



Hochschule für Angewandte Wissenschaften Hamburg
Hamburg University of Applied Sciences

Hochschule für Angewandte Wissenschaften Hamburg
Fakultät Life Sciences
Studiengang Ökotrophologie

Konzeptentwicklung einer BGF-Maßnahme
zur Steigerung der individuellen Ernährungskompetenz für Pflegekräfte
unter Berücksichtigung der gesetzlichen Voraussetzungen

Bachelorarbeit

Tag der Abgabe:

23. April 2019

Vorgelegt von:

Malina Schmidt

- 1. Gutachterin:** Prof. Dr. Annegret Flothow (HAW Hamburg)
- 2. Gutachterin:** Dipl.-Ökotrophologin Hanna-Kathrin Kraaibeek

Inhaltsverzeichnis

Abkürzungsverzeichnis.....	III
Abbildungsverzeichnis.....	IV
Tabellenverzeichnis.....	V
Zusammenfassung.....	VI
1 Einleitung.....	1
2 Theoretische Grundlagen.....	5
2.1 Gesetzliche Voraussetzungen.....	6
2.1.1 Leitfaden Prävention (in der Fassung vom 1. Oktober 2018).....	9
2.1.2 Pflegepersonal-Stärkungsgesetz - PpSG.....	12
2.1.3 Einkommenssteuergesetz - EstG.....	14
2.2 Betrieblicher Prozess der Gesundheitsförderung.....	14
2.3 Zielgruppe Pflegefachkräfte.....	19
2.3.1 Definition und Begriffserklärung Schichtarbeit.....	20
2.3.2 Gesundheitliche Risiken von Schichtarbeit.....	22
2.3.3 Ernährungsempfehlungen im aktiven Schichtdienst.....	26
2.3.4 Herausforderungen in der BGF im Bereich der Pflege.....	30
3 Konzepterstellung BGF-Maßnahme.....	32
3.1 Strukturen.....	34
3.2 Analyse.....	35
3.2.1 Instrumente zur Analyse der gesundheitlichen Situation.....	36

3.2.2	Konzeption einer Mitarbeiterbefragung zur Erhebung des Ernährungsverhaltens und der Verpflegungssituation von Pflegekräften in der Schichtarbeit	37
3.3	Konzeptplanung.....	46
3.4	Umsetzung von Maßnahmen	48
3.4.1	Inhalte	48
3.4.2	Empfohlene Formate	51
3.5	Erfolgskontrolle.....	53
4	Diskussion.....	55
5	Handlungsempfehlungen	57
	Literaturverzeichnis	58
	Rechtsquellenverzeichnis.....	67
	Eidesstaatliche Erklärung	68
	Anhang	69

Abkürzungsverzeichnis

ArbSchG	Arbeitsschutzgesetz
ArbZG	Arbeitszeitgesetz
BEM.....	betriebliches Eingliederungsmanagement
BGF	betriebliche Gesundheitsförderung
BGM	betriebliches Gesundheitsmanagement
DGE.....	Deutsche Gesellschaft für Ernährung e. V.
DGUV	Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung e. V.
GKV	Gesetzliche Krankenkassen Verband
MDS.....	Medizinischer Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen
PpSG	Pflegepersonal-Stärkungsgesetz
PrävG	Präventionsgesetz
PSA	persönliche Schutzausrüstung
QUETHEB....	Deutsche Gesellschaft der qualifizierten Ernährungstherapeuten undErnährungsberater e. V.
SGB V.....	Fünftes Buch Sozialgesetzbuch
UGB.....	Verband für Unabhängige Gesundheitsberatung e. V.
VDD	Verband der Diätassistenten – Deutscher Bundesverband e. V.
VDOE	BerufsVerband Oecotrophologie e. V.
VFED	Verband für Ernährung und Diätetik e. V.

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1 Aufbau der Arbeit.....	3
Abbildung 2 Engpassanalyse vom Dezember 2017	5
Abbildung 3 Gesundheit im Betrieb - Abgrenzung von Begrifflichkeiten.....	7
Abbildung 4 Übersicht § 20 des SGB V	9
Abbildung 5 Übersicht § 20b des SGB V.....	11
Abbildung 6 Betrieblicher Prozess der Gesundheitsförderung	15
Abbildung 7 Erstellungsprozess BGF-Maßnahme.....	33
Abbildung 8 Auszug aus Fragebogen - Frage 11	40
Abbildung 9 Auszug aus Fragebogen - Frage 13	41
Abbildung 10 Auszug aus Fragebogen - Frage 18	41
Abbildung 11 Auszug aus Fragebogen - Frage 22	42
Abbildung 12 Auszug aus Fragebogen - Frage 24	43
Abbildung 13 Auszug aus Fragebogen - Frage 35	44
Abbildung 14 Auszug aus Fragebogen - Frage 36	44
Abbildung 15 Inhaltliche Konzeption der BGF-Maßnahme.....	50

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1 Übersicht der Evaluationsarten	18
Tabelle 2 Psychovegetative Beschwerden	25
Tabelle 3 Mahlzeitenverteilung im aktiven Nachtdienst	28

Zusammenfassung

Theorie: Die bestehende Versorgungslücke im Bereich der Pflege in Deutschland stellt ein akutes Problem im Gesundheitswesen dar und beeinflusst das Berufsbild von Pflegekräften. Die hohe Arbeitsdichte und wechselnde unflexible Arbeitszeiten sind Faktoren, die Beschäftigte in der Pflege vor besondere Herausforderungen stellt. Durch die Schichtarbeit sind sie erhöhten Gesundheitsrisiken ausgesetzt, die durch ein angemessenes Ernährungsverhalten jedoch reduziert werden können. Betriebliche Gesundheitsförderung bietet hier eine wirksame Methode, um die Ernährungskompetenz der Pflegekräfte zu stärken und sie somit leistungsfähiger zu machen.

Ziel: Im Hinblick auf die Problemstellung soll mithilfe eines Konzepts im Rahmen des betrieblichen Gesundheitsmanagements die Vorgehensweise einer Maßnahmenkonzeption erläutert werden, um am Ende eine gesundheitsfördernde Maßnahme vorstellen zu können, die nachhaltig die Ernährungskompetenz der Pflegekräfte stärkt.

Methode: Anhand einer umfassenden Literaturrecherche wurde ein konzeptionelles Vorgehen erarbeitet und darauf basierend ein Fragebogen für die Bedarfsanalyse erstellt sowie praktische Umsetzungsempfehlungen abgeleitet.

Ergebnisse: Das Ergebnis der vorliegenden Arbeit ist eine konzeptionelle gesundheitsfördernde Maßnahme, die in das krankenhaus-interne betriebliche Gesundheitsmanagement integriert ist. Feste Strukturen sind bestimmt, klare Ziele formuliert und eine umfassende zielgruppenorientierte Bedarfsanalyse vorgegeben, welche das Fundament für die inhaltliche Konzeptionierung der Maßnahme bildet.

Diskussion: Der Umfang einer Bachelorarbeit reicht nicht aus, um die komplexe Thematik in allen Teilbereichen intensiv und umfassend zu beleuchten und zu beschreiben. Diese Arbeit gibt die allgemeine Vorgehensweise in der betrieblichen Gesundheitsförderung vor und kann als unterstützende Orientierungshilfe für die Entwicklung von Maßnahmen zur Steigerung der Ernährungskompetenz verwendet werden.

1 Einleitung

Die sogenannte „Versorgungslücke“ im Bereich der Pflege, verursacht durch einen stetigen Anstieg der Anzahl der Pflegebedürftigen ohne einen vergleichbaren Anstieg der Zahl von Pflegefachkräften, ist in Deutschland bereits seit Jahrzehnten immer wieder Teil der öffentlichen Diskussion. Aufgrund des Demographie-Wandels – der zunehmenden „Veralterung“ der in Deutschland lebenden Bevölkerung – ist die Zahl der Pflegebedürftigen in den letzten zehn Jahren deutlich angestiegen (Jacobs et al., 2018, S. 176).

Der vergleichsweise hohe Krankenstand im Gesundheitswesen und insbesondere die erhöhten Fehlzeiten von Pflegekräften verstärken den Pflege-Notstand zusätzlich (Badura et al., 2018, S. 454). Ein Beruf in der Pflege bedeutet in der Regel wechselnden Arbeitszeiten inklusive Nachtschichten ausgesetzt zu sein. Diese zusätzlichen Belastungen zu den ohnehin hohen Anforderungen eines Pflegeberufs bedeuten für die Pflegekräfte sowohl physische als auch psychische negative Auswirkungen wie auch ein erhöhtes Risiko verschiedener Krankheiten (Lowden et al., 2010, S. 150-151).

Im Hinblick auf die Versorgungslücke ist es von enormer Bedeutung anhand von gesundheitsförderlichen Maßnahmen die Gesundheit der Beschäftigten zu verbessern, indem persönliche Ressourcen gestärkt und arbeitsorganisatorische Abläufe gesundheitsgerecht gestaltet werden (Buruck et al., 2015, S. 86). Der Gesetzgeber in Deutschland gibt diesbezüglich den klaren Auftrag der Unterstützung zur Umsetzung von Gesundheitsförderung in Betrieben an die gesetzlichen Krankenkassen (vgl. SGB V).

Die Prävention von Krankheiten basiert auf dem Konzept der Salutogenese, welches davon ausgeht, dass nicht geschaut wird, warum ein Mensch krank wird, sondern was ihn gesund hält. Für den Erhalt von Gesundheit benötigt der Mensch ein Repertoire von unterschiedlichen Ressourcen (Habermann-Horstmeier, 2017, S. 18-20). Ein Teilbereich dieser Ressourcen ist die Führung eines gesunden Lebensstils und somit auch eines gesunden Ernährungsverhaltens. Fehlt die Ressource

des gesunden Ernährungs- und Essverhaltens können Übergewicht und Mangel- oder Fehlernährung die Folge sein. Diese wiederum sind bestimmende Faktoren, die das Risiko beeinflussen eine schwerwiegende Zivilisationskrankheit wie Diabetes, Bluthochdruck oder eine Herz-Kreislauf-Erkrankung zu entwickeln (Elmadfa, 2009, S. 8-10). Doch nicht nur für die Prävention von Erkrankungen ist gesunde Ernährung von Bedeutung. Auch für einen leistungsstarken Arbeitsalltag ist eine vollwertige und ausgewogene Ernährung entscheidend, da sie mit lebensnotwendigen Makro- und Mikronährstoffen versorgt.

Ernährung ist somit ein wichtiges Handlungsfeld im betrieblichen Setting, welches die Umsetzung effektiver gesundheitsförderlicher Maßnahmen für die Beschäftigten erfordert. Unter diesem Betrachtungspunkt liegt der Fokus dieser Arbeit auf der konzeptionellen Erstellung einer gesundheitsförderlichen Maßnahme. Diese soll im Rahmen des Präventionsauftrags der gesetzlichen Krankenkassen stattfinden und eine Stärkung der individuellen Ernährungskompetenz von Pflegekräften bewirken. Ernährungskompetenz bedeutet, dass die an der Maßnahme teilnehmenden Pflegekräfte, dazu befähigt werden, Mangel- oder Fehlernährung und Übergewicht zu vermeiden.

Für die theoretische Erstellung dieses Konzeptes müssen einige wesentliche Grundlagen zu Beginn erläutert werden, welche die Maßnahme begründen. In der folgenden Abbildung (Abb. 1) wird der strukturelle Ablauf der Arbeit dargestellt.

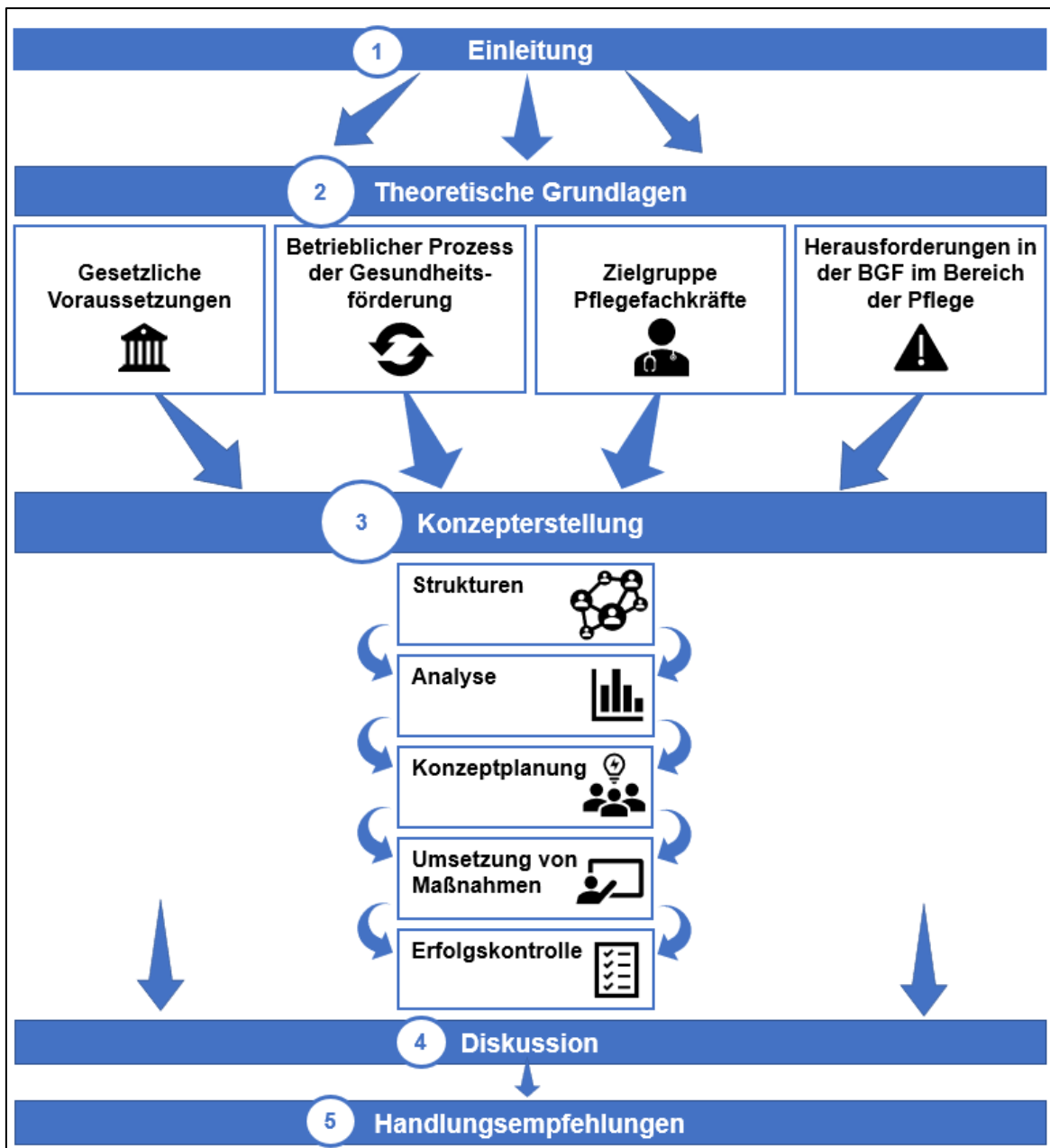


Abbildung 1 Aufbau der Arbeit (eigene Darstellung)

Die gesetzlichen Voraussetzungen von betrieblicher Gesundheitsförderung sind für das Verständnis der Bedeutung von betrieblicher Gesundheitsförderung (BGF) notwendig. Für die Entwicklung einer BGF-Maßnahme ist im Folgenden auch die eingehende Betrachtung eines BGF-Prozesses im Rahmen des betrieblichen Gesundheitsmanagements (BGM) sinnvoll. Dieser erklärt die einzelnen Schritte und Besonderheiten von BGF und BGM. Für eine zielgruppenspezifische und bedarfsgerechte Maßnahme wird zudem die Zielgruppe der Pflegekräfte mit dem Fokus auf Schicht-

arbeit näher betrachtet. Das letzte Unterkapitel der theoretischen Grundlagen betrachtet die Herausforderungen im BGF in der Pflege, damit diese für eine wirksame Konzepterstellung berücksichtigt werden können. Die theoretischen Grundlagen bilden das Fundament für den Hauptteil dieser Arbeit – die Konzepterstellung einer BGF-Maßnahme. Diese erfolgt in Teilschritten des BGF-Prozesses und wird thematisch in das betriebliche Gesundheitsmanagement integriert. Eine besondere Bedeutung erhält in diesem Teil die Analysephase, in der eine Bedarfsanalyse in Form einer Mitarbeiter-Befragung anhand eines Fragebogens vorgestellt wird. Dieser wird mithilfe der vorangegangenen theoretischen Grundlagen der Zielgruppe erstellt und nachfolgend erläutert. Nach der Bedarfsanalyse kann zu der Konzeptplanung und anschließend zur Umsetzung von Maßnahmen übergegangen werden. Die BGF-Maßnahme erhält an Form, indem Inhalte konzipiert werden und Formate empfohlen werden. Das Kapitel wird abgeschlossen durch die theoretische Erfolgskontrolle der Maßnahme. Anschließend folgen eine Diskussion zur Einordnung der dargestellten Ergebnisse sowie Handlungsempfehlungen für die Umsetzung in der Praxis.

2 Theoretische Grundlagen

Die heutige Arbeitswelt ist geprägt durch einen ständigen Wandel, der vor allem durch die Globalisierung, den demografischen Wandel, den technologischen Fortschritt und die institutionellen Reformen beeinflusst wird. Dieser Wandel bewirkt auch Veränderungen in den Beschäftigungsformen sowie der Arbeitskultur in den Unternehmen und bedingt gleichzeitig einen Fachkräftemangel auf dem Arbeitsmarkt (Meyer, Klose, Schröder, 2015, S. 1). Im Jahr 2017 versorgten bundesweit 328.500 Pflegevollkräfte knapp 19,5 Millionen stationär im Krankenhaus behandelte Fälle (Destatis, 08.08.2018). Auch in den Gesundheitsberufen und insbesondere im Bereich der Pflege macht sich dieser Mangel bundesweit bemerkbar (vgl. Abb. 2).



Abbildung 2 Engpassanalyse vom Dezember 2017 (übernommen von Bundesagentur für Arbeit, 2018, S. 12)

Im Jahr 2017 waren laut der Agentur für Arbeit 14.700 unbesetzte Stellen für Krankenpflegekräfte gemeldet. Dies entspricht einem Anstieg von 8 % (1.100 Stellen) zum Vorjahr. Von diesen Stellen waren 90 % (13.200 Stellen) an ausgebildete Krankenpflegekräfte gerichtet. Dieser Bedarf überstieg deutlich die 5.200 als arbeitslos gemeldeten Fachkräfte (Bundesagentur für Arbeit, 2018). Laut einer Erhebung von ver.di¹ entspricht dies nicht dem tatsächlichen Mangel. Dort wurde mithilfe von

¹ ver.di = Vereinte Dienstleistungsgewerkschaft

13.000 Pflegefachkräften ermittelt, dass es 22 % mehr Stellen geben müsste, um eine gute Patientenversorgung mit einer angemessenen Schichtbesetzung zu gewährleisten (ver.di, 2018). Dieser Mangelzustand bewirkt unter anderem eine Arbeitsverdichtung für die Angestellten.

Auch die Politik sieht den Notzustand, der durch die Versorgungslücke verursacht wird und hat zu Beginn des Jahres 2019 das Pflegepersonal-Stärkungsgesetz (PpSG) verabschiedet. Mit diesem Gesetz sollen insbesondere neue Stellen finanziert, Arbeitsbedingungen für Pflegekräfte verbessert und die Ausbildung attraktiver gemacht werden. Zusätzlich adressiert es auch die Notwendigkeit der Gesundheitsförderung für die Pflegekräfte. Einerseits kann die Investition in die Gesundheit der Mitarbeiter² die Krankheitsquote reduzieren und somit Kosten verringern und andererseits unterstützen gesundheitsförderliche Angebote im Konkurrenzkampf um Fachkräfte auf dem Arbeitsmarkt (Sayed, Kubalski, 2016, S. 1).

Dieses Kapitel beschäftigt sich zu Beginn mit den aktuellen gesetzlichen Voraussetzungen für betriebliche Gesundheitsförderung in Deutschland. Diese bilden die Basis für die weitere Erläuterung des betrieblichen Prozesses der Gesundheitsförderung. Anschließend wird die Zielgruppe Pflegefachkräfte vorgestellt und hier der Fokus auf Schichtarbeit gelegt, da diese einen sehr stark beeinflussenden Faktor auf die Berufsgruppe darstellt.

2.1 Gesetzliche Voraussetzungen

Für das Verständnis der im Nachfolgenden erläuterten gesetzlichen Bestimmungen zur betrieblichen Gesundheitsförderung ist es wichtig, BGF als Handlungsfeld von BGM zu verstehen und inwiefern dieses im Betrieb situiert ist. BGM zeichnet sich dadurch aus, dass betriebliche Strukturen und Prozesse fest im Unternehmen inte-

² Allein aus Gründen der besseren Lesbarkeit wird auf die gleichzeitige Verwendung männlicher und weiblicher Sprachformen verzichtet. Sämtliche Personenbezeichnungen in dieser Arbeit gelten für beide Geschlechter.

griert sind, welche eine gesundheitsförderliche Gestaltung von Arbeit und Organisation zum Ziel haben sowie die Stärkung und Befähigung eines gesundheitsfördernden Verhaltens der Mitarbeiter (Badura, Walter, Hehlmann, 2010, S. 33).

