



Hochschule für Angewandte
Wissenschaften Hamburg
Hamburg University of Applied Sciences

Fakultät Wirtschaft und Soziales
Department Pflege & Management

Bachelorstudiengang Pflegeentwicklung & Management

Gesundheitsförderung in Krankenhäusern

Ergebnisse eines Systematischen Reviews mit dem Fokus auf Pflegende

Bachelor-Thesis

Vorgelegt von:

Elisa Schreiber

(2084365)

Betreuende Prüfende: Frau Prof. Dr. S. Busch

Zweite Prüfende: Frau Prof. Dr. C. Sörensen

Abgabe am:

19.07.2014

Gesundheitsförderung in Krankenhäusern

Ergebnisse eines Systematischen Reviews mit dem Fokus auf Pflegende

Elisa Schreiber

Kurzfassung

Ziel

Diese Thesis hat das Ziel, Betriebliche Gesundheitsförderung (BGF) im Krankenhaus zu betrachten und dabei den Fokus auf Pflegende und deren Nutzen zu legen.

Hintergrund

Pflegende gehören zu den Berufsgruppen, in denen eine hohe Fluktuation sowie ein hoher Krankenstand zu verzeichnen sind. Aufgrund des demographischen Wandels wird die Belastung in der Krankenpflege zunehmen. Um die Gesundheit von Pflegekräften zu fördern und im Berufsleben zu erhalten, ist Gesundheitsförderung für Einrichtungen im Gesundheitswesen unabdingbar geworden.

Design

Systematisches Review.

Methode

Systematische Recherche in den Datenbanken Cinahl, Pubmed, Cochrane und Recherche via Handsuche auf diversen Homepages.

Resultate

Zwei Randomisiert kontrollierte Studien, eine Systematische Übersichtsarbeit und weitere Ergebnisse aus der Handrecherche. Nutzen für Pflegende zeigte sich u.a. durch die Anwendung von Tai Chi in Form eines erhöhten Wohlbefindens am Arbeitsplatz. Weitere Maßnahmen von BGF führen zu Fehlzeitenreduktion, weniger Zigarettenkonsum, einer erhöhten körperlichen Aktivität sowie Stressreduktion. Der Nutzen an sich, wird durch kurzfristige und punktuelle Maßnahmen, in Frage gestellt.

Schlussfolgerungen

BGF sollte in Krankenhäusern weiter systematisiert werden. Wirksamkeit von BGF-Projekten ist im Einzelnen wenig überprüft, da Evaluationen unzureichend erfolgen. Viele einzelne Projekte/Maßnahmen werden für Pflegekräfte durchgeführt. Maßnahmen sind zu kurzlebig in Projekten angelegt, um einen nachhaltigen Nutzen darzustellen.

Empfehlungen für die Praxis

BGF als Unternehmensbestandteil leben unter Zuhilfenahme der Führungsebene. BGF weiter systematisch ausbauen und evaluieren, um Nutzen erkennen zu können und ggf. Maßnahmen an Bedarfe anzupassen, um für nachhaltige Lösungen zu sorgen.

Danksagung

Die vorliegende Thesis wurde im Rahmen des Studienganges Pflegeentwicklung und Management an der Hochschule für Angewandte Wissenschaften in Hamburg erstellt. Viele Menschen haben mich in der Erstellung dieser Arbeit unterstützt. An dieser Stelle möchte ich ihnen meinen Dank aussprechen.

Ein ganz besonderer Dank gilt meiner betreuenden Prüferin Frau Prof. Dr. S. Busch, die mir durch innovative und zugleich anregende Ratschläge nachhaltig zur Seite stand. Ebenso danke ich herzlich Frau Prof. Dr. C. Sörensen für ihr Verständnis und ihre Anregungen zur Themenfindung dieser Arbeit.

Ein weiteres Dankeschön möchte ich meiner Kommilitonin Petra zukommen lassen, mit der die Zugfahrten (Ausflüge) immer witzig, diskussionsfreudig und ergiebig waren. Auf unsere konstruktiven Gespräche hinsichtlich unserer gemeinsamen Arbeiten blicke ich freudig zurück.

Ganz herzlich möchte ich mich bei meinen „zwei Ankern“ Ira und Roland bedanken, für ihre immer gegenwärtige Unterstützung, denn ohne sie wäre ich heute nicht da, wo ich jetzt stehe. Meiner Schwester Alina und meinem Bruder Rik möchte ich hiermit auch Danke sagen- einfach so, dafür dass sie da sind.

Ein besonderer Dank gilt meinem Freund Johannes. Danke, dass du mich so unterstützt hast, wie du es getan hast. Es ist so schön dich an meiner Seite zu haben!

Ebenso möchte ich meiner Patentante Anne danken, die mir immer mit Rat und Tat zur Seite stand, insbesondere wenn sie im Auto saß und Zeit zum Telefonieren hatte.

Zum Schluss möchte ich allen weiteren Menschen Danke sagen, die mich in der letzten Zeit unterstützt, sich für mich und meine Arbeit interessiert und an mich geglaubt haben.

Elisa Schreiber

Hamburg, den 19.07.2014

Inhaltsverzeichnis

KURZFASSUNG	III
DANKSAGUNG	IV
INHALTSVERZEICHNIS	V
ABKÜRZUNGSVERZEICHNIS	VI
ABBILDUNGS- UND TABELLENVERZEICHNIS	VII
1. EINLEITUNG	1
2. THEORETISCHER HINTERGRUND	2
2.1. STAND DER WISSENSCHAFT	2
2.1.1. Begriffsabgrenzungen	5
2.1.2. Zusammenfassung relevanter Ergebnisse	7
2.2. FRAGESTELLUNG	7
3. METHODISCHES VORGEHEN	9
3.1. SYSTEMATISCHE LITERATURRECHERCHE	9
3.1.1. Festlegung der Ein- und Ausschlusskriterien.....	9
3.1.2. Beschreibung der Suchstrategie.....	11
3.2. LITERATURRECHERCHE VIA HANDSUCHE	11
4. ERGEBNISDARSTELLUNG	12
4.1. ERGEBNISSE AUS DER SYSTEMATISCHEN LITERATURRECHERCHE.....	12
4.1.1. Zusammenfassung der Ergebnisse aus den Studien.....	16
4.1.2. Beurteilung der Studienqualität.....	17
4.2. ERGEBNISSE AUS DER LITERATURRECHERCHE VIA HANDSUCHE	18
4.2.1. Zusammenfassung der recherchierten Ergebnisse via Handsuche	20
4.2.2. Beurteilung der Ergebnisse via Handsuche	27
5. DISKUSSION UND SCHLUSSFOLGERUNGEN	29
5.1. INTERPRETATION DER GEFUNDENEN ERGEBNISSE	29
5.2. KRITISCHE BEURTEILUNG DER EIGENEN ERGEBNISSE	34
6. FAZIT	35
LITERATURVERZEICHNIS	37
ANHANG	41
EIDESSTATTLICHE ERKLÄRUNG	52

Abkürzungsverzeichnis

AU-Tage	Arbeitsunfähigkeitstage
BBGM	Bundesverband Betriebliches Gesundheitsmanagement
BGF	Betriebliche Gesundheitsförderung
BGM	Betriebliches Gesundheitsmanagement
CCT	Kontrollierte klinische Studie (<i>engl. Controlled Clinical Trial</i>)
DNBGF	Deutsches Netzwerk für Betriebliche Gesundheitsförderung
DNGfK	Deutsches Netz Gesundheitsfördernder Krankenhäuser
GKV	Gesetzliche Krankenversicherung
IGA	Initiative Gesundheit und Arbeit
INQA	Initiative Neue Qualität der Arbeit
PIKE	Elemente einer Frage: P = Person I = Intervention K = Kontrollintervention E = Ergebnismaß
RCT	Randomisierte kontrollierte Studie (<i>engl. Randomized Controlled Trial</i>)
WHO	Weltgesundheitsorganisation (<i>engl. World Health Organization</i>)

Abbildungs- und Tabellenverzeichnis

Tab. 2.2.: Darstellung der Fragestellung anhand des PIKE- Schemas.....	8
Abb. 4.1.: Ergebnisse der Systematischen Literaturrecherche	13
Tab. 4.1.: Charakteristika der Studien	14
Tab. 4.2.: Suchstrategie der Literaturrecherche via Handsuche	18
Tab. 4.2.1.: 4 Ergebnisse von 100 Unternehmensbeispielen	22

1. Einleitung

„In der einen Hälfte des Lebens opfern wir unsere Gesundheit, um Geld zu erwerben. In der anderen Hälfte opfern wir Geld, um die Gesundheit wiederzuerlangen.“
(Voltaire (1694-1778) o.J.)

Im Rahmen des Studienganges Pflegeentwicklung und Management an der Hochschule für Angewandte Wissenschaften in Hamburg, beschäftigte ich mich in einem Modul mit dem Betrieblichen Gesundheitsmanagement (BGM). Dieses Thema faszinierte mich sehr, da Unternehmen so viel zur Gesundheit ihrer eigenen Mitarbeiter in Form von Betrieblicher Gesundheitsförderung (BGF) bzw. Betrieblichem Gesundheitsmanagement beitragen können. So stellte sich mir die Frage, in wieweit BGF/BGM in Krankenhäusern umgesetzt wird, da ich durch meine berufliche Expertise als Gesundheits- und Krankenpflegerin im Krankenhaussektor, von BGF- Maßnahmen bisher eher einen begrenzten Eindruck erlangen konnte.

Ziel dieser Arbeit ist es, einen Überblick über den wissenschaftlichen Stand von Maßnahmen Betrieblicher Gesundheitsförderung für Pflegende im Krankenhaus zu geben und den damit einhergehenden Nutzen für Pflegekräfte darzustellen.

Im nächsten Kapitel wird der theoretische Hintergrund erläutert. Es wird der Stand der Wissenschaft vorgestellt, auf Begriffsabgrenzungen u.a. auf BGF und BGM eingegangen und wichtige Ergebnisse zusammengefasst, welche sodann als Grundlage zur Herleitung der Fragestellung dieser Thesis dienen. Daran anknüpfend wird im methodischen Teil eine Systematische Literaturrecherche und als Ergänzung daran, eine Handsuche beschrieben. Das vierte Kapitel stellt die Ergebnisse der Recherchen dar und geht auf die Qualität der ermittelten Daten ein. Anschließend werden die Ergebnisse in der Diskussion interpretiert und das Vorgehen in dieser Arbeit kritisch betrachtet. Abschließend findet im Fazit eine kurze Zusammenfassung der Ergebnisse ihren Platz und es werden zukünftige Verbesserungspotentiale aufgezeigt. Eine kurze Stellungnahme der Verfasserin dieser Arbeit, rundet die Thesis ab.

2. Theoretischer Hintergrund

„Es ist immer noch besser, eine Frage zu untersuchen, ohne sie zu entscheiden, als sie zu entscheiden, ohne untersucht zu haben.“

(Joubert o.J. a)

Dieses Kapitel weist zunächst den Stand der Forschung auf und betrachtet dabei die Begriffsabgrenzungen der Gesundheitsförderung, der Betrieblichen Gesundheitsförderung, des Betrieblichen Gesundheitsmanagements und den Begriff des Nutzens. Im Folgenden werden die relevanten Forschungsergebnisse kurz zusammengefasst, welche in dieser Arbeit von Bedeutung sind. Die Theorie bietet die Grundlage, um auf die Fragestellung einzugehen und um im Weiteren eine tiefere Untersuchung zu ermöglichen.

2.1. Stand der Wissenschaft

Im Jahr 1986 fand eine internationale Konferenz zur Gesundheitsförderung in Ottawa statt. Die Teilnehmer der Konferenz verabschiedeten eine Charta unter dem Slogan „Gesundheit für alle“ bis 2000 und darüber hinaus. Der Inhalt der Konferenz bezog sich auf die Gesundheitsförderung von Menschen im Allgemeinen sowie auf die Rahmenbedingungen, die als Voraussetzung gegeben sein sollten bzw. verändert werden müssten, um Menschen gesund zu erhalten bzw. gesundheitlich zu fördern. „Gesundheitsförderndes Handeln bemüht sich darum, bestehende soziale Unterschiede des Gesundheitszustandes zu verringern sowie gleiche Möglichkeiten und Voraussetzungen zu schaffen, damit alle Menschen befähigt werden, ihr größtmöglichstes Gesundheitspotential zu verwirklichen.“ (Weltgesundheitsorganisation 1986, S. 2)

Neben den Ergebnissen der Ottawa-Charta, welche in ihren Formulierungen teilweise sehr abstrakt gehalten worden sind, wurde ein weiteres Konzept durch die Weltgesundheitsorganisation (WHO) erarbeitet. Das Konzept der gesundheitsfördernden Settings beschreibt verschiedene soziale Systeme, indem die Bedingungen von Gesundheit durch bestimmte Rahmenbedingungen gestaltet werden können. Die Umsetzungsstrategie stellt sich durch die verschiedenen Settings dar. So benötigen unterschiedliche Settings verschiedene Maßnahmen. Für die Erprobung des Setting-Ansatzes wurden Akteure von Städten, Schule, Betrieben, Krankenhäusern, Regionen, Gefängnissen und Hochschulen ermittelt. Das Konzept wurde mit einem definierten Grundsatzprogramm und einer Selbstverpflichtung der

Akteure gestartet. Die Reichweite und der Erfolg des Konzeptes sind unterschiedlich groß. Für alle verschiedenen Setting-Ansätze wurden Qualitätskriterien definiert, welche u.a. Struktur- und Prozessqualität aufzeigen. Hinsichtlich der Ergebnisqualität ist bisher laut Hurrelmann 2004 zu wenig geforscht worden. (Altgeld und Kolip 2004, S. 44f.)

Gesundheitsfördernde Krankenhäuser haben bereits Geschäftsstellen und Netzwerkstrukturen aufgebaut sowie formalisierte Aufnahmekriterien festgeschrieben. Das Deutsche Netz Gesundheitsfördernder Krankenhäuser (DNGfK) wurde 1996 gegründet. Unabhängig von der Trägerschaft der Kliniken, können alle Krankenhäuser ihre Mitgliedschaft bekunden. (Lempert-Horstkotte 2009, S. 10) Laut der Homepage des DNGfK werden aktuell 75.000 Mitarbeiter in Krankenhäusern, Rehabilitations- und Pflegeeinrichtungen über das Netzwerk erreicht. Es sei darauf hingewiesen, dass die einzelnen historisch bedeutsamen Konferenzen und deren Inhalte z.B. die Budapester Deklaration Gesundheitsfördernder Krankenhäuser von 1991, die Chiemsee Erklärung des Deutschen Netzes Gesundheitsfördernder Krankenhäuser oder die Wiener Empfehlungen von 1997 sowie die Jakarta Erklärung zur Gesundheitsförderung für das 21. Jahrhundert in einem Grundsatzdokument, welches auf der Homepage zu finden ist, nachgelesen werden können. (DNGfK 2010) Aufgrund des Umfangs dieser Thesis kann nicht weiter vertiefend auf den Inhalt der Dokumente eingegangen werden.

Rund 10% der Gesamtbeschäftigten in Deutschland finden im Gesundheitswesen ihren Arbeitsplatz. Sie werden künftig durch den demographischen Wandel stetig konkurrenzfähig und gesucht werden. (Wiskow et al. 2010, S. 2) Im Sondergutachten des Sachverständigenrates zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen 2012 wird erwähnt, dass die Berufsverweildauer in der Krankenpflege, bezogen auf den Krankenhausbereich, gering ist und die Arbeitsunzufriedenheit sowie der Krankenstand als hoch zu verzeichnen sind. Gründe liegen u.a. in körperlichen Beeinträchtigungen sowie den hohen psychosozialen Belastungen Pflegenden. (Sachverständigenrat 2012, S. 44) Studienergebnisse zeigen darüber hinaus „(...) berufsgruppenspezifische Befunde, bei denen das Pflegepersonal v. a. Probleme im Bereich des Rückens und der Haut beklagte (...)“. (Fischmann et al. 2010, S. 245) Blum et al. 2000 beschreiben drei Belastungstypen. Zum einen können die Risiken aus der Umgebung entstehen, wie z.B. der Umgang von Pflegenden mit Zytostatika.

