



universität  
wien

# MASTERARBEIT / MASTER'S THESIS

Titel der Masterarbeit / Title of the Master's Thesis

## **Gesunde Führung in der Krankenbehandlung**

Eine Fallstudie mit Pflegekräften

verfasst von / submitted by

Kim Kadluba BSc BA

angestrebter akademischer Grad / in partial fulfilment of the requirements for the degree of  
**Master of Arts (MA)**

Wien, 2016 / Vienna, 2016

Studienkennzahl lt. Studienblatt /  
degree programme code as it appears on  
the student record sheet:

A 066 905

Studienrichtung lt. Studienblatt /  
degree programme as it appears on  
the student record sheet:

Masterstudium Soziologie

Betreut von / Supervisor:

Doz. Dr. Karl Krajcic



## **Dank**

*Ich möchte mich auf diesem Weg bei meinem Betreuer Doz. Dr. Karl Krajic bedanken, für die hilfreichen Tipps und die Möglichkeit, meine eigenen Ideen realisieren zu können.*

*An meine InterviewpartnerInnen für Ihre Offenheit zum Thema, es ermöglichte die Qualität der Ergebnisse.*

*Bei Pia, Gerlinde und Tamara für die konstruktiven Vorschläge und Rückmeldungen zu meiner Arbeit.*

*Bei meiner Familie und meinem Freund, für die Unterstützung und das Verständnis, dass ich nicht immer Zeit hatte. Ohne diesen Rückhalt hätte ich es nicht geschafft.*



# Inhaltsverzeichnis

1	Einleitung.....	8
1.1	Problemstellung und Forschungsfrage.....	9
1.2	Gliederung der Arbeit.....	10
2	Auswirkungen der Arbeit auf die Pflegekräfte.....	12
2.1	Berufliche Sozialisation.....	12
2.2	Belastung und Beanspruchung.....	13
2.3	Belastungen im Pflegeberuf.....	15
2.3.1	Psychomentaler Bereich.....	15
2.3.2	Sozioemotionaler Bereich.....	17
2.3.3	Physikalischer Bereich.....	18
2.3.4	Psychophysischer Bereich.....	19
2.4	Gesundheitsressourcen.....	20
2.4.1	Sinn.....	20
2.4.2	Anerkennung und Wertschätzung.....	21
2.4.3	Soziale Unterstützung.....	22
2.4.4	MitarbeiterInnenbeteiligung.....	22
2.5	Salutogenese nach Antonovsky.....	23
3	Gesundheitsförderung.....	27
3.1	Definitionen zu Gesundheit.....	27
3.2	Der Gesundheitsbegriff in den WHO-Konferenzen.....	28
3.3	Ansätze und Methoden der Gesundheitsförderung.....	30
3.3.1	Empowerment.....	34
3.3.2	Gesundheitskompetenz.....	37
4	Betriebliche Gesundheitsförderung.....	39
4.1	Ebenen der betrieblichen Gesundheitsförderung im Krankenhaus.....	39
4.1.1	Ebene des Individuums.....	40
4.1.2	Ebene der Führung.....	43
4.1.3	Ebene der Organisation.....	45
4.2	Magnetkrankenhaus.....	46
4.3	Gesundheitsförderndes Krankenhaus.....	50
5	Gesunde Führung.....	51
5.1	Handlungsfelder gesunder Führung.....	53
5.1.1	Soziale Unterstützung.....	54
5.1.2	Anerkennung und Wertschätzung.....	56

5.1.3	Partizipation .....	57
5.1.4	Transformationale Führung.....	59
6	Methodik und Forschungsansatz .....	61
6.1	Qualitative Sozialforschung.....	61
6.2	Forschungsfeld und Feldzugang .....	62
6.3	Erhebungs- und Auswertungsmethoden .....	63
6.3.1	Leitfadeninterviews .....	64
6.3.2	Themenanalyse .....	66
7	Darstellung der Ergebnisse.....	69
7.1	Aktivitäten der Gesundheitsförderung im Krankenhaus .....	69
7.1.1	Steuerung und Vernetzung .....	69
7.1.2	Vorhandene Ressourcen .....	70
7.1.3	Bewusstsein für Gesundheitsförderung.....	71
7.2	Anforderungen des Pflegeberufs .....	72
7.2.1	Belastung .....	73
7.2.2	Berufliche Motivation.....	75
7.2.3	Demografie in der Pflege.....	76
7.3	Gesundheitsfürsorge und soziale Unterstützung.....	77
7.3.1	Gesundheitsschutz .....	77
7.3.2	Umgang mit Personalressourcen .....	78
7.4	Lob und Anerkennung .....	79
7.4.1	Wertschätzung .....	79
7.4.2	Ansprechen von Lob .....	80
7.5	Partizipation .....	81
7.5.1	Dienstplangestaltung.....	81
7.5.2	Entscheidungsbeteiligung.....	82
7.5.3	Fehler.....	83
7.5.4	Aufgabenverteilung .....	83
7.5.5	Empowerment.....	84
7.6	Team und Zusammenarbeit .....	84
7.6.1	Umgang mit Konflikten.....	84
7.6.2	Solidarität .....	85
7.6.3	Informationsfluss.....	86
7.6.4	Humor.....	87
7.7	Führungsverhalten .....	87

7.7.1 Vorbildwirkung .....	88
7.7.2 Ansprechperson .....	88
7.7.3 Soziale Kompetenz .....	89
7.7.4 Hierarchie .....	89
8 Diskussion.....	91
9 Zusammenfassung.....	93
Literaturverzeichnis.....	96
Abkürzungsverzeichnis .....	103
Abbildungsverzeichnis.....	103
Zusammenfassung.....	104
Abstract .....	105
Lebenslauf .....	<b>Fehler! Textmarke nicht definiert.</b>

# 1 Einleitung

Gesundheit hat sich in der modernen Gesellschaft zu einem bedeutenden Thema entwickelt, es gilt als Ausdruck von Lebensqualität und ist zunehmend ein Entscheidungskriterium beim Konsum von Waren und Dienstleistungen (Forster/Krajic, 2008:72). Das Bedürfnis von Individuen nach langen Phasen von subjektiv positiv wahrgenommener Gesundheit im Lebenslauf hat zugenommen. Die Bedeutung des Begriffs hat sich in den letzten Jahren verändert. Aktuell definiert die Weltgesundheitsorganisation (abk. WHO) Gesundheit nicht nur als Freisein von Krankheit, zusätzlich als Zustand des völligen psychischen, physischen und sozialen Wohlbefindens (Bundesministerium für Gesundheit, 2015). Im Rahmen der Ottawa-Charta wird der Gesundheitsbegriff weiterentwickelt, und Gesundheit als Ressource und Potenzial bewertet (Pelikan/Halbmayer, 1999:14). Gesundheit erscheint damit als erreichbar und individuell gestaltbar.

Die berufliche Tätigkeit wirkt sich auf den sozialen Status und die Persönlichkeitsentwicklung aus. Menschen entscheiden meist bewusst über ihre berufliche Laufbahn, da sie einen Großteil ihres Lebens am Arbeitsplatz verbringen. Das Bedürfnis nach Selbstverwirklichung und einer als sinnhaft wahrgenommenen Arbeit hat für Berufstätige einen hohen Stellenwert. Die Auswirkungen von Arbeit auf den Gesundheitszustand sind von der Branche und der Berufsgruppe abhängig, die Gesundheitsberufe stellen jedoch durch verschiedene Risikofaktoren einen gefährdeten Personenkreis dar (Schmucker, 2011:1), bei gleichzeitig hoher Identifikation mit der beruflichen Tätigkeit. Studien belegen, dass das Arbeiten im Krankenhaus zu den gesundheitlich stark belastenden Berufsfeldern gehört (DAK-Gesundheitsreport, 2005:75f.). Die erhöhte Gesundheitsbelastung zeigt sich vor allem an einer überdurchschnittlichen Krankheitsquote im Vergleich zu anderen Unternehmen (Dohm et al., 2008:45), darüber hinaus ist die Krankenhausarbeit besonders personalintensiv (Gerstner, 2008:5; Müller, 1996:21). Belastungen am Arbeitsplatz sind oftmals multikausal verursacht, etwa durch Einflüsse aus der Umwelt oder persönliche Prämissen.

Vor diesem Hintergrund entwickeln sich für Krankenanstalten neue Herausforderungen (Müller, 1996:15). MitarbeiterInnen verweilen längere Zeit ihres Lebens in der Phase der Erwerbstätigkeit. Der Pflegeberuf fordert im Umgang mit PatientInnen auf psychischer und physischer Ebene. Schichtarbeit erfordert von MitarbeiterInnen einen hohen Grad an Flexibilität. Gleichzeitig erleben Pflegekräfte den Umgang mit Menschen am Arbeitsplatz als sinnvoll und motivierend.

Gesundheitsförderung setzt dabei an, die vorhandenen Gesundheitsressourcen von MitarbeiterInnen zu fördern (Steinbach, 2007:51). Das Spektrum beläuft sich dabei nicht nur auf dementsprechende Angebote für die Berufstätigen, sondern baut auf dem Verständnis auf, dass die Gesundheit der MitarbeiterInnen ein zentraler Faktor für die nachhaltige Entwicklung der Organisation ist.



Führungskräften kommt in diesem Kontext die Rolle zu, diese Werte an die MitarbeiterInnen zu vermitteln und durch das Führungsverhalten die Gesundheit der Beschäftigten zu fördern.

### **1.1 Problemstellung und Forschungsfrage**

Der Pflegeberuf stellt die MitarbeiterInnen vor Herausforderungen, die sowohl positiv als auch negativ wirken können. Pflegekräfte nehmen in der Versorgung von PatientInnen im Krankenhaus eine wichtige Rolle ein. Sie versorgen und betreuen kranke Personen rund um die Uhr über das ganze Jahr und diese Bedingungen können belastend wirken. Die Gesundheit der Pflegekräfte stellt eine zentrale Ressource im Krankenhaus dar (Gerstner, 2008:5). Dementsprechend zeigen gesunde MitarbeiterInnen eine höhere Zufriedenheit, gleichzeitig gehen sie mit Herausforderungen im Arbeitsalltag professionell und kompetent um.

Die Verantwortung für Maßnahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung für Pflegekräfte obliegt mehreren Instanzen im Krankenhaus und gesunde Führung stellt einen wichtigen Aspekt im Kontext multipler Einflussfaktoren auf Gesundheit am Arbeitsplatz dar. Führungskräften kommt dabei die Aufgabe zu, MitarbeiterInnen bei der Erhaltung ihrer Gesundheit zu unterstützen, aber auch das eigene Führungsverhalten so auszurichten, dass es MitarbeiterInnen nicht kränkt (Gerstner, 2008:5). Wie dieses Führungsverhalten in der konkreten Arbeitssituation gelebt wird und wie MitarbeiterInnen und Führungskräfte gesunde Führung wahrnehmen, ist Thema der vorliegenden Masterarbeit. In der soziologischen Fachliteratur finden sich Konzepte zur MitarbeiterInnenbindung und Material zu Themen der Gesundheitsförderung. Die Rolle der Führungskraft in der Gesundheitsförderung wird dabei auf theoretischer Ebene beschrieben und quantitative Erhebungen verweisen auf die Auswirkungen auf die Zufriedenheit von MitarbeiterInnen (Franke et al., 2014; Turgut et al., 2014; Gurt et al., 2011; Wilde et al., 2009). Es fehlt jedoch an Daten zu qualitativen Erhebungen, welche die Wahrnehmungen der MitarbeiterInnen beinhalten. Die Beschäftigten -im Fokus dieser Masterarbeit liegen Pflegekräfte- haben aufgrund beruflicher Herausforderungen im Umgang mit PatientInnen, deren Angehörigen und KollegInnen spezielle Bedürfnisse. Die Wahrnehmungen dieser Personengruppe sind sowohl für Verantwortliche im Bereich Gesundheitsförderung, als auch für die direkten Vorgesetzten zentral, um entsprechende Maßnahmen zu etablieren und dahingehend MitarbeiterInnen am Arbeitsplatz halten zu können. Gesunde Führung beinhaltet das Verhalten der Vorgesetzten, setzt jedoch auch auf Kollegialität der MitarbeiterInnen. Bei der Erforschung des Konzepts ist es also wichtig, beide Sichtweisen in die Analyse miteinzubeziehen und die Wahrnehmung sowohl auf Ebene der Führung, als auch der Beschäftigten zu erforschen.

Die vorliegende Masterarbeit beschäftigt sich mit den Aspekten gesundheitsfördernder Führung und untersucht die Forschungsfrage:

*Wie nehmen sowohl MitarbeiterInnen der Pflege, als auch deren Vorgesetzte gesunde Führung im Krankenhaus wahr?*

Die Frage ist offen gestaltet, um den befragten Personen zu ermöglichen, Reflexionen zu gesundheitsfördernder Führung anzustellen. Die Datenerhebung erfolgte mit MitarbeiterInnen der Pflege, deren Vorgesetzten und Personen aus dem Pflegemanagement. Letztere sollten mit ihren Schilderungen die Datenerhebung erweitern, als sie von programmatischer Ebene aus gesunde Führung reflektieren und nicht im direkten PatientInnenkontakt stehen. Gesunde Führung<sup>1</sup> wird in der vorliegenden Arbeit im Kontext von Gesundheitsförderung analysiert, da letzteres die Konzepte enthält, auf welche diese Form der MitarbeiterInnenführung aufbaut.

## **1.2 Gliederung der Arbeit**

Zur Beantwortung der Forschungsfrage wurde die vorliegende Masterarbeit folgendermaßen strukturiert:

Kapitel 2 beinhaltet die Beschreibung der Auswirkungen von Arbeit auf Pflegekräfte. Individuen gestalten ihre Bildungsbiographien eigenständig. Nach der Definition der Begriffe Belastung und Beanspruchung folgen die Herausforderungen im pflegerischen Arbeitsalltag, welche sowohl positiv, als auch negativ auf die Berufstätigen einwirken können. Antonovsky verweist in seinem Konzept der Salutogenese auf die Widerstandsressourcen, welche es Menschen ermöglichen, mit belastenden Situationen umgehen zu können.

An Antonovskys Konzept anschließend erfolgt in Kapitel 3 die Bearbeitung der Thematik der Gesundheitsförderung. Die Entwicklung des Gesundheitsbegriffs anhand der Konferenzen der WHO bildet die Grundlage für Ansätze und Methoden der Gesundheitsförderung und der Konzepte von Empowerment und Gesundheitskompetenz.

Berufliche Arbeit beeinflusst Gesundheit und Krankheit eines Individuums. Die betriebliche Gesundheitsförderung, welche in Kapitel 4 behandelt wird, wirkt auf drei Ebenen, nämlich des Individuums, der Führung und der Organisation. Konzepte untermauern auf der letzten Ebene die zentralen Aufgaben des Gesundheitsschutzes am Arbeitsplatz.

Aufbauend aus den Erkenntnissen der vorherigen Abschnitte erfolgt in Kapitel 5 eine Darstellung des Begriffs gesunder Führung. Nach einer Analyse theoretischer Klassiker werden die zentralen

---

<sup>1</sup> Im Rahmen von englischsprachiger Literatur wird gesunde Führung in verschiedener Form begrifflich verwendet (Franke et al., 2014; Gurt et al., 2011). Diese Arbeit orientiert sich inhaltlich an diesen, beinhaltet jedoch aus forschungspragmatischen Gründen den Terminus „Gesunde Führung“.

Handlungsbereiche des Führungsverhaltens skizziert und mithilfe des Konzeptes der transformationalen Führung näher beleuchtet.

Kapitel 6 beinhaltet die Erläuterung des Forschungsvorgehens. Es gilt, die Prinzipien qualitativer Sozialforschung zu beachten, welche im weiteren Verlauf dem Prozess zugrunde liegen. Die Erhebung im Forschungsfeld erfolgte über Leitfadeninterviews, die mithilfe der Themenanalyse nach Froschauer und Lueger (2003) ausgewertet wurden.

Die daraus gewonnenen Ergebnisse werden in Kapitel 7 als Themen und deren Subkategorien dargestellt. Es beinhaltet die Handlungsbereiche gesunder Führung, sowohl auf persönlicher, als auch auf Teamebene.

In Kapitel 8 erfolgt eine Reflexion des Vorgehens im Rahmen dieser Masterarbeit und Ausblick auf weitere mögliche Forschungsfelder und zum Abschluss eine Zusammenfassung der Forschungsarbeit in Kapitel 9.

## 2 Auswirkungen der Arbeit auf die Pflegekräfte

Das folgende Kapitel beginnt mit einer Einführung zur beruflichen Sozialisation von Individuen im Kontext der Moderne. Individuen tendieren zunehmend dazu, die Bildungsbiographie nach eigenen Wertvorstellungen zu gestalten.

Arbeitsanforderungen führen in jedem Fall zu körperlichen oder auch psychischen Auswirkungen; dass Menschen in ihrer Tätigkeit am Arbeitsplatz gefordert sind, ist nicht negativ zu bewerten. Menschen reagieren jedoch unterschiedlich auf die gleichen Anforderungen. Dieser Abschnitt beinhaltet eine Definition von Belastung und Beanspruchung, und die jeweilige positive, als auch negative begriffliche Auslegung.

Das Arbeiten im Krankenhaus zählt zu den gesundheitlich stark belastenden Tätigkeiten, was sich an der Krankheitsquote der Beschäftigten in Krankenhäusern, im Speziellen der Pflegekräfte, zeigt. Belastungen, als auch Ressourcen der Arbeit im Pflegeberuf zeigen sich vielfältig und werden hier im Überblick dargestellt.

Das Modell der Salutogenese nach Antonovsky bildet den Abschluss des Kapitels. Ein zentraler Aspekt dessen ist der Umgang der Individuen mit Belastungen und bildet den inhaltlichen Übergang zu den folgenden Kapiteln.

### 2.1 Berufliche Sozialisation

*„Arbeit wird nicht nur als Last und Pflicht erlebt, sondern auch als Leistung und Wert, [...] sie dient der sozialen Strukturierung [...], der Veränderung und Persönlichkeitsentfaltung“  
(Wiendieck, 2003; zit. nach Siegrist, 2010: 19)*

In der modernen Gesellschaft hat Erwerbsarbeit enorme Bedeutung für die Persönlichkeitsentwicklung und die soziale Stellung der Individuen (Badura, 1993:21). Die Arbeitswelt beeinflusst die Lebensführung, Persönlichkeit und Wertorientierung der Individuen auf mehreren Ebenen (Heinz, 1995:11). Menschen identifizieren sich mit den beruflichen Tätigkeiten, dabei prägen Eltern und schulische Einrichtungen die berufliche Sozialisation des Individuums. Erstere vermitteln durch ihr eigenes Arbeitsverhalten persönliche Normen und Wertvorstellung zur Erwerbsarbeit. Kinder erwerben in der Schule Basisfertigkeiten, die ihnen den Zugang zu späteren Ausbildungen ermöglichen. Die Persönlichkeitsentwicklung Erwachsener vollzieht sich zum großen Teil in der Auseinandersetzung mit der Arbeit, persönliche Motive verändern sich in und durch die Arbeit (Faltermaier, 2002:102f.). Erwerbsarbeit beeinflusst Individuen in zwei Richtungen. Die Arbeitstätigkeit selbst ist mit Chancen wie Vergrößerung des Handlungsspielraums, aber auch mit Risiken, Restriktivität oder beruflicher Diskontinuität verbunden (Heinz, 1995:11f.). Inhaltliche Anforderungen beeinflussen den Lebensstil, kulturelle Interessen und Konsumgewohnheiten in der Freizeit. Berufsarbeit stellt laut Heinz (1995:12) trotz fremdbestimmter Strukturen

Erfahrungspotenziale zur Verfügung, die Lebensführung und den Lebenslauf zeitlich, sozial und inhaltlich zu strukturieren und die eigenen Ansprüche in die Gestaltung der Arbeitssituation einbringen zu können. Berufarbeit beinhaltet somit eine sinnstiftende Komponente für Individuen. Zur Ausübung eines Berufs sind diese allerdings an die Einhaltung von Werten und Normen gebunden. Die Tätigkeit selbst prägt die Persönlichkeit und wird im Idealfall als sinnvoll erlebt.

Menschen entscheiden sich in vielen Fällen bewusst für eine spezifische berufliche Laufbahn, da sie einen Großteil ihres Lebens am Arbeitsplatz verbringen. Inglehardt (1977; zit. nach Heinz, 1995:81) zufolge weisen jüngere Personen eine höhere Bereitschaft auf, postmaterialistische Einstellungen zu vertreten und diese Wertvorstellungen beinhalten das Bedürfnis nach Selbstverwirklichung. Das Bedürfnis nach Karriere und beruflichem Erfolg in der Erwerbsbiografie nimmt ab. Jüngere Menschen wollen den eigenen Lebenslauf selbstbestimmt gestalten.

Individuen investieren eigenständig in ihre Bildungsbiographien, um sich mit der beruflichen Tätigkeit identifizieren zu können. Berufstätige bilden sich fort, um Arbeitsanforderungen kompetent und nach bestem Wissen bewältigen zu können. Faltermaier et al. (2002:27f.) beschreiben das Individuum als aktives Subjekt, welches sich Ziele setzt, Entscheidungen trifft, Anforderungen bewältigt und in sein Leben eingreift. Berufstätige gestalten ihre Biographie eigenständig und werden nicht länger als passive Faktoren gesehen. *„Die Tendenz zur Höherqualifizierung und die steigenden Ansprüche an eine subjektiv sinnvolle Berufstätigkeit dokumentieren die Erfolgsgeschichte der industrialisierten Dienstleistungsgesellschaft“* (Heinz, 1995:85). Die Schattenseite dessen zeigt jedoch zunehmenden Zeitdruck, Flexibilisierung von Arbeitszeit und dem beruflichen Einsatz, was zu Überforderung, aber auch in die andere Richtung wirken kann.

## **2.2 Belastung und Beanspruchung**

Werden Berufstätige am Arbeitsplatz gefordert, führt dies zu körperlichen und psychischen Auswirkungen, was per se nicht negativ zu bewerten ist (Dohm et al., 2008:22). Rohmert und Rutenfranz (1975; zit. nach Böhle, 2010:451) differenzieren dahingehend zwischen den Begriffen Belastung und Beanspruchung.

Belastung bezeichnet alle Arbeitsbedingungen und –anforderungen durch exogene Einwirkung auf Arbeitende und Beanspruchung beinhaltet die Wirkungen, die sich daraus für Individuen ergeben (Böhle, 2010:451). Eine Definition von Belastung bewegt sich zwischen zwei Polen, nämlich der Gefährdung des Arbeitsvermögens und der Vorstellungen über humane Arbeit. Der Umgang mit dem Produktionsfaktor Arbeit ist nicht nur für die Arbeitenden selbst, sondern auch für Betriebe und die Gesellschaft wichtig, Arbeit kann als Produktionsfaktor genutzt und damit die Existenz des

Unternehmens gesichert werden (Böhle, 2010:451f.). Aus der Perspektive des arbeitenden Individuums soll nicht nur der Erhalt des Arbeitsvermögens, sondern auch Entwicklung, Entfaltung und Befriedigung von Bedürfnissen der Arbeit im Kontext von Belastung miteinbezogen werden. In der Literatur werden die Begrifflichkeiten Beanspruchung und Belastung häufig synonym verwendet.

In der außerberuflichen Umwelt wirken viele Reize verschiedener Kombination und Intensität auf den Menschen ein, am Arbeitsplatz ist das Belastungsspektrum eingeschränkt, die Konzentration einzelner Belastungen dort deutlich höher (Griefahn/Golka, 2006:653). Im Alltag beeinträchtigt die Vielzahl an einwirkenden Reizen die Individuen meist nicht; am Arbeitsplatz beeinflussen einseitige Tätigkeiten das Wohlbefinden. Die Beanspruchung beschreibt die Auswirkung einer Belastung im Individuum in Abhängigkeit von seinen jeweiligen überdauernden und augenblicklichen Voraussetzungen einschließlich der individuellen Bewältigungsstrategie (Rudow, 2011:35f.) und es kann zwischen positiver und negativer Beanspruchung unterschieden werden.

Zwei Aspekte der positiven Beanspruchung sind die kognitive Aktivierung und positive Emotionen. Die geistige Anregung wird bei Konfrontation der kognitiven Leistungsvoraussetzungen mit den Arbeitsanforderungen hervorgerufen, leistungsförderlich ist vor allem ein mittleres Aktivierungsniveau. Positive Emotionen sind wünschenswerte oder angenehme Erfahrungen, diese entstehen durch die positive Bewertung von subjektiv relevanten Objekten, Personen oder Ereignissen. Die Intensität stellt dabei einen entscheidenden Faktor dar, da anhaltend intensive positive Emotionen das Befinden mittelfristig negativ beeinflussen können. Eine positive Folge der Beanspruchung ist das Wohlbefinden, das die Grundstimmung des Menschen bestimmt. Arbeitszufriedenheit als Bestandteil des well-being beschreibt einen anhaltenden emotionalen Zustand, der aus der Bewertung der persönlichen Arbeitssituation resultiert. Kritisch ist hier anzumerken, dass positive Beanspruchung in der Praxis der betrieblichen Gesundheitsförderung zu wenig Beachtung findet. Nach Rudow (2011:40) wird übersehen, dass in und durch die Arbeitstätigkeit ebenso positive Beanspruchungsphänomene oder positive Emotionen auftreten.

Zur negative Beanspruchung zählen die psychische Ermüdung und Sättigung, Monotonie und Stress (Rudow, 2011:49f.). Psychische Ermüdung und der ermüdungsähnliche Zustand Monotonie sind Folge kognitiver Über- oder Unterforderung. Sättigung tritt als Folge der Bewertung und des Erlebens einer Situation als Gefährdung ein. Beide Reaktionen werden als emotionale Reaktionen betrachtet. Als Folge negativer Beanspruchung können psychische Übermüdung, chronischer Stress und Burnout eintreten. Diese Vorgänge führen zu Beeinträchtigungen der Leistungsfähigkeit und Gesundheit, diese können aber auch positive Momente beinhalten. Zum einen stellen sie biologische Frühwarnsignale dar, die vor einer Überbeanspruchung des Organismus schützen. Zum anderen initiieren sie Bewältigungsversuche, die Lernprozesse anregen.

## **2.3 Belastungen im Pflegeberuf**

Die Auswirkungen von Arbeit auf den Gesundheitszustand sind von der Branche und der Berufsgruppe abhängig. Zehn Prozent der Beschäftigten sind europaweit im Gesundheitswesen tätig, etwa die Hälfte davon arbeitet im Krankenhaus (Pelikan et al., 2010:294). Die Gesundheitsberufe stellen durch verschiedene Risikofaktoren eine besonders gefährdete Berufsgruppe dar (Schmucker, 2011:1). Studien belegen, dass das Arbeiten im Krankenhaus zu den gesundheitlich stark belastenden Berufsfeldern gehört (Pelikan et al., 2010: 293f.; DAK-Gesundheitsreport, 2005:75f.). Die erhöhte Gesundheitsbelastung zeigt sich vor allem an einer überdurchschnittlichen Krankheitsquote im Vergleich zu anderen Unternehmen (Dohm et al., 2008:45), darüber hinaus ist die Krankenhausarbeit besonders personalintensiv (Gerstner, 2008:5; Müller, 1996:21).

Laut Pelikan et al. (2010:294) ist unter den MitarbeiterInnen der Pflege die Gesundheitsbelastungsrate im Vergleich zu anderen Berufssektoren hoch. Eine Vielzahl an Belastungen wirkt auf Pflegekräfte ein und die Beanspruchung kann aus diesen Faktoren resultieren. Die Ursachen von Beanspruchung kommen nicht immer von Seiten des Arbeitsplatzes selbst, sondern auch persönliche Umstände und Voraussetzungen beeinflussen die Arbeitsfähigkeit. Pflegekräfte bringen in der Arbeit einen Teil der eigenen Persönlichkeit ein. Diese Faktoren können sowohl positiv, als auch negativ wirken und MitarbeiterInnen nehmen Belastungen in unterschiedlicher Weise als Beanspruchung wahr. Somit müssen Beanspruchungsreaktionen im Kontext multikausaler Ursachen gesehen werden, von denen nicht alle am Arbeitsplatz bearbeitet oder gelöst werden können.

Siegrist (2005:246) beschreibt vier Bereiche, in denen Belastungen für MitarbeiterInnen im Krankenhaus entstehen können, auf psychomentaler, sozioemotionaler, physikalischer und psychophysischer Ebene. Im weiteren Verlauf werden diese näher beschrieben.

### **2.3.1 Psychomentaler Bereich**

Hasselhorn und Nübling (2004:573) wiesen in ihrer Studie nach, dass Gesundheits- und Sozialberufe dem höchsten Risiko psychischer Belastung ausgesetzt sind. Diese arbeiten kontinuierlich mit Menschen, auf deren Kooperation sie angewiesen sind, die Bereitschaft zur Zusammenarbeit ist oft nicht ausreichend gegeben.

Die Arbeitssituation in der Krankenpflege fordert MitarbeiterInnen auf mehrfache Weise. In der Arbeit mit PatientInnen und deren Angehörigen sind Pflegekräfte im Krankenhaus permanent mit Leiden und Tod konfrontiert (Pelikan 2010:294; Dohm et al., 2008:88; Siegrist., 2005:246). Solche Situationen verlangen von Pflegepersonen vermehrte Aufmerksamkeit und gleichzeitig Achtsamkeit für die eigene Person. Aufgrund begrenzter Personalressourcen kann der Wunsch der PatientInnen und deren Angehörigen nach individueller Betreuung und Pflege nicht umgesetzt werden (Dohm et

al., 2008:88). Ungünstige Rahmenbedingungen verschärfen Arbeitsbelastungen, dahingehend treten Diskrepanzen zwischen Berufsmotivation, internalisierten Leistungsansprüchen und Zwängen der alltäglichen Arbeitsgestaltung häufig im Laufe der Berufskarriere auf (Siegrist, 2005: 246).

Beschäftigte in der Krankenpflege beschreiben eine hohe Arbeitsintensität und Verantwortung bei gleichzeitig geringen Handlungsspielräumen (Dohm et al., 2008:87; Pelikan 2010:294; Siegrist, 2005:246). Stellenbeschreibungen regeln den Tätigkeitsspielraum von Pflegepersonen, wodurch Arbeitsprozesse den jeweilig zuständigen Berufsgruppen zugeordnet werden können. Pflegekräfte teilen sich Arbeitsschritte untereinander auf, die Arbeitstätigkeit wird in unvollständige Handlungssequenzen aufgespalten, was die Arbeitszufriedenheit blockiert; der Gesamtzusammenhang der eigenen Arbeit fehlt (Dohm et al., 2008:87ff.). Die Organisation des Krankenhauses unterliegt einem steten Wandel und muss sich diesem anpassen; werden die MitarbeiterInnen nur unzureichend in Veränderungsprozesse miteinbezogen, entsteht bei den Betroffenen das Gefühl von Machtlosigkeit und die Identifikation mit dem Arbeitgeber sinkt. Sind Kompetenzen und Aufgaben unklar verteilt, entsteht Unsicherheit, welche Berufsgruppe für welchen Arbeitsbereich zuständig ist. Bei mehreren parallel ablaufenden Arbeitsprozessen ist es oft schwierig, diese zu beenden. Arbeitsunterbrechungen rufen bei MitarbeiterInnen das Gefühl hervor, die Arbeit nicht richtig zu Ende führen zu können. Stationshilfen unterstützen und entlasten Pflegekräfte bei administrativen Tätigkeiten.

Die demographische Entwicklung bringt mit sich, dass Menschen durchschnittlich älter, mit zunehmendem Alter aber auch kränker werden. Dadurch steigen die Zahl Pflegebedürftiger und damit der Bedarf an qualifizierten Fachkräften, um diese zu versorgen. Gleichzeitig werden auch die Beschäftigten der Pflegeberufe älter und nicht genügend junge Menschen wollen einen entsprechenden Beruf ergreifen (Becker, 2012:20f.). Diese Entwicklung muss jedoch im Kontext des demografischen Wandels interpretiert werden, da das durchschnittliche Alter in der gesamten Bevölkerung ansteigt, und damit auch die, die noch im Beruf stehen und diese treten zunehmend später den Ruhestand an. Hier gilt es, den Pflegeberuf für junge Menschen attraktiver zu machen. Drossel und Hirsch (2013:115ff.) verankerten in ihrem Projekt die Thematik der Gesundheitsförderung in den Lehrplan von Ausbildungsstätten für Pflegeberufe. Sie zeigen auf, dass sich gesundheitsschädigende Verhaltensweisen frühzeitig, und nicht erst zu Beginn einer Ausbildung manifestieren. In einem langfristigen Prozess könnte das Bild der Pflege in der Gesellschaft nachhaltig verbessert werden. Die Attraktivität beläuft sich dabei jedoch nicht auf das Berufsbild, sondern auch auf Abteilungen in Krankenhäusern. SchülerInnen der Pflegeberufe lernen in Praktika bereits Stationen kennen und erhalten häufig danach ein Arbeitsangebot. Häufig entscheiden das Betriebsklima und eine gesundheitsschonende Arbeitsweise darüber, ob die angehenden



PflegerInnen den Vorschlag annehmen. Einer nachhaltigen Personalentwicklung kommt hier die Bedeutung zu, die Arbeitsfähigkeit von Pflegenden mit langem beruflichem Erfahrungshintergrund zu erhalten und ihre Kompetenzen adäquat einzubringen (Becker, 2012:21). Programme zur betrieblichen Gesundheitsförderung können hier einen Beitrag dazu leisten und mithilfe abgestimmter Angebote die Gesundheit der MitarbeiterInnen zu bewahren.

### **2.3.2 Sozioemotionaler Bereich**

In der Pflege arbeiten Personen mit verschiedenem Qualifikationsniveau und Ausbildungsgrad zusammen. Unklare Zuständigkeiten und Stellenbeschreibungen führen zu Missverständnissen in der Zusammenarbeit der Pflegepersonen, was zu Rollenkonflikten und Spannungen im Team führen kann (Siegrist, 2005:246). Ein gutes Gruppenklima im Team beeinflusst das Wohlbefinden am Arbeitsplatz positiv und fördert die Kooperation der MitarbeiterInnen. Unzureichende soziale Unterstützung von KollegInnen untereinander als auch der Führungskraft führt zu Spannungen und belastet das Arbeitsklima (Dohm et al., 2008:88). Konfliktmanagement kann dabei von Führungskräften übernommen werden.

*„Altenpflege ist mehr als nur ein ‚Job‘. Es braucht [...] viel Idealismus und Engagement, um den Ansprüchen des Kunden, des Trägers und der Kollegen gerecht zu werden“ (Zimpel, 2004:173)*

Die Unterstützung und Versorgung hilfsbedürftiger und kranker Menschen liegen im Selbstverständnis des Pflegeberufs. Durch Überengagement und stehen viele MitarbeiterInnen unter einem selbstaufgelegten Leistungsdruck der eigenen Profession. Dieser Perfektionismus und zu hohe Erwartungen an die eigene Person können zu Belastungen führen (Dohm et al., 2008:89; Siegrist, 2005:246; Zimpel, 2004:173). Das Ergebnis der Arbeit mit Menschen kann nur zum Teil gemessen werden, MitarbeiterInnen der Pflege erleben das *„Gefühl, nicht wirksam helfen zu können [...] [und] Selbstzweifel über die Eignung zum Beruf“* (Dohm et al., 2008:89). Das idealisierte berufliche Selbstbild und die damit verbundenen Wertvorstellungen können eine positive Stressbewältigung behindern (Dohm et al., 2008:89).

Die Arbeit mit Menschen ist eine anspruchsvolle Tätigkeit, die Ausgeglichenheit erfordert, um mit den Herausforderungen kompetent umgehen zu können. Berufstätige Personen, oftmals Frauen, sind einer Doppelbelastung ausgesetzt, da sie sich für Haushaltsführung und Kinderversorgung zuständig fühlen. Dohm et al. (2008:89) sprechen Probleme im privaten Umfeld als Ursache von psychosozialen Belastungen am Arbeitsplatz an.

### **2.3.3 Physikalischer Bereich**

Körperliche Beanspruchung kann durch Heben, Tragen, häufiges Gehen und langes Stehen hervorgerufen werden. Eine Reihe von typischen Pflegeaktivitäten stellt eine Gefährdung für den Bewegungsapparat dar, wie etwa Aufsetzen von Personen, Transfers aus dem und in das Bett auf eine Sitzgelegenheit oder das Umlagern im Liegen. Vor allem das Arbeiten an schwer betroffenen PatientInnen, die kaum mithelfen können, beansprucht die Beschäftigten stark. Eine Folge davon können Rückenschmerzen sein, welche durch eine Fehl- oder Überlastung der Wirbelsäule hervorgerufen werden. Die Häufigkeit und die Dauer, in der eine ergonomisch ungünstige Haltung eingenommen wird, spielt für die Entstehung der Beschwerden eine entscheidende Rolle. Die Unterscheidung, ob es sich um eine berufsbedingte Schädigung oder um eine Folge des Alterungsprozesses ist, erweist sich jedoch als schwierig.

Wenn beruflicher Stress nicht ausgeglichen werden kann, treten häufig Verspannungen im Nacken und am Rücken auf. Faktoren wie Zeitdruck, hohe Arbeitsintensität, fehlende Handlungsspielräume oder mangelnde soziale Unterstützung durch KollegInnen oder Vorgesetzte haben Einfluss auf das Auftreten von Rückenerkrankungen (Brause et al., 2010:18f.; Dohm et al., 2008:64).

Das Ziel von Maßnahmen des Gesundheitsschutzes ist es, Fehlbelastungen und Überlastung der Wirbelsäule sowie psychosoziale Belastungen im Arbeitsumfeld so weit zu verringern, dass die Gefahr einer berufsbedingten Rückenerkrankung minimiert wird (Dohm et al., 2008:64). Mithilfe dieser Interventionen kann es gelingen, altersbedingte Verschleißprozesse zu verlangsamen. Damit die MitarbeiterInnen diese im Berufsalltag umsetzen, müssen Konzepte für gesundheitsschonendes Verhalten in den organisationalen Kontext eingebettet sein. Dazu gehören die Einschulung in die Hilfsmittel, und die Motivation des gesamten Teams, diese einzusetzen. Wenn MitarbeiterInnen nicht überzeugt und bereit sind, diese zu verwenden, bleiben der Patientenlifter und technische Hilfsmittel in der Ecke stehen.

