

Sozialwissenschaftliche Gesundheitsforschung

Maria Stefani

Die Macht des pflegeberuflichen Alltags

Subjektive Konstruktionen
im Gesundheitsverhalten von
Pflegefachpersonen



Springer VS

Sozialwissenschaftliche Gesundheitsforschung

Reihe herausgegeben von

A. Hanes, Dresden, Deutschland

H. Schmidt-Semisch, Bremen, Deutschland

Sozialwissenschaftliche Gesundheitsforschung untersucht gesellschaftliche Verhältnisse auf der Makro-, Meso- und Mikroebene in ihren Auswirkungen auf Gesundheit und Krankheit. Im Fokus der Betrachtung stehen die staatlichen und sozialen, die kulturellen und gemeinschaftlichen, die individuellen und biographischen Be- und Verarbeitungen von Gesundheit und Krankheit sowie von gesundheitlichen Risiken und Krisen. Dabei nimmt eine sozialwissenschaftliche Gesundheitsforschung sowohl die sozialen und psychosozialen Wechselwirkungen zwischen Gesundheit und Gesellschaft in den Blick als auch das Verhältnis von individuellem Handeln und gesellschaftlichen Rahmenbedingungen. Besondere Bedeutung kommt hier den gesellschaftlichen und diskursiven Austauschprozessen von Gesundheit und Krankheit und den damit verbundenen sozialen Konstruktionen von Normalität und Abweichung zu. In der Reihe erscheinen gleichermaßen theoretisch wie auch empirisch orientierte Bände.

Weitere Bände in der Reihe <http://www.springer.com/series/15849>

Maria Stefani

Die Macht des pflegeberuflichen Alltags

Subjektive Konstruktionen
im Gesundheitsverhalten von
Pflegefachpersonen

Maria Stefani
Münster, Deutschland

Dieses Buch lag dem Promotionsausschuss Dr. phil. der Universität Bremen im Jahr 2017 als Dissertation vor.

ISSN 2523-854X ISSN 2523-854X (electronic)
Sozialwissenschaftliche Gesundheitsforschung
ISBN 978-3-658-21931-4 ISBN 978-3-658-21932-1 (eBook)
<https://doi.org/10.1007/978-3-658-21932-1>

Die Deutsche Nationalbibliothek verzeichnet diese Publikation in der Deutschen Nationalbibliografie; detaillierte bibliografische Daten sind im Internet über <http://dnb.d-nb.de> abrufbar.

Springer VS

© Springer Fachmedien Wiesbaden GmbH, ein Teil von Springer Nature 2018

Das Werk einschließlich aller seiner Teile ist urheberrechtlich geschützt. Jede Verwertung, die nicht ausdrücklich vom Urheberrechtsgesetz zugelassen ist, bedarf der vorherigen Zustimmung des Verlags. Das gilt insbesondere für Vervielfältigungen, Bearbeitungen, Übersetzungen, Mikroverfilmungen und die Einspeicherung und Verarbeitung in elektronischen Systemen.

Die Wiedergabe von Gebrauchsnamen, Handelsnamen, Warenbezeichnungen usw. in diesem Werk berechtigt auch ohne besondere Kennzeichnung nicht zu der Annahme, dass solche Namen im Sinne der Warenzeichen- und Markenschutz-Gesetzgebung als frei zu betrachten wären und daher von jedermann benutzt werden dürften.

Der Verlag, die Autoren und die Herausgeber gehen davon aus, dass die Angaben und Informationen in diesem Werk zum Zeitpunkt der Veröffentlichung vollständig und korrekt sind. Weder der Verlag noch die Autoren oder die Herausgeber übernehmen, ausdrücklich oder implizit, Gewähr für den Inhalt des Werkes, etwaige Fehler oder Äußerungen. Der Verlag bleibt im Hinblick auf geografische Zuordnungen und Gebietsbezeichnungen in veröffentlichten Karten und Institutionsadressen neutral.

Gedruckt auf säurefreiem und chlorfrei gebleichtem Papier

Springer VS ist ein Imprint der eingetragenen Gesellschaft Springer Fachmedien Wiesbaden GmbH und ist ein Teil von Springer Nature
Die Anschrift der Gesellschaft ist: Abraham-Lincoln-Str. 46, 65189 Wiesbaden, Germany

Danksagung

Zur Dankbarkeit existieren viele Erklärungsmodelle, nicht zuletzt aufgrund der Wortverwandtschaft zu den Begriffen *Denken* und *Gedenken*. Eine Interpretation als soziales Deutungsmuster, dem Forschungsthema dieser Arbeit entsprechend, ist nicht haltbar. Dankbarkeit ist das Ergebnis einer bewussten Entscheidung und wird durch vorausgehende Ereignisse bestimmt, wohingegen soziale Deutungsmuster kollektiv geteilte, nur bedingt reflektierte Anleitungen zur Lösung von Alltagsproblemen repräsentieren. Wäre Dankbarkeit ein soziales Deutungsmuster, sie wäre selbstverständlich, unhinterfragt und würde das Problem des Glücklich-Seins im Alltag lösen, denn Dankbarkeit soll glücklich machen.

Dieser Beitrag, frei von Recherche und Quellennachweisen, beendet ein mehrjähriges Forschungsprojekt. Für diesen ersehnten Moment bin ich dankbar und damit auch glücklich. Im Rückblick verdanke ich meiner sozialen Umgebung das Deutungsmuster „Nicht aufgeben!“. Die Kraft dazu verliehen mir meine engsten Schicksalsbegleiter Adi und Roland. Sie haben mich mit Hingabe unterstützt und die erbrachten Opfer im Familienleben selbstlos mit mir geteilt.

Ich danke meinen Interviewpartnern/-innen aus den kontaktierten Krankenhäusern für ihre Bereitschaft, das Forschungsvorhaben zu unterstützen. Wie bereits in meiner Berufsbiografie erlebt, durfte ich hierbei kompetente, hilfsbereite, sozial engagierte Menschen kennenlernen. Ihre sensiblen Informationen zu privaten und beruflichen Gesundheitserlebnissen sowie ihre konstruktiven Vorschläge kommen nun – emotionsarm und abstrahiert – in wissenschaftlich aufgearbeiteten Daten zum Ausdruck. Ich hoffe sehr, dass diese unserem gemeinsamen Ziel dienlich sind.

Für die erworbene Forschungskompetenz sowie die langjährige Anleitung und individuelle Beratung bedanke ich mich bei Frau Prof. Ingrid Darmann-Finck. In den von ihr geleiteten Kolloquien am Institut für Public Health und Pflegeforschung der Universität Bremen wie auch in den vielen Einzelgesprächen durfte ich Offenheit und einen kollegialen Umgang erfahren. In diesem Rahmen konnte

ich mein Forschungsvorhaben gestalten und vollenden. Dass ich überhaupt eine Promotion in Erwägung gezogen habe, verdanke ich Prof. Marcellus Bonato von der Fachhochschule Münster. Er gehört zu den Professoren, die seine Studenten/-innen auch nach dem Studium interessiert begleiten und mit Rat und Tat unterstützen.