Die zweite Gefahrenquelle stellen der ergonomische Umgang und dessen Bewusstsein sowie für die Pflege spezifische Belastungen des Stütz- und Bewegungsapparates, dar. Letztlich seien die hohen psychosozialen Belastungen Pflegenden zu erwähnen, die in dieser Berufsgruppe unabdingbar erscheinen, wie z.B. der Umgang mit schwerkranken Patienten. (Blum 2009, S. 731)

Wiskow et al. 2010 skizzieren, dass die Kosten, die sich durch eine Verbesserung des Arbeitsumfeldes, wie Betriebliche Gesundheitsförderung ergeben, mit den Kosten verglichen werden müssen, die durch schlechtere Arbeitsbedingungen entstehen. „Schätzungen besagen, dass die durch Fluktuation direkt oder indirekt entstandenen Kosten pro Pflegekraft in Australien bei 16.600 USD (...) und in den USA bei 33.000 USD (...)“ (Wiskow et al. 2010, S. 3) liegen. Renditen zwischen 0,34 und 80 zeigen auf, dass Betriebliche Gesundheitsförderung sich für Unternehmen lohnen kann, sofern sich Effekte abbilden lassen. (Fritz und Richter 2011, S. 125)

Aus Sicht der Gesetzlichen Krankenversicherungen (GKV) können Maßnahmen der Betrieblichen Gesundheitsförderung bzgl. Muskel- und Skeletterkrankungen innerhalb von 3-5 Jahren zur Abnahme von Arbeitsunfähigkeits- (AU-)Tagen zwischen 43%-78% führen. (Schröer et al. 2006, S. 80) Im Weiteren ist bekannt, dass „(...) die Teilnahme an betrieblichen Gesundheitsförderprogrammen Absentismus signifikant reduziert und die Arbeitszufriedenheit deutlich zu steigern vermag.“ (Fritz und Richter 2011, S. 124)

Angesichts dieser Begründungsgrundlage von gesundheitsfördernden Maßnahmen ist es notwendig, „(...) in die umfassende Gesundheitsförderung der Mitarbeiter zu investieren. Eine Vielzahl von erprobten Modellen und Projekten kann hier als Anregung dienen.“ (Sachverständigenrat 2012, S. 44) Diverse Projektberichte und gute Beispiele aus der Pflegepraxis können u.a. der Homepage Initiative neue Qualität der Arbeit (INQA) entnommen werden. So lassen sich über die interaktive INQA-Karte (siehe A1: Screenshot INQA-Karte) 18 Einrichtungen für die Branche „Gesundheits-Veterinär-Sozialwesen“ unter den 100 besten Unternehmensbeispielen auf der INQA-Homepage detailliert nachlesen, wobei sich vier ausschließlich auf die Rubrik Gesundheit beziehen. (INQA o.J.)

Die Krankenkassen geben um die 339 Millionen Euro im Jahr für Prävention und Gesundheit aus. Aber wer wirklich davon profitiert und ob das Geld auch für Mitarbeiter in der Pflege im Rahmen einer Betrieblichen Gesundheitsförderung veräußert wird, erscheint undurchsichtig. (Badura 2010, S. 26)

2.1.1. Begriffsabgrenzungen

Die folgend angeführten Begriffsabgrenzungen versuchen zu verdeutlichen, welche Unterschiede es im Hinblick auf Gesundheitsförderung, Betriebliche Gesundheitsförderung, Betriebliches Gesundheitsmanagement gibt und was in dieser Arbeit unter dem Nutzenbegriff zu verstehen ist.

Gesundheitsförderung

Die WHO beschreibt in ihrer Charta 1986: „Gesundheitsförderung zielt auf einen Prozess, allen Menschen ein höheres Maß an Selbstbestimmung über ihre Gesundheit zu ermöglichen und sie damit zur Stärkung ihrer Gesundheit zu befähigen.“ (Weltgesundheitsorganisation 1986, S. 1)

Der Unterschied zur Prävention zeigt sich darin, dass die Gesundheitsförderung eine Art Promotionsstrategie verfolgt, währenddessen der Prävention eine Vermeidungsstrategie zu Grunde liegt. Die Promotionsstrategie zeichnet sich durch „(...) eine Stärkung der gesundheitlichen Entfaltungsmöglichkeiten (...)“ (Hurrelmann et al. 2004, S. 11) aus unter der Voraussetzung, dass sich die Lebensbedingungen verbessern. Dies bedeutet, dass die individuellen Fähigkeiten hinsichtlich der eigenen Gesundheit und Lebensgestaltung verbessert und gefördert werden sollen. (Hurrelmann et al. 2004, S. 11f.)

Betriebliche Gesundheitsförderung (BGF)

„Betriebliche Gesundheitsförderung bezieht sich auf alle betrieblichen Maßnahmen zur Sicherung, zur Stärkung oder Erhöhung gesundheitsbezogener Widerstandsreserven.“ (BBGM 2012, S. 8)

Nach dem SGB V §20a Abs. 1: Betriebliche Gesundheitsförderung wird Folgendes beschrieben. Die Krankenkasse erbringt „Leistungen zur Gesundheitsförderung in Betrieben (betriebliche Gesundheitsförderung), um unter Beteiligung der Versicherten und der Verantwortlichen für den Betrieb die gesundheitliche Situation einschließlich ihrer Risiken und Potenziale zu erheben und Vorschläge zur Verbesserung der gesundheitlichen Situation sowie zur Stärkung der gesundheitlichen Ressourcen und Fähigkeiten zu entwickeln und deren Umsetzung zu unterstützen.“ (Klie und Stascheit 2011, S. 594)

Betriebliches Gesundheitsmanagement (BGM)

Badura et al (2010) skizziert „Unter Betrieblichem Gesundheitsmanagement verstehen wir die Entwicklung betrieblicher Strukturen und Prozesse, die die gesundheitsförderliche Gestaltung von Arbeit und Organisation und die Befähigung

zum gesundheitsfördernden Verhalten der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter zum Ziel haben.“ (Badura 2010, S. 33)

Der Bundesverband Betriebliches Gesundheitsmanagement (BBGM) beschreibt das BGM als eine planvolle „(...) Organisation, Steuerung und Ausgestaltung betrieblicher Prozesse (...)“ (BBGM 2012, S. 9) mit dem Ziel, die Arbeitsbewältigungsfähigkeit von Mitarbeitern zu erhalten und zu fördern.

Die „Kernelemente sind (...) vor allem eine sorgfältige Diagnostik, daraus abgeleitete Interventionen und eine abschließende Evaluation.“ (Ducki 2002, S. 420)

Der Nutzen

Der Nutzen ist ein „wirtschaftlicher Wert. In der Haushaltstheorie bzw. der Nutzentheorie die Fähigkeit eines Gutes, ein bestimmtes Bedürfnis des konsumierenden Haushalts befriedigen zu können (...). In der Ethik findet ein weit gefasster Nutzenbegriff Verwendung, der etwa ein gutes Gefühl, soziale Achtung, individuelle Identität usw. umfasst.“ (Springer Fachmedien Wiesbaden GmbH o.J.)

In dieser Arbeit soll der Nutzen, der sich für die Berufsgruppe der Pflege aus den betrieblichen gesundheitsfördernden Maßnahmen ergibt, abgebildet werden. Es soll nicht primär der wirtschaftliche Wert betrachtet werden. Vielmehr wird der Begriff des Nutzens aus der ethischen Sichtweise Anwendung finden, da der wirtschaftliche Nutzen der BGF-Maßnahmen für den Krankenhausbereich in der Literatur bisher kaum abgebildet wird und wie bereits angedeutet, die Berufsgruppe der Pflege im Fokus stehen soll. „Da die Maßnahmen selbst auch mit Kosten verbunden sind, erwarten Unternehmen einen Nachweis der Effekte und des finanziellen Nutzens der Maßnahmen. Bisherige Ansätze konzentrieren sich auf kurzfristige und leicht in Geld messbare Erfolgskriterien wie den Krankenstand und greifen damit inhaltlich zu kurz.“ (Fritz und Richter 2011, S. 125)

So stellt der Nutzen von BGF für Pflegende in diesem Kontext einen verbesserten Gesundheitszustand dar, der in dieser Arbeit nähere Beachtung finden soll. (Cloetta et al. 2007, S. 225) Unter verbessertem Gesundheitszustand ist in dieser Thesis eine Steigerung der Arbeitsplatzzufriedenheit, ein Rückgang der AU-Tage sowie ein verbessertes mentales Wohlbefinden von Pflegekräften zu verstehen.

2.1.2. Zusammenfassung relevanter Ergebnisse

Die Grundlagen Betrieblicher Gesundheitsförderung, welche ihre Bedeutungen sind und für wen diese gelten sollen, werden bereits seit 1986 durch die Konferenz der WHO in Ottawa beschrieben. Darüber hinaus ist in der Budapester Deklaration Gesundheitsfördernder Krankenhäuser von 1991 festgehalten, dass ein 'Gesundheitsförderndes Krankenhaus' „gesunde Arbeitsbedingungen für alle Mitarbeiterinnen des Krankenhauses schaffen (...)“ soll. (DNGfK 2010, S. 9)

Die Rahmenbedingungen in der Pflege und die Problematik der überdurchschnittlichen Erkrankungen im Pflegebereich sind seit vielen Jahren bekannt. (Sachverständigenrat 2012, S. 43f.)

Die positiven Effekte der Betrieblichen Gesundheitsförderung wurden bereits durch mehrere Studien nachgewiesen. (Fritz und Richter 2011, S. 124) „Bezogen auf einzelne Interventionstypen, z.B. Rückenschulen, liegen inzwischen sowohl Langzeituntersuchungen als auch Metastudien vor.“ (Müller 2009, S. 18)

Ursprünglich war die Idee der Verfasserin, eine Thesis zu evaluierten BGMs in Krankenhäusern, bezogen auf die Berufsgruppe der Pflege zu schreiben, d.h. die Ergebnisqualität von BGM näher zu betrachten. Da einerseits die implementierten BGMs im Krankensektor, nach anfänglichen Recherchen, sehr gering erscheinen und es darüber hinaus kaum Veröffentlichungen zu systematisch evaluierten BGMs bezogen auf die Pflege gibt, wird in der weiteren Arbeit die Betriebliche Gesundheitsförderung und der daraus resultierende Nutzen für Pflegende im Krankenhausbereich näher betrachtet.

2.2. Fragestellung

Aus dem vorherigen Kapitel wird deutlich, mit welchen gesundheitlichen Problemen die Berufsgruppe der Pflege zu kämpfen hat und dass durch betrieblich initiierte Interventionen die Gesundheit gefördert werden kann.

Anhand des PIKE-Schemas wird die Grundlage der Fragestellung dieser Arbeit gebildet. Der nachfolgenden Tabelle können die Grundelemente der Fragestellung entnommen werden. „Der Sinn dieses Schemas ist, sich zum einen des Problems bewusster zu werden, indem man es von mehreren Seiten beleuchtet; zum anderen erleichtert eine klare Fragestellung die anschließende Recherche, da die Frage nach dem PIKE-Schema in der Regel die zentralen Schlüsselworte schon enthält.“ (Behrens und Langer 2010, S. 125)

Tab. 2.2.: Darstellung der Fragestellung anhand des PIKE- Schemas

Personen	Intervention	Kontrollintervention	Ergebnismaß
Pflegende im Krankenhaus	Durchführung Betrieblicher Gesundheitsförderung	Keine Durchführung Betrieblicher Gesundheitsförderung	Nutzen für Pflegende (siehe Nutzenbegriff)

In Anlehnung an: (Behrens und Langer 2010, S. 125)

Dem Element der Person wird die Berufsgruppe der Pflege, bezogen auf den Krankenhaussektor, zugewiesen. Diese Personengruppe sollte die Intervention der Betrieblichen Gesundheitsförderung erhalten. Die Kontrollgruppe bestünde demnach aus Pflegenden, die keine Betriebliche Gesundheitsförderung erfahren. Das Ergebnis wird anhand des Nutzens von Pflegenden ermittelt (vgl. 2.1.1. Der Nutzen und 3.1.1. Ergebnismaß). Anhand der obigen Tabelle wird folgende Fragestellung abgeleitet:

„Werden betriebliche gesundheitsfördernde Maßnahmen im Krankenhaus durchgeführt und ergibt sich daraus ein Nutzen für Pflegende?“

Diese Hauptfrage inkludiert selbstverständlich weitere Unterfragen, welche für diese Thesis wichtig erscheinen. So gilt es, durch die Auswertung der Studien heraus zu finden, welche konkreten Maßnahmen es für die Berufsgruppe der Pflegenden gibt, ob sich die Arbeitsplatzzufriedenheit erhöht und dadurch ggf. die Fluktuation aus dem Beruf geringer wird und in wieweit BGF Auswirkungen auf die AU-Tage sowie das Wohlbefinden von Pflegenden hat.

3. Methodisches Vorgehen

*„(...) Nicht alle relevante Literatur finden Sie über Datenbanken. Aber das ist kein Grund, nicht wenigstens die Literatur zur Kenntnis zu nehmen, die Sie in Datenbanken finden.“
(Behrens und Langer 2010, S. 138)*

Im folgenden Kapitel wird das methodische Vorgehen der Thesis dargestellt. Der erste Schritt begann mittels einer Systematischen Literaturrecherche. Das darauffolgende Kapitel stellt eine Literaturrecherche via Handsuche vor und dient als Ergänzung sowie Vertiefung der bereits durch die systematische Literaturrecherche gefundenen Datensätze.

3.1. Systematische Literaturrecherche

Die Literaturrecherche erfolgte unter Berücksichtigung der Kriterien zur Erstellung einer Systematischen Übersichtsarbeit nach Behrens und Langer 2010. (Behrens und Langer 2010, S. 137–153) Bevor die Literaturrecherche durchgeführt worden ist, wurden Ein- und Ausschlusskriterien definiert, die den Rahmen für die zu analysierende Literatur bildeten. Anschließend wird die Suchstrategie, in ihren einzelnen Schritten, beschrieben.

3.1.1. Festlegung der Ein- und Ausschlusskriterien

Folgend werden die Ein- und Ausschlusskriterien aufgeführt, welche für die systematische Literaturrecherche die Grundlage darstellen.

Studienarten

Um möglichst wissenschaftsbasierte Studien zu erhalten, werden Filter für das Studiendesign wie Randomisierte kontrollierte Studien (RCT's), Systematische Übersichtsarbeiten und Kontrolliert Klinische Studien (CCT's) genutzt. Dadurch können Publikationen erschlossen werden, welche in der Hierarchie der Evidenz eher einen höheren Stellenwert einnehmen und dadurch valider erscheinen. (Behrens und Langer 2010, S. 203f.) Der Gesundheitsforschungsrat stellte 2007 in Berlin im Rahmen eines Workshops fest, „(...) dass für eine Nutzenbewertung im Sinne einer Kausalitätsprüfung RCTs (...) den Goldstandard darstellen.“ (Bundesministerium für Bildung und Forschung 2007, S. Abs1:47)

Querschnittsstudien werden ausgeschlossen, da diese ungeeignet sind, um Auswirkungen, in diesem Fall die Auswirkung von BGF auf Pflegende, nachzuweisen. (Behrens und Langer 2010, S. 196)

Personengruppe

In dieser Thesis werden Studien berücksichtigt, welche examinierte Pflegekräfte sowie Pflegehilfskräfte in Krankenhäusern untersuchen. Studien, die sich auf andere Personengruppen beziehen, wie etwa Ärzte oder Patienten werden nicht berücksichtigt, da die Rahmenbedingungen zu unterschiedlich wären. Durch den Ausschluss von anderen Personengruppen wird eine homogenere Personengruppe betrachtet.

