

Inhaltsverzeichnis

Abkürzungsverzeichnis	IV
Abbildungsverzeichnis	V
Tabellenverzeichnis	VI
1. Einleitung	1
1.1 Hintergrund	1
1.2 Zielsetzung.....	4
1.3 Aufbau	4
2. Methodisches Vorgehen	6
2.1 Ein- und Ausschlusskriterien	7
2.2 Trefferübersicht.....	7
3. „Gesunde Führung“	8
3.1 Theorien zu „gesunder Führung“	8
3.1.1 „Anforderungs-Kontroll-Modell“ nach Karasek & Theorell	8
3.1.2 „Modell beruflicher Gratifikationskrisen“ nach Siegrist.....	9
3.1.3 „Transformationale Führung“ nach Bass.....	10
3.1.4 „8-Faktoren-Modell gesunder Führung“ nach Dost	11
3.2 Gemeinsamkeiten der Modelle.....	13
3.3 Aus den Modellen hergeleitete Maßnahmen zur Gesundheitsförderung .	15
3.4 Relevanz und Ansatzpunkte.....	16
3.5 Einflussfaktoren der „gesunden Führung“	20
3.5.1 Einflussfaktor Führungsverhalten.....	20
3.5.2 Einflussfaktor Motivation durch Vorbildfunktion.....	21
4. Arbeitszufriedenheit	22
4.1 Theorien zu Arbeitszufriedenheit	22
4.1.1 „Zwei-Faktoren-Theorie“ nach Herzberg	22
4.1.2 „Züricher Modell der Arbeitszufriedenheit“ nach Bruggemann	23
4.1.3 „Job Characteristics Model“ nach Hackman und Oldham	24
4.2 Relevanz und Ansatzpunkte.....	26

4.3	Einflussfaktoren der Arbeitszufriedenheit	27
4.3.1	Einflussfaktor Führungsverhalten.....	27
4.3.2	Einflussfaktoren Empowerment, Alter und Persönlichkeitsfaktoren...	28
4.4	beeinflussende Faktoren der Arbeitszufriedenheit bei Pflegefachkräften.	28
5.	Ambulante Pflege.....	31
5.1	Rahmenbedingungen in der ambulanten Pflege.....	31
5.2	Arbeitsbedingungen und Berufsalltag in der ambulanten Pflege	34
6.	Mögliche Übertragbarkeit „gesunder Führung“ auf die Arbeitszufriedenheit professionell Pflegender.....	36
7.	Diskussion	40
8.	Fazit.....	44
9.	Literaturverzeichnis	45
10.	Eidesstattliche Erklärung	54

Abkürzungsverzeichnis

SGB.....Sozialgesetzbuch

ArbSchG.....Arbeitsschutzgesetz

AltPflG.....Altenpflegegesetz

KrPflG.....Krankenpflegegesetz

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Treffer der Literaturrecherche	7
Abbildung 2: Die Wechselbeziehung zwischen Leistung und Belohnung (nach Siegrist, 1996, S. 30).....	9
Abbildung 3: Kontext Gesundheitsförderlicher Führung (eigene Darstellung, in Anlehnung an Schulze und Eidenmüller, 2013, S. 664).....	19
Abbildung 4: "Job Characteristics Model" (eigene Darstellung, in Anlehnung an Hackman und Oldham, 1980, S. 90; Nerdinger, 2011, S. 398).....	25
Abbildung 5: Einflussvariablen auf die Pflegekräfte (eigene Darstellung, in Anlehnung an Kunze, 2011, S. 598).....	30

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Übersicht relevanter Führungstheorien (eigene Darstellung, in Anlehnung an die Führungstheorien)	14
---	----

1. Einleitung

1.1 Hintergrund

In den letzten Jahren hat das Thema „Führung und Gesundheit“, insbesondere in der Forschung und im Bereich der betrieblichen Gesundheitsförderung (Ducki & Felfe, 2011, S. VII), enorm an Bedeutung gewonnen. Aufgrund des demografischen Wandels, den wachsenden arbeitsbedingten Anforderungen an die Erwerbstätigen und dem längeren Verbleib im Beruf rückt die Erhaltung der Gesundheit sowie die Arbeitsfähigkeit der Beschäftigten in das Zentrum der Aufmerksamkeit, denn leistungsstarke und hochmotivierte Mitarbeiter¹ (Badura et al., 2011, S. V) sind die Basis eines nachhaltigen Unternehmenserfolges. In diesem Zusammenhang tragen Führungskräfte eine Doppelfunktion. Gemäß §15 ArbSchG (BMJV, 2016a), ist der Gesundheitsschutz für Führungspositionen gesetzlich verankert. Die Führungskräfte haben für das Wohl ihrer Mitarbeiter und für die eigene Gesundheit zu sorgen. Neben der Pflicht, dem Arbeitsschutz nachzukommen, hat das persönliche Führungsverhalten wesentliche Auswirkungen auf die Gesundheit der Beschäftigten. So können Führungskräfte erheblichen Einfluss auf die Mitarbeitergesundheit und die Arbeitsbelastungen ihrer Beschäftigten (Zimmer, 2006, S. 17) nehmen.

Unter dem Begriff der Arbeitszufriedenheit versteht man all die Gefühle und Gedanken, die Menschen hinsichtlich ihres Berufes entwickeln, wobei dabei die Arbeitszufriedenheit den Grad der Zufriedenheit beziehungsweise Unzufriedenheit (Kauffeld & Schermuly, 2014, S. 194) des Berufes definiert. Somit wird Arbeitszufriedenheit als Einstellung wahrgenommen (Six & Felfe, 2004, S. 603), sich am Arbeitsplatz in einer bestimmten Art zu verhalten sowie als zentrale Voraussetzung (Six & Felfe, 2004, S. 604) für die allgemeine Zufriedenheit und damit für die physische und psychische Gesundheit gesehen. Geht man auf die Anfänge der Arbeitszufriedenheitsforschung zurück, wurde Arbeitszufriedenheit unter dem Aspekt betrachtet, dass zufriedene Mitarbeiter mehr Leistung bringen,

¹ In dieser Arbeit wird auf eine geschlechterneutrale Schreibweise geachtet. Zugunsten der besseren Lesbarkeit wird das ursprüngliche grammatische Geschlecht verwendet. Es wird ausdrücklich darauf hingewiesen, dass damit auch jeweils das andere Geschlecht gemeint ist.

sodass der Begriff als motivationale Größe gesehen wird. Damit wird auf die Annahme geschlossen, dass Mitarbeiter immer dann am Arbeitsplatz zufrieden sind (Neuberger, 1974, S. 140 ff.), wenn die eigenen Wünsche und Bedürfnisse erfüllt werden. Hier spielt Führung eine wesentliche Rolle. So konnte in der Forschung belegt werden (Gregersen et al, 2011, S. 7 ff.), dass das Führungsverhalten sowohl als Ressource als auch als Stressor wahrgenommen wird. Soziale Unterstützung, Mitbestimmung und Beteiligungsmöglichkeiten durch Vorgesetzte werden als besonders gesundheitsförderlich und ungeduldiges, Druck ausübendes Vorgesetztenverhalten als möglicher Stressor hervorgehoben. In dieser Arbeit wird ausführlich auf das Themengebiet der „gesunden Führung“², eingegangen und dieses im Zusammenhang zu Arbeitszufriedenheit und Gesundheit betrachtet.

Unter dem Begriff „gesunde Führung“ (Bruch & Kowalevski, 2013, S. 15) wird ein für die Gesundheit der Mitarbeiter verantwortungsvoller und achtsamer Umgang durch die Führungskräfte verstanden. Damit einhergehend agieren die Führungskräfte als Vorbilder im Umgang mit dem eigenen Gesundheitsbewusstsein. Sie motivieren ihre Mitarbeiter zu Leistungen und fühlen sich verantwortlich, sie vor Stress und Erschöpfung (Bruch & Kowalevski, 2013, S. 9) zu bewahren. Eine „gesundheitsförderliche Führungskultur“ (Bruch & Kowalevski, 2013, S. 15; Schulze & Eigenmüller, 2013, S. 664) ist somit geprägt durch eine verantwortungsvolle und unterstützende Einflussnahme der Führungskraft auf die Mitarbeiter, wobei auf gesundheitliche Warnsignale und gesundheitserhaltende Arbeitsbedingungen geachtet wird. In der heutigen und zukünftigen Gesellschaft ist eine „gesundheitsförderliche Führungskultur“ unerlässlich. Im Gesundheitswesen ist vor allem der Pflegesektor betroffen, da die demografischen Entwicklungen und wachsenden arbeitsbedingten Anforderungen sich vermehrt bemerkbar machen. Einerseits steigt der Bedarf an professionellen Pflegefachkräften³, andererseits

² Die Bezeichnungen: „gesundheitsförderliche Führungskultur“, „gesundheitsförderliche Führung“, „gesundheitsförderliche Führungsansätze“, „gesundheitsorientierte Führung“ und weitere werden als Synonym verwendet. Wird der Begriff „gesunde Führung“ in dieser Arbeit gewählt, so ist damit das personale Führungsverhalten (Gerardi et al., 2014, S. 8) gemeint.

³ Diese Arbeit bezieht sich ausschließlich auf die Gruppe der examinierten Pflegefachkräfte, die eine dreijährige Ausbildung nach dem Krankenpflege- und Altenpflegegesetz absolviert haben. Wird der Begriff „Pflegekraft“ oder „Pfleger“ in der Arbeit verwendet, so ist damit die dreijährig ausgebildete Pflegefachkraft gemeint.

entscheiden sich zu wenig Menschen für den Pflegeberuf, sodass der bereits heute vorherrschende Pflegefachkräftemangel künftig weiter ansteigen wird. In den Jahren 2005 bis 2025 wird der Bedarf an Pflegevollkräften um insgesamt 27,3 Prozent ansteigen (Afentakis & Maier, 2010, S. 997), sodass Unternehmen vor der Herausforderung stehen, ihre Beschäftigten möglichst lange im Beruf zu halten. Bereits 2013 waren laut der Pflegestatistik 35,9 Prozent (Statistisches Bundesamt, 2015, S. 14) aller Beschäftigten über 50 Jahre alt. Neben den demografischen und gesellschaftlichen Veränderungen sollten auch die zunehmend belastenden Arbeitsbedingungen im Pflegesektor Beachtung finden, denn Pflegefachkräfte sind in ihrem beruflichen Alltag starken Belastungen ausgesetzt. Neben den körperlichen Herausforderungen treten vermehrt psychische Belastungen in den Vordergrund. Die Vermutung liegt nahe, dass der im Vergleich zu anderen Branchen überdurchschnittlich hohe Krankenstand auf die Belastungen zurückzuführen ist. So liegt dieser unter den Krankenpflegern bei 6,20 (Grobe, Steinmann & Gerr, 2015, S. 222) und Altenpflegern bei 7,43 Prozent.

Im Rahmen der Bachelorarbeit wird auf die Hypothese eingegangen, dass „gesunde Führung“ im Unternehmen dazu beitragen könnte, die Mitarbeitergesundheit positiv zu beeinflussen, sodass sich psychische Belastungen reduzieren sowie Zufriedenheit und Wohlbefinden der Mitarbeiter am Arbeitsplatz erhöhen würden. Somit beschäftigt sich diese Arbeit mit „gesundheitsförderlichen Führungsansätzen“ und der Arbeitszufriedenheit von professionell Pflegenden in der ambulanten Pflege, weil dieses Setting tendenziell einen wachsenden Versorgungssektor (Statistisches Bundesamt, 2015, S. 7) darstellt. Pflegefachkräfte sind nach dem Krankenpflege- und Altenpflegegesetz (BMJV, 2016b; BMJV, 2016c) Personen mit einer dreijährigen Berufsausbildung. Darunter fallen gemäß § 71 SGB XI (Simon, 2015, S. 11), Gesundheits-, Kinderkrankenpfleger, Altenpfleger sowie Gesundheits- und Krankenpfleger, die die größte ambulant tätige Berufsgruppe (Hielscher et al., 2013, S. 91) bilden. Aufgrund ihres höheren Qualifikationsgrades übernehmen Pflegefachkräfte ein breites Aufgabenspektrum, zunehmend belastende Tätigkeiten und tragen eine hohe Verantwortung.

1.2 Zielsetzung

Ziel dieser Bachelorarbeit zum Thema „Gesunde Führung‘ und Arbeitszufriedenheit professionell Pflegender“ ist eine theoretisch abgeleitete Untersuchung von „gesundheitsförderlichen Führungsansätzen“ und der Arbeitszufriedenheit bei professionell Pflegenden. Aufgrund des demografischen Wandels und des bekannten Pflegefachkräftemangels steigt das Interesse, die Beschäftigten möglichst lange gesund im Beruf zu halten. Hierzu trägt die Führungsebene einen erheblichen Einfluss bei. „Gesundheitsförderliche Führungsansätze“ könnten einen positiven Einfluss auf die Beschäftigten ausüben, wodurch sie länger im Beruf arbeiten würden. In dieser Arbeit werden „gesundheitsförderliche Führungsansätze“ und Arbeitszufriedenheit analysiert und eine mögliche Übertragbarkeit auf den Pflegesektor herausgearbeitet.

1.3 Aufbau

Im Folgenden wird auf den Aufbau der Theoriearbeit Bezug genommen, indem zu den Inhalten der einzelnen Kapitel ein kurzer Überblick gegeben wird.

Im ersten Kapitel findet die Einführung in das Themengebiet statt. Es wird auf die Präsenz und Hintergründe des Themas eingegangen. Darüber hinaus wird die Zielsetzung der Bachelorarbeit dargelegt. Das zweite Kapitel befasst sich mit dem methodischen Vorgehen der Arbeit. Es werden Ein- und Ausschlusskriterien erläutert und die Literaturrecherche mittels einer Trefferübersicht grafisch dargestellt. Im dritten Kapitel wird der Begriff „gesunde Führung“ definiert. Es wird ein theoretischer Bezug hergestellt, bei dem bedeutende Theorien beschrieben und Gemeinsamkeiten der Modelle herausgearbeitet werden. Darüber hinaus wird ein Bezug zur Gesundheitsförderung hergestellt, die Relevanz von „gesunder Führung“ beschrieben sowie auf Einflussfaktoren eingegangen.

Im vierten Kapitel wird der Begriff „Arbeitszufriedenheit“ erläutert. Die Arbeitszufriedenheit wird in Bezug zur Theorie gesetzt, indem bedeutende Theorien betrachtet werden. Im Folgenden werden die Relevanz und Einflussfaktoren erläutert sowie Arbeitszufriedenheit in dem Kontext des Pflegeberufes beschrieben. Das fünfte Kapitel beschäftigt sich mit dem Begriff „ambulante Pflege“, den spezifischen Rahmenbedingungen, Arbeitsbedingungen sowie dem Berufsalltag. Im sechsten Kapitel wird eine mögliche Übertragbarkeit von „gesunder Führung“ auf

die Arbeitszufriedenheit von professionell Pflegenden erläutert und hinsichtlich der zu Anfang aufgestellten Hypothese diskutiert. Daraufhin werden die Erkenntnisse und die verwendete Literatur kritisch betrachtet. Das achte Kapitel schließt die Arbeit mit einem Fazit ab. Es wird Stellung zur Thematik dieser Theoriearbeit genommen sowie ein Ausblick für zukünftigen Forschungsbedarf gegeben.

2. Methodisches Vorgehen

Für die Theoriearbeit wurde eine systematische Literaturrecherche von deutsch- und englischsprachiger Literatur in den bekannten Datenbanken Pubmed, PsycINFO, CINAHL sowie den Suchmaschinen Google Scholar und SpringerLink im Internet durchgeführt. Zur Vertiefung wurde mittels Handsuche in Büchern und in Referenzlisten relevanter Artikel recherchiert, um den aktuellen Stand der Forschung zu „gesunde Führung“ und Arbeitszufriedenheit darzustellen. Ergänzend wurde stichwortartig nach Schlagwörtern gesucht. Daraufhin erfolgte eine Analyse des Erkenntnisstandes, um im Anschluss eine mögliche Übertragbarkeit auf den Pflegesektor diskutieren zu können. Der Suchzeitraum für die zugrundeliegende Literatur umfasste insgesamt drei Wochen. Die Recherche fand in dem Zeitraum vom 02.05.2016 – 30.05.2016 statt. Zur besseren Nachvollziehbarkeit wurden Suchprotokolle angelegt, um die Datenbanken und Suchmaschinen sowie Suchkombinationen der Schlüsselwörter zu erfassen.

Für die Recherche in den deutschsprachigen Datenbanken und Suchmaschinen wurden folgende Begriffe als Suchbegriffe verwendet: „gesunde Führung“, „gesundheitsförderliche Führung“, „Führungstheorien“, „Arbeitszufriedenheit“, „ambulante Pflege“, „Arbeitsalltag ambulante Pflege“, „Rahmenbedingungen ambulante Pflege“, „Pflegefachkräfte“. Als Platzhalter zwischen den gesuchten Begriffen wurde „UND“ genutzt und die gesuchten Begriffe mussten an irgendeiner Stelle im Artikel enthalten sein, wobei das Publikationsdatum der Originalarbeiten nicht länger als zehn Jahre zurückliegen durfte.

In der englischsprachigen Recherche wurden bei Pubmed, PsycINFO und CINAHL die Schlüsselbegriffe „leadership“, „healthy leadership“, „job satisfaction“ und „nurses“ verwendet. Als Platzhalter zwischen den gesuchten Begriffen wurde „AND“ genutzt und das Publikationsdatum durfte nicht länger als zehn Jahre zurückliegen. Außerdem mussten die Arbeiten in englischer Sprache vorliegen.

2.1 Ein- und Ausschlusskriterien

Für die vorliegende Arbeit zählten zu den Einschlusskriterien der Literatur einerseits das Publikationsdatum, das nicht länger als zehn Jahre zurückliegen darf und andererseits die zutreffenden Themengebiete „gesunde Führung“, „Arbeitszufriedenheit“ und „ambulante Pflege“. Darüber hinaus wurde Literatur mit einbezogen, die sich mit der Berufsgruppe der Pflegefachkräfte im ambulanten Pflegesetting befasst. Da es sich um eine Theoriearbeit handelt, wurden nicht ausschließlich Studien und Reviews betrachtet, sondern auch Bücher in die Suche miteingeschlossen.

