



H o c h s c h u l e N e u b r a n d e n b u r g

Fachbereich Soziale Arbeit, Bildung und Erziehung

Studiengang Organisationsentwicklung und Inklusion

## **RESILIENZFÖRDERNDE ASPEKTE EINER INKLUSIVEN ORGANISATION**

Eine qualitativ heuristische Forschungsarbeit  
über den Einfluss eines inklusiven Pflegeteams im Krankenhaus  
auf die psychische Widerstandskraft seiner pflegenden Mitglieder

### **M a s t e r - T h e s i s**

zur

Erlangung des akademischen Grades

**Master of Arts (M. A.)**

Vorgelegt von: Bernhard Gibb

URN: urn:nbn:de:gbv:519-thesis2019-0643-1

Betreuerin: Prof.in Dr.in Anke S. Kampmeier  
Zweitbetreuerin: Prof.in Dr.in Stefanie Kraehmer

Tag der Einreichung: 14.07.2020

## Inhaltsverzeichnis

Einleitung .....	1
1. Erschließung des Forschungsfeldes.....	2
1.1. Pflegende im Krankenhaus .....	2
1.2. Pflege als Profession im organisationalen Kontext.....	3
1.3. Erkenntnisse aus pflegeethischen Grundsätzen .....	5
1.4. Formulierung der Forschungsfrage .....	7
2. Methodisches Vorgehen.....	9
3. Resilienz als Konzept.....	12
3.1. Eingrenzung eines Begriffes .....	14
3.2. Das Rahmenmodell von Resilienz .....	17
3.3. Resilienzförderung .....	20
3.4. Schutz-, Protektiv- oder Resilienzfaktoren .....	23
3.5. Die Beziehung zwischen personaler Resilienz und Teamresilienz .....	29
4. Das inklusiv organisierte Pflegeteam im Krankenhaus .....	32
4.1. Grundlagen und Vorbetrachtungen .....	32
4.2. Die Vielfalt der Mitglieder ist ein Gewinn .....	35
4.3. Inklusion will organisieren .....	36
4.4. Die Entwicklung eines inklusiven Pflegeteams .....	39
4.5. Handlungsleitende Werte in der Pflege .....	43
4.6. Merkmale eines inklusiven Pflegeteams .....	44
5. Resilienzfördernde Aspekte eines inklusiven Pflegeteams .....	45
5.1. Rückblick auf gewonnene Daten.....	46
5.2. Stressoren und Risikofaktoren im Pflegealltag .....	47
5.3. Die schutzwirkende Arbeitsumgebung im Pflegealltag .....	48
5.4. Resilienz und Lernen im Team.....	52
6. Zusammenfassung.....	55
6.1. Limitationen .....	55
6.2. Fazit und Ausblick .....	55
Literaturverzeichnis .....	57
Verzeichnis der Internetquellen.....	61
Abbildungsverzeichnis .....	63
Verzeichnis der Abkürzungen .....	64
Anhang .....	65
Exkurs: Pflege im pauschalierten Entgeltsystem .....	65
Das Rahmenmodell von Resilienz .....	67
Exkurs: Resilienzforschung .....	68
Exkurs: Inklusion/Exklusion - eine Positionierung .....	70
Exkurs: Berufsethos und Berufsidentität .....	71
Exkurs: Die Bedeutung von Kulturen .....	74
Eine Liste der handlungsleitenden Werte .....	75
Ten Characteristics of an Inclusive Organization .....	79
Das Ergebnisfeld (Gesamtsicht) .....	80
Erklärung des selbständigen Arbeitens .....	84

## **Abstract**

Im Krankenhaus leisten Pflegende eine physisch und psychisch anspruchsvolle professionelle Pflege von Patient\*innen. Dabei sind Pflegende im Berufsalltag unterschiedlichen Stressoren ausgesetzt. Warum es einigen Menschen besser als anderen gelingt, mit psychischen Herausforderungen und belastenden Situationen umzugehen, erklärt das Resilienzkonzept. In einem qualitativ heuristischen Forschungsprozess wird dieses Konzept mit dem Paradigma Inklusion verknüpft und als neuartige Konstellation auf die Organisation Krankenhaus übertragen. Forschungsgegenstand ist der Einfluss eines inklusiven Pflegeteams auf die psychische Widerstandskraft seiner pflegenden Mitglieder. Auf der Grundlage von gewonnenen Daten über das Resilienzkonzept, das inklusive Pflegeteam, handlungsleitende Werte und über ein Schutzfaktorenkonzept werden konzeptübergreifende Relationen mittels merkmalsbezogenen Textsequenzen und Begriffen erstellt. Die resultierende Zusammenstellung von Daten wird zur Erklärung von resilienzfördernden Aspekten eines inklusiven Pflegeteams instrumentalisiert. Ein inklusives Pflegeteam nimmt Einfluss auf die psychische Widerstandskraft seiner pflegenden Mitglieder durch die Ausbildung einer schutzwirkenden Arbeitsumgebung im Pflegealltag als Folge eines inklusiven Teamwandels und durch das Teilen gewonnener Erfahrungen aus der Bewältigung von Stress- und Krisensituationen im Rahmen von handlungsbasiertem Lernen.

## Einleitung

Pflegende leisten im Krankenhaus eine physisch und psychisch anspruchsvolle professionelle Pflege von Patient\*innen. Während ihres beruflichen Alltags sind sie unterschiedlichen Stressoren ausgesetzt. Diese sind beispielweise auf Interaktionen mit Patient\*innen und ihren Angehörigen oder mit Kolleg\*innen des interprofessionellen Behandlungsteams zurückzuführen. Wechselschichtarbeit, Zeitmangel, eine oft unzureichende Personalausstattung bilden ungünstige Arbeitsbedingungen. Dittmer schreibt ergänzend: „Die Belastungen im klinischen Alltag sind hinlänglich bekannt: Arbeitsverdichtung, Zeitdruck, steigende Komplexität und eine Vielzahl unterschiedlicher Berufsgruppen. Auch die steigenden Informations- und Aufklärungsbedürfnisse der Patientinnen und Patienten erfordern Kompetenz und Zeit für Kommunikation und Kooperation.“ (Dittmer 2019: 2)

Gesundheitsdaten belegen, dass Schichtdienst, hohe körperliche Anforderungen, Zeitdruck und zu wenig Personal im Krankenhaus Menschen in Pflegeberufen an die Grenzen ihrer körperlichen und psychischen Belastbarkeit bringen. Die Folgen sind häufigere und längere Krankheitsphasen als bei Menschen in anderen Berufen. Besonders auffällig ist dabei die vergleichsweise hohe Zahl an psychischen Beeinträchtigungen. (vgl. TK 2019: 3)

Warum es einigen Menschen besser als anderen Menschen gelingt, mit psychischen Herausforderungen, belastenden Situationen und Lebensumständen umzugehen, ist die zentrale Fragestellung, mit der sich die Resilienzforschung beschäftigt. „Ursprünglich in der Pädagogik und Entwicklungspsychologie beheimatet, fand die Resilienzforschung erst in jüngerer Zeit Eingang in die Arbeitspsychologie. In Ergänzung zu anderen zuvor schon etablierten ressourcenorientierten Ansätzen richtet sie ihre besondere Aufmerksamkeit auf Aspekte, die angesichts vorhandener Belastungs- und Risikofaktoren zu einem positiven Entwicklungsergebnis führen können.“ (Siegrist 2010: 15)

„Bezogen auf den Arbeitskontext versteht man unter Resilienz die positive psychische Fähigkeit von Individuen und Systemen, trotz Belastungen die psychische Gesundheit zu erhalten bzw. zu stärken (Luthans 2002, zitiert nach Lindenblatt o. J.: 2).

Die vorliegende Arbeit verknüpft in einem qualitativ heuristischen Forschungsprozess das Resilienzkonzept mit dem Paradigma Inklusion und überträgt diese neuartige Konstellation auf die Organisation Krankenhaus. Im Speziellen wird das Ziel verfolgt, den Einfluss eines inklusiven Pflegeteams auf die psychische Widerstandskraft seiner pflegenden Mitglieder zu erforschen. Das ist der Forschungsgegenstand dieser Arbeit.

Den Ausgangspunkt für die Forschungsarbeit bildet die Schilderung, an welcher Stelle Pflegende traditionell im Wertschöpfungsprozess der Organisation Krankenhaus agieren, auf welchen pflegeethischen Grundsätzen ihr Berufsverständnis beruht und welche Einschränkungen in Bezug auf die Umsetzung dieser Werte im Pflegealltag im moderne Krankenbehandlungssystem bestehen. Auf diese Weise wird das Forschungsfeld erschlossen. Es folgt die Beschreibung des Resilienzkonzeptes unter Einbeziehung des Rahmenmodells von Resilienz nach Kumpfer. Faktoren von Resilienz und ein Konzept zur Förderung von Schutzfaktoren werden erläutert. Ebenfalls wird ein Bezug zwischen personaler Resilienz und Teamresilienz hergestellt. In Ermangelung von Belegen über

die Existenz inklusiv organisierter stationärer Pflegeteams im Krankenhaus wird im weiteren Verlauf in der Art eines gedanklichen Experimentes ein inklusives Pflegeteam konstruiert. In diesem Prozess besteht die Notwendigkeit, recherchierte Daten an das neue Setting zu adaptieren und für den neuen Kontext zusammenzuführen. Der Wandel zu einem inklusiven Pflegeteam, der wesentlich auf den handlungsleitenden Werten nach Booth und Ainscow basiert, ist ein nicht endender Prozess, der bestenfalls von den Pflegenden selbst eingeleitet und erhalten werden kann und zusätzlich einer inklusiven, organisationalen Rahmung bedarf.

Die Zusammenführung gewonnener Daten über das Resilienzkonzept und das inklusive Pflegeteam mit den Inhalten des Schutzfaktorenkonzeptes erfolgt durch das Herstellen von konzeptübergreifenden Relationen mittels merkmalsbezogenen Textsequenzen und Begriffen. Eine anschließende Erläuterung und Interpretation des so entwickelten Ergebnisfeldes bildet die Grundlage für die Formulierung der Ergebnisse des Forschungsprozesses.

Die Förderung von personaler Resilienz als Ergebnis des inklusiven Wandels eines Pflegeteams darf nicht zur Vernachlässigung notwendiger Anpassungen der Verhältnisse in der stationären Krankenpflege führen, sie kann diese jedoch ergänzen.

„Es braucht zusätzliches gut qualifiziertes Personal, um den Arbeitsdruck zu verringern, die Ausbildungsqualität zu verbessern und gesundheitsfördernde Arbeitsbedingungen zu schaffen.“ (Institut DGB-Index Gute Arbeit 2018: 3)

## 1. Erschließung des Forschungsfeldes

### 1.1. Pflegende im Krankenhaus

Ein Krankenhaus ist eine zugelassene Einrichtung, die der Krankenhausbehandlung oder Geburtshilfe dient und unter ärztlicher Leitung steht. Gemäß Versorgungsauftrag sind vorwiegend durch ärztliche und pflegerische Hilfeleistungen Krankheiten der Patient\*innen „zu erkennen, zu heilen, ihre Verschlimmerung zu verhüten, Krankheitsbeschwerden zu lindern oder Geburtshilfe zu leisten“ (§ 107 Abs. 1 SGB V und § 108 SGB V). Patient\*innen können dort untergebracht und verpflegt werden (vgl. ebd.). Heute wird ein Krankenhaus im G-DRG-System wie ein gewinnorientiertes Unternehmen geführt.

Üblicherweise ist der Pflegedienst im Krankenhaus hierarchisch in einer Linienorganisation aufgebaut, die zuweilen durch funktionale Stabsstellen entlastend ergänzt wird. In zentraler Verantwortung steht die der Klinikleitung angehörende Pflegedirektorin oder der Pflegedirektor\*. Je nach Krankenhausgröße, die üblicherweise anhand der Bettenzahl vergleichbar ist, folgen in der Regel zwei weitere Ebenen mit Führungsverantwortung, die Ebene der Pflegedienst- oder Zentrumsleitungen sowie die Ebene der Stations- bzw. Bereichsleitungen.

Pflegedienst- und Zentrumsleitungen unterstützen Pflegedirektor\*innen in ihrer Führungs-funktion bei der Umsetzung der Unternehmensziele. „Ihnen obliegt es, entwickelte Strategien zu kommunizieren, Rahmenbedingungen für Leistungsfähigkeit und -möglichkeit für die Mitarbeitenden zu schaffen und mit ihnen Ziele zu vereinbaren, Handlungsrahmen abzustecken und Gestaltungsfreiräume für eine kreative Fortentwicklung des Pflegedienstes einzurichten“ (Gibb 2019: 3) und Pflege zu organisieren.

---

\* Die verwendeten Begriffe mögen stellvertretend für vergleichbare Stellenbezeichnungen stehen.

Stations- bzw. Bereichsleitungen führen Pflegeteams und tragen eine besondere Verantwortung für das alltägliche, reibungsarme, operative Geschäft am Patientenbett. Pflegeteams bestehen aus mehreren Pflegenden, die in einer räumlich festgelegten Organisationseinheit, der Station, miteinander arbeiten.

Die Pflegenden, die in der stationären Betreuung der Patient\*innen täglich über 24 Stunden am Patientenbett tätig sind, bilden die größte Berufsgruppe in einem Krankenhaus. Als Mitarbeitende in der Krankenversorgung sind sie Akteur\*innen im wertschöpfenden Primärprozess des Krankenhauses. (vgl. Gibb 2019: 3)

### 1.2. Pflege als Profession im organisationalen Kontext

Die Krankenpflege ist eine körperlich und mental anspruchsvolle Profession, die sowohl Beruf als auch eine individuell ausgeprägte Berufung miteinander vereint. Eine kurzgefasste Übersicht über die breitgefächerten Inhalte, die vielschichtigen hohen Anforderungen und die kollektiven Erwartungen an die professionelle Tätigkeit der Pflegefachkräfte vermittelt in Deutschland das Pflegeberufegesetz mit den dort formulierten Ausbildungszügen.

Um Menschen in ihrer jeweiligen Pflegesituation, die Akutpflege im Krankenhaus ist mit gemeint, selbstständig, umfassend und prozessorientiert professionell pflegen zu können, besteht das Ziel der Ausbildung darin, fachliche und personale sowie die zugrundeliegenden methodischen, sozialen, interkulturellen und kommunikativen Kompetenzen zu erwerben. (vgl. § 5 Abs. 1 PflBG). Ergänzend zu dieser Aufzählung von Leitworten, die zunächst allgemein, ohne weitere inhaltliche Differenzierung auf ein breit angelegtes Kompetenzspektrum einer Pflegefachkraft aufmerksam machen, werden im weiteren Text Bezüge zur Organisation hergestellt. Diese können anhand der folgenden Abbildung des Neuen St. Galler Management-Modells von Rüegg-Stürm, das die Vielschichtigkeit einer Organisation als complexes, offenes, soziales System mit Wirkungszusammenhängen zwischen Kulturen, Strukturen und Prozessen übersichtlich darstellt (vgl. Hagen 2010: o. S.), eingeordnet und beschrieben werden.

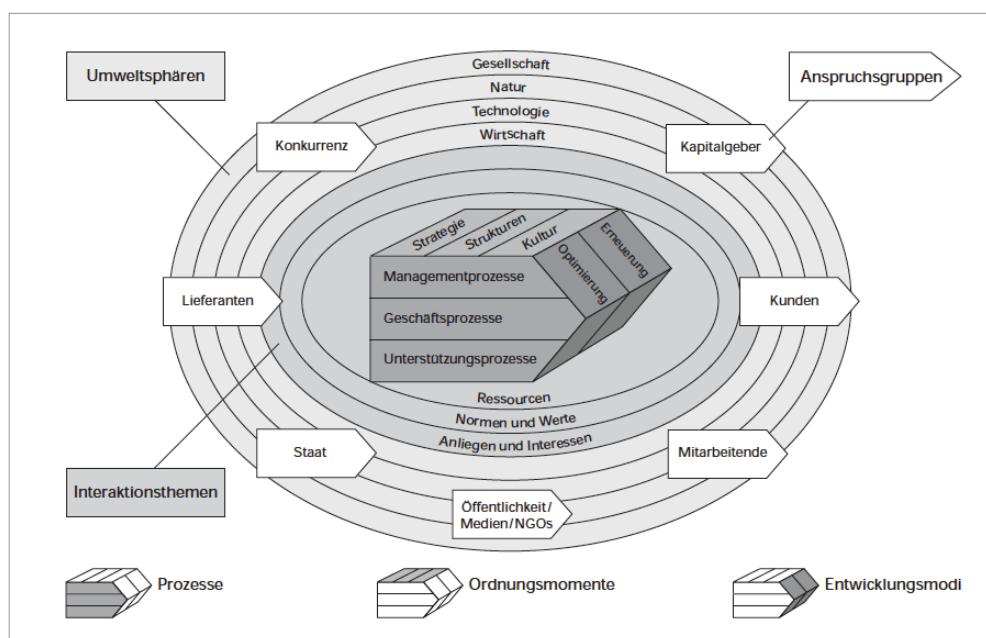


Abb. 1 Das neue St. Galler Management-Modell im Überblick (Rüegg-Stürm 2002, zitiert nach Hagen 2010: o. S.)

Im Pflegeberufegesetz wird der bereits erwähnte Kern- oder Geschäftsprozess, den stationär Pflegende im Krankenhaus je nach fachlicher Orientierung in etwas unterschiedlicher Art und Weise ausführen, näher bezeichnet:

„[Dieser Pflegeprozess] umfasst präventive, kurative, rehabilitative, palliative und sozialpflegerische Maßnahmen zur Erhaltung, Förderung, Wiedererlangung oder Verbesserung der physischen und psychischen Situation der zu pflegenden Menschen, ihre Beratung sowie ihre Begleitung in allen Lebensphasen und die Begleitung Sterbender“ (§ 5 Abs. 2 Nr. 1 PflBG).

Der beschriebene Kernprozess beginnt mit der Ermittlung des Pflegebedarfs. Es schließen sich die Planung und die Durchführung der Pflege sowie die Dokumentation der Maßnahmen und deren Erfolgskontrolle an (vgl. § 5 Abs. 3 Nr. 1a; 1c PflBG).

Die eigenständige Durchführung von ärztlich angeordneten Maßnahmen der medizinischen Diagnostik und Therapie (vgl. § 5 Abs. 3 Nr. 2 PflBG), die Einleitung lebenserhaltender Sofortmaßnahmen und die Durchführung von Maßnahmen in Krisen- und Katastrophensituationen (vgl. § 5 Abs. 3 Nr. 1h PflBG) sowie der interdisziplinäre und berufsgruppenübergreifende fachliche Austausch und die Abstimmung und Zusammenarbeit im Interesse einer individuellen Betreuung von Patient\*innen (vgl. § 5 Abs. 3 Nr. 3 PflBG) sind als Prozesse dem vorgenannten Kernprozess gleichgestellt.

Pflegefachpersonen übernehmen mit der „Organisation, Gestaltung und Steuerung des Pflegeprozesses“ auch Managementfunktionen. Diese sind Voraussetzungen für die Realisation des Kernprozesses (vgl. § 5 Abs. 3 Nr. 1b PflBG).

Im Pflegeberufegesetz finden verschiedene Anspruchsgruppen Erwähnung. Die primäre Anspruchsgruppe bilden zu pflegende Menschen. Sie sind nach ihrer sozialen Herkunft, ihrem kulturellen und religiösen Hintergrund, ihrer sexuellen Orientierung und dem Lebensalter (vgl. § 5 Abs. 2 Nr. 3 PflBG) vielfältig und in jeder Hinsicht einzigartig. Auch werden ihre sozialen Bezugspersonen, die Angehörigen, genannt (vgl. § 5 Abs. 3 Nr. 1f PflBG). Zu den internen Anspruchsgruppen zählen Ärztinnen und Ärzte (vgl. § 5 Abs. 3 Nr. 1h PflBG), andere Berufsgruppen und Ehrenamtliche (vgl. § 5 Abs. 3 Nr. 1h PflBG) sowie das am Behandlungsprozess beteiligte Team (vgl. § 5 Abs. 3 Nr. 3 PflBG). Zwischen den internen Anspruchsgruppen bestehen Interaktionsbeziehungen, die sich insbesondere auf Wissenstransfer, gegenseitigen Erfahrungsaustausch sowie Kommunikation hinsichtlich der Anleitung, Beratung und Abstimmung in Pflege- und Behandlungssituationen beziehen. Pflegefachkräfte beteiligen sich auch an der praktischen Ausbildung von Angehörigen verschiedener Gesundheitsberufe. (vgl. § 5 Abs. 3 Nr. 1i PflBG)

Das Pflegeberufegesetz verweist ansatzweise auch auf die organisationale Umwelt, auf die sich Pflegende und ihre Teams einstellen müssen. So ist es Pflegefachkräften geboten, „entsprechend dem allgemein anerkannten Stand pflegewissenschaftlicher, medizinischer und weiterer bezugswissenschaftlicher Erkenntnisse“ (§ 5 Abs. 2 Nr. 2 PflBG) zu pflegen. Sich mit verändernden Grundlagen der Pflege vertraut zu machen, erfordert „lebenslanges Lernen [...] und die fortlaufende persönliche und fachliche Weiterentwicklung“ (§ 5 Abs. 1 Nr. 2 PflBG). Auf diese Lernorientierung wird im Verlauf der Arbeit zurückzukommen sein.

Das Selbstbestimmungsrecht (vgl. § 5 Abs. 2 Nr. 4 PflBG) und das Pflegeberufegesetz selbst sind Hinweise auf eine Vielzahl an Rechtsnormen, welche die Pflege im Krankenhaus beeinflussen. Änderungen von relevanten Rechtsnormen in rascher Folge, wie sie gerade jetzt beispielweise in Bezug auf die Finanzierung der stationären Pflege im G-DRG-Kontext editiert werden, führen nicht nur für Pflegende und ihre Teams, sondern für das gesamte Krankenhaus zu einer instabilen Umwelt und sind Ausdruck einer fortschreitenden funktionalen Differenzierung des Krankenbehandlungssystems.

Pflege „erfolgt auf Grundlage einer professionellen Ethik“ (vgl. § 5 Abs. 2 Nr. 2 PflBG). Diese Textsequenz verweist auf Normen und Werte und bei einer weiter gefassten Deutung auch auf Ressourcen, auf Anliegen und Interessen der einzelnen Pflegefachkraft, respektive des Pflegeteams. Normen und Werte bilden den Rahmen für sinnvolle Pflegestrukturen und Arbeitsabläufe und eine Kultur, in der diese Werte und Normen in der Praxis tatsächlich gelebt werden können.

### 1.3. Erkenntnisse aus pflegeethischen Grundsätzen

In einer Vielzahl von Krankenhäusern erarbeiteten sich Pflegende Leitbilder, in denen sie Werte, Inhalte und Ziele ihrer Pflege von Patient\*innen und eigene berufliche Ideale formulierten. Diese Pflegeleitbilder orientieren sich inhaltlich am Ethikkodex für Pflegende des International Council of Nurses (ICN). Sie sind Beispiele angewandter Ethik.

Während der Kodex heute auch durch Aspekte der Professionalisierung der Pflege, der Pflegewissenschaft und -forschung geprägt wird - gerade wird eine überarbeitete Fassung des Kodex erwartet - bleibt der Ursprung der Pflege, die Sorge, fundamentaler Bestandteil:

„Am Anfang war die Sorge. Menschen werden geboren in einer Welt, in der Andere sich um sie kümmern und sorgen. Wenn es gut geht. Die Sorge ist die erste Figur der Moral, der wir am Anfang unseres Lebens begegnen. Sie betrifft nicht bloss den Anfang unserer Existenz. Menschen sind Wesen, die sich zeitlebens um sich und um Andere sorgen. Wir sind Empfänger und Spender von Sorge, solange wir leben. [...] Die Sorge lässt sich demnach als das Urdatum, als die Grundverfassung unseres Daseins bezeichnen. Wir sind auf Sorge angewiesen und sind das umfassender, länger und intensiver als alle anderen Lebewesen. Und wir antworten unsererseits auf die Sorgebedürftigkeit Anderer, indem wir uns um sie kümmern. Die Gabe der Sorge ist ein Respons auf die Bitte um Sorge, auch wenn die Bitte nicht ausdrücklich formuliert werden muss. Sorge ist somit ein anthropologisches Merkmal, das unsere Art kennzeichnet. Sie ist fundamentalmenschlich.“ (Wils & Baumann-Hölzle 2013, zitiert nach Huber, A. 2019: 42-43)

Anschlussfähig an dieses Zitat bezeichnet der ICN-Kodex vier grundlegende Verantwortungsbereiche Pflegender, die synonym im erwähnten Pflegeberufegesetz aufgegriffen wurden. Diese bestehen darin, „Gesundheit zu fördern, Krankheit zu verhüten, Gesundheit wiederherzustellen, Leiden zu lindern.“ (ICN 2012: Präambel) Neben diesen Verantwortungsbereichen werden weitere, von Pflegenden anerkannte Werte akzentuiert:

„Untrennbar von Pflege ist die Achtung der Menschenrechte, einschließlich kultureller Rechte, des Rechts auf Leben und Entscheidungsfreiheit auf Würde und auf respektvolle Behandlung. Pflege wird mit Respekt und ohne Wertung des Alters, der Hautfarbe, des Glaubens, der Kultur, einer Behinderung oder Krankheit, des Geschlechts, der sexuellen Orientierung, der Nationalität, der politischen Einstellung, der ethnischen Zugehörigkeit oder des sozialen Status ausgeübt. Die Pflegende übt ihre berufliche

Tätigkeit zum Wohle des Einzelnen, der Familie und der sozialen Gemeinschaft aus; sie koordiniert ihre Dienstleistungen mit denen anderer beteiligter Gruppen.“ (ebd.)

Die im Text angeführten Werte zeigen eine bemerkenswerte Übereinstimmung mit den von Booth und Ainscow im Index für Inklusion ausgearbeiteten inklusiven Werten. (vgl. Booth und Ainscow 2019: 33-43). Zugleich findet der Textauszug mit dem Verweis auf eine respektvolle, würdevolle Behandlung sehr unterschiedlicher Menschen und einer damit verbundenen Wertschätzung der Verschiedenheit inhaltliche Analogie in der Definition von Inklusion in der Veröffentlichung von Kampmeier und Kraehmer. (vgl. Kampmeier und Kraemer 2018: 17-18)

Bereits diese beiden Erwähnungen lassen darauf schließen, dass die Pflege mit eigenen, selbstbestimmten Werten in keinem Widerspruch zum Inklusionskonzept steht, sondern in diesem eher eine Entsprechung findet.

Eine besondere Aufmerksamkeit verdienen für die vorliegende Arbeit weitere Auszüge aus den vier Elementen des Kodex. Sie nehmen Bezug auf die Selbstfürsorge Pflegender.

„Die Pflegende zeigt in ihrem Verhalten professionelle Werte wie Respekt, Aufmerksamkeit und Eingehen auf Ansprüche und Bedürfnisse, sowie Mitgefühl, Vertrauenswürdigkeit und Integrität. [...]

Die Pflegende achtet auf ihre eigene Gesundheit, um ihre Fähigkeit zur Berufsausübung nicht zu beeinträchtigen. [...]

Über ihren Berufsverband setzt sich die Pflegende für die Schaffung einer positiven Arbeitsumgebung und für den Erhalt von sicheren, sozial gerechten und wirtschaftlichen Arbeitsbedingungen in der Pflege ein. [...]

Die Pflegende sorgt für eine gute und respektvolle Zusammenarbeit mit ihren Kolleg\*innen und mit den Mitarbeitenden anderer Bereiche.“ (ICN 2012: Elemente des Kodex)

Bereits diese wenigen Formulierungen belegen, dass professionelle Pflege heute nicht mehr auf ein altruistisches Rollenbild zu reduzieren ist. Die Befriedigung grundlegender gesundheitlicher, sozialer und wirtschaftlicher Bedürfnisse von Pflegenden ist Voraussetzung für die Ausübung ihrer beruflichen Tätigkeit. Dazu zählen gute zwischenmenschliche Kommunikationen, die sich im Krankenhaus auch auf das Miteinander im Team und zu den Mitarbeitenden anderer Bereiche und Berufsgruppen beziehen. Auch das ausdrückliche Gebot, auf die eigene Gesundheit zu achten, impliziert einerseits die individuelle Bereitschaft für ein gesundheitsbewusstes Verhalten seitens der Pflegenden und andererseits auch das Gewähren von Bedingungen, die Pflegenden das Arbeiten und Leben in einer gesundheitsfördernden Atmosphäre ermöglichen.

Weiterhin zählen zu positiven Arbeitsbedingungen unter anderem, dass Pflegende eine verlässliche, wertschätzende und finanziell angemessene Vergütung ihrer Arbeitsleistung und Anerkennung durch die Gesellschaft erhalten, denn Pflege erlangt durch eine gesellschaftlich sinnvolle und unverzichtbare Tätigkeit besonders in einer fortschreitend alternden Gesellschaft und in Phasen epidemisch auftretender Krankheiten oder Pandemien anerkannter Maßen systemrelevante Bedeutung. (vgl. Institut DGB-Index Gute Arbeit 2018: 4) Pflege wird in der modernen Gesellschaft immer mehr zum knappen Gut.

Gleichfalls schließen gute Arbeitsbedingungen auch die Bereitstellung von Ressourcen ein, die quantitativ und qualitativ für eine bedürfnisorientierte, menschliche Pflege von Patient\*innen geeignet sind. Solche Ressourcen sind Voraussetzung für ethisches Pflegen.

Allerdings verwiesen Braun, Klinke und Müller bereits vor zehn Jahren auf Auswirkungen des DRG-Systems auf die Arbeitssituation im Pflegebereich von Akutkrankenhäusern, auf Zusammenhänge zwischen Arbeitsverdichtung, pflegerischem Selbstverständnis und Versorgungsqualität. Eine Umkehr dieser Entwicklung ist für die gerade zu Ende gehende Folgedekade nicht belegt.

„Empirische Querschnittsuntersuchungen wie auch eine Längsschnittuntersuchung für die Jahre 2003 bis 2008 zeigen für die letzten Jahre bei einer Reihe von Arbeitsbedingungen und beim beruflichen Selbstverständnis der Pflegekräfte im Krankenhaus signifikante und stabile Veränderungen. Dabei handelt es sich u.a. um Arbeitsverdichtungsprozesse, zunehmende Dissonanzen zwischen Normen und beruflichem Alltag und damit verbunden um Verschlechterungen für die Versorgungsqualität von Patienten.“ (Braun et al. 2010: 5)

Die angeführten Auszüge der vier Elemente des Ethikkodex fokussieren die Belange der Pflegenden. Sie wurden ausgewählt, weil sie für diese Arbeit forschungsrelevant sind. In einem guten Arbeitsumfeld können Pflegende gute Pflege leisten. Daher verdienen alle angeführten Aspekte Beachtung. Letztgenannte Formulierungen jedoch deuten an, dass es innerhalb des DRG-Systems Umsetzungseinschränkungen dieser pflegethischen Grundsätze gab. Dennoch bildet der Ethikkodex fortgesetzt einen elementaren Handlungsrahmen für Pflegende, dessen unbedingte Umsetzung auch im gesamtgesellschaftlichen Interesse stehen sollte. Es ist daher legitim, diese Werte fortgesetzt in der Öffentlichkeit zu vertreten und notwendig, deren Umsetzung im Berufsalltag organisatorisch zu ermöglichen.

Anmerkung: Einen kurzen Überblick über aktuelle Veränderungen in der Finanzierung der stationären Krankenpflege im Krankenhaus gibt der ‚Exkurs: Pflege im pauschalierten Entgeltsystem‘ im Anhang dieser Arbeit. Neue Regelungen in der Pflegefinanzierung eröffnen an erster Stelle die Chance, innovative Veränderungen in der Organisation des Pflegedienstes zu initiieren, ganz im dargestellten Interesse der Pflegenden für eine gute Arbeitsumgebung und entsprechend zum Wohle der Patient\*innen.

#### **1.4. Formulierung der Forschungsfrage**

Nach den bisherigen Erkundungen im Forschungsfeld lässt sich folgendes Zwischenfazit ziehen, das zur Begründung und Formulierung der Forschungshypothese führt:

Pflegende im Krankenhaus sind in Pflegeteams organisiert. Das Team bildet eine soziale Struktur und verbindet seine Mitglieder im Berufsalltag. Als System bedeutet das Team Umwelt für die personalen Systeme seiner pflegenden Mitglieder. Pflegende agieren auf der Basis ihres pflegerischen Expertenwissens und verfolgen das gemeinsame Ziel, hilfebedürftige Menschen professionell zu pflegen. Pflegeteams arbeiten im Krankenhaus in auf Dauer angelegten Stationen, die in einer herkömmlichen Krankenhausstruktur regelmäßig einer medizinischen Fachrichtung zugeordnet sind. Pflegeteams sind in Prozesse eingebunden und deshalb auf das abteilungs- und berufsgruppenübergreifende Interagieren angewiesen.

Der Pflegeberuf hat eine lange Tradition, deren Ursprung in der menschlichen Sorge liegt. Im Verlauf der historischen Entwicklung wurde ein breites Spektrum an Erfahrungswissen entwickelt, das mit Erkenntnissen aus medizinischen Wissenschaften und aus

der pflegewissenschaftlichen Forschung untermauert und fortgesetzt ergänzt wird. Pflegende können sich auf gemeinsame, weltumspannend anerkannte Grundsätze berufen, die u.a. als Richtlinie, Anleitung und Entscheidungshilfe für die Berufspraxis und für professionelle Beziehungen sowie als Grundlage für berufsbezogene Selbstregulation und als Sozialisationsinstrument für Lernende dienen. (vgl. Huber, A. 2019: 172)

Die organisationale Umgebung für ein Krankenhaus ist unbeständig. Die resultierende Unsicherheit wirkt sich entsprechend auf die Arbeitsbedingungen der Mitarbeitenden aus. Die Pflegehierarchie des Krankenhauses verringert die individuelle Teilhabe Pflegender an Entscheidungen bei der Gestaltung von Arbeitsbedingungen und schränkt auch die Autonomie im Handeln ein.

Die Krankenpflege ist ein von Frauen dominierter Beruf, der in der Öffentlichkeit als wichtiger und verantwortungsvoller Beruf wahrgenommen wird und der ein hohes Ansehen in der Bevölkerung genießt (vgl. IfD-Allensbach 2013: 2). Gleichzeitig werden eine hohe Arbeitsbelastung, Wechselschichtarbeit und mit Ekel verbundene Arbeiten, wie die Unterstützung bei der Körperpflege oder beim Ausscheiden, mit diesem Beruf assoziiert, mit dem ein eher bescheidenes Einkommen zu erzielen ist. Eine hochschulische Ausbildung von Pflegenden, die in der unmittelbaren Patientenversorgung auf bettenführenden Stationen tätig sind, gehört hierzulande bisher nicht zum Standard. Noch immer sind dagegen Meinungen anzutreffen, nach denen besonders Hilfsbereitschaft und Mitgefühl die notwendigen Tugenden in der Pflege seien, anstelle der Verfügbarkeit von Fachwissen und professioneller Kompetenz. (vgl. Haberger 2016).

Der Pflegeberuf ist körperlich und psychisch anstrengend. Die im Gesundheitsreport 2019 aufbereiteten Daten von etwa 146.000 Versicherten in Krankenpflegeberufen (vgl. TK 2019: 17) veranschaulichen, dass die Ausübung des Berufes mit negativen Effekten auf die Gesundheit verbunden ist.

„Übereinstimmend weisen die Ergebnisse von Auswertungen zu Arbeitsunfähigkeiten sowie Arzneiverordnungen auf vergleichsweise häufige psychische Beschwerden bei Beschäftigten in Pflegeberufen hin. [...] Fehlzeiten mit Erkrankungen des Muskel-Skelett-Systems [...] weisen zudem auf weitere wesentliche Belastungen hin, die mit einer Tätigkeit in der Pflege einhergehen. [...] Als Ursachen von gesundheitlichen Beschwerden [...] müssen ganz allgemein in erster Linie spezifische Belastungen im typischen beruflichen Arbeitsumfeld diskutiert werden.“ (TK 2019: 12)

„Es ist davon auszugehen, dass die Verdichtung von Arbeit, die aufgrund von zunehmenden Wirtschaftlichkeitserwägungen in Krankenhäusern [...] zu beobachten ist, sowie ein wachsender Personalmangel für Pflegekräfte auch hohe psychische Belastungen mit sich bringen. Motivation für eine Tätigkeit in der Pflege wird bei vielen Pflegekräften unter anderem der Wunsch sein, mit Menschen umzugehen und Menschen zu helfen. [...] Die Diskrepanz zwischen dieser Motivation und der Möglichkeit, ihr im Berufsalltag gerecht zu werden, dürfte psychische Erschöpfungszustände [bei] Pflegekräften begünstigen. Neben diesen Faktoren sind auch Belastungen durch Arbeitsbedingungen wie Schicht- und Nacharbeit zu nennen, die in diesem Arbeitsbereich kaum zu vermeiden sind [...].“

Vermutlich ist eine Vielzahl von Maßnahmen nötig, um Pflegekräfte zu entlasten und den Beruf auch in Zukunft für Arbeitskräfte attraktiv zu gestalten. Möglichweise sind es im Einzelnen jedoch auch einfach umzusetzende organisatorische Maßnahmen, die zu einer teilweisen Verbesserung der Arbeitssituation führen können, sodass

auch die Suche nach individuelleren Lösungsansätzen nicht außer Acht gelassen werden sollten.“ (ebd.13)

Die Beschreibung des organisationalen Kontextes, in dem Pflege im Krankenhaus agiert, und die zuletzt angeführten Befunde stellen keine neuartigen Erkenntnisse dar. Hervorzuheben ist jedoch der offensichtliche Zusammenhang zwischen den Arbeitsbedingungen, die von der Krankenhausleitung im Rahmen umweltlicher Vorgaben gestaltbar sind, und deren Auswirkungen auf die Gesundheit von Pflegenden. Wenn dieser Zusammenhang nunmehr als anerkannt gilt und der Erhalt der psychischen Gesundheit der Beschäftigten ein Anliegen der Organisation ist, liegt es nahe, durch Veränderungen in der Organisation präventiv wirksam zu werden.

In dieser Arbeit wird als möglicher Weg organisationaler Entwicklung erwogen, einen inklusiven Wandel von stationären Pflegeteams im Krankenhaus zu vollziehen. Um einen solchen Weg begründen zu können, soll folgende, bereits mit der Titel dieser Arbeit angedeutete Hypothese untersucht werden:

Ein inklusiv organisiertes Pflegeteam im Krankenhaus nimmt beständig Einfluss auf die psychische Widerstandskraft seiner pflegenden Mitglieder sowohl durch die Ausbildung einer schutzwirkenden Arbeitsumgebung im Pflegealltag und als auch durch das Teilen gewonnener Erfahrungen aus der Bewältigung von Stress- und Krisensituationen.

Aus dieser These sind folgende Fragen abzuleiten:

1. Auf welche Weise gelingt es einem inklusiven Pflegeteam eine schutzwirkende Arbeitsumgebung im Pflegealltag auszubilden?
2. Wie werden in einem inklusiven Pflegeteam gewonnene Erfahrungen aus der Bewältigung von Stress- und Krisensituationen zur Unterstützung der psychischen Widerstandskraft seiner Mitglieder geteilt?