Interventionen

Eingeschlossen werden Interventionen, welche die Gesundheit Pflegender am Arbeitsplatz fördern. Folglich werden Interventionen der betrieblichen Gesundheitsförderung hinsichtlich physischer und psychischer Gesundheit eingeschlossen. Darunter sind Maßnahmen zur Stressreduktion, Arbeitsplatzgestaltung, Fitness und Maßnahmen zur Umsetzung einer gesünderen Lebensführung zu verstehen.

Studien, die Pflegende als durchführenden Akteur von BGF beschreiben und den Nutzen für Patienten betrachten, werden aufgrund der Fragestellung dieser Arbeit ausgeschlossen.

Setting

Da BGF im Krankenhaus betrachtet werden soll, werden andere Umgebungen wie ambulante Unternehmen oder Altenpflegeeinrichtungen nicht weiter berücksichtigt und nur das Setting Krankenhaus inkludiert.

Ergebnismaß

Das Ergebnis soll sich in dem Nutzen für Pflegende abbilden. Nutzen kann in Form einer Erhöhung des Wohlbefindens von Pflegenden abgebildet werden. Ebenso durch eine Erhöhung der Arbeitsplatzzufriedenheit oder Abnahme von Arbeitsunfähigkeitstagen. Weitere Nutzenmaße können in dieser Arbeit, aufgrund des Umfanges, keine Berücksichtigung erfahren.

Weitere limitierende Kriterien sind, dass die Studien in der Volltextversion frei zugänglich erschienen sind, diese in deutscher oder englischer Sprache veröffentlicht wurden und der Veröffentlichungszeitraum zwischen 1986 und März 2014 liegt. Dieser Zeitraum wurde so großzügig gewählt, da alle Publikationen erfasst werden sollten, die seit der Ottawa-Charta, seitdem „Gesundheit für Alle“ gefordert wurde, erschienen sind.

3.1.2. Beschreibung der Suchstrategie

Das Recherchieren nach bestmöglicher externen Evidenz ist unter Hilfenahme der Datenbanken Cochrane Library¹, Pubmed² und Cinahl³ erfolgt.

Die Schlüsselworte, mit denen die Recherche durchgeführt worden ist, ergaben sich aus der formulierten Fragestellung dieser Arbeit. Folglich wurden die deutschen Suchworte ins Englische übersetzt und die Einzeltreffer mit *workplace health promotion* (Betriebliche Gesundheitsförderung), *health promotion* (Gesundheitsförderung), *nurse* (Krankenschwester), *care* (Pflege), *hospital* (Krankenhaus), *benefit for nurse* (Nutzen der Krankenschwester) ermittelt und durch die festgelegten Limits begrenzt (siehe Abb. 4.1.). Anschließend wurden die Suchbegriffe mit den Boole'schen Operatoren OR und AND kombiniert (siehe A2: Suchstrategie der systematischen Literaturrecherche). Nachdem die Ergebnisse verknüpft worden sind, reduzierten sich die Treffer durch die logischen Operatoren und die eingestellten Limits, sodass diese näher betrachtet werden konnten. Anhand der festgelegten Kriterien und der Sichtung von Titel und Abstract wurden Studien daraufhin ein- bzw. ausgeschlossen. Die Ergebnisse der Literaturrecherche werden im vierten Kapitel vorgestellt.

3.2. Literaturrecherche via Handsuche

Da die systematische Literaturrecherche insgesamt betrachtet wenig Literatur für die Beantwortung der Fragen dieser Arbeit ergab, wurde darüber hinaus eine Literaturrecherche via Handsuche durchgeführt. Die Handsuche wurde im März 2014 auf verschiedenen Webseiten⁴, über die Suchfunktion der jeweiligen Webseite, mit den Suchworten *Betriebliches Gesundheitsmanagement*, *Betriebliche Gesundheitsförderung*, *Pflege*, *Nutzen für Pflegende* und *Krankenhaus* durchgeführt. Ferner wurde der BBGM via Schriftverkehr mit der Fragestellung dieser Thesis und der Bitte um Zusendung von erfragtem Material kontaktiert. Jedoch konnte dem nicht nachgekommen werden, da dem BBGM keine Publikationen hinsichtlich der Fragestellung vorliegen.

¹ <http://www.thecochranelibrary.com/>

² <http://www.pubmed.gov/>

³ <http://www.cinahl.com/>

⁴ www.bmg.bund.de, www.svr-gesundheit.de, www.gkv-spitzenverband.de, www.bgm-bv.de, www.inqa.de/DE/Startseite/start.html, www.destatis.de, www.euro.who.int/de/home, www.iga-info.de

4. Ergebnisdarstellung

„(...) was das immer richtige Resultat betrifft, ergebnisreich, aber wirklich geschehn ist nichts.“

(Kafka o.J.)

Im vierten Kapitel werden die Ergebnisse der Literaturrecherche detailliert vorgestellt. Anfangs wird auf das Resultat der systematischen Literaturrecherche eingegangen. Daran anknüpfend werden die Ergebnisse der Handsuche dargelegt.

4.1. Ergebnisse aus der Systematischen Literaturrecherche

In den drei Datenbanken wurden insgesamt 524.824 Einzeltreffer ermittelt (siehe Abb. 4.1.: Ergebnisse der systematischen Literaturrecherche). Anschließend wurden die Einzeltreffer durch die Anwendung der logischen Operatoren auf insgesamt 336 Treffer reduziert. Diese reduzierten sich nach der Sichtung der Treffer auf schlussendlich drei Studien, welche den Ein- bzw. Ausschlusskriterien (vgl. 3.1.1.) dieser Arbeit entsprachen. Die Suchstrategie ist im Anhang (A2: Detaillierte Suchstrategie der systematischen Literaturrecherche (EXCEL)) nochmals tabellarisch nachzuvollziehen.

Um eine Übersicht über die Studien zu erhalten, wurden diese mit Hilfe der CONSORT-Checkliste für RCT's (Campbell et al. 2012) und der PRISMA-Checkliste für Reviews (Moher 2009) auf ihre Vollständigkeit hin überprüft. Diese ausgefüllten Checklisten, bezogen auf die drei ermittelten Studien, sind dem A3-A5 zu entnehmen.

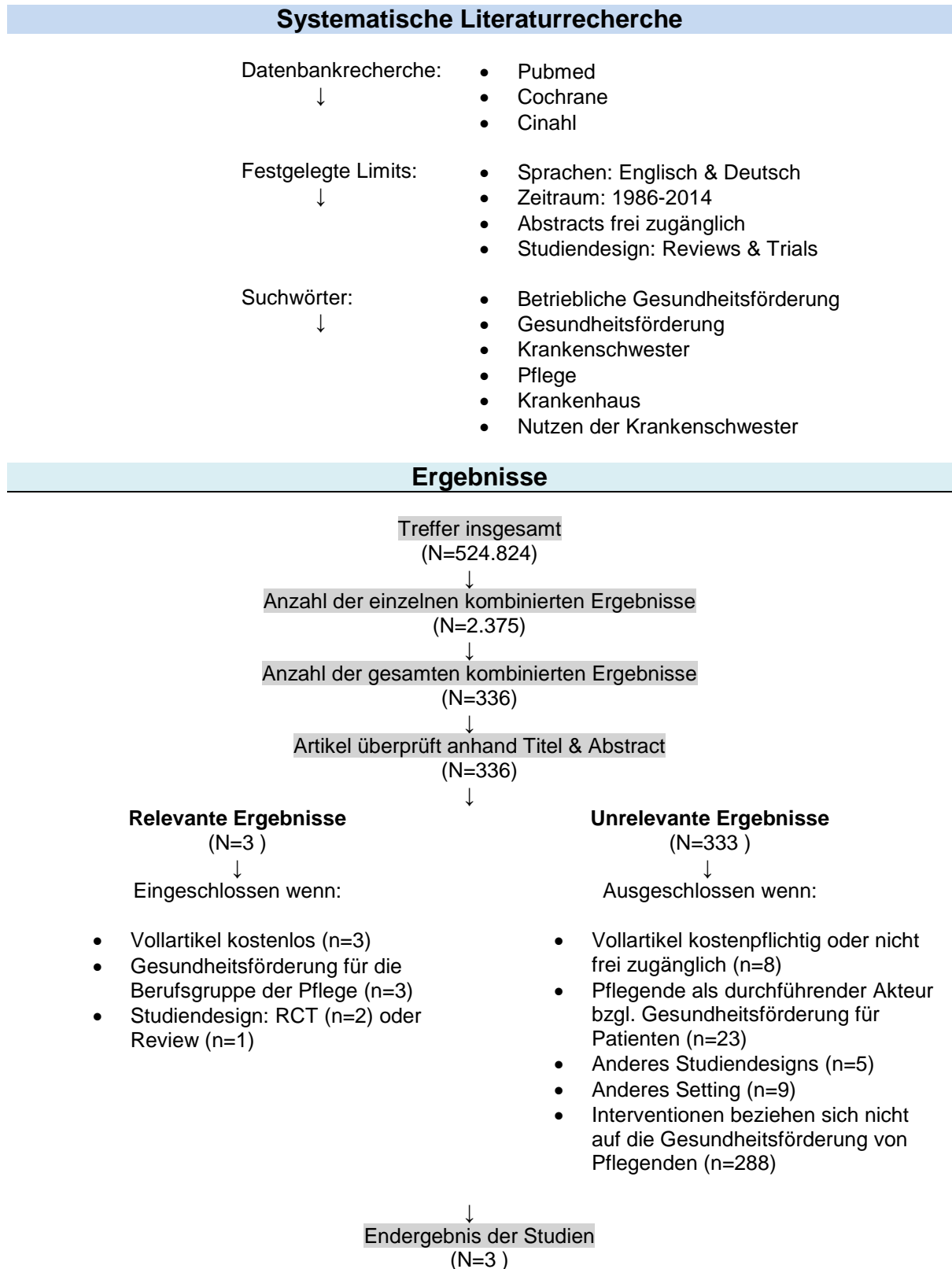
Bei der ersten Studie handelt es sich um eine Systematische Übersichtsarbeit⁵ von 2012, welche sich mit Krankenschwestern und deren Lebensweisen sowie gesundheitsfördernden Maßnahmen am Arbeitsplatz beschäftigt. Bei den anderen beiden Treffern geht es um Randomisierte kontrollierte Studien. Eine RCT⁶, die 2012 veröffentlicht wurde, beschäftigt sich mit Tai Chi für ältere Krankenschwestern am Arbeitsplatz, wohingegen sich die zweite RCT⁷, welche 2011 veröffentlicht wurde, mit der psychischen Gesundheit der Berufsgruppe Pflegender auseinandersetzt. Die Studien werden in der Tabelle 4.1. bezüglich ihrer Charakteristika aufgeführt und im Kapitel 4.1.2. hinsichtlich der Studienqualität beurteilt.

⁵ Chan und Perry 2012

⁶ Palumbo et al. 2012

⁷ Gärtner 2011

Abb. 4.1.: Ergebnisse der Systematischen Literaturrecherche



Quelle: Eigene Darstellung der Verfasserin

Tab. 4.1.: Charakteristika der Studien

Charakteristika der eingeschlossenen Studien			
Titel	Lifestyle health promotion interventions for the nursing workforce: a systematic review	Tai Chi for older nurses: A workplace wellness pilot study	The Mental Vitality @ Work study: design of a randomized controlled trial on the effect of a workers ' health surveillance mental module for nurses and allied health professionals
Autor	Chan, Choi Wan; Perry, Lin	Palumbo, Mary Val et al.	Gärtner, Fania R et al.
Quelle	© 2012 Blackwell Publishing Ltd Journal of Clinical Nursing, 21, 2247–2261, doi: 10.1111/j.1365- 2702.2012.04213.x	Applied Nursing Research 25 (2012) 54–59 Available online at www.sciencedirect.com doi:10.1016/j.apnr.2010.01.002	BMC Public Health 2011, 11:290 http://www.biomedcentral.com/1471-2458/11/290 Trial RegistrationNTR2786
Frage- stellung/ Ziel- setzung	Identifizierung von betrieblichen gesundheitsfördernden Maßnahmen zur Steigerung von Gesundheitsfaktoren von älteren arbeitenden Krankenschwestern.	Beurteilung der Durchführung eines Tai Chi Programms am Arbeitsplatz hinsichtlich der Kosteneffektivität in Bezug auf die Steigerung der physischen und mentalen Gesundheit, Reduzierung des Stresses und Erhöhung der Produktivität am Arbeitsplatz von älteren Krankenschwestern im Krankenhaus.	Arbeitnehmer im Gesundheitswesen besitzen ein hohes Risiko in ihrer psychischen Verfassung zu leiden. Die Auswirkung der mentalen Verfassung hat Konsequenzen für die Qualität in der Pflege dieser Arbeitnehmer. Vorbeugungsmaßnahmen sind notwendig, um die Gesundheit und Produktivität zu erhalten. Eine Arbeitnehmer Gesundheitsüberwachung (Workers Health Surveillance= WHS) ist ggf. eine effektive Strategie um die Gesundheit und Arbeitsproduktivität zu fördern.
Design	Systematisches Review	Randomisierte kontrollierte Untersuchung von zwei Gruppen	Randomisierte kontrollierte Untersuchung von drei Gruppen
Stich- probe	Krankenschwestern	11 weibliche Krankenschwestern im durchschnittlichen Alter von 54,4 Jahren	1731 Krankenschwestern und Heilhilfsberufe
Setting	Internationales Gesundheitswesen	Amerikanisches Krankenhaus	Holländisches Krankenhaus

Studien-ablauf	<p>Festlegung von Ein- und Ausschlusskriterien. Festlegung von Probanden, Interventionen und Ergebnismaßstäben. Literatursuche in sieben Datenbanken, im Zeitraum 2000-2011. Darüber hinaus wurde in einem Journal eine Handsuche durchgeführt und alle Referenzen der Studien berücksichtigt.</p>	<p>Deskriptive Beschreibung der zwei Studiengruppen, wobei eine Gruppe während der Zeit die Interventionen erhielt.</p>	<p>Durchführung einer randomisierten Untersuchung mit drei Gruppen. Nach drei und sechs Monaten nach follow-up werden die Ergebnisse online mittels Fragebogen ermittelt. Mittels digitalem Screening in allen drei Gruppen werden Probleme bzgl. mentalem Wohlbefinden und der Arbeitsproduktivität aufgespürt und je nach Gruppe interveniert. Am Ende der Untersuchung haben alle Probanden die Möglichkeit Selbsthilfe über den digitalen Weg anzunehmen.</p>
Interven-tionen	<p>Folgende Bereiche für diverse Interventionen wurden berücksichtigt: Übergewicht oder Fettleibigkeit, Diäten/ Ernährungsgewohnheiten, physische Aktivität, Rauchen, Alkoholkonsum.</p>	<p>Die Tai Chi Gruppe (N=6) besuchte einmal pro Woche die Tai Chi Klasse auf der Arbeit und sollte 10 min. pro Tag an vier Tagen in der Woche insgesamt 15 Wochen lang Übungen für sich selber durchführen. Die Kontrollgruppe (N=5) erhielt keine Interventionen.</p>	<p>Im Falle von Beeinträchtigungen wird in dem ersten Interventionsarm die Konsultation eines Arbeitsmediziners vorgeschlagen. In dem zweiten Interventionsarm werden Selbsthilfemaßnahmen online vorgeschlagen, welche auf den individuellen mentalen Status sowie die Arbeitsposition eingehen. Die Kontrollgruppe füllt das digitale Screening aus, erhält aber keine weiteren Interventionen.</p>
Daten-analyse	<p>Durch die Nutzung der Software EndNote X4.0.2. wurden Daten in einem dreistufigen Prozess analysiert. 1. Titel und Abstract wurden von einem Reviewer gesichtet, um irrelevantes Material auszuschließen. Listen von relevantem und irrelevantem Material wurden angefertigt. 2. Zwei Reviewer sichteten die Titel und Abstracts aufgrund der Ein- u. Ausschlusskriterien und diskutierten darüber.</p>	<p>Messinstrumente waren SF-36 Health Survey, Nursing Stress Scale (NSS), Perceived Stress Scale (PSS), Sit-and Reach test, Functional Reach test, the Work Limitations Questionnaire, workplace injury und unscheduled time off.</p>	<p>Die Daten wurden mittels eines onlinegestellten Fragebogens erhoben.</p>