Zu den Ausschlusskriterien dieser Arbeit zählten andere Pflegesettings, da sich die Arbeit auf das ambulante Setting begrenzt sowie die Berufsqualifikation der Pflegekräfte. So wurde Literatur ausgeschlossen, die sich nicht mit der ambulanten Pflege beschäftigt und nicht die Berufsgruppe der Pflegefachkräfte miteinschließt. Als weiteres Ausschlusskriterium galt Literatur, die sich nicht auf die Themengebiete „gesunde Führung“, „Arbeitszufriedenheit“ und „ambulante Pflege“ bezieht.

Zur Qualität der recherchierten Studien lässt sich sagen, dass diese mittels qualitativer und quantitativer Gütekriterien von Forschung überprüft und analysiert wurde.

2.2 Trefferübersicht

In der folgenden Übersicht werden die Treffer der Literaturrecherche grafisch dargestellt.

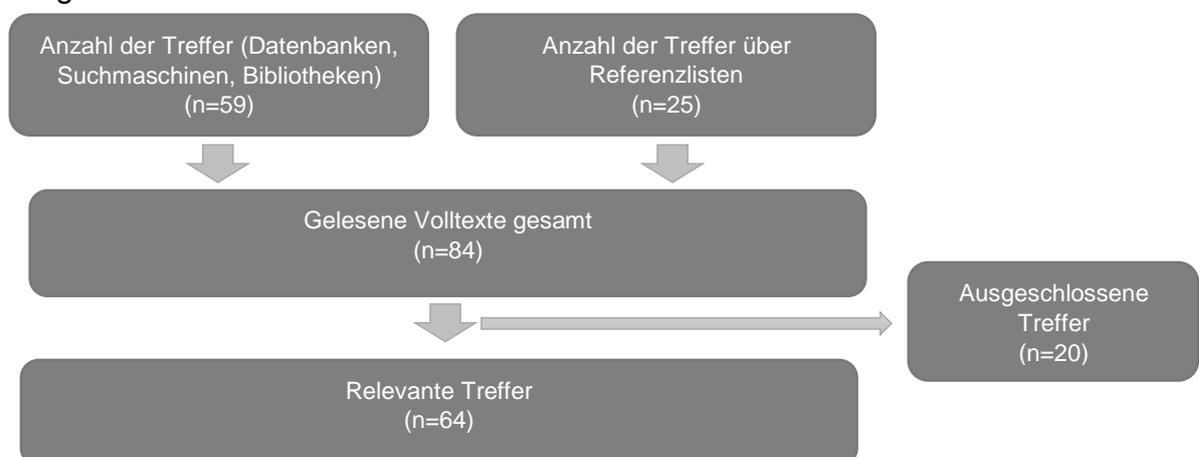


Abbildung 1: Treffer der Literaturrecherche

3. „Gesunde Führung“

3.1 Theorien zu „gesunder Führung“

In der Führungsthematik lassen sich unterschiedliche Führungstheorien anführen, die sich laut Holling und Kanning (2007, S. 77) mit der Frage beschäftigen, wie sich Führungskräfte gegenüber ihren Beschäftigten verhalten sollen, um sowohl den organisatorischen als auch den Interessen der Beschäftigten gerecht zu werden. Zunächst wird auf bekannte Führungstheorien eingegangen, bei denen Zusammenhänge zu „gesunder Führung“ und Arbeitszufriedenheit ersichtlich sind.

3.1.1 „Anforderungs-Kontroll-Modell“ nach Karasek & Theorell

Das „Anforderungs-Kontroll-Modell“ oder auch „Job-Strain-Modell“ wurde von dem Soziologen Robert Karasek 1979⁴ entwickelt und durch Töres Theorell 1990 (Karasek & Theorell, 1990, zit. n. Biffel et al., 2011, S. 12 f.) weiterentwickelt. Das Modell erklärt die verschiedenen Belastungssituationen, bei denen zwei Belastungskonstellationen unterschieden werden: Die Arbeitsanforderungen, wie Zeitdruck, an die eigene Person und der Entscheidungs- und Kontrollspielraum für die Erfüllung der Aufgaben. Somit werden in dem Modell organisatorische Bedingungen am Arbeitsplatz hervorgehoben. Arbeitsanforderungen, die stark psychisch und physisch belastend sind, jedoch lediglich einen geringen Entscheidungsspielraum zur Ausführung der Tätigkeiten beinhalten, verursachen chronische Stressreaktionen und bilden ein hohes Risiko, zukünftig an stressbedingten Gesundheitsproblemen zu erkranken. Dies lässt sich auf das monotone Arbeiten und das Ausbleiben von Lern- und Entwicklungspotenzialen zurückführen. Das Modell unterscheidet vier mögliche Arbeitssituationen (Karasek & Theorell, 1990, zit. n. Biffel et al., 2011, S. 13 f.): passive und aktive Tätigkeiten sowie stark belastende („high-strain“) und wenig belastende („low-strain“) Tätigkeiten. Die sogenannten „high-strain“ Jobs mit hohen Anforderungen und geringem Entscheidungsspielraum haben einen negativen Effekt auf die

⁴ In dieser Arbeit weist die vor 2006 veröffentlichte und im Literaturverzeichnis aufgeführte Literatur auf relevante Theorien, Begriffsdefinitionen sowie die in Referenzlisten relevanter Beiträge gefundene Literatur hin.

Gesundheit der Mitarbeiter. So gehen Belastungssymptome wie Ermüdung, Depression oder psychische Krankheiten mit hoch belastenden Tätigkeiten einher. Die Tätigkeiten mit hohem Kontroll- und Entscheidungsspielraum sowie die aktiven und wenig belastenden Tätigkeiten haben dagegen positive Auswirkungen auf die Gesundheit.

3.1.2 „Modell beruflicher Gratifikationskrisen“ nach Siegrist

Das „Modell beruflicher Gratifikationskrisen“ wurde von dem Medizinsoziologen Johannes Siegrist 1996 entwickelt und setzt an der im Arbeitsvertrag festgelegten Wechselbeziehung (Siegrist, 1996, S. 30) von Leistung und Belohnung an. Eine erbrachte Leistung wird beispielsweise in Form von Lohn, Aufstiegsmöglichkeiten, Status sowie Wertschätzung (Siegrist, 1996, S. 30) honoriert. Dieses Modell geht davon aus, dass Stressreaktionen dann entstehen, wenn eine Arbeitsleistung mit besonderer Anstrengung („high effort“) erbracht wird, die angemessene Belohnung jedoch ausbleibt („low reward“) (siehe Abb. 2).

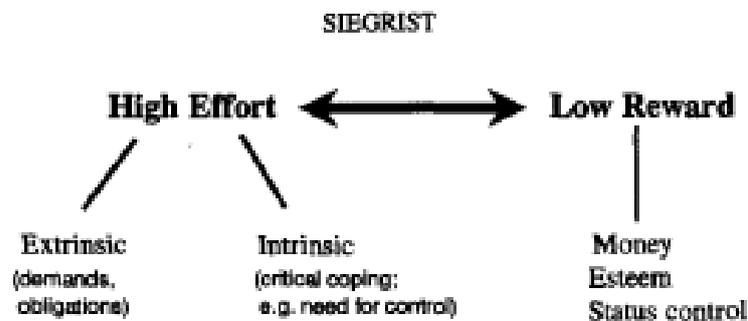


Figure 1. The effort–reward imbalance model at work.

Abbildung 2: Die Wechselbeziehung zwischen Leistung und Belohnung (nach Siegrist, 1996, S. 30)

Diese Situation wird als sogenannte „Gratifikationskrise“ (Siegrist & Dragano, 2008, S. 308) bezeichnet. Ein hohes Risiko für das Entstehen von „Gratifikationskrisen“ würde bei Arbeitsplatzunsicherheit oder fehlenden Aufstiegchancen sowie gezwungener beruflicher Mobilität (Siegrist, 1996, S. 30) vorhanden sein. Nach dem Modell beeinflussen sowohl extrinsische Faktoren wie Anforderungen und Verpflichtungen sowie intrinsische Faktoren wie Erwartungen und übersteigerte Verausgabungsneigungen des einzelnen Mitarbeiters die Wechselbeziehung von Leistung und Belohnung.

Sowohl das „Anforderungs-Kontroll-Modell“ und das „Modell beruflicher Gratifikationskrisen“ (Siegrist, 2012, S. 33 f.) zielen auf das Erleben arbeitender Personen ab. Im ersten Modell geht es um die Bewältigung beruflicher Aufgaben und die damit erlebte Selbstwirksamkeit. Im Mittelpunkt wird dabei der Arbeitsplatz betrachtet. Im zweiten Modell nach Siegrist (1996, S. 30) wird die Anerkennung der erbrachten Leistungen und das damit einhergehende erlebte Selbstwertgefühl beschrieben. In diesem Modell werden vor allem die vertraglichen Arbeitsbedingungen (Siegrist, 1996, S. 30) betont.

3.1.3 „Transformationale Führung“ nach Bass

„Transformationale Führung“ ist ein durch Studien bestätigtes gesundheitsförderliches Führungskonzept (Franke & Felfe, 2011a, S. 4; Franke & Felfe, 2011b, S. 309 ff.; Gregersen et al., 2011, S. 9), das von Bass 1985 entwickelt wurde. Es ist gekennzeichnet durch eine Veränderung, eine sogenannte „Transformation“ (Bass, 1985, S. 20) der Mitarbeiter zur Motivations- und Leistungssteigerung. Es wird in vier Komponenten, die „vier I's“ unterteilt (Bass, 1985, zit. n. Felfe, 2006, S. 164): „Idealized Influence“, „Inspirational Motivation“, „Intellectual Stimulation“ und „Individualized Consideration“. Die „Idealized Influence“ wird nach Bass (1985, S. 35; 1985, zit. n. Felfe, 2006, S. 164) auch als „Charisma“ bezeichnet, worunter die idealisierte Einflussnahme gemeint ist, die sich auf das Verhalten der Führungskraft und darauf bezieht, inwiefern diese als Vorbildfunktion agiert und damit die Mitarbeiter beeinflusst. Unter der „Inspirational Motivation“ wird die inspirierende Motivation beschrieben, also inwieweit die Führungskraft ihre Mitarbeiter durch überzeugende Unternehmensvisionen begeistern kann. Die „Intellectual Stimulation“ (Bass, 1985, S. 99; Bass, 1985, zit. n. Felfe, 2006, S. 164), die intellektuelle Stimulierung, beinhaltet, inwiefern die Führungskraft ihre Mitarbeiter anregt, innovativ zu denken, Problemlösungen und Vorgehensweisen zu hinterfragen und neue Lösungswege zu finden. Die vierte Komponente, die „Idealized Consideration“ (Bass, 1985, S. 82) bezieht sich auf die individuelle Berücksichtigung und die Förderung von Entwicklungspotenzialen der Mitarbeiter durch die Führungskraft. Zusammenfassend „transformiert“ dieses Führungskonzept (Bass, 1985, zit. n. Felfe, 2006, S. 171) die Einstellungen und Werte der Mitarbeiter von egoistischen zu gemeinsamen Interessen des Unternehmens.

3.1.4 „8-Faktoren-Modell gesunder Führung“ nach Dost

Das von dem Diplomspsychologen Jürgen Dost entwickelte „8-Faktoren-Modell gesunder Führung“ (Dost, 2014, S. 166) ist aus unterschiedlichen Führungstheorien heraus entstanden. Es wird in acht Cluster (Dost, 2014, S. 171) unterteilt, die eine „gesundheitsförderliche Führung“ ausmachen. Im Folgenden werden die einzelnen Cluster dieses Modells näher erläutert.

Anregende und bewältigbare Tätigkeiten:

Dieses Kriterium beinhaltet die Faktoren „Anforderungsvielfalt“, „Abwechslung“ und „Aufgabengeschlossenheit“. Die Tätigkeiten sollen für die Mitarbeiter anregend und abwechslungsreich sein. Dabei ist von Bedeutung, dass die Anforderungen den persönlichen Bewältigungsressourcen entsprechen, sodass die Aufgabe zu bewältigen ist und nicht überfordernd auf die Mitarbeiter (Dost, 2014, S. 171) wirkt. Denn nach Vincent (2011, S. 51) führen nicht zu bewältigende Aufgaben mit hohem Risiko zum Entstehen von Stress. Dost (2014, S. 303) konnte diesbezüglich einen positiven Zusammenhang zwischen der Arbeitszufriedenheit und Machbarkeit der Aufgaben nachweisen.

Autonomie und Entscheidungsfreiraum:

Zu diesem Kriterium zählen die Faktoren „Autonomie“ und „Partizipation“. Entscheidungsfreiräume bieten den Mitarbeitern mehr Möglichkeiten bei der Ausführung von Tätigkeiten, mit dem Ziel der Stärkung der eigenen Autonomie und Entscheidungen. „Partizipation“ wird im Sinne der Anteilnahme an Entscheidungsprozessen verstanden (Dost, 2014, S. 171), was heißt, dass die Mitarbeiter aktiv in Änderungen einbezogen werden. Empirisch konnte Dost (2014, S. 304) den Faktor „Partizipation“ als für die Arbeitszufriedenheit beeinflussend nachweisen.

Transparenz der Ziele und des Umfelds sowie Feedback

Dieses Cluster wird durch die Faktoren „eindeutige Ziele“, „Klarheit des Umfeldes“, „Feedback“ und „Regulationsbehinderungen“ beschrieben. Ein strukturiertes, eindeutiges Umfeld mit klaren Zielen und gut funktionierenden Rückmeldungen von Arbeitsergebnissen (Dost, 2014, S. 171) sorgt für ein erhöhtes Motivationspotential. Dabei bezeichnet man Störungen als sogenannte „Regulationsbehinderungen“ (Dost, 2014, S. 305), die sich auf die Arbeitszufriedenheit auswirken.

Wertschätzung

Das Kriterium „Wertschätzung“ beinhaltet die Anerkennung für die eigene Person und Leistung des Mitarbeiters. Soziale Unterstützung bezieht sich dabei auf einen wertschätzenden Umgang (Dost, 2014, S. 306) im Berufs- oder Privatleben. Auch personale Führung kann als Quelle der Wertschätzung genannt werden. Laut Dost (2014, S. 306) wird Wertschätzung als wichtigstes Kriterium von „gesunder Führung“ gesehen.

Sicherstellung von Bewältigungsressourcen und -puffern

Die Sicherstellung von Bewältigungsressourcen und -puffern als weiteres Kriterium (Dost, 2014, S. 307) unterteilt sich in interne (Fähigkeiten und Kenntnisse) sowie externe (soziale Unterstützung und Coaching durch Führungskräfte) Ressourcen und Puffer.

Unterstützendes personales Führungsverhalten

Unterstützendes Führungsverhalten spielt auch in den anderen Kriterien hinsichtlich der Vermittlung von Kompetenz und sozialer Unterstützung (Dost, 2014, S. 171 f.) eine wesentliche Rolle. Gregersen et al. (2011, S. 7 f.) konnten bestätigen, dass unterstützendes Vorgesetztenverhalten mit dem Auftreten von Fehlzeiten, Stress und Erschöpfung sowie Arbeitszufriedenheit zusammenhängt.

Gerechtes Austauschverhältnis

„Leistungsgerechte Entlohnung“, „als fair und gerecht wahrgenommene Behandlung“, „Vermeidung prekärer Arbeitsverhältnisse“ und der „Schutz vor Arbeitsplatzverlust“ zählen nach Dost (2014, S. 172) zu den Faktoren dieses Kriteriums. In der Literatur konnte ein Zusammenhang von Fairness, Anerkennung und emotionaler Erschöpfung (Vincent, 2011, S. 52) bestätigt werden.

Ergonomie und Arbeitssicherheit

Zu dem Kriterium (Dost, 2014, S. 172) zählen die Faktoren „physische Sicherheit“, „Schädigungsfreiheit“ sowie „Beeinträchtigungsfreiheit“. Unter „physische Sicherheit“ wird die Arbeitssicherheit durch die Führungskräfte verstanden. Sie sorgen für geeignete Voraussetzungen zur sicheren Erbringung der Arbeit. Eine nach ergonomischen Kriterien optimal gestaltete Arbeitsweise (Stadler & Spieß, 2005, S. 387) ist die Voraussetzung für das Wohlbefinden und die Gesundheit der

Mitarbeiter. So konnte laut Dost (2014, S. 308) Ergonomie und Arbeitssicherheit als eigenständige Faktoren „gesunder Führung“ nachgewiesen werden.

3.2 Gemeinsamkeiten der Modelle

Aus den Theorien lassen sich mehrere Gemeinsamkeiten erkennen. Mittels einer tabellarischen Übersicht (siehe Tab. 1) wird im Folgenden ein kurzer inhaltlicher Überblick der bereits erläuterten Führungstheorien sowie herausgearbeitete fördernde und belastende Faktoren dargestellt, auf die im Folgenden eingegangen wird.