Stellvertretend für alle involvierten Unterstützer/-innen dieser Arbeit bin ich meiner Wahlheimat dankbar: Soziale Deutungsmuster dieser Gesellschaft beinhalten die Selbstverständlichkeit, dass bei entsprechender Leistung – unabhängig von Herkunft, Geschlecht, Alter, beruflichem Werdegang – der Weg zur Promotion nicht verwehrt bleibt.

Inhalt

Abbildungsverzeichnis	XIII
Tabellenverzeichnis	XV
Abkürzungsverzeichnis.....	XVII

Teil I – Theoretischer Teil..... 1

1 Einleitung 3

- 1.1 Problemstellung, Gegenstand und Ziel der Untersuchung 5
- 1.2 Relevanz der Untersuchung 12
- 1.3 Aufbau und inhaltliche Schwerpunkte der Arbeit..... 15

2 Untersuchungsfeld Krankenhaus und die Untersuchungsgruppe der Gesundheits- und Krankenpflegekräfte 19

- 2.1 Kranken- und Gesundheitsversorgung im historischen Rückblick 21
- 2.2 Gesundheitsökonomische Entwicklungen – vom Gesundheitswesen zur Gesundheitswirtschaft einer Gesundheitsgesellschaft 25
- 2.3 Rahmenbedingungen und Eckdaten der Arbeitswelt Krankenhaus 30
 - 2.3.1 Gesetzliche, ökonomische und organisatorische Rahmenbedingungen der Krankenhäuser in Deutschland 31
 - 2.3.2 Die Berufsgruppe der Gesundheits- und Krankenpflegekräfte..... 35
 - 2.3.3 Krankenhauslandschaft im Wandel 42

3 Theoretischer Bezugsrahmen der Untersuchung..... 49

- 3.1 Subjektive Theorien in Abgrenzung zu wissenschaftlichen Theorien..... 51
- 3.2 Die Expertenperspektive: Wissenschaftliche Definitionen, Theorien und Modelle von Gesundheit und Krankheit 54

3.2.1	Ansätze wissenschaftlicher Definitionen von Gesundheit und Krankheit	55
3.2.2	Krankheitsmodelle und das Paradigma der Pathogenese.....	58
3.2.3	Gesundheitsmodelle und das Paradigma der Salutogenese	63
3.3	Die subjektive Perspektive: Subjektive Gesundheitsvorstellungen	66
3.3.1	Hintergründe zum Ansatz der subjektiven Gesundheitsvorstellungen.....	67
3.3.2	Begriffsklärung und definitorische Grundlagen	70
3.3.3	Inhalte und Dynamik von Gesundheitsvorstellungen	72
3.4	Der Deutungsmusteransatz	76
3.4.1	Hintergründe zur Entwicklung des Deutungsmusteransatzes.....	77
3.4.2	Begriffserklärung und Definition oder die „Deutung“ der Deutungsmuster.....	79
3.4.3	Konstitutive und funktionale Elemente sozialer Deutungsmuster..	81
3.4.4	Bedeutungselemente und theoretischer Diskurs zum Deutungsmusteransatz.....	82
3.5	Theoretische Konzepte und Modelle zum Gesundheitsverhalten	89
3.5.1	Begriffsklärung und Definitionen von Gesundheitsverhalten	89
3.5.2	Erklärungsansätze zum Gesundheitsverhalten.....	93
3.6	Gesundheitskompetenz	98
3.6.1	Begriffsbestimmung und definitorische Grundlagen.....	98
3.6.2	Modelle der Gesundheitskompetenz.....	100
3.7	Gesundheit im betrieblichen Kontext	103
3.7.1	Begriffsklärung und Ansatz von Prävention und Gesundheitsförderung.....	104
3.7.2	Spezifische Interventionsstrategien und Methoden der Prävention.....	107
3.7.3	Spezifische Interventionsstrategien und Methoden der Gesundheitsförderung.....	110
3.7.4	Betriebliche Gesundheitsförderung	113
3.7.5	Betriebliches Gesundheitsmanagement	116

4 Forschungsstand zum Untersuchungsthema	123
4.1 Methodik der systematischen Literaturrecherche	124
4.2 Forschungsstand zur subjektiven Gesundheitskonstruktion von Gesundheits- und Krankenpflegekräfte mit Implikationen für betriebliche Gesundheitsmaßnahmen	128
4.2.1 Studien zur betrieblichen Prävention und Gesundheitsförderung der Zielgruppe	128
4.2.2 Studien zu Gesundheitskompetenz	132
4.2.3 Studien zu Gesundheitsvorstellungen von medizinischen Laien ..	134
4.2.4 Studien zu Gesundheitsvorstellungen von Professionellen	137
4.3 Forschungsstand und Relevanz für die vorliegende Untersuchung	140
 Teil II – Empirischer Teil.....	145
 5 Forschungsleitende Fragen der Untersuchung	147
 6 Wissenschaftstheoretischer Hintergrund zum methodischen Vorgehen 153	
6.1 Metatheoretische Bezüge und Einordnung der Untersuchung in übergeordneten Sozialtheorien.....	153
6.2 Begründung des qualitativen Forschungsansatzes	163
6.2.1 Grundlagen der Grounded-Theory-Methodologie.....	167
6.2.2 Methoden empirischer Forschung zur Deutungsmusteranalyse ...	170
6.2.3 Anwendungsrelevante Grundlagen empirisch begründeter Typenbildung.....	176
6.3 Reflexion zum theoretischen Vorwissen	179
 7 Datenerhebung der Untersuchung	187
7.1 Das episodische Interview als Methode der Datenerhebung.....	187
7.2 Konzeption, Begründung und Aufbau des Interviewleitfadens	189
7.2.1 Die Entwicklung des Interviewleitfadens.....	191
7.2.2 Aufbau und Fragestellungen des Interviewleitfadens.....	193
7.2.3 Statistischer Fragebogen.....	196
7.3 Zugang zum Untersuchungsfeld	197
7.4 Fallauswahl und Samplingstruktur	200

