

Transfertexte Theorie + Praxis – Schriftenreihe der EHB

2

Jessica Korb, Susanne Roeder

Die Gesundheit Pflegender im Krankenhaus

Eine qualitative Studie an einem Berliner Notfallkrankenhaus

1. Auflage 2016

Transfertexte Theorie + Praxis – Schriftenreihe der EHB

Band 2

Selbstverlag Evangelische Hochschule Berlin (EHB) In Zusammenarbeit mit der Liga der Spitzenverbände der Freien Wohlfahrtspflege Berlin

Titelgestaltung: Eva Weyer. Foto: Pierre-Yves Dalka.

Vorwort zur Schriftenreihe

Abschlussarbeiten, ob Diplom-, Bachelor- oder Masterarbeiten, beinhalten ein hohes Potential für den Austausch zwischen Hochschule und Praxis, sie bilden seit jeher eine wichtige Schnittstelle zwischen Studium und beruflichem Einstieg. Viele Studierende finden in dem Handlungsfeld eine Arbeitsstelle, das sie in ihrer Abschlussarbeit behandelt haben. Die Abschlussarbeit ist hier eine wichtige Referenz. Aber bereits im Vorfeld zeigt sich, dass die im Studium gesammelten praktischen Erfahrungen häufig die Wahl des Themas mitbestimmen. Die Studierenden stoßen in der Arbeit auf Handlungsbedarf, auf Schnittstellenprobleme in der Hilfeversorgung, sie entwickeln Ideen für neue Handlungskonzepte, werfen Fragen zu Wirkung und Erfolg in den verschiedenen Sozial- und Gesundheitsberufen auf, analysieren Effektivität und Effizienz des fachlichen Handelns etc. Sie formulieren hieraus eine Fragestellung, der sie in ihrer Abschlussarbeit, meist in Form einer empirischen Untersuchung, nachgehen und stellen allein dadurch einen hohen Praxisbezug her. Es entstehen mitunter sehr schöne Arbeiten, die mit ihren kritischen Analysen, Handlungsempfehlungen, Konzeptionen und Modellentwürfen für die Praktiker lesenswert wären – allein: ein systematischer Zugang für einen breiten Leser_innen- und Interessent_innenkreis fehlt. In der Regel wird die Arbeit lediglich an die beteiligten Träger und sozialen Dienste weitergereicht, die beispielsweise bei der Vermittlung von Interviewpartner_innen, Mitarbeiter_innen oder Klient_innen, behilflich waren. Daraus lässt sich die berechnete Frage ableiten: Wie kann verhindert werden, dass diese Arbeiten häufig ungelesen, unbeachtet „in der Schublade verschwinden“, oder wie können diese nützlichen Arbeiten der Praxis zugänglich gemacht werden? Genau hier liegt der Ansatzpunkt für diese, von der Evangelischen Hochschule Berlin (EHB) in Kooperation mit der LIGA der Spitzenverbände der Freien Wohlfahrtspflege Berlin (LIGA) vorgelegte Schriftenreihe, die besonders gelungene und praxisrelevante Abschlussarbeiten als „Handreichungen für die Praxis“ publiziert. Gleichzeitig wird mit dieser Reihe die Förderung des Austausches mit der Praxis abgestrebt. Die Verantwortlichen setzen auf Impulse aus der Praxis, die aktiv auf einen aktuellen Forschungsbedarf und auf Schlüsselthemen hinweisen und gegebenenfalls auf die Bereitschaft einzelner Träger, die Abschlussarbeit in Kooperation mit der eigenen Praxiseinrichtung zu ermöglichen.

Prof. em. Dr. Brigitte Wießmeier

(Projektinitiatorin, emeritierte Professorin für Soziale Arbeit an der EHB)

Wie ein erfahrener Praktiker der Sozialarbeit einmal sagte, richten sich die Lebenslagen von Menschen nicht nach den Sozialgesetzbüchern. Vielmehr müssten sich diese nach den Lebenslagen der Menschen richten! So ähnlich ist es auch mit der Weiterentwicklung der Theorie und Praxis. Die Theorien und Methoden der Sozialen Arbeit und verwandter Sozial- und Gesundheitsberufe werden weiterentwickelt. Dabei sind veränderte gesellschaftliche Problemlagen, aber auch neue gesellschaftliche Zielvorstellungen häufig der Anstoß. Die Sozial- und Gesundheitsberufe müssen sich

methodisch und theoretisch immer wieder auf neue Herausforderungen und Handlungsfelder einlassen. Der LIGA Fachausschuss Behindertenhilfe möchte das Vorhaben der Evangelischen Hochschule unterstützen, Abschlussarbeiten von Studierenden für einen besseren Austausch zwischen den Reflexionen und Praxisprojekten der Hochschule und den Alltagsfragen der Einrichtungen und Dienste im Sozial- und Gesundheitsbereich zu machen. Die zum Teil anspruchsvollen und inhaltsreichen Abschlussarbeiten verdienen es, in der Fachöffentlichkeit diskutiert zu werden. Die Spitzenverbände der Freien Wohlfahrtspflege zu Berlin unterstützen dieses Vorhaben gerne.

Reinald Purmann

(LIGA Fachausschuss Behindertenhilfe)

Vorwort zu dieser Abschlussarbeit

Die vorliegende Arbeit wurde im Sommersemester 2014 für den Bachelor of Nursing an der Evangelischen Hochschule Berlin angenommen. Das Interesse der Autorinnen Frau Korb und Frau Roeder am Thema Gesundheit Pflegender im Krankenhaus entstand vor dem Hintergrund ihrer eigenen beruflichen Erfahrungen während ihrer praktischen Studienphasen im Krankenhaus. Zudem ermöglichte ein Seminar zur Gesundheitsförderung in Hochschule und Betrieb den Autorinnen einen vertiefenden Zugang zum Thema. So ist für die Autorinnen die persönliche Gesundheit ebenso wie die Gesundheit der Pflegenden als Berufsgruppe zu einem Thema geworden, das sie mit sehr großem Engagement beforscht haben.

Im Prozess ihrer Forschungsarbeit stellten Frau Korb und Frau Roeder fest, dass ihr gewähltes Thema auf sehr große Resonanz bei Personen im Praxis-/Forschungsfeld stieß. Ihre in Form von leitfadengestützten Interviews erhobenen empirischen Erkenntnisse liefern unmittelbare Einblicke in die Perspektiven der Pflegenden auf ihre Gesundheit. Sie beleuchten gesundheitsbezogene Vorstellungen, Strategien, Herausforderungen und Wünsche beruflich Pflegender. Dabei wird das Spannungsfeld zwischen dem Wissen um die Bedeutung von Gesundheit auf der einen Seite und der besonderen Herausforderung der Gesundheitsarbeit auf der anderen Seite sehr anschaulich sichtbar.

Die Arbeit von Frau Korb und Frau Roeder ist für Pflegende in der Berufspraxis ebenso wertvoll wie für verantwortliche (Leitungs-)Personen in Praxis- und Bildungseinrichtungen. Ein gesundheitsförderlicher Blickwinkel ist gerade unter der vorherrschenden Arbeitsverdichtung im Berufsfeld Pflege unverzichtbar. Pflegende und Arbeitgeber_innen sind dabei gleichermaßen in der Verantwortung, Ressourcen für Gesundheit zu erfassen, herzustellen und zu nutzen.

In diesem Sinne wünsche ich den Autorinnen, dass ihre Arbeit für viele Menschen Anregung und Bestätigung ist, sich für die Gesundheit Pflegender im Krankenhaus aktuell und zukünftig zu engagieren.

Prof. Dr. Annerose Bohrer

(Professorin für Pflege- und Gesundheitswissenschaft an der EHB)

Inhaltsverzeichnis

Abbildungsverzeichnis.....	9
Abkürzungsverzeichnis.....	10
1 Einleitung.....	12
2 Das Forschungsvorhaben.....	13
2.1 Die Relevanz und der Entdeckungszusammenhang des Themas.....	13
2.2 Die Forschungsfrage.....	13
3 Gesundheit und Gesundheitsförderung.....	15
3.1 Was bedeutet Gesundheit?.....	15
3.2 Subjektive Gesundheitsvorstellung.....	16
3.3 Die Gesundheitsförderung und ihre Bedeutung.....	18
3.4 Die Salutogenese.....	19
3.4.1 Allgemeine Begriffsklärung.....	19
3.4.2 Die Ebenen der Salutogenese.....	20
4 Gesundheitsbeeinflussende Faktoren in Bezug auf Pflegende.....	21
4.1 Belastende Faktoren.....	21
4.2 Schützende Faktoren.....	22
4.2.1 Körperliche Bewegung, Fitness und Sport.....	23
4.2.2 Ausgewogene Ernährung.....	23
4.2.3 Soziale Unterstützung und Work-Life-Balance.....	23
4.2.4 Das Konzept der Supervision.....	25
5 Die empirische Untersuchung.....	27
5.1 Qualitative Forschung.....	27
5.2 Leitfadengestütztes Interview.....	27
5.3 Feldzugang und Auswahl der Stichprobe.....	27
5.4 Der Forschungsprozess.....	28
6 Ergebnisdarstellung der Interviews.....	29
6.1 Zum Grundverständnis von Gesundheit.....	29
6.2 Gesundheit ist Arbeit.....	30
6.2.1 Die Ernährung und Bewegung.....	30
6.2.2 Die kritische Reflexion des eigenen Verhaltens.....	30
6.2.3 Individuelle und persönliche Ressourcen zur Gesundheitserhaltung/ -förderung.....	31

6.3 Die Rahmenbedingungen am Arbeitsplatz Notfallkrankenhaus.....	31
6.3.1 Arbeitsbedingungen.....	31
6.3.2 Arbeitszeiten.....	32
6.4 Der Einfluss des Umfeldes.....	33
6.4.1 Privates Umfeld.....	33
6.4.2 Kollegen.....	34
6.5 Ausgleichfaktoren zur Arbeit.....	35
6.6 Bedeutung der Selbstpflege.....	36
6.7 Betriebliche Gesundheitsförderung.....	37
6.7.1 Wünsche.....	37
6.7.2 Einfluss der betrieblichen Gesundheitsförderung.....	39
6.7.3 Nutzung der Möglichkeiten.....	39
6.7.4 Verantwortung für die betriebliche Gesundheitsförderung.....	40
7 Reflexion des methodischen Vorgehens.....	42
8 Diskussion der Forschungsergebnisse.....	44
9 Zusammenfassung und Ausblick.....	46
Quellenverzeichnis.....	49
Anhang.....	54

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Dimensionen nach Scriven	9
Abbildung 2: Subjektive Gesundheitsvorstellungen	11
Abbildung 3: Handlungsstrategien der Gesundheitsförderung	12
Abbildung 4: Work-Life-Balance im Ungleichgewicht	17
Abbildung 5: Positive Einflüsse der Supervision	19
Abbildung 6: Prozess der Datenerhebung	21
Abbildung 7: Ergebnisse der Forschungsarbeit	38

Abkürzungsverzeichnis

DAK Deutsche Angestellten-Krankenkasse

DBFK Deutscher Berufsverband für Pflegeberufe

DGSv Deutsche Gesellschaft für Supervision e.V.

I Interview

KrPflG Krankenpflegegesetz

NEXT Nurses' Early Exit Study

RKI Robert-Koch-Institut

WHO Weltgesundheitsorganisation

1 Einleitung

Seit dem Inkrafttreten des neuen Krankenpflegegesetzes im Jahr 2003 werden keine Krankenschwestern oder Krankenpfleger mehr ausgebildet, sondern Gesundheits- und Krankenpflegerinnen bzw. Gesundheits- und Krankenpfleger (vgl. KrPflG (2003), 2). Die Änderung der Berufsbezeichnung soll den Fokus auf die Gesundheitsförderung richten, statt sich ausschließlich auf die Pflege des kranken Menschen zu beschränken. Diese erneuerte Schwerpunktsetzung erklärt auch den erhöhten Beratungs- und Präventionsanteil im Lehrplan der Pflegeausbildung. Es soll der Pflegekraft somit ermöglicht werden, den Patienten kompetent und ganzheitlich zu beraten und anzuleiten.

Was bedeutet nun diese Erneuerung für das Pflegepersonal? Einseitig betrachtet scheint nur die Gesundheitsförderung des Patienten eine Rolle zu spielen. Doch welche Bedeutung hat die Gesundheit von professionell Pflegenden? Auf den ersten Blick scheint diese schnell beantwortet zu sein, betrachtet man den überdurchschnittlich hohen Krankenstand in der Pflege (vgl. DAK-Gesundheit (2013), 6). Um von dem Krankheitsgedanken bezüglich Burnout und anderen Erkrankungen von Pflegenden, welcher in der Fachliteratur häufig beschrieben wird, Abstand zu nehmen, möchten wir in unserer Arbeit einen Fokuswechsel vornehmen. Die subjektive Gesundheitsvorstellung des Pflegepersonals und die individuelle Ressourcennutzung zur Förderung und Erhaltung der Gesundheit sollen thematisiert werden. Es steht außer Frage, dass der Pflegeberuf vielerlei physische und psychische Herausforderungen an das Personal stellt. Im Mittelpunkt aber stehen die Gesundheitsförderung sowie die Stärkung der Eigenverantwortung von professionellen Fachkräften, ihre Gesundheit zu pflegen. Dieser Themenschwerpunkt wird im Theorieteil und in einer eigenen empirischen Betrachtung tiefgehend behandelt.

Das Ziel dieser Arbeit ist es, einen Überblick zu der Thematik der Gesundheit in Bezug auf das Pflegepersonal zu erstellen. Dies wird auf Grundlage der Ergebnisse einer Literaturrecherche zum allgemeinen Gesundheitsbegriff und zur Gesundheit von professionell Pflegenden sowie deren beeinflussenden Faktoren ausgeführt. Ergänzt werden diese Ausführungen durch Ergebnisse aus leitfadengestützten Interviews, die die Gesundheit von pflegendem Personal in einem Notfallkrankenhaus in Berlin thematisieren.

Um den Einstieg in den Sachverhalt zu erleichtern, wird im ersten und zweiten Kapitel dieser Arbeit der Entdeckungszusammenhang des Themas dargestellt und das Forschungsvorhaben erläutert. Um eine nötige Wissensgrundlage zu schaffen, werden im dritten Kapitel die Gesundheit und die Gesundheitsförderung in den Mittelpunkt gestellt. Basierend auf diesen Erkenntnissen werden im vierten Kapitel die Faktoren thematisiert, die die Gesundheit beeinflussen. Kapitel fünf stellt eine Einführung in die Qualitative Sozialforschung dar und zeigt, wie die Erhebung und Verarbeitung der Daten ablief. Das sechste Kapitel gibt einen Ergebnisüberblick der Interviews, sodass im darauffolgenden siebten Kapitel die Ergebnisse diskutiert und die methodische Vorgehensweise kritisch reflektiert werden können. Im achten Kapitel wird eine Zusammenfassung der gewonnenen Erkenntnisse dargestellt und die eigentliche Forschungsfrage beantwortet. Den Abschluss bildet das neunte Kapitel, in dem ein Ausblick auf die weitere Entwicklung der Gesundheitsthematik gegeben wird.

2 Das Forschungsvorhaben

2.1 Die Relevanz und der Entdeckungszusammenhang des Themas

Der Fachkräftemangel ist ein allgegenwärtiges Thema. Auch im Gesundheitswesen fehlt es an professionellen Pflegekräften. „Der demografische Wandel der nächsten 20 bis 30 Jahre wird diese Situation verschärfen, sollten keine Gegenmaßnahmen ergriffen werden“ (Hasselhorn et al. (2005), 11), so heißt es in der europäischen NEXT-Studie. Diese beschäftigt sich mit den Gründen, die Pflegende zu einem verfrühten Berufsausstieg bewegen. Langjährig arbeitendes Pflegepersonal sowie viele Berufseinsteiger leiden aufgrund der Arbeitsbedingungen häufig an Schlafstörungen, Stress und Überlastung. Hervorzuheben ist dabei, dass die Wenigsten tatsächlich den Pflegeberuf an sich als Belastung empfinden, sondern vielmehr die Arbeitsbedingungen. Dies erhöht die Bedeutung der Gesundheitsförderung von Pflegenden, kann diese doch die Belastungsfähigkeit, Motivation und auch das Arbeitsklima positiv beeinflussen. Es scheint zunehmend wichtiger, die Gesundheit von professionell Pflegenden in den Fokus zu stellen. Dieser Aspekt wird durch die stark wachsende Branche der betrieblichen Gesundheitsförderung gestützt. Pflegende haben die Aufgabe, ihre Patienten bei der Genesung zu unterstützen. Diese Unterstützung kann sich für Pflegekräfte zu einem potenzieller Stressor entwickeln, welcher eine Erkrankung auslösen kann. Deshalb ist es äußerst wichtig, im Krankenhaus auch auf die Gesundheit der beruflich Pflegenden zu achten (vgl. Lützenkirchen (2003), 413). An diesem Punkt setzt die Gesundheitsförderung an und gibt Hoffnung, den bereits erwähnten, überdurchschnittlich hohen Krankenstand im Gesundheitswesen (vgl. DAK-Gesundheit 2013, 6) zu verringern. Das Angebotsspektrum ist bereits vielfältig und sollte vom Arbeitgeber je nach den Bedürfnissen der Arbeitnehmer genutzt werden. Dafür ist es notwendig, dass zum einen die Faktoren aufgedeckt werden, welche die Gesundheit beeinflussen und zum anderen müssen die Bedürfnisse der Mitarbeiter erfasst werden. Dies führt zu der zentralen Frage, wie Pflegende ihre eigene Gesundheit einschätzen und wie sich Gesundheitsförderung gestalten sollte. Im Rechercheprozess zeigte sich, dass es ein großes Repertoire an Betrachtungen zu den Belastungen in der Pflege gibt, jedoch nur wenige, die die Gesundheit des Pflegepersonals in den Vordergrund stellen. So entstand die Idee, Pflegende eines Notfallkrankenhauses direkt zu ihren individuellen Gesundheitsvorstellungen zu befragen und somit zu ergründen, welche Faktoren die Gesundheit aus deren Sicht fördern können. Dies stellt auch eine Perspektive für die künftige betriebliche Gesundheitsförderung dar.

2.2 Die Forschungsfrage

Nach der Recherche zur Erarbeitung von Grundwissen zur Thematik ergab sich für diese Forschungsarbeit folgende Hauptfragestellung:

Wie gestaltet sich die Gesundheit Pflegender in der Institution Krankenhaus?

