

Der Einsatz digitaler Instrumente im Betrieblichen Gesundheitsmanagement mit Fokus auf die psychische Gesundheit im Setting der Altenbetreuung und -pflege

Bachelorarbeit I

am

Studiengang „Aging Services Management“
an der Ferdinand Porsche FernFH

Simone Hackl

01319815

Begutachter/in: Prof.ⁱⁿ (FH) Mag.^a Dr.ⁱⁿ Karin Waldherr

Vomp, Februar 2023

Eidesstattliche Erklärung

Ich erkläre hiermit, dass ich die vorliegende Arbeit selbstständig und ohne Benutzung anderer als der angegebenen Quellen und Hilfsmittel angefertigt habe. Alle Stellen, die wörtlich oder sinngemäß übernommen wurden, habe ich als solche kenntlich gemacht. Die Arbeit wurde in gleicher oder ähnlicher Form noch keiner anderen Prüfungsbehörde vorgelegt oder veröffentlicht.

12. Februar 2023

A handwritten signature in blue ink, appearing to read 'Simone Haack', is written over a light blue circular stamp.

Unterschrift

Abstract

Psychische Erkrankungen kommen bei Pflegepersonen in der Altenpflege überdurchschnittlich häufig vor. Durch den aktuellen Wandel in der Arbeitswelt schreitet die Digitalisierung fort und digitale Instrumente werden auch im Betrieblichen Gesundheitsmanagement (BGM) eingesetzt. Dadurch stellt sich die Frage, wie digitale Instrumente im Setting der Altenpflege und -betreuung im Rahmen des BGM zur Förderung der psychischen Gesundheit eingesetzt werden können. Um diese Frage beantworten zu können, wurde eine Literaturrecherche durchgeführt. Die Ergebnisse zeigen, dass es vereinzelt Studien gibt, die den Einsatz digitaler Instrumente zur Förderung der psychischen Gesundheit in der Altenpflege thematisieren. Die Studienergebnisse deuten darauf hin, dass digitale Maßnahmen allein nicht ausreichen und mit analogen BGM-Maßnahmen kombiniert werden müssen. Digitale Instrumente haben das Potential, die psychische Gesundheit von Mitarbeitenden in der Altenpflege zu fördern. Um die Effektivität solcher digitalen Instrumente zu steigern, müssen diese an die Bedingungen der Altenpflege angepasst und weiterentwickelt werden.

Schlüsselbegriffe: Betriebliches Gesundheitsmanagement (BGM), digitales Betriebliches Gesundheitsmanagement, psychische Gesundheitsförderung, Altenpflege und -betreuung

Abstract

Mental diseases are more common in nurses of geriatric care than in other jobs. Due to the advancing digitalization in the work environment, digital tools are increasingly being used in workplace health promotion as well. This poses the question how digital tools can be used in the setting of geriatric care to promote mental health in the framework of workplace health promotion. A literature search was conducted to answer this question. There are a few studies investigating the use of digital tools to promote mental health for employees of geriatric care. The results of the studies suggest that digital interventions alone are not sufficient and must be combined with analogue interventions. Digital tools have the potential to promote mental health of workers in geriatric care. To increase the effect of such digital tools, they need to be adapted to the specific conditions of geriatric care and have to be further improved.

Key words: workplace health promotion (WHP), web-based workplace health promotion, mental health promotion, geriatric care

Inhaltsverzeichnis

1	Einleitung	1
1.1	Problemstellung.....	1
1.2	Forschungsfrage und Zielsetzung.....	2
1.3	Methodische Vorgangsweise und Aufbau.....	2
2	Arbeit in der Altenpflege und die Gesundheit der Pflege- und Betreuungspersonen	3
2.1	Modelle der Gesundheit	3
2.2	Herausforderungen in der Altenpflege	7
2.3	Belastungen und Ressourcen in der Altenpflege	10
2.4	Psychische Gesundheit von Pflegepersonen in der Altenpflege	12
3	Betriebliches Gesundheitsmanagement	14
3.1	Beschreibung des Betrieblichen Gesundheitsmanagements	14
3.2	Betriebliches Gesundheitsmanagement in der Altenpflege	18
4	Digitales Betriebliches Gesundheitsmanagement	21
4.1	Beschreibung des digitalen Betrieblichen Gesundheitsmanagements	21
4.2	Herausforderungen und Chancen.....	24
4.3	Beispiele für den Einsatz von digitalen Instrumenten im Betrieblichen Gesundheitsmanagement.....	26
5	Diskussion und Beantwortung der Forschungsfrage	31
6	Fazit und Ausblick	34
	Literaturverzeichnis	35
	Onlinequellen	43

1 Einleitung

1.1 Problemstellung

75% der Pflegepersonen, die in Österreich in der Altenpflege tätig sind, schätzen es als sehr unwahrscheinlich ein, ihren Beruf bis zur Pensionierung ausüben zu können. Ein bedeutender Einflussfaktor für diese Einschätzung sind die psychischen Belastungen bei der Berufsausübung (Schönherr, 2021, S. 11). In Deutschland sind 43% der Pflegepersonen bei der Allgemeinen Ortskrankenkasse (AOK) versichert. Die AOK wertete die Arbeitsunfähigkeitsdaten der in der Langzeitpflege beschäftigten Pflegepersonen aus dem Jahr 2017 aus. Bei den Pflegepersonen zeigt sich eine um 107,7% erhöhte Anzahl an Arbeitsunfähigkeitstagen bezogen auf 100 Versichertenjahre aufgrund psychischer Erkrankungen im Vergleich zu allen anderen Berufen (Drupp & Meyer, 2020, S. 28ff.).

Betriebliches Gesundheitsmanagement (BGM) kann zur Verringerung von arbeitsbedingten Belastungen und Gesundheitsrisiken bei Beschäftigten in der Langzeitpflege beitragen. Darüber hinaus können die Wiederherstellung und die Förderung des Gesundheitszustandes und der Arbeitsfähigkeit unterstützt werden (Drupp & Meyer, 2020, S. 45). Ziel des BGM ist es, die Gesundheit und das Wohlbefinden der Mitarbeitenden einer Organisation zu erhalten und zu fördern. Zur Zielerreichung werden alle Prozesse im Betrieb dahingehend bewusst gesteuert und integriert. Es ist Aufgabe des Managements, alle gesundheitsrelevanten Tätigkeiten der Organisation zielgerichtet zu planen. Dabei sind die Personen, die Arbeitssituation und die Organisation die Ansatzpunkte des BGM (von Reibnitz & Sonntag, 2019, S. 33). Der Ablauf des BGM umfasst vier Phasen: das Analysieren, das Planen, das Umsetzen und das Evaluieren von Maßnahmen. Durch diesen Prozessablauf können Trends aus der Gesellschaft, wie beispielsweise die Digitalisierung, aufgegriffen werden (Drupp & Meyer, 2020, S. 42ff.; Initiative Neue Qualität der Arbeit & Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege, 2018, S. 5).

Pflegepersonen, die in der Altenpflege tätig sind, können von der regelmäßigen Teilnahme an Angeboten des BGM profitieren. Im Vergleich zu Pflegekräften, welche die Angebote des BGM nicht wahrnehmen, ist bei den Teilnehmenden die subjektiv empfundene Belastung aufgrund körperlicher Beschwerden, psychischer Ermüdung, Reizbarkeit und Befindensbeeinträchtigungen der Psyche signifikant niedriger. Die Maßnahmen des BGM tragen neben der Förderung der Gesundheit von Mitarbeitenden auch zur Steigerung der Motivation und der Zufriedenheit bei. Für die Nachhaltigkeit des Erfolgs von Maßnahmen des BGM sind die Berücksichtigung des bisherigen Nutzungsverhaltens und der Bedürfnisse der Mitarbeitenden nach Zielgruppen bedeutend (Dietrich et al., 2015, S. 8f.).

Den Ergebnissen einer Delphi-Befragung zufolge wird sich die Bedeutung von digital gestütztem BGM in Zukunft erhöhen (Käfer & Niederberger, 2020, S. 157).

1.2 Forschungsfrage und Zielsetzung

Aufgrund der hohen psychischen Beanspruchung der Pflegepersonen in der Langzeitpflege, der Notwendigkeit, Maßnahmen des BGM an die Zielgruppe anzupassen und der Zunahme der Bedeutung von digital gestützten BGM-Maßnahmen in der Zukunft ergibt sich folgende Forschungsfrage:

- Wie kann die psychische Gesundheit des Pflegepersonals in der mobilen und stationären Altenpflege durch digitale Angebote im Rahmen des Betrieblichen Gesundheitsmanagements gefördert werden?

Ziel dieser Bachelorarbeit ist es, digitale Instrumente zu identifizieren, die im Rahmen des BGM zur psychischen Gesundheitsförderung und Reduzierung der psychischen Belastungen bei Pflegepersonen in der Altenpflege eingesetzt werden können.

1.3 Methodische Vorgangsweise und Aufbau

Bei der methodischen Vorgangsweise handelt es sich um eine Literaturrecherche. Zur Recherche wurden folgende Datenbanken herangezogen: ProQuest Ebook Central, Springer-Link, ScienceDirect, wiso und GoogleScholar. Die Schlagwörter „Betriebliches Gesundheitsmanagement“, „Betriebliche Gesundheitsförderung“, „workplace health promotion“, „worksite health promotion“, „web-based“, „online“, „digital“, „eHealth“, „Altenpflege“, „geriatric nurses“ und „long term care“ wurden verwendet. Da nur wenig Literatur zum Einsatz digitaler Instrumente im BGM in der Altenpflege und -betreuung gefunden wurde, wurde auch auf Literatur zurückgegriffen, die sich mit deren Einsatz in der Pflege allgemein beschäftigt.

In dieser Bachelorarbeit wird zunächst ein Überblick über verschiedene Modelle zu den Themen Gesundheit und Krankheit gegeben. Im Anschluss wird darauf eingegangen, vor welchen Herausforderungen der Sektor „Altenpflege und -betreuung“ steht bzw. zukünftig stehen wird. Weiters werden die Belastungen und Ressourcen erörtert, denen Pflegekräfte in der Altenpflege bei ihrer Berufsausübung begegnen und der psychische Gesundheitszustand von Pflegepersonen näher erläutert. Danach folgen ein allgemeiner Überblick über das BGM und über die spezifischen Anforderungen an ein BGM im Bereich der Altenpflege. Daran schließen eine Beschreibung des digitalen BGM, den damit einhergehenden Chancen und Herausforderungen, sowie die Darstellung von Beispielen zum Einsatz von digitalen Angeboten zur Gesundheitsförderung bei Pflegekräften an. Zum Abschluss erfolgt die Diskussion der Ergebnisse, die Beantwortung der Forschungsfrage und das Fazit.

2 Arbeit in der Altenpflege und die Gesundheit der Pflege- und Betreuungspersonen

2.1 Modelle der Gesundheit

Um die Gesundheit fördern zu können ist es von Bedeutung, ein besseres Verständnis von den Begriffen Gesundheit und Krankheit zu erlangen. Es gibt verschiedene Modelle, welche zur Erklärung der Entstehung von Gesundheit und Krankheit herangezogen werden können. Aus den Modellen lassen sich Anknüpfungspunkte für die Gesundheitsförderung ableiten. In diesem Kapitel werden verschiedene Modelle zur Erklärung von Gesundheit und Krankheit beschrieben sowie Modelle, die sich mit dem Zusammenhang von Gesundheit und Arbeit auseinandersetzen.

Wie die Begriffe Gesundheit und Krankheit aufgefasst werden, ist von verschiedenen Faktoren abhängig. So spielen z.B. die zeitliche Einordnung in der Geschichte, die subjektive Einschätzung oder das gesellschaftliche und soziale Verständnis für Gesundheit und Krankheit dabei eine Rolle. Es ist zu berücksichtigen, dass Gesundheit differenziert betrachtet werden kann. So müssen sich die subjektiv empfundene Gesundheit einer Person und deren objektiv eingeschätzte Gesundheit durch eine Fachkraft nicht decken. Ebenso ist bei der Betrachtung von Gesundheit ausschlaggebend, ob diese als Zustand oder als prozesshaftes Geschehen aufgefasst wird. Es ist zu berücksichtigen, ob es sich um eine physische, psychische oder soziale Sichtweise auf Gesundheit handelt. Schließlich ist noch entscheidend, ob betrachtet wird, wie sich Gesundheit entwickelt oder ob der Fokus auf die Entstehung von Krankheit gerichtet ist. In diesem Zusammenhang sind die Pathogenese und die Salutogenese bedeutend. Bei pathogenetischen Modellen wird von der Gesundheit als Norm ausgegangen und Krankheit wird als Abweichung von diesem Zustand verstanden (Haas & Reblin, 2021, S. 14ff.). Diese Modelle beschreiben, wie Krankheiten entstehen. Betrachtet werden krankheitsauslösende Faktoren und Prozesse sowie Risikofaktoren, die zum Entstehen von Krankheiten beitragen können. Der Fokus liegt auf der Betrachtung von krankhaften Veränderungen des Körpers. Individuelle Verhaltensweisen von Menschen oder gesellschaftliche Einflussfaktoren auf die Gesundheit finden in diesen Modellen zu wenig Beachtung. Hingegen liegt bei salutogenetischen Modellen die Gesundheit im Fokus. Hier werden Gesundheit und Krankheit als die beiden gegenüberliegenden Enden einer Skala aufgefasst. Auf der Skala bewegt sich der Gesundheitszustand eines Menschen über dessen gesamte Lebensspanne in einem Kontinuum hin und her (M. Egger et al., 2018, S. 9ff.). Zentraler Untersuchungsgegenstand sind Faktoren, die zur subjektiv empfundenen und zur objektiv eingeschätzten Gesundheit eines Menschen beitragen. Berücksichtigt werden sowohl persönliche

Einflussfaktoren auf die Gesundheit als auch Einflussfaktoren aus der Lebensumgebung (Haas & Reblin, 2021, S. 20f.).

Als Definition von Gesundheit lässt sich die der World Health Organization (WHO) heranziehen. Die WHO (2020, S. 1) beschreibt Gesundheit als:

“a state of complete physical, mental and social well-being and not merely the absence of disease or infirmity.”

Die Definition der WHO bezieht eine physische, mentale und soziale Dimension von Gesundheit mit ein. Gesundheit geht dabei nicht nur über die Abwesenheit von Krankheit hinaus, sondern schließt auch das Wohlbefinden und damit das subjektive Empfinden einer Person mit ein.