BGM steht stets im Wirksamkeitsbereich der betrieblichen Gesundheitspolitik. Diese ist Teil der Unternehmenspolitik und muss ebenso die Unternehmensziele sowie das Wohlbefinden der Beschäftigten stärken. Wenn die obersten Verantwortlichen des Betriebes nicht davon überzeugt sind, dass die Gesundheit ihrer Mitarbeiter einen hohen Stellenwert einnehmen sollte, wird es schwierig sein, ein wirksames BGM umzusetzen. Eine gute betriebliche Gesundheitspolitik regelt nötige Ressourcen und Zuständigkeiten, legt Qualitätskriterien fest und integriert qualifizierte Gesundheitsexperten (Badura, Steinke, 2009, S. 3).

In der nachstehenden Abbildung werden die drei Handlungsfelder von BGM sowie ihre gesetzlichen Verankerungen dargestellt (Abb. 3).

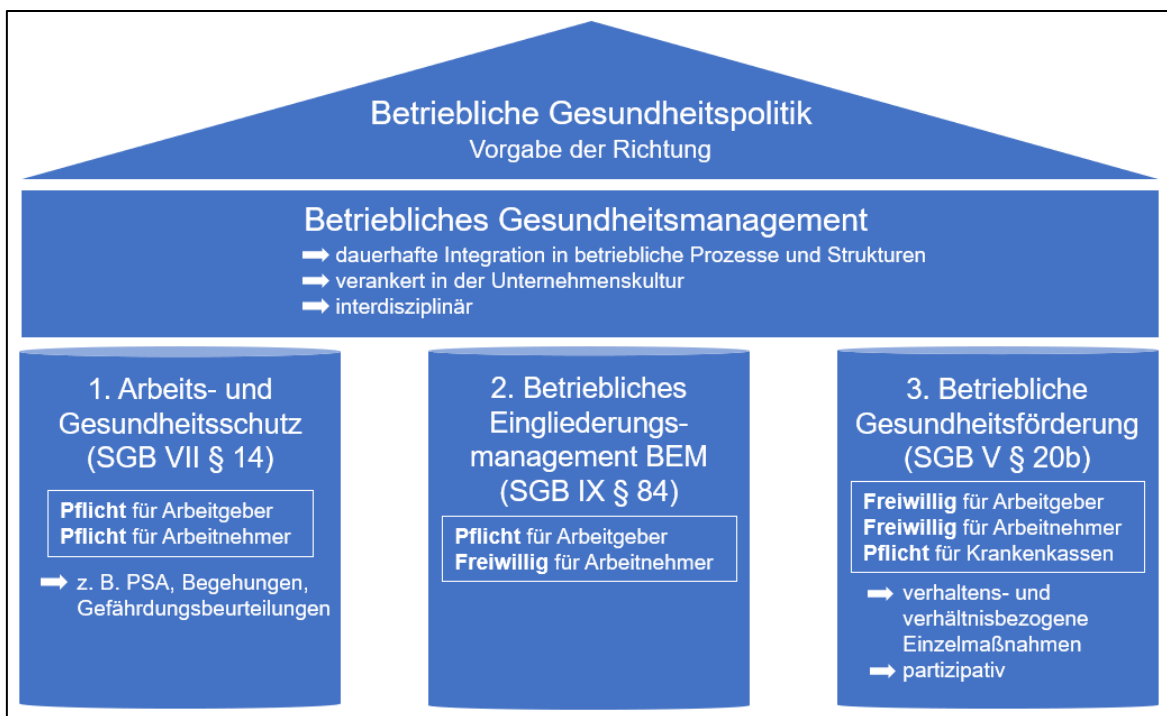


Abbildung 3 Gesundheit im Betrieb - Abgrenzung von Begrifflichkeiten (eigene Darstellung nach Schneider, 2014, 98ff.)

Alle drei Handlungsfelder des BGM betrieblicher Arbeitsschutz, betriebliches Eingliederungsmanagement (BEM) und die betriebliche Gesundheitsförderung sind gesetzlich geregelt, doch nicht alle sind Pflicht. Betrieblicher Arbeitsschutz ist sowohl für Arbeitgeber als auch für Arbeitnehmer gleichermaßen Pflicht und muss zwingend beachtet und eingehalten werden. Hierzu gehören beispielsweise die persönliche Schutzausrüstung (PSA) sowie Begehungen und Gefährdungsbeurteilungen nach §§ 5 und 6 des Arbeitsschutzgesetzes (körperlich wie auch psychisch). Der Arbeitgeber ist wiederum verpflichtet, dem Arbeitnehmer ein BEM anzubieten, welches dieser nach eigenem Ermessen entweder annehmen oder ablehnen darf. Die BGF ist das einzige Handlungsfeld, das weder für den Arbeitgeber noch für den Arbeitnehmer, jedoch für die Krankenkassen Pflicht ist (Reuter, Liebrich, Giesert, 2016, S. 269).

Obgleich BGF für ein Unternehmen nicht verpflichtend ist, besteht für die gesetzlichen Krankenkassen eine gesetzliche Verordnung, gewisse Leistungen im Bereich Prävention zu erbringen.

Die gesetzliche Grundlage für Prävention von Krankheiten in Deutschland bildet der dritte Abschnitt des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (SGB V), welches am 1. Januar 1989 in Kraft trat und alle Regelungen zur gesetzlichen Krankenkasse und ihrer Versicherten festlegt.

In Absatz 3, Paragraph 20b des SGB V wird die betriebliche Gesundheitsförderung definiert und die Aufgaben der Krankenkassen diesbezüglich erläutert. Die Krankenkassen werden dazu verpflichtet, Betriebe zu beraten und – auch finanziell – zu unterstützen, um nachhaltige gesundheitsförderliche Maßnahmen umzusetzen. Während die Grundlagen hierfür vom Gesetzgeber im SGB V festgehalten sind, werden die genauen Bedingungen im Leitfaden Prävention vom GKV-Spitzenverband erläutert.

Das Präventionsgesetz (PrävG) – Gesetz zur Stärkung der Gesundheitsförderung und der Prävention – vom 17. Juli 2015 legt klare Anforderungen an die ge-

gesetzlichen Krankenkassen fest. Der sogenannte Präventionsauftrag beinhaltet Änderungen des SGB V und erläutert Ziele, welche die Krankenkassen erreichen müssen. Diese wurden in der aktuellen Fassung des Leitfadens berücksichtigt und teilweise auch schon umgesetzt (vgl. GKV-Spitzenverband, MDS, 2018).

2.1.1 Leitfaden Prävention (in der Fassung vom 1. Oktober 2018)

Das SGB V enthält alle relevanten gesetzlichen Regelungen im Hinblick auf die Leistungen der gesetzlichen Krankenkassen. Der § 20 widmet sich der Prävention und Gesundheitsförderung und ist in drei Unterpunkte gegliedert: Leistungen zur Gesundheitsförderung und Prävention in Lebenswelten, betriebliche Gesundheitsförderung und Prävention arbeitsbedingter Gesundheitsgefahren (Abb. 4).

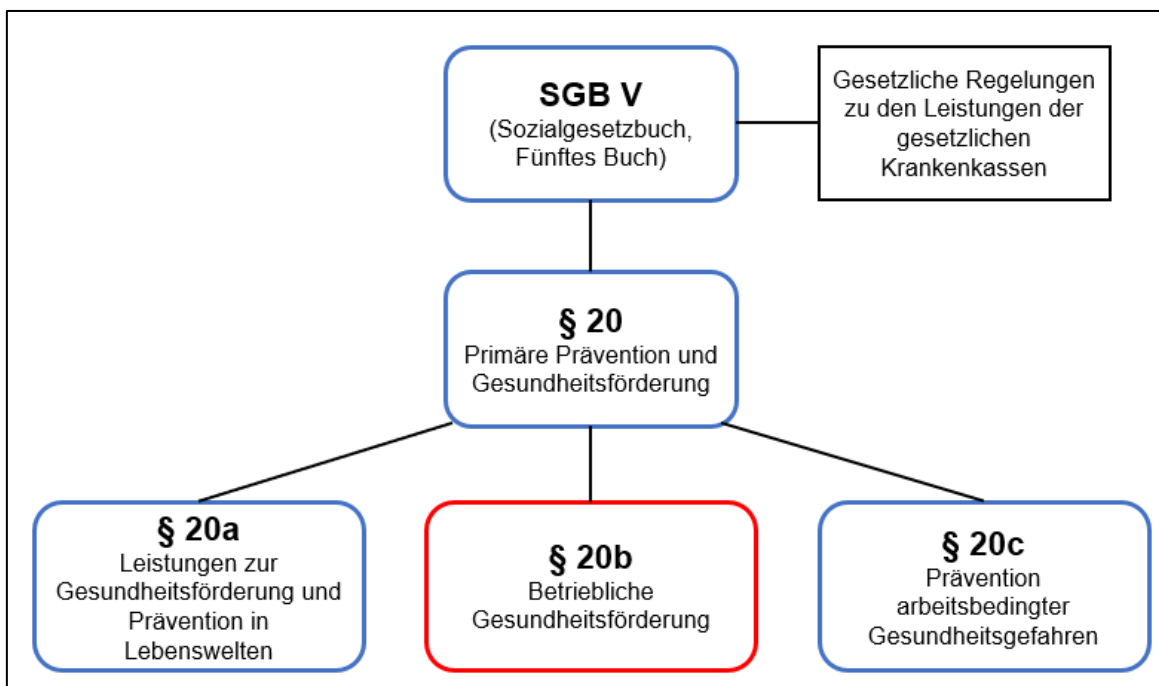


Abbildung 4 Übersicht § 20 des SGB V (eigene Darstellung nach GKV-Spitzenverband, 2018)

Die zentrale Interessenvertretung der gesetzlichen Krankenkassen und Pflegekassen - der GKV-Spitzenverband - fasst diese gesetzlichen Anforderungen aus § 20 des SGB V zusammen und schafft damit eine einheitliche Bestimmung der inhaltlichen Handlungsfelder und schafft qualitative Kriterien für die Leistungen der Krankenkassen in der Primärprävention und betrieblichen Gesundheitsförderung. Die

abgedeckten Leistungsarten umfassen die individuelle verhaltensbezogene Prävention nach § 20 Abs. 4 Nr. 1 und Abs. 5 SGB V, die Prävention und Gesundheitsförderung in Lebenswelten nach § 20a SGB V sowie die betriebliche Gesundheitsförderung nach § 20b und 20c SGB V (vgl. GKV-Spitzenverband, 2018). In § 20b sind die Leistungsumfassungen unter anderem: Analyseermittlungen zur Bedarfsanalyse, Umsetzung verhaltenspräventiver Maßnahmen und Dokumentation, Evaluation und Qualitätssicherung.

Allgemein gilt die Hilfe zur Selbsthilfe. Das bedeutet, dass die Krankenkassen lediglich zeitweise mitbeteiligt in der Gesundheitsförderung sind und somit den Rahmen und die Grundlagen für eine langfristige Integration in den Betrieb unterstützen.

Die Krankenkassen sind demnach verpflichtet, Betriebe dabei zu unterstützen betriebliche Gesundheitsförderung zu planen und umzusetzen. Von 7,52 Euro pro Versicherten pro Jahr (insgesamt 601 Mio. Euro), die für Präventionsausgaben eingesetzt werden müssen, sind mindestens 2,15 Euro für Leistungen nach §§ 20a und 20b zu verwenden (Stand 2019) (vgl. GKV-Spitzenverband, 2018; Präventionsgesetz). Diese Mindestausgabewerte steigen jedes Jahr nach § 18 Abs. 1 Viertes Buch Sozialgesetzbuch (SGB IV) um ca. 2 %.

Die folgende Abbildung zeigt die Aufgliederung von § 20 in § 20b und die enthaltenen Handlungsfelder sowie die dazugehörigen Präventionsprinzipien.

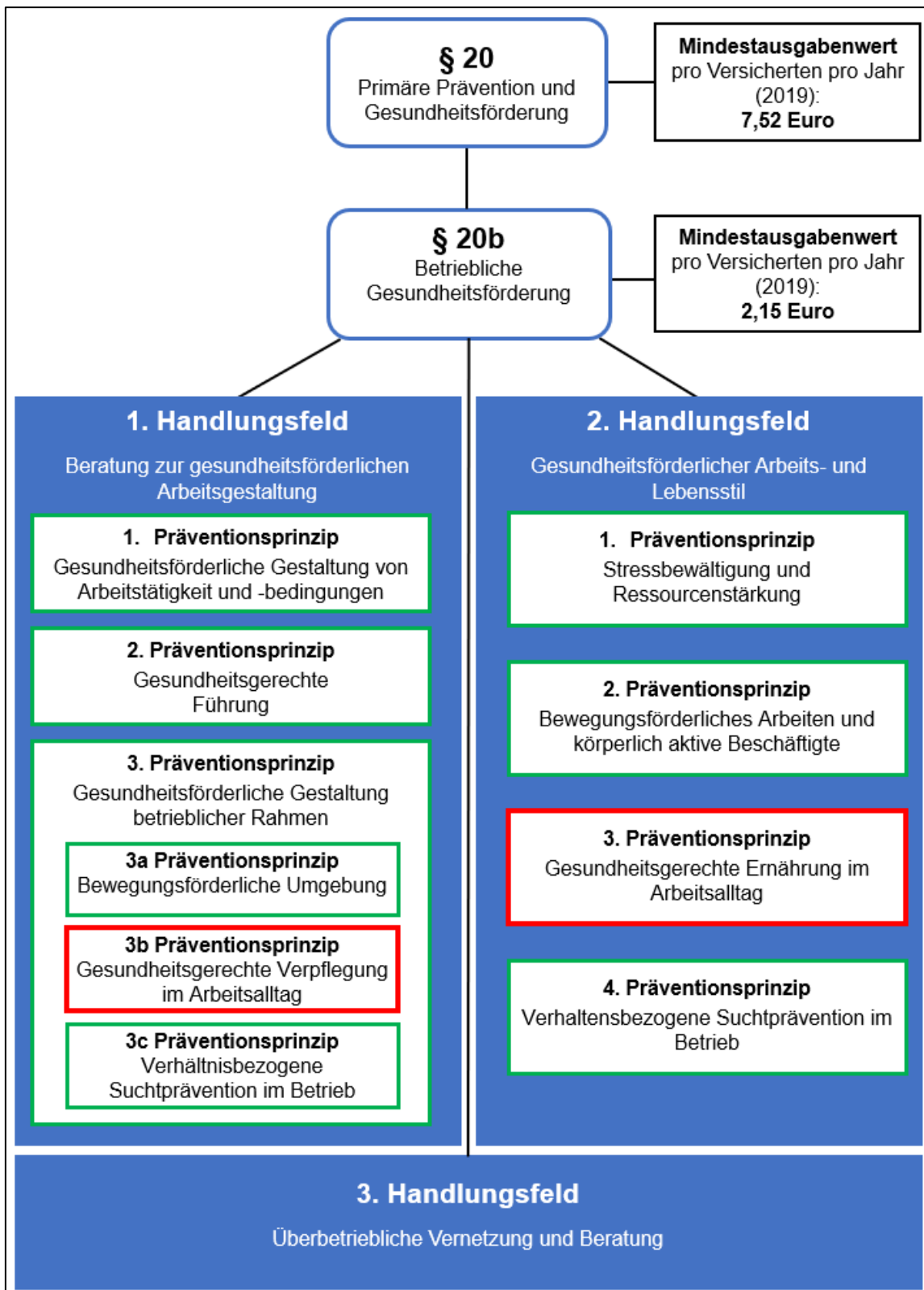


Abbildung 5 Übersicht § 20b des SGB V (eigene Darstellung nach GKV-Spitzenverband, 2018)

Die drei Handlungsfelder innerhalb der BGF nach § 20b sind: „Beratung zur gesundheitsförderlichen Arbeitsgestaltung“, „gesundheitsförderlicher Arbeits- und Lebensstil“ sowie „überbetriebliche Vernetzung und Beratung“. In den einzelnen Handlungsfeldern sind verschiedene Präventionsprinzipien angesiedelt. Zusammen ergeben sie ein ganzheitliches Betrachtungsfeld im BGM.

Im Rahmen dieser Arbeit werden lediglich die ernährungsrelevanten Präventionsprinzipien betrachtet. Im ersten Handlungsfeld können die Betriebe im Bereich Ernährung durch die Krankenkasse Beratung zur gesundheitsförderlichen Arbeitsgestaltung erhalten. Nach dem Präventionsprinzip „Gesundheitsgerechte Verpflegung im Arbeitsalltag“ kann der Betrieb z. B. dabei unterstützt werden, das Verpflegungsangebot für die Mitarbeiter bedarfsgerecht zu optimieren. Dies entspricht beispielsweise einer Beratung durch eine Ernährungsfachkraft bzgl. des Kantinenangebots, sodass dieses nach den DGE-Qualitätsstandards für die Betriebsverpflegung ausgerichtet werden kann.

Im zweiten Handlungsfeld nach dem Präventionsprinzip „Gesundheitsgerechte Ernährung im Arbeitsalltag“ ernährungsbezogene Interventionen durchgeführt werden, um die Ernährungskompetenz der Mitarbeiter zu stärken und durch gesunde Ernährung die Gesundheit zu erhalten oder wiederherzustellen. Es können Gesundheitstage oder Aktionswochen durchgeführt werden, Vorträge gehalten oder Workshops angeboten werden, individuelle Gesundheitsprofile anhand von Messungen erstellt oder auch verhaltens- und verhältnispräventive Maßnahmen zur Vermeidung oder Reduzierung von Übergewicht sowie von Mangel- und Fehlernährung gemäß den Kriterien des individuellen Ansatzes aus § 20 Abs. 4. durchgeführt werden (GKV-Spitzenverband, 2018, S. 121).

2.1.2 Pflegepersonal-Stärkungsgesetz - PpSG

Das SGB V und darauf basierend der Leitfadene Prävention sind die Grundbausteine für eine erfolgreiche Umsetzung von BGF. Neue Gesetze oder Gesetzesänderungen der Bundesregierung sind in der Lage, diese bestehenden Voraussetzungen in Teilen zu verändern und für Erneuerungen zu sorgen.

So ist die bestehende Notstandssituation in der Kranken- und Altenpflege ein nach wie vor sehr aktuelles Thema in der Öffentlichkeit und führt auch regelmäßig zu Diskussionen auf politischer Ebene. Zum 1. Januar 2019 wurde das Pflegepersonal-Stärkungsgesetz verabschiedet. Ziel dieses Gesetzes ist es, durch die Änderung bestehender Gesetze „[...] spürbare Entlastungen im Alltag der Pflegekräfte durch eine bessere Personalausstattung und bessere Arbeitsbedingungen in der Kranken- und Altenpflege [...]“ zu erreichen und somit einer Verschärfung des Zustands entgegenzuwirken. Diese Ziele sollen unter anderem durch die Schaffung von zusätzlichen und/oder aufgestockten Pflegestellen sowie durch attraktivere Ausbildungsplätze und eine von den Fallpauschalen unabhängige Finanzierung der Pflegepersonalkosten erreicht werden (Bundesregierung, 09.11.2018).

Das Gesetz soll zudem die Möglichkeit für Krankenhäuser und Pflegeeinrichtungen verbessern, Maßnahmen zur betrieblichen Gesundheitsförderung anzubieten, um so die physischen und psychischen gesundheitlichen Ressourcen und Fähigkeiten der Beschäftigten zu stärken. Dieses Ziel wird in Artikel 7 des PpSG „Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch“ erläutert und ist der für diese Arbeit relevante Teil des Gesetzes, da dieser Abschnitt sich direkt auf den Präventionsauftrag der Krankenkassen auswirkt.

Nach Art. 7 des PpSG werden die gesetzlichen Krankenkassen dazu verpflichtet, ab 2019 von den 7,52 Euro je Versicherten, die für die Leistungen nach den §§ 20a bis 20c ab dann aufgebracht werden müssen, statt dem bisher festgelegten Mindestausgabebetrag von 2,15 Euro (Stand 2019) nun 3,15 Euro speziell für Leistungen der betrieblichen Gesundheitsförderung in Krankenhäusern und Pflegeeinrichtungen aufzuwenden. Der Beitrag wurde somit um 1 Euro erhöht, was Mehrausgaben von mehr als 70 Mio. Euro entspricht. Mittel, die nicht verausgabt werden, fließen in einen Überlauftopf beim GKV-Spitzenverband und stehen im Folgejahr für Maßnahmen auf Landesebene zur Verfügung.

Durch die Förderung von geeigneten Maßnahmen soll den besonders hohen Anforderungen an die Vereinbarkeit von Pflege, Familie und Beruf Rechnung getragen werden, die vor allem durch die Arbeit am Wochenende oder in der Nacht bedingt sind.

2.1.3 Einkommenssteuergesetz - EstG

Auch wenn die gesetzlichen Krankenkassen ein breites Leistungsspektrum im Bereich der BGF aufweisen, finanzieren sie teilweise nicht 100% der getätigten Ausgaben in den Betrieben. Für die Kostenübernahme seitens der Krankenkassen gilt die jeweilige Satzung der Krankenkasse. Der Leitfaden Prävention gibt inhaltlich die Richtlinie vor.

Unternehmen haben jedoch die Möglichkeit, qualitätsgesicherte Leistungen, die im Bereich BGF getätigt wurden, über § 3 Nr. 34 des Einkommenssteuergesetzes (EstG) einkommensteuerfrei geltend zu machen. Die Voraussetzung ist, dass die Maßnahmen den Anforderungen der jeweils gültigen Fassung des Leitfadens Prävention entsprechen. Der aktuelle Betrag liegt bei 500 Euro pro Mitarbeiter pro Jahr. Auch hier gab es zum Jahresanfang Änderungen: neu ist ab dem 1. Januar 2019, dass die Anbieter der Leistungen nicht nur eine dem Handlungsfeld entsprechende Zertifizierung nachzuweisen haben, sondern sie müssen auch einen Kurs in der Zentralen Prüfstelle Prävention gelistet haben.