Name	Inhalt	Gemeinsamkeiten (fördernde/belastende Faktoren)
Anforderungs- Kontroll- Modell nach Karasek & Theorell	<p>Stressempfinden ist hoch bei hohen Anforderungen und geringem Handlungsspielraum Stressempfinden niedrig= Anforderungen gering & hoher Handlungsspielraum → Handlungsspielraum als Ressource (Senkt das Stressempfinden) (Lohmann-Haislah, 2012, S. 69)</p> <p>Fokus: Arbeitsplatz Bewertung: Kritik am Modell</p> <ul style="list-style-type: none"> - starke Ausrichtung auf objektive Arbeitsbedingungen (Dost, 2014, S. 81) - subjektive Wahrnehmung des Mitarbeiters sollte ergänzt werden - arbeitsspezifische Variablen (Dost, 2014, S. 82) stärker berücksichtigen 	<p>Fördernd: hoher Handlungsspielraum Belastend: hohe Anforderungen und geringer Handlungsspielraum</p> <p>Motivation durch Führung: soziale Unterstützung, Ausbau des Handlungs- und Entscheidungsspielraums, Reduzierung von hoch belastenden Tätigkeiten</p>
Modell beruflicher Gratifikations- krisen nach Siegrist	<p>Entstehung von Stress= Ungleichgewicht zwischen Leistung (Anforderung) und Gratifikation (Belohnung) Stressempfinden hoch= hohe Leistung, aber wenig Anerkennung → Entstehung chronischer Stress (Lohmann-Haislah, 2012, S. 16 f.)</p> <p>Fokus: vertragliche Arbeitsbedingungen Bewertung:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Rolle der Gratifikation und eines gerechten Austauschverhältnisses (Dost, 2014, S. 90) konnte hinsichtlich Wohlbefinden, Arbeitszufriedenheit, Entstehung von Krankheiten nachgewiesen werden 	<p>Fördernd: Anerkennung der Leistungen durch Belohnung Belastend: hohe Leistungen und geringe Anerkennung</p> <p>Motivation durch Führung: Ausbau angemessener Belohnung, wertschätzender Umgang</p>

<p>Trans- formationale Führung nach Bass</p>	<p>Transformation der Mitarbeiter: Anpassung Mitarbeiterziele an die Organisationsziele und Zielverfolgung Führung über Werte und Visionen, Führung als Vorbildfunktion Führung als Coach der Mitarbeiter (Hoch, Wegge & Schmidt, 2009, S. 318): Erkennen, Fördern der Bedürfnisse nach Leistung und Entwicklung</p>	<p>Fördernd: Führung als Vorbild Motivation durch Führung: wertschätzender Umgang, intrinsische Motivation der Mitarbeiter durch gemeinsame Ziele</p>
<p>8-Faktoren- Modell gesunder Führung nach Dost</p>	<p><u>Anregende und bewältigbare Tätigkeiten</u> (Dost, 2014, S. 171)</p>	<p>Fördernd: interessante und vielfältige Tätigkeiten (Erhöhung der Motivation)</p>
	<p><u>Autonomie und Entscheidungsfreiraum</u> (Dost, 2014 S. 171, S. 304) bewusste Gestaltung von Entscheidungsfreiräumen: mehr Einfluss der Mitarbeiter bei Tätigkeiten, autonome Entscheidungen fördern, Partizipation der Mitarbeiter an Entscheidungsprozessen</p>	<p>Fördernd: hoher Entscheidungsspielraum, autonome Entscheidungen</p>
	<p><u>Transparenz der Ziele und des Umfeldes, Feedback</u> (Dost, 2014, S. 171) Ziele sind messbar, erreichbar, Rollen sind klar definiert Feedback über Arbeitsergebnisse durch Führungskraft</p>	<p>Fördernd: mitarbeiterorientiertes Führungsverhalten (Transparenz) Belastend: unklare Aufgaben- und Rollenverteilung, Unterbrechungen, fehlende Rückmeldungen</p>
	<p><u>Wertschätzung</u> (Dost, 2014, S. 306) der Person und Leistung durch Führung</p>	<p>Fördernd: Wertschätzung der Mitarbeiter und Leistung</p>
	<p><u>Bewältigungsressourcen und -puffer sicherstellen</u> (Dost, 2014, S. 307) Entwicklung von Kenntnissen zur Bewältigung der Arbeit, Förderung von Kommunikation und Zusammenarbeit, Soziale Unterstützung durch Führung</p>	<p>Fördernd: soziale Unterstützung durch Führung</p>
	<p><u>Unterstützendes personales Führungsverhalten</u> (Dost, 2014 S.171 f.; S. 307) Beeinflussung der Arbeitsbedingungen der Mitarbeiter durch Führung → Personale Führung nimmt Einfluss auf Aufgabengestaltung, Kompetenzvermittlung, Sicherstellung eines gerechten Austauschverhältnisses</p>	<p>Fördernd: Unterstützung durch Führung</p>
	<p><u>Gerechtes Austauschverhältnis</u> (Dost, 2014, S. 172) Leistungsgerechte Entlohnung, gerechte Behandlung, Schutz vor Arbeitsplatzverlust</p>	<p>Fördernd: Anerkennung durch leistungsgerechte Entlohnung</p>
	<p><u>Ergonomie und Arbeitssicherheit</u> = Voraussetzung für Gesundheit und Wohlbefinden der Beschäftigten (Stadler & Spieß, 2005, S. 387) Arbeitssicherheit durch Führungskräfte (Dost, 2014, S. 172)</p>	<p>Fördernd: abwechslungsreiche Tätigkeiten, gute Arbeitsbedingungen Belastend: schlechte Ergonomie</p>

Tabelle 1: Übersicht relevanter Führungstheorien (eigene Darstellung, in Anlehnung an die Führungstheorien)

Deutlich zu erkennen ist, dass alle beschriebenen Theorien die motivationale Komponente von Führung hervorheben. Führungskräfte motivieren ihre Mitarbeiter durch ihr Verhalten, wobei Wertschätzung, soziale Unterstützung sowie Anerkennung und Belohnung der Leistungen als förderlich gesehen werden. Darüber hinaus setzt „Transformationale Führung“ an intrinsisch motivierten Mitarbeitern an, die mit dem Unternehmen die gemeinsamen Unternehmensziele verfolgen. Eine weitere Gemeinsamkeit der Theorien ist, dass die arbeitsstrukturierenden Maßnahmen eine wichtige Rolle spielen. Dabei wird die Erweiterung von Handlungs- und Entscheidungsspielräumen sowie die Reduzierung von arbeitsbelastenden Tätigkeiten als gesundheitsförderlich gesehen. Die Theorien zu „gesunder Führung“ weisen Parallelen zu Stress auf.

In diesem Zusammenhang bestehen unter den Theorien zu „gesunder Führung“ Parallelen zu Stress. Das Entstehen von Stress wird in den Theorien mit hohen Anforderungen und geringer Entscheidungsfähigkeit, mit fehlender Wertschätzung und Anerkennung sowie mit nicht angemessener Belohnung der erbrachten Leistung in Verbindung gebracht.

3.3 Aus den Modellen hergeleitete Maßnahmen zur Gesundheitsförderung

Aus den Modellen lassen sich unterschiedliche Maßnahmen zur Gesundheitsförderung ableiten, die sowohl selbstständig hergeleitet als auch in der Literatur bestätigt worden sind.

Im Sinne des „Anforderungs-Kontroll-Modells“ nach Karasek & Theorell (1990, zit. n. Biffel et al., 2011, S. 12 f.) würde man gesundheitsfördernde Maßnahmen für die Mitarbeiter entwickeln, die den Entscheidungs- und Handlungsspielraum innerhalb der durchzuführenden Aufgaben erweitern (Siegrist & Dragano, 2008, S. 311) und zu stark belastende Tätigkeiten durch zu viele Anforderungen reduzieren, um daraus resultierende Belastungssymptome zu vermeiden. So lassen sich arbeitsstrukturierende Maßnahmen einleiten, wie beispielsweise die Ausweitung der Arbeitsinhalte auf einem höheren Niveau (Job Enrichment), die Erweiterung von qualitativ gleichwertigen Tätigkeiten (Job Enlargement) (Scholz, 2014, S. 582) sowie die Förderung autonomer Arbeitsgruppen (Siegrist & Dragano, 2008, S. 311) zur selbstständigen Arbeitsweise. Würde man Maßnahmen nach dem „Modell

beruflicher Gratifikationskrisen“ nach Siegrist (1996, S. 30) einleiten, so würden diese einen angemessenen Ausgleich von Leistungserbringung und Belohnung (Siegrist & Dragano, 2008, S. 311) bieten, um ein Ungleichgewicht von Leistungen und Belohnungen zu vermeiden. Maßnahmen, wie monetäre Anreize durch den Ausbau eines Cafeteria-Systems (Scholz, 2014, S. 865), leistungsorientierte Bezahlungen und andere Formen der Anteilnahme an Belohnungen könnten eingeleitet werden. Nicht monetäre Anreize wie höhere Anerkennung, Arbeitsplatzsicherheit oder innerbetriebliche Sportangebote (Siegrist & Dragano, 2008, S. 311) könnten ebenfalls in Betracht gezogen werden.

Gemäß dem „Transformationalen Führungsmodell“ nach Bass (1985, zit. n. Felfe, 2006, S. 164) könnten gesundheitsförderliche Maßnahmen abgeleitet werden, die Mitarbeiter intrinsisch motivieren, indem Vorgesetzte ihren Beschäftigten die Visionen des Unternehmens erläutern, um gemeinsam an der Erreichung der Ziele zu arbeiten. Nach dem Modell würde ein dem Mitarbeiter gegenüber unterstützender und wertschätzender Umgang gefördert werden, der die individuellen Bedürfnisse und Stärken der Mitarbeiter ausbaut.

Im Sinne des „8-Faktoren-Modells gesunder Führung“ nach Dost (2014, S. 166 ff.) würden gesundheitsförderliche Maßnahmen entwickelt werden, die sich an den bereits genannten anlehnen. So würden Maßnahmen eingeleitet werden, die den Entscheidungsspielraum, das autonome Arbeiten sowie eine leistungsgerechte Belohnung der Mitarbeiter fördern. Darüber hinaus sollte der Arbeitsplatz ergonomisch gestaltet werden, indem Anpassungsmaßnahmen zur Arbeitsorganisation, wie angemessene Arbeitszeiten und erwünschte Arbeitsplatzwechsel (Job-Rotation) (Scholz, 2014, S. 582) sowie Anpassungsmaßnahmen zu den Arbeitsinhalten, wie Tätigkeiten entsprechend der Belastungsgrenze, entwickelt werden.

3.4 Relevanz und Ansatzpunkte

Der Begriff „gesunde Führung“ ist einer der Leitbegriffe dieser Arbeit, der im Folgenden definiert und eingegrenzt wird. „Gesunde Führung“ bezieht sich auf das personale Führungsverhalten (Gerardi et al., 2014, S. 8) und wird somit dem Themengebiet der Personalführung sowie Arbeits- und Organisationspsychologie zugeordnet. Im Folgenden werden zunächst die Begriffe Führung und

Personalführung definiert und im Anschluss die Definitionsansätze „gesunder Führung“ erläutert.

Der Wirtschaftswissenschaftler Rolf Wunderer (2003, S. 4) definierte den Begriff Führung im Allgemeinen als ziel- und ergebnisorientierte, aktivierende, wechselseitige und soziale Beeinflussung zur Erfüllung gemeinsamer Aufgaben in einer strukturierten Arbeitssituation. Spezifischer befasst sich die Personalführung, hinsichtlich arbeitsvertraglicher Regelungen, mit der Gestaltung von Einflussbeziehungen in differenzierten Rollen. Nach Wunderer (2003, S. 13) fördert eine günstige Gestaltung von arbeitsbedingten Situationen sowie vorhandenen Qualifikationen die Leistungsmotivation und Arbeitszufriedenheit der Beschäftigten am Arbeitsplatz. Scholz (2014, S. 893) definierte unter Personalführung die Optimierung der Interaktion zwischen Führungskraft und Mitarbeiter bezüglich der Einbindung von Unternehmens- und Individualzielen. Dabei werden drei Ebenen unterschieden: Die strategische Ebene befasst sich mit der Steuerung des gesamten Unternehmens. Die taktische Ebene, auch Individualführung genannt, setzt die Führung von Gruppen in den Fokus und die operative Ebene beschreibt die Beziehung zwischen Führungskraft und Mitarbeiter. Dabei agieren Unternehmen im Bereich Führung stets auf allen drei Ebenen.

Der Begriff „gesunde Führung“ lässt sich in der Literatur nicht allgemeingültig anhand von einer Definition erklären, sodass auf mehrere bedeutende Definitionsansätze sowie Merkmale „gesundheitsförderlicher Führung“ Bezug genommen wird. „Gesunde Führung“ zielt auf der operativen Ebene ab, worunter das direkte, personale Führungsverhalten (Gerardi et al., 2014, S. 8; Möltner, Benkhofer & Hülsbeck, 2016, S. 7) verstanden wird, das sowohl die Mitarbeiterführung als auch die Selbstführung miteinschließt.

Laut Franke und Felfe (2011a, S. 5 f.) setzt sich „gesundheitsförderliche Führung“ aus vier Komponenten zusammen: Die erste Komponente stellt das „gesundheitsorientierte Führungsverhalten“ dar, wodurch die Arbeitsbedingungen der Mitarbeiter so gestaltet werden, dass dauerhafter Stress sowie Überforderung am Arbeitsplatz vermieden werden. Die „gesundheitsbezogene Achtsamkeit“ beinhaltet die aufmerksame Art, auf gesundheitsbedingte Signale und Belastungssymptome einzugehen. Die dritte sowie vierte Komponente stellt die

„gesundheitsbezogene Selbstwirksamkeit“ und „Gesundheitsvalenz“ dar, worunter die Bedeutung der Gesundheit im Vergleich zu anderen Werten gesehen wird.

Nach Felfe, Ducki und Franke (2014, S. 144) bedeutet „gesundheitsförderlich Führen“ eine angstfreie sowie wertschätzende Kommunikation und ein als positiv empfundenenes Betriebsklima im Team zu schaffen. Darüber hinaus werden Arbeitsbedingungen, die Informationsdefizite und Unterbrechungen abbauen sowie Handlungsspielräume und ergonomisch ausgestattete Arbeitsplätze ausbauen, als gesundheitsförderlich gesehen. Ergänzend wird Führung als Vorbildfunktion durch die Führungskraft, mit Blick auf die eigene Gesundheit und die Gesundheit der Mitarbeiter, durch beispielsweise frühzeitiges Erkennen von Überlastungssymptomen sowie mit Regelungen der Arbeitszeit und Erreichbarkeit, als gesundheitsfördernd beschrieben.

Bruch und Kowalevski (2013, S. 15), die Autorinnen der sogenannten „Top Job“-Trendstudie, definieren darüber hinaus „gesunde Führung“ als einen für die Gesundheit der Mitarbeiter verantwortungsvollen Umgang der Führungskräfte, wodurch Mitarbeiter zu Leistungen motiviert und vor Stress und Erschöpfung (Bruch & Kowalevski, 2013, S. 9) bewahrt werden. Das bedeutet, dass „gesunde Führung“ von einer vertrauensvollen und unterstützenden Beziehung (Bruch & Kowalevski, 2013, S. 15; Schulze & Eidenmüller, 2013, S. 673) zwischen Führungskraft und Mitarbeiter geprägt ist.

Laut Franke, Vincent und Felfe (2011, S. 371 f.) werden drei bedeutende Möglichkeiten der Einflussnahme von „gesundheitsorientierter Führung“ unterschieden. Als ein möglicher Einflussfaktor wird eine direkte Kommunikation und Interaktion der Führungskraft gesehen. Hierbei kann die Führungskraft einen wesentlichen Einfluss auf die Mitarbeiter nehmen, indem sie die Gesundheit und das Wohlbefinden durch einen wertschätzenden, unterstützenden Umgang sowie eine Beteiligung der Mitarbeiter (Franke, Vincent & Felfe, 2011, S. 371) positiv fördert. Eine weitere Möglichkeit wird in der indirekten, auf die Arbeitsgestaltung und das Arbeitsumfeld auswirkenden Einflussnahme (Franke, Vincent & Felfe, 2011, S. 371 f.) gesehen, sodass „gesunde“ Arbeitsbedingungen geschaffen werden, die arbeitsbedingte Belastungen abbauen und gesundheitsförderliche Ressourcen aufbauen. Als dritter möglicher Einflussfaktor sehen Franke, Vincent und Felfe

(2011, S. 372) die Motivation der Mitarbeiter zu gesundheitsförderlichem Verhalten durch die Vorbildfunktion der Führungskraft. Entscheidend ist dabei, inwiefern gesundheitsförderliches Handeln umgesetzt wird und glaubwürdig erscheint. Achten Führungskräfte auf die eigene Gesundheit und wirken authentisch (Franke, Vincent & Felfe, 2011, S. 372), hat dies positive Auswirkungen auf die Mitarbeiter. Nach Schulze & Eidenmüller (2013, S. 664) wird „gesunde Führung“ in einem Spannungsfeld zwischen den Arbeitsbedingungen, den Mitarbeitern sowie der Führungskraft gesehen, welches in der folgenden Grafik verdeutlicht wird (siehe Abb. 3).

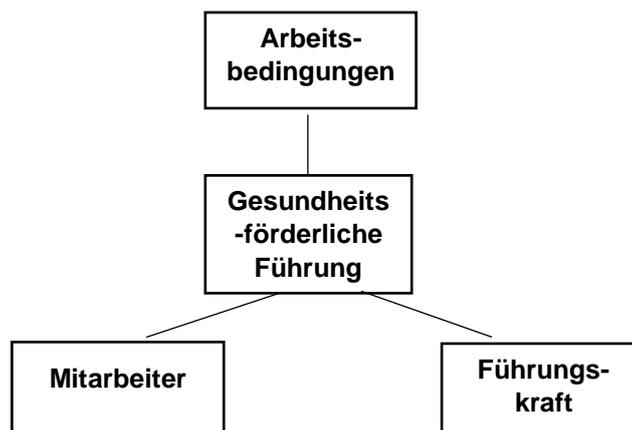


Abbildung 3: Kontext Gesundheitsförderlicher Führung (eigene Darstellung, in Anlehnung an Schulze und Eidenmüller, 2013, S. 664)

In der Abbildung werden drei Komponenten von „gesundheitsförderlicher Führung“ im Unternehmen betont. Die Arbeitsbedingungen sind geprägt durch Führungskräfte, die ihre Mitarbeiter unterstützen und Handlungsspielräume offen lassen sowie Kompetenzen der Mitarbeiter (Schulze & Eidenmüller, 2013, S. 673) fördern. Darüber hinaus wird ein wertschätzender Umgang sowie eine vertrauensvolle Kommunikation (Schulze & Eidenmüller, 2013, S. 673) zwischen den Mitarbeitern und der Führungskraft gepflegt. Als dritter Aspekt tragen die Persönlichkeit sowie die sozialen Umstände des Mitarbeiters zur Gesundheitsförderung bei.

Wird „gesunde Führung“ auf organisatorischer Ebene betrachtet, bezeichnen Badura, Ritter und Scherf (1999, S. 46) eine Organisation als „gesund“, die eine kunden- sowie mitarbeiterfreundliche Gestaltung des Führungsstils, der Arbeitsorganisation und Organisationskultur nachweisen, Unternehmensziele

effektiv und effizient verfolgen sowie die eigene Gesundheit als auch die Gestaltung der Arbeit und Organisation integrieren.

Aus den Definitionsansätzen lässt sich herleiten, dass „gesunde Führung“ sehr komplex ist und aus mehreren „gesundheitsförderlichen“ Merkmalen besteht, die sich gegenseitig beeinflussen und zur Gesundheitsförderung beitragen.

3.5 Einflussfaktoren der „gesunden Führung“

Aus der Literatur lassen sich wesentliche Einflussfaktoren von „gesunder Führung“ nachweisen. Im Folgenden wird auf zwei Einflussfaktoren näher eingegangen, die unmittelbar Auswirkungen auf die Zufriedenheit und das Wohlbefinden der Mitarbeiter am Arbeitsplatz haben.