Beim **bio-psycho-sozialen Modell von Gesundheit und Krankheit** wird von einer dynamischen Beziehung zwischen der biologischen, der psychischen und der sozialen Dimension ausgegangen (Haas & Reblin, 2021, S. 15f.). Gesundheit und Krankheit werden in einem ganzheitlichen Verständnis aufgefasst und als dynamisches Geschehen betrachtet. Ein theoretischer Zusammenhang zwischen Körper und Geist wird hergestellt. Gesundheit muss im Laufe des Lebens zu jeder Zeit geschaffen werden. Eine Krankheit tritt ein, wenn Störungen auf den Mensch einwirken und die selbstregulierende Fähigkeit des Organismus zur Abwehr dieser nicht ausreicht und essenzielle Regelkreise, die ein Individuum funktionstüchtig halten, den Anforderungen nicht gewachsen sind. Da die Systemebenen des Organismus miteinander verbunden sind, ist nicht ausschlaggebend, auf welcher Ebene die Störung eintritt. Vielmehr ist von Bedeutung, welche negativen Auswirkungen die Störung sowohl auf der betroffenen Ebene als auch auf den anderen Systemebenen haben kann. Jede der Einheiten ist ein eigenes System, das dynamisch und geordnet ist und dem charakteristische Qualitäten und Beziehungen zugeordnet werden können. Alle Ebenen einer Organisation bzw. eines Organismus stehen miteinander in Beziehung. Kommt es zu einer Änderung auf einer Ebene, ist es möglich, dass auch auf einer anderen Ebene Änderungen erfolgen. Die Auswirkungen können auch erst nach langer Zeit in Erscheinung treten. Ereignisse auf einer hierarchisch höheren Ebene können Phänomene auf einer niedrigeren Ebene erzeugen, die es auf dieser niedrigeren Ebene noch nicht gibt. Dabei spricht man von Emergenz. Die genaue Auseinandersetzung mit den Beziehungen und einzelnen Bestandteilen einer Systemebene lässt daher keine umfassende Erklärung über die Phänomene auf einer höheren Systemebene zu. Physiologische und physiko-chemische Ereignisse bewirken körperliche und mentale Phänomene. Die erzeugten Phänomene können aber nicht ausschließlich auf diese Ereignisse zurückgeführt werden. Daher sind alle krankheitsauslösenden Ereignisse auch biologische und psychologische Ereignisse. An Gesundheits- bzw. Krankheitsprozessen

können mehrere Dimensionen beteiligt sein. Für die Manifestation einer Krankheit sind Teile der Prozesse zu berücksichtigen, die zur Ursache, Hemmung oder Förderung der Krankheit beitragen. Nach diesem Modell sind für die Diagnostik und Therapie bei gesundheitlichen Fragestellungen biologische, psychologische und ökosoziale Aspekte zu erheben und zu berücksichtigen (J. W. Egger, 2008, S. 12ff.).

Im **Salutogenese-Modell von Aaron Antonovsky** wird die Entstehung von Gesundheit untersucht und nicht nur die Gründe für das Eintreten von Krankheiten. Es besteht ein komplementärer Zusammenhang zwischen der Pathogenese und der Salutogenese. Bei einer Erkrankung sollen nicht nur die Ursachen dafür eruiert werden, sondern auch eine Erhebung der Lebensgeschichte der Person erfolgen. Im Zentrum dieses Modells steht die Fragestellung nach den Faktoren, die es ermöglichen, eine Person auf dem Kontinuum von Gesundheit und Krankheit im Bereich der Gesundheit einzustufen. Ein wichtiger Bestandteil dieses Modells stellt das Kohärenzgefühl dar. Beim Kohärenzgefühl handelt es sich um eine universelle Orientierung, die zeigt, wie sehr jemand allumfassend auf die Vorhersehbarkeit und Bewältigbarkeit von Geschehnissen in der inneren und äußeren Umwelt vertraut. Es drückt die Zuversicht aus, anhand der zur Verfügung stehenden Ressourcen, die durch die Geschehnisse ausgelösten Anforderungen bewältigen zu können. Die Kohärenz enthält die drei Parameter: Verstehbarkeit, Handhabbarkeit und Sinnhaftigkeit. Die Verstehbarkeit bezeichnet die Fähigkeit, Information von inneren und äußeren Umgebungsreizen analysieren und in Hinblick auf die Realität entsprechend beurteilen zu können. Unter der Handhabbarkeit wird die Fähigkeit verstanden, Anforderungen mit seinen eigenen Ressourcen meistern zu können. Der Parameter der Sinnhaftigkeit steht dafür, dass Ereignisse und Aspekte des Lebens als sinnhaft wahrgenommen werden, sie also auf emotionaler und kognitiver Ebene bedeutend sind. Je nach zeitlicher Länge und wie intensiv Reize einwirken, entwickeln sich die Reize zu Stressoren. Es kann sich dabei um exogene, endogene, körperliche oder biochemische Stressoren handeln. Um Stressoren bewältigen zu können, muss ein Mensch vermehrt Energie aufwenden. Widersprüchlichkeiten zwischen angestrebten Zielen und vorhandenen Möglichkeiten oder schwierige Situationen in der sozialen Umgebung zählen zu den exogenen Stressoren. Es entstehen Spannungszustände, die in Stress resultieren, wenn ein Mensch diese nicht erfolgreich bewältigen kann. Durch körperliche und biochemische Stressoren können Spannungszustände verstärkt werden. Gelingt der Umgang mit dem Stress, wirkt sich dies positiv auf den Kohärenzsinn aus und darauf, wo man sich im Gesundheits-Krankheits-Kontinuum befindet. Gegenüber Stressoren entwickeln Menschen Widerstandsquellen. Es gibt generalisierte, psycho-soziale und spezifische Widerstandsquellen. Die Widerstandsquellen schützen vor Stressoren und unterstützen bei der Bewältigung von Spannungszuständen. Zu den generalisierten Widerstandsquellen zählt z.B. die Immunabwehr.

Weiters gibt es psycho-soziale Widerstandsquellen, wie Intelligenz oder soziale Unterstützung. Spezifische Widerstandsquellen beziehen sich auf individuelle, alltägliche Bewältigungsstrategien wie das Einnehmen einer Schmerztablette bei Schmerzen. Verfügt ein Mensch über einen hohen Kohärenzsinn, können die generalisierten und spezifischen Widerstandsquellen zum Umgang mit den Stressoren eingesetzt werden (Haas & Reblin, 2021, S. 21ff.).

Das **Systemische Anforderungs- und Ressourcen-Modell** basiert auf der Annahme, dass die Gesundheit eines Menschen davon abhängig ist, in welchem Ausmaß es einer Person gelingt, die inneren und äußeren Ressourcen zur Bewältigung von inneren und äußeren Anforderungen heranzuziehen. Gesundheitsprobleme sind nach diesem Modell eine Passungsstörung zwischen der Person und der Umgebung. Wie Gesundheit und Krankheit betrachtet werden, hängt von den subjektiven Wirklichkeitskonstruktionen ab. Diese gilt es miteinander zu vergleichen. Bei den internen Anforderungen handelt es sich um Bedürfnisse. Diese umfassen z.B. das Sicherheitsbedürfnis, physiologische oder soziale Bedürfnisse wie Liebe und Werte. Die externen Anforderungen wirken von der Umwelt auf den Mensch ein. Dabei handelt es sich z.B. um soziale Regeln und Vorschriften. Die externen Anforderungen werden nach verschiedenen Bereichen des Lebens eingeteilt. Dazu zählt unter anderem der Beruf, das Arbeits- oder das Familienleben. Damit die externen Ressourcen eingesetzt werden können, sind interne Ressourcen erforderlich. Interne Ressourcen stellen z.B. Sozialkompetenz, körperliche Leistungsfähigkeit oder persönliche Eigenschaften wie das Selbstwertgefühl dar. Externe Ressourcen sind wie die externen Anforderungen in unterschiedlichen Lebensbereichen zu finden. Die Befriedigung von Bedürfnissen mit Hilfe der internen und externen Ressourcen hängen stark mit der Gesundheit eines Menschen zusammen. Dabei ist zu berücksichtigen, in welchem Ausmaß in den unterschiedlichen Lebensbereichen Ressourcen zur Bewältigung der Anforderungen vorhanden sind (Haas & Reblin, 2021, S. 31f.).

Mit Modellen, die den Zusammenhang zwischen **Arbeit und Gesundheit** herstellen, werden Belastungskonstellationen ermittelt, die unabhängig von der Berufsgruppe und der Branche auftreten (Haas & Reblin, 2021, S. 66). Es werden das Modell zu den beruflichen Gratifikationskrisen und das Anforderungs-Kontroll-Modell beschrieben.

Kommt es bei der Berufsausübung zu einem Ungleichgewicht, bei dem eine hohe Verausgabung einer niedrigen Belohnung gegenübersteht, kommt es zu **beruflichen Gratifikationskrisen**. Das Risiko des Eintretens von arbeitsbedingten Krankheiten wird erhöht, wenn die berufliche Gratifikation ausbleibt. Unter beruflicher Gratifikation wird eine Art der Belohnung z.B. Karrieremöglichkeiten oder Wertschätzung aufgefasst, die eine Person für ihre Berufs-

ausübung erhält. Einerseits gibt es den Arbeitsvertrag, der entsprechende Gratifikationen für die geleistete Arbeit regelt und die normative Basis für die Arbeitsbeziehung darstellt. Andererseits empfindet jede Person eine individuelle Verausgabung, die entsprechende Belohnungsmechanismen erfordert. Durch Gratifikationskrisen können Stressreaktionen hervorgerufen werden, welche wiederum das Risiko für das Eintreten von Krankheiten erhöhen. Sind entsprechende Fähigkeiten und Kompetenzen vorhanden, kann eine Person Strategien zur Bewältigung von Gratifikationskrisen entwickeln (Gollner et al., 2020, S. 56ff.).

Das **Anforderungs- Kontroll-Modell** befasst sich damit, welche gesundheitlichen Auswirkungen Arbeitsbedingungen haben können. Empfindet eine Person subjektiv, dass in einer Arbeitssituation die psychischen Anforderungen hoch sind und ihr selbst kaum Gestaltungs- und Kontrollmöglichkeiten zur Verfügung stehen, kommt es zu Stresserfahrungen. Bleiben diese über einen längeren Zeitraum bestehen oder treten immer wieder auf, wird das Risiko für das Auftreten von stressbedingten Krankheiten größer. Dieses Modell stellt einen Zusammenhang zwischen den psychosozialen Belastungen, physiologischen Aktivierungsmustern und psychologischen Reaktionen her. Insgesamt unterscheidet dieses Modell zwischen vier verschiedenen Arbeitssituationen, die sich nach den Faktoren Entscheidungsfreiraum und psychischen Anforderungen unterscheiden. So bringen z.B. das gemeinsame Auftreten von gering empfundener Entscheidungsfreiheit und hoch eingeschätzten psychischen Anforderungen gesundheitliche Risiken mit sich. Hingegen stellen z.B. Arbeitssituationen mit viel Entscheidungsfreiheit und hohen psychischen Anforderungen Ressourcen für die Gesundheit dar. In diesem Modell haben der Gestaltungs- bzw. Entscheidungsfreiraum und die Kontrollmöglichkeiten großen Einfluss auf die Gesundheit (Gollner et al., 2020, S. 54ff.).

2.2 Herausforderungen in der Altenpflege

Das Setting der Altenpflege befindet sich im Wandel und ist mit Herausforderungen konfrontiert, die sich aufgrund von Veränderungen in der Gesellschaft ergeben und sich zukünftig weiter fortsetzen werden. Damit einhergehend ergeben sich auch für die Pflegepersonen Herausforderungen. Einige dieser Änderungen und ihre Auswirkungen auf die Altenpflege werden in diesem Kapitel erläutert.

Demographischer Wandel: Beim demographischen Wandel handelt es sich um einen andauernden Prozess. Dieser beschreibt, wie sich die Bevölkerungsgröße und strukturellen Charakteristiken einer Bevölkerung verändern. Die geringen Geburtenraten, die steigende Lebenserwartung und eine Zunahme der Größe der Bevölkerung durch Unterschiede in der Immigration und Emigration prägen die Struktur der Bevölkerung in Österreich (Fent & Fürnkranz-Prskawetz, o. J., S. 3).

Die absolute Zahl und der prozentuelle Anteil an der Gesamtbevölkerung von Personen im Pensionsalter nehmen in Österreich seit Jahrzehnten zu. Am Stichtag 01.01.2021 waren 19,2% der Bevölkerung 65 Jahre und älter und 9,4% wiesen ein Alter von 75 Jahren oder mehr auf. Bis ins Jahr 2028 wird sich die Anzahl der Österreicher_innen über 65 Jahre um 19% im Vergleich zum Jahr 2020 auf 2,04 Millionen Personen erhöhen und bis zum Jahr 2055 auf 2,66 Millionen Menschen anwachsen. Demgegenüber steht die Abnahme des Anteils der Personen im Erwerbsalter zwischen 20 und 65 Jahren. Im Jahr 2030 wird diese Personengruppe einen Anteil von 57,6% und im Jahr 2050 einen Anteil von 53,8% der Gesamtbevölkerung ausmachen. Der Anteil an Personen unter 20 Jahren wird sich im Verhältnis zur Gesamtbevölkerung verringern (Statistik Austria, 2022b, S. 22ff.). Die Anzahl der hochaltrigen Personen im Alter von 85 Jahren oder mehr, steigt bis ins Jahr 2030 auf 315.000 Personen an und erhöht sich um 40,8% im Vergleich zum Stichtag 01.01.2021 (Österreichische Raumordnungskonferenz, 2022, S. 20). Mit steigendem Alter kommt es durch die Abnahme von gesundheitlichen und funktionalen Fähigkeiten zu einer Erhöhung des Hilfsbedarfs. Durch die zunehmende Lebenserwartung steigt der Anteil von Personen, die hilfe- und pflegebedürftig sind. Die meisten Betreuungs- und Pflegeleistungen werden für die Bevölkerungsgruppe der Hochaltrigen erbracht (Österreichische Plattform für Interdisziplinäre Altersfragen, 2022, S. 139).

Wachsender Bedarf an Pflegepersonal: In Österreich werden ausgehend vom Jahr 2017 bis ins Jahr 2030 75.700 zusätzliche Pflegepersonen benötigt. Der Bedarf entsteht durch Pensionierungen von bestehendem Personal und durch eine Erhöhung des Bedarfs an Pflege- und Betreuungspersonen aufgrund der demographischen Veränderungen und der Erweiterung des Angebots an mobilen Diensten. Gleichzeitig bewerben sich immer weniger Personen für eine Ausbildung im Pflege- und Betreuungsbereich und immer mehr Personen brechen die Ausbildung ab. Es gibt Indikatoren wie z.B. das Sperren von Betten oder Stellen, die nicht besetzt werden können, die auf einen bereits bestehenden Mangel von Pflege- und Betreuungskräften in Österreich hinweisen (Rappold & Juraszovich, 2019, S. 25ff.). Hinzu kommt, dass es 75% der Pflegepersonen in der Altenpflege in Österreich als unwahrscheinlich einschätzen, ihren Beruf bis zur Pensionierung ausüben zu können. 16% der Pflegebeschäftigten in der Altenpflege beabsichtigen einen Berufswechsel (Schönherr, 2021, S. 11).

Chronische Erkrankungen und Multimorbidität: Mit einem höheren Alter steigen die Chancen auf funktionale Einschränkungen und es treten chronische Erkrankungen ein. So geben 71% der hochaltrigen Teilnehmenden in einer Studie an, von mindestens zwei chronischen Krankheiten betroffen zu sein (Österreichische Plattform für Interdisziplinäre Altersfragen, 2022, S. 51). Treten mehrere Krankheiten gleichzeitig auf, spricht man von Multi-

morbidität. Bei chronischen Erkrankungen handelt es sich um Krankheiten, die nicht heilbar sind und auf einem bestimmten Krankheitsniveau bleiben (Steidl & Nigg, 2014, S. 65). Multimorbidität hat Auswirkungen auf das Annehmen von Pflegeleistungen und erhöht den Bedarf an professionellen Pflegediensten, da eine intensivere und umfangreichere Pflege erforderlich ist (Brijoux et al., 2021, S. 110; Rappold & Juraszovich, 2019, S. 4).

Demenz: Für das Jahr 2050 wird prognostiziert, dass 262.600 an Demenz erkrankte Personen in Österreich leben. Ab dem 60. Lebensjahr erhöhen sich die Prävalenz und Inzidenz von Demenz (Robausch & Grün, 2015, S. 27). Das Ergebnis einer Studie weist darauf hin, dass 85,2% der Bewohner_innen in österreichischen Altenheimen an Demenz erkrankt sind (Auer et al., 2018, S. 9). Bei Demenz handelt es sich um ein Syndrom, das meistens chronisch und fortschreitend ist. Bei einer Demenzerkrankung sind das Gedächtnis, das Denken, das Verhalten und die Fähigkeit, Alltagsaktivitäten auszuführen, beeinträchtigt. Weltweit zählt Demenz zu den bedeutendsten Ursachen für Behinderung und Abhängigkeit von Menschen im Alter (World Health Organization, 2012, S. 2). Bei demenzerkrankten Menschen sind die Pflege- und Betreuungspersonen mit höheren bzw. anderen Anforderungen konfrontiert, als bei Personen, deren Pflegebedürftigkeit auf körperliche Ursachen zurückzuführen ist (Schneider & Deufert, 2015, S. 73).

