

Ergebnisbericht

(gemäß Nr. 14.1 ANBest-IF)

Konsortialführung:	Novitas BKK
Förderkennzeichen:	01NVF18029
Akronym:	UPGRADE
Projekttitel:	Kreative Stärkungsgruppen als innovative Versorgungsform für traumatisierte und hochbelastete Mitarbeiter im Gesundheitswesen
Autoren:	PD Dr. Claudia Pieper, Desiree Kröckert, Melanie Lausen
Förderzeitraum:	1. Juli 2019 – 30. Juni 2023

Inhaltsverzeichnis

I. Abkürzungsverzeichnis	3
II. Abbildungsverzeichnis	4
III. Tabellenverzeichnis	4
1. Zusammenfassung	5
2. Beteiligte Projektpartner	5
3. Projektziele	6
3.1 Hintergrund und Ausgangslage	6
3.2 Ziele und Fragestellungen des Projekts.....	8
4. Projektdurchführung	9
4.1 Neue Versorgungsformen	9
4.1.1 Kreative Stärkungsgruppen.....	9
4.1.2 Durchführung	10
4.1.3 Rechtsgrundlage der neuen Versorgungsform	10
4.1.4 Implementierung der neuen Versorgungsform.....	11
4.1.5 Qualifizierung und Multiplikatoren-schulung	11
5. Methodik	12
5.1 Darstellung des Studiendesigns	12
5.2 Summative Evaluation	13
5.3 Formative Evaluation.....	16
5.4 Beobachtung und Dokumentation	16
5.5 Zielpopulation.....	16
5.6 Studienpopulation	17
5.7 Fallzahlplanung.....	18
5.8 Datenerhebung und -erfassung.....	18
5.9 Datenauswertung	19
5.9.1 Quantitativ	19
5.9.2 Qualitativ.....	20
Leitfadengestützte Interviews mit Einrichtungsleitungen.....	21
Leitfadengestützte Interviews mit Teilnehmenden.....	21

6. Projektergebnisse	21
6.1 Rekrutierung.....	21
6.2 Studienpopulation	23
6.3 Beschreibung der Stichprobe	25
6.4 Wirksamkeit der Intervention	33
6.4.1 Wirksamkeit der Intervention - Primäres Outcome	33
6.4.2 Summative Evaluation - Sekundäre Outcomes zu t_1	34
6.4.3 Subgruppenanalysen - Veränderungen t_0 zu t_1	37
6.4.4 Summative Evaluation t_2	38
6.5 Formative Evaluation – Qualitative Interviews	38
6.5.1 Interviews Einrichtungsleitungen	38
6.5.2 Teilnehmenden-Interviews	40
Bewertung der partizipativen Intervention im Hinblick darauf, Belastungen zu reduzieren	41
6.5.3 Retrospektive Analyse der Befragungen	48
6.5.4 Beobachtungen (Kreative Stärkungsgruppen).....	49
7. Diskussion der Projektergebnisse.....	49
7.1 Versorgungsrelevanz	49
7.2 Wissenschaftliche Bewertung	50
8. Verwendung der Ergebnisse nach Ende der Förderung.....	53
8.1 Projektfortführung nach Förderende.....	53
8.2 Erforderlicher zusätzlicher Forschungsbedarf	53
8.3 Übertragbarkeit der Ergebnisse	53
8.4 Weiterentwicklung der GKV-Versorgung	54
10. Literaturverzeichnis	54
11. Anhang.....	58
12. Anlagen.....	58

I. Abkürzungsverzeichnis

AöR	Anstalt öffentlichen Rechts
BGF	betriebliche Gesundheitsförderung
CBI	Copenhagen Burnout Inventory
COPSOQ	Copenhagen Psychosocial Questionnaire
DMP	Disease Management Programm
et al.	et alii
FÄ	Fachärzte
ggf.	gegebenenfalls
Hrsg.	Herausgeber
IBBF	Institut für betriebliche Bildungsforschung
IG	Interventionsgruppe
IMIBE	Institut für Medizinische Informatik, Biometrie und Epidemiologie (UME)
IT	Informationstechnik
KG	Kontrollgruppe
KSG	Kreative Stärkungsgruppen
max.	maximal
MW	Mittelwert
N	Anzahl der Gesamtstichprobe
n	Anzahl der Teilstichprobe
PTBS	Posttraumatischen Belastungsstörungen
RCT	randomisierte kontrollierte Studie
S.	Seite
SD	Standardabweichung (eng. standard deviation)
SGB V	Sozialgesetzbuch Fünftes Buch
Sig.	Signifikanz
UME	Universitätsmedizin Essen
UPGRADE	Kreative Stärkungsgruppen als innovative Versorgungsform für hoch-belastete Mitarbeiter:innen im Gesundheitswesen
WAI	Work Ability Index

Symbolverzeichnis

t_0	Basiswerte zum Zeitpunkt vor der Intervention
t_1	erster Follow-up-Zeitpunkt, 3 Monate nach der Intervention
t_2	zweiter Follow-up-Zeitpunkt, 6 Monate nach der Intervention
p	Signifikanzindikator
\bar{x}	Mittelwert, MW
σ	Standardabweichung, SD
Δ	Differenz, hier: Mittelwertdifferenz
H_0	Nullhypothese
H_1	Alternativhypothese
\pm	„Plusminus“ hier: Standardabweichung, SD

II. Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1 - Studiendesign UPGRADE	13
Abbildung 2 - Anzahl der Beschäftigten im Gesundheitswesen	17
Abbildung 3 - Rekrutierungen pro Monat im Studienzeitraum 11/2019-01/2023	23
Abbildung 4 - Teilnehmendeneinschluss	23
Abbildung 5 - Teilnehmendenübersicht nach Alter	25
Abbildung 6 - Teilnehmendenübersicht nach Berufsgruppen	26

III. Tabellenverzeichnis

Tabelle 1 - Beteiligte Projektpartner	6
Tabelle 2 - Übersicht über Erhebungszeitpunkte und Instrumente	15
Tabelle 3 - Teilnahme an der Intervention und Fragebogenbeantwortung	24
Tabelle 4 - Teilnahme an KSG nach Berufsgruppen	24
Tabelle 5 - Teilnahme an KSG der Interviewteilnehmenden	25
Tabelle 6 - Stichprobeninformationen nach Interventions- und Kontrollgruppe	27
Tabelle 7 - Stichprobeninformationen nach Berufsgruppen	28
Tabelle 8 - COPSQ Ergebnisse t_0 nach Interventions- und Kontrollgruppe	29
Tabelle 9 - COPSQ Ergebnisse t_0 nach Geschlechtern und Berufsgruppe	30
Tabelle 10 - CBI- und WAI-Ergebnisse sowie Gesundheitszustand zu t_0 nach Interventions- und Kontrollgruppe	31
Tabelle 11 - CBI- und WAI-Ergebnisse sowie Gesundheitszustand zu t_0 nach Geschlechtern und Berufsgruppe	32
Tabelle 12 - Ergebnisse für primäres Outcome "Arbeitszufriedenheit" t_0 und t_1	34
Tabelle 13 - Ergebnisse für primäres Outcome "Arbeitszufriedenheit" t_0 und t_2	34
Tabelle 14 - COPSQ-Ergebnisse für sekundäres Outcome t_0 und t_1	35
Tabelle 15 - CBI-Ergebnisse für sekundäres Outcome t_0 und t_1	36
Tabelle 16 - WAI-Ergebnisse für sekundäres Outcome t_0 und t_1	36
Tabelle 17 - Gesundheitszustand Ergebnisse für sekundäres Outcome t_0 und t_1	37
Tabelle 18 - soziodemografische Verteilung Interviewteilnehmende	40

1. Zusammenfassung

Die besonders hohe Belastung von Beschäftigten des Gesundheitswesens führt häufig zu körperlichen und seelischen Erkrankungen. Bestehende Angebote im Rahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung (BGF) greifen meist erst dann, wenn die Betroffenen schon manifest erkrankt sind. UPGRADE zielte darauf ab, mit einem innovativen, präventiven Versorgungskonzept vorzubeugen, bevor sich chronische Überlastungen und Erkrankungen entwickeln.

Das Versorgungsangebot bestand in der Durchführung von Kreativen Stärkungsgruppen (KSG), dessen Wirksamkeit mit einer randomisierten, kontrollierten Studie (RCT) evaluiert wurde. Zur Wirksamkeitsbeurteilung diente dabei die Arbeitszufriedenheit als primäres Outcome sowie der allgemeine Gesundheitszustand, die subjektive Arbeitsfähigkeit und die Wahrnehmung arbeitsbedingter Belastungen. Die Fallzahlberechnung erfolgte ausgehend von der primären Zielgröße Arbeitszufriedenheit. Zweite Säule der Wirksamkeitsbeurteilung war die formative Evaluation.

Die Rekrutierung erfolgte auf Einrichtungs- als auch auf Individualebene in Seniorenzentren, stationären Pflegeeinrichtungen und Krankenhäusern. Nach Information und Einwilligung erfolgte die Randomisierung auf Individualebene in die Interventions- bzw. Kontrollgruppe (IG, KG). Aufgrund der pandemiebedingten Mehr-Belastungen der Beschäftigten und der Maßnahmen der Bundesregierung hat das Konsortium im September 2021 ein angepasstes Evaluationskonzept eingereicht und im März 2022 eine Projektverlängerung nach Rücksprache mit der zuständigen Fachverantwortlichen beim DLR um 12 Monate beantragt. Der Änderungsbescheid erfolgte am 01.07.2022.

Insgesamt wurden 196 Teilnehmende in die Studie eingeschlossen, davon verblieben 174 (84,5% weiblich) für die Analyse (IG=77; KG=97). Von den 77 Teilnehmenden der IG haben 33 beide Termine der Kreativen Stärkungsgruppen und 7 Teilnehmende einen von zwei Terminen wahrgenommen. Die Arbeitszufriedenheit entwickelte sich in der IG positiv von 55.47 ± 10.23 auf 57.07 ± 11.65 nach 3 Monaten, in der KG sank der Wert von 56.29 ± 19.69 auf 53.47 ± 20.09 ($p > .05$). Ein Unterschied zugunsten der IG war auch hinsichtlich des psychischen Wohlbefindens und patientenbezogenen Belastung am Arbeitsplatz zu beobachten.

Die Interviews zeigen eine hohe Zufriedenheit mit dem Stärkungsangebot und geben Hinweise auf Barrieren. Teilnehmende geben an, die Teilnahme im Stationsalltag sei vor allem im Zusammenhang mit der sich weiter verschärfenden Personalsituation nur selten realisierbar. Eine erfolgreiche Implementierung des Angebots hängt stark von der Einrichtungsleitung, der Arbeitsorganisation und der Einbindung der Beschäftigten in den Prozess ab.

2. Beteiligte Projektpartner

Das Projekt UPGRADE wurde als Konsortialprojekt unter der Konsortialführung der Novitas BKK durchgeführt. Das Institut für Soziale Innovationen (ISI) und das Helios Universitätsklinikum Wuppertal, Department für Innovation und Forschungsförderung sowie das Universitätsklinikum Essen AöR, Institut für Medizinische Informatik, Biometrie und Epidemiologie (IMIBE) waren jeweils als Konsortialpartner eingebunden. Die Verantwortlichkeiten der einzelnen Projektpartner sind der nachfolgenden tabellarischen Aufstellung (Tabelle 1) zu entnehmen.

Tabelle 1 - Beteiligte Projektpartner

Einrichtung und Institut	Rolle im Projekt	Verantwortlichkeiten im Projekt	Name Projektleitung
Novitas BKK	Konsortialführung	<ul style="list-style-type: none"> Projektleitung, Administration Projektbegleitung und –steuerung Abstimmungen mit dem Förderer Umsetzung und Begleitung eines Selektivvertrages Administrative Begleitung des Selektivvertrages und Berichterstellung Besprechungsleitung- und Organisation 	Holger Russ
Helios Universitätsklinikum Wuppertal, Department für Innovation und Forschungsförderung	Konsortialpartner	<ul style="list-style-type: none"> Information der Belegschaft und Unterstützung der Rekrutierung inhouse Terminierung der Durchführung der Info-Veranstaltungen und Kreativen Stärkungsgruppen inhouse Beteiligung an der Erstellung von Berichten 	Prof. Dr. Petra Thürmann
Institut für Med. Informatik, Biometrie und Epidemiologie (IMIBE) UK Essen AÖR	Konsortialpartner	<ul style="list-style-type: none"> Durchführung der Evaluation Entwicklung und Adaption von Erhebungsinstrumenten Pretest statistische Auswertungen Interpretation der Ergebnisse Erstellen von Berichten und Publikationen 	PD Dr. Claudia Pieper
Institut für Soziale Innovationen e.V. (ISI)	Konsortialpartner	<ul style="list-style-type: none"> Entwicklung der Inhalte und Methoden der Intervention Durchführung Info-Veranstaltungen und der Kreativen Stärkungsgruppen Rekrutierung bei Einrichtungen aus der stationären Altenpflege Beteiligung an der Erstellung von Berichten 	Yvonne Klemp, Dr. Udo Baer

3. Projektziele

3.1 Hintergrund und Ausgangslage

Beschäftigte des Gesundheitswesens unterliegen besonderen Belastungen. Diese bestehen in

- häufiger Schichtarbeit und spezifischen arbeitsorganisatorischen Faktoren
- teils übergriffigem Verhalten von Patienten, verbale oder körperliche Gewalterfahrungen

- seelischen Belastungen durch Empathie und Nähe zu erkrankten Menschen und deren Angehörigen
- Konfrontation mit Sterben, Siechtum, Tod und Trauer.

Die Verdichtung dieser Belastungen führt zu einer erhöhten Arbeitsbelastung im Vergleich zu anderen Berufen (Berger et. al, 2003, Büssing et al., 1997, Grosser, 2014). Dadurch können als Folge Schlaflosigkeit, psychosomatische Störungen an Herz, Magen-Darm-Trakt oder anderen Organen entstehen oder es kann zu einem Burn-out-Syndrom („Ausgebranntsein“) kommen. Folge sind auch die vorzeitige Aufgabe des Arbeitsplatzes und eine erhöhte Personalfluktuation.

Traumaspesifische Belastungen, verbale oder körperliche Gewalterfahrungen und psychischer Stress im Umgang mit Patienten und Angehörigen werden dabei oft tabuisiert, so dass es hier kaum Hilfsangebote gibt. Untersuchungen in der ambulanten Pflege zeigen, dass 61% der Beschäftigten verbalen Übergriffen und 36% körperlichen Aggressionen (grob angefasst, gekratzt, beworfen oder gestoßen werden) ausgesetzt sind. Jede sechste befragte Pflegekraft gibt an, innerhalb des vergangenen Jahres sexuell belästigt worden zu sein (Nau, 2012). Die Häufigkeit des Vorkommens „von körperlicher Aggression bei Menschen mit Demenz liegt zwischen 31% und 42%, von sexueller Aggression bei 4%.“ (Bartolomeyczik, 2006, für Bundesministerium für Gesundheit). Auch in psychiatrischen Kliniken kommt es zu aggressiven Verhaltensweisen gegenüber Pflegenden (Steinert, 2008). Eine aktuellere Studie zeigt, dass Übergriffe von Patienten in psychiatrischen Einrichtungen gegenüber Pflegenden zunehmen (Müller et al., 2017).

Ein erhöhtes Risiko ergibt sich für die Entwicklung psychischer Erkrankungen aus Dauerbelastung und vor allem aus traumatischen Störungen. Dies zeigt u.a. die hohe Komorbidität von Posttraumatischen Belastungsstörungen (PTBS) mit anderen psychischen Störungen. Zwei große epidemiologische Studien in den USA und Australien ergaben bei 85–88% der Männer und 78-80% der Frauen mit PTBS komorbide psychiatrische Diagnosen (Kessler et al., 1995, Creamer et al., 2001). In der deutschen Studie von Perkonigg et al. (2000) wurde bei 87,5 % der PTBS-Patienten mindestens eine weitere psychische Störung diagnostiziert. Neuere Forschung in den USA betont die weiterhin unzureichende Datenlage zu dieser Thematik, vor allem im Hinblick auf die Erkrankungen, die bei Mitarbeitenden im Gesundheitswesen, insbesondere bei Pflegepersonal, durch Gewalterfahrung entstehen. Untersuchungen betonen den dringenden Bedarf an niedrigschwelligen Maßnahmen, Schulungen und Hilfsangeboten und evidenzbasierten Interventionen zur Gewaltprävention (Hanson et al., 2015, Lindner et. al, 2015, Müller et al., 2017, Phillips, 2016).

Die Folgen arbeitsbedingter Belastungen sind vielfältig und nachhaltig. Untersuchungen von Beschäftigten des Gesundheitswesens beschreiben die Konsequenzen: „Kurzfristige Belastung führt in der Regel zu emotionalen Reaktionen. Die Mitarbeiter:innen beschreiben Ärger, Wut, das Gefühl, genervt zu sein, Ungeduld und einen Verlust von Gelassenheit. Längerfristig kommt es zu psychischen Symptomen wie beispielsweise Frustration, Unzufriedenheit mit der Arbeit, Müdigkeit, sozialem Rückzug und Lustlosigkeit, Freizeitaktivitäten zu unternehmen. Körperlich kann sich die Belastung in Sodbrennen, Schlafstörungen oder zum Beispiel Rückenschmerzen äußern.“ (Richter, 2014). Mögliche Folgen bestehen in der sogenannten „inneren Kündigung“ und einer Erhöhung der Fluktuation von Personal, die bei dem Mangel v.a. von Pflegekräften zur angespannten Situation in Einrichtungen des Gesundheitswesens beiträgt (Badura et al., 2006).

Beschäftigte im Gesundheitswesen wurden zudem im Projektzeitraum durch die Pandemie einer deutlichen Mehrbelastung ausgesetzt (Bohlken et al., 2020, Wildgruber et al., 2020). Die vorgenannten Gründe für das Angebot einer stärkenden Intervention wurden durch weitere, psychische Belastungen im Zuge der Auswirkungen der COVID-19-Pandemie (Bohlken et al., 2020, Wildgruber et al., 2020) verstärkt. Diese wurden, wie auch die Erfahrungen der Konsortialpartner ISI und IMIBE aus der gemeinsamen CORONA-Hotline¹ zeigen, sowohl im professionellen als auch im privaten Bereich manifest.

Die Ausgangslage bestand folglich darin, dass Beschäftigte im Gesundheitswesen vor dem Hintergrund der angespannten Personalsituation, insbesondere in pflegenden Berufen, sehr hohen Mehrfachbelastungen ausgesetzt sind. Präventions- und gesundheitsfördernde Angebote sind bislang v.a. auf allgemeine Entspannung oder physische Aktivitäten ausgelegt und erreichen die Beschäftigten oft nicht. Etablierte (medizinische) Hilfsangebote greifen erst, wenn Krankheiten manifest sind und Behandlungsbedürftigkeit besteht.

3.2 Ziele und Fragestellungen des Projekts

Das Projekt UPGRADE zielte auf die Prävention belastungsbedingter Erkrankungen bei Beschäftigten im Gesundheitswesen. Das Projektziel bestand darin, durch ein neues Versorgungsangebot Beschäftigte darin zu stärken

- Belastungen zu erkennen und den Umgang damit zu erlernen
- unmittelbare Hilfestellung insbesondere durch traumaspezifische Entlastung und damit Prävention von Traumafolgestörungen anzunehmen
- und eine generelle Stärkung des Selbstwertes und der eigenen Handlungsmöglichkeiten zu erfahren.

Ein weiteres wesentliches Ziel des Projektes bestand darin, die sektorenübergreifenden Vernetzungen zwischen den Handlungsfeldern der Krankenkassen (Prävention, Gesundheitsförderung, Früherkennung und Vorsorge) und den Betrieben (betriebsärztlichen Diensten, der Arbeitssicherheit) und der Berufsgenossenschaft zu schaffen.

Folgende Fragestellungen / Hypothesen wurden im Projekt UPGRADE untersucht:

- 1.** Führt die neue Versorgungsform – Kreative Stärkungsgruppen – zu einer Verbesserung der Arbeitszufriedenheit in der Interventionsgruppe?