3.5.1 Einflussfaktor Führungsverhalten

Führungskräfte nehmen grundsätzlich auf unterschiedliche Weise Einfluss auf die Mitarbeiter. Forscher haben mittels der sogenannten „Ohio-Studien“ herausgefunden, dass es einen mitarbeiterorientierten und aufgabenorientierten Führungsstil (Kauffeld, Ianiro & Sauer, 2014, S. 75) gibt. Vorgesetzte, die mitarbeiterorientiert führen, pflegen einen wertschätzenden, den Mitarbeiter stärkenden Umgang bei der Arbeit und geben den Mitarbeitern die Möglichkeit Vorschläge einzubringen. Im Gegensatz dazu halten Vorgesetzte, die aufgabenorientiert führen (Kauffeld, Ianiro & Sauer, 2014, S. 75), arbeitsbedingte Rahmenbedingungen wie feste Termine und Standards, für bedeutsam und organisieren die Arbeit, beispielsweise hinsichtlich fester Rollenverteilungen in der Gruppe, sodass den Mitarbeitern Aufgaben zugeteilt werden. Führungskräfte nehmen sowohl direkt als auch indirekt Einfluss auf ihre Mitarbeiter. So können sie direkt durch Gespräche, Anerkennung und Wertschätzung auf die Mitarbeiter Einfluss nehmen oder indirekt durch organisatorische Rahmenbedingungen der Einrichtung.

Vor allem wirkt sich das personale Führungsverhalten auf die Mitarbeitergesundheit aus. Dies bestätigten Gregersen et al. (2011, S. 9) sowie Gregersen, Vincent-Höper und Nienhaus (2013, S. 29) in ihrer Studie über Führungsverhalten und Gesundheit. Es konnte nachgewiesen werden (Gregersen et al., 2011, S. 9), dass die soziale Unterstützung der Führungskräfte sowie Wertschätzung im Umgang mit den Mitarbeitern als gesundheitsförderlich gesehen wird, was Auswirkungen auf die

Zufriedenheit der Mitarbeiter hat. Die Bereitschaft zur Mitbestimmung und Beteiligung sowie die Anerkennung von erbrachten Leistungen der Mitarbeiter wirken sich ebenfalls förderlich auf das Wohlbefinden aus. Darüber hinaus wird eine direkte Kommunikationsweise (Gregersen et al., 2011, S. 9) mit den Mitarbeitern als gesundheitsförderliche Ressource angesehen. Eine Studie zur Mitarbeiterbefragung der Bertelsmann Stiftung (Netta, 2009, S.75) konnte Führungsverhalten als entscheidenden Antriebsfaktor für die Gesundheit bestätigen. Mitarbeiter, die sich am Arbeitsplatz überlastet und „schlecht“ geführt fühlen, geben zu einem Anteil von 14 Prozent an, dass sich das Unternehmen für die Gesundheit einsetzt. Sind die Mitarbeiter hinsichtlich der Arbeitslast und Führung zufrieden, bestätigen 90 Prozent aller Befragten am Arbeitsplatz (Netta, 2009, S. 75), dass Wert auf den Schutz ihrer Gesundheit gelegt wird. Des Weiteren konnte Forschungsergebnissen zufolge (Judge & Piccolo, 2004, S. 759 f.; Kauffeld & Schermuly, 2014, S. 199) der größte positive Einfluss durch „Transformationale Führung“ erreicht werden, wodurch diese Führung als „gesundheitsförderlicher Führungsansatz“ bestätigt wurde.

3.5.2 Einflussfaktor Motivation durch Vorbildfunktion

Führungskräfte tragen durch ihre Vorbildfunktion wesentlichen Einfluss zur Motivation ihrer Beschäftigten bei. Sie agieren als Vorbilder (Bruch & Kowalevski, 2013, S. 15; Felfe & Ducki, 2011, S. VII) hinsichtlich des eigenen Bewusstseins im Umgang mit der Gesundheit. Dabei ist von Bedeutung, inwiefern die Führungskraft einen gesundheitsförderlichen Umgang mit der eigenen Gesundheit pflegt. Darüber hinaus motivieren gesundheitsförderliche Führungskräfte ihre Mitarbeiter zu Leistungen und fühlen sich verantwortlich, sie vor Stress und Erschöpfung (Bruch & Kowalevski, 2013, S. 9) zu bewahren.

Neben dem personalen Führungsverhalten, wirken sich auch andere Faktoren wie die Rahmenbedingungen (Gregersen, Vincent-Höper & Nienhaus, 2013, S. 36) auf die Gesundheit der Mitarbeiter aus, die erst die Voraussetzungen für eine „gesunde Führung“ darstellen.

4. Arbeitszufriedenheit

4.1 Theorien zu Arbeitszufriedenheit

Arbeitszufriedenheit als konzeptioneller Ansatz liegt unterschiedlichen Theorien zugrunde. Im Rahmen dieser Arbeit werden drei theoretische Modelle der Arbeitszufriedenheit vorgestellt. Nach Neuberger (1974, S. 141) wird Arbeitszufriedenheit anhand von vier Konzeptionen definiert: bedürfnisorientierte, anreiztheoretische, kognitive und humanistische Konzeptionen. Bedürfnisorientierte Konzeptionen gehen von der Aufrechterhaltung eines Gleichgewichtszustands aus, mit dem Ziel, einen bedürfnisbefriedigenden Zustand herzustellen. Die anreiztheoretische Konzeption geht davon aus, dass das Individuum Freude erhöhen und Unlust reduzieren möchte. Kognitive Konzeptionen beschäftigen sich mit der rationalen Verhaltenskomponente, in der der Mensch bestrebt ist, sich im Vorfeld auf zukünftige Entwicklungsprozesse einzustellen. Als vierte Kategorie nennt Neuberger (1974, S. 141) die humanistische Konzeption, die das Individuum als nach Sinnerfüllung und Selbstverwirklichung strebenden Menschen ansieht.

Im Folgenden werden drei für die Arbeitszufriedenheit typische Modelle von Herzberg, Mausner und Snyderman, Bruggemann sowie Hackman und Oldham erläutert, bei denen deutliche Zusammenhänge zwischen Arbeitszufriedenheit und Arbeitsmotivation bestehen.

4.1.1 „Zwei-Faktoren-Theorie“ nach Herzberg

Im Jahre 1959 wurde die „Zwei-Faktoren-Theorie“ von Herzberg und seinen Mitarbeitern Mausner und Snyderman (1959, S. 113 ff.) entwickelt. Er führte eine Studie durch, in der die Mitarbeiter nach Arbeitssituationen, in denen sie sehr zufrieden sowie unzufrieden waren (Herzberg, Mausner & Snyderman, 1959, S. 20), befragt wurden. Diese Theorie gehört nach Neuberger (1974, S. 119) zu den humanistischen Konzeptionen. Es werden „Zwei Faktoren“ deutlich (Herzberg, Mausner & Snyderman, 1959, S. 113 ff): Motivatoren und Hygienefaktoren. Unter Motivatoren werden die auf die Zufriedenheit der Beschäftigten und unter Hygienefaktoren die auf die Unzufriedenheit der Beschäftigten, wirkenden Faktoren verstanden. Demnach wird Arbeitszufriedenheit und -unzufriedenheit durch zwei verschiedene Faktoren bedingt.

Zu den Motivatoren (Herzberg, Mausner & Snyderman, 1959, S. 114 f.) zählen Leistung, Verantwortung und Anerkennung. Somit beziehen sich diese intrinsischen Faktoren (Kauffeld & Schermuly, 2014, S. 196) auf den Arbeitskontext. Unter Hygienefaktoren (Herzberg, Mausner & Snyderman, 1959, S. 113) werden Unternehmenspolitik, zwischenmenschliche Beziehungen, Gehalt, Arbeitsbedingungen und Arbeitsplatzsicherheit verstanden. Diese zählen zu den extrinsischen Faktoren (Kauffeld & Schermuly, 2014, S. 196) und beziehen sich auf den Arbeitskontext. Im Allgemeinen bezeichnet der Hygienebegriff (Herzberg, Mausner & Snyderman, 1959, S. 113) das Beseitigen von krankheitserregenden Faktoren, um das Entstehen von Erkrankungen zu verhindern. Im übertragenen Sinn wird mit Hygienefaktoren das Verhindern von Arbeitsunzufriedenheit verstanden.

Zusammenfassend lässt sich sagen, dass die „Zwei-Faktoren-Theorie“ intrinsische und extrinsische Faktoren hervorhebt, die sowohl Arbeitszufriedenheit und Arbeitsunzufriedenheit auslösen.

4.1.2 „Züricher Modell der Arbeitszufriedenheit“ nach Bruggemann

Das „Züricher Modell der Arbeitszufriedenheit“ wurde von Bruggemann 1976 (Bruggemann, 1976, S. 71 ff.; Bruggemann, Groskurth & Ulich, 1975, S. 132 ff.) entwickelt. Es beschreibt das Entstehen von Arbeitszufriedenheit und Arbeitsunzufriedenheit als motivationsdynamischen Prozess (Bruggemann, 1976, S. 71) und unterteilt in mehrere Arten von Arbeitszufriedenheit und Arbeitsunzufriedenheit.

Die Basis ist ein Soll-Ist-Vergleich (Bruggemann, Groskurth & Ulich, 1975, S. 132 ff.) der eigenen Erwartungen und Bedürfnisse mit der tatsächlichen Arbeitssituation in der Praxis. Bei einem positiven Soll-Ist-Vergleich tritt ein Zustand der Befriedigung, Entlastung und Stabilisierung ein, in dem sich das Anspruchsniveau erhöht oder gleichbleibt. Je nachdem wird in zwei verschiedene Formen unterschieden: Die stabilisierte Arbeitszufriedenheit (gleichbleibender Anspruch des Mitarbeiters) und die progressive Arbeitszufriedenheit (Anspruchserweiterung des Mitarbeiters). In Bezug auf den Motivationsaspekt kennzeichnet die stabilisierte Arbeitszufriedenheit das Streben nach der Erhaltung von befriedigenden

Arbeitssituationen. Bei einem negativen Soll-Ist-Vergleich (Bruggemann, Groskurth & Ulich, 1975, S. 133 ff.) im Falle einer „Nicht-Befriedigung“, geht man von einer Destabilisierung aus, die als „diffuse Unzufriedenheit“ bezeichnet wird. Bei gleichbleibendem Anspruchsniveau kann es zu einer Pseudo-Arbeitszufriedenheit (Verfälschung der Situationswahrnehmung durch unbefriedigende Arbeitssituationen), fixierten Arbeitsunzufriedenheit (keine Situationsänderung) und konstruktiven Arbeitsunzufriedenheit (Motivation zu Lösungsversuchen zur Veränderung der Situation) kommen.

Wird die Lösung der Situation durch eine Senkung des Anspruchsniveaus erreicht, so kann es im Folgenden zu einer „positiven“ Arbeitszufriedenheit durch eine Reduktion des Soll-Wertes kommen. In dem Zusammenhang wird von Resignation gesprochen, sodass diese Form als resignative Arbeitszufriedenheit bezeichnet wird. In der empirischen Forschung konnte neben der Arbeitszufriedenheit der Faktor „Resignation“ (Semmer & Udris, 2007, S. 170) als bedeutend nachgewiesen werden. Die resignative Arbeitszufriedenheit (Senkung des Anspruchsniveaus) dient dazu, eine mögliche Lösung für nicht übereinstimmende Ergebnisse in der Arbeitszufriedenheitsforschung begründen zu können, zum Beispiel trifft dies zu, wenn Beschäftigte ihre Arbeit nicht als ideal bezeichnen (Bruggemann, 1976, S. 72), aber andere Arbeiten als noch schlimmer empfinden.

4.1.3 „Job Characteristics Model“ nach Hackman und Oldham

Das „Job Characteristics Model“ wurde von Hackman und Oldham (1980, S. 60) entwickelt. Es beschreibt Merkmale der auf der Arbeit auszuführenden Tätigkeiten sowie Prozesse, die für die Arbeitszufriedenheit bedeutend sind. Es werden drei psychologische Grundvoraussetzungen, um Arbeitszufriedenheit und intrinsische Motivation zu erreichen, unterschieden: Die Tätigkeit sollte als bedeutend für die Organisation angesehen werden. Darüber hinaus sollten sich die Mitarbeiter für die Tätigkeiten und Leistungsergebnisse verantwortlich fühlen und vor allem über die Ergebnisse ihrer Tätigkeiten Bescheid wissen. Für diese Voraussetzungen sind unterschiedliche Aufgabenmerkmale verantwortlich (siehe Abb. 4).

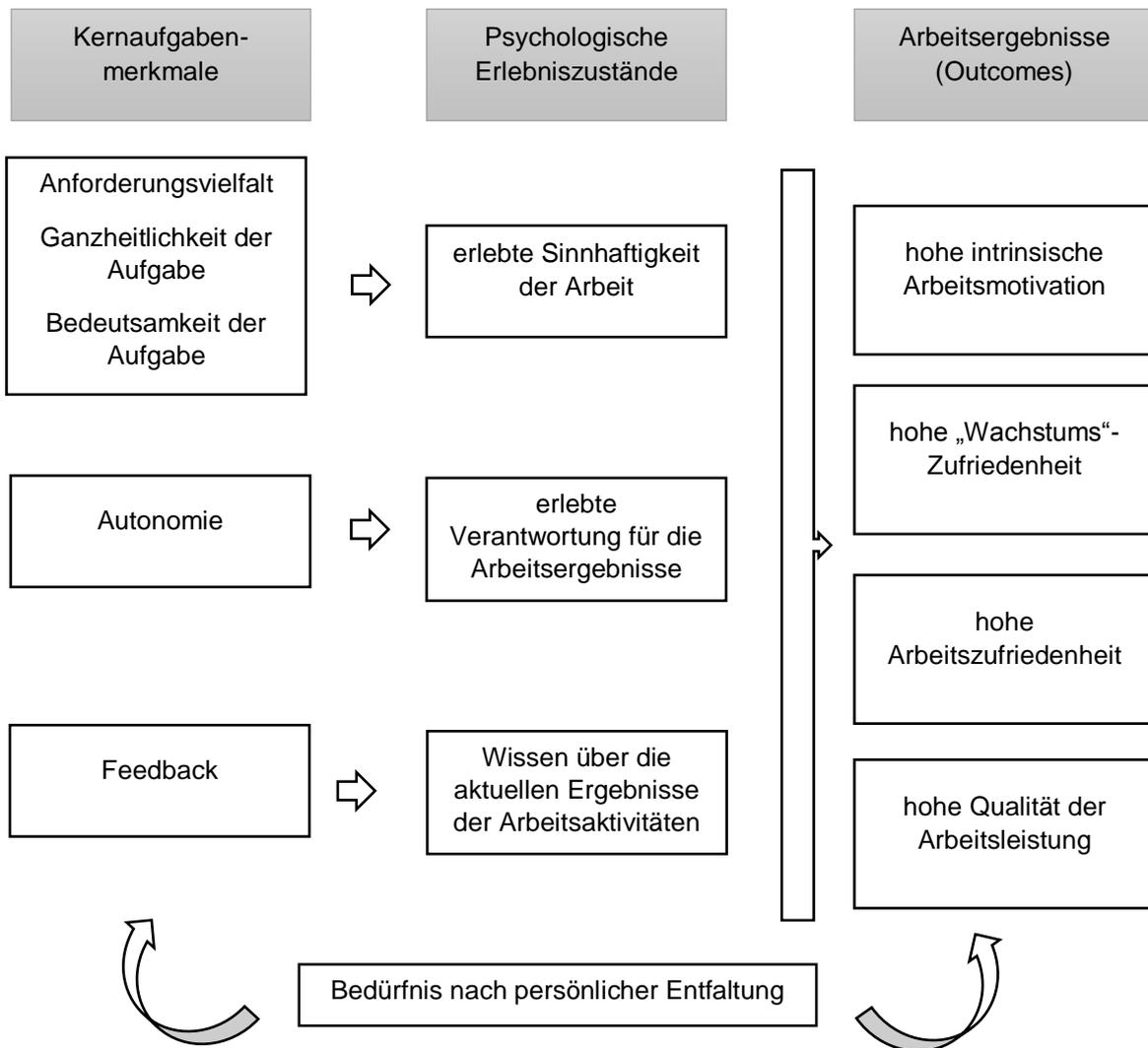


Abbildung 4: "Job Characteristics Model" (eigene Darstellung, in Anlehnung an Hackman und Oldham, 1980, S. 90; Nerdinger, 2011, S. 398)

So lassen sich fünf Merkmale betrachten (Hackman & Oldham, 1980, S.77 ff.): Ein Merkmal ist insofern die „Anforderungsvielfalt“ (Hackman & Oldham, 1980, S. 78), als dass die Arbeitsaufgaben möglichst viele verschiedene Fähigkeiten der Beschäftigten miteinschließen. Die „Ganzheitlichkeit“ (Hackman & Oldham, 1980, S. 78) als weiteres Merkmal definiert das Ausmaß der Bewältigung einer von Beginn an bis zum Ende auszuführenden Arbeitsaufgabe durch den Beschäftigten, wohingegen die „Bedeutsamkeit“ (Hackman & Oldham, 1980, S. 79) der Arbeitsaufgabe, die Auswirkungen der Tätigkeit für die eigene Person, die unmittelbar der Organisation zugehörigen Personen sowie die Allgemeinheit miteinschließt.

Die „Autonomie“ als viertes Aufgabenmerkmal ist gegeben, wenn die Arbeitsaufgabe von den Mitarbeitern eigenständig bearbeitet und Ziele festgelegt

werden. Die autonome Arbeitsweise (Hackman & Oldham, 1980, S. 79 f.) steigert das Selbst- und Verantwortungsbewusstsein der Mitarbeiter. Das fünfte Merkmal ist die „Rückmeldung“ von Aufgaben, um den Beschäftigten die Wirksamkeit der Arbeitsergebnisse mitzuteilen sowie potenzielle Fehler zu korrigieren.