Abnahme von Familienpflege: 151.582 Personen nahmen im Jahr 2020 mobile Betreuungs- und Pflegedienste in Anspruch und Einrichtungen der stationären Pflege betreuten 95.263 Menschen. Bei den mobilen Diensten waren 75% der Klient_innen mindestens 75 Jahre alt. In den stationären Pflegeeinrichtungen traf dies auf 81% der dort lebenden Personen zu (Pratscher, 2021, S. 15ff.). Jedoch übernehmen für 80% der pflegebedürftigen Personen Angehörige die Pflege zu Hause (Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz, 2022).

Da sich Familien- und Sozialstrukturen im Wandel befinden, nimmt die Pflege durch Angehörige ab (Rappold & Juraszovich, 2019, S. 4). So ist davon auszugehen, dass sich die Übernahme von Pflegetätigkeiten für Angehörige ins höhere Alter verschieben wird. Dies dürfte den Bedarf von professionellen Pflege- und Betreuungsdiensten stärker ansteigen lassen als nur der wachsende Anteil an älteren Personen in der Gesellschaft (Schulz, 2012, S. 9). In Österreich sind die 50-65-Jährigen jene Personen, welche üblicherweise die Pflege von Angehörigen übernehmen. Im Jahr 2015 kamen in Österreich auf eine Person über 80 Jahre noch vier Personen aus dieser Gruppe. Bis ins Jahr 2060 wird sich dieses Verhältnis auf 1,6 Personen reduzieren. Weitere Veränderungen werden Einfluss auf die Angehörigenpflege haben wie z.B. die Zunahme der allein lebenden Personen oder die erwartete steigende Berufstätigkeit von Frauen (Rechnungshof Österreich, 2020, S. 19f.).

2.3 Belastungen und Ressourcen in der Altenpflege

Neben den physischen Belastungen spielen besonders die psychischen Belastungen eine Rolle im Arbeitsalltag von Pflegepersonen. Dieses Kapitel beleuchtet Belastungen und Ressourcen für die psychische Gesundheit, die Pflegepersonen im Rahmen ihrer Berufsausübung in der Altenpflege erfahren.

Jeder Mensch besitzt individuelle Voraussetzungen und wird mit verschiedenen äußerlichen Einflüssen konfrontiert. Zusammengefasst stellen alle Einflüsse gemeinsam die Belastungen dar. Wie sich diese Belastungen im Inneren eines Menschen auswirken bzw. wie ein Mensch diese verarbeitet, wird als Beanspruchung bezeichnet. Dem Begriff „psychische Belastung“ wird zunächst eine neutrale Bedeutung zugeschrieben und umfasst auch Einflüsse, die zur Entlastung beitragen oder zum Handeln anregen. Die individuellen Voraussetzungen, die Menschen mitbringen, beeinflussen die psychischen Beanspruchungen, welche aus den psychischen Belastungen resultieren. Die Beanspruchungen können negative oder positive Wirkungen zur Folge haben. Neben den individuellen Voraussetzungen ist für das Ausmaß der psychischen Beanspruchung auch entscheidend, wie stark die psychische Belastung ist und wie lange sie andauert. Kommt es zu einer Über- oder Unterforderung der individuellen Voraussetzungen einer Person, bewirkt die psychische Belastung eine Fehlbeanspruchung. Sind die Beanspruchungen beeinträchtigend, können daraus gesundheitliche Probleme und Erkrankungen resultieren (Joiko et al., 2010, S. 7ff.). Unter Ressourcen versteht man die Mittel und Möglichkeiten auf persönlicher, sozialer und struktureller Ebene, die eingesetzt werden können, um mit Lebenssituationen und Schwierigkeiten zurechtzukommen (<https://fgoe.org/glossar/ressourcen>, 07.12.2022).

Ein Grund dafür, warum es Pflegepersonen als unwahrscheinlich einschätzen, ihre Tätigkeit bis zu ihrer Pension nachgehen zu können, stellen die psychischen Belastungen dar, mit denen sie bei ihrer Berufsausübung konfrontiert werden. Zu den Belastungsfaktoren zählen seelisch belastende Tätigkeiten, knapp bemessene Zeit und vielfacher Wechsel der Anforderungen bei der Arbeit (Schönherr, 2021, S. 13).

Im Rahmen einer quantitativen Online-Befragung bei Pflegekräften in der **ambulanten Altenpflege**, wurden die beruflichen Belastungen und psychischen Beanspruchungen erhoben. Die hohen quantitativen und emotionalen Anforderungen, das Zurückhalten von Gefühlen während des Arbeitens und Work-Privacy-Konflikte geben jeweils über 80% der Befragten als berufliche Belastungen an. Weitere Belastungen stellen die geringe Einflussnahme auf die Arbeit, die geringen Gestaltungsmöglichkeiten der Pausen, eine als gering empfundene Verbundenheit zum Arbeitsplatz und wenig Chancen zur Entwicklung dar. Jedoch

schreiben 80,1% ihrer Arbeit eine hohe Bedeutung zu. Über 50% geben das häufige Nachdenken über einen Wechsel des Jobs und den als gering empfundenen Allgemeinzustand ihrer Gesundheit als psychische Beanspruchungen an (Janson & Rathmann, 2021, S. 348f.). Kahnt et al. (2020, S. 24) führten Expert_inneninterviews mit Führungskräften kleiner mobiler Pflegedienste durch. Als arbeitsbedingte Belastungen wurden ökonomischer Druck und Aufgabendruck, die Ausübung der Tätigkeit der Mitarbeitenden an unterschiedlichen Orten und deren unterschiedliche Dienstzeiten, Wochenenddienste und wenig vorhandene Zeitressourcen identifiziert. Ein konfliktbehaftetes Verhältnis zwischen den Kund_innen und Mitarbeitenden, niedrige Personalbesetzung und die Erwartung an die Leitung, sich Gedanken über die Notwendigkeit der Arbeitsunfähigkeit zu machen, stellen eine Belastung dar. Als Ressourcen in der Arbeit von ambulanten Pflegekräften werden die soziale Unterstützung und die organisationalen Ressourcen genannt. Zu der sozialen Unterstützung zählen das Zusammenarbeiten im Team bei Pflegetätigkeiten und bei der Problemlösung, die Zugänglichkeit der Führungsperson für die Bedürfnisse der Mitarbeitenden und das rasche Managen von Konflikten. Als organisationale Ressourcen werden unter anderem die persönliche Beziehung zwischen Mitarbeitenden und Führungskraft aufgrund des kleinen Betriebes, die Möglichkeit, Prozesse und Strukturen rasch anpassen zu können und die Möglichkeit der Einbeziehung der Mitarbeitenden sowie eindeutige Arbeitsanordnungen und konstante Betreuung der pflegebedürftigen Personen genannt.

In der **stationären Altenpflege** zählen vor allem quantitative Aspekte und schlechte Arbeits- und Rahmenbedingungen, wie Zeitdruck, fehlendes Personal, hohe Arbeitsdichte und das Gefühl, nicht ausreichend Zeit für die Versorgung eines_r einzelnen Bewohners_in zu haben, zu den Faktoren, die bei den Pflegepersonen zu hohen Belastungen führen. Emotional anspruchsvolle Tätigkeiten im Pflegealltag wie z.B. der Umgang mit dem Tod, wirken weniger belastend als die als schlecht empfundenen Rahmenbedingungen (Brause et al., 2010, S. 5ff.). Pflegepersonen, die einen Migrationshintergrund aufweisen und Pflegepersonen mit geringer beruflicher Qualifikation sind gegenüber Belastungen besonders anfällig (Cichocki et al., 2015, S. 211). Ressourcen, die sich positiv auf die Verarbeitung der Belastungen bei Pflegepersonen in der stationären Altenpflege auswirken, sind Kontrollmöglichkeiten, ausreichend vorhandene Handlungsspielräume, die Miteinbeziehung in Entscheidungen, der Informationsfluss, ein gutes Verhältnis im Team und zur Führungskraft sowie eine ganzheitliche Herangehensweise an die Arbeit (Brause et al., 2010, S. 11f.) .

Laut der Sonderauswertung des Österreichischen Arbeitsklimaindex hinsichtlich der Arbeitsbedingungen in der Pflegebranche sind vor allem der Zeitdruck, die seelischen Anforderungen, wechselnde Arbeitsabläufe und konstanter Arbeitsdruck die vorherrschenden subjektiv

empfundenen psychischen und emotionalen Belastungen der Pflegekräfte in der Altenpflege. 27% der Beschäftigten in der Altenpflege geben an, ihr Privatleben nur schlecht mit ihrer beruflichen Tätigkeit vereinbaren zu können. Knapp 57% sind mit ihrem Gehalt zufrieden. Auch die Sonderauswertung zeigt, dass vor allem die Möglichkeit zur Mitsprache, die Gestaltungsmöglichkeiten und die Aufstiegs- und Entwicklungschancen sich positiv auswirken. Bei allen drei Faktoren geben über 50% der Pflegepersonen in der Altenpflege Zufriedenheit an (Schönherr, 2021, S. 15ff.). Das Arbeiten in Teilzeit, der Wechsel des Arbeitsplatzes, Auszeiten auch durch Arbeitslosigkeit und ein frühzeitiger Eintritt in die Pension stellen Strategien von Pflegepersonen dar, um dem Druck und den Belastungen, die im Beruf herrschen, auszuweichen (Mairhuber, 2019, S. 12).

2.4 Psychische Gesundheit von Pflegepersonen in der Altenpflege

In diesem Kapitel wird auf psychische Erkrankungen und dadurch bedingte Krankenstände eingegangen, die häufig bei Pflegepersonen, die in der Altenpflege tätig sind, auftreten.

Die Allgemeine Ortskrankenkasse (AOK) ist als Versicherung für 43% der Pflegepersonen in Deutschland zuständig. Von der AOK wurden die Arbeitsunfähigkeitsdaten der bei ihr versicherten Pflegepersonen aus der Langzeitpflege analysiert. Ausgehend von den allgemeinen Faktoren, die sich auf Fehlzeiten in Betrieben auswirken, ist festzustellen welche davon ebenfalls auf den Pflegesektor zutreffen. Diese Daten stellen die Gründe für die Arbeitsunfähigkeit nicht umfassend dar. Dazu sind weitere Informationen z.B. über die Arbeitsbedingungen auf individueller Ebene nötig und auch im Privatleben können Ursachen für einen schlechten Gesundheitszustand liegen. Die Arbeitsunfähigkeitsdaten stellen daher nur eingeschränkt Informationen zur Verfügung, die auf einflussnehmende Gründe für die Fehlzeiten schließen lassen. Dennoch bieten sie die Möglichkeit, Einflussfaktoren darzustellen, die charakteristische Belastungen für Angehörige einer Branche darstellen. Zu den allgemeinen Aspekten, die eine länger andauernde Arbeitsunfähigkeit bedingen und/oder deren Eintreten erhöhen, zählen zum Beispiel:

- Handlungen, die zu einer höheren Beanspruchung des Körpers oder der Psyche führen
- ein geringes Bildungsniveau
- ein höheres Alter
- wenn es sich um eine weibliche Person handelt
- ein unbefristetes Arbeitsverhältnis und die Ausübung der Tätigkeit in Vollzeit

Anhand der ausgewerteten Daten zeigt sich, dass der höchste Krankenstand unter den Pflegepersonen mit 7,5% in der Altenpflege zu verzeichnen ist. Bei Pflegepersonen liegen so-

wohl die Häufigkeit der Krankschreibungen als auch die durchschnittliche Dauer der Krankenstände über dem Durchschnitt aller Berufsgruppen. Hinsichtlich der allgemeinen Aspekte, die zum Eintreten eines Krankenstandes führen, zeigt sich, dass in der Langzeitpflege ein höheres Ausbildungsniveau nicht systematisch mit einer Abnahme der Fehlzeiten, wie in anderen Berufen, einhergeht, sich der Krankenstand mit zunehmenden Alter erhöht, in allen Altersgruppen der Krankenstand bei den Frauen über dem der Männer liegt und der Krankenstand bei Pflegekräften in Teilzeit höher ausfällt als bei Vollzeitbeschäftigten.

Die Häufigkeit von psychischen Erkrankungen als Grund für Arbeitsunfähigkeit liegt bei Pflegepersonen 73% über dem Durchschnitt aller Berufsgruppen. Auf eine Pflegeperson, die das ganze Jahr über beschäftigt ist, kommen im Durchschnitt sechs Fehltage aufgrund einer psychischen Erkrankung. Bei den Einzeldiagnosen sind die drei häufigsten „Depressive Episode“, „Reaktionen auf schwere Belastungen und Anpassungsstörungen“ und „rezidivierende depressive Störung“ (Drupp & Meyer, 2020, S. 26ff.).

Wie hoch die Vergleichbarkeit dieser Daten mit der gesundheitlichen Situation von Pflegepersonen in der Altenpflege in Österreich sind, ist fraglich, da davon auszugehen ist, dass andere Bedingungen vorherrschen.

In Österreich sind 15,2% der Beschäftigten im Gesundheits- und Sozialwesen von mindestens einem gesundheitlichen Problem betroffen, das auf ihre Erwerbstätigkeit zurückzuführen ist. Damit ist diese Branche anteilmäßig am zweithäufigsten von arbeitsbedingten Gesundheitsproblemen betroffen. Außerdem werden 74% der Beschäftigten im Gesundheitssektor bei der Arbeit mit mindestens einem psychischen Risikofaktor konfrontiert. Im Durchschnitt über alle Berufsgruppen hinweg sind 59,2% der Beschäftigten zumindest einem psychischen Risikofaktor für die Gesundheit ausgesetzt und 13,4% weisen zumindest ein arbeitsbedingtes Gesundheitsproblem auf (Statistik Austria, 2022a, S. 32ff.).

Rohwer et al. (2020, S. 41f.) geben in einer Studie einen Überblick über arbeitsbedingten Stress bei Pflegepersonen im ambulanten und stationären Setting. Die Autor_innen identifizieren diese möglichen Folgen von Stress für die psychische Gesundheit bei Pflegepersonen: Rückzugsverhalten, emotionale Erschöpfung, Burnout, Depressionen sowie Schäden, die durch Verhaltensweisen wie Rauchen, dem Konsum von Alkohol oder der Einnahme von Medikamenten entstehen.

3 Betriebliches Gesundheitsmanagement

3.1 Beschreibung des Betrieblichen Gesundheitsmanagements

Beim Betrieblichen Gesundheitsmanagement (BGM) werden alle Prozesse in einem Betrieb dahin gehend eingebunden und zielgerichtet gesteuert, um die Gesundheit und das Wohlbefinden der Mitarbeitenden zu erhalten und zu fördern. Es fällt in den Aufgabenbereich des Managements, alle Aktivitäten, die im Betrieb für die Gesundheit von Bedeutung sind, entsprechend dieser Zielsetzung zu planen. Das BGM schafft Strukturen für alle Organisationen, die Verantwortung für die Realisierung der betrieblichen Gesundheitspolitik tragen. Es entfaltet seine Wirkung über drei Dimensionen: Person, Arbeitssituation und Organisation. Bei der Dimension „Person“ wird auf den Erhalt und auf die Förderung der Handlungskompetenz, des Gesundheitszustandes, des Wohlbefindens, der Arbeitszufriedenheit sowie des Gesundheitsbewusstseins und -verhaltens abgezielt. Hinsichtlich der Arbeitssituation liegt der Fokus auf der gesundheitsförderlichen und -erhaltenden Gestaltung der Arbeitsbedingungen und -aufgaben. Der Ansatzpunkt der Organisation betrifft die strukturellen und kulturellen Begebenheiten der Organisation. In der Organisation wird Wert auf die Gesundheit gelegt und diese als Ziel festgelegt (von Reibnitz & Sonntag, 2019, S. 33).

