

# **Betriebliche Gesundheitsförderung aus Perspektive des Pflegepersonals im intramuralen Bereich in Österreich**

Masterarbeit

am

Fachhochschul-Masterstudiengang Betriebswirtschaft & Wirtschaftspsychologie  
an der Ferdinand Porsche FERNFH

Lisa-Maria Richter, BA

11828108

Begutachter: Mag. Andreas Kremla

Steinbrunn, Mai 2024

## Eidesstattliche Erklärung

Ich erkläre hiermit, dass ich die vorliegende Arbeit selbstständig und ohne Benutzung anderer als der angegebenen Quellen und Hilfsmittel angefertigt habe. Alle Stellen, die wörtlich oder sinngemäß übernommen wurden, habe ich als solche kenntlich gemacht. Die Arbeit wurde in gleicher oder ähnlicher Form noch keiner anderen Prüfungsbehörde vorgelegt oder veröffentlicht. Die vorliegende Fassung entspricht der eingereichten elektronischen Version.

*Lisa - Maria Richter*

20. Mai 2024

Unterschrift

## Zusammenfassung

Der demografische Wandel und die damit einhergehende steigende Nachfrage nach Pflegepersonal stellen in Anbetracht des Fachkräftemangels in der Pflege eine komplexe Problematik dar. Die Belastungen sind darüber hinaus im Pflegeberuf besonders hoch und daher sollte die betriebliche Gesundheitsförderung an Bedeutung gewinnen. Aus diesem Grund wird in der vorliegenden Masterarbeit untersucht, wie das österreichische Pflegepersonal im intramuralen Bereich die betriebliche Gesundheitsförderung wahrnimmt. Ziel der Arbeit war es aufzudecken, welche Belastungen und Anforderungen im Pflegeberuf relevant sind, welche betrieblichen Gesundheitsförderungsmaßnahmen angeboten werden und wie diese wahrgenommen werden, die Herausforderungen bei der Nutzung von Maßnahmen aufzudecken, Verbesserungsstrategien zu erheben und zu zeigen, welche Relevanz gesundheitsförderliche Arbeitsbedingungen, insbesondere Wertschätzung haben. Im Zuge dessen wurde eine qualitative Studie mit zwölf Proband\*innen, welche als Pflegepersonal im intramuralen Bereich in Österreich tätig sind, durchgeführt. Die Daten wurden anhand leitfadengestützter, mündlicher Einzelinterviews gewonnen und mittels einer Inhaltsanalyse nach Mayring ausgewertet. Die Ergebnisse zeigen, dass die Wahrnehmung der betrieblichen Gesundheitsförderungsmaßnahmen unterschiedlich ist, wobei der Großteil des befragten Pflegepersonals die angebotenen Maßnahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung als unzureichend hinsichtlich ihrer Bedürfnisse und Belastungen wahrnehmen. Es zeigt sich außerdem, dass die Belastungen und Anforderungen mit den Herausforderungen bei der Nutzung von Maßnahmen verknüpft sind und dass sich diese gegenseitig beeinflussen. Die Belastungen im Pflegeberuf können nicht durch Maßnahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung reduziert werden, wenn die Pflegepersonen aufgrund dieser Belastungen verhindert sind an Maßnahmen teilzunehmen. Die Belastungen müssen daher reduziert werden, um die Teilnahme an Maßnahmen zu ermöglichen. Um sicherzustellen, dass die betriebliche Gesundheitsförderung einen validen Beitrag zur Gesundheit des Pflegepersonals leisten kann, müssen die Arbeitsbedingungen dahingehend verbessert werden, dass die betriebliche Gesundheitsförderung überhaupt vom Pflegepersonal genutzt werden kann. In der vorliegenden Arbeit wurden Verbesserungsstrategien identifiziert und erkannt, wie hoch die Bedeutung von Arbeitsbedingungen und Wertschätzung für die Gesundheit des Pflegepersonals ist.

Schlüsselbegriffe: Betriebliche Gesundheitsförderung, Pflegepersonal, Fachkräftemangel in der Pflege, Gesundheit, Belastungen im Pflegeberuf, Wertschätzung, Arbeitsbedingungen

## **Abstract**

The demographic change and the associated increasing demand for nursing staff, in view of the shortage of skilled nursing professionals, present a major challenge. The stress levels in the nursing profession are particularly high, therefore workplace health promotion should gain importance. For this reason, this master's thesis examines how the Austrian nursing staff in the hospital sector perceives workplace health promotion. The aim of this study was to uncover the stress factors and demands to which nursing staff are exposed, to identify which workplace health promotion measures are offered and how these are perceived, to identify the challenges in using these measures, to determine what needs to be improved and to highlight the relevance of health sustaining working conditions, especially appreciation. In this context, a qualitative study with twelve participants working as nursing staff was conducted. The data were collected through semi-structured, individual interviews and analyzed using a qualitative content analysis by Mayring. The results show that the perception of health care measures vary. Most of the participants perceive the offered workplace health promotion as inadequate in relation to their needs and demands. It also becomes clear that the stress factors and demands are linked to the challenges in using these measures and influence each other. The stress factors and demands in the nursing profession cannot be reduced through workplace health promotion measures if the nursing staff are prevented from participating in these measures due to these stress factors and demands. To enable the use of these measures, the stress factors and demands must be reduced. To ensure that workplace health promotion can make a valid contribution to the health of nursing staff, the working conditions must be improved so that workplace health promotion can be utilized effectively. In this study, improvement strategies were therefore identified, and the importance of working conditions and appreciation for the health of nursing staff was acknowledged.

**Keywords:** workplace health promotion, nursing staff, shortage of nursing staff, health, stress levels in the nursing profession, appreciation, working conditions

# Inhaltsverzeichnis

|          |                                                                     |          |
|----------|---------------------------------------------------------------------|----------|
| <b>1</b> | <b>Einleitung.....</b>                                              | <b>1</b> |
| 1.1      | Ausgangssituation .....                                             | 1        |
| 1.2      | Problemstellung .....                                               | 2        |
| 1.3      | Fragestellung und Zielsetzung.....                                  | 3        |
| <b>2</b> | <b>Theoretischer Hintergrund.....</b>                               | <b>4</b> |
| 2.1      | Gesundheit .....                                                    | 4        |
| 2.1.1    | Determinanten der Gesundheit.....                                   | 6        |
| 2.1.2    | Soziale Determinanten der Gesundheit .....                          | 8        |
| 2.1.3    | Das Konzept der Salutogenese .....                                  | 8        |
| 2.2      | Der Zusammenhang zwischen Gesundheit und Arbeit .....               | 14       |
| 2.2.1    | Belastungs-Beanspruchungs-Modell .....                              | 15       |
| 2.2.2    | Strukturelle Hintergründe von Gesundheit und Arbeit.....            | 17       |
| 2.2.3    | Das Maslach Burnout Inventory .....                                 | 17       |
| 2.3      | Betriebliche Gesundheitsförderung .....                             | 19       |
| 2.3.1    | Handlungsfelder der betrieblichen Gesundheitsförderung.....         | 23       |
| 2.3.2    | Nutzen und Vorteile betrieblicher Gesundheitsförderung .....        | 25       |
| 2.3.3    | Wirksamkeit betrieblicher Gesundheitsförderung .....                | 26       |
| 2.4      | Pflegepersonal in Österreich .....                                  | 27       |
| 2.4.1    | Gehobener Dienst für Gesundheits- und Krankenpflege .....           | 28       |
| 2.4.2    | Pflegeassistentenberufe.....                                        | 28       |
| 2.4.3    | Zahlen, Daten und Fakten zur Pflege in Österreich.....              | 29       |
| 2.4.4    | Fachkräftemangel in der Pflege .....                                | 31       |
| 2.5      | Das österreichische Gesundheitssystem.....                          | 33       |
| 2.5.1    | Intramuraler Bereich.....                                           | 33       |
| 2.5.2    | Extramuraler Bereich .....                                          | 34       |
| 2.6      | Stand der Forschung .....                                           | 34       |
| 2.6.1    | Vulnerabilität des Pflegepersonals für gesundheitliche Risiken..... | 34       |

|          |                                                                                 |           |
|----------|---------------------------------------------------------------------------------|-----------|
| 2.6.2    | Gesundheitsrisikofaktoren des Pflegepersonals .....                             | 35        |
| 2.6.3    | Betriebliche Gesundheitsförderung für das Pflegepersonal.....                   | 38        |
| 2.6.4    | Wahrnehmung der betrieblichen Gesundheitsförderung des<br>Pflegepersonals ..... | 41        |
| 2.6.5    | Zusammenhang von Wertschätzung und Gesundheit des<br>Pflegepersonals .....      | 42        |
| 2.6.6    | Fazit .....                                                                     | 45        |
| <b>3</b> | <b>Empirischer Teil .....</b>                                                   | <b>47</b> |
| 3.1      | Forschungsdesign .....                                                          | 47        |
| 3.2      | Erhebung .....                                                                  | 47        |
| 3.2.1    | Stichprobenauswahl.....                                                         | 48        |
| 3.2.2    | Stichprobengewinnung.....                                                       | 50        |
| 3.3      | Auswertung.....                                                                 | 52        |
| <b>4</b> | <b>Ergebnisse.....</b>                                                          | <b>53</b> |
| 4.1      | Anforderungen und Belastungen .....                                             | 53        |
| 4.1.1    | Hohes Arbeitspensum.....                                                        | 53        |
| 4.1.2    | Personalsituation.....                                                          | 54        |
| 4.1.3    | Physische Belastungen.....                                                      | 55        |
| 4.1.4    | Psychische Belastungen .....                                                    | 55        |
| 4.1.5    | Räumliche Mängel .....                                                          | 56        |
| 4.1.6    | Unvorhersehbarkeit.....                                                         | 57        |
| 4.1.7    | Zeitdruck .....                                                                 | 57        |
| 4.1.8    | Schichtdienst.....                                                              | 57        |
| 4.1.9    | Kommunikation .....                                                             | 58        |
| 4.1.10   | Mangelnde Rückendeckung von Vorgesetzten.....                                   | 58        |
| 4.1.11   | Lärm .....                                                                      | 59        |
| 4.1.12   | Aggressive Patient*innen .....                                                  | 59        |
| 4.2      | Angebotene Maßnahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung.....                | 59        |
| 4.2.1    | Verhaltensorientierte Maßnahmen.....                                            | 59        |

|       |                                                                                              |    |
|-------|----------------------------------------------------------------------------------------------|----|
| 4.2.2 | Verhältnisorientierte Maßnahmen .....                                                        | 61 |
| 4.3   | Wahrnehmung der angebotenen Maßnahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung .....           | 61 |
| 4.3.1 | Relevanz der Maßnahmen für individuelle Bedürfnisse und Anforderungen .....                  | 62 |
| 4.3.2 | Akzeptanz der angebotenen Maßnahmen .....                                                    | 63 |
| 4.3.3 | Bewertung der Maßnahmen.....                                                                 | 64 |
| 4.3.4 | Bewertung des Angebots .....                                                                 | 66 |
| 4.3.5 | Kommunikation der Maßnahmen .....                                                            | 66 |
| 4.4   | Herausforderungen bei der Nutzung von Maßnahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung ..... | 68 |
| 4.4.1 | Mangelnde Nutzbarkeit der Maßnahmen durch Zeitmangel .....                                   | 68 |
| 4.4.2 | Mangelnde Nutzbarkeit der Maßnahmen durch Personalmangel.....                                | 70 |
| 4.4.3 | Mangelnde Nutzbarkeit der Maßnahmen aufgrund des Ortes der Maßnahmendurchführung .....       | 71 |
| 4.4.4 | Kommunikation als Herausforderung bei der Nutzbarkeit von Maßnahmen.....                     | 72 |
| 4.4.5 | Teilnehmer*innenzahl als Herausforderung bei der Nutzbarkeit von Maßnahmen.....              | 73 |
| 4.4.6 | Kosten als Herausforderung bei der Nutzbarkeit von Maßnahmen ..                              | 73 |
| 4.5   | Verbesserungsvorschläge für die betriebliche Gesundheitsförderung .....                      | 74 |
| 4.5.1 | Zeitliche Bedingungen.....                                                                   | 74 |
| 4.5.2 | Personelle Bedingungen .....                                                                 | 74 |
| 4.5.3 | Räumliche Bedingungen .....                                                                  | 75 |
| 4.5.4 | Gewünschte Maßnahmen .....                                                                   | 75 |
| 4.5.5 | Verbesserungsbedarf der Kommunikation.....                                                   | 76 |
| 4.6   | Übergreifender Faktor: Wertschätzung.....                                                    | 77 |
| 4.6.1 | Relevanz von Wertschätzung für die Gesundheit.....                                           | 77 |
| 4.6.2 | Erlebte Wertschätzung der Patienten*innen .....                                              | 78 |

|          |                                                          |            |
|----------|----------------------------------------------------------|------------|
| 4.6.3    | Erlebte Wertschätzung der Kolleg*innen .....             | 79         |
| 4.6.4    | Erlebte Wertschätzung der direkten Vorgesetzten.....     | 79         |
| 4.6.5    | Erlebte Wertschätzung der Arbeitgeber*innen.....         | 79         |
| 4.6.6    | Erlebte Wertschätzung der Gesellschaft und Politik ..... | 80         |
| 4.7      | Weitere gesundheitsförderliche Arbeitsbedingungen .....  | 81         |
| 4.7.1    | Teamdynamik.....                                         | 81         |
| 4.7.2    | Dienstplan .....                                         | 81         |
| 4.7.3    | Mehr Personal.....                                       | 82         |
| 4.7.4    | Mehr Zeit.....                                           | 82         |
| 4.7.5    | Gehalt.....                                              | 83         |
| 4.7.6    | Führungskultur und Kommunikation .....                   | 83         |
| 4.7.7    | Aufenthaltsraum und Personaltoilette .....               | 83         |
| <b>5</b> | <b>Diskussion und Ausblick .....</b>                     | <b>86</b>  |
| 5.1      | Zusammenfassung und Interpretation .....                 | 86         |
| 5.2      | Beantwortung der Forschungsfrage .....                   | 91         |
| 5.3      | Stärken und Limitationen .....                           | 92         |
| 5.4      | Empfehlungen für weiterführende Forschung.....           | 93         |
| 5.5      | Empfehlungen für die Praxis.....                         | 94         |
|          | <b>Literaturverzeichnis.....</b>                         | <b>95</b>  |
|          | <b>Abbildungsverzeichnis.....</b>                        | <b>101</b> |
|          | <b>Tabellenverzeichnis.....</b>                          | <b>102</b> |
|          | <b>Anhang</b>                                            |            |

# 1 Einleitung

Mit dieser Arbeit soll das Thema der betrieblichen Gesundheitsförderung aus Perspektive des Pflegepersonals im intramuralen Bereich in Österreich erforscht werden. Darüber hinaus soll die Forschungsfrage klären, wie das österreichische Pflegepersonal im intramuralen Bereich die betriebliche Gesundheitsförderung wahrnimmt.

## 1.1 Ausgangssituation

Der Mangel an Pflegepersonal ist ein globales Thema (Rappold & Juraszovich, 2019, S. 52). Durch den demografischen Wandel (sinkende Geburtenraten und steigende Lebenserwartung) erleben wir eine markante gesellschaftliche Veränderung, die besonders die Pflegebranche vor große Herausforderungen stellt, da die Zahl der pflegebedürftigen Personen steigt (Horstmann & Remdisch, 2016, S. 199). Auch laut Rappold & Juraszovich (2019, S. 3) ist aufgrund der demografischen Entwicklung und der stetig steigenden Lebenserwartung der Bevölkerung damit zu rechnen, dass sich die Anzahl älterer Menschen in Österreich erhöht und somit auch die Nachfrage nach qualifizierter Pflege weiterhin steigt. Angesichts dieser Situation spricht man von einem Fachkräftemangel in der Pflege (Hämel & Schaeffer, 2013, S. 413).

Darüber hinaus stellen Arbeitsbedingungen potenzielle Hindernisse für das Gesundheitsverhalten dar (Kernan, Cifuentes, Gore, Kriebel & Punnett, 2020, S. 2). Besonders in der Pflege sind die Arbeitsbelastungen äußerst hoch, was unter anderem an den hohen „Arbeitsunfähigkeitstagen“ der Pflegekräfte deutlich wird (Tempelmann, Kolpatzik, Ehrenreich, Ströing & Hans, 2019, S. 296). Außerdem stehen besonders psychosoziale Arbeitsbelastungen vom Gesundheitspersonal mit einer reduzierten subjektiven Versorgungsqualität der Patientenschaft im Zusammenhang (Raspe et al., 2020, S. 119). Da das Arbeitsumfeld sich unmittelbar auf das körperliche, geistige, soziale und wirtschaftliche Wohlbefinden von Mitarbeiter\*innen auswirkt, ist der Arbeitsplatz auch das ideale Umfeld für die Durchführung von Gesundheitsförderungsmaßnahmen (Moroni et al., 2023, S. 1). Die betriebliche Gesundheitsförderung gilt als ein vielversprechendes Setting zur Förderung der psychischen und physischen Mitarbeiter\*innengesundheit und hat in den letzten Jahren auch im Pflegebereich zunehmend an Bedeutung gewonnen (Schaller, Gernert, Klas & Lange, 2022, S. 2). Vor diesem Hintergrund ist es von hoher Bedeutung zu verstehen, wie das österreichische Pflegepersonal die betriebliche Gesundheitsförderung wahrnimmt und welchen Nutzen es daraus zieht.

## 1.2 Problemstellung

Pflegekräfte sind laut diverser Studien besonders hohen Arbeitsbelastungen und den damit einhergehenden gesundheitlichen Risiken ausgesetzt (De Cieri, Shea, Cooper & Oldenburg, 2019; Faller, Miskam & Pereira, 2018; Horstmann & Remdisch, 2016; Karl-Trummer & Novak-Zezula, 2008; Raspe et al., 2020). Dazu zählen beispielsweise eine hohe Anzahl an arbeitsbedingten Stressoren, einschließlich emotionaler Arbeit, hohe Arbeitsanforderungen, hohe Arbeitsbelastungen und berufliche Gewalt (De Cieri et al. 2019, S. 580). Darüber hinaus zählen auch Nacht-, Wochenend- und Schichtdienste, Kontakt mit gefährlichen Substanzen, Strahlung, Zeitdruck, Lärm, Gefühls- und Meinungskontrolle, Überstunden, mangelnde Regenerationsmöglichkeiten, Unterbrechungen, die Fehlerkultur im Unternehmen und die Kooperation mit Führungskräften und Kolleg\*innen zu den Belastungen von Mitarbeiter\*innen im Gesundheitswesen (Karl-Trummer & Novak-Zezula, 2008, S. 29). Umso wichtiger ist es, dass die Gesundheit des österreichischen Pflegepersonals im Arbeitsumfeld gefördert wird. Mittels einer Kombination aus verhältnis- und verhaltensorientierten Maßnahmen kann betriebliche Gesundheitsförderung erfolgreich umgesetzt werden (Blattner & Mayer, 2018, S. 25).

Laut Chen, Lai, Chiou, Huang & Chien (2023, S. 8) führt die Umsetzung von Programmen zur Gesundheitsförderung in Krankenhäusern zu einem wirksamen Einfluss auf das Gesundheitsverhalten des Pflegepersonals. Pflegepersonal, welches ein gesundes Verhalten an den Tag legt, ist eher dazu bereit auch die Patient\*innen über ein positives Gesundheitsverhalten zu informieren (Chen et al., 2023, S. 8). Die Studie von Chen et al. (2023, S. 1) zeigt außerdem, dass Pflegkräfte, welche in einem gesundheitsfördernden Krankenhaus arbeiten, eher dazu bereit sind sich körperlich zu betätigen, Vorsorgeuntersuchungen zu nutzen und an einer gesundheitsfördernden Maßnahme teilzunehmen, als die Pflegekräfte in einem Krankenhaus ohne gesundheitsfördernde Maßnahmen. Unter einem gesundheitsfördernden Krankenhaus definiert der Fonds Gesundes Österreich ein Krankenhaus, welches eine für die Gesundheit förderliche Organisationskultur und -struktur aufweist und alle Mitarbeiter\*innen und Patient\*innen partizipativ miteinbezieht ([www.fgoe.org](http://www.fgoe.org), 09.03.2024). Die Teilnahme an gesundheitsfördernden Maßnahmen im Krankenhaus erweist sich jedoch als niedrig, unabhängig davon, ob es sich um ein gesundheitsförderndes Krankenhaus handelte oder ein Krankenhaus ohne gesundheitsfördernde Maßnahmen (Chen et al., 2023, S. 8). Darüber hinaus kann ein Krankenhaus durch die hohe Arbeitsbelastung, die Heterogenität der Arbeitstätigkeiten und die langen Arbeitszeiten, ein schwieriges Umfeld für betriebliche Gesundheitsförderung darstellen (Cheng et al., 2022, S. 2).

Laut Noehammer, Gahleitner & Stummer (2022, S. 1367f.) kommt dem Gesundheitswesen bei der Gesundheitsförderung eine besondere Rolle zu, da drei Ansätze der Gesundheitsförderung kombiniert werden müssen. Im intramuralen Sektor muss nach außen die Patientenschaft und die Bevölkerung und nach innen das Pflegepersonal selbst gesundheitlich gefördert werden. Manchmal wird die Gesundheitsförderung die sich nach innen, an das Pflegepersonal, richtet jedoch vernachlässigt. Die Studie von Schafnath-Resi, Eitzinger & Stummer (2010, S. 159) zeigt deutlich, dass betriebliche Gesundheitsförderung in österreichischen Krankenhäusern angekommen ist, jedoch die Implementierung noch zurückhaltend zu sein scheint. Es gibt außerdem nur wenig Studien, die sich mit der Teilnahme des Pflegepersonals an Maßnahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung beschäftigen und noch weniger dazu wie Pflegekräfte diese Problematik wahrnehmen (Bleier, Lützerath & Schaller, 2023, S. 3).

### **1.3 Fragestellung und Zielsetzung**

Infolge des bereits erwähnten demografischen Wandels und des Fachkräftemangels wurde in Erfahrung gebracht, wie das Pflegepersonal in Österreich die derzeitigen Maßnahmen zur betrieblichen Gesundheitsförderung hinsichtlich ihrer Bedürfnisse und Anforderungen im Arbeitsumfeld wahrnehmen. Ein umfassender Einblick in die Wahrnehmung des Pflegepersonals war das Ziel dieser Arbeit.

Daher lautete die Forschungsfrage: **„Wie nimmt das Pflegepersonal im intramuralen Bereich in Österreich die derzeitigen betrieblichen Gesundheitsförderungsmaßnahmen hinsichtlich ihrer Bedürfnisse und Anforderungen in ihrem Arbeitsumfeld wahr?“**

Mit dieser Forschungsfrage soll ein richtungsweisender Beitrag zur Forschung geleistet werden, indem neue und relevante Einsichten in die betriebliche Gesundheitsförderung des Pflegepersonals im intramuralen Bereich erforscht werden. Die Ergebnisse sollen das Interesse zur weiteren Forschung anregen, um zum gesellschaftlichen und politischen Diskurs dieses Themas beizutragen.

## 2 Theoretischer Hintergrund

Der Theorieteil dieser Masterarbeit wurde thematisch in die nun folgenden Bereiche organisiert. Zuerst wird auf den Begriff „Gesundheit“ eingegangen. Anschließend wird der Zusammenhang zwischen „Gesundheit“ und „Arbeit“ dargestellt. Die darauffolgenden Seiten befassen sich mit der „betrieblichen Gesundheitsförderung“. Danach wird auf das Pflegepersonal in Österreich und das österreichische Gesundheitssystem eingegangen. Am Ende dieses Kapitels wird der Stand der Forschung dargestellt.

### 2.1 Gesundheit

Es gibt diverse Ansätze den Begriff „Gesundheit“, als auch den Begriff von „Krankheit“ zu definieren, welche sich an unterschiedlichen Gesundheitsnormen orientieren. Die verschiedenen Definitionen haben einen bedeutenden Einfluss darauf, welche Mittel als passend und erforderlich für die Wiederherstellung, den Erhalt und die Förderung von Gesundheit betrachtet werden (Bengel, Strittmatter & Willmann, 2001, S. 15). Gesundheit wird als Abgrenzung von Krankheit, als Störungsfreiheit, als Anpassungsfähigkeit, als Wohlbefinden, als Gleichgewichtszustand, als Wertaussage, als Gesundheits-Krankheits-Kontinuum oder auch als verborgene Harmonie beschrieben. Eine allgemeingültige Definition von Gesundheit zu finden, ist jedoch im Hinblick auf die ungleichen Lebensbedingungen, unter welchen Menschen ihr Leben bewältigen, schwierig (Gangl, 2015, S. 2).

Die Idealnorm von Gesundheit beschreibt den Zustand der Vollkommenheit, den es zu erreichen wünschenswert oder wertvoll ist. Die World Health Organisation hat 1948 eine Idealnorm mit ihrer Definition von Gesundheit, als Zustand des vollkommenen psychischen und physischen Wohlbefindens, gesetzt. Ein solch absoluter Zustand ist allerdings nicht erreichbar und gilt daher als realitätsfern. Überdies wird als gesund definiert, was auf eine Mehrzahl der Menschen zutrifft. Abweichungen von solch einem Durchschnittswert sind als krank einzustufen. Um eine Person als krank oder gesund einzuordnen sind dementsprechend die Bezugspopulation und die festgelegten Grenzwerte relevant. Im Gesundheitssystem wird Gesundheit vorwiegend als Negativbestimmung definiert. Das bedeutet, dass Gesundheit als die Abwesenheit von Krankheit definiert wird. Eine ausschließlich biomedizinische Betrachtungsweise benachteiligt wichtige Dimensionen des Befindens wie beispielsweise das Wohlbefinden und die Lebenszufriedenheit von Personen. Gesundheit ist dahingehend kein spezifisch definierbares Gebilde. In weiterer Folge ist Gesundheit schwer fassbar und diffizil zu definieren. Heutzutage sind sich allerdings Medizin und Sozialwissenschaften einig, dass Gesundheit mehrdimensional

betrachtet werden muss. Damit ist gemeint, dass neben psychischen und physischen Wohlbefinden auch Leistungsfähigkeit, Selbstverwirklichung und Sinnfindung dazuzählen. Darüber hinaus hängt Gesundheit vom Vorhandensein, von der Wahrnehmung und dem Umgang mit Belastungen, von Risiken und Gefährdungen durch die ökologische und soziale Umwelt, als auch vom Vorhandensein, von der Wahrnehmung, Erschließung und Inanspruchnahme von Ressourcen, ab (Bengel et al., 2001, S. 15f.).

Auch Vögele (2013, S. 232) kritisiert die derzeit noch weitverbreitete Definition von Gesundheit der World Health Organisation. Angesichts der demografischen Entwicklung in einer Vielzahl der Länder, bestehend aus einem stetig steigenden Altersdurchschnitt und den damit einhergehenden Wahrscheinlichkeiten von altersassoziierten chronischen physischen Erkrankungen und psychischen Störungen, wäre nach der Definition der World Health Organisation nur noch eine Minderheit der Weltbevölkerung als gesund einzuschätzen. Die überwiegende Mehrheit an Menschen leidet nicht nur an einer, sondern an mehreren Krankheiten. Die Definition der World Health Organisation erhebt das umfassende Wohlbefinden als ideale Norm und das, obwohl nur eine geringe Anzahl der Menschen dieser jemals entsprechen dürften. Darüber hinaus wird in dieser Definition auch nicht berücksichtigt, dass Gesundheit kein dauerhafter Zustand ist, sondern vielmehr ein Prozess, bei welchem Gesundheit wiederholt, neu erreicht, wiederhergestellt und aufrechterhalten werden muss. Die Fähigkeit sich an soziale, physische und psychische Probleme anzupassen und diesen Herausforderungen begegnen zu können, ist eine neue und der Zeit entsprechende Definition von Gesundheit. Überdies ist Gesundheit kein individuelles Vorhaben, sondern vielmehr das Ergebnis einer Interaktion von Individuen mit den vorherrschenden Umwelt- und Lebensbedingungen. Es ist oft eine Herausforderung sich mit Lebensbedingungen erfolgreich auseinanderzusetzen und es bedarf der Fähigkeit flexibel und angemessen auf Anforderungen zu reagieren. Jene Selbstregulationsfähigkeit ist von entscheidender Bedeutung für die Erhaltung von Gesundheit. Im Weiteren ist essenziell, dass Gesundheit auch dann möglich ist, wenn absolute Beschwerdefreiheit, höchste physische Leistungsfähigkeit und höchstes Glück nicht gegeben sind. Besonders wichtig ist jene Erkenntnis für ältere und chronisch erkrankte Menschen, aber auch für die Menschen die sich angesichts dieser idealisierten Norm von absoluter Gesundheit als krank wahrnehmen (Vögele, 2013, S. 232f.).

Laut der österreichischen Plattform Gesundheitskompetenz wird Gesundheit in der Gesundheitsförderung als ein zentraler Bestandteil des alltäglichen Lebens gesehen und ist kein primäres Lebensziel. Gesundheit ist der Zustand einer Balance zwischen gesundheitsbelastenden und gesundheitsfördernden Faktoren. Wenn Menschen ihre Ressourcen optimal entfalten und mobilisieren können um so inneren und äußeren

Ansprüchen gerecht zu werden, entsteht Gesundheit. Gesundheit ist ein dynamischer Prozess, der immer wieder neu kreiert und ausbalanciert wird ([www.oepgk.at](http://www.oepgk.at), 22.02.2024).

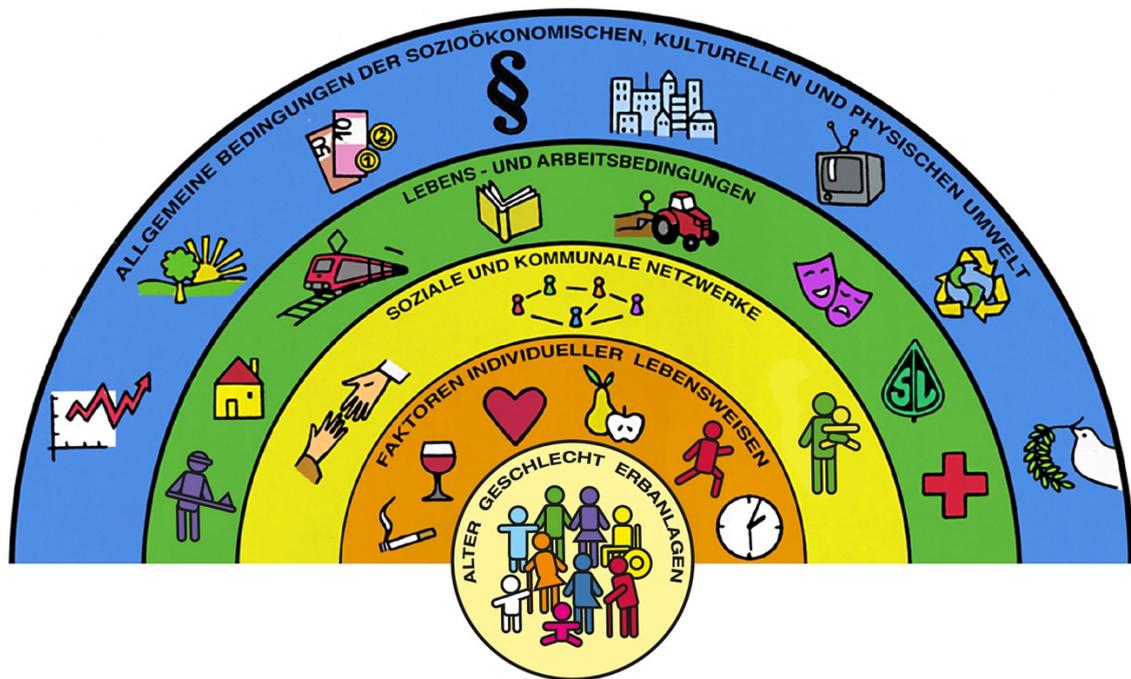
Da laut Fonds Gesundes Österreich die Gesundheit des Menschen von persönlichen, sozialen, wirtschaftlichen und umweltbedingten Faktoren beeinflusst wird, wird im nun folgenden Kapitel näher auf die sogenannten Determinanten der Gesundheit eingegangen ([www.fgoe.org](http://www.fgoe.org), 21.02.2024).

### **2.1.1 Determinanten der Gesundheit**

Laut Fonds Gesundes Österreich sind die Determinanten der Gesundheit Einflussfaktoren, welche sich auf die Gesundheit einzelner Personen oder der Bevölkerung auswirken. Diese Einflussfaktoren sind in fünf Gruppen eingeteilt, aufgegliedert in individuelle und gesellschaftliche Einflussfaktoren. Daher ist die Grafik der Determinanten mit ihren fünf Ebenen in Form eines Regenbogens aufgebaut ([www.fgoe.org](http://www.fgoe.org), 22.02.2024).

Möchte man die Gesundheit von Menschen fördern, so ist essenziell, dass auf allen Ebenen angesetzt wird. Die Determinanten der Gesundheit sind von hoher Bedeutung für die Gesundheitsförderung, da diese hinterfragen über welche persönlichen, sozialen und gesundheitsfördernden Ressourcen eine Person verfügen muss, um ein Leben in guter Gesundheit zu führen und wie man diese Ressourcen fördern kann. Abgesehen von persönlichen und sozialen Faktoren beeinflussen auch wirtschaftliche und umweltbedingte Faktoren die Gesundheit einzelner Menschen oder ganzer Gemeinschaften. Diese Faktoren beeinflussen darüber hinaus einander. Gesundheitsförderung setzt sich damit auseinander, mehrere der Gesundheitsdeterminanten aktiv anzugehen und sie in einem gesundheitsfördernden Sinn zu beeinflussen. Hierbei liegt der Fokus darauf, individuelle Faktoren wie das Gesundheitsverhalten oder die Lebensweisen einzelner Personen (Verhaltensprävention) in ihrer Wechselwirkung mit Einflussfaktoren wie Ausbildung, Sozialstatus, Einkommen, Beschäftigung, Arbeitsbedingungen, den Zugang zu bedarfsgerechten gesundheitlichen Leistungen und der natürlichen Umwelt (Verhältnisprävention), zu beachten ([www.fgoe.org](http://www.fgoe.org), 23.02.2024).

Abbildung 1: Gesundheitsdeterminanten



Quelle: Fonds Gesundes Österreich ([www.fgoe.org](http://www.fgoe.org), 22.02.2024) nach Dahlgren, Göran & Whitehead, Margaret (1991)

Die erste und innerste Ebene zeigt die Determinanten Alter, Geschlecht und Erbanlagen. In der Grafik sind Menschen aus verschiedenen Altersgruppen, in verschiedenen Lebenslagen abgebildet. Über der innersten Ebene befindet sich die zweite Ebene mit dem Titel Faktoren individueller Lebensweisen. In dieser Ebene befinden sich die Determinanten Tabakkonsum, Alkoholkonsum, Liebe/Sexualität/Beziehungen, Ernährung, Bewegung, Entspannung und Stressabbau, als auch Selbstfürsorge. Die darauffolgende, dritte Ebene trägt den Titel soziale und kommunale Netzwerke. Die Determinanten soziale Unterstützung, weiteres soziales Netzwerk/sozialer Zusammenhalt, engeres soziales Netz: Eltern/Kind Bindung, Familie, Paarbeziehungen/Freund\*innen. Danach folgt die vierte Ebene, welche den Titel Lebens- und Arbeitsbedingungen trägt und die Determinanten Arbeit/Beschäftigung, Wohnen, Verkehr, Bildung/Bildungschancen, Landwirtschaft/Lebensmittelproduktion, Kunst/Kultur/Freizeit, soziale Sicherheit, Sozial- und Gesundheitsversicherung, Gesundheitswesen/medizinische Versorgung enthält. Die äußerste und fünfte Ebene der Grafik zeigt die allgemeinen Bedingungen der sozioökonomischen, kulturellen und physischen Umwelt. Darin abgebildet finden sich die Determinanten wirtschaftliche Entwicklung, Produktivität, Wohlstand, Globalisierung, natürliche Umwelt, Finanzwesen, Vermögens- und Einkommensverteilung, gesetzliche Rahmenbedingungen, Werte, Normen, Stadt- und Raumplanung, Infrastruktur, Medien,

Ökologie, Ressourcen, Klimaschutz, Sicherheit, Friede und Gewaltfreiheit ([www.fgoe.at](http://www.fgoe.at), 22.02.2024).

### **2.1.2 Soziale Determinanten der Gesundheit**

Neben den Gesundheitsdeterminanten mit ihren fünf Ebenen finden sich außerdem die sozialen Determinanten der Gesundheit. Laut WHO handelt es sich bei diesen um die nicht-medizinischen Einflussfaktoren, welche Gesundheitsergebnisse beeinflussen. Diese thematisieren die Bedingungen unter denen Menschen geboren werden, aufwachsen, arbeiten, leben und altern, sowie um die Gesamtheit der Kräfte und Systeme, die die Bedingungen des täglichen Lebens formen. Zu diesen Kräften und Systemen zählen Wirtschaftspolitik und -systeme, Entwicklungspläne, soziale Normen, Sozialpolitik und politische Systeme. Folgende soziale Determinanten beeinflussen die Gesundheit:

- Einkommen und sozialer Schutz
- Bildung
- Arbeitslosigkeit und unsichere Arbeitsplätze
- Bedingungen des Arbeitslebens
- Ernährungsunsicherheit
- Wohnen, Grundversorgung und Umwelt
- Frühkindliche Entwicklung
- Soziale Eingliederung und Nicht-Diskriminierung
- Strukturelle Konflikte
- Zugang zu erschwinglichen Gesundheitsdiensten in angemessener Qualität

Die Forschung zeigt, dass die sozialen Determinanten einen größeren Einfluss auf die Gesundheit haben können als die Wahl des Lebensstils oder die Gesundheitsversorgung. Zahlreiche Studien deuten darauf hin, dass soziale Determinanten der Gesundheit zwischen 30% und 55% der Gesundheitsergebnisse ausmachen. Ein angemessener Umgang mit sozialen Determinanten der Gesundheit ist von essenzieller Bedeutung für die Verbesserung der Gesundheit ([www.who.int](http://www.who.int), 23.02.2024).

