



Antje Miksch^{1,2} · Luka-Antonia Breuer^{1,3} · Maximilian Stasica³ · Nora-R. Streu² · Sabine Mayer^{2,4} · Carina Oelerich² · Birgit Schramm² · Martina Aßmann² · Rosa Michaelis^{2,5,6,7} 

¹ Fachbereich Inklusive Bildung und Gesundheit, Evangelische Hochschule Darmstadt, Darmstadt, Deutschland

² MBSR-MBCT-Verband, Berlin, Deutschland

³ Laulabor, Institut für Sportwissenschaft und Centre for Cognitive Science, Technische Universität Darmstadt, Darmstadt, Deutschland

⁴ Friedrich-Alexander Universität Erlangen-Nürnberg, Erlangen, Deutschland

⁵ Arbeitsgruppe für Aus-, Fort und Weiterbildung in der Anthroposophischen Medizin, Fakultät für Medizin, Universität Witten/Herdecke, Witten/Herdecke, Deutschland

⁶ Klinik für Neurologie, Knappschaft Kliniken, Ruhr-Universität Bochum, Bochum, Deutschland

⁷ Abteilung für Neurologie, Universitätsmedizin Essen, Universität Duisburg-Essen, Essen, Deutschland

„Wie kann ich noch freundlich zu den Menschen und mir selbst sein, wenn ich doch permanent im Ausnahmezustand arbeite?“

Ergebnisse einer Online-Befragung zu Förderfaktoren und Barrieren bei der Implementierung achtsamkeitsbasierter Interventionen für Beschäftigte im Gesundheitswesen

Zusatzmaterial online

Zusätzliche Informationen sind in der Online-Version dieses Artikels (<https://doi.org/10.1007/s11553-025-01288-3>) enthalten.

Psychische Belastungen bei Beschäftigten im Gesundheitswesen nehmen zu – Achtsamkeitskurse stellen eine wirkungsvolle Möglichkeit dar, um der durch diese Belastung bedingten Verschärfung des Fachkräftemangels entgegenzuwirken. Doch was braucht es, damit achtsamkeitsbasierte Angebote wirklich ankommen? Diese Studie gibt Einblick in die Perspektive zertifizierter Lehrender: Welche Hürden gibt es, was fördert die Umsetzung von Kursen? Einblicke, Erkenntnisse und Impulse für wirksame Gesundheitsförderung im Arbeitsalltag des Gesundheitswesens.

Einleitung

Hintergrund

Das deutsche Gesundheitssystem steht vor großen Herausforderungen. Angesichts des demographischen Wandels mit einer Zunahme an chronischen Erkrankungen und der steigenden Prävalenz psychischer Erkrankungen wird der Versorgungsbedarf in Zukunft weiter ansteigen. Dem gegenüber steht der stetig wachsende Mangel an qualifizierten Fachkräften. Aufgrund des Teufelskreises zwischen steigendem Versorgungsbedarf, Fachkräftemangel und hohem Krankenstand ist eine weitere Zunahme der Belastung für jede*n Einzelne*n und für das gesamte System zu befürchten.

Beschäftigte im Gesundheitswesen sind einer enormen Stressbelastung aus-

gesetzt, die häufig mit gesundheitsbezogenen Problemen assoziiert ist [35] und damit maßgeblich zum hohen Krankenstand beiträgt. Eine hohe Stressbelastung der Beschäftigten kann sich auch negativ auf die Patientenversorgung auswirken [15].

Psychische Erkrankungen zählen in Industrienationen zu den Hauptursachen für Arbeitsunfähigkeit und Frühverrentung [24]. Besonders betroffen ist das Gesundheitspersonal [15]. Persönlichkeitsmerkmale wie Idealismus, Verantwortungsbewusstsein und Perfektionismus treffen im Gesundheitssystem auf strukturelle Defizite wie Bürokratie, Personalmangel und mangelnde Wertschätzung [30]. Diese Diskrepanz erschwert Selbstregulation und Selbstfürsorge [18, 36], fördert emotionale Erschöpfung [36] und dys-

funktionale Bewältigungsstrategien wie Präsentismus [18] oder Suchtverhalten [9]. Individuelle Resilienzförderung und die Schaffung gesundheitsförderlicher Rahmenbedingungen sind daher gleichermaßen wichtig für den Erhalt der Arbeitsfähigkeit [14, 36].

Einrichtungen der Gesundheitsversorgung stehen vor besonderen Herausforderungen: Mitarbeitende sind einem hohen Druck und emotionaler Belastung ausgesetzt, während Organisationen gemäß § 5 Arbeitsschutzgesetz zur Prävention psychischer Gefährdungen verpflichtet sind [3]. Gleichzeitig stehen Organisationen im Gesundheitswesen unter einem hohen Veränderungsdruck und müssen einer stetig steigenden Komplexität gerecht werden. Die zukünftige Qualität und Leistungsfähigkeit hängt daher wesentlich von der Gestaltung der Beziehung zwischen Organisation und Personal ab [28].

Achtsamkeitsbasierte Verfahren können einen wirksamen Beitrag zur Bewältigung stressbezogener Belastungen leisten und das psychische Wohlbefinden fördern [23, 32]. Das Prinzip dieser Verfahren geht u. a. auf östliche Traditionen zurück und wurde seit den 1970er-Jahren – insbesondere durch Jon Kabat-Zinn's Entwicklung des Kurskonzepts „mindfulness-based stress reduction“ (MBSR) – in westliche Gesundheitskontexte übertragen [25]. Achtsamkeit bedeutet nach Kabat-Zinn die absichtsvolle, wohlwollende und nicht wertende Ausrichtung der Aufmerksamkeit auf den gegenwärtigen Augenblick [11]. MBSR-Kurse kombinieren das Erlernen formeller Übungen (z. B. Bodyscan, Atemmeditation, Yoga) mit dem Transfer in den Alltag und betonen die Bedeutung einer regelmäßigen Praxis [25]. Bei Beschäftigten im Gesundheitswesen zeigte sich durch achtsamkeitsbasierte Verfahren unter anderem eine Veränderung der Emotionsregulation und eine Verbesserung der Selbstregulation und Resilienz [16, 17]. Achtsamkeit stärkt die mitfühlende Beziehung zu sich selbst sowie zu Kolleg*innen und Patient*innen. Die Teilnahme an einem Kurs kann Stress und emotionale Erschöpfung reduzieren [1, 2, 33] und zur Verbesserung der Arbeitszufriedenheit beitragen [34]. Besonders wirksam ist die Verbin-

dung von Achtsamkeit mit Selbstmitgefühl zur Prävention von Empathieermüdung und Burnout [5]. Sie trägt damit zur Verbesserung der Patientenversorgung und Patientensicherheit bei [4, 10, 12].

Die MBSR wird weltweit nach einem standardisierten Curriculum unterrichtet. Ein zentrales Qualitätsmerkmal ist die fundierte, zertifizierte Ausbildung sowie die eigene regelmäßige Praxis der Lehrenden [6, 22]. Zertifizierte Achtsamkeitslehrende spielen eine zentrale Rolle bei der erfolgreichen Implementierung achtsamkeitsbasierter Verfahren. Darüber hinaus sind die Rahmenbedingungen ausschlaggebend dafür, ob die Durchführung gelingt und positive Effekte tatsächlich auch im klinischen Alltag ankommen und sich verstetigen lassen [4].

Fragestellung

Es gab bislang kaum empirische Daten darüber, welche Faktoren aus Sicht der Lehrenden die gelingende Implementierung achtsamkeitsbasierter Angebote im Gesundheitswesen beeinflussen. Das Ziel dieser Studie war es daher zu untersuchen, welche Barrieren und Förderfaktoren von Achtsamkeitslehrenden im Gesundheitswesen wahrgenommen werden.

