

Präv Gesundheitsf 2021 · 16:163–169
<https://doi.org/10.1007/s11553-020-00800-1>
 Eingegangen: 24. April 2020
 Angenommen: 6. Juni 2020
 Online publiziert: 30. Juni 2020
 © Der/die Autor(en) 2020



Natascha Mojtahedzadeh¹ · Felix Alexander Neumann² · Elisabeth Rohwer¹ · Matthias Augustin³ · Birgit-Christiane Zyriax² · Volker Harth¹ · Stefanie Mache¹

¹ Zentralinstitut für Arbeitsmedizin und Maritime Medizin (ZfAM), Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf (UKE), Hamburg, Deutschland

² Präventivmedizin und Ernährung, Institut für Versorgungsforschung in der Dermatologie und bei Pflegeberufen (IVDP), Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf (UKE), Hamburg, Deutschland

³ Institut für Versorgungsforschung in der Dermatologie und bei Pflegeberufen (IVDP), Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf (UKE), Hamburg, Deutschland

Betriebliche Gesundheitsförderung in der Pflege

Einleitung

Zeit- und Leistungsdruck, mangelnde Regenerationsphasen und unklare Schichtplanbarkeiten sowie Gratifikationskrisen gehören zu den stressverursachenden Faktoren in der ambulanten Pflege [35]. Zusätzlich belastend ist der verzeichnete Fachkräftemangel in der Pflege, wodurch das Risiko von interessierter Selbstgefährdung durch Mehrarbeit und Teamloyalität erhöht ist, welches schließlich in Präsentismus münden kann [40].

Ermüdung und Stress können als Resultat negativer Beanspruchungsfolgen zu gesundheitlichen Einschränkungen und zu psychischen Erkrankungen führen [46, 69]. Burnout als langfristige Beanspruchungsfolge von Stress kommt darüber hinaus vermehrt unter Pflegekräften vor [20, 54]. Hinsichtlich der zunehmenden Relevanz von Arbeitsunfähigkeitstagen aufgrund von psychischen Störungen kommt der Stressprävention in diesem Kontext eine große Bedeutung zu [22, 31]. In diesem Zuge erlangt die Betriebliche Gesundheitsförderung (BGF) einen hohen Stellenwert.

Die vorliegende Übersicht legt den Fokus auf die BGF im Pflegesetting, da in Deutschland der Anteil der Pflegebedürftigen steigt, wodurch vermehrt Pflegebedürftige versorgt werden [61]. Maßnahmen der BGF sollen hierbei aufgezeigt und innovative Interventionspotenziale aufgedeckt werden.

Betriebliche Gesundheitsförderung

Verhaltens- und Verhältnisprävention

Werden durch den Betrieb Maßnahmen, welche sowohl die Arbeitsorganisation als auch das Verhalten der Mitarbeiter*innen anvisieren, gesundheitsförderlich gestaltet, kann das Risiko von gesundheitsgefährdenden Beanspruchungsfolgen verringert und der Gesundheitszustand von Beschäftigten verbessert werden [56]. Zur BGF gehören „Verhaltensprävention“ und „Verhältnisprävention“ [11]. Zur Verhaltensprävention zählen alle Maßnahmen, welche die individuellen Bewältigungskompetenzen im Umgang mit Belastungen steigern können, wie Beratungs- und Trainingsangebote [51]. Die Stärkung der Ressourcenvielfalt der Individuen auf geistiger und körperlicher Ebene steht hierbei im Vordergrund. Interventionsbereiche können sich in „(1) Entspannungsverfahren, (2) Psychoedukation und (3) kognitiv-behaviorale(n) zum Umgang mit dysfunktionalen Einstellungen (z. B. Perfektionismus)“ wiederfinden [55]. Verhältnisorientierte Maßnahmen orientieren sich dagegen an der Struktur und Arbeitsorganisation [63]. Organisatorische, technische und ergonomische Maßnahmen, wie die Neu- bzw. Umgestaltung des Arbeitsplatzes, können überdies negative physische Belastungsfaktoren reduzieren [24, 58].

Betriebliche Gesundheitsförderung im Pflegesetting

Belastungsfaktoren, wie Zeitdruck durch zu hohe Arbeitsmengen und dadurch resultierende Pausenausfälle, rücken durch mögliche negative Beanspruchungsfolgen die Relevanz der BGF auch in der Pflegebranche in den Vordergrund. Maßnahmen in der BGF können hier beispielsweise auf persönliche, soziale und betriebliche Ressourcenstärkung abzielen: abgestimmte Tätigkeiten auf persönliche Fähigkeiten, sozialer Austausch sowie Schaffung möglicher Entscheidungs- und Handlungsspielräume. Schulungen auf Verhaltensebene, wie z. B. Erlernen von Verhaltensweisen zur Rückenschonung beim Umlagern und Transport von Patient*innen, wie auch die verhältnisorientierte Schaffung und Ermöglichung von Regenerations- sowie Rückzugsmöglichkeiten können zu gesundheitsförderlichem Verhalten beitragen. Gesundheitsberatungen (z. B. in Bezug auf Ernährung) können effektiv im Sinne der Verbesserung von Gesundheitsverhalten sein. Als biopsychosoziale Wesen sind Menschen jedoch auch empfänglich für (negative) Arbeitsbedingungen [3], weshalb die Kombination von verhaltens- und verhältnisorientierten Präventionsmaßnahmen sowie die zielgruppenspezifische Ausrichtung Voraussetzung sein muss: So müssen Arbeitsbedingungen in der Pflege und der Gesundheitszustand aller Beschäftigten bei Interventionsentwicklung und -umsetzung zur Gesunderhaltung und

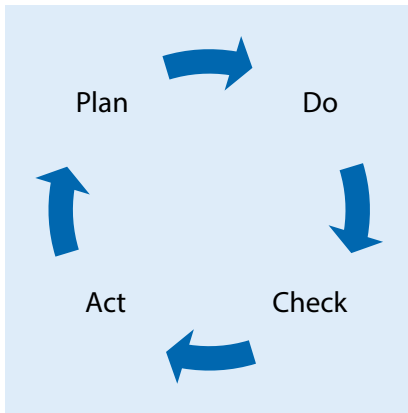


Abb. 1 ▲ PDCA („plan-do-check-act“)-Zyklus. (Quelle: nach [14])

-förderung einzeln beachtet werden [16]. „Qualitätsorientierte Prävention und Gesundheitsförderung in Einrichtungen der Eingliederungshilfe und Pflege“ (QualiPEP) durch den AOK-Bundesverband verfolgt beispielsweise die Etablierung von qualitätsgeprüften Präventions- und Gesundheitsmaßnahmen für alle Beteiligten und die Erhöhung der Gesundheitskompetenz für alle Settingbeteiligten sowie die Erweiterung der BGF für diese Einrichtungen [1].