Arbeitshypothese 1: Die neue Versorgungsform – Kreative Stärkungsgruppen - steigert die Arbeitszufriedenheit (Erhöhung des MW COPSOQ) in der Interventionsgruppe um 10% gegenüber dem deutschen COPSOQ-Kollektiv mit einem Mittelwert von 62 (Nübling et al., 2005, S. 35)

- 2.** Führt die neue Versorgungsform – Kreative Stärkungsgruppen – zu einer Verbesserung im Umgang mit arbeitsbedingten Belastungen bzw. Beanspruchungen in der Interventionsgruppe?

¹ <https://www.radioessen.de/artikel/corona-hotline-in-essen-gegen-frust-und-sorgen-811323.html>

Arbeitshypothese 2: Die neue Versorgungsform – Kreative Stärkungsgruppen verbessert den allgemeinen Gesundheitszustand, die subjektive Arbeitsfähigkeit, die Wahrnehmung spezifischer arbeitsbedingter Belastungen bzw. Beanspruchungen.

Als primäre und sekundäre Zielparameter wurden untersucht:

Die Arbeitszufriedenheit sowie die Veränderung in der Wahrnehmung spezifischer arbeitsbedingter Belastungen bzw. Beanspruchungen (COPSOQ-Skalen nach Nübling & Hasselhorn, 2010, Emotionale Anforderungen, CBI nach Kristensen et. al, 2005), die Veränderung des allgemeinen Gesundheitszustands (COPSOQ-Skalen nach Nübling & Hasselhorn, 2010, gesundheitliche Beschwerden nach Kühnert, 2017) und die Veränderung der subjektiven Arbeitsfähigkeit (Work Ability Index nach Ebener, 2011).

Im Rahmen der formativen Evaluation (Schwerpunkt: qualitative Interviews) wurden folgende Fragestellungen untersucht:

- Wie ist die subjektive Bewertung der Wirksamkeit der Intervention
- Wie wichtig ist das Thema / die Durchführung von Maßnahmen (Relevanz der Intervention)
- Ist die Umsetzbarkeit im Betrieb / im Berufsalltag gegeben (Machbarkeit).

4. Projektdurchführung

4.1 Neue Versorgungsformen

Die Umsetzung der neuen Versorgungsform erfolgte im Rahmen eines Vertrages der besonderen Versorgung nach § 140a SGB V.

4.1.1 Kreative Stärkungsgruppen

Die neue Versorgungsform bestand in dem innovativen Gruppenangebot der Kreativen Stärkungsgruppen (KSG). Die Kombination von Gesprächs- und kreativen Angeboten wie Musik, Tanz, Malen bietet unterschiedliche Formen der Stärkung. Es wurden keinerlei Kenntnisse oder kreative Kompetenzen vorausgesetzt. Die Inhalte orientieren sich an drei Hauptleitlinien, die im Folgenden beschrieben werden:

- Auf Stärkung ausrichten: Hohe Belastungen und Traumafolgen können zu einer Schwächung des Selbstwertgefühls und ggf. zu einer Fragmentierung des Selbstbildes führen. Die Präventionsarbeit ist deshalb darauf ausgerichtet, die Entwicklung eines kohärenten Selbstbildes zu fördern und das Selbstwertgefühl der Menschen zu stärken.
- Kreative Wirksamkeitserfahrungen: Ein Traumaerleben ist eine Erfahrung extremer Wirkungslosigkeit. Auch nicht-traumatische chronische Belastungen münden oft in Gefühlen chronischer Wirkungslosigkeit: „Ich kann machen, was ich will, es ändert sich ja doch nichts.“ Das Gefühl, wirkungslos zu sein, kann für die Betroffenen zum selbstverständlichen Grundgefühl werden. Dagegen bedarf es neuer, alternierender Erfahrungen, der Er-

fahrung von Wirksamkeit. Besonders geeignet, um Wirksamkeitserfahrungen zu ermöglichen, sind Gespräche, die mit stärkungsfördernden kreativen Aktivitäten einhergehen. Ein Bild zu malen oder ein Instrument zum Erklängen zu bringen, ermöglicht eine Stärkung der Selbstwirksamkeit

- Entlastende Kommunikationsförderung: Die Erfahrung sowohl akuter wie auch chronischer Belastung braucht Möglichkeiten des Ausdrucks. Gleichzeitig können die Gewöhnung an Hochbelastungen wie auch das Verstummen nach tabuisierten traumatischen Erfahrungen zu Misstrauen und Hemmungen der Kommunikation über die Belastungserfahrungen führen. Die kreativen Stärkungsgruppen berücksichtigen einerseits solche Gegebenheiten, um die betroffenen Menschen nicht mit Begegnungsangeboten zu überfordern. Andererseits gilt es, neue Erfahrungen der Begegnung zu ermöglichen. Dies erfolgt kleinschrittig und feinjustierbar, um Wege aus dem Rückzug zu finden. Die Kreativen Stärkungsgruppen regen Gespräch und Austausch über Belastungen und den Umgang damit an. Kreative Begegnungen bieten dafür ein Spielfeld.

4.1.2 Durchführung

Initial war die Durchführung der KSG als wöchentliches Gruppenangebot an acht Terminen im Umfang von je eineinhalb Stunden mit maximal 10-12 Teilnehmenden geplant.

Aus den kooperierenden Einrichtungen wurde jedoch früh, noch vor Beginn der KSG, darauf hingewiesen, dass – auch bei Freistellung der Beschäftigten – auf Grund der Schichtarbeit eine z.B. zweimalige ganztägige Durchführung praktikabler sei. Im Zuge der Anpassung des Evaluationskonzepts im September 2021 wurde die Art der Durchführung angepasst. Das Angebot fand somit als zweimal achtstündiger Termin im Abstand von zwei bis vier Wochen statt. Die Termine wurden nach Rücksprache mit den Teilnehmenden der IG vergeben. Die Durchführung fand in der Regel vor Ort in Räumlichkeiten der teilnehmenden Pflegeeinrichtungen bzw. Krankenhäuser statt. Wenn Beschäftigte die KSG nicht mit Kolleg:innen der eigenen Einrichtung besuchen wollten oder Teilnehmende unabhängig von einer Einrichtung in das Projekt aufgenommen wurden, wurden die KSG in den Räumlichkeiten des Konsortialpartners ISI durchgeführt.

Die Gruppeneinheiten bauten sich wie folgt auf: Eingangsphase mit Begrüßung, Vorstellung und Sensibilisierungen zum jeweiligen Thema. Es folgte ein Hinführen zur aktuellen, kreativen Methode mit Raum für Fragen. Kern der KSG war die Durchführung der kreativen Methoden im Sinne gestalterischer, erlebensorientierter und der Austausch zu zweit und/oder in der Gruppe. Integriert wurden u.a. Atem- Würde-Achtsamkeitsübung in Anlehnung an den aktuellen, thematischen Inhalt. In einer Abschlussrunde wurde Erlebtes reflektiert und Feedback eingeholt. Die genauere Beschreibung kann dem Anhang (4) entnommen werden.

4.1.3 Rechtsgrundlage der neuen Versorgungsform

Die Umsetzung der neuen Versorgungsform erfolgte im Rahmen eines Vertrages der besonderen Versorgung nach § 140a SGB V. An den Schnittstellen zur Unfallversicherung bzw. Pflege gelten das SGB VII sowie SGB IX.

4.1.4 Implementierung der neuen Versorgungsform

Die Realisierung oder Umsetzung erfolgt im ersten Schritt über betriebliche Informationsveranstaltungen. Die betrieblichen Informationsveranstaltungen wurden durchgeführt beim Konsortialpartner Helios sowie in Einrichtung der Altenpflege und am UK Essen und in Einzelgesprächen mit Interessierten.

Um das Projekt bei potentiellen Teilnehmenden vorzustellen, wurden zunächst Flyer und Presseinformationen erstellt. Einrichtungen der Altenpflege und Krankenhäuser (hier zunächst der Helios-Gruppe) wurden für Informationsveranstaltungen vor Ort besucht.

Im Zuge der Corona-Pandemie wurden Maßnahmen ergriffenen, um die Rekrutierung weiter zu führen, ohne in Präsenz erscheinen zu müssen. Zudem wurden die Kommunikationswege, -mittel und -strukturen partizipativ mit den Einrichtungen definiert und im Projektverlauf weiterentwickelt. Die Informationsveranstaltungen wurden in einer Online-Sprechstunde per Telefon oder Video durchgeführt.

Es wurden Beiträge in lokalen Medien (Radio Essen, WDR 2) und im Regionalfernsehen (WDR, Aktuelle Stunde) gesendet. Darüber hinaus wurden einrichtungsspezifische Kurzfilme, aktualisierte Flyer und Poster erstellt und in Einrichtungen in Kliniken (Eingänge, Stationen, Cafeterien, Aufenthaltsräume, Wohnheime, Mitarbeiterbüro) präsent angebracht sowie auch über die Stationsleitungen ausgeteilt. Am UK Essen wurde das Angebot der KSG außerdem über die Pflegedirektion unterstützt und in das Programm der Bildungsakademie, zuständig für das UK Essen weite Fort- und Weiterbildungsprogramm, aufgenommen.

Die Informationsveranstaltungen wurden federführend durch den Konsortialpartner ISI durchgeführt. Interessierte erhielten eine mündliche und schriftliche Information über die freiwillige Teilnahme an der Studie und eine schriftliche Einwilligungserklärung. Nach Einwilligung wurden die Teilnehmenden für die Randomisierung an das IMIBE gemeldet und in einen der zwei Studienarme randomisiert. Der Rekrutierungsstand wurde engmaschig überprüft, um Rekrutierungsanpassungen vornehmen zu können.

Das Angebot war kostenlos, es wurden keinerlei Eigenanteile oder Zuzahlungen erhoben.

4.1.5 Qualifizierung und Multiplikatoren-schulung

Zur Unterstützung der Implementierung der KSG nach dem Projekt durch andere Einrichtungen wurden Multiplikatoren-Schulungen entwickelt und erprobt. Dafür wurden ein Curriculum und Fortbildungsmodulen (je nach Vorqualifikation vier bis acht Tage) erprobt. Für die Leitung der KSG werden folgende Kompetenzen vorausgesetzt, um mit traumatischen Belastungen, die im Gruppenprozess verbal und emotional thematisiert werden, umzugehen:

- Ausbildung als Therapeut:in (mindestens drei Jahre), Psycholog:in, Ärzt:in, Pflegefachkraft oder Ausübung eines verwandten Berufs von mindestens zwei Jahren
- Berufserfahrung in Kliniken, Altenhilfe, Ambulanzen oder anderen Institutionen des Gesundheitswesens.

Diese Voraussetzungen wurden festgelegt, weil die Erfahrungen im Projekt zeigten, dass es für die Teilnehmenden der KSG wichtig war, auf eine Leitung zu treffen, die die täglichen Her-

ausforderungen und Besonderheiten aus diesen Tätigkeitsfeldern kennt. So ist es auch möglich, dass die persönlichen Erfahrungswerte der Leitung in die Sensibilisierung zum jeweiligen Thema und in mögliche Lösungsansätze einfließen.

Das Curriculum wurde als Teilprojekt des Konsortialpartners ISI in den ersten zwei Jahren des Projektzeitraum entwickelt. Insbesondere die Zeit der Lockdowns wurde – vorgezogen - zu intensiven Arbeiten daran genutzt. Während der Durchführung der KSG im Projektverlauf wurde das Curriculum fortlaufend weiterentwickelt. Hinsichtlich der Didaktik und Methodik wurden alle Erfahrungen zur Methodenauswahl und Art der Anleitung fortlaufend in das Curriculum eingearbeitet und angepasst. Das finale Curriculum wurde im dritten Jahr in Pilotschulungen in Bezug auf die Umsetzbarkeit erprobt. Das erstellte Qualifizierungskonzept ist im Anhang beigefügt.

5. Methodik

5.1 Darstellung des Studiendesigns

Diese Studie wurde nach den Prinzipien der Deklaration von Helsinki, sowie der Leitlinie für Gute Klinische Praxis (ICH-GCP) und den sonstigen jeweils gültigen nationalen Regularien, in der jeweils gültigen Fassung, durchgeführt. Die wissenschaftliche Leitung am IMIBE holte das Votum der zuständigen Ethikkommission ein (Az: 19-8995-BO).

Das Untersuchungsdesign war als zweiarmige RCT mit einer Interventionsgruppe und einer Kontrollgruppe (1:1) angelegt. Die Zuteilung zu den Gruppen erfolgte block-randomisiert (permutiert, nicht stratifiziert) auf Individualebene. Die Randomisierungssequenz wurde von einem, nicht an der Rekrutierung, Durchführung und Auswertung der Studie beteiligten Mitarbeiter erstellt, eine weitere Mitarbeiterin, die ebenfalls nicht in der Studie tätig war, führte die zentrale Randomisierung durch. Die Randomisierung erfolgte somit maskiert, die Randomisierungssequenz war sowohl den Durchführenden noch den Studienteilnehmenden bis zum Einschluss in die Studie nicht bekannt.

Abbildung 1 - Studiendesign UPGRADE zeigt das Studiendesign.

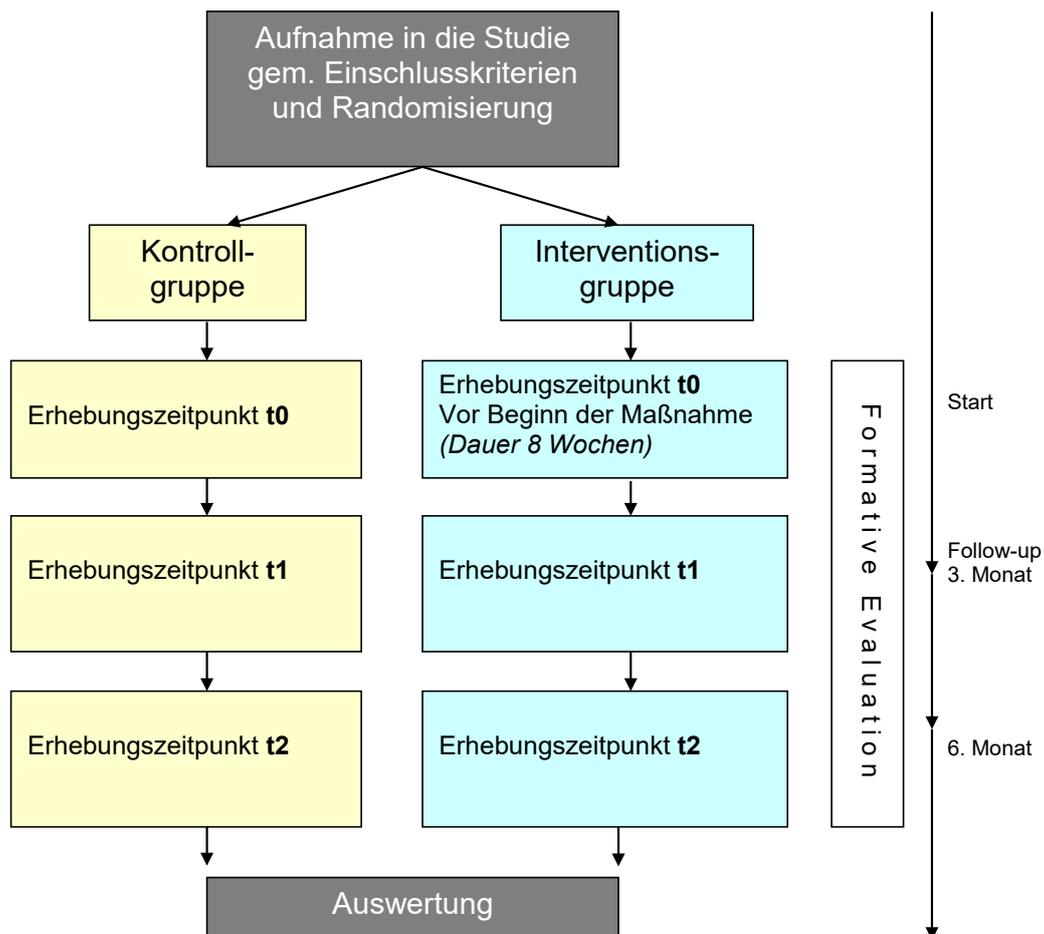


Abbildung 1 - Studiendesign UPGRADE

Teilnehmende der Interventionsgruppe wurden im Folgenden zur Teilnahme an dem zweimaligen Gruppenangebot der KSG (Intervention) eingeladen. Teilnehmende der Kontrollgruppe erhielten kein studienspezifisches Angebot, wurden aber, sofern dies angezeigt war, an vorhandene Angebote weitervermittelt (Arbeitspsychologie o.ä.).

Mit Einschluss in die Studie zum Zeitpunkt t_0 erhielten die Teilnehmenden einen ersten Fragebogen. Weitere Erhebungszeitpunkte für die Erhebung des primären und der sekundären Endpunkte waren nach drei Monaten (t_1) und nach sechs Monaten (t_2).

Im Zuge der Anpassung des Evaluationskonzepts und der damit verbundenen Verlängerung der Rekrutierung bis drei Monate vor Ende des Projekts, wurde der Focus für den primären Outcome auf t_1 (Nacherhebung nach drei Monaten) gelegt.

Die Evaluation bestand aus einer summativen und einer formativen Evaluation.

5.2 Summative Evaluation

Die summative Evaluation fokussierte auf den Effekt der Intervention auf die Arbeitszufriedenheit von Beschäftigten als primäres Outcome. Diese Veränderung wurde im Vorher-Nach-

her-Vergleich zwischen der Interventions- und Kontrollgruppe untersucht. Die Arbeitszufriedenheit diente dabei als Summenparameter für die individuelle Bewertung der Arbeitssituation und wurde zu Baseline (t_0) und im Follow-up mittels einer standardisierten schriftlichen Befragung über die Skala Arbeitszufriedenheit der deutschen Version des Copenhagen Psychosocial Questionnaire (COPSOQ) erfasst. Der COPSOQ ist ein validierter Fragebogen, der über insgesamt 85 Items und 36 Skalen (Stand 2017) psychische Belastungen und Beanspruchungen bei der Arbeit erfasst (Nübling & Hasselhorn, 2010). Die Skala Arbeitszufriedenheit besteht aus 7 Items, inklusive eines Global-Items (Arbeitszufriedenheit insgesamt). Für das sekundäre Outcome wurden die fünf weiteren Kategorien des COPSOQ „Entwicklungsmöglichkeiten“ (6 Items), „emotionale Anforderungen“ (3 Items), „Allgemeiner Gesundheitszustand“ (1 Item), „Wahrgenommene Gefährdung des Privatlebens durch die Arbeit“ (7 Items) sowie „Häufigkeit der Gedanken an die Berufsaufgabe“ (2 Items) erhoben. Die Auswertungsrichtlinie des COPSOQ gibt vor, dass je Kategorie die Hälfte der zugehörigen Fragen beantwortet sein müssen, damit ein Mittelwert errechnet werden darf. Andernfalls wird der Wert als fehlend eingetragen. Der CBI (Copenhagen Burnout Inventory) nach Kristensen (2005) bietet drei Kategorien, die die arbeits- und patientenbezogene Belastung messen sowie die Auswirkungen auf das psychische Wohlbefinden durch den Berufsalltag, welche im Rahmen der Studie ebenfalls mit jeweils 6 Items verwendet wurden. Die Werte des COPSOQ sowie des CBI können Skalenwerte von 0 bis 100 erreichen, wobei hohe Werte des CBI immer auf eine hohe Belastung hindeuten. Die Werte des COPSOQ sind je nach Fragestellung positiv oder negativ zu lesen.

Aus dem WAI (Hasselhorn & Freude, 2007) wurden drei relevante Items extrahiert und erhoben, um die subjektive Arbeitsfähigkeiten abzubilden:

- Veränderungen der Arbeitsfähigkeit WAI 1: „Derzeitige Arbeitsfähigkeit im Vergleich zu der besten je erreichten Arbeitsfähigkeit“
- Veränderungen der Arbeitsfähigkeit WAI 5 „Krankenstandstage in den vergangenen 12 Monaten“
- Veränderungen der Arbeitsfähigkeit WAI 6: „Einschätzung der eigenen Arbeitsfähigkeit in 2 Jahren“

Gemäß dem WAI-Manual ergibt sich eine maximal zu erreichende Summe von 22. Je höher der Wert desto größer die subjektive Arbeitsfähigkeit.