Auf der Ebene baulicher Maßnahmen sind PatientInnenzimmer so gestaltet, dass Pflegekräfte genügend Platz für ihre Arbeit zur Verfügung steht, etwa um Hilfsmittel für den Transfer einsetzen zu können. Diese technischen Hilfen sollten dort positioniert sein, wo sie gebraucht werden und die MitarbeiterInnen in den Gebrauch eingeschult sein. Von organisatorischer Seite wird klar kommuniziert, dass rückengerechtes Arbeiten in den Arbeitsalltag integriert wird. Dabei ist es hilfreich, die mitarbeiterInnenbezogenen Schutzmaßnahmen in Pflegestandards oder bei der Beschreibung von Arbeitsprozessen zu benennen (Dohm et al., 2008:68).

### **2.3.4 Psychophysischer Bereich**

Das Krankenhaus bietet Menschen Leistungen rund um die Uhr über das gesamte Jahr. Das Angebot muss jederzeit verfügbar sein. Der Pflegeberuf erfordert eine hohe Bereitschaft zur Flexibilität von Seiten der Beschäftigten, auch an Wochenenden und in der Nacht. Nach Siegrist (2005:246) und Dohm et al. (2008:140) birgt Schichtarbeit hohe gesundheitliche Risiken und trägt häufig zu Erkrankungen des Herz-Kreislaufsystems bei und führt in sekundärer Folge zu einem früheren Pensionsantritt. Schichtdienst beeinflusst die Entstehung gesundheitlicher Probleme und wird von Beschäftigten unterschiedlich wahrgenommen. Die körperlichen Beanspruchungsreaktionen können sich in Magen-Darm-Störungen und eine erhöhte Prävalenzrate von Herz-Kreislaufkrankungen zeigen.

Untersuchungen zum Schlafverhalten von SchichtarbeiterInnen zeigen, dass Schlafstörungen besonders häufig auftreten (Dohm et al., 2008:144). Es bringt den Tag-Nacht-Rhythmus der Beschäftigten aus dem Gleichgewicht, die Folgen können Müdigkeit, Gereiztheit und fehlende Konzentrationsfähigkeit sein. Diese Bedingungen wirken sich auf die Leistungsfähigkeit am Arbeitsplatz aus. Auch die Organisation von Haushalt, Familie und Freizeit ist bei SchichtarbeiterInnen deutlich aufwendiger als bei Personen mit geregelten Arbeitszeiten tagsüber (Dohm et al., 2008:145). Somit kann Schichtarbeit Auswirkungen auf das Sozialleben der MitarbeiterInnen haben, da die Betroffenen aufgrund von Nachtarbeit weniger Zeit für das persönliche Umfeld aufwenden können.

Bei der Gestaltung von Dienstplänen ist es sinnvoll, die individuellen Ressourcen der Pflegekräfte zu berücksichtigen. Ziel soll es sein, die Nachtarbeit zu erleichtern, die Qualität der Arbeit zu verbessern und die Gesundheit der MitarbeiterInnen nachhaltig zu sichern (Dohm et al., 2008:148f.). Hier ist die Einbeziehung der MitarbeiterInnen in die Dienstplangestaltung wichtig, um deren Akzeptanz zu sichern. Faire Systeme in der Gestaltung der Arbeitszeiten stellen sicher, dass die MitarbeiterInnen ausreichend Zeit für Erholung haben. Ständig wechselnde Dienstzeiten erschweren die Gestaltung der Freizeit. Solche Systeme, in denen MitarbeiterInnen innerhalb eines festgelegten Intervalls in gleichen Abständen dieselben Dienstzeiten haben, werden als Raddienste bezeichnet. Dieses Vorgehen verlangt von den Pflegekräften gegenseitige Fairness.

Gesetzliche Grundlagen regeln den Gestaltungsrahmen für die Einteilung der Arbeitszeiten. Jedoch sind nicht alle Empfehlungen von wissenschaftlicher Seite in der Praxis durchgehend realisierbar, weshalb es bestimmter Adaptierungen bedarf, um diese umsetzen zu können.

## **2.4 Gesundheitsressourcen**

Die Auswirkungen der Arbeitsbedingungen auf die Gesundheit liegen auf der Hand. Menschen verbringen einen Teil des Tages am Arbeitsplatz und sind dort mit den Anforderungen der beruflichen Tätigkeit konfrontiert. Belastungen beeinträchtigen die Gesundheit der Individuen, jedoch fördern gewisse Faktoren die Gesundheit und die Widerstandsfähigkeit gegen negative Einflüsse. In der Literatur sind, wie oben bereits angesprochen, die Auswirkungen der Arbeit meist negativ belegt. Der Gesundheit förderlich sind jedoch eine Reihe von Faktoren, die nun besprochen werden.

### **2.4.1 Sinn**

In einer sich stetig verändernden Welt gewinnt Lernen eine Bedeutung als strukturierende Komponente. Vor allem die MitarbeiterInnen der Heilberufe sind dazu verpflichtet, sich kontinuierlich fortzubilden um die Tätigkeit nach neuesten medizinischen Standards durchzuführen (Rechtsinformationssystem, 2016). Die gestiegene PatientInnensouveränität und der erhöhte Anspruch an die Pflegequalität fordern die Pflegepersonen darin, das eigene Wissen auszubauen um mit den Anforderungen professionell umgehen zu können. Die Bereitschaft zu lebenslangem Lernen ist nicht nur eine Erwartung der Gesellschaft an die Menschen, sondern ein inneres Bedürfnis des Menschen selbst und damit eine Form von Sinn, da dieser als Medium und Motor von Entwicklung wirkt (Rückriem, 2012:46).

Sinn operiert als strukturierendes Element und hilft dabei, die Komplexität im Alltag zu reduzieren (Rückriem, 2012:47). Die Arbeit mit Menschen erleben viele Pflegekräfte als sinnvoll. Diese Komponente kann bereits bei der Berufsauswahl eine Rolle spielen. Vor allem jüngere Beschäftigte orientieren sich bei der Berufswahl nach selbst ausgewählten Kriterien um sich mit dem Beruf identifizieren zu können. Pflegekräfte sind im beruflichen Alltag mit Situationen konfrontiert, die eine Herausforderung darstellen, denn die Betreuung kranker Menschen kann belastend wirken. Sehen sie einen Sinn in der Tätigkeit und nehmen positive Erfahrungen als Belohnung wahr, fällt die Arbeit leichter. Dabei kann es sich etwa um die Versorgung in einem Akutkrankenhaus handeln, indem die Pflegekräfte verletzte Personen versorgen, wobei es absehbar ist, dass diese bald genesen. In der Langzeitversorgung sind die PatientInnen dankbar, dass sie Unterstützung von der Pflege erhalten, um den Alltag besser bewältigen zu können. Das Erfolgserleben spielt hier eine große Rolle und wird von Pflegekräften als motivierend wahrgenommen. Sinn wirkt dahingehend als emotionale Komponente, dass sich das eingesetzte Engagement lohnt und zu Anerkennung führt.

Bei vielen Menschen gibt es immer wieder Arbeitsepisoden, in denen sie zufrieden am Arbeitsplatz sind, nicht auf die Uhr sehen und in einen Sog geraten. Im Zusammenhang mit erfüllender Arbeitstätigkeit wird in der Literatur die Flow-Theorie nach Csikszentmihalyi beschrieben (Gündel et

al., 2014:8). Das Individuum konzentriert sich intensiv auf die aktuelle Tätigkeit, gleichzeitig sind selbstreflektierende Gedanken in der Zeit des Flows vermindert. Die Betroffenen haben das Gefühl, in der aktuellen Situation die Kontrolle zu haben und die jeweilige Tätigkeit fühlt sich im Moment der Ausübung belohnend und erfüllend an. Sinn kann jedoch nicht erlernt oder trainiert werden. Es ist die Leistung einer einzelnen Person und muss permanent aktualisiert werden (Rückriem, 2012:47).

#### **2.4.2 Anerkennung und Wertschätzung**

Lob ist unter Berücksichtigung des sozialen Aspekts der Arbeit von besonderer Bedeutung (Gerstner, 2008:13). Pflegekräfte bringen mit ihrer Tätigkeit einen Teil der eigenen Persönlichkeit mit ein und möchten damit auch als Menschen wahrgenommen werden. Insbesondere von Leitungspersonen erwarten MitarbeiterInnen einen wertschätzenden Umgang.

Wertschätzung ist eine wichtige Voraussetzung für einen konstruktiven Umgang mit Konflikten. Im Rahmen einer Streitkultur darf es zu Konflikten kommen, im Vordergrund steht jedoch die Lösung des Problems (Gerstner, 2008:13). Die MitarbeiterInnen beteiligen sich an der Bewältigung von Konflikten und erarbeiten Lösungsmöglichkeiten. Ähnlich zeigt sich die Situation in einer Fehlerkultur. Fehler werden nicht als Versäumnis der MitarbeiterInnen interpretiert, sondern als Möglichkeit organisationalen Lernens gesehen (Gerstner, 2008:15f.). Sie werden nicht tabuisiert, dürfen vorkommen und werden als Ressource für Weiterentwicklung gesehen.

Nach Hurrelmann (2010:43) bestimmt der Grad an Selbstbestimmtheit das subjektive Stresserleben. Autonomie und vergrößerte Handlungsspielräume stärken das Selbstbewusstsein der MitarbeiterInnen. In einer von Wertschätzung geprägten Teamkultur soll Feedback möglich sein. Im offenen Austausch geben sich MitarbeiterInnen gegenseitig Rückmeldung über das Verhalten der anderen. Nach Gerstner (2008:14) hat ein fairer und als gerecht erlebter Umgang im Team positiven Einfluss auf die MitarbeiterInnengesundheit.

Die Beziehung zwischen Leistung und Belohnung beeinflusst den Gesundheitszustand (Hurrelmann, 2010:43). Eine angemessene Entlohnung der Pflegekräfte wirkt motivierend und trägt positiv zur Arbeitszufriedenheit bei. Nichtmonetäre Anreize können angeboten werden, um die emotionale Bindung der MitarbeiterInnen an die Pflegeeinrichtung zu stärken (Bolz, 2015:95f.). Diese tragen dazu bei, das Wohlbefinden der MitarbeiterInnen zu erhöhen, wie etwa Gutscheine für Sportkurse oder geförderte Kinderbetreuung während der Arbeitszeit. Pflegekräfte stehen mit flexiblen Arbeitszeiten vor der Herausforderung der Vereinbarkeit von Familie und Beruf und gezielte Maßnahmen fördern die Bewältigung.

### **2.4.3 Soziale Unterstützung**

Für das Wohlbefinden der MitarbeiterInnen und bei der Bewältigung belastender Arbeitsaufgaben ist soziale Unterstützung entscheidend (Gerstner, 2008:12). Befriedigende soziale Beziehungen wirken als Puffer gegen Arbeitsstress und wirken sich positiv auf die Gesundheit aus. Können sich MitarbeiterInnen an Entscheidungsprozessen beteiligen, stärkt es die Motivation und beeinflusst die Beteiligung und den Arbeitseinsatz positiv. Im Rahmen von unterstützendem Führungsverhalten orientiert sich das Verhalten der Vorgesetzten stark an den MitarbeiterInnen. Diese MitarbeiterInnenorientierung beinhaltet die Entwicklung und Pflege sozialer Beziehungen. Soziale Unterstützungsprozesse reduzieren Belastungen, da sich die MitarbeiterInnen untereinander oder mit der Führungskraft über schwierige Situationen austauschen und Lösungen dafür erarbeiten.

Weiterbildungen bilden die teamexterne Form sozialer Unterstützung. Diese Maßnahmen unterstützen die MitarbeiterInnen bei der Bewältigung von Aufgaben und steigern die Selbstwirksamkeit. In weiterer Folge beeinflusst die Weiterbildung der MitarbeiterInnen die PatientInnenzufriedenheit positiv, da sich die Qualität der Pflegehandlungen verbessert.

Von Seiten der Organisation kann soziale Unterstützung die Bereitstellung von Arbeitsmaterialien und adäquaten räumlichen Gegebenheiten bedeuten (Dohm et al., 2008:65ff.). Haben MitarbeiterInnen Arbeitsmittel zur Verfügung, können sie sich auf die Tätigkeit selbst konzentrieren und die Aufgabe bewältigen.

Fuchs (2012:113f.) verweist dabei auf den Faktor des Sozialkapitals am Arbeitsplatz. Wertvoll sind dabei nicht nur Geld und Sachwerte im engeren Sinn, sondern auch soziale Eigenschaften, wie die Pflege sozialer Beziehungen und die damit produzierten Normen und Werte. Über persönliche Kontakte in Netzwerken ergeben sich zu den vorhandenen eigenen Ressourcen zusätzlich neue Handlungsmöglichkeiten, der persönliche Einsatz wird damit nicht verringert, sondern gewinnt an Produktivität, da das Wissen mit den KollegInnen genutzt wird. Die Beziehungen werden dann als vertrauenswürdig charakterisiert, wenn sie in ein gemeinsames Verständnis von Werten eingebettet sind. Ein Netz an guten und tragfähigen Beziehungen am Arbeitsplatz wirkt zusätzlich resilienzfördernd und begünstigt die Bewältigung von schwierigen Situationen (Gündel et al., 2014:169). Resilienzprozesse sind damit Schutzfaktoren und begünstigen Pufferprozesse, damit sich Individuen in ungünstigen Umständen adäquat an die Situation anpassen können.

### **2.4.4 MitarbeiterInnenbeteiligung**

Partizipation beschreibt die Teilnahme oder Beteiligung der MitarbeiterInnen an Problemlösungs- oder Entscheidungsprozessen und ist Ausdruck von kooperativer Zusammenarbeit (Gerstner, 2008:14). Das Gelingen von Teilhabe hängt von zwei Bedingungen ab (Rosenbrock/Hartung, 2012:9): die Gelegenheit dazu und die Nutzung dieser Gelegenheiten. Ob die Gelegenheiten vorhanden sind,

hängt davon ab, ob die Teilhabenden den anderen die Chance zur Mitwirkung eröffnen. Erstere müssen also etwas abgeben, wie etwa Macht, Entscheidungsfreiheit, Prestige und materielle Ressourcen. Ob die Gelegenheiten genutzt werden, hängt davon ab, dass diese für die Individuen zugänglich sind und die Fertigkeiten und der Wille zur Nutzung vorhanden sind. Soll gelingende Teilhabe ermöglicht werden, müssen die Nutzungsbedingungen hergestellt werden und können nicht unreflektiert in den Bereich der Selbstverantwortung übertragen werden.

MitarbeiterInnen kennen ihre Probleme selbst am besten und können selbst dafür passende Lösungen entwickeln. Beschäftigte sind damit ExpertInnen der eigenen Lebenssituation. Die Motivation und Energie für die Erhaltung und Arbeit an der eigenen Gesundheit bleibt nur erhalten, wenn die MitarbeiterInnen die Erfahrung machen, dass ihr Engagement zu Veränderungen führt und sie einen Nutzen daraus ziehen können (North et al., 2009:14ff.). Sie erhalten Informationen über zu bewältigende Aufgaben und sind durch die höhere Akzeptanz dessen motivierter. Partizipationsmöglichkeiten zeigen sich in der Organisation auf mehreren Ebenen. MitarbeiterInnen bestimmen, welche Arten von Aufgaben ihnen übertragen werden und wie sie diese erledigen. Die Beschäftigten legen eigenständig das Tempo fest, in dem die Arbeit erledigt wird und haben auch die Möglichkeit zu entscheiden, wann sie die Aufgaben erledigen.

Gesundheitszirkel geben den MitarbeiterInnen die Möglichkeit, sich aktiv an Lösungsprozessen zu beteiligen und das Wissen und die Kompetenzen optimal zu nutzen. Der Schwerpunkt dieser Maßnahme liegt auf der Verbesserung der Prozesse am Arbeitsplatz (Haas, 2012:130f.)

## **2.5 Salutogenese nach Antonovsky**

Der Ansatz der Salutogenese grenzt sich von der gegensätzlichen Denkweise der Pathogenese ab. Das gesundheitsorientierte Konzept beschäftigt sich mit allen Kompetenzen und Kräften, die dem Menschen helfen, gesund zu bleiben und beschreibt, wie Wohlbefinden beim Menschen entsteht (Steinbach, 2007:117). Dieser Denkansatz führte zu einem Paradigmenwechsel. Im Zentrum der Pathogenese steht die Entstehung von Krankheiten und ein massiver Defizitgedanke prägt das Menschenbild. Im Gegensatz dazu hebt Salutogenese positive Aspekte hervor und beschäftigt sich damit, was Individuen für ihre Gesundheit tun können.

Der Soziologe Aaron Antonovsky entwickelte den Ansatz der Salutogenese. Der gesundheits- als auch krankheitsgeprägte Ansatz müssen jedoch als komplementäres Ganzes gesehen werden (Franzkowiak, 2003:198). Antonovsky versteht Gesundheit nicht als einen normalen passiven Gleichgewichtszustand, sondern als ein labiles, aktives und sich dynamisch regulierendes Gleichgewicht (Dohm et al., 2008:31f.). Gesundheit in dieser Lesart kann immer wieder aufgebaut und erreicht werden und verbleibt dabei nie statisch in einem Zustand. Demnach ist kein Mensch

vollkommen krank oder gesund, jedes Individuum trägt sowohl kranke, als auch gesunde Anteile in sich (Dohm et al., 2008:31f.).

Das Kernstück des Salutogenese-Modells bildet das von Antonovsky definierte Kohärenzgefühl. Dieser „*Sense of Coherence*“ ist eine Grundhaltung und umfasst das Gefühl des Vertrauens darauf, dass die Ereignisse im Leben vorhersehbar und erklärbar sind und damit strukturiert ablaufen (Steinbach, 2007:120). Das Kohärenzgefühl basiert auf dem Vertrauen, dass Ressourcen vorhanden sind, um Aufgaben zu bewältigen und die Zuversicht, dass sich diese Anstrengungen lohnen. Franzkowiak (2003:199) beschreibt das Kohärenzgefühl als ein positives, aktives Selbstbild der Handlungs- und Bewältigungsfähigkeit. Es beinhaltet die Gewissheit, sich selbst und die eigenen Lebensbedingungen steuern und gestalten zu können. Nach Steinbach (2007:120) hängt das Kohärenzgefühl stark mit Gesundheit zusammen: je stärker es ist, umso gesünder kann oder wird eine Person sein und bleiben. Personen mit starkem Kohärenzgefühl zeigen eine hohe Anpassungsfähigkeit gegenüber neuen Lebenserfahrungen und entgegen diesen mit Offenheit. Dieser Sinn ist jedoch nie statisch ausgeprägt, sondern stark von Erlebnissen und Umwelteinflüssen bedingt.

Drei Komponenten wirken hierfür in Antonovskys Theorie zusammen.

Das Gefühl von Verstehbarkeit („*Sense of Comprehensibility*“) bezeichnet die kognitiven Fähigkeiten einer Person, die es erlauben, Informationen klar, strukturiert und in sich schlüssig wahrzunehmen (Steinbach, 2007:121). Es beschreibt die Erwartung eines Menschen, Anregungen und Anforderungen aus Körper und Umwelt als geordnete Information verarbeiten zu können (Hurrelmann, 2010:123). Diese Inhalte als nachvollziehbar und erklärlich wahrzunehmen vermittelt der Person Erwartungssicherheit und macht Vorgänge der Umwelt vorhersehbarer. Das Vertrauen darauf, dass alltägliche Aufgaben bewältigbar sind, beschreibt das Gefühl von Handhabbarkeit oder „*Sense of Manageability*“ (Steinbach, 2007:121). Diese Komponente beinhaltet die Überzeugung eines Menschen, dass Herausforderungen lösbar sind, weil adäquate Ressourcen dafür vorhanden sind (Hurrelmann, 2010:123). Dazu kann auch gehören, in schwierigen Situationen auf die Hilfe von Mitmenschen zu vertrauen, um ein Problem lösen zu können. Diese Unterstützung beruht auch auf religiösen Werten und Weltanschauungen. Diese Dimension schützt gegen das Gefühl, hilfloses Opfer zu sein (Schüffel et al., 1998:3). Das Gefühl der Sinnhaftigkeit oder „*Sense of Meaningfulness*“ beschreibt die Überzeugung, dass die Lebensaufgaben, denen man sich stellen muss, sinnvoll sind und es sich lohnt, sich dafür zu engagieren (Steinbach, 2007:121). Diese Ebene beinhaltet eine emotionale Komponente; „*man engagiert sich als Teilhabe desjenigen Prozesses, der das eigene Schicksal ebenso formt wie die täglichen Erfahrungen*“ (Schüffel et al., 1998:3). Antonovsky schreibt dieser Ebene die größte Bedeutung zu, da die beiden anderen Dimensionen ohne den Sinnbezug keine gesundheitserhaltende Wirkung hätten.



Der jeweilige Gesundheitszustand eines Menschen ergibt sich aus der dynamischen Wechselwirkung zwischen belastenden und entlastenden oder schützenden Faktoren im Mensch und seiner Umwelt (Franzkowiak, 2003:198). Die Balance zwischen den protektiven und schädigenden Einwirkungen bestimmt das Gesundheitsniveau eines Menschen.

Stress im Arbeitsalltag stellt ein weit verbreitetes Phänomen dar. Dieser Spannungszustand entsteht aus einer persönlichen Befürchtung, dass eine zeitlich nahe oder bereits eingetretene Situation nicht vollständig kontrollierbar ist (Dohm et al., 2008:26). Stressoren sind Reize, die Stress auslösen und diese wirken auf allen Ebenen des täglichen Lebens auf das Individuum ein. Menschen überleben trotz der hohen Stressbelastung, weil sie eine angemessene Stressverarbeitung mit einem ausreichenden Vorrat an Widerstandsressourcen haben (Hurrelmann, 2010:120). Stressoren wirken per se nicht gesundheitsschädigend, die Wirkung hängt stark von der Fähigkeit ab, sich von der Anspannung zu lösen. Gelingt diese Strategie nicht, wird die Situation negativ erlebt und es entsteht Stress. Dieser Ablauf wirkt nicht gesundheitsschädigend, erst in Verbindung mit Krankheitserregern oder dem Kontakt mit Schadstoffen wird die Gesundheit geschwächt (Steinbach, 2007:123). Personen mit einem hohen Kohärenzgefühl werden viele Reize als neutral beurteilen, die solche mit einem niedrigen Kohärenzgefühl als belastend und damit als Stressor empfinden (Steinbach, 2007:124). Das Ausmaß des Kohärenzgefühls bestimmt damit die Verarbeitung von Belastungen massiv.

Widerstandsressourcen bezeichnen die Merkmale und Eigenschaften eines Menschen, die eine sinnvolle Spannungsverarbeitung ermöglichen (Hurrelmann, 2010:121). Das Ausmaß der Ressourcen, über die das Individuum verfügt, entscheidet darüber, ob und wie stark ein Stressor als belastend empfunden wird und ob sich das in einer Beeinträchtigung des Wohlbefindens niederschlägt. Franzkowiak (2003:198f.) beschreibt generalisierte Widerstandsressourcen als Kernstück der Salutogenese. Körperliche und konstitutionelle Ressourcen gewährleisten ausreichend Immunpotenziale des Körpers gegen Krankheitserreger und Stressoren. Gesundheitswissen und präventives Verhalten bilden personale und psychische Ressourcen und Individuen mit geistiger Flexibilität können sich an verändernde Lebensbedingungen anpassen oder sie gegebenenfalls verändern. Auf der Ebene interpersonaler Ressourcen erhalten Personen soziale Unterstützung in vielfältigen sozialen Netzwerken. Diese Ebene beinhaltet auch die aktive Teilnahme an Entscheidungs- und Kontrollprozessen, die die eigene Lebensgestaltung betreffen. Soziokulturelle Ressourcen beinhalten die Eingebundenheit in stabile Kulturen und die Orientierung an lebensleitenden Überzeugungen. Die Sicherung von Schutz, Ernährung und Wohnraum bildet die materiellen Ressourcen. Die Widerstandsressourcen wirken wie ein Filter dagegen, dass sich Belastungen in einer Beeinträchtigung des Wohlbefindens niederschlagen. Siegrist (2010:31)

verwendet dafür den Begriff Resilienz, welche die Fähigkeit einer Person oder eines Systems beschreibt, erfolgreich mit Belastungen durch Stress oder schwierige Lebensumstände umzugehen.

Badura et al. (2010:36f.) beschreiben salutogene Potenziale sozialer Systeme. Soziale Bindungen an einzelne Menschen, Gruppen oder Kollektive schaffen Vertrauen. Zusätzlich vermitteln positive oder als hilfreich empfundene Rückmeldungen aus dem sozialen Umfeld in Form von Zuwendung, Information oder Anerkennung die Sicherheit eines sozialen Systems. Gemeinsame Überzeugungen, Werte und Regeln ermöglichen die Berechenbarkeit und Steuerbarkeit sozialer Systeme und erleichtern zwischenmenschliche Kooperationen. Zusammengenommen bilden diese die Grundelemente des betrieblichen Sozialkapitals, das für eine effiziente Verknüpfung von Sach- und Humankapital essenziell ist.

### 3 Gesundheitsförderung

Zu Beginn des Kapitels erfolgt eine Definition des Begriffs Gesundheit. In den Konferenzen der WHO erweiterten die Verantwortlichen den Gesundheitsbegriff und verwiesen erstmals auf die Wichtigkeit von Gesundheitsförderung. Der Abschnitt „Ansätze und Methoden der Gesundheitsförderung“ beschreibt die Ziele der Gesundheitsförderung, die sich zunehmend zu einer gesellschaftlichen Maxime entwickeln. Der Paradigmenwechsel vollzieht sich anhand der zunehmenden Subjektorientierung und Einbindung derer in Entscheidungsprozesse. Empowerment beschreibt die Aneignung von Selbstbestimmung über das eigene Leben und damit die Gesundheit aktiv gestalten zu können. Eine Weiterentwicklung davon besteht in der Gesundheitskompetenz. Es bezeichnet die Fähigkeit, gesundheitsrelevante Informationen zu sammeln und verarbeiten zu können und diese zur Förderung der eigenen Gesundheit nutzen zu können.

#### 3.1 Definitionen zu Gesundheit

Gesundheit ist in der heutigen Gesellschaft zu einem allgegenwärtigen Thema geworden, es gilt als Ausdruck von Lebensqualität und wird zunehmend ein Entscheidungskriterium beim Konsum von Waren und Dienstleistungen (Forster/Krajic, 2008:72). Eine Definition des Begriffs erweist sich schwierig.

*„Gesundheit ist ein Zustand völligen psychischen, physischen und sozialen Wohlbefindens und nicht nur das Freisein von Krankheit und Gebrechen. Sich des bestmöglichen Gesundheitszustandes zu erfreuen ist ein Grundrecht jedes Menschen, ohne Unterschied der Rasse, der Religion, der politischen Überzeugung, der wirtschaftlichen oder sozialen Stellung“ (WHO, 1948)*

Die WHO beschreibt dabei den Idealzustand des Gesundheitsbegriffs und löst diesen von der biomedizinischen Perspektive und dem professionellen Krankheitsverständnis. Im Zentrum stehen die subjektive Einschätzung und die persönliche Empfindung des Menschen (Hurrelmann, 2010:117). Das Erleben des eigenen Gesundheitszustandes grenzt sich damit von der Fremdwahrnehmung durch die Umwelt ab. Unabhängig von wissenschaftlich-medizinischen Diagnosekriterien werden Individuen zu ExpertInnen des eigenen Körpers. Der Zustand des völligen Wohlbefindens bezieht sich auf einen Idealzustand, der nicht erreichbar ist. Die Definition von Gesundheit erhält dadurch einen normativen Charakter (Hurrelmann, 2010:117).

Die Begriffsdefinition der WHO beinhaltet mehrere Ebenen der Gesundheit, die körperliche, psychische und soziale Dimension. Gesundheit bezieht sich zum einen auf die Unversehrtheit des Körpers, zum anderen wirken seelische und soziale Prozesse und Umwelteinflüsse auf das Individuum. Die Ebenen beeinflussen sich wechselseitig. Gesundheit ist kein einmal erreichter und dann unveränderlicher Zustand, sondern ein immer wieder neu herstellbares Gleichgewicht in allen

Bereichen des alltäglichen Lebens (Hurrelmann/Franzkowiak, 2003:53). Das Individuum erhält in der Definition der WHO eine aktive Rolle in der Pflege der eigenen Gesundheit zugeschrieben. Zusätzlich definiert die WHO den bestmöglichen Gesundheitszustand als Grundrecht aller Menschen, womit der Idealzustand für alle Menschen erreichbar werden soll. Die WHO verknüpft in dieser Erklärung subjektive Vorstellungen mit einer wissenschaftlichen ExpertInnendefinition. Dies führt nach Steinbach (2007:27f.) zu einer ganzheitlichen Betrachtung des Themas, da der Gesundheitsbegriff in der Gesellschaft breit konsensfähig und verständlich sein muss.

### **3.2 Der Gesundheitsbegriff in den WHO-Konferenzen**

Ein Meilenstein war die Deklaration von Alma-Ata von 1978. Die Verantwortlichen bekräftigten Gesundheit als ein fundamentales Recht aller Menschen und forderten weltweit eine primäre Gesundheitsversorgung. Sowohl die Gesundheitspolitik als auch andere Bereiche der Politik sollten nach dieser Maxime handeln, jedoch stellte die Konferenz Gesundheit auch in den Verantwortungsbereich des Einzelnen (Steinbach, 2007:67f.). Die Deklaration enthält die Kernelemente der gesundheitspolitischen Programmentwicklung bis heute und wird als Wendepunkt der bis dahin eng medizinisch orientierten Programmatik der WHO eingeschätzt (Kaba-Schönstein, 2003:79). Diese Konzeption führte weg von der alleinigen Verantwortung der Politik und verwies auf die Eigenverantwortung der Individuen. Gesundheit entwickelte sich zu einer gesamtgesellschaftlichen Aufgabe.

In der darauf folgenden Konferenz von Ottawa verfolgte die WHO diese Gedanken weiter und definierte das Ziel „*Gesundheit für alle*“ (Steinbach, 2007:68). Im Zentrum stand Gesundheitsförderung als Prozess, allen Menschen ein höheres Maß an Selbstbestimmung über ihre Gesundheit zu ermöglichen und sie damit zur Stärkung ihrer Gesundheit zu befähigen (WHO, 1986:1). Gesundheit kann nicht übermittelt oder produziert werden, Individuen müssen selbst dafür Verantwortung übernehmen und diese aktiv erhalten. Als Voraussetzung dafür nennt die WHO in der Ottawa-Charta unter anderem Frieden, angemessene Wohnbedingungen, Bildung, Ernährung, sicheres Einkommen, ein stabiles Ökosystem und Chancengleichheit (Steinbach, 2007:69). Weiters werden darin fünf Handlungsfelder zur nationalen Umsetzung von Gesundheitsförderung beschrieben (WHO, 1986; Steinbach, 2007:69). Diese betreffen den Aufbau einer gesundheitsförderlichen Gesamtpolitik, die Schaffung gesundheitsfördernder Lebenswelten, die Unterstützung gesundheitsbezogener Gemeinschaftsaktionen, die Entwicklung persönlicher Kompetenzen und die Neuorientierung der Gesundheitsdienste.

Zur Umsetzung empfahl die WHO folgende drei Handlungsstrategien (WHO, 1986; Steinbach, 2007:69f.). *Politische, soziale und kulturelle Faktoren* können die Gesundheit positiv als auch negativ beeinflussen. Gesundheitsförderung basiert auf Chancengleichheit in der Gesellschaft und zielt auf

Ressourcenausgleich. Menschen sollen *befähigt* werden, ein größtmögliches Gesundheitspotenzial zu entwickeln. Dies umfasst nicht nur die Unterstützung der sozialen Umwelt, den Zugang zu relevanten Informationen, sondern auch die Möglichkeit, selbst Entscheidungen in Bezug auf die eigene Gesundheit treffen zu können. Der Gesundheitssektor allein ist nicht in der Lage, die Voraussetzungen und positiven Perspektiven für Gesundheit zu garantieren. Die Umsetzung von Gesundheitsförderung bedingt das Zusammenwirken und die *Vernetzung* der Verantwortlichen aus dem Politik-, Sozial- und Wirtschaftssektor, sowie auch Individuen und Gruppen auf Mikroebene. Programme und Strategien zur Gesundheitsförderung sollen an die Möglichkeiten der Länder angepasst sein und die unterschiedlichen Gesellschafts- und Wirtschaftssysteme berücksichtigen.

Die Konferenz von Adelaide verankerte 1988 das Mitwirken der BürgerInnen und die gesamtgesellschaftliche Zusammenarbeit in den Kernthemen. Hauptziel war die Schaffung von unterstützenden physischen und sozialen Umwelten, um die Menschen zu befähigen, ein gesünderes Leben zu führen oder die Wahl gesünderer Alternativen zu ermöglichen (Kaba-Schönstein, 2003:84).

Die Schaffung und Bedingungen von gesundheitsförderlichen Lebenswelten war 1991 zentrales Thema der Konferenz von Sundsvall in Schweden. Um dies zu ermöglichen, sollten neben sozialen, politischen und ökonomischen Faktoren vor allem die Fähigkeiten und das Wissen von weiblichen Beschäftigten in allen Bereichen des Gesundheitssektors genutzt werden (Steinbach, 2007:71).

Die Inhalte der Konferenz 1997 in Jakarta legten die Prioritäten von Gesundheitsförderung im 21. Jahrhundert fest. Die Weiterführung der Themen vorheriger Konferenzen stand dabei im Mittelpunkt (Steinbach, 2007:71; Kaba-Schönstein, 2003:85). Die Förderung sozialer Verantwortung für Gesundheit, der Ausbau der Investitionen in die Gesundheitsentwicklung und die Festigung und der Ausbau von Partnerschaften für Gesundheit stellten die Forderung auf einer Makroebene dar. Die Stärkung der gesundheitsfördernden Potenziale von Gemeinschaften und der Handlungskompetenz des Einzelnen sollen durch die Sicherstellung einer Infrastruktur für Gesundheitsförderung gewährleistet werden.

Der Abbau von Chancenungleichheiten war im Jahr 2000 ein zentrales Thema der Konferenz der WHO von Mexico-City (Steinbach, 2007:72). Weiterführend zu den Überlegungen vorheriger Konferenzen zur Gesundheitsförderung sollen Gesundheitsministerien verstärkt für die aktive Teilnahme der Individuen an gesundheitsförderlichen Aktivitäten verantwortlich sein und entstandene Partnerschaften im Sinne von Netzwerken stärken und erweitern.

Die WHO-Konferenz von Bangkok 2005 hob die Bedeutung der Gesundheitsförderung und die Auswirkungen der Globalisierung hervor, die daraus resultierende „*Bangkok Charta der*

*Gesundheitsförderung*“ ist als Fortsetzung, Ergänzung und Weiterentwicklung der Ottawa Charta für Gesundheitsförderung zu verstehen (Steinbach, 2007:72). Der Slogan „*Gesundheit für alle*“ bildete die Grundlage umfassender Forderungen nach dem Recht auf Gesundheit und der Verantwortung von Politik und Zivilgesellschaft.

Das Angebot von angemessener Ernährung, Hygiene, Bildung, Arbeit und Wohnen und Optimierung einer guten gesundheitlichen Versorgung verbessert die Ausgangsvoraussetzungen für Gesundheit (Hurrelmann, 2010:151). Der Zugang zu diesen Ressourcen ermöglicht eine Stärkung des Gesundheitspotenzials und ist damit ein Teilaspekt der Gesundheitsförderung. Gesundheitsförderung bedient sich solcher Strategien, die sich auf die Veränderung der Gesundheitsbedingungen beziehen und vorrangig die Beeinflussung sozialer Faktoren, einschließlich des Versorgungsangebots, zum Ziel haben (Hurrelmann, 2010:152). Dadurch werden kollektive Fähigkeiten in Gemeinden und sozialen Organisationen gestärkt, die die Bedingungen für die Herstellung von Gesundheit ermöglichen und schaffen.

### **3.3 Ansätze und Methoden der Gesundheitsförderung**

Die von der WHO entwickelte Ottawa-Charta gab den Anstoß zu einer intensiven und bis heute anhaltenden Diskussion zur Gesundheitsförderung. Im Mittelpunkt steht die Frage, wie und mit welchen Mitteln das Gesundheitspotential von Menschen durch strukturelle und politische Initiativen und persönliche Unterstützung gefördert werden kann (Hurrelmann, 2010:148). Gesundheitsförderung umfasst sämtliche vorbeugende Handlungen, Lebensbedingungen und Verhaltensweisen, welche die Gesundheit positiv beeinflussen. Der Ansatz ist breit angelegt und beinhaltet sowohl medizinische als auch soziale und kulturelle Bereiche.

Gesundheitsförderung nach der Ottawa-Charta muss im Kontext von sozialem Verhalten betrachtet werden (Steinbach, 2007:52). Das Individuum beeinflusst mit dem Handeln nicht nur sich selbst, sondern auch das direkte Umfeld und die Gesellschaft.

Das Gesundheitsverhalten hat Auswirkungen auf die Lebensführung. Wie sich Menschen verhalten, ist Ausdruck ihrer soziokulturell geprägten Lebensweise; diese vermittelt Vorhersehbarkeit und Sicherheit im Alltag. Diese Werte und Normen leisten Widerstand gegenüber Veränderungen. Gesellschaftlicher Wandel führt jedoch häufig dazu, dass diese Gewohnheiten sich neu formen müssen (Steinbach, 2007:52). Diese Zusammenhänge müssen im Rahmen von gesundheitsfördernden Aktivitäten bedacht werden.

Aus dem Verständnis von Gesundheitsförderung entwickelt sich die Aufgabe, Menschen die Kompetenzen zur Erhaltung ihrer Gesundheit zu vermitteln (Steinbach, 2007:51). Gesundheitsförderung verfolgt demnach vier Zielsetzungen (Grundböck et al., 1998:17). Individuen erkennen bestehende Gesundheitsrisiken. Sie sind zu Fragen der eigenen Gesundheit sensibilisiert

und verfügen über Handlungskompetenzen im Umgang mit Belastungen. Eine gesundheitsfördernde Arbeitswelt schafft die Bedingungen von Partizipation und Empowerment von Beschäftigten.

