die krank zu Hause bleiben, übersteigt. Hinsichtlich der Gesundheit der Mitarbeiter bietet die alleinige Betrachtung der Fehlzeiten keine realistische und klare Einsicht auf deren gesundheitlichen Zustand.¹³¹ Dabei gelten die Daten von Fehlzeiten mit zu den am meisten herangezogenen Kennzahlen, wenn es um das Thema Gesundheit geht. Diese Zahlen beleuchten jedoch lediglich die Anzahl der Mitarbeiter, die nicht am Arbeitsplatz erschienen sind, geben jedoch keinen Aufschluss über die Problematik und Ursache dessen.¹³²

Fehlzeitenstatistiken sagen eher etwas über den Gesundheitszustand des Unternehmens oder der Organisation als über die Gesundheit der Mitarbeiter aus. Dabei weisen die vermehrt zu verzeichnenden Fehlzeiten auf Mängel innerhalb der Unternehmensstruktur und im sozialen System hin und unterstreichen den notwendigen Handlungsbedarf. Sie zeigen zwar auf, in welchen Bereichen oder in welcher Branche vor allem Handlungsbedarf besteht, jedoch nicht die Ursachen und wie präventiv vorgegangen werden soll.¹³³

Aus Sicht der Führungskräfte, werden Fehlzeiten häufig als Leistungseinbuße für den Betrieb gesehen, welche zudem mit vermehrten Personalkosten einhergehen, nicht jedoch im Hinblick auf das Wohlbefinden der Mitarbeiter. Aus Sicht des Unternehmens ergeben sich infolge eines höheren Sozialkapitals und besseren immateriellen Arbeitsbedingungen, eine Senkung der Fehlzeiten sowie positive Auswirkungen auf den psychischen Gesundheitszustand der Mitarbeiter. Zu diesem Ergebnis kommen Walter und Münch in ihrer Arbeit sowie mehrere Untersuchungen in diversen Unternehmen, welche sich mit dem Thema Fehlzeiten im Betrieb beschäftigt haben. Demnach geben Fehlzeiten nur unzureichend Auskunft über den Gesundheitszustand der Mitarbeiter und diesbezüglich keine verlässlichen Daten.¹³⁴

Im Zusammenhang von anwesenden Mitarbeitern und ihrem Gesundheitszustand und der davon abhängigen Leistungsfähigkeit, ist der Präsentismus-Begriff in das Zentrum des Interesses der Fachwelt gerückt. Präsentismus legt den Fokus auf die anwesenden Mitarbeiter und den oben genannten Zusammenhang. Per-

¹³¹ Vgl. Jansen 2011, S. 24

¹³² Vgl. Badura 2017, S. 76 ff.

¹³³ Vgl. Ebd.

¹³⁴ Vgl. Ebd.

sonalkosten durch Mitarbeiter, die zwar physisch jedoch nicht vollkommen psychisch bei der Arbeit sind, werden unterschätzt und finden in den Fehlzeiten- und Unfallstatistiken keine Beachtung.¹³⁵

8 Das Präsentismus-Phänomen im Kontext der Pflege

8.1 Der Pflegeberuf

Die Berufsgruppe der professionellen Pflege stellt nach dem statistischen Bundesamt die größte Berufsgruppe im deutschen Gesundheitswesen dar. Unter den mehr als 5 Millionen Beschäftigten, sind etwa 1,2 bis 1,6 Millionen Beschäftigte in der Pflege wiederzufinden. Die Berufsgruppe der professionellen Pflege hat zudem den engsten Kontakt zu kranken und pflegebedürftigen Menschen. Dabei zeichnet sich der Beruf, am Beispiel des stationären Sektors, durch die Sicherstellung der Versorgung der Patienten zu allen Tages- und Nachtzeiten aus, wobei das Pflegepersonal als erster Ansprechpartner hinsichtlich diverser Patientenangelegenheiten gilt. Dabei umfasst die pflegerische Versorgung der Patienten alle Phasen des Lebens. Das gesellschaftliche Ansehen des Berufes ist nach diversen Erhebungen sehr hoch und rangiert sich auf den vordersten Plätzen. Trotz des hohen Ansehens in der Öffentlichkeit, kursiert nach wie vor häufig eine veraltete Sicht auf den Pflegeberuf und seine Tätigkeitsbereiche. Dabei fand in den letzten Jahrzehnten ein deutlicher Wandel und Perspektivenwechsel des Berufsbildes statt. So hat sich der Pflegeberuf zu einem modernen Dienstleistungsberuf entwickelt, welcher zudem mannigfaltige Perspektiven offenlegt.¹³⁶

Der Pflegeberuf zeichnet sich durch eine Vielfalt diverser Tätigkeiten, Aufgabenfelder und Funktionen aus. Zudem gibt es zahlreiche Settings in denen Pflegepersonen tätig sind. Zu diesen zählen unter anderen die Akutkrankenhäuser und spezialisierten Fachkliniken sowie Rehabilitationseinrichtungen und Hospize. Im Bereich des stationären Settings, am Beispiel eines Allgemeinkrankenhauses, wird außerdem noch in Fachdisziplinen wie der Orthopädie, Chirurgie und Onkologie unterschieden in denen das Pflegepersonal tätig ist.¹³⁷

¹³⁵ Vgl. Badura 2017, S. 76 ff.

¹³⁶ Vgl. Büker 2018, S.16 ff

¹³⁷ Vgl. Ebd.

8.1.1 Die Rahmenbedingungen in der Pflege

Romy Schaubelt und Ina Maria Tristl zeigen in ihrem Werk „Kooperative Arbeitssysteme im Gesundheitswesen“ die Rahmenbedingungen des Gesundheits- und Sozialsektor auf, welche sich anhand folgender Aspekte manifestieren.¹³⁸

Im Bereich des Gesundheits- und Sozialsektors und somit auch im Krankenhaus liegt eine hierarchische Aufbauorganisation vor, wonach Entscheidungen auf oberster Ebene getroffen und die Aufgaben folgend nach unten delegiert werden. Die Abläufe sind dabei stark reguliert und reglementiert und unterliegen diversen Kontrollen. Die Aufgaben sind dabei eher spezialisiert und umfassen kaum gesamte Arbeitsprozesse, sondern sind eher kleinteilig. Die Inhalte der Aufgaben sind dabei sowohl aus psychischer sowie physischer Perspektive fordernd und belastend. Dabei variieren die Belastungen in Anbetracht unterschiedlicher Patienten und dessen Versorgung. Die Arbeiten müssen zudem auch bei mangelnder Personalkapazität erbracht werden. Die alltägliche Arbeit und die Abläufe sind gezeichnet von einem hohen Zeitdruck und durch häufige Unterbrechungen sowie Fremdbestimmungen. Externe Regelungen durch beispielsweise Gesetze und Richtlinien bestimmen die Arbeit und müssen berücksichtigt und erfüllt werden. Des Weiteren übernehmen die Mitarbeiter eine hohe Verantwortung in Bezug auf das menschliche Wohl der Patienten.¹³⁹

8.1.2 Funktionen und Aufgaben der Pflege

Die Pflege stellt einen interpersonalen Prozess dar, welcher sich durch eine intensive Begegnungs- und Beziehungsarbeit auszeichnet, bei der sich die Pflegekraft konstruktiv mit dem Patienten und seiner Situation auseinandersetzt.¹⁴⁰ Im Folgenden wird auf die Aufgabenfelder und Funktionen der professionellen Pflege eingegangen, wobei der Verfasser lediglich auf die Kernelemente professioneller Pflege näher eingeht, da eine umfassende Abbildung aller Funktionen das Thema dieser Arbeit nicht widerspiegelt. Die Aufgaben und Funktionen un-

¹³⁸ Vgl. Schnaubelt/Tristl 2017, S. 12

¹³⁹ Vgl. Ebd.