### **2.1.3 Das Konzept der Salutogenese**

Aaron Antonovsky war ein amerikanisch-israelischer Soziologe, der den theoretischen Ansatz der Salutogenese entwickelt hat. Da die, in einem späteren Kapitel folgende betriebliche Gesundheitsförderung, sich stark an der Salutogenese orientiert, wird das Konzept detailliert beschrieben (Blattner & Mayer, 2018, S. 30). Dieser theoretische Ansatz war ein wichtiger Meilenstein zur Entwicklung eines Modells von Gesundheit und Krankheit (Richter & Hurrelmann, 2016, S. 11). Antonovsky formulierte in den 1970er Jahren

die Frage danach, wie Gesundheit entsteht und entwarf ein erstes Modell der Salutogenese als Antwort auf diese Frage (Faltermaier, 2015, S. 196). Konkreter stellte er die folgenden Fragen, die als Ausgangspunkt für seine theoretischen und empirischen Arbeiten wurde:

- Warum bleiben die Menschen trotz diverser potenziell gesundheitsschädlicher Einflüsse gesund?
- Wie bringen sie es zustande sich von Erkrankungen wieder zu erholen?
- Was ist ausschlaggebend an Menschen, die trotz hoher Belastungen nicht erkranken?

Die Salutogenese setzt sich zusammen aus dem lateinischen Wort *Salus*, welches für Unverletztheit, Heil und Glück steht und dem Wort *Genese*, aus dem griechischen abstammend für Entstehung. Die Salutogenese steht dem Modell für die Entstehung von Krankheit, der Pathogenese, gegenüber. Allerdings bedeutet die Salutogenese für Antonovsky nicht nur die Kehrseite der pathogenetisch ausgerichteten Sichtweise, sondern der Ansatz der Salutogenese beinhaltet alle Menschen als mehr oder minder gesund und gleichzeitig als mehr oder minder krank zu betrachten. Die Frage wie ein Mensch mehr gesund als krank wird, steht im Zentrum.

Die Vorstellung von Antonovsky darüber, wie Gesundheit entsteht, wird von systemtheoretischen Überlegungen beeinflusst. Gesundheit ist dahingehend kein normaler und passiver Zustand des Gleichgewichts, sondern ein instabiler, aktiver und sich dynamisch regulierender Vorgang. Anstelle von Gleichgewicht und Gesundheit, sind Ungleichgewicht, Leiden und Krankheit das Grundprinzip von menschlicher Existenz. Chaotik und die Tendenz zu Entropie sind überall auffindbar. Antonovsky sieht den menschlichen Organismus als System und jedes System ist der Kraft der Entropie ausgeliefert. Der Begriff Entropie, stammt aus der Thermodynamik ab und meint die Tendenz von Elementarteilchen, die sich auf einen Zustand immer größer werdender Unordnung entgegenbewegen. Desto weniger Elementarteilchen sich auf einen Zustand von immer größer werdender Unordnung zubewegen, desto mehr Ordnung und Organisation besitzt ein System. Unter der negativen Entropie versteht man daher die Fähigkeit eines Systems zu Ordnung und Organisation. Metaphorisch benutzt Antonovsky die Begrifflichkeiten der Entropie als Ausdruck für die omnipräsente Tendenz von Menschen organisierte Strukturen zu verlieren und deren Ordnung auch wiederherstellen zu können. Auf den Zustand der Gesundheit ausgelegt, bedeutet das, dass die Gesundheit von Menschen immer wieder aufgebaut werden muss und das gleichlaufend der Verlust von Gesundheit ein natürlicher und immer auffindbarer Prozess ist. Dahingehend ist nach dem Konzept

der Salutogenese der Kampf in Richtung Gesundheit permanent und nie vollkommen erfolgreich (Bengel et al., 2001, S. 24ff.).

Auffallend ist jedoch das Antonovsky den Begriff der Gesundheit nicht selbst definiert hat (Bengel et al., 2001, S. 28). Das lag laut Bengel et al. (2001, S. 28) möglicherweise daran, dass Antonovsky nicht daran interessiert war, Gesundheit als absolutes oder idealistisches Konstrukt zu sehen, da dies nicht der Realität entspricht. Die Definition von Gesundheit beinhaltet darüber hinaus die Festlegung von Standards und birgt damit einhergehend die Gefahr, Menschen anhand von Werten zu begutachten, die nicht auf sie zutreffen (Bengel et al., 2001, S. 28).

Das Modell der Salutogenese enthält jedoch eine Reihe von Komponenten, welche mit der Gesundheitsentstehung und -erhaltung im Zusammenhang stehen. Auf diese Komponenten wird nun im Folgenden eingegangen (Bengel et al., 2001, S. 28).

### **2.1.3.1 Kohärenzgefühl**

Nach Antonovsky wird der Gesundheits- und Krankheitszustand eines Menschen durch eine individuelle und psychologische Einflussgröße beeinflusst. Diese Einflussgröße ist die individuelle Grundhaltung eines Menschen gegenüber dem eigenen Leben und der Welt. Äußere Faktoren gefährden zwar die Gesundheit eines Menschen, jedoch gibt es auch unter den gleichen äußeren Faktoren Differenzen beim gesundheitlichen Zustand verschiedener Menschen. Laut Antonovsky beeinflussen die individuellen, sowohl kognitiven als auch die affektiv-motivationalen Grundeinstellungen, inwiefern es Menschen möglich ist vorhandene Ressourcen zum Erhalt der Gesundheit und des Wohlbefindens zu nutzen. Diese Grundhaltung wird als Kohärenzgefühl bezeichnet und bedeutet Stimmigkeit und Zusammenhang. Desto ausgeprägter das Kohärenzgefühl eines Individuums ist, desto gesünder ist das Individuum, beziehungsweise desto schneller sollte das Individuum gesund werden und bleiben.

Diese individuelle Grundhaltung, die Welt als sinnreich und kohärent wahrzunehmen, setzt sich aus den folgenden drei Komponenten zusammen:

1. Gefühl der Verstehbarkeit
2. Gefühl der Bewältigbarkeit
3. Gefühl von Sinnhaftigkeit

Das Kohärenzgefühl ist demnach eine weltumfassende Ausrichtung, die das Ausmaß ausdrückt in dem eine Person ein durchdringendes, fortbestehendes und dennoch dynamisches Gefühl des Vertrauens hat, dass erstens die Anforderungen aus der inneren und äußeren Erlebenswelt im Laufe der Lebenszeit strukturiert, vorhersehbar und erklärbar sind und dass zweitens die persönlichen Ressourcen vorhanden sind, die

erforderlich sind, um diesen Anforderungen gerecht zu werden. Und drittens, dass diese Anforderungen Investition und Engagement verdienen (Bengel et al., 2001, S. 29f.).

Darüber hinaus entwickelt sich laut Bengel et al. (2001, S. 30f.) das Kohärenzgefühl nach Antonovskys Ansicht im Laufe der Kindheit und Jugend und ist mit etwa dreißig Jahren fertig ausgebildet und bleibt konstant. Beeinflusst wird das Kohärenzgefühl von den gesammelten Erlebnissen und Erfahrungen, wobei größere Veränderungen nur während dem Heranwachsen möglich sind, da noch mehrere Wahlmöglichkeiten offenstehen und viele Lebensbereiche noch nicht verbindlich sind. Das Gefühl der Verstehbarkeit wird durch Erfahrungen von Beschaffenheit geformt, da Reize und Erfahrungen eingeordnet, zugeordnet und strukturiert werden. Das Gefühl von Bewältigbarkeit wird dadurch geformt, dass Belastungen als ausgewogen erlebt werden. Die Sinnhaftigkeit wird gefördert, indem Situationen beeinflusst werden können. Wie stark oder schwach sich das Kohärenzgefühl eines Menschen bildet, ist davon abhängig wie die gesellschaftlichen Gegebenheiten sind, das bedeutet es ist abhängig von der Verfügbarkeit generalisierter Widerstandsressourcen (Bengel et al., 2001, S. 30f.). Auf diese wird in einem späteren Teil dieser Arbeit näher eingegangen. Im Grundsatz lässt sich jedoch feststellen, dass im Sinne des Kohärenzgefühls die Wirkung von Ressourcen im Verlauf des Lebens von Menschen gebündelt wird und sich insofern positiv auf die Gesundheit durch die erfolgreiche Bewältigung von Stressoren auswirkt (Faltermaier, 2015, S. 197).

### **2.1.3.2 Gesundheits-Krankheits-Kontinuum**

Da Antonovsky die Trennung von Gesundheit und Krankheit kritisiert, entwickelt er die Vorstellung eines Kontinuums dessen Pole Gesundheit und Krankheit sind. Diese beiden Pole sind jedoch nicht erreichbar, da jeder Mensch unabhängig von seiner etwaigen gesunden Lebensweise, im Laufe seines Lebens krank wird. Darüber hinaus sind alle Menschen, die am Leben sind, in gewissen Anteilen gesund. Daher stellt sich nicht die Frage, ob jemand als gesund oder krank gilt, sondern vielmehr wie weit entfernt und wie nah jemand an den Polen Gesundheit oder Krankheit ist. Im Weiteren wird davon ausgegangen, dass es noch weitere Dimensionen des Befindens außer Gesundheit und Krankheit gibt, die ebenfalls in Kontinuen zu sehen sind und mit Gesundheit und Krankheit einhergehen (Bengel et al., 2001, S. 32).

### **2.1.3.3 Stressoren und Spannungszustände**

Stress zu definieren zeigt sich als schwierig, da Stressoren Reize sind, welche Stress erzeugen. Ob ein Reiz jedoch auch ein Stressor ist, erkennt man erst an dessen Wirkung. Stressoren lassen sich dahingehend auch nicht vorhersagen. Antonovsky versucht diese Problematik zu lösen, indem er beansprucht, dass Stressoren einen

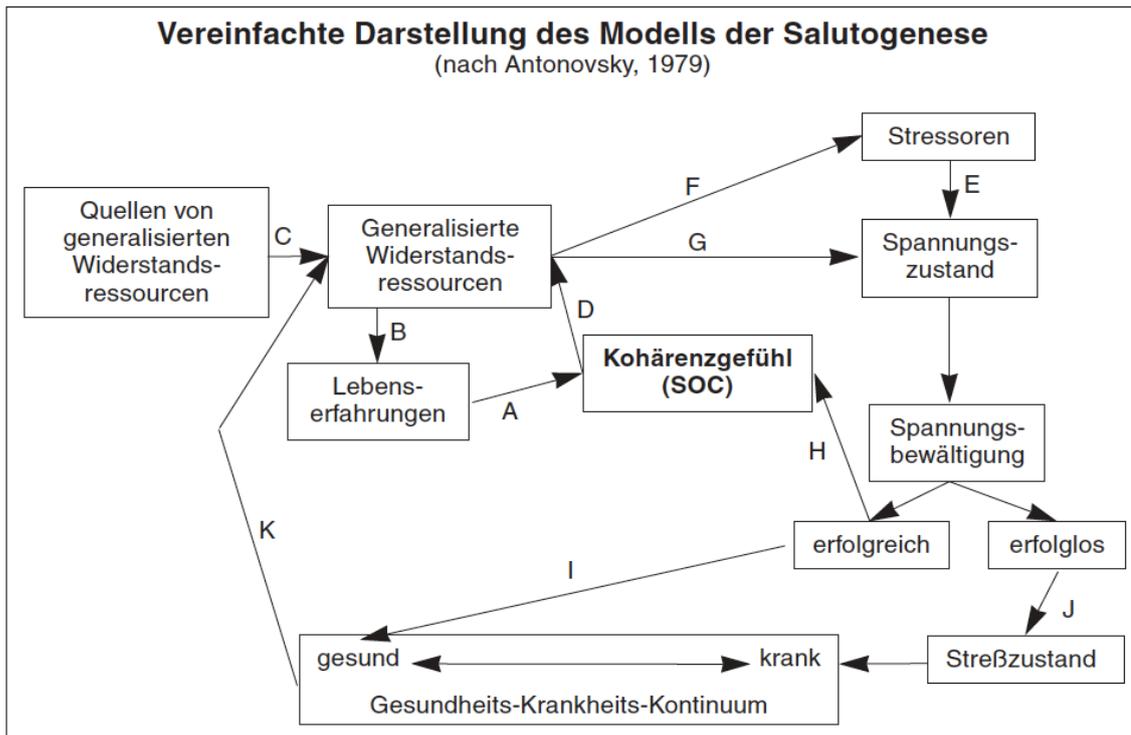
physiologischen Spannungszustand auslösen, der darauf aufbaut, dass Individuen nicht wissen, wie sie in Situationen agieren sollen. Dahingehend werden Stressoren von Antonovsky als eine innere oder äußere Anforderung, die das Gleichgewicht des Individuums beeinträchtigen und die zur Wiederherstellung des Gleichgewichts nicht automatisierte und nicht unmittelbar verfügbare, energiekonsumierende Handlung benötigt. Die zentrale Aufgabe von Lebewesen ist die Bewältigung von Zuständen der Spannung. Ist die Bewältigung der Spannung erfolgreich so hat dies eine gesundheitsfördernde und gesunderhaltende Wirkung. Scheitert die Bewältigung der Spannung so entsteht Stress und damit eine belastende Situation für das Individuum. Da die Bewältigung von Spannung nicht immer erfolgreich sein kann, sind Stressreaktionen eine allgegenwärtige Erscheinung (Bengel et al., 2001, S. 32f.).

#### **2.1.3.4 Generalisierte Widerstandsressourcen**

Antonovsky erforschte verschiedene Kriterien, die eine erfolgreiche Bewältigung der Spannung erleichtern und dahingehend Einfluss auf den Erhalt oder die Verbesserung der Gesundheit haben. Verschiedene Faktoren wurden zusammengetragen, die sich sowohl auf individuelle (zum Beispiel: Intelligenz, körperliche Komponenten, Bewältigungsstrategien) als auch auf soziale und kulturelle Variablen (zum Beispiel: soziale Unterstützung, finanzielle Möglichkeiten, kulturelle Stabilität) beziehen. Diese Variablen werden als generalisierte Widerstandsressourcen bezeichnet. Generalisiert bedeutet, dass sie in etlichen Situationen zu tragen kommen. Widerstand meint, dass Ressourcen die Widerstandsfähigkeit eines Individuums erhöhen. Die Widerstandsressourcen haben die Funktion fortlaufend Erfahrungen zu prägen und lassen zu, dass Individuen bedeutende und kohärente Lebenserfahrungen sammeln, die wiederum das Kohärenzgefühl formen. Sie agieren als das Potential, das zum Einsatz kommt, wenn es für die Bewerkstelligung eines Spannungszustandes notwendig ist. Zusätzlich wurden generalisierte Widerstandsdefizite entwickelt, somit ist es möglich die Widerstandsressourcen und die Widerstandsdefizite als kontinuierliche Dimension zu sehen. Somit stehen am negativen Pol die Defizite und am positiven Pol die Ressourcen. So kann beispielsweise ein hohes Ausmaß an finanziellen Rücklagen als eine Ressource, der Mangel dessen als Defizit beziehungsweise Stressor gesehen werden. Stressoren oder Widerstandsdefizite bringen Entropie mit sich, während Widerstandsressourcen mit negativer Entropie in Verbindung stehen. Das Kohärenzgefühl fördert in diesem Fall entweder die Ordnung oder die Unordnung (Bengel et al., 2001, S. 34). Zusammenfassend lässt sich feststellen, dass Widerstandsressourcen die erfolgreiche Bewältigung von Stressoren ermöglichen oder dabei helfen, trotz Risiken die Gesundheit eines Individuums zu erhalten (Faltermaier, 2015, S. 198).

Nach der Erläuterung der wichtigsten Komponenten, die mit der Entstehung und Erhaltung von Gesundheit in Verbindung stehen, wird nun darauf eingegangen, wie diese Konstrukte miteinander in Verbindung stehen. Die folgende Abbildung zeigt eine vereinfachte Wiedergabe des Modells der Salutogenese nach Antonovsky, welche von Bengel et al. (2001, S. 36) angefertigt wurde.

Abbildung 2: Vereinfachte Darstellung des Modells der Salutogenese



Quelle: Bengel et al. (2001, S. 36)

Die zentrale Komponente um Prozesse, welche die Gesundheit erhalten oder fördern, ist das Konzept des Kohärenzgefühls. Das Kohärenzgefühl wird von Lebenserfahrungen geformt (siehe Pfeil A). Jene Lebenserfahrungen werden durch das Vorliegen von generalisierten Widerstandsressourcen ermöglicht (siehe Pfeil B). Die Entwicklung von Widerstandsressourcen ist von soziokulturellem und historischem Kontext und den darin verbreiteten Erziehungsmustern und sozialen Rollen abhängig. Auch persönliche Einstellungen und zufällige Ereignisse haben einen Einfluss (siehe Pfeil C). Inwiefern die vorliegenden Widerstandsressourcen aktiviert werden können, ist von der Stärke des Kohärenzgefühls abhängig (siehe Pfeil D). Hier besteht eine Rückkopplung. Wenn zu wenig Widerstandsressourcen verfügbar sind, dann wird die Entstehung des Kohärenzgefühls negativ beeinflusst. Ein niedriges Kohärenzgefühl behindert die optimale Nutzung der verfügbaren Widerstandsressourcen. Stressoren fordern ein Individuum mit nicht automatisiert beantwortbaren Reizen heraus und lösen so Spannungszustände

aus (siehe Pfeil E). Die mobilisierten Widerstandsressourcen haben einen Einfluss auf den Umgang mit Stressoren (siehe Pfeil F) und den Spannungszustand (siehe Pfeil G). Hier besteht ebenfalls ein Rückbezug, da der Erfolg der Spannungsreduktion eine stärkende Wirkung auf das Kohärenzgefühl hat (siehe Pfeil H). Angesichts der erfolgreichen Spannungsreduktion bleibt der Zustand der Gesundheit beziehungsweise die Position auf dem Gesundheits-Krankheits-Kontinuum erhalten (siehe Pfeil I). Eine bessere Positionierung auf dem Gesundheits-Krankheits-Kontinuum vereinfacht dann den Erwerb neuer Widerstandsressourcen (siehe Pfeil K). Eine gescheiterte Spannungsreduktion führt wiederum zu einem Stresszustand (siehe Pfeil J). Dieser Zustand des Stresses steht in einer Wechselwirkung mit vorhandenen krankmachenden Einflüssen und Vulnerabilitäten und wirkt sich damit negativ auf die Positionierung im Gesundheits-Krankheits-Kontinuum aus (Bengel et al., 2001, S. 35ff.).

## **2.2 Der Zusammenhang zwischen Gesundheit und Arbeit**

Gesundheit wird in diversen Lebensbereichen und durch verschiedenste Kanäle thematisiert, problematisiert und stilisiert. Fernsehsendungen die Gesundheitsratschläge enthalten, Werbung für Nahrungsergänzungsmittel und Applikationen für Smartphones, die Schritte und Puls erfassen, haben folgendes gemeinsam: Sie gehen davon aus, dass Gesundheit und Krankheit primär biologisch herbeigeführt werden. Damit einhergehend ist der Lebensstil dafür verantwortlich, wie lange und wie gesund ein Mensch lebt. Dadurch wird Gesundheit und Krankheit individualisiert wahrgenommen und hauptsächlich als das Produkt von genetischer Veranlagung und persönlichem Verhalten gesehen. Diese Sichtweise ist nicht unkorrekt, jedoch unvollständig. Mit dieser Sichtweise werden einflussreiche Rahmenbedingungen, die für die Entstehung von Gesundheit und Krankheit relevant sind, ausgeblendet. Wirtschaftliche, politische, kulturelle, finanzielle, technische und ökologische Determinanten, welche teils direkt auf die physische und psychische Gesundheit eine Wirkung ausüben und indirekt über die Beeinflussung des Gesundheitsverhaltens mitentscheiden, werden dabei übersehen. Nur beide Sichtweisen zusammen ermöglichen ein vollständiges Bild über die Entstehung von Gesundheit und Krankheit (Richter & Hurrelmann, 2016, S. 3f.). In diesem Kontext muss daher auch die Arbeit, die Menschen ausüben, als relevante Determinante in Verbindung mit Gesundheit betrachtet werden. Unter dem Begriff „Arbeit“ wird im Zusammenhang mit dieser Masterarbeit, wie auch in den meisten Studien, die unselbstständige Lohnarbeit verstanden. Die unselbstständige Lohnarbeit definiert sich durch Angestellte, Arbeiter\*innen, kaufmännische Lehrlinge, gewerbliche Lehrlinge und Heimarbeiter\*innen, welche auf Grundlage eines Arbeitsvertrags in einem bestehenden Arbeits- oder Ausbildungsverhältnis entlohnt werden (www.statistik.at, 30.04.2024).

Zwischen der Arbeit, die ein Mensch ausübt und seiner Gesundheit besteht eine wichtige Korrelation. Die Arbeitsbedingungen unter welchen Menschen ihre Arbeit ausüben, spielen eine entscheidende Rolle für die Gesundheit der Menschen (Dragano, 2016, S. 167). Auch laut Moroni et al. (2023, S. 1) wirkt sich das Arbeitsumfeld direkt auf das physische, psychische, soziale und wirtschaftliche Wohlbefinden der Mitarbeiter\*innen, sowie auf deren Umfeld aus. Im Folgenden wird nun näher auf den Zusammenhang von Gesundheit und Arbeit eingegangen. In Form des Belastungs-Beanspruchungs-Modells wird ausführlich auf die individuelle Ebene von Arbeitsbelastungen und Gesundheit eingegangen. Anschließend wird die strukturelle Ebene dargestellt.

### **2.2.1 Belastungs-Beanspruchungs-Modell**

Das Belastungs-Beanspruchungs-Modell ist ein einfaches Analyseschema, um Zusammenhänge zwischen der beruflichen Tätigkeit von Menschen und deren Gesundheit auf individueller Ebene zu analysieren. Der Oberbegriff „Belastung“ umfasst die Einflüsse, welche im Zusammenhang mit der Arbeit auf eine Person einwirken. Stellt sich heraus, dass eine Arbeitsbelastung ein Einflussfaktor für die Entstehung einer Krankheit ist, so kann sie auch als arbeitsbezogener Risikofaktor bezeichnet werden. Unter dem Begriff der „Beanspruchung“ versteht man die physischen oder psychischen Reaktionen auf eine Belastung. Die Beanspruchung ist also die Folge der Belastung. Aus einer großen Auswahl an Belastungen ergibt sich eine ebenso große Auswahl an erdenklichen Reaktionen, die von ungefährlichen Krankheiten bis hin zu Krankheiten mit Todesfolge reichen. Eine weitere Größe in dem Modell sind die modifizierenden Faktoren. Diese Faktoren haben einen Einfluss darauf, wie stark eine Beanspruchung durch eine Belastung ausfällt. Ist dieser besagte Einfluss positiv, so schützt der Modifikator vor den Auswirkungen einer Belastung. Ressourcen liegen teilweise in einer Person selbst begründet, denn Erfahrungen, Einstellungen und gewisse Charakterzüge können den Umgang mit Belastungen vereinfachen. Weitere Ressourcen liegen außerhalb einer Person, wie beispielsweise arbeitsmedizinische Vorsorge, technische Schutzsysteme oder auch soziale Ressourcen. Modifikatoren können jedoch auch negative Folgen mit sich bringen und die Wirkung einer Belastung verstärken. In derartigen Fällen spricht man von Vulnerabilität, der Anfälligkeit für eine Erkrankung. Die Vulnerabilität wird durch individuelle Merkmale, als auch durch Umweltfaktoren beeinflusst (Dragano, 2016, S. 169f.).

Im Folgenden werden nun Arbeitsbelastungen, getrennt in zwei Blöcken, bestehend aus physischen Belastungen, die in direkter Form auf den Organismus einwirken und

psychischen Belastungen, die sich über den Umweg der psychischen Verarbeitung entfalten, vorgestellt.

### **Physische Belastungen:**

- Unfallrisiken: Aufgrund dessen, dass die Folgen gravierend sein können, sind diese von hoher Bedeutung.
- Ergonomische Belastungen: Durch eine arbeitsbedingte Fehlbelastung des Bewegungsapparates entstehen Beanspruchungen.
- Umgebungsbelastungen: Dazu zählen sowohl klimatische als physikalisch-chemische Expositionen, sowie Lärm.

### **Psychische Belastungen:**

- Arbeitsbezogene Belastungen: Jene Belastungen wirken unmittelbar auf den Organismus ein und bringen psychisch vermittelte Nebenwirkungen mit sich. Zur bekanntesten Belastung dieser Kategorie zählt die Schichtarbeit und hier besonders die Nachtarbeit. Auch die Dauer der täglichen Arbeitszeit stellt einen Risikofaktor dar.
- Psychosoziale Arbeitsbelastungen und Arbeitsstress: Unter dem Begriff der psychosozialen Arbeitsbelastungen werden eine Reihe von Situationen verstanden, die eine Beanspruchung verursachen. Die bekannteste Form solch einer Beanspruchung ist eine Stressreaktion. Bei psychosozialen Arbeitsbelastungen handelt es sich nicht um lebensbedrohliche Situationen, sondern um latent bedrohliche Umstände, wie eine konstante Überforderung, sinnfreie Arbeit oder die Gefährdung der materiellen Basis durch imminenten Arbeitsplatzverlust. Weitere psychosoziale Arbeitsbelastungen stellen konflikthafte Interaktionen, insbesondere Mobbing oder Diskriminierung, als auch atypische Beschäftigung, wie Leiharbeit, Teilzeitarbeit oder befristete Verträge, dar (Dragano, 2016, S. 169-173).

Die ÖNORM EN ISO 10075-1 definiert darüber hinaus psychische Belastungen als:

*„Gesamtheit aller erfassbaren Einflüsse, die von außen auf einen Menschen zukommen und diesen psychisch beeinflussen.“*

Weiters zählen zu den Arbeitsbedingungen, welche mit psychischen Belastungen verbunden sind, die folgenden Faktoren:

- Anforderungen seitens der Arbeitsaufgabe wie die Informationsverarbeitung und die Daueraufmerksamkeit,
- physikalische Bedingungen wie der Lärm, das Wetter und die Beleuchtung am Arbeitsplatz,

- soziale und organisatorische Faktoren wie Organisationsklima, Gruppenmerkmale und Führungskultur und
- gesellschaftliche Faktoren wie die wirtschaftliche Lage und gesellschaftliche Anforderungen ([www.sicherearbeit.at](http://www.sicherearbeit.at), 05.05.2024).

### **2.2.2 Strukturelle Hintergründe von Gesundheit und Arbeit**

Um den Zusammenhang zwischen Gesundheit und Arbeit soziologisch zu betrachten, muss über die Betrachtung der individuellen Belastungs-Beanspruchungs-Kombinationen hinaus gegangen werden und die strukturellen Hintergründe auf Meso- und Makro-Ebene analysiert werden (Dragano, 2016, S. 174). Die Meso-Ebene beschäftigt sich damit welche Prozesse und Strukturen einen Einfluss auf das Belastungsgeschehen am Arbeitsplatz haben. Es ist zentral herauszufinden, warum Arbeitsbelastungen auftreten und warum manche Gruppen von Beschäftigten häufiger oder seltener davon betroffen sind als andere. Das Eintreten von Belastungen kann nicht allein durch die Art des ausgeübten Berufs und dessen Arbeitsinhalte erklärt werden. Die Arbeitsgestaltung als auch die Umsetzung des Gesundheits- und Arbeitsschutzes liegt hauptsächlich in der Verantwortung der Arbeitgeber\*innen. Rechtliche Grundlagen dienen den Arbeitgeber\*innen als Vorlage. Jedoch kommen nicht alle Arbeitgeber\*innen diesen Grundlagen gleichermaßen nach. Dies ist teilweise auf fehlende Expertise als auch auf hohe Kosten, welche mit Arbeitsschutz in Verbindung sind, zurückzuführen. Auch soziale Beziehungen und das soziale Klima am Arbeitsplatz spielen eine zentrale Rolle beim Umgang mit Gefahren. Einen wesentlichen Einfluss haben Gruppennormen- und -verhalten (Dragano, 2016, S. 175f.). Die dargestellte Mesoebene ist in die übergeordnete Makro-Ebene eingebettet.

Die Makro-Ebene beschäftigt sich mit gesellschaftlichen Institutionen und Systemen, wie das Gesundheitssystem, die soziale Sicherung, die Wirtschaftsverfassung, der gesetzliche Rahmen für Arbeit, technische Entwicklungen und globale gesellschaftliche Entwicklungen. Diese Rahmenbedingungen und Trends haben erheblichen Einfluss auf die Situation am Arbeitsplatz und den damit einhergehenden Arbeitsbedingungen (Dragano, 2016, S. 176).

### **2.2.3 Das Maslach Burnout Inventory**

Burnout aus dem englischen bedeutet so viel wie „ausbrennen“ und meint das Ergebnis von chronischem Stress und bezeichnet meist einen berufsbezogenen chronischen Erschöpfungszustand. Nach der ICD 10, der International Classification of Diseases der Weltgesundheitsorganisation wird Burnout als „ausgebrannt sein“ und als einen „Zustand der totalen Erschöpfung“ definiert und ist keine eigenständige Erkrankung,

sondern ein Einflussfaktor, welcher auf den Gesundheitszustand wirkt und zur Inanspruchnahme des Gesundheitssystems führt (www.gesundearbeit.at, 12.05.2024). Wenn im Arbeitsumfeld die menschliche Perspektive der Arbeit nicht berücksichtigt wird, dann steigt das Risiko von Burnout (Maslach & Leiter, 2001, S. 20). Maslach, Jackson & Leiter (1997, S. 191f.) definieren Burnout als psychologisches Syndrom bestehend aus

- emotionaler Erschöpfung,
- Depersonalisierung
- und reduzierter persönlicher Leistung.

Dieser Zustand tritt bei Personen ein, welche in irgendeiner Form mit anderen Menschen zusammenarbeiten. Da besonders das Pflegepersonal mit anderen Menschen arbeitet, ist es relevant das Burnout Syndrom zu betrachten. Der zentrale Aspekt des Burnout Syndroms ist die zunehmende emotionale Erschöpfung, welche eintritt, wenn die emotionalen persönlichen Ressourcen erschöpft sind. Die Depersonalisierung hängt mit der Erfahrung der emotionalen Erschöpfung zusammen. Durch eine verminderte persönliche Zufriedenheit fühlen sich Betroffene unzufrieden und sind mit ihrer Leistung am Arbeitsplatz nicht zufrieden. Um das Burnout Syndrom zu beurteilen, wurde das Maslach Burnout Inventory, abgekürzt MBI, entwickelt (Maslach et al., 1997, S. 192f.). Das Maslach Burnout Inventory ist das weitverbreitetste Werkzeug, um das Burnout Syndrom zu messen (Doherty, Mallet, Leiter & McFadden, 2021, S. 6).

Auf die folgenden sechs Faktoren des Arbeitslebens lässt sich das Burnout Syndrom zurückführen:

1. Erhöhte Arbeitsbelastung durch hohen Arbeitsumfang
2. Mangel an Kontrolle
3. Unzureichende Belohnung/Anerkennung
4. Mangel an Gemeinschaft
5. Mangel an Fairness/Gerechtigkeit
6. Wertekonflikt (Maslach & Leiter, 2001, S. 28).

Maslach & Leiter (2008, S. 498-501) betiteln jene sechs Faktoren des Arbeitslebens auch als die sogenannten Vorhersagekriterien von Burnout. Diese sechs Faktoren des Arbeitslebens, in welchen Missverhältnisse auftreten können, sind das unmittelbare Arbeitsumfeld der Menschen und innerhalb dieser sechs Faktoren liegt sowohl der Beginn des Burnout Syndroms bis hin zur Vermeidung des Burnout Syndroms durch die Identifikation mit der Arbeit (Maslach & Leiter, 2001, S. 154). Um Burnout erfolgreich zu bewältigen als auch zu verhindern, muss dahingehend die Identifikation mit der Arbeit

gefördert werden, in dem ein gesundes Arbeitsklima, welches menschliche Werte fördert, umgesetzt wird. (Maslach & Leiter, 2001, S. 23, S. 111f.).

Da Arbeitgeber\*innen auf die sechs Faktoren des Arbeitslebens Einfluss nehmen können, sind diese auch Ansatzpunkte für strategische Interventionen in Unternehmen. Folgende Faktoren lassen sich ableiten für eine verbesserte Identifikation mit dem Unternehmen und der Vermeidung von Burnout:

1. Ertragbare Arbeitsbelastung
2. Gefühle von Entscheidungsfreiheit und Kontrolle
3. Belohnung und Anerkennung
4. Sinn für Gemeinschaft
5. Fairness, Gerechtigkeit und Respekt
6. Wertvolle und sinnvolle Arbeit (Maslach & Leiter, 2001, S. 154).

Im Nachfolgenden wird eine zeitgemäße Unternehmensstrategie, die sogenannte betriebliche Gesundheitsförderung, welche die Vorbeugung von Krankheiten, die Stärkung der Gesundheit, die Verbesserung des Wohlbefindens und die langfristige Erhaltung der Mitarbeiter\*innen zum Ziel hat, vorgestellt ([www.gesundheit.gv.at](http://www.gesundheit.gv.at), 06.03.2024).

### **2.3 Betriebliche Gesundheitsförderung**

Bei einer Konferenz der WHO in Ottawa im Jahr 1986 wurde erstmalig der Begriff der Gesundheitsförderung (engl.: Health Promotion) definiert. Dahingehend ist die Gesundheitsförderung der Prozess, der Menschen dazu befähigt mehr Kontrolle über ihre Gesundheit zu erlangen und diese auch zu verbessern. Um einen Zustand des vollständigen körperlichen, geistigen und sozialen Wohlbefindens zu erreichen, muss eine Person oder eine Gruppe in der Lage sein, die eigenen Wünsche zu erkennen und auch zu verwirklichen. Darüber hinaus müssen Personen befähigt sein ihre Bedürfnisse zu befriedigen und ihre Umwelt zu verändern oder zu bewältigen. Gesundheit wird dahingehend also als Ressource für das tägliche Leben und nicht als vorrangiges Ziel des Lebens gesehen. Gesundheit ist ein positives Konzept, das sowohl die sozialen und persönlichen Ressourcen als auch die körperlichen Fähigkeiten in den Mittelpunkt stellt. Daher ist die Gesundheitsförderung nicht nur die Aufgabe des Gesundheitssektors, sondern geht auch über eine gesunde Lebensweise hinaus und umfasst auch das Wohlbefinden des Menschen ([www.who.int](http://www.who.int), 06.03.2024).

Die Luxemburger Deklaration geht dann einen Schritt weiter und definiert im November 1997 die betriebliche Gesundheitsförderung wie folgt:

*„Betriebliche Gesundheitsförderung (BGF) umfasst alle gemeinsamen Maßnahmen von Arbeitgebern, Arbeitnehmern und Gesellschaft zur Verbesserung von Gesundheit und Wohlbefinden am Arbeitsplatz.“*

Darüber hinaus legt die Luxemburger Deklaration acht Grundsätze im Sinne des Arbeits- und Gesundheitsschutzes fest:

1. Unternehmensleitlinien und Grundsätze, welche in den Mitarbeiter\*innen einen Erfolgsfaktor von hoher Bedeutung sehen und diese nicht nur auf einen Kostenfaktor reduzieren
2. Eine Unternehmenskultur und dazugehörige Führungskultur, welche Mitarbeiter\*innen aktiv beteiligt um so die Mitarbeiter\*innen auch zur Übernahme von Verantwortung zu motivieren
3. Eine Arbeitsorganisation, die den Mitarbeiter\*innen eine ausgeglichene Relation zwischen Arbeitsanforderungen und den eigenen Fähigkeiten bietet und darüber hinaus auch Einfluss auf die eigene Arbeit und soziale Unterstützung
4. Die Verankerung von Gesundheitszielen, vor allem in der Personalpolitik, aber ebenso in allen anderen Bereichen des Unternehmens
5. Ein integrierter Arbeits- als auch Gesundheitsschutz für die Mitarbeiter\*innen
6. Ein hohes Ausmaß an Einbezug und Partizipation der Mitarbeiter\*innen bei Gesundheitsfragen
7. Eine schlüssige und zielgerichtete Durchführung aller Maßnahmen und Programme
8. Die Kombination von Risikoreduzierung mit der Ausdehnung von schützenden Faktoren und Gesundheitspotenzialen ([www.netzwerk-bgf.at](http://www.netzwerk-bgf.at), 06.03.2024).

Die betriebliche Gesundheitsförderung ist also eine zeitgemäße Unternehmensstrategie, welche die Vorbeugung von Krankheiten, die Stärkung der Gesundheit, die Verbesserung des Wohlbefindens der Mitarbeiter\*innen und die langfristige Erhaltung der Mitarbeiter\*innen zum Ziel hat ([www.gesundheit.gv.at](http://www.gesundheit.gv.at), 06.03.2024).

Das Netzwerk BGF legt in seiner eigenen Charta die folgenden vier Prinzipien der betrieblichen Gesundheitsförderung fest, die notwendig sind um das Ziel von gesunden Mitarbeiter\*innen in einem gesunden Unternehmen zu erreichen:

1. **Partizipation:** Die gesamte Belegschaft soll an der Entwicklung und Erhaltung von gesundheitsfördernden Arbeitsbedingungen beteiligt sein.
2. **Integration:** In allen wichtigen Bereichen des Unternehmens und Entscheidungen soll die betriebliche Gesundheitsförderung berücksichtigt werden.