In der Praxis zeigen Ergebnisse einer aktuellen Online-Befragung („PFLEGEprevent“) von deutschen Pflegekräften ($n = 1381$, davon 81 % weiblich), dass Maßnahmen zur Reduzierung von Stresserleben (>80 %) und Erholung sowie der Umgang mit Konflikten und eine verbesserte Kommunikation (>70 %) seitens der Pflegekräfte gewünscht werden. Weiterhin wird die Unterstützung durch Arbeitgeber*innen gefordert (Kostenübernahme, BGF-Maßnahmen während der Arbeitszeit). Über die Hälfte der Befragten (51 %) lehnt die Nutzung des eigenen Urlaubsanspruchs für BGF-Maßnahmen ab, wobei die Bereitschaft zur Teilnahme unter den gewünschten Rahmenbedingungen bei 75 % lag [26].

Durch das von Mobilität und Wechselhaftigkeit geprägte Setting sowie der erhöhte Leistungs- und Termindruck in der ambulanten Pflege, können die Umsetzungsmöglichkeiten von personenbezogenen und strukturell-organisatorischen Maßnahmen erschwert sein [36]. Der Wunsch der Pflegekräfte, potenzielle BGF-Maßnahmen bevorzugt

während der Arbeitszeit wahrnehmen zu können [26], kann sich als inkompatibel mit dem ökonomischen Interesse der Arbeitgeber*innen erweisen. Darüber hinaus wurden bis dato keine konkreten BGF-Maßnahmen speziell für die ambulante Pflege in Deutschland entwickelt.

Maßnahmen der BGF sind jedoch nur dann nachhaltig wirkungsvoll, wenn sie als fester Teil des Betrieblichen Gesundheitsmanagements (BGM) genutzt werden [27]. Ein idealer BGM-Prozess mit spezifisch ausgerichteten BGF-Maßnahmen ist in der Lage, aktuelle Thematiken aufzugreifen, wie beispielsweise die zunehmende Digitalisierung, die den BGF-Maßnahmenablauf maßgeblich unterstützen kann [25]. **Abb. 1** zeigt den BGM-Prozess nach dem PDCA („plan-do-check-act“)-Zyklus [14, 24].

Nach der Erfassung des aktuellen Gesundheitsstatus der Beschäftigten („plan“) werden Maßnahmen/ Interventionen auf Grundlage von Handlungsbedarfen gebildet („do“). Nach der Ergebnisevaluation bzw. Wirksamkeitskontrolle dieser („check“), werden entweder neue Maßnahmen abgeleitet oder die bestehenden als erfolgreich eingestuft und fortlaufend eingesetzt („act“; [64]). Nach der Entwicklung und Implementierung von BGF-Maßnahmen müssen diese auf ihre Wirksamkeit überprüft werden, wobei sich Interventionsstudien im Prä-/Post-Design besonders gut eignen. Gemäß einer Befragung von Altenpflegeeinrichtungen ($n = 108$) werden zwar teilweise BGF/BGM betrieben, jedoch sind Personalmangel sowie fehlende professionelle Kenntnisse in diesem Feld mögliche Hindernisse für eine erfolgreiche Umsetzung [57].

Digitale Betriebliche Gesundheitsförderung für die Pflege?

Arbeitsbedingte Belastungsfaktoren in der ambulanten Pflege (z. B. Mobilitätsanforderungen) sowie die überdurchschnittlichen Pausenausfälle in der Pflegebranche [12] könnten darauf hindeuten, dass möglicherweise fehlende räumliche Strukturen innovative digitale Angebote der BGF in der ambulanten

Pflege als sinnvoll erscheinen lassen [15, 16, 60]. Unregelmäßige Arbeitszeiten, die Unplanbarkeit des Einspringens für Kolleg*innen bei Krankheitsausfällen und Zeitdruck sind besondere Belastungsfaktoren in der ambulanten Pflege [10, 62]. Digitale Maßnahmen der BGF können auch hier eine unterstützende Ergänzung in einem zeitlich sowie örtlich begrenzten Arbeitssetting darstellen.

Die web- und mobilbasierte Intervention („SoSu-life“ zur Verbesserung des Ernährungsverhaltens [durch Aufklärung und Ernährungstipps]) bei Beschäftigten im Sozial- und Gesundheitswesen zeigte nach 9 Monaten eine signifikante Reduzierung des Körpergewichts der Teilnehmenden [4]. In Verbindung mit der zunehmenden Digitalisierung erscheinen neue Formen von Informations- und Kommunikationstechnologien im Rahmen der Gesundheitsförderung bedeutungsvoller [70]. Die Niedrigschwelligkeit des Zugangs könnte eine Inanspruchnahme der gesundheitsfördernden Maßnahmen ebenso begünstigen [53, 67]. Vor dem Hintergrund der stetigen Digitalisierung im Gesundheitswesen und der zunehmenden Nutzung des Internets in deutschen Haushalten sowie der wachsenden Flexibilität, nehmen die Angebote von web-basierten psychosozialen Behandlungsvarianten auf eHealth-/mHealth-Ebene stetig zu [5, 13, 49]. Die soziale Vernetzung über den digitalen Weg könnte überdies das mangelnde Teamgefühl in der ambulanten Pflege verbessern [13, 28]. Speziell entwickelte mobile Interventionen, beispielsweise in Form von Apps, können das Stresslevel von Beschäftigten effektiv reduzieren und das Wohlbefinden fördern [19].

Interventionen der BGF für die Pflege

Psychische Belastungsfaktoren in der Pflege finden sich in Arbeitsinhalt, -organisation und -umgebung, soziale Beziehungen und neue Arbeitsformen wieder [15, 35]. In der wissenschaftlichen Literatur finden sich Publikationen über Interventionen hinsichtlich des Gesundheitsverhaltens von Pflegekräften, wie beispielsweise die Förderung von ge-

sunder Ernährung und Bewegung sowie Alkohol- und Tabakkonsumreduzierung [65].

