



Subjektive Gesundheit von Notfallpflegefachpersonen – eine Querschnittstudie

Raphaela Ulmann¹ · Adelheid Zeller¹ · Julian Hirt^{1,2} ¹ Departement für Gesundheit, Ostschweizer Fachhochschule, St. Gallen, Schweiz² Pragmatic Evidence Lab, Research Center for Clinical Neuroimmunology and Neuroscience Basel (RC2NB), Universität Basel und Universitätsspital Basel, Basel, Schweiz

Zusammenfassung

Hintergrund: Internationale Studien zeigen, dass Notfallpflegefachpersonen (NPF) Stressoren ausgesetzt sind, die sich negativ auf ihre Gesundheit auswirken.

Zielsetzung: Das Ziel der Studie war, den selbst eingeschätzten Gesundheitszustand von NPF aus Akutspitälern der Deutschschweiz zu erfassen und den Zusammenhang zwischen Gesundheitszustand, Alter, Berufserfahrungsjahren und der Zusatzqualifikation „Nachdiplomstudiengang (NDS) Notfallpflege“ zu untersuchen.

Methode: Im Rahmen einer Onlineumfrage befragten wir NPF aus deutsch- und zweisprachigen Spitälern. Der Fragebogen umfasste fünf Bereiche: (1) selbst bewerteter Gesundheitszustand (Self-Rated Health; SRH), (2) körperliche, (3) psychische und (4) soziale Gesundheit sowie (5) demografische Daten.

Ergebnisse: 539 NPF füllten die Umfrage vollständig aus. 87 % waren weiblich, und das Durchschnittsalter betrug 40 Jahre. 81 % schätzten ihren Gesundheitszustand als „gut“ bis „sehr gut“ ein. Körperliche Beschwerden gaben am häufigsten die jüngsten und ältesten Befragten an. Psychische Beschwerden nahmen mit zunehmendem Alter und Berufserfahrung ab. Bei Personen mit abgeschlossenem NDS traten Hinweise einer Major Depression am seltensten auf.

Schlussfolgerung: Obwohl über 80 % der NPF ihre Gesundheit als „gut“ bis „sehr gut“ einschätzten, gaben sie häufige und stark ausgeprägte körperliche und psychische Beschwerden an. Die Ergebnisse verdeutlichen die Notwendigkeit, die subjektive Gesundheit von NPF zu erforschen und wirksame Maßnahmen für deren Verbesserung zu entwickeln. Möglicherweise profitieren jüngere und berufseinsteigende NPF von präventiven Maßnahmen sowie von attraktiven Arbeitsbedingungen, die eine gute Vereinbarkeit von Beruf und Privatleben ermöglichen.

Schlüsselwörter

Work-Life-Balance · Berufserfahrung · Akutspital · Self-Rated Health · Betriebliche Gesundheitsförderung

Zusatzmaterial online

Zusätzliche Informationen sind in der Online-Version dieses Artikels (<https://doi.org/10.1007/s10049-025-01566-9>) enthalten.



QR-Code scannen & Beitrag online lesen

Die Weltbevölkerung wächst und altert, die Gesundheitsprobleme werden komplexer, und der globale Fachkräftemangel im Gesundheitswesen nimmt zu [42]. Die COVID-19-Pandemie verschärfte den akuten Pflege-mangel in Europa. Sie führte zu einem Anstieg der Berufsausstiege und zu erhöhten gesundheitlichen Risiken für das Pflegepersonal [22]. Es war bereits vor der Pandemie bekannt, dass Pflegefachpersonen diversen physischen und psychischen Belastungen ausgesetzt sind, die ihre Ge-

sundheit und ihr Gesundheitsverhalten beeinträchtigen [43].

In besonders hohem Maße sind Notfallpflegefachpersonen (NPF) zudem starkem Zeitdruck, unvorhersehbarer Arbeitsintensität und einem erhöhten Risiko für Traumatisierung konfrontiert [7, 23]. Internationale Studien beschreiben körperliche und psychische Belastungen: 73 % von 380 teilnehmenden NPF berichten über Knie-schmerzen, 70 % über Rückenprobleme, 60 % über Nacken- und Schulterschmer-

zen [8]. In einer Studie mit 30 Teilnehmenden berichteten 73 % der NPF über eine schlechte Schlafqualität [40]. In einer weiteren Studie erwähnten 65 % von 4856 NPF Schlafprobleme [14]. Insbesondere Erschöpfungsdepressionen treten gehäuft auf und stehen in engem Zusammenhang mit hoher Arbeitsbelastung [21, 27, 37].

In Deutschland leiden über zwei Drittel des Notfallpersonals an emotionaler Erschöpfung [41]. In der Schweiz berichteten 65 % von 91 teilnehmenden Notfallpflegefachpersonen über sich aufdrängende Erinnerungen und 30 % über Flashbacks. Hierbei waren Flashbacks verbunden mit einer erhöhten Symptomatik von Angst, Depression und emotionaler Erschöpfung [24]. Eine Studie in einer Schweizer Stadt zeigte, dass Notfall- und Psychiatriepflegefachpersonen im Vergleich mit Polizei, Feuerwehr und Rettungssanitätsdienst am häufigsten von posttraumatischen Stresssymptomen betroffen sind [38].

Zudem besteht ein Zusammenhang zwischen der Gesundheit von Pflegefachpersonen mit dem Alter und der Berufserfahrung. Hierzu sind die Forschungsergebnisse jedoch uneinheitlich. Die Studienlage beschreibt einen Zusammenhang zwischen dem Alter und der Zunahme von muskuloskeletalen Beschwerden [20, 39]. Laut einem Review zur psychischen Gesundheit nimmt das Depressionsrisiko mit zunehmendem Alter ab [9]. Das erlebte Stressempfinden nimmt zwar mit steigender Berufserfahrung ab. Dies hat jedoch keinen signifikanten Einfluss auf das Depressionsrisiko [30]. Müdigkeit und Schlafstörungen können sich mit zunehmender Berufserfahrung verstärken [13, 26].

In der Schweiz erlebt das Notfallpflegepersonal eine zunehmende Arbeitsbelastung. Geplante Spitalaufnahmen gehen seit 2001 zurück, während die Zahl der Notfalleinweisungen steigt. Die durchschnittliche Spitalaufenthaltsdauer hat sich in den letzten 20 Jahren um etwa 30 % verkürzt. Dadurch hat sich die Arbeitsbelastung auf den Notfallstationen erhöht. Patientinnen und Patienten sind bei der Aufnahme älter und multimorbider [16]. Um den Anforderungen gerecht zu werden, gibt es seit 2009 eine spezielle Ausbildung für NPF. Der Nachdiplomstudiengang (NDS) Not-

fallpflege umfasst 900 Lernstunden über zwei Jahre und qualifiziert Absolvierende für hochspezialisierte Aufgaben wie Ersteinschätzung, Triage, selbstständiges Handeln im Kompetenzrahmen sowie die Koordination mit dem ärztlichen Dienst. Die Ausbildung ermöglicht eine Spezialisierung und erfüllt internationale Qualitätsstandards, wodurch die Schweizer Notfallpflege international gut positioniert ist. Schutz und Erhalt der eigenen Gesundheit ist bereits im Rahmen dieser Ausbildung ein Thema [31, 32]. Das Schweizer Arbeitsgesetz (ArG) regelt für Pflegekräfte eine maximale Wochenarbeitszeit von 50 h. Im Vergleich zu den Arbeitszeitgrenzen vieler anderer europäischer Länder liegt dieser Wert höher. Der Personalschlüssel von 7,9 Patienten pro NFP auf Schweizer Notfallstationen bewegt sich hingegen im europäischen Mittelfeld. In der Schweiz fehlen spezifische Daten zu Notfallpflegesettings. Zudem ist die Übertragbarkeit internationaler Studienergebnisse aufgrund von genannten Unterschieden in Ausbildung, Personalschlüssel und Pflegekompetenzen fraglich. Mit der zunehmenden Komplexität der Gesundheitsversorgung und den steigenden Anforderungen an NFP ist es wichtig, die Auswirkungen auf die physische und psychische Gesundheit dieser Berufsgruppe genauer zu untersuchen. Diese Forschungslücke ist besonders relevant, da der Schutz und Erhalt der Gesundheit von NPF entscheidend für die Sicherstellung einer hochwertigen Notfallversorgung ist.