3. **Projektmanagement:** Die Maßnahmen sollten systematisch durchgeführt werden und dahingehend eine Bedarfsanalyse, eine Prioritätensetzung, eine Planung, eine Ausführung, eine laufende Kontrolle und Bewertung der Ergebnisse enthalten.
4. **Ganzheitlichkeit:** Damit gewährleistet ist, dass die Risikoreduktion mit dem Erweitern der Schutzfaktoren und dem Ausbau von Gesundheitspotenzialen verbunden ist, müssen sowohl verhaltens- als auch verhältnisorientierte Maßnahmen einbezogen werden (Blattner & Mayer, 2018, S. 17).

Verhaltensweisen und Verhältnisse können außerdem durch die betriebliche Gesundheitsförderung aufgezeigt werden, die auf Dauer die Gesundheit der Mitarbeiter\*innen positiv beeinflussen oder einem Risiko aussetzen (Blattner & Mayer, 2018, S. 22). Die betriebliche Gesundheitsförderung (BGF) ist darüber hinaus ein eigenes Handlungsfeld, welches ebenso in das betriebliche Gesundheitsmanagement (BGM) eingebettet ist (Blumentritt, Luig, Enklaar & Englert, 2023, S. 16).

Abbildung 3: Bausteine des betrieblichen Gesundheitsmanagements

| Betriebliches Gesundheitsmanagement                         |                                          |                                       |
|-------------------------------------------------------------|------------------------------------------|---------------------------------------|
| <b>Arbeitnehmer*innen-schutz</b>                            | <b>Betriebliche Gesundheitsförderung</b> | <b>Wiedereingliederungsmanagement</b> |
| Menschengerechte Arbeitsgestaltung durch Gefahrenprävention | Förderung und Erhalt von Gesundheit      | Wiedereingliederung von Erkrankten    |
| verpflichtend                                               | freiwillig                               | freiwillig                            |

Quelle: Eigene Darstellung nach Blattner & Mayer (2018, S. 28)

Wie in Abbildung 3 ersichtlich sind der Arbeitnehmer\*innenschutz, die betriebliche Gesundheitsförderung und das Wiedereingliederungsmanagement Teil des übergeordneten betrieblichen Gesundheitsmanagements. Das in der Tabelle ersichtliche Wiedereingliederungsmanagement stellt die freiwillige Wiedereingliederung von erkrankten Mitarbeiter\*innen im Unternehmen dar. Lediglich der Arbeitnehmer\*innenschutz ist für Unternehmen verpflichtend. Über dies zeigt sich, dass der Arbeitnehmer\*innenschutz und die betriebliche Gesundheitsförderung von unterschiedlichen Menschenbildern ausgehen

und verschiedene Ziele auf Verhaltens- und Verhältnisebene anstreben (Blattner & Mayer, 2018, S. 28f.). Dies wird in Tabelle 1, in welcher der Arbeitsschutz und die betriebliche Gesundheitsförderung gegenübergestellt wird noch eindeutiger ersichtlich.

Tabelle 1: Gegenüberstellung des Arbeitsschutzes und der betrieblichen Gesundheitsförderung

|                                 | Arbeitsschutz                                                                                                                                                                                          | Betriebliche Gesundheitsförderung                                                                                                                                                                     |
|---------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Betrachtung des Menschen als... | <p>...schutzbedürftiges Wesen</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Defizitmodell</li> <li>• Orientiert an Schwächen</li> <li>• Pathogenetisches Grundverständnis</li> </ul>                    | <p>...autonom handelndes Subjekt</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Potentialmodell</li> <li>• Orientiert an Stärken</li> <li>• Salutogenetisches Grundverständnis</li> </ul>               |
| Verhaltensorientierte Ziele     | <p>Erkennung und adäquate Handlung in gefährlichen Situationen</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Wahrnehmen von Gefahren</li> </ul>                                                         | <p>Erkennung und Nutzung von Gestaltungs- und Handlungsspielräumen</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Wahrnehmen von Chancen</li> </ul>                                                     |
| Verhältnisorientierte Ziele     | <p>Vermeidung und Beseitigung von gesundheitsgefährdenden Arbeitsbedingungen und Belastungen</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Schutzperspektive</li> <li>• Belastungsorientiert</li> </ul> | <p>Schaffung und Erhaltung gesundheitsförderlicher Arbeitsbedingungen und Kompetenzen</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Entwicklungsperspektive</li> <li>• Ressourcenorientiert</li> </ul> |

Quelle: Eigene Darstellung nach Blattner & Mayer (2018, S. 29)

Bräunig & Kohstall (2012, S. 3) stellen darüber hinaus fest, dass der Arbeitsschutz Mitarbeiter\*innen besonders vor Arbeitsunfällen und Berufskrankheiten schützt. Die stärksten Auswirkungen von Arbeitsschutz sind weniger Gefahrenquellen für Mitarbeiter\*innen, ein erhöhtes Gefahrenbewusstsein der Mitarbeiter\*innen, weniger Verstöße gegen Arbeitsschutzvorschriften, weniger Arbeitsunfälle, ein besseres Unternehmensimage, eine verbesserte Arbeitsplatzkultur, geringere Ausfallzeiten und geringere Störungen (Bräunig & Kohstall, 2012, S. 1). Das übergeordnete Ziel von Arbeitnehmer\*innenschutz und betrieblicher Gesundheitsförderung ist jedoch mehr Sicherheit und Gesundheit für Mitarbeiter\*innen (Blattner & Mayer, 2018, S. 29).

Trotz dessen, dass die betriebliche Gesundheitsförderung ein Teilbereich des betrieblichen Gesundheitsmanagement ist, werden die Begriffe BGF und BGM jedoch in der Literatur als auch in der Praxis nicht trennscharf genutzt (Blumentritt et al., 2023, S. 16).

### **2.3.1 Handlungsfelder der betrieblichen Gesundheitsförderung**

Die betriebliche Gesundheitsförderung orientiert sich stark an der bereits detailliert beschriebenen Salutogenese - der Frage danach was Menschen gesund erhält. Jedoch muss auch die Pathogenese, die danach fragt, was Menschen krank macht, berücksichtigt werden, um ein vollständiges Bild der betrieblichen Wirklichkeit erarbeiten zu können. Davon ausgehend haben sowohl die Ressourcen (Salutogenese) als auch die Stressoren (Pathogenese) einen Einfluss auf das Wohlbefinden von Mitarbeiter\*innen. Das Ziel ist sowohl die Förderung der Ressourcen als auch die Reduktion von Stressoren. In Unternehmen sind die zwei folgenden Handlungsfelder gegeben:

1. Die Ebene der Organisation: Das Unternehmen mit seinen Arbeitsbedingungen materieller, organisatorischer und sozialer Natur.
2. Die Ebene der Person: Die Mitarbeiter\*innen mit ihren Fähig- und Fertigkeiten.

Um beide Ebenen positiv beeinflussen zu können, sind sowohl verhaltens- als auch verhältnisorientierte Maßnahmen notwendig (Blattner & Mayer, 2018, S. 30). Im Folgenden werden nun einige verhaltensorientierte Maßnahmen, deren Ziel gesunde Mitarbeiter\*innen sind, aufgezählt.

#### **Verhaltensorientierte Maßnahmen:**

- Kurse zu
  - Raucherentwöhnung
  - Gesunder Ernährung
  - Richtiger Bewegung
  - Entspannungstechniken
  - Heben und Tragen
- Gemeinschaftliche Aktionen zu
  - Lauftreffs
  - Nordic Walking
- Erweiterung der individuellen Kompetenzen wie
  - Teamentwicklung
  - Konfliktmanagement
  - Zeitmanagement
  - Kommunikation

- Führungsverhalten
- Präventive Angebote wie
  - Herz-Kreislauf-Angebote
  - Gesundheitschecks
  - Rauchstoppangebote ([www.gesundheit.gv.at](http://www.gesundheit.gv.at), 08.03.2024).

Darüber hinaus bieten sich noch Ernährungsberatung, Rückenurse, Stressmanagementkurse, als auch Hilfs- und Beratungsangebote an ([www.bundesgesundheitsministerium.de](http://www.bundesgesundheitsministerium.de), 09.03.2024). Zur Beratung zählen im Übrigen auch Supervisionen, welche in einem bestimmten Rahmen stattfinden. Hierbei sucht eine Gruppe von Mitarbeiter\*innen, beziehungsweise Kolleg\*innen unter Anleitung einer Berater\*in gemeinsam nach Lösungsansätzen für berufliche Probleme (Hahnzog, 2014, S. 300f.).

Nachfolgend werden nun verhältnisorientierte Maßnahmen, deren Ziel ein gesundes Unternehmen ist, aufgezählt.

#### **Verhältnisorientierte Maßnahmen:**

- Arbeitsgestaltung wie
  - Änderungen von Arbeitsabläufen
  - Neue Arbeitszeitmodelle
  - Ausgedehnte Entscheidungsräume
  - Teamarbeit
- Rahmenbedingungen wie
  - Bauliche Maßnahmen
  - Ergonomische Arbeitsplatzgestaltung
  - Rauchfreie Arbeitsplätze
  - Ruheräume
  - Angebotene gesunde Ernährung in der Kantine
- Betriebskultur wie
  - Betriebsvereinbarungen zum Thema Alkoholprävention oder Mobbingprävention
  - Strategien für die psychosoziale Gesundheit
- Personal- und Organisationsentwicklung wie
  - Führungskräfteentwicklung
  - Lehrlingsprogramme
  - Strategien für produktives Altern ([www.gesundheit.gv.at](http://www.gesundheit.gv.at), 08.03.2024).

Weiterführend dazu bieten sich gesundheitsgerechte Mitarbeiter\*innenführung, Maßnahmen gegen Mobbing, Gesundheitszirkel, flexible Arbeitszeiten und Arbeitsplatzwechsel an ([www.bundesgesundheitsministerium.de](http://www.bundesgesundheitsministerium.de), 09.03.2024).

Die Verhältnisprävention stellt neben der Verhaltensprävention ein essenzielles Mittel in den verhaltensändernden Gesundheitsförderungsmaßnahmen dar (Blumentritt et al., 2023, S. 20). Gezielte verhältnisorientierte Maßnahmen wären darüber hinaus die Förderung eines gesunden Verhaltens durch eine veränderte Verfügbarkeit von Lebensmitteln in Kantinen, die Bereitstellung von Fitnessseinrichtungen, als auch Anreize zur Nutzung der Treppenhäuser (Proper & van Oostrom, 2019, S. 547).

### **2.3.2 Nutzen und Vorteile betrieblicher Gesundheitsförderung**

Sowohl auf Seiten der Mitarbeiter\*innen als auch auf Seiten des Unternehmens können positive Effekte verzeichnet werden. Auf Seiten der Mitarbeiter\*innen besonders hinsichtlich ihrer physischen, psychischen und sozialen Gesundheit (Blattner & Mayer, 2018, S. 22).

Auf Seite des Unternehmens kann sich die betriebliche Gesundheitsförderung besonders auf Bereiche wie Gesundheitskosten, Fehlzeiten, Produktivität, Personalbeschaffung, Personalbindung, Unternehmenskultur und Mitarbeiter\*innenmoral auswirken. Arbeitgeber\*innen, Mitarbeiter\*innen und deren Familien profitieren alle von der Prävention von Krankheiten und Verletzungen und von einer nachhaltigen Gesundheit ([www.cdc.gov](http://www.cdc.gov), 09.03.2024). Auch Moroni et al. (2023, S. 2) bestätigt positive Effekte für Unternehmen bezogen auf Fehlzeiten, Anwesenheit, Produktivität, Arbeitsfähigkeit, Arbeitsleistung, wirtschaftliche Bewertung, Rentabilität und arbeitsbezogenen Ergebnissen.

Die folgenden positiven Effekte beziehungsweise Auswirkungen von betrieblicher Gesundheitsförderung lassen sich im Detail für Mitarbeiter\*innen feststellen:

- Gesteigertes Wohlbefinden
- Verringerung von gesundheitlichen Risiken, die chronische Erkrankungen begünstigen
- Verbesserte soziale Kontakte zwischen Mitarbeiter\*innen
- Erweiterung der persönlichen Gesundheitskompetenzen
- Höhere Arbeitszufriedenheit und Arbeitsmoral
- Gestärkte Resilienz und erleichterter Umgang mit Belastungen
- Höheres Selbstwertgefühl
- Reduktion individueller Gesundheitsrisikofaktoren

- Erhöhung und Sicherung der individuellen Lebensqualität
- Verbesserte Kommunikation bei Fragen zur Gesundheit im Unternehmen (www.netzwerk-bgf.at, 07.03.2024).

Darauffolgend die positiven Effekte betrieblicher Gesundheitsförderung für Unternehmen:

- Verbesserte Kommunikationsprozesse und -strukturen
- Förderung des Innovationsklimas im Betrieb
- Steigerung der Arbeitszufriedenheit, Mitarbeiter\*innenmotivation und Identifikation mit dem Unternehmen
- Verbessertes Betriebsklima
- Verhaltensänderungen bei Mitarbeiter\*innen
- Verringerte Fehlzeiten und Krankenstände
- Verringerte Fluktuation
- Modifizierte Risikowahrnehmung der Mitarbeiter\*innen
- Verbesserte Strukturen
- Verbesserung des Images, der Konkurrenzfähigkeit und der Marktchancen
- Effizienzsteigerung (www.netzwerk-bgf.at, 07.03.2024).

Auch Díaz-Benito, Vanderhaegen & Barriopedro Moro (2020, S. 233) betonen, dass Gesundheitsförderungsprogramme die Gesundheit im Allgemeinen verbessern können und eine Erhöhung der körperlichen Aktivität erreichen, als auch eine Verringerung der Fehlzeiten, eine Steigerung der Arbeitsproduktivität und eine Verbesserung des Stressmanagements fördern.

### **2.3.3 Wirksamkeit betrieblicher Gesundheitsförderung**

Laut Moroni et al. (2023, S. 1) erweisen sich Maßnahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung in verschiedenen Kontexten beziehungsweise Settings als wirksam. Auch laut Blattner & Mayer (2018, S. 22) wird die Wirksamkeit von betrieblicher Gesundheitsförderung durch immer mehr Studien belegt. Ebenso bestätigen Díaz-Benito et al. (2020, S. 233), dass mehrere Studien die Wirksamkeit der Förderung der Gesundheit und körperlichen Aktivität am Arbeitsplatz nachweisen.

Des Weiteren kann festgestellt werden, dass betriebliche Gesundheitsförderungsmaßnahmen am wirksamsten unmittelbar nach der Durchführung dieser sind. Um Veränderungen nachhaltig zu gestalten, ist es daher von hoher Bedeutung, dass das Thema Gesundheit im Unternehmen anhaltend und konsequent verfolgt wird. Darüber hinaus

muss das Thema Gesundheit in alle möglichen betrieblichen Strukturen und Prozesse integriert sein (Blattner & Mayer, 2018, S. 22).

Auch Proper & van Oostrom (2019, S. 556) stellten in ihrer Studie fest, dass es starke Belege für die Wirksamkeit von Maßnahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung besonders auf der Ebene der mentalen Gesundheit, der Gesundheit des Bewegungsapparates und der gewichtsbezogenen Gesundheit, gibt. Lediglich wie sich die betriebliche Gesundheitsförderung auf kardiometabolische Risikofaktoren auswirkt, ist laut Proper & van Oostrom (2019, S. 556) unklar. Darüber hinaus zeigen auch Interventionen im Bezug auf psychologische als auch verhaltensbezogene Störungen eine Wirkung (Proper & van Oostrom, 2019, S. 556).

Investitionen in die Gesundheit und Sicherheit der Mitarbeiter\*innen und die Entwicklung von Programmen zur Prävention und Gesundheitsförderung am Arbeitsplatz sind für Mitarbeiter\*innen, Arbeitgeber\*innen, die Krankenversicherungen und politische Entscheidungsträger von hoher Bedeutung (Thonon et al., 2023, S. 617). Der sogenannte „Return on Prevention“ stellt abstrakt und stark verdichtet den ökonomischen Erfolg von betrieblichem Arbeits- und Gesundheitsschutz dar (Bräunig & Kohstall, 2013, S. 14). Bräunig & Kohstall (2013, S. 34) stellen dahingehend fest, dass Ausgaben der Unternehmen für den betrieblichen Arbeits- und Gesundheitsschutz wirtschaftlich wirksam sind.

Cheng et al. (2022, S. 2) stellen jedoch fest, dass betriebliche Gesundheitsförderungsmaßnahmen eine gewisse Wirkung haben, dass es jedoch noch weiterer Untersuchungen bedarf, um den Nutzen zu bestätigen.

## **2.4 Pflegepersonal in Österreich**

In Österreich sind mit Stand 2019 insgesamt 127.000 Personen als Pflegepersonal beschäftigt. Dazu zählen Angehörige der Berufe

- diplomiertes Pflegepersonal
- Pflegeassistenz
- Pflegefachassistenz und
- Heimhilfe (Gesundheit Österreich GmbH, 2019, S. 3).

Im Folgenden wird auf die genannten Berufsbilder näher eingegangen. Ausgenommen wird dabei jedoch das Berufsbild der Heimhilfe, da diese nicht im intramuralen Bereich tätig ist und damit nicht für diese Arbeit relevant ist. Lediglich das diplomierte Pflegepersonal, die Pflegeassistenz und die Pflegefachassistenz sind in Österreich im intramuralen Bereich beziehungsweise in Krankenhäusern als Pflegepersonal tätig und sohin für diese Arbeit von Bedeutung.

### **2.4.1 Gehobener Dienst für Gesundheits- und Krankenpflege**

Der gehobene Dienst für Gesundheits- und Krankenpflege ist in Österreich verantwortlich für die unmittelbare und mittelbare Pflege von Menschen aller Altersgruppen, Familien und Bevölkerungsgruppen in mobilen, ambulanten, teilstationären und stationären Versorgungsformen sowie allen Versorgungsstufen. Zu den verschiedenen Versorgungsstufen zählen die Primärversorgung, die ambulante spezialisierte Versorgung sowie die stationäre Versorgung. Der gehobene Dienst für Gesundheits- und Krankenpflege setzt auf die Erkenntnisse der Wissenschaft, um die Gesundheit zu fördern und zu erhalten. Durch präventive, kurative, rehabilitative und palliative Aspekte leisten die Gesundheits- und Krankenpfleger\*innen aus dem gehobenen Dienst einen Beitrag zur Unterstützung des Heilungsprozesses, zur Bewältigung von gesundheitlichen Herausforderungen und zur Aufrechterhaltung der Lebensqualität aus pflegerischer Perspektive. Darüber hinaus entwickeln, arrangieren und implementieren die Gesundheits- und Krankenpfleger\*innen pflegerische Strategien, Konzepte und Programme, um die Gesundheitskompetenz zu stärken, vor allem bei chronischen Erkrankungen, im Rahmen der familiären Gesundheitspflege, der Schulgesundheitspflege sowie der gemeinde- und bevölkerungsorientierten Pflege (Weiss, 2023, S. 108). Angehörige des gehobenen Dienstes für Gesundheits- und Krankenpflege sind diplomierte Gesundheits- und Krankenpfleger\*innen, welche den Fachhochschul-Bachelorstudiengang oder die Schule für Gesundheits- und Krankenpflege (bis 31.12.2023) absolviert haben (Weiss, 2023, S. 119).

### **2.4.2 Pflegeassistentenberufe**

Zu den Pflegeassistentenberufen zählen die Pflegeassistentin und die Pflegefachassistentin. Die Tätigkeiten im Bereich der Pflegeassistentenberufe umfassen die Ausführung der ihnen durch die Angehörigen des gehobenen Dienstes für Gesundheits- und Krankenpflege übertragenen Aufgaben. Diese Aufgaben werden in verschiedenen Pflege- und Behandlungssituationen bei Menschen verschiedener Altersgruppen ausgeführt. Eingesetzt werden die Pflegeassistentenberufe in der mobilen und ambulanten Versorgungsform, als auch in teilstationären und stationären Einrichtungen auf allen Versorgungsstufen (Weiss, 2023, S. 130).

Die Ausbildung zur Pflegeassistentin dauert ein Jahr und findet in einer Schule für Gesundheits- und Krankenpflege oder im Rahmen eines Lehrgangs für Pflegeassistentin statt (Weiss, 2023, S. 137). Im Gegensatz zur Ausbildung zur Pflegeassistentin dauert die Ausbildung zur Pflegefachassistentin zwei Jahre und findet in einer Schule für Gesundheits- und Krankenpflege statt (Weiss, 2023, S. 144).

### 2.4.3 Zahlen, Daten und Fakten zur Pflege in Österreich

In diesem Kapitel werden relevante Zahlen, Daten und Fakten in Bezug auf den Pflegebereich in Österreich aufgegriffen. Zu Beginn wird erörtert, wie viele Beschäftigte in den einzelnen Gesundheitsberufen und Gesundheitssektoren arbeiten. Anschließend wird auf die Geschlechterverteilung als auch auf die Altersverteilung der Beschäftigten im Pflegebereich in Österreich eingegangen.

Die folgende Tabelle gibt einen Überblick über die Beschäftigten im Pflege- und Betreuungsbereich in Österreich im Jahr 2019.

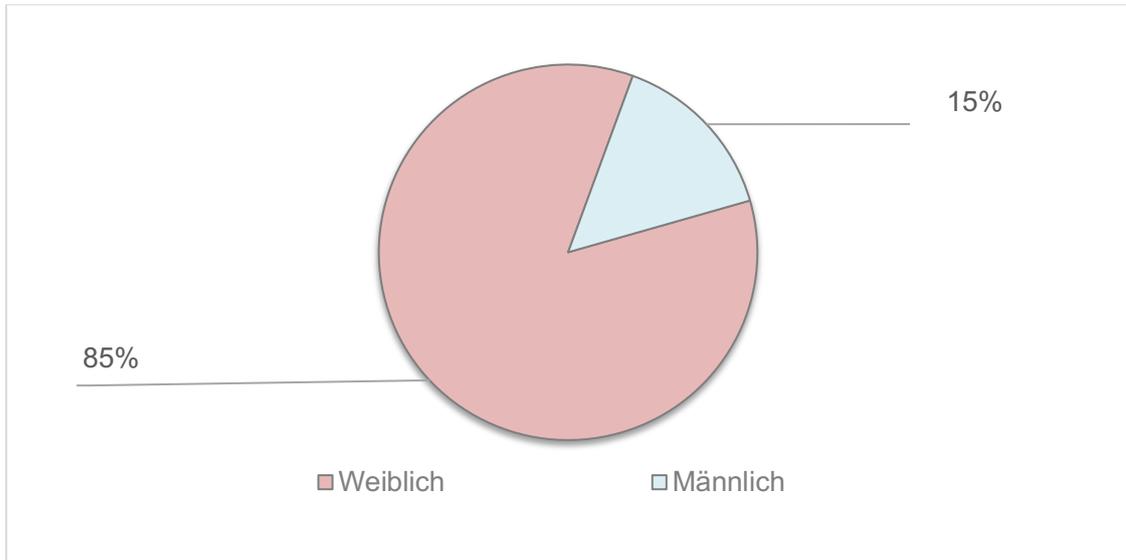
Tabelle 2: Beschäftigte in Pflege und Betreuung in Österreich

| <b>Pflegeberufe</b>                   | <b>Krankenhaus</b>     | <b>Langzeitpflege</b>  | <b>Gesamt</b>           |
|---------------------------------------|------------------------|------------------------|-------------------------|
| Heimhilfe                             |                        | 12.000 Personen        | 12.000 Personen         |
| Pflegeassistent & Pflegefachassistent | 9.000 Personen         | 30.000 Personen        | 39.000 Personen         |
| Diplomiertes Pflegepersonal           | 58.000 Personen        | 18.000 Personen        | 76.000 Personen         |
| <b>Gesamt</b>                         | <b>67.000 Personen</b> | <b>60.000 Personen</b> | <b>127.000 Personen</b> |

Quelle: Eigene Darstellung nach Gesundheit Österreich GmbH (2019, S. 3)

Etwa 67.000 Personen arbeiten im Krankenhaus und 60.000 Personen arbeiten im Langzeitpflegebereich. Der Langzeitpflegebereich setzt sich aus stationären und teilstationären Pflegeeinrichtungen, als auch aus mobiler Pflege und Betreuung zusammen. Von den 67.000 Personen, die im Krankenhaus tätig sind, sind 9.000 Personen als Pflegeassistent oder Pflegefachassistent tätig und 58.000 Personen als diplomiertes Pflegepersonal, beziehungsweise im gehobenen Dienst für Gesundheits- und Krankenpflege. Von den 60.000 Personen, welche in der Langzeitpflege tätig sind, arbeiten 12.000 Personen als Heimhilfe, 30.000 Personen als Pflegeassistent oder Pflegefachassistent und 18.000 Personen als diplomiertes Pflegepersonal (Gesundheit Österreich GmbH, 2019, S. 3).

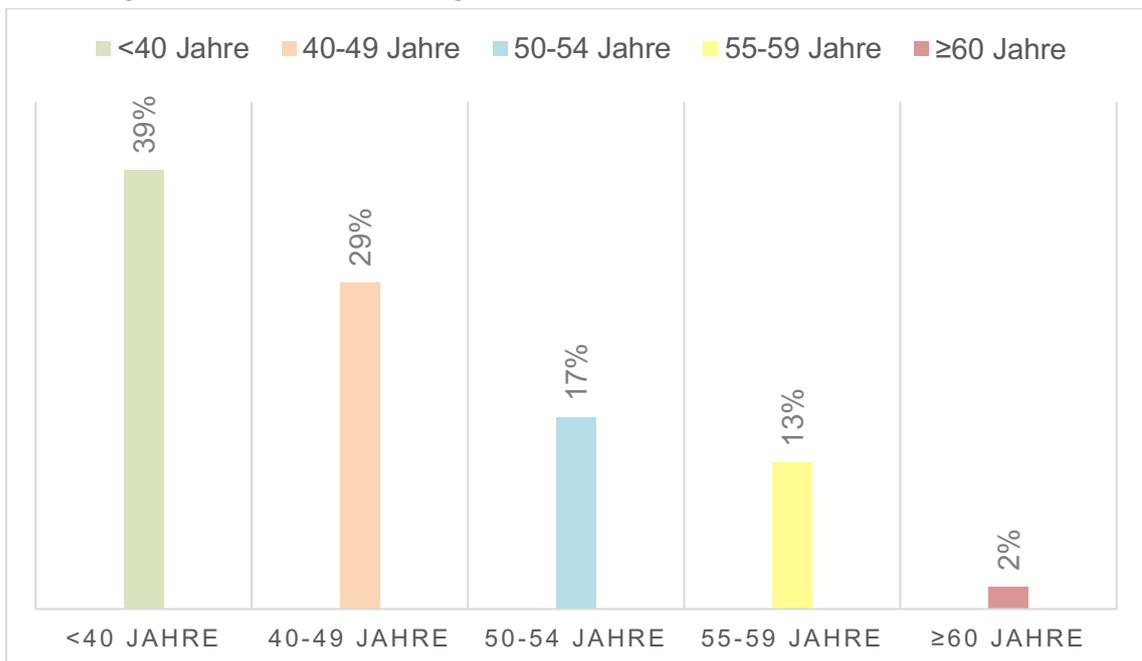
Abbildung 4: Geschlechterverteilung im Pflegebereich in Österreich



Quelle: Eigene Darstellung nach Gesundheit Österreich GmbH (2019, S. 4)

Darüber hinaus zeigt sich, dass 85% der in der Pflege tätigen Personen weiblichen Geschlechts sind. Somit sind nur 15% des Pflegepersonals in Österreich männlich.

Abbildung 5: Altersstruktur im Pflegebereich in Österreich



Quelle: Eigene Darstellung nach Gesundheit Österreich GmbH (2019, S. 4)

Wie in der Grafik abgebildet, sind 39% des Pflegepersonals unter 40 Jahren alt. Es ist interessant, dass 29% des Pflegepersonals in Österreich zwischen 40 und 49 Jahren alt ist. Wie die Grafik zeigt, sind darüber hinaus 17% zwischen 50 und 54 Jahren alt und 13% zwischen 55 und 59 Jahren alt. Lediglich 2% sind über 60 Jahre alt. Sohin gesehen ist zwar mehr als ein Drittel unter 40 Jahre alt, jedoch ist auch mehr als ein Drittel über

50 Jahre alt und wahrscheinlich in den kommenden 10 Jahren bereit in Pension zu gehen. Darüber hinaus wird bis 2030 die Anzahl an über 85-jährigen Menschen um knapp 45% ansteigen. Zugleich wird der Anteil der erwerbsfähigen Bevölkerung von 20 bis 65 Jahren bis 2030 um 5% sinken. Das zieht nach sich, dass der wachsenden Anzahl an pflegebedürftigen Menschen immer weniger potenzielle Pflege- und Betreuungskräfte gegenüberstehen (Gesundheit Österreich GmbH, 2019, S. 4f.).

#### **2.4.4 Fachkräftemangel in der Pflege**

Im Angesicht des demografischen Wandels und der Veränderung des Krankheitsspektrums steht die Gesellschaft vor der Schwierigkeit die pflegerische Versorgung auszubauen. Als bedeutsamer Faktor für den Fachkräftemangel in der Pflege gilt aber vor allem der demografische Wandel, da der Anteil an älteren Menschen in der Bevölkerung zunimmt und weiter zunehmen wird. Dadurch ist mit einem erheblichen Anstieg des Versorgungsbedarfs im Pflegebereich zu rechnen. Mit dem Anstieg des Alters steigt auch die Wahrscheinlichkeit von Gesundheitsstörungen, chronischen Krankheiten und Pflegebedürftigkeit an. Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Erkrankungen des Bewegungsapparats und Krebserkrankungen werden zukünftig im Aufwind sein. Darüber hinaus wird sich auch die Zahl an Menschen erhöhen, die an Multimorbidität beziehungsweise unter mehreren chronischen Krankheiten leiden. Sohin gesehen wird die Zahl an pflegebedürftigen Menschen steigen (Hämel & Schaeffer, 2013, S. 413f.). Die zunehmende Nachfrage der alternden Gesellschaft nach Gesundheitsdienstleistungen mit zeitgleichem Mangel an ausgebildetem Gesundheitspersonal stellt daher eine drohende Krise dar.

Der Fachkräftemangel im Gesundheitswesen hat sich bereits in den vergangenen Jahren ausgedehnt und wird sowohl auf europäischer als auch auf globaler Ebene als alarmierend eingeschätzt. Personalengpässe führen zu beträchtlichen Konsequenzen auf mehreren Ebenen:

1. Ebene der Beschäftigten im Gesundheitswesen: hohe physische und psychische Belastungen, steigender Zeitdruck und Unzufriedenheit
2. Ebene der Patient\*innen: reduzierte Qualität der Versorgung, Unzufriedenheit, steigende Morbiditäts- und Mortalitätsraten
3. Ebene des Gesundheitssystems: hohe Personalfluktuationsrate, negatives Image des Pflegeberufs (Weidinger, Löschnigg-Tausz & Hausmann, 2022, S. 48).

Um dem Pflegefachkräftemangel langfristig und elementar zu begegnen und den damit einhergehenden Konsequenzen entgegenzuwirken, beziehungsweise auch den zu erwartenden Anstieg des Pflegefachkräftebedarfs zukünftig nachhaltig zu decken, sind die nun folgenden Maßnahmen notwendig. Zu Beginn ist es erforderlich die

Ausbildungskapazitäten auf beruflicher und akademischer Ebene zu erweitern. Darüber hinaus ist es erforderlich die Attraktivität des Pflegeberufs zu erhöhen. Damit einhergehend müssen die fundamentalen Probleme, welche mit dem Image der Pflege zusammenhängen, behandelt werden. Interessante Arbeitsfelder, neue Rollen, attraktivere Karrieremöglichkeiten müssen forciert werden. In diversen Bereichen der Pflege sind zahlreiche neue Aufgabenfelder entstanden, welche mit höheren Qualifikationen in Verbindung stehen und spezialisierte Kompetenzen und akademische Ausbildungen erfordern. Sohin gehend werden zukünftig nicht nur mehr sondern auch andere und höher qualifizierte Pflegefachkräfte benötigt. Auch in der Pflege wird bereits Evidenz gefordert, um anhand von wissenschaftlichen und empirisch fundierten Erkenntnissen zu arbeiten. Die Professionalisierung und Akademisierung der Pflege müssen daher aktiv und mit Engagement vorangetrieben werden (Hämel & Schaeffer, 2013, S. 423f.). Auch laut Weidinger et al. (2022, S. 48) muss der Pflegeberuf eine Imagesteigerung erleben, als auch die Schaffung ausreichender und vor allem attraktiver Ausbildungsplätze muss umgesetzt werden, um den künftigen globalen Bedarf im Pflegebereich abdecken zu können. Um Ausbildungsplätze ansprechender zu gestalten und mehr Personen für den Pflegeberuf zu begeistern, stellen auch finanzielle Zuschüsse für Studierende eine denkbare Maßnahme dar (Weidinger et al., 2022, S. 48).

Doch wie Erkenntnisse zur Arbeitsplatzqualität in der Pflegebranche zeigen, müssen auch die Arbeitsbedingungen verbessert werden (Hämel & Schaeffer, 2013, S. 424f.; Cho & Han, 2018, S. 408). Von Veränderungen der Arbeitsbedingungen profitieren sowohl die Pflege als auch die Patient\*innenversorgung, da schlechte Arbeitsbedingungen auch zu schlechteren Arbeitsergebnissen führen (Hämel & Schaeffer, 2013, S. 424f.). Auch laut Cho & Han (2018, S. 408) müssen die Arbeitsbedingungen verbessert werden um die Qualität der Patient\*innenversorgung zu erhöhen. Dahingehend müssen dem Pflegepersonal ausreichend Personal und Ressourcen zur Verfügung stehen. Auch sollte die Entwicklung persönlicher Ressourcen und die Stärkung der Verantwortung für die eigene Gesundheit der Pflegekräfte verbessert werden, um die Qualität der Pflegeleistung zu verbessern (Cho & Han, 2018, S. 408).

Der Pflegeberuf gilt als Sackgassenberuf, welcher schlecht bezahlt wird, geringe Karrierechancen bietet und Arbeitsbedingungen, die nicht zeitgemäß sind. Aus diesem Grund sind auch Maßnahmen zur Verbesserung der Vergütung und der Work-Life-Balance notwendig. Doch auch die Möglichkeiten zum Job Sharing, flexiblere und autonomere Arbeitszeiten, Kindererziehungszeiten, Betreuungszeiten, Pflegezeiten, Weiterentwicklung so wie die Realisierung von altersentsprechenden Arbeitsbedingungen als auch die Intensivierung der Gesundheitsförderung der Mitarbeiter\*innen bedürfen einem Ausbau.

Ferner ist auch eine attraktive Aufgaben- und Verantwortungsteilung von hoher Bedeutung (Hämel & Schaeffer, 2013, S. 424f.).

Ebenso empfehlen Weidinger et al. (2022, S. 48) die Arbeitsbedingungen zu verbessern. Darüber hinaus befürworten sie neue Betreuungs- und Versorgungsarrangements zu entwickeln, Personalreserven durch Fachkräftezuwanderung zu erweitern und Kompetenz- und Karriereentwicklungsmodelle zu schaffen. Als Beispiele für bessere Arbeitsbedingungen bieten sich

- eine attraktivere Entlohnung,
- familienfreundliche Arbeitszeitmodelle und
- Qualitätsstandards für ein sicheres, effektives und gesundheitsförderndes Arbeitsumfeld an.

Die langfristige Verbesserung der Arbeitsbedingungen kann nur mit nachhaltig wirksamen Lösungen funktionieren, die an den strukturellen Problemen im Pflegebereich ansetzen. Erst wenn diese Verbesserungen umgesetzt wurden, ist mit einer Steigerung der Attraktivität des Pflegeberufs und damit einhergehend mit einer hochwertigeren Versorgung mit dazugehöriger Versorgungssicherheit zu rechnen (Weidinger et al., 2022, S. 48f.).

## **2.5 Das österreichische Gesundheitssystem**

Da sich diese Arbeit mit der betriebliche Gesundheitsförderung aus Perspektive des Pflegepersonals im intramuralen Bereich in Österreich beschäftigt, wird im Folgenden komprimiert darauf eingegangen, worum es sich beim intra- und extramuralen Bereich im österreichischen Gesundheitssystem handelt.

### **2.5.1 Intramuraler Bereich**

Beim intramuralen Bereich handelt es sich um die ambulante und stationäre Spitalsversorgung. Die intramurale Versorgung, also die österreichischen Spitäler werden größtenteils öffentlich finanziert und unterliegen hauptsächlich der Zuständigkeit der Länder. Die Träger des intramuralen Bereichs sind größtenteils privat und gemeinnützig. Circa 57% der Krankenanstalten liegen in den Händen von privaten gemeinnützigen Trägern, wovon circa die Hälfte mit Öffentlichkeitsrecht agieren. Krankenhäuser mit Öffentlichkeitsrecht haben einen sogenannten Kontrahierungszwang, das bedeutet sie sind dazu verpflichtet jede Patient\*in anzunehmen und Leistungen zu erbringen. Das österreichische Gesundheitssystem weist eine hohe Ausrichtung auf die intramurale Versorgung

auf (Bachner et al., 2019, S. 176f.). Darüber hinaus können auch stationäre Pflegeeinrichtungen zum intramuralen Bereich gezählt werden ([www.pflege.at](http://www.pflege.at), 11.05.2024).