	3. Die zwei Reviewer haben unabhängig im dritten Schritt die Charakteristiken der Studien anhand von CONSORT und PRISMA Checklisten herausgearbeitet und anschließend diskutiert.		
Ergebnisse	Drei Studien, eine aus Kanada, eine aus den USA und eine aus Taiwan, wurden näher betrachtet. Die Ergebnisse zeigten auf, dass ein Nutzen für Krankenschwestern bei der Arbeit zu verzeichnen ist. Der Zigarettenkonsum nahm während der Interventionen ab, Gewichtsreduzierung folgte und es gab eine Zunahme hinsichtlich der körperlichen Aktivitäten. Die Pause von Krankenschwestern während der Arbeit ist ein wichtiges Ergebnis.	Die Tai Chi Gruppe wies keine unentschuldigten Fehlzeiten auf, wobei die Kontrollgruppe 49h abwesend war. Ebenso zeigten sich eine 3%ige Steigerung der Arbeitsproduktivität und eine signifikante Steigerung in der Arbeit vom Funktionsbereich. Die anderen Ergebnisse waren statistisch gesehen nicht relevant.	(Prospektiv: Es wird eine Kosteneffektivität z.B. durch den Anstieg des Wohlbefindens und der damit verbundenen steigenden Arbeitsproduktivität von Pflegenden durch beide Interventionen erwartet und eine Prozessevaluation entwickelt.)
Schlussfolgerungen der Original-Autorinnen	Der Arbeitsplatz für Gesundheitsförderung ist potentiell eine ergiebige Möglichkeit. Dennoch sollten Krankenschwestern diese für sich bewusst machen und als eine der partizipativen Gruppen im Gesundheitswesen für sich realisieren.	Die Durchführung von Tai Chi mit älteren Krankenschwestern wird als kosteneffektive Möglichkeit bzgl. des Wohlbefindens am Arbeitsplatz gesehen, welches zu einer Wiederholung mit einer größeren Stichprobe ermutigt.	Wenn WHS für Krankenschwestern und Heilberufe in einer größeren Kontrollgruppe als effektive Interventionen geprüft wird, könnte das WHS regulär in Krankenhäuser implementiert werden, um das mentale Wohlbefinden und die Arbeitsfähigkeit zu steigern.

Quelle: Eigene Darstellung der Verfasserin in Anlehnung an Chan und Perry 2012, Palumbo et al. 2012 und Gärtner 2011

4.1.1. Zusammenfassung der Ergebnisse aus den Studien

Zusammenfassend kann der Nutzen durch BGF für Pflegende, egal ob es sich um physische oder psychische Interventionen handelt, als ein Mehrwert gewertet werden. Die Studien zeigen u.a. auf, dass die körperliche Aktivität durch Interventionsmaßnahmen zugenommen hat und die Pause während der Arbeitszeit einen wichtigen Erholungsfaktor darstellt. (Chan und Perry 2012) Die Fehlzeiten haben sich darüber hinaus reduziert, die Arbeitsproduktivität ist gestiegen und das Wohlbefinden am Arbeitsplatz hat zugenommen. (Palumbo et al. 2012) Ebenso kann eine Kosteneffektivität hinsichtlich der Implementierung eines gesundheitsförderlichen Modells im Sinne einer Arbeitnehmer

Gesundheitsüberwachung, welches Pflegende mental unterstützen soll, erwartet werden. (Gärtner 2011)

4.1.2. Beurteilung der Studienqualität

Die Beurteilung der Studienqualität wurde durch die Verfasserin dieser Thesis, unter Hilfenahme der Vorgehensweise nach Behrens und Langer 2010 erstellt.

Insgesamt betrachtet erweisen sich die beiden RCTs und das Systematische Review als umfangreiche Quellen, die auf der Basis der PRISMA- und CONSORT-Checklisten beinahe lückenlos beantwortet werden konnten (siehe A3-A5).

Das Systematische Review von Chan und Perry 2012 erfolgte gemäß den Erstellungskriterien für Systematische Übersichtsarbeiten durch zwei Personen. (Behrens und Langer 2010, S. 274) Die Studie weist klare Zielformulierungen sowie Ein- und Ausschlusskriterien auf. Es ist aber nicht auszuschließen, dass ein Publikations-Bias besteht, da die Verfasser neben der subjektiven Beurteilung keinen Funnel Plot oder Egger's Test aufgeführt haben. Die Glaubwürdigkeit der genannten Studien wurde anhand von anerkannten Checklisten eingeschätzt und die Beurteilung dieser ist nachvollziehbar dargestellt. Die Übertragbarkeit der Ergebnisse auf diese Arbeit lässt sich durch ein ähnliches Setting und die Berufsgruppe Pfleger durchaus rechtfertigen. (Chan und Perry 2012)

Die Randomisierte klinische Untersuchung von Palumbo et al. 2012 wies nicht die Art der Erhebung, in diesem Fall eine RCT, in ihrem Titel auf. Auch die kleine Probandengruppe und die Auswahlstrategie der freiwilligen Teilnehmer erscheinen fragwürdig. Es fand keine sachgerechte Randomisierung der Studienteilnehmer aufgrund des individuellen Interesses und der anschließenden Teilnahme an der Studie statt. „Eine unangemessene Zuteilung führt im Durchschnitt zu einer Überschätzung des Behandlungseffektes um 41% (...).“ (Behrens und Langer 2010, S. 217) Darüber hinaus ist ein Performance Bias möglich, da die Probandengruppe nicht sachgerecht verblindet worden sind. So kann es durch die eigene Erwartung der Teilnehmer, die freiwillig an der Tai Chi Klasse teilgenommen haben, zu einem „Placebo-Effekt“ kommen, was eine Verhaltensänderung nach sich ziehen könnte und damit die Ergebnisse der Untersuchung verändern würde. Die Aussagekraft der Intervention lässt sich, beruhend auf der kleinen Probandengruppe, statistisch gesehen wenig nachweisen. Darüber hinaus sind nur weibliche Probanden eingeschlossen. Die Übertragbarkeit auf das männliche Geschlecht scheint nicht gegeben, demnach liegt ein Selektions-Bias vor. (Behrens und Langer 2010, S. 213)

In der zweiten RCT von Gärtner 2011 fand die Auswahlstrategie der Probanden in einem Holländischen Krankenhaus mittels Aushängen, Postern und persönlichen Anschreiben statt. Bevor die Teilnehmer ausgesucht worden sind, fand eine Blockrandomisierung in drei Abteilungen des Krankenhauses statt. So scheint die Untersuchungsgruppe zu Beginn der Studie ähnlich zu sein. Ein Selektions-Bias lässt sich dennoch hinsichtlich der Randomisierung vermuten, da eine Interventionsgruppe vorab zugewiesen worden ist, um eine größtmögliche Verblindung der Probanden zu erreichen. Es scheint aber in einem Unternehmen, in dem die Studie innerhalb der gleichen Berufsgruppe durchgeführt wird, wahrscheinlich, als dass die Teilnehmer sich darüber hinaus trotzdem austauschen. Ebenso ist eine Evaluation der Kosteneffektivität sowie des Prozesses und der Effekte angedacht. Die Interventionen der Studie könnten durch die Größe der Untersuchungsgruppe als effektiv gewertet und hinsichtlich der externen Validität als brauchbar eingestuft werden. Jedoch wurden detaillierte Ergebnisse in dem hier vorliegenden Studienprotokoll nicht beschrieben, sondern darauf hingewiesen, dass diese seit 2012 in Holland verfügbar sind.

Die Ergebnisse dieser Studie konnten im Rahmen dieser Thesis durch die systematische Literaturrecherche bedauerlicherweise nicht in Erfahrung gebracht werden.

4.2. Ergebnisse aus der Literaturrecherche via Handsuche

Da die systematische Literaturrecherche wenig verwendbare Literatur für diese Thesis ergab, wurde daran anknüpfend noch eine Handsuche durchgeführt. Die ausgesuchten Homepages erfolgten auf einer willkürlichen Basis. Der nachfolgenden Tabelle können einige Namen und Treffer der jeweiligen Webseiten entnommen werden, auf denen die Handrecherche u.a. durchgeführt worden ist.

Tab. 4.2.: Suchstrategie der Literaturrecherche via Handsuche

Nr.	Webseiten	Datum	Schlüsselworte	Treffer
1	www.bmg.bund.de	20.03.2014	Betriebliche Gesundheitsförderung, Pflege, Nutzen für Pflegende, Krankenhaus	15
			Betriebliches Gesundheitsmanagement, Pflege, Krankenhaus	18
2	www.svr-gesundheit.de	21.03.2014	Betriebliche Gesundheitsförderung, Pflege, Nutzen für Pflegende, Krankenhaus	125

			Betriebliches Gesundheitsmanagement, Pflege, Krankenhaus	67
3	www.gkv-spitzenverband.de	21.03.2014	Betriebliche Gesundheitsförderung, Pflege, Nutzen für Pflegende, Krankenhaus	1
			Betriebliches Gesundheitsmanagement, Pflege, Krankenhaus	0
4	www.bgm-bv.de	21.03.2014	Keine Suchfunktion Kontaktaufnahme via Mail ergab -> laut Ansprechpartner liegen keine Veröffentlichungen des BBGM bzgl. Betrieblichen Gesundheitsmanagements im Krankenhaus und dem Nutzen für Pflegende vor	0
5	www.inqa.de/DE/Startseite/start.html	21.03.2014	Betriebliche Gesundheitsförderung, Pflege, Nutzen für Pflegende, Krankenhaus	11
			Betriebliches Gesundheitsmanagement, Pflege, Krankenhaus	25
6	www.destatis.de	21.03.2014	Betriebliche Gesundheitsförderung, Pflege, Nutzen für Pflegende, Krankenhaus	0
			Betriebliches Gesundheitsmanagement, Pflege, Krankenhaus	0
7	www.euro.who.int/de/home	22.03.2014	Betriebliche Gesundheitsförderung, Pflege, Nutzen für Pflegende, Krankenhaus	8
			Betriebliches Gesundheitsmanagement, Pflege, Krankenhaus	42
8	www.iga-info.de	21.03.2014	Betriebliche Gesundheitsförderung, Pflege, Nutzen für Pflegende, Krankenhaus	2
			Betriebliches Gesundheitsmanagement, Pflege, Krankenhaus	9

Quelle: Eigene Darstellung der Verfasserin

Insgesamt betrachtet, ergab die Handsuche auf den obig abgebildeten Homepages 323 Treffer. Es sei erwähnt, dass die Anzahl der Treffer keinen Anspruch auf Vollständigkeit erhebt, da nur über die Suchfunktion der jeweiligen Homepages unter Hilfenahme der aufgeführten Suchworte recherchiert worden ist und darüber hinaus weitere Ergebnisse sonstiger Webseiten inkludiert worden sind. Folgend werden die

Ergebnisse zusammenfassend dargestellt, die sich durch die Recherche ergeben haben und für diese Arbeit wichtig erscheinen. Die Auswahl der Ergebnisse erfolgte nach Einschätzung der Verfasserin, bzgl. der Relevanz der gefundenen Artikel für diese Arbeit, auf einer willkürlichen Basis.

4.2.1. Zusammenfassung der recherchierten Ergebnisse via Handsuche

Im Artikel „Betriebliches Gesundheitsmanagement im Krankenhaus“ von Blum 2009 wurden wesentliche Aussagen bezüglich der Gesundheitsförderung von Pflegenden dargestellt. Im Rahmen einer standardisierten Befragung von deutschen Krankenhäusern ab 100 Betten im Jahr 2008, bei der die Rücklaufquote 32% betrug, „(...) bildeten mitarbeiterorientierte Maßnahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung den Schwerpunkt der Krankenhausbefragung.“ (Blum 2009, S. 732) Von den befragten Krankenhäusern weisen 38,1% Gesundheitsförderung für Mitarbeiter als Ziel in ihrem Leitbild auf, wobei 19,4% messbare Ziele für Gesundheitsförderung definiert haben. Hinsichtlich der betrieblichen gesundheitsfördernden Maßnahmen geben 50,7% der Krankenhäuser als häufig durchgeführte Interventionen Rückenschule und rückergerichtetes Arbeiten an. An zweiter Stelle stehen mit 42,7% der am häufigsten angewendeten Maßnahmen sonstige Sport- und Bewegungsangebote. Gar nicht bzw. selten finden Suchtpräventionen zu 62,5% und das Thema Zeitmanagement zu 53,7% ihre Anwendung. Ebenso finden gesundheitsbezogene Aufklärungskampagnen zu nur 14,3% häufig statt. Pflegende geben zu 39,5% einen häufigen Abbau von körperlichen Arbeitsbelastungen sowie zu 16,8% den Abbau von psychosozialen Arbeitsbelastungen an. Hinsichtlich des Wirkungsgrades geben rund 60% der Pflegenden an, dass die Maßnahmen manchmal zu einer Problemlösung bzw. Verbesserung des Gesundheitszustandes geführt haben. Lediglich 18,7% der Berufsgruppe Pflege sehen in den durchgeführten Maßnahmen eine häufige Verbesserung. (Blum 2009, S. 732ff.) „Insgesamt belegen die Ergebnisse gleichwohl eine begrenzte Wirksamkeit (...) für eine Reihe von Krankenhäusern.“ (Blum 2009, S. 735)

Der Abschlussbericht von Müller 2009 zeigt die Entwicklung von BGF und BGM bezogen auf den Krankenhausbereich. Unter dem Titel „Betriebliches Gesundheitsmanagement im System Krankenhaus - Bestandsaufnahme und Ausblick“ wird ausgeführt, dass der „(...) Bedarf für eine gesundheitsförderliche

Arbeits- und Organisationsgestaltung am Arbeitsplatz (...) unter anderem durch den demographischen Wandel steigen (...)“ (Müller 2009, S. 51) wird. Darüber hinaus besteht Einigkeit, dass der Handlungsbedarf hinsichtlich BGM/BGF in Krankenhäusern vorhanden ist, allerdings eher reagiert als agiert wird. (Müller 2009, S. 47) Es gibt eine Reihe von punktuellen Angeboten für Mitarbeiter wie z.B. Fitnesskooperationen, Gesundheitstage, Gesundheitskurse sowie betriebsinterne Laufreffs und Rückenschulen. Jedoch ist ein umfassendes Betriebliches Gesundheitsmanagement selten, gerade im Hinblick auf die Evaluation von einzelnen gesundheitsfördernden Projekten besteht Verbesserungsbedarf. (Müller 2009, S. 17f.) Mögliche Gründe werden u.a. in den „(...) nicht ausreichend aufeinander abgestimmten Organisations- und Arbeits(ablauf)strukturen sowie im Selbstverständnis und in der beruflichen Sozialisation zentraler Berufsgruppen“ (Müller 2009, S. IV) gesehen. Es besteht jedoch die Möglichkeit durch bereits gut publizierte Praxisbeispiele Datenbanken weiter aufzubauen, um Erfahrungen auszutauschen und dadurch gegenseitig zu profitieren. (Müller 2009, S. 18)

Aktuelle Praxisbeispiele sind in der anfangs erwähnten Datenbank von INQA o.J. (siehe A1: Screenshot INQA) zu entnehmen. Unter den Top 100: Gute Unternehmenspraxis werden auf der Homepage in der Branche Gesundheits-Veterinär-Sozialwesen lediglich vier Ergebnisse, die ausschließlich das Thema „Gesundheit“ in ihrer Markierung aufgreifen, abgebildet. (INQA o.J.) Folgend werden die Projekte anhand der Tab. 4.2.1. aufgeführt.

