

FACHKRÄFTEERHALT IM GESUNDHEITSWESEN
– EINE EMPIRISCHE UNTERSUCHUNG AUS ERZIEHUNGS-UND
SOZIALWISSENSCHAFTLICHER PERSPEKTIVE-

Vom Fachbereich Sozialwissenschaften
der Technischen Universität Kaiserslautern
zur Verleihung des akademischen Grades
Doktor der Philosophie (Dr. phil.)
genehmigte

D i s s e r t a t i o n

vorgelegt von

M.A., Diplom Pflegewirtin (FH) Bärbel Schümann

Tag der mündlichen Prüfung: 30.10.2018

Dekanin: Prof. Dr. Shanley E. M. Allen

Vorsitzende/r: Prof. Dr. Thomas Lachmann

Gutachter/in: 1. Prof. Dr. Dr. h. c. Rolf Arnold

2. Jun.-Prof. Dr. Matthias Rohs

D 386

(2018)

Danksagung

Besonderer Dank gilt Herrn Prof. Dr. Dr. h.c. Rolf Arnold und seinem Team für die verständnisvolle Begleitung während der Betreuungszeit dieser Arbeit. Sowohl inhaltlich als auch formal waren die Verbesserungsvorschläge sehr konstruktiv und lehrreich.

Insbesondere möchte ich mich für den Hinweis zur Entwicklung der Typologie bedanken, die wertvolle Erkenntnisse für den Forschungsprozess geliefert hat.

Zur Wahl der zugrunde liegenden Theorien möchte ich auch Herrn Prof. Dr. Thomas Prescher für seine konstruktiven Anmerkungen danken.

Mein größter Dank gilt allen Interviewpartnern. Durch Ihre Interview-Bereitschaft und Offenheit haben Sie die Forschung erst ermöglicht.

Ebenso danke ich meinem Ehemann für Verständnis und Geduld während des Promotionsprozesses und Cindy Steinhöfel für Ihre Unterstützung des Korrekturlesens.

In Erinnerung an Herrn Prof. Dr. Heribert W. Gärtner; dem ich dankbar bin für die Saat systemtheoretisch/konstruktivistischer Gedanken.

0. Verzeichnisteil

0.1 Inhaltsverzeichnis

0. Verzeichnisteil	2
0.1 Inhaltsverzeichnis	2
0.2 Abbildungsverzeichnis	7
0.3 Tabellenverzeichnis	8
0.4 Abkürzungsverzeichnis	10
0.5 Abstract (deutsch).....	15
0.6 Abstract (englisch).....	16
1. Theorieteil	17
1.1 Einleitung.....	17
1.2 Ausgangssituation.....	17
1.3 Pflegewissenschaftliche Relevanz der Forschung	19
1.4 Erziehungswissenschaftliche Relevanz der Forschung	20
1.5 Sozialwissenschaftliche Relevanz der Forschung	22
1.5.1 Begriffliche Abgrenzung Soziologie und Sozialwissenschaften	23
1.5.2 Sozialwissenschaften und Methoden empirischer Sozialforschung.....	23
1.5.3 Pflegewissenschaft als Teildisziplin der Sozialwissenschaften	24
1.6 Organisationspädagogische Relevanz der Forschung.....	24
1.7 Aufbau der Arbeit.....	26
1.7.1 Vorgehen vorliegender Untersuchung	27
1.7.2 Methodisches Vorgehen.....	28
1.8 Theoretisches Konstrukt	29
1.9 Sozialwissenschaftliche Relevanz und Theorie-Basis, bezogen auf den Forschungsgegenstand.....	29
1.9.1 Definition Kapital und der vier Kapitalsorten (Bourdieu)	30
1.9.1.1 Ökonomisches Kapital	31
1.9.1.2 Kulturelles Kapital	31
1.9.1.3 Inkorporiertes kulturelles Kapital.....	32
1.9.1.4 Objektiviertes kulturelles Kapital.....	32
1.9.1.5 Institutionalisiertes kulturelles Kapital.....	33
1.9.1.6 Soziales Kapital.....	34
1.9.1.7 Symbolisches Kapital.....	35
1.9.2 Relevanz der Kapitalsorten bezogen auf GF.....	36
1.9.2.1 Ökonomisches Kapital – bezogen auf GF.....	36
1.9.2.2 Kulturelles Kapital – bezogen auf GF.....	37

1.9.2.3	Inkorporiertes Kulturkapital – bezogen auf GF	37
1.9.2.4	Objektiviertes Kulturkapital – bezogen auf GF	37
1.9.2.5	Institutionalisiertes Kulturkapital – bezogen auf GF	38
1.9.2.6	Symbolisches Kapital – bezogen auf GF	38
1.9.2.7	Soziales Kapital – bezogen auf GF	39
1.9.3	Kapitalsorten als Gesundheitskapital-Faktoren.....	40
1.10	Relevanz der Autopoiesis für die vorliegende Untersuchung.....	41
1.10.1	Definition Autopoiesis (Luhmann)	41
1.10.2	Bedeutsamkeit des Kommunikationsbegriffs (Luhmann)	42
1.10.3	Autopoiesis des Bewußtseins.....	43
1.10.4	Autopoiesis – bezogen auf GF	44
1.11	Organisationspädagogischer Rahmen des Theorien-Konstrukts	45
1.11.1	Begriffliche Abgrenzung Organisation und Organisationspädagogik	45
1.11.2	Bedeutsamkeit der Beobachterrolle für die vorliegende Untersuchung.....	46
1.11.3	Übereinstimmungen hinsichtlich symbolisch generalisierter Kommunikationsmedien (Luhmann) und Gemeinschaftskomponenten (Geißler)	47
1.11.4	Reflexion der Kommunikationscodes (Geißler), symbolisch generalisierter Kommunikationsmedien (Luhmann) in Kapitalsorten (Bourdieu)	49
1.12	Kulturelles Kapital – Systemgeschichte – Autopoiesis	51
1.12.1	Deutungsmuster und persönliche Biografie oder Systemgeschichte	52
1.12.2	Bedeutsamkeit von Ressourcen, Kulturkapital und Systemgeschichte.....	52
1.12.3	Kulturelles Kapital-Systemgeschichte-Kulturebene-Modell (Schein).....	53
1.12.3.1	Grundannahmen und Prämissen (Symbolisches Kapital).....	54
1.12.3.2	Bekundete Werte und Normen (Inkorporiertes Kulturkapital).....	54
1.12.3.3	Artefakte und Verhaltensmuster (Symbolisches Kapital)	54
1.12.4	Kulturebene-Modell (Schein) als systemgeschichtliches Diagnostik-Instrument ..	55
1.12.4.1	Systemgeschichtliches Diagnostik-Instrument (Individuum).....	55
1.12.4.2	Systemgeschichtliches Diagnostik-Instrument im pädagogischen Kontext .	56
1.13	GF für Habitus/Feld und/oder Subjekt/Organisation.....	56
1.13.1	Systemgeschichtliches Diagnostik-Instrument (Organisation)	58
1.14	Ausgewählte Definitionen zum Begriff Gesundheit.....	59
1.15	Definition Gesundheit – WHO	59
1.16	Definition Gesundheit – Pflegewissenschaft.....	59
1.17	Definition Gesundheit – Erziehungswissenschaft	61
1.18	Definition Gesundheit – Gesundheitspädagogik	62
1.19	Definition Gesundheit – Sozialwissenschaften	62
1.19.1	Begriffsdefinition Gesundheit – Soziologie (Bourdieu)	63
1.19.2	Begriffsdefinition Gesundheit – Soziologie (Luhmann).....	63
1.20	Verbindende Elemente ausgewählter Gesundheitsdefinitionen.....	64
1.20.1	Identifizierte Kategorien ausgewählter Gesundheitsdefinitionen	66

1.21	Gesundheit und Eigenverantwortung	67
1.22	Relevanz von Ressourcennutzung in Erziehungs- und Sozialwissenschaften.....	68
1.23	Theoretisches Modell	68
1.24	Teilelement kulturelles Kapital.....	68
1.25	Teilelement Autopoiesis	69
1.26	Theoretisches Fundament vorliegender Untersuchung.....	69
1.27	Organisationspädagogische Rahmung.....	70
1.28	Zusammenfassung des theoretischen Teils.....	73
1.29	Verwendete Literatur.....	75
2.	Methodikteil.....	91
2.1	Vorgehen innerhalb des Methodenteils	91
2.2	Definition Empirische Sozialforschung.....	91
2.3	Chronologie qualitativer Sozialforschung	92
2.3.1	Soziologische Entwicklung der Sozialforschung.....	92
2.3.2	Psychologische Entwicklung der Sozialforschung	93
2.4	Herstellung sozialer Wirklichkeiten	93
2.5	Gütekriterien qualitativer Inhaltsanalyse (Mayring).....	94
2.6	Datenerhebung der vorliegenden Untersuchung.....	95
2.7	Chronologisches Vorgehen innerhalb des Forschungsprozesses.....	98
2.7.1	Dokumentenanalyse – quantitativ (Erfassung Projekte GF).....	99
2.7.2	Das Interview als Instrument qualitativer Forschung	101
2.7.3	Interviewauswahl für die vorliegende Untersuchung	103
2.7.3.1	Experteninterview in Kombination mit zusätzlichen Interviewformen	103
2.8	Vorgehen anhand der Methode – Theoretische Vorüberlegungen.....	105
2.9	Durchführung des Interviews	111
2.9.1	Interviewleitfaden, bezogen auf Fachkräfteerhalt im Gesundheitswesen.....	111
2.9.2	Interviewvorgehen bei hiesiger Untersuchung.....	113
2.9.3	Postskript	116
2.9.4	Transkript.....	116
2.10	Datenauswertung	119
2.11	Qualitative Inhaltsanalyse nach Mayring	119
2.12	Episodenidentifikation – methodisch	121
2.13	Typologie – Definition und Zielsetzung.....	122
2.13.1	Kriterienfestlegung zur wissenschaftlichen Typenbildung.....	122
2.14	Systematisches Vorgehen innerhalb der Typologie.....	123
2.15	Dokumentenanalyse – qualitativ/Fortbildungskataloge (Mayring)	126
2.16	Kriterienfestlegung zur Systematik der Dokumentenanalyse.....	127

2.17 Szenario-Technik, ergänzend zu Mayrings Vier-Stufen Modell der Dokumentenanalyse	
129	
2.18 Zusammenfassung des methodischen Teils.....	131
2.19 Verwendete Literatur.....	134
3. Empirieteil.....	139
3.1 Definition Empirie.....	139
3.1.1 Vorgehen innerhalb des empirischen Teils.....	139
3.1.2 Inhaltsanalytische Forschung – Dokumentenanalyse zu Projekten und Maßnahmen GF im GW.....	140
3.1.3 Ergebnisdarstellung der Dokumentenanalyse zu Projekten und Maßnahmen GF im GW	142
3.1.4 Beantwortung leitender Fragestellungen der Dokumentenanalyse.....	144
3.2 Interpretation der Dokumentenanalyse.....	145
3.2.1 Varietät gesundheitsfördernder Angebote	145
3.2.1.1 Begriffsvielfalt innerhalb der GF	146
3.2.2 Einschätzung bezüglich der Bedeutung identifizierter gesundheitsfördernder Angebote	148
3.3 Ergebnisdarstellung des Kategoriensystems.....	151
3.3.1 Ermittelte Kategorien – Hemmende und fördernde Faktoren zum Verbleib im Pflegerberuf.....	152
3.3.1.1 Darstellungen einzelner Kategorien	153
3.3.1.2 Darstellung Hauptkategorien (HK): Beeinflussende Faktoren zum Verbleib im Pflegerberuf (HKBF).....	155
3.3.2 Ermittelte Kategorien- Implementierung gesundheitsfördernder Maßnahmen trägt zum Verbleib im Pflegerberuf bei	167
3.3.2.1 Darstellung einzelner Kategorien (K) – GF (KGF).....	167
3.3.2.2 Darstellung des Kategoriesystems – GF (KGF).....	172
3.3.3 Weitere Reduzierung der HK „Beeinflussende Faktoren“ (HKBF) und der Kategorien „GF trägt zum Verbleib im Pflegerberuf bei“ (KGF).....	172
3.3.4 Interpretation der Ergebnisse	173
3.3.4.1 Beziehungsbildung der Hauptkategorien	174
3.3.4.2 Beziehungsbildung der Unterkategorien.....	176
3.3.5 Gegenüberstellung der Haupt- und Unterkategorien	178
3.3.6 Zusammenfassung der Inhaltsanalyse und Kategorienentwicklung	179
3.3.7 Episodenidentifikation	180
3.3.7.1 Sondierung einzelner Episoden.....	181
3.3.7.2 Interpretation der Episodenidentifikationen.....	186
3.3.7.3 Zusammenfassung Episodenidentifikation.....	187
3.4 Ergebnisdarstellung der Typologie.....	189
3.4.1 Kontrastierung der Fälle	189
3.4.2 Interpretation der Ergebnisse – Typologie.....	193

3.4.2.1	Korrelation zwischen Typologie und Kategorienentwicklung.....	195
3.4.3	Zusammenfassung der Ergebnisse – Typologie.....	196
3.5	Nebenergebnisse.....	196
3.6	Dokumentenanalyse Fortbildungskataloge (qualitatives Design)	197
3.6.1	Ergebnisdarstellung der Dokumentenanalyse Fortbildungskataloge	198
3.6.2	Interpretation der Ergebnisse – Dokumentenanalyse Fortbildungskataloge.....	200
3.6.3	Zusammenfassung der Ergebnisse – Dokumentenanalyse Fortbildungskataloge.	202
3.6.4	Methodenkritik analog Gütekriterien Mayrings	203
3.7	Zusammenfassung des empirischen Teils.....	206
3.8	Verwendete Literatur	208
4.	Schlussteil.....	212
4.1	Abgleich zwischen Theorie und Empirie	212
4.1.1	Strukturierung der Relevanz-Einordnung analog der Forschungsfragen	213
4.1.2	Theorie-Empirie-Abgleich: Angebote GF mit Fortbildungskatalogen Interviewpartner.....	214
4.1.3	Theorie-Empirie-Abgleich: Beeinflussende Faktoren zum Verbleib im Pflegeberuf 219	
4.1.4	Theorie-Empirie-Abgleich: Beitrag zum Verbleib im Pflegeberuf durch GF	223
4.1.5	Theorie-Empirie-Abgleich: Vermittlung familiärer GF – Individueller Gesundheitsbegriff.....	225
4.1.6	Theorie-Empirie-Abgleich: GF – Gegenwart/GF – Pflege.....	227
4.1.7	Theorie-Empirie-Abgleich: Relevante Erkenntnisse für die (Elementar-)Pädagogik 230	
4.2	Diskussion der Ergebnisse und Erkenntnisgewinn.....	232
4.3	Forschungsbedarf zur Burnout-Prävention bei Pflegekräften.....	232
4.4	Diskussion der Ergebnisse.....	234
4.5	Schlussfolgerungen.....	241
4.6	Kritische Würdigung der Arbeit und angewandten Methoden.....	246
4.7	Resümee.....	248
4.8	Ausblick und Vision	255
4.9	Verwendete Literatur	258
5.	Empfehlungsteil.....	264
5.1	Verwendete Literatur.....	271
6.	Anhang.....	289

0.2 Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Statistik pflegebedürftige Personen in Deutschland, 1999- 2030	18
Abbildung 2: Zusammenhang zwischen Handlungsfeldern Gesundheitspädagogik, Prävention und Gesundheitsförderung.....	21
Abbildung 3: Bereiche der Soziologie mit Methoden empirischer Sozialforschung	24
Abbildung 4: Gesundheitskapital-Faktoren-Modell.....	40
Abbildung 5: Acht konstitutive Komponenten von Gemeinschaften.....	49
Abbildung 6: Gesundheitsfördernde Leitsätze	57
Abbildung 7: Gesundheit als Mehrdimensionaler Begriff	67
Abbildung 8: Theoretisches Fundament –Fachkräfteerhalt im Gesundheitswesen.....	70
Abbildung 9: Theoretisches Modell - Fachkräfteerhalt im Gesundheitswesen - eine empirische Untersuchung aus erziehungs- und sozialwissenschaftlicher Perspektive.....	72
Abbildung 10: Standorte Interviewpartner: Fachkräfteerhalt im Gesundheitswesen.....	110
Abbildung 11: Kontrastierung Typologie – Fachkräfteerhalt	126
Abbildung 12: Szenario-Trichter.....	130
Abbildung 13: Anzahl der Angebote zu BGF im GW (2015–2018).....	143
Abbildung 14: Anzahl und Verteilung der Projekte und Maßnahmen BGF-GF, Recherche 2015–2018	144
Abbildung 15: Angebote BGF-GW und organisationspädagogische Balance.....	146
Abbildung 16: Abgrenzung der Bezeichnungen GF- Auswahl, Stand 2018.....	147
Abbildung 17: Fördernde und hemmende Faktoren zum Verbleib im Pflegeberuf	153
Abbildung 18: Priorisierung der Kategorien	154
Abbildung 19: Beeinflussende Faktoren (HKBF).....	156
Abbildung 20: Spiralförmiges Erleben der Nicht-Wertschätzung	175
Abbildung 21: Beeinflussende Faktoren zum Verbleib im Pflegeberuf - Szenario-Technik	176
Abbildung 22: Kategorien Gesundheitsförderung (KGF)	178
Abbildung 23: Beeinflussende Faktoren und GF zum Verbleib im Pflegeberuf – Szenario-Trichter	179
Abbildung 24: Kontrastierung Typologie – Fachkräfteerhalt	191
Abbildung 25: Generalisierungsbeispiel Kraftschöpfen.....	192
Abbildung 26: Typenbildung – Kraftschöpfen.....	192
Abbildung 27: Matrix-Diagramm, GF-Kindheit/Kraft schöpfen-Gegenwart/Gesundheitsbegriff/.....	193
Abbildung 28: Analyse Fortbildungskataloge BGF/GW, analog zu Angebotsportfolio (Uhle/Treier 2015) und Gemeinschafts-Komponenten (Geißler 2000).....	199
Abbildung 29: Analyse Fortbildungskataloge BGF/GW nach Zuordnung der Pflichtfortbildungen zu Komponenten Kritik/Lernen.....	201
Abbildung 30: Abgleich ermittelte Angebote GF mit Angeboten der Fortbildungskataloge i. V. m. organisationspädagogischer Balance	218
Abbildung 31: Krankheit und Dysfunktionalität als markierter Raum, Zustand oder Inhalt	238
Abbildung 32: Typenbildung: GF/Kindheit – Kraft schöpfen – Gesundheitsbegriff.....	239
Abbildung 33: Systemvertrauen und Phänomen der doppelten Kontingenz.....	244
Abbildung 34: Theoretisches Modell- Fachkräfteerhalt im Gesundheitswesen- eine empirische Untersuchung aus erziehungs- und sozialwissenschaftlicher Perspektive.....	249
Abbildung 35: Matrix-Diagramm GF Kindheit- Kraft schöpfen Gegenwart- Gesundheitsbegriff- GF Pflege.....	253
Abbildung 36: Szenario – Gesundheitsförderung Ogp.....	257
Abbildung 37: Maßnahmen Betriebliches Gesundheitsmanagement.....	270
Abbildung 38: Gesundheitsfördernde Leitsätze	274

0.3 Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Konvergenz bezüglich der Theorienarchitektur Bourdieu/Luhmann.....	30
Tabelle 2: Differenzierung der Formen kulturellen Kapitals	33
Tabelle 3: Gegenüberstellung der Kommunikationscodes (Geißler) und symbolisch generalisierten Kommunikationsmedien (Luhmann).....	48
Tabelle 4: Spiegelung der Kommunikationscodes (Geißler) und symbolisch generalisierten Kommu- nikationsmedien (Luhmann) in Kapitalarten (Bourdieu).....	50
Tabelle 5: Konvergenz hinsichtlich der Theorienarchitektur Bourdieu/Luhmann i. V. m. organisationspädagogischen Aspekten	51
Tabelle 6: Systemgeschichtliches Diagnostik-Instrument.....	56
Tabelle 7: Systemgeschichtlich ausgerichtetes Diagnostik-Instrument (Organisation)	58
Tabelle 8: Schnittmengen ausgewählter Gesundheitsdefinitionen.....	65
Tabelle 9: Konvergenz hinsichtlich der Theoriearchitektur Bourdieu/Luhmann i. V. m. organisationspädagogischen Aspekten	71
Tabelle 10: Chronologische Reihenfolge anzuwendender Forschungsmethoden	97
Tabelle 11: Systematik zur Dokumentenanalyse zu Projekten und Maßnahmen – GF im GW.....	101
Tabelle 12: Auswahl verschiedener Formen des qualitativen Interviews	102
Tabelle 13: Forschungsethische Prinzipien.....	106
Tabelle 14: Ein- und Ausschlusskriterien Interviewpartner Fachkräfteerhalt.....	108
Tabelle 15: Transkriptionsregeln mit Interviewbeispieltexten Interview L2	118
Tabelle 16: Generalisierungsbeispiele – Wertschätzung.....	120
Tabelle 17: Reduktionsbeispiel – Geringe Wertschätzung.....	121
Tabelle 18: Systematik der Typenbildung bezogen auf vorliegende Untersuchung	124
Tabelle 19: Kriterien zur grundlegenden Codierung von Typen.....	125
Tabelle 20: Zuordnung der Items Angebotsportfolio BGM (Uhle/Treier) und organisationspädagogische Komponenten (Geißler).....	141
Tabelle 21: Ablauf Dokumentenanalyse GF/GW	144
Tabelle 22: Gegenüberstellung ermittelter Angebote GF und Items/Angebotsportfolio und Gemeinschafts-Komponenten.....	145
Tabelle 23: Überblick: Auswahl-Projekte und Maßnahmen GF im GW	150
Tabelle 24: Ermittelte Kategorien – hemmende und fördernde Faktoren zum Verbleib im Pflegeberuf	152
Tabelle 25: Entwicklung des Hauptkategoriensystems „Beeinflussende Faktoren zum Verbleib im Pflegeberuf“	155
Tabelle 26: Kategorienblock mit Ankerbeispielen Spaß/Der Motivation beraubt	157
Tabelle 27: Kategorienblock mit Ankerbeispielen Balance/Arbeitsbelastung.....	159
Tabelle 28: Kategorienblock mit Ankerbeispielen Wertschätzung & Anerkennung/Geringe Wertschätzung	160
Tabelle 29: Kategorienblock mit Ankerbeispielen Klare Strukturen/Kämpfe um gute Arbeitsbedingungen.....	161
Tabelle 30: Kategorienblock mit Ankerbeispielen Flexible Arbeitszeiten/Schichtdienst.....	163
Tabelle 31: Kategorienblock mit Ankerbeispielen Personal	164
Tabelle 32: Kategorienblock mit Ankerbeispielen Angemessen bezahlt/Finanzielle Engpässe	165
Tabelle 33: Kategorienblock mit Ankerbeispielen Zeit/zu wenig Zeit	167
Tabelle 34: Kategorienblock mit Ankerbeispielen: Wahrnehmung BGM- Erste Ansätze/Undeutlich	168
Tabelle 35: Kategorienblock mit Ankerbeispielen: Wahrgenommene Angebote BGM - Breites Angebot/Wird viel gemacht.....	170
Tabelle 36: Kategorienblock mit Ankerbeispielen: Verbleib im Pflegeberuf durch GF - Prinzipiell schon, wichtiger ist.../Anstoß zu bleiben.....	171
Tabelle 37: Reduktion der Hauptkategorien: Beeinflussende Faktoren (HKBF).....	172

Tabelle 38: Reduktion der Kategorien: Verbleib im Beruf durch GF (KGF) (Ableitung aus Interview A1b-N2), eigene Erhebung und eigene Darstellung.....	173
Tabelle 39: Episodenblock GF Kindheit – Kollektivtyp.....	181
Tabelle 40: Episodenblock GF Kindheit – Individualtyp.....	182
Tabelle 41: Episodenblock individueller Gesundheitsbegriff – Kollektivtyp.....	183
Tabelle 42: Episodenblock individueller Gesundheitsbegriff – Individualtyp.....	183
Tabelle 43: Episodenblock Kraft schöpfen/Gegenwart – Kollektivtyp.....	184
Tabelle 44: Episodenblock Kraft schöpfen/Gegenwart – Individualtyp.....	185
Tabelle 45: Episodenblock GF/ Pflege – Kollektivtyp.....	186
Tabelle 46: Episodenblock GF/ Pflege – Individualtyp.....	186
Tabelle 47: Prozentualer Anteil organisationspädagogischer Komponenten – Fortbildungskataloge	200
Tabelle 48: Spiegelung des Angebotsportfolios (Uhle/Treier) in Kommunikationscodes (Geißler), Kommunikationsmedien (Luhmann) und Kapitalarten (Bourdieu).....	216
Tabelle 49: Erziehungs-und Sozialwissenschaftliche Relevanz hinsichtlich Vision pädagogisch-didaktischer Vermittlung zur GF, i. V. m. Theoriebasis.....	234
Tabelle 50: Systemgeschichtliches Diagnostik-Instrument (Individuum).....	273
Tabelle 51: Systemgeschichtliches Diagnostik-Instrument (Organisation).....	274
Tabelle 52: Überblick Auswahl- Projekte und Maßnahmen zur Gesundheitsförderung im Gesundheitswesen, beispielhafte Darstellung in Kombination der 12 Items BGF (Uhle/Treier) - Kurzfassung.....	277
Tabelle 53: Ausgewählte Projekte und Maßnahmen GF GW, analog des Angebotsportfolios Uhle/Treier 2015:47 sowie der Struktur der Gemeinschaftskomponenten Geißler 2000:21.....	288

0.4 Abkürzungsverzeichnis

AEDL	Aktivitäten und existentielle Erfahrungen des täglichen Lebens
a. a. O.	am angegebenen Ort
Abb.	Abbildung
Abs.	Absatz
AMD	Arbeitsmedizinischer Dienst
AMS	Arbeitsschutzmanagementsystem
App	Application software
ArbSchG	Arbeitsschutzgesetz
ArbStättV	Arbeitsstätten-Verordnung
ArbZG	Arbeitszeitgesetz
Art.	Artikel
ASR	Arbeitsstätten-Richtlinien
AT	Österreich
AU	Arbeitsunfähigkeit
B	Berlin
BAuA	Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin
Bd.	Band
BE	Belgien
BEM	Betriebliches Eingliederungsmanagement
BfGA	Beratungsgesellschaft für Arbeits- und Gesundheitsschutz mbH
BfJ	Bundesamt für Justiz
BG	Berufsgenossenschaft
BGB	Bürgerliches Gesetzbuch
BGBL	Bundesgesetzblatt
BGF	Betriebliche Gesundheitsförderung
BGF-GW	Betriebliche Gesundheitsförderung- Gesundheitswesen
BGM	Betriebliches Gesundheitsmanagement
BGW	Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege
BiB	Bundesinstitut für Bevölkerungsforschung
BMG	Bundesministerium für Gesundheit
BW	Baden- Württemberg

ca.	circa (ungefähr)
CH	Schweiz
DAK	Deutsche Angestellten-Krankenkasse
DBfK	Deutscher Berufsverband für Pflegeberufe
DE	Deutschland
.de	Domain für Deutschland
DGfE	Deutsche Gesellschaft für Erwachsenenbildung
DGE	Deutsche Gesellschaft für Ernährung
DGUV	Deutsche gesetzliche Unfallversicherung
DIAKO	Kooperationsprojekt mit Ev.-Luth. Diakonissenanstalt zu Flensburg
dict.cc	Wörterbuch Deutsch- Englisch
DIHK	Deutscher Industrie – und Handelskammertag
dip	Deutsches Institut für angewandte Pflegeforschung e.V.
DNBGF	Deutsches Netzwerk Betriebliche Gesundheitsförderung
DPV	Deutscher Pflegeverband e.V.
E	Episode
eBook	Elektronisches Buch
EDV	Elektronische Datenverarbeitung
EFH R-W-L	Ev. FH Rheinland- Westfalen- Lippe. Bochum
EGBI	Episodenidentifikation individueller Gesundheitsbegriff Individualtyp
EGBK	Episodenidentifikation individueller Gesundheitsbegriff Kollektivtyp
EGFKI	Episodenidentifikation Gesundheitsförderung Kindheit Individualtyp
EGFPI	Episodenidentifikation Gesundheitsförderung Pflege Individualtyp
EGFPK	Episodenidentifikation Gesundheitsförderung Pflege Kollektivtyp
EGFKK	Episodenidentifikation Gesundheitsförderung Kindheit Kollektivtyp
EI	episodische Interviewanteile
EKSGI	Episodenidentifikation Kraft schöpfen Gegenwart Individualtyp
EKSGK	Episodenidentifikation Kraft schöpfen Gegenwart Kollektivtyp
empCare	empCare- Pflege für Pflegendе Entlastungskonzept
ESF	Europäischer Sozialfonds
et al.	und andere
etc.	und so weiter
.eu	Internetadresse- Europäische Union
EUR	Euro

e.V.	Eingetragener Verein
ff	fortfolgend
Fn	Juristische Abkürzung: Fußnote (sonstige gebräuchliche Verwendung)
GAbi	Gestaltung altersgerechter Arbeitsbedingungen in Krankenhaus und Altenheim
GbR	Gesellschaft bürgerlichen Rechts
GDA	Gemeinsame Deutsche Arbeitsschutzstrategie
GF	Gesundheitsförderung
GF-Ogp.	Gesundheitsförderung- Organisationspädagogik
G+G	Fachzeitschrift Gesundheit und Gesellschaft
ggf.	gegebenfalls
GKV	Gesetzliche Krankenversicherung
GW	Gesundheitswesen
HIV	human immunodeficiency virus (menschliches Abwehrschwäche-Virus)
HK	Hauptkategorie
HKBF	Hauptkategorie beeinflussende Faktoren
Hrsg.	Herausgeber
http.	Hypertext Transfer Protocol (englisch)
IBF	Innerbetriebliche Fortbildung
IFGP	Institut für gesundheitliche Prävention
IfSG	Infektionsschutzgesetz
iOS	Internetwork Operating System
i. S.	im Sinne
iso	Institut für Sozialforschung und Sozialwirtschaft e.V.
i. S. v.	im Sinne von
inqa	Initiative neue Qualität der Arbeit
Interv.	Interview
i.V.m.	In Verbindung mit
JArbSchG	Jugendarbeitsschutzgesetz
Jh.	Jahrhundert
K	Kategorie
KFF	Kategorie fördernde Faktoren
KGF	Kategorie Verbleib im Beruf durch Gesundheitsförderung
KHF	Kategorie hemmende Faktoren
LagO	Länger arbeiten in gesunden Organisationen (Projekt)

LQW	Lernorientierter Qualitätsentwicklung in der Weiterbildung
lat.	lateinisch
mbH	mit beschränkter Haftung
MEZ	Mitteleuropäische Zeit
MiaA	Menschen in alternsgerechter Arbeitskultur (Projekt)
Mio.	Million
mlat.	mittellateinisch
Mrd.	Milliarde
N	Größe der Grundgesamtheit
n	Anzahl der Merkmalsausprägungen
n. Chr.	nach Christus
net.	network
NRW	Nordrhein- Westfalen
Ogp.	Organisationspädagogik
o.J.	Ohne Jahr
.org	[gemeinnützige] Organisation
PDL	Pflegedienstleitung
PI	Problemzentrierte Interviewanteile
PrävG	Präventionsgesetz
RKI	Robert Koch Institut
Rn	Randnummer (jur.)
RP	Rheinland Pfalz
S	Seite
SGB	Sozialgesetzbuch
SGB V	Sozialgesetzbuch (SGB) Fünftes Buch (V) - Gesetzliche Krankenversicherung
SGB VIII	Sozialgesetzbuch (SGB) Achtes Buch (VIII) – Kinder und Jugendhilfe
Tab.	Tabelle
TH	Thüringen
u. a.	und andere(s)
Uhr	Uhrzeit
vgl.	vergleiche
VWL	Volkswirtschaftslehre
WHO	World Health Organization (Weltgesundheitsorganisation)
WidO	Wissenschaftliches Institut der AOK

www. World Wide Web

Z Zeile

z. B. zum Beispiel

0.5 Abstract (deutsch)

Die vorliegende Forschung fokussiert den Fachkräfteerhalt im Gesundheitswesen aus erziehungs- und soziawissenschaftlicher Perspektive. Dabei geht die Untersuchung den Fragen nach, welche Faktoren den Verbleib im Pflegeberuf beeinflussen, inwieweit die Implementierung gesundheitsfördernder Maßnahmen (BGF) innerhalb des Betrieblichen Gesundheitsmanagements (BGM) zum Erhalt im Pflegeberuf beiträgt und welche gesundheitsfördernden Maßnahmen Pflegefachkräfte benötigen, um (weiterhin) im Beruf arbeiten zu können. Erziehungs- und soziawissenschaftliches Erkenntnisinteresse liegt darin, was zur Vermittlung gesundheitsrelevanter Informationen in der Kindheit beigetragen hat und wie diese Aneignungsprozesse den Begriff der individuellen Gesundheit geprägt haben. Die sozialwissenschaftliche Theoriebasis bildet zum einen das Segment des kulturellen Kapitals der „Habitus/Feld-Theorie“ Bourdieus, der als Aneignung von Kulturkapital die Vermittlung vorschulischer Bildung kennzeichnet, die untrennbar mit dem Individuum verbunden ist. Ein weiteres Teilelement der theoretischen Ausgangsbasis fußt auf autopoietischen Aspekten der „System/Umwelt-Theorie“ Luhmanns, der individuelle Selbststeuerungsprozesse für die Aufnahme und Verarbeitung (gesundheitsrelevanter) Informationen verantwortlich macht. Organisationspädagogische Komponenten bilden den Rahmen des theoretischen Modells, die als Verbindung zwischen Individuum und Organisation fungieren und ädquate Angebotsstrukturen zur Vermittlung einer adressatengerechten Gesundheitsförderung anbieten. Übereinstimmend in allen drei Theorieelementen wird die individuelle Systemgeschichte (Biografie) als relevanter Kernaspekt identifiziert, die sich in der Empirie widerspiegelt.

Zur Beantwortung der Forschungsfragen werden sowohl quantitative als auch qualitative Methoden der empirischen Sozialforschung gewählt; mit einer Reichweite der Analyse von Dokumenten über qualitative Interviews bis hin zur Entwicklung von Typen.

Als bedeutsame empirische Kernkategorie kristallisiert sich die Zuschreibung „Wertschätzung/Anerkennung“ heraus, die sich bereits im Theorieteil wiederfindet.

Da die Studie „PflegeWert“ (2011) in der Altenpflege durchgeführt wurde, nimmt die vorliegende Forschung ausschließlich klinisch tätige Pflegefachkräfte in den Blick.

Schlüsselbegriffe: Kulturelles Kapital; Autopoiesis; Organisationspädagogik; Systemgeschichte; Typologie; Wertschätzung

0.6 Abstract (englisch)

The present research focuses on maintaining health care workers from an educational and socio-scientific perspective and explores the question of which factors influence the whereabouts of the nursing profession to what extent the implementation of health promoting measures (WHP) within the company health management (WHM) contributes to the maintenance of the nursing profession and which health promotion measures require caregivers in order to continue to work in the profession. Educational and socio-scientific research interest lies in what has contributed to the transmission of health-related information in childhood and how these appropriation processes have shaped the concept of individual health. On the one hand, the socio-scientific basis of theory is based on the segment of cultural capital of the „habitus/field theory“ Bourdieus, which as the appropriation of cultural capital characterizes the teaching of preschool education, which is inseparably anchored to the individual. Another sub-element of the theoretical basis is based on autopoietic aspects of Luhmann's „system/environment theory“, which blames individual self-control processes for the acquisition and processing of (health-related) information. Organizational-pedagogical components form the framework of the theoretical model, which act as a connection between the individual and the organization and offer adequate supply structures for the conveyance of an appropriate health promotion. Consistent in all three theoretical elements, the individual system history (biography) is identified as a relevant core aspect, which is reflected in empiricism.

To answer the research questions both quantitative and qualitative methods of empirical social research are chosen; with a range of analysis of documents through qualitative interviews, up to the development of types.

As a significant empirical core category, the attribution „appreciation/recognition“ crystallizes out, which is already reflected in the theoretical part.

Since the study „Nursing Value“ (2011) was carried out in the elderly care, this study takes only clinically active nurses in the view.

Key words: cultural capital; autopoiesis; organization pedagogy; system history; typology; appreciation

1. Theorieteil

„Gesund ist nicht, wer anderen so vorkommt, sondern wer sich selbst dafür hält“

(in Anlehnung an: Seneca, L. A. † 65 n. Chr.; modifiziert durch die Autorin)

1.1 Einleitung

Einleitend werden Ausgangssituation und Relevanz der Forschung dargelegt und im Anschluss daran die für den Gesamtkontext erforderlichen Begriffe erklärt.

Die Relevanz der Forschung wird aus pflege-, erziehungs- und sozialwissenschaftlicher Sicht dargestellt, wobei pädagogische und sozialwissenschaftliche Aspekte den Schwerpunkt bilden und im weiteren Verlauf dominieren. Dieser Logik folgend wird die verwendete Literatur getrennt nach pflege-, erziehungs- und sozialwissenschaftlichen Quellen ausgewiesen.

1.2 Ausgangssituation

Nach Angaben des Statistischen Bundesamtes waren Ende 2015 knapp 2,9 Mio. Menschen in Deutschland pflegebedürftig und bis 2030 ist mit einem Anstieg auf 3,5 Mio. Pflegebedürftige zu rechnen (vgl. Destatis 2017:7; Destatis 2011; BiB 2015:1; Rothgang 2013:11; Kempf 2014:11). Dies bedeutet für Kempf, einen 50-prozentigen Anstieg innerhalb der Jahre 2007–2013 und für den gleichen Zeitraum beziffern die Autoren der Studie „Pflege 2030“ in verschiedenen Szenarien eine Versorgungslücke von 430.000 bzw. 490.000 Pflegekräften (vgl. Kempf 2014:30).

Pflegebedürftige nach Altersgruppen

(Anzahl pflegebedürftiger Personen für die Jahre 1999, 2013 und 2030)¹

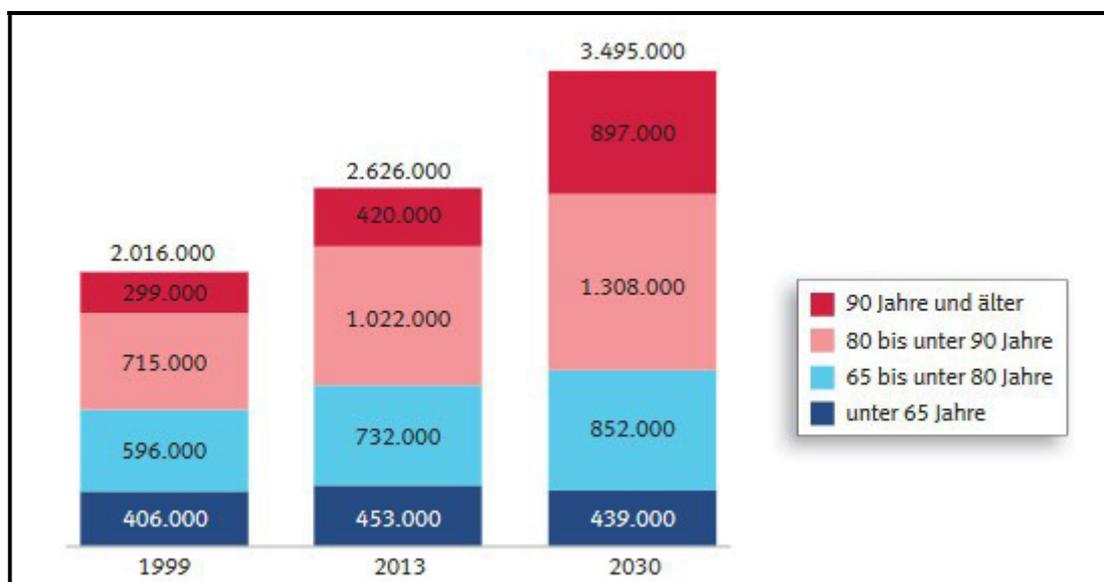


Abbildung 1: Statistik pflegebedürftige Personen in Deutschland, 1999- 2030

(Datenquelle: Bundesinstitut für Bevölkerungsforschung (BiB) 2015:1)

Die dichotome Problemlage ansteigender Pflegebedürftigkeit bei gleichzeitigem Fachkräftemangel wird erschwert durch den Anstieg psychischer Erkrankungen der Pflegefachkräfte. Laut DAK-Gesundheitsreport 2012 war das Gesundheitswesen die Branche mit dem höchsten Krankenstand, bezogen auf das Schwerpunktthema: Anstieg psychischer Erkrankung (vgl. Kordt 2013:125). Die Autoren des wissenschaftlichen Instituts der AOK (WidO) resümieren im vorgenannten Report, dass „parallel zur zunehmenden Flexibilisierung der Arbeitswelt [...], die Zahl der Fehltage aufgrund psychischer Erkrankungen bei den Beschäftigten weiter zunimmt“ (WidO 2012). Diese These bestätigen die Ergebnisse des DAK-Gesundheitsreportes 2014; wonach sich insgesamt eine moderate Steigerungsrate der Fehlzeiten für das Vorjahr feststellen lässt, jedoch mit überproportionaler Zunahme psychisch bedingter Arbeitsunfähigkeit (vgl. Kordt 2014:6). Auch im Folgejahr belegt die Gesundheitsbranche mit den Branchen „Verkehr, Lagerei, Kurierdienste und Öffentliche Verwaltung“, den Spitzenplatz des Krankenstandswertes und liegt damit eindeutig über dem Durchschnitt. Demgegenüber belegt der Krankenstand mit 3,0 Prozent und hohem Anteil DAK-Versicherter der Branchen „Bildung, Kultur und Medien“ den niedrigsten Platz. Insgesamt ist im Vergleich zum Vorjahr die Erkrankungshäufigkeit 2014 gesunken, während

¹ Annahme für 2030; konstante alters- und geschlechtsspezifische Pflegequote des Jahres 2013; Bevölkerungsentwicklung Variante 2 der 13. koordinierten Bevölkerungsvorausberechnung.

die durchschnittliche Erkrankungsdauer leicht angestiegen ist. Für die Absenkung des Krankenstandes lassen sich nach Aussagen der Verfasser letztgenannter Berichterstattung die Faktoren: Arbeitsverdichtung; Rationierung und möglicher Personalabbau anführen, was zu steigender Stressbelastung führt. Durch Ausscheiden gesundheitlich beeinträchtigter Arbeitnehmer kommt es zum so genannten „Healthy-worker-effect“.² Außerdem trägt die systematische Umsetzung von Maßnahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung zur Senkung des Krankenstandes in Unternehmen bei. Demzufolge handelt es sich um ein multifaktorielles Geschehen, dass momentan keine zuverlässige Prognose für die künftige Entwicklung des Krankenstandes zulässt (vgl. Kordt 2015:6ff).

Um den Einsatz von Gesundheitsförderung gezielt im Rahmen des betrieblichen Gesundheitsmanagements steuern zu können, sollten laut Badura (2015) die Beschäftigten befragt werden, welche gesundheitsfördernden Maßnahmen sie benötigen.

Vorliegende Untersuchung soll die Forschungslücke schließen, welche gesundheitsfördernden Maßnahmen Pflegefachkräfte benötigen, um (weiterhin) im Beruf arbeiten zu können und inwieweit die Einrichtung eines Betrieblichen Gesundheitsmanagements zum Verbleib im Pflegeberuf beiträgt.

1.3 Pflegewissenschaftliche Relevanz der Forschung

Die steigende Anzahl Pflegebedürftiger (vgl. Statistisches Bundesamt 2010; 2013; Rothgang et al. 2013; Isfort 2013) bei gleichzeitigem Fachkräftemangel im Gesundheitswesen (vgl. Isfort 2013; DPR 2016; Badura et al. 2015; Kempf 2014) wird erschwert durch die Zunahme psychisch bedingter Arbeitsunfähigkeit der Beschäftigten (vgl. WIDO 2012; Kordt 2013, 2014, 2015; Badura 2015; Statista 2016). Experten beziffern die jährlichen Kosten arbeitsbedingter Arbeitsunfähigkeit auf 33,4 Mrd. EUR und ca. 10,5 Mrd. EUR auf arbeitsbedingte Frühberentung (vgl. Bödeker 2008; Rixgens 2008).

Inzwischen haben verschiedene Einrichtungen auf diese Entwicklungen reagiert und neben dem gesetzlich vorgeschriebenen Arbeits- und Gesundheitsschutz (ArbSchG §§ 1-15; BGB §§ 617-619) ein betriebliches Gesundheitsmanagement (BGM³) eingerichtet, wobei die Implementierung betrieblicher Gesundheitsförderung (BGF⁴) eine freiwillige Arbeitgeberleistung ist (vgl. DNBGF⁵). Die Autoren des Fehlzeitenreport 2015 weisen auf erfolgreiche

² Healthy-worker-effect bezeichnet den statistischen Wert einer Kohortenstudie, die den Gesundheitszustand der Beschäftigten besser erscheinen lässt.

³ Nachfolgend wird anstelle von betrieblichem Gesundheitsmanagement die Abkürzung BGM verwendet.

⁴ Im Folgenden wird für betriebliche Gesundheitsförderung die Abkürzung BGF genannt.

⁵ <http://www.dnbgf.de>.

Ansätze einer adressatengerechten Umsetzung von Gesundheitsförderung (GF⁶) hin (vgl. Badura et al. 2015:6ff) und sprechen sich aufgrund variierender Belastungen und Ressourcen einzelner Branchen für ein zielgruppenspezifisches Gesundheitsmanagement aus.

Pflegewissenschaftliche Relevanz resultiert zum einen aus dem Erhalt von Pflegefachkräften, um dem steigenden Bedarf der zu versorgenden Menschen gewachsen zu sein, da die Personalsituation „[...] auf eine neue und bislang nicht dagewesene Unerträglichkeit zuläuft“ (Weidner 2017:21). Zum anderen im Aufzeigen einer möglichen adressatengerechten Umsetzung gesundheitsfördernder Maßnahmen innerhalb des BGM.

Somit liegt ein pflegewissenschaftliches Interesse darin, welche gesundheitsfördernden Maßnahmen Pflegefachkräfte benötigen, um (weiterhin) im Beruf arbeiten zu können und inwieweit die Einrichtung eines BGM zum Verbleib im Pflegeberuf beiträgt.

Diesbezüglich ist die vorliegende Untersuchung als Novum anzusehen.

1.4 Erziehungswissenschaftliche Relevanz der Forschung

Bislang gibt es kaum Verknüpfungen zwischen bildungswissenschaftlichen Erkenntnissen und dem Lernfeld Gesundheit. In gewisser Weise wird den Wissenschaftsdisziplinen ein Spannungsverhältnis unterstellt und scheint sich zu einer „[...] *Ausgrenzung der Pädagogik aus den sich interdisziplinär definierenden Gesundheitswissenschaften*“ zu entwickeln (Blättner 2010:135, in: Arnold et al. 2010). Dabei besteht durchaus pädagogisches Interesse hinsichtlich salutogenetischer Erkenntnisse (vgl. Jork 2012: 24).

Erschwerend kommt der synonyme Gebrauch gesundheitsrelevanter Informationen innerhalb der Erwachsenenbildung hinzu (vgl. Böhme/Nittel 2012:3), wie beispielsweise die Vermischung der Begriffe „Gesundheitserziehung“ und „Gesundheitsbildung“ (vgl. Blättner 2010:135, in: Arnold et al. 2010).

Während sich Gesundheitserziehung mit Zahnprophylaxe in Kindergärten und Schulen beschäftigt (vgl. Hartmann/Siebert 2008⁷), umfasst Gesundheitsbildung die Vermittlung von Basiswissen über Gesundheits- und Krankheitsprozesse, Lernangebote sowie individuelle Handlungsmöglichkeiten zur persönlichen Bewältigung gesundheitlicher Beeinträchtigung (vgl. Blättner 2010:135, in: Arnold et al. 2010).

⁶ Im weiteren Verlauf der Arbeit wird für Gesundheitsförderung die Abkürzung GF verwendet.

⁷ http://gesundheitsfoerdernde-hochschulen.de/Inhalte/G_Themen/G10_Gesundheitspaedagogik/G10.

Zwischenzeitlich werden Modellprojekte zur Einführung von Schulgesundheitskräften durchgeführt (vgl. Maulbecker-Armstrong 2016:225), was eine Verankerung von Pädagogik und Gesundheitswissenschaft unabdingbar macht (vgl. Wulfhorst 2009, in: Blättner 2010:135).

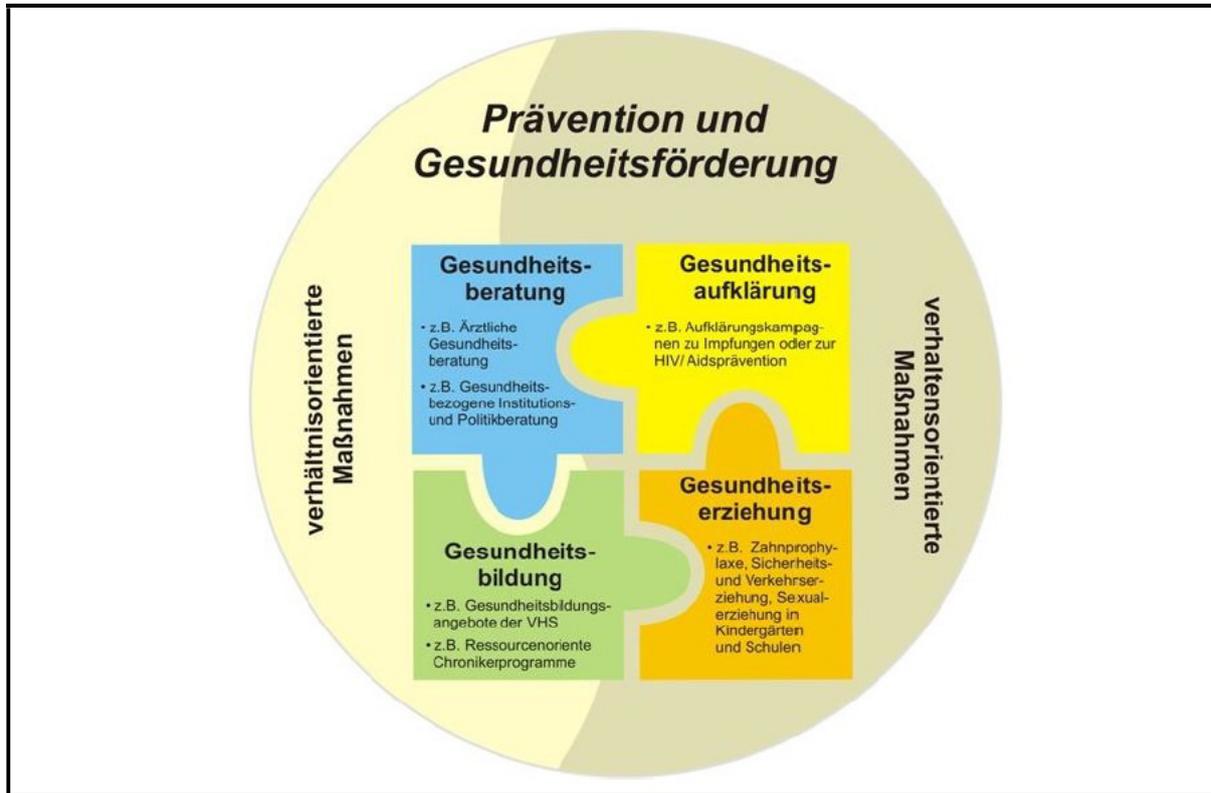


Abbildung 2: Zusammenhang zwischen Handlungsfeldern Gesundheitspädagogik, Prävention und Gesundheitsförderung

(Hartmann/Siebert 2008, in: <http://www.gesundheitsfoerdernde-hochschulen.de>)

Neben den oben genannten Aspekten sprechen weitere Argumente für ein erziehungswissenschaftliches Interesse an der Thematik.

Vorschulische Erziehung kann infolge veränderter familiärer Lebenslagen und daraus resultierender verstärkter Inanspruchnahme elementarpädagogischer Einrichtungen (vgl. Friederich 2011:12) nur als Gemeinschaftsaufgabe zwischen Erziehungspartnern und pädagogischem Personal gesehen werden (vgl. § 22 SGB VIII). Daher gewinnen gesundheitsrelevante Themen für den (elementar-)pädagogischen Bereich zunehmend an Bedeutung. Des Weiteren ist GF als Aufgabe über die Lebensspanne zu sehen und folglich liegt erziehungswissenschaftliches Forschungsinteresse darin, welche familiären Rituale zum Erhalt der Gesundheit vermittelt wurden, wie sich demzufolge der individuelle

Gesundheitsbegriff entwickelt hat und welche Erkenntnisse sich darüber hinaus für die (Elementar)-Pädagogik ableiten lassen. Zudem soll ein Glossar zum BGM (vgl. Empfehlungsteil) dem synonymen Gebrauch gesundheitsrelevanter Informationen entgegenwirken.

Außerdem liegt erziehungswissenschaftliche Relevanz in der Erkenntnis, welche organisationspädagogischen Ansätze zugrunde gelegt werden können, um sowohl die Bedürfnisse der Pflegefachkräfte (Subjekt) als auch die organisationalen Anforderungen (Objekt) zu berücksichtigen. Denn nur so kann der Einsatz gesundheitsfördernder Maßnahmen gezielt im Rahmen des BGM implementiert und gesteuert werden.

Zudem können die Forschungsergebnisse für klinikinterne Fachexperten von Bedeutung sein, da oftmals die Verantwortlichen für die im Gesundheitswesen (GW⁸) zu planenden und durchzuführenden Fortbildungen ohne erwachsenenpädagogische Ausbildung erfolgt (vgl. Becker-Hohmann 2011: 42).

Somit wagt vorliegende Untersuchung den Brückenschlag zwischen den Wissenschaftsdisziplinen Pädagogik und Gesundheitswissenschaft⁹ und erhofft sich stärkeren Transfer pädagogischer Kenntnisse in die Gesundheitswissenschaften sowie günstigenfalls die Rezeption gesundheitsrelevanter Informationen in die Pädagogik.

1.5 Sozialwissenschaftliche Relevanz der Forschung

Vorliegende Untersuchung kommt nicht ohne sozialwissenschaftlichen Fokus aus, da der Gegenstand der Forschung soziale Interaktionen der Pflegefachkräfte und deren Erleben innerhalb des beruflichen Kontextes (der Klinik) impliziert. Neben einer individuellen Aufnahme von Informationen werden diese entsprechend einer selbstgesteuerten internen Systemlogik individuell verarbeitet und interpretiert (vgl.: Simon 2011:11), so dass dies systemtheoretische Perspektiven erfordert.

Zur Darstellung der sozialwissenschaftlichen Perspektive wird zunächst die begriffliche Abgrenzung zwischen Soziologie-, Sozialwissenschaften und Pflegewissenschaft dargelegt.

⁸ Im weiteren Verlauf der Arbeit wird Gesundheitswesen mit GW abgekürzt.

⁹ Aufgrund des Forschungsfeldes Pflege wird nachfolgend anstelle der Disziplin „Gesundheitswissenschaft“ die Teildisziplin Pflegewissenschaft genannt, welche erforderliche gesundheitswissenschaftliche Elemente einschließt. Des Weiteren soll ausdrücklich darauf hingewiesen werden, dass sich Bezeichnungen von Personen selbstverständlich auf Personen jeden Geschlechts beziehen.

1.5.1 Begriffliche Abgrenzung Soziologie und Sozialwissenschaften

Soziologie ist die Wissenschaft vom Sozialen, den unterschiedlichen Formen der Vergemeinschaftung (Familie, Verwandtschaft, soziale Gruppe) und der Vergesellschaftung (wie Organisation, Gesellschaft und Staat). Sie beschäftigt sich mit Strukturen sozialen Handelns, sozialer Gebilde und welchem sozialen Wandel sie unterliegen. Soziologie wird als empirische Sozialwissenschaft mit Beziehungen zu den Geistes- und Kulturwissenschaften und zur Psychologie beschrieben (vgl. Schäfers 2003:332).

Die Soziologie teilt mit anderen Sozialwissenschaften (wie beispielsweise der VWL oder Sozialpsychologie) das Ziel, soziale Tatbestände durch das Zusammenwirken individueller Handlungen zu erklären. Während die Soziologie keinen konkreten Gegenstandsbereich fokussiert, wie Sozialpsychologie, der sich mit dem Verhalten von Gruppen und Einzelpersonen in bestimmten Kontexten beschäftigt, bildet Soziologie gewissermaßen mit ihren sozialen Theorien oder Ansätzen die Metaebene, auf der die Sozialwissenschaften ihre Erklärungsmodelle entwickeln. Meulemann stellt heraus, dass es nicht „die“ soziologische Theorie gibt, sondern eher verschiedene Theorien oder „Ansätze“, wie Handlungs- und Systemtheorie, Symbolinteraktionismus, Konflikttheorie u. a. (vgl. Sahner 1989; Luhmann 1970: 9ff, in: Meulemann 2012: 429ff).

1.5.2 Sozialwissenschaften und Methoden empirischer Sozialforschung

Zur Entwicklung von Erklärungsansätzen bedienen sich die Sozialwissenschaften der Methoden empirischer Sozialforschung, wie quantitativer und qualitativer Methoden. Nachfolgend findet sich eine Übersicht der Themenbereiche allgemeiner, spezieller und angewandter Soziologie sowie der methodologischen Verortung empirischer Sozialforschung.

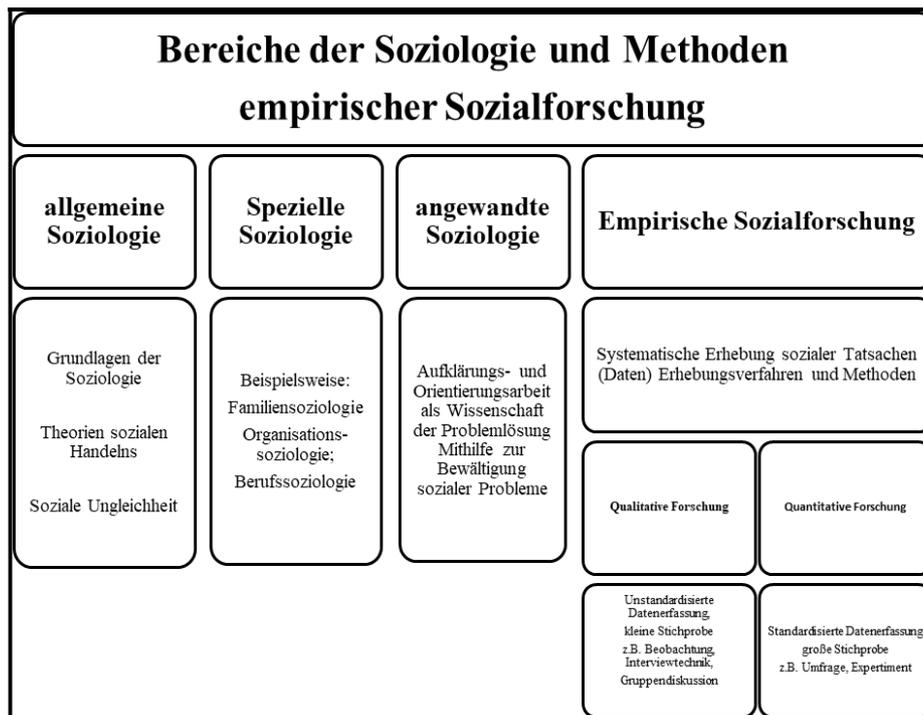


Abbildung 3: Bereiche der Soziologie mit Methoden empirischer Sozialforschung

(Ableitung aus: Kaesler 2007: 7; Schnell et al. 2011:42ff, modifiziert durch die Autorin), eigene Darstellung

1.5.3 Pflegewissenschaft als Teildisziplin der Sozialwissenschaften

Im traditionellen wissenschaftlichen Sinn wird der Pflegewissenschaft eine Sonderstellung zugeschrieben, da der Gegenstandsbereich mit einem eng verbundenen Handlungsbereich verknüpft ist, der stark körperbezogene und funktionale Fragestellungen zu berücksichtigen hat. Pflegewissenschaft kann jedoch als Teildisziplin der Sozialwissenschaften verstanden werden, da sie als Gegenstandsbereich Interaktionen menschlichen Handelns fokussiert (vgl. Mayer 2015, in: Fröschl et al. 2015:146). Auch Hoops konstatiert, dass die Sozialwissenschaften der Ausgangspunkt für die deutsche Pflegewissenschaft seien (vgl. Hoops 2013: 53). Zudem zeigen inzwischen zahlreiche durchgeführte pflegewissenschaftliche Studien die methodologische Nähe zur empirischen Sozialforschung (beispielsweise: Hülsken-Giesler et al. 2016; Schiff 2014; Schreck 2017; Kerres/Seeberger 2005; Weidner 2000 etc.).

1.6 Organisationspädagogische Relevanz der Forschung

Wie beschrieben sind bildungswissenschaftliche Implikationen des Lernfeldes Gesundheit relativ unerschlossen und didaktische Analysen des Lerngegenstandes „körperliches-, geistiges-, seelisches- und soziales Wohlbefinden“ (WHO) bislang kaum erfolgt.

Ausnahmen bilden konstruktivistische Betrachtungsweisen des Gesundheitsbegriffs (vgl. Blättner 2010:135, in: Arnold et al. 2010), deren systemische Gesundheitsbetrachtung auf einem individuell geprägten Krankheits- und Gesundheitsmodell basieren (vgl. Simon 2001:11). Diese Systematik lässt sich ebenfalls auf soziale Systeme wie Organisationen übertragen, was organisationspädagogische Relevanz zeigt. Geißler sieht für Organisationen große Chancen im evolutions- und systemtheroretischen Ansatz, da es auch hier um die Bedingungen des Überlebens der Organisation in einer feindlichen Umwelt geht (vgl. Geißler 2000: 39).

Des Weiteren besteht großes Interesse hinsichtlich organisationspädagogischer Ansätze zur Berücksichtigung der Mitarbeiterbedürfnisse (Subjekt) und der Organisation (Objekt). Denn nur in systemischer Betrachtung von Subjekt und Organisation kann ein gezielter Einsatz gesundheitsfördernder Maßnahmen im Rahmen des BGM implementiert und gesteuert werden.

1.7 Aufbau der Arbeit

Nachdem Ausgangssituation und Relevanz der Forschung dargelegt und im Anschluss, die für den Gesamtkontext erforderliche definitorische Abgrenzung von Soziologie und Sozialwissenschaften erfolgt, wird anschließend Aufbau und Methodik vorliegender Forschung dargestellt. Wie genannt findet sich im Empfehlungsteil ein Glossar mit Begriffen zum BGM. Nach einem allgemeinen Teil folgen Erläuterung der Ausgangssituation, pflege-, erziehungs- und sozialwissenschaftliches Interesse am Thema sowie die Klärung sozialwissenschaftlicher Relevanz hinsichtlich gesundheitlicher Aspekte. Hierzu werden die Kapitalsorten Bourdieus, insbesondere kulturelles Kapital, auf individuelle Aneignungsprozesse von GF übertragen. Bevor die Begriffe Kapital und Kapitalsorten mit gesundheitsrelevanten Vorstellungen verknüpft werden können, ist zunächst eine allgemeine Begriffserklärung erforderlich. Anschließend werden systemtheoretische Elemente, insbesondere das Phänomen der Autopoiesis beschrieben und die Bedeutung hinsichtlich persönlicher GF. Dem schließen sich verschiedene Definitionen von Gesundheit aus Pflege-, Erziehungs- und Sozialwissenschaft an, deren Schnittmengen in einem letzten Schritt herausgearbeitet werden.

Das letzte Kapitel des Theorieteils beschäftigt sich mit der theoretischen Basis der vorliegenden Untersuchung, wobei die Teilaspekte des kulturellen Kapitals (Bourdieu) zur Aneignung frühkindlicher GF in Verbindung mit dem Phänomen der Autopoiesis (Luhmann) und die Selbststeuerung persönlicher Gesundheitskonzepte das sozialwissenschaftliche Fundament des theoretischen Modells bilden. Organisationspädagogische Komponenten (Geißler) generieren den Rahmen zwischen individuellen und organisationalen Bedarfen. Dabei bilden die Theorie-Ansätze des kulturellen Kapitals und autopoietischer Informationsverarbeitung (Selbststeuerung) den Mittelpunkt des Modells.

Der theoretische Teil schließt mit einem Zwischenfazit ab (Kapitel 1.28).

Der zweite methodische Teil der Arbeit beschäftigt sich mit Empirie aus methodologischer Sicht, in dem die auf den Forschungsgegenstand bezogenen angewandten Methoden theoretisch hergeleitet werden. Wie beschrieben ist der Gegenstand vorliegender Forschung das soziale Erleben der Pflegefachkräfte. Da dies in Interaktion mit der Managementebene geschieht, werden demzufolge sowohl pflegerische als auch Mitarbeiter¹⁰ der Managementebene befragt.

¹⁰ Studienergebnissen zufolge liegt der Anteil weiblicher Beschäftigten im Pflegesektor weiterhin bei über 80 Prozent (vgl. Bonin et al. 2015:14); daher wird zur Vermeidung jedweder Rückschlüsse auf Interviewpartner die männliche Form für Pflegefachkräfte gewählt, die selbstverständlich weibliche Beschäftigte einschließt.

Zur Reduktion der Fehleranfälligkeit werden quantitative und quantitative Methoden der empirischen Sozialforschung eingesetzt, deren Systematik theoriebasiert dargestellt wird.

Die jeweiligen Methoden folgen den unter 1.7.2 (Methodische Vorgehensweise) beschriebenen Kriterien, wobei die einzelnen Schritte des theoretischen Vorgehens durch praktische Beispiele untermauert werden.

Der dritte Ergebnisteil legt die empirischen Befunde einzeln dar. So werden zunächst die Ergebnisse der Interviews mit jeweiligen Ankerbeispielen dargestellt und im Anschluss daran die Typologie vorgestellt. Es folgt die Analyse der Fortbildungskataloge hinsichtlich organisationspädagogischer Aspekte (Geißler) und eine Gegenüberstellung der Interviewergebnisse und der Typologie.

Im Schlussteil (Teil vier) der vorliegenden Untersuchung erfolgt ein Abgleich zwischen Theorie und Empirie sowie eine Diskussion der Ergebnisse und des Erkenntnisgewinns.

Dieser Teil schließt mit Schlussfolgerungen, einer Methodenkritik und einem Ausblick ab.

Der fünfte Empfehlungsteil beinhaltet ein Angebotsportfolio zur GF in Analogie organisationspädagogischer Komponenten (in Kurz- und Langfassung).

1.7.1 Vorgehen vorliegender Untersuchung

Zu Beginn der Forschung erfolgte eine quantitative Dokumentenanalyse zur Ermittlung bereits durchgeführter Maßnahmen und Projekte betreffend der GF im GW.

Zum Ende der Forschung werden in einer qualitativen Inhaltsanalyse die eingangs identifizierten Projekte zur GF mit organisationspädagogischen Komponenten verifiziert.

Den Mittelpunkt des theoretischen Modells bilden autopoietische Elemente der Systemtheorie Luhmanns. Denn Krankheitsbewältigung und Informationsverarbeitung sind ein schwer einschätzbarer, selbstgesteuerter Prozess und gleichen einer „Black Box“. Als Grundlage dieser Selbststeuerung dient der von Bourdieu geprägte Begriff des „kulturellen Kapitals“ und meint damit das vorschulische, in der Familie vermittelte Wissen. Diese Art des Kapitals wird für die vorliegende Forschung auf die (früh-)kindliche Vermittlung gesundheitserhaltender Maßnahmen übertragen, die zur Bildung des persönlichen Gesundheitsbegriffs beitragen.

Den Rahmen des theoretischen Modells bilden organisationspädagogische Aspekte, um die individuellen Aneignungskonzepte mit den Angebotsstrukturen der Organisation zu verknüpfen.

Zusammenfassend sollen die Forschungsergebnisse Hinweise darauf geben, welche Faktoren den Verbleib im Pflegeberuf beeinflussen; inwieweit die Implementierung gesundheitsfördernder Maßnahmen innerhalb des BGM zum Verbleib im Beruf beiträgt und welche

gesundheitsfördernden Maßnahmen Pflegekräfte benötigen, um (weiterhin) im Beruf arbeiten zu können. Darüber hinaus sind die Erkenntnisse für die (Elementar-)Pädagogik von Bedeutung, wie gezielt salutogenetische Lebensweise bereits in der (frühen) Kindheit vermittelt werden kann.

1.7.2 Methodisches Vorgehen

Die Methodik der zu bearbeitenden Thematik basiert auf einer Verknüpfung von quantitativem und qualitativem Forschungsansatz. Hinsichtlich der Kombination beider Ansätze, differenziert Schneider (vgl. Schneider 2014:16) zwischen Triangulation, die eine mehrdimensionale Sicht auf den Forschungsgegenstand ermöglicht und der Integration, die von einer umfassenden Verbindung des erkenntnistheoretischen Hintergrunds ausgeht und sich bereits in den theoretischen Grundlagen widerspiegelt. Mixed methods sei das im angelsächsischen Bereich gebräuchliche Pendant zur Triangulation und eher pragmatisch ausgerichtet (vgl. Schneider 2014:16, in: Mührel/Birgmeier (Hrsg.) 2014).

Da die vorliegende Forschung einen mehr-dimensionalen Blick auf den Forschungsgegenstand richten möchte, wird nach oben genannter Definition die Triangulation der Forschungsansätze präferiert.

Quantitatives Design:

1. Quantitative Inhaltsanalyse von Dokumenten bereits implementierter Projekte und Maßnahmen zur GF im GW (Lamnek/Mayring).
2. Typologie zu den Aspekten: Gesundheitsbegriff/GF-Kindheit/Kraft schöpfen – Gegenwart/GF-Pflegefachkräfte (Schütz).

Qualitatives Design:

3. Experteninterviews, Kombination aus problemzentriertem und episodischem Interview, (Witzel/Flick).
4. Qualitative Inhaltsanalyse von Dokumenten der Fortbildungskataloge hinsichtlich organisationspädagogischer Aspekte (Geißler).

Für die vorliegende Untersuchung eignet sich sowohl die quantitative als auch die qualitative Inhaltsanalyse von Dokumenten. Hinsichtlich der Dokumentenanalyse unterscheidet Mayring zwischen qualitativ-interpretativer Analyse als zentralem Bereich sozialwissenschaftlicher Forschung (vgl. Festinger/Katz 1966; Cicourel 1970, in: Mayring 2002:46) und der Möglichkeit des quantitativen Vorgehens (vgl. Mayring 2002:49).

Für den hiesigen Kontext und die Fragestellungen bieten sich beide Methoden an.

1.8 Theoretisches Konstrukt

Zur Beantwortung der primären Forschungsfrage, welche gesundheitsfördernden Maßnahmen Pflegefachkräfte benötigen, um weiterhin im Beruf arbeiten zu können, ist der bereits genannte Aspekt, der des sozialen Tatbestandes im Zusammenwirken individueller Handlungen in Bezug zum organisationalen Erleben, bedeutsam. Dies impliziert eine sozialwissenschaftliche Theorien-Basis, da soziale Tatbestände nicht ohne sozialwissenschaftlichen Blick auskommen.

1.9 Sozialwissenschaftliche Relevanz und Theorie-Basis, bezogen auf den Forschungsgegenstand

Zur Verknüpfung der Interaktion zwischen Individuum und Organisation (Subjekt/Objekt) gelten als sozialwissenschaftliche Theorie-Basis die Gesellschaftstheorie Bourdieus und die Symsthemtheorie Luhmanns. Hier soll kein Vergleich der Theorien erfolgen, sondern übereinstimmende Elemente beider Ansätze bilden das theoretische Fundament vorliegender Forschung. In der Synthese des theoretischen Paradigmas Luhmanns und des empirischen Blickwinkels Bourdieus liegt der Reiz, dass die Verknüpfung von Empirie und Theorie zu einem höheren Ganzen avanciert (vgl. Nassehi/Nollmann 2004:86,11; Fischer 2006:2851). Hinsichtlich der Wahl der Begriffspaare: „Habitus/Feld“ und „Umwelt/System“ sieht Fischer eine erste Konvergenz beider Theorien. Weiterer Konsens bestehe seiner Meinung nach in der in der „[...] Nichtaufeinander-Rückführbarkeit der ausschlaggebenden Größen“ (a. a. O.: 2252).

Die Kapitalsorten (Bourdieu) und die symbolisch generalisierten Kommunikationsmedien (Luhmann) seien ineinander übersetzt, jedoch nicht auseinander herleitbar. Insofern sei kein Kausalzusammenhang innerhalb der Kapitalsorten (ökonomisches; kulturelles; soziales und symbolisches Kapital) und der symbolisch generalisierten Kommunikationsmedien (Wahrheit, Geld, Liebe, Macht/Recht und Religiösität) ableitbar.

Die dritte Übereinstimmung besteht für Fischer in der Rezeption der „bürgerlichen Gesellschaft“ (vgl. a.a.O.: 2006:2854) und ist somit zutreffend für das Erleben der Pflegefachkräfte, die als Repräsentanten des Mittelstandes gelten können.

Überblick der Theorienarchitektur – Konvergenz Bourdieu/Luhmann

Soziologischer Ansatz Bourdieu	Soziologischer Ansatz Luhmann
Begriffspaar: Habitus/Feld-Theorie	Begriffspaar: Umwelt/System-Theorie
Ineinander verwoben, keine Kausalität: Kapitalsorten (ökonomisches-, kulturelles-, soziales und symbolisches Kapital)	Ineinander verwoben, keine Kausalität: symbolisch generalisierte Kommunikationsmedien (Wahrheit, Geld, Liebe, Macht/Recht, Religiösität)
Fokus: „bürgerliche Gesellschaft“	Fokus: „bürgerliche Gesellschaft“

Tabelle 1: Konvergenz bezüglich der Theorienarchitektur Bourdieu/Luhmann

(Ableitung aus: Fischer 2006:2854, modifiziert durch die Autorin), eigene Darstellung

Bedeutsame sozialwissenschafts-theoretische Aspekte für vorliegende Untersuchung:

- Kulturelles Kapital (Bourdieu)
- Kommunikationsmedien, symbolisch generalisiert (Luhmann)
- Autopoiesis (Luhmann)

Sowohl auf individueller als auf organisationaler Ebene entscheiden individuelle Selbststeuerungsprozesse darüber, wie welche Information verarbeitet wird

1.9.1 Definition Kapital und der vier Kapitalsorten (Bourdieu)

Bourdieus Kapitalsorten gehen über den von Marx geprägten Kapitalbegriff hinaus und beziehen soziale, kulturelle und symbolische Fähigkeiten und Fertigkeiten als spezielle Kapitalsorten mit ein (vgl. Biermann 2009:66).

Ganz allgemein versteht Bourdieu unter Kapital eine Anhäufung von Besitztümern, sei es in materieller oder in geistig verinnerlichter Form (vgl. Bourdieu 1992:51, in: Koob 2007:207).

Für den Soziologen Bourdieu bedeutet Kapital oder eine Kapitalsorte, „[...] *was in einem Feld zugleich als Waffe und als umkämpftes Objekt wirksam ist, das, was es seinem Besitzer erlaubt, Macht oder Einfluß auszuüben, also in einem bestimmten Feld zu existieren [...]*“ (Bourdieu/Wacquant 1996:128). Für Bourdieu ist die Verfügbarkeit von Kapital das tragende Element des jeweiligen Habitus.

Kritiker warnen vor einer Inflationierung des Kapitalbegriffs, wenn neben den Sorten ökonomisches, kulturelles, soziales und symbolisches Kapital außerdem von politischem

(Bourdieu 1998:28) und juristischem Kapital (Bourdieu 1998:109) gesprochen wird (vgl. Joas/Knöbl 2004:539, in: Koob 2007:207).¹¹ Vorliegende Arbeit verzichtet auf die Sorten politisches und juristisches Kapital (Bourdieu 1998:28,109) und bezieht lediglich ökonomisches, kulturelles, soziales und symbolisches Kapital in die Betrachtung ein. Diese sind primär bedeutsam im Kontext des Untersuchungsgegenstandes, des sozialen Erlebens und der Erfahrungen der Akteure.

1.9.1.1 Ökonomisches Kapital

Ökonomisches Kapital kennzeichnet Geld, Wertpapiere und andere direkt in finanzielle Mittel konvertierbare materielle Güter (vgl. Abel et al. 2009:196ff, in: Richter/Hurrelmann 2009:196ff). Dabei sind Tauschbeziehungen nicht ausschließlich auf ökonomisches Kapital angewiesen, sondern können auch sozialer Natur sein. Sozialbeziehungen finden in der Praxis nur auf Grundlage materieller und/oder symbolischer Tauschbeziehungen statt und schon in der Anerkennung selbst zeigt sich eine symbolische Tauschbeziehung, da sie „ein allgemeines Schuldanerkenntnis“ ohne Vertrag sei (vgl. Bourdieu 1992:63, 70, in: Koob 2007:211).

Bedeutsame Aspekte für vorliegende Untersuchung:

- Tauschbeziehungen basieren nicht ausschließlich auf ökonomischem Kapital, bzw. finanziellen Mitteln, sondern finden auch auf der Grundlage materieller/symbolischer (Tausch)-Beziehungen statt
- Anerkennung selbst charakterisiert symbolischen Tausch (Tauschbeziehung)

1.9.1.2 Kulturelles Kapital

Bourdieu entwickelt die Bezeichnung des kulturelles Kapitals (Bourdieu 1992:50ff) mithilfe des im 17. Jh. bezeugten lat. Begriffs *cultura* für Landbau und Pflege. Die beiden Nomen wurden einerseits für die Bezeichnung von Felderbau und Bodenbewirtschaftung (Bodenkultur) und andererseits für die Pflege des Körpers und des Geistes (Geisteskultur) verwendet (vgl. Wermke et al. 2001:459). Bourdieu entlehnt den lat. Begriff *cultura* und beschreibt damit eine Ebene seines Sozialkonzeptes. Auf Grundlage seiner empirischen Untersuchungen erkennt er, dass vorschulische Erziehung (sprich Erziehung in der Familie) entscheidenden Einfluss auf die Entwicklung der persönlichen Geisteskultur hat und somit zum erworbenen kulturellen Kapital wird. Innerhalb dieser Kapitalsorte differenziert er weiter

¹¹ Wie in Koob beziehen sich hiesige Ausführungen auf den Nachdruck 1992.

zwischen: inkorporiertem-, objektiviertem- und institutionalisiertem kulturellem Kapital (Bourdieu 1992:57ff).

1.9.1.3 Inkorporiertes kulturelles Kapital

Bourdieu wählt die Bezeichnung „inkorporiert“, was in der Medizin eine gängige Bezeichnung für die „synthetische Einverleibung; Aufnahme eines Stoffes in den Organismus“ ist, der nach erfolgter Untersuchung ausgeschieden wird (vgl. Pschyrembel 2007:913).

Den Aspekt der Eliminierung negiert Bourdieus Inkorporations-Begriff. Er geht davon aus, dass das familiär „einverleibte“ kulturelle Kapital zu einem untrennbaren Bestandteil der Person selbst, zum Besitz und zum Habitus wird. Neben einem gewissen Grad an Schulbildung ist der Zeitfaktor zum Erwerb des kulturellen Kapitals entscheidend, d.h. wie lange die Familie dem Kind die Notwendigkeit des beruflichen Engagements ersparen kann (vgl. Bourdieu 1992:57ff). Demzufolge ist inkorporiertes Kapital ein verinnerlichtes Kulturkapital, mit einer dauerhaft kognitiven, emotionalen, physischen und psychischen Verankerung sowie seiner sozialen, kulturellen und technischen Fertigkeiten. Dieser Besitz kann weder verschenkt noch vererbt werden, sondern muss individuell erworben werden (vgl. Abel et al. 2009:200).

Hinsichtlich der Entstehung kulturellen Kapitals (Bourdieu) sind aktuelle medizinische Parallelen erkennbar. Inzwischen belegen neurobiologische Untersuchungen, dass das im menschlichen Gehirn befindliche limbische System der Entstehungsort der Psyche und der Persönlichkeit ist und sich bereits wenige Wochen nach der Schwangerschaft ausbildet (vgl. Roth/Strüber 2012:4, in: Cierpka 2012:4ff). Hormonale Einflüsse des Gehirns der werdenden Mutter stehen über die Blutbahn, die Plazenta und die Nabelschnur mit dem Gehirn des Fötus in Verbindung und sind mitverantwortlich für die Entwicklung der Persönlichkeit (vgl. a. a. O.:4ff), die postnatal im Familiensystem weiter entwickelt werden.

Folgerichtig misst Bourdieu der vorschulischen Sozialisation als kulturelle Kapitalbildung eine evidente Bedeutung bei.

1.9.1.4 Objektiviertes kulturelles Kapital

Unter objektiviertem Kulturkapital versteht Bourdieu die Option des Erwerbs von Büchern, Wörterbüchern, technischen Hilfsmitteln wie Computer oder der Finanzierung von Nachhilfeunterricht, das durch ökonomisches Kapital verschenkt oder vererbt wird. Die Investition der kulturellen Güter folgt der Selektion des momentan gültigen Mainstreams, welche aus Problemlagen der jeweils sozialen Lebenswelt resultieren. Dabei erfolgt die Aneignung von

objektiviertem kulturellen Kapital meist in Abhängigkeit finanzieller Ressourcen (vgl. Abel et al. 2009:201).

1.9.1.5 Institutionalisiertes kulturelles Kapital

Für Bourdieu beinhaltet institutionalisiertes kulturelles Kapital sämtliche schulischen Titel, wie: Berufsabschlüsse, Bildungstitel, Bescheinigungen und zertifizierte Qualifikationen als Wertschätzung des individuell erworbenen Kulturkapitals. Dieses Kapital kann vom Besitzer im beruflichen Wettbewerb eingesetzt werden. Auch hier können ökonomische Ressourcen eine Rolle spielen, wie beispielsweise bei der Finanzierung verschiedener Bildungsinstitutionen (vgl. Abel et al. 2009:201).

Differenzierung der Formen kulturellen Kapitals im Überblick

Kulturelles Kapital	<ul style="list-style-type: none"> • Vorschulische Sozialisation (familiäre Erziehung) hat entscheidenden Einfluss auf die Entwicklung der persönlichen Geisteskultur • Erworbenes kulturelles Kapital • Differenzierung zwischen: inkorporiertem, objektiviertem- und institutionalisiertem kulturellem Kapital.
Inkorporiertes kulturelles Kapital	<ul style="list-style-type: none"> • Verinnerlichtes Kapital, mit dauerhafter Verankerung von kognitivem, emotionalem, physisch/psychischem Besitz • weder spendbar noch vererblich.
Objektiviertes kulturelles Kapital	<ul style="list-style-type: none"> • Option des Kaufs von Büchern, Wörterbüchern, technischen Hilfsmitteln (Computer), Finanzierung von Nachhilfeunterricht, durch ökonomisches Kapital, Schenkung, Vererbung • Investition erfolgt analog zum aktuellen Mainstream • Aneignung meist in Abhängigkeit finanzieller Ressourcen.
Institutionalisiertes kulturelles Kapital	<ul style="list-style-type: none"> • Schulische Titel, Berufsabschlüsse, Bildungstitel, zertifizierte Qualifikationen • Titel als Wertschätzung des persönlichen kulturellen Kapitals • Ggf. erwerbbar durch finanzielle Ressourcen.

Tabelle 2: Differenzierung der Formen kulturellen Kapitals

(Ableitung aus: Abel et al. 2009:200ff; Bourdieu 1992:57ff, modifiziert durch die Autorin), eigene Darstellung

1.9.1.6 Soziales Kapital

Soziales Kapital beinhaltet für Bourdieu immaterielle, geistige Ressourcen, die aus sozialen Beziehungen und Netzwerken resultieren (vgl. Bourdieu 1986:241ff, in: Abel et al. 2009:200).

Die Entstehung von sozialem Kapital wird determiniert durch die Einflussgrößen der Quantität des sozialen Netzwerkes und des Kapitalvolumens der Netzwerkpartner, auf das die betreffende Person Zugriff hat (vgl. Wiedemann/Meyen 2014: 225).

„Soziales Kapital wird hier als Ergebnis einer bewussten und unbewussten Investitionsstrategie gesehen, zu der zum Beispiel der Austausch von Geschenken, Dienstleistungen, Versprechen, Zeit, Aufmerksamkeit, Fürsorge und Zuwendung gehören. Dieses Konzept schließt dabei auch Verpflichtungen und Kredite ein“ (Wiedemann/Meyen 2014: 225).

Dabei sei unerheblich, ob die Netzwerkteilnehmer gegenseitigen Dank und Respekt empfinden. Denn das Netzwerk-Verhältnis könne auch durch Rechtsansprüche oder Pflichten formalisiert sein (vgl. Bourdieu 1986:252, in: a.a.O.:225). Sowohl für den Aufbau als auch für die Pflege des sozialen Netzwerkes sind Kommunikationsprozesse als Informationsvermittlung und -verarbeitung unabdingbar. Es entsteht ein soziales (Beziehungs-)Kapital, das mit Wertschätzung und gegenseitigen Verhaltenserwartungen verbunden ist (vgl. Zerfaß/Piwinger 2014:922).

In seiner Untersuchung zur Netzwerkforschung führt Petermann aus, dass (freiwilliges) Engagement nicht ausschließlich auf altruistischen Motiven beruhen muss, sondern man könne ebenso aus egoistischen Motiven oder Spaß agieren (vgl. Petermann 2014:256).

Bedeutende Aspekte für vorliegende Untersuchung bezüglich sozialem Kapital

- Sozialkapital-Entstehung durch Quantität und Qualität des sozialen Netzwerkes und Kapitalvolumen der Netzwerkpartner, auf das die betreffende Person Zugriff hat
- Soziales Kapital als Ergebnis bewusster und/oder unbewusster Investitionsstrategie: Geschenke, Versprechen, Zeit, Dienstleistungen, Aufmerksamkeit, Fürsorge, Zuwendung; ggf. Verpflichtungen und Kredite
- Gegenseitiger Dank und Respekt sowie Formalisierung durch Pflichten und/oder Rechtsansprüche

1.9.1.7 Symbolisches Kapital

Im Gegensatz zur sozialen Stellung eines Akteurs, die innerhalb der Verteilungsstrukturen und ihrer inhärent wirksamen Machtmittel der einzelnen Felder definiert wird, bildet symbolisches Kapital die wahrgenommene Form des ökonomischen-, kulturellen und sozialen Kapitals. Die als Prestige, Reputation oder Renommee empfundene Zuschreibung ist die „[...] *legitim anerkannte Form der drei vorgenannten Kapitalien* [...]“ (Bourdieu 1985:10f). Vogt resümiert, symbolisches Kapital sei das Resultat semiotischer (Zeichen, Signal) Transformation der übrigen Kapitalsorten, was sich keineswegs in der Kategorie der anderen Kapitalien reflektiere, sondern Eigendynamiken entfalte. Dabei sei der Kampf um symbolisches Kapital auch immer mit einem Kampf um Anerkennung und dem Kampf anerkannter Identitäten verbunden (vgl. Vogt 2005:123ff). Zur Wirkung von Kultur- und Sozialkapital in Form von symbolischem Kapital müssen diese zunächst in eine Zeichenebene übersetzt werden, die sich ausdrückt in „[...]*Bildung in Form von Gesprächen, Wohnungseinrichtungen und Manieren, „Beziehungen“ in Form von Partys oder Clubmitgliedschaften*“ (Vogt 2005:124). Auf diese Weise kristallisiert sich ein symbolisches System heraus, das durch den Ausdruck sinnlich faßbarer und symbolhafter objektivierter Differenzierung die wahrgenommene gesellschaftliche Dimension wiedergibt (vgl. a. a. O.:124).

Bedeutsame Aspekte für vorliegende Untersuchung bezüglich symbolischem Kapital:

- Symbolisches Kapital ist die wahrgenommene Form des ökonomischen, kulturellen und sozialen Kapitals
- Die als Prestige, Reputation oder Renommee wahrgenommene Zuschreibung ist die „[...] *legitim anerkannte Form der drei vorgenannten Kapitalien* [...]“
- Symbolisches Kapital als Ergebnis bewusst/unbewusster Investitionsstrategien, wie: Geschenke, Zeit, Versprechen, Dienstleistungen, Aufmerksamkeit, Fürsorge, Zuwendung, ggf. Verpflichtungen/Kredite
- Zur Wirkung symbolischen Kapitals ist Übersetzung in Zeichenebene erforderlich, die sich in Gesprächen, Wohnungs- und Kleidungsstil und jeweiligen Clubmitgliedschaften ausdrückt

1.9.2 Relevanz der Kapitalsorten bezogen auf GF

Nachfolgend wird dargelegt, welche Relevanz die Kapitalsorten bezogen auf die Entwicklung des Gesundheitsbegriffs und die individuelle GF hat. Zunächst werden die einzelnen Kapitalsorten mit gesundheitsfördernden Aspekten abgeglichen und im Anschluss daran unterschiedliche Definitionen von Gesundheit vorgestellt.

1.9.2.1 Ökonomisches Kapital – bezogen auf GF

Zuzahlung im Gesundheitswesen zur Arznei-, Heil- und Hilfsmittel-Versorgung sowie Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung bei Krankenhausaufenthalten, Vorsorge- und Rehabilitationsmaßnahmen, häuslicher Krankenpflege etc. (vgl. BMG 2017¹²; Hillmann 2017¹³; Simon 2001:187ff) sind zwischenzeitlich anerkannt. Das Zuzahlungssystem hat sich etabliert, gleichwohl die Trennung privater und gesetzlicher Versicherungssysteme zur Entsolidarisierung der Gesundheitsversorgung geführt hat (vgl. Beckermann 2014:280, in: Manzei/Schmiede 2014:280). Inzwischen belegen Studien soziale Ungleichheit aufgrund der Ökonomisierung im GW (vgl. Mielck/Bloomfield 2001:128ff; Schott/Kuntz 2011:159ff; Simon 2014:157, in: Manzei/Schmiede 2014; Lampert et al. 2015:153).

Die offensichtliche Konterkarierung des Subsidiaritätsprinzips wird jedoch vom Präventionsgesetz (PrävG) abgefedert, das die Krankenkassen verpflichtet, präventive und gesundheitsfördernde Leistungen für ihre Versicherten gemäß §20 SGB V zu unterstützen (vgl. GKV 2017:9).

Zur Ausdifferenzierung politischer Systeme (Schimank/Volkman 1999) sei hinzugefügt, dass jeder Euro, der für das GW aufgewendet wird, beispielsweise nicht der Bildung oder der Inneren Sicherheit zur Verfügung steht (vgl. Schöffski et al. 2002:101).

Hinsichtlich der Vergütung sprechen sich Experten für eine höhere Entlohnung der Pflegekräfte aus, da dies die Attraktivität des Berufs steigern, somit zum Verbleib im Beruf führe und aktuellen wie künftigen Personalplänen entgegenwirke (vgl. Jacobs et al. 2016: 107). Zudem rechtfertige zunehmende Akademisierung der Pflege eine höhere Gratifikation der Berufsgruppe (vgl. Hundt/van Hövell 2015:145).

¹² <https://www.bundesgesundheitsministerium.de>.

¹³ <http://www.gesundheitsberater-berlin.de>.

1.9.2.2 Kulturelles Kapital – bezogen auf GF

Bourdieu's Bezeichnung des Kulturkapitals bezieht sich auf das Kapital, das durch vorschulische Erziehung im Elternhaus erworben wird (vgl. Bourdieu 1992:50ff). Bezogen auf den Kontext GF und Entwicklung des persönlichen Gesundheitsbegriffs ist damit die vorschulische Vermittlung gesundheitsfördernder Informationen gemeint.

Entlang Bourdieu's Differenzierung zwischen inkorporiertem, objektiviertem und institutionalisiertem Kulturkapital soll diesbezüglich auch die individuelle GF betrachtet werden.

1.9.2.3 Inkorporiertes Kulturkapital – bezogen auf GF

Inkorporiertes Kapital hinsichtlich GF kennzeichnet den persönlich verankerten Besitz an Wissen um die eigene Gesundheit sowie soziale, kulturelle und medizinische Kenntnisse im Umgang mit Gesundheit und GF. Dies beinhaltet wissenschaftsbasierte Gesundheitskompetenzen, gesundheitsrelevante Wertvorstellungen und Körperschemata, Bewusstsein persönlicher und psychischer Hygiene, sowie die Gestaltung der Arzt-Patienten-Kommunikation.

Die Aneignung von inkorporiertem Kulturkapital erfolgt überwiegend unbewusst und weitgehend über milieuspezifische Sozialisationsprozesse. Dabei wird die Kapitalbildung meist über den Habitus, die jeweils vorherrschenden Verhaltensmuster, wie Ernährungsgewohnheiten, Freizeitverhalten, Wohnungseinrichtung, Sprach- und Kleidungsstil, sowie Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen, Vorsorgeuntersuchungen und Präventionsmaßnahmen gebildet. Die sportlichen Vorlieben und Urlaubsziele variieren je nach sozialer Herkunft, wie Golfclubs, Schwimmvereine, Marathonläufe, Fernreisen etc. (vgl. Abel et al. 2009, in: Richter/Hurrelmann 2009:200). Da persönliche Gesundheitskompetenzen überwiegend unbewusst über milieuspezifische Sozialisationsprozesse gebildet werden, bedarf es zur Umsetzung gesundheitsfördernder Maßnahmen einer Aufbereitung der Informationen, so dass diese auch milieuspezifisch verstanden werden können (vgl. Schaeffer et al. 2017:6-11).

1.9.2.4 Objektiviertes Kulturkapital – bezogen auf GF

Objektiviertes kulturelles Kapital drückt sich hinsichtlich der GF über die Verfügbarkeit von Nachschlagewerken, Gesundheitsratgebern, Internetzugang, Kenntnis über Fitnessrichtungen und Präventionskurse aus. Dabei beruht die Vermittlung von Internetnutzung und Recherchefähigkeit auf zuvor investiertem inkorporiertem Kapital. Dies zeigt die Korrelation zum ökonomischen Kapital, ohne die beispielsweise eine Mitgliedschaft in Sportvereinen

oder die Investition in EDV-Hilfsmittel nicht möglich wäre (vgl. Abel et al. 2009, in: Richter/Hurrelmann 2009:200).

1.9.2.5 Institutionalisiertes Kulturkapital – bezogen auf GF

Institutionen wie Gesundheitsämter mit Erwerb von Impfausweisen, oder Sportvereine, Volkshochschulkurse, Musik- oder Ballettschulen mit Vergabe von Abzeichen, können beispielhaft für institutionalisiertes Kulturkapital gelten. Abel et al. sehen in der Akkumulation von kulturellem Kapital einen komplexen Aneignungsprozess, der alle Kapitalsorten miteinander vereint und einen beachtlichen Aufwand an Zeit sowie finanzielle und soziale Unterstützung erfordert (vgl. Abel et al. 2009, in: Richter/Hurrelmann 2009:200).

1.9.2.6 Symbolisches Kapital – bezogen auf GF

Symbolisches Gesundheitskapital zeigt sich im Sinne Bourdieus, möglicherweise in ästhetischem Äußeren, dem Körper- und Allgemeinzustand, Zahnstatus, der Körperhaltung, der inneren Haltung, dem Gesichtsausdruck oder der Hautfarbe. Auch im äußeren Erscheinungsbild spiegeln sich die anderen Kapitalsorten je nach kulturellem und sozialem Status wider.

Damit symbolisches Gesundheitskapital wirken kann, muss es von Anderen wahrgenommen werden (vgl. Brunett 2009:96; Abel 2009:200) und primär erfolgt die Wahrnehmung über den Körper. Leidenfrost weist daraufhin, dass „*Die Art und Weise, wie Führungskräfte mit ihrem eigenen Körper umgehen, [...]*“, oftmals der Weise entspricht, wie sie alltäglichen Anforderungen begegnen und ihre individuellen Ressourcen einsetzen (vgl. Leidenfrost 2006:367). Stellvertretend für Gesundheitskapital spricht Seligman von positiver Gesundheit, als Resultat einer salutogenetischen¹⁴ Lebensweise (vgl. Seligman 2008:3ff; Weniger 2013:192).

Demgegenüber rekuriert Brunett, dass der Abbau von Sozialleistungen, die Furcht um den Verlust des Arbeitsplatzes und somit möglicher Abbau ökonomischen Kapitals, mit der permanenten Sorge um Rückgang des symbolischen Kapitals einhergeht (vgl. Brunett 2009 :71). Inzwischen ist hinreichend belegt, dass der Gesundheitszustand vom sozioökonomischen Status¹⁵ beeinflusst wird (vgl. Mielck/Bloomfield 2001:128ff; Schott/Kuntz 2011:159ff; Lampert et al. 2015:153). Bezogen auf symbolisches Gesundheitskapital bedeutet dies, dass eine salutogenetische Lebensweise in Relation zu der Verfügbarkeit und Nutzung

¹⁴ Definition Salutogenese, vgl. Glossar: BGM (Empfehlungsteil).

¹⁵ Während der Begriff sozialer Status die Position kennzeichnet, die eine Person innerhalb der gesellschaftlichen Rangordnung einnimmt, bezeichnet der sozioökonomische Status eine Bündelung an Merkmalen, wie: Beruf, Einkommen, Bildungsniveau (vgl. Ditton/Maaz 2011:193).

individueller Ressourcen steht (vgl. Faltermaier 2017) und vom ökonomischen Status determiniert werden kann.

1.9.2.7 Soziales Kapital – bezogen auf GF

Soziales Kapital beinhaltet für Bourdieu immaterielle, geistige Ressourcen, die aus sozialen Beziehungen und Netzwerken resultieren (vgl. Bourdieu 1986:241ff, in: Abel et al. 2009:200). Demzufolge fördert sozialer Austausch in Gesundheits-Netzwerken die Bildung von Gesundheitskapital, da die Wirkung einer gleichwertigen Gruppe den gemeinsamen Korbsgeist stärkt (vgl. Jurt 2012:30, in: Bergman et al. 2012). Allerdings sieht sich die Dynamik symbolischer Gesundheits-Reproduktion, angesichts verschärfter Arbeitsbedingungen sowie der Anpassung von symbolischer Gesundheit in ökonomisches Kapital, ständig in ihrem Wert bedroht (vgl. Brunett 2009:102ff). *„Ebenso wie ein Subjekt in den verschiedenen Segmenten der postfordischen Akkumulation auf je unterschiedliche Weise angepasst und umgestaltet werden muss, also ein flexibles Wertschöpfungspotential bietet [...]“*, müssen Angehörige (vorrangig der sozialen Mittelklasse) in allen Gesellschaftsreichen permant ihr erworbenes Kapital aktualisieren und in ihr *„[...] psychisch-soziales Kapital Gesundheit investieren, damit sie nicht ihre Positionierung im sozialen Gefüge verlieren“* (Bröckling 2007:11ff; Rosa 2006:82-104, in: Brunett 2009:102ff).

Sozialkapital kann hier bei genannter Entsolidarisierungsgefahr antagonistisch wirken. Daher sprechen sich Badura et al. für eine stärkere Beachtung der Effekte von Sozialkapital in einer Organisation aus und werben für die Aufwertung der Personalarbeit durch Implementierung eines leistungsfähigen BGM (vgl. Badura et al. 2013:8ff).

„Die Entwicklung von Kultur in Form gemeinsamer Werte, Überzeugungen und Verhaltensregeln ist die Grundvoraussetzung stabiler Gruppenbildung. Sozialkapital hat seine kulturellen Wurzeln in der überlebensnotwendigen Selbstorganisation steinzeitlicher Urgesellschaften“ (a. a. O.:2).

Folglich kann BGF als Kompressionskraft¹⁶ wirken. Aufgrund variierender Belastungen der unterschiedlichen Berufsgruppen, befürworten die Autoren des Fehlzeitenreports 2015 die Implementierung einer adressatengerechten GF innerhalb des BGM (vgl. Badura et al. 2015). Wie erwähnt, erschwert der synonyme Gebrauch gesundheitsrelevanter Begriffe den Einsatz gesundheitsfördernder Maßnahmen (vgl. Böhme/ Nittel 2012:3; Blättner 2010:135, in: Arnold

¹⁶ Für den hiesigen Kontext wird unter „Kompression“ die Verdichtung eines seelischen Vorgangs verstanden, mit dem die Intensitäten einzelner Vorstellungen, Erinnerungen und Gedanken zu einer einzigen Vorstellung verschmelzen (vgl. Stangl 2017, in: <http://lexikon.stangl.eu/1565/kompression-verdichtung>).

et al. 2010), wozu ein entsprechendes Glossar hilfreich sein kann (vgl. Glossar BGM, Empfehlungsteil).

1.9.3 Kapitalsorten als Gesundheitskapital-Faktoren

Entsprechend seiner Kapitaltermini versteht Bourdieu die Bildung von Kapital als akkumulierte Arbeit (vgl. Bourdieu 1997; 1983).

Nach Einordnung der Kapitalsorten können diese bezogen auf GF anstelle einer Akkumulation auch als übergeordnete Kategorien bezeichnet werden, die grundlegend zur Förderung von Gesundheit wirksam sind. In Übereinstimmung mit Seligman, der Gesundheitskapital (positive Gesundheit) als Resultat salutogenetischer Lebensweise betrachtet (vgl. Seligman 2008:3ff; Weniger 2013:192), sind die Kapitalsorten im nachfolgenden Modell in einem „Gesundheitskapital- Faktoren-Modell“ eingebettet.

Grundsätzlich kann angenommen werden, dass GF umso erfolgreicher ist, wenn möglichst viele, bestenfalls alle, Gesundheitskapital-Faktoren einbezogen werden.

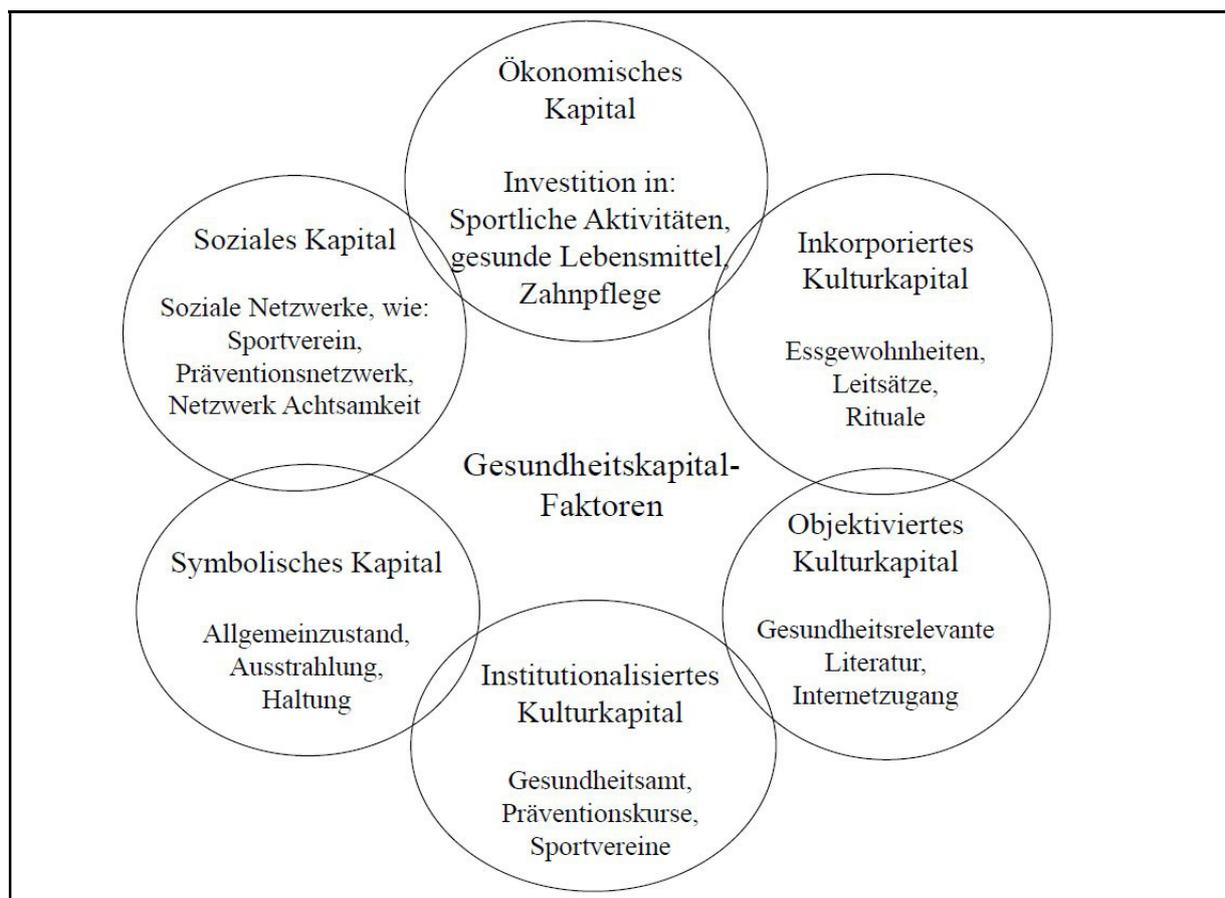


Abbildung 4: Gesundheitskapital-Faktoren-Modell

(Ableitung aus: Abel et al. 2009:200ff, in: Richter/Hurrelmann 2009), eigene Darstellung

Analog zu Bourdieus Kapitalterminus ist die Bildung von gesundheitlichem Kapital ein komplexer Aneignungsprozess, in dem alle Kapitalsorten miteinander verwoben sind und Zeit sowie soziale und finanzielle Ressourcen erfordert (vgl. Abel et al. 2009, in Richter/Hurrelmann 2009:200). Daher erhält vorschulische Vermittlung gesundheitsrelevanter Informationen besondere Bedeutung und günstigenfalls resultiert die frühe Aneignung von Gesundheitskompetenzen in symbolischem Gesundheitskapital und einer wahrnehmbar salutogenetischen Haltung (vgl. Perren-Klingler 2015:48). Das verdeutlicht noch einmal die Relevanz des Begriffs *cultura*, der für die Bewirtschaftung des Bodens (Bodenkultur) und für die Pflege von Körper und Geist (Geisteskultur) verwendet wurde (vgl. Wermke et al. 2001:459). Folglich kann vorschulisch erworbene Gesundheitskultur mithilfe von Gesundheitskapital-Faktoren das Fundament einer persönlichen GF bilden.