Ziel

Diese Studie zielt darauf ab, den selbst bewerteten Gesundheitszustand von NPF zu erfassen, die in Akutspitälern der Deutschschweiz arbeiten. Uns interessierte der Zusammenhang zwischen dem Gesundheitszustand, dem Alter und den Berufserfahrungsjahren. Zudem wollten wir den Zusammenhang zwischen dem Gesundheitszustand und der Zusatzqualifikation „Nachdiplomstudiengang (NDS) Notfallpflege“ untersuchen.

Methode

Design

Um den subjektiven Gesundheitszustand von NPF einmalig zu erheben, wählten wir eine Querschnittstudie. Wir strebten eine Vollerhebung aller NPF an, die zum Erhebungszeitpunkt auf Notfallstationen (akut somatische Versorgung von Kindern und/oder Erwachsenen, 24-Stunden-Betrieb) von Listenspitälern (s. *Online-Zusatzmaterial*) mit kantonaler Bewilligung arbeiteten.

Datenerhebung

Wir entschieden uns für ein Online-Survey (elektronisch, standardisiert, anonym). Den Fragebogen generierten wir mit dem Umfragetool „EFS Survey“ (Tivian XI GmbH, München, Deutschland). Er lehnte sich an Teilerhebungen des Fragebogens der Schweizerischen Gesundheitsbefragung (SGB) an und umfasste fünf Bereiche:

1. selbst eingeschätzter Gesundheitszustand (Self-Rated Health SRH)
2. körperliche Gesundheit
3. psychische Gesundheit
4. soziale Gesundheit sowie
5. demografische Daten (s. *Online-Zusatzmaterial*).

Mittels eines Pretests mit fünf Personen überprüften wir die Verständlichkeit der Fragen, die Sinnhaftigkeit der Fragebogenstruktur und die technische Funktionalität. Wir führten das Zwei-Phasen-Pretesting durch. Es verbindet in Phase 1 die Anwendung kognitiver Techniken mit dem Standard-Pretest in Phase 2 ([34, 35]; s. *Online-Zusatzmaterial*).

Der Fragebogen richtete sich an diplomierte Pflegefachpersonen mit abgeschlossener Grundausbildung in Festanstellung, unabhängig vom Beschäftigungsgrad und von Zusatzfunktion(en) (z. B. im Bereich „Ausbildung“ oder „Führung“).

Rekrutierung

Wir haben sämtliche Spitäler telefonisch kontaktiert, um die Ein- und Ausschlusskriterien zu verifizieren. Die Rekrutierungsanfrage erfolgte via E-Mail und richtete

sich an die pflegerische Leitung der Notfallstationen. Die E-Mail enthielt eine Projektvorstellung, ein Factsheet mit Projektinformationen in komprimierter Form und einen Link zu einer ausführlichen Beschreibung des geplanten Forschungsvorhabens in ausführlicher Form. Ein vorformuliertes Mail zur Weiterleitung an die NPF der jeweiligen Notfallstation enthielt einen Link und ein QR-Code zur Onlineumfrage.

Datenanalyse

Die statistische Analyse erfolgte mit IBM SPSS Statistics 27. Für die metrisch skalierten demografischen Daten berechneten wir die Lage anhand des Mittelwerts. Die Variabilität ermittelten wir anhand der Standardabweichung, des Minimal- und des Maximalwerts. Von den nominal- und ordinalskalierten Variablen der Stichprobencharakteristika beschrieben wir die absolute und die prozentuale Häufigkeit. Um abzubilden, wie demografischen Variablen mit der subjektiv wahrgenommenen Gesundheit zusammenhängen, kamen induktive Testverfahren zur Anwendung.

Hierzu führten wir eine Kontingenzanalyse durch, basierend auf dem Pearson-Chi-Quadrat-Test mit einem Signifikanzniveau von $\alpha = 0,05$. Bei statistisch signifikanten Chi-Quadrat-Werten berechneten wir als Zusammenhangsmaß Cramers V. Dabei nahmen wir bei einem Wert bis 0,3 einen „leichten“ Zusammenhang zwischen zwei Variablen an. Zwischen 0,3 und 0,5 gingen wir von einem „mittelstarken“ Zusammenhang aus, bei Werten über 0,5 von einem „starken“ Zusammenhang. Diese Einteilung orientiert sich an etablierten Bereichen in der Sozialwissenschaft [25]. Personen, welche die Umfrage nicht beendeten, schlossen wir aus.

Ethische Aspekte

Die Befragten bestätigten ihr informiertes Einverständnis zur Teilnahme auf der ersten Seite des Fragebogens. Sie waren darüber informiert, dass die Teilnahme freiwillig ist und Fragen auch unbeantwortet übersprungen werden können. Jederzeit konnten sie die Teilnahme abbrechen.

Reporting

Um diesen Studienbericht zu strukturieren, orientierten wir uns an den STROBE-Kriterien (Strengthening the Reporting of Observational studies in Epidemiology) [15].

Ergebnisse

Gemäß kantonaler Spitalisten erfüllten 89 Notfallstationen die Einschlusskriterien der Studie. Wir haben diese Spitäler zwischen Juni und September 2022 telefonisch kontaktiert. Nach Ausschluss von vier Notfallstationen ohne diplomiertes Pflegefachpersonal fragten wir 85 Notfallstationen via Mail an. Detailinformationen zum Forschungsplan fügten wir bei. Sechzig Personen bestätigten die Teilnahme. Der Link zur Umfrage erreichte etwa 1822 NPF (ungefähre Anzahl von ± 50 Personen ergibt sich aus Rückmeldungen der Leitungspersonen, neun Spitäler konnten keine genaue Auskunft darüber geben, wie viele Personen in ihrer Einrichtung die Einschlusskriterien der Befragung erfüllen). Das Gesamtsample der Pflegefachpersonen, die innerhalb von dreißig Tagen an der Umfrage teilgenommen haben, war $n = 584$. Davon haben $n = 37$ Personen die Umfrage nicht beendet. $n = 8$ Personen lehnten den „Informed Consent“ ab. Daraus ergab sich eine auswertbare Stichprobengröße von $n = 539$ NPF (■ Abb. 1).

Beschreibung der Stichprobe

Die teilnehmenden NPF waren zu 87% weiblich und im Durchschnitt vierzig Jahre alt. Die Berufserfahrung lag insgesamt zwischen einem und 48 Jahren (Durchschnitt: 19,6 Jahre). Hierbei arbeiteten über 75% der Befragten bereits mehr als zehn Jahre als diplomierte Pflegefachperson. Im Mittel haben sie 10,7 Jahre auf der Notfallstation verbracht, davon 9,2 Jahre mit NDS. Über diese Qualifikation verfügten 57% der Teilnehmenden. 20% der Befragten waren in einer Zusatzfunktion im Bereich Management tätig, jeweils ca. 10% in den Bereichen „Fach“ oder „Ausbildung“. Über 54% waren mit einem Beschäftigungsgrad von 81–100% angestellt (■ Tab. 1).