Verhaltensebene: gesundes Verhalten in der Pflege fördern

Im Pflegesetting sind folgende Maßnahmen auf Verhaltensebene umgesetzt worden: Muramatsu et al. [47] implementierten in ihrem Pilotprogramm eine Einheit körperlicher Aktivität bei Patient*innen von häuslichen Pflegekräften mit dem Ziel, die Gesundheitskompetenzen sowie positive Gesundheitsverhaltensweisen der Beschäftigten zu erhöhen. 4 Monate lang erinnerten die Pflegekräfte die Patient*innen an die erlernten Trainingseinheiten (Übungen für Rücken, Arme sowie Dehneinheiten). Die Maßnahme konnte zur Eigenmotivation beitragen und die persönliche körperliche Bewegung der Pflegekräfte nach der Intervention erhöhen, indem das Gelernte selbst angewandt und das Wissen über körperliche Aktivität erhöht wurde [47]. Die positive Veränderung persönlicher körperlicher Aktivität kann auf BGF-Potenzial hindeuten.

In der stationären Pflege wurde mittels einer Randomisierten kontrollierten Studie (RCT-Studie) unter Einbezug von deutschen Krankenpfleger*innen mit einem Alter von >45 Jahre eine 7-wöchige Intervention (eine Session pro Woche) – von Maatouk et al. [43] – während der Arbeitszeit getestet. Die Intervention besteht aus Aufklärungseinheiten, wie z. B. Altern und Arbeit im Gesundheitssektor sowie Stressreduzierung durch Achtsamkeit. Bei der Interventionsgruppe konnte eine signifikante Verbesserung der psychischen Gesundheit festgestellt werden [44]. Mahon et al. [45] evaluierten in ihrer Pilotstudie eine Achtsamkeitsintervention (6- bis 8-wöchiges Training). Es zeigte sich eine signifikante Stressreduzierung bei Krankenpfleger*innen. Überdies wurde eine Stärkung des Mitgefühls indiziert [45]. Eine weitere Intervention (Craigie et al. [21]) führte einen Workshop-Tag zum Thema Mitgefühl und weiteren wöchentlichen Trainings mit den Schwerpunkten Achtsamkeit- und Resilienzförderung ein. Es zeigte sich unter

Präv Gesundheitsf 2021 · 16:163–169 <https://doi.org/10.1007/s11553-020-00800-1>
© Der/die Autor(en) 2020

N. Mojtahedzadeh · F. A. Neumann · E. Rohwer · M. Augustin · B.-C. Zyriax · V. Harth · S. Mache

Betriebliche Gesundheitsförderung in der Pflege

Zusammenfassung

Hintergrund. In der Pflegebranche nehmen Arbeitsunfähigkeitstage durch verschiedene Fehlbelastungen zu, welches die Relevanz der Betrieblichen Gesundheitsförderung (BGF) hervorhebt.

Ziel der Arbeit. Der Artikel soll die Thematik der BGF in der Pflege beleuchten und zudem eine Übersicht von bestehenden betrieblichen Gesundheitsförderungsmaßnahmen im Setting Pflege bieten.

Material und Methoden. In einer explorativen Literaturrecherche werden bisher verfügbare Erkenntnisse aus der BGF in der Pflege recherchiert und zusammengefasst. Aus diesen Forschungserkenntnissen werden Maßnahmenvorschläge für die Pflege-BGF abgeleitet. Die Vorschläge sollten aktualisiert werden, wenn derzeit laufende arbeitspsychologische Studien neue Erkenntnisse hervorgebracht haben.

Ergebnisse. Bestehende Interventionen in der Pflegebranche, welche beispielsweise Achtsamkeitstrainings, Maßnahmen zur Stress-/Tabakkonsumreduzierung sowie die Förderung gesunder Ernährungsweise und körperlichen Aktivität beinhalten, werden dargestellt.

Diskussion. Studienergebnisse zeigen, dass Interventionen zur Stressreduzierung aus der stationären Pflege effektiv das Stresserleben der Pflegekräfte senken konnten. Web-basierte Interventionen scheinen darüber hinaus für das ambulante Pflegesetting als erstrebenswert. Mögliche Herausforderungen, wie fehlende Fachkenntnisse und -kräfte, für die BGF-Umsetzung werden diskutiert.

Schlüsselwörter

Ambulante Pflege · Arbeitsunfähigkeitstage · Digitale Intervention · Gesundheitsmanagement · Gesundheitsschutz

Workplace health promotion in the care sector

Abstract

Background. The number of days where an employee cannot work due to various improper workloads/burdens in the healthcare sector continues to rise, which emphasizes the relevance of workplace health promotion.

Objectives. This article aims to highlight the topic of workplace health promotion in the care sector and provides an overview of existing workplace health promotion measures in the healthcare setting.

Materials and methods. Based on an explorative literature review, currently available findings regarding workplace health promotion in the care sector are identified and summarized. Proposals for action are derived from these research findings. These proposals should be updated when currently running occupational psychology studies produce new findings.

Results. Established interventions in the care sector which include, e.g. mindfulness-based training, interventions to reduce stress/tobacco consumption as well as promotion of healthy eating and physical activity, are presented.

Conclusions. Research results show that interventions to decrease stress are effective in reducing caregivers' perception of stress in the inpatient care setting. Furthermore, web-based interventions seem to be desirable in the outpatient care setting. Possible challenges, e.g., lack of expertise and specialists, for the implementation of workplace health promotion are discussed.

Keywords

Outpatient Care · Work disability days · Digital Intervention · Health management · Health protection

ambulant und stationär tätigen Pflegekräften eine signifikante Minderung der Stresswahrnehmung und des Burnout-Risikos [21]. Das weitverbreitete „Mindfulness-Based Stress Reduction“ (MBSR)-Programm von Kabat-Zinn [38], welches durch Erhöhung der Achtsamkeit die individuelle Stressbewältigung an-

strebt, führte bei Krankenpfleger*innen in teilweise telefonischen Sitzungen eine Verbesserung des allgemeinen Gesundheitszustands herbei. Dies wurde anhand des verkürzten Short-Form (SF) Health Survey „SF-12v2 Health Survey“ [66] gemessen. Der flexible Zugang zur Intervention wurde überdies betont [6].