Da ein Aspekt vorliegender Untersuchung die GF in der Kindheit fokussiert, bildet kulturelles Kapital (insbesondere inkorporiertes Kulturkapital) die elementare Grundlage vorliegender Forschung (vgl. Kapitel 1.24).

1.10 Relevanz der Autopoiesis für die vorliegende Untersuchung

Ein weiteres Element des sozialwissenschaftlichen Theorien-Konstruktes stellt Luhmanns Umwelt/System Theorie, konkret die autopoietische Vorgehensweise, dar. Für Luhmann ist kein System ohne Umwelt existent, da ohne Umwelt jedes System zerfallen würde oder gar nicht zustande käme. Weiter spricht er vom Paradoxum, das System selbst sei die Differenz zwischen System und Umwelt und die Unterscheidung sei eine Grenze des Markierens von Differenzen (vgl. Luhmann 2002:66;74). Diese Differenzierungen basieren auf Beobachtungen intern codegeführter Operationen und markieren somit den Übergang autopoietischer Systeme (vgl. Krause 2001:220; Luhmann 2008:58).

1.10.1 Definition Autopoiesis (Luhmann)

Luhmann bezeichnet Systeme als autopoietisch, wenn die „[...] *Elemente aus denen sie bestehen, durch die Elemente, aus denen sie bestehen, selbst produzieren und reproduzieren*“ (Luhmann 2008:56). Damit zieht er Parallelen zur biologischen Theorie (Maturana 1974) und rückt die Zirkularität der Reproduktion von Leben ins Zentrum erkenntnistheoretischer Interessen (vgl. Luhmann 2002:64).

Die Deutung der Autopoiesis eines Systems gründet auf einer besonderen System-Umwelt-Beziehung: „*Ein System erzeugt mit seiner Selbsterzeugung seine Umwelt und seinen*

Umweltkontakt durch Selbstkontakt, sichert in der Form nicht grenzüberschreitender kognitiver Offenheit seine operative Geschlossenheit [...]“ (Krause 2001:220).

Kennzeichen von Autopoiesis:

- Selbstreferentialität, durch interne Steuerung eigener Zustände,
- operative Geschlossenheit, durch Wahrnehmung eigener Zustandsveränderungen,
- strukturelle Kopplung zur Umwelt, durch Auswahl der Außenkontakte durch das System selbst (vgl. Stangl 2017¹⁷).

Selbststeuerung definiert Luhmann als Reflexionsinstrument eines Systems und schreibt dem Instrument dynamische Stabilität zu, weil sie zum Systemerhalt gegenüber Umweltbedingungen erforderlich ist (vgl. Luhmann 2008:57). Wie beschrieben geschieht dies analog zu System immanenter Codierung (vgl. Krause 2001:220). Den internen Codierungsprozess bezeichnet Luhmann als Selbstsozialisation, als Ergebnis individueller Systemgeschichte, „ [...] *die nicht zuletzt etwas mit dem kulturellen Angebot zu tun hat, Konformität oder Abweichung zu aktualisieren“ (Luhmann 2002:137).*

1.10.2 Bedeutsamkeit des Kommunikationsbegriffs (Luhmann)

Zum Aufbau und zur Pflege von sozialem (Beziehungs-)Kapital sind Kommunikationsprozesse als Informationsvermittlung- und -verarbeitung unabdingbar (vgl. Zerfaß/Piwinger 2014:922), was durchaus durch Spaß motiviert sein kann (vgl. Petermann 2014:256).

Luhmann spricht in diesem Zusammenhang eher von Unterhaltung (vgl. Lieb 2001:48) und setzt voraus, dass Kopplungen psychischer und sozialer Systeme durch entsprechende Angebote auf Sinngebung hinauslaufen (vgl. Wunsch 2006:20).

Luhmann erklärt symbolisch generalisierte Kommunikationsmedien anhand eines Bezugsproblems. Für ihn basiert die Ausdifferenzierung bestimmter kommunikativer (Un-)wahrscheinlichkeiten auf einem Zurechnungsproblem und meint damit, dass individuelle Ausdifferenzierungen die selektive Verknüpfung von Erleben und Handeln symbolisieren. Symbolisch generalisierte Kommunikationsmedien beziehen sich hierbei nicht auf direkte Umwelt/Personenänderungen, wie beispielsweise Technologie, Erziehung oder Krankenbehandlung, sondern auf kommunikative Selektionsprozesse, die über die (Kommunikations-)Medien: Wahrheit, Geld, Liebe, Macht/Recht, Religiösität und Kunst übertragen werden (vgl. Luhmann 1997:320; Krause 2001:155-156, 181).

¹⁷ <http://lexikon.stangl.eu/2312/autopoiese>.

Bedeutame Aspekte für die vorliegende Untersuchung bezüglich symbolisch generalisierten**Kommunikationsmedien:**

- Kopplungen psychischer und sozialer Systeme durch (Medien-)angebote laufen auf Sinngebungen hinaus
- Symbolisch generalisierte Kommunikationsmedien beziehen sich auf individuelle Ausdifferenzierungen selektiver Verknüpfung von Erleben und Handeln
- Selektionen erfolgen über die (Kommunikations-)Medien: Wahrheit, Geld, Liebe, Macht/Recht, Religiösität

1.10.3 Autopoiesis des Bewußtseins

Den oben genannten Aspekt der Autopoiesis überträgt Luhmann ebenso auf das individuelle Bewußtsein, was er als Selbsttransformation bezeichnet (vgl. a. a. O.:56). Auch hier ist Beobachtung eine zwingende Voraussetzung zur Entwicklung von Leitdifferenzen, wie: System/Umwelt-Differenz, bewußt/unbewußt, konform/abweichend, hinsichtlich der Erwartungen des Beobachters, Leistungskriterien oder Gesundheitsstandards. *„In jedem Fall nimmt der Beobachter das andere Bewußtsein als black box und füllt diese Intransparenz mit der Vermutung, daß alles nicht Beobachtete so ähnlich ablaufe wie bei ihm selbst“* (Luhmann 2008:58).

Die Selbststeuerung des Bewußtseins ist für Luhmann durch die Fortführung von Gedanken gegeben, wobei die Dimension Klarheit selbst reguliert und kontrolliert wird und je nach Gedankenzug variiert. Gedankenereignisse erzeugen und reproduzieren sich selbst und diese Transformation nennt Luhmann Operation. Bezogen auf das Bewusstsein bedeutet der Begriff der Autopoiesis, dass das System, im hiesigen Kontext das Bewußtseinssystem, aus den Operationen besteht, die es selbst produziert (vgl. Luhmann 2008:60).

Beobachterperspektive als entscheidende Größe im Unterscheidungsprozess

Innerhalb des rekursiven Verhältnisses der Gedankenproduktion ist für Luhmann die Beobachtungsperspektive von entscheidender Relevanz. In der Unterscheidung von Gedanke und Beobachtung produziert das Bewußtsein neue Gedanken, indem es zurückblickt. *„Es operiert gleichsam mit dem Rücken zur Zukunft, nicht proflexiv, sondern reflexiv“* (a. a. O.:62). Dabei bewegt sich das Bewußtsein erfahrungsbasiert und erinnert sich in gegenwärtigen Situationen an bereits vergangene Sozialisationsprozesse mit abgespeicherten Zielen und Erwartungen. Es operiert nicht antizepativ (vorwegnehmend), sondern rekursiv

(selbstbezogen) und identifiziert im Rückblick abgespeicherte Zukunftserwartungen (vgl. a. a. O.:62). Die Autopoiesis des eigenen Bewusstseins operiert auf Grundlage der persönlichen Systemgeschichte, die das kulturelle Angebot einschließt und durch die sie strukturiert wurde (vgl. Luhmann 2002:137).

Um mit Blick auf die Vergangenheit in gegenwärtigen Situationen anschluss- und handlungsfähig zu bleiben, bedarf es einer weiteren Bewusstseins-Operation. Zur Bewältigung dieser Aufgabe bedient sich das Bewusstsein des Wiedereintritts: „Reentry“ des Systems in sich selbst oder es „[...] *kopiert sich in sich selbst hinein*“ (a. a. O.:82).

Da Vertrauen Komplexität reduziert, können solch komplexe Bewusstseins-Operationen durch Selbstvertrauen unterstützt werden (vgl. Luhmann 2000:31). Denn für Luhmann bedeutet Vertrauen im weitesten Sinn Zutrauen zu den eigenen Erwartungen, was für ihn zum elementaren Tatbestand des sozialen Lebens gehört. Demzufolge ist Vertrauen in der Gegenwart bedeutsam, damit bedeutsame Dinge in der Zukunft geschehen können (vgl. Luhmann 2000:1, 9).

1.10.4 Autopoiesis – bezogen auf GF

Für Luhmann bilden sich Selbstsozialisationsprozesse aufgrund einer „[...] *Strukturierung des eigenen Bewußtseins, des eigenen Gedächtnisses und der eigenen Präferenzen* [...]“ als Ergebnis der individuellen Systemgeschichte, was letztendlich auf dem kulturellen Angebot basiert und welche Erfahrungen gemacht wurden (vgl. Luhmann 2002:137). Diese Erfahrungen markieren Individualität, die sich wiederum aus der Sinnfrage speisen (vgl. Kapitel 1.10.2). Bezogen auf GF bedeutet dies, dass sich das Bewußtsein in Situationen, in denen die eigene Gesundheit gefährdet sein könnte, an Erfahrungen und vergangene Sozialisationsprozesse mit abgespeicherten gesundheitlichen Zielen und Erwartungen orientiert (vgl. Luhmann 2008:62). Auch hinsichtlich des Einsatzes gesundheitsfördernder Maßnahmen operiert das Bewusstsein primär nicht antizipativ (vorwegnehmend), sondern rekursiv (selbstbezogen) und identifiziert im Rückblick auf die eigene Systemgeschichte abgespeicherte gesundheitsrelevante Zukunfts-erwartungen (vgl. a. a. O.:62). Dieser Aspekt ist von immenser Bedeutung, wenn hinsichtlich gesellschaftlicher Erwartungshaltung(en) an den antizipativen „Erhalt der Gesundheit“ (Salutogenese) appelliert wird. Analog des autopoietisch operierenden Bewusstseins werden demzufolge gesundheitsfördernde Maßnahmen in entsprechenden Situationen eher rekursiv und rückblickend aufgrund erfahrungsbasierter Sozialisation eingesetzt. Luhmanns Interpretation korreliert mit der Aussage Leidenfrosts, die darauf hinweist, dass Führungskräfte entsprechend ihrer

individuellen Ressourcen ihren alltäglichen Anforderungen begegnen (vgl. Leidenfrost 2006:367).

1.11 Organisationspädagogischer Rahmen des Theorien-Konstrukts

Letzt genannte Systematik der Autopoiesis und selbstgesteuerter Operationsweise lässt sich ebenfalls auf soziale Systeme wie Organisationen übertragen. Geißler sieht für Organisationen große Chancen im evolutions- und systemtheroretischen Ansatz, da es auch hier um die Bedingungen des Überlebens der Organisation in einer feindlichen Umwelt geht (vgl. Geißler 2000: 39). Seine Aussage korreliert mit Luhmanns Interpretation der Autopoiesis als Reflexionsinstrument eines Systems, dem er eine dynamische Stabilität zuschreibt, weil Selbststeuerung zum Systemerhalt gegenüber Umweltbedrohungen erforderlich ist (vgl. Luhmann 2008:57).

Folglich besteht Erkenntnisinteresse, welche organisationspädagogischen Ansätze zur Berücksichtigung der Interessen der pflegerischen Mitarbeiter (Subjekt) und den Anforderungen, die an die Organisation (Objekt) gestellt werden, herangezogen werden können. Nur in systemischer Betrachtung von Subjekt und Organisation kann der Einsatz gesundheitsfördernder Maßnahmen gezielt im Rahmen des BGM implementiert und gesteuert werden.

Auch im organisationspädagogischen Kontext spielt Beobachtung eine relevante Rolle. Bevor die Beobachtungsrolle organisationspädagogisch definiert wird, soll zunächst geklärt werden, was unter einer Organisation und Organisationspädagogik zu verstehen ist.

1.11.1 Begriffliche Abgrenzung Organisation und Organisationspädagogik

Organisationen sind grenzensetzende Gemeinschaften, die trotz unterschiedlicher Organisationstypen, wie beispielsweise Produktionsbetriebe oder Organisationen des Gesundheitssystems wie Kliniken oder Krankenkassen, alle Erscheinungen sind, die in psychischen, sozialen und physischen Kontexten operieren. Diese Kontexte haben eine Grenze, die zeigt, welche psychischen, sozialen und materiellen Phänomene zu einer Organisation gehören und welche nicht (vgl. Geißler 2000:17). Dabei sind diese Grenzen nicht genuin vorhanden, sondern müssen von der Organisation selbst entwickelt und verteidigt werden.

Demzufolge sind Organisationen: „[...] *grenzensetzende Gemeinschaften, sie definieren sich durch ihre Grenzen, die jeweils eine doppelte Funktion haben, nämlich ein- und auszugrenzen, d. h. zu definieren, was zur Organisation gehört und was nicht*“ (Geißler 2000:17).

Diese Zugehörigkeits-Modi kristallisierten sich in einer Fachtagung zum Beziehungserleben einer Lernorganisation als Leitdifferenzen „inner circle“ und „Fremdheit“ heraus. Schlussfolgernd spricht sich Behrenberg für die Entwicklung von identitätsstiftenden und zugehörigkeitsfördernden Leitdifferenzen in Krankenhäusern, Behindertenheimen und/oder der Produktion aus (vgl. Behrenberg 2010:247).

Organisationspädagogik wird in Abgrenzung zur Betriebspädagogik (Arnold 1990), die das Individuum als Mitglied einer kollektiven Gemeinschaft und deren individualpädagogische Lernprozesse in den Mittelpunkt stellt, als Weiterführung betrieblicher Pädagogik betrachtet (vgl. Arnold/Kilian 2010:7ff). Für Geißler sollen sich Organisationen nicht ausschließlich mit Lernen in der Organisation befassen,

*„[...] sondern darüber hinaus auch klären, was es heisst, **für** die Organisation zu lernen, indem an die Erkenntnis der Verhaltenswissenschaftlichen Entscheidungstheorie [...] angeknüpft wird, daß in Organisationen nicht nur die individuelle Rationalität des einzelnen, sondern vor allem die Systemrationalität zählt“* (Geißler 2000:48, Hervorhebung durch die Autorin).

1.11.2 Bedeutsamkeit der Beobachterrolle für die vorliegende Untersuchung

Die Beobachtungsrolle analog der System-Umwelt-Theorie (Luhmann) nimmt eine zentrale Stellung ein, da jeder Anfang auf einer Differenz beruht und die Entwicklung von Leitdifferenzen Beobachtung erfordert (vgl. Krause 2001:117). Leitdifferenzen sind Kodierungen, die analog zur beschriebenen Autopoiesis auf internen Selbststeuerungsmechanismen beruhen und zur Komplexitätsreduktion unverzichtbar sind. Die bewusst oder unbewusst vorgenommene Unterscheidung gründet ebenfalls auf der individuellen Systemgeschichte des jeweiligen Systems und drückt sich meist in Kodierungen (binären Codes), wie: interessant/uninteressant, wichtig/unwichtig aus.

Dabei sei es im analytisch-systemtheoretischen Kontext dem externen Beobachter selbst überlassen, was er als System und was als Umwelt betrachtet (vgl. Luhmann 2002: 60). In diesem Zusammenhang weist Moser auf die von Foerster beschriebene Historizität (Foerster 1993, 1994b) nicht-trivialer Maschinen und deren ständige Selbstveränderung eigener innerer Strukturen hin. Er rät, hinsichtlich der klassifikatorischen Bestimmung sozialer Grenz-

bildungsprozesse bei Festlegung der jeweiligen Codes deren temporären Charakter nicht unberücksichtigt zu lassen (vgl. Hejl/Rusch 1999:163ff, in: Moser 2001:53ff;2003:7).

Für Luhmann haftet jeder Beobachtung das Makel des „blinden Fleckes“ an und er empfiehlt daher, genügend Raffinesse zu besitzen, um zu wissen, was mit „[...] *welchen Unterscheidungen und mit welchen Blindheitsbedingungen hinter unserem Rücken [...]*“ beobachtet werden soll (vgl. Luhmann 2002:160). Folglich ist aus systemtheoretischer Sicht Beobachtung für Außenstehende ein intransparenter Prozess.

Beobachtungen analog zu der Feld-Habitus-Theorie (Bourdieu) zeigen, das soziales und situatives Verhalten oder Handeln einzelner Personen austauschbar ist. Experten zufolge, wird Habitus weniger als individuelle Eigenschaft, sondern eher als eine Verhaltensweise verstanden, die je nach sozialem Kontext sichtbar wird oder nicht (vgl. Korte/Schäfers 2000:71). Somit ist Beobachtung auch aus gesellschaftstheoretischer Perspektive nach außen intransparent.

Aus organisationspädagogischer Sicht kann Beobachtung keine klare Zuweisung von Subjekt/ Organisation treffen. Denn die Subjekte (die Mitglieder einer Organisation) haben selbst in Diskussionen und gemeinsamen Lernprozessen zu klären, wie sie sich organisieren und als Organisation begründen möchten (vgl. Geißler 2000:17) und sind damit nach außen intransparent.

Intransparenz

Sowohl die System/Umwelt-Theorie, als auch die Feld/Habitus-Theorie und organisationspädagogische Perspektive begründen, dass der Beobachter innerhalb des Beobachtungsprozesses das andere Bewußtsein als black box wahrnimmt. Wie vorgenannt, geht der Beobachter davon aus, dass alles nicht Beobachtete „[...] *so ähnlich ablaufe wie bei ihm selbst*“ (Luhmann 2008:58; vgl. Kapitel 1.10.3, Autopoiesis des Bewußtseins)

1.11.3 Übereinstimmungen hinsichtlich symbolisch generalisierter

Kommunikationsmedien (Luhmann) und Gemeinschaftskomponenten (Geißler)

Geißler erweitert die sechs Kommunikationscodes Luhmanns: Wahrheit, Geld, Liebe, Macht/ Recht, Religiösität um zwei weitere Codes: Leistung und Auseinandersetzung/Kampf (vgl. Geißler 2000:18-21). Die Codes bildet Geißler entlang der Logik der Gemeinschaftstypen, die er primär auf die Ausgangsmodelle Familie und Macht (Beck/Brater/Daheim 1980) stützt.

Auch Arbeitsgemeinschaften sind Gemeinschaften und Geißler stellt die Ausgangsmodelle den Gemeinschaftstypen: Arbeits-, Ordnungs-, Tausch-, Sympathie-, Erlebnis-, Erkundungs-, Kampf- und Wertegemeinschaft zur Seite und entwickelt somit acht Gemeinschaftstypen.

Diese acht Komponenten (Kommunikationscodes) stellt Geißler den sechs Luhmannschen generalisierten Kommunikationsmedien gegenüber, wobei er den Codes „Leistung“ und „Kampf/Auseinandersetzung“ kein Kommunikationsmedium zuordnet (vgl. a. a. O.:18-19).

Kommunikationscodes (Geißler) und Kommunikationsmedien (Luhmann)

Kommunikationscodes (Geißler)	Symbolisch generalisierte Kommunikationsmedien (Luhmann)
Leistung	*
Spiel / Spaß / Ästhetik	Kunst
Ordnung	Macht/Recht
Kritik	Wahrheit
Tausch	Eigentum/Geld
Sympathie / Fürsorglichkeit	Liebe
Kampf / Auseinandersetzung	*
Übergeordnete Werte	Religiösität/ Grundwerte

Tabelle 3: Gegenüberstellung der Kommunikationscodes (Geißler) und symbolisch generalisierten Kommunikationsmedien (Luhmann)

(Ableitung aus: Geißler 2000:20), eigene Darstellung

Geißlers Frage nach ein- und ausgrenzenden Faktoren von Gemeinschaften führt zur Identifizierung der acht konstitutiven Komponenten: Arbeits-, Ordnungs-, Tausch-, Sympathie-, Erlebnis-, Erkundungs-, Kampf- und Wertegemeinschaft. Er entwickelt einen Komponenten-Cube und positioniert die Komponenten zur Visualisierung in den acht Ecken eines Cubes.

Die Komponenten-Anordnung auf dem Würfel verdeutlicht, dass die Komponenten nicht isoliert, sondern in einem Beziehungsgeflecht ineinander verwoben sind (vgl. Geißler 2000:18-19). Während die obere Würfelfläche mit den Komponenten Arbeit, Ordnung, Tausch, Kampf fundamental für Zweckrationalität steht, wird Werterationalität durch die Komponenten übergeordnete Werte-Sympathie-Ästhetik-Kritik konkretisiert (vgl. Grill 2008:152).

Acht konstitutive Komponenten von Gemeinschaften (Geißler)

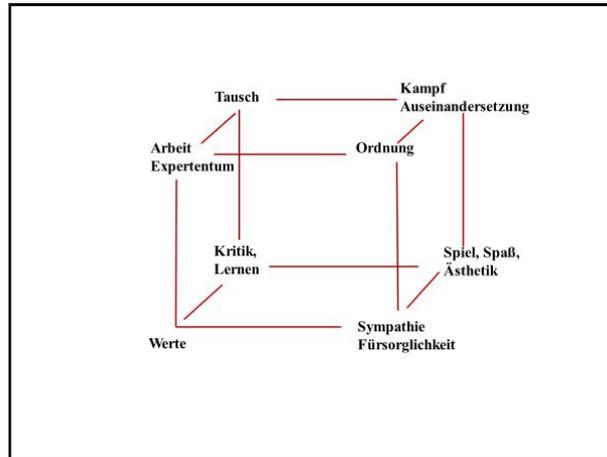


Abbildung 5: Acht konstitutive Komponenten von Gemeinschaften
(Geißler 2000:21)

1.11.4 Reflexion der Kommunikationscodes (Geißler), symbolisch generalisierter Kommunikationsmedien (Luhmann) in Kapitalsorten (Bourdieu)

Nachfolgende Gegenüberstellung lässt Übereinstimmungen zwischen Geißlers Kommunikationscodes, Luhmanns symbolisch generalisierten Kommunikationsmedien und Bourdieus Kapitalarten erkennen.

Erklärt man den mit Stern (*) gekennzeichneten Kommunikationscode „Leistung“ anhand des Bezugsproblems „Sinnggebung“, kann die Leerstelle mit Liebe/Anerkennung gefüllt werden. Gleichermäßen lässt sich Geißlers Auslassung zum Code „Kampf/Auseinandersetzung“ auf die Medien „Macht“ und „Geld“ übertragen (vgl. Luhmann 1997:320; Krause 2001:155-156, 181; Geißler 2000:20).

Kommunikationscodes (Geißler)	Symbolisch generalisierte Kommunikationsmedien (Luhmann)	Kapitalsorten (Bourdieu)
* Leistung	* Liebe/Anerkennung/ Sinnggebung	Anerkennung ; inkorporiertes Kulturkapital; Ökonomisches Kapital; Symbolisches Kapital
Spiel / Spaß / Ästhetik	Kunst	Inkorporiertes, verinnerlichtes Kulturkapital

Ordnung	Macht/Recht	Institutionalisiertes Kulturkapital; Symbolisches Kapital: Kampf um (anerkannte) Identitäten
Kritik	Wahrheit	Soziales Kapital
Tausch	Eigentum/Geld	Ökonomisches Kapital; Sozialbeziehungen als Tausch; Objektiviertes Kulturkapital
Sympathie / Fürsorglichkeit	Liebe	Inkorporiertes Kulturkapital; Sozialbeziehungen als Tausch
* Kampf / Auseinandersetzung	* Macht/Geld	Kapital als Waffe; Symbolisches Kapital: Kampf um Anerkennung
Übergeordnete Werte	Religiösität/Grundwerte	Anerkennung , symbolische Tauschbeziehung; Symbolisches Kapital: Kampf um Anerkennung

Tabelle 4: Spiegelung der Kommunikationscodes (Geißler) und symbolisch generalisierten Kommu-nikationsmedien (Luhmann) in Kapitalarten (Bourdieu)

(Ableitung aus: Abel et al. 2009:200ff, in: Richter/Hurrelmann; Bourdieu 1992:57ff, Geißler 2000:20;

* modifiziert durch die Autorin), eigene Darstellung

Somit fügt Organisationspädagogik für die vorliegende Untersuchung der **sozialwissen-schaftlichen** Sicht die **erziehungswissenschaftliche** Perspektive hinzu.

Unten aufgeführte Übersicht verknüpft abschließend organisationspädagogische Aspekte mit der von Fischer skizzierten Theorienarchitektur Bourdieus/Luhmanns sowie der Ergänzung des Phänomens der Autopoiesis.

Soziologischer Ansatz (Bourdieu)	Soziologischer Ansatz (Luhmann)	Organisationspädagogischer Ansatz (Geißler)
Differenzschema: Habitus/Feld	Differenzschema: Umwelt/System	Differenzschema: Subjekt/Organisation
Ineinander verwoben, keine Kausalität, die Kapitalsorten: ökonomisches, kulturelles, soziales und symbolisches Kapital	Ineinander verwoben, keine Kausalität, die symbolisch generalisierte Kommunikationsmedien: Wahrheit, Geld, Liebe, Macht/ Recht, Religiösität	Ineinander verwoben, keine Kausalität, acht konstitutive Gemeinschafts- Komponenten: Leistung; Spiel/Spaß/Ästhetik; Kritik; Ordnung; Tausch; Sympathie/Fürsorglichkeit; Auseinandersetzung/Kampf; übergeordnete Werte und Normen
Fokus: „Bürgerliche Gesellschaft“	Fokus: „Bürgerliche Gesellschaft“	Fokus: „Lernende Organisation“ mit Interesse an Beteiligten und Betroffenen (schließt bürgerliche Gesellschaft ein)
Autopoiesis: Basierend auf kulturellem Kapital	Autopoiesis: Basierend auf individueller Systemgeschichte	Autopoiesis: Basierend auf Reflexionen und Deutungsmustern
Differenzschema: Habitus/Feld	Differenzschema: System/Umwelt	Differenzschema: Subjekt/Organisation

Tabelle 5: Konvergenz hinsichtlich der Theorienarchitektur Bourdieu/Luhmann i. V. m. organisationspädagogischen Aspekten

(Ableitung aus: Fischer 2006:2854; Geißler 2000:17ff, modifiziert durch die Autorin), eigene Darstellung

Die Übersicht zeigt Kongruenz aller drei Positionen hinsichtlich der Wahl der Begriffspaare, der Komplementarität der Theorien-Elemente sowie des Fokus auf Betroffene und Beteiligte.

1.12 Kulturelles Kapital – Systemgeschichte – Autopoiesis

Fischers erarbeitete Theorienarchitektur (vgl. Fischer 2006:2854) mit ergänzten Aspekten der Autopoiesis in Verbindung individueller Systemgeschichte verdient an dieser Stelle noch einmal besondere Betrachtung. Wie ausführlich dargelegt, beruhen interne Codierung-

prozesse auf verinnerlichtem inkorporiertem kulturellem Kapital (Bourdieu), der persönlichen Systemgeschichte (Luhmann) oder der individuellen Deutungsmuster (Geißler).

Inkorporiertes Kapital, Systemgeschichten und Deutungsmuster gründen gleichermaßen auf dem kulturellen Angebot „[...] *Konformität oder Abweichung zu aktualisieren*“ (Luhmann 2002:137).

1.12.1 Deutungsmuster und persönliche Biografie oder Systemgeschichte

Deutungsmuster sind sozusagen kontinuierliche und gewissermaßen stereotype Haltungen und Übersetzungen von Mitgliedern einer sozialen Gruppe, „[...] *die diese zu ihren alltäglichen Handlungs- und Interaktionsbereichen lebensgeschichtlich entwickelt haben*“ (Arnold 1983:894). Diese Deutungsmuster sind interne, eher latente Strukturen, die in bestimmten Situationen und Beziehungen sichtbar werden und bilden einen Orientierungs- und Rechtfertigungsrahmen, der zur Aufrechterhaltung der Identität und Handlungsfähigkeit des Individuums wesentlich ist (a. a. O:894).

Anders formuliert gründen die Bezeichnungen: Kulturelles Kapital, Systemgeschichte und Deutungsmuster ausnahmslos auf der persönlichen Biografie. Auch Organisationen haben ihre Lebensgeschichte und daher sind die Begriffspaare: Habitus/Feld, System/Umwelt und Subjekt/Organisation von besonderem Interesse. Wie in der Übersicht erkennbar, resultiert das jeweilige Differenzschema aus der entsprechenden Systemgeschichte.

Anders als im medizinisch/therapeutischen Kontext, in dem biografische Daten zur Erhebung der Anamnese unerlässlich sind, spielt Biografiearbeit im pädagogischen Kontext bislang eher eine sekundäre Rolle (vgl. Hölzle/Jansen 2011:20). Gleichwohl belegen Dörner et al. für den organisationspädagogischen Kontext in verschiedenen Studien, dass Bildungsprozesse untrennbar mit der biografisch geronnenen Identität verbunden sind (vgl. Dörner et al. 2017:9).

Wie verdeutlicht, kann keine klare Zuweisung hinsichtlich der Differenzschemata Feld/Habitus, System/Umwelt und Subjekt/Organisation erfolgen (vgl. Korte/Schäfers 2000:71; Luhmann 2002:60; Geißler 2000:17). Daher wird nachfolgend anstelle des Begriffs Biografie die Bezeichnung Systemgeschichte gewählt, die sowohl die Geschichte des Individuums als auch die der Organisation symbolisiert.

1.12.2 Bedeutsamkeit von Ressourcen, Kulturkapital und Systemgeschichte

Während im anthropologisch-therapeutischen Kontext das Aufspüren persönlicher Ressourcen im Zusammenhang mit der persönlichen Lebensgeschichte gängig ist, nimmt

Biografiearbeit im pädagogischen Bereich eher eine untergeordnete Rolle ein. In der Pädagogik finden sich verschiedene Ansätze erziehungswissenschaftlicher Biografieforschung (Schreiber 2006; Dörner 2007; Alheit 2002), die jedoch kaum theoretisch fundiert sind (vgl. Hölzle/Jansen 2011:20).

Legen wir für die vorliegende Untersuchung die Bezeichnungen Kulturkapital (Bourdieu) und Systemgeschichte (Luhmann) übereinander, kann der Terminus Systemgeschichte synonym für die Kategorie „Biografie“ verwendet werden. Wie jedes System, so haben auch Organisationen eine Geschichte, die sich als Unternehmenskultur herausbildet.

Als Kultur eines Unternehmens werden die entwickelten Regeln des Systems bezeichnet, die sich aus dem Wechselspiel von Tradition und Geschichte der Organisation ergeben haben (vgl. Gärtner 1997:133). Dabei ist Unternehmenskultur kein exakt beschreibbarer Begriff, sondern vielmehr ein kollektives Phänomen (Schreyögg 1989), das den Systemangehörigen oftmals nicht bewusst ist, sondern in „stillem Lehrplan“, von Generation zu Generation weitergegeben wird; wie inkorporiertes kulturelles Kapital oder als Systemgeschichte.

1.12.3 Kulturelles Kapital-Systemgeschichte-Kulturebene-Modell (Schein)

Edgar Schein hat ein Organisationskulturmodell (Schein 1984) entwickelt, das drei Ebenen der Kultur in Unternehmen benennt: Grundannahmen und Prämissen – Bekundete Werte und Normen – Artefakte und Verhaltensmuster (vgl. Schein 1995:29ff). Das Modell vereint auf der Makroebene Elemente des Strukturfunktionalismus (Parsons 1950) sowie Grundzüge der Subjektiven Theorien (Groeben & Scheele 1977) auf der Mikroebene (vgl. Schuh 2004:1¹⁸).

Das Konzept der Subjektiven Theorien geht zurück auf G. A. Kelly (1955), dessen Theorie auf den persönlichen Konstrukten des Menschenbildes fußt und den Menschen als Wissenschaftler bezeichnet. Groeben/Scheele entwickelten das Konzept weiter zum Forschungsprogramm Subjektiver Theorien (FST), die die Kognitionen des „Alltagsmenschen“ in den Vordergrund stellen und dem sie hohe Bedeutung beimessen (vgl. Groeben/Scheele 2010:151). Groeben et al. definieren Subjektive Theorien wie folgt:

„Unter Subjektiven Theorien werden Kognitionen des Alltagsmenschen verstanden, die sich inhaltlich auf seine Selbst- und Weltsicht beziehen und eine vergleichbare Struktur und Funktion aufweisen wie objektive Theorien für den/die Wissenschaftler/in (vgl. Kelly Konzeption des man the scientist: Kelly 1955): nämlich die der Erklärung, Prognose und Technologie. Die Verwendung des Begriffs Theorie impliziert dabei, dass es sich um komplexe Aggregate von Kognitionen handelt, die in Form von zumindest impliziten

¹⁸ www.leaders-circle.at.

Argumentationsstrukturen miteinander verknüpft sind, so dass, wie bei wissenschaftlichen Theorien auch, Schlussfolgerungen vorliegen“ (Christmann/Groeben/Schreier 1999:138-139, Hervorhebung durch die Autorin).

Für den hiesigen Kontext ist relevant, dass die Organisationskulturebenen Scheins mit den Kapitalsorten Bourdieus identisch sind und sich auf Fragen bezüglich der individuellen Systemgeschichte übertragen lassen. Im Rahmen erziehungswissenschaftlicher Biografieforschung ist hilfreich, dass die theoretische Fundierung durch Verknüpfung der Elemente von Strukturfunctionalismus und Subjektiven Theorien gegeben ist (vgl. Schuh 2004:1¹⁹).

1.12.3.1 Grundannahmen und Prämissen (Symbolisches Kapital)

Laut Schein sind Grundannahmen und Prämissen nicht verhandelbar und innerhalb der Systemmitglieder zu etwas Selbstverständlichem geworden. Man kann die Grundannahmen auch als Weltanschauung betrachten, da möglicherweise die Mitglieder jedes Verhalten, das sich auf andere Grundannahmen stützt, für unvorstellbar halten (vgl. Schein 1995:33). Konkret beziehen sich die Grundannahmen auf das menschliche Handeln, zwischenmenschliche Beziehungen, wie auf den Umgang mit Wahrheit und Zeit (vgl. Wien/Franzke 2014:29). Beispiele für Grundannahmen und Prämissen können Höflichkeit, Vertrauen oder eine lebhafte Atmosphäre des Systems sein.

1.12.3.2 Bekundete Werte und Normen (Inkorporiertes Kulturkapital)

Die Grundannahmen reflektieren sich in der Werte- und Normenordnung des jeweiligen Systems. Hier werden Verhaltensstandards aufgestellt, wie Leitmaxime, Verbote und Gebote, die alle Systemmitglieder miteinander teilen und einhalten (vgl. Wien/Franzke 2014:30). Beispielhaft können hierfür positive und negative Antreiber genannt werden und Werte, die innerhalb des Systems, immer wieder betont werden wie: „Bildung ist alles“ oder „Fleiß“.

1.12.3.3 Artefakte und Verhaltensmuster (Symbolisches Kapital)

Mit Artefakten sind Phänomene gemeint, die man symbolhaft im System sieht, hört und fühlt (vgl. Schein 1995:30). Neben offenkundigen Äußerungen der Systemangehörigen gehört dazu ihr Sprachschatz, ihr beruflicher Status und symbolisiert somit deren jeweilige Kultur.

¹⁹ www.leaders-circle.at.

1.12.4 Kulturebene-Modell (Schein) als systemgeschichtliches Diagnostik-Instrument

Konkretisiert man die Ebenen Scheins durch weitere systemtheoretische Termini (Gärtner 2004), kann dies als Diagnostik-Instrument der individuellen Systemgeschichte zum Aufspüren persönlicher Ressourcen dienen. Des Weiteren kann das Instrument zur Identifizierung von Ressourcen und Ressourcenverlust in Organisationen eingesetzt werden und hat aufgrund der Verbindung von Subjekt/Objekt organisationspädagogische Relevanz.

Elemente des Diagnostik-Instruments:

- Grundannahmen und Prämissen
 - Bekundete Werte
 - Artefakte und Verhaltensmuster
 - Zentrale systemische Erwartung
 - Systemstruktur und Abbildung latenter Strukturen
 - Realitätsabbildung im System
 - Kopplungsstellen des Systems
 - Beziehungslogik im System
 - Schmerzpunkte des Systems
 - Positive Triggerpunkte
 - Relevanz von Entscheidungen
 - Ausgewogenheit von Redundanz und Varietät
- (vgl. Gärtner 2004, unveröffentlichtes Skript).

1.12.4.1 Systemgeschichtliches Diagnostik-Instrument (Individuum)

	Stichwort Beispielnennung	Systemische Erwartung %	Eigenes Erleben %
Grundannahmen und Prämissen	Höflichkeit	100%	80%
Bekundete Werte	Bildung ist alles	100%	100%
Artefakte und Verhaltensmuster	Akademikerhaushalt	100%	60%
Zentrale systemische Erwartung	Religiösität	100%	100%
Systemstruktur	Vater-Familienvorstand	100%	100%
Abbildung latenter Strukturen	Mutter-„Graue Eminenz“	0%	100%
Realitätsabbildung im System	Religiöse Konformität	100%	40%
Kopplungsstellen des Systems	Kirchenzugehörigkeit	100%	80%

Beziehungslogik im System	Beliebt ist, wer angepasst ist	40%	100%
Schmerzpunkte des Systems	Leistungsdruck	50%	100%
Positive Triggerpunkte	Zuwendung, bei Leistung↑	100%	100%
Relevanz von Entscheidungen	Sanktion, bei Leistung↓	100%	100%
Ausgewogenheit von Redundanz ²⁰ und Varietät ²¹	Nach außen: Religiösität; nach innen: Streit	30%	100%

Tabelle 6: Systemgeschichtliches Diagnostik-Instrument

(Ableitung aus: Gärtner 2004; Schein 1995:30), eigene Darstellung

1.12.4.2 Systemgeschichtliches Diagnostik-Instrument im pädagogischen Kontext

Zur Abbildung der eigenen Systemgeschichte ist ein Abgleich systemischer Erwartungen im Verhältnis zum eigenen Erleben aufschlussreich. Möglicherweise zeigen sich Abweichungen zwischen systemischer Erwartungshaltung (elterliche Erwartungen) und kindlichem Erleben.

Zum systemgeschichtlichen Verstehen von Kindern überschreibt Rath (vgl. Rath 2011:89, in Hölzle/Jansen 2011) seinen Beitrag mit einem Zitat Freuds: „[...] wir verstehen die Kinder nicht, weil wir unsere eigene Kindheit nicht mehr verstehen“ (Freud 1999 Bd.VIII:419).

Zur eigenen Standortbestimmung lassen sich oben dargestellte Elemente des Diagnostik-Instruments ebenso auf die Vermittlung vorschulischer GF übertragen. Allerdings ist zu beachten, dass positive wie negative Triggerpunkte des Systems subjektiv erlebt werden und die individuelle kognitive Bewertung hierbei eine große Rolle spielt (vgl. Zimbardo 1995:577).

1.13 GF für Habitus/Feld und/oder Subjekt/Organisation

Bezogen auf den Kontext Habitus/Feld ist herauszustellen, dass gleichermaßen Beschäftigte (Subjekte) und Organisationen permanent in ihr Gesundheitskapital investieren müssen, um ihre Position im sozialen Gefüge nicht zu verlieren (vgl. Bröckling 2007:11ff; Rosa 2006:82-104, in: Brunett 2009:102ff). Relevant für die (Elementar-)Pädagogik, da auch hier vorschulische GF ansetzen kann, um frühzeitig gesunderhaltende Rituale und Leitsätze zu installieren.

Nachfolgende Leitsätze können für Individuum und Organisationen gesundheitsförderlich sein bezüglich der Frage, was (auch im Arbeitsprozess) gesund erhält, statt erkranken zu

²⁰ „[...] Redundanzen sind gleichsam zu Strukturen geronnene Informationen [...]“, (Krause 2001:191).

²¹ Varietät „[...] soll die Zahl und Verschiedenartigkeit der Ereignisse bezeichnen, die ein System als eigene produziert und somit strukturell zu verkraften hat [...]“, (Krause 2001:226).

lassen.

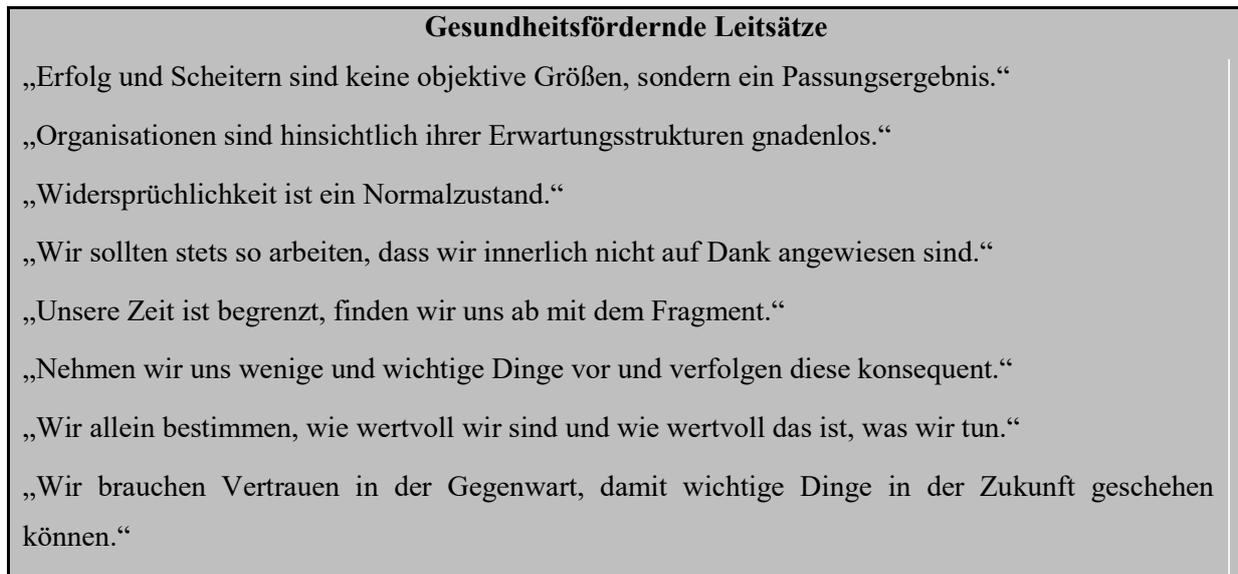


Abbildung 6: Gesundheitsfördernde Leitsätze

(Ableitung aus: Gärtner 2003, unveröffentlichtes Skript, ergänzt durch die Autorin), eigene Darstellung

1.13.1 Systemgeschichtliches Diagnostik-Instrument (Organisation)

	Stichwort Beispielnennung	Organisationale Erwartung %	Eigenes Erleben %
Zentrale organisationale Erwartung	Wirtschaftlichkeit	100%	100%
Organisationsstruktur Abbildung „latenter Strukturen“	Organigramm „Graue Eminenz“	30%	100%
Realitätsabbildung im System	Gesetzeskonformität	100%	100%
Kopplungsstellen des Systems	Politik	100%	100%
Beziehungslogik im System	Angepasste Mitarbeiter	20%	100%
Schmerzpunkte des Systems	Wirtschaftlichkeit	70%	100%
Positive Triggerpunkte des Systems	Digitalisierung	100%	100%
Relevanz von Entscheidungsprogrammen	Qualitätsmanagement	100%	50%
Ausgewogenheit von Redundanz und Varietät	Umstrukturierung	80%	40%
Artefakte	Zertifizierung	80%	100%
Bekundete Werte	Transparenz	100%	30%
Grundannahmen und Prämissen	Vertrauen	80%	10%

Tabelle 7: Systemgeschichtlich ausgerichtetes Diagnostik-Instrument (Organisation)

(Ableitung aus Gärtner 2004, modifiziert durch die Autorin), eigene Darstellung

Gestaltungsmöglichkeiten eines systemgeschichtlichen Diagnostik-Instruments finden sich für Individuum und Organisation im Empfehlungsteil der vorliegenden Arbeit.

1.14 Ausgewählte Definitionen zum Begriff Gesundheit

Zum Verständnis der Relevanz des kulturellen Kapitals, bezogen auf die Entwicklung eines persönlichen Gesundheitsbegriffs, ist ein Blick auf verschiedene Definitionen von Gesundheit erforderlich. Im Folgenden werden ausgewählte Gesundheitsdefinitionen vorgestellt, deren Konvergenz für den weiteren Verlauf der Arbeit von Bedeutung sind.

Analog zu vorgestellter pflege-, erziehungs- und sozialwissenschaftlichen Forschungsrelevanz werden ebenso die den Wissenschaftsdiziplinen zugehörigen Definitionen von Gesundheit vorgestellt.

1.15 Definition Gesundheit – WHO

Gemäß WHO-Definition ist Gesundheit gekennzeichnet durch den Zustand völligen körperlichen, geistigen, seelischen und sozialen Wohlbefindens und im engeren Sinn das „*subjektive Empfinden des Fehlens körperlicher-, geistiger- und seelischer Störungen oder Veränderungen bzw. ein Zustand, in dem Erkrankungen und pathologische Veränderungen nicht nachgewiesen werden können*“ (Pschyrembel 2007:685, Beitrag Gesundheit).

Im Umkehrschluss dazu versteht man unter Krankheit eine „*Störung der Lebensvorgänge in Organen oder im gesamten Organismus mit der Folge von subjektiv empfundenen bzw. objektiv feststellbaren körperlichen, geistigen bzw. seelischen Veränderungen*“ (a. a. O.:1038, Beitrag Krankheit).

Im sozialversicherungs- und arbeitsrechtlichen Sinne ist mit Krankheit der regelwidrige Körper- und Geisteszustand gemeint, der in der Notwendigkeit einer Heilbehandlung (hier genügt die Erforderlichkeit einer Diagnosestellung) oder der wahrnehmbaren Arbeitsunfähigkeit mündet (vgl. a. a. O.:1038).

1.16 Definition Gesundheit – Pflegewissenschaft

Die pflegerische Sicht (Deutschland) skizziert ein differenzierteres Bild von Gesundheit und Krankheit. Die subjektive Sichtweise und das Verständnis biologischer, psychologischer und sozialer Ganzheitlichkeit sind Fokus pflegerischen Handelns und spiegeln sich ebenso in der Gesundheitsdefinition wider. Die Aspekte Dynamik und Ressourcen spielen eine bedeutende Rolle und die Kategorie Dynamik zeigt, dass Gesundheit und Krankheit nicht absolut lösgelöst voneinander betrachtet werden können. Wobei es gilt, die gesunden Anteile als

Ressourcen zu identifizieren und zu mobilisieren (vgl. Thieme 2015:13ff).

Diesen Aspekt bezeichnet Antonovsky in seinem Salutogenese-Konzept als „Gesundheits-Krankheits-Kontinuum“ (vgl. Antonovsky 1987, in: Franke 1997:23).

Die Pflegeexpertin Liliane Juchli versteht „Gesundheit als die Ressource“, also die Kraft, mit Krankheit, Leid und unter Umständen auch mit medizinischen Symptomen und Befunden umzugehen zu können. Wenn Ressourcen vorhanden seien die Herausforderungen so zu bewältigen, dass das Leben wieder lebenswert sei oder bliebe, dann könne laut Juchli von Gesundheit gesprochen werden. Für die Expertin besteht die pflegerische Aufgabe darin, in Zusammenarbeit mit den Betroffenen herauszuarbeiten, welche Widerstandskräfte zur Bewältigung der Beeinträchtigung zur Verfügung stehen. Diese Widerstandskräfte können in körperlichen, geistigen, spirituellen, sozialen, musischen oder weiteren Bereichen liegen (vgl. Juchli 1994, in: Thieme 2015:13). Juchli prägte den Begriff der bedingten Gesundheit, mit der trotz vorhandener Einschränkungen (wie chronische Erkrankung) und unausweichlichen Konsequenzen ein gelingendes Leben verbunden sein könne. Gesundheit sei die Kraft den Alltag zu bewältigen und die Kraft mit der Realität zu leben (vgl. Seel/Hurling 2005:34).

Exkurs: Pflegepädagogik als Teildisziplin der Pädagogik, bezogen auf GF

Beratende Aspekte waren traditionell eher „non-formal“ im Pflegeprozess integriert. Mit non-formalen Bildungsorten sind „strukturierte und geregelte Institutionen“ gemeint, deren Nutzung auf freiwilliger Basis geschieht, die ein hohes Maß individueller Gestaltungsmöglichkeiten beinhaltet und keinem dokumentierten Verfahren folgt (vgl. Rauschenbach et al. 2004:35ff, in: Mack 2007:11).

Bereits seit 1985 war die Anleitung gesundheitsfördernden Verhaltens den Aufgaben der Pflegenden zugeschrieben, doch seit der Umbenennung „Krankenschwester/Krankenpfleger“ in „Gesundheits- und KrankenpflegerIn“ erhält GF größere Relevanz im Pflegeprozess (vgl. Menche 2014:215ff). Im Zuge der Novellierung des Krankenpflegegesetzes (2013) wurde Beratung als neuer Aufgabenschwerpunkt für die Pflege definiert (vgl. von Reibnitz et al. 2017:42). Ziel professioneller Pflege ist demzufolge, Fremdpflege entbehrlich zu machen und Betroffene zur Selbstpflege zu motivieren (vgl. Fröhlich 2014:89), was eigene Selbstpflegekompetenzen impliziert (vgl. Käppeli 2005: 34).

Da der Erkenntnisbereich für Ausbilder in der Pflege (Pflegepädagogen) im pflegerischen Berufsfeld als Domäne der Erziehungswissenschaft zu verstehen ist (vgl. Vogel/Bögemann-Großheim 2002:149, in: Otto et al. 2002:149), sprechen sich Experten hinsichtlich einer wissenschaftssystematischen Verortung von Pflegepädagogik als Teildisziplin der Pädagogik aus (Bales 1995).

1.17 Definition Gesundheit – Erziehungswissenschaft

Aus erziehungswissenschaftlicher Sicht scheint die Festlegung der Begriffsdefinition „Gesundheit“ bislang aufgrund erfolglos verlaufender terminologischer Konsensfindung gescheitert zu sein. Auch von Seiten der Deutschen Gesellschaft für Erziehungswissenschaft (DGfE) konnte trotz verschiedener Bemühungen bezüglich einer weiteren Ausdifferenzierung, wie der Sozialpädagogik, keine Festlegung einer einheitlichen Gesundheitsdefinition erfolgen. Angebotene Formulierungsvorschläge lauten: Gesunde Pädagogik, Gesundheitspädagogik, Gesunde Erziehungswissenschaft oder Gesundheitserziehungswissenschaft (vgl. Marchwacka 2013:29).

Auch Ohlbrecht/Seltrecht stellen fest, dass sich in der Erziehungswissenschaft keine Teildisziplin mit Verbindung zum Konstrukt „Medizinische Pädagogik“ finden lässt. Sie fordern auch für Gesundheitspädagogik eine pädagogische Verortung, wie Medienpädagogik, da die Bearbeitung der Lernbereiche Gesundheit und Krankheit als Querschnittsthema über die gesamte Lebensspanne zu sehen seien (vgl. Ohlbrecht/Seltrecht 2017:19).

Zur pädagogischen Reflexion sei laut Zwick entscheidend, Gesundheit im individuellen Sozialisationskontext zu begreifen und das Begriffspaar Gesundheit/Krankheit könne nicht als objektive und natürliche Einordnung betrachtet werden, da dies je nach historischem, kulturellem und sozialem Kontext variere. Sie schlägt als Analysekriterium die Bezeichnung „somatische Kultur“ als Kategorie vor. Als Ordnungsbegriff ließe die Kategorie den Sozialisationskontext transparent erscheinen und erhalte somit eine theoriebildende Funktion (vgl. Zwick 2004:102ff), der damit die von Payer beschriebenen kulturbedingten medizinischen Vorstellungen einbezieht (vgl. Payer 1993:12ff).

Zur Verortung der Gesundheitspädagogik sei die Vereinbarkeit pädagogischer Grundaspekte mit einem Gesundheitsverständnis als Verhältnis von Bedürfnis und Möglichkeit erforderlich (vgl. Zwick 2004:32ff). Eine Kompatibilität sieht Zwick in den Strukturelementen: Historische Grundlage; Systemische Grundfragen und Antropologische Grundlegung und begründet damit die Eigenständigkeit der Gesundheitspädagogik innerhalb der Pädagogik. Allerdings bleibt dieser Ansatz bislang in der Theorie verhaftet (vgl. Zwick 2004:34ff, in: Schneider 2016:77-78).

Böhme fokussiert den Gesundheitsbegriff in Korrelation der Theorie des Geistes, in dem der Geist die körperliche Architektur vorgibt (vgl. Böhme 2012:13).

1.18 Definition Gesundheit – Gesundheitspädagogik

Gesundheitspädagogik ist eher im psychologischen Kontext angesiedelt und sieht ihren Schwerpunkt in der Beratung und Intervention, zur Vermittlung präventiver und gesundheitserhaltender Maßnahmen. Dazu werden Methoden der Verhaltensprävention auf gesellschaftlicher Ebene (Schaffung gesundheitsförderlicher Lebenswelten) und der individuellen Ebene mit dem Ziel des Empowerments eingesetzt (vgl. Schleider/Huse 2011:11). Empowerment kennzeichnet

„[...] einen Handlungsansatz in der sozialen Arbeit, der bei den Stärken und Kompetenzen der Betroffenen zur Lebensbewältigung ansetzt, und das besonders in Lebenssituationen, die von persönlichen und sozialen Schwächen gekennzeichnet sind. Dabei sollen die Menschen dazu ermutigt werden, ihre eigenen Stärken zu entdecken und ihre zumindest in Ansätzen vorhandenen Ressourcen zur Problemlösung einzusetzen“ (Stangl 2015²²).

Auch Dietel stellt bezüglich gesundheitspädagogischer Handlungsfelder den Aspekt der Ressourcen in den Mittelpunkt und verantwortet Ressourcenverbrauch für die Entstehung chronischer und stressbezogener Erkrankungen (vgl. Dietel 2012:54).

„Ressourcen verbrauchen sich. Kompetenzen sind ressourcenabhängig. Beispielhaft sei auf emotionale Stabilität verwiesen, die sich in Dienstleistungsberufen als eine überfachliche Kompetenz- eigentlich ebenso als fachliche Kompetenz- ausweist“ (Dietel 2012:54).

Sie spricht sich für Weiterbildungsangebote zur Verhinderung von Risikoverhalten aus, damit die TeilnehmerInnen selbstbestimmt Gesundheits- und Krankheitsentwicklung gestalten können; zum Ziel der Employability – Beschäftigungsfähigkeit (vgl. a. a. O.:54).

1.19 Definition Gesundheit – Sozialwissenschaften

Die Sozialwissenschaftler Franzkowiak und Hurrelmann definieren Gesundheit als

„[...] das Stadium des Gleichgewichts von Risikofaktoren und Schutzfaktoren, das eintritt, wenn einem Menschen eine Bewältigung sowohl der inneren (körperlichen und psychischen) als auch äußeren (sozialen und materiellen) Anforderungen gelingt. Gesundheit ist gegeben, wenn eine Person sich psychisch und sozial im Einklang mit den Möglichkeiten und Zielvorstellungen und den jeweils gegebenen äußeren

²² <http://lexikon.stangl.eu/13408/empowerment>.

Lebensbedingungen befindet. Sie ist ein Stadium, das einem Menschen Wohlbefinden und Lebensfreude vermittelt“ (Hurrelmann et al. 2006:146/ Franzkowiak 2011:103).

Damit ist die Herstellung einer Balance zwischen Risiko- und Schutzfaktoren gemeint, die eintritt, wenn einem Menschen die Bewältigung physisch/psychischer und sozialer/materieller Anforderungen gelingt. *„Gesundheit ist ein Stadium, das einem Menschen Wohlbefinden und Lebensfreude vermittelt“ (Hurrelmann et al. 2006:146, in: Moog 2016:56ff, in: Rössler et. al. 2016:56ff).*

Hurrelmann fordert den Paradigmenwechsel eines krankheitsbezogenen- hin zu einem ressourcenorientierten Grundverständnis und merkt an, dass bis dato kein Konsens bezüglich der Gesundheitsdefinition als Kontinuum (Antonovsky) gefunden wurde. Er schlägt vor, seine oben zitierte Definition von Gesundheit, das Gleichgewichts-Stadium von Risiko- und Schutzfaktoren, als fachübergreifende, integrative Definition zu nutzen (vgl. Hurrelmann et al. 2006:146, in: Moog 2016:56ff, in: Rössler et. al. 2016:56ff).

In Abgrenzung zu Hurrelmann, definieren Badura et al. Gesundheit als eine

„Fähigkeit zur Problemlösung und Gefühlsregulierung, durch die ein positives seelisches und körperliches Befinden – insbesondere ein positives Selbstwertgefühl – und ein unterstützendes Netzwerk sozialer Beziehungen erhalten oder wiederhergestellt wird“ (Badura et al. 2010:32).

1.19.1 Begriffsdefinition Gesundheit – Soziologie (Bourdieu)

Bourdieu definiert den Begriff Gesundheit nicht explizit, sondern fokussiert seine Ausführungen primär auf die Physis (vgl. Bourdieu/Wacquant 1996:127ff), die sich als Pendant der sozialen Wirklichkeit in Bewegungen, körperlichen Praktiken und Gesten widerspiegelt. Inkorporiertes Kulturkapital, Schulbildung, beruflicher Status und demzufolge variierende Belastungen, schlagen sich in unterschiedlicher Weise körperlich nieder und werden so zum symbolischen Kapital. Diese Symbole werden aufgrund charakteristischer Gesten nur von entsprechend sozialisierten Akteuren wahrgenommen und determinieren somit die jeweils soziale Stellung (vgl. Alkemeyer et al. 2010:234).

1.19.2 Begriffsdefinition Gesundheit – Soziologie (Luhmann)

Eine Gesundheitsdefinition aus systemtheoretischer Sicht sucht man bei Luhmann ebenfalls vergebens. Seiner Differenzierungstheorie folgend (vgl. Luhmann 2001:141ff) könnten im Kontext Gesundheit die Begriffspaare gesund/krank; tot/lebend oder Symptom/symptomfrei, gelten. Während Hurrelmann die fehlende fachdisziplinübergreifende Gesundheitsdefinition

kritisiert (vgl. Rössler et al. 2016:56ff), warnt Simon im Sinne Luhmanns explizit vor einer Definition von Gesundheit. Er sieht in der Unterscheidung gesund/krank die Gefahr, dass jede Konkretisierung von Gesundheitselementen automatisch für andere Menschen Krankheit bedeuten würde (vgl. Simon 2001: 187ff). Für ihn wäre es „[...] lebensgefährlich, wenn die Kriterien von Gesundheit positiv definiert [...]“ würden (vgl. a. a. O.:189). Denn dies könne zu totalitären sozialen Maßnahmen führen, die mit Lebendigkeit nicht vereinbar seien und möglicherweise Ärzten die Entscheidung überließe, wessen Leben zu erhalten sei und wessen nicht. Statt dessen schlägt er vor, eigenverantwortlich und kompetent mit der eigenen Gesundheit umzugehen (vgl. a. a. O.:194). Denn lebende Systeme (in unserem Fall Menschen) agieren autonom (Varela 1979) und innerhalb eines gewissen Strukturrahmens (vgl. Maturana 1978:242f, in: Simon 2001:43), dessen Verhalten keinem gradlinigen Ursache-Wirkungs-Prinzip äußerer Ereignisse folgt, sondern der jeweils inneren Struktur. Wie das jeweilige System auf gewisse Störungen reagiert, sagt für Simon mehr über das System und seine immanenten Strukturen aus, als über die Störung selbst (vgl. Simon 2001:43). In diesem Zusammenhang ist laut Luhmann korrekter von Selbstsozialisation als von Sozialisation (durch Übertragung von Mustern) zu sprechen und er nutzt dafür den oben ausgeführten Terminus Autopoiesis (vgl. dazu Kapitel 1.10.1).

Selbstsozialisation bedeutet „[...] die Strukturierung des eigenen Bewusstseins, des eigenen Gedächtnisses und der eigenen Präferenzen [...]“, als Ergebnis individueller Systemgeschichte, „[...] die nicht zuletzt etwas mit dem kulturellen Angebot zu tun hat, Konformität oder Abweichung zu aktualisieren“ (Luhmann 2002:137).

Dies hat zur Folge, so Luhmann, dass jegliche Abweichung einer Übertragung als Defekt beschrieben werden müsse und keine Individualität zuließe (vgl. a. a. O.:137).

Und Individualität speist sich aus der Sinnfrage.

1.20 Verbindende Elemente ausgewählter Gesundheitsdefinitionen

Nachdem eine Auswahl einzelner Definitionen von Gesundheit vorgestellt wurde, werden diese nun auf gemeinsame Elemente hin analysiert.

Die wissenschaftsdisziplinarische Verortung erfolgt analog zu genannter Argumentation, die Gesundheitspädagogik als Teildisziplin der Pädagogik und Pflegewissenschaft als Teildisziplin den Sozialwissenschaften sieht. Demzufolge werden entsprechende Gesundheitsdefinitionen den Disziplinen gebündelt zugeordnet.

Da es sich bei der WHO um eine Sonderorganisation des internationalen öffentlichen Gesundheitswesens handelt, kann diese keiner oben genannten Disziplin zugeordnet werden. Daher gilt auch diese Gesundheitsdefinition ebenso als Sonderform.

Übereinstimmungen innerhalb der Definitionen sind hervorgehoben gekennzeichnet.

Schnittmengen ausgewählter Gesundheitsdefinitionen

Definition Disziplin	Fokus
WHO	subjektives Empfinden bezüglich Fehlen körperlicher-, geistig-seelischer Störungen/Veränderungen
Sozialversicherungs- und Arbeitsrecht	Krankheit als regelwidriger Körper- und Geisteszustand, der in Diagnosestellung u. Behandlung mündet

Erziehungswissenschaft (Zwick)	Verhältnis von Bedürfnis und Möglichkeit
Gesundheitspädagogik (Schleider/Huse)	Empowerment , zur Identifizierung und Nutzung von Ressourcen
Gesundheitspädagogik (Dietel)	Anleitung zum Verbrauch individueller Ressourcen , zum Ziel der Employability
Sozialwissenschaft (Hurrelmann)	Gleichgewichtsstadium : Risiko/Schutzfaktoren. Bewältigung von physisch/psychischen; sozialen/materiellen Anforderungen.
Sozialwissenschaften (Badura)	Einklang von Möglichkeit und Zielvorstellung, Stadium von Wohlbefinden u. Lebensfreude. Fähigkeit zur Problemlösung u. Gefühlsregulierung, durch positives seelisch-körperliches Befinden , positives Selbstwertgefühl und Erhalt unterstützender Netzwerke
Pflegewissenschaft (Juchli)	Ressource mit Leid, Krankheit, med. Symptomen umzugehen
System/Umwelt-Theorie (Luhmann)	Selbstsozialisation , autonome Strukturierung des eigenen Bewusstseins, Gedächtni, Präferenz. Ergebnis individueller Systemgeschichte. Körperlichkeit aufgrund inkorporiertem Kulturkapital.
Habitus/Feld-Theorie (Bourdieu)	

Tabelle 8: Schnittmengen ausgewählter Gesundheitsdefinitionen

(Ableitung aus: Badura et al. 2010:32; Dietel 2012:54; Hurrelmann et al. 2006:146; Luhmann 2002:137; Schleider/Huse 2011:11; Zwick 2004:102ff), eigene Darstellung

1.20.1 Identifizierte Kategorien ausgewählter Gesundheitsdefinitionen

Die Gemeinsamkeiten oben genannter erziehungs- und sozialwissenschaftlicher Gesundheitsdefinitionen sind nachfolgend entsprechend ihrer Übereinstimmung farblich markiert.

Folgende Merkmale und definatorische Gemeinsamkeiten kristallisieren sich heraus:

- Subjektivität des persönlichen **(Wohl-)Befindens**;
- **Gleichgewichts**stadium zwischen Risiko- und Schutzfaktoren;
- **Verhältnis** von Bedürfnis und **Möglichkeiten**;
- Empowerment durch Identifizierung persönlicher **Ressourcen**;
- Anleitung zum Verbrauch von **Ressourcen**, zum Ziel der Employability;
- **Selbststeuerung** durch positives **Selbstwertgefühl** und soziales Netzwerk;
- **Selbstsozialisation** aufgrund individueller Systemgeschichte;
- Körperlichkeit auf zuvor investiertem inkorporierten **Kulturkapital**.

Die sich anschließende Grafik visualisiert die Schnittmengen und Mehrdimensionalität des Begriffs Gesundheit, der in der Literatur hinreichend beschrieben ist (vgl. Uhle/Treier 2013:6; Bäuerlen 2014: 69; Richter/Hurrelmann 2016:163).

Die Analyse vorgestellter Definitionen zeigt, dass Gesundheit bedeuten kann, in unterschiedlichsten Facetten am Leben teilnehmen zu können (vgl. Schaeffer 1998:81ff).

Mehrdimensionalität des Begriffs Gesundheit



Abbildung 7: Gesundheit als Mehrdimensionaler Begriff

(Ableitung aus: Badura et al. 2010:32; Dietel 2012:54; Hurrelmann et al. 2006:146; Luhmann 2002:137; Schleider/Huse 2011:11; Zwick 2004:102ff), eigene Darstellung

1.21 Gesundheit und Eigenverantwortung

Wie beschrieben spricht sich Simon für einen verantwortlichen und kompetenten Umgang mit der eigenen Gesundheit aus und warnt vor einer einheitlichen Gesundheitsdefinition, da jede Konkretisierung von Gesundheitselementen automatisch für andere Menschen Krankheit und somit Ausgrenzung bedeuten würde (vgl. Simon 2001:187ff; 194). Seine empfohlene Eigenkompetenz ist ebenfalls Hauptfokus des Präventionsgesetzes (2015), das neben den allgemeinen Fürsorgepflichten des Arbeitgebers (§§ 617-619 BGB) und des Arbeitsschutzgesetzes (§§ 1-25 ArbSchG), der gesundheitlichen Eigenverantwortung der Versicherten eine hohe Bedeutung beimisst (vgl. § 1 SGB V). Zum kompetenten Umgang mit der eigenen Gesundheit sind Kenntnisse hinsichtlich der eigenen Ressourcen unverzichtbar. Daher soll noch einmal explizit der Blick auf den Begriff „Ressourcen“ in Verbindung mit der eigenen Systemgeschichte gelenkt werden.

1.22 Relevanz von Ressourcennutzung in Erziehungs- und Sozialwissenschaften

Bemerkenswerterweise wird im Kontext der unterschiedlichen Gesundheitsdefinitionen der Aspekt „Erkenntnis“ im Umgang mit persönlichen Ressourcen nicht expliziert. In Anlehnung an Bourdieus Kapitalterminus erscheint die ökonomische Definition des Begriffs Ressource passend. Im ökonomischen Sinne steht die Bezeichnung Ressource für Produktionsverfahren (Arbeit-Kapital-Boden) sowie vorkommene Rohstoffe und Bodenschätze (vgl. Voigt et al. 2017²³).

Für den hiesigen Kontext und individuelle GF ist relevant, welche persönlichen Bodenschätze verfügbar sind und wie diese Schätze genutzt werden können. Ebenso sind Erkenntnisse bedeutsam, was zum erhöhten Verbrauch der Rohstoffe führt und wie der Verlust wertvoller Ressourcen reduziert werden kann (vgl. Dietel 2012:54).

Während im anthropologisch-therapeutischen Kontext die Bergung persönlicher Ressourcen im Zusammenhang mit der persönlichen Lebensgeschichte gängig ist, nimmt wie beschrieben bedauerlicherweise Biografiearbeit im pädagogischen Bereich eine untergeordnete Rolle ein, da entsprechende Instrumente methodisch kaum fundiert sind (vgl. Hölzle/Jansen 2011:20).

Vermutlich fühlt sich Gesundheitspädagogik eher im psychologischen Sektor heimisch, da hier Kognitionen des Klienten im Fokus stehen (vgl. Christmann/Groeben/Schreier 1999:138) und bislang keine gesundheitspädagogische Verortung innerhalb der Erziehungswissenschaften erfolgte (vgl. Zwick 2004:34ff, in: Schneider 2016:77-78).

1.23 Theoretisches Modell

Nach Einordnung der theoretischen Ansätze des kulturellen Kapitals (Bourdieu) und den systemtheoretischen Aspekten der Autopoiesis (Luhmann) im Hinblick auf die Relevanz des Fachkräfteerhalts im GW werden nun nachfolgend die Elemente des theoretischen Modells vorliegender Untersuchung vorgestellt.

1.24 Teilelement kulturelles Kapital

Nach vorangegangener Ausführung zu sozialwissenschaftlicher Relevanz und theoretischem Konstrukt (vgl. Kapitel 1.9) bilden für die vorliegende Untersuchung Aspekte des kulturellen Kapitals ein partikulares Element des sozialwissenschaftlichen Theorien-Fundaments. Das theoretische Teilfundament soll Leitdifferenzen hinsichtlich vorschulischer Vermittlung zur

²³ <http://wirtschaftslexikon.gabler.de>.

GF aufzeigen sowie Informationen zur Entwicklung des persönlichen Gesundheitsbegriffs liefern.

1.25 Teilelement Autopoiesis

Eine weitere Komponente der sozialwissenschaftlichen Theorie-Basis stellt Luhmanns Umwelt-System-Theorie, konkret die autopoietische Vorgehensweise, dar. Für Luhmann ist kein System ohne Umwelt existent, da ohne Umwelt jedes System zerfallen würde oder gar nicht zustande käme. Weiter spricht er vom Paradoxum, das System selbst sei die Differenz zwischen System und Umwelt und die Unterscheidung sei eine Grenze des Markierens von Differenzen (vgl. Luhmann 2002:66;74). Krause führt aus, dass erst Beobachtungen eine Grenzziehung zwischen System und Umwelt ermöglichen. Dabei basieren Beobachtungen auf intern codegeführten Operationen, die das Ergebnis individueller Systemgeschichte sind (vgl. Krause 2001:220; Luhmann 2008:58).

1.26 Theoretisches Fundament vorliegender Untersuchung

Zusammenfassend bilden die Teilaspekte des kulturellen Kapitals (Bourdieu) zur Aneignung frühkindlicher GF, in Verbindung autopoietischer Codierungsprozesse (Luhmann), das sozialwissenschaftliche Fundament des theoretischen Modells. Beide Theorie-Ansätze bilden mit autopoietischer Aufnahme und Verarbeitung gesundheitsfördernder Informationen (Selbststeuerung) den Mittelpunkt des Modells. Das theoretische Fundament soll dazu beitragen, Leitdifferenzen zu skizzieren, wonach in der Kindheit GF vermittelt wurde und wie mit welchen Angebotsstrukturen den Aneignungskonzepten im BGM begegnet werden kann.

Theoretisches Fundament vorliegender Untersuchung

S	K	U	L	T	U	R	E	L	L	E	S		
Y													
S													
T													T
E													H
M													E
-													O
U													R
M													I
W													E
E													
L													
T			K	A	P	I	T	A	L				

Abbildung 8: Theoretisches Fundament –Fachkräfteerhalt im Gesundheitswesen

1.27 Organisationspädagogische Rahmung

Dem wissenschaftstheoretischen Anspruch entsprechend, bedarf es bei Betrachtung zweier Theorien einer dritten Beobachtungsfigur (vgl. Fischer 2006:2853). Als dritte Perspektive werden organisationspädagogische Aspekte (Geißler 2000) hinzugezogen, die dem Anliegen vorliegender Untersuchung, dem Fachkräfteerhalt aus erziehungs- und sozialwissenschaftlicher Perspektive, gerecht werden.

Übereinstimmend zur soziologischen Definition, die Kapital oder eine Kapitalsorte mit wirksamen Waffen vergleicht, die dem Besitzer erlauben, Macht oder Einfluss auszuüben, um in einem bestimmten Feld existieren zu können (Bourdieu/Wacquant 1996:128), sieht Geißler ebenso organisationspädagogische Parallelen bezüglich der Überlebenskämpfe von Organisationen in einer feindlichen Umwelt (vgl. Geißler 2000: 39).

Unten aufgeführte Übersicht verknüpft abschließend organisationspädagogische Aspekte mit der von Fischer skizzierten Theorienarchitektur Bourdieus/Luhmanns, und ergänzt sie um das Phänomen der Autopoiesis.

Wie bereits unter Kapitel 1.11.4 beschrieben, zeigt nachfolgende Übersicht Kongruenz aller drei Positionen hinsichtlich der Wahl der Begriffspaare, der Komplementarität der Theorielemente sowie des Fokus auf Betroffene und Beteiligte.

Konvergenz bezüglich Theorienarchitektur Bourdieu/Luhmann und organisationspädagogischen Aspekten

Soziologischer Ansatz (Bourdieu)	Soziologischer Ansatz (Luhmann)	Organisationspädagogischer Ansatz (Geißler)
Differenzschema: Habitus/Feld	Differenzschema: Umwelt/System	Differenzschema: Subjekt/ Organisation
Ineinander verwoben, keine Kausalität, die Kapitalsorten: ökonomisches, kulturelles, soziales und symbolisches Kapital	Ineinander verwoben, keine Kausalität, die symbolisch generalisierte Kommuni- kationsmedien: Wahrheit, Geld, Liebe, Macht/Recht, Religiösität	Ineinander verwoben, keine Kausalität, acht konstitutive Gemeinschafts- Komponenten: Leistung, Spiel/Spaß/Ästhetik, Kritik, Ordnung, Tausch, Sympathie/Fürsorglichkeit, Auseinandersetzung/Kampf, übergeordnete Werte und Normen
Fokus: „Bürgerliche Gesellschaft“	Fokus: „Bürgerliche Gesellschaft“	Fokus: „Lernende Organisation“ mit Interesse an Beteiligten und Betroffenen (schließt bürgerliche Gesellschaft ein)
Autopoiesis: Basierend auf kulturellem Kapital	Autopoiesis: Basierend auf individueller Systemgeschichte	Autopoiesis: Basierend auf Reflexionen und Deutungsmustern
Differenzschema: Habitus/Feld	Differenzschema: System/Umwelt	Differenzschema: Subjekt/ Organisation

Tabelle 9: Konvergenz hinsichtlich der Theoriearchitektur Bourdieu/Luhmann i. V. m. organisationspädagogischen Aspekten

(Ableitung aus: Fischer 2006:2854; Geißler 2000:17ff, modifiziert durch die Autorin), eigene Darstellung

Für Geißler wirken die acht Komponenten: Leistung, Spiel/Spaß/Ästhetik, Kritik, Ordnung, Tausch, Sympathie/Fürsorglichkeit, Auseinandersetzung/Kampf, übergeordnete Werte und Normen, konstitutiv für und in Gemeinschaften (vgl. Geißler 2000:21). Organisationen haben die Aufgabe „[...] eine gute Balance zwischen jenen acht Komponenten herzustellen“ (Geißler 2000:44) und die organisationspädagogische Aufgabe besteht darin, Deutungsmuster und Interessenlagen aller Akteure zu reflektieren (vgl. a. a. O.:7).

Da dies nur möglich ist, wenn sich Organisationen mit der Selbststeuerung (Autopoiesis) und Systemgeschichte aller Betroffenen und Beteiligten beschäftigen, bilden organisations-

pädagogische Aspekte den Rahmen des theoretischen Modells der vorliegenden Untersuchung.

Theoretisches Modell der vorliegenden Untersuchung

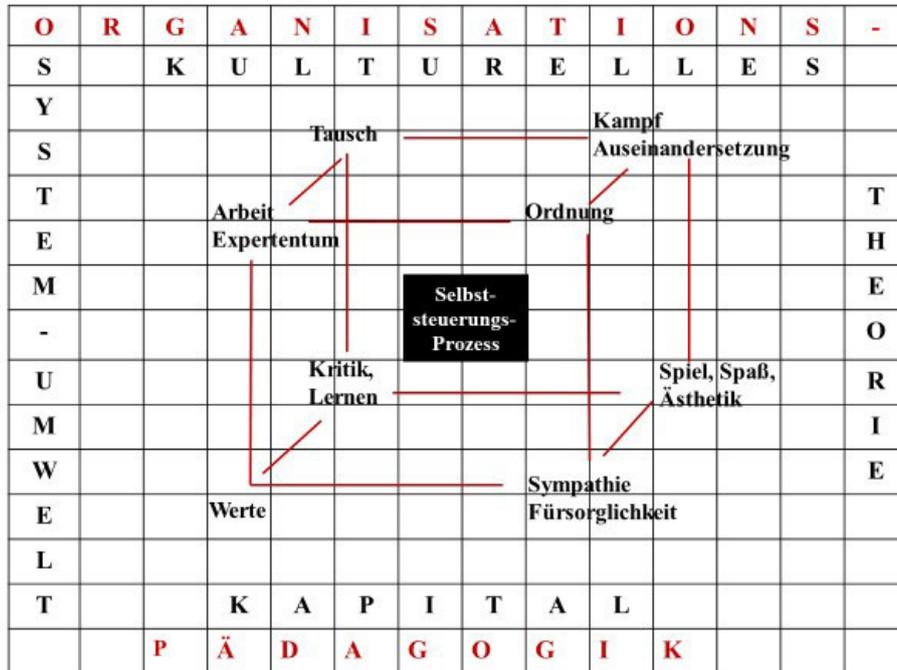


Abbildung 9: Theoretisches Modell - Fachkräfteerhalt im Gesundheitswesen - eine empirische Untersuchung aus erziehungs- und sozialwissenschaftlicher Perspektive

(Ableitung aus: Geißler 2000:21), eigene Darstellung

1.28 Zusammenfassung des theoretischen Teils

Steigende Pflegebedürftigkeit, Fachkräftemangel und Anstieg psychischer Erkrankungen der Beschäftigten geben Anlass zu der Frage, welche Faktoren den Verbleib im Pflegeberuf beeinflussen. Experten sprechen sich hinsichtlich der Implementierung eines BGM für den Einsatz adressatengerechter Maßnahmen zur GF aus.

Vorliegende Untersuchung soll dazu beitragen die Forschungslücke zu schließen, welche hemmenden und fördernden Faktoren den Verbleib im Pflegeberuf beeinflussen; inwieweit die Implementierung gesundheitsfördernder Maßnahmen zum Verbleib im Pflegeberuf beiträgt und welche Projekte und Maßnahmen bereits implementiert wurden. Die Bearbeitung der Thematik erfolgt aus sozial- und erziehungswissenschaftlicher Perspektive.

Das Theorienfundament stützt sich auf die Teilelemente des kulturellen Kapitals (Bourdieu) und der Autopoiesis (Luhmann). Hier soll kein Vergleich der Theorien stattfinden, sondern Übereinstimmungen hinsichtlich der Theorienarchitektur aufgezeigt werden.

Sozial- und erziehungswissenschaftliches Erkenntnisinteresse liegt darin, welche Aspekte der individuelle Gesundheitsbegriff beinhaltet und welche familiären Rituale zur Gesunderhaltung vermittelt wurden. Zum Ziel, sich daraus ableitbarer GF-Maßnahmen, die Pflegefachkräfte benötigen, um weiterhin im Beruf arbeiten zu können und welche Erkenntnisse daraus für die (Elementar-)Pädagogik gewonnen werden können.

Die dritte Beobachtungsfigur bezüglich der Theorien-Analyse bilden organisationspädagogische Aspekte. Kongruenzen aller drei Ansätze bestehen in der Wahl der Begriffspaare, ineinander verwobener Elemente, der Zielgruppe und des Selbststeuerungsprozesses aufgrund individueller Systemgeschichte. Außerdem finden sich in allen Perspektiven, die Synonyme: (übergeordnete) Werte, Grundwerte und Liebe/Anerkennung, die sich ebenfalls im Organisationskulturebenen-Modell (Schein) widerspiegeln.

Die Analyse ausgewählter Gesundheitsdefinitionen zeigt die Mehrdimensionalität des Begriffs Gesundheit, der von (Wohl-)Befinden über Gleichgewichtskontinuum bis Employability reicht. Während Erziehungswissenschaftler und verschiedene Sozialwissenschaftler den fehlenden Konsens einer disziplinübergreifenden Gesundheitsdefinition beklagen, warnt Luhmann vor der Explizierung einer Definition. Was für einen Menschen Gesundheit bedeute, so Luhmann, könne für Andere Krankheit und Ausgrenzung bedeuten.

Allerdings bedarf es zur Legitimation von Arbeitsunfähigkeit im sozialversicherungs- und arbeitsrechtlichen Sinne einer Klassifizierungsmöglichkeit. Daher rät Simon zu einem eigenverantwortlichen Umgang mit Gesundheit. Eigenkompetenz geht mit dem Bewusstsein der eigenen Ressourcen einher, die sich in einigen Gesundheitsdefinitionen wiederfinden.

Nach erfolgter Einordnung der Kapitalsorten Bourdieus wird deutlich, dass diese ebenso als Faktoren zur Gesundheitskapitalbildung fungieren können. Auch hier kristallisiert sich die Bedeutsamkeit der eigenen Systemgeschichte heraus, ohne die eine Eruiierung persönlicher Ressourcen nicht möglich wäre.

Da Gesundheitskompetenz und Gesundheitsförderung als Querschnittsthema über die gesamte Lebensspanne zu sehen ist, entwickelt Pädagogik zunehmendes Interesse an gesundheitsrelevanten Informationen. Demzufolge sind die Erkenntnisse gleichermaßen von sozial- und erziehungswissenschaftlicher Bedeutung. Schlussendlich bilden organisationspädagogische Aspekte den Rahmen der Untersuchung, um herauszuarbeiten, welche organisationalen gesundheitsfördernden Angebotsstrukturen den Aneignungsprozessen gegenübergestellt werden können.

Zusammenfassend lässt sich festhalten, dass nach Einordnung der theoretischen Teilaspekte die Bezeichnungen: Kulturelles Kapital (Bourdieu), Systemgeschichte (Luhmann) und Deutungsmuster (Geißler, definiert nach Arnold) ausnahmslos auf der persönlichen Sozialisation (Biografie) gründen und in kausalem Zusammenhang mit der individuellen Selbststeuerung (Autopoiesis) stehen.

Das zeigt, dass die Beschäftigung mit dem persönlichen Kulturkapital eine Auseinandersetzung mit der individuellen Systemgeschichte impliziert.

Zur Analyse der eigenen Systemgeschichte wird ein Instrument vorgestellt, das originär zur Diagnostik von Unternehmenskulturen entwickelt wurde. Das von Schein entwickelte „Drei-Ebenen-Modell“ erlaubt nach Konkretisierung weiterer systemtheoretischer Aspekte die Reflexion der individuellen und organisationalen Systemgeschichte.

1.29 Verwendete Literatur

Kontext Ausgangssituation und Pflegewissenschaft

- Antonovsky, A.** (1987): *Unraveling the Mystery of Health - How People Manage Stress and Stay Well*. Jossey-Bass Publishers, San Francisco
- Antonovsky, A.** (1997): Franke, A. (Hrsg.) (1997): *Salutogenese. Zur Entmystifizierung der Gesundheit*. Dgvt, Tübingen
- Badura, B.; Schellschmidt, H.; Vetter, C.** (2007): *Fehlzeiten-Report 2006: Chronische Krankheiten*. Springer, Heidelberg Berlin
- Badura, B.; Ducki, A.; Schröder, H.; Klose, J.; Meyer, M.** (Hrsg.) (2015): *Fehlzeitenreport 2015. Schwerpunkt: Neue Wege für mehr Gesundheit – Qualitätsstandards für ein zielgruppenspezifisches Gesundheitsmanagement*. Springer, Heidelberg
- Baumann, E.; Fromm, B.; Lampert, V.** (2011): *Medienpsychologie. Konzepte – Methoden – Praxis. Gesundheitskommunikation und Medien. Ein Lehrbuch*. Kohlhammer, Stuttgart. 1. Auflage (eBook)
- Bäuerlen, J.** (2014): *Gesundheit und Arbeitswelt. Für eine gelungene Balance von Erwerbsarbeit und Familie*. Tectum, Marburg (eBook)
- Beckermann, M. J. et al.** (2014): *Berichte aus der ärztlichen Praxis*, in: Manzei, A.; Schmiede, R. (Hrsg.) (2014): *20 Jahre Wettbewerb im Gesundheitswesen. Theoretische und empirische Analyse zur Ökonomisierung von Medizin und Pflege*. Springer, Wiesbaden (eBook)
- Bengel, J.; Strittmatter, R.; Willmann, H.** (2001) Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) (Hrsg.) (2001): *Was erhält Menschen gesund? Antonovskys Modell der Salutogenese – Diskussionsstand und Stellenwert*. BZgA, Köln, erweiterte Neuauflage
- Bonin, H.; Braeseke, G.; Ganserer, A.** (2015): *Beschäftigte in den Pflegeberufen*. In: Bertelsmann Stiftung (Hrsg.) (2015): *Internationale Fachkräfterekrutierung in der deutschen Pflegebranche. Chancen und Hemmnisse aus Sicht der Einrichtungen*. Bertelsmann, Gütersloh
- Bödeker, W., BKK Bundesverband** (Hrsg.) (2008): *Wettbewerbsvorteil Gesundheit, Kosten arbeitsbedingter Erkrankungen und Frühberentung in Deutschland. Text und Gestaltung: Berliner Botschaft*. BKK, Essen
- Brause, M.; Horn, A.; Bücher, A.; Schaffer, D.** (2010): *Gesundheitsförderung in der stationären Langzeitversorgung – Teil II*. Bielefeld: Veröffentlichungsreihe des Instituts für Pflegewissenschaft (IPW)
- Burkhart, M.; Ostwald D.A.; Ehrhard, T.,** (2012): *112 – und niemand hilft – Fachkräftemangel: Warum dem Gesundheitssystem ab 2030 die Luft ausgeht, Vier Szenarien zeigen, wo in Deutschland welche Fachkräfte im Gesundheitssystem fehlen und was schon heute dagegen getan werden kann*. PricewaterhouseCoopers AG Wirtschaftsprüfungsgesellschaft (PwC) (Hrsg.), Frankfurt am Main
- Dragano, N.; Wahl, S.** (2015), in: Badura, B.; Ducki, A.; Schröder, H.; Klose, J.; Meyer, M. (Hrsg.) (2015): *Fehlzeitenreport 2015*. Springer, Berlin Heidelberg

- Faltermaier**, T. Selg, H.; Ulich, D.; (2017): Gesundheitspsychologie. Kohlhammer, Stuttgart (eBook)
- Franke**, A.; Schulte, N. (Hrsg.) (1997): Salutogenese. Zur Entmystifizierung der Gesundheit. dgvt, Tübingen
- Franke**, N. (2015): Wenn der Beruf krank macht. Pressemitteilung des Wissenschaftlichen Instituts der AOK (WIdo), Berlin
- Fröhlich**, A.; Heinen, N.; Klauss, T.; Lamers, W. (Hrsg.) (2014): Schwere und mehrfache Behinderung – interdisziplinär. Impulse – Schwere und mehrfache Behinderung Band 1. ATHENA, Oberhausen (eBook)
- Grande**, G. (2007): Betriebliche Gesundheitsförderung und Prävention. In: Badura, B.; Schellschmidt, H.; Vetter, C. (Hrsg.) (2007): Fehlzeiten-Report 2006. Chronische Krankheiten. Springer, Heidelberg (eBook)
- Hoops**, W. (2013): Pflege als Performance. Zum Darstellungsproblem des Pflegerischen. Transcript, Bielefeld (eBook)
- Hülsken-Giesler**, M.; Kreutzer, S.; Dütthorn, N. (Hrsg.) (2016): Rekonstruktive Fallarbeit in der Pflege. Methodologische Reflexionen und praktische Relevanz für Pflegewissenschaft, Pflegebildung und die direkte Pflege. V&R unipress, Göttingen
- Hundt**, N.; van Hövell, C. (2015): Akademisierung in der Pflege. Aktueller Stand und Zukunftsperspektiven. Disserta, Hamburg (eBook)
- Hurrelmann**, K.; Laaser, U; Razum, O. (2006): Handbuch Gesundheitswissenschaften. Juventa, Weinheim München
- Isfort**, M. et al. (2013): Eine bundesweite Befragung von Führungskräften zur Situation der Pflege und Patientenversorgung auf Intensivstationen im Krankenhaus. dip, Köln
- Jacobs**, K.; Schwinger, A.; Klauber, J.; Greß, S.; Kuhlmei, A. (2016): Pflege-Report 2016. Schwerpunkt Die Pflegenden im Fokus. Schattauer, Stuttgart (eBook)
- Juchli**, L. (1991): Krankenpflege. Praxis und Theorie der Gesundheitsförderung und Pflege Kranker. Thieme, Stuttgart. 8. Auflage
- Juchli**, L. (Hrsg.) (1994): Pflege. Thieme, Stuttgart. 8. Auflage
- Käppeli**, S. (Hrsg.) (2005): Pflegekonzepte. Phänomene im Erleben von Krankheit und Umfeld, Band 2. Huber, Hogrefe Bern. 3. Nachdruck
- Kempf**, C. (2014): Service-Wohnen für Senioren: Eine empirische Untersuchung zu Dienstleistungsqualität, Customer Voluntary Performance und Preisfairness. Springer, Heidelberg Berlin
- Kerres**, A.; Seeberger, B. (Hrsg.) (2005): Gesamtlehrbuch Pflegemanagement. Springer, Heidelberg
- Kordt**, M. (2013): DAK Gesundheitsreport 2013, Erstellt durch IGES Institut GmbH. Berlin
- Kordt**, M. (2014): DAK Gesundheitsreport 2014, Erstellt durch IGES Institut GmbH. Berlin
- Kordt**, M. (2015): DAK Gesundheitsreport 2015, Erstellt durch IGES Institut GmbH. Berlin
- Lampert**, T.; Richter, M.; Schneider, S.; Spallek, J.; Dragano, N. (2015): Soziale Ungleich-

heit und Gesundheit. Stand und Perspektiven der sozialepidemiologischen Forschung in Deutschland. In: Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz 2, 2016 Springer, Berlin Heidelberg

Lauber, A. (2012): Grundlagen beruflicher Pflege. Verstehen & Pflegen 1. Thieme, Stuttgart. 3. Auflage

Manzei, A.; Schmiede, R. (Hrsg.) (2014): 20 Jahre Wettbewerb im Gesundheitswesen. Theoretische und empirische Analyse zur Ökonomisierung von Medizin und Pflege. Springer, Wiesbaden (eBook)

Mayer, H. (2015): Pflegewissenschaft – Über die Etablierung einer neuen Disziplin an der Universität Wien, in: Fröschl, K.; Müller, G.; Olechowski, T.; Schmidt-Lauber, B. (Hg.) (2015): Reflexive Innensichten aus der Universität. Disziplinengeschichten zwischen Wissenschaft, Gesellschaft und Politik. V&R unipress, Vienna (eBook)

Menche, N. (Hrsg.) (2014): Pflege Heute. Urban & Fischer, München und Jena. 6. Auflage (eBook)

Menning, H. (2014): Das psychische Immunsystem. Schutzschild der Seele. Hogrefe, Göttingen

Mielck, A.; Helmert, U. (1994): Krankheit und soziale Ungleichheit: Empirische Studien in Westdeutschland. In: Mielck, A. (Hrsg.): Krankheit und soziale Ungleichheit. Ergebnisse der sozialepidemiologischen Forschung in Deutschland. Leske + Budrich, Opladen

Mielck, A.; Helmert, U. (1998): Soziale Ungleichheit und Gesundheit. In: Hurrelmann, K.; Laaser, U.; Razum, O. (2006): Handbuch Gesundheitswissenschaften. Juventa, Weinheim München

Mielck, A. (2000): Soziale Ungleichheit und Gesundheit. Empirische Ergebnisse, Erklärungsansätze, Interventionsmöglichkeiten. Huber, Bern

Mielck, A.; Bloomfield, K. (Hrsg.) (2001): Sozial-Epidemiologie. Eine Einführung in die Grundlagen, Ergebnisse und Umsetzungsmöglichkeiten Gesundheitsforschung. Juventa, Weinheim

Mielck, A.; Lungen, M.; Siegel, M.; Korber, K. (2012): Wirksame Bildungsinvestitionen: Folgen unzureichender Bildung für die Gesundheit. Bertelsmann, Gütersloh

Müller, H. (2014): Arbeitsorganisation in der Altenpflege. Ein Beitrag zur Qualitätsentwicklung und -sicherung. Schlütersche, Hannover. 5. akt. Auflage

Nagel, U.; Petermann, O. (2012): Psychische Belastungen, Stress, Burnout?: So erkennen Sie frühzeitig Gefährdungen für Ihre Mitarbeiter und beugen Erkrankungen erfolgreich vor! Hüthig Jehle Rehm, Heidelberg. 1. Auflage

Nelting, M. (2010): Burnout – Wenn die Maske zerbricht. Wie man Überlastung erkennt und neue Wege geht. Goldmann, München

Oppolzer, A. (1994): Die Arbeitswelt als Ursache gesundheitlicher Ungleichheit. In: Mielck, A. (Hrsg.): Krankheit und soziale Ungleichheit. Ergebnisse der sozialepidemiologischen Forschung in Deutschland. Leske + Budrich, Opladen

Payer, L. (1993): Andere Länder, andere Leiden. Campus, Frankfurt am Main New York

Prognos AG, (2012): Arbeitslandschaft 2030, Im Auftrag der vbw – Vereinigung der Bayerischen Wirtschaft e. V. (Hrsg.), München

- Pschyrembel**, W. (Hrsg.) (2007): Klinisches Wörterbuch, Pschyrembel®. Walter de Gruyter, Berlin; New York. 261., neu bearbeitete und erweiterte Auflage. Beiträge: „Gesundheit“, „Krankheit“
- Richter**, M.; Hurrelmann, K. (Hrsg.) (2016): Soziologie von Gesundheit und Krankheit, Springer, Wiesbaden (eBook)
- Rixgens**, P. (2008): Psychische Erkrankungen im Vormarsch. Neue Herausforderungen für das betriebliche Gesundheitsmanagement. In: Bertelsmann Stiftung (Hrsg.), Gütersloh
- Roth**, G.; Strüber, N. (2012): Pränatale Entwicklung und neurobiologische Grundlagen der psychischen Entwicklung, in: Cierpka, M. (Hrsg.) (2012): Frühe Kindheit 0-3. Beratung und Psychotherapie für Eltern mit Säuglingen und Kleinkindern. Springer, Berlin Heidelberg New York
- Rothgang**, H.; Müller, R.; Unger, R.. In: Bertelsmann Stiftung (Hrsg.) (2013): Themenreport „Pflege 2030“. Was ist zu erwarten – was ist zu tun? Bertelsmann, Gütersloh
- Rönnau-Böse**, M.; Fröhlich-Gildhoff, K. (2015): Resilienz und Resilienzförderung über die Lebensspanne. Kohlhammer, Stuttgart
- Schaeffer**, D. (1998): Innerprofessionelle Sicht der Kooperation in der ambulanten Versorgung – die Perspektive der Pflege. In: Garms-Homolová, V.; Schaeffer, D. (Hrsg.) (1998): Medizin und Pflege. Kooperation in der ambulanten Versorgung. Ullstein Mosby, Berlin
- Schaeffer**, D.; Vogt, D.; Berens, E. M. (2017): Gesundheitskompetenz der Bevölkerung in Deutschland, Forum Logopädie Heft 5 (31), September 2017. Schulz-Kirchner, Idstein
- Schiffer**, E. (2001): Wie Gesundheit entsteht. Salutogenese: Schatzsuche statt Fehler-fahndung. Beltz, Landsberg
- Schubert**, C. (2011): Von der Psyche zum Immunsystem und zurück. Wechselseitige Abhängigkeiten von Psyche, Nerven-, Hormon- und Immunsystem. Springer Medizin, Ärzte Woche 4/2011, Neu-Isenburg
- Schubert**, C. (2015): Psychoimmunologie und Psychotherapie. Schattauer, Stuttgart. 2. Auflage
- Seel**, M.; Hurling, E. (2005): Die Pflege des Menschen im Alter. Ressourcenorientierte Unterstützung nach den AEDL. Schlütersche, Hannover (eBook)
- Seligman**, M.E.P. (2008): Positive Health. In: Applied Psychology: An international Review.
- Seligman**, M.E.P. (2011): Flourish – Wie Menschen aufblühen. Die Positive Psychologie des gelingenden Lebens. Kösel, München
- Schiff**, A. (Hrsg.) (2014): Familien in kritischen Situationen der klinischen Pflege. Barbara Budrich, Opladen, Berlin, Toronto
- Schöffski**, O.; Fricke, F.- U.; Guminski, W.; Hartmann, W. (Hrsg.) (2002): Pharmabetriebslehre. Springer, Berlin Heidelberg (eBook)
- Schümann**, B. (2015): Rezension zu: Andrea Schiff (Hrsg.): Familien in kritischen Situationen der klinischen Pflege. Verlag Barbara Budrich (Opladen, Berlin, Toronto) 2014. In: socialnet Rezensionen, unter: <http://www.socialnet.de/rezensionen/18470.php>

- Simon, Fritz, B.** (2001): Die andere Seite der Gesundheit. Ansätze zur systemischen Krankheits- und Therapietheorie. Carl-Auer, Heidelberg. 2. Auflage
- Simon, M.** (2014): Ökonomisierung von Pflege und Betreuung, in: Manzei, A.; Schmiede, R. (Hrsg.) (2014): 20 Jahre Wettbewerb im Gesundheitswesen. Theoretische und empirische Analyse zur Ökonomisierung von Medizin und Pflege. Springer, Wiesbaden (eBook)
- Statistisches Bundesamt** (Hrsg.) (2013): Pflegestatistik 2011. Pflege im Rahmen der Pflegeversicherung. Statistisches Bundesamt, Wiesbaden
- Statistisches Bundesamt** (Hrsg.) (2015): Rund ein Drittel mehr Pflegebedürftige bis 2030. Bundesinstitut für Bevölkerungsforschung (BiB). Pressemitteilung Nr.7/2015, Wiesbaden
- Statistisches Bundesamt** (Hrsg.) (2017): Knapp 2,9 Millionen Pflegebedürftige im Dezember
- Thieme, G.** (2015): Krankheitslehre I care. Thieme, Stuttgart (eBook)
- Uhle, T.; Treier M.** (2013): Betriebliches Gesundheitsmanagement. Gesundheitsförderung in der Arbeitswelt – Mitarbeiter einbinden, Prozesse gestalten, Erfolge messen. Springer, Wiesbaden
- Von Reibnitz, C.; Sonntag, K.; Strackbein, D.** (Hrsg.) (2017): Patientenorientierte Beratung in der Pflege. Leitfäden und Fallbeispiele. Springer, Berlin Heidelberg (eBook)
- Weidner, F.** (Hrsg.) (2000): Pflegeforschung praxisnah. Beispiele aus verschiedenen Handlungsfeldern. Mabuse, Frankfurt am Main
- Weidner, F.** (2017): Eine neue Form der Unerträglichkeit. In: Die Schwester/Der Pfleger. 56. Jahrg.4/17. Bibliomed Medizinische Verlagsgesellschaft, Melsungen
- WIDO, Wissenschaftliches Institut der AOK** (2012): Fehlzeiten-Report 2012. Berlin
- Zimbardo, P.G.** (1995): Psychologie. Volume I. Springer, Berlin Heidelberg
- Zimbardo, P. G., Gerring, R. J.,** (1999): Psychologie. Springer, Berlin Heidelberg New York. 7. überarbeitete Auflage
- Zog, K.** (2014): Unterschiede bei der Gesundheitskompetenz. In: Wissenschaftliches Institut der AOK. WIdO monitor Ausgabe 2/2014, Berlin

Verwendete Internetquellen: Kontext Ausgangssituation und Pflegewissenschaft

Stichwort: Zuzahlungen Gesundheitswesen

Bundesministerium für Gesundheit (BMG) (2017): Zuzahlung. Unter: <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/themen/krankenversicherung/online-ratgeber-krankenversicherung/medizinische-versorgung-und-leistungen-der-krankenversicherung/zuzahlung.html>. Berlin (eingesehen: 02.11.2017, 19:45 Uhr MEZ)

Stichwort: Zuzahlungen Vorsorgeuntersuchungen

Hillmann, L. (2017): Diese Vorsorgeuntersuchungen zahlen die Krankenkassen. Gesundheitsberater Berlin. Unter: <http://www.gesundheitsberater-berlin.de/praevention/themen/vorsorge-frueherkennung/vorsorgekalender>. Berlin (eingesehen: 02.11.2017, 19:50 Uhr MEZ)

Kontext Sozialwissenschaften

Abel, T.; Abraham, A.; Sommerhalder, K. (2009): Kulturelles Kapital, kollektive Lebensstile und die soziale Reproduktion sozialer Ungleichheit, in: Richter, M.; Hurrelmann, K. (Hrsg.) (2009): Gesundheitliche Ungleichheit. Grundlagen, Probleme, Perspektiven. Springer VS, Wiesbaden. 2., aktualisierte Auflage (eBook)

Alkemeyer, T.; Brümmer, K.; Pille, T. (2010): Praktiken sozialer Abstimmung. Kooperative Arbeit aus der praxeologischen Perspektive Pierre Bourdieus. In: Böhle, F.; Wehrich, M. (Hrsg.) (2010): Die Körperlichkeit sozialen Handelns. Soziale Ordnung jenseits von Normen und Institutionen. Transcript, Bielefeld (eBook)

Badura, B.; Schellschmidt, Vetter, C. (Hrsg.) (2007): Fehlzeiten-Report 2006. Chronische Krankheiten. Springer, Heidelberg (eBook)

Badura, B.; Greiner, W.; Rixgens, P.; Ueberle, M.; Behr, M. (2008): Sozialkapital. Grundlagen von Gesundheit und Unternehmenserfolg. Springer, Heidelberg

Badura, B.; Walter, U.; Hehlmann, T. (2010): Betriebliche Gesundheitspolitik. Der Weg zur gesunden Organisation. Springer, Berlin Heidelberg. 2. Auflage

Badura, B.; Greiner, Wo.; Rixgens, P.; Ueberle, M.; Behr, M. (2013): Sozialkapital. Grundlagen von Gesundheit und Unternehmenserfolg. Springer, Berlin Heidelberg. 2., erweiterte Auflage

Badura, B.; Ducki, A.; Schröder H.; Klose, J.; Meyer, M. (Hrsg.) (2015): Fehlzeiten-Report 2015. Neue Wege für mehr Gesundheit – Qualitätsstandards für ein zielgruppenspezifisches Gesundheitsmanagement. Springer, Berlin Heidelberg

Baecker, D. (Hrsg.) (2002): Einführung in die Systemtheorie. Carl-Auer, Heidelberg

Biermann, R. (2009): Der mediale Habitus von Lehramtsstudierenden. Eine quantitative Studie zum Medienhandeln von angehenden Lehrpersonen. Springer VS, Wiesbaden, 1. Auflage (eBook)

Bourdieu, P. (1983): Ökonomisches Kapital, kulturelles Kapital, soziales Kapital, in: Kreckel, R. (Hrsg.) (1983): Soziale Ungleichheiten. Schwartz, Göttingen

Bourdieu, P. (1985a): Sozialer Raum und „Klassen“. Leçon sur la leçon. Zwei Vorlesungen. Suhrkamp, Frankfurt am Main

Bourdieu, P. (1986): The Forms of Capital, in: Richardson, J. (Hrsg.): Handbook of Theory and Research for the Sociology of Education, Greenwood Press, New York, S. 241-258.

