

Sachbericht BAGGer-Projekt (Betriebliche Angebote zur Gesundheitsförderung und Gewaltprävention im BGM: wirkungsmodellbasierte Konzeption und Evaluation eines BGF-Programms)

Gefördert durch:



aufgrund eines Beschlusses
des Deutschen Bundestages

1. Titel und Verantwortliche

<u>Projektinformation</u>	
Titel des Vorhabens:	Betriebliche Angebote zur Gesundheitsförderung und Gewaltprävention im BGM: wirkungsmodellbasierte Konzeption und Evaluation eines BGF-Programms
Akronym:	BAGGer
Förderkennzeichen:	BVA 2520ZPK744
Laufzeit:	1.11.2020 – 31.03.2023
Fördersumme:	377.068 €
Projektleitung Name:	Prof. Dr. Andrea Schaller
Ausführende Abteilung:	Deutsche Sporthochschule Köln AG Bewegungsbezogene Präventionsforschung; Institut für Bewegungstherapie und bewegungsbezogene Prävention und Rehabilitation Institut für Bewegungstherapie und bewegungsbezogene Prävention und Rehabilitation
Straße, Hausnummer:	Am Sportpark Müngersdorf, 6
PLZ und Ort:	50933 Köln
Telefon:	0221 4982-8673
E-Mail-Adresse:	a.schaller@dshs-koeln.de

<u>Projektmitarbeitende</u>			
Name	Organisation	Kontaktdaten	Aufgabe im Projekt
Prof. Dr. Andrea Schaller	Deutsche Sporthochschule Köln (DSHS)	T: 0221 4982-8673 F: 0221 4982-8390 a.schaller@dshs-koeln.de (ab 1.4.2023: andrea.schaller@unibw.de)	Projektleitung; Methodenexpertise Planung und Evaluation komplexer Interventionen, Koordination der Zusammenarbeit mit dem Praxispartner
Hannah Bleier, M.A.	DSHS	hannah.bleier@stud.dshs-koeln.de	Wissenschaftliche Mitarbeiterin
Jasmin Lützerath, M.Sc.	DSHS	j.luetzerath@dshs-koeln.de	Wissenschaftliche Mitarbeiterin
Madeleine Gernert, M.A.	DSHS		Wissenschaftliche Hilfskraft (WHK)
Karsten Haaß, B.A. Ole Müller, B.A. Christiane Stetter, B.A. Paula Lüttenberg, B.Sc.	DSHS		Wissenschaftliche Hilfskraft mit Bachelorabschluss (WHB)

Inhaltsverzeichnis

1. Titel und Verantwortliche	1
2. Zusammenfassung	4
3. Einleitung	5
3.1 Ausgangslage des Projekts	5
3.2 Ziele, Fragestellungen und Arbeitsschritte	6
4. Erhebungs- und Auswertungsmethodik	10
5. Durchführung, Arbeits- und Zeitplan	15
6. Ergebnisse	17
6.1. Forschungsfrage 1: Was sind relevante Gesundheitsprobleme und Folgen für die Berufsausübung aus Sicht pflegender Beschäftigter?	17
6.1.1 Review „Gesundheitsprobleme und Gewalterfahrungen von Pflegekräften in Akutkrankenhäusern, Langzeitpflegeeinrichtungen und häuslicher Langzeitpflege in Deutschland: Eine systematische Übersicht“	17
6.1.2 Leitfadeninterviews: „Arbeitsbedingte Gesundheitsbelastungen von Pflegekräften in Deutschland“	17
6.1.3 Beschäftigtenbefragung “Einflussfaktoren auf die Gesundheit von pflegenden Beschäftigten - eine Regressionsanalyse unter Berücksichtigung individueller und organisationaler Determinanten).....	18
6.1.4 Praxiserfahrungen aus Perspektive des BGF-Anbieters	18
6.2. Forschungsfrage 2: Was sind vielversprechende Interventionen zur Adressierung der relevanten Gesundheitsprobleme und welche Wirkmechanismen sind anzunehmen?	20
6.2.1 Review „Betriebliche Gesundheitsförderung für Pflegekräfte in Deutschland: eine systematische Überprüfung auf der Grundlage des RE-AIM-Rahmens“	20
6.2.2 Praxiserfahrungen aus dem Projekt	20
6.3. Forschungsfrage 3: Wie ist die Übertragbarkeit auf den Zielkontext des Settings?	21
6.3.1 Übergreifende Beantwortung	21
6.3.2 Praxiserfahrungen aus dem Projekt	27
6.4. Forschungsfrage 4: Wie sind die erreichten Veränderungen zu beurteilen?.....	29
6.4.1 Befragung auf organisationaler Ebene	29
6.4.2 Beschäftigtenbefragung auf individueller Ebene	31
6.4.3 Praxiserfahrungen aus dem Projekt (BGFI)	34
6.5. Forschungsfrage 5: Was sind Förderfaktoren und Barrieren für die nachhaltige Implementation unter Routinebedingungen?.....	35
6.5.1 Übergreifende Beantwortung	35
6.5.2 Praxiserfahrungen aus dem Projekt	35
7. Gender Mainstreaming Aspekte	36
8. Diskussion der Gesamtergebnisse	37
8.1 Gesamtbeurteilung	37
8.2 Erzielte Ergebnisse im Vergleich zu den formulierten Zielen im AZA	39
9. Verbreitung und Öffentlichkeitsarbeit der Projektergebnisse	40
9.1 Wissenschaftliche Publikationen:	40
9.2 Abstracts und Kongressbeiträge:	41
9.3 Weitere Präsentationen und Veröffentlichungen:.....	41
10. Verwertung der Projektergebnisse (Nachhaltigkeit/Transferpotential).....	42
Literaturverzeichnis	44

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Wirkungsmodell im BAGGer-Projekt – individuelle Ebene.....	8
Abbildung 2: Wirkungsmodell im BAGGer-Projekt – organisationale Ebene	9
Abbildung 3: Arbeits- und Zeitplan im BAGGer-Projekt	15

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Items der Beschäftigtenbefragung (zu Fragestellung 1 und 4)	11
Tabelle 2: Output	13
Tabelle 3: Items des BGM-Checks	14
Tabelle 4: Stichprobenbeschreibung der interviewten Pflegekräfte	17
Tabelle 5: BGF-Angebote (Activities) der Umsetzungsphase.....	22
Tabelle 6: Nutzung von BGF-Angeboten.....	24
Tabelle 7: Bewertung der BGF-Angebote	26
Tabelle 8: Themen der Beratung zur gesundheitsförderlichen Arbeitsgestaltung.....	27
Tabelle 9: Beschreibung der Einrichtungsgröße t(0) und t(1) für die Erhebung der quantitativen Befragung auf Organisationsebene „BGM-Check“	29
Tabelle 10: Darstellung der Ergebnisse für alle Kennzahlen des BGM-Checks für t(0) + t(1)	30
Tabelle 11: Darstellung der subjektiv wahrgenommenen Veränderung der befragten Entscheider und Entscheiderinnen für Präventionswille und Präventionsinfrastruktur zwischen t(0) zu t(1)	30
Tabelle 12: Stichprobenbeschreibung Beschäftigtenbefragung 2021(N=875) und 2022 (N=240).....	31
Tabelle 13: Ergebnisse der jeweiligen Beschäftigtenbefragung im Vergleich Projektbeginn und Projektende	32

2. Zusammenfassung

Beschäftigte der Altenpflege bzw. der Gesundheits- und Krankenpflege weisen im Vergleich zu anderen Beschäftigtengruppen eine deutlich geringere Arbeitsfähigkeit auf (Kliner et al., 2017). Es lässt sich ein erhöhtes Risiko einer langfristigen krankheitsbedingten Abwesenheit und eines vorzeitigen Berufs-/Erwerbsaustritts erkennen (Sell et al., 2009). Betriebliches Gesundheitsmanagement (BGM), kann zur nachhaltigen Verankerung des Themas Gesundheit in Betrieben führen (Bauer et al., 2020) und einen Beitrag zur Reduktion von Beanspruchungen und arbeitsbedingten Gefahren leisten. Zudem kann die Gesundheitsförderung von Beschäftigten als Wertschätzung aufgefasst und die Bindung an den Betrieb gefördert werden (Eickholt, C. & Winkelmann, A. 2020). Trotz der großen Bedeutung, die Betriebliche Gesundheitsförderung (BGF) für die meisten Beschäftigten hat (90%) (Kliner et al., 2017), geben nur knapp 24 % der Einrichtungen an, dass sie das BGF-Angebot ihrer Einrichtung als ausreichend ansehen und etwa 29 % bezeichnen das eigene BGF-Angebot als unzureichend (Isfort et al., 2018).

Übergeordnetes Ziel des Modellprojektes BAGGer war es, einen Beitrag zur Gesundheitsförderung und Verbesserung der Arbeitssituation pflegender Beschäftigter zu leisten. Die Fragestellungen im Projekt bezogen sich auf die Identifikation versorgungsrelevanter Gesundheitsprobleme (Frage 1), die Ermittlung vielversprechender Interventionen (Frage 2) sowie die Implementation, Machbarkeit (Frage 3/5) und Wirkung von BGF (Frage 4). Anhand eines Wirkungsmodells (Logic Model) wurde ein zielgruppenspezifisches BGF-Programm für das Setting der ambulanten und stationären Altenpflege sowie das Krankenhaus entwickelt und im Rahmen eines ganzheitlichen BGM systematisch implementiert. Die BGF-Angebote wurden vom Praxispartner des Projektes (BGF-Institut) durchgeführt.

Insgesamt nahmen zu Projektbeginn 17 Einrichtungen als Umsetzungspartner an dem Modellprojekt teil vier Akutkrankenhäuser, acht stationäre Pflegeeinrichtungen, fünf ambulante Pflegedienste). Zur Beantwortung von Fragestellung 1 wurde ein systematisches Review, eine Beschäftigtenbefragung und qualitative Interviews durchgeführt. Fragestellung 2 wurde mithilfe eines weiteren systematischen Reviews bearbeitet. Die BGF-Angebote wurden auf Grundlage des Wirkungsmodells dokumentiert und zur Beantwortung der Implementation in Fragestellung 3 formativ evaluiert. Zu Projektende erfolgte auf organisationaler Ebene eine summative Evaluation („BGM-Check“) und auf individueller Ebene eine Beschäftigtenbefragung zur Beantwortung der Fragestellung 4 (Wirkung). Für die Machbarkeit in Fragestellung 5 wurden qualitative Interviews geführt.

Die Ergebnisse zu den versorgungsrelevanten Gesundheitsproblemen (Frage 1) zeigten, dass Pflegekräfte in verschiedenen Pflegesettings unterschiedliche Ausprägungen in der gesundheitsbezogene Belastung in den Bereichen Gesundheit, Arbeitsalltag und Gewalterfahrungen haben. Bei Pflegekräften in Akutkrankenhäusern treten psychische Gesundheitsprobleme am häufigsten auf. Körperlich waren Pflegekräfte in der stationären Pflege am stärksten belastet (Schaller, Klas, Gernert & Steinbeißer, 2021). Hinsichtlich der Gewalterfahrung schienen Pflegekräfte, die in Langzeitpflegeeinrichtungen arbeiten, am häufigsten betroffen zu sein.

Grundsätzlich lag die Prävalenz der Gewalterfahrungen (mind. 1/Jahr) für sexuelle Belästigung oder Gewalt jedoch in allen Settings bei mindestens knapp der Hälfte der Befragten. Bei der Ermittlung vielversprechender Interventionen (Frage 2) wurde deutlich, dass es bisher noch wenig settingspezifische Studien dazu gibt. Für die ambulante Pflege gab es gar keine untersuchten BGF-Interventionen. Am ehesten wurden in der stationären Pflege und dem Krankenhaus Interventionen im Bereich der psychischen Gesundheit untersucht (7 Studien). 4 Studien untersuchten in diesen beiden Settings muskuloskelettale Beschwerden (Schaller, Gernert & Klas, 2022). Bei der Implementation von BGF wurden insgesamt 137 Interventionen (KH n = 52; stat. n = 53; amb. n = 32) im verhältnispräventiven Handlungsfeld "Gesundheitsförderliche Arbeitsgestaltung" und 235 Interventionen (KH n = 69; stat. n = 117; amb. n = 49) im verhaltenspräventiven Handlungsfeld "Gesundheitsförderlicher Arbeits- und Lebensstil" durchgeführt (Frage 3) (in Vorbereitung: Lützerath, Bleier & Schaller). Bei der Erhebungen der organisationalen Outcomes zeigten sich keine statistisch signifikanten Unterschiede zwischen Projektbeginn und Projektende, jedoch wurden auf deskriptiver Ebene Unterschiede erkennbar (in Vorbereitung Bleier, Lützerath & Schaller).

Die Ergebnisse der Beschäftigtenbefragung (Trendanalyse) weisen auf eine signifikante Verbesserung der Arbeitsorganisation im Setting der stationären Pflege hin. Settingübergreifend betrachtet, lag in allen Dimensionen der Arbeitsbelastung eine durchschnittliche bis geringe Belastung vor, die sich im Verlauf des Projekts kaum änderte. Das Gewalterleben hat in den Krankenhäusern und in der stationären Pflege im Verlauf leicht abgenommen, während es in der ambulanten Pflege zunahm (Frage 4). Bezüglich der Machbarkeit der BGF-Interventionen wurde deutlich, dass für die Inanspruchnahme von BGF-Angeboten neben der individuellen Motivation auch eine breite Palette von organisationalen Faktoren eine Rolle spielt. V.a. die hohe Arbeitsbelastung und die Passung der BGM-Aktivitäten mit den Schichtzeiten waren in allen Settings besonders hemmend für die Teilnahme an BGF-Angeboten (Frage 5) (Bleier, Lützerath & Schaller, 2023).

3. Einleitung

3.1 Ausgangslage des Projekts

Der hohe politische, gesellschaftliche und sozioökonomische Stellenwert pflegender Berufe ist unbestritten. Spätestens seit der Coronavirus-Pandemie sind die Arbeitsbedingungen in der Pflege als „systemrelevante“ Berufsgruppe in den Fokus der Öffentlichkeit gerückt. In Deutschland zeichnet sich zum einen ein Mangel an Pflegekräften ab und zum anderen ein wachsender Bedarf an Pflegekräften (Drupp und Meyer, 2020). Zudem sind pflegende Berufe im Arbeitsalltag mit verschiedenen Belastungsfaktoren konfrontiert, was sich in einem erhöhten Risiko von Langzeitausfällen durch Krankheit und auch Frühverrentung zeigt (Sell et al., 2009). Betrachtet man zudem noch die Probleme der Mitarbeitenden-Fluktuation und der hohen Arbeitsbelastung des Pflegepersonals, wird Handlungsbedarf deutlich (Drupp und Meyer, 2020).

Studien zeigen, dass betriebliche Gesundheitsförderung (BGF) krankheitsbedingte Fehlzeiten der Beschäftigten reduzieren und die Fluktuation verringern kann (Felfe und Wombacher, 2016). Eine regelmäßige Nutzung von BGM-Angeboten zeigte bei pflegenden Beschäftigten eine signifikant geringere subjektiv erlebte Belastung und Beanspruchung im Vergleich zu den Beschäftigten, die diese Angebote nicht nutzen (Dietrich et al., 2014). Durch das Pflegepersonalstärkungsgesetz (PsSG) und der damit verbundenen Pflicht für die gesetzlichen Krankenversicherungen, einen Euro pro versicherter Person in BGF in der Pflege zu investieren, hat das Thema nochmals mehr Aufmerksamkeit erlangt. Allgemein gelten BGF-Angebote in der Pflege allerdings als noch wenig verankert und nur knapp 30% der Einrichtungen bewerten ihr BGF-Angebot als ausreichend (Isfort et al., 2018). Hier setzt das BAGGer-Projekt an, mit dem Ziel die Gesundheit und Arbeitssituation pflegender Beschäftigter zu verbessern.

3.2 Ziele, Fragestellungen und Arbeitsschritte

Vor dem Hintergrund der beschriebenen Ausgangslage war es das **inhaltliche Ziel des Modellprojektes**, durch die Implementierung eines zielgruppenspezifischen BGF-Programms in ein ganzheitliches Betriebliches Gesundheitsmanagement (BGM), einen verhaltens- und verhältnisbezogenen Beitrag zur Stärkung Gesundheit und Verbesserung der Arbeitssituation pflegender Beschäftigter zu leisten. **Die Fragestellungen** des BAGGer Modellprojektes waren:

- 1) Was sind relevante Gesundheitsprobleme und Folgen für die Berufsausübung aus Sicht pflegender Beschäftigter?
- 2) Was sind vielversprechende Interventionen zur Adressierung der relevanten
- 3) Wie ist die Übertragbarkeit auf den Zielkontext des Settings?
- 4) Wie sind die erreichten Veränderungen zu beurteilen?
- 5) Was sind Förderfaktoren und Barrieren für die nachhaltige Implementation unter Routinebedingungen?

Basis für die methodische Vorgehensweise (vgl. Kap. 4) war der Einsatz eines Wirkungsmodells, wobei auf das Konzept des Logic Model zurückgegriffen wurde (W.K. Kellogg Foundation, 2004; Widmer et al., 2023). Dies ermöglichte für die Planung, das Monitoring und die Evaluation des BGF-Programms eine systematische Auseinandersetzung mit dem Zusammenhang zwischen dem Postulierten (Planung) und dem Effektiven (Evaluation). Kernelement des Logic Models ist die Wirkungskette. Diese geht von *theoretischen Annahmen zur Interventionsbegründung (Assumptions)* aus und zeigt, mit *welchen Mitteln und Ressourcen (Input)* über *welchen Weg bzw. welche Interventionen (Activities)* mittels *welcher Leistungen (Output)*, welche *Wirkungen bei den Zielgruppen (Outcome)* und auf *Meso-Makroebene (Impact)* erzielt werden (W.K. Kellogg Foundation, 2004). Die Abbildungen (siehe Abbildung 1 und 2) zeigen einen kursorischen Überblick zu den Wirkungsmodellen auf individueller und organisationaler Ebene im Rahmen des BAGGer Projektes.