Während die Merkmale „Autonomie“ und „Rückmeldung“ unabhängig voneinander gesehen werden, beeinflussen sich „Anforderungsvielfalt“, „Ganzheitlichkeit“ und „Bedeutsamkeit“ (Hackman & Oldham, 1980, S. 81) gegenseitig. Alle Merkmale wirken sich auf die Arbeitszufriedenheit, Arbeitsmotivation sowie Arbeitsleistung positiv aus (siehe Abb. 4). Diesbezüglich spielt das „Bedürfnis nach persönlicher Entfaltung“ (Nerdinger, 2011, S. 399) eine wichtige Rolle, weil es wiederum Auswirkungen auf die Aufgabenmerkmale hat. Hat ein Mitarbeiter ein großes Bestreben sich persönlich entfalten zu wollen (Nerdinger, 2011, S. 399), würden Aufgabenmerkmale und Auswirkungen auf die Motivation in engem Zusammenhang stehen. Bei niedrigem Bedürfnis wäre dies nicht der Fall.

4.2 Relevanz und Ansatzpunkte

Arbeitszufriedenheit ist eines der meist beforschten Begriffe (Nerdinger, 2011, S. 395) im Bereich der Arbeits- und Organisationspsychologie. Arbeitszufriedenheit definiert einen Zustand der Zufriedenheit in Bezug auf ein bestehendes Arbeitsverhältnis. Das aus dem Englischen übersetzte „job satisfaction“ versteht unter Arbeitszufriedenheit eine Haltung (Bruggemann, Groskurth & Ulich, 1975, S. 19), die das Arbeitsverhältnis mit allen Beurteilungsdimensionen von „zufrieden“ bis „unzufrieden“ einschließt. Aus persönlicher Perspektive wird Arbeitszufriedenheit als menschliches Ziel gesehen, das die Beschäftigten im Beruf anstreben. Aus organisatorischer Perspektive (Kauffeld & Schermuly, 2014, S. 194) wird Arbeitszufriedenheit angestrebt, um hohe Fehlzeiten und Arbeitskräftewechsel zu vermeiden sowie eine Leistungssteigerung der Mitarbeiter zu erreichen. Aus gesellschaftlicher Sicht kann Arbeitszufriedenheit ein Faktor für Akzeptanz (Kauffeld & Schermuly, 2014, S. 194) sein, wohingegen eine vorherrschende Unzufriedenheit (Kauffeld & Schermuly, 2014, S. 194) unter den Beschäftigten zu Konflikten führen wird. Somit kommen Kauffeld & Schermuly (2014, S. 194) zu der Auffassung, dass Arbeitszufriedenheit all das umfasst, was die Menschen hinsichtlich ihres Berufes für Gedanken und Gefühle entwickeln, wobei Arbeitszufriedenheit den Grad der Zufriedenheit oder Unzufriedenheit des Berufs definiert.

Six und Felfe (2004, S. 603 f.) definieren Arbeitszufriedenheit als Einstellung, die seelische Reaktion auf und Meinung über den Beruf sowie der Wille, sich auf der Arbeit in einer bestimmten Art zu verhalten. Darüber hinaus wird Arbeitszufriedenheit (Six & Felfe, 2004, S. 604) als zentrale Voraussetzung für die allgemeine Zufriedenheit und damit zusammenhängend für die physische und psychische Gesundheit gesehen. Geht man auf die Anfänge der Arbeitszufriedenheitsforschung zurück wird Arbeitszufriedenheit unter dem Aspekt betrachtet, dass zufriedene Mitarbeiter mehr Leistung bringen. Damit wird Arbeitszufriedenheit in Bezug auf die Annahme, dass Mitarbeiter immer dann am Arbeitsplatz zufrieden sind (Neuberger, 1974, S. 140 ff.), wenn die eigenen Wünsche und Bedürfnisse erfüllt werden, als Motivationsbegriff gesehen. Aus psychologischer Sicht lässt sich ergänzen, dass sich einerseits Motivationsprozesse auf die Leistung im Unternehmen und andererseits auf die eigene Person (Nerdinger, 2014, S. 728) auswirken, weil sich eine allgemeine Zufriedenheit am Arbeitsplatz positiv auf das Wohlbefinden der Beschäftigten auswirkt. Wird Arbeitszufriedenheit als Einstellung der Mitarbeiter wahrgenommen, lassen sich zwei Formen (Nerdinger, 2011, S. 395) unterscheiden: die globale Zufriedenheit, die die gesamte Situation einschließt oder die Facetten der Arbeitszufriedenheit, die jeweils einzelne Bereiche der Arbeit wie Bezahlung, Kollegen oder Aufstiegsmöglichkeiten betrachten. So ist es durchaus möglich, dass Mitarbeiter in den verschiedenen Facetten sowohl zufrieden als auch unzufrieden (Kauffeld & Schermuly, 2014, S. 195) mit ihrer Arbeit sind.

4.3 Einflussfaktoren der Arbeitszufriedenheit

In der Forschung konnten unterschiedliche, auf die Arbeitszufriedenheit einflussnehmende, Faktoren nachgewiesen werden. Diese Einflussfaktoren werden auch als Antezedenzen (Kauffeld & Schermuly, 2014, S. 198 f.) bezeichnet.

4.3.1 Einflussfaktor Führungsverhalten

Einen wesentlichen Einflussfaktor stellt das Verhalten von Führungskräften dar, das sich sowohl positiv als auch negativ auf die Zufriedenheit der Mitarbeiter auswirkt. In der von Gregersen et al. (2011, S. 9) sowie Gregersen, Vincent-Höper und Nienhaus (2013, S. 29 f.) durchgeführten Studie konnte bestätigt werden, dass das personale Führungsverhalten als Ressource und als Stressor auf die Gesundheit der Mitarbeiter wirken kann. Hierbei wird soziale Unterstützung, Anerkennung und

Wertschätzung als mögliche Ressourcen der Mitarbeiter hervorgehoben. Darüber hinaus werden Möglichkeiten der Mitbestimmung und Beteiligung sowie eine direkte Kommunikation mit den Mitarbeitern als gesundheitsförderlich bestätigt. Als mögliche Stressoren lassen sich Ungeduld der Führungskräfte, ausgeübter Druck auf die Mitarbeiter sowie ein unvollständiges Konfliktmanagement nachweisen.

4.3.2 Einflussfaktoren Empowerment, Alter und Persönlichkeitsfaktoren

Der Einflussfaktor Empowerment wirkt sich ebenfalls auf die Arbeitszufriedenheit aus. In dem Zusammenhang wird darunter die Überzeugung der Mitarbeiter hinsichtlich der beruflichen Rolle sowie deren Arbeitserfahrungen (Kauffeld & Schermuly, 2014, S. 199) verstanden. Einen positiven Zusammenhang bestätigten Ning et al. (2009, S. 2646) in ihrer durchgeführten Studie über die Auswirkungen von Empowerment auf die Arbeitszufriedenheit bei Pflegefachkräften. Ein weiterer Einflussfaktor stellt das „Alter“ der Beschäftigten dar. In der Regel nimmt mit steigendem Alter die Arbeitszufriedenheit der Beschäftigten zu. Mögliche Gründe für einen positiven Zusammenhang seien auf eine bessere berufliche Position zurückzuführen (Kauffeld & Schermuly, 2014, S. 199), wodurch die Mitarbeiter ein höheres Gehalt oder eine höhere berufliche Anerkennung erreicht haben. Persönlichkeitsfaktoren der Beschäftigten nehmen ebenfalls Einfluss auf die Arbeitszufriedenheit. So konnten Judge und Bono (2001, S. 83) in ihrer durchgeführten Studie nachweisen, dass Persönlichkeitsfaktoren wie „Selbstwirksamkeit“, „interne Kontrollüberzeugung“, „Selbstwertgefühl“ sowie „emotionale Stabilität“ die Arbeitszufriedenheit positiv beeinflussen können. Neben den Antezedenzen sind mit Arbeitszufriedenheit auch gewisse Konsequenzen (Kauffeld & Schermuly, 2014, S. 200), die Auswirkungen auf die Gesundheit, Fluktuation sowie auf die organisationale Bindung der Mitarbeiter nehmen, verbunden.

4.4 beeinflussende Faktoren der Arbeitszufriedenheit bei Pflegefachkräften

Die Arbeitszufriedenheit von Pflegefachkräften wird durch unterschiedliche Einflussfaktoren wie aus der Tätigkeit bedingte, belastende und fördernde Faktoren (siehe Abb. 5) sowie organisatorische Rahmenbedingungen, beeinflusst.

In der größten im deutschen Raum durchgeführten NEXT-Studie (Simon et al., 2005, S. 44) zu den Belastungen und Ressourcen der Pflegekräfte, konnten zwischen organisatorischen, wie Unternehmensbindung sowie sozialen Bedingungen, wie Führungsqualität und soziale Unterstützung, korrelative Zusammenhänge zur Arbeitszufriedenheit bestätigt werden. Des Weiteren wurden arbeitsinhaltliche Belastungen in der Pflege als wesentlicher Einflussfaktor nachgewiesen. Die von Wissenschaftlern der Leuphana Universität Lüneburg durchgeführte Studie (Remdisch, Horstmann & Eckerth, 2013, S. 11) betont den knappen Personalschlüssel sowie den großen Dokumentationsaufwand als stärkste wahrgenommene Belastungen unter den Pflegefachkräften. Ein Großteil gibt an, dass sie als Pflegekräfte zu viele Pflegekunden in der Versorgung betreuen müssen und im Alltag überfordert sind. Spannungen am Arbeitsplatz (Remdisch, Horstmann & Eckerth, 2013, S. 11) werden ebenfalls als belastend empfunden. Generell können arbeitsinhaltliche Bedingungen nicht nur belastend auf die Mitarbeiter wirken, sondern auch fördernd, wodurch die Zufriedenheit der Beschäftigten positiv beeinflusst wird. Als förderlich wird gesehen (Remdisch, Horstmann & Eckerth, 2013, S. 11), dass die Pflegefachkräfte ihre Tätigkeiten für sinnvoll, abwechslungsreich und interessant halten. Darüber hinaus haben die Pflegefachkräfte wenig bis keine Angst ihren Arbeitsplatz zu verlieren. Als weiterer Faktor wird von den Befragten zu 67 Prozent angegeben, dass sie häufig Unterstützung von Kollegen erfahren.

In der folgenden Grafik werden die unterschiedlichen Variablen verdeutlicht, die auf die Pflegekräfte hinsichtlich Arbeitszufriedenheit, Fluktuationsneigung, Krankenstand, Commitment sowie Pflegequalität Einfluss nehmen. So wird in organisatorische, arbeitsinhaltliche, soziale, informatorische und umgebungsbedingte Bedingungen sowie in Rahmenbedingungen unterschieden.

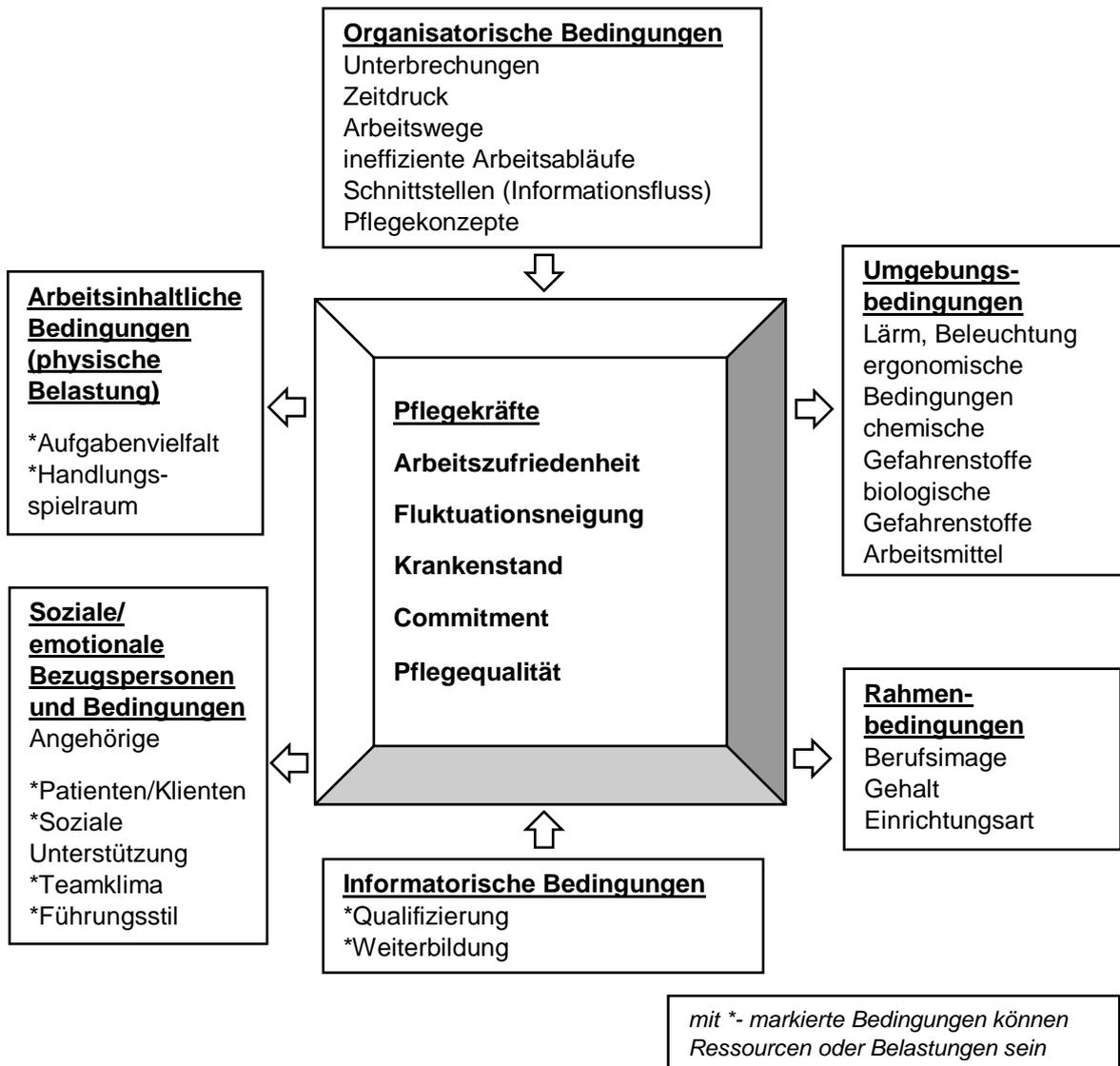


Abbildung 5: Einflussvariablen auf die Pflegekräfte (eigene Darstellung, in Anlehnung an Kunze, 2011, S. 598)

Hinsichtlich der allgemeinen Arbeitszufriedenheit konnte laut den Ergebnissen des DAK-BGW Gesundheitsreportes (Grabbe et al., 2006, S. 18) nur von einem Drittel (32, 5 Prozent) der Befragungsteilnehmer bestätigt werden, dass sie sehr zufrieden mit ihrer Arbeit sind. Jeder Vierte gibt an, mit den Rahmenbedingungen in der Pflege unzufrieden zu sein.

Zusammenfassend lässt sich sagen, dass Pflegefachkräfte unterschiedlichen Einflussfaktoren ausgesetzt sind, die sich belastend aber auch förderlich auf die Arbeitszufriedenheit auswirken können. Da die Zufriedenheit am Arbeitsplatz eine Empfindung des Mitarbeiters und damit subjektiv ist, wird der Grad der Zufriedenheit oder Unzufriedenheit individuell von jedem Mitarbeiter unterschiedlich wahrgenommen.

5. Ambulante Pflege

Laut der Pflegestatistik 2013 (Statistisches Bundesamt, 2015, S. 7) gibt es derzeit rund 2,6 Millionen Pflegebedürftige in Deutschland, von denen 1,86 Millionen (71 Prozent) zu Hause versorgt werden. Durch ambulante Pflegeeinrichtungen werden 616.000 Pflegebedürftige betreut. Die Tendenz ist steigend. Im Vergleich zu 2011 werden 6,9 Prozent (Statistisches Bundesamt, 2015, S. 7) mehr Pflegebedürftige ambulant versorgt. Insgesamt sind 320.000 aller Pflegekräfte in ambulanten Pflegediensten tätig, von denen 57 Prozent der Pflegekräfte eine Ausbildung zum Gesundheits- und Krankenpfleger, Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger oder Altenpfleger absolviert haben. Im Folgenden wird auf die für die ambulante Pflege, geltenden Rahmenbedingungen näher eingegangen.

5.1 Rahmenbedingungen in der ambulanten Pflege

Gemäß dem Sicherstellungsauftrag (§12 SGB XI, S. 18) sind die Pflegekassen verpflichtet, eine bedarfsgerechte und kontinuierliche Versorgung für die Versicherten zu gewährleisten. Aufgrund dessen schließen die Pflegekassen Versorgungsverträge und Vergütungsverhandlungen (§72 SGB XI, S. 72 f.) ab. Der Versorgungsvertrag wird zwischen den Pflegeeinrichtungen sowie den Landesverbänden der Pflegekassen geschlossen, welche mit den Vereinigungen der Träger ambulanter Einrichtungen einheitliche Rahmenverträge (§ 75 SGB XI, S. 64 f.) schließen. Die Erbringung der Dienstleistungen wird durch die Einrichtung sichergestellt. Hinsichtlich des Leistungsangebotes bieten die meisten ambulanten Pflegedienste dabei „häusliche Krankenpflegeleistungen“ der Krankenversicherung im Rahmen des SGB V sowie „Leistungen der Pflegeversicherung“ (Statistisches Bundesamt, 2015, S. 10) im Rahmen des SGB XI an, wobei von dem Pflegepersonal 69 Prozent der Leistungen im Bereich der Grundpflege erbracht werden. Darüber hinaus werden Sozialhilfeleistungen nach dem SGB XII, Beratungsleistungen für Pflegebedürftige und Angehörige, hauswirtschaftliche Versorgungsleistungen wie kleine Besorgungen sowie Hilfeleistungen bei der Gestaltung des Alltags (BMG, 2016), in Form von Betreuungsleistungen gemäß § 45b (SGB XI, S. 45 f.), in das Leistungsspektrum des Pflegedienstes aufgenommen.