Bourdieu, P. (1987:17, Bourdieu 1992:15). In: Koob, D. (2007): Sozialkapital zur Sprache gebracht: eine bedeutungstheoretische Perspektive auf ein sozialwissenschaftliches Begriffs- und Theorieproblem. Universitätsverlag, Göttingen

Bourdieu, P.; Bolder, J.; Nordmann, U. (1992): Die verborgenen Mechanismen der Macht (Schriften zu Politik & Kultur)

Bourdieu, P. (Autor); Wacquant, L. J. D. (Autor); Beister, H. (Übersetzer) (1996): Reflexive Anthropologie. Suhrkamp, Frankfurt am Main

Bourdieu, P. (1998): Praktische Vernunft. Suhrkamp, Frankfurt am Main

- Bröckling, U.** (2007): Das unternehmerische Selbst. Soziologie einer Subjektivierungsform, Suhrkamp, Frankfurt am Main. In: Brunett, R. (2009): Die Hegemonie symbolischer Gesundheit. Eine Studie zum Mehrwert von Gesundheit. Transcript, Bielefeld (eBook)
- Brunett, Regina** (2009): Die Hegemonie symbolischer Gesundheit. Eine Studie zum Mehrwert von Gesundheit. Transcript, Bielefeld (eBook)
- Buhl, J.** (2007): Theorie der kulturellen Reproduktion nach Pierre Bourdieu. Der Einfluss kulturellen Kapitals auf Bildungschancen. Studienarbeit. GRIN, München Ravensburg
- Cierpka, M.** (Hrsg.) (2012): Frühe Kindheit 0-3. Beratung und Psychotherapie für Eltern mit Säuglingen und Kleinkindern. Springer, Berlin Heidelberg New York
- Ditton, H.; Maaz, K.** (2011): Sozioökonomischer Status und soziale Ungleichheit. In: Reinders, H. et al. (2011): Empirische Bildungsforschung. Strukturen und Methoden. Springer VS, Wiesbaden (eBook)
- Fischer, J.** (2006): Bourdieu und Luhmann: soziologische Doppelbeobachtung der „bürgerlichen Gesellschaft“ nach ihrer Kontingenzerfahrung. In: Rehberg, K.-S. (Hrsg.): Deutsche Gesellschaft für Soziologie (DGS) (Hrsg.): Soziale Ungleichheit, kulturelle Unterschiede: Verhandlungen des 32. Kongresses der Deutschen Gesellschaft für Soziologie in München. Teilbd. 1 und 2. Campus, Frankfurt am Main, S. 2850-2858. Unter: <http://nbn-resolving.de/urn:nbn:de:0168-ssoar-143346> (eingesehen: 14.10.2017, 12:30 Uhr MEZ)
- Fröschl, K.; Müller, G.; Olechowski, T.; Schmidt-Lauber, B.** (Hg.) (2015): Reflexive Innensichten aus der Universität. Disziplinengeschichten zwischen Wissenschaft, Gesellschaft und Politik. V&R unipress, Vienna (eBook)
- Gärtner, H.W.** (1997): Das Krankenhaus als System. In: Zwierlein, E. (Hrsg.) (1997): Klinikmanagement. Erfolgsstrategien für die Zukunft. Qualität – Humanität – Wirtschaftlichkeit. Urban & Schwarzenberg, München Wien Baltimore
- Gärtner, Heribert W.** (2004): Die eigene Organisation besser verstehen – die diagnostische Tätigkeit von Führungskräften, In: Theorie und Praxis der Steuerung sozialer Systeme. Arbeitspapier. KatHO NRW, Köln
- Gärtner, Heribert W.** (2007): Selbstfürsorge aus systemtheoretischer Sicht. In: Theorie und Praxis der Steuerung sozialer Systeme. Unveröffentlichtes Arbeitspapier. KatHO NRW, Köln
- Grande, G.** (2007): Betriebliche Gesundheitsförderung und Prävention. In: Badura, B.; Schellschmidt, Vetter, C. (Hrsg.) (2007): Fehlzeiten-Report 2006. Chronische Krankheiten. Springer, Heidelberg (eBook)
- Hammer, V.** (2004): Die Transformation kulturellen Kapitals. Berufliche Weiterbildung für Risikogruppen allein erziehender Frauen. Springer VS, Wiesbaden. 1. Auflage
- Hejl, Peter M** (1999): „Konstruktivismus, Beliebigkeit, Universalien“. In: Rusch, G. (Hrsg.) (1999): Wissen und Wirklichkeit. Beiträge zum Konstruktivismus. Carl-Auer-Systeme, Heidelberg

- Hurrelmann, K.**; Laaser, U.; Razum, O. (Hrsg.) (2006): Handbuch Gesundheitswissenschaften. Juventa, Weinheim München
- Hurrelmann, K.**; Franzkowiak, P. (2011): Gesundheit. In: BZgA – Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (Hrsg.): Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention. Glossar zu Konzepten. Strategien und Methoden. Verlag für Gesundheitsförderung, Werbach- Gamburg
- Hülksen-Giesler, M.**; Kreutzer, S.; Dütthorn, N. (Hrsg.) (2016): Rekonstruktive Fallarbeit in der Pflege. Methodologische Reflexionen und praktische Relevanz für Pflegewissenschaft, Pflegebildung und die direkte Pflege. V&R unipress, Göttingen
- Joas, H.**; Knöbl, W. (2004): Sozialtheorie. Zwanzig einführende Vorlesungen. Suhrkamp, Frankfurt am Main
- Jurt, J.** (2012): Bourdieus Kapital-Theorie. In: Bergmann, M.M.; Hupka-Brunner, S.; Meyer, T.; Samuel, R. (Hrsg.) (2012): Bildung – Arbeit – Erwachsenwerden. Ein interdisziplinärer Blick auf die Transition im Jugend- und jungen Erwachsenenalter. Springer, Wiesbaden (eBook)
- Kerres, A.**; Seeberger, B. (Hrsg.) (2005): Gesamtlehrbuch Pflegemanagement. Springer, Heidelberg
- Klaes, D.** (Hrsg.) (2007): Klassiker der Soziologie Band II. Von Talcott Parsons bis Anthony Giddens. C. H. Beck, München. 5. überarbeitete, aktualisierte und erweiterte Auflage (eBook)
- Koob, D.** (2007): Sozialkapital zur Sprache gebracht. Eine bedeutungstheoretische Perspektive auf ein sozialwissenschaftliches Begriffs- und Theorieproblem. Universitätsverlag, Göttingen (eBook)
- Krause, D.** (2001): Luhmann-Lexikon. Lucius & Lucius, Stuttgart. 3. Auflage
- Lampert, T.**; Richter, M.; Schneider, S.; Spallek, J.; Dragano, N. (2015): Soziale Ungleichheit und Gesundheit. Stand und Perspektiven der sozialepidemiologischen Forschung
- Leidenfrost, J.** (2006): Kritischer Erfolgsfaktor Körper? Leistung neu denken: Ressourcen-pflege im Management. In: Götz, K. (Hrsg.) (2006): managementkonzepte. Band 31. Hampp, München Mering (eBook)
- Luhmann, N.** (1997): Die Gesellschaft der Gesellschaft. Suhrkamp, Frankfurt am Main.
1. Auflage
- Luhmann, N.** (2000): Vertrauen. Lucius & Lucius, Stuttgart. 4. Auflage
- Luhmann, N.** (2002): Einführung in die Systemtheorie. In: Baecker, D. (Hrsg.). Carl-Auer, Heidelberg
- Luhmann, N.** (2008): Soziologische Aufklärung 6. Die Soziologie und der Mensch. Springer VS, Wiesbaden. 3. Auflage
- Mayer, H.** (2015): Pflegewissenschaft – Über die Etablierung einer neuen Disziplin an der Universität Wien, in: Fröschl, K.; Müller, G.; Olechowski, T.; Schmidt-Lauber, B. (Hrsg.) (2015): Reflexive Innensichten aus der Universität. Disziplinengeschichten zwischen Wissenschaft, Gesellschaft und Politik. V&R unipress, Vienna (eBook)
- Meulemann, H.** (2012): Soziologie von Anfang an. Eine Einführung in Themen, Ergebnisse und Literatur. Springer VS, Wiesbaden. 3. Auflage (eBook)

- Mielck, A.; Helmert, U. (1994):** Krankheit und soziale Ungleichheit: Empirische Studien in Westdeutschland. In: Mielck, A. (Hrsg.): Krankheit und soziale Ungleichheit. Ergebnisse der sozialegpidemiologischen Forschung in Deutschland. Leske + Budrich, Opladen
- Mielck, A.; Helmert, U. (1998):** Soziale Ungleichheit und Gesundheit. In: Hurrelmann, K.; Laaser, U; Razum, O. (2006): Handbuch Gesundheitswissenschaften. Juventa, Weinheim München
- Mielck, A. (2000):** Soziale Ungleichheit und Gesundheit. Empirische Ergebnisse, Erklärungsansätze, Interventionsmöglichkeiten. Huber, Bern
- Mielck, A.; Bloomfield, K. (Hrsg.) (2001):** Sozial-Epidemiologie. Eine Einführung in die Grundlagen, Ergebnisse und Umsetzungsmöglichkeiten. Gesundheitsforschung. Juventa, Weinheim
- Mielck, A.; Lungen, M.; Siegel, M.; Korber, K. (2012):** Wirksame Bildungsinvestitionen: Folgen unzureichender Bildung für die Gesundheit. Bertelsmann, Gütersloh
- Moser, S. (2001):** Komplexe Konstruktionen: Systemtheorie, Konstruktivismus und empirische Literaturwissenschaft. Universtätsverlag, Copyright Inhaber: Springer, Wiesbaden (eBook)
- Mühlum A., Gödecker-Geenen N., (2003):** Soziale Arbeit in der Rehabilitation. Reinhardt, München. Unter: <http://www.reinhardt-verlag.de/pdf/inhalt2473.pdf> (eingesehen: 01.01.2018, 13:40 Uhr, MEZ)
- Oppolzer, A. (1994):** Die Arbeitswelt als Ursache gesundheitlicher Ungleichheit. In: Mielck, A. (Hrsg.): Krankheit und soziale Ungleichheit. Ergebnisse der sozialegpidemiologischen Forschung in Deutschland. Leske + Budrich, Opladen
- Perren-Klingler, G. (Hrsg.) (2015):** Psychische Gesundheit und Katastrophe. Internationale Perspektiven in der psychosozialen Notfallversorgung. Springer, Berlin Heidelberg (eBook)
- Petermann, S. (2014):** Persönliches soziales Kapital in Stadtgesellschaften. Springer, Wiesbaden (eBook)
- Rosa, Hartmut (2006):** Wettbewerb als Interaktionsmodus. Kulturelle und Sozialstrukturelle Konsequenzen der Konkurrenzgesellschaft, in: Leviathan, Zeitschrift für Sozialwissenschaft, Berlin. In: Brunett, Regina (2009): Die Hegemonie symbolischer Gesundheit. Eine Studie zum Mehrwert von Gesundheit. Transcript, Bielefeld (eBook)
- Reinders, H., Ditton, H.; Gräsel, C.; Gniewosz, B. (Hrsg.) (2011):** Empirische Bildungsforschung. Strukturen und Methoden. Springer VS, Wiesbaden (eBook)
- Richter, M.; Hurrelmann, K. (Hrsg.) (2009):** Gesundheitliche Ungleichheit. Grundlagen, Probleme, Perspektiven. Springer VS, Wiesbaden. 2., aktualisierte Auflage (eBook)
- Rosa, Hartmut (2006):** Wettbewerb als Interaktionsmodus. Kulturelle und Sozialstrukturelle Konsequenzen der Konkurrenzgesellschaft, in: Leviathan, Zeitschrift für Sozialwissenschaft, Berlin. In: Brunett, Regina (2009): Die Hegemonie symbolischer Gesundheit. Eine Studie zum Mehrwert von Gesundheit. Transcript, Bielefeld (eBook)
- Rössler, W.; Keller, H.; Mook, J. (Hrsg.) (2016):** Betriebliches Gesundheitsmanagement. Herausforderung und Chance. Kohlhammer, Stuttgart. 2. Auflage

- Schaeffer, D.;** Vogt, D.; Berens, E. M. (2017): Gesundheitskompetenz der Bevölkerung in Deutschland. Forum Logopädie Heft 5 (31), September 2017. Schulz-Kirchner, Idstein
- Schäfers, B.** (Hrsg.) (2003): Grundbegriffe der Soziologie. Leske + Budrich, Opladen. 8. Auflage
- Schimank, U.;** Volkmann, U. (1999): Gesellschaftliche Differenzierung. Transcript, Bielefeld
- Schnell, R.;** Hill, P. B.; Esser, E. (2011): Methoden der empirischen Sozialforschung. Oldenbourg, München. 9. aktualisierte Auflage
- Schott, T.;** Hornberg, C. (Hrsg.) (2011): Die Gesellschaft und ihre Gesundheit. 20 Jahre Public Health in Deutschland: Bilanz und Ausblick einer Wissenschaft. Springer VS, Wiesbaden (eBook)
- Schott, T.;** Kuntz, B. (2011): Sozialepidemiologie: Über die Wechselwirkungen von Gesundheit und Gesellschaft. In: Schott, T.; Hornberg, C. (Hrsg.) (2011): Die Gesundheit und ihre Gesellschaft. 20 Jahre Public Health in Deutschland: Bilanz und Ausblick einer Wissenschaft. Springer VS, Wiesbaden (eBook)
- Simon, F. B.** (2001): Die andere Seite der Gesundheit. Ansätze einer systemischen Krankheits- und Therapietheorie. Carl-Auer, Heidelberg. 2. Auflage
- Simon, F. B.** (2001): Radikale Marktwirtschaft. Carl-Auer, Heidelberg
- Softic, D.** (2016): Migranten in der Politik. Eine empirische Studie zu Bundestagsabgeordneten mit Migrationshintergrund. Springer VS, Wiesbaden (eBook)
- Vogt, L.** (2005): Das Kapital der Bürger. Theorie und Praxis zivilgesellschaftlichen Engagements. Campus, Frankfurt/Main (eBook)
- Weniger, K.** (2013): Karriere-Körper. Das Körperverständnis angehender Führungskräfte. Tectum, Marburg (eBook)
- Wermke, M.;** Kunkel- Razum, K.; Scholze-Stubenrecht, W. (Hrsg.) (2001): Herkunftswörterbuch. Etymologie der deutschen Sprache. Duden, Mannheim Leipzig Wien Zürich.
3. völlig neu bearbeitete und erweiterte Auflage
- Wiedemann, T.;** Meyen, M. (Hrsg.) (2014): Pierre Bourdieu und die Kommunikationswissenschaft. Internationale Perspektiven. Herbert von Halem, Köln (eBook)
- Wünsch, C.** (2006): Unterhaltungserleben. Ein hierarchisches Zwei-Ebenen-Modell affektiv-kognitiver Informationsverarbeitung. Herbert von Halem, Köln (eBook)

Verwendete Internetquellen: Kontext Sozialwissenschaften

Stichwort: Kapitalformen

Bourdieu, P. (1986): The Forms of Capital. First published: Bourdieu, P. (1986) The forms of capital. In J. Richardson (Ed.) Handbook of Theory and Research for the Sociology of Education (New York, Greenwood), S. 241-258. Unter: <https://www.marxists.org/reference/subject/philosophy/works/fr/bourdieu-forms-capital.htm> (eingesehen: 23.10.2017, 10:23 Uhr MEZ)

Stichwort: Luhmann Autopoiesis und kulturelles Kapital Bourdieu

Herbertz, O. (2007): Pierre Bourdieus herrschende Klasse. Feine Unterschiede oder funktionale Differenzen? TU Dortmund. Unter: http://www.oliver-herbertz.de/publikationen/Pierre_Bourdieu_herschende_Klasse.pdf (eingesehen: 19.10.2017, 13:50 Uhr MEZ)

Stichwort: Lieb und Kommunikationsmedium Unterhaltung

Lieb, H.-H. and Drude, S. (2001): Advanced Glossing. A language documentation format. DoBeS Working Paper, Berlin, Nijmegen. [<http://www.mpi.nl/DOBES/documents/Advanced-Glossing1.pdf>]. Updated in 2011, checked on 7/11/2011. Unter: <http://citeseerx.ist.psu.edu/viewdoc/download?doi=10.1.1.453.9276&rep=rep1&type=pdf> (eingesehen: 23.10.2017, 14:50 Uhr MEZ)

Stichwort: Autopoiese

Stangl, W. (2017): „Autopoiese“, in: Online Lexikon für Psychologie und Pädagogik. Unter: <http://lexikon.stangl.eu/2312/autopoiese/> (eingesehen 30.11.2017, 18:10 Uhr MEZ)

Stichwort: Kompression Psychologie

Stangl, W. (2017): Kompression. Online Lexikon für Psychologie und Pädagogik. Unter: [www: http://lexikon.stangl.eu/1565/kompression-verdichtung](http://lexikon.stangl.eu/1565/kompression-verdichtung) (eingesehen: 31.12.2017, 23:00 Uhr, MEZ)

Stichwort: Ressource VWL

Voigt, K.-I.; Günther, E.; Szczytkowski, A. (2017): Ressource Volkswirtschaftslehre, in: Springer Gabler (Hrsg.), Gabler Wirtschaftslexikon, online. Unter: <http://wirtschaftslexikon.gabler.de/Archiv/4191/ressource-v11.html> (eingesehen: 01.11.2017, 20:10 Uhr MEZ)

Verwendete Literatur – Kontext Erziehungswissenschaft

Arnold, R. (1983): Deutungsmuster. Zu den Bedeutungselementen sowie den theoretischen und methodologischen Bezügen eines Begriffs. In: Zeitschrift für Pädagogik Jg. 29 (1983), H. 6, S. 893-912. Beltz, Weinheim

Arnold, R.; Tutor, C. G. (2007): Grundlinien einer Ermöglichungsdidaktik. ZIEL, Augsburg

Arnold, R.; Nolda, S.; Nuissl, E. (Hrsg.) (2010): Wörterbuch Erwachsenenbildung. Klinkhardt UTB, Bad Heilbrunn. 2. Auflage

Bals, T. (1995): Professionalisierung des Lehrens im Berufsfeld Gesundheit. In: Twardy, M. (Hrsg.) (1995): Professionalisierung des Lehrens im Berufsfeld Gesundheit. Wirtschafts-, Berufs- und Sozialpädagogische Texte, Band 16, 3. Botermann & Botermann, Köln. 3. Auflage

- Becker-Homann, G.** (2011): Berufliche Fort- und Weiterbildung im Gesundheitswesen. Ein theoretisches Modell der praktischen Bildungsarbeit – dargestellt am Beispiel des Krankenhaus-Betriebes. Dr. Kovač, Hamburg
- Blättner, B.** (2010). In: Arnold, R.; Nolda, S.; Nuissl, E. (Hrsg.) (2010): Wörterbuch Erwachsenenbildung. Klinkhardt UTB, Bad Heilbrunn. 2. Auflage
- Böhme, G.**, (2012): Mens sana in corpore sano sit. Bildungsphilosophische Reflexion. In: Böhme, G.; Nittel, D. (Hrsg.) (2012): Gesundheit und Erwachsenenbildung. Hessischer Volkshochschulverband (Hrsg.) (2012): Gesundheit und Bildung. 1/2012. Bertelsmann, Bielefeld
- Böhme, G.; Nittel, D.** (2012): Gesundheit und Erwachsenenbildung. Hessischer Volkshochschulverband (Hrsg.) (2012): Gesundheit und Bildung, 1/2012. Bertelsmann, Bielefeld
- Cassens, M.** (2014): Einführung in die Gesundheitspädagogik. Einführungstexte Erziehungswissenschaft. Budrich, Opladen Toronto
- Cierpka, M.** (Hrsg.) (2012): Frühe Kindheit 0-3. Beratung und Psychotherapie für Eltern mit Säuglingen und Kleinkindern. Springer, Berlin Heidelberg New York
- Dietel, S.** (2012): Gesundheitspädagogische Handlungsfelder. Entwicklung der Gesundheitsbildung an Volkshochschulen unter wirkungsanalytischen Gesichtspunkten. In: Hessischer Volkshochschulverband (Hrsg.) (2012): Gesundheit und Bildung, 1/2012. Bertelsmann, Bielefeld
- Faßnacht, M.; Kuhn, H.; Schrapper, C.** (Hrsg.) (2010): Organisationen organisieren. Gruppen dynamische Zugänge und Perspektiven für die Praxis. Juventa, Weinheim München
- Freud, S.** (1999): Gesammelte Werke. In: Freud, A. et al. (Hrsg.) (1999): Chronologisch geordnet. Fischer, Frankfurt am Main. Neuauflage
- Friederich, T.** (2011): Zusammenarbeit mit Eltern – Anforderungen an frühpädagogische Fachkräfte. Deutsches Jugendinstitut e. V. (DJI) (Hrsg.) In: Weiterbildungsinitiative Frühpädagogische Fachkräfte (WiFF). Henrich Druck + Medien GmbH, Frankfurt a. M.
- Fuß, S.** (2006): Familie, Emotionen und Schulleistung. Eine Studie zum Einfluss des elterlichen Erziehungsverhaltens auf Emotionen und Schulleistungen von Schülerinnen und Schülern. Waxmann, Münster
- Hölzle, C.; Jansen, I.** (2011): Ressourcenorientierte Biografiearbeit. Grundlagen-Zielgruppen-kreative Methoden. Springer VS, Wiesbaden. 2., durchgesehene Auflage
- Jansen, I.** (2011): Biografie im Kontext sozialwissenschaftlicher Forschung. In: Hölzle, C.; Jansen, I. (2011): Ressourcenorientierte Biografiearbeit. Grundlagen – Zielgruppen – kreative Methoden. Springer VS, Wiesbaden. 2., durchgesehene Auflage
- Jork, K.** (2012): Pädagogische Dimensionen der Salutogenese. In: Hessischer Volkshochschulverband (Hrsg.) (2012): Gesundheit und Bildung, 1/2012. Bertelsmann, Bielefeld
- Lampert, T.; Kroll, L. E.; Kuntz, B.; Ziese, T.** (2013): Bildung als Ressource für Gesundheit. In: Gretz, J. (2015): Bildung und Gesundheit: Der Einfluss des Bildungsstandes auf Ihre Gesundheit. Diplomica, Hamburg

- Marchwacka**, M. A. (Hrsg.) (2013): Gesundheitsförderung im Setting Schule. Springer, Wiesbaden (eBook)
- Maulbecker-Armstrong**, C. (2016): Einführung von Schulgesundheitsfachkräften. Modellprojekt der Länder Hessen und Brandenburg. Hessisches Ärzteblatt 4/2016, Frankfurt am Main
- Mielck**, A.; Lungen, M.; Siegel, M.; Korber, K. (2012): Wirksame Bildungsinvestitionen: Folgen unzureichender Bildung für die Gesundheit. Bertelsmann, Gütersloh
- Ohlbrecht**, H.; Seltrecht, A. (Hrsg.) (2017): Medizinische Soziologie trifft Medizinische Pädagogik. Springer, Wiesbaden, (eBook)
- Otto**, H.-U.; Rauschenbach, T.; Vogel P. (Hrsg.) (2002): Erziehungswissenschaft: Arbeitsmarkt und Beruf: Band 4: Erziehungswissenschaft in Studium und Beruf. Eine Einführung in vier Bänden. Springer, Wiesbaden (eBook)
- Pahl**, J. P.; Volkmar Herkner, V. (Hrsg.) (2010): Handbuch berufliche Fachrichtungen. Bertelsmann, Bielefeld (eBook)
- Rath**, N. (2011): Biografisches Verstehen von Kindern. In: Hölzle, C.; Jansen, I. (Hrsg.) (2011): Ressourcenorientierte Biografiearbeit. Grundlagen – Zielgruppen – Kreative Methoden. Springer VS, Wiesbaden
- Rauschenbach**, T. (2004): Kinder- und Jugendarbeit – Wege in die Zukunft. In: Rauschenbach, T. et al.: Kinder- und Jugendarbeit – Wege in die Zukunft. Gesellschaftliche Entwicklungen und fachliche Herausforderungen. Beltz, Weinheim München
- Roth**, G.; Strüber N. (2012): Pränatale Entwicklung und neurobiologische Grundlagen der psychischen Entwicklung. In: Cierpka, M. (Hrsg.) (2012): Frühe Kindheit 0-3. Beratung und Psychotherapie für Eltern mit Säuglingen und Kleinkindern. Springer, Berlin Heidelberg New York
- Rönnau-Böse**, M.; Fröhlich-Gildhoff, K. (2015): Resilienz und Resilienzförderung über die Lebensspanne. Kohlhammer, Stuttgart
- Schiffer**, E. (2001): Wie Gesundheit entsteht. Salutogenese: Schatzsuche statt Fehler-fahndung. Beltz, Weinheim und Basel
- Schleider**, K.; Huse, E. (2011): Problemfelder und Methoden der Beratung in der Gesundheitspädagogik. Springer VS, Wiesbaden
- Schneider**, V. (2014): Gesundheitspädagogik. Einführung in Theorie und Praxis. Centaurus, Herbolzheim. 2. durchgesehene und ergänzte Auflage (eBook)
- Vogel**, P.; Bögemann-Großheim, E. (2002): Pflegepädagogik. In: Otto, H.-U.; Rauschenbach, T.; Vogel P. (Hrsg.) (2002): Erziehungswissenschaft: Arbeitsmarkt und Beruf: Band 4: Erziehungswissenschaft in Studium und Beruf. Eine Einführung in vier Bänden. Springer, Wiesbaden (eBook)
- Zwick**, E. (Hrsg.) (2004): Gesundheitspädagogik. Wege zur Konstitutierung einer erziehungswissenschaftlichen Teildisziplin. LIT, Münster (eBook)

Verwendete Internetquellen: Kontext Erziehungswissenschaften

Stichwort: Gesundheitsbildung

Hartmann, T.; Siebert, D. (2008): Grafik Gesundheitsbildung, Gesundheitserziehung, Gesundheitsberatung, Gesundheitsaufklärung. Arbeitskreis Gesundheitsfördernde Hochschulen. Landesvereinigung für Gesundheit und Akademie für Sozialmedizin Nds.e.V. Unter: http://gesundheitsfoerdernde-hochschulen.de/Inhalte/G_Themen/G10_Gesundheitspaedagogik/G10_Gesundheitspaedagogik.pdf (eingesehen: 01.11.2017, 08:40 Uhr MEZ)

Stichwort: Nonformale Bildung

Mack, W. (2007): Lernen im Lebenslauf – formale, non-formale und informelle Bildung: die mittlere Jugend (12 bis 16 Jahre). Studie im Auftrag der Enquetekommission „Chancen für Kinder“ des Landtags von Nordrhein-Westfalen. Düsseldorf. Unter: http://www.renate-hendricks.de/dl/Prof._Mack_-_Lernen_im_Lebenslauf_-_formale,_non-formale_und_informelle_Bildung_-_die_mittlere_Jugend.pdf (eingesehen: 31.10.2017, 11:30 Uhr MEZ)

Stichwort: Empowerment

Stangl, W. (2015): Empowerment. Lexikon für Psychologie und Pädagogik Unter: <http://lexikon.stangl.eu/13408/empowerment> (eingesehen: 31.10.2017, 16:50 Uhr MEZ)

Verwendete Literatur – Kontext Organisationspädagogik

Arnold, R. (1983): Deutungsmuster. Zu den Bedeutungselementen sowie den theoretischen und methodologischen Bezügen eines Begriffs. In: Zeitschrift für Pädagogik Jg. 29 (1983), H. 6, S. 893-912. Beltz, Weinheim

Arnold, R. (1990): Betriebspädagogik. Erich Schmidt, Berlin

Arnold, R. Kilian, L. (2010): Von der Betriebs- zur Organisationspädagogik – ein Denkwechsel für Bildungstheorie und -praxis, in: Heidsiek, C.; Petersen, J.; Lang, P. (Hrsg.) (2010): Organisationslernen im 21. Jahrhundert: Festschrift für Harald Geissler. Peter Lang, Frankfurt am Main (eBook)

Badura, B.; Walter, U.; Hehlmann, T. (2010): Betriebliche Gesundheitspolitik. Der Weg zur gesunden Organisation. Springer, Berlin Heidelberg. 2. Auflage

Behrenberg, A. (2010): Zugehörigkeit organisieren. Über das Beziehungsleben in der Lernorganisation einer gruppenspezifischen Fachtagung. In: Faßnacht, M.; Kuhn, H.; Schrappner, C. (2010): Organisationen organisieren. Gruppendynamische Zugänge und Perspektiven für die Praxis. Juventa, Weinheim München

- Berger, G.; Kämmer, K.; Zimber, A. (Hrsg.) (2006):** Erfolgsfaktor Gesundheit. Handbuch zum betrieblichen Gesundheitsmanagement. Teil 1: Mitarbeiterorientierte Führung und Organisation. Vincentz Network, Hannover
- Biendara, B. (2016):** Betriebsformen und professionelle Haltungstypen – ein betriebsmorphologischer Beitrag zum Gesundheitswesen. In: Organisation und Individuum. Schulz-Nieswandt, F.; Pfaff, H. (2016): Organisation und Individuum. LIT, Münster (eBook)
- Christmann, U.; Groeben, N.; Schreier, M. (1999):** Subjektive Theorien – Rekonstruktion und Dialog-Konsens. In: SPIEL, Siegener Periodikum für internationale empirische Literaturwissenschaft. Martin-Luther-Universität, Halle-Wittenberg
- Dörner, O.; Illner, C.; Pätzold, H.; Franz, J.; Schmidt-Hertha, B. (Hrsg.) (2017):** Biografie □ Lebenslauf – Generation: Perspektiven der Erwachsenenbildung. Schriftenreihe der Sektion Erwachsenenbildung der Deutschen Gesellschaft für Erziehungswissenschaft (DGfE). Barbara Budrich, Opladen Berlin Toronto
- Faßnacht, M.; Kuhn, H.; Schrappner, C. (2010):** Organisationen organisieren. Gruppendynamische Zugänge und Perspektiven für die Praxis. Juventa, Weinheim München
- Gärtner, Heribert W. (2004):** Die eigene Organisation besser verstehen – die diagnostische Tätigkeit von Führungskräften, In: Theorie und Praxis der Steuerung sozialer Systeme. Arbeitspapier. KatHO NRW, Köln
- Geißler, H. (2000):** Organisationspädagogik. Vahlen, München
- Geißler, H. (2009):** Das pädagogische in der Organisationspädagogik. In: Göhlich, M.; Weber, S.M.; Wolff, S. (Hrsg.) (2009): Organisation und Erfahrung. Springer VS, Wiesbaden. 1. Auflage
- Grill, P. (2008):** Die strategische Bedeutung des Human Capital und seine Bewertung. Bildung und Organisation 17. Peter Lang, Frankfurt am Main (eBook)
- Groeben, N.; Scheele, B. (2010):** Das Forschungsprogramm Subjektive Theorien. In: Mey, G.; Mruck, K. (Hrsg.) (2010): Handbuch Qualitative Forschung in der Psychologie. Springer VS, Wiesbaden (eBook)
- Kelly, G. A. (1955):** The psychology of personal constructs (Vols 1&2). Norton, New York
- Krause, D. (2001):** Luhmann-Lexikon. Lucius & Lucius, Stuttgart. 3. Auflage
- Rössler, W.; Keller, H.; Mook, J. (Hrsg.) (2016):** Betriebliches Gesundheitsmanagement. Herausforderung und Chance. Kohlhammer, Stuttgart. 2. Auflage
- Schein, E.H. (1995):** Unternehmenskultur. Campus, Frankfurt am Main New York
- Schreyögg, G. (1989):** Diagnose der Unternehmenskultur. FernUniversität, Hagen
- Uhle, T.; Treier, M. (2013):** Betriebliches Gesundheitsmanagement. Gesundheitsförderung in der Arbeitswelt – Mitarbeiter einbinden, Prozesse gestalten, Erfolge messen. Springer, Wiesbaden
- Wien, A.; Franzke, N. (2014):** Unternehmenskultur. Zielorientierte Unternehmensethik als entscheidender Erfolgsfaktor. Springer, Wiesbaden (eBook)
- Zerfaß, A.; Piwinger, M. (Hrsg.) (2014):** Handbuch Unternehmenskommunikation. Strategie –

Management – Wertschöpfung. Springer Gabler, Wiesbaden. 2., vollständig überarbeitete Auflage (eBook)

Verwendete Internetquellen: Kontext Organisationspädagogik

Stichwort: Betriebliche Gesundheitsförderung

Deutsches Netzwerk für betriebliche Gesundheitsförderung (DNBGF) (2017): Ausgewählte Rechtsgrundlagen. Unter: <http://www.dnbgf.de> (eingesehen 21.01.2018, 08:00 Uhr, MEZ)

Stichwort: Definition Leitdifferenz

Moser, S. (2003): Geschlecht als Konstruktion. Produktive / Differenzen, Forum für Differenz- und Genderforschung. Unter: http://differenzen.univie.ac.at/texte_systemtheorie.php (eingesehen 13.12.2017, 14:00 Uhr, MEZ)

2. Methodikteil

„Der Forschungsgegenstand bestimmt die Forschungsmethode.“
(Kopp/Schäfers 2010:181; modifiziert durch die Autorin)

2.1 Vorgehen innerhalb des Methodenteils

Der methodische Teil gliedert sich in Teilbereiche. Während zunächst Begriffserklärung, Bedeutung und Chronologie empirischer Sozialforschung erläutert werden, erfolgt die theoretische Herleitung der Vorgehensweise innerhalb der Sozialforschung, bezogen auf relevante Forschungsaspekte für die vorliegende Untersuchung. Dabei wird die methodische Vorgehensweise ansatzweise mit empirischen Beispielen belegt, wenn diese in vorliegender Untersuchung angewendet wurden. Die konkrete Darlegung der empirischen Untersuchung erfolgt im Empirieteil (Teil drei) der Arbeit.

Somit wird dem wissenschaftlichen Anspruch des Begründungszusammenhangs zwischen theoretischem Hintergrund und praktischer Umsetzung Rechnung getragen (vgl. Axmacher 1991:121).

2.2 Definition Empirische Sozialforschung

Gemäß der Definition Atteslanders wird unter Empirischer Sozialforschung die systematische Erfassung und Deutung sozialer Tatbestände sowie Erscheinungen verstanden. Empirisch bedeutet, dass theoretisch formulierte Annahmen an spezifischen Wirklichkeiten überprüft werden. Systematisch weist darauf hin, dass dies nach bestimmten Regeln zu erfolgen hat. Den Forschungsablauf bedingen theoretische Annahmen, die Beschaffenheit der zu untersuchenden sozialen Realität und die zur Verfügung stehenden Mittel (vgl. Atteslander 2003:3ff). „*Unter Methoden der empirischen Sozialforschung verstehen wir die geregelte und nachvollziehbare Anwendung von Erfassungsinstrumenten, wie: Befragung, Beobachtung, Inhaltsanalyse*“ (Atteslander 2003:5).

Vorgehen anhand der Methode

Um dem Begründungszusammenhang zwischen Theorie und praktischer Umsetzung gerecht zu werden (vgl. Axmacher 1991:121), wird nachfolgend dargelegt, mit welchen Methoden empirischer Sozialforschung folgende Forschungsfragen beantwortet werden sollen:

1. Welche hemmenden und fördernden Faktoren beeinflussen den Verbleib im Pflegeberuf?
2. Inwieweit trägt die Implementierung gesundheitsfördernder Maßnahmen zum Verbleib im Pflegeberuf bei und welche Projekte und Maßnahmen wurden bereits implementiert?
3. Welche Aspekte beinhaltet der individuelle Gesundheitsbegriff und welche familiären Rituale wurden zur Gesunderhaltung vermittelt?
4. Welche gesundheitsfördernden Maßnahmen benötigen Pflegefachkräfte um weiterhin im Beruf arbeiten zu können?
5. Welche Erkenntnisse können für die (Elementar-)Pädagogik daraus gewonnen werden?

2.3 Chronologie qualitativer Sozialforschung

Im historischen Rückblick der sich entwickelnden Sozialforschung setzen sich zunächst die „härteren“, experimentell und quantifizierend konzipierten Ansätze gegen die „weichen“, verstehenden, offenen und qualitativ-beschreibenden Ansätze durch. Gegenüber der quantitativen Forschung soll im qualitativen Ansatz der Forschungsgegenstand in stärkerem Maße berücksichtigt werden als es quantitativem Design möglich ist (vgl. Flick 2005:22).

Flick beschreibt, dass sich die qualitative Forschung Mitte der 1980er Jahre „[...] zu einem kontinuierlichen Prozess der Konstruktion von Versionen von Wirklichkeiten“ entwickelt hat und weist in konstruktivistischer Übereinstimmung darauf hin, dass jeder Mensch seine eigene Wirklichkeit konstruiert und entsprechend seinem Erleben interpretiert. Der Interviewte erwähnt möglicherweise in seiner Darstellung gegenüber dem einen Interviewer andere Details als gegenüber einem anderen Interviewer in einem anderen Fragekontext. Ebenso interpretiert der Interviewer das Gehörte entsprechend seiner Systemgeschichte. Auch der Leser interpretiert das Gelesene, wie er es in „seiner Wirklichkeit“ empfindet (vgl. a. a. O.:25).

2.3.1 Soziologische Entwicklung der Sozialforschung

Ausgehend vom Symbolischen Interaktionismus werden verschiedene alternative und aktuellere Strömungen aufgegriffen und interpretiert (vgl. Flick 2005:36ff).

Phänomenologische Denkweise → im Sinne Heideggers

Strukturalistische Denkweise → im Sinne Foucaults

Feministische und postmoderne Wissenschaftskritik → Ansatz von Geertz (1973).

Nach Denzin, ist das Ziel des Interpretativen Interaktionismus, dem Leser die gelebten Erfahrungen zugänglich zu machen (vgl. Denzin 1989a:10, in: Flick 2005:37).

2.3.2 Psychologische Entwicklung der Sozialforschung

Innerhalb psychologischer Forschung geht man davon aus, dass jedes Individuum, ähnlich wie Wissenschaftler, Theorien über die Funktion der Welt entwickelt, diese im Rahmen des eigenen Handelns anwendet, überprüft und bei Bedarf korrigiert. Dabei besteht der Gedanke qualitativer Sozialforschung zu einem großen Teil in der Konzentration auf die Sicht des Subjektes und dem Sinn, der mit Erfahrungen und Ereignissen verbunden wird. Sowohl die Erforschung subjektiver Sichtweisen als auch der theoretische Hintergrund des Symbolischen Interaktionismus stellen einen Teil des Feldes qualitativer Forschung dar. Neuere psychoanalytische Forschung ist bestrebt, das Unbewusste sowohl in der Gesellschaft als auch im Forschungsprozess aufzudecken (vgl. Flick 2005: 38,44).

Beide konstruktivistisch geprägten Aspekte sind für die vorliegende Forschung bedeutsam. Einerseits soll die Arbeit dazu beitragen, die subjektiven Sichtweisen der Betroffenen, welche gesundheitsfördernden Maßnahmen Pflegefachkräfte selbst benennen, widerzuspiegeln. Andererseits soll(en) die unbewussten Anteile innerhalb der Organisation aufgespürt und analysiert werden, inwieweit diese Anteile mit der subjektiven Sicht der Betroffenen kongruieren.

2.4 Herstellung sozialer Wirklichkeiten

Lamnek konstatiert, dass soziale Wirklichkeiten und gute Interviews in der Lebenswelt der befragten Personen hergestellt werden. Eine Befragung in einer fremden, unangenehmen Situationen sollte unterbleiben (vgl. Lamnek 2005:388), da vermutlich hier nur geringes Vertrauen zwischen Interviewer und Interviewtem aufgebaut werden kann. Denn Vertrauen und Offenheit seien unabdingbare Faktoren für eine Interviewsituation (vgl. Bogner/Menz 2002:60).

Neuere Entwicklungen der Sozialwissenschaften gehen davon aus, dass die zu interpretierenden Texte nicht nur dem Forscher dienen, sondern auch den Untersuchten, da sie Hauptfokus der interpretierten Texte sind (vgl. Flick 2005: 45).

So auch bei vorliegender Forschung; die Interviewteilnehmer haben großes Interesse an den Forschungsergebnissen.

Methodisch können verschiedene Formen des Interviews angewandt werden. Für die vorliegende Untersuchung sollen Experteninterviews, mit Anteilen des problemzentrierten und episodischen Interviews, durchgeführt werden.

2.5 Gütekriterien qualitativer Inhaltsanalyse (Mayring)

Hinsichtlich der Gütekriterien genügt es nicht, wenn der Forscher „gültige Interpretationen“ der untersuchten Gruppe erbringt. Es müssen Regeln entwickelt werden, die anderen Forschern die Validation der Interpretationen ermöglicht (vgl. Lamnek 2005:146). Für Atteslander ist nicht nur die „[...] *Einhaltung von Forschungsregeln einer empirischen Untersuchung* [...]“ über die Wissenschaftlichkeit entscheidend, sondern der Forschungsverlauf insgesamt (vgl. Atteslander 2003:20).

Nach Mayring erfordert eine qualitative Inhaltsanalyse die Zergliederung einzelner, zuvor festgelegter Interpretationsschritte. Erst durch Festlegung der Interpretationsschritte wird die Analyse für andere Forscher überprüfbar, nachvollziehbar und auf andere Gegenstände übertragbar und somit zur wissenschaftlichen Methode (vgl. Mayring 2005:11ff). Wie Mayring, der auf die klassischen Gütekriterien quantitativer Forschung wie Validität und Reliabilität verzichtet, finden bezüglich der Interviewanalyse vorliegender Forschung die sechs Gütekriterien Mayrings Anwendung (vgl. Mayring 2002, in: Lamnek 2005:146).

1. Verfahrensdokumentation

Die Verfahrensdokumentation stellt eine sehr detaillierte und weitgehende Darstellung des Vorgehens dar, um den Forschungsprozess intersubjektiv nachvollziehbar zu machen. Dargestellt werden Erhebungsverfahren, Daten von Interviews oder Beobachtungen, Aufzeichnung und Transkription von Texten, sowie deren Analyse (vgl. Lamnek 2005:146; Flick 2005:117). In Kapitel 2.11 wird dargelegt, wie für die vorliegende Untersuchung der kleinste Materialbestandteil aus dem Interviewtext paraphrasiert und reduziert wird.

2. Argumentative Interpretationsabsicherung

Die Interpretation muss in sich schlüssig sein und Brüche bedürfen einer Erklärung. Alternativdeutungen sind zu suchen und zu überprüfen. Argumentative Interpretationsabsicherung ist relevant, da qualitativer Sozialforschung aus quantitativer Perspektive häufig Willkür oder Beliebigkeit unterstellt wird (vgl. Lamnek 2005:147). Zur Beantwortung vorliegender Fragestellungen werden quantitative und qualitative Forschungsmethoden eingesetzt, deren Ergebnisse nach erfolgter Analyse und Interpretation miteinander verglichen werden und aufeinander aufbauen.

3. Regelgeleitetheit

Nach Mayring muss sich „[...] *qualitative Forschung an bestimmte Verfahrensregeln halten*,

systematisch ihr Material bearbeiten“ (Mayring 2002:104, in: Lamnek 2005: 147). Für Lamnek geht die geforderte Systematisierung möglicherweise manchem Forscher zu weit, da sie vermutlich Offenheit und Flexibilität determiniert (vgl. Lamnek 2005:147). Jedoch ist empfehlenswert, die Sytematik aus Gründen vermuteter Willkür einzuhalten.

Wie genannt, werden die einzelnen Reduktionsschritte zur Bildung von Kategorien regelgeleitet in Kapitel 2.11 beschrieben. Für alle übrigen eingesetzten Methoden werden ebenso die jeweiligen Untersuchungskriterien expliziert.

4. Nähe zum Gegenstand

Qualitative Forschung sollte daraufhin überprüft werden, ob sie auf die natürliche Lebenswelt der Befragten und deren Interessen ausgerichtet ist. Daher ist die Nähe zum Gegenstand methodologisches Grundprinzip qualitativer Forschung (vgl. a. a. O.:147) und für die vorliegende Forschung fanden alle Interviews im Lebensumfeld der Experten statt.

5. Kommunikative Validierung

Analyseergebnisse können auf Wahrheit und Gültigkeit hin überprüft werden, indem die Interviewpartner mit den Auswertungsergebnissen konfrontiert werden. Für Mayring können aus dem Dialog bedeutsame Argumente zur Relevanz der Ergebnisse gewonnen werden (vgl. Mayring 2002:147). Für die hiesige Untersuchung wurden allen Interviewpartnern die Ergebnisse zur Verfügung gestellt, die im einzelnen in Kapitel 3.6.4 (Methodenkritik analog zu den Gütekriterien Mayrings) aufgezeigt sind.

6. Triangulation

„Triangulation meint immer, dass man versucht, für die Fragestellung unterschiedliche Lösungswege zu finden und die Ergebnisse zu vergleichen“ (Mayring 2002:147).

Zur Generierung unterschiedlicher Lösungswege werden für die vorliegende Forschung quantitative und qualitative Datenquellen genutzt. Dabei ist nicht die Übereinstimmung der Lösungswege maßgeblich, sondern vielmehr die Möglichkeit, Stärken und Schwächen des jeweiligen Analyseweges aufzudecken (vgl. a. a. O.: 147).

2.6 Datenerhebung der vorliegenden Untersuchung

Um dem Forschungsgegenstand, das Erleben der Pflegefachkräfte bezüglich gesundheitsfördernder Maßnahmen im Klinikalltag gerecht zu werden, wird zur Bearbeitung der Thematik und Erhebung der Daten, die Triangulation folgender Forschungszugänge gewählt:

1. Dokumentenanalyse (quantitativ/qualitatives Design);
2. Experteninterview, Kombination aus: Problemzentriert (Witzel) & Episodisch (Flick) (qualitatives Design);
3. Typologie (Clusterbildung) zu den Fragen: Gesundheitsbegriff; Gesundheitsvermittlung/Kindheit; GF/Gegenwart (Kraft schöpfen); GF/Pflegefachkräfte (primär quantitatives Design – qualitative Auswertung)

Die chronologische Reihenfolge der anzuwendenden Methoden folgt der Struktur:

1. Dokumentenanalyse – (quantitatives Design)
→ Festlegung von Analysekraterien der Begriffe BGM/GW
2. Leitfaden gestützte Experteninterviews – (qualitatives Design)
→ Kombination aus: Problemzentriert (Witzel) & Episodisch (Flick)
3. Typologie – (primär quantitaives Design)
→ Clusterbildung zu den Fragen: Gesundheitsbegriff; Gesundheitsvermittlung / Kindheit; GF/ Gegenwart; GF Pflegefachkräfte
4. Dokumentenanalyse – (qualitatives Design)
→ Inhaltsanalyse, Innerbetriebliche Fortbildungskataloge (Kataloge der Interviewpartner)

Chronologische Reihenfolge anzuwendender Forschungsmethoden

Forschungsmethode	Forschungsdesign	Forschungsgegenstand	Erhebung
1. Inhaltsanalytische Forschung	Festlegung Analyse – Kriterien, Begriffe: BGM/GW, qualitatives Design	Dokumente, Auswahl von Projekten/Maßnahmen zu BGM/GW	12 Items: Uhle/Treier 2015
2. Grundlagen-Forschung	Dokumentenanalyse: quantitatives Design	Dokumente zu Projekten und Maßnahmen: GF im GW, Internet, Berufsverbände	Bereits implementierte Maßnahmen und Projekte; Struktur o.g. Items
3. Grundlagen-Forschung	Leitfaden gestützte Experteninterviews: Kombination aus: Problemzentriert (Witzel) + Episodisch (Flick) qualitatives Design	Erleben und Erfahrungen der Akteure des GW; Interviewdurchführung auf zwei Ebenen: Ebene 1: Pflegekräfte Ebene 2: Management	23 Interviews: 1Pretest, 18 DE, 1BE, 1 CH, 2 AT. Ebene 1: 12 Interviews Ebene 2: 10 Interviews
4. Grundlagen-forschung	Typologie (Clusterbildung) primär quantitatives Design	Aufdeckung sozialer Strukturen im Erleben der Pflegkräfte zu den Fragen: Gesundheitsbegriff, Vermittlung GF – Kindheit, GF – Gegenwart, GF – Pflegefachkräfte	Typologie: vertikale Pole: Individualität/ Kollektivität; Horizontale Pole: Absentismus/ Präsentismus
5. Grundlagen-forschung	Dokumentenanalyse: qualitatives Design	Analyse Fortbildungskataloge analog orgainsations-pädagogischer Kriterien	13 Fortbildungsprogramme zu Analyse Kriterien: Tausch, Arbeit, Kritik, Werte, Sympathie, Spaß, Ordnung, Kampf.

Tabelle 10: Chronologische Reihenfolge anzuwendender Forschungsmethoden

eigene Darstellung

Bei der vorliegenden Untersuchung handelt es sich um eine Grundlagenforschung. Zwar weisen verschiedene Publikationen auf Gesundheitsrisiken und erforderliche GF für Pflegefachkräfte hin (vgl. Nienhaus 2015:193; WIDO 2012; Kordt 2013, 2014, 2015; Badura 2015; Statista 2016), jedoch liegen bislang keine Forschungsergebnisse vor, welche gesundheitsfördernden Maßnahmen die Betroffenen selbst präferieren.

Ebenso ist die Eruiierung bereits implementierter Projekte und Maßnahmen zur GF als Grundlagenforschung anzusehen. Denn nach Rückfrage bei Berufsverbänden und Forschungsinstituten²⁴ können keine Angaben zu einer konkreten Aufstellung solcher Projekte gemacht werden, es besteht jedoch großes Interesse an einer solchen Auflistung.

Zur Ermittlung eines Bedarfstableaus eignen sich primär qualitative Interviews, da sie die Erfahrungen und das Erleben der Betroffenen fokussieren.

2.7 Chronologisches Vorgehen innerhalb des Forschungsprozesses

Im Folgenden werden die für den vorliegenden Forschungsprozess relevanten Methoden im Einzelnen in chronologischer Reihenfolge vorgestellt.

Dokumentenanalyse – Erfassung Projekte GF

Primär besteht Forschungsinteresse zum Bedarf gesundheitsfördernder Maßnahmen für Pflegefachkräfte und inwieweit diese Maßnahmen zum Verbleib im Beruf beitragen. Um den Bedarf einschätzen zu können, wird zur ersten Orientierung eine Dokumentenanalyse zu bereits implementierten Projekten innerhalb des BGM im GW durchgeführt.

Da die Anfrage bei Berufsverbänden hinsichtlich einer Auflistung oben genannter Projekte erfolglos ist und das Institut für angewandte Pflegeforschung (dip) darauf hinweist, dass lediglich verschiedene Einzelprojekte, wie beispielsweise das vom Bund geförderte Projekt „PflegeWert“ (Fuchs-Frohnhofen et al. 2013) zum Thema durchgeführt wurde, erfolgt zunächst eine Recherche diesbezüglich.

Experteninterviews

Zur Erfassung des Bedarfs an gesundheitsfördernden Maßnahmen werden die Betroffenen

²⁴ Deutsches Institut für angewandte Pflegeforschung, Köln (dip);
Deutscher Berufsverband für Pflegeberufe, Berlin (DBfK Berufsverband e.V.);
Deutscher Pflegeverband e.V., Neuwied (DPV)

mittels Experteninterview befragt (Definition Experteninterview, siehe Kapitel 2.7.3).

Die Interviews werden auf zwei Ebenen durchgeführt: Während die erste Ebene die Pflegefachkräfte in den Blick nimmt, wendet sich die zweite Ebene der Managementsicht zu.

Die Interviews werden analog zu den Gütekriterien Mayrings ausgewertet und bilden die Grundlage des Kategoriensystems „Beeinflussende Faktoren zum Verbleib im Pflegeberuf“.

Zur Beantwortung der Forschungsfragen, was unter dem Gesundheitsbegriff verstanden wird, was in der Kindheit zur GF vermittelt wurde und welche gesundheitsfördernden Maßnahmen in der Klinik implementiert werden sollten, wird eine Typologie (Schütz 1971) entwickelt.

Dokumentenanalyse – Innerbetriebliche Fortbildungskataloge

Zum Abgleich, inwieweit eine Übereinstimmung zwischen subjektivem Erleben der Pflegefachkräfte und organisationaler Wirklichkeit besteht, werden in einem weiteren Schritt die innerbetrieblichen Fortbildungskataloge der Interviewteilnehmer ausgewertet und den Interviewaussagen gegenübergestellt (Mayring 2002:147). Zur Generierung unterschiedlicher Lösungswege werden verschiedene Datenquellen herangezogen werden. Somit wird dem Anspruch des Aufdeckens von Stärken und Schwächen des jeweiligen Analyseweges Rechnung getragen (Mayring 2002:147).

2.7.1 Dokumentenanalyse – quantitativ (Erfassung Projekte GF)

Die Analyse von Dokumenten hat zum Ziel Material zu erschließen, was quantitativ und qualitativ möglich ist (vgl. Mayring 2002:47, 49). Während für Atteslander (1971) die Dokumentenanalyse primär ein klassisch qualitativer Ansatz ist, sieht Mayring ebenso die Möglichkeit eines quantitativen Vorgehens gegeben (vgl. Mayring 2002:49). Denn typisches Merkmal der Dokumentenanalyse sei die „[...] intensive, persönliche Auseinandersetzung mit dem Dokument [...]“ (Atteslander 1971:67, in: Mayring 2002:49), die sowohl in quantitativem wie im qualitativem Design erfolgen könne.

Dieser Definition folgt vorliegende Untersuchung und beabsichtigt quantitativ die Dokumente hinsichtlich der Häufigkeit der Zentral-Begriffe zu analysieren: Aktionen, Aktuelle Themen, Arbeitsgestaltung, Bewegung, Entspannung, Ernährung, Einstellung/Verhalten, Erfassung, Führung, Information, Psychosoziale Betreuung, Wiedereingliederung (vgl. Uhle/Treier 2015: 47).

Hierbei handelt es sich um einen deskriptiven Ansatz und die Daten sollen quantitativ aufbereitet werden, um im letzten Teil der Untersuchung einer qualitativen Dokumentenanalyse (Induktion) zugeführt werden zu können. Im Gegensatz zum

quantitativen Ansatz, dessen deduktive Kategorien aus den theoretisch begründeten Fragestellungen abgeleitet werden, entwickeln sich qualitative Ansätze induktiv aus den vorliegenden empirischen Daten (vgl. Früh 2001:119, in: Dumm/Niekler 2014:19ff).

Wie jede Forschungstechnik, so hat auch die Dokumentenanalyse intersubjektiv nachvollziehbar und kritisierbar zu geschehen (vgl. Lamnek 2005:494). Lamnek folgt der Definition Berelsons, der die Analysemerkmale Objektivität und Systematik fordert (Berelson 1954:488; in: Lamnek 2005:494). Er weist darauf hin, dass das Gütekriterium Objektivität die Gefahr subjektiver Interpretation berge (vgl. Flick 2005:25) und erklärt, dass Berelson mit der Forderung nach Objektivität bei Inhaltsanalysen, die Präzisierung von Begriffen und deren Operationalisierung meint, so dass „[...] jeder konkrete Forschungsschritt intersubjektiv nachvollzogen und kontrolliert werden kann“ (Lamnek 2005: 494). Nachfolgend werden dem weiteren Gütekriterium Systematik, die für die vorliegende Forschung erforderlichen Aspekte direkt zugeordnet.

Systematik zur Dokumentenanalyse zu Projekten und Maßnahmen – GF im GW

Systematik - Kriterien	Dokumente/GF im GW
Art der Dokumente	Publikationen zu Projekten & Maßnahmen GF im GW
Äußere Merkmale der Dokumente	Literatur - und Internetquellen nicht vor 2000
Innere Merkmale der Dokumente	Inhalte zu Angebotsportfolioaspekten: Aktionen, Aktuelle Themen, Arbeitsgestaltung, Bewegung, Einstellung/Verhalten, Entspannung, Erfassung, Ernährung, Führung, Information, Psychosoziale Betreuung, Wiedereingliederung (vgl. Uhle/Treier 2015: 47)
Intendiertheit (Absicht) der Dokumente	Gesundheitsprävention/GF im GW (Pflegefachkräfte)
Nähe zum Gegenstand der Dokumente	GF/Pflegefachkräfte
Herkunft der Dokumente	Beiträge: BGW, BMG, BGM und GF, Fehlzeitenreporte, PräVG
Ablauf-Dokumentenanalyse in vier Stufen: 1. Fragestellung-Formulierung 2. Definition, Dokumentenwahl 3. Einschätzung: Aussagekraft des Dokuments 4. Interpretation der	Dokumentenanalyse GF im GW 1. Welche Projekte und gesundheitsfördernden Maßnahmen innerhalb des BGM wurden bereits im GW implementiert? 2. Fachbeiträge aus Literatur - und Onlinequellen 3. Gesundheitsprävention/GF- Plegefachkräfte 4. Katalogisierung, Projekte und Maßnahmen GF,

Dokumente/Fragestellung	innerhalb BGM im GW, analog Angebotsportfolio (vgl. Uhle/Treier 2015: 47)
-------------------------	--

Tabelle 11: Systematik zur Dokumentenanalyse zu Projekten und Maßnahmen – GF im GW

(Ableitung aus: Mayring 2002:48-49; Uhle/Treier 2015:47), eigene Darstellung

2.7.2 Das Interview als Instrument qualitativer Forschung

Zu Beginn der Forschung ist abzuwägen, welche Forschungsmethode zielführend ist. Zu beachten ist, dass das Betreiben von Statistiken eine große Fallzahl impliziert, da bei zu geringer Anzahl von Fällen die Häufigkeiten so klein werden, „[...] dass die statistischen Methoden nicht mehr angewendet werden können“ (Gläser/Laudel 2009:27). Aufgrund fehlender Daten können keine Korrelationen innerhalb der Fragestellungen eines Fragebogens hergestellt werden. Ist dies der Fall, eignen sich für das Forschungsvorgehen Instrumente der qualitativen Sozialforschung; so auch bei vorliegender Forschung.

Zur Herstellung möglichst natürlicher Situationen und dem Erhalt authentischer Informationen eignen sich qualitative Interviews (vgl. a. a. O.: 329ff). Für Flick wird qualitative Sozialforschung weniger an der Interviewtechnik und den Interpretationsverfahren als an der spezifischen Offenheit und Reflexivität des Forschers festgemacht. Damit sich der Forscher und seine Forschung nicht um die Entdeckung des tatsächlich Neuen bringt, sollte er möglichst vermeiden seinen Erwartungen zu folgen (vgl. Flick 2005:70).

Das Interviewgespräch verläuft üblicherweise in drei Phasen. In der Einstiegsphase werden Angaben zur eigenen Person gemacht und das Gespräch beginnt mit einer Einstiegsfrage. Die Hauptphase ist geprägt von einer Erzählphase und Fragen nach der zentralen Problematik. Die Abschlussphase schließt mit Dank und Erläuterung des weiteren Vorgehens ab (vgl. Schütze 1982, in: Lämmert 1988: 568-590).

Formen des qualitativen Interviews

Es lassen sich verschiedene Formen des qualitativen Interviews unterscheiden und beispielhaft seien genannt:

Interviewform	Entwickler	Inhalte
Fokussiertes Interview	Merton/Kendall (1956)	Älteste Form qualitativer Interviews, Forscher erstellt aufgrund seiner Felderfahrung einen Interviewleitfaden und konfrontiert damit den Teilnehmer.

Tiefen- oder Intensivinterview	Koolwijk (1974)	Interviewtechnik, die durch tief liegende Motivstrukturen des Befragten Wirklichkeitsstrukturierungen aufzeigen soll, die unbewusst sind. Deutung der Aussagen geschieht eher im Sinne des Forschers und seines Theorie-Ansatzes, dient primär der Psychoanalyse.
Narratives Interview	Schütze (1977)	Aus der Biographieforschung entwickeltes offenes Interviewverfahren. Lässt Orientierungsmuster des Interviewten erkennen und Erzählungen beruhen auf retrospektivischen Interpretationen des Handelnden.
Problemzentriertes Interview	Witzel (1985)	Interviewverfahren, das Problembereiche mithilfe verschiedener Methoden betrachtet und analysiert; Vertrauensatmosphäre unabdingbar. Interviewform beruht auf wissenschaftlich bestehenden Konzepten, Vorgehensweise ist halbstrukturiert, kommt einem offenen Gespräch nahe und ist zentriert auf Problemstellung ausgerichtet.
Episodisches Interview	Flick (1995)	Kombination aus Narration und Befragung. Ausgangspunkt der Befragung bildet die Annahme, dass Erfahrung des Interviewpartners bezüglich eines bestimmten Gegenstandsbereiches in Form narrativ-episodischem Wissen abgespeichert ist. Im entscheidenden Moment werden Erzählungen stimuliert und Phantasie angeregt.
Experten-Interview	Bogner/Littig/Menz (2005) Przyborski/Wohlrab-Sahr (2008) Gläser/Laudel (2009) Meuser/Nagel (2010)	Das Experteninterview gilt als Sonderform, mit <u>unterschiedlicher Expertendefinition</u> : 1. Experte aufgrund herausragender Position, Funktion, Wissen (Bogner/Littig/Menz 2005; Meuser/Nagel 2010); 2. Jeder Mensch hat Expertenwissen aufgrund unmittelbarer Betroffenheit der jeweiligen Perspektive auf den Sachverhalt (Gläser/Laudel 2009) und <u>unterschiedlichem methodologischen Ansatz</u> : 1. Allgemein gilt die Interviewform als wenig strukturiertes Instrument (Meuser/Nagel 2010), 2. Interviewform kommt nicht ohne Interviewleitfaden und qualitative Inhaltsanalyse aus (Gläser/Laudel (2009).

Tabelle 12: Auswahl verschiedener Formen des qualitativen Interviews

(Ableitung aus: Lamnek 2005:368ff; Flick 2005:118ff; Bogner et al. 2005; Gläser/Laudel 2009:13; 63; Przyborski/Wohlrab-Sahr 2008:132), eigene Darstellung

2.7.3 Interviewauswahl für die vorliegende Untersuchung

Für den hiesigen Kontext ist relevant, dass Experteninterviews im Rahmen eines Methodenmixes und häufig in der Organisations-, Bildungs- sowie Implementations- und Evaluationsforschung eingesetzt werden, deren Gegenstand den Praxistransfer pädagogischer Programme zum Ziel hat (vgl. Meuser/Nagel 2010:457).

Der Begriff des Experten ist „[...] nur für solche Personen zu verwenden, die – soziologisch gesprochen – über ein spezifisches Rollenwissen verfügen, solches zugeschrieben bekommen und diese besondere Kompetenz für sich selbst in Anspruch nehmen“ (Przyborski/Wohlrab-Sahr 2008:132).

Diese Definition erweitern Gläser & Laudel um die Ergänzung, dass Experten eine besondere, mitunter exklusive Stellung im zu untersuchenden sozialen Kontext einnehmen (vgl. Gläser/Laudel 2009:13). Jedoch gleichzeitig jeder Mensch über besonderes Expertenwissen in Bereichen seiner Lebenswirklichkeit verfügt (vgl. a. a. O. 2009:11). Expertenwissen haben viele Menschen, die keine exklusive Position innehaben, denn nur die „[...] unmittelbar Beteiligten haben dieses Wissen, und jeder von ihnen hat aufgrund seiner individuellen Position und seiner persönlichen Beobachtungen eine besondere Perspektive auf den jeweiligen Sachverhalt“ (Gläser/Laudel 2009:11).

Allerdings sollte für das Forschungsvorgehen beachtet werden, dass die Zuschreibung des Expertenstatus bewirken kann, dass der Experte aufgrund der Kompetenzzuschreibung Wissen vortäuscht, welches er gar nicht besitzt (vgl. Gläser/Laudel 2006:9ff).

Das Verständnis, Experteninterviews seien gering strukturierte Erhebungsinstrumente, die weniger den Begründungszusammenhang als eher den Entdeckungszusammenhang zum Ziel haben (vgl. Meuser/Nagel 2010:458), ist für den hiesigen Kontext irrelevant und wird negiert.

2.7.3.1 Experteninterview in Kombination mit zusätzlichen Interviewformen

Zur Beantwortung der Forschungsfragen werden für die hiesige Untersuchung verschiedene Elemente der Interviewformen, wie: Problemzentriert (Witzel), Episodisch (Flick) und Experteninterview (Gläser/Laudel) benötigt und miteinander kombiniert.

Die Kombination verschiedener Interviewelemente wird in der Literatur zwar als sinnvoll erachtet (vgl. Mey/Mruck 2010:428; Naderer/Balzer 2011:265), jedoch in wissenschaftlicher Anwendung kaum beschrieben. Dabei soll die Triangulation der Interviewelemente nicht als neue Interviewform gelten, sondern lediglich für den vorliegenden Forschungsprozess relevante Aspekte miteinander verknüpfen.

Interviewelement – Problemzentriert (Witzel)

Die Interviewform beruht auf einem wissenschaftlich bestehenden Konzept, das halbstrukturiert (vgl. Lamnek 2005:363ff; Flick 2005:34ff) und auf die Problemstellung „Fachkräfteerhalt im Gesundheitswesen“ ausgerichtet ist.

Interviewelement – Episodisch (Flick)

Erfahrungen der Interviewpartner bezüglich des relevanten Gegenstandsbereiches sind in Form von narrativ-episodischem Wissen abgespeichert (vgl. Flick 2005:158ff). Zur Ermittlung von Episoden „Gesundheitsförderung in der Kindheit“ sollen Erzählungen stimuliert werden und kindliche Rituale mitgeteilt werden. Eine entsprechende Definition, wann während des Interviewgesprächs eine Passage als „Episode“ gewertet wird, wird in Kapitel 2.12 dargelegt.

Interviewelement – Experten (Gläser/Laudel)

Zur Frage der Übereinstimmung innerhalb der Interviewaussagen werden als Experten sowohl Pflegefachkräfte als auch die Managementebene befragt, was o.g. Definition widerspiegelt (vgl. Gläser/Laudel 2009:11;13). Diese weist den Expertenstatus gleichermaßen den unmittelbar Betroffenen (Pflegefachkräfte: Ebene 1) zu, die aufgrund ihrer individuellen Position und persönlichen Beobachtung eine besondere Perspektive auf den Sachverhalt GF in der Organisation haben, sowie Personen mit besonderer Stellung (Management: Ebene 2).

Als Datengrundlage fungieren Aufnahmegerät (Tonstreifen) und Transkription (siehe Anhangteil) von 23 Interviews, exklusive Pretest.

Zur Herstellung des Begründungs- und Entdeckungszusammenhangs hinsichtlich der Implementierung gesundheitsfördernder Maßnahmen und möglicher Best Practice-Beispiele, werden auch Experteninterviews im benachbarten Ausland durchgeführt.

23 Interviews: 1 Pretest; 18 DE, 1 BE, 1 CH, 2 AT.

Ebene 1: 12 Interviews

Ebene 2: 10 Interviews

2.8 Vorgehen anhand der Methode – Theoretische Vorüberlegungen

Forschungsethik

Die Helsinki-Deklaration unterscheidet zwischen therapeutischer und nicht therapeutischer Forschung (vgl. Burns/Grove 2005:186). Auch wenn es sich bei Experteninterviews nicht um eine therapeutische Forschung handelt, sind nach Schnell und Heinritz forschungsethische Grundsätze einzuhalten.

Der Proband muss ausreichend über das Forschungsprojekt informiert sein und genügend Zeit und Beratungsmöglichkeit haben, um sich eine Meinung bilden zu können (vgl. Schnell/Heinritz 2006:21). Ob der Proband zum vulnerablen Personenkreis²⁵ zählt, hängt von folgenden Kriterien des Vulnerabilitätsprofils ab:

- Der Proband ist nicht in der Lage informierte Zustimmung zu erteilen.
- Der Proband kann Zweck und Folgen seiner Mitwirkung weder erkennen noch abschätzen.
- Der Proband wird durch Teilnahme an der Forschung einer besonderen Gefährdung oder Belastung ausgesetzt (vgl. Schnell/Heinritz 2006:45).

Acht forschungsethische Grundsätze im Einzelnen mit empirischem Zugang

Forschungsethischer Grundsatz	Relevante Fragestellung	Empirischer Zugang
1. Begründungszusammenhang	Warum ist die Forschung notwendig?	Darlegen des Erkenntnisgewinns: Zusenden des Abstracts
2. Ziel der Forschung	Wozu ist die Mitwirkung des Probanden notwendig?	Transparenz über Erfahrungen zum Erleben des Probanden: Zusenden des Interviewleitfadens
3. Explizieren des methodischen Vorgehens	Darlegung der Forschungsmethode	Qualitative Forschungsmethode z.B.: Problemzentriertes Interview nach Witzel, mit Anteilen von Episodischem Interview nach Flick. Qualitative Dokumentenanalyse der

²⁵ Zum vulnerablen Personenkreis zählen: Menschen mit Behinderung, Menschen im Koma, viele altersverwirrte Menschen und Kinder. Ebenso zählen zum genannten Personenkreis: Personen mit gesetzlichem Vertreter oder Betreuer, der stellvertretend und verantwortlich für sie eine informierte Zustimmung geben oder ablehnen kann (vgl. Schnell/Heinritz 2006:45).

		Fortbildungskataloge
4. Einschätzung, auf relevante Folgen	Haben Forschungsergebnisse positive oder negative Folgen für Probanden?	Laut Vulnerabilitätsprofil fallen Experten nicht unter vulnerablen Personenkreis, sondern profitieren von Erkenntnissen
5. Abschätzung möglicher auftretender Verletzungen und Schäden	Falls erwartende Folgen gegen Menschenwürde- und Rechte verstößt, darf Forschung nicht erfolgen	Entfällt gemäß Vulnerabilitätsprofil
6. vgl. Punkt 5: Initiieren ethischer Prävention	vgl. Punkt 5.: Krisenintervention	Bereitstellung möglicher Krisenintervention, z. B. Kontakt zu Seelsorger (entfällt gemäß Vulnerabilitätsprofil)
7. Keine Falschaussagen zu Forschungsnutzen	Authentizität, Empathie und Ehrlichkeit gegenüber dem Probanden	Schriftliche Zusicherung; Anschreiben für den Probanden
8. Beachtung geltender Datenschutzbestimmungen	Verwendung personenbezogener Daten nur für Zwecke wissenschaftlicher Forschung	Schriftliche Zusicherung; Anschreiben für den Probanden

Tabelle 13: Forschungsethische Prinzipien

(Ableitung aus Schnell/Heinritz 2006:21ff), eigene Darstellung

Schnell und Heinritz vertreten die Ansicht, dass Experten gemäß des Vulnerabilitätsprinzips nicht zum vulnerablen Personenkreis zählen und aufgrund ihres Berufsalltags im Umgang mit Belastungen geübt sind (vgl. Schnell/Heinritz 2006:45).

Interviewtechnik

Eine Kombination aus problemzentriertem und episodischem Interview wird in der Literatur als sinnvoll erachtet (vgl. Mey/Mruck 2010:428; Naderer/Balzer 2011:265), jedoch die praktische Umsetzung nicht explizit beschrieben. Da der Gegenstand der Forschung die Methode bestimmt, eignet sich eine Kombination beider Interviewformen zur Expertenbefragung. Für die vorliegende Forschung werden als Kommunikationsstrategie Frage – Antwort – Sequenzen und Erzählungen miteinander verbunden.

Beispielsweise erhalten Fragestellungen mit Anteilen des problemzentrierten Interviews die Kennzeichnung → PI, sowie Fragen mit Anteilen des episodischen Interviews die Kennzeichnung → EI.

Rolle und Fähigkeiten des Interviewers

Für Flick hat der Interviewer die Rolle eines „[...] professionellen Fremden inne“, wenn er in das Untersuchungsfeld zum soziologischen Lernprozess eintaucht. Hier sollte der Forscher versuchen, das Fremde zu erreichen, damit die Forschungssubjekte etwas erzählen können, was für den Forscher neu ist (vgl. Flick 2005:93). Dabei soll das Vorverständnis über die zu untersuchende Gegebenheit als vorläufig angesehen werden und mit neuen, nicht übereinstimmenden Informationen überwunden werden (vgl. Lamnek 2005:580). Der Erfolg qualitativer Forschung hängt wesentlich von der Klarheit der Formulierung der Fragestellungen ab. Je unklarer die Fragestellungen formuliert sind, desto größer ist die Gefahr Daten zu produzieren, die unverwertbar sind. Ziel ist, dass der Forscher eine klare Vorstellung über seine Fragestellung entwickelt und gleichzeitig offen für neue und bestenfalls überraschende Erkenntnisse bleibt (vgl. Flick 2005:76ff).

Der Forscher sollte über folgende Fähigkeiten verfügen:

- Fähigkeit zur Kommunikation und Herstellung von Beziehungen
- Fähigkeit zur Aushandlung von Nähe und Distanz zum Untersuchten, der Offenlegung, Transparenz und Aushandlung wechselseitiger Erwartungen, Ziele und Interessen
- Fähigkeit zur Ausbalancierung des Spannungsfeldes von Vertrautheit und Fremdheit (vgl. a. a. O.:87).

Die Sicht des Subjektes kann aus unterschiedlicher Sicht rekonstruiert werden. Im Hinblick auf die Intention der Befragung werden beim Befragten einerseits Informationen abgerufen, die den Forscher interessieren und andererseits kann der Interviewer Informationslieferant sein (vgl. Lamnek 2005:332).

Samplingstrategie

Wörtlich übersetzt bedeutet sampling „Stichprobenverfahren“. Nach Lamnek richtet sich die Auswahl der Interviewpartner nach den Kriterien des Theoretical Sampling.

„Da es nicht um Repräsentativität sondern um typische Fälle geht, werden keine Zufallsstichproben gezogen. Man sucht sich nach seinen Erkenntnisinteressen einzelne Fälle für die Befragung aus. Da die Suche interessengeleitet erfolgt, ist eine weitgehende Selbstkontrolle des Forschers insoweit erforderlich, als er vermeiden muss, durch seine (theoretischen) Vororientierungen eine verzerrte, weil untypische, Auswahl vorzunehmen“ (Lamnek 2005:386).

Meist handelt es sich bei qualitativen Forschungsprojekten weniger um Zufallsuntersuchungen, da die begrenzte Bearbeitungszeit eine zügige Rekrutierung von Interviewpartnern erfordert. Daher werden oftmals keine Stichproben ausgewählt. Voraussetzung ist, dass die Untersuchungsteilnehmer den vorher festgelegten Einschlusskriterien entsprechen (vgl. Ein- und Ausschlusskriterien). Bei der Stichprobenwahl tritt die Quantität der Interviewpartner in den Hintergrund, da qualitative Interviews höhere Kompetenz als standardisierte Befragungen vom Interviewer erfordern (vgl. Lamnek 2005:356).

Ein- und Ausschlusskriterien der vorliegenden Untersuchung

Mit dem Ausdruck Feldzugang ist der Zugang zum untersuchenden Feld gemeint. Mit Feld kann eine bestimmte Institution oder eine Gruppe von Informationslieferanten gemeint sein, die zu Erkenntnisnutzen über das zu untersuchende Feld beitragen (vgl. Atteslander 2003:108) und Auskunft geben können.

Folgende Ein- und Ausschlusskriterien werden zur Akquise der Interviewpartner festgelegt:

Beispiel für Ein- und Ausschlussverfahren

der Interviewpartner für das Forschungsprojekt „Fachkräfteerhalt im Gesundheitswesen“

<u>Einschlusskriterien</u>	<u>Ausschlusskriterien</u>
<ul style="list-style-type: none"> – Klinische examinierte Pflegefachkräfte, – Manager, Fortbildungsbeauftragte, – Fachkräfte mit Aufgabenprofil: Präventionsberatung, Betriebliche/r Gesundheitsmanager/in – Pflegefachkräfte, Manager im benachbarten deutschsprachigen Ausland 	<ul style="list-style-type: none"> – Altenpflegekräfte – Pflegefachkräfte ambulante Pflege – Pflegefachkräfte Hospiz – Ärzte/Ärztinnen

Tabelle 14: Ein- und Ausschlusskriterien Interviewpartner Fachkräfteerhalt

eigene Darstellung

Akquise der Interviewpartner, bezogen auf Fachkräfteerhalt im Gesundheitswesen

Die Suche erfolgte im gesamten Bundesgebiet durch Mundpropaganda des Forschungsthemas. Auf diese Weise konnten im Kommilitonenkreis innerhalb Deutschlands sieben Interviewpartner rekrutiert werden. Die Akquise im benachbarten Ausland erfolgte ebenfalls über das Kommilitonen-Netzwerk (1 BE) und ehemalige Arbeitskontakte (1 CH).

Alle übrigen Interviewpartner wurden nach dem Zufallsprinzip durch Eingabe oben genannter Einschlusskriterien über das Internet akquiriert. Zur Vermeidung von Rückschlüssen auf

einzelne Interviewpartner bezieht sich die nachfolgende Grafik ausschließlich auf die Standorte der Interviewpartner, gemäß der Einschlusskriterien.

Fachkräfteerhalt im Gesundheitswesen Standorte der Interviewpartner

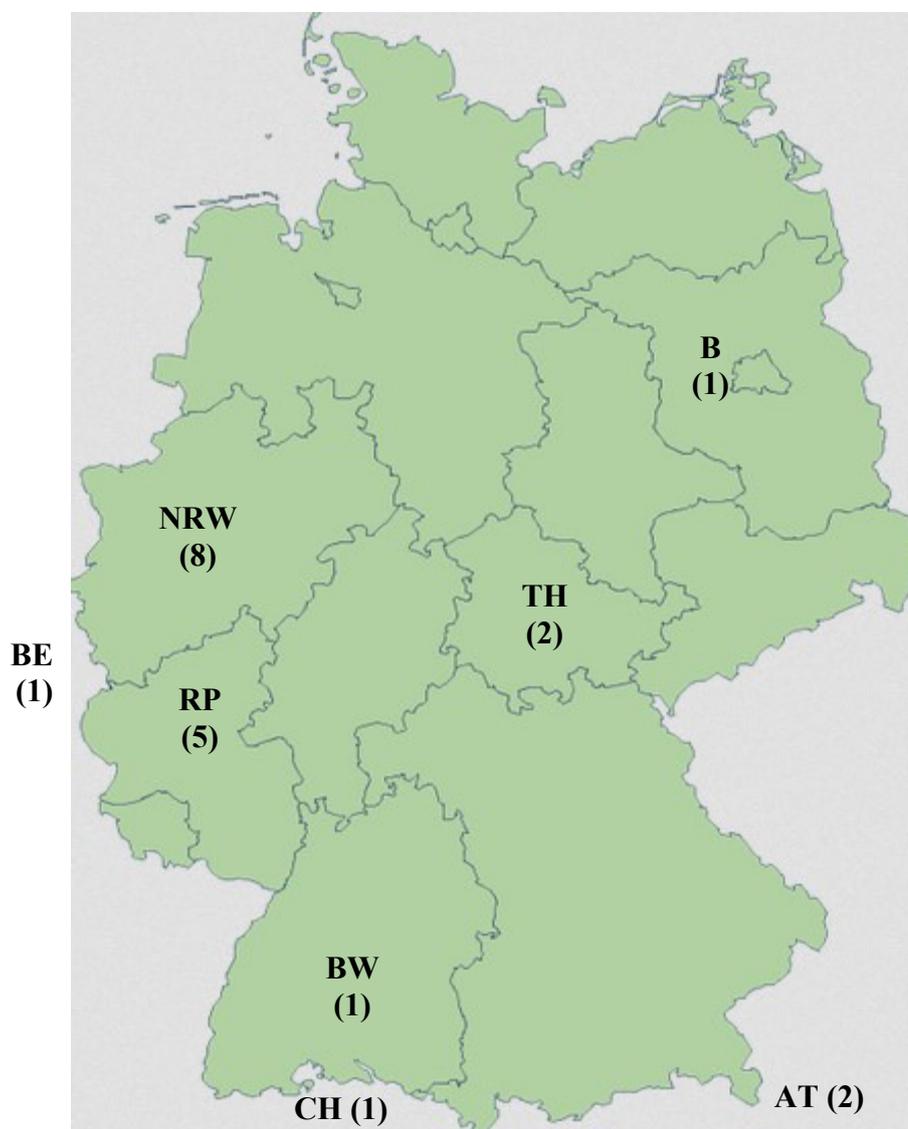


Abbildung 10: Standorte Interviewpartner: Fachkräfteerhalt im Gesundheitswesen
(Schümann 2016) eigene Erhebung und eigene Darstellung

Auswahl der Expertengruppe

Die Auswahl der 23 Interviewpartner erfolgte im gesamten Bundesgebiet und benachbartem Ausland, nach genannten Einschluss- und Ausschlusskriterien.

Die Expertengruppe setzt sich zusammen aus 16 weiblichen und sieben männlichen Interviewpartnern. Zehn Interviewteilnehmer sind in Vorgesetztenfunktion tätig und arbeiten in den Bereichen: Management, Fortbildung, Gesundheitsprävention und Administration. Die übrigen 12 Interviewpartner arbeiten als Pflegefachkräfte im Klinikbereich.

2.9 Durchführung des Interviews

Die möglichen Interviewpartner wurden zur Frage der Interviewbereitschaft via Internet kontaktiert. Zur Einhaltung der forschungsethischen Grundsätze wurde den möglichen Interviewpartnern nach Kontaktaufnahme neben einer Erklärung zur Anonymität/Datenschutz, ein Abstract, ein Schreiben über das Ziel der Forschung und eine Literaturliste angefügt.

Nach Rückmeldung der potentiellen Interviewpartner wurde der Interviewtermin festgelegt. Alle Interviews fanden im beruflichen Umfeld der Experten statt und beruhten auf Freiwilligkeit und der Zusage, das Interview jederzeit abbrechen zu können.

In Form eines Alltagsgespräches begab sich die Autorin auf die Ebene der Interviewpartner, ohne die professionelle Distanz zu verlieren. Mit Sensibilität und Einfühlungsvermögen wurden während der Interviews beide Interviewtechniken im Wechsel angewandt.

Fragestellungen mit Anteilen des problemzentrierten Interviews: Kennzeichnung PI und Fragen mit Anteilen des episodischen Interviews: Kennzeichnung → EI (vgl. Anhangteil).

Für Pflegefachkräfte und Vorgesetzte wurde hinsichtlich des Interviewleitfadens nicht unterschieden.

Die Zusicherung auf Anonymisierung der Daten erfolgte zu Beginn des Gesprächs (vgl. Teil sechs Anhang). Nahezu allen Interviewpartnern war die Zusage wichtig, dass keine Rückschlüsse zur Person und Klinik gezogen werden können.

Kurzfragebogen

Bei einem Kurzfragebogen handelt es sich um ein erstes Medium der Datenerhebung und -erfassung. Informationen zur Interviewdauer und Atmosphäre während des Interviews wurden unverzüglich nach jedem Interview in einer Checkliste – Postskript dokumentiert (vgl. Anhangteil).

2.9.1 Interviewleitfaden, bezogen auf Fachkräfteerhalt im Gesundheitswesen

Pretest

An die Erstellung des Interviewleitfadens schließt sich eine Probebefragung an, der Pretest. Der Pretest ist „[...] als wesentlicher Bestandteil bei der Vorbereitung einer Befragung anzusehen und unbedingt durchzuführen, um durch eine Verfahrenskontrolle den reibungslosen Ablauf der eigentlichen Untersuchungsdurchführung zu gewährleisten und das Untersuchungsinstrument möglichst optimal zu gestalten“ (Prüfer/Rexroth 2004:177, in: Werner 2004).

Die Probebefragung wurde mit Interviewpartner A durchgeführt, wobei die Frage: „*Welche Bedeutung voraussichtliche Einkommenssteigerung und besserer Arbeitsbedingungen auf den Abwanderungsgedanken hat*“, schwer verständlich war und verändert wurde, in: „*Würden Sie wechseln, wenn Ihnen eine besser bezahlte Stelle mit besseren Arbeitsbedingungen angeboten würde?*“

Einige Fragen wurden aufgrund von Dopplungen gestrichen und der Interviewleitfaden angepasst und demzufolge flossen die Ergebnisse des Pretests nicht mit in die Analyse und Auswertung ein.

Fragestellungen – Entwicklung des Interviewleitfadens

Die Fragestellungen erwachsen häufig aus dem persönlichen Umfeld oder Berufsalltag des Forschers. Die Entscheidung für oder gegen bestimmte Fragestellungen tragen zur Reduktion der Vielfalt und zur Strukturierung des Untersuchungsfeldes bei (vgl. Flick 2005:78ff).

Zur Minimierung von Unsicherheitsfaktoren fordern Meuser und Nagel für das Experteninterview von dem Interviewer eine gute Gesprächsführung und einen Leitfaden (vgl. Meuser/Nagel 2005:77). Der Leitfaden dient ebenfalls dazu, durch das meist vorgegebene Zeitfenster des Experten die Informationen komprimiert, zielbezogen zu erheben, um eine Vergleichbarkeit mehrerer Expertenaussagen herzustellen (vgl. Gläser/Laudel 2006:107). Flick gibt zu bedenken, dass nicht außer Betracht gelassen werden sollte, dass durch den Leitfaden „*[...] die Bandbreite der potenziell relevanten Informationen [...]*“ (Flick 2005:217) eingeschränkt wird.

Forschungsgegenstand, bezogen auf Fachkräfteerhalt im GW

Der Forschungsgegenstand ist das Erleben und die Erfahrungen der Pflegefachkräfte zur Frage, welche Faktoren den Erhalt der Berufsgruppe in der Klinik beeinflussen und welche gesundheitsfördernden Maßnahmen sie benötigen, um weiterhin im Beruf arbeiten zu können. Um den Fragenkatalog nicht zu eng zu gestalten, werden die Fragen verschiedenen Themenbereichen zugeordnet (vgl. Interviewleitfaden/Teil sechs Anhangteil).

Da der Gegenstand der Forschung die Methode bestimmt, eignet sich das Forschungsinstrument des Problemzentrierten Interviews (Witzel). Gleichzeitig soll den Experten die Möglichkeit gegeben werden, kontextbezogene Darstellungen in Form von Erzählungen wiederzugeben, wozu das Episodische Interview (Flick) zielführend ist.

2.9.2 Interviewvorgehen bei hiesiger Untersuchung

Sozialwissenschaftliche Fragestellungen unterliegen dem Begründungszwang, daher sind die Fragen literaturgestützt zu begründen (vgl. Axmacher 1991:121). Dementsprechend werden für den Interviewleitfaden die Untersuchungsfragen literaturgestützt entwickelt, um zur Beantwortung der Forschungsfragen beizutragen:

1. Welche hemmenden und fördernden Faktoren beeinflussen den Verbleib im Pflegeberuf?
2. Inwieweit trägt die Implementierung gesundheitsfördernder Maßnahmen zum Verbleib im Pflegeberuf bei?
3. Welche Aspekte beinhaltet der individuelle Gesundheitsbegriff und welche familiären Rituale wurden zur Gesunderhaltung vermittelt?
4. Welche gesundheitsfördernden Maßnahmen benötigen Pflegekräfte, um weiterhin im Beruf arbeiten zu können?
5. Welche Erkenntnisse können für die (Elementar-)Pädagogik daraus gewonnen werden?

Einstiegsphase des Interviews

Neben zielgerichteten Fragen wird in dem Interview regelmäßig darum gebeten, von Situationen oder Episoden zu berichten, die beruflich und privat im Umgang mit gesundheitsfördernden Maßnahmen erlebt wurden (vgl. Interviewleitfaden/Anhangteil).

Begründungszusammenhang zur Erzählaufforderung:

Ziel des episodischen Interviews ist es, Erfahrungen in allgemeiner, vergleichender Form darzustellen und gleichzeitig entsprechende Situationen und Episoden zu erzählen (vgl. Flick 2005:160). Erfahrungen sind individuell, da persönliche Biographie und Systemgeschichte darauf einwirken (vgl. Simon 2001:14ff; Luhmann 2002:137).

Gesprächseinstieg:

- Was hat Sie zur Berufswahl bewogen (PI)
- Erinnern Sie sich dazu an eine Episode? (EI)

Beispielfragen für allgemeine Sondierung:

- Welche Faktoren hemmen Ihrer Meinung nach den Verbleib im Beruf? (PI)
- Fallen Ihnen dazu Situationen ein? (EI)

Begründungszusammenhang zu Fragestellungen: Verbleib im Pflegeberuf

Hinweise zu steigender Pflegebedürftigkeit (vgl. Destatis 2010; 2013; Rothgang et al. 2013; Isfort 2013) in Verbindung des Fachkräftemangels in der Pflege sind hinreichend beschrieben (vgl. Isfort 2013; Kempf 2014; Badura 2015; DPR 2016).

Darüber hinaus weisen Wissenschaftler auf die Zunahme von Fehltagen aufgrund psychischer Erkrankungen hin (vgl. WIDO 2012; Kordt 2013, 2014, 2015; Badura 2015; Statista 2016). Experten sprechen sich daher für Veränderung der Rahmenbedingungen im GW (BMG 2017) und eine Anhebung der Vergütung aus. Dies steigere die Attraktivität der Tätigkeit und führe zum Verbleib im Beruf (vgl. Hundt/van Hövell 2015:145; Jacobs et al. 2016:107).

Mögliche Fragestellungen zum Themenbereich: Verbleib im Beruf

- Welche Faktoren beeinflussen Ihrer Meinung nach den Verbleib im Beruf? (PI)
- Was fördert Ihrer Meinung nach den Verbleib im Pflegeberuf? (PI)
- Welche Faktoren hemmen Ihrer Meinung nach den Verbleib im Beruf? (PI)

Begründungszusammenhang zu Fragestellungen: Gesundheit als kulturelles Kapital

Unter verinnerlichtem Kulturkapital versteht Bourdieu den dauerhaft verankerten kognitiven, emotionalen, physischen und psychischen Besitz, sowie soziale, kulturelle und technische Fertigkeiten, die bereits im Elternhaus vermittelt werden (vgl. Bourdieu 1992:57ff). Diese Kapitalsorte wird für die vorliegende Forschung auf die „Frühkindliche Gesundheitsbildung“ übertragen, da Wissenschaftler inzwischen davon ausgehen, dass Gesundheit sozial konstruiert ist (vgl. Hurrelmann et al. 2006; Hurrelmann/Franzkowiak 2011; Schiffer 2001).

Mögliche Fragestellungen zum Themenbereich: Gesundheit als kulturelles Kapital

- Was bedeutet Gesundheit für Sie? (PI)
- Welche gesundheitlichen Aspekte wurden Ihnen in Ihrer Familie vermittelt? (PI)
- Können Sie sich an Begebenheiten erinnern? (EI)
- Welche familiären Rituale oder Zitate haben zu Ihrer GF beigetragen? (PI)
- Fallen Ihnen hierzu eine Episoden ein? (EI)

Begründungszusammenhang zu Fragestellungen: Bedarfsgerechte GF – Einbindung des BGM in die Organisation

Die Autoren des Fehlzeitenreport 2015 weisen darauf hin, dass erfolgreiche Ansätze zeigen, wie wichtig die adressatengerechte Implementierung eines BGM ist. Sie sprechen sich aufgrund variierender Belastungen und Ressourcen einzelner Branchen für ein zielgruppenspezifisches Gesundheitsmanagement aus (vgl. Badura 2015; Badura 2013).

Mögliche Fragestellungen zum Themenbereich: Bedarfsgerechte GF – Einbindung des BGM ins Unternehmen

- Welche Faktoren fördern Ihre (psychische) Gesundheit? (PI)
- Haben Sie Beispiele für Rituale? (EI)
- Woraus schöpfen sie Kraft? (Episoden?) (EI)
- Inwieweit trägt Ihrer Meinung nach die Implementierung von GF zum Verbleib im Beruf bei? (PI)
- Welche gesundheitsfördernden Maßnahmen sollten Ihres Erachtens nach in einem BGM implementiert werden, um Fachkräfte zu gewinnen/halten? (PI) (EI)
- Wie sollten Ihrer Meinung nach gesundheitsfördernde Maßnahmen im Unternehmen implementiert werden? (PI) (EI)

Hauptphase – Erzählphase

In der Hauptphase wird nach der zentralen Problematik gefragt. Dabei fragt der Interviewer nach, fasst zusammen und spiegelt dem Interviewpartner seine Auffassungen. Auch hier wird der Experte immer wieder dazu angeregt, sich an bestimmte Episoden zu erinnern. Bei entsprechender Gelegenheit werden Ad-hoc-Fragen, Rückmeldungen, Interpretationen und Verständnisfragen seitens des Interviewers gestellt. Dies dient dem Verständnis des Interviewers (vgl. Lamnek 2005:365).

Begründungszusammenhang zu Fragestellungen: Zentrales Element

Um aussagefähig zu sein, welche gesundheitsfördernden Maßnahmen innerhalb des BGM implementiert werden sollten, ist ein Blick auf die eigene Gesundheit erforderlich. Daher ist zentrales Element vorliegender Untersuchung der bewusste Umgang mit der eigenen Gesundheit und der persönliche Einsatz gesundheitsfördernder Maßnahmen zur Frage: „Was erhält mich gesund, statt was macht mich krank“ (Antonovsky 1997). Demzufolge sollte bei Einführung eines BGM darauf geachtet werden, dass sich gesundheitsfördernde Maßnahmen am Bedarf der MitarbeiterInnen orientieren (vgl. Brause et al. 2010; Fuchs-Frohnhofen 2013).

Mögliche Fragestellungen zentraler Problematik

- Was bedeutet Gesundheit für Sie? (PI)
- Inwieweit beinhalten Aspekte psychischer Gesundheit Ihren Gesundheitsbegriff?
- Inwieweit können Ihrer Meinung nach Arbeitsbedingungen mit der eigenen Gesundheit in Verbindung stehen? (PI) Episoden dazu? (EI)
- Welche gesundheitsfördernden Maßnahmen sollten Ihres Erachtens nach in einem BGM implementiert werden, um Fachkräfte zu gewinnen/halten? (PI) (EI)

Abschlussphase

Die Abschlussphase der Interviews war geprägt von einer vertrauensvollen Atmosphäre. Gegenseitige Tipps im Umgang mit der eigenen Gesundheit und GF wurden ausgetauscht.

Wiederholt wurde abschließend den Interviewpartnern die wissenschaftliche Aufbereitung der Daten erklärt, dass die Ergebnisse in einer schriftlichen Arbeit zusammenfließen und dass die Ergebnisse keinen Rückschluss auf einzelne Interviewpartner zulassen.

Außerdem wurde den Interviewpartnern der Erhalt des Transkripts und erste Ergebnisse der Analyse zwecks kommunikativer Validierung zugesichert (vgl. Kapitel 2.5., Gütekriterium Inhaltsanalyse Mayring). Diesbezüglich erfolgte gegen Interviewende ein Austausch der Internetadressen, falls nicht vorhanden. Nach abschließendem Dank der Autorin für die Bereitschaft die persönlichen Erfahrungen geschildert zu haben, zeigten alle Interviewpartner großes Interesse an den Untersuchungsergebnissen und der Arbeit. Besonderes Interesse besteht hinsichtlich der Katalogisierung gesundheitsfördernder Maßnahmen innerhalb des BGM.

Diktiergerät

Von 23 Interviews wurden 20 mittels Diktiergerät aufgezeichnet und später transkribiert. Für die drei übrigen Interviews wurde ein Gedächtnisprotokoll angelegt, da das Gerät nicht aufzeichnete.

Die Gedächtnistranskripte wurden unverzüglich den Interviewpartnern zur Validierung zugeschickt, die keinerlei Anmerkungen oder Korrekturwünsche hatten.

2.9.3 Postskript

Nach Lamnek wird zum Transkript zusätzlich ein Postskript nach jedem Interview angefertigt (vgl. Lamnek 2005:137). Es enthält Angaben zur Interviewdauer, Stimmung, zu Bemerkungen und Schlüsselbegriffen während des Interviews sowie Störungen und persönliche Befindlichkeit des Interviewers und Gesprächsinhalte vor und nach dem Interview. Hilfreich ist hier die Ausstellung einer Checkliste, die bei Transkriptionsunklarheiten nochmals eingesehen werden kann (vgl. Postskript/Anhangteil).

2.9.4 Transkript

Im nächsten Schritt der Forschung werden verbale oder visuelle Daten durch Dokumentation und Transkription in Texte verwandelt (vgl. Flick 2005:29; Lamnek 2005:390). Unter Transkription wird die Umwandlung einer Schrift in eine andere verstanden, „[...] wobei die *Ursprungssprache möglichst lautgetreu wiedergegeben werden soll* [...]“ (Wahrig

1997:1236). Das Transkript ermöglicht den kritischen Nachvollzug des Interviews und der Interpretationen (vgl. Lamnek 2005:390). Dabei ist man im qualitativen Forschungssetting meist weniger an der Wiedergabe rein sprachlicher Phänomene als eher an den Inhalten interessiert (Mayring/Gläser-Zikuda 2005:49).

Für Mayring stellt die Transkription gesprochener Sprache im empirischen Sinne eine neue Datengenerierung, bzw. eine Datentransformation dar (vgl. a. a. O:48ff).

Für die vorliegende Arbeit wurde ein Schreibbüro zur Transkription beauftragt, mit Zusendung eines Transkriptionsmusters, Sicherstellung des Datenschutzes und Anonymität sowie der Transkriptionsregeln nach Flick (vgl. Flick 2005: 254; Tabelle 15 Transkriptionsregeln).

Transkriptionsregeln nach Flick

Jedes Interview erhält eine Kennzeichnung durch Großbuchstaben (A-N), Seiten- und Zeilenangaben sowie einen Zahlencode, der das Datum erkennen lässt (vgl. Flick 2005:254).

Zur Zuordnung der Aussagen, erhalten die Interviews zusätzlich eine Unterscheidung je Ebene der Interviewpartner: Pflegefachkräften wird die Ziffer (1) zugeteilt, der Vorgesetzten-Ebene die Ziffer (2), ein Interviewpartner ist in der Administration tätig und erhält Ziffer (3).

In zwei Einrichtungen konnten zwei Pflegefachkräfte befragt werden, denen eine zusätzliche Kennung zugeordnet wird (A1a, A1b, G1a, G1b).

A1a (Pretest), A1b, B1, C1, D1, E1, F1, G1a, G1b, I1, J1, N1 (Pflegekräfte Klinik);

B2, D2, E2, G2, H2, I2, J2, K2, L2, M2, N2 (Manager: Pflegedirektoren, Fortbildungsbeauftragte, Präventionsberater); G3 (Mitarbeiter Administration)

Nachstehende Tabelle verdeutlicht, dass es sich bei den Transkriptionsbeispielen in Interview L um einen Vorgesetzten handelt (Interview L2). Die Unkenntlichmachung von Namen, Orten und Institutionen erfolgt durch Ersetzen von(Ort), (Name) und(Institution); lachen wird kursiv gekennzeichnet (*lachen*). Ebenso werden Dialekte durch Ersetzen von(Dialekt) unkenntlich gemacht, um den Rückbezug zum Interviewpartner zu vermeiden.

Die Bedeutung der Transkriptionssymbole wird anhand von Textbeispielen in unten angeführter Tabelle belegt (vgl. Tabelle 15).

Transkriptionsbeispiel aus Interview L2

„Viele haben aufgehört, weil sie mit dem (Schicht-)Dienst (Schichtdienst)....(Dialekt) nicht zurecht gekommen sind. Der geringe Entscheidungsspielraum, gar nicht mal so viel die Hierarchien....(0.3). Weil, wenn Sie Erfahrung haben, dann merken das die anderen, dass wir aufeinander angewiesen sind...“ (Interview L2:1, Zeile 13-17).

Nachfolgende Tabelle verdeutlicht die Symbole und deren Bedeutung anhand von Textbeispielen des Interviews L2 (Gedächtnisprotokoll).

Transkriptionsregeln (Flick) mit Interviewbeispieltexten

Symbol	Bedeutung der Symbole	Textbeispiele, Transkriptionstext Interview L2	Seite/ Zeile Transkript
[<i>Überlappende Sprache:</i> Der exakte Punkt, an dem der eine zu sprechen beginnt, während der andere noch spricht [...]	<i>[Nicht] so großen Einfluss</i>	Seite 1, Zeile 25
(0.3)	Pausen: innerhalb und zwischen Sprecherwechseln, in Sekunden angegeben	<i>so viel die Hierarchien(0.3)</i>	Seite 1, Zeile 16
<Aw:::>	<i>Gedehnte Töne:</i> Lautdehnungen durch Doppelpunkte im Verhältnis zur Länge der Dehnung	<Ja:::>, <i>wissen Sie, wie ich zu meinem Beruf gekommen bin?</i>	Seite 1, Zeile 5
<u>Wort</u>	Unterstreichungen markiert Betonungen oder Hervorhebungen	<i>Zeitlang <u>aufm...</u> (Berufszweig) gearbeitet</i>	Seite 4, Zeile 79
<stellen >	Der Bindestrich zeigt an, dass ein Wort oder Laut abgebrochen wird	<geh> <i>ich ins nächste Krankenhaus</i>	Seite 3, Zeile 58
<.hhh>	Hörbares Einatmen wird als <.hhh> transkribiert (die Zahl der <h> ist proportional zur Länge des Einatmens)	>.hhh> <Hm:::>, <i>schwierig (0.4)</i>	Seite 3, Zeile 38
WORT	Erhöhung der Lautstärke wird durch Großbuchstaben angezeigt	<i>Wenn ich den Beruf SCHÄTZE</i>	Seite 3, Zeile 56
(Worte)	In Klammern gesetzte Worte grenzen unsichere Transkriptionen ab	<i>der muss weg, (s nützt) nix</i>	Seite 4, Zeile 81

Tabelle 15: Transkriptionsregeln mit Interviewbeispieltexten Interview L2

(Ableitung aus: Flick 2005: 254; Interview L2), eigene Darstellung

2.10 Datenauswertung

Nach Transkription der Daten, werden diese analog zu der qualitativen Inhaltsanalyse Mayrings analysiert. *„Ziel der Inhaltsanalyse ist, darin besteht Übereinstimmung, die Analyse von Material, das aus irgendeiner Art von Kommunikation stammt.“* (Mayring 2003:11). Die Inhaltsanalyse zeichnet sich durch Regel- und Theoriegeleitetheit der Interpretation aus.

2.11 Qualitative Inhaltsanalyse nach Mayring

Das Material wird als Einbettung in den Kommunikationsprozess verstanden und der/die Autor/in hat bei der Analyse stets anzugeben, auf welchen Teil im Kommunikationsprozess er/sie seine/ihre Schlussfolgerungen bezieht (vgl. a. a. O.:42ff).

Bestimmung der Analyseeinheiten

Objektive Hermeneutik verfolgt das Ziel des Herausarbeitens latent versteckter Sinnstrukturen, die hinter den Einzelaussagen stecken. Dazu muss vorher festgelegt werden, wie die Analyse des Textes erfolgen soll (vgl. Lamnek 2005:535ff).

„Die Kodiereinheit legt fest, welches der kleinste Materialbestandteil ist, der ausgewertet werden darf, was der minimale Textteil ist, der unter eine Kategorie fallen kann“ (Mayring, 2003:53).

Für die vorliegende Arbeit wird als Analyseeinheit die Kodiereinheit gewählt. Demzufolge wird der Text bis auf den kleinsten Materialbestandteil hin analysiert und anschließend festgelegt.

Paraphrasierung inhaltstragender Textstellen

Im nächsten Schritt werden die Aussagen innerhalb des Transkriptionstextes wiederholt, unter Verzicht schmückender Vokabeln. Das Wort Paraphrase geht auf den Wortstamm Phrase zurück, das aus dem griechischen hervorgeht und soviel bedeutet wie *„[...] anzeigen; sagen oder aussprechen [...]“* (Wermke 2001:606). Des Weiteren wird paraphrasieren umschrieben mit *„[...] ausschmücken, verzieren, umspielen [...]“* (vgl. Wahrig 1997:942) und gleicht in der Anwendung dem Abschälen unbrauchbarer Gesprächsanteile.

Generalisierung der Paraphrasen

Der weitere Schritt umfasst die Bestimmung des Abstraktionsniveaus der ersten Reduktion des vorliegenden Datenmaterials. Paraphrasen, die unterhalb des Abstraktionsniveaus liegen,

werden verallgemeinert; die oberhalb des Niveaus liegenden Paraphrasen werden zunächst belassen (vgl. Mayring 2003:61).

Generalisierungsbeispiel – Kategorie Wertschätzung

Interview K2			
S./Z.	Transkriptionstext	Paraphrasierung/ Generalisierung	1. Reduktion
S.3, Z. 97	Also (0.1) für mich ist so diese ähm Wertschätzung, die man dem Beruf selbst entgegenbringt, sehr wichtig, dass die Arbeit wichtig ist	Wertschätzung, dem Beruf entgegenbringt, wichtig	Wertschätzung, Beruf
			2. Reduktion
			Wertschätzung

Tabelle 16: Generalisierungsbeispiele – Wertschätzung

(Ableitung aus: Transkript Interview K2:3, Z. 97), eigene Darstellung

Erste und zweite Reduktion

Zur weiteren Analyse werden nach Mayring bedeutungsgleiche Paraphrasen innerhalb der Auswertungseinheiten und Paraphrasen gestrichen, die auf dem neuen Abstraktionsniveau als inhaltstragend unwesentlich erachtet werden. Übernommen werden die Paraphrasen, die weiterhin als inhaltstragend beurteilt werden. Abschließend werden Paraphrasen mit gleichem oder ähnlichem Gegenstand und ähnlicher Aussage zu einer Paraphrase zusammengefasst. Möglicherweise können Paraphrasen mit mehreren Aussagen zu einem Gegenstand summiert werden (vgl. a. a. O.:62). Um das Erleben der Experten natürlich und deren Informationen so authentisch wie möglich darzustellen, wird bei der Datenreduktion auf Beibehalten der textnahen Wiedergabe geachtet. Das Beibehalten der Alltagssprache spiegelt die jeweilige Kategorie wider.

Reduktionsbeispiel

Reduktionsbeispiel – Geringe Wertschätzung (KHF 5)			
Interview S./Z.	Transkriptionstext	Paraphrasierung / Generalisierung	1. Reduktion
K2, S. 4, Z. 122	[...] auf der ...(spezifischer Pflegebereich), da war <u>nicht</u> eine wahnsinnig tolle Wertschätzung da.	war <u>nicht</u> tolle Wertschätzung	nicht Wertschätzung

G1b, S.1, Z.16	Die geringe Wertschätzung unter den Berufsgruppen	geringe Wertschätzung unter Berufsgruppen	geringe Wertschätzung
			2. Reduktion Geringe Wertschätzung
		Kategorie (K) Hemmende Faktoren (HF) nach 2. Reduktion:	Kategorie: Geringe Wertschätzung

Tabelle 17: Reduktionsbeispiel – Geringe Wertschätzung

(Ableitung aus: Transkript Interview K3, Z. 122; G1b, Z. 16), eigene Darstellung

Kategoriebildung (methodisch)

Nach der Paraphrasierung und Generalisierung des Datenmaterials innerhalb der Aussagen, werden gemäß der Inhaltsanalyse Mayrings kategorieübergreifend, auf Grundlage der Generalisierung und im Anschluss an die erste und zweite Reduktion, Kategorien gebildet.

So wird jedes Interview nach thematisch vergleichbaren Textpassagen hin untersucht und in Kategorien gebündelt, die in ihrem internen Zusammenhang theoretisch geordnet werden.

Die Ergebnisdarstellung (vgl. Empirieteil) erfolgt „[...] aus einer theoretisch informierten Perspektive auf die empirisch generalisierten „Tatbestände“. Bei diesem rekonstruktiven Vorgehen werden Sinnzusammenhänge zu Typologien und zu Theorien verknüpft, wo bisher Addition und pragmatisches Nebeneinander geherrscht haben“ (Meuser/Nagel 2010:467) .

Die im oben genannten Beispiel gebildete Kategorie (K) wird dem Kategorienblock „Hemmende Faktoren“ zugeordnet und erhält die Kennzeichnung „KHF“ (Kategorie Hemmende Faktoren). Zudem erhält diese Kategorie die Bezeichnung „Geringe Wertschätzung“ die Ziffer „5“, da sie die fünfte ermittelte Kategorie darstellt:

Kategorie: Geringe Wertschätzung (KKF 5)

2.12 Episodenidentifikation – methodisch

Im Anschluss an die Entwicklung des Kategoriensystems „Beeinflussende Faktoren zum Verbleib im Pflegeberuf“ werden bedeutsame Erzählungen zu den Themenbereichen: Berufseinstieg, GF – Kindheit und Kraft schöpfen – Gegenwart, beziehungsweise GF – Gegenwart, herausgefiltert.

Eine eindeutige Episoden-Definition ist in der Literatur nicht beschrieben. Allerdings weist die Gegenüberstellung Flicks bezüglich des Vergleichs zwischen Leitfadengestützten

Interviews, erzählungsgenerierenden und gruppenbezogenen Verfahren (vgl. Flick 2005:191) Charakteristika von Episoden auf.