Die übergeordneten Ziele (Impact) des Projektes waren die Verbesserung der Arbeitsbedingungen in der Pflege, systematische Integration von BGF-Maßnahmen, Maßnahmen des Arbeitsschutzes und des Betrieblichen Eingliederungsmanagements (BEM) im Rahmen eines ganzheitlichen BGM und die Sensibilisierung von Arbeitgebern und Führungskräften für die Potentiale von BGF. Die angestrebten Wirkungen der Interventionen (Activities) auf der individuellen Outcomeebene für die Zielgruppe der pflegenden Beschäftigten sowie die angestrebten organisationalen Wirkungen auf Outcomeebene sind Abbildung 1 und 2 zu entnehmen. Outputkriterien wurden im Rahmen der Erstellung des Evaluationskonzeptes festgelegt. Hierbei wurde die *Nutzung der BGF-Angebote*, die *Bewertung der BGF-Angebote* (durch Teilnehmende) sowie die inhaltlichen *Themen der Beratung zur gesundheitsförderlichen Arbeitsgestaltung* erhoben und ausgewertet (siehe Kap. 4, Frage 3, Tabelle 2).

Um die Ziele auf organisationaler und individueller Ebene zu erreichen, wurden operativ vier aufeinander aufbauende Arbeitsschritte (A–D) durchgeführt:

- A) Identifizierung versorgungsrelevanter Gesundheitsprobleme pflegender Beschäftigter und Ermittlung vielversprechender Interventionen
- B) Systematische Umsetzung der Interventionen als BGF-Programm im Rahmen eines ganzheitlichen BGM
- C) Evaluation der umgesetzten BGF-Interventionen
- D) Wirkungsanalyse des BGF-Programms

Das Projekt wurde von der AG Bewegungsbezogene Präventionsforschung der Deutschen Sporthochschule Köln (DSHS) (Prof. Dr. Schaller) geleitet. Das Institut für Betriebliche Gesundheitsförderung (IBGF) als Tochterunternehmen der AOK Rheinland/Hamburg brachte als Praxispartner umfassende Expertise im BGM und BGF in das Projekt ein und verantwortete die Konzeption und Durchführung der BGF-Angebote. Der Projektbeirat mit Vertretenden aus der Berufsgenossenschaft, der Sozialversicherung, Wissenschaft und Politik tagte drei Mal im Projektzeitraum. Die teilnehmenden Einrichtungen wurden im Projekt als Umsetzungspartner bezeichnet. Insgesamt waren zu Beginn acht stationäre Einrichtungen, fünf ambulante Einrichtungen und vier Krankenhäuser als Umsetzungspartner beteiligt. Bei Projektende waren es nach vereinzelt Projektausstiegen noch 15 Einrichtungen.

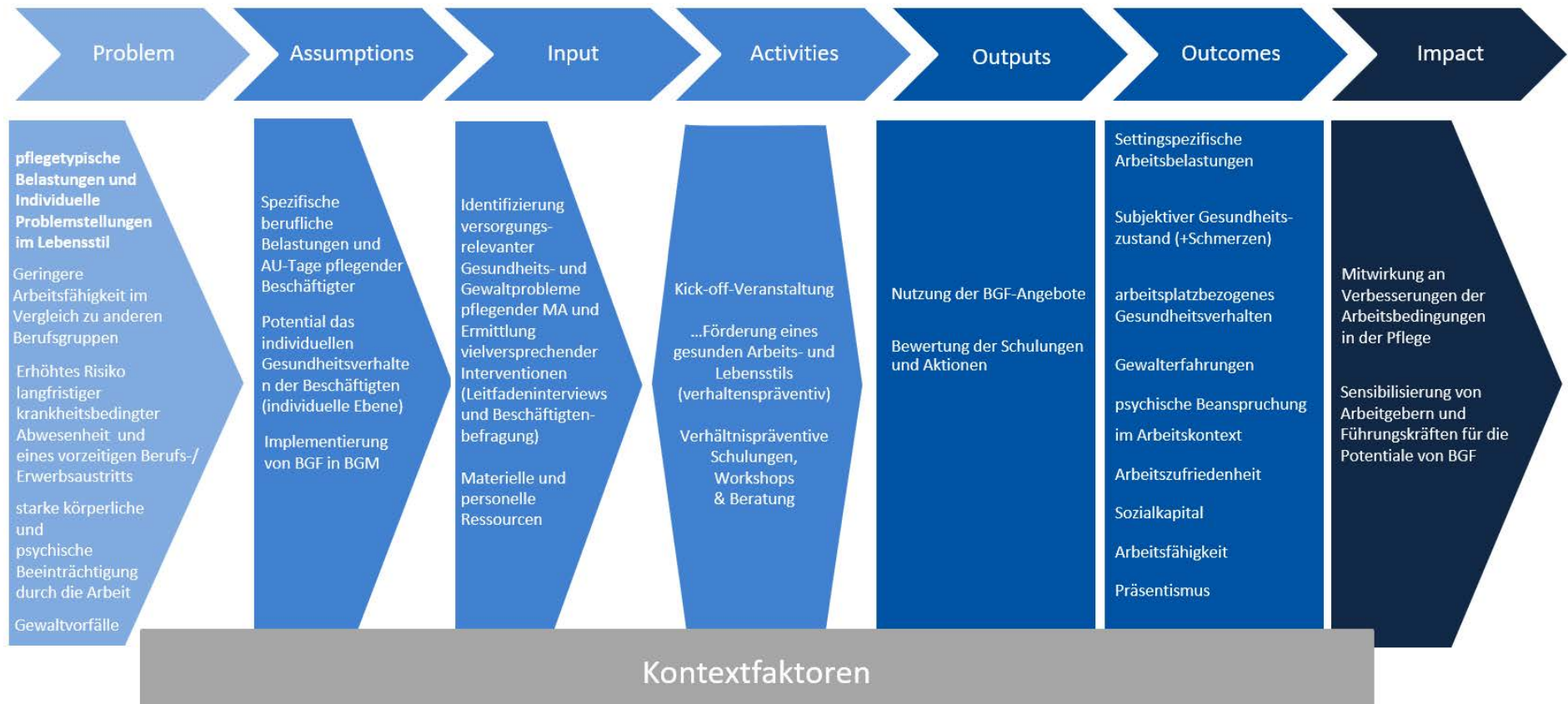


Abbildung 1: Wirkungsmodell im BAGGer-Projekt – individuelle Ebene



Abbildung 2: Wirkungsmodell im BAGGer-Projekt – organisationale Ebene

4. Erhebungs- und Auswertungsmethodik

Nachfolgend werden die Methoden zur Beantwortung der Fragestellungen (vgl. Kap. 3) vorgestellt.

Fragestellung 1 (Was sind relevante Gesundheitsprobleme und Folgen für die Berufsausübung aus Sicht pflegender Beschäftigter?) wurden mittels eines systematischen Review, qualitativen Leitfadeninterviews und einer quantitativen Beschäftigtenbefragung mit pflegenden Beschäftigten beantwortet. Ein- und Ausschlusskriterien des **systematischen Reviews** sind in den jeweiligen Originalpublikationen (Schaller et al., 2021 & 2022) nachzulesen.

Im Rahmen der **Leitfadeninterviews** wurden examinierte Pflegekräfte aus den jeweiligen Settings zu relevanten Gesundheitsproblemen und vielversprechenden Interventionen befragt. Themenbereiche des Leitfadeninterviews waren der berufliche Werdegang, das Berufsverständnis, der Arbeitsalltag, Gesundheit & BGF/BGM, Gewaltereignisse & Gewaltprävention sowie die Perspektive auf Arbeitgeber & Unternehmenskultur. Die Interviews wurden mittels einer strukturierender Inhaltsanalyse ausgewertet. Die detaillierte Methodik ist in der entsprechenden Originalpublikation nachzulesen (Lützerath, Bleier & Schaller, 2022). Die **Beschäftigtenbefragung** wurde als Querschnitterhebung in allen beteiligten Einrichtungen durchgeführt und settingbezogen ausgewertet. Die Befragung wurde von Juni – Oktober 2021 online mit dem Survey-Tool Unipark (QuestBack GmbH, [https-Standard](https://www.unipark.com) und Datenschutz- und Sicherheitsanforderungen nach ISO 27001) und im Paper-Pencil-Format durchgeführt. Die Variablen des Fragebogens finden sich in Tabelle 1. Für die Auswertung wurden ausschließlich Daten von Personen in einer pflegenden Tätigkeit (Pflegekräfte, Pflegehilfskräfte und Betreuungskräfte bzw. FSJ) verwendet. Für jedes Pflegesetting wurden Daten zu individuellen Faktoren (Geschlecht, Alter, Beruf, Wochenarbeitszeit), organisationale Arbeitsanforderungen (quantitative Arbeitsbelastung, qualitative Arbeitsbelastung, Arbeitsorganisation, soziales Arbeitsklima, außerberufliche Situation, verbale Gewalt, Drohungen, physische Gewalt) und zur Gesundheit der Beschäftigten (subjektiver Gesundheitszustand und Arbeitsfähigkeit) ausgewertet. Die Auswertung erfolgte deskriptiv und mittels binär logistischer Regressionen (Lützerath, Bleier, Stassen & Schaller, 2023).

Tabelle 1: Items der Beschäftigtenbefragung (zu Fragestellung 1 und 4)

Variable (Itemanzahl)	Fragebogen (Quelle)
Settingspezifische Arbeitsbelastungen: Qualitative Arbeitsbelastung, Quantitative Arbeitsbelastung, Arbeitsorganisation, soziales Arbeitsklima, außerberufliche Situation/ Ressourcen	BGWmiab (Nickel & Kersten, 2014)
Erfahrungen mit Patienten und Angehörigenaggression, Folgen von Aggression am Arbeitsplatz (9)	SOVES-G-R (Hahn, 2011)
Sozialkapital (6)	Der Mitarbeiterfragebogen für Zentren (MAZE) (Pfaff, Ansmann & Kowalski, 2013)
Arbeitsplatzbezogenes Gesundheitsverhalten (8)	Eigenentwicklung zu Bewegungs- und Ernährungsverhalten
Subjektiver Gesundheitszustand (1)	GEDA 2014/2015-EHIS (RKI, 2018)
Subjektive Arbeitsfähigkeit (1)	Erste Frage aus dem Work Ability Index (WAI) (Work Ability Score) (Tuomi et al., 1998)
Beeinträchtigung der Arbeit durch Schmerzen (1)	GEDA 2014/2015-EHIS (RKI, 2018)
Präsentismus (1)	Item zur Erfassung von Präsentismus (Aronsson et al., 2000)
Psychische Erschöpfung (8)	Irritation (Gereiztheit) (Mohr & Rigotti, 2014)
Arbeitszufriedenheit (1)	HORST (Pfaff, Nitzsche & Jung, 2008)
Informationsweg zur Befragung (1)	Eigenentwicklung
Gesundheitsförderliche Angebote des Arbeitgebers (1)	Eigenentwicklung
Anthropometrische und soziodemographische Daten (11)	Geschlecht, Alter, Muttersprache, Beruf, Tätigkeitsumfang, berufliche Position, Beschäftigungsdauer, Größe, Gewicht, Schmerzmittel- und Nikotinkonsum

Fragestellung 2 (Was sind vielversprechende Interventionen zur Adressierung der relevanten Gesundheitsprobleme und welche Wirkmechanismen sind anzunehmen?) wurde in einem weiteren systematischen Review beantwortet. Datenbanken, search terms sowie Ein- und Ausschlusskriterien der **systematischen Reviews** sind in den jeweiligen Originalpublikationen (Schaller et al., 2021 & 2022) nachzulesen.

Zur Beantwortung der **Fragestellung 3** (Wie ist die Übertragbarkeit auf den Zielkontext des Settings?) wurde das systematisch umgesetzte BGF-Angebot (vgl. AP5) von April 2021 – Oktober 2022 formativ evaluiert. Analog zum GKV-Leitfaden Prävention wurden bei den ACTIVITIES folgende BGF-Handlungsfelder unterschieden:

- **Beratung zur gesundheitsförderlichen Arbeitsgestaltung (Verhältnisprävention)**

Präventionsprinzipien: Gesundheitsförderliche Gestaltung von Arbeitstätigkeit und -bedingungen, Gesundheitsgerechte Führung, Gesundheitsförderliche Gestaltung betrieblicher Rahmenbedingungen (Bewegungsförderliche Umgebung, Gesundheitsgerechte Verpflegung im Arbeitsalltag, Verhältnisbezogene Suchtprävention im Betrieb)

Themen: Arbeitsumgebung, Ausgestaltung der Aufgabe, Arbeitsorganisation, Soziale Beziehungen

- **Gesundheitsförderlicher Arbeits- und Lebensstil (Verhaltensprävention)**

Präventionsprinzipien: Stressbewältigung und Ressourcenstärkung, Bewegungsförderliches Arbeiten und körperlich aktive Beschäftigte, Gesundheitsgerechte Ernährung im Arbeitsalltag, Verhaltensbezogene Suchtprävention im Betrieb

Im Rahmen der formativen Evaluation wurde die *Nutzung der BGF-Angebote*, die *Bewertung der BGF-Angebote* durch Teilnehmende sowie die inhaltlichen *Themen der Beratung zur gesundheitsförderlichen Arbeitsgestaltung* erhoben und ausgewertet. Die Erhebung erfolgte durch Fachberatende des Praxispartners (siehe Tabelle 2). Die Auswertung der Daten erfolgte deskriptiv (Häufigkeiten, Mittelwerte und Standardabweichungen).

Tabelle 2: Output

Outputvariable	Items	Erhebungsquelle
Nutzung der BGF-Angebote	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Handlungsfeld des BGF-Angebots ▪ Anzahl der durchgeführten BGF-Angebote ▪ Dauer einer Einheit der BGF-Angebote ▪ Teilnahme-Quote (Anwesende Teilnehmerzahl/ geplante Teilnehmerzahl) 	BGF-Experten des Praxispartners
Bewertung der Schulungen und Aktionen	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Handlungsfeld des BGF-Angebots ▪ Akzeptanz des Angebots (Erfüllung der Erwartungen, inhaltlicher Nutzen durch das Angebot*, Lernerfahrung*, Motivation die Inhalte umzusetzen); 4-er Skala (trifft zu – trifft nicht zu) ▪ Strukturqualität des Angebots (Ankündigung*, Räume, Medien, Gruppenzusammensetzung); 5-er Skala (sehr gut- sehr schlecht) ▪ Prozessqualität des Angebots (Verständlichkeit*, Vermittlung der Inhalte*, Eingehen auf Fragen, Alltagsbezug*); 5-er Skala (sehr gut- sehr schlecht) ▪ Zufriedenheit mit der Veranstaltung allgemein*; 4-er Skala (sehr zufrieden – unzufrieden) 	<p>Teilnehmende (im Anschluss an das Angebot, gekürzter Bogen bei Angeboten <60min)</p> <p>Eigenentwicklung in Anlehnung an das Anwenderhandbuch des GKV-Spitzenverbands (Gemeinsame und einheitliche Evaluationsverfahren der gesetzlichen Krankenkassen zu § 20 SGB V)</p>
Themen der Beratung zur gesundheitsförderlichen Arbeitsgestaltung	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Anzahl und Art der Themen (Arbeitsumgebung, Ausgestaltung der Aufgabe, Arbeitsorganisation, Soziale Beziehungen) 	BGF-Experten des Praxispartners (fortlaufend)

*= in der Kurzversion enthalten

Zur Beantwortung der **Fragestellung 4** (Wie sind die erreichten Veränderungen zu beurteilen?) wurden im Prä-Post-Design eine Befragung auf organisationaler Ebene („BGM-Check“) und eine Trendanalyse auf individueller Ebene (Beschäftigtenbefragung) durchgeführt. Auf organisationaler Ebene wurde zu zwei Messzeitpunkten ein sogenannter **BGM-Check** erhoben. Anhand dieser quantitativen Befragung auf Organisationsebene wurden Entscheidungstragende der Umsetzungspartner befragt. Diese Erhebung fand zu t(0) (März-Juni 2021) und t(1) (August-Oktober 2022) statt. Die Befragung erfolgte telefonisch durch die wissenschaftlichen Beschäftigten der Projektgruppe (Deutsche Sporthochschule Köln). Die Zielvariablen waren Präventionswille, Präventionsinfrastruktur, Sozialkapital, Maßnahmen der BGF, Strukturen für BGF, Kooperationspartner in der BGF, Umgang der Einrichtung mit Gewalt- und Aggressionsvorfällen, Umgang mit Gewaltereignissen in der Gefährdungsbeurteilung, Strukturen des Betrieblichen Eingliederungsmanagements (BEM) und ergänzende Kennzahlen (siehe Tabelle 4). Zu t(1) wurde zu den Dimensionen „Präventionswille“ und „Präventionsinfrastruktur“ ergänzend nach der wahrgenommenen direkten Veränderung gefragt (siehe * in Tabelle 3).

Auf der individuellen Ebene wurde zu Projektende eine weitere Beschäftigtenbefragung durchgeführt (siehe Tabelle 1 oben) und als Trendanalyse ausgewertet. Der Befragungszeitraum zu Projektende in den einzelnen Einrichtungen (Umsetzungspartner) lag zwischen August und Oktober 2022.

Tabelle 3: Items des BGM-Checks (in t(1) ergänzte Items sind mit Sternchen * markiert)

Zielvariablen (Itemanzahl)	Fragebogen (Quelle)
Präventionswille (4)	HORST 2008 (Pfaff, Nitzsche & Jung, 2008)
Fragen zur direkten Veränderungsmessung des Präventionswillens* (4)	
Präventionsinfrastruktur (9)	
Fragen zur direkten Veränderungsmessung der Präventionsinfrastruktur* (9)	
Sozialkapital (9)	
Maßnahmen der BGF (6)	
Strukturen für BGF (4)	
Kooperationspartner in der BGF (1)	Eigenentwicklung
Umgang der Einrichtung mit Gewalt- und Aggressionsvorfällen (7)	Selbsteinschätzung Gewalt und Aggression (BGW, 2020)
Umgang mit Gewaltereignissen in der Gefährdungsbeurteilung (1)	In Anlehnung an „Selbsteinschätzung Gewalt und Aggression“ (BGW, 2020)
Strukturen des Betrieblichen Eingliederungsmanagements (BEM) (4)	BEM-Checkliste für Betriebe Praxisleitfaden für kleine und mittelständische Unternehmen (Deutsche Rentenversicherung Baden-Württemberg, 2014)
Kooperationspartner im BEM (1)	Eigenentwicklung
Arbeitsschutz (3)	Eigenentwicklung
Ergänzende Kennzahlenabfrage: <i>Anzahl der Beschäftigten, Vollzeitäquivalente, Ausfallzeiten von Beschäftigtengruppen, arbeitnehmerseitige Kündigungen, eingehende Bewerbungen, Verbesserungsvorschläge, Gewaltmeldungen, gesundheitsförderliche Aktivitäten der Einrichtung</i>	Eigenentwicklung

Um **Fragestellung 5** zu beantworten (Was sind Förderfaktoren und Barrieren für die nachhaltige Implementation unter Routinebedingungen?) wurden Leitfadeninterviews mit Pflegekräften aus den jeweiligen Settings geführt. Die hierbei behandelten Themen waren:

- Arbeitsalltag
- Subjektive Gesundheit und Gesundheitsverhalten der Befragten
- BGF-Angebote
- Gewalt am Arbeitsplatz
- Wahrnehmung des Arbeitgebers

Im Rahmen einer wissenschaftlichen Publikation (Bleier et al., 2023) wurden hier Einflussfaktoren auf organisationaler Ebene mithilfe der qualitativen Inhaltsanalyse herausgearbeitet. Der ergänzende Praxisbericht enthält Eindrücke des Praxispartners zu allen Fragestellungen. Die Wirkungsanalyse stellt die jeweiligen Elementen des Wirkungsmodells (siehe Abbildungen 1 und 2) formativ.