Methode

Vorgehensweise und Materialien

Die Datenerhebung erfolgte mittels Mixed-methods-Design anhand eines teilstandardisierten Online-Fragebogens, der von einer interprofessionellen Arbeitsgruppe des MBSR-MBCT-Verbands entwickelt wurde. Die Itemgenerierung basierte auf einer Sichtung einschlägiger Fachliteratur und einer Pilotierung mit Verbandsmitgliedern. Die Umfrage wurde durch die Ethik-Kommission der Evangelischen Hochschule Darmstadt genehmigt.

Der Fragebogen umfasste insgesamt 77 Items (Supplement A). Die Fragen bezogen sich auf die Soziodemographie und Qualifikation der Lehrenden sowie auf Art, Kontext, Finanzierung und Rahmenbedingungen der Kurse. Darüber

hinaus bezogen sich Items auf die wahrgenommenen Barrieren (17 Items) und Förderfaktoren (13 Items) auf Ebene der Kursteilnehmenden sowie der Institution(en). In ergänzenden Freitextangaben wurde nach weiteren Förderfaktoren und Barrieren gefragt. Abschließend enthielt der Fragebogen ergänzende offene Fragen zu den von Beschäftigten im Gesundheitswesen häufig im Rahmen der Kurse genannten Themen. Teilnahmeberechtigt waren Personen, die eine abgeschlossene Aus- und Weiterbildung als Achtsamkeitslehrende angegeben und Achtsamkeitskurse für Beschäftigte im Gesundheitswesen durchführen oder durchgeführt haben.

Die Befragung fand zwischen dem 12.06.2024 und 05.08.2024 statt. Die Einladung zur Teilnahme an der Umfrage erfolgte per Newsletter an die Mitglieder des MBSR-MBCT-Verbands, per Social Media und über weitere themenverwandte Organisationen. Die Nachricht (Supplement B) enthielt einen Flyer (Supplement C) sowie einen sicheren Link zu der mit LimeSurvey [21] erstellten Online-Umfrage.

Auswertung

Die Datenauswertung erfolgte sowohl quantitativ als auch qualitativ. Geschlossene Fragen wurden deskriptiv-statistisch ausgewertet. Die Items zu Barrieren und Förderfaktoren wurden mit einer vierstufigen Likert-Skala (1 = „trifft gar nicht zu“ bis 4 = „trifft genau zu“) erhoben. Im Rahmen der Auswertung wurden für jedes Item Mittelwert, Standardabweichung und Median berechnet. Die Ergebnisse wurden in einer Itemmatrix dargestellt, die neben den statistischen Kennwerten auch eine interpretative Einordnung im Hinblick auf „Zustimmung“ oder „Ablehnung“ beinhaltet. Zur Interpretation der Mittelwerte wurde die Likert-Skala als quasi-intervallskaliert behandelt. Da bei geraden Skalen der theoretische Mittelpunkt bei 2,5 liegt, wurden Werte $\leq 2,5$ als überwiegende Ablehnung, 2,6–3,0 als tendenzielle Zustimmung und $> 3,0$ als klare Zustimmung klassifiziert. Antworten mit der Option „Kann ich nicht einschätzen“ wurden bei der Berechnung der Kenn-

Präv Gesundheitsf <https://doi.org/10.1007/s11553-025-01288-3>
© The Author(s) 2026

A. Miksch · L.-A. Breuer · M. Stasica · N.-R. Streu · S. Mayer · C. Oelerich · B. Schramm · M. Aßmann · R. Michaelis

„Wie kann ich noch freundlich zu den Menschen und mir selbst sein, wenn ich doch permanent im Ausnahmezustand arbeite?“. Ergebnisse einer Online-Befragung zu Förderfaktoren und Barrieren bei der Implementierung achtsamkeitsbasierter Interventionen für Beschäftigte im Gesundheitswesen

Zusammenfassung

Einleitung. Beschäftigte im Gesundheitswesen sind überdurchschnittlich oft von psychischen Erkrankungen mit langen Arbeitsausfällen betroffen. In Anbetracht des Fachkräftemangels gewinnt die Förderung psychischer Gesundheit deshalb zusätzlich an Bedeutung. Achtsamkeitsbasierte Verfahren sind evidenzbasiert und wirksam. Zertifizierte Achtsamkeitslehrende spielen bei deren Durchführung eine zentrale Rolle. Empirische Daten zur erfolgreichen Implementierung im Gesundheitswesen aus Sicht der Lehrenden sind bislang rar. Ziel dieser Studie war es, wahrgenommene Barrieren und Förderfaktoren zu identifizieren.

Methode. Mittels eines teilstandardisierten Online-Fragebogens wurden zertifizierte

Achtsamkeitslehrende befragt, die Kurse für Beschäftigte im Gesundheitswesen anbieten.

Ergebnisse. Insgesamt nahmen 43 Achtsamkeitslehrende teil. Als Barrieren auf individueller Ebene der Beschäftigten wurden v. a. Zeitmangel, Unvereinbarkeit mit dem Dienstplan und ein hohes Belastungserleben genannt. Auf institutioneller Ebene behindern Personalmangel und ein hoher Krankenstand die Teilnahme. Förderlich wirken auf individueller Ebene Selbstwirksamkeitserleben und das Erlernen von Stressbewältigungskompetenzen und auf institutioneller Ebene v. a. die Unterstützung durch Führungskräfte sowie die Anrechnung der Teilnahme als Arbeitszeit.

Schlussfolgerung. Die Ergebnisse verdeutlichen ein großes Bedürfnis nach Angeboten zur

Stressbewältigung. Achtsamkeitsbasierte Formate werden als hilfreich erlebt, ihre wirksame Umsetzung hängt dabei stark von verhaltens- und verhältnisorientierten Faktoren ab. Eine erfolgreiche Implementierung erfordert das Zusammenspiel individueller Motivation und institutioneller Verankerung z. B. im betrieblichen Gesundheitsmanagement und in der Personalentwicklung.

Schlüsselwörter

Achtsamkeit · Selbstfürsorge · Psychische Gesundheit · Betriebliche Gesundheitsförderung · Personalentwicklung

“How can I still be kind to others and myself when I’m constantly working at my limit?”. Results of an online survey on facilitators and barriers in the implementation of mindfulness-based interventions for healthcare workers

Abstract

Introduction. Healthcare workers are disproportionately affected by mental health issues that lead to extended periods of sick leave. In light of the current shortage of skilled professionals, promoting mental health has become increasingly important. Mindfulness-based approaches are considered evidence-based and effective. Certified mindfulness teachers play a key role in delivering such programs. However, empirical data on successful implementation in healthcare settings from the perspective of teachers are still scarce. This study aimed to identify perceived barriers and facilitating factors.

Methods. A semi-structured online questionnaire was used to survey certified

mindfulness teachers who offer courses for healthcare employees.

Results. A total of 43 mindfulness teachers participated. Reported individual-level barriers among healthcare workers included lack of time, scheduling conflicts, and high levels of perceived stress. On the institutional level, staff shortages and high rates of absenteeism hinder participation. Facilitators at the individual level included experiences of self-efficacy and the acquisition of stress management skills. On the institutional level, leadership support and counting course participation as working hours were key enablers.

Conclusion. The results highlight a strong need for stress management courses. Mindfulness-based programs are perceived as helpful, but their effective implementation strongly depends on both behavioral and structural factors. Successful implementation requires the interplay of individual motivation and institutional anchoring, such as integration into workplace health management and human resource development.