## 2. Methodisches Vorgehen

Die Resultate einer zunächst orientierenden Suche in wissenschaftlichen Datenbanken mit den relevanten Schlagworten dieser theoretischen Arbeit *Resilienz*, *Inklusion*, *Organisation* in Kombination mit *Krankenpflege*, *Krankenhaus*, *Pflegeteam* oder *Pflegende* sowie mit ihren englischsprachigen Entsprechungen erwiesen sich als ungeeignet, Quellen aufzufinden, die einen effektiven Beitrag zur Beantwortung der Fragestellungen der Arbeit hätten leisten können. Die Ergebnisse fielen zu unspezifisch aus. Einerseits ist zum Begriff *Resilienz* in genannten Begriffskombinationen eine unüberschaubare Anzahl von Publikationen zu recherchieren, andererseits führt die Abfrage nach *Inklusion*, *Krankenhaus*, *Pflege* überwiegend zu Informationen über einen barrierefreien Zugang zu medizinischen Leistungen und über die Betreuung von Menschen mit besonderen Bedarfen im Krankenhaus. (vgl. Caritasverband Singen-Hegau 2018: 1 und 4 oder Tacke et al. 2019: 9)

Nur in Ausnahmen werden Bezüge zwischen *Inklusion* und den Leistungserbringenden im Krankenhaus hergestellt. Beispielhaft soll auf eine australische Vielfalts- und Inklusionsstrategie für das Gesundheitspersonal in Queensland verwiesen werden, in der u. a. zur uneingeschränkten Zusammenarbeit ermutigt wird und die Sensibilisierung für die Bedürfnisse der Mitarbeitenden und der Abbau systemischer oder einstellungsbedingter Hemmnisse für die berufliche Entwicklung von Menschen in ihrer Vielfalt als Ziele formuliert werden.

*„Everyone should feel safe and encouraged to fully participate with one another. Queensland Health will promote diversity and inclusion by implementing strategies that:*

- *Are sensitive to and informed by the needs of employees from diverse experiences, and*
- *Remove systemic or attitudinal barriers to the career progression of people from diverse backgrounds.*

*Although diversity is considered in the broadest sense and the emphasis is on inclusion and diversity for all employees in the workplace, the following are the priority groups over the life of the strategy: People with a disability, Non-english speaking backgrounds, Aboriginal and Torres Strait Islander peoples, Gender equity, LGBTIQ, Youth (under 25), Mature age (over 45) [...] Targets have been developed across diversity groups for each hospital and health service, the Department of Health and Queensland Health.” (Queensland Health 2017)*

In einer dritten Bedeutung wurden Texte recherchiert, die das Wort *inclusion* in der Verbindung *inclusion criteria*, Einschlusskriterien, verwenden.

Unmittelbare Hinweise auf inklusive Pflegeteams im Krankenhaus konnten in den zugänglichen Quellen nicht gefunden werden. Dieser Umstand führt zu der Annahme, dass sich ein solches System bisher einer wissenschaftlichen Beschreibung entzog oder in der Realität noch nicht existent ist und daher als theoretische Konstruktion wohlmöglich erstmals beschrieben wird.

Angesichts einer derartig divergierenden Datenlage bezogen auf die hauptsächlichen Ausdrücke *Resilienz* und *inklusiv organisiertes Pflegeteam* bedarf es zur Realisation des Forschungsvorhabens eines methodischen Vorgehens, dass die Möglichkeit einer schrittweisen, gleichsam selektierenden Datenexploration eröffnet und ehedem einen experimentellen Konstruktionsprozess eines bisher unbekannten Systems aus an anderen Stellen beschriebenen Teilen zuläßt.

Unter diesen Prämissen wurde für diese Arbeit ein Vorgehen gewählt, das sich an die von Kleining vor nahezu vierzig Jahren begründete qualitative Heuristik anlehnt.

Laege schreibt über diese Methode, indem er mehrfach direkten Bezug auf Kleining nimmt, dass diese, als interdisziplinär anwendbare Methode entdeckender Forschung darauf abzielt, soziale Lebenszusammenhänge und -verhältnisse aufzudecken, sowie die Bedeutung und die Strukturen sozialer Gegenstände, verbunden mit der Möglichkeit ihrer Entwicklung, zu erfassen. (vgl. Laege 2010: 8-9)

„Sie konzipiert den Forschungsprozess als Dialog zwischen Forschungsperson und Forschungsgegenstand, mit aktiven und rezeptiven Merkmalen, dem Experiment und der Beobachtung als Grundmethoden sowie den Forschungsstrategien Maximierung/Minimierung, Testen der Grenzen und Adaption. Sie basiert auf und grenzt sich zugleich durch ihre Systematik ab von der spontanen und einseitigen Alltagsheuristik.“ (Laege 2010: 9)

Kleining selbst nennt und erläutert vier heuristische Regeln. (vgl. Kleining 1994: 23-35; Kleining 2010: 68-69) Mit der ersten Regel *Offenheit der Untersuchungsperson* verweist er auf die Subjekt-Objekt-Beziehung und meint damit die Einstellung der Forscherin oder des Forschers zum Forschungsgegenstand.

„Das Vorverständnis über die zu untersuchende Gegebenheit soll als vorläufig angesehen und mit neuen, nicht kongruenten Informationen überwunden werden.“ (Kleining 1994: 23)

Die zweite Regel, *Offenheit des Untersuchungsgegenstandes*, besagt, dass das Bild des Gegenstandes vorläufig ist und erst nach erfolgreichem Abschluss des Findungsprozesses ganz bekannt sein wird. (vgl. Kleining 1994: 26)

„Präsentiert sich das Thema im Laufe der Forschung in neuem Zusammenhang, so sollte der Gegenstandsbegriff modifiziert oder geändert werden.“ (Kleining 2010: 68)

Die dritte Regel, *Maximale strukturelle Variation der Perspektiven*, fordert dazu auf, alle möglichen Aspekte eines Untersuchungsobjektes zu betrachten, um eine große Spannweite wahrscheinlich verschiedener Sichtweisen entdecken zu können.

Nach der vierten Regel, *Analyse auf Gemeinsamkeiten*, sind die Schnittmengen der unterschiedlichen Sichtweisen zu entdecken. Ziel ist es, vom Konkreten ausgehend zum Abstrakten zu gelangen.

„Der Weg geht von den verschiedenen Formen des Konkreten zu immer höherer Abstraktion. [...] Abstraktion von Konzepten heißt nicht Reduktion, sondern Zusammenfassung und Bündelung.“ (Kleinig 2010: 68)

Nicht unerwähnt soll an dieser Stelle Kleinings nachfolgend zitierte Bewertung insbesondere der beiden letztgenannten Regeln bleiben, die abseits wissenschaftlichen Vorgehens im weiteren Sinne eine Beziehung zum realen Leben herzustellen vermag und nicht zuletzt eine Überleitung zur Erklärung des heuristischen Forschungsprozesses darstellt:

„Die Kombination der Regeln 3 und 4 entspricht der Kombination der unterschiedlichen Empfindungen der Sinnesorgane zu einem einheitlichen Erleben der „Welt“. Dieser für das Überleben sowohl des Individuums als auch der Gattung wichtige Prozess wirft Licht auf die anthropologische Basis der Entdeckungsregeln.“ (Kleinig 2010: 69)

Kleining beginnt die Erklärung des heuristischen Forschungsprozesses mit dem Verweis auf das *Gleichgewicht* der vorgenannten *Regeln*, die sich gegenseitig unterstützen und hinsichtlich ihrer Wichtigkeit keiner Hierarchisierung und keiner festgelegten Abfolge unterliegen.

„Nur scheinbar geht die Datenerhebung der Analyse voran, weil ihr schon die Gedankenanalyse vorgeschaltet ist. Sobald die ersten Informationen existieren, beginnt die reale Analyse, deren (vorläufiges) Ergebnis wieder auf die weitere Datenerhebung einwirkt, sodass Erhebung und Analyse sich verschränken. Die Datenerhebung ist bei entdeckender Forschung integrierter Teil des Entdeckungsprozesses, nicht hierarchisch primär oder sekundär. Man beginnt mit kleinen Samples und weitert je nach Erkenntnisstand aus auf die noch nicht erkundeten Fragestellungen und Forschungsbereiche [...] Alles bleibt im Fluss bis zum Ende.“ (ebd. 69)

Mittels *Dialogprinzip* wird der Forschungsprozess in Bewegung gesetzt. Dies geschieht u.a. durch gedachte „Fragen“ an Texte, die mit dem Forschungsgegenstand in Verbindung stehen oder diesen repräsentieren. Protokollierte reale oder gedachte „Antworten“ führen zu weiteren „Fragen“, so dass eine Frage-Antwort-Abfolge entsteht. „Fragen“ sollen dabei verschiedene Sichtweisen auf den Forschungsgegenstand ermöglichen, die später analysiert werden. (vgl. ebd. 69-70)

*Intersubjektivität* stellt sich über das Entdecken von Gemeinsamkeiten in der Vielgestaltigkeit der Daten ein, indem die subjektive Sicht aus der Einzelperspektive in die Gemeinsamkeit des Intersubjektiven überführt wird.

Die *Abfolge konkret-abstrakt-konkret*: ist ein weiteres Merkmal des Forschungsprozesses: „[Dieser] abstrahiert Gemeinsamkeiten aus den konkreten Daten und kehrt von der Abstraktion wieder zurück zum Konkreten, das jetzt in neuer Gliederung erscheint. Das Chaos des Anfangs verwandelt sich in Struktur und Ordnung.“ (Kleinig 2010: 70)

Als angenehm unkompliziert und wenig einschränkend kann von der Forschungsperson Kleinings Beschreibung vom *Anfang und Ende* des Forschungsprozesses empfunden werden:

“Weil alle Daten in einen Gesamtzusammenhang eingeordnet werden sollen, ist der Anfang beliebig. Man beginnt dort, wozu man Lust hat oder wo der Zugang zum Material einfach erscheint, ähnlich wie bei einem Kreuzworträtsel oder Puzzle. Man endet, wenn alles aufgeklärt ist und neue Daten, trotz weiterer Variation, keine neuen Erkenntnisse produzieren.“ (ebd. 71)

Als Resümee der kurzen Erörterung des methodischen Vorgehens mögen abschließend Zitate des Begründers der qualitativen Heuristik stehen, die gleichfalls als Begründung für die Formulierung des Themas dieser Arbeit bemüht werden können:

„Jeder Suchprozeß, soll er erfolgreich verlaufen, setzt die Antizipation des Ergebnisses voraus. Ein verlegter oder verlorener Gegenstand wird nicht gefunden, wenn nicht gewisse Hinweise auf seine Existenz aus Gegenwart oder Vergangenheit beachtet werden. Etwas Neues wird nicht entdeckt, ohne das Verfolgen von Indikatoren seiner Struktur.“ (Kleinig 1982: 243)

### 3. Resilienz als Konzept

Dieser Teil der Arbeit will sich dem Begriff Resilienz und verschiedenen, thematisch verbundenen Gesichtspunkten in einer Weise und einem Umfang widmen, wie diese gemäß Forschungsmethode zur Beantwortung der formulierten oder gedachten Fragen an das Thema der Arbeit erforderlich sind. Insbesondere wird dabei auf das Rahmenmodell von Resilienz nach Kumpfer, auf schützende Faktoren im Bewältigungsprozess von Stress- und Krisensituationen sowie auf die Beziehung zwischen personaler Resilienz und Teamresilienz eingegangen.

Im Fokus der Aufmerksamkeit dieser Arbeit stehen die Ressourcen und Schutzfaktoren von Resilienz, die inklusive Pflegeteams selbst generieren und in Nachhaltigkeit erhalten können.

Beratungsangebote, Trainingsprogramme für Einzelpersonen oder Gruppen zur Förderung von Resilienz werden in dieser Arbeit nicht erörtert, da sie nicht Gegenstand des Forschungsinteresses sind. Bengel und Lyssenko nehmen eine kurzgefasste Klassifizierung solcher Konzepte und Maßnahmen vor. (vgl. Bengel und Lyssenko 2012: 92-99) Einschlägige Angebote werden zahlreich im Internet beworben.

Auch auf die Operationalisierung und auf Messinstrumente von Resilienz wird nicht näher eingegangen. Hierzu geben Bengel und Lyssenko weiterführende Informationen. (vgl. Bengel und Lyssenko 2012: 35-39)

Eine kurze Übersicht über die Resilienzforschung und ihre vier bisher zu unterscheidenden Forschungswellen gibt der ‚Exkurs: Resilienzforschung‘ im Anhang. Dort wird auch

eine Erkenntnis von Guski-Leinwand erwähnt, nach der die Grundlagen für das Konzept der Resilienz einem anderen Autor zuzuschreiben sind, als dies üblicherweise bisher in der Fachliteratur allgemein vertreten wird.

Als Hinweis auf die vieldimensionale Verbreitung und Inanspruchnahme des Resilienzbegriffes sei auf Zander verwiesen. Sie schrieb:

„Resilienz ist ein Phänomen, das in den Humanwissenschaften interdisziplinär diskutiert wird: Dort aus der Entwicklungspsychologie stammend, von der Psychotherapie aufgegriffen, wird es mittlerweile auch von Pädagogik und Sozialpädagogik entdeckt. Die Soziologie betrachtet das Phänomen naturgemäß stärker als Gruppenresilienz, die Ethnologie wendet den Begriff beispielsweise sogar auf Verhaltensweisen bedrohter Volksstämme an. Das „Urheberrecht“ auf Entdeckung gebührt jedoch den Naturwissenschaften, die sich dabei auf Materialeigenschaften beziehen, wie etwa die gleichzeitige Biegsamkeit und Widerstandsfähigkeit einer Substanz.“ (Zander 2011: 9)

Neben dem Resilienzkonzept gibt es verschiedene weitere Konzepte, die im Kontext eines ressourcenorientierten Umgangs mit Herausforderungen und Belastungen zu erwähnen sind. Unter dem Regenschirm der Salutogenese listet Eriksson eine Reihe von Konzepten und Theorien zur Erklärung von Gesundheit und Lebensqualität verbunden mit den Namen ihrer Haupt- bzw. Erstautor\*innen zur Orientierung auf:

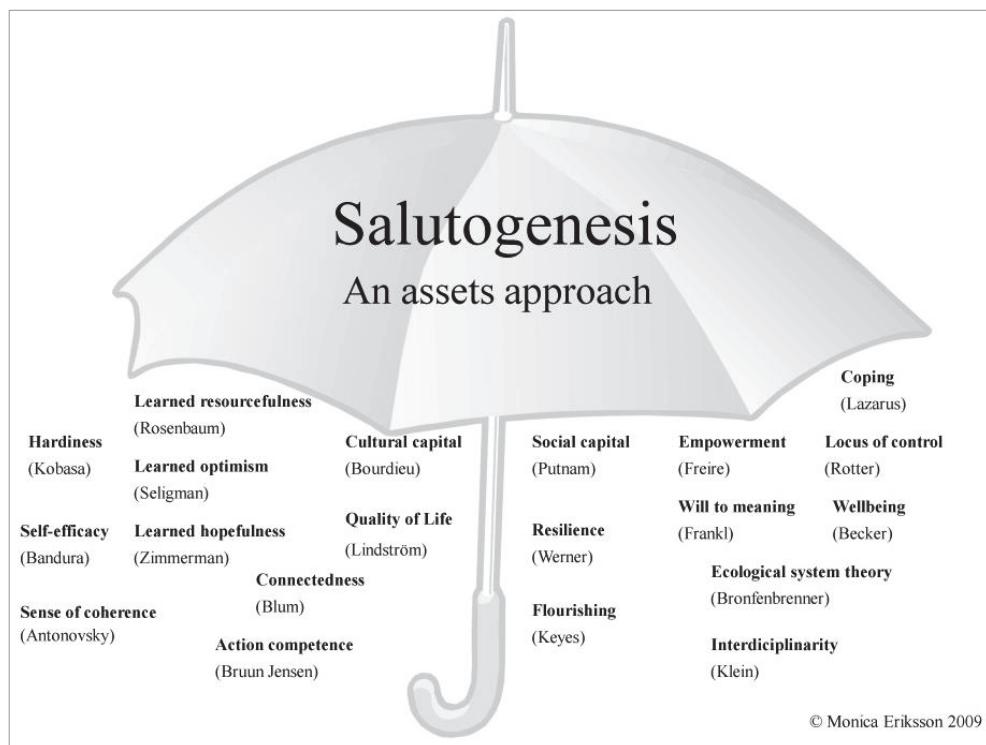


Abb. 2 *The Salutogenic Umbrella – Convergent Concepts and Theories Contributing to Explanations of Health and Quality of Life* (Eriksson und Lindström 2011: 43)

Erläuternde Texte zu einzelnen Konzepten sind u.a. bei Henninger (vgl. Henninger 2016: 158), Siegrist (vgl. Siegrist 2010: 25-29) oder Eriksson und Lindström (vgl. Eriksson und Lindström 2011: 31-46) auffindbar oder selbst unter Verwendung der Umbrella-Angaben leicht zu recherchieren.

### 3.1. Eingrenzung eines Begriffes

Bei einer nahezu unüberschaubaren Zahl an Definitionen, von Freyberg zählt bereits im Jahr 2011 fast 10.000 Suchergebnisse zur Resilienzdefinition (vgl. von Freyberg 2011: 219), soll hier auf eine weitere verzichtet werden. Allerdings ist es auch für diese Arbeit erforderlich, ein gemeinsames Verständnis über den Begriff Resilienz zu entwickeln und dabei Definitionen verschiedener Autor\*innen zu nutzen.

Auf der Suche nach dem Wortursprung ergab die Recherche für das lateinische Verb *resilire* die deutsche Bedeutung *zurückspringen* und *abprallen* wieder. (vgl. Hau und Amm 2007: 232)

Resilienz bezeichnete zunächst, wie bereits angedeutet, eine physikalische Eigenschaft eines Stoffes. „Ursprünglich wurde der englische Begriff „resilience“ in der Materialkunde verwendet, um die Fähigkeit von Werkstoffen zu beschreiben, aus einer starken Verformung heraus wieder in ihren originären Zustand zurückzukommen.“ (Institut für Bildungscoaching 2020: o. S.) Im Rückbezug auf die englische Wortbedeutung soll der Begriff Resilienz sowohl Flexibilität bedeuten als auch Widerstandskraft beinhalten. (vgl. Hoffmann 2017: 51) Wustmann ergänzt Spannkraft, Elastizität, Strapazierfähigkeit. (vgl. Wustmann 2005: 192)

Bengel und Lyssenko bezeichnen den Begriff disziplinübergreifend als Toleranz eines Systems gegenüber Störungen bzw. die Widerstandskraft von Systemen. (vgl. Bengel und Lyssenko 2012: 24)

Teilnehmer\*innen des internationalen Kongresses „Resilienz - Gedeihen trotz widriger Umstände“ in Zürich einigten sich im Jahr 2005 auf diese Definition:

„Unter Resilienz wird die Fähigkeit von Menschen verstanden, Krisen im Lebenszyklus unter Rückgriff auf persönliche und sozial vermittelte Ressourcen zu meistern und als Anlass für Entwicklung zu nutzen. Mit dem Konzept der Resilienz verwandt sind Konzepte wie Salutogenese, Coping und Autopoiese. Alle diese Konzepte fügen der Orientierung an Defiziten eine alternative Sichtweise bei.“ (Welter-Enderlin 2006: 13)

Zander charakterisiert Resilienz mit der Elastizität einer Weide, die „im Winde dem Sturm durch Biegsamkeit zu trotzen“ (Zander 2011: 9) vermag. „Resiliente Menschen aktivieren Kräfte in sich selbst und wissen Unterstützung von außen dafür zu nutzen, um in extremen Belastungssituationen nicht zu zerbrechen [...].“ (ebd.) An anderer Stelle führt sie aus:

„Mit Resilienz bezeichnen wir jene „seelische Widerstandskraft“, mit deren Hilfe Menschen außergewöhnlichste Belastungen, Lebenskrisen und Traumata, beinahe unbeschadet an Leib und Seele überwinden. Dank ihrer seelischen Flexibilität erholen sich resiliente Menschen ungewöhnlich rasch von Schicksalsschlägen und Extremsituationen.“ (Zander 2014: 1)

Auch Bengel und Lyssenko greifen das Bild eines Baumes, der einem Sturm ausgesetzt ist nach Lepore und Stevens auf, um drei Formen der Belastungsbewältigung zu verdeutlichen, auf die sich nach ihrer Erkenntnis die meisten Resilienzdefinitionen beziehen: Der Stamm und die Äste des Baumes können so massiv sein, dass sie dem Sturm bewegungslos trotzen (Resistenz). Es wäre auch möglich, dass der Baum und seine Äste durchgeschüttelt und verbogen werden. Nachdem der Sturm abgeflaut ist, kehrt er jedoch in seine ursprüngliche Form zurück (Regeneration). Eine dritte Möglichkeit besteht

darin, dass die Wuchsrichtung der Äste des Baumes sich durch den Sturm so verändert, dass der Baum eine neue Form annimmt, die künftigen Stürmen weniger Angriffsfläche bietet (Rekonfiguration) (vgl. Bengel und Lyssenko 2012: 25) Als Vorbild in der Natur sind die Windflüchter zu nennen, deren windabgewandte Wuchsform vom Darßer Weststrand geläufig ist.

Nach Masten und Obradovic bezieht sich die individuelle Resilienz auf Prozesse, Kapazitäten oder Muster der positiven Anpassung während oder nach der Exposition mit ungünstigen Verhältnissen, die in der Lage sind, ein gelungenes Leben oder die Entwicklung der Person zu stören oder zu zerstören.

*„[I]ndividual resilience refers to the processes of, capacity for, or patterns of positive adaptation during or following exposure to adverse experiences that have the potential to disrupt or destroy the successful functioning or development of the person.“*

(Masten und Obradovic 2008: 2)

Aburn, Gott und Hoare analysieren in ihrem systematischen Review 100 Artikel mit Resilienzdefinitionen aus den Jahren 2000 bis 2015. Sie stellten fest, dass es keine allgemeingültige Definition von Resilienz gibt. „*One hundred articles were included in the final data analysis. The most significant finding of the review was that there is no universal definition of resilience.*“ (Aburn, Gott und Hoare 2018: 980) Ihnen gelang es jedoch, einige gemeinsame Themenfelder zu identifizieren, mit deren Hilfe die Definitionen gruppiert werden können. Ihre sogenannten *Key-Themes*, mit denen sie zitierte Textsequenzen von Definitionen überschrieben, charakterisieren Resilienz als Überwindung von Widrigkeiten, als Anpassung und Veränderung, als gewöhnliche Magie im Sinne eines zum Leben dazu gehörenden alltäglichen Phänomens, als Beistand stabiler psychischer Gesundheit und als Fähigkeit sich zu erholen. (vgl. Aburn, Gott und Hoare 2018: 992-993)

Mit der Verwendung des Resilienzbegriffes in einer weiter gefassten Bedeutung wird dieser als „Kompetenz verstanden, die sich aus verschiedenen Einzelfähigkeiten zusammensetzt. [...] Diese Kompetenzen sind nicht nur relevant für Krisensituationen, sondern auch notwendig, um [...] weniger kritische Alltagssituationen zu bewältigen.“ (Fröhlich-Gildhoff und Rönnau-Böse 2019: 12) Bei einem derartigen Begriffszugang wird die einschränkende Bedingung, Resilienz nur an eine erfolgreiche Überwindung von außergewöhnlichste Belastungen, Lebenskrisen und Traumata zu binden, zugunsten einer breiteren Praxisrelevanz geöffnet und kann in dieser Weise an Stress belastete Arbeitsbedingungen Anschluss finden.

Das Mainzer Leibniz-Institut für Resilienzforschung offeriert online ihre zwei Schlagzeilen zum Resilienzbegriff: „Resilienz ist die Fähigkeit zur Aufrechterhaltung oder Wiederherstellung psychischer Gesundheit während oder nach stressvollen Lebensereignissen. [...] Resilienz ist ein aktiver und dynamischer Prozess und kein starres Persönlichkeitsmerkmal.“ (Das LIR o. J.: o. S.) Es wird erklärend ergänzt:

„Wir gehen davon aus, dass Menschen über vielfache Ressourcen verfügen, mit Stress und Belastungen umzugehen. Die Wirkung solcher Schutz- und Selbstheilungskräfte äußert sich im besten Fall im Phänomen der Resilienz. Resilienz besteht, wenn Individuen in großen psychischen oder körperlichen Stresssituationen ihre psychische Gesundheit aufrechterhalten oder diese nach einer kurzen Phase von Belastungssymptomen rasch wiederherstellen können. [...] Belastbarkeit ist [...]“

nicht einfach die Unempfindlichkeit gegen Stress, sondern Folge eines aktiven und dynamischen Anpassungsprozesses.“ (ebd.)

Die psychische Widerstandskraft stellt kein angeborenes Persönlichkeitsmerkmal dar, sondern wird als individuelle Kapazität in fortgesetzter Subjekt-Umwelt-Interaktion erworben. Resilienz entwickelt sich in einem hochkomplexen Zusammenspiel aus Merkmalen der Person und ihrer Lebensumwelt. Sie beruht auf internen und externen Schutzfaktoren. (vgl. Wustmann 2006: 7) „Resilienz bedeutet [...] keine stabile Immunität, sondern kann über Zeit und Situationen hinweg variieren.“ (ebd.) „Resilienz ist also als Fähigkeit nicht „automatisch“ über den gesamten Lebenslauf stabil; sie ist auch nicht auf alle Lebensbereiche eines Menschen übertragbar.“ (Fröhlich-Gildhoff und Rönnau-Böse 2019: 11)

Bengel und Lyssenko machen auf folgende Merkmale von Resilienz aufmerksam: „Beachtet man Resilienz als Ergebnis des Zusammenspiels verschiedener Einflussfaktoren, sind mehrere zentrale Charakteristika zu betrachten: (Bengel und Lyssenko 2012: 27)

1. **Resilienz ist dynamisch:** Die individuellen Merkmale, die eine resiliente Entwicklung bzw. einen resilienten Umgang mit Stressoren erleichtern, entwickeln sich prozesshaft im zeitlichen Ablauf und im Kontext der Mensch-Umwelt-Interaktion.
2. **Resilienz ist variabel:** Personen, die zu einem bestimmten Zeitpunkt ihres Lebens relativ resilient sind, können zu anderen Zeitpunkten wesentlich vulnerabler erscheinen. [...]
3. **Resilienz ist situationsspezifisch:** Personen, die sich gegenüber einem bestimmten Stressor (zum Beispiel Verkehrsunfall) resilient zeigen, können angesichts anderer Stressoren (zum Beispiel Tod des Ehepartners) durchaus größere Bewältigungsprobleme aufweisen. Dabei scheint weniger die Stärke des Stressors bedeutsam als die eigene Wahrnehmung desselben und dessen subjektive Bedrohlichkeit.
4. **Resilienz ist multidimensional:** Anpassungs- und Bewältigungsleistungen können in verschiedenen Lebensbereichen unterschiedlich ausgeprägt sein. Es ist möglich, dass eine Person in einem Bereich (zum Beispiel intellektuelle Leistungsfähigkeit) gute Bewältigungskompetenzen zeigt, in anderen Feldern (zum Beispiel soziale Kompetenzen) jedoch größere Anpassungsprobleme aufweist.“ (Bengel und Lyssenko 2012: 27, Hervorhebungen im Original)

Ergänzend verweisen beide Autor\*innen sowohl auf beeinflussende Schutzfaktoren als auch auf Risikofaktoren hin:

„Die Einflussfaktoren, die zur Resilienz führen werden als Schutz-, Protektiv- oder Resilienzfaktoren bezeichnet. Diese Bezeichnung darf nicht unterstellen das Vorhandensein eines oder mehrerer solcher Faktoren führe zu einer automatischen Immunität oder Resistenz gegenüber bestimmten Stressoren. Vielmehr vermindern Schutzfaktoren die Wahrscheinlichkeit für ein negatives Bewältigungsergebnis oder die Entwicklung von Störungen. Im Erwachsenenalter können diese Faktoren in personale, soziale und soziokulturelle Faktoren unterteilt werden. Für die Planung von Präventions- bzw. Interventionsmaßnahmen ist es darüber hinaus von Bedeutung, ob die Faktoren fixer, das heißt unveränderlicher Natur sind (zum Beispiel Geschlecht) oder ob sie variabel, also prinzipiell veränderbar (zum Beispiel soziale Unterstützung) sind.“

In allen drei Bereichen - personal, sozial und soziokulturell - gibt es neben den Schutzfaktoren auch Risikofaktoren, die die Auftretenswahrscheinlichkeit von psychischen Störungen erhöhen.“ (ebd.)

„Das Gegenstück zu Resilienz heißt „Vulnerabilität“: Vulnerabilität kennzeichnet die Verwundbarkeit, Verletzbarkeit oder Empfindlichkeit einer Person gegenüber äußeren (ungünstigen) Einflussfaktoren, d.h. eine erhöhte Bereitschaft, psychische Erkrankungen zu entwickeln.“ (Wustmann 2005: 192)

Die Datenerfassung von nuancierten Bestimmungen des Resilienzbegriffes soll mit einer zusammenfassenden Beurteilung abgeschlossen werden:

„Die grundsätzliche Übereinstimmung aller [Resilienz-]Definitionen liegt darin, dass Menschen oder Systeme Irritationen und Störungen ertragen können und sich in einer angemessenen Zeit wieder an die veränderte Situation anpassen können.“ (Degenkolb-Weyers 2016: 4)

### 3.2. Das Rahmenmodell von Resilienz

Resilienzmodelle wurden mit der Erforschung von Wechselwirkungen zwischen Risiko- und Schutzfaktoren entwickelt. Dabei wurden wesentlich drei Forschungsansätze verfolgt. Dem variablenbezogenen Ansatz, mit dem der wechselseitige Einfluss von Risiko- und Schutzfaktoren untersucht wird, sind folgende Modelle zuordenbar: Im Kompensationsmodell haben Schutzfaktoren eine ausgleichende Wirkung auf risikoerhöhende Bedingungen. Die Schutzfaktoren neutralisieren die Risikofaktoren. Das Herausforderungsmodell bezieht sich auf die Bewältigung von Risiko und Stress, die als Herausforderung erlebt werden und deren Bewältigung zu einer Kompetenzsteigerung und neuen Bewältigungsstrategien führt. Das Interaktionsmodell geht davon aus, dass ein Schutzfaktor als Puffer nur dann wirksam wird, wenn eine risikogefährdende Situation vorliegt. Die Anzahl von Schutzfaktoren fokussiert das Kumulationsmodell. Je mehr Schutzfaktoren vorhanden sind, desto größer ist die Wahrscheinlichkeit eines resilienten Umgangs mit Stressoren. Drei weitere Ansätze sollen der Vollständigkeit halber erwähnt werden. Im personenzentrierten Ansatz werden auf individueller Ebene unterschiedliche Entwicklungen unter Berücksichtigung verschiedener Risiko- und Schutzfaktoren erforscht. Der entwicklungspfadbezogene Ansatz beschäftigt sich verstärkt mit resilienten Entwicklungsverläufen. (vgl. Fröhlich-Gildhoff und Rönnau-Böse 2019: 37-38) Siegrist benennt ein weiteres Modell: „Nach dem Haupteffekt-Modell wirken die risikoerhöhenden und die risikomildernden Faktoren direkt auf das Entwicklungsergebnis ein.“ (Siegrist 2010: 35)

In diesem Zusammenhang sei erneut der weitergefasste Begriff von Resilienz erinnert und der Gedanke der förderlichen Bedingung hinzugefügt werden, der für die psychische Widerstandskraft der Mitglieder eines Pflegeteams Geltung erlangt:

„Schutzfaktoren werden auch als entwicklungsfördernde, protektive oder risikomildernde Faktoren bezeichnet. Dabei wird unterschieden zwischen den eigentlichen Schutzfaktoren und förderlichen Bedingungen. [Man spricht] von förderlicher Bedingung, wenn ein Faktor protektive Wirkungen entfaltet, auch wenn kein erhöhtes Risiko besteht.“ (Fröhlich-Gildhoff und Rönnau-Böse 2019: 28)

Das Rahmenmodell von Resilienz von Kumpfer ist bis heute in der einschlägigen Literatur ein von Autor\*innen vielfach zitiertes, zuweilen nach Erfordernis modifiziertes Modell, „welches das Bewältigen eines Stressors (einer Krise, einer Belastung) hin zu einem (positiven) Entwicklungsergebnis eindeutig als Prozess erkennen lässt.“ (Brüstle 2015: 4)

Das Modell wurde von Kumpfer mit dem Ziel entwickelt, Resilienzprozesse und Faktoren einer erfolgreichen Anpassung an Lebensumstände von resilienten Kindern zu veran-

schaulichen, die wegen vielfältiger umweltlicher Risikofaktoren eigentlich nicht erfolgreich hätte sein können. Forschungsbasiert entwickelt Siegrist das genannte lineare Modell zu einem zirkulären Modell weiter. (vgl. Siegrist 2010: 119-122) Das Modell soll erwähnt, jedoch hier nicht weiter vertieft werden.

Als vorteilhaft erweist sich, dass Kumpfers Darstellung des Modells im Gegensatz zu ihren erläuternden Texten den Resilienzprozess allgemeingültig abzubilden vermag, ohne die Entwicklung von Kindern und Jugendlichen besonders zu fokussieren. Es gelang, Variablen, die im Zusammenhang mit erhöhter Resilienz gefunden wurden, in einem dynamischen Rahmen zu organisieren, der Interaktionen zwischen der belastbaren Person und ihrer risikoreichen Umgebung ermöglicht. (vgl. Kumpfer 1999: 180)

*„[T]his paper attempts to organize variables found related to increased resilience into a dynamic framework that allows for interactions between the resilient person and his/her high risk environment.“ (Kumpfer 1999: 180)*

Wustmann würdigt Kumpfers Modell, dass sie in ihren Arbeiten zur Entwicklung von Kindern immer wieder aufgreift und ergänzte: „Kumpfer (1999) hat versucht im Sinne eines multikausalen Entwicklungsmodells ein Rahmenmodell von Resilienz zu konzipieren, das die Komplexität des Phänomens besonders anschaulich verdeutlicht. Das Modell liefert einen guten Orientierungsrahmen [...]. Es berücksichtigt die dynamischen Prozesse zwischen Merkmalen des Kindes, seiner Lebensumwelt und dem Entwicklungsergebnis.“ (Wustmann 2005: 200) „[T]his resilience framework includes both process and outcome constructs.“ (Kumpfer 1999: 183)

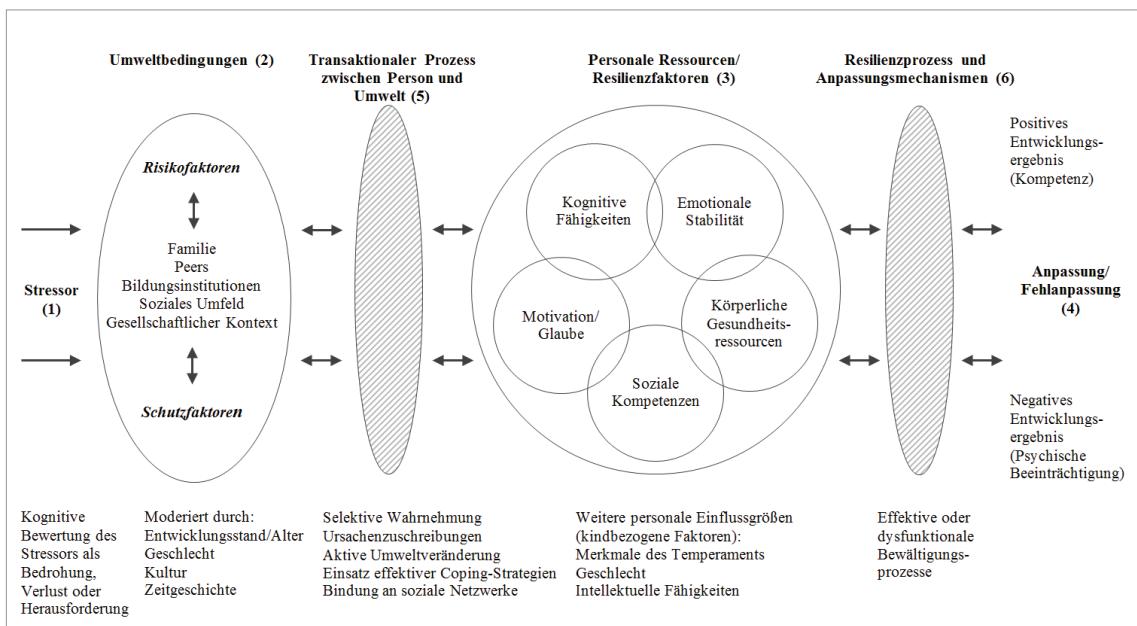


Abb. 3 Das Rahmenmodell von Resilienz (Kumpfer 1999: 185, zitiert nach Wustmann 2005: 201)

Anmerkung: Eine größere Abbildung des Rahmenmodells von Resilienz befindet sich im Anhang.

„Kumpfer hebt sechs Dimensionen hervor, die für die Entwicklung von Resilienz bedeutsam sind: Dabei handelt es sich um vier Einflussbereiche (Prädikatoren) und zwei Transaktionsprozesse.“ (Wustmann 2005: 200)

Zur Erläuterung der sechs Dimensionen des Rahmenmodells von Resilienz werden die Nummerierungen der gezeigten Abbildung übernommen.

**Einflussbereiche (Prädikatoren):**

(1) *Stressoren* oder Herausforderungen aktivieren als ankommende Reize den Resilienzprozess und verursachen ein Ungleichgewicht oder eine Störung der Homöostase in der individuellen oder organisatorischen Einheit (z. B. Familie, Gruppe, Gemeinschaft). Der Grad des vom Individuum wahrgenommenen Stresses hängt von der Wahrnehmung, der kognitiven Einschätzung und der Interpretation des Stressors ab.

*„Stressors or Challenges-These incoming stimuli activate the resilience process and create a disequilibrium or disruption in homeostasis in the individual or organizational unit (e.g., family, group, community) being studied. The degree of stress perceived by the individual depends on perception, cognitive appraisal and interpretation of the stressor as threatening or aversive.“ (Kumpfer 1999: 183)*

(2) *Umweltbedingungen* umfassen die Balance und Interaktion von Risiko- und Schutzfaktoren sowie Prozesse im äußeren Umfeld des Kindes in entscheidenden Einflussbereichen (z. B. Familie, Gemeinschaft, Kultur, Schule, Peer-Group). Diese ändern sich mit dem Alter und sind spezifisch für die Kultur, die geografische Lage und den historischen Kontext ihres Wirkens.

*„The External Environmental Context includes the balance and interaction of salient risk and protective factors and processes in the individual child's external environment in critical domains of influence (i.e., family, community, culture, school, peer group). These change with age and are specific to culture, geographic location, and historical period.“ (ebd.)*

(3) *Personale Ressourcen/ Resilienzfaktoren*: Personale Merkmale umfassen interne individuelle spirituelle, kognitive, soziale/verhaltensbezogene, physische und emotionale/affektive Kompetenzen oder Stärken, die erforderlich sind, um in verschiedenen Entwicklungsaufgaben, unterschiedlichen Kulturen und unterschiedlichen persönlichen Umgebungen erfolgreich zu sein.