Im Rahmen der Pflegeversicherung (SGB XI, S. 34 ff.) wird in der ambulanten Pflege zwischen drei grundsätzlichen Leistungsarten unterschieden: Pflegegeld für

selbstbeschaffte Pflegehilfen (§ 37 SGB XI, S. 35 f.), Pflegesachleistungen (§ 36 SGB XI, S. 34 f.) oder Kombinationsleistungen (§38 SGB XI, S. 37). Neben den genannten Leistungen gewährt die Pflegeversicherung unabhängig vom Setting Leistungen der Verhinderungspflege (§39 SGB XI, S. 37 f.), Tages- und Nachtpflege (§ 41 SGB XI, S. 39), Kurzzeitpflege (§ 42 SGB XI, S. 40) und vollstationären Pflege (§ 43 SGB XI, S. 40). Die Summe der gesetzlich festgeschriebenen Höchstbeträge für die Finanzierung der Leistung (§89 SGB XI, S. 74 f.) ist je nach Pflegestufe sowie eingeschränkter Alltagskompetenz (§45a SGB XI, S. 44) unterschiedlich hoch. Werden Sachleistungen nur teilweise in Anspruch genommen (SGB XI, S. 37), erhält der Pflegebedürftige ein anteiliges Pflegegeld zurück. Nimmt der Pflegebedürftige viele Sachleistungen in Anspruch (Hielscher et al., 2013, S. 89), reduziert sich dementsprechend das Pflegegeld oder der Pflegebedürftige muss eine Zuzahlung leisten. In welcher Form die angebotenen Leistungen von den Pflegebedürftigen in Anspruch genommen werden, bleibt ihnen überlassen. So unterscheidet man (§89 SGB XI, S. 74 f.) in Zeitkontingente, wodurch für den Pflegebedürftigen eine gewisse Zeit festgelegt wird und in Leistungskomplexe, wodurch der Pflegebedürftige die Leistungen erhält, die er beim Pflegedienst „eingekauft“ hat. Für die Abrechnung sind Gebührenordnungen (§ 90 SGB XI, S. 75) des Bundesministeriums für Gesundheit geltend, die für einzelne Leistungen einen Preis festgelegt haben. Dabei sind die Geldbeträge für die Pflegebedürftigen, je nach Pflegestufe und eingeschränkter Alltagskompetenz, unterschiedlich hoch. Pflegebedürftigkeit und Pflegestufen werden im Sozialgesetzbuch definiert und festgelegt. Gemäß § 14 (SGB XI, S. 19) sind pflegebedürftige Personen, die aufgrund einer körperlichen, geistigen oder seelischen Krankheit beziehungsweise Behinderung, für gewöhnliche und regelmäßig wiederkehrende Verrichtungen des täglichen Lebens dauerhaft, voraussichtlich für mindestens sechs Monate, in erheblichem oder höherem Maße (§15 SGB XI, S. 19 f.) der Hilfe bedürfen. Sie benötigen Hilfe (§ 14 SGB XI, S. 19) in den Bereichen Körperpflege (zum Beispiel Blasen-/ Darmentleerung), Ernährung (zum Beispiel Nahrungsaufnahme), Mobilität (zum Beispiel Gehen) und hauswirtschaftlichen Versorgung (zum Beispiel Reinigung der Wohnung).

Es wird in drei Pflegestufen (§ 15 SGB XI, S: 19 f.) unterschieden. Der Pflegestufe I werden Personen zugeordnet, die erheblich pflegebedürftig sind und mindestens einmal am Tag Unterstützung sowie darüber hinaus mehrmals wöchentlich hauswirtschaftliche Versorgung benötigen. Zu der Pflegestufe II zählen Personen, die schwerpflegebedürftig sind, mindestens drei Mal am Tag Unterstützung und mehrmals wöchentlich hauswirtschaftliche Versorgung brauchen. In der Pflegestufe III sind Personen eingestuft, die schwerstpflegebedürftig sind, 24 Stunden, inklusive nachts, Unterstützung benötigen und darüber hinaus mehrmals wöchentlich hauswirtschaftliche Versorgung brauchen.

Die Feststellung der Pflegebedürftigkeit und der Schweregrad der Pflegestufe werden durch den von den Pflegekassen beauftragten Medizinischen Dienst der Krankenversicherung (§ 18 SGB XI, S. 22 ff.) geprüft, indem Gutachter im Sinne des § 14 SGB XI Einschränkungen in den alltäglichen Verrichtungen oder eine mögliche Beeinträchtigung in der Alltagskompetenz (§ 45a SGB XI, S. 44 f.) feststellen sowie den Umfang und die voraussichtliche Dauer der Pflegebedürftigkeit einschätzen.

Neben den allgemeinen Rahmenbedingungen sind ambulante Pflegedienste hinsichtlich ihrer Beschäftigten an gesetzliche Anforderungen gebunden, die in Rahmenverträgen (§ 75 SGB XI, S. 64 f.) einheitlich geregelt sind. Diese beinhalten unter anderem Regelungen zu den Inhalten der Pflegeleistungen und den allgemeinen Bedingungen der Pflege, beispielsweise in Bezug auf die Kostenübernahme, Abrechnung und Regelungen zur Ausstattung der Einrichtungen. Darüber hinaus wird in dem Rahmenvertrag „häusliche Krankenpflege nach § 132 a SGBV“ (vdek, 2016) die Eignung der Mitarbeiter, spezifische pflegerische Leistungen zu übernehmen, bestimmt. So wird zum größten Teil die Behandlungspflege nur von Pflegefachkräften übernommen. Die genauen Angaben der einzelnen Leistungen, die durch Pflegefachkräfte oder Pflegehilfskräfte getätigt werden dürfen, sind im Rahmenvertrag in Leistungsgruppen unterteilt, denen Einzelleistungen zugeordnet sind.

5.2 Arbeitsbedingungen und Berufsalltag in der ambulanten Pflege

Die Arbeitsbedingungen und der Berufsalltag in der ambulanten Pflege (Grabbe et al., 2006, S. 26) heben sich deutlich von anderen Pflegesettings ab und werden durch spezifische Belastungen beeinflusst.

Die Tätigkeit findet bei den Pflegekunden vor Ort statt, sodass es keinen festen Einsatzort gibt. Die Pflegekräfte arbeiten in der Regel alleine in der Häuslichkeit und sind „zu Gast“ (Spicker & Schopf, 2007, S. 11 f.), was sich auf die zwischenmenschliche Beziehung auswirkt. Daraus könnten Belastungen aufgrund von zu hoher Erwartungshaltung der Kunden entstehen. Darüber hinaus arbeiten die Pflegefachkräfte in engem Kontakt mit den Bezugspersonen, die für die Versorgung der Pflegebedürftigen (Grüner, 2016, S. 53) zuständig sind. Ein weiteres Merkmal (Grabbe et al., 2006, S. 32., S. 144) ist der hohe Anteil an Teilzeitkräften, die im Schichtdienst arbeiten. Die Arbeit findet vorwiegend in Teilzeit statt und wird oftmals aufgrund des morgendlichen sowie abendlichen Mehrbedarfs an pflegerischer Versorgung in geteilten Diensten (Kunze, 2011, S. 600) ausgeübt. Pflegende arbeiten nach Plan in sogenannten „Touren“ (Grabbe et al., 2006, S. 26; Kunze, 2011, S. 599), sodass eine gewisse Anzahl von Pflegebedürftigen von einer Pflegekraft versorgt wird. Zwischen den Pflegekunden liegt für die Pflegekräfte eine festgelegte Fahrt- und Wegezeit (Kunze, 2011, S. 600 f.), die sie einhalten müssen, um rechtzeitig beim nächsten Kunden anzufangen. Daraus könnten Belastungen resultieren, wenn aufgrund von Staus oder Parkplatzschwierigkeiten die Zeiten nicht eingehalten werden können. Des Weiteren werden die Fahrtzeiten zwischen den zu versorgenden Pflegekunden häufig als Pausen angesehen, weil ambulante Pflegeeinrichtungen in der Regel nicht über Pausenräume verfügen (Spicker & Schopf, 2007, S. 13), sodass Erholungspausen meist nicht stattfinden. Es könnte ebenfalls zu Belastungen im Kundenkontakt kommen, wenn Leistungen zwar eingefordert (Grabbe et al., 2006, S. 27), aber nicht im Vertrag vereinbart wurden, sodass ein erhöhter Druck entsteht, weil sie sich kaum begegnen, sodass oftmals nicht gewusst wird, ob die Kollegen zusätzlich weitere Leistungen durchführen. Neben den spezifischen Arbeitsbedingungen lässt sich generell sagen, dass pflegerische Dienstleistungen gemäß dem „uno actu“ Prinzip bei Dienstleistungen (Braun & Müller, 2005, S. 131) nicht routinemäßig nach Plan durchführbar sind

(Spicker & Schopf, 2007, S. 12), wodurch Pflegefachkräfte bei jedem Einsatz mit nicht vorhersehbaren Änderungen im Pflegeprozess rechnen müssen.

Der Tätigkeitsbereich von Pflegefachkräften umfasst behandlungspflegerische, häusliche Krankenpflege Leistungen nach dem § 37 SGB V, grundpflegerische Leistungen nach dem SGB XI sowie hauswirtschaftliche Leistungen und Betreuungsleistungen. Generell stellen Pflegefachkräfte die größte ambulant tätige Berufsgruppe (Hielscher et al., 2013, S. 91) dar. Gründe für den hohen Fachkräfteanteil könnten auf die im Rahmenvertrag festgelegten Tätigkeitsbereiche zurückzuführen sein, nach denen die Behandlungspflege überwiegend von Pflegefachkräften übernommen wird. Darüber hinaus übernehmen sie aufgrund ihrer selbstständigen Arbeitsweise eine hohe Verantwortung (Hielscher et al., 2013, S. 93) in der Häuslichkeit des Pflegebedürftigen. Das Berufsbild der Gesundheits- und Krankenpfleger, Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger und Altenpfleger ist gesetzlich in der Berufsordnung für professionell Pflegende, in dem Krankenpflegegesetz (KrPflG) (BMJV, 2016b) sowie Altenpflegegesetz (AltPflG) (BMJV, 2016c) verankert. Professionell Pflegende führen im Berufsalltag unterschiedliche Tätigkeiten durch. Laut dem Deutschen Pflegerat e.V. (2004, S. 5) unterscheidet die Berufsordnung für professionell Pflegende gemäß § 2 mehrere Aufgabenkomplexe. So sind professionell Pflegende dazu verpflichtet, die Tätigkeiten gemäß dem anerkannten Stand der pflegewissenschaftlichen, medizinischen und bezugswissenschaftlichen Erkenntnisse auszuüben. Des Weiteren sind Pflegefachkräfte für die Feststellung des Pflegebedarfs, Planung, Organisation, Durchführung und Dokumentation der Pflege zuständig. Im Pflegeprozess übernehmen sie darüber hinaus die Evaluation sowie Qualität der Pflege und eine Beratungsrolle für die Pflegekunden. Sie sind für die Ausführung der ärztlich verordneten Maßnahmen zuständig, führen Maßnahmen im Bereich der Diagnostik, Therapie und Rehabilitation sowie Sofortmaßnahmen und Maßnahmen in Krisen- und Katastrophensituationen durch.

Schließlich umfassen die Arbeitsbedingungen und der Berufsalltag von Pflegekräften ein sehr weitreichendes Tätigkeitsfeld. Aufgrund der oftmals belastenden Arbeitsbedingungen sowie der hohen Verantwortung, stehen die Pflegekräfte vor der Herausforderung, den Anforderungen im Beruf gerecht zu werden, ohne die eigene Gesundheit zu vernachlässigen und selbst zu erkranken.

6. Mögliche Übertragbarkeit „gesunder Führung“ auf die Arbeitszufriedenheit professionell Pflegender

„Gesunde Führung“ ist einer der möglichen Ansätze, um die Beschäftigten langfristig gesund, motiviert und leistungsfähig im Beruf zu halten. Wird der Ansatz auf den Pflegesektor übertragen, könnte die Attraktivität des Pflegeberufes gesteigert und eine höhere Arbeitszufriedenheit unter den Pflegefachkräften erreicht werden. Wie beschrieben setzt sich „gesundheitsförderliche Führung“ (Franke & Felfe, 2011a, S. 5 f.) aus vier Komponenten zusammen, die im Folgenden auf das pflegerische Handeln im ambulanten Setting bezogen werden.

Die erste Komponente stellt das „gesundheitsorientierte Führungsverhalten“ dar, worunter eine, vor Stress und Überforderung geschützte Gestaltung der Arbeitsbedingungen verstanden wird, in denen Informationsdefizite, Unterbrechungen abgebaut sowie Handlungsspielräume (Felfe, Ducki & Franke, 2014, S. 144) ausgebaut werden. In der Pflege werden die Arbeitsbedingungen wie knappe Personalschlüssel und gestiegene Anforderungen beispielsweise durch einen vermehrten Dokumentationsaufwand (Remdisch, Horstmann & Eckerth, 2013, S. 11) als belastend wahrgenommen. Darüber hinaus steigt die Anzahl der zu versorgenden Pflegekunden pro Pflegefachkraft deutlich an. Immer mehr Pflegekunden müssen in einer Tour betreut werden, sodass Pflegekräfte im Alltag häufig überfordert sind und an ihre Belastungsgrenzen stoßen. Spannungen im Team (Remdisch, Horstmann & Eckerth, 2013, S. 11), werden ebenfalls als belastend wahrgenommen. Gründe dafür könnten auf einen mangelnden Informationsaustausch durch zu knappe Übergaben zurückzuführen sein, mit der Konsequenz, dass wichtige Informationen nicht an andere Kollegen weitergetragen werden. Somit ist es wichtig, dass Führungskräfte für die Gestaltung von „gesunden“ Arbeitsbedingungen sorgen, um stressauslösende Faktoren wie Zeitdruck, zu viele zu versorgende Pflegekunden oder fehlende Pausen zu reduzieren. Zwar müssen Pflegeeinrichtungen den wirtschaftlichen Aspekt im Auge behalten, sollten jedoch beachten, dass zu viele Kunden pro Tour sowohl die pflegerische Versorgung der Kunden als auch die Gesundheit der Mitarbeiter beeinträchtigen, was wiederum unwirtschaftlich ist. Förderlich wäre ein Ausbau von Partizipations- und Handlungsspielräumen gemäß dem „Anforderungs-Kontroll-

Modell“ (Karasek & Theorell, 1990, zit. n. Biffel et al., 2011, S. 12 f.), sodass Pflegekräfte an den Entscheidungen der Einrichtung Anteil nehmen. Des Weiteren wäre es wichtig, dass Mitarbeiter gemäß ihren Qualifikationen eingesetzt werden, um eine mögliche Unter- oder Überforderung zu vermeiden. Dies wurde durch theoretische Führungsmodelle bestätigt, nach denen monotones Arbeiten sowie fehlende Entwicklungsmöglichkeiten Auslöser für chronische Stressreaktionen sind und zu Gesundheitsproblemen führen können. Aufgrund des knappen Personalschlüssels und der häufigen Dienständerungen stellt sich die Umsetzung jedoch als schwierig dar. Hinzu kommt eine hohe Flexibilität und Einsatzbereitschaft, die von den Pflegekräften im Berufsalltag abverlangt wird, da bei kurzfristigen Ausfällen, beispielsweise im Krankheitsfall, spontan eingesprungen werden muss. Gesundheitsförderlich wären feste Regelungen bei Arbeitsausfällen, feste Pausenzeitregelungen, qualifikationsspezifische Tourenpläne und regelmäßige Zielvereinbarungsgespräche, um bereits frühzeitig Belastungen entgegen zu wirken. Darüber hinaus kann die Einführung von regelmäßigen Fallbesprechungen im Team dazu dienen, Optimierungsvorschläge anzumerken und aktiv an Entscheidungsprozessen mitzuwirken.

Würde man die zweite Komponente „gesunder Führung“, die „gesundheitsbezogene Achtsamkeit“, auf den Pflegesektor übertragen, sollten Führungskräfte für Belastungsanzeichen sensibilisiert werden. In der Pflege nimmt jedoch die Gesundheit der Mitarbeiter keinen großen Stellenwert ein. Umfragen der Leuphana Universität (Remdisch, Horstmann & Eckerth, 2013, S. 14) zufolge, interessieren sich laut Aussagen der Beschäftigten lediglich 15 Prozent der Führungskräfte für die Gesundheit ihrer Mitarbeiter. Die Führungskräfte geben in ihrer Einschätzung zu 85 Prozent an, sich für die Gesundheit der Mitarbeiter zu sorgen. Diese Diskrepanz verdeutlicht, dass Führungskräfte sich häufig ihres Einflusses auf die Gesundheit der Mitarbeiter nicht bewusst sind. Im Berufsalltag stehen Vorgesetzte vor der Herausforderung, frühzeitig Belastungssymptome ihrer Mitarbeiter wahrzunehmen, obwohl sie mit ihren Mitarbeitern häufig nur in kurzem Kontakt stehen, weil sie hauptsächlich bei den Pflegebedürftigen vor Ort tätig sind. Umso wichtiger ist es für ambulant tätige Führungskräfte ausreichende Schulungen und Fortbildungen im Rahmen der Gesundheitsförderung einzuleiten, um die Mitarbeiter rechtzeitig vor hohen Belastungen zu bewahren. Des Weiteren wären

Maßnahmen wie die Einführung fester Sprechzeiten, in denen die Führungskräfte für die Mitarbeiter zur Verfügung stehen sowie regelmäßige Gespräche und Besprechungen, in denen ein gemeinsamer Austausch stattfindet, förderlich. Die „gesundheitsbezogene Selbstwirksamkeit“ und „Gesundheitsvalenz“ als weitere Komponenten würden im Pflegesektor bedeuten, dass die Führungskräfte für die Gesundheit ihrer Mitarbeiter im Unternehmen einen, im Vergleich zu anderen Werten, höheren Stellenwert einrichten. Sie müssten dafür sensibilisiert werden, dass die Gesundheit ein wesentlicher Faktor für den Unternehmenserfolg ist. Besonders in dem belastenden Pflegeberuf ist es umso wichtiger, dass Führungskräfte für eine ausgeglichene „Work-Life-Balance“ sorgen, indem auf Ruhezeiten zwischen den Diensten und keine ständigen Schichtwechsel geachtet sowie auf Mitarbeiterwünsche hinsichtlich dienstfreier Tage Rücksicht genommen wird. Gemäß dem „Modell beruflicher Gratifikationskrisen“ (Siegrist, 1996, S. 30) sollte ein angemessener Austausch zwischen Leistung und Belohnung stattfinden, um die Leistungen der Pflegekräfte entsprechend anzuerkennen. Führungskräfte werden oftmals als Vorbildfunktionen im Umgang mit der eigenen Gesundheit sowie mit arbeitsorganisatorischen Regelungen wahrgenommen. In der Pflege werden die Führungskräfte häufig nicht als Vorbildfunktionen empfunden. Lediglich neun Prozent der Befragten geben an, dass ihre Führungskraft eine Vorbildfunktion (Remdisch, Horstmann, & Eckerth, 2013, S. 14) einnimmt. Die Führungskräfte sollten die Förderung der Gesundheit stärker in ihre Unternehmensziele integrieren, sodass Gesundheitsförderung ein Bestandteil des Gesundheits- und Qualitätsmanagements in der Einrichtung wird. Achten die Führungskräfte auf die eigene Gesundheit, wirken sie authentisch, was sich Forschungsergebnissen zufolge (Franke, Vincent & Felfe, 2011, S. 372) positiv auf die Gesundheit der Mitarbeiter auswirkt. Gesundheitsförderlich wären Maßnahmen wie Betriebssportangebote, Zuschüsse zu Sportvereinen, sportliche Teamausflüge oder die Einführung von regelmäßig am Arbeitsplatz stattfindenden „Gesundheitstagen“.