7.5 Ablauf der Datenerhebung und -erfassung	210
7.6 Forschungsethik und Datenschutz	215
8 Datenauswertung der Untersuchung	223
8.1 Transkription der durchgeführten Interviews	223
8.2 Computergestützte Auswertung des Interviewmaterials mit MAXQDA	226
8.3 Datenauswertung nach den Prinzipien der Grounded-Theory- Methodologie	228
8.3.1 Offenes Kodieren	231
8.3.2 Axiales Kodieren	236
8.3.3 Selektives Kodieren	241
9 Darstellung und Interpretation der Untersuchungsergebnisse	243
9.1 Leitendes Konzept des Theoriemodells	244
9.1.1 Das theoretische Rahmenkonstrukt des Theoriemodells	244
9.1.2 Rekonstruktion und Platzierung der zentralen Kategorien im Theoriemodell	246
9.2 Das Gesamtmodell der entwickelten Theorie	250
9.3 Inhaltliche Erschließung der Kategorien auf der Deutungsebene	253
9.3.1 Toleranz in den Gesundheitsvorstellungen durch die Gesundheitsinitiation und berufsspezifische Evolution	254
9.3.1.1 Sozialisationsbedingte Initiation von Gesundheitsvorstellungen	255
9.3.1.2 Berufsspezifische Evolution von Gesundheitsvorstellungen	262
9.3.2 Autonomiekonflikt in den Gesundheitsvorstellungen durch die spezifische Interferenz von Pflegeberuf und Privatleben	266
9.3.2.1 Fremdbestimmung durch Berufsspezifika	269
9.3.2.2 Private Selbstbestimmung	272
9.3.3 Die Deutungsebene und das zentrale Deutungsmuster	274
9.4 Inhaltliche Erschließung der Kategorie auf der Transferebene	277
9.4.1 Traditionszentrierte Selektion	279
9.4.2 Emanzipationszentrierte Selektion	280

9.4.3 Die Transferebene und die aktive Selektion von Gesundheitskontexten.....	281
9.5 Inhaltliche Erschließung der Kategorien auf der Handlungsebene	283
9.5.1 Ambivalenz der Gesundheitshandlungen durch Gesundheitskompetenz und diskrepantes Gesundheitsverhalten..	284
9.5.1.1 Legitimiertes Risikoverhalten	286
9.5.1.2 Intermittierende Verhaltensänderung.....	289
9.5.2 Ambivalenz der Gesundheitshandlungen durch Verhältniskonformität und Verhältnisprävention	290
9.5.2.1 Verhältniskonforme Kompatibilität	291
9.5.2.2 Verhältnispräventive Kompatibilität.....	294
9.5.3 Die Handlungsebene und das zentrale Handlungsmuster	297
9.6 Die Theorie der spezifischen Entgrenzung von Pflegeberuf und Privatleben in den Gesundheitsdeutungen von Gesundheits- und Krankenpflegekräften – „Die Macht des pflegeberuflichen Alltags“.....	299
9.6.1 Abfassung der gegenstandsbezogenen Theorie	300
9.6.2 Ursachen und Bedingungsfaktoren des Hauptphänomens.....	301
10 Empirisch begründete Typenbildung.....	309
10.1 Auswahl der Vergleichsdimensionen und Bestimmung der Typologie .	310
10.2 Die Gruppierung der Fälle	312
10.3 Sinnzusammenhänge der konstruierten Typen und Typenmodell	314
10.4 Charakterisierung der Typen.....	317
10.4.1 Typus Permissives Gesundheitsverhalten bzw. die/der Gewährende.....	318
10.4.2 Typus Ambivalentes Gesundheitsverhalten bzw. die/der Schwankende.....	323
10.4.3 Typus Opportunistisches Gesundheitsverhalten bzw. die/der Pragmatische	326
10.4.4 Typus Innovatives Gesundheitsverhalten bzw. die/der Progressive	329
10.4.5 Zusammenfassender Vergleich der Typen von Gesundheitsverhalten	334

Teil III – Schlussbetrachtung und Ausblick.....	337
11 Die Studie im Rückblick.....	339
11.1 Resümee des Forschungsablaufes und der Untersuchungsergebnisse ...	339
11.2 Reflexion des Forschungsprozesses.....	342
11.3 Reflexion der Untersuchungsergebnisse	347
12 Erörterung der Forschungsergebnisse.....	351
12.1 Erkenntnisgewinn durch die Studienergebnisse.....	351
12.1.1 Theoretischer Erkenntnisgewinn	352
12.1.2 Praktische Implikationen der Studienergebnisse	357
12.2 Schlussfolgerungen und Ausblick.....	365
Literaturverzeichnis	371
Anhang.....	395

Abbildungsverzeichnis

<i>Abbildung 1:</i>	Problemfeld, Gegenstand und Ziel der Untersuchung	11
<i>Abbildung 2:</i>	Das Schichtmodell der Gesundheitswirtschaft.....	27
<i>Abbildung 3:</i>	Subjektive Vorstellungen von Gesundheit und Krankheit im Kontext.....	76
<i>Abbildung 4:</i>	Binnenstruktur und Arbeitsweise von Deutungsmustern	88
<i>Abbildung 5:</i>	Gesundheitsrelevante Verhaltensweisen	91
<i>Abbildung 6:</i>	Sozial-kognitive Modelle zur Erklärung von Gesundheitsverhalten	94
<i>Abbildung 7:</i>	Das sozial-kognitive Prozessmodell gesundheitlichen Handelns von Schwarzer.....	95
<i>Abbildung 8:</i>	Stufenmodell der Gesundheitskompetenz.....	101
<i>Abbildung 9:</i>	Das Verhältnis von Gesundheitsförderung und Krankheitsprävention	106
<i>Abbildung 10:</i>	Leitlinien der betrieblichen Gesundheitsförderung	114
<i>Abbildung 11:</i>	Kernprozesse des Betrieblichen Gesundheitsmanagements.....	118
<i>Abbildung 12:</i>	Handlungsfelder des Betrieblichen Gesundheitsmanagements	120
<i>Abbildung 13:</i>	Forschungsleitende Fragen der Untersuchung	151
<i>Abbildung 14:</i>	Die Auswertungsstufen des „Stufenmodells empirisch begründeter Typenbildung“	178
<i>Abbildung 15:</i>	Gesundheitsvorstellungen und Gesundheitshandeln: Begriffsnetzwerk	184
<i>Abbildung 16:</i>	Hierarchie der Begriffe	185
<i>Abbildung 17:</i>	Sampling nach Altersstruktur und Geschlecht	207
<i>Abbildung 18:</i>	Sampling nach Altersstruktur und Arbeitszeitmodell	208
<i>Abbildung 19:</i>	Sampling nach Arbeitszeitmodell und Geschlecht.....	209
<i>Abbildung 20:</i>	Sampling nach Altersstruktur und Schulabschluss	210
<i>Abbildung 21:</i>	Verfestigtes Kategoriensystem am Ende des Prozesses des axialen Kodierens.....	240

<i>Abbildung 22:</i>	Theoretisches Rahmenkonstrukt des Theoriemodells	245
<i>Abbildung 23:</i>	Integration des Kategoriensystems in das theoretische Rahmenkonstrukt	247
<i>Abbildung 24:</i>	Das Theoriemodell der spezifischen Entgrenzung von Pflegeberuf und Privatleben in den Gesundheitsdeutungen von Gesundheits- und Krankenpflegekräften	252
<i>Abbildung 25:</i>	Das Phänomen der Toleranz und seine Dimensionen	254
<i>Abbildung 26:</i>	Das Phänomen des Autonomiekonfliktes und seine Dimensionen	266
<i>Abbildung 27:</i>	Deutungsebene mit Hauptphänomen und entsprechenden Dimensionen	274
<i>Abbildung 28:</i>	Das Phänomen der Selektion und seine Dimensionen	277
<i>Abbildung 29:</i>	Das Phänomen der Ambivalenz durch Gesundheitskompetenz und diskrepantes Gesundheitsverhalten und seine Dimensionen	284
<i>Abbildung 30:</i>	Das Phänomen der Ambivalenz durch Verhältniskonformität und Verhältnisprävention und seine Dimensionen	290
<i>Abbildung 31:</i>	Handlungsebene mit Hauptphänomen und entsprechende Dimensionen	297
<i>Abbildung 32:</i>	Antwort der Forschungsfrage anhand des Theoriemodells	300