Die Implementierung des MBSR-Programms in der Psychiatrie zeigte unter Pflegekräften eine signifikante Senkung der Arbeitsstresswahrnehmung und Verringerung des Risikos der Entwicklung von Depressionen und Angststörungen [71]. Das Burnout-Risiko konnte durch Achtsamkeits-, Meditations- und Yoga-Interventionen bei Ärzt*innen und Pfleger*innen verringert werden [2]. Interventionen zur Erhöhung des Selbstmitgefühls von Pflegekräften können einen Beitrag zur Stressreduktion und Resilienzförderung leisten [21, 23].

Eine psychoedukative Interventionsstudie von Kamisli und Öz (2011) aus der Türkei verfolgte das Ziel, stationäre Pflegekräfte ($n=52$) dazu zu bewegen, ihren Tabakkonsum zu reduzieren bzw. einzustellen. Zehn Sitzungen (2-mal/Woche, 3 Follow-ups) wurden in fünf Gruppen durchgeführt. Dabei standen Aufklärung über Suchtverhalten und mögliche Hindernisfaktoren, Erhöhung der Selbstwirksamkeit und Stressmanagement und Entspannungstechniken im Vordergrund. Nach der letzten Sitzung haben knapp 50% der Teilnehmer*innen das Rauchen eingestellt, 25% der Befragten reduzierte die Anzahl der Zigaretten pro Tag [39].

In einem österreichischen BGF-Projekt unter Einbezug ambulanter Pflegekräfte haben Seminare zur Körpererfahrung sowie Rückenschulungen dazu beigetragen, dass körperliche Beschwerden um 12%, konkrete Schulterbeschwerden um 13% zurückgegangen sind. Insgesamt konnten 37% der Teilnehmenden ihr Bewegungsverhalten verbessern. Darüber hinaus haben 44% der Teilnehmenden infolge eines Ernährungsprogramms (Seminare zur gesunden Ernährung und organisierte gemeinschaftliche Läufe) ihr Ernährungsverhalten laut Selbstauskunft positiv verändert [29].

Verhältnisebene: gesundheitsförderliche Arbeitsbedingungen

Maßnahmen im Rahmen der BGF sind auf Verhältnisebene (organisatorischer Ebene) ebenso relevant und orientieren sich an Arbeitssysteme und -strukturen [63]. Gesundheitsförderliche Arbeitsbedingungen, eine gesunde Führungskul-

tur, eine Balance zwischen Kompetenzen der Beschäftigten und der Arbeitsanforderungen sowie das Gleichgewicht zwischen Familie und Beruf gehören übergeordnet zur BGF auf Verhältnisebene [60]. In der Pflegebranche ist ein gesundheitsförderliches Verhältnis z.B. durch die Bereitstellung und der Nutzungsanweisung eines Massagestuhls im Aufenthaltsraum umgesetzt: Über einen Zeitraum von 6 Monaten konnte das Stresserleben von Krankenpfleger*innen signifikant gesenkt werden [32].

Ergebnisse der Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin (BAuA) zeigen, dass deutsche Pflegekräfte ein verbesserungswürdiges Pausenverhalten aufweisen: Gesetzlich festgelegte Pausen werden bzw. können durch die Arbeitsmenge nicht eingehalten werden [12]. Im Sinne der BGF auf der verhältnisbezogenen Ebene muss z.B. im Rahmen der Arbeitsorganisation für eine ausreichende Pausenkultur gesorgt werden [9]. Hinsichtlich des Pflegefachkräftemangels haben sich die Verbesserung der Arbeitsbedingungen sowie ein erhöhter Personaleinsatz in der stationären Pflege bereits als belastungsreduzierend erwiesen [18]. Den Blick auf den verstärkten Pausenausfall in der Pflege [12] gerichtet, muss eine verbesserte Pausenkultur eingeführt bzw. durch angepasste Arbeitsbedingungen auch in der ambulanten Pflege ermöglicht werden. Diesbezüglich betonen Nejati et al. [48] die nahe Lage und die Gestaltung des Pausenraums aus der stationären Pflege. Essenspausen wurden zumeist in den zur Verfügung gestellten Räumen verbracht. Das Stresserleben der Krankenpfleger*innen konnte dadurch signifikant gesenkt werden [42].

Gesundheitsförderliche Verhaltensweisen und gesunde Rahmenbedingungen

Um langfristige Erfolge erzielen zu können, wird die Kombination beider Maßnahmenarten empfohlen [55]. Die Kombination beider Ansätze gilt als erstrebenswert und vielversprechend [9, 63]. Die „Be Well, Work Well“-Intervention – entwickelt an der Harvard T.H. Chan School of Public Health, Cen-

ter for Work, Health and Wellbeing – zeigte in der Evaluation jedoch, dass durch eingeführte Maßnahmen auf ergonomischer, organisatorischer (z.B. optimierte Pausenorganisation) und personenbezogener Ebene (z.B. Förderung positiven Gesundheitsverhaltens) in der stationären Pflege keine signifikanten Verbesserungen festgestellt werden konnten. Der Hauptgrund war die fehlende Inanspruchnahme aufgrund von mangelnder Zeitinvestition [59]. Sport- und Ernährungsangebote sowie Stressmanagementprogramme wurden in Taiwan in einem Krankenhaus zwar angeboten, jedoch haben die stationären Pfleger*innen diese im Vergleich zu den anderen Beschäftigtengruppen weniger in Anspruch genommen [17]. Dieses Ergebnis kann auf das Angebot der BGF-Maßnahmen außerhalb der Arbeitszeit zurückgeführt werden [26]. Das COMPASS-Programm, von Olsen et al. [50] speziell entwickelt für ambulante Pflegekräfte in Amerika („Community of Practice and Safety Support“), soll das Gemeinschaftsgefühl unter einander erhöhen, indem wöchentliche Gruppenziele in Bezug auf Ernährung (gesunde Rezepte) festgelegt werden, verbessern. Es besteht überdies aus Unterrichtseinheiten, wie die Aufklärung über Gesundheitsförderung, Arbeitsschutz und gesunde Ernährung sowie Fitnessangeboten. Im Prä-/Post-Vergleich zeigten sich nach 6 Monaten signifikante Verbesserungen des Gesundheitszustands sowie die Reduzierung des Stresserlebens der Teilnehmenden [50]. BGF-Angebote, die über die Optimierung des Ernährungs-, Bewegungs- und Rauchverhalten hinaus auch die Arbeitsorganisation und psychosozialen Stress (z.B. durch Wellnessangebote) anvisierten, zeigten bei Pflegekräften aus verschiedenen Altersheimen große Resonanz, wobei Angebote während der Arbeitszeit bevorzugt wurden [72].