Keywords

Mindfulness · Self-care · Mental health · Workplace health management · Human resource development

werte nicht berücksichtigt. Bei Items mit asymmetrischer Verteilung wurde ergänzend der Median herangezogen, um Verzerrungen durch Ausreißer zu vermeiden. Die Berechnungen erfolgten mit R-Studio (2024.12.0).

Die Freitextangaben wurden qualitativ inhaltsanalytisch ausgewertet. Dabei wurden sowohl direkt genannte Förderfaktoren und Barrieren als Er-

gänzung zu den quantitativen Items als auch von Kursteilnehmenden häufig genannte Themen berücksichtigt. Aus dem Material wurden induktiv thematische Einzelkategorien gebildet, Zitate wurden der jeweils passenden Kategorie zugeordnet. Die Kategorien wurden dem Kontext (z. B. Mitarbeitende, Führungskräfte, Organisation) und der Ebene (Individuum oder Institution) zugeordnet. Das Kate-

goriensystem wurde mehrfach durch ein interprofessionelles Team diskutiert, um eine Konsensbildung und konsistente Zuordnung zu gewährleisten.

Die Synthese der quantitativen und qualitativen Daten erfolgte anhand einer integrativen Modellbildung und Visualisierung der Barrieren und Förderfaktoren.

Tab. 1 Beruflicher Hintergrund der Stichprobe (n = 43)

Ausbildung/Studium n (%) ^a	n = 43 (%)
Psychotherapie	14 (33)
Medizin	12 (28)
Psychologie	6 (14)
Pflege	6 (14)
Physiotherapie	2 (5)
Soziale Arbeit	6 (14)

^aMehrfachnennung möglich

Ergebnisse

Soziodemographische Angaben

Insgesamt nahmen 43 Achtsamkeitslehrende an der Befragung teil. Davon waren 31 (72 %) weiblich und 12 (28 %) männlich; das durchschnittliche Alter der Teilnehmenden betrug 57 Jahre (37–69). Als beruflichen Hintergrund gaben 12 Teilnehmende Medizin und 6 Psychologie an, 6 Teilnehmende waren Pflegekräfte (s. ■ Tab. 1). Die Weiterbildung als Achtsamkeitslehrende wurde im Durchschnitt vor 8,9 (1–18) Jahren abgeschlossen.

Von den Befragten gaben 31 (72 %) an, aktuell Achtsamkeitskurse für Beschäftigte im Gesundheitswesen anzubieten, 12 Personen (28 %) gaben an, in der Vergangenheit entsprechende Formate angeboten zu haben. Von den Befragten gaben 13 (30 %) an, die Kurse innerhalb der eigenen Organisation anzubieten, 15 Personen (35 %) führen die Kurse als externe Anbieter*innen durch.

Angeboten werden sowohl einmalige Kompaktformate als auch kontinuierliche Kurse. Insgesamt 31 Befragte (72 %) unterrichten den 8-Wochen-MBSR-Kurs. Ein darauf aufbauendes Grundlagenseminar „Achtsamkeit am Arbeitsplatz“ wird von 24 (56 %) und ein Kompaktkurs von 22 Personen (51 %) angeboten. Die Dauer weiterer angebotener Formate reicht von wenigen Stunden bis zu mehreren Blocktagen. Als Tageszeit der Kurse geben 5 Befragte (12 %) morgens und 2 (5 %) mittags an, 12 (28 %) geben an, nachmittags und 23 (53 %) abends Kurse anzubieten. Ganztägige Kursformate werden von 16 (37 %) angegeben. 41 (95 %) der Kurse finden in Präsenz statt. 28 (65 %) der Befragten gaben an, dass die Kosten

Tab. 2 Barrieren auf Seiten der Beschäftigten

Item	Mittelwert (n = Anzahl der Antworten)	Interpretation
1. Die Teilnehmenden finden in ihrem Alltag keine Zeit für das regelmäßige Praktizieren der Achtsamkeitsübungen	3,21 (n = 42)	++
2. Der Dienstplan erschwert die regelmäßige Teilnahme an den Kurseinheiten (z. B. Schichtdienst)	3,14 (n = 42)	++
3. Potenzielle Teilnehmende haben Bedenken, sich vor Kolleg*innen persönlich/verletzlich zu zeigen und damit angreifbar zu machen	2,60 (n = 40)	+
4. Die Teilnahme einer Führungskraft im Kurs hemmt einen offenen Austausch unter den Teilnehmenden	2,82 (n = 39)	+
5. Teilnehmende haben den Eindruck, durch Achtsamkeit noch „produktiver und effizienter“ werden zu müssen	2,14 (n = 43)	–
6. Pflichtgefühl gegenüber Kolleg*innen und Patient*innen erschwert Freistellung innerhalb der Arbeitszeit	3,0 (n = 42)	+
7. Kraftlosigkeit/Erschöpfung erschwert Mitarbeitenden die Teilnahme	2,93 (n = 41)	+
8. Das Gefühl, dass die Verantwortung für Veränderungen beim System liegt und nicht beim Einzelnen	3,02 (n = 40)	++
9. Mitarbeitende nehmen Teilnahme an dem Kurs als überflüssig wahr, da sie z. B. eine „Meditations-App“ nutzen	2,03 (n = 34)	–
10. Widerwille, Systemmängel durch eigene Anstrengung zu kompensieren	2,44 (n = 34)	–
11. Skepsis, dass Achtsamkeit bei den wahrgenommenen Problemen hilfreich sein kann	2,61 (n = 41)	+

++ klare Zustimmung, + tendenzielle Zustimmung, – überwiegende Ablehnung

komplett vom Arbeitgeber übernommen wurden, 7 (16 %) gaben eine teilweise Beteiligung des Arbeitgebers an und 8 (19 %), dass keine Kostenbeteiligung des Arbeitgebers erfolgte.

Im Folgenden werden die aus Sicht der Achtsamkeitslehrenden wahrgenommenen Barrieren und Förderfaktoren für die Implementierung achtsamkeitsbasierter Interventionen auf individueller und institutioneller Ebene anhand der quantitativen und qualitativen Daten dargestellt. Die Darstellung im Supplement (D) umfasst auch diejenigen Items, die keine Zustimmung erhalten haben. Darüber hinaus befindet sich im Supplement das ausführliche Kategoriensystem der qualitativen Daten (E).

Barrieren auf Seiten der Beschäftigten

Quantitative Daten

Aus Sicht der Achtsamkeitslehrenden stellen bei Beschäftigten im Gesundheitswesen insbesondere zeitliche Hürden, wie Zeitmangel oder Unvereinbarkeit mit dem Dienstplan, Barrieren für die

Teilnahme dar. Entsprechende Items erhielten eine klare Zustimmung. Weitere Barrieren waren Bedenken, sich im Kollegenkreis verletzlich zu zeigen, sowie eine allgemeine Zurückhaltung, sich von der Arbeit freistellen zu lassen – häufig bedingt durch ein ausgeprägtes Pflichtgefühl gegenüber Kolleginnen und Patientinnen. Ebenso wurden Erschöpfung und Kraftlosigkeit sowie Skepsis gegenüber dem Konzept der Achtsamkeit bzw. ihrer Wirkung benannt (s. ■ Tab. 2).