Die Fragebogen-Kategorie „physischer Gesundheitsstatus“ wird aus einem Mittelwert aus dreizehn Items bemessen, die Fragen zu psychosomatischen Beschwerden auf einer Skala von 1 (sehr belastet) bis 5 (nicht belastet) erheben. Grundlage hierfür ist der Fachbeitrag „Anmerkungen zur Messung individueller Beschäftigungsfähigkeit bei Ressourcengruppen des Arbeitsmarktes“ für das Institut für Betriebliche Bildungsforschung (Kühnert, 2017, S. 18). Für die Auswertung gilt, je höher der Wert desto besser ist der subjektive Gesundheitszustand bewertet. Tabelle 2 zeigt eine Übersicht über die Erhebungszeitpunkte.

Tabelle 2: Übersicht über Erhebungszeitpunkte und Instrumente

	Studienzeitraum				
	Ein- schluss	Zuteil- ung	Post-allocation		
			t ₁ (+ 3 Monate)	t ₂ +6 Monate	
Zeitpunkt	-t ₁	t ₀			
Kriterienprüfung	X				
Teilnehmerinformation	X				
Einwilligung	X				
INTERVENTION:					
IG: KSG			↔		
CG: Keine Intervention			↔		
INSTRUMENTE (Leitfäden und Fragebögen in Anhang B):					
1 Soziodemographie 2 Arbeitszufriedenheit 3 arbeits- und patientenbez. Belastung 4 subjektive Arbeitsfähigkeit	1.COPSOQ (Nübling & Hasselhorn, 2010) 2.CBI (Kristensen 2005) 3.WAI (Hasselhorn & Freude, 2007)		X		
Primärer Endpunkt Arbeitszufriedenheit	4.COPSOQ		X	X	(X)
Sekundäre Endpunkte: 5 arbeits- und patientenbez. Belastung 6 subjektive Arbeitsfähigkeit	5. CBI 6. WAI			X	(X)
Nur IG: Zufriedenheit mit der Intervention und Einschätzung der Umsetzbarkeit	7.Selbstentwickelter Fragebogen 8.Interviews			X	↔
Einrichtungsleitungen: Einschätzung der Intervention	9.Interviews				↔

Vor dem Hintergrund der Laufzeitverlängerung des Antrags bei der Rekrutierung der Teilnehmenden war nicht mehr für alle Interessenten eine Erfassung zu t₂ möglich. Bei Fokussierung auf die Nacherhebung nach drei Monaten, konnten auch Teilnehmende, die bis März 2023 in die Studie eingeschlossen wurden und mit den Kreativen Stärkungsgruppen begannen, in die t₁-Nacherhebung eingeschlossen werden. Soweit möglich, wurden Nacherhebungen zu t₂ (nach sechs Monaten) weitergeführt, um auch eine mögliche langfristige Wirkung zu erfassen.

5.3 Formative Evaluation

Kernstück der formativen Evaluation bildet die qualitative Forschung. Qualitative Forschungsmethoden ermöglichen eine transparente, lebens- und praxisnahe Exploration von Einstellungen, Motiven, Verhaltensweisen und Erwartungen. Interviews gehören zu den qualitativen Forschungsmethoden, die daraus hervorgehenden Antworten werden kontextbezogen interpretiert.

In dieser Studie wurden Interviews mit Führungskräften und mit Teilnehmenden (Mitarbeitende im Gesundheitswesen) geführt. Die Mitarbeitenden wurden in der Einwilligung zur Teilnahme an der Studie darum gebeten, die Zustimmung zu der Kontaktierung für ein Interview zu geben und für den Fall Kontaktdaten anzugeben. Die Leitungspersonen wurden angeschrieben und um die Teilnahme an einem Interview gebeten. Mit dem gewählten Ansatz fokussierte sich die Evaluation auf die Umsetzung der Inhalte der Kreativen Stärkungsgruppen und die damit erzielten Wirkungen.

Die Interviews mit Einrichtungsleitungen und Teilnehmenden wurden nach Transkription in eine MAXQDA-Datenbank überführt. Eine inhaltlich strukturierende Inhaltsanalyse nach Mayring (2001) wurde anhand deduktiver sowie induktiver Haupt- und Subkategorien durchgeführt.

5.4 Beobachtung und Dokumentation

Um die Intervention im Hinblick auf das Ziel, Belastungen zu reduzieren, die Akzeptanz der Versorgungsform, Barrieren und begünstigende Faktoren bei der Umsetzung, die Haltung der Führung zu dieser Thematik bewerten zu können, wurden weitere Maßnahmen im Rahmen der formativen Evaluation ergriffen.

Zunächst wurden der Verlauf der Rekrutierung und die damit verbundenen Termine dokumentiert. Das fortlaufende Dokumentieren von Informationen ermöglicht die Bewertung wichtiger Verlaufsparemeter und damit die Steuerung der Intervention.

Die Leitung der KSG führten über die Beobachtungen, Abläufe und Besonderheiten in den KSG ein standardisiertes Protokoll.

5.5 Zielpopulation

Zielpopulation waren Beschäftigte des Gesundheitswesens. Etwa sechs Millionen Beschäftigte, mehr als 10 % aller Erwerbstätigen, arbeiten 2021 im deutschen Gesundheitswesen (Berichterstattung des Bundesministeriums für Gesundheit, 2023). In den Krankenhäusern arbeiten mit über 1,2 Mio. Ärzte, Pflege-, Hauswirtschaftspersonal usw., gefolgt von stationären und teilstationären Pflegeeinrichtungen (758 Tausend). Typisch für das Gesundheitswesen sind ein hoher Frauenanteil bei den Beschäftigten, die Arbeit in Schicht- und Nachtdiensten sowie an Wochenenden und Feiertagen.

Während in vielen anderen Branchen die körperlichen Belastungen abgenommen und die psychosozialen oder psychomentalen Belastungen zugenommen haben, sind z.B. in der Krankenpflege die körperlichen Belastungen weiterhin hoch. Die psychischen Belastungen befinden sich bereits auf einem hohen Niveau bei weiterer Zunahme.

Ressourcen zur Kompensation fehlen häufig, vor allem, wenn durch Mehrbelastung bereits eine eingeschränkte Regulationsfähigkeit besteht. Mögliche Folgen sind körperliche und seelische Erkrankungen. Die bereits vor der Corona-Pandemie hohen AU-Tage stiegen in 2022 auf durchschnittlich fast 30 Tage. Beschäftigte in der Krankenpflege gehen zu etwa drei Viertel davon aus, ihren Beruf nicht bis zur Rente ausüben zu können.

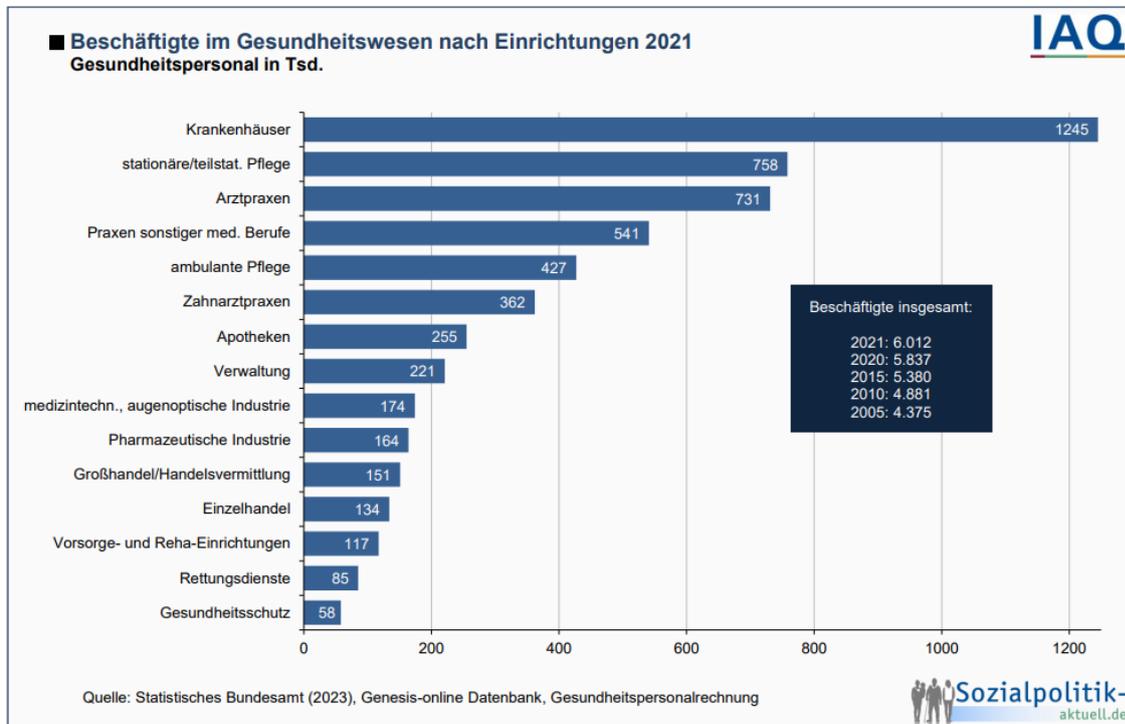


Abbildung 2 - Anzahl der Beschäftigten im Gesundheitswesen

5.6 Studienpopulation

Das Projekt richtete sich an die vorgenannte Zielgruppe, insbesondere an die Beschäftigten in den Kliniken des Konsortialpartners Helios sowie an Beschäftigte in regionalen Einrichtungen in der stationären Altenpflege.

Im Sinne des Settingansatzes gem. §§ 20 ff. SGB V stand das Angebot auch Beschäftigten anderer Einrichtungen offen, ebenfalls unabhängig davon, bei welcher Krankenversicherung sie versichert waren. Daher konnten Beschäftigte auch individuell eingeschlossen werden und in „offenen Gruppen“ unabhängig von der Kooperation der Einrichtung am Projekt teilnehmen. Die Einschlusskriterien für Teilnehmende waren wie folgt:

- Beschäftigung im Gesundheitswesen (aller Bereiche wie pflegerisches Personal, ärztliches Personal, therapeutisches Personal, Verwaltungspersonal usw.)
- Alter von 18 Jahren, Vorliegen einer subjektiven Belastungssituation bzw. eines Unterstützungsbearf

Die Ausschlusskriterien beinhalten eine aktuelle Psychotherapie, eine diagnostizierte Angsterkrankung und die gleichzeitige Teilnahme an einem ähnlichen Programm. Die Kriterien wurden von den entsprechend qualifizierten Mitarbeitenden des ISI-Instituts in einem persönlichen Aufnahmegespräch anhand eines Aufnahmebogens erhoben (Anhang 2).

5.7 Fallzahlplanung

Die Fallzahlberechnung erfolgte ausgehend von der primären Zielgröße „Arbeitszufriedenheit“. Die Arbeitszufriedenheits-Mittelwerte der Berufsgruppen des deutschen COPSOQ-Kollektivs liegen für das Gesundheitswesen zwischen 61 und 63, so dass hier ein Mittelwert von 62 (SD=25) veranschlagt wird. Ausgehend von der Hypothese, dass die Teilnahme an einer Kreativen Stärkungsgruppe die Arbeitszufriedenheit um 10% steigert, ergibt sich eine Stichprobengröße von insgesamt N=183 bei einer Power von 90% ($\alpha=0,05$), die ausreicht, um signifikante Veränderungen bei dem primären Outcome Arbeitszufriedenheit zu detektieren.

Für die Fallzahlberechnung wurde eine relevante Änderung in der COPSOQ-Skala für die Arbeitszufriedenheit von +10 (Mittelwert) angenommen. Da Pflegende bei dieser Skala leicht niedrigere Werte als beispielsweise Ärzte aufweisen, ist die Fallzahlkalkulation konservativ. Da nicht alle Mitarbeitenden in die Teilnahme einwilligen werden und auch spätere Drop-outs und Lost to Follow-up, also Studienabbrecher:innen und Proband:innen, die ggf. für die Nachbeobachtung verloren gehen, zu berücksichtigen sind, wurde die ermittelte Fallzahl um 100% auf N=366 erhöht.

Hinweis: Diese Planung, insbesondere die Verdoppelung der errechneten Teilnehmenden erfolgte vor der Corona-Pandemie, auf Grund derer die Rekrutierung und auch die Durchführung der Intervention immer wieder gestoppt werden musste. Die Rekrutierung erfolgte während und nach der Pandemie unter weiter erschwerten Bedingungen wie nochmals erhöhte Arbeitsbelastungen, steigende AU-Zahlen und dem Verbot von Präsenzveranstaltungen.

Ausgehend von der errechneten Stichprobengröße von 366 Studienteilnehmenden wurde zu Beginn für die Phase der Rekrutierung eine Dauer von initial 3 Monaten eingeplant (danach bei Bedarf fortlaufend). Der tatsächliche Rekrutierungszeitraum betrug 30 Monate (01. Oktober 2019 – 31. März 2023).

5.8 Datenerhebung und -erfassung

Die Teilnehmenden beider Studienarme wurden zu drei Zeitpunkten schriftlich per standardisiertem Fragebogen befragt: Beim Einschluss in die Studie (t_0), nach drei und sechs Monaten (t_1 , t_2). Die Erhebung erfolgte durch Online-Fragebögen, bei Bedarf wurden papierbasierte Fragebögen ausgegeben, die im vorfrankierten und voradressierten Rückumschlag an das IMIBE zurückgeschickt werden konnten.

Die Datenerfassung erfolgte im IMIBE, es erfolgte zu 100% eine Validierung der eingegebenen Daten. Sämtliche erhobenen Daten wurden dabei streng vertraulich behandelt. Die pseudonymisierten Fragebögen, die getrennt von personenbezogenen Daten gespeichert bzw. aufbewahrt werden, werden fristgerecht vernichtet. Die Pseudonymisierungsliste verbleibt unter Verschluss im IMIBE. Die Veröffentlichung der Ergebnisse erfolgt anonymisiert. Eine Erhebung und Verarbeitung personenbezogener Daten erfolgte nur für Personen, von denen eine Einwilligung vorliegt.

Für die geplanten Interviews mit Leitungspersonen (10%) und mit Mitarbeitenden (50%) wurden Interview-Leitfäden auf Basis von Literaturrecherche entwickelt und einem Pretest unterzogen. Einstieg in das Interview erfolgte durch eine kurze Einführung und einer Erläuterung zum Ziel der Evaluation. Nach Klärung offener Fragen wurde die Tonbandaufnahme gestartet. Anschließend startete das Interview mit einer individuellen Aufwärmfrage.

Da die Interviews an die Maßnahmen anknüpfen sollten, wurden die Interviews zeitnah im Anschluss an die Teilnahme der KSG durchgeführt.

Einleitung

- Vorstellung des Interviewers und Nennung des Zwecks
- Einwilligung in die Tonaufnahme

Fragenblock I: Einstiegsfragen

- Beschreibung der Arbeitssituation
- Belastungen am Arbeitsplatz, Umgang mit belastenden Situationen

Fragenblock II: Erfahrungen; Zufriedenheit und Verbesserungsvorschläge

- Teilnahmemotivation
- Zufriedenheit, Umsetzbarkeit, Fazit
- Besondere Erfahrungen, Ergänzungen, sinnvolle Verbesserungen

Fragenblock IV: Abschluss

Folgende deduktive Codes ergaben sich aus den Projektzielen und Forschungsfragen:

- Bewertung der partizipativen Intervention im Hinblick auf das Ziel, Belastungen zu reduzieren,
- Akzeptanz der Versorgungsform,
- Barrieren und begünstigende Faktoren bei der Umsetzung,
- Bevorzugt angewendete Strategien und deren Bewertung,
- Haltung der Führung zu dieser Thematik,
- Verbindlichkeit bei der Umsetzung von im Team besprochenen Veränderungen falls zutreffend,
- Arbeitsorganisatorische Faktoren, die definieren, ob eine Teilnahme (besonders) effektiv war,
- Planung der zukünftigen Beibehaltung von Veränderungen,
- Ggf. weitere geplante, aber noch nicht umgesetzte Veränderungen
- Weiterempfehlung an Kolleg:innen

5.9 Datenauswertung

5.9.1 Quantitativ

Die konfirmatorische Analyse zur Bemessung des Effekts der Intervention erfolgte als intention-to-treat-Analyse, wonach alle Studienteilnehmenden in die Analyse eingeschlossen werden, für die Daten zur Arbeitszufriedenheit zu Baseline und zu den wichtigsten Einflussgrößen (s.u.) vorliegen (available case Analyse). Für die quantitative Auswertung der Wirksamkeit der Intervention wurden die Daten zunächst deskriptiv ausgewertet. Fehlende Variablen wurden nicht ersetzt. Subgruppenanalysen zur Arbeitszufriedenheit zu Baseline, zu Follow-up sowie

zu ihrer Veränderung erfolgten stratifiziert nach Berufsgruppe. Aus der Literatur bekannte arbeitsbezogene Variablen zu Baseline (s.u.) wurden ebenfalls berücksichtigt.

Bei der Bewertung der KSG wurde das primäre Outcome durch einen gepaarten t-Test für Messwiederholungen mit einem einseitigen Signifikanzniveau von $\alpha=0.05$ berechnet. Zusätzlich wurden die Unterschiede zwischen der Interventionsgruppe und den Kontrollen mit einer univariaten ANOVA mit zweiseitigem Maß ($\alpha=0.05$) ermittelt. Die statistischen Auswertungen der sekundären Outcomes folgte den gleichen Prinzipien wie die des primären Zielparameters. Es erfolgen Subgruppenanalysen sowie Vergleiche zwischen den jeweiligen Subgruppen. Die Analysen wurden mittels der Software SPSS, Version 29, durchgeführt.

Um den Einfluss soziodemografischer Merkmale oder der Berufsgruppe auf den primären Endpunkt zu untersuchen, wurde der Effekt anhand eines adjustierten Modells geschätzt, indem solche Variablen eingeschlossen wurden, die sich zwischen der Interventions- und Kontrollgruppe zu t_0 signifikant unterscheiden. Zusätzlich zur Intention-to-treat Analyse wurde für den primären Endpunkt eine Per-Protocol-Auswertung vorgenommen, bei der die Anzahl der wahrgenommenen Interventionstermine berücksichtigt wurde.

5.9.2 Qualitativ

Vor der Durchführung der Interviews wurde den Interviewten eine Einverständniserklärung zur Erhebung und Verarbeitung personenbezogener Interviewdaten zur Unterschrift vorgelegt. Die Anonymisierung der Aussagen und Daten wurde zugesichert.

Die Tonbandaufnahmen wurden durch einen externen Anbieter wörtlich nach den Transkriptionsregeln von Dresing und Pehl (2010) und nicht lautsprachlich transkribiert. Zur Unterstützung der Lesbarkeit wurden Wortwiederholungen, Füllwörter oder Stottern nicht transkribiert und die Zeichensetzung eingepflegt. Die einzelnen Sprechbeiträge wurden in einzelnen Absätzen und mittels Zuordnung einer ID anonym dargestellt. Anschließend wurden die geglätteten Transkripte in die Software MAXQDA® 2022 importiert. Die Auswertung der vollständig transkribierten Einzelinterviews erfolgte anhand der qualitativen Inhaltsanalyse nach Mayring (2001), d. h., dass eine schrittweise induktive und deduktive Kategorienbildung durchgeführt wurde. Einzelne Textpassagen wurden im Zuge der Analyse den definierten Kategorien zugeordnet. Die Kategorien wurden nach einem Teil der Sichtung des Materials angepasst. Darauf folgte der endgültige Materialdurchgang. Die entwickelten Kategorien wurden später auch zu Überkategorien zusammengefasst und je nach Fragestellung nach quantitativen Aspekten ausgewertet. Der ganze Prozess erfolgte mit Hilfe der validierten Software MAXQDA (MAXQDA® 2022, VERBI GmbH).