Dem „Stress-Prevention@Work-Programm“ liegen zwei Bausteine zugrunde: Zum einen wird eine digitale Plattform bereitgestellt. Diese bietet eine Übersicht über mögliche Stressmanagementmaßnahmen auf organisatorischer und personenbezogener Ebene, die nach Bedarf ausgewählt werden können. So

auch Screeningtools zur Messung des arbeitsplatzbezogenen Stresserlebens. Die digitale Plattform beinhaltet mehrere Schritte: (1) Verstärkung des Bewusstseins für Arbeitsstress soll bestärkt werden, (2) Problemeinschätzung anhand von Checklisten mit Bezug auf mögliche Arbeitsstressfaktoren, (3) Wahl der Interventionen mit beratender Funktion durch die Programmverantwortlichen, (4) Umsetzung der gewählten Maßnahmen und (5) Evaluation durch Fragebogenerhebungen. Zum anderen hilft ein gemeinschaftliches Lernnetzwerk für den nötigen Austausch zwischen den teilnehmenden Organisationen [34]. Das Programm wurde an Mitarbeitenden im Gesundheitswesen (mehrheitlich Krankenpfleger*innen) anhand einer RCT-Studie getestet. Der Einsatz des Programms zeigte eine Verringerung von Präsentismus- sowie Absentismusverhalten und höhere Produktivität in der Interventionsgruppe. Langfristig zeigten sich hier Kosteneinsparungen zugunsten der Arbeitgeber*innen [68].

Web-basierte BGF-Programme für Pflegekräfte

Das webbasierte Stressmanagement-Programm „BREATHE“ wurde von Hersch und Cook [33] speziell für stationäre Pflegekräfte entwickelt und kann flexibel nach Bedarf in Anspruch genommen werden. Es besteht aus Einheiten von Aufklärung über die physischen und psychischen Auswirkungen von Stress sowie praktischen Tools zur Stressbewältigung. Ein Prä-/Post-Vergleich (04/2014–02/2015) anhand des „nursing stress scale“ (Gray-Toft und Anderson 1981 [30]) zeigte eine signifikante Stressreduzierung bei den Teilnehmenden [33]. Insbesondere das Setting der ambulanten Pflege, welches Zeitdruck und eine hohe Arbeitsdichte nach sich zieht [15], könnte von flexiblen Nutzungsmöglichkeiten web-basierter BGF-Maßnahmen profitieren.

Herausforderungen in der Umsetzung von BGF-Maßnahmen in der Pflege

Studien belegen erste positive Effekte mit Bezug auf gesundheitsförderliche Verhaltensweisen (Ernährung, Bewegung, Stressreduzierung). Dennoch werden BGF-Maßnahmen in der Pflege nicht in einem entsprechenden Umfang umgesetzt. Gesetzliche sowie ökonomische Voraussetzungen stellen die beiden wesentlichsten Barriere-Dimensionen dar. Eine hohe Arbeitsdichte, welche durch hohem Pflegeaufkommen bei gleichzeitigem Fachkräftemangel zustande kommt, rückt die Umsetzung von BGF-Maßnahmen auf betrieblicher Ebene oftmals in den Hintergrund [41]. Die Gefährdungsbeurteilung im Rahmen der Ermittlung von arbeitsbedingten Fehlbelastungsfaktoren (§ 5 ArbSchG) kann als Grundlage für die Identifizierung der Handlungsfelder herangezogen werden, auf diesen dann – prioritär verhältnisbezogene – Gesundheitsförderungsmaßnahmen aufbauen könnten [7]. Die Umsetzung der Gefährdungsbeurteilung in nationalen Betrieben scheint allerdings noch mangelhaft und erschwert die Entwicklung spezieller BGF-Maßnahmen, auch in der Pflege [8].

Zusammenfassung und Ausblick

BGF-Maßnahmen können einen Beitrag zur Gesundheit und Sicherheit der Pflegekräfte leisten. Schulungen auf Verhaltensebene sowie Pausen- und Rückzugsorte für die Pflegekräfte sind nicht nur in stationären Pflegeeinrichtungen relevant [15]. Entspannungs-, Stress- sowie Resilienzprogramme werden angeraten. BGF muss zukünftig betriebliche Verankerung und Umsetzung erfahren, um effektive positive Veränderungen der Gesundheit der Beschäftigten erzielen zu können. Um diese nachhaltig gestalten zu können, sollte stärker auf Verhältnisprävention gesetzt und zumindest in Kombination mit verhaltensbezogenen Maßnahmen angestrebt werden. Eine optimierte Arbeitsgestaltung kann negativen Beanspruchungsfolgen und einhergehende Arbeitsunfähigkeiten entgegenwirken [41].

Während die Relevanz einer speziellen Gesundheitsförderung für Pflegekräfte, insbesondere in Bezug auf Stressmanagement sowie gesünderen Verhaltensweisen unumstritten ist, so sind bisher kaum spezielle BGF-Angebote für die ambulante Pflege entwickelt worden [37, 52]. Aus der vorliegenden Übersicht geht hervor, dass auf nationaler Ebene keine spezifisch entwickelten BGF-Interventionen für die ambulante Pflege verfügbar sind. Vergleichend konnten lediglich internationale Interventionen aus der stationären Pflege herangezogen werden. Eine vollständige Übertragbarkeit bleibt durch die unterschiedlichen Settings allerdings ausgeschlossen. Interventionen zur Stressreduzierung deuten auf einen Nutzensgewinn der BGF hin, insbesondere in der Kombination von verhaltens- und verhältnisbezogenen Maßnahmen. Im Zuge des mobilen Settings der ambulanten Pflege, erscheint die Entwicklung von web-basierten (eHealth/mHealth) Gesundheitsförderungsmaßnahmen, die zeitlich und örtlich flexibel genutzt werden können, für ambulant tätige Beschäftigte als vielversprechend. Die Durchführung der Gefährdungsbeurteilung psychischer Belastungen sollte zukünftig stärker in den Fokus der ambulanten Pflegebetriebe treten, denn ihre Ergebnisse können als Grundlage für speziell entwickelte BGF-Interventionen dienen. Als zukünftiges Forschungsdesiderat stellt sich somit die Wirkung von zielgruppenspezifischen BGF-Maßnahmen von ambulant tätigen deutschen Pflegekräften heraus. Bei der erfolgreichen Entwicklung, Umsetzung und Evaluation im Prä-/Post-Design dieser können die Gesundheit und somit die Motivation, Produktivität und Arbeitszufriedenheit der Beschäftigten sichergestellt werden.