2.2 Betrieblicher Prozess der Gesundheitsförderung

Anschließend an die ausführliche Einführung in die gesetzlichen Voraussetzungen von BGF, erfolgt nun der Grundstein für die spätere Entwicklung einer BGF-Maßnahme. Grundlegend für die Entwicklung eines BGF-Konzepts ist, dass Gesundheit als Prozess angesehen wird und dass die Maßnahme nicht als isolierte Einmalaktion konzipiert wird. Stattdessen sollte sie in ein Feld aus Akteuren des betrieblichen Gesundheitsmanagements eingebettet werden, um eine langfristige Verbesserung der Gesundheitsstruktur im Unternehmen zu erreichen (Runde, Tenberge, 2016, S. 216).

Für die Einführung von betrieblicher Gesundheitsförderung in einem Unternehmen, muss als Erstes eine Struktur eines betrieblichen Gesundheitsmanagements bestehen, welches spezifische betriebliche Verantwortliche bereitstellt. Für die Entwicklung einer betrieblichen gesundheitsförderlichen Maßnahme ist es relevant, den gesamten Prozess der betrieblichen Gesundheitsförderung und den Zusammenhang im Rahmen des betrieblichen Gesundheitsmanagements zu kennen.

In der folgenden Grafik (Abb. 6) und den anschließenden Erläuterungen werden diese Grundlagen im Allgemeinen verdeutlicht. Die Struktur und der Inhalt orientieren sich überwiegend am Leitfaden Prävention.

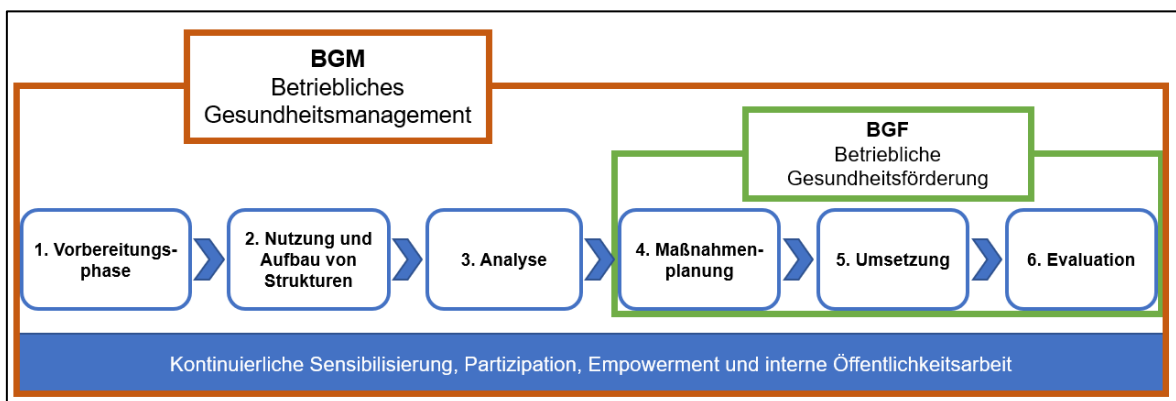


Abbildung 6 Betrieblicher Prozess der Gesundheitsförderung (modifiziert nach GKV-Spitzenverband (2018), S. 95)

Der BGM-Prozess kann in sechs Schritte aufgeteilt werden: Vorbereitungsphase, Nutzung und Aufbau von Strukturen, Analyse, Maßnahmenplanung, Umsetzung und Evaluation. Während des gesamten Prozesses ist es relevant, dass auf eine kontinuierliche Sensibilisierung, Partizipation, Empowerment und interne Öffentlichkeitsarbeit geachtet wird.

Kontinuierliche Sensibilisierung bedeutet, dass die verantwortlichen Akteure dafür sorgen, dass insbesondere Führungskräfte und Mitarbeiter im Unternehmen kontinuierlich für die Wichtigkeit und Wirksamkeit von BGM sensibilisiert werden. Dies kann beispielsweise mithilfe relevanter Informationen und geeigneter Motivationshilfen geschehen (Klingler, 2016, S. 49).

Im Sinne der Partizipation sollen die Mitarbeiter des Unternehmens aktiv in den Prozess des BGM involviert werden. Man kann dies auch als Dezentralisierung der Verantwortung verstehen. Indem alle Beschäftigten aktiv beteiligt sind, kann erreicht werden, dass die Mitarbeiter motiviert werden, und dass das Ergebnis auch einen nachhaltigen Effekt hat (Berset et al., 2016, S. 102).

Das psychologische Konzept des Empowerments bestätigt gleichermaßen die Idee der aktiven Beteiligung (Partizipation) sowie die Wichtigkeit des Kompetenz- und Bedeutsamkeitserlebens der Selbstbestimmung und der eigenen Einflussmöglichkeiten (Felfe, Krick, Reiner, 2018, S. 214).

Interne Öffentlichkeitsarbeit ist relevant für die Akzeptanz und Nachhaltigkeit aller BGM-Maßnahmen im Unternehmen. Sie ist das Kommunikationsmittel mit den Beschäftigten und ermöglicht Transparenz des Gesundheitsmanagements. Hier können verschiedene Methoden gewählt werden wie beispielsweise Auftritte der BGM-Verantwortlichen im Intranet, Werbung für die geplanten Maßnahmen oder die Einbeziehung von BGM-relevanten Themen auf Betriebsversammlungen (GKV-Spitzenverband, 2018, S. 97).

In den folgenden Punkten werden die einzelnen Phasen der oben aufgeführten Abb. 6 erläutert:

1. Vorbereitungsphase

Zu Beginn der Initiierung eines Gesundheitsförderungsprozesses steht die Informationsbereitstellung und die Beratung seitens der Krankenkassen für den Betrieb. Die beteiligten betrieblichen Akteure (Geschäftsführung, Betriebsrat, Führungskräfte, Mitarbeiter o. a.) müssen für das Thema BGM/BGF sensibilisiert und motiviert werden, damit diese die Entscheidung treffen können, dass sie den Nutzen erkennen und den BGM-Prozess einführen wollen.

2. Nutzung und Aufbau von Strukturen

Um den Gesamtprozess steuern zu können, ist es sinnvoll ein Steuerungsgremium zu gründen. Andere Bezeichnungen für ein Steuergremium sind auch Koordinierungsgruppe oder Arbeitskreis Gesundheit. Bezeichnend ist, dass eine Gruppe von betrieblichen Akteuren zusammengestellt wird, die mit der Gesundheit der Mitarbeiter befasst ist (z. B. Betriebsleitung, Führungskräfte, Personalabteilung, Arbeitsschutzbeauftragte, Betriebsrat, Betriebsarzt o. a.). Zusätzlich sollten auch Vertreter der GKV über den Zeitraum der Förderung miteingebunden werden.

3. Analyse

Für eine bedarfsorientierte und wahrheitsgemäße Darstellung der Analyse im Unternehmen ist es relevant, vorhandene Daten zu nutzen. Es wird zwischen „harten“ Fakten und „weichen“ Fakten unterschieden. Harte Fakten sind konkret bezifferbare Messgrößen wie z. B. Fehlzeiten, Altersstrukturanalysen oder Unfallstatistiken, während weiche Fakten wie z. B. Betriebsklima, Arbeitssituationsanalysen, Mitarbeiterbefragungen oder die Mitarbeitereinbindung auch messbar sind, aber einen subjektiven Einfluss haben (Schlipphak, 2018, S. 548).

4. Maßnahmenplanung

Anknüpfend an die Analyse im Unternehmen werden innerhalb des Steuerungsgremiums die Ergebnisse diskutiert und darauf basierend Ziele auf allen Ebenen abgeleitet sowie Entscheidungen bzgl. der Umsetzungsmaßnahmen getroffen. Die Maßnahmen müssen verhältnis- und verhaltensbezogen aufgestellt sein, was bedeutet, dass einerseits die Arbeitsumgebung und die Rahmenbedingungen modifiziert werden müssen und andererseits die individuelle Gesundheitskompetenz durch verhaltensverändernde Maßnahmen gestärkt werden muss (Habermann-Horstmeier, 2017, S. 43).

5. Umsetzung

Die in der Maßnahmenplanung festgelegten Maßnahmen aus den erwähnten Handlungsfeldern (Kapitel 2.1.1) werden schrittweise umgesetzt. Auch in dieser Phase

kann das Unternehmen von der Krankenkasse unterstützt werden, indem der GKV-Projektleiter geeignete Fachkräfte aus dem jeweiligen Bereich vermittelt. Dies kann auch durch einen Dienstleiter geschehen. Den Betrieben steht es frei, über die Leistungen der GKV und dementsprechend über die Handlungsfelder hinaus, Maßnahmen umzusetzen.

6. Evaluation

Für ein erfolgreiches BGM ist die Überprüfung der Wirksamkeit der Maßnahme erforderlich. Anhand einer systematischen Verwendung wissenschaftlicher Methoden kann der gesamte Prozess der Maßnahmenentwicklung untersucht werden und somit einerseits rückwirkend bewertet und andererseits vorausschauend eine Optimierung der zukünftigen Maßnahmen vollzogen werden (Wetzstein, 2016, S. 373).

In der folgenden Tabelle werden drei verschiedene Arten der Evaluation unterschieden und im Anschluss erläutert (Tab. 1).

Tabelle 1 Übersicht der Evaluationsarten (modifiziert übernommen von Wetzstein, 2016, S. 375)

Art	1) Strukturevaluation Evaluation des Konzeptes	2) Prozessevaluation Evaluation der Durchführung	3) Ergebnisevaluation Evaluation der Wirkungen
Typische Fragen	Sind die notwendigen Strukturen geschaffen, um die Ziele zu erreichen?	Sind die Maßnahmen reibungslos und wie geplant umgesetzt worden?	Waren die Beteiligten zufrieden? Sind die Ziele erreicht? Wie hoch ist der Zielerreichungsgrad?
Beispiele für Methoden	<ul style="list-style-type: none"> • Checklisten • Befragungen 	<ul style="list-style-type: none"> • Interviews • Fragebögen 	<ul style="list-style-type: none"> • Dokumentationen • Mitarbeiterbefragung • Kennzahlen

Relevant für den Prozess des BGM ist, dass auch die Evaluation als Prozess empfunden wird. Evaluation sollte nicht erst stattfinden, wenn der BGM-Prozess weit vorangeschritten ist. Bereits während der Konzepterstellung der Maßnahmen kann in Form einer Strukturevaluation die Überprüfung der Erreichbarkeit der gesetzten Ziele stattfinden. Damit ein Konzept erfolgreich umgesetzt werden kann, müssen

verschiedene notwendige Ressourcen zur Verfügung stehen (z. B. finanzielle, strukturelle oder organisatorische).

Eine weitere Form der Evaluation ist die Prozessevaluation. Sie stellt die Überprüfung der Durchführung dar. Anhand von Interviews oder des Ausfüllens von Fragebögen der Beteiligten an den Maßnahmen kann kontrolliert werden, ob diese wie geplant umgesetzt worden sind.

Die Ergebnisevaluation betrachtet hingegen die Wirkungen der durchgeführten Maßnahmen. Es kann anhand von Dokumentationen, Mitarbeiterbefragungen oder z. B. Kennzahlen wie Krankheitsquote, Gesundheitsquote oder Mitarbeiterzufriedenheit überprüft werden, ob die gesetzten Ziele erreicht wurden.

2.3 Zielgruppe Pflegefachkräfte

Für eine bedarfs- und zielgruppenorientierte Konzeptionierung einer Gesundheitsmaßnahme wird in dieser Arbeit der Fokus auf die Zielgruppe „stationäre Krankenpflegekräfte in der Schichtarbeit“ festgelegt. Dieses Kapitel dient dazu, diese Zielgruppe näher zu betrachten, um die Grundlage für die Konzepterstellung zu schaffen.

Gesundheits- und Krankenpfleger sowie Krankenpflegehelfer und Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger gehören im Krankenhaus zum sogenannten Pflegedienst. Im Jahr 2017 waren insgesamt 437.648 Personen im Pflegedienst deutscher Krankenhäuser tätig (Destatis, 2017, S. 51).

Wie bereits in der Einleitung erwähnt, geht Schichtarbeit und damit der Beruf der Pflegekraft mit einem erhöhten Gesundheitsrisiko einher. Laut des Fehlzeiten-Reports 2018 lag der bundesweite Krankenstand im Jahr 2017 bei 5,3 % (Meyer, Wenzel, Schenkel, 2018, S. 331). Damit liegt der Krankenstand in Berufen in der Gesundheits- und Krankenpflege mit 6,3 % deutlich über dem Durchschnitt (Badura et al., 2018, S. 454). Erkrankungen des Muskel-Skelett-Systems und psychische Erkrankungen stehen dabei an erster Stelle in Krankenhäusern (Badura et al., 2018, S. 458).

Die Arbeitswelt Krankenhaus wird stark durch gesetzliche Regulierungen bestimmt. Laut Stefani, 2018 (S. 41-42) steigt die berufliche Belastung im Pflegeberuf durch fortlaufende äußere Veränderungen und erhöhte Anforderungen, wodurch auch zunehmend ein erhöhtes Maß an Kompetenzen zum Erhalt der eigenen Gesundheit erforderlich ist.

Als tägliche Belastungsquellen werden von Glaser, Höge, 2005 (10ff.) vor allem folgende Punkte genannt:

- Mehrarbeit und Wochenendarbeit
- hohe Flexibilitätsanforderungen bei gleichzeitiger geringer Autonomie zur Gestaltung der eigenen Arbeitszeit
- wechselnde Arbeitszeiten im Schichtsystem
- Informationsunsicherheit und Rollenunklarheit
- hohes Arbeitstempo und Zeitdruck
- häufiger Kontakt mit schwerkranken oder sterbenden Patienten

Diese Belastungen können sich negativ auf das individuelle Gesundheitsverhalten und insbesondere auf das Ernährungsverhalten auswirken.

Beschäftigte im Pflegedienst werden vor besondere Herausforderungen gestellt. Der Berufsalltag ist geprägt von einer zunehmenden Arbeitsverdichtung einhergehend mit zeitlichem Druck und steigenden Qualitätsanforderungen an die Versorgung der Patienten. Zusätzlich wird die Arbeit maßgeblich durch gängige Formen der Schichtarbeit bestimmt. Durch unregelmäßige Arbeitszeiten und Nachtarbeit werden die Pflegekräfte einem erhöhten Gesundheitsrisiko ausgesetzt. (Stefani, 2018, 5ff.).

2.3.1 Definition und Begriffserklärung Schichtarbeit

Alle Arbeitsplätze unterstehen in Deutschland dem Arbeitsschutzgesetz (ArbSchG) sowie dem Arbeitszeitgesetz (ArbZG). Letzteres befasst sich maßgeblich in § 6 mit dem besonderen Fall der Nacht- und Schichtarbeit. Es liefert Rahmenbedingungen,

die maßgeblich den Gesundheitsschutz der Arbeitnehmer bewirken sollen (§ 1, ArbSchG).

Hierzu gehören Regelungen wie z. B. eine Begrenzung der täglichen Arbeitszeit, medizinische Untersuchungen in regelmäßigen Abständen für Nachtarbeiter, das Recht des Nachtarbeiters auf einen geeigneten Tagesarbeitsplatz bei bestimmten Begebenheiten, angemessene Verteilungen der Arbeitstage und der freien Tage sowie einen entsprechenden Entgelt-Zuschlag für Nachtschichten (§§ 3ff., ArbSchG).

Der Begriff Schichtarbeit ist nicht eindeutig definiert, da es viele verschiedene Formen der Schichtarbeit gibt. Im Folgenden werden der Einfachheit halber die Begriffe Schichtarbeit anstelle von Schicht- und Nachtarbeit und Schichtarbeiter statt Schicht- und Nachtarbeiter verwendet.

Die Deutsche Gesellschaft für Arbeitsmedizin und Umweltmedizin (2006) beschreibt Schichtarbeit folgendermaßen: "Schichtarbeit ist eine Form der Tätigkeit mit Arbeit zu wechselnden Zeiten (Wechselschicht) oder konstant ungewöhnlicher Zeit (z. B. Dauerspätschicht, Dauernachtschicht)." Grundsätzlich wird zwischen zwei Schichtsystemen unterschieden: einem permanenten Schichtsystem, welches sich durch gleichbleibende Arbeitszeiten auszeichnet, sowie einem Wechselschichtsystem, das durch wechselnde Arbeitszeiten charakterisiert ist (DGAUM, 2006, S. 390).

Weiter lässt sich das Wechselschichtmodell in Zweischichtarbeit (Früh- und Spätschicht) und in Dreischichtarbeit (Früh-, Spät- und Nachtschicht) trennen. Diese können nach einem regelmäßigen Muster eingeteilt werden oder nach einem unregelmäßigen, welches keine Systematik aufweist. Im Gesundheitswesen findet man besonders häufig eine unregelmäßige Verteilung der Schichten (Schmal, 2015, S. 6-7). Es gibt jedoch auch viele Pflegekräfte, die ausschließlich nachts arbeiten. Diese lassen sich der Dauernachtschicht zuordnen (Schmal, 2019, S. 8).

2.3.2 Gesundheitliche Risiken von Schichtarbeit

Die wissenschaftlichen Erkenntnisse der letzten Jahrzehnte weisen einvernehmlich auf eine eindeutige Gesundheitsgefährdung durch Schichtarbeit hin (Zulley, Knab, 2014, S. 171; Weeß, 2016, S. 66). Bereits in der Einleitung dieses Kapitels wurde auf die hohen Fehlzeiten im Bereich Pflege hingewiesen. Wenn die häufigsten Gesundheitsbeschwerden bekannt sind, kann mit gezielter Prävention entgegengewirkt werden.

Die Gründe für die Gesundheitsrisiken für Schichtarbeiter werden laut der DGUV, 2012, S. 81-82 hauptsächlich in der Störung des Biorhythmus gesehen. Insbesondere wechselnde Nacharbeitsschichten haben zur Folge, dass der so genannte zirkadiane Rhythmus des Schichtarbeiters verschoben wird. Dieser zeichnet sich durch eine 24-stündige Periode aus und wird von exogenen und endogenen Faktoren beeinflusst. Einer der wichtigsten exogenen Zeitgeber sind Lichtveränderungen wie der Tag-Nacht-Wechsel. Endogene Zeitgeber sind sämtliche Körperfunktionen wie z. B. Körpertemperatur und Stoffwechselfunktionen. Somit ist ein stark mitbestimmender exogener Faktor auch das Ess- und Trinkverhalten, welche die Stoffwechselfunktionen stark beeinflusst. Zusätzlich wird auch die Hormonproduktion auf einen periodisch wechselnden Schlaf-Wach-Rhythmus ausgelegt und kann sich beispielsweise auf die Appetitregulation und das Hungergefühl auswirken (Klinke et al., 2010, S. 861-862; Schmal, 2019, 29-30).

In der Literatur werden viele verschiedene erhöhte Gesundheitsrisiken für Schichtarbeiter im Vergleich zu Beschäftigten, die zu regelmäßigen Tageszeiten arbeiten, aufgelistet. Von typischen kurzfristigen Folgen von Schichtarbeitern wie z. B. Schlafstörungen, Verdauungsproblemen, Risiko von Arbeitsunfällen und Beeinträchtigungen von sozialen Strukturen bis hin zu langfristigen Erkrankungen wie z. B. Diabetes mellitus, kardiovaskulären Erkrankungen oder Krebserkrankungen ist vieles wissenschaftlich als Gesundheitsrisiko nachgewiesen und sollte im Hinblick auf BGF-Maßnahmen berücksichtigt werden (Schmal, 2019, 43 ff.).

Im Folgenden werden einige bestimmende Gesundheitsrisiken für Schichtarbeiter erläutert. Die getroffene Auswahl hat nicht den Anspruch, eine systematische Literaturrecherche zu ersetzen und wurde basierend auf einer beobachteten Häufigkeit von genannten Risiken erstellt. Im Kontext dieser Arbeit ist das Ziel der folgenden Auflistung, die Bedeutung von Gesundheitsförderung für Pflegekräfte im Schichtdienst darzustellen und somit die Wichtigkeit der Entwicklung von BGF-Maßnahmen zu bekräftigen.

Schlafstörungen

Ausreichend Schlaf ist essenziell für ein ganzheitliches Wohlbefinden. Schichtarbeiter sind einer erhöhten Belastung durch wechselnde Arbeitszeiten ausgesetzt, was zu einer biologischen Desynchronisation führt. Nicht nur die innere Uhr und die damit verbundenen körperlichen Funktionen werden aus dem Rhythmus gebracht, auch die Rahmenbedingungen des Tagschlafes sind im Vergleich zum Nachtschlaf oft erschwert. Tagsüber ist es wärmer, heller und lauter als nachts. Zudem kann auch der Wunsch nach einer Teilnahme am Sozialleben zu einem verkürzten oder nicht erholsamen Schlaf führen (DGAUM, 2006, S. 391-392). Verminderte Schlafqualität über einen längeren Zeitraum kann zu körperlichen sowie zu psychischen Beeinträchtigungen führen wie zum Beispiel einem geschwächten Immunsystem und zu chronischem Stress (Nagai et al., 2011, S. 316).