Tab. 4.2.1.: Vier Ergebnisse von 100 Unternehmensbeispielen

Projekt- titel	Ausgangslage	Maßnahmen	Ergebnisse
„Fit bleiben während der Arbeit: Die AMEOS Klinik Aschersleben bringt Bewegung ins Krankenhaus und die Region“	<ul style="list-style-type: none"> - Mitarbeiterbefragung - Datenerhebung zur Arbeitsunfähigkeit - Risikofaktoren im Arbeitsalltag analysiert - Folge: Konzeption eines Gesundheitsprogramms 	<ul style="list-style-type: none"> - medizinischen Eingangs- Check-Up - Nordic Walking, Aquajogging, Schwimmen, Aquagymnastik, Step-Aerobic, Fitness an Geräten, Koordinationstraining, Rückenschule und Entspannungstherapie - Ernährungsberatung <p>zusätzlicher Anreiz stellt die Gutschrift von 10 Stunden Arbeitszeit pro Jahr beim Nachweis der Teilnahme an Präventionsprogrammen der Klinik dar.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - gesunde und leistungsfähige Beschäftigte - Senkung des Krankenstand - ein besseres Zusammengehörigkeitsgefühl - verbesserte Kommunikation
„Wenn Helfer Hilfe brauchen - MediClin stärkt die Kompetenz der Mitarbeiter und schafft psychologische Vorteile durch selbstbewusstes Auftreten im Pflegeberuf“	<ul style="list-style-type: none"> - hohe Arbeitsbelastung durch hohe Belegung - Kommunikationsprobleme zwischen Pflegekräften und Ärzten - vereinzelte Gewalteskalationen der Patienten - Hoher Krankenstand - Dauerkrankte - Suchtprobleme 	<p>Leitungsebene:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Strukturierung der Arbeit nach vorgegebenen Zielen - Delegation von Arbeitsaufgaben - verbesserte Selbstsorge <p>Mitarbeitersebene:</p> <ul style="list-style-type: none"> - gemeinsame Formulierung von Unter- und Obergrenzen, ab wann der Krankenstand noch als ‚normal‘ gilt und ab wann er zu hoch ist - offener und direktere Kommunikation mit dem Vorgesetzten - offene Ansprache von Konflikten 	<ul style="list-style-type: none"> - Senkung der Belastungen - Verbesserung der „Schlüsselqualifikationen“: Zeit- und Selbstmanagement, Kommunikations- und Teamfähigkeit sowie Selbstwahrnehmung - erhöhte Arbeits- und Lernmotivation, Zufriedenheit und Gesundheit

<p>„Gesunde Pflege heute und morgen: Handlungsplan Demografie der Caritas Coesfeld verbessert Betriebsklima und Personalsituation“</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Anstieg der Fehlzeiten - Personalfuktuation - Fachkräfte nur sehr schwer zu rekrutieren - Altersdurchschnitts der Beschäftigten hoch - Ausfallende Pflegekräfte erhöhten damit in besonderer Weise die Beanspruchung aller übrigen - getrübtetes Betriebsklima 	<p>- Gesundheit wird Führungsaufgabe Gesundheit und Arbeitsschutz: z.B. kontinuierliche Schulungen zu gesundheitsgerechtem Verhalten, die von einem Versicherer begleitet werden</p> <p>- Personalführung und Rekrutierung: z.B. ein betriebseigenes Traineeprogramm für Berufsrückkehrer und die Förderung von Weiterbildungswünschen</p> <p>- Arbeitsorganisation und -gestaltung: z.B. eine aktive Minipause (Bewegungsübungen, Entspannungstechniken), die begleitend evaluiert wird.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Positive Veränderung des Betriebsklimas - Zunehmendes Interesse der Beschäftigten am Thema Gesundheit - Neubewerber konnten akquiriert werden
<p>„Experten in eigener Sache: Das Universitätsklinikum Jena mobilisiert eigene Ressourcen für das Betriebliche Gesundheitsmanagement“</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Arbeitsplätze möglichst gesundheitsgerecht zu gestalten - die Mitarbeiter dabei zu unterstützen, etwas für die eigene Gesundheit zu tun - die Mitarbeitergesundheit zum festen Bestandteil der Unternehmenskultur zu entwickeln 	<ul style="list-style-type: none"> - Gesundheitsseminare - Gesundheitsprogramme - Gesundheitswerkstatt - Sozialberatung - Gesundheitsreporting - BGM- Homepage 	<ul style="list-style-type: none"> - Teil der Unternehmenskultur. - Das Gefühl der Wertschätzung ist unter den Beschäftigten gestiegen. - Besserung der Gesundheitssituation (Teilnehmende am Gesundheitsprogramm) - Die Führungskräfte konnten für die Mitarbeitergesundheit stärker sensibilisiert werden. - Eine Absenkung der Arbeitsunfähigkeitsquote gehörte nicht zu den erstrangigen Zielen, da Arbeitsunfähigkeit nicht allein durch Gesundheitsförderung beeinflussbar ist.

Quelle: Darstellung der Verfasserin, Inhalt entnommen von (INQA o.J.)

Die in der Tabelle aufgeführten Praxisbeispiele sind ein kleiner exemplarischer Auszug, der aktuell verfügbaren Datensätze, aus dem Netzwerk Initiative Neue Qualität der Arbeit.

Die Initiative Gesundheit und Arbeit (IGA) stellt über die Homepage (siehe Tab. 4.2. Nr. 8) kostenlos wissenschaftliche Berichte zur Verfügung, um die Entwicklung in der Praxis zu unterstützen und Handlungshilfen zu geben. Systematische Übersichtsarbeiten, welche die Beurteilung von Maßnahmen der Betrieblichen Gesundheitsförderung im Krankenhaus inkludieren, können in Deutschland bislang kaum ausgemacht werden. Jedoch können Einzelbeispiele und Ergebnisse von über 400 Studien aus den USA, welche von der Initiative Gesundheit und Arbeit untersucht und veröffentlicht worden sind, eine hilfreiche Datengrundlage bilden. (Schröer et al. 2006, S. 80)

Im IGA-Report 3 2007 „Gesundheitlicher und ökonomischer Nutzen“ wird berichtet, dass es durch Bewegungsprogramme zu einer Reduktion der Inanspruchnahme medizinischer Leistungen von bis zu 400\$ pro Arbeitsjahr kommen kann. (Julia Kreis 2003, S. 17) „Im Rahmen von quasiexperimentellen Studien ergaben sich Reduktionen bei den Fehlzeiten von 12% bis 36% für die Teilnehmer an den Gesundheitsförderungsprogrammen bzw. eine Verringerung der mit Fehlzeiten verbundenen Kosten um 34%. In einer unkontrollierten Studie wird sogar eine Verringerung des Absentismus unter Programmteilnehmern von 68% berichtet.“ (Julia Kreis 2003, S. 30) Die Wirksamkeit von betrieblichen Bewegungsprogrammen bezogen auf Absentismus wird mit „begrenzter Aussagekraft“ beschrieben. „Dies bedeutet, dass Unternehmen von derartigen Programmen im Sinne eines reduzierten Absentismus profitieren könnten. Dabei sind die Effekte möglicherweise größer bei Angestellten, die während ihrer Arbeit kaum irgendwelche physischen Aktivitäten aufweisen, als bei gewerblichen Arbeitnehmern.“ (Julia Kreis 2003, S. 18) Hinsichtlich der Fluktuation wird die Beweislage aussagekräftiger Studien als „nicht beweiskräftig“ gewertet, da es nur eine kontrollierte Studie gab, die auf eine geringere Fluktuation hingewiesen hat in Folge von betrieblichen Bewegungsprogrammen. Darüber hinaus wird erwähnt, dass „(...) die Wirksamkeit von Rückenschulen am ehesten gesichert ist für Programme, die im Betrieb und arbeitsplatznah durchgeführt werden und für Programme, die eine intensive Schulung beinhalten.“ (Julia Kreis 2003, S. 27) In einigen Studien wird angenommen, dass die Effekte der Betrieblichen Gesundheitsförderung keine

Nachhaltigkeit zeitigen und es umso wichtiger erscheint, in die Aufrechterhaltung von Maßnahmen und langfristige Strategien zu investieren. „Idealerweise sollten die Programme vom Management unterstützt werden, so dass sie zu einem Bestandteil der Unternehmenskultur werden.“ (Julia Kreis 2003, S. 29)

Der IGA-Report 13 2008 geht auf die Wirksamkeit und den Nutzen Betrieblicher Gesundheitsförderung im Zeitraum von 2000-2006 ein. Auch hier wird beschrieben, „(...) dass Maßnahmen nur einen geringen bzw. kurzzeitigen Nutzen haben, wenn die Notwendigkeit und der Anwendungsbereich im Vorfeld nicht analysiert werden.“ (Sockoll et al. 2008, S. 33) Krankheitskosten können im Durchschnitt in Folge von Betrieblicher Gesundheitsförderung bis zu 26,1% gesenkt werden. Krankheitsbedingte Fehlzeiten konnten um 26,8% minimiert werden. (Sockoll et al. 2008, S. 58) Um den finanziellen Nutzen Betrieblicher Maßnahmen bestimmen zu können, ist ein Interventionszeitraum von 3-5 Jahren sinnvoll. Es sei erwähnt, dass es sich hierbei um umfassende Mehrkomponenten Programme handelt, da Einzelmaßnahmen dafür bisher undurchsichtig erscheinen. Es ist nachgewiesen, dass Bewegungsprogramme gegen Rückenschmerzen kurzfristig Fehlzeiten sowie die Fluktuationsraten minimieren. Jedoch wird ebenso aufgezeigt: „Die Evidenz für die Wirksamkeit der Programme in Hinblick auf die Arbeitsleistung und Produktivität von Beschäftigten ist (...) zum einen qualitativ bescheiden, zum anderen quantitativ beschränkt.“ (Sockoll et al. 2008, S. 60) Hinsichtlich der allgemeinen Gesundheit und des Wohlbefindens am Arbeitsplatz zeigen kontrollierte Studien, dass Programme, die auf die physische Aktivität eingehen, das Bewegungsverhalten von Arbeitnehmern fördern können. So sind entsprechend wissenschaftlicher Erkenntnisse Maßnahmen von hoher Intensität und dadurch auch effektiv, die individuell auf die Beschäftigten zugeschnitten sind. (Sockoll et al. 2008, S. 63) Im Hinblick auf die Rückenbeschwerden von Pflegenden werden körperliche Übungen als effektiv angesehen. „Von den zahlreichen verhaltenspräventiven Ansätzen im Bereich der Prävention muskuloskelettaler Erkrankungen überzeugen aus evidenzbasierter Sicht lediglich körperliche Übungsprogramme, mit deren Hilfe Fehlzeiten infolge von Muskel-Skelett-Erkrankungen reduziert sowie die Erkrankungshäufigkeit gesenkt werden können.“ (Sockoll et al. 2008, S. 64f.) Bezüglich psychischer Erkrankungen und Stress wird beschrieben, dass Individuen bezogene Maßnahmen zum adäquaten Umgang dessen führen können. Einhergehend mit der Fehlzeitenproblematik konnte ein hoher Grad an Evidenz für

die Wirksamkeit von verhaltenspräventiven Maßnahmen aufgespürt werden. Ergänzend dazu stellt sich heraus, dass durch den Einsatz von Bewegungsprogrammen psychische Erkrankungen reduziert werden können. (Sockoll et al. 2008, S. 64) Insgesamt betrachtet, lässt sich feststellen „(...), dass sich betriebliche Gesundheitsförderung und Prävention auszahlt. Positive Evidenz hinsichtlich des ökonomischen Nutzens konnte sowohl für Interventionen allgemein als auch für krankheitsspezifische Interventionen festgestellt werden.“ (Sockoll et al. 2008, S. 65) Was allerdings kritisch anzumerken ist, ist die Anwendung unterschiedlichster Methoden, um den Zusammenhang zwischen Gesundheit und Produktivität zu ermitteln um diesen anschließend abzubilden. Dies bedeutet, „(...), dass die Evidenzbasis für einen monetären Nutzen der betrieblichen Gesundheitsförderung und Prävention in Bezug auf die Arbeitsleistung aktuell noch stark limitiert ist.“ (Sockoll et al. 2008, S. 65) Der Mangel einer einheitlichen Methodik sowie der damit einhergehenden Analysen und Qualitätsmängel führen insgesamt gesehen zu einer erschwerten Bestimmung des ökonomischen bzw. gesundheitlichen Nutzens. (Sockoll et al. 2008, S. 65)

Der IGA-Report 17 2011 befasst sich hauptsächlich mit der stationären Krankenpflege. (Jahn und Ulbricht 2011) Auf die Frage ob für Pflegende in Krankenhäusern die körperliche Belastung bis ins Rentenalter tragbar wäre, bejahten dies von 263 Pflegedirektoren lediglich 4,2%. Im Hinblick auf die psychischen Belastungen waren es 15%. Im Durchschnitt liegt der Krankenstand im Pflegebereich 4% über den gesetzlich versicherten Erwerbstätigen. Erkrankungen des Muskel- und Skelettsapparates sowie der psychischen Erkrankungen nehmen zu. „Ergebnisse der NEXT-Studie (...) belegen, dass 40 Prozent der Befragten Sorge haben, den Beruf aufgrund körperlicher und/oder seelischer Erkrankungen nicht mehr ausüben zu können.“ (Jahn und Ulbricht 2011, S. 10f.) Es wird ebenso angemerkt, dass das Lernen im Rahmen von Schulungen Zeit und Wiederholungen braucht und dem häufig nicht nachgekommen werden kann. (Jahn und Ulbricht 2011, S. 34) „Nur ein ganzheitliches Konzept des Gesundheits- und Arbeitsschutzmanagements, das von der Führungsebene mitgetragen wird und in das die Beschäftigten aktiv einbezogen werden, kann dazu beitragen, arbeitsbedingten Belastungen im Pflegebereich erfolgreich entgegenzuwirken (...).“ (Jahn und Ulbricht 2011, S. 34)

In der Zeitschrift „Heilberufe“ erschien 2009 ein Artikel mit dem Titel „Höchstes Gut: Die Gesundheit der Mitarbeiter“, in dem Betriebliche Gesundheitsförderung im Krankenhaus beschrieben wurde. Lempert-Horstkotte 2009 zeigt hier auf, um BGF in Krankenhäusern erfolgreich implementieren zu können, sollten ausreichend personelle Ressourcen z.B. ein Steuerungskreis für die Bearbeitung der BGF wie Arbeitssituationsanalysen zur Verfügung gestellt und von der Führungsebene mitgetragen werden. „Ohne diese ‚Investition‘ funktioniert Gesundheitsförderung im Unternehmen nicht.“ (Lempert-Horstkotte 2009, S. 12) In Zeiten der Arbeitsverdichtung ist die Betriebliche Gesundheitsförderung ein elementarer Beitrag, um Pflegende in ihrer Arbeit langfristig zu unterstützen und die Qualität in Krankenhäusern zu erhalten bzw. zu verbessern. (Lempert-Horstkotte 2009, S. 14)

Schröder et al 2006 beschreibt aus Sicht der GKV, dass es in Zukunft weiterhin auf die Vernetzung und Koordination der Akteure ankommt, um die Projekte und Maßnahmen von BGF transparenter darzustellen und um daraufhin unnötige Doppelarbeiten zu vermeiden. (Schröder et al. 2006, S. 82)

In der Ausgabe der WHO 2001 "Evaluation in health promotion: principles and perspectives" wird in der Schlussfolgerung geschrieben „(...) the field of health promotion is in a period of accelerated development.“ (WHO Regional Office for Europe 2001, S. 532)

4.2.2. Beurteilung der Ergebnisse via Handsuche

Insgesamt betrachtet, bietet die Handsuche eine Vielfalt von Ergebnissen. Die in dieser Arbeit verwendeten Quellen beziehen sich häufig auf Studien diversester Studiendesigns. Hier können sowohl qualitativ hochwertige als auch Studien mit einer geringeren Studienqualität einbezogen worden sein. Die IGA-Reporte sind wissenschaftlich fundierte Berichte, da sie die wissenschaftliche Evidenz abbilden. (Julia Kreis 2003, S. 15) Dennoch „(...)“ wird darauf hingewiesen, dass möglicherweise eine Überrepräsentation von positiven Effekten in den Reviews vorliegt, da häufiger solche Studien mit positiven als mit negativen Effekten veröffentlicht werden. (Julia Kreis 2003, S. 15) Demzufolge ist ein Publikations-Bias möglich.