5. Durchführung, Arbeits- und Zeitplan

Abbildung 3: Arbeits- und Zeitplan im BAGGer-Projekt (aktualisiert)

Monat	2020			2021												2022					2023							
	11	12	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2
Arbeitspaket (AP) / Meilensteine (M)																												
(A) Identifizierung versorgungsrelevanter Gesundheitsprobleme pflegender Beschäftigter und Ermittlung vielversprechender Interventionen	AP1: Systematische Literaturrecherche (Leitung: DSHS) <i>Identifizierung relevanter Gesundheitsprobleme und vielversprechender Interventionen; Identifizierung relevanter Gewaltproblematiken und vielversprechender psychosozialer Interventionen (vgl. Kap. 3.1; Tab. 1)</i>																											
	AP2: Partizipative Vorphase (Leitung: DSHS) <i>Anpassung der jeweiligen Interventionen auf die Bedürfnisse der pflegenden Beschäftigten; Berücksichtigung der Stakeholderperspektiven (Leitfadeninterviews, Fokusgruppen) (vgl. Kap. 3.1; Tab. 1)</i>																											
	AP3: Programmentwicklung und Evaluationskonzept (Leitung: DSHS) <i>Jeweils für ambulante Pflege, stationäre Pflege, Krankenhaus: Programmentwicklung, Konzeption des settingbezogenen BGF-Programms; Prüfung der Übertragbarkeit der Interventionen auf den Zielkontext; Erstellung des Wirkungsmodells: Input, Activities</i> <i>Evaluationskonzept, Ethikantrag; Datenschutzkonzept; Registrierung der Studie; Abstimmung der Erhebungen; Instrumentenauswahl und -entwicklung; Erstellung der Evaluationsunterlagen; Identifikation und Berücksichtigung möglicher Confounder; Erstellung des Wirkungsmodells: Output, Outcome</i>																											
(B) Systematische Umsetzung der Interventionen als BGF-Programm im Rahmen eines ganzheitlichen BGM	AP4: Implementierung und Aufrechterhaltung eines ganzheitlichen BGM (Leitung: IBGF) <i>Initiierung des BGM-Prozesses; Entwicklung von BGM-Strukturen und IST-Analyse; Umsetzung der geplanten BGF-Maßnahmen; Vernetzung der BGF-Angeote mit Maßnahmen des Arbeitsschutzes und des Betrieblichen</i>																											
	AP5: Systematische Umsetzung des BGF-Programms im Rahmen des BGM (Leitung: IBGF) <i>Durchführung der Interventionen des BGF-Programms</i>																											
(C) Evaluation der umgesetzten BGF-Interventionen	AP6: Formative und summative Evaluationen (Leitung: DSHS) <i>Teilnehmer*innenebene und organisationaler Ebene; bzgl. relevanter proximaler und distaler Outcomes (vgl. Kap. 3.2)</i>																											
	AP7: Qualitative Evaluationen (Leitung: DSHS) <i>Verständnis zu Förderfaktoren und Barrieren (Fokusgruppen und Leitfadeninterviews)</i>																											
(D) Wirkungsanalyse des BGF-Programms	AP8: Wirkungsanalyse (Leitung: DSHS) <i>Monitoring alle sechs Monate; Auswertung der Wirkungen auf individueller und organisationaler Ebene; Diskussion der Monitoringergebnisse im BGM-Steuerkreis (AP4); Erstellung einer settingbezogenen Wirkungsanalyse</i>																											

Projektphasenübergreifend	AP9: Schulung und Betreuung der Umsetzungspartner (Leitung: IBGF+DSHS) <i>Unterstützung des Commitments aller Beteiligten; praxisbezogene Betreuung der Umsetzungspartner (IBGF); wissenschaftliche Betreuung der Umsetzungspartner, Schnittstellenmanagement (DSHS)</i>																											
	AP10: Publikationen und Berichte (Leitung: DSHS) <i>Vorlage des Zwischenberichts; Vorlage des umfassenden Ergebnisberichts, Kurzberichts und des „Highlight-Papiers“, Wissenschaftliche und anwendungsbezogene Publikationen</i>																											
	AP11: Projektmanagement (Leitung: DSHS) <i>Management und Monitoring des administrativen und inhaltlichen Projektverlaufs; Forschungsimplementierung des Projektes in die Routineabläufe der Praxispartner (z.B. Datenmanagement, Zeitpunkt der Interventionsdurchführung); Entwicklung von Maßnahmen zur Steigerung des Datenrücklaufs und Optimierung der Compliance; Schnittstellenarbeit zum Förderer; Entwicklung und Umsetzung einer projektbezogenen Disseminations-Strategie; Netzwerk- und Öffentlichkeitsarbeit</i>																											

Planmäßig erreichte Meilensteine (gemäß dem angepassten Zeitplan nach Genehmigung der Projektverlängerung):

- M1 -31.03.2021: Abgabe des Zwischenberichtes; Fertigstellung Interventionskonzept (BGF-Programm) und Evaluationskonzept
- M2 - 31.05.2022: Start der Interventionsdurchführung und der Datenerhebung
- M4 - 28.02.2023: Abschluss des Wirkungsmonitorings und Erstellung des settingbezogenen Wirkungsmodells
- M5 - 31.03.2023: Fertigstellung Abschlussbericht und Kurzbericht

Änderungen im Arbeitsplan:

Da sich der Projektverlauf durch eine verlängerte Umsetzungsphase um fünf Monate verschob, wurde im Zwischenbericht eine Projektverlängerung um 5 Monate beantragt. Aufgrund der späten positiven Rückmeldung zur Projektverlängerung musste der damals angepasste und eingereichte Arbeits- und Zeitplan (vgl. Abb.) und ein verbleibender Meilenstein abermals angepasst werden. Da zu dem Zeitpunkt der ausstehenden Rückmeldung noch nicht klar war, ob eine Verlängerung möglich ist, wurde das Ende der Interventionsdurchführung auf den spätmöglichsten Zeitpunkt gelegt, der auch ohne Genehmigung der Verlängerung machbar gewesen wäre.

- M3 - 31.10.2022: Ende der Interventionsdurchführung (statt wie im Zwischenbericht beantragt 31.12.2022)

Nach Rücksprache mit dem Förderer wurde zudem die Abgabe des Abschluss- und Kurzberichts zum Zeitpunkt des Zwischenberichts 2023 vorverlegt. Damit entfällt der Zwischenbericht 2023.

Details zum Verlauf des Projektes und Hintergründe der Verzögerung:

Insgesamt zeigte sich eine sehr gute Projektentwicklung, in welcher der inhaltliche Leitgedanke der Verbindung von Praxis und Wissenschaft erfolgreich umgesetzt wurde (siehe auch Veröffentlichungen). Bezüglich des Arbeitsschrittes (B) Systematische Umsetzung der Interventionen als BGF-Programm im Rahmen eines ganzheitlichen BGM (AP4, AP5) konnte die Umsetzungsphase planmäßig gestartet werden (Meilenstein 2).

Die Erreichbarkeit der Vorhabenziele bis zum Meilenstein 3 (8/2022) war zum Zeitpunkt April 2022 durch ungeplante Ausfälle und pandemiebedingte Einschränkungen fraglich. Trotz hoher Motivation aller Umsetzungspartner traten in der praktischen Umsetzung des BGF-Programms und der Implementierung eines ganzheitlichen BGM zum Zeitpunkt April im Jahre 2022/23 Verzögerungen/Ausfälle auf. Zudem setzten die Umsetzungspartner aufgrund der pandemischen Lage bereits in der Planungsphase die Anzahl der Interventionen niedriger an als es ohne die Belastung durch Covid-19 gewesen wäre. Weitere Details können dem Zwischenbericht 2022 entnommen werden.

6. Ergebnisse

6.1. Forschungsfrage 1: Was sind relevante Gesundheitsprobleme und Folgen für die Berufsausübung aus Sicht pflegender Beschäftigter?

Die Ergebnisse zeigen übergreifend hohe Belastungen im Bereich der körperlichen und psychischen Gesundheit sowie branchenspezifische Gewalterfahrungen (Schaller et al., 2021).

6.1.1 Review „Gesundheitsprobleme und Gewalterfahrungen von Pflegekräften in Akutkrankenhäusern, Langzeitpflegeeinrichtungen und häuslicher Langzeitpflege in Deutschland: Eine systematische Übersicht“

Insgesamt wurden 29 Studien mit Daten zu Gesundheitsproblemen und/oder Gewalterfahrungen von Pflegekräften einbezogen. Die vorliegenden Ergebnisse deuten darauf hin, dass psychische Gesundheitsprobleme bei Pflegekräften in Akutkrankenhäusern am häufigsten auftreten. Hinsichtlich der Gewalterfahrung scheinen Pflegekräfte, die in der stationären Pflege arbeiten, am häufigsten betroffen zu sein. Der Forschungsstand zu einrichtungsspezifischen Unterschieden bei Gesundheitsproblemen und Gewalterfahrungen von Pflegekräften ist unzureichend. Settingspezifische Daten sind notwendig, um zielgruppenspezifische und praktikable Interventionen zur Gesundheitsförderung und Gewaltprävention sowie zum Umgang mit Gewalterfahrungen von Pflegekräften zu entwickeln (Schaller et al., 2021).

6.1.2 Leitfadeninterviews: „Arbeitsbedingte Gesundheitsbelastungen von Pflegekräften in Deutschland“

In der qualitativen Befragung wurden insgesamt 16 Beschäftigte interviewt (siehe Tab. 4).

Tabelle 4: Stichprobenbeschreibung der interviewten Pflegekräfte

Erhobene Daten der Stichprobe	Setting		
	Akutkrankenhaus (n = 5)	Stationäre Pflegeeinrichtung (n = 6)	Ambulanter Pflegedienst (n = 5)
Alter [Jahre] Mittelwert (\pm SD); Minimum; Maximum	33 (\pm 6); 27; 42	34 (\pm 11); 25; 52	51 (\pm 3); 47; 54
Geschlecht: weiblich [n; %]	3 (60%)	4 (67%)	5 (100%)
Erfahrung in der Pflegebranche [Jahre] Mittelwert (\pm SD); Minimum; Maximum	12 (\pm 3); 4; 16	11 (\pm 7); 5; 20	20 (\pm 12); 4; 36
Dauer der Anstellung bei aktuellem Arbeitgebenden [Jahre] Mittelwert (\pm SD); Minimum; Maximum	9 (\pm 4); 4; 15	7 (\pm 6) 0,2; 15	3 (\pm 2) 1; 6
Interviewdauer [Minuten] Mittelwert (\pm SD); Minimum; Maximum	69 (\pm 7); 59; 87	63 (\pm 30); 36; 119	104 (\pm 42); 58; 171

Aus den Erfahrungsberichten der Pflegenden wurden drei Hauptkategorien abgeleitet: Gesundheit, Arbeitsalltag und Gewalterfahrungen. Eine zentrale Gesundheitsbelastung war in allen Settings eine psychische

Belastung in Form von emotionaler Erschöpfung. Dabei sind aus Sicht der Pflegekräfte insbesondere die unterschiedlichen strukturellen Rahmenbedingungen von Bedeutung, die sich auf die quantitativen Anforderungen auswirken. Zudem berichteten die Interviewten, dass sie gesundes Verhalten (u.a. ergonomisches Arbeiten und Pausen) am Arbeitsplatz vernachlässigen, sobald die Anforderungen des Arbeitsalltags zunehmen. Eine immer wieder genannte Alltagsbelastung war dabei vor allem der erlebte Zeit- und Leistungsdruck bei der Interaktionsarbeit. Die Arbeit von Pflegenden ist zudem von Gewalterleben geprägt. Pflegende erleben das Thema Gewalt vielschichtig in verschiedenen Rollen. Dabei erleben sie sich als Gewalt empfangend, beobachtend aber auch verursachend, wenn sie Interaktionsarbeit nicht bedürfnisorientiert gestalten können (Lützerath et al., 2022).

6.1.3 Beschäftigtenbefragung “Einflussfaktoren auf die Gesundheit von pflegenden Beschäftigten - eine Regressionsanalyse unter Berücksichtigung individueller und organisationaler Determinanten)

Die Daten von 528 pflegenden Beschäftigten in Form von Pflegekräften, Pflegehilfskräften und Betreuungskräften bzw. FSJ (Akutkrankenhäuser n=234; stationäre Pflegeeinrichtungen n=152; ambulante Pflegedienste n=142) zeigten keinen statistisch signifikanten Zusammenhang zwischen Pflegesetting und subjektiver Gesundheit bzw. Arbeitsfähigkeit der Pflegenden. Im Gegensatz dazu zeigte sich ein negativer Zusammenhang zwischen Alter (OR = 0,650, 95% CI = 0,424 - 0,996) und Arbeitsorganisation (OR = 0,595, CI = 0,362 - 0,978) mit der subjektiven Gesundheit. Darüber hinaus waren ein steigendes Alter (OR = 0,555, 95% CI = 0,353 - 0,875), eine anspruchsvolle Arbeitsorganisation (OR = 0,520, CI = 0,315 - 0,858), eine zunehmende quantitative Arbeitsbelastung (OR = 0,565, CI = 0,343 - 0,930) und ein schlechteres wahrgenommenes soziales Arbeitsklima (OR = 0,610, CI = 0,376 - 0,991) mit einer geringeren Arbeitsfähigkeit verbunden (Lützerath et al., 2023).

6.1.4 Praxiserfahrungen aus Perspektive des BGF-Anbieters

Die Entscheider und Entscheiderinnen bzw. Führungskräften in Krankenhäusern, stationären Pflegeeinrichtungen und ambulanten Pflegediensten berichten, dass sie die Gesundheitsprobleme in Bezug auf die psychischen, körperlichen und sozialen Belastungen der jeweiligen pflegenden Belegschaft kennen würden. Einige Führungskräfte fühlen sich stark belastet, da sie nicht (mehr) wüssten, wie sie die Gesundheitsprobleme und damit verbundenen Arbeitsausfälle der Beschäftigten lösungsorientiert angehen können.

Deutlich wird, dass sie vor allem stressbedingte **psychische Belastungen** bei den Beschäftigten beobachten. Als Ursachen werden u.a. fehlendes Personal durch unbesetzte Stellen oder krankheitsbedingte Ausfälle und eine damit verbunden Arbeitsverdichtung sowie persönliche Überforderungen durch belastende Situationen genannt. Pflegekräfte berichten von einem psychisch sehr belastenden moralischen Dilemma: Auf der einen Seite wollen sie eine bedarfsorientierte Pflege realisieren und auf der anderen Seite haben sie dafür unzureichende zeitliche Ressourcen.

In der stationären Pflege und in Krankenhäusern werden von den Beschäftigten häufig keine erholungswirksamen Pausen genommen. Neben organisatorischen Gründen (z.B. Unterbesetzungen) werden auch Verhaltensweisen, die auf Bewertungsmuster (z.B. Pflegebedürftige/ andere Beschäftigte nicht „alleine“ lassen wollen) von Beschäftigten benannt, die eine Pause verhindern. Auch fachliche Überforderung stellt einen Stressor dar. Das bezieht sich insbesondere auf Pflegehilfs- bzw. Betreuungskräfte, die zum Teil mit den (gerontopsychiatrischen) Diagnosen der Pflegebedürftigen überfordert sind. Gerade in Demenzbereichen sind es die Jüngerer und Nicht-pflegenden-Beschäftigten, die von einer Überforderung mit dem Auftreten und Erleben von Gewalt berichten. Des Weiteren sehen die Entscheider und Entscheiderinnen auch die zunehmend **körperlichen Belastungen** der Beschäftigten. Deutlich wird, dass trotz Schulungen nicht immer ergonomisch gearbeitet wird und vorhandene Hilfsmittel unzureichend genutzt werden. Die Entscheider und Entscheiderinnen geben zudem an, dass die pandemiebedingte permanente Maskenpflicht körperliche Erschöpfung und Konzentrationsprobleme bei den Beschäftigten forcieren und die Interaktionsarbeit mit älteren Menschen aufgrund der fehlenden Mimik erschweren. Berichtet wird auch, dass viele Beschäftigte während der Arbeitszeit eher eine „Rauchpause“ nehmen und das Trinken bzw. Mahlzeiten dann nur schnell zwischen zwei Tätigkeiten realisiert werden. Die Entscheider und Entscheiderinnen nehmen auch **sozialen Belastungen** unter den Beschäftigten wahr. Sowohl in Krankenhäusern, stationären Pflegeheimen als auch in ambulanten Pflegediensten sind Betriebsfeste und Teamevents pandemiebedingt stark eingeschränkt worden oder gar ausgefallen. Diese und weitere fehlenden Kontakte, die in der Vergangenheit auf ein positive Miteinander eingezahlt haben, wirken sich auf die Zusammenarbeit und das Teamklima aus. In allen Pflegesettings wird zudem berichtet, dass Beschäftigte wenig Wertschätzung untereinander, von Vorgesetzten und nicht zuletzt von Angehörigen erfahren. In Krankenhäusern äußert sich dies in einer belastenden und konfliktreichen Zusammenarbeit zwischen Ärzten und Pflegekräften und in der Zusammenarbeit mit angrenzenden Bereichen. Auch in der stationären Pflege wurden zum Teil Konflikte zwischen den Berufsgruppen wahrgenommen, da Zuständigkeiten und Hierarchien zum Teil nicht klar waren. In der ambulanten Pflege kommt hinzu, dass die Informationsweitergabe unter den Beschäftigten schwieriger geworden ist. Die überwiegende digitale Kommunikation in der Belegschaft wird dabei als Belastung erlebt und es war ein großer Wunsch der Beschäftigten zeitliche und örtliche Räume für den persönlichen Austausch wieder einzuführen. Die Entscheider und Entscheiderinnen berichten auch, dass sich die Beschäftigten in der Gesellschaft sozial benachteiligt sehen, da sie seit Pandemiebeginn mit vielen Hygienevorschriften leben müssen, während in anderen Branchen kaum noch Einschränkungen zu sehen sind. Ein weiteres Thema vor allem der Beschäftigten in der stationären Pflege und in Krankenhäusern ist die Vereinbarkeit mit dem Privatleben. Vor allem für die Beschäftigten mit Kindern oder pflegebedürftigen Angehörigen ist der Schichtdienst und hier insbesondere das Einspringen in Freiphasen eine Herausforderung.