Subjektive Gesundheit: Ergebnisse der deskriptiven Statistik

Achtzig Prozent der Teilnehmenden nahmen ihren Gesundheitszustand als „sehr gut“ bis „gut“ wahr. Körperliche Beschwerden, welche die Teilnehmenden am häufigsten als „stark“ bewerteten, waren „Allgemeine Schwäche, Müdigkeit, Energielosigkeit“ (29%), „Schmerzen in den Schultern, im Nacken und/oder in den Armen“ (23%) und „Einschlaf- oder Durchschlafstörungen“ (22%). Wegen körperlicher Beschwerden nahmen 58% eine Behandlung in Anspruch.

Die häufigsten psychischen Beschwerden, welche die Befragten an „mehr als der Hälfte der Tage“ bis „beinahe jeden Tag“ wahrnahmen, sind ebenfalls „Müdigkeit oder Energielosigkeit“ (30%), „Schwierigkeiten, ein- oder durchzuschlafen, oder vermehrter Schlaf“ (29%) und „verminderter Appetit oder übermäßiges Bedürfnis zu essen“ (15%). Gemäß Auswertung des PHQ-9 finden sich bei 59% der Teilnehmenden Hinweise für das Vorliegen einer Major Depression. Innerhalb eines Jahres begaben sich 7% der Befragten in psychologische Behandlung. In Bezug auf die soziale Gesundheit berichten 49% über drei bis fünf nahestehende Personen. Hiervon haben 85% mehrere Personen, mit denen sie jederzeit Probleme besprechen können. Die Mehrheit nimmt entweder mindestens einmal wöchentlich (32%) oder mindestens einmal monatlich (33%) an einer sozialen Aktivität teil (■ Tab. 2).

Zusammenhänge zwischen demografischen Variablen und Gesundheit

Das Alter der Teilnehmenden steht in einem signifikanten Zusammenhang mit mehreren Variablen aus der körperlichen und psychischen Gesundheit sowie mit einer Variablen aus der sozialen Gesundheit. Personen im Alter von 40 bis 49 Jahren berichteten am seltensten über starke körperliche Beschwerden. Hingegen erwähnten Personen ab 60 Jahren am häufigsten starke körperliche Beschwerden. Kopfschmerzen, Druck im Kopf oder Gesichtsschmerzen nannten die 20- bis 29-Jährigen und die 30- bis 39-Jährigen am häufigsten (Cramers V = 0,128, $\alpha = 0,05$).

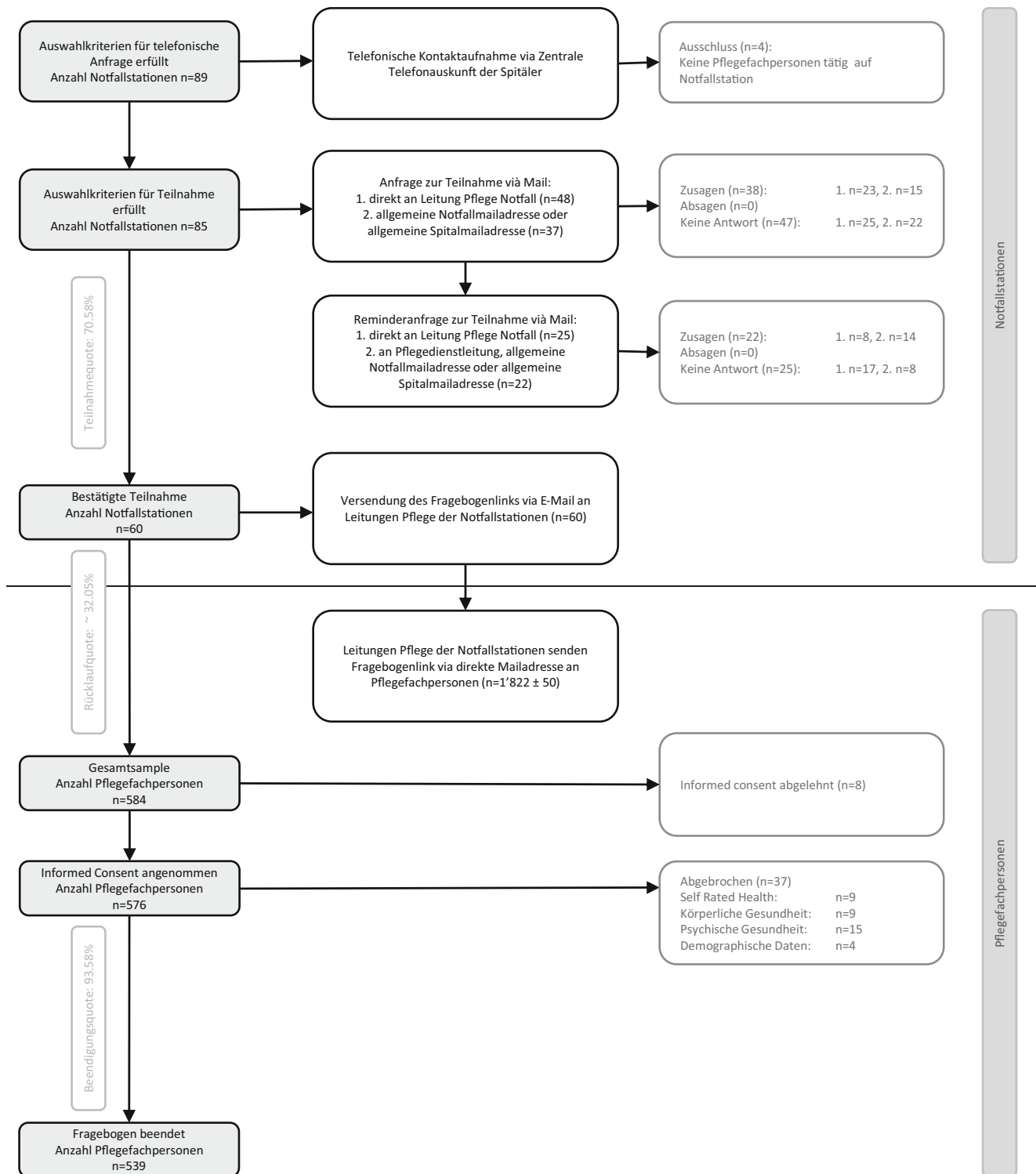


Abb. 1 ▲ Flowchart Stichprobenbildung

Die Inanspruchnahme einer Behandlung wegen körperlicher Beschwerden ist bei den 40- bis 49-Jährigen am geringsten (Cramers $V=0,178$, $\alpha=0,05$). Psychische Beschwerden wie Energielosigkeit (Cramers $V=0,133$, $\alpha=0,05$) und Hinweise

auf eine Major Depression (Cramers $V=0,176$, $\alpha=0,05$) nehmen mit höherem Alter ab und sind in der Altersgruppe ab 60 Jahren am seltensten. Auch die Anzahl nahestehender Personen nimmt mit zunehmendem Alter tendenziell ab

(Cramers $V=0,156$, $\alpha=0,05$), wobei die Altersgruppen der 50- bis 59-Jährigen und die Altersgruppe ab 60 Jahren am häufigsten über 0–2 nahestehende Personen berichten.