¹⁴⁰ Vgl. Müller 2018, S. 87

terscheiden sich innerhalb der diversen Sektoren und Funktionsbereiche in denen Pflegekräfte tätig sind. Der Verfasser nimmt hier primär auf die Pflege im stationären Setting Bezug.¹⁴¹

Das Kernelement pflegerischen Handelns ist dabei der Pflegeprozess, welcher sich patientenindividuell gestaltet. Dabei geht es darum, den individuellen Pflegebedarf zu erheben und Pflegemaßnahmen, welche folgend umgesetzt und hinsichtlich der Zielsetzung evaluiert werden. Diesbezüglich werden die einzelnen Schritte des Prozesses dokumentiert und in Form einer Pflegedokumentation gesammelt. Der Prozess ist dabei systematisch und zeichnet sich zudem durch die Beziehung der Pflegekraft zu dem Patienten aus. Das Ziel oder Ergebnis des Prozesses wird gemeinsam und durch Interaktion mit dem Bedürftigen und seinen Angehörigen erreicht. Dieser Kernprozess, der die Arbeit mit und an dem Patienten abbildet, ist dabei bereits seit 1985 im Krankenpflegegesetz fixiert.¹⁴² Die Kernaufgabe in der professionellen Pflege stellt dabei die allgemeine und spezielle Pflege dar. Dabei bildet die allgemeine Pflege die multiplen Tätigkeiten ab, die sich auf die Aktivitäten des täglichen Lebens beziehen. Zu diesen zählen unter anderem die Kommunikation, Körperpflege, Mobilisation sowie die Ernährung und Ausscheidung. Diese Tätigkeiten liegen dabei in der Verantwortung der Pflegekraft. Die spezielle Pflege hingegen umfasst Tätigkeiten wie den Verbandswechsel und die Medikamentenvergabe. Dabei bedarf es hinsichtlich diverser spezieller Pflegemaßnahmen einer ärztlichen Anordnung, dessen Umsetzung in der Verantwortung der Pflegekraft liegt.¹⁴³

Es geht im Allgemeinen um eine umfassende und individuell angepasste Versorgung des Patienten, bei der die Pflegekraft diverse Rollen und Funktionen einnimmt. Darunter zählen neben den oben genannten Funktionen auch lehrende Aktivitäten wie die Aufklärung, Anleitung und die Beratung der Patienten. Unterstützend kommen in der Versorgung diverse medizintechnische Instrumente zum Einsatz die ein spezielles Wissen erfordern. Festzuhalten ist, dass sich die Pflege durch eine intensive Zusammenarbeit im interdisziplinären und interpro-

¹⁴¹ Vgl. Büker 2018, S.16 ff.

¹⁴² Vgl. Ebd.

¹⁴³ Vgl. Ebd.

professionellen Team auszeichnet, in der die Pflege eine dominierende Rolle einnimmt und häufig und die Zusammenarbeit zwischen diversen Sektoren koordiniert und steuert.¹⁴⁴

Des Weiteren spielt in der Pflege, die Beziehungsarbeit zwischen Pflegenden und Patienten eine dominante Rolle. Es gilt, sich individuell mit dem Befinden und den Bedürfnissen der Patienten auseinander zu setzen und sein Handeln danach auszurichten. Zusammenfassend ist unter Pflege eine personenbezogene Dienstleistung zu verstehen, bei der die Pflegeleistung und das Ergebnis in enger Zusammenarbeit mit dem Patienten erzeugt werden und der Mensch das Zentrum des Handelns darstellt. Dabei wird im Interesse des Patienten gehandelt und auf sein Befinden und seine Bedürfnisse eingegangen. Pflege arbeitet mit Menschen dessen Gesundheit eingeschränkt ist und unterstützt diese dahingehend die Beeinträchtigungen zu bewältigen und sie im Umgang im alltäglichen Leben zu befähigen. Dabei wird die Selbstbestimmung der Patienten gestärkt und die soziale Teilhabe in der Gesellschaft unterstützt. Neben der direkten Zusammenarbeit mit den Ärzten beinhaltet Pflege die Aufgabe der Assistenz der Medizin. Wichtig sind vor allem die Organisation und das Management der pflegerischen Leistungen, um dem Ziel die Gesundheit zu erhalten, sie zu verbessern oder wiederherzustellen, nachzukommen.¹⁴⁵

8.1.3 Leistungsverdichtung in der Pflege

In der Pflege ist eine starke Leistungsverdichtung zu beobachten. Die Anzahl der Patienten, die von einer examinierten Pflegekraft versorgt wird, steigt an, während die Verweildauer der Patienten abnimmt. Zudem steigt durch das Wachstum immer älter werdender Patienten, der Anteil von chronisch degenerativen Erkrankungen, was mit einem zunehmenden pflegerischen Aufwand einhergeht. Des Weiteren nehmen die Dokumentationsprozesse in der Pflege weiterhin viel Zeit in Anspruch. Die steigende Fehlbeanspruchung sowie krankheitsbedingte Ausfallzeiten und das frühzeitige Ausscheiden aus dem Pflegeberuf sind Folgen eben dieser Leistungsverdichtung. Die Fehlbeanspruchung in der Pflege wird vor allem an den hohen psychosozialen Anforderungen deutlich. Die folgende Erschöpfung der Mitarbeiter, auch auf emotionaler Ebene, ist dabei

¹⁴⁴ Vgl. Büker 2018, S.16 ff.

¹⁴⁵ Vgl. Müller 2018, S.82 f.

weit verbreitet und stellt zudem den primären Faktor des Burnout-Syndroms dar.¹⁴⁶ Bei dem Burnout handelt es sich um einen Symptomkomplex, welcher sich anhand körperlicher sowie psychischer Erschöpfung zu erkennen gibt und mit dem Verlust der körperlichen sowie psychischen Leistungsfähigkeit einhergeht.¹⁴⁷ Statistiken zu Folge sind die Mitarbeiter aus dem humanmedizinischen Bereich, welcher sich durch die Arbeit mit anderen Menschen auszeichnet, häufig vom Burnout betroffen.¹⁴⁸

Der Pflegeberuf birgt multiple Faktoren, welche an den Ressourcen der Mitarbeiter zehren und diese zunehmend belasten und zugleich hohe Risikofaktoren und Ursachen hinsichtlich, der im Krankenhaus verbreiteten Burnout-Problematik darstellen. Diese umfassen die starke Arbeitsverdichtung in der Pflege, die Notwendigkeit für den Arbeitgeber ständig erreichbar zu sein, ein geringes Maß an Arbeitszufriedenheit, Multitasking, die Unsicherheit der Mitarbeiter hinsichtlich negativer Organisationsabläufe, die Konflikte im Team, unzureichende Unterstützung und Rückhalt durch die Vorgesetzten, Mobbing am Arbeitsplatz sowie interpersonelle Konflikte und private Probleme.¹⁴⁹

8.1.4 Begünstigende Faktoren für das Präsentismus-Phänomen

Der Verfasser bezieht sich auf das Verständnis von Präsentismus aus europäischer Forschungsperspektive. Dieses beschreibt, wie bereits erwähnt, Präsentismus als ein Verhalten der Mitarbeiter, welche auch bei Krankheit oder gesundheitlicher Beeinträchtigung zur Arbeit gehen. Um vor dem Hintergrund der Bedingungen, Anforderungen und der Belastungen in der Krankenpflege einen Zusammenhang zum Präsentismus-Phänomen zu erschließen, werden folgend die Ursachen und Motive für dieses spezifische Verhalten nochmals näher beleuchtet. Dabei spielen individuelle, in der Person liegende und arbeits- sowie organisationsbedingte Faktoren eine wichtige Rolle. Darauf bezogen ist vor allem der von der eigenen Person wahrgenommene Gesundheitszustand entscheidend, da ein kausaler Zusammenhang zwischen diesem und dem Auftreten von Präsen-

¹⁴⁶ Vgl. Stab/Hacker 2014, S.191 ff.