Aufgrund der Komplexität der Thematik wurde sie in vier Fragen untergliedert:

- Welche Faktoren wirken auf die Gesundheit der Pflegenden?
- Welche Bedeutung hat die Gesundheit für Pflegende?

-
- Wie schätzen Pflegende ihre eigene Gesundheit ein?
 - Was brauchen Pflegende, um gesund zu sein?

Das Forschungsanliegen gestaltet sich allgemein und konkret gleichzeitig. Die Forschungsfragen beziehen sich im Allgemeinen auf die Gesundheit von Pflegenden, sind aber offen genug um alle subjektiven Vorstellungen und Meinungen einbeziehen zu können. Sie orientieren sich demnach am Alltagsgeschehen und dem Alltagswissen der Pflegenden im Krankenhaus.

Die Forschungsfragen werden mit Hilfe der bereits vorhandenen Literatur und den Ergebnissen der empirischen Untersuchung in der Zusammenfassung dieser wissenschaftlichen Arbeit beantwortet.

3 Gesundheit und Gesundheitsförderung

3.1 Was bedeutet Gesundheit?

Der Gesundheitsbegriff ist während der Entwicklung der Gesundheitswissenschaften vielfältig definiert worden. Basierend auf verschiedenen Gesundheits- und Krankheitsmodellen wird deutlich, dass es keine allgemeingültige Begriffsklärung gibt. In Meyers großem Taschenlexikon wird Gesundheit als „das ‚normale‘ (bzw. nicht ‚krankhafte‘) Befinden, Aussehen und Verhalten, sowie das Fehlen von der Norm abweichender ärztlicher Befunde“ (Meyers Lexikonredaktion 2003, 2538) definiert. Diese Begriffsbeschreibung unterscheidet sich grundlegend von der wohl bekanntesten Definition von Gesundheit, basierend auf den Ergebnissen der „Ottawa-Charta“ der Weltgesundheitsorganisation (WHO) aus dem Jahre 1986. Gesundheit wird dort als ein Zustand des umfassenden „körperlichen, seelischen, und sozialen Wohlbefindens“ (WHO (1986), 1) und nicht allein als das Fehlen von Krankheit und Behinderung beschrieben. Es wird deutlich, dass die Gesundheit nicht nur auf biologische Prozesse zu reduzieren ist, stattdessen spielen eigene Empfindungen des Gesundseins ebenfalls eine große Rolle. Hier wird nicht nur die rein naturwissenschaftliche Ebene, sondern auch die psychologische mit einbezogen. Gesundheit erstreckt sich demnach über mehrere Dimensionen, welche aufeinander bzw. gegeneinander wirken. Nach Scriven (2010), 24f.) werden folgende Dimensionen betrachtet:

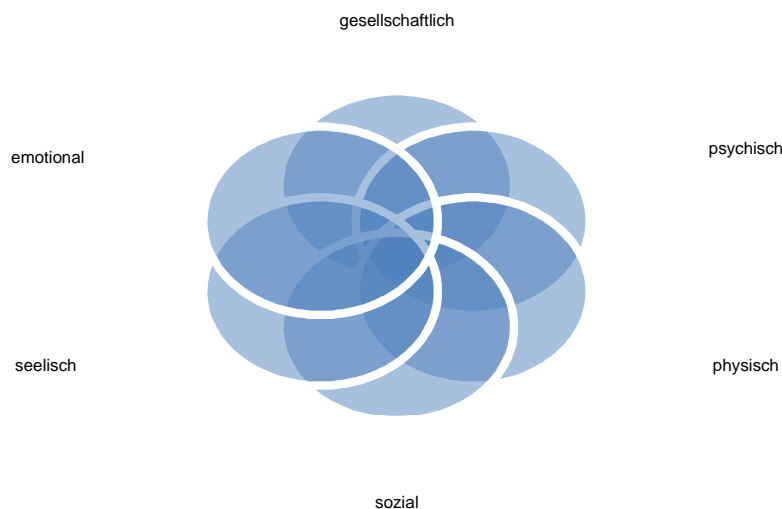


Abbildung 1: Dimensionen nach Scriven

So kann auf den verschiedenen Ebenen ergründet werden, inwieweit man sich selbst gesund fühlt. In dem Schaubild (Abbildung 1), in dem alle Dimensionen ineinander greifen, zeigt sich auch, dass es sich um ein Zusammenspiel der verschiedenen Dimensionen handelt. Diese können sich stets ändern, es handelt sich also nicht etwa um einen Zustand. Es gibt ständige Veränderungen und Wechselwirkungen, welche vom Individuum verarbeitet werden müssen, um das Gleichgewicht zu wahren. Dies spiegelt die umfassende Betrachtungsweise von Gesundheit wieder (vgl. Steinbach (2007), 27).

Folgend wird eine Zusammenfassung von Merkmalen dargestellt, welche sich nach Wolke (2004), 31f.) aus den aktuellen Gesundheitsmodellen ableiten lassen:

- „Gesundheit als Abwesenheit von Symptomen, Krankheit oder Behinderung,
- Schmerz- und Beschwerdefreiheit,
- keine funktionelle Beeinträchtigung von Lebensqualitäten,
- positiv bewertete psychologische Erfahrung,
- adäquate Einschätzung der eigenen Handlungskompetenz,
- Liebes- und Genussfähigkeit,
- Resistenz gegenüber Belastungen,
- Kapazität und Potenzial, selbstständig (langfristige) Ziele zu setzen und diese zu verfolgen,
- Fähigkeit, Umwelt- und soziale Anforderungen bzw. Belastungen sowie Krisen zu bewältigen,
- Suchen und Finden von ‚Sinn‘ in allen Lebensaktivitäten.“ (ebd., 32)

Laut Wolke bezog ein Großteil der befragten Pflegekräften ihre Definition von Gesundheit auf die Aussage der WHO, also auf das seelische und körperliche Wohl. Es ist jedoch festzustellen, dass sie der in der Ausbildung gelernten Definition oft negativ gegenüberstehen und nicht mit dieser konform gehen. Dies ist auf die kritische Reflexion der Definition in Hinsicht auf ihre Übertragbarkeit in die Praxis zurückzuführen. Die Pflegekräfte heben als einzige Berufsgruppe die Unabhängigkeit und Selbstständigkeit als gesundheitsbeeinflussende Faktoren hervor. Dies führt zu der Vermutung, dass durch negative Erfahrungen im Berufsalltag die Relevanz dieser Faktoren gestiegen ist, um eine Profilierung der Pflege als Profession zu erreichen. Abschließend wird im Gesundheitsgedanken mehrheitlich der Umgang mit beeinflussenden (Krankheits-) Situationen gesehen, anstatt die Abwesenheit von Krankheit mit einzubeziehen.

3.2 Subjektive Gesundheitsvorstellung

In diesem Unterpunkt soll die Subjektivität der Gesundheitsvorstellungen der Menschen in den Vordergrund gestellt werden. Diese Betrachtung ist nötig, um verstehen zu können, dass die Ergebnisse, die in dieser Forschungsarbeit gewonnen wurden, zwar subjektiven Charakter haben, aber nichtsdestotrotz aussagekräftig, wenngleich nicht verallgemeinbar, sind.

Jeder Mensch hat seine eigene Vorstellung von Gesundheit und Krankheit. Welche Bedeutung der Gesundheit beigemessen wird, hängt darüber hinaus vom Alter, der Kultur und dem Geschlecht des jeweiligen Individuums ab (vgl. Flick (1998), 8). Ebenso spielen die jeweiligen Erfahrungen mit Krankheiten, Beruf und die Körpersozialisation eine große Rolle (vgl. Faltermaier (1994), 116f.). In der Studie von Himmel wurde deutlich, dass für jeden Dritten der Befragten Gesundheit der „höchste Wert“ im Leben sei. Zudem zeigte sich, dass Wohlbefinden und Funktionalität für einen Großteil der Studienteilnehmer die wichtigsten Aspekte in Bezug auf die Gesundheit sind (vgl. Himmel (2001), 87-93).

In Abbildung 2 werden verschiedene Gesundheitsvorstellungen veranschaulicht.

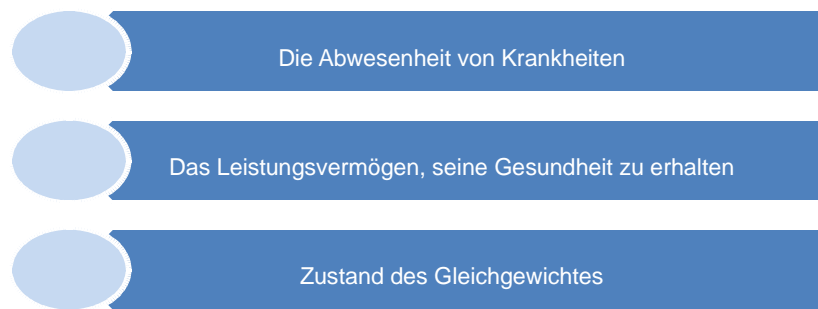


Abbildung 2: Subjektive Gesundheitsvorstellungen

Aus soziologischer Sicht sind soziale Faktoren, wie zum Beispiel die soziale Schicht, von großer Bedeutung bei den subjektiven Gesundheitsvorstellungen. Dieser Faktor beeinflusst die Entstehung, Erhaltung und den Wandel der Vorstellungen (ebd., 26-29).

Im Vergleich zur Soziologie hat sich die Psychologie erst spät mit der Vorstellung von Gesundheit befasst. Das Forschungsprojekt SALUTE untersucht die Ressourcen, die Berufstätige haben, um ihre Gesundheit zu erhalten (ebd., 29-31). In dieser Studie wurden drei verschiedene Gesundheitstypen gebildet:

1. Die „Normal Gesunden“ gaben an, nicht viel für ihre Gesundheit zu tun und bisher nicht krank gewesen zu sein.
2. Die „Präventiv Gesunden“ beschäftigen sich mit ihrer Gesundheit und vermeiden Risikofaktoren.
3. „Gesunde nach Lebenskrise“ haben schwere Lebenssituationen überwunden und ihre Gesundheit wiedererlangt.

(vgl. Udris, Kraft und Mussmann in: Bengel & Belz-Merk (1997), 31)

Zusammenfassend ist somit die Sichtweise der Psychologie stark auf den Zustand, die Erlangung und die Erhaltung der Gesundheit gerichtet.

Gesundheit und Gender

Des Weiteren wurde empirisch nachgewiesen, dass sich Gesundheit und Krankheit je nach Geschlecht unterschiedlich äußert. Frauen leben sechs Jahre länger als Männer, fühlen sich aber in ihrem subjektiven Wohlbefinden schlechter. Beide Geschlechter haben unterschiedliche Arten, mit ihren Beschwerden umzugehen. So beschreiben Männer eher körperliche Symptome, während Frauen häufig psychosoziale Aspekte mit einbringen. Dies zeigt sich auch in der ärztlichen Behandlung. Bei Frauen wird der psychosomatische Bereich mit betrachtet, bei Männern häufig nur in rein somatischen Kategorien gedacht. Außerdem zeigen Männer und Frauen einen unterschiedlichen Umgang mit ihrem Körper, was sich beispielsweise in der ungesunden Ernährung bei Männern zeigt oder dem Vermeiden von Sport bei Frauen. Daraus lässt sich ableiten, wie wichtig es ist, bei allen Maßnahmen die Aspekte der Geschlechterrolle zu berücksichtigen (vgl. Ostermann (2010), 93-96).

3.3 Die Gesundheitsförderung und ihre Bedeutung

Die Gesundheitsförderung spielt im Rahmen des Forschungsanliegens dieser Arbeit eine zentrale Rolle. Werden die Gesundheit Pflegenden und Strategien zu Erhaltung dieser thematisiert, bewegt man sich bereits im gesundheitsförderlichen Kontext. Das folgende Kapitel soll die Grundlagen der Gesundheitsförderung vermitteln, um den Einstieg in folgende Sachverhalte zu erleichtern.

1986 fand die erste internationale Konferenz zur Gesundheitsförderung in Ottawa (Kanada) statt (vgl. Brieskorn-Zinke (2004), 22). Dort wurde die Ottawa-Charta verabschiedet, die den Begriff Gesundheitsförderung definiert:

„Gesundheitsförderung zielt auf einen Prozess, allen Menschen ein höheres Maß an Selbstbestimmung über ihre Gesundheit zu ermöglichen und sie damit zur Stärkung ihrer Gesundheit zu befähigen. Um ein umfassendes körperliches, seelisches und soziales Wohlbefinden zu erlangen, ist es notwendig, dass sowohl einzelne als auch Gruppen ihre Bedürfnisse befriedigen, ihre Wünsche und Hoffnungen wahrnehmen und verwirklichen sowie ihre Umwelt meistern bzw. verändern können. In diesem Sinne ist die Gesundheit als ein wesentlicher Bestandteil des alltäglichen Lebens zu verstehen und nicht als vorrangiges Lebensziel. Gesundheit steht für ein positives Konzept, das in gleicher Weise die Bedeutung sozialer und individueller Ressourcen für die Gesundheit betont wie die körperlichen Fähigkeiten. Die Verantwortung für Gesundheitsförderung liegt deshalb nicht nur bei dem Gesundheitssektor sondern bei allen Politikbereichen und zielt über die Entwicklung gesünderer Lebensweisen hinaus auf die Förderung von umfassendem Wohlbefinden hin.“ (WHO (1986), 1)

Es wurden drei Handlungsstrategien (siehe Abbildung 3) und fünf Handlungsfelder der Gesundheitsförderung beschrieben (ebd., 2).

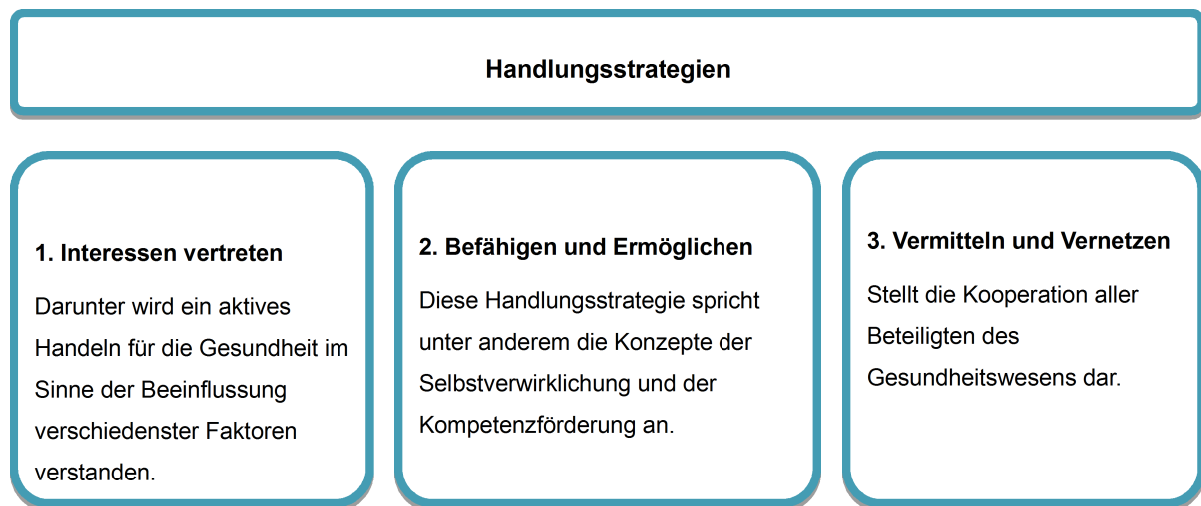


Abbildung 3: Handlungsstrategien der Gesundheitsförderung

Die von der WHO erarbeiteten Handlungsfelder umfassen folgende Punkte:

- Entwicklung einer gesundheitsfördernden Gesamtpolitik
- Schaffung von gesundheitsförderlichen Lebenswelten
- Unterstützung gesundheitsbezogener Gemeinschaftsaktionen

-
- Entwicklung persönlicher Kompetenzen
 - Neuorientierung der Gesundheitsdienste (ebd., 3-5)

Diese Handlungsfelder werden auch als „Mehrebenenansatz“ bezeichnet. Auf der vierten internationalen Konferenz zur Gesundheitsförderung im Jahr 1997 wurden diese Strategien als wirksam bestätigt (vgl. Kaba-Schönsten (2011), 4).

Die Gesundheitsförderung richtet sich an die Gesamtbevölkerung, das schließt Menschen mit chronischen Erkrankungen oder Behinderungen ein (ebd., 5). Das Ziel ist es, die Gesundheitsressourcen und -potentiale von Personen zu stärken. Orientiert wird sich bei der Gesundheitsförderung damit an dem salutogenetischen Ansatz (ebd., 1).

3.4 Die Salutogenese

Nachdem die Gesundheitsförderung erläutert wurde, lässt sich der Übergang zum Konzept der Salutogenese schaffen. Die Prinzipien der Salutogenese sind unerlässlich für das Verständnis der Interviewergebnisse und werden deshalb im folgenden Punkt betrachtet.

3.4.1 Allgemeine Begriffsklärung

Die Salutogenese bezeichnet ein Modell, welches von Aaron Antonovsky entwickelt wurde. Der Sozialforscher, der von 1923 bis 1994 lebte, befasste sich mit der Fragestellung, welche Faktoren den Menschen gesund halten und wie sie es trotz Belastungen schaffen, ihre Gesundheit zu erhalten. Das Wort „Salutogenese“ setzt sich aus dem lateinischen Begriff „salus“ für „Gesundheit“ und dem griechischen Begriff „genese“ für „Entstehung“ zusammen. Somit bedeutet Salutogenese in der deutschen Übersetzung „Entstehung von Gesundheit“. Antonovsky versteht sein Modell nicht als das Gegenstück zur Pathogenese, der Entstehung von Krankheit, sondern als Betrachtung der Einflüsse, die den Menschen unterstützen, seine Gesundheit zu fördern (vgl. Bengel et al. (2001), 24).