Den Boom der Gesundheitsförderung in den letzten Jahren nutzte eine Vielzahl an Berufssparten und platzierte diese Thematik in das Berufsbild. Neben etwa ÄrztInnen und TherapeutInnen, wurde die Gesundheitsförderung als neues Teilgebiet der Krankenpflege gesetzlich verankert (Steinbach, 2007:132ff.). Die Berufsbezeichnung der diplomierten Gesundheits- und Krankenpflege beschreibt eine neue Dimension im Aufgabenbereich der Pflegekräfte. Gesundheitsförderung findet Anwendung nicht nur bei PatientInnen, sondern auch KollegInnen und MitarbeiterInnen.

Fraglich erscheint dabei, wer Ansprechperson im Rahmen der Gesundheitsförderung sein kann. Sowohl ausgewiesene Fachkräfte mit entsprechender Zusatzausbildung, als auch die Angehörigen der oben genannten Berufsfelder sind ExpertInnen in diesem Bereich. Werden die Zuständigkeiten nicht bestimmten Personen ausdrücklich zugewiesen, kann es genau gegenteilige Wirkung haben und keine Berufsgruppe fühlt sich dafür verantwortlich. Eine mögliche Lösung kann hier sein, das Wissen der unterschiedlichen Berufsgruppen zu bündeln und deren Expertise zu nutzen, um die Maßnahmen auszuarbeiten und zu verbreiten. Beauftragte der Gesundheitsförderung kommen etwa direkt aus der Pflege und sensibilisieren die KollegInnen der gleichen Berufssparte zu ergonomischem Arbeiten und Gesundheitsschutz.

Ziel der Interventionen von Gesundheitsförderung ist es, so früh als möglich den erwartbaren Verlauf der Entwicklung des gesunden Zustandes eines Menschen durch Bereitstellen erhöhter personaler und sozialer Ressourcen so zu beeinflussen, dass ein höheres Niveau der Gesundheitsqualität erreicht wird (Hurrelmann, 2010:150). Gesundheitsförderung bedarf einer ebensolchen Umwelt und dem gesunden Lebensstil von Individuen, damit sich langfristig positive Auswirkungen auf die Gesundheit zeigen können. Diese Konzeption erweist sich jedoch alles andere als unumstritten. Weder Einzelpersonen noch gesellschaftliche Institutionen haben genügend Einfluss auf die Umwelt, um diese nach gesundheitlichen Anforderungen adäquat gestalten zu können (Borgetto/Kälble, 2007:111f.). Auch ein gesunder Lebensstil ist nicht immer eine Frage persönlicher Motivation, sondern die Lebensführung wird beeinflusst durch die derzeitige Lebenssituation, Ressourcen und die Wahrnehmung von Belastungen.

Die Stärkung von Ressourcen, Kompetenzen und Handlungsspielräumen sowie die Schaffung gesundheitsförderlicher Lebenswelten bilden die Grundprinzipien der Gesundheitsförderung (Borgetto/Kälble, 2007:111). Der Fokus liegt dabei sowohl auf der Verbesserung der Gesundheit von Einzelnen, als auch ganzer Bevölkerungsgruppen. Ein Beispiel für eine Maßnahme der Gesundheitsförderung ist etwa die Beitragsermäßigung bei Fitnessstudios, die ArbeitgeberInnen finanzieren die Ersparnis der MitarbeiterInnen. Dabei sind einzelne gesundheitsfördernde

Interventionen von solchen mit krankheitspräventivem Ansatz schwer abzugrenzen, es kann je nach Perspektive unterschiedlich zugeordnet werden. Liegt der Fokus eher auf der Stärkung von Ressourcen oder darauf, das Eintreten bestimmter Krankheiten zu verhindern? Mehrmals pro Woche Joggen zu gehen, kann im Sinne der Krankheitsprävention, aber auch der Gesundheitsförderung interpretiert werden.

Es ist umstritten, in welchem Verhältnis Gesundheitsförderung und Prävention zueinander stehen. Nach Borgetto und Kälble (2007:111) zeigen sich zwei Richtungen. Zum einen schließt Gesundheitsförderung den Begriff der Prävention mit ein, zum anderen ist es ein Teil der Primärprävention. Diese begriffliche Unschärfe beschreibt das Verhältnis der beiden Denkrichtungen gut. Ein Lösungsansatz dabei wäre, sowohl die Ansätze und Interventionen der Krankheitsprävention, als auch die der Gesundheitsförderung zu bündeln, um gemeinsam die Gesundheit großer Bevölkerungsgruppen zu verbessern. Das breite Wissen von ExpertInnen beider Richtungen kann dazu genutzt werden, Interventionen so zu setzen, damit die Akzeptanz in der Zielgruppe gegeben ist.

Ähnlich zur Gesundheitsförderung orientiert sich Krankheitsprävention an einem Gesundheitszuwachs. Bei der Krankheitsprävention soll die positive Veränderung durch das Zurückdrängen von Krankheitslast erzielt werden (Hurrelmann, 2010:150). Das Ziel ist es, die Entstehung von Krankheiten zu verhindern, indem Risikofaktoren ausgeschaltet werden. Die Strategien der Krankheitsprävention lassen sich je nach Zeitpunkt des Eingriffs in eine primäre, sekundäre und tertiäre unterscheiden. Primäre Prävention setzt bereits im Vorfeld einer Krankheitsentwicklung an, indem Risikofaktoren identifiziert sind und das Auftreten einer Krankheit vermieden oder die Verbreitung einer Krankheit so niedrig wie möglich gehalten wird. Die Maßnahmen können unspezifisch gerichtet sein oder gezielt an Menschen ansetzen, die Risikomerkmale tragen, wie etwa Bluthochdruck. Sekundäre Prävention ist daran ausgelegt, die Wahrscheinlichkeit und das Ausmaß der Verbreitung einer bereits bestehenden Erkrankung zu reduzieren. Um die Krankheit früh identifizieren zu können, helfen adäquate Testverfahren. Tertiäre Prävention soll Funktionseinschränkungen und Begleitkrankheiten reduzieren. Es richtet sich an Menschen, die bereits im fortgeschrittenen Stadium einer Krankheit leiden. Ziel ist die Erhaltung von Lebensqualität. In der Literatur ist diese Form der Prävention nur zum Teil beschrieben, da die Unterscheidung zwischen sekundärer und tertiärer Prävention unklar getroffen wird. Menschen empfinden sich etwa subjektiv gesund, könnten sie jedoch nach eingehender Testung bereits als AdressatInnen tertiärer Prävention zugeschrieben werden.

Voraussetzung der Krankheitsprävention ist die genaue Kenntnis pathogener Dynamiken, damit der zu erwartenden verschiedenen Entwicklungs- und Verlaufsstadien des individuellen oder kollektiven



Krankheitsgeschehens (Hurrelmann, 2010:149). Hingegen steht bei der Gesundheitsförderung die Stärkung von Schutzfaktoren im Vordergrund, was eine genaue Kenntnis salutogener Dynamiken voraussetzt, also der Aufrechterhaltung von Gesundheitsstadien.

Die beiden Ansätze der Krankheitsprävention und der Gesundheitsförderung können als Ergänzung verstanden werden, je nach Ausgangslage kann die eine oder die andere Interventionsform erfolgversprechender sein (Pelikan/Halbmayer, 1999:15). Hurrelmann (2010:150) formuliert es folgendermaßen: *„Der Ansatzpunkt von präventiven Strategien liegt im Abbau von Krankheitsrisiken, der der Gesundheitsförderung im Aufbau von Gesundheitspotentialen“*. Prävention zielt durch Schutzmaßnahmen gegenüber Risiken und Gefahren darauf ab zu verhindern, dass sich der Gesundheitsstatus in Richtung der Krankheit verschiebt. Gesundheitsförderung ist darauf ausgerichtet, mithilfe von Interventionen die Position des Individuums in Richtung Gesundheit zu rücken.

Gesundheitsförderung verfolgt damit die folgenden Thesen (Trojan/Legewie, 2001, o.S.; Kickbusch, 2006, o.S.; zit. nach Faller, 2012:19). Das Konzept orientiert sich an subjektiven Bedürfnissen und nicht an wissenschaftlichen Vorgaben. Betroffene beteiligen sich aktiv an Zielsetzungs- und Entscheidungsprozessen bei der Gestaltung ihrer Lebensbedingungen. Die Interventionen unterstützen benachteiligte und von Entscheidungen anderer abhängige Personengruppen zur Artikulation ihrer Bedürfnisse und Wünsche. Das Konzept setzt an der Stärkung vorhandener Kompetenzen und Ressourcen an und ein interaktives Aushandlungsmodell nutzt die unterschiedlichen Interessenslagen als Grundlage von Entwicklungsprozessen.

Nach Steinbach (2007:52f.) beinhaltet Gesundheitsförderung einen ganzheitlichen wie auch partizipatorischen Ansatz. Der ganzheitliche Ansatz definiert Gesundheit im Kontext der Umwelt der Menschen als Teil der Lebensbedingungen. Gesundheitsförderung nach dem partizipatorischen Ansatz unterstützt Menschen dabei, Selbstbestimmung über ihre Gesundheit zu erlangen. Ziel ist es, die Individuen dabei zu unterstützen, wie sie die Bedingungen für eine gesunde Lebensumwelt selbst schaffen können, und dabei Verantwortung für die eigene Gesundheit zu tragen und dementsprechende Entscheidungen zu fällen (Steinbach, 2007:53).

*„Ein Paradigmenwechsel im Bereich der Gesundheit vollzieht sich anhand der Selbstbestimmung. Selbstbestimmung des Einzelnen ist ein zentrales Anliegen der Gesundheitsförderung“ (Steinbach, 2007:53)*

Gesundheitsförderung hat sich in den letzten Jahren zu einem akademischen Forschungsfeld entwickelt. Diese Arbeit birgt die Gefahr, dass das von ExpertInnen generierte Wissen nur diesen Personengruppen vorbehalten ist (Steinbach, 2007:53). Selbstbestimmung über die eigene Gesundheit bedeutet, dass die Individuen selbst ExpertInnen zum eigenen Gesundheitszustand sind.

Diese Subjektorientierung ist zentral, um den Alltag der Menschen genau zu erfassen und zu zeigen, wie das tägliche Verhalten auf die Gesundheit wirkt (Steinbach, 2007:53). Diese partizipative Praxis bedeutet, dass die Lebenswelt der Personen berücksichtigt und respektiert wird. Gesundheitsfördernde Maßnahmen orientieren sich an den individuellen Bedürfnissen, Wünschen und Ressourcen. Der Fokus der Gesundheitsförderung liegt jedoch nicht in der Heilung von körperlichen und psychischen Störungen oder der Veränderung der Persönlichkeitsstruktur, vielmehr sollen gesund machende Aktivitäten und Ressourcen gestärkt werden (Steinbach, 2007:54).

### **3.3.1 Empowerment**

Das Konzept Empowerment stammt aus der amerikanischen Gemeindepsychologie und hat in den letzten Jahren in den Diskussionen um Gesundheitsförderung an Bedeutung gewonnen (Stark, 2003:28). Die Definition der WHO, Menschen ein höheres Maß an Selbstbestimmung über die eigene Gesundheit zu ermöglichen, stellt einen engen Zusammenhang mit dem Konzept des Empowerment dar (Laverack, 2010:26).

Empowerment zielt darauf ab, dass Menschen die Fähigkeit entwickeln und verbessern, ihre soziale Lebenswelt und ihr Leben selbst zu gestalten und sich nicht gestalten zu lassen (Stark, 2003:28). Die Maßnahmen der Gesundheitsförderung schaffen Bedingungen, damit Individuen diese auch nutzen, um ein eigenverantwortliches Leben zu führen. Das Konzept des Empowerment tritt nicht nur in der Gesundheitsförderung, sondern auch in verschiedenen anderen Bereichen in Erscheinung. Gesundheitskompetenz spielt in der Selbsthilfe, der Psychiatrie, der Jugendhilfe, der Organisationsentwicklung oder in der Abschaffung diskriminierender Lebensbedingungen eine wichtige Rolle (Steinbach, 2007:55). Nach Herriger (2006:1) distanziert sich Empowerment von einem defizitären Denken und befähigt Personen zu eigenständigen AkteurInnen der individuellen Lebensumstände.

Stark (2003:28) definiert die Dimensionen des Empowerment. Es entwickelt sich ein positives und aktives Gefühl im alltäglichen Handeln und ein Gefühl des „*In-der-Welt-Seins*“. Individuen entwickeln Fähigkeiten, Strategien und Ressourcen, um aktiv und gezielt individuelle und gemeinschaftliche Ziele zu erreichen. Die Personen erwerben Wissen und Können, das zu einem kritischen Verständnis der sozialen und politischen Verhältnisse und der eigenen Umwelt führt.

Ziel des Empowerment ist es, die vorhandenen Fähigkeiten der Betroffenen zu autonomer Lebensorganisation zu kräftigen und Ressourcen freizusetzen, mit deren Hilfe sie die eigenen Lebenswege selbstbestimmt gestalten können (Herriger, 2006:1). Diese Strategie soll Menschen den Zugang zu ihren Stärken und Ressourcen bewusst machen, damit diese auf gesundheitsförderliche Weise genutzt werden können. Empowerment in der Gesundheitsförderung verfolgt nach Steinbach (2007:55) zwei Ziele: das Anbieten und der Zugang zu Ressourcen für Individuen und das

Vorantreiben von Solidarität und damit die Förderung einer Politik bürgerschaftlicher Teilhabe. Die Schaffung eines Gemeinsinns und Zusammengehörigkeit bildet die Basis der Überwindung diskriminierender Lebensumstände. Dieser Ansatz kommt in der Selbsthilfebewegung zum Tragen und das Ergebnis ist ein gestärktes Selbstbewusstsein betroffener Personengruppen. Die Zusammenarbeit im Sinne des Empowerment-Konzepts beruht auf partnerschaftlicher Basis (Rappaport, 1987:140), die AkteurInnen verfolgen dasselbe Ziel. Beide Seiten erleben eine Atmosphäre der Fairness in den Beziehungen und BürgerInnen nehmen das investierte Engagement als nützlich und erfolgreich wahr (Stark, 2003:30). Die Verteilung zwischen dem Einsatz und dem erhaltenen Nutzen muss ausgeglichen sein.

Rappaport (1987:139) beschreibt Empowerment als ein Mehrebenenkonstrukt zwischen AkteurInnen der Mikro- als auch der Makroebene und durch deren Handlungen beeinflussen diese sich gegenseitig. Dierks und Seidel (2009:311ff.) definieren dazu drei Ebenen. Die AutorInnen merken an, dass das Konzept zugleich individuen- und gesellschaftsbezogen ist und GesundheitsförderInnen in der Umsetzung die skizzierten Ebenen reflektieren und bei der Gestaltung von Empowermentprozessen berücksichtigen müssen.

Auf gesellschaftlicher Ebene zielen Maßnahmen auf eine Veränderung von Machtstrukturen und die Beeinflussung gesellschaftlicher Rahmenbedingungen, die Empowerment ermöglichen und vorantreiben. PatientInnenrechte bilden die gesetzliche Grundlage. Das Recht auf Autonomie, Qualität der Behandlung, Einsicht in medizinische Dokumentation und Organisation der Behandlungen regeln die Rahmenbedingungen und den Umgang mit Gesundheit und Krankheit in der Versorgung.

Menschen nehmen auf individueller Ebene sowohl ihre Kompetenzen und die Fähigkeit wahr, als auch arbeiten sie gemeinsam mit anderen an der Verwirklichung von Zielen. Kognitive und kommunikative Fähigkeiten sind Voraussetzung, gesundheitsfördernde Angebote anzunehmen und Selbstwirksamkeitserwartungen stärken das Vertrauen, mit Gesundheitsfragen umgehen zu können. Im Zuge des zunehmenden Angebots gesundheitsbezogener Dienstleistungen sind diese Fähigkeiten in erhöhtem Ausmaß gefordert.

Vermittlungsinstanzen kommt die Aufgabe zu, Menschen in marginalen Positionen zu befähigen, Rahmenbedingungen zu schaffen und Ressourcen bereitzustellen, die Empowerment unterstützen. Bildungs- und Beratungseinrichtungen entdecken das Potenzial der Aufklärung, Information und Beratung und unterstützen Personen in der Gesundheitsbildung. Das mangelnde Wissen potenzieller NutzerInnen über die Angebote kann zum einen auf marginale Öffentlichkeitsarbeit und fehlende Ressourcen der Beratungseinrichtungen zurückgeführt werden, zum anderen ist die Nutzung von Sozialschicht und Bildungsgrad der Betroffenen abhängig.

Betroffene wenden selbst erarbeitete Lösung im Rahmen von Empowerment-Prozessen eher an als einzelne allgemeine Ratschläge, die externe ExpertInnen entworfen hatten (Rappaport, 1987:141f.). Die Individuen identifizieren sich mit den Inhalten und können diese im Alltag vermehrt einsetzen. Vor Ort vorhandene Möglichkeiten müssen in ausreichendem Maß erkannt und genutzt werden (Stark, 2003:29).

*„Empowerment is not a scarce resource which gets used-up, but rather, once adapted as an ideology, empowerment tends to expand resources“ (Rappaport, 1987:142)*

Laverack (2010: 27) betont dazu, dass das Ergebnis von Empowerment nur über längere Zeitspannen beurteilt werden kann, da es mehrere Jahre dauern kann, bis sich Erfolge zeigen. Empowerment als Praxis hat weitreichende Konsequenzen für die Gesundheitsförderung. Das Konzept sucht und betont die weiterhin vorhandenen Stärken, Ressourcen (Stark, 2003:30) und die Fähigkeit, Gesundheitsangebote nutzen zu können.

Maßnahmen der Gesundheitsförderung setzen bereits in früher Kindheit an. Bildung vermittelt nicht nur Wissen, sondern auch die Kompetenzen, mit den Ressourcen des eigenen Körpers schonend umzugehen. Das familiäre Umfeld vermittelt dem Kind Werte und Normen, dass dieses in das eigene Verhaltensrepertoire übernimmt. Eltern nehmen dabei eine Vorbildrolle ein und beeinflussen die Einstellungen des Kindes zur Gesundheit und dem eigenen Körper. Fehlendes Bewusstsein des Körpers als Ressource, die es sich lohnt, aufrechtzuerhalten, verringert die Chance für Akzeptanz von Interventionen. Ist die Wahrnehmung für Gesundheit geschärft, können hier gesundheitsfördernde Maßnahmen ansetzen. Um die Angebote der Gesundheitsförderung umzusetzen, bedarf es gewisser Fertigkeiten, diese zu sammeln und verarbeiten zu können. Wenn Individuen zu ihrem eigenen Gesundheitsverhalten sensibilisiert und aufgeklärt sind, nehmen diese die eigene Gesundheit als gestaltbare Ressource wahr.

Gesundheitskompetenz oder Health Literacy beschreibt die Fähigkeit, gesundheitsrelevante Informationen zur Förderung der eigenen Gesundheit nutzen zu können. Die Eigenverantwortlichkeit der Individuen im Sinne vom Empowerment und Health Literacy spielen im Verständnis der Gesundheitsförderung eine große Rolle. Siegrist (2005:283f.) verweist darauf, dass die Zukunftsorientierung und Einstellungen zum eigenen Körper das Gesundheitsbewusstsein stark beeinflussen. Das Bildungsniveau und die Sozialisation im familiären Umfeld beeinflussen die Einstellung von Individuen enorm. Menschen aus bildungsschwächeren sozialen Schichten sind stark auf Gegenwärtiges geprägt. Studien zeigen, dass Personen mit geringer ausgeprägter Zukunftsorientierung seltener bereit sind, bei Krankheitsanzeichen eine Symptomaufmerksamkeit zu zeigen und damit sind präventive Orientierungen weniger stark ausgeprägt. Der eigene Körper wird

instrumentalisiert und zum Gebrauch eingesetzt. Dieses Bewusstsein ist im Sozialisationsstil der Mittel- und Oberschicht stärker ausgebildet. Hier herrscht die Vorstellung des Körpers als integralen Teils der persönlichen Identität vor, damit erhält die Gesundheitserhaltung einen Symbolwert und wird zum Objekt von Bemühungen um Selbstkontrolle.

### **3.3.2 Gesundheitskompetenz**

Gesundheitsaufklärung als Vermittlung und Verbreitung von Gesundheitsinformationen an große Gruppen erfolgt über Massenmedien (Hurrelmann, 2010:201). Historisch lagen die Anfänge in der „hygienischen Volksbelehrung“. Die Schwerpunkte waren die Verbesserung des Wissens über Gesundheit und Krankheit, den Körper und seine Funktionen, vorbeugendes Handeln und den Umgang mit Gesundheitsstörungen sowie Informationen über das gesundheitliche Versorgungssystem. Aus dieser historischen Tradition wurde der Gedanke übernommen, dass nur umfassend informierte Menschen angemessene Entscheidungen über gesundheitsbezogene Handlungen treffen können. Das Ziel der gesundheitlichen Aufklärung ist die Herstellung von Gesundheitskompetenz und gesundheitlicher Mündigkeit, in englischer Sprache wird der Begriff Health literacy als wissensbasierte Gesundheitskompetenz beschrieben.

Nach Abel und Bruhin (2003:128f.) kommt der Begriff Health Literacy in unterschiedlichen Feldern zur Anwendung. In der Entwicklungsarbeit wird Gesundheitskompetenz in Zusammenhang mit Erwachsenenbildung und Empowerment als ein wichtiger Bestandteil der Entwicklung von Gemeinschaften ausgeführt. Im medizinischen Versorgungssystem bezeichnet man mit Health Literacy einen individuenbezogenen Ansatz zur Verbesserung des PatientInnenwissens und der Compliance. Die WHO erweiterte das Verständnis von Health literacy über die Grundfertigkeiten des Lesens, Verarbeitens und Verstehens von gesundheitlichen Informationen hinaus. Gesundheitskompetenz wird dort definiert als das Wissen, die Motivation und die Kompetenzen, gesundheitsrelevante Informationen zu sammeln, zu verstehen, zu verarbeiten und im Alltag gesundheitsfördernd umsetzen zu können (WHO, 2013:13).

*„People cannot achieve their fullest health potential unless they are able to take control of those things which determine their health“ (WHO, 2013:13).*

Das Wissen zu gesundheitsförderlicher Lebensführung beinhaltet alltagspraktisches Wissen im Umgang mit Gesundheit und Krankheit, mit dem eigenen Körper und gesundheitsprägenden sozialen Lebensbedingungen (Abel/Bruhin, 2003:129). Dieses Wissen wird über Bildung und Erziehung vermittelt und ist damit stark kulturell geprägt.

Laut WHO (2013:7) determiniert die Gesundheitskompetenz den Gesundheitsstatus stärker als Einkommen, Arbeitsverhältnisse und Bildungsgrad. Können Betroffene relevante Informationen nicht lesen, beeinträchtigt das die Gesundheit und erhöht im Krankheitsfall entstehende Kosten und

fördert soziale Ungleichheit (WHO, 2013:7). Ein niedriges Alphabetisierungsniveau kann die Gesundheit von Menschen über fehlende persönliche, soziale und kulturelle Partizipationschancen, aber auch über fehlende Gesundheitskompetenz beeinflussen (Abel/Bruhin, 2003:130). Volle Gesundheitskompetenz kann nicht erreicht werden, dennoch ist dessen Weiterentwicklung ein lebenslanger Prozess.

Im Hinblick auf ihre spezifischen Wirkungen können drei Formen von Health Literacy unterschieden werden, die sich wechselseitig beeinflussen (Smith et al., 2013:1015 ff.; Abel/Bruhin, 2003:129f.).

Die funktionale Form beinhaltet das Verstehen von gesundheitsrelevanten Informationen und Grundfertigkeiten im Lesen und Schreiben. Mithilfe numerischer und grafischer Fähigkeiten können Menschen die Inhalte von Tabellen und niederschwellige statistische Daten verstehen.

Die interaktive Form verlangt fortgeschrittene kognitive und soziale Fertigkeiten, welche zur aktiven Teilnahme am sozialen Leben notwendig sind. Dazu zählen die Informationsbeschaffung, kommunikativer Austausch und die Umsetzung dieser Informationen in den Lebensalltag. Diese Fähigkeit, Fragen zu formulieren, Bedenken zu äußern und um Rat zu fragen führen zu einem kompetenteren Umgang der Individuen mit GesundheitsprofessionistInnen.

Kritischer Umgang mit Informationen bildet die dritte Form von Health Literacy. Dies beinhaltet Informationen kritisch zu analysieren und diese im Sinne einer verbesserten Lebensbewältigung optimal zu nutzen, einschließlich der Auseinandersetzung mit Empfehlungen zu einer gesunden Lebensführung.

Sorensen et al. (2012:1ff.) führen in ihrem Artikel mehrere Definitionen an, da die Begrifflichkeit der Health Literacy von den AkteurInnen im Rahmen der Gesundheitsförderung unterschiedlich verwendet wird. Das kann daran liegen, dass Gesundheitskompetenz stark vom Inhalt, wie auch dem Kontext abhängig ist. Smith et al. (2013:1020f.) fordern verbesserte Messinstrumente in Bezug auf Health Literacy. Damit könnte fehlende Gesundheitskompetenz erhoben werden und mit adäquaten Maßnahmen gefördert werden.

## **4 Betriebliche Gesundheitsförderung**

Berufliche Arbeit beeinflusst Gesundheit und Krankheit auf verschiedene Art und Weise. Arbeiten Beschäftigte unter gesundheitsschädigenden Bedingungen, sind nicht adäquat zur Tätigkeit ausgebildet oder werden von KollegInnen nicht unterstützt, kann Arbeit krank machen.

Dieses Kapitel beinhaltet eine Darstellung der Ebenen betrieblicher Gesundheitsförderung mit Fokus auf das Krankenhaus, hinsichtlich des Individuums, der Führungsebene und der Organisation. Auf letzteres beziehen sich zwei Konzepte, welche sich mit der Arbeitssituation von Pflegekräften beschäftigen.

### **4.1 Ebenen der betrieblichen Gesundheitsförderung im Krankenhaus**

Die betriebliche Gesundheitsförderung beinhaltet eine Vielzahl an Aktivitäten und Ansätzen für Unternehmen. Die Maßnahmen umfassen den Gesundheits- und Arbeitsschutz, aber auch Interventionen, die die Gesundheit der MitarbeiterInnen indirekt fördern. Das Europäische Netzwerk für Gesundheitsförderung (2007:2) definiert damit alle Maßnahmen von ArbeitgeberInnen, ArbeitnehmerInnen und der Gesellschaft zur Verbesserung von Gesundheit und Wohlbefinden am Arbeitsplatz. Der Arbeitsschutz hat durch die eingesetzten Maßnahmen zur Verringerung von Arbeitsunfällen, der Erhöhung der Arbeitssicherheit und zur Verbesserung der Gesundheit am Arbeitsplatz beigetragen. Unternehmen, welche die Gesundheit der Beschäftigten am Arbeitsplatz fördern, senken krankheitsbedingte Kosten und steigern die Produktivität. Das Ergebnis ist eine gesündere Belegschaft mit höherer Motivation und Arbeitsmoral und besserem Arbeitsklima. Die betriebliche Gesundheitsförderung beeinflusst diejenigen Faktoren, die die Gesundheit der Beschäftigten erhöhen. Unternehmensgrundsätze sollen so gestaltet sein, dass Beschäftigte als Erfolgsfaktor und Ressource gesehen werden. Die Unternehmenskultur und Führungsgrundsätze beinhalten MitarbeiterInnenbeteiligung, um die Beschäftigten zur Übernahme von Verantwortung zu ermutigen. Die Arbeitsorganisation gewährleistet Beschäftigten ein ausgewogenes Verhältnis zwischen Arbeitsanforderungen und eigenen Fähigkeiten. MitarbeiterInnen haben Einflussmöglichkeiten auf die eigene Arbeit und erhalten soziale Unterstützung. Die Personalpolitik verfolgt aktiv Gesundheitsförderungsziele.

Die Begrifflichkeiten des Gesundheitsmanagement und der Gesundheitsförderung werden in der Literatur meist synonym verwendet. Nach Hahnzog (2014:XI) beschreibt letzteres inhaltliche Gestaltung von Maßnahmen zur Förderung und Erhaltung der Gesundheit im Unternehmen. Gesundheitsmanagement bezieht sich auf die Verwaltung und Koordination dieser Maßnahmen.

*„Im Krankenhaus dreht sich alles um die Gesundheit der Patient[Inn]en [...] [d]och nur wer sich selber pflegt- und gepflegt wird -, kann andere pflegen“ (Schambortski, 2008:1)*

Damit MitarbeiterInnen der Pflege ihre Tätigkeit dauerhaft ausführen können, muss der Erhalt ihrer Gesundheit elementarer Bestandteil der Unternehmenspolitik und des Führungshandelns in Krankenhäusern sein (Schambortski, 2008:1). Turgut et al. (2014:140f.) schlagen ein Mehrebenenmodell der betrieblichen Gesundheitsförderung vor, um die Zusammenhänge von Gesundheit und Krankheit und die beeinflussenden Faktoren näher zu erläutern. Da die vorliegende Masterarbeit gesunde Führung im Krankenhaus behandelt, soll verstärkt auf Arbeitsbedingungen im Rahmen der Krankenbehandlung verwiesen werden.

Die Autorinnen beschreiben die Ebenen Arbeitsplatz, Individuum, Teamebene, Führung und Organisation. Die Forschungsfrage und die Konzeption dieser Arbeit beinhalten die Befragung sowohl der MitarbeiterInnen der Pflege, deren direkte Vorgesetzte, als auch Pflegedienstleitungen. Diese Personengruppen können nach Turgut et al. den Bereichen Individuum, Führung und Organisation zugeordnet werden, weshalb sich die weitere Ausarbeitung diesen Ebenen widmet.

*„Die betriebliche Förderung von Gesundheit muss gewährleisten, dass sich der Betrieb im Gleichgewicht mit der Ressource Mensch befindet“ (Steinbach, 2007:39)*

#### **4.1.1 Ebene des Individuums**

Permanente Veränderungsprozesse, eine hohe Arbeitsverdichtung mit einem rasanten Durchlauf der PatientInnen, begrenzte Ressourcen sowie erhöhte Arbeitsanforderungen durch immer ältere, multimorbide PatientInnen neben einer gestiegenen Anspruchshaltung von Angehörigen, stellen enorme Anforderungen an Pflegekräfte (Schütz-Pazzini, 2012:62). Das Krankenhaus ist häufig auf die Gesundheit seiner PatientInnen konzentriert und vernachlässigt dabei die MitarbeiterInnen, diese stellen jedoch dort die wichtigste Ressource dar. Deswegen ist es wichtig, der Gesundheit der MitarbeiterInnen, und hier vor allem der Pflegekräfte, hohe Priorität einzuräumen (Pelikan/Nowak, 1998:33). Die Ebene des Individuums umfasst die subjektive Wahrnehmung von Belastungen und Ressourcen im Arbeitskontext sowie die persönliche Einstellung zur Arbeit. Die Gesunderhaltung der MitarbeiterInnen stellt eine wichtige Aufgabe in Unternehmen dar, *„angesichts des Pflegenotstandes sind die Einrichtungen [...] dringend auf gesunde und zufriedene Mitarbeiter angewiesen“* (Horn et al., 2011:267). Ausgeglichene Pflegekräfte können mit Auswirkungen der Arbeit besser umgehen und übertragen das auch auf PatientInnen.

Lobnig et al. (1996:199) nennen zentrale Faktoren, die die Arbeitszufriedenheit des Pflegepersonals beeinflussen. Im Pflegedienst zeigt sich eine hohe Zufriedenheit mit der Arbeitstätigkeit. Konflikte im Team belasten die Arbeitszufriedenheit, umgekehrt erhöht ein positives Arbeitsklima diese. Hohe psychische, physische und soziale Anforderungen wirken belastend auf Personen im Pflegedienst,



diese klagen über hohen Zeitdruck. Das Zusammenspiel multipler Faktoren beeinflusst die Fluktuation und Arbeitszufriedenheit, welche sich wiederum auf die Gesundheit der MitarbeiterInnen auswirkt. Hier darf jedoch die persönliche Komponente nicht vernachlässigt werden. Private Probleme der MitarbeiterInnen können sich auch auf die Arbeitsfähigkeit auswirken. Nach Turgut et al. (2014:151) kommen Maßnahmen der Verhältnisprävention zur Anwendung, die die MitarbeiterInnen im Umgang mit Belastungen unterstützen, den Aufbau und die Nutzung von vorhandenen Ressourcen trainieren. Verhältnisprävention soll die Voraussetzungen für gesundes Verhalten schaffen. Diese Annahme beruht auf der Erkenntnis, dass menschliches Verhalten durch die Arbeits- und Lebensbedingungen – die Verhältnisse- beeinflusst wird und die Schaffung eines gesundheitsgerechten Arbeitsumfeld ist danach die Voraussetzung, dass Maßnahmen der Gesundheitsförderung langfristig wirken können (Dohm et al., 2008:37).

Die Studie von Turgut et al (2014:151) zeigte, dass berufliche Selbstwirksamkeitserwartung eine zentrale Ressource für das subjektive Wohlbefinden der MitarbeiterInnen ist. Selbstwirksamkeit beschreibt, wie eine Person ihre eigenen Fähigkeiten einschätzt, eine bestimmte Situation oder Aufgabe zu bewältigen (Steinbach, 2007:86). Es ist die Überzeugung, ein bestimmtes Verhalten auszuführen, das zu einem erwünschten Ziel oder Ergebnis führt.

Trainingsmaßnahmen sollen zur Förderung dessen Seminare zur Stärkung des eigenen Verhaltens umfassen. Horn et al. (2011:267) verweisen darauf, dass die Angebote zur betrieblichen Gesundheitsförderung nicht nur zur Stärkung der körperlichen Fitness angelegt sein sollen, sondern auch die professionelle Handlungsfähigkeit der MitarbeiterInnen fördern. Dazu zählen Supervision, Konfliktmanagement oder Teamentwicklung, die Weiterbildungen unterstützen MitarbeiterInnen, mit schwierigen Arbeits- und Kooperationsbedingungen umgehen zu können. Gerade bei Menschen im fortgeschrittenen Stadium einer Demenz, kann etwa fremd- und selbstgefährdendes Verhalten zu Belastungsreaktionen bei Pflegekräften führen, was sich wiederum auf die Arbeit im Team auswirkt. Ein geschützter Rahmen in Form von Supervisionsgruppen oder Qualitätszirkeln unterstützt MitarbeiterInnen im Austausch und sie können der Frustration Ausdruck verleihen. Im Umgang mit Belastungen ist es zentral, diese anzusprechen, um gemeinsam mit KollegInnen an einer Lösung zu arbeiten.

Turgut et al. (2014: 151) weisen auf die überlegte Organisation von Trainings hin. Häufig steht MitarbeiterInnen ein umfangreiches Angebot durch das Unternehmen oder Berufsgenossenschaften zur Verfügung, es fehlt zum Teil an Transparenz und Informationen darüber, wie daran teilgenommen werden kann. Viele Angebote in der betrieblichen Gesundheitsförderung werden spontan etabliert, wenn akute Probleme bei den MitarbeiterInnen auftauchen. Verantwortliche nehmen an Interventionen eher als Reaktion auf Krankheit teil, im Sinne von Krankheitsprävention

und weniger in Hinblick auf einen gesundheitsförderlichen Ansatz. Viele Angebote stoßen dabei bei MitarbeiterInnen auf wenig Resonanz (Horn et al., 2011:267). Bei einer Studie in der Langzeitversorgung zeigen MitarbeiterInnen der Pflege zwar Interesse an Angeboten, die sie mit Freizeit assoziieren, möchten diese aber auch in ihrer Freizeit wahrnehmen; gleichzeitig sind sie weniger geneigt, berufliche Fortbildungsangebote in der Freizeit wahrzunehmen. Aus Sicht der Einrichtung ist es eine wichtige Aufgabe, die Angebot der betrieblichen Gesundheitsförderung besser auf die Präferenzen der MitarbeiterInnen zuzuschneiden.

Eine partizipative Einbindung der Individuen in der Zielgruppe kann die Identifikation der TeilnehmerInnen zu den Inhalten und Maßnahmen stärken (siehe Drossel/Hirsch, 2013; Spicker, 2006; Ludwig-Boltzmann-Institut, 1995). Gesundheitsförderung kann Verwirrung auslösen, es ist ein Konstrukt, dessen Komplexität auf den ersten Blick nicht ersichtlich ist. Können sich die Pflegepersonen an der Ausarbeitung der Maßnahmen beteiligen, verstehen sie den Kontext der Interventionen und die Bereitschaft zur aktiven Mitarbeit steigt. Wie in Kapitel 3 dieser Arbeit besprochen, entspricht dieser Gedanke dem Konzept des Empowerment. Ein umfassendes Kommunikationskonzept unterstützt MitarbeiterInnen bei der aktiven Teilnahme und die Maßnahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung können bedarfsgerecht angeboten werden (Turgut et al., 2014:151).

Ein weiterer Aspekt der Kommunikation betrifft die Ebene des Teams. Fuchs (2012:113f.) verweist dabei auf den Faktor des Sozialkapitals am Arbeitsplatz. Sozialkapital ist damit das Ergebnis sozialer Beziehungen und kann am Arbeitsplatz genutzt werden.

Konflikte entstehen häufig durch fehlenden Austausch im Kollegium. Möglichkeiten zum Austausch, etwa in Form von Teambesprechungen oder –trainings fördern ein positives Arbeitsklima. MitarbeiterInnen aus der Pflege verfügen über einen unterschiedlichen Wissenspool und gehen mit Belastungen am Arbeitsplatz unterschiedlich um. Kontinuierliche Kommunikation, sowohl auf formaler, in Form von Statusgesprächen mit der Führungskraft, als auch informeller Basis, im Rahmen von Gesprächen unter MitarbeiterInnen, nutzt die Ressourcen der Individuen und bildet einen Aspekt der betrieblichen Gesundheitsförderung. Pflegekräfte sind dahingehend auf Führungskräfte angewiesen, die die vielschichtigen Ursachen einer erhöhten Arbeitsbelastung verstehen, den MitarbeiterInnen erläutern können, notwendige Veränderungsprozesse zu initiieren und die MitarbeiterInnen dabei individuell und in einem starken Gruppenzusammenhalt begleiten (Schüttz-Pazzini, 2012:62).