Betrachtet man das „Transformationale Führungsmodell“ (Bass 1985, S. 20; Bass, 1985, zit. n. Felfe, 2006, S. 164) hinsichtlich einer möglichen Übertragbarkeit lässt sich ergänzend sagen, dass die „individualisierte Berücksichtigung“ der Mitarbeiter im ambulanten Setting eine wichtige Rolle spielen sollte. Es ist wichtig, dass die individuellen Bedürfnisse der Mitarbeiter stärker berücksichtigt werden, um das

Wohlbefinden und die Zufriedenheit zu fördern. Neben der „idealisierten Einflussnahme“ der Führungskräfte durch eine authentische Vorbildfunktion, beinhaltet das „Transformationale Führungsmodell“ die „idealisierte Motivierung und intellektuelle Stimulierung“ als weitere Komponenten. Im Rahmen der „idealisierten Motivierung“ wäre es wichtig, die Pflegefachkräfte stärker zu integrieren, um sie von einer gemeinsamen Unternehmensvision zu überzeugen und den Sinn ihrer Tätigkeiten zu kommunizieren. Sie tragen einen wertvollen Beitrag zum Unternehmenserfolg bei und sind somit ein essentieller Teil des Unternehmens. Dies würde sich förderlich auf das Zusammengehörigkeitsgefühl auswirken, sodass Pflegekräfte mit ihrer Einrichtung zufrieden sind. Der intrinsische Motivationsansatz lässt sich auch im „Job Characteristics Model“ (Hackman & Oldham, 1980, S. 60) wiederfinden, indem Arbeitszufriedenheit und intrinsische Motivation durch die Überzeugung erreicht wird, dass die eigene Tätigkeit als für die Organisation wichtig angesehen wird. Nach der „intellektuellen Stimulierung“ wird eigenverantwortliches Handeln als „gesundheitsförderlich“ angesehen. In der ambulanten Pflege übernehmen die Pflegekräfte vor Ort eine hohe Verantwortung, weil sie pflegerelevante Entscheidungen selbstständig treffen. Sie können sich nur bedingt mit ihren Kollegen (Spicker & Schopf, 2007, S. 12) absprechen, sodass ein Arbeiten im Team kaum stattfindet. Um einer Überforderung durch eine zu hohe Verantwortung entgegen zu wirken, sollten Führungskräfte die Mitarbeiter zu einer offenen Kommunikation motivieren sowie mit ihnen regelmäßig Gespräche und Fallbesprechungen führen, um mögliche Belastungen frühzeitig zu erkennen und daraus resultierende Unsicherheiten sowie Fehler vorzubeugen.

Zusammenfassend lässt sich sagen, dass theoretisch „gesundheitsförderliche Führungsansätze“ auf die ambulante Pflege unter den derzeitigen Rahmenbedingungen nur eingeschränkt übertragen werden können. Die Voraussetzungen wären optimale Arbeitsbedingungen, die eine „gesunde Führung“ fördern. Die Führungskräfte sollten als Vorbild agieren und sensibel auf die Pflegekräfte eingehen, um positiv Einfluss zu nehmen. Es gibt jedoch nicht eine einzige Strategie zur Lösung der Problematik. Vielmehr müssen Änderungen durch mehrere Strategien eingeleitet werden, wobei ein Ansatz in der Veränderung des Führungsverhaltens liegt, weil die direkte Führungsebene ein wesentlicher Einflussfaktor auf die Arbeitszufriedenheit der Pflegekräfte ist.

7. Diskussion

Das Ziel der Bachelorarbeit ist es, herauszufinden, inwiefern „gesunde Führungsansätze“ und Arbeitszufriedenheit sich gegenseitig beeinflussen und welche Ansätze auf den Pflegesektor übertragbar wären. Insgesamt ergab die Literaturanalyse 84 Treffer, von denen 59 der Volltexte aus Datenbanken, Suchmaschinen und Bibliotheken sowie 25 der Texte aus Referenzlisten stammten. Davon wurden 64 relevante Treffer für die Bearbeitung mit einbezogen. Da es sich um eine theoretische Arbeit handelt, wurden neben Studien auch Artikel und Bücher als relevant erachtet.

Literaturergebnissen zufolge wurden unterschiedliche Definitionsansätze von „gesunder Führung“ ersichtlich, sodass keine allgemeingültige Definition aus der Literatur hervorgeht. Unter anderem wird „gesunde Führung“ als angstfreie, wertschätzende Kommunikation (Felfe, Ducki & Franke 2014, S. 144) und als positiv empfundenes Betriebsklima verstanden, wodurch Unterbrechungen (Felfe, Ducki & Franke, 2014, S. 144; Wunderer, 2003, S. 13) abgebaut sowie Handlungsspielräume und Arbeitszufriedenheit erhöht werden. Darüber hinaus ist aus der Literatur ersichtlich, dass „gesunde Führung“ nicht mittels einer Führungstheorie beschrieben werden kann. Vielmehr lassen sich unterschiedliche Theorien anführen, die sich mit dem Thema Führung und Gesundheit auseinandersetzen und unterschiedliche Ansätze verfolgen. Dies bestätigten Zimmer und Gregersen (2007, S. 7 f.) in ihrem Projektbericht, in dem sie kritisch anmerken, dass es kein eindeutiges Konzept oder nicht eine einzige Theorie gibt, sondern vielmehr typische Merkmale bekannt sind, die „gesundheitsförderliches Führen“ beschreiben und zu einem Konstrukt zusammenfassen. Somit empfiehlt es sich, „gesunde Führung“ zukünftig auf einen Ansatz zu konkretisieren, um diesen besser zu erfassen und umsetzen zu können.

Im Rahmen der Literaturrecherche konnte ein deutlicher Zusammenhang zwischen Führungsverhalten und Gesundheit bestätigt werden, wodurch die Zufriedenheit der Mitarbeiter positiv beeinflusst wird. Dabei wurden einzelne Verhaltensweisen als besonders förderlich und andere als hinderlich eingestuft. Einige, der in dieser Arbeit berücksichtigten Studien weisen Einschränkungen in der Studienqualität auf, die im Folgenden näher erläutert werden. Gregersen et al. (2011, S. 5 f.)

untersuchten in ihrer Literaturstudie sowohl Studien, Reviews und Metaanalysen zwischen 1990 und 2009, in denen Führungsverhalten als Stressor sowie Ressource wirken kann, wobei weitaus mehr Studien Führungsverhalten hinsichtlich gesundheitsförderlicher Faktoren untersuchten. Die Studienpopulationen aus den Untersuchungen dieser Studie waren branchenübergreifend und nur zehn von zwanzig Untersuchungen beschäftigten sich mit dem Personal im Gesundheitswesen, wodurch eine Vergleichbarkeit mit dem Pflegesektor nur eingeschränkt möglich ist. Darüber hinaus variierte die Stichprobengröße der Studien deutlich, die ebenfalls eine Vergleichbarkeit einschränkt.

In der von Franke und Felfe durchgeführten Studie (2011b, S. 302) wurde „Transformationale Führung“ und mögliche Auswirkungen auf die psychische Belastung untersucht. Laut den Autoren ist die Studienqualität aufgrund des Querschnittsdesigns dahingehend eingeschränkt, dass die Daten keine Kausalitätstests zulassen (2011b, S. 311), die Befragungen jedoch kausal konzipiert waren.

Zimber und Gregersen (2007, S. 15) führten eine Pilotstudie über „gesundheitsförderndes Führen“ durch. Laut den Autoren handelt es sich dabei um eine Feldstudie, in der keine experimentellen Bedingungen hergestellt werden und somit eine Messung der Reliabilität gemäß der klassischen Methoden nicht möglich ist. Dies ist auf die Anonymität der Daten zurückzuführen, wodurch keine individuelle Zuordnung erfolgte.

Hinsichtlich der Einflussfaktoren von „gesunder Führung“ ist anzumerken, dass besonders der Einflussfaktor „Führungsverhalten“ in der Literatur (Gregersen et al., 2011, S. 9; Gregersen, Vincent-Höper & Nienhaus, 2013, S. 29) als einflussreich erachtet wurde. Vor allem soziale Unterstützung, Anerkennung und Wertschätzung der Führungskräfte im Umgang mit ihren Mitarbeitern wurde als gesundheitsförderlich (Gregersen et al., 2011, S. 9) gesehen. Partizipationsmöglichkeiten und ein direkter Austausch mit Kollegen werden ebenfalls als gesundheitsförderliche Ressourcen bestätigt.

Im Rahmen der Bachelorarbeit wird der Fokus auf das personale Führungsverhalten gelegt. Auf die Gesundheit der Mitarbeiter wirken sich jedoch auch andere Faktoren wie die Rahmenbedingungen in der Einrichtung (Gregersen, Vincent-Höper & Nienhaus, 2013, S. 36) aus.

Hinsichtlich der Arbeitszufriedenheit von Pflegefachkräften ist zu sagen, dass diese ebenfalls durch unterschiedliche Einflussfaktoren beeinflusst wird. In Bezug auf die Arbeitsbedingungen sowie die soziale Unterstützung durch Führung konnten korrelative Zusammenhänge zur Arbeitszufriedenheit (Simon et al., 2005, S. 44) bestätigt werden. Des Weiteren wurden tätigkeitsbedingte Belastungen in der Pflege als wesentlicher Einflussfaktor auf die Arbeitszufriedenheit nachgewiesen. Neben den arbeitsbedingten Einflussfaktoren wie den knappen Personalschlüssel (Remdisch, Horstmann & Eckerth, 2013, S. 11) gibt der Großteil der Pflegekräfte an, zu viele Pflegekunden in der Versorgung betreuen zu müssen. Daraus lässt sich herleiten, dass die Mitarbeiter die herausfordernden Arbeitsbedingungen als belastend wahrnehmen, was sich dauerhaft in einer Arbeitsunzufriedenheit der Mitarbeiter auswirkt. Dies bestätigen auch die Ergebnisse des DAK-BGW Gesundheitsreportes (Grabbe et al., 2006, S. 18), in dem lediglich 32,5 Prozent der Befragungsteilnehmer sehr zufrieden mit ihrer Pfllegetätigkeit sind.

In der ambulanten Pflege ist die Zufriedenheit nur teilweise erforscht. Hinsichtlich des Führungsverhaltens, der Arbeitsbedingungen sowie der Rahmenbedingungen besteht zukünftig weiterer Forschungsbedarf. Darüber hinaus wirken sich auch andere Faktoren wie Persönlichkeitsfaktoren der Mitarbeiter auf die allgemeine Arbeitszufriedenheit aus. Aufgrund der Komplexität des Themengebietes konnte dieses im Rahmen der Bachelorarbeit nicht vollständig bearbeitet werden. Ebenfalls wurden nicht alle Theorien von „gesunder Führung“ und Arbeitszufriedenheit in die Analyse mit einbezogen. In dieser Arbeit wurde ausschließlich die Berufsgruppe der Pflegefachkräfte betrachtet, wohingegen Pflegehilfskräfte, ungelernte Pflegekräfte und Betreuungskräfte von einer „gesunden Führung“ ebenfalls profitieren könnten. Des Weiteren muss kritisch angemerkt werden, dass nur wenig Studien gefunden wurden, die einen direkten Zusammenhang von „gesunder Führung“ und Arbeitszufriedenheit untersuchten. Hier besteht zukünftig weiterer Forschungsbedarf.

In der Diskussion über eine mögliche Übertragbarkeit der theoretischen Modelle „gesunder Führung“ auf die ambulante Pflege wird deutlich, dass diese für die Umsetzung in die pflegerische Praxis teilweise zu abstrakt sind. Es bleibt weiterhin unklar, wie genau „gesundheitsförderliche Führung“ im Unternehmen umgesetzt werden kann. Dies könnte eines der Gründe sein, weshalb „gesunde Führung“ in der Praxis nicht in allen Unternehmen aktiv gestaltet wird und sich derzeit wenige Studien mit der direkten Umsetzung „gesunder Führung“ in der Praxis auseinandersetzen.

Die Ergebnisse der Literaturrecherche sowie der Bezug auf das ambulante Pflegesetting verdeutlichen, dass „gesunde Führungsansätze“ im ambulanten Pflegesektor eine Möglichkeit wäre, die Führungsebene zu sensibilisieren mehr Wert auf die Gesundheit der Mitarbeiter sowie die eigene Gesundheit zu legen, sodass die derzeitigen Arbeitsbedingungen gesundheitsförderlicher gestaltet und somit langfristig die hohen Belastungen im Pflegebereich abgebaut werden könnten. Führungskräfte haben die Aufgabe im Rahmen ihrer Fürsorgepflicht für gesundheitsförderliche Arbeitsbedingungen zu sorgen. Neben der Führungsebene trägt jedoch auch jeder Einzelne dazu bei, sich gesund zu halten. Hierbei sollte das Bewusstsein der Mitarbeiter, die eigene Gesundheit im Blick zu haben, gefördert werden, sodass sie rechtzeitig auf Belastungsanzeichen des Körpers reagieren.

Des Weiteren sollten gesetzliche Änderungen der Rahmenbedingungen erfolgen, um ein Fortschreiten des derzeitigen Fachkräftemangels im Pflegebereich zukünftig entgegen zu wirken, indem der Pflegeberuf wieder an Attraktivität gewinnt. Die langfristige Sicherung des Pflegepersonals sowie die Neugewinnung von Pflegekräften sollte durch gesundheitsförderliche Arbeitsbedingungen mit angemessenen Personalschlüsseln und Löhnen erreicht werden, sodass die Attraktivität des Pflegeberufes gesteigert wird und der Pflegeberuf aufgewertet wird.

8. Fazit

Eine „gesunde Führung“ ist in der heutigen und zukünftigen Gesellschaft unerlässlich. Aufgrund der herausfordernden Arbeitsbedingungen und gesellschaftlichen Änderungen durch den demografischen Wandel stehen die Pflegeeinrichtungen vor der Herausforderung, ihr Personal möglichst lang an das Unternehmen zu binden. Somit ist es wichtig, einen Ausgleich zu schaffen, indem Vorgesetzte den Pflegefachkräften mit Wertschätzung und Anerkennung begegnen, ihnen Möglichkeiten der Mitgestaltung an Entscheidungen bieten sowie eine offene Kommunikation fördern. Diese „gesundheitsförderlichen Führungsansätze“ tragen dazu bei zufriedene und somit gesunde und leistungsstarke Mitarbeiter zu erhalten.

Insgesamt konnte die im Rahmen der Arbeit gefundene Literatur auf einen Zusammenhang von „gesunder Führung“ und Arbeitszufriedenheit der Mitarbeiter hinweisen. Der Grad des Zusammenhangs ist jedoch nicht eindeutig nachzuweisen. Unter anderem reduziert ein wertschätzender, mitarbeiterorientierter Umgang nicht nur Fehlzeiten, Burnout und Stress, sondern erhöht auch die Arbeitszufriedenheit (Gregersen, Vincent-Höper & Nienhaus, 2013, S. 30) der Beschäftigten.

Der Schwerpunkt dieser Bachelorarbeit lag auf dem personalen Führungsverhalten, auf das jede Einrichtung direkten Einfluss nehmen kann. Führungskräfte sollten stärker sensibilisiert werden, die Arbeitsbedingungen in der ambulanten Pflege gesundheitsförderlicher zu gestalten sowie Gesundheitsförderung in das Unternehmensleitbild zu integrieren, um bestehende Belastungen ab- und gesundheitsförderliche Faktoren aufzubauen, weil Pflegepersonal in der heutigen Zeit als begrenzte Ressource gesehen wird, mit der wertschätzend umgegangen werden sollte. Ein größerer Schritt in Richtung Gesundheitsförderung wären jedoch Änderungen an den gesetzlichen Rahmenbedingungen, die erst die Voraussetzungen für eine „gesunde Führung“ in den Pflegeeinrichtungen darstellen. Ohne die Schaffung von geeigneten Rahmenbedingungen in der Pflege, würden die meisten Einrichtungen keine großen Änderungen umsetzen und die Attraktivität des Berufes nicht erhöhen können. „Gesunde Führung“ wäre eine Möglichkeit der langfristigen Sicherung von Pflegefachkräften, wodurch diese in ihrer Gesundheit und Arbeitszufriedenheit unterstützt und somit länger leistungsfähig bleiben.