Fazit für die Praxis

- Die Implementierung eines Betrieblichen Gesundheitsmanagements (BGM) und die regelmäßige Durchführung der Gefährdungsbeurteilung psychischer Belastungen werden zur Identifizierung der Handlungsfelder für Betriebliche Gesundheitsförderung (BGF) in der Pflege angeraten.

- Die in der BGF entwickelten verhaltens- und verhältnisbezogenen Interventionen müssen auf die Zielgruppe der Pflegekräfte spezifisch ausgerichtet sein.
- Die Entwicklung von eHealth-/mHealth-BGF-Interventionen erscheint im ambulanten Pflegesetting als vielversprechend.
- Die entwickelten Interventionen für stationäre und ambulante Pflegekräfte müssen auf ihre Wirksamkeit überprüft und bei Bedarf überarbeitet werden.

Korrespondenzadresse

Natascha Mojtahedzadeh, M.A.

Zentralinstitut für Arbeitsmedizin und Maritime Medizin (ZfAM), Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf (UKE)
Seewartenstraße 10 | Haus 1, 20459 Hamburg, Deutschland
n.mojtahedzadeh@uke.de

Förderung. Das Projekt wird von der Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege (BGW) gefördert.

Funding. Open Access funding provided by Projekt DEAL.

Einhaltung ethischer Richtlinien

Interessenkonflikt. N. Mojtahedzadeh, F.A. Neumann, E. Rohwer, M. Augustin, B.-C. Zyriax, V. Harth und S. Mache geben an, dass kein Interessenkonflikt besteht.

Für diesen Beitrag wurden von den Autoren keine Studien an Menschen oder Tieren durchgeführt. Für die aufgeführten Studien gelten die jeweils dort angegebenen ethischen Richtlinien.

Open Access. Dieser Artikel wird unter der Creative Commons Namensnennung 4.0 International Lizenz veröffentlicht, welche die Nutzung, Vervielfältigung, Bearbeitung, Verbreitung und Wiedergabe in jeglichem Medium und Format erlaubt, sofern Sie den/die ursprünglichen Autor(en) und die Quelle ordnungsgemäß nennen, einen Link zur Creative Commons Lizenz beifügen und angeben, ob Änderungen vorgenommen wurden.

Die in diesem Artikel enthaltenen Bilder und sonstiges Drittmaterial unterliegen ebenfalls der genannten Creative Commons Lizenz, sofern sich aus der Abbildungslegende nichts anderes ergibt. Sofern das betreffende Material nicht unter der genannten Creative Commons Lizenz steht und die betreffende Handlung nicht nach gesetzlichen Vorschriften erlaubt ist, ist für die oben aufgeführten Weiterverwendungen des Materials die Einwilligung des jeweiligen Rechteinhabers einzuholen.

Weitere Details zur Lizenz entnehmen Sie bitte der Lizenzinformation auf <http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/deed.de>.

Literatur

1. AOK-Bundesverband (2018) QualiPEP-Projektbeschreibung
2. Aryankhesal A, Mohammadibakhsh R, Hamidi Y et al (2019) Interventions on reducing burnout in physicians and nurses: a systematic review. *Med J Islam Republik Iran* 33:77
3. Badura B, Walter U, Hehlmann T (2010) Die Vision der gesunden Organisation. In: Badura B, Walter U, Hehlmann T (Hrsg) Betriebliche Gesundheitspolitik. Der Weg zur gesunden Organisation. Springer, Heidelberg, S 31–40
4. Balk-Møller NC, Poulsen SK, Larsen TM (2017) Effect of a nine-month web-and app-based workplace intervention to promote healthy lifestyle and weight loss for employees in the social welfare and health care sector: a randomized controlled trial. *J Med Internet Res* 19(4):e108
5. Bauer S, Kordy H (2008) Vorwort. In: Kordy H (Hrsg) E-Mental-Health. Neue Medien in der psychosozialen Versorgung. Springer, Berlin, S ix–x
6. Bazarko D, Cate RA, Azocar F et al (2013) The impact of an innovative mindfulness-based stress reduction program on the health and well-being of nurses employed in a corporate setting. *J Workplace Behav Health* 28:107–133
7. Beck D, Berger S, Breutmann N et al (2017) Arbeitsschutz in der Praxis. Empfehlungen zur Umsetzung der Gefährdungsbeurteilung psychischer Belastung. GDA, Berlin
8. Beck D, Richter G, Ertel M et al (2012) Gefährdungsbeurteilung bei psychischen Belastungen in Deutschland. Verbreitung, hemmende und fördernde Bedingungen. *Präv Gesundheitsf* 7:115–119
9. Bendig H (2017) Gesundheit für Pflegekräfte im Berufsalltag. Empfehlungen für die betriebliche Gesundheitsförderung und Prävention in der Pflege. Zukunft der Arbeit, Dresden
10. Bleses P, Jahns K (2016) Soziale Innovationen in der ambulanten Pflege. In: Becke G, Bleses P, Freirichs F, Goldmann M, Hinding B, Schweer MKW (Hrsg) Zusammen – Arbeit – Gestalten. Soziale Innovationen in sozialen und gesundheitsbezogenen Dienstleistungen. Springer VS, Wiesbaden, S 127–144
11. Brandenburg U, Nieder P (2009) Betriebliches Fehlzeiten-Management. Instrumente und Praxisbeispiele für erfolgreiches Anwesenheits- und Vertrauensmanagement. Gabler, Wiesbaden
12. Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin (2014) BIBB/BAuA-2012. Factsheet 10. Arbeit in der Pflege – Arbeit am Limit? Arbeitsbedingungen in der Pflegebranche
13. Bundesministerium für Gesundheit (2019) E-Health – Digitalisierung im Gesundheitswesen
14. Deutsches Institut für Normung (2012) DIN SPEC 91020:2012-07 Betriebliches Gesundheitsmanagement. Berlin: Beuth Verlag
15. Bundesministerium für Gesundheit (2017) Gesundheitsförderung für Pflegekräfte: Wer pflegt die Pflege? Ausgangslage: Die Arbeitssituation in der Pflege
16. Bundesministerium für Gesundheit (2017) Gesundheitsförderung für Pflegekräfte: Wer pflegt