Zur Erklärung seines Modells nutzte er folgende Metapher:

„[...] meine fundamentale philosophische Annahme ist, dass der Fluss der Strom des Lebens ist. Niemand geht sicher am Ufer entlang. Darüber hinaus ist für mich klar, dass ein Großteil des Flusses sowohl im wörtlichen als auch im übertragenen Sinn verschmutzt ist. Es gibt Gabelungen im Fluss, die zu leichten Strömungen oder in gefährliche Stromschnellen und Strudel führen. Meine Arbeit ist der Auseinandersetzung mit folgender Frage gewidmet: „Wie wird man, wo immer man sich in dem Fluss befindet, dessen Natur von historischen, soziokulturellen und physikalischen Umweltbedingungen bestimmt wird, ein guter Schwimmer?“ (Antonovsky (1997), 92)

Mit dieser bildlichen Darstellung werden die verschiedenen Ebenen des Modells beschrieben: Der „Fluss“ stellt das Leben dar. Das „Schwimmen“ beschreibt die persönlichen Eigenschaften und wird von Antonovsky als Kohärenzgefühl bezeichnet (vgl. Bengel et al. (2001), 25).

3.4.2 Die Ebenen der Salutogenese

Das Kohärenzgefühl (sence of coherence)

Kohärenz bedeutet Stimmigkeit sowie Zusammenhang. Antonovsky definiert das Kohärenzgefühl als Grundhaltung des Menschen gegenüber seinem Leben und der Umwelt. Das heißt, je stärker das Kohärenzgefühl ist, desto gesünder sollte man sein (ebd., 28).

Es setzt sich aus drei Komponenten zusammen:

1. Die Verstehbarkeit beschreibt die Fähigkeit von Menschen Informationen verarbeiten zu können.
2. Die Handhabbarkeit behandelt die Überzeugung von Menschen, Probleme lösen zu können.
3. Die Sinnhaftigkeit bedeutet, dass das eigene Leben und Handeln sinnvoll ist (ebd., 28-30).

Das Kohärenzgefühl entwickelt sich in der Kindheit und Jugend und wird durch Erfahrungen beeinflusst. Diese Entwicklung endet ungefähr mit einem Alter von 30 Jahren. Ab diesem Zeitpunkt bleibt das Kohärenzgefühl stabil (ebd., 31).

Das Gesundheits- und Krankheits-Kontinuum

Weiterhin beschreibt Antonovsky Gesundheit und Krankheit als zwei Pole eines Kontinuums. Damit kritisiert er die dichotome, also zweigeteilte Trennung von Gesundheit und Krankheit, welche meist in der Medizin üblich ist. Das Erreichen von vollkommener Gesundheit oder Krankheit ist jedoch reine Utopie. Jeder Mensch, auch wenn er sich gesund fühlt, hat auch kranke Anteile (ebd., 32).

Die Stressoren

Antonovsky beschreibt Stressoren als Auslöser von Spannungszuständen. Diese können Anforderungen von außen oder innen sein, welche das Gleichgewicht stören und damit eine Handlung erfordern. Ziel ist es, den Spannungszustand zu bewältigen und damit eine „gesunderhaltende bzw. gesundheitsfördernde Wirkung“ (Bengel et al. (2001), 33) zu erreichen. Gelingt diese Bewältigung nicht, wird die Situation als belastend empfunden und in der Folge Stressreaktionen hervorrufen. Dennoch kann dieser Umstand immer noch eine gesundheitsfördernde Wirkung haben. Erst wenn Krankheitserreger oder Schadstoffe beteiligt sind, kann dies zur Schwächung der Gesundheit führen (ebd., 32f.).

Die generalisierten Widerstandsressourcen

Generalisierte Widerstandsressourcen sind Faktoren, welche bei der Bewältigung der Spannungszustände helfen und dadurch die Gesundheit erhalten sollen (vgl. ebd., 34). Widerstand bedeutet in diesem Zusammenhang, „dass die Ressourcen die Widerstandsfähigkeit einer Person erhöhen“ (ebd., 34).

Unterschieden wird hierbei nach individuellen, sozialen und kulturellen Faktoren. Dabei sind individuelle Faktoren beispielsweise persönliche Stärke oder körperliche Merkmale. Glauben und Kultur sind Beispiele für soziokulturelle Faktoren (Lorenz (2005), 34).

4 Gesundheitsbeeinflussende Faktoren in Bezug auf Pflegende

Die Gesundheit ist von vielen Faktoren abhängig und beeinflussbar. Die Lebensweise spielt dabei eine große Rolle ebenso wie die subjektive Gesundheitsvorstellung und Interventionen zur Förderung der Gesundheit. Aufbauend auf den Erkenntnissen des vorherigen Kapitels sollen nun die belastenden Faktoren, also die Stressoren, und die schützenden Faktoren, die Widerstandsressourcen, mit Blick auf die Gesundheit näher betrachtet werden. Dabei wird stets der Bezug zu der Berufsgruppe der Pflegenden hergestellt.

4.1 Belastende Faktoren

Von Belastung spricht man, wenn das angestrebte Arbeitsergebnis im Widerspruch zu den Durchführungsbedingungen der Arbeitsaufgabe steht (vgl. Rieder (2003), 158).

Die Belastungen können in verschiedene Kategorien differenziert werden:

- körperliche Belastungen: Belastung der Lendenwirbelsäule durch das Heben und Lagern von Patienten
- chemische Belastungen: Umgang mit Desinfektionsmittel und Zytostatika
- biologische Belastungen: ständiger Kontakt mit infektiösauslösenden Erregern
- psychische Belastungen: Arbeitsstress, Zeitdruck und hohes Arbeitsaufkommen
- soziale Belastungen: Konflikte mit Familie und Teamkollegen
- betriebliche Belastungen: Mehrarbeit und Schichtdienst

(vgl. Reme (2007), 24-41; Fuchtmann (2007), 48f.; Ulich & Wülser (2010), 65).

Physische Belastungen

Aufgrund der Arbeitssituation entsteht eine Vielzahl an belastenden Situationen im Berufsalltag (vgl. Baumgart et al. (2003), 195). Auch das Robert-Koch-Institut stellte fest, dass die physischen und psychischen Belastungen steigen (vgl. RKI (2004), 41). Pflegende gehören zu einer der stark beanspruchten Berufsgruppen. Dies zeigt sich auch in dem doppelt so hohem Krankenstand im Vergleich zu anderen Branchen, wie beispielsweise dem Banken- und Versicherungswesen (vgl. Badura et al. (2012), 3).

Zu den körperlichen Belastungen gehören vor allem das Lagern, Betten und Mobilisieren von Patienten. Die Gefährdung des Pflegepersonals wird durch eine unzureichende Zurverfügungstellung von Hilfsmitteln (wie zum Beispiel Antirutschmatten zum Erleichtern der Positionsänderung im Bett) und der nicht ausreichenden Einweisung zu ihrer Benutzung noch gefördert. Aber auch wenn Hilfsmittel vorhanden sind, werden sie nur von 10% des Pflegepersonals genutzt (vgl. Simon et al. (2005), 18). Durch räumliche Gegebenheiten ist es Pflegenden zum Teil nicht möglich, rückschonend zu arbeiten (vgl. Büssing & Glaser (2003), 125). Pflegekräfte arbeiten zudem häufig mit gefährlichen Stoffen, wie zum Beispiel Desinfektionsmittel und Antibiotika (vgl. Glaser & Höge (2005), 11).

Psychische Belastungen

Als psychische Belastung wird „die Gesamtheit aller erfassbaren Einflüsse, die von außen auf den Menschen zukommen und psychisch auf ihn einwirken“ (DIN EN ISO 100751-1 (2001) in Ulich & Wülser (2010), 54) verstanden.

Stress ist in der Pflege ein allgegenwärtiges Thema. Zeitdruck, Patienten mit Schmerzen, Rollenkonflikte und fehlender Informationsfluss sind nur einige Stressoren, die Pflegenden in ihrem Alltag bewältigen müssen (vgl. Glaser & Höge (2005), 11).

Betriebliche Belastungen

Belastende Situationen entstehen auch durch die vorherrschende Arbeitsorganisation. Diese Momente werden noch stärker empfunden, wenn Aufgaben übernommen werden müssen, welche nicht direkt mit der Pflege in Verbindung stehen. Dazu gehören zum Beispiel Botengänge, ärztliche Aufgaben oder auch Verwaltungsarbeiten. Als Erschwernisfaktor wird das Verlieren des Überblicks empfunden (vgl. Schlüter (1992), 36; Künzi & Schär Moser (2004), 80). Zudem ist die Mehrheit der Pflegekräfte unzufrieden mit ihrer Entlohnung. Sie erachten diese als zu niedrig (vgl. Tracogna et al. (2002), 434).

Arbeitszeitmodell Schichtdienst

Krankenhäuser haben einen Versorgungsauftrag, das heißt 24 Stunden, 7 Tage die Woche verfügbar sein, wodurch für viele Pflegenden der Schichtdienst unausweichlich ist. In der Regel handelt es sich dabei um Früh-, Spät- und Nachtdienst. Vor allem Nachtdienste sind mit einem hohen Verantwortungs- und Entscheidungsdruck verbunden.

Zeitdruck

Der Zeitdruck ist einer der vielen Begleiter von Pflegenden. Dieser entsteht durch das hohe Arbeitsaufkommen und kann dazu führen, dass Richtlinien und Standards missachtet, viele Tätigkeiten nicht vollständig durchgeführt und Gespräche auf das Nötigste reduziert werden (vgl. DBFK (2010), 8). Durch den ständigen Zeitdruck wird die gesetzlich vorgeschriebene Pause nur selten eingehalten. Sollte eine Pause stattfinden, so wird diese häufig durch das Telefon, die Rufanlage der Patienten, Ärzte und Besucher gestört (ebd., 9). Dies zeigt auch der DAK Gesundheitsreport. Dort bestätigen 29% der Pflegenden, keine Pausen einhalten zu können und 28% geben an, dass sie ihre Pause nur mit Unterbrechungen durchführen können (vgl. DAK-BGW (2005), 14). In vielen Krankenhäusern fehlen auch Pausenräume für die Mitarbeitenden (vgl. Schlüter (1992), 37). Entsprechend kann das Nichteinhalten der Pausen zu Überstunden führen.

Diese Vielzahl an Belastungen in der Pflege zeigt, dass es Handlungsbedarf gibt und dieser auch zwingend notwendig ist. Dennoch gibt es viele gesundheitsförderliche Faktoren. Diese werden nachfolgend beschrieben.

4.2 Schützende Faktoren

Das gesundheitsförderliche Verhalten des Pflegepersonals findet auf mehreren Ebenen statt. Es ist hervorzuheben, dass jeder seine individuellen Ressourcen eigenständig nutzen, ausbauen und fördern kann. Nachfolgend werden die am häufigsten vorkommenden bzw. relevantesten Schutzfak-

toren beschrieben. Besonderes Augenmerk soll hierbei auf die Supervision und die Work-Life-Balance gelegt werden. Diese Faktoren werden besonders für den Pflegeberuf gehäuft erwähnt und stellen somit, in Hinsicht auf den salutogenetischen Ansatz, wichtige Widerstandsressourcen dar.

4.2.1 Körperliche Bewegung, Fitness und Sport

Körperliche Aktivität wirkt Erkrankungen präventiv entgegen. Menschen, die sich regelmäßig sportlich betätigen, sind im Alltag belastbarer und auch das Immunsystem wird gestärkt. Durch die Aktivität wird auch der Cholesterinspiegel gesenkt, sodass ein positiver Einfluss auf das Herz-Kreislauf-System entsteht. Präventionsexperten empfehlen zum Einstieg simple Verhaltensweisen, wie die Treppe zu benutzen anstatt des Fahrstuhls. Diese Maßnahme ist im Arbeitsalltag der Pflegenden gut umzusetzen. Bereits ca. 200 gestiegene Treppenstufen stärken Kreislauf, Herz, Stoffwechsel und die Atmung. Bei berufsbedingten Krankheiten spielen die Arbeitsbedingungen eine große Rolle. Es sollte möglichst rückschonend gearbeitet werden. Hilfsmittel, die hierfür, oder generell für gesundheitsförderliches Arbeiten, benötigt werden, sollten vom Arbeitgeber bereitgestellt werden. Die Optimierung von Arbeitsabläufen kann ebenfalls einen positiven Einfluss haben. Dabei sollte das Gleichgewicht von stehenden, sitzenden, belastenden und rückengerechten Tätigkeiten gewahrt sein (vgl. Lang (2013), 43). In der Literaturübersicht von Tracogna, Klewer und Kugler mit der Thematik „Gesundheitsverhalten und Gesundheitszustand von Pflegepersonal“ aus dem Jahre 2002, werden die Inhalte gesundheitsrelevanter Studien verglichen. Die Ergebnisse der Befragung zum Gesundheitsverhalten zeigten, dass regelmäßige körperliche Bewegung und Sport nur von Wenigen konsequent ausgeführt werden. Die Anzahl der regelmäßig sporttreibenden Pflegekräfte schwankt dabei zwischen 13% bis hin zu 61% (vgl. Tracogna et al. (2002), 432).

4.2.2 Ausgewogene Ernährung

Für Pflegende stellt die Ernährung durchaus eine Dimension der gesundheitsrelevanten Lebensweise dar. Die Regeln der Deutschen Gesellschaft für Ernährung werden schon im Kindheitsalter vermittelt und können im besten Fall das Essverhalten prägen. Es gibt jedoch bei Pflegekräften deutliche Defizite in Bezug auf die Umsetzung diätischer Maßnahmen, obwohl die Wichtigkeit zur Vermeidung kardio-vaskulärer Erkrankungen bekannt ist. Trotz der Defizite wird von vielen Pflegekräften cholesterinreiche Nahrung vermieden und Fisch regelmäßig gegessen. Dies würde auch das Ergebnis einer britischen Studie von 1995 erklären. Dort wurde der Bodymass-Index von Pflegenden untersucht. Es zeigte sich, dass das Pflegepersonal im Durchschnitt einen normalen BMI aufwies (vgl. ebd., 432 f.).

4.2.3 Soziale Unterstützung und Work-Life-Balance

Wachsende Verantwortung, hohe emotionale Beanspruchung und Schichtarbeit sind nur einige Faktoren, die auf Pflegende einwirken. Es wird deutlich, dass der Ausgleich zwischen dem Arbeits- und dem Privatleben immer mehr an Bedeutung gewinnt. Die Jobzufriedenheit und auch das Wohlbefinden von Pflegenden werden eigenständig von sozialen und psychischen Faktoren abhängig gemacht. Darunter können beispielsweise „Arbeitsmotivation“, „Beziehung zu Kollegen“ und „Zusammenarbeit und Kommunikation“ (Bégat et al. (2005), 221) fallen. Auch spielt die Beziehung zwischen Arbeit und Familie, in der Literatur oft als Arbeit-Familie-Konflikt bezeichnet, für Pflegende eine zentrale Rolle.

Das Gleichgewicht zwischen Beruf und Privatleben konnte als gesundheitsbeeinflussend herausgestellt werden (vgl. Galatsch et al. (2012), 29). Immer mehr Unternehmen erkennen die wachsende Relevanz des Ausgleichs zwischen der Arbeit und dem privaten Lebensumfeld.

Das Konzept der „Work-Life-Balance“ ist allgegenwärtig und Seminare zu dieser Thematik werden vielfältig angeboten. Strategien können dabei flexible Arbeitszeitmodelle, Fitnessangebote und firmeneigene Kindertagesstätten sein (vgl. Seiwert & Tracy (2002), 9 f.). Um die Balance zu finden, sollte sich der momentane Ist-Zustand bewusst gemacht werden, um das Leben nach den eigenen Werten auszurichten. Dabei spielen Fragen nach individuellen Prioritäten oder bedeutenden Lebensbereichen eine zentrale Rolle. In Zeiten der „Leistungsgesellschaft“ nimmt jedoch die eigene Sinnfindung nur einen untergeordneten Platz ein. Die Folge daraus ist, dass die Prozentverteilung der Lebensbereiche von Arbeit und Privatleben ins Ungleichgewicht gerät (siehe Abbildung 4).

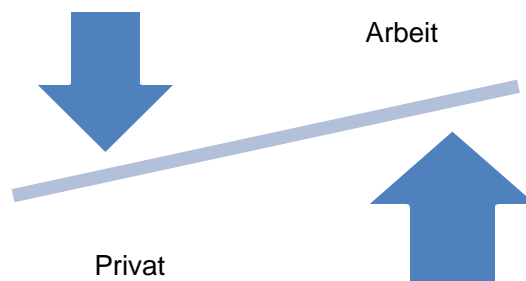


Abbildung 4: Work-Life-Balance im Ungleichgewicht

Work-Life-Balance im Bereich der Pflege

Durch den Leistungsdruck in der Pflege kann die Work-Life-Balance schnell aus dem Gleichgewicht geraten. Während die Gesundheit der Patienten in diesem Berufsfeld im Vordergrund steht, lassen Pflegekräfte ihre eigene Gesundheit in den Hintergrund treten. Die Leistung kann jedoch nur erbracht werden, wenn die Gesundheit intakt ist. An diesem Punkt setzt die Gesundheitsförderung an, sei es betrieblich oder privat.

Oftmals leiden auch die sozialen Kontakte und Beziehungen im Zuge des Schichtsystems und der Arbeitsüberlastung. In der Literatur wird dies als ein Grund für das Verlassen des Pflegeberufs beschrieben (vgl. Galatsch et al. (2012), 29). Anfangs zeigt das soziale Umfeld noch Verständnis für den Vorrang des Berufs, jedoch werden im Endeffekt Beziehungen „langfristig beeinträchtigt, gestört, oftmals irreparabel zerstört“ (Seiwert & Tracy (2002), 33). Hier muss durch Flexibilität des Arbeitgebers interveniert werden. Wie bereits erwähnt, können dabei individuelle Arbeitszeitmodelle Anklang finden. Erfahrungsgemäß können Konzepte wie der Wunschdienstplan merklich die Zufriedenheit steigern, da der Pflegekraft das Gefühl der Mitsprache vermittelt wird und sich soziale Aktivitäten besser planen lassen.

Die gute soziale Beziehung zu Kollegen wird von Pflegekräften auch als wirksamer Prädiktor benannt (vgl. Galatsch et al. (2012), 29). Ein entspanntes und offenes Verhältnis im Team stellt eine wichtige

Ressource in der kollegialen Zusammenarbeit dar. Um für ein gutes Betriebsklima zu sorgen, können Team-Trainings, Selbst-Management oder auch die Supervision angeboten werden.

4.2.4 Das Konzept der Supervision

Allgemein

Die Supervision versteht sich als ein personen- und organisationsbezogener Beratungsprozess. (vgl. DGSv (2012), 8f.). Zu verdeutlichen sei hier, dass die Supervision sich klar auf die berufliche Arbeit bezieht und keine Therapieform der Psychotherapie darstellt. Die Ziele der Supervision bestehen in der Optimierung der Handlungskompetenz und der Arbeitszufriedenheit. Hinzu kommt, dass das eigene Handeln in Bezug auf die Wirksamkeit kritisch reflektiert und die zentralen Aufgaben aufgedeckt werden sollen (vgl. Schwarz (2007), 79).