Neben den vorgegebenen deduktiven Kategorien wurden zusätzlich aus dem Material weitere Kategorien induktiv abgeleitet:

- Belastungen im Arbeitsalltag (strukturell – persönlich – durch Klient:innen)
- Beweggründe zur Teilnahme
- Weitere Teilnahme nach Ablauf des Projekts

- Feedback zu den kreativen Stärkungsgruppen
- Verbesserungspotenziale

Leitfadengestützte Interviews mit Einrichtungsleitungen

Es wurden fünf Personen in Leitungspositionen bezüglich ihrer Einstellungen sowie angenommenen Nutzen und Herausforderungen bei der Implementierung von gesundheitsförderlichen Maßnahmen telefonisch interviewt. Der Einstieg in das Interview erfolgte durch eine kurze Einführung und eine Erläuterung zum Ziel der Evaluation. Nach Klärung offener Fragen wurde die Tonbandaufnahme gestartet. Anschließend startete das Interview mit einer individuellen Aufwärmfrage bei der die Befragten um eine Einschätzung bezüglich des Bedarfes von gesundheitsfördernden Maßnahmen im Gesundheitswesen gebeten werden. Daran schlossen sich Fragen zu besonders belasteten Berufsgruppen sowie die Konkretisierung der präventiven Angebote, die die Einrichtungen vorhalten an. Abschließend wurden die Erwartungen an die kreativen Stärkungsgruppen (KSG) erörtert und potenzielle Implementierungsprobleme diskutiert. Am Ende des Interviews gab es die Möglichkeit für die Befragten Themen anzusprechen, die davor nicht adressiert wurden.

Leitfadengestützte Interviews mit Teilnehmenden

Zur Erfassung der Wirksamkeit der KSG aus Sicht der Mitarbeitenden wurden Leitfadengestützte Einzelinterviews per Telefon durchgeführt.

Der Einstieg in das Interview erfolgte durch eine kurze Einführung und einer Erläuterung zum Ziel der Evaluation. Nach Klärung offener Fragen wurde die Tonbandaufnahme gestartet. Um die Interviewsituation zu starten, wurde ebenfalls zunächst nach dem eigenen Tätigkeitsbereich gefragt. Diese Frage soll dem Gegenüber ermöglichen, in das Thema einzusteigen (Aufwärmfrage) und sich in die Interviewsituation einzufinden. Daran schloss sich eine Frage zur Gestaltung des Arbeitsalltags an. Weiter wurde gefragt, ob besonders belastende Situationen im Arbeitsalltag bestehen. Falls diese Frage bejaht wurde, schloss sich eine konkrete Frage, wie diese Situationen in der Praxis aussehen, an. In der anschließenden Frage wurden die Interviewten gebeten darauf einzugehen, wie der persönliche Umgang mit diesen Situationen ist. In der darauffolgenden Frage wurde nach der persönlichen Motivation gefragt an den kreativen Stärkungsgruppen teilzunehmen. Abschließend wurde gefragt, ob die Teilnehmenden noch einmal eine kreative Stärkungsgruppe besuchen würden und ob sie das Angebot Kolleg:innen weiterempfehlen würden. Zum Schluss wurde den Mitarbeitenden die Möglichkeit gegeben weitere Aspekte anzusprechen, die durch den Leitfaden nicht angesprochen wurden.

6. Projektergebnisse

6.1 Rekrutierung

Telefonisch wurden vom ISI Institut 94 Einrichtungen der stationären Altenhilfe angefragt, ob Interesse besteht, am Upgrade Projekt teilzunehmen. Insgesamt ergaben sich daraus folgende Rückmeldungen: 6 Einrichtungen nehmen teil (6,38 %), keine Rückmeldung von 46 Einrichtungen (48,94%), 42 Absagen (44,68%). Als Gründe für die Absagen wurden am häufigsten fol-

gende genannt: keine Kapazitäten durch Personalmangel (hohe Krankenstände) n=7, kein Bedarf (nicht näher spezifiziert) n=18, kein Bedarf (weil andere Projekte im Bereich Gesundheitsförderung bereits laufen) n=9, Absage (Grund unbekannt) n=8.

Die Akquise erfolgte telefonisch oder persönlich in den Einrichtungen vor Ort. Übersicht über die Rekrutierungsaktivitäten im Verlauf des Projektes:

- Rekrutierung in Seniorenzentren und stationären Pflegeeinrichtungen durch ISI
- Informationsveranstaltungen und Kontaktierung von Einrichtungen aus der Altenpflege durch ISI
- Die Rekrutierung wurde auch während Corona wie geplant fortgesetzt, intensiviert und durch ergänzende Maßnahmen unterstützt: Die Kontaktaufnahme erfolgte zu meist telefonisch oder per E-Mail für konkrete Terminabsprachen. Als ergänzendes Rekrutierungsinstrument – alternativ zur bisherigen Informationsveranstaltung wurden Videokonferenzsysteme wie Microsoft Teams oder Zoom eingesetzt. Diese Form ist am ehesten mit der konventionellen Form der Informationsveranstaltung vergleichbar. Um einen Eindruck der Intervention zu vermitteln, wurde den Einrichtungen zusätzlich zu schriftlichem Material und Flyer ein Info-Film² zu den Inhalten und Zielsetzungen der Stärkungsgruppen aus dem ISI zur Verfügung gestellt.
- Die Aufnahme des Angebots in das Fort- und Weiterbildungsangebot der Universitätsmedizin Essen (UME, ab 09/2021), Vorstellung auf Infoveranstaltungen für neue Mitarbeitende (Pflichtveranstaltung quartalsweise) durch das Mitarbeiterservicebüro der UME, Auslage von Flyern im Mitarbeiterservicebüro der UME und auf den Stationen der Kliniken.
- Das ISI verfasste und verbreitete „Stärkungsbriefe“, um in der Pandemie Beschäftigte auf alternativen Kanälen zu erreichen. Die Stärkungsbriefe wurden wöchentlich an Einrichtungen der Altenpflege und Krankenhäuser geschickt. Sie greifen aktuelle Themen und Belastungsursachen auf und geben stärkende Antworten auf konkrete Fragen, wie mit Aspekten der Hochbelastung umgegangen werden kann. Beispiele für Stärkungsbriefe finden sich in Anhang.
- Als ergänzende Strategie zur weiteren Steigerung der Rekrutierungszahlen wurden Informations- und Werbematerialien (Flyer, Poster, Anhang C) erstellt und verteilt. Zudem wurde das Angebot auch über Einrichtungs-Newsletter und über die Social-Media-Kanäle der Einrichtungen kommuniziert.
- Es erfolgte ebenfalls eine direkte Ansprache der Mitarbeitenden auf den einzelnen Stationen in der UME, im Helios Klinikum Duisburg, der Helios Rhein Klinik, der Helios Universitätsklinik Wuppertal sowie allen teilnehmenden stationären Langzeitpflegeeinrichtungen.

Die folgende Abbildung zeigt den Rekrutierungsverlauf im Projektzeitraum nach Einrichtung³:

² Abrufbar unter <https://www.soziale-innovationen.de/>

³ Die Einrichtungen werden aus Datenschutzgründen nicht benannt

Einrichtungen	2019					2020					2021					2022					2023		SUMME									
	Jul	Aug	Sep	Ok	Nov	Jan	Feb	März	April	Mai	Jun	Jul	Aug	Sep	Ok	Nov	Jan	Feb	März	April	Mai	Jun		Jul	Aug	Sep	Ok	Nov	Dez	Jan	Feb	März
E1 Altenpflege						9																										14
E2 Altenpflege						9																										11
E3 Altenpflege																																3
E4 Krankenhaus																																7
E5 Krankenhaus																																7
E6 Krankenhaus																																15
E7 Krankenhaus																																18
E8 Krankenhaus																																29
E9 Altenpflege																																6
E10 Altenpflege																																15
E11 Individuell																																31
E12 Altenpflege																																16
E13 Altenpflege																																24
Gesamt pro Monat	0	0	0	0	0	18	3	0	0	0	0	4	13	5	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	196	
Rekrutierung je Quartal	0	0	0	0	0	21	0	0	0	0	17	6	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	196	
Rekrutierung kumuliert	0	0	0	0	0	21	21	38	44	44	44	100	120	125	125	125	144	144	157	157	157	172	172	172	172	172	172	172	172	172	196	

Abbildung 3 - Rekrutierungen pro Monat im Studienzeitraum 11/2019-01/2023

Vor allem die Kontaktbeschränkungen und Lockdowns während der Corona-Pandemie schränkten die Rekrutierungsmaßnahmen erheblich ein. Zusätzlich zu den gesamtgesellschaftlichen Einschränkungen waren Einrichtungen im Gesundheitswesen besonders betroffen, hier galten durchweg Besuchsverbote für Externe. Dies machte Informationsveranstaltungen vor Ort für gewisse Zeiträume unmöglich. Die Nutzung der alternativen Kanäle wurde von den Teilnehmenden unterschiedlich effektiv bewertet. Digitale Formate wie Informationen über E-Mail/Newsletter erreichen die potenziellen Teilnehmenden nur bedingt, favorisiert wird die direkte Ansprache, da Mails oftmals nicht in regelmäßigen Abständen abgerufen werden und die Flut an Informationen so groß ist, dass Informationen „untergehen“.

6.2 Studienpopulation

Insgesamt wurden 196 Teilnehmende über einen Zeitraum von drei Jahren in die Studie eingeschlossen. Im Projektverlauf zogen 22 Teilnehmende ihr Einverständnis zurück, sodass 174 Teilnehmende in die finale Analyse einbezogen werden konnten. Abbildung 4 – zeigt den Verlauf des

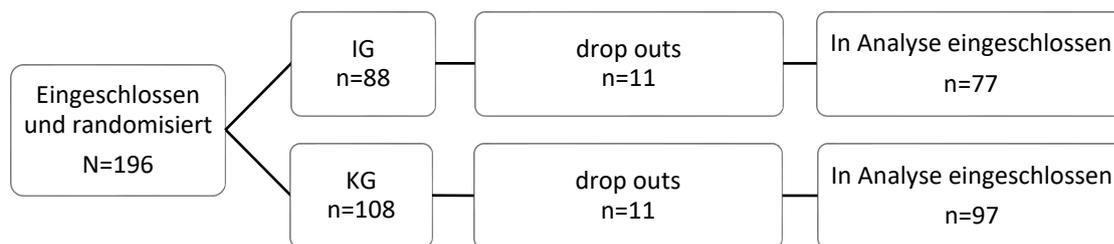


Abbildung 4 – Teilnehmendeneinschluss

Die finale Stichprobe bestand aus IG=77 und KG=97 Personen. In der nachfolgenden Tabelle 3 findet sich die Übersicht über die Teilnahme an der Intervention und das Vorliegen der Fragebogenantworten für alle Erhebungszeitpunkte getrennt nach IG und KG. 67 Teilnehmende der Interventionsgruppe beantworteten den Baseline-Fragebogen, hiervon beantworteten 29 ebenfalls den Follow-up-Bogen zu t1.

Tabelle 3 - Teilnahme an der Intervention und Fragebogenbeantwortung

	KG	IG	IG: Beide KGS	IG: Nur eine KGS	IG: Eine oder zwei KGS	IG: Keine KSG
n gesamt	97	77	33	7	40	37
Fragebogen t₀	72	67	31	6	37	30
Fragebogen t₁	55 ⁴	29	24	3	27	2
Fragebögen t₀ + t₁	47	29	24	3	27	2
Fragebogen t₂⁵	36 ⁶	25	21	3	24	1
Keine Fragebögen	17	10	2	1	3	7

Insgesamt haben 33 Personen die Intervention komplett durchlaufen (beide Termine der Kreativen Stärkungsgruppen wahrgenommen) und 7 Teilnehmende haben einen von zwei Terminen wahrgenommen. Nicht alle Teilnehmenden, die an den Kreativen Stärkungsgruppen teilgenommen haben (siehe auch Tabelle 4), haben auch die Follow-up Fragebögen zu t1 bereitgestellt.

Von 28 der Teilnehmenden, die ihre Einwilligung nicht zurückgezogen haben, wurden auf Nachfrage folgende Gründe für das Nichtweiterverfolgen der Studie angegeben:

- Persönliche Gründe (z. B. Hund, Schwangerschaft, "persönliche Gründe"): 7 (25%)
- Zeitmangel / hohe Arbeitsbelastung: 8 (28,6%)
- Krankheit (einschließlich psychische Behandlung): 2 (7,1%)
- Kein Grund angegeben, aber aktiv über kein weiteres Interesse informiert: 11 (39,3%)

Tabelle 4 zeigt die Teilnahmehäufigkeit an den KSG nach Berufsgruppe.

Tabelle 4 - Teilnahme an KSG nach Berufsgruppen

	Teilnahme KSG	0 Termine	1 Termin	2 Termine	Gesamt
IG	Pflege (n=33)	16 (48,5%)	4 (12,1%)	13 (39,4%)	33 (100%)
	Andere (n=44)	21 (47,7%)	3 (6,8%)	20 (45,5%)	44 (100%)
	Gesamt (N=77)	37 (48,1%)	7 (9,1%)	33 (42,9%)	77 (100%)

Tabelle 5 zeigt, an wie vielen KSG die Personen teilgenommen haben, die sich für ein Interview bereiterklärt haben.

⁴ Acht Personen, die keinen t0 Fragebogen abgegeben haben, gaben einen t1 Fragebogen ab.

⁵ Durch die verlängerte Einschlusszeit neuer Teilnehmender konnten nicht alle Personen die 6 Monate Nacherhebung erreichen.

⁶ Eine Person stellte keinen t₀-Fragebogen zur Verfügung, drei andere keinen t₁-Fragebogen.

Tabelle 5 - Teilnahme an KSG der Interviewteilnehmenden

Interviewteilnehmer		0 Termine	1 Termin	2 Termine
IG	n=19	0	2	17
KG	n=12	Keine Teilnahme		
Gesamt	n=31	12	2	17

6.3 Beschreibung der Stichprobe

Das Durchschnittsalter der Teilnehmenden bei Einschluss in die Studie lag bei $46,2 \pm 12,1$ Jahren innerhalb einer Altersspanne zwischen 18 und 65 Jahren. Neun Teilnehmende sind unter 25 Jahren alt (5%) und 67 (39%) Teilnehmende sind 50 Jahre oder älter (vgl. Abbildung 5).

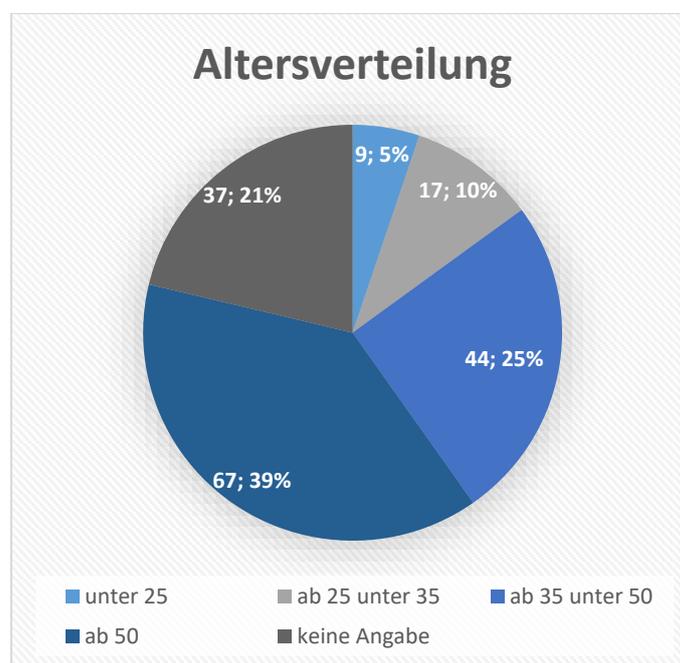


Abbildung 5 – Teilnehmendenübersicht nach Alter

Die Stichprobe setzt sich aus den in der nachfolgenden Abbildung 6 gezeigten Berufsgruppen zusammen. 47% (n=76) der Teilnehmenden geben an, in der Pflege tätig zu sein, zwei Personen (1%) kommen aus dem ärztlichen Dienst, 8% (n=13) arbeiten therapeutisch und 27 Personen (17%) ordnen sich dem Sozialdienst zu. In der Verwaltung sind 13 Teilnehmende (8%) tätig und im technischen Dienst 9 (6%).

Aufgrund des hohen Anteils an pflegerisch tätigen Berufsgruppen, wurden im Weiteren die Berufsgruppen in „Pflege“ und „Andere“ zusammengefasst. Darüber hinaus wurden die Subgruppen „tätig im Krankenhaus“ (n=68, 39%) und „tätig in der Altenpflege“ (n=73, 42%) betrachtet. Für 19% (n=33) liegen dazu keine Angaben vor.

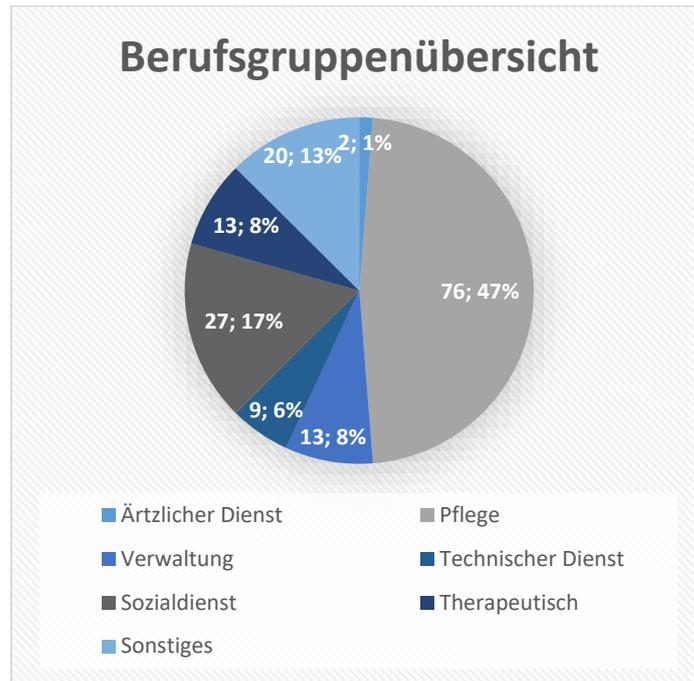


Abbildung 6 - Teilnehmendenübersicht nach Berufsgruppen

Tabelle 6 und Tabelle 7 geben eine Übersicht über die Stichprobe nach soziodemographischen und berufsbezogenen Aspekten. Die Stichprobe zeichnet sich durch einen hohen Anteil an Frauen (84,5%) aus. 51,7% insgesamt sind verheiratet oder zusammenlebend, während 27% geschieden, verwitwet oder alleinlebend sind. Die Verteilung von Teilzeit- (39,7%) und Vollzeitbeschäftigten (39,1%) ist ausgewogen. Beinahe ein Fünftel (18,4%) der Teilnehmenden gibt an, in der Freizeit Angehörige zu betreuen. 48,3% arbeiten am Wochenende und in Spät- oder Nachtschichten. Über einen abweichenden Arbeitsort (z.B. durch Vor-Ort-Betreuung) berichten 20,1% der Teilnehmenden.

Tabelle 8 und Tabelle 10 zeigen die psychische Belastung und Beanspruchung bei der Arbeit anhand der COPSOQ- sowie CBI-Ergebnisse zu t₀, unterschieden nach Interventions- und Kontrollgruppe. Tabelle 9 und Tabelle 11 zeigen diese unterschieden nach Geschlecht sowie für pflegendes Personal und andere Berufsgruppen. Das primäre Outcome, die Arbeitszufriedenheit, insgesamt lag zu t₀ insgesamt bei einem Wert von durchschnittlich 56,58±16,67. Im Vergleich liegt der durchschnittliche Wert des Gesundheitspersonals in Deutschland bei durchschnittlich 62 (Nübling et al., 2005, S. 35). Hinsichtlich der Gefährdung des Privatlebens gibt pflegendes Personal im Mittel eine um 11 Punkte höhere Arbeitszufriedenheit an als andere Berufsgruppen. Frauen (n=118) berichten höhere Anforderungen bei der Arbeit als Männer (n=18). Die weiteren arbeitsspezifischen Ergebnisse zu Beginn zeigt Tabelle 11. Die größten Unterschiede finden sich in der arbeitsbezogenen Belastung von Frauen (MW=49,5, n=116) und Männern (MW=44,91, n=18) sowie zwischen pflegendem Personal (MW=52,66, n=58) und anderen Berufsgruppen (MW=46,94, n=79).