*„Internal Self Characteristics include internal individual spiritual, cognitive, social/behavioral, physical and emotional/affective competencies or strengths needed to be successful in different developmental tasks, different cultures, and different personal environments.“ (Kumpfer 1999: 184)*

An dieser Stelle soll ein Verweis auf die *Life Skills for Psychosocial Competence* gegeben werden. Psychosoziale Kompetenz ist die Fähigkeit des Menschen, mit den Anforderungen und Herausforderungen des Alltags effektiv umzugehen. Es ist eine personale Fähigkeit, einen Zustand des geistigen Wohlbefindens aufrechtzuerhalten und dies in einem anpassungsfähigen und positiven Verhalten auszudrücken. (vgl. WHO 1994: 1)

(4) *Anpassung/ Fehlanpassung*: „[E]in positives Entwicklungsergebnis gilt darüber hinaus im Sinne eines dynamischen Prozesses als Prädiktor für eine erfolgreiche Bewältigung zukünftiger Stresssituationen.“ (Wustmann 2005: 200)

*„While this is an outcome, in a dynamic model, a positive outcome suggesting resilience is also predictive of later resilient reintegration after disruption or stress (Kumpfer 1999: 184)*

Auf diese Aussage ist zu einem späteren Zeitpunkt noch einmal Bezug zu nehmen.

## Transaktionsprozesse

(5) *Transaktionaler Prozess zwischen Person und Umwelt*: Dieser von der Person ausgehende Transaktionsprozess wird durch selektive Wahrnehmungsprozesse, Attributierungsmuster, aktive Umweltselektion oder die Bindung an soziale Netzwerke beeinflusst. Von unterstützenden Bezugspersonen wird ein positiver Anpassungsprozess u. a. durch ein positives Modellverhalten, emotionale Unterstützung oder eine empathische Haltung angeregt. (vgl. Wustmann 2005: 202)

(6) *Resilienzprozess und Anpassungsmechanismen* bezeichnen „das Zusammenspiel von Person und Entwicklungsergebnis [...]; damit sind effektive oder dysfunktionale Bewältigungsprozesse gemeint, die sich letztlich in einem gesteigerten bzw. gleich bleibenden Kompetenzniveau oder aber in maladaptiven Reaktionen äußern; [...]“ (ebd.)

Das Rahmenmodell von Resilienz trägt dazu bei, die Komplexität des Prozesses zur Entwicklung von Resilienz als Ergebnis der Auseinandersetzung mit einem Stressor durch eine überschaubare Darstellung zu veranschaulichen.

### 3.3. Resilienzförderung

„[V]iele Unternehmen erhoffen sich, durch eine Steigerung der Resilienz ihrer Mitarbeiter eine höhere Belastbarkeit derselben und weniger Ausfallzeiten.“ (Müller 2017: 4) Nicht zuletzt vor dem Hintergrund knapper Personalressourcen wird Resilienz auch im Krankenhaus und besonders im Pflegemanagement seit geraumer Zeit thematisiert.

Ohne immer explizit benannt oder als solche erkannt zu werden, erhält Resilienzförderung Zugang zum Krankenhaus über die mittlerweile weit verbreitete betriebliche Gesundheitsförderung mit den dort angebotenen Kursen, die u. a. ein positives Selbstkonzept und eine bejahende Lebenseinstellung der Mitarbeiter\*innen unterstützen. Daneben kann Resilienzförderung intern von entsprechend qualifizierten Mitarbeitenden des Krankenhauses begleitet oder als externe Beratungsleistung eingekauft werden. Jedoch zeigen eigene Erfahrungen aus Gesprächsmoderationen in Pflegeteams, dass nur diejenigen Maßnahmen, Initiativen oder Projekte erfolgversprechend und nachhaltig sind, die Pflegende als eigene Themen für sich erkennen. Pflegende beteiligen sich, wenn die in Aussicht gestellte Entwicklung für sie persönliche oder teambezogene Vorteile verspricht. Ohne Identifikation kann an ein Team Herangetragenes unter Umständen abprallen, ohne irgendeine Wirkung zu erzielen. Verordneten Resilienzfördermaßnahmen wäre entsprechend zurückhaltend zu begegnen.

Dennoch: „In einer Arbeitswelt, in der immer mehr die Arbeitsdichte und damit die Arbeitsbelastung am Arbeitsplatz zunimmt, ist es umso wichtiger, stresstolerant und in Balance zu bleiben. Bisher wurde dafür auf Konzepte der Stressbalance [gesetzt], doch knüpfen diese erst an der Stelle an, wenn schon ein erstes Stressverhalten vorhanden ist.“

Dem gegenüber steht das Konzept der Resilienz, das einerseits davon ausgeht, dass ein widriger Umstand erst überwunden sein muss, um Resilienz zeigen zu können, und andererseits im Sinne einer vorbeugenden Maßnahme verstanden wird, wenn es um den Aufbau von Ressourcen geht. Daraus folgt, dass sich Resilienz trainieren lässt - durch Stärkung der Ressourcen und der psychischen Widerstandskraft. Meist werden diese Konzepte auf Einzelpersonen angewendet.“ (Huber, M. 2019: 1)

Zander definiert Resilienzförderung über das Ziel, das mit diesem Konzept verbunden wird.

„Als [...] Konzept geht Resilienzförderung in erster Linie von den potenziellen Ressourcen und Stärken des Individuums und seines Umfelds aus, um diese nach Möglichkeit zu erweitern. Bei der Resilienzförderung werden zwar Risikofaktoren analysiert und wenn möglich verringert, der Fokus liegt aber auf der Mobilisierung vorhandener oder zu generierender schützender Faktoren.“ (Zander 2019: o. S.)

Das Leibniz-Institut für Resilienzforschung veranschaulicht Zanders Aussagen mit folgender Grafik, die den Ansatzpunkt von Resilienzförderung, hier mit Training bezeichnet, zeigt.

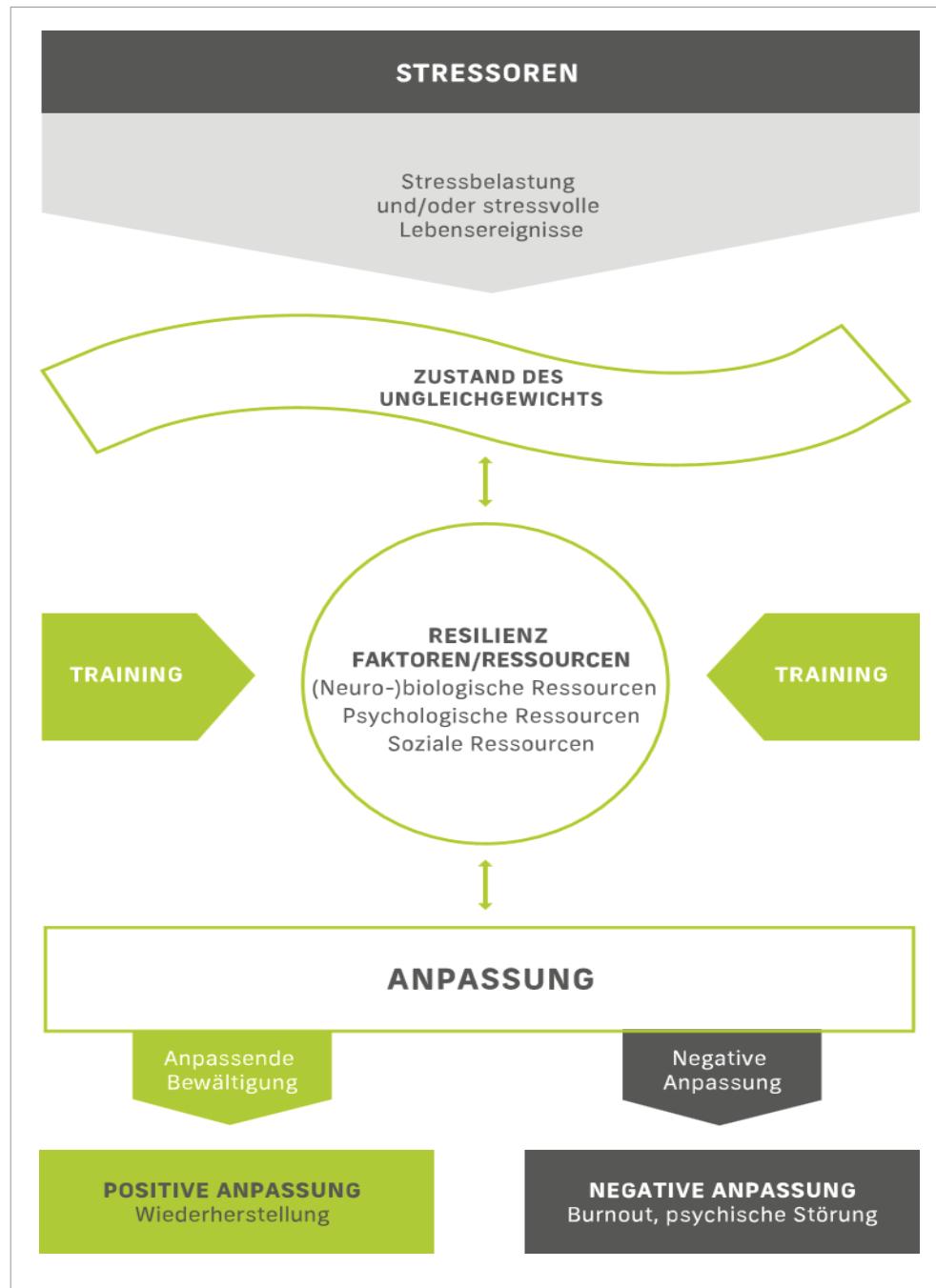


Abb. 4 Resilienz (Das LIR-Leibniz-Institut für Resilienzforschung 2020: o. S.)

Das „Training“ markiert eine Intervention in den Resilienzentwicklungsprozess. Anzumerken ist, dass hier mit einem Training im Zustand des Ungleichgewichtes interveniert

wird, so dass in abgebildeter Konstellation eher eine therapeutische Situation zu unterstellen ist. Allerdings ist es vorstellbar, dass im Zustand des Gleichgewichtes mit präventiven Absichten trainiert wird, um Resilienzfaktoren und Ressourcen zu entdecken und zu mobilisieren, gleichermaßen als Vorbereitung für eine anpassende Bewältigung an zukünftige Stressoren. Da nicht definiert ist, was mit dem Begriff „Training“ genau gemeint ist, wäre es im Kontext eines Pflegeteams vorstellbar, „Training“ durch inklusiven Wandel zu ersetzen, vorausgesetzt, derselbe entwickelt resilienzfördernde Aspekte.

Dittmer erwähnt in Bezug auf Resilienzförderung beispielsweise ein Resilienztraining für Mitarbeitende, das darauf gerichtet ist, „die individuellen Ressourcen zu erkennen, persönliche Ziele zu erarbeiten und Handlungsstrategien für eine gestärkte Resilienz abzuleiten. Das Erweitern der Wahrnehmungs- und Handlungsoptionen ist zentraler Bestandteil dieser Trainings.“ (Dittmer 2019: 2)

Auch Müller merkt aus Sicht eines externen Beraters an, dass „die Resilienzfaktoren individuell entwickelt und trainiert werden [können].

Das macht zwar nicht aus jedem Menschen einen besonders resilienten, aber es verbessert die Widerstandsfähigkeit vom jeweiligen persönlichen Ausgangspunkt her. Das darf natürlich nicht dazu führen, dass die Verbesserung der Arbeitsbedingungen außer Acht gelassen wird. [...] Resilienz entwickelt sich in Auseinandersetzung mit einer Umgebung, die auch die entsprechenden Chancen bietet, Belastungen und Krisen positiv zu bewältigen. Daher muss die Förderung von Resilienz in Unternehmen immer auch Aspekte der Verhältnisprävention beinhalten.“ (Müller 2017: 4)

Resilienzförderung ist darauf angelegt, nachhaltige Wirkung erzielen. Sie gehört daher in den Berufsalltag und ist „im Kontext der alltäglichen Interaktion [...] zu berücksichtigen und umzusetzen.“ (Wustmann 2006: 11) Müller wiederum verweist auf eine Bedingung, dass das Konzept der Resilienzförderung auch in der Organisation und bei den Führungskräften verankert wird. (vgl. Müller 2017: 2)

„Resilienz [ist] lernbar und entwickelbar [...]. [...] Resilienzförderung [wird] immer mit Erfahrungen von Risiko oder Krisen verbunden sein [...]. Somit kann man davon ausgehen, dass Resilienz nicht nur eine persönliche Eigenschaft darstellt, sondern als Fähigkeit verstanden werden muss, die sich nur im Kontakt mit anderen Menschen, einem anderen System oder der Umwelt entwickeln oder verändern kann [und] sich dabei fördern lässt.“ (Degenkolb-Weyers 2016: 4)

„[V]iele der Erkenntnisse aus der Resilienzforschung lassen sich auf Teams übertragen und sogar erweitern: Wenn z. B. die Ressourcen des Teams bewusst gemacht werden, wird die Resilienz im Team gefördert und damit ebenfalls die Selbstwirksamkeit.“ (Huber; M. 2019: 1)

Vorangegangene Ausführungen assoziieren verschiedene Termini mit dem Begriff Resilienzförderung. Diese werden hier zusammengefasst und teilweise paraphrasiert erneut wiedergegeben. Sie nehmen im Fortgang dieser Arbeit einen wichtigen Platz ein.

Es ist wichtig in Balance zu bleiben. Das Konzept der Resilienz wird auch im Sinne einer vorbeugenden Maßnahme verstanden. Resilienz lässt sich trainieren, sie ist erlernbar und entwickelbar. Ziel ist es, die seelische Widerstandskraft von Erwachsenen zu wecken, auszubauen oder zu stärken. Resilienzförderung geht von vorhandenen oder potenziellen oder zu generierenden schützender Faktoren und Stärken des Individuums und seines Umfeldes aus. Diese müssen erkannt und mobilisiert werden. Resilienz lässt

sich nur im Kontakt mit anderen Menschen, einem anderen System oder der Umwelt fördern, entwickeln oder verändern. Erkenntnisse aus der Resilienzforschung lassen sich auf Teams übertragen.

Dieser Aufzählung folgt die Notwendigkeit, die für die Resilienzförderung anerkannt wichtigen Schutzfaktoren zu erörtern. Es wurde bereits erwähnt, dass diese Faktoren im Erwachsenenalter in personale, soziale und soziokulturelle Faktoren unterteilt werden können. (vgl. Bengel und Lyssenko 2012: 27) Schutzfaktoren bilden, wie gezeigt, den Ansatzpunkt für Interventionen, um das Outcome am Ende des Resilienzprozesses für das Individuum bestenfalls günstiger zu gestalten und Anpassung zu ermöglichen. Ein „Training“ der personalen Resilienzfaktoren kann im Sinne einer vorbeugenden Maßnahme absolviert werden. Entsprechend wäre es denkbar, erkannte handlungsassoziierte Schutzfaktoren auf der Basis geteilter Grundhaltungen im täglichen Miteinander in einem Team wie selbstverständlich zu praktizieren, um so einwirkende Stressoren anders zu bewerten oder diesen wirksamer begegnen zu können.

### 3.4. Schutz-, Protektiv- oder Resilienzfaktoren

Autor\*innen sind sich beim Gebrauch des Begriffes Resilienzfaktor uneinig. Einige von ihnen ordnen diesem Begriff sowohl Schutzfaktoren als auch Risikofaktoren unter. In dieser Arbeit findet folgendes Verständnis Anwendung: „Einflussfaktoren, die zu Resilienz führen, werden als Schutz-, Protektiv- oder Resilienzfaktoren bezeichnet.“ (Bengel und Lyssenko 2012: 27)

Insbesondere Langzeitstudien identifizierten Resilienzfaktoren, die es erlauben, Resilienz zu fördern. „Schutzfaktoren [erhöhen] die Widerstandskraft eines Menschen im Umgang mit schwierigen Situationen, während Risikofaktoren diese belasten bzw. schwächen.“ (Huber; M. 2019: 27)

Höfler macht in ihrer Arbeit darauf aufmerksam, dass „[d]ie Faktoren, die in Resilienzstudien ausgewählt werden, um sie auf ihre Schutzfunktion hin zu prüfen, [...] vielfältig [sind].

Die jeweilige Auswahl beruht auf Faktoren, die sich in anderen Untersuchungen als relevant herausgestellt haben und beziehungsweise oder auf der Interessenlage der Forscher. [...] [Es] stellt sich die Frage, ob es überhaupt einen spezifischen Schutzfaktor oder ein spezifisches Faktorenset geben kann, der beziehungsweise das generell maßgebliche protektive Effekte hat. Es ist auch denkbar, dass sich Resilienz und Schutzfaktoren stark abhängig von der jeweiligen Person-Situations-Konstellation ergeben.“ (Höfler 2015: 24)

Angesichts dieser Anmerkung bezeichnet die nachfolgende Aufzählung an Schutzfaktoren lediglich eine Auswahl.

Siegrist greift in einer zusammenfassenden Paraphrasierung der beiden originalen Textpassagen (vgl. Masten 2001: 234) die Erkenntnisse von Masten über Schutzfaktoren auf.

Masten „betrachtet protektive Einflüsse als Systeme, die für die Entwicklung von Resilienz von Bedeutung sind und identifiziert als solche: Bindungssysteme, menschliche Informationsverarbeitungssysteme, Selbstregulationssysteme für Aufmerksamkeit, Emotion, Erregung und Verhalten, Bewältigungsmotivationssysteme, Familiensysteme, kommunale Organisationssysteme, Spiritualität und religiöse Systeme.“ (Siegrist 2010: 35)

Huber unterscheidet in innere und äußere Schutzfaktoren. Sie zählt persönliche Eigenschaften, Fähigkeiten oder Erfahrungen zu den in der Person begründeten inneren Schutzfaktoren. Nutzbare resilienzfördernde Umstände sind in der Umgebung des Menschen vorzufinden. (vgl. Huber; M. 2019: 27)

Eine ganz ähnliche Unterscheidung nehmen Siegrist und Luitjens vor. Sie leiten ihre Übersicht über Schutzfaktoren mit einer Metapher ein: „Resilienz ist kein statischer Zustand, sondern ein Prozess, der von Dynamik und Wechselwirkungen geprägt ist. Stehaufmenschen haben gelernt, diesen Prozess an entscheidenden Stellen konstruktiv zu beeinflussen. Sie haben ihre individuellen Bewältigungsstrategien erarbeitet. [...] Sie wissen ihren Schwerpunkt nach unten zu verlagern und [...] vertrauen darauf, auch in schwierigen Situationen noch Handlungsmöglichkeiten und Lösungen zu finden“ (Siegrist und Luitjens 2011: 39)

1. Als innerer Faktor sorgt in krisenbehafteten und stürmischen Zeiten eine **stabile Persönlichkeit** für Festigkeit und Widerstandskraft. Sie zeichnet sich durch die Persönlichkeitsfaktoren emotionale Stabilität, kognitive Kompetenzen und Kontaktfähigkeit aus. (Siegrist und Luitjens 2011:40-41 u. 47)
2. Ein weiterer innerer protektiver Faktor besteht in einer **proaktiven Grundhaltung**, die auf Selbstverantwortung, tragfähige Sinnkonzepte, Akzeptanz und Lösungsorientierung fußt. (vgl. ebd. 47-54)
3. **Ein förderliches Umfeld** ist eine wichtige Ressource für mehr Lebensqualität. Die Familie und der Bekanntenkreis, Berater und Vorbilder und das Arbeitsumfeld können als soziales und berufliches Umfeld resilienzunterstützend wirken. (vgl. ebd. 55-62)
4. **Eine bewährte Strategie:** „Im Resilienzprozess greifen Menschen auf ihre bewährten Erfahrungen und ihr soziales Umfeld zurück, achten auf die Stabilität ihrer Persönlichkeit und agieren bewusst proaktiv, um vorhandene Spielräume auszunutzen und eine gute Lösung zu erzielen.“ (ebd. 69)

In ihren empirischen Befunden zu Schutz- und Resilienzfaktoren (vgl. Bengel und Lyssenko 2012: 44-91) stellen Bengel und Lyssenko folgende elf Schutzfaktoren vor, bewerten jede für sich anhand publizierter Studien und unterziehen sie abschließend einer kritischen Würdigung. Ihre Auswahl betrifft:

**Positive Emotionen, Optimismus, Hoffnung, Selbstwirksamkeitserwartung, Selbstwertgefühl, Kontrollüberzeugungen, Kohärenzgefühl, Hardiness, Religiosität und Spiritualität, Coping, Soziale Unterstützung.**

Höfler wiederum fokussierte in ihrer Arbeit drei Schutzfaktoren, die auch im Erwachsenenalter entwicklungsfähig und insofern für pädagogische Interventionen geeignet sind. Sie zählt dazu die **Internale Kontrollüberzeugung**, die **Verantwortlichkeit** und **Soziale Anpassung**. (vgl. Höfler 2015: 103-146)

Obwohl in den hier erwähnten Konzepten zu Schutzfaktoren von den Autor\*innen unterschiedliche Begriffe verwendet werden und Beweggründe für eine Auseinandersetzung mit Schutzfaktoren verschieden sind - sie reichen von einer Handreichung für die Praxis bis zum systematischen Review - , bestehen zwischen den genannten Resilienzfaktoren inhaltliche Schnittmengen.

Für diese Arbeit werden die von Huber, M. genannten Protektivfaktoren im Prozess der Resilienzsentwicklung auf Grund ihres Praxisbezuges und der gewissen thematischen Nähe zu dieser Arbeit für eine vertiefende Erörterung ausgewählt.

Mit ihrer Auswahl an Schutzfaktoren gelingt es Huber, M. Resilienzfaktoren zusammenzustellen, die sowohl für die Entwicklung einer Resilienz von Individuen als auch von Teamresilienz relevant sind. So verweist sie auch auf die enge Beziehung oder gegenseitige Abhängigkeit, die zwischen individueller und kollektiver Resilienz besteht.

Eine Übersicht über die von Huber, M. für ihre Arbeit Resilienz im Team ausgewählten Resilienzfaktoren zeigt die nachfolgende Darstellung.

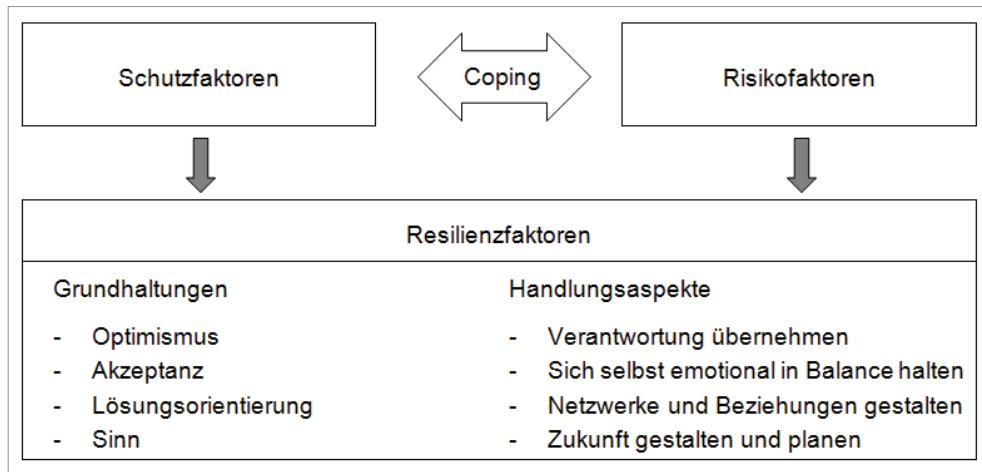


Abb. 5 Resilienzfaktoren (Übertragung der Darstellung, Huber; M. 2019: 29)

Wenn Huber, M. ausführt, „[j]e besser eine Person die Risikofaktoren mit den Schutzfaktoren ausgleicht, umso besser gelingt ihr das Bewältigen der Situation im Sinne eines Copings“ (Huber, M. 2019: 28), vertritt sie das oben erwähnte Kompensationsmodell als Grundlage ihres Schutzfaktorenkonzeptes.

Huber nennt außerdem eine Bedingung für ihre Zusammenstellung von Schutzfaktoren: „Das Prinzip der Selbstwirksamkeit darf dabei allen Resilienzfaktoren unterstellt werden, um generell die Ressourcenbildung und die eigene Entwicklung zu fördern - sowohl bei Teammitgliedern als auch im Team.“ (ebd. 30)

„Schwarzer u. Jerusalem (2002) definieren den Begriff der Selbstwirksamkeit als die subjektive Gewissheit einer Person, neue oder schwierige Anforderungssituationen aufgrund eigener Kompetenzen bewältigen zu können. In diesem Zusammenhang geht es vor allem um Aufgaben, die ein gewisses Maß an Anstrengung und Ausdauer erfordern und nicht durch einfache Routine zu bewältigen sind.“ (Schwarzer u. Jerusalem 2002, zitiert nach Barysch 2016: 201)).

Bengel und Lyssenko schreiben ihrerseits zur Selbstwirksamkeitserwartung, die von Ihnen als eigenständiger personaler Resilienzfaktor geführt wird: Sie „bezeichnet die subjektive Erwartung, Anforderungssituationen aus eigener Kraft bewältigen zu können.“ (Bengel und Lyssenko 2012: 54) Eine allgemeine, positive Erwartungshaltung „entsteht in der individuellen Lerngeschichte durch Zuschreibung von Erfolgserfahrungen auf die eigene Kompetenz, positive Bewertung durch andere sowie durch Beobachtungslernen. Verstärkt wird die Selbstwirksamkeitserwartung durch positive Gefühle, die mit diesen Erfahrungen einhergehen.“ (Bandura 1997, zitiert nach Bengel und Lyssenko 2012: 54)

Erwiesenermaßen korreliert die Selbstwirksamkeitserwartung mit einer geringeren psychischen Belastung durch Stressoren. (vgl. ebd.)

Protective Faktoren werden von Huber in zwei Gruppen unterteilt: Grundhaltungen und Handlungsaspekte. Diese werden von Huber, M. auf der personalen Ebene erklärt und an anderer Stelle für den Team-Kontext aufbereitet. In dieser Arbeit werden beide Aspekte verknüpft und teilweise durch Äußerungen anderer Autor\*innen ergänzt.

## 1. Grundhaltungen

**1.1. Optimismus:** „Mit der Grundhaltung des Optimismus glauben Menschen an die Möglichkeiten eines positiven Ausgangs ihrer Handlungen. Dies impliziert auch eine zuversichtliche Haltung bzgl. der Zukunft - und das vor allem trotz widriger Umstände, die im Moment sein können.“ (Huber, M. 2019: 30) Höfler ordnet Optimismus als schützend bei Arbeitsstressoren ein. (vgl. Höfler 2015: 31)

Bengel und Lyssenko verstehen „Optimismus als zeitlich und situativ stabile Tendenz zur positiven Ergebniserwartung“ (Bengel und Lyssenko 2012: 49) Sie ergänzen:

„Es wird angenommen, dass Optimismus den Gesundheitszustand zudem direkt über das Immunsystem beeinflusst, aber auch generell zu einer gesunden Lebensweise und den Einsatz von aktiven Bewältigungsstrategien [...] beiträgt. Außerdem wird davon ausgegangen, dass optimistische Menschen durch ihr aktiveres Bewältigungsverhalten weniger negative Lebensumstände erleben und mehr soziale Unterstützung erhalten.“ (ebd.)

Sie bewerten die Befundlage zur schützenden Wirkung einer optimistischen Grundhaltung als konsistent und abgesichert ein. (vgl. ebd. 50)

Auf das Team bezogen gilt Optimismus als Schlüssel zum Erfolg und korreliert mit der „Lebensauffassung, dass aufgestellte Erwartungen positiv erfüllt werden.“ (Huber, M. 2019: 30) Als orientierende Stichworte nennt Huber: „Optimistische Sichtweise bezogen auf Handlungsausgänge, Flexibilität, Zuversicht, Hoffnung, ein positives Selbst- und Weltbild.“ (ebd.)

**1.2. Akzeptanz:** „Menschen mit dieser Grundhaltung akzeptieren das Unabänderliche - statt sich daran aufzureiben - und konzentrieren sich auf die eigenen Einflussfaktoren - statt auf das, was außerhalb ihres Einflussbereiches liegt“ (Huber, M. 2019: 28)

Achtsamkeit erwies sich in Studien „als eine wichtige personale Ressource der Resilienz, die eine bewusste und unvoreingenommene Wahrnehmung der eigenen Person sowie Ereignissen der Umwelt beschreibt.“ (Soucek et al. 2016: 133) Im beruflichen Kontext spielt die Achtsamkeit nachweislich eine wichtige Rolle hinsichtlich des psychischen Befindens am Arbeitsplatz mit einem positiven Einfluss auf das Wohlergehen und die Arbeitszufriedenheit sowie einen Schutz vor emotionaler Erschöpfung. (vgl. ebd.)

Im Team-Kontext verbindet Huber mit Akzeptanz folgende Schlagworte: „Annehmen von Veränderungen und auch Unabänderlichem, Verstehen und Akzeptieren von Krisen und Problemen als Chance, Offenheit, Gelassenheit, Achtsamkeit.“ (Huber, M. 2019: 33) „Üblicherweise richtet sich das Gehirn darauf aus, Gefahren zu minimieren. Im heutigen (Arbeits-) Umfeld äußert sich das durch eine vermehrte Fokussierung auf (mögliche) Probleme. Doch damit wird außer Acht gelassen, was in diesem aktuellen Moment wirklich ist bzw. im Jetzt geschieht.“ (ebd.: 34) Sie ermutigt, „im Team eine Gelassenheit und

Achtsamkeit im Miteinander zu erleben.“ (ebd.: 34) Mit folgenden Leitfragen für ein Team skizziert Huber, M. ihren Zugang zum Schutzfaktor Akzeptanz:

- Wie wird mit unabänderlichen Rahmenbedingungen im Team umgegangen? Werden diese immer wieder infrage gestellt und verbrauchen damit Energie? Oder können diese gut integriert werden?
- Wie achtsam gehen wir als Team miteinander um? Wie präsent ist jeder Einzelne in diesem Moment der Begegnung?
- Was kann das Team selbst beeinflussen? Was indirekt? Und was gar nicht?
- Inwiefern erfolgt eine Abgrenzung bzgl. des eigenen Einflussbereiches im Team? Und außerhalb des Teams?
- Werden Emotionen benannt und verständnisvoll damit umgegangen?

Abb. 6 Team-Leitfragen zum Schutzfaktor Akzeptanz (Huber, M. 2019: 34)

**1.3. Lösungsorientierung:** „Mit einer lösungsorientierten Grundhaltung richten Menschen ihre Aufmerksamkeit auf das Mögliche und einen Lösungsraum. Damit werden sie wieder handlungsfähig und fördern verschiedene Optionen für die Zukunft.“ (Huber, M. 2019: 29) Wird den Aufzeichnungen von Bengel und Lyssenko gefolgt, ist dieser Resilienzfaktor eng mit aktiven problemorientierten Copingstrategien assoziiert. Diese bezeichnen selbstinitiierte Problemlösungsversuche und die Suche nach praktischer Unterstützung und Hilfe. „[S]ie gelten als die adaptivsten Strategien angesichts kritischer Lebensereignisse.“ (Bengel und Lyssenko 2012: 78)

Für ein Team bedeutet es einen Perspektivwechsel vom Problem zu möglichen Lösungsansätzen. Nach Hubers Erfahrungen äußert sich eine lösungsorientierte Haltung im Team in besonderer Weise in der Teamkommunikation. Diese kann dabei unterstützen, Lösungen eines Problems oder Teile davon zu erkennen, Ressourcen zu identifizieren, die zur Lösung beitragen, Fortschritt zu erzielen, pragmatisch zu sein, und die Lösung zu erarbeiten. (vgl. Huber, M. 2019: 36)

**1.4. Sinn:** „Mit einer globalen Orientierung bzw. einem Kohärenzgefühl (nach Antonovsky) ist es Menschen möglich, dem eigenen Handeln Sinn zu geben.“ (ebd. 29) In der deutschen Übersetzung des Originals heißt es wörtlich:

*„Das SOC (Kohärenzgefühl) ist eine globale Orientierung, die ausdrückt, in welchem Ausmaß man ein durchdringendes, ausdauerndes und dennoch dynamisches Gefühl des Vertrauens hat, daß*

1. die Stimuli, die sich im Verlauf des Lebens aus der inneren und äußeren Umgebung ergeben, strukturiert, vorhersehbar und erklärbar sind;
2. einem die Ressourcen zur Verfügung stehen, um den Anforderungen, die diese Stimuli stellen, zu begegnen;
3. diese Anforderungen Herausforderung sind, die Anstrengung und Engagement lohnen.“ (Antonovsky 1997: 36, Hervorhebung im Original)

Antonovsky fasst hier die drei Komponenten des SOC, des „sense of coherence“, zusammen: Verstehbarkeit, Handhabbarkeit, Bedeutsamkeit

Auch das Kohärenzgefühl wird von Bengel und Lyssenko als selbständiger Schutzfaktor genannt. In kritischer Würdigung ihnen zugänglicher Forschungsergebnisse äußern sie die Möglichkeit, „dass ein hoch ausgeprägtes Kohärenzgefühl bei alltäglichen Widrigkeiten und chronischen Stressoren eine protektive Wirkung entfaltet [...]. Ein weiterer Be-

fund, der über verschiedene Studien deutlich wird, ist, dass Personen mit hohem Kohärenzgefühl über weniger Stressoren berichten bzw. seltener kritische Lebensereignisse haben.“ (Bengel und Lyssenko 2012: 68)

Für das Team sind in diesem Zusammenhang folgende Begriffe wertvoll: „Bedeutsamkeit, Werte, Kohäsion, globale Orientierung, Vertrauen, lohnender Ressourceneinsatz.“ (Huber 2019: 38)

Schnell nennt ihrerseits vier Kriterien, damit Arbeit sinnvoll ist:

- „1. Kohärenz - das bedeutet, dass die inhaltlichen Aufgaben zu den Fähigkeiten und den Gegebenheiten passen.
  2. Bedeutsamkeit - das bedeutet, dass der geleistete Beitrag wichtig genommen wird.
  3. Orientierung - das bedeutet, dass die Ausrichtung des Unternehmens mit den eigenen Werten im Einklang stehen.
  4. Zugehörigkeit - das bedeutet, dass sich Menschen mit dem Unternehmen identifizieren können und damit zu etwas Größerem zugehörig fühlen.“
- (Schnell 2018: 32, zitiert nach Huber, M. 2019: 38)

## 2. Handlungsaspekte bzw. erlernbare Fähigkeiten

**2.1. Verantwortung übernehmen:** „Menschen, die Verantwortung für sich und ihr Handeln übernehmen, legen ihre Opferrolle ab und nutzen die vorhandenen Handlungsspielräume.“ (Huber, M. 2019: 29)

Auf das Team finden diese relevanten Begrifflichkeiten Anwendung: „Opferrolle ablegen, für sich im Team einstehen, für das Team einstehen, Eigenverantwortung übernehmen und bei anderen einfordern, sich abgrenzen, Hilfe sich selbst und anderen zugestehen“ (ebd. 39)

**2.2. Sich emotional in Balance halten:** „Die emotionale Balance immer wieder zu finden ist ein wichtiger Schritt für jeden. Denn dies erlaubt eine „sowohl-als-auch“-Sichtweise z.B. zu den Aspekten Anspannung und Entspannung, Flexibilität und Struktur – und dies auch auf emotionaler Ebene.“ (ebd. 29)

Themen für das Team sind: „Umgang mit Stress und Entspannung im Team, eigene Emotionen [...] benennen, energetisches Gleichgewicht behalten, Umgang mit Konflikten.“ (ebd. 42) Es geht um den Umgang mit Emotionen und Stress, sowohl mit Eustress als auch mit Distress, und die notwendige Regeneration in beiden Fällen. Das Benennen eigener Gefühle bedeutet emotionale Regulation und begünstigt Transparenz und Offenheit im Team. (vgl. ebd.)

**2.3. Netzwerke und Beziehungen gestalten:** „Menschen wünschen sich wertgeschätzt zu werden. Dazu gehört unter anderem auch wertschätzende Beziehungen zu pflegen sowie Unterstützung zu geben und von anderen anzunehmen.“ (ebd. 29)

Hier sind „Vertrauen(-skultur) fördern, im Team kommunizieren, Teamspirit fördern, Vielfältigkeit respektieren, auf Augenhöhe begegnen, Konflikte lösen“ (ebd. 45) vom Team als resilienzförderliche Aspekte zu berücksichtigen.

Hubers Leitfragen fördern das Verständnis für diesen Handlungsaspekt:

- Wie aktiv gestalten wir unsere Beziehungen im Team? Und außerhalb mit den Stakeholdern?
- Wie transparent gestalten wir unsere Kommunikation – und damit auch die Beziehung untereinander?
- Welche Beziehungen sind energetisch ausgewogen?
- Welche Unterstützung kann ich erwarten und auch geben im Team?
- Wie gehen wir mit Konflikten um?
- Fördern und fordern wir uns im Team auf dem Weg zu Hochleistung?
- Zu welchem Netzwerk hat jedes Teammitglied Zugriff?
- Wie wird das Netzwerk gepflegt und entwickelt?
- Sind wir miteinander verbunden und können uns gegenseitig Feedback geben?

Abb. 7 Team-Leitfragen zum Schutzfaktor Netzwerke und Beziehungen gestalten (Huber, M. 2019: 46)

**2.4. Die Zukunft planen und gestalten:** „Menschen, die sich entsprechende Ziele für die Zukunft setzen und verfolgen, kalkulieren Schwierigkeiten ein und erarbeiten alternative Handlungsmöglichkeiten.“ (ebd. 29)

Für das Team heißt das: „Ziele definieren und verfolgen, aktiv die Zukunft planen, Vision gestalten, Vorstellungskraft und Willenskraft einsetzen.“ (ebd. 47)

Huber verweist auf proaktive „Hin-zu-Ziele (statt Weg-Von-Ziele)“ (ebd.) Die Willenskraft fördernde Aspekte fasst die folgende Abbildung zusammen.

Bedeutsamkeit	Das Ziel erzeugt bei allen Teammitgliedern eine innere positive Resonanz und damit eine Willenskraft, die die Zielerreichung unterstützt.
Eigene Stärken	Die Stärken im Team und deren Teammitglieder sind im Einklang mit den Zielen. Falls noch Stärken im Team fehlen, die benötigt werden, können diese in der Zukunft erworben werden.
Freude	Die damit verbundenen Handlungen im Team erzeugen Freude. Damit einher gehen eine Dopaminausschüttung und eine Steigerung der Leistungsfähigkeit.