#### 4.1.2 Ebene der Führung

*„Führung steht im Mittelpunkt einer gesunden Unternehmenskultur [...], [d]ort ist sie [...] eingebettet zwischen der Wirkungsebene der Mitarbeiter und der des Unternehmens“  
(Hahnzog, 2015:39)*

Führung ist die zielorientierte Einflussnahme des Führenden auf den Geführten, dabei kann das Führen gesund oder krank machen (Rudow, 2011:209). Führungskräfte können das gesundheitsbezogene Verhalten der MitarbeiterInnen beeinflussen und die Arbeit gesundheitsförderlich gestalten. Dafür benötigen sie ein ausreichendes Bewusstsein und Wissen über die Beziehung zwischen Führungsstil und Gesundheit.

Die zentrale Position der Führungskräfte und ihrer Aufgaben hat unmittelbare Auswirkungen auf alle anderen Bereiche eines Unternehmens und umgekehrt, eine Verankerung dieser Ebene in der betrieblichen Gesundheitsförderung sichert einen langfristigen Nutzen (Hahnzog, 2015:13). Turgut et al. (2014:151) empfehlen auf dieser Ebene jene Maßnahmen, die die Führungskraft darin unterstützen, ihre Führungskompetenzen in Hinblick auf die Mitarbeiterorientierung zu erweitern. Es ist notwendig, dass die Führungskraft Kontakt zu ihren MitarbeiterInnen herstellt und die notwendigen Inhalte so kommunizieren kann, dass eine gemeinsame Vorstellung von Aufgaben, Zielen und Möglichkeiten entsteht (Hahnzog, 2015:17). Im täglichen Miteinander entstehen Konflikte und Reibungspunkte, jedoch können diese Prozesse auf Abläufe aufmerksam machen, bei denen Verbesserungspotenzial besteht und damit einen Lerneffekt auf der Ebene der MitarbeiterInnen, als auch der Organisation bewirkt. Werden diese Konflikte nicht positiv genutzt, können sich diese negativ verstärken.

Erfolgreiches Leiten und Führen im Krankenhaus kann sich heute nicht mehr auf die fachliche Kompetenz in Pflege und Medizin berufen, es bedarf darüber hinaus eine entwickelte Konfliktlösungsfähigkeit, ausgeprägte Verhandlungskompetenz und anderer psychosozialer Kompetenzen um Entscheidungssituationen produktiv zu lösen (Sherer, 1994, o.S.; zit. nach Lobnig et al., 1996:203). Wie bereits auf der Ebene des Individuums angesprochen, sind Konflikte in Pflorgeteams eine Ursache für niedrige Arbeitszufriedenheit. Lobnig et al. (1996:203) empfehlen dazu, neben der sachlich-zielorientierten Ebene der Zusammenarbeit im Stationsteam auch die strukturelle und die emotional-beziehungsorientierte Ebene zu berücksichtigen. Zur Vermeidung falscher Entscheidungen und zum Aufbau einer arbeitsfähigen Gruppe sollen soziale Lernprozesse unterstützt und die Einbeziehung sozialer Kompetenzen der Teammitglieder gefördert werden. Insbesondere die Stationsleitungen und deren Kompetenz zur Gestaltung der alltäglichen Arbeitsorganisation und ihrer Personalverantwortung sind entscheidende Faktoren der Schaffung eines positiven Stationsklimas. Um das Gelernte in den beruflichen Alltag umsetzen zu können, sollen Führungskräfte als auch das

Pflegepersonal die Bereitschaft und Fähigkeit entwickeln, bestehende Prozesse und Verhaltensweisen zu ändern (Bolz, 2015:26f.).

Die zukünftigen Organisationen des Gesundheitswesens mit ihrer zunehmenden Komplexität und der stärkeren Bedeutung von Kosten- und Effizienzkriterien haben Veränderungen in der Art und Weise, wie das Personal verwaltet wird, zur Folge (Lobnig et al., 1996:203). Darüber hinaus üben qualitative Anforderungen an die Pflege, wie PatientInnenerwartungen, gestiegene PatientInnensouveränität und eine zunehmend kritische Öffentlichkeit einen starken Einfluss auf den Pflegealltag aus (Bolz, 2015:27). Der Bereich des Managements im Pflegedienst gewinnt dabei zunehmend an Bedeutung. Die Aufgabe der Führungskräfte der Pflege liegt darin, regelmäßig die Qualifikationen der MitarbeiterInnen an die neuen medizinischen und pflegerischen Standards mithilfe von Fortbildungsangeboten anzupassen (Lobnig et al., 1996:204). Die Betreuung der Pflegekräfte gewinnt im Kontext des Human Resource Management zunehmend an Bedeutung.

MitarbeiterInnenorientierung und Vertrauen in deren Kompetenzen und beruflichem Handeln sind ein wichtiger Faktor der Führung einer Pflegeeinrichtung (Bolz, 2015:31). Dazu gehört neben einer anforderungsgerechten MitarbeiterInnenentwicklung auch ein respektvoller Umgang, um Pflegekräfte zu motivieren, sich engagiert in die pflegerische Arbeit einzubringen und die Qualität der Behandlung zu gewährleisten. Wertschätzung und Anerkennung sind wesentliche Voraussetzungen mitarbeiterInnenorientierter Führung.

Ein zentrales Merkmal der Krankenhausstruktur ist die Multiprofessionalität. Personen unterschiedlicher Berufsgruppen arbeiten gemeinsam mit PatientInnen an deren Gesundheit. Lobnig et al. (1996:204) merken an, dass interdisziplinäre Zusammenarbeit in institutionalisierter Form zum Teil nur in oberen Leitungspositionen stattfindet, auf Stationsebene sind interdisziplinäre Zusammenkünfte meist nicht vorgesehen. Im Rahmen einer integrierten Versorgung kommt es jedoch darauf an, den Behandlungsprozess in den Vordergrund zu stellen und die Versorgung interdisziplinär zu gestalten (Bolz, 2015:31). Dafür sind in Pflegeeinrichtungen die Voraussetzungen und Fähigkeiten für abteilungsinterne, als auch –übergreifende Kooperation von großer Bedeutung. Führungskräfte können solche Kooperationen anregen und die Wichtigkeit der interdisziplinären Zusammenarbeit hervorheben und regelmäßige Zusammenkünfte und Besprechungen einführen.

*„Sich selbst führen heißt [...], für die eigene Person, die individuellen Werte und Handlungen Verantwortung zu übernehmen und zu ihnen zu stehen“ (Bolz, 2015:16)*

Führung beginnt als Selbstführung der eigenen Person. Die Führungskraft muss die Fähigkeit haben, sich selbst in Frage zu stellen und über die eigenen Ziele, Werte und Visionen reflektieren zu können (Hahnzog, 2015:16). Eine Führungskraft sollte auch den Sinn des eigenen Handelns, als auch dem der

MitarbeiterInnen hinterfragen. Dazu bedarf es einer ausgeprägten Kommunikationskompetenz nach innen, um diese vielfältigen Bedürfnisse miteinander abzugleichen und auf einen Nenner zu bringen. Eine professionelle Selbstführung trägt dazu bei, sich selbst gesund zu halten. Ein Aspekt zur Krankheitsprävention ist die Kenntnis der eigenen Persönlichkeit. Je genauer die Führungskraft ihre eigenen Möglichkeiten und Grenzen kennt, umso besser kann sich diese gegen Überforderung und Belastung schützen (Hahnzog, 2015:17). Um einen gesundheitsförderlichen Führungsstil zu etablieren, werden Trainings und Coachings eingesetzt, um Führungskräfte für die Wirkung ihres Verhaltens auf die MitarbeiterInnen zu sensibilisieren (Turgut et al., 2014:151).

Führungskräfte haben für deren MitarbeiterInnen eine Vorbildfunktion und vermitteln dabei Werte und Einstellungen zu Gesundheit und Sicherheit. Es ist wichtig, dass Vorgesetzte von Pflegepersonen sich ihrer Vorbildfunktion bewusst sind und selbst gesundheitsfördernde Verhaltensweisen, wie etwa gesunde Ernährung und ausreichend Bewegung, aber auch Achtsamkeit der eigenen Person gegenüber, aktiv in den eigenen Alltag integrieren (Ulatowski, 2013:22). Wer selbst bis zur Erschöpfung arbeitet, kann von seinen MitarbeiterInnen keinen bewussten Lebensstil erwarten.

Bei allen Bestrebungen der Führungskräfte, gesundheitsförderlich mit MitarbeiterInnen, aber auch mit der eigenen Person umzugehen, müssen sie sich vergewissern, dass nicht allein das Führungsverhalten das Wohlbefinden der MitarbeiterInnen bestimmt (Gerstner, 2008:11). Die betrieblichen Verhältnisse und die wirtschaftliche Situation eines Unternehmens fördern oder behindern MitarbeiterInnengesundheit. Nicht zuletzt tragen die einzelnen MitarbeiterInnen Verantwortung für die eigene Gesundheit, die sie nicht an die Führungskraft delegieren können. Dieses Wissen um eine geteilte Verantwortung entlastet Führungskräfte und dient dem Stressabbau.

#### **4.1.3 Ebene der Organisation**

Hier sind Interventionskonzepte zur Förderung der organisationalen Unterstützung gefragt, die sowohl arbeitsorganisatorische Prozesse, wie etwa der Umgang mit einem Schichtarbeitsystem, als auch Prozesse der Information und Partizipation der MitarbeiterInnen betreffen (Turgut et al., 2014:151f.). Strategische Informationskonzepte sichern die zeitnahe Information und die Einbindung von MitarbeiterInnen in Veränderungsprozesse. Diese Maßnahmen müssen spezifisch an die Arbeitssituation und vorhandene Prozesse angepasst werden, da nur gezielte Unterstützung als hilfreich wahrgenommen wird. Die Transparenz in der Kommunikation und die Wahrnehmung organisationaler Gerechtigkeit und Mitwirkungsmöglichkeiten spielen dabei eine große Rolle.

Die Organisation Krankenhaus befindet sich in einem Spannungsfeld zwischen Wirtschaftlichkeit und den Bedürfnissen von PatientInnen, aber auch MitarbeiterInnen. Es gilt, den Arbeitsplatz Krankenhaus für Pflegekräfte attraktiver zu machen, aber auf welchem Weg? Den ersten Ansatz aus

den USA (Abk. United States of America) betrifft die Strategien im Rahmen des Magnetkrankenhaus-Konzepts, welches die Identifikation mit dem Krankenhaus, die Attraktivität der Einrichtung als Arbeitgeber und die Arbeitszufriedenheit erhöht und damit eine magnetische Wirkung auf das Pflegepersonal ausübt.

Der Fokus des Konzepts der Gesundheitsfördernden Krankenhäuser liegt darin, den Gedanken der Gesundheitsförderung sowohl in der Organisation selbst und der Gemeinde, als auch bei PatientInnen und MitarbeiterInnen zu verankern. Die betroffenen Personengruppen werden im Sinne des Empowerment dazu ermächtigt, zukünftig selbst für ihre Gesundheit sorgen zu können.

#### **4.2 Magnetkrankenhaus**

Krankenhäuser sind zunehmend mit der Tatsache konfrontiert, dass für die steigende Anzahl an PatientInnen nicht hinreichend Pflegepersonal am Markt verfügbar ist und sich ein zunehmender Konkurrenzkampf um qualifiziertes Personal entwickelt (Friedrich/Poigné, 2012:70). Der Fokus von Krankenhäuser liegt zunehmend auf Effizienz und Verknappung der Ressourcen, diese Entwicklung wirkt sich jedoch mit der Arbeitsverdichtung negativ auf die Zufriedenheit der MitarbeiterInnen aus und führt zu einer höheren Fluktuation qualifizierter Pflegekräfte. PatientInnen nehmen diesen Prozess in Form abnehmender Leistungsqualität wahr und infolge deren steigender Ansprüche erweist sich dies als problematisch. Um dieser Entwicklung entgegenzuwirken, rücken die Anwerbung und Bindung von Pflegepersonal zunehmend in den Fokus der Krankenhäuser.

In den 1980er Jahren wurde innerhalb der staatlichen Krankenversicherung der USA ein fallbezogenes Vergütungssystem eingeführt, infolgedessen es zu drastischen Einsparmaßnahmen, auch auf Seiten des Personals kam (Bolz, 2015:92). Diese Entwicklung führte bei vielen Pflegekräften zu Motivationsverlusten, Arbeitsunzufriedenheit und Kündigungen und das neue negative Image des Pflegeberufs machte es schwerer, qualifiziertes Personal zu finden. Dagegen gab es Krankenhäuser, die diese Probleme nicht hatten. Auffallende Merkmale dieser Einrichtungen waren die geringe Personalfuktuation, eine hohe Arbeitszufriedenheit, die Einschätzung des Krankenhauses als attraktiver Arbeitgeber, qualitativ hochwertige Pflegeleistung und die hohe PatientInnenzufriedenheit. Die Untersuchung dieser Krankenhäuser führte zu dem Ergebnis, dass sie neben anderen Eigenschaften über eine Organisationskultur verfügten, die durch gegenseitige Wertschätzung und Respekt gegenüber der Arbeit des anderen gekennzeichnet war und großer Wert auf die Förderung der Autonomie und Eigenverantwortlichkeit auf Basis professioneller Pflegestandards gelegt wurde (Bolz, 2015:92). Die beschriebenen Eigenschaften wirkten sich positiv auf die PatientInnenzufriedenheit aus. Die Führungskräfte lebten diese Organisationskultur der Wertschätzung als Faktor der MitarbeiterInnenbindung und die Pflegepersonen identifizierten sich stark mit dem Arbeitgeber.

Das American Nurses Credentialing Center (Abk. ANCC, 2015a; Friedrich/Poigné, 2012:72) definiert 14 Faktoren, sogenannte Forces of Magnetism, die mitarbeiterbindende Eigenschaften von Krankenhäusern beschreiben.

1. Pflegeführung: In der Organisation verfolgen sachkundige, aber auch risikofreudige Führungskräfte eine stark kommunikativ und zu den Tätigkeiten transparente Strategie. Sie vertreten die Interessen der PatientInnen, als auch der MitarbeiterInnen, was sich in einer erhöhten Zufriedenheit dieser Gruppen zeigt.
2. Organisationsstruktur: Die flache dynamische Organisationskultur ist von dezentralen Entscheidungsprozessen geprägt. Pflegekräfte beteiligen sich auf allen Ebenen an Entscheidungen zu deren Arbeitssituation. Ein funktionierendes System der gemeinsamen Entscheidungsfindung kennzeichnet die organisationale Struktur.
3. Management-Stil: Die Organisation ist stark von partizipativen Prozessen geprägt. MitarbeiterInnen aller Ebenen fordern und geben konstruktives Feedback und Pflegekräfte in Führungspositionen ermutigen das Personal zur Meinungsäußerung.
4. Personalpolitik: Wettbewerbsfähige Bezahlung, eine sichere und gesunde Arbeitsumgebung, der Einbezug der Pflegekräfte bei der Gestaltung personalpolitischer Richtlinien sowie Weiterentwicklungsmöglichkeiten sind durch die vorhandene Personalpolitik gesichert.
5. Professionelle Pflegemodelle: Diese übertragen Pflegepersonen Verantwortung und Autorität im direkten PatientInnenkontakt. Die Pflegemodelle setzen den Einsatz kompetenter Pflegenden sowie adäquater Ressourcen voraus, ermöglichen Kontinuität in der Pflege und berücksichtigen die individuellen Bedürfnisse der PatientInnen.
6. Qualität in der Pflege: Der Anspruch nach Qualität bietet den Antrieb der Pflegekräfte und der Organisation. Führungskräfte sind verantwortlich, für MitarbeiterInnen ein Arbeitsklima zu schaffen, um positive Entwicklungen zu fördern, da professionelle Pflege das Anliegen aller Pflegepersonen ist.
7. Verbesserung der Qualität: In der Organisation bestehen Strukturen zur Qualitätsmessung und –verbesserung der Pflegeprozesse.
8. Beratung und Ressourcen: Die Organisation stellt adäquate Ressourcen und Unterstützung zur Verfügung und ermöglicht es, kompetente ExpertInnen aus der Pflege zu Rate zu ziehen. Die Teilnahme der Pflegenden in Berufsorganisationen sowie die Möglichkeit des Austausches innerhalb der Gemeinschaft wird gefördert.
9. Autonomie: Von Pflegekräften wird erwartet, dass diese im Rahmen professioneller Standards und mithilfe umfangreicher Fachkenntnis autonom arbeiten.

10. Gemeinde und Gesundheitsorganisation: Partnerschaftliche Beziehungen ermöglichen bessere PatientInnenenergebnisse in Hinblick auf deren Gesundheit und bestehen zwischen der Gesundheitseinrichtung und der Gemeinde.
11. Pflegende als Lehrkräfte: Professionelle Pflegekräfte sind in Bildungsaktivitäten innerhalb der Organisation und der Gemeinde involviert. Verschiedene Programme fördern Pflegende in ihrer Lehrtätigkeit.
12. Berufsbild der Pflege: Die Arbeit der Pflegekräfte wird von anderen Berufsgruppen innerhalb der Gesundheitseinrichtung als wesentlicher Bestandteil ganzheitlicher Behandlung wahrgenommen.
13. Interdisziplinäre Zusammenarbeit: Gegenseitiger Respekt sichert die Wahrnehmung, dass alle involvierten Berufsgruppen gemeinsam an der Gesundung der PatientInnen arbeiten. Konfliktmanagement trägt zur Lösung von Auseinandersetzungen bei.
14. Berufliche Entwicklung: Die Gesundheitsorganisation schätzt und unterstützt Weiterbildung der MitarbeiterInnen. Für die Teilnahme an Programmen zur Weiterentwicklung klinischer Kompetenzen sowie Führungs- und Managementfähigkeit stehen personelle und finanzielle Ressourcen zur Verfügung.

Diese 14 „Kräfte des Magnetismus“ kennzeichnen im Rahmen von Studien in den USA gewisse Krankenhäuser, die im weiteren Verlauf die Zertifizierung zum Magnetkrankenhaus von der ANCC erhielten.

Ziel des im Jahr 2008 eingeführten Modells des „Magnet Recognition Program“ (zu Deutsch „Magnet-Anerkennungsprogramm“) war es, sowohl ein übersichtliches Modell für die Pflegepraxis, als auch ein Rahmenwerk für Organisationen zu geben, welche den Status eines Magnetkrankenhauses anstreben (ANCC, 2008). Das neue Modell ordnet die 14 Kräfte des Magnetismus fünf Schlüsselkomponenten zu (Friedrich/Poigné, 2012:73; ANCC, 2008; siehe Abbildung 1).



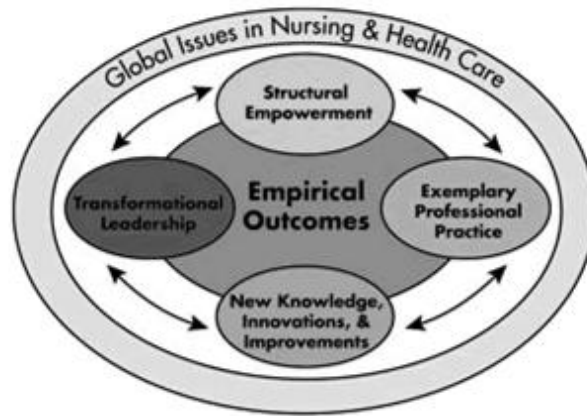


Abbildung 1: Magnetismus-Modell nach ANCC (2008)

Transformationale Führung („*Transformational Leadership*“) beschreibt ein Führungsverhalten, das die MitarbeiterInnen befähigt, den Anforderungen der Zukunft gewachsen zu sein. Ziel ist, nicht länger an einer problemlösungsorientierten Vorgehensweise festzuhalten, sondern die Organisation einem Wandel zu unterziehen, um so die zukünftige Wettbewerbsfähigkeit zu sichern.

Strukturelle Befähigung („*Structural Empowerment*“) bezeichnet die soliden Strukturen und Prozesse innerhalb einer Gesundheitsorganisation, welche ein produktives Arbeitsklima für professionelle Pflegekräfte ermöglichen. Um die Ziele erreichen zu können, bedarf es der Zusammenarbeit zwischen Institution und Gemeinde sowie einer Vielzahl an Programmen, welche die MitarbeiterInnen in ihrer Weiterentwicklung fördern.

Vorbildhafte professionelle Praxis („*Exemplary Professional Practice*“) beruht im Rahmen des Magnetkrankenhauses auf dem Leitgedanken der vorbildlichen, professionellen pflegerischen Arbeit. Es erfordert ein umfassendes Verständnis der Rolle der Pflege und deren Einsatz im Umgang mit PatientInnen, deren Angehörigen und in interdisziplinären Teams. Zu dieser Praxis zählt auch die kontinuierliche Bereitschaft, das eigene Wissen zu erweitern.

Neues Wissen, Innovationen und Verbesserung („*New Knowledge, Innovation and Improvement*“) können durch eine starke Führungskraft, selbstständig arbeitende Fachkräfte und eine professionelle Praxis erreicht werden. Magnetkrankenhäuser haben darüber hinaus eine ethische und professionelle Verantwortung bezüglich der PatientInnenversorgung sowie der Verbreitung von Wissen, Innovationen und Verbesserungen.

Empirische Ergebnisse („*Empirical Quality Results*“) und Daten zur Belegschaft, den PatientInnen und der Organisation müssen zukünftig genutzt werden, um diese für Vergleichsmöglichkeiten zu nutzen und die Qualität der Behandlung weiter auszubauen.

Magnetkrankenhäuser bedienen sich wirksam den Aspekten einer positiven Arbeitsumgebung und zeichnen sich durch eine hohe MitarbeiterInnenbeteiligung, interdisziplinäre Zusammenarbeit, gegenseitige Wertschätzung sowie qualitativ hochwertige Pflege aus (Friedrich/Poigné, 2012:74ff.).

Die AutorInnen betonen, dass eine gerechte Vergütung zwar Bestandteil des Magnetkonzepts ist, aber nicht das entscheidende Kriterium für die erfolgreiche Personalgewinnung darstellt.

### **4.3 Gesundheitsförderndes Krankenhaus**

Krankenhäuser können zur erfolgreichen Realisierung und Umsetzung von Gesundheitsförderung viel besteuern. Sie sind zum einen Zentrum der Krankenbehandlung und verfügen über einen Wissenspool zahlreicher Fachdisziplinen im Umgang mit Gesundheit und Krankheit, zum anderen sind sie ein zentraler Arbeitgeber als Gesundheitsinstitution (Pelikan/Lobnig, 1993:200).

Eine der fünf Strategien der Ottawa-Charte der WHO beinhaltet die Neuorientierung der Gesundheitsdienste und dabei besteht ein enger Kontext zu gesundheitsfördernden Krankenhäusern. Krankenhäuser als Ort der Gesundheitsförderung entwickelt das Leistungsspektrum weiter, verbessern die Arbeitsbedingungen der Beschäftigten, erhöhen die Effektivität und Effizienz der Abläufe und stärken die Integration mit den medizinischen und sozialen Einrichtungen der Region (Pelikan/Lobnig, 1993:201). Pelikan/Nowak (1998:32f.) beschreiben vier Handlungsfelder des gesundheitsfördernden Krankenhauses, nämlich auf der Ebene von PatientInnen, der Organisation, den MitarbeiterInnen und der Gemeinde.

Das Krankenhaus ist häufig auf seine PatientInnen konzentriert und vernachlässigt zum Teil die MitarbeiterInnen, welche jedoch die wichtigste Ressource darstellen. Neben Verbesserung im Bereich ergonomischen Arbeitsabläufen und der Gestaltung einer gesundheitsfördernden Arbeitswelt geht es darum, individuelle Handlungskompetenzen zu entwickeln und zu stärken. Durch die Partizipation an Entscheidungsprozessen können die MitarbeiterInnen die eigenen Gesundheitsinteressen besser vertreten und stärker einbezogen werden.

Auf Ebene der Organisation liegt der Fokus auf der Förderung der Kooperation zwischen den Krankenhausabteilungen, Berufsgruppen und Hierarchieebenen. Die komplexen Aufgaben im Krankenhaus können nur durch Arbeitsteilung und Spezialisierung gelöst werden. Lobnig et al. (1996:202) betonen die Rolle der Führungskräfte in der Organisation. Ihre Aufgabe ist es, die Rahmenbedingungen für produktive und befriedigende Arbeitsbedingungen zu schaffen und im Sinne eines organisationsbezogenen Leitungsverständnisses geeignete Kommunikationsstrukturen, Regeln und Verfahren aufzustellen. Die verbesserte Kommunikation mit weiterbetreuende Einrichtungen sichert die Kooperation mit und auf Ebene der Gemeinde.

## 5 Gesunde Führung

Die Gestaltung der Rahmenbedingungen für betriebliche Gesundheitsförderung liegt in der Verantwortung der obersten Führungsebene. Diese legen die Ziele der Gesundheitspolitik am Arbeitsplatz fest und definieren die konkreten Inhalte der Maßnahmen. Eine Implementierung in die Organisationskultur sichert den langfristigen Erfolg der gesundheitsfördernden Interventionen. Es bedarf eines gemeinsamen Verständnisses von Gesundheit am Arbeitsplatz, um die Maßnahmen nach gemeinsamen Zielen der Organisation ausrichten. Dieses Kapitel startet mit einer Einführung in theoretische Konzepte von Führung. Im Anschluss daran erfolgt eine Beschreibung der Handlungsfelder von gesundem Führungsverhalten.

Zentral dafür sind argumentative Kompetenzen der Führungskräfte, deren MitarbeiterInnen von der Idee der Gesundheitsförderung zu überzeugen und diese frühzeitig einzubinden. Sind die MitarbeiterInnen von den geplanten Interventionen betroffen, ist deren Einbeziehung wichtig, da der langfristige Erfolg von deren aktiver Mitarbeit abhängt. Ein weiterer Faktor liegt in der Arbeit und dem Tun der Führungskraft selbst. Führungskräfte können beflügelnd auf das Wohlbefinden und damit auf die Motivation und Arbeitsleistung ihrer MitarbeiterInnen wirken und so zur Steigerung der Qualität der Arbeit beitragen (Badura et al., 2010:52).

Die Definition des Begriffs kann nicht eindeutig gegeben werden. AutorInnen in der Literatur beschreiben meist beobachtbare Verhaltensweisen, Auswirkungen oder Führungsstile, um das Konstrukt greifbar zu machen. Der Soziologe Max Weber (1972:28) spricht den Begriff der Führung nicht direkt an, verweist aber auf zwei Faktoren, die in diesem Zusammenhang eine Rolle spielen. Macht bedeutet die *„Chance, innerhalb einer sozialen Beziehung den eigenen Willen auch gegen Widerstand durchzusetzen, gleichviel worauf diese Chance beruht“*. Die Chance, für den Befehl bei einem Personenkreis Gehorsam zu finden, bezeichnet Webers Definition von Herrschaft.

Im Sinne der Gesundheitsförderung und dem damit verbundenen partizipativen Ansatz zeigt sich ein Widerspruch, da die Definition einen autoritären Führungsstil beschreibt. Der Ansatz gesundheitsfördernder Maßnahmen beruht auf Teilhabe, flachen Hierarchien und Kollegialität. In dieser Denkweise beschreibt Weber drei Formen von Herrschaft, die legale, die traditionale und die charismatische. Letztere basiert darauf, dass Menschen an besondere Eigenschaften einer anderen Person, deren *„Vorbildlichkeit oder das Heldentum“* (Preisendörfer, 2011: 98f.) glauben und sich deshalb freiwillig deren Befehlen unterordnen. Die Hauptschwäche besteht jedoch darin, dass Charisma verblassen kann und sich die Untergebenen schnell eine neue Führung suchen. Das Konzept der charismatischen Führung kommt im Rahmen der Gesundheitsförderung zu tragen. Vorgesetzte stehen in einer Vorbildrolle und nutzen die eigenen Fähigkeiten, die MitarbeiterInnen

von dieser Idee und einem gesundheitsfördernden Gedanken zu überzeugen. Macht kann in der Gesundheitsförderung, speziell in der Pflege, von Führungskräften dazu genutzt werden, MitarbeiterInnen zum einen auf gesundheitsschädigendes Verhalten hinzuweisen und diese zu gesundheitsförderlichen Maßnahmen motivieren, zum Beispiel das Verwenden von Hilfsmitteln wie etwa elektrischen Hebeliftern. Zum anderen haben Führungskräfte gegenüber den Pflegekräften eine Unterweisungspflicht, die Einhaltung darin enthaltener Richtlinien einzufordern.

Führung beinhaltet die Steuerung sozialen Handelns anderer. Es umfasst die Fähigkeit, eine Vision in Begriffe zu fassen, sowie die Autorität, die Energie und die Klarheit, diese Visionen zu vermitteln. Führungskräfte motivieren ihre MitarbeiterInnen und geben Inspiration (Gerstner, 2008:5). Diese Definition vermittelt ein reflexives Verständnis. Führungskräfte verfolgen visionäre Ziele, und deren Aufgabe besteht darin, diese den MitarbeiterInnen zu vermitteln, sie von der Idee zu überzeugen und zur Mitwirkung anzuregen. Ein zentraler Faktor liegt in der Fähigkeit, die MitarbeiterInnen zu motivieren und zu aktivieren. Diese Definition verweist auf den emotionalen Faktor in der Führungsarbeit.

Eine weitere Definition stammt von Drath und Palus (1994:4; zit. nach Walenta/Kirchler, 2008:412) und besagt, „*leadership is the process of making sense of what people are doing together so that people will understand and will be committed*“. Führung beschreibt hier die Fähigkeit von Überzeugungskraft, dabei den MitarbeiterInnen einen Sinn in der Tätigkeit zu vermitteln. Das Vermitteln von Werten am Arbeitsplatz spielt hier eine große Rolle. Im Berufsalltag sind Pflegekräfte immer wieder mit Situationen konfrontiert, in der die persönliche Haltung zur Tätigkeit und dem Beruf eine wichtige Rolle spielen. Sowohl die Wertschätzung gegenüber PatientInnen als auch gegenüber KollegInnen sind die Auswirkung einer auf Respekt basierenden Organisationskultur, deren Inhalte von der Führungskraft an die MitarbeiterInnen vermittelt werden.

Nach Gündel et al. (2014:45f.) beschreiben in der Psychologie gewisse Eigenschaften die Persönlichkeit von Führungskräften. Extraversion, Gewissenhaftigkeit und Offenheit für Erfahrungen hängen positiv mit Führung zusammen. Ob Personen in leitenden Positionen diese Eigenschaften von Beginn an mitbringen oder sich erst in diese Richtung entwickeln, lassen die AutorInnen jedoch offen. Extraversion beschreibt die Fähigkeit zur Kommunikation, damit Inhalte transparent an die MitarbeiterInnen vermittelt werden. Der Austausch in Teambesprechungen, als auch eine Kommunikationskultur, in der gegenseitiges, konstruktives Feedback zwischen der Führungskraft und den MitarbeiterInnen ausgesprochen werden kann, fördern ein positives Arbeitsklima. Es gilt, Erfahrungen und einen Handlungsspielraum im täglichen Arbeiten zu ermöglichen. Gleichzeitig steht die Qualität der Arbeit an oberster Stelle.

Unabhängig von den Begriffsdefinitionen, wie die Persönlichkeit als auch das Führungsverhalten gestaltet sein soll, ist die Arbeitssituation entscheidend, ob die Führungskraft nach den eigenen Wertvorstellungen handeln kann. Es sind Voraussetzungen auf der Ebene des Teams, wie es aufgestellt ist, ob die notwendigen Arbeitsmittel vorhanden sind oder inwiefern sich die eigenen Vorstellungen von Führung mit denen der Organisationskultur decken.

### **5.1 Handlungsfelder gesunder Führung**

Die AutorInnen Turgut et al. (2014:148) verweisen darauf, dass Ressourcen auf der Ebene des Individuums, im Rahmen beruflicher Selbstwirksamkeitserwartung, der Organisation durch deren Unterstützung und der Führung mithilfe des gestärkten Bewusstseins für die Gesundheit der MitarbeiterInnen, in positivem Zusammenhang mit der Arbeitszufriedenheit stehen. Sind die Angestellten ausgeglichener, führt das zu besserer Gesundheit.

Vor allem personenbezogene Faktoren spielen im Rahmen der gesundheitsfördernden Führung nach Wilde et al. (2009:84f.) eine große Rolle. Einerseits wirken sich Trainings zur Persönlichkeitsentwicklung positiv auf gesundheitsförderndes Führungsverhalten aus, andererseits stellt der organisationale Kontext die Ressourcen zur Verfügung, die Kompetenzen der Führungskraft in Richtung der Gesundheitsförderung zu stärken und auf Einflussmöglichkeiten dahingehend aufmerksam zu machen.

Gesundheitsförderndes Führungsverhalten unterscheidet sich von anderen Formen von Leitung. Gurt et al. (2011:120) definieren dazu bestimmte Eigenschaften, die sie im Rahmen ihrer Untersuchung identifizieren. Gesunde Führung beinhaltet Verantwortung für die Gesundheit der MitarbeiterInnen, Kommunikation zu gesundheitsfördernden Themen, Initiierung von gesundheitsfördernden Maßnahmen und die Motivation der MitarbeiterInnen, daran teilzunehmen.

Arbeit soll Spaß machen und abwechslungsreich sein und den MitarbeiterInnen ermöglichen, auf ihre Arbeit stolz sein zu können. Der Soziologe Hurrelmann (2010:192) identifiziert die Faktoren gesunder Organisationen: partnerschaftlicher Führungsstil; flache Hierarchie; gemeinsame Werte und Vertrauen; Transparenz von Entscheidungen; Partizipationsmöglichkeiten; ein hochentwickeltes System der Weiterbildung; abteilungsübergreifende Zusammenarbeit. Er spricht zwar in den weiteren Ausführungen diesen Gedanken nicht an, jedoch kann aus meiner Sicht jede Dimension auf Führungsverhalten rückbezogen werden. Führungskräfte vermitteln in unterschiedlichem Ausmaß ihre eigenen gesundheitsbezogene Werte und Normen und sind damit Vorbild für die MitarbeiterInnen. Sie beeinflussen durch ihr tägliches Handeln die Gesundheit, Leistungsfähigkeit und Motivation ihrer MitarbeiterInnen, die Qualität des Verhältnisses zwischen MitarbeiterInnen und deren Vorgesetzten wirkt sich positiv auf die Arbeitszufriedenheit aus und bestimmt damit die Fluktuationsrate des Unternehmens (Gerstner, 2008:9f.).

Die obigen Definitionen zu gesundheitsfördernder Führung verweisen stark in Richtung der MitarbeiterInnenorientierung. Das bereits im vorherigen Kapitel beschriebene Konzept des Magnetkrankenhauses greift diesen Aspekt auf, um hoch qualifizierte Pflegekräfte langfristig am Arbeitsplatz zu halten und die Arbeitsumgebung dahingehend zu verändern, dass dieser gesundheitsförderlichen Merkmalen entspricht. Mitarbeit im Krankenhaus ist eine personalintensive Form der Beschäftigung und 66 Prozent der Ausgaben im Krankenhaus fallen auf Personalkosten (Gerstner, 2008:5). Deswegen ist es wichtig, diese Ressource zu fördern und zu unterstützen.

Gesundheitsförderndes Führungsverhalten ist im Wesentlichen durch die Aspekte soziale Unterstützung, Anerkennung und Wertschätzung, sowie Partizipation und MitarbeiterInnenbeteiligung gekennzeichnet (Gerstner, 2008:11f.). Es ist jedoch sinnvoll, das Führungsverhalten den aktuellen Bedingungen und den Kompetenzen, Erfahrungen und Motivation der einzelnen MitarbeiterInnen anzupassen und stetig zu reflektieren. Jede Führungskraft bringt unterschiedliche Voraussetzungen mit. Um glaubwürdig zu wirken, muss das Führungsverhalten in Einklang mit der dahinter stehenden Person stehen.

Die in weiterer Folge ausgearbeiteten Themenbereiche sind keine Maßnahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung, es sind Verhaltensweisen, die ein gesundes Betriebsklima fördern.

### **5.1.1 Soziale Unterstützung**

Hier forciert die Führungskraft aktiv die Kommunikation zwischen Teammitgliedern, als auch die zwischen Vorgesetzten und den MitarbeiterInnen. Zur Förderung eines gesunden, motivierenden Arbeitsklimas sind Führungskräfte GesprächspartnerInnen für Probleme bei der Arbeit, aber auch für private Schwierigkeiten (Gerstner, 2008:13). Die Form der sozialen Unterstützung kann unterschiedlich gestaltet sein. Eine Unterstützung von teamexterner Seite beinhaltet das Angebot von Weiterbildung oder Supervision. Auf horizontaler Ebene bieten sich MitarbeiterInnen untereinander Hilfestellung, dabei spielt die Arbeitsorganisation eine große Rolle. Die Unterstützung auf vertikaler Ebene umfasst das Führungsverhalten der Vorgesetzten.

Emotionale Unterstützung durch Zuneigung, Vertrauen oder Anteilnahme im Team kann die Bewältigung von Schwierigkeiten erhöhen. Diese Prozesse wirken als Puffer gegen belastende Prozesse. Positive Auswirkungen auf die Gesundheit zeigen sich vor allem dann, wenn die Betroffenen die Unterstützung als zufriedenstellend wahrnehmen.

Wichtig für das soziale Gefüge in einem Team ist das Betriebsklima. Die Arbeitsumgebung kann durch die Unternehmenskultur, den sozialen Austausch unter KollegInnen und durch eine gesunde Führung positiven Einfluss auf die Gesundheit der MitarbeiterInnen haben (Hahnzog, 2015:24). Eine annähernde Gleichberechtigung der MitarbeiterInnen fördert die Arbeitsatmosphäre (Matyssek,

2012:208). Tragfähige soziale Beziehungen erhöhen die Arbeitszufriedenheit. Unterstützung der Kollegschaft ist im Sinne Antonovskys Modell der Salutogenese eine Widerstandsressource, die das Individuum gegen Einwirkungen von außen belastbar macht. Personen fühlen sich durch die Hilfestellung der sozialen Umwelt selbstsicher und gestärkt. Dafür braucht es die Fähigkeit der Führungskräfte, die Abläufe im Team und die Bedürfnisse der MitarbeiterInnen stetig im Blick behalten zu können. Ansprechbar zu sein und Zuspruch zu schenken sind Verhaltensweisen, die den Führungskräften immer zur Verfügung zu stehen. Die Gruppendynamik, als auch das Befinden Einzelner beeinflussen die Gesundheit aller im Team, frei nach dem Sprichwort „die Kette ist nur so stark wie ihr schwächstes Glied“.