6.2. Forschungsfrage 2: Was sind vielversprechende Interventionen zur Adressierung der relevanten Gesundheitsprobleme und welche Wirkmechanismen sind anzunehmen?

6.2.1 Review „Betriebliche Gesundheitsförderung für Pflegekräfte in Deutschland: eine systematische Überprüfung auf der Grundlage des RE-AIM-Rahmens“

In diesem Review wurden elf Studien zu BGF für Pflegekräfte eingeschlossen, davon sieben Studien in Akutkrankenhäusern und vier in Langzeitpflegeeinrichtungen.

Die meisten Studien zielten darauf ab, die psychische Gesundheit zu verbessern. Die Interventionsinhalte und Umsetzungsformen waren heterogen. Die Methodik der meisten Studien zeigte mehrere Einschränkungen, insbesondere einen Mangel an Berichterstattung über Implementierung und Adoption. Zudem wiesen die meisten Studien keinen statistisch signifikanten Effekt auf die jeweiligen Endpunkte nach (Effektivität). Vier Studien berichteten nachhaltige Effekte.

Trotz der hohen Relevanz an Gesundheitsförderung für Pflegekräfte, weist zeigte unsere Übersichtsarbeit auf einen deutlichen Mangel an Interventionsstudien in diesem Bereich hin, weshalb sich auch keine Interventionsempfehlungen ableiten lassen. Vielmehr ist ein Bedarf an zielgruppenspezifischen Interventionen unter Berücksichtigung settingspezifischer Implementierungsaspekte zu erkennen. Inhaltlich sollte dabei auch das Thema Gewaltprävention und der Umgang mit Gewalterfahrungen aufgegriffen werden. In Bezug auf die Evaluation sollten die RE-AIM-Kriterien stärker berücksichtigt werden, um den Anforderungen an die Evaluation komplexer Interventionen gerecht zu werden und damit zur Evidenzentwicklung von BGF in der Pflege beizutragen (Schaller et al., 2022).

6.2.2 Praxiserfahrungen aus dem Projekt

Praxiserfahrungen haben gezeigt, dass durch eine Kombination von verhältnis- und verhaltenspräventiven Interventionen die **psychische Belastungssituation** verbessert werden kann. Neben verhaltenspräventiven Ansätzen z.B. durch niederschwellige Unterstützungsangebote im Bereich Entspannung und Stressmanagement sind es vor allem Workshops mit Beschäftigten, die verhältnispräventive Lösungsvorschläge bzw. Maßnahmen zur Minimierung von Stressursachen (z.B. zu Arbeitsabläufen oder Zuständigkeiten) liefern können. Seminare für Führungskräfte zur gesundheitsgerechten Mitarbeiterführung haben das Potential Führungskräfte darin zu unterstützen Belastungssituationen zu erkennen, um hier gestaltend tätig werden zu können. Darüber hinaus haben sich Teamentwicklungsmaßnahmen mit dem Fokus auf Selbstfürsorge bewährt. Dabei lernen die Teilnehmenden die eigenen Bedürfnisse wahrzunehmen und Grenzen frühzeitig zu erkennen. In einem geschützten Austauschraum entsteht dabei die Möglichkeit Belastungen zu thematisieren, neue Perspektiven zu entdecken, durchzuatmen und voneinander zu lernen. Nach Aussagen der Entscheider und Entscheiderinnen werden nicht alle beobachteten Gewaltvorfälle an die Leitungskräfte gemeldet. Interventionen, die eine weitere Sensibilisierung der Beschäftigten diesbezüglich unterstützen werden hierbei als zielführend erachtet.

Den **körperlichen Belastungssituationen** der Beschäftigten zu begegnen sahen einige Entscheider und Entscheiderinnen als große Herausforderungen. In den meisten stationären Einrichtungen und in Krankenhäusern werden Beschäftigte in der Pflege seit Jahren in ergonomischen Arbeitsweisen und auch in der Anwendung von Hilfsmitteln geschult. Die Umsetzung des Erlernten wird jedoch von den Entscheider und Entscheiderinnen als unzureichend bewertet. Neben Schulungen, zum rückenfreundlichen Arbeiten mit vielen praktischen Beispielen unter Nutzung von Hilfsmitteln muss auch die ergonomische Arbeitsumgebung betrachtet werden. In der ambulanten Pflege kommt hinzu, dass Pflegebedürftigen und deren Angehörigen die Verfügbarkeit von Hilfsmitteln für Privathaushalte häufig nicht bekannt sind. Hier müssen entsprechende Informationen diesbezüglich für Privathaushalte leicht zugänglich verfügbar gemacht werden. Nichtraucher-Seminare werden als sinnvoll erachtet, wobei die Erfahrung zeigt, dass die Anmeldezahlen zu solchen Angeboten in der Pflege leider nur sehr gering sind. Daneben könnte es zielführend sein, an den Verhältnissen anzusetzen und z.B. in Beschäftigten Workshops (Pausen) Alternativen zum Rauchen zu erarbeiten. Achtsames und gesundes Essverhalten kann in Schulungen vermittelt werden und Bedarf der Reflektion des bisherigen Essverhaltens während der Schicht z.B. unter Zeitdruck. Zusätzlich unterstützen gesunde Ernährungsangebote vor Ort ein gesundes Ernährungsverhalten bei den Beschäftigten, da viele kein Essen von zu Hause mitbringen und daher das Essensangebot vor Ort konsumieren oder einen Lieferdienst kommen lassen. Somit könnten auch hier verhältnispräventive Maßnahmen zielführend sein. Um auf die **sozialen Belastungssituationen** der Beschäftigten zu wirken könnte es sinnvoll sein wieder Team- und Unternehmensveranstaltungen durchzuführen. Zudem könnten bekannte Konflikte durch Teamentwicklungsangebote angegangen werden. Ein wertschätzender Umgang könnte zudem in Kommunikationsschulungen geübt werden.

6.3. Forschungsfrage 3: Wie ist die Übertragbarkeit auf den Zielkontext des Settings?

6.3.1 Übergreifende Beantwortung

Ausgehend von den Forschungsfragen 1 und 2 sowie der Erfahrungen der Praxisexperten des BGF-Instituts zeigten sich für das Modellprojekt Handlungsbedarfe in folgenden Bereichen:

- Gestaltung von Anforderungen des Arbeitsalltags
- Umgang mit sozialen Belastungen (Gestaltung des soziales Arbeitsklima bzw. der Interaktionsarbeit)
- Umgang mit psychischen Belastungen
- Umgang mit körperlichen Belastungen
- Bekanntheit der BGF-Angebote erhöhen

In der Umsetzungsphase wurden BGF-Angebote (ACTIVITIES) aus den Handlungsfeldern „Beratung zur gesundheitsförderlichen Arbeitsgestaltung“ und „Gesundheitsförderlicher Arbeits- und Lebensstil“ des GKV-Leitfaden Prävention durchgeführt (siehe Tabelle 5):

Tabelle 5: BGF-Angebote (Activities) der Umsetzungsphase

BGF-Angebot	Beschreibung	Dauer	Anzahl der Teilnehmenden
<u>Oberthema:</u>	<u>Beratung zur gesundheitsförderlichen Arbeitsgestaltung</u>		
<u>Unterthema:</u>	<u>Anforderungen des Arbeitsalltags</u>		
Kick Off	Im Rahmen einer ersten Veranstaltung mit Vertreterinnen und Vertreter aller an der Gesundheitsförderung beteiligter Personen (Aufbau bzw. Erweiterung des Steuerungs-gremiums) wird ein gemeinsames Gesundheitsförderungsverständnis definiert und Ziele festgelegt.	3- 4 h	Mind. 5 Entscheider und Entscheiderinnen
Steuerungsgremium	Quartalsmäßige Arbeitsgruppe zur Festlegung des Bedarfs, Planung und Umsetzung von BGF-Angeboten und BGF-Themen, Kommunikation und Bewertung des Gesundheitsförderungsprozesses.	1,5-3 h	Mind. 5 Entscheider und Entscheiderinnen
Beschäftigtenworkshop zur Arbeitsgestaltung	Im Rahmen von moderierten Gruppengesprächen analysieren die Beschäftigten die eigene Arbeitssituation. Für identifizierte Probleme werden konkrete Lösungsideen entwickelt und in einen Maßnahmenplan den Entscheider und Entscheiderinnen vorgelegt.	2-4h	8-12 Beschäftigte
Ergonomie Beratung	Begleitung des Arbeitsablaufs vor Ort und Erstellung von schriftlichen Empfehlungen zur bewegungsförderlichen Arbeitsumgebung.	Ein- bis Mehrtäglich	Mind. eine Ansprechperson pro Abteilung
Multiplikatoren-Schulungen	Schulung zu Bewegungs- bzw. Entspannungscoaches, um durch intern geschulte Multiplikatoren kleine Einheiten anbieten zu können.	3-5 x 2h	Max. 10 Teilnehmende
<u>Unterthema:</u>	<u>Soziale Belastungen</u>		
Führungskräfteschulungen	Schulungen zu den Themen: Selbstfürsorge zur Vorbildfunktion als Führungskraft und gesundheitsgerechte Beschäftigtenführung.	4-8 h	Mind. 4 Führungskräfte
Teamentwicklung	Gruppenworkshop mit dem Fokus auf den zum sozialen Umgang untereinander und erarbeiten von einem wertschätzenden Miteinander in Teams.	3-6 h	8-12 Beschäftigte
Kommunikationsseminar	Schulung zu Erwartungen und Einstellungen in Gesprächen sowie deeskalierende Gesprächstechniken	6-8 h	8-12 Beschäftigte
Gewaltprävention	Schulung zur Gewaltprävention und Deeskalation, Erkennen von Gewalt auslösenden Situationen und Umgang mit aggressiven Verhaltensweisen	6-8 h	8-12 Beschäftigte
<u>Oberthema:</u>	<u>Gesundheitsförderlicher Arbeits- und Lebensstil</u>		
<u>Unterthema:</u>	<u>Psychische Belastung</u>		
Stressmanagementseminar	Schulung zur Stressbewältigung und Ressourcenstärkung im Arbeitsalltag	4-8 h	8-12 Beschäftigte
Entspannungseinheiten	Vermittlung von Entspannungs- und Regenerationstechniken, die in den Arbeitsalltag bzw. Arbeitspausen integriert werden können	20-60 min	1-5 Beschäftigte

Unterthema:		Körperliche Belastung	
Rückengerechtes Arbeiten	Schulung zum Thema Rückengesundheit: Bedeutung von Grundspannung im Körper, Entlastungshaltungen in der Pflege sowie Körperwahrnehmung und Übungen zum Muskelaufbau.	2x 3-4h	8-12 Beschäftigte
Bewegungseinheiten	Vermittlung von Bewegungstechniken, die zur Rücken- und Nackentlastung in den Arbeitsalltag bzw. Arbeitspausen integriert werden können	20-60 min	1-5 Beschäftigte
Unterthema:		Bekanntheit	
Gesundheitsaktionstag	Aktionstag zur Bewerbung der BGF-Aktivitäten mit dem Ziel die Beschäftigten für die Themen Gesundheit und Gesundheitsvorsorge zu sensibilisieren und zu einem gesundheitsbewussten Arbeits- und Lebensstil zu motivieren.	3-8 h	Mind. 20 Beschäftigte

Die systematische Umsetzung des BGF-Programms im Rahmen des BGM (AP5) startete im April 2021 bei 17 Umsetzungspartnern, wobei im August 2021 eine stationäre und eine ambulante Einrichtung auf Grund zu geringer zeitlicher bzw. personeller Ressourcen aus dem Projekt ausgestiegen waren. Die BGF-Angebote in den verbleibenden 15 Einrichtungen bzw. Umsetzungspartnern wurden von drei BGF-Fachberatern gesteuert und von 19 verschiedenen Anbietenden im Zeitraum von April 2021 - Oktober 2022 durchgeführt.

Nachfolgend ist in Tabelle 6 die **Nutzung der BGF-Angebote** der 15 im Projekt verbliebenen Einrichtungen im Settingvergleich dargestellt. Die Anzahl der BGF-Aktivitäten, die Durchführungsdauer und auch die Anzahl der Anmelde-Plätze wurden vorab in Absprache mit den Entscheider und Entscheiderinnen im Steuerungsgremium der Einrichtungen partizipativ festgelegt. Die tatsächliche Anzahl der Teilnehmenden wurde am Durchführungstag von den BGF-Anbietenden des Praxispartners dokumentiert.

Zur Gestaltung der **Anforderungen des Arbeitsalltags** wurde das BGF-Angebot „Steuerungsgremium“ (vgl. Tab. 6) in allen Settings am häufigsten durchgeführt. Während diese Activity im durchschnittlich 5,25-mal pro Krankenhaus im Projektzeitraum durchgeführt wurde, waren es in der stationären und ambulanten Pflege im Durchschnitt 4-mal. Dabei war die Dauer pro Sitzung in Krankenhäusern kürzer (30-120 min) und in der stationären und ambulanten Pflege (45 – 180 min) länger.

Zur Reduzierung der **sozialen Belastungen** wurden in Krankenhäusern am häufigsten Führungskräftebildungen (8-mal mit insgesamt 68 Teilnehmenden) durchgeführt, in stationären Pflegeeinrichtungen Schulungen zur Gewaltprävention (viermal mit insgesamt 43 Teilnehmenden) und in ambulanten Pflegediensten Kommunikationsseminare (dreimal mit insgesamt 17 Teilnehmenden).

Im Bereich der **psychischen Belastungen** wurde in allen Pflegesettings vor allem kurze Entspannungseinheiten durchgeführt (185 mal), woran 296 Beschäftigte teilgenommen haben.

Die **körperlichen Belastungen** wurden in Krankenhäusern mit Bewegungseinheiten und in stationären Pflegeeinrichtungen mit Schulungen zum rückengerechten Arbeiten adressiert. Bei ambulanten Pflegediensten wurde diesbezüglich kein BGF-Angebot durchgeführt.

Tabelle 6: Nutzung von BGF-Angeboten

BGF-Angebote	Alle Einrichtungen	Krankenhaus	Stat. Pflege	Amb. Pflege
Anzahl Einrichtungen	n = 15 mit 3312 - 3297 Beschäftigten	n = 4 mit 2127 – 2103 Beschäftigten	n = 7 mit 506 – 520 Beschäftigten	n = 4 mit 679 – 674 Beschäftigten
<u>Oberthema:</u> <u>Beratung zur</u> <u>gesundheitsförderlichen</u> <u>Arbeitsgestaltung (n)</u>	137	52	53	32
<u>Unterthema:</u>	Anforderungen des Arbeitsalltags			
Kick Off				
Durchführung [n]	15	4	7	4
Dauer min/n [min-max]	180 – 240	180 – 240	180 – 240	180 – 240
Teilnahmequote [TN/AN (%)]	102/n.a.	45/n.a.	33/ n.a.	22/n.a.
Steuerungsgremium				
Durchführung [n]	65	21	28	16
Dauer min/n [min-max]	30 – 180	30 – 120	60 – 180	45 – 150
Teilnahmequote [TN/AN (%)]	303/438 (69 %)	123/196 (63 %)	120/158 (76 %)	60/84 (71 %)
Beschäftigtenworkshop zur Arbeitsgestaltung				
Durchführung [n]	26	15	4	7
Dauer min/n [min-max]	180 – 240	180 – 240	240	180 – 240
Teilnahmequote [TN/AN (%)]	184/222 (83 %)	110/143 (77 %)	29/29 (100 %)	45 /50 (90 %)
Ergonomie Beratung				
Durchführung [n]	3	0	3	0
Dauer min/n [min-max]	360	n.a.	360	n.a.
Teilnahmequote [TN/AN (%)]*	18/18 (100 %)	n.a	18/18 (100 %)	n.a
Multiplikatoren-schulung Bewegung				
Durchführung [n]	1	1	0	0
Dauer min/n [min-max]	120	120	n.a.	n.a.
Teilnahmequote [TN/AN (%)]	8/8 (100 %)	8/8 (100 %)	n.a	n.a
<u>Unterthema:</u>	Soziale Belastungen			
Führungskräfteschulung				
Durchführung [n]	10	8	2	0
Dauer min/n [min-max]	180 – 390	180 – 390	240	n.a.
Teilnahmequote [TN/AN (%)]	85/112 (76 %)	68/92 (74 %)	17/20 (85 %)	n.a
Teamentwicklung				
Durchführung [n]	5	2	2	1
Dauer min/n [min-max]	240 - 360	360	240	360
Teilnahmequote [TN/AN (%)]	68/77 (88 %)	29/32 (91 %)	24/30 (80 %)	15/15 (100%)
Kommunikationsseminar				
Durchführung [n]	6	0	3	3
Dauer min/n [min-max]	360	n.a	360	360
Teilnahmequote [TN/AN (%)]	45/50 (90 %)	n.a	28/28 (100%)	17/22 (77 %)
Gewaltprävention				
Durchführung [n]	6	1	4	1
Dauer min/n [min-max]	360 – 390	390	360 – 390	390
Teilnahmequote [TN/AN (%)]	55/67 (82 %)	10/12 (83 %)	43/52 (83 %)	2/3 (67 %)
<u>Oberthema:</u> <u>Gesundheitsförderlicher</u> <u>Arbeits- und Lebensstil (n)</u>	235	69	117	49

Unterthema:	Psychische Belastung			
Stressmanagementseminar				
Durchführung [n]	1	0	0	1
Dauer min/n [min-max]	240	n.a	n.a.	240
Teilnahmequote [TN/AN (%)]	12/14 (86 %)	n.a	n.a.	12/14 (86 %)
Entspannungseinheiten				
Durchführung [n]	185	27	112	46
Dauer min/n [min-max]	20 - 45	20	20-45	20-30
Teilnahmequote [TN/AN (%)]	296/374 (79 %)	23/36 (64 %)	217/ 250 (87 %)	56/88 (64 %)
Unterthema:	Körperliche Belastung			
Rückengerechtes Arbeiten				
Durchführung [n]	2	0	2	0
Dauer min/n [min-max]	240	n.a	240	n.a
Teilnahmequote [TN/AN (%)]	14/19 (74 %)	n.a	14/19 (74 %)	n.a
Bewegungseinheiten				
Durchführung [n]	38	38	0	0
Dauer min/n [min-max]	15	15	n.a	n.a
Teilnahmequote [TN/AN (%)]	18/38 (47 %)	18/38 (47 %)	n.a	n.a
Unterthema:	Bekanntheit			
Gesundheitsaktionstag				
Durchführung [n]	9	4	3	2
Dauer min/n [min-max]	270 – 540	390 - 540	390	270 – 390
Teilnahmequote [TN/AN (%)]	474/720 (66 %)	323/411 (79 %)	65/ 97 (67 %)	86/212 (41 %)

n = Anzahl; TN= Teilnehmende; AN=Anmeldungen; n.a. = keine Daten vorhanden, *= Abteilung

Die **Bewertung der BGF-Angebote** zum Umgang mit sozialen, psychischen und körperlichen Belastungen durch Teilnehmende befindet sich in der untenstehenden Tabelle 7. Bei den Angeboten in *Krankenhäusern* erhielt das BGF-Angebot der Bewegungseinheiten zur Reduktion **körperlichen Belastungen** die besten Zustimmungswerte der Teilnehmenden in Bezug auf die Akzeptanz, die Struktur- und Prozessqualität als auch hinsichtlich der allgemeinen Zufriedenheit. In der *stationären Pflege* wurde das BGF-Angebot der **sozialen Belastungen** „Führungskräfteschulungen“ am besten bewertet und in der *ambulanten Pflege* das Stressmanagementseminar zur Reduzierung **psychischer Belastungen**. Es bleibt jedoch anzumerken, dass nicht bei allen BGF-Angeboten die Feedbackbögen ausgefüllt wurden. So fehlen z.B. in Krankenhäusern mehr Bögen nach BGF-Angeboten in den Bereichen der sozialen und psychischen Belastungen.