Das BGM setzt sich aus dem Arbeitnehmer_innenschutz, der Betrieblichen Gesundheitsförderung (BGF) und dem Wiedereingliederungsmanagement zusammen. Während der Arbeitnehmer_innenschutz in Österreich gesetzlich verpflichtend ist, basieren die BGF und das Wiedereingliederungsmanagement auf freiwilliger Basis. Für eine ganzheitliche strategische Umsetzung zur Gestaltung von sicheren und gesunden Arbeitsplätzen sind alle drei Säulen des BGM von Bedeutung. Durch deren gemeinsame Umsetzung ergeben sich Synergieeffekte (Blattner & Mayer, 2018, S. 28).

Beim **Wiedereingliederungsmanagement** geht es darum, Mitarbeitende, die über einen längeren Zeitraum arbeitsunfähig waren, bei ihrer Rückkehr zum Arbeitsplatz wieder in das Betriebsumfeld einzugliedern. Dabei werden auch Methoden ausgearbeitet, die nachhaltig die Stärkung und die Aufrechterhaltung der Beschäftigungs- und Arbeitsfähigkeit bewirken. Dem Entstehen von länger andauernden Erkrankungen bzw. länger andauernder Arbeitsunfähigkeit wird vorgebeugt (Reuter & Jungkunz, 2015, S. 9f.).

Durch den **Betrieblichen Arbeitsschutz** wird Arbeitsbedingungen und Belastungen, die eine Gefahr für die Gesundheit darstellen, entgegengewirkt und der richtige Umgang mit Gefahrensituationen sichergestellt. Der Wirkungsbereich der BGF befasst sich mit der Gestaltung und Aufrechterhaltung von Arbeitsbedingungen, die zur Förderung der Gesundheit beitragen. In ihren Aufgabenbereich fällt die Auseinandersetzung mit der Förderung von Handlungs- und Gestaltungsspielräumen (Blattner & Mayer, 2018, S. 28). Während sich der Betriebliche Arbeitsschutz und das Wiedereingliederungsmanagement durch ihre Herange-

hensweise der Prävention zuordnen lassen, verfolgt die BGF den Ansatz der Gesundheitsförderung (Blattner & Mayer, 2018, S. 28; Reuter & Jungkuz, 2015, S. 9).

Bei der Prävention handelt es sich um eine pathogenetische Herangehensweise. Es geht um das Verhindern des Eintretens von Erkrankungen. Sie setzt an der Vermeidung von Risikofaktoren für bestimmte Krankheiten an. Bei der Verhaltensprävention wird Einfluss auf das individuelle Verhalten von Personen genommen, während bei der Verhältnisprävention die Umweltbedingungen den Ansatzpunkt darstellen. Im Vergleich dazu verfolgt die Gesundheitsförderung einen salutogenetischen Ansatz. Gesundheitsförderung soll Menschen die Möglichkeit geben, selbstbestimmt mit ihrer Gesundheit umzugehen, um in der Lage zu sein, die eigene Gesundheit und das eigene Wohlbefinden verbessern zu können. Mittels der Gestaltung der Lebensbedingungen werden gesundheitliche Handlungsspielräume, Schutzfaktoren und Ressourcen positiv beeinflusst. Die Maßnahmen können dabei auf die Individuen oder die Lebensbereiche bzw. das Setting ausgerichtet werden (Haas & Reblin, 2021, S. 38ff.).

Das übergeordnete Ziel des BGM stellt das gesunde Unternehmen dar. Dieses umfasst die Gesundheit der Beschäftigten, die Gesundheit und Sicherheit bei der Arbeit sowie gesunde Umweltbedingungen. Weiters zielt das BGM darauf ab, Gesundheitsrisiken bei der Arbeit zu vermeiden und zu analysieren, welche organisationalen Auslöser für gesundheitliche Probleme verantwortlich sind und die Verringerung dieser. Zur übergeordneten Zielsetzung gehört es, die Arbeitsbedingungen so zu gestalten, dass diese persönlichkeitsfördernd und gesundheitsgerecht sind. Aus diesen übergeordneten Zielen leiten sich weitere Ziele für das Unternehmen und die Mitarbeitenden ab.

Hinsichtlich des Betriebes sind die daraus abgeleiteten Ziele des BGM:

- Produktivität und Kund_innenorientierung erhöhen
- Krankenstände und damit verbundene Kosten reduzieren
- Arbeits- und Leistungsfähigkeit aufrechterhalten und verbessern
- Kommunikationsstrukturen verbessern
- Eigenverantwortung der Mitarbeitenden erhöhen
- Zufriedenheit und Bindung der Mitarbeitenden verbessern

Bezogen auf die Mitarbeitenden sind es folgende Ziele:

- Stress vermindern
- Bewältigung von Arbeitsbelastung verbessern
- Arbeitszufriedenheit steigern
- Gesundheitliche Beschwerden reduzieren
- Gesundheitsbewusstsein und -kompetenz erhöhen

- Wohlbefinden stärken
- Sich im Arbeits- und Privatleben gesünder verhalten (von Reibnitz & Sonntag, 2019, S. 33)

Um Maßnahmen des BGM nachhaltig zu implementieren und die Ziele zu erreichen ist die Umsetzung des BGM-Prozesses bedeutend. Eine Möglichkeit der Steuerung des BGM Prozesses stellt der PDCA („plan-do-check-act“)-Zyklus dar. Dieser umfasst die vier Schritte „plan“, „do“, „check“ und „act“, die sich nach dem Durchlaufen aller Schritte wiederholen. Im Schritt „plan“ erfolgt die Erfassung des Gesundheitszustandes der Mitarbeitenden, die Festlegung der Ziele und die Ableitung von Interventionen. Im folgenden Schritt „do“ werden die zuvor geplanten Maßnahmen umgesetzt. Im nächste Schritt „check“ wird evaluiert und die Auswirkungen der Maßnahmen analysiert. Je nach Resultat wird entschieden, ob die Interventionen eingestellt, angepasst oder gleichbleibend fortgesetzt werden. Im letzten Schritt erfolgt die endgültige Etablierung der Änderungen. Im Anschluss beginnt der Zyklus zur Kontrolle der angepassten Maßnahmen oder um zusätzliche förderliche Ansätze zu verfolgen, von vorne (Angermeier, 2016; Mojtahedzadeh et al., 2021, S. 164).

Für den Erfolg von BGM ist eine multidisziplinäre Herangehensweise bei der Erarbeitung und dem Umsetzen von Maßnahmen bedeutend. Dazu sind Beteiligte aus verschiedenen Bereichen des Unternehmens zu involvieren. Ausschlaggebend für den Erfolg ist die regelmäßige Teilnahme und Nutzung der Maßnahmen durch die Mitarbeitenden. Dazu ist die Berücksichtigung der Bedürfnisse und des bisherigen Nutzungsverhaltens von BGM-Maßnahmen je nach Zielgruppe bedeutend. Um die Bedürfnisse zu erheben, eignen sich Befragungen der Mitarbeitenden und die Evaluierung von Maßnahmen. Weitere Möglichkeiten zur Erhöhung der Teilnahme an den Angeboten sind regelmäßige Informationen über Maßnahmen und Mitarbeitende das BGM mitgestalten zu lassen (Dietrich et al., 2015, S. 8).

Da sich diese Arbeit mit der Förderung der psychischen Gesundheit von Pflegepersonen auseinandersetzt, wird näher auf die **Betriebliche Gesundheitsförderung** eingegangen. Die Definition des European Network for Workplace Health Promotion (2018, S. 2) für BGF lautet:

“Workplace Health Promotion (WHP) is the combined efforts of employers, employees and society to improve the health and well-being of people at work. This can be achieved through a combination of improving the work organisation and the working environment, promoting active participation, encouraging personal development. The implementation of Workplace Health Promotion can be supported by the application of health management principles.”

Nach dieser Definition ist neben den Arbeitgeber_innen und den Beschäftigten auch die Gesellschaft dafür verantwortlich, die Gesundheit und das Wohlbefinden für die Menschen bei der Arbeit zu verbessern. Durch die Kombination von der Verbesserung der Arbeitsorganisation und der Arbeitsumgebung, der Förderung der aktiven Beteiligung und der persönlichen Weiterentwicklung kann dieses Ziel erreicht werden. Die BGF setzt somit an den Verhältnissen und an dem Verhalten an und erfordert für die Zielerreichung die aktive Miteinbeziehung der Beschäftigten. Die Anwendung von Prinzipien des Gesundheitsmanagements unterstützt die Implementierung von BGF.

Die Arbeitswelt im 21. Jahrhundert steht vor großen Veränderungen. Zu den bedeutendsten Änderungen zählen die Erhöhung der Diversität hinsichtlich des Alters der erwerbstätigen Bevölkerung oder Probleme mit der psychischen Gesundheit bei den Arbeitskräften. Um in der Zukunft erfolgreich zu sein, sind für Unternehmen qualifizierte und gesunde Beschäftigte ausschlaggebend. BGF kann dazu beitragen, Unternehmen und Beschäftigte auf diese Herausforderungen vorzubereiten. Durch BGF erhöhen sich bei den Mitarbeitenden die Motivation, die Arbeitsmoral und die Arbeitsbeziehungen. Dies führt zur Reduktion von Kosten bedingt durch Krankenstand und zur Steigerung der Produktivität. Die BGF ist eine Unternehmensstrategie deren Ziel es ist, schlechter Gesundheit am Arbeitsplatz entgegenzuwirken und gesundheitsförderliche Potentiale sowie das Wohlbefinden bei den Erwerbstätigen zu steigern. BGF wirkt über verschiedene Arbeitsaspekte. Dazu zählt z.B. eine Unternehmenskultur, die fördert, dass sich die Mitarbeitenden beteiligen, die sie motiviert und die Verantwortung für alle Beschäftigten übernimmt.

Zur Zielerreichung der BGF gibt es vier Richtlinien, an denen sich Unternehmen orientieren sollen:

1. Die Einbeziehung aller Beschäftigten.
2. Die Einbindung von BGF in allen Bereichen und allen wichtigen Entscheidungen des Unternehmens.
3. Der Einsatz eines Kreislaufes zur Problemlösung bei allen Maßnahmen und Programmen.
4. Der Einsatz von sowohl am Individuum orientierten als auch an der Umwelt orientierten Maßnahmen. Dabei werden Strategien der Risikominderung mit Strategien der Entwicklung von Schutzfaktoren und Gesundheitspotentialen kombiniert (European Network for Workplace Health Promotion, 2018, S. 3f.).

Um diese Richtlinien erfolgreich umsetzen zu können, ist ein systematisches BGM erforderlich (Haas & Reblin, 2021, S. 43).

3.2 Betriebliches Gesundheitsmanagement in der Altenpflege

Aufgrund der oben beschriebenen Herausforderungen in der Altenpflege, der Belastungen und Beanspruchungen von Pflegepersonen und der Tatsache, dass es viele Pflegekräfte in der Altenpflege als unwahrscheinlich einschätzen, ihren Beruf bis zur Pensionierung ausüben zu können, scheint es besonders wichtig, die Gesundheit der Beschäftigten in dieser Branche zu fördern. Dieses Kapitel befasst sich mit den Anforderungen der BGF bzw. des BGM im Setting der Altenpflege.

In einer Studie von Dietrich et al. (2015, S. 8f.) zum BGM in der stationären Langzeitpflege zeigt sich, dass für die Inanspruchnahme und regelmäßige Nutzung von Angeboten des BGM die Faktoren höheres Alter, die Arbeitsinhalte, die Anrechnung der aufgewendeten Zeit für BGM-Maßnahmen als Arbeitszeit und die Übernahme der Kosten für die Maßnahmen durch den/die Arbeitgeber_in förderlich sind. Hinderliche Faktoren für die regelmäßige Nutzung stellen männliches Geschlecht und Zeitdruck dar. Die empfundene Belastung durch körperliche Beschwerden, Gereiztheit/Belastetheit und psychische Erschöpfung und Befindensbeeinträchtigungen ist bei Altenpflegekräften, die regelmäßig BGM-Angebote nutzen, signifikant geringer als bei jenen, welche die Angebote nicht in Anspruch nehmen. Die Autor_innen empfehlen für einen nachhaltigen Erfolg von BGF-Maßnahmen die Implementierung eines BGM in bereits vorhandene Managementsysteme. Weitere Empfehlungen sind die Übernahme der Kosten für die Angebote durch den Betrieb und die Zeit, welche die Teilnahme an den Angeboten in Anspruch nimmt, als Arbeitszeit zu rechnen. Bedürfnisse und das bisherige Nutzungsverhalten von Angeboten des BGM durch die Beschäftigten haben zielgruppenspezifisch Berücksichtigung zu finden.

Auch Mojtahedzadeh et al. (2021, S. 163ff.) berichten davon, dass für eine erfolgreiche BGF ein BGM zu implementieren ist und die BGF spezifisch auf die Bedürfnisse der Pflegepersonen als Zielgruppe abgestimmt sein muss. Bei der Entwicklung und Umsetzung von Angeboten sind die Arbeitsbedingungen im Pflegesektor und der Gesundheitsstatus der beschäftigten Pflegepersonen zu berücksichtigen. Erforderlich sind Maßnahmen sowohl auf der Verhältnisebene als auch auf der Verhaltensebene. Diese sollten kombiniert werden, um langfristige Erfolge zu gewährleisten. Im Bereich der ambulanten Pflege kann die Umsetzung von Maßnahmen erschwert sein. Dies ist auf die Mobilitätsanforderungen, die Wechselhaftigkeit und den höheren Druck bei den einzuhaltenden Terminen sowie der zu erbringenden Leistung zurückzuführen. Relevante Beispiele für BGF-Maßnahmen im Pflegebereich stellen Fortbildungen auf der Verhaltensebene, Schaffung von Pausenräumen und Rückzugsmöglichkeiten oder Programme zur Förderung von Resilienz dar. Bisher gibt es kaum BGF-Angebote, die speziell auf die Bedürfnisse von Pflegepersonen in der ambulanten Pflege

zugeschnitten sind. Durch die spezifischen Charakteristika der ambulanten Pflege ist der Einsatz von innovativen, digitalen Angeboten vielversprechend. Der Zugang zur Nutzung ist bei digitalen Angeboten niederschwelliger und es besteht die Möglichkeit der Verbesserung des fehlenden Teamgefühls, da digital mit anderen in Kontakt getreten werden kann. Generell sollten zur Feststellung von Handlungsfeldern für die BGF regelmäßig die Gefährdung durch psychische Belastungen beurteilt werden und überprüft werden, wie wirksam die Maßnahmen sind. Im Bedarfsfall sind diese anzupassen.

Hindernisse für eine erfolgreiche Umsetzung des BGM in ambulanten Pflegediensten sind vor allem der Personalmangel in den Organisationen, die geringen zur Verfügung stehenden Zeitressourcen und der Kostenfaktor. Zudem verfügen Führungskräfte in der ambulanten Pflege oftmals nicht über ausreichend Information, was das BGM betrifft, und befürchten durch die Notwendigkeit eines Managementsystems für die Lenkung des BGM mehr Arbeitsaufwand (Kahnt et al., 2020, S. 25).