Tab. 1 Demografische Daten $n = 539$, n (%)	
Geschlecht	
Männlich	63 (11,7)
Weiblich	469 (87)
Divers	3 (0,6)
Alter in Jahren	MW/SD 40,0/10,7
20–29	101 (18,7)
30–39	177 (32,8)
40–49	137 (25,4)
50–59	97 (18,0)
60–66	18 (3,3)
Berufserfahrung insgesamt in Jahren	MW/SD 19,6/9,95
0–5	25 (4,6)
6–10	82 (15,2)
11–20	210 (39,0)
> 20	209 (38,8)
Berufserfahrung Notfall in Jahren	MW/SD 10,7/8,54
0–5	195 (36,2)
6–10	115 (21,3)
11–20	145 (26,9)
> 20	78 (14,5)
Qualifikation NDS	
Ja	308 (57,1)
Berufserfahrung mit NDS in Jahren	MW/SD 9,2/7,02
0–5	114 (21,2)
6–10	78 (14,5)
11–20	88 (16,3)
> 20	28 (5,2)
Nein	174 (32,3)
Ich bin aktuell im NDS	55 (10,2)
Zusatzfunktion	
Keine	295 (54,7)
Ja, nämlich:	232 (43,0)
Bereich Management	108 (20,0)
Bereich Ausbildung	55 (10,2)
Bereich Fachwissen/Expertise	60 (11,1)
Sonstige	9 (1,7)
Beschäftigungsgrad	
0–40 %	58 (10,8)
41–60 %	74 (13,7)
61–80 %	111 (20,6)
81–100 %	293 (54,4)
Anm.: die jeweilige Differenz zu $n = 539$ ergibt die Anzahl fehlender Werte MW Mittelwert, SD Standardabweichung	

Tab. 2 Subjektive Gesundheit: Ergebnisse der deskriptiven Statistik, n (%)				
Selbstwahrgenommener Gesundheitszustand	Sehr gut bis gut	Mittelmäßig	Schlecht bis sehr schlecht	
	434 (80,5)	89 (16,5)	15 (2,8)	
Körperliche Beschwerden	Überhaupt nicht	Ein bisschen	Stark	–
Rücken- oder Kreuzschmerzen	144 (26,7)	306 (56,8)	83 (15,4)	–
Allgemeine Schwäche, Müdigkeit, Energielosigkeit	73 (13,5)	311 (57,7)	154 (28,6)	–
Schmerzen oder Druckgefühl im Bauch	377 (69,9)	137 (25,4)	20 (3,7)	–
Durchfall, Verstopfung oder beides	348 (64,6)	152 (28,2)	32 (5,9)	–
Einschlaf- oder Durchschlafstörungen	149 (27,6)	266 (49,4)	120 (22,3)	–
Kopfschmerzen, Druck im Kopf oder Gesichtsschmerzen	225 (41,7)	236 (43,8)	75 (13,9)	–
Herzklopfen, Herzjagen oder Herzstolpern	394 (73,1)	125 (23,2)	17 (3,2)	–
Schmerzen oder Druck im Brustbereich	468 (86,8)	61 (11,3)	7 (1,3)	–
Fieber	457 (88,1)	42 (7,8)	13 (2,4)	–
Schmerzen in Schultern, Nacken und/oder Armen	174 (32,3)	238 (44,2)	124 (23,0)	–
Behandlung wegen körperlicher Beschwerden	316 (58,2)	–	–	–
Psychische Beschwerden	Überhaupt nicht	Einzelne Tage	Mehr als die Hälfte der Tage	Beinahe jeden Tag
Wenig Interesse an Tätigkeiten	150 (27,8)	311 (57,7)	57 (10,6)	14 (2,6)
Niedergeschlagenheit, Schwermut oder Hoffnungslosigkeit	274 (50,8)	210 (39,0)	36 (6,7)	9 (1,7)
Schwierigkeiten, ein- oder durchzuschlafen, oder vermehrter Schlaf	114 (21,2)	263 (48,8)	113 (21,0)	42 (7,8)
Müdigkeit oder Energielosigkeit	65 (12,1)	303 (56,2)	112 (20,8)	51 (9,5)
Verminderter Appetit oder übermäßiges Bedürfnis zu essen	260 (48,2)	192 (35,6)	57 (10,6)	21 (3,9)
Negative Selbsteinschätzung	295 (54,7)	194 (36,0)	32 (5,9)	7 (1,3)
Schwierigkeit, sich zu konzentrieren	283 (52,5)	203 (37,7)	33 (6,1)	8 (1,5)
Langsam bewegen oder sprechen oder ruhelos sein	410 (76,1)	101 (18,7)	11 (2,0)	4 (0,7)
Gedanken an Suizid oder an selbstschädigendes Verhalten	507 (94,1)	19 (3,5)	1 (0,2)	1 (0,2)
Hinweise auf Major Depression				
Keine oder minimale	206 (38,2)	–	–	–
Leichte bis schwere	320 (59,4)	–	–	–
Behandlung wegen psychischer Beschwerden	39 (7,2)	–	–	–
Soziale Gesundheit				
Anzahl der nahestehenden Personen	0	1–2	3–5	6 oder mehr
	1 (0,2)	81 (15,0)	265 (49,2)	186 (34,5)
Personen, um Probleme jederzeit zu besprechen	Ja, mehrere	Ja, eine Person	Nein	–
	450 (83,5)	78 (14,5)	5 (0,9)	–
Teilnahme an sozialer Aktivität	Mind. 1 × wöchentlich	Mind. 1 × monatlich	Ein paar Mal pro Jahr	Seltener bis nie
	170 (31,6)	180 (33,4)	90 (16,7)	93 (17,2)

Tab. 3 Zusammenhänge zwischen demografischen Variablen und Gesundheit			
	Alter (Jahre)	Berufserfahrung Notfall (Jahre)	NDS (ja/ nein)
Self-Rated Health	–	–	–
Körperliche Gesundheit			
Rücken- oder Kreuzschmerzen	–	–	–
Allgemeine Schwäche, Müdigkeit oder Energielosigkeit	+ Cramers V = 0,166	–	–
Schmerzen oder Druckgefühl im Bauch	+ Cramers V = 0,132	–	–
Durchfall, Verstopfung oder beides	+ Cramers V = 0,133	–	–
Einschlaf- oder Durchschlafstörungen	–	–	–
Kopfschmerzen, Druck im Kopf oder Gesichtsschmerzen	+ Cramers V = 0,128	+ Cramers V = 0,112	–
Herzklopfen, Herzjagen oder Herzstolpern	–	–	–
Schmerzen oder Druck im Brustbereich	–	–	–
Fieber	–	–	–
Schmerzen in Schultern, Nacken und/oder Armen	–	–	–
Behandlung wegen körperlichen Beschwerden	+ Cramers V = 0,178		
Psychische Gesundheit			
Wenig Interesse an Tätigkeiten	–	–	–
Niedergeschlagenheit, Schwermut oder Hoffnungslosigkeit	–	–	–
Schwierigkeiten, ein- oder durchzuschlafen, oder vermehrter Schlaf	–	–	–
Müdigkeit oder Energielosigkeit	+ Cramers V = 0,133	+ Cramers V = 0,110	–
Verminderter Appetit oder übermäßiges Bedürfnis zu essen	–	–	–
Negative Selbsteinschätzung	–	–	–
Schwierigkeit, sich zu konzentrieren	–	–	–
Langsam bewegen oder sprechen oder ruhelos sein	–	–	–
Gedanken an Suizid oder an selbstschädigendes Verhalten	–	–	–
PHQ 9 Major Depression	+ Cramers V = 0,176	+ Cramers V = 0,161	+ Cramers V = 0,153
Behandlung wegen psychischer Beschwerden	–	–	–
Soziale Gesundheit			
Anzahl der nahestehenden Personen	+ Cramers V = 0,156	–	–
Personen, um Probleme jederzeit zu besprechen	–	–	–
Teilnahme an sozialer Aktivität	–	–	–
Anm.: Die jeweilige Differenz zu $n = 539$ ergibt die Anzahl fehlender Werte „X“ = es besteht ein statistisch signifikanter Zusammenhang „–“ = es besteht kein statistisch signifikanter Zusammenhang bei einem Signifikanzniveau von $\alpha = 0,05$			