Symptome von Beanspruchung im Team oder einzelner Mitglieder zeigen sich auf verschiedene Weise. Führungskräften kommt dabei die Aufgabe zu, diese Veränderungen wahrzunehmen und anzusprechen (Matyssek, 2012:208). Coachings oder Weiterbildungsangebote vermitteln die Inhalte, um mit den Situationen kompetent umgehen zu können. Empathie spielt dabei eine große Rolle, sich in die Lebenswelt der MitarbeiterInnen hineinversetzen zu können. Zum Teil kann diese Fähigkeit auch durch Personen aus dem Team ergänzt werden. Regelmäßige reflektierende Gespräche im Einzel- und Gruppensetting vermitteln ein Stimmungsbild des Teams. Zum Teil übernehmen auch einzelne MitarbeiterInnen die Rolle des Gruppensprachrohrs, welche die Dynamik am Arbeitsplatz wahrnehmen und an die Führungskraft rückmelden. Zentral ist hier eine positive Deutung dieser informellen Rolle: verschieben sich die Informationen an die Vorgesetzten in negative Richtung und gegen die Interessen des Teams, wirkt es sich auf die Gruppendynamik schädigend aus.

In der Pflege hat sich in den letzten Jahren eine Vielzahl an neuen Berufssparten mit unterschiedlich weiten Zuständigkeitsbereichen entwickelt. Das birgt Spannungen. Eine klare Aufgabenverteilung im Team beugt Konflikten vor. Richtlinien regeln die Zuständigkeiten der MitarbeiterInnen, Führungskräfte wissen über die Kompetenzen ihrer MitarbeiterInnen Bescheid und setzen diese dementsprechend in Arbeitsprozessen ein. Aufgabenbezogene Rollen tragen zur Erreichung von Zielen bei (Kirchler/Schrott, 2008:514).

Soziale Unterstützung kommt dahingehend zu tragen, als bestimmte MitarbeiterInnen nach individuellen Qualifikationen differenziert werden und SpezialistInnen in einem jeweiligen Arbeitsbereich sind (Friedrich/Poigné, 2012:72). Im Rahmen der pflegerischen Tätigkeit können das Zusatzausbildungen sein, die etwa Pflegekräfte zur Praxisanleitung befugt. ExpertIn auf einem Fachgebiet zu sein, räumt MitarbeiterInnen einen Sonderstatus in der Gruppe ein und stärkt deren Selbstbewusstsein. Darüber hinaus resultiert in dieser Zertifizierung die Anerkennung aus dem Team.

### **5.1.2 Anerkennung und Wertschätzung**

Beschäftigte wollen sich nicht nur als LeistungserbringerInnen, sondern auch als Menschen gesehen und wertgeschätzt fühlen (Matyssek, 2012:207). Im Sinne des sozialen Aspekts der Arbeit und der Berücksichtigung des Sinns spielt die Anerkennung eine große Rolle. PflegerInnen bringen sich sowohl als Arbeitskraft, aber auch als Persönlichkeit in die Arbeit ein und wollen in beide Richtungen wahrgenommen werden. Fühlen sich MitarbeiterInnen vom Team und der Führungskraft wertgeschätzt, wirkt sich das wiederum positiv auf das Betriebsklima aus. Sie engagieren sich vermehrt, da sich der Mehraufwand lohnt und für die Individuen sinnvoll ist. Im Sinne Antonovskys Theorie entspricht das dem Gefühl der Sinnhaftigkeit.

Führungskräfte können ihren MitarbeiterInnen Wertschätzung auf verschiedene Art zeigen. Die Übertragung von verantwortungsvollen Aufgaben und das Einbeziehen in wichtige Fragestellungen kann ein Ausdruck von Vertrauen und Wertschätzung sein (Matyssek, 2012:207). Es gilt jedoch den Grad der Gratifikation abzuwägen, da MitarbeiterInnen mit ihren individuellen Persönlichkeitsstrukturen unterschiedlich darauf reagieren. Es ist die Aufgabe der Führungskraft, das Ausmaß der Anerkennung abzuwägen und an die jeweiligen MitarbeiterInnen anzupassen.

Anerkennung und Wertschätzung sind wichtige Voraussetzungen für den konstruktiven Umgang mit Kritik und Konflikten (Gerstner, 2008:13). In einer vertrauensvollen Teamkultur dürfen Streitgespräche geführt werden. Im Rahmen von Gruppenbildung sind diese Prozesse in der Phase des Storming nötig, um Rollen der Mitglieder zu differenzieren und die Machtaufteilung zu klären (Kirchler/Schrott, 2008:515f.). Am Arbeitsplatz treffen Menschen mit unterschiedlichen Persönlichkeitsstrukturen aufeinander und treten Konflikte auf, bergen diese das Potenzial, das Zusammengehörigkeitsgefühl des Teams zu stärken. Den Vorgesetzten kommt in einer mediatierenden Rolle die Aufgabe zu, bei der Bewältigung der Konflikte zu unterstützen und gemeinsam Lösungsalternativen zu erarbeiten. Die Einhaltung einer wertschätzenden Kommunikationskultur bildet dessen Grundlage.

In einem von Wertschätzung geprägten Betriebsklima ist gegenseitiges Feedback möglich (Gerstner, 2008:14), Führungskräfte erhalten dabei auch Rückmeldungen von MitarbeiterInnen und richten ihr Verhalten gegebenenfalls neu aus. Feedback und offener Austausch sind vor dem Hintergrund wichtig, dass ein als fair und gerecht erlebtes Verhalten der Vorgesetzten einen positiven Einfluss auf die Gesundheit der MitarbeiterInnen hat.

Daniel Goleman vertritt in seinem Buch über emotionale Führung die These, dass die wichtigste Aufgabe einer Führungskraft darin besteht, emotional resonant zu sein (Matyssek, 2007:50). Diese Eigenschaft ist vor allem dann von Vorteil, wenn MitarbeiterInnen zu einem Vorhaben, wie etwa



gesundheitsfördernden Maßnahmen, motiviert werden müssen. Führungskräfte übernehmen eine Vorbildfunktion gegenüber ihren MitarbeiterInnen. Ein Aspekt dessen ist es, eigene Fehler zuzugeben. Eine offene Kommunikationskultur schafft günstige Voraussetzungen für eine Fehlerkultur, in der diese nicht tabuisiert werden, sondern vorkommen dürfen und als Ressource interpretiert werden. Im Konzept des Magnetkrankenhauses ist verankert, dass den Pflegekräften Verantwortung für ihre Tätigkeiten übertragen werden. Neue Arbeitsfelder bedeuten größere Handlungsspielräume und damit das Auftreten von Fehlern. Diese Erfahrungen sind für den Kompetenzerwerb bedeutsam, setzen aber voraus, dass die Folgen von Fehlern harmlos sind (Gerstner, 2008:15f.). Fehler bilden die Voraussetzung für einen Lernprozess und die Erarbeitung optimaler Problemlösungsstrategien. Das Auftreten von Störungen bietet die Möglichkeit, bisherige Abläufe zu reflektieren und neue Strategien zu erarbeiten. Im Rahmen von Teamgesprächen regt die Führungskraft zu Reflexionsschleifen an und fördert so organisationales Lernen.

Formulieren Führungskräfte in Feedbackgesprächen die Kritik auf konstruktive Weise und schildern den MitarbeiterInnen Verbesserungsfelder, können die Beschäftigten diese besser annehmen.

### **5.1.3 Partizipation**

MitarbeiterInnenbeteiligung ist Ausdruck einer kooperativen Zusammenarbeit und beschreibt die Teilnahme von MitarbeiterInnen an Problemlösungs- und Entscheidungsprozessen (Gerstner, 2008:14). Die positiven Effekte lassen sich dadurch erklären, dass MitarbeiterInnen Informationen zu Aufgaben oder Entscheidungen erhalten und dieser Ablauf wirkt sich positiv sowohl auf deren Akzeptanz des Auftrags selbst aus, als auch, dass die Aufgabe mit höherer Motivation ausgeführt wird. Partizipation kann in vielen Arbeitsbereichen eingesetzt werden. In der Pflege betrifft diese Beteiligung vor allem die Möglichkeit zur Mitbestimmung in Hinblick auf den Arbeitsinhalt, Arbeitsmethode oder die Dienstplangestaltung. Letzteres stellt eine Herausforderung dar, wie Arbeit zu organisieren ist, damit sie von den MitarbeiterInnen als positiv erlebt wird. Die Dienstplangestaltung verlangt von den MitarbeiterInnen gegenseitige Fairness und Achtsamkeit. Die Aufgabe der Führungskraft liegt darin, alle Individuen gleich zu behandeln und kann dazu führen, gewisse Systeme einzuführen, damit die Personaleinsatzplanung gerecht erfolgt.

Laut Studien fühlen sich viele MitarbeiterInnen in ihren Möglichkeiten unterfordert, ihre fachlichen und organisatorischen Fähigkeiten zu nutzen (Gerstner, 2008:16). MitarbeiterInnen verfügen über hohe Bereitschaft, sich am Arbeitsplatz einzubringen und Verantwortung zu übernehmen, als ihnen zugestanden wird. Führungskräfte können hier den Pflegekräften Handlungsspielräume ermöglichen, dass etwa die Arbeitsabläufe nach dem System der ganzheitlichen Pflege gestaltet sind. Auf diese Weise ist eine Gruppe von MitarbeiterInnen für eine Anzahl von PatientInnen zuständig und jederR

MitarbeiterIn führt die pflegerischen Aufgaben vollständig durch. Führungskräfte haben die Aufgabe, die Ressourcen der MitarbeiterInnen zu erkennen und dementsprechend einzusetzen.

Die gegenwärtige Zeit ist durch zunehmende Informationsdichte und die entwickelten Möglichkeiten der technischen Kommunikationsmedien geprägt; für zwischenmenschliche Kontakte bleibt hier wenig Zeit. MitarbeiterInnen, die sich schlecht informiert fühlen, sind weniger motiviert im Arbeitsprozess als andere. In diesem Zusammenhang spielt Transparenz in der Kommunikation eine große Rolle. Dieser Aspekt beinhaltet, dass die Führungskraft arbeitsplatzbezogene Informationen an die Betroffenen weitergibt. In weiterer Hinsicht beinhaltet es, dass Führungspersonen einen offenen Umgang pflegen, in dem Sinn, *„dass die Beschäftigten jederzeit wissen, woran sie mit ihr sind“* (Matyssek, 2012:208). Die Kritik kann sowohl positiv, als auch negativ ausfallen, hinsichtlich der Durchschaubarkeit ist sie dahingehend von Bedeutung, als Führungskräfte MitarbeiterInnen rückmelden, wo sie in ihrer Entwicklung stehen und wo Verbesserungspotenzial besteht.

Kommunikation auf jeder Ebene schafft Beziehung, Non-Kommunikation zerstört diese. Hier ist es Aufgabe der Führungskräfte, Kommunikationskanäle zu schaffen (Gerstner, 2008:15). Das können monatlich stattfindende Teambesprechungen sein. Kommunikation sollte sich dabei nicht nur auf eine Abteilung beschränken, sondern sollte auch übergreifend stattfinden. In der Pflege kommt es zeitweise zu Personalengpässen. Wenn keine Ressourcen vorhanden sind, Personal von spezifischen Leiharbeitsfirmen zu akquirieren, helfen sich Stationen gegenseitig aus. Ein Forum zum Kontaktaufbau initiiert den Prozess des Kennenlernens zwischen MitarbeiterInnen verschiedener Abteilungen und erhöht die Bereitschaft, außerhalb der bekannten Abteilung auszuweichen. Die Aufgabe der Führungskraft besteht hier zum Einen, die Kontakte zu Leitungen anderer Stationen anzubahnen, und MitarbeiterInnen zusammenzuführen. Zum anderen pflegen sie das neu gewonnene Netzwerk, indem laufend Treffen von MitarbeiterInnen beider Abteilungen stattfinden. Netzwerke in der Gesundheitsförderung basieren auf der Erfahrung, dass Prozesse und Entscheidungen kollektiv forciert werden müssen, damit sektorenübergreifende Entwicklungen in Gang gesetzt werden können (Bröskamp-Stone/Faller, 2012:327). Es braucht demnach eine gemeinsame Zielvorstellung, an der im Kollektiv gearbeitet wird. In der Pflege kann das der Anspruch sein, die Arbeit nach Qualitätskriterien zu erledigen, was sich wiederum in der Zufriedenheit der PatientInnen widerspiegelt. Mitarbeitende ins Gespräch einzubeziehen, sie teilhaben und mitgestalten zu lassen, stärkt deren Zugehörigkeitsgefühl. Sie sehen einen Sinn in dem, was sie tun, und kennen ihren Beitrag zur Organisation.

#### **5.1.4 Transformationale Führung**

Da sich die MitarbeiterInnen zunehmend mit Unsicherheiten und Zukunftsängsten am Arbeitsplatz konfrontiert sehen, kommt den Führungskräften die Aufgabe zu, diese durch Vertrauen und Zuversicht in die eigene Leistungsfähigkeit zu stärken und zu motivieren. Das Konzept des Magnetkrankenhauses beinhaltet die transformationale Führung als Komponente des Magnetismus-Modells, womit qualifizierte Pflegekräfte im Krankenhaus gehalten werden sollen.

Das leitende Prinzip der transformationalen Führung ist Emotionalität (Walenta/Kirchler, 2008:467f.). Die Führungskraft vermittelt eine Vision und das Gefühl einer Mission. Visionen haben für Menschen eine hohe Anziehungskraft, wenn sie über den betrieblichen Kontext hinaus einen persönlichen, gefühlsmäßigen Nutzen haben. Dieser Weitblick vermittelt Freiheit, stiftet Inspiration und eröffnet Handlungsspielräume. Die Inhalte sprechen MitarbeiterInnen auf emotionaler Ebene an und erhöhen die Bereitschaft für Engagement. Das Ziel ist, sich nicht länger an einer problemorientierten Vorgehensweise festzuhalten, sondern die Organisation einem Wandel zu unterziehen, um so die zukünftige Wettbewerbsfähigkeit zu sichern (ANCC, 2015b; Friedrich/Poigné, 2012:73). Das Konzept des Magnetkrankenhauses orientiert sich stark an der Vision einer Umgestaltung des Gesundheits- und Krankenversorgungssystems. Kritisch muss hier angemerkt werden, dass die Ideen des Magnetkrankenhauses von einer US-amerikanischen Pflegevereinigung formuliert wurden und sich das dortige Gesundheitssystem von dem in Europa vorherrschenden stark unterscheidet.

Das Prinzip transformationaler Führung orientiert sich stark an charismatischen Eigenschaften und Verhalten. Die positiven Zuschreibungen der Persönlichkeit machen diese für MitarbeiterInnen attraktiv, die Leitfigur lebt die Vision vor und vermittelt gleichzeitig, dass es sich lohnt, das Gleiche zu tun wie die Führungskraft. Das Charisma der Vorgesetzten erhöht damit die Bereitschaft der MitarbeiterInnen, sich Anweisungen unterzuordnen. Im Idealfall spricht transformationale Führung Gefühl und Verstand der MitarbeiterInnen gleichzeitig an. Ziel ist es, bei den Beteiligten die Motivation zu erhöhen, Befriedigung aus der Zusammenarbeit zu gewinnen und das Bewusstsein für die Leistung zu stärken (Walenta/Kirchler, 2008:469). Die Beziehung zwischen MitarbeiterIn und Führungskraft beruht dabei nicht auf Kontrolle, sondern gegenseitigem Vertrauen.

Im Hinblick auf das Magnetkrankenhaus setzt transformationale Führung von den Vorgesetzten pflegerische Fachkompetenz voraus (Friedrich/Poigné, 2012:72). Das kann sich zum einen darin zeigen, als sie über die rechtlich festgelegten Arbeitsfelder der unterschiedliche Berufsgruppen Bescheid wissen und bei Überlastung einzelner MitarbeiterInnen die Aufgaben an andere delegieren können. Zum anderen besitzen sie das Wissen zu pflegerischen Arbeitsprozessen und Krankheitsbildern. Die Akzeptanz der MitarbeiterInnen erscheint fraglich zu erreichen, wenn

Vorgesetzte nicht aus dem eigenen Arbeitsbereich kommen. Als Führungskraft haben sie den Überblick über verschiedene Abläufe an der Abteilung und stehen außerhalb der unmittelbaren Pflegearbeit. Äußern MitarbeiterInnen Belastungen, geben sie Tipps aus der eigenen Erfahrung und verweisen etwa auf ergonomische Verhaltensweisen.

Der Fokus der transformationalen Führung liegt auf Ebene der MitarbeiterInnen darauf, individuelle Aufmerksamkeit zu geben und eine Coachingfunktion einzunehmen. Die Führungskraft ist Ansprechperson für die Anliegen und Bedürfnisse der MitarbeiterInnen und fördert deren Ressourcen. Die Problemlösungsfähigkeit bei gleichzeitigem Ausbau der Handlungsspielräume steht im Vordergrund (Walenta/Kirchler, 2008:467).

Die Stilisierung einer Person als Leitfigur und InitiatorIn von Maßnahmen sollte dabei sehr kritisch betrachtet werden. Führungskräfte können ihre Position und den Einfluss ausnutzen, um die Belegschaft gezielt zu beeinflussen, mit positiven, als auch negativen Auswirkungen. Walenta und Kirchler (2008:470) sprechen von der Wiederbelebung des „*Great Man*“ als Führungsideologie, es bestehe die Gefahr der Überbetonung Einflussmöglichkeiten der Führungskraft. Es kommt die Vermutung auf, dass die Eigenschaften im Sinne charismatischen Führung erlernbar sind, da der Fokus stark auf das Verhalten gerichtet ist. Der hier verwendete Begriff der Ideologie impliziert bereits die Ausschließlichkeit; dieses stark einseitig ausgerichtete Denken muss kritisch hinterfragt werden. Im Rahmen der faschistischen Regime des 20. Jahrhunderts in Europa erhielt das Konzept eine negative Facette. Preisendörfer (2011:102) verweist jedoch auf die so genannte „*new leadership research*“, in der die enthusiastische und mitreißende Führungskraft die Charisma-Idee von Max Weber wiederbelebt.

Führungsverhalten richtet sich stark nach den Verhältnissen in der Organisation, als auch im Team. Somit können die Ansätze der transformationale Führung in manchen Bereichen nicht durchgehend angewandt werden und andere Richtungen erweisen sich sinnvoller. Die Führungskraft und das dazugehörige Team sollten zusammenpassen. Fühlt sich der Vorgesetzte unwohl an der Arbeitsstelle und kommt nicht mit den MitarbeiterInnen zurecht, kann transformationales Verhalten nur zum Teil angewandt werden. Transformationale Führung setzt sowohl die Unterstützung im Team, als auch Vertrauen voraus. Gegenseitige Sympathie zwischen Vorgesetzten und den MitarbeiterInnen spielt eine große Rolle in der Zusammenarbeit. Die Führungskraft muss zum Team passen und das Führungsverhalten an die Dynamik im Team angepasst sein.

## **6 Methodik und Forschungsansatz**

Die vorliegende Arbeit thematisiert gesunde Führung in der Krankenbehandlung. Um qualitative Forschung zu verstehen, ist es wichtig, sich die Besonderheiten vor Auge zu halten (Zepke, 2016:13). Es erschöpft sich nicht dadurch, sich zu entscheiden, ob nun ein Fragebogen verwendet, oder ein Interview durchgeführt wird. Qualitative Forschung versteht sich als paradigmatische Grundhaltung, die sich auf den Feldzugang, den Prozess der Erhebung und der Auswertung der Daten auswirkt.

Im Zentrum dieser Arbeit steht die Frage nach der Wahrnehmung von Pflegepersonen zu gesunder Führung. Dieser Fokus eröffnet die Möglichkeit, aus deren Perspektive einen bedeutsamen Kontext zu untersuchen (Froschauer/Lueger, 2003:16). Der Themenbereich gesunde Führung wird in der Literatur beschrieben, konkrete Forschungsarbeiten zu diesem Thema beziehen sich auf den Bereich quantitativer Erhebungen zu Variablen wie Zufriedenheit. Mein Forschungsinteresse im Rahmen dieser Arbeit liegt darauf, die Verbindung zwischen Theorie und Praxis zu eröffnen und mithilfe einer qualitativen Erhebung die Perspektiven der Personen zur Thematik zu beforschen. Diese Art der Sozialforschung ist an bestimmte Prinzipien gebunden, die ich im weiteren Verlauf näher beschreiben möchte. Daran anschließend erfolgt die Darstellung der Datenerhebung und wie sich die Auswertung nach der Themenanalyse von Froschauer und Lueger (2003) gestaltet.

### **6.1 Qualitative Sozialforschung**

Aus der kritischen Auseinandersetzung mit konventionellen, quantitativen Verfahren haben sich verschiedene Prinzipien entwickelt, die eine Programmatik qualitativer Sozialforschung darstellen. ForscherInnen handeln nach bestimmten Prämissen. Die folgenden Abschnitte beinhalten sechs Prinzipien qualitativer Sozialforschung (Zepke, 2016: 16ff.; Lamnek, 2005:20ff.; Froschauer/Lueger, 2003:214ff.).

Das Prinzip der Offenheit besagt, dass Forschende gegenüber dem Untersuchungsfeld offen und aufgeschlossen sind, um deren Deutungen von sozialer Welt zu erhalten. Komplexe Phänomene müssen verstanden und analysiert werden und vorher festgelegte theoretische Konzepte dürfen die Sichtweise auf das Feld nicht einengen. Dadurch erhalten ForscherInnen auch unerwartete und instruktive Informationen. Diese Grundhaltung gegenüber Untersuchungspersonen, der Untersuchungssituation und der anzuwendenden Methoden soll der informationsreduzierenden Selektion standardisierter Erhebungstechniken entgegenwirken und den stark explorativen Charakter der qualitativen Sozialforschung hervorheben.

Forschung als Kommunikation findet als Interaktion zwischen den Forschenden und den zu Erforschenden statt und kann als Bestandteil des Erhebungsprozesses gedacht werden. Forschung ist damit eine Intervention in ein Praxisfeld, und kann damit auch die Einstellung und Wahrnehmung der

beteiligten Individuen beeinflussen. Interviews stellen einen Ausschnitt sozialer Praxis dar und sollten sich damit möglichst weit an Regeln alltäglicher Kommunikation orientieren.

Der Prozesscharakter haftet sowohl dem Forschungsakt, als auch sozialen Phänomenen als Forschungsgegenstand an. Qualitative Sozialforschung betrachtet die Verhaltensweisen und Aussagen der Untersuchten als prozesshafte Ausschnitte der Reproduktion und Konstruktion sozialer Realität. Die Involviertheit der ForscherInnen ist ein Bestandteil des Forschungsprozesses und dessen Ergebnis.

Reflexivität stellt eine entscheidende Komponente dar, weil qualitative Analysen keine technischen Regeln anbieten, wie man zu verlässlichen Ergebnissen kommt. Aus diesem Grund bedürfen jegliche Forschungsaktivitäten, aber auch daraus gewonnene Erkenntnisse, einer permanenten Überprüfung. Dieses Prinzip setzt eine reflektierte Einstellung der ForscherInnen und die Anpassungsfähigkeit der Untersuchungsinstrumente voraus.

Der Punkt der Explikation beinhaltet die Erwartung an die SozialforscherInnen, die Einzelschritte des Untersuchungsprozesses so weit wie möglich offen zu legen. Es sollen die Regeln dargestellt werden, nach denen die Daten erhoben und wie die kommunikativen Inhalte in Daten umgeformt werden.

Flexible Erhebungsverfahren ermöglichen es, sich an die Eigenheiten des Untersuchungsgegenstandes anzupassen und die im Verlauf des Forschungsprozesses gewonnene Erkenntnis für nachfolgende Untersuchungsschritte adäquat zu verwerten.

Die angeführten Prinzipien ließen sich um weitere ergänzen. Es gilt, sich das konkrete Forschungsvorhaben vor Augen zu halten und demnach mögliche weitere Punkte hinzuzufügen. Für den weiteren Prozess ist es ratsam, die obigen Regeln zu beachten, welche in den weiteren Schritten angewandt werden.

## **6.2 Forschungsfeld und Feldzugang**

Die Forschungsfrage verweist auf die Eigenschaften des Feldes und der darin zu beforschenden Individuen.

*Wie nehmen sowohl MitarbeiterInnen der Pflege, als auch deren Vorgesetzte gesunde Führung im Krankenhaus wahr?*

Zur Umsetzung des Forschungsvorhabens wurden Pflegekräfte, deren direkten Vorgesetzte, eine Oberschwester, ein Oberpfleger, die Pflegedienstleitung und die ärztliche Leitung eines Wiener Krankenhauses mittels eines halbstrukturierten Interviews befragt. Es sollte in der Erhebung sowohl die Wahrnehmung der MitarbeiterInnen, welche direkt in der Pflege arbeiten, der Vorgesetzten, als auch der Personen auf programmatischer Ebene erforscht werden.

Die Kontaktaufnahme erfolgte über die ärztliche Leitung eines Wiener Krankenhauses, welche mir vom Betreuer meiner Masterarbeit als Expertin für die Thematik gesundheitsfördernder Krankenhäuser empfohlen wurde. Die Auswahl der Fälle erfolgte über Empfehlungen der interviewten Personen, die mich wiederum an weitere mögliche InterviewpartnerInnen verwiesen. Die Kontaktaufnahme und Vereinbarung von Interviewterminen gestaltete sich damit unkompliziert und von Seiten des Feldes wurde mein Vorhaben sehr unterstützt.

Die Zielgruppe dieser Arbeit betrifft Pflegepersonen und diplomierte Krankenpflegepersonen, welche den Beruf mindestens ein Jahr ausübten und ebenso lange in dem Krankenhaus tätig waren. Die Führungskräfte hatten bereits mehrjährige Erfahrung an der jeweiligen Station. An zwei Stationen mit jeweils unterschiedlichem Klientel und Fachgebiet wurden zwei Pflegekräfte und deren Vorgesetzten interviewt. Dieses Vorgehen basiert auf theoretischem Sampling, wobei Fälle verfügbar gemacht wurden, die vorliegende Ergebnisse bestätigen. Diese Inklusion auf Basis der Unterschiedsminimierung dient der Prüfung bisheriger Annahmen (Froschauer/Lueger, 2003:30).

Die weiteren befragten Personen schilderten mit ihren Wahrnehmungen die programmatische Ebene von gesunder Führung. Diese stehen nicht im direkten PatientInnenkontakt und gaben ihre reflexiven Perspektiven zur Thematik wider. Für die Personengruppen der MitarbeiterInnen, der Vorgesetzten und der Pflegeleitung wurden jeweils spezifische Interviewleitfäden erstellt um die Wahrnehmungen der einzelnen Gruppen eingehend zu erheben.

Die Befragungen fanden zwischen Dezember 2015 und Juni 2016 statt. Insgesamt hat sich die Möglichkeit zu zehn Interviews ergeben, deren Dauer zwischen 30 Minuten und einer Stunde variierte. Acht Interviews wurden im Face-to-Face-Kontakt durchgeführt, die anderen zwei fanden aufgrund der zeitlichen Ressourcen der Befragten telefonisch statt. Alle TeilnehmerInnen gaben ihr Einverständnis zur schriftlichen Transkription.

Im folgenden Abschnitt werden nun die Prinzipien der Methode der Erhebung und der Auswertung erläutert, nach denen im Forschungsprozess gearbeitet wurde.

### **6.3 Erhebungs- und Auswertungsmethoden**

Das Datenmaterial wurde über Interviews erhoben. Für die Durchführung dieser offenen Gespräche bedarf es von Seiten der ForscherInnen einer professionellen Haltung zu den Forschungssubjekten. Die Beachtung der nachfolgenden Hinweise (Froschauer/Lueger, 2003:59f.) beeinflusst das Gesprächsklima positiv.

Die interviewende Person lernt im Interviewprozess von den Erfahrungen und der Lebenswelt der Befragten, welche ExpertInnen des sozialen Systems sind. In diesem Zusammenhang ist es wichtig, sich im Rahmen der Forschungstätigkeit auf unbekannte Bereiche einzulassen, nach diesen

Phänomenen im Gespräch gezielt nachzufragen und diese aus der Perspektive der interviewten Personen zu analysieren. Neugier eröffnet die Möglichkeit, Neues zu erforschen und die Komplexität des Feldes zu erfahren. InterviewerInnen kommt in erster Linie die Aufgabe zu, den Forschungssubjekten zuzuhören. Dieses Vorgehen ermöglicht einen breiten Antwortspielraum und bei Unklarheiten besteht die Möglichkeit nachzufragen. Längere Pausen im Gespräch können durchaus unangenehm für ForscherInnen sein. Jedoch eröffnen diese den Befragten die Möglichkeit nachzudenken und weiter über ein Phänomen zu reflektieren. Die Meinungen der Befragten haben im Gespräch Vorrang. Vorschnelle Urteile zur Thematik steigern die Gefahr von Vereinfachungen und engen damit den Analysehorizont ein.

### **6.3.1 Leitfadeninterviews**

Die Gewinnung der Daten erfolgte durch Interviews mittels Leitfaden. Die Entscheidung zu dieser Form des Interviews wurde getroffen, da ich bereits Wissen zur Thematik gesunden Führens angesammelt hatte und dieses mithilfe der Interviews gezielt ausgebaut werden sollte. Dieses Vorgehen entspricht dem Verfahren eines problemzentrierte Interviews. Dabei steht die Konzeptgenerierung im Vordergrund, doch wird ein bereits bestehendes Konzept durch die Äußerungen der Erzählenden noch weiter modifiziert (Lamnek, 2005:364). Es bestand bereits theoretisch-wissenschaftliches Vorwissen aufgrund des Literaturstudiums und meiner beruflichen Erfahrungen. Aufgrund eigener Überlegungen und des Wissens zur Thematik hatte ich die Vermutung, dass Führungskräfte in der Pflege mit ihrem Tun die Gesundheit und damit Zufriedenheit ihrer MitarbeiterInnen beeinflussen. Die Bedeutungsstrukturierung der sozialen Wirklichkeit bleibt den Befragten überlassen, gleichzeitig wird mit den gezielten Fragen der interessierende Problembereich eingegrenzt und ein erzählgenerierender Stimulus angeboten. ForscherInnen sollen dabei jedoch das theoretische Konzept nicht offenbaren, damit keine dadurch verzerrenden Wirkungen auftreten.

Die Prämisse eines Interviews liegt darin, dass die Befragten in im Redefluss die jeweilige soziale Wirklichkeit wiedergeben. Ein Interviewleitfaden sollte den Gesprächsfluss des Erzählenden unterstützen und mittels gezielter Fragetechniken in die gewünschte Richtung lenken. Der Sinn besteht darin, dass die Befragten Themengebiete ansprechen, die sie ohne das Zutun der ForscherInnen nicht angesprochen hätten. Darüber hinaus trägt der strukturierte Fragenkatalog zur Vergleichbarkeit des Datenmaterials bei. Kommt die befragte Person im Gespräch auf ein bestimmtes Thema zu sprechen, erscheint es wenig sinnvoll, den Erzählfluss zu unterbrechen oder zu stoppen. Dahingehend soll die Komposition des Leitfadens dem natürlichen Argumentationsfluss folgen und nicht zu abrupten Sprüngen und Themenwechseln zwingen. Priorität haben spontan produzierte Erzählungen. Es verlangt eine hohe Kompetenz von InterviewerInnen, flexibel mit dem



Interviewleitfaden umzugehen, gleichzeitig den Personen die Fragen zu den Themen zu stellen, die diese nicht von sich aus angesprochen hat (Helfferich, 2011:180).

Zu Beginn des Interviews erhielten die Befragten eine kurze Einführung in das Forschungsvorhaben dieser Masterarbeit. Darüber hinaus wurden die Personen auf die Anonymisierung der Interviews hingewiesen, dass zum einen keine Rückschlüsse über die befragte Person geschlossen werden können und zum anderen genannte Namen von MitarbeiterInnen des Krankenhauses anonymisiert werden.

Für den Intervieweinstieg wurde eine möglichst offene und erzählgenerierende Frage gestellt.

*„Welchen Stellenwert hat die Führungskraft in der betrieblichen Gesundheitsförderung im Krankenhaus? Wie wichtig schätzen Sie die Rolle der Führungskraft in der betrieblichen Gesundheitsförderung ein?“*

Es sollte einen breit gehaltenen Einstieg bieten, um die Befragten auf die Thematik einzustimmen und Reflexionsprozesse anzuregen.

Der Leitfaden für Pflegekräfte und deren direkten Vorgesetzten orientiert sich an Aspekten gesundheitsförderlichen Führungsverhaltens (Matyssek, 2012:207f.; Gerstner, 2008:11ff.). Spezifische Themenblöcke und dazugehörige Fragen gliedern den Leitfaden. Nach der Einstiegsfrage und anschließendem Nachfragen kommen Fragen zur Kategorie „Soziale Unterstützung“, gefolgt von Aspekten der „Anerkennung und Wertschätzung“, sowie „Partizipation und MitarbeiterInnenbeteiligung“ und der „Arbeitsorganisation“. In der letzten Frage bestand für die Interviewten die Möglichkeit, eigene Themen oder Aspekte einzubringen, die im bisherigen Gesprächsverlauf nicht angesprochen wurden.

Die Fragen an Personen der Pflege- und ärztlichen Leitung orientiert sich stark an der Rolle der Führungskraft in der Pflege. Nach dem Einstieg folgten Fragenblöcke zu betrieblicher Gesundheitsförderung im Krankenhaus, Kommunikation, Hierarchie und Einflussfaktoren von Führung auf die Gesundheit der MitarbeiterInnen. Dieser Fragebogen war deutlich kürzer gehalten als für die beiden anderen Gruppen, da es sich um offenere Fragen handelte. Da diese Personengruppe nicht täglich im direkten PatientInnenkontakt steht, war deren Perspektive auf programmatischer Ebene zentral.

Infolge des Interviews erhielten die Befragten meine Kontaktdaten um ein Nachfragen bei Unklarheiten oder für Anmerkungen zu ermöglichen. Die Transkription der Interviews erfolgte nach den Richtlinien für Gesprächstranskription von Froschauer und Lueger (2003:223f.). Situationsspezifische Geräusche, wie etwa das Läuten eines Telefons, Betonungen oder nichtverbale Äußerungen, welche für die Auswertung als wichtig erachtet wurden, wurden festgehalten. Die AutorInnen betonen, dass es zur Durchführung einer Themenanalyse keiner besonders exakten

Transkription bedarf. Für das Verfahren erweist es sich als sogar notwendig, die Texte sprachlich zu bereinigen und Dialektausdrücke zu vermeiden. Dialekttranskripte wären hinderlich, da die Besonderheiten der sprachlichen Ausdrucksweise ohnehin analytisch nicht erfasst werden.

Für die Auswertung qualitativer Interviews gibt es verschiedene Möglichkeiten. Die Auswahl orientiert sich an der Forschungsfrage, dem methodischen Vorgehen und forschungspragmatischen Überlegungen, wie etwa Zeitressourcen. In der Auswertung geschieht eine Deutung oder Interpretation der vorhandenen Texte. Der Prozess der Datenauswertung ist kritisch zu beurteilen, da dieser durch die Deutungskompetenz der ForscherInnen und durch die Eindrücke des Interviews beeinflusst ist (Lamnek, 2005:406f.). Die entstandenen Ergebnisse können LeserInnen nicht direkt nachvollziehen, da diese die konkreten Forschungshandlungen nicht kennen. Hier kommt das methodische Prinzip der Explikation zum Tragen. Dieses fordert die Offenlegung und eingehende Beschreibung der Vorgehensweise im Rahmen der Analyse. Die Glaubwürdigkeit kann durch eine explizite Darstellung der Ergebnisse verbessert werden (Lamnek, 2005:407). Zur Auswertung der Interviewdaten wurde die Themenanalyse nach Froschauer und Lueger (2003:158ff.) als Analyseinstrument herangezogen.

### **6.3.2 Themenanalyse**

Diese Form der Auswertung dient dazu, einen Überblick über Themen zu verschaffen, diese in ihren Kernaussagen zusammenzufassen und den Kontext ihres Auftretens zu erkunden. Die Themenanalyse gliedert sich in zwei Verfahren, zum einen das Textreduktionsverfahren, zum anderen das Kodierverfahren, welches ermöglicht, die Besonderheiten der Argumentation herauszuarbeiten (Froschauer/Lueger, 2003:158ff.). Beide Strategien eignen sich zur Aufbereitung von Textmaterial, um etwa die Meinung der Befragten zu systematisieren oder Einstellung von Gruppen zu bestimmten Themenfeldern in ihrer Differenziertheit herauszuarbeiten. Im Rahmen des vorliegenden Forschungsvorhabens war es mir wichtig, beide Verfahren anzuwenden, um das Spektrum der Analyse auszuweiten und die Wahrnehmung der Interviewten eingehend zu erforschen.

Wenn die Entscheidung zur Auswertungsmethode der Themenanalyse gefallen ist, verweisen Froschauer und Lueger (2003:158f.) auf mehrere Voraussetzungen an das Textmaterial. Der manifeste Gehalt von Aussagen steht im Zentrum, sofern etwa Meinungen oder Einschätzungen erkundet werden. Eine zusammenfassende Aufbereitung von Inhalten zu verschiedenen Themen und deren interner Differenziertheit ist angezeigt. Die Argumentationsstruktur in einem Gespräch soll beschrieben werden und auf dieser Basis können Textstellen für eine eventuelle Feinstruktur- oder Themenanalyse ausgewählt werden.

Mithilfe des Textreduktionsverfahrens werden Texte weniger analysiert, als vielmehr einer Zusammenfassung unterzogen, um sich über die im Gesprächsverlauf auftauchenden Vielzahl an Themen, deren Darstellungsweise und Zusammenhang einen Überblick zu schaffen. Es reicht jedoch nicht aus, diese Themen zu benennen, sondern es gilt, die charakteristischen Elemente der Darstellung herauszuarbeiten um die Unterschiede in den Äußerungen zu einem Thema in den verschiedenen Interviews sichtbar zu machen. Darüber hinaus verlangt diese Analysemethode ein Verständnis des Argumentationszusammenhanges, in dem das Thema auftaucht.