9. Literaturverzeichnis

- Afentakis, A.; Maier, T. (2010): Projektionen des Personalbedarfs und -angebots in Pflegeberufen bis 2025, in: Statistisches Bundesamt (Hrsg.), online im Internet unter:
<https://www.destatis.de/DE/Publikationen/WirtschaftStatistik/Gesundheitswesen/ProjektionPersonalbedarf112010.html/> – Download vom 13.04.2016, S. 990 – 1003
- Badura, B.; Ritter, W.; Scherf, M. (Hrsg.) (1999): *Betriebliches Gesundheitsmanagement – ein Leitfaden für die Praxis*, Berlin: Ed. Sigma Rainer Bohn Verlag, S. 7 – 190
- Badura, B.; Ducki, A.; Schröder, H.; Klose, J.; Macco, K. (Hrsg.) (2011): *Fehlzeiten-Report 2011 – Führung und Gesundheit – Zahlen, Daten, Analysen aus allen Branchen der Wirtschaft*, Berlin, Heidelberg, New York: Springer-Verlag, S. (V – XIX) 1 – 439
- Bass, B. M. (1985): *Leadership and performance beyond expectations*, New York: The Free Press, A Division of Macmillan, Inc., S. 1 – 256
- Bass, B. M. (1985): Leadership and performance beyond expectations, in: Felfe, J. (Hrsg.) (2006): Transformationale und charismatische Führung – Stand der Forschung und aktuelle Entwicklungen, in: *Zeitschrift für Personalpsychologie*, Göttingen: Hogrefe Verlag, Bd. 5, H. 4, S. 163 – 176
- Braun, B.; Müller, R. (Hrsg.) (2005): Arbeitsbelastungen und Berufsausstieg bei Krankenschwestern, in: *Pflege & Gesellschaft*, 10. Jg., H. 3, S. 131 – 141
- Bruch, Prof. Dr. H.; Kowalevski, S. (2013): *Gesunde Führung – Wie Unternehmen eine gesunde Performancekultur entwickeln*, in: Institut für Führung und Personalmanagement der Universität St. Gallen (Hrsg.), Überlingen: compamedia GmbH, S. 1 – 36
- Bruggemann, A. (1976): Zur empirischen Untersuchung verschiedener Formen der Arbeitszufriedenheit, in: *Zeitschrift für Arbeitswissenschaft (Hrsg.)*, Köln: Verlag Dr. Otto Schmidt KG, H. 30, S. 71 – 74

Bruggemann, A.; Groskurth, P.; Ulich, E. (1975): *Arbeitszufriedenheit*, in: Ulich, E. (Hrsg.) (1975): *Schriften zur Arbeitspsychologie* Nr. 17, Bern: Hans Huber Verlag, S. 5 – 180

Bundesministerium für Gesundheit (BMG) (Hrsg.) (2016): *Pflege-Berater – Ambulante Pflege – Leistungen der Pflegeversicherung für die Pflege zu Hause*, online im Internet unter:
<http://www.bmg.bund.de/themen/pflege/pflege-berater/ambulante-pflege.html> – Download vom 16.05.2016

Bundesministerium der Justiz und für Verbraucherschutz (BMJV) (Hrsg.) (2016a): *Gesetz über die Durchführung von Maßnahmen des Arbeitsschutzes zur Verbesserung der Sicherheit und des Gesundheitsschutzes der Beschäftigten bei der Arbeit (Arbeitsschutzgesetz – ArbSchG) § 15 Pflichten der Beschäftigten*, online im Internet unter:
https://www.gesetze-im-internet.de/arbschg/_15.html – Download vom 13.04.2016

Bundesministerium der Justiz und für Verbraucherschutz (Hrsg.) (2016b): *Gesetz über die Berufe in der Krankenpflege (Krankenpflegegesetz – KrPflG)*, online im Internet unter:
https://www.gesetze-im-internet.de/krpflg_2004/BJNR144210003.html – Download vom 20.05. 2016

Bundesministerium der Justiz und für Verbraucherschutz (Hrsg.) (2016c): *Gesetz über die Berufe der Altenpflege (Altenpflegegesetz – AltPflG)*, online im Internet unter:
<http://www.gesetze-im-internet.de/altpflg/> – Download vom 20.05.2016

Deutscher Pflegerat (2004): *Deutscher Pflegerat – Rahmenberufsordnung*, online im Internet unter:
<http://www.deutscher-pflegerat.de/Downloads/DPR%20Dokumente/Rahmenberufsordnung.pdf> – Download vom 20.05.2016, S. 1 – 14

- Dost, J. (Hrsg.) (2014): *Arbeit, Führung und Gesundheit – Entwicklung, Überprüfung und Anwendung eines Acht-Faktoren-Modells gesunder Führung*, Lohmar-Köln: Josef Eul Verlag GmbH, 1. Aufl., S. 1 – 394
- Ducki, A.; Felfe, J. (2011): Führung und Gesundheit: Überblick, in: in: Badura, B.; Ducki, A.; Schröder, H.; Klose, J.; Meyer, M. (Hrsg.): *Fehlzeiten-Report 2011*, Berlin, Heidelberg, New York: Springer-Verlag, S. VII – XII
- Felfe, J.; Ducki, F.; Franke, F. (2014): Führungskompetenzen der Zukunft, in: Badura, B.; Ducki, A.; Schröder, H.; Klose, J.; Meyer, M. (Hrsg.): *Fehlzeiten-Report 2014*, Berlin, Heidelberg: Springer-Verlag, S. 139 – 148
- Franke, F.; Felfe, J. (2011a): Diagnose gesundheitsförderlicher Führung – Das Instrument „Health-oriented Leadership“, in: Badura, B.; Ducki, A.; Schröder, H.; Klose, J.; Meyer, M. (Hrsg.): *Fehlzeiten-Report 2011*, Berlin, Heidelberg, New York: Springer-Verlag, S. 3 – 13
- Franke F.; Felfe J. (2011b): How does transformational leadership impact employees' psychological strain? – Examining differentiated effects and the moderating role of affective organizational commitment, in: *Leadership*, Bd. 7, H. 3, S. 295 – 316
- Franke, F.; Vincent, S.; Felfe, J. (2011): Gesundheitsbezogene Führung, in: Bamberg, E.; Ducki, A. & Metz, A.-M. (Hrsg.) (2011): *Gesundheitsförderung und Gesundheitsmanagement in der Arbeitswelt – Ein Handbuch*, Göttingen: Hogrefe Verlag, S. 371 – 392
- Gerardi, C.; Gregersen, S.; Merboth, H.; Nordbrock, C.; Pavlovsky, Dr. B. (2014): Fachkonzept – Führung und psychische Gesundheit, in: Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung (DGUV) (Hrsg.) (2014): *Fachkonzept – Führung und psychische Gesundheit*, Rheinbreitbach: Medienhaus Plump, S. 1 – 40
- Grabbe, Dr. Y., Nolting, H.-D., Loos, Dr. S.; Krämer, Dr. K. (2006): *DAK-BGW Gesundheitsreport 2006 – Ambulante Pflege – Arbeitsbedingungen und Gesundheit in ambulanten Pflegediensten*, in: Deutsche Angestellten Krankenkasse (DAK), Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege (BGW) (Hrsg.), Hamburg S. 1 – 181

- Gregersen, S.; Kuhnert, S.; Zimmer, A.; Nienhaus, A. (Hrsg.) (2011):
Führungsverhalten und Gesundheit – Zum Stand der Forschung, in:
Gesundheitswesen, H. 73, S. 3 – 12
- Gregersen, S.; Vicent-Höper, S.; Nienhaus, A. (Hrsg.) (2013): *Führung und
Gesundheit – Welchen Einfluss haben Führungskräfte auf die Gesundheit
der Mitarbeiter?*, in: *Österreichisches Forum Arbeitsmedizin*, H. 1, S. 28 – 39
- Grobe, T. G.; Steinmann, S.; Gerr, J. (2015): *Gesundheitsreport 2015 Hamburg –
Demografischer Wandel – Perspektiven und Chancen*, in: Barmer GEK
(Hrsg.), Hamburg, S. 1 – 242
- Grüner, T. (2016): Gestaltung von Fachlaufbahnen – Rahmenbedingungen und
Handlungsspielräume in der Altenpflege, in: Frerichs, F. (Hrsg.) (2016):
*Fachlaufbahnen in der Altenpflege – Grundlagen, Konzepte,
Praxiserfahrungen*, Veichtaer Beiträge zur Gerontologie, Wiesbaden:
Springer Fachmedien, S. 51 – 68
- Hackman, J. R.; Oldham, G. R. (1980): *work redesign*, Reading, MA: Addison-
Wesley Publishing Company, Inc., S. 1 – 330
- Herzberg, F.; Mausner, B.; Snyderman, B. B. (Hrsg.) (1959): *The motivation to work*,
New York: John Wiley & Sons, Inc., S. 3 – 157
- Hielscher, V.; Nock, L.; Kirchen-Peters, S.; Blass, K. (Hrsg.) (2013): *Zwischen
Kosten, Zeit und Anspruch – Das alltägliche Dilemma sozialer
Dienstleistungsarbeit*, Wiesbaden: Springer-Fachmedien, Verlag für
Sozialwissenschaften (VS), S. 1 – 280
- Hoch, J.; Wegge, J.; Schmidt, K.-H. (Hrsg.) (2009): Führen mit Zielen,
Reportpsychologie, H. 34, S.308 – 320
- Holling, H. & Kanning, U. P. (2007): Theorien der Organisationspsychologie, in:
Schuler, H. (Hrsg.) (2007): *Lehrbuch Organisationspsychologie*, Bern: Hans
Huber Verlag, 4. Aufl., S. 59 – 88

- Judge, T. A. & Bono, J. E. (Hrsg.) (2001): Relationship of core self-evaluations traits – Self-esteem, generalized self-efficacy, locus of control, and emotional stability – With job satisfaction and job performance: A meta-analysis, in: *Journal of Applied Psychology*, Bd. 86, H. 1, 80 – 92
- Judge, T. A. & Piccolo, R. F. (Hrsg.) (2004): Transformational and transactional leadership: A meta-analytic test of their relative validity, in: *Journal of Applied Psychology*, Bd. 89, H. 5, S. 755 – 768
- Karasek, R.; Theorell, T. (1990): Healthy Work – Stress, Produktivity, and the Reconstruction of Working Life, in: Biffli, G.; Faustmann, A.; Gabriel, D.; Leoni, T.; Mayrhuber, C.; Rückert, E. (2011): *Psychische Belastungen der Arbeit und ihre Folgen*, Donau-Universität Krems (Hrsg.), Krems, Wien, S. 1 – 179
- Kauffeld, S.; Ianiro, M.; Sauer, N. C. (2014): Führung, in: Kauffeld, S. (Hrsg.) (2014): *Arbeits-, Organisations- und Personalpsychologie für Bachelor*, 2. Aufl., Berlin, Heidelberg: Springer-Verlag, S. 71 – 98
- Kauffeld, S.; Schermuly, C. C. (2014): Arbeitszufriedenheit und Arbeitsmotivation, in: Kauffeld, S. (Hrsg.) (2014): *Arbeits-, Organisations- und Personalpsychologie für Bachelor*, 2. Aufl., Berlin, Heidelberg: Springer-Verlag, S. 193 – 210
- Kunze, D. (2011): Betriebliche Gesundheitsförderung in der Alten- und Krankenpflege, in: Bamberg, E.; Ducki, A. & Metz, A.-M. (Hrsg.): *Gesundheitsförderung und Gesundheitsmanagement in der Arbeitswelt – Ein Handbuch*, Göttingen: Hogrefe Verlag, S. 595 – 614
- Lohmann-Haislah, A. (2012): *Stressreport Deutschland 2012 – Psychische Anforderungen, Ressourcen und Befinden*, in: Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin (Hrsg.), Paderborn: Bonifatius GmbH, S. 1 – 207
- Möltner, Dr. H.; Benkhofer, Dipl.-oec. S.; Hülsbeck, Prof. Dr. M. (2016): *Gesunde Führung – Begleitstudie zur Mindful Leadership Konferenz*, in: Universität Witten, Herdecke (Hrsg.), S. 1 – 28

- Nerdinger, F. W. (2011): Arbeitsmotivation und Arbeitszufriedenheit, in: Nerdinger, F. W.; Blickle, G.; Schaper, N. (Hrsg.): *Arbeits- und Organisationspsychologie*, 2. Aufl., Berlin, Heidelberg, New York: Springer-Verlag, S. 393 – 408
- Nerdinger, F. W. (2014): Motivierung, in: Schuler, H.; Kanning, U. P. (Hrsg.) (2014): *Lehrbuch der Personalpsychologie*, Göttingen: Hogrefe Verlag GmbH & Co. KG, 3. Aufl., S. 725 – 764
- Netta, F. (2009): Gesunde Mitarbeiter – Gesunde Bilanz, in: Kromm, W.; Frank, G. (Hrsg.) (2009): *Unternehmensressource Gesundheit – Weshalb die Folgen schlechter Führung kein Arzt heilen kann*, Düsseldorf: Symposion Publishing GmbH, 1. Aufl., S. 71 – 90
- Neuberger, O. (1974): *Theorien der Arbeitszufriedenheit*, in: Bolte, Prof. K.; Brandstätter, Prof. H.; Gahlen, Prof. B.; Kirsch, Prof. W. (Hrsg.): *Sozialökonomie 7*, Stuttgart: Verlag W. Kohlhammer GmbH, Bd. 507, S. 5 – 194
- Ning, S.; Zhong, H.; Libo, W.; Qiujie, L. (Hrsg.) (2009): The impact of nurse empowerment on job satisfaction, in: *Journal of Advanced Nursing*, Bd. 65, H. 12, S. 2642 – 2648
- Remdich, Prof. Dr. S.; Horstmann, D.; Eckerth, H. L. (2013): *Gute Führung entscheidet – Forschungsbericht zur Organisationalen Gesundheit in der Pflegebranche*, in: Leuphana Universität Lüneburg (Hrsg.), S. 1 – 20
- Scholz, Prof. Dr. C. (Hrsg.) (2014): *Personalmanagement – Informationsorientierte und verhaltenstheoretische Grundlagen*, München: Verlag Franz Vahlen GmbH, 6. Aufl., S. 1 – 1298
- Schulze, W. & Eidenmüller, T. (2013): Gesundheitsförderliche Führung, in: *Interdisciplinary Management Research*, Bd. 9, S. 661 – 676
- Semmer, N. K. & Udris, I. (2007): Bedeutung und Wirkung von Arbeit, in: Schuler, H. (Hrsg.) (2007): *Lehrbuch Organisationspsychologie*, Bern: Hans Huber Verlag, 4. Aufl., S. 157 – 196

- Siegrist, J. (Hrsg.) (1996): Adverse health effects of high-effort/ low-reward conditions, in: *Journal of Occupational Health Psychology*, Bd. 1, H. 1, S. 27 – 41
- Siegrist, J. (Hrsg.) (2012): Berufliche Gratifikationskrisen und depressive Störungen – Aktuelle Forschungsevidenz, in: *Nervenarzt 2013*, Berlin, Heidelberg: Springer-Verlag, H. 84, S. 33 – 37
- Siegrist, J.; Dragano, N. (2008): Psychosoziale Belastungen und Erkrankungsrisiken im Erwerbsleben – Befunde aus internationalen Studien zum Anforderungs-Kontroll-Modell und zum Modell beruflicher Gratifikationskrisen, in: *Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforsch – Gesundheitsschutz*, Düsseldorf: Springer Medizin Verlag, H. 51, S. 305 – 312
- Simon, M.; Tackenberg, P.; Hasselhorn, H.-M., Kümmerling, A.; Büscher, A.; Müller, B. H. (2005): Auswertung der ersten Befragung der NEXT-Studie in Deutschland, Universität Wuppertal, online im Internet unter: <http://www.next.uni-wuppertal.de/>, – Download vom 13.06.2016, S. 1 – 57
- Simon, Prof. Dr. M. (Hrsg.) (2015): *Unterbesetzung und Personalmehrbedarf im Pflegedienst der allgemeinen Krankenhäuser – Eine Schätzung auf Grundlage verfügbarer Daten*, Hochschule Hannover, 2. Aufl., S. 1 – 63
- Six, B.; Felfe, J. (2004): Einstellungen und Werthaltungen im organisationalen Kontext, in: Schuler, Prof. Dr. H. (Hrsg.) (2004): *Enzyklopädie der Psychologie – Organisationspsychologie – Grundlagen und Personalpsychologie*, Göttingen: Hogrefe-Verlag, S. 597 – 672
- Sozialgesetzbuch (SGB) Fünftes Buch (V) (2016), online im Internet unter: http://www.gesetze-im-internet.de/sgb_5/ – Download vom 13.06.2016, S. 1 – 297
- Sozialgesetzbuch (SGB) Elftes Buch (XI), online im Internet unter: https://www.gesetze-im-internet.de/sgb_11/ – Download vom 13.06.2016, S. 1 – 104

- Spicker, I. & Schopf, A. (Hrsg.) (2007): *Betriebliche Gesundheitsförderung erfolgreich umsetzen – Praxishandbuch für Pflege- und Sozialdienste*, Wien, New York: Springer-Verlag, S. 1 – 159
- Stadler, P. & Spieß, E. (Hrsg.) (2005): Gesundheitsförderliches Führen – Defizite erkennen und Fehlbelastungen der Mitarbeiter reduzieren, in: *Arbeitsmedizin Sozialmedizin Umweltmedizin*, Bd. 40, H. 7, S. 384 – 390
- Statistisches Bundesamt (Hrsg.) (2015): Pflegestatistik 2013 – Pflege im Rahmen der Pflegeversicherung – Deutschlandergebnisse, online im Internet unter: <https://www.destatis.de/DE/Publikationen/Thematisch/Gesundheit/Pflege/PflegeDeutschlandergebnisse.html> – Download vom 13.04.2016, S. 1 – 34
- Verband der Ersatzkassen (vdek) (Hrsg.) (2016): Rahmenvertrag nach § 132 a SGB V – über die Versorgung mit häuslicher Krankenpflege, online im Internet unter: https://www.vdek.com/LVen/BAW/Service/Pflegeversicherung/HKP/_jcr_content/par/download_9/file.res/hkp_rahmenvertrag_3_kat_modell.pdf – Download vom 13.06.2016
- Vincent, S. (2011): Gesundheits- und entwicklungsförderliches Führungsverhalten: ein Analyseinstrument, in: Badura, B.; Ducki, A.; Schröder, H.; Klose, J.; Meyer, M. (Hrsg.): *Fehlzeiten-Report 2011*, Berlin, Heidelberg: Springer-Verlag, S. 49-60
- Wunderer, R. (Hrsg.) (2003): *Führung und Zusammenarbeit – Eine unternehmerische Führungslehre*, München, Neuwied: Luchterhand Verlag, 5. Aufl., S. 3 – 634
- Zimber, Dr. A. (2006): *BGW-Projekt „Führung und Gesundheit“ – Wie Führungskräfte zur Mitarbeitergesundheit beitragen können: Eine Pilotstudie in ausgewählten BGW Mitgliedsbetrieben – 1. Teilprojekt: Literaturanalyse*, in: Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege (BGW) (Hrsg.), Hamburg, S. 1 – 37

Zimber, Dr. A. & Gregersen, S. (2007): *„Gesundheitsfördernd führen“: eine Pilotstudie in ausgewählten BGW-Mitgliedsbetrieben – Bisherige Entwicklungsschritte mit Testmaterialien*, in: Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege (BGW) (Hrsg.), Hamburg, S. 1 – 66

10. Eidesstattliche Erklärung

Ich versichere, dass ich die vorliegende Arbeit ohne fremde Hilfe selbstständig verfasst und nur die angegebenen Hilfsmittel benutzt habe. Wörtlich oder dem Sinn nach aus anderen Werken entnommene Stellen sind unter Angabe der Quelle kenntlich gemacht.


Hamburg, den 29.07.2016, Nora Miriam Scharifi