Es gibt verschiedene Arten von Schlafstörungen in der medizinischen Klassifizierung. In Verbindung mit Schichtarbeit ist die am häufigsten auftretende Form das Schichtarbeitersyndrom, welches den zirkadianen Schlaf-Wach-Rhythmusstörungen zugeordnet wird (DGSM, 2009, 96ff.). Das Schichtarbeitersyndrom zeichnet sich aus durch verschiedene Schweregrade von Durchschlafstörungen und damit verbundener Tagesmüdigkeit bzw. Tagesschläfrigkeit sowie Magen-Darm-Beschwerden und einer insgesamt verringerten Leistungsfähigkeit (Rodenbeck, 2009, S. 194).

Störungen des Magen-Darm-Trakts

Schichtarbeitnehmer leiden im Vergleich mit Tagesarbeitern vermehrt an gastrointestinalen Problemen wie z. B. Sodbrennen, Durchfall, Verstopfung oder Blähungen (Sabeti, Moravveji, 2010, S. 2-3). Die Ursache kann insbesondere die Unregelmäßigkeit der Mahlzeiteinnahme darstellen. Häufig sind es aber eine Vielzahl von äußeren und inneren Einwirkungen, die Beschwerden des Magen-Darm-Trakts hervorrufen können. In einer koreanischen Studie wurde beispielsweise beobachtet, dass psychosozialer Stress sehr stark mit gastrointestinalen Problemen korreliert (Koh et al., 2014, S. 518-521).

Metabolische Störungen und Herz-Kreislauf-Erkrankungen

Zu den Risikofaktoren für Stoffwechselkrankheiten zählen unter anderem Bewegungsmangel sowie Über- oder Fehlernährung. In Wechselschichtsystemen ist das Einhalten von regelmäßigen Aktivitäts- und Essenszeiten häufig erschwert, da die Arbeitszeiten und Erholungsphasen sehr stark variieren.

Das Metabolische Syndrom gilt als bedeutendste Vorstufe von kardiovaskulären Erkrankungen sowie von Diabetes mellitus Typ 2.

Erkrankungen wie Adipositas, ein gestörter Fett- oder Zuckerstoffwechsel sowie Bluthochdruck sind wiederum bedeutende Risikofaktoren für kardiovaskuläre Erkrankungen wie z. B. Schlaganfall oder Herzinfarkt (Janhsen, Strube, Starker, 2008, 19ff.). Die verschiedenen Zustände oder Faktoren können alle einen wechselseitigen Einfluss haben und treten selten isoliert auf. Schichtarbeit kann einen negativen Einfluss auf ebendiese Erkrankungen haben (Lowden et al., 2010, S. 155).

Diabetes mellitus Typ 2

Mehrere Studien der letzten Jahre haben ergeben, dass durch Schichtarbeit ein erhöhtes Risiko einer Entstehung von Diabetes mellitus Typ 2 besteht (Gan et al., 2015, 74ff.). Zu den häufigsten Risikofaktoren für die Entstehung von Diabetes Typ 2 zählen neben genetischen Faktoren sowie fortgeschrittenem Lebensalter bestimmte Lebensstilfaktoren wie z. B. Übergewicht/Adipositas, Bewegungsmangel,

ungünstige Ernährung, Rauchen und Stress/Schlafmangel (Nussbaumer, 2019, S. 10).

Psychische Belastungen

Durch die unregelmäßigen Arbeitszeiten in einem Wechselschichtsystem kann zusätzliche Arbeitsbelastung für den Schichtarbeiter entstehen. Die Kombination aus Stress und Schlafmangel bzw. nicht ausreichender Erholung kann die Entstehung psychischer Erkrankungen wie Depression, Ängste oder Erschöpfungszustände wie dem Burnout-Syndrom begünstigen (Costa, 2010, S. 115).

In der folgenden Tabelle werden Ergebnisse einer Erwerbstätigenbefragung zu psychovegetativen Beschwerden dargestellt (Tab. 2). Es wird erfasst, wie groß der jeweilige Anteil der Arbeitszeitgruppe in % ist, der in den letzten 12 Monaten bei der Arbeit unter den verschiedenen Gesundheitsbeschwerden gelitten hat.

Tabelle 2 Psychovegetative Beschwerden (übernommen aus Badura, et al., 2015, S. 210)

Gesundheitliche Beschwerden bei der Arbeit in den letzten 12 Monaten	Weder Schichtarbeit noch versetzte Arbeitszeiten	Versetzte Arbeitszeiten, keine Schichtarbeit	Schichtarbeit ohne Nachtschichtanteil	Schichtarbeit mit Nachtschichtanteil
Kopfschmerzen	35,3	33,7	34,9	36,2
Schlafstörungen	24,6	31,1	31,2	47,5
Allgemeine Müdigkeit, Mattigkeit oder Erschöpfung	44,7	52,2	51,9	60,5
Magen-, Verdauungsbeschwerden	14,1	14,4	16,2	20,2
Hörverschlechterung, Ohrgeräusche	13,2	15,3	17,4	18,3
Nervosität oder Reizbarkeit	27,2	31,5	30,3	33,6
Niedergeschlagenheit	20,6	25,9	26,3	30,1
Körperliche Erschöpfung	33,8	42,0	44,8	49,3
Emotionale Erschöpfung	23,9	26,0	25,4	28,8

Aus der Befragung geht hervor, dass Beschäftigte, die mit versetzten Arbeitszeiten oder in der Schichtarbeit mit oder ohne Nachtschichtanteil arbeiten, häufiger an psychovegetativen Beschwerden leiden als Beschäftigte, die zu festen Arbeitszeiten ohne Schichtarbeit tätig sind. Bei den Mitarbeitern mit Nachtschichtanteil traten insgesamt am meisten Beschwerden auf.

2.3.3 Ernährungsempfehlungen im aktiven Schichtdienst

Wie im vorigen Kapitelabschnitt dargestellt wurde, sind Schichtarbeiter aufgrund ihrer unregelmäßigen und ungewöhnlichen Arbeitszeiten zusätzlichen Herausforderungen gegenübergestellt. Im Hinblick auf die teilweise erhöhten Gesundheitsrisiken ist es für sie von umso wichtigerer Bedeutung, dass sie auf einen gesunden Lebensstil achten.

Um mögliche gesundheitliche Beschwerden vorzubeugen und nachhaltig leistungsstark im Beruf sein zu können, sollte einerseits auf eine vollwertige und vielseitige Ernährung geachtet werden und andererseits auf die richtige Mahlzeiten-Frequenz und auf die richtige Nährstoff-Zusammensetzung.

Vollwertige Ernährung

Auf der Basis von aktuellen wissenschaftlichen Erkenntnissen hat die DGE die 10 Regeln für eine vollwertige Ernährung für mehr Leistung und Wohlbefinden erstellt. Diese sind allgemeingültig im deutschsprachigen Raum (D-A-CH) und sollten auch von Schichtarbeitern als Orientierungshilfe genutzt werden. Die wichtigsten Aussagen werden im Folgenden erläutert:

- Um Mangel- oder Fehlernährung zu vermeiden, sollte sich vielseitig ernährt werden.
- Für eine reiche Versorgung an Vitaminen, Mineralstoffen und sekundären Pflanzenstoffen wird empfohlen, ca. drei Portionen Gemüse und zwei Portionen Obst pro Tag zu sich zu nehmen.
- Vollkornprodukte sollten bevorzugt werden, da diese viele Vitamine, Mineralstoffe sowie verdauungsförderliche Ballaststoffe liefern.
- Für eine ausreichende Versorgung an biologisch hochwertigen Proteinen, B-Vitaminen und Calcium sollten fettarme Milch und Milchprodukte täglich verzehrt werden.
- Wertvolle Omega-3-Fettsäuren können durch den Verzehr von fettreichem Fisch oder pflanzlichen Ölen wie Lein- oder Rapsöl aufgenommen werden.

- Fleisch und Wurstwaren sollten nur selten verzehrt werden, da diese, ungünstige Nährstoffe wie z. B. viel Salz und Nitrit enthalten.
- Fette sollten in Maßen und bevorzugt in pflanzlicher, unverarbeiteter Form konsumiert werden.
- Mit Zucker und Salz sollte sparsam umgegangen werden.
- Um das Risiko von Übergewicht bzw. bestehendes Übergewicht zu verringern, sollten unter anderem Lebensmittel mit einer geringen Energiedichte bevorzugt werden.
- Für einen gesunden Flüssigkeitshaushalt wird empfohlen mindestens 1,5 L am Tag zu trinken. Wasser, kalorienarme Getränke und ungesüßte koffeinfreie Tees sollten bevorzugt werden.
- Alle Mahlzeiten sollten möglichst achtsam und mit Genuss verzehrt werden.

Mahlzeitenfrequenz und Nährstoffzusammensetzung

Im Wechselschichtsystem ist der natürliche Rhythmus der üblichen Zeiten der Mahlzeiteneinnahme teilweise schwierig einzuhalten (Frühstück 6-8 Uhr, Mittagessen 12-14 Uhr und Abendbrot 18-20 Uhr). Für die Frühschicht und die Spätschicht gibt es nur leichte Verschiebungen des Schlafes und somit der Mahlzeiteneinnahme. In der Nachtschicht allerdings, weicht die Mahlzeiteneinnahme vom zirkadianischen Rhythmus ab, da der Körper nachts nicht auf Essen eingestellt ist, sondern darauf, seine Funktionen herunterzufahren und zu regenerieren (Lowden et al., 2010, S. 150-151).

Die Motive für die Mahlzeiteneinnahme während der Nachtschicht werden durch intrinsische und extrinsische Faktoren bestimmt. Gründe für die nächtliche Nahrungsaufnahme sind Hunger und Durst, Langeweile, soziale Motive oder Vorgaben auf Basis von Expertenempfehlungen. Zusätzlich werden die Mahlzeiten der Schichtarbeiter maßgeblich durch die Rahmenbedingungen des Arbeitsplatzes bestimmt wie z. B. der Pausengestaltung, Kantinenangebot, Verfügbarkeit einer ausreichenden Teeküchen-Ausstattung (z. B. Kühlschrank und Mikrowelle) (DGUV, 2012, S. 81-82).

Eine der wichtigsten Fragen für Nachtschichtarbeiter ist, ob eine Nahrungsaufnahme während der Nachtschicht sinnvoll ist oder ob man eher vermeiden sollte etwas zu sich zu nehmen und die tägliche Zufuhr an Energie über den restlichen Tag verteilen sollte. Im Internet sind zahlreiche Ratgeber und Broschüren zum Thema „Ernährungsempfehlungen für Schichtarbeiter“ zu finden. Die DGE hat beispielsweise eine Broschüre mit dem Titel „Essen, wenn andere schlafen - Ernährungsempfehlungen bei Nacht- und Schichtarbeit“ herausgegeben in denen konkrete Empfehlungen hinsichtlich der Zeiten der Mahlzeiteneinnahme gemacht werden. Diese werden in der folgenden Tabelle 3 dargestellt.

Tabelle 3 Mahlzeitenverteilung im aktiven Nachtdienst (modifiziert übernommen aus DGE, o. J.)

Mahlzeit	Uhrzeit	% der Energiezufuhr
Mittagessen	12.00 - 13.00	25
Zwischenmahlzeit	16.00 - 17.00	10
Abendessen	19.00 - 20.00	20
1. Nachtmahlzeit	0.00 - 1.00	25
2. Nachtmahlzeit	4.00 - 5.00	8
Frühstück	7.00	12

Es wird geraten zwei möglichst warme Mahlzeiten während der Nachtschicht zu sich zu nehmen. Die erste Nachtmahlzeit wird zwischen 0.00 und 1.00 Uhr angesetzt und soll 25 % der täglichen Energiezufuhr entsprechen. Die zweite Nachtmahlzeit soll 8 % der Energiezufuhr entsprechen und wird zwischen 4.00 und 5.00 Uhr anberaumt. Als Begründung für diese Aufteilung in sechs kleine Mahlzeiten und zwei warme Nachtmahlzeiten wird angegeben, dass dies leichter bekömmlich für den Magen sei und warme Mahlzeiten Müdigkeit und einem Leistungsabfall entgegenwirken würden.

Laut Manfred Betz sind diese Angaben willkürlich und basieren auf einem Artikel aus dem Jahre 1976 und haben keine empirischen Grundlagen (Betz, 2017, S. 225).

In der Tat ist die wissenschaftliche Datenlage die Mahlzeiteneinnahme in der Nachtschicht betreffend nicht eindeutig.

In einer Studie von Holmbäck et al., 2003, wurde untersucht, ob Nachtarbeiter lieber fasten sollten oder ihre Mahlzeiten über die 24-stündige Periode gleichmäßig verteilen sollten. Sieben männliche Probanden wurden in einem Crossover-Design zweimal für 24 Stunden in einem Labor wachgehalten und erhielten in dem ersten Durchlauf ihr Essen tagsüber und mussten nachts fasten. Im zweiten Durchlauf erhielten sie die gleiche Menge Essen gleichmäßig über die 24 Stunden verteilt. Obgleich die Leistung unbeeinträchtigt von der Nahrungsaufnahme blieb, waren die subjektiven Einschätzungen der Probanden was die Müdigkeit und die Energielevel anbelangt, deutlich niedriger in dem Testlauf des Fastens.

In einer anderen Studie, in der ähnliche Parameter untersucht wurden, kam man zu dem Ergebnis, dass nächtliche Leistungsabfälle durch eine Einschränkung der Nahrungsaufnahme limitiert werden können. Beide zu untersuchende Gruppen hatten gegen 4.00 Uhr ein Leistungstief, doch bei der Gruppe, die während der Schicht Nahrung zu sich nahm, waren die Effekte deutlich gravierender (Grant et al., 2017, S. 432-433).

In einer Studie der Bundesanstalt für Arbeitsschutz gaben nur ca. 5 % der untersuchten Schichtarbeiter an, nachts zu essen, um ihren „toten Punkt“ zu überwinden. Stattdessen nimmt fast jeder vierte koffeinhaltige Getränke zu sich (Korczak, 2002, S. 67). Das nächtliche Leistungstief wird sehr subjektiv wahrgenommen und muss dementsprechend individuell betrachtet werden. Es ist in der Regel nicht die Folge einer fehlenden Nahrungsaufnahme, sondern des zirkadianischen Rhythmus, welcher unterbrochen wird (Betz, Koehler, 2016, S. 113-119).

Aufgrund der Erkenntnisse, dass eine Störung des zirkadianischen Rhythmus Entstehungen von Krankheiten wie Adipositas, Diabetes mellitus oder ein metabolisches Syndrom begünstigen kann, wird in einem wissenschaftlichen Diskussionspapier die Hypothese aufgestellt, dass es gesundheitsförderlich ist, die Nahrungsaufnahme zwischen 0.00 und 6.00 Uhr zu vermeiden (Lowden et al., 2010, S. 157).

Zusammenfassend kann die Frage „nachts essen?“ nicht eindeutig mit ja oder nein beantwortet werden. Es fehlen offizielle evidenzbasierte Leitlinien für Nacht- und Schichtarbeiter, die klare Empfehlungen zur richtigen Ernährung während der Schicht aussprechen. In der arbeitsmedizinischen Leitlinie der DGAUM, 2006 wird beispielsweise lediglich die Empfehlung ausgesprochen, auf eine vollwertige, ausgewogene und leicht bekömmliche Ernährung zu achten, nicht aber wie die Mahlzeiten verteilt werden sollten.

Ein Punkt, in dem ein wissenschaftlicher Konsens erreicht wird, ist die Nährstoffzusammensetzung der nächtlichen Nahrungseinnahme. Priorisiert werden sollten ballaststoffreiche, proteinreiche Lebensmittel wie z. B. Gemüse und Obst, Salate, Milchprodukte wie Joghurt oder Hüttenkäse, Suppen, gekochte Eier, Nüsse oder belegtes Vollkornbrot. Lebensmittel mit einer hohen Energiedichte, die einen hohen Anteil an Kohlenhydraten haben (z. B. Limonade, Weißbrot, Schoko-Riegel oder Süßigkeiten), sollten möglichst vermieden werden. Diese verursachen starke Blutzuckerschwankungen und begünstigen langfristig die Entstehung zahlreicher Erkrankungen wie z. B. Übergewicht/Adipositas, Diabetes mellitus oder Stoffwechselerkrankungen (Lowden et al., 2010, S. 159).

Auch wenn sich Ernährungsempfehlungen für Schichtarbeiter nicht eindeutig ableiten lassen, können die Erkenntnisse aus diesem Kapitel für die konzeptionelle Maßnahmen-Erstellung in Teil 3 verwendet werden. Sie bilden die Grundlage für die inhaltliche Ausrichtung von ernährungsbezogenen BGF-Maßnahmen für die in der Schichtarbeit tätigen Pflegekräfte.

2.3.4 Herausforderungen in der BGF im Bereich der Pflege

In den vorangegangenen Kapiteln wurden theoretische Grundlagen wie die gesetzlichen Voraussetzungen sowie die Zielgruppe Pflegekräfte ausführlich vorgestellt. Bevor zum Hauptteil der Arbeit – der Konzepterstellung einer BGF-Maßnahme – übergegangen werden kann, erfolgt eine Betrachtung von möglichen Herausforderungen im Bereich der Pflege. Damit eine wirksame BGF-Maßnahme durchgeführt werden kann, erfolgt im Voraus eine Beleuchtung kritischer zielgruppenspezifischer Faktoren, die später bei der Konzeptionierung berücksichtigt werden können.

In Betrieben– nicht ausschließlich in Krankenhäusern – ist eine häufige Herausforderung für die Umsetzung von BGF die betriebsinterne Kommunikation. Die Projektleitung für BGM hat häufig mit Skepsis der Führungspersonen gegenüber den geplanten Maßnahmen zu kämpfen (Näpflin, Chappuis, Frédéric, 2016, S. 69). Zusätzlich scheint insbesondere die Kombination aus Mitarbeiterakzeptanz von Maßnahmen sowie einem überschaubaren Zeit- und Kostenaufwand eine Hürde darzustellen (Weyer, 2016, S. 297).

Es bestehen weiterhin zahlreiche Herausforderungen im Zusammenhang mit BGM. Krankenhäuser sind nicht immer in größere Verbunde integriert und zählen somit zu den kleinen und mittleren Unternehmen. In solchen Betrieben fehlt es häufig an Personalressourcen, Wissen und Handlungskompetenz für eine erfolgreiche Umsetzung und Kommunikation von BGF im Unternehmen (Runde, Tenberge, 2016, S. 216). Gerade in solch einem Fall ist es sinnvoll, sich mit einer Krankenkasse zusammenzutun, welche im Aufbau von Strukturen und Abläufen unterstützen kann.

Weitere Herausforderungen können darin liegen, dass die BGF-Maßnahmen nicht zielgruppenorientiert entwickelt sind und somit die Wirksamkeit verfehlt wird. Gerade bei Pflegekräften in der Schichtarbeit, die eine besonders belastete Berufsgruppe darstellen, ist es besonders wichtig die Maßnahme bedarfsgerecht zu gestalten (Beermann, Kretschmer, 2015, S. 213).

In diesem Zusammenhang muss auch die Motivation der beschäftigten Pflegekräfte und somit die Empfängnisbereitschaft hinterfragt werden. Laut einer intensiven Untersuchung von Stefani im Jahr 2018, haben die privaten Präventionsmaßnahmen bei Pflegekräften einen hohen Stellenwert. Angebote der Verhaltensprävention werden häufig als Eingriff in die private Selbstbestimmung gewertet. Interventionen durch den Arbeitsgeber werden oft als Bedrohung der Privatsphäre gesehen und die Gesundheitserhaltung als eigene Aufgabe verstanden. Während die Akzeptanz von verhaltenspräventiven Angeboten bei den Interviewten gering ist, erhält die Verhältnisprävention einen weitaus höheren Stellenwert. Anregungen zu Maßnahmen

in Richtung einer „Reduzierung systembedingter Interferenzen von Beruf und Privatleben“ wurden am häufigsten genannt (Stefani, 2018, S. 272-273).

Um eine effektive Maßnahmenumsetzung zu gewährleisten, rät Stefanie einerseits, dass die Heterogenität bei Pflegefachpersonen berücksichtigt werden sollte, da diese hinsichtlich ihrer Herkunft, Kultur, Bedürfnissen und Potenzialen oft sehr verschiedenartig sind. Andererseits sollten die Beschäftigten als „kompetente Akteure ihrer eigenen Gesundheit“ betrachtet werden, damit unternommene Interventionen nicht als Bevormundung angesehen werden (Stefani, 2018, S. 8).

Diese Untersuchung zeigt, dass gerade im Bereich der Krankenpflege Umsetzung von BGF-Maßnahmen eine besondere Herausforderung darstellt und der Erhaltung des Gleichgewichts von verhaltens- und verhältnispräventiven Interventionen eine besondere Bedeutung zukommt.

3 Konzepterstellung BGF-Maßnahme

Nachdem in den vorangegangenen Kapiteln das notwendige theoretische Grundwissen erläutert wurde, folgt in diesem Kapitel die schrittweise erfolgende Konzeptionierung einer BGF-Maßnahme im Rahmen des BGM für Pflegefachkräfte im Schichtarbeitssystem. Anhand der verschiedenen Phasen im BGM-Prozess wird eine vertiefte Darlegung der konkreten Vorgehensweise zur Erstellung eines Konzepts zur Steigerung der individuellen Ernährungskompetenz von Pflegekräften stattfinden.

Anschließend wird im Rahmen des Konzepts eine BGF-Maßnahme erstellt. Es muss beachtet werden, dass ein BGM-Konzept kein klar definierter Begriff ist. In der Regel handelt es sich dabei um einen Strategieplan der BGM-Verantwortlichen, der konkrete Ziele festlegt. Im Bereich der Prävention wird empfohlen das Konzept ganzheitlich auszurichten. Die Orientierung hierfür kann am Leitfaden Prävention und den vier definierten Handlungsfeldern „Bewegungsgewohnheiten“, „Ernährung“, „Stressmanagement“ und „Suchtmittelkonsum“ erfolgen (GKV-Spitzenverband, 2018, S. 105).