Merkmale einer Episode, geltend für die vorliegende Untersuchung:

- Erzählung bedeutsamer Erfahrungen,
- Auswahl durch Interviewpartner,
- Vorgabe bestimmter Situationen und Auswahl durch den Interviewpartner,
- systematische Verbindung von Erzählung und Argumentation,
- Erzählung beruht auf Wandel, Routinen und individuellen Erfahrungen des Interviewpartners bezüglich familiärer GF (vgl. a. a. O.: 191).

2.13 Typologie – Definition und Zielsetzung

Die Bildung von Typen entspricht dem Instrument einer theoretisch effektiven Strukturierung empirischer Daten, die einerseits darauf abzielt soziale Strukturen aufzudecken und andererseits Interventionsstrategien daraus abzuleiten (vgl. Schmidt-Hertha/Tippelt 2011:23).

Für den hiesigen Kontext ist dies relevant, da oben genannte Zielsetzung mit dem Anliegen der Erwachsenenpädagogik korreliert, die an Erkenntnisgewinn und der Bergung von handlungs-relevantem Wissen interessiert ist (a. a. O.:23).

Die Begriffe Typenbildung und Typologie werden in der Literatur synonym verwandt und aus Methodensicht sind Typologien Ergebnisse von Gruppenprozessen, die charakteristische Merkmalsausprägungen der jeweiligen Gruppe als Typen kennzeichnen (vgl. Kelle/Kluge 2010:85, in: Schmidt-Hertha/Tippelt 2011:23).

Nach Schütz (1971) kann die Typenbildung gleichermaßen als wissenschaftliche Methode und als alltägliches Instrument genutzt werden, wobei eine Matrix typische und atypische Merkmale einer Gruppe visualisiert. Für die vorliegende Untersuchung ist bedeutsam, dass sich typisierende Merkmale nicht nur auf Personen beziehen, sondern ebenfalls für Zustandsbeschreibungen und Handlungsoptionen gelten können (vgl. Wurdack 1999:35, in: Wagner 1999:35).

2.13.1 Kriterienfestlegung zur wissenschaftlichen Typenbildung

Auch bei dieser Forschungstechnik sind intersubjektiv nachvollziehbare und systematische Kriterien zu beachten (vgl. Lamnek 2005:321). Wissenschaftliche Typenbildungen sind dann als nachvollziehbar zu bezeichnen, wenn folgende Kriterien vorliegen:

1. Die Typenbildung verfügt über eine logische Konsistenz.
2. Die Typenbildung ist auf einen möglichen subjektiven Sinn der als typisch kategorisierten Handlungsmuster zurückzuführen.
3. Die Typenbildung ist auch außerhalb wissenschaftlicher Kontexte nachvollziehbar (vgl. Schmidt-Hertha/Tippelt 2011:23).

Gemäß Webers (1922) eingeführter Differenzierung von Real- und Idealtypen sollen für die vorliegende Forschung Realtypen für folgende Forschungsfragen entwickelt werden:

- Welche Aspekte beinhaltet der individuelle Gesundheitsbegriff?
- Welche familiären Rituale wurden zur Gesunderhaltung vermittelt?
- Welche gesundheitsfördernden Rituale finden in der Gegenwart Anwendung?
- Welche gesundheitsfördernden Maßnahmen benötigen Pflegefachkräfte um weiterhin im Beruf arbeiten zu können?

Die Bildung von Realtypen ist in empirischen Forschungsprozessen zielführend, da Realtypen eine Kombination von Merkmalen darstellen, „[...] die im Gegensatz zum Idealtypus empirisch nachweisbar, d.h. in der Realität vorhanden und vorfindbar [sind]“ (Reinhold 1991:469,619, in: Kluge 1999:60).

Zur Ermittlung natürlicher Typen werden inzwischen clusteranalytische Verfahren eingesetzt, die als induktive Vorgehensweise (Ziegler 1973:24ff) bezeichnet werden, da sie vorrangig auf der Analyse empirischer Daten beruhen (vgl. Kluge 1999:60). Auch für die vorliegende Forschung fungieren als Datengrundlage die Transkriptionen von 22 Interviews (siehe Anlageteil sechs). Die Konstruktion von Realtypen kann mittels Clusteranalyse erfolgen. In Kenntnis der Methodenkritik, Clusteranalysen seien fehleranfällig, da sie bei anderen theoretischen Vorannahmen möglicherweise andere Ergebnisse generieren, bieten sie den Vorteil der Komplexitätsreduktion des Datenmaterials durch Bildung ähnlicher Gruppen (vgl. a. a. O.:26).

2.14 Systematisches Vorgehen innerhalb der Typologie

Zur intersubjektiv nachvollziehbaren und systematischen Strukturierung von Typenbildung bedarf es Merkmale (vgl. Lamnek 2005:321; Schmidt-Hertha/Tippelt 2011:23), die sich jedoch in unterschiedlicher Detailliertheit und Strukturierung in sozialwissenschaftlicher Literatur finden lassen. Da die Systematik des Stufenmodells von Kluge empirisch begrün-

deter Typologien (Kluge 2000²⁶) Offenheit und Flexibilität zulässt, orientiert sich die Strukturierung der vorliegenden Arbeit an diesem Modell. Nachfolgend werden die einzelnen Stufen der Systematik mit untersuchungsrelevanten Beispielen unterlegt.

Systematik der Typologie, bezogen auf vorliegende Untersuchung (nach Kluge)

Merkmale zur Systematik der Typologie	Bearbeitungsschritte GF im GW
1. Datengrundlage	Transkriptionen von 22 Interviews (exkl. Pretest); Identifikation episodischer Anteile (EI) innerhalb der Experteninterviews (Aussage Interviewpartner)
2. Relevante Vergleichsdimensionen	Orientierung an Leitfadenthemen: <ul style="list-style-type: none"> • Individueller Gesundheitsbegriff; • familiäre Rituale/Gesundheit; • gesundheitsfördernde Maßnahmen/Klinik.
3. Gruppierungsverfahren der Fälle und Analyse (Merkmalsraum)	Erarbeitung empirischer Regelmäßigkeiten mittels Clusteranalyse (manuelle Auswertung); Codierung und Kreuztabellierung (vgl. Kapitel 3.4)
4. Analyse inhaltlicher Sinnzusammenhänge und Bildung von Typen	Relevante Vergleichsdimension, anhand der Merkmale: Alter/Gender; Gesundheit; Rituale/Gesundheit; Kraft schöpfen/Gegenwart; GF/Klinik
5. Charakterisierung der gebildeten Typen	Erfassung des Typischen durch Realtypen

Tabelle 18: Systematik der Typenbildung bezogen auf vorliegende Untersuchung

(Ableitung aus: Kluge 2000²⁷ modifiziert durch die Autorin), eigene Darstellung

Vorgehen Clusteranalyse: Verfahrens-Kombination nach Kluge (2000)/

Schmidt-Hertha/Tippelt (2011)

Wie beschrieben sollen mittels Clusteranalyse empirische Regelmäßigkeiten ermittelt werden. Die Auswertung erfolgt manuell (N=22) und orientiert sich an der Kombination beschriebener Verfahren von Kluge (2000) und Schmidt-Hertha/Tippelt (2011), die kombiniert in sozialwissenschaftlicher Literatur nicht expliziert ist. Die Herleitung der Typen basiert auf Äußerungen der Interviewpartner, die mit Handlungen in Verbindung gebracht werden und zunächst eine Codierung erhalten (vgl. Schmidt-Hertha/Tippelt 2011:29).

²⁶ <http://www.qualitative-research.net>.

²⁷ <http://www.qualitative-research.net>.

Festlegung der Kriterien zur grundlegenden Codierung von Typen

Kriterien	Interview G2	Interview G1a	Interview G1b
Alter/Gender			
Gesundheitsdefinition			
Rituale/Kindheit			
Kraft schöpfen/Gegenwart			
Gesundheitsfördernde Maßnahmen/Klinik			
Code: Gesundheit			
Code: Rituale/Kindheit			
Code: Kraft schöpfen			
Code: Gesundheitsförderung/Klinik			

Tabelle 19: Kriterien zur grundlegenden Codierung von Typen

eigene Darstellung

Codierung der Aussagen: typologische Operation der Reduktion

Anschließend werden zur Komplexitätsreduktion die Einzel-Codes des Merkmalsraums zusammengefasst, was als „typologische Operation der Reduktion“ bezeichnet wird (vgl. Kluge 2000²⁸). Unter einem Merkmalsraum versteht man die Ansammlung mehrerer Merkmale und ihrer Ausprägungen. In diesem Raum lassen sich Objekte aufspüren und Gruppen bilden (vgl. Hempel/Oppenheim 1930, in: Kuckartz 2016:35).

Kontrastierung einzelner Gruppen/Fälle

In einem weiteren Schritt werden Kontraste innerhalb der Fälle herausgearbeitet (vgl. Schmidt-Hertha/Tippelt 2011:29). Für die vorliegende Untersuchung wird die Kontrastierung Kollektivität/Individualität gewählt, da sich bereits zu Analysebeginn herauskristallisiert, dass eine Gruppe (meist) unbewusst in der Kindheit „Gemeinschaft“ kennengelernt hat (Kollektivisten). Eine andere Gruppe wurde eigenständig und sehr leistungsorientiert geprägt (Individualist), um arbeitsfähig zu sein (Präsentismus).

Dies erlaubt die Anlage einer Matrix, mit der Bildung von Typen, die auf der vertikalen Ebene zwischen den Polen Kollektivität und Individualität und auf der horizontalen Ebene zwischen Absentismus und Präsentismus eingeordnet werden.

Konkrete Ausgestaltung der Typologie wird im Empirieteil dargelegt (vgl. Kapitel 3.3.7 ff).

²⁸ <http://www.qualitative-research.net>.

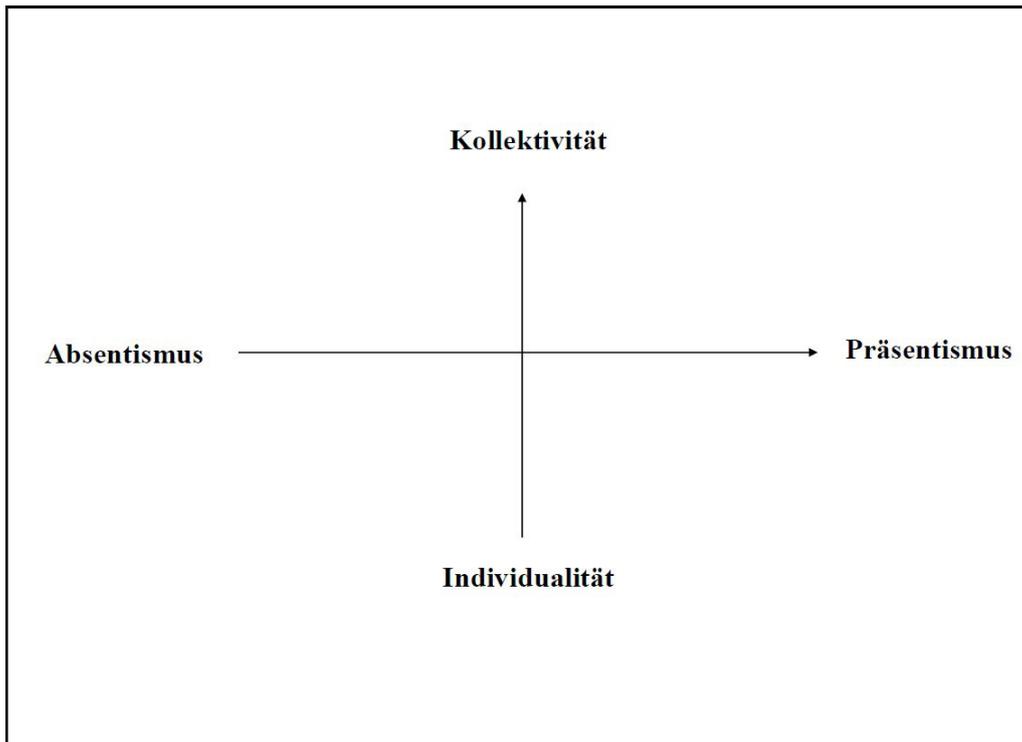


Abbildung 11: Kontrastierung Typologie – Fachkräfteerhalt

eigene Darstellung

Generalisierung von Typen

Anschließend erfolgt die Generalisierung der Typen „Rituale/Kindheit“ und einer weiteren Typenbildung „Kraft schöpfen/Gegenwart“.

In einem letzten Schritt wird der Typus „Gesundheit“ gebildet, der sich als Zustandsbeschreibung ausdrückt (vgl. Wurdack 1999:35), in Verbindung eines Typus für „Maßnahmen/GF Klinik“.

2.15 Dokumentenanalyse – qualitativ/Fortbildungskataloge (Mayring)

Bei der Dokumentenanalyse handelt es sich um das klassische Feld einer qualitativ-interpretativen Analyse, die sehr breit definiert werden muss, so Mayring, da eine Vielfalt an Material als Dokument dienen kann (vgl. Mayring 2002:46ff).

Relevant für den Forschungsprozess ist, dass die Materialien „[...] *interessante Schlüsse auf menschliches Denken, Fühlen und Handeln zulassen, das heißt, sie müssen interpretierbar sein, denn Dokumente werden als Objektivierungen (Vergegenständlichung) der Psyche des Urhebers angesehen*“ (Ballstaedt 1987, in: Mayring 2002:47).

Während die Dokumentenanalyse zu Projekten und Maßnahmen – GF im GW – zu Beginn der Untersuchung quantitativ erfolgte (Mayring 2002:49), sollen nun die Fortbildungskataloge der Interviewpartner nach qualitativen Aspekten hin analysiert werden.

Der letzte Teil der Untersuchung beabsichtigt, die Fortbildungskataloge im Hinblick auf die acht konstitutiven Komponenten von Gemeinschaften Geißlers (vgl. Geißler 2000:21) hin zu beleuchten und sucht nach Hinweisen der Fortbildungsinhalten zu den Aspekten: Tausch, Arbeit, Kritik, Werte, Sympathie, Spaß, Ordnung und Kampf (vgl. Kapitel 1.11).

2.16 Kriterienfestlegung zur Systematik der Dokumentenanalyse

Analog zu der quantitativen Analyse, sind auch in der qualitativen Dokumentenanalyse intersubjektiv nachvollziehbare und kritisierbare Kriterien anzulegen (vgl. Lamnek 2005:494).

Wie in der vorangegangenen Analyse werden auch in der nachfolgenden Übersicht entsprechend des Gütekriteriums Systematik die erforderlichen Kriterien direkt zugeordnet, damit „[...] jeder konkrete Forschungsschritt intersubjektiv nachvollzogen und kontrolliert werden kann“ (Lamnek 2005:494).

**Kriterienfestlegung zur Systematik – qualitative Dokumentenanalyse –
Analyse der Fortbildungskataloge analog organisationspädagogischer Komponenten**

Systematik - Kriterien/Dokumentenanalyse	Dokumente/GF im GW
Art der Dokumente	Fortbildungskataloge – GW
Äußere Merkmale der Dokumente	Aktuelle Fortbildungskataloge, nicht vor 2015
Innere Merkmale der Dokumente	Gesundheitsprävention/GF im GW (Pflegefachkräfte)
Intendiertheit (Absicht) der Dokumente	Analyse der Fortbildungskataloge nach acht organisationspädagogischen Analyse Kriterien: Tausch, Arbeit, Kritik, Werte, Sympathie, Spaß, Ordnung, Kampf
Nähe zum Gegenstand der Dokumente	GF im GW (Pflegebereich)
Herkunft der Dokumente	Fortbildungskataloge der Interviewpartner
Ablauf der Dokumentenanalyse in fünf Stufen	Siehe unten stehende Übersicht

Tabelle 19: Systematik- Kriterien Dokumentenanalyse – Fortbildungskataloge analog zu organisationspädagogischen Komponenten

(Ableitung aus: Mayring 2002:48-49; Geißler 2000:21), eigene Darstellung

Ablauf der Dokumentenanalyse in fünf Stufen (Mayring, modifiziert durch die Autorin)

In einem letzten Schritt werden (wird) zur Analyse der Fortbildungskataloge (eine) zielführende Fragestellung(en) formuliert, weiter (eine) Definition(en) zur Dokumentenauswahl getroffen sowie eine Einschätzung zur Aussagekraft der Dokumente. Abschließend wird (werden) die eingangs gestellte(n) Frage(n) einer Beantwortung zugeführt. Unten aufgeführte Übersicht verdeutlicht die vier Stufen der Dokumentenanalyse Mayrings mit bedeutsamen Aspekten für die vorliegende Untersuchung. Die Relevanz der ergänzten fünften Stufe wird anschließend erläutert.

Übersicht zum Ablauf der Dokumentenanalyse

Vierstufiger Ablauf der Dokumentenanalyse	Analyse der Fortbildungskataloge im Hinblick auf organisationspädagogische Komponenten (Geißler)
1. Fragestellung – Formulierung	Welche Fortbildungsinhalte lassen sich den acht organisationspädagogischen Komponenten: Tausch, Arbeit, Kritik, Werte, Spaß, Sympathie, Ordnung, Kampf zuordnen?
2. Definition – Dokumentenwahl	Fortbildungskataloge der Interviewpartner.
3. Einschätzung –	Fortbildungskataloge beinhalten Hinweise auf gesundheits-

Aussagekraft des Dokuments	fördernde Maßnahmen für Pflegekräfte.
4. Interpretation der Dokumente – Fragestellung	Beantwortung der Eingangsfrage, welche Fortbildungsinhalte sich den acht organisationspädagogischen Aspekten: Tausch, Arbeit, Kritik, Werte, Spaß, Sympathie, Ordnung und Kampf zuordnen lassen.
5. Szenario-Technik je nach Beantwortung der Eingangsfrage	Falls sich in den Fortbildungskatalogen nicht zu allen Komponenten entsprechende Inhalte finden, wird angestrebt, die zu Beginn der Untersuchung identifizierten Projekte zur GF in einem Empfehlungsteil den acht Komponenten zuzuordnen.

Tabelle 20: Ablauf der Dokumentenanalyse – Fortbildungskataloge analog zu organisationspädagogischen Komponenten

(Ableitung aus: Mayring 2002:48-49; Geißler 2000:21, modifiziert durch die Autorin), eigene Darstellung

2.17 Szenario-Technik, ergänzend zu Mayrings Vier-Stufen Modell der Dokumentenanalyse

Mayrings Ablauf zur Dokumentenanalyse lässt den Aspekt einer negativen Beantwortung der Eingangsfrage unberücksichtigt. Daher wird ein fünfter Aspekt ergänzt, der die Möglichkeit einbezieht, wie vorzugehen ist, wenn nicht alle Komponenten: Tausch, Arbeit, Kritik, Werte, Spaß, Sympathie, Ordnung und Kampf in den Fortbildungsinhalten identifiziert werden.

Falls sich nicht alle acht Gemeinschafts- Komponenten in den Inhalten der Fortbildungskataloge der Interviewteilnehmer wiederfinden, wird analog zu der Szenario-Technik in Erwägung gezogen, die zu Beginn der Untersuchung identifizierten Projekte und Maßnahmen zur GF den acht konstitutiven Komponenten (Geißler) zuzuordnen.

Die in den 1960er Jahren entwickelte Szenario-Technik (Kahn 1960) stellt eine Art Handlungskonzept und Methodenverbund dar und ersetzt keine traditionellen Prognosemethoden, sondern wirkt komplementär zu diesen. Im originären Sinn wird die Technik zur Aufzeichnung möglicher episodischer Ereignis-Phasen wie Analyse-, Prognose-, Synthese- und Implementierungspase genutzt und fußt auf den Basistheorien der Modell- und angewandter Systemtheorie (vgl. Arentzen 1993:3222). Für die vorliegende Untersuchung ist die systemtheoretische Basis relevant, wobei hier der Fokus auf der Phase einer möglichen Implementierung liegt.

Dazu ist der sogenannte „Szenario-Trichter“ (von Reibnitz 1991) hilfreich, mittels dessen die Szenario-Technik meist dargestellt wird.

Den engsten Punkt des Trichters symbolisiert die Gegenwart (vgl. Abbildung 12) und die weite Trichteröffnung visualisiert die Komplexität und Unsicherheit, die mit der Zukunft verbunden ist. Je weiter man sich von der momentanen Situation in Richtung Zukunft bewegt, desto größer werden Unsicherheiten und Komplexitäten (vgl. von Reibnitz 1992:26). Während sowohl mit positivem (positives Szenario) als auch mit negativem Ausgang (negatives Szenario) gerechnet werden kann, zeigt die in der Mitte liegende Trendlinie mit der wahrscheinlichsten und realistischsten Sicht auf die jeweilige Situation.

Bezogen auf die hiesige Untersuchung soll im Falle eines „negativen Szenarios“, falls sich nicht alle acht Gemeinschafts-Komponenten in den Angeboten der Fortbildungskataloge wiederfinden, eine gedankliche Vorwegnahme stattfinden. Dann wird eine Katalogisierung der zu Beginn der Untersuchung identifizierten gesundheitsfördernden Projekte angestrebt, die den acht Gemeinschafts-Komponenten zugeordnet werden.

Darstellung der Szenario-Technik mithilfe des Szenario-Trichters (von Reibnitz)

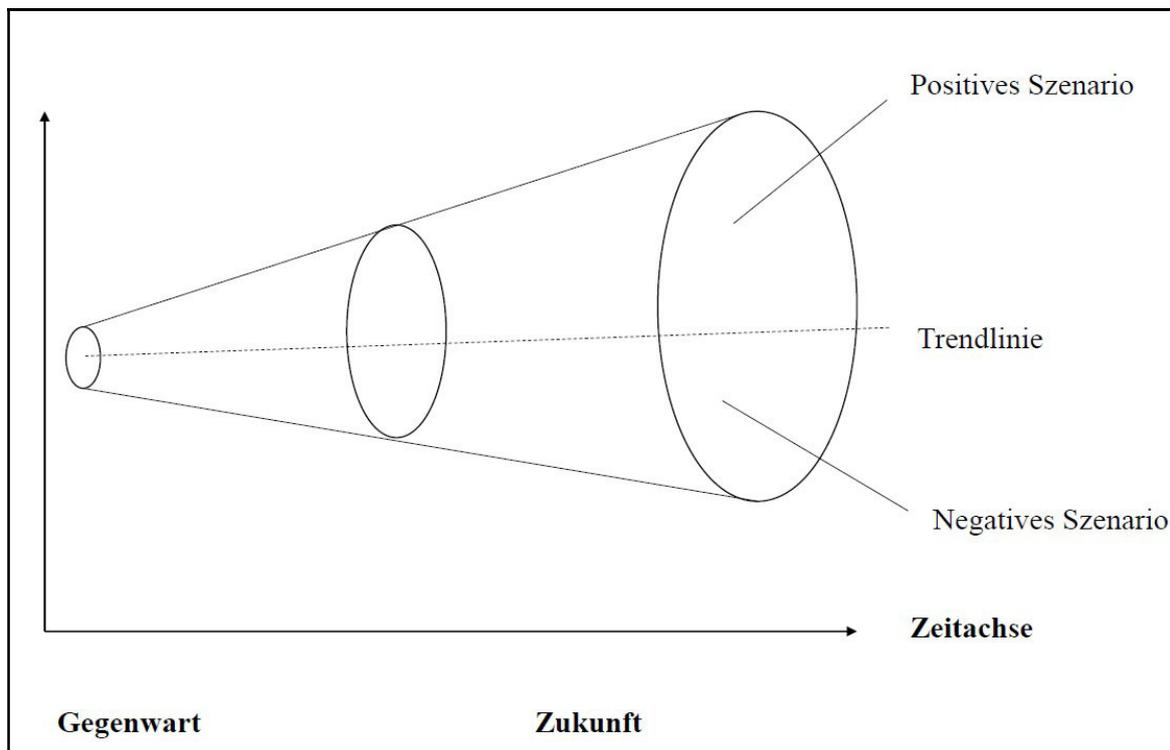


Abbildung 12: Szenario-Trichter

(Ableitung aus: von Reibnitz 1992:27), eigene Darstellung

2.18 Zusammenfassung des methodischen Teils

Qualitative Sozialforschung legt den Fokus auf eine gegenstands begründete Theoriebildung der Daten des zu untersuchenden Feldes. Unter Einbeziehung von Theorie wird die Komplexität des untersuchenden Gegenstandes verdichtet, bezogen auf die Fragen:

Welche hemmenden und fördernden Faktoren den Verbleib im Pflegeberuf beeinflussen; welche Maßnahmen und Projekte zur GF bereits durchgeführt wurden und inwieweit eine Implementierung zum Verbleib im Beruf beiträgt;

wie der individuelle Gesundheitsbegriff definiert wird und welche familiären Rituale zur GF vermittelt wurden;

welche gesundheitsfördernden Maßnahmen Pflegefachkräfte benötigen um weiterhin im Beruf arbeiten zu können und welche Erkenntnisse daraus für die (Elementar)-Pädagogik gewonnen werden können, werden die Forschungsfragen zum Erleben und den Erfahrungen theoretisch hergeleitet.

Vorliegende Untersuchung beruht auf den Theorieelementen Autopoiesis (Luhmann); Kulturellem Kapital (Bourdieu) und organisationspädagogischen Aspekten (Geißler). Zum anderen orientiert sich die Vorgehensweise der Forschung an methodologischen Grundprinzipien empirischer Sozialforschung (vgl. Kapitel 2.2). Um dem wissenschaftlichen Begründungszusammenhang gerecht zu werden (Axmacher 1991), erfolgt die theoretische Herleitung unter Einbezug konkreter Forschungsschritte.

Für den empirischen Zugang wird eine Triangulation der Forschungsansätze aus qualitativem und quantitativem Design gewählt und soll einen mehr-dimensionalen Blick auf den Forschungsgegenstand ermöglichen. Im Einzelnen basiert der Forschungsansatz auf den Instrumenten der Dokumentenanalyse (quantitativ/qualitativ) und dem Interview, das die Datenbasis zur qualitativen Inhaltsanalyse (Mayring) und Typologie (Schütz) bildet.

Zum Überblick, welche Maßnahmen zur GF bereits im GW implementiert wurden, erfolgt zunächst eine Katalogisierung bestehender Projekte, nach zuvor festgelegten Analyse Kriterien (Uhle/Treier 2015).

Darauf aufbauend werden Experteninterviews zum organisationalen Erleben der Betroffenen durchgeführt, denn soziale Wirklichkeit wird im Umfeld der Experten hergestellt und begründet die Wahl der Interviewform. Zum organisationalen Erleben werden sowohl

Pflegefachkräfte als auch Manager befragt und dementsprechend wird für die vorliegende Untersuchung die Experten-Definition von Gläser/Laudel gewählt, die den Expertenstatus gleichermaßen Personen mit besonderer Stellung als auch unmittelbar Betroffenen zuschreibt. Um den Problembereich der Experten betrachten und analysieren zu können, eignet sich das problemzentrierte Interview (Witzel). Es beruht auf einem wissenschaftlich bestehenden Konzept, die Vorgehensweise ist halbstrukturiert, kommt dem offenen Gespräch nahe und ist zentriert auf die Problemstellung ausgerichtet. Das episodische Interview (Flick) ist eine Kombination aus Narration und Befragung und bietet dem Experten die Möglichkeit bedeutsame Erzählungen mitzuteilen.

Obleich eine Kombination genannter Interviewformen unter Wissenschaftlern als möglich erachtet wird, findet sich explizit keine Verknüpfung von problemzentriertem und episodischem Interview in der wissenschaftlichen Literatur. Da sie jedoch weitgehend der Alltagskommunikation entspricht, werden für die vorliegende Arbeit beide Interviewformen miteinander kombiniert. Die Kriterien zur Identifikation von Episoden entspricht der Definition Flicks, mit marginaler Modifizierung der Autorin.

Die Triangulation der Elemente: problemzentriert, episodisch und Experteninterview soll nicht als neue Interviewform gelten, sondern lediglich für den hiesigen Forschungsprozess bedeutsame Aspekte miteinander verknüpfen.

Die Inhalte der Interviews werden analog der Gütekriterien Mayrings unter Verzicht auf Validität und Reliabilität hin analysiert und im Hinblick auf beeinflussende Faktoren zum Verbleib im Pflegeberuf kategorisiert.

Des Weiteren bilden die Interviewinhalte die Datenbasis zur Typologie. Mittels Clusterbildung werden Typen zur Vermittlung von GF in der Kindheit und des gegenwärtigen Gesundheitsbegriff gebildet. Auch Typenbildung unterliegt intersubjektiv nachvollziehbaren und systematischen Kriterien (Lamnek 2005). Die Typologie der vorliegenden Untersuchung orientiert sich am „Stufenmodell empirisch begründeter Typenbildung“ (Kluge 2000), da diese Systematik Offenheit und Flexibilität zulässt. Explizit sei hier auf das letztgenannte Kriterium zur Typologie (Schütz 1971) hingewiesen, was Realtypen erst Validität attestiert, wenn die ermittelten Typen auch außerhalb wissenschaftlicher Kontexte nachvollziehbar sind. Dazu sei angemerkt, dass zur Bewertung clusteranalytisch gewonnener Typologien „[...] sowohl logische Konsistenz als auch subjektive Sinnstrukturen und Nachvollziehbarkeit der Handlungen erst ex post herstellbar und dem Datenanalyseverfahren nicht inhärent [...]“, sind (vgl. Schmidt-Hertha/Tippelt 2011:27).

Daher werden zur kommunikativen Validierung die Interviewpartner mit den ersten Analyseergebnissen konfrontiert, so dass diesem Dialog bedeutsame Argumente zur Relevanz der Ergebnisse entnommen werden können (vgl. Mayring 2002:106, in: Lamnek, 2005:147). Somit lässt sich feststellen, dass alle vorgenannten Forschungsarrangements nachvollziehbaren und systematischen Regeln empirischer Sozialforschung entsprechen.

2.19 Verwendete Literatur

Kontext- Organisationspädagogik

Arentzen, U.; Eggert, W.; Lörcher, U. (1993): Gabler Wirtschaftslexikon. Gabler, Wiesbaden. 13. vollständig überarbeitete Auflage

Geißler, H. (2000): Organisationspädagogik. Vahlen, München

Von Reibnitz, U. (1992): Szenario-Technik: Instrumente für die unternehmerische und persönliche Erfolgsplanung. Wiesbaden, Gabler. 2. Auflage (eBook)

Kontext- Pflegewissenschaft/Pflegeforschung

Bosch, C.F.M. (1998): Vertrautheit. Studie zur Lebenswelt dementierender alter Menschen. Ullstein, Berlin

Brandenburg, H.; Dorschner, S. (Hrsg.) (2003): Pflegewissenschaft 1. Lehr- und Arbeitsbuch zur Einführung in die Pflegewissenschaft. Huber, Bern Göttingen Toronto Seattle

Burns, N.; Grove, S. K. (Hrsg.) (2005): Pflegeforschung verstehen und anwenden. Urban & Fischer, München. 1. Auflage

Glaser, B. G.; Strauss, A. L. (2010): Grounded Theory. Strategien qualitativer Forschung. Huber, Bern. 3. Auflage

Schiff, A. (Hrsg.) (2014): Familien in kritischen Situationen der klinischen Pflege. Barbara Budrich, Opladen Berlin Toronto

Schnell, M. W.; Heinritz, C. (2006): Forschungsethik. Ein Grundlagen- und Arbeitsbuch mit Beispielen aus der Gesundheits- und Pflegewissenschaft. Huber, Bern. 1. Auflage

Uhle, T.; Treier, M. (2015): Betriebliches Gesundheitsmanagement. Gesundheitsförderung in der Arbeitswelt – Mitarbeiter einbinden, Prozesse gestalten, Erfolge messen. Springer, Berlin Heidelberg. 3. Auflage

Weidner, F. (Hrsg.) (2000): Pflegeforschung praxisnah. Beispiele aus verschiedenen Handlungsfeldern. Mabuse, Frankfurt am Main

Kontext Empirische Sozialforschung (allgemein)

Atteslander, P. (1993): Methoden der empirischen Sozialforschung. De Gruyter, Berlin. 7. Auflage

Atteslander, P. (2003): Methoden der empirischen Sozialforschung. De Gruyter, Berlin. 10. Auflage

Axmacher, D. (1991): Pflegewissenschaft, Heimatverlust der Krankenpflege? In: Rabe-Kleberg, U. (1991): Fachtagung Hochschulausbildung für Personen im Bereich Personenbezogener Dienstleistungen. Universität Bremen 11./12.2.1991. Böllert KT, Bielefeld

Bortz, J.; Döring, N. (2006): Forschungsmethoden und Evaluation für Humanwissenschaftler, Springer, Heidelberg. 4. überarbeitete Auflage

- Dieckmann, A.** (2011): Empirische Sozialforschung. Grundlagen, Methoden, Anwendungen. Rowohlt, Reinbeck. 5. Auflage
- Flick, Uwe** (2005): Qualitative Sozialforschung. Eine Einführung. Rowohlt, Reinbeck. 3. Auflage
- Kopp, J.; Schäfers, B. (Hrsg.)** (2010): Grundbegriffe der Soziologie. Springer VS, Wiesbaden. 10. Auflage (eBook)
- Kuckartz, U.** (2010): Einführung in die computergestützte Analyse qualitativer Daten. Springer VS, Wiesbaden. 3. aktualisierte Auflage
- Lamnek, S.** (2005): Qualitative Sozialforschung. Beltz, Weinheim Basel. 4. Auflage
- Mey, G.; Mruck, K. (Hrsg.)** (2010): Handbuch Qualitative Forschung in der Psychologie. Springer VS, Wiesbaden (eBook)
- Mayring, P.** (2002): Einführung in die Qualitative Sozialforschung. Eine Anleitung zu qualitativem Denken. Beltz, Weinheim Basel. 5. Auflage
- Naderer, G.; Balzer, E. (Hrsg.)** (2011): Qualitative Marktforschung in Theorie und Praxis: Grundlagen, Methoden und Anwendungen. Gabler Springer, Wiesbaden (eBook)
- Przyborski, A.; Wohlrab-Sahr, M.** (2008): Qualitative Sozialforschung. Oldenbourg, München
- Reinhold, G.** (1991): Soziologie-Lexikon. Oldenbourg, München. In: Kluge, S. (1999): Empirisch begründete Typenbildung: Zur Konstruktion von Typen und Typologien in der qualitativen Sozialforschung. Leske + Budrich, Opladen (eBook)
- Schnell, R.; Hill, P.B.; Esser, E.** (2011): Methoden der empirischen Sozialforschung. Oldenbourg, München. 9. aktualisierte Auflage
- Oevermann, U. et al.** (1979): Die Methodologie einer objektiven Hermeneutik und ihre allgemeine forschungslogische Bedeutung in den Sozialwissenschaften. In: Soeffner, H.-G. (Hrsg.) (1979): Interpretative Verfahren in den Sozial- und Textwissenschaften. Metzler, Stuttgart
- Prüfer, P.; Rexroth, M.** (2004): Pretests, in: Werner, M. (2004): Einflussfaktoren in Wissenstransfers in wissensintensiven Dienstleistungsunternehmen. Eine explorativ empirische Untersuchung bei Unternehmensberatungen. GWV, Wiesbaden
- Schneider, A.** (2014): Triangulation und Integration von qualitativer und quantitativer Forschung in der Sozialen Arbeit. In: Mührel, E.; Birgmeier, B. (Hrsg.) (2014): Perspektiven sozialpädagogischer Forschung. Springer, Wiesbaden
- Wahrig, G.; et al.** (1997): Deutsches Wörterbuch. Bertelsmann, Gütersloh. 6. überarbeitete Auflage
- Wermke, M. et al.** (2001): Herkunftswörterbuch. Bibliografisches Institut & F.A. Brockhaus, Mannheim

Kontext Dokumentenanalyse

- Arnold, R.** (1996): Deutungslernen in der Erwachsenenbildung. Grundlinien und Illustrationen zu einem konstruktivistischen Lernbegriff. Zeitschrift für Pädagogik 42 (1996) 5, S. 719-739, URN:nbn:de:01111-pedocs-107701

- Atteslander, P.** (1971): Methoden der empirischen Sozialforschung. De Gruyter, Berlin. In: Mayring, P.; (2002): Einführung in die qualitative Sozialforschung. Eine Anleitung zum qualitativen Denken. Beltz, Weinheim. 5. Auflage
- Atteslander, P;** Cromm, J. (2010): Methoden der empirischen Sozialforschung. Schmidt (ESV), Berlin. 13., neu bearbeitete und erweiterte Auflage
- Ballstaedt, S. P.** (1987): Zur Dokumentenanalyse in der biografischen Forschung. In: Jüttemann. G.; Thomae, H. (Hrsg.) (1987): Biografie und Psychologie. Springer, Berlin. S. 203-2016. In: Mayring, P.; (2002): Einführung in die qualitative Sozialforschung. Eine Anleitung zum qualitativen Denken. Beltz, Weinheim. 5. Auflage
- Dumm, S.;** Niekler, A. (2014): Methoden und Gütekriterien Computergestützter Diskurs- und Inhaltsanalysen zwischen Sozialwissenschaft und Automatischer Sprachverarbeitung. Schriftenreihe des Verbundprojektes Postdemokratie und Neoliberalismus. Discussion Paper Nr. 4. Helmut-Schmidt-Universität, Hamburg (UniBw) und Universität Leipzig
- Früh, W.** (2001): Kategorienexploration bei der Inhaltsanalyse. Basiswissengeleitete offene Kategorienfindung (BoK). In: Wirt, W.; Lauf, E. (Hrsg.) (2001): Inhaltsanalyse. Perspektiven, Probleme, Potentiale. Halem, Köln
- Knapp, W.** (2008): Die Inhaltsanalyse aus linguistischer Sicht. In: Mayring, P. (Hrsg.) (2008): Die Praxis der qualitativen Inhaltsanalyse. Beltz, Weinheim Basel. 2. Auflage
- Lamnek, S.** (2005): Qualitative Sozialforschung. Beltz, Weinheim Basel. 4. Auflage
- Mayring, P.** (2002): Einführung in die qualitative Sozialforschung. Eine Anleitung zum qualitativen Denken. Beltz, Weinheim. 5. Auflage
- Mayring, P.** (Hrsg.) (2008): Die Praxis der qualitativen Inhaltsanalyse. Beltz, Weinheim Basel. 2. Auflage

Kontext Experteninterview

- Berelson, B. R.** (1954): Content Analysis, in: Lindzey, G. (Hrsg.) (1954): Vol I, S. 488-522
- Berelson, B. R.** (1971): Content Analysis in Communication Research. Hafner Publishing Company, New York
- Bogner, A.;** Littig, B. , Menz, W. (Hrsg.) (2002): Das Experteninterview: Theorie, Methode, Anwendung. Springer VS, Wiesbaden (eBook)
- Bogner, A.;** Littig, B.; Menz, W. (Hrsg.) (2005): Experteninterview. Theorie, Methode, Anwendung. Springer VS, Wiesbaden. 2. Auflage
- Csigó, M.** (2006): Institutioneller Wandel durch Lernprozesse: Eine neo-institutionalistische Perspektive. Springer VS, Wiesbaden (eBook)
- Friebertshäuser, B.;** Langer, A.; Prengel, A. (Hrsg.) (2010): Handbuch Qualitative Forschungsmethoden in der Erziehungswissenschaft. Juventa, Weinheim München

Gläser, J.; Laudel, G. (2006): Experteninterviews und qualitative Inhaltsanalyse. Springer VS, Wiesbaden. 2. durchgesehene Auflage

Gläser, J.; Laudel, G. (2009): Experteninterviews und qualitative Inhaltsanalyse als Instrumente rekonstruierender Untersuchungen. Springer VS, Wiesbaden. 3. überarbeitete Auflage

Meuser, M.; Nagel, U. (2005): Experteninterviews – vielfach erprobt, wenig bedacht. Ein Beitrag zur qualitativen Methodendiskussion, in: Bogner, A.; Littig, B.; Menz, W. (Hrsg.) (2005): Experteninterview. Theorie, Methode, Anwendung. Springer VS, Wiesbaden. 2. Auflage

Meuser, M.; Nagel, U. (2010): Experteninterviews – wissenssoziologische Voraussetzungen und methodische Durchführung. In: Friebertshäuser, B.; Langer, A.; Prengel, A. (Hrsg.) (2010): Handbuch Qualitative Forschungsmethoden in der Erziehungswissenschaft. Juventa, Weinheim und München

Przyborski, A.; Wohlrab-Sahr, M. (2008): Qualitative Sozialforschung. Oldenbourg, München

Kontext Inhaltsanalyse

Flick, U. (2005): Qualitative Sozialforschung. Rowohlt, Hamburg. 3. Auflage

Lamnek, S. (2005): Qualitative Sozialforschung. Beltz, Weinheim Basel. 4. Auflage

Mayring, P.; (2002): Einführung in die qualitative Sozialforschung. Eine Anleitung zum qualitativen Denken. Beltz, Weinheim. 5. Auflage

Mayring, P.; Gläser-Zikuda, M. (Hrsg.) (2005): Die Praxis der Qualitativen Inhaltsanalyse Beltz, Weinheim Basel

Oevermann, U. et al. (1979): Die Methodologie einer objektiven Hermeneutik und ihre allgemeine forschungslogische Bedeutung in den Sozialwissenschaften, in: Soeffner, H.-G. (Hrsg.) (1979): Interpretative Verfahren in den Sozial- und Textwissenschaften. Metzler, Stuttgart

Kontext Typologie

Kelle, U.; Kluge, S. (2010): Vom Einzelfall zum Typus. Fallvergleich und Fallkontrastierung in der qualitativen Sozialforschung. Springer VS, Wiesbaden. 2. überarbeitete Auflage

Kluge, S. (2000): Empirisch begründete Typenbildung in der qualitativen Sozialforschung [14 Absätze]. Forum Qualitative Sozialforschung/Forum: Qualitative Social Research, 1(1), Art. 14, unter: <http://nbn-resolving.de/urn:nbn:de:0114-fqs0001145>

Kluge, S. (1999): Empirisch begründete Typenbildung: Zur Konstruktion von Typen und Typologien in der qualitativen Sozialforschung. Leske + Budrich, Opladen (eBook)

Kuckartz, U. (2016): Typenbildung und typenbildende Inhaltsanalyse in der empirischen Sozialforschung. In: Schnell, M. W.; Schulz, C.; Kuckartz, U. Dunger, C. (Hrsg.) (2016): Junge Menschen sprechen mit sterbenden Menschen. Eine Typologie. Springer, Wiesbaden

Mey, G.; Mruck, K. (Hrsg.) (2010): Handbuch Qualitative Forschung in der Psychologie. Springer VS, Wiesbaden (eBook)

Reinhold, G. (1991): Soziologie-Lexikon. Oldenbourg, München. In: Kluge, S. (1999): Empirisch begründete Typenbildung: Zur Konstruktion von Typen und Typologien in der qualitativen Sozialforschung. Leske & Budrich, Opladen (eBook)

Schmidt-Herta, B.; Tippelt, R. (2011): Typologien. REPORT Zeitschrift für Weiterbildungsforschung 1/2011: Forschungsmethoden in der Weiterbildung. Unter: <http://www.die-bonn.de/id/9185> (eingesehen 11.11. 2017, 09:50Uhr MEZ)

Schütz, A. (1971): Das Problem der Relevanz, in: Zaner, R.M. (Hrsg.) (1971): Das Problem der Relevanz. Suhrkamp, Frankfurt am Main

Schütze, F. (1982): Narrative Repräsentation kollektiver Schicksalsbetroffenheit. In: Lämmert, E. (Hrsg.) (1988): Erzählforschung. Ein Symposium, Germanistische Symposien-Berichtsbände, Bd. 4 Metzler, Stuttgart

Wurdack, E. (1999): Zur ethischen Dimension von Handlungsoptionen als Grundlage einer Wirtschafts- und Berufsbildung. In: Wagner, G. R. (Hrsg.) (1999): Unternehmensführung, Ethik und Umwelt. Gabler, Wiesbaden (eBook)

Ziegler, R. (1973): Typologien und Klassifikationen, in: Albrecht, G.; Daheim, H.; Sack, F.; König, R. (Hrsg.) (1973): Soziologie. Sprache – Bezug zur Praxis – Verhältnis zu anderen Wissenschaften. Rene König zum 65. Geburtstag. Westdeutscher Verlag, Opladen. In: Kluge, S. (1999): Empirisch begründete Typenbildung: Zur Konstruktion von Typen und Typologien in der qualitativen Sozialforschung. Leske & Budrich, Opladen (eBook)

Verwendete Internetquellen

Stichwort: Vorgehen Typologie

Kluge, S. (2000): Empirisch begründete Typenbildung in der qualitativen Sozialforschung [14 Absätze]. Forum Qualitative Sozialforschung / Forum: Qualitative Social Research, 1(1), Art. 14, <http://nbn-resolving.de/urn:nbn:de:0114-fqs0001145>. Unter: <http://www.qualitative-research.net/index.php/fqs/article/view/1124/2497> (eingesehen 15.11. 2017, 13:40Uhr MEZ)

Stichwort: Grounded-Theory

Mey, G.; Vock, R.; Ruppel, P.S. (2017): Grounded-Theory-Methodologie. Unter: <https://studienlektor.de/tipps/qualitative-forschung/grounded-theory.html> (eingesehen 15.11. 2017, 11:20Uhr MEZ)

Stichwort: Entwicklung Typologie

Schmidt-Herta, B.; Tippelt, R. (2011): Typologien. REPORT Zeitschrift für Weiterbildungsforschung 1/2011: Forschungsmethoden in der Weiterbildung. Unter: <http://www.die-bonn.de/id/9185> (eingesehen 11.11. 2017, 09:50Uhr MEZ)

3. Empirieteil

„Zu fragen bin ich da, nicht zu antworten“

Ibsen, H. (1828–1906)

3.1 Definition Empirie

Während Atteslander seine Definition von Empirie als die Überprüfung theoretisch formulierter Annahmen an spezifischen Wirklichkeiten kennzeichnet (vgl. Atteslander 2003:5), ist Empirismus gemäß philosophischem Paradigma eine erkenntnistheoretische Position.

Eine erkenntnistheoretische Sicht, die entgegen des Rationalismus jegliches Wissen auf „[...] *Erfahrung als Ursprung und Rechtfertigungsgrund zurückführt*“ (Krüger et al.2002:109).

Locke untersuchte Ursprung und Wesen der Erkenntnis und schlussfolgerte, dass Menschen nicht mit Ideen geboren werden, sondern diese aufgrund ihrer erkenntnistheoretischen Erfahrungen erwerben. Dieser Aspekt kongruiert mit dem Deutungsmusteransatz (Arnold 1983, 1985, 2007), der individuelle Deutungsmuster als kognitive Perspektive versteht, „[...] *die durch alltägliches Handeln erworben, verändert und gefestigt werden und selbst wieder Handeln ableiten*“ (Arnold 2010:63). Die verschiedenen Vorstellungen richtig zu verknüpfen sei Aufgabe der ratio, so Locke, die sich von den Prinzipien der Ähnlichkeit, räumlicher und zeitlicher Nähe sowie Kausalität leiten lasse (vgl. Krüger 2002:109).

Gemäß des Ähnlichkeitsprinzips folgt auch hiesige Analyse der Ergebnisse. Demzufolge werden identifizierte Dokumente und Aussagen der Experten mit gleichem oder ähnlichem Inhalt einem Hyperonym zugeordnet.

3.1.1 Vorgehen innerhalb des empirischen Teils

Analog zu den im Methodikteil beschriebenen chronologischen Reihenfolge angewandter Forschungsmethoden werden die Ergebnisse der vorliegenden Arbeit dargelegt.

Beginnend mit der in Kapitel 2.7.1 beschriebenen Dokumentenanalyse werden zur Beantwortung der Forschungsfrage, welche Projekte und Maßnahmen zur BGF im GW bereits implementiert wurden, die Ergebnisse der quantitativen Analyse expliziert. Dem schließen sich die Ergebnisse der Leitfaden gestützten Experteninterviews an, die zur Beantwortung der Forschungsfragen führen sollen: Welche Faktoren beeinflussen den Verbleib im Pflegeberuf und inwieweit trägt die Implementierung gesundheitsfördernder Maßnahmen zum Verbleib im Beruf bei? Die sich aus der zusammenfassenden Inhaltsanalyse ergebenden Kategorien (K) werden zunächst als Kategoriensystem und anschließend einzeln vorgestellt.

Um der von Mayring geforderten Rücküberprüfung des qualitativ erhobenen Datenmaterials zu entsprechen (vgl. Mayring 2003:60), werden einzelne Ankerbeispiele der zugehörigen Kategorien vorgestellt, deren Titel die jeweilige Kategorie widerspiegelt.

Des Weiteren wird zur Aufdeckung der Fragen: Welche familiären Rituale zur Gesunderhaltung vermittelt wurden; wie sich demzufolge der individuelle Gesundheitsbegriff entwickelt hat; woraus sie „Kraft schöpfen“ und welche gesundheitsfördernden Maßnahmen sich die Pflegefachkräfte selbst wünschen, um weiterhin im Beruf arbeiten zu können, mithilfe einer Typologie (Clusterbildung) erläutert.

Welche Schlussfolgerungen die Erkenntnisse für die (Elementar-)Pädagogik zulassen, wird unter Nebenergebnissen dargestellt.

Im letzten Schritt werden die Resultate der qualitativen Dokumentenanalyse vorgestellt, die den Abgleich der Fortbildungskataloge mit den übergeordneten organisationspädagogischen Aspekten: Tausch, Arbeit, Kritik, Werte Sympathie, Spaß, Ordnung, Kampf spiegeln.

3.1.2 Inhaltsanalytische Forschung – Dokumentenanalyse zu Projekten und Maßnahmen GF im GW

Wie in Kapitel 2.7.1 genannt, besteht seitens der Berufsverbände großes Interesse bezüglich eines bislang fehlenden Registers zu Projekten und gesundheitsfördernden Maßnahmen für Pflegefachkräfte. Die Beantwortung der Forschungsfrage, welche Projekte und Maßnahmen bereits innerhalb des BGM im GW implementiert wurden, gilt demzufolge als Grundlagenforschung.

Gemäß Mayrings Definition, der die Auseinandersetzung mit einem Dokument sowohl qualitativ als auch quantitativ als möglich erachtet (Mayring 2002:49), wird zunächst quantitativ erhoben, welche GF-Projekte bereits existieren.

Analog Berelsons Forderung nach Einhaltung der Gütekriterien „Objektivität“ und „Systematik“ (Berelson 1954:488; in: Lamnek 2005:494) wird in einem ersten Schritt Fachliteratur auf übliche Begriffe innerhalb des BGM und GF hin analysiert.

Zunächst wird zur Einhaltung des Kriteriums „Objektivität“ hinsichtlich präziser Begriffe recherchiert, so dass „[...] jeder konkrete Forschungsschritt intersubjektiv nachvollzogen und kontrolliert werden kann“ (Lamnek 2005:494).

Als aktuell und passend erscheint die praxisnahe Fachliteratur „Betriebliches Gesundheitsmanagement, Gesundheitsförderung in der Arbeitswelt – Mitarbeiter einbinden, Prozesse gestalten, Erfolge messen“ (Uhle/Treier 2015), da sie gleichermaßen Mitarbeiter und Gesamtorganisation berücksichtigt. Die Autoren stellen ein thematisch strukturiertes Angebots-

portfolio für BGM vor, dass sich an 12 folgenden Aspekten orientiert (vgl. Uhle/Treier 2015:47):

1. Wiedereingliederung (z. B. Fehlzeitenmanagement)
2. Psychosoziale Betreuung (z. B. Konfliktmanagement)
3. Information (z. B. Gesundheitstage, Vorort-Gespräche)
4. Führung (z. B. Führungsseminare, Gesundheitskultur/Zirkel)
5. Ernährung (z. B. Ernährungsberatung, Kochkurse)
6. Erfassung (Tätigkeitsanalysen, Gesundheitsbefragungen)
7. Aktionen (z. B. Darmtage, Hautschutz, Impfberatung)
8. Aktuelle Themen (z. B. Physiotherapie, Stressmanagement)
9. Arbeitsalltag (z. B. Altersgerechte Arbeitsplatzgestaltung)
10. Bewegung (z. B. Ausgleichsgymnastik, Betriebssport)
11. Einstellung/Verhalten (z. B. Gesundheitsgespräche)
12. Entspannung (z. B. Erholungsfähigkeit, Autogenes Training)

Zur Sicherstellung des organisationspädagogischen Rahmens werden in einem weiteren Schritt vorgenannte Items den acht organisationspädagogischen Komponenten zugeordnet.

Zwölf Items – Angebotsportfolio BGM (Uhle/Treier)	Acht organisationspädagogische Komponenten - Gemeinschaften (Geißler)
<i>Aktuelle Themen (8)</i>	Tausch
<i>Aktionen (7) ; Arbeitsalltag (9)</i>	Arbeit/Expertentum
<i>Bewegung (10); Entspannung (12); Ernährung (5)</i>	Spiel/Spaß/Ästhetik
<i>Information (3)</i>	Kritik/Lernen
<i>Führung (4); Einstellung/Verhalten (11)</i>	Werte
<i>Psychosoziale Betreuung (2)</i>	Kampf (soziale) Auseinandersetzung
<i>Psychosoziale Betreuung (2); Bewegung (10) Entspannung (12) Ernährung (5)</i>	Sympathie/Fürsorglichkeit
<i>Wiedereingliederung (1); Erfassung (6)</i>	Ordnung

Tabelle 20: Zuordnung der Items Angebotsportfolio BGM (Uhle/Treier) und organisationspädagogische Komponenten (Geißler)

(Ableitung aus: Uhle/Treier 2015:47; Geißler 2000:21), eigene Darstellung

Wie aus der Zuordnung ersichtlich, können die Items *Bewegung*, *Entspannung*, *Ernährung* den Komponenten „*Spiel/Spaß/Ästhetik*“ und/oder „*Sympathie/Fürsorglichkeit*“ zugeordnet werden. Das Item *Psychosoziale Betreuung* wird der Komponente „*Kampf*“ zugewiesen, da Geißler dazu ausführt, dass Gemeinschaften in regelmäßigen Diskussionen abzugleichen haben, inwieweit die wahrgenommenen Realitäten (noch) deckungsgleich sind. Dies bedarf

des Mutes, im Austausch mögliche Verzerrungen abzubauen und dazu seien Kämpfe mitunter unerlässlich. Jedoch sei darauf zu achten, dass der Kampf spielerische Elemente behalte (vgl. Geißler 2000:21).

Analog zu der Systematik der Dokumentenanalyse (Kapitel 2.7.1) werden Dokumentenart, äußere und innere Merkmale der Dokumente sowie deren Intendiertheit und Nähe zum Gegenstand festgelegt. Die Recherche bezüglich zu Projekten und Maßnahmen der GF im GW erfolgt in Fachliteratur und Datenbanken des Bundesministerium für Gesundheit, Berufsverbänden, Berufsgenossenschaften, Fehlzeitenreporten und Portalen des Präventionsgesetzes. Es werden Publikationen ab 2005 gewählt, die die GF der Pflegefachkräfte fokussieren. Fachzeitschriften werden ausgenommen, um die Benachteiligung bestimmter Journale zu vermeiden.

3.1.3 Ergebnisdarstellung der Dokumentenanalyse zu Projekten und Maßnahmen GF im GW

Für den Zeitraum der Recherche (2015–2018) können insgesamt 58 Projekt und Maßnahmen zur GF für Pflegefachkräfte identifiziert werden und die ausgewählten Dokumente beziehen sich auf Fachliteratur und Datenbanken von BGW, BMG, BGM und GF, Berufsverbände, Fehlzeitenreporte und Präventionsgesetz. Alle 12 Items von Uhle/Treier vorgestelltem Angebotsportfolio finden sich in den Dokumenten wieder.

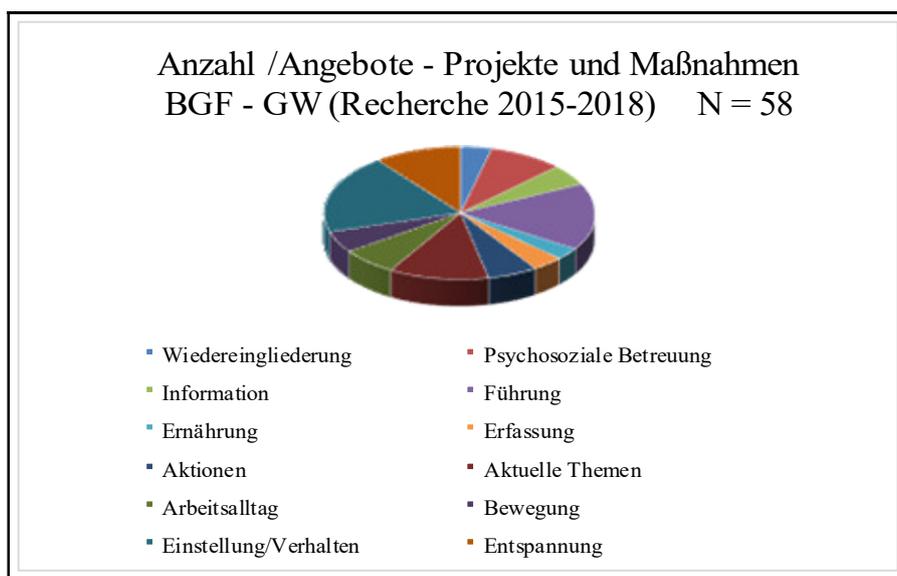


Abbildung 13: Anzahl der Angebote zu BGF im GW (2015–2018)

(Ableitung aus: Fachliteratur: BGW; BMG; BGM; GF; Berufsverbände; Fehlzeitenreporte; PräVG), eigene Erhebung und eigene Darstellung

Die meisten Maßnahmen konnten zu *Einstellung/Verhalten* (26 Anregungen) und *Führung* (22 Angebote) ermittelt werden. Während zur *psychosozialen Betreuung* (12 Empfehlungen), zu *Entspannung* (14 Angebote), zu *aktuellen Themen* (14 Vorschläge) und *Informationen des Arbeitsalltags* (9 Empfehlungen) angeboten werden, fällt auf, dass zu den Items *Ernährung* (4 Angebote), *Wiedereingliederung* (5 Empfehlungen) und *Erfassung und Analyse von Arbeitsabläufen* mit fünf Zusammenstellungen die wenigsten Angebote gemacht werden.

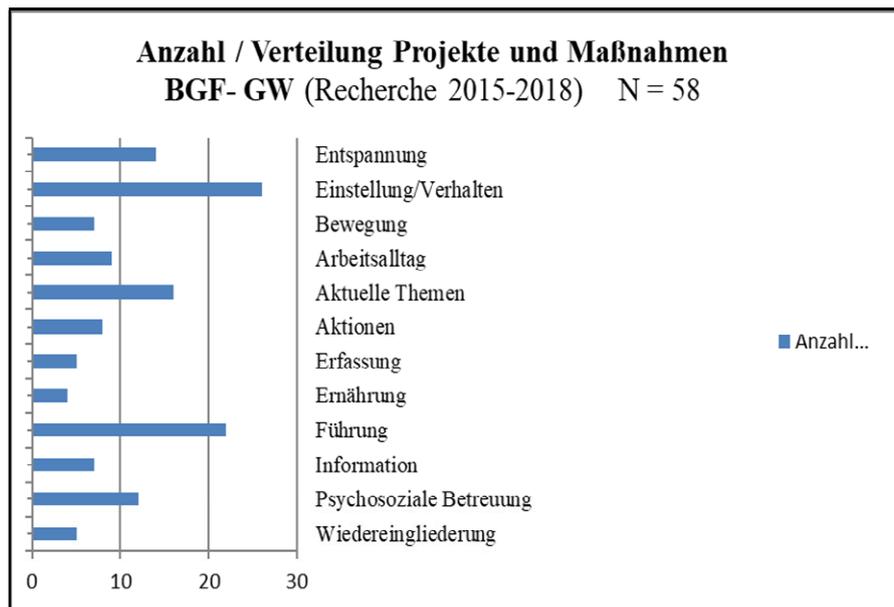


Abbildung 14: Anzahl und Verteilung der Projekte und Maßnahmen BGF-GF, Recherche 2015–2018

eigene Erhebung und eigene Darstellung

3.1.4 Beantwortung leitender Fragestellungen der Dokumentenanalyse

Somit können die leitenden Fragen zur Dokumentenanalyse GF im GW dahingehend beantwortet werden:

Ablauf der Dokumentenanalyse in vier Stufen	Dokumentenanalyse GF/GW
1. Fragestellung: Welche Projekte und gesundheitsfördernden Maßnahmen innerhalb des BGM wurden bereits im GW implementiert?	Für den Recherchezeitraum 2015–2018 wurden 58 Projekte und Maßnahmen zur GF im GW erfasst.
2. Dokumentenwahl	Zielführende Recherche in Literatur - und Datenbanken der BGW, BMG, BGM, GF, Berufsverbände und PräVG.
3. Aussagekraft des Dokuments	Literatur- und Datenbanken bezüglich Gesundheitsprävention – Pflegefachkräfte haben sich als aussagekräftig erwiesen.
4. Fragestellung	Identifizierte Projekte Maßnahmen zur GF für Pflegefachkräfte stimmen mit dem Angebotsportfolio (Uhle/Treier) überein.
Interpretation der Dokumente	Interpretation der Dokumente, folgend.

Tabelle 21: Ablauf Dokumentenanalyse GF/GW

(Ableitung aus: Fachliteratur: BGW; BMG; BGM; GF; Berufsverbände; Fehlzeitenreporte; PräVG), eigene Erhebung und eigene Darstellung

3.2 Interpretation der Dokumentenanalyse

Nachfolgend werden die unter Kapitel 3.1.3 ermittelten Angebote gesundheitsfördernder Maßnahmen hinsichtlich ihrer Varietät untersucht. Dazu werden die angebotenen Einzelmaßnahmen in Beziehung zueinander betrachtet.

3.2.1 Varietät gesundheitsfördernder Angebote

Zur Interpretation der Unausgewogenheit angebotener Maßnahmen zur GF werden in einem weiteren Schritt den ermittelten Angeboten die Items des Angebotsportfolios (Uhle/Treier) und Gemeinschafts-Komponenten (Geißler) gegenübergestellt. Die Gegenüberstellung lässt darauf schließen, dass für Organisationen die Vermittlung von Werten durch Führungsqualifizierung und Einstellungsänderung auf Mitarbeiter-Ebene Priorität hat.

Gleichzeitig kann vermutet werden, dass die Komponenten Sympathie und Fürsorglichkeit mit Angeboten zu „Ernährung“ sowie die Ordnungs-Komponente mit „Wiedereingliederung“ und „Erfassung von Arbeitsabläufen“ eine untergeordnete Rolle spielen.

Gemeinschafts-Komponenten	Items/Angebotsportfolio BGM	Ermittelte Angebote GF
Werte	Führung	22
	Einstellung/Verhalten	26
Arbeit/Expertentum	Aktionen	8
	Arbeitsalltag	9
Ordnung	Wiedereingliederung	5
	Erfassung	5
Tausch	Aktuelle Themen	16
Spiel/Spaß/Ästhetik	Bewegung	7
	Entspannung	14
Kritik/Lernen	Information	7
Kampf/(soziale) Auseinandersetzung	Psychosoziale Betreuung	12
Sympathie/Fürsorglichkeit	Psychosoziale Betreuung	12
	Bewegung	7
	Entspannung	14
	Ernährung	4

Tabelle 22: Gegenüberstellung ermittelter Angebote GF und Items/Angebotsportfolio und Gemeinschafts-Komponenten

(Ableitung aus: Fachliteratur: BGW; BMG; BGM; GF; Berufsverbände; Fehlzeitenreporte; PräVG; Uhle/Treier 2015; Geißler 2000), eigene Erhebung und eigene Darstellung

Wie in Kapitel 1.27 beschrieben, wirken für Geißler die acht Komponenten: übergeordnete *Werte und Normen, Arbeit/Expertentum, Spiel/Spaß/Ästhetik, Kritik/ Lernen, Ordnung,*

Tausch, Sympathie/Fürsorglichkeit, Kampf/Auseinandersetzung konstitutiv für und in Gemeinschaften und Organisationen haben die Aufgabe „[...] eine gute Balance zwischen jenen acht Komponenten herzustellen“ (Geißler 2000:21, 44).

Eine ausgewogene Balance zwischen den acht organisationspädagogischen Komponenten und ermittelten Angeboten zur GF würde wie in Abbildung 15 skizziert die dargestellten Spitzen nicht zulassen.

Folgt man jedoch den Empfehlungen der Studie PflegeWert, die insbesondere die mittlere Führungsebene als relevante Einflussgröße für eine wertschätzende Organisationskultur sieht (vgl. Fuchs-Frohnhofen 2013:75), ist nachvollziehbar, dass Maßnahmen zu „Führung“ und „Werte“ priorisiert angeboten werden.

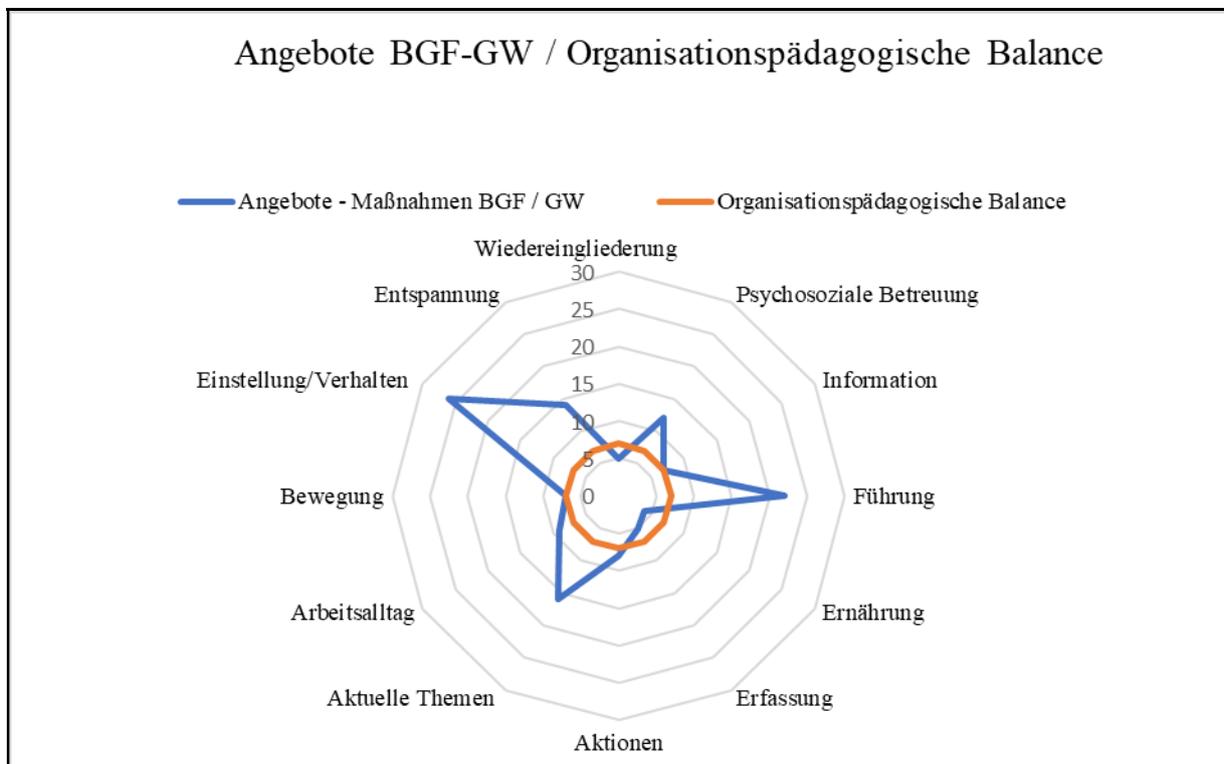


Abbildung 15: Angebote BGF-GW und organisationspädagogische Balance

(Ableitung aus: BGF-GF, Recherche 2015–2018), eigene Erhebung und eigene Darstellung

3.2.1.1 Begriffsvielfalt innerhalb der GF

Insgesamt ist über den Erhebungszeitraum (2015–2018) ein kontinuierlicher Zuwachs an gesundheitsfördernden Angeboten zu beobachten, der vermutlich auf zunehmende Publizität und Attraktivität des 2015 in Kraft getreten Präventionsgesetzes (§ 20 SGB V) zurückzuführen ist.

Die Ausweitung der Angebotspalette scheint mit einer Zunahme an gleichbedeutenden Begriffen verbunden zu sein. Der synonyme Gebrauch der Bezeichnungen, wie beispielsweise: *gesund pflegen* oder *pflegen-online* und *Pflegen und leben*, hat Strukturierungsschwierigkeiten zur Folge, die zusätzliche terminologische Abgrenzung mit einer Zuordnung der Tätigkeitsfelder erfordert (vgl. Abbildung 16). So werden seit Gültigkeit des Pflegestärkungsgesetzes II und III (vgl. BfJ 2016²⁹) zunehmend Präventionsmaßnahmen für pflegende Angehörige angeboten, was den Überblick des Angebotsportfolios für beruflich Pflegende nicht erleichtert.

Nachfolgende Darstellung erlaubt einen Einblick in die vielfältigen Bezeichnungen rund um den Bereich Pflege und bestätigt erziehungswissenschaftliche Kritik eines fehlenden Konsens hinsichtlich gesundheitsrelevanter Termini (vgl. Böhme/ Nittel 2012:3). Wenn beruflich Pflegende eine Orientierung der synonym verwendeten Bezeichnungen Mühe bereitet, mag dies für Berufsfremde verständlicherweise weitaus schwerer wiegen.

Abgrenzung der Bezeichnungen (Auswahl, Stand 2018)	Pflegen-und-leben.de: Psychologische Online Beratung für pflegende Angehörige	www.pflegen-und-leben.de
	Pflegen-online.de: Online Ratgeber für Pflegende (Schlütersche)	www.pflegen-online.de
	Gesundheit und Pflege (GuP): Rechtszeitschrift für das gesamte Gesundheitswesen (Nomos)	www.gup.nomos.de
	Zukunftsprogramm „Gesundheit und Pflege 2020“ (RP)	www.msagd.rlp.de
	Gesund pflegen – gesund bleiben: Broschüren und Gefährdungsbeurteilungen der BGW	www.bgw-online.de
	gesund-pflegen-online: Arbeitsprogramm Pflege der GDA	www.gda-portal.de

Abbildung 16: Abgrenzung der Bezeichnungen GF- Auswahl, Stand 2018

(Ableitung aus: Linktipps, kein Anspruch auf Vollständigkeit), eigene Erhebung und eigene Darstellung

²⁹ vgl. Bundesgesetzblatt Jahrgang 2016, Teil I, Nr. 65, <https://www.bgbl.de>.

3.2.2 Einschätzung bezüglich der Bedeutung identifizierter gesundheitsfördernder Angebote

Zusammenfassend lässt sich feststellen, dass mithilfe der Dokumentenanalyse 58 Projekte und Maßnahmen zur GF im GW eruiert werden konnten und die von Uhle/Treier vorgestellten Items finden sich in den Maßnahmen wieder.

Die Häufigkeit der Angebote variiert, wobei die meisten Maßnahmen zu *Einstellung/Verhalten* und *Führung* angeboten werden, was den derzeitigen Bedarf vermuten lässt.

Die Evidenz hinsichtlich synonym verwendeter Bezeichnungen im Kontext GF rechtfertigt die Erstellung eines Registers mit entsprechenden Erläuterungen. Eine Gesamtübersicht der identifizierten Maßnahmen in Verbindung eines Kurzglossars zum BGM findet sich im Empfehlungsteil der Arbeit.

Nachstehende Beispiele verdeutlichen die Kombination der Projekte und Maßnahmen zur GF im GW in Verbindung der Items des Angebotsportfolios Uhle/Treier.

Überblick: Auswahl- Projekte und Maßnahmen GF im GW, beispielhafte Darstellung in Kombination des Angebotsportfolios (Uhle/Treier 2015) und Komponenten für Gemeinschaften gemäß organisationspädagogischer Perspektive (Geißler 2000) (Kurzfassung)

Elemente Angebotsportfolio	Maßnahme GF	Kurzbeschreibung der Maßnahme	Kontakt / Linktipp
Wiedereingliederung	Gesundheitsförderung (2016)	Broschüre: BGF in der Pflege. Umfangreiche Leistungspalette des BGF- Instituts mit Beratung für Unternehmer und Personalverantwortliche. Leistungspalette speziell auf Pflegeberufe ausgerichtet, vom Programm- Aufbau zum Gesundheitsmanagement bis zu individuellen Beratungen. Pflegefachkräfte sind hohen psychischen/physischen Anforderungen ausgesetzt. Erfahrungen zeigen, dass BGF hilft, vorzubeugen und Krankenstand trotz Belastung niedrig zu halten, z.B. Wiedereingliederung von (an Depression) erkrankten Mitarbeitern.	(BGF) Institut für betriebliche Gesundheitsförderung Link: http://www.bgf-institut.de/service/broschueren
Erfassung	gesund-pflegen-online.de (seit 2010)	Arbeitsprogramm: Online-Selbstbewertung zum Arbeits- und Gesundheitsschutz. Seit dem Start 2010 hat sich „gesund-pflegen-online.de“ erfolgreich in der Pflegebranche etabliert und nachweislich zu Verbesserungen geführt. Das Instrument kann u.a. zur Positionsbestimmung im Arbeitsschutz, sowie Regelungen zur Arbeitsschutzorganisation genutzt werden.	(BGW) Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege Link: https://www.bgw-online.de
Psychosoziale Betreuung	empCare-Pflege für Pflegendе (2016)	Entlastungskonzept: Entwicklung und Verankerung eines empathie-basierten Entlastungskonzepts: Pflege für Pflegendе. Projektförderung durch (BMBF), im Rahmen des Forschungsprogramms „Präventive Maßnahmen für die sichere und gesunde Arbeit von morgen“. Langfristig adressiert das Projekt den Fachkräftemangel und Fluktuation im Pflegeberuf.	Projektleitung: Prof. Dr. Roth, M.; Dr. T.Altmann Link: https://www.empcare.de
Ernährung	Best Practice, Beispiele (Stand 2016)	Best Practice-Beispiele: Betriebliche Gesundheitsförderung im Bereich Aufklärung. Sensibilisierung der Arbeitnehmer für das Thema BGF, u.a. BGF im Bereich Ernährung.	(BMG) Bundesministerium für Gesundheit. Link: https://www.bundesgesundheitsministerium.de
Information	Gesundheitsförderung und Prävention (2011)	Broschüre: Gesundheitsförderung und Prävention, Handlungsfelder der Pflege. Der Berufsverband hat in seiner Broschüre eine enge Auswahl von vier zukunftsweisenden, potenziellen Handlungsfeldern für Pflegefachpersonen im Bereich von Gesundheitsförderung und Prävention getroffen.	(DBfK) Deutscher Berufsverband für Pflegeberufe. Berlin Link: https://www.dbfk.de

Führung	Gesunde Unternehmen (2016)	Broschüren/Flyer: Gesundes Unternehmen. Medien zur Einführung eines erfolgreichen BGM und Durchführung von Projekten zur BHF. Spezielle Broschüren- Pflegedienst: Produktionsfaktor Gesundheit, stationäre Pflegeeinrichtungen und Pflegenetzwerke.	(AOK) Die Gesundheitskasse Link: https://www.aok-business.de
Aktionen	Aktionstag (2015)	Aktionstag/Hygiene: Experten der Klinikhygiene, der BGW, sowie fachkundige Repräsentanten der Industrie informieren ausführlich zum Thema Händedesinfektion, Hautschutz, Infektionsprävention, Antiseptik und beantworten Fragen.	Kontakt: Kliniken Maria Hilf, Mönchengladbach Link: http://www.mariahilf.de
Aktuelle Themen	Balance halten (2010/2012)	Handlungshilfe: Deutscher Berufsverband für Pflegeberufe e.V. (DBfK) hat Handlungshilfe für Balance halten im Pflegealltag herausgegeben und was Pflegefachkräfte selbst tun können, um bei der Arbeit im Krankenhaus gesund zu bleiben.	(DBfK) Deutscher Berufsverband für Pflegeberufe. Link: https://www.dbfk.de
Arbeitsalltag	pflegen-online.de (relaunched 2017)	Ratgeberportal: pflegen-online ist ein lizenzfreies Portal der Schlüterschen Verlagsgesellschaft mbH für Alten-, Kranken- und Kinderkrankenpflege. Mit exklusiven Artikeln, Interviews, Checklisten, Best-Practice-Beispiele, als Anregung für Pflegefachkräfte und PDLs im oft turbulenten Alltag.	Kontakt: Schlütersche Verlagsgesellschaft, Hannover Link: https://www.pflegen-online.de
Bewegung	Selbsttest (Fitness) (2017)	Selbsttest/Fitnesstest: Mit dem vigo-online-Fitnesstest ist in wenigen Minuten eine Orientierung möglich, ob man in Topform ist oder wieder etwas mehr für Bewegung sorgen sollte.	(AOK) Gesundheitskasse Link: https://www.vigo.de
Einstellung/Verhalten	Wertschätzung fördern (2017)	Magazinblog: Klinik · Wissen · Managen. Wissensmanagement für Kliniken und Krankenhäuser. Der Magazinblog geht diesen Fragen im Gesundheitswesen nach, recherchiert, führt Interviews und holt neueste Trends und Meinungen ein.	Kontakt: Froberg- Thieme-Gruppe, Stuttgart Link: http://blog.klinik-wissen-managen.de
Entspannung	Lebe Balance (2013)	Programm: Lebe Balance. Übungen für innere Stärke und Achtsamkeit Aktionsprogramm der AOK zum Thema Achtsamkeit, als Audio-CD und Arbeits- und Übungsbuch.	(AOK) Gesundheitskasse. Link: https://gesundheitsmanager.aok.de

Tabelle 23: Überblick: Auswahl-Projekte und Maßnahmen GF im GW

Beispielhafte Darstellung in Kombination der 12 Items BGF (Uhle/Treier 2015), (Ableitung aus Linktipps), eigene Erhebung und eigene Darstellung

3.3 Ergebnisdarstellung des Kategoriensystems

Wie einleitend beschrieben, werden die Interviewaussagen der Experten mit gleichem oder ähnlichem Inhalt ermittelt und gebündelt einer Kategorie zugeordnet. Bezogen auf die Forschungsfragen: Welche Faktoren den Verbleib im Pflegeberuf beeinflussen und inwieweit die Implementierung gesundheitsfördernder Maßnahmen und Projekte innerhalb des BGM zum Verbleib im Pflegeberuf beiträgt, ergeben sich nach zusammenfassender Inhaltsanalyse nachfolgende Kategorien. Die ermittelten Kategorien lassen für Mayring eine Rücküberprüfung am Ausgangsmaterial zu (vgl. Mayring 2003:60).

Zur Erhöhung der Auswertungsobjektivität wurden die Experten sowohl nach fördernden als auch nach hemmenden Faktoren zum Verbleib im Beruf gefragt. Die Kategorien (K) der fördernden Faktoren erhalten die Kennung KFF, demgegenüber werden die Kategorien der hemmenden Faktoren mit dem Chiffre-Code KHF gekennzeichnet. Die Übereinstimmung fördernder und hemmender Faktoren ergeben die Hauptkategorien (HK) beeinflussenden Faktoren (HKBF).

3.3.1 Ermittelte Kategorien – Hemmende und fördernde Faktoren zum Verbleib im Pflegeberuf

Kategorien fördernde Faktoren (KFF)		Kategorien hemmende Faktoren (KHF)	
Kategorie 1	Anerkennung & Wertschätzung (KFF1)	Kategorie 1	Der Motivation beraubt (KHF1)
Kategorie 2	Gute Führung (KFF2)	Kategorie 2	Arbeitsbelastung enorm hoch (KHF2)
Kategorie 3	Balance (KFF3)	Kategorie 3	Kämpfe um gute Arbeitsbedingungen (KHF3)
Kategorie 4	Flexible Arbeitszeiten (KFF4)	Kategorie 4	Immer weniger Personal (KHF4)
Kategorie 5	Gutes Kernteam (KFF 5)	Kategorie 5	Geringe Wertschätzung (KHF5)
Kategorie 6	Spaß (KFF6)	Kategorie 6	Finanzielle Engpässe (KHF6)
Kategorie 7	Entscheidungsspielraum (KFF7)	Kategorie 7	Zu wenig Zeit (KHF7)
Kategorie 8	Entwicklungsperspektiven (KFF8)	Kategorie 8	Schichtdienst (KHF8)
Kategorie 9	Klare Strukturen (KFF9)	Kategorie 9	Studium (KHF9)
Kategorie 10	Ausreichend Personal (KFF10)		
Kategorie 11	Angemessen bezahlt (KFF11)		
Kategorie 12	Mehr Zeit (KFF12)		

Tabelle 24: Ermittelte Kategorien – hemmende und fördernde Faktoren zum Verbleib im Pflegeberuf

(Ableitung aus: Interview A1b-N2), eigene Erhebung und eigene Darstellung

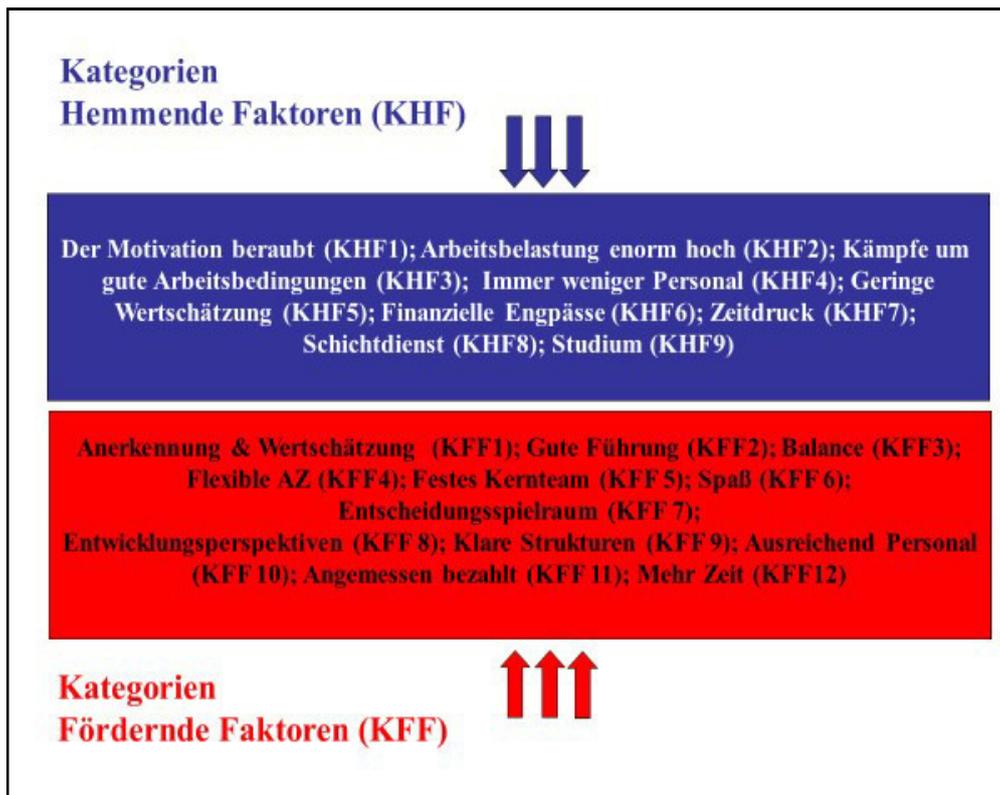


Abbildung 17: Fördernde und hemmende Faktoren zum Verbleib im Pflegeberuf
 (Ableitung aus: Interview A1b-N2), eigene Erhebung und eigene Darstellung

3.3.1.1 Darstellungen einzelner Kategorien

Zur Rücküberprüfung des Datenmaterials werden einzelne Ankerbeispiele den entsprechenden Kategorien zugeordnet. Die Ankerbeispiele erhalten einen Titel, der sich in den einzelnen Beispielen und den jeweiligen Kategorien wiederfindet.

Die Priorisierung der Kategorien ergibt sich aus der Anzahl der Nennung.

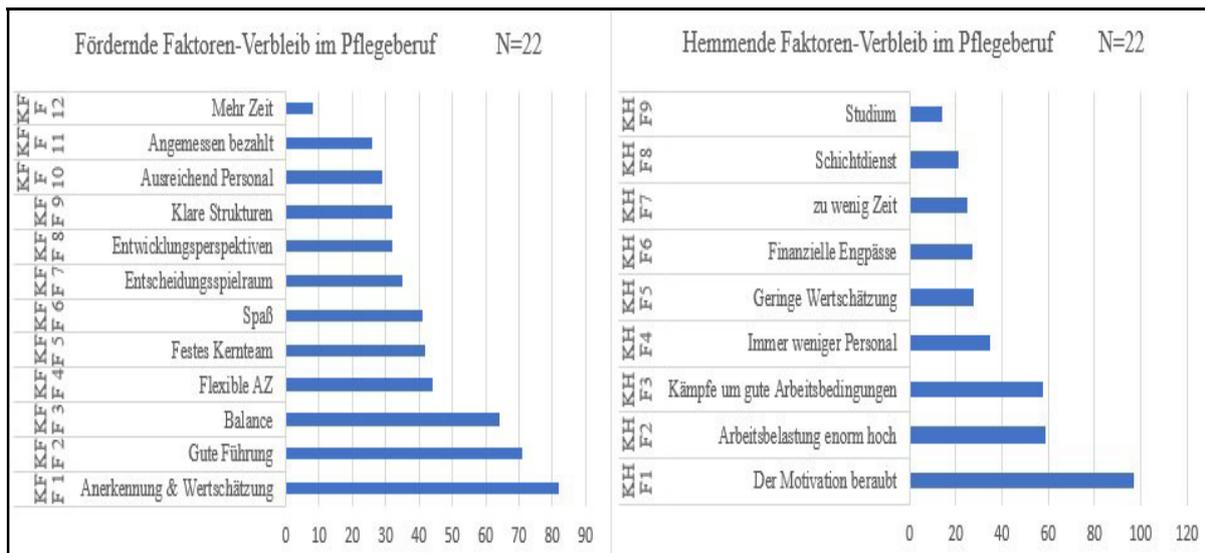


Abbildung 18: Priorisierung der Kategorien

(Ableitung aus Interview A1b-N2), eigene Erhebung und eigene Darstellung

Im Folgenden werden zur Verdeutlichung der Kategorien Zitate der Interviewprotokolle eingeflochten, da dies den Begründungszusammenhang zwischen Aussage und daraus gewonnener Erkenntnis ermöglicht. Damit erkennbar ist, dass es sich um ein Zitat des Transkripttextes handelt, wird dieses *kursiv*, durch Großbuchstabe des Interviews und mit Angabe der Seite und Zeilennummer des Transkriptes dargestellt. Sozialwissenschaften nutzen den Text als „[...] ein Instrument der Vermittlung und Kommunikation von Erkenntnis und Wissen“ (vgl. Flick 2005: 345). Zur Konkretisierung, warum welche Kategorie ihren jeweiligen Titel erhält, wird ein Ankerbeispiel an den Anfang und das Ende eines Kategorieblocks gestellt. Ankerbeispiele dienen als Instrument zur methodisch abgesicherten Zuordnung der gewonnenen Textstellen in die erarbeitete Kategorie und bleiben eng an den Interviewaussagen (vgl. Mayring 2000³⁰).

Zur Vergleichbarkeit der Aussagen innerhalb einer Kategorie werden Ankerbeispiele der Pflegefachkräfte (Ebene 1) und des Managements (Ebene 2) angeführt.

Die Ankerbeispiele und Kategorieblocks beziehen sich auf die Verknüpfung der ermittelten fördernden und hemmenden Faktoren zum Verbleib im Beruf. Die Synthese der Kategorien ergibt die Faktoren, die den Verbleib im Pflegeberuf beeinflussen.

³⁰ <http://www.qualitative-research.net>.

Beeinflussende Faktoren zum Verbleib im Pflegeberuf				
Fördernde Faktoren-Verbleib im Beruf			Hemmende Faktoren-Verbleib im Beruf	
Nennung	Kategorie	Summe	Kategorie	Nennung
	Fördernde Faktoren	Nennung	Hemmende Faktoren	
82	Anerkennung & Wertschätzung (KFF1)	110	Geringe Wertschätzung (KHF5)	28
64	Balance (KFF3)	123	Arbeitsbelastung enorm hoch (KHF2)	59
44	Flexible Arbeitszeiten (KFF4)	65	Schichtdienst (KHF8)	21
41	Spaß (KFK6)	138	Der Motivation beraubt (KHF1)	97
32	Klare Strukturen (KFF9)	90	Kämpfe um gute Arbeitsbedingungen (KHF3)	58
29	Ausreichend Personal (KFF10)	64	Immer weniger Personal (KHF4)	35
26	Angemessen bezahlt (KFF11)	53	Finanzielle Engpässe (KHF6)	27
8	Mehr Zeit (KFF12)	33	Zu wenig Zeit (KHF7)	25

Tabelle 25: Entwicklung des Hauptkategoriensystems „Beeinflussende Faktoren zum Verbleib im Pflegeberuf“

(Ableitung aus Interview A1b-N2), eigene Erhebung und eigene Darstellung

3.3.1.2 Darstellung Hauptkategorien (HK): Beeinflussende Faktoren zum Verbleib im Pflegeberuf (HKBF)

Analog oben skizzierter Zusammenführung fördernder und hemmender Faktoren, ergibt sich nach Priorisierung der Aussagen das Hauptkategorien-System „Beeinflussende Faktoren zum Verbleib im Pflegeberuf (HKBF)“, die weiter unten näher betrachtet werden.

Hauptkategorie (HK)	Beeinflussende Faktoren (HKBF)
HKBF 1	Spaß/Der Motivation beraubt
HKBF 2	Balance/Arbeitsbelastung
HKBF 3	Wertschätzung & Anerkennung/Geringe Wertschätzung
HKBF 4	Klare Strukturen/Kämpfe um gute Arbeitsbedingungen
HKBF 5	Flexible Arbeitszeiten/Schichtdienst
HKBF 6	Personal

HKBF 7 Angemessen bezahlt/Finanzielle Engpässe

HKBF 8 Mehr Zeit/zu wenig Zeit

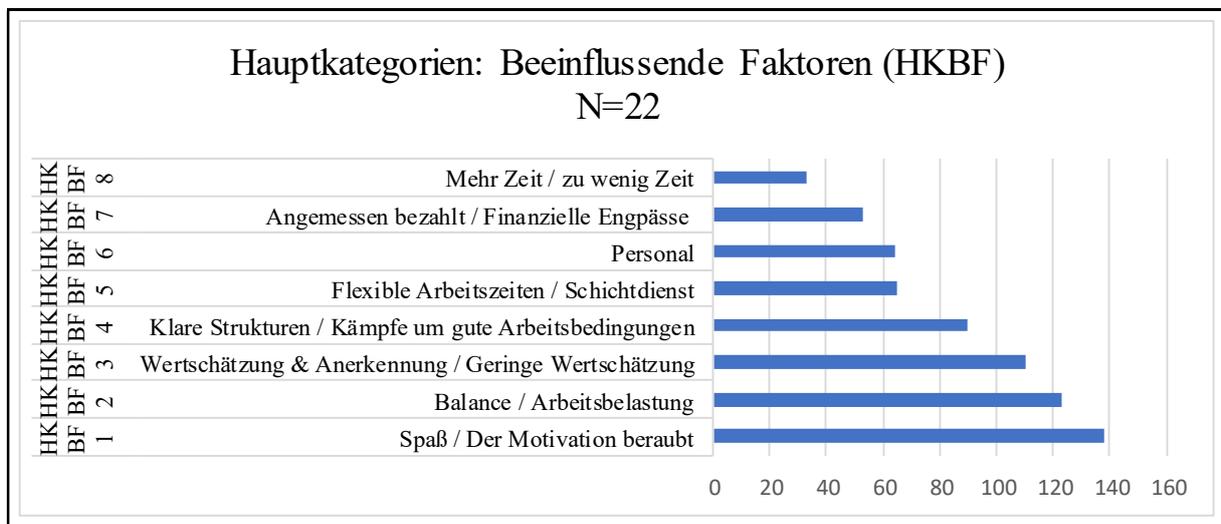


Abbildung 19: Beeinflussende Faktoren (HKBF)

(Ableitung aus: Interview A1b-N2), eigene Erhebung und eigene Darstellung

Hauptkategorie: Spaß/Der Motivation beraubt (HKBF1)

Wie unter Kapitel 1.9.1.6 dargelegt, sind Kommunikationsprozesse zum Aufbau und der Pflege von sozialem Beziehungskapital unentbehrlich (vgl. Zerfaß/Piwinger 2014:922) und bevorzugt durch Spaß motiviert (vgl. Petermann 2014:256). Auch Siegel beschäftigt sich in ihrer Publikation „Darf Pflege(n) Spaß machen“ mit Humor aus wissenschaftlicher Sicht und stellt Beispiele vor, in denen Humor für Patienten und Pflegekräfte bereichernd sein kann (vgl. Siegel 2005:75).

„Ich müsste Spaß an der Arbeit haben, dann [...] wäre ich auch [...] zufriedener und würde so gar nicht so sehr auf die Arbeitsbedingungen schauen.“
Interview C1, S. 8, Z. 254-256

„Wenn ich aber der Motivation beraubt werde [...], oder sie nicht gefördert wird, dann habe ich auch keinen Spaß mehr.“
Interview D1, S. 3, Z. 87-89

„[...] morgens zum Schichtbeginn rennt man die ganze Zeit durch und bis zum Schichtende geht man dann raus und sagt: Irgendwie war es nicht so erfüllend.“
Interview G1a, S. 2, Z. 51-53

<u>Ankerbeispiele: Spaß/Der Motivation beraubt</u>	<u>Interview</u>	<u>Zeilennummer</u>
Freue mich auf die Arbeit	M2	100
Dass einem der Beruf Spaß macht	A1b	144
Toller Beruf, Sinn behaftet	K2	189
Spaß, wenn motiviert	D1	90
Humor im Alltag	D1	102
Spass an der Arbeit	C1	245
Glücklich in dem Beruf	E1	10
Spaß an der Arbeit	E2	85
Erfolgserlebnisse	E2	167
Sinnhaftigkeit	I2	92
Freude	N2	319
Macht mir Spaß	B1	35
Mich erfüllt	B2	23
Schöne Aufgabe	D2	34
Mit Leib und Seele	H1	147
Spaß	F1	13
Unzufriedenheiten	M2	65
Frust	D1	29
Der Motivation beraubt	D1	89
Unzufriedenheit	E1	62
Motivation leidet	J1	124
Bisschen frustriert	I2	63
Zu wenig Glücksmomente	I2	95
Frustrierenden Erlebnissen	I2	109
Nicht immer springen müssen	B1	125
Begleitumstände machen es schwer	D2	25
scheitern an Verhältnissen	D2	59
Druck	D2	74
Nicht erfüllend	G1a	52
Druck, immer mehr hassen.	G2	130
Schwer durchzuhalten	F1	20

Tabelle 26: Kategorienblock mit Ankerbeispielen Spaß/Der Motivation beraubt

(Ableitung aus Interview A1b-N2), eigene Erhebung und eigene Darstellung

„[...] weil es das ist, was mich eigentlich erfüllt.“
Interview B2,S. 2, Z. 23

„[...] wenn ich mich mit den Mitarbeitern unterhalte, ist das so, dass ich da schon eine hohe Frustration, Frustration merke [...]. Und ich denke, was die Mitarbeiter heute beutelt, ist, so nicht mehr über sich selbst bestimmen können, so fremdbestimmt zu sein von diesen Strukturen.“
Interview E2, S. 1, Z. 33-34

„[...] ein Druck, den viele Leute im Laufe [...] der beruflichen Arbeitszeit, der Jahre, in denen sie im Beruf sind, immer mehr hassen.“
Interview G2, S.4, Z.130

Hauptkategorie: Balance/Arbeitsbelastung (HKBF2)

Ergebnisse der DAK-Gesundheitsreporte zeigen, dass die Gesundheitsbranche mit den Branchen „Verkehr, Lagerei, Kurierdienste und Öffentliche Verwaltung“, den Spitzenplatz des Krankenstandes belegt und eindeutig über dem Durchschnitt liegt (vgl. Kordt 2013, 2014, 2015, 2017). Um diesem Trend entgegenzuwirken, hat der Deutsche Berufsverband für Pflegeberufe (DBfK) eine Broschüre mit Handlungshilfen zur Balance im Pflegealltag erstellt (vgl. Dieckmann et al. 2010, 2012, in: DBfK (Hrsg.)).

„Aber diese, diese Mehranforderung, dieses über das gesunde Maß an Arbeitsaufkommen hinaus, das kann man nicht oft dauerhaft von den Leuten erwarten. Und das leisten sie auch nicht dauerhaft, wenn es nicht, ich sage mal, belohnt wird. Es geht ja nicht immer nur um monetäre Anreize. Also man kann ja auch anders belohnen, [...].“
 Interview D1, S. 3, Z. 77-81

„Fokus auf Achtsamkeit, wie gehe ich mit Konflikten um und mit Stress. Haltung entwickeln: Man darf sich Hilfe holen und eigenen Grenzen kennen.“
 Interview G1b, S. 3, Z. 59-60

<u>Ankerbeispiele: Balance / Arbeitsbelastung</u>	<u>Interview</u>	<u>Zeilennummer</u>
Für sich tut	I 1	103
Selbstverantwortung	M2	204
Work-Life-Balance	M2	274
Balance halten	D2	143
Balance	I2	45
Ausbalanciertheit	I2	55
Richtung gesünderer Lebensführung	I2	183
Eigenes Standing	N1	450
Ich selber	B2	165
Meine Gesundheit fördern	B2	340
Selber an dir arbeiten	H1	140
Gewisse Balance	G1a	104
Achtsamkeit	G1b	59
Life Balance	G2	136
Ruhemomente einbauen	F1	130
Arbeits- Privat- Balance	F1	281
Arbeitsbelastungen	I1	17
Arbeitsbelastung hoch	M2	23
Arbeitsbedingungen grauselig	A1b	7
Steigende Belastung	J2	61
Arbeitsdruck enorm	K2	59
Arbeitslast	K2	104
Arbeitsbelastung bei steigendem Rentenalter	G1a	23
Spitzen chronisch	D1	253
Belastung ist hoch	H1	6
Pflegende sehr belastet	E2	18
Keinen Ausgleich	E2	116
Belastung enorm hoch	E2	279
Beruf ist sehr belastend	G2	27

Steigend in der Belastung	N1	23
Immer mehr Aufgaben	N1	44
Belastung die am Patienten ausgeht, verhindern	G2	28

Tabelle 27: Kategorienblock mit Ankerbeispielen Balance/Arbeitsbelastung

(Ableitung aus Interview A1b-N2), eigene Erhebung und eigene Darstellung

„Wenn, wenn einfach das Maß kippt und man hat zu viel Anforderung und man hat nicht mehr so die Möglichkeit, das auszugleichen, wenn es einfach kippt, Balance halten [...].“
Interview D2, S. 4, Z. 143

„Es ist einfach die Häufigkeit mit der sie wirklich aus, aus dem Frei geholt werden, wo sie sich nicht vernünftig erholen können, wo sie ihre, ja, wo sie einfach keinen Ausgleich haben [...].“
Interview E2, S. 3, Z. 116

„Und daher, ja, ich glaube, der Beruf ist belastend, sehr belastend und wir müssen politisch einiges tun, um die Belastung für die Menschen, die letztendlich dann am Patienten ausgeht, zu verhindern.“
Interview G2, S. 1, Z. 22-28

Hauptkategorie: Wertschätzung & Anerkennung/Geringe Wertschätzung (HKBF3)

Die Autoren der in der Altenpflege durchgeführten Studie „PflegeWert“ (2009–2012) fassen zusammen, dass eine hinreichende Wertschätzung der pflegerischen Arbeit nicht stattfindet (vgl. Fuchs-Frohnhofen et al. 2013:378). Auch Siegrist konstatiert in seinem Artikel „Fehlende Anerkennung macht krank“, dass hohe Stressbelastung in Verbindung mit geringer Anerkennung der ideale Nährboden für berufliche Überbelastung ist (vgl. Siegrist 2011:7).

„Aber dieses ja, also Respekt finde ich so, diese, diese Anerkennung vor der, vor dem Beruf, vor der Arbeit und [...]die Anzahl der Pflegekräfte, dass man seiner Arbeit auch gerecht wird.“
Interview D1, S. 9, Z. 298-308

„Und dass man wieder geschätzt wird.“
Interview A1b, S. 5, Z. 148-149

„[...] das muss gar nicht mit Geld oder irgendwie sein, sondern einfach die Anerkennung zu sagen, dass der Leitende am nächsten Tag sagt [...]: Mensch, super, dass du eigesprungen bist. Oder so. Das sind drei Worte.“
Interview B1, S. 3, Z. 84-87

<u>Ankerbeispiele:Wertschätzung & Anerkennung/ Geringe Wertschätzung</u>	<u>Interview</u>	<u>Zeilennummer</u>
Wertschätzung, dem Beruf	K2	97
Wertschätzung durch Führungskräfte	K2	114
Wertschätzung	H1	51
Wertschätzung, von Pflegedienstleitung	H1	48
Wieder geschätzt	A1b	148
Auf Augenhöhe	J2	181
Anerkennung vor der Arbeit	D1	302
Wertschätzung	E2	44-46

Firmenkultur wertschätzend	N1	116
Wertschätzung üben	N1	479
Wertschätzende Grundhaltung	D2	16
Werte vertreten	F1	388
Anerkennung für Leistung	L2	90
Wahrnehmen	M2	183
Wichtig, du als einzelner Mensch	K2	307
Wahrgenommen von Vorgesetzten	E2	86
Auf Augenhöhe kommuniziert	J1	234
Anerkennung	B1	73
Nicht geschätzt	A1b	11
Nicht tolle Wertschätzung	K2	122
Fehlt Wertschätzung	H1	58
Kommt nichts zurück	D1	74
Nicht spüre, dass ich wichtig bin	C1	315
Geringe Wertschätzung	E2	90
Nicht mal Feedback	J1	119
Geringe Wertschätzung vom Arbeitgeber	N1	45
Für so viel Arbeit fehlende Anerkennung	G1b	17
Nicht anerkannt	G2	117
Anerkennung ausbleibt	B1	83
Finanziell die Anerkennung zu wenig	F1	87
Vielen fehlt Wertschätzung	H1	58

Tabelle 28: Kategorienblock mit Ankerbeispielen Wertschätzung & Anerkennung/Geringe Wertschätzung

(Ableitung aus Interview A1b-N2), eigene Erhebung und eigene Darstellung

„Wertschätzung [...], aber auch dann den Mitarbeitern das Ge-, wirklich das Gefühl zu geben und auch in, in der Realität, dass er auch selbstbestimmt ist.“
Interview E2, S. 2, Z. 44-46

„[...]der Faktor ist, dass man sich wohlfühlt auf der Arbeit, dass man Verantwortung übernehmen kann, dass die Arbeit gewertschätzt ist [...].“
Interview D2, S. 2, Z. 72-76

„Du bist uns wichtig, du als einzelner Mensch [...].“
Interview K2, S. 9, Z. 307

Hauptkategorie: Klare Strukturen/Kämpfe um gute Arbeitsbedingungen (HKBF4)

Pflegekräfte stehen oftmals Situationen gegenüber, in denen arbeits-, straf- und haftungsrechtliche Fragestellungen relevant sind (vgl. Höfert 2016). Insbesondere im Intensivmedizinischen Bereich sind zur Gefährdungsminimierung klare Strukturen erforderlich (vgl. Isfort 2017).

„Um dass sie da mehr Sicherheit haben und damit natürlich auch, finde ich ganz wichtig, weil die dürfen keine, die Schwestern dürfen keine Angst haben, auf eine andere Station zu müssen. Ja? Die dürfen nicht Angst haben und denken: Oh, jetzt muss ich da drüben aushelfen. [...] dann sind die vielleicht abends schon [...] schlafen nicht.“

Interview B1, S. 13, Z. 446-450

„[...] diese ständigen Kämpfe, die man ausführen muss, ausfechten muss, um gute Arbeitsbedingungen zu haben, weil man immer wieder diskutieren muss und immer wieder Neues [...] also immer wieder die gleichen Sachen im Prinzip diskutiert.“

Interview J1, S. 3, Z. 91-94

<u>Ankerbeispiele: Klare Strukturen / Kämpfe um gute Arbeitsbedingungen</u>	<u>Interview</u>	<u>Zeilennummer</u>
Klare Strukturen	M2	183
Vernünftige Rahmenbedingungen	E2	53
Vernünftige Leitungsstrukturen	B2	180
Strukturen anders setzen	I2	224
Vernünftige Fehlerkultur	N1	445
Mehr Sicherheit haben	B1	446
Rahmenbedingungen	D2	52
Druck aus dem Kessel rausnehmen	D2	74
Ausgeglichene gleiche Prozesse	G2	205
Weniger anstrengend durch Patienten-Mix		
Klare Regeln	F1	426
Uralte Struktur	G3	245
Teamstruktur	G2	333
Kämpfe, um gute Arbeitsbedingungen	J1	91
Rechtfertigen	L2	21
Selbst regeln	C1	254
Fremdbestimmt	E2	34
Lange Entscheidungswege	J1	29
Entscheidungen nicht getroffen	J1	115
Dürfen keine Angst haben	B1	445
Belastet, wenn unklar	B1	405
Restriktionen hoch	D2	45
Mitarbeiter zunehmend in Bredouille	D2	48
Viele Anläufe nötig	D2	112
Die schlimmeren Tage	G1a	8
Kognitive Dissonanz zwischen Erlerntem und Alltag groß	G2	110
Immer wieder neu Erfinden des Rades	G2	121
Beruflich kämpfen	F1	166
Kämpfen um Berufserfahrung anerkannt zu bekommen	F1	183

Tabelle 29: Kategorienblock mit Ankerbeispielen Klare Strukturen/Kämpfe um gute Arbeitsbedingungen

(Ableitung aus Interview A1b-N2), eigene Erhebung und eigene Darstellung

„Ich denke, wenn wir das hinbekommen wieder, [...] also die uralte Struktur einer Station, dann sind wir, glaube ich, viel, viel weiter.“
Interview G3, S. 8, Z. 245-246

„[...] oftmals auch diese schwierigen Kommunikationswege, ja, dass um irgendwie etwas auf den Weg zu bringen, viele Anläufe nötig sind, bis man dann letztendlich irgendwas wirklich in Gang gebracht hat.“

Interview D2, S. 4, Z. 110-112

„Die Reflexion, also die, die Auseinandersetzung, das Rück-, die Rückkoppelung vom Patienten zur Schwester, das Erkennen von Patienten, die Schwester ist überbelastet und die Kommunikation vom Patienten zu Schwester, die sagt: Du bist ja überbelastet, ich will ja schon gar nicht läuten. Und der, der Effekt auf die Pflegenden, die Patienten schützen uns schon vor Überlastung, indem sie ihre Bedürfnisse nicht mehr melden. Pflege wird dadurch schlechter. Ich glaube, hemmend ist auch, dass viele Pflegekräfte aus der Idee der Krankenpflegeausbildung, [...] – ich sage jetzt mal – ein individuelles pflegerisches Paket zu schnüren, einen guten Pflegeplan zu machen, Bedürfnisse und Bedarfe und Unterstützungsbedarfe, Selbsthilfekompetenzen zu vermitteln, all dass, was sie theoretisch lernen, wird bei der Pflegekraft erlebt als: Das kann ich alles nicht. Das heißt, diese kognitive Dissonanz zwischen Erlerntem und Alltag ist groß, häufig negative Rückmeldung, wenn was schiefläuft.“

Interview G2, S. 2, Z. 99-112

Hauptkategorie: Flexible Arbeitszeiten/Schichtdienst (HKBF5)

Studienergebnisse belegen eine negative Korrelation zwischen Schichtarbeit und Gesundheit der Beschäftigten in der stationären Krankenpflege (vgl. Grabbe et al. 2005:11ff). Der im Jahr 2017 vorgelegte Gesundheitsreport mit dem Schwerpunktthema „Schlafstörung“ bestätigt die in diesem Zusammenhang relevanten Ergebnisse und verweist auf bereits 2005 beschriebene Schichtdienst bedingte Gesundheitsbelastungen der Berufsgruppe (vgl. Kordt 2017:89, 126).