Tabelle 7: Bewertung der BGF-Angebote

Einrichtung	Alle Einrichtungen	Krankenhaus	Stat. Pflege	Amb. Pflege
	n = 15 mit 3312 - 3297 Beschäftigten	n = 4 mit 2127 – 2103 Beschäftigten	n = 7 mit 506 – 520 Beschäftigten	n = 4 mit 679 – 674 Beschäftigten
Oberthema:	Beratung zur gesundheitsförderlichen Arbeitsgestaltung			
Unterthema:	Soziale Belastungen			
Teamentwicklung [n; n.a.]	29; 39	6; 23	8; 16	15; 0
Akzeptanz [M (SD)]*	1,3 (±0,5)	1,3 (±0,5)	1,2 (±0,4)	1,3 (±0,5)
Strukturqualität [M (SD)]**	1,5 ± (0,7)	1,5 (±0,6)	1,5 (±0,6)	1,4 (±0,7)
Prozessqualität [M (SD)]**	1,2 (±0,4)	1,1 (±0,3)	1,3 (±0,4)	1,1 (±0,3)
Zufriedenheit [M (SD)]***	1,2 (±0,4)	1,2 (±0,4)	1,1 (±0,4)	1,2 (±0,4)
Kommunikationsseminar [n; n.a.]	45; 0	-	28; 0	17; 0
Akzeptanz [M (SD)]*	1,3 (±0,6)	-	1,4 (±0,7)	1,1 (±0,4)
Strukturqualität [M (SD)]**	1,5 (±0,6)	-	1,6 (±0,7)	1,4 (±0,6)
Prozessqualität [M (SD)]**	1,2 (±0,5)	-	1,3 (±0,5)	1,1 (±0,3)
Zufriedenheit [M (SD)]***	1,3 (±0,5)	-	1,4 (±0,5)	1,1 (±0,2)
Gewaltprävention [n; n.a.]	37; 18	9; 1	28; 15	0; 2
Akzeptanz [M (SD)]*	1,5 (±0,7)	2,0 (±0,8)	1,3 (±0,6)	MD
Strukturqualität [M (SD)]**	1,7 (±0,8)	2,1 (±1,0)	1,6 (±0,6)	MD
Prozessqualität [M (SD)]**	1,4 (±0,6)	1,6 (±0,7)	1,4 (±0,5)	MD
Zufriedenheit [M (SD)]***	1,5 (±0,7)	2,0 (±0,8)	1,4 (±0,6)	MD
Oberthema:	Gesundheitsförderlicher Arbeits- und Lebensstil			
Unterthema:	Psychische Belastung			
Stressmanagementseminar [n; n.a.]	12; 0	-	-	12; 0
Akzeptanz [M (SD)]*	1,1 (±0,3)	-	-	1,1 (±0,3)
Strukturqualität [M (SD)]**	1,3 (±0,5)	-	-	1,3 (±0,5)
Prozessqualität [M (SD)]**	1,0 (±0,0)	-	-	1,0 (±0,0)
Zufriedenheit [M (SD)]***	1,1 (±0,3)	-	-	1,1 (±0,3)
Entspannungseinheiten [n; n.a.]	254; 42	11; 12	199; 18	44; 12
Akzeptanz [M (SD)]*	1,2 (±0,5)	1,4 (±0,7)	1,2 (±0,5)	1,2 (±0,4)
Strukturqualität [M (SD)]**	1,2 (±0,5)	1,3 (±0,5)	1,2 (±0,4)	1,4 (±0,8)
Prozessqualität [M (SD)]**	1,1 (±0,3)	1,2 (±0,3)	1,1 (±0,3)	1,1 (±0,3)
Zufriedenheit [M (SD)]***	1,1 (±0,3)	1,1 (±0,3)	1,1 (±0,3)	1,1 (±0,3)
Unterthema:	Körperliche Belastung			
Rückengerechtes Arbeiten [n; n.a.]	7; 7	-	7; 7	-
Akzeptanz [M (SD)]*	1,3 (±0,7)	-	1,3 (±0,7)	-
Strukturqualität [M (SD)]**	1,4 (±0,6)	-	1,4 (±0,6)	-
Prozessqualität [M (SD)]**	1,0 (±0,2)	-	1,0 (±0,2)	-
Zufriedenheit [M (SD)]***	1,2 (±0,4)	-	1,2 (±0,4)	-
Bewegungseinheiten [n; n.a.]	18; 0	18; 0	-	-
Akzeptanz [M (SD)]*	1,1 (±0,3)	1,1 (±0,3)	-	-
Strukturqualität [M (SD)]**	1,1 (±0,2)	1,1 (±0,2)	-	-
Prozessqualität [M (SD)]**	1,1 (±0,3)	1,1 (±0,3)	-	-
Zufriedenheit [M (SD)]***	1,2 (±0,4)	1,2 (±0,4)	-	-

n=Anzahl ausgefüllter Feedbackbögen; n.a.= Anzahl fehlender Feedbackbögen; MD=keine Daten vorhanden
 *= [1(trifft zu) – 4(trifft nicht zu)]; **= [1(sehr gut) – 5(sehr schlecht)]; ***= [1(sehr zufrieden) – 4 (unzufrieden)]

Die inhaltlichen **Themen auf verhältnispräventiver Ebene lagen in der Beratung zur gesundheitsförderlichen Arbeitsgestaltung** und in der Gestaltung der **Anforderungen des Arbeitsalltags** (Tabelle 8). Diese Themen wurde fortlaufend von den Entscheidern und Entscheiderinnen im Steuerungsgremium unter Moderation der BGF-Experten bedarfsorientiert nach Dringlichkeit priorisiert, geplant, umgesetzt und anschließend bewertet. Darüber hinaus wurden die Themen, der Umsetzungsstand und die Zuständigkeiten in Maßnahmenplänen festgehalten. In allen Pflegesettings waren es vor allem Themen der *Arbeitsorganisation* (53,7%), die umfassend diskutiert und lösungsorientiert bearbeitet wurden. Im Detail waren es in *Krankenhäusern und stationären Pflegeeinrichtungen* die Arbeitsabläufe, während es in der *ambulanten Pflege* vor allem um die Informationsweitergabe ging. Aspekte der *Arbeitsumgebung* wurden in Krankenhäusern (28,3%) und stationären Pflegeeinrichtungen (34,4%) am zweithäufigsten diskutiert, während es in ambulanten Pflegediensten die *Ausgestaltung der Aufgabe* (20,7%) betraf (vgl. Lützerath et al., 2023/2024).

Tabelle 8: Themen der Beratung zur gesundheitsförderlichen Arbeitsgestaltung

Einrichtung	Alle Einrichtungen	Krankenhaus	Stat. Pflege	Amb. Pflege
	n = 15 mit 3312 - 3297 Beschäftigten	n = 4 mit 2127 – 2103 Beschäftigten	n = 7 mit 506 – 520 Beschäftigten	n = 4 mit 679 – 674 Beschäftigten
Verhältnispräventive Themen				
Arbeitsumgebung [n; %]	32 (26 %)	17 (28 %)	11 (34 %)	4 (13 %)
Physikalische Faktoren [n]	2	2	-	-
Ergonomie [n]	8	1	5	2
Arbeitsmittel [n]	7	4	2	1
Betr. Rahmenbedingungen [n]	15	10	4	1
Ausgestaltung der Aufgabe [n; %]	14 (12 %)	6 (10 %)	2 (6 %)	6 (21 %)
Handlungsspielraum [n]	3	1	-	2
Qualifikation [n]	7	3	1	3
Ganzheitlichkeit d. Aufgabe [n]	4	2	1	1
Körperliche Anforderungen [n]	-	-	-	-
Arbeitsorganisation [n; %]	65 (54 %)	34 (57 %)	15 (47 %)	16 (55 %)
Information [n]	23	10	5	8
Arbeitszeit [n]	9	5	2	2
Arbeitsablauf [n]	27	16	6	5
Kooperation [n]	6	3	2	1
Soziale Beziehungen [n; %]	10 (8 %)	3 (5 %)	4 (13 %)	3 (10 %)
Führung [n]	6	1	2	3
Kolleginnen/ Kollegen [n]	4	2	2	-
Kundinnen/ Kunden [n]	-	-	-	-
Klientinnen/ Klienten [n]	-	-	-	-

n=Anzahl

6.3.2 Praxiserfahrungen aus dem Projekt

Im Vordergrund standen zuerst entlastende Angebote vor allem für Beschäftigte in Bereichen mit hohen Belastungen, wenngleich die Organisation der Intervention für diese Bereiche oft besonders herausfordernd

war. Die Teilnahmequoten an den verhaltenspräventiven Interventionen waren häufig geringer als erwartet, da u.a. kurzfristige Ausfälle von KollegInnen kompensiert werden mussten.

Für die Umsetzung wurden vor allem Angebote, die wenig personelle bzw. zeitliche Ressourcen fordern (z.B. Entspannungseinheiten) als machbar erachtet. Bei der konkreten Planung spielten jedoch auch weitere Faktoren eine Rolle. Vor allem Corona und damit verbundenen Personalengpässe haben immer wieder dazu geführt, dass Angebote verschoben oder abgesagt werden mussten. Wenn Termine pandemiebedingt ausgefallen sind, war es für die Entscheider wichtiger kurzfristige Entspannungsangebote nach der angespannten Phase anzubieten als Seminare, die andere Themen bedienten. Vor allem die verhaltenspräventiven Themen der Rückengesundheit und Ernährung wurden nach solchen Phasen mit einer geringeren Dringlichkeit bewertet.

Zum Teil gab es während der Projektdurchführung immer wieder pandemiebedingte Zugangsbeschränkungen zu den Einrichtungen. In diesen Zeiten wurde auf die Option hingewiesen, dass die Angebote auch in einem digitalen Format statt eines Präsenzformats angeboten werden könnten. In den Steuerungsgremiumssitzungen wurde vor allem ab 2022 vermehrt angeführt, dass die Beschäftigten keine online Formate möchten, da die Technik zum einen eine Hürde darstellte aber auch, weil bereits viele Pflichtfortbildungen online stattfinden und für BGF-Angebote der persönliche Austausch mit den Kollegen und Kolleginnen als sinnvoller erachtet wurde. Vor allem in den stationären Einrichtungen waren die Entscheider und Entscheiderinnen so sehr mit der Umsetzung von Coronaschutzverordnungen und Personal(um)planungen beschäftigt, dass Sie sich zusätzlich keine verhältnispräventiven Angebote vorstellen konnten, da sie Sorge hatten die notwendigen Maßnahmen nicht zeitnah erledigen zu können, weil die Aufrechterhaltung des Regelbetriebs sie phasenweise sehr gefordert zum Teil auch überfordert hat.

In der Beratung stellten die wissenschaftlichen Daten der Feedbackbögen - wenn sie ausgefüllt wurden - eine gute Ergänzung zu den internen Beobachtungen der Entscheider und Entscheiderinnen dar, wenn es um die Bewertung von Angeboten ging. Die Entscheider und Entscheiderinnen hatten nach der Durchführung den subjektiven Eindruck, dass vor allem die kurzen BGF-Angebote, Entspannungs- und Bewegungseinheiten gerne von den Beschäftigten während der Arbeitszeit angenommen wurden. Bei BGF-Angeboten, die im Rahmen einer mehrstündigen Veranstaltung stattfanden wurde von den Entscheider und Entscheiderinnen vor allem angemerkt, dass der soziale Austausch zwischen den Beschäftigten einen positiven Nebeneffekt auf die Stimmung im Haus gehabt hätte. Hierbei haben es einige Einrichtungen auch als sinnvoll erachtet Berufsgruppen zu mischen, um den Austausch Effekt noch weiter auszubauen.

Über beteiligungsorientierte Beschäftigtenworkshop zur Arbeitsgestaltung konnten verhältnispräventive Belastungen konkretisiert und erste Optimierungsideen entwickelt werden. Auf verhältnispräventiver Ebene konnten über organisatorische Optimierungen in Bezug auf Arbeitsabläufe und die Definition von Zuständigkeiten Entlastungen erzielt werden. Das Thema „Pausenkultur leben“ wurde in einigen stationären Pflegeeinrichtung und auch Krankenhäusern geplant und umgesetzt. Hierzu wurden attraktive Pausenräume

gestaltet und Vorgesetzte sensibilisiert, erholungswirksame Pausen für die Beschäftigten in den Stationsroutinen einzuplanen.

Mit dieser Verankerung der Pausenzeiten in den stationären Ablauf können Pflegekräfte die Stationen verlassen und erholungswirksame Pausen erfahren.

Dabei haben es die Entscheider und Entscheiderinnen der ambulanten und stationären Pflege als sinnvoll erachtet alle BGF-Angebote in Präsenz durchzuführen in der Hoffnung, dass neben dem eigentlichen Thema auch der informelle Austausch zwischen den Beschäftigten gefördert wird.

6.4. Forschungsfrage 4: Wie sind die erreichten Veränderungen zu beurteilen?

6.4.1 Befragung auf organisationaler Ebene

Die Veränderungen auf organisationaler Ebene (siehe Kap. 3, Seite 9) wurden über einen einrichtungsbezogenen Prä-Post Vergleich anhand des „BGM-Check“ bewertet (Methodik siehe Kapitel 4, Seite 13-14). Die Baseline-Erhebung fand vor den BGF-Interventionen (Activities; vgl. 6.3) statt. Die Folgebefragung t1 fand im Zeitraum von August – Oktober 2022 statt. Die Einrichtungsgröße der Umsetzungspartner (Stichprobe) ist Tabelle 9 zu entnehmen.

Tabelle 9: Beschreibung der Einrichtungsgröße t(0) und t(1) für die Erhebung der quantitativen Befragung auf Organisationsebene „BGM-Check“

Setting	Krankenhaus (t0)		Krankenhaus (t1)		Stationäre Pflege (t0)		Stationäre Pflege (t1)		Ambulante Pflege (t0)		Ambulante Pflege (t1)	
	2021	2022	2021	2022	2021	2022	2021	2022	2021	2022	2021	2022
Anzahl (N)	N=4	N=4	N=6	N=6	N=6	N=6	N=4	N=4	N=4	N=4	N=4	N=4
Größe der Einrichtung <10	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
10-49	0	0	0	0	0	0	2	2	2	2	1	1
50-249	1	1	6	6	6	6	0	0	0	0	1	1
>250	3	3	0	0	0	0	2	2	2	2	2	2

Für die Dimensionen Präventionswillen, Präventionsinfrastruktur, Sozialkapital und BGF-Angebote zeigten sich zwischen t(0) und (1) keine statistisch signifikanten Unterschiede. Deskriptiv betrachtet sind die größten Veränderungen in der ambulanten Pflege bei der Präventionsinfrastruktur (+1,4 Punkte) und den BGF-Angeboten (+1,5 Punkte) erkennbar. Ergebnisse können der Tabelle 10 entnommen werden (vgl. Bleier et al., 2023/2024).