In einer Studie in Deutschland wurden die Ursachen für Erfolg und Scheitern von BGF-Maßnahmen bei stationären und ambulanten Pflegedienstleistern sowie in Krankenhäusern untersucht. Umsetzungsbarrieren stellen die gesetzlichen und finanziellen Gegebenheiten, die betrieblichen Prozesse und die Ansicht der Pflegepersonen auf die BGF dar. Strategien der BGF sind abhängig von den Rahmenbedingungen, die ein Betrieb vorfindet. Durch den Mangel an Arbeitskräften ist für die Pflegepersonen Mehrarbeit Alltag im Berufsleben. Durch die Mehrarbeit stehen den Mitarbeitenden reduzierte zeitliche Ressourcen zur Verfügung, um an Angeboten der BGF teilnehmen zu können. Für Pflegepersonen verliert die BGF die Glaubhaftigkeit, wenn Maßnahmen angeboten werden, die die Organisation es aber nicht schafft, die Belastungen im Arbeitsalltag zu reduzieren. Gesundheitseinrichtungen haben trotz der knappen Personalressourcen ihren Versorgungsauftrag zu erfüllen und erbringen ihre Dienstleistung an Personen. Dadurch ist es für die Führungskräfte wichtiger, dass der Betrieb kurzfristig funktioniert, anstatt andere Ziele, wie z.B. die Gesundheitsförderung der Mitarbeitenden, zu verfolgen. Auch die Mitarbeitenden selbst berücksichtigen aufgrund des Fürsorgebedarfs von pflegebedürftigen Personen ihre eigenen körperlichen und zeitlichen Belastungsgrenzen nicht. Aufgrund dieser Arbeitsbedingungen sehen die Pflegepersonen BGF-Angebote nicht als Möglichkeit, die eigene Gesundheit zu verbessern, sondern als weiteren Belastungsfaktor. Die Studie zeigt den hohen Stellenwert, den die Gesundheit der Mitarbeitenden bei den Führungspersonen hat. Die schwierige Situation wird auch als Chance gesehen, Innovationen hinsichtlich der Gesundheitsförderung voranzutreiben. Die Unternehmen im Gesundheitswesen müssen attraktiv sein, um im Wettbewerb mit anderen Personal zu gewinnen. Dabei sind die Gesundheit der Mitarbeitenden und deren Arbeitszufrie-

denheit von Bedeutung und BGF rückt mehr in den Fokus. In den Betrieben müssen der Förderung der Gesundheit und der Erhaltung der Arbeitsfähigkeit von Pflegepersonen eine höhere Priorität zugeordnet werden. Verhaltenspräventive Angebote, die einen niederschweligen Zugang haben, können einen ersten Beitrag dazu leisten. Genauso wichtig ist ein Management, welches auf die Belastungen reagiert und verhältnispräventive Maßnahmen umsetzt (Krupp et al., 2020, S. 116ff.).

4 Digitales Betriebliches Gesundheitsmanagement

4.1 Beschreibung des digitalen Betrieblichen Gesundheitsmanagements

Die Arbeitswelt der Zukunft wird von Trends wie der Digitalisierung, dem demografischen Wandel und einem gesellschaftlichen Wandel geprägt. Die Digitalisierung wird dabei als bedeutendster Treiber von Veränderungen in der Arbeitswelt angesehen (Bundesministerium für Arbeit und Soziales, 2017, S. 18f.). Neben Veränderungen in der Gesellschaft und der Wirtschaft, verändert die Digitalisierung auch die Gesundheitsversorgung und eröffnet neue Chancen (Bundesministerium für Gesundheit, 2022). Im BGM ergeben sich Möglichkeiten, digitale Instrumente einzusetzen, um ein Unternehmen gesünder zu gestalten. Innovative Maßnahmen werden im BGM eingesetzt, um dieses zu verbessern, ein breiteres Angebot zur Verfügung zu stellen und den gegebenen Herausforderungen zu begegnen (Kaiser & Matusiewicz, 2018, S. 2).

Kaiser und Matusiewicz (2018, S. 2) definieren digitales BGM folgendermaßen:

„Unter digitalem Betrieblichen Gesundheitsmanagement [...] wird der Einsatz von digitalen Methoden und Instrumenten im Betrieblichen Gesundheitsmanagement verstanden. Hierzu werden verschiedene Methoden und Instrumente [...] zur Unterstützung des klassischen Betrieblichen Gesundheitsmanagements eingesetzt.“

Aus dieser Definition geht hervor, dass es bei digitalem BGM nicht darum geht, das BGM komplett zu digitalisieren, sondern das digitale BGM als Ergänzung bzw. Erweiterung des klassischen BGM einzusetzen.

Durch das digitale BGM stehen Informationen zur Gesundheitsförderung einfacher und schneller zur Verfügung, da analoge in digitale Maßnahmen umgewandelt werden (Kaiser & Matusiewicz, 2018, S. 2). So können analoge Daten, die bereits durch das BGM erhoben wurden oder neu erhoben werden, in eine digitale Form umgewandelt werden und durch die Nutzung von Datennetzen verbreitet werden (Walle, 2018, S. 86). Die Gesundheitsförderung kann personalisiert werden und die Nutzung von Angeboten ist unabhängig von Zeitpunkt und Ort möglich. Maßnahmen werden entsprechend des Bedarfs kostengünstig geplant und Gamification-Ansätze ermöglichen das Entstehen von Gruppendynamik (Kaiser & Matusiewicz, 2018, S. 3). Unter Gamification wird die Verwendung des Designs von charakteristischen Spielelementen in einem Zusammenhang verstanden, der üblicherweise spielfrei ist (Deterding et al., 2011, S. 13). Dabei kann es sich z.B. um Auszeichnungen oder Rankings

handeln (Waldhör, 2018, S. 144). Digitales BGM verfügt über Steuer- und Verwaltungsfunktionen, wodurch Kosten gesenkt werden können (Kaiser & Matusiewicz, 2018, S. 3).

Verschiedene digitale Instrumente können im BGM verwendet werden (Kaiser & Matusiewicz, 2018, S. 3ff.):

Gesundheits-Apps: Gesundheits-Apps finden Anwendung auf mobilen Endgeräten wie z.B. Smartphones und behandeln Themen wie Psyche, körperliche Aktivität oder Ernährung. Sie können Vitalparameter wie vergangene Schritte erheben, speichern und auswerten. Durch die Auswertung können den Nutzer_innen individuelle Informationen zur Unterstützung von gesundheitsförderlichem Verhalten bereitgestellt oder durch Erinnerungsfunktionen die Motivation gesteigert werden. Apps bieten die Möglichkeit einer spielerischen Herangehensweise durch Wettkämpfe mit anderen App-Anwender_innen und visualisieren die Gesundheitsdaten. Von Gesundheits-Apps sind Medizin-Apps zu unterscheiden. Bei Medizin-Apps handelt es sich um Apps, mit denen beispielsweise eine Insulinpumpe gesteuert werden kann.

Wearables: Bei Wearables handelt es sich um Minicomputer, die im Fitness-, Gesundheits- und Lifestylebereich Anwendung finden und alleinstehend oder in Kombination mit anderen digitalen Instrumenten eingesetzt werden. Sie werden unter anderem in Gestalt von intelligenten Uhren oder Armbändern genutzt. Wearables bieten die Möglichkeit, die Gesundheit konstant und individuell zu überwachen und zu fördern. Die Funktionen umfassen Messung, Übertragung und Visualisierung von Daten sowie Kommunikation, Erinnerungen oder das Teilnehmen an virtuellen Wettbewerben.

Gesundheitsplattformen: Gesundheitsplattformen dienen zur Information, stellen Angebote bereit und ermöglichen Diskussionen über Gesundheitsthemen. Es kann sich dabei z.B. um Intranet oder Wikis handeln. Auch dieses Tool ermöglicht die Sammlung und Auswertung von Daten mit denen Gesundheitsförderung individuell angeboten werden kann. Mögliche Angebote auf einer Gesundheitsplattform sind Webinare, Onlinekurse oder Selbsttests.

Online-Coaching-Plattformen: Dieses Instrument umfasst Maßnahmen zur Beratung von Mitarbeitenden durch externe Fachexpert_innen. Es gibt die Möglichkeit Online-Coaching über verschiedene digitale Wege zu erhalten wie z.B. über Chats oder Videotelefonie. Eine anonyme Angebotsnutzung ist möglich und es können offlinebasierte Kommunikationsformen damit kombiniert werden. Eine zeit- und ortsunabhängige Beratung ist möglich. Durch die Option der Anonymität können auch gesundheitliche Belastungsfaktoren thematisiert werden.

BGM-Komplettsysteme: BGM-Komplettsysteme stellen eine übergeordnete Managementplattform dar, die alle oben erwähnten digitalen Instrumente umfasst. Damit wird ein ganzheitliches BGM angestrebt und alle Bereiche des BGM – BGF, Arbeitsschutz und Wiedereingliederungsmanagement – integriert. Solche Komplettsysteme werden oft von externen Anbietern bereitgestellt (Kaiser & Matusiewicz, 2018, S. 3ff.).

Digitale Instrumente werden im Rahmen des BGM auch zur Unterstützung von Prozessen, Interventionen und der Zielerreichung eingesetzt. Über die digitalen Instrumente werden die Mitarbeitenden über die BGM-Prozesse, Angebote und Veranstaltungen informiert. Damit werden mehr Personen erreicht. Mitarbeitenden werden durch die bereitgestellten Informationen für Gesundheitsthemen sensibilisiert und deren Gesundheitskompetenz gesteigert. Automatisierte Anmeldungen über Apps oder Plattformen zu BGM-Angeboten steigern die Effizienz bei der Planung und Organisation. Zum Erfassen und Analysieren von BGM-Prozessen und Angeboten können Befragungen von Mitarbeitenden online durchgeführt werden. Dies ist ressourcenschonender, erreicht mehr Beschäftigte und erlaubt es, die Ergebnisse rasch auszuwerten und Maßnahmen umzusetzen. Neben der Möglichkeit BGM-Angebote aufgrund der erhobenen Daten individuell an die Mitarbeitenden anzupassen, kann auch zielgruppenspezifisch auf Beschäftigte eingegangen werden und Sprache oder soziodemografische Charakteristika von Gruppen von Mitarbeitenden Berücksichtigung finden (Hasselmann, 2018, S. 65f.).

Um digitale Maßnahmen zur Gesundheitsförderung in einem Betrieb sinnvoll umzusetzen, muss ein ganzheitliches und systemisches Verständnis von BGM zugrunde liegen. Dabei ist die Lebenswelt der Beschäftigten zu berücksichtigen sowie alle Faktoren, die damit in Verbindung stehen und die Gesundheit beeinflussen. Das Verhalten einer Person und die Verhältnisse sollen dabei im Fokus sein. Bisher haben die meisten entwickelten digitalen Lösungen das individuelle Verhalten als Ansatzpunkt, lassen die betrieblichen Verhältnisse außer Acht und geben die Verantwortung für die Gesundheit an die Mitarbeitenden ab. Da die bisherigen Lösungen nicht umfassend genug sind, handelt es sich bei digitalem BGM aktuell noch um digitale BGF (André, 2018, S. 163ff.).

Für die Entwicklung von digitalen Instrumenten für und deren Implementierung in das BGM ist eine Zusammenarbeit von Entwickler_innen, Gesundheitsexpert_innen und Spezialist_innen für BGM erforderlich. Bedeutend für die erfolgreiche spätere Nutzung der Tools ist die Einbeziehung eines multidisziplinären Teams, welches unter anderem Designer_innen, Stakeholder_innen und die Endbenutzer_innen umfasst, in die frühen Phasen der Entwicklung und bei der Implementierung. Für die Implementierung ist es wichtig, dass die Beschäftigten die Möglichkeit bekommen, die digitalen Angebote bei der Arbeit zu nutzen. Dies umfasst die Bereitstellung von beispielsweise Computern oder Smartphones, die Einschulung in die Verwendung und technischer Support, sowie das Nutzen während der Arbeitszeit. Das Unternehmen muss Richtlinien entwickeln, damit eine sichere Nutzung der digitalen Instrumente im Unternehmen gewährleistet wird (Jimenez & Bregenzer, 2018, S. 6ff.).

In einem systematischen Review wurde untersucht, welche gesundheitsrelevanten Auswirkungen rein digitale Angebote im BGM auf die Beschäftigten haben. Nicht zu den ausschließlich digitalen Angeboten zählen in diesem Review Interventionen, die Gesundheitsberatung, Treffen oder direkte Rückmeldungen von professionellen Gesundheitsdienstleister_innen beinhalten, auch wenn diese digital stattfinden, sowie Angebote unter Verwendung von Wearables. Werden ausschließlich digitale Interventionen in die Arbeitsumgebung integriert und sind diese auf spezifische Gesundheitsverhalten zugeschnitten, die regelmäßig bei der Arbeitszeit ausgeführt werden wie z.B. Essen, zeigen sie den größten Nutzen. Hingegen sind bei komplexeren Gesundheitsthemen und besonders bei jenen, bei denen das Gesundheitsverhalten außerhalb der Arbeitsumgebung stattfindet, rein digitale Angebote nicht ausreichend. Hier scheint eine Herangehensweise mit mehreren Komponenten, die auch menschliche Unterstützung bieten, angemessener zu sein (Howarth et al., 2018, S. 2ff.). Auch hier wird deutlich, dass ein ausschließlich digitalisiertes BGM nicht zielführend ist, sondern digitale Instrumente in ein bestehendes BGM integriert werden sollten.

4.2 Herausforderungen und Chancen

Dieses Kapitel beschreibt die Chancen und Herausforderungen in Zusammenhang mit dem digitalen BGM.

Die Bedeutung des digitalen BGM wird für die Unternehmen in Zukunft steigen. Zum gegenwärtigen Zeitpunkt fehlt bei vielen der digitalen Instrumente die Evidenz. Das erschwert den Einsatz dieser Instrumente in der Praxis (Käfer & Niederberger, 2020, S. 157f.). Die Anwendung bringt sowohl Chancen als auch Herausforderungen mit sich. Das Wissen darüber ist Voraussetzung für Unternehmen, damit über den Einsatz von digitalen BGM-Instrumenten entschieden werden kann (Winter & Riedl, 2022, S. 7).

Chancen, die sich durch das digitale BGM ergeben, sind Vorteile, die sich durch die Verwendung von digitalen BGM-Komplettsystemen ergeben. Ein BGM-Komplettsystem ermöglicht eine zentrale Steuerung aller Bereiche des BGM, führt zu einer Vereinfachung der Handhabung und einer Verbesserung der Resultate. Die Führungskräfte bekommen einen besseren Überblick über die Maßnahmen. Da in BGM-Komplettsystemen auch Informationen aus anderen Systemen eines Unternehmens verwendet werden können, werden die Qualität von Entscheidungen und die Ergebnisse von BGM-Angeboten verbessert. Ist das BGM besser an die tatsächlichen Bedarfe angepasst, führt dies zur Einsparung von Ausgaben, da z.B. Kosten für Raummieten entfallen. Abgesehen von den Vorteilen durch BGM-Komplettsysteme ergeben sich noch andere Chancen. Durch die Möglichkeit der zeit- und ortsunabhängigen Nutzung von digitalen Tools kann die Zielgruppe erweitert werden und Personengruppen, die sonst schwer erreichbar sind, wie z.B. Personen im Schichtdienst,

können angesprochen werden (Winter & Riedl, 2022, S. 9). Auch Mitarbeitende der Generationen Y und Z sowie Männer können durch das digitale BGM besser angesprochen werden (Käfer & Niederberger, 2020, S. 155). Digitale Instrumente bergen vor allem Potential in der Förderung der psychischen Gesundheit. Die Instrumente stehen jederzeit bereit und Personen, die Schwierigkeiten mit ihrer psychischen Gesundheit haben, müssen diese nicht vor anderen offenbaren (Jimenez & Bregenzer, 2018, S. 4). Mit den digitalen Angeboten kann zur Steigerung der Motivation beigetragen werden. Dies ist möglich über das Veranlassen von Wettbewerben, das Individualisieren von Angeboten sowie den Einsatz von Wearables. Chancen ergeben sich aus der Verbindung mit analogen Maßnahmen. Eine weitere Chance bietet die Verwendung von digitalen Instrumenten zur Kommunikation und zur Verbreitung von Informationen. Außerdem werden die Unternehmensmarke und das Image verbessert (Winter & Riedl, 2022, S. 10).