Qualitative Daten

In den Freitextangaben wurden neben Zeitmangel insbesondere Überforderung, Überarbeitung und Erschöpfung benannt. Die besondere Belastung im Gesundheitswesen (von Kursteilnehmenden werden z. B. Angst davor, Fehler zu machen und der Umgang mit der hohen Verantwortung genannt) erschwert es aus Sicht der Achtsamkeitslehrenden, sich selbst und die eigenen Bedürfnisse wahrzunehmen und selbstfürsorglich mit sich umzugehen („Wie kann ich noch freundlich zu den Menschen und mir selbst sein, wenn ich doch permanent im Ausnahmezustand arbeite?“). Manche

Tab. 3 Barrieren auf Seiten der Organisation

Item	Mittelwert (n = Anzahl der Antworten)	Interpretation
1. Die Kurszeit lässt die Dienstplanung (also: typische Arbeitszeiten von verschiedenen Berufsgruppen) unberücksichtigt	2,42 (n = 38)	–
2. Die Teilnahme an dem Kurs wird nicht bei der Einplanung der Teilnehmenden in den Dienstplan berücksichtigt	2,33 (n = 40)	–
3. Die Kursteilnahme wird nicht als Arbeitszeit angerechnet	2,45 (n = 42)	–
4. Personalmangel und/oder Krankenstand führen zu spontanen Dienstplanänderungen sowie Überstunden und erschweren so die regelmäßige Kursteilnahme	2,91 (n = 43)	+
5. Personalmangel und/oder Krankenstand verhindert Freistellung der Teilnehmenden	3,08 (n = 40)	++
6. Sorge seitens des Arbeitsgebers, der Kurs könnte „negative“ Auswirkungen für das Unternehmen haben (Kündigungen, Krankmeldungen, Reduktion der Arbeitszeit etc.)	1,63 (n = 35)	–

++ klare Zustimmung, + tendenzielle Zustimmung, – überwiegende Ablehnung

Beschäftigte erleben sich „im Spannungsfeld verschiedenster Fremdansprüche“. Die befragten Achtsamkeitslehrenden erleben bei den Kursteilnehmenden eine „Selbstfürsorge, die im Konflikt steht mit den Anforderungen und der Fürsorge um Patient*innen und Kolleg*innen“. Zusätzlich zur Arbeitsbelastung werden auch private Belastungsfaktoren sowie das Gefühl des „moral distress“ genannt, also eines Belastungserlebens durch das Gefühl, nicht im Einklang mit den eigenen Werten und Moralvorstellungen zu handeln.

Barrieren auf Seiten der Institution

Quantitative Daten

Personalmangel und/oder ein hoher Krankenstand sowie damit einhergehende Dienstplanänderungen und Überstunden erschweren eine (regelmäßige) Kursteilnahme auf institutioneller Ebene (s. [Tab. 3](#)).

Qualitative Daten

Die Achtsamkeitslehrenden nehmen bei Beschäftigten bzw. Kursteilnehmenden insbesondere den hohen Arbeitsdruck und Zeitmangel wahr – etwa durch „ungünstige Dienstpläne“, den „Umgang mit hoher Verantwortungsübernahme“, „zu hohe Anforderungen“ sowie „Arbeitsdruck bei fehlender Stellenbesetzung“. Diese „Überlastung durch Personalmangel“ wird als belastender Faktor hervorgehoben. Darüber hinaus verweisen die

Lehrenden auf mögliche Gratifikationskrisen, die sich im „Gefühl, zu viel zu arbeiten ohne Anerkennung“, äußern.

Weitere Barrieren auf Seiten der Organisation werden auf der Führungsebene verortet („Wenig Unterstützung durch Führungskräfte“, „Fehlende Anerkennung von Pausen“, „Umgang mit fordernden Vorgesetzten, die Pausen für unnötig halten“) sowie in den Arbeitsstrukturen („Die Institution muss andere Bedingungen schaffen, damit es Sinn macht, Achtsamkeit als Ressource einzuführen“) und der „Schwierigkeit in einem abwertenden, nicht achtsamen, nicht wertschätzenden Umfeld zu arbeiten“.

Förderfaktoren auf Seiten der Beschäftigten

Quantitative Daten

Alle Items zu möglichen Förderfaktoren auf individueller Ebene fanden bei den Befragten eine deutliche Zustimmung. Insbesondere, dass Kursinhalte eigene Gesundheitsthemen aufgreifen und darüber hinaus für die Arbeit in der Patientenversorgung relevant sind, scheint aus Sicht der Achtsamkeitslehrenden wichtig. Ebenfalls erscheint das Erleben von Selbstwirksamkeit und Erlernen von hilfreichen Strategien im Umgang mit stressigen Situationen bedeutsam (s. [Tab. 4](#)).

Auch in den qualitativen Daten zeigt sich die Relevanz des Erlebens und Erlernens von Selbstfürsorge („Die Selbst-

fürsorge stärken, mit stressiger Situation gelassen umgehen“, „Freude, sich selbst etwas Gutes zu tun und für sich zu sorgen“). Die Auswirkung auf die Patientenversorgung erscheint ebenfalls wichtig („Selbstfürsorge, sich um sich selbst kümmern, um anderen wirkungsvoll helfen zu können“). Darüber hinaus wird die Gestaltung von Pausen als relevant benannt („kurze effektive Rituale zum Stressabbau zwischendurch“). Des Weiteren erscheint eine mögliche Burnoutprävention als wichtig („Umgang mit emotionaler Erschöpfung“).

Förderfaktoren auf Seiten der Institution

Quantitative Daten

Im Hinblick auf institutionelle Förderfaktoren ergab die Befragung eine tendenzielle Zustimmung zu Aspekten, wie der Empfehlung seitens der Einrichtung einen Achtsamkeitskurs zu besuchen und der Ermutigung durch Führungskräfte. Hilfreich erscheint es auch, wenn der Kurs innerhalb der Arbeitszeit angeboten wird (s. [Tab. 5](#)).

Qualitative Daten

In der qualitativen Auswertung zeigten sich als Förderfaktoren, die Ermutigung zur Kursteilnahme durch Führungskräfte („Es sollte ermutigt werden, Achtsamkeit in den Arbeitsalltag einzubauen, oder Freiräume (Raum, Erlaubnis für Pausen) dafür zu schaffen“). Dies könnte auch einen sehr entschiedenen Charakter haben („Ich wünsche mir, dass die Mitarbeitenden zur Teilnahme an MBSR-Kursen ermutigt werden, ähnlich wie bei verpflichtenden Brandschutzübungen“). Fördernd könnte sich darüber hinaus eine Anrechnung der Teilnahme als Arbeitszeit auswirken („Es wäre schön, wenn die Teilnahme für die Mitarbeitenden auch als Arbeitszeit angerechnet würde“). Ebenfalls wichtig erscheint, dass entsprechende Informationen zu Achtsamkeit vorhanden sind („Mehr Information über Achtsamkeit im Arbeitsumfeld“) und über entsprechende Angebote („Dass es solche Angebote gibt, sollte weiterverbreitet werden!“). Weiterhin wird eine institutionelle Verankerung als förderlich eingeschätzt („Je mehr Normalität

Tab. 4 Förderfaktoren auf Seiten der Beschäftigten

Item	Mittelwert (n = Anzahl der Antworten)	Interpretation
1. Die Inhalte des Kurses greifen eigene Gesundheitsthemen auf (z. B. „Was bedeutet Gesundheit/Selbstfürsorge für mich?“)	3,81 (n = 43)	++
2. Die Inhalte des Kurses sind für die eigene Arbeit in der Versorgung relevant (z. B. Verbesserung der Beziehungsgestaltung zu Patient*innen/Wie kann Wissen über Achtsamkeit an Patient*innen vermittelt werden?)	3,56 (n = 43)	++
3. Erlernen eines hilfreichen Umgangs mit Stresssituationen	3,78 (n = 43)	++
4. Freundlichkeit sich und anderen gegenüber in herausfordernden Situationen bewahren zu können	3,79 (n = 42)	++
5. Das Erleben von Selbstwirksamkeit und eigenen Gestaltungsmöglichkeiten in stressigen Situationen	3,76 (n = 42)	++
6. Die Kursteilnahme unterstützt die Fähigkeit, sich um das eigene Wohl und das der anderen zu kümmern	3,74 (n = 42)	++