### **2.5.2 Extramuraler Bereich**

Zum extramuralen Bereich zählt in Österreich die ambulante medizinische Versorgung. Diese besteht aus niedergelassenen Allgemeinmediziner\*innen, Fachärzt\*innen und Zahnärzt\*innen in ihren niedergelassenen Praxen ([www.gesundheit.gv.at](http://www.gesundheit.gv.at), 07.03.2024). Zirka die Hälfte dieser niedergelassenen Ärzt\*innen weisen einen Vertrag mit einer oder mehreren Krankenkassen auf. Darüber hinaus zählen zum extramuralen Bereich auch die Ambulatorien der Krankenkassen, als auch andere privat geführte Ambulatorien ([www.gesundheit.gv.at](http://www.gesundheit.gv.at), 07.03.2024). Weiters werden auch mobile Dienste überwiegend im extramuralen Bereich erbracht und werden von privaten als auch von öffentlichen Trägern angeboten ([www.pflege.at](http://www.pflege.at), 12.05.2024).

## **2.6 Stand der Forschung**

Das folgende Kapitel beschäftigt sich mit dem aktuellen Stand der Forschung und wurde in die nun folgenden Bereiche gegliedert. Als erstes wird die Vulnerabilität des Pflegepersonals für gesundheitliche Risiken dargelegt. Anschließend folgen die Gesundheitsrisikofaktoren des Pflegepersonals, die betriebliche Gesundheitsförderung für das Pflegepersonal und deren Wahrnehmung davon. Abschließend wird der Zusammenhang von Wertschätzung und Gesundheit des Pflegepersonals erläutert.

### **2.6.1 Vulnerabilität des Pflegepersonals für gesundheitliche Risiken**

Mitarbeiter\*innen im Gesundheitswesen sind anfällig für berufsbedingte Gefahren (Faller et al., 2018, S. 338). Laut De Cieri et al. (2019, S. 587) berichten Beschäftigte im Gesundheitswesen über ein alarmierendes Maß an arbeitsbedingten Stressoren und psychischen Beeinträchtigungen, die Aufmerksamkeit erfordern. Die Auswirkungen von arbeitsbedingtem Stress sind besonders für das Gesundheitspersonal herausstechend (De Cieri et al., 2019, S. 580).

Pflegekräfte, welche zum Gesundheitspersonal zählen, sind wie sich zeigt, besonders hohen Arbeitsbelastungen ausgesetzt. Auch die Krankenstandwerte der im Gesundheitswesen beruflich tätigen Mitarbeiter\*innen sind im Vergleich zu anderen Branchen sehr hoch. Soziale Belastungen und Ressourcen spielen eine zentrale Rolle für Mitarbeiter\*innen im Gesundheitswesen (Horstmann & Remdisch, 2016, S. 199). Die hohe Arbeitsverdichtung, durch den demografischen Wandel ausgelöst, führt zur gesundheitlichen Gefährdung von Ärzt\*innen und Pfleger\*innen (Raspe et al., 2020, S. 113). Die

gesundheitliche Belastungssituation ist für das Pflegepersonal seit Jahren überdurchschnittlich hoch (Hämel & Schaeffer, 2013, S. 418). Die aktuellen Arbeitsbedingungen für das Gesundheitspersonal in der stationären Pflege stellen eine Gesundheitsgefährdung dar (Raspe et al., 2020, S. 115). Eine ungünstigere Ausprägung in Bezug auf den subjektiven Gesundheitszustand und ein erhöhtes Burnout-Risiko können beim Pflegepersonal festgestellt werden (Raspe et al., 2020, S. 117f.).

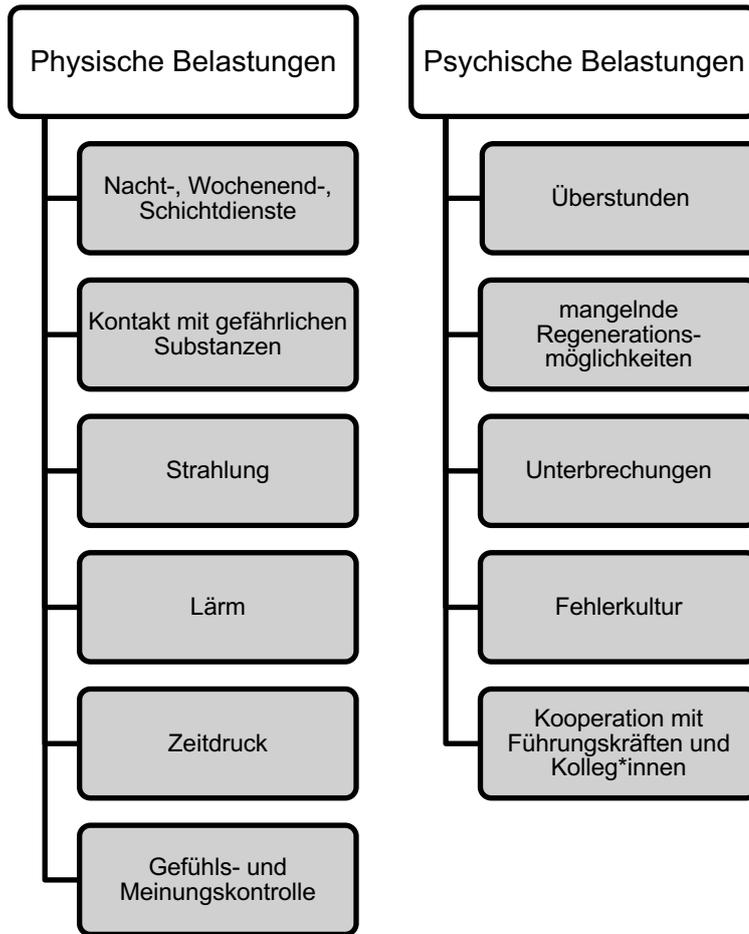
### **2.6.2 Gesundheitsrisikofaktoren des Pflegepersonals**

Faller et al. (2018, S. 339) konnten feststellen, dass Fachkräfte im Gesundheitswesen häufig verschiedenen Gesundheitsrisiken am Arbeitsplatz ausgesetzt sind, da sie mit durch Blut übertragbaren Krankheitserregern in Kontakt kommen und mit scharfen Gegenständen, zytotoxischen Stoffen, medizinischen Abfallprodukten, Strahlung und anderen Formen von Gesundheitsrisiken arbeiten. Die Krankenpflege ist im Vergleich zu anderen Gesundheitsberufen aufgrund der direkten Interaktionen mit Patient\*innen höheren Risiken ausgesetzt. Sie sind ungewöhnlich anfällig für enorme Arbeitsbelastung und Stress, die zu anderen Gesundheits- und Sicherheitsbedenken führen können.

Weiterführend ist auch laut De Cieri et al. (2019, S. 580) das Gesundheitspersonal nachweislich einer Vielzahl von arbeitsbedingten Stressoren ausgesetzt, einschließlich emotionaler Arbeit, hoher Arbeitsbelastung, hoher Arbeitsanforderungen und beruflicher Gewalt. Überdies ist es allgemein anerkannt, dass die physische und psychische Gesundheit mit arbeitsbedingten Stressfaktoren verbunden ist. Gesundheitspersonal ist einem hohen Maß an Stress ausgesetzt, insbesondere in Bezug auf die Arbeitsanforderungen und die Kontrolle. Bereiche wie die Unterstützung durch die Vorgesetzten, die Unterstützung durch Kolleg\*innen und die Beziehungen zu diesen sind ebenfalls eine wesentliche Quelle für arbeitsbedingten Stress (De Cieri et al., 2019, S. 585).

Im Arbeitsinhalt, in der Arbeitsorganisation, in der Arbeitsumgebung, als auch in der sozialen Beziehung am Arbeitsplatz zeigen sich psychische Belastungsfaktoren für Pflegekräfte (Mojtahedzadeh, 2020, S. 164).

Abbildung 6: Belastungen von Mitarbeiter\*innen im Gesundheitswesen



Quelle: Eigene Darstellung nach Karl-Trummer & Novak-Zezula (2008, S. 29)

Wie in Abbildung 6 ersichtlich, zählen zu den physischen Belastungen für Mitarbeiter\*innen im Gesundheitswesen Nacht-, Wochenend- und Schichtdienste, als auch der Kontakt mit gefährlichen Substanzen, Strahlung, Lärm, Zeitdruck, Gefühls- und Meinungskontrolle. Zu den psychischen Belastungen für Beschäftigte im Gesundheitswesen zählen ähnliche Faktoren wie die bereits genannten physischen Faktoren, als auch Überstunden, mangelnde Regenerationsmöglichkeiten, Unterbrechungen, Fehlerkultur im Unternehmen, als auch Kooperation mit Führungskräften und Kolleg\*innen. Jedoch zeigt sich, dass vor allem die Gefühls- und Meinungskontrolle belastend auf die Mitarbeiter\*innen im Gesundheitsbereich wirkt (Karl-Trummer & Novak-Zezula, 2008, S. 29).

In der Pflegebranche spielen besonders soziale Belastungen und Ressourcen am Arbeitsplatz eine große Rolle für Mitarbeiter\*innen. Ein hohes Arbeitspensum, fehlende Unterstützung, schlechte Beziehungen oder Aggressionen stellen große Stressoren für das Gesundheitspersonal dar (Horstmann & Remdich, 2016, S. 202). Arbeitsbezogene Belastungen und Ressourcen stehen im Zusammenhang mit der Gesundheit von Mitarbeiter\*innen. Negatives Verhalten der Führungskraft kann die Gesundheit von

Mitarbeiter\*innen negativ beeinflussen und Stress auslösen (Horstmann & Remdisch, 2016, S. 200).

Für das Gesundheitspersonal können sowohl zeitliche als auch psychosoziale Belastungsfaktoren überwiegend erheblicher Ausprägung festgestellt werden. Diese Belastungsfaktoren stehen mit einem erhöhten Burnout-Risiko, als auch mit einem verminderten Gesundheitszustand in Zusammenhang (Raspe et al., 2020, S. 115). Neben den zeitlichen Belastungsfaktoren zählen auch verbale und körperliche Aggressionen der Patient\*innenschaft zu den Belastungen, denen das Gesundheitspersonal ausgesetzt ist (Raspe et al., 2020, S. 117).

Auch laut Hinding, Akca & Kastner (2012, S. 67) führt die hohe Arbeitsbelastung von Pflegekräften häufig zu Stress und Erschöpfung. Viele Pflegekräfte fühlen sich bis an ihre Grenzen belastet. Das Einspringen für erkrankte Kolleg\*innen und das Absolvieren von Überstunden führen zu Gefährdungen des Familienlebens, der privaten Beziehungen und der physischen und psychischen Gesundheit. Ein großer Teil der Pflegekräfte ab dem 55. Lebensjahr leidet außerdem unter der Angst den Job physisch nicht mehr zu schaffen und daraus resultierend arbeitslos zu werden (Buxel, 2011, S. 947).

Gleichermaßen stellen auch Cheng et al. (2022, S. 2) fest, dass ungünstige Arbeitsbedingungen wie

- Nachtschichten,
- lange Arbeitszeiten,
- psychosoziale Belastungen und
- Arbeitsplatzunsicherheit

zu gesundheitlichen Folgen führen. Darunter fallen Fettleibigkeit, Muskel-Skelett-Beschwerden, psychische Störungen, metabolisches Syndrom und bestimmte Krebsarten. Besonders bei Pflegekräften ist es nicht ungewöhnlich, dass unter stressigen Arbeitsbedingungen mit langen und unregelmäßigen Arbeitszeiten gearbeitet werden muss. Dies kann sich negativ auf die Gesundheit der Pflegekräfte auswirken. Bei Beschäftigten des Gesundheitswesens kann außerdem festgestellt werden, dass das Ausmaß an Krankenstandzeiten, Arbeitsunzufriedenheit, Leidensdruck und Burnout Syndrom höher ist als in anderen Branchen. Darüber hinaus lässt sich ein signifikanter Zusammenhang zwischen körperlicher Aktivität, körperlicher Leistungsfähigkeit und dem Ausmaß an Muskel-Skelett-Beschwerden bei Beschäftigten des Gesundheitswesens feststellen (Cheng et al., 2022, S. 2).

Ebenso sehen Mojtahedzadeh et al. (2020, S. 163), dass Zeitdruck, Leistungsdruck, fehlende Regenerationsphasen, undeutliche Schichtplanbarkeiten und Gratifikationskrisen

zu den stressverursachenden Aspekten in der ambulanten Pflege zählen. Darüber hinaus stellt der Pflegefachkräftemangel eine hohe Belastung dar. Dadurch ist das Risiko von Selbstgefährdung durch Mehrarbeit und Loyalität im Team erhöht. Als Ergebnis der hohen Beanspruchung können Ermüdung und Stress in gesundheitlichen Einschränkungen und psychischen Erkrankungen münden. Als langfristige Folge von Stress kommt das Burnout Syndrom vermehrt unter Pflegekräften vor. Angesichts des ansteigenden Einflusses von Arbeitsunfähigkeitstagen aufgrund psychischer Störungen gewinnt die Stressprävention an Bedeutung. In diesem Kontext steigt die Bedeutsamkeit der betriebliche Gesundheitsförderung im Pflegebereich (Mojtahedzadeh et al., 2020, S. 163).

### **2.6.3 Betriebliche Gesundheitsförderung für das Pflegepersonal**

Die betriebliche Gesundheitsförderung gilt als ein aussichtsreiches Setting zur Förderung der psychischen und physischen Gesundheit der Mitarbeiter\*innen und hat in den letzten Jahren auch im Pflegebereich zunehmend an Bedeutung gewonnen (Schaller et al., 2022, S. 2). Auch laut Cheng et al. (2022, S. 2) ist die Bedeutung der betrieblichen Gesundheitsförderung allgemein anerkannt. Zudem lässt sich feststellen, dass die betriebliche Gesundheitsförderung ein wirksames Interventionsmodell für Krankenhäuser darstellt (Cheng et al., 2022, S. 10).

Dennoch zeigt sich, dass die betriebliche Gesundheitsförderung im Pflegebereich wenig etabliert ist (Schaller et al., 2022, S. 2). Cheng et al., (2022, S. 2) weisen darauf hin, dass die Gesundheit der Menschen im Mittelpunkt der Arbeit von Pflegekräften steht, demgegenüber aber auch die Pflegekräfte selbst Gesundheitsförderung benötigen. Es ist allerdings nicht viel darüber bekannt, in welchem Ausmaß betriebliche Gesundheitsförderung in Krankenhäusern weltweit umgesetzt wird (Noehammer et al., 2022, S. 1368). Weiters gibt es trotz der hohen Relevanz des Pflegepersonals nur wenig Studien, die Maßnahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung evaluieren. Es zeigt sich außerdem, dass sich die häufigsten Maßnahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung an die psychische Gesundheit der Mitarbeiter\*innen richten. Indessen zeigt sich auch, dass es eine Diskrepanz zwischen den gesundheitlichen Belastungen beziehungsweise den Risiken des Pflegepersonals und dem Inhalt der angebotenen Maßnahmen gibt (Schaller et al., 2022, S. 10).

Laut Schaller et al. (2022, S. 15) besteht ein dringender Bedarf an zielgruppenorientierten Maßnahmen für Pflegekräfte, die arbeitsspezifische Gesundheitsrisiken und Belastungen, als auch die spezifischen Herausforderungen der Umsetzung im Arbeitsumfeld berücksichtigen. Auch Mojtahedzadeh et al. (2020, S. 163) vertritt die Auffassung, dass eine zielgruppenspezifische Ausrichtung notwendig ist. Die Anwendung von verhaltens-

und verhältnisorientierten Maßnahmen wird empfohlen. Darüber hinaus müssen die Arbeitsbedingungen im Pflegebereich als auch der Gesundheitszustand der Pflegekräfte bei der Entwicklung und Umsetzung von Maßnahmen berücksichtigt werden.

Mojtahedzadeh et al. (2020, S. 163) empfehlen Maßnahmen die auf die persönliche, soziale und betriebliche Ressourcenstärkung abzielen, wie:

- Einführung von Tätigkeiten die auf persönliche Fähigkeiten abgestimmt sind
- Ermöglichung von sozialem Austausch
- Schaffung möglicher Entscheidungs- und Handlungsspielräume
- Schulungen auf Verhaltensebene (zum Beispiel: Erlernen von Verhaltensweisen zur Rückenschonung beim Umlagern und Transport)
- Verhältnisorientierte Schaffung von Regenerations- und Rückzugsmöglichkeiten
- Gesundheitsberatungen (beispielsweise in Bezug auf gesunder Ernährung)

Darüber hinaus erwähnt Mojtahedzadeh et al. (2020, S. 165) verschiedene Studien die sowohl verhältnisorientierte als auch verhaltensorientierte Maßnahmen für Pflegekräfte thematisieren. Verhaltensorientierte Maßnahmen zielen auf die Verhaltensebene und sohin gesehen auf das positive Gesundheitsverhalten der Pflegekräfte ab. Auf Pflegeebene zeigt sich, dass allein die Erinnerung an körperliche Bewegung der Patient\*innen, zur Eigenmotivation der Pflegekräfte beiträgt und deren körperliche Bewegung erhöht. Auch Aufklärungseinheiten für die Pflegekräfte zu Themen wie Stressreduzierung, Altern in der Arbeit und Achtsamkeit konnten die psychische Gesundheit der Pflegekräfte verbessern. Die Stresswahrnehmung und das Risiko an Burnout zu erkranken, konnte darüber hinaus durch Workshops zu den Themen Achtsamkeit, Resilienzförderung und Mitgefühl verringert werden. Überdies führen auch Meditations- und Yogainterventionen zu einer Reduzierung des Burnout Risikos. Auch Interventionen zur Steigerung des Selbstmitgefühls haben einen positiven Effekt auf die Stressreduktion und Resilienzförderung. Eine Reduktion des Tabakkonsums kann durch Aufklärungsarbeit zu den Themen Suchtverhalten, Selbstwirksamkeit, Stressmanagement und Entspannungstechniken festgestellt werden. Auch körperliche Beschwerden können durch Rückenschulungen verbessert werden. Ferner verhalf auch ein Ernährungsprogramm zur Umsetzung eines positiveren Ernährungsverhaltens (Mojtahedzadeh et al., 2020, S. 165f.).

Im Bereich der verhältnisorientierten Maßnahmen, die darauf abzielen die Arbeitsbedingungen gesundheitsfördernd zu gestalten, spielen Arbeitssysteme und Arbeitsstrukturen eine große Rolle. Arbeitsbedingungen, welche als gesundheitsförderlich wahrgenommen werden, eine gesunde Führungskultur, das Gleichgewicht zwischen Kompetenzen der Pflegekräfte und deren Arbeitsanforderungen als auch die Ausgewogenheit

zwischen Familie und Beruf, gehören übergeordnet zur Verhältnisebene der betrieblichen Gesundheitsförderung. Bereits die Aufstellung eines Massagestuhls im Aufenthaltsraum und dessen Nutzungsanweisung führte zu einer Reduktion des Stresserlebens des Pflegepersonals. Überdies ist es oft aufgrund des Arbeitsaufwands Pflegekräften nicht möglich ihre Pausen einzuhalten. Im Sinne der betrieblichen Gesundheitsförderung ist es von hoher Bedeutung auf Organisationsebene durch angepasste Arbeitsbedingungen für eine ausreichende Pausenkultur zu sorgen. Die Lage und Gestaltung des Pausenraums spielen auch eine Rolle, da Pausen meist in den zur Verfügung gestellten Räumen verbracht werden. Durch eine optimale Lage kann auch das Stresserleben reduziert werden. Im Hinblick auf den Pflegefachkräftemangel ist eine Verbesserung der Arbeitsbedingungen als auch ein erhöhter Einsatz von Personal belastungsreduzierend (Mojtahedzadeh et al., 2020, S. 166).

Um dauerhafte Erfolge mit betrieblicher Gesundheitsförderung zu erzielen, ist die Kombination von verhaltens- und verhältnisorientierten Maßnahmen essenziell. Jedoch zeigt sich besonders im stationären Bereich, dass die angebotenen betrieblichen Gesundheitsförderungsmaßnahmen von den Pflegekräften nicht genutzt werden. Unabhängig davon ob die Maßnahmen auf ergonomischer, organisatorischer oder personenbezogener Ebene sind. Die fehlende Inanspruchnahme hängt von mangelnder Zeitinvestition ab. Grundsätzlich belegen Studien positive Effekte im Bezug auf gesundheitsförderliche Verhaltensweisen. Dennoch werden betriebliche Gesundheitsförderungsmaßnahmen nicht in einem passenden Ausmaß umgesetzt. Wesentliche Barrieren stellen gesetzliche sowie ökonomische Anforderungen dar. Durch ein hohes Pflegeaufkommen und dem bestehenden Fachkräftemangel, entwickelt sich eine hohe Arbeitsdichte. Betriebliche Gesundheitsförderungsmaßnahmen rücken dann in den Hintergrund. Jedoch können betriebliche Gesundheitsförderungsmaßnahmen einen wesentlichen Beitrag zur Gesundheit und Sicherheit der Pflegekräfte leisten (Mojtahedzadeh, 2020, S. 166f.).

Wenn Führungskräfte als Förder\*innen von betrieblicher Gesundheitsförderung agieren, wirkt sich das positiv auf die Einführung von Programmen der betrieblicher Gesundheitsförderung aus (Noehammer et al., 2022, S. 1369). Lang (2009, S. 9) empfiehlt, dass das Pflegepersonal selbst gesundheitsfördernde Programme initiiert oder leitet, um das Thema der betrieblichen Gesundheitsförderung in den Mittelpunkt zu stellen. Die Pflegekräfte wissen welche Maßnahmen angeboten werden sollen und sollten daher klar kommunizieren, dass sie die Expertise besitzen, gesundheitsfördernde Programme die das Alter, das Geschlecht, die familiäre Krankengeschichte, den aktuellen Zustand und die Lebensgewohnheiten der Pflegekräfte berücksichtigen, zu entwickeln und zu implementieren.

Laut Noehammer et al. (2022, S. 1371) sind ganzheitliche Ansätze der betrieblichen Gesundheitsförderung in Österreich, so wie weltweit, jedoch selten. Es gibt außerdem nur wenig Studien, die sich mit der Teilnahme des Pflegepersonals an Maßnahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung beschäftigen und noch weniger dazu, wie Pflegekräfte diese Problematik wahrnehmen (Bleier et al., 2023, S. 3).

#### **2.6.4 Wahrnehmung der betrieblichen Gesundheitsförderung des Pflegepersonals**

Die Studie von Bleier et al. (2023, S. 5) zeigt, dass ein Teil des Pflegepersonals sich der angebotenen Maßnahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung bewusst ist und ein Teil sich keiner Maßnahmen in ihrem Unternehmen bewusst ist. Der Teil, der angab Maßnahmen angeboten zu bekommen, berichtete von Maßnahmen zur Stärkung der mentalen Ressourcen,

- wie Konfliktbewältigung,
- Schlafoptimierung,
- Entspannungstraining oder
- Massagen.

Als Maßnahmen zur Bewegungsförderung wurden

- ergonomische Arbeitsmittel,
- Schulungen zu rückschonenden Arbeitsmethoden und
- Bewegungskurse wie Gymnastik oder Teamsport angeboten.

Zu Maßnahmen für eine gesunde Ernährung zählt das Essensangebot in der hauseigenen Kantine. Zum Umgang mit Gewalt werden Kurse zum Umgang mit Gewalt angeboten. Auch Maßnahmen im Bereich Teambuilding werden angeboten (Bleier et al., 2023, S. 5). Bleier et al. (2023, S. 8) stellte darüber hinaus fest, dass eine gute Kommunikation und Leistbarkeit, das Gruppengefühl als auch die Gestaltung der betrieblichen Gesundheitsförderungsmaßnahmen eine Rolle bei der Teilnahme spielen. Betriebliche Gesundheitsförderungsmaßnahmen während der Arbeitszeit fördern die Teilnahme. Im Weiteren wünschen sich Pflegekräfte die Kommunikation der Maßnahmen per Mail als auch per Aushängen im Krankenhaus (Bleier et al., 2023, S. 8).

Die Anreise zu den Maßnahmen außerhalb der Arbeitszeit, als auch die zeitliche Anpassung während der Schichtarbeit erschweren jedoch die Teilnahme des Pflegepersonals. Auch die Personalknappheit und die hohe Arbeitsbelastung hindern die Pflegekräfte an den Maßnahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung teilzunehmen. Die Pflegekräfte wünschen sich außerdem Maßnahmen wie Nikotinentwöhnung, Bewegung,

Ernährungsaktivitäten, Deeskalationstraining, mentale Aktivitäten, teambildende Aktivitäten als auch verbesserte organisatorische Strukturen, wie die Möglichkeit trotz Schichtarbeit an Maßnahmen teilzunehmen (Bleier et al., 2023, S. 5ff.).

Laut Mojtahezadeh et al. (2020, S. 164) werden von Pflegekräften gesundheitsförderliche Maßnahmen zur Reduktion vom Stresserleben, Erholung, Konfliktmanagement und eine verbesserte Kommunikation gefordert. Auch die Unterstützung durch die Arbeitgeber\*innen, im Sinne der Übernahme von Kosten, als auch die Durchführung der Maßnahmen während der Arbeitszeit, werden gewünscht. Die Nutzung der gesundheitsfördernden Maßnahmen während der Arbeitszeit kann jedoch seitens der Arbeitgeber\*innen aufgrund deren ökonomischen Interesses korrelieren.

Außerdem konnte festgestellt werden, dass Führungskräfte die die Teilnahme an der betrieblichen Gesundheitsförderung unterstützen, die Unternehmenskultur, die Arbeitsplatzsicherheit und Zufriedenheit, als auch die Wertschätzung Faktoren sind, die eine Rolle bei der Teilnahme an Maßnahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung spielen (Bleier et al., 2023, S. 5ff.).

### **2.6.5 Zusammenhang von Wertschätzung und Gesundheit des Pflegepersonals**

Das Netzwerk BGF zählt als eines der bereits vier genannten Prinzipien der betrieblichen Gesundheitsförderung, die notwendig sind um das Ziel von gesunden Mitarbeiter\*innen in einem gesunden Unternehmen zu erreichen, die sogenannte Ganzheitlichkeit (Blattner & Mayer, 2018, S. 17). Im Sinne einer ganzheitlichen Gesundheitsförderung ist daher die Ebene der Organisation mit ihren Arbeitsbedingungen, als auch die Ebene der Person zu berücksichtigen (Blattner & Mayer, 2018, S. 30). Die Wertschätzung ist besonders im Pflegebereich eine Arbeitsbedingung von hoher Bedeutung, da besonders in Pflegeberufen, mit hohen Belastungspotentialen und der Neigung der Mitarbeiter\*innen, sich stark für die ihnen anvertrauten Patient\*innen zu engagieren, die Wertschätzung die Last der Arbeit in einem anderen Licht erscheinen lässt (Hinding et al., 2012, S. 65).

Darüber hinaus impliziert das Modell der Salutogenese von Antonovsky, einen Zusammenhang von Gesundheit und Wertschätzung, da Wertschätzung als ein Aspekt der sozialen Unterstützung den generalisierten Widerstandsressourcen zugeordnet ist, welche den Umgang mit Stressoren beeinflussen (Hinding et al., 2012, S. 65). Außerdem kann eine derartige soziale Unterstützung das Gefühl der Bewältigbarkeit der Arbeit beeinflussen und damit auch dem Kohärenzsinn zugeordnet werden. Die Wertschätzung als Ressource schützt vor Stress und möglichen weiteren Fehlbeanspruchungsfolgen (Hinding et al., 2012, S. 65). Auch nach Maslach & Leiter (2001, S. 14, S. 154) stellt Belohnung

beziehungsweise Anerkennung und in diesem Sinne die in diesem Kapitel thematisierte Wertschätzung einen wichtigen Faktor dar.

Wird im Arbeitsalltag Wertschätzung erlebt, kann sich das durch eine bessere Bewertung und Bewältigung beruflicher Belastungen und Anforderungen positiv auf die Gesundheit auswirken (Hinding et al., 2012, S. 65). Die Wertschätzung von Leistung beziehungsweise die Anerkennung durch Vorgesetzte, als auch die Wertschätzung des Pflegepersonals im Krankenhaus und die entsprechende Positionierung der Berufsgruppe bei Entscheidungsgremien im Haus sind wichtige Merkmale der Arbeitszufriedenheit (Buxel, 2011, S. 946f.).

Ein wertschätzender Umgang kennzeichnet sich durch Wärme, Authentizität, Empathie und Akzeptanz und fördert das persönliche Wachstum, die Selbstakzeptanz und die psychische Gesundheit. Im Krankenhaus kann Wertschätzung durch folgende Punkte ausgedrückt werden:

- Die Stellung des Pflegepersonals neben anderen Berufsgruppen.
- Die Regeln und Gepflogenheiten im Umgang mit Mitarbeiter\*innen.
- Der Miteinbezug der Mitarbeiter\*innen bei Entscheidungen.
- Die Bedeutung von Weiterbildung, persönlicher Entwicklung, Gesundheitsförderung und Work-Life-Balance.

Darüber hinaus können Mitarbeiter\*innen im Krankenhaus, besonders auf der Ebene der Station, Wertschätzung durch vielfältige soziale Kontakte mit Kollege\*innen, Patient\*innen und der direkten Führungskraft erleben. Im Weiteren drückt sich Wertschätzung auch durch die Arbeitsgestaltung und der materiellen Ausstattung aus. Arbeitsaufgaben die den Fähig- und Fertigkeiten der Mitarbeiter\*innen entsprechen und funktionsfähige und zeitgemäße technische Hilfsmittel können auch Wertschätzung vermitteln. Unrechtmäßige Arbeitsaufträge, als auch ein geringer Handlungs- und Gestaltungsspielraum, kann als Herabsetzung der Profession betrachtet werden. Auch defekte oder alte Geräte können als Stressoren wahrgenommen werden (Hinding et al., 2012, S. 65).

Holtmeier (2023, S. 61) stellt allgemein fest, dass Wertschätzung häufig mit Lob und Anerkennung gleichgesetzt wird. Wertschätzung ist jedoch weit mehr als Anerkennung und Lob, vielmehr handelt es sich bei Wertschätzung um die Haltung zu anderen Menschen und sich selbst. Eine wertschätzende Haltung gegenüber sich selbst und anderen Menschen stellt den Menschen selbst in den Mittelpunkt und nicht die Leistungen, die dieser erbringt (Holtmeier, 2023, S. 61). Auch Matyssek (2011, S. 10) definiert Wertschätzung als eine Haltung, die sich im Verhalten eines Menschen zeigt.

Fehlende Wertschätzung als auch Missachtung können als Stressoren wahrgenommen werden, die zum Erleben einer Belastung beitragen. Mangelnde Wertschätzung führt zur Beeinträchtigung des Befindens, als auch zu Stress und emotionaler Erschöpfung. Eine wertschätzende Führung hingegen kann sich stark motivierend und leistungssteigernd auswirken und in diesem Zusammenhang auch einen Beitrag zur Gesundheitsförderung des Pflegepersonals beitragen (Hinding et al., 2012, S. 64). Wertschätzung kann jedoch nicht auf die Kommunikation allein reduziert werden. Anerkennung in Form von Feedback, aber auch angemessenen Entscheidungs- und Mitsprachemöglichkeiten und die Berücksichtigung individueller Bedürfnisse erwecken den Eindruck von Wertschätzung (Hinding et al., 2012, S. 67).

Zu den Vermittlungsquellen von Wertschätzung zählen die Kolleg\*innen im Team, die Patient\*innen und deren Angehörigen, die Ärzt\*innen, die Geschäftsführung beziehungsweise das gesamte Krankenhaus, besonders aber Stationsleitungen, als direkte Vorgesetzte. Die Stationsleitungen können Wertschätzung durch Feedback, Partizipationsmöglichkeiten, Mitsprachemöglichkeiten, die Wahrnehmung von Individualität und durch die Berücksichtigung individueller Bedürfnisse (beispielsweise bei der Dienstplangestaltung) zeigen (Hinding et al., 2012, S. 66f.).

Hinding et al., (2012, S. 67) stellten darüber hinaus fest, dass folgende Werte eine Rolle für Pflegekräfte spielen:

- Vertrauen beziehungsweise gute soziale Beziehungen
- Sinn hinter der Tätigkeit
- Gleichwertigkeit zu anderen Berufsgruppen
- Partizipation, Teilnahme an Entscheidungen und Planungen
- Zukunftsaussichten, im Sinne von Weiterbildung und persönlicher Entwicklung
- Gesundheit aufgrund der hohen Belastungen im Pflegeberuf

Besonders bei der Gesundheit haben Pflegenden oft das Gefühl, dass Pflegeleitung und Geschäftsführung sich nicht für das Wohlbefinden der Mitarbeiter\*innen in der Pflege interessieren. Dieses Desinteresse wird als Entwertung empfunden, da aus Sicht des Pflegepersonals das Management die Option hat, den Stress der Mitarbeitenden zu reduzieren (Hinding et al., 2012, S. 67).

Laut Hinding et al. (2012, S. 73) bleibt die gewünschte Wertschätzung hinter der tatsächlich erlebten Wertschätzung zurück und zeigt einen dringenden Handlungsbedarf auf. Ein wertschätzender Führungsstil würde sich positiv auf die Leistungsfähigkeit und die Gesundheit des Pflegepersonals auswirken. Die Wertschätzung und Anerkennung der Pflegekräfte müssen verbessert werden. Wenn die Krankenhäuser die

Arbeitsbedingungen und damit auch die Zufriedenheit des Pflegepersonals verbessert, als auch auf die Bedürfnisse ihrer Mitarbeiter\*innen eingeht, kann auch die Mitarbeiter\*innenbindung erhöht werden. Eine Verbesserung der Arbeitsbedingungen würde sich auch positiv auf die Patient\*innenbetreuung auswirken (Buxel, 2011, S. 948).

### **2.6.6 Fazit**

In diesem Kapitel werden die wesentlichen Erkenntnisse des vorangegangenen Kapitels zum Stand der Forschung zusammenfassend dargestellt, da diese den theoretischen Rahmen für die Beantwortung der Forschungsfrage darstellen.

Zusammenfassend kann festgehalten werden, dass das Pflegepersonal besonders hohen gesundheitlichen Risiken am Arbeitsplatz ausgesetzt ist. Das Pflegepersonal ist insbesondere einer hohen Arbeitsbelastung und einer Vielzahl an Stressoren ausgesetzt. Nacht-, Wochenend- und Schichtdienste, Lärm, Strahlung und diverse weitere Faktoren stellen physische Belastungsfaktoren für Pflegekräfte dar. Darüber hinaus ist das Pflegepersonal auch psychischen Belastungen ausgesetzt zu welchen im Besonderen die mangelnden Regenerationsmöglichkeiten, der Zeitdruck und der Leistungsdruck zählen. Im Kontext dieser Belastungen steigt die Bedeutung der betrieblichen Gesundheitsförderung zur Stärkung der Gesundheit des Pflegepersonals. Betriebliche Gesundheitsförderung stellt außerdem ein wirksames Interventionsmodell für Krankenhäuser dar. Es zeigt sich jedoch, dass im Pflegebereich die betriebliche Gesundheitsförderung wenig etabliert ist und ein hoher Bedarf an zielgruppenorientierten Maßnahmen besteht, welche die Belastungen der Pflegekräfte als auch die Herausforderungen bei der Umsetzung am Arbeitsplatz berücksichtigen. Zur Wahrnehmung der betrieblichen Gesundheitsförderung des Pflegepersonals gibt es nur wenige Studien, wobei bestehende Studien zeigen, dass verschiedene Maßnahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung angeboten werden. Weiters zeigt sich, dass die Teilnahme an Maßnahmen, durch die zeitliche Anpassung während dem Schichtdienst, für das Pflegepersonal erschwert ist. Die Personalknappheit, als auch die hohe Arbeitsbelastung stellen ein Hindernis bei der Teilnahme an Maßnahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung dar. Das Pflegepersonal wünscht sich außerdem Maßnahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung zur Reduktion vom Stresserleben, Erholung, Konfliktmanagement und verbesserter Kommunikation. Auch die Übernahme der Kosten seitens der Arbeitgeber\*innen und die Durchführung der Maßnahmen während der Arbeitszeit wird vom Pflegepersonal gefordert. Im Weiteren zeigt sich, dass die Führungskräfte, die Unternehmenskultur, die Arbeitsplatzsicherheit, die Zufriedenheit, als auch die Wertschätzung eine Rolle bei der Teilnahme an Maßnahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung spielen. Überdies

spielt Wertschätzung eine große Rolle für die Gesundheit der Pflegekräfte. Wertschätzung kann auf verschiedene Arten ausgedrückt werden und nicht nur die Gesundheit, sondern auch das Wohlbefinden und die Arbeitszufriedenheit fördern. Mangelnde Wertschätzung am Arbeitsplatz führt hingegen zu Stress und emotionaler Erschöpfung. Die gewünschte Wertschätzung des Pflegepersonals liegt allerdings hinter der tatsächlich erlebten Wertschätzung zurück.

### **3 Empirischer Teil**

In diesem Kapitel wird näher auf das Forschungsdesign, die Datenerhebung mittels eines leitfadengestützten Interviews, die Stichprobenauswahl, die Stichprobengewinnung und die Datenauswertung mittels einer qualitativen Inhaltsanalyse eingegangen.