Im Rahmen dieser Arbeit liegt der Fokus auf dem Bereich Ernährung, da eine Inklusion von anderen Fachbereichen nicht der Zielstellung der Arbeit entspricht. Dementsprechend bezieht sich das BGM-Konzept lediglich auf die Ernährungskompetenz der Beschäftigten.

In der folgenden Abbildung ist eine Übersicht dieses Kapitels dargestellt (Abb. 7). Es orientiert sich am Modell des kontinuierlichen Verbesserungsprozess aus dem Qualitätsmanagement - dem PDCA-Zyklus (Plan-Do-Check-Act).

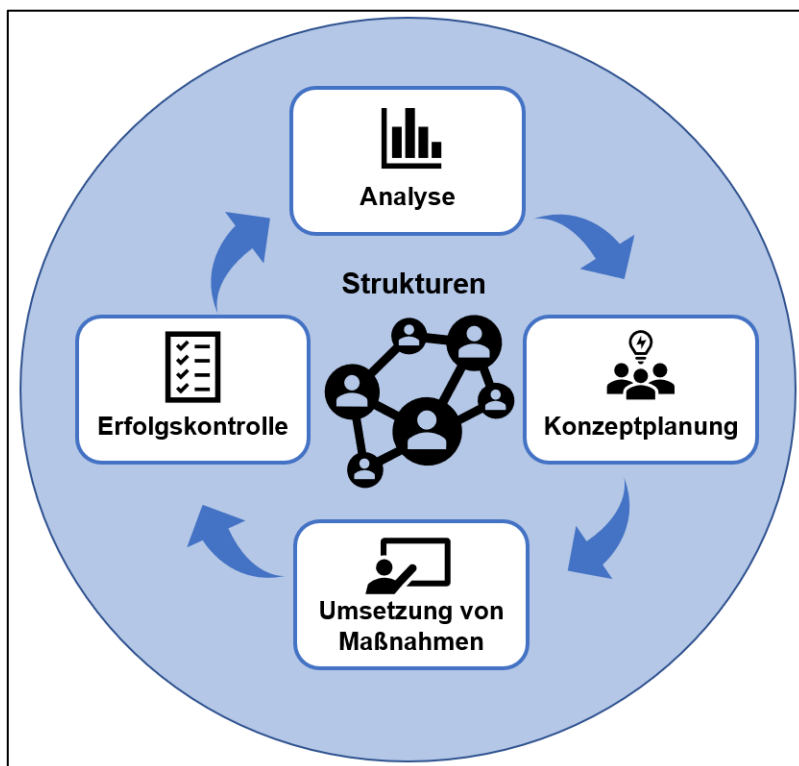


Abbildung 7 Erstellungsprozess BGM-Maßnahme (eigene Darstellung nach GKV-Spitzenverband, 2018, S. 89ff. und Baumeister, Jurchen, 2015, S. 296)

Wie bereits in Kapitel 2.2 erläutert wurde, müssen im betrachteten Krankenhaus gewisse Strukturen wie z. B. ein Steuergremium vorhanden sein, die ein erfolgreiches BGM überhaupt erst ermöglichen. In der Analysephase ist es die Aufgabe der verantwortlichen BGM-Akteure, anhand von verschiedenen Analyseinstrumenten die gesundheitlichen Problembereiche der Pflegekräfte aufzudecken. Wenn entschieden wurde, dass im Bereich Ernährung gesundheitsförderliche Maßnahmen stattfinden sollen, können hier weitere Analyseinstrumente für eine zielgruppenori-

enterte Bedarfsanalyse verwendet werden, um die ernährungsbedingten Problemfelder zu ermitteln. Im Rahmen dieser Arbeit fällt an dieser Stelle begründet die Entscheidung, einen Fragebogen als Analysemethode zu verwenden. Im nächsten Schritt folgt die Konzeptplanung. Hier sollte, basierend auf der Auswertung der erfolgten Bedarfsanalyse in Form des Fragebogens, eine zielgerichtete Strategieentwicklung erfolgen sowie eine realistische Einteilung und Planung von benötigten Ressourcen wie z. B. finanzielle Mittel und Räumlichkeiten für die Umsetzung der Maßnahme. Das Ergebnis dieser Phase ist ein BGM-Konzept mit klaren Zielformulierungen, welches eine Steigerung der individuellen Ernährungskompetenz der Mitarbeiter bewirken soll. Ist dies erfolgt, kann die Umsetzung von Maßnahmen stattfinden. Im Rahmen des BGM-Konzepts können einzelne BGF-Maßnahmen mit passenden Inhalten und in verschiedenen Formaten stattfinden. Die letzte Phase ist die Erfolgskontrolle. In ihr wird überprüft, ob das Konzept wirksam war und die festgelegten Ziele erreicht wurden.

3.1 Strukturen

Um BGF durchzuführen und letztendlich auch ein BGM in einen Betrieb zu integrieren, braucht es keine Einzelkämpfer, sondern ein gemeinschaftliches Zusammenarbeiten von verschiedenen Akteuren. Zunächst ist es erforderlich ein entsprechendes Steuergremium zu bilden, welches sich aus verschiedenen Stakeholdern³ im Krankenhaus zusammensetzt und zeitweise auch unterstützend durch externe Experten (z. B. Vertreter der gesetzlichen Krankenkassen) ergänzt werden kann. Die Mitglieder sollten aus unterschiedlichen Abteilungen bzw. Bereichen kommen, um die Motivation der Mitarbeiter an der Teilnahme von zukünftigen Maßnahmen zu erhöhen. Hierzu gehören z. B. Beschäftigte der Personalabteilung oder der ärztlichen oder pflegerischen Leitung, Führungskräfte, die Sicherheitsfachkraft, der Betriebsarzt, der Schwerbehindertenbeauftragte, Gleichstellungsbeauftragte oder Vertreter des Betriebsrats.

³ Als Stakeholder wird eine Person oder Gruppe bezeichnet, die ein berechtigtes Interesse am Verlauf oder Ergebnis eines Prozesses oder Projektes hat.

Bei der Umsetzung von BGF-Maßnahmen sollte die Arbeitsgruppe, welche die Leitung der geplanten BGF-Maßnahmen im Bereich Ernährung innehat, in enger Zusammenarbeit mit Vertretern des Steuergremiums stehen und hat während des gesamten Prozesses koordinierende Aufgaben. Zudem sollte sie die Beschäftigten von Anfang an über den Nutzen und die Ziele der BGF informieren und eine kontinuierliche Öffentlichkeitsarbeit für eine gesunde Transparenz leisten (vgl. Wegner, 2016, 343ff.; Runde, Tenberge, 2016, S. 217; Bühren, Mülle, 2015, S. 99).

3.2 Analyse

Sobald die notwendigen Strukturen für BGM bestehen, sollten zunächst alle vorhandenen Daten zur Mitarbeitergesundheit ermittelt sowie die Bedürfnisse der Mitarbeiter sondiert werden. In der Analysephase geht es darum, Ursache-Wirkungs-Geschehen des Gesundheitsverhaltens der Mitarbeiter zu ermitteln und Belastungsfaktoren mit kurzfristigen und langfristigen Beanspruchungsfolgen zu verknüpfen, um somit wirksame Maßnahmen entwickeln zu können (Wegner, 2016, S. 346). Das können z. B. Ergebnisse der Gefährdungsbeurteilungen nach §§ 5 und 6 des Arbeitsschutzgesetzes sein, Protokolle von Arbeitsschutzbegehungen, Auswertungen von Statistiken zu Arbeitsunfällen (z.B. des DGUV) und Fehlzeitenanalysen der Pflegefachkräfte anhand eigener Daten und Daten der Krankenkassen (GKV-Spitzenverband, 2018, 97ff.).

Während sich im Rahmen der Arbeitsplatzanalyse die technischen Parameter und physikalischen, chemischen und biologischen Belastungsfaktoren relativ gut ermitteln lassen, sind für die Ermittlung von ernährungsbedingten Belastungsfaktoren weitere Analyseelemente wie z.B. Mitarbeiterbefragungen oder Interviews erforderlich. Die Zielstellung dabei ist es, ungünstige, schädigende oder hemmende Aspekte des Arbeitsumfelds sowie ungünstiges individuelles Ernährungsverhalten zu ermitteln, um wirksame Maßnahmen einleiten zu können (vgl. Wegner, 2016, S. 345ff.).

Es ist die Aufgabe der leitenden Arbeitsgruppe, die zweckmäßigste Analysemethode für das Krankenhaus zu wählen und diese vorzubereiten und durchzuführen.

Zur Wahrung des Datenschutzes und der Akzeptanz der Beschäftigten ist es ratsam, diese Erhebungen und die anonymisierte Auswertung durch einen externen Kooperationspartner (z. B. von einer Krankenkasse) durchführen zu lassen.

3.2.1 Instrumente zur Analyse der gesundheitlichen Situation

Eine zielgruppenorientierte Analyse der Problembereiche ist unverzichtbar im BGM-Prozess, denn sie ist die Voraussetzung für ein zielgerichtetes und differenziertes Präventionsangebot (Meyer, Klose, Schröder, 2015, S. 6).

Eine ausführliche Problemanalyse sollte immer quantitative Verfahren sowie qualitative Verfahren beinhalten. Unterschieden wird zwischen objektiven und subjektiven Verfahren. Quantitative objektive Verfahren erbringen messbare Ergebnisse wie beispielsweise Fehlzeitenanalysen oder Gesundheitsberichte, während qualitativ objektive Verfahren z. B. Arbeitsplatzanalysen und arbeitsmedizinische Untersuchungen beinhalten. Quantitativ subjektive Verfahren sind z. B. Mitarbeiterbefragungen und qualitativ subjektive Verfahren z. B. Gesundheitszirkel oder Interviews (Wegner, 2016, S. 350).

Die wichtigsten Analyseinstrumente zur Ermittlung der gesundheitlichen Situation der Mitarbeiter sind insbesondere Fehlzeitenanalysen, Ergebnisse aus Gefährdungsbeurteilungen, anonymisierte Fallauswertungen des BEM sowie anonymisierte Ergebnisse aus der arbeitsmedizinischen Vorsorge und des Betriebsarztes. Weitere geeignete Analyseinstrumente sind z. B. Arbeitsplatzbegehungen, standardisierte Befragungen von Mitarbeitern, Altersstrukturanalysen sowie Arbeitssituationsanalysen und Gesundheitszirkel (GKV-Spitzenverband, 2018, S. 97).

Die am häufigsten gewählten Methoden zur Bedarfsermittlung in Betrieben waren 2017, laut dem Präventionsbericht des GKV-Spitzenverbands, Nutzung von Routinedaten der Krankenkassen, der Unfallversicherung und der Rentenversicherung, Betriebsbegehungen und Befragungen der Zielgruppen (GKV-Spitzenverband, MDS, 2018, S. 101).

Eine Bedarfsermittlung anhand einer Befragung der Zielgruppe bietet eine sinnvolle Methode, da diese die Mitarbeiter am Entstehungsprozess der BGM-Maßnahme direkt involviert (Partizipation) und diese somit wirksamer wird. Durch eine Mitarbeiterbefragung in Form eines schriftlichen Fragebogens wird die Befragung standardisiert und die Antworten werden dadurch vergleichbar. Komplexe Fragestellungen und Themenbereiche werden vereinfacht (Petersen, 2014, S. 17).

3.2.2 Konzeption einer Mitarbeiterbefragung zur Erhebung des Ernährungsverhaltens und der Verpflegungssituation von Pflegekräften in der Schichtarbeit

Auf der Grundlage von vorangegangenen Recherchen und Analysen wird eigenständig ein Fragebogen für die Mitarbeiter-Befragung erstellt. Die Vorteile einer schriftlichen Befragung ist, dass sie im Vergleich zu anderen Methoden wie z. B. einem Gesundheitszirkel nicht so zeitintensiv ist und mit relativ wenig organisatorischem Aufwand einhergeht. Da der Berufsalltag von Pflegekräften eine hohe Arbeitsdichte hat, kann es hilfreich sein, ein einfaches und unkompliziertes Mittel für die Bedarfsanalyse zu verwenden, damit eine hohe Partizipation erreicht wird. Je mehr Beschäftigte in die Bedarfsanalyse integriert werden, desto besser wird die Ernährungssituation der Pflegekräfte dargestellt.

Die Erstellung eines standardisierten zielgruppenorientierten Fragebogens erfordert eine systematische Vorbereitung, Planung, Durchführung, Auswertung und Interpretation der Befragungs-Ergebnisse. Einige wesentliche Punkte sind zu beachten, um unverzerrte, zielgerichtete Ergebnisse zu erhalten. Der Fragebogen sollte grundsätzlich weder zu kurz noch zu lang gestaltet sein. Das Layout sollte schlicht sein und Abhebungen sollten bewusst und zielgerichtet eingesetzt werden (Kirchhoff, 2010, 19-23).

Für die Erstellung des Fragebogens müssen einige Grundlagen geschaffen sein. Die befragten Pflegekräfte müssen das subjektive Empfinden erhalten, dass sie durch ihre Partizipation die Erreichung eines bestimmten Ziels unterstützen während die eigenen „Kosten“ (in Form von Zeit, Anstrengung o. a.) nicht zu hoch sind.

Ist der Fragebogen zu zeitintensiv gestaltet oder ist den Teilnehmern unklar, was mit den Ergebnissen geschehen wird, kann dies zu fehlender Motivation führen. Motivation zum Ausfüllen muss gegeben sein, andernfalls ist es möglich, dass die Fragen entweder nicht wahrheitsgemäß beantwortet oder teilweise ausgelassen werden (Baur, Blasius, 2019, 305ff.).

Darüber hinaus müssen die Fragen leicht verständlich sein, präzise formuliert sein und sollten keine Interpretationen oder Missverständnisse zulassen. Lässt sich der Sinn einer Frage nicht gleich erfassen, besteht die Gefahr, dass der Befragte den Sinn für sich selbst interpretiert und somit die Ergebnisse verfälscht werden (Mummendey, Grau, 2014, 40ff.).

Insbesondere bei der Durchführung einer Bedarfsanalyse anhand eines Fragebogens muss auf die Einhaltung des Datenschutzes geachtet werden. Je nachdem ob die Arbeitsgruppe selbst oder ein Kooperationspartner die Analyse durchführt, muss der Verantwortliche dafür sorgen, dass ein Datenschutzbeauftragter beteiligt ist (Wegner, 2016, S. 349).

Weiter ist es bei der Erstellung notwendig, präzise Ziele zu formulieren, welche den Aufbau des Fragebogens konstituieren. Der Sinn und Zweck der Befragung muss im Vorwege festgelegt sein und es sollte auch für den Befragten transparent aufgezeigt werden, was mit den Antworten geschieht (Hollenberg, 2016, S. 5-6).

Es wurden folgende Zielformulierungen für die Bedarfsermittlung in Form eines Fragebogens entwickelt:

- Ermittlung des Gesundheitszustands im Rahmen der zu beeinflussenden Gesundheitsrisiken für Schichtarbeiter
- Ermittlung der aktuellen Ernährungskompetenz bzw. des Ernährungsverhaltens der Befragten
 - Einfluss der Umgebung am Arbeitsplatz
 - Hauptproblembereiche der Pflegekräfte bzgl. Ernährung
 - Ermittlung der relevanten Themen für die BGF-Maßnahme

Die Inhalte der Befragung ergeben sich aus den formulierten Zielen sowie den theoretischen Grundlagen der Zielgruppe aus Kapitel 2.3.

Für eine logische und überlegte Abfolge der Fragen wurde der Fragebogen thematisch in drei Teile gegliedert. Die einzelnen Teile sind nochmals in Unterüberschriften strukturiert, was den Zweck hat, die Transparenz für den Befragten zu verstärken:

1. Allgemeine Angaben
 - a. Geschlecht, Alter und Körpermaße
 - b. Körperliche Aktivitäten
 - c. Arbeitszeiten
2. Angaben zum Gesundheitsverhalten und -zustand
 - a. Rauchen und Alkoholkonsum
 - b. Erkrankungen/Beschwerden
3. Angaben zum Ernährungsverhalten und zur Verpflegungssituation
 - a. Mahlzeitenfrequenz
 - b. Mahlzeitenzusammensetzung
 - c. Trinkverhalten
 - d. Angebot von Kantine und Co. am Arbeitsplatz
 - e. Motivation zum gesunden Essverhalten

Bei der Formulierung der Fragen sollten einheitliche und klare Messstäbe gesetzt sein. Nur so wird eine Vergleichbarkeit der Ergebnisse ermöglicht. Der Befragte sollte nicht gezwungen werden, das Gefragte subjektiv zu interpretieren. Dies kann dazu führen, dass er gar nicht oder willkürlich antwortet (Petersen, 2014, S. 20-22).

Der Umfang des Fragebogens sollte nicht mehr als 11-12 DIN A4-Seiten entsprechen und in einer angemessenen Zeit zu bewältigen sein (Petersen, 2014, S. 73). Der Umfang des konzipierten Fragebogens entspricht 8 Seiten und benötigt werden nach ersten Einschätzungen etwa 15 Minuten zum Ausfüllen. Der Fragebogen kann den Mitarbeitern in ausgedruckter Form oder in digitaler Form als E-Mail oder über das Intranet zur Verfügung gestellt werden.

Der erste Teil des Fragebogens befasst sich mit allgemeinen Angaben des Befragten, die für die Auswertung relevant sein werden. Hierzu gehören das Geschlecht, die Altersgruppe, Körpermaße, körperliche Aktivitäten und die Arbeitszeiten. Dies hat zum Zweck, eine Aussage darüber treffen zu können, welche Faktoren den Gesundheitszustand und das Ernährungsverhalten beeinflussen können. Anhand der Größe und des Gewichts kann später der BMI-Wert (Body Mass Index) ausgerechnet werden, welcher Aufschluss über vom Normalgewicht abweichende Zustände gibt. Durch Fragen zu den körperlichen Aktivitäten oder den Arbeitszeiten können gesundheitlich gefährdende Faktoren wie z. B. mangelnde Bewegung oder Stress ermittelt werden.

11) Als wie stressig empfinden Sie Ihren Berufs-Alltag? Setzen Sie ein Kreuz auf dem Skalenstrich

0 gar nicht stressig 5 10 sehr stressig

Abbildung 8 Auszug aus Fragebogen - Frage 11 (eigenständig erstellter Fragebogen, siehe Anhang)

Frage 11 (Abb. 8) ist eine Skalenfrage und Teil des Unterpunktes „Arbeitszeiten“. Die Frage erfordert eine subjektive Antwort, indem ein Kreuz auf dem Skalenstrich gesetzt wird. Für die Messbarkeit der Antwort beträgt die Länge des Striches exakt 10 cm, sodass bei der Auswertung durch Ausmessen eine genaue Ziffer ermittelt werden kann. Konkret formuliert sind jeweils nur die Pole 0 und 10 mit „gar nicht stressig“ und „sehr stressig“, wodurch die Befragten intuitiver ankreuzen können, da sie ihre eigenen Abstufungen verwenden (Hollenberg, 2016, S. 15).

Der zweite Teil des Fragebogens dient der Ermittlung des Gesundheitsverhaltens und -zustands des Befragten. Dieser Teil soll helfen, Aufschluss darüber zu geben, an welchen Stellen die gesundheitlichen Problembereiche der Befragten situiert sind.

Neben einem ungesunden Ernährungsverhalten sind andere Lebensstilangewohnheiten wie aktives Rauchen oder ein regelmäßiger Alkoholkonsum gravierende Ein-

flussfaktoren für die Entstehung von Krankheiten wie z. B. Diabetes, Herz-Kreislaferkrankungen oder einen gestörten Stoffwechsel. Frage 13 (Abb. 9) dient der Ermittlung des Alkoholkonsums. Der Befragte erhält konkret definierte Antwortmöglichkeiten, welche die Interpretation von subjektiven Häufigkeits- und Mengenverhältnissen einschränken.

13) Wie oft trinken Sie Alkohol?	13a) Wenn Sie regelmäßig Alkohol trinken, wie viel trinken Sie?
<input type="checkbox"/> regelmäßig (häufiger als einmal pro Woche)	<input type="checkbox"/> mehr als 5 Gläser pro Woche
<input type="checkbox"/> gelegentlich (weniger als einmal pro Woche)	<input type="checkbox"/> 3 – 5 Gläser pro Woche
<input type="checkbox"/> selten/nie (weniger als 10 mal im Jahr)	<input type="checkbox"/> 1 – 3 Gläser pro Woche

Abbildung 9 Auszug aus Fragebogen - Frage 13 (eigenständig erstellter Fragebogen, siehe Anhang)

Teil 3 der Befragung ist der umfangreichste. Es werden allgemeine Fragen zum Ernährungsverhalten gestellt sowie arbeitsbezogene Details erfragt. Die Unterpunkte sind gegliedert in: Mahlzeitenfrequenz, Mahlzeitenzusammensetzung, Trinkverhalten, Angebot von Kantine und Co. am Arbeitsplatz und Motivation zum gesunden Essverhalten.

Wie bereits in Kapitel 2.3 erläutert wurde, haben insbesondere Schichtarbeiter, die wechselnd auch nachts arbeiten, Schwierigkeiten, den zirkadianen Rhythmus im Gleichgewicht zu halten. Die Einnahme von regelmäßigen Mahlzeiten kann den Körper dabei unterstützen.