Abb. 8 Aspekte der Zielformulierung (Haas 2015: 70, zitiert nach Huber, M. 2019: 48)

### 3.5. Die Beziehung zwischen personaler Resilienz und Teamresilienz

Anhand einer Auswahl von Texten konnte gezeigt werden, dass Schutzfaktoren für die Entwicklung von Resilienz entscheidend sind. Sie bilden eine regulierende Stellgröße im Prozess. Je vielseitiger Schutzfaktoren aus Vorerfahrungen oder durch Training entwickelt wurden und diese situativ passend und rechtzeitig aktiviert werden können, desto größer wird die Wahrscheinlichkeit sein, die Störgröße Stressor regulativ auszugleichen zu können. Der Zusammenhang zwischen Resilienzfaktoren und dem Outcome im Resilienz entwicklungsprozess von Teams und ihren Mitgliedern wird in der Folge gezeigt.

„Die Teammitglieder sind soziale Wesen, die miteinander in Beziehung stehen und Interaktionen ausführen, die produktive Ergebnisse zum Ziel haben.“ (Huber, M. 2019: 21)

„In der Teamarbeit ist ein leistungsfähiges Team das Ziel, wobei sich dieses durch einen vertrauensvollen Umgang, transparente Kommunikation, klare Strukturen und ein großes Engagement zur Aufgabenerfüllung auszeichnet.“

Generell lassen sich einige Resilienzansätze vom System „Mensch“ auf das System „Team“ übertragen. Vor allem wenn es zu Stresssituationen und daraus resultierend zu Konflikten kommt. Letztere sind genau die widrigen Umstände, die dann im Bereich der Resilienz im Team eine Rolle spielen und mit Hilfe von Coping-Strategien überwunden werden können. [...]

Die Resilienz eines Teams ist ebenfalls ein dynamischer, aktiver Prozess, denn je nach Art der widrigen Umstände bzw. Krisen und Anwendung der Coping-Strategien entsteht Entwicklung im positiven Sinne - verbunden mit einer Förderung von Ressourcen - die des Einzelnen und des Teams.“ (Huber, M. 2019: 23-24)

Die Stärkung oder Förderung von Schutzfaktoren kann demnach für Individuen und desgleichen auch für das aus Individuen bestehende Team ein Klima erwirken, die in der Auseinandersetzung mit bzw. in der Bearbeitung von Stressoren günstigere Ergebnisse erzielen lässt. Dies allgemein auf Arbeitssysteme anwendbare Erkenntnis entsprechend auch auf das stationäre Pflegeteam im Krankenhaus übertragbar, da es ebenfalls ein Arbeitssystem repräsentiert.

Speziell auf den Arbeitskontext bezogen, wird berufliche Resilienz von Guski-Leinwand „als die Fähigkeit zur Überwindung produktivitätshemmender Umstände oder Voraussetzungen im Arbeits- oder Produktionsprozess“ (Guski-Leinwand 2015: 14) definiert. Sie konkretisiert diese Fähigkeit „als besonders schnelle individuelle und teambezogene Fähigkeit zur Überwindung von Prozessstörungen und -einflüssen“ (ebd.)

„In diesem Sinne ist die individuelle Resilienz als inhärenter Bestandteil von Teamresilienz zu sehen. [...] Teamresilienz [ist] davon gekennzeichnet, dass durch kollektives Zusammenwirken eine Form von Widerstandsfähigkeit konstituiert wird, die über die Summe individueller Bewältigungsmechanismen hinausgeht. So können auch äußerst komplexe Bedrohungen bewältigt werden. Der Bewältigungsprozess selbst beinhaltet die Bewältigungskompetenzen, die sich das Team angeeignet hat, was wiederum zur Entwicklung der Teamresilienz beiträgt. Teamresilienz wird damit verstanden als kollektive Anpassungsfähigkeit an sich verändernde Bedingungen und das Bewusstsein, auf diese kollektive Anpassungsfähigkeit vertrauen zu können“ (Ritz et al. 2016: 153)

Nachfolgende Abbildung „veranschaulicht die unterschiedlichen Wirkebenen von Resilienz im Arbeitskontext und differenziert zwischen der Resilienz des Individuums, des Teams und der Organisation.“ (Soucek et al. 2016: 132)

Soucek et al. betrachten im Sinne einer organisationspsychologischen Auslegung „die Organisation als Umfeld, in dem Individuen und Teams agieren. Bei der Beobachtung von Individuen und Teams wird die Unterscheidung zwischen Ressourcen und Prozessen getroffen. Als Ressourcen verstehen [sie] Eigenschaften, die Personen und Teams auszeichnen [...]. Als Prozesse bezeichnen [sie] alle Verhaltensweisen, die zu einer erfolgreichen Bewältigung einer Krise bzw. eines Problems beitragen und damit die psychische Gesundheit und Leistungsfähigkeit erhalten. Schließlich veranschaulicht das Modell anhand der Pfeile die Wechselwirkung der Ressourcen und die Wirkzusammenhänge zwischen Ressourcen, Prozessen und Konsequenzen.“ (Soucek et al. 2016: 132)

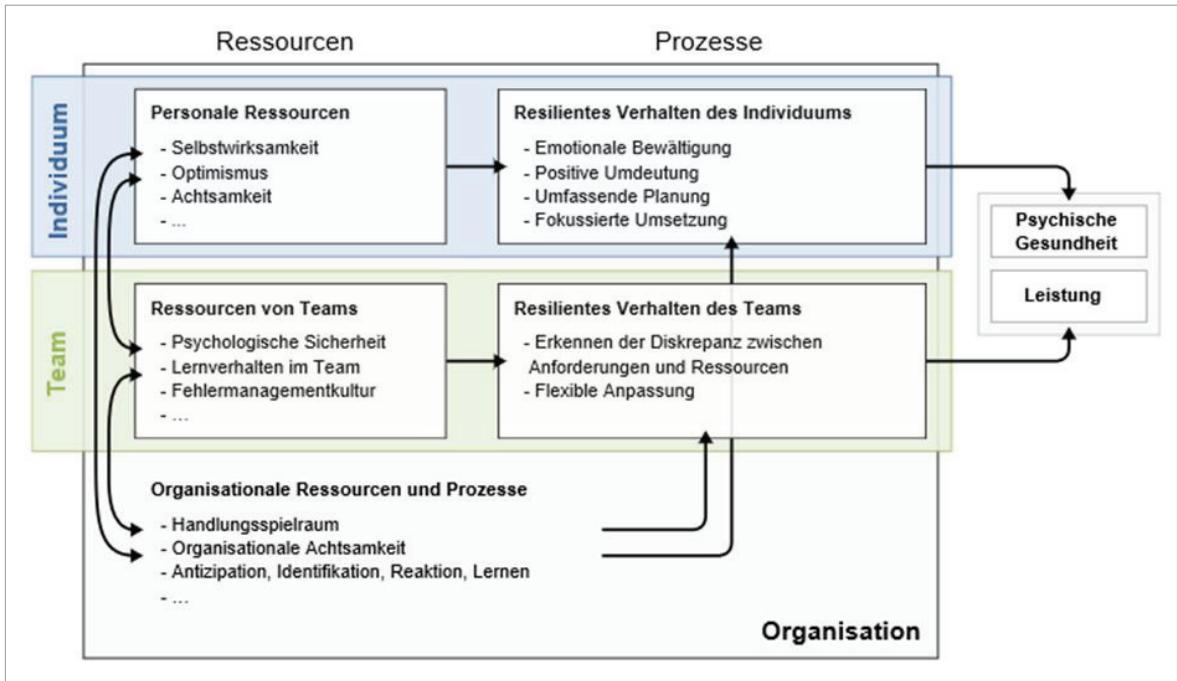


Abb. 9 Wirkebenen von Resilienz im Arbeitskontext (nach Soucek et al. 2016: 132)

„Die personalen Ressourcen fördern resilientes Verhalten am Arbeitsplatz und tragen damit zur Bewältigung arbeitsbezogener Herausforderungen und dem Erhalt der psychischen Gesundheit bei. [...]

Resilienz [weist] auf unterschiedlichen Betrachtungsebenen verschiedene inhaltliche Facetten auf [...]. Die Beschäftigten können sich dabei in der Ausprägung der einzelnen Facetten unterscheiden, wodurch eine gezielte Förderung der individuellen Resilienz notwendig ist. [...]

[D]ie Diversität von Beschäftigten stellt eine wichtige Ressource dar. Beispielsweise zeichnen sich ältere und jüngere Beschäftigte durch unterschiedliche Erfahrungen, Wissenselemente und Bewältigungsstrategien aus [...]. Durch die betriebliche Förderung des Austausches zwischen diesen Beschäftigtengruppen profitiert zum einen die individuelle Resilienz und zum anderen wird mit der Einsicht in innerbetriebliche Prozesse und Ressourcen die Grundlage einer ausgeprägten organisationalen Resilienz gelegt. Auf diese Weise kann ein erfolgreiches betriebliches Resilienz-Management das Wohlergehen der Beschäftigten und der Organisation sicherstellen.“ (Soucek et al. 2016: 135)

In der Darstellung wird ein Zusammenhang und gegenseitige Einflussnahme zwischen den personalen Ressourcen und von Ressourcen des Teams dargestellt. Die Ressourcen unterstützen jeweils resilientes Verhalten in Prozessen, das zur individuellen psychischen Gesundheit einerseits und Aufrechterhaltung der Leistungsfähigkeit des Teams andererseits beitragen kann. Gelingt es, Resilienzfaktoren nachhaltig zu fördern, profitieren sowohl das Team als auch seine Mitglieder. Beobachtbar wird dieser Zusammenhang im resilienten Verhalten und dem Outcome von Resilienzentwicklungsprozessen als Reaktion auf Stressoren. Eine entsprechend günstige Ausstrahlung auf die gesamte Organisation ist dabei eine Folgeerscheinung mit Rückbezug auf das Team und das Individuum.

Haben gibt jedoch abschließend zu bedenken: „[A]us der Perspektive der Konzeption von Präventionsmaßnahmen ist es wenig sinnvoll, sich ausschließlich auf die Stärkung von

Schutzfaktoren zu beschränken.“ (Hafen 2014: 7) „[E]s [ist] präventionstheoretisch (und bisweilen auch ethisch) fragwürdig, wenn neben der Stärkung der Schutzfaktoren nicht auch versucht wird, bestehende Belastungen abzubauen.“ (ebd.)

#### 4. Das inklusiv organisierte Pflegeteam im Krankenhaus

Der folgende Teil der Arbeit widmet sich dem inklusiv organisierten Pflegeteam im Krankenhaus. Angesichts der bereits erwähnten geringen Anzahl zugänglicher, thematisch passender empirischer Belege, bedarf es einer gewissen Phantasie, um allgemeine, anerkannte Grundsätze inklusiver Organisationen auf das eingangs skizzierte Krankenbehandlungssystem und im Besonderen auf das Pflegeteam zu übertragen. Resultierende Konstruktionen müssen jedoch im Status begründeter Annahmen verbleiben, da deren Überprüfung in der Praxis den Rahmen dieser Arbeit übersteigen würde und auch nicht vorgesehen war.

##### 4.1. Grundlagen und Vorbetrachtungen

Inklusion hat seinen Ursprung im lateinischen Wort *inclusio*, das mit Einschluss oder Einschließen übersetzt werden kann.

„Der Begriff Inklusion wird in sehr verschiedenen Wissenschaften gebraucht, so in der Geologie, der Mathematik, der Medizin, der Bildungswissenschaft sowie in den Human- und Sozialwissenschaften. Es überrascht insofern nicht, wenn es - trotz des häufigen Gebrauchs - kein allgemeines und eindeutiges Verständnis davon gibt, was mit Inklusion und ihrem Gegenstück, der Exklusion, gemeint ist.“ (Kuhlmann et al. 2018: 11)

Im ‚Exkurs: Inklusion/Exklusion - eine Positionierung‘ werden Daten zu einer bündigen gesellschaftstheoretischen Positionierung zum Begriffspaar zusammengestellt, die sich wesentlich auf Aussagen von Kleve beruft.

Anerkanntermaßen ist die moderne Gesellschaft in Funktionssysteme ausdifferenziert, zu denen sich die Individuen in einer ganz bestimmten Weise positionieren. Ohne die Teilnahme an diesen Systemen ist psychisches, physisches und soziales Leben unmöglich. (vgl. Kleve 2004: 5 und 17)

Pflegende sind in Ausübung ihrer professionellen Rolle durch Kommunikationen in das System Pflegeteam - ein Teilsystem der stationären Pflege eines Krankenhauses - inkludiert. Eine formale Inklusion in dieses System erfolgt durch Vertrag, vorzugsweise auf Grundlage eines Nachweises über eine abgeschlossene pflegerische Ausbildung. Die stationäre Pflege im Krankenhaus wiederum ist Teilsystem des funktionalen Krankenbehandlungssystems, dass nach Luhmann eines der großen ausdifferenzierten Systeme der modernen Gesellschaft ist. Auch hier ist die binäre Codierung, ein typisches Merkmal solcher Systeme, anzutreffen und mit der Unterscheidung in „gesund“ und „krank“ festgelegt. „Krank“ ist hier positiv konnotiert, da „krank“ im Krankenhaus nach dem defizit-orientierten Modell der Pathogenese, eine Aufforderung zum Handeln impliziert, das nach erfolgter Leistungsdokumentation und Anerkennung derselben mit einem Entgelt honoriert wird. (vgl. Huber, A. 2019: 158)

Im Zeitraum einer mehr als dreißigjährigen Berufstätigkeit in der Pflege kann auch vom Verfasser eine fortgesetzte Ausdifferenzierung des Krankenbehandlungssystems beobachtet werden. So manifestiert sich mit einhergehender Ökonomisierung der Eindruck

in der von Kleve beschriebenen Weise, dass sich dieses System zunehmend durch spezifische rationalisierte, nicht auf Verständigung, sondern auf Effizienz und Effektivität ausgerichtete instrumentelle Kommunikationen (vgl. Kleve 2004: 6) erhält. Mit dieser Entwicklung haben sich auch Veränderungen für die Pflege im Krankenhaus eingestellt. Die Bedeutung integrierender Moralien, Zugehörigkeiten und Solidaritäten sind als Folge der Differenzierung in Funktionssysteme einem Wandel verfallen. (vgl. Kleve 2004:18) „Denn wer an den Funktionssystemen teilnehmen will, der muss sich deren Bedingungen anpassen. Nicht die Personen bestimmen mithin die Bedingungen der Inklusion in die funktionalen Systeme, sondern die verselbständigt, [...] die vom ursprünglichen sozialen Leben *entfremdeten* Funktionssysteme [Hervorhebung im Original], deren kommunikative Strukturen selbst.“ (ebd.)

Angesichts dieser Aussichten besteht in Anlehnung an Kleve Sorge, ob dieses System bei skizzierter fortgesetzter Entwicklung den Pflegenden dauerhaft all die Ressourcen bereitstellen kann, die es ermöglichen, ihre psychischen und biologischen Autopoiesen aufrecht zu erhalten. (vgl. Kleve 2004:17)

In ihren Arbeiten über die Auswirkungen funktionaler Differenzierung auf die berufliche Identität und das Berufsethos Pflegender machte Huber, A. unter anderem auf folgende Aspekte dieser Entwicklung aufmerksam, indem sie auf resultierende Risiken für die psychische Gesundheit Pflegender und die Bedeutung von Werten für das berufspraktische Handeln verweist.

Sie bezieht sich dabei auf Luhmanns Theorie über die Inklusion in verschiedene soziale Systeme, die „impliziert, dass in der heutigen Multiidentitätsgesellschaft das Berufsethos ausgehöhlt wird, da Menschen in modernen Gesellschaften nicht nur eine Identität haben, die sie benennen können, sondern multiple. Folglich stehen die verschiedenen Identitäten und die damit verbundenen Werte in stetiger Konkurrenz. Das erschwert die Entwicklung einer stabilen beruflichen Identität und stellt das Berufsethos vor neue Herausforderungen.“ (Huber, A. 2017: 227)

„In einer Gesellschaft, in der die Karriere-Identität zur „universellen“ Identität wird, beeinflusst dies gezwungenermaßen die berufliche Identität und das Berufsethos. Gleichzeitig [...] führen die gesellschaftlichen Veränderungen dazu, wie das Helfen in einer Gesellschaft ausgestaltet ist. In modernen Gesellschaften werden Ausbildung, Karriere und akademische Titel immer wichtiger - auch in helfenden Berufen wie der Pflege. Das beeinflusst die Berufswerte und ihren Stellenwert im Arbeitsalltag.“ (Huber, A. 2017: 287).

Unter Anerkennung des Zusammenhangs zwischen beruflicher Identität und historisch gewachsenen, sinnstiftenden, motivierenden, legitimierenden und von Berufsangehörigen geteilten Vorstellungen einer guten Berufspraxis (vgl. Huber, A. 2017: 131) scheinen sich im Zuge funktionaler Ausdifferenzierungen bei untätigter Hinnahme Inkongruenzen einzustellen, aus denen Stressoren im beruflichen Alltag entstehen können. „Wenn das Berufsethos allerdings korrumpt wird, sind Stress, Arbeitsunzufriedenheit, verringerte Produktivität, emotionale Erschöpfung und Burn-out oder Kündigungen die Folgen.“ (Huber, A. 2019: 161)

Braun et al. sehen das berufliche Selbstverständnis von zwei Seiten unter Druck gesetzt, einerseits durch die Arbeitsbedingungen in der Pflege und andererseits von der selbst angestrebten bzw. der angeforderten Versorgungsqualität. (vgl. Braun et al. 2010: 9)

„Überzeugungen, wie man handeln möchte, [sind] nicht nur durch zu groß werdende persönliche Kosten des überzeugungskonformen Handelns (Verschlechterung der Arbeitsbedingungen) ins Wanken geraten, sondern auch über das Hinzutreten neuer Handlungsimperative (betriebswirtschaftliche Kalküle), denen man sich nur schwer entziehen kann. (Braun et al. 2010: 9)

Es werden zwei Handlungsalternativen vorgeschlagen, wenn das erwartete, extrinsisch motivierte Handeln Pflegender

„in Widerspruch zu den traditionellen Überzeugungen [gerät], kann dieser Konflikt entweder über die Anpassung der Realität an die Überzeugung [...] integriert oder aber auch über die Anpassung der Überzeugung an die Realität gelöst werden. Letzteres könnte [...] die Herausbildung eines neuen beruflichen Selbstverständnisses befördern, in dem die Norm, zwischen betriebswirtschaftlichen und pflegerischen Handlungsimperativen abwägen zu müssen, verinnerlicht und routinisiert wird.“ (ebd.)

Huber, A. befasst sich in ihrer Dissertation u.a. auch mit der Bedeutung von Werten. Ihre Untersuchungsergebnisse sind anhand der Erfahrungen eigener Pflegetätigkeit ausdrücklich zu bestätigen: „Patientinnen und Pflegende teilen sich viele Werte und aus dem direkten Patientenkontakt zieht die Mehrheit der Befragten [die Pflegenden] ihre Zufriedenheit mit der Arbeit.“ (Huber, A. 2017: 287) Allerdings ist folgender Aspekt entsprechend zu berücksichtigen:

„Können Pflegefachpersonen nicht mehr ihren Grundwerten entsprechend handeln, wird moralischer Druck erzeugt. Das wiederum beeinflusst die Identifikationsmöglichkeit mit dem Beruf, die Arbeitszufriedenheit [...]. [I]n einem emotionalen und wertgeladenen Umfeld wie dem Gesundheitswesen wäre eine stärkere Berücksichtigung der beruflichen Werte einer Person hilfreich. So können Wertinkongruenzen angegangen und ein Organisationsklima geschaffen werden, das für die Arbeitnehmenden „moralisch bewohnbar“ ist [Hervorhebung im Original]. Positive Konsequenzen könnten eine gestärkte berufliche Identität und Arbeitszufriedenheit sein [...].“ (ebd.)

Mit der Ausdifferenzierung des Krankenbehandlungssystems geraten handlungsleitende Werte der Pflegenden, die in der unmittelbaren Patientenversorgung auf bettenführenden Stationen tätig sind, unter Bedrängnis. Sicher ist es sinnvoll, historisch gewachsene Wertvorstellungen an moderne Realitäten einer ökonomisierten Krankenversorgung zu adaptieren. Dies darf jedoch nicht dazu führen, „dass wir heute [nur noch] nach Zahlen leben und sterben und auch nach Zahlen arbeiten, wie dies die Kennzahlen der Betriebswirtschaftslehre nahelegen [...] [Es] braucht [...] dabei auch die Berücksichtigung des Menschlichen in der Strukturierung, Gestaltung und Weiterentwicklung der Pflegearbeit.“ (Huber, A. 2017: 287) Auch darf die mit der Professionalisierung einhergehende Veränderung beruflicher Identitäten in der Pflege nicht zur Ab- oder gar Ausgrenzung in der Berufsgruppe der Pflegenden führen.

Ergänzende Ausführungen zum Berufsethos und zur Berufsidentität enthält der ‚Exkurs: Berufsethos und Berufsidentität‘ im Anhang.

Diesen eher theoriegeleiteten Gedanken über die Inklusion von Pflegeteams und ihren Mitgliedern verknüpft mit einer fortschreitenden Differenzierung der Gesellschaft in funktionale Systeme, die die Inklusion rsp. die Exklusion bedingen bzw. ermöglichen, schließen sich nunmehr Ausführungen mit Praxisnähe an.

Für diese Arbeit wird der Begriff *Inklusion* durch die Definition von Kampmeier und Kraehmer bestimmt: „Inklusion ist ein gesellschaftsorientiertes und menschenrechtsbasiertes Paradigma, das von der Vielfalt der Gesellschaft und ihrer Mitglieder ausgeht und diese Vielfalt als Gewinn sieht. Inklusion will nicht gruppieren und sortieren, sondern organisieren. Inklusion ist zugleich ein Leitbild, Haltung und Methode auf dem Weg zur Wertschätzung und Nutzung der Verschiedenheit aller Beteiligten“ (Kampmeier und Kraemer 2018: 17-18), wobei sich „Nutzung“ ausdrücklich auf die Berücksichtigung der Kompetenzen jeder Person bezieht. (vgl. ebd.)

Zwei Aspekte dieser Definition sollen im Rahmen der gedanklichen Entwicklung eines inklusiven Pflegeteams aufgegriffen und näher betrachtet werden, „die Vielfalt der Mitglieder ist ein Gewinn“ und „Inklusion will organisieren“.

#### **4.2. Die Vielfalt der Mitglieder ist ein Gewinn**

Vielfalt beschreibt das Ausmaß an Verschiedenartigkeit in Bezug auf mindestens ein Attribut, dass ein Individuum heranziehen kann, um eine andere Person als von sich selbst verschieden wahrzunehmen. (vgl. Buengeler und Homan 2015: 2)

Die wohl bekannteste, häufig zitierte oder kontextabhängig sinngemäß wiedergegebene Aufzählung von Attributen der Verschiedenheit enthält der Artikel 2 der Allgemeinen Erklärung der Menschenrechte der Vereinten Nationen.

„Jeder hat Anspruch auf alle in dieser Erklärung verkündeten Rechte und Freiheiten, ohne irgendeinen Unterschied, etwa nach Rasse, Hautfarbe, Geschlecht, Sprache, Religion, politischer oder sonstiger Anschauung, nationaler oder sozialer Herkunft, Vermögen, Geburt oder sonstigem Stand.“ (Art. 2 Abs. 1 AEMR)

Vergleichbare Attributaufzählungen finden sich beispielsweise unter den Grundrechten im Grundgesetz für die Bundesrepublik Deutschland (Art. 3 Abs. 3 GG), im erwähnten Ethikkodex für Pflegende des International Council of Nurses (ICN) (ICN 2012: Präambel), im Allgemeinen Gleichbehandlungsgesetz (§ 1 AGG), in der Europäischen Konvention zum Schutze der Menschenrechte und Grundfreiheiten (Art. 14 EMRK), in der Europäische Charta für den Schutz der Menschenrechte in der Stadt (Art. 2 Abs. 2 ebd.) oder im Civil Rights Act (1964) (Title VII – Equal Employment Opportunity).

Dass die Vielfalt Pflegender für Pflegeteams ein Gewinn ist, soll folgende Aufzählung beispielhaft veranschaulichen:

Der Pflegeberuf wird derzeit von Frauen dominiert, männliche Kollegen sind noch in der Minderzahl. Die Erfahrungen zeigen jedoch, dass insbesondere die Durchführung von Pflegemaßnahmen im Intimbereich von Patient\*innen von ihnen als weniger belastend wahrgenommen werden, wenn Patientinnen von weiblichen und Patienten von männlichen Pflegenden unterstützt werden. Als besonderes Beispiel sei das Katheterisieren erwähnt. Ebenso wertvoll ist eine altersmäßige Durchmischung eines Teams mit jüngeren und älteren Kolleg\*innen. Unter der Voraussetzung einer gegenseitigen Wertschätzung können sich jugendlicher Elan, das Wissen um neuere Erkenntnisse in der Pflege oder die Fähigkeit des selbstverständlichen Umganges mit elektronischen Geräten mit den langjährigen Berufs- und Lebenserfahrungen der Älteren im gegenseitigen Austausch ergänzen. Unterschiede in der ethnisch kulturellen Herkunft der Pflegenden kann im Sinne von interkulturellem Mentoring sowohl kollegiales Miteinander fördern, als auch Berührungsängste im Umgang mit Patient\*innen durch erworbenes Wissen abbauen

helfen. Auch die Mehrsprachigkeit von Kolleg\*innen, die eine Kommunikation mit Patient\*innen zum Teil erst ermöglicht, ist ein Gewinn für das Team. Werden erworbene, spezielle Pflegekenntnisse im Team geteilt, können Ressourcen zur Bewältigung spezieller Pflegesituationen entwickelt werden. Vorstellbar wäre in diesem Zusammenhang, dass Menschen, die infolge körperlicher, sensorischer oder geistiger Einschränkungen besondere Fähigkeiten entwickelt haben oder zwangsläufig entwickeln mussten, als Pflegende im Pflegeteam eben diese Fähigkeiten zur guten Betreuung von Patient\*innen anwenden.

Wenn es Pflegenden eines heterogen zusammengesetzten Teams gelingt, die individuellen Kenntnisse und Fähigkeiten unter entsprechenden strukturellen Rahmenbedingungen in den Berufsalltag einzubringen, ist zwangsläufig zu erwarten, dass das vereinende Ziel einer guten pflegerischen Betreuung mit weniger Reibungsverlusten, Aufregung, Stress verbunden ist. Insofern kann Vielfalt als förderliche Bedingung für Resilienz, bereits als Faktor mit protektiver Wirkung betrachtet werden.

#### **4.3. Inklusion will organisieren**

Der Ausdruck ‚Inklusion will organisieren‘ vermittelt, „Inklusion als Impuls für die gesellschaftliche Weiterentwicklung zu verstehen und für diese die Erkenntnisse und Methoden der Organisationsentwicklung zu nutzen“ (Kampmeier und Kraemer 2018: 17) Mit diesem Satz ist eine Aufforderung verbunden, sich auf einen Weg zu begeben. „Inklusion ist ein dynamischer, sich gegenseitig beeinflussender, nie beendeter Prozess.“ (ebd.: 19) Daraus folgt unter veränderter Perspektive, dass Inklusion nicht nur organisieren will, sondern auch, dass Inklusion organisiert werden will.

Mit der Herausgabe ihrer Schrift *Shaping Inclusive Workplaces Through Social Dialogue* beteiligen sich Arenas et al. an der Diskussion über Praktiken zur Entwicklung inklusiver Organisationsformen. Zur Veranschaulichung ihrer Erkenntnisse veröffentlichen sie das Kreismodell der Inklusion durch sozialen Dialog.

Das Kreismodell skizziert einen ganzheitlichen HRM-Ansatz in Form eines Prozesses, der organisatorischen Wandel mit gesellschaftlichem Austausch verbindet. Es ist das Ziel, inklusive Organisationen in Beziehung zu ihren Umwelten zu entwickeln und aufrechtzuerhalten.

Der Prozess ist dadurch motiviert, dass Inklusion und Vielfalt nach Ansicht von Arenas et al. in Zukunft zu Schlüsselthemen werden, die über den Geschäftserfolg von Organisationen entscheiden können. Personalmanager\*innen müssen sich aus diesem Grund im Zuge dieser Herausforderung dafür einsetzen, dass alle Mitglieder in der Organisation die gleichen Rechte und Chancen haben und sich geschätzt und respektiert fühlen.

Der Inklusionszirkel skizziert den Weg von Mitarbeiter\*innen vom Eintritt in die Organisation, über die Dauer der Beschäftigung bis zum Austritt. In der Abbildung werden besonders wichtige inklusionsrelevante Meilensteine oder Themen durch farbige und beschriftete Shapes gekennzeichnet, deren inhaltliche Bedeutungen im Folgenden in einer Zusammenfassung wiedergegeben werden.

Die Beschreibung der Shapes beginnt mit der Zwölf-Uhr-Position und folgt anschließend dem Uhrzeigersinn.



Abb. 10 Circle of Inclusion through social dialogue (Arenas et al. 2017: 17)

Um eine inklusive Einstellungspraxis und diskriminierungsfreie Auswahl von neuen Mitarbeiter\*innen zu fördern, sollten in Organisationen Instrumente entwickelt werden, die einen chancengleichen Zugang zu einer Arbeitsstelle gewähren, unabhängig von individuellen Merkmalen oder der Herkunft der Bewerber\*innen und unter ausschließlicher Berücksichtigung arbeitsbezogener Aspekte. “[T]he organization should develop practices which promote inclusive recruitment and discriminationfree selection.“ (Arenas et al. 2017: 16)

Neue Mitarbeiter\*innen benötigen zur Erfüllung der Erwartungen und Arbeitsanforderungen Begleitung. Es werden Arbeitsplätze mit Arbeitskonzepten gebraucht, um Menschen mit unterschiedlichen Attributen oder Merkmalen und Fähigkeiten einbeziehen zu können. „That is, we need workplaces with work designs that work to include people with different characteristics and capabilities.“ (ebd.)

Sich als Teil der neuen Umgebung zu fühlen, ist manchmal schwierig und kann zu Konflikten, Isolation oder mangelnder Anpassung führen. Für eine „farbenfrohe“, d. h. abwechslungsreiche Eingliederung und Schulung - „colorful socialization and training“ (ebd.: 17) werden Konzepte und Richtlinien benötigt. Während der Eingliederung ist die Rolle des Vorgesetzten und der Mitarbeiter\*innen entscheidend, insbesondere um anfängliche Hindernisse zu überwinden und bewusste und unbewusste Vorurteile auszuräumen.

Über die gesamte Beschäftigungsdauer sind für motivierte und produktive Mitarbeiter\*innen, die sich mit den Werten der Organisation identifizieren, Leistungsbeurteilung und faire Vergütung wichtig. Beides trägt dazu bei, Vertrauen zu entwickeln und gegenseitigen Austausch zu fördern.

Gesunde und sich sicher fühlende Arbeitnehmer\*innen sollten idealer Weise das Ziel jeder Organisation sein. Dies ist jedoch nicht der Fall, wenn sich Menschen aufgrund persönlicher Merkmale oder Eigenschaften nicht respektiert oder nicht unterstützt fühlen. Organisationen werden sich nur dann nachhaltig entwickeln, wenn sie zu einem sicheren Ort werden, an dem sich Menschen frei fühlen und sie selbst sein können. „[...] *when a safe place for all is promoted, a place where people feel free to be what they are.*“ (ebd.: 17) Unter derartigen Voraussetzungen können Arbeitnehmer\*innen zeigen, wozu sie fähig sind. Das eröffnet ihnen die Möglichkeit, den eigenen beruflichen Werdegang zu steuern. Um in unterschiedliche Lebensphasen beschäftigungsfähig zu bleiben, ist es auch nicht ausgeschlossen, verschiedene Berufe auszuüben.

Der letzte Schritt des Kreises bezeichnet kein wirkliches Ende. Heutzutage gibt es vielfältige Möglichkeiten, mit der Organisation in Verbindung zu bleiben, für die die Mitarbeiter\*innen gearbeitet haben. Teilzeit- oder Mentoring-Programme, verkürzte Arbeitswochen oder Jobsharing könnten einige der Elemente für einen schrittweisen Übergang in Pensionierung sein. Der Austritt bedeutet nicht zwangsläufig Abschied von der Organisation auf Dauer. “[...], *farewell is not a goodbye*“. (Arenas et al. 2017: 18)

Arenas et al. geben zu bedenken, dass alle genannten Entwicklungsschritte für ein Management der Vielfalt wichtig sind. Jede Organisation entscheidet jedoch selbst, an welchem Punkt sie den Prozess beginnt, denn überall gibt es Verbesserungspotentiale. Einige Gewohnheiten lassen sich schnell verändern, aber in der Regel ist der organisatorische Wandel oft ein langwieriger und schrittweiser Prozess. Dafür ist es wichtig, dass aufgestellte inklusive Regeln sowohl auf individueller Ebene zwischen den Beteiligten bzw. Betroffenen als auch auf organisationaler Ebene mit den allgemeinen Werten, Strategien und Praktiken der Organisation abgestimmt sind.

Es ist wichtig, auf die verschiedenen Interessenträger, das Geschäftsumfeld und die jeweilige Phase im Prozess des organisatorischen Wandels zu achten. Stakeholder müssen zu Wort kommen und beteiligt werden, damit die Bereitschaft und das Engagement für eine inklusive Entwicklung entstehen. Es ist die vorrangige Aufgabe der Geschäftsführung, auch alle Akteure in der Organisation von der Bedeutung des Managements der Vielfalt und Inklusion zu überzeugen, indem von den Mitarbeitenden ein Gefühl von Relevanz, Dringlichkeit und Unmittelbarkeit entwickelt werden kann.

Sind diese Voraussetzungen erfüllt, kann sich die Organisation auf den Weg in die inklusive Zukunft begeben und anspruchsvolle Strategien konzipieren. Sobald inklusive und partizipative Organisationsrichtlinien implementiert wurden, erzeugen sie positive Zyklen, die Ungleichheiten und Diskriminierungen verhindern und die Schaffung inklusiver organisatorischer Umgebungen unterstützen. Die Förderung von Gerechtigkeit, Mitbestimmung, Teilhabe und Selbstbestimmung stehen dabei im Vordergrund. (vgl. Arenas et al. 2017: 18)

Leitende übernehmen eine wichtige Rolle für den Wandel der Organisation. Sie sind Vorbilder. Ihnen obliegt es, eine offene, effektive Kommunikation zu führen und klare

Kanäle für Rückmeldungen, die Gelegenheit zur Diskussion über Fragen im Zusammenhang mit Inklusion und Diskriminierung geben, einzurichten. Der Wandel von Organisationen erfordert herausfordernde Normen und Werte. Diese entwickeln sich langsam und werden stark vom Kontext, von der Kultur und Geschichte der Organisation beeinflusst. Daher gibt es keine einheitliche Vorgehensweise, wie Unternehmen den Prozess des nachhaltigen Wandels initiieren können. Allerdings kann dieser nur mit konsentierten Anstrengungen unter Beteiligung aller Interessenträger vorankommen. Sind die ersten Schritte in Richtung eines inklusiven Ansatzes - so bescheiden sie auch sein mögen - unternommen, werden nach und nach verschiedene Interessengruppen dazu ermutigt, gemeinsam weitere Veränderungen anzustoßen. (vgl. Arenas et al. 2017: 17-18)

#### **4.4. Die Entwicklung eines inklusiven Pflegeteams**

Die Ausführungen zum Circle of Inclusion veranschaulichen, dass sich ein inklusives Pflegeteam in einem Krankenhaus nicht im Alleingang entwickeln kann. Dem Pflegeteam und seiner Leitung muss der notwenige Freiraum durch Leitende im Pflegedienst hierarchieübergreifend gewährt werden. Gleichfalls benötigt der inklusive Weg Billigung durch die gesamte Krankenhausleitung. Andererseits kann ein einzelner auf Teamebene initierter Prozess unter günstigen Voraussetzungen zu einem Kristallisierungspunkt für einen organisatorischen Wandel im gesamten Pflegedienst avancieren, anzunehmender Weise mit Auswirkungen auf das Krankenhaus insgesamt.

Die Entwicklung zum inklusiven Pflegeteam ist also zweifelsfrei auf die aktive Unterstützung der Pflegeleitung angewiesen. Obwohl es vorstellbar ist, dass zentrale Funktionen der Pflegeleitung im Ergebnis eines solchen inklusiven Entwicklungsprozesses zukünftig möglicherweise vom Pflegeteam selbst übernommen werden - warum sollten Pflegeteams ihre neuen Kolleg\*innen nicht selbstständig auswählen können - ist die Pflegeleitung des Krankenhauses wohl absehbar unverzichtbar, nicht um Pflege zu organisieren, sondern um eine koordinierende Funktion beispielweise bei der Konzeption krankenhausbezogener Rahmenbedingungen für die Organisation inklusiver Pflegeteams zu übernehmen. Infolge einer mit dem Wandel einhergehenden Selbstständigkeit von Pflegeteams wird der Weg zur Selbstorganisation geöffnet, die sinnstiftende Tätigkeit, gegenseitiges Vertrauen und Wertschätzung fördert, nicht zuletzt mit positivem Einfluss auf das Arbeitsklima. Mit einer zunehmenden Autonomie der Pflegeteams ist eine Abflachung der Hierarchie in Bezug auf den erwähnten Kernprozess der Pflege, die Pflege von Patient\*innen, verbunden. Die Verantwortung für die fachkompetente pflegerische Versorgung einerseits und die organisatorische Bereitstellung von Pflege andererseits werden sich auf das Pflegeteam, letztendlich auf die Teamleitung verlagern. Für die Erfüllung dieser Aufgaben sind sowohl Erfahrungen und Kenntnissen in Bezug auf die Berufsfachlichkeit als auch auf erworbene Kenntnisse und Qualifikationen für die Leitung eines Pflegeteams entscheidend. Ein Wertschätzendes Miteinander, offene Kommunikation, Beteiligung der Mitarbeitenden an Entscheidungsprozesse oder das Herausarbeiten gemeinsam geteilter Werte und Vorbild im organisatorischen Wandel sind im Circle of Inclusion genannte Aspekte, die der Rolle der Teamleitung zugeschrieben werden. Auch Kernkompetenzen, wie sie von Koslowski erläutert werden, unterstützen bei dieser Tätigkeit. Optimismus, Akzeptanz und Achtsamkeit, Lösungsorientierung und

Kreativität, Selbstfürsorge, Selbstwirksamkeit, Fähigkeit zur Netzwerkbildung und Zukunftsgestaltung sowie Improvisationsvermögen und Lernbereitschaft sind zu diesen Kernkompetenzen, die im Übrigen auch resilienzstabilisierenden Charakter aufweisen, zu zählen. (vgl. Koslowski 2019: 124-134)

Dass Inklusion ein dynamischer, nie beendeter Prozess ist, ist eine gemeinsam geteilte Ansicht, der in logischer Konsequenz die Nicht-Linearität von Inklusion folgt. (vgl. Kampmeier und Kraemer 2018: 19) „Lineares Denken muss überwunden werden hin zu einer systemischen oder systemisch-konstruktivistischen Betrachtung und Gestaltung von gesellschaftlichen [oder institutionellen!] Herausforderungen.“ (ebd.) Dieser Aufforderung folgend, soll ergänzend zu den gerade vorgetragenen, eher visionären Vorstellungen über die Entwicklung eines inklusiven Pflegeteams, ein pragmatischer Zugang ergänzt werden.