++ klare Zustimmung, + tendentielle Zustimmung, – überwiegende Ablehnung

Tab. 5 Förderfaktoren auf Seiten der Institution

Item	Mittelwert (n = Anzahl der Antworten)	Interpretation
1. Empfehlung der Einrichtung, einen Achtsamkeitskurs zu besuchen	2,86 (n = 42)	+
2. Ermutigung zur Kursteilnahme durch Führungskräfte (z. B. Pflegedienstleitung, Stationsleitung, etc.)	2,86 (n = 42)	+
3. Glaubhaftes Vorleben von Achtsamkeit seitens der Führungsebene	1,95 (n = 38)	–
4. In der Institution gibt es einen geeigneten/schönen/ruhigen Raum, in dem der Kurs stattfinden kann	2,75 (n = 42)	+
5. Der Kurs wird innerhalb der Arbeitszeit angeboten	2,62 (n = 42)	+
6. Der Kurs wird außerhalb der Arbeitszeit angeboten und die Kursteilnahme wird als Arbeitszeit angerechnet (voll oder zumindest anteilig)	2,17 (n = 42)	–
7. Die Kursteilnahme wird als Teil der Aus-/Weiterbildung anerkannt (für Studierende/Auszubildende: die Teilnehmenden erhalten Credit-points/der Kurs ist als Studien-/Ausbildungsleistung anrechenbar; für Ärzt*innen: die Teilnehmenden erhalten CME-Punkte)	2,12 (n = 33)	–

++ klare Zustimmung, + tendentielle Zustimmung, – überwiegende Ablehnung

Achtsamkeitskurse in der Klinik haben, desto normaler wird es auch, über eigene Probleme zu sprechen“). Dies beinhaltet auch die Schaffung entsprechender personeller Ressourcen („Implementierung eines festen Fachreferats für Achtsamkeit und Stressmanagement, ähnlich der Hygienebeauftragten in jedem Haus“).

Die qualitativen und quantitativen Daten zeigen eine Vielzahl von Barrieren und Förderfaktoren für Achtsamkeitskurse für Beschäftigte im Gesundheitswesen auf. Zur systematischen Integration beider Datenquellen und zur Veranschaulichung potenzieller Einflussfaktoren auf unterschiedlichen Ebenen wurde ein integratives Modell entwickelt, das in der folgenden **Abb. 1** dargestellt ist. Neben der Individualebene (hellblau) und der Organisationsebene (blau) wurde eine zusätzliche interindividuelle Ebene (orange) eingeführt, um die aus den Daten deutlich geworde-

ne Bedeutung der Zusammenarbeit im Team abzubilden.

Diskussion

Die Ergebnisse der Befragung machen deutlich, dass Achtsamkeitslehrende im Gesundheitswesen eine Vielzahl von Förderfaktoren und Barrieren wahrnehmen, die sich verschiedenen Ebenen (individuelle, interpersonelle und institutionelle Ebene) zuordnen lassen. Dies entspricht dem Verständnis einer gesundheitsfördernden Organisationsentwicklung, in der die Synergie der individuellen Perspektive (Verhaltensorientierung) und die Veränderung struktureller Rahmenbedingungen (Verhältnisorientierung) unverzichtbar sind. Im Hinblick auf die Implementierung achtsamkeitsbasierter Angebote im Gesundheitswesen kommen Micklitz et al. in einem Review zu der Schlussfolgerung, dass es nicht

ausreichend ist, den Beschäftigten Achtsamkeit zu vermitteln, damit sie besser mit ihrem Stress umgehen können, ohne auch die umgebenden Kontextbedingungen zu adressieren: „Simply offering a MBP (mindfulness-based program) to (healthcare) professionals in order to reduce stress and enhance well-being does not suffice. A supportive environment must exist in order to the programmes' benefits to be reaped.“ [24, S. 12].

Laut eines Reports der DAK liegt das Gesundheitswesen im Hinblick auf Fehltag aufgrund psychischer Erkrankungen 39 % über dem Durchschnitt aller Wirtschaftsgruppen [7]. Eine Auswertung von Arbeitsunfähigkeitsdaten der TK zeigte bei Pflegekräften einen überdurchschnittlich hohen Krankenstand mit 28,5 AU-Tagen im Vergleich zu 18,6 Tagen bei allen anderen Berufsgruppen [31]. Pflegenden sind einem enormen Druck ausgesetzt, der sich aufgrund des prognostizierten Anstiegs des bestehenden Fachkräftemangels noch verschärfen wird. Lennefer et al. formulieren die Forderung nach betrieblicher Gesundheitsförderung wie folgt: „Um der Herausforderung des Fachkräftemangels zu begegnen, ist es für Pflegeeinrichtungen essenziell, ihre Belegschaft gesund zu erhalten und die Arbeitgeberattraktivität zu erhöhen. Neben Maßnahmen auf politischer Ebene kann betriebliche Gesundheitsförderung (BGF) für Pflegeeinrichtungen ein wichtiges Instrument darstellen, um diese Ziele zu erreichen“ [20, S. 129]. Die Verankerung achtsamkeitsbasierter Verfahren kann ein wichtiger Beitrag dazu sein, die Gesundheit und Arbeitsfähigkeit im Gesundheitswesen zu stärken. Micklitz

Förderfaktoren

Barrieren

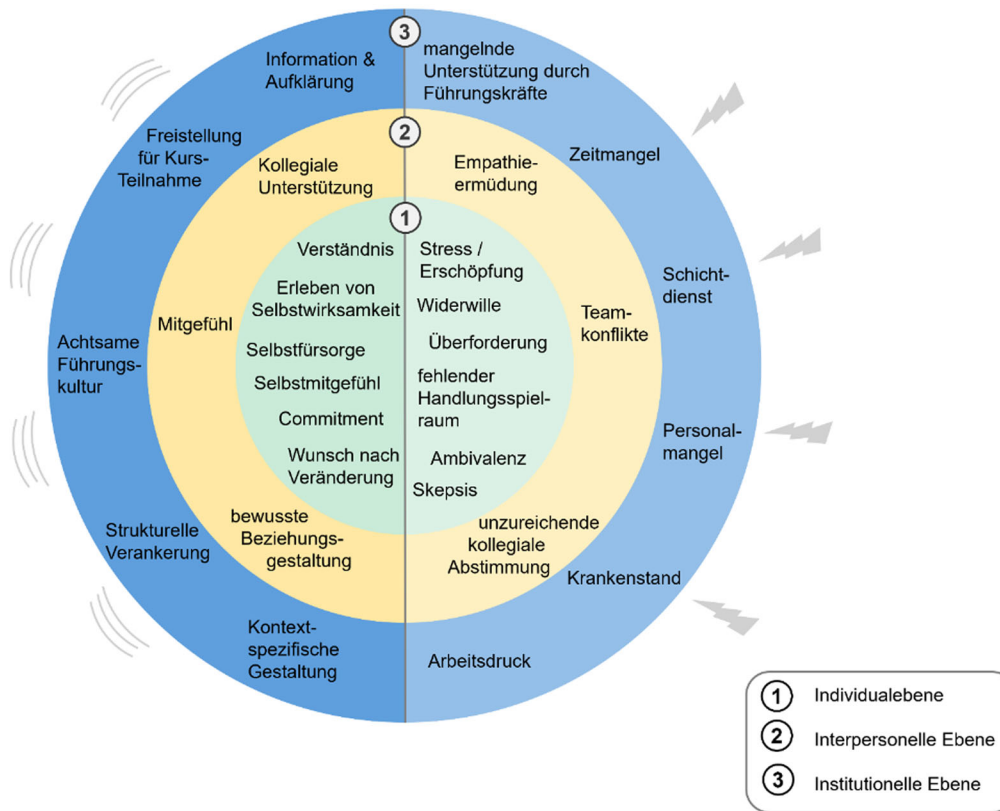


Abb. 1 ◀ Förderfaktoren und Barrieren für Achtsamkeitskurse für Beschäftigte im Gesundheitswesen (hellblau Barrieren auf der Organisationsebene, dunkelblau Förderfaktoren auf der Organisationsebene, hellorange Barrieren auf der interindividuellen Ebene, dunkelorange Förderfaktoren auf der interindividuellen Ebene, hellgrün Barrieren auf der Individual-ebene, dunkelgrün Förderfaktoren auf der Individual-ebene)