In einem ersten Analyseschritt wird ein Thema identifiziert und diesem bestimmte Textstellen zugeordnet. Die Auswahl von Themen orientiert sich an der Forschungsfrage, diese gibt damit einen Rahmen vor. Die weitere Bearbeitung dieser thematischen Textblöcke erfolgt anhand aufbauender Komponenten, die die Komplexität der Zusammenfassung durch Einbezug mehrerer Betrachtungsweisen erhöhen und die Inhalte der Gespräche reduktiv verdichten sollen. Die Komponenten der Textreduktion orientieren sich an den folgenden fünf Fragen (Froschauer/Lueger, 2003:160f.):

1. Was ist ein wichtiges Thema und an welchen Textstellen kommt es zum Ausdruck?

Nachdem ein Thema identifiziert wurde, werden weitere Textstellen gesucht, die dem zurechenbar sind. Dabei kann geklärt werden, nach welchen Gesichtspunkten eine Textstelle zu einem Thema zugeordnet wird. Hier ist eine eingehende Dokumentation nötig, in welchem Gespräch, von wem und in welchem Zusammenhang ein Thema angesprochen wurde.

2. Was sind zusammengefasst die wichtigsten Charakteristika eines Themas und in welchen Zusammenhängen taucht es auf?

In diesem Schritt werden aus dem vorliegenden Material die wichtigsten Komponenten der Themendarstellung herausgearbeitet. Es sollte berücksichtigt werden, in welchen Zusammenhängen ein Thema von welchen Personen in bestimmter Weise zur Sprache gebracht wird. Hier ist es wichtig herauszuarbeiten, ob ein Thema von den Interviewenden eingebracht wurde oder ob die Befragten es in Eigeninitiative angesprochen haben, da es Rückschlüsse über die Bedeutung für die GesprächspartnerInnen gibt.

3. In welcher Abfolge werden die Themen zur Sprache gebracht?

Dieser Schritt konnte im Rahmen dieser Arbeit nicht angewandt werden, da der Interviewleitfaden das Gespräch strukturierte. In offen geführten Gesprächen kann die Themenabfolge Rückschlüsse über die narrative Struktur und die Verknüpfungslogik der Themen untereinander geben.

4. Inwiefern tauchen innerhalb oder zwischen den Gesprächen Unterschiede in den Themen auf?

In diesem Schritt einer komparativen Analyse ist auf Gemeinsamkeiten und Unterschiede zu achten, weil sie das Kernverständnis und die verschiedenen Aspekte eines Themas sichtbar machen. Es ist auf die Nennung des Themas und den Argumentationszusammenhang zu achten.

5. Wie lassen sich die besonderen Themencharakteristika in den Kontext der Forschungsfrage integrieren?

Dieser letzte Schritt stellt eine Raffung der Themen und deren Merkmale in einen Gesamtzusammenhang, der das Verständnis eines sozialen Systems vertiefen kann. Dabei ist es wichtig, die unterschiedliche Wiedergabe von Themen beizubehalten, Differenzen zu erhalten und zu versuchen, Hinweise auf mögliche Erklärungen zu geben.

In einem weiteren Schritt folgt eine inhaltliche Reduktion. Bei dem Codierverfahren handelt es sich um die aufwändigere Variante zur Analyse der begrifflichen Struktur von Themen und deren Zusammenhänge. Dessen Ausgangspunkt ist der Gesprächstext, aus dem für die Analyse relevante Kategorien abgeleitet werden. Das Codierverfahren versteht sich als Ergänzung zum Textreduktionsverfahren, wobei der Text nicht nur komprimiert, sondern analytisch erweitert wird. Froschauer und Lueger (2003:163) betonen, dass diese Form des empirischen Codierens im Rahmen der qualitativen Sozialforschung sinnvoll ist, da sie keine explizit formulierten Hypothesen erfordert. Folgende Schritte geben Hilfestellung für die Durchführung der Analyse (Froschauer/Lueger, 2003:163ff.):

1. Die Themencodierung beinhaltet die Codierung von Textpassagen nach den enthaltenen und relevanten Aussagen.
2. Eine Analyse der Themenkategorien nach Subkategorien führt dazu, dass letztere wiederum nach weiteren untergeordneten Kategorien untersucht werden können.
3. Themenkategorien werden nach der Bedeutung im Text strukturiert und inwiefern diese für die Beantwortung der Forschungsfrage relevant sind.
4. Themenkategorien können mit Subkategorien verknüpft werden.
5. Aus der Interpretation des hierarchischen Kategoriensystems können Überlegungen zur Forschungsfrage abgeleitet werden.
6. Für den Vergleich verschiedener Texte mit dem Ziel der Theoriebildung stehen verschiedene Analysevarianten zur Verfügung, welche die Texte auf Ähnlichkeiten und Unterschiede, Identifikation von Schlüsselkategorien und deren Vernetzung mit anderen Kategorien untersuchen. In diesem Zusammenhang können auch Textanalyseprogramme zur Anwendung kommen.

## 7 Darstellung der Ergebnisse

Dieses Kapitel beinhaltet die Ergebnisse, die mithilfe der Themenanalyse nach Froschauer und Lueger (2003) aus den Interviews gewonnen wurden. Die Themenfelder beziehen sich auf die Beantwortung der Forschungsfrage dieser Arbeit, die folgendermaßen lautet:

*Wie nehmen sowohl MitarbeiterInnen der Pflege, als auch deren Vorgesetzte gesunde Führung im Krankenhaus wahr?*

Um die Inhalte zu strukturieren, wurden Haupt- und Subkategorien gebildet und diese mit Originalzitaten aus den Interviews belegt. Verweise aus der Literatur untermauern die gewonnenen Erkenntnisse. Die Analyse des Interviewmaterials führte, in Anlehnung an die oben formulierte Forschungsfrage, zur Bildung der Themenkategorien „Aktivitäten der Gesundheitsförderung im Krankenhaus“, „Anforderungen des Pflegeberufs“, „Gesundheitsfürsorge und soziale Unterstützung“, „Lob und Anerkennung“, „Partizipation“, „Team und Zusammenarbeit“ und die Darstellung von „Führungsverhalten“. Zu Beginn der Darstellung eines Themas erfolgt eine Beschreibung dessen. Froschauer und Lueger (2003:160) fordern diese Explikation, indem die wichtigsten Komponenten der Themendarstellung herausgearbeitet werden, um diese von anderen Themen klar abgrenzen zu können.

### 7.1 Aktivitäten der Gesundheitsförderung im Krankenhaus

Dieser Themenbereich beinhaltet die Faktoren, welche die betriebliche Gesundheitsförderung und entsprechende Programme auf verschiedenen Ebenen beeinflussen, nämlich Steuerung und Vernetzung, dem Umgang mit vorhandenen Ressourcen und inwiefern Bewusstsein für Gesundheitsförderung unter den MitarbeiterInnen vorhanden ist. Ein Ziel von Gesundheitsförderung ist die Gestaltung einer gesundheitsfördernden Arbeitswelt (Grundböck et al., 1998:17).

#### 7.1.1 Steuerung und Vernetzung

Auf programmatischer Ebene verweisen die Verantwortlichen auf die Notwendigkeit einer Ansprechperson für alle MitarbeiterInnen, die ausschließlich für Belange der Gesundheitsförderung zuständig ist. Diese Instanz soll zur Identifikation mit der Thematik Gesundheit im Krankenhaus beitragen.

*„...[D]u brauchst aber auch wirklich Personen, die du freistellen kannst, der sagt ‚ich bin diejenige, die da hier an der Strategie operationalisiert ist‘ [...]. Diese Person muss aber dann wirklich die Ressourcen haben.“ (A 54ff)*

Die Kritik beläuft sich auf die fehlende Steuerung von Seiten der oberen Managementebene. Die Befragten fordern laufende Motivierung und Aktivierung in Bezug auf gesundheitsfördernde

Verhaltensweisen und dementsprechende Angebote und eine permanente Evaluierung, wie diese den MitarbeiterInnen näher gebracht werden können. „[D]ann schläft es wieder mal ein und dann braucht es einen Anstoß“ (C 13), gleichzeitig hebt eine Interviewperson „sehr emsiges, sehr rühriges“ (A 31) Tun der Generaldirektion des Krankenhauses in Bezug auf die Entwicklung der Gesundheitsförderung im Krankenhaus hervor.

Die InterviewpartnerInnen sprechen den Punkt der Vernetzung im Kontext von Gesundheitsförderung an. Auf programmatischer Ebene schildern die Befragten, dass Bereichsleitungen zur Vernetzung von Aktivitäten und dem Austausch beitragen, da diese mehrere Stationen betreuen. Interdisziplinäre Zusammenarbeit findet in institutionalisierter Form zum Teil nur in oberen Leitungspositionen statt (Lobnig et al., 1996:204). Vernetzung sehen die Befragten zum einen so, dass die Führungskräfte untereinander vernetzt sind und damit auch zum Kontakt mit anderen Stationen anregen. Zum anderen geben Mehrbereichsleitungen das Wissen und gute Beispiele aus der Praxis an andere Stationen weiter. Abteilungsinterne sowie auch –übergreifende Kooperation sind im Krankenhaus von großer Bedeutung (Bolz, 2015:31).

*„Wir versuchen die Kommunikation in der Richtung auch zu fördern, dieses Vernetzen zu ermöglichen und da auch das Lernen voneinander, aber das ist ein bisschen schwer, weil dann jeder in seinem eigenen Süppchen bleibt.“ (A 229ff)*

Auf programmatischer Ebene herrscht der Konsens, dass Vernetzung im Krankenhaus in verschiedener Form stattfindet. Obwohl Fortbildungen interdisziplinär besetzt sind, nehmen Pflegepersonen keinen Austausch mit anderen Stationen und Abteilungen wahr.

*„Wenn man sich so mit Kollegen draußen unterhält, die man zufälligerweise trifft, aber so jetzt geplanterweise, dass man sich zusammensetzt, das ist eigentlich nicht der Fall.“ (I 111f.)*

Die WHO forderte im Rahmen der Ottawa-Charta die Vernetzung in Feldern der Gesundheitsförderung (Steinbach, 2007:70). Koordiniertes Zusammenwirken dient dem Austausch von Wissen und schafft die Basis für zukünftige Aktivitäten.

### **7.1.2 Vorhandene Ressourcen**

Der Umgang mit Ressourcen, auf personeller als auch materieller Ebene, stellt im Krankenhaus eine Herausforderung für Pflegepersonen und deren Führungskräfte dar. Im Kontext von Gesundheitsförderung zeigt sich eine Reihe von Faktoren, die die Teilnahme der MitarbeiterInnen an Maßnahmen fördern oder behindern können. Die WHO forderte im Rahmen der Konferenz von Adelaide die Schaffung unterstützender Umwelten, um die Menschen zu befähigen, ein gesünderes Leben zu führen (Kaba-Schönstein, 2003:84).

Die Inanspruchnahme von gesundheitsfördernden Angeboten hängt von zeitlichen Rahmenbedingungen ab. MitarbeiterInnen der Pflege arbeiten häufig im Schichtdienst und es fehlt die Zeit, sich mit der eigenen Gesundheit am Arbeitsplatz auseinanderzusetzen. Gleichzeitig sind jene mit Schichtdienst dem Risiko erhöhter gesundheitlicher Belastungen ausgesetzt (Dohm et al., 2008: 144), was die Befragten aller Ebenen bestätigen.

*„Es verschwindet sozusagen in der Alltagsroutine, dann mitunter wieder aus den Köpfen der Menschen.“ (A 51f.)*

Eine Pflegeperson lehnt die Teilnahme an Maßnahmen der Gesundheitsförderung in der Freizeit ab, auf programmatischer Ebene fordern die Verantwortlichen, dass eine Teilnahme immer möglich sein muss. Personelle Ressourcen verweisen auf einen Zwiespalt, ob die Angebote in der Freizeit oder der Dienstzeit in Anspruch genommen werden können. In der Freizeit sind die MitarbeiterInnen weniger motiviert zur Teilnahme an gesundheitsfördernden Angeboten, gleichzeitig gestalten sich spontane Dienstfreistellungen schwierig, da die Tagespräsenz auf den einzelnen Stationen gewährleistet sein muss. Unregelmäßige Dienstzeiten stellen eine weitere Herausforderung dar, Angebote der Gesundheitsförderung in Anspruch zu nehmen.

Lösungsansätze belaufen sich darauf, Angebote an spezifische Situationen im Arbeitsalltag anzupassen und die Befragten sehen die Aufgabe der Führungskraft, den MitarbeiterInnen die Teilnahme an gesundheitsfördernden Angeboten zu ermöglichen. Auch Horn et al. (2011:267) verweisen auf die Aufgabe der Einrichtung, Angebote auf die Bedürfnisse der MitarbeiterInnen hin zu gestalten. Die Befragten sehen Weiterbildung als niederschwelliges Angebot der Gesundheitsförderung. Die Inhalte bestärken die Kompetenzen der MitarbeiterInnen, mit schwierigen Situationen im Arbeitsalltag umgehen zu können.

### **7.1.3 Bewusstsein für Gesundheitsförderung**

Der Grad der Wahrnehmung von Gesundheit ist individuell ausgeprägt und kann mit dem Konzept von Health Literacy beschrieben werden. Benyon (2014:440) beschreibt diese Gesundheitskompetenz als die Fähigkeit, gesundheitsrelevante Informationen zu sammeln, zu verstehen und dieses Wissen zur Förderung der eigenen Gesundheit einzusetzen. Auf programmatischer Ebene geben die Befragten an, dass die Awareness für Gesundheitsförderung bei Gesundheitsberufen nur teilweise ausgeprägt ist. PatientInnen und deren Gesundheit stehen im Mittelpunkt des Arbeitsalltags von Pflegekräften und die Fürsorge anderer stellen die MitarbeiterInnen vor das eigene Wohlbefinden. Der selbst auferlegte Leistungsdruck kann belastend auf das Individuum wirken (Dohm et al., 2008:89).

Gesundheitsförderung muss als „positiver Zusatzgewinn“ (B 26) wahrgenommen werden, um die Awareness der Pflegekräfte zu fördern. Reflexionsfähigkeit zum eigenen Gesundheitszustand stellt eine förderliche Ressource dar. Jedoch sind die TeilnehmerInnenzahlen von Gesundheitsförderungsprogrammen sinkend und die Personen nehmen die Angebote erst dann in Anspruch, wenn bereits Beschwerden bestehen. Auf der Ebene der Organisation werden Gesundheitszirkel angeboten und GesundheitspsychologInnen können im Haus aufgesucht werden. Ob Vorgaben zu gesundheitsförderndem Verhalten das Bewusstsein der MitarbeiterInnen fördern, darüber sind sich die Befragten in Bezug auf die Umsetzung des Konzeptes „Rauchfreies Krankenhaus“ uneinig.

*„...[I]ch bin vor zehn Jahren in dieses Haus gekommen [...] da ist gepöfelt worden, das war furchtbar, wirklich furchtbar. Da hat sich enorm viel getan. Das sehe ich als Verpflichtung, da kann man Einfluss nehmen darauf...“ (D 113ff.)*

*„Ich denke, auch das Angebot hat Einfluss auf die Nachfrage und ganz können wir es nicht...“ (D 125f.)*

Welche Instanz die Verantwortung für die Gesundheit der MitarbeiterInnen trägt, darüber geben die Befragten unterschiedliche Rückmeldungen. Die interviewten Führungskräfte und PflegerInnen sind sich einig, dass die Gesundheitsfürsorge in der Verantwortung des Individuums liegt. Eine Person sieht dabei die Grenze der Fürsorge, wenn MitarbeiterInnen für gesundheitsförderliche Angebote und Maßnahmen nicht zugänglich und einsichtig sind. „[G]ute Ratschläge bekommen alle, aber man kann niemanden zwingen, wir sind erwachsene Menschen [...].“ (E 204f.). Die WHO verweist auf die Förderung sozialer Verantwortung für Gesundheit auf gesellschaftlicher Ebene (Steinbach 2007:71), gleichzeitig sollen Maßnahmen die Handlungskompetenzen der Individuen stärken. Führungskräfte sollen sich bewusst sein, dass nicht allein ihr Verhalten das Wohlbefinden der MitarbeiterInnen bestimmt (Gerstner, 2008:11).

## **7.2 Anforderungen des Pflegeberufs**

Pflegekräfte sind in ihrer täglichen Praxis mit verschiedenen Situationen konfrontiert, die sowohl belastend, als auch motivierend wirken. Dieses Thema behandelt die Herausforderungen des beruflichen Alltags in der Pflege, bei denen Handlungsbedarf für die Führungskraft besteht, wie Belastungen im Berufsalltag von Pflegekräften, berufliche Motivation als Ressource und Demografie hinsichtlich der Altersstruktur der Beschäftigten.



### 7.2.1 Belastung

Die Aufgabe der Pflege besteht darin, kranke Menschen zu versorgen und diese bei der Gesundheit zu unterstützen.

*„Aber vor allem die Pflege ist [...] immer die Rückfallebene, die müssen mit allem fertig werden und das ist schon eine harte Geschichte.“ (B 69ff.)*

Pflegekräfte erleben in ihrem beruflichen Alltag körperliche und psychische Belastung, vor allem im Umgang mit PatientInnen und Angehörigen. Erhöhte Arbeitsanforderungen durch ältere, multimorbide KlientInnen und deren gestiegenen Anspruchshaltung von Angehörigen, stellen für Pflegekräfte eine Herausforderung dar (Schütz-Pazzini, 2012:62). Die Befragten berichten von Forderungen dieser Gruppen, die sie nicht erfüllen können. Das kann zu Aggressionen auf beiden Seiten führen. Fehlende Kooperation und Konflikte mit Angehörigen können auf die Pflegekräfte belastend wirken (Dohm et al., 2008:88). Geschultes Pflegepersonal handelt in solchen Situationen im Sinne des Deeskalationsmanagements und geht mit Auseinandersetzungen professionell um, indem sie das eigene Handeln im Moment als auch später reflektiert, um daraus Ressourcen, als auch Lernfelder zu identifizieren. Eine Führungskraft berichtet davon, dass es in Zeiten eingeschränkter Personalressourcen schwierig ist, Aushilfen zu finden.

*„MitarbeiterInnen von anderen Stationen kommen nicht so gern zu uns [...], weil wir ja ein Spezialbereich sind und es für die Stationen draußen nicht so einfach ist, weil wir doch schon sehr kranke Patienten haben.“ (H 27ff.)*

Mehrere Befragte weisen darauf hin, dass die Berufsgruppe der Pflege die größten Personalressourcen im Krankenhaus beansprucht und Pflegekräfte die Versorgung der PatientInnen rund um die Uhr aufrecht erhalten. Die Wahrnehmung der Pflegearbeit als wesentlicher Bestandteil der ganzheitlichen Behandlung im Krankenhaus ist ein wesentlicher Faktor für Arbeitszufriedenheit. MitarbeiterInnen der Pflege stellen aufgrund verschiedener Risikofaktoren eine gefährdete Berufsgruppe dar (Pelikan et al., 2010:294), etwa durch psychosoziale Fehlbelastungen und körperlich anstrengende Arbeit. Dabei kommt den Führungskräften besondere Bedeutung zu, als diese die Gesundheit dieser MitarbeiterInnen aufrecht erhalten und damit in weiterer Hinsicht die Versorgung sicherstellen. Der „Präsentismus“ (B 12) stellt eine Herausforderung dar.

Die Arbeit mit PatientInnen verlangt von MitarbeiterInnen Flexibilität und Anpassungsfähigkeit. In Zeiten erhöhten Arbeitsaufkommens sind Pflegekräfte gefordert, ihre Professionalität zu wahren und sich an die veränderten Bedingungen anzupassen. Die Wahrnehmung und Veränderung stressender Arbeitsbedingungen nützt sowohl den Pflegekräften, als auch verbessert es die Qualität der Arbeit (Dohm et al., 2008:90).

*„Aber das ist kein Dauerzustand [...]. Also wir haben diese Ruhephasen auch zwischendurch, das muss man ihnen auch immer wieder klar machen, dass man eine Zeit lang, wo man viel arbeiten muss, und dann gibt es wieder eine Zeit wo weniger zu tun. [...] Diesen Arbeitsanfall kann man nicht steuern.“ (H 308ff.)*

Dabei kommt der Führungskraft die Aufgabe zu, MitarbeiterInnen zu motivieren und die Möglichkeit anzubieten, stressige Situationen anzusprechen und zu reflektieren. Die befragten Pflegekräfte geben an, sich im Umgang mit herausfordernden Situationen kompetent zu fühlen, *„eine maximale Anzahl von Pfeilen im Köcher zu haben“ (B 72)*. Geschulte MitarbeiterInnen schätzen Situationen adäquat ein und zeigen dann weniger Anzeichen von Überforderung. Intensive Weiterbildungen bereiten die Pflegepersonen auf zu erwartende, belastende Situationen vor. Vor allem bei weniger gut ausgebildeten Berufsgruppen zeigen sich überdurchschnittliche Krankenstandszahlen, da diese einen höheren Leidensdruck verspüren und mit herausfordernden Situationen nicht immer umgehen können. *„Die sind vielen Situationen hilfloser ausgesetzt [...] das liegt am Überfordertsein mit Situationen.“ (B 80ff.)*. Angemessene Qualifikation schützt vor fachlicher Überforderung und laufende Weiterbildung erleichtert den MitarbeiterInnen, mit verändernden Arbeitsinhalten professionell umgehen zu können (Dohm et al., 2008:96). Aber auch gut ausgebildete Personen benötigen weitere Kompetenzen, etwa im Rahmen von ergonomischen Methoden, wie PatientInnen rückenschonend mobilisiert werden können.

Die Pflegepersonen berichten, dass belastende Situationen untereinander im Team reflektiert und besprochen werden. Eine von ihnen erzählt, dass sie gut damit zurechtkommt, äußerte jedoch den Wunsch, diese Fälle auf professioneller Basis bearbeiten zu wollen, etwa in Form von Supervision, was derzeit im Krankenhaus an der Station nicht angeboten wird. Gespräche in geschütztem Rahmen regen MitarbeiterInnen zum Austausch an und ermöglichen es, Frustration Ausdruck zu verleihen (Horn et al., 2011:267).

Die Zusammenarbeit in einem multiprofessionellen Team kann dazu beitragen, ein Arbeitsklima zu schaffen, in dem Konflikte offen diskutiert werden können. Eine befragte Person spricht an, dass die Interaktion zwischen den MitarbeiterInnen belastend sein kann, *„[d]as schlaucht halt.“ (B 62)*. Andere Interviewte sehen in der Teamzusammenarbeit Konfliktpotenzial, welches jedoch ein Lernfeld darstellt, wie Auseinandersetzungen professionell gelöst werden können.

Unregelmäßige Dienstzeiten erfordern Flexibilität der betroffenen ArbeitnehmerInnen. Das erschwert zum einen jungen Müttern die Einteilung in Koordination mit Kinderbetreuungszeiten, zum anderen können Angebote der betrieblichen Gesundheitsförderung nur zum Teil in Anspruch genommen werden. In dem herausfordernden Beruf der Pflege ist die Selbstfürsorge zentral, um die

eigenen Ressourcen zu erhalten. „Man hat eh wenig Zeit sich zu erholen, man hat ja auch noch ein Privatleben und das find' ich auch wichtig.“ (G 24f.).

Die Befragten auf programmatischer Ebene berichten von unterschiedlich ausgeprägter Gesundheitskompetenz unter den MitarbeiterInnen, gleichzeitig nehmen sie eine Sensibilisierung in Richtung Gesundheitsempfinden wahr. Pflegekräfte kommen krank in den Dienst und sind motiviert, schnell wieder aus dem Krankenstand zurückzukommen. Eine Führungskraft sieht darin einen Zusammenhang zu ihrem eigenen Gesundheitsverhalten, da sie selbst bereits krank zum Dienst erschienen ist. Eine andere Person in einer Leitungsfunktion sieht diese Entwicklung dahingehend, dass MitarbeiterInnen sich bemühen, „so bald als möglich wieder zu kommen [...], ich glaube, dass wir ein gutes Team sind.“ (H 16). „Die wollen eher mehr, dass das ihr Zuhause bleibt, ja. Eben weil der Zusammenhalt so groß ist [...].“ (E 281f.). Solidarität untereinander spielt dabei eine Rolle, als KollegInnen nicht durch den eigenen Krankenstand erhöhtem Stress ausgesetzt sein sollen.

### **7.2.2 Berufliche Motivation**

Pflegekräfte zeigen sich in hohem Maß orientiert am Wohl der PatientInnen. Die hohe Berufsidentifikation zeigt sich in Zufriedenheit mit der Arbeitstätigkeit (Lobnig et al., 1996:199).

*„Auch mit ein Grund war, wir waren total dagegen, die Menschen um sechs in der Früh aufzuwecken mit strahlendem Neonlicht wegen der Blutabnahme, das finde ich nicht sinnvoll, die sollen schlafen. Das ist auch wichtig zu schauen, dass der Mensch wieder gesund wird.“ (G 72ff.)*

Pflegekräfte können dahingehend eigenständig über ihren Arbeitsalltag entscheiden, als sie in stressigen Situationen kurzzeitig den Fokus auf die Betreuung legen, „der Patient ist eben nun mal das Wichtigste [...], dann bleibt mal die Pflegeplanung auf der Seite“ (G 124f.). Die Führungskräfte stehen dabei hinter ihren MitarbeiterInnen.

Diese ausgeprägte PatientInnenorientierung führt dazu, dass die Selbstfürsorge unter den Pflegekräften nicht ausgeprägt ist. Gleichzeitig stellen MitarbeiterInnen hohe Ansprüche an sich und die eigene Arbeit, woraus Belastungen resultieren können. „Da gibt es die Helfersyndrome, da gibt es die Leute, die einfach nur sehen, wenn jeder ausfällt, gibt es immer Lücken, die die anderen schließen müssen, die es aus einer gewissen Solidarität heraus machen.“ (B 9ff.). Zimpel (2004:173) verweist auf Engagement und Idealismus der Personen im Pflegeberuf, MitarbeiterInnen setzen sich selbst unter Druck und es ist schwierig, diesem standzuhalten. Auch die befragten Führungskräfte und die Verantwortlichen der programmatischen Ebene beurteilen diese Motivation nicht positiv, sie sehen darin eher negative Aspekte. Dabei kommt den Führungskräften die Aufgabe zu, auf die Ressourcen der MitarbeiterInnen zu achten und Pausen einzufordern.

Die befragten Pflegekräfte sprechen von der Liebe zu Beruf und alles für die PatientInnen tun zu wollen. Die sinnhafte Wahrnehmung der beruflichen Tätigkeit wirkt dabei als Motor für Entwicklung (Rückriem, 2012:46). In der täglichen Arbeit können die MitarbeiterInnen kreativ sein und neue Methoden ausprobieren. Die Bedürfnisse der PatientInnen stehen im Zentrum und darüber hinaus entscheiden sie eigenständig über ihren Tagesablauf. Humor und Spaß im Umgang mit kranken Menschen kann dabei helfen, eine Beziehung aufzubauen und erleichtert diesen den Aufenthalt im Krankenhaus und es trägt auch positiv zum Gesprächsklima im Team bei. Es zeigt sich jedoch in der Literatur ein negatives Bild zur Arbeitsmotivation (Pelikan, 2010:294; Dohm et al., 2008:87f.; Siegrist, 2005:246), nach dem PflegerInnen eine hohe Verantwortung bei gleichzeitig geringen Handlungsspielräumen beschreiben. Dieser Aspekt kann mit dem vorliegenden Material nicht belegt werden.

### **7.2.3 Demografie in der Pflege**

In dem Aufbau der Altersstruktur bei Pflegekräften zeigt sich, dass MitarbeiterInnen länger im Berufsleben stehen und dahingehend spezifische Bedürfnisse haben. Die Verantwortlichen auf programmatischer Ebene verweisen auf Ältere als zunehmend größer werdende Personengruppe. Vor allem in der Zusammenarbeit im Team gewinnt ressourcenorientiertes Arbeiten an Bedeutung.

*„Mit den zunehmend älter werdenden Mitarbeitern, wie kann ich Mitarbeiter einsetzen, sodass ich ihre Körperlichkeit berücksichtigt, dass ich berücksichtigt, dass sie nicht mehr so viele Nachtdienste leisten können, da stehen wir vor großen Herausforderungen [...]“ (A 161ff.)*

Gegenseitige Achtsamkeit im Team sichert deren Akzeptanz und verlagert die Kompetenzen in Hinblick auf deren ExpertInnenwissen aufgrund jahrelanger beruflicher Erfahrung.

Neben der Veränderung der Altersstruktur nach oben ergreifen nach Einschätzung der Befragten weniger junge Menschen einen Pflegeberuf. Dahingehend stehen jungen, ausgebildeten Personen eine Bandbreite an Stellen zur Verfügung. Der Altersdurchschnitt bei Pflegekräften steigt und nicht ausreichend junge Menschen ergreifen diese Ausbildung (Becker, 2012:20). Eine befragte Person sieht hier wiederum einen Verantwortungsbereich von Führungskräften.

*„Die Wenigen, die es gibt, die können sich die Stationen und Teams aussuchen, die werden auch nur dort hingehen, wo ein relativ angenehmes Klima herrscht, wo sie wissen, da gibt es eine Führungskraft, die organisatorisch gut aufgestellt [ist], auf solche Dinge schaut, dass Konflikte nicht brodeln und schwelen, bis sie ausbrechen.“ (C 209ff.)*

Darüber hinaus legen junge Pflegekräfte einen großen Wert auf die eigene Gesundheit, um lange im Beruf bleiben zu können. Das zeigt sich dahingehend, als weniger Motivation besteht, Nachtdienste zu machen.

### **7.3 Gesundheitsfürsorge und soziale Unterstützung**

Führungskräfte setzen Handlungen und Aktionen, mit denen sie die Gesundheit der MitarbeiterInnen beeinflussen. Dieses Thema beinhaltet den Fürsorgeaspekt in der Führungsarbeit im Sinne von Gesundheitsschutz, indem die Bedürfnisse des Pflegepersonals wahrgenommen und entsprechende Maßnahmen gesetzt werden. In diesem Zusammenhang äußerten die Befragten, wie mit vorhandenen Personalressourcen umgegangen wird.

#### **7.3.1 Gesundheitsschutz**

Unternehmensgrundsätze sollen so gestaltet sein, dass Beschäftigte als Ressource und Erfolgsfaktor wahrgenommen werden (Europäisches Netzwerk für Gesundheitsförderung, 2007:4). Führungskräfte verweisen die Pflegepersonen auf Maßnahmen des ArbeitnehmerInnenschutzes. Dieser beinhaltet das Einhalten von Ruhe- und Pausenzeiten und dass während des Arbeitstages die Möglichkeit besteht, ungestört essen und trinken zu gehen. Maßnahmen der Verhältnisprävention trainieren den Aufbau und die Nutzung vorhandener Ressourcen (Turgut et al., 2014:151). In einem Interview äußert die Führungskraft, wie sie damit umgeht.

*„Sonst schaue ich auf die Ruhezeiten, dass sie nicht extreme Dienste haben, spreche so etwas an [...] Das muss man manchmal, weil der Urlaub schon zu viel ist, ‚bitte mach‘ deinen Urlaub, der verfällt.“ (E 290)*

Es besteht die Möglichkeit von Teilzeitarbeit für ältere MitarbeiterInnen, aber auch für Pflegekräfte, die nach längerer Krankheitsdauer wieder in den Arbeitsalltag integriert werden. Einen weiteren Aspekt des Gesundheitsschutzes beinhalten die Hinweise von Seiten der Führungskraft auf ergonomisches Arbeiten in der Pflege. Körperschonendes Arbeiten ist Teil mehrerer Konzepte, zu denen Fortbildungen über den Krankenhausträger besucht werden können. Die Führungskraft hat eine Kontroll- und Überwachungsfunktion inne, um die Resilienz der Pflegekräfte gegenüber belastenden Situationen im Arbeitsalltag zu steigern. Eine weitere Möglichkeit zur Stärkung der Widerstandsfähigkeit besteht darin, MitarbeiterInnen auf Fortbildungsangebote hinzuweisen. Verfügen diese über umfassendes Wissen zur Symptomatik von Beschwerden bei PatientInnen, können sie kompetent reagieren und nehmen Situationen als weniger belastend wahr (Siegrist, 2010:31). Eine befragte Person weist darauf hin, dass auch Führungskräfte über diese Kompetenzen im Umgang mit Krankheiten von MitarbeiterInnen verfügen sollen.

*„Und da ist es auch ganz wichtig, dass die Führungskraft auch weiß, was sind die Symptome eines Burnouts und da sehr sensibel auf die Thematik eingeht. [...] Genauso wie auf die Suchthematik [...], dass ich nicht darüber hinwegsehe, weil es sich im Arbeitsprozess noch nicht so auswirkt, aber wo ich weiß, was steckt dahinter und bei Zeiten darauf reagiere, dass die Mitarbeiter Hilfe und Unterstützung bekommen, soweit sie sie halt annehmen können.“ (A 354ff.)*

Gesundheitsfürsorge findet innerhalb des Teams statt. MitarbeiterInnen geben sich gegenseitig Feedback zur ergonomischen Arbeitsweise und fragen auch bei KollegInnen im Krankenstand nach deren Befinden.

*„...[E]ine gewisse Fürsorge untereinander, das darf man natürlich auch nicht überborden...aber eine gewisse Solidarität, aber auch zu erkennen, wem es nicht gut geht, entweder weil hier momentan etwas sehr schwer war oder weil er dann überhaupt nicht gut beinand ist oder sonstige Sachen [...].“ (B 187ff.)*

Die Aufgabe des Gesundheitsschutzes liegt primär bei der Führungskraft, jedoch kann hier die Gruppendynamik im Team einen positiven Beitrag dazu leisten und die Leitung entlasten.

### **7.3.2 Umgang mit Personalressourcen**

Die Führungskraft nimmt die Fähigkeiten und Stärken der MitarbeiterInnen wahr und fördert diese. Eine Befragte erzählt von Pflegekräften, deren Kompetenzen im Umgang mit Menschen mit Demenz liegen. Sind diese MitarbeiterInnen im Dienst, werden sie in solchen Fällen zu Rat gezogen. Diese Vorgehensweise bestärkt die Pflegekräfte in ihrer Arbeitsweise, fördert deren Potenziale und ermöglicht es, bestimmte Methoden anzuwenden und auszuprobieren.

Nicht nur die positiven Aspekte finden Aufmerksamkeit, sondern auch die Beachtung der Belastungsgrenzen der MitarbeiterInnen. Identifizieren sich Pflegekräfte in erhöhter Weise mit ihrem Beruf, stehen PatientInnen und deren Wohlbefinden im Fokus. In einem Interview erzählt die Person von einer Patientin, die die Mobilisierung mithilfe eines Patientenlifters abgelehnt hatte.

*„Das hat eine Zeit gut funktioniert, sie ist zunehmend entkräftet worden und schwerer geworden [...] [da] haben sich die Mitarbeiter das Kreuz verrissen [...] [D]ie Mitarbeiter hätten, wenn ich das nicht eingestellt hätte, die hätten sich zerrissen dafür, dass es weiter so passiert, wie es die Patientin haben möchte [...] [D]as Argumentieren und Überzeugen der Mitarbeiter selber war sehr schwierig, weil die wollten das Bestmögliche für die Patientin tun.“ (C 279ff.)*

Hier kommt der Führungskraft die Aufgabe zu, den MitarbeiterInnen Grenzen zu setzen, um deren physische und psychische Ressourcen zu schonen. Diese fordert adäquates, gesundheitsförderliches Verhalten von den Pflegekräften ein, was diese als positiven Aspekt von Gesundheitsfürsorge wahrnehmen. *„Man braucht immer wieder einen Ätzes, damit man das wirklich jeden Tag mit sich zieht.“ (F 9f.).* Gleichzeitig analysiert die Führungskraft, welche Arbeitsmittel zur Verfügung stehen müssen, um körperschonendes Arbeiten zu ermöglichen.

Neben der Wahrnehmung von Belastungen bei MitarbeiterInnen hilft gezieltes Nachfragen zum Wohlbefinden im Team. Der offene Umgang und das Ansprechen von Belastungen im Arbeitsalltag

sensibilisiert sowohl die MitarbeiterInnen, auf die eigene Gesundheit zu achten, als auch erleichtert es der Führungskraft, das Wohlbefinden im Team besser beurteilen zu können.

In Zeiten eingeschränkter Personalressourcen sehen die Befragten die Aufgabe der Führungskraft darin, Prioritäten zu setzen.

*„Das gehört für mich zum gesunden Führen dazu, dass ich die Mitarbeiter dabei unterstütze, dass ich sage, ‚heute haben wir aufgrund von Krankenständen weniger Ressourcen zur Verfügung, also müssen wir uns gezielter überlegen, was können wir heute leisten‘ [...].“  
(A96ff.)*

Führungskräften kommt die Aufgabe zu, die Bedürfnisse der verschiedenen Gruppen von MitarbeiterInnen zu beachten. Junge Pflegekräfte legen Wert darauf, die eigene Gesundheit zu schonen, um lange im Beruf bleiben zu können. Gleichzeitig haben Ältere aufgrund körperlicher Einschränkungen wiederum spezifische Bedürfnisse.

In Zeiträumen mit erhöhtem Arbeitsaufkommen berichten die Befragten, dass die Führungskraft die MitarbeiterInnen bei der Pflege unterstützt. Die Tätigkeiten belaufen sich auf die Versorgung von PatientInnen oder die Unterstützung in stressigen Situationen. In den vorliegenden Fällen forderte das Team die Hilfe ein, gleichzeitig bietet die Führungskraft diese eigeninitiativ an.

*„[S]ie ist wirklich bei uns im Team drinnen und wenn es dann zu so Situationen kommt, [...] ist sie halt einfach sofort da und sagt, ‚Leute, kann ich euch was helfen, kann ich euch wo unterstützen, sagt’s mir, was ich tun soll [...]‘.“ (J 18ff.)*

Ein weiterer Aspekt dieser Unterstützung beinhaltet Wertschätzung. Eine Stationsleitung erzählt von ihrer Motivation, die eigenen MitarbeiterInnen zu unterstützen und dem Aufbau einer professionellen Arbeitsbeziehung. *„Ich wollte nie so ganz wirklich weg vom Bett, ich helfe ihnen bei der Pflege am Vormittag“ (H 192f.)* und *„[...] weil ich auch wissen will, wie die Leute arbeiten“ (H 200).*

## **7.4 Lob und Anerkennung**

Motivation am Arbeitsplatz beeinflusst die Leistung von MitarbeiterInnen. Dieses Thema behandelt, wie Führungskräfte Lob an die Pflegekräfte richten und welche Rolle Feedback im Arbeitsprozess spielt.