¹⁴⁷ Vgl. Grosser 2014, S. 209 ff.

¹⁴⁸ Vgl. Ebd.

¹⁴⁹ Vgl. Ebd.

tismus besteht. Demnach steigt in Folge einer stärker beeinträchtigten Gesundheit das Risiko, krank zur Arbeit zu erscheinen. Es besteht jedoch nicht nur ein Zusammenhang zwischen dem ursprünglichen Gesundheitszustand und dessen Einfluss auf den Präsentismus, sondern auch in umgekehrter Weise. Somit steht das Problem nicht nur unter dem Einfluss der Gesundheit, sondern wirkt sich ebenso auf diese aus. Mitarbeiter in Bereichen, in denen eine hohe Verantwortung für andere Personen übernommen wird, sind vermehrt davon betroffen. Die Studienlage zeigt außerdem, dass Präsentismus durch ein hohes Stresslevel bedingt wird. Daneben können diverse Persönlichkeitsmerkmale dazu führen, eine Neigung zum Präsentismus zu entwickeln. Ein Beispiel dafür ist eine steigende Neigung des Mitarbeiters sich im Beruf zu verausgaben und über seine Grenzen hinaus zu gehen.¹⁵⁰

Im Hinblick auf die Arbeitsanforderungen und Belastungsfaktoren zeigen sich Zusammenhänge mit dem Präsentismus-Phänomen. Mitarbeiter, welche mit ihrer Arbeit überfordert sind, bereits am Rande ihres Leistungsvermögens arbeiten und denen der Zeit- und Termindruck zu schaffen macht, neigen vermehrt dazu krank zur Arbeit zu gehen. Es tritt zudem häufig dann auf, wenn Unsicherheiten der Mitarbeiter hinsichtlich des Arbeitsplatzes vorliegen und ein unharmonisches Betriebsklima vorherrscht.¹⁵¹

Viele Studien beschreiben arbeitsbedingte Belastungsfaktoren als Hauptursache für das genannte Problem. Des Weiteren können hohe Arbeitsbelastungen, sowie Stress und zusätzliche psychische Belastungen am Arbeitsplatz eine höhere Prävalenz für Präsentismus aufzeigen.¹⁵² Weitere Motive sind unter anderem die Scham Schwächen zu zeigen, sowie die Angst, dass einem kein Glauben in Bezug auf die Erkrankung, welche sich nicht objektiv zu erkennen gibt, geschenkt wird. Ängste, wie beispielsweise die vor dem Verlust des Arbeitsplatzes, vor Konflikten mit den Kollegen sowie finanzielle Gedanken spielen dabei eine wesentliche Rolle.¹⁵³

¹⁵⁰ Vgl. Sinß 2015, S.36 ff.

¹⁵¹ Vgl. Riechert. 2015, S. 7 ff.

¹⁵² Vgl. Sinß 2015, S.36 ff.

¹⁵³ Vgl. Riechert 2015, S. 7 ff.

Eine skandinavische Studie hat in Bezug auf den Pflegeberuf gezeigt, dass professionelle Rahmenbedingungen sowie die moralischen Verpflichtungen gegenüber den Patienten und Arbeitskollegen, vermehrt zu Präsentismus führen. Anhand der Studienlage wird deutlich, dass das Führungsverhalten einen erheblichen Einfluss auf die Gesundheit und Zufriedenheit der Mitarbeiter sowie auf krankheitsbedingte Fehlzeiten hat. Es zeigt sich, dass Präsentismus vermehrt dann vorkommt, wenn Mitarbeiter durch Vorgesetzte wenig soziale Unterstützung erleben. Des Weiteren fungiert der Vorgesetzte als Vorbild für die Mitarbeiter, wonach sich das Verhalten der Führungskraft im Krankheitsfall auf die Mitarbeiter projizieren kann. Neben diesen Faktoren nehmen Vorgesetzte einen erheblichen Einfluss auf das individuelle Stresserleben der Mitarbeiter und folgend auf stressbedingtem Präsentismus.¹⁵⁴ Zudem kommen die Untersuchungen in einem Akutkrankenhaus und in zwei Pflegeeinrichtungen ebenfalls zu dem Ergebnis, dass das Sozialkapital des Betriebes stark mit dem Gesundheitszustand der Mitarbeiter korreliert. Unter dem Sozialkapital sind neben weiteren Faktoren das Führungsverhalten sowie das Betriebsklima zu verstehen. Die immateriellen Arbeitsbedingungen umfassen dabei Faktoren wie Entscheidungs- und Handlungsspielraum sowie der Zeitdruck bei der Arbeit.¹⁵⁵

Zusammenfassend kann festgehalten werden, dass Präsentismus vor allem dann auftritt, wenn Mitarbeiter unter multiplen Belastungsfaktoren arbeiten, sich stark beansprucht fühlen und über ein geringes Maß an Ressourcen verfügen.¹⁵⁶

8.1.5 Die Folgen des Verhaltens

Im vorangegangenen Teil wird deutlich, dass die Ursachen bzw. Motive für das Verhalten der Mitarbeiter, krank zur Arbeit zu gehen, vielseitig sind.

Zu diesen zählen des Weiteren die Demotivation und Auszehrung der Mitarbeiter beispielsweise infolge einer hohen Arbeitsbelastung und zu geringer Anerkennung, Konflikte mit Kollegen und Vorgesetzten und daraus resultierende Ängste und Verärgerung, die Beschäftigung mit und Sorgen über private Ange-

¹⁵⁴ Vgl. Sinß 2015, S. 36 ff.

¹⁵⁵ Vgl. Badura. 2017, S.76 ff.

¹⁵⁶ Vgl. Riechert 2015, S. 7 ff.

legenheiten, die Distanzierung vom Unternehmen sowie das Erscheinen am Arbeitsplatz, durch eine hohe emotionale Bindung an die Arbeit, obwohl eine physische oder psychische Beeinträchtigung oder Krankheit vorliegt.¹⁵⁷

Jede der oben genannten Ursachen hat eine Beeinträchtigung der Aufmerksamkeit und des Leistungsvermögens der Mitarbeiter zur Folge, woraus eine Leistungsreduktion am Arbeitsplatz resultiert. Des Weiteren belegt die Studienlage hinsichtlich der Produktivitätsverluste und gesundheitsbedingter Kosten für den Betrieb, dass vom Präsentismus eine deutlich höhere Bedrohung als vom Absentismus ausgeht. Dabei sind die Leistungsminderungen durch Präsentismus im Vergleich zum Absentismus oftmals drei- bis viermal so hoch. Die Beeinträchtigungen der Mitarbeiter sind dabei nicht allein auf chronische Leiden, sondern auch auf akute Beschwerden wie zum Beispiel Kopfschmerzen, Rückenschmerzen und Erschöpfung zurückzuführen. Diese akuten Beschwerden gelten als gesundheitliche Beeinträchtigungen ohne Krankheitswert, treten häufig auf und führen zu Produktivitätsverlust. Zudem stellen sie einen Risikofaktor für psychische und physische Erkrankungen dar und begünstigen das Vorkommen von Absentismus.¹⁵⁸

Das an den Tag gelegte Verhalten birgt die Gefahr, dass sich schwerwiegendere und langandauernde Folgeerkrankungen entwickeln, wie am Beispiel psychischer Erkrankungen. Eine erhöhte Ansteckungsgefahr bei Erkältungswellen, sowie das vermehrte Risiko einen Herzinfarkt zu erleiden und über längere Zeit in eine Arbeitsunfähigkeit zu geraten, können mögliche Folgen sein. Gehen Mitarbeiter krank zur Arbeit wird eine schleichende Erschöpfung und Auszehrung dieser begünstigt, was ebenfalls zu Chronifizierungen von Erkrankungen führen kann.¹⁵⁹

¹⁵⁷ Vgl. Badura 2017, S. 76 ff.