et al. postulieren, dass Achtsamkeit im Gesundheitssystem mit den Zielen und Bedürfnissen der Teilnehmenden sowie den organisationalen Zielen und Werten vereinbar sein muss [24]. Die Berücksichtigung spezifischer Barrieren und Förderfaktoren trägt zum Gelingen der Implementierung bei.

Individuelle Ebene

Insgesamt zeigen die Ergebnisse, dass Achtsamkeitslehrende bei den Beschäftigten im Gesundheitswesen ein großes Bedürfnis nach Unterstützung der individuellen Stressbewältigung und Selbstfürsorge wahrnehmen. Zeitdruck und der vorhandene Personalmangel führen dazu, dass Beschäftigte wenig Möglichkeiten sehen, an einem Kurs teilzunehmen bzw. skeptisch sind, das Erlernete anschließend im Alltag umsetzbar ist. Ein geringes Selbstwirksamkeitserleben verhindert die Teilnahme ebenfalls. Bezüglich der Inhalte des Kurses werden Skepsis und Vorbehalte gegenüber dem

Thema Achtsamkeit als Barriere wahrgenommen.

Demgegenüber wird eine Teilnahme dadurch gefördert, dass die Inhalte einerseits als unterstützend für die eigene Selbstfürsorge und andererseits als relevant für die Patientenversorgung erlebt werden. Einer qualitativen Studie von Knudsen et al. zufolge beschreiben Beschäftigte im Gesundheitswesen nach Teilnahme an einem MBSR-Kurs die folgenden Aspekte als bedeutsam für ihren klinischen Alltag: Lernen, innezuhalten, sich zu fokussieren und eine Wahlfreiheit in bestimmten Situationen wahrzunehmen; Selbstmitgefühl wurde als eine Voraussetzung beschrieben, um gut für andere zu sorgen. Die gemeinsame Teilnahme mit Kolleg*innen wurde als bedeutsam und als ein „safe space to connect“ erlebt [12]. De Mauro et al. beschreiben in einem Review qualitativer Studien, dass das Erlernen von Achtsamkeit Pflegekräfte dabei unterstützt, therapeutische Präsenz, Mitgefühl, Selbstfürsorge und Emotionsregulation zu kultivieren und kommen zu der Schlussfol-

gerung: „mindfulness cultivates certain skills that are especially relevant to the occupational demands of caring professionals“ [8, S. 1969]. Damit Strategien der Selbstfürsorge und Achtsamkeit nicht erst im beruflichen Alltag erlernt werden, ist es hilfreich, wenn diese bereits in Ausbildung und Studium integriert werden [26].

Institutionelle Ebene

Rahmenbedingungen und strukturelle Faktoren stellen eine wichtige Voraussetzung für eine gelingende Implementierung dar. Personalmangel und Krankenstand können Maßnahmen der Gesundheitsförderung blockieren. Im Gegenzug wird die Teilnahme erleichtert, wenn Führungskräfte dazu ermuntern und durch eine Freistellung von der Arbeit für die notwendigen zeitlichen Ressourcen sorgen. Die Einbettung in die Organisationskultur ist darüber hinaus ein wesentlicher Faktor. Achtsamkeit sollte dabei nicht nur im Kontext der BGF in Form von Angeboten für Be-

schäftige verortet sein, sondern auch eine Grundlage der übergeordneten strukturellen Verankerung in Form eines betrieblichen Gesundheitsmanagements (BGM) darstellen [26]. In dieser Befragung wurde die bedeutsame Rolle der Führungskräfte als unterstützende Ressource benannt. Dies zeigt sich auch in Studien und Metaanalysen. Nielsen et al. beschreiben als Ergebnis eines Reviews: „it is important that managers show commitment to organisational initiatives that aim to improve employees' well-being. Their support is essential in catalysing and facilitating organisational changes, including establishing psychological safety, as demonstrated in this review“ [27, S. 2271]. In Zeiten verunsichernder Veränderungen und Transformation stellt das Erleben von psychologischer Sicherheit einen wichtigen Resilienzfaktor dar. Einer Studie von Ross et al. zufolge trägt das psychosoziale Sicherheitsklima einer Einrichtung bei Pflegekräften maßgeblich zur Mitarbeiterbindung bei [29]. Dies zeigt auch die Bedeutsamkeit eines positiven Teamklimas und gegenseitiger Unterstützung.

Hinsichtlich der Barrieren und Förderfaktoren der Implementierung eines achtsamkeitsbasierten Formates in einer chirurgischen Klinik kommen Lebares et al. in einer qualitativen Studie zu der Schlussfolgerung: „qualitative exploration of the culture, surrounding infrastructure and adaptability of burnout interventions [...] is essential to understanding key influential factors. This is fundamental to iteratively addressing barriers, transforming them to enablers, and obtaining successful and sustainable implementation of the intervention“ [19, S. 334]. Knudsen et al. beschreiben in einer Meta-Analyse qualitativer Studien ähnliche Faktoren: die Vermittlung des Wertes von Achtsamkeit und der Zusammenhang zwischen Selbstfürsorge und Patient*innenversorgung („buying in“), die Bereitstellung von geschützter Zeit und geeigneten Räumen („allocating time and space“) sowie Maßnahmen zur langfristigen Etablierung wie informelle Praxis, Gruppenangebote, Follow-ups und lokale Ansprechpersonen („keeping it going“; [13]).

Die Förderung persönlicher Kompetenzen sowie die Integration in die organisationalen Strukturen sind gleichermaßen wichtig. Achtsamkeitsbasierte Formate setzen auf beiden Ebenen an. Zum Gelingen der Implementierung trägt entscheidend bei, dass Achtsamkeit in eine gesundheitsfördernde Organisationsentwicklung eingebettet ist. Umsetzen lässt sich dies durch eine Integration achtsamkeitsbasierter Formate in die BGF sowie eine schrittweise Einführung in die organisationale Struktur eines BGM. Beschäftigte sollten im Rahmen ihrer Arbeitszeit an Kursen teilnehmen können, der Transfer in den Alltag sollte gemeinsam im Team gestaltet werden. Dies schließt auch das gegenseitige Erinnern und die Schaffung von Rückzugsmöglichkeiten und kurzen Pausen im klinischen Alltag mit ein. Die Kultur, die es den Beschäftigten ermöglicht, Selbstfürsorge in den Alltag zu integrieren, unterstützt auch die Genesung der Patient*innen. Weiterer Forschungsbedarf besteht unter anderem darin, auch Beschäftigte selbst zu ihrem Erleben der Kursformate und den Umsetzungsmöglichkeiten im Arbeitsalltag zu befragen.