Die dargestellten Praxisbeispiele weisen primär interne Evidenz der einzelnen Unternehmen auf und verringern damit die Übertragbarkeit auf andere Unternehmen.

In wieweit das Vorgehen in den Praxisbeispielen wissenschaftlich fundiert ist, lässt sich durch die veröffentlichten Artikel auf der INQA-Homepage nicht nachvollziehen. Hervorzuheben ist jedoch die strukturierte Darstellung der Beispiele, da erst die Ausgangslage beschrieben wird und anschließend Maßnahmen sowie Ergebnisse ihren Platz finden. (INQA o.J.)

Die darüber hinaus abgebildeten Inhalte stützen sich u.a. auf veröffentlichte Studien wie z.B. die NEXT-Studie (Jahn und Ulbricht 2011) oder die Ergebnisse einer standardisierten Befragung von Krankenhäusern über 100 Betten (Blum 2009), was für eine gehobene Qualität der Ergebnisse spricht.

Auch die Artikel von Lempert-Horstkotte 2009 oder Schröder et al. 2006 in Zeitschriften bieten eine gute Informationsquelle, jedoch liegen hier keine in der Hierarchie der Evidenz exzellente Ergebnisse vor, da es sich um Expertenmeinungen handelt und diese hinsichtlich der Wirksamkeit, Angemessenheit und Durchführbarkeit im unteren Hierarchiebereich der Wissenschaft angesiedelt sind. (Behrens und Langer 2010, S. 203)

Angesichts der in dieser Arbeit abgebildeten willkürlichen Auswahl der Ergebnisse, kann ein Publikations-Bias von der Verfasserin nicht ausgeschlossen werden.

5. Diskussion und Schlussfolgerungen

„Zweck des Disputs oder der Diskussion soll nicht der Sieg, sondern der Gewinn sein.“

(Joubert o.J.b)

Im folgenden Kapitel werden die ermittelten Ergebnisse hinsichtlich ihrer Aussagekraft diskutiert. Anschließend wird eine kritische Beurteilung der Vorgehensweise dieser Thesis durchgeführt.

5.1. Interpretation der gefundenen Ergebnisse

Vorab sei erwähnt, dass die Verfasserin dieser Arbeit ursprünglich das Betriebliche Gesundheitsmanagement bezogen auf den Krankenhausbereich in deutschen Kliniken evaluieren wollte. Da nach anfänglichen Recherchen jedoch wenig Literatur auffindbar war, wurde das Thema Betriebliche Gesundheitsförderung im Krankenhaus mit dem Fokus auf Pflegende beschrieben. Der Fokus stellte sich insofern dar, als dass der Nutzen, der sich für Pflegende aus den Maßnahmen der Betrieblichen Gesundheitsförderung ergibt, abgebildet worden ist.

Folglich wird an dieser Stelle auf die Fragestellung der Arbeit näher eingegangen: „Werden betriebliche gesundheitsfördernde Maßnahmen im Krankenhaus durchgeführt und ergibt sich daraus ein Nutzen für Pflegende?“

In der Literatur ist die Betriebliche Gesundheitsförderung im Allgemeinen weit verbreitet und wurde bereits als eine kosteneffektive Möglichkeit für Unternehmen beschrieben. (Sockoll et al. 2008, S. 63) So können sich Investitionen in die Betriebliche Gesundheitsförderung lohnen, sofern ein Nutzen damit verbunden ist und Effekte spürbar sind. (Fritz und Richter 2011, S. 125) Allerdings wird auch beschrieben, dass der gesundheitliche sowie ökonomische Nutzen durch diverse Messmethoden schwer abgebildet werden kann. (Sockoll et al. 2008, S. 65)

Die Verbreitung von Betrieblicher Gesundheitsförderung in Krankenhäusern scheint begrenzt. Unter 40% der befragten Krankenhäuser weisen Betriebliche Gesundheitsförderung in ihrem Leitbild aus, wobei ca. 20% der Häuser messbare Ziele definiert haben. (Blum 2009, S. 732) Es lassen sich positive Ansätze im Sinne von punktuell durchgeführten gesundheitsfördernden Maßnahmen und „best-practice-Modelle“ abzeichnen (vgl. Tab. 4.2.1.). Allerdings ist die Entwicklung einer systematischen Betrieblichen Gesundheitsförderung für Pflegende erst wenig

fortgeschritten. (Blum 2009, S. 737) Dennoch besteht in der Literatur Einigkeit darüber, dass die Maßnahmen Betrieblicher Gesundheitsförderung einen wichtigen Bestandteil in der Erhaltung der Gesundheit von Mitarbeitern, so auch für Pflegende, haben.

In der systematischen Literaturrecherche wie auch in der Handsuche werden Maßnahmen der Betrieblichen Gesundheitsförderung abgebildet, die einen Nutzen für Pflegende im Krankenhaus nach sich ziehen.

Die systematische Recherche ergab drei Studien, die unterschiedliche Maßnahmen der Betrieblichen Gesundheitsförderung wie Tai Chi (Palumbo et al. 2012), Gesundheitskurse/Ernährungskurse (Chan und Perry 2012) und eine sogenannte Arbeitnehmer Gesundheitsüberwachung (Gärtner 2011) näher untersucht und beschrieben haben. Die Ergebnisse erwiesen sich als Nutzen für Pflegende, da es zu Gewichtsreduzierungen kam, die körperliche Fitness zugenommen hat, Fehlzeiten reduziert worden sind, eine Steigerung der Arbeitsproduktivität zu verzeichnen war und das Wohlbefinden u.a. durch die Arbeitnehmer Gesundheitsüberwachung gesteigert werden kann. Letzteres ist eine Annahme der Autoren, da die Ergebnisse zu dem Zeitpunkt der Veröffentlichung noch nicht existierten.

Auch die Handrecherche erwies sich als eine gute Methode, um gewünschtes Datenmaterial zu erhalten. So wird beschrieben, dass es eine Reihe von punktuellen Angeboten der Betrieblichen Gesundheitsförderung gibt wie z.B. Fitnesskooperationen, betriebsinterne Lauftreffs und Rückenschulen. (Müller 2009, S. 17) Darüber hinaus zeigen die Praxisbeispiele die in der Literatur beschriebenen Problemlagen wie erhöhte Fehlzeiten, getrübtetes Betriebsklima, hohe Arbeitsbelastungen, Dauerkrankte in den Ausgangslagen ihrer Projekte auf. Die Maßnahmen reichen u.a. von medizinischen Eingangs-Check-Up's über umfassende Sportkurse und aktiven Minipausen bis hin zur „Führungsaufgabe von BGF/BGM“ und BGM-Homepages. Die Ergebnisse der einzelnen Projekte unterstützen die Resultate der systematischen Literaturrecherche dahingehend, als dass auch hier der Krankenstand durch die Maßnahmen reduziert und Arbeitsbelastungen gesenkt werden konnten. Darüber hinaus führten die Maßnahmen zu einer erhöhten Wertschätzung der Mitarbeiter untereinander, sodass BGF teilweise Bestandteil der Unternehmenskultur geworden ist. Ebenfalls konnten Führungskräfte für die Gesundheit ihrer Mitarbeiter sensibilisiert werden. (INQA o.J.)

Im Weiteren werden die Unterfragen dieser Thesis näher erläutert. Die Maßnahmen, die für die Berufsgruppe der Pflege bezeichnend sind, wurden bereits vorgestellt. Folgend wird die Arbeitsplatzzufriedenheit, die Fluktuation aus dem Beruf, die Auswirkung auf die AU-Tage sowie das Wohlbefinden unter Hilfenahme der Betrieblichen Gesundheitsförderung im Krankenhaus beschrieben.

Hinsichtlich der Steigerung der **Arbeitsplatzzufriedenheit** konnte festgestellt werden, dass BGF einen positiven Einfluss auf die Mitarbeiter und damit auch auf die Arbeitsplatzzufriedenheit hat. Durch BGF wird die Arbeitsplatzzufriedenheit deutlich gesteigert. (Fritz und Richter 2011, S. 124) Dies wird ebenso durch die dargestellten Praxisbeispiele bestätigt. (INQA o.J.) Auch die Systematische Übersichtsarbeit (Chan und Perry 2012) und eine RCT (Palumbo et al. 2012) wiesen eine Zunahme der Zufriedenheit am Arbeitsplatz aus.

Den **Fluktuationen** im Pflegeberuf kann mit umfassenden Mehrkomponentenprogrammen auf betrieblicher Ebene begegnet werden, sodass sich diese reduzieren. (Sockoll et al. 2008, S. 60) Darüber hinaus wurde durch eine kontrollierte Studie darauf hingewiesen, dass BGF zu einer geringeren Fluktuation führen kann. (Julia Kreis 2003, S. 19) Ein Praxisbeispiel hält das Problem der Personalfuktuation in der Ausgangslage fest, wobei sich eine diesbezügliche Veränderung in den Ergebnissen nicht abbilden lässt. (INQA o.J.) Alle weiteren Studien weisen das Thema Fluktuation in ihren Ergebnissen nicht auf. (Chan und Perry 2012; Palumbo et al. 2012)

Der Zusammenhang zwischen **AU-Tagen/Absentismus** und BGF scheint viel in der Literatur abgebildet zu sein. So ist eine deutliche Abnahme von AU-Tagen bzgl. Muskelerkrankungen mit bis zu ca. 80% möglich. (Schröer et al. 2006, S. 80) Darüber hinaus können allgemein krankheitsbedingte Fehlzeiten um ca. 25% minimiert werden. (Sockoll et al. 2008, S. 58) Ebenso sind durch betriebliche Gesundheitsförderungsmaßnahmen schon nach kurzer Zeit Effekte abbildbar, indem sich die Krankheitskosten verringern. (Julia Kreis 2003, S. 33) Auch eine RCT weist eine Verringerung der Fehlzeiten, infolge von Tai Chi, nach sich. (Palumbo et al. 2012) **Absentismus** kann durch BGF ebenso verringert werden. (Fritz und Richter 2011, S. 124) Programme der betrieblichen Gesundheitsförderung führen nachweislich zu einer Abnahme des Absentismus. (Julia Kreis 2003, S. 33)

Das **Wohlbefinden** am Arbeitsplatz kann laut kontrollierter Studien durch Programme, die die physische Aktivität fördern, positiv beeinflusst werden. Darüber

hinaus zeitigen individuell zugeschnittene Interventionen ebenso ihre brauchbaren Effekte. (Sokoll et al. 2008, S. 63) Dies bestätigt auch die prospektive Annahme der RCT, in der es um die Arbeitnehmer Gesundheitsüberwachung geht. Auch hier wird ein Anstieg des Wohlbefindens durch die Interventionen erwartet. (Gärtner 2011)

Die Ergebnisse der einzelnen Maßnahmen sind in den vorherigen Kapiteln bereits dargelegt worden. Aber was kommt direkt bei den Pflegekräften von der Betrieblichen Gesundheitsförderung an?

In einer Studie, die von Blum 2009 beschrieben worden ist, wurde untersucht, wie Pflegekräfte selber die Maßnahmen der Betrieblichen Gesundheitsförderung bewerten würden. Knapp 40% der Pflegenden geben einen häufigen Abbau von körperlichen Arbeitsbelastungen in Folge Betrieblicher Maßnahmen an, wobei die Maßnahmen bei rund 60% manchmal zu einem verbesserten Gesundheitszustand führten. Nur ca. 19% der Pflegekräfte geben in der Studie zu, durch die Maßnahmen im Allgemeinen einen häufigeren Verbesserungszustand zu erlangen. (Blum 2009, S. 734f.) Durch diese Ergebnisse kann der bereits dargestellte Nutzen für Pflegende wieder in Frage gestellt werden. Woran kann es liegen, dass in der Literatur betriebliche gesundheitsfördernde Maßnahmen einen Mehrwert für Unternehmen darstellen, im Umkehrschluss aber Pflegekräfte von unter 20% nur für sich selber einen Nutzen sehen? Kritisch anzumerken ist, dass die Maßnahmen Betrieblicher Gesundheitsförderung oft kurzweilig durchgeführt werden und damit die Nachhaltigkeit des Nutzens in Frage gestellt werden kann. So können gesundheitsförderliche Effekte nicht oder nur zum Teil entwickelt werden. (Fritz und Richter 2011, S. 124f.) Welche Gründe können für die temporäre Anwendung der Maßnahmen vorliegen? Ein wesentlicher Grund könnte in der bislang wenig entwickelten strategischen Relevanz der Betrieblichen Gesundheitsförderung in den Krankenhäusern liegen. So werden bisher nur selten vorhandene Ansätze systematisch weiterentwickelt. (Blum 2009, S. 737) Es fehlt an einem prozessorientierten Bewusstsein wie z.B. einer systematisch durchgeführten Erhebung der Bedarfe von Mitarbeitern, Durchführung der Maßnahmen und anschließender Evaluation, um die Maßnahmen ggf. wieder anzupassen. Bisher haben allerdings nur ca. 20% der Krankenhäuser messbare Ziele bzgl. der Gesundheitsförderung von Mitarbeitern beschrieben. Ohne messbare Ziele ist eine Evaluation jedoch kaum möglich. Demnach ist in einigen Krankenhäusern ein

transparentes und zielführendes Vorgehen hinsichtlich der Gesundheitsförderung von Mitarbeitern weiter zu verfolgen. Ein weiterer Grund kann sich in der Unternehmenskultur darstellen. Diverse Studien zeigen auf, dass die Führungsebene hinter der Betrieblichen Gesundheitsförderung stehen sollte, um erfolgreich durchgeführt werden zu können. (Julia Kreis 2003, S. 29) Leitende Angestellte sollten ihre Mitarbeiter unterstützen und hinsichtlich gesundheitsbewussten Verhaltens fördern wie z.B. die Erinnerung an die Einhaltung der Pausenzeiten, die für die Gesundheit einen wichtigen Stellenwert einnehmen. (Chan und Perry 2012, S. 2247) Darüber hinaus ist es wichtig, dass sich Pflegekräfte mit ihrem Krankenhaus, in dem sie arbeiten, identifizieren können und in der Gesundheitsförderung Unterstützung erfahren. Identifizieren können sich Mitarbeiter z.B. über Leitbilder ihrer Arbeitgeber. Wie bereits erwähnt, ist Gesundheitsförderung nur in knapp jedem zweiten Haus in dem Leitbild verankert, sodass eine Identifizierung mit dem Unternehmen sowie das Erlangen des Bewusstseins der eigenen Gesundheit durch das intransparente Vorgehen des Unternehmens erschwert werden kann. (Badura 2010, S. 186)

Insgesamt betrachtet, könnte die Wirksamkeit der betrieblichen Maßnahmen und der sich daraus ergebende Nutzen für Pflegende für eine Reihe von Krankenhäusern als gering bewertet werden, da die Nachhaltigkeit der Interventionen in Frage gestellt werden kann. (Blum 2009, S. 735) Darüber hinaus bestehen, laut Badura et al. 2010, kaum Anreize für Unternehmen in den Erhalt der Beschäftigungsfähigkeit ihrer Mitarbeiter zu investieren und eine größere Selbstverantwortung für die Betriebliche Gesundheitsförderung und damit für die Gesundheit ihrer eigenen Mitarbeiter zu übernehmen. (Badura 2010, S. 25) Gerade ein prozessorientiertes Vorgehen scheint hier jedoch unabdingbar, denn durch eine gezielte Bedarfserhebung sowie abschließender Evaluation können Maßnahmen erkannt und angepasst werden, um dadurch eine Wirksamkeit der Maßnahmen zu erreichen und somit den Nutzen für Pflegekräfte zu erhöhen. „Alles in allem belegen die Ergebnisse somit einstweilen eine begrenzte Wirksamkeit der betrieblichen Gesundheitsförderung im Krankenhaus. Dabei ist allerdings auch in Rechnung zu stellen, dass die betriebliche Gesundheitsförderung erst in den letzten Jahren stärker in den Fokus der Krankenhäuser gerückt ist.“ (Blum 2009, S. 738)

Abschließend sei erwähnt, dass das Entwicklungspotenzial für Krankenhäuser demnach nach oben noch offen ist. Die Zukunft wird sich dadurch auszeichnen, Bedingungen zu schaffen u.a. durch BGF, um Pflegekräfte in ihrem Beruf zu halten und gesundheitlich zu unterstützen.