Tabellenverzeichnis

<i>Tabelle 1:</i> Pflegedienst im Krankenhaus 2015, nach Geschlecht.....	37
<i>Tabelle 2:</i> Krankenhäuser, Betten und Patientenbewegung zwischen 1991-2015	43
<i>Tabelle 3:</i> Inhaltliche Bestimmung von Gesundheit	74
<i>Tabelle 4:</i> Präventionsmaßnahmen nach der Perspektive des Krankheitsverlaufs	108
<i>Tabelle 5:</i> Struktur des Interviewleitfadens.....	195
<i>Tabelle 6:</i> Vergleichsdimensionen auf der Deutungsebene	311
<i>Tabelle 7:</i> Vergleichsdimensionen auf der Handlungsebene	311
<i>Tabelle 8:</i> Zuordnung der Fälle zu den vier Typen des Gesundheitsverhaltens.....	314
<i>Tabelle 9:</i> Typenmodell des Gesundheitsverhaltens der Gesundheits- und Krankenpflegekräfte.....	317
<i>Tabelle 10:</i> Kennzeichen der Typen von Gesundheitsverhalten	334
<i>Tabelle 11:</i> Verhältnispräventive Handlungsempfehlungen zur Arbeitsorganisation	361

Abkürzungsverzeichnis

AKG	Arbeits- und Koordinierungsstelle Gesundheitsversorgungsforschung
AWMF-IMWi	Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften – Institut für Medizinisches Wissensmanagement
ÄZQ	Ärztliches Zentrum für Qualität in der Medizin
BAuA	Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin
BBGM	Bundesverband Betriebliches Gesundheitsmanagement
BDS	Bundesverband Deutscher Soziologen
BDSG	Bundesdatenschutzgesetz
BEM	Betriebliches Eingliederungsmanagement
BGF	Betriebliche Gesundheitsförderung
BGM	Betriebliches Gesundheitsmanagement
BGW	Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege
BKK	Betriebskrankenkasse
BMBF	Bundesministerium für Bildung und Forschung
BMWi	Bundesministerium für Wirtschaft und Energie
BWS	Bruttowertschöpfung
BZgA	Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung
DAHTA	Deutsche Agentur für Health Technology Assessment
DAK	Deutsche Angestellten Krankenkasse
DFG	Deutsche Forschungsgemeinschaft
DGP	Deutsche Gesellschaft für Pflegewissenschaft
DGS	Deutsche Gesellschaft für Soziologie
DIMDI	Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information
dip	Deutsches Institut für angewandte Pflegeforschung e.V.

DPR	Deutscher Pflegerat e.V.
DRG	Diagnosis Related Group
ENBGf	Europäisches Netzwerk für Betriebliche Gesundheitsförderung
EU	Europäische Union
GKV	Gesetzliche Krankenversicherung
GT	Grounded Theory
GTM	Grounded-Theory-Methodologie
HAPA	Health Action Process Approach
HLS-EU	Health Literacy Survey-Europäische Union
HRM	Human Resource Management
ICD	International Classification of Diseases and Related Health Problems
IGA I	Initiative Gesundheit und Arbeit
KHEntgG	Krankenhausentgeltgesetz
KHG	Krankenhausfinanzierungsgesetz
KrPflAPrV	Ausbildungs- und Prüfungsverordnung für die Berufe in der Krankenpflege
KrPflG	Krankenpflegegesetz
PatRechteG	Patientenrechtegesetz
SGB	Sozialgesetzbuch
SVR	Sachverständigenrat
UK NRW	Unfallkasse Nordrhein-Westfalen
WHO	World Health Organization

Teil I – Theoretischer Teil



1 Einleitung

*„Gesundheit geht ja, es geht ja nicht nur um diese körperlichen Sachen.
Es geht ja auch ganz viel auch um's Miteinander“¹ (IP²04, 541-542).
„Also gesund ist für mich auch, wenn jemand mit seinen Problemen gut umgehen kann –
die natürlich auch jeder hat. Wenn jemand das auch ausstrahlt,
wenn jemand glücklich ist. Das ist für mich auch gesund“ (IP09, 94-96).
„Ich würde auch sagen, dass jeder Mensch für sich subjektiv entscheidet,
wann bin ich gesund und wann nicht“ (IP06, 66-67).*

Was unter dem alltäglichen Begriff der Gesundheit zu verstehen ist, lässt sich auch in wissenschaftlichen Definitionen nicht zweifelsfrei festlegen. Einem *objektiven* Konzept von Gesundheit bzw. Gesundheitszustand steht ein Konzept subjektiver Gesundheitsvorstellungen gegenüber. Danach werden Konzepte und Theorien von Gesundheit subjektiv, in einem lebensgeschichtlich dynamischen Prozess konstruiert.

Schon Kleinkinder beginnen „ihre Welt“ zu erkunden und entwickeln so subjektive Theorien, die je nach Lebenslauf weiter ausgebildet werden. Jeder Mensch hat auf diese Art ein „pragmatisches Wissen erworben, über dessen Herkunft und Rechtfertigung er sich in der Regel keine Gedanken macht“ (Beck & Krapp, 2006, S. 55). Werden eigene Wissensbestände hinterfragt, beispielsweise aufgrund neuer Erkenntnisse, Erlebnisse oder Ausbildung, können subjektive Theorien auch entsprechend angepasst oder revidiert werden.

Bei der subjektiven Konstruktion von Gesundheit gründet der *Bauplan* einerseits auf individuellen Eigenarten der Konstitution, auf Merkmalen wie Geschlecht und Alter oder biografischen Erfahrungen. Andererseits jedoch stehen die vorhandenen Gesundheitsvorstellungen in einer unauflösbaren Beziehung zu

¹ In der vorliegenden Arbeit sind alle wörtlichen Zitate durch Anführungszeichen gekennzeichnet und als Blockzitat mit rechtem und linken Einzug in derselben Schrifttype wiedergegeben wie der übrige Text. Ausgenommen sind die Zitate der Interviewpersonen der vorliegenden Studie, die allesamt durch kursive Schrift kenntlich gemacht sind.

² IP: Interviewperson oder auch Interviewpartner/-in. In der vorliegenden Arbeit wird eine geschlechtergerechte Sprache durch Neutralisierung oder Sichtbarmachung des Geschlechts angewandt. Davon ausgenommen sind Direktzitate.

übergeordneten sozialen Rahmenbedingungen und *vordefinierten* sozio-kulturellen Deutungen der Gesundheit. Von Relevanz ist nun, dass die im sozialen Kontext entstehenden subjektiven Gesundheitsvorstellungen entscheidend unsere Wahrnehmungen und Handlungen im Umgang mit Gesundheit und Krankheit leiten.