Limitationen

Die vorliegende Befragung erhebt erste empirische Daten dazu, wie Barrieren und Förderfaktoren von Achtsamkeitslehrenden wahrgenommen werden. Dies stellt nur eine Perspektive dar. Eine Befragung der Sicht von Beschäftigten und von Führungskräften wäre zur besseren Einordnung der Ergebnisse relevant. Die quantitativen Items beinhalten Vorannahmen der Forschungsgruppe sowie Erkenntnisse der Literatur. Das Befragungsinstrument selbst wurde nicht validiert. Die qualitative Auswertung der Freitextangaben unterlag der Interpretation der Forschenden. Dies entspricht einer grundsätzlichen Limitation qualitativer Forschung. Die Rekrutierung für diese Befragung verlief über den Verteiler des MBSR-MBCT-Verbands. Da nicht alle zertifizierten MBSR-Lehrenden Mitglieder im Verband sind, ist ein Selektionsbias nicht auszuschließen.

Schlussfolgerungen

Die Ergebnisse verdeutlichen das große Bedürfnis nach Angeboten zur Stressbewältigung und Selbstfürsorge von Beschäftigten im Gesundheitswesen. Achtsamkeitsbasierte Formate werden dabei als hilfreich erlebt. Einige individuelle und systemspezifische Faktoren erleichtern die Teilnahme (wie z. B. das Erleben von Selbstwirksamkeit, die Berücksichtigung von Schichtplänen, die strukturelle Verankerung in der Organisation und die Unterstützung durch Führungskräfte). Deutlich wurde in der Befragung, dass es für eine gelingende Implementierung die Synergie der Verhaltens- und Verhältnisebene benötigt. Insbesondere die Integration im Rahmen des BGM und der Personalentwicklung sollten in Einrichtungen des Gesundheitswesens zukünftig noch mehr Berücksichtigung finden.

Fazit für die Praxis

- **Psychische Belastungen bei Beschäftigten im Gesundheitswesen nehmen zu – Achtsamkeitskurse stellen eine wirksame Möglichkeit dar, um der durch diese Belastung bedingten Verschärfung des Fachkräftemangels entgegen zu wirken.**
- **Beschäftigte im Gesundheitswesen haben ein großes Bedürfnis nach Angeboten der Stressbewältigung und Selbstfürsorge, individuelle Förderfaktoren (z. B. Erleben von Selbstwirksamkeit, Behandlung eigener Gesundheitsthemen) erleichtern die Teilnahme. Der Personalmangel erschwert die Teilnahme.**
- **Systemspezifische Faktoren wie die Berücksichtigung der Kursteilnahme bei der Schichtplangestaltung, die strukturelle Verankerung im BGM und die Unterstützung durch Führungskräfte erleichtern die Teilnahme und ermöglichen dadurch positive Effekte.**
- **Für eine gelingende Implementierung ist die Synergie aus Verhaltens- und Verhältnisorientierung unabdingbar.**

Korrespondenzadresse

Dr. med. Rosa Michaelis

Arbeitsgruppe für Aus-, Fort und Weiterbildung
in der Anthroposophischen Medizin, Fakultät
für Medizin, Universität Witten/Herdecke
Witten/Herdecke, Deutschland
rosa.michaelis@uni-wh.de

Funding. OpenAccess funding enabled and organized by Projekt DEAL.

Förderung. Das Projekt wurde im Rahmen der internen Forschungsförderung durch die Evangelische Hochschule Darmstadt unterstützt.

Funding. Open Access funding enabled and organized by Projekt DEAL.

Einhaltung ethischer Richtlinien

Interessenkonflikt. A. Miksch, L.-A. Breuer, M. Stasica, N.-R. Streu, S. Mayer, C. Oelerich, B. Schramm, M. Aßmann und R. Michaelis geben an, dass kein Interessenkonflikt besteht.

Diese Studie wurde in Übereinstimmung mit der Deklaration von Helsinki durchgeführt. Die Studie wurde von der Ethik-Kommission der Evangelischen Hochschule Darmstadt genehmigt.

Open Access. Dieser Artikel wird unter der Creative Commons Namensnennung 4.0 International Lizenz veröffentlicht, welche die Nutzung, Vervielfältigung, Bearbeitung, Verbreitung und Wiedergabe in jeglichem Medium und Format erlaubt, sofern Sie den/die ursprünglichen Autor(en) und die Quelle ordnungsgemäß nennen, einen Link zur Creative Commons Lizenz beifügen und angeben, ob Änderungen vorgenommen wurden. Die in diesem Artikel enthaltenen Bilder und sonstiges Drittmaterial unterliegen ebenfalls der genannten Creative Commons Lizenz, sofern sich aus der Abbildungslegende nichts anderes ergibt. Sofern das betreffende Material nicht unter der genannten Creative Commons Lizenz steht und die betreffende Handlung nicht nach gesetzlichen Vorschriften erlaubt ist, ist für die oben aufgeführten Weiterverwendungen des Materials die Einwilligung des jeweiligen Rechteinhabers einzuholen. Weitere Details zur Lizenz entnehmen Sie bitte der Lizenzinformation auf <http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/deed.de>.