„[...] ich denke, flexible Arbeitszeiten. Das Bewusstsein kommt, ist aber im Moment noch ein bisschen zu wenig bei uns.“

Interview F1, S. 10, Z. 343-345

„[...] ich denke, was schwieriger werden wird in Zukunft, ist die Schichtarbeit, das Wochenende, feiertags arbeiten. Das sind so Punkte, wo ich halt immer mehr merke, die, die nachfolgenden Generationen für die ist Privatleben wichtig, regel-, eine Regelmäßigkeit.“

Interview D1, S. 2, Z. 43-46

<u>Ankerbeispiele:</u>	<u>Interview</u>	<u>Zeilennummer</u>
<u>Flexible Arbeitszeiten / Schichtdienst</u>		
Flexible Arbeitszeiten	F1	344
Flexibilität in Arbeitszeitgestaltung	G2	368
Flexibel, auch mit Schichtdienst	F1	60
Keine Nachtschichten	L2	29
Arbeitszeiten nicht so lang	A1b	144
Geregelte Arbeitszeiten	L2	29
Dienstplan entsprechend den Wünschen	J2	133
Arbeitszeitmodelle	J2	208
Regelmäßigkeit	D1	46
Mitgestalten, Arbeitszeiten	C1	246
Teilzeit	E2	70
Arbeitszeitmodelle angepasst	J1	64
Geregeltere Dienstpläne	I2	320
Ausfallpläne	I2	321
Dienstplangestaltung verlässlicher	B1	4
Keine Wochenenden	B2	38
Nachtschichten	L2	28

Schlechte Arbeitszeiten	A1b	23
Schichtarbeit, Wochenende, Feiertags	D1	44
Wochenende arbeiten	J1	137
Drei Schichten	B1	108
Nachtdienst, fällt schwer	B1	135
Schichtdienst	B2	107
Schichtdienst Hemmschwelle	G3	64
Wochenend-, Feiertags-, Dreischichtsystem	G3	66
Auf Dauer keinen Schichtdienst	F1	64

Tabelle 30: Kategorienblock mit Ankerbeispielen Flexible Arbeitszeiten/Schichtdienst

(Ableitung aus Interview A1b-N2), eigene Erhebung und eigene Darstellung

„Die Pool-Mitarbeiter selbst finden den Job großartig, weil sie sagen, so viel Flexibilität in der Arbeitszeitgestaltung, in der persönlichen Arbeitszeitgestaltung haben sie sonst nirgends. Pool-Mitarbeiter dürfen arbeiten, wie sie wollen. Es gibt keine vorgegebenen Dienstzeiten. Und die Pool-Mitarbeiter sind überwiegend hochqualifizierte Krankenschwestern und Krankenpfleger, die äh eine Familienverantwortung haben, ob das jetzt Kinder, Angehörige, ähm was auch immer sind, die sagen, ich kann nur Montag und Donnerstag Vormittag und Nachmittag.“
 Interview G2, S. 10, Z. 368-375

„Was den Verbleib im Beruf hemmt: In jedem Falle der Schichtdienst. Und in jedem Falle: Ich arbeite immer entgegengesetzt des sozialen Lebens.“
 Interview B2, S. 4, Z. 107-108

Hauptkategorie: Personal (HKBF6)

Verschiedene Studien bestätigen den Personalmangel in deutschen Kliniken (vgl. Isfort 2013; Kempf 2014; Kochanek et al. 2015; Nydahl et al. 2017). In einer im Herbst 2016 durchgeführten Online-Befragung zur Personalsituation auf Intensivstationen gaben 90 Prozent der Befragten an, dass bei akutem Personalmangel Pflegefachkräfte aus dem Frei rekrutiert würden. Ebenso verdeutlicht die Befragung, dass auf jeder vierten Intensivstation Personalmangel mit Doppelschichten ausgeglichen wird (vgl. Nydahl et al.2017:89).

„Personelle Unterstützung. Hilfsmittel sind natürlich auch auf jeden Fall [...] Aber die ersetzen halt auch nicht immer einen zweiten Mann.“
 Interview G1a, S. 7, Z. 269

„Es muss andere Maßstäbe geben, woran man das Arbeitsaufkommen der Pflege misst und dementsprechend adäquates Personal, Anzahl an Personal dem gegenüberstellt.“
 Interview D1, S. 8, Z. 288-290

<u>Ankerbeispiele: Personal</u>	<u>Interview</u>	<u>Zeilennummer</u>
Personal	J2	42-43
Mehr qualifiziertes Personal	J2	211
Arbeitsaufkommen der Pflege und dementsprechend Personal	D1	288-290
Anzahl Mitarbeiter erhöhen	D1	312

Ausreichend Personal	D1	320
Besser, wenn mehr Personal für Patienten und [Pflegekräfte]	E1	22
Mehr Personal	E1	46; 202
Genügend Mitarbeiter	E2	55
Mindestbesetzung	E2	56
Aushilfsmitarbeiter	E2	76
Ausreichendes Personalmanagement	E2	184
Ausreichend Personal	E2	205
Gut geschultes Personal	E2	206
Knapp strukturiertes Arbeiten	I2	25
Mehr Pflegepersonal	I2	224, 228, 273
Personelle Ressourcen	N1	400
Ausreichend Personal	B2	83
Aufgestockt von der Personalzahl	H1	37
Stelle genehmigt kriegen	H1	42
Tatsächlich einfach Personal	G1a	250
Auch Hilfspersonal	G1a	251, 287
Personelle Unterstützung	G1a	269
Kopfzahl zu Patienten	G2	190
Mindestbesetzungsliste	G3	112
Mindestbesetzungspflicht	G3	146

Tabelle 31: Kategorienblock mit Ankerbeispielen Personal

(Ableitung aus Interview A1b-N2), eigene Erhebung und eigene Darstellung

„Also ich würde generell sagen, dass es auf jeden Fall gut ist, extern halt für mehr Pflegepersonal zu sorgen, oder dass man die Strukturen anders setzen sollte. Also sprich so, wie in anderen Ländern zum Beispiel, dann gibt es halt weniger Krankenhäuser, aber da wird mehr in den DRGs investiert und dann gibt es auch mehr Pflegepersonal zum Beispiel. Also mehr Pflegepersonal auf jeden Fall.“

Interview I2, S. 7, Z. 224-282

„Da ging es natürlich nicht nur um Geld, sondern es ging auch um Arbeitszeit, halt aus diesen Schichtdiensten raus.<.h> Ähm das Geld war dann, ja, zusätzlich netter Benefit. Ich kann mir aber vorstellen, das haben wir damals schon <.h> oft gesagt auch auf der Station noch <.h>, dass wir gar nicht so sehr heiß auf mehr Geld waren, sondern dass wir gerne mehr Personal gehabt hätten, also sozusagen in Abwägung.“

Interview J2, S. 2, Z. 38-47

Hauptkategorie: Angemessen bezahlt/Finanzielle Engpässe (HKBF7)

Die in der Literatur empfohlene höhere Vergütung der Berufsgruppe (vgl. Jacobs et al. 2016; Hundt/van Hövell 2015) knüpfen Pflegekräfte und Manager an andere Bedingungen. Grundsätzlich sei höheres Einkommen reizvoll, doch aufgrund der Ressourcenallokation im Gesundheitswesen, sei die Investition in mehr Personal wünschenswert. Wenn dies nicht gelänge, sei eine Erhöhung des Schmerzensgeldes aussichtsreich.

„Grundsätzlich denke ich schon, dass sage ich mal, ein finanzieller positiver Effekt, der dann auf dem Gehaltszettel da ist, definitiv die Leute eher dazu bewegen würde, diese Belastung, die man halt in dem Beruf hat, sage ich mal, durchzuhalten.“

Interview N1, S. 1, Z. 28

„Geld allein ist es sicherlich nicht, aber ich denke, wenn mehr, wenn mehr Geld fließen würde, würden sicherlich auch mehr Leute bleiben, ne, weil man halt einfach für die viele Arbeit, die anfällt und für die verantwortungsvolle Arbeit, die anfällt, einfach, ja, doch zu wenig bezahlt ist.“

Interview J1, S. 2, Z. 53-55

<u>Ankerbeispiele:</u>	<u>Interview</u>	<u>Zeilennummer</u>
<u>Angemessen bezahlt / Finanzielle Engpässe</u>		
Dementsprechend vergütet	A1b	142
Geld nicht aufwertbar mit Gesundheit	D1	248
Geld nice to have, aber Arbeitsbedingungen besser	J2	44
Schmerzensgeld erhöhen	J2	48
Höhere Bezahlung nicht wettmachen	D2	72
Angemessen bezahlt	D2	73
Geld allein ist es nicht	J1	57
Mehr Geld, mehr Leute bleiben	J1	58
Entsprechend honoriert	J1	60
Das Geldliche	I2	60
Finanzieller positiver Effekt	N1	28
Einkommen erhöht	N1	114
Geld verdient	B2	63
Gehalt, großer Faktor	B2	83
Viel läuft übers Geld	B2	100
Zu wenig	B2	103
Besser honoriert / anders honoriert	B2	104
Finanzielle Rahmen	D2	98
Finanzielle Engpässe	J2	19
Stellen eingespart	E2	184
Korsett eng	D2	42
Knapp bemessen aus wirtschaftlichen Gründen	G1a	256
Leistet sich dieses reiche Land nur ausreichende Krankenversorgung	G2	25
Job ist unterbezahlt	F1	17
Kämpfen, auch finanziell	F1	184

Tabelle 32: Kategorienblock mit Ankerbeispielen Angemessen bezahlt/Finanzielle Engpässe

(Ableitung aus Interview A1b-N2), eigene Erhebung und eigene Darstellung

„[...] finanzielle Engpässe, das Gesundheitswesen generell, aber auch spezieller Kliniken.“
 „Natürlich, mehr Geld wäre nice to have, aber es war schon so, dass die Arbeitsbedingungen besser geworden wären oder sein würden, wenn man mehr Personal hätte. [...]wenn das dann nicht möglich wäre, dann könnte man das kompensieren mit mehr Geld, das Schmerzensgeld etwas erhöhen.“

Interview J2, S.1, Z. 19-21; S. 2, Z. 44-48

„Wenn ich aber die Bedingungen sehe, in denen wir heute in Europa arbeiten und sehe, wo Deutschland in dieser Hierarchie steht, dann leistet sich dieses reiche Land Deutschland eine qualitativ nur ausreichende Krankenversorgung. Und das ist bedauerlich.“

Interview G2, S. 1, Z. 25

Hauptkategorie: Zeit/Zu wenig Zeit (HKBF8)

Die im Rahmen der Initiative neue Qualität der Arbeit (inqa) erstellte Broschüre widmet sich explizit der Reduzierung des Zeitdrucks in der Pflege. Die Autoren halten fest, dass Zeitdruck immer dann entsteht, wenn die als notwendig empfundene Arbeit nicht in der erforderlichen Qualität stressfrei erledigt werden kann. Als Hauptursachen identifizieren sie die ohnehin knapp bemessene Personaldecke und zeitraubende defizitäre Arbeitsorganisation im GW (vgl. Schleicher et al. 2010:7ff).

„Hilfreich finde ich, wenn man einfach nur zehn Minuten Zeit hätte für auch ein Gespräch.“
Interview H1, S. 7, Z. 211

„Aber Stellenplan - technisch ist es halt einfach eine Katastrophe, ne, weil man einfach zu viele Patienten mit zu wenig Leuten in zu kurzer Zeit versorgen muss.“
Interview J1, S. 1, Z. 19-21

„[...] sehr wichtig, dass wir Zeit auch für Gespräche haben mit den Patienten. Nicht nur den Ablauf machen, sondern auch mit denen sprechen über ihre Probleme.“
Interview E1, S. 5, Z. 155-157

<u>Ankerbeispiele: Zeit / zu wenig Zeit</u>	<u>Interview</u>	<u>Zeilennummer</u>
• Zeit zum Reden	H1	228
• Mehr Zeit	I2	24
• Zeit	H1	211
• Nur zehn Minuten	H1	211
• Mehr Zeit für weniger Patienten	G1a	42
• Nicht viel Zeit	I1	24
• Engere Zeiten	A1b	23
• Keine Zeit	A1b	30
• Ressource Zeit fehlt	J2	80
• Über Station flitzen	D1	308
• Wenig Auszeit	J2	126
• Sich Zeit nimmt	C1	82
• Mehr Zeit für Patienten	E1	155
• Einfach kaum Zeit	E1	199
• Programm geschafft kriegst	J1	24
• Zeit für Gespräche	E1	157
• Kaum Zeit, Pause zu machen	E1	199
• In kurzer Zeit versorgen muss	J1	26
• Zu wenig Zeit	J1	108
• Zu wenig Zeit	I2	63
• Die Zeit nicht haben	D2	50
• Eile und Hektik	D2	108
• Keine Zeit	G1a	255

• Zeitdruck	G1b	13
• Zeit für Patienten fehlt	G2	166

Tabelle 33: Kategorienblock mit Ankerbeispielen Zeit/zu wenig Zeit

(Ableitung aus Interview A1b-N2), eigene Erhebung und eigene Darstellung

„[...] weil sie einfach die Zeit nicht haben, um das so zu tun, wie sie es gelernt haben und wie sie sich es wünschen und wie sie auch und wie ich auch der Meinung bin, dass es richtig wäre.“
Interview D2, S. 2, Z. 50

„[...] dass es gut wäre, wenn der die Idealvorstellung wäre schon, dass auch die Mitarbeiter noch mehr Zeit hätten für die Patienten.“
Interview I2, S. 1, Z. 24

„Und, wenn da die Ressource Zeit fehlt und alles ist vermehrbar, nur die Zeit nicht.“
Interview J2, S. 3, Z. 79-80

3.3.2 Ermittelte Kategorien- Implementierung gesundheitsfördernder Maßnahmen trägt zum Verbleib im Pflegeberuf bei

Zur Beantwortung der Frage, inwieweit die Implementierung gesundheitsfördernder Maßnahmen zum Verbleib im Pflegeberuf beiträgt, werden zunächst Kategorien ermittelt, wie das BGM generell wahrgenommen wird und welche Maßnahmen zur GF bereits in den Einrichtungen angeboten werden. Da die Antworten zwischen Pflegefachkräften und Managern mitunter voneinander abweichen, werden die Kategorien getrennt voneinander dargestellt.

3.3.2.1 Darstellung einzelner Kategorien (K) – GF (KGF)

Wahrnehmung BGM – Kategorie: Erste Ansätze/Undeutlich (KGF1)

Die Autoren des Fehlzeitenreports 2015 weisen auf erste Erfolge von BGM hin (vgl. Badura et al. 2015:6ff). Auch Kordt betont im DAK-Gesundheitsreport die positive Wirkung von BGM zur Reduzierung gesundheitlicher Belastungen im Pflegedienst (vgl. Kordt 2017:126).

„Also wir haben kein, zumindest kein offizielles.“
Interview B1, S. 12, Z. 389

„Mir war nicht bewusst, dass es das gibt. Im Intranet gibt es einen Newsletter, also im Nachhinein habe ich gedacht, das soll Betriebliches Gesundheitsmanagement sein.“
Interview G1b, S. 2, Z. 43

Wahrnehmung BGM/Manager (Ebene2)			Wahrnehmung BGM/Pflegende (Ebene 1)		
Kategorie: Erste Ansätze			Kategorie: Undeutlich		
Ankerbeispiel: Erste Ansätze	Interview	Zeile	Ankerbeispiel: Undeutlich	Interview	Zeile
Wie ein zartes Pflänzchen	K2	225	Nicht wirklich	A1b	86
Bunt, mehr als man mitmachen kann	L2	103	Undeutlich, nicht systematisch	F1	269
Nicht BGM genannt	I2	276	BGM, nein	I1	109
Arbeitsgruppe, die sich mit der Thematik befasst	E2	214	Kann ich nicht sagen	E1	165
Nicht (implementiert)	B2	278	Kein offizielles	B1	389
Im Aufbau, nicht ausreichend	J2	153	BGM: Nein	J1	53
Müsste gelebt werden	J2	146	Wahrnehmung? Gar nicht	J1	239
Nicht wahrgenommen, aber begeistert, was angeboten	D2	219	BGM: haben wir	D1	178
Nichts dabei, das in Arbeitsablauf passt	D2	210	Nutze es	D1	180
Erste Ansätze, zu wenig	G2	445	Durch Zufall mitbekommen	G1b	43
Nicht ausgewogen, Gießkannensystem	G3	259	Nicht wirklich spürbar	G1a	165
Mittel freizubekommen	G2	443			
Budget beschränkt, für Anzahl der Mitarbeiter wenig	E2	233			
Wo es an Ressourcen, Geld, Zeit scheitert	J2	147			

Tabelle 34: Kategorienblock mit Ankerbeispielen: Wahrnehmung BGM- Erste Ansätze/Undeutlich

(Ableitung aus Interview A1b-N2), eigene Erhebung und eigene Darstellung

*„Wie nehmen Sie das betriebliche Gesundheitsmanagement wahr? Wie ein zartes Pflänzchen.“
Interview K2, S. 7, Z. 225*

*„Es ist durchdacht. Es ist logisch. Aber es ist nur für diejenigen reizvoll, die die das System kennen und das System nutzen können. Es ist nicht ausgewogen und es ist wie gesagt nur punktuell. Das Gießkannensystem ist auch schlecht.“
Interview G3, S. 8, Z. 250-259*

*„[...] das Budget ist aber sehr beschränkt. Das hat sich irgendwie im letzten Jahr auf [...]EUR belaufen. Was ja für die Anzahl der Mitarbeiter, die Gesamtanzahl, relativ wenig ist.“
Interview E2, S. 7, Z. 233*

Wahrgenommene Angebote BGM –

Kategorie: Breites Angebot/Wird viel gemacht (KGF2)

Neben dem Hinweis erster erfolgreicher Ansätze von BGM sprechen sich die Autoren des Fehlzeitenreports 2015 für eine adressatengerechte Implementierung gesundheitsfördernder Maßnahmen aus (vgl. Badura et al. 2015:6ff).

*„[...] wir haben kein, zumindest kein offizielles [...] aber es wird zum Beispiel [...] es wird viel gemacht. Ich zähle es einfach mal auf. Also es gibt so, so Organisationen von [...] zum Beispiel es gibt diesen Benefizlauf. [...], wo also die Klinik sich beteiligt.
Interview B1, S. 12, Z. 389-391*

Wahrgenommene Angebote – BGM Manager (Ebene 2)			Wahrgenommene Angebote – BGM Pfleger (Ebene 1)		
Kategorie: Breites Angebot			Kategorie: Wird viel gemacht		
<u>Ankerbeispiele:</u> <u>Breites Angebot</u>	Interview	Zeile	<u>Ankerbeispiele:</u> <u>Wird viel gemacht</u>	Interview	Zeile
Mitarbeiter fragen	B2	281	wird viel gemacht	B1	391
Kommunikationsseminare; Coaching, Supervision; Mitarbeiterausflüge-Feste	I2	284 290	Rückenschule; Yoga- Kurse; Wandern - fördert seelische, körperliche Gesundheit	I1	128
Basisangebote	J2	153	auf Schichtdienstler wenig eingegangen	J1	243
Stressbewältigungsstrategien; Wie bewege ich mich richtig Rückengesundheit: Dauer-Thema für Pfleger	D2	237 238 239	Coaching über direktem Wege; Wiedereinglie- derung planen - hilft BGM; interner Arbeitsmarkt	D1	182 205
Breites Angebot: Master in Counseling, Kriseninterven- tionsteam für Patienten und Mitarbeiter	G2	472 456	Mitarbeiter fragen, was sie sich wünschen	G1b	61
Gruppen für: Mitarbeiter in schwierigen Lebenssituationen; Sportgruppen; sorgen, dass sich die Leute wohlfühlen	G2	436 454 256	Personal; Auswahl, mit Kooperation <u>erweitern</u> ; Mitarbeiter zügiger <u>Termin</u> für etwaige Untersuchungen	G1a	270 208
			Aktionen: gesundes Essen; Personalfirmen: rekrutieren und anwerben; Berufsbegleitung	F1	267 268
Toll, Yoga und dann waren drei Leute da	L2	300			
Angebote, in der Resonanz nicht aufgenommen	I2	300			

Können nicht alle erreichen	G3	476			
-----------------------------	----	-----	--	--	--

Tabelle 35: Kategorienblock mit Ankerbeispielen: Wahrgenommene Abgebote BGM - Breites Angebot/Wird viel gemacht

(Ableitung aus Interview A1b-N2), eigene Erhebung und eigene Darstellung

„[...] also wirklich ein breites Angebot machen an Hilfen für ganz unterschiedliche, ja, Konstellationen und, und ich glaube, das ist ein gutes Angebot. Trotzdem können wir nicht alles [...] ist nicht alles zu bewältigen. Also die, die Gesundheitsförderung an der Stelle von der, von der Krisenbewältigung über Programme dann den Leuten zu helfen, das Angebot ist da, trotzdem sehen wir bei [...] Mitarbeitern: Wir können nicht alle erreichen.“
Interview G2, S. 13, Z. 473

Verbleib im Pflegeberuf durch GF- Kategorie: Prinzipiell schon, wichtiger ist.../Anstoß zu bleiben

Die AOK sieht sich angesichts des demografischen Wandels, steigender Pflegebedürftigkeit und daraus resultierendem Bedarf an qualifiziertem Pflegepersonal verpflichtet, die Bedingungen in der Pflegebranche zu verbessern. Die Autoren der Fachzeitschrift G+G stellen in der Ausgabe „Pflege für die Pflege“ heraus, dass qualitativ hochwertige Pflege nur gelingen kann, wenn die Mitarbeiter gesund und motiviert sind. Daher sei die Investition in die Mitarbeiter durch BGM gleichzeitig eine Investition in die Zukunft der pflegerischen Einrichtung (vgl. Herdegen; Schröder 2011:6).

„Es gibt viele Angebote, aber ich glaube nicht, dass es das Hauptproblem löst. Weil, wenn jemand zum Beispiel Rückenschmerzen hat, aufgrund einer zu hohen Arbeitsbelastung, dann kann er natürlich in die Rückenschule gehen und kann die Schulung und jene Schulung besuchen und kriegt vielleicht Instrumente an die Hand, wie er diese Beschwerden lindern kann. Aber deswegen ist ja das Arbeitsaufkommen immer noch dieselbe Höhe und die Rückenschmerzen kommen irgendwann wieder.“
Interview D1, S. 7, Z. 235-237

„[...] Information. Also ich denke, viele Sachen sind einfach da, aber die Leute wissen es auch einfach nicht, ne. Das bei uns, denke ich, ein Problem. Besser informieren.“
Interview F1, S. 13, Z. 433-435

„[...] Kommunikation ist ganz wichtig, Leute informieren. Ich denke, von der, von der Leitung her, von der Direktion auch eine Kultur oder eine Mentalität, die, die, ja, es zulässt, dann ja, auch diese geistige Gesundheit dann zu fördern. Also wie geht man miteinander um? Und, und, und was sind so die, die Werte, die wir vertreten.“
Interview F1, S. 12, Z. 384-388

„Wenn den Kollegen die Zeit gegeben wird, das wahrzunehmen, kann ich mir vorstellen, dass das schon auch ein Anstoß sein könnte zu bleiben.“
Interview J1, S. 8, Z. 257-259

„Hat also definitiv ein Stück oder trägt ein Stück mit dazu bei, dass man in einem Betrieb und in dem Beruf auch bleibt, sage ich mal. [...] weil man dann auch sieht: Okay, der Arbeitgeber kümmert sich um uns. Der versucht irgendwas auf die Beine zu stellen, damit wir weiterhin gesund bleiben.“
 Interview N1, S.7, Z.221-224

Verbleib im Pflegeberuf durch GF Manager (Ebene 2)			Verbleib im Pflegeberuf durch GF Pflegefachkräfte (Ebene 1)		
Kategorie: Prinzipiell schon, wichtiger ist....			Kategorie: Anstoß zu bleiben		
<u>Ankerbeispiele:</u> <u>Prinzipiell schon, wichtiger ist....</u>	Interview	Zeile	<u>Ankerbeispiele:</u> <u>Anstoß zu bleiben</u>	Interview	Zeile
Prinzipiell schon, wichtiger ist Kommunikationskultur und Wertschätzung	K2	251 256	Besser informieren	F1	425
Zukunftspotential	M2	274	Mitgestalten, Auszeiten planen	C1	243
Gesundheitsförderung: Familie-Beruf vereinbart	B2	257	Die Leute binden	B1	520
sinnvoll, allein die Wahrnehmung Arbeitgeber interessiert sich für mich. Wertschätzendes Umfeld	D2	228 230	Viele Angebote, aber nicht Hauptproblem	D1	237
Sinnvoll, in Arbeitszeit anzubieten	J2	191	Zeit geben, das wahrzunehmen - Anstoß zu bleiben	J1	278
Gesundheitsfördernde Maßnahmen ja, aber auch auf struktureller, organisatorischer Ebene	I2	317 318	Auf jeden Fall	I1	122
Konfliktsituationen verbalisieren	E2	265	Denke schon, etwas für unsere Gesundheit getan	E1	178
Zum Bleiben veranlasst, ist die Chance gefördert zu werden	G2	395	Tatsächlich einfach Personal	G1a	250
Sich wohler auf der Arbeit fühlen	G3	95	IBF und dass es Arbeitszeit ist	G1b	66
			Trägt ein Stück dazu bei	N1	221
			Man gefördert, einfach gesehen wird	H1	237

Tabelle 36: Kategorienblock mit Ankerbeispielen: Verbleib im Pflegeberuf durch GF - Prinzipiell schon, wichtiger ist.../Anstoß zu bleiben

(Ableitung aus Interview A1b-N2), eigene Erhebung und eigene Darstellung

„Ich denke prinzipiell schon. Ja. Aber was mir eigentlich wichtiger ist, dass jetzt [...], das wäre eben eigentlich viel mehr die Kommunikationskultur und die Wertschätzung und vor allem auch interdis-, also auch innerhalb von unserer Disziplin, aber auch ähm interdisziplinär.“
 Interview K2, S. 8, Z. 251- 262

„[...] was die Mitarbeiter zum Bleiben veranlasst, ist die Chance gefördert zu werden.“
 Interview G2, S. 11, Z. 395

3.3.2.2 Darstellung des Kategoereinsystems – GF (KGF)

Bezogen auf die Forschungsfrage, inwieweit sich die Implementierung gesundheitsfördernder Maßnahmen positiv auf den Verbleib im Pflegeberuf auswirkt, können drei Kategorien identifiziert werden.

Zur Wahrnehmung des BGM in der Organisation ergibt sich die Kategorie: Erste Ansätze/Undeutlich (KGF1). Hinsichtlich der wahrgenommenen Angebote zur GF bildet sich die Kategorie: Breites Angebot/Wird viel gemacht (KGF2). Zum Verbleib im Pflegeberuf durch GF lässt sich die Kategorie ermitteln: Prinzipiell schon, wichtiger ist .../Anstoß zu bleiben (KGF3).

3.3.3 Weitere Reduzierung der HK „Beeinflussende Faktoren“ (HKBF) und der Kategorien „GF trägt zum Verbleib im Pflegeberuf bei“ (KGF)

Zur Herstellung eines Sinnzusammenhangs der Kategorien beeinflussender Faktoren im Pflegeberuf und dem Erhalt von Fachkräften durch Implementierung GF werden diese nun noch einmal weiter reduziert.

Für die beeinflussenden Faktoren ergeben sich nach weiterer Reduktion die Hauptkategorien: Spaß (HKBF1), Balance (HKBF2), Wertschätzung (HKBF3), Klare Strukturen (HKBF4), Arbeitszeiten (HKBF5), Personal (HKBF6), Finanzielle Engpässe (HKBF7), Zeit (HKBF8).

Hauptkategorien: Beeinflussende Faktoren (HKBF)	Weitere Reduktion	Hauptkategorie
Spaß/Der Motivation beraubt	Spaß	HKBF 1
Balance/Arbeitsbelastung	Balance	HKBF 2
Wertschätzung & Anerkennung/ Geringe Wertschätzung	Wertschätzung	HKBF 3
Klare Strukturen/Kämpfe um gute Arbeitsbedingungen	Klare Strukturen	HKBF 4
Flexible Arbeitszeiten/Schichtdienst	Arbeitszeiten	HKBF 5
Personal	Personal	HKBF 6
Angemessen bezahlt/ Finanzielle Engpässe	Finanzielle Engpässe	HKBF 7
Mehr Zeit/zu wenig Zeit	Zeit	HKBF 8

Tabelle 37: Reduktion der Hauptkategorien: Beeinflussende Faktoren (HKBF)

(Ableitung aus Interview A1b-N2), eigene Erhebung und eigene Darstellung

Für den Verbleib im Pflegeberuf durch Implementierung von GF ergeben sich nach weiterer Reduktion die Unterkategorien: Erste Ansätze (KGF1), Breites Angebot (KGF2), Anstoß (KGF3).

Kategorien: Verbleib im Beruf durch GF (KGF)	Weitere Reduktion	Kategorie
Erste Ansätze/Undeutlich	Erste Ansätze	KGF1
Breites Angebot/Wird viel gemacht	Breites Angebot	KGF2
Prinzipiell schon, wichtiger ist.../Anstoß zu bleiben	Anstoß	KGF3

Tabelle 38: Reduktion der Kategorien: Verbleib im Beruf durch GF (KGF)

(Ableitung aus Interview A1b-N2), eigene Erhebung und eigene Darstellung

3.3.4 Interpretation der Ergebnisse

Die Interpretation der Kategorieentwicklung folgt gemäß dem philosophischen Paradigma einer erkenntnistheoretischen Position (vgl. Krüger et al. 2002:109). Die Ergebnisinterpretation findet unter Berücksichtigung inhaltsanalytischer Gütekriterien Mayrings, Argumentative Interpretationsabsicherung (schlüssige Interpretation, Brüche erklären, Alternativdeutungen suchen) und Nähe zum Gegenstand statt, die in der Zusammenfassung des Empirieteils expliziert werden. Im weiteren Interpretationsverlauf wird eine Beziehung zwischen den ermittelten Hauptkategorien (beeinflussende Faktoren) und den Kategorien (Verbleib im Beruf durch GF) gebildet und in einem „semantischen Modell“ vorgestellt.

3.3.4.1 Beziehungsbildung der Hauptkategorien

Die Hauptkategorien: Spaß (HKBF1), Balance (HKBF2), Wertschätzung (HKBF3), klare Strukturen (HKBF4), Arbeitszeiten (HKBF5), Personal (HKBF6), finanzielle Engpässe (HKBF7) und Zeit (HKBF8) werden gleichermaßen von Pflegefachkräften und Managern als beeinflussende Faktoren für den Verbleib im Pflegeberuf genannt.

Dabei implizieren alle acht Kategorien mangelnde Wertschätzung dem Beruf gegenüber. Die finanziellen Engpässe des Gesundheitssystems erleben die Betroffenen als „enges Korsett“ (Interview D2) in Form von Personaleinsparungen, hoher Arbeitsbelastung, daraus resultierendem Zeitdruck und permanenten Kämpfen um gute Arbeitsbedingungen. Aufgrund wahrgenommener Nichtachtung ihrer Anliegen nach mehr Personal erleben sie dies als geringe und mangelnde Wertschätzung, die letztlich in Motivationsraub mündet. Den Pflegefachkräften ist bewusst, dass Manager schlicht im Rahmen ihrer verfügbaren Budgets agieren und wünschen sich statt Einkommenssteigerung eine Investition in mehr Personal. Wenn dies nicht gelingt, dann sei eine Erhöhung des Schmerzensgeldes durch höhere Vergütung angebracht (Interview J2). Manager beschreiben konkret die große Dissonanz zwischen Erlerntem und Alltag der Pflegenden (Interview G2, D2, I2), die häufig mit negativer Rückmeldung bei Fehlern verbunden ist (Interview G2), was die Forderung nach adäquater Fehlerkultur (Interview G1b) bedingt. Neben den genannten Arbeitsbedingungen und dem der Profession genuin innewohnenden Versorgungsauftrag, gelingt es den Experten nicht immer die seelische Balance zu halten. Demzufolge wird als meistgenannter beeinflussender Faktor für den Verbleib im Pflegeberuf, „Spaß“ versus „Motivationsraub“ genannt, weil die Pflegenden aufgrund der Personaldecke nicht die Zeit haben, „[...] *das so zu tun, wie sie es gelernt haben und wie sie sich es wünschen und wie sie auch und wie ich auch der Meinung bin, dass es richtig wäre*“ (Interview D2:2).

Das Phänomen der mangelnden Wertschätzung lässt sich mithilfe einer Spirale darstellen.

Spiralförmiges Erleben der Nicht-Wertschätzung

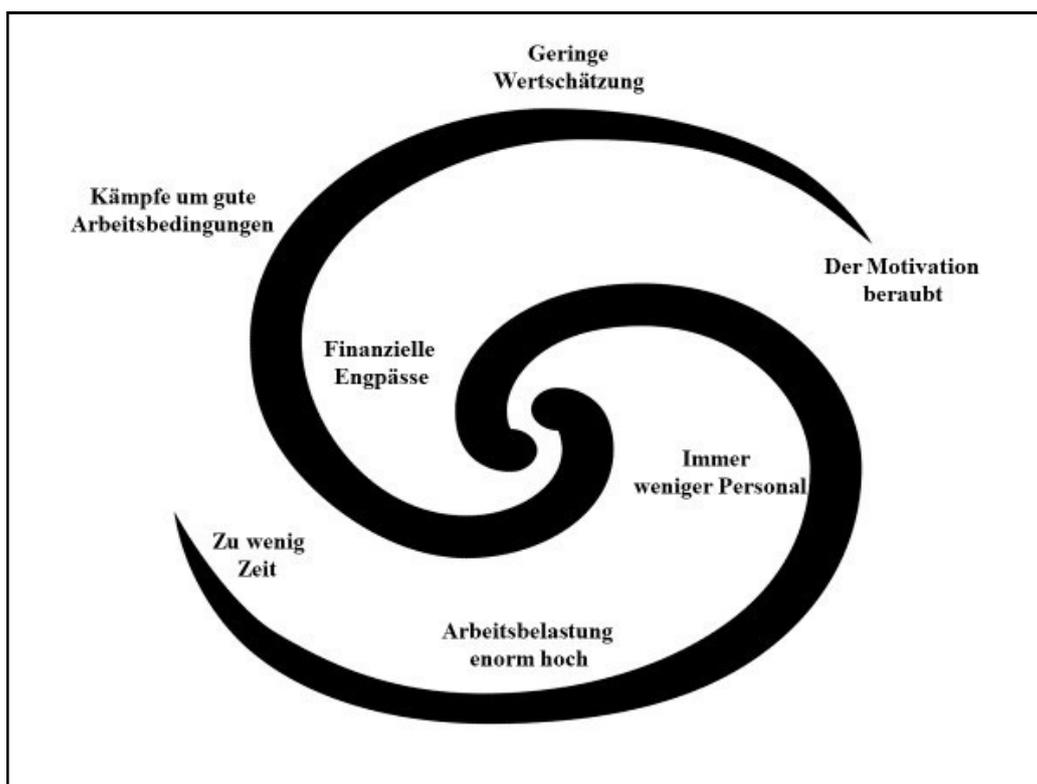


Abbildung 20: Spiralförmiges Erleben der Nicht-Wertschätzung

(Ableitung aus: Hemmende Faktoren zum Verbleib im Pflegeberuf. Interview A1b-N2), eigene Erhebung und Darstellung

Zur Beziehungsbildung der acht Hauptkategorien soll das Interviewzitat leitend sein: „*Ich empfinde, dass wir in einem Korsett stecken und das Korsett sehr eng ist. Also die Beweglichkeit ist nicht sehr groß und die Restriktionen, die auferlegt werden, sind sehr eng*“ (Interview D2:2). Das symbolische „Korsett“ ähnelt dem engsten Punkt des unter Kapitel 2.17 genannten Szenario-Trichters.

Der Trichter ist auf den hiesigen Kontext übertragbar, da die angewandte Systemtheorie die Basis der Szenario-Technik bildet (vgl. Arentzen 1993:3222) und für Individuum und Organisation episodische Ereignisphasen aufzeichnen kann. Bezogen auf die vorliegende Untersuchung symbolisiert der engste Punkt des Szenario-Trichters die gegenwärtige Situation, in der die Faktoren: Spaß (HKBF1), Balance (HKBF2), Wertschätzung (HKBF3), klare Strukturen (HKBF4), Arbeitszeiten (HKBF5), Personal (HKBF6), finanzielle Engpässe (HKBF7) und Zeit (HKBF8), maßgeblich den Verbleib im Pflegeberuf beeinflussen. Die weite Trichteröffnung weist auf die Komplexität und Unsicherheit hin, die mit der Zukunft

verbunden ist. Die mittlere Trendlinie zeigt die wahrscheinlichste und realistischste Sicht auf den Fachkräfteerhalt im Gesundheitswesen (vgl. von Reibnitz 1992:26).

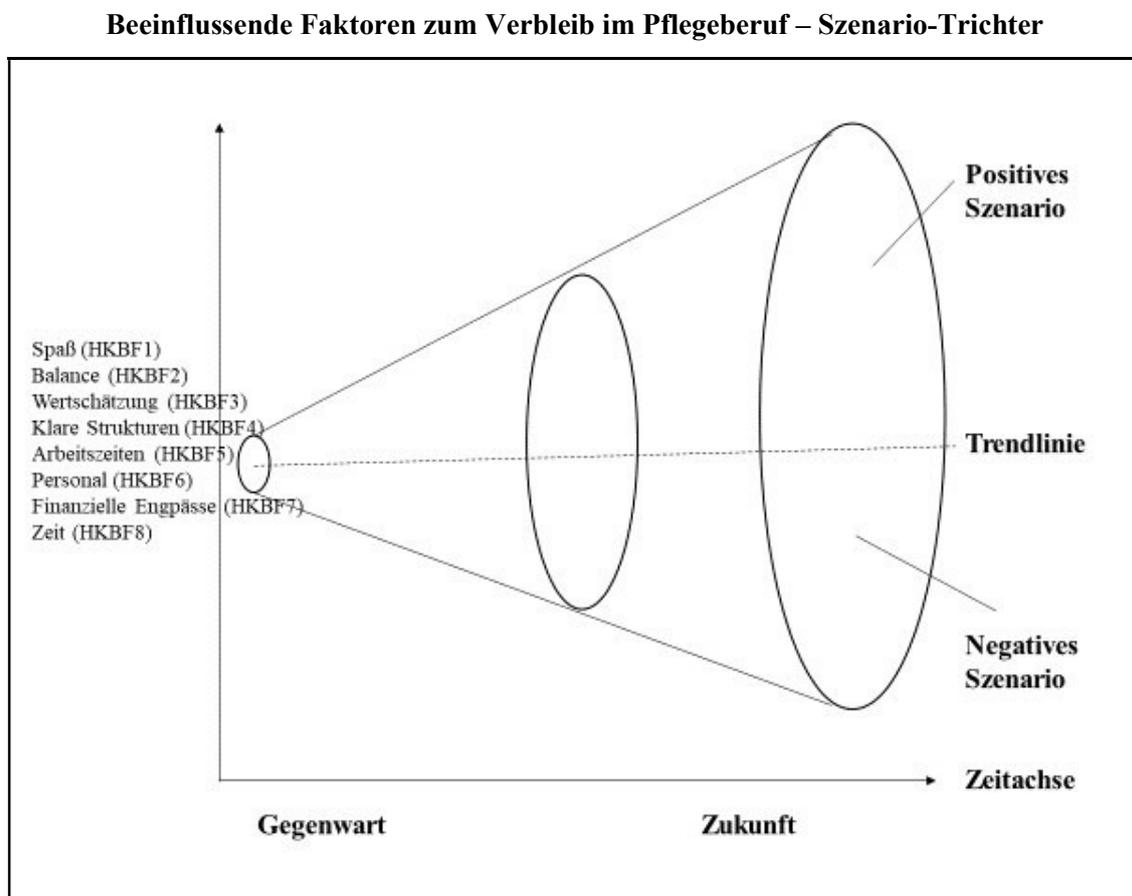


Abbildung 21: Beeinflussende Faktoren zum Verbleib im Pflegeberuf - Szenario-Technik
 (Ableitung aus: von Reibnitz 1992:27; Interview A1b-N2), eigene Darstellung

3.3.4.2 Beziehungsbildung der Unterkategorien

Die bei den Hauptkategorien festgestellte Übereinstimmung der Antworten von Pflegefachkräften und Managern setzt sich bei der Beantwortung der Frage, inwieweit die Implementierung gesundheitsfördernder Maßnahmen zum Verbleib im Pflegeberuf beiträgt, nicht fort.

Die Unterkategorie GF „Erste Ansätze“ (KGF1) zeigt, dass Manager das BGM im Aufbau befindlich (Interview J2), in Ansätzen vorhanden (Interview G2) oder als nicht implementiert (Interview B2) wahrnehmen. Für die Pflegefachkräfte ist das BGM undeutlich, wenig strukturiert (Interview F1), sowie gar nicht spürbar (Interview J1; G1b), oder sie haben zufällig davon erfahren (Interview G1a). Andere Organisationen wiederum bieten ein reichhaltiges Programm an (Interview L2, D2), das auch von Pflegekräften genutzt wird (Interview D1).

Auch hier werden enge Finanzierungsbudgets als Hindernis angesehen (Interview G2, E2, J2). Die Heterogenität der Antworten bei der Kategorie „Breites Angebot“ (KGF2) ist groß und reicht von Basisangeboten (Interview J2) über vielfältige Programme (Interview D2, I2, G2), bis hin zu guter Auswahl (Interview B1, F1, D1). Der Vorschlag einer Mitarbeiterbefragung zu Wunschangeboten wird geäußert (Interview G1a, B2). Dabei kann ebenso gewünscht sein, in der eigenen Organisation einen früheren Termin bei etwaigen Untersuchungen zu bekommen (Interview G1b), oder dass die Einrichtung Seminare zum Thema „Ernährung“ anbietet (Interview F1). Dies fördere das Gefühl des „Aufgehoben-Seins“ (Interview G1a, G1b) in der eigenen Organisation (Interview N1, D2, H1, E1), was wiederum Wertschätzung ausdrückt. Weiter besteht bei Managern die Sorge, dass die Angebote in der Resonanz nicht angenommen und nicht alle Mitarbeiter erreicht werden können (Interview I2, L2, G3).

Beachtenswert, dass sowohl Manager als auch Pflegefachkräfte einerseits das BGM kaum spürbar empfinden und gleichzeitig vielfältige Angebote zur GF identifizieren. Möglicherweise ist dies dem synonymen Gebrauch der BGM-Begriffe und des geäußerten Informationsdefizits bezüglich der Thematik geschuldet.

Die Antwortkategorie „Anstoß“ (KGF3) auf die Frage nach dem Beitrag der GF zum Verbleib im Pflegeberuf ist differenziert zu betrachten. Übereinstimmend sagen Manager und Pflegefachkräfte, dass gesundheitsfördernde Maßnahmen innerhalb des BGM prinzipiell zum Verbleib im Pflegeberuf beitragen können (Interview N1, K2, M2, B1, E1, I1, D2).

Jedoch seien Kommunikationsstrukturen und ein wertschätzendes Umfeld relevant (Interview K2, D2) und GF löse nicht das Hauptproblem der bestehenden Arbeitsbelastung durch Personalmangel (Interview D1, G1a). Große Bedeutung wird der Informationskultur beigegeben, da zwar viele Angebote vorhanden seien, jedoch nicht alle Mitarbeiter davon Kenntnis haben (Interview F1, G1b). Auch müsse den Mitarbeitern die Möglichkeit gegeben werden, die Angebote in der Arbeitszeit wahrzunehmen (Interview J1, J2, G1b).

Dann könne dies ein Anstoß sein und Mitarbeiter binden (Interview J1, B1). Allein das Signal, dass der Arbeitgeber Interesse an seinen Mitarbeitern zeigt, sie sieht und fördert, trage gewissermaßen zum Verbleib im Pflegeberuf bei (Interview N1, D2, H1, E1), wobei strukturelle und organisatorische Veränderungen unumgänglich seien (Interview I2, D1).

Auch hier zeigt sich die Kategorie Wertschätzung und seitens der Leitung wäre die Botschaft an die Mitarbeiter wichtig: *„Du bist uns wichtig, du als einzelner Mensch und deswegen und da haben wir diese und diese Angebote“* (Interview K2:9, Z. 305-309).

Grafisch lassen sich die Unterkategorien zum Verbleib im Pflegeberuf durch GF folgendermaßen darstellen:

Unterkategorien – Verbleib im Pflegeberuf durch GF

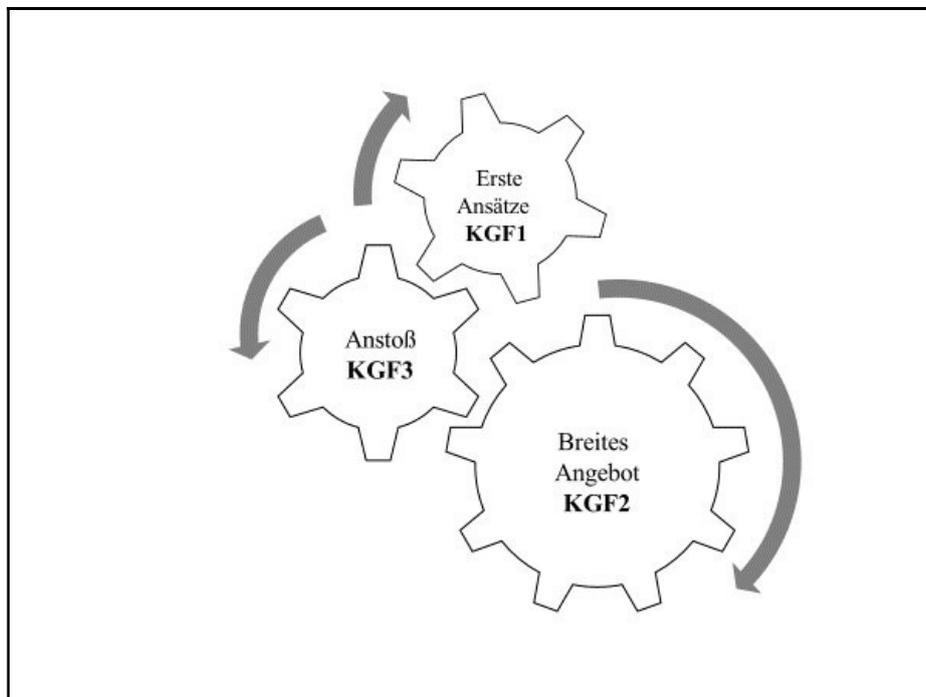


Abbildung 22: Kategorien Gesundheitsförderung (KGF)

(Ableitung aus Interview A1b-N2), eigene Darstellung

3.3.5 Gegenüberstellung der Haupt- und Unterkategorien

Die Hauptkategorien werden in einem semantischen Modell den Unterkategorien gegenübergestellt. Für Luhmann ist auch Semantik eine Form von Beobachtung oder der „[...]Fixierung von Sinn für wiederholten Gebrauch, vorzugsweise in Textform“ (Krause 2001: 199).

Der in Abbildung 22 dargestellte Szenario-Trichter, mit Symbolisierung des engsten Punkt durch die Hauptkategorien beeinflussende Faktoren (HKBF), wird im weiteren Trichter-verlauf um die Unterkategorien zum Verbleib im Pflegeberuf durch GF ergänzt.

Bezogen auf die vorliegende Untersuchung zeigt das auf angewandter Systemtheorie fußende Analyse- und Prognoseinstrument den Prozess von Organisationen, wie mit „ersten Ansätzen“ des BGM (KGF1) auf die beeinflussenden Faktoren zum Verbleib im Pflegeberuf reagiert wird. Dabei weist die weite Trichteröffnung auf die in der Zukunft liegende Komplexität und Unsicherheit bezüglich des Fachkräfteerhalts im GW hin (vgl. von Reibnitz 1992:26).

Beeinflussende Faktoren und GF zum Verbleib im Pflegeberuf – Szenario-Trichter

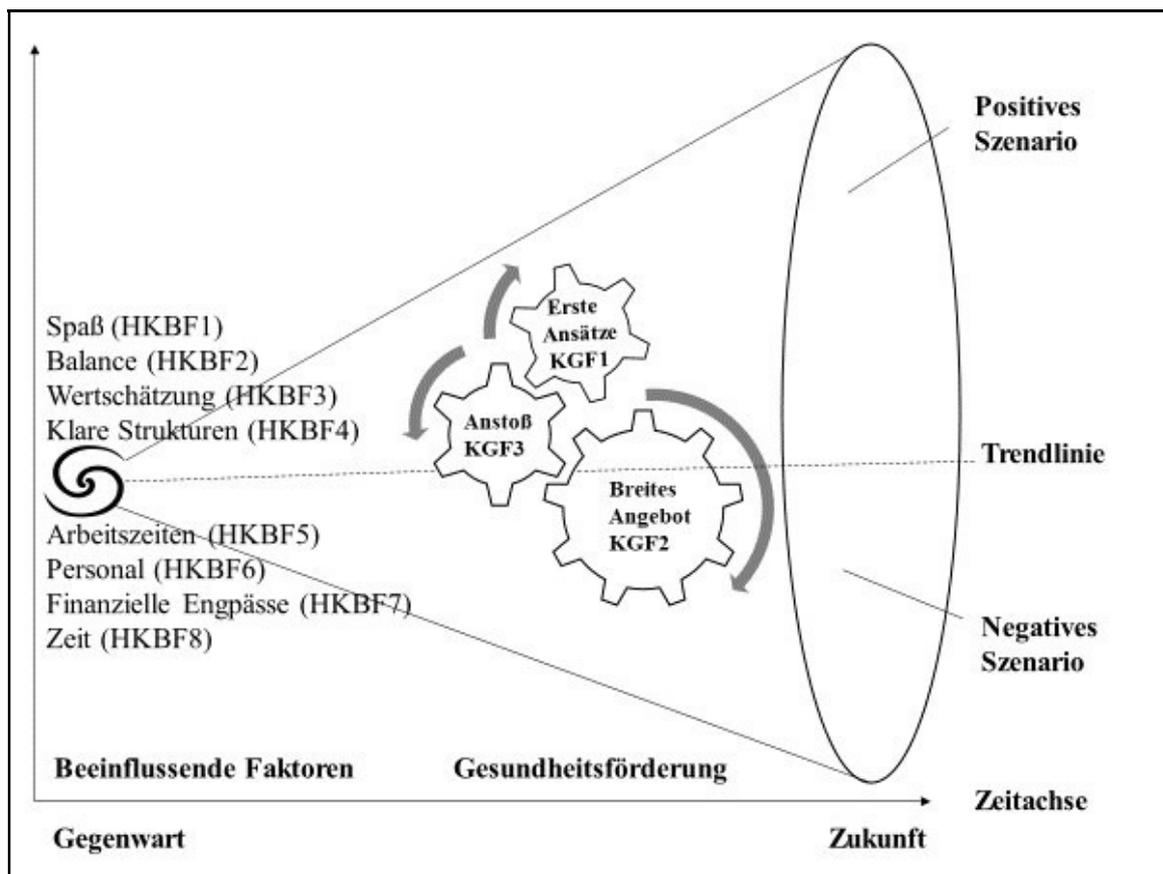


Abbildung 23: Beeinflussende Faktoren und GF zum Verbleib im Pflegeberuf – Szenario-Trichter

(Ableitung aus: von Reibnitz 1992:27; Interview A1b-N2), eigene Darstellung

3.3.6 Zusammenfassung der Inhaltsanalyse und Kategorienentwicklung

Nach Zusammenführung der zwölf fördernden und neun hemmenden Faktoren ergeben sich acht Hauptkategorien als beeinflussende Faktoren zum Verbleib im Pflegeberuf (HKBF). Als Schlüsselkategorie kristallisiert sich Wertschätzung heraus, da Pflegefachkräfte das hohe Arbeitsaufkommen, den Zeitdruck durch Personalmangel, aufgrund finanzieller Engpässe als „Nicht-Wertschätzung“ ihrer Arbeit wahrnehmen. Diese Kategorie spiegelt sich implizit in den Unterkategorien wider, wonach erste Ansätze des BGM vorhanden sind und verschiedene Maßnahmen zur GF angeboten werden. Es bedarf jedoch einer Zusatzinformation des Vorgesetzten, dass das BGM eingerichtet wurde, weil der Arbeitgeber seine Mitarbeiter wertschätzt und demzufolge in ihre Gesundheit investiert. Würden die Maßnahmen in der Arbeitszeit angeboten, könne dies ein Anstoß zum Verbleib im Beruf sein. Allerdings löse BGM nicht das Grundproblem, sondern strukturelle Veränderungen seien unumgänglich.

Ein semantisches Modell stellt Haupt- und Nebenkategorien gegenüber und visualisiert den

Reaktionsprozess auf beeinflussende Faktoren im Pflegeberuf durch erste Ansätze des BGM.

3.3.7 Episodenidentifikation

In Vorbereitung zur Typologie werden bedeutsame Episoden (E) zu den folgenden Fragen herausgefiltert:

1. Welche familiären Rituale wurden zur Gesunderhaltung vermittelt?
2. Welche Aspekte beinhaltet der individuelle Gesundheitsbegriff?
3. Welche gesundheitsfördernden Rituale finden in der Gegenwart Anwendung?, sowie:
4. Welche gesundheitsfördernden Maßnahmen benötigen Pflegekräfte, um weiterhin im Beruf arbeiten zu können?

Zu Beginn der Episodenidentifikation erfolgt eine Kontrastierung innerhalb der Fälle (vgl. Schmidt-Hertha/Tippelt 2011:29). Zur Frage nach Episoden oder Ritualen, der familiären Vermittlung gesunderhaltender Maßnahmen, kristallisieren sich frühzeitig die Gegensätze „Kollektivität“ und „Individualität“ heraus. Dieser Kontrastierung folgend werden auch die weiteren Fragestellungen und deren Typen untergeordnet. Nachstehend wird exemplarisch zu jedem Typus eine jeweilige Episode vorgestellt. In Abgrenzung der Episode von einer Aussage wird diese gerahmt dargestellt.

Episoden Codierung – Kollektivtyp

Episode: Zusammenleben

„Ich habe in der Vergangenheit, ich habe in meiner Kindheit erlebt, dass das Zusammenleben der Familie unterschiedlichster Altersgruppen, also vom, vom Säugling, der vom Fünfjährigen im Garten geschoben wurde, während der Vierzehnjährige mit der Freundin in der Ecke gesessen ist und der Opa geguckt hat und gesagt hat, jetzt musst du mal gucken, was die Kinder da hinten machen, [...] und die Freundin vom Onkel und die Familie mit den Freunden zusammen sind, dann ist das, was ich gesund empfinde, nämlich ein [...] über Generationen hinweggehendes Zusammenleben. Das macht [...] das ist das soziale Leben, das zu uns gehört.“

Interview G2, S. 8, Z. 283-292

Episoden Codierung – Individualtyp

Episode: Weinen ist okay

„Also wenig. Was bei uns halt so gelebt wurde, ist, dass man auch mal weinen darf, dass das okay ist, und dass es guttut. Aber so jetzt sonst eigentlich nichts.“

Interview D1, S. 4, Z. 106-108

3.3.7.1 Sondierung einzelner Episoden

Entsprechend dieser Gegensätze werden die jeweiligen Episoden der einzelnen Fälle identifiziert und den jeweiligen Fragestellungen mit Episodentiteln zugeordnet.

Episodenidentifikation: 1. GF Kindheit – Kollektivtyp (EGFKK)

Analog zu der Aneignung von inkorporiertem Kulturkapital, kann davon ausgegangen werden, dass auch die Vermittlung von Gesundheitskapital überwiegend unbewusst und weitgehend über milieuspezifische Sozialisationsprozesse erfolgt. Hierbei wird die Aneignung meist über den Habitus, die jeweils vorherrschenden Verhaltensmuster, wie Ernährungsgewohnheiten, Freizeit- und Sportverhalten gebildet. (vgl. Abel et al. 2009, in Richter/Hurrelmann 2009:200).

<u>Episode: Zusammenleben</u>		
<i>„[...] , was ich als gesund empfinde, nämlich ein [...] über Generationen hinweggehendes Zusammenleben“</i>		
Interview G2, S. 8, Z. 283-292		
<u>Episode</u>	<u>Interview</u>	<u>Episodentitel</u>
EGFKK 1	G2	Zusammenleben
EGFKK 2	G1b	Zusammensein
EGFKK 3	G1a	War immer einer da
EGFKK 4	J1	Wer gut isst, ist gesund
EGFKK 5	B1	Sicherheit durch Geschwister
EGFKK 6	E1	Viele Pflichten & gelernt selbst zu organisieren
EGFKK 7	A1b	Geschätzt, wenn was verbockt
EGFKK 8	E2	Freiräume und Vertrauen
EGFKK 9	I1	Selbst herausfinden, was gut
EGFKK 10	F1	Mit Familie spazieren in Natur
EGFKK 11	H1	Mama war immer da
EGFKK 12	B2	Eltern immer gearbeitet & Wochenende Familienausflüge
EGFKK 13	K2	Bedingungslose Liebe
EGFKK 14	N1	Unterstützung der Eltern für Ausgleich gesorgt

Tabelle 39: Episodenblock GF Kindheit – Kollektivtyp

(Ableitung aus Interview A1b-N2), eigene Erhebung und eigene Darstellung

Episodenidentifikation: 1. GF Kindheit – Individualtyp (EGFKI)

<u>Episode: Krank, da braucht es viel für</u>
<i>„Ich bin eigentlich so getrimmt von zu Hause, also, also krank, da braucht es schon viel für, [...] also ich habe schon den Kopf unterm Arm tragen müssen, bis ich, bis ich mal zu Hause geblieben bin oder, oder wirklich mal Fieber. Aber so, so, wie ich das heute vielfach erlebe, also, wenn einer Kopfschmerzen hat oder einen Schnupfen hat und sich dann krankmeldet, das hätte es jetzt von, von meinen Eltern aus, hätte es das nie gegeben. Also da, da beißt man eigentlich durch und lässt sich</i>

<i>nicht hängen. Das ist eigentlich so, so das Prinzip gewesen, mit dem ich so groß geworden bin.“</i> Interview M2, S. 4, Z. 110-17		
<u>Episode</u>	<u>Interview</u>	<u>Episodentitel</u>
EGFKI 1	G3	Besonderes zu essen
EGFKI 2	D2	Walking, vor sich hinsprechen
EGFKI 3	D1	Weinen tut gut
EGFKI 4	C1	Sehr über Grenzen gehen
EGFKI 5	J2	Trotz Krankheiten sehr leistungsfähig
EGFKI 6	I2	Ungesunde Verhältnisse, Oma, immer aufgepasst
EGFKI 7	L2	Hartes Brot essen gibt gute Zähne
EGFKI 8	M2	Krank, da braucht es viel für

Tabelle 40: Episodenblock GF Kindheit – Individualtyp

(Ableitung aus Interview A1b-N2), eigene Erhebung und eigene Darstellung

Interpretation der Episodenidentifikation: GF – Kindheit

Spontan kann zur Vermittlung von Gesundheitskompetenzen in der Kindheit kein Interviewteilnehmer eine Aussage machen. Nach Sekunden des Überlegens wird eher in Bezug auf „Krankheit“ geantwortet; z. B.: „Ich habe gelernt, dass man trotz Krankheit sehr leistungsfähig sein kann“ (J2); oder „Ich habe gelernt, sehr über meine Grenzen zu gehen“ (C1). Nach Zögern zeigen Aussagen, dass „gemeinsame Frühstücke“ (H1), „Mutter war immer da“ (G1a), „bedingungslose Liebe“ (K2), „geschätzt, auch wenn man etwas verbockt hatte“ (A1b) im Rückblick als gesund empfunden wurden. Explizit kann niemand sagen, was bewusst zum Erhalt der Gesundheit vermittelt wurde, insbesondere nicht zur Frage: „Was erhält meine Seele gesund“. Stattdessen wird erwähnt, dass das Gesundheitsverhalten der Eltern unbewusst (mit-)prägend war und vielfach übernommen wurde.

Episodenidentifikation: 2. Individueller Gesundheitsbegriff – Kollektivtyp (EGBK)

Der Begriff Gesundheit wird in der Literatur mehrdimensional und facettenreich beschrieben (vgl. Uhle/Treier 2013:6; Richter/Hurrelmann 2016:163). Zudem weisen Fuchs/Schlicht darauf hin, dass die WHO-Fassung (2005:VIII) zur Verwirklichung persönlicher und gesellschaftlich erwarteter Lebensziele seelische Gesundheit verantwortet (vgl. Fuchs/Schlicht 2012:2).

<p><u>Episode: Gesundheit, Leben außerhalb der Arbeit</u></p> <p><i>„Für mich ganz persönlich. Ja, also Gesundheit in der Hinsicht, dass ich wirklich physisch und psychisch einfach auch ein Leben außerhalb der Arbeit habe. Das ist halt einfach dann gesund in der Hinsicht: Das Arbeiten macht soweit Spaß, dass man auch nach Hause kommt und sage ich mal, nicht auf die Arbeit wieder freut am nächsten Tag, aber nicht sagt: Ach, nicht schon wieder. Also wirklich, dass es eine gewisse Balance auch wirklich zwischen besteht. Man kann zu Hause entspannen. Man wird nicht von der Arbeit verfolgt. Und, wenn man zufrieden ist, dann denkt man auch mal vielleicht ganz gerne an die Arbeit, als wenn es wirklich anstrengend war. Dann möchte</i></p>
--

man einfach nur sagen: Nein, ich möchte gar nichts mehr davon hören. Das ist so [...] geht auch, aber ich denke, das andere ist eine gesündere Einstellung, wenn man doch mal an die Arbeit denkt, weil da ist man einfach lange Zeit, dass man da halt wirklich gut dran denkt [...].“
Interview G1a, S. 3, Z. 100-103

<u>Episode</u>	<u>Interview</u>	<u>Episodentitel</u>
EGBK 1	G2	Arbeitsfähigkeit
EGBK 2	G1b	Kraftvoll und zufrieden
EGBK 3	G1a	Leben außerhalb der Arbeit
EGBK 4	J1	Anforderung standhalten
EGBK 5	B1	Frei im Kopf
EGBK 6	E1	Gesund, innerlich und äußerlich
EGBK 7	A1b	Zufrieden, ausgeglichen sein
EGBK 8	E2	Balance halten
EGBK 9	I1	Stabil in jede Richtung
EGBK 10	F1	Zur Ruhe kommen können
EGBK 11	H1	Psychisches Wohlbefinden
EGBK 12	B2	Psychisch gesund & stabil
EGBK 13	K2	Selbstbestimmung über Körper
EGBK 14	N1	Für sich selbst im Klaren

Tabelle 41: Episodenblock individueller Gesundheitsbegriff – Kollektivtyp

(Ableitung aus Interview A1b-N2), eigene Erhebung und eigene Darstellung

Episodenidentifikation: 2. Individueller Gesundheitsbegriff – Individualtyp (EGBI)

Episode: Gesundheit heißt, sich wohlfühlen, neugierig, nicht müde, körperlich aktiv

„Gesundheit heißt sich, heißt eigentlich sich wohlfühlen... [...] neugierig zu sein auf, auf andere Dinge, also auch den [...], den Raum zu haben, Neues zu entdecken, nicht müde zu sein, körperlich aktiver zu sein, ja.“

Interview C1, S. 5, Z. 145-147

<u>Episode</u>	<u>Interview</u>	<u>Episodentitel</u>
EGBK 1	G3	Wohlbefinden, Zufriedenheit, leistungsfähig
EGBK 2	D2	In sich ruhen können
EGBK 3	D1	Psychische Gesundheit
EGBK 4	C1	Wohlfühlen
EGBK 5	J2	Komplettes Wohlbefinden
EGBK 6	I2	Sinnhaftes gutes Leben
EGBK 7	M2	Zustand völligen <u>Wohlbefindens</u>
EGBK 8	L2	Freiheit von Schmerzen

Tabelle 42: Episodenblock individueller Gesundheitsbegriff – Individualtyp

(Ableitung aus Interview A1b-N2), eigene Erhebung und eigene Darstellung

Interpretation der Episodenidentifikation: Gesundheitsbegriff

Die in der Literatur beschriebene Mehrdimensionalität des Gesundheitsbegriffs findet sich in allen Interviewaussagen wieder. Explizit weisen die Experten darauf hin, dass der Begriff Gesundheit die psychische Gesundheit einschließt.

Episodenidentifikation: 3. Kraft schöpfen/Gegenwart – Kollektivtyp (EKSGK)

Bei Stressbewältigungsprogrammen ist die kognitive Bewertung entscheidend, denn vor Einsetzen einer Stresssituation wird der aktuelle Stressor identifiziert und entsprechend des persönlichen Stressbewältigungsprogramms bewertet (vgl. Zimbardo 1995:577).

Episode: Kraft schöpfen aus stabilem Familienleben und Unternehmungen mit Freunden

„[...]aus einem stabilen Familienleben, [...] ganz klar, der Kontakt mit meinen Freunden und den Unternehmungen mit denen. Das ist mir extrem wichtig, ne. So, wir treffen uns einmal die Woche zum [...] (Sportart). Früher sind wir Laufen gegangen und die Marathonvorbereitungen und so, das war natürlich toll. Und das war dann, so langsam ist das halt alles weniger geworden mit dem Laufen.“

Interview J1, S. 6, Z. 196-204

<u>Episode</u>	<u>Interview</u>	<u>Episodentitel</u>
EKSGK 1	G2	Freizeit, Frau / Pferd / Fahrrad
EKSGK 2	G1b	Austauschen und abhaken
EKSGK 3	G1a	Austauschen
EKSGK 4	J1	Familienleben & Unternehmungen mit Freunden
EKSGK 5	B1	Machen viel zusammen
EKSGK 6	E1	Mein Glaube und Familie
EKSGK 7	A1b	Erholungsphasen & Enkelkinder
EKSGK 8	E2	Familie & Wandern
EKSGK 9	I1	Enkelkinder & Wandern
EKSGK 10	F1	Ruhemomente
EKSFK 11	H1	Zusammen Abendessen und austauschen
EKSGK 12	B2	Glaubensgemeinschaft & Familie
EKSGK 13	N1	Familie: Rückenhalt, Sport, Feedback Patienten
EKSGK 14	K2	Freizeit, Familie, Sport, plaudern mit Freunden

Tabelle 43: Episodenblock Kraft schöpfen/Gegenwart – Kollektivtyp

(Ableitung aus Interview A1b-N2), eigene Erhebung und eigene Darstellung

Episodenidentifikation: 3. Kraft schöpfen / Gegenwart – Individualtyp (EKSGI)

Episode: In die Weite schauen

„Also ich bin durchaus in der Lage auch kleine Dinge wahrzunehmen. [...] Und häufiger mal, wenn ich es ganz schwer habe, dann muss ich unbedingt mal auf einen Hügel gehen oder auf einen Berg gehen, und dass ich mal in die Weite schauen kann und mein [...] Ich sage dann immer, ich muss dann meine Festplatte wieder neu sortieren.“

Interview D2, S. 5-6, Z. 171-172, Z. 180-184

<u>Episode</u>	<u>Interview</u>	<u>Episodentitel</u>
EKSGI 1	G3	Ruhe
EKSGI 2	D2	In die Weite schauen
EKSGI 3	D1	Ruhe

EKSGI 4	C1	Ruhe
EKSGI 5	J2	Ruhe und Auszeit
EKSGI 6	I2	Tiefenentspannung
EKSGI 7	L2	Unkraut jäten hat Meditatives
EKSGI 8	M2	Ausgleich suchen

Tabelle 44: Episodenblock Kraft schöpfen/Gegenwart – Individualtyp

(Ableitung aus Interview A1b-N2), eigene Erhebung und eigene Darstellung

Interpretation der Episodenidentifikationen: Kraft schöpfen – Gegenwart

Das in der Literatur beschriebene unterschiedlich empfundene Stressempfinden wird von den Experten empirisch bestätigt. Aufgrund vielfältigen Stressempfindens werden auch unterschiedliche Methoden des „Kraftschöpfens“ angewandt, die von (sportlichen) Aktivitäten im Freundes- und Familienleben bis Unkraut jäten oder Tiefenentspannung reichen.

Episodenidentifikation: 4. GF Pflege – Kollektivtyp (EGFPK)

Aufgrund variierender Belastungen innerhalb der unterschiedlichen Berufsgruppen sprechen sich Badura et al. für eine adressatengerechte Implementierung gesundheitsfördernder Maßnahmen innerhalb des BGM aus (vgl. Badura et al. 2015:6ff). Für Leidenfrost entspricht die Art wie Führungskräfte mit ihrer Gesundheit umgehen oft der Weise, wie sie alltäglichen Anforderungen begegnen und ihre individuellen Ressourcen einsetzen (vgl. Leidenfrost 2006:367). Welche gesundheitsfördernden Maßnahmen Pflegefachkräfte selbst präferieren, verdeutlichen nachfolgende Episodentitel.

<u>Episode: Stelle, wenn am Ende mit der Kraft</u>		
<i>„Ja, aber auch vielleicht so Gespräche, wenn einer vielleicht wirklich überfordert ist und, ja, kaputt ist oder am Ende ist mit der Kraft. Dass man, irgendeine Stelle... [...] ein Gespräch zu führen oder auch Hilfe zu bekommen, wenn er zum Beispiel keine Familie hat oder gar keine anderen Quellen hat, wo er Kraft schöpfen oder diesen Ausgleich schöpfen kann.“</i>		
Interview E1, S. 6, Z. 186-190		
<u>Episode</u>	<u>Interview</u>	<u>Episodentitel</u>
EGFPK 1	G2	MA wohlfühlen, Sport, Krisenintervention
EGFPK 2	G1b	Haltung: Man darf Hilfe holen und eigene Granzen anerkennen
EGFPK 3	G1a	(Personelle) Unterstützung, Sport, Wunschdienstplan
EGFPK 4	J1	Entspannungsübungen, Rückenschule
EGFPK 5	B1	Stressbewältigung, Sicherheit: praktische Übung - Reanimation
EGFPK 6	E1	Stelle, wenn am Ende mit der Kraft
EGFPK 7	A1b	Betriebssport, Ausflüge, gemeinsame Essen
EGFPK 8	E2	Regelmäßige Gespräche, Supervision auch für somatische Bereiche
EGFPK 9	I1	Rückenschule, Yoga, Wandern: Fördert Miteinander
EGFPK 10	F1	Kinderbetreuung, würde viel Stress wegnehmen
EGFPK 11	H1	Stressmanagement; ruhig bleiben: Training
EGFPK 12	B2	Miteinander fördern - nicht allein stemmen; MA fragen!

EGFPK 13	N1	Entlastung: kostenlose, mobile Massagen; Sportevents; Rückenschule
EGFPK 14	K2	Organisationsentwicklung, interdisziplinär (nicht nur Pflege)

Tabelle 45: Episodenblock GF/ Pflege – Kollektivtyp

(Ableitung aus Interview A1b-N2), eigene Erhebung und eigene Darstellung

Episodenidentifikation: 4. GF Pflege – Individualtyp (EGFPI)

<p>Episode: Instrumente die Beschwerden lindern, jemand im Frei auch im Frei lassen</p> <p>„Und ich denke, was <u>Pflege im Beruf hält und gewinnt</u>, das sind andere Punkte. Also das ist halt [...] Überstunden, das ist so <u>ein Punkt</u>, ja, die wachsen, aber die Chance zu geben, dem Mitarbeiter einen Ausgleich zu geben, gibt es <u>fast nicht</u>. Und ich persönlich finde es nicht <u>gesund</u>, wenn die Mitarbeiter sich immer nur auszahlen lassen, ne. Weil das Geld ist [...] irgendwann ist auch das meiste Geld nicht, nicht aufwertbar mit Gesundheit.</p> <p>[...] Ich denke, das <u>Arbeitsaufkommen selbst</u>, dass man das <u>gut</u> bewältigen kann. Man kann immer solche Spitzen abfedern, dass man mal drei, vier, fünf Tage Vollgas gibt oder mehr als 100 Prozent arbeitet. Das kann jeder gut abfedern. Nur, wenn es dann chronisch wird, wird es schwierig. Und was ich halt in der Pflege am <u>unattraktivsten</u> finde ist, wenn ich im Dienstplan „frei“ stehen habe, heißt das nicht, dass ich auch an dem Tag frei habe, weil es ist <u>so oft</u>, dass das Telefon klingelt: Kannst du kommen? Ich brauche dich. [...] Das ist, das heißt, der Mitarbeiter kann grundsätzlich nicht abschalten. Selbst, wenn er <u>nein</u> sagt, in seinem Kopf arbeitet es: Die brauchen jemanden, ich sage nein, ich lasse die im Stich. Und es ist keiner so abgebrüht und sagt, ist mir egal und macht seine Freizeit weiter. Er sagt vielleicht aus <u>Schutz</u>, ich komme heute nicht, weil er merkt, ich bin eigentlich am Ende. Aber es wird ihn den ganzen Tag beschäftigen.“</p> <p style="text-align: right;">Interview D1, S. 8, Z. 243-264</p>		
<u>Episode</u>	<u>Interview</u>	<u>Episodentitel</u>
EGFPI 1	G3	Verwöhnprogramm, Sport, vergünstigte Fitnessclubs
EGFPI 2	D2	Stressbewältigungsstrategien, Rückengesundheit
EGFPI 3	D1	Instrumente, die Beschwerden lindern, jemand im Frei auch im Frei lassen
EGFPI 4	C1	langfristige Planung, um eigene Auszeiten zu gestalten
EGFPI 5	J2	Weiterentwicklungsmöglichkeiten, Schulung von Pflege und Ärzte mit demselben Führungssystem
EGFPI 6	I2	Rückenschule, Fitnessgeräte, Coachings, Supervisionen, geregeltere Dienstpläne
EGFPI 7	L2	Was mit Bewegung: So bilden sich Gruppen, das macht Spaß
EGFPI 8	M2	Gesundheitscheck ab 50, Sicherheit: Umgang mit Gewalt

Tabelle 46: Episodenblock GF/ Pflege – Individualtyp

(Ableitung aus Interview A1b-N2), eigene Erhebung und eigene Darstellung

3.3.7.2 Interpretation der Episodenidentifikationen

Die Frage nach gesundheitsfördernden Wunsch-Angeboten für Pflegefachkräfte birgt eine ebenso große Antwort-Heterogenität, wie die Frage nach dem generellen Verbleib im Pflegeberuf durch Implementierung von GF.

Auch hier fällt die Differenziertheit der Antworten auf, wobei grundsätzlich die Episoden des „Kraft schöpfens“ mit denen der „gewünschten gesundheitsfördernden Maßnahmen“ positiv

korrelieren. Wenn beispielsweise individuell durch *Ruhe* und *Auszeit* „Kraft geschöpft“ wird (D1; C1), so besteht ebenso der Wunsch nach organisationalen Angeboten einer *langfristigen Planung der eigenen Auszeiten* (C1) und *jemandem im Frei lassen* (zu können), *der Frei hat* (D1). Hier spiegelt sich das bereits genannte Personalproblem und letztendlich das der Wertschätzung wider, indem „[...] die Leistung anzuerkennen“ und „[...] diese Beschwerden lindern [...]“ durch personelle Unterstützung viel wichtiger sei (Interview D1, S.65, Z.242), Parallelen finden sich ebenso beim Kollektivtyp, der gegebenenfalls *Wandern* als individuellen Ausgleich nutzt und auch auf Organisationsebene *Wandern* als *förderndes* Gemeinschaftselement zielführend sieht (I1). Oder wenn *Austausch und abhaken* eine persönliche Bewältigungsstrategie ist, auch im Organisationskontext das Angebot zur Haltungsentwicklung *Hilfe holen und eigene Grenzen an(zu)erkennen* (G1b) als GF gewünscht wird. Leidenfrost's Hinweis, dass Führungskräfte so mit dem Körper umgehen, wie sie täglichen Anforderungen begegnen und ihre Ressourcen einsetzen (Leidenfrost 2006), kann empirisch bestätigt und erweitert werden. Erweitert, indem die Manager diese Strategien auch für ihre Mitarbeiter wünschen.

3.3.7.3 Zusammenfassung Episodenidentifikation

Während der Planung der Typenbildung werden relevante Episoden aufgespürt und erhalten gemäß ihrer Fragestellung eine entsprechende Kennung. Gleich zu Beginn kristallisieren sich innerhalb der Episoden die Gegensätze „Kollektivität/Individualität“ heraus und dieser Kontrastierung folgend, erhalten die weiteren Fragestellung ihre typisierende Zuordnung. Zur Frage, welche Inhalte zur GF in der Kindheit vermittelt wurden, kann spontan keine Aussage gemacht werden. Nach Zögern wird eher bezüglich Krankheit geantwortet: „Ich habe gelernt, dass man trotz Krankheit sehr leistungsfähig sein kann“ (J2) und rückblickend gemeinsame Frühstücke (H1); Mutter war immer da (G1a) oder bedingungslose Liebe (K2), gesund empfunden. Explizit kann niemand sagen, was bewusst zum Erhalt der Gesundheit vermittelt wurde, eher dass das (Gesundheits-)Verhalten der Eltern unbewusst (mit-)prägend war. Aufgrund unterschiedlicher Aneignungskonzepte entwickelt sich demzufolge der individuelle Gesundheitsbegriff facettenreich. Jedoch weisen alle Experten darauf hin, dass der Gesundheitsbegriff die psychische Gesundheit impliziert. Aufgrund variierender Gesundheitskonzepte werden auch unterschiedliche Methoden des „Kraftschöpfens“ angewandt. Während Individualisten ihre Kraft möglicherweise durch Ruhe und Auszeit (D1, C1) schöpfen, besteht auch auf Organisationsebene der Wunsch nach GF durch verlässliche Planung der eigenen Auszeit (D1, C1). Demgegenüber wünschen sich Kollektivisten auch im

beruflichen Kontext die Förderung eines gemeinschaftlichen Miteinanders durch Feste und/oder sportliche Events.

3.4 Ergebnisdarstellung der Typologie

Analog zu den Ähnlichkeitsprinzipien von Dokumentenanalyse und Kategorienentwicklung bilden ebenso die Expertenaussagen mit gleichem oder ähnlichem Inhalt einen Typus. Wie unter Kapitel 2.13 dargelegt, gleicht die Bildung von Typen einem theoretisch effektiven Strukturierungsinstrument empirischer Daten zur Aufdeckung sozialer Strukturen und daraus ableitbarer Interventionsstrategien (vgl. Schmidt-Hertha/Tippelt 2011:23).

Nach Schütz (1971) visualisieren Typologien in einer Matrix typische und atypische Merkmale von Gruppen. Für den hiesigen Kontext ist relevant, dass zu den typisierenden Gruppenmerkmalen auch Zustandsbeschreibungen und Handlungsoptionen typologisiert werden können (vgl. Wurdack 1999:35, in: Wagner 1999:35). Vorliegende Forschung identifiziert mithilfe einer Clusteranalyse Realtypen zu den Fragen: Vermittlung GF/Kindheit; individueller Gesundheitsbegriff; GF/Gegenwart und GF/Pflegefachkräfte.

3.4.1 Kontrastierung der Fälle

Wie beschrieben bilden sich zur Frage nach der Vermittlung gesundheitsfördernder Maßnahmen in der Kindheit, frühzeitig die Kontraste Kollektivität/Individualität heraus.

*„[...]]was ich gesund empfinde, ein [...] über Generationen hinweggehendes Zusammenleben.
Das macht [...] das ist das soziale Leben, das zu uns gehört.“*
Interview G2, Z. 283

*„Was bei uns halt so gelebt wurde, ist, dass man auch mal weinen darf, dass das okay ist,
und dass es gut tut. Aber so jetzt sonst eigentlich nichts.“*
Interview D1, Z. 106

Generalisierung des Typus „Vermittlung von GF in der Kindheit“

Die (meist) unbewusste Prägung der Eltern hat dazu geführt, dass Kollektivisten in der Kindheit „Gemeinschaft“ kennengelernt haben. Hinsichtlich gemeinschaftlicher Unternehmungen wird jedoch zwischen Aktivitäten im Freundeskreis und/oder der Familie unterschieden. Die Events im Freundeskreis erfolgen regelmäßig, *einmal pro Woche Sport* (J1) oder *einmal pro Woche tanzen* (G1b) und daher erhält dieser Typ die Kennung „Ritualist“. Innerhalb der Familie werden regelmäßige Wanderungen favorisiert (I1, A1b, E2), wobei hier das Phänomen der „Wertschätzung“ dominiert (A1b, E2, K2), was die Chiffrierung „Geschätzte“ begründet.

„[...] der Kontakt mit meinen Freunden und den Unternehmungen mit denen. Das ist mir extrem wichtig, ne. So, wir treffen uns einmal die Woche zum ... (Sportart).“
Interview J1, Z. 196

„[...] dass die Eltern immer für einen da sind, geregelter Tagesablauf, auch, wenn man mal irgendwas verbockt hat, wird man geschätzt, dass das alles gar nicht so schlimm ist dann quasi.“
Interview A1b, Z. 60

Als weitere Merkmalsausprägung kristallisiert sich heraus, dass manchen Interviewpartnern in der Kindheit vermittelt wurde, (sehr) über die eigenen Grenzen zu gehen, um (noch) leistungsfähiger zu sein, die „Über-Grenzen-Geher“. Eine andere Gruppe hat in der Kindheit gelernt, dass es bei Krankheit etwas Besonderes zu essen gab und dieser Typus erhält die Bezeichnung „Besondere“.

„[...] also ich habe durch meinen Vater gelernt, [...] dass man mit unbändiger Kraft da weitermacht. Also auch so eine Stärke. Und da ist auch so eine Leistungsnorm dahinter, [...] im Unterbewusstsein mitbekommen, wo wir auch sehr unermüdlich arbeiten, also da auch sehr über unsere Grenzen gehen.“
Interview C1, Z. 206-212

„Also, wenn ich krank war, bekam ich einen besonderen Pudding, also warmen Vanillepudding mit Erdbeeren und ich bekam irgendwas Besondere.“
Interview G3, Z. 205

Erstgenannte „Über-Grenzen-Geher“ haben gelernt, trotz Krankheiten sehr leistungsfähig zu sein (J2), arbeiten daher sehr leistungsorientiert (C1), sind hartes Brot (L2) und „durchbeißen“ (M2) gewohnt. Dies erlaubt auf der horizontalen Matrixebene die Fixierung der Pole „Präsentismus/Absentismus“ und auf vertikaler Ebene die Einordnung der Gegensätze „Kollektivität/Individualität“.

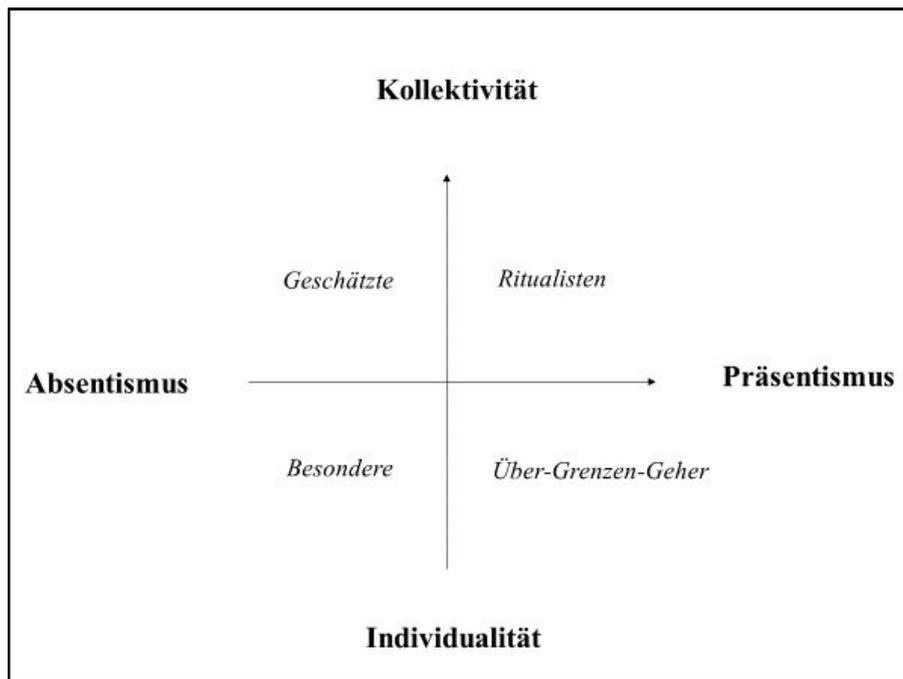


Abbildung 24: Kontrastierung Typologie – Fachkräfteerhalt

(Ableitung aus: Interview A1b-N2, eigene Darstellung)

Generalisierung des Typus „Kraftschöpfen – Gegenwart“

In der Freizeit wenden die Interviewpartner meist die gesundheitsfördernden Maßnahmen an, die (mitunter) unbewusst in der Kindheit prägend waren. Wie aus den Episodentiteln ersichtlich, differenzieren die Kollektivisten meist ihre Freizeitaktivitäten zwischen Familien- und Gemeinschaftsleben, während die Individualisten Ruhe und Behaglichkeit bevorzugen.

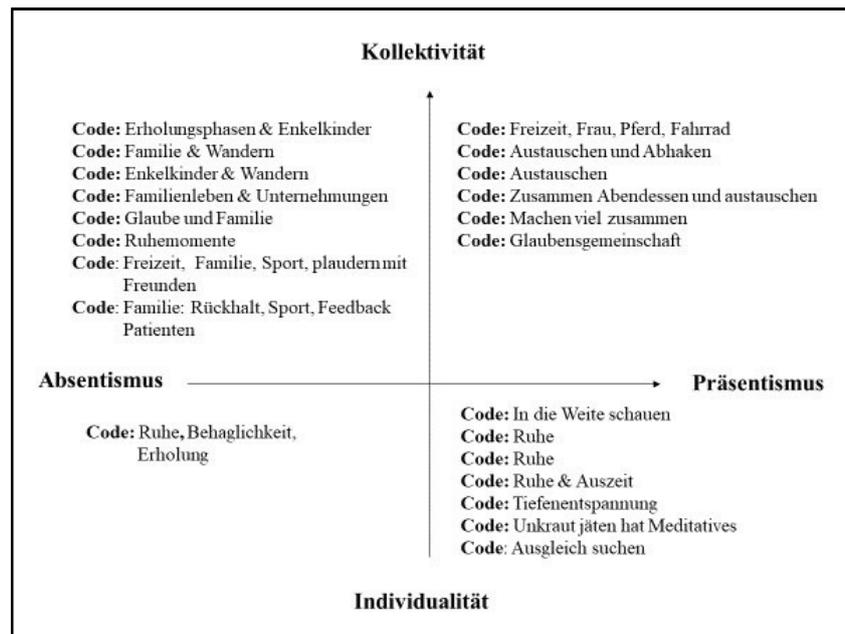


Abbildung 25: Generalisierungsbeispiel Kraftschöpfen

(Ableitung aus: Interview A1b-N2), eigene Darstellung

Um aus den Zustandsbeschreibungen Personentypen zu generieren, dient als Vorlage das Interviewzitat: „Dass ich Ausgleich *suche* in, in sportlicher Betätigung, in [...]“ (M2, Z. 123, Hervorhebung durch die Autorin). So wird das Nomen „Suchende“ gewählt und nach Reduktion der Episodentitel werden zur Frage des „Kraftschöpfens in der Gegenwart“ die Typen: Gemeinschaft-, Familienleben-, Ruhe- und Behaglichkeit-Suchende, ermittelt.

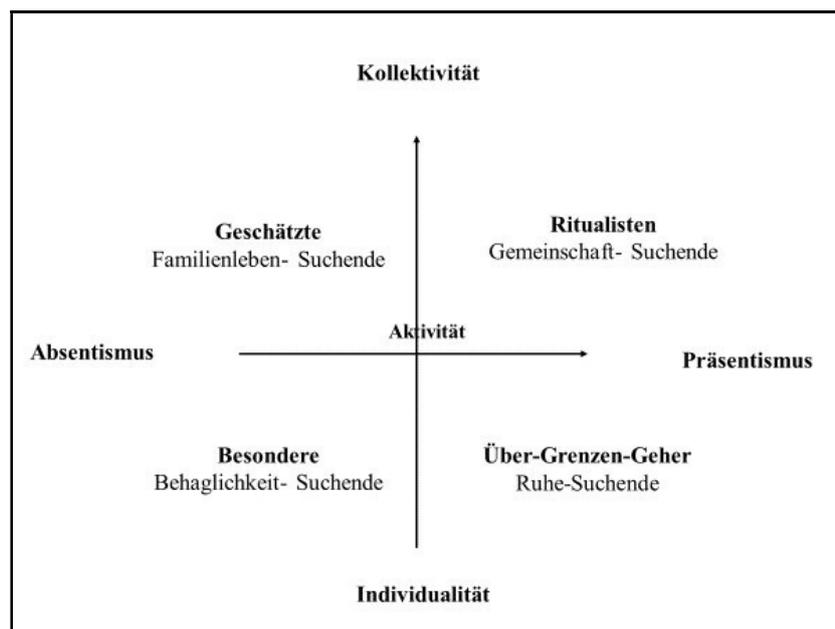


Abbildung 26: Typenbildung – Kraftschöpfen

(Ableitung aus: Interview A1b-N2), eigene Darstellung

Generalisierung des Zustandstypus „Gesundheitsbegriff“ und Interventionstyp „Maßnahmen GF – BGM“

Analog oben beschriebener Vorgehensweise werden aus den Episodentiteln der Zustandstyp „individueller Gesundheitsbegriff“ in Verbindung des Interventionstypus „Maßnahmen-GF-BGM“, gebildet.

Abschließend werden beiden Typen „GF- Kindheit“ und „Kraft schöpfen-Gegenwart“ in einem Matrix-Diagramm dem Zustandstyp „Gesundheitsbegriff“ und „GF- BGM“ gegenübergestellt.

 Gesundheitsförderung- Kindheit					
Ritualisten	X				
Über-Grenzen-Geher		X			
Besondere			X		
Geschätzte				X	
	Arbeitsfähigkeit	Wohlbefinden	Zufriedenheit	Stabilität	← Gesundheits-Begriff
	Miteinander fördern	Instrumente zur Linderung	Verwöhnprogramme	Unterstützung	← Gesundheits-förderung (BGM)
Gemeinschaft-Suchende	X				
Ruhe-Suchende		X			
Behaglichkeit-Suchende			X		
Familienleben-Suchende				X	
 Kraft schöpfen in der Gegenwart					

Abbildung 27: Matrix-Diagramm, GF-Kindheit/Kraft schöpfen-Gegenwart/Gesundheitsbegriff/ (Ableitung aus: Interview A1b-N2), eigene Darstellung

3.4.2 Interpretation der Ergebnisse – Typologie

Zur Frage, was im Elternhaus zum Erhalt der Gesundheit vermittelt wurde, wird eine Typologie (nach Schütz) entwickelt. Spontan kann zur Vermittlung von GF in der Kindheit kein Interviewteilnehmer eine Aussage treffen. Nach Zögern wird eher in Bezug auf

„Krankheit“ geantwortet; wie „*Ich habe gelernt, dass man trotz Krankheit sehr leistungsfähig sein kann*“, oder „*Ich habe gelernt, sehr über meine Grenzen zu gehen*“ und dass rückblickend „*gemeinsame Frühstücke*“, „*Mutter war immer da*“, „*bedingungslose Liebe*“, „*geschätzt, auch wenn man etwas verbockt hatte*“, als gesund empfunden wurden. Explizit kann niemand sagen, was bewusst zum Erhalt der Gesundheit vermittelt wurde; insbesondere nicht zur Frage: „Was erhält meine Seele gesund“. Stattdessen wird erwähnt, dass das Gesundheitsverhalten der Eltern unbewusst (mit-)prägend war und vielfach übernommen wurde. Ein Interviewpartner gibt an, die Mutter habe immer gesagt: „Es gibt viele Krankheiten, aber nur eine Gesundheit“ (N1).

Die Typologie wird als Matrix angelegt und es kristallisieren sich Realtypen heraus, die auf vertikaler Ebene zwischen den Polen Kollektivität und Individualität und auf der horizontalen Ebene zwischen Absentismus und Präsentismus eingeordnet werden. Bezugnehmend auf die Frage nach GF in der Kindheit werden die vier Typen: *Ritualisten*, *Über-Grenzen-Geher*, *Besondere* und *Geschätzte* identifiziert. Den Interviewaussagen folgend haben die Ritualisten in der Kindheit gelernt, regelmäßig (z. B. 2x wöchentlich) meist *sportlichen Unternehmungen* im Freundeskreis nachzugehen. Den Über-Grenzen-Gehern wurde vermittelt, dass es *viel braucht, um krank zu sein*. Im Gegensatz zu den Besondern, die erfahren haben, dass es *bei Krankheit etwas Besonderes zu essen* gab. Die Geschätzten erfuhren in der Kindheit, dass *sie geschätzt wurden, auch wenn man etwas verbockt hatte*. Weiter ergibt die Analyse, dass die in der Kindheit gemachten Erfahrungen mit GF (bewusst, unbewusst oder gar fehlend) direkten Einfluss auf den gegenwärtigen Gesundheitsbegriff haben. Ritualisten kennzeichnen Gesundheit als Zustand der *Arbeitsfähigkeit*; Über-Grenzen-Geher definieren Gesundheit als *Wohlbefinden* und in geringer Abweichung dazu bezeichnen die Besonderen die eigene Gesundheit als Zustand der *Zufriedenheit*. Die Geschätzten verbinden mit Gesundheit *Stabilität*.

Die Antworten zur Frage: „Woraus schöpfen Sie Kraft?“ verdeutlichen ebenfalls die frühe GF und Ritualisten ziehen ihre Kraft aus *sportlichen Unternehmungen in der Gemeinschaft*. Während Über-Grenzen-Geher ihre Kraft aus *Ruhe und Auszeit* und die Besonderen aus *Behaglichkeit* schöpfen, suchen die Geschätzten ihre Erholung im *Familienleben und Wandern*. Die sportlichen Aktivitäten variieren innerhalb der Typen nach Intensität und Frequenz: Die Ritualisten laufen Marathon oder reiten im Freundeskreis; die Über-Grenzen-Geher walken gelegentlich oder tanzen und die Geschätzten wandern mit ihren Familien. Die Besonderen verwöhnen sich mit Lesen, Massage oder Wellness-Programmen.

Entsprechend ihrer individuellen Präferenz wünschen sich die Interviewteilnehmer das

gleiche Angebot an GF-Programmen auf organisationaler Ebene. Für Ritualisten, die regelmäßig (meist) sportliche Unternehmungen im Freundeskreis wahrnehmen, sind *sportliche Events auch im beruflichen Kontext* unverzichtbar, weil für sie die Verbindung mit Sport den Gemeinschaftsgeist fördert. Dies hat für Geschätzte nicht eine solche Priorität, da sie bereits die mangelnde Wertschätzung im Beruf mit Anerkennung in der Familie kompensiert haben. Für diese Typen ist wichtiger, dass es eine *Stelle gibt, an die sie sich wenden können*, wenn sie sich überfordert fühlen und sie benötigen Konfliktlösungsstrategien. Demgegenüber wünschen sich Besondere Maßnahmen, die Behaglichkeit ausstrahlen, wie *mobile Massagen oder Angebote der Physikalischen Therapie*. Die Über-Grenzen-Geher mit ihrem Sinn nach Ruhe und Auszeit wünschen sich *Instrumente zur Linderung der Beschwerden*. Dieser Wunsch wiegt doppelt schwer, da sie entsprechend ihrer Prägung gewohnt sind, permanent über ihre eigenen Grenzen zu gehen und sich möglicherweise überfordern. Allerdings können sie ihrem Ruhebedürfnis nicht nachkommen, weil es die Personalsituation nicht zulässt. Daher wünschen sie sich Instrumente, die die Beschwerden lindern, wie etwa Wertschätzung durch Personalzuwachs, um längerfristig die eigenen Auszeiten planen zu können. Anders ausgedrückt fühlen sich die Über-Grenzen-Geher als Symptomträger des Systems.

Im Zusammenhang der gewünschten Angebote zu GF ist nachvollziehbar, dass Gesundheit für Über-Grenzen-Geher bedeutet „sich wohlfühlen“ und dieser Zustand mit Linderung der Symptome einhergeht. Wie die Geschätzten, die sich durch Unterstützungsangebote „stabil“ fühlen und Besondere, für die Angebote zu Behaglichkeit mit einem „Zufriedenheitsgefühl“ verbunden sind. Ritualisten, für die Gesundheit bedeutet, arbeitsfähig zu sein, möchten ihr Leben auch außerhalb des Berufes genießen können.

3.4.2.1 Korrelation zwischen Typologie und Kategorienentwicklung

Die Typologie weist in unterschiedlicher Weise Korrelationen zur Kategorie „Wertschätzung“ auf und am deutlichsten spiegelt sich die Kategorie im Typ *Geschätzte* wider. Implizit schwingt das Phänomen der „Nicht-Wertschätzung“ bei allen Typen mit, da sie aufgrund fehlender Anerkennung und des Wunsches nach mehr Personal permanent ihren eigenen Gesundheitszustand in Gefahr sehen, was mit der Kategorie „Balance“ korreliert. Anschaulich beschreiben *Über-Grenzen-Geher* ihr Dilemma und wünschen sich Linderung der Beschwerden durch Wertschätzung und letztendlich Personaleinstellungen. Dieser Typ steht in engem Zusammenhang mit der meistgenannten Kategorie „Beeinflussender Faktor Spaß“ versus „Motivationsraub“ und relevant erscheint, dass überwiegend Manager diesem Typus

angehören. Für Manager liegt die größte Bedrängnis darin, mit anzusehen, dass die Pflegefachkräfte ihre Pflege nicht so ausrichten können, wie sie es gelernt haben und sie als Vorgesetzte kaum oder geringen Einfluss darauf haben. Diese Hauptkategorie korreliert wiederum mit den Kategorien „Klare Strukturen“ versus „ständige Kämpfe um gute Arbeitsbedingungen“. Das bringt Manager in die Lage, noch weiter über ihre Grenzen zu gehen, obgleich sie Ruhe und Auszeit benötigen. Vermutlich ist dieser Aspekt bekannt, da die höchste Anzahl der ermittelten Projekte zur GF im Bereich Führung liegt.

Abschließend zeigt die Typologie, dass die Sorge der Manager berechtigt ist, nicht alle Mitarbeiter mit den Angeboten zur GF erreichen zu können. Aufgrund unterschiedlicher Sozialisation variieren die individuellen Präferenzen zur GF, was den Wunsch nach heterogenen Angeboten in der Organisation bedingt.

Das spricht für die Bereitstellung eines breiten Angebotes, worin sich alle Typen wieder finden können sowie einer Befragung der Mitarbeiter, welche Angebote sie benötigen.

3.4.3 Zusammenfassung der Ergebnisse – Typologie

Obwohl kein Interviewteilnehmer eine Aussage dazu machen kann, was bewusst in der Kindheit zum Erhalt der Gesundheit vermittelt wurde, lassen die unbewusst gespeicherten Episoden eine Typologie der folgenden Realtypen zu: *Ritualisten*, *Geschätzte*, *Besondere* und *Über-Grenzen-Geher*. Die Einordnung weiterer Typen zeigt, dass frühkindliche GF den individuellen Gesundheitsbegriff bedingt und prägend für die im Laufe des Lebens angewendete GF ist. Die gleichen Maßnahmen, die Pflegefachkräfte in belastenden Situationen nutzen, wünschen sie sich auch als GF – Angebote in der Organisation. Demzufolge ist es ratsam, ein breites Portfolio gesundheitsfördernder Maßnahmen anzubieten, die Mitarbeiter nach ihren Wünschen zu fragen und gegebenenfalls mithilfe von Selbstchecks (vgl. Empfehlungsteil) die jeweiligen Typen innerhalb der Organisation zu ermitteln. Da es sich bei der vorliegenden Untersuchung um eine Exploration handelt, ist in weiteren Studien zu klären, inwieweit Überschneidungen verschiedener Typen vorliegen. Gleichwohl liefert die Typologie erste orientierende Ergebnisse, um Aufschluss über die eigene Ausgangssituation und die der Mitarbeiter zu geben.

3.5 Nebenergebnisse

Für die (Elementar)-Pädagogik können verschiedene Erkenntnisse aus der Typologie gewonnen werden. Neben den Aussagen, dass „gemeinsame Frühstücke“, „Mutter war immer da“, „bedingungslose Liebe“, „geschätzt, auch wenn man etwas verbockt hatte“, rück-

blickend als gesund empfunden werden, ist im salutogenetischen Sinne bedeutsam, dass Kinder bewusst und explizit darauf hingewiesen werden sollten, was gesund erhält.

Es kann angenommen werden, dass den Erziehungspartner (wie den Interviewpartnern) selbst nicht bewusst ist, was ihnen zur GF vermittelt wurde. Dies gilt es in den pädagogischen Einrichtungen zu kommunizieren und daher ist es empfehlenswert, Informationsveranstaltungen zum Thema „Gesundheitsziele“ anzubieten (vgl. Balder 2017³¹).

Da weiter davon ausgegangen werden kann, dass auch pädagogischen Fachkräften das Bewusstsein zu frühkindlicher GF fehlt, sollte vor entsprechender Kampagne zunächst das Leitungsteam und die pädagogischen Mitarbeiter für das Thema sensibilisiert werden. Hilfreich kann hier sein, dass sich pädagogische Fachkräfte mithilfe eines Selbstchecks fragen, welchem Typ sie selbst angehören. Denn nur so können Verhaltenstypen bei Kindern und Erziehungspartnern identifiziert und mögliche Überforderung erkannt werden, wenn Kinder potentiell dazu neigen, *über Grenzen zu gehen*.

Die Typologie illustriert, dass vorschulische Gesundheitsinformationen, gleich ob bewusst, unbewusst oder fehlend, im Verlauf des Lebens fortgeführt werden und so den individuellen Gesundheitsbegriff prägen. Angesichts steigender psychischer Erkrankungen sollte der Fokus darauf liegen, explizit danach zu fragen: „Was erhält meine Seele gesund?“

Durch die verstärkte Inanspruchnahme frühpädagogischer Bildungseinrichtungen wird einmal mehr die Relevanz frühzeitiger GF verdeutlicht und die damit verbundenen Anforderungen an pädagogisches Fachpersonal.

Unterstützende Informationen finden sich im aktuell veröffentlichten „Nationalen Aktionsplan Gesundheitskompetenz“ (vgl. Schaeffer et al. 2018³²).

Da der Aktionsplan explizit Bildungseinrichtungen einschließt, dürfte das Nachschlagewerk von generellem erziehungswissenschaftlichen Interesse sein und zu einem angemessenen Gebrauch gesundheitsrelevanter Informationen beitragen.

3.6 Dokumentenanalyse Fortbildungskataloge (qualitatives Design)

Während zu Beginn der Untersuchung die Quantität der Angebote zu Projekten und Maßnahmen – GF im GW erhoben wurde, stehen in einem letzten Schritt die Fortbildungskataloge der Interviewpartner und deren qualitative Aspekte im Vordergrund. Der letzte Teil der vorliegenden Forschung untersucht, inwieweit die 14 Fortbildungskataloge die acht konstitutiven Komponenten von Gemeinschaften Geißlers beinhalten: Tausch, Arbeit, Kritik,

³¹ <http://gesundheitsziele.de>.

³² <http://www.nap-gesundheitskompetenz.de>.

Werte, Sympathie, Spaß, Ordnung und Kampf (Geißler 2000:21).

3.6.1 Ergebnisdarstellung der Dokumentenanalyse Fortbildungskataloge

Bis auf das Item „Information“ der Komponenten *Kritik/Lernen*, sind alle konstitutiven Komponenten von Gemeinschaften in den Fortbildungskatalogen enthalten, wenngleich mit großen Verteilungsschwankungen. Während in 11 von 14 Katalogen Angebote zur „psycho-sozialen Betreuung“ gemacht werden, sind lediglich einmal Hinweise zur „Wiedereingliederung“ und „Erfassung von Arbeitsabläufen“ zu finden. Über die Hälfte der Kataloge werben für „Wertebezogene Fortbildungen“ und im Vergleich dazu finden Aktionen wie „Gesundheitstage“ nur in einer Einrichtung statt. Aktuelle Themen werden in 2/3 der Einrichtungen angeboten. Würden die Items „Bewegung & Entspannung“ additiv den Komponenten *Spiel/Spaß/Ästhetik* zugerechnet, wären diese in neun von 14 Katalogen enthalten. Werden sie jedoch differenziert betrachtet, finden in fünf Kliniken Veranstaltungen zu „Entspannung“ und in vier Einrichtungen solche zu „Bewegung“ statt. Angebote zu Ernährung finden sich in drei Einrichtungen, demgegenüber bieten 13 Einrichtungen Pflichtfortbildungen zu den Themen: Hygiene, Arbeits- und Brandschutz, Erste - Hilfe, Reanimation etc. an.