Das Konzept der Supervision kann, laut aktueller Studienlage, Pflegekräften helfen, ihre Arbeit zu reflektieren und zu analysieren. Zudem können Probleme effektiver gelöst sowie Handlungen besser geplant werden. Die Ergebnisse dessen sind Stressreduzierung, eine Verbesserung der Patientenversorgung und der Pflegefähigkeiten. Hinzu kommt, dass die Arbeitszufriedenheit gesteigert wird (vgl. Bégat et al. (2005), 223).

In Abbildung 6 ist der positive Einfluss der Supervision dargestellt. Im Bereich der Kooperation im Team, der beruflichen Kompetenz und der Entlastung können deutliche Steigerungen beobachtet werden (vgl. Hausinger (2008), 9). Pflegende, die Supervision in Anspruch nehmen, üben im Team, besser zu interagieren und den beruflichen Sachverstand auszubauen. Im Endeffekt führt das zu einer Entlastung der einzelnen Mitglieder eines Stationsteams.

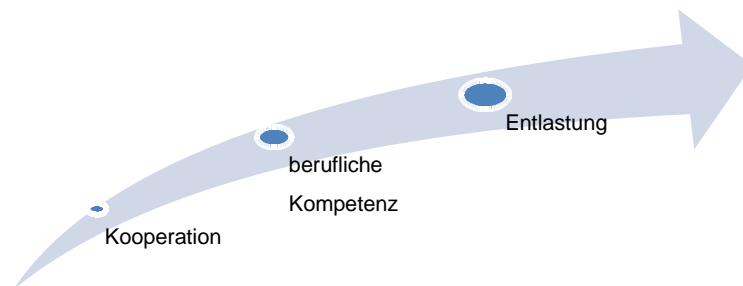


Abbildung 5: positive Einflüsse der Supervision

Die Erwartungen der Pflegenden an die Supervision sind, trotz der immer größer werdenden Beliebtheit, teilweise fehlerhaft. Das Konzept ist keinesfalls eine Universallösung für bestimmte Situationen. Ebenso wenig ist sie ein Fertigkeitstraining. Dabei ist zwischen der Lehre von Inhalten, der Anregung, eigene Ressourcen auszubauen und selbst entwickelte Strategien auf andere Situationen zu übertragen, klar zu differenzieren. Das heißt auch, dass die Fachkompetenz zwar durch die Supervision reflektiert werden kann, jedoch wird ein Neuerwerb von pflegerischem Fachwissen durch das Konzept selbst nicht stattfinden (vgl. Regouin (1999), 9f.). Das Ergebnis der Supervision ist zudem stark von der kollegialen Motivation zu Offenheit und Veränderung abhängig. So kann das Konzept keine Wirkung zeigen, wenn die einzelnen Teammitglieder nicht bereit sind, eine offene Konfliktlösung zu suchen und umzusetzen. An eine weitere Grenze stößt die Supervision bei Mängeln, die struktureller oder

personeller Art sind. Innerhalb der Besprechungen können die Auswirkungen durchaus erfasst und besprochen werden. Eine Veränderung der Organisationsebene kann die Supervision nicht bewirken. Ein anschauliches Beispiel dazu liefert die pflegerische Besetzung der Station. Innerhalb der Supervision können die Teammitglieder ihre Frustration über eine mögliche Unterbesetzung besprechen, aber es wird keine Problemlösung durch die Supervision erfolgen können, da es sich um ein strukturelles Problem handelt (vgl. Schwarz (2007), 170f.).

Die Ausführungen zu gesundheitsförderlichen Faktoren zeigen, dass eine Vielzahl von Ressourcen vorhanden sind, um die Gesundheit von Pflegenden zu fördern und zu erhalten. Diese sind stets individuell und nicht auf die Allgemeinheit übertragbar. Im Folgenden empirischem Teil dieser Arbeit werden die subjektiven Gesundheitsvorstellungen, Widerstandsressourcen und Ansichten zum Thema der betrieblichen Gesundheitsförderung von drei Pflegenden erfasst und ausgewertet.

5 Die empirische Untersuchung

Aufbauend auf den Erkenntnissen, welche durch den vorangegangenen theoretischen Teil vermittelt wurden, folgt eine eigene empirische Erhebung. Im Folgenden die angewandte Methodik erläutert. Ziel ist es, den Erhebungsprozess in seinen einzelnen Schritten nachvollziehbar und transparent darzustellen.

5.1 Qualitative Forschung

Qualitative Forschung hat den Anspruch, Lebenswelten aus der Sicht der handelnden Menschen zu beschreiben. Somit trägt sie zu einem besseren Verständnis der sozialen Wirklichkeit bei und macht auf Strukturmerkmale, Deutungsmuster und Abläufe aufmerksam (vgl. Flick et al. (2008), 14). Der qualitative Zugang wurde gewählt, da die subjektiven Sichtweisen von Pflegenden in Bezug auf ihre Gesundheit untersucht werden sollen und sich die qualitative Forschung dafür besonders gut eignet. Das Konstrukt der Gesundheit wird in seiner Komplexität erfasst und Merkmale können in ihrer Subjektivität gedeutet werden.

5.2 Leitfadengestütztes Interview

Für die Beantwortung der Forschungsfrage wurde ein Interviewleitfaden (Anhang 3) erstellt. Die Fragen wurden mit Hilfe des SPSS-Prinzip nach Helfferich erstellt. Dies sind vier Schritte: das Sammeln, Prüfen, Sortieren und Subsumieren (vgl. Helfferich (2005), 162-169).

Der Leitfaden dient als Orientierung bei der Durchführung und soll die Vergleichbarkeit erhöhen. Trotz des Leitfadens gilt das Prinzip der Offenheit (vgl. Mayer (2009), 37f.).

5.3 Feldzugang und Auswahl der Stichprobe

Der Feldzugang erfolgte über ein Notfallkrankenhaus in Berlin, in dem nach freiwilligen Teilnehmern und Teilnehmerinnen gesucht wurde.

Interviewpartner 1 ist männlich und 24 Jahre alt. Er ist seit einem Jahr examinierter Gesundheits- und Krankenpfleger.

Interviewpartnerin 2 ist weiblich und 26 Jahre alt. Sie verfügt über fünf Jahre pflegerische Praxis nach ihrem Examen.

Interviewpartnerin 3 ist weiblich und 42 Jahre alt. Sie ist seit 21 Jahren im Pflegeberuf tätig und hat bereits vor ihrer Ausbildung als Pflegehilfskraft gearbeitet.

5.4 Der Forschungsprozess

Nachfolgend ist der gesamte Prozess der Datenerhebung schematisch dargestellt:

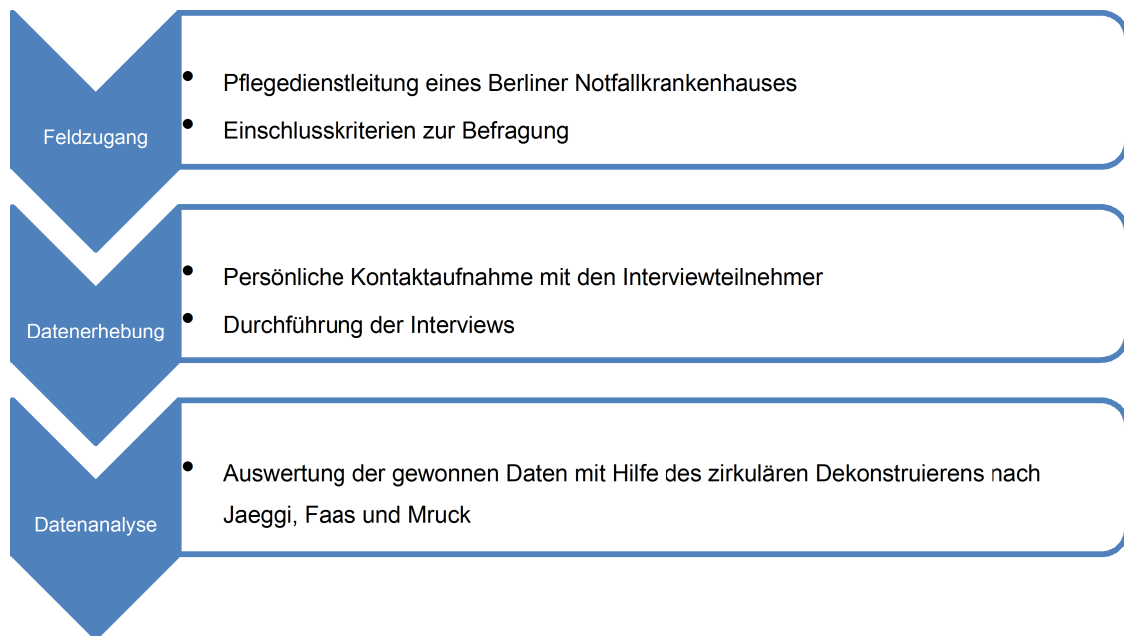


Abbildung 6: Prozess der Datenerhebung

Mit Hilfe der Transkription wurde das gesprochene Wort in eine schriftliche Form gebracht. Dies erfolgte nach den Transkriptionsregeln von Dresing und Pehl.

Die teilnehmenden Pflegekräfte wurden über die freiwillige Teilnahme aufgeklärt und darüber, dass diese jederzeit ohne Angaben von Gründen beendet werden kann. Die Zustimmung zum Interview erfolgte über eine schriftliche Einverständniserklärung welche freiwillig von den Pflegekräften unterzeichnet wurde.

Wie im Prozess der Datenerhebung veranschaulicht, folgte auf die Datenerhebung, die Datenanalyse. Die transkribierten Interviews wurden mit Hilfe des zirkulären Dekonstruierens analysiert und aufgearbeitet.

6 Ergebnisdarstellung der Interviews

In diesem Kapitel werden die Ergebnisse der Interviews dargestellt. Mit Hilfe der Methode des zirkulären Dekonstruierens konnten verschiedene Kategorien gebildet werden. Diesen Themenblöcken wurden als Beleg Zitate der Interviews zugeordnet und interpretativ betrachtet.

6.1 Zum Grundverständnis von Gesundheit

Das Verständnis von Gesundheit war bei allen Interviewten ähnlich. Gesundheit wird mit Wohlbefinden in Verbindung gesetzt und durch die körperliche und psychische Ausgeglichenheit charakterisiert. Keiner der Befragten setzt Gesundheit mit dem schlichten Ausbleiben von Krankheit gleich, was auf ein mehrdimensionales Gesundheitsverständnis schließen lässt:

„Tja, im Reinen mit Körper und Seele zu sein, heißt das für mich. Alles tun zu können was ich machen will, kann und darf...Ja, was soll man dazu sagen, also Gesundheit. Gute Frage...muss man ja sagen..hm..“ (I 1, Z. 6-8)

„Ich denke Wohlbefinden, körperliche Unversehrtheit und psychische Unversehrtheit.“ (I 2, Z. 5)

Das Konstrukt der Ausgeglichenheit wird besonders häufig von einem der Interviewpartner genannt. Es ist davon auszugehen, dass dieses Gefühl einen hohen Stellenwert in Bezug auf das Gesundheitsbewusstsein einnimmt. Es wird dabei die Ausgeglichenheit des eignen Körpergefühls, in welchem auch die psychische Komponente enthalten ist, in den Fokus gestellt. An dieser Stelle wird auch der Faktor Stress benannt, der die angestrebte Ausgeglichenheit stören kann und somit die Gesundheit negativ beeinflusst:

„Also das heißt, dass man ein gewisses Gefühl der Ausgeglichenheit empfindet. Also sowohl mit sich selber, als auch mit seinem Leben. Ich kann mich nur gesund fühlen, wenn ich mit mir und der Welt im Reinen bin. Also so übermäßig Stress oder das irgendwas nicht in einer graden Linie läuft macht mich dann irgendwie, naja. Also Stress macht einen ja psychisch so ein bisschen labil. Und dann fühl ich mich nicht so wohl und fühl mich auch nicht gesund.“ (I 2, Z. 7-12)

Bezüglich eines eventuell tagesabhängigen Gesundheitsempfindens äußern die interviewten Pflegekräfte kontroverse Ansichten. So wird in einem der Interviews deutlich mit „Ja, total“ (I1, Z. 23-24) auf die Frage geantwortet, ob die Gesundheit abhängig von der Tagesform sei. „Natürlich ist mein Wohlbefinden, meine Gesundheit von Tag zu Tag unterschiedlich.“(I 3, Z. 31), gibt ein weiterer Interviewter an und zeigt so eine ähnliche Auffassung. Im Gegensatz dazu steht die Aussage: „Nein, das würde ich überhaupt nicht an Tagen festmachen, sondern das ist eine allgemeine Sache.“ (I 2, Z. 61-62).

Gesundheit wird demnach individuell empfunden. Es kann davon ausgegangen werden, dass die Gesundheit nicht kontinuierlich gleich erlebt wird, sondern von unterschiedlichen Faktoren beeinflusst wird.

6.2 Gesundheit ist Arbeit

6.2.1 Die Ernährung und Bewegung

Die Faktoren, die von den Pflegenden als gesundheitsbeeinflussend genannt werden, sind überaus vielfältig. Eine der Grundtendenzen geht in Richtung der Themenschwerpunkte der gesunden Ernährung und der körperlichen Bewegung. Die verschiedenen Aussagen zeigen, dass das Bewusstsein für das Führen eines positiven Lebensstils geschärft ist:

„Auf Arbeit versuch ich wirklich zu trinken, das ist das A und O.“ (I 1, Z. 82)

„Ansonsten, Sport kann man ja eh nur in der Freizeit machen und nicht auf Arbeit, außer Treppe auf, Treppe ab.“ (I 2, Z. 180-181)

Bei allen Teilnehmern wird deutlich, dass die Förderung und Erhaltung der Gesundheit nicht ohne die Investition von Arbeit zu erreichen ist. Es fällt schwer, die eigenen Ansprüche in Hinsicht auf die Ernährung und die körperliche Ertüchtigung zu erfüllen, obwohl das Wissen über die Notwendigkeit durchaus vorhanden ist:

„Und in letzter Zeit merke ich das halt verstärkt, dass sich irgendwann der Kopf auch meldet. Ich weiß nicht ob der überlastet ist oder ich trinke ja eh wenig.“ (I 2, Z. 52-53)

„Also ich versuche mich bewusst zu ernähren...ähm..gelingt mir nicht immer.“ (I 3, Z. 59-60)

6.2.2 Die kritische Reflexion des eigenen Verhaltens

Häufig wird angegeben, dass die kontinuierliche Einhaltung gesundheitsförderlicher Maßnahmen schwierig sei. Die eigenen Handlungen werden kritisch reflektiert und das Bewusstsein für die Auswirkungen dieser Verhaltensweisen ist vorhanden. So scheint es abermals, als ob die Erhaltung und Förderung der Gesundheit mit Anstrengungen verbunden ist:

„Aber naja, ich muss auf alle Fälle dran arbeiten.“ (I 1, Z. 97)

„Aber jeder muss ja auf seine Gesundheit achten, das ist ja heutzutage das A und O. Wer es nicht macht ist selber schuld.“ (I 1, Z. 209-210)

Die Problematik der Gesundheitserhaltung im Bereich der Pflege wird in zwei Interviews verdeutlicht. Obwohl die Interviewten angeben, sich derzeit gesund zu fühlen, wird gleichzeitig zu bedenken gegeben, dass sich dieser Zustand ändern könnte:

„Aber wenn ich mir jetzt vorstellen würde, dass ich das jetzt die nächsten 10 Jahre hätte, dann würde ich da, glaube ich, echt ein Problem haben. Da würde ich mich nicht gesund fühlen. Ansonsten würde ich prinzipiell die Frage beantworten mit: Ja ich bin gesund.“ (I 2, Z. 32-35)

„[...] manchmal habe ich natürlich auch diese gestressten Situationen. Ich denke, wenn man das so auf Dauer immer weiterführt wie ich das so praktiziere, ähm glaube ich dass das auch irgendwann umschlagen könnte.“ (I 3, Z. 24-26)

In den beruflichen Zusammenhang wird das Bedürfnis zur Fürsorge für Andere aber selten für sich selbst gebracht. Gleichzeitig wird aber erkannt, dass Zeit, die man sich für sich selbst nimmt, eine wichtige Rolle spielt:

„Nee, ich glaube wenn jeder ehrlich ist, ist das Gesundheits- und Krankenpflegepersonal immer die Schlimmsten. Da muss ich mich selber schon echt zu ermahnen. Also ich achte bei allen möglichen Leuten darauf, zum Beispiel genug Flüssigkeitszufuhr, ist ja auch irgendwie das A und O, finde ich, was das Wohlbefinden angeht, was auch gegen Kopfschmerzen hilft, was für die Haut schön ist und so überhaupt.“ (I 2, Z. 103-107)

„Und das musste ich auch grade in den letzten Monaten auch feststellen und auch einsehen, dass man auch mal Zeit für sich braucht, um halt wirklich runter zu kommen. Man kann halt nicht immer nur 100% powern, sondern muss sich diese Zeit auch mal gönnen, um einfach mal auch ein kleinen Cut zu kriegen.“ (I 2, Z. 86-89)

6.2.3 Individuelle und persönliche Ressourcen zur Gesundheitserhaltung/ -förderung

Faktoren, die positiv auf die Gesundheit wirken, werden von zwei Interviewten gleichermaßen mit einer geregelten Tagesstruktur verbunden. Es zeigt sich, dass das Erreichen von selbst gesteckten Zielen als wichtiger Punkt angesehen wird. Dies gilt für das Privatleben, aber auch für den Arbeitsplatz:

„Ich bin da, glaube ich, echt ein Mensch, wo die Wohnung ordentlich und sauber sein muss. Dann geht es mir innerlich auch gut. Wenn zum Beispiel mein Schreibtisch aufgeräumt ist, dann ist mein Kopf in Ordnung. Wenn ich einen Kalender habe, wo alles drin steht, ist alles gut. Also ich bin da irgendwie, ja, wenn ich Chaos habe, auf dem Schreibtisch, in meinem Leben, dann habe ich echt ein Problem. Solange das alles in geregelten Bahnen und ordentlich ist und ausgeglichen ist und ich es schaffe auch mal was Schönes am Tag zu machen, dann wirkt sich das auf jeden Fall positiv aus.“ (I 2, Z. 65-72)