Booth und Ainscow, Verfasser des Index für Inklusion - Ein Leitfaden für Schulentwicklung, der von einem Autorenkollektiv übersetzt und für deutschsprachige Bildungssysteme adaptiert wurde, ermutigen zu dieser Vorgehensweise: „Fangen Sie an. An einer beliebigen Stelle anzufangen, zum Beispiel mit einer einzelnen Frage, ist besser, als nicht anzufangen. [...] Binden Sie Gleichgesinnte ein. [...] Beginnen Sie mit einer kleinen Veränderung, die Sie selbst veranlassen können. [...] Schauen Sie sich den Werterahmen [...] an. Was [ist] zu verändern, damit [das Pflegeteam] diese Werte besser wider- spiegelt?“ (Booth und Ainscow 2019: 12)

Beide Verfasser richten ihr Augenmerk in ihrem Leitfaden für die Praxis auf drei Dimensionen, die eine inklusive Entwicklung einer Schule oder Einrichtung markieren:

„**Kulturen** spiegeln Beziehungen und tief verankerte Werte und Überzeugungen wider. Eine Veränderung der Kulturen ist für eine nachhaltige Entwicklung unabdingbar.

**Strukturen** beschäftigen sich mit der Frage, wie die Schule geführt und organisier- wird und wie sie verändert werden kann.

**Praktiken** beschreiben, wie und welche Lernbereiche und Lernarrangements ge- meinsam entwickelt werden.“ (ebd.: 23)

Auch Kampmeier und Kraemer unterstützen diese Dreidimensionalität: „Inklusion fragt nach der Kultur einer Organisation (Gesellschaft im Ganzen oder gesellschaftliche Sys- teme und Institutionen), nach Strukturen und nach den Praktiken einer Organisation.“ (Kampmeier und Kraemer 2018: 19)

Völz und Komorek führen in ihrem Handbuch zur Planung, Gestaltung und Umsetzung inklusiver Veränderungsprozesse unter Berufung auf Booth und Ainscow anstelle des Begriffes Praktiken das Wort Handlungspraxis ein und erzielen dadurch einen allgemei- neren, vom Kontext Schule unabhängiger Zugang zur Thematik:

„[D]rei Ebenen Kultur, Struktur und Handlungspraxis [sind] handlungsleitend. Der Bereich Kultur dient hierbei als Basis für die anderen beiden Bereiche. Er widmet sich der Etablierung handlungsleitender, inklusiver Werte wie Wertschätzung, Ge- rechtigkeit und Solidarität. Rahmenbedingungen zu schaffen, die der Vielfalt der Menschen gerecht werden und alle Menschen berücksichtigen, ist Aufgabe einer inklusiven Struktur. Die Handlungspraxis umfasst die Ebene der konkreten Aktivitä- ten, in denen sich die inklusive Kultur abbildet.“ (Völz und Komorek 2016: 9-10)

Den gegenseitigen Einfluss und die Abhängigkeiten der drei genannten Dimensionen vergleichen die beiden Autor\*innen mit ineinander greifenden Zahnrädern eines Getriebes. (vgl. Völz und Komorek 2016: 10) Völz und Komorek erinnern an den Zeitbedarf für einen organisatorischen Wandel und teilen außerdem die Ansicht von Kampmeier und Kraemer von der Nicht-Linearität von Inklusion:

„Grundlegende Änderungen in einer Organisation gehen nicht von heute auf morgen vonstatten. Sie brauchen Zeit. Ebenfalls braucht es Mut zur Ergebnisoffenheit. Wirkliche (Weiter-)Entwicklung geht über die bloße Anpassung an äußere Gegebenheiten und über linear geplante Veränderungen in einzelnen Bereichen der Organisation hinaus. Für Entwicklungen braucht es die Vorstellung von einem angestrebten Zustand in der Zukunft, dessen Erreichung durch die Etablierung von Strukturen und Rahmenbedingungen ermöglicht werden kann. Es ist dabei nicht mit einer einmaligen Maßnahme oder einem einmaligen Projekt getan. Inklusion ist somit immer beides: Ziel und Prozess zugleich.“ (Völz und Komorek 2016: 10)

Die Entwicklung partizipativer Strukturen verbinden Booth und Ainscow mit der Frage, wie eine Organisation geführt und organisiert wird und wie sie verändert werden kann. (vgl. Booth und Ainscow 2019: 23) Das zu Beginn der Arbeit vorgestellte hierarchisch aufgebaute Pflegesystem im Krankenhaus veranschaulichte den aktuellen Strukturenstatus für ein Pflegeteam. Vorangegangene Abschnitte skizzieren Vorstellungen über den organisatorischen Rahmen, in dem ein inklusives Pflegeteam agieren könnte. Perspektiven auf inklusive Handlungspraxen werden hingegen im Abschnitt Merkmale eines inklusiven Pflegeteams entwickelt.

Kulturen bilden nach Ansicht der Autoren des Index die Basis für inklusiven Wandel. „Kulturen spiegeln Beziehungen und tief verankerte Werte und Überzeugungen wider. Eine Veränderung der Kulturen ist für eine nachhaltige Entwicklung unabdingbar.“ (Booth und Ainscow 2019: 23) „Werte sind Teil von Kulturen.“ (ebd.: 33) Ihre Ausführungen zur Bedeutung von Kulturen sind im ‚Exkurs: Die Bedeutung von Kulturen‘ zusammengefasst, der im Anhang nachzulesen ist.

Auf die Bedeutung von Werten wurde in dieser Arbeit wiederholt hingewiesen. So wurde erwähnt, dass Normen und Werte den Rahmen für sinnvolle Pflegestrukturen und für eine wertebasierte Kultur bilden, dass sich Pflegende Leitbilder mit Werten, Inhalten und Zielen ihrer Pflege von Patient\*innen und eigenen beruflichen Idealen formulierten. Pflegerische Werte finden Entsprechungen im inklusiven Werterahmen. Werte sind sinnstiftend und können protektive Eigenschaften in Bezug auf Resilienzsentwicklung entfalten. Erinnert sei ist auch daran, dass Werte unter den Bedingungen funktionaler Differenzierung unter Bedrängnis geraten.

Booth und Ainscow fokussieren Werte in folgender Weise:

„Werte geben Orientierung und regen zum Handeln an. Sie treiben uns an, geben uns eine Richtung, definieren ein Ziel. Wir können nicht wissen, ob wir das Richtige tun oder getan haben, wenn wir nicht sehen, wie unser Handeln und unsere Werte zusammenhängen. Alles Handeln, das sich auf andere bezieht, basiert auf Werten. Jede Aktion sagt etwas aus über unsere Haltung, ob wir es merken oder nicht. [...] Wenn wir Werte zur gemeinsamen Orientierung definieren, sagen wir etwas darüber aus, wie wir jetzt und in Zukunft zusammenleben und voneinander lernen wollen.“

[...]. Wenn Menschen [...] einen gemeinsamen Werterahmen entwickeln und verstehen, wie diese Werte mit ihrem konkreten Handeln zusammenhängen, können Veränderungen an Strukturen und Praktiken nachhaltiger wirken.“ (Booth und Ainscow 2019: 33)

Mit einer derartigen Akzentuierung avanciert der Rahmen inklusiver Werte zu einem zentralen Bestandteil im Index für Inklusion. Es werden sechzehn inklusive Werte benannt und erklärt.



Abb. 11 Ein Rahmen inklusiver Werte (Booth; Ainscow 2019: 34, farblich bearbeitet)

Inklusiver Wandel gestaltet sich für Booth und Ainscow als Kreislaufprozess einer werteorientierten Entwicklung im Sinne eines PDCA-Zyklus, der mit dem Index für Inklusion unterstützt wird. Im Index sind Indikatoren und Fragen zu den genannten Dimensionen enthalten. Anhand dieser werden Aktivitäten des Entwicklungsvorhabens geplant. Im Anschluss können inklusive Werte in aktives Handeln umgesetzt, Programme und Initiativen gebündelt, Barrieren beseitigt, Ressourcen mobilisiert und Unterstützung neu gedacht werden, um Entwicklung nach inklusiven Werten durch gemeinsames Handeln aller Beteiligten in der Praxis zu realisieren. (vgl. Booth und Ainscow 2019: 71) Die Autoren fordern dazu auf: „Evaluieren und feiern Sie Fortschritte. Reflektieren Sie die Arbeit mit dem Index. Überlegen Sie die nächsten Schritte.“ (ebd. 72) Ein neuer Zyklus kann beginnen. Dass dieser Prozess nicht eindimensional verläuft, sondern durchaus produktive, reflexive und reflektierende Schleifen enthält, liegt in der komplexen Natur der Sache. Erfreulich stimmt, dass Pflegenden das prozesshafte Denken und Arbeiten vertraut ist und damit der Zugang zum inklusiven Wandel erleichtert wird. Auf den Pflegeprozess und seine Elemente wurde zu Beginn der Arbeit hingewiesen.

Nachfolgendes Zitat fasst abschließend den Zusammenhang der drei Dimensionen des inklusiven Wandels zusammen: „Obwohl jede Dimension für einen wichtigen Entwicklungsschwerpunkt steht, gibt es Überschneidungen. Allein an den Praktiken kann sich zeigen, wie Kulturen und Strukturen wirken. So wie man Werte anhand konkreter Handlungen erkennen kann, spiegeln sich Strukturen und Strategien in der Praxis vor Ort. Strukturell verändert sich nichts, solange es keine klare Absicht gibt, es auch in der Praxis umzusetzen. Ohne eine Umsetzungsstrategie bleiben interne Regeln und Konzepte leere Worte, [...].“ (Booth und Ainscow 2019: 63)

#### 4.5. Handlungsleitende Werte in der Pflege

Vor Konzeption dieser Arbeit führte der Verfasser eine Querschnittsstudie zur Erkundung inklusiver Werte in der stationären Pflege mit Hilfe eines Bewertungsbogens durch, der in Anlehnung an den Fragebogen zur Lebensqualität multimorbider älterer Menschen (FLQM) von Holzhausen (vgl. Holzhausen 2007: 67-72) entwickelt wurde. In der Studie wurden Pflegende inländischer und ausländischer Herkunft verschiedenen Alters, einhergehenden mit einer unterschiedlich langen Berufserfahrung, im selben, für diese Arbeit bereits beschriebenen Forschungsfeld befragt. Inklusive bzw. handlungsleitende Werte, die von Booth und Ainscow als Rahmen inklusiver Werte konzipiert wurden, waren jeweils anhand von 2 Fragen zu bewerten:

- Wie zufrieden sind Sie über den Umgang mit diesem Wert in Ihrem Pflegeteam?
- Wie wichtig ist dieser Wert für den Arbeitsalltag in der Pflege?

„Pflegenden [werden] im Bewertungsbogen als Orientierungshilfe ‚Handlungsleitende Werte‘ vorgegeben, und jedem genannten Wert wird eine kurze Erklärung angefügt. Diese Texte wurden sprachlich in enger Anlehnung an die Definitionen von Booth und Ainscow verfasst, wobei diese auf die wesentlichen Aussagen konzentriert und aus dem Kontext Schulentwicklung heraus an die Organisation Krankenhaus angepasst wurden.“ (Gibb 2020: 5) Eine Liste dieser handlungsleitenden Werte befindet sich im Anhang.

Das Ergebnis der Untersuchung zeigt, dass „inklusive Werte [...] nach Anpassung an das Bezugssystem Krankenhaus anschlussfähig kommunizierbar sind. Außerdem sind Pflegende bereit, sich nicht nur auf eine gedankliche Auseinandersetzung mit diesen Werten einzulassen, sondern auch ungezwungen Auskunft zu erteilen, wie wichtig ihnen diese Werte im Pflegealltag sind und wie zufrieden sie über den Umgang mit diesen Werten im Pflegeteam sind. Das sind grundsätzliche Voraussetzungen, um sich einer Organisationsentwicklung in der stationären Pflege in Anlehnung an den Index für Inklusion von Booth und Ainscow zu öffnen.“ (Gibb 2020: 14)

Auf ein bemerkenswertes Teilergebnis soll im Kontext dieser Arbeit explizit hingewiesen werden. Es wurde ein weniger stark ausgeprägter Zufriedenheits-Index bei Pflegenden ab einem Alter von 50 Jahren gemessen. Mit einer gewissen Zurückhaltung angesichts der geringen Rückmeldungen aus dieser Altersgruppen kann dieses Ergebnis in folgender Weise gedeutet werden:

„Sie haben ihren Beruf häufig aus Berufung in einem Gesundheitssystem gelernt und ihr Berufsleben begonnen, in dem die Fürsorge und Begleitung von Patient\*innen im Vordergrund stand, ohne wirtschaftlichen Interessen eines Krankenhauses entsprechen zu müssen. Die soziale Wertschätzung des Pflegeberufes hat unter der zunehmenden Ökonomisierung von Gesundheitsleistungen gelitten und diese Gruppe der Pflegenden zum Teil desillusioniert.“ (Gibb 2020: 14)

Insgesamt wurde anhand der Rückmeldungen festgestellt, dass handlungsleitende, inklusive Werte von Pflegenden für den Arbeitsalltag in der Pflege als wichtig erachtet und entsprechend bewertet werden. Darüber hinaus konnte belegt werden, dass Pflegende durchaus zufrieden über den Umgang mit inklusiven Werten in ihren Teams sind. Allerdings sind sie nicht mit allen genannten Werten gleich zufrieden. Es liegt eine nach Werten getrennte Bewertung vor, die mit einem Ranking veranschaulicht werden konnte. Bewertungen sind abhängig vom befragten Personenkreis und dem Zeitpunkt der Bewertung, der den jeweiligen Entwicklungsstand eines Teams kennzeichnet.

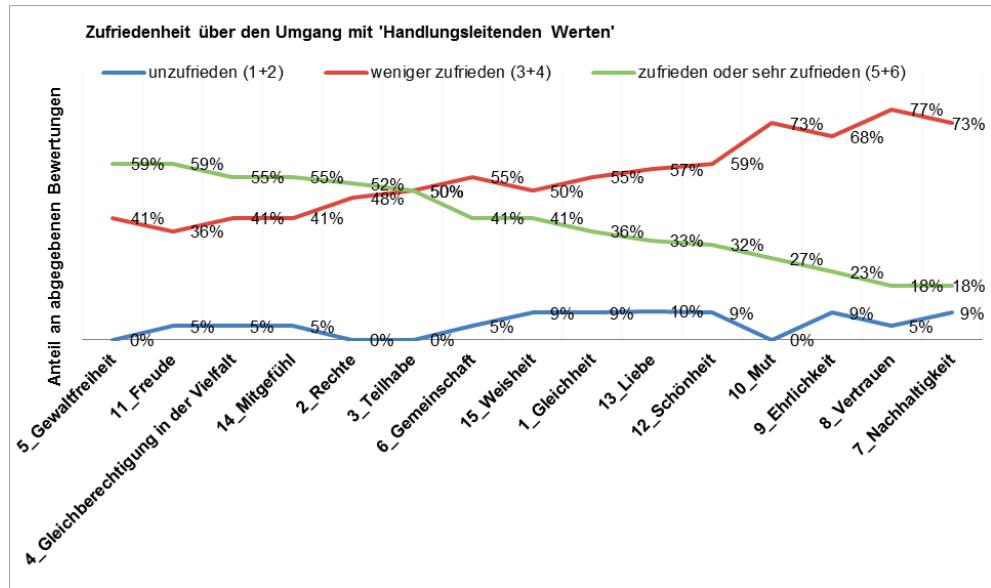


Abb. 12 Zufriedenheit über den Umgang mit ‚Handlungsleitenden Werten‘ im Pflegeteam, (Gibb 2020: 14)

„Ohne Zweifel kann das vorgelegte und aufbereitet[e] Datenmaterial, das mit Hilfe des Bewertungsbogens generiert wurde, Pflegenden als Anregung dienen, um über ihre ‚Handlungsleitenden Werte‘ in einen konstruktiven Austausch zu treten.“ (ebd.: 15) Letztendlich konnte gezeigt werden, dass die Kultur des Arbeitens und Lebens in der Vielfalt auf der Grundlage gemeinsam geteilter Werte in einem wertschätzenden Miteinander zufriedenheitsstiftende Wirkung entfaltet.

#### 4.6. Merkmale eines inklusiven Pflegeteams

Das MD Anderson Cancer Center der Universität Texas, kurz MD Anderson genannt, ist eines der weltweit angesehensten Zentren, dass sich ausschließlich der Versorgung von Krebspatienten, Forschung, Bildung und Prävention widmet (vgl. MD Anderson 2020: o. S.). MD Anderson veröffentlichte zehn Merkmale einer inklusiven Organisation, die auf Grund ihrer universellen Aussagen auch auf ein inklusives Pflegeteam übertragbar sind. Die zehn Merkmale einer Inklusiven Organisation, die im Anhang im Originaltext wiedergegeben werden, lauten:

Eine Organisation ...

1. ... akzeptiert Vielfalt und Verschiedenheit als Lebenseinstellung,
2. ... bewertet die Einzel- und Gruppenleistung auf Basis beobachtbarer und messbarer Verhaltensweisen und Kompetenzen,
3. ... arbeitet nach transparenten Strategien und Prozessen,
4. ... ist in ihren Interaktionen frei von Widersprüchen,
5. ... schafft und entwickelt eine Kultur des Lernens,
6. ... verfügt auf allen Ebenen über ein umfassendes und leicht zugängliches System zur Konfliktlösung,
7. ... versteht sich als Teil der Gemeinde ist, der sie dient,
8. ... lebt ihre Mission und ihre Grundwerte,
9. ... wertschätzt erarbeitete Rechte mehr als unverdiente Privilegien,
10. ... akzeptiert Veränderungen und macht sich diese zu eigen.

(vgl. MD Anderson o. J.: o. S)

In Anlehnung an die Texte zur Erläuterung dieser Merkmale wird folgende Anpassung mit Ergänzungen für ein inklusives Pflegeteam vorgeschlagen:

Pflegende arbeiten in einem Pflegeteam im Krankenhaus mit dem Ziel zusammen, Patient\*innen bedarfsgerecht zu unterstützen. Pflegende respektieren die Individualität jedes Menschen. Sie achten sowohl die Vielfalt der Patient\*innen und ihrer Angehörigen als auch die Vielfalt der mitpflegenden Teammitglieder sowie aller unmittelbar oder unterstützend am Behandlungsprozess beteiligten Mitarbeiter\*innen des Krankenhauses. Eine wertschätzende, höfliche und ehrliche Gesprächskultur fördert eine vertrauensvolle Gemeinschaft und schafft eine fürsorgliche Umgebung. Die Mitarbeiter\*innen des Pflegeteams haben ein klares Verständnis für ihre Rollen und Verantwortlichkeiten. Sie sind untereinander gleichberechtigt und sie werden nach ihrem Handeln bewertet. Vereinbarte Ziele und gestellte Erwartungen sind erreichbar. Gemeinsam verabredete Regeln der Zusammenarbeit sind transparent und werden in Gleichheit angewendet. Lernen gehört zum Alltag des Pflegeteams. Neues Wissen und Fertigkeiten werden miteinander geteilt und Teammitglieder beim Lernen nach individuellen Bedürfnissen oder ermitteltem Bedarf unterstützt. Offengelegte Fehler sind eine Quelle des Lernens. Da Konflikte im Team unvermeidbar sind, kann für deren Bearbeitung in einer nicht-konfrontativen, die Würde und Vertraulichkeit achtenden Art und Weise die vom Team gewählte Ansprechpartner\*in oder das Team der kollegialen Unterstützung des Krankenhauses angerufen werden. Die Mitarbeiter\*innen des Pflegeteams arbeiten nach ihren handlungsleitenden Werten und einem gemeinsamen pflegethischen Verständnis. Sie setzen sich mit der Vision und den Grundwerten ihres Krankenhauses auseinander und machen diese durch ihr Handeln auch außerhalb des Krankenhauses bekannt. Das Pflegeteam überprüft eigene Gewohnheiten, Verfahren und Prozesse regelmäßig auf Aktualität und passt sie unter Teilhabe aller Mitglieder im Bedarfsfall an neue umweltliche Bedingungen und eigene Bedürfnisse an. Die Mitarbeiter\*innen des Pflegeteams teilen die Zuversicht, dass sie den Herausforderungen des Pflegealltags, die sowohl aus der Betreuung der Patient\*innen als auch aus den Interaktionen im Pflege- und Behandlungsteam entstehen, gemeinschaftlich gewachsen sind. Jedes Teammitglied unterstützt das Team im Rahmen seiner individuellen, von Vielfalt, Erfahrung und Wissen getragenen Möglichkeiten.

Die vorgestellten, induktiv entwickelten Merkmale eines inklusiven Pflegeteams bezeichneten Handlungspraxen, wie sie von Mitarbeiter\*innen eines Pflegeteams zukünftig gelebt und erlebt werden könnten. Voraussetzung ist, dass der Wandlungsprozess von den Pflegenden in Angriff genommen wird und gestattende Strukturen für diesen Wandel in der Organisation Krankenhaus bestehen.

## 5. Resilienzfördernde Aspekte eines inklusiven Pflegeteams

Der dritte Schwerpunkt der Arbeit widmet sich nunmehr der Verknüpfung des Resilienzkonzeptes mit dem Paradigma Inklusion in seiner Anwendung auf ein Pflegeteam im Krankenhaus. Die bisher gewonnenen Daten bedürfen dazu einer schlüssigen Zusammenführung. Im Ergebnis sollen Antworten auf die Forschungsfragen gegeben werden und eine Entscheidung über die Bestätigung oder Ablehnung der Forschungshypothese getroffen werden können.

### 5.1. Rückblick auf gewonnene Daten

Ausgangspunkt für nachfolgend zu beschreibende kausalen Zusammenhänge sollen folgende im Verlauf der Arbeit gewonnene Einsichten sein:

1. Die Entwicklung von Resilienz setzt zwei Bedingungen voraus: Es muss „zunächst eine Risiko-, bzw. Krisensituation gegeben haben [...], die mithilfe der vorhandenen Ressourcen und Fähigkeiten bewältigt wurde, um resilient zu sein.“ (Huber, M 2019: 7) Chronische Belastungen stehen kritischen Lebensereignissen im Belastungspotential in nichts nach. (vgl. Höfler 2016: 9-10) (s. w. u.)
2. „Resilienz zeigt sich erst im Prozess der Bewältigung, bzw. in der Rückschau und ist keine angeborene Fähigkeit. Resilienz wird zudem bereichsspezifisch erworben und kann nur teilweise von einem Lebensbereich in den anderen übertragen werden.“ (ebd.) Daraus folgt, dass Pflegende eine berufsbezogene Resilienz, die zwar auf eine bereits erworbene, überdauernde personale Resilienz aufbauen kann, erst während der Auseinandersetzung mit Stressoren im Pflegealltag entwickeln können.
3. Resilienz in einer weiter gefassten Bedeutung erweist sich als Kompetenz aus verschiedenen Einzelfähigkeiten zur Bewältigung auch weniger kritischer Alltagssituationen. (vgl. Fröhlich-Gildhoff und Rönnau-Böse 2019: 12)
4. Resilienz entwickelt sich in einem Prozess der nach Kumpfer mit sechs Dimensionen beschrieben werden kann, wobei es sich dabei um vier Einflussbereiche (Prädikatoren) und zwei Transaktionsprozesse handelt. (vgl. Wustmann 2005: 200)
5. Schutzfaktoren unterstützen bzw. schützen Menschen im Umgang mit widrigen Situationen. Es werden innere, personale Schutzfaktoren und äußere resilienzfördernde Umstände, die ein Mensch in seiner Umgebung vorfindet und für sich nutzen kann, unterschieden. (vgl. Huber, M. 2019: 27) Risikofaktoren wirken akut oder kontinuierlich im psychosozialen Umfeld der Person auf die Person ein. (vgl. Siegrist 2010: 34)
6. Selbstwirksamkeit voraussetzend können die Grundhaltungen Optimismus, Akzeptanz, Lösungsorientierung und Sinn ergänzt durch die Handlungsaspekte Verantwortung übernehmen, sich selbst emotional in Balance halten, Netzwerke und Beziehungen gestalten, Zukunft gestalten und planen als protektive Faktoren sowohl eine Person als auch ein Team bei der Bewältigung von Stressoren unterstützen.
7. Individuelle Resilienz meint das Konzept der Widerstandsfähigkeit einer Person, das in seiner heutigen Anwendung häufig auf den Lebensbereich Arbeit übertragen wird. Teamresilienz wird durch kollektives Zusammenwirken eine Form von Widerstandsfähigkeit konstituiert, die über die Summe individueller Bewältigungsmechanismen hinausgeht. Sie bezeichnet eine kollektive Anpassungsfähigkeit an sich verändernde Bedingungen und das Bewusstsein, auf diese kollektive Anpassungsfähigkeit vertrauen zu können. (vgl. Ritz et al. 2016: 153)
8. Die Schaffung inklusiver Kulturen auf der Grundlage gemeinsam geteilter, handlungsleitender inklusiver Werte fundiert wesentlich den Wandel zum inklusiven Pflegeteam. Der Wandlungsprozess beinhaltet parallel die erforderliche Etablierung inklusiver Strukturen und die Entwicklung einer inklusiven Handlungspraxis. (vgl. (Booth und Ainscow 2019: 63, Völz und Komorek 2016: 9-10)

9. Der Fortbestand eines inklusiven Pflegeteams ist an einen dynamischen, nie beendeten Prozess gebunden. (vgl. Kampmeier und Kraemer 2018: 17)

Diese Kerngedanken, die im bisherigen Verlauf des qualitativ heuristischen Forschungsprozesses als bedeutsam erachtet und mit Daten belegt wurden, bilden den Rahmen für die nachfolgende Beantwortung der Forschungsfragen.

## 5.2. Stressoren und Risikofaktoren im Pflegealltag

Zuvor jedoch soll auf Stressoren und Risikofaktoren im Pflegealltag eingegangen werden, die in den bisherigen Ausführungen kaum Erwähnung fanden. Sie bilden ein Gegengewicht zu den Schutzfaktoren. Ohne Zweifel ist es wichtig, diese Faktoren, die auf das Pflegeteam einwirken zu erkennen.

Stressoren und Risikofaktoren werden mit Schutzfaktoren konkurrieren. Solange sie nicht in das Bewusstsein der Pflegenden geraten, geschieht diese Auseinandersetzung im Verborgenen. Nach Lepore und Stevens wären Pflegende situativ, im Bild des fest verwurzelten Baumes mit starken Ästen resistent. Wird jedoch ein Ungleichgewicht, eine Störung der Homöostase vom Pflegeteam oder eines seiner Mitglieder wahrgenommen, wird jeweils ein individueller oder teambezogener Anpassungsprozess notwendig. Dieser Prozess beginnt nach kognitiver Einschätzung und Interpretation des Stressors, der im transaktionalen Prozess zwischen Person und Umwelt durch selektive Wahrnehmungsprozesse, Attribuierungsmuster, aktive Umweltselektion oder den Einfluss soziale Netzwerke weiter klassifiziert wird.

Stressoren und Risikofaktoren erfahren in der Literatur keine scharfe begriffliche Abgrenzung oder gar Zuordnung. Es entsteht der Eindruck, dass eine Gleichsetzung oder Unterscheidung der Begriffe von der Autor\*innenansicht im jeweiligen Forschungskontext abhängig sind. Dass keine eindeutige Definition vorliegt, sollte mit dem Wesen von Stressoren zu begründen sein. Nach dem Rahmenmodell von Resilienz können sie als Stressor unmittelbarer Auslöser eines Anpassungsprozesses sein, oder in einer anderen Situation als störender Faktor, als Risikofaktor fungieren.

Es ist davon auszugehen, dass im Pflegealltag fortgesetzt Stressoren unterschiedlicher Intensität und Ausprägung auf Pflegende einwirken. Thian et al. untersuchten in ihrer Studie solche von Pflegenden erlebten Arbeitsstressoren. Bemerkenswert ist, dass sie an Phänomenen in Singapur forschten, die aus der Pflegepraxis in hiesigen Krankenhäusern in nahezu gleicher Weise bekannt sind. Zu den Stressoren zählen eine hohe Arbeitsbelastung durch ein hohes Patient\*innen-Pflegkraft-Verhältnis, Zeitdruck verbunden mit einer eingeschränkten Möglichkeit zur Kommunikation mit Patient\*innen, bürokratische Zwänge und ein geringes gesellschaftliches Ansehen des Pflegeberufes. Weiterhin erwähnen die Autorinnen in ihrer Arbeit eine eingeschränkte Unterstützung durch Kolleg\*innen einhergehend mit einer unzureichenden Kommunikation, einen begrenzten sozialen Austausch am Arbeitsplatz, eine fehlende soziale Unterstützung durch Vorgesetzte, eine ungünstige Kommunikation im multidisziplinären Team sowie eine ungünstige Kommunikationsstruktur im Krankenhaus, einen Mangel an notwendigen Informationen zur Erfüllung der Arbeitsaufgaben oder den Mangel an professionellem Feedback sowie eine emotionale Arbeitsbelastung. (vgl. Thian et al. 2015: 163-164)

An die beschriebenen Dauerstressoren im Pflegekontext finden folgende allgemeine Anmerkungen von Höfler Anschluss:

„Akute Stressoren können traumatische oder kritische Lebensereignisse sein. [...] Zu chronischen Stressoren werden Belastungsquellen gezählt, denen Individuen über einen längeren Zeitraum ausgesetzt sind. Dazu zählen sozioökonomische oder politische Lebensumstände oder auch sogenannte Daily Hassles, verstanden als Frustrationen, Irritationen, Ärgernisse und Konflikte, wie Unzufriedenheit mit dem eigenen Selbst, unklare Arbeitsaufgaben oder Zeitdruck. Aufgrund ihrer andauernden Präsenz stehen chronische Belastungen kritischen Lebensereignissen im Belastungspotential in nichts nach.“ (Höfler 2016: 9-10)

Siegrist macht in Anlehnung an Wustmann auf den Unterschied zwischen Vulnerabilitätsfaktoren und Risikofaktoren bzw. Stressoren aufmerksam.

„Vulnerabilitätsfaktoren sind immanente biologische oder psychologische Merkmale der Person wie Folgen prä-, peri- und postnataler Störungen, neuropsychologische und psychophysiologische Defizite, chronische Erkrankungen, unsichere Bindungsorganisation, geringe kognitive Fertigkeiten oder geringe Fähigkeiten zur Selbstregulation von Anspannung und Entspannung. [...] Risikofaktoren bzw. Stressoren sind dem gegenüber im psychosozialen Umfeld der Person lokalisiert und wirken von dort heraus punktuell oder auch kontinuierlich auf die Person ein.“ (Siegrist 2010: 34)

Nach Höfler sind die von Thian et al. aufgezählten Stressoren eher als chronische Stressoren zu bezeichnen, die wiederum von Siegrist im psychosozialen Umfeld verortet werden. Die Stressoren nach Thian et al. lassen sich in zwei Faktorengruppen unterscheiden. Es sind Faktoren als Folgen gesundheitspolitischer Entscheidungen, die sich einer unmittelbaren, nachhaltigen Korrektur durch Pflegeteams daher entziehen, von krankenhausinternen bzw. pflegeteambezogenen Faktoren zu unterscheiden. Diesen Risikofaktoren sollten vom inklusiven Pflegeteam begegnet werden können.

Für eine schutzwirkende Arbeitsumgebung im Pflegealltag bedarf es der gegenseitigen Unterstützung, einer kollegialen Kommunikation, des sozialen Austausches am Arbeitsplatz, einer guten Kommunikation im multidisziplinären Behandlungsteam mit Impulsen auf die Kommunikationsstruktur im Krankenhaus, der Bereitstellung notwendiger Informationen zur Erfüllung der Arbeitsaufgaben und einer Atmosphäre, die professionelles Feedback ermöglicht.

Eine derartige Konversion der Risikofaktoren nach Thian et al. folgt der Intention des Kompensationsmodells von Resilienz, nachdem Schutzfaktoren eine ausgleichende, in diesem Fall aufhebende Wirkung für Risikofaktoren entfalten.

### **5.3. Die schutzwirkende Arbeitsumgebung im Pflegealltag**

Dieser Abschnitt widmet sich der Frage, auf welche Weise es einem inklusiven Pflegeteam gelingt, eine schutzwirkende Arbeitsumgebung im Pflegealltag auszubilden.

Rolfe stellt in ihrem Buch, dass eine Brücke zwischen Wissenschaft und Praxis schlagen will, Teamresilienz in den Fokus ihrer Aufmerksamkeit. Ihre Ausführungen inspirierten zur Entdeckung folgender kausaler Zusammenhänge:

1. Das System Team kennzeichnet die Umgebung bzw. die Rahmung für die Mitgliedsysteme. Bezogen auf den Forschungskontext ist analog das System Pflegeteam als Umgebung für das System Pflegeperson zu betrachten.
2. Wie erwähnt, sind nutzbare resilienzfördernde Umstände in der Umgebung des Menschen vorzufinden (vgl. Huber; M. 2019: 27) Für Pflegepersonen sollten

resilienzfördernde Umstände folglich im Pflegeteam zu finden sein. Rolfe wiederum bezeichnet derartige Umstände für ein resilientes Team mit vier Dimensionen eines resilienten Teams.

3. Gelänge es, eine Beziehung zwischen resilientem Team nach Rolfe und inklusivem Pflegeteam, wie es in dieser Arbeit entwickelt wurde, herzustellen, könnte das resiliente Team die Bezugsebene für Resilienz des inklusiven Pflegeteams definieren. Anhand von konzeptübergreifenden Relationen wären resilienzfördernde Aspekte des Pflegeteams mit Wirkung auf seine Mitglieder entsprechend abzuleiten, zu entwickeln bzw. nachzuweisen.

Rolfe beschreibt auch, das Teamresilienz von zahlreichen Komponenten abhängt.

„Zu den Faktoren, die Teamresilienz beeinflussen, zählen Beziehung und effektive Teamarbeit, unterstützt durch Zusammenhalt, Vertrauen, Ressourcenzugang und kollektive Wirksamkeitsüberzeugung.“ (Gittel et al. 2006, Lengnick-Hall et al., zitiert nach Rolfe 2019: 201) „Darüber hinaus benötigen Teams unterstützende Strukturen und Prozesse im Unternehmen.“ (Rolfe 2019: 201)

Aus diesem Zitat kann abgeleitet werden, dass resiliente Teams neben einer Kultur, die von Schutzfaktoren beeinflusst wird, auch unterstützende Strukturen und eine Handlungspraxis benötigen. Hier zeigt sich eine Übereinstimmung der Auffassungen von Rolfe mit denen von Booth und Ainscow, Völz und Komorek sowie Kampmeier und Kraemer, die diese Dimensionen als Grundlage inklusiven Wandels beschreiben und die ebenfalls auf die inklusive Entwicklung eines Pflegeteams im Krankenhaus übertragbar sind.

Rolfe stellt in Anlehnung an Morgan et al. vier Hauptdimensionen vor, welche die für die Teamresilienz relevanten Faktoren bezeichnen: Gruppenstruktur, Entwicklungsfokus, Soziales Kapital und Kollektive Wirksamkeit.

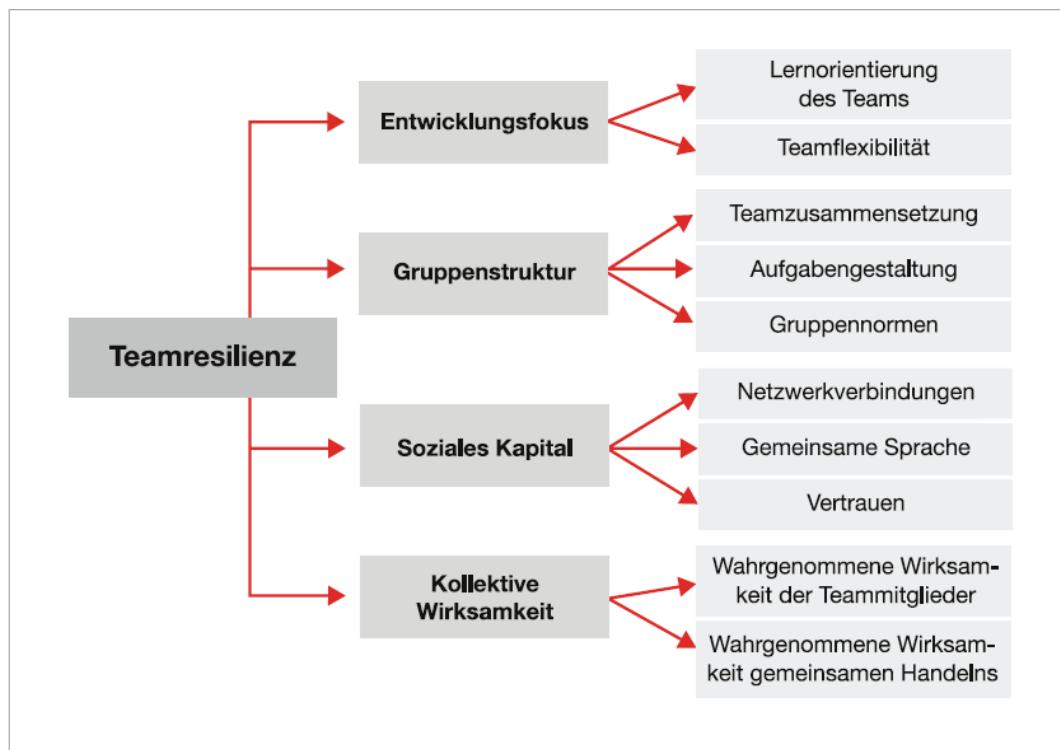


Abb. 13 Teamresilienzmodell, Vier Dimensionen eines resilienten Teams, (nach Sharma und Sharma 2016, zitiert nach Rolfe 2019: 202)

Die genannten Faktoren werden durch Subfaktoren zu einem Teamresilienzmodell nach Sharma und Sharma differenziert und von Rolfe inhaltlich skizziert:

- Die **Gruppenstruktur** kennzeichnet Festlegungen, die soziale Verhaltensnormen und Rollen und die an sie gerichteten Erwartungen im Team beeinflussen und dabei psychosoziale und physische Aspekte berücksichtigen.
- Der **Entwicklungsfookus** fasst die vom Team geteilten Einstellungen und Verhaltensweisen, die eine Ausrichtung auf Fortschritt und Veränderung unterstützen, zusammen.
- **Soziales Kapital** kennzeichnet qualitativ hochwertige Interaktionen und fürsorgliche Beziehungen innerhalb der Gruppe
- **Kollektive Wirksamkeit** vereint die gemeinsame Überzeugung, als Team die Aufgabe oder Herausforderung bewältigen zu können. (vgl. Rolfe 2019: 201)

Anhand dieser Dimensionen lassen sich Relationen in einer Tabelle, dem Ergebnisfeld, abbilden. (s. w. u. in aggregierter Darstellung und als vollständige Tabelle im Anhang)

Die Struktur der vier Dimensionen findet Entsprechungen in den Merkmalen eines inklusiven Pflegeteams sowie Übereinstimmungen mit handlungsleitenden Werten nach Booth und Ainscow. Die merkmalsbezogenen Textsequenzen können vollständig in Relation zu den Subfaktoren gesetzt werden. Eine Zuordnung handlungsleitender Werte ist unmittelbar und zuweilen nach deutender Interpretation ebenfalls möglich. Werte können stellenweise Merkmalen eines inklusiven Pflegeteams ergänzend näher bezeichnen und damit die Beziehung zu Subaspekten der Dimensionen resilenter Teams präziser veranschaulichen. Der Wert Recht ist ein universaler Wert und wird aus diesem Grund in der Art einer Überschrift über den Merkmalen und Werten platziert.