Bezogen auf organisationspädagogische Aspekte bieten die Fortbildungskataloge große Unterschiede in der Verteilung der acht konstitutiven Gemeinschafts- Komponenten: *Tausch, Arbeit, Kritik, Werte, Sympathie, Spaß, Ordnung* und *Kampf* (soziale Auseinandersetzung).

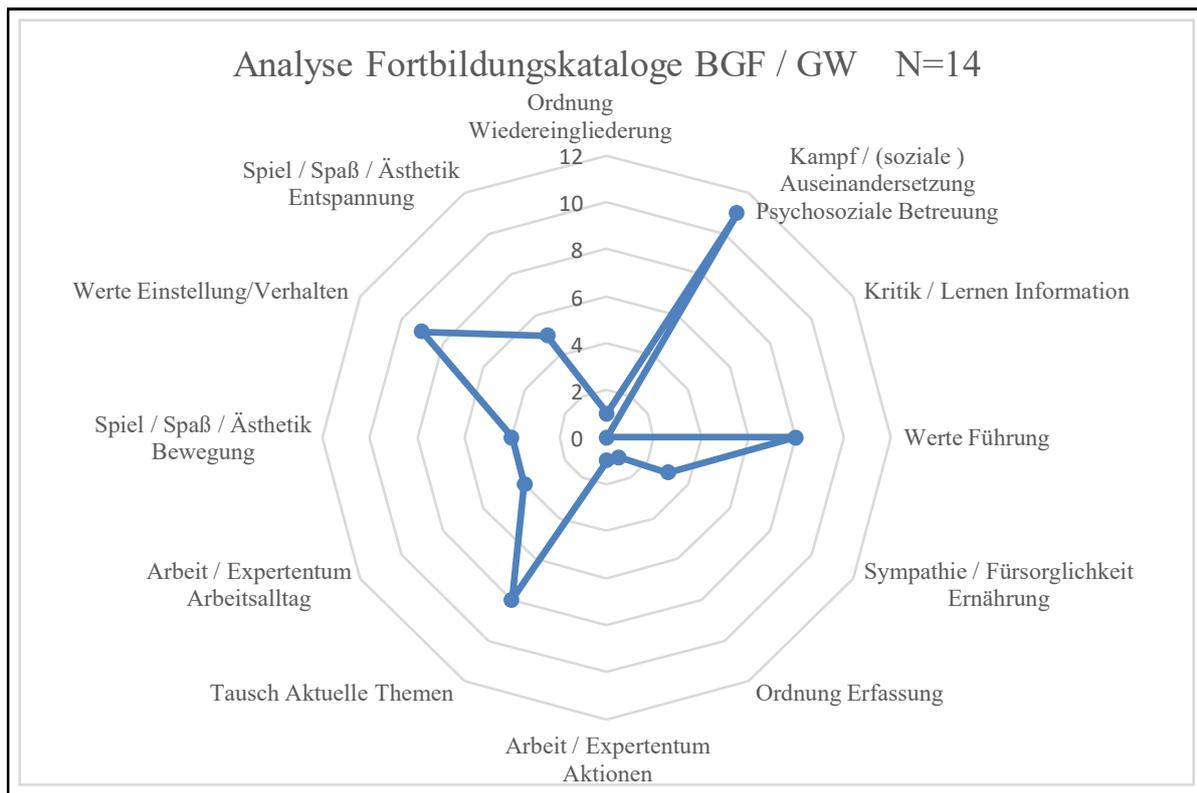


Abbildung 28: Analyse Fortbildungskataloge BGF/GW, analog zu Angebotsportfolio (Uhle/Treier 2015) und Gemeinschafts-Komponenten (Geißler 2000)
 (Ableitung aus: Fortbildungskataloge Interviewpartner A1b-N2), eigene Darstellung

Prozentualer Anteil organisationspädagogischer Komponenten — Fortbildungskataloge

Organisationspädagogische Komponenten (Geisler)	Angebotsportfolio – BGM (Uhle/Treier)	Angebote BGM N = 58		Fortbildungs-Kataloge N = 14	
		Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent
Werte	Führung	22	37 %	8	57 %
	Einstellung / Verhalten	26	44 %	9	64 %
Arbeit/Expertentum	Aktionen	8	13 %	1	7 %
	Arbeitsalltag	9	15 %	4	28 %
Ordnung	Wiedereingliederung	5	9 %	1	7 %
	Erfassung	5	9 %	1	7 %
Tausch	Aktuelle Themen	16	27 %	8	75 %
Spiel/Spaß/Ästhetik	Bewegung	7	12 %	4	28 %
	Entspannung	14	24 %	5	35 %
Kritik/Lernen	Information	7	12 %	0	0 %
Kampf/(soziale) Auseinandersetzung	Psychosoziale Betreuung	12	20 %	11	79 %
	Sympathie/Fürsorglichkeit	Psychosoziale Betreuung	12	20 %	11
	Ernährung	4	7 %	3	21 %
Sonstiges	Einführung neuer MA			2 = 14 %	
Sonstiges	Pflichtfortbildungen: Hygiene, Brand-und			13 = 93 %	

	Arbeitsschutz, Erste Hilfe, Reanimation		
--	---	--	--

Tabelle 47: Prozentualer Anteil organisationspädagogischer Komponenten – Fortbildungskataloge

(Abl. aus: Fortbildungskataloge Interviewpartner A1b-N2), eigene Erhebung und eigene Darstellung

3.6.2 Interpretation der Ergebnisse – Dokumentenanalyse Fortbildungskataloge

Zu den Komponenten *Kritik/Lernen* in Form von Informationsveranstaltungen wird keine Veranstaltung in den Fortbildungskatalogen angeboten, gleichwohl Informationen mit Entwicklungsperspektiven als Kategorie fördernder Faktoren genannt wird (HKFF8).

In acht und neun Katalogen werden Veranstaltungen zu Führung (acht) und Verhalten/Einstellung (neun) angeführt, obwohl die Pflegefachkräfte mangelnde Wertschätzung ihrer Arbeit gegenüber wahrnehmen (HKBF1). Das lässt den Schluss zu, dass Angebote zu Führung und Einstellung nur in Ansätzen (KGF1) und aufgrund fehlender Zusatzinformation nicht mit der Komponente *Werte* in Zusammenhang gebracht werden. Die Komponenten *Kampf/(soziale) Auseinandersetzung* sind zu fast 80% vertreten, wohingegen die Komponenten *Spaß/Spiel/Ästhetik* im Sinne von „Bewegung“ und „Entspannung“ nur zu 28% und 35% zu finden sind. Die Interviewaussagen der Kategorie „Hemmende Faktoren“ bestätigen, dass ständige Kämpfe um gute Arbeitsbedingungen (KHF3) überwiegen und die als wichtigste eingestufte Kategorie zum Verbleib im Beruf „Spaß“ (HKBF1), vernachlässigt wird. Angesichts der Tatsache, dass eine von 14 Einrichtungen regelmäßig Erfassungen tätigkeitsbedingter Risiken durchführt, erhält die Hauptkategorie Wertschätzung (HKBF3) eine neue Bedeutung. Die Komponente *Ordnung* ist lediglich mit 7% vertreten, gleichwohl die Pflegefachkräfte hohes Arbeitsaufkommen und Zeitdruck aufgrund von Personalmangel beklagen. Hierzu kann vermutet werden, dass regelmäßige Erfassungen der Arbeitsabläufe sich positiv auf die empfundene Nicht-Wertschätzung auswirken würden. Oben dargestelltes Netzdiagramm illustriert, dass überwiegend Angebote zu den Komponenten: *Kampf/soziale Auseinandersetzung*, *Werte* und *Tausch* angeboten werden, während die übrigen Komponenten fast vollständig vernachlässigt werden. Damit sind die Angebote zu GF gemäß Geislers Forderung nach „ausgewogener Balance innerhalb der Komponenten“ weit entfernt. Die dafür verantwortlichen Gründe müssen weitere Untersuchungen klären, wobei vermutet werden kann, dass es sich um ein multifaktorielles Geschehen handelt. Möglicherweise ist dies den Anfängen eines BGM geschuldet (vgl. KGF1), deren Angebote gemäß einer Interviewaussage im „Gießkannensystem“ ausgeteilt werden (G3) und bislang als „zartes

Pflänzchen“ (K2) gesehen werden.

Die Maßnahmen als Basisangebote zu bezeichnen (J2), kann mit einer Vernachlässigung der Komponenten von über 50 %, nicht gestützt werden. Denn die unterschiedlichen Realtypen werden durch Bewegung (28 %), Entspannung (35 %), und Ernährung (21 %) nur marginal unterstützt; der Typus *Besondere* mit seinem Sinn nach Behaglichkeit, findet gar keine Berücksichtigung.

Demgegenüber haben Pflichtfortbildungen mit 93% Priorität die jedoch nach Zuordnung der Komponenten *Kritik/Lernen*, ein differenzierteres Bild ergeben.

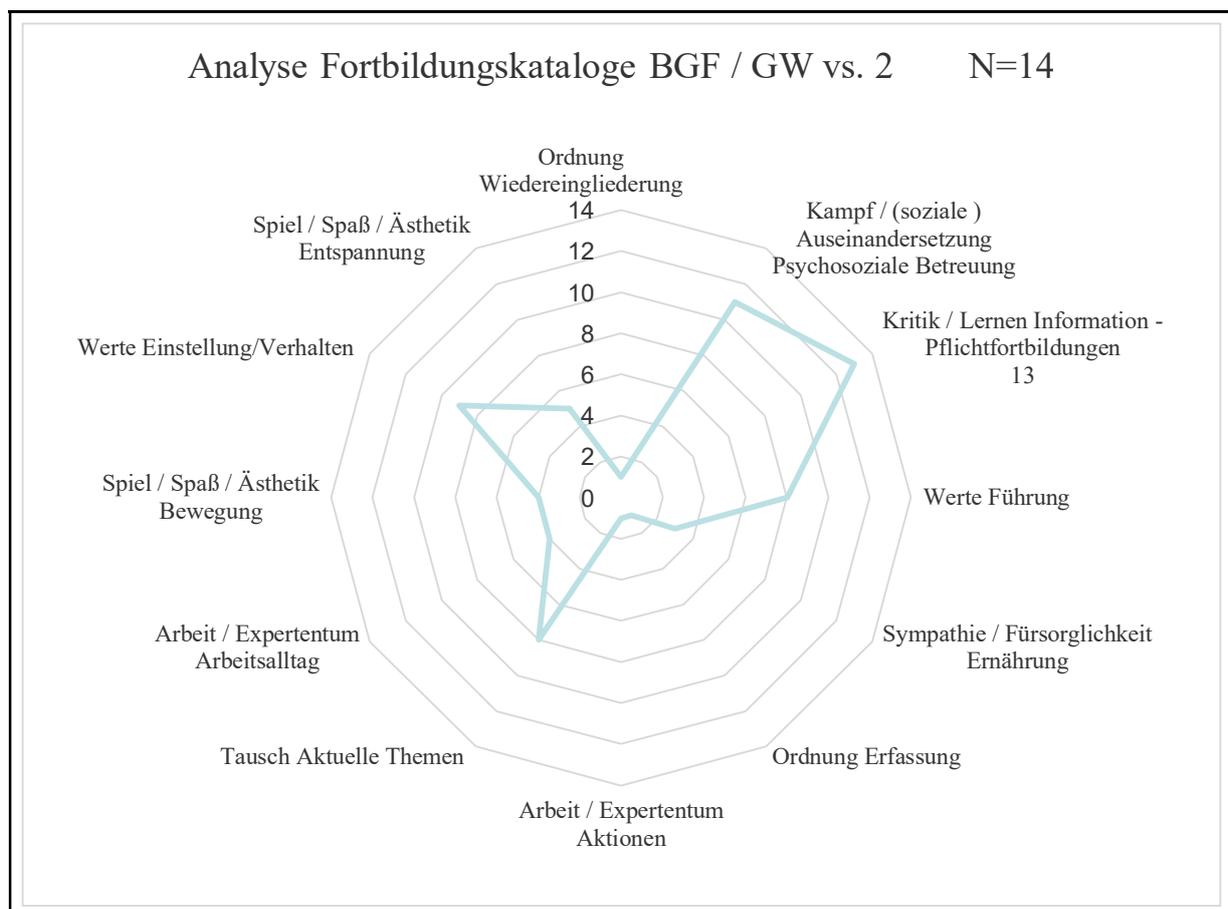


Abbildung 29: Analyse Fortbildungskataloge BGF/GW nach Zuordnung der Pflichtfortbildungen zu Komponenten Kritik/Lernen

(Ableitung aus: Fortbildungskataloge Interviewpartner A1b-N2), eigene Darstellung

Insgesamt besteht hoher Informationsbedarf hinsichtlich der Kenntnis und notwendigen Balance von Gemeinschafts-Komponenten (Geißler), Gesundheits-Typen (Schümann) in Verbindung des Angebotsportfolios geeigneter Maßnahmen zur GF im GW.

Da lediglich ein Fortbildungskatalog auf dem Modell Lernorientierter Qualitätstestierung in

der Aus-, Fort und Weiterbildung (LQW) beruht, spricht dies für die Entwicklung eines Curriculums zur GF im GW. Die übrigen Kataloge orientieren sich laut Interviewaussagen an den Leitsätzen der Klinik und dem Bedarf der Mitarbeiter. Das rechtfertigt die Entwicklung eines wissenschaftsbasierten Curriculums zur GF.

Erste Beispiele finden sich dazu im Empfehlungsteil vorliegender Arbeit, die sich an den acht konstitutiven Komponenten Geißlers orientieren. Da das LQW-Konzept auf systemtheoretischer Grundlage entwickelt wurde, ist dies anschlussfähig an Geißlers Komponenten-Modell.

Auf organisationaler Ebene empfiehlt sich eine Prüfung, inwieweit die Bezeichnung BGM zielführend ist. Bezugnehmend auf die definitorische Abgrenzung fokussiert Organisationspädagogik die Weiterführung betrieblicher Pädagogik (vgl. Arnold/Kilian 2010:7ff).

Denn für Geißler haben sich Organisationen nicht nur mit Lernen **in** der Organisation, „[...] sondern auch mit dem Lernen **der** Organisation zu befassen, indem die Organisation als eine *Erkundungsgemeinschaft* [...] betrachtet wird“ (Arnold 1991:83, in: Geißler 2000:48, Hervorhebung durch die Autorin).

3.6.3 Zusammenfassung der Ergebnisse – Dokumentenanalyse Fortbildungskataloge

Die abschließende Dokumentenanalyse der Fortbildungskataloge deckt sich mit den eingangs ermittelten Projekten und auch hier werden die häufigsten Veranstaltungen zu „Einstellung/Verhalten“ und „Führung“ angeboten. Bis auf das Item „Information“ der Komponenten *Kritik/Lernen*, sind alle acht konstitutiven Komponenten von Gemeinschaften in den Fortbildungskatalogen enthalten, allerdings mit großen Verteilungsschwankungen. Auffallend ist, dass bis zu 80 % Angebote zur „psycho-sozialen Betreuung“ gemacht werden, während die Komponenten *Spiel/Spaß/Ästhetik* mit „Bewegung“ (28 %) und „Entspannung“ (35 %) nur marginal abgedeckt sind und damit nicht von einer Harmonisierung der Gemeinschaftskomponenten gesprochen werden kann. Dies belegen die Aussagen der Interviewpartner, die von „ständigen Kämpfe um gute Arbeitsbedingungen“ (KHF3) berichten, während die primär genannte Hauptkategorie zum Verbleib im Beruf (Spaß HKBF1), vernachlässigt wird.

Das semantische Szenario-Modell visualisiert mit Darstellung der Haupt- und Nebenkategorien einen Reaktionsprozess, wonach mit ersten Ansätzen des BGM auf beeinflussende Faktoren zum Verbleib im Pflegeberuf reagiert wird.

3.6.4 Methodenkritik analog Gütekriterien Mayrings

In Übereinstimmung der sechs Gütekriterien empirischer Sozialforschung Mayrings wird im Folgenden die Methodenkritik der angewandten Methoden (vgl. Mayring 2002, in: Lamnek 2005:146) dargelegt.

Verfahrensdokumentation

Sowohl die quantitative als auch die qualitative Dokumentenanalyse zu implementierten GF-Projekten im GW folgen der Analysetechnik Berelsons (Berelson 1954:488; in: Lamnek 2005:494).

Die Entwicklung der Kategoriensysteme erfolgt detailliert beschrieben, analog zu der zusammenfassenden Inhaltsanalyse Mayrings (vgl. Mayring 2003: 60).

Die Bildung der Realtypen beruht auf einer Kombination der Verfahrensschritte von Schmidt-Hertha/Tippelt und Kluge (vgl. Schmidt-Hertha/Tippelt 2011: 23; Kluge 2000).

Somit sind alle angewandten Forschungsmethoden vollständig und detailliert zur Nachvollziehbarkeit des Forschungsprozesses dokumentiert.

Argumentative Interpretationsabsicherung

Zu Beginn der Untersuchung werden 58 Projekte und Maßnahmen zur GF aus ausgewählten Dokumenten quantifiziert. Die Katalogisierung der Maßnahmen erfolgt gemäß des Angebotsportfolios von Uhle & Treier (vgl. Uhle/Treier 2015:47).

Die Ergebnisse der zusammenfassenden Inhaltsanalyse zum Verbleib im Pflegeberuf sind in 12 Kategorien fördernder Faktoren (KFF), neun Kategorien hemmender Faktoren (KHF) zu acht Hauptkategorien beeinflussender Faktoren (HKBF) zusammengefasst.

Die Typologie visualisiert die vier Realtypen: Ritualisten, Geschätzte, Besondere und Über-Grenzen-Geher mit typisierenden Merkmalen des „Kraftschöpfens“ als: Gemeinschaft-, Familienleben-, Behaglichkeit- und Ruhe – Suchende. Die daraus resultierenden Gesundheitstypen variieren zwischen: Arbeitsfähigkeit, Wohlbefinden, Zufriedenheit und Stabilität. Zur Implementierung von GF in der Klinik werden die Interventionstypen: Miteinander fördern, Unterstützung, Verwöhnprogramme und Instrumente zur Linderung (der Beschwerden) identifiziert.

Den Abschluss der empirischen Untersuchung bildet die qualitative Analyse von 14 Fortbildungskatalogen der Interviewpartner, zum Abgleich der acht konstitutiven Gemeinschaftskomponenten (vgl. Geißler 2000:21).

Nach Darstellung der jeweiligen Forschungsergebnisse folgt eine separate Interpretation. Da

Interpretationen einer Schlüssigkeit bedürfen, bauen die Interpretationsabschnitte aufeinander auf. Die einzelnen Arbeitsschritte sind durch Transkriptionszitate gestützt, die jederzeit Rückschluss auf das Datenmaterial ermöglichen.

Regelgeleitetheit

Die Erarbeitung der Ergebnisse wird unter Anwendung folgender Verfahren durchgeführt: Quantitative und qualitative Dokumentenanalyse analog zu der Analysetechnik Berelson; die zusammenfassende Inhaltsanalyse gemäß Mayring sowie die Typologie nach Verfahrensschritten von Schmidt-Hertha/ Tippelt und Kluge. Somit sind alle Untersuchungsmethoden systematisch, nachvollziehbar und regelgeleitet abgebildet.

Nähe zum Gegenstand

Durch die Kombination von problemzentrierter und episodischer Interviewtechnik hatten die Experten die Möglichkeit, ihre Erfahrungen mit GF in ihrem familiären und beruflichen Kontext zu schildern. Ebenso war die Möglichkeit des Abgleichs zwischen Interviewaussage und Inhalt der Fortbildungskataloge zweckdienlich und ermöglichte die Nähe zum Forschungsgegenstand.

Kommunikative Validierung

Die Ergebnisse der Kategorisierung und Typologie wurde den Interviewpartnern mit der Bitte um Validation zugestellt. Die Rückmeldungen waren ausschließlich positiv und in einer Äußerung hieß es, dass bemerkenswerterweise „Wertschätzung“ als wichtigste Kategorie genannt und diese doch kostenlos sei. Außerdem wurde mit verschiedenen Interviewpartnern nach einer Typenbezeichnung für das Merkmal „Kraftschöpfen“ gesucht.

Zur Nachvollziehbarkeit der Typologie außerhalb wissenschaftlicher Kontexte wurden die Realtypen im privaten Umfeld der Autorin und Studierenden vorgestellt, denen ausnahmslos die Identifikation mit den Ergebnissen möglich war. Aus diesen Dialogen wurden bedeutsame Argumente zur Relevanz der Ergebnisse gewonnen.

Triangulation

Für die vorliegenden Fragestellungen werden unterschiedliche Lösungswege genutzt und die einzelnen Untersuchungsergebnisse miteinander verglichen. Die Datenquellen aus quantitativen und qualitativen Methoden ermöglichen nicht nur Aufzeigen von Übereinstimmung, sondern bieten auch die Möglichkeit, Stärken und Schwächen des jeweiligen Analyseweges

aufzudecken. So zeigt beispielsweise die zu Beginn durchgeführte Dokumentenanalyse, dass überwiegend GF im Bereich „Führung“ und Veranstaltungen zum Thema „Verhalten und Einstellungen“ angeboten werden, wobei in den Interviews deutlich wird, dass dies von den Betroffenen kaum wahrgenommen wird, weil Informationen dazu fehlen.

In der abschließenden Analyse der Fortbildungskataloge zeigt sich, dass die von den Pflegefachkräften am dringendsten benötigten gesundheitlichen Förderungen nur marginal abgedeckt sind und Nachholbedarf besteht. Somit hat die Nutzung der verschiedenen Datenquellen, in Verbindung mit der Clusteranalyse zur Entwicklung der Typologie, wertvolle Ergebnisse generiert.

3.7 Zusammenfassung des empirischen Teils

Zusammenfassend lässt sich feststellen, dass mithilfe der Dokumentenanalyse 58 Projekte und Maßnahmen zur GF im GW quantifiziert werden und die von Uhle/Treiers vorgestellten Items sich in den Maßnahmen wiederfinden. Die Häufigkeit der Angebote variiert, wobei die meisten Maßnahmen zu „Einstellung/Verhalten“ und „Führung“ ermittelt werden, was auf den derzeitigen Bedarf hinweist. Auch hier zeigt sich die Evidenz hinsichtlich synonym verwendeter Bezeichnungen im Kontext GF.

Auf Grundlage der Interviewtranskripte ergeben sich nach Zusammenführung der zwölf fördernden und neun hemmenden Faktoren acht Hauptkategorien als beeinflussende Faktoren zum Verbleib im Pflegeberuf (HKBF). Dabei kristallisiert sich Wertschätzung als Schlüsselkategorie heraus, da Pflegefachkräfte das hohe Arbeitsaufkommen und Zeitdruck durch Personalmangel aufgrund finanzieller Engpässe als „Nichtwertschätzung“ ihrer Arbeit wahrnehmen. Diese Kategorie spiegelt sich implizit in den Unterkategorien wider, die erste Ansätze des BGM und verschiedene Maßnahmen zur GF erkennen lassen. Allerdings bedarf es der Information des Vorgesetzten, dass BGM eingerichtet wurde, weil der Arbeitgeber seine Mitarbeiter wertschätzt und demzufolge in ihre Gesundheit investiert. Würden Veranstaltungen in der Arbeitszeit angeboten, könne dies ein Anstoß zum Verbleib im Beruf sein, löse jedoch nicht das Grundproblem des Personalmangels.

In Vorbereitung zur Typologie werden relevante Episoden herausgefiltert und erhalten gemäß ihrer Fragestellung eine entsprechende Kennung. Frühzeitig bilden sich Kontraste, die den weiteren Fragestellungen ihre Struktur vorgeben. So werden auf der vertikalen Matrixebene die Pole „Kollektivität/Individualität“ und auf der vertikalen Ebene die Gegensätze „Präsentismus/Absentismus“ abgebildet. Auf Grundlage der Episodenidentifikation lassen sich zur Vermittlung von GF in der Kindheit, die Realtypen: *Ritualisten*, *Geschätzte*, *Besondere* und *Über-Grenzen-Geher* ermitteln. Die Einordnung weiterer Typen zeigt, dass frühe GF den individuellen Gesundheitsbegriff und die Anwendung persönlicher Maßnahmen zur GF prägen. Als Interventionstyp zeichnet sich ab, dass die Pflegefachkräfte die gleichen Maßnahmen auch als organisationale Angebote präferieren. Zur Berücksichtigung aller Typen ist daher ratsam, eine breite Palette an gesundheitsfördernden Maßnahmen anzubieten.

Die abschließende Dokumentenanalyse der Fortbildungskataloge deckt sich mit den eingangs ermittelten Projekten und auch hier werden die häufigsten Veranstaltungen zu „Einstellung/Verhalten“ und „Führung“ angeboten. Alle acht konstitutiven Gemeinschafts - Komponenten, bis auf das Item „Information“ der Komponenten *Kritik/Lernen*, sind in den Fortbildungs-

katalogen enthalten, wenngleich mit großen Verteilungsschwankungen. Während zu 80 Prozent Angebote zur „psycho-sozialen“ Betreuung gemacht werden, sind die Komponenten *Spiel/Spaß/Ästhetik* mit „Bewegung“ und „Entspannung“ marginal abgedeckt und das spricht nicht für eine ausbalancierte Angebotspalette.

Abschließend visualisiert ein semantisches Szenario-Modell die Haupt- und Nebenkategorien dahingehend, inwieweit mit Ansätzen des BGM den beeinflussende Faktoren im Pflegeberuf begegnet wird.

3.8 Verwendete Literatur

- Abel, T.;** Abraham, A.; Sommerhalder, K. (2009): Kulturelles Kapital, kollektive Lebensstile und die soziale Reproduktion sozialer Ungleichheit, in: Richter, M.; Hurrelmann, K. (Hrsg.) (2009): Gesundheitliche Ungleichheit. Grundlagen, Probleme, Perspektiven. Springer VS, Wiesbaden. 2., aktualisierte Auflage (eBook)
- Arnold, R.** (Hrsg.) (1991): Betriebliche Weiterbildung. Klinkhardt UTB, Bad Heilbrunn
- Arnold, R.;** et. al. (Hrsg.) (2010): Wörterbuch Erwachsenenbildung. Klinkhardt UTB, Bad Heilbrunn. 2. Auflage
- Arentzen, U.;** Eggert, W.; Lörcher, U. (1993): Gabler Wirtschaftslexikon. Gabler, Wiesbaden. 13. vollständig überarbeitete Auflage
- Atteslander, P.** (1971): Methoden der empirischen Sozialforschung. De Gruyter, Berlin. In: Mayring, P.; (2002): Einführung in die qualitative Sozialforschung. Eine Anleitung zum qualitativen Denken. Beltz, Weinheim. 5. Auflage
- Atteslander, P.** (2003): Methoden der empirischen Sozialforschung. De Gruyter, Berlin. 10. Auflage
- Badura, B.;** Ducki, A.; Schröder, H.; Klose, J.; Meyer, M. (Hrsg.) (2015): Fehlzeitenreport 2015. Schwerpunkt: Neue Wege für mehr Gesundheit – Qualitätsstandards für ein zielgruppenspezifisches Gesundheitsmanagement. Springer, Heidelberg
- Bäuerlen, J.** (2014): Gesundheit und Arbeitswelt. Für eine gelungene Balance von Erwerbsarbeit und Familie. Tectum, Marburg (eBook)
- Berelson, B. R.** (1954): Content Analysis, in: Lindzey, G. (Hrsg.) (1954): Vol I, S. 488-522
- Böhme, G.;** Nittel, D. (2012): Gesundheit und Erwachsenenbildung. Hessischer Volkshochschulverband (Hrsg.) (2012): Gesundheit und Bildung, 1/2012. Bertelsmann, Bielefeld
- Dieckmann, S.;** Ernd, A.; Häußler, A.; Kiekert, T.; Kindlein, P.; Klessen, B.; Kutsch, D.; Lippert, R.; Schnurr, G.; Zirkelbach, M. (2012): Balance halten im Pflegealltag. Was Sie selbst tun können, um bei Ihrer Arbeit im Krankenhaus gesund zu bleiben. Deutscher Berufsverband für Pflegeberufe e.V.(DBfK) (Hrsg.) (2012), Berlin. 3. Auflage
- Flick, U.** (2005): Qualitative Sozialforschung. Rowohlt, Reinbek bei Hamburg. 3. Auflage
- Fuchs, R.;** Schlicht, W. (Hrsg.) (2012): Seelische Gesundheit und sportliche Aktivität. Hogrefe, Göttingen Bern Wien Paris Oxford Prag Toronto Cambridge, MA Amsterdam Kopenhagen Stockholm
- Fuchs-Frohnhofer, P.;** Isfort, M.; Wappenschmidt-Krommus, E.; Duisberg, M.; von der Malsburg, A.; Rottländer, R.; Brauckmann, A.; Bessin, C. (Hrsg.) (2013): PflegeWert. Wertschätzung - erkennen - fördern - erleben. Kuratorium Deutsche Altershilfe, Köln
- Geißler, H.** (2000): Organisationspädagogik. Vahlen, München
- Grabbe, Y.;** Nolting, H.D.; Loos, S. (2005): Die Arbeitsbedingungen in der stationären Krankenpflege in einem sich wandelnden Gesundheitssystem. In: DAK-BGW (Hrsg.) (2005):

Gesundheitsreport 2005 - Stationäre Krankenpflege. DAK - Zentrale - Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege, Hamburg

G+G Gesundheit und Gesellschaft (2011): Betriebliche Gesundheitsförderung. Pflege für die Pflege. Konzepte, Projekte, Perspektiven.. Das AOK-Forum für Politik, Praxis und Wissenschaft. Spezial 11/2011. AOK Bundesverband, Berlin

Herdegen, R.; Schröder, H. (2011): Mitarbeiter im Mittelpunkt. In: Betriebliche Gesundheitsförderung. Pflege für die Pflege. Konzepte, Projekte, Perspektiven. G+G Gesundheit und Gesellschaft. Das AOK- Forum für Politik, Praxis und Wissenschaft. Spezial 11/2011. AOK Bundesverband, Berlin

Höfert, R. (2016): Von Fall zu Fall-Pflege im Recht. Rechtsfragen in der Pflege von A-Z. Springer, Berlin. 4. Auflage (eBook)

Isfort, M. et al. (2013): Eine bundesweite Befragung von Führungskräften zur Situation der Pflege und Patientenversorgung auf Intensivstationen im Krankenhaus. dip, Köln

Isfort, M.; Hylla, J.; Gehlen, D.; Tucman, D. (2017): Strukturempfehlungen umgesetzt? Arbeitsbedingungen und-zufriedenheit auf deutschen Intensivstationen. In: Pflegezeitschrift 2017, J. 70, Heft 5. Springer Medizin, Berlin

Kochanek, M.; Boll, B.; Shimabukuro-Vornhagen A.; Michels G.; Barbara W.; Hansen D.; et al. (2015) Personalbedarf einer Intensivstation unter Berücksichtigung geltender Hygiene-richtlinien — Eine explorative Analyse. Deutsche Medizinische Wochenschrift (1946), 140 (14), e136–41

Kempf, C. (2014): Service-Wohnen für Senioren: Eine empirische Untersuchung zu Dienstleistungsqualität, Customer Voluntary Performance und Preisfairness. Springer, Heidelberg Berlin

Kordt, M. (2013): DAK Gesundheitsreport 2013, Erstellt durch IGES Institut GmbH. Berlin

Kordt, M. (2014): DAK Gesundheitsreport 2014, Erstellt durch IGES Institut GmbH. Berlin

Kordt, M. (2015): DAK Gesundheitsreport 2015, Erstellt durch IGES Institut GmbH. Berlin

Kordt, M. (2017): DAK Gesundheitsreport 2017, Erstellt durch IGES Institut GmbH. Berlin

Krüger, W.; Müller, C.; Oetjens, C.; Oetjens, H. (2002): Schülerduden Philosophie. Duden, Mannheim Leipzig Wien Zürich

Lamnek, S. (2005): Qualitative Sozialforschung. Beltz, Weinheim Basel. 4. Auflage

Leidenfrost, J. (2006): Kritischer Erfolgsfaktor Körper? Leistung neu denken: Ressourcen-pflege im Management. In: Götz, K. (Hrsg.) (2006): Managementkonzepte. Band 31. Hampp, München und Mering (eBook)

Mayring, P.; (2002): Einführung in die qualitative Sozialforschung. Eine Anleitung zum qualitativen Denken. Beltz, Weinheim. 5. Auflage

Mayring, P.; (2003): Qualitative Inhaltsanalyse. Beltz, Weinheim Basel. 8. Auflage

Nydahl, P.; Dubb, R.; Kaltwasser, A. (2017): Wegen Personalmangel geschlossen. In: Die Schwester Der Pfleger 2017, 56 (1). Bibliomed, Melsungen

Petermann, S. (2014): Persönliches soziales Kapital in Stadtgesellschaften. Springer, Wiesbaden (eBook)

Richter, M.; Hurrelmann, K. (Hrsg.) (2016): Soziologie von Gesundheit und Krankheit.

Springer, Wiesbaden (eBook)

Schleicher, R.; Schwarzwälder S.; Thomsen, M. (2010): Handlungshilfen für die Pflegepraxis. Für eine neue Qualität der Arbeit in der Pflege. In: Initiative Neue Qualität der Arbeit (inqa) & Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin (Hrsg.) (2010): Zeitdruck in der Pflege reduzieren. INQA, Berlin

Schmidt-Herta, B.; Tippelt, R. (2011): Typologien. REPORT Zeitschrift für Weiterbildungsforschung 1/2011: Forschungsmethoden in der Weiterbildung, S. 23-35, in:

<http://www.die-bonn.de/id/9185> (eingesehen 11.11. 2017, 09:50Uhr MEZ)

Siegel, A. S. (2005): Darf Pflege(n) Spaß machen? Humor im Pflege- und Gesundheitswesen: Bedeutung, Möglichkeiten und Grenzen eines außergewöhnlichen Phänomens. Schlütersche, Hannover (eBook)

Siegrist, J. (2011): Fehlende Anerkennung macht krank. In: Betriebliche Gesundheitsförderung. Pflege für die Pflege. Konzepte, Projekte, Perspektiven. G+G Gesundheit und Gesellschaft. Das AOK-Forum für Politik, Praxis und Wissenschaft. Spezial 11/2011. AOK Bundesverband, Berlin

Uhle, T.; Treier M. (2013): Betriebliches Gesundheitsmanagement. Gesundheitsförderung in der Arbeitswelt - Mitarbeiter einbinden, Prozesse gestalten, Erfolge messen. Springer, Wiesbaden

Wurdack, E. (1999): Zur ethischen Dimension von Handlungsoptionen als Grundlage einer Wirtschafts- und Berufsbildung. In: Wagner, G. R. (Hrsg.) (1999): Unternehmensführung, Ethik und Umwelt. Gabler, Wiesbaden (eBook)

Wahrig, G. et al. (1997): Deutsches Wörterbuch. Bertelsmann, Gütersloh. 6. überarbeitete Auflage

Von Reibnitz, U. (1992): Szenario-Technik: Instrumente für die unternehmerische und persönliche Erfolgsplanung. Springer Gabler, Wiesbaden. 2. Auflage (eBook)

Zerfaß, A.; Piwinger, M. (Hrsg.) (2014): Handbuch Unternehmenskommunikation. Strategie Management Wertschöpfung. Springer, Wiesbaden. 2., vollständig überarbeitete Auflage (eBook)

Zimbardo, P. (1995): Psychologie. Volume I. Springer, Berlin Heidelberg

Verwendete Internetquellen

Stichwort: Nationale Gesundheitsziele- Kita

Balders, S.-F. (2017): Gesund aufwachsen: Lebenskompetenz, Bewegung, Ernährung. Gesundheitsziele.de. Forum Gesundheitsziele Deutschland. Unter: http://gesundheitsziele.de/cgi-bin/render.cgi?__cms_page=nationale_gz/gesund_aufwachsen, Berlin (eingesehen: 23.02.2018, 20:00 Uhr, MEZ)

Stichwort: Gesetzestext Pflegestärkungsgesetz II + III

Bundesamt für Justiz (BfJ) (Hrsg.) (2016): Drittes Gesetz zur Stärkung der pflegerischen Versorgung

und zur Änderung weiterer Vorschriften (Drittes Pflegestärkungsgesetz–PSG III), Bundesgesetzblatt (BGBl.) Bundesanzeiger Verlag, Bonn (eingesehen: 01.02.2018, 18:45 Uhr MEZ)

Stichwort: Handlungstypen

Kluge, S. (2000): Empirisch begründete Typenbildung in der qualitativen Sozialforschung [14 Absätze]. Forum Qualitative Sozialforschung/Forum: Qualitative Social Research, 1(1), Art. 14, <http://nbn-resolving.de/urn:nbn:de:0114-fqs0001145>. Unter: <http://www.qualitative-research.net/index.php/fqs/article/view/1124/2497> (eingesehen 15.11. 2017, 13:40 Uhr MEZ)

Stichwort: Definition Ankerbeispiel

Mayring, Philipp (2000). Qualitative Inhaltsanalyse [28 Absätze]. Forum Qualitative Sozialforschung/ Forum: Qualitative Social Research, 1(2), Art. 20, <http://nbn-resolving.de/urn:nbn:de:0114-fqs0002204>. Unter: <http://www.qualitative-research.net/index.php/fqs/article/view/1089/2383> (eingesehen: 04.02.2018, 20:00 Uhr MEZ)

Stichwort: Aktionsplan Gesundheitskompetenz

Schaeffer, D.; Hurrelmann, K.; Bauer, U.; Kolpatzik, K. (Hrsg.) (2018): Nationaler Aktionsplan Gesundheitskompetenz. Die Gesundheitskompetenz in Deutschland stärken. KomPart, Berlin. Unter: http://www.nap-gesundheitskompetenz.de/media/com_form2content/documents/c10/a1203/f41/Nationaler%20Aktionsplan%20Gesundheitskompetenz.pdf (eingesehen: 23.02.2018, 14:10 Uhr MEZ)

4. Schlussteil

Wir allein entscheiden, wie wertvoll wir sind.

(Schümann, B. 2018)

4.1 Abgleich zwischen Theorie und Empirie

Um nach Mayring eine Rücküberprüfung der Theorie am Ausgangsmaterial zu ermöglichen, werden die Literaturangaben mit den empirischen Ergebnissen abgeglichen und entsprechender Zitation belegt (vgl. Mayring 2003:60). Der Abgleich zwischen Theorie und Empirie folgt der im Theorieteil genannten Einordnung nach pflege-, erziehungs- und sozialwissenschaftlicher Relevanz. Auch im Schlussteil liegt der Fokus auf erziehungs- und sozialwissenschaftlichen Erkenntnissen.

Dementsprechend werden als Teildisziplin der Sozialwissenschaften im Folgenden pflegewissenschaftliche Aspekte den Sozialwissenschaften und organisationspädagogische Blickwinkel den Erziehungswissenschaften zugordnet (vgl. Mayer 2015:146, in: Fröschl et al. 2015). Strukturiert wird die Relevanz-Einordnung durch die Forschungsfragen, doch zunächst werden die wissenschaftsdiziplinarischen Relevanzen repetiert.

Die Darlegung der Relevanzen erfolgt im Sinne der Betroffenen zunächst nach pflegewissenschaftlichem Interesse und erziehungs- und sozialwissenschaftlicher Bedeutung, woran sich die Schlussfolgerungen dieser Analogie anschließen.

Pflegewissenschaftliche Relevanz,

liegt grundsätzlich im Erhalt von Pflegefachkräften, zur Bewältigung des wachsenden Versorgungsbedarfs (vgl. Kempf 2014:30) und dies erfordert Kenntnisse zu hemmenden und fördernden Faktoren bezüglich des Verbleibs im Beruf. Eine Möglichkeit der Fachkräftesicherung sehen Experten in der Implementierung von BGM und sprechen sich aufgrund unterschiedlicher Belastungen der Branchen, für eine zielgruppenspezifische GF aus (vgl. Badura et al. 2015:6ff). Da bislang für Pflegefachkräfte kein Angebotstableau gesundheitsfördernder Maßnahmen vorliegt, besteht seitens der Berufsverbände großes Interesse an einer derartigen Aufstellung. Primäres Ziel der vorliegenden Untersuchung, ist jedoch die Beantwortung der Fragen, welche gesundheitsfördernden Maßnahmen Pflegekräfte selbst als notwendig erachten, um (weiterhin) im Beruf arbeiten zu können und inwieweit BGM zum Verbleib im Pflegeberuf beitragen kann; des Weiteren können die Forschungsergebnisse

klinikintern für Verantwortliche im Bereich Fortbildungsplanung bedeutsam sein.

Erziehungswissenschaftliche Relevanz

besteht primär hinsichtlich einer Verknüpfung bildungswissenschaftlicher Erkenntnisse und des Lernfeldes Gesundheit, insbesondere bezüglich Untersuchungsergebnissen zur Ableitung von Interventionsstrategien (vgl. Blättner 2010:135, in: Arnold et al. 2010; Schmidt-Hertha/Tippelt 2011:23). GF ist als Aufgabe über die Lebensspanne zu sehen (vgl. DBfK 2011:9) und zunehmende Inanspruchnahme institutioneller Kinderbetreuung (vgl. Jares 2016:9) erfordert gleichermaßen wachsende Kenntnisse im Bereich Gesundheitskompetenz der unterschiedlichen Settings. Zudem werden inzwischen Projekte zur Einführung von Schulgesundheitskräften durchgeführt (vgl. Maulbecker-Armstrong 2016:225), was die Verankerung von Pädagogik und Gesundheitswissenschaft unabdingbar macht (vgl. Wulfhorst/Hurrelmann 2009:9). Weiter spricht eine Konsensfindung bezüglich gesundheitsrelevanter Informationen für die Annäherung der Disziplinen, um gesundheitsfördernde Maßnahmen zielgerichtet einsetzen zu können (vgl. Böhme/Nittel 2012:3).

Organisationspädagogische Ansätze sollen zur Klärung beitragen, mit welchen Fortbildungsangeboten dem Bedarf der Pflegefachkräfte begegnet werden kann, da oftmals Fortbildungen im GW von Verantwortlichen ohne erwachsenenpädagogische Ausbildung geplant und durchgeführt werden (vgl. Becker-Hohmann 2011: 42).

Sozialwissenschaftliche Relevanz

resultiert aus dem immanenten Forschungsgegenstand, des sozialen Erlebens der Pflegefachkräfte in ihrem beruflichen Umfeld (Klinik). Situationen werden nicht nur individuell wahrgenommen, sondern auch die Verarbeitung und Interpretation erfolgt gemäß interner selbstgesteuerter Systemlogik. Ebenso basieren systemische Gesundheitsbetrachtungen auf subjektiv geprägten Krankheits- und Gesundheitsmodellen (vgl.: Simon 2001: 11). Hierzu sind systemtheoretische Aspekte bedeutsam, die erklären, wie gesundheitliche Aneignungsprozesse strukturiert werden und was zur Bildung des persönlichen Gesundheitsbegriffs sowie der Anwendung gesundheitsfördernder Maßnahmen führt.

Dieses Anliegen korreliert mit oben genannten erziehungswissenschaftlichen Zielen, da beide Disziplinen an der Aufdeckung sozialer Strukturen interessiert sind, um entsprechende Interventionsstrategien abzuleiten (vgl. Schmidt-Hertha/Tippelt 2011:23).

4.1.1 Strukturierung der Relevanz-Einordnung analog der Forschungsfragen

Die Abstimmung zwischen den theoretisch formulierten Vorannahmen und empirischen Ergebnissen orientiert sich an der Struktur der Forschungsfragen.

1. Welche Projekte und Maßnahmen wurden bereits innerhalb des BGM im GW implementiert?
2. Welche Faktoren beeinflussen den Verbleib im Pflegeberuf?
3. Inwieweit trägt die Implementierung gesundheitsfördernder Maßnahmen und Projekte innerhalb des BGM zum Verbleib im Pflegeberuf bei?
4. Wie wurden welche familiären Rituale zur Gesunderhaltung vermittelt?
5. Welche Aspekte beinhaltet der individuelle Gesundheitsbegriff?
6. Welche gesundheitsfördernden Rituale finden in der Gegenwart Anwendung?
7. Welche gesundheitsfördernden Maßnahmen benötigen Pflegefachkräfte, um weiterhin im Beruf arbeiten zu können?
8. Welche Erkenntnisse lassen sich für die (Elementar-)Pädagogik ableiten?

4.1.2 Theorie-Empirie-Abgleich: Angebote GF mit Fortbildungskatalogen

Interviewpartner

Neben Ansätzen sprechen die Autoren der Fehlzeiten- und Gesundheitsreporte von ersten Erfolge und einer positiven Wirkung zur Reduzierung gesundheitlicher Belastungen im Pflegedienst durch BGM (vgl. Kordt 2017:126; Badura et al. 2015:6ff). Dies stellt sich empirisch differenzierter dar.

Vielmehr wird BGM von den Pflegefachkräften als undeutlich (F1), kaum spürbar (A1b, G1a, G1b, J1) und unausgewogen (G3) empfunden. Diese Aussagen stimmen mit den Analyseergebnissen der Fortbildungskataloge, im Abgleich zu den eingangs ermittelten Projekten, überein. Die mit Abstand häufigsten Angebote zu „Einstellung/Verhalten“ und „Führung“ werden eher von Managern als erste Ansätze (G2), im Aufbau befindlich (J2), für die Anzahl der Mitarbeiter zu wenig (E2), als Basisangebote (J2) und zartes Pflänzchen (K2) wahrgenommen.

Das von den Interviewpartnern unstrukturiert bewertete BGM (F1) bildet sich empirisch zunächst ebenso in den Dokumenten ab. Weder Angebote zu GF noch die Maßnahmen innerhalb der Fortbildungskataloge lassen eine vermeintliche Struktur erkennen. Erst die Recherche zum wissenschaftstheoretischen Hintergrund deckt die Theorien-Fundamente, das Belastungs- und Beanspruchungsmodell (vgl. Uhle/Treier 2015:140f) und die Sozialkapitalforschung (vgl. Ehresmann et al. 2015:72, in: Badutra et al. 2015) auf. Das Arbeitsbuch „Lebe Balance“ expliziert die zugrunde liegenden Theorieansätze von Hayes & Linehan (vgl. Bohus et al. 2016:170). Die latente Struktur setzt sich empirisch in den Fortbildungskatalogen fort. So orientieren sich in 13 von 14 Fortbildungskatalogen die Angebote an den Leitsätzen der

Organisation, den Mitarbeiterbedarfen und Entwicklungen der Pflege, jedoch an keinem wissenschaftlich basierten Konzept (vgl. Fortbildungskataloge Interviewpartner A1b-N2). Bis auf ein Verzeichnis, das auf der Philosophie der Qualitätstestierung LQW³³ beruht (J1, J2).

Empirisch zeigt sich eine Priorisierung der Maßnahmen „Einstellung/Verhalten“ und „Führung“, die auch der Theorie „Haus der Arbeitsfähigkeit“ (Tempel/Ilmarinen) sowie der Sozialkapitalforschung (Badura/Walter) zugrunde liegt. Darüber hinaus erhält die der Sozialkapitalforschung anhaftende, sinngebende Tätigkeit einen hohen Stellenwert. Gemäß systemtheoretischer Betrachtung basiert Sinnggebung auf (Tausch-)Angeboten, die über die Kommunikationsmedien: Wahrheit, Geld, Liebe, Macht/Recht, Religiösität und Kunst übertragen werden (vgl. Luhmann 1997:320; Krause 2001:155-156, 181).

Dieser Stellenwert findet sich empirisch nicht in den Dokumenten. Bei dichotomer Betrachtung der Kommunikationscodes Geißlers und den Elementen des Angebotsportfolios finden sich auf der **Makroebene** (Angebote BGM) überwiegend Maßnahmen zu den Bereichen „Einstellung/Verhalten“, „aktuelle Themen“ und „Entspannung“. Werden Pflichtfortbildungen auf der **Mikroebene** (Fortbildungskataloge) dem Portfolio-Element „Information“ zugerechnet, sind dies die häufigsten Angebote, gefolgt von Veranstaltungen zu „Einstellung/Verhalten“ und „Entspannung“. Bezogen auf Geißlers Code *Tausch*, lässt diese Betrachtung den Schluss zu, dass lediglich die Makroebene das Angebotsselement „aktuelle Themen“ bedient. Eine Ausweitung der Betrachtung um die Kommunikationsmedien (Luhmann) und Kapitalsorten (Bourdieu) zeigt jedoch, dass bereits symbolisch Anerkennung (ausge-)tauscht wird, wenn Seminare zum Thema „Einstellung/Verhalten“ angeboten werden. Diese empirische Schlussfolgerung spiegelt Bourdieus Theorie wider, wonach symbolische Tauschbeziehung via Anerkennung als „allgemeines Schuldanerkenntnis“ ohne Vertrag gilt (vgl. Bourdieu 1992:63, 70, in: Koob 2007:211).

Dadurch entsteht soziales (Beziehungs-)Kapital, das auf bewusstem und unbewusstem Austausch von Geschenken, Dienstleistungen, Versprechen, Zeit, Aufmerksamkeit und Fürsorge gründet (vgl. Zerfaß/Piwinger 2014:922; Wiedemann/Meyen 2014:225).

Die erfolgte Analyse zeigt, dass sich das durch Tausch entstehende Beziehungskapital in der Lebenswirklichkeit zaghaft abbildet, wobei die übrigen Codes nicht zu vernachlässigen sind.

Die in der Tabelle ersichtliche farbliche Kennzeichnung visualisiert sowohl die **Makroebene** (Angebote BGM) als auch die **Mikroebene** (Fortbildungskataloge).

³³ Lernerorientierte Qualitätstestierung in der Weiterbildung (LQW) versteht sich primär nicht als Prüfverfahren, sondern regt zur Begründung und Reflexion eingesetzter Verfahren und Methoden der Bildungsorganisation an (vgl. Douillet, J. 2015, in: <http://www.conflex-qualitaet.de>).

Angebotsportfolio (Uhle/Treier)	Kommunikationscodes (Geißler)	Kommunikationsmedien (Luhmann)	Kapitalsorten (Bourdieu)
Aktionen, Arbeitsalltag	* Leistung	* Liebe/Anerkennung / Sinnggebung	Anerkennung, inkorporiertes Kulturkapital, Ökonomisches Kapital, Symbolisches Kapital
Bewegung, Entspannung	Spiel/Spaß/Ästhetik 24%	Kunst	Inkorporiertes, verinnerlichtes Kulturkapital
Wiedereingliederung, Erfassung	Ordnung	Macht/Recht	Institutionalisiertes Kulturkapital, Symbolisches Kapital: Kampf um (anerkannte) Identitäten
Information/ Pflichtfortbildung	Kritik/Lernen 93%	Wahrheit	Soziales Kapital
Aktuelle Themen	Tausch 27%	Eigentum/Geld	Ökonomisches Kapital; Sozialbeziehungen als Tausch; Objektiviertes Kulturkapital
Psychosoziale Betreuung Ernährung	Sympathie Fürsorglichkeit	Liebe	Inkorporiertes Kulturkapital, Sozialbeziehungen als Tausch
Psychosoziale Betreuung	*Kampf, (soziale) Auseinandersetzung 79%	* Macht/Geld	Kapital als Waffe, Symbolisches Kapital: Kampf um Anerkennung
Führung, Einstellung/Verhalten	Übergeordnete Werte 44% 64%	Religiösität/Grundwerte	Anerkennung, symbolische Tauschbeziehung, Symbolisches Kapital: Kampf um Anerkennung

Tabelle 48: Spiegelung des Angebotsportfolios (Uhle/Treier) in Kommunikationscodes (Geißler), Kommunikationsmedien (Luhmann) und Kapitalarten (Bourdieu)

(Ableitung aus: Abel et al. 2009:200ff; Bourdieu 1992:57ff, Geißler 2000:20; Luhmann 1997:320; Uhle/Treier 2015:47; * modifiziert durch die Autorin), eigene Darstellung

Bezugnehmend auf die systemtheoretische Sicht der Sinnggebung (vgl. Krause 2001:155ff) kann Spaß zum Aufbau von sozialem Beziehungskapital beitragen (vgl. Petermann 2014:256). Empirisch sind entsprechende Fortbildungsangebote auf der Makro- und Mikroebene lediglich zu 30% zu finden, gleichwohl sich die beschriebene Relevanz sinnhafter Tätigkeiten (vgl. Petermann 2014:256; Ehresmann et al. 2015:72), empirisch in der Kategorie Spaß manifestiert, der als wesentlicher Faktor zum Verbleib im Beruf genannt wird (HKBF1).

Während Geißler diesen Code *Spaß/Spiel/Ästhetik* betitelt (vgl. Geißler 2000:20), überschreibt Luhmann das Medium mit „Kunst“ (vgl. Luhmann 1997:320) und für Bourdieu fußt diese Kategorie auf inkorporiertem Kulturkapital (vgl. Bourdieu 1992:57ff).

Angebote, die autopoietische Steuerung individueller GF beinhalten (vgl. Luhmann 2008:62), lassen sich empirisch nicht lokalisieren. Wobei ein Fortbildungskatalog auf dem LQW-Modell basiert, dass den selbstgesteuerten Bildungsprozess des Lernenden fokussiert.

Die Analyse deutet darauf hin, dass Sozialkapital, als Grundlage von Gesundheit und Unternehmenserfolg (vgl. Badutra et al. 2013), nicht ohne Berücksichtigung von inkorporiertem Kulturkapital und autopoietischer Gesundheitssteuerung (vgl. Luhmann 2008:62) auskommt.

Empirisch finden sich alle Angebotselemente (Uhle/Treier) sowohl auf der Makroebene als auch in den Fortbildungskatalogen mit variierender Verteilung. Die identifizierten Verteilungsschwankungen spiegeln sich fast identisch auf der Mikroebene wider. Dieser Aspekt stimmt nicht mit Geißlers Hinweis überein, der Organisationen empfiehlt „[...] eine gute Balance zwischen jenen acht Komponenten herzustellen“ (Geißler 2000:44).

Demzufolge lässt sich für die Empirie schlussfolgern, dass die Integration von GF eines organisatorischen Transformationsprozesses bedarf, zur Balance gesundheitsfördernder Angebote durch organisationspädagogische Rahmung.

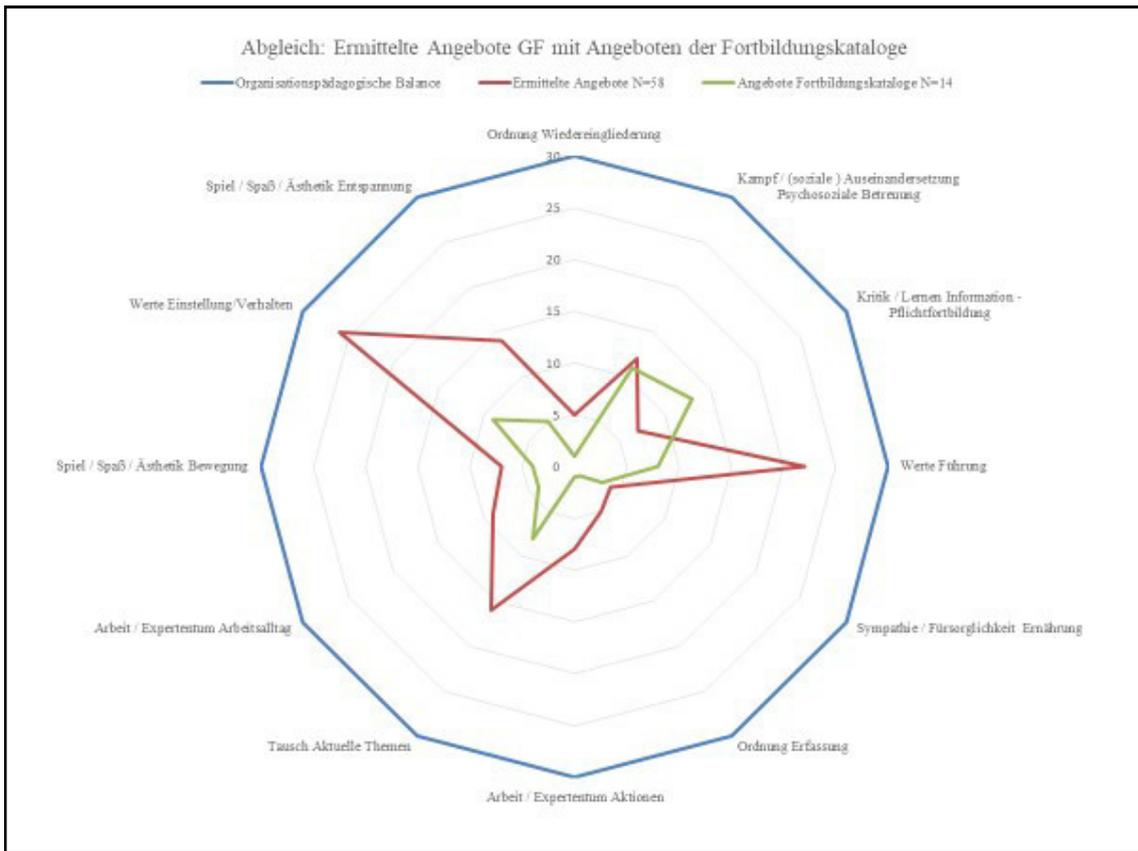


Abbildung 30: Abgleich ermittelte Angebote GF mit Angeboten der Fortbildungskataloge i. V. m. organisationspädagogischer Balance

(Ableitung aus: Fortbildungskataloge Interviewpartner A1b-N2, Uhle/Treier 2015:45; Geißler 2000:20ff), eigene Erhebung und eigene Darstellung

Erziehungswissenschaftliche Relevanz

- Transparenz zur Implementierung gesundheitsfördernder Maßnahmen (Sinnggebung)
- Organisatorischer Transformationsprozess durch organisationspädagogische Balance
- Notwendigkeit einer Curriculum-Entwicklung analog organisationspädagogischer Aspekte

Sozialwissenschaftliche Relevanz

- Explizierung von implizitem Theorie-Wissen zur Zieltransparenz
- Berücksichtigung von inkorporiertem Kulturkapital bei Sozialkapital-Bildung
- Implikation autopoietischer Aspekte (dass individuell und organisational entschieden wird, wie welche Informationen aufgenommen und verarbeitet werden)

Pflegewissenschaftliche Relevanz

- Ermittlung von 58 Projekte und Maßnahmen zur GF

4.1.3 Theorie-Empirie-Abgleich: Beeinflussende Faktoren zum Verbleib im Pflegeberuf

Nachfolgend werden Übereinstimmungen zwischen Theorie und empirischen Ergebnissen im Hinblick auf die Forschungsfrage nach beeinflussenden Faktoren zum Verbleib im Pflegeberuf unter Angabe der Quellen, der Interviewpartner oder der Kategorienbezeichnung dargestellt.

Nach Zusammenführung der Kategorien fördernder und hemmender Faktoren ergeben sich acht Hauptkategorien beeinflussender Faktoren zum Verbleib im Pflegeberuf: Spaß (HKBF1), Balance (HKBF2), Wertschätzung (HKBF3), Klare Strukturen (HKBF4), Arbeitszeiten (HKBF5), Personal (HKBF6), Finanzielle Engpässe (HKBF7) und Zeit (HKBF8).

Spaß: In Übereinstimmung der Ausführungen, dass Spass die Aufnahme von Kommunikation und soziales Beziehungskapital fördert (vgl. Petermann 2014:256; Zerfaß/Piwinger 2014:922), bedeutet für Pflegefachkräfte, dass sie (wieder) Spaß an der Arbeit benötigen „[...] weil es das ist, was [...] eigentlich erfüllt.“ (B2:2). Hier deutet sich die von Luhmann beschriebene „Sinnggebung“ an, die über die Kommunikationsmedien: Wahrheit, Geld, Liebe, Macht/Recht, Religiösität und Kunst übertragen wird (vgl. Luhmann 1997: 320).

Ebenso sieht Geißler im Code *Spaß/Spiel/Ästhetik* einen bedeutsamen Gegenpol zur ziel- und leistungsorientierten Arbeit (vgl. Geißler 2000:21).

Balance: Seit Jahren weisen Autoren von Gesundheits- und Fehlzeitenreporten auf den überproportionalen Anstieg psychischer Erkrankungen im Pflegedienst hin (vgl. Kordt 2013, 2014, 2015, 2017; Badura 2015, 2017). Interviewaussagen bestätigen dies, mit chronischen Arbeitsspitzen (D1), Arbeitslast (K2), steigender Belastung (J2, N1) und der Befürchtung, die innere Balance nicht halten zu können: „Wenn, wenn einfach das Maß kippt und man hat zu viel Anforderung und man hat nicht mehr so die Möglichkeit, das auszugleichen, wenn es einfach kippt, Balance halten [...]“ (D2:4).

Im Komponenten-Cube wird diese Kategorie dem Element *Sympathie/Fürsorglichkeit* als Gegengewicht zur Aufgabenerfüllung zugeordnet (vgl. Geißler 2000:22).

Wertschätzung: Ergebnisse der Studie „PflegeWert“ (2009–2012) belegen, dass pflegerische Arbeit keine hinreichende Wertschätzung erfährt (vgl. Fuchs-Frohnhofen et al. 2013:378). Dies bestätigen die empirischen Aussagen mit mangelnder Wertschätzung gegenüber dem Beruf (K2), der Arbeit (D1), der Leistung (L2) oder die Interviewpartner spüren nicht, dass sie wichtig sind (C1). Des Weiteren wird der Wertschätzung durch Pflegedienstleitung,

Vorgesetzte und Arbeitgeber hohe Bedeutung zugeschrieben (N1, E2, H1, K2) sowie einer wertschätzenden Grundhaltung (E2) und wertschätzenden Firmenkultur (N1). Exakt diese Wertschätzungsebenen visualisieren die Handlungsempfehlungen der Studie „PflegerWert“ inklusive der Anregung zur „Selbst-Wertschätzung“ (vgl. Fuchs-Frohnhofen et al. 2013:52), die sich empirisch jedoch nicht abbildet.

Für den Medizinsoziologen Siegrist sind hohe Stressbelastung in Verbindung mit geringer Anerkennung ideale Bedingungen zur Entstehung beruflicher Überbelastung (vgl. Siegrist 2011:7). Die Strahlkraft von Anerkennung und Wertschätzung spiegelt sich in den empirischen Ergebnissen wider, die grafisch als „Nichtwertschätzungs-Spirale“ dargestellt werden kann. Die Arbeitsbedingungen: Finanzielle Engpässe (KHF1) → immer weniger Personal (KHF4) → enorm hohe Arbeitsbelastung (KHF2) → demzufolge zu wenig Zeit (KHF7) → Kämpfe um gute Arbeitsbedingungen (KHF7) → werden als geringe Wertschätzung (KHF5) empfunden und münden schließlich in Motivationsraub (KHF1).

Geißler sieht im Element *übergeordnete Werte* eine tragende Komponente von Gemeinschaften zur Überbrückung der oft mit Kampf verbundenen Gegnerschaft im Arbeitsprozess (vgl. Geißler 2000:22).

Exkurs: Empirisch zeigt sich ein latenter Zusammenhang der Kategorien *Wertschätzung* und *Spaß*, der mit den Studienergebnissen „PflegerWert“ und der Handlungsempfehlung „Selbst-Wertschätzung“ korrespondiert (vgl. Fuchs-Frohnhofen et al. 2013:52). Diese Kausalität stellt auch systemtheoretische Position her, indem Sinnggebung auf (Tausch-)Angeboten basiert und unter anderem über das Medium Wahrheit vermittelt wird (vgl. Luhmann 1997:320; Krause 2001:155-156, 181). Luhmann nennt anstelle von Wertschätzung „Vertrauen“, was gewissermaßen Zutrauen zu den eigenen Erwartungen bedeutet und elementarer Tatbestand des sozialen Lebens ist (vgl. Luhmann 2000:1). Für ihn ist Vertrauensbildung nur möglich, wo Wahrheit und wahrhaftige Kommunikation möglich sind. *„Wahrheit erleichtert diese Verständigung und damit die Reduktion der Komplexität, durch die Unterstellung, dass auch Dritte diese Auffassung für richtig halten würden“* (Luhmann 2000:66).

Dies bestärkt die empirisch wahrgenommene Beziehung zwischen Wertschätzung und Sinngebung, wonach positives Feedback der Arbeit Sinn geben und (wieder) Freude bereiten kann. Weiter, so Luhmann, lernt das Kleinkind in der Familie die Grundlage für Vertrauen und führt diese Vertrauensbereitschaft in gewohnter Weise im Laufe des Lebens fort (a.a.O.:107). Vorerwähntes verdeutlicht Parallelen zum inkorporiertem Kulturkapital (vgl. Abel et al. 2009:200ff; Bourdieu 1992:57ff).

Klare Strukturen: Theorie und Empirie stimmen darin überein, dass klare Strukturen (M2), vernünftige Rahmenbedingungen (D2, E2), ausgeglichene Prozesse (G2) und klare Regeln (F1) zur Erfüllung des Versorgungsauftrages und Gefährdungsminimierung beitragen (vgl. Isfort 2017; Höfert 2016). Im Komponenten-Cube wird diese Kategorie als *Ordnungselement* positioniert, die Regeln vorgibt und Beziehungen definiert (Geißler 2000:22).

Arbeitszeiten: Der 2017 vorgelegte Gesundheitsreport greift das Thema Schlafstörungen auf und bestätigt Untersuchungsergebnisse aus dem Jahr 2005, worin Zusammenhänge zwischen Schichtdienst und Gesundheitsbelastung der Berufsgruppe Pflege thematisiert werden (vgl. Kordt 2017:89, 126). Auch die Praktiker beklagen schlechte Arbeitszeiten sowie Dreischichtsystem (B2, L2, A1b ,D1, J1, B1, B2, G3, F1) und äußern Bedarf nach flexiblen Arbeitszeiten (J1, F1, G2). Präferiert werden geregelte, verlässliche Dienst- und Ausfallpläne, die freie Arbeitszeit garantieren (L2, J2, D1, I2, B1, C1).

In diesem Zusammenhang sind folgende Zitate erwähnenswert: „*Was den Verbleib im Beruf hemmt: In jedem Falle der Schichtdienst. Und in jedem Falle: Ich arbeite immer entgegengesetzt des sozialen Lebens*“ (B2:4). „*Ich müsste Spaß an der Arbeit haben, dann [...] wäre ich auch [...] zufriedener und würde so gar nicht so sehr auf die Arbeitsbedingungen schauen*“ (C1:8).

Wohingegen die Komponente *Arbeit* auf dem Würfel, völlig sympathiefrei, auf Leistung ausgerichtet ist und einen der Arbeitszeit angemessenen Einsatz qualifizierter Mitarbeiter zur Erreichung beruflicher Ziele erfordert (vgl. Geißler 2000:21).

Personal: Übereinstimmung zwischen Theorie und Empirie besteht hinsichtlich der Personalsituation deutscher Kliniken. Verschiedene Studienergebnisse weisen auf Personalmangel hin (vgl. Isfort 2013; Kochanek et al.2015) und in einer Befragung von Intensivpflegefachpersonal geben fast 100% der Befragten an, bei akutem Personalmangel aus dem Frei rekrutiert zu werden (vgl. Nydahl et al. 2017:89). Diese Ergebnisse kongruieren mit den Aussagen der Interviewpartner, die sich für mehr qualifiziertes Personal (J2, E1, D1, E2, I2, N1, B2, H1, G1a) und eine Mindestbesetzungspflicht (G3) auch auf Pflegestationen, einsetzen. „*Es muss andere Maßstäbe geben, woran man das Arbeitsaufkommen der Pflege misst und dementsprechend adäquates Personal, Anzahl an Personal dem gegenüberstellt*“ (D1:8).

Diese Aussage harmoniert mit Geißlers Element *Kritik*, das die Aufgabe des sachlichen Infragestellens von Gewohnheiten übernimmt und sich in friedlicher Auseinandersetzung sachlicher Argumente bedient (vgl. Geißler 2000:22, 23).

Finanzielle Engpässe: Hinsichtlich Einkommenssteigerung zum Verbleib im Pflegeberuf besteht keine direkte Übereinstimmung zwischen Theorie und Empirie. Während sich Experten für höhere Vergütung der Berufsgruppe einsetzen (vgl. Jacobs et al. 2016; Hundt/van Hövell 2015), sehen Pflegefachkräfte und Manager die Finanzierungsfrage differenzierter. Prinzipiell sei Einkommenszuwachs attraktiv (A1b, N1, J1, I2, F1, B2), die Betroffenen sehen jedoch auch die Allokationsproblematik innerhalb der Sozialpolitik (G1a, D2, J2, E2) und wünschenswert sei statt höherer Vergütung die Investition in mehr Personal (J2). Bedauerlich sei, dass sich das reiche Deutschland nur eine ausreichende Krankenversorgung leiste (G2). Geld sei ein großer, aber nicht der einzige Faktor (B2, J1) und nicht aufwertbar mit Gesundheit (D1). „[...] *dass wir gar nicht so sehr heiß auf mehr Geld waren, sondern dass wir gerne mehr Personal gehabt hätten, also sozusagen in Abwägung*“ (J2:2). Das Zitat veranschaulicht Parallelen zur theoretischen Tauschbetrachtung, wonach soziales Kapital das Resultat bewusster und unbewusster Interventionsstrategien ist und auf Austausch von Geschenken, Dienstleistungen, Versprechen oder Aufmerksamkeit beruht, inklusive (formaler) Verpflichtungen. Ob die Tauschpartner gegenseitigen Dank und Respekt dabei empfinden, ist unerheblich (vgl. Wiedemann/Meyen 2014: 225).

Diese Betrachtung ergänzt Geißlers Ausführung, wonach *Tausch-Beziehung* primär auf Befriedigung eigener Interessen beruht. Tauschpartner seien nicht als Person relevant, sondern lediglich als Anbieter oder Nachfrager (vgl. Geißler 2000:22).

Zeit: In Übereinstimmung der Publikation „Zeitdruck in der Pflege“, die neben der ohnehin knapp bemessenen Personaldecke, als Hauptursache zeitraubende defizitäre Arbeitsorganisation nennt (vgl. Schleicher et al. 2010:7ff), fehlt auch den Interviewpartnern Zeit für Patienten (J2, H1, G1a, A1b, E1, G2), Zeit für Gespräche (H1, E1, D2) und mehr Zeit für weniger Patienten (G1a). „[...] *Stellenplan-technisch ist es halt einfach eine Katastrophe, weil man einfach zu viele Patienten mit zu wenig Leuten in zu kurzer Zeit versorgen muss.*“ (J1:1). Die Kategorie Zeit korrespondiert mit Geißlers Komponente *Kampf/Auseinandersetzung*. Denn Kampf setze sozialen Konflikt voraus oder impliziere ihn, wohingegen *Auseinandersetzung* soziale Auseinandersetzung und Abgrenzung meint (vgl. Geißler 2000:22).

Zusammenfassend lässt sich die latent verborgene Korrelation zwischen den Kategorien Spaß und Wertschätzung, in Analogie zum sozialwissenschaftlichen Sinngebungs begriff, feststellen. Sinngebende Tätigkeit (Spaß) kann nicht erreicht werden, wenn die Instrumente, wie Personal-Zeit-Strukturen-Finzen, nicht vorhanden sind.

Alle acht Hauptkategorien spiegeln sich in den acht konstitutiven Komponenten für Gemeinschaften wider. Die empirisch wahrgenommene Korrelation der Kategorien stützt den Hinweis Geißlers nach Herstellung einer guten Balance innerhalb der acht Komponenten (vgl. Geißler 2000:44).

Erziehungswissenschaftliche Relevanz

- Alle acht Hauptkategorien spiegeln sich in den acht konstitutiven Gemeinschafts-Komponenten wider
- Relevanz organisatorischer Transformationsprozesse durch organisationspädagogische Balance

Sozialwissenschaftliche Relevanz

- Bedeutsamkeit von (Selbst)-Vertrauen und Vertrauensbildung
- Hervorhebung von Vertrauensbildung durch inkorporiertes Kulturkapital
- Berücksichtigung autopoietischer Bewusstseinsprozesse, bezüglich Informationsaufnahme – und Verarbeitung (auch hinsichtlich Vertrauensbildung)

Pflegewissenschaftliche Relevanz

- Ermittlung von acht Hauptkategorien zum Verbleib im Pflegeberuf, die in der Fachliteratur belegt sind und sich in den acht konstitutiven Gemeinschafts-Komponenten wieder finden
- Kategorie „Finanzielle Engpässe“, stimmt teilweise mit theoretisch formulierten Vorannahmen überein (Die Interviewpartner sind der Meinung, Geld sei wesentlich, jedoch nicht einziger Faktor zum Verbleib im Beruf, relevanter sei eine Investition in mehr Personal)

4.1.4 Theorie-Empirie-Abgleich: Beitrag zum Verbleib im Pflegeberuf durch GF

Demografischer Wandel, Anstieg der Pflegebedürftigkeit und daraus resultierender Bedarf an qualifizierten Pflegefachkräften erfordert gesunde und motivierte Mitarbeiter zur Sicherstellung hochwertiger Pflege. In diesem Zusammenhang fordern die Autoren der Fachzeitschrift „Gesundheit und Gesellschaft“ (G+G) die Verbesserung der Arbeitsbedingungen in der Pflegebranche und eine Investition in die Mitarbeiter durch BGM (vgl. Herdegen/Schröder 2011:6). Dieser Forderung schließt sich die Autorengruppe des Fehlzeitenreports 2015 an, die in der Gesundheitsgefährdung von Pflegefachkräften nicht nur die daraus resultierenden Fehlzeiten und erhöhte Fluktuation sehen, sondern auch verminderte Versorgungsqualität. Konkrete Ausgestaltung der Maßnahmen werden nicht genannt, da diesbezüglich erheblicher Forschungsbedarf bestehe (vgl. Ehresmann et al. 2015:71). Empirisch bestätigt wird dies durch die Interviewpartner, die grundsätzlich davon ausgehen,

dass die Implementierung gesundheitsfördernder Maßnahmen zum Verbleib im Pflegeberuf beitragen kann (N1, K2, M2, B1, E1, I1, D2). Allerdings sei gelingende Kommunikation und eine wertschätzende Organisationskultur relevanter (K2,D2), was nun offensichtlich mit der theoretisch belegten Korrelation zur Kategorie Wertschätzung übereinstimmt (vgl. Fuchs-Frohnhofen et al. 2013:52; Siegrist 2011:7).

GF wird von den Pflegefachkräften als „Anstoß“ (KGF3) zum Verbleib im Beruf eingeschätzt, wobei es nicht das primäre Problem des bestehenden Personalmangels und damit einhergehender Arbeitsbelastung löse (D1, G1a). Gleichlautend zu den Ausführungen Herdegen/Schröders, die in verbesserten Arbeitsbedingungen und GF für die Pflege eine Investition in die Zukunft sehen (vgl. Herdegen/Schröder 2011:6). Die Kategorie Anstoß kann primär dem Komponenten-Element Sympathie/Fürsorglichkeit als Gegenpol zur Aufgabenerfüllung zugerechnet werden (vgl. Geißler 2000:22).

Analog zu der These Luhmanns, dass sich Sinnggebung aus kommunikativen Selektionsprozessen entwickelt und über Kommunikationsmedien, wie Wahrheit, Geld, Liebe, übertragen wird (vgl. Luhmann 1997:320; Krause 2001:155-156, 181), wird auch empirisch der Informationskultur große Relevanz zugewiesen. Obwohl viele gesundheitsfördernde Angebote vorhanden seien, wären sie nur wenigen Mitarbeitern bekannt (Interview F1, G1b). Wenn die Mitarbeiter die Chance erhielten die Angebote in der Arbeitszeit wahrzunehmen (J1, J2, G1b, E2), könne dies ein Anstoß sein, um Mitarbeiter an die Organisation zu binden (J1, B1). Allerdings seien Veränderungen auf struktureller und organisatorischer Ebene dringend geboten (I2, D1). Bereits die Wahrnehmung, dass der Arbeitgeber Interesse an seinen Mitarbeitern zeige, sie sieht, wertschätzt und fördert, trage in gewissem Maß zum Verbleib im Pflegeberuf bei (N1, D2, H1, E1). Wie genannt, sind diese Wertschätzungsebenen als Handlungsempfehlungen der Studie „PflegeWert“ zu entnehmen (vgl. Fuchs-Frohnhofen et al. 2013:52). Von Seiten des Vorgesetzten sei das Signal wichtig: *„Du bist uns wichtig, du als einzelner Mensch und deswegen und da haben wir diese und diese Angebote“* (K2:9). Das Interviewzitat weist auf die Verschmelzung zur Hauptkategorie Wertschätzung sowie deren Signalwirkung hin und verdeutlicht die Relevanz einer Ausgewogenheit der Gemeinschafts-Komponenten (vgl. Geißler 2000:44).

Erziehungswissenschaftliche Relevanz

- Neben den relevanten Komponenten Sympathie/Fürsorglichkeit und Wertschätzung zeigt sich einmal mehr die Bedeutsamkeit der Ausbalanciertheit der Komponenten

Sozialwissenschaftliche Relevanz

- Entwicklung von Sinnggebung über Kommunikationsmedien, wie Wahrheit, Geld, Liebe
- Bedeutsamkeit von wahrhafter Kommunikation

Pflegewissenschaftliche Relevanz

- Grundsätzlich tragen Angebote zur GF zum Verbleib im Pflegeberuf bei, wobei strukturelle und organisatorische Veränderungen unumgänglich seien

4.1.5 Theorie-Empirie-Abgleich: Vermittlung familiärer GF – Individueller Gesundheitsbegriff

Da die Fragen der familiären Vermittlung zur GF und Bildung des persönlichen Gesundheitsbegriffs miteinander korrelieren, wird die Abstimmung zwischen theoretischen Vorannahmen und empirischen Aussagen im Zusammenhang betrachtet.

GF in der Kindheit: Entsprechend der Darstellung, dass inkorporiertes Kulturkapital meist unbewusst und vornehmlich über milieuspezifische Sozialisationsprozesse erfolgt (vgl. Abel et al. 2009, in Richter/Hurrelmann 2009:200), können die Pflegefachkräfte spontan keine Aussage machen, was bewusst zum Erhalt der Gesundheit vermittelt wurde.

Bezugnehmend auf die Ausführung, dass sich Aneignungsprozesse vorwiegend über den Habitus, die jeweils vorherrschenden Gewohnheiten wie Ernährung und Freizeitgestaltung, bilden, geben auch die Interviewpartner an, dass *gemeinsame Frühstücke* (H1), *mit Familie spazieren in der Natur* (F1), *wer gesund isst, ist gesund* (J1), im Rückblick als familiäre GF gewertet werden.

Insbesondere zur Frage: „Was erhält die Seele gesund?“ kann sich niemand an entsprechende Hinweise erinnern. Einige Interviewpartner antworten eher in Bezug auf Krankheit: *Ich habe gelernt, dass man trotz Krankheit sehr leistungsfähig sein kann* (J2); *Ich habe gelernt, sehr über meine Grenzen zu gehen* (C1); *Krank, da braucht es viel für* (M2). Andere Befragte empfinden aus heutiger Perspektive Situationen wie: *War immer einer da* (N1); *bedingungslose Liebe* (K2); *Mutter war immer da* (G1a, H1); *geschätzt, auch wenn man etwas verbockt hatte, als gesund*. Ein Interviewteilnehmer erwähnt, die Mutter habe gesagt: *„Es gibt viele Krankheiten, aber nur eine Gesundheit“* und das (Gesundheits-)Verhalten der Eltern sei (mit-)prägend gewesen und unbewusst übernommen worden (N1).

Analog zu salutogenetischer Lebensweise, die für Faltermaier in Relation verfügbare und nutzbarer individueller Ressourcen steht (vgl. Faltermaier 2017:184ff), wird empirisch belegt,

dass nicht allen Betroffenen die gleichen salutogenetischen Kenntnisse vermittelt wurden.

Unter Einbezug von Luhmanns Aussage, das Bewusstsein operiere in gegenwärtigen Situationen autopoietisch auf der Grundlage der persönlichen Systemgeschichte (Luhmann 2008:60), bedeutet dies, dass gesundheitsfördernde Maßnahmen nicht angewendet werden, weil dies die kulturelle Sozialisation nicht erlaubt (vgl. Luhmann 2002:137). In Übereinstimmung dazu bilden sich empirisch die Realtypen: **Ritualisten**, **Über-Grenzen-Geher**, **Geschätzte** und **Besondere**. Während die **Ritualisten** in der Kindheit lernten sich regelmäßig sportlich mit Freunden zu betätigen, wurde den **Über-Grenzen-Gehern** vermittelt, dass es „viel braucht, um krank zu sein“. Demgegenüber erfuhren die **Geschätzten**, dass sie geschätzt wurden, auch „wenn man etwas verbockt hatte“ und die **Besondern** erlebten, dass es bei Krankheit etwas Besonderes zu essen gab.

Neben Bourdieus beschriebener Relevanz vorschulisch erworbenem Kulturkapitals (vgl. Bourdieu 1992:50ff) knüpft auch Geißler sein Komponenten-Modell unter anderem an das Familien-Modell (vgl. Beck et al. 19080:25ff, in: Geißler 2000:18).

Beide Theorieansätze kongruieren mit den ermittelten Realtypen.

Individueller Gesundheitsbegriff: Gemäß der Aussage, das Bewusstsein operiere in aktuellen Situationen rückwärtsgewandt (vgl. Luhmann 2008:62), ist nachvollziehbar, dass die in der Kindheit abgespeicherten Erfahrungen, bewusst-unbewusst oder fehlender GF, direkten Einfluss auf den individuellen Gesundheitsbegriff haben. Empirisch zeigt sich diese Konstellation, indem die **Ritualisten** Gesundheit als Zustand der *Arbeitsfähigkeit* definieren, die **Über-Grenzen-Geher** beschreiben Gesundheit als *Wohlbefinden* und in geringer Abweichung bezeichnen die **Besonderen** Gesundheit als Gefühl der *Zufriedenheit*. Die **Geschätzten** verbinden mit Gesundheit *Stabilität*. Alle empirisch beschriebenen Zustandstypen von Gesundheit finden sich in den theoretisch dargelegten Gesundheitsdefinitionen.

Der in der Empirie verwendete Gesundheitsbegriff *Arbeitsfähigkeit* meint das gesundheitspädagogische Ziel der Employability, das durch selbstbestimmte Gesundheits- und Krankheitsentwicklung erreicht werden soll (vgl. Dietel 2012:54). Die von den **Über-Grenzen-Gehern** beschriebene Gesundheit als *Wohlbefinden* findet sich in Hurrelmanns Definition als Stadium wieder, dass „[...] Menschen Wohlbefinden und Lebensfreude vermittelt“ (Hurrelmann et al. 2006:146). Ebenso lässt sich das von den **Besonderen** gebildete Gesundheitsgefühl von *Zufriedenheit* auf die Definition Baduras übertragen, der Gesundheit als „[...] positives seelisches und körperliches Befinden – insbesondere ein positives

Selbstwertgefühl [...]“ definiert (Badura et al. 2010:32). Die in der Theorie benannte Balance zwischen Risiko- und Schutzfaktoren (Hurrelmann/Franzkowiak 2011:103) sowie das Verhältnis von Bedürfnis und Möglichkeiten (vgl. Zwick 2004:32ff) wird von den **Geschätzten** in der Empirie als *Stabilität* diagnostiziert und Dietel verweist auf emotionale Stabilität (vgl. Dietel 2012:54).

Mit dem ermittelten Realtypus **Geschätzte** wird auch hier die Verbindung zur Kategorie Wertschätzung deutlich (vgl. Fuchs-Frohnhofen et al. 2013:52). Dass ein *Stabilitätszustand* nur durch gelingende Ausbalancierung unterschiedlicher Anforderungen erreicht werden kann, unterstreicht Geißlers Forderung nach Balance der Gemeinschafts-Komponenten (vgl. Geißler 2000:44).

4.1.6 Theorie-Empirie-Abgleich: GF – Gegenwart/GF – Pflege

Die Antworten zur Frage nach individuellen gesundheitsfördernden Maßnahmen und den Angeboten, die die Pflegefachkräfte in der Organisation benötigen, sind beziehungsreich. Wie oben, findet auch hier der Abgleich zusammenhängend statt.

GF – Gegenwart: Der Theorie-Ansatz frühkindlicher Prägung als fest verankertes Kulturkapital (vgl. Bourdieu 1992:50ff) zeigt sich auch in den Antworten auf die Frage: „Woraus schöpfen Sie Kraft“. Die **Ritualisten** gewinnen Energie aus *sportlichen Aktivitäten in der Gemeinschaft*, was theoretisch die Bildung von Sozialkapital durch Stärkung des Korbsgeistes belegt (vgl. Jurt 2012:30, in: Bergman et al. 2012). Die **Über-Grenzen-Geher** schöpfen ihre Kraft aus *Ruhe und Auszeit* und die **Besonderen** aus *Behaglichkeit*. Die **Geschätzten** suchen ihre Erholung im *Familienleben* und *Wandern*. Sportliche Aktivitäten variieren innerhalb der Typen nach Intensität und Frequenz: Während **Ritualisten** *Marathon* laufen oder im Freundeskreis reiten, *walken* **Über-Grenzen-Geher** *gelegentlich* und **Geschätzte** *wandern* mit ihren Familien. Die **Besonderen** verwöhnen sich mit *Wellness* oder *Massage*. Die Aktivitäten der empirisch ermittelten Typen (*Gemeinschaft-, Familienleben-, Ruhe- und Behaglichkeit-Suchende*) stimmen mit der theoretischen Aussage überein, Sport und Freizeitverhalten divergiere je nach sozialer Herkunft und Vorliebe (vgl. Abel et al. 2009:200, in Richter/Hurrelmann 2009).

GF – Pflege: Vorgenannte These, sportliches Verhalten variere je nach Sozialisation (vgl. a. a. O.: 200), drückt sich exakt in den Wünschen organisationaler GF-Programme aus. In Analogie zu der Sozialkapital-Bildung durch Stärkung des Korbsgeistes (vgl. Jurt 2012:30, in:

Bergman et al. 2012), sprechen sich die **Ritualisten** auch auf Organisationsebene für *Sport-Events zur Förderung des Gemeinschaftsgeistes* aus. (vgl. Jurt 2012:30, in: Bergman et al. 2012),

Die **Geschätzten**, die mangelnde berufliche Wertschätzung durch familiäre Anerkennung ausgeglichen haben, möchten ihre Freizeit vorzugsweise mit der Familie verbringen. Im beruflichen Kontext fragen sie nach *Unterstützung* und einer Stelle, an die sie sich bei Überforderung wenden können. Die **Besonderen**, die Behaglichkeit suchen, präferieren auch auf organisationaler Ebene Angebote wie *mobile Massagen* oder solche der Physikalischen Abteilung. Die **Über-Grenzen-Geher** mit ihrem Sinn für Ruhe und Auszeit wünschen sich *Instrumente zur Linderung der Beschwerden*. Um ihrem Ruhebedürfnis nachzukommen und langfristig Auszeiten planen zu können, benötigen sie *Hilfsmittel*, die Beschwerden der Nicht-Wertschätzung durch Personalzuwachs lindern. Sie fühlen sich als Symptomträger des Systems. Genannten Bedarf bildet das Modell der Gemeinschaftstypen ab, die Geißler dem Komponeten-Cube zugrunde legt. So kann für **Ritualisten** mit dem Gesundheitsziel Arbeitsfähigkeit der Typ *Arbeitsgemeinschaft* gelten, der Dienstleistung arbeitsteilig und entsprechend seiner Fachkompetenz erstellt (vgl. Geißler 2000:18).

Die **Über-Grenzen-Geher**, die sich als Symptom-Träger des Systems sehen und Instrumente zur Linderung der Symptome benötigen, können dem Gemeinschaftstyp *Ordnung* zugeordnet werden. Denn Ordnungsgemeinschaften sind für Geißler auch Zwangsgemeinschaften, in denen einzelne Personen oder eine Gruppe über Machtmittel verfügen und damit sicherstellen, dass sie Mitglieder der Gemeinschaft bleiben und Ordnung garantieren (vgl. a. a. O.: 18).

Die **Besonderen**, die Behaglichkeit zum Ziel der Zufriedenheit suchen, präferieren auch im beruflichen Kontext Verwöhnprogramme. Dieser Typ kann im Modell als *Erlebnisgemeinschaft* verortet werden, wonach das Erleben von Schönem im Vordergrund steht (vgl. a. a. O.: 18).

Die **Geschätzten**, die Unterstützung zur Erreichung ihres Gesundheitsziels Stabilität suchen, kongruieren gleichermaßen mit den Gemeinschaftstypen *Sympathie-* und *Wertegemeinschaft*. Während die dem Familien-Modell innewohnende *Sympathiegemeinschaft* auf emotionalen Beziehungen mit moralischer Bindung als tragendes Element basiert, bündelt die *Wertegemeinschaft* übergeordnete Werte und Ideale zur Überwindung von Oppositionen (vgl. a. a. O.:18-19).

Zusammenfassend stimmt der Theorie-Ansatz Bourdieus, der die Relevanz vorschulischer Bildung von inkorporiertem Kulturkapital als fest verankertes Kulturkapital beschreibt (vgl. Bourdieu 1992:50ff) mit den ermittelten Realtypen überein. Die Typologie zeigt, dass früh erworbene Gesundheitsinformationen über die Lebensspanne den individuellen Gesundheitsbegriff sowie die Anwendung gesundheitsfördernder Maßnahmen prägen. Ebenso reflektieren sich empirisch die Personen- und Zustandstypen in Geißlers Gemeinschaftstypen (vgl. Geißler 2000:18ff).

Hinsichtlich der Heterogenität theoretischer und empirischer Gesundheitsdefinitionen erhält Luhmanns Ausführung zur Selbstsozialisation als Ergebnis der individuellen Systemgeschichte eine neue Bedeutung. Denn, so Luhmann, würde jegliche Abweichung dokumentierter Konformität als Defekt beschrieben, könne sich keinerlei Individualität entwickeln (vgl. Luhmann 2002:137) und ließe demzufolge keinen individuellen Begriff von Gesundheit zu.

Erziehungswissenschaftliche Relevanz

- Relevanz bewusster und konkreter Gesundheitsprägung (Förderung)
- Übereinstimmung der theoretischen Gemeinschaftstypen mit Realtypen
- Einheitliche Gesundheitsdefinition würde Abweichung als Defekt beschreiben und Individualität ausgrenzen (Stichwort: Inklusionspädagogik)

Sozialwissenschaftliche Relevanz

- Frühe salutogenetische Sozialisation wirkt rekursiv (selbstbezogen) und identifiziert im Rückblick abgespeicherte salutogenetisch ausgerichtete Zukunftserwartungen
- Vorschulische Sozialisation gesundheitsrelevanter Informationen prägt den individuellen Gesundheitsbegriff und GF über die Lebensspanne

Pflegewissenschaftliche Relevanz

- Ermittelte Gesundheits-Definitionen sind theoretisch belegt
- Gesundheit als Zielzustand zu formulieren, erscheint konkreter als umschreibende Definition

4.1.7 Theorie-Empirie-Abgleich: Relevante Erkenntnisse für die (Elementar-)Pädagogik

Vor dem Hintergrund sich verändernder Familien-Konstellationen, Rechtsanspruch auf frühkindliche Förderung (§ 24 Abs. 2 SGB VIII) und demzufolge vermehrter Nachfrage frühpädagogischer Bildungseinrichtungen (vgl. Friedrich 2011:12), sind elementarpädagogisch verschiedene Erkenntnisse aus vorliegender Untersuchung relevant.

Die auf Bundesebene angeregte Initiative, Nationale Gesundheitsziele - Gesund aufwachsen (BGM Aktualisierung 2010³⁴), bedingt eine stärkere Vernetzung der Bereiche Pädagogik und Gesundheit (vgl. Blättner 2010:135, in: Arnold et al. 2010).

Außerdem bedarf der angeführte und empirisch belegte synonyme Gebrauch gesundheitsrelevanter Informationen (vgl. Böhme/Nittel 2012:3) eines einheitlichen Terminus und Nachschlagewerkes.

Die in Theorie und Empirie beschriebene, unbewusst und über milieuspezifische Sozialisationsprozesse gebildete Gesundheitskompetenz erfordert entsprechende Aufbereitung von Gesundheitsinformationen (Schaeffer et al. 2017:6-11), wozu der jüngst veröffentlichte Aktionsplan Gesundheitskompetenz beitragen kann (vgl. Schaeffer et al. 2018³⁵).

Des Weiteren verlangt die theoretisch dargelegte und empirisch belegte Bildung des Gesundheitskapitals über den Habitus der jeweiligen Verhaltensmuster (vgl. Abel et al. 2009:200, in Richter/Hurrelmann 2009) eine Beschäftigung mit Ressourcen orientierter Biografiearbeit (vgl. Hölzle/Jansen 2011:20).

Wie empirisch aufgezeigt, hat kein Interviewpartner spontan bewusste Erinnerung an gesundheitsfördernde Hinweise aus der Kindheit. Daher ist davon auszugehen, dass auch pädagogisches Fachpersonal kaum Kenntnisse dazu hat und diesbezüglich zu sensibilisieren gilt, bevor mit Erziehungspartnern und Kindern zu diesem Thema gearbeitet wird.

(Elementar-)pädagogische Sozialisation hinsichtlich gesundheitlicher Chancengleichheit (vgl. Richter/Hurrelmann 2009:221) impliziert Kenntnisse des Präventionsgesetzes (PrävG) sowie dessen Chancen für die Settings Kita und Schule (vgl. GKV 2017:9; § 20 SGB V).

Aufgrund des theoretisch wie empirisch illustrierten facettenreichen Gesundheitsbegriffs (Schaeffer 1998:81ff) sowie der Befürchtung, eine einheitliche Definition könne die Ausgrenzung bestimmter Merkmale bedeuten (vgl. Luhmann 2002:137), sollte mit Blick auf Inklusionspädagogik auf eine disziplinübergreifende Gesundheitsdefinition verzichtet werden.

³⁴ <https://www.bundesgesundheitsministerium.de>.

³⁵ <http://www.nap-gesundheitskompetenz.de>.

Bourdieus These, des fest verankerten Besitzes durch inkorporiertes Kapital (vgl. Bourdieu 1992:50ff) sowie des empirisch aufgezeigten Kausalzusammenhangs zwischen frühkindlicher GF und aktuellem Gesundheitsbegriff belegen, dass der Lernbereich Gesundheit als Querschnittsthema über die gesamte Lebensspanne betrachtet werden kann (vgl. Ohlbrecht/Seltrecht 2017:19).

Neben den im Empirieteil angeführten Aussagen zur GF in der Kindheit kann das „Gesundheitskapital-Faktoren-Modell“ (vgl. Abbildung 4, Kapitel 1.9.3) als Instrument zur Vermittlung von Gesundheitskompetenzen dienen und günstigenfalls zur Überwindung fehlender Implikationen der Disziplinen Gesundheits- und Erziehungswissenschaft (Blättner 2010:135, in: Arnold et al. 2010) beitragen.

Erziehungswissenschaftliche Relevanz

- Unbewusste milieuspezifische Gesundheitskapital-Bildung erfordert:
stärkere Verbindung der Lernbereiche Pädagogik und Gesundheit;
eindeutiger Gebrauch gesundheitsrelevanter Informationen;
Sensibilisierung für unterschiedliche „Gesundheits-Typen“ in Verbindung mit Ressourcen orientierter Biografiearbeit;
Gesundheitskapital-Faktoren-Modell als mögliches Instrument zur Vermittlung von Gesundheitskompetenz
- GF als Aufgabe über die Lebensspanne
- Zusammenhang zwischen GF/Kindheit und Gesundheitsbegriff/Gegenwart
- Selbstwertschätzung = Vertrauensbildung als Komplexitätsreduktion

Sozialwissenschaftliche Relevanz

- Milieuspezifische Aufbereitung gesundheitsrelevanter Informationen
- Zusammenhang zwischen GF/Kindheit und Gesundheitsbegriff/Gegenwart
- Selbstwertschätzung = Vertrauensbildung als Komplexitätsreduktion

Pflegewissenschaftliche Relevanz

- Stärkere Verankerung der Bereiche Pädagogik und Gesundheit
- Eindeutiger Gebrauch gesundheitsrelevanter Informationen
- GF als Aufgabe über die Lebensspanne (Fortbildung)

4.2 Diskussion der Ergebnisse und Erkenntnisgewinn

Motiviert durch die Empfehlung der Autoren des Fehlzeitenreports 2015, dass die spezifische Arbeitssituation der Pflegefachkräfte maßgeschneiderte Präventionsprogramme erfordere (vgl. Ehresmann et al. 2015:72, in: Badutra et al. 2015), wird zu Beginn vorliegender Untersuchung eine Bestandsaufnahme durchgeführt. Dabei orientieren sich die 58 ermittelten Maßnahmen und Projekte zur GF an Elementen des Angebotsportfolios von Uhle/Treier (vgl. Uhle/Treier 2015:47).

Die facettenreiche Angebotspalette von Uhle/Treier basiert auf Einzelprogrammen einer Benchmarkstudie von 63 Unternehmen, überwiegend der Industrie angehörend (vgl. a.a.O.:47). Die Angebote gründen auf der Expertise aus den Bereichen Arbeitsmedizin, Ergonomie, Aufklärung & Beratung, Psychosoziale Begleitung, Mitarbeiterbeteiligung sowie Informations- und Kommunikationsmanagement (vgl. a. a. O.:150).

Die Angebotelemente: Aktionen, aktuelle Themen, Arbeitsgestaltung, Bewegung, Einstellung/Verhalten, Entspannung, Erfassung, Ernährung, Führung, Information, psychosoziale Betreuung, Wiedereingliederung finden sich nach der Anordnung von Uhle & Treiers auf einer Matrix der Ebenen Haus der Arbeitsfähigkeit (Tempel/Ilmarinen) wieder. Das Haus der Arbeitsfähigkeit visualisiert die vier miteinander verbundenen Etagen: Gesundheit → Kompetenz → Werte → Arbeit (Tempel/Ilmarinen 2013:40ff.). Dem evidenzbasierten Modell liegt das Belastungs- und Beanspruchungsmodell zugrunde, das davon ausgeht, dass gute Arbeitsfähigkeit vorliegt, wenn Beschäftigte die Arbeit mit ihren zur Verfügung stehenden Ressourcen gut bewältigen können. Die Entwickler des Hauses geben Impulse zur Gestaltung eines Arbeitsplatzes, der das menschliche Zusammenwirken am Arbeitsplatz verbessert und messen dem Management große Bedeutung hinsichtlich der Umsetzung bei (vgl. Tempel/Ilmarinen 2013:59, in: Uhle/Treier 2015:140f).

Zur pädagogisch-didaktischen Vermittlung der Angebote werden keine Aussagen gemacht.

4.3 Forschungsbedarf zur Burnout-Prävention bei Pflegekräften

Die Autoren des Fehlzeitenreports 2015 beziehen sich auf eine Studie, die Zusammenhänge zwischen Sozialkapital, Sinnhaftigkeit der Arbeit und dem Burnout-Ausmaß bei Pflegefachkräften in Rehabilitationskliniken untersucht hat. Obwohl wenig über den Gesundheitsstatus und psychische Belastungen bei Fachkräften dieser Einrichtungen bekannt ist und dazu erheblicher Forschungsbedarf besteht (vgl. Zimmermann/Körner 2014, in: Ehresmann et al.

2015:72, in: Badura et al. 2015), sind die Ergebnisse ansatzweise für Pflegefachkräfte in Akutkliniken von Bedeutung.

Hinsichtlich maßgeschneiderter Präventionsprogramme für Pflegefachkräfte weisen Ehrenmann et al. auf eine empirische Burnout-Forschung (Alarcon 2011) hin, die eine Verbindung zwischen spezifischen Arbeitsbedingungen/Tätigkeitsmerkmalen und Burnout sieht. Dabei stehen zeitliche und fachliche Arbeitsüberforderung, Rollenkonflikte sowie Kontrollmangel an Autonomie signifikant in Wechselbeziehung zu Burnout (vgl. Alarcon 2011, in: a. a. O.: 72).

Vorgenannte Forschung fokussiert das Sozialkapital von Organisationen sowie die Sinnhaftigkeit der Tätigkeit und beruht auf dem Bielefelder Unternehmensmodell. Das Modell ist der Sozialkapitalforschung zugeordnet und erklärt Wirkketten zwischen Organisations- und Arbeitsbedingungen und Gesundheit sowie betriebswirtschaftlich relevanten Endergebnissen der Organisation. Sozialkapital ist im BGM definiert als ein umfassendes Gebilde aus Führungsqualität, Beziehungsklima und Organisationskultur, wie gemeinsame Überzeugungen, Werte und Regeln. Dabei wird Sozialkapital als ganzheitliches Instrument zwischen Individuum und Organisation betrachtet, wobei dem Management hohe Bedeutung zugeschrieben wird (vgl. a.a.O.: 72). Konkrete gesundheitsfördernde Maßnahmen werden nicht empfohlen, da Maßnahmen aufgrund spezieller Arbeits- und Organisationsbedingungen prinzipiell einrichtungsbezogen und indikationsspezifisch zu entwickeln seien (vgl. a. a. O.:82). Auch an dieser Stelle werden keine Angaben zur pädagogisch-didaktischen Vermittlung der Angebote gemacht.

Arbeits- und Übungsbuch „Lebe Balance“

Seit Jahren weisen die Autoren der Fehlzeitenreporte auf die Zunahme psychisch bedingter Erkrankungen hin. Insbesondere bei der Berufsgruppe Pflege, die einen überproportionalen Anstieg der Arbeitsunfähigkeit aufgrund psychischer Erkrankungen zu verzeichnen hat (vgl. Kordt 2013:125; 2015:6ff; Badura et al. 2015).

Dies hat zur Entwicklung des AOK-Programms „Lebe Balance“ beigetragen, welches als Arbeits- und Übungsbuch zur Steigerung der inneren Stärke und Achtsamkeit gestaltet wurde (vgl. Bohus 2016). Das Nachschlagewerk beinhaltet Werkzeuge und Übungen für einen achtsamen Umgang mit sich selbst und dem persönlichen Umfeld als auch zur Unterstützung bei wichtigen persönlichen Veränderungen und zur Pflege sozialer Kontakte. Von Psychologen entwickelt, stützt sich das Handbuch auf Therapieansätze der Akzeptanz- und Commitmenttherapie (Hayes) sowie der Dialektisch-Behaviorale Therapie (Linehan) (vgl.

Bohus et al. 2016:170). Auf Basis des angeleiteten Selbststudiums via Übungsbuch entspricht die Methode des selbstbestimmten Lernens der Ermöglichungsdidaktik (Arnold).

Erziehungswissenschaftliche Relevanz	Soziawissenschaftliche Relevanz
Vision zur pädagogisch-didaktischen Vermittlung von Angeboten zur GF	Haus der Arbeitsfähigkeit (Tempel/Ilmarinen), Basis: Belastungs- und Beanspruchungsmodell
Vision zur pädagogisch-didaktischen Vermittlung von Angeboten zur GF	Bielefelder Unternehmensmodell (Badura/Walter), Basis: Sozialkapitalforschung
Selbststudium via Übungs- und Arbeitsbuch (Ermöglichungsdidaktik)	Stärkung der inneren Balance und Erhalt der Gesundheit (Bohus/Lyssenko/Wenner/ Berger). Basis: Akzeptanz-und Commitmenttherapie (Hayes) & Dialektisch-Behaviorale Therapie (Linehan).

Tabelle 49: Erziehungs- und Sozialwissenschaftliche Relevanz hinsichtlich Vision pädagogisch-didaktischer Vermittlung zur GF, i. V. m. Theoriebasis

(Ableitung aus: Bohus et al. 2016:170; Tempel/Ilmarinen 2013:59, Ehresmann et al. 2015: 72, in: Badutra et al. 2015), eigene Darstellung

4.4 Diskussion der Ergebnisse

Ein speziell für das GW entwickelte Programm zur GF findet sich beispielsweise im Projekt Gabi (Gestaltung altersgerechter Arbeitsbedingungen in Krankenhaus und Altenheim). Die insgesamt 58 ermittelten Einzelmaßnahmen (Ableitung aus: Fachliteratur: BGW, BMG, BGM, GF, Berufsverbände, Fehlzeitenreporte, PräVG) lassen eine Anknüpfung an das Angebotsportfolio von Uhle/Treier erkennen (vgl Uhle/Treier 2015:47). Alle Elemente der Angebotspalette finden sich in den Einzelmaßnahmen wieder, wenngleich auch in unterschiedlicher Allokation. Während die häufigsten Angebote zu *Einstellung/Verhalten* und *Führung* offeriert werden, finden sich im Ranking verminderte Empfehlungen zur *psycho-sozialen Betreuung, Entspannung, aktuellen Themen* und *Informationen des Arbeitsalltags* sowie kaum Angebote zu *Ernährung, Wiedereingliederung, Erfassung und Analyse von Arbeitsabläufen*. Die ermittelten Maßnahmen, unterstreichen die Aussage Baduras, der von ersten Ansätzen des BGM spricht (vgl. Badura et al. 2015:6ff).

Dies wird von einigen Interviewpartnern bestätigt, die ebenfalls erste Ansätze von BGM wahrnehmen. Da Manager vermutlich in Implementierungsprozesse eingebunden wurden, sind sie mit dem Aufbau vertraut und erkennen Ansätze (G2, J2, E2). Sie sehen jedoch

gleichzeitig die enge Budgetierung (G2, J2, E2) und vergleichen die Angebotsstruktur mit einem „Gießkannensystem“ (G3), was die divergierende Allokation der Maßnahmen und die der Fortbildungskataloge belegt. Hier werden Parallelen zur Ökonomisierung im GW deutlich, wonach Gesundheit dem sozialen Gradienten³⁶ folgt (vgl. Mielck 2000, in: Janßen 2011:8).