Die Berufserfahrung auf der Notfallstation zeigt signifikante Zusammenhänge mit Kopf- oder Gesichtsschmerzen (Cramers $V = 0,112$, $\alpha = 0,05$), Müdigkeit und Energielosigkeit (Cramers $V = 0,110$, $\alpha = 0,05$) sowie mit Hinweisen auf Major Depression (Cramers $V = 0,161$, $\alpha = 0,05$). Alle nehmen mit der steigenden Anzahl der Berufsjahre ab und sind mit über 20 Jahren Berufserfahrung am tiefsten. Ein signifikanter Zusammenhang besteht zwischen dem Absolvieren eines NDS und Hinweisen auf Major Depression (Cramers $V = 0,153$, $\alpha = 0,05$). Am häufigsten liegen Hinweise auf Major Depression während der Ausbildung vor. Mit abgeschlossenem NDS treten diese Hinweise am seltensten auf (■ Tab. 3).

Diskussion

In unserem Survey des selbst eingeschätzten Gesundheitszustands von NPF beschreiben 81 % der Befragten ihren Gesundheitszustand als „gut“ bis „sehr gut“. Dennoch geben die Teilnehmenden an, sowohl körperliche als auch psychische Beschwerden zu erleben – und zwar häufig und von teilweise starker Intensität. Dabei sind leichte Zusammenhänge erkennbar, dass insbesondere die jüngsten und ältesten Pflegefachpersonen am häufigsten von körperlichen Symptomen wie beispielsweise von allgemeiner Schwäche und Bauch- und Verdauungsbeschwerden betroffen sind. Hingegen nehmen mit zunehmendem Alter und steigender Berufserfahrung Kopfschmerzen, allgemeine Müdigkeit und Hinweise auf Major Depression ab. Das Absolvieren eines NDS steht lediglich mit Hinweisen auf Depression in einem Zusammenhang. Diese Hinweise bestehen am häufigsten während der Ausbildung und am seltensten nach Abschluss des NDS.

Sowohl von körperlichen als auch psychischen Beschwerden sind die teilnehmenden NPF deutlich häufiger und stärker betroffen als die allgemeine Schweizer Bevölkerung, wie Daten der Schweizerischen Gesundheitsbefragung (SGB) zeigen. Die SGB ist ein statistisches Mehrjahresprogramm des Bundes, das alle fünf Jahre stattfindet. Zuletzt wurden im Jahr 2022 über 20.000 Personen der ständigen Wohnbevölkerung ab 15 Jahren in Privat-

haushalten befragt. Die Datenerhebung in unserer Studie war mit derjenigen der SGB vergleichbar.

Dadurch ist ein Vergleich mit der Allgemeinbevölkerung möglich. Gemäß SGB liegt der Durchschnitt der selbst eingeschätzten Gesundheit in der Allgemeinbevölkerung nicht wesentlich höher: 89 % bewerten ihre Gesundheit als „gut“ bis „sehr gut“ [10].

Rund 70 % der NPF leiden unter Rücken-, Nacken- und Schulterschmerzen. Über 85 % berichten über allgemeine Schwäche. Körperliche Beschwerden liegen laut Tang et al. auch bei Pflegefachpersonen in anderen Settings in ähnlich hohen Wertebereichen [39]. Die eruierte Häufigkeit von über 70 % NPF mit Schlafstörungen entspricht ebenfalls der internationalen Forschungslage [14, 40]. Auch sind NPF von allen psychischen Beschwerden (außer Suizidalität) öfter und stärker betroffen als die Allgemeinbevölkerung [11]. Hinweise zum Vorliegen einer Major Depression zeigen sich bei rund zwei Dritteln der NPF und bei circa einem Drittel der Schweizer Bevölkerung. Dennoch bewerten 81 % der NPF ihren Gesundheitszustand als „gut“ bis „sehr gut“. Dieses Phänomen wird in der Fachliteratur oft als „Diskrepanz zwischen subjektiver Wahrnehmung und klinischer Diagnose“ bei Depressionen bezeichnet. Das Phänomen kann mit Aaron Antonovskys Konzept der Salutogenese erklärt werden. Menschen mit einem starken Kohärenzgefühl – bestehend aus Verstehbarkeit, Handhabbarkeit und Sinnhaftigkeit – können trotz depressiver Symptome ihren Gesundheitszustand als „gut“ wahrnehmen, da sie in der Lage sind, Belastungen zu verstehen, zu bewältigen und ihnen Bedeutung zu geben [3].

Unser Survey ergab, dass sich eine von neun betroffenen Notfallpflegefachpersonen in psychologische Behandlung begibt. Dies könnte auf eine hohe Dunkelziffer klinisch manifester Depressionsdiagnosen hinweisen. Zwei internationale Studien führten auf der Basis des „Patient Health Questionnaire“ (PHQ-9) zu ähnlich hohen Werten für Hinweise auf Major Depression bei NPF [2]. Bei Pflegefachpersonen ohne Spezialisierung zeigten sich deutlich tiefere Werte [27]. Eine mögliche Erklärung ist der Grad der Dringlichkeit auf Notfallsta-

tionen, der in einem direkten Zusammenhang mit dem Vorliegen von Depressionen bei Pflegefachpersonen stehen könnte [9]. Die Indikatoren der sozialen Gesundheit, der sozialen Teilnahme und der sozialen Unterstützung zeigen kaum Unterschiede gegenüber den Ergebnissen der SGB. Demnach ist die soziale Gesundheit trotz Schichtarbeit ähnlich wie in der Allgemeinbevölkerung.

Unsere Survey-Ergebnisse zeigen einen leichten Zusammenhang zwischen Alter und Beschwerden (Bauchprobleme, Durchfall, Verstopfung, Kopfschmerzen und Müdigkeit) auf: Die höchsten Werte in Bezug auf Beschwerden zeigten sich bei den jüngsten und den ältesten Personen. Muskuloskeletale Beschwerden waren in unserer Studie nicht altersabhängig. In einer Querschnittstudie um Heiden et al. [20] allerdings stieg die Wahrscheinlichkeit, mindestens eine muskuloskeletale Beschwerde zu haben, mit dem Alter signifikant an. Auch in der Allgemeinbevölkerung nahmen muskuloskeletale Beschwerden mit höherem Alter zu [11].