Ein letzter Zuordnungsschritt erfolgt, indem ein Bezug zu den Inhalten des präferierten Konzeptes zur Förderung von Schutzfaktoren nach Huber, M. hergestellt wird. Dabei ist zwischen Grundhaltungen und Handlungsaspekten zu unterscheiden. Die voraussetzende Basis wird allen Bereichen das Prinzip der Selbstwirksamkeit zugeschrieben. Während über die Platzierung der Elemente der Grundhaltungen, Optimismus, Akzeptanz, Ergebnisorientierung und Sinn gemäß ihrer inhaltlichen Beschreibung entschieden werden konnte, offenbarte sich beim Zuordnungsversuch der Handlungsaspekte ein bemerkenswerter Befund: Eine zweifelsfreie, differenzierte Zuordnung der Handlungsaspekte - Verantwortung übernehmen, Sich in emotionaler Balance halten, Netzwerke und Beziehungen gestalten, Zukunft gestalten und planen - ist im Gegensatz zur Angliederung der Grundhaltungen nicht vorzunehmen. Nach Abwägung und nochmaliger Auslegung der Handlungsaspekte wurde es allerdings als sinnvoll erachtet, einen generellen Bezug zu allen vier Dimensionen resilenter Teams herstellen, so dass gleichzeitig ein durchgängiger Bezug zu den Merkmalen eines inklusiven Pflegeteams und den handlungsleitenden Werten hergestellt ist. In nachträglicher Bewertung dieses Umstandes ist die Erkenntnis gereift, dass diese Zuordnung ursächlich im autopoietischen Charakter von Systemen begründet ist. Für den Fortbestand des Systems muss ein andauernder Handlungsprozess durch die Subjekte des Systems aufrechterhalten werden.

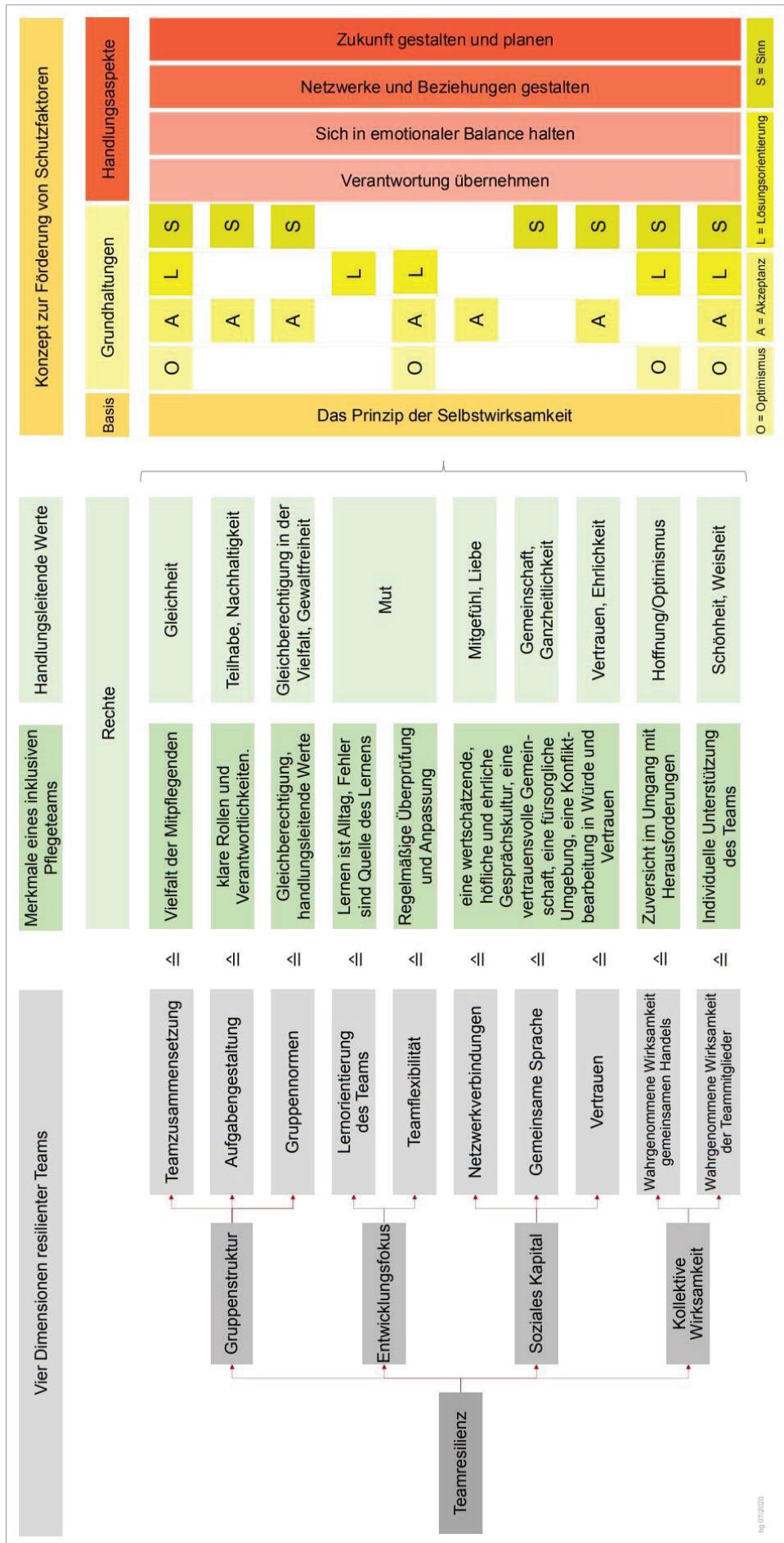


Abb. 13 Das Ergebnisfeld in aggregierter Darstellung, Relationen zwischen den vier Dimensionen resilenter Teams, den Merkmalen eines inklusiven Pflegeteams und handlungsrelevanten Werten sowie dem Konzept zur Förderung von Schutzfaktoren

Aus der Konstellation der im Ergebnisfeld zusammengetragenen Daten lassen sich folgende Erkenntnisse ableiten:

1. Der hohe Grad an Übereinstimmungen, der zwischen den Subkategorien der vier Dimensionen resilenter Teams sowohl mit den Merkmalen eines inklusiven Pflegeteams durch vollständige Zuordnung aller Textsequenzen als auch mit den handlungsrelevanten Werten nach deren inhaltlichen Ausprägungen gefunden wurde, lässt folgende Schlussfolgerung zu: Befindet sich ein Pflegeteam auf dem Weg des inklusiven Wandels mit dem Ziel, sich den vorgeschlagenen Merkmalen eines inklusiven Pflegeteams immer weiter anzunähern, erfüllt es zunehmend als inklusives Pflegeteam die Dimensionen eines resilienten Teams.
2. Schutzfaktoren, wie sie von Huber, M. in ihrem Konzept zusammengestellt wurden, sind sowohl für resiliente Teams als auch für inklusive Pflegeteams und deren handlungsleitende Werte relevant. Grundhaltungen erfahren einen differenzierten Bezug zu einzelne Subaspekten der vier Dimensionen resilenter Teams. Das Prinzip der Selbstwirksamkeit und die Handlungsaspekte tangieren alle Elemente im Ergebnisfeld. Sofern es in einem andauernden Prozess gelingt, die Grundhaltungen als Ressourcen zu bewahren und in ständiger Kommunikation weiter zu entwickeln, sowie die Handlungsaspekte in den Tagesablauf des stationären Pflegeteams im Krankenhaus zu integrieren, können diese zum Erhalt einer schutzwirkenden Arbeitsumgebung für pflegende Mitglieder des Teams beitragen.

*Anhand der gewonnenen Erkenntnisse kann die erste Forschungsfrage, auf welche Weise es einem inklusiv organisierten Pflegeteam gelingt, eine schutzwirkende Arbeitsumgebung im Pflegealltag auszubilden, beantwortet werden. Als Ergebnis wird aus vorgenannte Ausführungen abgeleitet, dass ein Pflegeteam durch einen in den Pflegealltag eingegliederten, inklusiven Wandlungsprozess autopoietisch zum resilienten Team reift. Dieser Prozess wird zeitgleich und zwangsläufig von der Bewahrung und der Entwicklung von Schutzfaktoren begleitet. Durch das Vorhalten aktiver Schutzfaktoren bildet ein resilientes Team eine schutzwirkende Umwelt für seine Mitglieder mit präventiven Charakter. Werden auf der Grundlage handlungsleitender Werte inklusive Strukturen etabliert und eine inklusive Handlungspraxis entwickelt, werden in der Folge auch im System Pflegeteam durch das Tätigsein seiner Mitglieder Bedingungen entworfen, die im Pflegealltag zur schutzwirkenden Arbeitsumwelt für die personalen Systeme pflegender Mitglieder avancieren.*

#### **5.4. Resilienz und Lernen im Team**

Wenn nach früherer Auffassung galt, dass Resilienz ein weitgehend unveränderliches Persönlichkeitsmerkmal sei, wird Resilienz heute als dynamisch, lebenslang erlernbar sowie trainierbar erachtet. Sie wird durch Lernerfahrungen sowie durch Einflüsse der sozialen Umwelt vermittelt. (vgl. Linz et al. 2020: 12) Pflegende sollten immer lernen. Sie erfüllen damit eine allgemeine Orientierung auf lebenslanges Lernen, wie sie im Pflegeberufegesetz festgeschrieben ist. (vgl. § 5 Abs. 1 Nr. 2 PfIBG).

An dieser Stelle sei erneut auf das Rahmenmodell von Resilienz und auf eine bereits erwähnte Aussage verwiesen. Wustmann greift ein Zitat auf, dass Kumpfer zur Erklärung ihres Modells verwendet: „[E]in positives Entwicklungsergebnis gilt darüber hinaus im

Sinne eines dynamischen Prozesses als Prädiktor für eine erfolgreiche Bewältigung zukünftiger Stresssituationen.“ (Wustmann 2005: 200) Diese Aussage überrascht insofern, da Kumpfers Modell in der bereits erläuterten Abbildung einen linearen Prozess zeigt. Eine Vorhersage für eine erfolgreiche Bewältigung zukünftiger Stresssituationen auf der Grundlage einer resilienten Entwicklung ist darin nicht beschrieben. Dies sollte jedoch kein Indiz für die Nichtexistenz eines derartigen Phänomens sein.

Zweifelsfrei wird die kognitive Realisierung des Ergebnisses eines Bewältigungsprozesses verschiedene Reaktionen bei den pflegenden Mitgliedern eines stationären Pflegeteams hervorrufen. Dies ist Ausdruck der bezeichneten Vielfalt der personalen Systeme im Team. Jedenfalls werden Ergebnisse, wie erwähnt, zu Erfahrungen, „in der individuellen Lerngeschichte durch die Zuschreibung von Erfolgserfahrungen auf die eigene Kompetenz, positive Bewertung durch andere sowie Beobachtungslernen.“ (Bandura 1997, zitiert nach Bengel und Lyssenko 2012: 54)

Erfahrungen positiver Konsequenzen wirken rückkoppelnd auf eine zukünftige Konsequenzerwartung. Wird also ein erfolgreiches Bewältigungsverhalten in einer neuen, vergleichbaren Stresssituation wiederholt, erhöht sich die Wahrscheinlichkeit einer erfolgreichen Bearbeitung. Gleches gilt auch für Bewältigungsmissserfolge, wobei eine Wiederholung wegen einer negativen Konsequenzerwartung sinnvoller Weise zu unterlassen wäre. (vgl. Brinkmann 2014: 393) Dieser Prozess, der zunächst mit personalen Lernen beginnt, kann, sofern im Team reflektierend kommuniziert, zur Teamerfahrung werden, die im „Teamgedächtnis“ durch seine Mitglieder erhalten bleibt. Dies wäre insbesondere immer dann zu erwarten, wenn die Mitglieder des Pflegeteams gemeinsam einem teamrelevanten Stressor erfolgreich begegnen könnten.

Lernen im Team kann „sowohl als ein geplanter und begleiteter Veränderungsprozess erfolgen, sich jedoch auch als ein beiläufiger Prozess ereignen. Es bezeichnet somit auch implizite Prozesse, die nicht intendiert oder bewusst als organisationaler Lernprozess angelegt sind. [...] Es richtet sich zudem nicht nur auf die Weiterentwicklung des Bestehenden in einer Organisation, sondern umfasst auch die Emergenz von Neuem [...]“ (Jenner 2018: 32) Letzteres meint, dass im System (z.B. Pflegeteam) neue Systemzustände infolge von Interaktionen auftauchen, die zunächst nicht durch die Eigenschaften der beteiligten Systemelemente (pflegende Mitglieder) zu erklären sind.

Rolfe führt aus, dass Lernen und Resilienz eng miteinander assoziiert sind. Mit der Anwendung von drei Faktoren aktiven Lernens haben resiliente Teams

„Zugang zu einem adaptiven Bewältigungsstil und sind in der Lage, flexibel und kreativ zu reagieren und zu einer neuen Situation passende Lösungen zu finden.“ (Rolle 2019: 207) Sie „verstehen Misslingen als natürlichen Bestandteil ihres Lernens.“ (ebd.) Ihnen gelingt es, [...] „Lernen unter Unsicherheit als Lernen mit Herausforderungen zu verstehen.“ (ebd.) Und sie „zeichnen sie sich durch einen stärkeren Außenfokus in Krisenzeiten aus.“ (ebd.)

Erfahrungsbasiertes, informelles Wissen, das durch selbstorganisiertes Lernen generiert wird, bildet die Grundlage, um neues Wissen aufzunehmen und um es in neuen Situationen anzuwenden. Ein Team profitiert von diesem Wissen. Sind ungewöhnliche, an das Team gerichtete Herausforderungen nicht mit den bisherigen Routinen zu bearbeiten, setzt ein Lernprozess im Team ein. Dabei erfolgt ein Rückgriff auf die unterschiedlichen

Kenntnisse und Erfahrungen seiner Mitglieder. Durch das Lernen im Team kommt es zu einem Zuwachs an Erkenntnis und zu einer Erweiterung des Handlungshorizontes. Ein solcher, informeller Wissenstransfer wirkt sich nachweislich positiv auf die Resilienz des Teams aus. Durch das hier skizzierte handlungsorientierte Lernen kann ein Team mit komplexen, unvorhersehbaren Situationen besser umgehen. (vgl. Rolfe 2019: 207)

Einen erweiternden Blick auf Lernen und Resilienz eröffnet Huber, M. mit folgenden Aussagen: Das Erstaunliche ist, dass sich das System zur Bewertung von Reizen und Situationen „mit dem Erleben von Krisen und Widerständen sozusagen anpasst und „mitwächst“, denn das Gehirn ist neuroplastisch veranlagt.“ (Huber, M. 2019: 15)

„Der Fakt, dass die Neuroplastizität bei positivem Kontrollerleben die Resilienz fördert, wird unterstützt durch die Information, dass sich Stress- und Belohnungssystem gegenseitig hemmen: Im Falle, dass potenzielle Belohnungen in Aussicht stehen, wird das Belohnungssystem aktiviert und zugleich das Stresssystem zur Wahrnehmung von Stressoren gehemmt. Daraus könnte zudem der Schluss gezogen werden, dass Menschen, die schwierige Situationen nicht als solche bewerten, auch resilient bleiben. Aus neurowissenschaftlicher Sicht wird diese Sichtweise unterstützt. Sie ist allerdings noch nicht vollumfänglich durch Studien bestätigt.“ (ebd.)

Wie in einem Team gelernt und Wissen und Informationen geteilt werden, ist abhängig von der im Team gelebten Kultur und dem Vertrauen, das zwischen seinen Mitgliedern besteht. Einfluss haben ebenso die Kommunikationsfähigkeit der Teammitglieder und der Umgang mit Emotionen. Eine wichtige Rolle spielt auch die Vielfalt in der Teamzusammensetzung. (vgl. Rolfe 2019: 208) Diese genannten Aspekte sind in den handlungsleitenden Werten eines inklusiven Pflegeteams benannt, die die Grundlage für die Autopoiese des Systems bilden.

In Anlehnung an Jenner vollzieht sich das Lernen in einem Pflegeteam als gemeinschaftliches, interaktives Lernen seiner Mitglieder durch eine kommunikativ geteilte Verständigung über handlungsleitende Theorien und Lösungsvorschläge zur Behebung teambezogener Herausforderungen. Zu gegebener Zeit wird das geteilte Wissen erinnert. (vgl. Jenner 2018: 33) In ähnlicher Weise, wie geteilte Werte Reaktionen bei den pflegenden Teammitgliedern anregen und eine persönliche Positionierung bewirken, werden auch geteilte Erfahrungen aus Bewältigungsprozessen von Stressoren auf das Individuum rückgekoppelt und von diesem bewertet. Im Ergebnis ist eine nuancierte, individuelle Anpassung der personalen Ressourcen, im Sinne einer Förderung der Resilienzfaktoren zu erwarten.

Eine von den Mitgliedern eines inklusiven Pflegeteams in Auseinandersetzungen mit Stressoren gemeinschaftlich entwickelte und von ihnen gleichfalls repräsentierte psychische Teamkompetenz begründet eine Teamressource mit zwei Funktionen. In der Funktion als Bewertungsrelation von Stressoren wirkt sie unmittelbar als umweltlicher Schutzfaktor des Teamsystems auf die Mitgliedersysteme. In zweiter Funktion wird sie als Impuls die Entwicklung personaler Resilienzfaktoren initiieren können.

*Durch handlungsorientiertes Lernen geteilte Erfahrungen begründen eine Teamkompetenz, die direkt oder als impulsgebender Faktor schützende Funktionen für die Mitglieder des inklusiven Pflegesystems entfaltet.*

*Es sind diese zwei Funktionen, die beschreiben, wie in einem inklusiven Pflegeteam gewonnene Erfahrungen aus der Bewältigung von Stress- und Krisensituationen zur Unterstützung der psychischen Widerstandskraft seiner Mitglieder geteilt werden.*

Unter diesen Voraussetzungen wäre das Rahmenmodell von Kumpfer mit rekurrenten Kanten ausgehend vom Ende des Prozesses (4) auf die Personalen Ressourcen/ Resilienzfaktoren (3) bzw. auf die Umweltbedingungen (2) ganz im Sinne eines dynamischen Prozesses, dessen positives Entwicklungsergebnis als Prädiktor für eine erfolgreiche Bewältigung zukünftiger Stresssituationen gilt, zu ergänzen.

Mit der Beantwortung der beiden Forschungsfragen die zur Bestätigung der Forschungshypothese führen, ist die Datensammlung und deren schriftliche Aufbereitung im qualitativ heuristischen Forschungsprozess abgeschlossen.

## 6. Zusammenfassung

### 6.1. Limitationen

Der dieser Arbeit zugrundeliegende, qualitativ heuristische Forschungsprozess erwies sich bei einer asymmetrischen Datenlage bezüglich forschungsrelevanter Aspekte von Resilienz und Inklusion als geeignete Methode, um die Forschungshypothese überprüfen zu können. Die Reihenfolge der einzelnen Kapitel und Abschnitte dieser Arbeit belegen den Prozess der schrittweisen Generierung von Daten und deren Bezüge aufeinander und machen diesen entsprechend nachvollziehbar. Für das Auffinden von Daten zur Fokussierung von Themen und Unterthemen wurden beständig Fragen, die im Forschungsprozess methodisch legitimiert vom Verfasser unausgesprochen gestellt wurden, beantwortet. Die vorliegende Arbeit ist ein Ergebnis eines Prozesses der Selektion, Neustrukturierung und Rekonstruktion gewonnener Daten. Die verwendeten wissenschaftlichen Quellen zur Datengenerierung zeigten eine erstaunliche Vernetzung in der gegenseitigen Bezugnahme. Vielfach erwiesen sich theoretische Grundlagenliteraturen inhaltlich zwar nuanciert, doch häufig nahezu identisch, so dass es einer wiederholten Entscheidung des Verfassers bedurfte, die aussagekräftigsten und thematisch geeignetsten wissenschaftlichen Belege als Daten für den Fortgang im Forschungsprozess auszuwählen. Als ergiebige Quellen für den Arbeitsfortschritt erwiesen sich dabei systematische Übersichten, die nach der PRISMA-Checkliste verfasst wurden. Angesichts der unüberschaubaren Vielfalt von Datenquellen zum Resilienzbegriff einerseits und wenigen erkundeten, thematisch passenden Arbeiten zu inklusiven Organisationsformen im Kontext Krankenhaus ist kritisch zu hinterfragen, ob tatsächlich die „richtigen“ Recherchefragen gestellt wurden, die zum nunmehr vorliegenden, den aktuellen Arbeitsstand wiederspiegelnden Forschungsergebnis führten. Diese Frage sollte in einer fortgesetzten Diskussion Berücksichtigung finden. Bei der Einordnung der Ergebnisse ist ebenfalls zu bedenken, dass diese zu einem Teil auf der Grundlage des inklusiv organisierten Pflegeteams, einer aus einer logischen Aneinanderreihung und Verknüpfung von Daten ausgearbeiteten, jedoch empirisch nicht bestätigten Konstruktion, entwickelt wurden.

### 6.2. Fazit und Ausblick

Im Forschungsprozess wurde eine hinreichende Anzahl wissenschaftlicher Belege recherchiert, inhaltlich analysiert und kritisch bewertet, so dass ein Forschungsstand erarbeitet wurde, der zur Bestätigung der Forschungshypothese führte. Es konnte in

theoretischer Auseinandersetzung unter Hinzuziehung zugänglicher Quellen belegt werden, dass ein inklusiv organisiertes Pflegeteam im Krankenhaus Einfluss auf die psychische Widerstandskraft seiner pflegenden Mitglieder nimmt. Möglich wird dies durch die Ausbildung einer schutzwirkenden Arbeitsumgebung im Pflegealltag als Folge eines inklusiven Teamwandels und durch das Teilen gewonnener Erfahrungen aus der Bewältigung von Stress- und Krisensituationen im Rahmen von handlungsbasiertem Lernen. Als überraschender Nebenbefund erwies sich die gewonnene Erkenntnis, dass ein stationäres Pflegeteam im Verlauf des inklusiven Wandels mit der Ausprägung inklusiver Merkmale auch die Dimensionen eines resilienten Teams erfüllt. Es kann daher die Aussage getroffen werden, dass sich ein im inklusiven Wandel fortgeschrittenes Stationsteam zu einem resiliente Team entwickelt. Dass im Umkehrschluss ein resilientes Team auch ein inklusives Team sei, kann anhand der Forschungsergebnisse jedoch nicht beurteilt werden.

Die mit dem Thema der Arbeit implizierte grundsätzlich Aussage, dass mit inklusiven Organisationen resilienzfördernde Aspekte zu verbinden sind, soll auf der Grundlage der vorgestellten Erkenntnisse zunächst im Status einer Hypothese verbleiben. Zwar bestehen begründete Annahmen, dass diese Hypothese zu bestätigen ist, das MD Anderson Cancer Center der University of Texas ist ein beredtes Beispiel, doch fehlen an dieser Stelle belastbare empirische Belege, die eine generelle Übertragung der Erkenntnisse vom inklusiven Stationsteam auf inklusive Organisationen rechtfertigen könnte.

Mit diesem Hinweis wird ein empirisches Forschungsfeld zur Überprüfung der getroffenen Aussagen im inklusiv organisierten Pflegeteam oder in inklusiven Organisationen anderer Kontexte erschlossen. Dies möge ganz im Verständnis von Kleining geschehen, nach dem sich in dialektischer Manier dem vermeintlichen Abschluss der Forschung am Objekt sicherlich neue Forschungsfragen anschließen.

„Endet die Forschung mit der Erkenntnis der Struktur eines Forschungsgegenstandes, können weitere Fragen an sie immanente Probleme verdeutlichen. Die Bewertung der Ergebnisse erhält eine neue Dimension, wenn die Faktoren einbezogen werden, auf die der Forschungsgegenstand wirkt oder von denen er bestimmt wird.“  
(Kleining 2010: 71)

Mit der vorliegenden Arbeit wird die Hoffnung verbunden, einen dienlichen Beitrag in der grundsätzlichen Diskussion über die Sinnhaftigkeit inklusiver Organisationsentwicklung zu leisten.

## Literaturverzeichnis

- Aburn, Gemma, Merryn Gott und Karen Hoare (2016): What is resilience? An Integrative Review of the empirical literature, in: *Journal of Advanced Nursing*, Jg.72, Heft 5, S. 980-1000
- Antonovsky, Aaron (1997): *Salutogenese: Zur Entmystifizierung der Gesundheit*, [Dt. Übersetzung von Alexa Franke und Nicola Schulte], Tübingen: Dgvt-Verlag
- Arenas, Alicia, Donatella Di Marco, Lourdes Munduate und Martin C. Euwema (2017): *Dialogue for Inclusion: When Managing Diversity Is not Enough*, in: Arenas, Alicia; Donatella Di Marco, Lourdes Munduate und Martin C. Euwema (2017): *Shaping Inclusive Workplaces Through Social Dialogue*, Berlin: Springer International, S. 3-21
- Barysch, Katrin Nicole (2016): Selbstwirksamkeit, in: Frey, Dieter (Hrsg.) (2016): *Psychologie der Werte - Von Achtsamkeit bis Zivilcourage – Basiswissen aus Psychologie und Philosophie*, Berlin, Heidelberg: Springer-Verlag, S. 201-212
- Bengel, Jürgen und Lisa Lyssenko (2012): *Forschung und Praxis der Gesundheitsförderung. Band 43. Resilienz und psychologische Schutzfaktoren im Erwachsenenalter - Stand der Forschung zu Psychologischen Schutzfaktoren von Gesundheit im Erwachsenenalter*, Köln: BZgA-Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, online verfügbar
- Booth, Tony und Mel Ainscow (2019): *Index für Inklusion. Ein Leitfaden für Schulentwicklung*. Weinheim: Beltz Verlag Weinheim und Basel
- Braun, Bernhard, Sebastian Klinke und Rolf Müller (2010): Auswirkungen des DRG-Systems auf die Arbeitssituation im Pflegebereich von Akutkrankenhäusern, in: *Pflege & Gesellschaft*, 15. Jg., Heft1, S. 5-19
- Brinkmann, Ralf (2014): *Angewandte Gesundheitspsychologie*, Hallbergmoos: Pearson Deutschland
- Buengeler, Claudia und Astrid C. Homan (2015) Diversity in Teams: Was macht diverse Teams erfolgreich?, in: Genkova, Petia und Tobias Ringeisen (Hrsg.) (2016): *Handbuch Diversity Kompetenz: Perspektiven und Anwendungsfelder*. Springer Nachschlagewissen. Wiesbaden: Springer Verlag
- Degenkolb-Weyers, Sabine (2016): *Resilienz in therapeutischen Gesundheitsfachberufen. Entwicklung eines Konzeptes zur Resilienzförderung*, Wiesbaden: Springer Fachmedien
- Di Marco, Donatella, Alicia Arenas, Martin C. Euwema und Lourdes Munduate (2017): The Circle of Inclusion: From Illusion, in: Arenas, Alicia; Donatella Di Marco, Lourdes Munduate und Martin C. Euwema (2017): *Shaping Inclusive Workplaces Through Social Dialogue*, Berlin: Springer International, S. 261-272
- Dittmer, Gunda (2019): Resilienz: Kompetenz für den Klinikalltag, in: *Deutsches Ärzteblatt*, 116. Jg., Heft 26, S. 2-4
- Eriksson, Monica und Bengt Lindström (2011): Life is more than survival: Exploring links between Antonovsky's salutogenic theory and the concept of resilience, in: Gow, Kathryn M. und Marek J. Celinski (2011): *Wayfinding through life's challenges: Coping and survival*, New York: Nova Science Publishers Inc., S. 31-46

- Freyberg, Thomas von (2011): Resilienz – mehr als ein problematisches Modewort?, in: Zander, Margherita (Hrsg.) (2011): *Handbuch Resilienzförderung*, Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften, S. 219-239
- Fröhlich-Gildhoff, Klaus und Maike Rönnau-Böse (2019): *Resilienz*, 5. akt. Aufl., München: Ernst Reinhardt Verlag
- Gabriel, Thomas (2005): Resilienz - Kritik und Perspektiven, in: Zeitschrift für Pädagogik, 51. Jg., Heft 2, S. 207-217
- Gibb, Bernhard (2019): Pflege am Patientenbett jetzt unabhängig finanziert!, Hausarbeit im Studiengang Organisationsentwicklung und Inklusion an der Hochschule Neu- brandenburg
- Gibb, Bernhard (2020): Der Bewertungsbogen ‚Handlungsleitende Werte‘. Eine Querschnittsstudie zur Erkundung inklusiver Werte in der stationären Pflege, Hausarbeit im Studiengang Organisationsentwicklung und Inklusion an der Hochschule Neu- brandenburg
- Guski-Leinwand (2015): Paul Plaut und die berufliche Resilienz - Resilienz, psychische Immunität, produktive Persönlichkeit. Auf den Spuren eines Begriffs, in: *Psychoscope*, Heft 4, S. 13-15, Bern: FSP – Föderation der Schweizer Psychologinnen und Psychologen
- Hau, Rita und Udo Amm (2007): *Standardwörterbuch Latein*, Stuttgart: Ernst Klett Sprachen GmbH
- Henninger, Mirka (2016); Resilienz, in: Frey, Dieter (Hrsg.) (2016): *Psychologie der Werte - Von Achtsamkeit bis Zivilcourage – Basiswissen aus Psychologie und Philosophie*, Berlin, Heidelberg: Springer-Verlag, S. 157-166
- Höfler, Martha (2015): Die Förderung der Resilienz Erwachsener. Systematische Identifikation von psychischen Schutzfaktoren und pädagogische Handlungsansätze für ihre Entwicklung, Dissertation an der Fakultät für Sozial- und Verhaltenswissenschaften der Friedrich-Schiller-Universität Jena
- Holzhausen, Martin (2007): Konstruktion eines Fragebogens zur Lebensqualität multimorbider älterer Menschen ohne Einschränkung der kognitiven Funktion, Dissertation im Fachbereich Erziehungswissenschaft und Psychologie der Freien Universität Berlin
- Huber, Anja (2017): Ethos und Identität: Eine ethisch-empirische Studie zur Krise des Pflegeberufs, Dissertation an der Radboud Universiteit Nijmegen
- Huber, Anja (2019): *Wert(er)schöpfung: Die Krise des Pflegeberufs*, Baden-Baden: Nomos Verlagsgesellschaft
- Huber, Monika (2019): *Resilienz im Team. Ideen und Anwendungskonzepte für Teamentwicklung*, Wiesbaden: Springer Fachmedien Wiesbaden GmbH, ein Teil von Springer Nature
- Institut DGB-Index Gute Arbeit (Hrsg.) (2018): Arbeitsbedingungen in der Alten- und Krankenpflege. So beurteilen die Beschäftigten die Lage. Ergebnisse einer Sonderauswertung der Repräsentativumfragen zum DGB-Index Gute Arbeit. Berlin: ohne Verlag
- Isfort, Michael (2010): Pflegepersonalbemessung im Krankenhaus - oder zur Beharrlichkeit der Normativität, in: Pflege & Gesellschaft, 15. Jg., Heft1, S. 20-33

- Jenner, Anabell (2018): *Lernen von Mitarbeitenden und Organisationen als Wechselverhältnis. Eine Studie zu kooperativen Bildungsarrangements im Feld der Weiterbildung*, Wiesbaden: Springer Fachmedien
- Kampmeier, Anke S. und Steffi Kraehmer (2018): Inklusion als Impuls für Organisationsentwicklung in der Gesellschaft, in: Hechler, Sebastian, Anke S. Kampmeier, Steffi Kraehmer und Katrin Michels (2018): *Exklusiv Inklusiv-Inklusion kann gelingen*, Neubrandenburg: Hochschule Neubrandenburg, S. 17-25
- Kleining, Gerhard (1982): Umriss zu einer Methodologie qualitativer Sozialforschung, in: Kölner Zeitschrift für Soziologie und Sozialpsychologie, 34. Jg., Heft 2, S. 224-253.
- Kleining, Gerhard (1994): *Qualitativ-heuristische Sozialforschung: Schriften zur Theorie und Praxis*, Hamburg-Harvestehude: Rolf Fechner Verlag
- Kleining, Gerhard (2010): Qualitative Heuristik, in: Mey Günter und Katja Mruck (2010): *Handbuch Qualitative Forschung in der Psychologie*, Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften, S. 65-78
- Koslowski, Gabriela (2019): *Resilienz in der Pflege: Sie sind stärker als Sie glauben!*, Hannover: Schlütersche Verlagsgesellschaft mbH
- Kuhlmann, Carola, Hildegard Mogge-Grotjahn und Hans Jürgen Balz (2018): *Soziale Inklusion. Theorien, Methoden, Kotroversen*, Stuttgart: Verlag W. Kohlhammer
- Kumpfer, Karol L. (1999): Factors and Processes Contributing to Resilience. The Resilience Framework, in Glantz, Meyer D. und Jeannette L. Johnson (1999): *Resilience and Development: Positive Life Adaptations*, New York: Kluver Academic/Plenum Publishers, S. 179 - 224
- Laege, Stefan (2010): Heureka! - Über die qualitativ-heuristische Sozialforschung Gerhard Kleinings, Hausarbeit im Modul „Sozialwissenschaftliches Forschen“ im Studiengang Soziale Arbeit (Master) an der Fachhochschule Kiel
- Lim, Johanna, F. Bogassian und K. Ahern (2010): Stress and coping in Australian nurses: a systematic review, in: International Nursing Review. Jg. 57, Heft 1, S. 22-31
- Linz, Svenja, Isabella Helmreich, Angela Kunzler, Andrea Chmitorz, Klaus Lieb, Thomas Kubiak (2020): Interventionen zur Resilienzförderung bei Erwachsenen, in: PPmP - Psychotherapie · Psychosomatik · Medizinische Psychologie, Jg. 70, Heft 1, S. 11-21,
- Masten, Ann S. (2001): Ordinary Magic. Resilience Processes in Development, in: American Psychologist, Jg. 56, Heft 3, S. 227-238
- Ritz, Frank, Cornelia Kleindienst, Julia Koch und Jonas Brüngger (2016): Entwicklung einer auf Resilienz ausgerichteten Organisationskultur, in: Gruppe. Interaktion. Organisation. Zeitschrift für Angewandte Organisationspsychologie (GIO), Jg.47, Heft 2, S.151–158
- Rolfe, Mirijam (2019): Resiliente Teams: Flexibel, konfliktfähig und tolerant in der Zusammenarbeit, in: Rolfe, Mirijam (2019): *Positive Psychologie und organisationale Resilienz. Positive Psychologie kompakt*, Berlin, Heidelberg: Springer-Verlag, S. 199-244

- Schnell, Tamara (2018): Man muss nicht gleich die Welt retten, in: *Harvard Business Manager*, Jg. 42, Heft 2, S. 32–35
- Siegrist, Ulrich (2010): *Der Resilienzprozess. Ein Modell zur Bewältigung von Krankheitsfolgen im Arbeitsleben*, Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften
- Siegrist, Ulrich und Martin Luitjens (2011): *30 Minuten Resilienz*, Offenbach: GABAL Verlag GmbH
- Simon, Michael (2018): *Von der Unterbesetzung in der Krankenhauspflege zur bedarfsgerechten Personalausstattung. Eine kritische Analyse der aktuellen Reformpläne für die Personalbesetzung im Pflegedienst der Krankenhäuser und Vorstellung zweier Alternativmodelle*, Düsseldorf: Hans-Böckler-Stiftung
- Soucek, Roman, Michael Ziegler, Christian Schlett und Nina Pauls (2016): Resilienz im Arbeitsleben - Eine inhaltliche Differenzierung von Resilienz auf den Ebenen von Individuen, Teams und Organisationen, in: *Gruppe. Interaktion. Organisation. Zeitschrift für Angewandte Organisationspsychologie (GIO)*, Jg. 47, Heft 2, S.131–137
- Thian, Hui Min Jazreel, Premarani Kannusamy, Hong-Gu He und Piyanee Klainin-Yobas (2015): Relationships among Stress, Positive Affectivity, and Work Engagement among Registered Nurses, in: *Psychology*, Jg.6, Heft 2, S. 159-167
- Völz, Christiane und Michael Komorek (2016): *Inklusion als Leitidee der Organisationsentwicklung Handbuch zur Planung, Gestaltung und Umsetzung inklusiver Veränderungsprozesse, Teil 1*, Berlin: AWO Bundesverband e. V.
- Völz, Christiane und Miriam Pleuger (2019): *Inklusion als Leitidee der Organisationsentwicklung: Handbuch zur Planung, Gestaltung und Umsetzung inklusiver Veränderungsprozesse, Teil 2*, Berlin: AWO Bundesverband e. V.
- Welter-Enderlin, Rosemarie (2012): Resilienz aus der Sicht von Beratung und Therapie. In: Welter-Enderlin, Rosemarie und Bruno Hildenbrand (Hrsg.) (2012): *Resilienz - Gedeihen trotz widriger Umstände*, 5. Aufl., Heidelberg: Carl-Auer-Systeme-Verlag, S. 7 - 19
- Welter-Enderlin, Rosmarie und Bruno Hildenbrand (Hrsg.) (2006): *Resilienz - Gedeihen trotz widriger Umstände*, Heidelberg: Carl-Auer-Systeme-Verlag
- Wustmann, Corina (2005): Die Blickrichtung der neueren Resilienzforschung. Wie Kinder Lebensbelastungen bewältigen, in: *Zeitschrift für Pädagogik*, 51. Jg., Heft 2, S. 192-206
- Zander, Margherita (2011): *Handbuch Resilienzförderung*, Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften
- Zander, Margherita (2014): Resilienzforschung aktuell: Was können wir daraus lernen?, Manuskript eines Vortrages auf der Arbeitstagung Forschung für die Praxis XI der Arbeitsstelle Frühförderung Bayern, Medizinische und Pädagogische Abteilung