¹⁵⁸ Vgl. Ebd.

¹⁵⁹ Vgl. Riechert 2015, S. 7 ff.

9 Lösungsansätze gegen das Präsentismus-Phänomen

9.1 Das Personalmanagement

Die Qualität der Versorgung wird vor allem durch das Personal beeinflusst. In den deutschen Krankenhäusern ist jedoch eine geringe Kapazität des Faktors Personal festzustellen. Ein wichtiger Faktor, welcher mehr an Bedeutung in Anbetracht der Entwicklung im Gesundheitswesen gewinnt, ist das Personalmanagement. Anders als noch in den 90er Jahren, wo ein einfach gestricktes Management in Form von Personalmarketing und Personalrekrutierung ausgereicht hat, stellt die Personalbeschaffung qualifizierter Fachkräfte heute eine enorme Herausforderung dar. Diskutiert wird in der Öffentlichkeit im Zusammenhang dieser Herausforderung, ob und in welcher Form die Einführung des DRG-Systems eine Verschlechterung der Arbeitsbedingungen zur Folge hat. Als Folge dieser Verschlechterungen gelten eine gestiegene Arbeitsbelastung für das Personal und eine abfallende Arbeitszufriedenheit sowie letzten Endes eine Reduktion der Versorgungsqualität und der Patientenzufriedenheit.¹⁶⁰

Die Tatsache, dass die Versorgungsqualität stark durch das Personal sowie der vorherrschenden Arbeitsbedingungen beeinflusst wird, kann mit hoher Evidenz geteilt werden. Entscheidend ist der optimale Einsatz qualitativer sowie quantitativer Personalressourcen, um im Wettbewerb bestehen und qualitativ hochwertige Leistungen zu erbringen. Der voranschreitende Fachkräftemangel sowie der steigende Effizienzdruck, stellt für deutsche Krankenhäuser eine große Herausforderung dar. Demnach sind eine Optimierung der Arbeitsbedingungen und ein Umdenken im Personalmanagement von Bedeutung, um der Herausforderung zu begegnen.¹⁶¹

9.1.1 Die Funktionen des Personalmanagements

Vor dem Hintergrund neuer Herausforderungen für deutsche Krankenhäuser werden dem Personalmanagement weitere Aufgaben zum Teil, welche die bloße Verwaltungstätigkeit, also der Verwaltung des Personals übersteigen. In Zusammenarbeit mit dem Management übernimmt das Personalmanagement strategische Aufgaben. Dazu zählt unter anderem die Planung neuer Aufgabenprofile

¹⁶⁰ Vgl. Oppel/Schreyögg 2017, S. 7 ff.

¹⁶¹ Vgl. Ebd.

sowie die Identifikation und Entwicklung von Talenten im Unternehmen. In der Funktion des Change Agents, übernimmt das Personalmanagement ebenfalls eine strategische Rolle und ist vor allem für die Steuerung und Abwicklung von Veränderungsprozessen auf Seiten des Personals verantwortlich. Dazu zählt als Beispiel die interne Kommunikation, das Erkennen von Trainings- und Entwicklungsbedarfen sowie deren Umsetzung in Form von Programmen für das Personal. Um den strategischen Aufgaben gerecht werden zu können, fungiert das Personalmanagement als Administrator hinsichtlich der Umsetzung von Personalmanagementprozessen. Diese Funktion schließt neben der angemessenen Abwicklung der Prozesse auch die Verbesserung und Vereinfachung des Zugangs zu diversen Instrumenten für das Personal ein. Des Weiteren vertritt das Personalmanagement die Interessen der Mitarbeiter und das Personal allgemein. So wird die Mitarbeiterzufriedenheit durch das Personalmanagement regelmäßig, beispielsweise in Form von Befragungen erfasst und Maßnahmen zu derer Verbesserung geplant und umgesetzt.¹⁶²

In Folge der sich wandelnden Strukturen und des Fachkräftemangels, zeigt sich ein Umdenken und Umstrukturieren bezüglich der Einbindung des Personalmanagements im Krankenhaus und derer Aufgaben. Unterstützt werden die Änderungsprozesse durch die Erkenntnis, dass der Erfolg des Krankenhauses sowie dessen Position im Wettbewerb durch eine strategische Ausrichtung der Personalfunktionen, wie der Personalplanung, dem Personalcontrolling sowie die Personalverwaltung positiv beeinflusst werden.¹⁶³

Das Personalmanagement wird zunehmend mehr Präsenz hinsichtlich der Klärung strategischer Fragestellungen zuteil und wird vermehrt für die Entscheidungsfindung mit einbezogen, was die Ergebnisse der Kienbaum-Studie „Wertschöpfende Personalarbeit in Krankenhäusern 2009“ zeigen.¹⁶⁴

Während im Jahr 2005 nur etwa 31 Prozent der befragten Krankenhäuser dem Personalmanagement ein Mitspracherecht bei strategischen Entscheidungsfindungen einräumte, sind es fortan 70 Prozent. Die Vermehrte Einbindung wird vor allem in Anbetracht der kommunalen Krankenhäuser deutlich, bei denen der Anteil der in strategische Prozesse involvierten Personalbereiche von 55 auf 82

¹⁶² Vgl. Oppel/Schreyögg. 2017, S. 7 ff.

¹⁶³ Vgl. Ebd.

¹⁶⁴ Vgl. Ebd.

Prozent anstieg. Erfolgsentscheidend für das Personalmanagement sind unter anderem eine eindeutige Ziel- und Strategieformulierung, welche mit der Unternehmensstrategie und Vision vereinbar und daran angepasst ist, sowie die Stellung ausreichender Mittel zur Personalbeschaffung und deren Entwicklung.¹⁶⁵

9.2 Prävention und betriebliche Gesundheitsförderung

Der Begriff Prävention meint Krankheitsvorbeugung oder Krankheitsvorsorge, da er aus einer sozialmedizinischen Tradition entstammt und mit einer pathogenetischen Sichtweise assoziiert ist, welche die Krankheitsentstehung und Bekämpfung von Krankheitsursachen fokussiert. Unter präventiven Maßnahmen versteht man prophylaktische Maßnahmen zur Vorbeugung von Erkrankungen. Ziel ist es im optimalen Fall alle Bedingungen einer Krankheitsentstehung oder Verschlechterung auszuschalten.¹⁶⁶ Die Kenntnis pathogenetischer und pathophysiologischer Mechanismen, also Verlaufs- und Entwicklungsstadien von Krankheitsverläufen, ist die Voraussetzung einer gezielten Intervention.¹⁶⁷

Bezüglich der Prävention bestehen unterschiedliche Präventionsstrategien. Diese unterscheiden sich darin, an wen die Prävention adressiert ist. Man unterscheidet zwischen universeller sowie zielgruppenspezifischer Ansätze. Bei der universellen Strategie werden die Adressaten nicht an Hand spezifischer Risikofaktoren oder Auswahlkriterien gewählt. Das Ziel ist hier breitgefächert zu intervenieren und die große Masse zu erreichen. Bei der selektiven, zielgruppenspezifischen Strategie hingegen werden Personengruppen angesprochen, die in einem spezifischen Kontext stehen und somit beispielsweise gleiche Risikofaktoren aufzeigen. Dabei sind die Adressaten noch nicht erkrankt. Anders als bei der selektiven Präventionsstrategie, zeigen die Adressaten der indizierten Präventionsstrategie bereits Symptom an.¹⁶⁸

Die betriebliche Gesundheitsförderung umfasst alle Maßnahmen, welche der Bekämpfung krankheitsrelevanter Risikoverhaltensweisen, der Förderung des sozialen, physischen sowie psychischen Wohlbefindens der Mitarbeiter und der

¹⁶⁵ Vgl. Oppel/Schreyögg. 2017, S. 7 ff.