Tabelle 10: Darstellung der Ergebnisse für alle Kennzahlen des BGM-Checks für t(0) + t(1)

Setting	Alle Einr.	Alle Einr.	Krankenhaus	Krankenhaus	Stat. Pflege	Stat. Pflege	Amb. Pflege	Amb. Pflege
Zeitpunkt und Anzahl (N)	2021 t(0) N= 14	2022 t(1) N= 14	2021 (t0) N= 4	2022 (t1) N= 4	2021 (t0) N= 6	2022 (t1) N= 6	2021 (t0) N= 4	2022 (t1) N= 4
Präventionswille (MW; ±SD) [Min: 1- Max: 10]	6,7 (±1,6) [3,7 - 9,3]	6,8 (±1,5) [3,0 - 8,7]	5,9 (±1,2) [4,3 - 7,3]	6,1 (±0,7) [5 - 6,7]	6,7 (±2,0) [3,7 - 9,3]	6,6 (±2,0) [3 - 8,7]	7,5 (±1,3) [6,3 - 9,3]	7,8 (±0,5) [7 - 8]
p	0,89		1,0		0,74		0,46	
Präventionsinfrastruktur (MW; ±SD) [Min: 1- Max: 10]	6,1 (±2,4) [0,0 - 9,2]	6,2 (±2,1) [3,1 - 9,3]	6,3 (±2,0) [4,9-9,2]	4,3 (±1,2) [3,1 - 5,9]	5,6 (±3,2) [0 - 8,7]	6,5 (±1,9) [3,8 - 8,6]	6,5 (±2,3) [3,7 - 8,7]	7,9 (±1,5) [5,8-9,3]
p	0,80		0,07		0,34		0,14	
Sozialkapital (MW; ±SD) [Min: 1- Max: 4]	3,3 (±0,5) [2,2 - 4,0]	3,1 (±0,4) [2,6 - 3,9]	2,9 (±0,5) [2,2 - 3,2]	2,8 (±0,2) [2,6 - 3,1]	3,3 (±0,5) [2,7 - 4,0]	3,2 (±0,4) [2,6 - 3,7]	3,6 (±0,2) [3,3 - 3,8]	3,5 (±0,3) [3,2 - 3,9]
p	0,55		0,58		0,79		0,46	
BGF-Angebote (MW; ±SD) [Min: 1- Max: 10]	5,6 (±2,1) [1,7 - 9,0]	5,9 (±2,1) [2,3 + 8,2]	5,1 (±1,0) [4,3 - 6,5]	3,6 (±1,0) [2,3 - 4,7]	5,5 (±2,3) [1,7 - 8,7]	6,2 (±1,9) [3,3 - 8,2]	6,3 (±3,0) [2,7 - 9,0]	7,8 (±0,3) [7,3 - 8,2]
p	0,75		0,07		0,29		0,46	

MW= Mittelwert, SD=Standardabweichung, Min.= Minimaler Wert, Max.=Maximaler Wert

Alle Einr.= Alle Einrichtungen, Stat. Pflege=Stationäre Pflege, Amb. Pflege=Ambulante Pflege

p= Wilcoxon-Test, Signifikanzniveau bei p < 0.01

Zusätzlich wurde nach der subjektiv wahrgenommenen direkten Veränderung seit dem letzten Erhebungszeitpunkt gefragt. Es zeigten sich statistisch signifikante Unterschiede für den Präventionswillen zwischen den Settings der stationären und ambulanten Pflege. Deskriptiv betrachtet gaben hierbei die Krankenhäuser für den Präventionswillen (+5,6 Punkte) und die Präventionsinfrastruktur (+2,7 Punkte) jeweils die größte subjektiv empfundene Veränderung an (Spannweite -10 bis + 10). Ergebnisse siehe Tabelle 11.

Tabelle 11: Darstellung der subjektiv wahrgenommen Veränderung der befragten Entscheider und Entscheiderinnen für Präventionswille und Präventionsinfrastruktur zwischen t(0) zu t(1)

Setting	Alle Einrichtungen	Krankenhaus	Stat. Pflege	Amb. Pflege
Zeitliche Veränderung Anzahl der Einrichtungen	t(0) 2021 zu t(1) 2022 N=12	t(0) 2021 zu t(1) 2022 N=2	t(0) 2021 zu t(1) 2022 N=6	t(0) 2021 zu t(1) 2022 N=4
Präventionswille (MW; SD) [Min: -1 - Max: +10]	+3,2 (±2,0); [1,0 - 8,0]	+5,6 (±1,8); [3,5 - 8,0]	+2,3 (±1,23); [1- 4,5]	+2,3 (±0,6); [1,3 - 3]
p	-	0,010	0,005*	0,005*
Präventionsinfrastruktur (MW; SD) [Min: -1 - Max: +10]	+1,5 (±1,3); [-0,1 - 3,9]	+2,7 (±0,8); [2,0 - 3,67]	+1,3 (±1,3); [0,0 - 3,9]	+1,0 (±1,0); [-0,1 - 2,3]
p	-	0,031	0,064	0,133

MW= Mittelwert, SD=Standardabweichung, Min.= Minimaler Wert, Max.=Maximaler Wert,

p= univariate Varianzanalyse, Signifikanzniveau bei p < 0.01

6.4.2 Beschäftigtenbefragung auf individueller Ebene

Bei der Befragung auf Beschäftigtenebene wurde der Fragebogen zum Zeitpunkt der ersten Erhebung (Juni – Oktober 2021) von insgesamt 875 Beschäftigten (KH n=312; stat. n=259; amb. n=304) beantwortet, was einem Gesamtrücklauf von 32,4% entspricht (Tabelle 12). Die Befragung zu Projektende fand im Zeitraum von August–Oktober 2022 mit insgesamt 240 (KH n=106; stat. n=62; amb. n= 72) beantworteten Fragebogen statt (Gesamtrücklauf 7,3 %). Es zeigen sich statistisch signifikante Unterschiede in der Geschlechterverteilung der stationären Pflege zwischen 2021 und 2022. Zudem zeigt sich ein statistisch signifikanter Unterschied in der Verteilung der Professionen in den Krankenhäusern zwischen 2021 und 2022. Weitere Ergebnisse in Tabelle 12.

Tabelle 12: Stichprobenbeschreibung Beschäftigtenbefragung 2021(N=875) und 2022 (N=240)

Setting	Alle Einr.	Alle Einr.	Kranken -haus	Kranken -haus	Stat. Pflege	Stat. Pflege	Amb. Pflege	Amb. Pflege
Zeitpunkt und Anzahl (N)	2021 n = 875	2022 n = 240	2021 n= 312	2022 n = 106	2021 n = 289	2022 n = 62	2021 n = 304	2022 n = 72
Geschlecht [n = 613]								
Weiblich [n; %]	514 (84%)	201 (87%)	205 (81%)	84 (82%)	146 (78%)	52 (90%)	163 (94%)	65 (96%)
Männlich [n; %]	95 (15%)	37 (12%)	47 (18%)	18 (17%)	40 (21%)	6 (10%)	8 (5%)	3 (4%)
Divers [n; %]	4 (1%)	1 (1%)	2 (1%)	1 (1%)	1 (1%)	0 (0%)	1 (1%)	0 (0%)
p	0,161		0,887		0,049*		0,787	
Alter in Jahren [n = 612]								
18-20 [n; %]	13 (2%)	3 (1%)	4 (2%)	2 (2%)	5 (3%)	1 (2%)	4 (2%)	0 (0%)
21-30 [n; %]	133 (22%)	45 (20%)	66 (26%)	28 (27%)	46 (25%)	11 (19%)	21 (12%)	6 (9%)
31-40 [n; %]	136 (22%)	47 (21%)	57 (22%)	23 (22%)	43 (23%)	12 (21%)	36 (21%)	12 (19%)
41-50 [n; %]	137 (22%)	51 (23%)	65 (25%)	21 (21%)	35 (19%)	11 (19%)	37 (21%)	19 (29%)
51-60 [n; %]	167 (27%)	70 (31%)	53 (21%)	25 (24%)	51 (27%)	19 (34%)	63 (36%)	26 (40%)
≥61 [n; %]	26 (5%)	9 (4%)	9 (4%)	4 (4%)	5 (3%)	3 (5%)	12 (4%)	2 (3%)
p	0,258		0,903		0,169		0,673	
Profession [n = 609]								
Examierte Pflegekraft [n; %]	352 (57%)	149 (68%)	207 (82%)	94 (92%)	80 (44%)	28 (48%)	65 (38%)	27 (47%)
Pflegehelfende [n; %]	76 (13%)	22 (10%)	12 (5%)	1 (1%)	37 (20%)	11 (19%)	27 (16%)	10 (17%)
Betreuung [n; %]	63 (10%)	17 (8%)	3 (1%)	0 (0%)	29 (16%)	10 (17%)	31 (17%)	7 (12%)
Freiwilligendienst [n; %]	3 (1%)	4 (2%)	3 (1%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0
Andere [n; %]	115 (19%)	26 (12%)	29 (11%)	7 (7%)	36 (20%)	9 (16%)	50 (29%)	14 (24%)
p	0,004*		0,008*		0,514		0,206	
Tätigkeitsumfang [n = 607]								
Vollzeit (> 35 Std.) [n]	332 (55%)	110 (49%)	168 (66%)	66 (64%)	99 (55%)	26 (45%)	65 (38%)	18 (28%)
Teilzeit (15 – 34 Std.) [n]	256 (42%)	112 (49%)	84 (33%)	38 (36%)	76 (42%)	31 (53%)	96 (56%)	43 (67%)
Minijob (< 15 Std.) [n]	19 (3%)	4 (2%)	2 (1%)	0 (0,0%)	6 (3%)	1 (2%)	11 (6%)	3 (5%)
p	0,236		0,835		0,249		0,277	

p = Mann-Whitney-U-Test (Signifikanzniveau bei p< 0.05)

Tabelle 13 zeigt die Ergebnisse der Befragung zu Projektbeginn (2021) und zu Projektende (2022). Es zeigen sich statistisch signifikante Unterschiede für die Arbeitsorganisation der stationären Pflege zwischen Projektbeginn und Projektende. Auf deskriptiver Ebene wird ersichtlich, dass die Arbeitsbelastung in allen Settings insgesamt als durchschnittlich bis gering eingeschätzt wurde. Gewaltvorfälle sind in Krankenhäusern und der stationären Pflege rückläufig, in der ambulanten Pflege jedoch gestiegen. Die Arbeitsfähigkeit wird insgesamt als gut empfunden, und die Arbeitszufriedenheit liegt im mittleren bis guten Bereich.

Tabelle 13: Ergebnisse der jeweiligen Beschäftigtenbefragung im Vergleich Projektbeginn und Projektende

Einrichtung	Krankenhaus	Krankenhaus	Stat. Pflege	Stat. Pflege	Amb. Pflege	Amb. Pflege
Zeitpunkt und Anzahl(N)	2021 N= 312	2022 N= 106	2021 N= 259	2022 N= 62	2021 N= 304	2022 N= 72
Qualitative Arbeitsbelastung Mean (SD) ^a	N= 266 2,4 (±1,9) (durchschnittliche Belastung)	N= 82 2,4 (±2,0) (durchschnittliche Bel.)	N= 175 1,3 (±1,2) (durchschnittliche Bel.)	N= 55 1,0 (±1,2) (geringe Belastung)	N= 186 1,7 (±1,0) (durchschnittliche Bel.)	N= 71 1,8 (±0,9) (durchschnittliche Bel.)
p	0,78		0,11		0,41	
Quantitative Arbeitsbelastung Mean (SD) ^a	N= 267 2,8 (±1,2) (durchschnittliche Bel.)	N= 85 2,9 (±1,2) (durchschnittliche Bel.)	N= 150 2,0 (±1,3) (geringe Belastung)	N= 57 1,8 (±1,5) (geringe Belastung)	N= 189 3,6 (±1,4) (durchschnittliche Bel.)	N= 69 3,4 (±1,2) (durchschnittliche Bel.)
p	0,52		0,44		0,25	
Arbeitsorganisation Mean (SD) ^a	N= 271 1,9 (±1,0) (durchschnittliche Bel.)	N= 85 1,7 (±1,0) (durchschnittliche Bel.)	N= 186 2,2 (±0,7) (durchschnittliche Bel.)	N= 60 2,4 (±0,7) (durchschnittliche Bel.)	N= 196 1,0 (±0,7) (durchschnittliche Bel.)	N= 72 1,0 (±0,7) (durchschnittliche Bel.)
p	0,36		0,03*		0,88	
Soziales Arbeitsklima Mean (SD) ^a	N= 265 3,3 (±1,8) (durchschnittliche Bel.)	N= 84 2,9 (±2,9) (durchschnittliche Bel.)	N= 170 3,0 (±1,8) (durchschnittliche Bel.)	N= 54 2,7 (±1,9) (durchschnittliche Bel.)	N= 172 3,6 (±1,9) (geringe Belastung)	N= 69 3,5 (±1,8) (geringe Belastung)
p	0,44		0,23		0,51	
Außerberufliche Ressourcen Mean (SD) ^a	N= 276 1,2 (±0,9) (durchschnittliche Bel.)	N= 84 1,4 (±0,9) (durchschnittliche Bel.)	N= 198 1,1 (±0,9) (durchschnittliche Bel.)	N= 60 1,2 (±1,0) (durchschnittliche Bel.)	N= 194 1,7 (±1,7) (durchschnittliche Bel.)	N= 71 1,7 (±0,8) (durchschnittliche Bel.)
p	0,12		0,79		0,93	
Gewalterleben in den letzten 12 Monaten (ja) N(%)	N= 277 161 (58%)	N= 115 60 (50%)	N= 204 82 (32%)	N= 62 15 (24%)	N= 201 49 (24%)	N= 71 28 (39%)
Verbale Gewalt in den letzten 12 Monaten (ja) N(%)	N= 277 185 (67%)	N= 115 66 (56%)	N= 201 85 (42%)	N= 62 22 (31%)	N= 201 62 (31%)	N= 71 28 (39%)
Belastungsgrad Mean(SD) ^b	MW= 2,9	MW= 2,7	MW= 2,4	MW= 2,1	MW= 2,8	MW= 2,8

Einrichtung	Kranken-	Kranken-	Stat. Pflege	Stat. Pflege	Amb. Pflege	Amb. Pflege
	haus	haus				
Zeitpunkt	2021	2022	2021	2022	2021	2022
Anzahl	N= 312	N= 106	N= 259	N= 62	N= 304	N= 72
Drohungen in den letzten 12 Monaten(ja)						
N(%)	N= 265	N=115	N = 192	N= 58	N= 198	N= 66
Belastungsgrad	76 (29%)	24 (20%)	12 (6%)	1 (1%)	6 (3%)	5 (7%)
Mean(SD) ^b	MW= 3,2	MW= 2,9	MW= 2,3	MW= 1,8	MW= 2,9	MW= 3,1
Körperliche Übergriffe in den letzten 12 Monaten(ja)						
N(%)	N= 264	N= 115	N= 188	N= 59	N= 194	N= 66
Belastungsgrad	101(38%)	38 (32%)	41 (22%)	13 (18%)	15 (8%)	4 (6%)
Mean(SD) ^b	MW= 2,9	MW= 2,8	MW= 1,8	MW= 1,6	MW= 2,2	MW= 2,2
Krankmeldung nach einem Gewaltereignis (ja)						
N(%)	N= 270	N= 115	N= 194	N= 58	N= 199	N= 68
	23 (8%)	11 (9%)	8 (4%)	0 (0%)	6 (3%)	2 (3%)
Sozialkapital (Min= 1; Max= 6)	N= 263 2,4 (±0,5)	N= 100 2,6 (±0,6)	N= 188 2,8 (±0,7)	N= 58 2,9 (±0,7)	N= 183 3,0 (±0,6)	N= 71 3,0 (±0,6)
Subjektiver Gesundheitszustand	N= 262 2,4 (±0,7) (gut)	N= 72 2,4 (±0,8) (gut)	N= 193 2,4 (±0,7) (gut)	N= 61 2,4 (±0,7) (gut)	N = 176 2,5 (±0,7) (mittelmäßig)	N= 67 2,5 (±0,8) (gut)
Subjektive Arbeitsfähigkeit (Min= 1; Max= 10)	N= 261 7,8 (±1,8)	N= 104 7,7 (±2,0)	N= 191 8,6 (±1,8)	N= 62 8,0 (±2,0)	N= 178 8,0 (±1,8)	N= 71 8,0 (±2,1)
Beeinträchtigung der Arbeit durch Schmerzen (c)	N= 259 2,5 (±1,1) (mäßig)	N= 101 2,7 (±1,1) (mäßig)	N= 190 2,2 (±1,1) (ein bisschen)	N= 59 2,1 (±1,0) (ein bisschen)	N= 176 2,6 (±1,1) (mäßig)	N= 70 2,4 (±1,2) (ein bisschen)
Präsentismus (d) in den letzten 12 Monaten	N= 263 2,7 (±1,0) (2–5-mal)	N= 103 2,9 (±1,0) (2–5-mal)	N= 191 2,3 (±1,1) (einmal)	N= 61 2,4 (±1,0) (einmal)	N= 175 2,5 (±1,0) (2–5-mal)	N= 71 2,6 (±1,1) (2–5-mal)
Psychische Erschöpfung (Min= 8; Max= 56)	N= 257 28,1 (±11,4)	N= 104 30,1 (±11,2)	N= 187 23,7 (±10,7)	N= 59 21,2 (±9,8)	N= 174 24,6 (±10,4)	N= 70 22,8 (±9,1)
Arbeitszufriedenheit (1= sehr unzufrieden; 7= sehr zufrieden)	N= 261 4,0 (±1,4)	N= 104 4,0 (±1,5)	N= 193 4,9 (±1,6)	N= 61 5,0 (±1,2)	N= 177 4,6 (±1,7)	N= 71 4,3 (±1,7)

^a = [1 (geringe Belastung); 2 (durchschnittliche Belastung); 3 (hohe Belastung)]

^b = [1 (nicht belastend); 2 (wenig belastend); 3 (mäßig belastend); 4 (stark belastend); 5 (sehr stark belastend)]

(c) = [1(überhaupt nicht); 2 (ein bisschen); 3 (mäßig); 4 (ziemlich); 5 (sehr)]

(d) = [1 (1-mal); 2 (2-5-mal); 3 (11-20-mal); 4 (über 20-mal)]

P = Mann-Whitney-U-Test (Signifikanzniveau bei p< 0.05)

6.4.3 Praxiserfahrungen aus dem Projekt (BGF)

In den meisten Einrichtungen und Krankenhäusern wurde die BGF-Betreuung im Steuerungskreis durch die BGF-Experten als strukturgebendes Element und das analysebasiertes Vorgehen im Projekt positiv hervorgehoben. Insbesondere durch die extern moderierten beteiligungsorientierten Workshops konnten vielversprechende Stellschrauben identifiziert werden, die organisatorische Optimierungen und die interdisziplinäre Zusammenarbeit verbessern. Nach Aussage der meisten Unternehmen im Projekt wird an den Themen weitergearbeitet und in einigen ist ein Weiterführen dieser Maßnahme geplant, da die Beschäftigten rückgemeldet haben, dass sie sich durch das Format endlich gehört fühlen was einen Beitrag zur Wertschätzung leistet.

Darüber hinaus konnten über Teamentwicklungsmaßnahmen, bei denen das Miteinander im Team gestärkt und der Fokus auf das „was schaffen wir täglich“ gelegt wurde, die Perspektiven auf das eigene Team positiv verändert werden.

Bei der operativen Umsetzung der verhaltenspräventiven Interventionen wurde deutlich, dass kurze niederschwellige Angebote (z.B. angeleitete Entspannungseinheiten während der Pausen) leichter organisiert und in den Arbeitsalltag integriert werden konnten, als Halb- oder Tagesseminare. Aufgrund der weiter bestehenden Personalengpässe sollte bei der zukünftigen Planung von Interventionen in Einrichtungen diese Erkenntnis Berücksichtigung finden.