Demgegenüber nehmen Pflegefachkräfte das BGM kaum spürbar und unstrukturiert wahr (F1, A1b, G1a, G1b, J2, E1). Bezogen auf die Struktur zeigt sich beispielsweise bei Durchsicht der Kataloge, dass Hinweise zum Eingliederungsmanagement fehlen oder sich in anderen Dokumentationsstellen befinden. Zudem ist keine theoretische Grundlage und Zielrichtung in den einzelnen Angeboten und Fortbildungskatalogen erkennbar und korreliert mit der Aussage, dass Kommunikation zum Gesamtthema entscheidend ist (F1): Die Information, verbunden mit dem Hinweis, dass jeder einzelne Mitarbeiter wichtig ist und darum GF angeboten wird (K2, I1). Einerseits ist die Anmerkung ein Indiz für die Kategorie *Wertschätzung*, zum anderen für das Gemeinschaftsgefühl. Da auch Arbeitsgemeinschaften Gemeinschaften sind, denkt Geißler acht konstitutive Komponenten von Gemeinschaften als Eckpunkte eines Würfels, die miteinander in Verbindung stehen:

1. Werte
2. Sympathie/Fürsorglichkeit
3. Spiel/Spaß/Ästhetik
4. Kritik/Lernen
5. Ordnung
6. Arbeit/Expertentum
7. Tausch
8. Kampf/Auseinandersetzung (Geißler 2000:21).

Die Relevanz des Verbundenseins der Gemeinschaftskomponenten schwingt mit im Anliegen nach bevorzugter Terminvergabe von Untersuchungen bei Klinikmitarbeitern (G1a), die als gesundheitsfördernde Maßnahme genannt wird. Ebenso im Wunsch nach Seminaren - klinik-interner Ernährungsberater (N1), die das Gefühl des „Aufgehobenseins“ in der eigenen

³⁶Sozialer Gradient, das von Mielck entwickelte Modell, meint, dass geringe Teilhabe an sozialen Ressourcen (weniger Wissen, Einfluss, Prestige und Geld) in Zusammenhang stehe mit höherer gesundheitlicher Belastung, geringeren Bewältigungsressourcen, schlechterer medizinischer Versorgung und ungesünderem Verhalten. Erfolgreiche Bekämpfung des sozialen Gradienten habe auf drei Ebenen anzusetzen: Makroebene (Unterschiede bei Bildung, Beruf, Einkommen); Mesoebene (Gesundheitsrelevante Unterschiede des Wohnorts, Arbeitsplatzes, medizinischen Versorgungssystems) und der Mikroebene (individuelle gesundheitsbezogene Risikofaktoren: Gewicht, Rauchen, Alkohol, Bewegungsmangel) (vgl. Janßen 2011:8).

Organisation vermitteln (G1a).

Weiter zeigen die lokalisierten Angebote in Übereinstimmung mit den Maßnahmen der Fortbildungskataloge, dass kaum Veranstaltungen zur Komponente *Spiel/Spaß/Ästhetik* angeboten werden. Obgleich Geißler der Komponente *Spiel* eine Querverbindung zu *Arbeit/Expertentum* zuweist, da diese mit Leichtigkeit eine Balance zur ziel- und leistungsorientierten Arbeit herzustellen vermag (vgl. Geißler 2000:21). Das verdeutlicht die zweite Hauptkategorie, indem Pflegende befürchten ihre Balance zu verlieren (HKBF2). Empirisch wird *Spaß* als Hauptkategorie zum Verbleib im Beruf genannt (HKBF1) und in weiterer Abstufung: *Balance* versus *Arbeitsbelastung* (HKBF2) sowie *Wertschätzung/Anerkennung* versus *geringe Wertschätzung* (HKBF3). Allerdings hat es den Anschein, als könne Sinn (Spaß an der Arbeit) durch Wertschätzung gegenüber dem Beruf, des Vorgesetzten und des Arbeitgebers (wieder-)gefunden werden.

In diesem Zusammenhang sind Luhmanns Kommunikationsmedien, insbesondere Wahrheit als Informations-Vermittler bedeutsam (vgl. Luhmann 1997:320), da wahrhaftige Kommunikation als tragendes Element intersubjektiver Komplexitätsreduktion gilt (vgl. Luhmann 2000:66). Was im Umkehrschluss bedeutet, dass fehlende Kommunikation, Komplexität aufbaut. Mit Blick auf die ohnehin bestehende kognitive Dissonanz sollte eine Reduzierung von Komplexität Priorität haben: „[...]dass viele Pflegekräfte aus der Idee der Krankenpflegeausbildung, [...] ein individuelles pflegerisches Paket zu schnüren, einen guten Pflegeplan zu machen, Bedürfnisse und Bedarfe und Unterstützungsbedarfe, Selbsthilfekompetenzen zu vermitteln, all das, was sie theoretisch lernen, wird bei der Pflegekraft erlebt als: **Das kann ich alles nicht. Das heißt, diese kognitive Dissonanz³⁷ zwischen Erlerntem und Alltag ist groß**“ (G2:2, Hervorhebung durch die Autorin). Angesichts der Definition, kognitive Dissonanz sei als Motor zur Vereinbarkeit der Kognitionen durch Einstellungsänderung denkbar, erklärt dies die Häufigkeit der Angebote zu *Verhaltens und Einstellungsänderung* (vgl. Abgleich Angebote BGF-GW mit Angeboten Fortbildungskataloge).

Jedoch ist in diesem Zusammenhang die Selbststeuerung des Systems als Reflexionsinstrument nicht zu unterschätzen, da es als Instrument der dynamischen Stabilität und dem Systemerhalt gegenüber Umweltbedrohungen dient (vgl. Luhmann 2008:57). Das wirft die Frage auf, inwieweit Seminare zu Verhalten und Einstellung im Sinne der Organisation ziel-

³⁷Kognitive Dissonanz kennzeichnet in der Sozialpsychologie einen als unangenehm empfundenen Gefühlszustand, der durch Unvereinbarkeit von Kognitionen und Wahrnehmungen der eigenen Handlungen hervorgerufen wird. Kognitive Dissonanz kann als Motivator dienen, die entsprechenden Kognitionen mithilfe unterschiedlicher Strategien vereinbar zu machen, wie mit Verhaltens- oder Einstellungsänderungen (vgl. Stangl 2018, in: www.lexikon.stangl.eu).

führend sind, wenn elementare Bedürfnisse des Individuums unberücksichtigt bleiben? Denn gemäß der Organisationspädagogik bilden alle acht Komponenten die Grundlage für Gemeinschaften, die in Wechselwirkung zueinander stehen (Geißler 2000:21).

Darüber hinaus ist die Sozialisation entsprechend kulturellem Kapital nicht zu vernachlässigen. Sieht doch Luhmann Selbstorganisation als Ergebnis systeminterner Codierungsprozesse aufgrund der individuellen Systemgeschichte, „[...] die nicht zuletzt etwas mit dem kulturellen Angebot zu tun hat [...]“ (Luhmann 2002:137). Dies weist auf die notwendige Entwicklung maßgeschneiderter GF-Programme hin (vgl. Ehresmann et al. 2015: 72, in: Badutra et al. 2015), die die eigene Systemgeschichte integrieren.

Im Rückblick auf die definitorische Abgrenzung von Organisationspädagogik schließt sich eine weitere Frage danach an, inwieweit die Bezeichnung „Betriebliches Gesundheitsmanagement“ faktisch gesundheitsförderlich sein kann. Denn organisationale Pädagogik beschäftigt sich mit der Weiterführung betrieblicher Pädagogik (vgl. Arnold/Kilian 2010:7ff) und fragt danach, wie Lernen in der Organisation gestaltet werden kann und „[...] was es heisst, für die Organisation zu lernen [...]“ (Geißler 2000:48). Ungeachtet dessen baut vorliegende Untersuchung auf den konsensuellen Paradigmen der Autopoiesis und Differenzschemen auf.

Demzufolge definieren Organisationen, als grenzensetzende Gemeinschaften, ihre Grenzen selbst (vgl. a. a. O.:17) und bestimmen, inwieweit das BGM passend erscheint.

Mit Blick auf den individuellen Gesundheitsbegriff finden sich nahezu identisch die in der Theorie beschriebenen, pluralistischen Begriffe in der Empirie wieder. Wobei der Vorschlag Hurrelmanns nach fachübergreifender Nutzung seiner Definition von Gesundheit als Kontinuum (Hurrelmann et al. 2006:146) weiter-zu-denken ist.

Vor dem Hintergrund krankheitsbezogener Antworten zur Frage nach Vermittlung gesundheitsfördernder Rituale (C1, J2, M2, I2, D1) ist Hurrelmanns Forderung nach salutogenetischem Paradigmawechsel völlig berechtigt. Bezogen auf die fachübergreifende Nutzung seiner Gesundheitsdefinition als Kontinuum, das etymologisch auf das lat. *continuaré* für „zusammenhängend [...], ohne Unterbrechung fortsetzen“ zurückgeht (vgl. Wermke et al. 2001:438), ist sein Postulat jedoch zu differenzieren. Wäre Gesundheit als zusammenhängender und ohne Unterbrechung währender Prozess denkbar, wären keine (Gesundheits-)Phasen oder Abstufungen möglich. Demgegenüber erscheint Gesundheit als facettenreicher Begriff anschaulicher, da Gesundheit bedeuten kann, in unterschiedlichsten Facetten am Leben teilnehmen zu können (Schaeffer 1998:81ff).

Aus systemtheoretischer Sicht skizziert Simon Gesundheit als Raum, der vom Beobachter selbst als markiert oder unmarkiert bewertet wird. Am Beispiel der Überfunktion (hormonzierendes Gewebe) und der Unterfunktion (Bauchspeicheldrüse) veranschaulicht er das Prinzip des „systemischen Antagonismus“ mit Aufgabe einer Balancierung gegenläufiger Tendenzen (vgl. Simon 2001:72ff). Ob dabei ein „zuviel“ als dysfunktionell, krank oder als Problem markiert wird, entscheidet der Beobachter selbst, indem er es kommuniziert oder einen Therapeuten aufsucht. Die eigene Bewertung der Beeinträchtigung wird empirisch belegt mit: „[...] so mit meinem kaputten ... (Körperteil). Das ist halt mein Problem, aber das sehe ich nicht als, als Krankheit“ (J1:5).

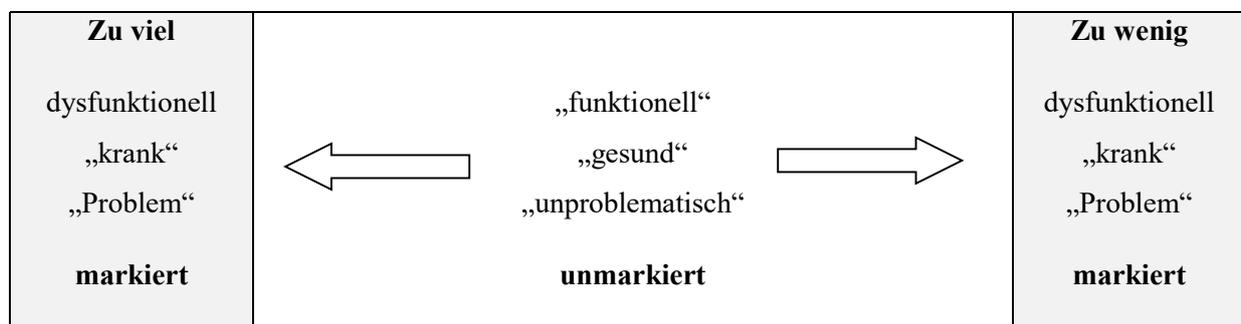


Abbildung 31: Krankheit und Dysfunktionalität als markierter Raum, Zustand oder Inhalt

(Ableitung: Simon 2001:74), eigene Darstellung

Bezogen auf die hiesige Untersuchung würde das heißen, wenn *Stabilität* als einheitlicher Gesundheitsbegriff gelten würde, bedeute dies für **Über-Grenzen- Geher** Dysfunktionalität. Was Simons Hinweis unterstreicht, angesichts nicht objektivierbarer Merkmale für Gesundheit es dem Beobachter selbst zu überlassen, wann er/sie den eigenen Zustand als (dys-)funktionell bewertet (vgl. a. a. O.:193).

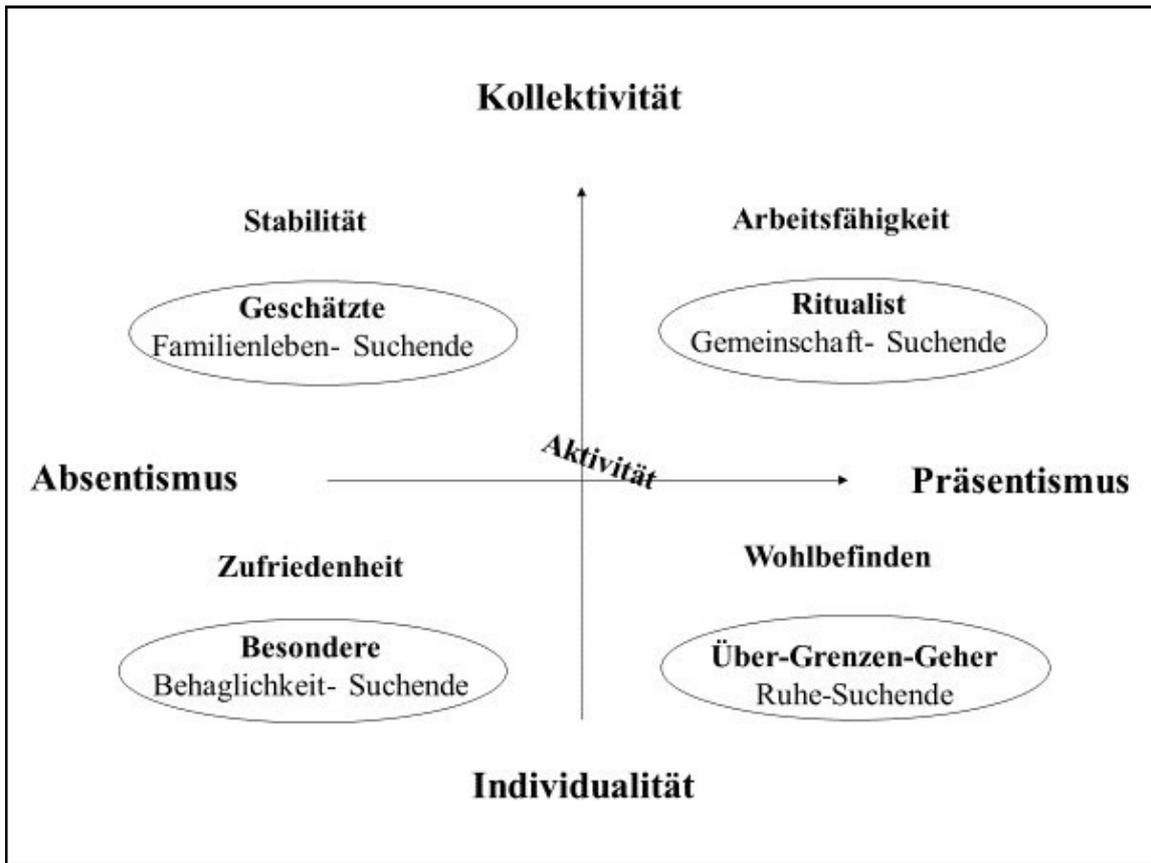


Abbildung 32: Typenbildung: GF/Kindheit – Kraft schöpfen – Gesundheitsbegriff

(Ableitung aus: Interview A1b-N2), eigene Darstellung

Die Typologie visualisiert den Zusammenhang zwischen familiärer Vermittlung gesundheitsfördernder Rituale, dem sich daraus entwickelten Gesundheitsbegriff, hin zu Maßnahmen, die in der Gegenwart zur GF angewendet werden. Das untermauert empirisch die theoretischen Modelle der Selbstsozialisation infolge der persönlichen Systemgeschichte (Luhmann) und des kulturellen Kapitals (Bourdieu). Bezüglich der Aneignung von inkorporiertem Kulturkapital spricht Bourdieu von einem fest verankerten Besitz, den das Individuum zeitlebens behält (vgl. Bourdieu 1992:57ff). Bezogen auf hiesige Untersuchungsergebnisse würde dies bedeuten, dass die **Geschätzten** ihre Kraft dauerhaft und ausschließlich aus dem *Familienleben schöpfen* sowie *Ruhe* und *Auszeit* ablehnen.

Inwieweit dies der Empirie entspricht, bedarf weiterer Untersuchungen.

Denn inzwischen ist wissenschaftlich belegt, dass (psychische) Widerstandskraft trainierbar ist (vgl. Herbert 2012:20). Forscher beziehen beispielsweise das Resilienzkonzept nicht mehr

auf bestimmte Altersbereiche, sondern sehen Resilienz³⁸ und Resilienzförderung als Querschnittsthema über die gesamte Lebensspanne (vgl. Fröhlich-Gildhoff/Rönnau-Böse 2015:46ff). Die Experten empfehlen im Alltag Erfahrungsräume zu schaffen, um selbstwirksames Handeln zu bewirken und somit die Widerstandskraft zu stärken (a. a. O.:13).

Die Dokumentenanalyse der vorliegenden Forschung zeigt, dass Veranstaltungen zur *psychosozialen Betreuung* angeboten werden. Wobei auch dazu angenommen werden kann, dass dies mangels Information von den Pflegefachkräften nicht entsprechend registriert wird. Weiter zeigt die Analyse, dass Seminare zur Selbstreflexion in Bezug auf die eigene Gesundheitsbiografie ausgeblendet werden.

Hinsichtlich autopoietischer Bewusstseinssteuerung ist dies jedoch kein zu unterschätzender Aspekt. Bezugnehmend auf nicht bewusst wahrgenommene GF der Interviewpartner, verknüpfend mit Luhmanns These des rekursiv operierenden Bewusstseins mit rückblickender Identifikation abgespeicherter Zukunftserwartungen (vgl. Luhmann 2008:62), ist demzufolge ein Abruf salutogenetischen Fachwissens unmöglich. Was für den oben genannten Trainingsbedarf der individuellen Widerstandskraft spricht.

Für die Elementarpädagogik lassen sich unterschiedlichste Hinweise aus der vorliegenden Untersuchung ableiten. Analog zur wissenschaftlichen Erkenntnis, dass vorschulische Informationsvermittlung prägend sei, ist von Interesse, Kindern **bewusst** und **konkret** salutogenetische Kenntnisse zu vermitteln. Unbewusste Vermittlung bildungsrelevanter Informationen ist ein bekanntes pädagogisches Thema. So bearbeitet auch der zwölfte Kinder- und Jugendbericht (12. KJB³⁹) schwerpunktmäßig das Thema „informal learning“, mit dem Verweis auf stärkere Beachtung „nebenher“ laufender Aneignungsprozesse (vgl. BMFSFJ 2005:95). Da den im GW tätigen Interviewpartnern bewusst und spontan keine Aussage zur Vermittlung gesundheitsfördernder Informationen möglich war, ist davon auszugehen, dass diesbezüglich ebenso bei pädagogischem Fachpersonal Schulungsbedarf besteht.

In Verbindung mit Einblicken in das Präventionsgesetz sollten in der pädagogischen Ausbildung auch Hinweise zur Typologie der vorliegenden Untersuchung einfließen, was nicht zuletzt einen stärkeren Einbezug von Biografiearbeit in pädagogischen Kontexten erfordert (vgl. Hölzle/Jansen 2011:20).

Bezogen auf Bourdieus Kapitalterminus, der die Bildung von (Gesundheits-)Kapital als komplexen Aneignungsprozess versteht (vgl. Abel et al. 2009:200, in Richter/Hurrelmann

³⁸ Resilienz kennzeichnet die Fähigkeit zu innerer Stärke und Widerstandskraft. Insbesondere zielt therapeutische Arbeit darauf ab, Resilienz auszubilden, um somit psychischen Störungen und anderen persönlichen Problemen vorzubeugen (vgl. Stangl 2018, in: www.lexikon.stangl.eu; Wustmann 2004:18).

³⁹ BMFSFJ 2005, unter: <https://www.bmfsfj.de>.

2009), sollte elementarpädagogisch eine gebündelte Vermittlung der Kapitalsorten angestrebt werden. Hierzu kann das „Gesundheitskapital-Faktoren-Modell“ erste Impulse liefern, wobei es vermutlich einer Katalogisierung elementarpädagogischer Gesundheitsliteratur sowie medienpädagogisch aufbereiteter Materialien bedarf.

4.5 Schlussfolgerungen

Von pflegewissenschaftlichem Interesse ist, dass 58 Maßnahmen und Projekte zur GF ermittelt wurden; speziell für den Pflegebereich beispielsweise das Programm Gabi oder gesund-pflegen-online.de. In der Praxis sind erste Ansätze zur GF spürbar, wobei Informationen dazu vom Arbeitgeber erfolgen sollten, damit die Angebote wahrgenommen werden können.

Die Interviewaussagen lassen die Einordnung von acht Kategorien zu, die den Verbleib im Pflegeberuf beeinflussen. Bis auf die Kategorie „Finanzielle Engpässe“ stimmen die Kategorien mit den theoretisch formulierten Vorannahmen überein. Bezüglich der genannten Kategorie geben die Interviewpartner an, Geld sei ein wesentlicher, jedoch nicht der einzige Faktor zum Verbleib im Beruf. Relevanter sei eine Investition in mehr Personal und wenn dies nicht gelänge, wäre Vergütungs-Erhöhung angemessen. Weiter weist die beeinflussende Hauptkategorie „Wertschätzung“ (HKBF3) auf mangelnde Wertschätzung gegenüber dem Beruf, durch Arbeitgeber und Vorgesetzte, hin. Auch die Frage, inwieweit GF grundsätzlich zum Verbleib im Beruf beiträgt, beantworten die Experten differenziert. Die Angebote können ein Anstoß sein, doch relevanter sei Wertschätzung, wozu auch strukturelle und organisatorische Veränderungen zählen, um der pflegerischen Arbeit (wieder) Sinn zu geben. Bezogen auf die Frage nach Angeboten, die Pflegefachkräfte benötigen, um (weiterhin) im Beruf arbeiten zu können, ergeben sich vier Interventionstypen: *Miteinander fördern, Unterstützung, Verwöhnprogramme* und *Instrumente zur Linderung der Beschwerden*. Entsprechend ihrer Sozialisation wünschen sich die **Ritualisten** sportliche Aktivitäten zur Stärkung des Gemeinschaftsgefühl. Die **Geschätzten** suchen im beruflichen Kontext *Unterstützung durch Konfliktmanagement* und eine Stelle, an die sie sich bei Überforderung wenden können. Die **Besonderen**, die Behaglichkeit präferieren, wünschen sich auf organisationaler Ebene *mobile Massagen* oder *Angebote der Physikalischen Abteilung*. Die **Über-Grenzen-Geher** mit Sinn nach Ruhe und Auszeit benötigen *Instrumente* (Wertschätzung, Zeit, Personal) *zur Linderung der Beschwerden* Mangelnde Wertschätzung, Zeitdruck, Arbeitsbelastung und fehlendes Personal.

Die Entwicklung der Realtypen: Gesundheitsvermittlung - Kindheit, individueller Gesundheitsbegriff, GF - Gegenwart und GF - Pflegefachkräfte, liefert erste orientierende Erkenntnisse zur eigenen Standort-Bestimmung sowie Impulse zur Planung von Fortbildungsangeboten für Manager und klinikinterne Akteure. Die entwickelte Typologie verdeutlicht, dass maßgeschneiderte Programme für Pflegefachkräfte (Badura 2015) analog zu den unterschiedlichen Gesundheitstypen facettenreich anzubieten sind.

Erziehungswissenschaftliche Relevanz

Erziehungswissenschaftliche Bedeutung ergibt sich aus der Akzentuierung unbewusster, milieuspezifischer Bildung von (Gesundheits-)Kapital, was eine stärkere Verankerung der Bereiche Pädagogik und Gesundheit erfordert sowie eines antonymen Gebrauchs gesundheitsrelevanter Informationen. Bezogen auf den empirisch belegten Zusammenhang zwischen GF in der Kindheit und dem Gesundheitsbegriff der Gegenwart ist eine Sensibilisierung für die unterschiedlichen „Gesundheitstypen“, kombiniert mit Ressourcen-orientierter Biografiearbeit empfehlenswert. Die Typologie verdeutlicht die Bedeutung bewusster und mit konkreten Aspekten bestückter GF, da ansonsten im weiteren Verlauf des Lebens bewusst keine salutogenetischen Kenntnisse abgerufen werden können.

Vor dem Hintergrund sich etablierender Inklusionspädagogik ist bezüglich der Bezeichnung „somatische Kultur“ als kategorialer pädagogischer Gesundheitsbegriff (Zwick 2004) von einer disziplinübergreifenden Definition abzuraten. Würde dies doch jegliche Abweichung als Defekt beschreiben und keine Individualität zulassen.

Organisationspädagogische Aktualität liegt in der Spiegelung der acht konstitutiven Komponenten für Gemeinschaften (Geißler) in den acht empirisch ermittelten Hauptkategorien. Neben den relevanten Komponenten *Sympathie/Fürsorglichkeit* und *Werte* zeigt sich einmal mehr die Bedeutung einer Ausbalancierung aller Komponenten.

Sowohl die ermittelten Angebote zu GF als auch die Hauptkategorie „Klare Strukturen/ Kämpfe um gute Arbeitsbedingungen“ (HKBF4) skizzieren die verschärften Arbeitsbedingungen, die sich in kognitiver Dissonanz (G2) ausdrücken.

Das zeigt die Relevanz notwendiger Verflechtung organisationaler und individueller Bedürfnisse sowie eines organisatorischen Transformationsprozesses durch organisationspädagogische Balance. Denn sowohl ermittelte Maßnahmen als auch angebotene Veranstaltungen der Fortbildungskataloge illustrieren die Schiefelage der Angebotspalette.

Aufgrund der Übereinstimmung der theoretisch belegten Gemeinschaftstypen und ermittelten Realtypen erscheint die Entwicklung eines Curriculums GF mit Berücksichtigung organisationspädagogischer Aspekte empfehlenswert.

Analog zu der Definition von Betriebspädagogik, die das Individuum (den/die Mitarbeiter/in) als das sich zu entwickelnde und zu bildende Subjekt in den Fokus stellt (Geißler 2000:48), visualisieren die Netzdiagramme der hiesigen Untersuchung, dass im Sinne des BGM die Mitarbeiter im Vordergrund stehen. Angesichts des beschriebenen Anstiegs psychischer Erkrankungen der Mitarbeiter (vgl. Kordt 2013:125; 2015:6ff; Badura et al. 2015) in Verbindung mit den Interviewaussagen fehlt es jedoch augenscheinlich an organisationaler Einbindung. Das lässt vermuten, dass möglicherweise die Bezeichnung BGM kontraindiziert sein könnte.

Sozialwissenschaftliche Relevanz

Sozialwissenschaftliches Erkenntnisinteresse liegt primär in der sinngebenden Funktion von Wertschätzung. Das soziale Erleben der Pflegefachkräfte und Manager beschreibt die Signalwirkung, die von fehlender Wertschätzung ausgeht und letztlich im Motivationsraub mündet. Die Mitteilung des Arbeitgebers: „*Du bist uns wichtig, du als einzelner Mensch und deswegen [...] haben wir diese und diese Angebote*“ (K2:9) verdeutlicht die Notwendigkeit der Explizierung von implizitem Theorie-Wissen zur Zieltransparenz der Tätigkeit und Wertschöpfung. Bezogen auf vorliegende Untersuchung ist zudem die Berücksichtigung von inkorporiertem Kulturkapital in Verbindung mit den übrigen Kapitalsorten bedeutsam, da die Mitarbeiter hinsichtlich verschärfter Arbeitsbedingungen permanent den Wert ihres symbolischen (Gesundheits-)Kapital bedroht sehen. Arbeitsbelastung und fehlende Freizeit infolge hohen Krankenstands führen dazu, dass die Pflegefachkräfte beständig in ihr „[...] *psychischsoziales Kapital Gesundheit investieren, damit sie nicht ihre Positionierung im sozialen Gefüge verlieren*“ (Bröckling 2007:11ff; Rosa 2006:82-104, in: Brunett 2009:102ff). Dies bestätigen insbesondere die Realtypen **Geschätzte**, die aufgrund fehlender beruflicher Wertschätzung Anerkennung im Familienkreis suchen.

Hinzukommend zur Bildung inkorporiertem Kapitals ist die Implikation autopoietischer Aspekte relevant, da individuell und organisational entschieden wird, wie welche Information aufgenommen und verarbeitet wird. Dies gilt ebenso für jeden Mitarbeiter, der selbst definiert, ob und welche gesundheitsfördernde Maßnahme als Operation intersubjektiver Codierungsprozesse passend ist. Da Selbststeuerungsprozesse auf der jeweiligen Systemgeschichte gründen, besteht Informationsbedarf bezüglich der Kenntnisse zur Entwicklung des

individuellen Kulturkapitals und persönlicher Systemgeschichte. Zudem unterstreichen die Phänomene Bildung von inkorporiertem Kapital und intersubjektiver Codierungsprozesse die Forderung nach milieuspezifischer Aufbereitung gesundheitsrelevanter Informationen.

Hinsichtlich grenzensetzender Organisationen und damit verbundenen zukünftigen Unsicherheiten ist Luhmanns Vertrauensbegriff zukunftsweisend. So ist aus Sicht der Organisation durchaus opportun, Vertrauen zu erweisen: „*Wer Vertrauen erweist, nimmt Zukunft vorweg*“ (Luhmann 2000:9). Das meint nicht die Gestaltung gegenwärtiger Zukünfte, sondern die Entstehung emergenter Strukturen, die Zeit überwinden. Opportunität von Vertrauen stellt sich aus systemtheoretischer Sicht am Phänomen der doppelten Kontingenz und Reentry's dar: Selbst-Vertrauen wird benötigt, um dem System Vertrauen zu erweisen, welches in Selbst-Vertrauen zurückfließt und erneut Vertrauen bewirkt (reentry) (a. a. O.:91). Jedoch bedarf es zur Vertrauensbildung einer systeminternen Investition zur Anhäufung von Vertrauenskapital, „[...] mit dessen Hilfe es dann unempfindlicher wird und auch schwierige Lagen überbrücken kann“ (a. a. O.:101). Hier sei noch einmal die Bedeutung von wahrhaftiger Kommunikation als Medium zur Vertrauensbildung herauszustellen (vgl. Luhmann 1997:320; 2000:66).

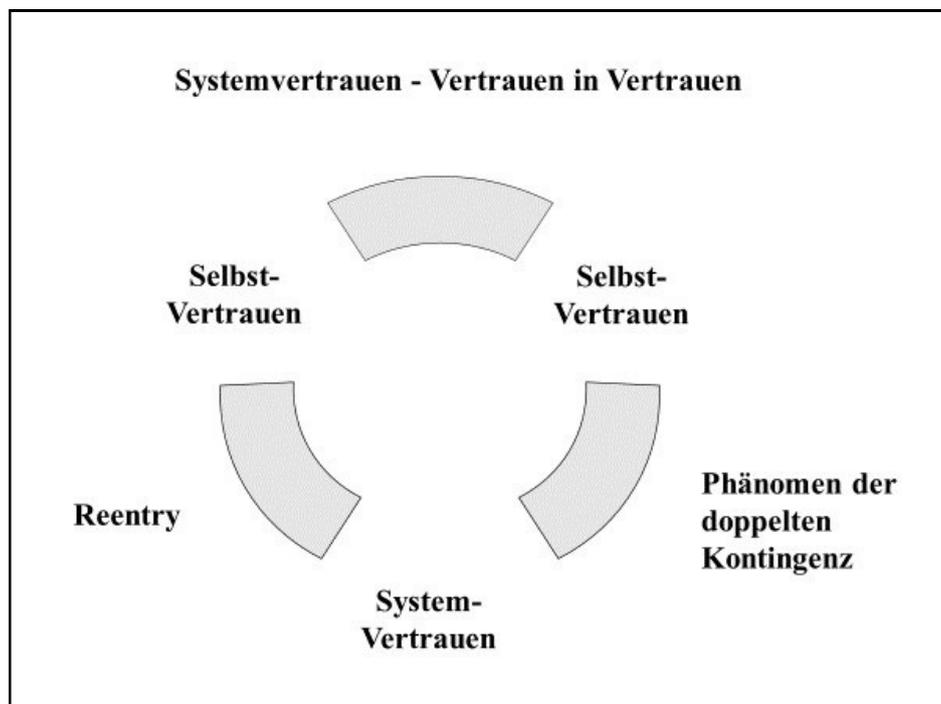


Abbildung 33: Systemvertrauen und Phänomen der doppelten Kontingenz

(Ableitung aus: Luhmann 2000:91), eigene Darstellung

Weiter ist von sozialwissenschaftlicher Bedeutung eine bewusste salutogenetische Informationsvermittlung, da in gesundheitsgefährdenen Situationen, rückwärtsgewandt, abge-

speicherte Erfahrungen abgerufen werden (vgl. Luhmann 2008:62). Demzufolge ist festzuhalten, dass eine frühe salutogenetische Sozialisation rekursiv wirkt und im Rückblick auf salutogenetisch ausgerichtete Zukunftserwartungen aufbaut. Dies entspricht den empirischen Ergebnissen, die belegen, dass die vorschulische Vermittlung gesundheitsfördernder Maßnahmen (bewusst, unbewusst oder fehlend) den individuellen Gesundheitsbegriff und die GF über die Lebensspanne prägen. Anders formuliert, zeigt die hiesige Typologie einen Zusammenhang zwischen GF in der Kindheit und dem gegenwärtigen Gesundheitsbegriff.

Den genannten Zusammenhang beschreibt Simon systemtheoretisch, von Gesundheit als einem Raum, der vom Beobachter selbst als markiert oder unmarkiert bewertet wird (vgl. Simon 2001:72ff).

Resümierend ist bezüglich sinngebender Funktion von Wertschätzung davon auszugehen, dass sich Vertrauen über Wertschätzung ausdrückt. Hinsichtlich der Furcht um möglichen Arbeitsplatzverlust sowie Abbau ökonomischen Kapitals und einhergehender Sorge um Minderung des symbolischen Kapitals (vgl. Brunett 2009:71) ist zur Komplexitätsreduktion eine Investition von Vertrauen via Wertschätzung unverzichtbar.

4.6 Kritische Würdigung der Arbeit und angewandten Methoden

Sowohl der gewählte Untersuchungsansatz als auch die Wahl der Untersuchungsmethoden und der Datenauswertung haben sich als geeignet erwiesen. Insbesondere die Kombination der Interviewformen des problemzentrierten und episodischen Interviews haben die Nähe zum Gegenstand und die Identifikation von Episoden zur Vermittlung gesundheitsfördernder Rituale in der Kindheit erlaubt. Die Erzählaufforderung nach dem Berufseinstieg, zu Beginn des Interviews, trug zur positiven Atmosphäre bei.

Die Methodenkritik der angewandten Methoden wurde unter Verzicht der klassischen Kriterien (Mayring 2002) im empirischen Teil dargelegt. Insbesondere sei hier noch einmal die kommunikative Validierung erwähnt: Die Rückmeldungen der Interviewpartner trug zur Validierung der Typen-Bezeichnung bei sowie der Bündelung fördernder und hemmender Faktoren zum Verbleib im Pflegeberuf.

Analog zu forschungsethischen Kriterien waren den Interviewpartnern mögliche Fragestellungen bekannt, was von Vorteil war, denn die Experten berichteten offen über ihr Erleben und ihre Erfahrungen. Erst die Offenheit der Interviewpartner gestattete Einblicke in bisher unbekanntes Terrain und ermöglichte die Bildung von Gesundheitstypen, sowie der Interventionstypen zu Angeboten, die Pflegefachkräfte benötigen, um weiterhin im Beruf arbeiten zu können. Rückblickend erwies sich der forschungsethische Hinweis zur Sicherstellung einer Krisenintervention als relevant.

Des Weiteren zeigte die Quantifizierung implementierter Projekte zur GF, dass bereits Maßnahmen zum Erhalt der Pflegefachkräfte ergriffen wurden, diese jedoch einer berufsgruppenspezifischen Strukturierung und transparenten Katalogisierung bedürfen.

Die Entwicklung des Gesundheitskapital-Faktoren-Modells kristallisierte sich als mögliches Instrument frühkindlicher Salutogenese-Förderung und Trainingshilfe über die Lebensspanne heraus. Außerdem führte die Erkenntnis, dass gesundheitsfördernde Aspekte nur im Rückgriff auf abgespeicherte systeminterne Codierungsprozesse abgerufen werden können, zu einer Neubewertung von bewusster salutogenetischer Informationsvermittlung.

Schlussendlich ist die Spiegelung der acht konstitutiven Gemeinschafts-Komponenten in den acht ermittelten Hauptkategorien beeinflussender Faktoren im Pflegeberuf frappierend sowie die hohe Relevanz der Aktualität organisationspädagogischer Aspekte.

Die geringe Grundgesamtheit ließ keinen internationalen Vergleich zu. Auch sind aufgrund unterschiedlicher Gesundheits- und Gesellschaftssysteme die Arbeitsbedingungen der Länder Deutschland – Schweiz – Österreich – Belgien nicht unmittelbar miteinander vergleichbar.

Dennoch liefern die Aussagen erste Orientierungspunkte. Zur Vermeidung jedweder Rückschlüsse auf die Interviewpartner, wird an dieser Stelle auf die Kennung und Seitenangabe des Interviews verzichtet.

CH: „[...] wir haben hier einen guten Personalschlüssel. [...] es gibt halt immer Situationen, wo die Arbeitsbelastung hoch ist, aber es gibt dann genauso wieder Situationen, wo sie in einem sehr normalen Level ist. Ich finde die Arbeitsbedingungen angemessen.“

AT: „Also da ist die Arbeitszeit überhaupt nicht frei bestimmbar. Das ist ganz klar. Es gibt Zwölfeinhalb-Stunden-Dienste. Der Dienstbeginn ist um 7 Uhr. Man muss um 7 Uhr umgezogen im Dienstzimmer sein. [...] dann findet die Dienstübergabe statt 30 Minuten und dann geht es los.“

BE: „Dass sie also sagen, dass sie dann sich auch überlastet fühlen. Und ich denke, was in Belgien halt auch ein ganz großes Problem ist, die Frauen gehen sehr schnell nach einer Entbindung, also in der Regel drei bis vier Monate nach einer Entbindung gehen die wieder zurück in den Beruf und das ist halt auch was, was viele Frauen als sehr, ja, stressend erfahren dann [...].“

Nach erfolgter Analyse der vorliegenden Forschung, gilt das mit *Wertschätzung* betitelte Fortbildungsprogramm (CH) als Best-Practice-Beispiel. Das Programm beginnt mit Angeboten zur Selbstwertschätzung und schließt mit Pflichtveranstaltungen wie Hygiene-, Reanimation-, Brandschutzverordnungen und andere.

Weiter kann die jährliche Begehung eines *Inspecteurs* zur Reduzierung berufbedingter Belastungen (BE) als beispielgebend angesehen werden.

Wohlwissend, dass auch der Beobachtung der Autorin das Makel des „blinden Fleckes“ anhaftet (vgl. Luhmann 2002:160), hat das semantische Modell beeinflussender Faktoren in Verbindung mit ersten Ansätzen zur GF als „Szenario-Trichter“ zur Objektivierung des komplexen Themas „Fachkräfteerhalt im Gesundheitswesen“ beigetragen.

Somit wurde die von Flick geforderte Offenheit des Forschers (vgl. Flick 2005:93) gewahrt sowie das Vorverständnis über den zu untersuchenden Gegenstand als vorläufig angesehen und konnte mit neuen, wertvollen Informationen überwunden werden.

4.7 Resümee

Zusammenfassend lässt sich festhalten, dass das Interview als Instrument qualitativer Sozialforschung einen systematischen Einblick in das Erleben und die Erfahrungen der Experten erlaubt. Mit dem wissenschaftlichen Instrument lassen sich empirisch die Erlebnisse der Praktiker darstellen, die überwiegend mit den theoretischen Aussagen übereinstimmen.

Die theoretische Grundlage der Bildung kulturellen Kapitals (Bourdieu) mit Übertragung auf die GF in der Kindheit hat die Entstehung eines Gesundheitskapital-Faktoren-Modells ermöglicht.

Weiter lassen sich mithilfe der Typologie (Schütz) die Realtypen GF – Kindheit und GF – Gegenwart sowie die Zustandstypen Gesundheit und Interventionstypen GF – Pflegefachkräfte identifizieren.

Die triangulär eingesetzten Forschungsmethoden decken nicht nur Übereinstimmungen auf, sondern verdeutlichen auch Stärken und Schwächen der jeweiligen Analysewege. Mittels quantitativer und qualitativer Methoden lassen sich die Forschungsfragen wie folgt beantworten:

Zur Frage, welche Projekte und Maßnahmen bereits innerhalb des BGM im GW implementiert wurden, können 58 Einzelprojekte und Maßnahmen zur GF im Zeitraum 2015/2018 ermittelt werden. Eine Gesamt-Übersicht findet sich nicht, was jedoch von den Berufsverbänden als relevant erachtet wird. Speziell für das GW werden Programme wie, *Aufbruch Pflege: Moderne Prävention für Altenpflegekräfte; Berichte aus der Pflege: Modellprojekte zur Optimierung von Arbeitsabläufen und Aufgabenverteilung; BGF in der Pflege oder Gestaltung altersgerechter Arbeitsbedingungen in Krankenhaus und Altenheim (Gabi)*, identifiziert. Nach Quantifizierung der Einzelmaßnahmen zeigt sich eine ungleiche Verteilung der Angebote; so werden vorwiegend Veranstaltungen zu den Themen „Werte“ und „Führung“, „Einstellungs- und Verhaltensänderung“ angeboten. Demgegenüber finden sich die wenigsten Seminare zu „Entspannung“, „Ernährung“, „Bewegung“, was Baduras Aussage zu ersten Ansätzen des BGM bestätigt (Badura 2015).

Welche Faktoren den Verbleib im Pflegeberuf beeinflussen resultiert aus der Kategorienfusion zwölf fördernder und neun hemmender Faktoren. Zum Verbleib im Pflegeberuf kristallisieren sich acht Hauptkategorien beeinflussender Faktoren (HKBF) heraus: Spaß, Balance, Wertschätzung, Klare Strukturen, Arbeitszeiten, Personal, Finanzielle Engpässe und Zeit. Die acht Kategorien spiegeln sich exakt in den acht Komponenten wider,

die als grundlegende Elemente von Gemeinschaften gelten und wesentlicher Bestandteil des theoretischen Modells vorliegender Forschung sind.

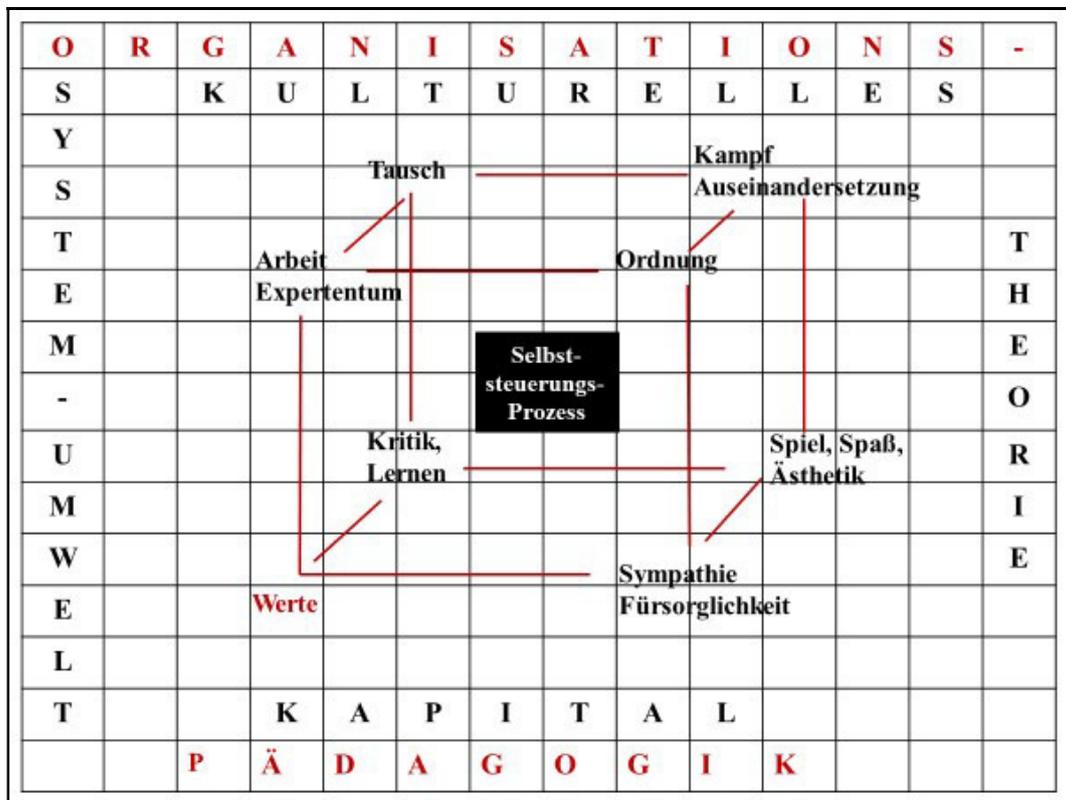


Abbildung 34: Theoretisches Modell- Fachkräfteerhalt im Gesundheitswesen- eine empirische Untersuchung aus erziehungs- und sozialwissenschaftlicher Perspektive

(Ableitung aus: Geißler 2000:21), eigene Darstellung

Geißler positioniert die Komponenten als Eckpunkte eines Würfels, die nicht beziehungslos zueinanderstehen.

Hauptkategorien Beeinflussende Faktoren (HKBF)

- Spaß (HKBF1)
- Balance (HKBF2)
- Wertschätzung (HKBF3)
- Klare Strukturen (HKBF4)
- Arbeitszeiten (HKBF5)
- Personal (HKBF6)
- Fianzielle Engpässe (HKBF7)
- Zeit (HKBF8)

Konstitutive Gemeinschafts-Komponenten (Geißler)

- Spiel/Spaß/Ästhetik
- Sympathie/Fürsorglichkeit
- Werte
- Ordnung
- Arbeit/Expertentum
- Kritik/Lernen
- Tausch
- Kampf/Auseinandersetzung

Den empirisch angedeuteten Zusammenhang der Hauptkategorien Wertschätzung und Spaß verdeutlicht die Grafik der Nichtwertschätzungs-Spirale, wonach fehlende Wertschätzung zu Sinnverlust der Arbeit führt und in mangelnder Motivation mündet. Auch theoretisch wird eine Korrelation zwischen geringer Wertschätzung, hoher Arbeitsbelastung und beruflicher Überlastung beschrieben (vgl. Siegrist 2011:7).

Unterzieht man Geißlers Würfel-Anordnung einem Perspektivwechsel (vgl. Geißler 2000:21) und denkt die Komponente *Werte* zu den nächstliegenden Eckpunkten als Partner, zeigt sich ebenfalls eine direkte Verbindung zu den Komponenten *Sympathie/Fürsorglichkeit* und *Spaß*.

Inwieweit die Implementierung gesundheitsfördernder Maßnahmen und Projekte zum Verbleib im Pflegeberuf beiträgt, wird zunächst differenziert beantwortet. Im Gegensatz zu den Managern, die ein breites Angebot an gesundheitsfördernden Maßnahmen anerkennen, nehmen Pflegefachkräfte BGM nur undeutlich und kaum spürbar wahr. Dennoch stimmen alle Interviewpartner darin überein, dass GF prinzipiell ein Anstoß (KGF3) sein kann, im Pflegeberuf zu verbleiben. Denn darin drücke sich die Wertschätzung des Arbeitgebers aus und verbunden mit entsprechender Information zeige dies dem Mitarbeiter, dass er wichtig sei. Bezogen auf die Betrachtung der Komponenten-Anordnung wird auch hierin die Beziehung zwischen Werte und Fürsorglichkeit deutlich.

Wesentlicher als gesundheitsfördernde Angebote seien jedoch wertschätzende Kommunikationsstrukturen und die Investition in Personal, da dies ebenfalls GF bedeute, sowie unumgängliche strukturelle und organisatorische Veränderungen, was den Hinweis auf Ausbalanciertheit der Komponenten unterstreicht.

Zur Erzählaufforderung, **welche familiären Rituale zur Gesunderhaltung vermittelt wurden**, sind spontan keine bewussten Rituale erinnerlich. Nach Sekunden des Zögerns werden Episoden, wie: *Geschätzt*, auch wenn man etwas verbockt hatte, regelmäßig Sport mit Freunden, bei Krankheit etwas *Besonderes* zu essen, im Rückblick als gesundheitsfördernd empfunden. Eine andere Gruppe hat diesbezüglich keine Erinnerung und antwortet in pathogenetischer Hinsicht: Gelernt, trotz Krankheit sehr leistungsfähig zu sein, krank, da braucht es viel für und gelernt sehr *über die eigenen Grenzen zu gehen*.

Demzufolge erlauben die Episoden die Bildung der Realtypen: **Geschätzte, Ritualisten, Besondere** und **Über-Grenzen-Geher**.

Zudem verdeutlichen die Interviewantworten, dass gesundheitsfördernde Maßnahmen bewusst angewendet werden, wenn (frühkindlich) eine salutogenetische Lebensweise verankert wurde.

Zur Frage, welche Aspekte der **individuelle Gesundheitsbegriff** beinhaltet, zeigen die Episoden, dass sich der individuelle Gesundheitsbegriff analog der familiären GF entwickelt. Ritualisten, mit regelmäßigen sportlichen Aktivitäten im Freundeskreis, haben *Arbeitsfähigkeit* zum Ziel. Während Über-Grenzen-Geher mit Gesundheit *Wohlbefinden* verbinden, erleben Besondere Gesundheit als Gefühl der *Zufriedenheit*. Für Geschätzte bedeutet die Gesundheit *Stabilität*. Somit ermöglichen die Episoden die Bildung gesundheitlicher Zustandstypen: **Arbeitsfähigkeit, Wohlbefinden, Zufriedenheit und Stabilität**.

Welche **gesundheitsfördernden Maßnahmen in der Gegenwart** angewendet werden, ergibt sich ebenso aus der frühkindlichen Prägung. Ritualisten suchen *gemeinschaftliche Sport-Events* und Über-Grenzen-Geher, die ein großes Ruhebedürfnis haben, suchen *Ruhe* und *Auszeit*. Demgegenüber haben Besondere den Wunsch nach Behaglichkeit und verwöhnen sich mit *Wellness-Programmen*. Geschätzte schöpfen ihre Kraft aus dem *Familienleben*, was die Typenbildung: **Gemeinschaft-, Ruhe-, Behaglichkeit- und Familienleben-Suchende** zulässt.

Die Antwort auf die vorrangige Frage der vorliegenden Untersuchung, **welche gesundheitsfördernden Maßnahmen Pflegekräfte benötigen**, um weiterhin im Beruf arbeiten zu können, schließt sich gleichermaßen an. Gemäß familiärer Sozialisation suchen Ritualisten auch im beruflichen Kontext zur GF vorzugsweise Sport-Veranstaltungen, die den *Gemeinschaftsgeist fördern*. Über-Grenzen-Geher benötigen als gesundheitsfördernde Maßnahme *Instrumente zur Linderung der Beschwerden*: Personal- und Zeitmangel sowie Arbeitsbelastung. Dies kann nur durch „*Personelle Unterstützung*“ (G1a:7) erreicht werden und „*[...] andere Maßstäbe [...], woran man das Arbeitsaufkommen der Pflege misst und dementsprechend adäquates Personal, Anzahl an Personal dem gegenüberstellt*“ (D1:8).

Besondere wünschen sich zur Förderung ihrer Gesundheit *Unterstützung*, beispielsweise Konflikt- oder Kommunikationsmanagement. Insbesondere jedoch eine Stelle, an die sie sich bei Überforderung wenden können oder wenn sie am Ende ihrer Kraft sind, um Gespräche zu führen und neue Kraft zu schöpfen. Besondere bevorzogen analog ihrer individuellen GF auch auf Organisationsebene *Verwöhnprogramme*, wie *mobile Massagen* oder Angebote der Physikalischen Abteilung.

Die Experten wählen in Abhängigkeit ihres persönlichen Gesundheitsbegriffs sowohl individuell als auch für die Organisation gesundheitsfördernde Maßnahmen, um ihrem persönlichen Gesundheits-Verständnis gerecht zu werden. Sozusagen als Aufrechterhaltung des individuell akkumulierten symbolischen Gesundheitskapitals.

Die von den Pflegefachkräften angegebenen benötigten Angebote zur GF: *Miteinander fördern – Instrumente zur Linderung der Beschwerden – Verwöhnprogramme und Unterstützung* lassen sich grundsätzlich unter der Bezeichnung „Führung“ subsumieren. Bemerkenswert ist, dass der Führungsbegriff im Komponenten-Cube nicht enthalten ist. Statt dessen wählt Geißler den Terminus Sympathie/Fürsorglichkeit und bezieht sich damit auf die auf dem Familien-Modell gründende Sympathiegemeinschaft, „[...] bei denen emotionale Beziehungen zu den anderen und so begründete moralische Bindungen das tragende Moment sind“ (Geißler 2000:18).

Das lässt schlussfolgern, dass Führung nicht gleichbedeutend mit Fürsorglichkeit zu sehen ist. Dennoch ist Fürsorge empirisch wie theoretisch angesichts höchst emotionaler und moralischer Pflgetätigkeit grundlegendes Element im GW. Für Luhmann ist es das Kommunikationsmedium „Liebe“ und gemäß Bourdieus Denkmuster „Sozialbeziehung“.

An dieser Stelle sei auf die allgemeine Fürsorgepflicht des Arbeitgebers hingewiesen (§§ 617-619 BGB), wonach die Mitarbeiter „[...] gegen Gefahr für Leben und Gesundheit [...]“ zu schützen sind, wie es die Natur der Dienstleistung gestattet (§618 BGB).

 Gesundheitsförderung- Kindheit				
Ritualisten	X			
Über-Grenzen-Geher		X		
Besondere			X	
Geschätzte				X
	Arbeitsfähigkeit	Wohlbefinden	Zufriedenheit	Stabilität
	Miteinander fördern	Instrumente zur Linderung	Verwöhnprogramme	Unterstützung
Gemeinschaft-Suchende	X			
Ruhe-Suchende		X		
Behaglichkeit-Suchende			X	
Familienleben-Suchende				X



Kraft schöpfen in der Gegenwart

Gesundheits-Begriff

Gesundheits-förderung (Pflege)

Abbildung 35: Matrix-Diagramm GF Kindheit- Kraft schöpfen Gegenwart- Gesundheitsbegriff- GF Pflege

(Ableitung aus Interview A1b-N2), eigene Darstellung

Resümierend lässt sich festhalten, dass die 58 identifizierten Einzelmaßnahmen zur GF arbeitsmedizinischen und psychologischen Anforderungen entsprechen und das Individuum im Fokus steht. Nach Auswertung der qualitativen Inhaltsanalyse zeigt sich, dass die Pflegefachkräfte kaum in Implementierungsprozesse und Angebotsmöglichkeiten einbezogen werden, oder es nicht wahrnehmen. Ermittelte Angebote im Abgleich mit den Fortbildungskatalogen bestätigen den Eindruck, da die Angebotspalette mit *Führung* und *Einstellung/Verhaltensänderung* nicht dem entspricht, was die Pflegefachkräfte dringend benötigen: Wertschätzung.

Der Wunsch nach Anerkennung drückt sich ebenso im Bedarf gesundheitsfördernder Maßnahmen, analog zu der gesundheitlichen Sozialisation aus: *Förderung des Miteinanders* → *Instrumente zur Linderung der Beschwerden (Personal)* → *Verwöhnprogramme* → *Unterstützung*. „[...] das muss gar nicht mit Geld oder irgendwie sein, sondern einfach die

Anerkennung zu sagen, [...]super, dass du eingesprungen bist. Oder so. Das sind drei Worte“ (B1:3).

Die Experten erleben mangelnde Wertschätzung, da Forderungen nach Personal überhört werden. Das daraus resultierende hohe Arbeitsaufkommen → fehlende Zeit für Patienten → demzufolge hoher Krankenstand und entsprechende Mitarbeiter-Rekrutierung aus dem Frei werden als nicht wertschätzend empfunden. Der Umgang mit empfundener „Nicht-Wertschätzung“ ist individuell unterschiedlich und folgt der Struktur der persönlichen Systemgeschichte, was sich in der Typologie abbildet: *Ritualist, Über-Grenzen-Geher, Besondere* und *Geschätzte*.

Um den genannten Personalbedarf ermitteln zu können, bedarf es Erfassungen und Arbeitsablaufanalysen, die in einem von 14 Fortbildungskatalogen vermerkt sind (in BE). Vermutlich führen inzwischen einige Kliniken diese Erfassungen durch, sie erscheinen jedoch nicht im Fortbildungskatalog. Somit wird keine Fürsorge sichtbar, die von den Pflegefachkräften als wertschätzend empfunden werden könnte. Daher empfiehlt sich die Zusatzinformation: „Du bist uns wichtig als Mensch und darum haben wir diese Angebote zur Gesundheitsförderung“ (vgl. Interview K2). GF könne ein Anstoß zum Verbleib im Pflegeberuf sein, wichtiger seien jedoch wertschätzende Strukturen sowie organisatorische Veränderungen.

Bislang lassen sich nur wenige Verflechtungen individueller und organisationsbezogener Bedürfnisse in den Angeboten zu GF finden. Anknüpfend an die definitorische Abgrenzung zur Betriebspädagogik lässt dies schlussfolgern, dass es einer organisationspädagogischen Rahmung und Balance bisheriger Angebote zu GF bedarf, die sowohl die Bedürfnisse des Individuums als auch die der Organisation im Blick behält.

(Elementar-)pädagogisch kann aus vorliegender Untersuchung abgeleitet werden, dass eine bewusste und konkrete Illustration gesundheitsrelevanter Kenntnisse sowie daraus resultierenden Gesundheitsprägung von großer Bedeutung ist. Es kann davon ausgegangen werden, dass diesbezüglich Informationsbedarf bei pädagogischem Fachpersonal und Erziehungspartnern besteht. Bezüglich bislang geringem pädagogischen Einbezug von Biografiearbeit (vgl. Hölzle/Jansen 2011:20), dürften hierzu ebenso Schulungen von Interesse sein (Anregungen dazu, vgl. Empfehlungsteil).

Angesprochene fehlende Implikationen der Bereiche Pädagogik und Gesundheit (vgl. Blättner 2010: 135, in: Arnold et al. 2010) gilt es hinsichtlich zunehmender Nutzung institutioneller

Kinderbetreuung (vgl. Jares 2016:9) zu überwinden und die Verankerung von Gesundheitskapital als Gemeinschaftsaufgabe zu sehen.

Weiter ist überlegenswert, Gesundheit als Zielzustand zu beschreiben, mit der gesundheitsfördernden Frage, was Kraft gibt, um gesund zu bleiben. Das beinhaltet die Vermittlung körperlicher und psychischer (Hygiene-)Kenntnisse, die gleichermaßen gesundheitliche und pädagogische Kompetenzen erfordern und günstigenfalls die Disziplinen Pädagogik und Gesundheit vereinen.

Abschließend sei der Blick auf einen Beitrag von Fröhlich-Gildhoff & Rönnau-Böse zur Frage „Was verleiht Kraft“ gelenkt. Die Autoren kommen zu dem Schluss, dass gute, stärkende Beziehungen, insbesondere zur Familie, große Bedeutung haben. Wichtig sei die Möglichkeit sich Ziele zu setzen und diese auch verfolgen zu können, wozu es Unterstützung und zugleich kritische Begleitung bedarf. Die Gewinnung von Kraft gelänge auch durch Sport und vorzugsweise gemeinsam mit Freunden (vgl. Fröhlich-Gildhoff/Rönnau-Böse 2016:25).

Außerdem bedarf der angeführte und empirisch belegte synonyme Gebrauch gesundheitsrelevanter Informationen (vgl. Böhme/Nittel 2012:3) eines einheitlichen Terminus und Nachschlagewerkes (vgl. Empfehlungsteil).

4.8 Ausblick und Vision

Insgesamt besteht Informationsbedarf hinsichtlich Kenntnis und notwendiger Balance der Gemeinschafts-Komponenten (Geißler) und Gesundheits-Typen (Schümann) in Verbindung mit einer Angebotspalette geeigneter Maßnahmen zur GF im GW, die alle Typen einbezieht. Insbesondere der Bedarf an Ruhe und Auszeit für die Über-Grenzen-Geher sollte stärker berücksichtigt werden (möglichenfalls durch „Raum der Stille“ als Rückzugsort). Zudem ist von Bedeutung, dass die Aneignung gesundheitsrelevanter Informationen analog familiärer Sozialisation erfolgt (Bourdieu) sowie die Aufnahme und Interpretation von Informationen systeminternen Codierungsprozessen (Luhmann) unterliegt, die auf der jeweiligen Systemgeschichte gründen. Dies impliziert die Auseinandersetzung mit der eigenen Systemgeschichte (Anregungen dazu, vgl. Empfehlungsteil).

Die Dokumentenanalyse der vorliegenden Untersuchung lässt auf fehlende Implikation der Fortbildungskataloge und Wissenschaftsbasis schließen, was für die Entwicklung eines wissenschaftsbasierten Curriculums zur GF im GW spricht.

Wie beschrieben lässt die vorliegende Untersuchung den Schluss zu, als bedürfe es einer Rahmung gesundheitsfördernder Angebote, die individuelle und organisationale Bedürfnisse gleichermaßen vereint und in der Balance hält.

Demzufolge empfiehlt sich auf Organisationsebene eine Prüfung, inwieweit die Bezeichnung BGM zielführend ist, da Betriebspädagogik lediglich das lernende Individuum fokussiert (vgl. Arnold/Kilian 2010:7ff). Demgegenüber stellt Organisationspädagogik, mit Weiterführung betrieblicher Pädagogik, den Lernprozess **in** und **für** Organisationen in den Vordergrund und knüpft an Erkenntnisse der Verhaltenswissenschaftlichen Entscheidungstheorie an, wonach „[...] in Organisationen nicht nur die individuelle Rationalität des einzelnen, sondern vor allem die Systemrationalität zählt“ (Geißler 2000:48).

Angesichts des notwendigen Fachkräfteerhalts im GW und daraus resultierendem Zusammenwirken von Individuum und Organisation wäre es zukunftsgerichtet, GF mit organisationspädagogischer Ausrichtung (GF-Ogp) in den Blick zu nehmen sowie die Entwicklung eines Curriculums, das die grundlegenden Gemeinschafts-Komponenten beinhaltet, wie auch das tragende Element *Sympathie/Fürsorglichkeit*, das bei dem Angebotsbedarf der Pflegefachkräfte mitschwingt.

Das bereits vorgestellte semantische Modell lässt sich um eine Zukunftsvision erweitern. Wie beschrieben visualisiert die weite Trichteröffnung die in der Zukunft liegende Komplexität der Thematik sowie die Ungewissheit hinsichtlich des Fachkräfteerhalts im Pflegeberuf (vgl. von Reibnitz 1992:26). Auch Geißler weist in seiner Organisations-Definition darauf hin, dass Organisationen und Mitarbeiter selbst ihre Grenzen setzen (Geißler 2000:17) und demzufolge selbst definieren, inwieweit ein etwaiges Curriculum GF mit organisationspädagogischen Aspekten entwickelt wird und Anwendung findet. Gleichlautend zu den Ausführungen Herdegen & Schröders, die in verbesserten Arbeitsbedingungen und GF für die Pflege eine Investition in die Zukunft sehen (vgl. Herdegen/Schröder 2011:6).

Obwohl zum gegenwärtigen Zeitpunkt keine Aussage dazu gemacht werden, inwieweit die Entwicklung eines Curriculums GF, in Anlehnung an Organisationspädagogik, den Verbleib im Pflegeberuf fördert, kann darauf vertraut werden, dass eine organisationspädagogische Konfiguration zur Harmonisierung individueller und organisationaler Bedarfe beiträgt. „*Wo es Vertrauen gibt, gibt es mehr Möglichkeiten des Erlebens und Handelns, steigt die Komplexität des sozialen Systems, also die Zahl der Möglichkeiten, die es mit seiner Struktur vereinbaren kann, weil im Vertrauen eine wirksame Form der Reduktion von Komplexität zur Verfügung steht*“ (Luhmann 2000:8-9), was ebenso für die Sozialisation von (Selbst-)Wertschätzung gilt.

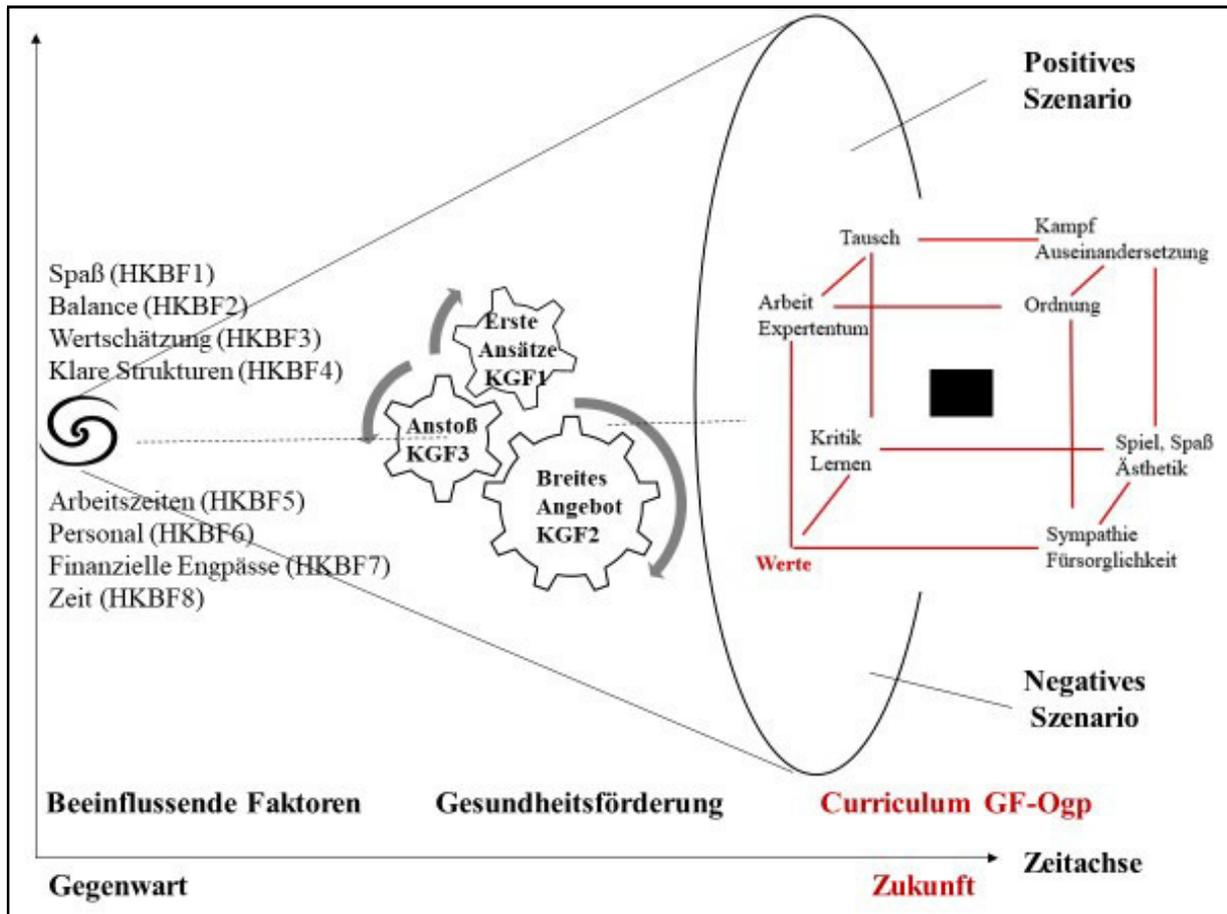


Abbildung 36: Szenario – Gesundheitsförderung Ogp

(Ableitung aus: von Reibnitz 1992:27; Interview A1b-N2; Geißler 2000:21), eigene Darstellung

Mit Blick auf die Schlüsselkategorie *Wertschätzung* wären neben Gesundheitstagen und dem Internationalen Tag der Pflege die Einrichtung von „Wertschätzungs-Aktionen“ denkbar. Erste Impulse eines gesundheitsfördernden Curriculums, mit Orientierung der acht konstitutiven Komponenten Geißlers, finden sich im anschließenden Empfehlungsteil der vorliegenden Arbeit.

Da das LQW-Konzept auf systemtheoretischer Grundlage entwickelt wurde, ist dies anschlussfähig an Geißlers Komponentenmodell.

4.9 Verwendete Literatur

Kontext Pflegewissenschaft

Badura, B.; Ducki, A.; Schröder H.; Klose, J.; Meyer, M. (Hrsg.) (2015): Fehlzeiten-Report 2015. Neue Wege für mehr Gesundheit – Qualitätsstandards für ein zielgruppenspezifisches Gesundheitsmanagement. Springer, Berlin Heidelberg

Ehresmann, C.; Kockert, S.; Schott, T. (2015): Burnout bei Pflegekräften in der Rehabilitation-Spezifische Ansatzpunkte für das Betriebliche Gesundheitsmanagement. In: Badura, B.; Ducki, A.; Schröder H.; Klose, J.; Meyer, M. (Hrsg.) (2015): Fehlzeiten-Report 2015. Neue Wege für mehr Gesundheit – Qualitätsstandards für ein zielgruppenspezifisches Gesundheitsmanagement. Springer, Berlin Heidelberg

Eichler, N.; Flöter, D.; Heidecker, B.; Herrmann, C.; Nast, K.; Röchter, F.; Schmidt, I.; Schüssler, D.; Villain, L.; Vogt, S.; Weiss, S. (2011). In: Deutscher Berufsverband für Pflegeberufe (DBfK) (Hrsg.) (2011): Gesundheitsförderung und Prävention. Handlungsfelder der Pflege. Berlin

Faltermaier, T. Selg, H.; Ulich, D. (2017): Gesundheitspsychologie. In: Leplow, B; von Salisch, M. (Hrsg.) (2017): Grundriss der Psychologie Band 21. Kohlhammer, Stuttgart. 2. überarbeitete und erweiterte Auflage (eBook)

Fröschl, K.; Müller, G.; Olechowski, T.; Schmidt-Lauber, B. (Hrsg.) (2015): Reflexive Innensichten aus der Universität. Disziplinengeschichten zwischen Wissenschaft, Gesellschaft und Politik. Vandenhoeck&Ruprecht, Göttingen

Fuchs-Frohnhofen, P.; Isfort, M.; Wappenschmidt-Krommus, E.; Duisberg, M.; von der Malsburg, A.; Rottländer, R.; Brauckmann, A.; Bessin, C. (Hrsg) (2013): PflegeWert. Wertschätzung – erkennen – fördern – erleben. Kuratorium Deutsche Altershilfe. Köln nipress, Vienna

Herdegen, R.; Schröder, H. (2011): Mitarbeiter im Mittelpunkt. In: Betriebliche Gesundheitsförderung. Pflege für die Pflege. Konzepte, Projekte, Perspektiven. G+G Gesundheit und Gesellschaft. Das AOK-Forum für Politik, Praxis und Wissenschaft. Spezial 11/2011. AOK Bundesverband, Berlin

Hoops, W. (2013): Pflege als Performance. Zum Darstellungsproblem des Pflegerischen. Transcript, Bielefeld (eBook)

Höfert, R. (2016): Von Fall zu Fall-Pflege im Recht. Rechtsfragen in der Pflege von A-Z. Springer, Berlin. 4. Auflage (eBook)

Isfort, M. et al. (2013): Eine bundesweite Befragung von Leitungskräften zur Situation der Pflege und Patientenversorgung auf Intensivstationen im Krankenhaus. dip, Köln

Isfort, M.; Hylla, J.; Gehlen, D.; Tucman, D. (2017): Strukturempfehlungen umgesetzt? Arbeitsbedingungen und -zufriedenheit auf deutschen Intensivstationen. In: Pflegezeitschrift 2017, J. 70, Heft 5. Springer Medizin, Berlin

Kempf, C. (2014): Service-Wohnen für Senioren: Eine empirische Untersuchung zu Dienst-

leistungsqualität, Customer Voluntary Performance und Preisfairness. Springer, Heidelberg Berlin

Kochanek, M.; Böll, B.; Shimabukuro-Vornhagen A.; Michels G.; Barbara W.; Hansen D.; Hallek, M.; Fätkenheuer, G.; von bergwelt-Baildon, M. (2015): Personalbedarf einer Intensivstation unter Berücksichtigung geltender Hygienerichtlinien - Eine explorative Analyse. Deutsche Medizinische Wochenschrift, 140 (14), e136–41

Kordt, M. (2013): DAK Gesundheitsreport 2013, Erstellt durch IGES Institut GmbH. Berlin

Kordt, M. (2014): DAK Gesundheitsreport 2014, Erstellt durch IGES Institut GmbH. Berlin

Kordt, M. (2015): DAK Gesundheitsreport 2015, Erstellt durch IGES Institut GmbH. Berlin

Mayer, H. (2015): Pflegewissenschaft – Über die Etablierung einer neuen Disziplin an der Universität Wien. In: Fröschl, K.; Müller, G.; Olechowski, T.; Schmidt-Lauber, B. (Hrsg.) (2015): Reflexive Innensichten aus der Universität. Disziplinengeschichten zwischen Wissenschaft, Gesellschaft und Politik. V&R unipress, Vienna (eBook)

Nydahl, P.; Dubb, R.; Kaltwasser., A (2017): Wegen Personalmangel geschlossen. In: Die Schwester/Der Pfleger 2017, 56 (1). Bibliomed, Melsungen

Schleicher, R.; Schwarzwälder S.; Thomsen, M. (2010): Handlungshilfen für die Pflegepraxis. Für eine neue Qualität der Arbeit in der Pflege. In: Initiative Neue Qualität der Arbeit (inqa) & Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin (Hrsg.) (2010): Zeitdruck in der Pflege reduzieren. INQA, Berlin

Siegrist, J. (2011): Fehlende Anerkennung macht krank. In: Betriebliche Gesundheitsförderung. Pflege für die Pflege. Konzepte, Projekte, Perspektiven. G+G Gesundheit und Gesellschaft. Das AOK-Forum für Politik, Praxis und Wissenschaft. Spezial 11/2011. AOK Bundesverband, Berlin

Tempel, J.; Ilmarinen, J. (2013): Das Haus der Arbeitsfähigkeit. In: Giesert, M. (Hrsg): (2013): Arbeitsleben 2025: Das Haus der Arbeitsfähigkeit im Unternehmen bauen. VSA, Hamburg

Uhle, T.; Treier M. (2013): Betriebliches Gesundheitsmanagement. Gesundheitsförderung in der Arbeitswelt – Mitarbeiter einbinden, Prozesse gestalten, Erfolge messen. Springer, Wiesbaden

Zimmermann, L.; Körner, M. (2014): Emotionale Erschöpfung und Wohlbefinden bei Gesundheitsfachberufen. Public Health Forum 22(82):30.e1-30.e3

Kontext Erziehungswissenschaft

Arnold, R.; Tutor, C. G. (2007): Grundlinien einer Ermöglichungsdidaktik. ZIEL, Augsburg

Arnold, R. et. al. (Hrsg.) (2010): Wörterbuch Erwachsenenbildung. Klinkhardt UTB, Bad Heilbrunn. 2. Auflage

Arnold, R. Kilian, L. (2010): Von der Betriebs- zur Organisationspädagogik – ein Denkwechsel für Bildungstheorie und -praxis, in: Heidsiek, C.; Petersen, J.; Lang, P. (Hrsg.) (2010): Organisationslernen im 21. Jahrhundert: Festschrift für Harald Geissler. Peter Lang, Frankfurt am Main (eBook)

- Beck, U.**; Brater, M.; Daheim, H. (1980): Soziologie der Arbeit und der Berufe. Rowohlt, Reinbek bei Hamburg
- Becker-Homann, G.** (2011): Berufliche Fort- und Weiterbildung im Gesundheitswesen. Ein theoretisches Modell der praktischen Bildungsarbeit – dargestellt am Beispiel des Krankenhaus-Betriebes. Dr. Kovač, Hamburg
- Blättner, B.** (2010). In: Arnold, R.; et. al. (Hrsg.) (2010): Wörterbuch Erwachsenenbildung. Klinkhardt UTB, Bad Heilbrunn. 2. Auflage
- Bohus, M.**; Lyssenko, L.; Wenner, M.; Berger, M. (2016): Lebe Balance. Das Programm für innere Stärke und Achtsamkeit. Trias, Stuttgart. 2. Auflage
- Böhme, G.**; Nittel, D. (2012): Gesundheit und Erwachsenenbildung. Hessischer Volkshochschulverband (Hrsg.) (2012): Gesundheit und Bildung, 1/2012. Bertelsmann, Bielefeld
- Dietel, S.** (2012): Gesundheitspädagogische Handlungsfelder. Entwicklung der Gesundheitsbildung an Volkshochschulen unter wirkungsanalytischen Gesichtspunkten. In: Hessischer Volkshochschulverband (Hrsg.) (2012): Gesundheit und Bildung, 1/2012. Bertelsmann, Bielefeld
- Friederich, T.** (2011): Zusammenarbeit mit Eltern – Anforderungen an frühpädagogische Fachkräfte. Deutsches Jugendinstitut e. V. (DJI) (Hrsg.) In: Weiterbildungsinitiative Frühpädagogische Fachkräfte (WiFF). Henrich Druck + Medien GmbH, Frankfurt am Main
- Fröhlich-Gildhoff, K.**; Rönnau-Böse, M. (2016): Was ist Resilienz? Eine Einführung. In: Dr. Mabuse 220, März/April 2016, Frankfurt am Main
- Herbert, W.** (2012): Dem Orchideenkind auf der Spur. In: Gehirn & Geist. G&G 3_2012. Spektrum der Wissenschaft, Heidelberg
- Jares, L.** (2016): Kitas sind (keine) Inseln. Das sozialräumliche Verständnis von traditionellen Kindertageseinrichtungen und Familienzentren in NRW. Waxmann, Münster
- Maulbecker-Armstrong, C.** (2016): Einführung von Schulgesundheitsfachkräften. Modellprojekt der Länder Hessen und Brandenburg. Hessisches Ärzteblatt 4/2016, Frankfurt am Main
- Ohlbrecht, H.**; Seltrecht, A. (Hrsg.) (2017): Medizinische Soziologie trifft Medizinische Pädagogik. Springer, Wiesbaden, (eBook)
- Rönnau-Böse, M.**; Fröhlich-Gildhoff, K. (2015): Resilienz und Resilienzförderung über die Lebensspanne. Kohlhammer, Stuttgart
- Wustmann, C.** (2004): Resilienz. Widerstandsfähigkeit von Kindern in Tageseinrichtungen fördern. Beltz, Weinheim. 1. Auflage
- Zerfaß, A.**; Piwinger, M. (Hrsg.) (2014): Handbuch Unternehmenskommunikation. Strategie, Management, Wertschöpfung. Springer, Wiesbaden. 2., vollständig überarbeitete Auflage (eBook)
- Zwick, E.** (Hrsg.) (2004): Gesundheitspädagogik. Wege zur Konstitutierung einer erziehungswissenschaftlichen Teildisziplin. LIT, Münster (eBook)

Kontext Sozialwissenschaften

Abel, T.; Abraham, A.; Sommerhalder, K. (2009): Kulturelles Kapital, kollektive Lebensstile und die soziale Reproduktion sozialer Ungleichheit, in: Richter, M.; Hurrelmann, K. (Hrsg.) (2009): Gesundheitliche Ungleichheit. Grundlagen, Probleme, Perspektiven. Springer VS, Wiesbaden. 2., aktualisierte Auflage (eBook)

Badura, B.; Walter, U.; Hehlmann, T. (2010): Betriebliche Gesundheitspolitik. Der Weg zur gesunden Organisation. Springer, Berlin Heidelberg. 2. Auflage

Badura, B.; Ducki, A.; Schröder, H.; Klose, J.; Meyer, M. (Hrsg.) (2015): Fehlzeiten-Report 2015. Neue Wege für mehr Gesundheit – Qualitätsstandards für ein zielgruppenspezifisches Gesundheitsmanagement. Springer, Heidelberg Dordrecht London New York

Badura, B.; Greiner, Wo.; Rixgens, P.; Ueberle, M.; Behr, M. (2013): Sozialkapital. Grundlagen von Gesundheit und Unternehmenserfolg. Springer, Berlin Heidelberg. 2., erweiterte Auflage

Badura, B.; Walter, U.; Hehlmann, T. (2010): Betriebliche Gesundheitspolitik. Der Weg zur gesunden Organisation. Springer, Berlin Heidelberg. 2. Auflage

Bergmann, M. M.; Hupka-Brunner, S.; Meyer, T.; Samuel, R. (Hrsg.) (2012): Bildung – Arbeit – Erwachsenwerden. Ein interdisziplinärer Blick auf die Transition im Jugend und jungen Erwachsenenalter. Springer, Wiesbaden (eBook)

Bourdieu, P.; Bolder, J.; Nordmann, U. (1992): Die verborgenen Mechanismen der Macht (Schriften zu Politik & Kultur)

Bourdieu 1987:17, Bourdieu 1992:15, In: Koob, D. (2007): Sozialkapital zur Sprache gebracht: Eine bedeutungstheoretische Perspektive auf ein sozialwissenschaftliches Begriffs- und Theorieproblem. Universitätsverlag, Göttingen

Brunett, R. (2009): Die Hegemonie symbolischer Gesundheit. Eine Studie zum Mehrwert von Gesundheit. Transcript, Bielefeld (eBook)

Flick, U. (2005): Qualitative Sozialforschung. Eine Einführung. Rowohlt, Reinbeck bei Hamburg. 3. Auflage

Hurrelmann, K.; Laaser, U.; Razum, O. (Hrsg.) (2006): Handbuch Gesundheitswissenschaften. Juventa, Weinheim München

Hurrelmann, K.; Franzkowiak, P. (2011): Gesundheit. In: BZgA – Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (Hrsg.): Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention. Glossar zu Konzepten. Strategien und Methoden. Werbach-Gamburg: Verlag für Gesundheitsförderung

Janßen, C. (2011): Warum müssen arme Menschen früher sterben? Ein medizin-soziologischer Überblick über den Zusammenhang zwischen sozialer Ungleichheit und Gesundheit. Bayrische Sozialnachrichten, München. 1/2011

Jurt, J. (2012): Bourdieus Kapital-Theorie. In: Bergmann, M. M.; Hupka-Brunner, S.; Meyet, T.; Samuel, R. (Hrsg.) (2012): Bildung – Arbeit – Erwachsenwerden. Ein interdisziplinärer Blick auf die Transition im Jugend und jungen Erwachsenenalter. Springer, Wiesbaden (eBook)

- Koob, D.** (2007): Sozialkapital zur Sprache gebracht. Eine bedeutungstheoretische Perspektive auf ein sozialwissenschaftliches Begriffs- und Theorieproblem. Universitätsverlag, Göttingen (eBook)
- Krause, D.** (2001): Luhmann-Lexikon. Lucius & Lucius, Stuttgart. 3. Auflage
- Luhmann, N.** (1997): Die Gesellschaft der Gesellschaft. Suhrkamp, Frankfurt am Main. 1. Auflage
- Luhmann, N.** (2000): Vertrauen. Lucius & Lucius, Stuttgart. 4. Auflage
- Luhmann, N.** (2002): Einführung in die Systemtheorie. In: Baecker, D. (Hrsg.). Carl-Auer, Heidelberg
- Luhmann, N.** (2008): Soziologische Aufklärung 6. Die Soziologie und der Mensch. Springer VS, Wiesbaden. 3. Auflage
- Mayring, P.** (2003): Qualitative Inhaltsanalyse. Beltz, Weinheim Basel. 8. Auflage
- Mielck, A.** (2000): Soziale Ungleichheit und Gesundheit. Empirische Ergebnisse, Erklärungsansätze, Interventionsmöglichkeiten. Huber, Bern
- Petermann, S.** (2014): Persönliches soziales Kapital in Stadtgesellschaften. Springer, Wiesbaden (eBook)
- Schaeffer, D.** (1998): Innerprofessionelle Sicht der Kooperation in der ambulanten Versorgung – die Perspektive der Pflege. In: Garms-Homolová, V.; Schaeffer, D. (Hrsg.) (1998): Medizin und Pflege. Kooperation in der ambulanten Versorgung. Ullstein Mosby, Berlin
- Schaeffer, D.; Vogt, D.; Berens, E. M.** (2017): Gesundheitskompetenz der Bevölkerung in Deutschland. Forum Logopädie Heft 5 (31), September 2017. Schulz-Kirchner, Idstein
- Schmidt-Herta, B.; Tippelt, R.** (2011): Typologien. REPORT Zeitschrift für Weiterbildungsforschung 1/2011: Forschungsmethoden in der Weiterbildung. Unter: <http://www.die-bonn.de/id/9185> (eingesehen 11.11. 2017, 09:50Uhr MEZ)
- Simon, F. B.** (2001): Die andere Seite der Gesundheit. Ansätze einer systemischen Krankheits- und Therapietheorie. Carl-Auer, Heidelberg 2. Auflage
- Wermke, M.; Kunkel- Razum, K.; Scholze-Stubenrecht, W.** (Hrsg.) (2001): Herkunftswörterbuch. Etymologie der deutschen Sprache. Mannheim Leipzig Wien Zürich: Duden, 3. völlig neu bearb. und erw. Auflage
- Wiedemann, T.; Meyen, M.** (Hrsg.) (2014): Pierre Bourdieu und die Kommunikationswissenschaft. Internationale Perspektiven. Herbert van Halem, Köln (eBook)

Verwendete Internetquellen

Stichwort: Nationales Gesundheitsziel - Gesund aufwachsen

Bundesministerium für Gesundheit, Referat Öffentlichkeitsarbeit (BMG) (Hrsg.) (2010):

Nationales Gesundheitsziel Gesund aufwachsen: Lebenskompetenz, Bewegung, Ernährung. Kooperationsverbund gesundheitsziele.de. Berlin. Unter:

<https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/Publikationen/Praevention/Broschue>

ren/Broschuere_Nationales_Gesundheitsziel_-_Gesund_aufwachsen_Lebenskompetenz__Bewegung__Ernaehrung.pdf (eingesehen: 19.03.2018, 13:10 Uhr MEZ)

Stichwort: Zwölfter Kinder- und Jugendbericht (12. KJB)

Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSFJ) (Hrsg.) (2005): Zwölfter Kinder- und Jugendbericht. Bericht über die Lebenssituation junger Menschen und die Leistungen der Kinder- und Jugendhilfe in Deutschland. Berlin. Unter: <https://www.bmfsfj.de/blob/112224/7376e6055bbcaf822ec30fc6ff72b287/12-kinder-und-jugendbericht-data.pdf> (eingesehen 22.03.2018, 13:40 Uhr, MEZ)

Stichwort: LQW

Douillet, J. (2015): Lernerorientierte Qualitätstestierung in der Aus-, Fort- und Weiterbildung. con!flex Qualitätstestierung, GmbH, Bamberg. Unter: <http://www.conflex-qualitaet.de/lqw.html> (eingesehen: 13.03.2018, 14:40 Uhr MEZ)

Stichwort: Aktionsplan Gesundheitskompetenz

Schaeffer, D.; Hurrelmann, K.; Bauer, U.; Kolpatzik, K. (Hrsg.) (2018): Nationaler Aktionsplan Gesundheitskompetenz. Die Gesundheitskompetenz in Deutschland stärken. KomPart, Berlin. Unter: http://www.nap-gesundheitskompetenz.de/media/com_form2content/documents/c10/a1203/f41/Nationaler%20Aktionsplan%20Gesundheitskompetenz.pdf (eingesehen: 23.02.2018, 14:10 Uhr MEZ)

Stichwort: Definition kognitive Dissonanz

Stangl, W. (2018): Stichwort „Kognitive Dissonanz“. Online Lexikon für Psychologie und Pädagogik. Unter: <http://lexikon.stangl.eu/755/kognitive-dissonanz> (eingesehen: 20.03.2018, 18:50 Uhr MEZ)

Stichwort: Definition Resilienz

Stangl, W. (2018): Stichwort „Resilienz“. Online Lexikon für Psychologie und Pädagogik. Unter: <http://lexikon.stangl.eu/593/resilienz> (eingesehen: 22.03.2018, 10:30 Uhr MEZ)

5. Empfehlungsteil

Glossar Betriebliches Gesundheitsmanagement (BGM), ausgewählte Begriffe

<p>Arbeitsmedizinischer Dienst (AMD)</p>	<p>Arbeitsmedizinischer Dienst (siehe Arbeitsmedizin)</p>
<p>Arbeitsschutzmanagementsysteme AMS</p>	<p>Arbeitsschutzmanagementsysteme gehören in Deutschland und Europa zu den wichtigen Themen im Arbeitsschutz und inzwischen ist belegt, dass diese Systeme als Instrument zur Prävention nachhaltig wirken können. Sie tragen zur menschengerechten Gestaltung der Arbeit und des Arbeitsumfeldes bei und dienen damit dem Wohle der Beschäftigten. Außerdem tragen AMS zum wirtschaftlichen Erfolg eines Unternehmens bei (vgl. BAuA 2002⁴⁰).</p>
<p>Arbeitsmedizin</p>	<p>Synonym zu Betriebsmedizin. Arbeitsmedizin ist eine vorwiegend präventiv orientierte medizinische Fachdisziplin in Forschung, Lehre und Praxis. Sie beschäftigt sich einerseits mit der Untersuchung, Bewertung, Begutachtung und Beeinflussung der Wechselbeziehungen zwischen Anforderungen, Bedingungen und Organisation der Arbeit und befasst sich andererseits mit dem Menschen, seiner Gesundheit, Beschäftigungsfähigkeit und seinen Krankheiten. Aufgabe ist die Förderung, der Erhalt und die Mitwirkung bei der Wiederherstellung von Gesundheit und der Arbeits- und Beschäftigungsfähigkeit des Menschen. Des Weiteren die Vorbeugung, Erkennung, Behandlung und Begutachtung arbeits- und umweltbedingter Erkrankungen und Berufskrankheiten; Verhütung arbeitsbedingter Gesundheitsgefährdungen einschließlich persönlicher und betrieblicher Gesundheitsberatung; Vermeidung von Arbeiterschwernissen; berufsfördernde Rehabilitation; ärztliche Beratung von Arbeitgebern, Arbeitnehmern, Personalvertretungen in allen Fragen zur Wechselwirkung zwischen</p>

⁴⁰ Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin (BAuA), unter: <http://www.dguv.de>.

<p>Arbeitsschutz</p>	<p>Arbeit und Mensch bei ganzheitlicher Betrachtung des arbeitenden Menschen unter Berücksichtigung sämtlicher somatischer, psychischer und sozialer Prozesse (vgl. De Gruyter 2007: 124).</p> <p>Arbeitsschutz umfasst Maßnahmen zur menschengerechten Gestaltung der Arbeit, des Arbeitsplatzes und der Arbeitsverhältnisse sowie den Arbeitnehmer-Schutz gegen Unfälle und arbeitsbedingte Erkrankungen. Die Vielzahl von Einzelnormen wurde 1996 im Arbeitsschutzgesetz zusammengefasst (vgl. De Gruyter 2007: 124).</p>
<p>Arbeitsschutzgesetz (ArbSchG)</p>	<p>Das Arbeitsschutzgesetz ist das 1996 in Kraft getretene Gesetz zur Durchführung von Maßnahmen des Arbeitsschutzes, Verbesserung der Sicherheit und des Gesundheitszustandes der Beschäftigung während der Arbeit. Neben der Verpflichtung des Arbeitgebers zur kontinuierlichen Vornahme erforderlichen Arbeitsschutzes (§§10, 11) begründet das ArbSchG ebenso die Mitverantwortung der Beschäftigten bezüglich ihrer Arbeitssicherheit (§§315ff) (vgl. De Gruyter 2007: 125). Letzte Änderung des Gesetzes 2016 (vgl. Liebig 2018⁴¹)</p>
<p>Arbeitsstättenverordnung (ArbStättV)</p>	<p>Die Arbeitsstättenverordnung ist eine Durchführungs-verordnung zur Gewerbeordnung (seit 1975), die Betriebe verpflichtet, Gesundheitsgefährdungen von den Beschäftigten fernzuhalten, wie z. B. Lärmschutz, Druckluftverordnung, Gefahrstoffverordnung (vgl. De Gruyter 2007: 125). Letzte Änderung des Gesetzes 2017 (vgl. Liebig 2018⁴²).</p>
<p>Arbeitszeitgesetz (ArbZG)</p>	<p>Das Arbeitszeitgesetz basiert auf dem Gesetz zur Vereinheitlichung und Flexibilisierung des Arbeitszeitrechts (1994). Eine Rechtsvorschrift mit verbindlichen Vorgaben für die maximale Dauer der werktäglichen Arbeitszeit der Arbeitnehmer; der Mindestruhezeit nach Beendigung der täglichen Arbeitszeit; der Nacht- und Schichtarbeit; Sonn- und Feiertagsruhe und der</p>

⁴¹ vgl. <https://www.buzer.de>.

⁴² <https://www.buzer.de>.

<p>Arbeitsstätten-Richtlinien (ASR)</p> <p>Arbeitsunfähigkeit (AU)</p>	<p>Mindestruhepausen während der Arbeitszeit (vgl. De Gruyter 2007: 125). Letzte Änderung des Gesetzes 2016 (vgl. Liebig 2018⁴³).</p> <p>Arbeitsstätten-Richtlinien verdeutlichen den Stand der Technik, Arbeitsmedizin und Arbeitshygiene sowie sonstige gesicherte arbeitswissenschaftliche Erkenntnisse für das Einrichten und Betreiben von Arbeitsstätten. Sie haben schrittweise die Arbeitsstätten-Richtlinien zur alten Arbeitsstättenverordnung (1975) abgelöst (vgl. BfGA – Beratungsgesellschaft für Arbeits- und Gesundheitsschutz mbH⁴⁴).</p> <p>Arbeitsunfähigkeit liegt vor, wenn Betroffene krankheitsbedingt sofort und gegenwärtig außerstande sind, vertragsmäßig der bisher ausgeübten Erwerbstätigkeit nachzugehen oder Gefahr besteht, dass sich durch weitere Arbeitstätigkeit der Gesundheitsstatus in absehbarer Zeit verschlechtert. Ärzte stellen Bescheinigung unter Angabe voraussichtlicher Erkrankungsdauer aus (vgl. De Gruyter 2007: 12).</p>
<p>Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin (BAuA)</p> <p>Betriebliches Eingliederungsmanagement (BEM)</p> <p>Betriebsmedizin</p>	<p>Die Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin ist eine Forschungseinrichtung des Bundes, die das Bundesministerium für Arbeit und Soziales in allen Fragen zur Sicherheit und Gesundheit berät und zur menschengerechten Gestaltung der Arbeit beiträgt (vgl. BauA 2017⁴⁵).</p> <p>Betriebliches Eingliederungsmanagement ist seit 2004 gesetzlich verankert. Wenn Beschäftigte innerhalb eines Jahres sechs Wochen ununterbrochen oder wiederholt arbeitsunfähig sind, klärt der Arbeitgeber mit dem zuständigen Interessenvertreter (im Sinne §93 SGB IX), gemäß § 84 SGB IX Prävention, wie die Arbeitsunfähigkeit möglichst überwunden werden und mit welchen Leistungen oder Hilfen erneuter Arbeitsunfähigkeit vorgebeugt und der Arbeitsplatz erhalten werden kann. Wie die Klärung auszusehen hat, geht aus §84 SGB IX bewusst nicht hervor (vgl. BMAS 2018).</p> <p>siehe Arbeitsmedizin.</p>

⁴³ <https://www.buzer.de>.

⁴⁴ <https://www.bfga.de>.

⁴⁵ <https://www.baua.de>.

<p>Berufsgenossenschaft (BG)</p>	<p>Gewerbliche Berufsgenossenschaften und die Unfallversicherungsträger der öffentlichen Hand sind Mitglieder des Spitzenverbandes Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung. Die neun gewerblichen Berufsgenossenschaften sind nach Branchen aufgeteilt. Die Unfallversicherungsträger gliedern sich in 19 Unfallkassen, Gemeindeunfallversicherungsverbände, Feuerwehr-Unfallkassen und Unfallversicherung Bund und Bahn (vgl. DGUV⁴⁶).</p>
<p>Betriebliche Gesundheitsförderung (BGF)</p>	<p>Betriebliche Gesundheitsförderung ist eine moderne Unternehmensstrategie mit dem Ziel, Krankheiten am Arbeitsplatz vorzubeugen, Gesundheit zu stärken und das Wohlbefinden der Beschäftigten zu verbessern (vgl. Deutsches Netzwerk für Betriebliche Gesundheitsförderung - BGF⁴⁷).</p>
<p>Betriebliches Gesundheitsmanagement (BGM)</p>	<p>Betriebliches Gesundheitsmanagement umfasst die bewusste Steuerung und Integration aller betrieblichen Prozesse mit dem Ziel, die Gesundheit und das Wohlbefinden der Beschäftigten zu erhalten und zu fördern. (vgl. Gesundheit und Soziales 2005, in Kiesche 2013:20). Im Sinne einer ganzheitlichen Strategie umfasst BGM alle Maßnahmen, die sowohl zu einer individuellen Gesundheit als auch einer gesunden Organisation beitragen und ist dabei als Dach zu verstehen und im Management verortet (vgl. Kiesche 2013:20; vgl. Abbildung 18).</p>
<p>Fürsorgepflicht</p>	<p>Allgemeine Fürsorgepflicht des Arbeitgebers (§§ 617-619 BGB).</p>
<p>Gesundheitsaufklärung</p>	<p>Gesundheits-Aufklärungskampagnen; z. B. zu Impfungen oder HIV/Aidsprävention (vgl. Hartmann/Siebert 2008).</p>
<p>Gesundheitsberatung</p>	<p>Ärztliche Gesundheitsberatung; z. B. gesundheitsbezogene Beratung von Institutionen und Politik (vgl. Hartmann/Siebert 2008⁴⁸).</p>
<p>Gesundheitsbildung</p>	<p>Gesundheitsbildungsangebote, z.B. VHS und Ressourcen-orientierte Chronikerprogramme (vgl. Hartmann/Siebert 2008).</p>
<p>Gesundheitserziehung</p>	<p>Gesundheitserziehung in Kindergärten und Schulen, wie</p>

⁴⁶ <http://www.dguv.de>.

⁴⁷ <http://www.dnbgf.de>.

⁴⁸ <http://gesundheitsfoerdernde-hochschulen.de>.

<p>Gesundheitspädagogik</p>	<p>Zahnprophylaxe, Sicherheits- und Verkehrserziehung, Sexualerziehung (vgl. Hartmann Siebert/2008).</p> <p>Handlungsfelder der Gesundheitspädagogik im Kontext Prävention und Gesundheitsförderung sind: Gesundheitsaufklärung, Gesundheitsberatung, Gesundheitsbildung, Gesundheitserziehung (vgl. Hartmann/Siebert 2008).</p>
<p>Infektionsschutzgesetz (IfSG)</p>	<p>Infektionsschutzgesetz trat am 01.01.2001 in Kraft und stellte das System meldepflichtiger Krankheiten in Deutschland auf eine neue Basis. Es regelt, welche Krankheiten bei Verdacht, Erkrankung, Tod und welche labordiagnostischen Nachweise von Erregern meldepflichtig sind. Weiterhin legt das Gesetz fest, welche Angaben von den Meldepflichtigen gemacht werden und welche dieser Angaben vom Gesundheitsamt weiter übermittelt werden. Letzte Änderung des Gesetzes 2017 (vgl. RKI 2018⁴⁹).</p>
<p>Jugendarbeitsschutzgesetz (JArbSchG)</p>	<p>Jugendarbeitsschutzgesetz und Kinderarbeitsschutzverordnung schützen Kinder und Jugendliche vor Arbeit, die zu früh beginnt, zu lange dauert, zu schwer ist, die sie gefährdet oder die für sie ungeeignet ist (vgl. BMAS 2017b⁵⁰).</p>
<p>Prävention</p> <p>Präventionsgesetz (PrävG)</p>	<p>Prävention umfasst vorbeugende Maßnahmen der Gesundheitspflege und Maßnahmen der Präventivmedizin, mit Ausprägung: <u>Primäre Prävention</u>: Gesundheitsförderung und Krankheitsvermeidung (wie Impfungen, Hygienemaßnahmen), <u>Sekundäre Prävention</u>: Krankheitsfrüherkennung (wie Vorsorgeuntersuchungen), <u>Tertiäre Prävention</u>: Begrenzung, Ausgleich von Krankheitsfolgen (wie Rehabilitation) (vgl. De Gruyter 2007:1549).</p> <p>Präventionsgesetz ist ein Artikelgesetz, das Änderungen in den Sozialgesetzbüchern V, VI, VII, VIII, XI, dem IfSG, dem JArbSchG und anderen Gesetzen bewirkt (vgl. Bundes-gesetzblatt 2015: 1368). Mit dem Präventionsgesetz soll die Gesundheitsförderung im direkten Lebensumfeld: in der Kita, der Schule, am Arbeitsplatz und im Pflegeheim gestärkt werden (SGB V § 20) (vgl. BMG⁵¹).</p> <p>Es umfasst u.a. auch die Förderung der gesundheitlichen</p>

⁴⁹ <https://www.rki.de>

⁵⁰ <https://www.bmas>

⁵¹ <http://www.bmg.bund.de>

	haben den Versicherten dabei durch Aufklärung, Beratung und Leistungen zu helfen und auf gesunde Lebensverhältnisse hinzuwirken.“ Letzte Änderung des Gesetzes 2017 (SGB V § 1).
--	--

Tabelle 50: Kurzglossar ausgewählter Begriffe BGM

(Ableitung aus: siehe Fußnoten, eingesehen 25.11.2017, 12:30 Uhr MEZ, in: Schümann 2018, Erstveröffentlichung), eigene Darstellung

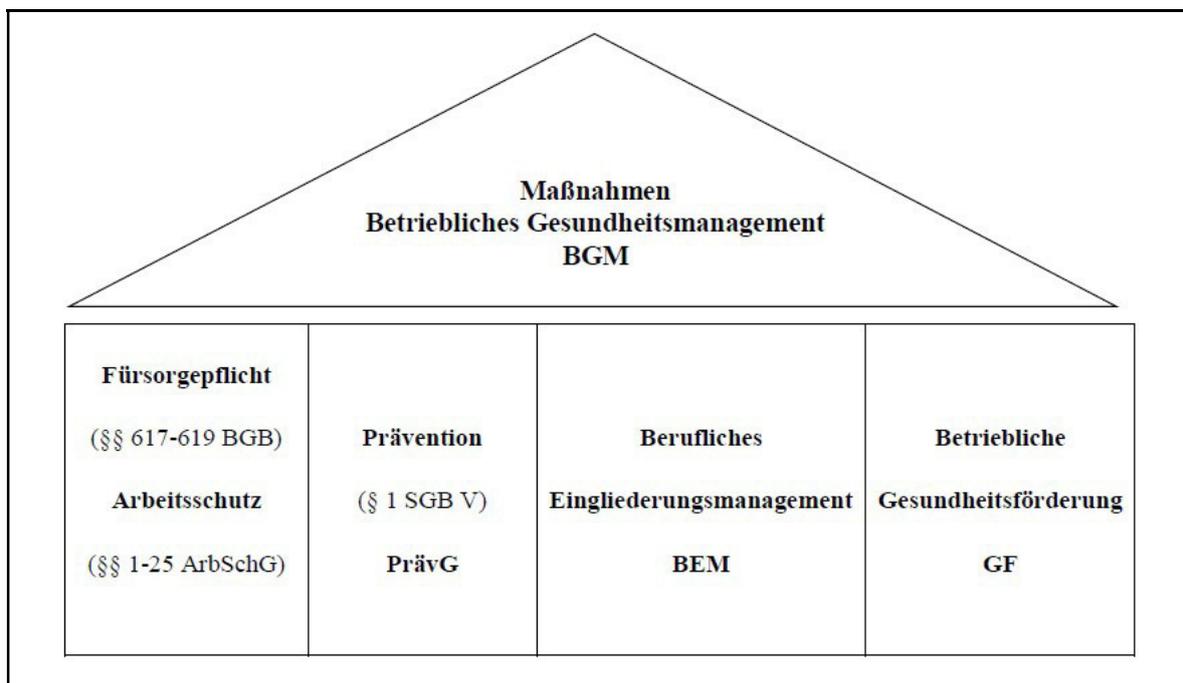


Abbildung 37: Maßnahmen Betriebliches Gesundheitsmanagement

(Ableitung aus: Kiesche 2013: 20), eigene Darstellung

5.1 Verwendete Literatur

Glossarbegriffe Betriebliches Gesundheitsmanagement - BGM

Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin (BAuA) (Hrsg.) (2002): Leitfaden für Arbeitsschutzmanagementsysteme, des Bundesministeriums für Wirtschaft und Arbeit (BMWA), der obersten Arbeitsschutzbehörden der Länder, der Träger der gesetzlichen Unfallversicherung und der Sozialpartner. Dortmund

De Gruyter, W. (2007): Pschyrembel® Klinisches Wörterbuch. Walter de Gruyter, Berlin
New York

Kiesche, E. (2013): Betriebliches Gesundheitsmanagement. Bund, Frankfurt am Main

Mühlum, A.; Gödecker-Geenen, N. (2003): Soziale Arbeit in der Rehabilitation. Reinhardt, München.
Unter: <http://www.reinhardt-verlag.de/pdf/inhalt2473.pdf> (eingesehen: 01.01.2018, 13:40 Uhr, MEZ)

Verwendete Internetquelle: Glossar BGM

Stichwort: Definition Arbeitsstättenrichtlinien (ASR)

Beratungsgesellschaft für Arbeits- und Gesundheitsschutz mbH (BfGA) 2018: Technische Regeln für Arbeitsstätten (ASR). Unter: <https://www.bfga.de/arbeitsschutz-lexikon-von-a-bis-z/fachbegriffe-s-u/technische-regeln-fur-arbeitsstatten-asr> (eingesehen: 23.01.2018, 10:30 Uhr MEZ)

Stichwort: Jugendarbeitsschutzgesetz

Bundesministerium für Arbeit und Soziales (BMAS) (Hrsg.) (2017): Klare Sache. Jugendarbeitsschutz und Kinderarbeitsschutzverordnung. Unter: https://www.bmas.de/SharedDocs/Downloads/DE/PDF-Publikationen/a707-klare-sache-jugendarbeitsschutz-und-kinderarbeitsschutzverordnung.pdf?__blob=publicationFile (eingesehen: 23.01.2018, 13:00 Uhr MEZ)

Stichwort: Betriebliches Eingliederungsmanagement (BEM)

Bundesministerium für Arbeit und Soziales (BMAS) (2018): Betriebliches Eingliederungsmanagement. Von der Arbeitsunfähigkeit zur Beschäftigungsfähigkeit. Unter: <http://www.bmas.de/DE/Themen/Arbeitsschutz/Gesundheit-am-Arbeitsplatz/betriebliches-eingliederungsmanagement.html> (eingesehen: 23.01.2018, 11:00 Uhr MEZ)

Stichwort: Gesundheitsfördernde Maßnahmen Pflegekräfte

Bundesministerium für Gesundheit (BMG) (Hrsg.) (2017): Fachkräfte in der Pflege. Unter: <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/themen/pflege/pflegestaerkungsgesetze/pflegekraefte/pflegeschmangel.html> (eingesehen 09.11.2017, 17:50 Uhr MEZ)

Stichwort: Netzwerk Betriebliche Gesundheitsförderung

Deutsches Netzwerk für Betriebliche Gesundheitsförderung (DNBGF) (2017): Betriebliche Gesundheitsförderung. Das Deutsche Netzwerk für Betriebliche Gesundheitsförderung (DNBGF) wird im Rahmen der „Initiative Gesundheit und Arbeit (iga)“ gemeinsam getragen von: BKK Dachverband e. V.; Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung e. V. (DGUV); AOK-Bundesverband; Verband der Ersatzkassen e. V. (vdek). Berlin. Unter: <http://www.dnbgf.de> (eingesehen: 06.05.2018, 15:35 Uhr MEZ)

Stichwort: Änderungen Gesetze und Verordnungen

Liebig, D. (2018): Gesetze und Verordnungen des deutschen Bundesrechts im Internet. Bundesrecht tagaktuell konsolidiert – alle Fassungen seit 2006. Unter: <http://www.buzer.de/> (eingesehen: 23.01.2018, 10:20 Uhr MEZ)

Stichwort: Salutogenese

Mühlum A., Gödecker-Geenen N., (2003): Soziale Arbeit in der Rehabilitation. Reinhardt, München. Unter: <http://www.reinhardt-verlag.de/pdf/inhalt2473.pdf> (eingesehen: 01.01.2018, 13:40 Uhr, MEZ)

Stichwort: Infektionsschutzgesetz RKI

Robert Koch Institut (RKI) (2018): Änderungen des Infektionsschutzgesetzes, Juli 2017. Epidemiologisches Bulletin 3. August 2017/ Nr. 31. Aktuelle Daten und Informationen zu Infektionskrankheiten und Public Health. Unter: https://www.rki.de/DE/Content/Infekt/EpidBull/Archiv/2017/31/Art_02.html (eingesehen: 23.01.2018, 12:30 Uhr, MEZ)

Stichwort: Definition Gesundheitsbildung – Gesundheitserziehung

Hartmann, T.; Siebert, D. (2008): Grafik Gesundheitsbildung, Gesundheitserziehung, Gesundheitsberatung, Gesundheitsaufklärung. Arbeitskreis Gesundheitsfördernde Hochschulen. Landesvereinigung für Gesundheit und Akademie für Sozialmedizin Nds.e.V. Unter: http://gesundheitsfoerdernde-hochschulen.de/Inhalte/G_Themen/G10_Gesundheitspaedagogik/G10_Gesundheitspaedagogik.pdf (eingesehen: 01.11.2017, 08:40 Uhr MEZ)

Systemgeschichtliches Diagnostik-Instrument (Individuum/Organisation)

Systemgeschichtliches Diagnostik-Instrument (Individuum)	Stichwort Beispielnennung	Systemische Erwartung %	Eigenes Erleben %
Grundannahmen und Prämissen	Höflichkeit	100 %	80 %
Bekundete Werte	Bildung ist alles	100 %	100 %
Artefakte und Verhaltensmuster	Akademikerhaushalt	100 %	60 %
Zentrale systemische Erwartung	Religiösität	100 %	100 %
Systemstruktur	Vater (Vorstand)	100 %	100 %
Abbildung latenter Strukturen	Mutter (Graue Eminenz)	0 %	100 %
Realitätsabbildung im System	Religiöse Konformität	100 %	40 %
Kopplungsstellen des Systems	Kirchenzugehörigkeit	100 %	80 %
Beziehungslogik im System	Beliebt, wer angepasst	40 %	100 %
Schmerzpunkte des Systems	Leistungsdruck	50%	100 %
Positive Triggerpunkte	Zuwendung: Leistung ↑	100 %	100 %
Relevanz von Entscheidungen	Sanktion: Leistung ↓	100 %	100 %
Ausgewogenheit von Redundanz ⁵² und Varietät ⁵³	Nach außen: Religiösität; nach innen: Streit	30 %	100 %

Tabelle 50: Systemgeschichtliches Diagnostik-Instrument (Individuum)

(Ableitung aus: Gärtner 2004; Schein 1995:30; modifiziert durch die Autorin), eigene Darstellung

Systemgeschichtliches Diagnostik-Instrument (Organisation)	Stichwort Beispielnennung	Organisationale Erwartung %	Eigenes Erleben %
Zentrale organisationale Erwartung	Wirtschaftlichkeit		
Organisationsstruktur	Organigramm		
Abbildung „latenter Strukturen“	„Graue Eminenz“		
Realitätsabbildung im System	Gesetzeskonformität		
Kopplungsstellen des Systems	Politik		
Beziehungslogik im System	Angepasste Mitarbeiter		
Schmerzpunkte des Systems	Wirtschaftlichkeit		
Positive Triggerpunkte des Systems	Digitalisierung		
Relevanz von Entscheidungsprogrammen	Qualitätsmanagement		
Ausgewogenheit von	Umstrukturierung		

⁵² „[...]Redundanzen sind gleichsam zu Strukturen geronnene Informationen [...]“, (vgl. Krause 2001:191)

⁵³ Varietät „[...]soll die Zahl und Verschiedenartigkeit der Ereignisse bezeichnen, die ein System als eigene produziert und somit strukturell zu verkraften hat [...]“, (vgl. Krause 2001:226).