¹⁶⁶ Vgl. Wirtz/Kohlmann/Salewski 2018, S. 17

¹⁶⁷ Vgl. Hurrelmann/Klotz/Haisch 2017, S.13 ff.

¹⁶⁸ Vgl. Wirtz/Kohlmann/Salewski 2018, S. 17

Maximierung gesundheitlicher Ressourcen dienen. Dabei verfolgt die betriebliche Gesundheitsförderung das Ziel, aktiv Einfluss auf die Verbesserung der Gesundheit der Mitarbeiter zu nehmen und nimmt sich diesbezüglich nicht nur präventiver Maßnahmen an.¹⁶⁹

Hinsichtlich der Zielerfüllung, setzt die betriebliche Gesundheitsförderung an einer Verbesserung der Arbeitsorganisation und der Bedingungen auf Arbeit, einer stärkeren Beteiligung der Mitarbeiter des Unternehmens und einer Stärkung der Kompetenzen an. Sie dient zudem dazu, die Mitarbeiter auf die Herausforderungen in der Arbeitswelt wie den Abbau von und einem immer älter werdenden Personal vorzubereiten und die gesundheitlichen Ressourcen zu stärken. Der Fokus wird darauf gelegt, die Arbeitsbedingungen zu Gunsten der Gesundheit der Mitarbeiter zu gestalten. Die betriebliche Gesundheitsförderung geht einem ganzheitlichen Ansatz nach, wonach verhaltens- und verhältnisverändernde Maßnahmen zum Einsatz kommen. Dabei sollen Verhaltensorientierte Interventionen, wie das Stressmanagement, die Mitarbeiter in ihrem Gesundheitsverhalten stärken. Verhältnisorientierte Interventionen beziehen sich hingegen auf die Organisationsstrukturen wie beispielsweise das Führungsverhalten und die Arbeitsbedingungen. Abschließend ist festzuhalten, dass es hier primär um die Veränderung von Strukturen und die Entwicklung eines gesundheitsförderlichen Unternehmens auf lange Sicht handelt.¹⁷⁰ Maßnahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung sind beispielsweise eine altersgerechte Arbeitsplatzgestaltung, Gesundheitscoachings und Gesundheitszirkel sowie die Wiedereingliederung in den Arbeitsalltag.¹⁷¹

Menschliches Verhalten und die äußeren Strukturen des Unternehmens stehen in Wechselbeziehung zueinander. Hinsichtlich psychischer Erkrankungen ist belegt, dass eine Kombination aus organisatorischer sowie individueller Maßnahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung wirksamer ist als eine rein verhaltensorientierte Vorgehensweise.¹⁷²

¹⁶⁹ Vgl. Hägerbäumer 2017, S.73 ff.

¹⁷⁰ Vgl. Ebd.

¹⁷¹ Vgl. Jung 2016, S. 129 ff.

¹⁷² Vgl. Ebd.

9.2.1 Interventionsmaßnahmen aus Sicht des Unternehmens

Die Erfassung von Präsentismus geht mit hohem Aufwand und einem hohen Aufwand für den Betrieb einher. Durch das positive Einwirken auf physische sowie psychische Beeinträchtigungen kann Präsentismus verringert und die Leistungsfähigkeit der Mitarbeiter gestärkt werden. Diesbezüglich ist es ratsam, dass der Fokus der betrieblichen Gesundheitsförderung auf das Führungsverhalten sowie das Arbeitsklima gelegt wird, um den kognitiven, emotionalen und physischen Beeinträchtigungen der Mitarbeiter entgegenzuwirken.¹⁷³

Im Folgenden zeigt der Verfasser einzelne Interventionen auf, welche im Zusammenhang der vorangegangenen Thematiken, wie der vermehrten Belastung im Pflegealltag und einer hohen Prävalenz zum Präsentismus, aus Sicht des Krankenhauses als Unternehmen der Förderung der Gesundheit der Mitarbeiter dienen können. Es werden hier Maßnahmen aufgezeigt, welche die Ressourcen sowie individuellen Kompetenzen und die Grundhaltung der Mitarbeiter stärken können, um die belastenden Situationen zu bewältigen. Eine Maßnahme stellt die Wissensvermittlung und Informationsaufbereitung dar. Ziel dabei ist es die Mitarbeiter aufzuklären, ihnen Zugang hinsichtlich des gesundheitsrelevanten Wissen und Informationen zu bieten und gesundheitsförderliches Verhalten zu ermöglichen. Ein Beispiel ist die Informations- und Wissensvermittlung hinsichtlich der Entstehung von Stress. Seminare und Trainings werden angeboten, um die vorhandenen Handlungskompetenzen zu stärken und neue zu lernen. Des Weiteren sollen hiermit gesundheitsförderliche Haltungen und Einstellungen vermittelt werden. Hierfür findet beispielsweise, die systematische Verhaltenseinübung, die Wahrnehmung individueller Stärken sowie Diskussionszirkel und Reflexionsübungen Verwendung.¹⁷⁴

In Bezug zur Pflege spielen insbesondere die einfühlsame Kommunikationsfähigkeit im Hinblick auf schwierige Gespräche mit den Patienten und ihren Angehörigen, die Stärkung einer positiven Selbstwahrnehmung sowie Stressbewältigungs- und Entspannungsmethoden eine wesentliche Rolle hinsichtlich der Handlungskompetenzen.¹⁷⁵

¹⁷³ Vgl. Badura 2017, S. 76 ff.

¹⁷⁴ Vgl. Bäuerlen 2017, S. 28 ff.

¹⁷⁵ Vgl. Ebd.

Bei den oben genannten Interventionen handelt es sich um Interventionen aus verhaltenspräventiver Perspektive. Folgend werden Interventionen aus verhältnispräventiver Perspektive beleuchtet, welcher der Organisation gesundheitsförderlicher Arbeitsbedingungen dienen können. Diesbezüglich sollte die berufsgruppenübergreifende Verständigung durch Anteilnahme in Hinblick auf die zentrale situative Ressource der Förderung von sozialer Unterstützung verbessert werden. Als Beispiel sind hier die Implementierung einer offenen Vertrauenskultur sowie die kooperative Zusammenarbeit vom Vorteil, um einen wertschätzenden Austausch zu ermöglichen. Auf gesamtbetrieblicher Ebene ermöglichen Maßnahmen der Teilhabe eine Verbesserung der Kontrolle und Mitbestimmung des Mitarbeiters. Bezüglich der Mitarbeiterbeteiligung im Kontext betrieblicher Prozesse mit Hinblick auf Information, Koordination und Entscheidung, gelten Mitarbeiterbefragungen und Gesundheitszirkel als Beispiele. Des Weiteren gelten als förderliche Merkmale transparente Kompetenz- und Zuständigkeitsverteilungen sowie Arbeitsabläufe. Die dargestellten Maßnahmen gehen dabei gezielt auf die Arbeitsgestaltung und Arbeitsbedingungen ein.¹⁷⁶

Zudem liegen einige Studien vor, die erläutern welche Maßnahmen vor Präsentismus schützen. Zu diesen schützenden Faktoren zählen eine ausbalancierte Vertrauenskultur zu Kollegen, ein starkes soziales Umfeld, Handlungsspielräume am Arbeitsplatz, die allgemeine Arbeitszufriedenheit, eine starke Bindung zur Organisation sowie eine Balance zwischen der gewünschten und tatsächlichen Arbeitszeit.¹⁷⁷

10 Kritische Reflexion

10.1 Inhaltlich

Hinsichtlich der Auseinandersetzung mit der behandelten Thematik ergeben sich diverse Herausforderungen. Beginnend mit den Begriffsklärungen zeigen sich komplexe Sachverhalte. Allein der Begriff „Gesundheit“ beschreibt ein umfangreiches Themengebiet. Dabei ist die verwendete Definition nach der WHO stark veraltet, findet jedoch häufig Verwendung, wie bspw. auch in dieser Arbeit. In

¹⁷⁶ Vgl. Bäuerlen 2017, S.28 ff.