18) Wie häufig essen Sie gewöhnlich während einer Nachtschicht?
<input type="checkbox"/> mehr als 4 mal
<input type="checkbox"/> 3-4 mal
<input type="checkbox"/> 1-2 mal
<input type="checkbox"/> gar nicht

Abbildung 10 Auszug aus Fragebogen - Frage 18 (eigenständig erstellter Fragebogen, siehe Anhang)

Vorwiegend in Kapitel 2.3 war die Frage nach dem richtigen Essverhalten während einer Nachtschicht. Frage 18 (Abb.10) soll einen Überblick darüber verschaffen, wie

oft die Befragten nachts essen. Diese Angaben können bei der späteren Planung und Umsetzung von Maßnahmen hilfreich sein.

Die Fragen sind überwiegend geschlossen gestellt, um die Auswertung im Nachgang zu erleichtern. Bei diesen Fragetypen besteht allerdings die Gefahr, dass wesentliche Informationen, die für die Ergebnisse relevant sind, nicht abgefragt werden. Aus diesem Grund werden die Fragen an geeigneten Stellen geöffnet, um noch nicht bedachten Antwortmöglichkeiten Raum zu geben (Hollenberg, 2016, S. 12).

Im Abschnitt Mahlzeitenzusammensetzung wird der Befragte aufgefordert, etwas über die Art seiner Lebensmittelauswahl preiszugeben. Fragen nach der Zusammensetzung der Hauptmahlzeiten (Frage 20, siehe Anhang) oder den Zwischenmahlzeiten sollen Aufschluss darüber geben, welche die Ansatzpunkte für verhaltensbezogene Gesundheitsmaßnahmen sein können. In Abbildung 11 wird die Frage 22 aus dem Fragebogen dargestellt. Sie bezieht sich auf die Art der Zwischenmahlzeiten.

22) Wenn Sie etwas zwischendurch essen, was ist das für gewöhnlich überwiegend?

<input type="checkbox"/> belegte Brötchen/Brot	<input type="checkbox"/> Salzige Snacks
<input type="checkbox"/> Süßigkeiten	<input type="checkbox"/> Obst/Gemüse
Sonstiges _____	

Abbildung 11 Auszug aus Fragebogen - Frage 22 (eigenständig erstellter Fragebogen, siehe Anhang)

Im Abschnitt „Trinkverhalten“ wird die Art der Flüssigkeitszufuhr ermittelt. Insbesondere wird erfasst, ob überwiegend Wasser getrunken wird oder eher Getränke mit einem hohen Zucker- oder Koffeinanteil wie z. B. Saft, Limonaden oder Energydrinks konsumiert werden (Abb. 12, Frage 24).

24) Welche Getränke nehmen Sie am häufigsten zu sich an einem Arbeitstag und in welcher Menge? Wählen Sie bis zu 5 Getränke und setzen Sie ein Kreuz bei der jeweils zutreffenden Menge in Litern

	0-0,5 L	0,5-1 L	1-1,5 L	mehr als 1,5 L
Wasser	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gesüßtes Wasser mit Geschmack	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Saftschorle	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Saft	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Limonade	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cola	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kaffee	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tee	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Energydrink	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Milchgetränke	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sonstiges _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sonstiges _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Abbildung 12 Auszug aus Fragebogen - Frage 24 (eigenständig erstellter Fragebogen, siehe Anhang)

Der nächste Abschnitt „Angebot von Kantine und Co. am Arbeitsplatz“ dient dazu, erschließen zu können, ob die Kantine von den Befragten häufig genutzt wird und, ob das Nahrungsangebot zu einem gesunden Essverhalten beiträgt. Anschließend folgen Fragen zur „Motivation zum gesunden Essverhalten“. Für die Umsetzung von Maßnahmen ist es unter anderem von Bedeutung herauszufinden, ob gesunde Ernährung überhaupt ein relevantes Thema für die Befragten ist und inwiefern äußere oder innere Faktoren das Gesundheitsverhalten bestimmen. Fühlt sich der Mitarbeiter vor allem durch Zeitmangel und zu hohe Kosten eingeschränkt oder fehlt das passende Wissen über gesunde Ernährung (Abb. 13, Frage 35).

35) Welche Umstände erschweren es Ihnen, sich bei der Arbeit gesund zu ernähren?
 Kreuzen Sie alles Zutreffende an

- Zeitmangel
- keine Teeküche vorhanden
- mangelnde Verfügbarkeit gesunder Lebensmittel
- verursacht zu hohe Kosten
- keine Motivation
- kein Interesse
- mangelndes Wissen über gesunde Ernährung
- Sonstiges

Abbildung 13 Auszug aus Fragebogen - Frage 35 (eigenständig erstellter Fragebogen, siehe Anhang)

Im letzten Punkt des Fragebogens erhält der Mitarbeiter die Möglichkeit, drei Themenbereiche zu nennen, die ihm potenziell helfen würden, sich gesünder und ausgewogener zu ernähren. Die Frage ist offen gestellt, damit der Befragte dazu angeregt wird, intensiv nachzudenken anstatt, dass er vorgegebene Antworten erhält, die eventuell nur willkürlich angekreuzt werden würden (Abb. 14, Frage 36).

36) Nennen Sie bitte drei Themenbereiche, die Ihnen helfen würden sich gesünder und ausgewogener zu ernähren:

1. _____

2. _____

3. _____

Abbildung 14 Auszug aus Fragebogen - Frage 36 (eigenständig erstellter Fragebogen, siehe Anhang)

Nachdem der Fragebogen konstruiert ist und als fehlerfrei und sinnvoll erachtet wurde, wird empfohlen einen Pretest durchzuführen, um die Eignung mit einer kleinen Stichprobe der Zielgruppe zu testen (Hollenberg, 2016, S. 24).

Trotz ausgiebiger Untersuchung und Befassung mit der Thematik und der Konstruktion der Fragen, ist man nicht davor gefeit, Fehler zu machen. Eine ganze Reihe von Fehlerquellen können auftauchen und der Pretest eignet sich, um ebensolche aufzudecken. Er dient unter anderem dazu, zu überprüfen, ob die Fragen angemessen und gut verständlich für die Zielgruppe formuliert sind, ob der Fragebogen logisch strukturiert ist und ob die Ergebnisse der Fragestellung angemessen auswertbar sind oder, ob die Aussagekraft durch nicht bedachte Abweichungen reduziert wird (Petersen, 2014, S. 269-281).

Die eigentliche Bedarfsanalyse findet im Anschluss an die Befragung statt und setzt sich aus der Auswertung der Ergebnisse zusammen. Diese sollten spezifische Problembereiche bezogen auf das Ernährungsverhalten der Pflegekräfte definieren.

Häufige Problembereiche laut Lowden et al., 2014 (S. 153ff.) sowie Souza et al., 2019 (S. 6) bezogen auf das Ernährungsverhalten bei Schichtarbeitern sind:

- häufiger Verzehr von Snacks in Form von hochkalorischen nährstoffarmen Lebensmitteln
- geringe Aufnahme von warmen ausgewogenen und abwechslungsreichen Mahlzeiten im Vergleich zur Aufnahme von kalten Mahlzeiten
- häufiger Konsum von Fertiggerichten
- hoher Konsum von zuckerhaltigen Softdrinks
- nächtliches Essen mit sozialbedingter Motivation anstelle von Hunger
- unzureichende Auswahl an Möglichkeiten für gesundes Essen

Da im Rahmen dieser Arbeit keine Mitarbeiterbefragung durchgeführt wird, werden anhand der oben aufgeführten Häufigkeiten die spezifischen Problembereiche festgelegt, welche die Basis für die weiteren Schritte bilden.

3.3 Konzeptplanung

Nach einer erfolgreichen Analyse der Problembereiche der Mitarbeiter ist der anschließende Schritt eine allgemeine Planungsphase. Diese beinhaltet eine Strategieentwicklung und eine klar formulierte Zielsetzung des BGM-Konzepts sowie eine Planung der benötigten Ressourcen.

Die Aufgabe der BGM-Verantwortlichen ist es, eine Strategie zu entwickeln, die wirksam und nachhaltig, aber dennoch kostengünstig ist. Sie benötigen eine Grundlage, auf der sie begründen können, warum in die geplanten Maßnahmen nicht nur Arbeitsstunden, sondern auch finanzielle Mittel investiert werden sollten. Für eine sinnvolle und zielführende Vorgehensweise empfiehlt es sich auf sogenannte Good-Practice-Beispiele⁴ zurückzugreifen, sich regionalen Netzwerken zum Erfahrungsaustausch anzuschließen oder externe Beratung durch einen Kooperationspartner in Anspruch zu nehmen (Potuschek, Karl, 2014, S. 28-29).

Hier nimmt insbesondere die betriebsinterne Kommunikation eine bedeutende Rolle ein. Mittlere und untere Managementebenen des Krankenhauses sollten frühzeitig über das anstehende BGM-Konzept informiert und auch in die Planung einbezogen werden. Wenn die Führungspersonen von der Sinnhaftigkeit der anstehenden Maßnahmen überzeugt sind, können sie als Vorbildfunktion die Motivation der Mitarbeiter stärken. Skepsis gegenüber Gesundheitsmaßnahmen kann verringert werden und eine wirksame Umsetzung wird ermöglicht (Näpflin, Chapuis, Frédéric, 2016, S. 68).

Für eine klare und sinnvolle Kommunikation wird ein überzeugendes BGM-Konzept benötigt. Dabei ist die Zielsetzung des BGM-Konzepts für alle weiteren Punkte ein notwendiger Schritt. Ohne klar definierte und vor allem messbare Ziele kann in der Phase der Erfolgskontrolle keine Aussage darüber getroffen werden, ob durchgeführte Maßnahmen wirksam waren (Dragano, Wahl, 2015, S. 27).

⁴ Beispiele aus der Praxis

Die Zielsetzung des BGM-Konzepts orientiert sich an den Präventionsprinzipien „Gesundheitsgerechte Verpflegung im Arbeitsalltag“ und „Gesundheitsgerechte Ernährung im Arbeitsalltag“ des GKV-Spitzenverbands, 2018 (siehe Kapitel 2.1.1):

Die Gesundheit und Leistungsfähigkeit der Pflegekräfte soll durch die Steigerung der individuellen Ernährungskompetenz gefördert werden.

Teilziele sind:

- Vermeidung/Verringerung von ernährungsmitbedingten Krankheiten
- Vermeidung von Mangel- und Fehlernährung
- Vermeidung und Reduktion von Übergewicht

Diese werden erreicht durch:

- Sensibilisierung sowie Motivation der Pflegekräfte zu einem gesundheitsförderlichen Ernährungsverhalten, dass sich an die Herausforderungen des Arbeitsalltags im Schichtsystem anpasst
- Vermittlung von Wissen über gesunde Ernährung in der Schichtarbeit und Vermittlung von Handlungskompetenz für eine bedarfsgerechte alltagspraktikable Ernährungsweise
- Erhöhung der Akzeptanz und Inanspruchnahme von gesundheitsförderlichen Verpflegungsangeboten in der Kantine/Cafeteria

Für die weitere Planung von einzelnen BGF-Maßnahmen muss, zusätzlich zur Strategieentwicklung sowie Zielsetzung des Konzepts, eine Ressourcenplanung erfolgen. Krankenhäuser sind finanziell, räumlich sowie personell begrenzt und müssen folglich sparsam mit ihren Ressourcen umgehen. Die BGM-Verantwortlichen sollten vorab einen Kostenplan aufsetzen und klären welche Kosten betriebsintern getragen werden müssen und welche durch einen Kooperationspartner (wie z. B. eine Krankenkasse) getragen werden können. In der Phase der Umsetzung von Maßnahmen können beispielsweise auch Dienstleiter hinzugeholt werden, die bei der Entwicklung der Inhalte und bei der Durchführung unterstützen. Diese Leistung kann (wie in Kapitel 2.1.1 erläutert) durch eine Partner-Krankenkasse getragen werden.

Darüber hinaus müssen mögliche Räumlichkeiten für die Umsetzung von Maßnahmen ausgemacht werden. Wenn im Krankenhaus selbst keine geeigneten Räume vorhanden sind, muss auch dies berücksichtigt und dementsprechend nach externen Möglichkeiten gesucht werden.

3.4 Umsetzung von Maßnahmen

Anschließend an die Phase der Konzeptplanung, können einzelne BGF-Maßnahmen vorbereitet und umgesetzt werden. Wesentlich in diesem Schritt sind die Entwicklung der Inhalte sowie des Maßnahmenformats.

Bei der Vorbereitung der Maßnahme ist ein kritischer Punkt, dass die Maßnahmen den Möglichkeiten der Zielgruppe entsprechen müssen. Die hohe Arbeitsdichte und die wechselnden Arbeitszeiten der Pflegekräfte stellen besondere Herausforderungen dar. Damit die Erreichbarkeit der Mitarbeiter gesichert wird, können unterschiedlich ausgerichtete Maßnahmen für den gleichen Problembereich konzipiert werden (Dragano, Wahl, 2015, S. 27).

Entscheidend für die Umsetzung von GKV-geförderten BGF-Maßnahmen ist, dass die durchführende Person eine dem Handlungsfeld Ernährung entsprechende Anbieterqualifikation besitzt. Dies würde beispielsweise auf ausgebildete Diätassistenten mit Besitz eines aktuellen Zertifikats des VDD zutreffen oder auf Ökotrophologen mit Bachelor-, Master-, oder Diplom-Abschluss mit Besitz eines aktuellen Zertifikats zum Ernährungsberater durch einen der folgenden anerkannten Berufsverbände: VDOE, DGE, VFED UGB oder QUETHEB (GKV-Spitzenverband, 2018, S. 73-74).

3.4.1 Inhalte

Die Entscheidung darüber, welche Themenbereiche in der Maßnahme aufgegriffen werden, basiert auf der, im Betrieb durchgeführten, Bedarfsanalyse. Da im Rahmen dieser Arbeit keine Bedarfsanalyse stattgefunden hat, sondern lediglich anhand von Literatur die häufigsten Problembereiche festgelegt wurden, dienen letztere als Orientierung für die weitere Vorgehensweise.

Aufgrund der genannten Problembereiche „häufiger Verzehr von Snacks in Form von hochkalorischen nährstoffarmen Lebensmitteln“ sowie „hoher Konsum von Softdrinks“ werden folgende Zielstellungen einer BGF-Maßnahme definiert:

1. Reduzierung des häufigen Konsums von hochkalorischen nährstoffarmen Snacks
2. Erhöhung des Wasserkonsums bei gleichzeitiger Verringerung des Konsums von Softdrinks

Diese Teilziele haben den Zweck, zur Wirksamkeit des Konzepts beizutragen.

Die konkrete Ausarbeitung der Inhalte liegt nicht im Aufgabenbereich der BGM-Verantwortlichen, sondern sollte durch die Unterstützung von Experten im Bereich Ernährung erfolgen. Wie bereits erwähnt, können in der Umsetzungsphase externe Dienstleister hinzugezogen werden. Die Organisation erfolgt durch die BGM-Verantwortlichen und ggf. die Partner-Krankenkasse.

In der folgenden Abbildung wird ein beispielhafter inhaltlicher Aufbau der BGF-Maßnahme für die behandelte Zielgruppe dargestellt (Abb. 15). Die Inhalte basieren auf den Erkenntnissen in Kapitel 2.3.



Abbildung 15 Inhaltliche Konzeption der BGF-Maßnahme (eigene Darstellung mit Bildern von www.pixabay.com)

Die besonderen Herausforderungen und insbesondere die Gesundheitsrisiken für Schichtarbeiter sollten in den Inhalten der BGF-Maßnahme berücksichtigt werden. Damit eine Pflegekraft weniger ungesunde Snacks und zuckerhaltige Softdrinks konsumiert, ist es ratsam, ihr bestimmte Inhalte zu vermitteln, die insgesamt zu einer verbesserten Ernährungskompetenz beitragen. Hierzu gehören Grundlagen der Stoffwechselfvorgänge, Bedeutung der Makro- und Mikronährstoffe, aber auch die Besonderheiten des zirkadianischen Rhythmus und wie sich diese Faktoren auf den eigenen Körper und die Leistungsfähigkeit auswirken. Damit die Möglichkeiten für gesunde Snacks als Pausenverpflegung sinnvoll aufbereitet werden können, sollten vorerst die ganzheitlichen Ernährungsempfehlungen für Schichtarbeiter vermittelt werden. Abgerundet werden die Inhalte durch die Erläuterung eines idealen Trinkverhaltens.

3.4.2 Empfohlene Formate

Für die Durchführung der entwickelten Inhalte stehen zahlreiche Formate zur Auswahl. In diesem Abschnitt werden ausgewählte Maßnahmenformate und verhältnis- sowie verhaltensbezogene Interventionsmöglichkeiten präsentiert und erläutert.

Verhältnisbezogene Interventionen:

Ein passendes Format für verhältnispräventive Interventionen im Bereich Ernährung ist das sogenannte Nudging⁵, welches eine relativ junge Forschungsdisziplin ist, deren Anfang durch Thaler und Sunstein 2009 geschaffen wurde. Durch Nudges⁶ soll das Verhalten von Personen unbewusst - ohne das Erteilen von Verboten oder Geboten - in eine bestimmte Richtung verändert werden (Rochnowski, 2018, S. 11). Dieses Vorgehen eignet sich besonders gut für eine gesundheitsförderliche Beeinflussung auf die persönliche Essensauswahl in der Gemeinschaftsverpflegung (Adam, Pfannes, 2017). Doch auch außerhalb der Kantine, auf den einzelnen Stationen, können Nudges vorgenommen werden. Um eine Beeinflussung der Pflegekräfte hinsichtlich eines gesunden „Snackverhaltens“ zu erreichen, können beispielsweise Obstschalen in den Mitarbeiterräumen auf den einzelnen Stationen platziert werden.

Eine weitere wirksame Intervention ist eine Erweiterung der gesunden Snackauswahl in der Cafeteria/Kantine und deren vorteilhafte Platzierung. Gesunde Snacks wie z. B. Obst, Rohkost, belegte Vollkornbrötchen oder Nüsse werden gut sichtbar und schmackhaft wirkend in kassennähe platziert, während unvorteilhafte Snacks wie Süßigkeiten oder Chips an anderer Stelle ausgelegt werden. Dies führt dazu, dass die Beschäftigten im Idealfall eine gesunde Wahl treffen.

Für eine positive Veränderung des Trinkverhaltens, können auf den einzelnen Stationen Wasserspender bereitgestellt werden, falls diese noch nicht vorhanden sind. Beispiele von Nudges sind an dieser Stelle z. B. kleine Erinnerungen an den Was-

⁵ „To nudge“ ist Englisch und heißt so viel wie „jemanden anstupsen“

⁶ Nudges = Anstupser

serzapfsäulen, die mit Leichtigkeit auf die Wichtigkeit von Wasser für die Leistungsfähigkeit hinweist oder Klebesticker von Fußabdrücken auf dem Boden, die zu den Wasserspendern hinführen.

Eine weitere passende verhältnisverändernde Methode ist eine gesunde Gestaltung des Kantinenangebots. Hier eignet sich eine Intervention in Form der Einführung einer gastronomischen Ampel (GAS). Das GAS-System beabsichtigt, dass die Kantinenbesucher durch eine Kennzeichnung von Ampelsymbolen bei ihrer Essenswahl unterstützt werden. Es richtet sich dabei nach den Qualitätsstandards und Referenzwerten der DGE und soll dazu animieren, sich für das gesundheitsfördernde Gericht zu entscheiden (Peinelt, Wetterau, 2016, 1522ff.).

Verhaltensbezogene Interventionen:

Zu den gängigen Formen von verhaltensbezogenen Interventionen gehören Vorträge, Workshops, Ernährungskurse und Gesundheitstage. Für eine zielgruppenorientierte Umsetzung wird die Durchführung eines Workshops empfohlen, welcher sich durch eine gleichmäßige Verteilung von theoretischen und praktischen Anteilen auszeichnet und so eine effektive Vermittlung von Wissen sowie Handlungskompetenz ermöglicht. Anhand einer Kombination aus theoretischen und praktischen Elementen wird ein interaktiver Rahmen geschaffen, indem die Teilnehmer motiviert werden, die Inhalte nachhaltig zu erlernen (Rump, Schiedhelm, Eilers, 2016, S. 100). Die Dauer des Workshops sollte den Arbeitszeiten und Bedürfnissen der Pflegekräfte angepasst werden, sodass diese das Angebot auch wahrnehmen können und wollen. Die theoretischen Elemente werden jeweils anhand eines interaktiven Impulsvortrags von etwa 20 Minuten vermittelt. Die Inhalte des Vortrags werden an den Ergebnissen aus Kapitel 3.4.1 orientiert. Die Teilnehmer sollen die Möglichkeit erhalten, ihr eigenes bereits vorhandenes Wissen einzubringen. So wird die bereits bestehende Ernährungs- und Gesundheitskompetenz der Pflegekräfte wertgeschätzt und die Motivation sowie Partizipation gefördert. Anschließend an den theoretischen Input, folgt die praktische Umsetzung des Gelernten. Hier eignet sich beispielsweise das Herstellen von gesunden Snacks für die Pausenverpflegung mit Fokus auf den Besonderheiten der Nachtschicht. Die Auswahl von Rezepten erfolgt

anhand der Ergebnisse aus Kapitel 2.3.3. Für die Zubereitung eignen sich ballaststoff-, protein- und nährstoffreiche Lebensmittelkombinationen wie z. B. mit Gemüse belegte Vollkornbrote mit Hüttenkäse, Joghurt- oder Quarkspeisen mit Obst und Nüssen ergänzt oder auch leicht bekömmliche Suppen. Je nach den räumlichen Verfügbarkeiten können warme oder kalte Snacks ausprobiert und verköstigt werden. Die Teilnehmer bereiten gemeinsam verschiedene Snacks zu, probieren diese und bewerten sie im Anschluss. Für eine nachhaltige Integration der Inhalte in den Alltag erhalten die Teilnehmer Handouts und ggf. weiteres Informationsmaterial für zuhause.