Vergleicht man die Werte zu den primären und sekundären Outcomes zwischen Interventions- und Kontrollgruppe zu t_0 (Tabelle 8 und Tabelle 10) mittels t-Test ($\alpha=0,05$), zeigt sich in der Variablen „psychisches Wohlbefinden“ (CBI) vor der Intervention, dass die IG stärker belastet ist ($MW=58,4\pm 21,17$) als die Kontrollgruppe ($50,88\pm 22,85$) mit $p=.047$ (Cohen's $d=0,34$, schwacher Effekt). Ausreißerdaten wurden nicht festgestellt. Alle anderen Mittelwertvergleiche unterscheiden sich nicht.

Tabelle 6 - Stichprobeninformationen nach Interventions- und Kontrollgruppe

		IG (n=77)	KG (n=97)
Geschlecht	männlich	10	13
	weiblich	66	81
	divers	0	0
	Keine Angabe	1	3
Erwerbstätigkeit	Vollzeit	34	34
	Teilzeit	31	37
	Keine Angabe	12	26
Familienstand	verheiratet	37	37
	geschieden	5	14
	verwitwet	1	2
	Ledig zusammenlebend	9	7
	Ledig alleinlebend	15	10
	Keine Angabe	10	27
Betreuung/Pflege von Angehörigen	Ja	15	16
	Nein	51	53
	Keine Angabe	11	28
Wochenendarbeit min. 1x mtl.	Ja	41	43
	Nein	23	29
	Keine Angabe	13	25
Nacht- oder Spätschicht min. 1x mtl.	Ja	32	33
	Nein	29	34
	Keine Angabe	16	30
Arbeitsort abweichend	Ja	12	23
	Nein	43	42
	Keine Angabe	22	32
Arbeitsstelle	Pflege	33	43
	Ärztlicher Dienst	0	2
	Verwaltung	3	10
	Therapeutischer Dienst	9	4
	Technischer Dienst	7	2
	Sozialdienst	12	15
	Sonstiges	8	12
	Keine Angabe	5	9

Tabelle 7 - Stichprobeninformationen nach Berufsgruppen

		Gesamt N=174	Pflege n=76	Ärztl. Dienst n=2	Verwal- tung n=13	Therap. Dienst n=13	Techn. Dienst n=9	Sozial- dienst n=27	Sons- tiges n=20	k.A. n=14
Geschlecht	männlich	23	13	1	1	1	2	2	1	2
	weiblich	147	62	1	11	12	6	25	19	11
	divers	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	k.A.	4	1	0	1	0	1	0	0	1
Erwerbstätigkeit	Vollzeit	68	29	1	11	5	6	5	11	0
	Teilzeit	69	28	1	2	8	2	22	6	0
	k.A.	37	19	0	0	0	1	0	3	14
Familienstand	verheiratet	74	28	1	6	6	8	15	10	0
	geschieden	19	10	0	1	2	1	5	0	0
	verwitwet	3	0	0	1	0	0	0	2	0
	Ledig zu- sammenle- bend	16	8	0	2	2	0	2	2	0
	alleinle- bend	25	11	0	3	3	0	5	3	0
	k.A.	37	19	1	0	0	0	0	3	14
Betreu- ung/Pflege von Angehö- rigen	Ja	32	12	1	1	2	3	7	5	1
	Nein	104	45	1	11	9	6	20	12	0
	k.A.	38	19	0	1	2	0	0	3	13
Wochenend- arbeit min. 1x mtl.	Ja	84	49	0	2	3	4	17	8	1
	Nein	52	9	1	11	9	5	8	9	0
	Keine An- gabe	38	18	1	0	1	0	2	3	13
Nacht- oder Spätschicht min. 1x mtl.	Ja	84	49	1	2	13	4	6	8	1
	Nein	47	9	0	11	0	5	14	8	0
	k.A.	43	18	1	0	0	0	7	4	13
Arbeitsort abweichend	Ja	35	12	1	7	1	1	2	10	1
	Nein	85	37	0	5	11	7	19	6	0
	k.A.	54	27	1	1	1	1	6	4	13

Tabelle 8 - COPSOQ Ergebnisse t₀ nach Interventions- und Kontrollgruppe

	Gruppe	Min.	Max.	Ø	σ
Entwicklungs- möglichkeiten (0 gering - 100 hoch)	Gesamt N=139	20,83	100,00	69,73	15,84
	IG n=67	29,17	95,83	70,86	15,09
	KG n=72	20,83	100,00	68,68	16,54
Anforderungen bei der Arbeit (0 gering - 100 hoch)	Gesamt N=139	8,33	100,00	65,35	22,12
	IG n=67	16,67	100,00	67,79	21,36
	KG n=72	8,33	100,00	63,08	22,72
Wahrgenommene Gefährdung des Privat- lebens durch die Arbeit (0 gering - 100 hoch)	Gesamt N=138	0,00	100,00	48,82	22,56
	IG n=67	7,14	100,00	50,84	21,58
	KG n=71	0,00	100,00	46,91	23,42
Häufigkeit der Gedanken daran, den Beruf oder die Arbeitsstelle in Frage zu stellen (0 selten - 100 oft)	Gesamt N=136	0,00	100,00	74,72	25,34
	IG n=66	0,00	100,00	74,62	23,71
	KG n=70	0,00	100,00	74,82	26,96
Zufriedenheit mit der Arbeitssituation (0 gering - 100 hoch)	Gesamt N=138	8,25	100,00	56,58	16,67
	IG n=67	9,43	85,86	56,71	13,27
	KG n=71	8,25	100,00	56,45	19,44
Einschätzung des Gesundheitszustands (0 schlecht - 100 gut)	Gesamt N=139	20,00	100,00	60,22	19,13
	IG n=67	20,00	90,00	59,85	18,95
	KG n=72	20,00	100,00	60,56	19,42

Tabelle 9 - COPSOQ Ergebnisse t₀ nach Geschlechtern und Berufsgruppe

	Geschlecht/ Profession	Min.	Max.	Ø	σ
Entwicklungsmöglichkeiten (0 gering - 100 hoch)	Gesamt N=139	20,83	100,00	69,73	15,84
	unbekannt n=3	50,00	75,00	61,67	12,58
	weiblich n=118	20,83	100,00	70,61	15,8
	männlich n=18	37,50	91,67	65,28	16,23
	Pflege n=58	37,50	100,00	70,63	14,91
	Andere n=81	20,83	100,00	69,08	16,54
Anforderungen bei der Arbeit (0 gering - 100 hoch)	Gesamt N=139	8,33	100,00	65,35	22,12
	unbekannt n=3	16,67	100,00	63,89	42,76
	weiblich n=118	8,33	100,00	66,6	21,08
	männlich n=18	8,33	91,67	57,41	24,9
	Pflege n=58	8,33	100,00	64,22	22,24
	Andere n=81	8,33	100,00	66,15	22,14
Wahrgenommene Gefährdung des Privatlebens durch die Arbeit (0 gering - 100 hoch)	Gesamt N=138	0,00	100,00	48,82	22,56
	unbekannt n=3	50,00	78,57	65,48	14,43
	weiblich n=117	0,00	100,00	48,51	23,03
	männlich n=18	10,71	85,71	48,08	20,15
	Pflege n=58	7,14	100,00	55,2	22,56
	Andere n=80	0	100,00	44,2	21,52
Häufigkeit der Gedanken daran, den Beruf oder die Arbeitsstelle in Frage zu stellen (0 selten - 100 oft)	Gesamt N=136	0	100,00	74,72	25,34
	unbekannt n=3	75,00	87,50	79,17	7,22
	weiblich n=115	0	100,00	73,26	26,84
	männlich n=18	62,50	100,00	83,33	12,86
	Pflege n=57	0,00	100,00	72,37	24,29
	Andere n=79	0,00	100,00	76,42	26,1

Zufriedenheit mit der Arbeitssituation (0 gering - 100 hoch)	Gesamt N=138	8,25	100,00	56,58	16,67
	unbekannt n=3	8,25	57,29	36,08	25,18
	weiblich n=117	9,43	100,00	56,89	16,53
	männlich n=18	33,29	85,86	57,98	14,96
	Pflege n=58	9,43	85,86	54,47	14,93
	Anderere n=80	8,25	100,00	58,11	17,76
Einschätzung des Gesundheitszustands (0 schlecht - 100 gut)	Gesamt N=139	20,00	100,00	60,22	19,13
	unbekannt n=3	30,00	60,00	46,67	15,28
	weiblich n=118	20,00	100,00	59,58	18,73
	männlich n=18	30,00	90,00	66,67	21,14
	Pflege n=58	20,00	90,00	61,55	20,33
	Anderere n=78	20,00	100,00	59,26	18,29

Tabelle 10 – CBI- und WAI-Ergebnisse sowie Gesundheitszustand zu t₀ nach Interventions- und Kontrollgruppe

	Gruppe	Min.	Max.	Ø	σ
CBI arbeitsbezogene Belastung (0 gering - 100 stark)	Gesamt N=137	4,17	95,83	49,36	20,4
	IG n=67	16,67	95,83	51,93	18,38
	KG n=70	4,17	91,67	46,9	22,01
CBI patientenbezogene Belastung (0 gering - 100 stark)	Gesamt N=124	0	87,5	31,85	21,86
	IG n=61	0,00	75,00	35,25	20,22
	KG n=63	0,00	87,5	28,56	23,01
CBI Belastung des psychischen Wohlbefindens (0 gering - 100 stark)	Gesamt N=138	4,17	100,00	54,53	22,29
	IG n=67	8,33	100,00	58,4	21,17
	KG n=71	4,17	95,83	50,88	22,85
Physischer Gesundheitszustand (1 schlecht - 5 gut)	Gesamt N=138	1,54	5,00	3,18	0,8
	IG n=67	1,62	5,00	3,12	0,77

	KG n=71	1,54	4,92	3,24	0,83
WAI-Summe (max. 22)	Gesamt N=133	5,00	22,00	16,01	4
	IG n=65	5,00	21,00	15,66	3,85
	KG n=68	5,00	22,00	16,34	4,13

Tabelle 11 – CBI- und WAI-Ergebnisse sowie Gesundheitszustand zu t₀ nach Geschlechtern und Berufsgruppe

	Geschlecht/ Profession	Min.	Max.	Ø	σ
CBI arbeitsbezogene Belastung (0 gering - 100 stark)	Gesamt N=137	4,17	95,83	49,36	20,4
	unbekannt n=3	54,17	79,17	70,83	14,43
	weiblich n=116	4,17	95,83	49,5	19,87
	männlich n=18	16,67	95,83	44,91	23,07
	Pflege n=58	12,5	95,83	52,66	19,19
	andere n=79	4,17	95,83	46,94	21,03
CBI patientenbezogene Belastung (0 gering - 100 stark)	Gesamt N=124	0,00	87,5	31,85	21,86
	unbekannt n=1	60,00	60,00	60,00	-
	weiblich n=107	0,00	75,00	30,97	21,4
	männlich n=16	0,00	87,5	35,94	24,57
	Pflege n=58	0,00	75,00	33,26	21,31
	andere n=66	0,00	87,5	30,61	22,41
CBI Belastung des psychischen Wohlbefindens (0 gering - 100 stark)	Gesamt N=138	4,17	100	54,53	22,29
	unbekannt n=3	58,33	70,83	66,67	7,22
	weiblich n=117	4,17	100	54,31	22,74
	männlich n=18	16,67	100	53,94	21,03
	Pflege n=58	8,33	100	57,83	20,84
	andere n=80	4,17	100	52,14	23,12
	Gesamt	1,54	5,00	3,18	0,8

Physischer Gesundheitszustand (1 schlecht - 5 gut)	N=138				
	unbekannt n=3	2,38	2,92	2,69	0,28
	weiblich N=117	1,54	5,00	3,17	0,8
	männlich n=18	2,00	4,83	3,31	0,87
	Pflege N=58	1,64	4,92	3,12	0,79
	andere n=80	1,54	5,00	3,23	0,81
WAI-Summe (max. 22)	Gesamt N=133	5,00	22,00	16,01	4,00
	unbekannt n=3	5,00	15,00	11,67	5,77
	weiblich n=112	5,00	22,00	15,92	4,03
	männlich n=18	11	22,00	17,28	2,97
	Pflege n=55	5,00	22,00	16,07	4,18
	andere n=78	5,00	22,00	15,96	3,89

6.4 Wirksamkeit der Intervention

Zur Prüfung der beiden in Kapitel 3.2 vorgestellten Hypothesen

Arbeitshypothese 1: Die neue Versorgungsform – Kreative Stärkungsgruppen - steigert die Arbeitszufriedenheit (Erhöhung des MW COPSOQ) in der Interventionsgruppe um 10% gegenüber dem deutschen COPSOQ-Kollektiv (Nübling et al., 2005, S. 35; MW=62)

Arbeitshypothese 2: Die neue Versorgungsform – Kreative Stärkungsgruppen - verbessert den allgemeinen Gesundheitszustand, die subjektive Arbeitsfähigkeit, die Wahrnehmung spezifischer arbeitsbedingter Belastungen bzw. Beanspruchungen.

wurden die Daten von 29 Teilnehmenden der Interventionsgruppe und 47 Teilnehmenden der Kontrolle nach dem intention-to-treat-Prinzip ausgewertet.

6.4.1 Wirksamkeit der Intervention - Primäres Outcome

Es konnte keine Steigerung der Arbeitszufriedenheit um 10% gegenüber dem deutschen Mittelwert im Gesundheitswesen nach Nübling et al. (2005, MW=62) festgestellt werden. Dennoch wurde beobachtet, dass sich die Arbeitszufriedenheit in der Interventionsgruppe ($MW_0=55,47\pm 10,23$; $MW_1=57,07\pm 11,65$) zum Positiven verändert, während die Arbeitszufriedenheit in der Kontrollgruppe ($MW_0=56,29\pm 19,69$; $MW_1=53,47\pm 20,09$) sank ($p>.05$). Tabelle 12 zeigt die Ergebnisse zu t0 und t1.

Tabelle 12 - Ergebnisse für primäres Outcome "Arbeitszufriedenheit" t₀ und t₁

Gruppe		Ø t ₀	σ t ₀	Ø t ₁	σ t ₁	Sig. ⁷	d ⁸	Δt ₁ -t ₀	σ Δt ₁ -t ₀	Sig. ⁹	f ¹⁰
B11 ¹	IG n=28	55,47	10,23	57,07	11,65	.129	0,22	2,23	10,18	.075	0,22
	KG n=45	56,29	19,69	53,47	20,09	.067	0,23	-2,83	12,41		

¹COPSOQ: Zufriedenheit mit der Arbeitssituation (0 gering - 100 hoch)

Ein weiterer signifikanter Rückgang mit schwachem Effekt ($p=.009$, $d=0,45$) der Arbeitszufriedenheit in der Kontrollgruppe um 5,67 Punkte ($SD=12,69$) zeigt sich nach dem zweiten Follow-up-Zeitpunkt nach 6 Monaten, vergleiche Tabelle 13. Zusätzlich zeigt sich, dass die Signifikanz zwischen den Gruppen zwischen den beiden Versuchszeitpunkten konstant bleibt ($p=.075$).

Tabelle 13 - Ergebnisse für primäres Outcome "Arbeitszufriedenheit" t₀ und t₂

Gruppe		Ø t ₀	σ t ₀	Ø t ₂	σ t ₂	Sig. ¹¹	d ¹²	Δt ₂ -t ₀	σ Δt ₂ -t ₀	Sig. ¹³	f ¹⁴
B11 ¹	IG n=23	54,05	10,60	54,12	11,86	.487	0,01	0,06	9,53	.075	0,25
	KG n=31	58,58	21,51	52,91	16,52	.009	0,45	-5,67	12,69		

¹ COPSOQ: Zufriedenheit mit der Arbeitssituation (0 gering - 100 hoch)

6.4.2 Summative Evaluation - Sekundäre Outcomes zu t₁

Die Anforderungen an die Arbeit verändern sich innerhalb der Interventionsgruppe zwischen t₀ und t₁ zum Positiven, während die Anforderungen in der Kontrollgruppe nach 3 Monaten schlechter bewertet werden ($p=.056$).

Bei der wahrgenommenen Gefährdung des Privatlebens durch die Tätigkeit sank der Messwert von 55,89 ($SD=18,95$) auf 49,6 ($SD=24,11$) signifikant innerhalb der Interventionsgruppe ($p=.033$) mit schwacher Effektstärke. Der Vergleich zwischen den Gruppen liegt bei $p=.083$.

Alle weiteren Werte sind Tabelle 14 zu entnehmen.

⁷ Veränderung innerhalb der Gruppe zwischen t₀ und t₁, einseitige Prüfung

⁸ Cohen's d (1988): ab 0,2 schwacher Effekt | ab 0,5 mittlerer Effekt | ab 0,8 starker Effekt

⁹ Veränderung zwischen den Gruppen und zwischen t₀ und t₁, zweiseitige Prüfung

¹⁰ Effektstärke f nach Cohen (1988): ab 0,1 schwacher Effekt | ab 0,25 mittlerer Effekt | ab 0,4 starker Effekt

¹¹ Veränderung innerhalb der Gruppe zwischen t₀ und t₁, einseitige Prüfung

¹² Cohen's d (1988): ab 0,2 schwacher Effekt | ab 0,5 mittlerer Effekt | ab 0,8 starker Effekt

¹³ Veränderung zwischen den Gruppen und zwischen t₀ und t₁, zweiseitige Prüfung

¹⁴ Effektstärke f nach Cohen (1988): ab 0,1 schwacher Effekt | ab 0,25 mittlerer Effekt | ab 0,4 starker Effekt

Tabelle 14 – COPSOQ-Ergebnisse für sekundäres Outcome t₀ und t₁

Gruppe		Ø t ₀	σ t ₀	Ø t ₁	σ t ₁	Sig. ¹⁵	d ¹⁶	Δt ₁ -t ₀	σ Δt ₁ -t ₀	Sig. ¹⁷	f ¹⁸
B1 ¹	IG n=28	73,21	15,93	68,45	17,32	.079	0,28	-4,76	17,33	.056	0,23
	KG n=47	64,72	20,50	67,02	20,11	.130	0,17	2,30	13,87		
B2 ²	IG n=28	55,89	18,95	49,6	24,11	.033	0,36	-6,29	17,35	.083	0,21
	KG n=46	50,22	24,08	51,55	23,3	.314	0,07	1,33	18,51		
B5 ³	IG n=28	67,71	12,03	68,87	12,71	.282	0,11	1,16	10,49	.752	<0,1
	KG n=47	68,05	16,82	68,26	18,11	.457	0,02	0,21	13,55		
B10 ⁴	IG n=28	70,54	20,75	72,32	20,79	.350	0,07	2,31	24,03	.946	<0,1
	KG n=46	72,01	28,77	73,91	25,8	.310	0,07	1,9	25,82		
B12 ⁵	IG n=28	56,3	18,43	58,15	17,11	.247	0,13	1,85	13,88	.558	<0,1
	KG n=45	58,22	19,34	57,78	15,94	.432	0,03	-0,44	17,18		

¹ COPSOQ: Anforderungen bei der Arbeit (0 gering - 100 hoch)

² COPSOQ: Gefährdung des Privatlebens durch die Arbeit (0 gering - 100 hoch)

³ COPSOQ: Entwicklungsmöglichkeiten (0 gering - 100 hoch)

⁴ COPSOQ: Häufigkeit der Gedanken daran, den Beruf oder die Arbeitsstelle in Frage zu stellen (0 selten - 100 oft)

⁵ COPSOQ: Einschätzung des Gesundheitszustands (0 schlecht - 100 gut)

Wie in Tabelle 15 nachzuvollziehen, zeigt die Interventionsgruppe eine signifikante Verbesserung beim psychischen Wohlbefinden ($MW_0=58,18\pm 19,83$; $MW_1=52,93\pm 20,99$; $p=.024$). In der Kontrollgruppe hingegen kann eine signifikante negative Veränderung des psychischen Wohlbefindens ($MW_0=54,8\pm 22,3$; $MW_1=59,15\pm 22,44$; $p=.038$) sowie der patientenbezogenen Belastung ($MW_0=33,33\pm 22,9$; $MW_1=38,50\pm 21,58$; $p=.036$) festgestellt werden, mit jeweils schwacher Effektstärke.

Die patientenbezogene Belastung und das psychische Wohlbefinden unterscheidet sich zwischen den Gruppen signifikant zu t₁ ($p=.027$; $p=.011$), zum Vorteil der Interventionsgruppe, mit jeweils mittlerer Effektstärke.