Unter diesem Aspekt, also der Erklärung und Begründung von Gesundheitsverhalten, ist die subjektive Gesundheitskonstruktion in der vorliegenden Untersuchung essenziell. Anhand theoretischer Konzepte von subjektiven Gesundheitsvorstellungen sowie sozialen Deutungsmustern wird Gesundheitsverhalten sowohl auf der individuell-biografischen Ebene als auch auf beruflicher und sozial-kultureller Ebene erforscht. Wie im Titel der Arbeit formuliert, werden die komplexen Prozesse subjektiver Gesundheitskonstruktion als grundlegend für die Handlungsstrategien der betrieblichen Prävention und Gesundheitsförderung erachtet.

Die Untersuchung der subjektiven und sozialen Determinanten im Gesundheitsverhalten der Gesundheits- und Krankenpflegekräfte basiert hauptsächlich auf konstruktivistischen und subjekttheoretischen Ansätzen. Das hier vertretene Menschenbild ist auch für das Verständnis von Prävention und Gesundheitsförderung grundlegend, da der Mensch demzufolge aktiv, mehr oder weniger kompetent als Mitgestalter seiner Gesundheit wirken kann (vgl. Faltermaier, 2005, S. 189). Des Weiteren ermöglicht die salutogenetische Orientierung einen Perspektivenwechsel hinsichtlich des dominierenden Paradigmas der Pathogenese im professionellen Gesundheitssystem.

Dieser theoretisch abstrahierten Umschreibung der vorliegenden Untersuchung geht ein praxisbezogenes Problem voraus, das auch das Forschungsinteresse und Untersuchungsziel dieser Arbeit begründet. Es handelt sich um die Gesundheitssituation der Pflegefachpersonen, der zahlenmäßig größten Berufsgruppe im Gesundheitswesen. Diesbezüglich werden in jährlichen Gesundheitsstatistiken (vgl. Grabbe, Nolting & Loos, 2005; Wieland, 2009; Kordt, 2015) ebenso wie in der subjektiven Wahrnehmung der Befragten (vgl. Buxel, 2011; Zander, Dobler & Busse, 2011; Bomball, Schwanke, Stöver & Görres, 2010) überdurchschnittlich hohe Ausfallzeiten bzw. viele Gesundheitsstörungen berichtet. Die Auswirkungen der Gesundheitssituation im betrieblichen Ablauf verstärken zusätzlich das Ausgangsproblem.

In diesem Zusammenhang stehen das Gesundheitsverhalten dieser Zielgruppe, Berufsspezifika im Untersuchungsfeld Krankenhaus sowie das Betriebliche Ge-

sundheitsmanagement (BGM) im Mittelpunkt der Untersuchung. Anhand der erfassten subjektiven Gesundheitsvorstellungen der Interviewpersonen werden kollektive gesundheitsrelevante Deutungs- und Handlungsmuster der Berufsgruppe selektiert und abschließend in eine berufsbezogenen Typologie von Gesundheitsverhalten integriert. Dieses empirisch basierte Forschungsergebnis soll entsprechend der Zielsetzung eine bedarfs- und zielgruppenorientierte Konzeption betrieblicher Gesundheitsmaßnahmen praxisorientiert ergründen.

1.1 Problemstellung, Gegenstand und Ziel der Untersuchung

Das Gesundheitswesen sieht sich zunehmend mit rapiden sozialen Wandlungsprozessen konfrontiert. Entsprechend stark ist auch das Untersuchungsfeld dieser Arbeit, das Krankenhaus mit dem Berufszweig der Pflege, von einer hohen Dynamik gekennzeichnet. Die Gesundheits- und Krankenpflegekräfte, also die hier untersuchten beruflichen Akteure, sind von aktuellen Entwicklungen wie der Ökonomisierung im Gesundheitssystem, dem demografischen Wandel, der Individualisierung der Gesellschaft und der Digitalisierung oder Globalisierung in gleich mehrfacher Hinsicht betroffen. Solche gesellschaftlich relevanten Wandelprozesse führen derzeit dazu, dass die Funktionen der Pflegeberufe – zwingend – größere soziale Bedeutung erlangen. Zugleich nehmen auch Umfang und Anspruch an die professionellen Aufgaben dieser Berufsgruppe zu.

Der soziale Bedeutungsgewinn sowie die erhöhten Anforderungen im Berufsfeld stehen (noch) in keinem günstigen Verhältnis zur Entwicklung entsprechender Rahmenbedingungen für eine gelingende Aufgabenumsetzung. Pflegefachpersonen sind überdurchschnittlich stark von Gesundheitsstörungen betroffen. So werden z. B. im *Gesundheitsreport 2012* der Deutschen Angestellten Krankenkasse (DAK) (vgl. Kordt, 2012, S. 131-132) hohe Ausfallzeiten im Gesundheitswesen infolge vergleichsweise häufiger Erkrankungen und Gesundheitsstörungen mit langer Erkrankungsdauer beim Pflegefachpersonal attestiert.

Die jährlichen Gesundheitsstatistiken der Krankenkassen bilden auch einen fortlaufenden Trend hinsichtlich der Art der Erkrankungen ab. Ehemals *berufsklassische* Auslöser für krankheitsbedingte Ausfallzeiten, etwa körperliche und Umgebungsbelastungen sowie Erkrankungen aus der Diagnosegruppe *Verletzungen*, nehmen tendenziell ab (vgl. Oppolzer, 2011, S. 76; Macco & Stallauke, 2010,

S. 295). Demgegenüber steigt die Zahl der Krankheitsfälle in der Diagnosegruppe *Psychische und Verhaltensstörungen*³ signifikant an (vgl. Grabbe et al., 2005; Wieland, 2009; Oppolzer, 2011; Kordt, 2014). Diese Entwicklungen lassen u. a. auf den Wandel des Belastungsspektrums im Berufsfeld schließen und belegen die Zunahme psychischer Belastungen am Arbeitsplatz (vgl. Wieland & Scherrer, 2004, S. 38; Wieland, 2009, S. 75).

Die Auswirkungen dieses Problems belasten alle beteiligten Akteure (betroffene Mitarbeiter/-innen, Patienten/-innen, Führungskräfte, Pflgeteams) und haben nicht zuletzt weitreichende ökonomische Konsequenzen für die Einrichtungen und deren Auftragserfüllung. Krankheitsbedingte Ausfallzeiten lassen sich in Anlehnung an Brandenburg und Nieder (2009) unter drei verschiedenen Aspekten beurteilen.