„Natürlich fühle ich mich auch wohler an einem Tag, wenn ich weiß was ich geschafft habe, dass ich irgendwelche Ergebnisse erzielt habe, dass ich..äh... ein angenehmes Umfeld hatte. Dann fühle ich mich automatisch wohler, als wenn ich wirklich auch 8 Stunden am Tag arbeite, aber am Ende nicht wirklich, das Gefühl habe irgendwas geschafft zu haben oder beendet zu haben und ..ähm.. das macht einen glücklich.. ähm... ich sag mal wenn man sein Tagesziel erreicht hat und das steigert das Wohlbefinden.“ (I 3, Z. 32-37)

6.3 Die Rahmenbedingungen am Arbeitsplatz Notfallkrankenhaus

6.3.1 Arbeitsbedingungen

Die Bedingungen, unter denen die Interviewten arbeiten, sind ähnlich und dies spiegelt sich in den Aussagen wieder. Es wird Struktur und Organisation gewünscht, um effektiv arbeiten zu können. Störungen des Tagesablaufs werden als belastend empfunden, aber gleichzeitig wird das Potenzial in der Koordination der eigenen Abläufe gesehen:

„Auch Arbeitsprozesse strukturieren und organisieren, so dass man nicht tausend Gänge macht wegen Kleinigkeiten, sondern Sachen verbinden kann. Einfach auch sich und seine Arbeitsabläufe so zu organisieren, dass die einsparend sind, ressourcensparend. Ich denke, dass es da schon ganz viel Potenzial gibt, wo man ansetzen kann, was man noch machen kann. Auch die Räumlichkeiten sind wichtig.“ (I 2, Z. 318-322)

„Achso ja, also einfach ein geregelter Tagesablauf, hinter einander weg arbeiten, aber konzentriert an einer Sache bleiben. Nicht alles so durch einander.“ (I 3, Z. 43-44)

Selbst wenn der Arbeitsalltag teilweise mit Stress und Anstrengung verbunden ist, wird angegeben, dass die Aufgaben auf einer Station im Notfallkrankenhaus trotz allem Spaß machen:

„Hm, wenn sehr sehr sehr viel Stress war“ [...]. (I 1, Z. 13)

„Und sonst, auf Arbeit bewege ich mich glaub ich sogar mehr als zu Hause. Die vielen Kilometer die ich da laufe, Betten schiebe und Patienten hochziehe und alles. Das ist körperlich schon ziemlich anstrengend aber es macht mir Spaß.“ (I 1, Z. 85-87)

Die Verwendung von Hilfsmitteln ist ein relevanter Themenschwerpunkt der strukturellen Bedingungen im Krankenhaus. Der Nutzen und der Zustand der bereitgestellten Materialien werden dabei kritisch eingeschätzt:

„Ja rückenschonende Hilfsmittel kann man hier beantragen, alles andere habe ich im Prinzip genannt.“ (I 3, Z. 122-123)

„Ich glaube auch, dass viele Sachen vorhanden sind, die von den Mitarbeitern gar nicht genutzt werden, weil sie es entweder gar nicht für nötig halten oder nicht sensibel genug sind, dass es durchaus Sinn macht, so etwas zu nutzen. Im Besonderen sind immer alle gut, aber bei sich selbst gucken halt nicht so. Ich glaube, dass wäre erst mal das Wichtigste, dass die Leute selber darauf gebracht werden, dass sie selber verantwortlich sind für viele Sachen.“ (I 2, Z. 265-270)

Auffällig ist, dass die Gebrauchsgegenstände des täglichen Arbeitsablaufes teilweise als mangelhaft dargestellt werden. Betten, Rollstühle und die räumliche Umgebung werden in den Fokus gebracht:

„Und die andere Sache ist natürlich, dass vom Arbeitgeber, vom Haus, quasi die Materialien zur Verfügung gestellt werden. Sei es überhaupt elektrische Betten oder höhenverstellbare Betten. Ich glaube so etwas ist das furchtbarste was man machen kann, also ohne Fernbedienung die Betten hoch und runter bewegen, vor allem wenn Patientinnen da drin liegen. Das ist eine Katastrophe.“ (I 2, Z. 273-277)

„Rollstühle, die vernünftig schiebbar sind und nicht einen platten Reifen haben. Ja, so banale Sachen. Oder auch Betten die sich gut schieben lassen und sich nicht blockieren, weil da irgendwie ein Rad schief hängt.“ (I 2, Z. 311-313)

6.3.2 Arbeitszeiten

Der Schichtdienst ist bei allen Interviewten ein wichtiger Aspekt und wird mit negativen Auswirkungen in Verbindung gebracht. In einem Interview wird sogar die Meinung vertreten, dass der Schichtdienst die Umsetzung der Gesundheitsförderung schwer möglich macht:

„Das ist ja im Schichtdienst immer schwierig.“ (I 1, Z. 101-102)

„Ansonsten ist ja Gesundheitsförderung und Schichtdienst eh schlecht. Wenn man sich das mal überlegt, vielleicht sollte man da mal auf eine angemessene Schichtverteilung achten.“ (I 2, Z. 514-516)

Der Beginn und das Ende der Arbeitszeit weisen auch Verbesserungsbedarf auf. Ein positives Beispiel wird dabei von einem Interviewten genannt, der einen späteren Frühschichtbeginn befürwortet:

„Heute habe ich ja 7:45 Uhr angefangen und bin um 7 Uhr ins Auto gestiegen und dachte: toll, die Sonne scheint, es ist hell. Das ist doch großartig, was ist das denn für eine geile Arbeitszeit.“ (I 2, Z. 334-336)

Die pünktliche Beendigung der Arbeitszeit stellt eine Herausforderung für die Pflegenden dar, aber es besteht die Bereitschaft, daran zu arbeiten:

„Pünktlich Feierabend zu haben. Das ist zwar auch noch ein bisschen bei Arbeit aber trotzdem. Ich habe auch kein Problem damit Überstunden zu machen aber wenn es immer so wär, wär auch blöd.“ (I 2, Z. 329-331)

„Also was leider Gottes bei mir ist, dass ich nicht pünktlich hier rauskomme.“ (I 3, Z. 86-87)

Der Wunsch nach geregelten Pausenzeiten scheint die Interviewten sehr zu bewegen. Es wird bemängelt, dass durch Störungen des Stationsalltags, durch beispielsweise Telefonate oder Patientenanliegen, eine ordentliche Pause schlichtweg nicht möglich sei. Der Rahmen ist nicht gegeben, sodass die Pause nicht zur Entspannung genutzt werden kann, sondern sich zu einer weiteren Stresssituation entwickelt:

„Ja, geregelte Pausen, auch mal ein ruhiges Gespräch und nicht alles so zwischen Tür und Angel..ähm...wo man auch immer dieses gejagte Gefühl auch entwickelt, alles stürmt auf einen herein, man müsste am besten alles gleich jetzt und heute tätigen.“ (I 3, Z. 12-15)

„Man könnte dann damit vielleicht auch eine Pause regeln und dann auch wirklich eine Pause machen... man lässt das Telefon weg, man geht zur Massage, man hat einen festen Termin und schiebt nicht Pause von um neun bis um zehn, ach nee um 10 klappt es auch nicht, dann ist es um zwölf und irgendwann ist Feierabend und man hat noch keine Pause gemacht. So hat man einen festen Termin und hält sich vielleicht auch daran.“ (I 3, Z. 158-162)

Besonders hervorzuheben ist die Aussage eines Interviewten, der an das Selbstbewusstsein Pflegenden appelliert, sodass von dem Gedanken der ständigen Verfügbarkeit Abstand gewonnen werden kann:

„Hm, man muss eben auch mal runterkommen und nicht denken, dass es ohne einen nicht läuft. Und das ist ja tatsächlich so. Ich meine wenn wir mal sagen, dass wir jetzt Mittag essen gehen, dann läuft's ja auch weiter. Nur weil ich dann essen gehe, heißt es ja nicht, dass nichts mehr passiert oder das die Patienten schlecht versorgt sind. Ich glaube, dass muss noch mehr in viele Köpfe.“ (I 2, Z. 362-367)

6.4 Der Einfluss des Umfeldes

6.4.1 Privates Umfeld

Die Gruppendynamik wird von zwei der Interviewten als sehr förderlich empfunden. Sei es der Freundeskreis oder der Partner, aus Gruppenaktivitäten wird wichtige Motivation geschöpft:

„Mein Umfeld auf alle Fälle, also Familie, und vor allem meine Freunde, die ich ja nun jeden Tag um mich habe, der Kontakt zu meinen Haustieren.“ [...]. (I 1, Z. 33-34)

„Was mir persönlich auch ganz viel hilft, ist vielleicht auch so ein Frauending, ist echt Kommunikation. Mit Leuten sprechen, mich mit meinen Mädels treffen.“ (I 2, Z. 74-76)

Es wird auch geschätzt, Personen im Leben zu haben, die die eigene Achtsamkeit wieder in den Vordergrund rücken:

„Was mich dazu treiben würde, wären, glaub ich, andere Menschen die mich da ein bisschen mitreißen, muss ich gestehen. Und die erinnern mich dann auch daran, dass es noch mich gibt.“ (I 2, Z. 171-173)

„Ich finde es toll, wenn man jemanden an seiner Seite hat der auch mal zu einem sagt: jetzt komm mal runter, bleib mal hier, bleib mal kurz stehen oder setzt dich einfach mal hin, wir trinken jetzt einen Kaffee.“ (I 2, Z. 343-346)

Im privaten Umfeld wird die Gruppe auch mit sportlicher Betätigung in Verbindung gebracht. Sport ist demnach nicht nur im körperlichen Sinne gesundheitsförderlich, sondern greift auch den sozialen Aspekt der förderlichen Lebensweise auf:

„Dann meine Freunde. Allgemein wenn ich mal weggehe oder vielleicht mal ab und zu mal mit ihnen Sport mache. Früher war ich im Fußballverein und da hab ich dann halt regelmäßig Sport gemacht und das hat mich so richtig gesundheitlich aktiviert.“ [...]. (I 1, Z. 45-48)

„Jedenfalls fördern solche Sachen ja total. Man hat ein Ziel vor Augen, man trainiert, vielleicht auch schon zusammen und geht dann da zusammen hin, man unternimmt danach vielleicht noch was zusammen.“ (I 2, Z. 453-455)

6.4.2 Kollegen

Das Arbeitsklima ist stark von dem kollegialen Verhältnis abhängig. Dabei spielt die emotionale Dimension eine Rolle, sei es die Bereitschaft zu helfen und auch, füreinander zu sorgen:

„Meine Kollegen auf alle Fälle. Die versuchen dann natürlich mir zu helfen, zum Beispiel beim lagern oder beim Betten schieben. Außer natürlich wenn sie nicht können. Dann muss ich es alleine machen.“ (I 1, Z. 89-91)

„Also ich werde auch immer von netten und umsichtigen Kollegen werde ich dann auch darauf hingewiesen auch mal auf mich selber zu achten und das es doch auch mal gut wäre mal Zeit mit mir zu verbringen und auch mal ein bisschen runter zu kommen.“ (I 2, Z. 121-124)

Ein Interviewter gibt zu bedenken, dass auch die fachliche Kompetenz und die Arbeitsverteilung das Gruppenverhältnis beeinflussen kann:

„[...] und es ist für mich auf was ganz anderes wenn man Kollegen hat, mit denen man gut auskommt, wo die Arbeit gleichmäßig verteilt ist, wo sich niemand unter- oder überfordert fühlt oder oder oder, dann kann ich das besser kompensieren und dann geht's mir auch besser.“ (I 2, Z. 96-99)

Die kollegiale Gruppendynamik wird dann als belastend empfunden, wenn die Kommunikation im Team nicht richtig funktioniert:

„Nicht reden ist einfach eine Qual und könnte ich auch gar nicht. Da könnte ich ausflippen und die Leute schütteln und sagen: jetzt mach den Mund auf und sag was du meinst.“ (I 2, Z. 247-249)

Überraschend ist die Aussage einer Pflegekraft in Bezug auf den Wandel des Gruppenzusammenhalts und des Teamempfindens. Es hat sich demnach wohl eine Veränderung des Grundverständnisses vom kollegialen Zusammenspiel entwickelt. Die Trennung von Privatem und Arbeit scheint einen höheren

Stellenwert bekommen zu haben. Diese Begebenheit spiegelt sich dann in außerbetrieblichen Aktivitäten wider, welche, laut des Interviewten, stark abgenommen haben:

„Jedenfalls denke ich, dass sich das Arbeitsempfinden geändert hat. Früher war die Arbeit ein wichtiger Bestandteil und die Kollegen auf der Arbeit waren irgendwie auch wichtig und man war eine Gemeinschaft. Ich denke untereinander gab es auch schon mal Stress, aber es hat auch vieles gut funktioniert, weil man einfach gemeinsam, gemeinsam gearbeitet hat und nicht jeder für sich. Es hat halt auch bedeutet, dass man sich nach dem Dienst auch noch zusammengesetzt hat und noch nett geschwätzt hat und dann halt eine Gemeinschaft entstanden ist. Im Moment hat sich dann eher der Trend entwickelt, ich weiß aber nicht, ob das nur hier ist oder generell, dass man wirklich bemüht ist schnell weg zukommen.“ (I 2, Z. 407-415)

Dieser Wandel wird als Verlust empfunden, weil sich die Gruppendynamik in eine negative Richtung entwickelt hat:

„Das finde ich schon schade, weil die Gemeinschaft, die wohl früher schon da war, es dann halt jetzt nicht mehr gibt.“ (I 2, Z. 418-419)

„[...] weil ja viele gar kein Bock darauf haben. Ich weiß nicht so richtig woran es liegt. Ob die Leute wirklich einfach auf ihre Kollegen kein Bock haben, was ja auch sein kann. Aber vielleicht geben sie denen ja auch gar keine Chance und das ist schon schade.“ (I 2, Z. 420-423)

Gleichzeitig wird aber klar ausgedrückt, dass die Motivation und auch das Bedürfnis vorhanden ist, das Teambewusstsein wieder zu stärken:

„Aktivitäten außerhalb der Arbeit mit den Kollegen versuchen wir ja zurzeit wieder ein bisschen voran zu bringen, aber es ist ja auch eher selten, weil ja viele gar kein Bock darauf haben.“ (I 2, Z. 419-421)

Auf die Frage, ob Hobbys (wie Kochen) in das Teamgeschehen eingebracht werden könnten, wird geantwortet:

„Ja, auf jeden Fall. Das macht ja auch Spaß und ich denke mal [...] ich koch ja da für alle mit. Das kann man mal gerne als Arbeitsgruppe vorschlagen.“ (I 1, Z. 68-71)

6.5 Ausgleichsfaktoren zur Arbeit

Eine Ressource, um einen Ausgleich von Arbeit und Privatem zu finden, stellt das häusliche Umfeld dar. Besonders Entspannung wird von allen Interviewten mit ihrem Privatleben zu Hause in Verbindung gesetzt. Die Strategien reichen dabei von Körperpflege bis zum Schlafverhalten:

„Ich fahre auch regelmäßig mal in die Heimat. [...] Da versuch ich dann auch meine Ruhephasen einzuhalten, also so 6-7 Stunden Schlaf am Tag.“ [...] (I 1, Z. 76-78)

„Ich möchte mich entspannen, wenn ich dazu bereit bin und nicht wenn auf Arbeit bin. Dazu brauch ich einfach mein Umfeld.“ (I 2, Z. 401-403)

„Ich brauch' ein ausgeglichenes Umfeld Zuhause, ich muss abschalten können. ich brauche natürlich auch eine Freizeitbeschäftigung nicht das ich mich ausschließlich um meinen Beruf kümmer'.“ (I 3, Z. 9-11)

Einen weiteren Ausgleichsfaktor stellt die körperliche Aktivität dar. Fitness und Sport werden als Faktor zur positiven Beeinflussung der Work-Life-Balance betrachtet. Die Interviewten machen diese Aktivitäten nicht nur gern, sondern brauchen die sportliche Betätigung, um den Ausgleich zu erreichen:

„Also was irgendwie immer in meinem Leben, das gehörte halt einfach dazu, nicht um meine Gesundheit zu fördern, sondern es gehört einfach dazu und das war Sport [...] Es ist einfach für die Seele gut und für den Körper gut und ja, das habe ich halt in letzter Zeit weniger aber das fehlt mir schon.“ (I 2, Z. 128-132)

„Ich tanze Tango, ich habe einen Ausgleich. Den ich auch ganz dringend brauche, da denke ich mit Sicherheit nicht an Arbeit. Ich habe ein Kind, was mich auch wunderbar von der Arbeit ablenkt.“ (I 3, Z. 57-59)

6.6 Bedeutung der Selbstpflege

Dass die eigene Gesundheit in der Selbstverantwortung liegt, scheint den Interviewten klar zu sein. Spezifischer spielt die Berücksichtigung der eigenen Person eine sehr wichtige Rolle im Kontext der Gesundheitsförderung:

„Es ist wichtig, dass nicht nur immer die äußeren Faktoren eine Rolle spielen, sondern in erster Linie man selbst.“ (I 2, Z. 270-272)

„Ich glaube ein wichtiger Aspekt ist, dass sich quasi jeder selbst Gedanken um seine Gesundheit macht, so dass man dafür sensibilisiert wird und gewisse Arbeitsabläufe dann entsprechend organisiert.“ (I 2, Z. 262-264)

Erfahrungsgemäß bedeutet Selbstpflege, sich in gewissen Situationen gezielt Zeit für sich selbst zu nehmen. Meist wird die Selbstpflege nach stressigen oder aufreibenden Erlebnissen betrieben. Die Strategien sind dabei unterschiedlich. Während eine Pflegekraft sich gezielt etwas Besonderes gönnt (zum Beispiel ein Glas Wein), bezieht eine andere Pflegendende die Selbstpflege eher auf die Durchführung der Grundbedürfnisse (zum Beispiel ausgewogene Ernährung). Diese finden oft nicht konsequente Beachtung:

„Also auch grade wenn sich dann somatische Sachen bemerkbar machen, wie Rückenschmerzen, Verspannungen oder Kopfschmerzen oder so, dann geh ich in die Badewanne und lese ein schönes Buch dazu und trinke ein Glas Wein.“ (I 2, Z. 72-74)

„Ähm dann ist man natürlich manchmal selber gefordert den Stresspegel selber runterzufahren. Pausen einzuhalten, vernünftig zu essen und trinken.“ (I 3, Z. 26-28)