Höheres Alter erweist sich bei den teilnehmenden NPF als Schutzfaktor gegen psychische Symptome und Depression. Jüngere Pflegefachpersonen sind fast doppelt so häufig von Depression betroffen wie ältere Kolleginnen und Kollegen. Dies widerspiegelt die bestehende Evidenzlage. Ohler et al. [33] fanden in einer Studie mit 9322 Pflegefachpersonen heraus, dass jüngere Pflegefachpersonen beinahe die doppelte Wahrscheinlichkeit einer Depression aufweisen und das Alter somit in einem statistisch signifikanten negativen Zusammenhang mit Depression stand (OR 0,98; $p=0,008$). Diese Erkenntnis wird in einem Literaturreview gestützt, in dem mehrere Studien zunehmendes Alter als schützenden Faktor gegen Depressionen beschreiben [9]. Ein Erklärungsansatz für den Rückgang von Depression im Alter und für den Erhalt der muskuloskeletalen Gesundheit ist der „Healthy Worker Survivor“-Effekt. Er besagt, dass Erwerbstätige tendenziell gesünder sind als Personen, die aus dem Arbeitsleben ausscheiden [4]. Zusätzlich zu berücksichtigen sind arbeitsbezogene und psychosoziale Einflussfaktoren wie altersbezogene Rollenveränderungen, Reduktion des Beschäftigungsgrades, Füh-

rungs- oder Ausbildungspositionen mit seltenerem Patientenkontakt und geringere Relevanz der Vereinbarkeit von Beruf und Familie [13, 36]. Weigl und Schneider zeigen, dass organisatorische Anpassungen wie beispielsweise interprofessionelle Lösungsstrategien die negativen Auswirkungen von arbeitsbedingten Stressoren auf das Wohlbefinden von Notfallmitarbeitenden wirksam ausgleichen können [41]. Es liegt im Interesse der Führungskräfte, betroffene Mitarbeitende frühzeitig zu identifizieren und gezielte Präventions- sowie Behandlungsmaßnahmen zu ergreifen sowie geeignete Ressourcen bereitzustellen. Eine bedürfnisorientierte Strategie zur Unterstützung und langfristigen Bindung älterer Pflegefachpersonen scheint dringend erforderlich. Vor dem Hintergrund der zunehmenden Alterung im Pflegesektor ist es wichtig, ältere Pflegefachpersonen als wertvolle Mitarbeitende anzuerkennen statt negative Aspekte des Alterns hervorzuheben (z.B. körperliche Ermüdung) [36].

Unsere Ergebnisse zeigen, dass auch die Berufserfahrung auf der Notfallstation mit Depression korreliert. Bei Berufseinsteigenden bestehen deutlich mehr Hinweise auf Major Depression als bei Personen mit über zwanzig Jahren Berufserfahrung. Auch von Kopfschmerzen und Energielosigkeit sind weniger erfahrene Pflegefachpersonen betroffen. In einem Literaturreview wird verdeutlicht, dass geringe Berufserfahrung ein Risiko für depressive Symptome bei Pflegefachpersonen darstellt [9]. Zudem ist weibliches Geschlecht ein weiterer Risikofaktor für Depression. Dies ist besonders relevant im Hinblick auf die ungleiche Geschlechtsverteilung in der Stichprobe [5]. Weitere Einflussfaktoren sind die Vereinbarkeit von Arbeit, Familie und Freizeit, Sinnhaftigkeit der Arbeit sowie soziale Unterstützung im Team [9, 17]. Diese Faktoren tragen auch zum Berufsausstieg bei. Die Berufsausstiegsquote liegt bei den 20- bis 29-Jährigen bei über 30 % [29]. Um die hohe Personalfuktuation zu senken und den NPF angemessene Ressourcen anzubieten, sollten Führungspersonen betroffene Fachpersonen identifizieren und präventive bzw. therapeutische Maßnahmen einleiten. Oft sind die Ressourcenangebote der Arbeitgeber unzureichend. Dies könnte zu hohen Fluktu-

tionsraten auf Notfallstationen beitragen [1]. In arbeitsmedizinischen Theorien wird die Bedeutung von Arbeitsplatzressourcen deutlich. Gute soziale Beziehungen zu Mitarbeitenden und Vorgesetzten verbessern die Zusammenarbeit, stärken individuelle Ressourcen und entlasten von nachteiligen Arbeitsbedingungen. Auch Partizipation sowie finanzielle und immaterielle Belohnungen federn psychologische Anforderungen ab und tragen zu einem gesundheitsförderlichen Arbeitsumfeld bei [6, 12]. Potenzial liegt im Bereich der Einarbeitung, der frühzeitigen psychosozialen Interventionen bei Anstellungsbeginn, des Screenings zur Identifikation psychischer Belastungssituationen und in Peer-Support-Programmen. Zudem sollten Möglichkeiten zur Schaffung attraktiver Arbeitsbedingungen ausgeschöpft werden. Hierzu gehören insbesondere Rahmenbedingungen für eine möglichst gute Vereinbarkeit von Arbeits- und Privatleben [9, 18, 28].

In unserer Studie haben wir das Nachdiplomstudium als weiteren Einflussfaktor für Hinweise auf Major Depression identifiziert. Personen, die momentan ein Nachdiplomstudium absolvierten, zeigten die höchsten Depressionszahlen. Dies könnte auf Stress durch Mehrfachbelastung (Beruf, Ausbildung, Privatleben) zurückzuführen sein [19]. Personen mit abgeschlossenem NDS hatten eine etwas niedrigere Depressions-Prävalenz als jene ohne NDS. Interessanterweise zeigte die NDS-Qualifikation keinen weiteren Zusammenhang mit anderen Variablen der subjektiven Gesundheit. Dies ist auffallend, da der Rahmenlehrplan des Ausbildungsprogramms direkt das Selbstmanagement und die Selbstsorge hinsichtlich der eigenen Gesundheit adressiert [32]. Es erscheint sinnvoll, das Rahmencurriculum zu evaluieren und zu untersuchen, welche Gründe es gibt, die einer Kompetenzerweiterung im Gesundheitsselbstmanagement entgegenstehen. Dabei können Evaluationen zur Wirksamkeit und Nachhaltigkeit des Lehr- und Lernangebots sowie qualitative Analysen zur konkreten Umsetzung der erlernten Strategien im beruflichen Alltag wichtige Hinweise bieten.

Limitationen

Das Querschnittsdesign erwies sich als geeignet, um die subjektive Gesundheit der NPF durch die Prävalenzerhebung von Gesundheitsindikatoren zu beschreiben. Die gewonnenen Erkenntnisse zeigen zwar signifikante, jedoch sehr leichte Zusammenhänge gemäß Cramer V. Kausale Zusammenhänge lassen sich aus den Ergebnissen nicht ableiten. Daher wäre es sinnvoll, zukünftig Studien mit Längsschnittsdesign durchzuführen, die Kausalzusammenhänge sichtbar machen und eine Kontrolle der Störfaktoren ermöglichen. Zudem könnten in künftigen Studien Zusammenhangsmaße hinzugezogen werden, die Hinweise zur Stärke des Zusammenhangs geben.

Durch die Linkzusendung via institutionelle Mailadresse konnten möglicherweise Personen nicht erreicht werden, die den Posteingang nur sporadisch kontrollieren oder aufgrund von Krankheit sowie sonstigen Gründen abwesend waren. Zudem ist es denkbar, dass sich NPF aufgrund hoher Arbeitsbelastung kaum Zeitfenster zur Teilnahme an der Umfrage schaffen konnten. Inhaltlich wurde die Durchführungsobjektivität durch die Anwendung eines standardisierten Fragebogens gestärkt. Dennoch wurde sie durch die Onlineumfrage insofern eingeschränkt, als dass nicht geprüft werden konnte, wer genau wie oft die Umfrage ausfüllt. Theoretisch bestand die Möglichkeit einer mehrmaligen Durchführung via Computer und Mobiltelefon.