Literatur

1. Aeschbach VM, Fendel JC, Schmidt S, Göritz AS (2021) A tailored mindfulness-based program for resident physicians: A qualitative study. *Complement Ther Clin Pract* 43:101333. <https://doi.org/10.1016/j.ctcp.2021.101333>
2. Anderson N (2021) An evaluation of a mindfulness-based stress reduction intervention for critical care nursing staff: A quality improvement project. *Nurs Crit Care* 26(6):441–448. <https://doi.org/10.1111/nicc.12552>
3. BMJV (2024) Gesetz über die Durchführung von Maßnahmen des Arbeitsschutzes zur Verbesserung der Sicherheit und des Gesundheitsschutzes der Beschäftigten bei der Arbeit (Arbeitsschutzgesetz – ArbSchG) § 5 Beurteilung der Arbeitsbedingungen
4. Byron G, Ziedonis DM, McGrath C, Frazier JA, deTorrijos F, Fulwiler C (2015) Implementation of Mindfulness Training for Mental Health Staff: Organizational Context and Stakeholder Perspectives. *Mindfulness* 6(4):861–872. <https://doi.org/10.1007/s12671-014-0330-2>
5. Charvin L, Akinyemi A, Mariette J-Y, Mizzi C, Cardoso T, Grufeille C, Brun C, Bagnis CI (2025) MBCARE, a mindfulness- and self-compassion-based intervention to decrease burnout and promote self-compassion in health care providers. *BMC Psychol* 13(1):523. <https://doi.org/10.1186/s40359-025-02745-6>
6. Crane RS, Brewer J, Feldman C, Kabat-Zinn J, Santorelli S, Williams JMG, Kuyken W (2017) What defines mindfulness-based programs? The warp and the weft. *Psychol Med* 47(6):990–999. <https://doi.org/10.1017/S0033291716003317>
7. DAK (2025) Psychreport. <https://caas.content.dak.de/caas/v1/media/91772/data/4e1fc7bc25d1abe1339535a2da6d9be4/dak-psychreport-ergebnis-praesentation.pdf>
8. DeMauro AA, Jennings PA, Cunningham T, Fontaine D, Park H, Sheras PL (2019) Mindfulness and Caring in Professional Practice: An Interdisciplinary Review of Qualitative Research. *Mindfulness* 10(10):1969–1984. <https://doi.org/10.1007/s12671-019-01186-8>
9. Gassen T, Bethke H, Gross A, Goltz S, Purnhagen J, Schmidt-Semisch H, Schütz B (2025) „Auf der Arbeit schmeckt es immer“ – Gründe für das Rauchen von Pflegefachkräften im Krankenhaus: Ergebnisse einer qualitativen Studie. *Präv Gesundheitsf.* <https://doi.org/10.1007/s11553-025-01240-5>
10. Hall LH, Johnson J, Watt I, Tsipa A, O'Connor DB (2016) Healthcare Staff Wellbeing, Burnout, and Patient Safety: A Systematic Review. *PLoS ONE* 11(7):e159015. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0159015>
11. Kabat-Zinn J (2013) Gesund durch Meditation. In: Das große Buch der Selbstheilung mit MBSR. Knaur-Leben. Knaur Verlag, München
12. Knudsen RK, Ammentorp J, Storkholm MH, Skovbjerg S, Tøusig CG, Timmermann C (2023) The influence of mindfulness-based stress reduction on the work life of healthcare professionals—A qualitative study. *Complement Ther Clin Pract* 53:101805. <https://doi.org/10.1016/j.ctcp.2023.101805>
13. Knudsen RK, Skovbjerg S, Pedersen EL, Nielsen CL, Storkholm MH, Timmermann C (2024) Factors affecting implementation of mindfulness in hospital settings: A qualitative meta-synthesis of healthcare professionals' experiences. *Int J Nurs Stud Adv* 6:100192. <https://doi.org/10.1016/j.ijnsa.2024.100192>
14. Kocks A (2020) Resilienz – Sorge für sich und andere. *Pflege* 73(10):16–19. <https://doi.org/10.1007/s41906-020-0808-6>
15. La Torre G, Leggieri PF, Cocchiara RA, Dorelli B, Mannocci A, Sernia S, Guerra F (2022) Mindfulness as a tool for reducing stress in healthcare professionals: An umbrella review. *Work* 73(3):819–829. <https://doi.org/10.3233/WOR-210504>
16. Lamothe M, Rondeau É, Malboeuf-Hurtubise C, Duval M, Sultan S (2016) Outcomes of MBSR or MBSR-based interventions in health care providers: A systematic review with a focus on empathy and emotional competencies. *Complement Ther Med* 24:19–28. <https://doi.org/10.1016/j.ctim.2015.11.001>
17. Lamothe M, McDuff P, Pastore YD, Duval M, Sultan S (2018) Developing professional caregivers' empathy and emotional competencies through mindfulness-based stress reduction (MBSR): results of two proof-of-concept studies. *Bmj Open* 8(1):e18421. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2017-018421>
18. Latzel-Hennek L, Kocks A (2025) Pflichtgefühl vs. Selbstfürsorge. *Pflege* 78(4):13–16. <https://doi.org/10.1007/s41906-025-2787-0>
19. Lebares CC, Guvva EV, Desai A, Herschberger A, Ascher NL, Harris HW, O'Sullivan P (2020) Key factors for implementing mindfulness-based burnout interventions in surgery. *Am J Surg* 219(2):328–334. <https://doi.org/10.1016/j.amjsurg.2019.10.025>
20. Lennefer T, Drupp M, Mall W, Lehr D, Ducki A (2024) Pflege braucht Pflege: Wie Betriebliche Gesundheitsförderung dem Fachkräftemangel entgegenwirken kann. In: Schwinger A, Kuhlmeier A, Greß S, Klauber J, Jacobs K, Behrendt S (Hrsg) *Pflege-Report 2024*. Springer Berlin Heidelberg, Berlin, Heidelberg, S127–140
21. Lime Survey LimeSurvey GmbH LimeSurvey: An Open Source Survey Tool. Verfügbar unter. <https://www.limesurvey.org>
22. McCown D, Reibel D, Micozzi MS, Kabat-Zinn J (2016) Achtsamkeit lehren. In: Ein Praxisleitfaden für Therapeuten, Ärzte und Kursleiter, 2. Aufl. Arbor Verlag, Freiburg im Breisgau
23. Michaelson MM, Esch T (2021) Die neuronale Basis von Meditation und Achtsamkeit im Bildungskontext. In: Iwers T, Roloff C (Hrsg) *Achtsamkeit in Bildungsprozessen*. Springer, Wiesbaden, S61–75
24. Micklitz K, Wong G, Howick J (2021) Mindfulness-based programmes to reduce stress and enhance well-being at work: a realist review. *Bmj Open* 11(3):e43525. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2020-043525>
25. Miksch A (2024) Achtsamkeit und Gesundheitsförderung. In: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (Hrsg) *Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention. Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden*.
26. Miksch A, Ostermaier H (2024) *Achtsamkeit im Studium*. Springer Berlin Heidelberg, Berlin, Heidelberg
27. Nielsen CL, Lindhardt CL, Näsund-Koch L, Frandsen TF, Clemensen J, Timmermann C (2025) What is the State of Organisational Compassion-Based Interventions Targeting to Improve Health Professionals' Well-Being? Results of a Systematic Review. *J Adv Nurs* 81(5):2246–2276. <https://doi.org/10.1111/jan.16484>
28. Oswald J, Neumeyer H, Visarius M (2023) Rahmenbedingungen und Herausforderungen im Personalmanagement. In: Klauber J, Wasem J, Beivers A, Mostert C (Hrsg) *Krankenhaus-Report 2023*. Springer Berlin Heidelberg, Berlin, Heidelberg, S85–106
29. Ross J, Lennefer T, Brückner H, Ducki A, Lehr D (2024) Wechselbereitschaft und psychosoziales Sicherheitsklima: Eine Studie unter Pflegekräften. In: Badura B, Ducki A, Baumgardt J, Meyer M, Schröder H (Hrsg) *Fehlzeiten-Report 2024*, Bd 2024. Springer Berlin Heidelberg, Berlin, Heidelberg, S43–58
30. Rövekamp-Wattendorf J, Greving H, Menke M (2020) Berufliche Belastungen bewältigen. Kohlhammer, Stuttgart
31. (2024) <https://www.tk.de/resource/blob/2185134/708f1131da66a6eae756d2afdbdd9579/tk-pflegedossier-data.pdf>. Zugriffen: 2017

32. van Agteren J, Iasiello M, Lo L, Bartholomaeus J, Kopsaftis Z, Carey M, Kyrios M (2021) A systematic review and meta-analysis of psychological interventions to improve mental wellbeing. *Nat Hum Behav* 5(5):631–652. <https://doi.org/10.1038/s41562-021-01093-w>
33. Verweij H, van Ravesteijn H, van Hooff MLM, Lagro-Janssen ALM, Speckens AEM (2018) Mindfulness-Based Stress Reduction for Residents: A Randomized Controlled Trial. *J Gen Intern Med* 33(4):429–436. <https://doi.org/10.1007/s11606-017-4249-x>
34. Vonderlin R, Biermann M, Bohus M, Lyssenko L (2020) Mindfulness-Based Programs in the Workplace: a Meta-Analysis of Randomized Controlled Trials. *Mindfulness* 11(7):1579–1598. <https://doi.org/10.1007/s12671-020-01328-3>
35. Werdecker L, Esch T (2019) Stress und Gesundheit. In: Haring R (Hrsg) *Gesundheitswissenschaften*. Springer Berlin Heidelberg, Berlin, Heidelberg, S 347–359
36. Wesselborg B, Bauknecht J (2025) Psychische Erschöpfung in den Pflegeberufen: eine quantitative Querschnittstudie zu Belastungs- und Resilienzfaktoren. *Präv Gesundheitsf* 20(1):141–147. <https://doi.org/10.1007/s11553-023-01085-w>

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