¹⁵ Veränderung innerhalb der Gruppe zwischen t₀ und t₁, einseitige Prüfung

¹⁶ Cohen's d (1988): ab 0,2 schwacher Effekt | ab 0,5 mittlerer Effekt | ab 0,8 starker Effekt

¹⁷ Veränderung zwischen den Gruppen und zwischen t₀ und t₁, zweiseitige Prüfung

¹⁸ Effektstärke f nach Cohen (1988): ab 0,1 schwacher Effekt | ab 0,25 mittlerer Effekt | ab 0,4 starker Effekt

Tabelle 15 – CBI-Ergebnisse für sekundäres Outcome t₀ und t₁

Gruppe	Ø t ₀	σ t ₀	Ø t ₁	σ t ₁	Sig. ¹⁹	d ²⁰	Δt _{1-t₀}	σ Δt _{1-t₀}	Sig. ²¹	f ²²	
1	IG n=28	53,42	17,31	50,65	18,06	.176	0,18	-2,77	15,49	.208	0,15
	KG n=45	50,46	21,47	52,83	21,99	.185	0,14	2,37	17,56		
2	IG n=25	38,67	16,38	34,77	19,13	.061	0,32	-3,9	12,16	.027	0,29
	KG n=39	33,33	22,90	38,50	21,58	.036	0,3	5,17	17,43		
3	IG n=27	58,18	19,83	52,93	20,99	.024	0,4	-5,25	13,1	.011	0,31
	KG n=46	54,80	22,31	59,15	22,44	.038	0,27	4,35	16,24		

¹arbeitsbezogene Belastung „work-related burnout“ (0 gering - 100 hoch)

²patientenbezogene Belastung „client-related burnout“ (0 gering - 100 hoch)

³psychisches Wohlbefinden „personal burnout“ (0 hoch - 100 gering)

Für die Kategorien des WAI zeigt sich, wie in Tabelle 16 nachzuvollziehen, keine signifikante Veränderung innerhalb oder zwischen den Gruppen.

Tabelle 16 - WAI-Ergebnisse für sekundäres Outcome t₀ und t₁

Gruppe	Ø t ₀	σ t ₀	Ø t ₁	σ t ₁	Sig. ²³	d ²⁴	Δt _{1-t₀}	σ Δt _{1-t₀}	Sig. ²⁵	f ²⁶
IG n=26	14,77	4,07	15,58	3,74	.114	0,24	0,81	3,33	.285	0,13
KG n=43	16	3,98	15,86	4,19	.402	0,04	-0,14	3,66		

¹Verwendung der WAI-Items 1, 5, 6; Maximalwert 22 für vollständige subjektive Arbeitsfähigkeit

Der subjektive allgemeine Gesundheitszustand verbesserte sich nach der Intervention nur geringfügig. Trotz wiederum leichter Verschlechterung in der KG konnten keine Unterschiede zwischen den Gruppen festgestellt werden (vgl. Tabelle 17).

¹⁹ Veränderung innerhalb der Gruppe zwischen t₀ und t₁, einseitige Prüfung

²⁰ Cohen's d (1988): ab 0,2 schwacher Effekt | ab 0,5 mittlerer Effekt | ab 0,8 starker Effekt

²¹ Veränderung zwischen den Gruppen und zwischen t₀ und t₁, zweiseitige Prüfung

²² Effektstärke f nach Cohen (1988): ab 0,1 schwacher Effekt | ab 0,25 mittlerer Effekt | ab 0,4 starker Effekt

²³ Veränderung innerhalb der Gruppe zwischen t₀ und t₁, einseitige Prüfung

²⁴ Cohen's d (1988): ab 0,2 schwacher Effekt | ab 0,5 mittlerer Effekt | ab 0,8 starker Effekt

²⁵ Veränderung zwischen den Gruppen und zwischen t₀ und t₁, zweiseitige Prüfung

²⁶ Effektstärke f nach Cohen (1988): ab 0,1 schwacher Effekt | ab 0,25 mittlerer Effekt | ab 0,4 starker Effekt

Tabelle 17 - Gesundheitszustand Ergebnisse für sekundäres Outcome t₀ und t₁

Gruppe		\bar{x} t ₀	σ t ₀	\bar{x} t ₁	σ t ₁	Sig. ²⁷	d ²⁸	Δ t _{1-t₀}	$\sigma \Delta$ t _{1-t₀}	Sig. ²⁹	f ³⁰
1	IG N=26	5.63	1.84	5.81	1.71	.247	0,13	0.19	1.39	.558	<0,1
	KG N=45	5.82	1.93	5.78	1.6	.432	0,03	-0.04	1.72		
2	IG N=26	3.10	0.76	3.13	0.76	.389	0,16	0.03	0.48	.218	0,15
	KG N=46	3.11	0.72	2.98	0.74	.053	0,24	-0.13	0.52		

¹Subjektiver Gesundheitszustand (11 Stufen, 0 schlecht – 10 gut)

²Gesundheitszustand und körperliche Beschwerden (1 schlecht – 5 gut)

6.4.3 Subgruppenanalysen - Veränderungen t₀ zu t₁

Die Subgruppenanalysen innerhalb der Interventions- und Kontrollgruppe (aufgrund der zu geringen Anzahl männlicher Teilnehmender in der Interventionsgruppe wird für das Geschlecht auf eine Vergleichsanalyse verzichtet) ergibt folgende Ergebnisse:

- Die Analyse für pflegendes Personal /weitere Berufsgruppen zeigt innerhalb der Interventionsgruppe keine signifikanten Unterschiede für die Entwicklung der Arbeitszufriedenheit (Pflege: n=11, andere: n=16).

In der Kontrollgruppe (Pflege: n=19, andere: n=28) wird für das Item B12 des COPSOQ „Allgemeiner Gesundheitszustand“ ein Gruppenunterschied mit $p=.046$ ($d^{27}=0,63$) statistisch bedeutsam. Der durchschnittliche Wert für das Pflegepersonal verschlechtert sich um $6,67 \pm 18,15$ Punkte, wohingegen der durchschnittliche Wert anderer Berufsgruppen um $3,7 \pm 15,48$ ansteigt. Die negativen Veränderungen in der Pflege der belastenden Auswirkungen der Arbeitssituation (arbeitsbezogener Burnout, CBI), zu hohen Anforderungen bei der Arbeit (Kategorie B1, COPSOQ) sowie der Gefährdung des Privatlebens durch die Arbeit (Kategorie B2, COPSOQ) bewegen sich an der Signifikanzgrenze ($p>.05$).

- Innerhalb der Interventionsgruppe mit n=14 Vollzeitkräften und n=13 Teilzeitkräften veränderte sich das Item COPSOQ-B10 „Gedanken an die Aufgabe des Berufs“ statistisch signifikant zwischen diesen Gruppen ($p=.019$, $d^{27}=1.01$). Der Mittelwert der Vollzeitkräfte stieg um $11,61 \pm 22,18$ Punkte, der Wert der Teilzeitkräfte fiel um $7,69 \pm 22,56$.
- Bei der Auswertung nach Krankenhauspersonal und stationärer Pflege zeigen sich zwei Effekte: Zum einen kann innerhalb der Interventionsgruppe (n=26) festgestellt werden, dass Teilnehmende aus der stationären Pflege (n=9) im Vergleich zu Teilnehmenden aus

²⁷ Veränderung innerhalb der Gruppe zwischen t₀ und t₁, einseitige Prüfung

²⁸ Cohen's d (1988): ab 0,2 schwacher Effekt | ab 0,5 mittlerer Effekt | ab 0,8 starker Effekt

²⁹ Veränderung zwischen den Gruppen und zwischen t₀ und t₁, zweiseitige Prüfung

³⁰ Effektstärke f nach Cohen (1988): ab 0,1 schwacher Effekt | ab 0,25 mittlerer Effekt | ab 0,4 starker Effekt

dem Krankenhaus (n=17) nach dem Durchlauf der Intervention eine deutliche Verbesserung in der arbeitsbedingten Belastung feststellen ($MW_{\Delta}=-15,27\pm 13,5$ vgl. $+3,28\pm 13,7$; $p=.003$, $d=2,56$).

In der Kontrollgruppe zeigt sich zum anderen für die stationäre Pflege (n=17) eine positive Veränderung der Arbeitsbedingungen um 7 Punkte, bei Krankenhauspersonal (n=24) eine Verschlechterung um 1,4 Punkte ($p>.05$).

- Veränderungen in den Outcomes mit einer Doppelbelastung durch die Pflege bzw. Betreuung von Angehörigen kann nicht nachgewiesen werden.
- Es gibt keine Unterschiede bei der Veränderung in den Outcomes zwischen Personen, die ein Interview gegeben haben und denen, die nicht an den Interviews teilgenommen haben.

6.4.4 Summative Evaluation t_2

Nachfolgend finden sich die Ergebnisse der Nacherhebung nach 6 Monaten (t_2):

Es wurden für die Interventionsgruppe keine langfristigen Verbesserungen festgestellt. Die Kontrollgruppe zeigte jedoch über den gesamten Erhebungszeitraum eine signifikante Verschlechterung der Arbeitszufriedenheit ($p=.009$, $d=0,45$) von $58,57\pm 21,51$ auf $52,9\pm 16,52$. Eine Übersicht über die Ergebnisse zu t_2 ist dem Anhang unter A zu entnehmen.

6.5 Formative Evaluation – Qualitative Interviews

Insgesamt wurden 52 Personen im Zeitraum Oktober 2021 – August 2022 zur Vereinbarung eines Interviews kontaktiert. Im Durchschnitt gab es 3,3 Kontaktversuche per Mail oder via Telefon, bis es zu einer Zu- oder Absage für ein Interview kam. Die Interviews dauerten zwischen 00:06:29 Minuten und 00:40:59 Minuten ($MW=00:18:39$, $SD=00:08:37$). Die Interviews erfolgten durchschnittlich 40 Tage nach dem zweiten Termin der KSG ($SD 28,9$ Tage).

6.5.1 Interviews Einrichtungsleitungen

Es wurden fünf Einrichtungsleitungen bezüglich ihrer Einstellungen sowie zu angenommenen Nutzen und Herausforderungen bei der Implementierung von gesundheitsförderlichen Maßnahmen interviewt. Folgende Codes wurden vor der Auswertung gemäß der Fragestellung festgelegt (deduktive Codes): gesundheitsfördernde Angebote im Gesundheitswesen, konkrete Angebote in den Einrichtungen, belastete Berufsgruppen, Erwartungen an KSG, Herausforderungen bei Implementierung von KSG, Bedarf an Angeboten

Im Nachhinein wurden zusätzlich induktive Codes abgeleitet: Leistungsfähigkeit, Krankheit, Arbeitskraft, Gesunderhaltung, Zufriedenheit, Eigeninitiative, Problembewusstsein, Probleme bei der Umsetzung von GFM, dauerhafte Implementierung, angestoßene Veränderungen, Verhalten von (hoch)belasteten Mitarbeitenden.

Die **Bedarfseinschätzung von gesundheitsfördernden Angeboten** wird von allen als sehr hoch eingestuft (n=4). Als besonders belastete Gruppe werden von allen zuerst Pflegepersonen genannt. Diese Gruppe wird um alle Personen ergänzt, die in irgendeiner Form Kontakt zu Patient:innen/Bewohner:innen haben. Die physischen Belastungen werden ebenso wie die psy-

chischen Belastungen als ausschlaggebende Faktoren benannt. Die Arbeitsverdichtung im Gesundheitswesen durch fehlendes Personal und die steigenden Anforderungen an das bestehende Personal sind weitere Nennungen der Befragten. Die Gründe werden unter anderem in hohem Dokumentationsaufwand in der Pflege sowie steigenden Ansprüchen seitens der Angehörigen gesehen. Auch die Veränderung im Bereich der zu versorgenden Menschen sei spürbar, da diese oft schwer krank und pflegebedürftiger seien als in der Vergangenheit.

Konkrete Angebote in den Einrichtungen: Die Angebote in den Einrichtungen unterscheiden sich, aber alle bieten ein breites Angebot an verschiedenen Maßnahmen an. Darunter wurden folgende Angebote erwähnt:

- Arbeitsmedizin
- Arbeitspsycholog:in
- Supervision
- Anti Aggressionstrainer:innen
- Kinästhetik Trainer:innen
- Seelsorge/Beratungsstelle
- Ergonomische Arbeitsplätze
- Fitnessstudio
- Yogakurse
- Zusatzversicherungen (interne Vermittlung von Facharztterminen)
- Schulungsangebote (z.B. Patientenzentrierte Kommunikation)
- Ernährungsberatung
- Rückenschule
- Meditationsapp

Maßnahmen im Bereich Gesundheitsförderung sind bei allen Führungskräften ein Thema, die Umsetzung unterscheidet sich jedoch zwischen den Einrichtungen. Es wird erläutert, dass ein breites Angebot vorhanden sei, dies jedoch nicht von allen Mitarbeitenden genutzt werde. Die Frage, wie dies besser gelingen könne, wird nicht eindeutig beantwortet. Ein Vorschlag ist mehr Niedrigschwelligkeit bei Angeboten und ein besserer Zuschnitt auf die verschiedenen Wünsche der Mitarbeitenden. So seien beispielsweise kreative Angebote nicht für alle attraktiv und die Bedarfe so unterschiedlich wie die Interessen der Mitarbeitenden. Eigene Berührungspunkte mit Angeboten im Bereich der betrieblichen Gesundheitsförderung werden von Befragten eher unscharf beschrieben. So seien es Maßnahmen, die für die Mitarbeitenden initiiert werden und vereinzelt auch selbst besucht wurden. Allerdings sieht keine der befragten Personen die Verantwortung der konkreten Adressierung von Angeboten in der Führungsebene, da Angebote zwar genehmigt und geplant werden, aber die Übernahme der Ansprache der Mitarbeitenden und die Fürsorge, dass das Angebot genutzt wird, sehen zumindest zwei Interviewte bei den Mitarbeitenden selbst. Zwei Befragte sagen ebenfalls, dass es für Projekte wie UPGRADE einen „Kümmerer“ im Unternehmen geben müsse, der die Verantwortung übernimmt und ansprechbar ist. Der „systemische“ Ansatz wird von zwei Befragten favorisiert. Dies heißt es muss sich langfristig etwas ändern, um Angebote etablieren zu können und auch ansprechende Angebote können nicht losgelöst von bspw. einer angespannten Personalsituation funktionieren. Auch Führungskräfte sehen sich im Alltag vor allem mit der „Verwaltung des Mangels“ konfrontiert und müssen sicherstellen, dass betriebliche Abläufe trotzdem funktionieren. Dies hindert eventuell daran langfristige Ziele festzulegen und umsetzen zu kön-

nen. Die Einrichtungsleitungen sind sich einig, dass Vorgesetzte den Mitarbeitenden signalisieren müssen, dass sie gesundheitsfördernde Maßnahmen unterstützen und die Teilnahme befürworten.

Einige der angebotenen Interventionen erfolgen erst bei sehr starker Belastung, z.B. Seel-sorge, Arbeitsmedizin, wenn dies von den Mitarbeitenden gewünscht ist. Viele der Angebote zielen auf die Prävention von negativen gesundheitlichen Auswirkungen physischer Belastungen (Fitnessstudio, ergonomische Arbeitsplätze, Kinästhetik...) und sind eher funktional ausgerichtet, beispielweise eine schnellere Vermittlung von Arztterminen. Es gibt bisher keine kreativen Angebote, die in Kategorie der KSG fallen. Die Niedrigschwelligkeit der Angebote, die psychische Belastungen adressieren, bevor sie „akut“ werden, ist nur bedingt gegeben (z.B. Meditationsapp). Mehr Niedrigschwelligkeit bei gesundheitsfördernden Angeboten wird von zwei Befragten als Maßnahme genannt, um die Beteiligung an den Angeboten zu erhöhen. Die „Bringschuld“, dass es präventive Angebote im Unternehmen geben sollte, wird auf Seiten des Arbeitsgebers verortet. Die „Holschuld“ bei Mitarbeitenden. Die Verantwortung, die passenden Angebote wahrzunehmen und einzufordern, sehen die Einrichtungsleitungen bei den Mitarbeitenden, da man diese nicht verpflichten könne die Angebote wahrzunehmen und eine gewisse Reflexion stattfinden müsse, um zu erkennen, dass der Bedarf der Teilnahme an präventiven Angeboten bestehe.

6.5.2 Teilnehmenden-Interviews

Es wurden 31 Interviews mit Teilnehmenden insgesamt, davon mit 19 Teilnehmenden der Interventionsgruppen zu den beruflichen Tätigkeiten und Belastungen sowie zu Inhalten der Stärkungsgruppen und der Relevanz, der Machbarkeit und der Umsetzungsmotivation zu Teilnahme durchgeführt.

Die im Antrag festgelegten Kategorien wurden zur deduktiven Analyse genutzt. Im Folgenden werden die Ergebnisse nach diesen Kategorien dargestellt. Zusätzlich kodierte Einheiten, die für die Auswertung relevant sind, folgen im Anschluss.

Tabelle 18 - soziodemografische Verteilung Interviewteilnehmende

		Gesamt	Pflege- dienst	Sonstige (Sozialer Dienst, Verwal- tung, Technischer Dienst)
		n = 31	n = 14	n = 17
Geschlecht, in %	Weiblich	64,5	76,9	52,9
	Männlich	35,5	23,1	47,1
	Keine Angabe	-	-	-
Alter, in Jahren	Mittelwert (SD)	48,6 (9,1)	46,5 (10,4)	49,9 (8,3)
	n	29	12	16
Tätigkeit, in %	Vollzeit	41,9	38,5	41,2
	Teilzeit	51,6	53,8	52,9

	Keine Angabe	6,5	7,7	5,9
Berufserfahrung, in Jahren	Mittelwert (SD)	14,9 (11,7)	19,6 (12,0)	12,5 (10,8)
	n	28	11	16

Deduktive Codes:

- Bewertung der partizipativen Intervention im Hinblick auf das Ziel, Belastungen zu reduzieren,
- Akzeptanz der Versorgungsform,
- Barrieren und begünstigende Faktoren bei der Umsetzung,
- Bevorzugt angewendete Strategien und deren Bewertung,
- Haltung der Führung zu dieser Thematik,
- Verbindlichkeit bei der Umsetzung von im Team besprochenen Veränderungen falls zutreffend,
- Arbeitsorganisatorische Faktoren, die definieren, ob eine Teilnahme (besonders) effektiv war,
- Planung der zukünftigen Beibehaltung von Veränderungen,
- Ggf. weitere geplante, aber noch nicht umgesetzte Veränderungen
- Weiterempfehlung an Kolleg:innen

Induktive Codes:

- Belastungen im Arbeitsalltag (strukturell – persönlich – durch Klient:innen)
- Beweggründe zur Teilnahme
- Weitere Teilnahme nach Ablauf des Projekts
- Feedback zu den kreativen Stärkungsgruppen
- Verbesserungspotenziale

Bewertung der partizipativen Intervention im Hinblick darauf, Belastungen zu reduzieren**Akzeptanz der Versorgungsform**

Die Rückmeldung der Teilnehmenden bezüglich des zeitlichen Ablaufs war größtenteils positiv. Als Begründung für zwei ganztägige Stärkungsgruppen wurden die fehlende Motivation nach der Arbeit noch an einer Intervention teilzunehmen sowie der fehlende Abstand zum Arbeitsalltag genannt.

„ich konnte mir nicht vorstellen, jetzt abends nach der Arbeit noch dreimal die Woche dahinzugehen. Das könnte ich mir nicht vorstellen, weil dafür bin ich zu kaputt nach der Arbeit. Aber so in diesem Rahmen, dass man einen ganzen Tag geht, ja.“ (Interview 16)

„Ja, also das war eigentlich auch gut. Auch wieder positiv. Wenn man gestresst ist, kommt man ja auch aus dem Alltag ein bisschen raus. Man ist trotzdem irgendwie zur Arbeit gegangen, aber angenehm.“ (Interview 21)

Diese Rückmeldung der Teilnehmenden wurde in der Projektevaluation berücksichtigt und das Format der Stärkungsgruppen wurde aufgrund der gemachten Erfahrungen und des Feedbacks der Teilnehmenden in den KSG von einem Kursformat geändert in ein Format mit Kursblöcken. Dieses Kompaktformat war für die Beschäftigten erheblich besser vereinbar mit den Anforderungen der täglichen Arbeit.