In der stationären Pflege berichten die Entscheider und Entscheiderinnen, dass durch die BGF-Angebote einiges ins Rollen gekommen ist und einige das Gefühl haben es würde sich ein positives Unternehmensklima ausbreiten, da die Beschäftigten aktiv die Veränderungen mitgestalten können. Die Transparenz zu den erarbeiteten Themen soll weitergeführt werden. Eine Einbindung der Beschäftigten in Entscheidungen wird positiv angenommen. In einer Einrichtung ist auch dem Angebot der Entspannungstechniken eine Betriebsyoga-Gruppe entstanden, die sich 2-3x / Woche nach dem Dienst trifft.

In der ambulanten Pflege wurden Entspannungstechniken positiv wahrgenommen, da Beschäftigte nicht gedacht hatten, dass sie so schnell und einfach aus dem Stress in die Entspannung kommen können. Zudem haben die Beschäftigtenworkshops laut Aussagen der Entscheider und Entscheiderinnen dazu geführt, dass neue Regeln bekannt sind und Kommunikationsschleifen zur Führung besser laufen. Die Eigenständigkeit bei der Lösung von Problemen unter den Beschäftigten wurde dadurch höher.

6.5. Forschungsfrage 5: Was sind Förderfaktoren und Barrieren für die nachhaltige Implementation unter Routinebedingungen?

6.5.1 Übergreifende Beantwortung

Die Interviews, welche zwischen Mai – September 2021 geführt wurden, ließen organisationale Faktoren erkennen, welche die Inanspruchnahme von BGF-Angeboten beeinflussen können. Es zeigte sich, dass vor allem eine hohe Arbeitsbelastung und die fehlende Passung der BGF-Angebote mit Schichtzeiten als Barriere zur Teilnahme an BGF-Angeboten empfunden wurde. In der ambulanten Pflege wurden gute Kommunikation, preisliche Erschwinglichkeit, das Gruppengefühl und die Gestaltung der BGF-Aktivitäten als förderlich für die Teilnahme an BGF-Aktivitäten wahrgenommen. Die Möglichkeit, das BGF-Angebot während der Arbeitszeit zu nutzen, förderte die Entscheidung zur Teilnahme bei ambulanten Pflegekräften und stationären Pflegekräften. Für Pflegekräfte im ambulanten Bereich und im Akutkrankenhaus war eine große Entfernung zwischen Wohnort und BGF-Aktivitäten im Hinblick auf die unterschiedlichen Schichtzeiten ein hemmender Faktor. Der Wunsch nach zahlreichen, flexiblen BGF-Aktivitäten wurde deutlich. Als hemmend wurde über alle Settings hinweg eine hohe Arbeitsbelastung sowie eine negative Assoziation mit dem Arbeitgebenden bei stationären und ambulanten Pflegekräften genannt. Im Hinblick auf die Kommunikation von BGF-Aktivitäten wurde das Versenden von E-Mails und das Aushängen von Hinweisen gewünscht und über alle Settings hinweg positiv bewertet (vgl. Bleier et al., 2023).

6.5.2 Praxiserfahrungen aus dem Projekt

Zu den Förderfaktoren gehören aus Sicht der Entscheider und Entscheiderinnen und nach Einschätzung der involvierten BGF-Experten der quartalsmäßig stattfindenden BGM-Steuerungskreis, in dem von den Entscheidern alle Analysen und Maßnahmen für den Prozess geplant und in der Umsetzung begleitet werden. Darüber hinaus ist eine breite Einbindung der Belegschaften über Befragungen und anschließende Optimierungs-Workshops sinnvoll, um deren Belastungen zu konkretisieren und Lösungen zu erarbeiten. Im Rahmen des BAGGer Projekt wurden Kommunikationsmaterialien entwickelt, die Beschäftigte in Einrichtungen und Krankenhäusern einladen, zu GestalterInnen der eigenen Arbeitsbedingungen zu werden. Mit dem Slogan „Das kann sich ändern – wir haben es gemeinsam in der Hand“ konnten Beschäftigte gewonnen werden an der Beschäftigungsbefragung und an den Optimierungs-Workshops teilzunehmen. Die Kommunikationsmaterialien wurden von den Entscheidern und Entscheiderinnen positiv wahrgenommen, da sie motivierend und einladend gestaltet waren. Des Weiteren wurde von Entscheidern und Entscheiderinnen angemerkt, dass es als große Erleichterung empfunden wird, wenn für die interne Kommunikation bereits gestaltete Kommunikationsmaterialien „nur angepasst“ ausgedruckt und nicht noch selbst erstellt werden müssen. Neben der Information zu Angeboten waren auch die Dauer und der Veranstaltungsort häufig Thema in den Steuerungsgremiumssitzungen. Die Entscheidern und Entscheiderinnen berichteten immer wieder, dass

sie eine Lustlosigkeit für Teilnahme an BGF erleben, da v.a. durch die Pandemie hohe Krankenstände da sind und die Beschäftigten einfach nur nach Hause möchten. Aus Sicht der Entscheider und Entscheiderinnen ist es förderlich, wenn BGF-Angebote entweder ganztags stattfinden oder kurz während der Dienstzeit, da es so einfacher war, Teilnehmende zu motivieren. Der Betrieb als Durchführungsort wurde positiv wahrgenommen, wenn die BGF-Aktionen als Arbeitszeit deklariert wurde. Im Sommer wurden Gruppenangebote, wenn möglich, gerne auch in Lichthöfen oder auf dem Außengelände durchgeführt, da dies von den Beschäftigten als angenehme Abwechslung zu den Innenräumen gesehen wurde. Den Entscheider und Entscheiderinnen ist auch aufgefallen, dass es phasenweise schwierig war die Beschäftigten zur Teilnahme an Angeboten zu motivieren. Anmeldungen zu BGF-Angeboten aufgrund ihres persönlichen Interesses kamen eher von den Beschäftigten, die auch privat an Gesundheitsförderung interessiert sind. Es stellte sich als herausfordernd dar, die Personen zu erreichen, für die eine Teilnahme an BGF-Angeboten als notwendig erachtet wurde. Obwohl das Mittel der "Verpflichtung" für einige Beschäftigte positiv war, löste es bei anderen eher negative Reaktionen aus und es wurde im Nachhinein im Kollegenkreis ("Flurfunk") negativ über die Angebote gesprochen. In der ambulanten und stationären Pflege wurde es als besonders herausfordernd gesehen, die Zielgruppe der Pflegekräfte zu motivieren. Neben Anreizen wie z.B. der Verlosung von Urlaubstagen unter den Teilnehmenden, Teamgeschenke für das Team mit der höchsten Beteiligung an Angeboten, aber auch individuellen Kleinigkeiten für Teilnehmende wurde auch auf Motivation durch Kollegen und Kolleginnen gesetzt. Wenn Teilnehmende von BGF-Angeboten in der darauffolgenden Teamsitzung den Kollegen und Kolleginnen verpflichtend über das Angebot berichtet haben, dann waren die Anmeldezahlen bei der nächsten Maßnahme höher. Zudem waren die Anmeldungen und Teilnahmezahlen auch höher, wenn Personen aus dem Steuerungsgremium im persönlichen Gespräch die Angebote beworben haben z.B. als Kollege oder Kollegin oder direkt vorgesetzte Person (Schicht- / Teamleitung).

7. Gender Mainstreaming Aspekte

Hinsichtlich der im Antrag adressierten Genderaspekte gab es keine Veränderungen. Genderaspekte wurden im Rahmen der Projektarbeit im engeren bzw. erweiterten Projektteam und auch inhaltlich hinsichtlich der Interventionsbedarfe bzw. Interventionsplanung berücksichtigt. In Bezug auf die Projektorganisation und das Team der Forschenden lässt sich festhalten, dass Frauen im Projektteam überrepräsentiert waren, was auch für das Praxisfeld der Prävention und Gesundheitsförderung, insbesondere in der Pflege, typisch ist. Im beratenden Beirat waren Frauen und Männer in einem angemessenen Verhältnis vertreten (drei Frauen, zwei Männer). Die Bedarfe und Bedürfnisse in Bezug auf BGF-Angebote wurden unter Berücksichtigung von Gender-Aspekten quantitativ und qualitativ erfasst.

Da in der Pflege größtenteils Frauen arbeiten und Männer in der Beschäftigten-Befragung stark unterrepräsentiert waren, wurden in den Leitfadeninterviews auch auf die Teilnahme von Männern geachtet um auch deren Perspektive qualitativ zu erheben. Bei der Ableitung der BGF-Maßnahmen wurde auf ein breites Spektrum geachtet, dass den individuellen Bedürfnissen und Präferenzen entsprechen kann. Ebenso wurden die BGF-Angebote zu verschiedenen Zeiten angeboten, um allen Beschäftigten gerecht zu werden. Damit sollte sichergestellt werden, dass Teilzeitbeschäftigte, Vollzeitbeschäftigte oder Beschäftigte mit weniger flexiblen Arbeitszeiten oder Betreuungspflichten teilnehmen können. Bei der Auswahl des durchführenden Personals bei den einzelnen Interventionen wurde auf ein ausgewogenes Verhältnis geachtet. Bedingt durch das Setting, nahmen an den BGF-Angeboten insgesamt mehr Frauen als Männer teil. Auch in Bezug auf die Zugangswege und Kommunikationskanäle wurden genderspezifische Aspekte berücksichtigt. So wurde darauf geachtet, eine geschlechtsneutrale Sprache in der Kommunikation der BGF-Angebote an die Beschäftigten zu verwenden oder beide Geschlechter - in Wort und Bild - anzusprechen.

8. Diskussion der Gesamtergebnisse

8.1 Gesamtbeurteilung

Die empirisch- und erfahrungsbasierten Gesamtergebnisse liefern sowohl für die BGF-Praxis als auch für die BGF-Forschung eine wichtige Grundlage für die Einschätzung von Potentialen und auch Grenzen von BGF-Angeboten im Kontext eines ganzheitlichen BGM.

Auch die Ergebnisse des BAGGER-Modellprojektes bestätigen eindrucksvoll die Notwendigkeit der Verbesserung der Beschäftigungsbedingungen in pflegenden Berufen, zeigen diesbezüglich jedoch auch Grenzen von BGF und BGM. Insgesamt erlebte das Projektteam eine große Dankbarkeit der Einrichtungsleitenden für die Unterstützung beim Aufbau der BGM Prozesse. Im gleichen Zuge stießen die Bemühungen aller Beteiligten aufgrund mangelnder personeller Ressourcen (vgl. Praxiseindrücke im Ergebnisteil) regelmäßig an Grenzen. Die finanziellen Ressourcen in Form von BGF-Angeboten und Beratungsleistungen die durch die Krankenkasse bereit gestellt wurden, wurde als große Unterstützung in den Einrichtungen wahrgenommen.

Die Sensibilisierung der Arbeitgeber bzw. Einrichtungsleitung und die Implementierung eines ganzheitlichen BGM erwies sich als gelungen und das Modell-Projekt konnte einen verhältnisbezogenen Beitrag zur Verbesserung der Arbeitsbedingungen in den beteiligten Einrichtungen leisten. Die Umsetzung eines ganzheitlichen BGM-Prozesses, beginnend mit einer Analysephase, Zielformulierung und der bedarfsorientierten Maßnahmenumsetzung inklusive Evaluation, war für viele Einrichtungen ein neues Lernfeld. Oft ist die gängige Praxis eine kaum strukturierte Umsetzung von kurzfristig attraktiv erscheinenden BGF-Angeboten ohne einen Aufbau grundsätzlicher BGM-Strukturen und den Aufbau dieser. Zudem erfordert die ganzheitliche Umsetzung von BGM eine Bewusstwerdung dessen, dass BGM mehr ist als verhaltensbezogenen BGF-Angebote. Die Arbeit an Strukturen für BGM, die Beleuchtung

arbeitsorganisatorischer Themen und das Verfolgen eines PDCA-Zyklus kann auf der Metaebene als Erkenntnisgewinn in den Projekteinrichtungen gesehen werden. Alle Beteiligten mussten und konnten jedoch „am eigenen Leib“, d.h. in der eigenen Einrichtung, erfahren, dass der BGM Strukturaufbau und auch die Analysephase, langwierig ist und professionelle – in der Regel externe – Unterstützung benötigt. Extern moderierten Beschäftigten-Workshops erwiesen sich als vielversprechenden ersten Schritt, für die lösungsorientierte Verbesserung der Arbeitsbedingungen und dem Aufbau ganzheitlicher BGM-Strukturen. Die Umsetzung spezifischer BGF-Angebote im Kontext eines ganzheitlichen BGM stieß jedoch aufgrund enger Personaldecken (Fachkräftemangel und hohe Fehlzeiten unter Corona) häufig an organisatorische Grenzen. Längere verhaltensbezogene Workshops oder mehrwöchige Kursangebote (z.B. Stressmanagement) – wie sie in der Individualprävention üblich sind – sind in den seltensten Fällen umsetzbar. Besser machbar sind v.a. kurze Angebote und Impulse (max. 30 min. während der Arbeitszeit, z.B. kurze Entspannungseinheiten), wobei dann allerdings sowohl aus praktischer, als auch aus wissenschaftlicher Sicht hinterfragt werden muss, was ein relevantes Ziel derartiger BGF-Angebote ist. Der praktische Nutzen für die pflegenden Beschäftigten kann damit – entgegen der im Antrag formulierten Ziele – kurz- und mittelfristig weniger in einem Beitrag zur Verbesserung der physischen und psychischen Gesundheit sowie der Gesundheitskompetenz (verhaltensbezogener Ansatz) liegen. Anstelle von Verhaltensänderungen und Gesundheitseffekten ist bei derartigen Angeboten eher eine Sensibilisierung der Beschäftigten für die angebotene Thematik ein realistisches Ziel. Zur Sensibilisierung und auch Motivation der Beschäftigten kann auch eine gute Kommunikationsstrategie (z.B. „Das kann sich ändern! Wir haben es gemeinsam in der Hand“) beitragen. Digitale BGF-Formate stoßen bei Pflegekräften hingegen auf ein vergleichsweise geringes Interesse und sind vor dem Hintergrund der angestrebten Ziele von BGF-Angeboten in der Pflege (u.a. sozialer Austausch und Verbesserung des Miteinanders) stark zu hinterfragen. Die Umsetzung und die damit einhergehende Evaluation und Diskussion des Modellprojekts half dabei, ein praxistaugliches BGF-Programm zu schärfen was zwar einrichtungsspezifisch angepasst war, wo sich aber dennoch ähnliche Charakteristika in den Settings zeigten. Die Erkenntnisse bei der Gestaltung eines pflegespezifischen BGF-Programms ermöglichen damit den Transfer in andere, projektfremde Pflegeeinrichtungen im deutschen Raum.

Auch aus wissenschaftlicher Sicht konnte das Modellprojekt einen wichtigen Beitrag zur Methodenentwicklung in der (noch sehr jungen) BGM- und BGF-Forschung leisten. Neben der erstmaligen Anwendung eines wirkungsmodellbasierten Ansatzes in diesem Bereich, konnten auch anwendungsorientierte Instrumente für die formative Evaluation (vgl. Output, z.B. Akzeptanz- und Nutzung der Angebote) und die ebenfalls wenig erforschte summative Evaluation auf organisationaler Ebene (BGM-Check) und individueller Ebene (Beschäftigtenbefragung) entwickelt werden. Diese sollten in einem weiteren Schritt psychometrisch getestet werden und auch die Entwicklung von Instrumenten zur direkten Veränderungsmessung wäre – insbesondere vor dem Hintergrund des Einsatzes in der Praxis – ein sehr vielversprechender Ansatz.

Hinsichtlich der Frage nach vielversprechenden BGF-Angeboten, wären, ausgehend von den Output-Ergebnissen des Modellprojektes, in Bezug auf die Wirksamkeit auch (randomisiert) kontrollierte Studien interessant. Diesbezüglich sollten allerdings zunächst mögliche relevante Outcomes von BGF-Angeboten definiert werden, wobei man partizipativ vorgehen sollte, um die verschiedenen Perspektiven der beteiligten Akteure integrieren zu können. Somit sollte in der BGF-Forschung zum einen, wie in diesem Modellprojekt, weiter der Ansatz und den damit verbundenen Herausforderungen der Entwicklung und Evaluation komplexer Interventionen in komplexen Settings verfolgt werden (effectiveness studies im Sinne der Versorgungsforschung). Im gleichen Zuge wären allerdings auch experimentelle Studien zur Wirksamkeit einzelner BGF-Angebote (efficacy-studies) wichtig, um einen Beitrag zur Evidenzentwicklung in der BGF zu leisten.

8.2 Erzielte Ergebnisse im Vergleich zu den formulierten Zielen im AZA

Die Ergebnisse sind ausführlich in Kapitel 6 dargestellt. Nachfolgend erfolgt nochmals eine Einschätzung der Zielerreichung des Projektes auf Grundlage der geplanten Arbeitsschritte:

(A) Identifizierung versorgungsrelevanter Gesundheitsprobleme pflegender Beschäftigter und Ermittlung vielversprechender Interventionen

1. *Identifizierung relevanter Gesundheitsprobleme und damit verbundener Folgen für die Berufsausübung aus Sicht pflegender Beschäftigter.
Recherche vielversprechender Interventionen und deren potentieller Wirkmechanismen.*
 - Teilziel erreicht (vgl. Kap. 6.1. und 6.2)
2. *Identifizierung relevanter Gewaltproblematiken und damit verbundener Folgen für die Berufsausübung aus Sicht pflegender Beschäftigter.
Recherche vielversprechender Interventionen zur Prävention von Gewalt und dem Umgang mit Gewalterfahrungen in der Pflege.*
 - Teilziel erreicht (vgl. Kap. 6.1. und 6.2)
3. *Anpassung der jeweiligen Interventionen auf die Bedürfnisse der pflegenden Beschäftigten.*
 - Teilziel erreicht (vgl. Kap. 6.1. und 6.2)

(B) Systematische Umsetzung der Interventionen als BGF-Programm im Rahmen eines ganzheitlichen BGM

4. *Initiierung des BGM-Prozesses*
 - Teilziel erreicht
5. *Entwicklung von BGM-Strukturen und IST-Analyse*
 - Teilziel erreicht (vgl. auch 6.4)
6. *Umsetzung der geplanten Interventionen im Rahmen des BGF-Programms*
 - Teilziel erreicht (vgl. auch 6.3)

(C) Evaluation der umgesetzten BGF-Interventionen

7. Erfassung und Vergleich der Inanspruchnahme und Akzeptanz der umgesetzten BGF-Interventionen.
 - Teilziel erreicht (vgl. auch 6.3)
8. Identifizierung von Setting spezifischen Barrieren und Förderfaktoren zur nachhaltigen Implementierung.
 - Teilziel erreicht (vgl. auch 6.4)

(D) Wirkungsanalyse des BGF-Programms

9. Erstellung eines Wirkungsmodells und Wirkungsanalyse
 - Teilziel teilweise erreicht (Publikation in Vorbereitung: Lützerath J, Bleier H & Schaller A. Process Evaluation Of Workplace Health Promotion In Nursing Based On A Logic Model (Arbeitstitel))

9. Verbreitung und Öffentlichkeitsarbeit der Projektergebnisse

Die erfolgten und noch geplanten Veröffentlichungen zur **Verbreitung und Bekanntmachung der Projektergebnisse** sind nachfolgend aufgelistet. Zielgruppen sind jeweils Praxis, Wissenschaft und Gesundheitspolitik.