Zu den **Herausforderungen** des digitalen BGM zählt, dass dieses Thema recht neu ist. Aufgrund fehlender Studien lassen sich kaum Aussagen zu Effektivität, Effizienz und Qualität der digitalen Angebote machen. Dadurch wird die Wirtschaftlichkeit der Verwendung in Frage gestellt. Zwar können, wie bei den Chancen beschrieben, durch eine bessere Anpassung der Angebote an die Bedarfe Kosten reduziert werden. Jedoch führt die Einführung eines BGM-Systems zu Kosten für Personal und für die technische Ausstattung. Da die digitalen Angebote die analogen nicht ersetzen können, sondern eine Kombination aus beiden erforderlich ist, kommen ebenfalls höhere Kosten zustande. Die Mitarbeitenden können sich bei der Anwendung von beispielsweise Apps unter Druck gesetzt fühlen, was negative Auswirkungen auf die Gesundheit, wie z.B. Stress, haben kann. Eine große Herausforderung stellt der Datenschutz dar. Zusammen mit Überforderung und unzureichenden Fähigkeiten im Umgang mit digitaler Technik ist dies ein Faktor, der zur geringen Akzeptanz von digitalen BGM-Angeboten bei den Mitarbeitenden führt (Winter & Riedl, 2022, S. 10). Es ist davon auszugehen, dass die digitalen Instrumente genutzt werden, um mehr Daten von den einzelnen Mitarbeitenden zu sammeln und diese bei der Beurteilung von Mitarbeitenden berücksichtigt werden oder zu Restriktionen führen (Käfer & Niederberger, 2020, S. 157). Die Anwendung von digitalen Instrumenten kann die Trennung von Privat- und Berufsleben beeinflussen und die Beschäftigten zusätzlich belasten. Herausforderungen ergeben sich auch daraus, wie das digitale BGM in die Unternehmenskultur eingegliedert werden kann, wie die tatsächliche Nutzung der Angebote ausfällt und wie zuverlässig solche Instrumente sind (Winter & Riedl, 2022, S. 10f.). Es besteht das Risiko, dass bestimmte Gruppen von Mitarbeitenden, vor allem ältere Arbeitnehmer_innen, durch die Nutzung von digitalen Tools ausgegrenzt werden (Käfer & Niederberger, 2020, S. 155). Das Fehlen von Aussagen über die Effektivität und bestehende Qualitätsmängel von bereits existierenden digitalen BGM-

Angeboten sind ebenso eine Herausforderung wie die Inexistenz von Gütesiegeln, Qualitätskriterien und Methoden zur Evaluierung (Kaiser & Matusiewicz, 2018, S. 29).

Für die Zukunft ist es wichtig, durch mehr Studien zu mehr Erkenntnissen über das digitale BGM zu gelangen und einen wissenschaftlichen Leitfaden zu den besonderen Merkmalen und der zielorientierten Implementierung zu erarbeiten (Kaiser & Matusiewicz, 2018, S. 30f.).

4.3 Beispiele für den Einsatz von digitalen Instrumenten im Betrieblichen Gesundheitsmanagement

In diesem Kapitel werden drei wissenschaftliche Studien vorgestellt, die sich mit der Anwendung von digitalen Instrumenten im Bereich der (Alten-)Pflege auseinandersetzen. Es wurden im Rahmen der Literaturrecherche weitere Studien zur Anwendung von digitalen Instrumenten in diesem Bereich gefunden. Nach Durchsicht der Studien wurden diese drei, als die für diese Arbeit am relevantesten, herangezogen.

Im Rahmen des Projekts „**Stress-Rekord**“ wurde ein „Serious Game for Health“ (SGH) für den Pflegesektor entwickelt. Dieses stellt eine Weiterbildung für Pflegedienstleitungen dar. Die Pflegedienstleitungen erhalten dabei die nötigen Qualifikationen für die Themen Prävention und Gesundheitsförderung. Diese sind Voraussetzung für ein zielgerichtetes BGM in Pflegeeinrichtungen. Zielsetzung des Projekts ist es, die Gesundheit von Pflegepersonen zu fördern und durch die Reduktion von Arbeitsbelastungen die psychische und physische Beschäftigungsfähigkeit von Pflegepersonen zu erhalten (Döring et al., 2018, S. 292f.). Bei Serious Games handelt es sich um Computerprogramme, die über Spielanteile und Simulationen mit didaktischen Elementen verfügen. Bei den Anwender_innen sollen durch das Spielen Bildungsziele bzw. Lerneffekte erreicht werden. Serious Games können unterschiedliche Bereiche thematisieren. Werden Serious Games im Bereich der Medizin und Gesundheit eingesetzt, spricht man von „Serious Games for Health“. Themenbereiche sind hier z.B. die Förderung der Gesundheit oder medizinische Fortbildungen (Sostmann et al., 2010, S. 1ff.). „Stress-Rekord“ soll den Pflegedienstleitungen Wissen vermitteln, mit dem sie Fehlbelastungen bei den Mitarbeitenden zu einem frühen Zeitpunkt erkennen und diesen entsprechend entgegenwirken können. Das Spiel kann in einer Desktopversion oder einer mobilen Version gespielt werden. Der_die Spieler_in nimmt dabei die Position der Pflegedienstleitung in einer fiktiven Pflegeeinrichtung ein. Das Spiel findet in einem virtuellen Büro statt, in dem die spielende Person Ereignisse (z.B. Krankmeldung einer Pflegeperson) entdeckt. Es existieren verschiedene Profile mit Informationen zu Pflegekräften und deren derzeitigen Stresslevel. Der Ablauf des Spiels orientiert sich an dem Prozess des BGM. Aufgrund der Ereignisse muss der_die Spieler_in die Situation analysieren, damit die Fehlbelastungen ermittelt wer-

den können. Anschließend sind die Maßnahmen zur Reduktion der Belastungen durchzuführen und am Ende ist die Wirksamkeit zu beurteilen.

Im Zuge der wissenschaftlichen Voruntersuchungen für dieses Projekt wurden die Pflegedienstleitungen der Erprobungsbetriebe befragt. Die Ergebnisse der Vorbefragung zeigen, dass die Teilnehmenden die Arbeit am Computer als positiv ansehen, ein Großteil schon Erfahrung mit E-Learning hat und die notwendige technische Ausstattung vorhanden ist. Die Pflegedienstleitungen erwarteten sich von der Verwendung von „Stress-Rekord“ einen Rückgang der Krankenstände sowie einer Erhöhung der Arbeitszufriedenheit und des gesundheitlichen Wohlbefindens. Voraussetzungen, welche das SGH aus Sicht der Pflegedienstleitungen erfüllen muss, sind die Möglichkeiten, das Spiel offline, anonym und auf mobilen Geräten zu spielen. Zudem sollte die erforderliche Spielzeit nicht über einer halben Stunde pro Woche betragen (Döring et al., 2018, S. 293ff.). Für die Einschätzung der Wirksamkeit von „Stress-Rekord“ wurden vor dem Start der Erprobung mit einem Fragebogen eine Baseline-Erhebung und nach der Erprobung eine Abschlusserhebung durchgeführt. Erhoben wurden die Bewertung der Nutzer_innenfreundlichkeit und Spielfreude, die Einschätzung des Spiels und der Entwicklungsmaßnahmen als Fortbildungsmaßnahmen und die Bedeutung, die Pflegedienstleitungen dem gesundheitsförderlichen Verhalten im Arbeitsalltag zuschreiben. Die Teilnehmenden schätzten die Benutzbarkeit und das Design des Spiels als positiv ein, es mangelte jedoch an Herausforderungen. Hinsichtlich der Belastungen der Pflegepersonen, der Arbeitsorganisation in den Einrichtungen und der Bedeutung von gesunder Führung wurden schon in der Baseline-Erhebung gute Werte erzielt. In der Abschlusserhebung wurden minimal schlechtere Ergebnisse bei diesen Werten erhoben. So wurden z.B. weniger oft Pausen gemacht, die Mitarbeitenden weniger häufig gelobt oder Maßnahmen zur Verbesserung von gesundheitlichen Problemen seltener eingeleitet. Die Projektbeteiligten führen dies darauf zurück, dass die Teilnehmenden durch das Spiel ein besseres Bewusstsein über die vielfältigen Möglichkeiten von gesundheitsförderlicher Führung erlangten und ihnen im Nachhinein bewusst wurde, nicht alle Optionen von gesundheitsförderlicher Führung eingesetzt zu haben (Schaarschmidt, 2018, 2019). Seit Juli 2019 steht „Stress-Rekord“ kostenlos zur Nutzung zur Verfügung (Schade, 2019).

Kloos et al. (2019, S. 48ff.) führten eine randomisiert kontrollierte Studie in vier Pflegeheimen eines Trägers in den Niederlanden durch. Ziel der Studie waren die Untersuchung der Effektivität und der Akzeptanz von online durchgeführten Maßnahmen, die sich an der positiven Psychologie orientieren, bei Pflegepersonen. Untersuchungsgegenstand war, ob die an der positiven Psychologie orientierten Maßnahmen das psychische Wohlbefinden, die Arbeitszufriedenheit und das berufliche Engagement verbessern können. Zudem wurde untersucht, ob es sich um eine akzeptable Maßnahme für Pflegekräfte, die in Pflegeheimen arbeiten, han-

delt. Die Studie erstreckte sich über einen Zeitraum von acht bis zwölf Wochen. Bei der Onlinemaßnahme, die eingesetzt wurde, handelt es sich um das aus mehreren Teilen bestehende „This Is Your Life“ Onlinetraining. Dieses umfasst acht Module und deckt sechs bedeutende Themen für das Wohlbefinden ab: positive Emotionen, das Entdecken und der Einsatz von Stärken, Optimismus, Selbstmitgefühl, Resilienz und positive Beziehungen. Jedes Modul besteht aus Psychoedukation und zu absolvierenden, evidenz-basierten Aufgaben. Spielelemente wie Führung durch das Programm durch einen virtuellen Professor oder der Erhalt von angepasstem, automatischem Feedback sind in dieser Anwendung vorhanden. Der Träger der Heime verpflichtete die Pflegepersonen der Interventionsgruppe zur Teilnahme an dem Onlinekurs. Die Dauer des Onlinetrainings belief sich auf acht Wochen, wobei den Teilnehmenden geraten wurde, ein Modul pro Woche zu absolvieren. Die Durchführung des Programms fand zu Hause statt. Insgesamt hatten die Teilnehmenden zwölf Wochen Zugriff auf das Programm und konnten auch Module mehrmals absolvieren. Für die Absolvierung des Onlinekurses erhielten die Teilnehmenden neun bezahlte Arbeitsstunden sowie acht Akkreditierungsstunden für das niederländische Pflegekräfteeregister. Im Gegensatz dazu wurden bei der Kontrollgruppe keine Interventionen durchgeführt. Sowohl die Interventionsgruppe als auch die Kontrollgruppe wiesen zu beiden Erhebungszeitpunkten, einer Baseline-Erhebung und einer Erhebung nach zwölf Wochen, gute Ergebnisse hinsichtlich des Wohlbefindens, der Arbeitszufriedenheit und des beruflichen Engagements auf. Die Drop-Out-Rate in der Interventionsgruppe betrug 23%. 74% der Teilnehmenden der Interventionsgruppe absolvierten alle Module des Onlinetrainings.

Die Hypothesen der Autor_innen, dass das an der positiven Psychologie orientierte Onlinetraining das Wohlbefinden, die Arbeitszufriedenheit und das berufliche Engagement verbessert, bestätigte sich nicht. Nur bei der Arbeitszufriedenheit zeigten sich signifikante Unterschiede zwischen der Kontroll- und der Interventionsgruppe. Die Arbeitszufriedenheit sank bei der Kontrollgruppe, während sie bei der Interventionsgruppe auf demselben Niveau blieb, wie bei der Baseline-Erhebung. Obwohl die Beurteilung variierte, waren die Teilnehmenden im Allgemeinen mit dem Onlinekurs zufrieden. Die meisten Teilnehmenden konnten von positiven Ergebnissen, z.B. dem Erlangen von neuen Erkenntnissen über sich selbst, im Rahmen der Evaluation berichten. Ein paar empfanden den Onlinekurs als zu schwierig. Den Inhalt des Kurses hielten viele für sich persönlich relevant und zeitweise konfrontierend. Andere gaben an, die Inhalte würden nicht zum Arbeitsplatz passen. Die Anzahl der Übungen und der Umfang an Text waren für den Großteil der Teilnehmenden zu viel. Die Autor_innen schließen aus den Ergebnissen, dass die Verpflichtung durch den_die Arbeitgeber_in, an einer Intervention teilzunehmen, zu einem hohen Verbleib der Teilnehmenden in solch einem Programm führt. Dies stellt bei Onlineinterventionen oftmals ein Problem dar. Die meisten Teilnehmenden hatten eine positive Einstellung gegenüber des Onlinekurses und zeigten

auch intrinsische Motivation, das Programm zu absolvieren. Als Gründe für die kaum vorhandene Effektivität der Intervention führen die Autor_innen mehrere Aspekte an. Einerseits waren die untersuchten Parameter schon vor Beginn der Intervention hoch und ließen nur wenig Möglichkeiten für die Verbesserung zu. Zudem könnten einige Personen sozial erwünschte Antworten gegeben haben, da einige Teilnehmende die Anonymität im Rahmen der Studie in Frage stellten. Weiters könnte der Inhalt des Onlinekurses nicht zufriedenstellend im Arbeitskontext der Pflegepersonen anzuwenden sein und der Wunsch der Pflegepersonen nach einer im Umfang und Text reduzierten Intervention Einfluss auf das Ergebnis haben. Auch die verpflichtende Teilnahme kann auf das Ergebnis eingewirkt haben. Die Ergebnisse weisen darauf hin, dass verpflichtende Interventionen, die sich an der positiven Psychologie orientieren, von den meisten Pflegepersonen akzeptiert werden. Schließlich könnten die Pflegepersonen im Rahmen der Intervention zu sehr auf sich allein gestellt gewesen sein und eine Begleitung, durch z.B. E-Mails von externen Coaches, hätte bei der Verbesserung der Effektivität helfen können. Zudem wurde das Potential von sozialer Unterstützung nicht genutzt. So hätten z.B. Teambesprechungen, in denen sich die Teilnehmenden über positive Erfahrungen mit dem Programm austauschen hätten können, ebenfalls die Effektivität verbessern können. Für eine bessere Effektivität sollten Onlineinterventionen wie diese kurzgefasst sein, mehr auf die Arbeit der Pflegekräfte ausgerichtet sein und eine Form der unabhängigen Unterstützung bieten.