3.5 Erfolgskontrolle

Anschließend an die Umsetzung der Maßnahme sollte durch die BGM-Verantwortlichen eine Auswertung stattfinden, die den Erfolg überprüft. Die Evaluation orientiert sich an den festgelegten Zielen in Kapitel 3.4.1:

1. Reduzierung des häufigen Konsums von hochkalorischen nährstoffarmen Snacks
2. Erhöhung des Wasserkonsums bei gleichzeitiger Verringerung des Konsums von Softdrinks

Anhand von Elementen der Prozess- und Ergebnisevaluation kann untersucht werden, ob die Ziele erreicht wurden und somit die Ernährungskompetenz der Mitarbeiter gestärkt wurde. Die Evaluation von Prozessen unterstützt dabei festzustellen, ob die Maßnahmen wie geplant umgesetzt worden sind oder ob es eventuell Hindernisse gab, die eine reibungslose Umsetzung erschwert haben. Insbesondere überprüft werden sollte, ob die Maßnahmen zielgruppengerecht ausgelegt waren und die Bedürfnisse der Pflegekräfte erfüllt wurden. (Dragano, Wahl, 2015, S. 27-28). War dies nicht der Fall, müssen die Ursachen dafür ergründet werden, damit dies bei Folgemaßnahmen berücksichtigt werden kann. Hier eignet sich z. B. ein standardisierter anonymer Feedback-Bogen, der den Mitarbeitern im Anschluss an den Workshop zur Verfügung gestellt wird.

Die Ergebnisevaluation überprüft messbare Ergebnisse. Hier eignet sich der für die Bedarfsanalyse erstellte Fragebogen. Er kann nach einer bestimmten Zeitspanne

(z. B. zwei Monate nach Teilnahme an Maßnahme oder Umsetzung von verhältnispräventiven Interventionen) erneut ausgefüllt werden. Die Ergebnisse können miteinander verglichen werden, um Veränderungen bzgl. der oben genannten Ziele festzustellen.

Durch das Zusammenbringen aller Evaluationsergebnisse kann eine Aussage über die Wirksamkeit der Maßnahme getroffen werden. Sollen die Maßnahmen wiederholt werden, bietet die Evaluation wirkungsvolle Optimierungsvorschläge. An dieser Stelle schließt sich der Prozess der Maßnahmenerstellung und der Zyklus startet erneut in der Analysephase.

4 Diskussion

Im vorletzten Abschnitt dieser Arbeit werden die wichtigsten Ergebnisse der Konzepterstellung der BGF-Maßnahme zusammengefasst, bewertet und diskutiert. Es wird ein Lösungsansatz für die anfangs in der Einleitung erläuterte Problemstellung gegeben.

Für die Erstellung einer Bedarfsanalyse wurde eine Mitarbeiterbefragung in Form eines standardisierten Fragebogens verwendet. Dieser wird zielgruppenorientiert anhand wissenschaftlicher Quellen erstellt und auf den Bereich Ernährung fokussiert. Diese Methode bietet ein einfaches Mittel, das die Zeit der Pflegekräfte nicht überflüssig beansprucht. Im Rahmen dieser Arbeit werden weder ein Pretest noch eine tatsächliche Befragung durchgeführt. Für eine wirksame BGF-Maßnahme ist dies jedoch unerlässlich und sollte mit Sorgfalt umgesetzt werden. Der Fokus der Arbeit liegt auf der theoretischen Konzepterstellung der BGF-Maßnahme, welche mit zielgruppenspezifischen Beispielen dargestellt wird und somit allgemein übertragbar auf die vorgestellte Zielgruppe in unterschiedlichen Krankenhäusern Deutschlands ist.

Die weitere Konzeptplanung basiert aufgrund von nicht vorhandenen Ergebnissen der Bedarfsanalyse auf literarischen Ergebnissen und orientiert sich am Leitfaden Prävention. Da dieser ein essenzielles Handwerk im Bereich der BGF darstellt, macht es Sinn dessen Inhalte auf die Zielerstellung zu übertragen. Als Teile der Konzeptplanung wurden auch die Strategie- und Ressourcenplanung erläutert. Da diese Arten der Planung insbesondere durch die spezifische betriebsinterne Kommunikation und die räumlichen sowie finanziellen Gegebenheiten des jeweiligen Krankenhauses beeinflusst und gestaltet werden, wurden sie im Rahmen dieser Arbeit nur begrenzt ausgeführt. Bei der tatsächlichen Umsetzung im Betrieb müssten demnach konkret die jeweiligen betriebsinternen Umstände betrachtet und das Konzept entsprechend angepasst werden. Das Ergebnis der Konzeptplanung ist ein umfassendes BGM-Konzept, das als Grundlage für die BGF-Maßnahme dient.

Für die Umsetzung der BGF-Maßnahme liegt der Fokus auf zwei konkreten Teilzielen im Rahmen des BGM-Konzepts. Diese rationale Vorgehensweise dient der verständlichen Darstellung eines komplexen Prozesses und ermöglicht klare und vor allem messbare Ziele sowie die Erstellung von Inhalten. Die Inhalte basieren auf den literarisch erarbeiteten Ernährungsempfehlungen für Schichtarbeiter (Kapitel 2.3.3). Im Bereich der Ernährung für Schichtarbeiter gibt es bisher keine deutschsprachige evidenzbasierte Leitlinie. Um trotzdem zielgruppenspezifische Empfehlungen für die Inhalte geben zu können, würde sich die Durchführung einer systematischen Literaturrecherche anbieten. Diese hätte jedoch in dieser Arbeit einen zu großen Umfang eingenommen. Für die konzeptionelle Erstellung der BGF-Maßnahme war es ausreichend die wichtigsten Punkte abzudecken.

Für die Umsetzung von ernährungsbezogenen Interventionen stehen zahlreiche Formate zu Verfügung. Wichtig ist, dass verhältnis- und verhaltenspräventive Methoden verwendet werden. Als verhältnisverändernde Formate wurden zwei relativ junge Formen gewählt: Nudging und das GAS-System. Beide Interventionsmaßnahmen sind vielversprechend und gleichzeitig in Relation zu Änderungen der Arbeitsbedingungen wie das Gehalt, die Arbeitszeiten oder die Flexibilität, einfach, aber dennoch effektiv umzusetzen. Bedacht werden sollte, dass Orte der Gemeinschaftsverpflegung im Krankenhaus wie z. B. die Kantine typischerweise nur tagsüber geöffnet haben und Interventionen sich somit lediglich an in der Tagesschicht arbeitende Mitarbeiter richten. Umso wichtiger ist es, dass Nachtschichtarbeiter bei den anderen Interventionen besonders berücksichtigt werden und Besonderheiten insbesondere in den verhaltensbezogenen Interventionen thematisiert werden. Hierfür fiel die Wahl auf die Form des Workshops. Dieser kann flexibel gestaltet werden und je nach Bedarf im Umfang verändert, angepasst und ergänzt werden.

Zusammengefasst wird festgehalten, dass die Konzepterstellung einer BGF-Maßnahme immer konkret an die Zielgruppe sowie den Arbeitgeber angepasst werden sollte. Diese Arbeit gibt die allgemeine Vorgehensweise in der BGF vor und kann als unterstützende Orientierungshilfe verwendet werden.

5 Handlungsempfehlungen

Gesundheitsfördernde Maßnahmen im Betrieb sind notwendig, damit die eigenen Mitarbeiter durch eine Stärkung ihrer Ernährungskompetenz dauerhaft leistungsfähig sind. BGF-Maßnahmen sind jedoch nur wirksam, wenn sie in das betriebsinterne BGM integriert und somit Teil eines ganzheitlichen Konzepts sind.

Für eine nachhaltige Umsetzung von BGM wird ein qualitätsgesicherter Prozess anhand gefestigter Strukturen benötigt. Dieser kann nur entstehen, wenn die BGM-Verantwortlichen gut fundiertes Wissen und Handlungskompetenz im Bereich des BGM besitzen. Es wird empfohlen durch die Teilnahme an Netzwerktreffen in den Erfahrungsaustausch mit anderen BGM-Steuerungsgruppen in Krankenhäusern zu treten, sich an Good-Practice-Beispielen zu orientieren und sich von externen Kooperationspartnern unterstützen zu lassen.

Krankenkassen haben den gesetzlichen Auftrag sich insbesondere im Bereich der Pflege einzubringen und finanziell zu unterstützen. Es wird empfohlen, sich mit einer gesetzlichen Krankenkasse zusammenzutun, bei der am meisten eigene Mitarbeiter versichert sind.

Die Verantwortung liegt bei den Führungskräften und den Krankenkassen aktiv aufeinander zuzugehen. Kommt eine Kooperation zustande, ist es die Aufgabe der BGM-Verantwortlichen den komplexen umfangreichen BGM-Prozess und insbesondere die betriebsinterne Kommunikation gut zu überwachen und zu lenken, so dass gut durchdachte und vor allem qualitätsgesicherte Konzepte entstehen.

Essenziell ist, dass der Fokus auf den Mitarbeitern die gesamte Zeit bestehen bleibt. Die Pflegekräfte müssen der Mittelpunkt sein und ihre Bedürfnisse und Wünsche müssen gehört, verstanden und umgesetzt werden. Nur so wird gewährleistet, dass die Pflegekräfte in den Krankenhäusern Deutschlands nachhaltig im Umgang mit der eigenen Gesundheit geschult, gestärkt und unterstützt werden und so zu einem starken und belastbaren Gesundheitswesen beitragen.

Literaturverzeichnis

Adam, S., Pfannes, U. (2017). Nudging in der Gemeinschaftsverpflegung. CCG Ringvorlesung. HAW Hamburg, 22.11.2017. Online verfügbar unter https://www.haw-hamburg.de/fileadmin/user_upload/CCG/Ringvorlesung/WiSe17_18_BGM/20171122_CCG-Ringvorlesung_Nudging_in_der_GV.pdf, zuletzt geprüft am 19.04.2019.

Badura, B., Ducki, A., Schröder, H., Klose, J., Meyer, M. (Hrsg.) (2018). Fehlzeiten-Report 2018. Sinn erleben - Arbeit und Gesundheit. Berlin, Heidelberg: Springer Verlag.

Badura, B., Steinke, M. (2009). Betriebliche Gesundheitspolitik in der Kernverwaltung von Kommunen. Eine explorative Fallstudie zur aktuellen Situation. Universität Bielefeld. Hans Böckler Stiftung. Online verfügbar unter <https://www.google.de/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=9&ved=2ahUKEwjFr4asxqz-hAhWF2KQKHQ3JDOUQFjAlegQIBBAC&url=https%3A%2F%2Fpub.uni-bielefeld.de%2Fdownload%2F2316533%2F2319880&usg=AOvVaw3IRXjp0DoSGWmpwGK15zB>, zuletzt geprüft am 19.04.2019.

Badura, B., Walter, U., Hehlmann, T. (Hrsg.) (2010). Betriebliche Gesundheitspolitik. Der Weg zur gesunden Organisation. 2. vollständig überarb. Auflage. Heidelberg: Springer Verlag.

Baumeister, A., Jurchen, A. (2015). Qualifizierung zum betrieblichen Gesundheitscoach in kleinen und mittleren Unternehmen. In: Badura, B., Ducki, A., Schröder, H., Klose, J., Meyer, M. (Hrsg.): Fehlzeiten-Report 2015. Berlin, Heidelberg: Springer Verlag, S. 293–302.

Baur, N., Blasius, J. (Hrsg.) (2019). Handbuch Methoden der empirischen Sozialforschung. 2. Auflage. Wiesbaden: Springer Fachmedien Verlag.

Beermann, B., Kretschmer, V. (2015). Schichtarbeit und Betriebliche Gesundheitsförderung. In: Badura, B., Ducki, A., Schröder, H., Klose, J., Meyer, M. (Hrsg.): Fehlzeiten-Report 2015. Berlin, Heidelberg: Springer Verlag, S. 205–214.

Berset, M., Deufel, A., Dorsemagen, C., Krause, A. (2016). Partizipative Auseinandersetzung mit psychosozialen Risiken im Unternehmen: Analyse, Workshops und ein Train-the-Trainer-Konzept als Beitrag zur gesundheitsförderlichen Organisationsentwicklung. In: Pfannstiel, M., Mehlich, H. (Hrsg.): Betriebliches Gesundheitsmanagement. Wiesbaden: Springer Fachmedien Verlag, S. 91–110.

Betz, M. (2017). Gesundheit und Ernährung bei Schichtarbeit. In: *Ernährung im Fokus* (07-08), S. 220–226.

Betz, M., Koehler, U. (2016). Ernährung im Schichtdienst. In: Dienstbühl, I., Stadeler, M., Scholle, H. (Hrsg.): Prävention von arbeitsbedingten Gesundheitsgefahren und Erkrankungen. Quedlinburg: Bussert & Stadeler Verlag, S. 113–119.

Bühren, S., Mülle, M. (2015). Erfahrungsberichte aus den Modellbetrieben (Praxisbeispiele). In: Kraußlach, H. (Hrsg.): Praxisleitfaden zur Einführung eines Betrieblichen Gesundheitsmanagements. Jena: Verlag Ernst-Abbe-Hochschule Jena, S. 98–104.

Bundesagentur für Arbeit (Hrsg.) (2018). Arbeitsmarktsituation im Pflegebereich (Berichte: Blickpunkt Arbeitsmarkt). Online verfügbar unter <https://statistik.arbeitsagentur.de/Statischer-Content/Arbeitsmarktberichte/Berufe/generische-Publikationen/Altenpflege.pdf>, zuletzt geprüft am 19.04.2019.

Buruck, G., Brom, S., Kotte, H., Richter, P. (2015). Evaluierung von Gesundheitspräventionen in der stationären Altenpflege. In: Badura, B., Ducki, A., Schröder, H., Klose, J., Meyer, M. (Hrsg.): Fehlzeiten-Report 2015, Bd. 38. Berlin, Heidelberg: Springer Verlag, S. 85–95.

Costa, G. (2010). Shift work and health: current problems and preventive actions. In: *Safety and health at work* 1 (2), S. 112–123.

Destatis (2017). Grunddaten der Krankenhäuser. Fachserie 12 Reihe 6.1.1. Hg. v. Statistisches Bundesamt. Wiesbaden. Online verfügbar unter https://www.destatis.de/DE/Publikationen/Thematisch/Gesundheit/Krankenhaeuser/GrunddatenKrankenhaeuser2120611177004.pdf%3F__blob%3DpublicationFile, zuletzt geprüft am 19.04.2019.

Destatis (08.08.2018) Pressemitteilung Nr. 300 des Statistischen Bundesamts vom 08.08.2018. Wiesbaden. Online verfügbar unter https://www.destatis.de/DE/Presse/Pressemitteilungen/2018/08/PD18_292_231.html, zuletzt geprüft am 19.04.2019.

DGAUM Deutsche Gesellschaft für Arbeitsmedizin und Umweltmedizin e. V., (2006). Arbeitsmedizinische Leitlinie der Deutschen Gesellschaft für Arbeitsmedizin und Umweltmedizin e. V. Nacht- und Schichtarbeit (Arbeitsmed.Sozialmed.Umweltmed., 41).

DGSM (2009). S3-Leitlinie - Nicht erholsamer Schlaf/Schlafstörungen // S3-Leitlinie. In: *Somnologie* 13 (S1), S. 1–160.

DGUV Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung e. V., (2012). Schichtarbeit. Rechtslage, gesundheitliche Risiken und Präventionsmöglichkeiten. Berlin (DGUV-Report).

Dragano, N., Wahl, S. (2015). Zielgruppen spezifisches Gesundheitsmanagement: Hintergründe, Strategien und Qualitätsstandards. In: Badura, B., Ducki, A., Schröder, H., Klose, J., Meyer, M. (Hrsg.): Fehlzzeiten-Report 2015. Berlin, Heidelberg: Springer Verlag, S. 21–29.

Elmadfa, I. (2009). European Nutrition and Health Report 2009. Preface. In: *Forum of nutrition* 62, S. VII–VIII.

Felfe, J., Krick, A., Reiner, A. (2018). Wie kann Führung Sinn stiften? – Bedeutung der Vermittlung von Sinn für die Gesundheit. In: Badura, B., Ducki, A., Schröder, H.,

Klose, J., Meyer, M. (Hrsg.): Fehlzeiten-Report 2018. Berlin, Heidelberg: Springer Verlag, S. 213–223.

Gan, Y., Yang, C., Tong, X., Sun, H., Cong, Y., Yin, X., Li, L., Cao, S., Dong, X., Gong, Y., Shi, O., Deng, J., Bi, H., Lu, Z. (2015). Shift work and diabetes mellitus: a meta-analysis of observational studies. In: *Occupational and environmental medicine* 72 (1), S. 72–78.

GKV-Spitzenverband (Hrsg.) (2018). Leitfaden Prävention nach § 20 Abs. 2 SGB V und Leitfaden Prävention nach § 5 SGB XI. Handlungsfelder und Kriterien nach § 20 Abs. 2 SGB V zur Umsetzung der §§ 20, 20a und 20b SGB V vom 21. Juni 2000 in der Fassung vom 1. Oktober 2018.

GKV-Spitzenverband, MDS (2018). Präventionsbericht 2018. Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung: Primärprävention und Gesundheitsförderung Leistungen der sozialen Pflegeversicherung - Prävention in stationären Pflegeeinrichtungen - Berichtsjahr 2017. Hg. v. GKV-Spitzenverband, Medizinischer Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen.

Glaser, J., Höge, T. (2005). Probleme und Lösungen in der Pflege aus Sicht der Arbeits- und Gesundheitswissenschaften. Hg. v. Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin (BAuA). Dortmund, Berlin, Dresden.

Grant, C., Dorrian, J., Coates, A., Pajcin, M., Kennaway, D., Wittert, G., Heilbronn, L., Della, V., Chris, G., Charlotte, C., Banks, S. (2017). The impact of meal timing on performance, sleepiness, gastric upset, and hunger during simulated night shift. In: *Industrial health* 55 (5), S. 423–436.

Habermann-Horstmeier, L. (2017). Gesundheitsförderung und Prävention: Hogrefe Verlag.

Hollenberg, S. (2016). Fragebögen. Fundierte Konstruktion, sachgerechte Anwendung und aussagekräftige Auswertung. Wiesbaden: Springer Fachmedien Verlag.

Holmbäck, U., Lowden, A., Akerfeldt, T., Lennernäs, M., Hambraeus, L., Forslund, J., Akerstedt, T., Stridsberg, M., Forslund, A. (2003). The human body may buffer small differences in meal size and timing during a 24-h wake period provided energy balance is maintained. In: *The Journal of nutrition* 133 (9), S. 2748–2755.

Jacobs, K., Kuhlmei, A., Greß, S., Klauber, J., Schwinger, A. (Hrsg.) (2018). *Pflege-Report 2018*. Berlin, Heidelberg: Springer Verlag.

Janhsen, K., Strube, H., Starker, A. (2008). *Hypertonie. Gesundheitsberichterstattung des Bundes*. Hg. v. Robert-Koch-Institut und Destatis. Berlin. Online verfügbar unter

https://www.google.de/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=books&cd=1&cad=rja&uact=8&ved=2ahUKEwjMp-SdnuThAhVJJVAKHYFzACYQFjAAegQI-ABAC&url=https%3A%2F%2Fwww.rki.de%2FDE%2FContent%2FGesundheitsmonitoring%2FGesundheitsberichterstattung%2FGBEDDownloadsT%2Fhypertonie.pdf%3F__blob%3DpublicationFile&usg=AOvVaw3LqRF_SSWaLIRUT-bqF7hCO, zuletzt geprüft am 19.04.2019.

Kirchhoff, S. (2010). *Der Fragebogen. Datenbasis, Konstruktion und Auswertung*. 5. Auflage. Wiesbaden: VS Verlag.

Klingler, F. (2016). *BGM - Vorteil Gesundheit im Handwerk*. In: Pfannstiel, M., Mehlich, H. (Hrsg.): *Betriebliches Gesundheitsmanagement*. Wiesbaden: Springer Fachmedien Verlag, S. 49–64.

Klinke, R., Pape, H., Kurtz, A., Silbernagl, S., Baumann, R., Brenner, B., Gay, R., Rothenburger, A. (2010). *Physiologie*. 6. vollständig überarb. Auflage. Stuttgart: Thieme Verlag.

Koh, S., Kim, M., Oh, D., Kim, B., Lee, K., Kim, J. (2014). Psychosocial stress in nurses with shift work schedule is associated with functional gastrointestinal disorders. In: *Journal of neurogastroenterology and motility* 20 (4), S. 516–522.

Korczak, D. (Hrsg.) (2002). Ernährungszustand von Nachtschichtarbeitern. Abschlussbericht des Projektes "Ernährungszustand von Nachtschichtarbeitern" der GP Forschungsgruppe im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit. Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin; Deutschland. Bremerhaven: Wirtschaftsverlag NW.

Lowden, A., Moreno, C., Holmbäck, U., Lennernäs, M., Tucker, P. (2010). Eating and shift work. Effects on habits, metabolism and performance. In: *Scand J Work Environ Health* 36 (2), S. 150–162.

Meyer, M., Klose, J., Schröder, H. (2015). Zielgruppen spezifisches Gesundheitsmanagement: Ein Überblick. In: Badura, B., Ducki, A., Schröder, H., Klose, J., Meyer, M. (Hrsg.): Fehlzzeiten-Report 2015. Berlin, Heidelberg: Springer Verlag, S. 1–8.