Barrieren und begünstigende Faktoren bei der Umsetzung

„Belastend auf jeden Fall, wenn man zu wenig Zeit hat. Also ich bin der Meinung, wir haben immer zu wenig Zeit. Man kann irgendwie in unserem Beruf nie genug Zeit haben.“

(Interview 3)

„Ja. Dann hohes Arbeitsaufkommen, kranke Kollegen, Kollegen, die mit Burnout, Überlastung oder sonstigen Sachen zuhause bleiben und ja ... Ich habe jetzt gerade Freitag einen Dienst von 13:42 Uhr bis null gehabt. Also zehn Stunden ohne Pause.“

(Interview 14)

Ja, die Struktur. Das geht einfach nicht mehr. Ich meine, das brauche ich Ihnen ja sicher nicht zu erklären, dass die Pflege irgendwie kurz vor dem Exitus ist.

(Interview 14)

Die Faktoren Arbeitsverdichtung und Zeitdruck aufgrund von Personalmangel wurden in fast allen Interviews angesprochen. Der Faktor Zeit wird von 12 Interviewten genannt und als Hemmnis beschrieben an den kreativen Stärkungsgruppen teilzunehmen. Dazu zählen Zeitdruck bei der Arbeit, mit der Folge keine Energie mehr für andere Aktivitäten zu haben, oder das Problem Berufs- und Privatleben miteinander zu vereinbaren. Daraus resultiert ein gewisser Druck, nicht aufgrund einer Fortbildungsteilnahme fehlen zu können, wenn nicht absehbar sei, ob der Nutzen hoch genug sei.

Die Adressierung des Angebots per Mail und über Flyer wurde teils als wenig zielführend empfunden. Inhalte waren einigen Befragten unklar und E-Mails werden nicht regelmäßig gelesen. Die direkte Ansprache vor Ort wurde als positiv wahrgenommen, da es die Möglichkeit gab, Rückfragen zu stellen und sich besser über das Angebot zu informieren. Die Gruppenzusammensetzung resultierte aus der Randomisierung. Dass die Teilnehmenden keinen Einfluss darauf hatten mit wem sie an einer KSG teilnahmen, wurde von einigen als positiv wahrgenommen. Andere hingegen empfanden es als Hemmnis mit Kolleg:innen in einer Stärkungsgruppe zu sein, da sie sich nicht so gut öffnen konnten, wenn es sich um persönliche oder arbeitsbezogene Probleme handelte. Einige Beteiligte äußerten kritische Ansichten bezüglich der Durchführung innerhalb der betrieblichen Räumlichkeiten sowie der Vermittlung des Vorhabens über den Arbeitgeber, wobei ein Mangel an Vertrauen als eine zugrundeliegende Problematik identifiziert werden konnte.

Umsetzung in den Arbeitsalltag

Zusätzlich zu den bereits erwähnten generellen Barrieren ergänzen folgende spezifische Probleme die Herausforderungen bei der Umsetzung der kreativen Stärkungsgruppen:

- **Zeitdruck** auf der Arbeit: Fünf Teilnehmende betonen, dass der Zeitdruck am Arbeitsplatz ein ernsthaftes Problem darstellt. Sie finden keine Zeit, die erlernten Techniken aus den Stärkungsgruppen in ihrem Arbeitsalltag anzuwenden.
- **Personalmangel**: Drei Teilnehmende geben den Personalengpass als einen zusätzlichen Stressfaktor an. Dieser Mangel an Ressourcen beeinflusst ihre Fähigkeit, sich für die Teilnahme an den Stärkungsgruppen zu entscheiden und sich aktiv daran zu beteiligen.
- **Schwierigkeiten beim Transfer in den Alltag**: Zwei Teilnehmende geben an, dass es ihnen schwerfällt, das Wissen aus den KSG in ihren Alltag zu übertragen. Dies würde die Nachhaltigkeit der erworbenen Fähigkeiten beeinträchtigen.
- **Stress**: Drei Teilnehmende nennen Stress als ein Problem, das den Transfer aus den KSG an den Stärkungsgruppen behindert.
- **Fehlende Verstetigung des Erlernten**: Einige Teilnehmende geben an, dass sie nach den Stärkungsgruppen zu schnell wieder in ihren gewohnten Arbeitsalltag zurückkehren und es keine Strukturen gibt, um das Erlernte langfristig zu festigen.
- **Mangelndes Verständnis der Führungsebene**: Eine Teilnehmerin empfindet, dass ihre Vorgesetzten kein Verständnis für die Bedeutung der Stärkungsgruppen haben, insbesondere wenn die erworbenen Fähigkeiten nicht unmittelbar arbeitsrelevant sind. (Arbeit geht vor individuellen Auszeiten)

Diese zusätzlich genannten Barrieren verdeutlichen die vielschichtigen Herausforderungen bei der Implementierung von Stärkungsgruppen am Arbeitsplatz und unterstreichen die Notwendigkeit, gezielte Maßnahmen zur Bewältigung dieser Hindernisse zu entwickeln.

Bevorzugt angewendete Strategien und deren Bewertung

Die Strategien der Befragten variieren stark, da es sich um individuelle Entscheidungen handelt und die Befragten sehr unterschiedliche Arbeitsbereiche und unterschiedliche Vorerfahrungen mit kreativen Arbeitstechniken haben. Einige Befragte (n=6) nennen, dass sie sich aktiv entscheiden in ihrem Arbeitsalltag kurze Pausen einzulegen und die Situation zu verlassen.

*„tief ein und ausatmen, auch mal sich vom Alltag ein paar Minuten erstmal rausziehen. Dann habe ich gemacht, dass ich mal ein Glas Wasser getrunken habe. Weil ich komme schon an meine Grenzen, aber ich gucke, dass ich nicht über meine Grenzen gehe, weil das bringt mir dann nichts“
(Interview 31)*

Die Stärkungsgruppen hätten dazu beigetragen, das Bewusstsein für die individuellen Grenzen zu schärfen und diese sowohl erneut als auch in einigen Fällen erstmalig zu berücksichtigen. Ebenso wurden die Wertschätzung der eigenen Person und der beruflichen Tätigkeit verstärkt betont, und die Umsetzung von Pausen im Alltag, insbesondere in stressigen Situationen, wurde gefördert. Techniken, die innerhalb der KSG angewendet wurden, haben durchaus den Weg in den Alltag der Befragten gefunden. So sagen einige Interviewte, dass sie die kreativ erstellten Materialien am Arbeitsplatz oder zuhause als Erinnerung an die KSG aufgestellt haben. Dies wurde als hilfreich empfunden, um sich wieder daran zu erinnern die Techniken besser in den Alltag zu integrieren.

„Das hat mir in meinem Arbeitsalltag geholfen, weil ich mich immer wieder versucht, darauf mich zurückzubedenken. Und ich gucke mir auch abends öfter mal die Geschichte an, von der ich gerade sprach. Ich habe mir auch drei Briefe geschrieben, also

in den zwei Tagen habe ich mir drei Briefe geschrieben, die ich dann abends manchmal nochmal durchlese, um mich daran zu erinnern, was wichtig ist, was unwichtig ist.“

(Interview 16)

Das bewusste Ein- und Ausatmen und die kurzen Pausen, um etwas zu trinken wurden von den Interviewten durchweg als hilfreiche Maßnahme beurteilt, um stressige Situationen zu unterbrechen und danach ruhiger weiterzuarbeiten.

Haltung der Führung zu dieser Thematik

Bei der Frage, welche Haltung die Führung zu der Thematik hat, gab es gemischte Rückmeldungen. Einige Interviewte (n=7) berichten, dass sie von ihren Vorgesetzten ermutigt wurden das Angebot wahrzunehmen und signalisierten, dass dies trotz enger Personaldecke möglich gemacht wird.

„Ich finde das positiv, dass mein Arbeitgeber überhaupt an solchen Studien teilnimmt. Punkt 1. Das finde ich ein sehr positiver Aspekt, denn ich glaube, langsam kommt es auch in den oberen Etagen an, wie wertvoll die Arbeitskraft ist und wie wertvoll der Erhalt ist.“

(Interview 6)

Eine positive Einstellung der Führungskräfte begünstigt die Teilnahme an den KSG. Dies wurde von allen als sehr wertschätzend und positiv wahrgenommen.

Andere Teilnehmende (n=4) berichten davon, dass Vorgesetzte sie aufgrund fehlenden Personals nicht für die KSG freigestellt haben, oder sie sich für Teilnahme rechtfertigen mussten.

„Also wir haben in der Gruppe auch erfahren von anderen Teilnehmenden. Es war zwar von der Pflegedirektion offiziell ausgesprochen, sie kriegen dafür frei, und möglicherweise ist auch in den Stationsleitungssitzungen gesagt worden, stellen Sie bitte Ihre Mitarbeiter dafür frei. Aber was will eine Stationsleitung machen, der einfach das Personal fehlt? Die macht natürlich Druck und gibt Gegenwind. Und ich habe halt von einer Teilnehmerin auch gehört, die gefragt wurde: Was soll das denn jetzt? Was willst du da? Meinst du nicht, du würdest hier gebraucht?“

(Interview 13)

„Der Druck wird doch von oben nach unten durchgegeben. Und das sind natürlich systembedingte und strukturelle Themen, ja, auf die sie sich dann einlassen oder eben nicht einlassen können, dabei krank werden oder gesund bleiben.“

(Interview 17)

Der „Druck“, der wird von fast allen Teilnehmende erwähnt. Ebenso das Verständnis, dass bei akutem Personalmangel die Arbeit vor der Teilnahme an den KSG steht. Es wird sich gewünscht, dass Unternehmen sich aktiv für die Gesundheit ihrer Mitarbeitenden einsetzen und gesundheitsfördernde Maßnahmen ermöglichen.

Arbeitsorganisatorische Faktoren, die definieren, ob eine Teilnahme (besonders) effektiv war

Die Kreativen Stärkungsgruppen wurden von einem Großteil der Beteiligten als effektiv in Bezug auf ihren Arbeitsalltag wahrgenommen (n=14). Es gab drei Personen, die diese Effektivität nicht bestätigten. Die Hauptbegründung für ihre Aussage lag in der vermissten regelmäßigen Praxis und Reflexion sowie in der Vorstellung, dass das Angebot als dauerhafte und etablierte Instanz einen größeren Nutzen entfalten könnte.

Konkret wurden verschiedene Elemente aus den KSG in den Arbeitsalltag integriert, wobei folgende Aspekte besonders hervorstachen (wenn mehr als ein Aspekt benannt wurde, dann wurden diese Antworten als Mehrfachnennung der folgenden Aufzählung zugeordnet):

- Eine erhöhte Beachtung von Pausen (n=5).
- Das Durchführen von Atemübungen zur Steigerung des Bewusstseins für die eigene Atmung und Selbst- und Körperwahrnehmung (n=3).
- Ein gesteigertes Maß an Ruhe und Gelassenheit im alltäglichen Berufsleben.
- Die Anerkennung des eigenen Wertes und die Bereitschaft, sich Auszeiten zu gönnen.
- Das Erlernen und Anwenden der Fähigkeit, "Nein" zu sagen (n=5).
- Eine realistischere Einschätzung der eigenen Ressourcen und die Bereitschaft, Arbeit abzugeben, ohne sich für alles verantwortlich zu fühlen.
- Die Integration von Materialien aus den KSG in den (Arbeits-)Alltag
- Eine bewusstere Bewältigung von Stress und ein sensiblerer Umgang mit den psychischen und physischen Reaktionen darauf.
- Das Erkennen und Artikulieren eigener Bedürfnisse sowie die verstärkte Fokussierung auf die eigene Gesundheit.

Planung der zukünftigen Beibehaltung von Veränderungen

Zur Frage, ob Veränderungen in Zukunft beibehalten werden können, gab es keine eindeutigen Antworten. Diese Unsicherheit bestand darin, dass es nach einer kurzen Intervention von 16 Stunden keine ausreichende Verstetigung der Inhalte geben könne, da es dafür eine höhere Kontinuität bräuchte, um Verhaltensweisen im Alltag dauerhaft anzupassen. Allerdings gab es von einigen Teilnehmenden zumindest den Vorsatz die positiven Dinge aus den KSG auch im Alltag zu beherzigen, wie dieses Interviewzitat verdeutlicht.

„man hat sich ja wirklich mit sich selbst beschäftigt auf eine kreative Art und Weise, die man so noch nicht kannte. Und wir wurden ja auch gestärkt in der Hinsicht, mal Nein zu sagen. Hört sich vielleicht ein bisschen komisch an, aber ist so. Weil wir Altenpfleger, wir sind irgendwie auch dafür bekannt, dass wir immer einspringen, weil wir ja das Wohl der Bewohner im Hinterkopf haben und dann selber viel zu kurz kommen im Alltag. Das hat schon gutgetan auf jeden Fall.“

(Interview 3)

Weiterempfehlung an Kolleg:innen

Die Befragten würden die Kreativen Stärkungsgruppen ihren Kolleg:innen weiterempfehlen. Nur vier Befragte beantworteten die Frage nicht eindeutig und begründen dies damit, dass man sich als Teilnehmender auf die KSG einlassen müsse und dieses Format nicht für jede Person gleichermaßen ansprechend sei. Alle Personen, die geantwortet haben, dass sie selbst nicht noch einmal an einer KSG teilnehmen würden, gaben an, dass sie dieses Angebot trotzdem weiterempfehlen würden, da es an individuellen Faktoren lag, dass es im Einzelfall nicht gepasst hat.

Belastungen im Arbeitsalltag (strukturell – persönlich – durch Klient:innen)

Belastungen im Arbeitsalltag waren in allen Interviews ein präsent Thema. Zur Übersichtlichkeit wurde dieser Code in drei Unter-codes aufgeschlüsselt. In diesem Code sind die Antworten von Interviewten aus KG und IG gemeinsam ausgewertet.

Strukturelle Belastungen im Arbeitsalltag machen die größte Kategorie aus, sie werden von zwei Drittel der Befragten genannt. Im Folgenden die häufigsten Nennungen in absteigender Reihenfolge.

- Permanente Erreichbarkeit für Arbeitseinsätze (Einspringen) führt bei Angestellten zu dem Gefühl, nie wirklich frei zu haben, da sie regelmäßig von der Arbeit kontaktiert werden
- Zu wenig Personal führt dazu, dass Mitarbeitende „alleine“ arbeiten müssen. Die Verantwortung für zu viele Klient:innen zu haben wird als sehr belastend empfunden. Daraus resultieren Zeitdruck in der individuellen Versorgung, eine Arbeitsverdichtung und das Gefühl die Arbeit nicht adäquat bewältigen zu können
- n=15 Interviewte sprechen hohe Krankenstände an. Ein überdurchschnittlich hoher Krankenstand führt zu einer vermehrten Arbeitsbeanspruchung. Dies verstärkte sich vor allem während der Corona Pandemie nochmals deutlich.
- Kürzere Verweildauer von Klient:innen sowohl im Krankenhaus als auch in Einrichtungen der stationären Langzeitpflege führen dazu, dass die Arbeitsabläufe als komplexer wahrgenommen werden, da mehr Menschen in kürzerer Zeit behandelt werden müssen. Die Versorgung von Menschen in Pflegeheimen gestaltet sich laut Aussage einer Interviewten zunehmend komplexer aufgrund eines steigenden Altersdurchschnitts, einer erhöhten Prävalenz von schweren Gesundheitsproblemen und einer verstärkten Ausrichtung auf palliative Pflege.
- Die begrenzte verfügbare Zeitressource für Auszubildende wird von n=2 als signifikante Belastung wahrgenommen.

Persönliche Belastungen

Im Rahmen der vorliegenden Untersuchung wurden sämtliche Äußerungen, die nicht unmittelbar mit der Betreuung von Klient:innen oder den strukturellen Arbeitsbedingungen in Verbindung standen, einer Kategorie zugeordnet, die auf persönliche Belastungen im Arbeitsalltag abzielte. Innerhalb dieser Kategorie manifestierte sich eine Vielzahl von differenzierten Äußerungen.

- Zwischenmenschliche Konflikte am Arbeitsplatz wurden als eine der herausfordernden Faktoren im Kontext beruflicher Belastungen identifiziert. Diese Konflikte manifestieren sich in der Weise, dass sie in das Privatleben der Betroffenen übergehen und somit auch außerhalb der beruflichen Tätigkeit erheblichen Raum einnehmen
- Die körperlichen Symptome, darunter Migräne, anhaltende Müdigkeit und das Gefühl der Überlastung, manifestieren sich ebenfalls im privaten Lebensbereich und üben dort einen Einfluss aus
- auch die Umstände, die zur Folge haben den Bedürfnissen der Bewohner:innen nicht angemessen gerecht zu werden, führen zu emotionaler Belastung oder Trauer bei Pflegekräften im professionellen Kontext. Dies wird durchaus von Führungskräften wahrgenommen und adressiert.

„Oder auch einfach die Trauer darüber, den Bewohnern und Bewohnerinnen nicht das geben zu können, was wir gewohnt sind, was wir gerne

möchten, wo wir die Notwendigkeit sehen, was die Bewohner auch sagen, was sie sich wünschen.“ (Interview Leitungsperson 1)

Belastungen durch Klient:innen

- Die Erkrankungen der Klient:innen, darunter Krebserkrankungen, psychische Störungen und schwer erkrankte Kinder, werden von den Betreuenden als belastend empfunden, was häufig zu Mitleid führt, da die persönliche Abgrenzung gegenüber schweren Schicksalen schwerfällt
- Anhaltende Diskussionen und Spannungen mit Angehörigen entstehen aufgrund eines Mangels an Verständnis seitens der Angehörigen, insbesondere in Bezug auf Wartezeiten und fehlende Wertschätzung für die professionelle Arbeit

Beweggründe zur Teilnahme

Die Beweggründe der Teilnehmenden die KSG zu besuchen variierten. Im Folgenden die Gründe, die von mehr als n=5 genannt wurden. Darunter gab es jene, die eher eine präventive Motivation haben z.B. die eigene psychische Gesundheit als Fokus, Empfehlung von Kolleg:innen, Präventionsangebote wahrnehmen wollen. Eine gewisse Neugier, die persönliche Weiterentwicklung sowie Interesse an kreativen Techniken wurden hier genannt. Weitere Beweggründe, von Teilnehmenden, die die KSG eher als Hilfsangebot einstufen, wenn es bereits zur Belastungen im Arbeitsalltag gekommen ist, nennen als Teilnahmegründe „Raus aus dem Trott“ zu kommen, fehlenden Input durch Corona und wenig Motivation selbst aktiv zu werden (und in der Corona-Zeit mangelndes Angebot) zu kompensieren oder aber auch als akuten Hilferuf, weil die Belastungen so hoch sind, dass eine dauerhafte Arbeitsfähigkeit ohne Änderung der Umstände für sich selbst nicht (mehr) gesehen wird. In Überkategorien zusammengefasst nennen n=5 berufliche Gründe für die Teilnahme, n=7 geben ihre persönliche Situation als Grund an und n=17 persönliche Weiterentwicklung & präventiver Ansatz (es wurde teilweise mehr als ein Aspekt pro Interview genannt und die Aussagen wurden jeweils zu den jeweiligen Codes zugeordnet). Das Bewusstsein für die hohe psychische und physische Belastung im Beruf ist den Befragten sehr präsent und dies wird in allen Interviews direkt-oder indirekt angesprochen. Hohe Krankenstände oder persönliche Betroffenheit, durch eigene Erfahrungen, oder durch Erkrankungen von Kolleg:innen werden als einprägsame Ereignisse wahrgenommen, die den Wunsch etwas für die eigene Gesundheit zu tun durchaus verstärken. Allerdings wird in wenigen Interviews (n<5) davon gesprochen, dass aktiv Angebote zu diesem Zweck genutzt werden.