9.1 Wissenschaftliche Publikationen:

- Lützerath J, Bleier H & Schaller A. Process Evaluation Of Workplace Health Promotion In Nursing Based On A Logic Model (Arbeitstitel - in Vorbereitung)
- Bleier H, Lützerath J & Schaller A. Organizational Framework Conditions for Workplace Health Management in Different Settings of Nursing – a pre-post-analysis and a structural model of selected WHM structures and processes in care facilities (Arbeitstitel - in Vorbereitung)
- Lützerath J, Bleier H, Stassen G & Schaller, A (2023). Influencing factors on the health of nurses—a regression analysis considering individual and organizational determinants in Germany. *BMC Health Services Research*, 23(1), 100. <https://doi.org/10.1186/s12913-023-09106-2> [zuletzt geprüft 24.04.2023]
- Bleier H, Lützerath J & Schaller A (2023). Organizational facilitators and barriers for participation in workplace health promotion in healthcare: A qualitative interview study among nurses. *Frontiers in Psychology*, 14, 584. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2023.1101235> [zuletzt geprüft 24.04.2023]
- Schaller A, Gernert M & Klas T (2022). Workplace health promotion interventions for nurses in Germany: a systematic review based on the RE-AIM framework. *BMC Nurs* 21, 65. <https://doi.org/10.1186/s12912-022-00842-0> [zuletzt geprüft 24.04.2023]
- Bleier H, Lützerath J & Schaller A (2022). Organizational Framework Conditions for Workplace Health Management in Different Settings of Nursing—A Cross-Sectional Analysis in Germany. *International Journal of Environmental Research and Public Health*. 19(6):3693. <https://doi.org/10.3390/ijerph19063693> [zuletzt geprüft 24.04.2023]
- Lützerath J, Bleier H & Schaller A (2022). Work-Related Health Burdens of Nurses in Germany: A Qualitative Interview Study in Different Care Settings. *Healthcare* 10(2):375. <https://doi.org/10.3390/healthcare10020375> [zuletzt geprüft 24.04.2023]
- Schaller A, Klas T, Gernert M & Steinbeißer K (2021). Health problems and violence experiences of nurses working in acute care hospitals, long-term care facilities, and home-based long-term care in Germany: A systematic review. *PLoS ONE* 16(11): e0260050. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0260050> [zuletzt geprüft 24.04.2023]

9.2 Abstracts und Kongressbeiträge:

- Lützerath J, Bleier H & Schaller A (2022). Subjektive Gesundheitsbelastungen von Pflegekräften: Eine qualitative Interviewstudie in verschiedenen Pflegesettings. Posterpräsentation beim 21. Deutschen Kongress für Versorgungsforschung 2022
- Lützerath J, Bleier H & Schaller A (2022). Subjektive Gesundheitsbelastungen von Pflegekräften: Eine qualitative Interviewstudie in verschiedenen Pflegesettings. Meetingabstract für den Deutschen Kongress für Versorgungsforschung 2022. 21. Deutscher Kongress für Versorgungsforschung (DKVF). Potsdam, 05.-07.10.2022. Düsseldorf: German Medical Science GMS Publishing House; 2022. Doc22dkvf179. <https://dx.doi.org/10.3205/22dkvf179> [zuletzt geprüft 24.04.2023]
- Bleier H, Lützerath J, Stassen G & Schaller A (2021). Wirkungsmodellbasierte Konzeption und Evaluation betrieblicher Angebote zur Gesundheitsförderung und Gewaltprävention pflegender Beschäftigter – das BAGGer Projekt. 20. Deutscher Kongress für Versorgungsforschung (DKVF). sine loco [digital], 06.-08.10.2021. Düsseldorf: German Medical Science GMS Publishing House; 2021. Doc21dkvf197 <https://dx.doi.org/10.3205/21dkvf197> [zuletzt geprüft 24.04.2023]
- Bleier H, Lützerath J, Stassen G & Schaller A (2021). Betriebliche Angebote zur Gesundheitsförderung und Gewaltprävention im BGM: wirkungsmodellbasierte Konzeption und Evaluation eines BGF-Programms (BAGGer-Projekt). Präsentation des Studienprotokolls beim Deutschen Kongress für Versorgungsforschung 2021 <https://www.gut-gesund-gemeinsam.de/media/site/e700cc0850-1635430845/prasentation-des-studienprotokolls-beim-deutschen-kongress-fur-versorgungsforschung-2021.pdf> [zuletzt geprüft 25.04.2023]
- Berghaus A, Trumpf R, Schulte L, Fleiner T, Depiereux R, Häussermann P, Bleier H, Lützerath J, Schauerte B & Schaller A. (2021). Das BAGGer-Modellprojekt Betriebliche Angebote zur Gesundheitsförderung und Gewaltprävention in der Gerontopsychiatrie. 2021, Gerontopsychiatrie 2021 - Chancen nutzen: XV. Kongress der Deutschen Gesellschaft für Gerontopsychiatrie und -psychotherapie e.V. 13.-15.10.2021 in Essen, Deutschland: https://dggpp-kongress.de/dggpp2021/Abstracts/abs_25.htm [zuletzt geprüft 24.04.2023]

9.3 Weitere Präsentationen und Veröffentlichungen:

- Vorstellung des Projekts beim Praxisdialog des Pflegenetzwerks (2022)
- Youtube-Link Pflegenetzwerk <https://www.youtube.com/watch?v=rYzdSZ0EJ6c>
- Vorstellung des Projekts auf dem Pflegenetzwerk in Berlin (2022)
- Projektbeschreibung auf der Homepage des Pflegenetzwerks <https://pflegenetzwerk-deutschland.de/bagg-das-forschungsprojekt> [zuletzt geprüft 26.03.2023]
- Erfahrungsberichte einer BAGGer-Einrichtung mit dem Projekt und einer Studierenden-Aktion der DSHS "Jeden Tag geht ein Türchen auf!" <https://www.youtube.com/watch?v=aN2KdCKxQe4> [zuletzt geprüft 26.03.2023]
- Live-Session "BGFcare - Pflegekräfte halten und anziehen" über die praktische Umsetzung des BAGGer-Projekts mit Dr. Birgit Schauerte(BGF-Institut) und Anne Berghaus(LVR-Klinik) (Teaser) <https://www.gut-gesund-gemeinsam.de/media/site/42f0cbc305-1635436604/bgf-talk-schauerte-berghaus.mp4> [zuletzt geprüft 26.03.2023]
- Fit4Work-Podcast: Univ.-Prof'in. Dr. Andrea Schaller(DSHS) über notwendige BGF-Ziele <https://www.bgf-institut.de/bgfacademy/podcast-fit4work/#c2891> [zuletzt geprüft 26.03.2023]
- Projekt-Homepage: <https://www.gut-gesund-gemeinsam.de/> [zuletzt geprüft 26.03.2023]
- Projektbeschreibung auf der DSHS-Homepage: <https://www.dshs-koeln.de/ag-bewegungsbezogene-praeventionsforschung/forschung/> [zuletzt geprüft 26.03.2023]
- Nennung auf persönlichen researchgate Seiten: <https://www.researchgate.net/project/Betriebliche-Angebote-zur-Gesundheitsfoerderung-und-Gewaltpraevention-im-BGM-wirkungsmodellbasierte-Konzeption-und-Evaluation-eines-BGF-Programms-BAGGer> [zuletzt geprüft 26.03.2023]

Alle Veröffentlichungen sind über das Abrufen der hinterlegten Links frei verfügbar. Zudem sind die Veröffentlichungen auf der projekteigenen Website <https://www.gut-gesund-gemeinsam.de/#downloads> verlinkt und einsehbar.

Tagung des Projektbeirats: 20.04.2021; 27.01.2022; 07.03.2023

Feste Beiratsmitglieder:

- Ulla Vogt: Referentin Präventionsdienste BGW (Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege)
- Ulrich Theißen: u.a. verantwortlich für Präventionsleistungen der Deutschen Rentenversicherung Rheinland
- Prof. Dr. Nadine Pieck: Institut für interdisziplinäre Arbeitswissenschaft, Leibniz Universität Hannover
- Dr. Ralph Möhler: Professur für Versorgungsforschung mit Schwerpunkt komplexe Interventionen, HHU Düsseldorf
- Silva Bieling: AOK Rheinland/Hamburg, Geschäftsbereich Prävention/Gesundheitssicherung

Im weiteren Verlauf haben zunehmend Beschäftigte des BMGs Interesse an der Teilnahme kommuniziert und den Kreis erweitert.

10. Verwertung der Projektergebnisse (Nachhaltigkeit/Transferpotential)

Das Modellprojekt lieferte sowohl inhaltlich als auch methodisch wesentliche Grundlagen zur Weiterentwicklung der BGF für pflegende Beschäftigte. Die Nachhaltigkeit des Projektes bei den beteiligten Umsetzungspartnern ist über die weiterführende Betreuung durch das BGF-Institut gesichert. Die bisher umgesetzte Arbeit am BGM kann somit fortgeführt werden und die Einrichtungen nahmen dies dankbar und motiviert an. Der Transfer von Erfahrungen aus dem evaluierten, zielgruppen- und settingspezifischen Konzept in andere Einrichtungen erfolgt zum einen durch das BGF-Institut, welches derzeit 347 Einrichtungen in den Settings der Pflege betreut. Zudem erfolgt der mittel- und langfristige Transfer der im Rahmen des Projektes entwickelten Ansätze auf Praxisebene über die Netzwerkarbeit des IBGF, z.B. in der *Initiative Neue Qualität der Arbeit* und ihrer Partnernetzwerke wie z.B. die *Offensive Mittelstand (speziell Fachgruppe BGM)* oder die *Offensive Gesund Pflegen*. Die transferierten Ergebnisse können somit sowohl auf sozioökonomischer als auch auf politischer Ebene wirken und langfristig dazu beitragen die Beschäftigungsbedingungen in der Pflege zu verbessern.

Wichtige Erfahrungen für die weitere Umsetzung von BGM im Projekt waren hierbei, dass der für ganzheitliches BGM erforderliche Aufbau von BGM-Strukturen und die Analysephase Zeit brauchen und die Unterstützung der Beratenden. Inhaltlich wurde hinsichtlich des BGF-Programms ein großer Bedarf an Maßnahmen zur Prävention von und dem Umgang mit Gewalt deutlich. Hier gibt es derzeit allerdings noch wenig Angebote. Weitere Erfahrungen werden in Kapitel 8 deutlich. Da alle umgesetzten Interventionen dem Leitfaden Prävention des

GKV-Spitzenverbandes entsprechen, waren zweierlei Arten von Mehrwert spürbar – die Qualität der Interventionen war gesichert und Finanzierung durch die Krankenkassen erleichterte die Umsetzung in den Einrichtungen. Einen deutlichen Mehrwert im Projekt stellte auch die Verbindung von wissenschaftlicher Arbeit mit der BGF-Praxis (Umsetzung- und Praxispartner) dar. Durch die fundierte methodische Vorgehensweise in Kombination mit hoher Praxisexpertise ergaben sich bereichernde Forschungsergebnisse zu BGF/BGM in der Pflege (siehe Publikationsliste).

Viele neue Erfahrungen im Projekt wurden mit dem Evaluationskonzept gemacht. Deutlich wurde hier vor allem die große Komplexität und damit einhergehende Herausforderung alle thematisch relevanten Parameter in der Praxis erheben zu können. Die daraus resultierende Auswertung leistet jedoch einen großen Beitrag zur Bewertung und Anpassung von BGM (siehe Publikationsliste). Das Evaluationskonzept mit formativer und summativer Evaluation wird im BGF-Institut branchenübergreifend weiter entwickelt. Hier wird dennoch ein grundsätzlicher Forschungs- und Weiterentwicklungsbedarf sowohl in der Pflege als auch branchenübergreifend deutlich.

Andere weiterführende Fragestellungen und Aufgaben die sich aus den Projekterfahrungen formulieren lassen, sind beispielsweise eine Auswertung zur Akzeptanz und Wahrnehmung von Kommunikationsstrategien in der BGF. Die Kommunikationsstrategie ist notwendig um die BGF-Angebote bei den Beschäftigten überhaupt sichtbar zu machen. Dies erfordert eine attraktive Darstellung und funktionierende Informationskanäle (Mail, Aushänge, persönlicher Kontakt, Intranet, Teamsitzungen etc.). Die in diesem Projekt umgesetzte Wirkungsanalyse auf individueller und organisationaler Ebene für jedes Setting stellten eine Bereicherung für die Betrachtung, Bewertung und Anpassung eines ganzheitlichen BGM-Prozesses dar. Darauf aufbauend wäre es weiterhin interessant, diese Auswertung auch auf Einrichtungsebene umzusetzen und somit Vergleiche anstellen zu können. In dem Projekt und insbesondere bei der Evaluation wurde eine Vielzahl an Kontextfaktoren deutlich, die einen Einfluss auf BGM haben können (siehe Publikationsliste). Eine vertiefende Analyse der relevanten Kontextfaktoren und eine anwendungsbasierte Operationalisierung würden die bisherigen Ergebnisse bereichern.

Literaturverzeichnis

Bauer S, Geiger L, Niggemann R & Seidel J (2020) Medizinischer Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen e. V. (MDS). PRÄVENTIONSBERICHT 2020: Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung: Primärprävention und Gesundheitsförderung. Leistungen der sozialen Pflegeversicherung: Prävention in stationären Pflegeeinrichtungen. Berichtsjahr 2019. 2020. https://md-bund.de/fileadmin/dokumente/Publikationen/GKV/Praevention/2020/Praeventionsbericht_2020_barrierefrei.pdf

Bleier H, Lützerath J & Schaller A (2023). Organizational facilitators and barriers for participation in workplace health promotion in healthcare: A qualitative interview study among nurses. In: *Front. Psychol.* 14:1101235. doi: 10.3389/fpsyg.2023.1101235

Bleier H, Lützerath J & Schaller A (2022). Organizational Framework Conditions for Workplace Health Management in Different Settings of Nursing—A Cross-Sectional Analysis in Germany. In: *International Journal of Environmental Research and Public Health* 19, no. 6: 3693. DOI: <https://doi.org/10.3390/ijerph19063693>

Drupp M & Meyer M (2020). Belastungen und Arbeitsbedingungen bei Pflegeberufen – Arbeitsunfähigkeitsdaten und ihre Nutzung im Rahmen eines Betrieblichen Gesundheitsmanagements. In: Klaus Jacobs, Adelheid Kuhlmeier, Stefan Greß, Jürgen Klauber und Antje Schwinger (Hg.): *Pflege-Report 2019*, Bd. 53. Berlin, Heidelberg: Springer Berlin Heidelberg, S. 23–47.

Eickholt C & Winkelmann A (2020). *iga.wegweiser. Gesundheitsorientiertes Handeln in der Pflege. Betriebliche Handlungsempfehlungen für mehr Gesundheit und Sicherheit der Beschäftigten*. 1. Auflage.

Felfe, J.; Wombacher, J. (2016): Mitarbeiterbindung und Gesundheit. In: Bernhard Badura, Antje Ducki, Helmut Schröder, Joachim Klose und Markus Meyer (Hg.): *Fehlzeiten-Report 2016*, Bd. 25. Berlin, Heidelberg: Springer Berlin Heidelberg, S. 129–138.

Isfort M, Rottländer R, Weidner F, Gehlen D, Hyll, J & Tucman D (2018). *Pflege-Thermometer 2018. Eine bundesweite Befragung von Führungskräften zur Situation der Pflege und Patientenversorgung in der stationären Langzeitpflege in Deutschland.*, Available at: <http://www.dip.de>

Kliner K, Rennert D, Richter M & Bogai, D (Hg.) (2017). *Gesundheit und Arbeit - Blickpunkt Gesundheitswesen*. BKK Dachverband. Berlin: MWV Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft (BKK Gesundheitsatlas, 2017).

Lützerath J, Bleier H, Stassen G & Schaller A (2023). Influencing factors on the health of nurses—a regression analysis considering individual and organizational determinants in Germany. In: *BMC Health Services Research*, 23(1), 100. DOI: <https://doi.org/10.1186/s12913-023-09106-2> [zuletzt geprüft 24.04.2023]

Lützerath J, Bleier H & Schaller A (2022). Work-Related Health Burdens of Nurses in Germany: A Qualitative Interview Study in Different Care Settings. In: *Healthcare (Basel, Switzerland)* 10 (2). DOI: 10.3390/healthcare10020375.

Schaller A, Gernert M & Klas T (2022). Workplace health promotion interventions for nurses in Germany: a systematic review based on the RE-AIM framework. In: *BMC nursing* 21 (1), S. 65. DOI: 10.1186/s12912-022-00842-0.

Schaller A, Klas T, Gernert M & Steinbeißer K (2021). Health problems and violence experiences of nurses working in acute care hospitals, long-term care facilities, and home-based long-term care in Germany: A systematic review. In: *PloS one* 16 (11), e0260050. DOI: 10.1371/journal.pone.0260050.

Sell L, Bültmann U, Rugulies R, Villadsen E, Faber A & Søgaard K (2009). Predicting long-term sickness absence and early retirement pension from self-reported work ability. In: *International archives of occupational and environmental health* 82 (9), S. 1133–1138. DOI: 10.1007/s00420-009-0417-6.

W.K. Kellogg Foundation. *Logic Model Development Guide: Using Logic Models to Bring Together Planning, Evaluation, and Action*. Battle Creek, MI; 2004. 11.

Widmer T & Rocchi T de. *Kompaktwissen Evaluation: Grundlagen, Ansätze und Anwendungen*. Zürich: Rüegger; 2012.