die Pflege? Lösungsansatz: Betriebliche Gesundheitsförderung für Pflegekräfte

17. Chiou ST, Chiang JH, Huang N et al (2014) Health behaviors and participation in health promotion activities among hospital staff: Which occupational group performs better? *BMC Health Serv Res* 14:474
18. Cho H, Han K (2018) Associations among nursing work environment and health-promoting behaviors of nurses and nursing performance quality: a multilevel modeling approach. *J Nurs Scholarsh* 50:403–410
19. Coelho CC, Tobo PR, Lacerda SS et al (2019) A new mental health mobile app for well-being and stress reduction in working women: randomized controlled trial. *J Med Internet Res* 7:e14269
20. Cordes CL, Dougherty TW (1993) A review and an integration of research on job burnout. *Acad Manag Rev* 18:621–656
21. Craigie M, Slayter S, Hegney D et al (2016) A pilot evaluation of a mindful self-care and resiliency (MSCR) intervention for nurses. *Mindfulness* 7:764–774
22. DAK-Gesundheit (2018) DAK-Gesundheitsreport 2018
23. Delaney MC (2018) Caring for the caregivers: evaluation of the effect of an eight-week pilot mindful self compassion (MSC) training program on nurses' compassion fatigue and resilience. *PLoS One* 13:e207261
24. Deutsches Institut für Normung (2000) DIN EN ISO 10075-2:2000 Ergonomische Grundlagen bezüglich psychischer Arbeitsbelastung. Teil 2: Gestaltungsgrundsätze. Beuth, Berlin
25. Drupp M, Meyer M (2020) Belastungen und Arbeitsbedingungen bei Pflegeberufen – Arbeitsunfähigkeitsdaten und ihre Nutzung im Rahmen eines Betrieblichen Gesundheitsmanagements. In: Jacobs K, Kuhlmeier A, Groß S, Klauber J, Schwinger A (Hrsg) Pflege-Report 2019. Mehr Personal in der Langzeitpflege – aber woher? Springer, Berlin, S 23–47
26. Ehegartner V, Kirschneck M, Frisch D et al (2020) Arbeitsfähigkeit von Pflegekräften in Deutschland – welchen Präventionsbedarf hat das Pflegepersonal: Ergebnisse einer Expertenbefragung. *Gesundheitswesen* 82(05):422–430
27. Fallner G (Hrsg) (2012) Lehrbuch betriebliche Gesundheitsförderung. Huber, Bern
28. Glaser J, Höge T (2005) Probleme und Lösungen in der Pflege aus Sicht der Arbeits- und Gesundheitswissenschaften
29. Glashütter M (2009) Beispielprojekt zur Gesundheitsförderung in der mobilen Pflege – Volkshilfe Wien: „Ich tu' was für mich! Arbeitsbewältigung und langfristiger Verbleib am Arbeitsplatz, Mobile Pflege und Betreuung“. In: Egger-Subotitsch A, Jelenko M, Sturm R (Hrsg) Betriebliche Gesundheitsförderung in der mobilen und stationären Pflege: Beiträge zur Fachtagung „Gesund Pflegen und Gesund Bleiben! Betriebliche Gesundheitsförderung in der Mobilen und Stationären Pflege“ vom 20. Mai 2008 in Wien. Communicatio, Wien
30. Gray-Toft P, Anderson J (1981) The nursing stress scale: development of an instrument. *J Behav Assess* 3:11–23
31. Grobe T, Steinmann S (2019) Gesundheitsreport 2019 – Arbeitsunfähigkeiten. Techniker Krankenkasse, Hamburg
32. Hand ME, Margolis J, Staffileno BA (2019) Massage chair sessions. Favorable effects on ambulatory cancer center nurses' perceived level of stress, blood pressure, and heart rate. *Clin J Oncol Nurs* 23:375–381