#### **3.1 Forschungsdesign**

Die Forschungsfrage dieser Arbeit lautet: „Wie nimmt das Pflegepersonal im intramuralen Bereich in Österreich die derzeitigen betrieblichen Gesundheitsförderungsmaßnahmen hinsichtlich ihrer Bedürfnisse und Anforderungen in ihrem Arbeitsumfeld wahr?“

Um die Forschungsfrage bestmöglich zu beantworten, wurde eine empirische Studie durchgeführt, deren Anliegen es ist, Erkenntnisse über die soziale Realität zu sammeln (Häder, 2010, S. 20). In der empirischen Sozialforschung liegt der Schwerpunkt auf der Zielsetzung, die Menschen zu unterstützen und ihre Lebensbedingungen zu verbessern (Schuhmann, 2018, S. 136). Es ist von entscheidender Bedeutung, dass eine ganzheitliche Sicht des Menschen, als auch der Situation, in der sie sich befinden, eingenommen wird (Schuhmann, 2018, S. 149). Die Erhebung der Daten erfolgte mittels leitfadengestützter Interviews mit zwölf Personen, welche bereits einmal eine verhaltens- oder verhältnisorientierte Maßnahme genutzt haben und als Pflegepersonal in einem österreichischen Krankenhaus tätig sind. Die qualitative Sozialforschung eignet sich zur Beantwortung der Forschungsfrage besonders gut, da die Interviews mit Betroffenen der Problemstellung, durchgeführt werden. Qualitative Befragungen heben hervor, wie wichtig die individuelle Perspektive ist (Häder, 2010, S. 261). Die Auswertung der Daten erfolgte mittels einer Inhaltsanalyse nach Mayring (2015). Die Inhaltsanalyse nach Mayring wurde gewählt, da dabei systematisch und theoriegeleitet vorgegangen wird (Mayring, 2015, S. 13).

#### **3.2 Erhebung**

Die Daten wurden mittels zwölf leitfadengestützter beziehungsweise teilstrukturierter, mündlicher Einzelinterviews gewonnen. Der Leitfaden wurde anhand der Problemstellung ausgearbeitet und besteht aus einem Katalog an offenen Fragen. Die im Leitfaden formulierten Fragen zielten darauf ab, ein umfassendes Verständnis für die Wahrnehmung des Pflegepersonals der derzeitigen betrieblichen Gesundheitsförderungsmaßnahmen im Hinblick ihrer Bedürfnisse und Anforderungen zu erhalten. Zu Beginn des Interviews wurde nach der beruflichen Erfahrung im Pflegebereich gefragt. Die Frage zielte darauf ab Einblicke in die berufliche Erfahrung und den damit verbundenen

Belastungen und Anforderungen im beruflichen Alltag des Pflegepersonals zu gewinnen. Anschließend wurde nach den angebotenen betrieblichen Gesundheitsförderungsmaßnahmen gefragt, um zu erfahren welche Maßnahmen an den jeweiligen Arbeitsplätzen der befragten Personen angeboten werden. Darauffolgend wurde nach der Wahrnehmung der angebotenen betrieblichen Gesundheitsförderungsmaßnahmen und wie sehr diese den Bedürfnissen und Anforderungen entsprechen, gefragt. Nachfolgend wurde erhoben, ob es Bereiche gibt, in denen die angebotenen betrieblichen Gesundheitsförderungsmaßnahmen verbessert werden könnten, um besser auf Bedürfnisse und Anforderungen einzugehen. Mit dieser Frage wurde in Erfahrung gebracht, inwieweit man angebotene Maßnahmen verbessern könnte. Um Hindernisse bei der Nutzung zu erheben, wurde folglich nach den Herausforderungen, welche Pflegekräfte bei der Nutzung von Maßnahmen sehen, gefragt. Im Anschluss darauf wurde nach allgemeinen Vorschlägen gefragt wie gesundheitsfördernde Maßnahmen auf individuelle Bedürfnisse und Anforderungen zugeschnitten werden können. Mit dieser Frage wurde darauf abgezielt Ideen und Verbesserungsvorschläge für die Entwicklung von Maßnahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung zu erheben. Abschließend wurde nach gesundheitsförderlichen Arbeitsbedingungen gefragt, um in Erfahrung zu bringen, welche Arbeitsbedingungen, abgesehen von Maßnahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung die Gesundheit positiv beeinflussen. Darüber hinaus zielte die Frage darauf ab, in Erfahrung zu bringen, inwieweit die erlebte Wertschätzung eine Rolle für die Gesundheit spielt. Der vollständige Leitfaden befindet sich im Anhang dieser Arbeit. Der Leitfaden gibt die Fragen und die Reihenfolge vor, erlaubt jedoch eine individuelle Anpassung an die Situation (Döring & Bortz, 2016, S. 358). Zusatz- oder Vertiefungsfragen wurden gestellt, wenn sie sich im Gesprächsverlauf ergeben haben (Döring & Bortz, 2016, S. 372). Zur Testung des Interviewleitfadens wurde ein Probeinterview durchgeführt und anschließend überarbeitet.

### **3.2.1 Stichprobenauswahl**

Die befragten Personen sind Angehörige des Pflegepersonals, welche die Einschlusskriterien erfüllen. Die Interviews wurden in deutscher Sprache durchgeführt. Neun der Interviews wurden persönlich, drei der Interviews wurden per Videocall durchgeführt. In der Durchführung der drei Interviews per Videocall konnte kein Unterschied zu den persönlichen Interviews festgestellt werden, da sowohl bei den persönlichen als auch bei den per Videocall durchgeführten Interviews darauf geachtet wurde, ein ausführliches Vorgespräch mit den Proband\*innen zu führen und dahingehend Hemmungen abzubauen. Die Interviews wurden ausschließlich mit der Anrede „Du“ durchgeführt, da diese Ansprache in der Berufsgruppe üblich ist. Vor der Durchführung der Interviews wurde darüber hinaus eine schriftliche Einwilligungserklärung der Interview\*partnerinnen

eingeholt. Die Interviews wurden mit der Einwilligung der Befragten aufgezeichnet. Die Aufzeichnungen wurden anschließend wortwörtlich und manuell transkribiert und die Daten der Befragten anonymisiert. Die Einverständniserklärungen wurden nach der Transkription archiviert.

Die Auswahl der Proband\*innen zielte darauf ab eine breite Vielfalt an Erfahrungen und Perspektiven innerhalb des österreichischen Pflegepersonals zu berücksichtigen. Ein wichtiger Fokus lag darauf, Proband\*innen auszuwählen, welche bereits an einer verhaltens- oder verhältnisorientierten Maßnahme der betrieblichen Gesundheitsförderung teilgenommen haben. Um eine möglichst diverse Stichprobe zu gewährleisten, wurden bei der Stichprobenauswahl die Kriterien Alter, Geschlecht, Dienstalter, Arbeitgeber\*innen/Krankenhäuser und Tätigkeitsbereich (wie stationärer, ambulanter oder operativer Bereich im Krankenhaus) berücksichtigt. Wobei besonders auf unterschiedliche Dienstalter, verschiedene Arbeitgeber\*innen/Krankenhäuser und Tätigkeitsbereiche Wert gelegt wurde. Weiters wurden Proband\*innen berücksichtigt welche sowohl in Teilzeit- als auch in Vollzeit beschäftigt sind. Es wurde darauf abgezielt eine vielfältige und repräsentative Stichprobe zu gewährleisten. Die Proband\*innen wurden anhand der folgenden Kriterien gezielt ausgewählt:

**Einschlusskriterien:**

- Personen, die bereits einmal eine verhaltens- oder verhältnisorientierte Maßnahme der betrieblichen Gesundheitsförderung genutzt haben
- Diplom Gesundheits- und Krankenpfleger\*in
- Bachelor of Science in Nursing
- Pflegefachassistenz
- Pflegeassistenz
- Vollzeitbeschäftigung in einem österreichischen Krankenhaus
- Teilzeitbeschäftigung in einem österreichischen Krankenhaus
- Dienstzeit > 1,5 Jahre
- alle Geschlechter

**Ausschlusskriterien:**

- Langzeitpflege
- Mobile Pflege
- Kur- und Rehabilitationseinrichtungen
- Dienstzeit < 1,5 Jahre

### 3.2.2 Stichprobengewinnung

Die Rekrutierung der Proband\*innen erfolgte durch persönliche Ansprache und Online-Plattformen. Für die empirische Untersuchung dieser Arbeit wurde auf eine breite Zielgruppe, bestehend aus Angehörigen des diplomierten Gesundheits- und Krankenpflegeberufs und Pflegeassistentenberufen angestrebt. Trotz gezielter Ansprache beider Gruppen, haben sich lediglich zwölf Angehörige des diplomierten Gesundheits- und Krankenpflegeberufs bereit erklärt an dem Interview teilzunehmen. Daher setzt sich die Stichprobe ausschließlich aus diplomiertem Gesundheits- und Krankenpfleger\*innen zusammen. Darüber erklärten sich ausschließlich weibliche Personen bereit am Interview teilzunehmen.

Im Folgenden werden die personenbezogenen Daten der befragten Personen dargestellt und erläutert. Die abgebildete Tabelle 3 dient dazu, einen Überblick über die demografischen Daten der ausgewählten Proband\*innen und deren beruflichen Hintergrund zu erhalten.

Tabelle 3: Personenbezogene Daten der befragten Personen

| <b>Geschlecht</b> | <b>Alter</b> | <b>Berufsbezeichnung</b> | <b>Gesamtdauer der beruflichen Tätigkeit</b> | <b>Derzeitiger Tätigkeitsbereich</b> |
|-------------------|--------------|--------------------------|----------------------------------------------|--------------------------------------|
| weiblich          | 24           | DGPK                     | 1,5                                          | Station                              |
| weiblich          | 26           | DGPK                     | 2,5                                          | Station                              |
| weiblich          | 28           | DGPK                     | 2                                            | Station                              |
| weiblich          | 32           | DGPK                     | 9                                            | Station                              |
| weiblich          | 33           | DGPK                     | 14                                           | OP                                   |
| weiblich          | 42           | DGPK                     | 23                                           | Ambulanz                             |
| weiblich          | 44           | DGPK                     | 23                                           | OP                                   |
| weiblich          | 48           | DGPK                     | 25                                           | OP                                   |
| weiblich          | 52           | DGPK                     | 33                                           | Station                              |
| weiblich          | 53           | DGPK                     | 33                                           | Ambulanz                             |
| weiblich          | 55           | DGPK                     | 35                                           | Station                              |
| weiblich          | 55           | DGPK                     | 38                                           | Station                              |

Quelle: Eigene Darstellung

Es wurden zwölf weibliche Interviewpartner\*innen im Alter von 24-55 Jahren befragt. Die befragten Personen sind in drei verschiedenen österreichischen Bundesländern und in acht verschiedenen Krankenhäusern als diplomierte Gesundheits- und Krankenpfleger\*innen tätig. Dahingehend wurden also auch mehrere Personen aus denselben Krankenhäusern befragt. Um die Anonymität der befragten Personen zu wahren, wurde in der Tabelle 3 darauf verzichtet, anzugeben um welche Proband\*in es sich jeweils handelt. Die Sortierung der Tabelle basiert auf dem aufsteigenden Alter der befragten Personen. Darüber hinaus werden auch zur Wahrung der Anonymität nicht die Krankenhäuser, in welchen die befragten Personen tätig sind, genannt.

Sieben der befragten Personen sind wie in der Tabelle 3 ersichtlich im stationären Bereich, zwei Personen im ambulanten Bereich und drei Personen im OP-Bereich tätig. Die Gesamtdauer der beruflichen Tätigkeit variiert unter den befragten Personen zwischen 1,5 bis 38 Jahren. Da diese Daten bereits vor der Durchführung des Interviews erhoben wurden, um sicherzustellen, dass die Personen die Auswahlkriterien erfüllen, werden sie im empirischen Teil dieser Arbeit dargestellt. Dies gilt auch für die betriebliche Gesundheitsförderungsmaßnahme, an welcher befragte Personen bereits teilgenommen haben mussten, um die Einschlusskriterien zu erfüllen. Die nun folgende Tabelle 4 zeigt an, an welchen Maßnahmen die befragten Personen teilgenommen haben oder welche Maßnahmen die Personen genutzt haben.

Tabelle 4: Genutzte Maßnahmen der befragten Personen

| <b>Proband*in</b> | <b>Verhaltensorientierte Maßnahme</b> | <b>Verhältnisorientierte Maßnahme</b> |
|-------------------|---------------------------------------|---------------------------------------|
| B1                | Konfliktmanagement                    |                                       |
| B2                | Gesundheitszirkel                     | Hebehilfen                            |
| B3                | Shiatsu                               |                                       |
| B4                | Supervision                           | Gesunde Jause                         |
| B5                | Supervision                           | Höhenverstellbare Betten, Hebehilfen  |
| B6                | Supervision, Wandertag                | Hebehilfen, Entspannungssessel        |
| B7                | Zumba, Shiatsu, Supervision           | Hebehilfen                            |
| B8                |                                       | Hebehilfen                            |
| B9                | Yoga, Rückenfit, Fitnessstudio        |                                       |

|     |                                 |            |
|-----|---------------------------------|------------|
| B10 | Supervision                     |            |
| B11 |                                 | Hebehilfen |
| B12 | Supervision, Konfliktmanagement | Hebehilfen |

Quelle: Eigene Darstellung

### 3.3 Auswertung

Es wurde anhand der zwölf transkribierten Interviews eine Inhaltsanalyse nach Mayring (2015) durchgeführt. Die Methodik wurde gewählt, da der Grundgedanke dieser ist, dass dabei systematisch und theoriegeleitet vorgegangen wird. Darüber hinaus wird bei der qualitativen Inhaltsanalyse das Datenmaterial schrittweise und methodisch streng kontrolliert analysiert. Das theoriegeleitete und anhand des Datenmaterials entwickelte Kategoriensystem steht dabei im Zentrum (Mayring, 2002, S. 114). Das Kategoriensystem wurde deduktiv anhand des Theorieteils und des Interviewleitfadens gebildet, wobei zusätzlich nach der Erhebung der Daten induktiv Kategorien gebildet wurden. Die Interviews wurden mehrfach gelesen, um einen Überblick über das Datenmaterial zu erhalten. Die gebildeten Ober- und Unterkategorien wurden im Zuge dessen mehrfach verfeinert. Nachdem die Kategorien definiert waren, sind Ankerbeispiele angeführt worden (Mayring, 2015, S. 97). Anschließend wurde das Datenmaterial, bestehend aus bedeutungstragenden Aussagen der Proband\*innen, den einzelnen Ober- und Unterkategorien zugeordnet. Im Anschluss darauf wurde das Datenmaterial paraphrasiert, generalisiert und reduziert (Mayring, 2015, S. 70f.). Die gesamte Auswertung wurde von der Autor\*in in einer Exceltabelle vorgenommen ohne der zu Hilfenahme von Programmen oder künstlicher Intelligenz. Anhand dieser Auswertungstabelle wurde der nun folgende Ergebnisteil verfasst. Die im Ergebnisteil präsentierten direkten Zitate der Proband\*innen wurden ohne weitere Überarbeitung aus den wortwörtlichen Transkripten übernommen, um die Authentizität und die originalen Formulierungen der Befragten zu erhalten.

## 4 Ergebnisse

In diesem Kapitel werden die empirischen Ergebnisse aus den zwölf durchgeführten Interviews dargelegt und analysiert. Die Ergebnisse sind den Kategorien „Anforderungen und Belastungen“, „Angebotene Maßnahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung“, „Wahrnehmung der angebotenen Maßnahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung“, „Herausforderungen bei der Nutzung von Maßnahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung“, „Verbesserungsvorschläge für die betriebliche Gesundheitsförderung“, „Übergreifender Faktor: Wertschätzung“ und „Weitere gesundheitsförderliche Arbeitsbedingungen“ zugeordnet worden. Das Ziel der Kategorisierung ist es die Ergebnisse der Interviews gegenüberzustellen und wiederzugeben.

### 4.1 Anforderungen und Belastungen

In den durchgeführten Interviews wurde deutlich, dass Pflegefachkräfte diversen Belastungen und Anforderungen im beruflichen Kontext ausgesetzt sind. Ein interessanter Aspekt der Interviews war, dass die Pflegekräfte (B3, Z. 235-237; B10, Z. 222-224) das Gefühl haben, ihre eigene Gesundheit für die Gesundheit anderer zu vernachlässigen oder gar zu opfern.

*„Weil eigentlich muss ich sagen, ist mir erst letzte Woche bewusst geworden, wie sehr wir eigentlich unsere Gesundheit vernachlässigen damit wir anderen helfen wieder gesund zu werden.“ (B3, Z. 235-237)*

*„Nur bei uns im Gesundheitswesen müssen sich die Menschen die für die Gesundheit, also die die sich damit beschäftigen und für andere da sind, wir opfern unsere Gesundheit komplett auf.“ (B10, Z. 222-224)*

In den Interviews wurden darüber hinaus von den befragten Personen diverse Faktoren genannt, welche als Belastung oder Anforderung im beruflichen Alltag eingeordnet werden können. Dazu zählen ein hohes Arbeitspensum, die Personalsituation, physische Belastungen, psychische Belastungen, räumliche Mängel, Unvorhersehbarkeit, Zeitdruck, Schichtdienst, Kommunikation, Lärm und aggressive Patient\*innen. Im Folgenden wird nun auf die verschiedenen Belastungen und Anforderungen näher eingegangen, welche sich bei den Interviews klar herauskristallisiert haben.

#### 4.1.1 Hohes Arbeitspensum

Zehn der befragten Personen gaben an, dass ein hohes Arbeitspensum eine Belastung darstellt (B2, Z. 88-90; B3, Z. 44-47; B5, Z. 84-86, Z. 66-68; B6, Z. 75-78; B7, Z. 67-73;

B8, Z. 61; B9, Z. 105-111; B10, Z. 58-63; B11, Z. 38-41; B12, Z. 55-58, Z. 68-69). Das äußert sich durch:

- hohen Arbeitsaufwand (B2, Z. 88-90),
- Anforderungen des Gesetzgebers werden immer mehr, Patient\*innen stellen immer mehr Anforderungen, mehr Leistung wird gefordert (B5, Z. 84-86),
- immer mehr Aufgaben (B5, Z. 66-68; B7, Z. 67-73)
- zusätzliche Aufgaben (B10, Z. 58-63)
- und viele Aufgaben zur gleichzeitigen Bewältigung (B7, Z. 67-73; B9, Z. 105-111; B12, Z. 55-58).

*„Naja die, der Mensch wird immer anspruchsvoller, der Patient oder der Klient wird immer anspruchsvoller.“ (B12, Z. 68-69)*

*„Anforderungen sind, dass du eigentlich 12,5 Stunden da sein musst, körperlich so wie auch geistig.“ (B3, Z. 43-44)*

*„Es ist viel Arbeit, die ich nicht immer aber größtenteils nicht immer zu meiner vollen Zufriedenheit ausführen kann, weil ich es personell nicht schaffe oder auch räumlich. Hohe Verantwortung und wenig Wertschätzung.“ (B2, Z. 322-324)*

Im Zuge dieser akkuraten Zitate wird nun näher auf die Personalsituation in österreichischen Krankenhäusern und wie diese eine Belastung darstellt, eingegangen.

#### **4.1.2 Personalsituation**

Personalmangel stellt für acht Personen eine hohe Belastung dar (B2, Z. 138-140; B4, Z. 239-244; B5, Z. 66-68; B6, Z. 292, Z. 487-494; B7, Z. 135-136; B8, Z. 61; B10, Z. 50-54; B11, Z. 176-179). Darüber hinaus ist die tägliche Arbeitsbelastung für eine der befragten Personen davon abhängig, mit welchen Kolleg\*innen zusammengearbeitet wird (B1, Z. 79-80). Ferner wird aufgrund des Personalmangels sehr oft gefragt, ob man einen Zusatzdienst übernehmen kann (B6, Z. 487-494; B10, Z. 50-54; B11, Z. 182-185).

*„Weil dann wird schon wieder gefragt, ob man einen Zusatzdienst machen kann, weil es zu wenig Pflegepersonal gibt. Das ist was, dass mich auch manchmal stört, ich weiß nicht ob das in diese Thema hineinfällt. Weil wenn ich eh schon wenig frei habe, sage ich mal, ich arbeite ja sehr gerne, aber wenn ich jetzt mal 1-2 Tage frei habe und man braucht auch diese Zeit, dass man sich erholt oder privat was unternehmen kann eben für sich selber und dann wird man gefragt, ob man einen Dienst übernehmen kann. Das wird man aber ständig gefragt oder sehr oft, dadurch dass es so Personalmangel gibt, ist das auch etwas was einen dann nervt.“ (B6, Z. 487-494)*

*„Belastungen würde ich jetzt sagen ist es schon definitiv mittlerweile, also es war schon immer so dass in der Pflege ein großer Personalmangel war. Und das Personal was vor Ort ist kompensiert auch die ganzen Fehlstunden. Was ja eigentlich eh logisch ist dass wir halt, ... Also Herausforderung sind die vielen Zusatzdienste, die ganzen Überstunden.“ (B10, Z. 50-54)*

Eine Person gab überdies an, dass bei Krankmeldungen kein Verständnis der Vorgesetzten gegeben ist (B8, Z. 222-225).

*„Nur ich merk schon so, dass wenn man wirklich krank ist und wenn man auf der Station anruft und sagt: „Ja ich bin krank.“, da merkt man schon irgendwie, dass die Vorgesetzten einfach sehr böse werden und so kein Verständnis dafür haben.“ (B8, Z. 222-225)*

#### **4.1.3 Physische Belastungen**

Im Folgenden gaben zehn der befragten Personen an unter physischen Belastungen durch ihren Beruf zu leiden (B3, Z. 232-234; B4, Z. 43; B5, Z. 97-98; B6, Z. 63-66; B7, Z. 141-149; B8, Z. 57-60; B9, Z. 84-94; B10, Z. 69-75; B11 Z. 114-116; B12, Z. 62-66).

*„Körperlich? Ja natürlich, die Patienten werden immer älter, immer älter, immer hilfsbedürftiger und du musst natürlich diese Patienten vom Sessel auf die Liege transferieren oder halt auch oftmals von der Liege auf das Bett transferieren oder du musst mit ihnen auf die Toilette gehen, dort natürlich den Transfer durchführen.“ (B12, Z. 62-65)*

Zwei der Personen gaben darüber hinaus an, dass der Schlafmangel, bedingt durch die Nachtdienste, eine körperliche Belastung für sie darstellt (B9, Z. 84-94; B11, Z. 51-57).

#### **4.1.4 Psychische Belastungen**

In den Interviews zeigte sich, dass diverse psychische Belastungen gegeben sind. Besonders Stress (B1, Z. 284-291; B2, Z. 157-161; B6, Z. 80-81; B8, Z. 60-61; B9, Z. 97-99; B11, Z. 37-38; B12, Z. 59) wird häufig als psychische Belastung unter den befragten Personen genannt.

*„Ja ich glaube, dass man durch den Stress, dass man da psychisch ziemlich wegkippen kann auch.“ (B11, Z. 59-60)*

Als Stressoren wurden von den befragten Personen die folgenden Faktoren genannt:

- Monitore und Rufglockensysteme (B1, Z. 284-291),
- Möglicher Krankenstand von Kolleg\*innen (B2, Z. 157-161),

- Nachtdienste (B2, Z. 170-174),
- Nicht servicierte und für die Patient\*innen gefährliche Krankenbetten (B2, Z. 170-174),
- Komplikationen im OP oder Notoperationen (B6, Z. 107-115),
- Herzalarm (B8, Z. 64-67; B9, Z. 97-99).

Zudem stellen Schicksalsschläge von Patient\*innen (B3, Z. 53-65; B5, Z. 117-119), Schlafmangel (B3, Z. 47-48), Organtransplantationen und Totgeburten (B10, Z. 77-82) Belastungen im Pflegeberuf dar. Auch wurde in den Interviews betont, dass es zu Überreizungen und Überforderungen kommt (B9, Z. 116-122) und dass der Job als anstrengend wahrgenommen wird (B6, Z. 66-70).

#### **4.1.5 Räumliche Mängel**

Es wurde in den Interviews deutlich, dass auch räumliche Mängel am Arbeitsplatz eine Belastung darstellen. Eine der befragten Personen gab an, dass es für sie eine große Belastung ist, dass ihr weder eine Personaltoilette (B2, Z. 98-99), noch ein Aufenthaltsraum (B2, Z. 94-95) zur Verfügung stehen.

*„Eine große Belastung ist, dass wir als einziges Team im Krankenhaus keinen eigenen Aufenthaltsraum haben.“ (B2, Z. 94-95)*

*„Ich habe auch keine Personaltoilette, die ich unmittelbar erreichen kann. Ich kann mich entscheiden: Entweder ich gehe in einen abgesperrten Bereich, da muss ich dann ständig meinen Schlüssel mitnehmen, sind auch 2-3 Minuten wo ich in einen komplett anderen Bereich gehen muss. Oder ich geh in den Keller und habe dort eine saubere Toilette, weil ich sehe nicht ein warum ich eine Patiententoilette als Personal benutzen sollte. Bei jedem Lutz, bei jedem Spar überall wenn du so schaust, mir fällt es auf, die haben alle eine Toilette die nur mit einem Schlüssel sperrbar ist wo das Personal hingeht.“ (B2, Z. 98-105)*

Darüber hinaus mangelt es an baulichen Strukturen um die Patient\*innen ordnungsgemäß versorgen zu können (B2, Z. 80-82, Z. 272-276; B4, Z. 327-340). Ferner ist auch die Position der an der Wand fest befestigten Bildschirme eine Belastung (B5, Z. 231-245; B11, Z. 104-109). Weite Wege am Arbeitsplatz (B6, Z. 116-117), als auch die baulichen Strukturen, welche verhindern, dass man ergonomisch arbeiten kann (B6, Z. 241-260) stellen eine Herausforderung dar. Überdies gab Person B4 (Z. 319-325) an, dass sie sich einen gesundheitsfördernden Ausblick aus den Räumlichkeiten wünscht, bei welchem der Tag-Nacht-Rhythmus klar ersichtlich ist.

#### **4.1.6 Unvorhersehbarkeit**

Vier der befragten Personen gaben an, dass die Unvorhersehbarkeit, die der Beruf mit sich bringt, belastend ist, da ein Arbeitstag nicht planbar ist (B1, Z. 58; B2, Z. 69-71; B5, Z. 350-351; B9 Z. 97-99).

*„Ahm, du kannst nie wissen, was dich an einem Tag erwartet.“ (B1, Z. 58)*

*„Wir sind eine Akutabteilung, es ist nie planbar was sich bei uns abspielt oder nicht.“ (B5, Z. 350-351)*

*„An einem Tag ist es so, dass du nur Verbandswechsel hast. Das heißt standardmäßig mobile Patienten entsprechend den Hygieneanforderungen führst du da deine Verbandswechsel durch, kurzes Beratungsgespräch und auf Wiedersehen. An anderen Tagen wirst du praktisch bombadiert, ich weiß nicht ob sich die Pflegeheime da zusammen sprechen, ich weiß es nicht. Wirklich höchstgradig pflegebedürftige Patienten mir sehr komplexen Diagnosen, die dann zur Abklärung recht lange im ambulanten Bereich verweilen, weil dann oft eine Butabnahme erfolgt, und dann eine Infusionstherapie.“ (B2, Z. 69-75)*

#### **4.1.7 Zeitdruck**

Ein weiteres zentrales Thema, welches in den Interviews zur Sprache kam, ist der Zeitdruck, unter welchem die befragten Personen arbeiten (B1, Z. 60-63; B2, Z. 105-109; B6, Z. 78-86; B7, Z. 117-120; B10, Z. 188-192; B12, Z. 89-94). Die hohe Anzahl an Patient\*innen die es zu behandeln gilt, die damit einhergehende mangelnde Zeit für Pausen als auch das bereits erwähnte hohe Arbeitspensum führen zu einem hohen Zeitdruck unter welchem die Pflegefachkräfte leiden.

*„Bei uns ist es aber auch so wir können nicht sagen: „Wir machen jetzt wie auf den Stationen unsere Pflegerunden und haben dann wieder Pause“. Das gibt's nicht bei uns, bei uns geht es durch.“ (B2, Z. 105-107)*

#### **4.1.8 Schichtdienst**

Der Schichtdienst und die damit einhergehende mangelnde Möglichkeit auf einen geregelten Schlafrythmus und die fehlende Routine und Regelmäßigkeit stellt für drei Personen eine Belastung dar (B6, Z. 342-347; B9, Z. 62-63, Z. 68-78; B10, Z. 54-58, Z. 212-216).

*„Was ist noch eine Herausforderung? Die unregelmäßigen Dienstzeiten, die vielen verschiedenen Dienstzeiten das ist eine Belastung und Herausforderung. Wenn du keine Kontinuität in deinem Leben hast.“ (B10, Z. 56-58)*

*„Wir haben allerdings so viele verschieden Dienstformen und so viele verschiedene Dienstabdeckungsmöglichkeiten, noch dazu kommen Krankenstandsabdeckungen dass sich das gar nicht irgendwie, also du hast gar keine Chance auf irgendeine Regelmäßigkeit, eine Routine oder einen geregelten Schlafrhythmus zu entwickeln. Geht nicht.“ (B10, Z. 212-216)*

#### **4.1.9 Kommunikation**

Die Kommunikation zwischen Ärzt\*innen und Pflegefachkräften (B1, Z. 248-250), als auch die Kommunikation zwischen Patient\*innen und Pflegefachkräften (B5, Z. 56-66) stellt eine Herausforderung im beruflichen Alltag dar. Die befragte Person B5 gab an, dass es herausfordernd ist als Sprachrohr zwischen Ärzt\*innen und Patient\*innen zu agieren (B5, Z. 56-66).

*„Die besonderen Anforderungen sind, dass man auf der einen Seite, man ist das Sprachrohr für die Patienten und ist aber auf der anderen Seite der Puffer von oben für die Ärzte. Man hat so eine Zwischen, man hat so eine Beilagscheibenfunktion, man ist so ein bisschen die Kupplung zwischen den zwei Gliedern, habe ich das Gefühl. Die Patienten sprechen über die Pflegepersonen mit den Ärzten und auch in die andere Richtung. Und auf der anderen Seite hat man mittlerweile den Auftrag, dass was die Ärzte den Patienten mitteilen möchten für die Patienten zu transkribieren fast, denen muss fast das Übersetzen. Man ist greifbarer, man ist menschlicher, man ist den Patienten näher. Also sie kommen mit Problemen eher zur Pflege als zum Arzt. Und auf der anderen Seite muss man aber die Anweisungen von oben an die zu pflegenden Menschen weitergeben. Das ist eine große Herausforderung.“ (B5, Z. 56-66)*

#### **4.1.10 Mangelnde Rückendeckung von Vorgesetzten**

Es wurde deutlich, dass auch die mangelnde Rückendeckung von Vorgesetzten eine Belastung darstellt (B2, Z. 176-180). Darüber hinaus wurde auch auf eine wiederholte Überlastungsanzeige der Mitarbeiter\*innen nicht reagiert.

*„Wir haben auch schon zwei Mal eine Überlastungsanzeige an unsere Vorgesetzte übergeben, wo wir eben anführen welche Aufgaben wir hätten, warum wir die nicht ausführen können. Das Gefahr in Verzug ist, weil einfach die Patientenversorgung, die optimale nicht gegeben ist. Dass wir jegliche Verantwortung abtreten, da haben alle unterschrieben. Ist bereits zwei Mal gemacht. Und es hat sich nichts geändert.“ (B2, Z. 511-516)*

#### **4.1.11 Lärm**

In einem der Interviews wurde auch deutlich, dass Lärm am Arbeitsplatz eine Belastung darstellt (B6, Z. 93-100).

*„Es werden Sachen überall aufgemacht, die man für die Operation benötigt, das ist oft sehr laut.“* (B6, Z. 96-97)

*„Das macht halt irrsinnige Lärmgeräusche dieses Papier.“* (B6, Z. 99-100)

#### **4.1.12 Aggressive Patient\*innen**

Eine Person gab an in ihrem beruflichen Alltag Beschimpfungen von Patient\*innen am Telefon erlebt zu haben (B12, Z. 82-83).

*„Ja wir haben auch schon Beschimpfungen am Telefon gehabt und solche Sachen.“* (B12, Z. 82-83)

### **4.2 Angebotene Maßnahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung**

Im folgenden Kapitel werden die verhaltens- und verhältnisorientierten Maßnahmen aufgezeigt, die die befragten Personen an ihrem Arbeitsplatz angeboten bekommen. Jede der genannten Maßnahmen wurde als verhaltensorientiert oder verhältnisorientiert kategorisiert, jedoch ist eine explizite Einordnung schwierig, da einige Maßnahmen sowohl auf Verhaltens- als auch auf Verhältnisebene wirken.

#### **4.2.1 Verhaltensorientierte Maßnahmen**

Die folgenden verhaltensorientierten Maßnahmen bekommen die befragten Personen an ihrem Arbeitsplatz angeboten:

- Massagen (B1, Z. 84; B4, Z. 47; B7, Z. 189-197; B8, Z. 72-74; B9, Z. 202-210)
- Shiatsu (B7, Z. 189-197)
- Yoga (B2, Z. 257-258; B3, Z. 187-188; B4, Z. 46-50; B5, Z. 197-201; B6, Z. 221-223; B9, Z. 145-152; B10, Z. 85-91)
- Übernahme oder Reduzierung der Fitnessstudiogebühr (B3, Z. 74-77; B9, Z. 24-27; B11, Z. 66-73)
- Übernahme der Startgebühr bei Laufwettbewerben (B3, Z. 74-77)
- Wandertag (B3, Z. 74-77; B6, Z. 300-302; B9, Z. 145-152)
- Walkingausflüge (B9, Z. 145-152)
- Laufgruppen (B9, Z. 145-152)

- Rückenfitaktivitäten (B9, Z. 145-152; B12, Z. 120-123)
- Gymnastik (B5, Z. 209-2011)
- Qigong (B9, Z. 202-210)
- Faszientrainings (B11, Z. 66-73)
- Physiotherapie (B5, Z. 197-201; B8, Z. 72-74)
- Gesundheitszirkel (B2, Z. 264-265)
- Supervision (B4, Z. 56; B5, Z. 132-137; B6, Z. 159-160; B8, Z. 82-87; B9, Z. 226-227; B10, Z. 99-101; B11, Z. 88-89; B12, Z. 147-150)
- Teamsitzungen (B7, Z. 249-252)
- Teambuilding (B9, Z. 226-227; B12, Z. 147-150)
- Burnout Prävention (B4, Z. 46-50)
- Psychologische Betreuung (B5, Z. 132-137; B8, Z. 72-74; B12, Z. 98-103)
- Konfliktmanagement (B1, Z. 113-120; B5, Z. 253-257; B12, Z. 143)
- Gesundheitstipps per Plakat (B3, Z. 65-67)
- Fortbildung basale Stimulation (B7, Z. 160-165)
- Kinästhetik Grund- und Weiterbildung (B9, Z. 125-128)
- Fortbildung gesunde Ernährung (B9, Z. 188-199; B12, Z. 98-103)
- Fortbildung Stressmanagement (B9, Z. 403-408; B12, Z. 98-103)
- Fortbildung Zeitmanagement (B9, Z. 403-408)
- Förderungsprogramme für die ältere Generation (B11, Z. 66-73)
- Fortbildung gesunder Schlaf (B12, Z. 98-103)
- Fortbildung Bildschirmarbeit (B9, Z. 157-165)

Zwei der befragten Personen gaben darüber hinaus an, dass früher Shiatsu an ihrem Arbeitsplatz angeboten wurde (B3, Z. 80-83; B5, Z. 197-201). Eine der befragten Personen erzählte außerdem, dass es früher Gymnastik und Zumba im Angebot gab (B7, Z. 180-182). Auch Supervisionen wurden zu einem früheren Zeitpunkt angeboten (B7, Z. 259-260). Besonders auffallend ist allerdings, dass acht der zwölf befragten Personen angaben, dass Supervisionen an ihrem Arbeitsplatz angeboten werden. Weiters gaben sieben Personen an Yoga angeboten zu bekommen und fünf Personen gaben Massagen als betriebliche Gesundheitsförderungsmaßnahme an.

#### **4.2.2 Verhältnisorientierte Maßnahmen**

Die folgenden verhältnisorientierten Maßnahmen bekommen die befragten Personen an ihrem Arbeitsplatz angeboten:

- Hebehilfen (B1, Z. 101-102; B2, Z. 276-288; B3, Z. 117-123; B4, Z. 70-72; B5, Z. 189-192; B6, Z. 230; B7, Z. 170-171; B8, Z. 74-76; B10, Z. 112-115; B11, Z. 113-120; B12, Z. 165-166)
- Höhenverstellbare Laptops und Computer (B1, Z. 230-231; B3, Z. 117-123; B5, Z. 219-222; B7, Z. 240-247; B8, Z. 74-76; B12, Z. 161-162)
- Höhenverstellbare Betten und Liegen (B1, Z. 222-223; B2, Z. 276-288; B4, Z. 70-72; B5, Z. 189-192; B7, Z. 240-247; B8, Z. 74-76; B10, Z. 118-122; B11, Z. 113-120; B12, Z. 169-170)
- Höhenverstellbare Sessel (B3, Z. 117-123; B7, Z. 240-247; B9, Z. 157-165; B10, Z. 118-122; B11, Z. 113-120)
- Gesunde Jause (B4, Z. 46-50)
- Vitale beziehungsweise gesunde Küche (B6, Z. 145; B10, Z. 92)
- Ruheraum (B7, Z. 189-197)
- Fitnessraum (B10, Z. 85-91; B11, Z. 66-73)
- Entspannungssessel (B6, Z. 166-167)
- Meldeprogramm für Konflikte (B9, Z. 214-216)
- Portal gegen Gewalt (B12, Z. 82-87)

Beim Angebot der verhältnisorientierten Maßnahmen fällt besonders auf, dass elf von zwölf befragten Personen angaben eine Hebehilfe zur Verfügung gestellt zu bekommen. Weiters gaben neun der befragten Personen an höhenverstellbare Betten und Liegen nutzen zu können. Sechs Personen können höhenverstellbare Laptops und Computer und fünf Personen können höhenverstellbare Sessel am Arbeitsplatz nutzen.