### **7.4.1 Wertschätzung**

Pflegekräfte äußern das Bedürfnis, dass Arbeitsleistung von der Führungskraft anerkannt wird und diese direkt Rückmeldung dazu gibt. Ein fair und gerecht erlebtes Verhalten der Führungskraft hat einen positiven Einfluss auf die Gesundheit der MitarbeiterInnen (Gerstner, 2008:14). Es ist die Aufgabe der Führungskraft, zur Beibehaltung dieser wertschätzenden Kultur beizutragen. Für MitarbeiterInnen stellt Lob einen zentralen Aspekt von Arbeitsmotivation dar, dass dabei sowohl eigene KollegInnen, als auch die Vorgesetzten Feedback zum eigenen Verhalten geben. Die

Rückmeldungen verlaufen dabei nicht nur in eine positive, bestärkende Richtung, sondern können auch als Kritik formuliert sein, um Lernpotenziale im Arbeitsverhalten zu erkennen. Diese Form der Führung erhöht bei den Beteiligten die Motivation, das Bewusstsein für die eigene Leistung zu stärken (Walenta/Kirchler, 2008:469).

Die Pflegekraft erzählt von einem Fehler in der Verabreichung eines Medikaments für eine/n PatientIn.

*„Prinzipiell ist das sehr positiv gewesen, es ist jetzt keiner gewesen, der da [sagte], ja, ‚na super, jetzt hast du da einen Fehler gemacht‘, also wird man da nicht zur Schau gestellt oder verurteilt, deswegen ist das da recht sozial.“ (I 203ff.)*

Das Verhalten im Team und deren einzelner Mitglieder hat Einfluss auf das Arbeitsklima. Respektvoller und freundschaftlicher Umgang bedeutet für die Befragten eine Form der Wertschätzung. Dies betrifft damit alle Ebenen des Teams. Gegenseitige Rücksichtnahme erfordert Toleranz und Akzeptanz gegenüber KollegInnen.

*„[W]ir sind halt Querbeet, sämtliche Charaktere durch und haben alle miteinander die Eigenschaft dabei, sehr tolerant zu sein und akzeptieren uns gegenseitig sehr gut mit unseren Eigenheiten.“ (J 134ff.)*

Ein weiteres Anzeichen von Anerkennung beläuft sich darauf, dass MitarbeiterInnen ihre Authentizität am Arbeitsplatz erhalten können, „dass man auch [...] der Mensch, der man ist, im Team ist“ (G 230f.). Pflegekräfte äußerten das Bedürfnis, die eigene Persönlichkeit im Beruf erhalten zu wollen und dabei kein Verhalten vorspielen zu müssen. Die Individuen haben das Bedürfnis, sich als Menschen wertgeschätzt zu fühlen (Matyssek, 2012:207).

Wertschätzung beeinflusst das Wohlbefinden der MitarbeiterInnen und damit das Arbeitsklima im Team. Das regelmäßige Ansprechen von Lob wirkt sich positiv auf die Arbeitsmotivation aus. Hahnzog (2015:24) bestätigt dieses Vorgehen.

#### **7.4.2 Ansprechen von Lob**

Führungskräfte und MitarbeiterInnen sprechen sich dafür aus, dass Rückmeldungen im jeweiligen Moment angesprochen werden müssen. Lob erfolgt zwischendurch oder zu bestimmten Arbeitsschritten. Anerkennung bedarf eines Fokus, auf den sie sich bezieht. Das Ansprechen von Lob ist von zentraler Bedeutung für das Arbeitsklima (Gerstner, 2008:13).

Anerkennung kann auch in Form von Glückwünschen zum Geburtstag erfolgen. Aufmerksamkeit im Umgang spielt dabei eine wichtige Rolle. Indem Führungskräfte ihre MitarbeiterInnen kennen, können sie sensibler auf Veränderungen reagieren und diese ansprechen.



*„[A]ufmerksam sein, wenn irgendwelche eine neue Frisur haben, das bemerken, ganz einfach, weil ich mir denke, ja ich beobachte auch genau und es fällt mir auf und es ist mir nicht wurscht.“ (H 225ff.)*

## **7.5 Partizipation**

Die Beteiligung der MitarbeiterInnen an Entscheidungen verbessert deren Compliance. Dieses Thema beinhaltet, inwiefern Teilhabe im Arbeitsprozess möglich ist und Pflegekräfte sich ihre Tätigkeiten selbstständig einteilen. Im Kontext dieser erweiterten Entscheidungsspielräume können Fehler vorkommen. Eine Subkategorie behandelt, wie Teams damit umgehen und welche Aspekte einer Fehlerkultur erkennbar sind.

### **7.5.1 Dienstplangestaltung**

Die MitarbeiterInnen der Pflege teilen sich ihre Dienstzeiten selbstständig ein. Die Organisation des Krankenhausträgers gibt in Abstimmung mit arbeitsrechtlichen Vorgaben Rahmenbedingungen vor, die die Gestaltung des Dienstplans regeln. MitarbeiterInnen sind nach einem vereinbarten System gereiht, womit jedes Individuum nach einer gewissen Zeitspanne als ErsteR die Möglichkeit hat, in den Dienstkalender einzutragen, damit ein Vorrecht gegenüber anderen hat. Die MitarbeiterInnen empfinden dieses System als faires Vorgehen im Team. Ein als gerecht erlebter Umgang im Team beeinflusst die Gesundheit der Beschäftigten positiv (Gerstner, 2008:14).

KollegInnen sprechen sich bei Änderungen im Dienstplan untereinander ab, wenn Dienste getauscht werden müssen. Befinden sich MitarbeiterInnen an letzter Stelle in der Eintragung des Dienstplans, kann es zu eingeschränkten Dienstmöglichkeiten kommen.

*„[Man] kann auch Dienste tauschen. Das ist bei uns immer möglich, da geht auch die Führungskraft sehr auf uns ein, wenn jemand ein Problem hat, und man weiß nicht recht, wie man tun soll mit den Diensten, damit das und das hinhaut, dann kann ich auch zu ihr gehen, ‚wie kann man das am besten machen?‘.“ (I 227ff.)*

Die Vorgesetzten überlassen die Diensteinteilung den Angestellten. Dennoch kommt den Führungskräften die Aufgabe zu, den Dienstplan auf die Einhaltung der Tagespräsenz an MitarbeiterInnen zu kontrollieren und die Anwesenheiten der Pflegekräfte monatlich abzurechnen. Etwaige Änderungen stimmen die MitarbeiterInnen untereinander, als auch mit den Vorgesetzten ab.

*„Na es muss der Dienst besetzt sein, es muss eine gewisse Pause drin sein, so wie die Vorgaben eben sind, also das muss man schon einhalten. Aber sonst...spricht die da überhaupt nicht entgegen, sie ist sehr offen eigentlich für den Dienstplan und diese Geschichten.“ (F 341ff.)*

Die MitarbeiterInnen bewerten diese Form der Entscheidungsbeteiligung durchwegs positiv. Dieses Vorgehen „gehört [...] dazu, dass man motiviert arbeitet“ (F 317). Es ist sinnvoll, bei der Dienstplangestaltung das persönliche Leistungspotenzial der Beschäftigten zu berücksichtigen, gleichzeitig erweist sich die Einbeziehung derer in die Gestaltung der Arbeitszeit wichtig (Dohm et al., 2008:148f.). Dieses Vorgehen verbessert die Qualität der Arbeit und sichert langfristig das Wohlbefinden der Pflegekräfte.

### **7.5.2 Entscheidungsbeteiligung**

Die befragten MitarbeiterInnen nehmen eine Mitsprachemöglichkeit eher stationsbezogen und teamintern wahr und weniger auf der Ebene der Organisation Krankenhaus. Entscheidungen auf höherer Ebene sehen die Pflegekräfte kaum, bemerken jedoch eine Weitergabe von Informationen an das Team, was positiv bewertet wird. Rahmenbedingungen der Organisation regeln Standards für die Behandlung von PatientInnen. MitarbeiterInnen sprechen Vorgaben des Krankenhauses an, jedoch werden etwa Regelungen zur Dokumentation in stressigen Situationen beiseitegelegt, da das Wohl der PatientInnen Priorität hat.

*„Wir haben ein Tages- und Nachtprofil, die Tätigkeiten aufgeteilt, was sollte wann passieren und an dem man sich orientieren kann. Und in diesem Tages- und Nachtprofil haben wir absolut freien Spielraum.“ (J 52ff.)*

Vorgaben regeln die Rahmenbedingungen für die Arbeitstätigkeiten, über diese hinaus können die Pflegekräfte flexibel arbeiten, sowohl MitarbeiterInnen, als auch Führungskräfte bewerten diese Bedingungen positiv. Auf der Basis professioneller Pflegestandards entwickeln MitarbeiterInnen Autonomie und Eigenverantwortlichkeit im Rahmen der Arbeitstätigkeit (ANCC, 2015a; Bolz, 2015:92; Friedrich,/Poigné, 2012:72). Pflegekräfte können dahingehend flexibel auf die Wünsche der PatientInnen eingehen oder auch neue Behandlungsmethoden anwenden, die sonst aufgrund eingeschränkter Zeitressourcen, etwa am Vormittag, nicht möglich sind. Dieses Vorgehen bestätigt sich auch in der Literatur. Diese Befähigung regt Individuen zur Eigeninitiative an. Durch die Möglichkeit der Mitentscheidung entwickeln Individuen Fähigkeiten und Ressourcen, um aktiv Ziele zu erreichen (Stark, 2003:28).

Die MitarbeiterInnen nehmen Partizipation als Motivationsfaktor und Zeichen von Wertschätzung der Führungskraft wahr. Zu welchem Grad Mitsprache möglich sein soll, darüber sind sich die Pflegekräfte uneinig. Zum einen nehmen Befragte fehlende Teilhabemöglichkeit als gegeben hin und fügen sich dem. Zum anderen ist Pflegekräften mehr Mitspracherecht wichtig, um die eigenen Anliegen weitergeben zu können. Besteht zu bestimmten Themen keine Möglichkeit einer direkten Entscheidungsbeteiligung, wenden sich MitarbeiterInnen mit ihren Anliegen an die Führungskraft.

Pflegekräften kommt eine Rolle bei der Einstellung neuer MitarbeiterInnen zu. Führungskräfte beziehen hierbei Teams mit ein, wobei die Letztentscheidung bei der Führungskraft liegt.

*„Aber ich schau‘ schon, dass ich da die Mitarbeiter miteinbeziehe in die Entscheidung, weil natürlich dann das ganz anders sich gestaltet, wenn sie wissen, sie haben selber gesagt, ja [...].“ (H 108)*

### **7.5.3 Fehler**

Irrtümer nehmen alle befragten Personen Fehler als Lernfeld und Ressource zur Weiterentwicklung von Arbeitsprozessen wahr. MitarbeiterInnen berichten von einer Fehlerkultur dahingehend, als Fehler der gemeinsamen Lösung eines Problems dienen, um zukünftige Tätigkeiten zu optimieren. Unter Umständen entwickeln die Pflegekräfte nicht auf Anhieb die optimale Problemlösung, jedoch sollte berücksichtigt werden, dass beim Erwerb von Kompetenzen Fehlererfahrungen bedeutsam sind (Gerstner, 2008:15f.). MitarbeiterInnen sowie Führungskräfte sprechen Fehler offen an und informieren bei Bedarf weitere Personen, wie etwa Vorgesetzte und ÄrztInnen.

Das Krankenhaus, an dem die Befragung stattgefunden hat, führt ein elektronisches Fehlermeldesystem, im Rahmen dessen MitarbeiterInnen anonym Irrtümer melden können. Eine Arbeitsgruppe widmet sich diesen Fehler und erarbeitet Lösungsstrategien. Jedoch spricht nur eine Führungskraft diese Möglichkeit an, keine der Pflegekräfte berichtete davon. MitarbeiterInnen wären sehr ängstlich, erzählt die Person in der Leitungsfunktion, ihren Arbeitsplatz zu verlieren, wenn sie etwas meldeten, weshalb es kaum in Anspruch genommen werde.

### **7.5.4 Aufgabenverteilung**

Führungskräfte bemessen der selbstständigen Aufgabenverteilung der MitarbeiterInnen untereinander einen hohen Stellenwert bei. Die Pflegekräfte berücksichtigen gegenseitig die individuellen Stärken und Ressourcen und teilen sich Arbeitstätigkeiten dementsprechend ein.

*„Man muss es schon laufen lassen. Manche Mitarbeiter arbeiten wirklich schon ewig da und sie sind verlässlich und da braucht man nicht mehr viel machen, hin und wieder reinschauen, ob es passt [...].“ (E 164ff.)*

Führungskräfte legen Wert auf bestehende Abläufe und adaptieren diese nur, wenn Bedarf zu Veränderung besteht. Die befragten Pflegekräfte fühlen sich damit in ihrer Arbeitsweise bestärkt.

*„An und für sich bin ich froh, dass ich meine Ruhe habe beim Arbeiten und mich nicht orientieren muss an jemand anderem.“ (I 88ff.).* MitarbeiterInnen bestimmen in Absprache mit dem Team über Arbeitstätigkeiten, etwa in welchem Tempo, mit welcher Methode und zu welchem Zeitpunkt diese verrichtet werden. In einem Fall erzählt eine Pflegekraft von einem „Schwerpunktpatienten“ (I 92ff.).

An Wochenenden nehmen sich die MitarbeiterInnen bei bestimmten PatientInnen Zeit für erweiterte

Angebote, wie etwa spezielle, beruhigende Waschungen. Es wird die Erwartung an die Pflegekräfte gestellt, im Rahmen professioneller Standards und umfangreicher Fachkenntnis autonom zu arbeiten (ANCC, 2015a, Friedrich/Poigné, 2012:72).

Erweiterte Entscheidungsspielräume sensibilisieren die MitarbeiterInnen auf deren Verantwortungsbewusstsein. Gleichzeitig erfolgen laufend Rückmeldungen aus dem Team und der Führungskraft um die Qualität der Behandlung laufend zu reflektieren.

### **7.5.5 Empowerment**

Die Verantwortlichen der programmatischen Ebene verweisen darauf, MitarbeiterInnen Handlungsmöglichkeiten zu eröffnen und sich zu entfalten.

*„[B]ei manchen Dingen kann man durchaus Spielraum geben, die Mitarbeiter sollen sich entwickeln, und ich denke, das ist zu fördern oder sie sollen auch etwas ausprobieren können und nicht nur auf Punkt und Beistrich Forderungen erfüllen.“ (C250ff)*

Eine befragte Person spricht dabei Job Rotation an, indem sie sich von MitarbeiterInnen aus dem Team vertreten lässt. Dieses Vorgehen ermöglicht diesen die Wahrnehmung der Aufgaben der Führung und die MitarbeiterInnen vertreten bei Bedarf die Führungskraft. Gleichzeitig arbeiten Führungskräfte in der Pflegetätigkeit. Die Übertragung verantwortungsvoller Aufgaben und das Einbeziehen in Entscheidungen stellt einen Ausdruck von Vertrauen und Wertschätzung dar (Matyssek, 2012:207).

## **7.6 Team und Zusammenarbeit**

Das Arbeiten verschiedener Personen in einer Gruppe kann sich sowohl als fördernd als auch hemmend erweisen. Dieses Thema behandelt, wie die Führungskraft die Zusammenarbeit im Team fördern und Konflikte auf konstruktive Weise lösen kann. In diesem Zusammenhang spielt auch Kommunikation eine Rolle und dahingehend ergeben sich Handlungsfelder für Personen in Leitungspositionen.

### **7.6.1 Umgang mit Konflikten**

Eine offene Gesprächskultur, in der Kommunikation eine zentrale Rolle spielt, schafft ein Umfeld, in dem Konflikte angesprochen werden und Lösungen möglich sind. Die MitarbeiterInnen sprechen Kritik untereinander an und die Bedingung dafür ist die Formulierung in konstruktiver Form.

*„Wir haben einmal gesagt, du gehst mir sowas auf die Nerven in letzter Zeit, als wie dieses Hinterrucks reden, das ist überhaupt das Schlechteste...und das funktioniert gut.“ (G 206ff.)*

Die Aufgabe der Früherkennung von Konflikten kommt der Führungskraft zu. Vorgesetzte kennen das Team bereits über einen längeren Zeitraum und nehmen die aktuelle Gruppendynamik wahr. Um

Belastungen in der Pflegearbeit vorzubeugen, erkennen Führungskräfte frühzeitig sowohl Bedürfnisse der MitarbeiterInnen, als auch Spannungen im Team. Konfliktmanagement trägt zur Lösung von Auseinandersetzungen bei (Friedrich/Poigné, 2012:72). Die Befragten beschreiben eine Streitkultur dahingehend, als alle Mitglieder des Teams die Möglichkeit haben, Konflikte und Unstimmigkeiten anzusprechen und zu diskutieren. Die Rolle der Führungskraft liegt dabei in einer MediatorInnenrolle. Diese regt die Konfliktlösung innerhalb des Teams an und führt die Beteiligten zu Lösungen.

*„[D]a hilft dann schon ein Dritter, oder in dem Fall die Chefin, dass man das anders sieht. [...] Genau, dass sie dann sagt, wie war es wirklich, was für eine Situation war, und war das nicht doch so, und das hilft dann schon, wenn mal ein Dritter dabei ist...“ (G 282)*

Dieser Umgang zeigt sich auch in der Kommunikation. MitarbeiterInnen und Führungskräfte sprechen von einem „*legeren Umgangston*“ (G 203) und dass es „*laut werden kann*“ (G 195). Die Beteiligten betonen dabei die Wichtigkeit von Kommunikation im Umgang mit Konflikten. Die MitarbeiterInnen suchen bei Konflikten das Gespräch. Das individuelle Ausmaß von Kommunikation zeigt sich bei diesen Aushandlungen. Manche MitarbeiterInnen sprechen Konflikte sofort an, andere warten ab. Die Konfliktbearbeitung findet primär zwischen den involvierten Personen statt. Finden KollegInnen untereinander zu keiner Lösung, wird die Führungskraft hinzugezogen.

Im Umgang mit Konflikten und dem damit zusammenhängenden Arbeitsklima bewerten die Befragten als Faktor dafür, wie attraktiv die Station für neue MitarbeiterInnen ist. Ein professioneller Umgang mit Konflikten dient der Imagepflege, um frei gewordene Stellen zukünftig zügig mit neuen Pflegekräften zu besetzen. Sowohl die MitarbeiterInnen als auch deren Vorgesetzte bewerten das Arbeitsklima auf der jeweiligen Station durchwegs positiv.

*„Ich fühle mich wohl hier und wenn es nicht passt, dann melde ich mich, da musst auf alle Fälle, wenn du überleben willst, musst du den Mund aufmachen.“ (F 180f.)*  
*„An und für sich haben wir ein sehr gutes Klima im Team. [...] Ich fühle mich sehr wohl hier, persönlich.“ (I 139f.)*

### **7.6.2 Solidarität**

Zusammenarbeit in der Pflege setzt eine multiprofessionelle Teamkultur voraus. Gegenseitiger Respekt sensibilisiert alle Berufsgruppen dafür, dass gemeinsam an der Gesundheit der PatientInnen gearbeitet wird (ANCC, 2015a; Friedrich/Poigné, 2012:72). Solidarität unter den MitarbeiterInnen bedeutet eine Unterstützung der Führungskraft, damit diese gesundheitsfördernd führen kann. Führungskräfte fügen „*die einzelnen Teile, zu einem Ganzen*“ (I 7) und initiieren und vertiefen die Zusammenarbeit.

MitarbeiterInnen schätzen Kollegialität und Professionalität der KollegInnen. Dieser gesundheitsfördernde Aspekt der Gruppendynamik zeigt sich in stressigen Situationen, zu welchem Grad Feedback im Team möglich ist und wie der Umgang mit Feedback ist. Diese Teamkultur hat wesentlichen Einfluss auf die Zusammenarbeit. In Zeiten eingeschränkter Personalressourcen unterstützen sich die MitarbeiterInnen gegenseitig und legen auf faires Verhalten wert. Fairness fordern die Befragten im Umgang mit älteren KollegInnen. Bei der Dienstplangestaltung sprechen sich alle untereinander ab, was die Führungskraft entlastet und die Kommunikation im Team fördert.

MitarbeiterInnen legen großen Wert auf die Abstimmung und Kommunikation im Team. Die Absprache beläuft sich auf Arbeitstätigkeit und Dienstplangestaltung. Das gemeinsame Arbeiten zugunsten des Wohls der PatientInnen steht im Vordergrund. Interdisziplinarität setzt voraus, dass MitarbeiterInnen gegenseitig Wissen austauschen und über die Arbeit anderer Berufsgruppen Bescheid wissen. Dieses Vorgehen weckt Vertrauen in KollegInnen. Interdisziplinäre Fortbildungen und Teambesprechungen regen zu Kommunikation an. Führungskräfte schaffen das Arbeitsklima, in dem das Miteinander im Team im Vordergrund steht.

Bei der Neuanstellung von MitarbeiterInnen kommt der Führungskraft die Aufgabe zu, zu beurteilen, inwiefern das Individuum in das Team passt. Führungskräfte beurteilen die Gruppendynamik und stellen neue Personen nach Kriterien ein, inwiefern sie mit ihrer Persönlichkeit zu einer positiven Teamentwicklung beitragen können. Gemeinsame Unternehmungen in der Freizeit fördern die Solidarität im Team.

### **7.6.3 Informationsfluss**

Bei der Gestaltung gesundheitsfördernder Kommunikation im Team spielt die Weitergabe von Informationen eine wesentliche Rolle. Der Führungskraft kommt die Aufgabe zu, MitarbeiterInnen über organisationale Entwicklungen, Richtlinien und Vorgaben zu unterrichten. Der Informationsfluss erfolgt über Teambesprechungen, im Einzelsetting und E-Mail-Korrespondenz. Die transparente Weitergabe von Inhalten fördert das Vertrauen der MitarbeiterInnen in ihre Führungskraft. Die Vorgesetzten kommunizieren wichtige Inhalte an die Pflegekräfte, damit entsteht eine gemeinsame Vorstellung von Aufgaben, Zielen und Möglichkeiten (Hahnzog, 2015:17).

*„[D]ass man erklärt, warum man das verlangt und warum es notwendig ist.“ (D310)*

MitarbeiterInnengespräche finden sowohl auf formeller, als auch informeller Basis statt. Führungskräfte berichten von Einzelgesprächen, in denen akut Probleme besprochen werden. Beurteilungsgespräche beinhalten Rückmeldungen der Vorgesetzten. Im Umgang mit vulnerablen Gruppen spielen Einzelgespräche eine große Rolle.

*„Es gibt immer wieder Mitarbeitergespräche, eigentlich sehr häufig, einfach nur, um zu schauen, wie geht es ihnen zu Hause [...]. Es sind einfach alle irgendwo sehr belastet [...].“ (H 203ff.)*

An einer Station initiierte die Führungskraft ein Teamgesprächbuch, in dem die MitarbeiterInnen Themen für Besprechungen vorschlagen. Pflegekräfte bestimmen dabei mit, welche Inhalte angesprochen werden.

Rückmeldungen und Feedback erfolgen wechselseitig zwischen Team und Führungskraft, aber auch zwischen KollegInnen ohne Beteiligung der Führungskraft. Das Geben und Fordern von Feedback stellt einen grundlegenden Bestandteil der Organisationskultur dar, gleichzeitig ermutigen Führungskräfte die MitarbeiterInnen zur Meinungsäußerung (ANCC, 2015a; Friedrich/Poigné, 2012:72). Im Umgang mit Spannungen im Team berichten mehrere Befragten davon, dass sie die Vorgesetzten über mögliche Konflikte im Team informieren.

*„Ich habe immer meine Informanten, nicht im Sinne von Bespitzelung, überhaupt nicht [...]. Denke ich mir, da ist man in seiner Arbeit drin, das war nicht absichtlich, aber das ist gut, wenn man von dem hört, weil der sich auch um's Wohlbefinden kümmert, dass da nichts im Kopf [der MitarbeiterInnen] beginnt zu rattern, was überhaupt nicht der Realität entspricht.“ (D 292ff.)*

Führungskräfte reflektieren die Wahrnehmungen, fragen im Team nach und bilden sich eine eigene Meinung.

#### **7.6.4 Humor**

Auf gemeinsames Lachen und Humor legen die Befragten im Arbeitsalltag großen Wert. Es trägt zur Stressreduktion auf Seiten der MitarbeiterInnen bei und vermittelt PatientInnen Alltagsnormalität. Eine Führungskraft berichtet, dass „Schmäh“ (E 94) im Team dabei hilft, eine professionelle Arbeitsbeziehung aufzubauen.

Humor und Spaß in der Arbeit fördern das Gesprächsklima, sowohl der MitarbeiterInnen untereinander, als auch mit PatientInnen.

#### **7.7 Führungsverhalten**

Dieses Thema beinhaltet die Beschreibung der Aspekte des Führungsverhaltens. Es handelt sich um persönliche Eigenschaften von Personen in Leitungspositionen der Pflege. Führung von MitarbeiterInnen und Hierarchie stehen in einem Zusammenhang, der in einem der folgenden Subkategorien analysiert wird.

*„Es ist eine Daueraufgabe, man kann's nicht so einfach machen [...], man muss ständig dranbleiben und das immer im Kopf haben.“ (B177ff.)*

### 7.7.1 Vorbildwirkung

Führung bedeutet sich selbst zu führen (Hahnzog, 2015:16). Die Befragten sehen Führungskräfte als Vorbild für andere. Auf programmatischer Ebene bekräftigen die Verantwortlichen, dass zwischen der Gesundheit der Vorgesetzten und der MitarbeiterInnen ein Zusammenhang besteht. Führungskräfte vermitteln Authentizität, wenn sie die Werte der Gesundheitsförderung, die sie den MitarbeiterInnen vorgeben, auch selbst leben. In der Vorbildfunktion integrieren die Führungskräfte gesundheitsfördernde Verhaltensweisen in den Alltag (Ulatowski, 2013:22). Das schafft Ansporn für MitarbeiterInnen, es gleichzutun.

*„Führung ist immer Vorbild, denke ich mir. Ich kann nicht von den Mitarbeitern was verlangen, was ich selbst nicht lebe, das geht nicht.“ (D 244f)*

Führungskräfte steigern damit die Resilienz der MitarbeiterInnen, indem sie durch das eigene gesundheitsfördernde Verhalten das Gesundheitsbewusstsein der Pflegekräfte positiv beeinflussen. Diese Vorbildwirkung bedeutet einen wesentlichen Aspekt des Erfolgs von Maßnahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung. *„[W]enn ich selber nichts tue, um mein Gewicht in irgendeiner Weise zu ändern, kann ich schlecht den anderen die gesunde Jause verkaufen oder Bewegungsprogramme [...]“ (A 187ff.)*. Die befragten Führungskräfte sind sich der Vorbildfunktion bewusst, jedoch gelingt es nicht in allen Arbeitssituationen, diese einzuhalten. *„Ich bin ein schlechtes Beispiel, ich komme auch mit Fieber arbeiten [...]“ (E 283)*.

### 7.7.2 Ansprechperson

Für die MitarbeiterInnen der Pflege stellt die direkte Führungskraft oft die erste Anlaufstelle in verschiedenen Bereichen dar. Sie sind damit GesprächspartnerInnen für Probleme bei der Arbeit, aber auch bei privaten Schwierigkeiten (Gerstner, 2008:13). Um damit umgehen zu können, brauchen Vorgesetzte eine *„stabile Persönlichkeit“* (H 12), um mit den Anliegen umgehen zu können. Ausreichende Selbstfürsorge erhält die Widerstandsressourcen. In mehreren Interviews sprechen sich die Befragten aller Ebenen in negativer Form aus. Führungskräfte sehen sich als *„Mistkorb“* (E 45) und für MitarbeiterInnen sind Führungskräfte *„für den ganzen restlichen Müll [zuständig], der so anfällt“* (F 172f.), gleichzeitig äußern sie Respekt gegenüber deren Leistung. *„[D]er I-Punkt drauf ist die Leitung.“* (F 172) und *„[e]s ist Hochachtung, wie sie das meistert“* (F 206).

Führungskräfte stellen damit die Anlaufstelle bei Anliegen der MitarbeiterInnen dar, etwa bei Wünschen, Konflikten oder Problemen. Die Pflegekräfte nehmen die jeweilige Leitung als Ansprechperson wahr und haben diese bereits bei ihren Anliegen angesprochen. In diesem Zusammenhang sehen die MitarbeiterInnen die Führungskraft als Sprachrohr für das Team. Pflegekräfte können mit ihren Anliegen an diese herantreten und die Führungskraft leitet dies an die zuständige Stelle weiter.



*„Dass man halt wirklich die Führungsperson, die wir halt drinnen haben bei uns als Stationsleitung, quasi als Ansprechperson hat, die weitertragen kann, sollte es etwaigen Handlungsbedarf geben.“ (J 9ff.)*

*„Da gelingt es der Führung eher für das ganze Team zu sprechen [...].“ (G 28f.)*

### **7.7.3 Soziale Kompetenz**

Führungskräfte lenken ihre MitarbeiterInnen, es bedarf spezifischer Fertigkeiten im Umgang mit Menschen und deren Bedürfnissen. Eine zentrale Eigenschaft ist Ausgeglichenheit, was vor allem in Zeiten mit erhöhtem Arbeitsaufkommen von Bedeutung ist. Führungskräfte nehmen die Stimmung im Team wahr, bewahren gleichzeitig Gelassenheit und strahlen Ruhe aus. *„Ruhige Gespräche, und sie sehen, dass ich nicht laut werde, ruhiger bin, aber konsequent [...].“ (E 94ff.)*. Sich an bestimmte Situationen anzupassen, erfordert Flexibilität. Diese Eigenschaft verlangt auch Selbstkontrolle von den Führungskräften und sich und das eigene Verhalten stetig zu reflektieren.

Für das Führungsverhalten gibt es *„kein Grundrezept“ (E 260)* und einen Idealtypus von Führung lehnen die Führungskräfte ab. Walenta und Kirchler (2008:467f.) sprechen von dem leitenden Prinzip der Emotionalität in der Führungsarbeit. Welchen Führungsstil das Individuum an der Arbeitsstelle wählt, hängt von der Persönlichkeit ab. Ausbildungen zur Führungsarbeit erweisen sich hilfreich, eine Führungskraft spricht dabei interpersonale Kompetenzen an.

*„Ich arbeite viel aus dem Bauch heraus, muss ich schon sagen. Ich glaube, dass ich es ganz gut verstehe, wenn es wem mal nicht so gut geht, den spreche ich gleich bei der Dienstübergabe an [...]. Wenn du Hilfe brauchst, dann komm' und wenn nicht, lasse ich dich halt in Ruhe.“ (E 246ff.)*

Pflegekräfte als auch deren Vorgesetzten sprechen von einem *„Gespür für Menschen“ (I 246)*, was eine Vertrauensbasis bildet. MitarbeiterInnen haben das Bedürfnis, dass die Führungskraft hinter ihnen steht und diese so sein lässt, wie sie sind. Eine Stationsleitung meint dazu Folgendes.

*„Man muss es schon laufen lassen. Manche Mitarbeiter arbeiten wirklich schon ewig da und sie sind verlässlich und man braucht nicht mehr viel machen, hin und wieder reinschauen, ob es passt [...].“ (E 164ff.)*

### **7.7.4 Hierarchie**

Führungskräfte treffen Entscheidungen und beeinflussen damit den Arbeitsalltag der MitarbeiterInnen. Die befragten Stationsleitungen messen Hierarchie einen geringen Stellenwert bei, diese kommt jedoch in bestimmten Situationen zum Tragen, wie etwa bei Auseinandersetzungen mit anderen Berufsgruppen, der Umsetzung von Aufträgen oder der Dienstplangestaltung. In Zeiten von Veränderung ist Hierarchie wichtig, indem klare Aussagen gemacht werden. Führungskräfte haben die Vision, die Organisationen einem Wandel zu unterziehen, vermitteln die Inhalte an die MitarbeiterInnen und eröffnen neue Handlungsspielräume (ANCC, 2015b).

*„Mit den Umstrukturierungsmaßnahmen ist es auch sehr schwierig und wahrscheinlich ist es auch ganz gut, wenn jemand sagt, ‚so ist es, ich habe gesprochen und basta‘.“ (H 47f.)*

Führungskräfte können aufgrund ihrer höheren Position die Anliegen der Pflegekräfte vertreten, die Pflegepersonen sehen darin eine bedeutende Rolle in der betrieblichen Gesundheitsförderung, indem diese die Bedürfnisse der MitarbeiterInnen weitergibt. Führungskräfte werden als Schnittstelle zu anderen Instanzen wahrgenommen und fördern damit Kommunikation. Vor allem im Rahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung spielt diese Netzwerkbildung eine zentrale Rolle. Über diese Kanäle tauschen sich Führungskräfte zu Best-Practice-Beispielen der täglichen Pflegearbeit und gesundheitsfördernden Aktivitäten zwischen den Abteilungen aus. Das schafft eine Kommunikationsbasis.

Hierarchie spielt dahingehend eine Rolle, als Führungskräfte laufende Entwicklungen am Arbeitsplatz erkennen, reflektieren und analysieren. Eine befragte Person spricht dabei die Thematik älter werdender MitarbeiterInnen an, wobei es gilt, dementsprechende Maßnahmen zu setzen.

Führungsstil spielt auch bei der Attraktivität des Arbeitsplatzes eine Rolle.

*„[I]ch denke das Wissen, dass ein diktatorischer Führungsstil in die heutige Zeit nicht mehr passt, ist da.“ (C 119ff.)*

*„Ich habe schon den Eindruck, dort, wo es nur Direktiven gibt, wo ein strenges Regiment gefahren wird, dass die jungen Mitarbeiter sehr schnell wieder wegwechseln, das kenne ich schon auch. Insofern hängt es auch von der Führungskraft [...] ab, ob jemand länger bleibt oder nicht.“ (C244ff.)*

Führungsverhalten beeinflusst die Fluktuation von MitarbeiterInnen in der Pflege. Sie beeinflussen durch ihr Handeln die Gesundheit, Leistungsfähigkeit und Motivation der Beschäftigten, das Betriebsklima wirkt sich positiv auf die Arbeitszufriedenheit aus und beeinflusst damit, wie häufig sich Pflegekräfte entscheiden, die Arbeitsstelle zu verlassen (Gerstner, 2008:9f.).

## 8 Diskussion

An dieser Stelle wird das Zustandekommen der Ergebnisse erläutert und das Forschungsvorgehen im Rahmen dieser Masterarbeit kritisch reflektiert.

Da die Zahl der Interviews mit zehn Pflegekräften gering gehalten war, können Aussagen über die Reichweite der Ergebnisse nur mit Vorsicht getroffen werden. Die Aussagekraft qualitativer Studien kann sich zum einen dadurch erhöhen, dass mehr Interviews durchgeführt wird. Eine vermehrte Anzahl an Befragten liefert mehr Informationen und die Daten untermauern die Ergebnisse in höherem Ausmaß. Darüber hinaus könnten teilnehmende Beobachtungen oder die Analyse von Artefakten weitere Daten liefern. Zum anderen vertiefen stärker interpretative Methoden die Erkenntnisse und verweisen auf latente Sinnstrukturen des Gesagten. Diese Aspekte waren aus forschungspragmatischen Gründen nicht möglich, stellen aber einen Ansatzpunkt für weitere Forschung dar. Ein Anschluss an die bisherige Forschungstätigkeit wäre dahingehend einfacher, als die Personen im hier beforschten Feld über die Befragung zur Thematik sensibilisiert sind und das Forschungsvorhaben von Beginn an breite Unterstützung in allen Bereichen des Krankenhauses fand.

Die erhobenen Daten liefern dahingehend einen Beitrag zur Beantwortung der Forschungsfrage, als die MitarbeiterInnen ihre Wahrnehmung zu gesundheitsförderlichem Führungsverhalten im Arbeitsalltag beschrieben und diese Ergebnisse sich mit den Erkenntnissen aus der Literaturrecherche decken. Dennoch werden durch diese Masterarbeit viele Fragen aufgeworfen. Es bleibt unklar, welche Ergebnisse aus den Daten gewonnen worden wären, wenn ich selbst die Befragten ausgesucht hätte.

Froschauer und Lueger (2003:164) verweisen im Rahmen der Themenanalyse auf die Bildung einer Schlüsselkategorie, welche über viele Texte hinweg bedeutsam ist. Im Rahmen dieser Arbeit konnte keine Schlüsselkategorie identifiziert werden. Der Grund liegt darin, dass gesunde Führung einer Vielzahl an Kompetenzen bedarf und sich nicht auf ein zentrales Element konzentriert. Es wurden jedoch zwischen den verschiedenen Subkategorien Verknüpfungen herausgearbeitet, um den Text als Netzwerk von Kategorien darzustellen.

Die Befragten erzählten offen darüber, wie sie gesunde Führung wahrnehmen und welche Aspekte im Arbeitsalltag relevant sind. Die interviewten Personen stellten ihr Wissen zur Verfügung. Zu Beginn des Forschungsvorhabens bestand die Befürchtung, dass unter den Befragten wenig Bereitschaft und Motivation zur Teilnahme an Interviews herrschte. Die Einrichtung, in dem diese Erhebung stattfand, ist ein gesundheitsförderndes Krankenhaus. Im Nachhinein betrachtet erleichterte die Awareness zu Themen der Gesundheit von MitarbeiterInnen den Feldzugang enorm.

Die Offenheit der Befragten in den Erzählungen war eine Bereicherung in Bezug auf die Qualität der Interviews.

Die Ergebnisse aus der Analyse der Interviews deckten sich mit den Erkenntnissen aus der Literaturrecherche. Nur in einem Aspekt war ein Widerspruch ersichtlich. Die Literatur beschreibt den Pflegeberuf als Belastung, in dem die MitarbeiterInnen hohe Verantwortung bei gleichzeitig niedrigem Entscheidungsspielraum übernehmen. Die Erkenntnisse aus den Interviews widerlegten diese Sichtweise, da die befragten Personen den Pflegeberuf als motivierend und die Arbeit mit PatientInnen und Angehörigen durchwegs positiv erlebten. Das kann daher kommen, als Pflegekräfte von den Stationsleitungen ausgewählt, gefragt und bei Zustimmung an mich verwiesen wurden. Durch diesen Prozess kam es bereits zu einer Selektion der Befragten. In einer zukünftigen, weiterführenden Erhebung zur Thematik könnte die Variation der Ergebnisse gestreut werden, indem die/der ForscherIn die interviewenden Personen, unter Rücksichtnahme der freiwilligen Teilnahme, eigenständig auswählt. Einer Verzerrung könnte so vorgebeugt werden.