5.2. Kritische Beurteilung der eigenen Ergebnisse

Diese Arbeit wurde durch eine Verfasserin erstellt. Da Systematische Übersichtsarbeiten grundsätzlich durch mindestens zwei Personen erstellt werden sollten, um einen Publikations- und Bewertungs-Bias der Ergebnisse zu minimieren, kann dieser in der vorliegenden Arbeit nicht ausgeschlossen werden. Darüber hinaus besteht die Möglichkeit, dass Publikationen, die für diese Thesen annehmbar gewesen wären, nicht ermittelt worden sind, da z.B. kostenpflichtige Datensätze ausgeschlossen worden sind und nur Ergebnisse in deutscher und englischer Sprache ihre Berücksichtigung finden. Ebenso wurden bestimmte Designs von Studien eingeschlossen. Dies könnte dazu geführt haben, dass brauchbare Ergebnisse anderer Studiendesigns übersehen worden sind. Es sei angemerkt, dass eine Studie keine Ergebnisse vorweisen kann, diese vermutlich aber mittels Kontaktaufnahme mit der angegebenen Korrespondenz ermittelbar gewesen wären. (Gärtner 2011) Dies war im Rahmen dieser Arbeit aufgrund des zeitlichen Rahmens nicht mehr möglich.

Hinsichtlich der Resultate der Handrecherche sei darauf verwiesen, dass die Ergebnisse sich nicht ausschließlich immer auf die Berufsgruppe der Pflege fokussiert haben. Durch den Einschluss verschiedener Einzelstudien, die auch andere Settings berücksichtigen, kann eine gewisse Heterogenität der Ergebnisse nicht ausgeschlossen werden. Die Auswahl der Homepages und der damit verbundenen Ergebnisse erfolgte willkürlich und nicht nach einem bestimmten Schema. Dieses Vorgehen sowie die Suche auf den Homepages, die nur im vorgesehenen Suchfeld vorgenommen worden ist, könnte zu einem Publikations-Bias geführt haben. Dennoch wurden ergänzend zu der systematischen Recherche interessante und verwertbare Ergebnisse durch die Handrecherche aufgetan wie z.B. die IGA-Reporte, die nach Meinung der Verfasserin dieser Arbeit, auf einer wissenschaftlichen Basis erstellt worden sind und damit als „aussagekräftig“ eingestuft werden können.

Erstaunlich war die Kontaktaufnahme mit dem Bundesverband des Betrieblichen Gesundheitsmanagement, der keine Publikationen zu dem Thema vorweisen konnte.

Hervorzuheben ist die systematische Vorgehensweise dieser Arbeit. Hier wird ein objektiver Überblick der wissenschaftlichen Ergebnisse durch die stringente Methodik erwartet. Durch die präzise Fragestellung und Festlegung von Ein- und Ausschlusskriterien sowie der Verwendung von Studien hoher Qualität können die Ergebnisse als zuverlässig bewertet werden. Auch die Verwendung standardisierter Checklisten (siehe: A3-A5) zeichnet diese Arbeit aus.

6. Fazit

„Der Nutzen durch Betriebliche Gesundheitsförderung überwiegt die Kosten von Krankheit wie Absentismus und steht am Anfang einer langen Reise.“

(Zitat der Verfasserin 2014)

Um die Gesundheit von Pflegekräften zu fördern und im Berufsleben zu erhalten, ist Gesundheitsförderung für Einrichtungen im Gesundheitswesen unabdingbar. Die Ergebnisse zeigen einerseits diverse Maßnahmen, die einen Nutzen für Pflegende nach sich ziehen, andererseits jedoch oft nur kurzzeitig ihre Anwendung finden und somit nicht nachhaltig für das Personal erscheinen. Der Nutzen für Pflegende ist demnach begrenzt. Die Entwicklung von BGF steht am Anfang und bedarf dringend einer weiteren Systematisierung, um zielführend und dadurch nutzenbringend für Pflegekräfte agieren zu können.

Insgesamt betrachtet, war die Anzahl der zu verwendbaren Datengrundlage überschaubar gering, was für den angegebenen Zeitraum von 1986 bis Heute als fragwürdig zu beurteilen ist. Fraglich dahingehend, als dass der Forschungsstand ein zu geringes Ausmaß vorhält und es umso notwendiger erscheint, künftig ein Hauptaugenmerk auf die Evaluation der BGF bzw. des BGMs zu richten. Interessant wären die Resultate weiterer Studien, in wieweit Krankenhäuser gezielt mit BGF bzw. BGM sowie deren Evaluation umgehen und welchen durch BGF/BGM erzielten Nutzen sie für sich selber feststellen können. Hier besteht weiterhin ein großer Forschungsbedarf, da der „(...) Bedarf für eine gesundheitsförderliche Arbeits- und Organisationsgestaltung am Arbeitsplatz Krankenhaus (...) durch den demographischen Wandel steigen“ (Müller 2009, S. 51) wird.

Die Zeit, in der ich diese Thesis verfasste, war durch viele erstaunliche Momente geprägt. Darüber, dass sich seit 1986 erst so wenig bzgl. BGF entwickelt hat, bin ich sehr verwundert. Gerade im Gesundheitswesen, wo es eigentlich vorgelebt wird und ein Bewusstsein für Gesundheit vorhanden sein sollte, wird meiner Meinung nach zu wenig strukturiert und zielführend mit der Gesundheit von Mitarbeitern umgegangen. Aufgrund der Rahmenbedingungen im Gesundheitswesen und der demographischen Zukunftsszenarios besteht Heute mehr denn je die Notwendigkeit, in die Gesundheit von Pflegekräften und damit in den Erhalt der Berufsfähigkeit zu investieren.

Literaturverzeichnis

- Altgeld, T.; Kolip, P. (2004): Konzepte und Strategien der Gesundheitsförderung. Was ist Gesundheitsförderung? In: K. Hurrelmann, T. Klotz und J. Haisch (Hg.): Lehrbuch Prävention und Gesundheitsförderung. Lehrbuch Gesundheitswissenschaften. 1. Aufl. Bern u.a.: Hans Huber, S. 41–45.
- Badura, B. et al (Hg.) (2010): Betriebliche Gesundheitspolitik. Der Weg zur gesunden Organisation. Unter Mitarbeit von U. Walter und T. Hehlmann. 2. Aufl. Berlin Heidelberg: Springer Verlag.
- BBGM (2012): Zentrale Begriffe und ihre Verwendung. Zusammenfassung und Ergebnisse der Recherche, Literaturstudie und Diskussion in der Arbeitsgruppe 1 „Fachliche Grundlagen und Methoden“ des BBGM. Hg. v. Bundesverband Betriebliches Gesundheitsmanagement [BBGM] e.V. Wetzlar. Online verfügbar unter www.bgm-bv.de, zuletzt geprüft am 17.01.2014.
- Behrens, J.; Langer, G. (2010): Evidence-based Nursing and Caring. Methoden und Ethik der Pflegepraxis und Versorgungsforschung. Pflegeforschung Pflegepraxis. Unter Mitarbeit von A. Abt-Zegelin, S. Käppeli, D. Schaeffer, J. Osterbrink, C. Sowinski und F. Wagner. 3. Aufl. Bern: Hans Huber.
- Blum, K. et al (2009): Betriebliches Gesundheitsmanagement im Krankenhaus. Personalmanagement. In: *das Krankenhaus* (8), S. 731–738.
- Bundesministerium für Bildung und Forschung (2007): Begriffsdefinitionen und Einführung. Dokumentation des ersten gemeinsamen Workshops von GFR und IQWiG am 4. September 2007 in Berlin. Diskussionsforum zur Nutzenbewertung im Gesundheitswesen. Hg. v. Gesundheitsforschungsrat (GFR). Bonn/Berlin. Online verfügbar unter <http://www.gesundheitsforschung-bmbf.de/de/1191.php>.
- Campbell, M. K.; Piaggio, G.; Elbourne, D. R.; Altman, D. G. (2012): Consort 2010 statement: extension to cluster randomised trials. In: *BMJ* 345 (sep04 1), S. 1–21. Online verfügbar unter <http://www.equator-network.org/reporting-guidelines/>, zuletzt geprüft am 05.05.2014.
- Chan, Choi Wan; Perry, Lin (2012): Lifestyle health promotion interventions for the nursing workforce: a systematic review. In: *Journal of Clinical Nursing* 21, S. 2247–2261.
- Cloetta, B.; Dubois-Arber, F.; Szucs, T. (2007): Evaluation. Ökonomische Evaluation. In: F. Gutzwiller und F. Paccaud (Hg.): Sozial- und Präventivmedizin- Public Health. Lehrbuch Gesundheitswissenschaften. Unter Mitarbeit von T. Abel, U. Ackermann-Liebrich, C. Braun-Fahrländer, P. Chastonay, P. Jüni, A. Rougemont und R. Steffen. 3. Aufl. Bern: Hans Huber, Hogrefe AG, S. 216–228.
- DNGfK (2010): Grundsatzdokumente für Gesundheitsförderung in Krankenhäusern und Gesundheitseinrichtungen. Zusammenfassung der Dokumente, die die grundsätzliche Ausrichtung und die Prinzipien der Gesundheitsförderung in und durch Gesundheitseinrichtungen darstellen. Sonderausgabe. 2. Aufl. Hg. v.

Deutsches Netz Gesundheitsfördernder Krankenhäuser und Gesundheitseinrichtungen e.V. Berlin. Online verfügbar unter <http://dngfk.de/>, zuletzt geprüft am 08.04.2014.

Ducki, A. (2002): Betriebliche Gesundheitsförderung und Neue Arbeitsformen — Aktuelle Tendenzen in Forschung und Praxis. In: *Gruppendynamik und Organisationsberatung* 33 (4), S. 419–436.

Fischmann, W.; Kiesel, J.; Drexler, H. (2010): Probleme am Arbeitsplatz Krankenhaus. Identifikation mittels eines Evaluationstools. In: *Trauma Berufskrankh* 12 (4), S. 244–246.

Fritz, S.; Richter, P. (2011): Effektivität und Nutzen betrieblicher Gesundheitsförderung. Wie lässt sich beides sinnvoll messen? In: *Praev Gesundheitsf* 6 (2), S. 124–130.

Gärtner, F. et al (2011): The Mental Vitality @ Work study: design of a randomized controlled trial on the effect of a workers' health surveillance mental module for nurses and allied health professionals. In: *BMC Public Health* 11 (290), S. 1–13. Online verfügbar unter <http://www.biomedcentral.com/1471-2458/11/290>, zuletzt geprüft am 27.03.2014.

Hurrelmann, K.; Klotz, T.; Haisch, J. (2004): Einführung: Krankheitsprävention und Gesundheitsförderung. Krankheitsprävention und Gesundheitsförderung als Interventionsform. In: K. Hurrelmann, T. Klotz und J. Haisch (Hg.): *Lehrbuch Prävention und Gesundheitsförderung. Lehrbuch Gesundheitswissenschaften*. 1. Aufl. Bern u.a.: Hans Huber, S. 11–14.

INQA (o.J.): Top 100 - Gute Unternehmenspraxis. Hg. v. Initiative Neue Qualität der Arbeit (INQA). Berlin. Online verfügbar unter <http://www.inqa.de/DE/Lernen-Gute-Praxis/Top-100-Gute-Unternehmenspraxis/inhalt.html>, zuletzt geprüft am 07.04.2014.

Jahn, F.; Ulbricht, S. (2011): „Mein nächster Beruf“ – Personalentwicklung für Berufe mit begrenzter Tätigkeitsdauer. Teil 1: Modellprojekt in der stationären Krankenpflege überarbeitete und ergänzte Auflage. iga.Report 17. 2. Aufl. Unter Mitarbeit von BKK, DGUV, AOK und VDEK. Hg. v. Institut für Arbeit und Gesundheit. Online verfügbar unter www.iga-info.de.

Joubert, Joseph (1754-1824) (o.J.a). Online verfügbar unter http://www.aphorismen.de/suche?f_thema=Problem, zuletzt geprüft am 07.04.2014.

Joubert, Joseph (1754-1824) (o.J.b). Online verfügbar unter <http://www.zitate.de/kategorie/Diskussion/>, zuletzt geprüft am 07.04.2014.

Julia Kreis, Wolfgang Bödeker (2003): Gesundheitlicher und ökonomischer Nutzen betrieblicher Gesundheitsförderung und Prävention. Zusammenstellung der wissenschaftlichen Evidenz. iga-Report 3. 1. Aufl. Unter Mitarbeit von Initiative Gesundheit und Arbeit. Hg. v. BKK, HVBG und BGAG. Online verfügbar unter www.iga-info.de.

- Kafka, Franz (o.J.): Das Werk. Online verfügbar unter http://www.zitate-aphorismen.de/zitate/thema/Ergebnis_-_Resultat/1053/10, zuletzt geprüft am 07.04.2014.
- Klie, T.; Stascheit, U. (Hg.) (2011): Gesetze für Pflegeberufe. Textsammlung. 12. Aufl. Baden-Baden: Nomos.
- Lempert-Horstkotte, Jürgen (2009): Höchstes Gut: Die Gesundheit der Mitarbeiter. Betriebliche Gesundheitsförderung im Krankenhaus. Selbstpflege Pflege Praxis. In: *Heilberufe* 61 (2), S. 10–14.
- Moher, D. et al (2009): Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses: The PRISMA Statement. Hg. v. K.A. The PRISMA Group. Online verfügbar unter <http://www.prisma-statement.org/2.1.2%20-%20PRISMA%202009%20Checklist.pdf>, zuletzt geprüft am 07.05.2014.
- Müller, Brigitte (2009): Betriebliches Gesundheitsmanagement im System Krankenhaus - Bestandsaufnahme und Ausblick. Expertise. Abschlussbericht. Hg. v. Hans-Böckler-Stiftung. Wuppertal. Online verfügbar unter www.boeckler.de.
- Palumbo, Mary Val; Wu, Ge; Shaner-McRae, Hollie; Rambur, Betty; McIntosh, Barbara (2012): Tai Chi for older nurses: A workplace wellness pilot study. In: *Applied Nursing Research* 25 (1), S. 54–59, zuletzt geprüft am 27.03.2014.
- Sachverständigenrat (2012): Wettbewerb an der Schnittstelle zwischen ambulanter und stationärer Gesundheitsversorgung. Sondergutachten 2012 Kurzfassung. Unter Mitarbeit von E. et al Wille. Hg. v. Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen. Bundesministerium für Gesundheit. Bonn. Online verfügbar unter <http://www.svr-gesundheit.de/index.php?id=378>, zuletzt geprüft am 18.03.2014.
- Schröer, A.; Sochert, R.; Voß, K.-D (2006): Die Entwicklung der betrieblichen Gesundheitsförderung. Prävention aus der Sicht der GKV. In: *Präv Gesundheitsf* 1 (1), S. 78–82.
- Sockoll, I.; Kramer, I.; Bödecker, W. (2008): Wirksamkeit und Nutzen betrieblicher Gesundheitsförderung und Prävention. Zusammenstellung der wissenschaftlichen Evidenz 2000 bis 2006. iga.Report 13. 1. Aufl. Unter Mitarbeit von Projektteam Initiative Gesundheit und Arbeit. Hg. v. BKK, BGAG, AOK und AEV.
- Springer Fachmedien Wiesbaden GmbH (o.J.): Gabler Wirtschaftslexikon. Das Wissen der Experten. Hg. v. Springer Gabler. Wiesbaden. Online verfügbar unter <http://wirtschaftslexikon.gabler.de/Archiv/2440/nutzen-v10.html>, zuletzt geprüft am 07.04.2014.
- Voltaire (1694-1778) (o.J.). Online verfügbar unter <http://www.zitate.de/search?in=Quotes&q=gesundheit&page=2>, zuletzt geprüft am 07.04.2014.
- Weltgesundheitsorganisation (1986): Ottawa-Charta zur Gesundheitsförderung, 1986. Erste internationale Konferenz zur Gesundheitsförderung mit dem Ziel

"Gesundheit für alle" bis zum Jahre 2000 und darüber hinaus. Unter Mitarbeit von Badura und Milz. Hg. v. WHO. Ottawa. Online verfügbar unter http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0006/129534/Ottawa_Charter_G.pdf, zuletzt geprüft am 04.04.2014.