#### **4.3 Wahrnehmung der angebotenen Maßnahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung**

Nachdem im vorangegangenen Kapitel darauf eingegangen wurde, welche Maßnahmen den befragten Personen angeboten wurden, wird in diesem Kapitel nun darauf eingegangen inwiefern die angebotenen Maßnahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung den Bedürfnissen und Anforderungen dem befragten österreichischen Pflegepersonal entspricht. Zu Beginn wird dargelegt als wie relevant die Maßnahmen für individuelle Bedürfnisse und Anforderungen wahrgenommen wurden. Anschließend folgt die Akzeptanz der angebotenen Maßnahmen, die Bewertung der Maßnahmen, die Bewertung des

Angebots und zu guter Letzt wird darauf eingegangen, inwieweit und wie die betrieblichen Gesundheitsförderungsmaßnahmen am Arbeitsplatz kommuniziert werden.

#### **4.3.1 Relevanz der Maßnahmen für individuelle Bedürfnisse und Anforderungen**

Die befragten Personen äußerten sich unterschiedlich zu ihrer Wahrnehmung der angebotenen Maßnahmen bezüglich ihrer individuellen Bedürfnisse und Anforderungen. Die Mehrheit der Befragten gab jedoch an, dass die Maßnahmen größtenteils nicht ihren Anforderungen und Bedürfnissen entsprechen (B1, Z. 104-120; B2, Z. 310-312; B3, Z. 129-143, Z. 144-147; B4, Z. 77; B5, Z. 320-321; B6, Z. 266-268; B7, Z. 330-335, Z. 381-384; B10, Z. 131-133; B11, Z. 121-125).

*„Naja. Ehrlich gesagt gar nicht. Das ist jetzt ein schlechter, falscher Ansatz. Vielleicht für andere Bereiche aber bei uns nicht durchführbar und nicht durchdacht, wie ich das nutzen kann.“ (B10, Z. 131-133)*

*„Also ich glaube anhand dessen, dass ich es fünf Mal bis jetzt oder gefühlter Weise genutzt habe, glaube ich, dass sie meinen Anforderungen nicht wirklich entgegenkommen.“ (B5, Z. 320-321)*

*„Ansonsten finde ich, wird zu wenig angeboten für meine Bedürfnisse, weil es.... Ja, irgendwie ist keine Zeit für sowas oder niemand habe ich das Gefühl kümmert sich um so etwas.“ (B6, Z. 266-268)*

*„Naja schlecht, aber wie gesagt man kann es nicht wirklich verbessern, das ist ja das Problem.“ (B11, Z. 124-125)*

Darüber hinaus gab eine der befragten Personen auch an, dass sie nicht das Gefühl hat, dass die Arbeitgeber\*innen auf die Gesundheit der Mitarbeiter\*innen achten:

*„Nein, habe ich nicht das Gefühl, dass der darauf schaut. Eher manchmal sogar das Gegenteil. Oder weil man halt so viel Arbeit hat und dann zum Beispiel froh ist, wenn man den Arbeitstag gemacht hat, dann... Was wollte ich jetzt sagen? Nein, ich habe jetzt nicht das Gefühl, dass der Arbeitgeber darauf schaut. Da muss ich persönlich etwas tun, dass ich jetzt nicht, wie sagt man, dass es mir zum Beispiel dann auf Dauer,... oder wenn jemand Rückenschmerzen hat, oder wenn ich Rückenschmerzen habe, was Gott sei dank eh nicht oft der Fall ist, aber ich muss für meine Gesundheit selber etwas tun, privat. Und für meinen Ausgleich, geistigen, körperlichen und seelischen. Sonst klappt das nicht.“ (B6, Z. 313-320)*

Zwei der befragten Personen (B9, Z. 250-253; B12, Z. 182-184) gaben an, dass die angebotenen Maßnahmen ihren individuellen Bedürfnissen und Anforderungen entsprechen.

*„Ich finde schon, dass eigentlich alles damit abgedeckt wird, weil es eben sehr facettenreich ist und wenn man sich natürlich mit den Angeboten auseinandersetzt und die wirklich in Anspruch nimmt, man sehr, sehr viel für Gesundheitsprävention auch für sich mit rausnehmen kann.“ (B9, Z. 250-253)*

*„Wie gesagt ich finde halt schon, dass man sich auch selbst um seine eigene Gesundheit kümmern muss. Und da gibt es schon ein gutes Angebot und da muss man halt für sich selbst das richtige dann finden.“ (B12, Z. 270-272)*

In den Interviews wurde jedoch klar deutlich, dass besonders den zwei befragten Personen B9 und B12 eine Vielzahl an Maßnahmen am Arbeitsplatz angeboten wird, was teilweise auf die Personen, die das Angebot hinsichtlich ihrer individuellen Anforderungen und Bedürfnisse nicht als erfüllend betrachten, nicht zu trifft.

Eine der befragten Personen gab darüber hinaus an (B8, Z. 120-121), dass sie das Angebot in Ordnung findet, obwohl sie dieses nicht nutzt, aber sie auch nicht wüsste, wie man das Angebot verbessern könnte.

*„Ja es ist in Ordnung. Ja ich würde auch nicht wissen was ich mehr wollen würde, aber ich nehme es halt auch nicht in Anspruch.“ (B8, Z. 120-121)*

#### **4.3.2 Akzeptanz der angebotenen Maßnahmen**

Trotz der Verfügbarkeit von diversen Gesundheitsförderungsmaßnahmen in den einzelnen Krankenhäusern, in welchen das befragte Pflegepersonal tätig ist, zeigten die Befragten auf, dass diese angebotenen Maßnahmen teilweise nicht genutzt werden.

Bezüglich der angebotenen Supervisionen gab eine befragte Person folgendes an:

*„Also diese psychologischen Unterstützungen werden angeboten, sie werden aber sehr wenig in Anspruch genommen.“ (B5, Z. 137-138)*

Bezüglich der Nutzung von Hebehilfen äußerten sich die Befragten folgendermaßen:

*„Wir sind oft zu faul uns das zu holen, das muss ich dazu sagen.“ (B5, Z. 192)*

*„Nein, das ist viel zu zeitaufwändig. Also würde viel zu viel verzögern und das ist natürlich nicht willkommen. Man will, dass die Arbeit flott flott vorangeht, also nicht machbar.“ (B10, Z. 126-127)*

*„Oder dass eben für solche Hebehilfen, also ein wirklich... ich rede da jetzt nicht von so einem Rollbrett, das haben wir auch in der Ambulanz, so ein Gleitbrett, wo du von einer Liege auf eine andere so ein bisschen eine Unterstützung hast, sondern wirklich so einen Kran. Das ist ein riesiges, sperriges Ding. Das wird halt dann irgendwo untergebracht, wo halt grad Platz scheint. Wenn es im Stationsbad ist, du kommst halt in das Stationsbad nicht mehr rein, weil da stehen ja auch schon zehn andere Sachen. Das wird als Lager missbraucht. Alles, was sonst nirgendwo einen Platz findet wird halt in solchen Räumen untergebracht. Dann wird halt, das weiß ich noch aus meiner damaligen Tätigkeit auf der Station, dass du dann gar nicht darauf zurückgreifst, weil du dann zuerst fünf Wägen wegräumen musst, um zu dieser Mobilisationshilfe/Hebehilfe zu kommen. Und dann lässt du es gleich bleiben und machst es auf althergebrachte Weise.“ (B2, Z. 276-286)*

Diese Aussagen implizieren, dass besonders äußere Faktoren, welche die Verwendung von Hebehilfen, wie die Lagerung dieser und der damit verbundene Zeitaufwand diese zu holen, dazu führen, dass das Pflegepersonal diese nicht anwendet.

Weiters gab Person B1 (Z. 111-112) an, dass sie Massagen noch nicht genutzt hat und dies auch nicht plant. Die befragte Person B6 (Z. 166-170) erzählte im Interview, dass der Entspannungssessel während der Arbeitszeit gar nicht nutzbar ist, weil es an Zeit mangelt. Auch Person B7 (Z. 160-165) gibt an, dass Inhalte aus der Fortbildung basale Stimulation oftmals nicht nutzbar sind, da Patient\*innen die dazu benötigten Voraussetzungen zur Anwendung nicht mitbringen. Person B7 (Z. 189-195) gab darüber hinaus auch an, dass sie den vorhandenen Ruheraum an ihrem Arbeitsplatz nicht nutzen möchte.

### **4.3.3 Bewertung der Maßnahmen**

Abgesehen davon, dass einzelne Maßnahmen von den befragten Personen nicht genutzt werden, äußerten sich einzelne Befragte negativ als auch positiv bezüglich einzelner angebotenen Maßnahmen. Dies wird im Folgenden näher dargelegt.

Bezüglich Supervisionen gab eine Person an, dass eine bereits durchgeführte und als erfolglos wahrgenommene Supervision dazu führte, dass diese nicht mehr in Anspruch genommen werden (B7, Z. 267-272).

*„Und irgendwie ist das dann aber voll mit auf die Station mitgenommen worden. Das war dann ab dem Moment waren so Spannungen auf der Station, eben schon bei den zwei Leitungen. Das hat, ich war sonst noch nie bei einer Supervision und weiß nicht, wie es anders hätte laufen sollen, können. Die ist halt total in die Hose gegangen, deswegen war auch der Bedarf nie wieder, dass wir gesagt haben: „Wir*

*wollen das wieder machen.“, weil es halt eigentlich eher nach hinten losgegangen ist.“ (B7, Z. 267-272)*

Darüber hinaus gab eine weitere befragte Person an, dass der Zeitraum zwischen dem Wunsch für eine Supervision und der tatsächlichen Umsetzung zu lange ist und sohin gehend nicht wirkungsvoll ist in einer Akutsituation (B4, Z. 56-62).

Im Interview mit Person B1 (Z. 115-119) wurde deutlich, dass auch Konfliktmanagement nicht als wirkungsvoll wahrgenommen wurde.

*„Hm, ich habe mir irgendwie gedacht, dass es mehr bringen würde, aber es war irgendwie relativ sinnbefreit finde ich. Weil es hat, nicht wirklich Maßnahmen aufgezeigt, wie man in einem Streitgespräch, wenn man von einem Patienten verbal bedroht wird, wie man da darauf reagieren soll oder kann und wie man diese Situation entschärft. Das war irgendwie gar nicht gegeben. Und ich finde halt doch, dass das zu Konfliktmanagement dazugehört.“ (B1, Z. 115-119)*

Weiters erzählte auch Person B7 (Z. 301-304) davon, dass Teamsitzungen immer weniger werden und wenn diese stattfinden, man nichts mehr Neues erfährt, da man bereits alles in der Zwischenzeit erfahren hat. Gegensätzlich dazu, wurden jedoch von den Befragten auch einige angebotene Maßnahmen als positiv oder wirkungsvoll wahrgenommen.

Bezüglich Teambildung äußerte sich die befragte Person B9 wie folgt:

*„Wir haben dann wirklich ein Teambuilding bekommen, wo man das mit einem zertifizierten Trainer das erarbeitet, haben: Wo sehen wir unsere Probleme, was würden wir uns gerne wünschen, was wären unsere Lösungsideen dazu. Haben dann auch mit ihm gemeinsam Lösungen erarbeitet und das wirklich mit der Stationsleitung dann gemeinsam umgesetzt und das hat wirklich binnen weniger Wochen viel viel besser funktioniert und ist jetzt schon wirklich ein schönes eingespieltes Team.“ (B9, Z. 232-238)*

Über die ehemals angebotene Shiatsu Massage sagte die befragte Person B3:

*„Und das war wirklich sehr entspannend, mit begleitender Musik und du hast deine Wünsche sagen dürfen, was du gerne hättest. Ich bin dort wie eine neue Person, nach dem Vormittag, nach dem Mittagessen rausgegangen. Das war echt super.“ (B3, Z. 84-87)*

Die befragte Person B2 äußerte sich positiv über den angebotenen Gesundheitszirkel:

*„Ja es war, es ist immer nett, wenn man dann im Kreis sitzt und merkt die anderen haben dieselben Probleme wie man selbst. Ich finde es immer gut wenn man Dinge*

*anspricht, nicht nur negative sondern auch positive. Dementsprechend gibt mir so ein Austausch auch immer persönlich etwas.“ (B2, Z. 382-385)*

Darüber hinaus gab Person B6 (Z. 264-266) an, dass auch die vitale Küche als gut empfunden wird. Auch Person B4 (Z. 85-86) bewertete die angebotene und genutzte gesunde Jause als positiv.

#### **4.3.4 Bewertung des Angebots**

Die Befragten zeigten eine Varietät an Meinungen bezüglich des Angebots. Folgende kritische Äußerungen wurden von den Befragten getätigt:

*„Viel wird nicht angeboten und auch wenn wir Vorschläge machen, sie werden nicht angenommen.“ (B2, Z. 261-262)*

*„Angeboten werden einige, nutzen kann man sie nicht.“ (B4, Z. 46)*

Die Befragte B2 (Z. 246-249) gab darüber hinaus an, dass es keine brauchbaren Maßnahmen gibt. Auch die Befragte B10 (Z. 64-66) gab an, dass nicht viel angeboten wird. Weiters wurde von einer der befragten Personen festgestellt, dass die angebotenen Maßnahmen keine positive Wirkung haben (B10, Z. 134-138). Gegensätzlich dazu äußerten sich einige der Befragten wie folgt:

*„Ich glaube das Angebot ist in Ordnung aber die Überwindung oder die Motivation, dass dann in Anspruch zu nehmen, war für mich bis jetzt sehr sehr klein.“ (B5, Z. 327-329)*

*„Aber es ist da das Angebot und das ist schon einmal super finde ich.“ (B12, Z. 217-218)*

#### **4.3.5 Kommunikation der Maßnahmen**

Ein weiteres zentrales Thema, welches in den Interviews zur Sprache kam, war die Art der Kommunikation der Maßnahmen und wie die Kommunikation wahrgenommen wird. So unterschiedlich wie auch die Arten der Kommunikation in den einzelnen Krankenhäusern sind, so unterschiedlich wird auch die Kommunikation selbst von den Befragten wahrgenommen. Folgende Aussagen wurden von den befragten Personen bezüglich der Wahrnehmung der Kommunikation gemacht:

*„Weil es wird auch nie wirklich angepriesen. Ich mein es wird sehr wohl bei der Tür der Personalvertretung ausgehängt, aber nicht jeder geht dort vorbei. Es gibt drei andere Wege wie man zu seiner Station kommt, und nicht alle nehmen den Weg bei der Personalvertretung.“ (B1, Z. 161-164)*

*„Davon hat aber keiner was gewusst. Also ob es das gibt oder nicht, ist nicht klar. Es wird auch nicht klar kommuniziert: Das könnt ihr machen.“ (B2, Z. 266-267)*

*„Es wird schon immer wieder kommuniziert bei den Dienstübergaben, wenn ein aktueller Termin ist zum Beispiel. Wenn ich aber da gerade nicht Dienst habe, bekomme ich das ja gar nicht mit teilweise.“ (B4, Z. 119-121)*

*„Man muss, es wird nicht immer wieder darauf hingewiesen, aber es wird kommuniziert. Es wird Online kommuniziert, es wird auf eine Plattform gestellt, man kann da jederzeit reinschauen aber es ist eben so, es ist eine Hol- und Bringschuld, wenn das nicht funktioniert glaub ich, ist es eine Hol und Bring.“ (B5, Z. 389-392)*

*„Ja also per Mail und dann sagt es halt einmal die Leitung, aber es geht dann halt wieder unter.“ (B11, Z. 150-151).*

*„Ja, aber das ist ja eh schon ausreichend. Also man kommt schon zu den Informationen. Es ist nicht so, dass jemand das nicht weiß. Ich glaube schon, dass das alle wissen.“ (B10, Z. 181-183)*

Sohin gesehen haben einige der befragten Personen das Gefühl weniger informiert zu sein und einige der Befragten fühlen sich ausreichend informiert.

Auf die nun folgenden Arten wurden die angebotenen betrieblichen Gesundheitsförderungsmaßnahmen bei den befragten Personen kommuniziert:

- Aushang bei der Personalvertretung (B1, Z. 161-164)
- Aushang auf der Station (B1, Z. 172-180; B7, Z. 418-422)
- Aushang bei der Wäscheausgabe/Garderobe (B3, Z. 65-67; B7, Z. 418-422; B8, Z. 143-144)
- Aushang bei Mitarbeiter\*innenein- und ausgängen (B3, Z. 244-259)
- Aushang im Speisesaal (B9, Z. 312-315)
- Informationen bei der Dienstübergabe (B4, Z. 119-121; B10, Z. 177-183)
- Informationen bei monatlicher Besprechung (B12, Z. 250-252)
- Informationen durch die Gewerkschaft (B8, Z. 152-158)
- Informationen durch die Vorgesetzten (B6, Z. 297-298; B11, Z. 150-154)
- Informationen per E-Mail (B2, Z. 353-354; B4, Z. 119-121; B7, Z. 418-422; B9, Z. 312-315; B11, Z. 150-154)
- Mitarbeiter\*innen-App (B3, Z. 244-259)
- Informationen per Intranet (B3, Z. 244-259; B6, Z. 297-298; B12, Z. 250-252)
- Fortbildungskatalog (B5, Z. 254-257)
- Online-Plattform (B5, Z. 390-392; B10, Z. 177-183)

- Betriebsratsblogapp (B9, Z. 312-315)
- Mitarbeiter\*innenzeitung (B11, Z. 150-154)

Hier zeigt sich eindeutig, dass für die Kommunikation der Maßnahmen häufig E-Mails, Aushänge an diversen Stellen im Krankenhaus, als auch das Intranet genutzt werden. Die Kommunikation der Maßnahmen durch die Vorgesetzten, bei Dienstübergaben oder Besprechungen sind weniger häufig. Mitarbeiter\*innen-Apps, Mitarbeiter\*innenzeitungen, Betriebsratsblogapps, Fortbildungskataloge, Informationen durch die Gewerkschaft gibt es nur vereinzelt in Krankenhäusern.

#### **4.4 Herausforderungen bei der Nutzung von Maßnahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung**

Ein zentrales Thema der Interviews waren die Herausforderungen, die der Nutzung von Maßnahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung im Wege stehen. Die Befragten äußerten eine große Vielfalt an Faktoren, die ihr Nutzungsverhalten beeinflussen. In den folgenden Unterkapiteln werden zu Beginn der Zeitmangel, der Personalmangel als auch der Ort der Maßnahmendurchführung dargelegt, da diese in den Interviews häufig als Herausforderungen bei der Nutzung genannt wurden. Es ist jedoch wichtig zu betonen, dass viele der geäußerten Aussagen der Interviews nicht eindeutig einer spezifischen Unterkategorie zugeordnet werden können. Denn oftmals umfassen die genannten Herausforderungen mehrere Themen gleichzeitig und sind somit komplex in ihrer Natur. Beispielsweise äußerten einige der Befragten, dass sie keine Zeit für die Teilnahme an den Maßnahmen haben, was auf einen Personalmangel zurückzuführen ist. Aufgrund dieses Zeit- und Personalmangels sind sie gezwungen, in ihrer Freizeit an den Maßnahmen am Arbeitsplatz teilzunehmen, wodurch der Ort der Maßnahmendurchführung zu einem weiteren Hindernis wird. Daher sollten die folgenden Unterkategorien – Zeitmangel, Personalmangel und Ort der Maßnahmendurchführung – nicht als isolierte Problembereiche, sondern als miteinander verknüpfte Herausforderungen betrachtet werden, die sich gegenseitig beeinflussen und verstärken können. Weiters werden die Kommunikation, die Teilnehmer\*innenzahl und die Kosten als Herausforderung dargelegt.

##### **4.4.1 Mangelnde Nutzbarkeit der Maßnahmen durch Zeitmangel**

Eine wiederkehrende Feststellung in den Interviews war, dass die zeitlichen Ressourcen, wie bereits im Kapitel „Zeitdruck“ unter „Anforderungen und Belastungen“ dargelegt, sehr knapp im beruflichen Alltag einer Pflegekraft bemessen sind. In allen zwölf Interviews wurde der Zeitmangel als Herausforderung bei der Nutzung von gesundheitsfördernden Maßnahmen thematisiert. So zeigt sich, dass der Zeitmangel nicht nur eine

unmittelbare Wirkung als Belastung auf das Pflegepersonal hat, sondern auch den Zugriff zu Maßnahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung, die dazu geeignet wären Belastungen zu reduzieren, erschwert. Dabei spielt vor allem eine Rolle, dass Maßnahmen, die während der Dienstzeit angesetzt sind, nicht genutzt werden können (B1, Z. 167-171; B2, Z. 249-254; B3, Z. 175-187; B4, Z. 93-94; B5, Z. 148-149, 204-206; B6, Z. 286-289; B7, Z. 223-226; B8, Z. 129-135; B10, Z. 106-107; B12, Z. 104-107).

*„Was halt momentan bei uns noch die Problematik ist, ist dass das zu Zeiten ist, wo wir viel zu tun haben. Das ist oft am Vormittag und wenn dann natürlich nicht genug Personal da ist, kannst du es vielleicht auch nicht nutzen, aber es ist schon mal der Anstoß da und man ist schon sehr bemüht da etwas zu tun.“ (B12, Z. 104-107)*

*„Ich mein wie soll ich, zu meiner Arbeitszeit wo ich schon da sein muss auf meiner Station sein muss und nicht mehr wegkomme, dann plötzlich jeden Dienstag um dreiviertel acht Rückenfitübungen machen können. Also ich finde das ist halt sehr schwierig zu vereinbaren.“ (B3, Z. 184-187)*

*„Das ich sie in meiner Arbeitszeit nicht wahrnehmen kann, weil ich nicht, weil ich habe keinen der mich ersetzt, also der mich vertritt in der Zeit der Abwesenheit.“ (B2, Z. 417-418)*

*„Ja, wenn es etwas geben würde, dann würde ich es vielleicht schon nutzen ja oder wenn es dann von der Zeit auch passt oder. In der Arbeitszeit spielt sich halt gar nichts ab. Da ist auch keine Zeit für sowas, oder da wurde nie daran gedacht.“ (B6, Z. 286-289)*

*„Schwierig war einfach nur immer das Timing, weil das ist halt angeboten worden um drei Nachmittag. Da hat halt einfach wieder wer gehen können. Aus dem Dienst war es nicht möglich. In der Dienstzeit ist es unmöglich.“ (B5, Z. 204-206)*

*„Es ist halt einfach der Zeitfaktor finde ich. Weil es ist wie gesagt. Man kann nie wissen wie ein Tag so abläuft. Und wenn man sich einen Termin ausmacht und dann plötzlich nicht kann, weil Kollegen fehlen oder es grad stressig ist, und dass man dann schnell jemand anderen fragt, ob der hingehen mag ist halt auch nicht wirklich gegeben.“ (B1, Z. 167-171)*

Darüber hinaus ist jedoch der Zeitfaktor auch eine Herausforderung bei Maßnahmen, die außerhalb der Dienstzeit angesetzt sind. Das ist häufig darauf zurückzuführen, dass Maßnahmen, welche wöchentlich zu einer fixen Uhrzeit stattfinden, mit dem Dienstplan schwer vereinbar sind (B7, Z. 330-332; B11, Z. 73-74; B5, Z. 367-369). Darüber hinaus

wird die Vereinbarkeit von Maßnahmen außerhalb der Dienstzeit mit dem eigenen Privatleben als schwierig empfunden (B9, Z. 277-280).

*„Weil die die bei uns im Ambulanzbereich sind, die haben halt wirklich die meiste Zeit Montag bis Freitag Dienst und können dann oft nicht an diesen Angeboten teilnehmen, weil sie dann teilweise schon heim müssen zu den Kindern, weil sie den Haushalt versorgen müssen, Arzttermine wahrnehmen etc.“ (B9, Z. 277-280)*

Auch die Terminplanung der Teilnahme an Maßnahmen wird aufgrund der Vereinbarkeit des Dienstplans und des Privatlebens als schwierig erachtet (B5, Z. 367-370).

*„Ich glaube das Angebot ist es nicht sondern mein Dienstplan, meine privaten Bedürfnisse und dann noch die Planung dieser Termine finde ich einfach irrsinnig schwierig, weil es schon jetzt fast nicht möglich ist. Es ist jetzt das Privatleben hineinzuplanen ist schon mega umständlich, weil wir so weit in die Ferne planen müssen.“ (B5, Z. 367-370)*

Doch auch abends nach einem Tagdienst an einer Maßnahme teilzunehmen, wird als schwierig erachtet, da man aufgrund des Dienstplans, teilweise am Folgetag wieder arbeiten muss und eine Erholungszeit benötigt (B9, Z. 277-284).

*„Das heißt unter der Woche bleibt dann nicht viel Zeit, speziell wenn du weißt du musst nächsten Tag wieder aufstehen, das heißt wenn du da bis in den Abendstunden noch nach deinem Dienst anhängst, ist es zwar eine Gesundheitsförderung aber schlaucht dich auf der anderen Seite wieder so dass du eigentlich keinen Benefit davon trägst.“ (B9, Z. 280-284)*

Darüber hinaus sind auch Maßnahmen die beispielweise eine Stunde nach Ende der Dienstzeit angesetzt sind aufgrund der einstündigen Wartezeit nicht attraktiv (B2, Z. 249-254).

#### **4.4.2 Mangelnde Nutzbarkeit der Maßnahmen durch Personalmangel**

Als ein herausfordernder Aspekt bei der Nutzung von gesundheitsfördernden Maßnahmen wurde von fünf Personen der vorherrschende Mangel an Personal genannt (B1, Z. 167-171; B5, Z. 397-406; B6, Z. 333-336; B10, Z. 149-151, Z. 106-107; B12, Z. 104-107).

*„Noch Herausforderungen? Die größte Komponente ist der Personalmangel würde ich sagen und der Druck so viel wie möglich Operationen, es ist natürlich gewinnbringender, wenn ich viele Operationen unter Tags anbringe. Und das ist halt auch so, ja nach dem ganzen System ist das halt alles ausgerichtet. Also wenn da der*

*Druck, aber das wird's nicht spielen, dass der Druck da wegfällt.“ (B10, Z. 188-192)*

*„Das man dann auch mehr Personal braucht wahrscheinlich, dass man eben Zeit hat in der Arbeitszeit wohin zu gehen, dass man so ein Bedürfnis... Also für sich wenn man das Bedürfnis hat, ja das braucht eben Zeit und da muss dann eine andere Pflegeperson da sein sonst geht das nicht.“ (B6, Z. 333-336)*

Der Personalmangel wurde darüber hinaus wie der bereits thematisierte Zeitmangel als unmittelbare Belastung und zugleich auch als Herausforderung bei der Nutzung von Maßnahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung, welche Belastungen reduzieren könnten, identifiziert.

#### **4.4.3 Mangelnde Nutzbarkeit der Maßnahmen aufgrund des Ortes der Maßnahmendurchführung**

Ein weiterer herausfordernder Faktor, welcher in den Interviews zur Sprache kam, ist der Ort der Maßnahmendurchführung, bei welchem es sich oftmals um den Arbeitsplatz beziehungsweise um das Krankenhaus, in dem die Pflegepersonen arbeiten, handelt. Mehr als die Hälfte der befragten Personen gaben an den Ort der Durchführung als Herausforderung bei der Nutzung wahrzunehmen (B1, Z. 150-154; B4, Z. 48-54; B5, Z. 401-406; B7, Z. 199-202; B8, Z. 124-126; B10, Z. 107-110; B12, Z. 126-127).

Der Ort der Maßnahmendurchführung und die damit verbundene verbrachte Freizeit am Arbeitsplatz stellen eine relevante Problematik dar (B5, Z. 401-406; B7, Z. 389-391; B10, Z. 107-110).

*„Ich glaube, dass das in den Ganzen momentan in den Anforderungen jetzt, wie ich gesagt habe die Anforderungen werden immer mehr, die angebotenen Leistungen werden mehr, was das Krankenhaus anbietet, das Personal wird aber nicht mehr und Corona hat mit uns einiges gemacht. Da hat man einfach viele Ressourcen aufgebraucht, die jetzt nicht mehr da sind. Die Leute sind einfach viel ausgeleugter, weil man 2 Jahre nur genommen hat. Das spürt man auch sehr, damit hat man auch weniger Lust sich noch zusätzlich mit irgendwas noch auseinander zu setzen und auch manchmal den Betrieb, da will man gar nicht noch einmal da herkommen, da hat man endlich Freizeit, da will ich nicht nochmal hinfahren. Ich bin froh, wenn ich nichts höre und das mal nicht sehe für ein paar Tage. Ich glaube auch dass das ein bisschen ein Grund ist dafür, dass das nicht so genutzt ist.“ (B5, Z. 397-406)*

*„Ich fahre nicht in meiner Privatzeit noch eine extra Stunde rein, dass ich irgendwelche Gesundheitsmaßnahmen... also da kann man gleich den Meldezettel im Spital ausfüllen.“ (B10, Z. 196-198).*

*„Nein, weil es zeitlich einfach nicht machbar ist. Bei uns kann keiner während der Dienstzeit sich in einen Massagesessel setzen oder in eine Yogagruppe gehen. Du musst wieder extra reinkommen in deiner Freizeit und ich weiß nicht, also eigentlich sucht man den Abstand zum Spital, wenn man schon so eine eingeschränkte Freizeit hat. Nicht dass man noch extra in der Freizeit dort diese Räumlichkeiten betritt, ja eher nein.“ (B10, Z. 106-110)*

Darüber hinaus wird auch die Anreise während der Freizeit um an den Arbeitsplatz zu gelangen, um an einer gesundheitsförderlichen Maßnahme teilzunehmen als Herausforderung wahrgenommen (B1, Z. 150-154; B4, Z. 48-54; B7, Z. 199-202; B8, Z. 124-126; B10, Z. 107-110; B12, Z. 126-127).

*„Du bist eh 40 Stunden in der Woche irgendwie im Haus und ja und dann mag ich nicht wegen irgendeiner halben Stunde, die zwar günstiger ist, hin und her fahren.“ (B7, Z. 389-391)*

#### **4.4.4 Kommunikation als Herausforderung bei der Nutzbarkeit von Maßnahmen**

Bereits in einem der vorangegangenen Kapitel „Kommunikation der Maßnahmen“ wurde dargestellt, dass die Kommunikation vom Pflegepersonal unterschiedlich wahrgenommen wird. Es zeigte sich jedoch eindeutig, dass die Kommunikation eine Herausforderung darstellt.

Zehn der befragten Personen sehen die Kommunikation in gewissem Maße als Herausforderung bei der Nutzung an (B1, Z. 175-180; B2, Z. 351-354; B3, Z. 244-245; B4, Z. 119-121; B5, Z. 389-391; B6, Z. 292-294; B7, Z. 423-424; B8, Z. 80-81; B11, Z. 152-154; B12, Z. 260-264).

*„Oder es werden Zettel verteilt, die hängen dann bei uns auf der Station, aber da hängt, da haben wir so eine riesengroße Magnetwand, da hängt so viel, dass das oft gar nicht gesehen wird.“ (B7, Z. 419-421)*

*„Nein es wird nicht wirklich darüber geredet finde ich.“ (B8, Z. 80-81)*

Oftmals liegt die Herausforderung allerdings auch ganz spezifisch darin, dass das Pflegepersonal die angebotenen Medien wie Mitarbeiter\*innenzeitung,

Mitarbeiter\*innenapps und E-Mails aktiv nutzen muss, um die angebotenen Maßnahmen zu erfahren (B12, Z. 260-264; B11, Z. 152-154; B3, Z. 244-245).

Lediglich drei der befragten Personen sehen keinerlei Herausforderungen bei der Kommunikation (B9, Z. 315-317; B10, Z. 181-183). Besonders die befragte Person B9, welche ein großes Angebot auf verschiedensten Kommunikationswegen angeboten bekommt, gibt an, dass die Kommunikation keine Herausforderung bei der Nutzung von Angeboten darstellt (B9, Z. 315-317).

*„Das heißt eigentlich für jeden Generationstyp, ob Smartphonenuutzer oder Internetanschauber etc. ist was dabei, wo du sagst ich komme zu meiner Informationsquelle.“* (B9, Z. 315-317)

#### **4.4.5 Teilnehmer\*innenzahl als Herausforderung bei der Nutzbarkeit von Maßnahmen**

Ein interessanter Aspekt war die Tatsache, dass auch die Teilnehmer\*innenzahl an Maßnahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung eine Herausforderung bei der Nutzung darstellt. Zwei der befragten Personen gaben an, dass aufgrund einer zu geringen Teilnehmer\*innenzahl Kurse nicht stattgefunden haben (B4, Z. 122-124; B12, Z. 126-127, Z. 278-280).

*„Ich habe mich zum Beispiel auf einen Workshop gemeldet für kinesiologisches Taping, das haben sich nur vier gemeldet, das wurde abgesagt.“* (B12, Z. 278-279)

Konträr dazu ist es jedoch auch aufgrund zu hoher Teilnehmer\*innenzahlen nicht möglich an gesundheitsförderlichen Fortbildungen teilzunehmen (B6, Z. 208-213).

#### **4.4.6 Kosten als Herausforderung bei der Nutzbarkeit von Maßnahmen**

In einem der zwölf Interviews kam außerdem auch der Faktor Kosten als Herausforderung bei der Nutzung von betrieblichen Gesundheitsförderungsmaßnahmen zur Sprache.

*„Oder es gibt viele Fortbildungen, die man ja spezielle Fortbildungen, die man dann auch selber privat zahlen muss. Das ist halt auch so ein Thema, wo ich mir denke. Jeder will dass dann vielleicht auch nicht, oder kann das dann auch nicht ausgeben, weil das dann oft auch nicht so wenig ist.“* (B6, Z. 213-216)

## **4.5 Verbesserungsvorschläge für die betriebliche Gesundheitsförderung**

Nach einer Reihe von Herausforderungen bei der Nutzung von gesundheitsförderlichen Maßnahmen werden im nun folgenden Kapitel die Verbesserungsvorschläge der betrieblichen Gesundheitsförderungsmaßnahmen behandelt. Zu Beginn des Kapitels werden die zeitlichen, personellen und räumlichen Bedingungen behandelt. Anschließend folgt eine Vielzahl an gewünschten Maßnahmen des Pflegepersonals zur Förderung ihrer Gesundheit. Abschließend werden Strategien zur Verbesserung der Kommunikation der Maßnahmen dargelegt.

### **4.5.1 Zeitliche Bedingungen**

In den Interviews zeigte sich eindeutig, dass die zeitlichen Bedingungen der Maßnahmen zur betrieblichen Gesundheitsförderung verbessert werden müssen, da die zeitlichen Bedingungen sonst zur Herausforderung für das Pflegepersonal werden.

Dabei wünschen sich die befragten Personen, dass Maßnahmen außerhalb der Arbeitszeit, an dienstfreien Vormittagen, dienstfreien Nachmittagen oder dienstfreien Wochenenden stattfinden, da es wie bereits in dieser Arbeit erwähnt, oftmals aufgrund der personellen Bedingungen nicht möglich ist, während der Arbeitszeit an den Maßnahmen teilzunehmen (B1, Z. 146-152; B6, Z. 286-289; B9, Z. 284-288; B12, Z. 203-204).

Darüber hinaus wird auch gewünscht, dass die Teilnahme an Maßnahmen in Arbeitszeit vergütet wird (B2, Z. 451-453; B3, Z. 168-173; B9, Z. 347-354).

*„Und wenn dann möchte ich es in Arbeitszeit vergütet haben, ist auch ein Zeichen der Wertschätzung, weil nur wenn ich motiviert und gesund, auch psychisch gesund meine Arbeit mache, dann mach ich sie gut.“* (B2, Z. 451-453)

Darüber hinaus wünschen sich die Befragten auch eine flexible Zeiteinteilung bei der Teilnahme von Maßnahmen damit man diese trotz wechselnder Dienstzeiten nutzen kann (B2, Z. 363-364; B4, Z. 107-109; B7, Z. 392-395; B9, Z. 275-276; B11, Z. 164-166).

### **4.5.2 Personelle Bedingungen**

Wie bereits im Unterkapitel „Personalmangel“ im Kapitel „Herausforderungen“ erwähnt, stellt der Mangel an Personal für das Pflegepersonal eine Herausforderung bei der Nutzung von Maßnahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung dar. Zwei der befragten Personen sagten in den Interviews ausdrücklich, dass sie zur Nutzung von Maßnahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung mehr Personal benötigen (B6, Z. 333-336; B10, Z. 167-172).

*„Also ich glaube, wenn ich Personal zu Genüge hätte, dass ich genug, dass man sich zwischendurch abwechseln kann, ablösen kann, dass man die neuen Mitarbeiter in Ruhe einschulen kann, wenn das Wegfallen würde, einfach der Personal-mangel, ist glaube ich das größte Problem, könnte man, kann ich mir schon vorstellen, dass man das nutzen könnte. Man kann sich gegenseitig ablösen und dann geht mal der, mal wer anderer. Also ich glaube schon, dass das dann machbar wäre. Personal aufstocken.“ (B10, Z. 167-172)*

Eine der befragten Personen gab darüber hinaus an, dass es eine Verbesserung wäre, wenn das Personal sich untereinander ausmachen würde, welche Pflegeperson zu welcher Uhrzeit an welcher Maßnahme während der Arbeitszeit teilnehmen möchte (B9, Z. 357-367).