Die Kommunikation taucht in vielerlei Hinsicht auf. Auch ist diese ein wichtiges Selbstpflegeinstrument für einen der Interviewpartner:

„Mir hilft es einfach über Sachen zu sprechen, grade wenn Problemfälle eintreten. Also es macht mir halt Stress, wenn bestimmte Situationen auftreten und es nicht drüber gesprochen wird. Ich versuche das dann anzusprechen, sowohl auf Arbeit als auch zu hause.“ (I 2, Z. 177-180)

Die folgenden Aussagen machen deutlich, dass der Wunsch, Selbstpflege zu betreiben durchaus groß ist, aber es teilweise Probleme bei der konsequenten Planung gibt. Es scheint schwierig, Zeit im Alltagsleben zu finden, welche effektiv nur für einen selbst genutzt wird:

„Ich bin letztes Jahr zum ersten Mal mit meinen Mädels zum Wellnesswochenende gefahren. Das war großartig und da habe ich mir eigentlich vorgenommen, dass ich das jetzt öfters machen müsste aber in der Umsetzung hat es bisher noch gescheitert.“ (I 2, Z. 222-226)

6.7 Betriebliche Gesundheitsförderung

6.7.1 Wünsche

Die Gesundheitsförderung im betrieblichen Rahmen bietet viele Möglichkeiten. Die Pflegenden geben eine Vielzahl von Dingen an, die helfen würden, die Gesundheit zu erhalten und zu fördern. Ein Punkt spiegelt den Wunsch nach einem weniger hektischen Arbeitsalltag wider. Dabei spielen Faktoren wie Zeit, Störungen und Stress eine Rolle:

„[...] im Berufsleben ist es manchmal schwierig mit der Umsetzung, also da würde ich mir natürlich weniger Stress wünschen.“ (I 3, Z. 11-12)

„[...] Freizeitressourcen, Zeit, ein Tag der 26 Stunden hat und nicht 24. Das wär schon toll.“ (I 2, Z. 164)

Wünsche, die direkt vom Arbeitgeber erfüllt werden könnten, sind überaus vielfältig. Vorausgestellt sei dabei eine prägnante Aussage, in welcher an das Bewusstsein appelliert wird, dass die betriebliche Gesundheitsförderung nur funktionieren kann, wenn sowohl vom Arbeitgeber als auch vom Arbeitnehmer die Bereitschaft zur Durchführung der Maßnahmen vorhanden ist:

„Ich finde jetzt auch nicht, dass ein Arbeitgeber für das Rundum-Sorglos-Paket sorgen muss. Ich weiß nicht, dass ist nicht realistisch.“ (I 3, Z. 113-115)

Einer der Interviewten würde sich besonders eine Umgestaltung der Pausenräume wünschen, um einen entspannenden Rückzugsort für das Personal zu haben und auch das Bereitstellen von Freige-tränken wird erwähnt:

„Ganz wichtig fände ich einen Ruheraum, wo das Personal mal wirklich hinsetzen kann eine halbe Stunde, wo man Musik hören, ein Buch lesen kann. Es muss auch nicht, im Sommer kann auch gerne draußen eine Ecke geschaffen werden, wo man mal alle viere von sich, Telefon abgeben, Stellvertretung schaffen, die dann aber auch eine Stellvertretung sein können, ja und dich auch wirklich vertreten.“ (I 3, Z. 100-104)

„Vielleicht frei verfügbare Getränke, damit man das Wasser nicht hinschleppen muss.“ (I 2, Z. 391-392)

Eine andere Aussage bezieht sich auf die strukturellen Verhältnisse am Arbeitsplatz. Die Ermöglichung des rückengerechten Arbeitens und das Bereitstellen von vernünftigen Sitzmöglichkeiten werden dabei in den Fokus gestellt:

„Ansonsten Arbeitshöhen generell. Bestimmte Sachen, wie Infusionen richten, macht man ja schon besser, wenn man eine vernünftige Arbeitsfläche hat, auf einer guten Höhe, sodass man vernünftig arbeiten kann und sich nicht irgendwie verkrüppeln muss, um alltägliche Dinge zu organisieren. Vernünftige Sitzgelegenheiten sind auch eine ganz interessante Sache, worüber man sich wenig Gedanken macht, zumindest nicht im Krankenhaus.“ (I 2, Z. 282-287)

Von einem der Befragten wird der Wunsch und von einem anderen die Bereitschaft zu der Durchführung von Supervision geäußert.

„Supervision würde ich mir auch ab und zu mal wünschen. Zur Konfliktbewältigung und so.“ (I 3, Z. 106-107)

„Prinzipiell bin ich total dafür, wenn es sowas gibt.“ (I 2, Z. 241)

Von zwei der Befragten wird das Bedürfnis nach Massagen geäußert. Ihnen schweben dabei vergünstigte Konditionen vor oder auch in einem bestimmten Zeitabstand stattfindende Angebote, welche vom Arbeitgeber finanziert werden sollten. Deutlich wird, dass die Pflegenden dort auch eine klare Verantwortung des Arbeitgebers sehen. Sie wären bereit, Zeit und auch Geld zu investieren, aber nur wenn sich das Krankenhaus in gewissem Maße beteiligt:

„Vielleicht könnte das Haus auch sagen wir bieten täglich..äh... in einem bestimmten Zeitraum, mal eine kostenlose Massage an. Irgendwas, wo das Haus sagt ok wir geben den Mitarbeitern Zeit wirklich runter zukommen.“ (I 3, Z. 109-111)

„Naja, Massagen wären noch eine tolle Sache.“ (I 2, Z. 222-223)

Bei einem der Interviewten liegt der Schwerpunkt vor allem auf der körperlichen Aktivität. Dort äußert sich der Wunsch nach Unterstützung des Arbeitgebers bei Möglichkeiten der Bewegung. Die Ideen reichen dabei von Arbeitsgemeinschaften (Teamsportarten) über die freie Nutzung des hausinternen Schwimmbads bis hin zu rückenaktivierenden Maßnahmen:

„Ja, schön wären solche AGs, wo man dann zu viert oder fünft sich irgendwo trifft. Und dann solche Teamsportarten, wie Badminton, Fußball oder sonstige Sachen, Dinge die man halt als Team machen kann und einfach die Fitness fördern.“ (I 1, Z. 105-107)

„Am besten so etwas Ähnliches wie Pausengymnastik.“ (I 1, Z. 113)

Ergänzend wird die Idee für einen Fitnessraum für Pflegekräfte am Arbeitsplatz erläutert. Besonders die Stärkung des Rückens wird thematisiert, was auf eine starke Beanspruchung dieser Körperpartie schließen lässt:

„Ja genau. Für die Rückenstärkung wäre etwas gut, das ist ja das A und O in der Pflege. Aber auch vielleicht was für die Ausdauer, wie ein kleines Fahrrad, wo man sich abstrampeln kann. Vielleicht so ein paar Gummimatten, damit man ein paar Bodenübungen machen kann und dann gibt es ja auch viele Sachen für die Rückenschule, die man sich überall aneignen kann.“ (I 1, Z. 182-186)

Im Gegensatz dazu steht die Idee, es den Pflegenden kostengünstiger zu ermöglichen, extern ein Fitnessstudio zu besuchen. Es wird angebracht, dass viele nicht noch länger am Arbeitsplatz bleiben wollen, sei es nur zum trainieren. Daher wird die Variante eines kooperierenden Fitnessstudios präferiert. Zudem wird dort auch die soziale Komponente mit eingebracht, denn es könnten Kollegen miteinander trainieren, was als förderlich betrachtet wird:

„Also das man so Sonderkonditionen kriegt. Der Drang weg von der Arbeit zu gehen ist ja bei vielen Kollegen dann doch schon sehr groß, deshalb würde es hier im Haus vielleicht nicht so viel bringen. So wäre extern eventuell mehr gewünscht. Es gibt ja auch viele die ins Fitnessstudio gehen, es machen eh viele.“ (I 2, Z. 480-483)

„Dann kommt natürlich auch wieder der soziale Aspekt so ein bisschen, weil dann geht man eher in ein Fitnessstudio und dann finden sich bestimmt auch so Grüppchen zusammen von Kollegen

die sich dann motiviert fühlen da zusammen hinzugehen. Doch ich glaube, das ist eine tolle Idee. Mensch das gefällt mir.“ (I 2, Z. 485-488)

6.7.2 Einfluss der betrieblichen Gesundheitsförderung

Der Einfluss von betrieblicher Gesundheitsförderung wird von allen Pflegenden mit positiven Gedanken bewertet. Im Besonderen wurde der Einfluss auf das Betriebsklima angesprochen. Es wird davon ausgegangen, dass eine ausgelassene Arbeitsatmosphäre erreicht wird, da die Maßnahmen eine entspannende und gleichzeitig motivierende Wirkung hätten. Auch der Aspekt des kollegialen Zusammenhalts wird thematisiert. Gesundheitsförderliche Maßnahmen scheinen auch soziale Kontakte positiv zu beeinflussen:

„Aber die, die es machen würden, wären bestimmt ein bisschen entspannter, gelassener und hätten mehr Spaß.“ (I 1, Z. 148-150)

„Das hat ja auch was mit sozialen Aktivitäten zu tun. Selbst wenn man sagt, ja sportliche Aktivitäten sind gesundheitsförderlich aber für mich sind eben auch soziale Aktivitäten sehr gesundheitsförderlich. Das würde dann natürlich einen großen Einfluss machen. Überhaupt keine Frage.“ (I 2, Z. 445-449)

Nichtsdestotrotz wird von einer Pflegekraft zu bedenken gegeben, dass eine dauerhafte positive Auswirkung auf das gesamte Krankenhaus eher fragwürdig zu betrachten sei:

„Also ich denke schon, dass das einen großen Einfluss auf das Klima hat. Die Frage ist halt, ob das dann auf alle überschwappt. Im Team kleinen Team wahrscheinlich schon, da macht es schon einen großen Unterschied aber das man es auf das ganze Haus übertragen kann wahrscheinlich nicht aber prinzipiell auf jeden Fall. Oder wenn man sagen würde, man würde immer mittwochs zusammen Volleyball spielen gehen, ja klar sowas würde dann einen großen Unterschied machen.“ (I 2, Z. 455-460)

6.7.3 Nutzung der Möglichkeiten

Relevant ist selbstverständlich auch die schlussendliche Nutzung der Angebote. Eine Nutzung der Sportmöglichkeiten wird von einem der Interviewten klar ausgesprochen, da er seine Zeit und Geld investieren würde:

„Mit dem Sport, naja, man kann ja dann nach dem Dienst bleiben, das ist ja nicht das Problem, jedenfalls nicht für mich. Mal so eine halbe Stunde oder Stunde länger müsste man dann eben machen. Wäre auf jeden Fall kostengünstiger als ein Fitnessstudio, denke ich mal. Man müsste dann auch nicht extra dahin fahren.“ (I 1, Z. 165-169)

„Also bei 5-10 € im Monat würde ich nichts sagen, zum Beispiel. Denn so ein Fitnessstudio an sich ist schon teuer. Weil allein schon die Geräte kosten ja auch Geld.“ (I 1, Z. 176-177)

Eine Alternative in Form des Schwimmbades würde von einer der Pflegekräfte eher genutzt werden als das Fitnessstudio. So wird erkennbar, dass eine Auswahlmöglichkeit durchaus erwünscht wäre:

„Hm... Es gibt ja schon Leute für die auch Fitnessstudio nicht so ist, da wäre eine Alternative gut. Wie zum Beispiel das Schwimmbad. Das wär mir ja noch lieber als Fitnessstudio. Oder es gibt ja auch Häuser die haben sowas wie ein Bonussystem.“ (I 2, Z. 505-507)

Während ein Interviewter den Vorschlag einer kostenfreien Nutzung des internen Schwimmbades macht, gibt ein Anderer an, an diesem Angebot kein Interesse zu haben, weil bereits eine private Möglichkeit zum Schwimmen besteht. Dabei ist fraglich, ob die Ablehnung weiterhin bestehen würde, wenn die Nutzung im privaten Bereich nicht mehr vorhanden wäre:

„Was früher mal ging, war das man das Schwimmbad nutzen konnte als Mitarbeiter. Ich weiß gar nicht wie das mittlerweile ist. Hatte mich auch nie interessiert, weil ich ja eh schwimmen war. Aber ich weiß, dass es viele Kollegen genutzt haben, die dann einfach nach dem Dienst oder vor dem Spätdienst ein paar Bahnen gezogen haben.“ (I 2, Z. 374-377)

Die vielfältigen Fortbildungsangebote werden von den Interviewten angesprochen. Einer der Befragten gibt jedoch deutlich zu verstehen, dass bestimmte Angebote keine Beanspruchung erfahren werden:

„Ja, ja, so ein Schwachsinn. Ich bin da nicht so. Ich bin, glaub ich, ehr so der Realist. Ich finde das ganz toll, dass es Leute gibt, die sich damit so befassen können und die sich da total reinhängen können und da philosophieren und mit Yoga und mit überhaupt anthroposophischen und was weiß ich, was es da alles gibt. Wir hatten mal eine Kollegin, die hat das ganz viel gemacht. Manchmal hat sie dann davon erzählt und ich saß daneben und fand das ganz beeindruckend. Es ist aber überhaupt nicht meins. Ich kann mich auch nicht damit auseinandersetzen, um zu sagen, dass es was für mich wäre.“ (I 2, Z. 208-214)

Die Präferenz liegt schlichtweg nicht in dem Entspannungssektor, sondern vielmehr in Bildungsangeboten. Außerdem wird angegeben, dass viele der gesundheitsförderlichen Maßnahmen nicht im Arbeitsumfeld ausgeführt werden möchten:

„Ich bin wie gesagt eher der Freizeitmensch und mache das dann im Normalfall eher zu Hause oder in der Freizeit halt. Ich geh dann zum Sportverein, deshalb würde ich es hier nie wirklich wahrnehmen. Ich nutze die Fortbildungen dann eher auf der Ebene, dass sie mich quasi vom Kopf her weiterbringen, als körperlich. Ich möchte mich entspannen wenn ich dazu bereit bin und nicht wenn ich auf Arbeit bin. Dazu brauch ich einfach mein Umfeld.“ (I 2, Z. 396 -403)

6.7.4 Verantwortung für die betriebliche Gesundheitsförderung

Die Interviewten wurden befragt, wer die Verantwortung für die Durchführung der betrieblichen Gesundheitsförderung übernehmen sollte. Die Ansichten darüber sind synchron. Die Übernahme von internen Kräften wird hinsichtlich des guten Überblicks, über Dienstpläne und Zeiten, positiv betrachtet. Gleichzeitig wird aber auch zu bedenken gegeben, dass dies nur durchführbar wäre, wenn speziell für diese Aufgabe genügend Zeit vom Krankenhaus bereitgestellt wird. So soll es dem Verantwortlichen möglich sein, ohne Druck an der betrieblichen Gesundheitsförderung arbeiten zu können:

„Also es ist ja immer gut, wenn man quasi Motivatoren im Haus hat. Die können daran appellieren und sich auch gegenseitig begeistern.“ (I 2, Z. 530-531)

„Also ich fände es ganz gut, wenn einer diese spezielle Aufgabe mit wirklich einen Zeitfenster dafür zugesprochen bekommt und sich darum kümmern kann.“ (I 3, Z. 143-144)

Die Bereitschaft, an einer möglichen Arbeitsgruppe zur Thematik der betrieblichen Gesundheitsförderung teilzunehmen, ist bei allen Interviewten vorhanden. Es wird zwar teilweise zu bedenken gegeben, dass die zeitliche Auslastung bereits erreicht ist oder nur teilgenommen wird, wenn eine klare

Zielsetzung erfolgt, aber grundsätzlich ist der Integration in einer Arbeitsgruppe nichts entgegen zu setzen:

„Auf jeden Fall, ja.“ (I 1, Z. 194-196)

„Prinzipiell würde ich da gerne mitmachen aber momentan würden das meine zeitlichen Ressourcen nicht zulassen.“ (I 2, Z. 566f.)

„Auf alle Fälle tendenziell bin ich immer bereit an Arbeitsgruppen teilzunehmen, wenn wirklich ein Ziel in Aussicht ist. Oft entstehen ja Arbeitsgruppen, es wird gearbeitet, es wird gemacht auf der unteren Ebene aber es verändert sich nicht wirklich was. Man bespricht sich tausend Mal, aber verändern tut sich nichts. Wäre es wirklich eine Arbeitsgruppe mit terminiertem Ziel, was vor Augen ist, bin ich immer bereit.“ (I 3, Z. 165-169)

7 Reflexion des methodischen Vorgehens

Das Ziel dieser Forschungsarbeit war es, die subjektiven Gesundheitsvorstellungen und die Bedeutung, die Pflegende ihrer Gesundheit beimessen, zu erfragen.

Die Entscheidung, die Daten mit Hilfe von Interviews zu erheben, wurde auf Grund der kommunikativen Anpassungsfähigkeit getroffen. Für die Thematik erschien es vorteilhaft, die gewünschten Informationen in einem persönlichen Gespräch zu erlangen anstatt mit Hilfe einer schriftlichen Datenerhebung. So konnten individuelle Nachfragen direkt gestellt und eine größere Antwortvielfalt ermöglicht werden. Der Nachteil besteht in der Zuverlässigkeit der erhobenen Daten. Es muss davon ausgegangen werden, dass bei einer erneuten Befragung teilweise unterschiedliche Ergebnisse gewonnen werden. Dies ist auf den individuellen Interaktionsprozess zwischen dem Interviewer und dem Befragten zurückzuführen.

Die Nutzung eines Interviewleitfadens erwies sich als überaus sinnvoll. Besonders konnte die Nähe zur Alltagswelt der Interviewpartner gewährleistet werden. Bei der Erstellung des Interviewleitfadens wurde nicht nur der Schwerpunkt auf die Arbeit und die Arbeitsumgebung gelegt, sondern auch das Umfeld der Teilnehmer sollte mit einbezogen werden. Die offene Formulierung der Fragen des Leitfadens sicherte zu, dass alle Befragten frei antworten konnten. Jedoch gibt der Leitfaden auch eine Struktur vor, welche zum einen hilfreich für die Forscherinnen in der Durchführung war, zum anderen aber auch die Vielfalt der Antworten lenkte.