Danach sind Fehlzeiten der Beschäftigten als *Signal* zu bewerten. Sie repräsentieren einen wichtigen „personalwirtschaftlichen Frühwarnindikator“ (Nieder, 2009, S. 13), der Einrichtungen zur Ursachenforschung anregen sollte. Aufgrund beständig hoher Fehlzeiten in übergreifenden Statistiken der Berufsgruppe stellt sich natürlich zudem die Frage nach systeminduzierten Ursachen im Berufsfeld. Auch alternative Untersuchungskriterien von Ausfallzeiten, z. B. das persönliche Gesundheitsverhalten der Gesundheits- und Krankenpflegekräfte oder Fälle von Absentismus⁴ ebenso wie die bekannt hohe Fluktuation im Berufsfeld (vgl. Löffert & Golisch, 2013, S. 30), lassen sich nicht abgelöst von beruflichen Arbeitsbedingungen bzw. deren *Attraktivität* beurteilen.

Im betriebswirtschaftlichen Ablauf werden Fehlzeiten als *Störfaktor* aufgefasst. Relevant dabei sind die qualitativen wie quantitativen Einschränkungen der Leistungen infolge von Personalausfall, verbunden mit einem erheblichen Mehraufwand durch organisatorische Umstellungen. In der beruflichen Pflege werden durch Zusatzbelastungen der anwesenden Mitarbeiter/-innen sowie durch *Ein-springen* als Vertretung weitere Gesundheitsrisiken generiert.

³ Die Diagnosegruppen in den Gesundheitsberichten der Krankenkassen werden nach der von der Weltgesundheitsorganisation (WHO; World Health Organization) erarbeiteten *International Classification of Diseases and Related Health Problems* (ICD10) kodiert. Die Diagnosegruppe *Psychische und Verhaltensstörungen* umfasst u. a. Depressionen und rezidivierende depressive Störungen, psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen und durch Alkohol, Schizophrenie, Reaktionen auf schwere Belastungen und Angststörungen.

⁴ Absentismus: Abwesenheit vom Arbeitsplatz, die nicht auf krankheitsbedingte Gründe zurückzuführen ist.

Beim ökonomischen Aspekt der Fehlzeiten als *Kostenfaktor* wird zwischen bezifferbaren direkten Kosten und den sogenannten indirekten Kosten unterschieden. Direkte Kosten beinhalten z. B. Gehaltsfortzahlungen, Vertretungskosten oder Kosten für Überstunden. Nicht zu vernachlässigen sind unter aktuellen Wettbewerbsbedingungen der Krankenhäuser auch indirekte Kosten wie Imageschäden, mangelnde Arbeitsmoral und negative Einstellung zum Unternehmen oder Arbeitsunzufriedenheit.

Diese ökonomische Perspektive allein – Fehlstunden als Stör- und Kostenfaktoren – bietet jedoch kein Lösungskonzept für das objektive Problem der Gesundheitsstörungen von Gesundheits- und Krankenpflegekräften. Wohl aber können Erfahrungen bzgl. Fachkräftemangels im Gesundheitswesen verdeutlichen, dass die eingesetzten Fachkräfte den wichtigsten Produktionsfaktor stellen, der sich nur bedingt durch Automatisierung und Rationalisierung optimieren lässt. Leistungsfähigkeit und Leistungsbereitschaft der Beschäftigten sind hier entscheidend für den Unternehmenserfolg. Problembedingt müssen also zukünftige Lösungsansätze die Perspektive der Beschäftigten verstärkt verfolgen und auch einbeziehen.

Ein solcher Ansatzpunkt zur Reduzierung von Fehlzeiten basiert auf Strategien einer aktiven Förderung der Mitarbeiter/-innengesundheit. Krankheitsbedingte Ausfallzeiten in diesem Berufsfeld, die primär im Zusammenhang mit multifaktoriellen Belastungen am Arbeitsplatz gesehen werden, lassen sich „durch betriebliche Präventionsmaßnahmen grundsätzlich reduzieren“ (vgl. Kordt, 2012, S.131-132). Ein ganzheitliches Konzept von Verhaltens- und Verhältnisprävention ermöglicht, sowohl personenbezogen wie auch auf struktureller Ebene die Gesundheit dieser Berufsgruppe zu fördern und damit Fehlzeiten zu reduzieren.

In diesem skizzierten Zusammenhang bildet das BGM den übergeordneten Rahmen des Forschungsinteresses dieser Arbeit. Dieses moderne Managementsystem basiert auf wissenschaftlichen Methoden und Analyseinstrumenten sowie Grundsätzen einer aktiven Partizipation der Beschäftigten bei der Planung und Durchführung von betrieblichen Gesundheitsmaßnahmen. Dadurch können prinzipiell sowohl gesundheitsrelevante Belange der Mitarbeiter/-innen als auch die ökonomischen Zielsetzungen der Einrichtungen berücksichtigt werden. Dieses Potenzial des Systems begründet das steigende Interesse der Unternehmen, BGM als strategisches Mittel zur Förderung eines *gesunden Unternehmens* zu implementieren.

Jedoch drängen sich mit Blick auf die beständig kritische Situation des Gesundheitszustandes der Gesundheits- und Krankenpflegekräfte (Wieland & Scherrer, 2004; Wieland, 2009; Kordt, 2012; Hirsch & Lindenberg, 2013; Löffert & Golisch, 2013) verstärkt Fragen nach der Effizienz betrieblicher Gesundheitsmaßnahmen auf. Die professionell erworbenen Gesundheitskompetenzen von Gesundheits- und Krankenpflegekräften versprechen grundsätzlich optimale Voraussetzungen zur Umsetzung von Interventionen im Rahmen des BGMS. Auch bietet diesbezüglich das Setting *Krankenhaus* ideale Bedingungen, z. B. durch die Existenz fester Leitlinien, Strukturen, Kommunikationskanäle, Zugangswege zur Zielgruppe etc.

Angesichts präsentierter Gesundheitsdaten können diese Vorannahmen aber nur bedingt bestätigt werden. Nicht zuletzt ist festzustellen, dass das professionelle Wissen der Pflegefachpersonen nicht „automatisch“ im privaten Gesundheitshandeln umgesetzt wird (vgl. Bomball et al., 2010, S. 1053; Jansen, 2011, S. 86-87). Auch im Rahmen der eigenen Tätigkeit als Gesundheitsmanagerin konnte die Verfasserin feststellen, dass Angebote der Prävention und Gesundheitsförderung oft auf Skepsis der Adressaten stoßen und trotz Bedarfs nicht angenommen werden.

Die Ineffektivität vieler Interventionen sowie eine geringe Inanspruchnahme von Angeboten betrieblicher Gesundheitsmaßnahmen wird auf das „Gießkannenprinzip“ gängiger Praxis der Maßnahmenkonzeption zurückgeführt (vgl. Jansen, 2011, S. 102-103). So bemängelt z. B. Altgeld (2006) die fehlende Berücksichtigung der Verschiedenartigkeit bzw. der Heterogenität der Zielgruppen bei der Maßnahmenplanung. Demzufolge sind Pflegefachpersonen eine heterogene Gruppe, die sich hinsichtlich Geschlecht, Alter, Religion, kultureller Herkunft, sozialem Status, Bedürfnissen, Wünschen und Potenzialen stark unterscheidet. Faltermaier (1998) führt den geringen Erfolg der Maßnahmen darauf zurück, dass die Experten bei deren Planung die Subjektorientierung außer Acht lassen.