Fazit für die Praxis

Die Studienergebnisse unterstreichen:

- die Wichtigkeit, Erklärungsansätze, Einflussfaktoren, Schutzfaktoren und Interventionsansätze zur subjektiven Gesundheit von NPF zu erforschen,
- die Notwendigkeit, daraus wirksame Interventionen abzuleiten, um die Gesundheit zu fördern, zu erhalten sowie positiv zu beeinflussen,
- das Einleiten präventiver Maßnahmen und attraktiver Arbeitsbedingungen – insbesondere für jüngere und berufseinstiegende Pflegefachpersonen, um eine gute Vereinbarkeit von Beruf und Privatleben zu ermöglichen,
- das Evaluieren des NDS-Rahmenlehrplans, um künftige NPF bestmöglich auf den herausfordernden Alltag vorzubereiten.

Korrespondenzadresse



Raphaela Ulmann

Departement für Gesundheit, Ostschweizer Fachhochschule
Rosenbergstrasse 59, 9000 St. Gallen, Schweiz
raphaela.ulmann@gmail.com

Danksagung. Wir danken Dr. Diana Staudacher für das Lektorat des Manuskripts.

Author Contribution. Raphaela Ulmann, Adelheid Zeller und Julian Hirt erfüllen folgende vier Kriterien und gelten somit als Autor und Autorinnen der vorliegenden Studie: leisteten einen Beitrag zur Konzeption der Arbeit, der Erfassung, Analyse oder Interpretation der Daten, leisteten einen Beitrag zur Manuskripterstellung oder zur kritischen Überarbeitung des Manuskripts, genehmigten die letzte Version des Manuskripts zur Publikation und sind bereit, für alle Aspekte der Arbeit Verantwortung zu übernehmen.

Funding. Open access funding provided by University of Applied Sciences Eastern Switzerland

Data Availability. Die verwendeten Daten sind auf begründete Anfrage bei den Autorinnen erhältlich.

Einhaltung ethischer Richtlinien

Interessenkonflikt. R. Ulmann, A. Zeller und J. Hirt geben an, dass kein Interessenkonflikt besteht.

Das Projekt fällt nicht unter das Humanforschungsgesetz. Die Daten wurden einmalig anonym über eine Onlineumfrageplattform erhoben. Es wurden keine personenbezogenen Daten erfasst, die einen Rückschluss auf Personen zulassen. Es fand keine Forschung zu Krankheiten oder zum Aufbau bzw. zur Funktion des menschlichen Körpers statt (Stellungnahme der Ethikkommission Ostschweiz vom 1. Juni 2022).

The supplement containing this article is not sponsored by industry.

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

men wurden. Die in diesem Artikel enthaltenen Bilder und sonstiges Drittmaterial unterliegen ebenfalls der genannten Creative Commons Lizenz, sofern sich aus der Abbildungslegende nichts anderes ergibt. Sofern das betreffende Material nicht unter der genannten Creative Commons Lizenz steht und die betreffende Handlung nicht nach gesetzlichen Vorschriften erlaubt ist, ist für die oben aufgeführten Weiterverwendungen des Materials die Einwilligung des jeweiligen Rechteinhabers einzuholen. Weitere Details zur Lizenz entnehmen Sie bitte der Lizenzinformation auf <http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/deed.de>.

Literatur

- Adriaenssens J, de Gucht V, Maes S (2015) Causes and consequences of occupational stress in emergency nurses, a longitudinal study. *J Nurs Manag* 23(3):346–358. <https://doi.org/10.1111/jonm.12138>
- An Y, Yang Y, Wang A, Li Y, Zhang Q, Cheung T, Ungvari GS, Qin M-Z, An F-R, Xiang Y-T (2020) Prevalence of depression and its impact on quality of life among frontline nurses in emergency departments during the COVID-19 outbreak. *J Affect Disord* 276:312–315. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2020.06.047>
- Antonovsky A (1997) Salutogenese. Zur Entmystifizierung der Gesundheit. DGVt, Tübingen
- Arrighi HM, Hertz-Picciotto I (1994) The evolving concept of the healthy worker survivor effect. *Epidemiology* 5(2):189–196. <https://doi.org/10.1097/00001648-199403000-00009>
- Baer N, Schuler D, Füglistner-Dousse S, Moreau-Gruet F (2013) Depressionen in der Schweizer Bevölkerung. Daten zur Epidemiologie, Behandlung und sozial-beruflichen Integration, 56. Aufl. Schweizerisches Gesundheitsobservatorium, Neuchâtel
- Bakker A, Demerouti E, Sanz-Vergel A (2023) Job Demands-Resources Theory: Ten Years Later. *Annu Rev Organ Psychol Organ Behav* 10:25–53. <https://doi.org/10.1146/annurev-orgpsych-120920-053933>
- Basu S, Qayyum H, Mason S (2017) Occupational stress in the ED: a systematic literature review. *Emerg Med J* 34(7):441–447. <https://doi.org/10.1136/emered-2016-205827>
- Bazazan A, Dianat I, Bahrampour S, Talebian A, Zandi H, Sharafkhaneh A, Maleki-Ghahfarokhi A (2019) Association of musculoskeletal disorders and workload with work schedule and job satisfaction among emergency nurses. *Int Emerg Nurs* 44:8–13. <https://doi.org/10.1016/j.ienj.2019.02.004>
- Brandford AA, Reed DB (2016) Depression in Registered Nurses. *A State Sci Workplace Health Saf* 64(10):488–511. <https://doi.org/10.1177/2165079916653415>
- de Bruin A, Picavet H, Anatoly N (1996) Health Interview Surveys: Towards international harmonization of methods and instruments Bd. 1996. World Health Organization, Kopenhagen
- Bundesamt für Statistik (2024) Gesundheit: Allgemeiner Gesundheitszustand. <https://www.bfs.admin.ch/bfs/de/home/statistiken/gesundheit/gesundheitszustand/allgemeiner.html>. Zugegriffen: 2003
- Carayon P, Smith MJ (2000) Work organization and ergonomics. *Appl Ergon* 31(6):649–662. [https://doi.org/10.1016/S0003-6870\(00\)00040-5](https://doi.org/10.1016/S0003-6870(00)00040-5)
- Denton J, Evans D, Xu Q (2021) Being an older nurse or midwife in the healthcare workplace—A qualitative descriptive study. *J Adv Nurs* 77(11):4500–4510. <https://doi.org/10.1111/jan.14964>
- Dong H, Zhang Q, Zhu C, Lv Q (2020) Sleep quality of nurses in the emergency department of public hospitals in China and its influencing factors: a cross-sectional study. *Health Qual Life Outcomes* 18(1):116. <https://doi.org/10.1186/s12955-020-01374-4>
- von Elm E, Altman DG, Egger M, Pocock SJ, Gøtzsche PC, Vandenbroucke JP (2008) The Strengthening of Reporting of Observational Studies in Epidemiology (STROBE) statement: guidelines for reporting observational studies. *J Clin Epidemiol* 61(4):344–349. <https://doi.org/10.1016/j.jclinepi.2007.11.008>
- H+ Spital- und Klinik-Monitor (2024) Leistungen, Strukturen, Entwicklungen und Trends der Branche. <https://www.hplus.ch/de/zahlen-statistiken/h-spital-und-klinik-monitor>. Zugegriffen: 2003
- Hämmig O (2018) Gesundheit von Beschäftigten in Gesundheitsberufen. Institut für Epidemiologie, Biostatistik und Prävention der Universität Zürich
- Harrison-White K, Simons J (2013) Preceptorship: ensuring the best possible start for new nurses. *Nurs Child Young People* 25(1):24–27. <https://doi.org/10.7748/ncyp.2013.02.25.1.24.s9536>
- Hegge M, Larson V (2008) Stressors and coping strategies of students in accelerated baccalaureate nursing programs. *Nurse Educ* 33(1):26–30. <https://doi.org/10.1097/01.NNE.0000299492.92624.95>
- Heiden B, Weigl M, Angerer P, Müller A (2013) Association of age and physical job demands with musculoskeletal disorders in nurses. *Appl Ergon* 44(4):652–658. <https://doi.org/10.1016/j.apergo.2013.01.001>
- Hooper C, Craig J, Janvrin DR, Wetsel MA, Reimels E (2010) Compassion satisfaction, burnout, and compassion fatigue among emergency nurses compared with nurses in other selected inpatient specialties. *J Emerg Nurs* 36(5):420–427. <https://doi.org/10.1016/j.jen.2009.11.027>
- International Council of Nurses (2023) International Nurses Day 2023 report. Featuring ICN's new Charter for Change. Geneva
- Johnston A, Abraham L, Greenslade J, Thom O, Carlstrom E, Wallis M, Crilly J (2016) Review article: Staff perception of the emergency department working environment: Integrative review of the literature. *Emerg Med Australas* 28(1):7–26. <https://doi.org/10.1111/1742-6723.12522>
- Kleim B, Bingisser M-B, Westphal M, Bingisser R (2015) Frozen moments: flashback memories of critical incidents in emergency personnel. *Brain Behav* 5(7):e325. <https://doi.org/10.1002/brb3.325>
- Koller M (2014) Statistik für Pflege- und Gesundheitsberufe. Facultas, Wien
- Korompeli A, Chara T, Chrysoula L, Sourtzi P (2013) Sleep disturbance in nursing personnel working shifts. *Nurs Forum* 48(1):45–53. <https://doi.org/10.1111/nuf.12005>
- Lai J, Ma S, Wang Y, Cai Z, Hu J, Wei N, Wu J, Du H, Chen T, Li R, Tan H, Kang L, Yao L, Huang M, Wang H, Wang G, Liu Z, Hu S (2020) Factors Associated With Mental Health Outcomes Among Health Care Workers Exposed to Coronavirus Disease 2019. *JAMA Netw Open* 3(3):e203976. <https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2020.3976>