Auch Bolier et al. (2014, S. 197ff.) führten eine randomisiert kontrollierte Studie zur Untersuchung der Wirksamkeit eines Moduls zur Überwachung der Mitarbeitendengesundheit in Kombination mit einem personalisierten Feedback und der Bereitstellung von Onlineangeboten auf das Wohlbefinden, das berufliche Engagement und die psychische Gesundheit von Pflegekräften und anderen Gesundheitsberufen durch. Die Datenerhebung erfolgte über einen Onlinefragebogen durch Selbsteinschätzung der Studienteilnehmenden zu Beginn als Baseline-Erhebung, nach drei Monaten und nach sechs Monaten. Durchgeführt wurde die Studie in einer Universitätsklinik in den Niederlanden und bei den Teilnehmenden handelte es sich bei 71,9% um Pflegekräfte. Über die Arbeitsemailadresse erhielten die Teilnehmenden den Link zum Onlinefragebogen sowie einen Log-in-Namen und ein Passwort. Bei der Interventionsgruppe erfolgte ein Onlinescreening zu Aspekten wie beeinträchtigte Arbeitsfähigkeit, Belastung, riskantem Trinkverhalten, Depression oder Angst. Gleich nach dem Screening erhielten die Teilnehmenden der Interventionsgruppe ein personalisiertes Feedback und je nach Ergebnis wurden mindestens zwei verschiedene Onlineinterventionen zur Durchführung angeboten. Zu den Onlineangeboten, welche den Teilnehmenden vorgeschlagen wurden, zählen Onlinekurse zur Verbesserung des Wohlbefindens und der geistigen Fitness, zur Reduktion von und dem Umgang mit Arbeitsstress oder zur Reduktion von ris-

kantem Trinkverhalten. Die einzelnen Kurse bestanden aus verschiedenen Modulen, zogen sich über einen Zeitraum von sechs bis zwölf Wochen und dauerten pro Einheit bis zu einer halben Stunde. Konnten bei Teilnehmenden durch das Screening keine Beeinträchtigungen der psychischen Gesundheit festgestellt werden, erhielten diese als Vorschlag den Onlinekurs zur Verbesserung des Wohlbefindens und der geistigen Fitness. Auch bei den Teilnehmenden der Kontrollgruppe erfolgte das Onlinescreening, aber es wurden keine weiteren Interventionen gesetzt. 15,7% der Teilnehmenden aus der Interventionsgruppe loggten sich mindestens einmal in einen oder mehrere der angebotenen Onlinekurse ein und 5,1% starteten mit einem oder mehreren Modulen der Kurse. Die Drop-Out-Rate der Teilnehmenden der Interventionsgruppe lag bei 60,7% und bei 26,6% bei der Kontrollgruppe. Insgesamt fiel das Screening auf die eingeschränkte Arbeitsfähigkeit und/oder die psychische Gesundheit bei über 80% der Teilnehmenden positiv aus, was die Spezifität der Screeninginstrumente in Frage stellt.

Die Maßnahme mit Screening, personalisiertem Feedback und bereitgestellten Onlineangeboten verbesserte die psychische Gesundheit der Interventionsgruppe im Vergleich zur Kontrollgruppe. Dies ist vor allem auf eine Verbesserung des psychischen Wohlbefindens zurückzuführen. Der Effekt war nach einem Zeitraum von drei Monaten nach der Baseline-Erhebung größer als sechs Monate nach der Baseline-Erhebung. Keine signifikanten Unterschiede zwischen den beiden Gruppen zeigten sich bezüglich des allgemeinen Wohlbefindens, der Depressionen oder der Angst. Die Onlinekurse wurden jedoch kaum angenommen bzw. setzten die Teilnehmenden diese nicht fort. Die Autor_innen führen dies darauf zurück, dass die Teilnehmenden das Feedback und die Vorschläge nach dem Ausfüllen des Onlinefragebogens erhielten, aber die Teilnehmenden nicht von sich aus nach Hilfe oder Unterstützung suchten. Als weitere Gründe geben die Autor_innen an, die Beschwerden könnten von den Teilnehmenden nicht in einem Ausmaß empfunden worden sein, das ihnen das Gefühl vermittelte, Hilfe zu benötigen oder die angebotenen Kurse anzunehmen. Auch die teilweise zu große Anzahl an angebotenen Kursen und die Tatsache, dass die angebotenen Interventionen Selbsthilfemaßnahmen waren und es keine zwischenmenschliche Interaktion gab, könnten zu der geringen Absolvierung der Module geführt haben. Die Autor_innen sehen in dem eingesetzten System das Potential, die psychische Gesundheit, das psychische Wohlbefinden, das berufliche Engagement sowie psychische Gesundheitsbeschwerden bei Pflegekräften und anderen Gesundheitsberufen zu verbessern. Das System könnte z.B. durch ergänzenden persönlichen Kontakt mit einem_r Arbeitsmediziner_in und dem Einbau von Spielelementen zur Anregung der Nutzer_innen mit den Onlinekursen zu starten und diese fortzusetzen, verbessert werden. Auch die Screeninginstrumente sollten an die Bedürfnisse und Präferenzen der Nutzer_innen angepasst werden.

5 Diskussion und Beantwortung der Forschungsfrage

Wie in Kapitel 1 beschrieben, gibt es verschiedene Erklärungsmodelle für Gesundheit und Krankheit. Die in dieser Arbeit herangezogenen Modelle beschreiben unterschiedliche Theorien, wie Faktoren zur Entstehung von Gesundheit und Krankheit beitragen.

Es handelt sich bei Gesundheit um ein mehrdimensionales Geschehen und neben äußerlichen Faktoren haben auch innere und individuelle Aspekte einer Person Auswirkung auf deren Gesundheitszustand (Haas & Reblin, 2021, S. 21ff.). Das Modell zu den beruflichen Gratifikationskrisen oder das Anforderungs-Kontroll-Modell beschreiben den Zusammenhang zwischen der Berufsausübung und dem Gesundheitszustand einer Person (Gollner et al., 2020, S. 54ff.).

Durch verschiedene Veränderungen in der Gesellschaft, wie dem demographischen Wandel oder der steigenden Anzahl an demenzerkrankten Personen, ändert sich das Setting der Altenpflege und -betreuung (Fent & Fürnkranz-Prskawetz, o. J., S. 3; Robausch & Grün, 2015, S. 27). Pflegepersonen sind bereits heute bei ihrer Berufsausübung Belastungen ausgesetzt. Sowohl in der ambulanten als auch in der stationären Altenpflege stellen die Arbeits- und Rahmenbedingungen, wie Personalmangel, einen entscheidenden Aspekt der Belastungen dar. Aber auch Ressourcen zur Bewältigung der Belastungen sind im Arbeitskontext der Altenpflege zu finden (Brause et al., 2010, S. 5ff.; Kahnt et al., 2020, S. 21ff.).

Die Belastungen und daraus resultierenden beeinträchtigenden Beanspruchungen können zu Erkrankungen führen (Joiko et al., 2010, S. 12ff.). Psychische Erkrankungen sind bei Pflegepersonen in der Altenpflege deutlich häufiger ein Grund für die Arbeitsunfähigkeit als bei der durchschnittlichen Erwerbsbevölkerung (Drupp & Meyer, 2020, S. 41f.). In Anbetracht der Herausforderungen im Pflegesektor scheint es besonders von Bedeutung, die psychische Gesundheit von Pflegepersonen in der Altenpflege und -betreuung zu fördern (Mojtahedzadeh et al., 2021, S. 163).

Das BGM ist Aufgabe des Managements und umfasst das Steuern und Integrieren aller Prozesse eines Unternehmens um das Ziel, ein gesundes Unternehmen zu schaffen, zu erreichen. Das BGM setzt dabei am Mensch und an der Umwelt an. Ein Teilaspekt des BGM ist die BGF (von Reibnitz & Sonntag, 2019, S. 32f.). Diese zielt darauf ab, die Gesundheit und das Wohlbefinden von Menschen bei der Arbeit zu fördern (European Network for Workplace Health Promotion, 2018, S. 2). Für das BGM in der Altenpflege ist dieses an die dort vorherrschenden Arbeitsbedingungen anzupassen und für die unterschiedlichen Gruppen von Mitarbeitenden zielgruppenspezifisch zu gestalten (Cichocki et al., 2015, S. 211; Mojtahedzadeh et al., 2021, S. 163). Im Zuge der fortschreitenden Digitalisierung in der Arbeitswelt können unterschiedliche digitale Instrumente im BGM zum Einsatz kommen, um dieses zu unterstützen und zu ergänzen. Das digitale BGM steht aber noch vor Herausforderungen, wie dem Datenschutz, der Neuheit des Themas, der Evidenz der Maßnahmen oder dem Mangel

an Qualitätskriterien. Allerdings bietet das digitale BGM auch Chancen (Winter & Riedl, 2022, S. 7ff.). Vor allem der zeit- und ortsunabhängige Einsatz stellt für die Anforderungen in der Altenpflege ein großes Potential dar (Mojtahedzadeh et al., 2021, S. 168) .

In dieser Bachelorarbeit wurden drei Studien vorgestellt, in denen die Auswirkungen von digitalen Angeboten auf die psychische Gesundheit von Mitarbeitenden in der (Alten-)Pflege untersucht wurde bzw. eine Studie, die zur Weiterbildung von Führungskräften dient.

Beim SGH „Stress-Rekord“ waren die Ergebnisse nach der Durchführung der Intervention schlechter als zu Beginn der Studie. Die Autor_innen führen dies auf eine höhere Sensibilisierung der Führungskräfte für die Themen Prävention und Gesundheitsförderung zurück (Schaarschmidt, 2019). In der Studie von Kloos et al. (2019, S. 54) wurden Maßnahmen, die sich an der positiven Psychologie orientieren, für Pflegekräfte in der Altenpflege untersucht. Die Maßnahmen waren für die Teilnehmenden durch den Arbeitgeber verpflichtend. Während des Zeitraums der Studie sank die Arbeitszufriedenheit bei der Kontrollgruppe, in der Interventionsgruppe blieb sie auf gleichem Niveau. Die Akzeptanz einer verpflichtenden Intervention, die sich an der positiven Psychologie orientiert, war bei den meisten Teilnehmenden vorhanden. Die Studie von Bolier et al. (2014, S. 201ff.) hatte eine sehr hohe Drop-Out-Rate und die Onlinekurse wurden von den Teilnehmenden kaum fortgesetzt. Bei der Interventionsgruppe konnte durch Screening, personalisiertes Feedback und Onlineangebote eine Verbesserung der psychischen Gesundheit im Vergleich zur Kontrollgruppe festgestellt werden.

Die Forschungsfrage „Wie kann die psychische Gesundheit des Pflegepersonals in der mobilen und stationären Altenpflege durch digitale Angebote im Rahmen des Betrieblichen Gesundheitsmanagements gefördert werden?“ kann durch die Ergebnisse der Literaturrecherche folgendermaßen beantwortet werden:

Die bisherigen Entwicklungen im Bereich des digitalen BGM sind noch nicht umfassend genug, weshalb es sich noch um digitale BGF handelt (André, 2018, S. 164ff.). Für die Förderung der psychischen Gesundheit durch digitale Instrumente bei Pflegekräften müssen die Pflegekräfte in die Entwicklung und Implementierung dieser eingebunden werden (Kloos et al., 2019, S. 54). Von Seiten des Betriebes müssen digitale Angebote in das bestehende BGM integriert werden (Käfer & Niederberger, 2020, S. 158). Für die Mitarbeitenden müssen Voraussetzungen für die Nutzung geschaffen werden. Dies umfasst die Bereitstellung von z.B. Computern oder Smartphones, die Einschulung für die Nutzung, den technischen Support und die Anrechnung der aufgewendeten Zeit als Arbeitszeit (Jimenez & Bregenzer, 2018, S. 6). Positive Merkmale der digitalen Interventionen sind in Anbetracht der psychischen Gesundheitsförderung der niederschwellige Zugang, die Möglichkeit der Anonymität

und die orts- und zeitunabhängige Verfügbarkeit (Jimenez & Bregenzer, 2018, S. 4; Kaiser & Matusiewicz, 2018, S. 15).

Die derzeitigen Instrumente zeigen Potential, müssen aber weiterentwickelt werden, um den spezifischen Anforderungen der Mitarbeitenden und den Bedingungen in der Altenpflege zu entsprechen. Unterschiedliche Maßnahmen zur Verbesserung und Anpassung sind z.B. der Einbau von Spielelementen, Fachexpert_innen als Ansprechpartner_innen über digitale Kommunikationswege während der Interventionen bereitzustellen, kurzgefasste Versionen der digitalen Instrumente und die Nutzung des Potentials der sozialen Unterstützung durch die Möglichkeit des persönlichen Austausches mit Kolleg_innen in Form von z.B. Teambesprechungen (Bolier et al., 2014, S. 203; Kloos et al., 2019, S. 54f.).

6 Fazit und Ausblick

Für den erfolgreichen Einsatz von digitalen Instrumenten im BGM ist die Kombination mit analogen Maßnahmen und die Integration in ein bestehendes BGM erforderlich. Damit sich digitales BGM in der Zukunft durchsetzen kann, benötigt es noch mehr Forschung zur Effektivität und Effizienz von Maßnahmen sowie Qualitätskriterien, die bei der Beurteilung helfen.

In Hinblick auf den Einsatz von digitalen Instrumenten im BGM für die Mitarbeitenden der Altenpflege und -betreuung benötigt es noch weitere Forschung, um zu eruieren, welche Faktoren zu einer höheren Effektivität führen, wie die Anwender_innen zur fortlaufenden Nutzung der Angebote angeregt werden können und welche Angebote angenommen bzw. akzeptiert werden.

Literaturverzeichnis

- André, S. (2018). Theorie trifft Praxis – Status quo im „verrückten“ (digitalen) BGM-Markt. In D. Matusiewicz & L. Kaiser (Hrsg.), *Digitales Betriebliches Gesundheitsmanagement* (S. 159–170). Springer Gabler. https://doi.org/10.1007/978-3-658-14550-7_10
- Angermeier, G. (16.05.2016). *PDCA-Zyklus: Plan - Do - Check - Act*. projektmagazin. <https://www.projektmagazin.de/glossarterm/pdca-zyklus>
- Auer, S. R., Höfler, M., Linsmayer, E., Beránková, A., Prieschl, D., Ratajczak, P., Šteffl, M. & Holmerová, I. (2018). Cross-sectional study of prevalence of dementia, behavioural symptoms, mobility, pain and other health parameters in nursing homes in Austria and the Czech Republic: Results from the DEMDATA project. *BMC Geriatrics*, 18(178). <https://doi.org/10.1186/s12877-018-0870-8>
- Blattner, A. & Mayer, M. (2018). *Handbuch Betriebliche Gesundheitsförderung (5. neu bearbeitete Auflage)*. Österreichisches Netzwerk für BGF. <https://www.netzwerk-bgf.at/cdscontent/load?contentid=10008.649257&version=1518177036>
- Bolier, L., Ketelaar, S. M., Nieuwenhuijsen, K., Smeets, O., Gärtner, F. R. & Sluiter, J. K. (2014). Workplace mental health promotion online to enhance well-being of nurses and allied health professionals: A cluster-randomized controlled trial. *Internet Interventions*, 1(4), 196–204. <https://doi.org/10.1016/j.invent.2014.10.002>
- Brause, M., Horn, A., Büscher, A. & Schaeffer, D. (2010). *Gesundheitsförderung in der stationären Langzeitversorgung—Teil II* (Nr. P10-144; Veröffentlichungsreihe des Instituts für Pflegewissenschaften an der Universität Bielefeld). Institut für Pflegewissenschaften an der Universität Bielefeld. <https://www.uni-bielefeld.de/fakultaeten/gesundheitswissenschaften/ag/ipw/downloads/ipw-144.pdf>
- Brijoux, T., Woopen, C. & Zank, S. (2021). Multimorbidity in old age and its impact on life results. *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie*, 54(2), 108–113. <https://doi.org/10.1007/s00391-021-01920-9>
- Bundesministerium für Arbeit und Soziales. (2017). *Weißbuch Arbeiten 4.0*. <https://www.bmas.de/SharedDocs/Downloads/DE/Publikationen/a883->

weissbuch.pdf;jsessionid=3156D6BFDF4A2B05F37621DCDD697D5C.delivery1-master?__blob=publicationFile&v=1

Bundesministerium für Gesundheit. (30.08.2022). *Digitalisierung im Gesundheitswesen*. <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/themen/digitalisierung/digitalisierung-im-gesundheitswesen.html>

Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz. (13.07.2022). *Allgemeines zum Thema „Pfleger Angehörige“*. oesterreich.gv.at - Österreichs digitales Amt. <https://www.oesterreich.gv.at/themen/soziales/pflege/5/Seite.360524.html>

Cichocki, M., Quehenberger, V., Zeiler, M. & Krajic, K. (2015). Gesundheit am Arbeitsplatz in der stationären Altenbetreuung. *Prävention und Gesundheitsförderung*, 10(3), 206–211. <https://doi.org/10.1007/s11553-015-0498-x>

Deterding, S., Dixon, D., Khaled, R. & Nacke, L. (28.-30.09.2011). *From game design elements to gamefulness: Defining „gamification“* [Präsentation]. 15th International Academic MindTrek Conference: Envisioning Future Media Environments, Tampere, Finland. <https://doi.org/10.1145/2181037.2181040>

Dietrich, U., Rößler, M., Bellmann, M. & Kirch, W. (2015). Betriebliches Gesundheitsmanagement in der Altenpflege: Unter besonderer Berücksichtigung der Pflege dementer Menschen. *Prävention und Gesundheitsförderung*, 10(1), 3–10. <https://doi.org/10.1007/s11553-014-0458-x>

Döring, S., Lange, N. & Schade, C. (2018). Ein Serious Game für Führungskräfte im Pflegebereich. *Prävention und Gesundheitsförderung*, 13(4), 292–297. <https://doi.org/10.1007/s11553-018-0662-1>

Drupp, M. & Meyer, M. (2020). Belastungen und Arbeitsbedingungen bei Pflegeberufen – Arbeitsunfähigkeitsdaten und ihre Nutzung im Rahmen eines Betrieblichen Gesundheitsmanagements. In K. Jacobs, A. Kuhlmeier, S. Greß, J. Klauber, & A. Schwinger (Hrsg.), *Pflege-Report 2019: Mehr Personal in der Langzeitpflege—aber woher?* (S. 23–47). Springer. https://doi.org/10.1007/978-3-662-58935-9_2

Egger, J. W. (2008). Grundlagen der „Psychosomatik“: Zur Anwendung des biopsychosozialen Krankheitsmodell. *Psychologische Medizin*, 19(2), 12–22.

https://www.researchgate.net/publication/301229632_Grundlagen_der_Psychosomatik_Zur_Anwendung_des_biopsychosozialen_Krankheitsmodells_in_der_Praxis

Egger, M., Razum, O., Rieder, A., Fenner, L., Habermann-Horstmeier, L., Jahn, A. & Probst-Hensch, N. (2018). Public Health: Konzepte, Disziplinen und Handlungsfelder. In M. Egger, O. Razum & A. Rieder (Hrsg.), *Public Health Kompakt* (3. Auflage) (S. 1-30). De Gruyter. <https://doi.org/10.1515/9783110466867-005>

European Network for Workplace Health Promotion. (2018). *The Luxembourg Declaration on Workplace Health Promotion in the European Union: Version of April 2018*. https://www.enwhp.org/resources/toolip/doc/2022/01/26/1_luxembourg_declaration_2018.pdf

Fent, T. & Fürnkranz-Prskawetz, A. (o. J.). Übersicht über den Demographischen Wandel in Österreich. In Bundesministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Konsumentenschutz (Hrsg.), *Demographischer Wandel—Geänderte Rahmenbedingungen für den Sozialstaat?*. Bundesministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Konsumentenschutz. https://www.sozialministerium.at/dam/jcr:6375bc0a-d6a7-4c93-879e-b2e7acb13668/dokument_demographischer_wandel_22_11_2019_barrierefrei.pdf

Gollner, E., Stahl, H. K. & Schnabel, F. (2020). *Betriebe gesund managen: Systemorientiertes Handeln für ein nachhaltiges BGM*. Haufe.

Haas, R. & Reblin, S. (2021). *Bio-psycho-soziales betriebliches Gesundheitsmanagement für Sozial- und Gesundheitsberufe*. Ernst Reinhardt Verlag München.

Hasselmann, O. (2018). Digitales BGM für die Arbeitswelt 4.0. In D. Matusiewicz & L. Kaiser (Hrsg.), *Digitales Betriebliches Gesundheitsmanagement* (S. 57–71). Springer Gabler. https://doi.org/10.1007/978-3-658-14550-7_3

Howarth, A., Quesada, J., Silva, J., Judycki, S. & Mills, P. R. (2018). The impact of digital health interventions on health-related outcomes in the workplace: A systematic review. *Digital Health*, 4, 2055207618770861. <https://doi.org/10.1177/2055207618770861>

Initiative Neue Qualität der Arbeit & Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege. (2018). *Digitalisierung in der Pflege: Wie intelligente Technologien die Arbeit*

https://inqa.de/SharedDocs/downloads/webshop/pflege-4.0?__blob=publicationFile

- Janson, P. & Rathmann, K. (2021). Berufliche Belastungen, psychische Beanspruchung und Gesundheitskompetenz bei Pflegekräften in der ambulanten Altenpflege: Eine quantitative Online-Befragung in ausgewählten bayerischen Großstädten. *Prävention und Gesundheitsförderung*, 16(4), 344–353. <https://doi.org/10.1007/s11553-020-00826-5>
- Jimenez, P. & Bregenzer, A. (2018). Integration of eHealth Tools in the Process of Workplace Health Promotion: Proposal for Design and Implementation. *Journal of Medical Internet Research*, 20(2): e65. <https://doi.org/10.2196/jmir.8769>
- Joiko, K., Schmauder, M. & Wolff, G. (2010). *Psychische Belastung und Beanspruchung im Berufsleben: Erkennen—Gestalten*. Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin. https://www.baua.de/DE/Angebote/Publikationen/Praxis/A45.pdf?__blob=publicationFile&v=1
- Käfer, A.-K. & Niederberger, M. (2020). Die Zukunft des digitalen Betrieblichen Gesundheitsmanagements. *Prävention und Gesundheitsförderung*, 15(2), 151–158. <https://doi.org/10.1007/s11553-019-00741-4>
- Kahnt, F., Wihofszky, P. & Ohm, H.-P. (2020). Betriebliches Gesundheitsmanagement in der ambulanten Pflege. *Prävention und Gesundheitsförderung*, 15(1), 21–26. <https://doi.org/10.1007/s11553-019-00734-3>
- Kaiser, L. & Matusiewicz, D. (2018). Effekte der Digitalisierung auf das Betriebliche Gesundheitsmanagement (BGM). In D. Matusiewicz & L. Kaiser (Hrsg.), *Digitales Betriebliches Gesundheitsmanagement* (S. 1–34). Springer Gabler. https://doi.org/10.1007/978-3-658-14550-7_1
- Kloos, N., Drossaert, C. H. C., Bohlmeijer, E. T. & Westerhof, G. J. (2019). Online positive psychology intervention for nursing home staff: A cluster-randomized controlled feasibility trial of effectiveness and acceptability. *International Journal of Nursing Studies*, 98, 48–56. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2019.06.004>
- Krupp, E., Hielscher, V. & Kirchen-Peters, S. (2020). Betriebliche Gesundheitsförderung in der Pflege – Umsetzungsbarrieren und Handlungsansätze. In K. Jacobs, A. Kuhlmeier, S.

- Greß, J. Klauber & A. Schwinger (Hrsg.), *Pflege-Report 2019: Mehr Personal in der Langzeitpflege—aber woher?* (S. 113–122). Springer. https://doi.org/10.1007/978-3-662-58935-9_8
- Mairhuber, I. (2019). Arbeitsbedingungen in der Pflege und Betreuung: Hohe Belastungen, geringe Entlohnung, große Herausforderung. In U. Filipič (Hrsg.), *Gute Arbeit in Gesundheits- und Sozialberufen?!*. Verlag des Österreichischen Gewerkschaftsbundes GmbH. <https://emedien.arbeiterkammer.at/viewer/api/v1/records/AC15461214/files/source/AC15461214.pdf>
- Mojtahedzadeh, N., Neumann, F. A., Rohwer, E., Augustin, M., Zyriax, B.-C., Harth, V. & Mache, S. (2021). Betriebliche Gesundheitsförderung in der Pflege. *Prävention und Gesundheitsförderung*, 16(2), 163–169. <https://doi.org/10.1007/s11553-020-00800-1>
- Österreichische Plattform für Interdisziplinäre Altersfragen. (2022). *Österreichische Interdisziplinäre Hochaltrigenstudie Welle III 2019-2022: Die Herausforderungen des hohen Alters*. http://www.oepia.at/hochaltrigkeit/wp-content/uploads/2022/07/OEIHS_Welle3-Endbericht_FINAL.pdf
- Österreichische Raumordnungskonferenz. (2022). *ÖROK-Regionalprognosen 2021 bis 2050: Bevölkerung* (Nr. 212; Schriftenreihe). https://www.oerok.gv.at/fileadmin/user_upload/publikationen/Schriftenreihe/212/O__ROK_212_OEROK-BevPrognose_2021-2050.pdf
- Pratscher, K. (2021). *Pflegedienstleistungsstatistik 2020*. Statistik Austria. https://www.statistik.at/fileadmin/pages/346/Pflegedienstleistungsstatistik_2020.pdf
- Rappold, E. & Juraszovich, B. (2019). *Pflegepersonal-Bedarfsprognose für Österreich*. Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz. <https://broschuerenservice.sozialministerium.at/Home/Download?publicationId=722>
- Rechnungshof Österreich. (2020). *Pflege in Österreich: Bericht des Rechnungshofes*. https://www.rechnungshof.gv.at/rh/home/home/004.682_Pflege_Oesterreich.pdf
- Reuter, T. & Jungkunz, C. (2015). Betriebliches Eingliederungsmanagement im Betrieblichen Gesundheitsmanagement. In J. Prümper, T. Reuter & A. Sporbert (Hrsg.), *Betriebliches Eingliederungsmanagement erfolgreich umsetzen: Ergebnisse aus einem transnationalen*

Projekt (S. 9–14). Hochschule für Technik und Wirtschaft (HTW) Berlin. http://www.bem-netz.org/wp-content/uploads/2015/09/2015_06_Sammelband_BEM-Netz_Web.pdf?Eingliederungsmanagement

Robausch, M. & Grün, S. (2015). Verbreitung von Demenz auf Basis von Routinedaten. In S. Höfler, T. Bengough, P. Winkler & R. Griebler (Hrsg.), *Österreichischer Demenzbericht 2014* (S. 21–27). Bundesministerium für Gesundheit und Sozialministerium. https://goeg.at/sites/goeg.at/files/2017-06/oesterreichischer_demenzbericht_2014.pdf

Rohwer, E., Mojtahedzadeh, N., Harth, V. & Mache, S. (2020). Stressoren, Stresserleben und Stressfolgen von Pflegekräften im ambulanten und stationären Setting in Deutschland. *Zentralblatt für Arbeitsmedizin, Arbeitsschutz und Ergonomie*, 71(1), 38–43. <https://doi.org/10.1007/s40664-020-00404-8>

Schaarschmidt, N. (27.09.2018). *Erste Evaluationsergebnisse: Wie kommt das Lernspiel bei Führungskräften an?*. Stress-Rekord. <https://www.stressrekord.de/erste-evaluationsergebnisse-wie-kommt-das-lernspiel-bei-fuehrungskraeften-an/>

Schaarschmidt, N. (28.02.2019). *Evaluationsergebnisse der Erprobung: Wie geeignet ist das Lernspiel für Führungskräfte in der Pflege und trägt es dazu bei, für gesundheitsförderliches Führungsverhalten zu sensibilisieren?*. Stress-Rekord. <https://www.stressrekord.de/evaluationsergebnisse-der-erprobung-wie-geeignet-ist-das-lernspiel-fuer-fuehrungskraefte-in-der-pflege-und-traegt-es-dazu-bei-fuer-gesundheitsfoerderliches-fuehrungsverhalten-zu-sensibilisieren/>

Schade, C. (26.07.2019). *“Stress-Rekord” nun frei verfügbar!*. Stress-Rekord. <https://www.stressrekord.de/stress-rekord-nun-frei-verfuegbar/>

Schneider, C. & Deufert, D. (2015). Professionelle Pflege und Betreuung. In S. Höfler, T. Bengough, P. Winkler & R. Griebler (Hrsg.), *Österreichischer Demenzbericht 2014* (S. 70–77). Bundesministerium für Gesundheit und Sozialministerium. https://goeg.at/sites/goeg.at/files/2017-06/oesterreichischer_demenzbericht_2014.pdf

Schönherr, D. (2021). *Arbeitsbedingungen in Pflegeberufen: Sonderauswertung des Österreichischen Arbeitsklima Index*. Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz. <https://broschuerenservice.sozialministerium.at/Home/Download?publicationId=784>

- Schulz, E. (2012). Pflegemarkt: Drohendem Arbeitskräftemangel kann entgegengewirkt werden. *DIW Wochenbericht*, Nr. 51/52, 3–17. https://www.diw.de/documents/publikationen/73/diw_01.c.413133.de/12-51-1.pdf
- Sostmann, K., Tolks, D., Fischer, M. & Buron, S. (2010). Serious Games for Health: Spielend lernen und heilen mit Computerspielen?. *GMS Medizinische Informatik, Biometrie und Epidemiologie*, 6(2):Doc12. <https://doi.org/10.3205/mibe000112>
- Statistik Austria. (2022a). *Arbeitsunfälle und arbeitsbezogene Gesundheitsprobleme: Modul der Arbeitskräfteerhebung 2020*. https://statistik.at/fileadmin/publications/arbeitsunfaelle_und_arbeitsbezogene_gesundheit_sprobleme_2020.pdf
- Statistik Austria. (2022b). *Demographisches Jahrbuch*. <https://www.statistik.at/fileadmin/publications/Demographisches-JB-2020.pdf>
- Steidl, S. & Nigg, B. (2014). *Gerontologie, Geriatrie und Gerontopsychiatrie: Ein Lehrbuch für Pflege- und Gesundheitsberufe* (4. Auflage). Facultas Verlags- und Buchhandels AG.
- von Reibnitz, C. & Sonntag, K. (2019). Best Practice: Betriebliches Gesundheitsmanagement. *Pflegezeitschrift*, 72(10), 32–35. <https://doi.org/10.1007/s41906-019-0160-x>
- Waldhör, K. (2018). Anwendungen von Smartwatches und Wearables im Betrieblichen Gesundheitsmanagement. In D. Matusiewicz & L. Kaiser (Hrsg.), *Digitales Betriebliches Gesundheitsmanagement* (S. 137–157). Springer Gabler. https://doi.org/10.1007/978-3-658-14550-7_9
- Walle, O. (2018). Der Einsatz digitaler Lösungen zum Erreichen und zur Motivation von Beschäftigten in einem BGM. In D. Matusiewicz & L. Kaiser (Hrsg.), *Digitales Betriebliches Gesundheitsmanagement* (S. 83–97). Springer Gabler. https://doi.org/10.1007/978-3-658-14550-7_5
- Winter, R. & Riedl, R. (2022). Chancen und Herausforderungen eines digitalen betrieblichen Gesundheitsmanagements. *Prävention und Gesundheitsförderung*, 17(1), 7–12. <https://doi.org/10.1007/s11553-021-00830-3>

World Health Organization. (2012). *Dementia: A public health priority*.
https://extranet.who.int/mindbank/external_link/5191/7e68db675975a11c147395260dbd03f0d5050724

World Health Organization. (2020). *basic documents: Forty-ninth edition (including amendments adopted up to 31 May 2019)*. https://apps.who.int/gb/bd/pdf_files/BD_49th-en.pdf

Onlinequellen

<https://fgoe.org/glossar/ressourcen> [Abruf am 07.12.2022]