33. Hersch RK, Cook RF, Deitz DK et al (2017) Reducing nurses' stress: a randomized controlled trial of a web-based stress management program for nurses. *Appl Nurs Res* 32:18–25
34. Hoek RJA, Havermans BM, Houtman ILD et al (2018) Stress Prevention@Work: a study protocol for the evaluation of a multifaceted integral stress prevention strategy to prevent employee stress in a healthcare organization: a cluster controlled trial. *BMC Public Health* 18:26
35. Institut für Betriebliche Gesundheitsförderung (2011) *Pflege deine Gesundheit. Betriebliche Gesundheitsförderung im Alten- und Pflegeheim und der ambulanten Pflege*. AOK, Köln
36. Institut für Gesundheits- und Sozialforschung (2006) *DAK-BGW-Gesundheitsreport. Ambulante Pflege. Arbeitsbedingungen und Gesundheit in ambulanten Pflegediensten*. DAK, Hamburg
37. Jordan TR, Khubchandani J, Wiblishauser M (2016) The impact of perceived stress and coping adequacy on the health of nurses: a pilot investigation. *Nurs Res Pract*. <https://doi.org/10.1155/2016/5843256>
38. Kabat-Zinn J (1990) *Full catastrophe living: using the wisdom of your body and mind to face stress, pain, and illness*. Bantam Dell, New York
39. Kamisli S, Öz F (2011) Evaluation of a smoking cessation psychoeducational program for nurses. *J Addict Nurs* 22:117–123
40. Krause A, Dorsemagen C, Peters K (2010) Interessierte Selbstgefährdung: Was ist das und wie geht man damit um? *HR Today* 4:43–45
41. Krupp E, Hielscher V, Kirchen-Peters S (2020) Betriebliche Gesundheitsförderung in der Pflege – Umsetzungsbarrieren und Handlungsansätze. In: Jacobs K, Kuhlmei A, Greß S, Klauber J, Schwinger A (Hrsg) *Pflege-Report 2019. Mehr Personal in der Langzeitpflege – aber woher?* Springer, Berlin, S 113–122
42. Lary A, Borimnejad L, Mardani-Hamooleh M (2019) The impact of a stress management program on the stress response of nurses in neonatal intensive care units: a quasi-experimental study. *J Perinat Neonatal Nurs* 33:189–195
43. Maatouk I, Mueller A, Schmoock R et al (2016) Healthy aging at work—development of a preventive group intervention to promote quality of life of nursing staff aged 45 years and older. *Ment Health Prev* 4:42–48
44. Maatouk I, Müller A, Angerer P et al (2018) Healthy ageing at work—efficacy of group interventions on the mental health of nurses aged 45 and older: results of a randomised, controlled trial. *PLoS One* 13:1–19
45. Mahon MA, Mee L, Brett D et al (2017) Nurses' perceived stress and compassion following mindfulness meditation and self compassion training. *J Res Nurs* 22:572–583
46. Morschhäuser M, Beck D, Lohmann-Haislah A (2014) Psychische Belastung als Gegenstand der Gefährdungsbeurteilung. In: BAuA (Hrsg) *Gefährdungsbeurteilung psychischer Belastung. Erfahrungen und Empfehlungen*. Erich Schmidt, Berlin, S 19–44
47. Muramatsu N, Yin L, Lin T-T (2017) Building health promotion into the job of home care aides: transformation of the workplace health environment. *Int J Environ Res Public Health* 14(4):E384. <https://doi.org/10.3390/ijerph14040384>
48. Nejati A, Shepley M, Rodiek S et al (2016) Restorative design features for hospital staff break areas: a multi-method study. *HERD* 9:16–35
49. Nobis S, Lehr D, Ebert DD (2017) *E-Mental-Health – am Beispiel von internetbasierten Gesundheitsinterventionen*. In: Müller-Mielitz S, Lux T (Hrsg) *E-Health-Ökonomie*. Springer Gabler, Wiesbaden, S 723–736
50. Olsen R, Wright RR, Elliot DL et al (2015) The COMPASS pilot study: a Total Worker Health™ intervention for home care workers. *J Occup Environ Med* 57:406–416
51. Oppolzer A (2010) *Gesundheitsmanagement im Betrieb. Integration und Koordination menschengerechter Gestaltung der Arbeit*. VSA, Hamburg
52. Perry L, Nicholls R, Duffield C et al (2017) Building expert agreement on the importance and feasibility of workplace health promotion interventions for nurses and midwives: a modified Delphi consultation. *J Adv Nurs* 73:2587–2599
53. Reindl R (2009) Onlineberatung – zur digitalen Ausdifferenzierung von Beratung. *J Psychol* 17:1–15
54. Richter P, Hacker W (2012) *Belastung und Beanspruchung. Stress, Ermüdung und Burnout im Arbeitsleben*. Asanger, Kröning
55. Riedel-Heller SG, Luppä M, Seidler A et al (2013) *Psychische Gesundheit und Arbeit. Konzepte, Evidenz und Implikationen für Forschung und Praxis*. *Nervenarzt* 84:832–837
56. Rosenbrock R (1993) *Prävention und Gesundheitsförderung in der Arbeitswelt: Der mögliche Beitrag der Krankenkassen zum Paradigmenwechsel betrieblicher Gesundheitspolitik*. WZB Discussion Paper, S 93–205
57. Rövekamp-Wattendorf J, Heckes KT, Technau J (2018) *Betriebliches Gesundheitsmanagement in der Pflege – eine Regionalanalyse*. *Arbeitsmed Sozialmed Umweltmed* 11:735–741
58. Schlick C, Bruder R, Luczak H (2018) *Arbeitswissenschaft*. Springer Vieweg, Berlin
59. Sorensen G, Nagler EM, Hashimoto D et al (2016) Implementing an integrated health protection/health promotion intervention in the hospital setting: lessons learned from the Be Well, Work Well Study. *J Occup Environ Med* 58:185–194
60. Spicker I, Schopf A (2007) *Betriebliche Gesundheitsförderung erfolgreich umsetzen. Praxishandbuch für Pflege- und Sozialdienste*. Springer, Wien
61. Statistisches Bundesamt (2018) *Pflegestatistik – Pflege im Rahmen der Pflegeversicherung: Deutschlandergebnisse*
62. Theobald H (2018) *Pflegearbeit in Deutschland, Japan und Schweden. Wie werden Pflegekräfte mit Migrationshintergrund und Männer in die Pflegearbeit einbezogen?* Hans-Böckler-Stiftung, Düsseldorf
63. Ulich E (2011) *Arbeitspsychologie*. vdf, Zürich
64. Walter U (2010) *Standards des Betrieblichen Gesundheitsmanagements*. In: Badura B, Walter U, Hehlmann T (Hrsg) *Betriebliche Gesundheitspolitik. Der Weg zur gesunden Organisation*. Springer, Heidelberg, S 147–161
65. Wan Chan C, Perry L (2012) Lifestyle health promotion interventions for the nursing workforce: a systematic review. *J Clin Nurs* 21:2247–2261
66. Ware JE, Kosinski M, Keller SD (1996) A 12-item short-form health survey: construction of scales and preliminary tests of reliability and validity. *Med Care* 34:220–233
67. Weissenböck S, Lachout S, Ivan I et al (2006) *Standards der Onlineberatung*
68. Wijnen BFM, Lokkerbol J, Boot C et al (2020) Implementing interventions to reduce work-related stress among health-care workers: an investment appraisal from the employer's perspective. *Int Arch Occup Environ Health* 93:123–132
69. Wohlers K, Hombrecher M (2016) *Entspann dich, Deutschland – TK-Stressstudie 2016*. Techniker Krankenkasse, Hamburg
70. World Health Organization (2019) *WHO guideline: recommendations on digital interventions for health system strengthening*. WHO, Geneva
71. Yang J, Tang S, Zhou W (2018) Effect of mindfulness-based stress reduction therapy on work stress and mental health of psychiatric nurses. *Psychiat Danub* 30:189–196
72. Zhang Y, Flum M, Kotejoshyer R et al (2016) Workplace participatory occupational health/health promotion program: facilitators and barriers observed in three nursing homes. *J Gerontol Nurs* 42:34–42