Subjektorientierung bedeutet, dass sowohl die subjektiven Gesundheitsvorstellungen von Individuen bzw. Zielgruppen als auch ihre bereits praktizierten Selbsthilfeaktivitäten als Grundlage und Ausgangspunkt für die Praxis zu berücksichtigen sind. Oft wird die partizipative Praxis vernachlässigt, die Menschen als kompetente Akteure im Umgang mit ihrer Gesundheit betrachtet mit der Folge, dass selbst gutgemeinte Maßnahmen Gefahr laufen, entweder nicht angenommen zu werden oder als „Versuche staatlicher Kontrolle und Bevormundung verstanden zu werden“ (vgl. Faltermaier, Kühnlein & Burda-Viering, 1998a, S. 198).

Ein notwendiger Paradigmenwechsel in der Prävention und Gesundheitsförderung mit dem Ansatz verstärkter Subjektorientierung wird durch zahlreiche Studien untermauert (vgl. Renner & Schwarzer, 2000; Faltermaier, 2005). Diese verdeutlichen den engen Zusammenhang zwischen psychosozialen Determinanten der Gesundheit und dem tatsächlichen Krankheits- und Gesundheitsverhalten von Individuen. Demzufolge können nur „maßgeschneiderte“ Angebote, die u. a. die spezifische Lebenslage und „Wahrnehmungs-, Beurteilungs-, Einstellungs- und Handlungsschemata“ (vgl. Hurrelmann, 2010, S. 72) der Adressaten berücksichtigen, die Effektivität und Akzeptanz der Maßnahmen erhöhen.

Diese Erkenntnisse bestätigen auch persönliche Erfahrungen aus dem Berufsfeld. Sowohl aus der Perspektive als Adressatin wie auch als Initiatorin und Mitplanerin entsprechender BGM-Angebote konnte die Verfasserin grundlegende Probleme in der praktischen Umsetzung von Maßnahmen erkennen. Dementsprechend konzentriert sich das **Forschungsinteresse** auf die Problematik einer bedarfs- und zielgruppenorientierten Planung von betrieblichen Gesundheitsmaßnahmen. Im BGM-Prozess steht die Planung von Maßnahmen in engem Zusammenhang mit der Problemanalyse, Auswahl der Zielgruppe und Gestaltung der Maßnahmen. Eine erweiterte Subjektorientierung bei der Planung von Angeboten ist jedoch entscheidend für die Akzeptanz bzw. Inanspruchnahme und somit für die Wirksamkeit von Gesundheitsmaßnahmen.

Mit dieser Schwerpunktsetzung in der Konzeptionierung betrieblicher Gesundheitsmaßnahmen wird das Forschungsinteresse untersuchungsrelevant eingegrenzt. Entsprechend dem präsentierten subjektorientierten Ansatz der Studie besteht jedoch ein grundsätzlich zu lösendes Problem: Erfordernisse einer subjektorientierten Angebotsplanung müssen mit praxisrelevanten Erfordernissen einer betrieblich effizienten, gruppenspezifischen Maßnahmenplanung vereinbart werden. Die wissenschaftliche *Vertiefung* in bestehende Ansätze und Konzepte zum Thema leiteten letztendlich den Fokus der vorliegenden Untersuchung auf die Erforschung der subjektiven Konstruktion von Gesundheit.

Dieser Ansatz ermöglicht, konstitutive Strukturen im individuellen Gesundheitskonzept, z. B. Gesundheitserziehung, berufliche Sozialisation, objektive Situationsanforderungen und Handlungsstrategien bzw. deren Wechselwirkungen zu ergründen. Die untersuchten individuellen Gesundheitsvorstellungen und Handlungen offenbaren auch die implizit enthaltenen sozialen oder gruppenspezifischen Deutungs- und Handlungsschemata im Berufsfeld. Diese kollektiven Mus-

ter von Gesundheitsverhalten, die generativ an individuellen Gesundheitshandlungen beteiligt sind, werden in der Untersuchung als zielführend erachtet.

Mit Bezug auf die Problemdarstellung können **Gegenstand und Ziel der Untersuchung** wie folgt zusammengefasst werden: Die Optimierung betrieblicher Handlungsstrategien der Prävention und Gesundheitsförderung, *maßgeschneidert* auf die Berufsgruppe von Gesundheits- und Krankenpflegkräften, bildet das übergeordnete Ziel der Untersuchung. Mit dieser Zielrichtung werden aufgrund subjektiver Gesundheitskonstruktionen die sozialen bzw. gruppenspezifischen Deutungs- und Handlungsmuster im Gesundheitsverhalten der Berufsgruppe rekonstruiert und in eine berufsbezogene Typologie integriert. Dieses Untersuchungsergebnis soll praxisrelevant im Zusammenhang mit der Planung von BGM-Maßnahmen analysiert werden.

Die anschließende Abbildung 1 gibt einen schematischen Überblick über das präsentierte Problemfeld, über Gegenstand und Ziel der Untersuchung.