## Verzeichnis der Internetquellen

- Brüstle, Matthias Antonius (2015): Resilienz - ein Überblick, [online] [https://ofpg.ch/wp-content/uploads/Ueberblick-Resilienz\\_M.A.Bruestle2015.pdf](https://ofpg.ch/wp-content/uploads/Ueberblick-Resilienz_M.A.Bruestle2015.pdf) [13.06.2020]
- Caritasverband Singen-Hegau e.V. (Hrsg.) (2018): Händel mein Handicap, [online] [https://www.glkn.de/media-glkn/docs/Singen/Sonstiges/Inklusives-Krankenhaus/Haendel\\_mein\\_Handicap.pdf](https://www.glkn.de/media-glkn/docs/Singen/Sonstiges/Inklusives-Krankenhaus/Haendel_mein_Handicap.pdf) [03.06.2020]
- Das LIR-Leibniz-Institut für Resilienzforschung (2020.): Stichwort "Resilienz", [online] <https://lir-mainz.de/resilienz> [11.06.2020].
- GKV-Spitzenverband (2020): aG-DRG 2020, [online] [https://www.gkv-spitzenverband.de/krankenversicherung/krankenhaeuser/drg\\_system/g\\_drg\\_2020/drg\\_system\\_1.jsp](https://www.gkv-spitzenverband.de/krankenversicherung/krankenhaeuser/drg_system/g_drg_2020/drg_system_1.jsp) [26.05.2020]
- Haberger, Beatrice (2016): Unterschätzter Beruf, in: jetzt, ein Digitalprodukt der Süddeutschen Zeitung, zuerst bei kleinerdrei.org erschienen [online] <https://www.jetzt.de/job/underschaetzer-beruf-krankenpflegerin> [30.05.2020]
- Hafen, Martin (2014): Resilienz aus präventionstheoretischer Perspektive, [online] [http://www.fen.ch/texte/mh\\_resilienz.pdf](http://www.fen.ch/texte/mh_resilienz.pdf) [19.06.2020]
- Hagen, Stefan (2010): Systemorientierte Managementlehre: Das Neue St. Galler Managementmodell, [online] <https://hagen.management/blog/systemorientierte-managementlehre-das-neue-st/> [01.07.2020]
- IfD-Institut für Demoskopie Allensbach (2013): Allensbacher Berufsprestige-Skala 2013, [online] [https://www.ifd-allensbach.de/fileadmin/kurzberichte\\_dokumentationen/PD\\_2013\\_05.pdf](https://www.ifd-allensbach.de/fileadmin/kurzberichte_dokumentationen/PD_2013_05.pdf) [01.06.2020]
- Institut für Bildungscoaching (2020): Resilienzforschung im Überblick, [online] <https://www.institut-bildung-coaching.de/wissen/resilienz-achtsamkeit-stressmanagement-hintergrundwissen/resilienzforschung.html> [11.06.2020].
- International Council of Nurses (2012): INC-Ethikkodex für Pflegende, [online] <https://www.dbfk.de/media/docs/download/Allgemein/ICN-Ethikkodex-2012-deutsch.pdf> [25.05.2020]
- Kleve, Heiko (2004): Die intime Grenze funktionaler Partizipation. Ein Revisionsvorschlag zum systemtheoretischen Inklusion/Exklusion-Konzept. in: Merten, Roland und Albert Scherr (Hrsg.) (2004): Inklusion und Exklusion in der Sozialen Arbeit. Heidelberg: VS Verlag für Sozialwissenschaften, S. 163 – 187, mit geänderter Seitenzahl in der Onlineedition [online] [Grenze-funktionaler-Partizipation-Ein-Revisionsvorschlag-zum-systemtheoretischen-Inklusion-Exklusion-Konzept.pdf?origin=publication\\_detail](https://www.vspublishing.com/online-editions/10.1007/978-3-518-05200-0_10) [21.06.2020]
- Lindenblatt, Lisa (o. J.): Resilienz und Selbstfürsorge im Arbeitsalltag stärken, [online] [https://cne.thieme.de/cne-webapp/r/pdf/learningunit/10.1055\\_a-1090-8869](https://cne.thieme.de/cne-webapp/r/pdf/learningunit/10.1055_a-1090-8869) [19.03.2020]
- Masten, Ann S. und Jelena Obradovic (2008): Disaster preparation and recovery: lessons from research on resilience in human development, in: Ecology and Society, Jg.13, Heft 1, Artikel 9. [online] <http://www.ecologyandsociety.org/vol13/iss1/art9/> [13.06.2020]

- MD Anderson - The University of Texas, MD Anderson Cancer Center (o. J.): Ten Characteristics of an Inclusive Organization, [online] <https://www.mdanderson.org/documents/about-md-anderson/careers/diversity-and-inclusion/ten-characteristics-of-an-inclusive-organization.pdf> [22.06.2020]
- MD Anderson -The University of Texas, MD Anderson Cancer Center (2020): About MD Anderson, [online] <https://www.mdanderson.org/about-md-anderson.html> [22.06.2020]
- Müller, Gottfried (2017): Resilienz im Krankenhaus, [online] [https://win-win-work.de/wp-content/uploads/2019/07/RESILIENZ\\_im\\_Krankenhaus\\_-\\_Mueller\\_Mooseder\\_Unternehmensberatung\\_oM.pdf](https://win-win-work.de/wp-content/uploads/2019/07/RESILIENZ_im_Krankenhaus_-_Mueller_Mooseder_Unternehmensberatung_oM.pdf) [09.06.2020]
- Queensland Health (2017): Queensland Health Workforce Diversity and Inclusion Strategy 2017 to 2022, [online] [https://www.health.qld.gov.au/\\_\\_data/assets/pdf\\_file/0033/667167/qh-diversity-and-inclusion-strategy.pdf](https://www.health.qld.gov.au/__data/assets/pdf_file/0033/667167/qh-diversity-and-inclusion-strategy.pdf) [03.06.2020]
- Tacke, Doris, Hermann-Thomas Steffen, Stephan Nadolny (2019): Abschlussbericht zum Modellprojekt: Patient(inn)en mit Komplexer Behinderung im Krankenhaus, [online] [https://www.fh-diakonie.de/obj/Bilder\\_und\\_Dokumente/Klink\\_inklusiv/FH-D\\_KlinikInklusiv\\_Abschlussbericht\\_2019.pdf](https://www.fh-diakonie.de/obj/Bilder_und_Dokumente/Klink_inklusiv/FH-D_KlinikInklusiv_Abschlussbericht_2019.pdf) 03.06.2020]
- TK-Techniker Krankenkasse (2019): Gesundheitsreport. Pflegefall Pflegebranche? So geht's Deutschlands Pflegekräfte, [online] <https://www.tk.de/re-source/blob/2066542/2690efe8e801ae831e65fd251cc77223/gesundheitsreport-2019-data.pdf> [02.06.2020]
- UN-Vollversammlung (1948): Allgemeine Erklärung der Menschenrechte (AEMR), Resolution 217 A (III) der Generalversammlung vom 10. Dezember 1948, Paris. [online] [https://www.ohchr.org/EN/UDHR/Documents/UDHR\\_Translations/ger.pdf](https://www.ohchr.org/EN/UDHR/Documents/UDHR_Translations/ger.pdf) [27.06.2020]
- WHO-World Health Organisation (2020): Constitution of the World Health Organization. Basic documents: forty-ninth edition (including amendments adopted up to 31 May 2019). Geneva: World Health Organization, [online] [https://apps.who.int/gb/bd/pdf\\_files/BD\\_49th-en.pdf#page=7](https://apps.who.int/gb/bd/pdf_files/BD_49th-en.pdf#page=7) [15.06.2020]
- WHO-World Health Organization. Division of Mental Health. (1994): Life skills education for children and adolescents in schools. Pt. 1, Introduction to life skills for psychosocial competence. Pt. 2, Guidelines to facilitate the development and implementation of life skills programmes, 2nd rev. World Health Organization, [online] <https://apps.who.int/iris/handle/10665/63552> [27.06.2020]
- Wustmann, Corinna (2006): Das Konzept der Resilienz und seine Bedeutung für das pädagogische Handeln, in: Irina Bohn (Hrsg.) (2006): Resilienz - Was Kinder aus armen Familien stark macht, S. 6-14, Frankfurt am Main, [online] [http://www.forschungsnetzwerk.at/downloadpub/doku\\_ft\\_resilienz\\_2006\\_09.pdf](http://www.forschungsnetzwerk.at/downloadpub/doku_ft_resilienz_2006_09.pdf) [09.06.2020]
- Zander, Margherita (2019): Resilienzförderung, in: socialnet Lexikon [online] <https://www.socialnet.de/lexikon/Resilienzfoerderung> [10.06.2020]

## Abbildungsverzeichnis

Abb. 1 Das neue St. Galler Management-Modell im Überblick (Rüegg-Stürm 2002, zitiert nach Hagen 2010: o. S.) .....	3
Abb. 2 The Salutogenic Umbrella – Convergent Concepts and Theories Contributing to Explanations of Health and Quality of Life (Eriksson und Lindström 2011: 43).13	
Abb. 3 Das Rahmenmodell von Resilienz (Kumpfer 1999: 185, zitiert nach Wustmann 2005: 201).....	18
Abb. 4 Resilienz (Das LIR-Leibniz-Institut für Resilienzforschung 2020: o. S.).....21	
Abb. 5 Resilienzfaktoren (Übertragung der Darstellung, Huber; M. 2019: 29) .....	25
Abb. 6 Team-Leitfragen zum Schutzfaktor Akzeptanz (Huber, M. 2019: 34) .....	27
Abb. 7 Team-Leitfragen zum Schutzfaktor Netzwerke und Beziehungen gestalten (Huber, M. 2019: 46).....	29
Abb. 8 Aspekte der Zielformulierung (Haas 2015: 70, zitiert nach Huber, M. 2019: 48).29	
Abb. 9 Wirkebenen von Resilienz im Arbeitskontext (nach Soucek et al. 2016: 132) 31	
Abb. 10 Circle of Inclusion through social dialogue (Arenas et al. 2017: 17).....37	
Abb. 11 Ein Rahmen inklusiver Werte (Booth; Ainscow 2019: 34, farblich bearbeitet)...42	
Abb. 12 Zufriedenheit über den Umgang mit ‚Handlungsleitenden Werten‘ im Pflegeteam, (Gibb 2020: 14).....	44
Abb. 13 Teamresilienzmodell, Vier Dimensionen eines resilienten Teams, (nach Sharma und Sharma 2016, zitiert nach Rolfe 2019: 202).....49	
Abb. 14 Das Rahmenmodell von Resilienz (Kumpfer 1999: 185, zitiert nach Wustmann 2005: 201) .....	67
Abb. 15 Kategorisierung der beruflichen Werte in „self-oriented values“ und „other oriented values nach Fagermoen (1997) (Huber, A. 2019: 177) .....	73
Abb. 16 Die Dimensionen des Index für inklusive Schulentwicklung, (Booth und Ainscow 2019: 63) .....	74
Abb. 17 Ten Characteristics of an Inclusive Organization (The University of Texas, MD Anderson Cancer Center o. J.: o. S. ....	79

## Verzeichnis der Abkürzungen

Abs.	Absatz
AEMR	Allgemeine Erklärung der Menschenrechte
AGG	Allgemeines Gleichbehandlungsgesetz
akt.	aktualisiert
Aufl.	Auflage
AU-Tage	Arbeitsunfähigkeitstage
bzgl.	bezüglich
bzw.	beziehungsweise
d.h., d. h.	das heißt
DGB	Deutscher Gewerkschaftsbund
DRG	Diagnosis Related Groups (diagnosebezogene Fallgruppen)
ebd.	ebenda
emotion.	emotional, emotionale, emotionales
EMRK	Europäischen Konvention zum Schutze der Menschenrechte und Grundfreiheiten
et al.	et alii (lat.) und andere
G-DRG	German Diagnosis Related Groups
G-DRG-System	Das deutsche durchgängige, leistungsorientierte und pauschalierende System zur Vergütung der allgemeinen Krankenhaus-leistungen (vgl. §17b KHG)
GG	Grundgesetz für die Bundesrepublik Deutschland
HRM	Human Resource Management
i. S.	im Sinne
ICN	International Council of Nurses
KHEntgG	Krankenhausentgeltgesetz
KHG	Krankenhausfinanzierungsgesetz
Nr.	Nummer
o. J.	ohne Jahr
o. S.	ohne Seite
PDCA	Plan-Do-Check-Act
PfIBG	Pflegeberufegesetz
resp.	respektive
s. w. u.	siehe weiter unten
SGB V	Das Fünfte Buch Sozialgesetzbuch - Gesetzliche Krankenversicherung
u. a.	unter anderem, und andere(s)
usf.	und so fort
vgl.	vergleiche
WHO	World Health Organization

## Anhang

### Exkurs: Pflege im pauschalierten Entgeltsystem

Seit mehr als eineinhalb Jahrzehnten wurden Pflegeleistungen im G-DRG-System als Bestandteile von Fallpauschalen, als Zusatzentgelte oder deren Anteile nach bundeseinheitlichem Entgeltkatalog ergänzt durch einen Pflegzuschlag den Patient\*innen direkt oder ihren Kostenträgern pauschaliert in Rechnung gestellt (vgl. § 7 Abs. 1 KHEntG, in der vor dem 01.01.2019 geltenden Fassung) und falls durch den Medizinischen Dienst der Krankenkassen keine Einwände erhoben wurden, auch vergütet. (vgl. Gibb 2019: 7)

Das G-DRG-System verlangt, dass Patienten vom behandelnden Krankenhaus mittels systematischer Kodierung nach dem Entgeltkatalog einer DRG zugeordnet werden müssen, um erbrachte Leistungen abrechnen zu können. Simon merkt dazu kritisch an, dass für die Zuordnung zu einer DRG weder der Pflegebedarf noch der tatsächlich geleistete Pflegeaufwand von Bedeutung ist. (vgl. Simon 2018: 18)

Pflegende sind vom Leistungsmanagement des Krankenhauses aufgefordert, auf medizinische Diagnosen bezugnehmende pflegerische Maßnahmen und Beobachtungen sehr detailliert zu dokumentieren. Resultierende ärztliche Nebendiagnosen können den Schweregrad eines Patientenfalles erhöhen und zu einem höheren Entgelt führen, das unter gewissen Voraussetzungen anteilig auch dem Pflegedienst zuzuordnen ist.

Abrechenbare Fallpauschalen wiesen bislang Erlösanteile für die Normalpflege und die Intensivpflege aus, die mit Abrechnung vergütet wurden.

Dieses DRG-Vergütungssystem vermittelte Anreize, an den Personalkosten insbesondere der größten Personalgruppe im Krankenhaus zu sparen, um einen Effekt zugunsten eines positiven Deckungsbeitrages zu erzielen.

Ob Erlöse aus Fallpauschalen und erarbeitete Zusatzentgelte für pflegerische Leistungen immer vollständig zur Finanzierung des Pflegedienstes verwendet wurden, oblag der Entscheidung der Krankenhausleitung und war zwangsläufig mit einer gewissen Intransparenz bei der krankenhausinternen Erlösverteilung verbunden. Die für den eigentlichen Zweck nicht in Anspruch genommenen Pflegeerlöse konnten intern umverteilt werden, um beispielsweise defizitäre Bereiche des Krankenhauses finanziell zu subventionieren. (vgl. Gibb 2019: 7)

Mit dem Vorhaben, Entwicklungen im Gesundheitswesen, die sich insbesondere nach der Einführung des pauschalierenden Entgeltsystems über Jahre ungünstig auf die Pflege im Krankenhaus auswirkten, korrigieren zu wollen, häufen sich besonders in der aktuellen Legislaturperiode Verordnungen und Gesetze. Zu einer besonderen Herausforderung für Krankenhäuser avanciert die Ausgliederung der Pflegepersonalkosten für die unmittelbare Patientenversorgung auf bettenführenden Stationen aus dem Vergütungssystem.

„Ab dem Jahr 2020 werden die Pflegepersonalkosten der Krankenhäuser aus den DRG-Fallpauschalen ausgegliedert und parallel zu den DRG-Fallpauschalen über ein krankenhausindividuelles Pflegebudget nach dem Selbstkostendeckungsprinzip finanziert. Die Ausgestaltung des neuen Finanzierungsrahmens ab 2020 war durch die gesetzlichen Änderungen im Pflegepersonal-Stärkungsgesetz (PpSG) notwendig geworden und stellt die nachhaltigste Veränderung im DRG-System seit seiner Einführung dar.“ (GKV-Spitzenverband 2020)

Jährlich ist nun für die genannten Kosten ein Pflegebudget auf der Grundlage von Vorjahresdaten, zu erwartenden Veränderungen bei der Zahl und der beruflichen Qualifikation der Pflegevollkräfte unter Berücksichtigung einer Kostenentwicklung zu vereinbaren. Zusätzlich können Kosten für Maßnahmen, die zu einer Entlastung von Pflegepersonal führen, auf das Budget angerechnet werden. Eine Wirtschaftlichkeit der entstehenden Pflegepersonalkosten wird derzeit nicht geprüft. Es müssen lediglich plausible Gründe bestehen, die eine zweckentsprechende Mittelverwendung belegen.

Die Abzahlung des Pflegebudgets erfolgt über tagesbezogene Pflegeentgelte. Diese werden anhand einheitlicher, vorab kalkulierter Pflegeerlösbewertungsrelationen einer Fallpauschale je Aufenthaltstag und dem für das jeweilige Jahr geltenden krankenhausindividuellen Pflegeentgeltwert ermittelt. Weicht die Summe der Erlöse des Krankenhauses aus den tagesbezogenen Pflegeentgelten von dem vereinbarten Pflegebudget ab, so werden Mehr- oder Mindererlöse vollständig ausgeglichen. Wie erwähnt, gilt das Selbstkostendeckungsprinzip. (vgl. § 17b Abs. 4 KHG und § 6a KHEntgG)

Das Vergütungssystem in „alter“ Form war nicht geeignet, Pflege leistungs- und bedarfsgerecht abzubilden und zu finanzieren. Ob das System dies nach Ausgliederung der Pflegepersonalkosten zu leisten vermag, bleibt abzuwarten.

Bereits werden Szenarien diskutiert, dass sich eine überwiegend nach ökonomischem Gesichtspunkten richtende Krankenhausleitung mit ihren ambitionierten Controller\*innen veranlasst sehen könnte, die gerade rekonstruierte Krankenhausumwelt, die Anreize für mehr Pflegepersonal geben will, zur Deckungsbeitragsoptimierung des Hauses auszunutzen. So werden neuerdings und in erstaunlicher Weise alle möglichen Mitarbeitenden des Krankenhauses zur unmittelbaren Patientenversorgung auf bettenführenden Stationen benötigt und entsprechend dem vollständig refinanzierten Pflegedienst zugeordnet. Eine weitere Option wäre, zwischenzeitlich ausgelagerte Unterstützungstätigkeiten zukünftig wieder von Pflegenden ausführen zu lassen, damit auch diese Kosten refinanziert werden. Die Umsetzung solcher Überlegungen würde zu einer weiteren Arbeitsverdichtung führen oder hätte eine weitere Verknappung des Pflegepersonals zur Folge. Solcher Entwicklung ist entschieden zu begegnen!

## Das Rahmenmodell von Resilienz

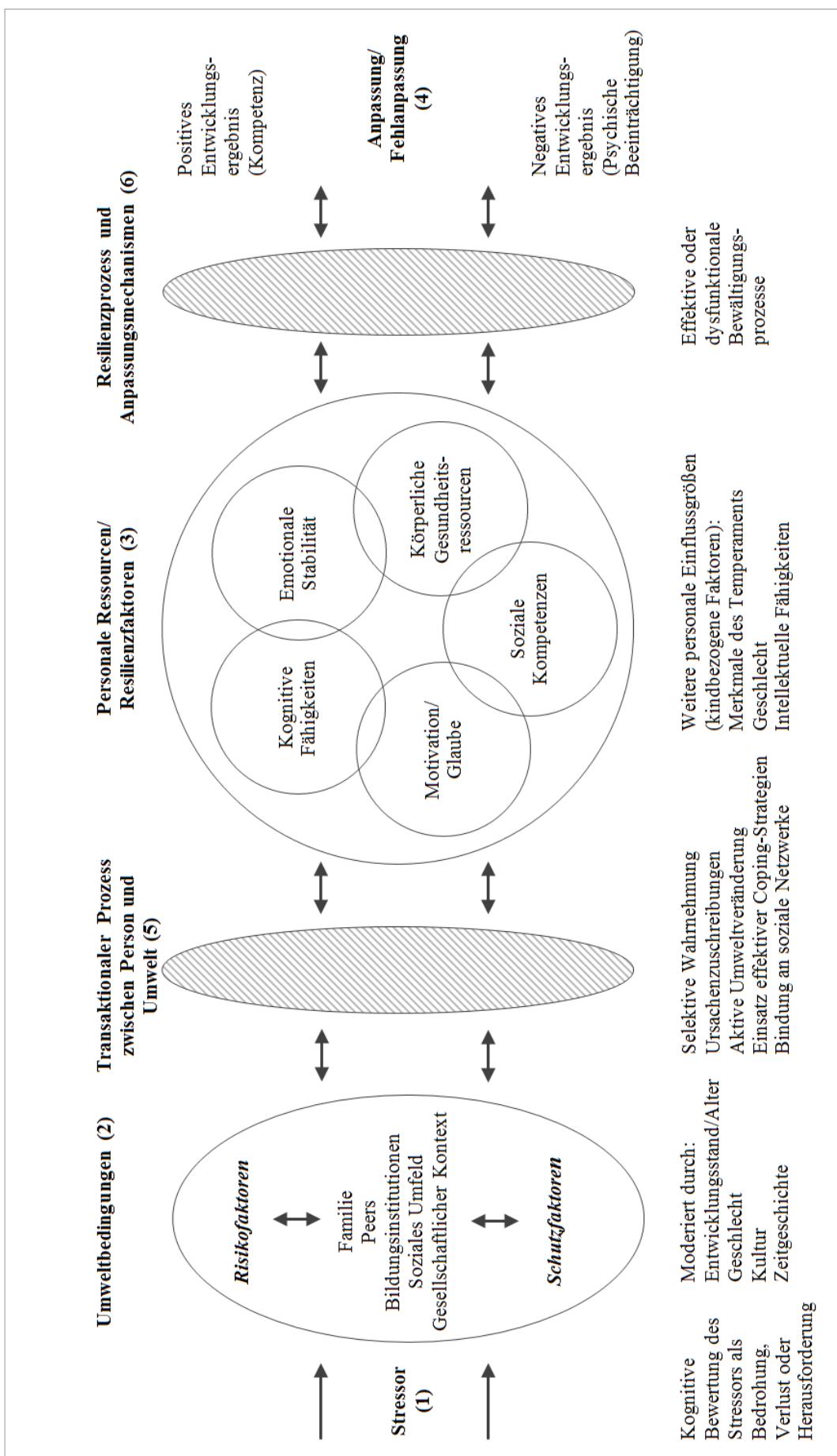


Abb. 14 Das Rahmenmodell von Resilienz (Kumpfer 1999: 185, zitiert nach Wustmann 2005: 201)

## Exkurs: Resilienzforschung

„Gesundheit ist ein Zustand des vollständigen körperlichen, geistigen und sozialen Wohlbefindens und nicht nur das Fehlen von Krankheit oder Gebrechen. „Health is a state of complete physical, mental and social well-being and“ (WHO 2020: 1)

Mit dieser Definition wird ein absoluter Zustand beschrieben, der in der Realität menschlichen Seins unerreichbar ist. Antonovskys Modell der Salutogenese „geht von einem Kontinuum mit den Polen Gesundheit und körperliches Wohlbefinden auf der einen und Krankheit und körperliches Missemfinden auf der anderen Seite aus“ (Bengel und Lysenko 2012: 14), auf dem sich der Mensch bewegt. Antonovsky bezeichnet das Kontinuum als *health ease/dis-ease continuum* (vgl. ebd.). Diese Betrachtungsweise ist auf die psychische Gesundheit übertragbar. „Resilienz wird [...] analog zur Unterscheidung von Gesundheit und Krankheit von Vulnerabilität unterschieden und mit Referenz auf die Salutogenese-Theorie von Antonovsky (1997) als Kontinuum verstanden. Unterscheidungstheoretisch formuliert bedeutet dies, dass Resilienz nicht isoliert für sich, sondern in Relation zu Vulnerabilität beschrieben wird.“ (Hafen 2014: 6)

„In der Resilienzforschung steht die Frage im Zentrum, warum manche Individuen belastende Lebensbedingungen besser bewältigen als andere, und sie keine oder zumindest keine andauernden psychischen Dysfunktionen entwickeln. [...]

Die Forschungspraxis lässt sich in vier aufeinanderfolgende Wellen differenzieren, die keine chronologische Ordnung trennscharfer Forschungsphasen darstellen, sondern spezifische Stränge mit je eigenen inhaltlichen Interessenschwerpunkten. Die erste Welle meint die konzeptuelle Grundsteinlegung zum Phänomen der Resilienz und die Konzentration auf das Aufdecken von Schutzfaktoren. [...] [Es gibt] inzwischen eine gewisse Konsistenz in der Untersuchung von Bedingungsfaktoren, die als Variablen einen Zusammenhang mit positiver Bewältigung zeigen.“ (Höfler 2015: 20)

Den Übergang zur zweiten Phase beschreibt die „Wie-Frage, als Frage nach dem Zusammenspiel von Bedingungen in Resilienzkonstellationen. [...] Resilienz wird [...] in ihrer Dynamik und Komplexität im Zusammenwirken verschiedener Faktoren und Prozesse erkannt, was entgegen der ursprünglichen Annahme von Resilienz als stabile personale Charakteristik steht. [...] Resilient zu sein, ist [...] ein Ausdruck einer wirksamen Konstellation der Interaktion individueller Prozesse und situativer Bedingungen. [...]

In der dritten Welle erweitert sich das Blickfeld der Resilienzforschung mit der Fragestellung, wie augenscheinlich vorgezeichnete Entwicklungsbahnen, vor allem durch präventive Maßnahmen, positiv beeinflusst werden können.

Die vierte Welle hat etwa mit der Jahrtausendwende Einzug gehalten. [...] Im Vordergrund steht vor allem die Klärung des Zusammenhangs von Erkenntnissen der Genetik und der Neurowissenschaften mit dem Phänomen psychischer Resilienz [...]. Die Zielrichtung bewegt sich [...] zu komplexen adaptiven Systemen, etwa das motivationale Regulationssystem und das Stressregulationssystem, die in ihrer Interaktion und in ihrem Einfluss auf Resilienz nachvollzogen werden sollen.“ (ebd.: 20-21)

Nahezu ausnahmslos berufen sich Autor\*innen, die in ihren Abhandlungen auf die Ursprünge von Resilienz und deren Erforschung eingehen, auf zwei Studien, die hier in aller Kürze erwähnt werden:

„Die Erforschung der Resilienz als wissenschaftliches Konzept begann mit der Studie der amerikanischen Psychologinnen Emmy Werner und Ruth Smith zwischen 1955 und 1992 auf der hawaiianischen Insel Kauai. Unter den Ureinwohnern dieser Insel breitete sich Tristesse aus, Alkoholismus und Armut waren Alltag. Die Studie untersuchte Kinder, die unter diesen schwierigen Bedingungen aufwuchsen. Dabei legten Werner und Smith das Augenmerk auf diejenigen Kinder, die trotz widrigen Umständen aus ihren Problemen herausfanden: etwas, das wenige Forschende vor ihnen wagten.“ (Guski-Leinwand 2015: 13)

„Ende der 1990er Jahre erforschte der amerikanische Soziologe Aaron Antonovsky die sogenannten Resilienzfaktoren, welche die Gesundheit positiv beeinflussen und erhalten. Damit erweiterte er den Forschungsfokus von Kindern und Jugendlichen auch auf Erwachsene. Dabei fand Aaron Antonovsky heraus, dass die Bewältigung schwieriger Lebenssituationen besonders vom Grad der Verstehbarkeit, der Sinnhaftigkeit und Handhabbarkeit der jeweiligen Herausforderungen abhängt.“ (ebd.) Er bezeichnete dieses Phänomen als Kohärenzgefühl.

Nach neueren Recherchen von Guski-Leinwand gehen die Grundlagen für das Konzept der Resilienz auf den deutsch-jüdischen Psychologen Paul Plaut zurück. Vor etwa 90 Jahren befragte er Persönlichkeiten aus Wissenschaft und Kunst. „Auf der Suche, ein „anerkanntes Kriterium“ für die „Wesenheit“ einer produktiv schaffenden Persönlichkeit zu finden, zeigten die Antworten der Befragten nicht nur ein mannigfaches Bild dieser „Wesenheit“, sondern auch berufsspezifische Forderungs- und Förderungsbedingungen für Produktivität. Damit ist seine Arbeit eine Pionierleistung auf dem Gebiet der beruflichen Resilienzforschung.“ (ebd.:14) Guski-Leinwand definiert berufliche Resilienz in Anlehnung an Plaut „als die Fähigkeit zur Überwindung produktivitätshemmender Umstände oder Voraussetzungen im Arbeits- oder Produktionsprozess. [...]

Freie Zeiteinteilung und Wahl des Arbeitsorts, die es ermöglichen, an neuen Lösungen oder Ideen zu arbeiten, sowie die Entlastung von zeitaufwändigen Routine- und Verwaltungsarbeiten“ (ebd.), beschrieben die Befragten als Rahmen für ihre Produktivität und damit für ihre berufliche Resilienz.

Wie erwähnt, gibt es eine nahezu unüberschaubare Zahl an Untersuchungen zur Resilienz. „Obwohl es große Unterschiede in den jeweiligen Risikobelastungen und methodischen Vorgehensweisen der Untersuchungen gibt - z.B. bezüglich ihrer Stichprobe, der Methodenauswahl, den untersuchten Problemfeldern oder den Kriterien, was überhaupt eine „erfolgreiche“ Anpassung kennzeichnet - kamen dennoch viele Forscher zu relativ übereinstimmenden Befunden hinsichtlich jener Faktoren, die Resilienz charakterisieren bzw. an der Entstehung maßgeblich beteiligt sind.“ (Wustmann 2005: 194-195)

Diese Aussage unterstützt die Auffassung, dass auffindbare Forschungsergebnisse nicht hauptsächlich auf ihre inhaltliche Aussage zu prüfen sind - in einer Überschau aktuell verfügbarer Veröffentlichungen verfestigen sich eher bekannte Befunde als neuartige Erkenntnisse generiert wurden -, sondern die Schwierigkeit darin besteht, prägnante Publikationen von Forscher\*innen für diese Arbeit zu selektieren, um diese in die vorliegende Arbeit einfließen zu lassen.

### Exkurs: Inklusion/Exklusion - eine Positionierung

Zur Erklärung und Einordnung des Begriffspaares Inklusion/Exklusion werden vom Verfasser Auffassungen von Kleve geteilt und auszugsweise wiedergegeben. Er argumentiert, dass es nach aktuell bedeutende Gesellschaftstheorien unstrittig sei, „dass die moderne Gesellschaft in Funktionssysteme wie Wirtschaft, Politik, Recht, Wissenschaft, Religion, Kunst etc. ausdifferenziert ist, zu denen sich die Individuen in einer ganz bestimmten Weise positionieren.“ (Kleve 2004: 5) Nach Luhmann geht auch die Systemtheorie davon aus, „dass die Gesellschaft sich in *erster Linie*, d.h. *nicht ausschließlich und durchweg* [Hervorhebung im Original], in spezialisierte Funktionssysteme teilt, die jeweils gesamtgesellschaftliche Aufgaben wahrnehmen - z.B. wirtschaftliche Transaktionen bzw. die Verwaltung von Knappheit mittels Geld (Funktionssystem Wirtschaft), kollektiv bindende Entscheidungen durch Macht (Funktionssystem Politik), Sprechung von Recht (Funktionssystem Recht), der Differenzierung von ‘wahren’ und ‘falschen’ Erkenntnissen (Funktionssystem Wissenschaft) usw.“ (Kleve 2004 :5-6).

„Vormoderne Gesellschaften lassen sich [...] als primär segmentär, d.h. in Segmente wie Familien, Stämme, Clans etc. oder als primär stratifikatorisch, d.h. in Schichten oder Klassen differenziert beschreiben.“ (ebd.: 5) Die traditionale normative, solidarische, verständigungsorientierte Lebenswelt der sozialen Gemeinschaften (Familien, Freundeskreise, Netzwerke, Nachbarschaften) ist die Grundlage für die Herausbildung funktionaler Systeme in der Moderne. Dabei entwickelt sich eine spezifische rationalisierte, nicht auf Verständigung, sondern auf Effizienz und Effektivität ausgerichtete instrumentelle Kommunikation. (vgl. ebd.: 6-7)

„Funktionssysteme [benötigen] sozial ortlose Personen [...], die sich [...] als ewige Wanderer zwischen den Funktionssystemen verstehen und an diesen immer nur ausschnittsweise, eben als individuelle Rollenträger teilnehmen. Die Personen müssen sozial, psychisch und physisch so mobil und flexibel sein, dass sie diesen funktionssystemischen Erwartungen entsprechen können, dass sie etwa unterschiedliche Kommunikationsmedien (z.B. Geld, Macht, Recht, Wahrheit, Glaube) jeweils ins Spiel bringen können, wenn dies für sie erforderlich ist. Denn die moderne Gesellschaft ist funktional so weit ausdifferenziert, dass kein psychisches, physisches und soziales Leben möglich ist, ohne die Teilnahme an Funktionssystemen. Diese Systeme stellen das bereit, was die Menschen brauchen, um ihre psychischen und biologischen Autopoiesen aufrecht zu erhalten: gesundheitliche Versorgung, Erziehung und Bildung, Recht, Arbeit und Geld, Wohnung und Nahrung etc.“ (Kleve 2004: 17)

„Diese Art von Partizipation, die die Person nur teil- und zeitweise in Anspruch nimmt, bezeichnet das Inklusion/Exklusions-Konzept.“ (ebd.: 13)

„Gegenüber der funktionssystemischen Erwartung nach sozialer Ortslosigkeit, die die nötige Mobilität und Flexibilität moderner Leute erst ermöglicht, erwarten die lebensweltlichen Systeme das genaue Gegenteil: eben Kontinuität, moralische und normative Einbindung, ja Integration in das jeweilige Lebenskonzept, Sicherheit und Verlässlichkeit in den Handlungen. (Kleve 2004: 17)

Diese Art von Partizipation, die sich auf zeitliche, räumliche und sachliche Kontinuität der Teilhabe bezieht, bezeichnet das Integrations/Desintegrationskonzept.

„Die Dynamik der funktionssystemischen Erwartungen der modernen Gesellschaft drückt gegen die normativen Erwartungen der Lebenswelten und lockert deren soziale, moralische und handlungsbezogene Einbindungsdimensionen. [...] Vermehrt wird von den Personen erwartet, etwas in Eigenregie zu konstruieren, was vormals immer schon gegeben war, in das sie hineingeboren wurden oder das sozial bestimmt wurde: die spezifischen Lebenswelten mit ihren Zugehörigkeiten, Normen, Werten und Handlungsmöglichkeiten.“ (ebd.: 18) Jedoch werden die Potentiale, Lebenswelten in Eigenregie zu konstruieren, durch die Bedingungen funktionaler Differenzierung unterwandert. Diese verlangen von den Menschen einerseits soziale, normative, moralische, handlungsbezogene Flexibilität und Mobilität und verflüssigen damit andererseits integrierende Moralen, Zugehörigkeiten, Solidaritäten der Lebenswelten. (vgl. ebd.)

„[W]er an den Funktionssystemen teilnehmen will, der muss sich deren Bedingungen anpassen. Nicht die Personen bestimmen [...] die Bedingungen der Inklusion in die funktionalen Systeme, sondern die verselbständigt, [...] vom ursprünglichen sozialen Leben entfremdeten [Hervorhebung im Original] Funktionssysteme, deren kommunikative Strukturen selbst“ (ebd.)

In Anbetracht dieser Unterscheidung lässt „sich sagen, dass sich die Gesellschaft in funktionssystemische Partizipationsmuster der Inklusion/Exklusion und lebensweltliche Teilhabeprozesse [...] der Integration/Desintegration doppelt differenziert [...]. (Kleve 2004: 4) Nach Kleve nehmen beide Partizipationsmuster sowohl Widerspruchs- oder Reibungsverhältnisse als auch sich ergänzende Komplementärverhältnisse (vgl. ebd. 17) zueinander ein, die in einer Kombination von Partizipationskonstellationen (Inklusion/Integration, Exklusion/Integration, Inklusion/Desintegration, Exklusion/Desintegration) abgebildet werden können. Inklusion/Exklusion und Integration/Desintegration sind zwei Begriffspaare die in der gegenwärtigen modernen Welt weiterhin Legitimation besitzen.

### **Exkurs: Berufsethos und Berufsidentität**

Die nachfolgende Zusammenstellung von Informationen beruht wesentlich auf Daten nach Huber, A., die sie in ihrer Dissertation zusammenstellte.

„Unter einem Berufsethos verstehen wir bestimmte Vorstellungen einer guten Berufspraxis, die von den Berufsangehörigen geteilt werden. Diese Vorstellungen und die damit verbundenen Wertungen prägen das Selbstverständnis der Berufsangehörigen als Angehörige einer bestimmten Berufsgruppe. Sie geben dem Handeln in der Berufspraxis einen Sinn, motivieren und legitimieren es sowohl vor den Handelnden selbst als auch vor anderen.“ (Stüber 2013: 3, zitiert nach Huber, A. 2017: 131)

„Durch die Professionalisierung der Pflege haben sich Pflegefachpersonen weltweit zu Expertinnen und Experten mit einem grossen Fachwissen gewandelt. Doch trotz dieser Entwicklung haben Studien gezeigt, dass die Anerkennung dieser Fähigkeiten bei einem Grossteil der Bevölkerung noch nicht gegeben ist. Vorurteile sind fortwährend stark präsent. Diese beschreiben Pflegefachpersonen nach wie vor als Zudienende der Ärzteschaft.“ (Huber, A. 2017: 131)

„In den letzten 30 Jahren machte der Pflegeberuf jedoch eindrückliche Fortschritte: die Profession hat die Ausbildungen weiterentwickelt; Bachelor-, Master- oder Doktortitel

können auf Universitätsniveau erreicht werden und auch in der Pflegeforschung und -praxis fanden viele Veränderungen und Entwicklungen statt. Der technologische Fortschritt in der Medizin, die Veränderung der Altersstruktur und die zunehmende Markt-orientierung im Gesundheitswesen haben das Bedürfnis nach kompetenten Pflegefachpersonen und qualitativ hochstehender Pflege geweckt. Überdies ist die Bevölkerung informierter über ihre Gesundheitsbedürfnisse, die medizinischen Möglichkeiten und tritt mit gestiegenen Erwartungen an das Gesundheitspersonal heran.