¹⁷⁷ Vgl. Hamm-Brink/Simon 2016, S. 208

Bezug zur Präsentismus-Problematik stellte sich heraus, dass es sich um ein junges Forschungsgebiet handelt, welches bis zum aktuellen Stand unzureichend erforscht ist. Des Weiteren zeigen sich zwei Forschungszweige, die sich jeweils für unterschiedliche Herangehensweisen entscheiden und somit das Thema mit differenten Schwerpunkten behandeln. In Folge dessen ergeben sich verschiedene Ansichten und ein anderes Verständnis bezüglich des Präsentismus-Phänomens. Dabei liegen viele Begrifflichkeiten vor, welche es erschweren, eine einheitliche Definition festzulegen, den Hintergrund nachzuvollziehen und ein allgemein besseres Verständnis für das Problem zu entwickeln. Dennoch wurde ein Versuch des Verfassers, unternommen, sich auf eine Definition zu beziehen. Die Gesundheit der Mitarbeiter wird primär anhand der Fehlzeiten und deren Statistiken gemessen, welche jedoch nichts über den Gesundheitszustand der am Arbeitsplatz anwesenden Mitarbeiter aussagt. Diese könnten ebenfalls bereits vom Präsentismus betroffen sein. Dem Verfasser ist in der inhaltlichen Ausarbeitung deutlich geworden, dass die Arbeit in der Pflege, samt ihrer Rahmenbedingungen, Anforderungen, multiplen Funktionen sowie der fortan wirtschaftlichen Orientierung des Gesundheitswesens, ein Risikofaktor und Motiv für den Präsentismus darstellt. Die Verkettung zwischen den genannten unterschiedlichen Faktoren in Bezug auf die Forschungsfrage, wurde vom Verfasser versucht zu verbinden und in eine nachvollziehbare Struktur zu gliedern. Mithilfe dessen, ein für den Verfasser sinnvoller Zusammenhang der einzelnen Aspekte betreffend der Problematik ersichtlich wurde. Als herausfordernd zeigt sich außerdem die Darstellung fundierter Interventionen zur Gesunderhaltung der Mitarbeiter und Entgegenwirkung des Präsentismus-Phänomens im Unternehmen Krankenhaus. Die Literatur bietet diesbezüglich nur Lösungsansätze, welche nicht vollständig ausgeführt, nur kurz behandelt werden oder noch nicht angewandt wurden.

10.2 Methodisch

Als Methodik wählte der Verfasser die wissenschaftliche Literaturrecherche. Während zur allgemeinen Thematik Gesundheit und Arbeit eine Vielzahl an Literatur vorliegt, zeigt es sich als herausfordernd, den Bezug zur Präsentismus-Problematik zu schaffen. Grund dafür kann der unzureichende Forschungsstand

und die Aktualität des Themas sein. Im Prozess der Recherche, zeigten sich diverse verhaltens- und verhältnispräventive Maßnahmen, jedoch wurde der Zusammenhang zum Präsentismus in der Literatur ungenügend hergestellt.

Die Bewertung und Auswahl der verwendeten Literatur, wird in dieser Arbeit allgemein gehalten und die Vorgehensweise nicht für die gesamte Literatur beschrieben. Grund dafür ist der begrenzte Umfang dieser Arbeit. Der Verfasser versucht dennoch die wissenschaftliche Vorgehensweise zu verdeutlichen und bildet dies anhand eines kurzen Beispiels ab.

Zum Verständnis und zur Lesbarkeit gebraucht der Verfasser den maskulinen Begriff „Mitarbeiter“, womit jedoch die Mitarbeiterinnen nicht ausgeschlossen und genauso angesprochen werden.

Das Modell der Salutogenese wurde hinsichtlich der behandelten Thematik gewählt, um die Gesundheitsentstehung und die Abgrenzung zur Krankheit zu veranschaulichen. Zudem wird dieses Modell in der herangezogenen Literatur ebenfalls in diesem Bezug verwendet.

11 Fazit und Ausblick

In der intensiven Auseinandersetzung mit der Thematik „Gesundheit und Arbeit in der Krankenpflege in Bezug auf das Präsentismus-Phänomen“ und der behandelten Forschungsfrage „Wie kann aus Sicht des Unternehmens präventiv interveniert werden um die Gesunderhaltung und Motivation der Mitarbeiter zu gewährleisten und dem Präsentismus-Phänomen entgegenzuwirken?“ ergeben sich für den Verfasser themenspezifische Zusammenhänge.

Krank oder unter gesundheitlicher Beeinträchtigung zur Arbeit zu gehen stellt dabei in der heutigen Zeit kein seltenes Verhalten dar. Diese gesundheitsbeeinträchtigende Verhaltensweise hängt dabei stark von der individuellen Motivation und den gesetzten Zielen der Mitarbeiter ab. Der Verfasser sieht das Präsentismus-Phänomen als Risikoverhalten in Bezug auf die Gesundheit der Mitarbeiter und des Unternehmens. Des Weiteren wird nach dem Verfasser ein enger Zusammenhang des Phänomens mit dem Pflegeberuf ersichtlich.

Dabei sind die hohe Arbeitsbelastung und der damit einhergehende Stress ausschlaggebend. Die Arbeit zehrt sowohl an den physischen, als auch psychischen

Ressourcen der Mitarbeiter. Die Versorgung der Patienten variiert je nach Klientel, ist individuell, wonach sich auch die Belastungen verändern. In der Pflege wird unter einem hohen Zeit- und Termindruck gearbeitet und die Abläufe und Prozesse sind stark reglementiert. Des Weiteren kommt den Pflegenden eine hohe Verantwortung in Anbetracht ihres Handelns zu. Diese bezieht sich sowohl auf die Kollegen, als auch auf die Patienten. Auch die Führungskräfte, welche einen hohen Druck auf die Mitarbeiter ausüben, spielen im Bezug zum Thema eine entscheidende Rolle. Neben organisatorischen Faktoren, sind die individuell in der Person liegenden Faktoren von Bedeutung. Darunter vor allem das Gesundheitsverhalten sowie die individuelle Gesundheitskompetenz, die gesundheitlichen Ziele und die allgemeine Einstellung zum Thema Gesundheit.

Während die thematischen Zusammenhänge im Verlauf der Ausarbeitung deutlich werden, stellte sich die Beantwortung der behandelten Forschungsfrage aus Verfassersicht komplexer dar. Diesbezüglich ist eine konkrete und präzise Beantwortung der gestellten Frage nur zum Teil möglich. Begründet werden kann dies an der Aktualität des Problems und der unzureichenden Auseinandersetzung der Forschung in Bezug auf die Pflege und das Krankenhaus als Unternehmen. Demzufolge lassen sich anhand der Literatur nur Möglichkeiten und Ansätze zur Prävention finden und aufzeigen.