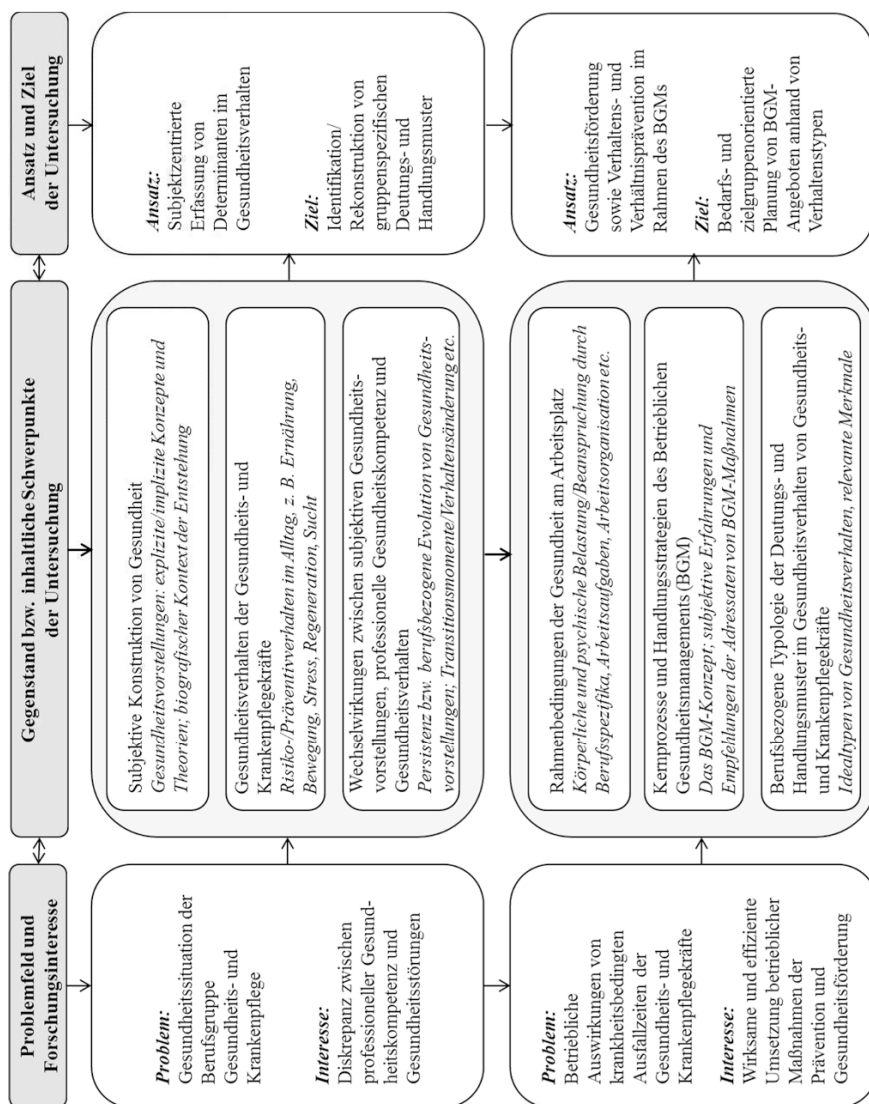


Abbildung 1: Problemfeld, Gegenstand und Ziel der Untersuchung

1.2 Relevanz der Untersuchung

Die Komplexität unserer Lebens- und Arbeitswelt erfordert zunehmend mehr Kompetenzen, nicht zuletzt die Gesundheitskompetenz, um gesund zu bleiben oder zu werden. Sie ist in der Gesellschaft des 21. Jahrhunderts eine der Grundkompetenzen, die über das ganze Leben hinweg immer neu hergestellt werden muss (vgl. Kickbusch & Hartung, 2014, S. 99). Fehlende Gesundheitskompetenz wirkt sich negativ aus, und zwar auf individueller wie auf gesellschaftlicher Ebene, wobei letztere gleich mehrfach betroffen ist, z. B. im Gesundheitswesen, in der Wirtschaft oder in der Politik (vgl. Steiger & Spycher, 2006, S. 14-15). Dementsprechend geht die Bedeutung von Gesundheit über das individuelle Interesse hinaus und begründet das gesellschaftliche Interesse einer wirksamen Prävention und Gesundheitsförderung.

Die eingrenzende thematische Ausrichtung auf Gesundheits- und Krankenpflegekräfte erklärt sich durch die spezielle Funktion und Situation dieser Berufsgruppe. Nach Einschätzung der Expertenkommission *Betriebliche Gesundheitspolitik* der Bertelsmann Stiftung und der Hans-Böckler-Stiftung (2004) gilt das Gesundheitswesen, einer der bedeutendsten Beschäftigungsbereiche insgesamt, als „Hochrisikobereich“ für die Gesundheit und das Wohlbefinden der dort Beschäftigten. Die Expertenkommission wies darauf hin, dass die Entwicklung in den einzelnen Berufsgruppen und Branchen noch sehr uneinheitlich sei; hier bestehe ein besonderer Forschungs- und Berichterstattungsbedarf.

Pflegefachpersonen und die Auszubildenden aus diesem Bereich erbringen Gesundheitsdienstleistungen, gehören aber selbst zu der Berufsgruppe, die überdurchschnittlich stark von Gesundheitsstörungen betroffen ist (vgl. Kordt, 2012, S. 132). Wie in der vorliegenden Untersuchung priorisiert, stellt sich die Frage, inwieweit z. B. das professionelle Wissen, der Berufsalltag oder das traditionelle biomedizinische Krankheitsmodell im Krankenhaus einen Einfluss auf das persönliche Gesundheitsverhalten der hier Beschäftigten haben.

Die aktuelle und zukunftsorientierte Relevanz des Untersuchungsgegenstands sowie der ausgewählten Berufsgruppe ergibt sich nicht zuletzt auch aufgrund des fortlaufenden demografischen Wandels. Die Auswirkungen dieses Wandels treffen das Gesundheitswesen in besonderem Maße und erhöhen die gesundheitlichen Belastungen für diese Berufsgruppe. Die veränderten Anforderungen durch die Patienten/-innenstruktur und deren Gesundheitsstörungen sind nur ein Aspekt des

demografischen Wandels. Mit der Alterung der Belegschaften wird grundsätzlich auch die Zahl der Pflegefachpersonen zunehmen, die gesundheitlich eingeschränkt und nur begrenzt einsetzbar sind. Gleichzeitig besteht bereits ein Mangel an jungen Nachwuchskräften und qualifizierten Pflegefachpersonen.

Vor diesem Hintergrund steigt die Bedeutung der Mitarbeiter/-innengesundheit auch aus betriebswirtschaftlicher Sicht. Arbeitgeber unterstützen demzufolge verstärkt, über die gesetzlichen Vorgaben hinaus, Maßnahmen der Prävention und Gesundheitsförderung, z. B. im Rahmen des BGMs. Das Vorhaben dieser Studie, die Deutungs- und Handlungsmuster im Gesundheitsverhalten von Gesundheits- und Krankenpflegekräften zu untersuchen und diese als Ausgangspunkt für die Entwicklung betrieblicher Gesundheitsmaßnahmen zu nehmen, kann auch in weiteren Zusammenhängen an Bedeutung gewinnen:

- *Berufliche Relevanz*

Gesundheits- und Krankenpflegekräfte sind bereits zu Beginn der Ausbildung besonderen Belastungen ausgesetzt. Laut einer bundesweiten Vollerhebung zur Gesundheitsförderung und Prävention an Pflegeschulen erklärten 49,4 % der befragten Schulleitungen, dass „die gesundheitsfördernden und präventiven Maßnahmen an ihren Pflegeschulen nicht ausreichen, um die Auszubildenden adäquat auf die Anforderungen und Belastungen des Pflegeberufes vorzubereiten“ (Bomball et al., 2010, S. 1049). Einen konstruktiven Beitrag könnte hierbei eine differenzierte alters- und altersorientierte Planung von Maßnahmen leisten, die auch mit der Zielsetzung dieser Arbeit vereinbar ist. Die Etablierung eines wirksamen und aus Sicht der Arbeitgeber effizienten BGMs hat vor allem für die Berufsgruppe weitreichende Auswirkungen. Primär können in diesem Rahmen berufsbedingte Belastungen am Arbeitsplatz, und zwar in Bezug auf das individuelle Verhalten wie auch auf die systemischen Verhältnisse, thematisiert und aktiv optimiert werden. Abgesehen davon leistet ein funktionierendes BGM zudem einen Beitrag dazu, dass die Attraktivität sowie Ansehen und Anerkennung von Pflegefachberufen neue Impulse erhält und Dienstleister der Gesundheit auch in eigener Sache professionell agieren.

- *Gesellschaftliche Relevanz*

Im Vordergrund stehen hier natürlich die Bedeutung einer leistungsfähigen Krankheits- und Gesundheitsversorgung und in diesem Zusammenhang die