### **4.5.3 Räumliche Bedingungen**

Da auch die räumlichen Bedingungen bereits als Herausforderung bei der Nutzung von Maßnahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung genannt wurden, ist bereits sehr eindeutig, dass sich das Pflegepersonal eine Verbesserung der räumlichen Gegebenheiten wünscht. Mehr als die Hälfte der befragten Personen gaben wie bereits erwähnt an, dass die Nutzung der Maßnahmen eine Herausforderung ist, wenn diese am Arbeitsplatz stattfinden. Dies impliziert eindeutig, dass eine Verbesserung der räumlichen Bedingungen notwendig ist. Ein Teil des befragten Pflegepersonals sagt ausdrücklich, dass Maßnahmen außerhalb des Arbeitsplatzes durchgeführt werden sollten (B1, Z. 184-188; B4, Z. 132-137; B6, Z. 192-197; B7, Z. 389-391). Besonders jedoch bei Supervisionen ist der Wunsch nach einer Durchführung an einem passenden Ort gewünscht (B4, Z. 132-137; B6, Z. 192-197).

### **4.5.4 Gewünschte Maßnahmen**

Elf der zwölf befragten Personen zeigten eine vielfältige Palette an gewünschten Maßnahmen zur Förderung ihrer Gesundheit am Arbeitsplatz:

- Ruheraum/Rückzugsräume (B3, Z. 147-163; B4, Z. 143-147; B6, Z. 373-384; B8, Z. 196-200; B10, Z. 238-242; B11, Z. 131-134)
- Supervision (B1, Z. 234-241; B3, Z. 101-102; B7, Z. 431-432)
- Gesunde Küche/Gesunde Ernährung (B5, Z. 434-436; B7, Z. 463; B10, Z. 294-295)
- Massagen (B3, Z. 147-163; B6, Z. 354-371; B10, Z. 300-308)
- Fitnessräume (B4, Z. 143-147; B6, Z. 354-371; B9, Z. 331-346)
- Ergonomische Arbeitsplatzgestaltung (B6, Z. 354-371; B11, Z. 139-140)

- Physiotherapie (B3, Z. 226-227; B10, Z. 300-308)
- Konfliktbewältigung (B1, Z. 201-208; B7, Z. 431-432)
- Wanderungen (B4, Z. 161-165; B10, Z. 300-308)
- Einführungsseminare bei Änderungen von Handlungsrichtlinien (B1, Z. 201-208)
- Obstkorb (B2, Z. 364; B3, Z. 97-99)
- Rückzugsort im Freien (B3, Z. 147-163)
- Motivationstrainings (B4, Z. 161-165)
- Angepasste ergonomische Sitzmöglichkeiten (B4, Z. 143-147)
- Schwimmbäder (B4, Z. 143-147)
- Gutscheine für Fitnesscenter oder andere Einrichtungen (B4, Z. 82-84)
- Vergünstigungen für Fitnessstudios, Turnvereine oder Sauna (B7, Z. 332-339)
- Turnen (B6, Z. 160-166)
- Vorsorgeuntersuchungen (B6, Z. 160-166)
- Teamsitzungen mit allen Berufsgruppen (B7, Z. 432-433)
- Entlastungsgespräche (B8, Z. 178-185)
- Sportprogramme (B11, Z. 159-164)

Besonders häufig wünschte sich das Pflegepersonal einen Ruheraum beziehungsweise einen Rückzugsort, welchen sie in der Arbeitszeit nutzen können. Weiters wurden Supervisionen, gesunde Ernährung, Massagen und Fitnessräume häufig genannt. Lediglich eine der zwölf befragten Personen gibt an, sich keine weiteren Maßnahmen zu wünschen und mit dem bestehenden Angebot zufrieden zu sein (B12, Z. 270-272).

*„Nein, eigentlich nicht, ich bin schon so zufrieden.“* (B12, Z. 270)

Abgesehen von expliziten Maßnahmen, welche sich die befragten Personen wünschen, wurde auch die Einhaltung von Pausenzeiten, als auch die Bereitstellung einer weiteren Pause (B11, Z. 159-164), mehr Zeit nach Seminaren und Einschulungen, um gemeinsame Zeit mit Teammitgliedern zu verbringen (B1, Z. 212-217), Fortbildungen die gezielt außerhalb des Arbeitsplatzes stattfinden (B10, Z. 300-308), mehr Kommunikation mit den Vorgesetzten (B8, Z. 178-185) und ungezwungene Angebote (B2, Z. 361-363) genannt.

#### **4.5.5 Verbesserungsbedarf der Kommunikation**

Die Befragten äußerten unterschiedliche Strategien zur Verbesserung der Kommunikation der Maßnahmen.

*„Dann vielleicht dass sie einfach mehr Werbung oder mehr... dass man mehr darüber spricht, weil ich glaube es wissen viele nicht.“* (B8, Z. 141-143)

Die befragte Person B1 (Z. 190-194) wünscht sich eine Broschüre oder E-Mail in welcher jede Mitarbeiter\*in über die Maßnahmen informiert wird. Einen Angebotskatalog mit Maßnahmen wünscht sich die befragte Person B2 (Z. 448-450). Auch eine monatliche Verkündung der angebotenen Maßnahmen oder ein Aushang der Maßnahmen auf der Station wird anvisiert (B3, Z. 261-264). Darüber hinaus werden auch Aushänge in Aufzügen gewünscht, an denen nicht nur die angebotenen Maßnahmen ausgeschrieben sind, sondern auch zusätzlich Gesundheitstipps von denen sowohl die Pflegekräfte als auch die Patient\*innen profitieren könnten (B3, Z. 248-257).

## **4.6 Übergreifender Faktor: Wertschätzung**

Da die Wertschätzung als ein relevantes und wichtiges Thema für diese Arbeit erachtet wird, da diese mit der Gesundheit, als auch mit der Nutzung von Maßnahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung verknüpft ist, wird in diesem Kapitel näher darauf eingegangen. Die Wertschätzung, welche die Pflegepersonen in ihrem beruflichen Alltag erleben, war ein wiederkehrendes Thema in den Interviews. Ein interessanter Aspekt der Interviews war, dass bereits bevor die Frage nach der Wertschätzung und deren Relevanz in den Interviews gestellt wurde, oftmals das Thema Wertschätzung von den Befragten ohne Anstoß seitens der Interviewer\*in aufgegriffen wurde. Eine der befragten Personen gab dahingehend an, dass die erfahrene Wertschätzung im Berufsalltag die Teilnahme beziehungsweise Nutzung von Maßnahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung beeinflusst. Eine höhere erlebte Wertschätzung im Arbeitsalltag würde demnach auch die Bereitschaft eine Maßnahme der betrieblichen Gesundheitsförderung zu nutzen, erhöhen (B5, Z. 458-461).

*„Ich glaube aber, dass man diese Psychohygiene, wenn man Gespräche führen könnte oder die Wertschätzung von der Arbeit, wenn die Wertschätzung irgendwo wieder zu uns transportiert werden würde, dass man auch wieder kooperativer wäre, fördernde Maßnahmen in Anspruch zu nehmen.“ (B5, Z. 458-461)*

In den Interviews wurden darüber hinaus verschiedene Aspekte der Wertschätzung angesprochen. Zu Beginn wird darauf eingegangen, inwiefern Wertschätzung eine Rolle für die Gesundheit des Pflegepersonals spielt. Anschließend wird dargelegt wie viel Wertschätzung das Pflegepersonal von den Patient\*innen, Kolleg\*innen, Vorgesetzten, Arbeitgeber\*innen und der Politik und Gesellschaft in ihrem beruflichen Alltag erfahren.

### **4.6.1 Relevanz von Wertschätzung für die Gesundheit**

Ein interessanter Aspekt der Interviews war, dass Wertschätzung als relevant für die Gesundheit wahrgenommen wird. Das befragte Pflegepersonal betont einstimmig in den

Interviews, dass die Wertschätzung eine sehr große Rolle für deren Gesundheit spielt und als sehr wichtig erachtet wird.

*„Eine sehr große, sehr große Rolle. Eine sehr große Rolle, weil ich sehr von der Wertschätzung meiner Mitmenschen lebe. Ich bin, ich persönlich bin überhaupt ein Mensch, ich wachse mit dem Maß an Lob und dem Maß an Zufriedenheit, dass mir andere Menschen mitteilen, mit dem wachse ich, das ist mein Lohn.“ (B5, Z. 472-475)*

*„Ich glaube schon, dass das eine große Rolle auch spielt. Weil wenn der Dienstgeber dich wertschätzt, oder dich wertschätzen würde oder einen wertschätzt, dann glaube ich auch dass es einem ja persönlich dann positiv gut geht und dass man eigentlich dann einen guten, wie sagt man, dass man positiv eingestellt ist für die Arbeit. Und auch jemand anderen was weiterzugeben.“ (B6, Z. 400-404)*

*„Lob würde ich mir wünschen, wäre auch sicherlich für die psychische Gesundheit wichtig. Ist auch sehr wenig vorhanden in unserem Job.“ (B10, Z. 254-255)*

*„Ja sehr eigentlich. Wenn man mit Leuten gut kann und wenn man Lob und Anerkennung kriegt, arbeitet man auch viel lieber und das ist für die Psyche natürlich auch gut.“ (B11, Z. 202-203)*

In den folgenden Kapiteln wird nun darauf eingegangen, wie viel Wertschätzung die Pflegepersonen in ihrem beruflichen Alltag von verschiedenen Seiten erleben.

#### **4.6.2 Erlebte Wertschätzung der Patienten\*innen**

Die Befragten äußerten sich unterschiedlich dazu, ob sie Wertschätzung von Patient\*innen im beruflichen Kontext erleben. Fünf der befragten Pflegepersonen gaben an, oftmals Wertschätzung von den Patient\*innen zu erhalten (B1, Z. 341-343; B7, Z. 509-511; B8, Z. 258; B9, Z. 428-430; B11, Z. 213-215).

*„Aber die Patienten spüren das halt und viele Patienten sind dann auch sehr dankbar. Und das ist aber dann schon der Punkt, wo du dann sagst, genau deswegen mache ich das und deswegen macht es auch Spaß. Das du das andere dann wieder, dass der andere gerade angefressen war, das hast du dann wieder vergessen.“ (B7, Z. 518-521)*

Zwei der befragten Personen gaben an wenig Wertschätzung (B2, Z. 324-325; B4, Z. 214-218) zu erleben. Laut Befragte B4 (Z. 214-218) ist dies jedoch teilweise dem Zustand der Patient\*innen geschuldet.

Drei Befragte gaben in den Interviews an, dass sie unterschiedlich viel Wertschätzung seitens der Patient\*innen erhalten. Manchmal erhalten sie Wertschätzung, manchmal jedoch auch nicht (B3, Z. 376-387; B5, Z. 478-482; B12, Z. 320-324).

#### **4.6.3 Erlebte Wertschätzung der Kolleg\*innen**

Der Großteil der befragten Personen gab an, dass sie sich von ihren Kolleg\*innen in ihrem beruflichen Umfeld wertgeschätzt fühlen (B1, Z. 341-343; B2, Z. 557; B3, Z. 366-367; B4, Z. 289-290; B5, Z. 514; B7, Z. 504-506; B9, Z. 425-428, Z. 487-488).

Zwei der befragten Personen gaben an, dass die Wertschätzung ihrer Kolleg\*innen sehr unterschiedlich ist (B6, Z. 426; B10, Z. 274-277).

#### **4.6.4 Erlebte Wertschätzung der direkten Vorgesetzten**

Auch bezüglich der erhaltenen Wertschätzung seitens der direkten Vorgesetzten des Pflegepersonals haben die befragten Personen unterschiedliche Erfahrungen in ihrem beruflichen Alltag gesammelt. Die Hälfte der befragten Personen gaben an ein hohes Ausmaß an Wertschätzung seitens der Vorgesetzten zu erleben (B3, Z. 362-366; B4, Z. 220-221; B7, Z. 492-503; B8, Z. 243-245; B9, Z. 475, Z. 483-485; B12, Z. 328-332).

Wenig Wertschätzung erfahren zwei Personen des befragten Pflegepersonals (B2, Z. 324-325; B10, Z. 267-270).

*„Hohe Verantwortung und wenig Wertschätzung. Nicht nur von den Vorgesetzten, sondern oft auch von den Patienten.“ (B2, Z. 324-325)*

Drei der befragten Personen gaben an, dass die Wertschätzung, die sie erfahren variiert (B5, Z. 478-482; B6, Z. 424; B11, Z. 208-211).

#### **4.6.5 Erlebte Wertschätzung der Arbeitgeber\*innen**

Unterschiedliche Erfahrungen sammelte das befragte Pflegepersonal auch hinsichtlich der Wertschätzung seitens der Arbeitgeber\*innen. Drei der befragten Personen gaben an, sich von den Arbeitgeber\*innen wertgeschätzt zu fühlen (B7, Z. 525-531; B11, Z. 218-222; B12, Z. 328-332).

*„Ja sie versuchen es auf jeden Fall schon. Und sie haben auch viele Angebote mit Betriebsausflug, und dann halt Weihnachtsfeier, Sommerfest und so, dass sie auch irgendwie so die Wertschätzung rüberbringen und ja.“ (B11, Z. 218-220)*

Keine Wertschätzung zu erhalten, gaben vier der befragten Personen an (B1, Z. 80-81; B4, Z. 230-234, Z. 221-223; B5, Z. 478-482; B8, Z. 248-255).

*„Nein, nein da kommen Aussagen von der Pflegedirektorin, da gab es auch Krankenstand, und wir haben gesagt: „Vielleicht kann jemand aushelfen kommen von einer anderen Station?“ und sie hat dann gesagt: „Das bisschen Pflaster picken, das werdet ihr schon schaffen.“ Da fehlt dir ja jegliche Basis für eine Diskussion oder... was willst du da, das ist ja total degradierend. Dann denkst du dir: „Die sollte hinter mir stehen und die sollte sagen Nein mit meiner Mannschaft nicht.“ (B2, Z. 560-565).*

*„Aber wertgeschätzt richtig wirst du meistens gar nicht weil man ist ein Rädchen dass sich dreht.“ (B4, Z. 200-201)*

*„Aber ich habe jetzt nicht das Gefühl, dass viel Wertschätzung, wie sagt man, gelebt wird. Würde ich jetzt sagen, da ist sicher viel Nachholbedarf da.“ (B10, Z. 268-270)*

Lediglich eine der befragten Pflegepersonen gab an, manchmal Wertschätzung zu erhalten (B6, Z. 414-416).

#### **4.6.6 Erlebte Wertschätzung der Gesellschaft und Politik**

Auch seitens der Gesellschaft wird die Wertschätzung unter dem befragten Pflegepersonal verschieden wahrgenommen. Drei der befragten Personen gaben an, dass partiell Wertschätzung seitens der Gesellschaft und Politik gegeben ist (B6, Z. 454-456; B7, Z. 549-557; B8, Z. 267-268). Die Mehrheit der befragten Personen gab jedenfalls an, dass die Wertschätzung seitens der Gesellschaft und Politik in den letzten Jahren gesunken ist (B2, Z. 482-483; B4, Z. 225-228; B5, Z. 548-550; B7, Z. 549-557; B9, Z. 430-445; B10, Z. 280-288; B11, Z. 226-229). Infolgedessen teilten einige der befragten Personen ihre Wahrnehmungen und Erfahrungen der COVID-19-Pandemie mit.

*„Wir hatten diese kurze Applauswelle in der Pandemiezeit. Die hielt natürlich nicht lange an.“ (B9, Z. 430-431)*

*„Ich will da jetzt auch nicht gemein klingen, oder so aber von Klatschen hat man halt nichts, vom Klatschen ernährt man nicht die eigenen Kinder und zahlt seine Rechnungen. Das ist halt... Das ist zwar eine nette Geste, aber vielleicht hat die Regierung auch ein bisschen da, ja.“ (B10, Z. 281-284)*

*„Das Klatschen war unnötig in Wahrheit. Früher war: „Boah du bist Krankenschwester?!“, mittlerweile ist es: „Krankenschwester, mhm.“ Wenn du sagst OP Schwester: „Ja okay cool, ding.“ Aber so als Krankenschwester, ich find seit Corona ist das ziemlich ins Negative gezogen und dass der Beruf eigentlich auch nicht mehr so, ich weiß nicht, angepriesen wird. Weil man ja weiß Pflegepersonal*

*ist viel zu wenig, der Gehalt naja, Arbeitszeiten familienfreundlich - naja ist es auch nicht, wenn wir uns ehrlich sind. Und ich glaube, dass die Krankenpflege einen viel besseren Ruf gehabt hat früher und mittlerweile ja.“ (B11, Z. 226-232)*

Lediglich eine der befragten Pflegepersonen gab an, dass sich seit der COVID-19-Pandemie die Wertschätzung im positiven Sinne gewandelt hat (B12, Z. 303-305).

*„Das hat sich ja zum Glück nach Corona sehr gewandelt. In der Hinsicht auch dass auch wir wichtig sind, dass wir die wir halt am Menschen arbeiten auch wichtig sind und dass es uns auch gut geht.“ (B12, Z. 303-305)*

## **4.7 Weitere gesundheitsförderliche Arbeitsbedingungen**

Im Zuge der Interviews kamen neben der Wertschätzung noch weitere Arbeitsbedingungen zur Sprache, welche als gesundheitsförderlich vom Pflegepersonal wahrgenommen werden. Dazu zählen die Teamdynamik, der Dienstplan und dessen Gestaltung, mehr Personal, mehr Zeit, das Gehalt, die Führungskultur und Kommunikation, als auch ein Aufenthaltsraum und eine Personaltoilette.

Einige dieser genannten gesundheitsförderlichen Arbeitsbedingungen des Pflegepersonals sind bereits bestehende Realität, allerdings wurden auch Arbeitsbedingungen in den Interviews genannt, die zwar als gesundheitsförderlich wahrgenommen werden, aber noch nicht am Arbeitsplatz umgesetzt oder gelebt werden.

### **4.7.1 Teamdynamik**

Die Mehrheit der Befragten gab an, dass sich eine gute Teamdynamik, eine gute Zusammenarbeit und hilfsbereite Kolleg\*innen gesundheitsförderlich auswirken (B1, Z. 276-278; B2, Z. 425-429; B3, Z. 328-331; B5, Z. 504-505; B6, Z. 429-442; B7, Z. 606-610, Z. 616-618; B8, Z. 210-215; B9, Z. 414-416, Z. 420-421; B11, Z. 194-199; B12, Z. 333-336).

*„Weil es ist ja nur man funktioniert ja oft nur in diesem Bereich, funktioniert man halt auch nur als Team. Und das ist auch ganz was wichtiges eigentlich. Da muss ja jeder einen Handgriff dazu tun und das geht halt nur als Team dann, als wie, wenn jeder was anderes macht.“ (B6, Z. 439-442)*

### **4.7.2 Dienstplan**

Zwei der befragten Personen gaben an, dass ein **regelmäßiger Dienstplan**, mit einem fixen Dienstrad als gesundheitsfördernd wahrgenommen wird (B10, Z. 205-228; B12, Z. 353-355). Weiters wurden **spezielle Dienstformen** für das Pflegepersonal ab 50

Jahren, als gesundheitsfördernd und wünschenswert, genannt (B10, Z. 245-249). Auch eine Reduktion der Arbeitsstunden bei gleichem Gehalt (B4, Z. 365-369) und die Reduzierung des Pensionsalters in Pflegeberufen (B4, Z. 374-376) wurden als gesundheitsfördernd anerkannt. Drei der befragten Personen gaben außerdem an, dass eine **freie Dienstplaneinteilung** sich positiv auf ihre Gesundheit auswirkt (B1, Z. 312-320; B9, Z. 378-379; B12, Z. 351-355). Darüber hinaus würde auch eine **mitarbeiterfreundliche Dienstplanung** als gesundheitsförderlich wahrgenommen werden (B10, Z. 250).

*Die Dienstplanung vielleicht Mitarbeiterfreundlicher gestalten. Und nicht Sätze von Vorgesetzten zu hören bekommen wie: „Deine Freizeit richtet sich nach dem Dienstplan und nicht der Dienstplan nach deiner Freizeit.“ (B10, Z. 250-252)*

### 4.7.3 Mehr Personal

In den Interviews wurde außerdem deutlich, dass die befragten Personen **mehr Personal** im Krankenhaus als entlastend und förderlich für die Gesundheit wahrnehmen würden (B2, Z. 530-536; B4, Z. 100-101; B5, Z. 599-603, Z. 605-608; B10, Z. 167-172; B11, Z. 180-185; B12, Z. 290-298).

*„Wenn ich mehr Personal hätte, also die Arbeit. Wenn die Arbeit mit mehr Personal zu erledigen wäre würde mir das auch gesundheitlich helfen, weil es den Stresslevel massiv senken würde. Das Gefühl, dass ich zu einer Arbeit hingehere und das ich die in Ruhe fertig machen kann, das würde mir, sehr viel sehr gut tun.“ (B5, Z. 605-608)*

### 4.7.4 Mehr Zeit

Auch das Thema Zeit wurde bei den gesundheitsförderlichen Arbeitsbedingungen von zwei der befragten Personen angesprochen. Mehr Zeit würde sich demnach gesundheitsförderlich auswirken (B5, Z. 599-603; B6, Z. 482-485).

*„Frischlufft, ist vielleicht auch ein Thema, wo man sagt „Ich geh jetzt mal kurz an die frische Luft“, aber es bleibt für sowas einfach gar keine Zeit. Das ist zu stressig.“ (B6, Z. 477-479)*

*Für mich der wichtigste Teil, was meine Gesundheit fördern würde, wäre wenn ich meine Arbeit wieder in einem ruhigeren, in einem stressfreien, in einem langsameren Tempo erledigen können würde. Wenn ich mehr Zeit, der Tag hat nur 24h, das geht einfach nicht. Aber wenn ich für die, wenn ich für meine einzelnen Tätigkeiten ein bisschen mehr Zeit zur Verfügung hätte, weil noch ein zusätzlicher Kollege da wäre.“ (B5, Z. 599-603)*

#### 4.7.5 Gehalt

Zudem gaben drei der befragten Personen an, dass das **Gehalt** eine Rolle für Gesundheit spielt (B4, Z. 194-196; B10, Z. 255-258; B11, Z. 191-194).

*„Ach so, ja wenn der Gehalt besser wäre, das würde auf jeden Fall eine Rolle spielen. Aber das haben sie jetzt eh umgedreht, dass alle eingesprungenen Dienste gleich voll ausgezahlt werden. Das ist halt auch schon eine Verbesserung würde ich sagen und ja, das auf jeden Fall.“* (B11, Z. 191-194)

#### 4.7.6 Führungskultur und Kommunikation

Die Befragten sagten außerdem aus, dass die **Führungskultur** (B3, Z. 319-320; B4, Z. 167-175), als auch die **Kommunikation** am Arbeitsplatz eine Rolle für ihre Gesundheit spielen (B6, Z. 462-465; B7, Z. 455-460).

*„Also, wenn ich vom Vorgesetzten anfangen, ist für mich förderlich für meine Gesundheit, wenn das ein Chef ist, der wirklich anpackt.“* (B3, Z. 319-320)

#### 4.7.7 Aufenthaltsraum und Personaltoilette

Eine der befragten Personen gab an, dass besonders der bisher fehlende **Aufenthaltsraum** für ihre Gesundheit förderlich wäre. Darüber hinaus würde auch eine **Personaltoilette** ihre menschlichen Grundbedürfnisse abdecken (B2, Z. 371-372, Z. 458-463).

*„Ich wäre mit den Basics, wo jeder sagt das gehört einfach dazu, da sind die menschlichen Grundbedürfnisse gedeckt. Damit wäre ich schon zufrieden. Das ist, ich weiß da reite ich darauf herum, das wäre ein Aufenthaltsraum, das wäre eine Toilette die nicht, ich glaube ich habe es einmal gezählt wie viele Schritte es sind bis ich sie erreiche, aber egal. Eine Toilette die ich bequem erreiche. Ja, einfach so ein Rückzugsbereich. Das wäre meine Gesundheitsvorsorge, meine betriebliche. Das würde mir persönlich vollends reichen.“* (B2, Z. 458-463)

Nachdem in diesem Kapitel detailliert die Ergebnisse der Interviews bezüglich der Anforderungen und Belastungen des Pflegepersonals im intramuralen Bereich, der angebotenen verhaltens- und verhältnisorientierten Maßnahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung, der Wahrnehmung des Pflegepersonals der betrieblichen Gesundheitsförderung, der Herausforderungen bei der Nutzung der Maßnahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung, Verbesserungsvorschläge für die Nutzbarkeit der betrieblichen Gesundheitsförderung, die Wertschätzung als übergreifender Faktor und weitere gesundheitsförderliche Arbeitsbedingungen vorgestellt und analysiert wurden, werden diese in der nun folgenden Tabelle als Übersicht dargestellt.

Tabelle 5: Übersicht der Ergebnisse

| <b>Anforderungen und Belastungen des Pflegepersonals im intramuralen Bereich:</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| - Hohes Arbeitspensum                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | - Schichtdienst                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
| - Personalsituation                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | - Kommunikation                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
| - Physische & psychische Belastungen                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | - Mangelnde Rückendeckung von Vorgesetzten                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
| - Räumliche Mängel                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | - Lärm                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
| - Unvorhersehbarkeit                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | - Aggressive Patient*innen                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
| - Zeitdruck                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
| <b>Angebotene Maßnahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung:</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
| - <u>Verhaltensorientierte Maßnahmen:</u>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | - <u>Verhältnisorientierte Maßnahmen:</u>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>• Massagen</li> <li>• Shiatsu</li> <li>• Yoga</li> <li>• Übernahme oder Reduzierung der Fitnessstudiogebühr</li> <li>• Übernahme der Startgebühr bei Laufwettbewerben</li> <li>• Wandertag</li> <li>• Walkingausflüge</li> <li>• Laufgruppen</li> <li>• Rückenfitaktivitäten</li> <li>• Gymnastik</li> <li>• Qigong</li> <li>• Faszientrainings</li> <li>• Physiotherapie</li> <li>• Gesundheitszirkel</li> <li>• Supervision</li> <li>• Teamsitzungen</li> <li>• Teambuilding</li> <li>• Burnout Prävention</li> <li>• Psychologische Betreuung</li> <li>• Konfliktmanagement</li> <li>• Gesundheitstipps per Plakat</li> <li>• Fortbildung basale Stimulation</li> <li>• Kinästhetik Grund- und Weiterbildung</li> <li>• Fortbildung gesunde Ernährung</li> <li>• Fortbildung Stressmanagement</li> <li>• Fortbildung Zeitmanagement</li> <li>• Förderungsprogramme für die ältere Generation</li> <li>• Fortbildung gesunder Schlaf</li> <li>• Fortbildung Bildschirmarbeit</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Hebehilfen</li> <li>• Höhenverstellbare Laptops und Computer</li> <li>• Höhenverstellbare Betten und Liegen</li> <li>• Höhenverstellbare Sessel</li> <li>• Gesunde Jause</li> <li>• Vitale beziehungsweise gesunde Küche</li> <li>• Ruheraum</li> <li>• Fitnessraum</li> <li>• Entspannungssessel</li> <li>• Meldeprogramm für Konflikte</li> <li>• Portal gegen Gewalt</li> </ul> |
| <b>Unterschiedliche Wahrnehmung der angebotenen Maßnahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>- Relevanz der Maßnahmen für individuelle Bedürfnisse und Anforderungen</li> <li>- Akzeptanz der angebotenen Maßnahmen</li> <li>- Bewertung der Maßnahmen</li> <li>- Bewertung des Angebots</li> <li>- Wahrnehmung und Art der Kommunikation der Maßnahmen</li> </ul>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |

### **Herausforderungen und Hinderungsgründe bei der Nutzung von Maßnahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung**

- Mangelnde Nutzbarkeit der Maßnahmen durch Zeitmangel
- Mangelnde Nutzbarkeit der Maßnahmen durch Personalmangel
- Mangelnde Nutzbarkeit aufgrund des Ortes der Maßnahmendurchführung
- Kommunikation als Herausforderung bei der Nutzbarkeit von Maßnahmen
- Teilnehmer\*innenzahl als Herausforderung bei Nutzbarkeit von Maßnahmen
- Kosten als Herausforderung bei der Nutzbarkeit von Maßnahmen

### **Verbesserungsvorschläge für die betriebliche Gesundheitsförderung**

- Verbesserung der zeitlichen Bedingungen bei der Maßnahmendurchführung
- Verbesserung der personellen Bedingungen für die Nutzbarkeit der Maßnahmen
- Verbesserung der räumlichen Bedingungen bei der Maßnahmendurchführung
- Verbesserung der Kommunikation der angebotenen Maßnahmen

### **Gewünschte Maßnahmen sortiert nach der Häufigkeit der Nennung**

- |                                                               |                                                              |
|---------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------|
| - Ruheraum/Rückzugsräume                                      | - Angepasste ergonomische Sitzmöglichkeiten                  |
| - Supervision                                                 | - Schwimmbäder                                               |
| - Gesunde Küche/Gesunde Ernährung                             | - Gutscheine für Fitnesscenter oder andere Einrichtungen     |
| - Massagen                                                    | - Vergünstigungen für Fitnessstudios, Turnvereine oder Sauna |
| - Fitnessräume                                                | - Turnen                                                     |
| - Ergonomische Arbeitsplatzgestaltung                         | - Vorsorgeuntersuchungen                                     |
| - Physiotherapie                                              | - Teamsitzungen mit allen Berufsgruppen                      |
| - Konfliktbewältigung                                         | - Entlastungsgespräche                                       |
| - Wanderungen                                                 | - Sportprogramme                                             |
| - Einführungsseminare bei Änderungen der Handlungsrichtlinien |                                                              |
| - Obstkorb                                                    |                                                              |
| - Rückzugsort im Freien                                       |                                                              |
| - Motivationstrainings                                        |                                                              |

### **Übergreifender Faktor: Wertschätzung**

- Hohe Relevanz von Wertschätzung für die Gesundheit
- Größtenteils hohe erlebte Wertschätzung seitens der Kolleg\*innen
- Unterschiedlich erlebte Wertschätzung seitens der Patient\*innen
- Unterschiedlich erlebte Wertschätzung seitens der direkten Vorgesetzten
- Unterschiedlich erlebte Wertschätzung seitens der Arbeitgeber\*innen
- Unterschiedlich erlebte Wertschätzung seitens der Gesellschaft und Politik

### **Weitere gesundheitsförderliche Arbeitsbedingungen**

- Teamdynamik
- Dienstplan
- Mehr Personal
- Mehr Zeit
- Gehalt
- Führungskultur und Kommunikation
- Aufenthaltsraum und Personaltoilette

Quelle: Eigene Darstellung

Die Erkenntnisse dieses Kapitels bilden die Basis für die nachfolgende Diskussion und den Ausblick, in dem die Ergebnisse der Interviews im Kontext der bestehenden Theorie diskutiert und daraus mögliche Handlungsempfehlungen abgeleitet werden.

## **5 Diskussion und Ausblick**

In diesem Kapitel werden die zentralen Ergebnisse der empirischen Forschung im Kontext des theoretischen Hintergrundes diskutiert. Im Zuge dessen wird die Forschungsfrage beantwortet. Darüber hinaus werden die Stärken und Limitationen der vorliegenden empirischen Forschung aufgezeigt und Empfehlungen für weiterführende Forschungsarbeiten, als auch für die Praxis abgeleitet.

### **5.1 Zusammenfassung und Interpretation**

Im folgenden Abschnitt werden die zentralen Ergebnisse der empirischen Forschung zusammengefasst, interpretiert und mit den bestehenden wissenschaftlichen Erkenntnissen in Verbindung gesetzt.

#### **Anforderungen und Belastungen des Pflegepersonals im beruflichen Kontext**

Ein wesentliches Ergebnis der empirischen Forschung ist, dass das Pflegepersonal einer Vielzahl an Anforderungen und Belastungen im beruflichen Kontext ausgesetzt ist. Dazu zählen ein hohes Arbeitspensum, die Personalsituation, physische und psychische Belastungen, räumliche Mängel am Arbeitsplatz, die Unvorhersehbarkeit des Tagesablaufs und des Arbeitspensums, der Zeitdruck, der Schichtdienst und damit einhergehenden Beanspruchungen, Kommunikationsprobleme im beruflichen Alltag, die mangelnde Rückendeckung der Vorgesetzten, Lärm und aggressive Patient\*innen. Dieses zentrale Ergebnis steht mit bestehenden wissenschaftlichen Erkenntnissen bezüglich der hohen Arbeitsbelastungen für Pflegekräfte im Einklang (Tempelmann et al., 2019; De Cieri et al., 2019; Faller et al., 2018; Horstmann & Remdisch, 2016; Karl-Trummer & Novak-Zezula, 2008; Raspe et al., 2020). Um den hohen Anforderungen und Belastungen entgegenzuwirken, sind Maßnahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung besonders gut geeignet, da diese die psychische und physische Gesundheit von Pflegekräften fördern können (Schaller et al., 2022, S. 2).

#### **Verschiedene angebotene Maßnahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung**

Im Zuge der Interviews konnte festgestellt werden, dass den Pflegepersonen verschiedene Maßnahmen (siehe Kapitel 4.2) der betrieblichen Gesundheitsförderung zur Verfügung stehen, dass jedoch die Anzahl der angebotenen Maßnahmen für die einzelnen Pflegekräfte stark zwischen den Krankenhäusern, in welchen die Befragten tätig sind, variiert. Wobei anzumerken ist, dass insgesamt die Anzahl an verhaltensorientierten Maßnahmen die verhältnisorientierten Maßnahmen überwiegt. Dieses Ergebnis widerspricht zumindest in gewissen Maßen dem theoretischen Hintergrund, welcher besagt,

dass die betriebliche Gesundheitsförderung im Pflegebereich wenig etabliert ist (Schaller et al., 2022, S. 2). Die Vielzahl der angebotenen Maßnahmen weist letztlich daraufhin, dass eine Etablierung zumindest teilweise gegeben ist. Jedoch impliziert eine Vielzahl an angebotenen Maßnahmen nicht, dass diese auch genutzt werden oder den diversen Belastungen im Pflegebereich entgegenwirken.

### **Unterschiedliche Wahrnehmung der angebotenen Maßnahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung**

Im Rahmen der vorliegenden empirischen Ergebnisse konnte festgestellt werden, dass die angebotenen Maßnahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung des Pflegepersonals unterschiedlich wahrgenommen werden. Wobei anzumerken ist, dass die Mehrheit der Befragten angab, dass die angebotenen Maßnahmen nicht ihren Anforderungen und Bedürfnissen hinsichtlich der diversen Belastungen in ihrem Arbeitsumfeld entsprechen, was teilweise auf ein mangelhaftes oder unpassendes Angebot zurückzuführen ist. Dieses Ergebnis bestätigt den theoretischen Hintergrund, welcher besagt, dass es eine Diskrepanz zwischen den Belastungen und dem Inhalt der angebotenen Maßnahmen gibt (Schaller et al., 2022, S. 10). Den befragten Personen deren Anforderungen und Bedürfnisse erfüllt sind, werden eine Vielzahl an angebotenen Maßnahmen zur Verfügung gestellt. Es konnte außerdem beobachtet werden, dass eine der befragten Personen das Angebot als ausreichend empfindet, nicht nutzt und keine Verbesserungsstrategien hat, was eventuell auf ein sehr kurzes Dienstalter und den damit bisher wenigen beruflichen Erfahrungen zurückzuführen sein könnte. Weiters können Wahrnehmungen variieren, da jede der befragten Personen über individuelle Bedürfnisse und Ansichten verfügt und unterschiedliche Erfahrungen gesammelt hat.

### **Mangelnde Nutzbarkeit der Maßnahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung**

Die empirische Forschung zeigt, dass den Pflegekräften diverse Herausforderungen bei der Nutzung von Maßnahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung gegenüberstehen. Ein zentrales Ergebnis der empirischen Forschung ist, dass die zeitlichen Ressourcen im beruflichen Alltag der befragten Pflegekräfte sehr knapp bemessen sind und Zeitmangel eine zentrale Herausforderung bei der Nutzung von gesundheitsfördernden Maßnahmen darstellt. Der Mangel an Zeit wird vor allem durch das hohe Arbeitspensum und durch die belastende Personalsituation beeinflusst. Der Personalmangel wurde dahingehend auch als Herausforderung bei der Nutzung identifiziert. Es zeigt sich in den Ergebnissen eindeutig, dass Maßnahmen, die während der Dienstzeit angesetzt sind, nicht genutzt werden können, weil nicht ausreichend Zeit, auch aufgrund des Personalmangels oder des Arbeitspensums, vorhanden ist. Doch der Zeitfaktor ist auch bei

Maßnahmen außerhalb der Dienstzeit eine Herausforderung, da Maßnahmen, welche wöchentlich zu festen Uhrzeiten stattfinden, schwer mit dem Dienstplan vereinbar sind. Weiters spielen auch die Erholungszeit, welche man nach einem Dienst benötigt und die Zeit die man für das Privatleben benötigt, eine Rolle bei der Nutzbarkeit von Maßnahmen. Darüber hinaus stellt auch der Ort der Maßnahmendurchführung, insbesondere die Durchführung der Maßnahmen am Arbeitsplatz und auch die damit verbrachte Freizeit am Arbeitsplatz und die Anreise ein Hindernis dar. Dieses Ergebnis steht im Einklang mit der Studie von Bleier et al. (2023, S. 5ff.) welche zeigt, dass die Anreise zu Maßnahmen außerhalb der Arbeitszeit, die Personalknappheit und die hohe Arbeitsbelastung die Teilnahme an Maßnahmen erschweren.

Darüber hinaus zeichnet sich in der empirischen Forschung ab, dass einzelne Maßnahmen vom Pflegepersonal aus diversen Gründen nicht genutzt werden. Besonders jedoch werden Hebehilfen aufgrund ihrer Lagerung und des damit verbunden hohen Zeitaufwandes diese zu holen, nicht genutzt. Die Studie von Mojtahedzadeh (2020, S. 166f.) bestätigt, dass die fehlende Inanspruchnahme von angebotenen Maßnahmen von mangelnder Zeitinvestition abhängig ist. Die angebotenen Maßnahmen werden darüber hinaus von den Befragten dieser empirischen Studie sehr unterschiedlich bezüglich ihrer Wirksamkeit bewertet. Der theoretische Hintergrund belegt jedoch grundsätzlich die Wirksamkeit betrieblicher Gesundheitsförderung (Moroni et al., 2023, S. 1; Blattner & Mayer, 2018, S. 22; Díaz-Benito et al., 2020, S. 233).