Der Interviewleitfaden wurde den Teilnehmern in verkürzter Form vorab zur Verfügung gestellt. Somit wurde das Spektrum der Antworten beeinflusst, da die Interviewpartner sich bereits Antwortmöglichkeiten bereitlegen konnten. Diese Entscheidung wurde getroffen, weil sich im Vorfeld zeigte, dass Fragen zum Gesundheitsverständnis nicht immer sofort beantwortet werden können. Durchgeführte Proben deckten auf, dass die Beantwortung der erarbeiteten Fragen nur mit längeren Überlegungen korrelierten. Um zeitintensive Pausen zu verringern und eine Vorbereitung zur Grundthematik zu ermöglichen, erhielten die Interviewteilnehmer deshalb die Grundfragen im Voraus.

Die Interviews wurden an einem dem Teilnehmer beliebigen Ort durchgeführt. Hierbei fanden zwei Interviews in Räumen der Klinik statt, wodurch es zum Teil zu Unterbrechungen kam. Die Interviewten selbst schien dies nicht beeinflusst zu haben. Dennoch würde bei erneuten Interviews eine externe Räumlichkeit präferiert werden, um mögliche Unterbrechungen zu vermeiden.

Vor Beginn der Interviews wurden das Alter, die Berufserfahrung, der Beschäftigungsgrad und das Geschlecht der Interviewten erfasst. In der Auswertung zeigten sich jedoch in Bezug auf diese Merkmale nur beim Geschlecht der Befragten signifikante Unterschiede bei den Antworten. Für folgende wissenschaftliche Arbeiten sollte somit vorher geprüft werden, welche Informationen über die Interviewten relevant sind. Zu bedenken bleibt, dass mit einer umfangreicheren Stichprobengröße diese Informationen durchaus an Bedeutung gewinnen könnten.

Im Anschluss an die Durchführung der Interviews erfolgte die Auswertung der erhobenen Daten mithilfe des zirkulären Dekonstruierens. Diese Methode schien für den Forschungssachverhalt die Passendste zu sein. Das zirkuläre Dekonstruieren wird besonders für empirische Betrachtungen empfohlen, die einen geringen Umfang aufweisen. Auch war der stark kreativ-interpretative Teil dieser Methode reizvoll. Im Auswertungsprozess erwies sich die Wahl der Methode als die richtige Entscheidung. Die einzelnen Schritte konnten problemlos an den erhobenen Daten angewandt werden und

lieferten interessante Erkenntnisse. Zunächst erschien es, als ob alle geführten Interviews sich so stark unterscheiden, dass eine Vergleichbarkeit nicht oder nur kaum möglich sei. Doch der kreative Prozess des zirkulären Dekonstruierens deckte die zahlreichen Gemeinsamkeiten der Antworten auf. Im Ergebnis dieser Auswertungsmethode wurden verschiedene Kategorien gebildet. Die ausgewählten Zitate der Interviews waren schwer den einzelnen Kategorien zu zuordnen, da sie teilweise mehrere Bereiche ansprachen. Diese anfängliche Zuordnungsschwierigkeit wurde jedoch im Prozess der Prüfung und Neuordnung überwunden.

8 Diskussion der Forschungsergebnisse

Trotz der umfangreichen Erkenntnisgewinnung, sei es durch die Literaturrecherche oder die empirische Datenerhebung, fällt die Formulierung einer eindeutigen Antwort auf die Forschungsfrage nicht leicht.

Außer Frage steht, dass die Gesundheit für Pflegende eine große Bedeutung hat. Gesundheit wird von Pflegenden oft auf Grundlage der in der Ausbildung gelehrtten Begriffserklärung der WHO definiert. Dies wird in der empirischen Analyse bestätigt, verbunden doch alle Interviewten Gesundheit mit Wohlbefinden und dem Ausgleich zwischen Körper und Seele. Die nach Scriven benannten Dimensionen von Gesundheit wurden in allen Interviews erwähnt. Auffällig ist, dass in den Ausführungen der Befragten über das Gesundheitsverständnis, der männliche Interviewte eher den somatischen Aspekt thematisierte. Die weiblichen Befragten hingegen setzten das Gesundheitsverständnis mit psychosozialen Komponenten in Zusammenhang. Die Ergebnisse der Interviews bestätigen somit die Literatur. Die eigene Gesundheit wird von den Befragten als gut eingeschätzt, sie sei jedoch kein kontinuierlich gleich bleibendes Gefühl, sondern abhängig von der momentanen Lage. Dabei wurde nicht näher erfragt, was unter einem „guten“ Gesundheitszustand verstanden wird. Dies ist differenziert zu betrachten. Auf der einen Seite wäre eine Rückfrage zu dem Verständnis eines „guten“ Gesundheitszustandes interessant. Jedoch geht der salutogenetische Ansatz von einem Gesundheits-Kontinuum und nicht von einem Zustand aus. Da die Salutogenese den Rahmen dieser Arbeit bildet, wurde der Gesundheitszustand in diesem Sinne nicht näher weiter beleuchtet.

Die Literaturrecherche sowie die Ergebnisse der empirischen Arbeit zeigen, dass es Faktoren gibt, die auf die Gesundheit einwirken. Diese Faktoren können positiv als auch negativ sein. Für alle Befragten war das Sozialleben ein positiver Einfluss. Sportliche Aktivität ist ein weiterer Aspekt, welcher die Gesundheit der Pflegenden fördert. Auch die Gruppendynamik am Arbeitsplatz wird als gewinnbringend wahrgenommen. Doch hier wird eine erste Differenzierung nötig. Sollte das Arbeitsklima mangelhaft sein wird das nicht mehr als positiv beeinflussend benannt, sondern als Belastung. Dann ist das Wohlbefinden der Pflegenden beeinträchtigt und in Folge sinkt das Gesundheitsempfinden. Generell werden die Einflüsse am Arbeitsplatz, wie die Arbeitszeiten, die räumlichen Bedingungen und die Arbeitsmittel, kritisch eingeschätzt. Anstatt sich jedoch diesem Umstand hinzugeben, haben die Pflegenden individuelle Strategien entwickelt, ihre Ressourcen zu stärken. Den Pflegekräften ist völlig klar, wie wichtig die Gesundheit ist und das Krankheit und Unwohlsein erst gar nicht eintreten sollen. Demnach haben sie das Bewusstsein entwickelt, für ihre Gesundheit selbst verantwortlich zu sein und diese eigenständig und effektiv zu fördern.

Als Grundstein einer gesundheitsförderlichen Lebensweise gilt eine ausgewogene Ernährung und vor allem die ausreichende Flüssigkeitszufuhr ist den Pflegenden wichtig. Bemerkenswert ist dabei, dass durch die Ausbildung zur examinierten Pflegekraft bereits früh einflussreiches Wissen zu gesunder Lebensweise und der Gesundheitsförderung vermittelt wird, wie beispielsweise die Wichtigkeit des Trinkens. Dies spiegelt sich in den Aussagen der Befragten auch wider. Nichtsdestotrotz fällt eine konsequente Umsetzung dieses Wissens schwer. In diesem Punkt decken sich die Ergebnisse dieser Forschungsarbeit mit denen der Literaturrecherche zum Gesundheitsverhalten von Pflegenden.

Wichtig scheint auch eine ausgewogene Freizeitgestaltung. Dabei sind die Vorstellungen verschieden und können nicht verallgemeinert werden. Eine der Pflegekräfte erfährt Wohlbefinden aus sportlicher Betätigung, wie zum Beispiel dem Tangotanz, ein anderer Befragter findet den Ausgleich im Freun-

deskreis in Kombination mit der Nutzung von Wellnessangeboten. Einigkeit herrscht über den Fakt, dass der Ausgleich zum Arbeitsleben präferiert im heimischen Umfeld betrieben werden sollte. Nur einer der Befragten würde auch im Krankenhaus beispielsweise sportlicher Betätigung nachgehen, wenn die Möglichkeit bestünde. Eine individuell vom Arbeitgeber durchgeführte Erfassung der Präferenzen diesbezüglich wäre wünschenswert, um eine effektive Gesundheitsförderung für die Mitarbeiter zu gestalten.

Im beruflichen Sinne wird Kraft aus dem kollegialen Verhältnis geschöpft. Ein gutes und angenehmes Arbeitsklima ist für alle Befragten essenziell für eine effektive Arbeitsweise. Ein organisierter Arbeitsablauf, Struktur und klare Arbeitsverhältnisse nehmen für die Pflegenden einen hohen Stellenwert ein. Ein effektiv gestalteter Arbeitstag bringt Wohlbefinden und ist demnach eine gesundheitsförderliche Widerstandsressource. Vermutlich ist das erhöhte Organisationsbedürfnis auf den ausgeprägten Arbeitsumfang des Pflegealltags zurückzuführen. Dieser scheint nur mit einer gut strukturierten Arbeitsweise durchführbar zu sein.

Die Rahmenbedingungen im Krankenhaus stellten sich teilweise als gesundheitsbeeinträchtigend heraus. Darunter zählt besonders die Arbeitszeitgestaltung. Der Schichtdienst ist eine bedeutsame Beeinflussung der Gesundheit. Die Aussage eines Befragten, welche die Verwirklichung von Gesundheitsförderung im Rahmen des Schichtdienstes anzweifelte, blieb besonders im Gedächtnis. Hier wird die Schwierigkeit deutlich, die Arbeit mit einer gesundheitsförderlichen Lebensweise zu verbinden.

Kritisiert werden auch die räumlichen Begebenheiten, zum Beispiel das Fehlen eines Pausenraums. An dieser Stelle äußert sich auch der direkte Wunsch an den Arbeitgeber eine Möglichkeit des Rückzuges im Rahmen der Pause bereitzustellen. Die bereits vorhandene Versorgung von Hilfsmitteln des Arbeitgebers wird als positiver Punkt betrachtet. Die Pflegenden geben zu bedenken, dass viele Kollegen Hilfsmittel nicht benutzen, obwohl diese verfügbar wären. Dies ist eine weitere Erkenntnis, die Parallelen zu den Ergebnissen der NEXT-Studie aufweist, in welcher herausgefunden wurde, dass nur 10% der Pflegenden Hilfsmittel nutzen. Der Grund bleibt fraglich, da über diesen Sachverhalt keine eindeutigen Aussagen in der Literatur zu finden sind.

Die Möglichkeiten, die die betriebliche Gesundheitsförderung bieten, sind in der Betrachtungsweise der interviewten Pflegenden vielfältig. Es wurden viele Wünsche zu noch nicht realisierten Maßnahmen geäußert. Das Spektrum erstreckt sich dabei von Supervision bis hin zu der Ermöglichung einer günstigen Fitnessstudionutzung. Die Pflegekräfte schätzen den Einfluss solcher betriebsgesteuerten Maßnahmen auf die Gesundheit als überaus positiv ein. Um eine optimale und an die Bedürfnisse der Pflegenden angepasste betriebliche Gesundheitsförderung zu implementieren, besteht die Bereitschaft, an einer Arbeitsgruppe zu dieser Thematik teilzunehmen. Voraussetzungen für das Mitwirken wären eine ergebnisorientierte Arbeitsweise in der Arbeitsgruppe und der Zuspruch eines Zeitrahmens. Die Pflegenden sind also bereit und vor allem motiviert, die betriebliche Gesundheitsförderung umzusetzen.

9 Zusammenfassung und Ausblick

Die Forschungsfragen, die bereits ausführlich in der Diskussion der Forschungsergebnisse betrachtet wurden, sollen in diesem Kapitel zusammenfassend und prägnant beantwortet werden. So wird das letztendliche Ergebnis dieser Forschungsarbeit nachvollziehbar und übersichtlich dargestellt.

In Bezug auf die Forschungsfragen wird deutlich, dass die Pflegekräfte berufsbedingt ein ausgeprägtes Gesundheitsbewusstsein entwickeln. Die Ergebnisse der Interviews zeigten deutlich, dass zwischen dem Bewusstsein und der letztendlichen Ausführung gesundheitsförderlicher Maßnahmen ein großer Unterschied besteht. Die Pflegenden konnten differenziert einschätzen, welche Faktoren auf ihre Gesundheit wirken. Sie konnten auch klar benennen, mit welchen Strategien sie im Alltag ihre Gesundheit fördern und schätzten den Aspekt der Selbstpflege als äußerst relevant ein. Trotz allem scheint die kontinuierliche die Umsetzung oft schwierig ist. Zum Teil begünstigen die Rahmenbedingungen in der Institution Krankenhaus diesen Umstand, aber auch die eigene Motivation für die Gesundheit aktiv zu werden, stellt gelegentlich ein Hindernis dar. In dieser Forschungsarbeit wurden folgende Erkenntnisse in Hinsicht auf die Gesundheit von professionell Pflegenden gewonnen:

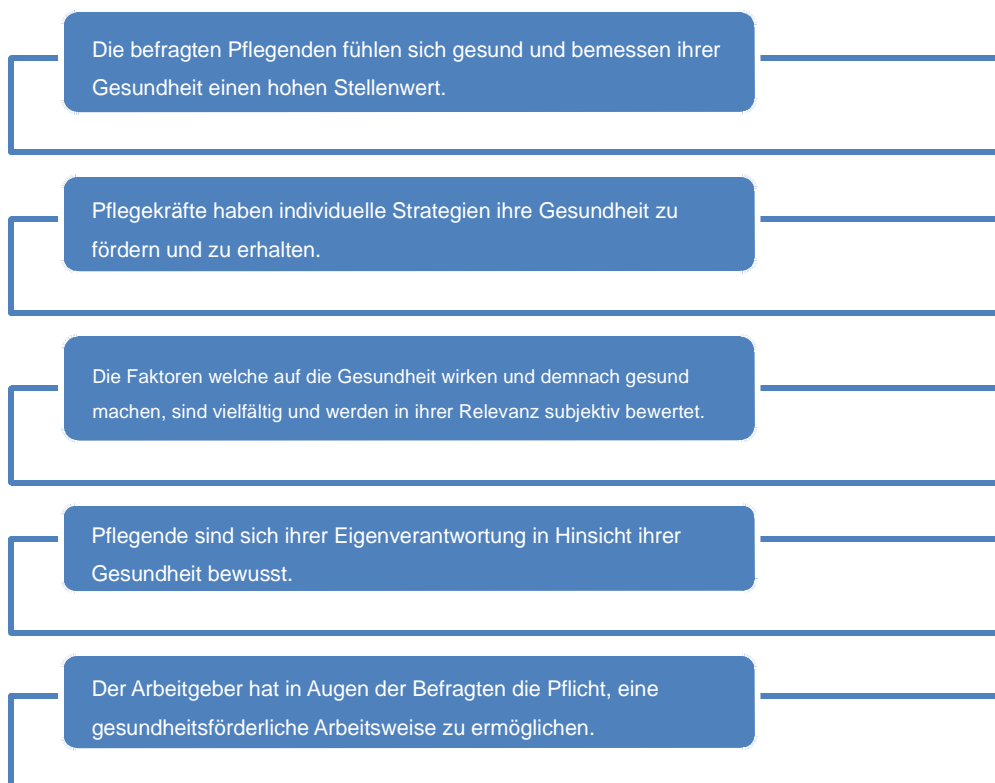


Abbildung 7: Ergebnisse der Forschungsarbeit

Wie wichtig die Gesundheit für Pflegenden ist, zeigt sich bereits in der Reaktion auf die Vorstellung der Thematik. Auf den einzelnen Stationen wurde das Forschungsanliegen präsentiert und die Resonanz war umfangreich. Die Gesundheitsthematik war seit der Veröffentlichung des Vorhabens ein viel besprochenes Thema auf den Stationen. Im Prozess der Verwirklichung dieser Forschungsarbeit entwickelten sich Ideen und Vorstellungen zu der Umsetzung der betrieblichen Gesundheitsförderung. In

der Position, selbst in der Pflegepraxis tätig zu sein, wuchs das Anliegen, die Gesundheit positiv beeinflussen zu können und Wünsche der Pflegenden mittels ausgearbeiteten Konzepten zu verwirklichen. Doch der Fokus dieses Forschungsvorhabens lag nicht auf der betrieblichen Gesundheitsförderung, sondern auf der Bestandsaufnahme der Gesundheit von professionell Pflegenden. Dennoch sei das Potenzial dieser Ideen nicht zu unterschätzen. In Hinsicht auf eine eventuell folgende wissenschaftliche Arbeit zu Umsetzungskonzepten der betrieblichen Gesundheitsförderung könnten die Erkenntnisse dieser Forschungsarbeit hilfreich und zielführend sein. Aufbauend auf den Wünschen von Pflegenden könnten Konzepte zur gezielten (betrieblichen) Gesundheitsförderung entwickelt werden.