Gleichzeitig entfernt die Modernisierung im Arbeitsalltag die Pflegenden immer mehr von der direkten Patientenpflege hin zu Rollen, wo Leadership zunehmend an Bedeutung gewinnt. [...] [Es] braucht [...] heute vermehrt ein Verständnis dafür, wie die berufliche Identität entsteht und wie die Auszubildenden in diesem Prozess unterstützt werden können.“ (Huber, A. 2017: 120-121)

Huber, A. bringt zum Ausdruck, dass es immer schwieriger wird, Pflegende im Beruf zu halten, „neue Pflegende zu rekrutieren und für junge Pflegefachkräfte Voraussetzungen zu schaffen, die die Entwicklung einer beruflichen Identität ermöglichen.“ (ebd.:121) „Dies steht mit den niedrigen Löhnen und der wachsenden Unzufriedenheit mit den Arbeitsbedingungen in Zusammenhang.“ (Huber, A. 2017: 121)

„Ein Grund, den Pflegeberuf zu wählen, ist das Bedürfnis „helfen zu wollen“. Diesem Anliegen in der Praxis gerecht zu werden, wird mit zunehmendem Zeitdruck und Personalmangel schwierig. Das daraus entstehende Spannungsfeld erzeugt weiteren Druck und Unbehagen.“ (Huber, A. 2017: 122)

„Die berufliche Identität unterstützt die Entwicklung von essentiellen Aspekten des Selbsts von der Adoleszenz bis ins Pensionsalter und entsteht in einer Wechselwirkung von Arbeit resp. Beruf und Person. Sie wird über verschiedene Phasen des Arbeitslebens hinweg konstruiert. Die berufliche Identität ist das Resultat der Internalisierung von Fachwissen, Fähigkeiten, Einstellungen, Werten und ethischen Standards sowie der Integration dieser in die persönliche Identität und das praktische Handeln. Die berufliche Identität wiederspiegelt die Philosophie der Pflege und ist ein Referenzrahmen für die Pflegepraxis, in Bezug auf die relevanten Probleme, Ziele und Ansätze.“ (Huber, A. 2017: 122)

Braun et al. ergänzen: „Das berufliche Selbstverständnis steht von zwei Seiten, nämlich durch die Arbeitsbedingungen und die angestrebte oder angeforderte Versorgungsqualität unter Druck, was u.a. die Identifizierung einer eindeutigen Kausalkettenstruktur erschwert. Dies ergibt sich daraus, dass Überzeugungen, wie man handeln möchte, nicht nur durch zu groß werdende persönliche Kosten des überzeugungskonformen Handelns (Verschlechterung der Arbeitsbedingungen) ins Wanken geraten, sondern auch über das Hinzutreten neuer Handlungsimperative (betriebswirtschaftliche Kalküle), denen man sich nur schwer entziehen kann. Da im Kontext personaler Dienstleistungsarbeit im Krankenhaus die Befragten [Pflegenden] auch Produzenten ihrer eigenen Versorgungsrealität sind, wirkt diese von ihnen selbst geschaffene Realität auch auf ihr berufliches Selbstverständnis zurück. Geraten ihre eigenen Handlungen verstärkt in Widerspruch zu den traditionellen Überzeugungen, kann dieser Konflikt entweder über die Anpassung der Realität an die Überzeugung (Voice- oder Exit-Option) integriert oder aber auch über die Anpassung der Überzeugung an die Realität gelöst werden. Letzteres könnte unter

DRG-Bedingungen die Herausbildung eines neuen beruflichen Selbstverständnisses befördern, in dem die Norm, zwischen betriebswirtschaftlichen und pflegerischen Handlungsimperativen abwägen zu müssen, verinnerlicht und routinisiert wird.“ (Braun et al. 2010: 9)

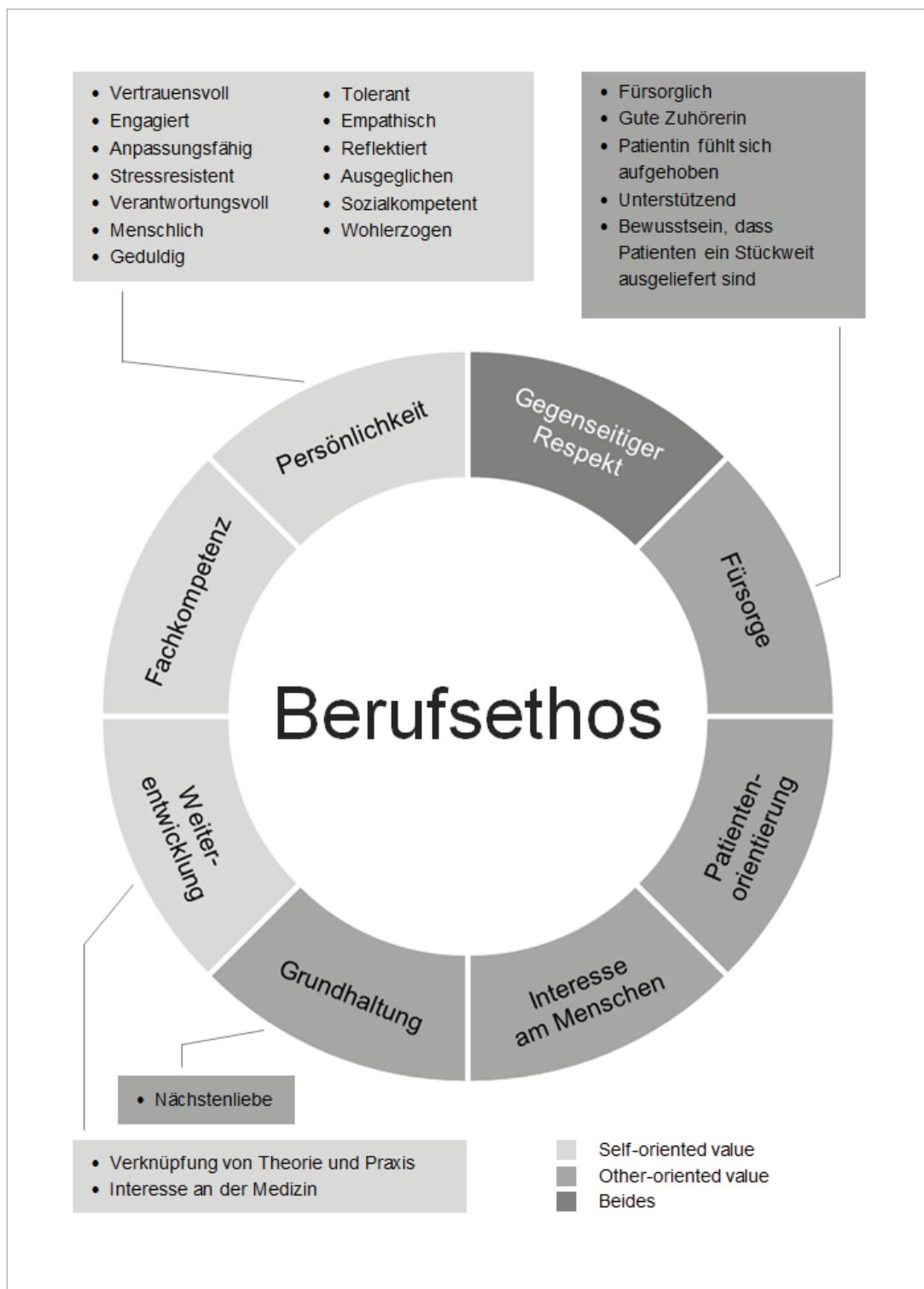


Abb. 15 Kategorisierung der beruflichen Werte in „self-oriented values“ und „other oriented values“ nach Fagermoen (1997) (Huber, A. 2019: 177)

Die Abbildung fasst die Ergebnisse einer Studie von Huber, A. mit dem Titel „Ethos und Identität: Eine ethisch-empirische Studie zur Krise des Pflegeberufs.“ zusammen, mit der

sie selbst-orientierte und fremd-orientierte Werte Pflegender erfragte. Es „entwickelten sich viele Werte, die auch noch heute bedeutsam sind, über den historischen Verlauf hinweg. Die Fürsorge, Verantwortung und Unterstützung für die Patientinnen und Patienten oder die Ausrichtung an den Patientinnen und Patienten sind schon seit den Anfängen der Heilkunde für die pflegerische Tätigkeit handlungsleitend. Mit der Aufklärung und dem Humanismus wurden die berufliche Weiterentwicklung und die Verknüpfung von Theorie und Praxis immer wichtiger. Durch Florence Nightingale flossen auch die Selbstreflexion, die Ausgeglichenheit und Stressresistenz oder das vertiefte Interesse an der Medizin in die pflegerische Arbeit ein. Nach 1948 gewann die berufliche Grundhaltung zunehmend an Bedeutung. „*Modernere*“ Werte schliesslich sind Umweltverantwortung, Vertraulichkeit von Patienteninformationen, Zusammenarbeit mit Kolleginnen und Kollegen aus der Pflege und anderen Berufen sowie die berufliche Weiterentwicklung und Fortbildung.“ (Huber, A. 2017: 189)

### Exkurs: Die Bedeutung von Kulturen

Für diesen Exkurs wurden besonders prägnante Textstellen, die Booth und Ainscow in ihrem Index für Inklusion - Ein Leitfaden für Schulentwicklung für ihr Verständnis des Begriffes Kulturen verwenden, ausgewählt und verkürzt wiedergegeben.



Abb: 16 Die Dimensionen des Index für inklusive Schulentwicklung, (Booth und Ainscow 2019: 63)

“Wir haben die Dimension der Kulturen auf der Grundlinie des Dreiecks in [der] Abbildung platziert, um ihre Bedeutung hervorzuheben. Strukturen und Praktiken können nur dann eine nachhaltige Wirkung entfalten, wenn sie sich auch in den Kulturen [...] abbilden. Kulturen wirken nachhaltig. Sie können eine Weiterentwicklung von Gemeinschaften, Institutionen und Systemen ermöglichen, ihnen aber auch entgegenstehen. Kulturen entscheiden darüber, ob Veränderungen angenommen oder abgelehnt werden.

Kulturen sind relativ dauerhafte Formen des Zusammenlebens, die von Gemeinschaften gebildet werden und diese wiederum selbst bilden. Kulturen etablieren sich und drücken sich aus durch Sprache und Werte, gemeinsame Geschichte und Geschichten, Wissen, Fertigkeiten, Überzeugungen, Texte, Kunst, Gegenstände, formelle und informelle Regeln, Rituale, Systeme und Institutionen. Kulturen können Machtunterschiede etablieren, verstärken oder infrage stellen. Kulturen vermitteln ein kollektives Gefühl dafür, wie etwas gemacht wird und gemacht werden sollte. Sie tragen zur Identitätsbildung bei: Menschen finden sich in den Aktivitäten ihrer Gruppe wieder und fühlen sich bestätigt. Die Identifikation mit den Aktivitäten einer Gruppe motiviert dazu, neu Hinzugekommenen die gemeinsame Lebensweise zu zeigen. Wie Identitäten entstehen auch Kulturen durch vielfältige Einflüsse und Wechselwirkungen und sind daher komplex. Sie spiegeln Einflüsse auf die Menschen wider und umfassen in der Regel ein Netz sich überschneidender Subkulturen. Wir verwenden den Begriff »Kulturen« im Plural, um diese Vielfalt abzubilden. [...]

Kulturen enthalten explizite oder implizite Regeln für den Umgang mit Besucher\* innen und Externen. Inklusive Kulturen ermutigen uns anzuerkennen, dass viele unterschiedliche Lebensweisen und Identitäten nebeneinander bestehen können, dass die Kommunikation zwischen ihnen bereichernd ist und es erfordert, Machtunterschiede beiseitezulassen. Wenn Flexibilität und Abwechslung bei Aktivitäten ausgeschlossen sind, besteht die Gefahr, dass jegliche Veränderung von den Mitgliedern der Gemeinschaft als Identitätsverlust wahrgenommen und abgelehnt wird. Inklusive Kulturen, die auf gemeinsamen Werten beruhen, sind offen für neue Mitglieder und daher immer bereit für Veränderungen.“ (Booth und Ainscow 2019: 64-65)

### **Eine Liste der handlungsleitenden Werte**

Die Liste der handlungsleitenden Werte wurde anhand der Erläuterungen zu den inklusiven Werten von Booth und Ainscow (vgl. Booth und Ainscow 2019: 33-43) für die Forschungsarbeit „Der Bewertungsbogen ‚Handlungsleitende Werte‘, Eine Querschnittsstudie zur Erkundung inklusiver Werte in der stationären Pflege“ an die Kommunikationen des Forschungsfeldes anschlussfähig adaptiert. (vgl. Gibb 2020: Anhang VIII-XI)

#### **Gleichheit**

Menschen sind gleichwertig. Gleichheit bedeutet, dass jede Person\* gleichwertig behandelt wird. Unterschiede im Status und Wohlstand und ungleiche Lebensbedingungen sollen auf den Umgang miteinander keinen Einfluss haben. Jedem Menschen sollen gleiche Chancen gewährt werden. Gleichheit bedeutet jedoch nicht, dass alle Menschen gleich wären oder gleich behandelt werden sollen.

\* z.B. Patient\*innen, Angehörige, Kolleg\*innen im Pflege- und Behandlungsteam

#### **Rechte**

Menschenrechte gewähren jedem Menschen das gleiche Recht. Menschen sollen frei von Not sein und frei über ihr Handeln entscheiden können. Weil Menschen die gleichen Rechte haben, sind sie gleichwertig. Rechte enden jedoch da, wo sie andere Menschen in der Ausübung ihrer Rechte einschränken.

### **Teilhabe**

Teilhabe ist das Dabeisein. Teilhabe geschieht, wenn sich eine Person an einer gemeinsamen Tätigkeit mit anderen Menschen beteiligt. Für diese Zusammenarbeit ist der gleichberechtigte wertschätzende Austausch über Status- und Machtunterschiede hinweg notwendig. Teilhabe geschieht auch, wenn sich eine Person einbezogen fühlt, wenn sie sich allein durch die Anwesenheit akzeptiert und geschätzt fühlt. Teilhabe schließt aber auch das wichtige Recht ein, nicht teilhaben zu wollen.

### **Gleichberechtigung in der Vielfalt**

Vielfalt meint die Unterschiedlichkeit von Menschen in einer Gemeinschaft. Vielfalt ist eine kostbare Ressource für das Leben und das gemeinsame Arbeiten. Vielfalt wahrzunehmen bedeutet, andere Menschen wertzuschätzen und den Beitrag anzuerkennen und zu achten, den sie durch ihre Persönlichkeit und ihr positives Wirken in einer Gemeinschaft leisten.

### **Gemeinschaft**

Gemeinschaft entsteht durch Kulturen, die zur Zusammenarbeit anregen. Ein Gefühl der Zusammengehörigkeit entwickelt sich aus gegenseitigen Verpflichtungen und aus der Verantwortung für andere Menschen. In einem Team zählen kooperatives, kollegiales und solidarisches Handeln. Menschen sind auf gute Beziehungen zu anderen Menschen angewiesen, um sich wohlzufühlen.

### **Nachhaltigkeit**

Nachhaltigkeit bedeutet, Bedingungen für Teilhabe zu entwickeln und sich immer wieder gegen jede Form von Ausgrenzung und Diskriminierung zu wenden. Zu vermeiden sind unkoordinierte und kurzfristige Veränderungen, die nicht eng mit langfristigen Zielsetzungen zusammenhängen. Veränderungen wirken dann nachhaltig, wenn sie Bestandteil der Teamkultur geworden sind.

Ökologische Nachhaltigkeit erfordert darüber hinaus ein ökologisches Bewusstsein, das aus guter Kenntnis und Achtung vor der Natur entsteht.

### **Gewaltfreiheit**

Gewaltfreiheit erfordert das Zuhören, das Abwägen ausgetauschter Argumente und das Bemühen, andere Standpunkte verstehen zu wollen. In einer Gemeinschaft müssen Fähigkeiten im Aushandeln, Vermitteln und Lösen von Konflikten entwickelt werden. Meinungsverschiedenheiten sind ein Anlass, um nachzudenken und kreativ zu werden. Auseinandersetzungen werden im Dialog beigelegt und nicht durch das Ausüben von Druck durch Status oder Macht. Formen von Gewalt\* sind abzulehnen.

\* z.B. das Belästigen oder Mobben von Menschen aufgrund von ethnischer Herkunft, Geschlecht, Beeinträchtigung, Alter, sexueller Orientierung, Weltanschauung und Religion

### **Vertrauen**

Vertrauen fördert die Teilhabe und die Entwicklung von guten Beziehungen in der Gemeinschaft. Vertrauen ist notwendig, um sowohl die Selbstachtung als auch die gegenseitige Achtung in einem professionellen Umfeld zu entwickeln. Vertrauen ermöglicht selbstverantwortliches und selbstorganisiertes Arbeiten und eine Kultur des Dialogs. Menschen sagen nur dann offen, was sie denken, wenn sie sich darauf verlassen können, dass andere ein Gespräch mit Respekt führen, ohne den eigenen Vorteil zu suchen.

### **Ehrlichkeit**

Ehrlichkeit ist nicht nur das freie Aussprechen von Wahrheit. Ehrlichkeit bedeutet, Falschheit zu vermeiden und nicht etwas anderes zu tun, als man zu tun vorgibt. Dazu gehört auch das Halten von Versprechen. Ehrlichkeit hängt mit Glaubwürdigkeit und Offenheit zusammen, setzt aber auch Vertrauen und Mut voraus. Unehrllichkeit hat besonders mit dem gezielten Vorenthalten von Informationen zu tun. Werden Informationen bewusst zurückgehalten oder Menschen getäuscht, wird Teilhabe eingeschränkt. Das Zurückhalten von Informationen kann zur Machtausübung missbraucht werden.

### **Mut**

Mut ist nötig, um sich gegen ungeschriebene Gesetze, Macht und Autorität oder die Meinung und Kultur der eigenen Gruppe zu stellen. Es braucht Mut, um selbst zu denken und die eigene Meinung zu äußern. Auch bedarf es Mut, um für sich oder für andere Menschen einzustehen oder um Diskriminierung zu erkennen, diese anzusprechen und dagegen vorzugehen.

### **Freude**

Zur Ganzheitlichkeit eines Menschen gehören Gefühle und Emotionen. Die Freude am Arbeiten im Team und die Freude an Beziehungen zu anderen Mitgliedern der Gemeinschaft zählen dazu. Ein freundlicher, wertschätzender Umgang, eine gewisse Leichtigkeit und gemeinsamer Humor, sowie Spaß miteinander neue Kenntnisse und Fähigkeiten zu entwickeln, wirken dabei unterstützend.

Dagegen kann sich eine Institution zu einem freudlosen, humorlosen Ort entwickeln, der Unlust sowie Rückzug bewirken kann, wenn dort überwiegend wirtschaftliche Aspekte im Vordergrund stehen.

### **Mitgefühl**

Mitgefühl bedeutet, das Leid von anderen zu verstehen und es lindern zu wollen. Es besteht die Bereitschaft, sich mit den Sichtweisen und Gefühlen anderer Menschen auseinanderzusetzen. Mitgefühl verbindet das persönliche Wohlbefinden mit der Sorge um das Wohlergehen aller. Mitführendes professionelles Handeln bedeutet daher auch, dass Fehler unabhängig vom Status einer Person zugegeben und Entschuldigungen angenommen werden, so dass Wiedergutmachung und Verzeihen möglich sind.

### **Liebe**

Liebe ist als eine tief empfundene Fürsorglichkeit, die keine Gegenleistung erwartet, zu verstehen. Fürsorglichkeit und Unterstützung anderer Menschen zur Selbständigkeit ist für viele Pflegende Motivation und Grundlage ihrer beruflichen Identität. In Bezug auf das Pflegeteam fördert Liebe das Gefühl von Identität und Zugehörigkeit und unterstützt damit die Teilhabe. Die Bereitschaft, für andere zu sorgen und auch für sich selbst sorgen zu lassen, fördert Gemeinschaften, die durch gegenseitige Verbundenheit und gemeinsame Aktivitäten zusammengehalten werden.

### **Hoffnung/Optimismus**

Hoffnung und Optimismus verlangen danach, sich der Wirklichkeit zu stellen, um gezielt aktiv werden zu können. Es ist möglich, schwierige persönliche Situationen und Situationen im Arbeitsalltag positiv zu beeinflussen, und dass Menschen Veränderungen bewirken können. Eine klare Vorstellung von inklusiven Werten kann dabei eine Orientierung für gemeinsames Handeln sein. So wird die Kollektivkraft gestärkt

**Schönheit**

Schönheit als Wert bezieht sich nicht auf Äußerlichkeiten eines Menschen. Schönheit ist das Anliegen des Menschen, Werte mit der Wahrnehmung von persönlicher Erfüllung zu verbinden. Schönheit ist vielfältig. Sie kann beispielsweise eine freundliche Geste sein oder in einem Moment der bedingungslosen Verbundenheit zwischen Menschen wahrgenommen werden. Schönheit kann auch im Anwenden persönlicher Begabungen liegen. Zur wahrgenommenen Schönheit gehören die Wertschätzung der eigenen Arbeit und die Wertschätzung der Arbeit der Teammitglieder. Auch die Anerkennung von Kunst und Musik gehören dazu.

**Weisheit**

Weisheit heißt, aus verschiedenen Optionen zu wählen. Das vorherige Abwägen von Argumenten und Handlungsalternativen braucht Zeit zum Nachdenken und Zeit für das Finden anderer Perspektiven auf eine Person oder eine Situation. Weise zu sein bedeutet, nach zu eigen gemachten Werten zu handeln. Weise ist, eigene Erfahrungen und die von anderen Menschen zu nutzen, um Fehler nicht zu wiederholen. Konflikte können durch Vermittlung, Dialog und Wiedergutmachung anstatt durch Strafen, Druck und Macht gelöst werden. Weisheit bedeutet auch, die Grenzen des eigenen Wissens anzuerkennen und zugleich von der Möglichkeit Gebrauch zu machen, eigenes Wissen durch Nachfragen und Zuhören, also durch den Austausch im Team zu entwickeln. Menschen sind in der Lage, sich schwierigen Realitäten zu stellen, um Verbesserungsmöglichkeiten zu finden.

## Ten Characteristics of an Inclusive Organization

**1. It accepts diversity and inclusion as a way of life.**

In an inclusive organization, one sees diversity at every level within the institution. Many cultures, traditions, beliefs, languages, and lifestyles are prevalent in both the workforce as well as the customer populations, and are respected without judgment. People are viewed as individuals who have come together to coordinate action towards the achievement of common goals.

**2. It evaluates individual and group performance on the basis of observable and measurable behaviors and competencies.**

Employees have a clear understanding of their roles and responsibilities. They are evaluated based upon their actions, not the opinions of others. Goals and expectations are achievable.

**3. It operates under transparent policies and procedures.**

There are no hidden rules of behavior that may be apparent to some groups and unknown to others.

**4. It is consistent in its interactions with everyone.**

There is no double standard. Rules are applied appropriately and regularly throughout the institution. No one group is favored over another.

**5. It creates and maintains a learning culture.**

Career development is encouraged and supported for all employees by management. Mentoring programs are robust, and include both formal and informal systems that meet the individual learning needs of all employees. Mistakes are recognized, and their consequences addressed, but they are viewed as learning opportunities rather than character flaws.

**6. It has a comprehensive and easily accessible system of conflict resolution at all levels.**

It recognizes that conflict is inevitable in a complex multicultural organization, and it has systems in place to address conflict in a non-confrontational manner that respects the dignity and confidentiality of all parties.

**7. It recognizes that it is part of the community that it serves.**

Employees, managers, and customers all come from the community. An inclusive organization is an active participant in community activities, and plays a vital role in addressing its needs.

**8. It lives its mission and core values.**

People work for an organization because they believe in its purpose and goals. An organization that promises one thing and delivers another, risks losing the trust and confidence of its workforce as well as its customers.

**9. It values earned privilege over unearned privilege.**

Employees are recognized for their actions and accomplishments, not simply because of their titles or degrees. Customers are treated with respect regardless of their socioeconomic status or class.

**10. It accepts and embraces change.**

Change is inevitable. An inclusive organization recognizes that current and past practices must constantly be reviewed and updated to meet the changing demands and needs of the industry, workforce, and customers.

Abb. 17 Ten Characteristics of an Inclusive Organization (The University of Texas, MD Anderson Cancer Center o. J.: o. S.

## Das Ergebnisfeld (Gesamtsicht)

Darstellung der Relationen zwischen den vier Dimensionen resilenter Teams, den Merkmalen eines inklusiven Pflegeteams mit ihren handlungsleitenden Werten und dem Konzept zur Förderung von Schutzfaktoren als Ausdruck der Verschränkungen des Resilienzkonzeptes mit dem Inklusionsparadigma am Beispiel des stationären Pflegeteams im Krankenhaus.

Vier Dimensionen resilenter Teams nach Rolfe in Anlehnung an Morgan et al.	Merkmale eines inklusiven Pflegeteams nach MD Anderson Cancer Center der Universität Texas, vom Verfasser bearbeitet	Handlungsleitende Werte nach Booth und Ainscow, vom Verfasser an das Bezugssystem Krankenhaus angepasst	Konzept zur Förderung von Schutzfaktoren nach Huber, M.	
			Grundhaltungen	Handlungss- aspekte
	Rechte	Menschenrechte gewähren jedem Menschen das gleiche Recht. Menschen sollen frei von Not sein und frei über ihr Handeln entscheiden können. Weil Menschen die gleichen Rechte haben, sind sie gleichwertig. Rechte enden jedoch da, wo sie andere Menschen in der Ausübung ihrer Rechte einschränken	Mut	Zukunft gestalten und planen Netzwerke und Beziehungen gestalten Sich in emotionaler Balance halten Verantwortung übernehmen
	Lernorientierung des Teams	Lernen gehört zum Alltag des Pflegeteams. Neues Wissen und Fertigkeiten werden miteinander geteilt und Teammitglieder beim Lernen nach individuellen Bedürfnissen oder ermitteltem Bedarf unterstützt. Offengelegte Fehler sind eine Quelle des Lernens.	Lösungsorientierung	Lösungsorientierung Akzeptanz Optimismus
	Entwicklungsfo- kus	Das Prinzip der Selbstwirksamkeit		
	Teamflexibilität	Das Pflegeteam überprüft eigene Gewohnheiten, Verfahren und Prozesse regelmäßig auf Aktualität und passt sie unter Teilhabe aller Mitglieder im Bedarfsfall an neue umweltliche Bedingungen und eigene Bedürfnisse an.		
	Teamresilienz			

Vier Dimensionen resilenter Teams nach Rolfe, in Anlehnung an Morgan et al.	Merkmale eines inklusiven Pflegeteams nach MD Anderson Cancer Center der Universität Texas, vom Verfasser bearbeitet	Handlungsleitende Werte nach Booth und Ainscow, vom Verfasser an das Bezugssystem Krankenhaus angepasst	Konzept zur Förderung von Schutzfaktoren nach Huber, M.					
			Grund- haltungen	Handlungs- aspekte	Basis			
	Rechte Menschenrechte gewähren jedem Menschen das gleiche Recht. Menschen sollen frei von Not sein und frei über ihr Handeln entscheiden können. Weil Menschen die gleichen Rechte haben, sind sie gleichwertig. Rechte enden jedoch da, wo sie andere Menschen in der Ausübung ihrer Rechte einschränken	Pflegende respektieren die Individualität jedes Menschen. Sie achten die Vielfalt der Patient*innen und ihrer Angehörigen als auch die Vielfalt der Mitpflegenden. Teammitglieder sowie aller unmittelbar oder unterstützend am Behandlungsprozess beteiligten Mitarbeiter*innen des Krankenhaus.	Gleichheit Pflegende arbeiten in einem Pflegeteam im Krankenhaus mit dem Ziel zusammen, Patient*innen bedarfsgerecht zu unterstützen. Die Mitarbeiter*innen des Pflegeteams haben ein klares Verständnis für ihre Rollen und Verantwortlichkeiten.	Zukunft gestalten und planen Netzwerke und Beziehungen gestalten Sich in emotionaler Balance halten Verantwortung übernehmen	Sinn Lösungsorientierung Akzeptanz Optimismus			
			Gleichheit Pflegende arbeiten in einem Pflegeteam im Krankenhaus mit dem Ziel zusammen, Patient*innen bedarfsgerecht zu unterstützen. Die Mitarbeiter*innen des Pflegeteams haben ein klares Verständnis für ihre Rollen und Verantwortlichkeiten.	Zukunft gestalten und planen Netzwerke und Beziehungen gestalten Sich in emotionaler Balance halten Verantwortung übernehmen	Sinn Lösungsorientierung Akzeptanz Optimismus			
			Gleichheit Pflegende arbeiten in einem Pflegeteam im Krankenhaus mit dem Ziel zusammen, Patient*innen bedarfsgerecht zu unterstützen. Die Mitarbeiter*innen des Pflegeteams haben ein klares Verständnis für ihre Rollen und Verantwortlichkeiten.	Zukunft gestalten und planen Netzwerke und Beziehungen gestalten Sich in emotionaler Balance halten Verantwortung übernehmen	Sinn Lösungsorientierung Akzeptanz Optimismus			
	Team- zusammensetzung	Pflegende arbeiten in einem Pflegeteam im Krankenhaus mit dem Ziel zusammen, Patient*innen bedarfsgerecht zu unterstützen. Die Mitarbeiter*innen des Pflegeteams haben ein klares Verständnis für ihre Rollen und Verantwortlichkeiten.	Teilhabe Teilhabe ist das Dabeisein. Teilhabe geschieht, wenn sich eine Person an einer gemeinsamen Tätigkeit mit anderen Menschen beteiligt. Für diese Zusammenarbeit ist der gleichberechtigte wertschätzende Austausch über Status- und Machtunterschiede hinweg notwendig. Teilhabe geschieht auch, wenn sich eine Person einbezogen fühlt, wenn sie sich allein durch die Anwesenheit akzeptiert und geschätzt fühlt. Teilhabe schließt aber auch das wichtige Recht ein, nicht teilhaben zu wollen.	Das Prinzip der Selbstwirksamkeit	Sinn Lösungsorientierung Akzeptanz Optimismus			
	Aufgaben- gestaltung	Pflegende arbeiten in einem Pflegeteam im Krankenhaus mit dem Ziel zusammen, Patient*innen bedarfsgerecht zu unterstützen. Die Mitarbeiter*innen des Pflegeteams haben ein klares Verständnis für ihre Rollen und Verantwortlichkeiten.	Nachhaltigkeit Nachhaltigkeit bedeutet, Bedingungen für Teilhabe zu entwickeln und sich immer wieder gegen jede Form von Ausgrenzung und Diskriminierung zu wenden. Zu vermeiden sind unkordinierte und kurzfristige Veränderungen, die nicht eng mit langfristigen Zielsetzungen zusammenhängen. Veränderungen wirken dann nachhaltig, wenn sie Bestandteil der Teamkultur geworden sind. Ökologische Nachhaltigkeit erfordert darüber hinaus ein ökologisches Bewusstsein, das aus guter Kenntnis und Achtung vor der Natur entsteht.	Gleichberechtigung in der Vielfalt Gleichberechtigung in der Vielfalt meint die Unterschiedlichkeit von Menschen in einer Gemeinschaft. Vielfalt ist eine kostbare Ressource für das Leben und das gemeinsame Arbeiten. Vielfalt wahrzunehmen bedeutet, andere Menschen wertzuschätzen und den Beitrag anzuerkennen und zu achten, den sie durch ihre Persönlichkeit und ihr positives Wirken in einer Gemeinschaft leisten.	Gewaltfreiheit Gewaltfreiheit erfordert das Zuhören, das Abwägen ausgetauschter Argumente und das Bemühen, andere Standpunkte verstehen zu wollen. In einer Gemeinschaft müssen Fähigkeiten im Aushandeln, Vermitteln und Lösen von Konflikten entwickelt werden. Meinungsverschiedenheiten sind ein Anlass, um nachzudenken und kreativ zu werden. Auseinandersetzungen werden im Dialog beigelegt und nicht durch das Ausüben von Druck durch Status oder Macht. Formen von Gewalt* sind abzulehnen.			
	Gruppenstruktur	Die Gruppenstruktur kennzeichnet Festlegungen, die soziale Verhaltensnormen und Rollen und die an sie gerichteten Erwartungen im Team beeinflussen und dabei psychosoziale und physische Aspekte berücksichtigen.						
	Teamresilienz							

Vier Dimensionen resilenter Teams nach Rolfe, in Anlehnung an Morgan et al.	Merkmale eines inklusiven Pflegeteams nach MD Anderson Cancer Center der Universität Texas, vom Verfasser bearbeitet	Handlungsleitende Werte nach Booth und Ainscow, vom Verfasser an das Bezugssystem Krankenhaus angepasst	Konzept zur Förderung von Schutzfaktoren nach Huber, M.		
			Grund- haltungen Basis	Handlungs- aspekte	
Rechte	Menschenrechte gewähren jedem Menschen das gleiche Recht. Menschen sollen frei von Not sein und frei über ihr Handeln entscheiden können. Weil Menschen die gleichen Rechte haben, sind sie gleichwertig. Rechte enden jedoch da, wo sie andere Menschen in der Ausübung ihrer Rechte einschränken	Mitgefühl	Mitgefühl bedeutet, das Leid von anderen zu verstehen und es lindern zu wollen. Es besteht die Bereitschaft, sich mit den Sichtweisen und Gefühlen anderer Menschen auseinanderzusetzen. Mitgefühl verbindet das persönliche Wohlbefinden mit der Sorge um das Wohlergehen aller. Mitfühlendes professionelles Handeln bedeutet daher auch, dass Fehler unabhängig vom Status einer Person zugegeben und Entschuldigungen angenommen werden, so dass Wiedergutmachung und Verzeihen möglich sind.	Zukunft gestalten und planen Netzwerke und Beziehungen gestalten Sich in emotionaler Balance halten Verantwortung übernehmen	Sinn Sinn Akzeptanz
Netzwerk-verbindungen	Eine wertschätzende, höfliche und ehrliche Gesprächskultur fördert eine vertraulose Gemeinschaft und schafft eine fürsorgliche Umgebung. Da Konflikte im Team unvermeidbar sind, kann für deren Bearbeitung in einer nicht-konfrontativen, die Würde und Vertraulichkeit achtenden Art und Weise die vom Team gewählte Ansprechpartner*in oder das Team der kollegialen Unterstützung des Krankenhauses angerufen werden.	Gemeinschaft	Gemeinschaft entsteht durch Kulturen, die zur Zusammenarbeit anregen. Ein Gefühl der Zusammensetzung und Unterstützung anderer Menschen zur Selbstständigkeit ist für viele Pflegende Motivation und Grundlage ihrer beruflichen Identität. In Bezug auf das Pflegeteam fordert Liebe das Gefühl von Identität und Zugehörigkeit und unterstützt damit die Teilhabe. Die Bereitschaft, für andere zu sorgen und auch für sich selbst sorgen zu lassen, fördert Gemeinschaften, die durch gegenseitige Verbundenheit und gemeinsame Aktivitäten zusammengehalten werden.		
Gemeinsame Sprache	Soziales Kapital	Ganzheitlichkeit	Zur Ganzheitlichkeit eines Menschen gehören Gefühle und Emotionen. Die Freude am Arbeiten im Team und die Freude an Beziehungen zu anderen Mitgliedern der Gemeinschaft zählen dazu. Ein freundlicher, wertschätzender Umgang, eine gewisse Leichtigkeit und gemeinsamer Humor, sowie Spaß miteinander neue Kenntnisse und Fähigkeiten zu entwickeln, wirken dabei unterstützend. Dagegen kann sich eine Institution zu einem freudlosen, humorlosen Ort entwickeln, der Unlust sowie Rückzug bewirken kann, wenn dort überwiegend wirtschaftliche Aspekte im Vordergrund stehen.		
	Soziales Kapital kennzeichnet qualitativ hochwertige Interaktionen und fürsorgliche Beziehungen innerhalb der Gruppe.	Vertrauen	Vertrauen fördert die Teilhabe und die Entwicklung von guten Beziehungen in der Gemeinschaft. Vertrauen ist notwendig, um sowohl die Selbststachtung als auch die gegenseitige Achtung in einem professionellen Umfeld zu entwickeln. Vertrauen ermöglicht selbstverantwortliches und selbstorganisiertes Arbeiten und eine Kultur des Dialogs. Menschen sagen nur dann offen, was sie denken, wenn sie sich darauf verlassen können, dass andere ein Gespräch mit Respekt führen, ohne den eigenen Vorteil zu suchen.		
		Ehrlichkeit	Ehrlichkeit ist nicht nur das freie Aussprechen von Wahrheit. Ehrlichkeit bedeutet, Falschheit zu vermeiden und nicht etwas Anderes zu tun, als man zu tun vorgibt. Dazu gehört auch das Halten von Versprechen. Ehrlichkeit hängt mit Glaubwürdigkeit und Offenheit zusammen, setzt aber auch Vertrauen und Mut voraus. Unerhörllichkeit hat besondere mit dem Gezielteren von Voreinthalten von Informationen zu tun. Werden Informationen bewusst zurückgehalten oder Menschen getäuscht, wird Teilhabe eingeschränkt. Das Zurückhalten von Informationen kann zur Machtausübung missbraucht werden.		
		Teamresilienz			

Vier Dimensionen resilenter Teams nach Rolfe, in Anlehnung an Morgan et al.	Merkmale eines inklusiven Pflegeteams nach MD Anderson Cancer Center der Universität Texas, vom Verfasser bearbeitet	Handlungsleitende Werte nach Booth und Ainscow, vom Verfasser an das Bezugssystem Krankenhaus angepasst	Konzept zur Förderung von Schutzfaktoren nach Huber, M.								
			Grund- haltungen	Handlungs- aspekte							
				Sinn	Sinn	Sich in emotionaler Balance halten					
			Lösungsorientierung	Lösungsorientierung		Verantwortung übernehmen					
					Akzeptanz						
			Optimismus		Optimismus	Optimismus					
			Basis	Das Prinzip der Selbstwirksamkeit							
				Hoffnung/Optimismus							
<b>Rechte</b> Menschenrechte gewähren jedem Menschen das gleiche Recht. Menschen sollen frei von Not sein und frei über ihr Handeln entscheiden über ihrer Rechte einschränken		Die Mitarbeiter*innen des Pflegeteams teilen die Zuversicht, dass sie den Herausforderungen des Pflegealltags, die sowohl aus der Betreuung der Patient*innen als auch aus den Interaktionen im Pflege- und Behandlungsteam entstehen, gemeinschaftlich gewachsen sind.									
<b>Wahr-genomene Wirksamkeit gemeinsame Handelns</b> Wahr-genomene Wirksamkeit der Teammitglieder		Jedes Teammitglied unterstützt das Team im Rahmen seiner individuellen, von Vielfalt, Erfahrung und Wissen getragenen Möglichkeiten.									
<b>Kollektive Wirksamkeit</b> Kollektive Wirksamkeit vereint die gemeinsame Überzeugung, als Team die Aufgabe oder Herausforderung bewältigen zu können.		<b>Schönheit</b> Schönheit als Wert bezieht sich nicht auf Äußerlichkeiten eines Menschen. Schönheit ist das Anliegen des Menschen, Werte mit der Wahrnehmung von persönlicher Erfüllung zu verbinden. Schönheit ist vielfältig. Sie kann beispielsweise eine freundliche Geste sein oder in einem Moment der bedingungslosen Verbundenheit zwischen Menschen wahrgenommen werden. Schönheit kann auch im Anwenden persönlicher Begabungen liegen. Zur Wertschätzung der Arbeit den Teammitglieder. Auch die Anerkennung von Kunst und Musik gehören dazu. <b>Weisheit</b> Weisheit heißt, aus verschiedenen Optionen zu wählen. Das vorherige Abwägen von Argumenten und Handlungsalternativen braucht Zeit zum Nachdenken und Zeit für das Finden anderer Perspektiven auf eine Person oder eine Situation. Weise zu sein bedeutet, nach zu eigenen gemachten Werten zu handeln. Weise ist, eigene Erfahrungen und die von anderen Menschen zu nutzen, um Fehler nicht zu wiederholen. Konflikte können durch Vermittlung, Dialog und Wiedergutmachung anstatt durch Strafen, Druck und Macht gelöst werden. Weisheit bedeutet auch, die Grenzen des eigenen Wissens anzuerkennen und zugleich von der Möglichkeit Gebrauch zu machen, eigenes Wissen durch Nachfragen und Zuhören, also durch den Austausch im Team zu entwickeln. Menschen sind in der Lage, sich schwierigen Realitäten zu stellen, um Verbesserungsmöglichkeiten zu finden.									
		<b>Teamresilienz</b>									