Self-rated health of emergency nurses—a cross-sectional study

Background: International studies show that emergency nurses (EN) are exposed to stressors that have a negative impact on their health.

Objective: The aim of the study was to record the subjectively perceived self-rated health status of ENs from acute hospitals in German-speaking Switzerland and to investigate the relationship between health status and age, years of professional experience, and a postgraduate degree program (PDP) in emergency nursing as an additional qualification.

Methods: We surveyed ENs from German and bilingual hospitals using an online questionnaire that covered five areas: (1) self-rated health (SRH), (2) physical health, (3) mental health, (4) social health, and (5) demographic data.

Results: In all, 539 EN completed the survey, 87% were female, and the average age was 40 years. Eighty one percent of the participants rated their SRH as “good” to “very good”. Several physical complaints were reported most frequently by the youngest and oldest participants. Mental complaints decreased with increasing age and work experience. Among individuals with a completed PDP, signs of major depression were the least frequent.

Conclusion: Although over 80% of EN rate their health as “good” to “very good”, physical and psychological complaints are frequent and severe. The results emphasize the need to investigate the subjective health of EN and to develop effective measures to improve it. Younger ENs and those entering the labor market may benefit from preventive measures and attractive working conditions enabling a good work–life balance.

Keywords

Work life balance · Professional experience · Acute hospital · Diagnostiv self evaluation · Workplace health promotion

28. Lobsiger M, Liechti D (2021) Berufsaustritte und Bestand von Gesundheitspersonal in der Schweiz. Eine Analyse auf Basis der Strukturhebungen 2016–2018. Obsan Bericht, Neuchâtel
29. Merçay C, Grünig A, Dolder P (2021) Gesundheitspersonal in der Schweiz – Nationaler Versorgungsbericht 2021. Bestand, Bedarf, Angebot und Massnahmen zur Personalsicherung. Obsan Bericht, Neuchâtel
30. Murat M, Köse S, Savaşer S (2021) Determination of stress, depression and burnout levels of front-line nurses during the COVID-19 pandemic. *Int J Ment Health Nurs* 30(2):533–543. <https://doi.org/10.1111/inm.12818>
31. - (2024) Notfallpflege. Verband. Positionspapiere
32. OdASanté (2019) Rahmenlehrplan für Nachdiplomstudien der höheren Fachschulen. Anästhesie-, Intensiv- und Notfallpflege NDS HF, Bern
33. Ohler MC, Kerr MS, Forbes DA (2010) Depression in nurses. *Can J Nurs Res* 42(3):66–82
34. Prüfer P, Rexroth M (2000) Zwei-Phasen-Pretesting. (ZUMA-Arbeitsbericht, 2000/08). Mannheim: Zentrum für Umfragen, Methoden und Analysen – ZUMA. <https://nbn-resolving.org/urn:nbn:de:0168-ssaar-200864>
35. Rief W, Nanke A, Klaiberg A, Braehler E (2004) Base rates for panic and depression according to the Brief Patient Health Questionnaire: a population-based study. *J Affect Disord* 82(2):271–276. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2003.11.006>
36. Ryan C, Bergin M, Wells JS (2017) Valuable yet Vulnerable-A review of the challenges encountered by older nurses in the workplace. *Int J Nurs Stud* 72:42–52. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2017.04.006>
37. Schneider A, Weigl M (2018) Associations between psychosocial work factors and provider mental well-being in emergency departments: A systematic review. *PLoS ONE* 13(6):e197375. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0197375>
38. Soravia LM, Schwab S, Walther S, Müller T (2020) Rescuers at Risk: Posttraumatic Stress Symptoms Among Police Officers, Fire Fighters, Ambulance Personnel, and Emergency and Psychiatric Nurses. *Front Psychiatry* 11:602064. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2020.602064>
39. Tang L, Wang G, Zhang W, Zhou J (2022) The prevalence of MSDs and the associated risk factors in nurses of China. *Int J Ind Ergon* 87:103239. <https://doi.org/10.1016/j.ergon.2021.103239>
40. Weaver AL, Stutzman SE, Supnet C, Olson DM (2016) Sleep quality, but not quantity, is associated with self-perceived minor error rates among emergency department nurses. *Int Emerg Nurs* 25:48–52. <https://doi.org/10.1016/j.ienj.2015.08.003>
41. Weigl M, Schneider A (2017) Associations of work characteristics, employee strain and self-perceived quality of care in Emergency Departments: A cross-sectional study. *Int Emerg Nurs* 30:20–24. <https://doi.org/10.1016/j.ienj.2016.07.002>
42. World Health Organization (2024) World health statistics 2024. Monitoring health for the SDGs, Sustainable Development Goals, Geneva
43. World Health Organization, Regional Office for Europe (2022) Health and care workforce in Europe: time to act. Copenhagen

Hinweis des Verlags. Der Verlag bleibt in Hinblick auf geografische Zuordnungen und Gebietsbezeichnungen in veröffentlichten Karten und Institutsadressen neutral.