Redundanz und Varietät			
Artefakte	Zertifizierung		
Bekundete Werte	Transparenz		
Grundannahmen und Prämissen	Vertrauen		

Tabelle 51: Systemgeschichtliches Diagnostik-Instrument (Organisation)

(Ableitung aus: Gärtner 2004; Schein 1995:30; modifiziert durch die Autorin), eigene Darstellung

<p>Gesundheitsfördernde Leitsätze – Selbstfürsorge (systemtheoretische Perspektive)</p> <p>„Erfolg und Scheitern sind keine objektive Größen, sondern ein Passungsergebnis.“</p> <p>„Organisationen sind hinsichtlich ihrer Erwartungsstrukturen gnadenlos.“</p> <p>„Widersprüchlichkeit ist ein Normalzustand.“</p> <p>„Wir sollten stets so arbeiten, dass wir innerlich nicht auf Dank angewiesen sind.“</p> <p>„Unsere Zeit ist begrenzt, finden wir uns ab mit dem Fragment.“</p> <p>„Nehmen wir uns wenige und wichtige Dinge vor und verfolgen diese konsequent.“</p> <p>„Wir allein bestimmen wie wertvoll wir sind und wie wertvoll das ist, was wir tun.“</p> <p>„Wir brauchen Vertrauen in der Gegenwart, damit wichtige Dinge in der Zukunft geschehen können.“</p>
--

Abbildung 38: Gesundheitsfördernde Leitsätze

(Ableitung aus: Gärtner 2003; Luhmann 2000; ergänzt durch die Autorin), eigene Darstellung

Gärtner, H. W. (2004): Die eigene Organisation besser verstehen – die diagnostische Tätigkeit von Führungskräften. In: Theorie und Praxis der Steuerung sozialer Systeme. Arbeitspapier. KatHO NRW, Köln

Gärtner, H. W. (2003): Selbstfürsorge aus systemtheoretischer Sicht. In: Theorie und Praxis der Steuerung sozialer Systeme. Unveröffentlichtes Arbeitspapier. KatHO NRW, Köln

Luhmann, N. (2000): Vertrauen. Lucius & Lucius, Stuttgart. 4. Auflage

Schein, E. H. (1995): Unternehmenskultur. Campus, Frankfurt am Main New York

Überblick: Auswahl- Projekte und Maßnahmen GF im GW, beispielhafte Darstellung in Kombination des Angebotsportfolios (Uhle/Treier 2015) und Komponenten für Gemeinschaften gemäß organisationspädagogischer Perspektive (Geißler 2000) (Kurzfassung)

Gemeinschafts-Komponenten / Elemente Angebotsportfolio	Maßnahme GF	Kurzbeschreibung der Maßnahme	Kontakt/Linktipp
Ordnung			
Wiedereingliederung	Gesundheitsförderung (2016)	Broschüre: BGF in der Pflege, eine Leistungspalette des BGF- Instituts mit Beratung für Unternehmer und Personalverantwortliche. Speziell auf Pflegeberufe ausgerichtete Leistungspalette, vom Programm- Aufbau Gesundheitsmanagement bis zu individuellen Beratungen. Pflegekräfte sind hohen psychischen und physischen Anforderungen ausgesetzt. Erfahrungen zeigen, dass BGF hilft, vorzubeugen und Krankenstand trotz Belastung niedrig zu halten, z.B. Wiedereingliederung von (an Depression) erkrankten Mitarbeitern.	(BGF) Institut für betriebliche Gesundheitsförderung Link: http://www.bgf-institut.de/service/broschueren
Erfassung	gesund-pflegen-online.de (seit 2010)	Arbeitsprogramm: Online-Selbstbewertung zum Arbeits- und Gesundheitsschutz. Seit dem Start 2010 hat sich „gesund-pflegen-online.de“ erfolgreich in der Pflegebranche etabliert und nachweislich zu signifikanten Verbesserungen geführt. Das Online-Instrument kann zur Positionsbestimmung im Arbeitsschutz, Muskel-Skelett-Belastungen, Umgang mit psychischer Belastung, sowie Regelungen zur Arbeitsschutzorganisation genutzt werden.	(BGW) Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege Link: https://www.bgw-online.de
Sympathie/Fürsorglichkeit			
Psychosoziale Betreuung	empCare-Pflege für Pflegendende (2016)	Entlastungskonzept: Entwicklung und Verankerung eines empathie-basierten Entlastungskonzepts: Pflege für Pflegendende. Projektförderung durch (BMBF), im Rahmen des Forschungsprogramms „Präventive Maßnahmen für die sichere und gesunde Arbeit von morgen“. Langfristig adressiert das Projekt die Problematik des Fachkräftemangels und die hohe Fluktuation im Pflegeberuf.	Projektleitung: Prof. Dr. Roth, M.; Dr. Altmann, T. & Team Link: https://www.empcare.de

Ernährung	Best Practice- Beispiele (Stand 2016)	Best Practice-Beispiele: Betriebliche Gesundheitsförderung im Bereich Aufklärung. Sensibilisierung der Arbeitnehmer für das Thema BGF, u. a. BGF im Bereich Ernährung.	(BMG) Bundesministerium für Gesundheit Link: https://www.bundesgesundheitsministerium.de
Kritik/Lernen			
Information	Gesundheitsförderung und Prävention (2011)	Broschüre: Gesundheitsförderung und Prävention, Handlungsfelder der Pflege. Der Berufsverband hat in seiner Broschüre eine enge Auswahl von vier zukunftsweisenden, potenziellen Handlungsfeldern für Pflegefachpersonen im Bereich von Gesundheitsförderung und Prävention getroffen.	(DBfK) Deutscher Berufsverband für Pflegeberufe. Berlin Link: https://www.dbfk.de
Werte			
Führung	Gesunde Unternehmen (2016)	Broschüren/Flyer: Gesundes Unternehmen. Medien zur Einführung eines erfolgreichen BGM und Durchführung von Projekten zur BGF. Spezielle Broschüren- für den Pflegedienst, mit Produktionsfaktor Gesundheit. Stationäre Pflegeeinrichtungen und Pflegenetzwerke.	(AOK) Die Gesundheitskasse Link: https://www.aok-business.de
Einstellung/Verhalten	Wertschätzung fördern (2017)	Magazinblog: Klinik · Wissen · Managen. Wissensmanagement für Kliniken und Krankenhäuser. Der Magazinblog geht diesen Fragen im Gesundheitswesen nach, recherchiert, führt Interviews und holt neueste Trends und Meinungen dazu ein.	Kontakt: Froberg- Thieme-Gruppe, Stuttgart Link: http://blog.klinik-wissen-managen.de
Arbeit/Expertentum			
Aktionen	Aktionen- Gesundheitsförderung (o.J.)	Checkheft: BGF für kleine und mittlere Unternehmen, so auch zur Planung von Aktionstagen für die Beschäftigten.	(DIHK) Deutscher Industrie und Handelskammertag e.V. Link: https://www.dihk.de
Arbeitsalltag	pflegen-online.de (relaunched 2017)	Ratgeberportal: pflegen-online ist ein lizenzfreies Portal der Schlüterschen Verlagsgesellschaft mbH für Alten-, Kranken- und Kinderkrankenpflege. Hier finden sich exklusive Artikel, Interviews, Checklisten und Best Practice-	Kontakt: Schlütersche Verlagsgesellschaft, Hannover Link: https://www.pflegen-

		Beispiele, die Pflegekräften und PDLs Orientierung und Anregung im oft turbulenten Alltag bieten.	online.de
Tausch			
Aktuelle Themen	Balance halten (2010/2012)	Handlungshilfe: Der Deutsche Berufsverband für Pflegeberufe e. V. (DBfK) hat eine Broschüre herausgegeben, zur Balance halten im Pflegealltag und was Pflegefachkräfte selbst tun können, um bei ihrer Arbeit im Krankenhaus gesund zu bleiben.	(DBfK) Deutscher Berufsverband für Pflegeberufe. Link: https://www.dbfk.de
Spiel/Spaß/Ästhetik			
Bewegung	Selbsttest (Fitness) (2017)	Selbsttest/ Fitnesstest: Sie wollen wissen, ob Sie fit sind, haben aber weder Zeit noch Lust auf einen aufwändigen Sporttest? Mit dem vigo-online-Fitnesstest erfahren Sie in wenigen Minuten, ob Sie in Topform sind oder ob Sie (wieder) etwas mehr für Ihre Bewegung tun sollten.	(AOK) Gesundheitskasse Link: https://www.vigo.de
Entspannung	Lebe Balance (2013)	Programm: Lebe Balance. Übungen für innere Stärke und Achtsamkeit Aktionsprogramm der AOK zum Thema Achtsamkeit, als Audio-CD und Arbeits- und Übungsbuch.	(AOK) Gesundheitskasse. Link: https://gesundheitsmanager.aok.de

Tabelle 52: Überblick Auswahl- Projekte und Maßnahmen zur Gesundheitsförderung im Gesundheitswesen, beispielhafte Darstellung in Kombination der 12 Items BGF (Uhle/Treier) - Kurzfassung

(Ableitung aus Linktipps), eigene Erhebung und eigene Darstellung

Ausgewählte Angebote: Gesundheitsförderung gemäß organisationspädagogischer Perspektive (GF Ogp.)

Gemeinschafts-Komponenten	GF Maßnahme	Kurzbeschreibung der Maßnahme	Kontakt/Linktipp
Ordnung			
Wiedereingliederung	Gesundheitsförderung (2016)	Broschüre: BGF in der Pflege. Umfangreiche Leistungspalette des BGF- Instituts mit Experten-Beratung für Unternehmer und Personalverantwortliche. Speziell auf Pflegeberufe ausgerichtete Leistungspalette, vom Aufbau von Programmen zum Gesundheitsmanagement bis hin zu individuellen Beratungen, wie auch: Wiedereingliederung von an Depression erkrankten Mitarbeitern.	(BGF) Institut für betriebliche Gesundheitsförderung Link: http://www.bgf-institut.de/service/broschueren
	Bindungsmanagement (2014)	Beitrag/Schriftenreihe: Ansatzpunkte für ein Bindungsmanagement auf Grundlage einer empirischen Analyse. Heers, A. (2014): Mitarbeiterbindung in der stationären Altenhilfe. Ansatzpunkte für ein Bindungsmanagement auf Grundlage einer empirischen Analyse In: Burmester, M.; Lehmann, A. (Hrsg.) (2014): Personalmanagement. Herausforderung für sozialwirtschaftliche und diakonische Organisationen.	(EFH R-W-L) Ev. FH Rheinland-Westfalen- Lippe. Bochum. Denken und Handeln- Beiträge aus Wissenschaft und Praxis. (Heers, A. 2014, S.68) pdf
	Betriebliches Eingliederungsmanagement (BEM) (2003-2017)	Seminare: Die Unternehmensberatung für BGM führt Präsenz Seminare, sowie Blended Learning-Lernprozesse für Betriebliches Eingliederungsmanagement (BEM) durch.	(UBGM) Unternehmensberatung für BGM. Link: https://www.gesundheitsmanagement24.de
	Betriebliches Eingliederungsmanagement (BEM) Pflege (2017)	Infotipps/Broschüren: Der PPM PRO PflegeManagement Verlag & Akademie , hat Informationen zum BEM für Pflegefachkräfte sowohl für die stationäre und ambulante Pflege zusammengestellt.	PPM Pro PflegeManagement Verlag& Akademie, Bonn https://www.ppm-online.org
Erfassung	gesund-pflegen-online.de (seit 2010)	Arbeitsprogramm: Online-Selbstbewertung zum Arbeits- und Gesundheitsschutz. Seit dem Start 2010 hat sich „gesund-pflegen-online.de“ erfolgreich in der Pflegebranche etabliert und nachweislich zu signifikanten Verbesserungen geführt.	(BGW) Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege Link: https://www.bgw-online.de
	Gesund im Betrieb (2018)	Beratung/Betreuung/Information: Die BGW engagiert sich intensiv für sichere und gesunde Arbeitsumstände, für	(BGW) Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und

		Vermeidung von Arbeitsunfällen, Verhinderung von Gesundheitsgefahren bei der Arbeit, Vorbeugung von Berufskrankheiten, sowie Hilfe bei allen Aspekten der Prävention, z.B.: Gefährdungsbeurteilung; Organisationsberatung (Sichern von Gesundheit), Systematische Evaluation von Krankheitsfällen, Unfallgeschehen, Rehabilitations- u. Präventionsmaßnahmen.	Wohlfahrtspflege Link: https://www.bgw-online.de
	Gesunde Unternehmen (2016)	Broschüren/Flyer: Gesundes Unternehmen; Medien zur Einführung eines erfolgreichen BGM und Projekt- Durchführung zum BGF, z. B. Themen: Erfolgskonzept für gesunde Unternehmen, Betrieblicher Gesundheitsbericht, Gesundheitszirkel.	(AOK) Die Gesundheitskasse Link: https://www.aok-business.de/
	Gabi (2011)	Projekt: GAbi (Gestaltung altersgerechter Arbeitsbedingungen in Krankenhaus und Altenheim). Projektziel u.a. Verbesserung der Arbeitsbedingungen älterer Mitarbeitender (55+) in der DIA KO mithilfe eines drei- Phasen- Konzepts der qualifizierenden Arbeitsgestaltung. Ausführliche Analyse der Arbeitsbedingungen, die sich auf psychologische Arbeitsanalysen, Interviews und Fragebogendaten stützt.	(DIAKO): Kooperationsprojekt mit Ev.-Luth. Diakonissenanstalt zu Flensburg Link: http://www.pflegekrankenhaus.de Link: http://www.lago-projekt.de/medien/Agab_Flyer.pdf
Sympathie/Fürsorglichkeit			
Psychosoziale Betreuung	empCare-Pflege für Pflegende (2016)	Entlastungskonzept: Entwicklung und Verankerung eines empathie-basierten Entlastungskonzepts: Pflege für Pflegende. Projektförderung durch (BMBF), im Rahmen des Forschungsprogramms „Präventive Maßnahmen für die sichere und gesunde Arbeit von morgen“. Langfristig adressiert das Projekt die Problematik des Fachkräftemangels und die hohe Fluktuation im Pflegeberuf.	Projektleitung: Prof. Dr. Roth, M.; Dr. Altmann, T. & Projektteam Link: https://www.empcare.de
	gesund-pflegen-online.de (BGW) (2013)	Arbeitsprogramm Online-Selbstbewertung: Zum Arbeits- und Gesundheitsschutz. Seit dem Start 2010 hat sich „gesund-pflegen-online.de“ erfolgreich in der Pflegebranche etabliert und nachweislich zu signifikanten Verbesserungen geführt. Ca. 15 % aller Pflegeunternehmen bundesweit nutzten das Instrument, z.B. bei Muskel-Skelett-Belastungen, Umgang mit psychischer Belastung.	(BGW) Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege Link: https://www.bgw-online.de
	Balance halten-Handlungshilfe	Handlungshilfe: Der DBfK (Deutscher Berufsverband für Pflegeberufe e.V.) (Hrsg.) (2012): Balance halten im Pflege-	(DBfK) Deutscher Berufsverband für Pflegeberufe. Bundesverband,

	(2010/2012)	alltag. Was Pflegefachkräfte selbst tun können, um bei ihrer Arbeit im Krankenhaus gesund zu bleiben.	Berlin Link: https://www.dbfk.de
	Hilfe für Helfer (2015)	Fachliteratur: Hilfe für Helfer. Wie Pflegekräfte ihre spirituellen Ressourcen nutzen können. Die Autorin ist Diplom- Theologin, Sozialmanagerin und Transaktionsanalytikerin. Das Buch zeigt, über welche spirituellen Ressourcen Pflegekräfte verfügen, was Pflegekräfte stabil erhält, sowie welche Strategien gegen Stress im Pflegeberuf, gegen Konfrontation mit Leiden, Krankheit, Sterben und Tod, sowie steigenden Zeit- und Arbeitsdruck zur Verfügung stehen.	Autorin: Behrens, Christine (2015): Hilfe für Helfer. Wie Pflegekräfte ihre spirituellen Ressourcen nutzen können. Schlütersche, Hannover
Ernährung	Gesunde Unternehmen (2016)	Broschüren/Flyer: Gesundes Unternehmen. Medien zur Einführung eines erfolgreichen BGM und Projekt-Durchführung von BGF, u.a. zu Themen: Alkohol und Arbeitswelt, Essen im Job – Pausen richtig genießen.	(AOK) Die Gesundheitskasse Link: https://www.aok-business.de/
	pfllegen-online.de (relaunched 2017)	Ratgeberportal: pfllegen-online ist ein Portal der Schlüterschen Verlagsgesellschaft mbH für Alten-, Kranken- und Kinderkrankenpflege. Exklusive Artikel zu Interviews, Checklisten und Best-Practice-Beispiele, die Pflegekräften und PDLs Orientierung und Anregung im oft turbulenten Alltag bieten. Infos zu, z.B.: Gesundheitsinfos, Ernährung.	Kontakt: Schlütersche Verlagsgesellschaft, Hannover Link: https://www.pfllegen-online.de/
	DGE- Standards (2016)	Seminare/Broschüren: Die DGE (Deutsche Gesellschaft für Ernährung e. V.) bietet Seminare für Fachkräfte verschiedener Lebenswelten in der Gemeinschaftsverpflegung an. Die Seminare haben das Ziel Einrichtungen bei der Umsetzung einer voll-wertigen Ernährung in der Gemeinschaftsverpflegung praxisnah und zielgruppengerecht zu unterstützen. Angebote in Akademien und als Inhouse-Seminare.	(DGE) Deutsche Gesellschaft für Ernährung. Link: https://www.station-ernaehrung.de
	Selbsttests (2018)	Selbsttest: Ein Item neben anderen des Netzwerk KMU-Kompetenz ist Erkenntnisgewinn hinsichtlich praktischer Umsetzungshilfen für das eigene Gesundheitsmanagement, auch zum Thema Ernährung.	(AOK) Gesundheitskasse Link: http://www.aok-business.de
Kampf/Auseinandersetzung			

Psychosoziale Betreuung	Selbsttests (2018)	Selbsttest: Ein Item neben anderen des Netzwerk KMU-Kompetenz ist der Erkenntnisgewinn hinsichtlich praktischer Umsetzungshilfen für das eigene Gesundheitsmanagement, z.B. zu Themen: Betriebs- Check- Gesundheit, Gesundheitsförderliche Führung, Job-Stress-Test, Job-Kritik-Test, Life-Balance-Check, Resilienz, Gute Zusammenarbeit/Betriebsklima, Gesunde Fehlerkultur, Zeit und Selbstmanagement.	(AOK) Gesundheitskasse Link: http://www.aok-business.de
	Resilienzförderung für Pflegefachkräfte (2015)	Workshops/Informationen: Die Gesellschaft für Resilienz GbR bietet auch für Pflegekräfte und pflegende Teams Resilienz-Trainings an. Ein hilfreiches Werkzeug um mit Belastungen besser umzugehen und gesund zu bleiben.	Kontakt: Nicole Willnow und Silke Schippmann Link: http://gesellschaft-fuer-resilienz.de
	Kollegiale Beratung (2012)	Leitfaden: Zur Implementierung „Kollegialer Beratung“ ein Leitfaden für einen strukturierten, kollegialer Austausch unter KollegInnen zu beruflichen Fragen, ohne externe Beratung. Autorenteam: Kocks, A. et al. (2012): Kollegiale Beratung in der Pflege: Ein praktischer Leitfaden zur Einführung und Implementierung.	Autoren: Kocks et al. (2012): Kollegiale Beratung in der Pflege: Link: http://www.dg-pflegewissenschaft.de
	pfllegen-online.de (relaunched 2017)	Ratgeberportal: pfllegen-online ist ein Portal der Schlüterschen Verlagsgesellschaft mbH für Alten-, Kranken- und Kinderkrankenpflege. Exklusive Artikel, Interviews, Checklisten und Best Practice-Beispiele, die Pflegefachkräften und PDLs Anregung im oft turbulenten Alltag bieten. Infos z.B. zu: Tests zur Job-Wahl, Verhaltenshinweise bei sexueller Belästigung, Gewalt in der Pflege, Exit-Gespräche, Soft-Skills Jammerfalle, Achtsame Sprache, Führung, Gesetzesänderungen, Zeitmanagement, Ernährung, Spiritualität.	Kontakt: Schlütersche Verlagsgesellschaft, Hannover Link: https://www.pfllegen-online.de/
Kritik/Lernen			
Information	Gesundheitsförderung und Prävention (2011)	Broschüre: Gesundheitsförderung und Prävention, der Berufsverband (DBfK) hat in seiner Broschüre vier zukunftsweisende, potenzielle Handlungsfelder für Pflegefachkräfte im Bereich Gesundheitsförderung und Prävention ausgewählt.	(DBfK) Deutscher Berufsverband für Pflegeberufe. Berlin Link: https://www.dbfk.de
	Gesund im Betrieb (2018)	Beratung/Betreuung/Information: Die BGW engagiert sich intensiv für sichere und gesunde Arbeitsumstände, Arbeitsunfälle zu vermeiden, Gesundheitsgefahren bei der	(BGW) Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege

		Arbeit zu verhindern, Berufskrankheiten vorbeugen - die BGW hilft bei allen Aspekten der Prävention, zu Themen: Prävention nachhaltig unterstützen-Aktionen, Kampagnen, Arbeitsschutzbetreuung, Arbeitsschutzrelevante Themen, Gefährdungsbeurteilung, Organisationsberatung (Gesundheit sichern), Demografischer Wandel, Systematische Evaluation von Krankheitsfällen, Unfallgeschehen, Rehabilitations- und Präventionsmaßnahmen, Hautschutz (gesunde Haut), Hygiene und Arbeitsschutz, Gesunder Rücken, Infektionen vorbeugen, Psyche und Gesundheit, Umgang mit Gewalt und Aggression, Sichere Mobilität, BGW Lernportal- online Untereisungen, Unterweisung: Gesundheitsschutz für Schüler und Einsteiger, Unterrichtsmaterialien für Lehrkräfte in Pflegeberufen.	Link: https://www.bgw-online.de
	Hautschutz (2017)	Fachbeitrag: Einmalhandschuhe schützen den, der sie trägt, halten Schmutz fern, Bakterien, schirmen die Haut ab vor ungewolltem Kontakt mit Körperflüssigkeiten. Und schützen, so die intuitive Annahme, auch die Person, die berührt wird: Patienten bei der Blutentnahme, Pflegebedürftige beim Wechsel des Katheterbeutels.	Kontakt: Schlütersche Verlagsgesellschaft, Hannover Link: https://www.pflegen-online.de
	Lebenslang (seit 2015)	Magazin: LEBENSLANG Pflege. Vielfalt. Leidenschaft. Lebenslang ist ein digitales, kostenfreies Pflege- und Lifestyle-Magazin und verfügbar als iOS App, Android App, sowie als Online-Version. Lebenslang erscheint 4x pro Jahr mit einem Umfang von ca. 200 Seiten. Die Monetisierung erfolgt über Content Marketing mit verschiedenen Partnern.	Lebenslang, Carry-On Trade Publishing GmbH, Berlin Link: http://www.lebenslang.de
Werte			
Führung	Gesunde Unternehmen (2016)	Broschüren/Flyer: Gesundes Unternehmen. Medien zur Einführung eines erfolgreichen BGM und Durchführung von Projekten zur BGF. Spezielle Broschüren-Pflegedienst: Produktionsfaktor Gesundheit. Stationäre Pflegeeinrichtungen und Pflegenetzwerke	(AOK) Die Gesundheitskasse Link: https://www.aok-business.de
	Selbsttests (2018)	Selbsttest: Ein Item neben anderen des Netzwerk KMU-Kompetenz ist der Erkenntnisgewinn hinsichtlich praktischer Umsetzungshilfen für das eigene Gesundheitsmanagement, zu	(AOK) Gesundheitskasse Link: http://www.aok-business.de

		Themen, wie: Alkoholkonsum, Arbeitssucht, Abhängigkeits-test, Aufschieberitis, Betriebs-Check-Gesundheit, Gesundheitsförderliche Führung, Job-Stress-Test, Job-Kritik-Test, Life-Balance-Check, Resilienz, Gute Zusammenarbeit und Betriebsklima, Gesunde Fehlerkultur, Unternehmergeist, Zeit-und Selbstmanagement.	
	pflegen-online.de (relaunched 2017)	Ratgeberportal: pflegen-online ist ein Portal der Schlüterschen Verlagsgesellschaft mbH für Alten-, Kranken- und Kinderkrankenpflege. Exklusive Artikel, Interviews, Checklisten und Best Practice-Beispiele, die Pflegekräften und PDLs Anregung im oft turbulenten Alltag bieten. Infos zu: Expertenstandards, Pflegekammer, Klientelwechsel, Tests zur Job-Wahl, Verhaltenshinweise bei sexueller Belästigung, Gewalt in der Pflege, Exit-Gespräche, Insolventer Arbeitgeber, Care-Klima-Index, Soft-Skills Jammerfalle, Achtsame Sprache, Gesundheitsinfos, Führung, Gesetzesänderungen, Zeitmanagement, Ernährung, Sport, Spiritualität.	Kontakt: Schlütersche Verlagsgesellschaft, Hannover Link: https://www.pflegen-online.de/
	Best Practice-Beispiele (Stand 2016)	Best Practice-Beispiele: BGF Bereich Aufklärung. Sensibilisierung der Arbeitnehmer für BGF, zu Themen wie: BGF im Bereich Bewegung, wer viel sitzt oder schwer trägt, belastet seinen Rücken, BGF- Demografischer Wandel, BGF- Ernährung, BGF- Gesundheitsmanagement, BGF- Sucht, BGF- Stressbewältigung, Angst, Bluthochdruck, Kopfschmerzen, BGF- Psychische Belastungen, BGF- Vorsorge, BGF- Kombination von Handlungsfeldern.	(BMG) Bundesministerium für Gesundheit Link: https://www.bundesgesundheitsministerium.de
Einstellung/Verhalten	Wertschätzung fördern	Magazinblog: Klinik, Wissen, Managen. Wissensmanagement für Kliniken und Krankenhäuser: Diesen Fragen geht der Magazinblog im Gesundheitswesen nach, recherchiert, führt Interviews und holt neueste Trends und Meinungen dazu ein.	Kontakt: Froberg- Thieme-Gruppe, Stuttgart
	Werteprofil (2016)	Selbsttest/Werteprofil: Das persönliche Werte-Profil weist den Weg zu einem erfülltem und zufriedenen Leben. Mithilfe eines detaillierten Tests kann herausgefunden werden, welche Werte wichtig sind, wie sie im Alltag umgesetzt werden und was dabei unterstützen kann.	(AOK) Gesundheitskasse Link: https://werteprofil.aok.de

	Wertschätzung erkennen-fördern-erleben (2013)	Studie/Handlungsempfehlungen: Studie PflegeWert ist ein Verbundprojekt, zur der sich zwei Forschungseinrichtungen und zwei Träger mit ihren Pflegeeinrichtungen gefunden haben, um im Rahmen der Ausschreibung „Dienstleistungsqualität durch professionelle Arbeit“ neue Erkenntnisse zum Zusammenhang von Wertschätzung und Produzentenstolz in der Dienstleistungsarbeit zu entwickeln.	Kontakt: Projektbüro Pflegewert MA&T Sell & Partner GmbH Dr. Paul Fuchs-Frohnhofen et al. Würselen Link: http://www.pflegewert.info
	SprachGUT® (2014)	Schulung/Ausbildung: SprachGUT® Akademie, unter Leitung von S. Mantz (Coach und Kommunikationstrainerin) bildet und schult Sprachmentoren und Sprachbegleiter aus, nicht nur für Personal aus dem Pflegesektor. Die Akademie ist ein Ort freidenkender, gesundheitsfördernder, moderner Gesprächskultur. Durch reflektierte Haltung und humane Sprachsensibilisierung wird von einem gestärkten Selbstbewusstsein bis zu einer heilsamen Sprachkultur as Leben (beruflich wie privat) maßgeblich geprägt und inspiriert.	Kontakt: Sandra Mantz, Leiterin der SprachGUT® Link: https://www.sprachgut-akademie.de
Spiel/Spaß/Ästhetik			
Entspannung	Lebe Balance (2013)	Programm: Lebe Balance. Übungen für innere Stärke und Achtsamkeit Aktionsprogramm der AOK zum Thema Achtsamkeit, als Audio-CD und als Arbeits-und Übungsbuch.	(AOK) Gesundheitskasse. Link: https://gesundheitsmanager.aok.de
	Massage am Arbeitsplatz (2016)	Massage am Arbeitsplatz: Klinikmitarbeiter nehmen gesunde Auszeit am „Gesundheitstag“ für Klinikmitarbeiter in Bad Bramstedt.	Kontakt: Schön Klinik, Prien am Chiemsee Link: http://www.schoen-kliniken.de
	Entspannung (2017)	Audio-Dateien: Die Online-Beratung richtet sich primär an pflegende Angehörige, die persönliche internetbasierte Beratung bei seelischer Belastung durch den Pflegealltag suchen. Die Audio-Dateien „Hören und entspannen“ können ebenso Pflegenden Entlastung bieten. Download zu: Übung zur Atementspannung, Bodyscan – Übung zur Körperwahrnehmung, geführte Achtsamkeitsübung, schönes Erlebnis – gedankliche Entspannung, Tiefenentspannung nach Jacobson, Phantasiereisen.	Kontakt: pflegen-und-leben.de Gesellschaft Catania, Berlin. Gesellschafter der Org. Catania: Überleben – Stiftung für Folteropfer Link: https://www.pflegen-und-leben.de
	Entspannungspädagogik	Ausbildung/Entspannungspädagogik: In Kooperation mit	Kontakt: Blaues Kreuz, Diakonie-

	für Pflegefachkräfte (2018)	dem Deutschen Berufsverband für Krankenpflege (DBfK) bildet der Diakonieverien Blaues Kreuz (gemäß SGB V § 20) SeminarleiterInnen zu Autogenem Training (AT) und Progressiver Muskelentspannung (PMR) für die Arbeit mit Erwachsenen, Jugendlichen und Kindern, aus. Die Inhalte der Ausbildung können ebenso für Pflegefachkräfte Impulse zur Entspannung und Selbstberuhigung geben.	verein e.V. Nachrodt-Wiblingwerde Link: http://blaueskreuzdiakonieverein.de
Bewegung	Selbsttest (Fitness) (2017)	Selbsttest/ Fitnessstest: Wer wissen möchte, wie es um die Fitness steht, hat die Möglichkeit mithilfe eines vigo-online-Fitnessstest in wenigen Minuten zu erfahren, ob man in Topform ist oder sich (wieder) etwas mehr bewegen sollte.	(AOK) Gesundheitskasse Link: https://www.vigo.de
	Gesunde Unternehmen (2016)	Broschüren/Flyer: Gesundes Unternehmen. Medien zur Einführung eines erfolgreichen BGM und Projekt- Durchführung zu BGF, u.a. zu Themen: Rückengesund im Betrieb, Bürogymnastik – Fit im Büro, Pflegedienst: Produktionsfaktor Gesundheit, Stationäre Pflegeeinrichtungen, Pflegenetzwerke.	(AOK) Die Gesundheitskasse Link: https://www.aok-business.de/
	pfllegen-online.de (relaunched 2017)	Ratgeberportal: pfllegen-online ist ein Portal der Schlüterschen Verlagsgesellschaft mbH für Alten-, Kranken- und Kinderkrankenpflege. Exklusive Artikel, Interviews, Checklisten und Best Practice-Beispiele, die Pflegekräften und PDLs Anregung im oft turbulenten Alltag bieten. Infos auch zu Sport.	Kontakt: Schlütersche Verlagsgesellschaft, Hannover Link: https://www.pfllegen-online.de/
	Denk an mich- Dein Rücken (2015)	Präventionskampagne: Denk an mich. Die Kampagne „Dein Rücken - Prävention nachhaltig unterstützen“, richtet sich an Beschäftigte in Pflege und Betreuung.	(DGUV) Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung Link: http://www.dguv.de
Arbeit/Expertentum			
Aktionen	Aktionstag- Hygiene (2015)	Ationstag: Experten der Klinikhygiene, der Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege (BGW), sowie fachkundige Repräsentanten der Industrie informierten ausführlich zum Thema Händedesinfektion, Hautschutz, Infektionprävention und Antiseptik.	Kontakt: Kliniken Maria Hilf, Mönchengladbach Link: http://www.mariahilf.de
	Aktionen-Gesundheitsförderung (o.J.)	Checkheft: BGF für kleine und mittlere Unternehmen, u.a. zur Planung von Aktionstagen für die Beschäftigten.	(DIHK) Deutscher Industrie und Handelskammertag e.V. Link: https://www.dihk.de

	Best Practice-Beispiele (Stand 2016)	Best Practice-Beispiele: BGF im Bereich Aufklärung und Sensibilisierung der Arbeitnehmern, BGF zu Themen, wie: Bewegung, Rücken, Demografischer Wandel, Ernährung, Sucht, Stressbewältigung, Angst, Bluthochdruck, Kopfschmerzen, Psychische Belastungen, Vorsorge, BGF im Bereich „Kombination von Handlungsfeldern“.	(BMG) Bundesministerium für Gesundheit (BMG) Link: https://www.bundesgesundheitsministerium.de
	Gesundheitstag (2017)	Gesundheitstag: Ein erfolgreicher Tag für die Gesundheit, mit positiven Rückmeldungen der Mitarbeiter. Bedienstete der beteiligten Krankenkassen (DAK, AOK, Barmer) waren über das große Interesse und den Zulauf positiv überrascht und haben für zukünftige Aktionen Unterstützung zugesagt.	Kontakt: Klinikum Bad Hersfeld GmbH, Bad Hersfeld Link: https://www.klinikum-hersfeld-rotenburg.de
Arbeitsalltag	pfllegen-online.de (relaunched 2017)	Ratgeberportal: pfllegen-online ist ein lizenzfreies Portal der Schlüterschen Verlagsgesellschaft mbH für Alten-, Kranken- und Kinderkrankenpflege. Hier finden sich exklusive Artikel, Interviews, Checklisten und Best Practice-Beispiele, die Pflegekräften und PDLs Orientierung und Anregung im oft turbulenten Alltag bieten.	Kontakt: Schlütersche Verlagsgesellschaft, Hannover Link: https://www.pfllegen-online.de/
	LagO (2007)	Projekt: LagO (Länger arbeiten in gesunden Organisationen). Altersgerechte Arbeitsbedingungen: Modell-Programm zur Bekämpfung arbeitsbedingter Erkrankungen mit Förderschwerpunkt „Altersgerechte Arbeitsbedingungen“ (LagO). Praxishilfe zur altersngerechten Arbeitsgestaltung für Handel, Industrie und Öffentlichem Dienst.	(iso) Institut für Sozialforschung und Sozialwirtschaft e.V. Link: http://www.lago-projekt.de/medien/Praxishilfe_LagO.pdf
	BGF (Institut für BGF) (2016)	Broschüre: BGF in der Pflege. Umfangreiche Leistungspalette des BGF- Instituts mit Experten-Beratung für Unternehmer und Personalverantwortliche. Speziell für Pflegeberufe ausgerichtete Leistungspalette vom Programmaufbau Gesundheitsmanagement bis hin zur persönlichen Beratung.	(BGF) Institut für betriebliche Gesundheitsförderung Link: http://www.bgf-institut.de/service/broschueren/
	MiaA (2009)	Projekt: MiaA (Menschen in alternsgerechter Arbeitskultur). Führung, Stress, Demografie, Ergonomie und Personalentwicklung bilden die Schwerpunktthemen des IFGP. Ziel ist, Unternehmen und Führungskräfte für die Gestaltung des demografischen Wandels zu motivieren.	(IFGP) Institut für gesundheitliche Prävention Link: http://www.inqa.de
Tausch			

Aktuelle Themen	Balance halten (2010/2012)	Handlungshilfe: Der Deutscher Berufsverband für Pflegeberufe e.V. (DBfK) hat die Handlungshilfe „Balance halten im Pflegealltag“ herausgegeben, was Pflegefachkräfte selbst tun können um bei ihrer Arbeit im Krankenhaus gesund zu bleiben.	(DBfK) Deutscher Berufsverband für Pflegeberufe. Link: https://www.dbfk.de
	gesund-pflegen-online.de (BGW) (seit 2010)	Arbeitsprogramm Online-Selbstbewertung zum Arbeits- und Gesundheitsschutz. Seit dem Start 2010 hat sich „gesund-pflegen-online.de“ erfolgreich in der Pflegebranche etabliert und nachweislich zu signifikanten Verbesserungen geführt. Ca. 15 % aller Pflegeunternehmen bundesweit nutzten das Instrument zur Positionsbestimmung im Arbeitsschutz, Muskel-Skelett-Belastungen, Umgang mit psychischer Belastung, Regelungen zur Arbeitsschutzorganisation.	(BGW) Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege Link: https://www.bgw-online.de
	Rückenwind für Beschäftigte in der Sozialwirtschaft (2015)	ESF-Förderprogramm: Förderperiode (2014-2020): Ziel des Programms „rückenwind - Für die Beschäftigten und Unternehmen in der Sozialwirtschaft“, des Europäischen Sozialfonds für Deutschland (ESF)) ist die Beschäftigungsfähigkeit von Beschäftigten in der Sozialwirtschaft in Verbindung mit einer integrierten und nachhaltigen Personal- und Organisationsentwicklung in den Einrichtungen und Verbänden zu fördern und zu erhalten.	(BMAS) Bundesministerium für Arbeit und Soziales, Bonn Link: http://www.esf.de
	empCare- Pflege für Pflegende (2016)	Entlastungskonzept: Entwicklung und Verankerung eines empathie-basierten Entlastungskonzepts: Pflege für Pflegende. Projekt-Förderung durch das Bundesministerium für Bildung und Forschung (BMBF), im Rahmen des Forschungsprogramms „Präventive Maßnahmen für die sichere und gesunde Arbeit von morgen“. Langfristig adressiert das Projekt die Problematik des Fachkräftemangels und die hohe Fluktuation im Pflegeberuf. Grund sind enorme psychische Belastungen im Pflegealltag, bedingt durch Forderung an die Pflegekraft nach effektiver Versorgung, bei gleichzeitiger Ansprechbarkeit für emotionale Belange. Empathie ist somit einerseits wichtigstes Instrument für den Umgang mit PatientInnen, kann andererseits auch Quelle für Belastungen sein. Das Konzept kombiniert kurzfristige	Projektleitung: Prof. Dr. Roth, M.; Dr. Altmann, T. & Team der Universität Duisburg-Essen (Uni DuE); Pflegedirektion & Bildungszentrum Universitätsklinikum Köln (AöR) (PD-BZ Köln); Pflegedirektion Universitätsklinikum Bonn (AöR) (PD Bonn) und Aaron Kranken- und Intensivpflege GmbH & Co. KG. Link: https://www.empcare.de

		Trainings- mit langfristigen Coachingmaßnahmen zur Kompetenzentwicklung, um den Praxistransfer zu sichern.	
--	--	--	--

Tabelle 53: Ausgewählte Projekte und Maßnahmen GF GW, analog des Angebotsportfolios Uhle/Treier 2015:47 sowie der Struktur der Gemeinschaftskomponenten Geißler 2000:21

(Ableitung aus Linktipps), eigene Erhebung und eigene Darstellung

Die Übersicht ausgewählter Angebote, zur Gesundheitsförderung gemäß organisationspädagogischer Perspektive (GF Ogp.), erhebt keinen Anspruch auf Vollständigkeit.

Vielmehr soll die Auswahl Impulse zur eigenen Erstellung eines einrichtungsspezifischen Curriculums zur GF für Pflegefachkräfte liefern.

6. Anhang

Probandenanschreiben – Anonymitätserklärung
Interviewleitfaden
Muster – Transkript
Muster – Postskript
Evaluationsprotokoll – Auswertung des kognitiven Interviews (Pretest)
Muster Reduktionsbeispiel – Kategorienbildung
Muster – Typenbildung
Kategoriensystem fördernde Faktoren
Kategoriensystem hemmende Faktoren
Analyse Fortbildungsprogramme – Empirie



Fachkräfteerhalt im Gesundheitswesen

Eine empirische Untersuchung
aus Erziehungswissenschaftlicher Perspektive

**Anschreiben, Abstract, Interviewleitfaden und Datenschutzerklärung
des Promotionsprojektes**

**Technische Universität Kaiserslautern
Fachbereich Sozialwissenschaften
Professor Dr. Rolf Arnold (Lehrstuhl Pädagogik)**

Vorgelegt von:
Bärbel Schümann, M.A.
Diplom Pfl egewirtin (FH)



Sehr geehrte/r Frau/Herr

Ich bin Lehrkraft für besondere Aufgaben in Frühpädagogischen Studiengängen der Hochschule Koblenz und promoviere an der Technischen Universität Kaiserslautern (Betreuung durch Prof. Dr. R. Arnold).

Im Rahmen meiner Promotion beabsichtige ich einerseits eine Befragung zum Thema „Fachkräfteerhalt im Gesundheitswesen“ durchzuführen und zum anderen Fortbildungsprogramme auf Hinweise zu Gesundheitsfördernden Maßnahmen zu analysieren.

Ziel der Befragung ist es, Einblicke und Erfahrungen, sowie hemmende und fördernde Faktoren zu ermitteln, die zum Verbleib im Beruf beitragen können. Geplant ist, Personalverantwortliche und Pflegefachkräfte zu dem Thema zu interviewen.

Damit Sie ausreichend Zeit und Beratungsmöglichkeit haben, um sich auf das Interview vorzubereiten, finden Sie nachfolgend neben einem Abstract, den Interviewleitfaden und die Zusicherung zum Datenschutz und Anonymisierung der Daten.

Der Interviewleitfaden und die Kriterien für die Analyse der Fortbildungsprogramme basieren auf Ergebnissen der Literaturrecherche. Nach Abschluss der Recherche kristallisierten sich vier große Themenbereiche heraus, die für das Forschungsinteresse von Bedeutung sind.

Ich würde mich freuen, baldmöglichst Rückmeldung von Ihnen zu erhalten, wann ich mit Ihnen einen Interviewtermin vereinbaren darf und ob Sie mir das Fortbildungsprogramm Ihrer Einrichtung zur Verfügung stellen können.

Mit freundlichen Grüßen

.....

Bärbel Schümann

Anlage:

Abstract des Forschungsvorhabens

Interviewleitfaden aufgrund der Literaturrecherche

Mögliche Fragestellungen während des Interviews (Interviewleitfaden)

Erklärung zu Datenschutz und Anonymität

Weiterführende Literatur

Abstract

Die Versorgung steigender Anzahl Pflegebedürftiger bei gleichzeitigem Fachkräftemangel, wird erschwert durch überproportionale Zunahme psychisch bedingter Arbeitsunfähigkeit der Beschäftigten.

Verschiedene Einrichtungen haben inzwischen auf diese Entwicklungen reagiert und neben dem gesetzlich vorgeschriebenen Arbeits- und Gesundheitsschutz ein freiwilliges betriebliches Gesundheitsmanagement implementiert. Die Autoren des Fehlzeitenreport 2015 weisen darauf hin, dass erfolgreiche Ansätze zeigen, wie wichtig die Adressatengerechte Implementierung eines betrieblichen Gesundheitsmanagements ist. Aufgrund variierender Belastungen und Ressourcen einzelner Branchen, sprechen sie sich für ein zielgruppen-spezifisches Gesundheitsmanagement aus. Auch *Brause* et al. bemerken, dass gesundheitsfördernde Maßnahmen bislang eher pathogenetisch ausgerichtet sind und bei Einführung eines betrieblichen Gesundheitsmanagements sich die gesundheitsfördernden (salutogenetischen) Maßnahmen am Bedarf der MitarbeiterInnen orientieren sollten.

Die vorliegende Arbeit beschäftigt sich mit möglichen Faktoren, die zum Verbleib bzw. zur Abwanderung von Fachkräften im Gesundheitswesen beitragen können. **Theoretisches Modell:** Den Mittelpunkt des theoretischen Modells bildet die Systemtheorie *Luhmanns*. Denn Krankheitsbewältigung und Informations-verarbeitung sind ein schwer einschätzbarer, Selbstgesteuerter Prozess und gleichen einer "Black Box". Als Grundlage dieser "Black box" dient der von *Bourdieu* geprägte Begriff des "kulturellen Kapitals". Damit ist das von der Familie vermittelte Wissen gemeint.

Diese Art des Kapitals wird für vorliegende Forschung auf die frühkindliche Vermittlung von Gesundheitserhaltenen (salutogenischen) und Resilienz-fördernden Maßnahmen, zur Bildung des persönlichen Gesundheitsmanagements, übertragen. Dabei werden aktuelle Erkenntnisse der Resilienzforschung einbezogen.

Erkenntnisgewinn: Die Forschungsergebnisse sollen Hinweise darauf geben:

Welche hemmenden und fördernden Faktoren zum Verbleib, bzw. zur Abwanderung im Pflegeberuf beitragen,

welche gesundheitsfördernden Maßnahmen Pflegekräfte benötigen, um weiterhin im Beruf arbeiten zu können; und darüber hinaus,

welche Erkenntnisse für den Frühpädagogischen Bildungsbereich gewonnen werden können, um gezielt eine salutogenetische Lebensweise zu vermitteln.

Mögliche Fragestellungen des Leitfaden gestützten Interviews (Pflegefachkraft)

1. Themenbereich: Verbleib vers. Abwanderung

- Würden Sie den Beruf erneut wählen? (PI)¹
Fällt Ihnen eine Episode ein, die Sie zur Berufswahl bewogen hat? (EI)²
- Haben Sie schon einmal einen Stellenwechsel in Erwägung gezogen? (PI) Fällt Ihnen dazu eine Episode ein? (EI)
- Hätten Personalgespräche dazu beigetragen, Sie von Ihrem Vorhaben abzubringen? (PI)
- Begünstigen voraussichtliche Einkommenssteigerung und mögliche bessere Arbeitsbedingungen Ihre Abwanderungsgedanken? (PI)
- Wie sehen bessere Arbeitsbedingungen für Sie aus? (PI)
Fällt Ihnen dazu eine konkrete Situation ein? (EI)
- Was fördert Ihrer Meinung nach Abwanderungsgedanken im Pflegeberuf? (PI)

2. Themenbereich: Leistungsreduktion

- In wie weit haben Sie sich mit dem Gedanken der „Leistungsreduktion“ auseinandergesetzt? (PI)
- Welche Gründe haben zum Leistungsrückgang beigetragen? (PI)
Fällt Ihnen dazu eine bestimmte Situation ein? (EI)
- Was hat dazu geführt, Ihre Leistung zu reduzieren? (PI)
Können Sie sich an eine bestimmte Situation erinnern? (EI)
- Welche Bedeutung hat der Begriff der „Inneren Kündigung“ für Sie? (PI)

3. Themenbereich: Gesundheit als kulturelles Kapital

- Was bedeutet für Sie Gesundheit?
- Welche Aspekte beinhaltet Ihr Bild von psychischer Gesundheit? (PI)
- Welche gesundheitlichen Aspekte wurden Ihnen von Ihrer Familie vermittelt, insbesondere zu psychischer Gesundheit? (PI)
- Welche familiären Rituale oder Zitate haben zu Ihrer Gesundheitsbildung beigetragen? (PI) Fällt Ihnen dazu eine Episode ein? (EI)
- Welche Aspekte zum Erhalt „psychischer Gesundheit“ wurden Ihnen in Ihrer Kindheit vermittelt? (PI)
Fallen Ihnen dazu Episoden oder Beispiele ein? (EI)

¹ Die Abkürzung **PI**, steht für eine Problemzentrierte Fragestellung

² Die Abkürzung **EI**, steht für den Episodischen Part innerhalb des Interviews

4. Themenbereich: Bedarfsgerechte gesundheitsfördernde Maßnahmen

- Welche Faktoren fördern Ihre (psychische) Gesundheit? (PI)
- Haben Sie Beispiele für Rituale? (EI)
- Was trägt für Sie zum Erhalt Ihrer „psychischer Gesundheit“ bei? (PI)
- Woraus schöpfen Sie Kraft? (PI) (EI??)
- Wann und wie gönnen Sie sich Auszeiten? (PI) (EI??)
- In wie weit sind für Sie die Gedanken: "Was erhält mich gesund, statt was macht mich krank“, leitend? (PI) Episode??(EI)
- Was fördert Ihrer Meinung nach den Verbleib im Pflegeberuf? (PI)
- Welche gesundheitsfördernden Maßnahmen sollten Ihres Erachtens nach in einem betrieblichen Gesundheitsmanagement implementiert werden, um den Fachkräfteerhalt zu fördern? (PI) (EI??)

Mögliche Fragestellungen des Leitfadens gestützten Interviews (Manager)

1. Themenbereich: Verbleib vers. Abwanderung

- Führen Sie Personalgespräche bezüglich des Wohlbefindens am Arbeitsplatz durch? (PI)
- Begünstigen Ihrer Meinung nach voraussichtl. Einkommenssteigerung u. mögliche bessere Arbeitsbedingungen Abwanderungsgedanken? (PI)
- Wie könnten bessere Arbeitsbedingungen aussehen? (PI)
Fällt Ihnen dazu eine konkrete Situation ein? (EI)
- Was fördert Ihrer Meinung nach Abwanderungsgedanken im Pflegeberuf? (PI)

2. Themenbereich: Leistungsreduktion

- Welche Gründe tragen Ihrer Meinung nach zum Leistungsrückgang bei? (PI)
Fällt Ihnen dazu eine bestimmte Situation ein? (EI)
- Was führt Ihrer Meinung dazu, dass Mitarbeiter Ihre Leistung reduzieren? (PI)
- Wie schätzen Sie die Bedeutung des Begriffs der „Inneren Kündigung“ Ihrer Pflegekräfte ein? (PI)

3. Themenbereich: Gesundheit als kulturelles Kapital

- Was bedeutet für Sie Gesundheit?
- Welche Aspekte beinhaltet Ihr Bild von psychischer Gesundheit? (PI)
- Welche familiären Rituale oder Zitate haben zu Ihrer Gesundheitsbildung beigetragen? (PI) Fällt Ihnen dazu eine Episode ein? (EI)
- Welche Aspekte zum Erhalt „psychischer Gesundheit“ wurden Ihnen in Ihrer Kindheit vermittelt? (PI) Gibt es dazu Episoden oder Beispiele? (EI)

4. Themenbereich: Bedarfsgerechte gesundheitsfördernde Maßnahmen

- Welche Faktoren fördert Ihre Meinung nach (psychische) Gesundheit? (PI)
Kennen Sie Beispiele für Rituale? (EI)
- Was trägt für Sie zum Erhalt Ihrer „psychischer Gesundheit“ bei? (PI)
- In wie weit sind für Sie die Gedanken: "Was erhält mich gesund, statt was macht mich krank“, leitend? (PI) Episode??(EI)
- Was fördert Ihrer Meinung nach den Verbleib im Pflegeberuf? (PI)
- Welche gesundheitsfördernden Maßnahmen sollten Ihres Erachtens nach in einem betrieblichen Gesundheitsmanagement implementiert werden, um den Fachkräfteerhalt zu fördern? (PI) (EI??)

Erklärung

Ich bin Lehrkraft für besondere Aufgaben an der Hochschule Koblenz und Promovendin der Technischen Universität Kaiserslautern (Betreuung durch Prof. Dr. R. Arnold).

Im Rahmen meiner Promotion möchte ich Sie als Expertin/ Experten zum Thema "Hemmende und fördernde Faktoren, die den Fachkräfteerhalt im Gesundheitswesen beeinflussen, befragen. Inzwischen haben einige Gesundheitseinrichtungen neben dem gesetzlich vorgeschriebenen Arbeitsschutz ein freiwilliges Betriebliches Gesundheitsmanagement implementiert. Experten weisen darauf, hin, dass aufgrund variierender Belastungen innerhalb der Branchen, ein zielgruppenspezifisches Angebot eingesetzt werden sollte.

Daher würde ich gern von Ihnen erfahren, welche gesundheitsfördernden Maßnahmen der Arbeitgeber bei der Implementierung eines Betrieblichen Gesundheitsmanagements berücksichtigen sollte, um den Fachkräfteerhalt zu fördern. Gern würde ich von Ihnen erfahren, ob Sie mir zu dieser Thematik entsprechende Hinweise bzw. Erfahrungsberichte liefern können.

Die Befragung wird auf Tonband aufgenommen, in einem Text verschriftet und soweit anonymisiert, dass Personen, Namensnennungen, Orte oder Institutionen nicht mehr erkennbar sind. Das Tonband wird nach Abschluss der Forschung unter Verschluss gehalten.

Ich versichere Ihnen, dass Ihre Angaben vertraulich behandelt werden. Im Anschluss an die Befragung wird ein Postskript erstellt, dass ich Ihnen auf Wunsch gerne zukommen lasse.

Sie haben zu jeder Zeit die Möglichkeit das Interview zu beenden.

Vielen Dank für Ihre Unterstützung.

Mit freundlichen Grüßen

Ort/ Datum, Bärbel Schümann

Weiterführende Literatur:

- Antonovsky, A.** (1997), Franke, A. (Hrsg.) (1997): Salutogenese. Zur Entmystifizierung der Gesundheit. Tübingen: Dgvt
- Badura, B;** Schellschmidt, H.; Vetter, C. (2007): Fehlzeiten-Report 2006: Chronische Krankheiten. Heidelberg, Berlin: Springer
- Badura, B.;** Greiner, W.; Rixgens, P.; Ueberle, M.; Behr, M. (2008): Sozialkapital Grundlagen von Gesundheit und Unternehmenserfolg. Heidelberg: Springer
- Badura, B.;** Ducki, A.; Schröder, H.; Klose, J.; Meyer (Hrsg.) (2015): Fehlzeitenreport 2015. Schwerpunkt: Neue Wege für mehr Gesundheit- Qualitätsstandards für ein zielgruppenspezifisches Gesundheitsmanagement. Heidelberg: Springer
- Bengel, J.;** Strittmatter, R.; Willmann, H. (2001) Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) (Hrsg.) (2001): Was erhält Menschen gesund? Antonovskys Modell der Salutogenese – Diskussionsstand und Stellenwert. Köln: Im Auftrag der BZgA, erweiterte Neuauflage
- Berger, Gerhard;** Kämmer, Karla; Zimber, Andreas (Hrsg.) (2006): Erfolgsfaktor Gesundheit. Handbuch zum betrieblichen Gesundheitsmanagement. Teil 1: Mitarbeiterorientierte Führung und Organisation. Hannover: Vincentz Network
- Blättner, B.** (2010). In: Arnold, R.; et. al. (Hrsg.) (2010): Wörterbuch Erwachsenenbildung. Bad Heilbrunn: Klinkhardt UTB
- Blechinger, C., M.,** (2003): Glücklich in sozialen und therapeutischen Berufen, Bedürfnisse erkennen und umsetzen. Landsberg: Beltz, 1. Auflage
- Bourdieu** 1987:17, Bourdieu 1992:15, In: Koob, D. (2007): Sozialkapital zur Sprache gebracht: eine bedeutungstheoretische Perspektive auf ein sozialwissenschaftliches Begriffs- und Theorieproblem. Göttingen: Universitätsverlag
- Bödeker, W.,** BKK Bundesverband (Hrsg.) (2008): Wettbewerbsvorteil Gesundheit, Kosten arbeitsbedingter Erkrankungen und Frühberentung in Deutschland. Berlin
- Buhl, Johannes** (2007): Theorie der kulturellen Reproduktion nach Pierre Bourdieu. Der Einfluss kulturellen Kapitals auf Bildungschancen. Studienarbeit. München Ravensburg: GRIN
- Burkhart, M.;** Ostwald D.A.; Ehrhard, T., (2012): 112 - und niemand hilft - Fachkräftemangel: Warum dem Gesundheitssystem ab 2030 die Luft ausgeht, Vier Szenarien zeigen, wo in Deutschland welche Fachkräfte im Gesundheitssystem fehlen und was schon heute dagegen getan werden kann, PricewaterhouseCoopers AG Wirtschaftsprüfungsgesellschaft (PwC) (Hrsg.). Frankfurt am Main
- Brause, M.;** Horn, A.; Bücher, A.; Schaffer, D. (2010): Gesundheitsförderung in

der stationären Langzeitversorgung - Teil II. Bielefeld: Veröffentlichungsreihe des Instituts für Pflegewissenschaft (IPW)

Dragano, N.; Wahl, S. (2015), In: Badura, B.; Ducki, A.; Schröder, H.; Klose, J.; Meyer (Hrsg.) (2015): Fehlzeitenreport 2015.

Franke, N. (2015): Wenn der Beruf krank macht. Pressemitteilung des Wissenschaftlichen Institut der AOK (WIdo). Berlin

Fröhlich-Gildhoff, K., Dörner, T. & Rönnau, M. (2007): Prävention und Resilienzförderung in Kindertageseinrichtungen - PRiK. Trainingsmanual für ErzieherInnen. München: Reinhardt.

Fuß, S. (2006): Familie, Emotionen und Schulleistung. Eine Studie zum Einfluss des elterlichen Erziehungsverhaltens auf Emotionen und Schulleistungen von Schülerinnen und Schülern. Münster: Waxmann

Hammer, V. (2004): Die Transformation kulturellen Kapitals. Berufliche Weiterbildung für Risikogruppen alleinerziehender Frauen. Wiesbaden: VS, 1. Auflage

Isfort, M. et al. (2013): Eine bundesweite Befragung von Führungskräften zur Situation der Pflege und Patientenversorgung auf Intensivstationen im Krankenhaus. Köln

Kempf, C. (2014): Service-Wohnen für Senioren: Eine empirische Untersuchung zu Dienstleistungsqualität, Customer Voluntary Performance und Preisfairness. Heidelberg, Berlin: Springer

Kordt, M. (2013): DAK Gesundheitsreport 2013, Erstellt durch IGES Institut GmbH. Berlin

Kordt, M. (2014): DAK Gesundheitsreport 2014, Erstellt durch IGES Institut GmbH. Berlin

Kordt, M. (2015): DAK Gesundheitsreport 2015, Erstellt durch IGES Institut GmbH. Berlin

Lampert, T.; Kroll, L., E.; Kuntz, B.; Ziese, T. (2013): Bildung als Ressource für Gesundheit. In: Gretz, Julia (2015): Bildung und Gesundheit: Der Einfluss des Bildungsstandes auf Ihre Gesundheit. Hamburg: Diplomica

Lauber, A. (2012): Grundlagen beruflicher Pflege. Verstehen & Pflegen 1. Stuttgart: Thieme, 3. Auflage

Luhmann, N., Baecker, D. (Hrsg.) (2002): Einführung in die Systemtheorie. Heidelberg: Carl-Auer-Systeme

Menning, H. (2014): Das psychische Immunsystem: Schutzschild der Seele. Göttingen: Hogrefe GmbH & Co. KG

- Mielck, A.;** Lungen, M.; Siegel, M.; Korber, K. (2012): Wirksame Bildungsinvestitionen: Folgen unzureichender Bildung für die Gesundheit. Bertelsmann Stiftung Gütersloh, www.bertelsmann-stiftung.de
- Mielck, A.** (2000), In: Lampert, T.; Mielck, A. (2008), GGW (Hrsg.) (2008): Gesundheit und soziale Ungleichheit. Berlin: GGW, Jg. 8, Heft 2 (April)
- Mielck, A.** (2000): Soziale Ungleichheit und Gesundheit. Empirische Ergebnisse, Erklärungsansätze, Interventionsmöglichkeiten. Bern [u.a.]: Huber
- Mielck, A.;** Helmert, U. (1994): Krankheit und soziale Ungleichheit: Empirische Studien in Westdeutschland. In: Mielck, A. (Hrsg.): Krankheit und soziale Ungleichheit. Ergebnisse der sozialepidemiologischen Forschung in Deutschland. Opladen: Leske + Budrich
- Mielck, A.;** Helmert, U. (1998): Soziale Ungleichheit und Gesundheit. In: Hurrelmann, K.; Laaser, U; Razum, O. (2006): Handbuch Gesundheitswissenschaften. Weinheim, München: Juventa
- Müller, H.** (2014): Arbeitsorganisation in der Altenpflege. Ein Beitrag zur Qualitätsentwicklung- und sicherung. Hannover: Schlütersche, 5. akt. Auflage
- Nagel, U.;** Petermann, O. (2012): Psychische Belastungen, Stress, Burnout? So erkennen Sie frühzeitig Gefährdungen für Ihre Mitarbeiter und beugen Erkrankungen erfolgreich vor! Heidelberg [u.a.]: Hüthig Jehle Rehm GmbH, 1. Auflage
- Nelting, M.** (2010): Burnout- Wenn die Maske zerbricht. Wie man Überlastung erkennt und neue Wege geht. München: Goldmann
- Oppolzer, A.** (1994): Die Arbeitswelt als Ursache gesundheitlicher Ungleichheit. In: Mielck, A. (Hrsg.): Krankheit und soziale Ungleichheit. Ergebnisse der sozialepidemiologischen Forschung in Deutschland. Opladen: Leske + Budrich
- Preiser, B.,** (2005): Arbeitszeit ist Lebenszeit, In: Heilberufe Jahrgang 9/2005. München: Urban & Vogel
- Prognos AG,** (2012): Arbeitslandschaft 2030, Im Auftrag der vbw – Vereinigung der Bayerischen Wirtschaft e. V. (Hrsg.), München
- Rixgens, P.** (2008): Psychische Erkrankungen im Vormarsch. Neue Herausforderungen für das betriebliche Gesundheitsmanagement. In: Bertelsmann Stiftung (Hrsg.). Gütersloh
- Rothgang, H.;** Müller, R.; Unger, R. , In: Bertelsmann Stiftung (Hrsg.) (2013): Themenreport „Pflege 2030“ Was ist zu erwarten- was ist zu tun? Gütersloh
- Rönnau-Böse, M. &** Fröhlich-Gildhoff, K. (2015): Resilienz und Resilienzförderung über die Lebensspanne. Stuttgart: Kohlhammer
- Schiffer, E.** (2001): Wie Gesundheit entsteht. Salutogenese: Schatzsuche statt Fehlerfahndung. Landsberg: Beltz

Schmidtbauer, W., (2002): Helfersyndrom und Burnout-Gefahr. München: Urban & Fischer, 1. Auflage

Schubert, Christian (2011): Von der Psyche zum Immunsystem und zurück. Wechselseitige Abhängigkeiten von Psyche, Nerven-, Hormon- und Immunsystem. Neu- Isenburg: Springer Medizin, Ärzte Woche 4/2011

Schubert, Christian (2015): Psychoimmunologie und Psychotherapie. Stuttgart: Schattauer, 2. Auflage

Simon, Fritz, B. (2001): Die andere Seite der Gesundheit. Ansätze zur systemischen Krankheits- und Therapietheorie. Heidelberg: Carl- Auer, 2. Auflage

Statistisches Bundesamt (Hrsg.) (2013): Pflegestatistik 2011. Pflege im Rahmen der Pflegeversicherung. Wiesbaden

WIDO, Wissenschaftliches Institut der AOK (2012): Fehlzeiten- Report 2012. Berlin

Wustmann, C. (2004): Resilienz. Widerstandsfähigkeit von Kindern in Tageseinrichtungen fördern. 1. Aufl. Weinheim: Beltz (Beiträge zur Bildungsqualität).

Zimbardo, P., G., Gerring, R.,J., (1999): Psychologie. Berlin, Heidelberg, New York: Springer, 7. überarbeitete Auflage

Zog, K. (2014): Unterschiede bei der Gesundheitskompetenz. In: Wissenschaftliches Institut der AOK, WIDO monitor Ausgabe 2/2014. Berlin

Transkript / Gedächtnisprotokoll**Interview (w) Pflegefachkraft****20160520****Zeile Text**

1 Ja dann danke ich Ihnen noch einmal, für Ihre Interviewbereitschaft und möchte auch gleich mit der Frage beginnen:

Wissen Sie noch, warum Sie den Beruf gewählt haben?

5 Hm (0.2) <Ja:::>, ich war Schulpraktikantin und habe im Altenheim gearbeitet und das hat mir so gut gefallen, dass ich das machen wollte. Und dann hat meine Mutter gesagt, geh doch in die Krankenpflege.

Wie empfinden Sie die Arbeitsbedingungen?

10 Ich sage das jetzt rückwirkend, die Arbeitsbedingungen sind im Großen und Ganzen gut. Die Rahmenbedingungen sind gut und auch die Bezahlung und ein guter Stellenschlüssel.

Welche Faktoren beeinflussen Ihrer Meinung nach den Verbleib und die Abwanderung im Beruf?

Die Bezahlung, die Arbeitszeit, der Arbeitsaufwand, die Konflikte und auch der Zeitdruck.

15 Was hemmt Ihrer Meinung nach den Verbleib im Beruf?

Die geringe Wertschätzung unter den Berufsgruppen und für so viel Arbeit die fehlende Anerkennung. Aber auch zeitweise Unterforderung und keine Förderung.

Wirken sich die Faktoren Ihrer Meinung nach auf die Gesundheit aus?

20 Ja, in jedem Fall wirkt sich das auf die Gesundheit aus. Die Immunabwehr wird anfälliger, Kopfschmerzen treten auf (0.3).

Was bedeutet für Sie Gesundheit?

Das man sich ausgeglichen fühlt, kraftvoll und zufrieden.

25 Beinhaltet das für Sie auch die Psyche?

Auf jeden Fall, das sind ja psychische Aspekte; ausgeglichen, abschalten, dass man sich ablenken kann.

Was wurde Ihnen von zu Hause in Bezug auf Gesundheit mitgegeben?

<hhh> Rituale: Viel rausgehen, spazieren gehen, mit Haustieren zusammen sein, Lesen (0.3) Familie und Freunde auch. Tiere haben RUHE.

- 30 Woraus schöpfen Sie Kraft?**
Wenn ich Zeit habe, ein schönes Buch lesen, mit Katzen zusammen sein, austauschen über die Arbeitssituation, Bestätigung in schweren Situationen und auch mal eine andere Perspektive (0.3)
- 35 Wann und wie gönnen Sie sich Auszeiten?**
Meistens abends und 1x in der Woche gehe ich tanzen.
- Was fördert Ihrer Meinung nach den Verbleib im Pflegeberuf?**
Ich denke, es ist ein interessanter Bereich, facettenreich und abwechslungsreich.
- 40 Wissen Sie, ob es in Ihrer Einrichtung ein BGM gibt?**
Hm (0.3) ja, haben sie. (0.2). Aspekte davon. Wie das berufliche Wiedereingliederungsmanagement, durch Zufall habe ich das mitbekommen.
- Wie nehmen Sie das BGM wahr?**
Ich habe wenig davon mitbekommen. Mir war nicht bewusst, dass es das gibt. Im Intranet gibt es einen Newsletter, also im Nachhinein habe ich gedacht, das soll Betriebliches Gesundheitsmanagement sein.
45 Ein EAY CATCHER mit Hinweisen zu Fortbildungsangeboten.
- Dann können Sie auch nicht sagen, wie zufrieden Sie mit den Angeboten sind?**
50 Hm (0.2), es ist o.k.
Von Kollegen habe ich gehört, Stressbewältigung war gut.
Dann habe ich gesehen, dass es Raucherentwöhnung gibt (0.3) Das fand ich interessant, o.k. aber ich rauche nicht.
- 55 Wie zufrieden sind Sie mit der Vermittlung der Inhalte?**
Den Kollegen hat es gefallen, es war gut.
- Welche gesundheitsfördernden Maßnahmen sollten Ihres Erachtens nach in einem BGM implementiert werden?**
Fokus auf Achtsamkeit (0.2), wie gehe ich mit Konflikten um und mit Stress. Haltung entwickeln: Man darf sich Hilfe holen und eigenen Grenzen kennen. Und die Mitarbeiter fragen, was sie sich wünschen.
- 60 Wie sollten die Maßnahmen Ihrer Meinung nach im Unternehmen implementiert werden?**
Ja in der IBF und dass es Arbeitszeit ist. Und wichtig ist, dass die Führungskräfte
65 auch dran teilnehmen. Ja und sagen, das ist Betriebliches Gesundheitsmanagement. Aber das sagt man wahrscheinlich nicht.

Postskript / Interview G1b/ 20160520**(w) Pflegefachkraft**

Interviewdauer	18:30-19:00h
Gesprächsbeginn	Etwas unsicher, wegen (scheinbar) defektem Aufnahme- gerät
Vorgespräch	Kurze Erklärung des Forschungsprojektes und der Zusicherung auf Anonymisierung der Daten.
Nachgespräch	Hauptsächlich thematisiert, dass sich die Aussagen vorheriger Interviewpartner (bezogen auf die Einrichtung) decken und das BGM kaum oder gar nicht wahrgenommen wird.
Atmosphäre	Nach Nachlassen der Anspannung bezüglich des Aufnahme- gerätes, ruhig + leise
Abschluss	Dank an die Interviewpartnerin und gegenseitige Bestätigung, der Relevanz des Themas.
Aspekte zu gesundheitsfördernden Maßnahmen	Haltung entwickeln: Ich darf mir Hilfe holen. Eigene Grenzen erkennen. Umgang mit Tieren
Schlüsselworte	RUHE, RITUALE Umgang mit Tieren (Tiere geben Ruhe)
Gestik / Mimik	Interviewpartner, ruhig, gelassen. "In sich ruhend". Nicht nur eine Ausstrahlung von Fach- und Sozialkompetenz, sondern Lebenskompetenz.
Bemerkung	Ich bin dankbar, dass ich die Interviewpartnerin "gefunden" habe und das Interview führen durfte
Wie habe ich mich gefühlt?	Angespannt, aufgrund des (scheinbar defekten) Aufnahme- megerätes. Sorge, nicht alle relevanten Informationen zu erfassen.
Fragenänderung	Keine

Transkript / Gedächtnisprotokoll

Interview (w) Pflegefachkraft

20160520

Zeile Text

1 Ja dann danke ich Ihnen noch einmal, für Ihre Interviewbereitschaft und möchte auch gleich mit der Frage beginnen:

Wissen Sie noch, warum Sie den Beruf gewählt haben?

5 Hm (0.2) <Ja::>, ich war Schulpraktikantin und habe im Altenheim gearbeitet und das hat mir so gut gefallen, dass ich das machen wollte. Und dann hat meine Mutter gesagt, geh doch in die Krankenpflege.

Wie empfinden Sie die Arbeitsbedingungen?

10 Ich sage das jetzt rückwirkend, die Arbeitsbedingungen sind im Großen und Ganzen gut. Die Rahmenbedingungen sind gut und auch die Bezahlung und ein guter Stellenschlüssel.

Welche Faktoren beeinflussen Ihrer Meinung nach den Verbleib und die Abwanderung im Beruf?

Die Bezahlung, die Arbeitszeit, der Arbeitsaufwand, die Konflikte und auch der Zeitdruck.

15 **Was hemmt Ihrer Meinung nach den Verbleib im Beruf?**

Die geringe Wertschätzung unter den Berufsgruppen und für so viel Arbeit die fehlende Anerkennung. Aber auch zeitweise Unterforderung und keine Förderung.

20 **Wirken sich die Faktoren Ihrer Meinung nach auf die Gesundheit aus?**

Ja, in jedem Fall wirkt sich das auf die Gesundheit aus. Die Immunabwehr wird anfälliger, Kopfschmerzen treten auf (0.3).

Was bedeutet für Sie Gesundheit?

25 Das man sich ausgeglichen fühlt, kraftvoll und zufrieden.

Beinhaltet das für Sie auch die Psyche?

Auf jeden Fall, das sind ja psychische Aspekte; ausgeglichen, abschalten, dass man sich ablenken kann.

Was wurde Ihnen von zu Hause in Bezug auf Gesundheit mitgegeben?

30 <hhh> Rituale: Viel rausgehen, spazieren gehen, mit Haustieren zusammen sein, Lesen (0.3) Familie und Freunde auch. Tiere haben RUHE.

Woraus schöpfen Sie Kraft?

35 Wenn ich Zeit habe, ein schönes Buch lesen, mit Katzen zusammen sein, austauschen über die Arbeitssituation, Bestätigung in schweren Situationen und auch mal eine andere Perspektive (0.3)

Wann und wie gönnen Sie sich Auszeiten?

Meistens abends und 1x in der Woche gehe ich tanzen.

Was fördert Ihrer Meinung nach den Verbleib im Pflegeberuf?

40 Ich denke, es ist ein interessanter Bereich, facettenreich und abwechslungsreich.

Wissen Sie, ob es in Ihrer Einrichtung ein BGM gibt?

45 Hm (0.3) ja, haben sie. (0.2). Aspekte davon. Wie das berufliche Wiedereingliederungsmanagement, durch Zufall habe ich das mitbekommen.

Wie nehmen Sie das BGM wahr?

50 Ich habe wenig davon mitbekommen. Mir war nicht bewusst, dass es das gibt. Im Intranet gibt es einen Newsletter, also im Nachhinein habe ich gedacht, das soll Betriebliches Gesundheitsmanagement sein. Ein EAY CATCHER mit Hinweisen zu Fortbildungsangeboten.

Dann können Sie auch nicht sagen, wie zufrieden Sie mit den Angeboten sind?

Hm (0.2), es ist o.k.
Von Kollegen habe ich gehört, Stressbewältigung war gut.
55 Dann habe ich gesehen, dass es Raucherentwöhnung gibt (0.3) Das fand ich interessant, o.k. aber ich rauche nicht.

Wie zufrieden sind Sie mit der Vermittlung der Inhalte?

Den Kollegen hat es gefallen, es war gut.

Welche gesundheitsfördernden Maßnahmen sollten Ihres Erachtens nach in einem BGM implementiert werden?

60 Fokus auf Achtsamkeit (0.2), wie gehe ich mit Konflikten um und mit Stress. Haltung entwickeln: Man darf sich Hilfe holen und eigenen Grenzen kennen.

65 Und die Mitarbeiter fragen, was sie sich wünschen.

Wie sollten die Maßnahmen Ihrer Meinung nach im Unternehmen implementiert werden?

Ja in der IBF und dass es Arbeitszeit ist. Und wichtig ist, dass die Führungskräfte auch dran teilnehmen. Ja und sagen, das ist Betriebliches Gesundheitsmanagement. Aber das sagt man wahrscheinlich nicht.

Postskript / Interview G1b/ 20160520

(w) Pflegefachkraft

Interviewdauer	18:30-19:00h
Gesprächsbeginn	Etwas unsicher, wegen (scheinbar) defektem Aufnahmegerät
Vorgespräch Nachgespräch	Kurze Erklärung des Forschungsprojektes und der Zusicherung auf Anonymisierung der Daten. Hauptsächlich thematisiert, dass sich die Aussagen vorheriger Interviewpartner (bezogen auf die Einrichtung) decken und das BGM kaum oder gar nicht wahrgenommen wird.
Atmosphäre	Nach Nachlassen der Anspannung bezüglich des Aufnahmegerätes, ruhig + leise
Abschluss	Dank an die Interviewpartnerin und gegenseitige Bestätigung, der Relevanz des Themas.
Aspekte zu gesundheitsfördernden Maßnahmen	Haltung entwickeln: Ich darf mir Hilfe holen. Eigene Grenzen erkennen. Umgang mit Tieren
Schlüsselworte	RUHE, RITUALE Umgang mit Tieren (Tiere geben Ruhe)
Gestik / Mimik	Interviewpartner, ruhig, gelassen. "In sich ruhend". Nicht nur eine Ausstrahlung von Fach- und Sozialkompetenz, sondern Lebenskompetenz.
Bemerkung	Ich bin dankbar, dass ich die Interviewpartnerin "gefunden" habe und das Interview führen durfte
Wie habe ich mich gefühlt?	Angespannt, aufgrund des (scheinbar defekten) Aufnahmegerätes. Sorge, nicht alle relevanten Informationen zu erfassen.
Fragenänderung	Keine

Abbildung: „Postskript-Checkliste“, (Ableitung aus: Flick 2005: 252), eigene Darstellung

Evaluationsprotokoll
Auswertung des kognitiven Interviews (Pretest)

Frage	Beantwortung oder Nachfragen des Interviewten	Fragenkorrektur- bzw. Ergänzung
Welche Faktoren beeinflussen Ihrer Meinung nach den Verbleib und die Abwanderung im Beruf?	Die Bezahlung, die Arbeitszeit, der Arbeitsaufwand, die Konflikte und auch der Zeitdruck.	Keine Korrektur/ keine Ergänzung
Wann und wie gönnen Sie sich Auszeiten?	Meistens abends und 1x in der Woche gehe ich tanzen.	Keine Korrektur/ keine Ergänzung
Welche gesundheitsfördernden Maßnahmen sollten Ihres Erachtens nach in einem BGM implementiert werden?	Fokus auf Achtsamkeit (0.2), wie gehe ich mit Konflikten um und mit Stress. Haltung entwickeln: Man darf sich Hilfe holen und eigenen Grenzen kennen. Und die Mitarbeiter fragen, was sie sich wünschen.	Keine Korrektur/ keine Ergänzung
Wie sollten die Maßnahmen Ihrer Meinung nach im Unternehmen implementiert werden?	Ja in der IBF und dass es Arbeitszeit ist. Und wichtig ist, dass die Führungskräfte auch dran teilnehmen. Ja und sagen, das ist Betriebliches Gesundheitsmanagement. Aber das sagt man wahrscheinlich nicht.	Keine Korrektur/ keine Ergänzung

Tabelle: „Evaluationsprotokoll Pretest“ (Ableitung aus Prüfer, P.; Rexroth, M. (2000/08): Zwei-Phasen-Pretesting. ZUMA Arbeitsbericht, Mannheim, S. 12, in: http://www.gesis.org/fileadmin/upload/forschung/publikationen/gesis_reihen/zuma_arbeitsberichte/00_08.pdf, eingesehen am: 31.03.2018, 14:20 Uhr MEZ), eigene Darstellung

Musterreduktion – Kategorienbildung

	Hemmende Faktoren zum Verbleib im Beruf	Paraphrasierung/ Generalisierung	1. Reduktion
Interview Seite/ Zeile	Transkriptionstext		
Interview H1 S.2, Z.58	vielen fehlt die Wertschätzung	fehlt die Wertschätzung	fehlt Wertschätzung
Interview A1b S.1, Z. 11	und man wird nicht mehr geschätzt	man wird nicht mehr geschätzt	nicht geschätzt
Interview A1b S.1, Z. 25	von der pflegerischen Leitung her immer weniger Wertschätzung.	immer weniger Wertschätzung.	Weniger Wertschätzung
Interview K2 S.3, Z.97	Also (0.1) für mich ist so diese ähm Wertschätzung, die man dem Beruf selbst entgegenbringt, sehr wichtig, dass die Arbeit wichtig ist	Wertschätzung, dem Beruf selbst entgegenbringt, sehr wichtig	Wertschätzung, dem Beruf
Interview K2 S.4, Z.114	Also ich denke, dass die Wertschätzung durch die Führungskräfte ganz essenziell ist.	Wertschätzung durch die Führungs-kräfte ganz essenziell	Wertschätzung Führungskräfte
Interview K2 S.8, Z.261-262	das wäre eben eigentlich viel mehr die Kommunikationskultur und die Wertschätzung	Kommunikationskultur und Wertschätzung	Wertschätzung
Interview K2 S.8, Z.265	dass man auch die Wertschätzung erfährt	Wertschätzung erfährt	Wertschätzung
Interview K2 S.10, Z.333	und dass es eine Vertrauenskultur gibt.	dass es Vertrauenskultur gibt	Vertrauenskultur
Interview H1 S.1, Z. 15	die Wertung vom Umfeld war ein bisschen deprimierend	Wertung vom Umfeld war deprimierend	Wertung vom Umfeld
Interview H1 S.2, Z.51	Die Wertschätzung einfach, dass wir alle für ein Ziel hin arbeiten,	Wertschätzung, alle für ein Ziel arbeiten	Wertschätzung
Interview H1 S.2, Z.58	vielen fehlt die Wertschätzung	fehlt die Wertschätzung	fehlt Wertschätzung

Interview H1 S.3, Z.95	Sondern die Außenstehenden haben es registriert	Außenstehenden haben registriert	Außenstehenden registriert
Interview K2, S.4, Z.122	auf der ...(spezifischer Pflegebereich), da war nicht eine wahnsinnig tolle Wertschätzung da.	war nicht tolle Wertschätzung	nicht tolle Wertschätzung
Interview H1 S.8, Z.237	(0.2) Dass man da gefördert wird. (0.4) Oder, dass man einfach gesehen wird	dass man gesehen wird	gesehen wird
Interview M2 S.4, Z.129-130	Ach schön, bist Du wieder da. Da draus, da draus, kann ich schon äh Kraft schöpfen.	Ach schön, bist wieder da.	schön, bist wieder da
Interview G1b, S.1, Z. 16	Die geringe Wertschätzung unter den Berufsgruppen	Geringe Wertschätzung unter Berufsgruppen	Geringe Wertschätzung
			Kategorie nach 2. Reduktion: Geringe Wertschätzung
			Kategorie hemmende Faktoren (KHF): Geringe Wertschätzung
	Fördernde Faktoren zum Verbleib im Beruf		
Interview Seite/ Zeile	Transkriptionstext	Paraphrasierung/ Generalisierung	1. Reduktion
Interview K2 S.3, Z.97	Also (0.1) für mich ist so diese ähm Wertschätzung, die man dem Beruf selbst entgegenbringt, sehr wichtig, dass die Arbeit wichtig ist	Wertschätzung, dem Beruf selbst entgegenbringt, sehr wichtig	Wertschätzung, dem Beruf
Interview K2 S.4, Z.114	Also ich denke, dass die Wertschätzung durch die Führungskräfte ganz essenziell ist.	Wertschätzung durch die Führungskräfte ganz essenziell	Wertschätzung Führungskräfte
Interview K2 S.8, Z.261-262	das wäre eben eigentlich viel mehr die Kommunikationskultur und die Wertschätzung	Kommunikationskultur und Wertschätzung	Wertschätzung
Interview K2 S.8, Z.265	dass man auch die Wertschätzung erfährt	Wertschätzung erfährt	Wertschätzung

	und dass es eine Vertrauenskultur gibt.	dass es Vertrauenskultur gibt	Vertrauenskultur
Interview K2 S.10, Z.333	die Wertung vom Umfeld war ein bisschen deprimierend	Wertung vom Umfeld war deprimierend	Wertung vom Umfeld
Interview H1 S.1, Z. 15	Die Wertschätzung einfach, dass wir alle für ein Ziel hin arbeiten,	Wertschätzung, <u>alle</u> für ein Ziel arbeiten	Wertschätzung
Interview H1 S.2, Z.51	vielen fehlt die Wertschätzung	fehlt die Wertschätzung	fehlt Wertschätzung
Interview H1 S.2, Z.58	Sondern die Außenstehenden haben es registriert	Außenstehenden haben registriert	Außenstehenden registriert
Interview H1 S.3, Z.95	(0.2) Dass man da gefördert wird. (0.4) Oder, dass man einfach gesehen wird	dass man gesehen wird	gesehen wird
Interview M2 S.8, Z.237	Ach schön, bist Du wieder da. Da draus, da draus, kann ich schon äh Kraft schöpfen.	Ach schön, bist wieder da.	schön, bist wieder da
Interview M2 S.4, Z.129-130			Kategorie nach 2. Reduktion: Wertschätzung
			Kategorie Fördernder Faktoren (KFF): Wertschätzung

Kriterien	Interview	Interview	Interview	Interview
Alter / Gender				
Gesundheit				
Rituale / Gesundheit				
Kraft schöpfen Gegenwart				
Gesundheitsfördernde Maßnahmen / Klinik?				
Code: Gesundheit				
Code: Rituale / Kindheit				
Code: Kraft schöpfen (Gesundheit -Gegenwart)				
Code: Gesundheitsförderung (Klinik)				

Kollektivtyp

Kriterien	Interview G2	Interview G1a	Interview G1b	Interview H1
Berufseinstieg	Ausbildung Krankenpflege, bewusst und wohlüberlegt. Erst Pädagogik / Erziehung, dann die andere Seite im Zivildienst kennen gelernt.	Ausbildung vor > 10 Jahren, Interesse an Krankenpflege und an Menschen. Würde Beruf noch mal ergreifen	Schulpraktikum im Altenheim: Gut gefallen und Mutter gesagt: "Geh doch in die Krankenpflege."	Zu jung für Ausbildung; Arbeitsmarkt belegt; Praktikumsstelle in der Pflege gefunden und danach Ausbildung begonnen
Alter / Gender	Mittleres Erwachsenenalter ca. 60-65 Jahre ♂	Junges Erwachsenenalter ca. 30-40 Jahre ♂	Junges Erwachsenenalter ca. 30-40 Jahre ♀	Mittleres Erwachsenenalter ca. 50-60 Jahre ♀
Gesundheit	Arbeitsfähigkeit, Wohlbefinden , mit kleinen Wehwechen umgehen zu können.	physisch und psychisch ein Leben außerhalb der Arbeit ; gesund in der Hinsicht: Arbeiten macht <u>Spaß</u> , dass man nach Hause kommt und sich auf die Arbeit freut am nächsten Tag.	Sich ausgiebigen fühlt, kraftvoll und zufrieden , psychische Aspekte: Ausgiebigen, abschalten, dass man sich ablenken kann.	Körperlich, keine Gebrech-chen; kleine Sachen immer; psychisches Wohlbefinden : wie wahrgenommen, ob registriert; ob Leistung gesehen wird, Feedback trägt zur Gesundheit bei.
Rituale / Gesundheit	Soziales Zusammenleben unterschiedlichster Generationen; gesunde Kommunikation (impliziert, dass immer jemand da war)	Lebenseinstellung: Versuch Arbeit sein zu lassen, zu Hause entspannen, abschalten. Mutter - Hausfrau: war immer einer da. Vater, nach der Arbeit der Mutter kurz etwas erzählt und dann war Familie da und der Rest war egal.	Viel rausgehen, spazieren gehen, mit Haustieren zusammen sein , Lesen, Familie und Freunde auch. Tiere haben RUHE .	Mama war immer da , Ansprechpartner, hat viel aufgefangen: Fels in der Brandung. Immer Gemeinsames Frühstück: egal wie früh.
Kraft schöpfen	Freizeit, Frau, Pferd, Fahrrad – in den Zeiten, wo Zeit ist, das zu tun	Austausch mit dem Partner , was war gut, was war schlecht. Dann "abhaken": Hobbys frönen, Arbeiten im Garten, am Haus...lenkt ab	Wenn Zeit: schönes Buch lesen, mit Katzen zusammen, austauschen über	Kraft aus der Familie; alle gesund; Familie ~ Burg u. Ritual: draußen zusammen Abendessen, unterhalten, austauschen ; draußen

			<p>Arbeitssituation, Bestätigung in schweren Situationen / andere Perspektive; 1 wöchtl. tanzen.</p>	<p>sitzen und Natur genießen; gutes Buch lesen</p>
<p>GF-Pflege</p>	<p>setzen uns zusammen; Essen; neue Stellenausschreibungen; sorgen dafür, dass sich Leute wohlfühlen; Förderprogramme; Entwöhnungsprogramme; Rauchentzug; Sport-Fahrrad- Laufgruppen; zu Fuß zur Arbeit; Stadtmathon; Events; Adipositas-Gruppen; Kriseninterventionsteam für Pat. u. MA; MA, die geeignete Coaches finden und Teams zuordnen (M.A. Counseling); IBF</p>	<p>interne Fortbildung: Auswahl ist sehr beschränkt, Möglichkeiten extern mit einer Kooperation erweitern; Sport; <u>Wunschkostenplan</u>; Röntgenuntersuchung, als MM früher drankommen, sich gegenseitig unterstützen erhält die Arbeitskraft; Gefühl: Gut aufgehoben, gut umorgt; Hilfsmittel; personelle Unterstützung; pflegefremde Aufgaben (die Zeit <u>stehlen</u>) rauslagern</p>	<p>Fokus auf Achtsamkeit; Umgang mit Konflikten und Stress; Haltung entwickeln: Man darf sich Hilfe holen und eigenen Grenzen kennen. Mitarbeiter fragen, was sie sich wünschen. IBF in der Arbeitszeit</p>	<p>Stressmanagement; ruhig bleiben: Training; Notsituationen, immer aufs Neue geschult; 10 Min. Zeit für Gespräch mit Kollegen; Gespräche - Austausch</p>
<p>Code: GF-Kindheit</p>	<p>Zusammenleben</p>	<p>War immer einer da</p>	<p>Zusammen sein</p>	<p>Mama war immer da</p>
<p>Code: Kraft schöpfen</p>	<p>Freizeit, Frau / Pferd / Fahrrad</p>	<p>Austauschen und abhaken</p>	<p>Austauschen</p>	<p>Zusammen Abendessen und austauschen</p>
<p>Gesundheit Gegenwart</p>	<p>Arbeitsfähigkeit</p>	<p>Leben außerhalb der Arbeit</p>	<p>Kraftvoll und zufrieden</p>	<p>(Psychisches) Wohlbefinden</p>
<p>Code: GF- Pflege</p>	<p>MA wohlfühlen; Sport; Krisenintervention</p>	<p>(Personelle) Unterstützung; Sport; Wunschkostenplan</p>	<p>Haltung: Man darf Hilfe holen und eigene Grenzen anerkennen</p>	<p>Stressmanagement; ruhig bleiben: Training</p>

Vorläufiges	Kategorien	System	Flexiblen Arbeitszeiten	Spaß	Ausreichend Personal	Gute Führung	Gutes Kernteam	Entscheidungs- spielraum	Entwicklungs- perspektiven	Angemessen bezahl	Klare Strukturen	Balance	Mehr Zeit
Fördernde Faktoren		Anerkennung & Wertschätzung	erschätzbar	KFF4	KFF6	KFF10	KFF2	KFF5	KFF8	KFF11	KFF9	KFF3	KFF12
Interviewpartner	MA Anzahl	KFF1	KFF11	KFF4	KFF6	KFF10	KFF2	KFF5	KFF8	KFF11	KFF9	KFF3	KFF12
Interview A1b	ca. 300 MA	14,158, 737,332,94,36,	142,143, 57,107,111,	75,142,	159, 444,446,	17	47,48,49,74,122,47	142	126,165,195, 167,203,20	466,475,538	38,	5,	
Interview B1	ca. 1000 MA	520,523	125,504,	26,35,36,522	475,538	238,239	82,234,235, 236,237, 238,239	235,235,236,238 239,240,262	63,65,100, 103,104,104	44,62	340,340,34	2	
Interview B2	ca. 1000 MA		37,38,83	23,33,35,329	83	36,80,91,103, 106,	38,20,91,103, 106,	243	153,153,	245	444,446,475,3	466,475,538	
Interview C1	ca. 200 MA	315	245,250,	254,257,	78	243	78	243	153,153,	245	38,	5,	
Interview D1	ca. 7500 MA	64,82,302,302,	301,302,302	86,87,102,136,	290,312,320,	42,42,43,44, 52,84,84,112, 113,116	47,48,49,74,122,47	153,153,	153,153,	245	52,74,75	143,94	108,109
Interview D2	ca. 7500 MA	80	16,76	34,34,37	74,76,76, 84,84	101	74,76,76, 84,84	16	76	98	52,74,75	143,94	108,109
Interview E1	ca. 2400 MA	77,65,65,116,116	44,67	10,35,36,	23,146,202,	35,51,53,55,	35,51,53,55,	16	37,38,41,59, 64,71,71,79,	160,270	160,270	270,27	
Interview E2	ca. 2400 MA	182,	70,73,	17,85,167,	205,206,	42,43,77,180,67,69	42,43,77,180,67,69	46	37,38,41,59, 64,71,71,79,	160,270	160,270	270,27	
Interview G1a	ca. 6000 MA			25,42,42	250,251,287	38,4	16,17	38,38,39	104,123,42				
Interview G1b	ca. 6000 MA			60,60,61	60,60,61	38,38,39	60,60,61	38,38,39	104,123,42				
Interview G2	ca. 6000 MA	215	368,369,370, 371	15,215	28,215, 241,282, 331,350,357, 357,261, 358,359	313,316,317, 319,320,360, 363,364,384	313,316,317, 319,320,360, 363,364,384	203	15,46,379	136,136	200,201,202, 202,333,337	136,136	
Interview G3	ca. 6000 MA				112,146	103,104,106,63	103,104,106,63	245	138,140,141,211,211, 211,		138,140,141,211,211, 211,		
Interview H1	ca. 6000 MA	35,35,35,45,39,9	48,51,58	147	37,42	15	35,35,35,37, 90,91,92	237	35	99	6,146,228		
Interview I1	ca. 250 MA	88,89,											
Interview I2	ca. 250 MA	4	320,321,	39,41,43,	25,27,224, 228,273,	33	29,223,224,310,180	60	57,57,63,		224,334,	5,326,24	
Interview J1	ca. 4500 MA	85,233,234	64,75,180,222, 128,131,135, 207,208,	43,211,	129	182,192,	29,223,224,310,180	180	44,48,				
Interview J2	ca. 4500 MA		181	207,208,	43,211,	129	182,192,	180	44,48,				
Interview K2 / AT	ca. 3000 MA	307,307,307	83	189	307	106	106	106	60				
Interview L2 / AT	ca. 1000 MA	90	28,29,	54	35,194,195, 183,280, 33,33,	38,45,	35,194,195, 183,280, 33,33,	15,31,	204,274,29	183	9,289, 127,130, 131,131, 132,133, 133,134, 38,38,115, 146,146, 209,235, 261,361		
Interview M2 / CH	ca. 3500 MA	10,282,		100,105,	58,69,69,71, 72,72,73, 74,202, 244, 249,282,289	60,66,241,256, 344,346	58,69,69,71, 72,72,73, 74,202, 244, 249,282,289	25,6	58,67,188,206	445			
Interview F1 / BEL	ca. 1800 MA	65,67,205,243	388	13	400	109,454,	65,65,205	25,6	28,114	445			
Interview N1		11,426, 431,439, 444,479, 461											
Interview N2				319,320,									
Anzahl / Nennung		54	28	44	41	29	71	42	32	26	32	64	8
Kategorie Nr		3	11	4	6	10	1	5	8	12	9	2	13

Vorläufiges Kategoriensystem Hemmende Faktoren
 Fachkräften im Gesundheitswesen
 B. Schümann

Vorläufiges Kategoriensystem		Hemmende Faktoren									
Interviewpartner	MA Anzahl	Geringe Wertschätzung	Der Motivation beraubt	Arbeitsbelastung enorm hoch	Zeitdruck	Schichtdienst	Immer weniger Personal	Finanzielle Engpässe	Kämpfe um gute Arbeitsbedingungen	Studium	
		KHF 5	KHF1	KHF2	KHF7	KHF8	KHF4	KHF6	KHF3	KHF9	
Interviewpartner	MA Anzahl										
Interview A1b	ca. 300 MA	11,25,34,161,	1	2	7	8	4	6	3	9	
Interview B1	ca. 1000 MA	83,83,	125,504,504		23,30,79,	23	23	207,233,440,447,479,481,504			
Interview B2	ca. 1000 MA					61,108,109,109,112,113,135	125,207,208,440,440	151,152			
Interview C1	ca. 200 MA	44,46,47,313,315,				107,108,137	137	137		61,68,69	
Interview D1	ca. 7500 MA	71,87,	29,89,	52,69,77,253,280,307,308,	82	43	16,55,56,255,257,	245			
Interview D2	ca. 7500 MA		25,53,56,59,63,64,65,74,76,109,112,113,113,115	40,41,43,44,47,53	50			42,43,44,44,45,47,52,53,54	25,40,41,43,43,44,45,45,47,48,49,50,51,53,110,112,113,113,115		
Interview E1	ca. 2400 MA	16,17	60	157	155,156,155,197,199,		21,22,61,	256	8,256,298	21,29,70,72,72,75,	
Interview E2	ca. 2400 MA	90	33,34,106,	17,18,48,113,116,116,228,	13		55	112,185,190,34,90,			
Interview G1a	ca. 6000 MA		8,48,50,52,52,53,55,57,58,73,76,78,80,251,269,253,256	6,23,89	51,255,256,298,		12,30,251,256,				
Interview G1b	ca. 6000 MA		16,17,18	12							
Interview G2	ca. 6000 MA	117	65,95,97,98,98,110,111,117,128,129,130,121,142,142,146,151,187,397,398		160,166		17,38,38,51,82,123,186,187	23,25,444,	57,59,95,97,98,110,101,117,121,128,129,130,151	328	
Interview G3	ca. 6000 MA		34,35,46,48,48,65,67	16,34,53		64,66	71,72	35,36			
Interview H1	ca. 6000 MA	15,58	118,19,22,23	34,35	212,227		42				
Interview I1	ca. 250 MA			14,17,34,	24						
Interview I2	ca. 250 MA		63,95,95,109,110,		63						
Interview J1	ca. 4500 MA	69,119,122	123,311	16,21,25	26,24,108	80,137,144,145	19	29,96,115			
Interview J2	ca. 4500 MA	62		20,61,			20,42,67,	19			
Interview K2 / AT	ca. 3000 MA	97,122,		59,104,							
Interview L2 / AT	ca. 1000 MA		47			14,28,			18	45	
Interview M2 / CH	ca. 3500 MA		65	23				42			
Interview F1 / BEL	ca. 1800 MA	87	17,18,18,20,52,53,79,154,155,156,194,358,359,	18,52,79,83,		64		17,44,44,184,183,184,194	45,47,166,167,176,	19,68,98	
Interview N1		45,445	44	23,30,44,44							
Interview N2											
Anzahl/ Nennungen		28	97	59	25	21	35	27	58	14	
		5	1	2	7	8	4	6	3	9	

Lebenslauf und berufliche Entwicklung

Name	Schümann
Vorname	Bärbel
Berufsausbildung	Krankenschwester
Berufstätigkeit	Stationsleitung Fachbereichsleitung Belegungsmanagement Pflegedienstleitung
Studienabschluss	Master of Arts Diplom Pflegewirtin (FH)
Fachakademie für Pflegemanagement Altenpflegeschule Hamburger Fernhochschule	Dozententätigkeit Gesundheits- und Sozialwesen
Hochschule Koblenz	Lehrkraft für besondere Aufgaben
Themengebiete	Wahrnehmung im Alter Gesundheit & Gesellschaft Empirische Sozialforschung, Schwerpunkt „Qualitatives Design“ Stressmanagement, Schwerpunkt „Kollegiale Beratung“ Qualitätsentwicklung Bildungsforschung Hygiene Bildungspolitik & Bildungsökonomie Gesundheitsförderung & Burnout- Prophylaxe

Schriftliche Versicherung

Hiermit versichere ich, dass ich die vorliegende schriftliche Dissertation
„Fachkräfteerhalt im Gesundheitswesen- eine empirische Untersuchung aus erzie-
hungs- und sozialwissenschaftlicher Perspektive“,

- selbstständig, das heißt ohne Hilfe Dritter verfasst habe,
- keine anderen als die angegebenen Quellen und Hilfsmittel benutzt und
- die Stellen, die anderen oder eigenen Werken inhaltlich oder wörtlich ent-
nommen wurden, unter Angabe der Quellen kenntlich gemacht habe. Zita-
te von Textstellen, auch Einzelsätze oder Teile davon, sind als Zitat durch
Setzen von An- und Abführungszeichen kenntlich gemacht.
- Die Arbeit wurde gänzlich oder in Teilen nicht in der gleichen oder einer
anderen Fassung bzw. Überarbeitung als Prüfungsarbeit für eine staatliche
oder akademische Prüfung eingereicht.
- Nach vorheriger Absprache mit dem Betreuer, wurden Teilergebnisse der
Typologie (Vermittlung familiärer Gesundheitsförderung), im Kapitel
„Stressmanagement“ nachfolgender Veröffentlichung aufgenommen:
Schumann, Bärbel (2018): Stressmanagement. In: Christa, Harald (Hrsg.)
(Herbst 2018): Das große Handbuch Organisation und Verwaltung. Carl
Link, Köln Kronach, 1. Auflage 2018. ISBN 978-3-556-07350-6

Ort und Datum

Unterschrift

Nov. 2018

B. Schümann