Weiters zeigen die empirischen Ergebnisse, dass die Kommunikation der Maßnahmen, die geringe oder teils zu hohe Teilnehmer\*innenzahl und die Kosten, die selbst zu tragen sind, als Hürde gesehen werden können. Im Hinblick auf die Kommunikation der Maßnahmen, konnte festgestellt werden, dass sowohl die Arten der Kommunikation (siehe Kapitel 4.3.5), als auch die Wahrnehmung der Kommunikation vielfältig ist. Sohin fühlen sich die Befragten unterschiedlich gut informiert über die angebotenen Maßnahmen. Dahingehend zeigt auch die Studie von Bleier et al. (2023, S. 5), dass das Pflegepersonal sich der angebotenen Maßnahmen unterschiedlich bewusst ist.

### **Verbesserungsvorschläge für die betriebliche Gesundheitsförderung**

Im Zusammenhang mit der Variation an Herausforderungen sind aus Sicht der Befragten eine Reihe an Verbesserungen notwendig, um die Nutzung der betrieblichen Gesundheitsförderungsmaßnahmen für das Pflegepersonal zu vereinfachen. Da die personellen Rahmenbedingungen, insbesondere der Mangel an Personal mit den zeitlichen Ressourcen zusammenhängen, müssen sich die personellen Bedingungen verbessern, damit auch die zeitlichen Ressourcen vorhanden sind, um Maßnahmen während der

Arbeitszeit nutzen zu können. Diesbezüglich konnten Bleier et al. (2023, S. 8) außerdem feststellen, dass die Teilnahme an Maßnahmen gefördert wird, wenn diese während der Arbeitszeit stattfinden. Dahingehend ist es umso relevanter die personellen Bedingungen zu verbessern. Ferner werden aufgrund der derzeitigen personellen Situation in den Krankenhäusern Maßnahmen außerhalb der Arbeitszeit an dienstfreien Tagen gewünscht. Eine flexible Zeiteinteilung von Maßnahmen wäre hierbei von hoher Bedeutung, da die Dienstpläne der Betroffenen variieren. Auch die Vergütung der Maßnahmenutzung in Arbeitszeit wäre wünschenswert und würde als Wertschätzung wahrgenommen werden. Dieses Ergebnis stimmt mit der Studie von Mojtahedzadeh et al. (2020, S. 164) überein. Maßnahmen, welche außerhalb des Arbeitsplatzes angeboten werden, wären für die Nutzung attraktiver. Des Weiteren werden diverse Maßnahmen zur Förderung der Gesundheit vom Pflegepersonal gewünscht (siehe Kapitel 4.5.4). Wobei besonders ein Ruheraum beziehungsweise ein Rückzugsort gefragt ist. Zusätzlich wurden auch diverse Strategien zur Verbesserung der Kommunikation der Maßnahmen identifiziert. Die Erkenntnisse von Bleier et al. (2023, S. 8) welche nur E-Mails und Ausgänge im Krankenhaus aufzählen sind ähnlich, stimmen jedoch nicht vollständig überein, da in den empirischen Ergebnissen mehrere Kommunikationsformen erkannt wurden.

### **Übergreifender Faktor: Wertschätzung**

Eine Schlüsselerkenntnis der empirischen Ergebnisse war, dass die erlebte Wertschätzung im beruflichen Alltag der Pflegepersonen eine sehr hohe Relevanz für die Gesundheit hat und allgemein eine sehr große Rolle spielt. Dieses Ergebnis steht im Einklang mit dem bestehenden theoretischen Hintergrund, welcher einen Zusammenhang zwischen Gesundheit und Wertschätzung sieht und besagt, dass Wertschätzung eine große Rolle spielt (Hinding et al., 2012, S. 65). Die empirische Forschung zeigt außerdem, dass Wertschätzung auch die Nutzung von betrieblichen Gesundheitsförderungsmaßnahmen beeinflusst. Bleier et al. (2023, S. 5ff.) weist diesbezüglich auch darauf hin, dass Wertschätzung eine Rolle bei der Teilnahme an Maßnahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung spielt. Die Ergebnisse der empirischen Forschung legen nahe, dass die erlebte Wertschätzung im Arbeitsalltag seitens der Patient\*innen, der direkten Vorgesetzten und der Arbeitgeber\*innen unterschiedlich ist. Die Wertschätzung unter den Arbeitskolleg\*innen ist größtenteils gegeben. Seitens der Gesellschaft und der Politik kann festgestellt werden, dass die Wertschätzung in den letzten Jahren größtenteils als sinkend empfunden wird und die COVID-19-Pandemie eine große Rolle bezüglich dessen spielte. Dieses Ergebnis steht teilweise im Einklang mit der Studie von Hinding et al., (2012, S. 73), welche besagt, dass die gewünschte Wertschätzung des Pflegepersonals im Krankenhaus oftmals hinter der tatsächlich erlebten Wertschätzung zurück liegt.

## **Weitere gesundheitsförderliche Arbeitsbedingungen**

Neben der Wertschätzung werden in den vorliegenden Ergebnissen weitere Arbeitsbedingungen als gesundheitsförderlich empfunden. Die Arbeitsbedingungen unter welchen Menschen ihre Arbeit ausüben, spielen eine bedeutende Rolle für die Gesundheit (Dragano, 2016, S. 167). Einige dieser in den Interviews identifizierten gesundheitsförderlichen Arbeitsbedingungen werden bereits im beruflichen Kontext gelebt, einige jedoch nicht. Besonders eine gute Teamdynamik wird als gesundheitsförderlich erlebt. Die Ergebnisse legen auch nahe, dass verschiedene Dienstplanvariationen als förderlich für die Gesundheit erlebt werden. Mehr Personal und dahingehend auch mehr Zeit, als auch das Gehalt, die Führungskultur und Kommunikation am Arbeitsplatz spielen eine zentrale Rolle für die Gesundheit. Es zeigt sich außerdem auch, dass die Abdeckung der menschlichen Grundbedürfnisse, im Sinne der zur Verfügungstellung eines Aufenthaltsraums und einer Personaltoilette eine Rolle spielen.

### **Fazit**

Im Allgemeinen zeigt sich, dass die bestehende Forschung besagt, dass Belastungen im Zuge von Maßnahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung entgegengewirkt werden kann, allerdings stellen sich einige dieser Belastungen, wie der Personalmangel und der damit verbundene Zeitmangel und das hohe Arbeitspensum, auch als Hindernis bei der Nutzung der Maßnahmen dar. Sogar zeigt sich, dass eine Reihe an Belastungen, welche in gewissen Maßen auch Arbeitsbedingungen darstellen, zwar durch betriebliche Gesundheitsförderung reduziert werden können, dies allerdings nicht möglich ist, wenn diese Arbeitsbedingungen beziehungsweise Belastungen der Nutzung im Weg stehen. Daher empfiehlt es sich vor allem, Arbeitsbedingungen, wie beispielsweise mehr Personal und dahingehend auch mehr Zeit und ein geringeres Arbeitspensum den Pflegekräften zur Verfügung zu stellen, damit diese grundsätzlich weniger Belastungen ausgesetzt sind und folglich auch die Maßnahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung nutzen können. Darüber hinaus sollte vor der Schaffung eines breiten Angebots der betrieblichen Gesundheitsförderung die Abdeckung menschlicher Grundbedürfnisse, sei es durch die zur Verfügungstellung einer Personaltoilette und eines Aufenthaltsraumes oder die Einhaltung von Pausen, im Vordergrund stehen. Auch eine wertschätzende Haltung gegenüber dem Pflegepersonal von allen Seiten sollte fokussiert werden. Letztlich dominierten die Belastungen und Arbeitsbedingungen die Interviews und hoben damit deutlich hervor, welche große Rolle diese im Arbeitsleben der Pflegekräfte spielen. In dieser Arbeit zeigt sich daher vor allem, dass die betrachteten Aspekte eng zusammenhängen und sich gegenseitig beeinflussen. Eine Verbesserung der Arbeitsbedingungen, vor allem durch ein aktives Entgegenwirken gegen den Personalmangel in den

Krankenhäusern, reduziert die Belastungen und ermöglicht den Pflegekräften Maßnahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung zu nutzen und von diesen zu profitieren.

## **5.2 Beantwortung der Forschungsfrage**

Zu Beginn dieser Arbeit wurde die folgende Forschungsfrage gestellt: „Wie nimmt das Pflegepersonal im intramuralen Bereich in Österreich die derzeitigen betrieblichen Gesundheitsförderungsmaßnahmen hinsichtlich ihrer Bedürfnisse und Anforderungen in ihrem Arbeitsumfeld wahr?“

Die vorliegende Arbeit hat das Ziel verfolgt, die Wahrnehmung des österreichischen Pflegepersonals hinsichtlich der derzeitigen betrieblichen Gesundheitsförderungsmaßnahmen im intramuralen Bereich, unter Berücksichtigung ihrer Bedürfnisse und Anforderungen, zu untersuchen.

Die Forschungsfrage lässt sich wie folgt beantworten: Das Pflegepersonal in Österreich, welches im intramuralen Bereich tätig ist, nimmt die derzeitigen betrieblichen Gesundheitsförderungsmaßnahmen hinsichtlich ihrer Bedürfnisse und Anforderungen unterschiedlich wahr. Es ist anzumerken, dass der Großteil angibt, dass deren Bedürfnisse und Anforderungen nicht erfüllt sind und nur ein kleiner Teil des Pflegepersonals erfüllte Bedürfnisse und Anforderungen aufweist. Es lässt sich allerdings feststellen, dass der Teil des Pflegepersonals, dessen Bedürfnisse und Anforderungen erfüllt sind, eine Vielzahl an Maßnahmen angeboten bekommen hat, mit Ausnahme einer Person, welche noch sehr wenig Berufserfahrung aufweist und die Maßnahmen größtenteils auch nicht nutzt jedoch als ausreichend empfindet.

Die unterschiedliche Wahrnehmung lässt sich auch darauf zurückführen, dass jede Pflegekraft unterschiedliche Erfahrungen und Erlebnisse mit sich bringt, als auch individuelle Bedürfnisse und Anforderungen, welche es zu erfüllen gibt. Es zeigt sich jedoch, dass die Anforderungen und Belastungen im Pflegebereich hochgradig ausgeprägt sind und diese auch die Nutzung und Akzeptanz von Maßnahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung beeinflussen. Besonders der Personalmangel und der damit einhergehende Zeitmangel, als auch das dadurch hohe Arbeitspensum werden als bedeutende Belastungen und Herausforderungen vom Pflegepersonal wahrgenommen. Der Zeitmangel stellt dahingehend eine zentrale Herausforderung bei der Nutzbarkeit von Maßnahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung dar. Der Zeitmangel, bedingt durch den Personalmangel und dem damit einhergehenden hohen Arbeitspensum des Pflegepersonals führt dazu, dass das Pflegepersonal während der Dienstzeit keine Maßnahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung nutzen kann. Doch auch außerhalb der Dienstzeit zeigt sich, dass der Zeitfaktor eine bedeutende Rolle bei der Nutzbarkeit von

Maßnahmen spielt, da die Maßnahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung mit dem Dienstplan, als auch mit dem Privatleben schwer vereinbar sind. Der durch den Personalmangel bedingte Zeitmangel und das damit einhergehende hohe Arbeitspensum wirken demnach nicht nur unmittelbar als Belastung für das Pflegepersonal, sondern sie erschweren auch die Nutzbarkeit von Ressourcen, wie Maßnahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung, welche geeignet wären die Belastungen zu verringern.

### **5.3 Stärken und Limitationen**

Durch die Durchführung einer qualitativen Forschungsmethode konnte ein tiefgehendes Verständnis für die diversen Belastungen des Pflegepersonals aufgebracht werden. Die vorliegende Forschung zeigt auf, dass die Belastungen als Thema aufgegriffen werden müssen, um die Wahrnehmung der betrieblichen Gesundheitsförderungsmaßnahmen zu verändern. Es zeigt sich, dass Belastungen, Arbeitsbedingungen und die Nutzung von Maßnahmen, Faktoren sind, welche miteinander verknüpft sind und sich gegenseitig beeinflussen. Durch die Auswahl einer diversen Stichprobe, bestehend aus Pflegepersonal aus verschiedenen Bereichen und verschiedenen Krankenhäusern konnte eine vielfältige Sichtweise auf die Thematik gegeben werden. Die Ergebnisse dieser Arbeit leisten einen wertvollen Einblick auf die Problematik im Pflegebereich, vor allem im Hinblick auf den demografischen Wandel und der steigenden Zahl an pflegebedürftigen Personen, welche in Zukunft ausgebildetes Pflegepersonal benötigen wird. Darüber hinaus liefert die Arbeit wertvolle Erkenntnisse für Entscheidungsträger im österreichischen Gesundheitswesen.

Aufgrund der begrenzten Anzahl an Proband\*innen könnte die Übertragbarkeit der gewonnenen Ergebnisse auf das gesamte österreichische Pflegepersonal im intramuralen Bereich eingeschränkt sein. Trotz gezielter Ansprache aller Geschlechtsgruppen erklärten sich ausschließlich weibliche Personen dazu bereit an der Studie teilzunehmen. Darüber hinaus weist jede Pflegekraft eine individuelle Wahrnehmung auf, die nicht allgemeingültig ist. Es könnte sein, dass sich für die vorliegende Forschung zufällig eine hohe Anzahl an Pflegepersonen mit ausgeprägten Belastungen bereitgestellt hat. Weiters wurde in der vorliegenden Arbeit die Nutzung oder Wirkung der betrieblichen Gesundheitsförderungsmaßnahmen nicht quantitativ abgefragt, da eine qualitative Herangehensweise für die Thematik gewählt wurde und der Fokus auf der Wahrnehmung des Pflegepersonals lag.

## 5.4 Empfehlungen für weiterführende Forschung

Um die Wirkung oder Nutzung der betrieblichen Gesundheitsförderungsmaßnahmen des Pflegepersonals im intramuralen Bereich in Österreich abzufragen, bietet es sich an eine quantitative Studie durchzuführen. Im Zuge dessen könnten spezifische Aspekte, wie die Wertschätzung, die Zufriedenheit, die Arbeitsleistung oder das Wohlbefinden abgefragt werden. Weiters würden sich auch Langzeitstudien anbieten um die langfristige Wirkung von Maßnahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung zu erheben. Zukünftige Arbeiten könnten außerdem untersuchen inwiefern bestimmte Einflussfaktoren, wie beispielweise persönliche Faktoren, die Wahrnehmung der betrieblichen Gesundheitsförderungsmaßnahmen beeinflussen. Besonders interessant wäre die Erforschung des Zusammenhangs der Wahrnehmung mit dem Kohärenzgefühl oder den Widerstandsressourcen. Darüber hinaus würden sich vergleichbare qualitative Studien im extramuralen Bereich anbieten um Unterschiede oder Gemeinsamkeiten in den wahrgenommenen Belastungen identifizieren zu können.

Darüber hinaus wäre es auch erstrebenswert qualitative und quantitative Studien durchzuführen, welche die Unterschiede von Belastungen und Arbeitsanforderungen, die die verschiedenen Altersgruppen in der Pflege erleben, erforschen. Im Rahmen solch einer Studie wäre die Ableitung von geeigneten Maßnahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung für verschiedene Altersgruppen von Pflegepersonal zur Reduzierung von Belastungen, besonders interessant. Besonders aufschlussreich wären außerdem qualitative und quantitative Studien zur Nutzbarkeit der Maßnahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung in welchen erhoben wird, wie Maßnahmen gesetzt werden müssen, damit diese trotz beschränkter Zeit- und Personalressourcen vom Pflegepersonal genutzt werden. Auch Studien, welche den Einfluss von Veränderungen der Arbeitsbedingungen auf die Nutzbarkeit der Maßnahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung untersuchen, wären bedeutsam für die Praxis. Im Zuge dessen bieten sich auch qualitative und quantitative Studien an, welche erforschen, welche Interventionen wirksam sind, um Arbeitsbedingungen im Gesundheitswesen zu verändern. Ferner könnten aus den gewonnenen Erkenntnissen dieser Arbeit Strategien zur Verbesserung der Arbeitsbedingungen und Reduktion der Belastungen des Pflegepersonals im intramuralen Bereich abgeleitet werden und in zukünftigen Forschungsarbeiten analysiert werden.

## 5.5 Empfehlungen für die Praxis

Im folgenden Kapitel werden aus den Ergebnissen der vorliegenden Arbeit Empfehlungen für die Praxis formuliert. Um die Belastungen und Anforderungen des Pflegepersonals im intramuralen Bereich zu reduzieren, müssen die Arbeitsbedingungen verbessert werden. Besonders der Belastung des Personalmangels muss in Form von Personalaufstockungen und der Attraktivierung des Pflegeberufs entgegengewirkt werden. Durch eine Verbesserung der Personalsituation verbessern sich auch die Belastungen der mangelnden Zeit und des hohen Arbeitspensums des Pflegepersonals. Eine Verbesserung der Arbeitsbedingungen führt außerdem dazu, dass das Pflegepersonal Maßnahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung nutzen und auch von diesen profitieren kann. Um betriebliche Gesundheitsförderung wirksam zu gestalten, müssen verhaltens- und verhältnisorientierte Maßnahmen entwickelt werden, welche den Belastungen und Anforderungen des Pflegepersonals entgegenwirken. Das Pflegepersonal sollte in die Gestaltung und Umsetzung von Gesundheitsförderungsmaßnahmen miteinbezogen werden, damit diese auf spezifische Bedürfnisse und Anforderungen des Pflegepersonals zugeschnitten sind. Weiters empfiehlt es sich Evaluierungen durchzuführen, um die Wirksamkeit und Nutzbarkeit von Maßnahmen der betrieblicher Gesundheitsförderung laufend zu überprüfen. Da das Pflegepersonal die erlebte Wertschätzung im beruflichen Alltag als besonders bedeutsam für die Gesundheit wahrnimmt, empfiehlt es sich den Pflegekräften Wertschätzung auf verschiedene Arten entgegenzubringen. Das bedeutet, nicht nur Wertschätzung in Form von Lob und Anerkennung zu vermitteln, sondern auch durch die Bereitstellung von Ressourcen, durch das aktive Zuhören bei Anliegen und Bedürfnissen, durch das Einbinden in relevante Entscheidungsprozesse und durch beständiges Interesse am Wohlbefinden des Pflegepersonals. Die identifizierten Belastungen und Handlungsempfehlungen dieser Arbeit bieten wesentliche Anregungen für die Praxis um unterstützende Arbeitsbedingungen zu schaffen und die Belastungen des Pflegepersonals zu reduzieren und damit die pflegerische Versorgung zu sichern.

## Literaturverzeichnis

- Bengel, Jürgen/Strittmatter, Regine/Willmann, Hildegard (2001). Was erhält Menschen gesund? Köln: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung.
- Blattner, Andrea/Mayer, Martin (2018). Handbuch betriebliche Gesundheitsförderung. Bad Vöslau: Hautverband der österreichischen Sozialversicherungsträger.
- Bachner, Florian/Bobek, Julia/Habimana, Katharina/Ladurner, Joy/Lepuschütz, Lena/Ostermann, Herwig/Rainer, Lukas/Schmidt, Andrea E./Zuba, Martin/Quentin, Wilm/Winkelmann, Juliane (2019). Das österreichische Gesundheitssystem – Akteure, Daten, Analysen, 20(3), 1-288.
- Bleier, Hannah/Lützerath, Jasmin/Schaller, Andrea (2023). Organizational facilitators and barriers for participation in workplace health promotion in healthcare: A qualitative interview study among nurses. *Frontiers in psychology*, 14, 1-11.
- Blumentritt, Sebastian/Luig, Teresa/Enklaar, Arnold/Englert, Heike (2023). Betriebliche Gesundheitsförderung (BGF) im Laufe der Zeit: Eine Literatur-Review zu evaluierten Interventionen (2000-2020). *Prävention und Gesundheitsförderung*, 19, 16-21.
- Bräunig, Dietmar/Kohstall, Thomas (2012). Calculating the International Return on Prevention for Companies: Costs and Benefits of Investments in Occupational Safety and Health. Geneva: International Social Security Association.
- Bräunig, Dietmar/Kohstall Thomas (2013). Berechnung des internationalen „Return on Prevention“ für Unternehmen: Kosten und Nutzen von Investitionen in den betrieblichen Arbeits- und Gesundheitsschutz. Berlin: Deutsche gesetzliche Unfallversicherung.
- Buxel, Holger (2011). Was Pflegekräfte unzufrieden macht. *Deutsches Ärzteblatt*, 108(17), 946-948.
- Chen, Hung-Hui/Lai, Jerry Cheng-Yen/Chiou, Shu-Ti/Huang, Nicole/Chien, Li-Yin (2023). The effect of hospital-based health promotion on the health practices of full-time hospital nurses: a cross-sectional study. *Scientific reports*, 13(1), 1-13.
- Cheng, Kai Hung/Wu, Ning Kuang/Chen, Chao Tung/Hsu, Chih Yu/Lin, Yen An/Luo, John Jiin Chyuan/Lee, Li Ang/Chuang, Hai Hua (2022). Effectiveness and response differences of a multidisciplinary workplace health promotion program for healthcare workers. *Frontiers in Medicine*, 9, 1-13.

- Cho, Hyeonmi/Han, Kihye (2018). Associations among nursing work environment and health-promoting behaviors of nurses and nursing performance quality: A multi-level modeling approach. *Journal of Nursing Scholarship*, 50(4), 403-410.
- De Cieri, Helen/Shea, Tracey/Cooper, Brian/Oldenburger, Brian (2019). Effects of Work-Related Stressors and Mindfulness on Mental and Physical Health Among Australian Nurses and Healthcare Workers. *Journal of Nursing Scholarship*, 51(5), 580–589.
- Díaz-Benito, Víctor Jiménez/Vanderhaegen, Frederic/Barriopedro Moro, María Isabel (2020). Physical activity and health promotion programs in the workplace: A meta-analysis of effectiveness in European organizations. *Journal of Workplace Behavioral Health*, 35(4), 232–255.
- Doherty, Ann S./Mallett, John/Leiter, Michael P./McFadden, Paula (2021). Measuring burnout in social work. *European Journal of Psychological Assessment*, 37(1), 6-14.
- Döring, Nicola/ Bortz, Jürgen (2016). *Forschungsmethoden und Evaluation in den Sozial- und Humanwissenschaften*. Heidelberg: Springer.
- Dragano, Nico (2016). Arbeit und Gesundheit. In Matthias Richter/Klaus Hurrelmann (Hrsg.). *Soziologie von Gesundheit und Krankheit* (S. 167-182). Wiesbaden: Springer VS.
- Faller, Erwin Martinez/Bin Miskam, Nataman/Pereira, Adrian (2018). Exploratory study on occupational health hazards among health care workers in the Philippines. *Annals of Global Health*, 84(3), 338–341.
- Faltermaier, Toni (2015). Warum bleiben Menschen gesund? – Salutogenese, Resilienz und Gesundheitskompetenz. *Public Health Forum*, 23(4), 196-199.
- Gangl, Verena (2015). Gesundheit ist mehrdimensional. *Grundlagen einer Gesundheitsbildung*. *Magazin erwachsenenbildung.at*, 24, 1-11.
- Gesundheit Österreich GmbH (2019). *Pflegepersonal-Bedarfsprognose für Österreich. Kurzfassung*. Wien: Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz.
- Hahnzog, Simon (2014). *Betriebliche Gesundheitsförderung. Das Praxishandbuch für den Mittelstand*. Wiesbaden: Springer Fachmedien.
- Häder, Michael (2010). *Empirische Sozialforschung*. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.

- Hämel, Kerstin/Schaeffer, Doris (2013). Who cares? Fachkräftemangel in der Pflege. Zeitschrift für Sozialreform, 59(4), 413-432.
- Hinding, Barbara/Akca, Selda/Kastner, Michael (2012). Wertschätzung als Prädiktor für die Leistungsfähigkeit und Gesundheit des Pflegepersonals im Krankenhaus. Plexus: Supplement 2012, 20, 64-75.
- Holtmeier, Lisa (2023). Wertschätzung ist mehr als Lob. Physiopraxis, 21(2), 60-62.
- Horstmann, David/Remdisch, Sabine (2016). Gesundheitsorientierte Führung in der Altenpflege. Zeitschrift Für Arbeits- Und Organisationspsychologie, 60(4), 199–211.
- Karl-Trummer, Ursula/Novak-Zezula, Sonja (2008). Evidence for Action: Gesundheit von Mitarbeitern im Krankenhaus. Public Health Forum, 16(1), 28–29.
- Kernan, Gabriela/Cifuentes, Manuel/Gore, Rebecca/Kriebel, David/Punnett, Laura (2020). A Corporate Wellness Program and Nursing Home Employees Health. Frontiers in Public Health, 8, 1-9.
- Lang, Yolonda C. (2009). Occupational Health Nursing in the Driver's Seat for Health Promotion. AAOHN journal: official journal of the American Association of Occupational Health Nurses, 57(1), 9–11.
- Matyssek, Anne Katrin (2011). Wertschätzung im Betrieb: Impulse für eine gesündere Unternehmenskultur. BoD - Books on Demand.
- Maslach, Christina/Jackson, Susan E./Leiter, Michael P. (1997). The Maslach Burnout Inventory Manual (3. Auflage). Palo Alto, CA: Consulting Psychologists Press.
- Maslach, Christina/Leiter, Michael P. (2001). Die Wahrheit über Burnout. Stress am Arbeitsplatz und was sie dagegen tun können. Wien: Springer.
- Maslach Christina/Leiter Michael P. (2008). Early predictors of job burnout and engagement. Journal of Applied Psychology, 93(3), 498-512.
- Mayring, Philipp (2002). Einführung in die qualitative Sozialforschung. Weinheim und Basel: Beltz Verlag.
- Mayring, Philipp (2015). Qualitative Inhaltsanalyse. Weinheim und Basel: Beltz Verlag.
- Mojtahedzadeh, Natascha/Neumann, Felix Alexander/Rohwer, Elisabeth/Augustin Matthias/Zyriax, Birgit-Christiane/Harth, Volker/Mache, Stefanie (2020). Betriebliche Gesundheitsförderung in der Pflege. Prävention und Gesundheitsförderung, 16, 163-169.

- Moroni, Alessia/Degan, Raffaella/Martin, Barbara/Sciannameo, Veronica/Berchiolla, Paola/Gilli, Giorgio/Milcheletti Cremasco, Margherita (2023). Effectiveness of Workplace Health Promotion (WHP) interventions in university employees: A scoping review. *Health Promotion International*, 38, 1-16.
- Noehammer, Elisabeth/Gahleitner, Christa/Stummer, Harald (2022). Workplace health management in hospitals: describing the field in Austria. *Journal of Public Health: From Theory to Practice*, 30, 1367-1372.
- Proper, Ingeborg/van Oostrom, Sandra Helena (2019). The effectiveness of workplace health promotion interventions on physical and mental health outcomes – a systematic review of reviews. *Scandinavian Journal of Work, Environment & Health*, 45(6), 546-559.
- Rappold, Elisabeth/Juraszovich Brigitte (2019). Pflegepersonal-Bedarfsprognose für Österreich. Wien: Bundesministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Konsumentenschutz.
- Raspe, Matthias/Koch, Peter/Zilesinski, Max/Schulte, Kevin/Bitzinger, Diane/Gaiser, Ulrike/Hammerschmidt, Andreas/Köhnlein, Ralf/Puppe, Julian/Tress, Florian/Uden, Theodor/Nienhaus, Albert (2020). Arbeitsbedingungen und Gesundheitszustand junger Ärzte und professionell Pflegenden in deutschen Krankenhäusern. *Bundesgesundheitsblatt, Gesundheitsforschung, Gesundheitsschutz*, 63(1), 113–121.
- Richter, Matthias/Hurrelmann, Klaus (2016). Die soziologische Perspektive auf Gesundheit und Krankheit. In Matthias Richter/Klaus Hurrelmann (Hrsg.). *Soziologie von Gesundheit und Krankheit* (S. 3-19). Wiesbaden: Springer VS.
- Schaffenrath-Resi, Martina/Eitzinger, Claudia/Stummer, Harald (2010). Betriebliche Gesundheitsförderung in Österreichs Krankenhäusern. *Pflege Gesellschaft*, 15, 145-162.
- Schaller, Andrea/Gernert, Madeleine/Klas, Teresa/Lange, Martin (2022). Workplace health promotion interventions for nurses in Germany: a systematic review based on the RE-AIM framework. *BMC Nurses*, 21(1), 1-17.
- Schuhmann, Siegfried (2018). *Quantitative und qualitative empirische Sozialforschung. Ein Diskussionsbeitrag*. Wiesbaden: Springer VS.
- Tempelmann, Anke/Kolpatzik, Kai/Ehrenreich, Heidi/Ströing, Miriam/Hans Christian (2019). Qualitätsorientierte Prävention und Gesundheitsförderung in Einrichtungen der Pflege: Das Projekt QualiPEP. *Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz*, 62(3), 296-303.

Thonon, Frédérique/Godon-Rensonnet, Anne-Sophie/Perozziello, Anne/Garsi, Jérôme-Philippe/Dab, William/Emsalem, Philippe (2023). Return on investment of workplace-based prevention interventions: a systematic review. *European Journal of Public Health*, 33(4), 612–618.

Vögele, Claus (2013). Was ist Gesundheit? *Verhaltenstherapie*, 23(4), 232-233.

Weidinger, Lisa/Löschnigg-Tausz Michaela/Hausmann, Daniel (2022). Fachkräftemangel in der Pflege – ein Blick über Österreichs Grenzen hinaus. *Pflege & Wissenschaft. Pro Care*, 27, 48-51.

Weiss, Susanne (2023). *Gesundheitsberufe in Österreich*. Wien: Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz.

## Online-Quellen:

[https://fgoe.org/1x1\\_der\\_Gesundheitsförderung](https://fgoe.org/1x1_der_Gesundheitsförderung) [Abruf am 21.02.2024]

<https://oepgk.at/glossar/gesundheit/> [Abruf am 22.02.2024]

[https://fgoe.org/gesundheitsdeterminanten\\_dateien](https://fgoe.org/gesundheitsdeterminanten_dateien) [Abruf am 22.02.2024]

<https://fgoe.org/glossar/gesundheitsdeterminanten> [Abruf am 23.02.2024]

[https://www.who.int/health-topics/social-determinants-of-health#tab=tab\\_1](https://www.who.int/health-topics/social-determinants-of-health#tab=tab_1) [Abruf am 23.02.2024]

<https://www.gesundheit.gv.at/leben/lebenswelt/beruf/gesundheit-arbeit/betriebliche-gesundheitsfoerderung.html> [Abruf am 06.03.2024]

<https://www.netzwerk-bgf.at/cdscontent/load?contentid=10008.571220&version=1391192956> [Abruf am 06.03.2024]

<https://www.who.int/teams/health-promotion/enhanced-wellbeing/first-global-conference> [Abruf am 06.03.2024]

<https://www.netzwerk-bgf.at/cdscontent/?contentid=10007.890242&portal=nbgfportal> [Abruf am 07.03.2024]

<https://www.gesundheit.gv.at/gesundheitsleistungen/gesundheitswesen/gesundheits-system.html> [Abruf am 07.03.2024]

<https://www.gesundheit.gv.at/leben/lebenswelt/beruf/gesundheit-arbeit/betriebliche-gesundheitsfoerderung.html> [Abruf am 08.03.2024]

<https://www.cdc.gov/workplacehealthpromotion/model/index.html> [Abruf am 09.03.2024]

<https://www.bundesgesundheitsministerium.de/themen/praevention/betriebliche-gesundheitsfoerderung/umsetzung.html> [Abruf am 09.03.2024]

[https://fgoe.org/glossar/gesundheitsfoerderndes\\_krankenhause](https://fgoe.org/glossar/gesundheitsfoerderndes_krankenhause) [Abruf am 09.03.2024]

<https://www.statistik.at/equestresneu/fb/statatpk2016/hilfe/content/usbg.htm> [Abruf am 30.04.2024]

<https://www.sicherearbeit.at/ausgaben/2018/ausgabe-2-2018/ergonomische-grundlagen-bezueglich-psychischer-arbeitsbelastung> [Abruf am 05.05.2024]

<https://www.pflege.at/contents/13666/stationaere-dienste> [Abruf am 11.05.2024]

<https://www.pflege.at/contents/13665/mobile-dienste> [Abruf am 12.05.2024]

[https://www.gesundearbeit.at/cms/V02/V02\\_2.2.a/1342537685064/psychische-belastung/burn-out/definition-was-ist-burn-out](https://www.gesundearbeit.at/cms/V02/V02_2.2.a/1342537685064/psychische-belastung/burn-out/definition-was-ist-burn-out) [Abruf am 12.05.2024]

## **Abbildungsverzeichnis**

|                                                                          |    |
|--------------------------------------------------------------------------|----|
| Abbildung 1: Gesundheitsdeterminanten.....                               | 7  |
| Abbildung 2: Vereinfachte Darstellung des Modells der Salutogenese ..... | 13 |
| Abbildung 3: Bausteine des betrieblichen Gesundheitsmanagements.....     | 21 |
| Abbildung 4: Geschlechterverteilung im Pflegebereich in Österreich ..... | 30 |
| Abbildung 5: Altersstruktur im Pflegebereich in Österreich.....          | 30 |
| Abbildung 6: Belastungen von Mitarbeiter*innen im Gesundheitswesen.....  | 36 |

## **Tabellenverzeichnis**

|                                                                                                   |    |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------|----|
| Tabelle 1: Gegenüberstellung des Arbeitsschutzes und der betrieblichen Gesundheitsförderung ..... | 22 |
| Tabelle 2: Beschäftigte in Pflege und Betreuung in Österreich .....                               | 29 |
| Tabelle 3: Personenbezogene Daten der befragten Personen.....                                     | 50 |
| Tabelle 4: Genutzte Maßnahmen der befragten Personen.....                                         | 51 |
| Tabelle 5: Übersicht der Ergebnisse.....                                                          | 84 |

# Anhang

## A. Interviewleitfaden

### Einleitung:

Vielen Dank, dass Sie sich heute die Zeit nehmen mir meine Fragen zu beantworten und mir Ihre persönlichen Erfahrungen mitteilen. Ich möchte Ihnen noch einmal prägnant erklären, warum ich dieses Interview heute mit Ihnen durchführe. Ich absolviere momentan den Masterstudiengang Betriebswirtschaft und Wirtschaftspsychologie an der Ferdinand Porsche FernFH und benötige dieses Interview für meine Masterarbeit mit dem Titel „Betriebliche Gesundheitsförderung aus Perspektive des Pflegepersonals im intramuralen Bereich in Österreich“. Ich möchte erforschen, wie das österreichische Pflegepersonal im intramuralen Bereich die derzeitigen betrieblichen Gesundheitsförderungsmaßnahmen hinsichtlich ihrer Bedürfnisse und Anforderungen in ihrem Arbeitsumfeld wahrnehmen. Dieses Interview wird zirka 45 Minuten Ihrer Zeit in Anspruch nehmen und unterteilt sich in sieben Hauptfragen. Die Ergebnisse werden anonymisiert und alles, was Sie mir erzählen, wird von mir vertraulich behandelt. Das Interview wird aufgezeichnet. Ihre Zustimmung haben Sie mir bereits vorab mit Ihrer Unterschrift auf der Einverständniserklärung gegeben. Haben Sie noch Fragen? Ansonsten würde ich nun mit dem Interview starten.

### Hauptteil

1. Können Sie mir einen Überblick über Ihre berufliche Erfahrung im Pflegebereich geben?

- Wie lange sind Sie schon als Pflegekraft tätig?
- Welche Erfahrungen haben Sie vor Ihrer derzeitigen Tätigkeit gesammelt?
- Wie lange machen Sie Ihren derzeitigen Job?
- Was genau sind Ihre besonderen Anforderungen bzw. Belastungen in Ihrem Job?

2. Welche betrieblichen Gesundheitsförderungsmaßnahmen werden an Ihrem Arbeitsplatz angeboten?

Zu betrieblichen Gesundheitsförderungsmaßnahmen zählen beispielweise: gesunde Ernährung, Entspannungstechniken, Konfliktmanagement oder auch ergonomische Arbeitsplatzgestaltung.

3. Wie sehr entsprechen die angebotenen betrieblichen Gesundheitsförderungsmaßnahmen, die Sie nun genannt haben Ihren Bedürfnissen und Anforderungen?

4. Gibt es für Sie Bereiche, in denen die derzeitigen Gesundheitsförderungsmaßnahmen verbessert werden könnten, um besser auf Ihre Bedürfnisse und Anforderungen einzugehen?

5. Welche Herausforderungen sehen Sie bei der Nutzung von gesundheitsfördernden Maßnahmen in Ihrem Berufsalltag?

6. Können Sie mir Vorschläge nennen, wie die gesundheitsfördernden Maßnahmen speziell auf Ihre Bedürfnisse und Anforderungen zugeschnitten werden könnten?

7. Welche Ihrer Arbeitsbedingungen, abgesehen von Maßnahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung, erleben Sie als förderlich für Ihre Gesundheit?

- Inwiefern spielt die Wertschätzung, die Sie in Ihrem beruflichen Alltag erleben, eine Rolle für Ihre Gesundheit?

**Abschluss:**

Herzlichen Dank, dass Sie sich heute die Zeit genommen haben mir einige Fragen zu beantworten und an meiner Masterarbeit mitzuwirken!