Quellenverzeichnis

- Antonovsky A. (1997): Salutogenese. Zur Entmystifizierung der Gesundheit. Tübingen: dgvt- Verlag
- Badura B., Ducki A., Schröder H., Klose J., Meyer M. (Hrsg.) (2012): Fehlzeiten-Report 2012. Schwerpunktthema: Gesundheit in der flexiblen Arbeitswelt. Berlin: Wissenschaftliches Institut der AOK
- Bartholomeyczick S. (1993): Arbeitssituation und Arbeitsbelastung beim Pflegepersonal im Krankenhaus. In: Badura B., Feuerstein G., Schott T. (Hrsg.) (1993): System Krankenhaus. Arbeit, Technik und Patientenorientierung. Weinheim und München: Juventa Verlag
- Baumgart U., Metz A., Degener M. (2003): Psychische Belastungen und Beanspruchungen von Pflegekräften in Brandenburger Krankenhäusern. In: Ulich E. (2003): Arbeitspsychologie in Krankenhaus und Arztpraxis. Arbeitsbedingungen, Belastungen, Ressourcen. Bern: Huber Verlag
- Bégat I., Ellefsen B., Severinsson E. (2005): Nurses' satisfaction with their work environment and the outcomes of clinical nursing supervision on nurses' experiences of well-being - a Norwegian study. In: Journal of Nursing Management 2005, 13, 221-230
- Bengel J., Belz- Merk M. (1997): subjektive Gesundheitsvorstellungen. In: Schwarzer R. (1997): Gesundheitspsychologie. Ein Lehrbuch. Göttingen: Hogrefe- Verlag
- Bengel J., Strittmacher R., Willmann H. (2001): Was hält Menschen gesund? Antonovskys Modell der Salutogenese- Diskussionsstand und Stellenwert. Forschung und Praxis der Gesundheitsförderung. Band 6, erw. Neuauflage im Auftrag der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA). Köln: BzGA
- Brieskorn- Zinke M. (2004): Gesundheitsförderung in der Pflege. Ein Lehr- und Lernbuch zur Gesundheit. Stuttgart: W. Kohlhammer
- Brüsemeister T. (2008): Qualitative Forschung. Ein Überblick. 2. überarbeitete Auflage, Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften
- Bundesministerium für Bildung und Forschung (2014): Ernährung. Abrufbar unter: <http://www.gesundheitsforschung-bmbf.de/de/ernaehrung.php> (letzter Zugriff 04.04.2014)
- Bundesministerium für Gesundheit, Referat Öffentlichkeitsarbeit (Hrsg.) (2014): Ratgeber zur gesundheitlichen Prävention. 5. Aufl., Berlin: Druck- und Verlagshaus Zarbock GmbH & Co.KG
- Burisch M. (2010): Das Burnout- Syndrom. Theorie der inneren Erschöpfung. 4. aktualisierte Auflage. Heidelberg: Springer Verlag
- Büssing A., Glaser J. (2003): Analyse, Bewertung und Gestaltung von Arbeit in der Pflege. In: Ulich E. (2003): Arbeitspsychologie in Krankenhaus und Arztpraxis. Arbeitsbedingungen, Belastungen, Ressourcen. Bern: Huber Verlag
- DAK - BGW (2005): Gesundheitsreport 2005. Stationäre Krankenpflege. Arbeitsbedingungen und Gesundheit von Pflegenden in Einrichtungen der stationären Krankenpflege in Deutschland vor dem Hintergrund eines sich wandelnden Gesundheitssystems. Hamburg: Bundesgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege. Abrufbar unter: [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) (Letzter Zugriff: 12.04.2014)

DAK-Gesundheit (2013): Gesundheitsreport 2013. Analyse der Arbeitsunfähigkeitsdaten. Update psychische Erkrankungen - Sind wir heute anders krank? Abrufbar unter: http://www.dak.de/dak/download/Gesundheitsreport_2013-1146388.pdf (letzter Zugriff: 05.05.2014)

DBFK: Deutscher Berufsverband für Pflegeberufe (2010): Balance im Pflegealltag. Berlin: DBFK

DGSv: Deutsche Gesellschaft für Supervision e.V. (2012): Supervision. Ein Beitrag zur Qualifizierung beruflicher Arbeit. Abrufbar unter: http://www.dgsv.de/wp-content/uploads/2011/12/grundlagenbroschuere_2012.pdf (letzter Zugriff 05.04.2014)

Domnowski M. (2010): Burnout und Stress in Pflegeberufen. Mit Mental-Training erfolgreich aus der Krise. Hannover: Brigitte Kunz Verlag

Dresing T., Pehl T. (2013) : Praxisbuch Interview, Transkription & Analyse. Anleitungen und Regelsysteme für qualitativ Forschende. 5. Auflage. Marburg: Eigenverlag. Abrufbar unter: http://www.audiotranskription.de/download/praxisbuch_transkription.pdf?q=Praxisbuch-Transkription.pdf (letzter Zugriff: 14.04.2014)

Faltermaier T. (1994): Gesundheitsbewusstsein und Gesundheitshandeln. Über den Umgang mit Gesundheit im Alltag. Weinheim: Beltz Psychologie Verlags Union

Faltermaier T., Kühnlein I., Burda-Viering M. (1998): Subjektive Gesundheitstheorien: Inhalt, Dynamik und ihre Bedeutung für das Gesundheitshandeln im Alltag. In: Zeitschrift für Gesundheitswissenschaften, 6. Jg., Heft 4, S. 309- 326

Flick U. (2007): Qualitative Sozialforschung. Eine Einführung. Reinbek: Rowohlt Taschenbuch Verlag

Flick U. (Hrsg.) (1998): Wann fühlen wir uns gesund? Subjektive Vorstellungen von Gesundheit und Krankheit. Weinheim, München: Juventa Verlag

Flick U., von Kardorff E., Steinke I. (Hrsg.) (2008): Qualitative Forschung. Ein Handbuch. 6. Auflage. Reinbek: Rowolth Taschenbuch Verlag

Fuchtmann E. (2007): Psychische Befindlichkeiten und Belastungen in Gesundheitsberufen. In: Gostomyk J.G., Enke M.C. (Hrsg.) (2007): Menschen für Gesundheit. Die Gesundheitsberufe. Schriftreihe der Landeszentrale für Gesundheit in Bayern e.V (LZG), Band 17., München: LZG

Galatsch M., Iskenius M., Müller B.H., Hasselhorn H.M. (2012): Vergleich der Gesundheit und Identifizierung von Prädiktoren der Gesundheit in verschiedenen Altersgruppen Pflegenden in Deutschland. Bern: Verlag Hans Huber

Glaser J., Höge Th. (2005): Probleme und Lösungen in der Pflege aus Sicht der Arbeits- und Gesundheitswissenschaften. Dortmund: Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin. Abrufbar unter: <http://www.baua.de/cae/servlet/contentblob/680434/publicationFile/47111/Gd18.pdf> (letzter Zugriff: 12.04.2014)

Hasselhorn H.-M., Müller B.H., Tackenberg P. (2005): Die Untersuchung des vorzeitigen Ausstiegs aus dem Pflegeberuf in Europa. Die europäische NEXT-Studie. In: Hasselhorn H.-M., Müller B. H., Tackenberg P., Kümmerling A., Simon M. (2005): Berufsausstieg bei Pflegepersonal, Arbeitsbedingungen und beabsichtigter Berufsausstieg bei Pflegepersonal in Deutschland und Europa. Dortmund: Wirtschaftsverlag NW

-
- Hausinger B. (2008): Der Nutzen von Supervision, Verzeichnis von Evaluationen und wissenschaftlichen Arbeiten. Abrufbar unter: <http://www.uni-kassel.de/upress/online/OpenAccess/978-3-89958-602-6.OpenAccess.pdf> (letzter Zugriff: 05.04.2014)
- Helfferich C. (2005): Die Qualität qualitativer Daten. Manual für die Durchführung qualitativer Interviews. 2. Auflage. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften
- Himmel W. (2001): Subjektive Gesundheitskonzepte und gesundheitsbezogene Lebensqualität- Gibt es einen Zusammenhang?. Basel: Birkhäuser Verlag
- Jaeggi E., Faas A., Mruck K (2010): Denkverbote gibt es nicht! Vorschlag zur interpretativen Auswertung kommunikativ gewonnener Daten. Veröffentlichungsreihe der Technischen Universität Berlin: Forschungsbericht aus der Abteilung Psychologie im Institut für Sozialwissenschaften
- Kaba- Schönstein L. (2011): Gesundheitsförderung I: Definition, Ziele, Prinzipien, Handlungsebenen und -strategien. Abrufbar unter: <http://www.leitbegriffe.bzga.de/?uid=06c0eb9170245170874ec-c25399130f5&id=angebote&idx=200> (letzter Zugriff: 12.04.2014)
- Krämer K. H., Berssem F. (2010): Gesundheitszirkel. In: Koll D., Dzudzek J.(Hrsg.) (2010): Neue Wege des Gesundheitsmanagements. „Der gesunderhaltende Betrieb“ - Das Beispiel Rasselstein, Wiesbaden: Gabler Verlag
- KrPflG. Gesetz über die Berufe in der Krankenpflege (vom 16. Juli 2003, BGB1. I S. 1442), zuletzt geändert durch Art. 35 des Gesetzes vom 6. Dezember 2011 (BGB1. I S. 2515)
- Künzi K., Schär Moser M. (2004): Unterbezahlt und überbelastet? Eine empirische Studie zur Arbeitssituation in der Pflege. Bern: Haupt
- Lang K. (2013): Was erhält Pflegende gesund?, Betriebliches Gesundheitsmanagement in der Pflege. In: NOVAcura, 44. Jg., H. 2
- Lorenz R. (2005): Salutogenese Grundwissen für Psychologen, Mediziner, Gesundheits- und Pflegewissenschaftler 2.Auflage. München: Ernst Reinhardt Verlag
- Lützenkirchen A. (2003): Organisationsentwicklung durch Gesundheitsförderung, dargestellt am Beispiel Krankenhaus. In: Gruppendynamik und Organisationsberatung, Band 34,Heft 4, S. 405-415, Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften
- Mayer H.O. (2009): Interview und schriftliche Befragung. Entwicklung Durchführung Auswertung. 5. Auflage. München: Oldenburg Wissenschaftsverlag GmbH
- Meyers Lexikonredaktion (Hrsg.) (2003): Meyers grosses Taschenlexikon in 26 Bänden. 9. Auflage, Band 8, Mannheim: Meyer
- Ostermann, Doris (2010): Gesundheitscoaching Integrative Modelle in der Psychotherapie, Supervision und Beratung. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften | Springer Fachmedien
- Regouin W. (1999): Supervision, Praxishandbuch für Pflege und Gesundheitsberufe. 1. Aufl., Wiesbaden: Ullstein Medical
- Remé T. (2007): Gesundheitsgefährdung in Gesundheitsberufen. In: Gostomzyk J.G., Enke M.C. (Hrsg.) (2007): Menschen für Gesundheit. Die Gesundheitsberufe. Schriftreihe der Landeszentrale für Gesundheit in Bayern e.V. (LZG), Band 17. München: LZG

-
- Rieder K. (2003): Dialogische Dienstleistungsarbeit in der Krankenpflege: Konzepte für die Analyse von Belastungen und Anforderungen. In: Ulich E. (2003): Arbeitspsychologie in Krankenhaus und Arztpraxis. Arbeitsbedingungen, Belastungen, Ressourcen. Bern: Huber Verlag
- RKI: Robert-Koch- Institut (2004): Schwerpunktbericht der Gesundheitsberichterstattung des Bundes Pflege. Berlin: RKI
- Schlüter G. (1992): Berufliche Belastungen der Krankenpflege. Eine empirische Untersuchung. Spangenberg: Werbedruck GmbH
- Schulz M., Damkröger A., Voltmer E., Löwe B., Driessen M., Ward M., Wingenfeld K. (2011): Work-related behaviour and experience pattern in nurses: impact on physical and mental health. In: Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing
- Schwarz R. (2007): Supervision in der Pflege, Leitfaden für Pflegemanager und -praktiker. 1. Aufl., Bern: Verlag Hans Huber
- Scriven A. (2010): Promoting Health - a Practical Guide. 6 Edition, Edinburgh: Bailliere Tindall
- Seiwert L.J., Tracy B. (2002): Lifetime-Management, Mehr Lebensqualität durch Work-Life-Balance. Offenbach: GABAL Verlag
- Simon M., Tackenberg P., Hasselhorn H.-M., Kümmerling A., Büschner A., Müller B.H. (2005): Auswertung der ersten Befragung der NEXT- Studie in Deutschland. Universität Wuppertal. Abrufbar unter: <http://www.next.uni-wuppertal.de> (Letzter Zugriff: 11.04.2014)
- Statistisches Bundesamt (2009): Gesundheit. Krankenpflege- Berufsbelastung und Arbeitsbedingungen. Abrufbar unter: https://www.destatis.de/DE/Publikationen/STATmagazin/Gesundheit/2009_08/PDF2009_08.pdf?__blob=publicationFile (Letzter Zugriff: 12.04.2014)
- Steinbach H. (2007): Gesundheitsförderung. Ein Lehrbuch für Pflege- und Gesundheitsberufe. 2., aktualisierte Aufl., Wien: Facultas Verlags- und Buchhandels AG
- Tracogna U., Klewer J., Klugler J. (2002): Gesundheitsverhalten und Gesundheitszustand von Krankenpflegepersonal - Eine Literaturübersicht. New York: Georg Thieme Verlag Stuttgart
- Ulich E., Wülser M. (2010): Gesundheitsmanagement in Unternehmen. Arbeitspsychologische Perspektiven. 4. Auflage. Wiesbaden: Gabler Verlag/ Springer Fachmedien
- WHO: Weltgesundheitsorganisation Europa (1986): Ottawa-Charta zur Gesundheitsförderung. Abrufbar unter: http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0006/129534/Ottawa_Charter_G.pdf (letzter Zugriff: 12.04.2014)
- Wolke R. (2004): Gesundere und leistungsfähigere Mitarbeiter in der Pflege. Analyse zum Einfluss von Belastungen und Ressourcen der Arbeit auf die Gesundheit von Mitarbeitern in der stationären Pflege. Schriftenreihe „Gesundheit-Pflege-Soziale Arbeit“ Band 21, Lage: Jacobs-Verlag

Anhang

Interviewleitfaden

Kategorie 1: Verständnis von Gesundheit

Leitfrage 1: Was bedeutet für Sie Gesundheit?

Inhaltliche Aspekte

- Subjektive Bedeutung von Gesundheit

Aufrechterhaltungsfragen

- Fällt Ihnen noch was ein?

Nachfragen

- Was macht Sie gesund?
- Was brauchen Sie, um zu sagen, dass Sie gesund sind?
- In welchen Situationen fühlen Sie sich gesund?
- Spüren Sie, dass Sie gesund sind?

Leitfrage 2: Wie würden Sie ihre eigene Gesundheit einschätzen?

Inhaltliche Aspekte

- Subjektive Einschätzung der eigenen Gesundheit

Aufrechterhaltungsfragen

- Was meinen Sie damit genau?

Nachfragen

- Wie zufrieden sind Sie mit Ihrer Gesundheit?
- Ist Ihre eigene Gesundheitseinschätzung abhängig von Ihrer Tagesform?
- Was hat Einfluss auf Ihre Gesundheit?

Leitfrage 3: Was denken Sie, hat positive Auswirkungen auf Ihre Gesundheit?

Inhaltliche Aspekte

- Positive Einflüsse auf die eigene Gesundheit

Aufrechterhaltungsfragen

- Gibt es noch etwas?

Nachfragen

- Wie wirken diese sich genau aus?
- Können Sie mir eine Auswirkung genauer beschreiben?
- Können Sie mir ein Beispiel geben?

Leitfrage 4: Wie achten Sie im täglichen Leben auf ihre Gesundheit?

Inhaltliche Aspekte

- Subjektiver Stellenwert von Gesundheit

Aufrechterhaltungsfragen

- Und weiter?

Nachfragen

- In welchen Situationen achten Sie darauf?

Kategorie 2: Gesundheitsförderung und eigene Ressourcen

Leitfrage 5: Welche Strategien haben Sie entwickelt, um Ihre Gesundheit zu erhalten und zu fördern?

Inhaltliche Aspekte

- Subjektive Ressourcen zu individuellen Gesundheitsförderung

Aufrechterhaltungsfragen

- Fällt Ihnen eine bestimmte Situation ein?

Nachfragen

- Beschreiben Sie mir doch bitte einfach eine Strategie.
- Was tut Ihnen gut?
- Haben Sie für unterschiedliche Situationen unterschiedliche Strategien? Wenn ja, welche?
- Was hilft Ihnen dabei, die Strategien umzusetzen?

Leitfrage 6: Für wie ausreichend halten Sie diese zum jetzigen Zeitpunkt?

Inhaltliche Aspekte

- Subjektive Einschätzung der eigenen Strategien

Aufrechterhaltungsfragen

- Können Sie mir dazu ein Beispiel erzählen?

Nachfragen

- Sind Sie mit diesen Strategien zufrieden?
- Würden Sie sich gerne weitere Strategien aneignen? Wenn ja, welche?

Leitfrage 7: Wie sähe für Sie optimale Gesundheitsförderung aus?

Inhaltliche Aspekte

- Subjektive Einschätzung von Gesundheitsförderung
- Wünsche in Hinblick auf eigene Person und externe Ressourcen?

Aufrechterhaltungsfragen

- Was meinen Sie damit genau?

Nachfragen

- Was würden Sie sich wünschen? (auch mit Blick auf Familie/Umfeld?)
- Was würden Sie selbst gerne ausprobieren?

Kategorie 3: Betriebliche Gesundheitsförderung

Leitfrage 8a: Gibt es Angebote, seitens Ihres Arbeitgeber, welche Ihre Gesundheit unterstützen?

Inhaltliche Aspekte

- Subjektive Einschätzung, inwieweit der Arbeitgeber den Arbeitnehmer unterstützt (bezüglich Ihrer Gesundheit)?

Aufrechterhaltungsfragen

- Gibt es noch etwas?

Nachfragen

- Wenn ja, welche Angebote nutzen Sie?

Leitfrage 8b: Was für Angebote würden Sie sich als Unterstützungen von Ihrem Arbeitgeber wünschen?

Inhaltliche Aspekte

- Gesundheitsförderliche Wünsche vom Arbeitgeber
- Vorstellungen über den Arbeitsplatz

Aufrechterhaltungsfragen

- Fällt Ihnen noch etwas ein?

Nachfragen

Was fehlt Ihnen?

Was würden Sie selbst machen?

Leitfrage 9: Wie schätzen Sie den Einfluss gesundheitsfördernde Maßnahmen auf das Betriebsklima ein?

Inhaltliche Aspekte

- Einfluss von Gesundheitsförderung auf die Gruppendynamik und die individuelle Motivation

Aufrechterhaltungsfragen

- Fällt Ihnen dazu noch etwas ein?

Nachfragen

- Unterstützen die Maßnahmen den Gruppenzusammenhalt? Ist man durch die Maßnahmen motivierter?

Leitfrage 10: Wer soll für die Umsetzung die Verantwortung übernehmen?

Inhaltliche Aspekte

- Zuständigkeitsgedanke

Aufrechterhaltungsfragen

- Gibt es noch etwas?

Nachfragen

- Wünschen Sie sich, dass die Verantwortung von intern oder extern übernommen wird? Warum?

Leitfrage 11: Wären Sie bereit dafür ein gewisses Maß Zeit und Geld zu investieren?

Inhaltliche Aspekte

- Eigeninitiative hinsichtlich Gesundheitsförderung

Aufrechterhaltungsfragen

- Und weiter?

Nachfragen

- Welche Gründe haben Sie für Ihre Entscheidung?

Leitfrage 12: Könnten Sie sich vorstellen in einer Arbeitsgruppe zur Gesundheitsförderung am Arbeitsplatz mitzuwirken?

Inhaltliche Aspekte

- Umsetzung der betrieblichen Gesundheitsförderung

Aufrechterhaltungsfragen

- Gibt es noch etwas?

Nachfragen

- Welche Berufsgruppen sollen daran teilnehmen?
- Welche Thematik soll bearbeitet werden? Unter welchen Bedingungen könnten Sie sich eine Mitarbeit vorstellen?

Leitfrage 13: Gibt es noch etwas, was Ihnen in diesem Zusammenhang wichtig ist und ich nicht gefragt habe?