Nach dem Verfasser ist eine Kombination aus verhaltens- und verhältnispräventiver Maßnahmen und eine gesundheitliche Ausrichtung des Unternehmens förderlich um die Mitarbeiter gesund zu halten und folglich auch dem Präsentismus positiv zu begegnen. Aus Sicht des Verfassers ist es wichtig die individuellen Ressourcen und Kompetenzen der Mitarbeiter in der Pflege zu stärken um positiv Einfluss auf die Belastungen und die Gesundheit zu nehmen. Dabei gilt es den Mitarbeitern Wissen und Informationen zu vermitteln und sie bezüglich der Problematik aufzuklären, damit sich das Verhalten ändern kann. Anbieten würden sich hier bspw. Supervisionen im Team oder die Einführung von Gesundheitszirkeln. Durch die Implementierung eines Gesundheitszirkels, welcher im Rahmen des interprofessionellen Teams gehalten wird und auch die Führungskräfte mit einbezieht, könnten die Problematiken am Beispiel von Stress und Belastungen am Arbeitsplatz thematisiert, besprochen und gemeinsame Lösungen gefunden werden. Somit würden die Mitarbeiter auch aktiv Teilhabe an den

Veränderungen haben und können ihre Ideen und Gedanken mit einfließen lassen. Des Weiteren würde damit aus Sicht des Verfassers auch die Kommunikation innerhalb des Teams, durch den Austausch verbessert und belastenden Konflikten könne entgegengewirkt werden. Ähnliche Erfolge könnten auch durch die Einführung von Gesundheitscoachings erzielt werden, in denen thematisiert wird wie Gesundheit entsteht und wie sie positiv beeinflusst werden kann.

Es muss versucht werden das Arbeitsklima innerhalb des Kollegiums zu verbessern, wobei die Kommunikation innerhalb des Teams eine wesentliche Rolle spielt. Durch ein Verändertes Führungsverhalten könnte aus Sicht des Verfassers das Arbeitsklima positiv beeinflusst werden. Durch wertorientierte Führung und durch ein Angebot regelmäßiger Gespräche im stationären Team und mit den einzelnen Mitarbeitern, könnten Bedarfe, Wünsche und Probleme aufgezeigt und gemeinsam Lösungen entwickelt werden. Damit ließe sich nach dem Verfasser nicht nur das Arbeitsklima verbessern sondern auch das Sozialkapital. Die Kommunikation im Allgemeinen stellt eine wesentliche Intervention dar um der Problematik zu begegnen.

Ein weiterer Ansatz findet sich im Aufbau oder in der Stärkung bereits vorhandener Handlungskompetenzen wieder. Mithilfe dessen, kann versucht werden, individuelle Stärken hervorzuheben und mit Schwächen, Stress und Leistungsdruck besser umgehen zu können. Dabei stehen Diskussionen und Reflexionen im Vordergrund, um sich gemeinsam auf Lösungen bestehender Probleme zu einigen. Jeder einzelne Mitarbeiter hat somit die Möglichkeit individuelle Ideen und Anregungen miteinzubringen. Das Ziel ist es, die Arbeitsbedingungen im Krankenhaus freundlicher zu gestalten.

Neben der behandelten Forschungsfrage kamen weitere Fragen in Bezug der Problematik auf, welche fortwährend ebenfalls von Bedeutung sein können. Die Forschung weist wesentliche Lücken auf und von einer validen Umsetzung von Maßnahmen und Interventionen sind derzeit keine Ergebnisse vorhanden. Zukünftig muss in Bezug zum Präsentismus weiter geforscht werden um präzise und valide Ergebnisse darlegen zu können. Deutlich wird, dass die Problematik sowohl aus Sicht des Unternehmens als auch aus Sicht der Mitarbeiter zukünftig im Zentrum des Interesses liegen sollte. Jedes Unternehmen verfolgt andere Ziele und auch die Mitarbeiter verhalten sich individuell im Umgang ihrer Ge-

sundheit. Dabei muss jedes Krankenhaus mehr und individuell auf seine Mitarbeiter eingehen. Das Interesse sollte darin liegen, die Mitarbeiter über das Präsentismus-Phänomen aufzuklären und zu informieren und ihnen bereits bekanntes Wissen zugänglich zu machen. Zudem muss mehr auf die Gesundheit der Mitarbeiter geachtet, sie diesbezüglich befragt und in Lösungsansätze involviert werden. Vor allem im Bereich der Pflege, stehen die Mitarbeiter sowie ihr Handeln und Verhalten für die Qualität der Versorgung. Jedes Krankenhaus muss für sich und ihre Mitarbeiter passende Lösungen zur Problematik finden und auf die Bedürfnisse der Mitarbeiter anpassen. Inwiefern ein Handlungsbedarf besteht, müssen die Unternehmen individuell bewerten. Fraglich bleibt dennoch wie die Maßnahmen implementiert und umgesetzt werden, wie und ob sie von den Mitarbeitern wahr- und angenommen werden und ob das Unternehmen als gesundheitsfördernd angesehen wird.

Literatur- und Quellenverzeichnis

Badura, B. (2017): Sozialkapital und Betriebsergebnisse, in: Badura, B. (Hrsg.), Arbeit und Gesundheit im 21. Jahrhundert, Berlin, S. 71–87

Bäuerlen, J. (2017): Salutogenese und Resilienz - Psychische Gesundheit von Beschäftigten im Gesundheitswesen, in: Schnödewind, S. (Hrsg.), Projekt- und Potenzialentwicklung in Krankenhaus und Gesundheitswesen, Stuttgart, S. 17–31

Bibliografisches Institut GmbH (Hrsg.) (o.J.): Arbeit, <https://www.duden.de/node/662258/revisions/1849139/view>. Zuletzt geprüft am: 12.12.2018

Blüher, S./Kuhlmey, A. (2014): Demografisch bedingte Herausforderungen für die Pflege, in: Knieps, F./Pfaff, H. (Hrsg.), Gesundheit in Regionen, 1., Auflage, Berlin, S. 169–172

Bornewasser, M. (2014a): Dienstleistungen im Gesundheitssektor, in: Bornewasser, M. (Hrsg.), Dienstleistungen im Gesundheitssektor, Wiesbaden, S. 1–25

Bornewasser, M. (2014b): Dienstleistungsarbeit: Autonome, relationale und heteronome Komponenten der Arbeit vom Anbieter für den Kunden, in: Bornewasser, M. (Hrsg.), Dienstleistungen im Gesundheitssektor, Wiesbaden, S. 29–57

Brandstätter, V., et al. (2018,): Motivation und Emotion, Allgemeine Psychologie für Bachelor, 2., vollst. überarb. Auflage 2018, Berlin

Büker, C. (2018): Pflegeberuf heute, in: Büker, C./Lademann, J./Müller, K. (Hrsg.), Moderne Pflege heute, 1. Auflage, Stuttgart, S. 15–43

Buxel, H. (2017): Bedürfnisse der Beschäftigten in der Krankenversorgung: Einblicke in die Arbeitsplatzzufriedenheit und die wahrgenommene Arbeitsplatzattraktivität von Ärzt/-innen und Pfleger/-innen, in: Prölß, J./van Loo, M. (Hrsg.), Attraktiver Arbeitgeber Krankenhaus, 1. Auflage, neue Ausgabe, Berlin, S. 97–106

Faltermaier, T. (2018): Salutogenese und Ressourcenorientierung, in: Kohlmann, C.-W./Salewski, C./Wirtz, M. Antonius (Hrsg.), Psychologie in der Gesundheitsförderung, 1. Auflage, Bern, S. 85–97

Ghadiri, A./Ternès, A./Peters, T. (2016,): Trends im Betrieblichen Gesundheitsmanagement. Ghadiri, A./Ternès, A./Peters, T., Wiesbaden

Grosser, M. (2014): Burnout im Krankenhaus: Ursachen, Folgen und Prävention, in: Oelsnitz, D. von der/Schirmer, F./Wüstner, K. (Hrsg.), Die auszehrende Organisation, Wiesbaden, S. 209–237

Hägerbäumer, M. (2017,): Risikofaktor Präsentismus, Berlin, Heidelberg

Hamm-Brink, G./Simon, M. (2016): Der richtige Umgang mit Präsentismus, in: Gutmann, J. (Hrsg.), Betriebliche Gesundheit managen - ein Praxisleitfaden - inkl. AO, 1. Auflage 2016, Freiburg im Breisgau, S. 206–213