Die Interviewsituation zeigte keine hierarchischen Unterschiede zwischen den befragten Pflegekräften und der Interviewerin. Im Gesprächseinstieg erläuterte die Interviewerin das Forschungsvorhaben und die Beweggründe zum Start der Erforschung dieses Themas. Die Transparenz schien das Vertrauen zur Forscherin zu erhöhen. Der Gesprächsfluss wurde an manchen Stellen von Seiten der Forscherin durch Fragen oder Wiederholungen des vorher Gesagten angeregt, oder wenn die Befragten mit ihren Erzählungen zu einem Ende kamen.

In der eigenen Rolle als Forscherin im Bereich der Soziologie war es oft schwierig, die eigene berufliche Erfahrung als Therapeutin zu verwerfen. Froschauer und Lueger (2003:167f.) sprechen dabei von Zerstörung des Vorwissens durch Dekonstruktion und Systematisierung des Zweifels. Die Vorstellung der Fremdheit im Feld und der Rolle der Forscherin als Unwissende erleichterten die Datenerhebung und Analyse des Materials.

## 9 Zusammenfassung

Im Rahmen der vorliegenden Masterarbeit wurde erhoben, wie Pflegekräfte gesundheitsfördernde Führung im Arbeitsalltag wahrnehmen.

Die Thematik von gesunder Führung in der Krankenbehandlung baut darauf auf, dass Pflegekräfte in ihrer täglichen Arbeit mit positiven, als auch negativen Herausforderungen konfrontiert sind. Die berufliche Sozialisation hat in der modernen Gesellschaft eine große Bedeutung, da Individuen ihre Erwerbsbiografie zunehmend nach Kriterien der Möglichkeit zur Selbstverwirklichung und Sinn in der Arbeitstätigkeit zu finden, ausrichten. Es hängt von individuellen Voraussetzungen und Bewältigungsstrategien ab, ob Berufstätige diese als Beanspruchung wahrnehmen. Positive Aspekte dessen sind die kognitive Aktivierung und Emotionen.

Im Pflegeberuf zeigen sich Belastungen für MitarbeiterInnen in mehreren Bereichen. Der Umgang mit PatientInnen, Gefährdungen des Bewegungsapparates durch langes Stehen, schweres Heben und Schichtarbeit erfordern von Pflegekräften erhöhte Achtsamkeit in Hinblick auf die eigene Gesundheit. Jedoch zeigen sich die Auswirkungen des Pflegeberufes auch in positiver Hinsicht. MitarbeiterInnen erleben die Tätigkeit als sinnstiftend und wertschätzender Umgang und Unterstützung im Team stärkt die Widerstandsfähigkeit. Die Befragten erleben die Arbeit mit Menschen im Krankenhaus positiv und motivierend und orientieren sich stark am Wohl von PatientInnen. Die Pflegekräfte schildern dennoch Belastungen in der täglichen Arbeit und dabei kommt der Führungskraft die Aufgabe zu, die Bedürfnisse der MitarbeiterInnen wahrzunehmen und bei Bedarf Unterstützung anzubieten.

Diese Aspekte stellen die zentralen Annahmen des Konzepts der Salutogenese nach Antonovsky dar. Das Kohärenzgefühl beschreibt das Vertrauen darauf, dass Aufgaben mit den vorhandenen Ressourcen gelöst werden können. MitarbeiterInnen erleben die eigene Gesundheit als gestaltbar, und die Widerstandsfähigkeit gegenüber belastenden Situationen im Arbeitsalltag steigt und sie können kompetent damit umgehen.

Der Begriff der Gesundheit und dessen Förderung hat sich im Laufe der WHO-Konferenzen laufend weiterentwickelt. Die Verantwortung für die Gesunderhaltung liegt nicht nur in der Gesellschaft, sondern auch einzelne Personen beeinflussen mit ihrer Lebensweise das eigene Wohlbefinden. Das Konzept des Empowerment beschreibt die Befähigung der Individuen, das Leben eigenständig zu gestalten. Um diese Fähigkeiten nutzen zu können, bedarf es der Gesundheitskompetenz.

Betriebliche Gesundheitsförderung beinhaltet Interventionen am Arbeitsplatz, um die Arbeitsfähigkeit der MitarbeiterInnen langfristig zu erhalten und die Gesundheit zu fördern. Für diese Masterarbeit wurde das Mehrebenenmodell nach Turgut et al. (2014:140f.) adaptiert und die Ebenen

des Individuums, der Führung und der Organisation in Hinblick auf betriebliche Gesundheitsförderung analysiert. Letzteres beinhaltet das Konzept der Magnetkrankenhäuser, das mitarbeiterInnenbindende Eigenschaften von Krankenhäusern beinhaltet. Darüber hinaus setzen gesundheitsfördernde Krankenhäuser verstärkt an der Gesunderhaltung der MitarbeiterInnen mithilfe entsprechender Maßnahmen an. Beide Konzepte heben die Rolle von Führungskräften im Rahmen der Gesundheitsförderung von MitarbeiterInnen hervor.

Im Kontext von Aktivitäten der Gesundheitsförderung im Krankenhaus stellen Steuerung und Vernetzung zentrale Aspekte dar, um den Austausch zwischen den Abteilungen und Stationen zu fördern. Die Bereitschaft von MitarbeiterInnen zur Teilnahme an Angeboten der Gesundheitsförderung zeigt sich ambivalent. Die Inanspruchnahme hängt vor allem von zeitlichen Ressourcen ab. Die Awareness zu gesundheitsbezogenen Themen ist unter Pflegekräften nur zum Teil ausgeprägt.

Führungskräften kommt in der Gesundheitsfürsorge und sozialen Unterstützung von MitarbeiterInnen eine zentrale Rolle zu. Gesundheitsschutz umfasst die Einhaltung von Pausenzeiten oder gegenseitige Hinweise von KollegInnen auf körperschonendes Arbeiten. Die Aufgabe der Gesundheitsfürsorge liegt primär bei den Führungskräften, jedoch kann das Zusammenarbeiten im Team einen positiven Beitrag leisten und die Vorgesetzten entlasten.

Ein wertschätzender Umgang im Team erhöht die Motivation und Arbeitszufriedenheit der MitarbeiterInnen. Das regelmäßige Ansprechen von Lob ist sowohl den Pflegekräften, als auch den Führungskräften ein Anliegen.

Können sich MitarbeiterInnen an Entscheidungen beteiligen, erhöht sich deren Kooperationsbereitschaft. Die Möglichkeit, Dienstpläne mitzugestalten und Arbeitstätigkeiten im Team eigenständig zu aufzuteilen, motiviert die Pflegekräfte. Die Erweiterung von Entscheidungsspielräumen erhöht die Wahrscheinlichkeit, dass Fehler im Arbeitsprozess auftreten. Diese werden als Lernfeld und Ressource für Weiterentwicklung auf der Ebene von Organisation und des Individuums wahrgenommen. Ein offener Umgang mit und das Ansprechen von Fehlern eröffnet es MitarbeiterInnen, Lösungsmöglichkeiten im Team zu erarbeiten.

In der Zusammenarbeit verschiedener Personen können Konflikte auftreten. Kommunikation spielt dabei eine zentrale Rolle. Pflegekräfte besprechen Konflikte primär untereinander, sollten sie zu keiner Lösung kommen, ziehen sie die Vorgesetzten hinzu. Der Führungskraft kommt dabei eine MediatorInnenrolle zu, zwischen den Beteiligten zu vermitteln, um zu einer Lösung zu kommen. MitarbeiterInnen werden im Rahmen von Teamgesprächen laufend informiert. Eine gesundheitsfördernde Gruppendynamik wirkt sich positiv auf die Teamkultur und damit auf die

Arbeitszufriedenheit aus. Gegenseitige Fairness ermöglicht es, die Bedürfnisse schwächerer MitarbeiterInnengruppen zu berücksichtigen.

Gesundheitsförderndes Führungsverhalten bezieht sich auf Eigenschaften von Personen in Leitungspositionen in der Pflege. In ihrer Vorbildfunktion beeinflussen Vorgesetzte mit ihrem Gesundheitsverhalten die MitarbeiterInnen. Führungskräfte steigern damit die Resilienz der Pflegekräfte. Die Widerstandsfähigkeit gegenüber belastenden Situationen stellt einen Aspekt des Konzepts der Salutogenese nach Antonovsky dar.

Für die MitarbeiterInnen der Pflege stellt die Führungskraft die erste Anlaufstelle für deren Anliegen dar. Die Vorgesetzten fungieren dabei auch als Sprachrohr für Anliegen aus dem Team. Gesundheitsförderndes Führungsverhalten bedarf sozialer Kompetenzen im Umgang mit MitarbeiterInnen, um gegenseitiges Vertrauen zu erhalten. Hierarchie spielt dahingehend eine Rolle, wenn Führungskräften die Aufgabe zukommt, Entscheidungen zu treffen. Der Führungsstil hängt stark von persönlichen Voraussetzungen ab, beeinflusst dabei das Arbeitsklima im Team an der Abteilung und spielt eine Rolle bei der Attraktivität der Arbeitsstelle nach außen für zukünftige MitarbeiterInnen.

Die erhobenen Daten liefern einen Beitrag zur Beantwortung der Forschungsfrage. Die Befragten schilderten ihre Wahrnehmung zu gesundheitsförderndem Führungsverhalten. Eine offene Gesprächskultur und wertschätzender Umgang der MitarbeiterInnen untereinander, als auch gegenüber der Führungskraft schaffen ein positives Arbeitsklima. Das Verhalten der Vorgesetzten beeinflusst damit langfristig die Bindung qualifizierter Pflegekräfte an das Krankenhaus, und damit die Zufriedenheit der Beschäftigten.

## Literaturverzeichnis

Abel, Thomas, Bruhin, Eva, 2003: Health Literacy. Wissensbasierte Gesundheitskompetenz. In: bzga (Bundeszentrale für ganzheitliche Aufklärung), 2003: Leitbegriffe der Gesundheitsförderung. Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden in der Gesundheitsförderung. Schwabenheim an der Selz: Fachverlag Peter Sabo. 128-131.

American Nurses Credentialing Center, 2015a: Forces of Magnetism. <http://www.nursecredentialing.org/Magnet/ProgramOverview/HistoryoftheMagnetProgram/ForcesofMagnetism>. 11.2.2016.

American Nurses Credentialing Center, 2015b: Magnet Model. <http://www.nursecredentialing.org/Magnet/ProgramOverview/New-Magnet-Model#TransformationalLeadership>. 26.2.2016.

American Nurses Credentialing Center, 2008: Announcing a New Model for ANCC's Magnet Recognition Program. <http://www.nursecredentialing.org/MagnetModel>. 11.2.2016.

Badura, Bernhard, Walter, Uta, Hehlmann, Thomas, 2010: Betriebliche Gesundheitspolitik. Der Weg zur gesunden Organisation. Springer: Berlin.

Badura, Bernhard, 1993: Gesundheitsförderung durch Arbeits- und Organisationsgestaltung. In: Pelikan, Jürgen M., Demmer, Hildegard, Hurrelmann, Klaus (Hg.), 1993: Gesundheitsförderung durch Organisationsentwicklung. Konzepte, Strategien und Projekte für Betriebe, Krankenhäuser und Schulen. Weinheim und München: Weinheim Verlag. 20-33.

Becker, Stefanie, 2012: Demografische Herausforderungen. In: Bechtel, Peter, Smerdka-Arhegler, Ingrid, 2012: Pflege im Wandel gestalten- eine Führungsaufgabe. Lösungsansätze, Strategien, Chancen. Berlin: Springer. 15-24.

Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienste und Wohlfahrtspflege, 2005: DAK-BGW Gesundheitsreport stationäre Krankenpflege. [http://www.mh-hannover.de/fileadmin/organisation/gesundheitsfoerderung/downloads/BGW-DAK\\_Gesundheitsreport\\_\\_2005\\_property\\_pdfDownload.pdf](http://www.mh-hannover.de/fileadmin/organisation/gesundheitsfoerderung/downloads/BGW-DAK_Gesundheitsreport__2005_property_pdfDownload.pdf). 2.10.2015

Böhle, Fritz, 2010: Arbeit und Belastung. In: Böhle, Fritz, Voß, G. Günter, Wachtler, Günther, 2010: Handbuch Arbeitssoziologie. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften. 451-482.

Böhle, Fritz, Voß, G. Günter, Wachtler, Günther, 2010: Handbuch Arbeitssoziologie. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.

Bolz, Heinrich, 2015: Pflegeeinrichtungen erfolgreich führen. Organisationskultur zwischen Marktorientierung und Berufsethik. Wiesbaden: Springer.

Borgetto, Bernhard, Kälble, Karl, 2007: Medizinsoziologie. Sozialer Wandel, Krankheit, Gesundheit und das Gesundheitssystem. Weinheim und München: Juventa Verlag.

Brause, Michaela, Horn, Annett, Büscher, Andreas, Schaeffer, Doris, 2010: Gesundheitsförderung in der stationären Langzeitversorgung-Teil 2. Bielefeld: Institut für Pflegewissenschaft.



Brösskamp-Stone, Ursel, Faller, Gudrun, 2012: Netzwerke in der BGF: Chancen, Herausforderungen und Beispiele. In: Faller, Gudrun, 2012: Lehrbuch betriebliche Gesundheitsförderung. Bern: Verlag Hans Huber. 327-336.

Bundesministerium für Gesundheit, 2015: Gesundheitsdefinition der WHO 1948.  
[http://bmg.gv.at/home/Gesundheit\\_und\\_Gesundheitsfoerderung](http://bmg.gv.at/home/Gesundheit_und_Gesundheitsfoerderung). 2.10.2015.

bzga (Bundeszentrale für ganzheitliche Aufklärung), 2003: Leitbegriffe der Gesundheitsförderung. Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden in der Gesundheitsförderung. Schwabenheim an der Selz: Fachverlag Peter Sabo.

Dierks, Marie-Luise, Seidel, Gabriele, 2009: Stärkung von Empowerment durch Gesundheitsbildung. Die Patientenuniversität an der Medizinischen Hochschule Hannover. In: Roski, Reinhold, 2009: Zielgruppengerechte Gesundheitskommunikation. Akteure- Audience Segmentation- Anwendungsfelder. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften. 309-328.

Dohm, Sandra, Gerstner, Alexander, Schambortski, Heike, 2008: Grundlagen betrieblicher Gesundheitsförderung. In: Schambortski, Heike (Hg.), 2008: Mitarbeitergesundheit und Arbeitsschutz. Gesundheitsförderung als Führungsaufgabe. München: Urban&Fischer Verlag. 19-44.

Dohm, Sandra, Gerstner, Alexander, Schambortski, Heike, Wilhelm, Matthias, 2008: Gefährdungen und Belastungen für Beschäftigte im Pflegedienst. In: Schambortski, Heike (Hg.), 2008: Mitarbeitergesundheit und Arbeitsschutz. Gesundheitsförderung als Führungsaufgabe. München: Urban&Fischer Verlag. 45-161.

Drath, Wilfred H., Palus, Charles J., 1994: Making common sense: Leadership as meaning-making in a community of practice. Greensboro N.C.: Center for Creative leadership.

Drossel, Matthias, Hirsch, Kathleen, 2013: Gesundheitsförderung an Schulen für Pflegeberufe. Interventionsstudie an der Bamberger Akademie für Gesundheitsberufe/am Bamberger Bildungszentrum für Altenhilfe. HeilberufeScience, Vol. 4, 115-120.

Faller, Gudrun, 2012: Was ist eigentlich BGF?. In: Faller, Gudrun, 2012: Lehrbuch betriebliche Gesundheitsförderung. Bern: Verlag Hans Huber. 15-26.

Faltermaier, Toni, Mayring, Philipp, Saup, Winfried, Strehmel, Petra, 2002: Entwicklungspsychologie des Erwachsenenalters. Stuttgart, Berlin, Köln: Verlag W. Kohlhammer.

Forster, Rudolf, Krajic, Karl, 2008: Gesundheit und Medizin. In: Forster, Rudolf (Hg.), 2008: Forschungs- und Anwendungsbereiche der Soziologie. Wien: Facultas Verlags- und Buchhandels AG. 72-87.

Franke, Franziska, Felfe, Jörg, Pundt, Alexander, 2014: The impact of health-oriented leadership on follower health. Development and test of a new instrument measuring health-promoting leadership. Zeitschrift für Personalforschung, Vol.28 (1-2), 139-161.

Franzkowiak, Peter, 2003: Salutogenetische Perspektive. In: bzga (Bundeszentrale für ganzheitliche Aufklärung), 2003: Leitbegriffe der Gesundheitsförderung. Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden in der Gesundheitsförderung. Schwabenheim an der Selz: Fachverlag Peter Sabo. 198-200.

Friedrich, Detlef, Poigné, Christiane, 2012: Mitarbeiterbindung: Konzept der Magnethospitäler. In: Bechtel, Peter, Smerdka-Arhegler, Ingrid, 2012: Pflege im Wandel gestalten- eine Führungsaufgabe. Lösungsansätze, Strategien, Chancen. Berlin: Springer. 69-78.

Froschauer, Ulrike, Lueger, Manfred, 2003: Das qualitative Interview. Zur Praxis interpretativer Analyse sozialer Systeme. Wien: Facultas Verlags- und Buchhandels AG.

Fuchs, Manfred, 2012: Sozialkapital: nicht nur produktiv, sondern auch gesund!. In: Faller, Gudrun, 2012: Lehrbuch Betriebliche Gesundheitsförderung. Bern: Verlag Hans Huber. 113-124.

Gerstner, Alexandra, 2008: Gesundheitsfördernd führen. In: Schambortski, Heike (Hg.), 2008: Mitarbeitergesundheit und Arbeitsschutz. Gesundheitsförderung als Führungsaufgabe. München: Urban&Fischer Verlag.: 5-17.

Griefahn, Barbara, Golka, Klaus, 2006: Arbeitswelt und Gesundheit. In: Hurrelmann, Klaus, Laaser, Ulrich, Razum, Oliver, 2006: Handbuch Gesundheitswissenschaften. Weinheim und München: Juventa Verlag. 653-678.

Grundböck, Alice, Nowak, Peter, Pelikan, Jürgen M., 1998: Einleitung. In: Grundböck, Alice, Nowak, Peter, Pelikan, Jürgen M., 1998: Neue Herausforderungen für Krankenhäuser. Qualität durch Gesundheitsförderung- Gesundheitsförderung mit Qualität. Wien: Facultas Universitätsverlag. 15-20.

Gündel, Harald, Glaser, Jürgen, Angerer, Peter, 2014: Arbeiten und gesund bleiben. K.O. durch den Job oder fit im Beruf. Berlin: Springer.

Gurt, Jochen, Schwennen, Christian, Elke, Gabriele, 2011: Health-specific leadership. Is there an association between leader consideration for the health of employees and their strain and well-being?. Work&Stress, Vol. 25, No.2, 108-127.

Haas, Michael, 2012: Partizipation abhängig Beschäftigter und Gesundheit. In: Rosenbrock, Rolf, Hartung, Susanne: Handbuch Partizipation und Gesundheit. Bern: Verlag Hans Huber. 127-141.

Hahnzog, Simon, 2015: Gesunde Führung. Impulse für den Mittelstand. Wiesbaden: Springer.

Hahnzog, Simon, 2015: Betriebliche Gesundheitsförderung. Ein Praxishandbuch für den Mittelstand. Wiesbaden: Springer.

Hasselhorn, Hans-Martin, Nübling, Matthias, 2004: Arbeitsbedingte psychische Erschöpfung bei Erwerbstätigen in Deutschland. Arbeitsmedizin Sozialmedizin Umweltmedizin. Vol. 39. 568-576.

Heinz, Walter R., 1995: Arbeit, Beruf und Lebenslauf. Eine Einführung in die berufliche Sozialisation. Weinheim und München: Juventa Verlag.

Helfferich, Cornelia, 2011: Die Qualität qualitativer Daten. Manual für die Durchführung qualitativer Interviews. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.

Herriger, Norbert, 2006: Stichwort Empowerment.  
<http://www.empowerment.de/empowerment.de/files/Materialien-1-Stichwort-Empowerment.pdf>.  
22.1.2016.

Horn, Annett, Brause, Michaela, Schaeffer, Doris, 2011: Gesundheitsförderung in der stationären Langzeitversorgung. Ergebnisse einer Expertenbefragung. Prävention und Gesundheitsförderung. Vol. 4, No.11. 262-269.

Hurrelmann, Klaus, Franzkowiak, Peter, 2003: Gesundheit. In: bzga (Bundeszentrale für ganzheitliche Aufklärung), 2003: Leitbegriffe der Gesundheitsförderung. Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden in der Gesundheitsförderung. Schwabenheim an der Selz: Fachverlag Peter Sabo. 52-55.

Hurrelmann, Klaus, Laaser, Ulrich, Razum, Oliver, 2006: Handbuch Gesundheitswissenschaften. Weinheim und München: Juventa Verlag.

Hurrelmann, Klaus, Klotz, Theodor, Haisch, Jochen, 2010: Lehrbuch Prävention und Gesundheitsförderung. Bern: Verlag Hans Huber.

Hurrelmann, Klaus, 2010: Gesundheitssoziologie. Eine Einführung in sozialwissenschaftliche Theorien von Krankheitsprävention und Gesundheitsförderung. Weinheim und München: Juventa Verlag.

Inglehart, Ronald (1977): The Silent Revolution. Princeton U.P.: New Haven.

Kaba-Schönstein, Lotte, 2003: Gesundheitsförderung II: Internationale Entwicklung, historische und programmatische Zusammenhänge bis zur Ottawa-Charta 1986. In: bzga (Bundeszentrale für ganzheitliche Aufklärung), 2003: Leitbegriffe der Gesundheitsförderung. Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden in der Gesundheitsförderung. Schwabenheim an der Selz: Fachverlag Peter Sabo. 78-82.

Kaba-Schönstein, Lotte, 2003: Gesundheitsförderung III: Internationale Entwicklung, historische und programmatische Zusammenhänge nach Ottawa (1986) bis heute. In: bzga (Bundeszentrale für ganzheitliche Aufklärung), 2003: Leitbegriffe der Gesundheitsförderung. Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden in der Gesundheitsförderung. Schwabenheim an der Selz: Fachverlag Peter Sabo. 82-88.

Kickbusch, Ilona, 2006: Die Gesundheitsgesellschaft. Gamburg: Verlag für Gesundheitsförderung.

Kirchler, Erich, 2008: Arbeits- und Organisationspsychologie. Wien: Facultas.

Kirchler, Erich, Schrott, Andrea, 2008: Kapitel V: Entscheidungen. In: Kirchler, Erich, 2008: Arbeits- und Organisationspsychologie. Wien: Facultas. 487-581.

Lamnek, Siegfried, 2005: Qualitative Sozialforschung. Lehrbuch. Weinheim&Basel: Beltz Verlag.

Laverack, Glenn, 2010: Gesundheitsförderung & Empowerment. Grundlagen und Methoden mit vielen Beispielen aus der praktischen Arbeit. Werbach-Gamburg: Verlag für Gesundheitsförderung.

Lobnig, Hubert, Pelikan, Jürgen M., Nowak, Peter, Fischer, Martin, 1996: Führungskräfte training im Pflegedienst. Herausforderungen und Modelle. In: Müller, Matthias (Hg.), 1996: Personalmanagement im „Unternehmen“ Krankenhaus. Wien: Manz Verlag. 193-217.

Ludwig Boltzmann-Institut, 1995: Wie ein „Gesundheitsförderndes“ Krankenhaus entwickelt werden kann. Gesundheitsförderung, Organisationsentwicklung und Projektmanagement im Krankenhaus. Modelldokument.

Europäisches Netzwerk für Gesundheitsförderung, 2007: Luxemburger Deklaration zur betrieblichen Gesundheitsförderung. <http://www.netzwerk-bgf.at/portal27/portal/bgfportal/content/contentWindow?contentid=10008.571220&action=b&cacheability=PAGE&version=1391192956>. 29.1.2016.

Matyssek, Anne Katrin, 2012: Gesundheitsmanagement als Führungsaufgabe in der öffentlichen Verwaltung. Bundesgesundheitsblatt. Nummer 55. 205-210.

Matyssek, Anne Katrin, 2007: Führungsfaktor Gesundheit. So bleiben Führungskräfte und Mitarbeiter gesund. Offenbach: Gabal Verlag.

Müller, Matthias, 1996: Personal im Krankenhaus. Über die real abwesende Auseinandersetzung menschlicher Leistungsfähigkeit im Spital. In: Müller, Matthias, 1996: Personal-Management im ‚Unternehmen‘ Krankenhaus. Wien: Manz Verlag. 14-29.

North, Klaus, Friedrich, Peter, Bernhardt, Maja, 2009: Der Gesundheitshebel. Partizipative Gesundheitsförderung in der Pflege. Wiesbaden: Gabler Fachverlage.

Pelikan, Jürgen M., Schmied, Hermann, Dietscher, Christina, 2010: Prävention und Gesundheitsförderung im Krankenhaus. In: Hurrelmann, Klaus, Klotz, Theodor, Haisch, Jochen, 2010: Lehrbuch Prävention und Gesundheitsförderung. Bern: Verlag Hans Huber. 290-301.

Pelikan, Jürgen M., Halbmayr, Ernst, 1999: Gesundheitswissenschaftliche Grundlagen zur Strategie des gesundheitsfördernden Krankenhauses. In: Pelikan, Jürgen M., Wolff, Stefan, 1999: Das gesundheitsfördernde Krankenhaus. Konzepte und Beispiele zur Entwicklung einer lernenden Organisation. Weinheim und München: Juventa Verlag. 13-36.

Pelikan, Jürgen M., Nowak, Peter, 1998: Beiträge der Gesundheitsförderung zur Qualitätssicherung im Krankenhaus. In: Grundböck, Alice, Nowak, Peter, Pelikan, Jürgen M., 1998: Neue Herausforderungen für Krankenhäuser. Qualität durch Gesundheitsförderung- Gesundheitsförderung mit Qualität. Wien: Facultas Universitätsverlag. 28-41.

Pelikan, Jürgen M., Lobnig, Hubert, 1993: Gesundheitsförderung durch Organisationsentwicklung in Krankenhäusern – Einleitung. In: Pelikan, Jürgen M., Wolff, Stefan, 1999: Das gesundheitsfördernde Krankenhaus. Konzepte und Beispiele zur Entwicklung einer lernenden Organisation. Weinheim und München: Juventa Verlag. 200-203.

Preisendörfer, Peter, 2011: Organisationssoziologie. Grundlagen, Theorien und Problemstellungen. Wiesbaden: VS Verlag.

Rappaport, Julian, 1987: Terms of Empowerment/Exemplars of Prevention. Toward a Theory for Community Psychology. American Journal of Community Psychology. Vol.15. No.2. 121-148.

Rechtsinformationssystem, 2016: Bundesrecht konsolidiert: Gesamte Rechtsvorschrift für Gesundheits- und Krankenpflegegesetz. Fassung vom 13.9.2016. <https://www.ris.bka.gv.at/GeltendeFassung.wxe?Abfrage=Bundesnormen&Gesetzesnummer=10011026>. 13.9.2016.

Rohmert, Walter, Rutenfranz, Joseph, 1975: Arbeitswissenschaftliche Beurteilung der Belastungen und Beanspruchung an unterschiedlichen industriellen Arbeitsplätzen. Bonn: Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung.

Rosenbrock, Rolf, Hartung, Susanne, 2012: Gesundheit und Partizipation: Einführung und Problemaufriss. In: Rosenbrock, Rolf, Hartung, Susanne: Handbuch Partizipation und Gesundheit. Bern: Verlag Hans Huber. 8-26.

Rückriem, Georg, 2012: Sinn als Krisis und Kriterium beruflichen Handelns in Heilberufen. In: Bechtel, Peter, Smerdka-Arhegler, Ingrid, 2012: Pflege im Wandel gestalten- eine Führungsaufgabe. Lösungsansätze, Strategien, Chancen. Berlin: Springer. 45-50.

Rudow, Bernd, 2011: Die gesunde Arbeit. Arbeitsgestaltung, Arbeitsorganisation und Personalführung. München: Oldenburg Verlag.

Schambortski, Heike, 2008: Arbeitsschutz und Gesundheitsmanagement im Krankenhaus. In: Schambortski, Heike, 2008: Mitarbeitergesundheit und Arbeitsschutz. Gesundheitsförderung als Führungsaufgabe. München: Urban&Fischer Verlag. 1-3.

Schmucker, Rolf, 2011: Arbeit und Gesundheit. Ein Interventionsfeld im Wandel. Public Health Forum 19. Heft 72. 1-4.

Schüffel, Wolfram, Brucks, Ursula, Johnen, Rolf, Köllner, Volker, Lamprecht, Friedhelm, Schnyder, Ulrich, 1998: Handbuch der Salutogenese. Konzept und Praxis. Wiesbaden: Ullstein Medical Verlagsgesellschaft.

Schütz-Pazzini, Petra, 2012: Anforderungen an die pflegerische Führungskraft im 21. Jahrhundert. In: Bechtel, Peter, Smerdka-Arhegler, Ingrid, 2012: Pflege im Wandel gestalten- eine Führungsaufgabe. Lösungsansätze, Strategien, Chancen. Berlin: Springer. 61-66.

Siegrist, Ulrich, 2010a: Der Resilienzprozess. Ein Modell zur Bewältigung von Krankheitsfolgen im Arbeitsleben. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.

Siegrist, Johannes, 2005: Medizinische Soziologie. München: Elsevier.

Sherer, J.L., 1994: Retooling Leaders. Hospitals and Health Network, Vol. 68, No.1, 42-44.

Smith, Sian K., Nutbeam, Don, McCaffery, Kirsten J., 2013: Insights into the concept and measurement of health literacy from a study of shared decision-making in a low literacy population. Journal of Health Psychology. Vol. 18. No. 8. 1011-1022.

Sorensen, Kristine, Van den Broucke, Stephan, Fullam, James, Doyle, Geraldine, Pelikan, Jürgen, Slonska, Zofia, Brand, Helmut, 2012: Health literacy and public health: A systematic review and integration of definitions and models. BMC Public Health. Vol. 12, No. 80. 1-13.

Spicker, Ingrid, 2006: Betriebliche Gesundheitsförderung in der mobilen Pflege und Betreuung. In: Sprengseis, Gabriele, Lang, Gert, 2006: Vom Wissen zum Können. Forschung für NPOs im Gesundheits- und Sozialbereich. Wien: Facultas Verlag. 129-141.

Stark, Wolfgang, 2003: Empowerment. In: bzga (Bundeszentrale für ganzheitliche Aufklärung), 2003: Leitbegriffe der Gesundheitsförderung. Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden in der Gesundheitsförderung. Schwabenheim an der Selz: Fachverlag Peter Sabo. 28-31.

Steinbach, Herlinde, 2007: Gesundheitsförderung. Ein Lehrbuch für Pflege- und Gesundheitsberufe. Wien: Facultas.

Trojan, Alf, Legewie, Heiner, 2001: Nachhaltige Gesundheit und Entwicklung.: Frankfurt am Main: VAS.

Turgut, Sarah, Michel, Alexandra, Sonntag, Karlheinz, 2014: Einflussfaktoren emotionaler Erschöpfung und Arbeitszufriedenheit: Anwendung eines integrativen Untersuchungsansatzes. Zeitschrift für Arbeits- und Organisationspsychologie. Vol.58 (3), 140-154.

Ulatowski, Heike, 2013: Zukunftsorientiertes Personalmanagement in der ambulanten (Alten-) Pflege. Projektmanagement- Retention- Management- Mitarbeiterorientierung. Wiesbaden: Springer.

Walenta, Christa, Kirchler, Erich, 2008: Kapitel IV: Führung. In: Kirchler, Erich, 2008: Arbeits- und Organisationspsychologie. Wien: Facultas. 411-484.

Weber, Max, 1972: Wirtschaft und Gesellschaft. Grundrisse der verstehenden Soziologie. Tübingen: Mohr.

Wilde, Barbara, Hinrichs, Stephan, Bahamondes Pavez, Carolina, Schüpbach, Heinz, 2009: Führungskräfte und ihre Verantwortung für die Gesundheit der Mitarbeiter. Eine empirische Untersuchung zu den Bedingungsfaktoren gesundheitsförderlichen Führens. Wirtschaftspsychologie, Vol.2. 74-89.

WHO, 1948: Gesundheitsdefinition.

[http://bmg.gv.at/home/Gesundheit\\_und\\_Gesundheitsfoerderung#f0](http://bmg.gv.at/home/Gesundheit_und_Gesundheitsfoerderung#f0). 11.1.2016.

WHO, 1986: Ottawa-Charta zur Gesundheitsförderung.

[http://www.euro.who.int/\\_\\_data/assets/pdf\\_file/0006/129534/Ottawa\\_Charter\\_G.pdf](http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0006/129534/Ottawa_Charter_G.pdf). 12.1.2016.

WHO, 2013: Health literacy. The solid facts. WHO Regional Office for Europe: Copenhagen.

[http://www.euro.who.int/\\_\\_data/assets/pdf\\_file/0008/190655/e96854.pdf](http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0008/190655/e96854.pdf). 23.1.2016.

Wiendieck, Gerd, 2003: Grundlagen und Perspektiven der Arbeits- und Organisationspsychologie. Studienbrief 77351-6-01-S2. Fernuniversität: Hagen.

Zepke, Georg, 2016: Lust auf Forschung. Eine Einführung in die Praxis. Wien: T.S.O. Texte zur Systemischen Organisationsforschung.

Zimpel, Viviane, 2004: Belastende Situationen in der Altenpflege. In: Henze, Karl-Heinz, Piechotta, Gudrun, 2004: Brennpunkt Pflege. Beschreibung und Analyse von Belastungen des pflegerischen Alltags. Frankfurt am Main: Mabuse-Verlag. 173-180.

## Abkürzungsverzeichnis

ANCC	American Nurses Credentialing Center
WHO	World Health Organisation, Weltgesundheitsorganisation
USA	United States of America, Vereinigte Staaten von Amerika

## Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Magnetismus-Modell nach ANCC (2008).....	49
---	----

## **Zusammenfassung**

Gegenstand der vorliegenden Arbeit ist die Wahrnehmung von Pflegekräften zu gesunder Führung im Kontext der Krankenbehandlung. Die Arbeit mit Menschen stellt die MitarbeiterInnen vor Herausforderungen, die sowohl positiv, als auch negativ auf die Beschäftigten einwirken. Dahingehend ist es wichtig, die Gesundheit der Pflegekräfte zu erhalten und zu fördern, gleichzeitig Qualifizierte an das Krankenhaus zu binden. Führungskräfte spielen in diesem Kontext eine entscheidende Rolle. Die vorliegende Masterarbeit untersucht die Forschungsfrage, wie MitarbeiterInnen der Pflege und deren Vorgesetzte gesunde Führung wahrnehmen. Den theoretischen Hintergrund bilden Inhalte zu Gesundheitsförderung und das Konzept des Magnetkrankenhauses, für das MitarbeiterInnenbindung in der Pflege zentral ist.

Das Forschungsvorgehen orientiert sich an den Prinzipien qualitativer Sozialforschung. Zur Untersuchung wurden sowohl Pflegekräfte, deren Vorgesetzte, aber auch Personen aus dem Pflegemanagement eines Krankenhauses im Rahmen qualitativer Interviews befragt und die Inhalte mithilfe der Themenanalyse nach Froschauer und Lueger ausgewertet.

Ein Aufgabenbereich von Führungskräften liegt in der Gesundheitsfürsorge, indem sie sich um das Wohlbefinden der Pflegekräfte am Arbeitsplatz kümmern. Regelmäßiges Lob und Wertschätzung erhöhen die Motivation der Beschäftigten. MitarbeiterInnen erhalten die Möglichkeit zur Partizipation und im Rahmen dieser erweiterten Handlungsspielräume werden Fehler als Ressource organisationalen Lernens gesehen. In der Zusammenarbeit kann es zu Konflikten kommen. Ein offenes Gesprächsklima ermöglicht es, diese anzusprechen und gemeinsam zu lösen. Führungskräfte sind sich der Vorbildwirkung gegenüber dem Team bewusst und sind Anlaufstelle für Anliegen der MitarbeiterInnen. Hierarchische Strukturen erscheinen dennoch wichtig, um Entscheidungen zu treffen. Der Führungsstil hängt von persönlichen Voraussetzungen ab, beeinflusst das Arbeitsklima im Team und spielt eine Rolle bei der Attraktivität der Arbeitsstelle. Dennoch muss die Führungskraft im Rahmen von Gesundheitsförderung nicht allein verantwortlich gemacht werden, da auch der organisationale Kontext und das Verhalten der MitarbeiterInnen eine Rolle spielen.

Die Ergebnisse der Erhebung decken sich mit den Erkenntnissen aus der Literaturrecherche. Das Verhalten der Vorgesetzten beeinflusst die Bindung qualifizierter Pflegekräfte an das Krankenhaus und damit die Gesundheit und Zufriedenheit der Beschäftigten.

Key words: Gesunde Führung, Pflege



## **Abstract**

The present work explores the perception of nurses on health-promoting leadership in the context of medical treatment. Working with people affects employees both positively and negatively. It is important to maintain the health of nurses and retain qualified employees to the hospital. Managers play an important role in this context. This master thesis examines the research question how employees of care and their managers perceive health-promoting leadership. The theoretical background contains of health promotion and the concept of the magnet hospital.

The research approach is based on the principles of qualitative research. Nurses, their managers, but also people from the care management of a hospital in the context of qualitative interviews were asked. The content was studied and evaluated with the concept Themenanalyse by Froschauer and Lueger.

The function of managers is to care about the welfare of nurses in the workplace. Praise and appreciation increase the motivation of employees. They are given the opportunity to participate and therefore errors are seen as a resource for organizational learning. The cooperation may lead to conflicts. An open discussion climate makes it possible to address this and solve problems together in the team. Managers act as role models for employees and are the contact point for concerns of employees. Hierarchical structures still seem important to make decisions. The leadership style depends on personal requirements, affects the working atmosphere in the team and plays a role in the attractiveness of the job. Managers aren't solely responsible, as well as the organizational context and the behavior of employees play a role.

The survey results are consistent with the findings from the literature review. The behavior of the managers influences the retention of qualified nurses at the hospital, and the health and satisfaction of employees.

Key words: Health-promoting, leadership, care