WHO Regional Office for Europe (Hg.) (2001): Evaluation in health promotion : principles and perspectives. Unter Mitarbeit von I. et al Rootman (European Series, 92).

Wiskow, C.; Albrecht, T.; Pietro, C. de (2010): Wie lässt sich ein attraktives und unterstützendes Arbeitsumfeld für Fachkräfte des Gesundheitswesens schaffen? ANALYSE VON GESUNDHEITSSYSTEMEN UND GESUNDHEITSPOLITIK. Hg. v. WHO-Regionalbüro für Europa und Europäisches Observatorium für Gesundheitssysteme und Gesundheitspolitik (Grundsatzpapier, 15).

Anhang

A1: Screenshot INQA	42
A2: Detaillierte Suchstrategie der systematischen Literaturrecherche (EXCEL).....	43
A3: Anwendung der PRISMA Checkliste für „Lifestyle health promotion interventions for nursing workforce: a systematic review“ (Chan und Perry 2012)	44
A4: Anwendung der CONSORT Checkliste für „Tai Chi for older nurses: A workplace wellness pilot study“ (Palumbo et al. 2012)	46
A5: Anwendung der CONSORT Checkliste für „The Mental Vitality @ Work study: design of a randomized controlled trial on the effect of a workers' health surveillance mental module for nurses and allied health professionals“ (Gärtner 2011)	49

A1: Screenshot INQA

10-Gute-Unternehmenspraxis/inhalt.html — INQA.de - Top 100 - Gute Unternehmenspraxis



Legende

- Personalführung
- Chancengleichheit & Diversity
- Gesundheit
- Wissen & Kompetenz
- Themenübergreifend

Detailansicht: 18 Einträge

KONTAKT

LOB & KRITIK

Quelle: (INQA o.J.)

A2: Detaillierte Suchstrategie der systematischen Literaturrecherche (EXCEL)

Suchstrategie					
Fragestellung	Werden betriebliche gesundheitsfördernde Maßnahmen im Krankenhaus durchgeführt und ergibt sich daraus ein Nutzen für Pflegende?				
Suchdatum					14.04.2014
Name der Datenbank					
Cochrane					
title, abstract, keywords abstracts available, publication date from 1986-2014					
Limits					Nr. Treffer
Suchwörter	Betriebliche Gesundheitsförderung	workplace health promotion	1	391	
	Gesundheitsförderung	health promotion	2	6458	
	Krankenschwester	nurse	3	24327	
	Krankenhaus	hospital	4	154023	
	Nutzen der Krankenschwester	benefit for nurse	5	6333	
	Pflege	care	6	113644	
Kombinationen	1 OR 2 AND 3 AND 6		7	1168	
	7 AND 4		8	470	
	8 AND 5		9	322	
Name der Datenbank					
Pubmed					
Review, systematic review, evaluation studies, clinical trial, free full text available, publication date from 1986-2014					
Limits					Nr. Treffer
Suchwörter	Betriebliche Gesundheitsförderung	workplace health promotion	1	150	
	Gesundheitsförderung	health promotion	2	2190	
	Krankenschwester	nurse	3	3532	
	Krankenhaus	hospital	4	99361	
	Nutzen der Krankenschwester	benefit for nurse	5	340	
	Pflege	care	6	60200	
Kombinationen	1 OR 2 AND 3 AND 6		7	115	
	7 AND 4		8	25	
	8 AND 5		9	3	
Name der Datenbank					
Cinahl					
Boolescher Ausdruck, Link zum Volltext, Referenzen vorhanden, Zeitraum: 1986-2014					
Limits					Nr. Treffer
Suchwörter	Betriebliche Gesundheitsförderung	workplace health promotion	1	11	
	Gesundheitsförderung	health promotion	2	2155	
	Krankenschwester	nurse	3	12743	
	Krankenhaus	hospital	4	7500	
	Nutzen der Krankenschwester	benefit for nurse	5	37	
	Pflege	care	6	31429	
Kombinationen	1 OR 2 AND 3 AND 6		7	220	
	7 AND 4		8	41	
	8 AND 5		9	11	
				Treffer insgesamt	524824
				Anzahl der einzelnen kombinierten Treffer	2375
				Anzahl der gesamten kombinierten Treffer	336
				Treffer anhand Titel & Abstract überprüft	336
				unrelevant	333
				relevant	3

Quelle: Eigene Darstellung der Verfasserin

A3: Anwendung der PRISMA Checkliste für „Lifestyle health promotion interventions for nursing workforce: a systematic review“ (Chan und Perry 2012)

Section/topic	#	Checklist item	Reported on page #
TITLE			
Title	1	Identify the report as a systematic review, meta-analysis, or both.	2247
ABSTRACT			
Structured summary	2	Provide a structured summary including, as applicable: background; objectives; data sources; study eligibility criteria, participants, and interventions; study appraisal and synthesis methods; results; limitations; conclusions and implications of key findings; systematic review registration number.	2247
INTRODUCTION			
Rationale	3	Describe the rationale for the review in the context of what is already known.	2247f.
Objectives	4	Provide an explicit statement of questions being addressed with reference to participants, interventions, comparisons, outcomes, and study design (PICOS).	2248ff.
METHODS			
Protocol and registration	5	Indicate if a review protocol exists, if and where it can be accessed (e.g., Web address), and, if available, provide registration information including registration number.	2247
Eligibility criteria	6	Specify study characteristics (e.g., PICOS, length of follow-up) and report characteristics (e.g., years considered, language, publication status) used as criteria for eligibility, giving rationale.	2250
Information sources	7	Describe all information sources (e.g., databases with dates of coverage, contact with study authors to identify additional studies) in the search an.	2250
Search	8	Present full electronic search strategy for at least one database, including any limits used, such that it could be repeated.	2251
Study selection	9	State the process for selecting studies (i.e., screening, eligibility, included in systematic review, and, if applicable, included in the meta-analysis).	2251
Data collection process	10	Describe method of data extraction from reports (e.g., piloted forms, independently, in duplicate) and any processes for obtaining and confirming data from investigators.	2251

Data items	11	List and define all variables for which data were sought (e.g., PICOS, funding sources) and any assumptions and simplifications made.	2252ff.
Risk of bias in individual studies	12	Describe methods used for assessing risk of bias of individual studies (including specification of whether this was done at the study or outcome level), and how this information is to be used in any data synthesis.	2255
Summary measures	13	State the principal summary measures (e.g., risk ratio, difference in means).	2255
Synthesis of results	14	Describe the methods of handling data and combining results of studies, if done, including measures of consistency (e.g., I^2) for each meta-analysis.	2255

Quelle: Checkliste entnommen von (Moher 2009) in Anlehnung an (Chan und Perry 2012)

A4: Anwendung der CONSORT Checkliste für „Tai Chi for older nurses: A workplace wellness pilot study“ (Palumbo et al. 2012)

Section/Topic	Item No	Checklist item	Reported on page No
Title and abstract			
	1a	Identification as a randomised trial in the title	-
	1b	Structured summary of trial design, methods, results, and conclusions (for specific guidance see CONSORT for abstracts)	54
Introduction			
Background and objectives	2a	Scientific background and explanation of rationale	54f.
	2b	Specific objectives or hypotheses	55
Methods			
Trial design	3a	Description of trial design (such as parallel, factorial) including allocation ratio	55
	3b	Important changes to methods after trial commencement (such as eligibility criteria), with reasons	55
Participants	4a	Eligibility criteria for participants	55
	4b	Settings and locations where the data were collected	55
Interventions	5	The interventions for each group with sufficient details to allow replication, including how and when they were actually administered	55f
Outcomes	6a	Completely defined pre-specified primary and secondary outcome measures, including how and when they were assessed	55f
	6b	Any changes to trial outcomes after the trial commenced, with reasons	56
Sample size	7a	How sample size was determined	55
	7b	When applicable, explanation of any interim analyses and stopping guidelines	55
Randomisation:			

Sequence generation	8a	Method used to generate the random allocation sequence	55
	8b	Type of randomisation; details of any restriction (such as blocking and block size)	-
Allocation concealment mechanism	9	Mechanism used to implement the random allocation sequence (such as sequentially numbered containers), describing any steps taken to conceal the sequence until interventions were assigned	55
Implementation	10	Who generated the random allocation sequence, who enrolled participants, and who assigned participants to interventions	56
Blinding	11a	If done, who was blinded after assignment to interventions (for example, participants, care providers, those assessing outcomes) and how	-
	11b	If relevant, description of the similarity of interventions	-
Statistical methods	12a	Statistical methods used to compare groups for primary and secondary outcomes	55
	12b	Methods for additional analyses, such as subgroup analyses and adjusted analyses	56
Results			
Participant flow (a diagram is strongly recommended)	13a	For each group, the numbers of participants who were randomly assigned, received intended treatment, and were analysed for the primary outcome	56
	13b	For each group, losses and exclusions after randomisation, together with reasons	56
Recruitment	14a	Dates defining the periods of recruitment and follow-up	56
	14b	Why the trial ended or was stopped	56
Baseline data	15	A table showing baseline demographic and clinical characteristics for each group	56
Numbers analysed	16	For each group, number of participants (denominator) included in each analysis and whether the analysis was by original assigned groups	56f
Outcomes and estimation	17a	For each primary and secondary outcome, results for each group, and the estimated effect size and its precision (such as 95% confidence interval)	56f

	17b	For binary outcomes, presentation of both absolute and relative effect sizes is recommended	56f
Ancillary analyses	18	Results of any other analyses performed, including subgroup analyses and adjusted analyses, distinguishing pre-specified from exploratory	57
Harms	19	All important harms or unintended effects in each group (for specific guidance see CONSORT for harms)	57
Discussion			
Limitations	20	Trial limitations, addressing sources of potential bias, imprecision, and, if relevant, multiplicity of analyses	57
Generalisability	21	Generalisability (external validity, applicability) of the trial findings	57
Interpretation	22	Interpretation consistent with results, balancing benefits and harms, and considering other relevant evidence	57
Other information			
Registration	23	Registration number and name of trial registry	54
Protocol	24	Where the full trial protocol can be accessed, if available	54
Funding	25	Sources of funding and other support (such as supply of drugs), role of funders	58

Quelle: Checkliste entnommen von (Campbell et al. 2012) in Anlehnung an (Palumbo et al. 2012)

A5: Anwendung der CONSORT Checkliste für „The Mental Vitality @ Work study: design of a randomized controlled trial on the effect of a workers' health surveillance mental module for nurses and allied health professionals“ (Gärtner 2011)

Section/Topic	Item No	Checklist item	Reported on page No
Title and abstract			
	1a	Identification as a randomised trial in the title	1
	1b	Structured summary of trial design, methods, results, and conclusions (for specific guidance see CONSORT for abstracts)	1
Introduction			
Background and objectives	2a	Scientific background and explanation of rationale	2
	2b	Specific objectives or hypotheses	3
Methods			
Trial design	3a	Description of trial design (such as parallel, factorial) including allocation ratio	3
	3b	Important changes to methods after trial commencement (such as eligibility criteria), with reasons	3
Participants	4a	Eligibility criteria for participants	3f
	4b	Settings and locations where the data were collected	3
Interventions	5	The interventions for each group with sufficient details to allow replication, including how and when they were actually administered	4ff
Outcomes	6a	Completely defined pre-specified primary and secondary outcome measures, including how and when they were assessed	6ff
	6b	Any changes to trial outcomes after the trial commenced, with reasons	8f
Sample size	7a	How sample size was determined	8f
	7b	When applicable, explanation of any interim analyses and stopping guidelines	8f
Randomisation:			

Sequence generation	8a	Method used to generate the random allocation sequence	9
	8b	Type of randomisation; details of any restriction (such as blocking and block size)	9
Allocation concealment mechanism	9	Mechanism used to implement the random allocation sequence (such as sequentially numbered containers), describing any steps taken to conceal the sequence until interventions were assigned	9
Implementation	10	Who generated the random allocation sequence, who enrolled participants, and who assigned participants to interventions	9
Blinding	11a	If done, who was blinded after assignment to interventions (for example, participants, care providers, those assessing outcomes) and how	9
	11b	If relevant, description of the similarity of interventions	9
Statistical methods	12a	Statistical methods used to compare groups for primary and secondary outcomes	9
	12b	Methods for additional analyses, such as subgroup analyses and adjusted analyses	9
Results			
Participant flow (a diagram is strongly recommended)	13a	For each group, the numbers of participants who were randomly assigned, received intended treatment, and were analysed for the primary outcome	-
	13b	For each group, losses and exclusions after randomisation, together with reasons	-
Recruitment	14a	Dates defining the periods of recruitment and follow-up	-
	14b	Why the trial ended or was stopped	-
Baseline data	15	A table showing baseline demographic and clinical characteristics for each group	-
Numbers analysed	16	For each group, number of participants (denominator) included in each analysis and whether the analysis was by original assigned groups	-
Outcomes and estimation	17a	For each primary and secondary outcome, results for each group, and the estimated effect size and its precision (such as 95% confidence interval)	-

	17b	For binary outcomes, presentation of both absolute and relative effect sizes is recommended	-
Ancillary analyses	18	Results of any other analyses performed, including subgroup analyses and adjusted analyses, distinguishing pre-specified from exploratory	-
Harms	19	All important harms or unintended effects in each group (for specific guidance see CONSORT for harms)	-
Discussion			
Limitations	20	Trial limitations, addressing sources of potential bias, imprecision, and, if relevant, multiplicity of analyses	9f
Generalisability	21	Generalisability (external validity, applicability) of the trial findings	10
Interpretation	22	Interpretation consistent with results, balancing benefits and harms, and considering other relevant evidence	(10)
Other information			
Registration	23	Registration number and name of trial registry	1
Protocol	24	Where the full trial protocol can be accessed, if available	1
Funding	25	Sources of funding and other support (such as supply of drugs), role of funders	13

Quelle: Checkliste entnommen von (Campbell et al. 2012) in Anlehnung an (Gärtner 2011)

Eidesstattliche Erklärung

„Hiermit versichere ich an Eides statt und durch meine Unterschrift, dass die vorliegende Arbeit von mir selbstständig, ohne fremde Hilfe angefertigt worden ist. Inhalte und Passagen, die aus fremden Quellen stammen und direkt oder indirekt übernommen worden sind, wurden als solche kenntlich gemacht. Ferner versichere ich, dass ich keine andere, außer der im Literaturverzeichnis angegebenen Literatur verwendet habe. Diese Versicherung bezieht sich sowohl auf Textinhalte sowie alle enthaltenden Abbildungen, Skizzen und Tabellen. Die Arbeit wurde bisher keiner Prüfungsbehörde vorgelegt und auch noch nicht veröffentlicht.“

Hamburg, den 19.07.2014

Elisa Schreiber