Meyer, M., Wenzel, J., Schenkel, A. (2018). Krankheitsbedingte Fehlzzeiten in der deutschen Wirtschaft im Jahr 2017. In: Badura, B., Ducki, A., Schröder, H., Klose, J., Meyer, M. (Hrsg.): Fehlzzeiten-Report 2018, Bd. 55. Berlin, Heidelberg: Springer Verlag, S. 331–536.

Mummendey, H., Grau, I. (2014). Die Fragebogen-Methode. Grundlagen und Anwendung in Persönlichkeits-, Einstellungs- und Selbstkonzeptforschung. 6. korr. Auflage. Göttingen: Hogrefe Verlag.

Nagai, M., Morikawa, Y., Kitaoka, K., Nakamura, K., Sakurai, M., Nishijo, M., Hamazaki, Y., Maruzeni, S., Nakagawa, H. (2011). Effects of Fatigue on Immune Function in Nurses Performing Shift Work. In: *Journal of Occupational Health* 53 (5), S. 312–319.

Näpflin, U., Chappuis, C., Frédéric, F. (2016). BGM-3-Jahreskonzept: Erfolgreiche Umsetzung im Detailhandelsunternehmen. In: Pfannstiel, M., Mehlich, H. (Hrsg.): Betriebliches Gesundheitsmanagement. Wiesbaden: Springer Fachmedien Verlag, S. 65–75.

Nussbaumer, H. (2019). Ernährungsempfehlungen bei Typ-2-Diabetes. Berlin, Heidelberg: Springer Verlag.

Peinelt, V., Wetterau, J. (2016). Handbuch der Gemeinschaftsgastronomie. Anforderungen, Umsetzungsprobleme, Lösungskonzepte. 2. überarb. und erweit. Auflage. Berlin: Rhombos Verlag.

Petersen, T. (2014). Der Fragebogen in der Sozialforschung. Konstanz, Stuttgart: UTB Verlag.

Potuschek, G., Karl, F. (2014). Begleitung bei der Betrieblichen Gesundheitsförderung durch die BARMER GEK. In: Hahnzog, S. (Hrsg.): Betriebliche Gesundheitsförderung. Wiesbaden: Springer Gabler Verlag, S. 23–35.

Reuter, T., Liebrich, A., Giesert, M. (2016). Das Handlungsfeld Betriebliches Eingliederungsmanagement im Betrieblichen Gesundheitsmanagement – Erfahrungen und Ergebnisse aus Forschung und Praxis. In: Pfannstiel, M., Mehlich, H. (Hrsg.): Betriebliches Gesundheitsmanagement. Wiesbaden: Springer Fachmedien Verlag, S. 267–279.

Rochnowski, S. (2018). Gesundheitsmanagement als personale Ressource der Lebensstilmodifikation. Gesundheitsfördernde Maßnahmen und Nudges für Führungskräfte in Settings. Dissertation. Wiesbaden: Springer Gabler Verlag.

Rodenbeck, A. (2009). Zirkadiane Schlaf-Wachrhythmus-Störungen. In: *Das Neurophysiologie-Labor* 31 (4), S. 192–199.

Rump, J., Schiedhelm, M., Eilers, S. (2016). Gesundheit anordnen? Die Rolle der Führungskultur im Rahmen des Betrieblichen Gesundheitsmanagements. In: Badura, B., Ducki, A., Schröder, H., Klose, J., Meyer, M. (Hrsg.): Fehlzeiten-Report 2016. Berlin, Heidelberg: Springer Verlag, S. 95–103.

Runde, B., Tenberge, E. (2016). Gesundheitsmanagement im Krankenhaus. In: Pfannstiel, M., Mehlich, H. (Hrsg.): Betriebliches Gesundheitsmanagement. Wiesbaden: Springer Fachmedien Verlag, S. 214–226.

Saberi, H., Moravveji, A. (2010). Gastrointestinal complaints in shift-working and day-working nurses in Iran. In: *Journal of circadian rhythms* 8, S. 1–5.

Sayed, M., Kubalski, S. (2016). Überwindung betrieblicher Barrieren für ein betriebliches Gesundheitsmanagement in kleinen und mittelständischen Unternehmen. In: Pfannstiel, M., Mehlich, H. (Hrsg.): Betriebliches Gesundheitsmanagement. Wiesbaden: Springer Fachmedien Verlag, S. 1–20.

Schlipphak, A. (2018). Betriebliches Gesundheitsmanagement und krankheitsbedingte Fehlzeiten in der Bundesverwaltung. In: Badura, B., Ducki, A., Schröder, H., Klose, J., Meyer, M. (Hrsg.): Fehlzeiten-Report 2018. Berlin, Heidelberg: Springer Verlag, S. 547–557.

Schmal, J. (2015). Schichtdienst und Schichtdienstmodelle. In: Schmal, J. (Hrsg.): Ausgeschlafen? - Gesund bleiben im Schichtdienst für Gesundheitsberufe, Bd. 77. Berlin, Heidelberg: Springer Verlag, S. 3–22.

Schmal, J. (2019). Dauernachtdienst in der Pflege. Gründe für das Ergreifen, den Verbleib und die Aufgabe. Wiesbaden: Springer Fachmedien Verlag.

Schneider, E. (2014). Sozialrechtliche Aspekte des Gesundheitsmanagements. In: Stierle, J., Antonio, V. (Hrsg.): Handbuch Betriebliches Gesundheitsmanagement. 1. Auflage. Stuttgart: Schäffer-Poeschel Verlag, S. 98–110.

Souza, R., Sarmiento, R., Almeida, J. de, Canuto, R. (2019). The effect of shift work on eating habits: a systematic review. In: *Scandinavian journal of work, environment & health* 45 (1), S. 1–15.

Stefani, M. (2018). Die Macht des pflegeberuflichen Alltags. Wiesbaden: Springer Fachmedien Verlag.

ver.di (2018). Das Soll ist voll. Klinikpersonal entlasten. Online verfügbar unter <https://gesundheit-soziales.verdi.de/themen/entlastung/++co++74e9e2e2-5be7-11e7-bf57-525400423e78>, zuletzt geprüft am 19.04.2019.

Weeß, H. (2016). Die schlaflose Gesellschaft. Wege zu erholsamem Schlaf und mehr Leistungsvermögen: mit 26 Abbildungen. 1. Auflage. Stuttgart: Schattauer Verlag.

Wegner, B. (2016). Licht ins Dunkel – Analyse im BGM. In: Pfannstiel, M., Mehlich, H. (Hrsg.): Betriebliches Gesundheitsmanagement. Wiesbaden: Springer Fachmedien Verlag, S. 341–359.

Wetzstein, A. (2016). Evaluation von Betrieblichem Gesundheitsmanagement. In: Pfannstiel, M., Mehlich, H. (Hrsg.): Betriebliches Gesundheitsmanagement. Wiesbaden: Springer Fachmedien Verlag.

Weyer, C. (2016). Orthopädische Services für Mitarbeiter. In: Pfannstiel, M., Mehlich, H. (Hrsg.): Betriebliches Gesundheitsmanagement. Wiesbaden: Springer Fachmedien Verlag, 297-313.

Zulley, J., Knab, B. (2014). Unsere innere Uhr. Natürliche Rhythmen nutzen und der Non-Stop-Belastung entgehen. 2. Auflage. Frankfurt am Main: Mabuse Verlag.

Rechtsquellenverzeichnis

- ArbZG Arbeitszeitgesetz v. 06.06.1994, BGBl. I S. 1170, 1171; zuletzt geändert durch Art. 12a des Gesetzes v. 11.11.2016 (BGBl. I S. 2500)
- ArbSchG Arbeitsschutzgesetz v. 07.08.1996, BGBl. I S. 1246; zuletzt geändert durch Art. 427 der Verordnung v. 31.08.2015 (BGBl. I S. 1474)
- ESTG Einkommensteuergesetz in der Fassung der Bekanntmachung v. 08.10.2009, BGBl. I S. 3366, 3862; zuletzt geändert durch Art. 1 des Gesetzes v. 25. März 2019 (BGBl. I S. 357)
- PrävG Präventionsgesetz – Gesetz zur Stärkung der Gesundheitsförderung und der Prävention v. 17.07.2015, BGBl. I S. 1368, 1781
- PpSG Pflegepersonal-Stärkungsgesetz – Gesetz zur Stärkung des Pflegepersonals v. 11.12.2018, BGBl. I S. 2394
- SGB IV Viertes Buch Sozialgesetzbuch - Gemeinsame Vorschriften für die Sozialversicherung – Art. I des Gesetzes v. 23.12.1976, BGBl. I S. 3845; zuletzt geändert durch Art. 4 G v. 18.12.2018 (BGBl. I S. 2651, 2654)
- SGB V Fünftes Buch Sozialgesetzbuch – Gesetzliche Krankenversicherung – Art. 1 des Gesetzes v. 20.12.1988, BGBl. I S. 2477, 2482; zuletzt geändert durch Art. 3 des Gesetzes v. 22.03.2019 (BGBl. I S. 350)
- SGB VII Siebtes Buch Sozialgesetzbuch – Gesetzliche Unfallversicherung – Art. 1 des Gesetzes v. 07.08.1996, BGBl. I S. 1254; zuletzt geändert durch Art. 4 des Gesetzes v. 11.12.2018 (BGBl. I S. 2387)
- SGB IX Neuntes Buch Sozialgesetzbuch v. 23.12.2016, BGBl. I S. 3234; zuletzt geändert durch Art. 6 Abs. 3 des Gesetzes vom 28.11.2018 (BGBl. I S. 2016)

Eidesstaatliche Erklärung

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

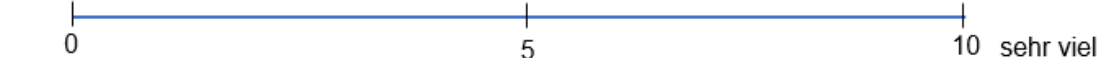
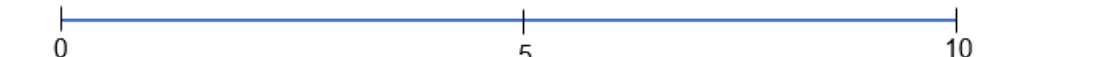
Hamburg, der 23.04.2019

Malina Schmidt

Anhang

A. Fragebogen – Befragung des Ernährungsverhaltens.....	70
---	----

A. Fragebogen – Befragung des Ernährungsverhaltens

<h2>Befragung des Ernährungsverhaltens</h2>		Nr. <input type="text"/>
Bedarfsanalyse zur Stärkung der individuellen Ernährungskompetenz		
Teil 1: Allgemeine Angaben		
Geschlecht, Alter und Körpermaße		
1) Sie sind: <input type="checkbox"/> weiblich	2) Ihre Altersgruppe in Jahren: <input type="checkbox"/> unter 18	<input type="checkbox"/> 36 - 45
<input type="checkbox"/> männlich	<input type="checkbox"/> 18 - 25	<input type="checkbox"/> 46 - 55
<input type="checkbox"/> divers	<input type="checkbox"/> 26 - 35	<input type="checkbox"/> 56 - 67
3) Größe: _____ cm	4) Gewicht: _____ kg	5) Möchten Sie Ihr Gewicht ändern? <input type="checkbox"/> ja
		<input type="checkbox"/> nein
6) Zielgewicht: _____ kg	Anmerkungen: _____	
Körperliche Aktivitäten		
7) Treiben Sie Sport?		
<input type="checkbox"/> ja, und zwar folgende Sportarten: _____		
<input type="checkbox"/> nein		
7a) Wenn ja, wie viele Stunden pro Woche insgesamt? _____ Std.		
8) Wie viel bewegen Sie sich im Alltag? Setzen Sie ein Kreuz auf dem Skalenstrich		
0  10		
sehr wenig (überwiegend sitzend) sehr viel (überwiegend laufend)		
Arbeitszeiten		
9) Wie viele Stunden arbeiten Sie pro Woche? _____ Std. Vollzeit <input type="checkbox"/> Teilzeit <input type="checkbox"/>		
10) Arbeitszeiten: <input type="checkbox"/> wechselnd (ohne Nacht) <input type="checkbox"/> nur tagsüber		
<input type="checkbox"/> wechselnd (inkl.) Nacht <input type="checkbox"/> nur nachts <input type="checkbox"/> sonstige _____		
11) Als wie stressig empfinden Sie Ihren Berufs-Alltag? Setzen Sie ein Kreuz auf dem Skalenstrich		
0  10		
gar nicht stressig sehr stressig		

Befragung des Ernährungsverhaltens

Nr.

Bedarfsanalyse zur Stärkung der individuellen Ernährungskompetenz

Teil 2: Angaben zum Gesundheitsverhalten und -zustand

Rauchen und Alkoholkonsum

12) Rauchen Sie? ja nein 12a) wenn ja, wie viele Zigaretten pro Tag? _____

13) Wie oft trinken Sie Alkohol? regelmäßig (häufiger als einmal pro Woche)
 gelegentlich (weniger als einmal pro Woche)
 selten/nie (weniger als 10 mal im Jahr)

13a) Wenn Sie regelmäßig Alkohol trinken, wie viel trinken Sie?
 mehr als 5 Gläser pro Woche
 3 – 5 Gläser pro Woche
 1 – 3 Gläser pro Woche

Erkrankungen/Beschwerden

14) Wie schätzen Sie Ihren Gesundheitszustand ein? Setzen Sie ein Kreuz auf dem Skalenstrich

sehr schlecht |-----| 5 |-----| 10 | sehr gut
0

15) Liegen welche der folgenden Erkrankungen vor?

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> erhöhtes Cholesterin _____ | <input type="checkbox"/> erhöhte Leberwerte _____ |
| <input type="checkbox"/> erhöhte Triglyceride _____ | <input type="checkbox"/> Schilddrüsenerkrankung _____ |
| <input type="checkbox"/> Bluthochdruck _____ | <input type="checkbox"/> Magen-Darm-Probleme _____ |
| <input type="checkbox"/> Herz/Kreislauf _____ | <input type="checkbox"/> Schlafstörung _____ |
| <input type="checkbox"/> erhöhte Blutzuckerwerte _____ | <input type="checkbox"/> Psychische Erkrankung _____ |
| <input type="checkbox"/> Diabetes mellitus Typ 2 _____ | <input type="checkbox"/> Krebserkrankung _____ |
| <input type="checkbox"/> erhöhte Harnsäure/Gicht _____ | <input type="checkbox"/> Familienanamnese KHK (Herzinfarkt, Schlaganfall) <input type="checkbox"/> positiv <input type="checkbox"/> negativ |
| Sonstiges _____ | _____ |
| _____ | _____ |

Befragung des Ernährungsverhaltens

Nr.

Bedarfsanalyse zur Stärkung der individuellen Ernährungskompetenz

Teil 3: Angaben zum Ernährungsverhalten und zur Verpflegungssituation

Mahlzeitenfrequenz

16) In welchen zeitlichen Abständen essen Sie bei der Arbeit?

regelmäßig, zu festen Zeiten Anmerkungen _____

unregelmäßig, wenn es passt _____

Falls unregelmäßig:

16a) Würden Sie sagen, dass Sie an Ihren freien Tagen eher in regelmäßigeren Abständen essen?

ja nein

16b) Würden Sie gerne regelmäßiger zu festen Zeiten Essen?

ja nein

17) Wie häufig essen Sie gewöhnlich während einer Früh- oder Spätschicht?

mehr als 4 mal

3-4 mal

1-2 mal

gar nicht

18) Wie häufig essen Sie gewöhnlich während einer Nachtschicht?

mehr als 4 mal

3-4 mal

1-2 mal

gar nicht

19) Hätten Sie gerne mehr Zeit und Ruhe zum Essen?

ja nein

Befragung des Ernährungsverhaltens

Nr.

Bedarfsanalyse zur Stärkung der individuellen Ernährungskompetenz

Mahlzeitenzusammensetzung

20) Aus was bestehen Ihre Hauptmahlzeiten für gewöhnlich am ehesten? Ordnen Sie drei der linksstehenden Begriffe in der rechtsstehenden Tabelle von 1 - 3 nach der Menge an (1=größter Anteil der Hauptmahlzeiten, 3=weniger große Anteil nach Leistung)

- **Kohlenhydrate** (z. B. Nudeln, Kartoffeln, Reis, Brot...)
- **Gemüse**
- **Obst**
- **Milch und Milchprodukte** (z. B. Käse, Quark, Joghurt...)
- **Fleischwaren** (z. B. Puten- oder Rindersteak, Hähnchenfilet, Rinderhack...)
- **Wurstwaren** (z. B. Schinkenwurst, Salami, Bratwürstchen, Currywurst...)
- **Fleischersatzprodukte** (z. B. aus Tofu, Seitan, Quorn, Pflanzenproteinen...)
- **Hülsenfrüchte** (z. B. Erbsen, Linsen, Bohnen...)

1.

2.

3.

21) Essen Sie an mehr als einem Tag in der Woche Vollkornprodukte?

ja nein

22) Wenn Sie etwas zwischendurch essen, was ist das für gewöhnlich überwiegend?

- belegte Brötchen/Brot Salzige Snacks
 Süßigkeiten Obst/Gemüse

Sonstiges _____

23) Wie oft essen Sie Fast Food oder Fertiggerichte (z. B. Tiefkühlgerichte)?

- häufig (öfter als 3 mal die Woche)
 gelegentlich (1 - 3 mal die Woche)
 selten (bis zu 3 mal im Monat)
 nie

4

Befragung des Ernährungsverhaltens

Nr.

Bedarfsanalyse zur Stärkung der individuellen Ernährungskompetenz

Trinkverhalten

24) Welche Getränke nehmen Sie am häufigsten zu sich an einem Arbeitstag und in welcher Menge? Wählen Sie bis zu 5 Getränke und setzen Sie ein Kreuz bei der jeweils zutreffenden Menge in Litern

	0-0,5 L	0,5-1 L	1-1,5 L	mehr als 1,5 L
Wasser	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gesüßtes Wasser mit Geschmack	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Saftschorle	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Saft	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Limonade	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cola	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kaffee	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tee	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Energydrink	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Milchgetränke	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sonstiges _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sonstiges _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

25) Trinken Sie in regelmäßigen häufigen Abständen Wasser (etwa einmal pro Stunde ein Glas)?

ja nein

26) Würden Sie gerne mehr Wasser trinken?

ja nein

27) Trinken Sie während der Nachtschicht koffeinhaltige Getränke um wach zu bleiben?

ja nein

28) Falls ja, welche sind es überwiegend?

Kaffee schwarzer Tee Mate-Limonade

Energydrink Cola _____

5

Befragung des Ernährungsverhaltens

Nr.

Bedarfsanalyse zur Stärkung der individuellen Ernährungskompetenz

Angebot von Kantine und Co. am Arbeitsplatz

29) Wie oft nutzen Sie das Kantinen oder Bistroangebot in einer Arbeitswoche?

- öfter als 5 mal
- 3 - 5 mal
- 1 - 3 mal
- sehr selten/nie

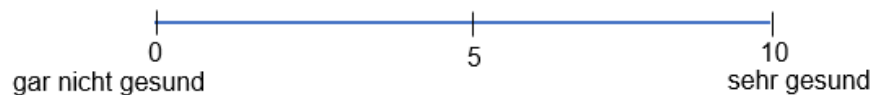
30a) Falls Sie es nutzen: wie gut schmeckt Ihnen das Essen?

- nicht so gut
- geht so
- gut
- sehr gut

30b) Falls selten oder nie, warum? Mehrere Antworten möglich

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> es gibt keine Kantine | <input type="checkbox"/> schlechte Atmosphäre |
| <input type="checkbox"/> keine passenden Auswahlmöglichkeiten | <input type="checkbox"/> Zeitmangel |
| <input type="checkbox"/> Essen schmeckt nicht | <input type="checkbox"/> Sonstiges |
| <input type="checkbox"/> zu teuer | _____ |

31) Für wie gesund halten Sie das Angebot? Setzen Sie ein Kreuz auf dem Skalenstrich



Befragung des Ernährungsverhaltens

Nr.

Bedarfsanalyse zur Stärkung der individuellen Ernährungskompetenz

Motivation zum gesunden Essverhalten

32) Wie wichtig ist es Ihnen sich bei der Arbeit gesund zu ernähren?

- sehr wichtig
- eher wichtig
- eher unwichtig
- unwichtig

33) Wie gesund ernähren Sie sich bei der Arbeit?

- sehr gesund
- eher gesund
- eher nicht gesund
- eher ungesund
- ungesund

34) Welche Umstände erschweren es Ihnen, sich bei der Arbeit gesund zu ernähren?

Kreuzen Sie alles Zutreffende an

- Zeitmangel
 - keine Teeküche vorhanden
 - mangelnde Verfügbarkeit gesunder Lebensmittel
 - verursacht zu hohe Kosten
 - keine Motivation
 - kein Interesse
 - mangelndes Wissen über gesunde Ernährung
 - Sonstiges
-

Befragung des Ernährungsverhaltens

Nr.

Bedarfsanalyse zur Stärkung der individuellen Ernährungskompetenz

35) Würden Sie gerne etwas an Ihrem Ernährungsverhalten ändern?

ja nein

36) Nennen Sie bitte drei Themenbereiche, die Ihnen helfen würden sich gesünder und ausgewogener zu ernähren:

1. _____
2. _____
3. _____

Sonstige Anmerkungen zum Fragebogen (falls gewünscht):

Vielen Dank für Ihre Zeit und Mühe für
die Teilnahme an dieser Umfrage!