Heckhausen, J./Heckhausen, H. (2018): Motivation und Handeln: Einführung und Überblick, in: Heckhausen, J./Heckhausen, H. (Hrsg.), Motivation und Handeln, 5., überarbeitete und erweiterte Auflage, Berlin, Heidelberg, S. 2–11

Herr, D. et al. (2018): Bedarf und Bedarfsgerechtigkeit in der stationären Versorgung, in: Klauber, J./Geraedts, M./Friedrich, J./Wasem, J. (Hrsg.), Schwerpunkt: Bedarf und Bedarfsgerechtigkeit, Stuttgart, S. 23–38

Hurrelmann, K./Klotz, T./Haisch, J. (2017): Krankheitsprävention und Gesundheitsförderung, in: Hurrelmann, K./Klotz, T./Haisch, J. (Hrsg.), Lehrbuch Prävention und Gesundheitsförderung, 1. Nachdruck der 4. Auflage 2014, Bern, S. 13–25

Jansen, M. (2011): Krank arbeiten statt gesund pflegen, Präsentismus im Krankenhaus, Präsentismus im Krankenhaus, 1. Aufl., s.I.

Jung, T. (2016,): Präsentismus im Handlungsfeld von Personalführung und Betrieblichem Gesundheitsmanagement, Baden-Baden

Kleinlercher, K.-M., et al. (2015): Psychische Belastungen am Arbeitsplatz erkennen, UBalance - Fragebogen für Mitarbeiter, Stuttgart

Lohaus, D./Habermann, W. (2018): Präsentismus, Krank zur Arbeit: Ursachen, Folgen, Kosten und Maßnahmen, Berlin

Lüthy, A. (2013): Mitarbeiterorientierte Personalpolitik: Wie Krankenhäuser attraktive Arbeitgeber werden können, in: Debatin, J. F./Ekkernkamp, A./Schulte, B./Tecklenburg, A. (Hrsg.), Krankenhausmanagement, 2., Auflage, Berlin, S. 196–207

Müller, K. (2018): Berufsverständnis, in: Büker, C./Lademann, J./Müller, K. (Hrsg.), Moderne Pflege heute, 1. Auflage, Stuttgart, S. 81–101

Oppel, E. M./Schreyögg, J. (2017): Krankenhausstandort Deutschland im Umbruch: Implikationen für das Personalmanagement, in: Prölß, J./van Loo, M. (Hrsg.), Attraktiver Arbeitgeber Krankenhaus, 1. Auflage, neue Ausgabe, Berlin, S. 3–14

Przyborski, A./Wohlrab-Sahr, M. (2014): Qualitative Sozialforschung. München.

Raab, E. (2016): Medizincontrolling, Theorie, Entwicklung und praktische Umsetzung, Wiesbaden

Rasch, D./Dewitt, T./Eschenbeck, H. (2017): Stress im Krankenhaus, Eine Studie zu psychosozialen Arbeitsbelastungen von nichtärztlichem OP-Personal, in: Prävention und Gesundheitsförderung, Nr. 4, 285–293

Riechert, I. (2015): Psychische Störungen bei Mitarbeitern, Ein Leitfaden für Führungskräfte und Personalverantwortliche - von der Prävention bis zur Wiedereingliederung, 2., überarb. Aufl. 2015, Berlin, Heidelberg, s.I.

Salewski, C./Opwis, M. (2018): Gesundheitsbezogenes Verhalten, in: Kohlmann, C.-W./Salewski, C./Wirtz, M. Antonius (Hrsg.), Psychologie in der Gesundheitsförderung, 1. Auflage, Bern, S. 31–43

Schirmer, F. (2014): Die hektische Organisation: Organisationaler Wandel als Treiber von Auszehrung, in: Oelsnitz, D. von der/Schirmer, F./Wüstner, K. (Hrsg.), Die auszehrende Organisation, Wiesbaden, S. 155–176

Schirmer, F./Oelsnitz, D. v. d./Wüstner, K. (2014): Leistung und Gesundheit in einer anspruchsvollen Arbeitswelt, in: Oelsnitz, D. von der/Schirmer, F./Wüstner, K. (Hrsg.), Die auszehrende Organisation, Wiesbaden, S. 3–12

Schnaubelt, R./Tristl, I. M. (2017): Kooperative Arbeitssysteme im Gesundheitswesen, Psychische Beanspruchungen reduzieren - Pflegekräfte stärken, 1. Auflage, Hamburg

Sinß, F. (2015,): Determinanten von Präsentismus aus handlungstheoretischer Sicht, Hamburg

Soellner, R./Rudinger, G. (2018): Gesundheitskompetenz, in: Kohlmann, C.-W./Salewski, C./Wirtz, M. Antonius (Hrsg.), Psychologie in der Gesundheitsförderung, 1. Auflage, Bern, S. 59–71

Stab, N./Hacker, W. (2014): Arbeitsorganisation von Krankenhausstationen - Bedarf für Verhältnisprävention?, in: Bornewasser, M. (Hrsg.), Dienstleistungen im Gesundheitssektor, Wiesbaden, S. 191–213

Statistisches Bundesamt (Hrsg.) (2018): Diagnosis Related Groups (DRG), http://www.gbe-bund.de/gbe10/ergebnisse.prc_tab?fid=3911&suchstring=DRG_definition&query_id=&sprache=D&fund_typ=DEF&methode=2&vt=1&verwandte=1&page_ret=0&seite=1&p_lfd_nr=1&p_news=&p_sprachkz=D&p_uid=gast&p_aid=3589995&hlp_nr=3&p_janein=J. Stand: 07.12.2018. Zuletzt geprüft am: 29.01.2019

Steinke, M./Lampe, D. (2017): Präsentismus: Zum Zusammenhang von Gesundheit und Produktivität, in: Badura, B. (Hrsg.), Arbeit und Gesundheit im 21. Jahrhundert, Berlin, S. 127–151

Ulich, E./Wülser, M. (2018): Gesundheitsmanagement in Unternehmen, Arbeitspsychologische Perspektiven, 7., überarb. u. erw. Auflage, Wiesbaden

Unger, A. (2014): Professionelle Pflegedienstleistungen im Spannungsfeld von Emotion, Emotionsarbeit und Effizienz, in: Bornewasser, M. (Hrsg.), Dienstleistungen im Gesundheitssektor, Wiesbaden, S. 297–326

Voigt, K.-I./Wohltmann, H.-W. (2018): Arbeit Definition, <https://wirtschaftslexikon.gabler.de/definition/arbeit-31465/version-255022>. Stand: 19.02.2018. Zuletzt geprüft am: 12.12.2018

Wirtz, M. A./Kohlmann, C.-W./Salewski, C. (2018): Gesundheitsförderung und Prävention - die psychologische Perspektive, in: Kohlmann, C.-W./Salewski, C./Wirtz, M. Antonius (Hrsg.), Psychologie in der Gesundheitsförderung, 1. Auflage, Bern, S. 13–27

Wüstner, K. (2014): Das Individuum in einem auszeichnenden Arbeitsumfeld, in: Oelsnitz, D. von der/Schirmer, F./Wüstner, K. (Hrsg.), Die auszeichnende Organisation, Wiesbaden, S. 13–43

Ehrenwörtliche Erklärung

Hiermit erkläre ich, dass ich die vorliegende Arbeit selbstständig und ohne Benutzung anderer als der angegebenen Hilfsmittel angefertigt habe. Alle Stellen, die wörtlich oder sinngemäß aus veröffentlichten und nicht veröffentlichten Schriften entnommen wurden, sind als solche kenntlich gemacht. Die Arbeit ist in gleicher oder ähnlicher Form im Rahmen einer anderen Prüfung noch nicht vorgelegt worden.

Ort, Datum

Unterschrift