Feedback zu den kreativen Stärkungsgruppen

Die Bewertung der Inhalte der Stärkungsgruppen war überwiegend positiv. Es wurde den Teilnehmenden deutlich gemacht, dass es im Kontext der KSG kein "richtig" oder "falsch" gibt. Im Verlauf der KSG wurden neue Herangehensweisen und Perspektiven vorgestellt und miteinander diskutiert. Die Atmosphäre innerhalb der Gruppen wurde als besonders angenehm und von gegenseitigem Vertrauen geprägt wahrgenommen. Besonders hervorgehoben wurde der konstruktive Austausch zwischen den Teilnehmenden, der das Gefühl vermittelte, dass sie mit ihren Herausforderungen nicht allein sind. Hierbei spielten die vielfältigen beruflichen Hintergründe der Teilnehmenden eine wichtige Rolle. Es wurde positiv hervorgehoben, dass der Umgang miteinander von Respekt und Achtung geprägt war.

Verbesserungspotenziale

In den individuellen Rückmeldungen zu den Verbesserungsvorschlägen wurden mehrere Aspekte hervorgehoben. Zum einen wurde festgestellt, dass ein fehlender Praxistransfer bemängelt wurde, was darauf hinweist, dass die erworbenen Fähigkeiten und Erkenntnisse möglicherweise nicht effektiv in die praktische Anwendung übertragen werden konnten.

Des Weiteren wurde kritisiert, dass die Zusammensetzung der Gruppen, insbesondere wenn Kolleg:innen gemeinsam teilnahmen, als ungünstig empfunden wurde. Dies könnte zu Hemmnissen in der Offenheit und Diskussionsbereitschaft geführt haben. Ein weiterer Verbesserungsvorschlag war die Bitte um konkretere Informationen im Voraus, insbesondere bezüglich des Begriffs "kreative Stärkung", um klarzustellen, was genau unter diesem Konzept zu verstehen ist. Ebenfalls wurde angemerkt, dass die Gruppengröße eine Rolle spielt und zu berücksichtigen ist, da bei zu kleinen Gruppen die Auswirkungen besonders stark ins Gewicht fallen, wenn ein Teilnehmender ausfällt, beispielsweise aufgrund von Krankheit. Die Teilnehmenden äußerten den Wunsch nach mehr kreativen Elementen und weniger Diskussionen während der Stärkungsgruppen. Sie empfanden, dass dies für sie persönlich effektiver gewesen wäre. Es wurde betont, dass zwei Termine mit jeweils acht Stunden als unzureichend angesehen wurden, um eine nachhaltige Verhaltensänderung zu bewirken. Die langsame Anpassung des Verhaltens und die Notwendigkeit des regelmäßigen Feedbacks für eine erfolgreiche Umsetzung im Arbeitsalltag wurden als Gründe für diesen Vorschlag genannt.

Ein Zitat einer Interviewten verdeutlicht den Wunsch nach regelmäßigeren Angeboten:

„Was ich mir wünschen würde, und ich hoffe, dass das auch irgendwann so passiert, dass sowas wirklich regelmäßig stattfindet, dass man im Jahr irgendwie ein, zwei Mal teilnehmen kann. Weil so eine einmalige Sache von zwei Tagen, die war sehr schön, aber für Menschen, die im Gesundheitswesen arbeiten, was regelmäßig anzubieten, fände ich klasse, damit das einen nachhaltigen Effekt hat. Das sagten auch die anderen Teilnehmer. Das ist so schade, dass das in Führungszeichen nur zwei Tage waren, dass man sich das wirklich gut vorstellen kann, sowas regelmäßig zu machen.“

(Interview 4)

6.5.3 Retrospektive Analyse der Befragungen

In der Auswertung dieser Daten ist zu berücksichtigen, dass alle Interviewten sich freiwillig dazu bereit erklärt haben, an den Gesprächen teilzunehmen. Darüber hinaus haben alle Befragten aus der IG mindestens an einem der beiden Termine der KSG teilgenommen, was eine plausible Darstellung der Inhalte und Wahrnehmungen zu den KSG ermöglicht.

Die im Rahmen der Interviews geäußerten Meinungen und Ansichten sind naturgemäß subjektiv, jedoch gaben viele der befragten Personen vergleichbare Einschätzungen wieder, besonders was den Faktor Belastungen im Arbeitsalltag betrifft (IG & KG). Die Beschreibung der Arbeitsbedingungen nahmen in den Interviews einen großen Raum ein, was auf die Wichtigkeit dieses Aspekts hinweist. Die Durchführung der Interviews mittels teilstrukturiertem Leitfaden sollte den Befragten die Möglichkeit bieten eigene Schwerpunkte in ihren Antworten zu setzen. Diese Möglichkeit wurde in den meisten Interviews ausgeschöpft und in einigen Fällen bedurfte es konkreter Nachfrage seitens der Interviewer:in, um den Fokus vom Arbeitsalltag auf die Inhalte der KSG zu richten.

6.5.4 Beobachtungen (Kreative Stärkungsgruppen)

Die Analyse der Feedbackbögen von den Durchführenden des Instituts für soziale Innovationen zeigt, dass kreative Gestaltungsmöglichkeiten in manchen KSG begrenzt waren, da die Teilnehmenden unter extremer Belastung stehen. Diese werden hauptsächlich durch akute Probleme verursacht, die die ganze Aufmerksamkeit erfordern. Diese stressbedingten Umstände scheinen die Entfaltung von Kreativität zu hemmen. Des Weiteren wird die strukturelle Belastung als ein wesentlicher Faktor identifiziert, der die Bereitschaft zur Offenheit für kreative Arbeitsansätze behindert.

In Gruppen mit weniger als drei Teilnehmenden zeigt sich ein Mangel an persönlichen Perspektiven, da kreative Impulse weitgehend von der Gruppenleitung abhängig sind. Die inhaltliche Ausrichtung der KSG liegt oftmals stark auf den Problemen der Arbeit selbst, ohne einen klaren Fokus auf die eigene Person zu richten. Dies führt dazu, dass persönliche Ressourcen nicht erkannt werden und die Betrachtung überwiegend problem- statt lösungsorientiert ist. Der begrenzte Zeitraum, den die Gruppe miteinander verbringt könnte zu fehlendem Vertrauen führen Probleme anzusprechen und Lösungen zu erarbeiten sowie sich der kreativen Arbeit innerhalb der Gruppe zu öffnen. Auch die mangelnde Verbindlichkeit bei Absagen oder Terminverschiebungen seitens der Teilnehmenden wird als kontraproduktiv für die Gruppendynamik empfunden. Schließlich treten auch schwerwiegende Themen wie sexuelle Übergriffe und das Fehlen angemessener Bewältigungsstrategien in den Vordergrund, worauf die KSG thematisch nicht ausgerichtet sind. Diese Beobachtungen betonen die Notwendigkeit einer vertieften Analyse und möglicher Interventionen, um die Situation der Teilnehmenden zu verbessern und ihre kreativen Potenziale freizusetzen.

7. Diskussion der Projektergebnisse

7.1 Versorgungsrelevanz

Wie andere Studien, wurde auch UPGRADE aufgrund des Untersuchungszeitraums (Oktober 2019 bis März 2023 für die Ersterhebung) von der Corona-Pandemie betroffen und die Rekrutierung durch die pandemiebedingten Einschränkungen stark eingeschränkt. Die Zielgruppe der Studienintervention, Beschäftigte im Gesundheitswesen, sind durch die Pandemie einer deutlichen Mehrbelastung ausgesetzt (Wildgruber et al., 2020). Zu den im ursprünglichen Antrag dargestellten Gründen für eine stärkende Intervention, kommt zusätzlich die psychische Belastung des medizinischen Personals durch die Auswirkungen der COVID-19-Pandemie (Bohlken et al., 2020). Nicht zuletzt sprechen diese Befunde dafür, solche Angebote voran zu treiben.

Insbesondere die Arbeitszeiten der Mitarbeitenden stellen eine Herausforderung für die Organisation präventiver Maßnahmen dar. Eine Studie von Otto et al. (2019) zeigt, dass 40,9% ambulant pflegender Beschäftigter und 45% stationär Pflegender außerhalb der Arbeitszeit weder Kapazitäten für die Partizipation an derartigen Maßnahmen sehen noch aufbringen wollen. Ein weiterer Grund hierfür sei, dass sich Gesundheitspersonal zu belastet fühle, um an Fördermaßnahmen teilzunehmen, obwohl besonders diese Mitarbeitenden von den Programmen angesprochen werden sollten.

Abgesehen vom pandemischen Geschehen trifft die betriebliche Gesundheitsförderung im Gesundheitswesen, insbesondere in der Pflege, auf eine Personalsituation, die mehr als zuvor

gekennzeichnet ist von hoher Fluktuation, hohen Krankenständen und geringen Verweildauern im Beruf. Beschäftigte fordern Verbesserungen im Bereich der Personalausstattung, mehr Eigenverantwortung und Fort- und Weiterbildungsmaßnahmen. Vor diesem Hintergrund war die Rekrutierung schwierig, aber nicht unmöglich. (Zwischenbericht 2022). Hielscher und Krupp (2019) identifizieren in ihrer Untersuchung Barrieren und Treiber bei der Umsetzung von Maßnahmen der Gesundheitsförderung in Unternehmen. Sie weisen darauf hin, dass es eine hohe Sensibilität für diese Maßnahmen gibt, allerdings strukturelle Bedingungen wie Personal- und Arbeitsmarktsituation die Umsetzung erschweren. Das Tagesgeschäft hat in vielen Fällen eine so hohe Priorität, dass die Entwicklung nachhaltiger betrieblicher Strategien oft weniger stark fokussiert wird. Viele Angebote im Bereich Prävention & Gesundheitsförderung existieren isoliert, ohne in umfassende strategische oder betriebliche Prozesse integriert zu sein. Die Resonanz seitens der Beschäftigten auf diese Angebote wird häufig als enttäuschend beschrieben und es entsteht ein Glaubwürdigkeitsproblem, solange die Arbeitsbelastungen nicht effektiv reduziert werden können (Hielscher & Krupp, 2019). Diese Erkenntnisse decken sich mit den Aussagen aus den durchgeführten Interviews mit Einrichtungsleitungen, die betonen, dass es einen dringenden Bedarf an gesundheitsfördernden Angeboten gibt, aber die Umsetzung in der Praxis noch nicht den Erwartungen entspricht. Die Inanspruchnahme von Angeboten durch Mitarbeitende sei ausbaufähig und es bedarf einer höheren Sensibilisierung und Förderung zur Steigerung der Teilnahmebereitschaft. Für schichtarbeitende Beschäftigte ist die Integration der präventiven Angebote in den Arbeitsalltag von besonderer Bedeutung, um die Bereitschaft zur Teilnahme zu erhöhen (Otto et al., 2019). Eine Barriere, die darin bestand, dass die Gruppen innerhalb der Arbeitsstätte und mit Kolleg:innen stattfanden, kann analog zu anderen externen Angeboten reduziert werden, in dem diese individuell in Anspruch genommen werden können und extern stattfinden.

Trotz der Freistellung der Mitarbeitenden in den Einrichtungen während der Projektlaufzeit, konnten nicht ausreichend Anreize zur Teilnahme geschaffen werden. Da sich in anderen Studien bereits zeigte, dass die Mitarbeitenden des Gesundheitswesens Bedenken hinsichtlich eines offenen Umgangs mit ihrer mentalen und physischen Verfassung hegen, ist das Erreichen dieser Mitarbeitenden durch präventive Maßnahmen umso wichtiger (Farrell & Geist-Martin, 2005). Hierfür ist besonders die Unterstützung durch Führungskräfte notwendig.

Die bisherigen Erkenntnisse weisen darauf hin, dass die Implementierung von Prävention und betrieblicher Gesundheitsförderung in den Einrichtungen von der Ausgestaltung, der Arbeitsorganisation und der Einbindung der Beschäftigten im Prozess abhängt. Obwohl die Bedeutung von Maßnahmen zur Gesunderhaltung mehr denn je betont werden, um die Belegschaft zu stärken und den Problemen und Herausforderungen gezielt zu begegnen, agieren die Einrichtungen sehr heterogen hinsichtlich der Implementierung.

7.2 Wissenschaftliche Bewertung

Im Vorfeld wurden Überlegungen zur Minimierung der möglichen Kontaminationseffekte angestellt. Generell kann bei der hier gewählten Randomisierung auf Individualbasis eine Beeinflussung von Studienteilnehmenden innerhalb eines Zentrums nicht ausgeschlossen werden. Bei der Option der Cluster-Randomisierung war jedoch davon auszugehen, dass potentielle Kooperations-Einrichtungen die Teilnahme ablehnen.

Die Gefahr, dass sich Teilnehmende über die Intervention austauschen, wurde in diesem Vorhaben nicht als hoch eingeschätzt, da die kooperierenden Einrichtungen eine gewisse Größe aufweisen, was die Anzahl der Beschäftigten und die Heterogenität der Berufsgruppen angeht. Darüber hinaus war eine Beeinflussung des primären Endpunkts durch den laienhaften Austausch allein nicht zu erwarten. Die Ergebnisse stützen diese Einschätzung.

Obwohl es sich um eine multizentrische Studie handelt, konnte im Vorfeld keine Zentrumsstratifizierte Zuteilung erfolgen, da die Zahl und Zusammensetzung der sich beteiligenden Zentren nicht bekannt war. Zudem erfolgten auch eine individuelle Ansprache und eine Aufnahme in die Studie unabhängig von der Kooperation des Arbeitgebers. Es ist davon auszugehen, dass die unterschiedlichen Fallzahlen in den Gruppen trotz Block-Randomisierung daraus resultieren.

Trotz Randomisierung basiert die Stichprobe auf einer Selbstselektion der Teilnehmenden. Rückschlüsse auf die Eigenschaften der Grundgesamtheit sind daher nur eingeschränkt zulässig. Zur Vergleichbarkeit wurden die soziodemographischen Merkmale der Stichprobe, wie Frauenanteil und Dauer der Tätigkeit mit denen der Zielpopulation verglichen.

Die Verluste von Studienteilnehmenden sind zum einen auf die erschwerten Bedingungen (Kontakteinschränkungen und nochmals erhöhte Arbeitsbelastung zu Pandemiezeiten) zurückzuführen, zum anderen auf die ohnehin schwierigen Arbeitsbedingungen wie Schichtdienste und Personalknappheit. Studien zeigen zudem, dass im Gesundheitswesen die Beteiligung an Maßnahmen zum Arbeitsschutz in der Altersspanne von 45-64 Jahren am höchsten ist (Ludwig et al., 2020, Lenhardt & Beck, 2016). Mit einem Anteil von 39% der Teilnehmenden in einem Alter ab 50 und einer durchschnittlichen Berufsangehörigkeit von 14,7 Jahren, deutet sich an, dass eine Beteiligung von eher berufserfahrenen Probanden stattgefunden hat. Dies kann aber auch zur Folge haben, dass ein bestimmter Umgang mit Belastungen und Stress bereits routiniert stattfindet, der Leidensdruck erhöht ist und umfangreicher Zeit und Aufwand in präventive Maßnahmen zur Verhaltensänderung investiert werden müssen.

Aufgrund der verlängerten Rekrutierungszeit und der geringen Fallzahl zu t2 können die Zielgrößen für einen eher mittel- und kurzfristigen Nachbeobachtungszeitraum präsentiert werden. Wir gehen jedoch davon aus, dass eine längerfristige Nachbeobachtung an dieser Stelle nicht sinnvoll gewesen wäre, da die Maßnahmen gerade nach den pandemiebedingten hohen Belastungen, auf kurz- und mittelfristige Entlastungseffekte zielen und eine nachhaltige Wirkung von persönlichen, arbeitsorganisatorischen Faktoren und der weiteren Entwicklung abhängen. In einer Studie zur Stressreduzierung und Burn-out-Prävention (Stier-Jarmer et al., 2016) wurde gezeigt, dass sich die erreichten Effekte nach drei Monaten abschwächten und zum sechsten Monat hin stabilisierten.

Darüber hinaus war die Fokussierung auf ein kürzeres Nacherhebungsintervall auch aus anderen Studien sowohl inhaltlich als auch methodisch nachvollziehbar und begründbar: Wie aus Studien der Gesundheitsförderung im Gesundheitswesen bekannt, fielen auch bei UPGRADE die Verluste in der Nacherhebung besonders hoch aus. In der Literatur liegen sie teils über 50% oder 60% (Hsu et al., 2015, Harling et al., 2015, Bohman et al., 2015, Hsu et al., 2014). Von 174 formell eingeschlossenen Teilnehmenden gaben hier 139 den Baseline-Fragebogen ab. Die statistischen Ergebnisse sind nicht zuletzt deshalb mit Zurückhaltung zu bewerten.

In der Berichterstattung des Bundes wird berichtet, dass 75% der Beschäftigten im Gesundheitswesen weiblich sind (2021). Der Frauenanteil in dieser Stichprobe liegt bei 84,5%. Auch in früheren Studien zeigte sich der Unterschied, dass Personen weiblichen Geschlechts branchenunabhängig Maßnahmen zur Gesundheitsförderung öfter in Anspruch nehmen als Männer (Robroek et al., 2009).

Bereits zum ersten Erhebungszeitpunkt lag die Arbeitszufriedenheit ($56,58 \pm 16,67$) der gesamten Stichprobe unter der der Beschäftigten im Gesundheitswesen (62, Nübling et al., 2005, S. 35). Die beobachteten positiven Entwicklungen in der Interventionsgruppe stimmen mit den qualitativen Ergebnissen inhaltlich überein. Das primäre Outcome der Arbeitszufriedenheit zeigt sowohl nach dem ersten als auch nach dem zweiten Follow-up-Zeitpunkt einen Anstieg der Zufriedenheit innerhalb der Interventionsgruppen nach Besuch der Kreativen Stärkungsgruppen. Dies deutet darauf hin, dass die Resilienz gegenüber starken Belastungssituationen für die Interventionsgruppe – auch zu Pandemiezeiten - in Hinblick auf die Arbeitszufriedenheit gestärkt wurde. Dem gegenüber stehen die teils negativen Entwicklungen in der Kontrollgruppe, deren Belastung im Laufe des Studienzeitraums / der Pandemie teils deutlich zugenommen hat.

Auch die Verbesserung der wahrgenommenen Gefährdung des Privatlebens und des psychischen Wohlbefindens nach Teilnahme an den Kreativen Stärkungsgruppen spricht für eine positive Veränderung. Die patientenbezogene Belastung verbesserte sich nach Teilnahme an der Intervention ebenfalls signifikant. Das in den Interviews hervorgehobene Einhalten von Pausen, bewusstes Durchatmen sowie andere präventive Maßnahmen können zu diesen Effekten beigetragen haben. Die Ergebnisse der Interviews zeigen eine wahrgenommene Wirksamkeit der Kreativen Stärkungsgruppen bei der Förderung von Selbstfürsorge, Stressmanagement und einer positiven Veränderung im beruflichen Kontext.

Allerdings fehlt es an nachhaltiger Veränderung, unter anderem aufgrund der geringen Stichprobengröße zum zweiten Follow-up-Zeitpunkt. Dennoch konnten nach der Intervention ein Rückgang der Belastung sowie ein deutlicher Unterschied zur Kontrollgruppe festgestellt werden, der auch nach sechs Monaten sichtbar blieb.

Besonders im Bereich der Gefährdung des Privatlebens gibt das pflegende Personal eine größere Gefährdung an als die weiteren Berufsgruppen. Frauen berichten außerdem höhere Anforderungen bei der Arbeit als Männer. Eine besonders hohe arbeitsbedingte Belastung wurde wiederum in der Pflege berichtet. Durch die hohe Teilnahme von Frauen und dem hohen Anteil an Teilnehmenden aus der Pflege deckt sich dies mit der erhöhten Verausgabungsbereitschaft und reduzierten Distanzierfähigkeit von Pflegekräften, die als charakteristische Eigenschaften berichtet werden.

Bei der Unterscheidung von stationärem Pflege- und Krankenhauspersonal zeigte sich bei der stationären Pflege nach der Intervention eine Verbesserung der arbeitsbedingten Belastung. In der Kontrollgruppe hingegen wurden die Anforderungen in der stationären Pflege deutlich belastender wahrgenommen. Dies lässt sich zum einen mit der pandemiebedingten Verschlechterung der Arbeitsbedingungen in der stationären Pflege erklären, zum anderen damit, dass die Teilnehmenden das Erlernte in der stationären Pflege besser umsetzen können, da ein längerfristiger Patientenkontakt stattfindet als im Krankenhaus. Maßnahmen werden so mutmaßlich als wirksamer wahrgenommen und haben einen direkten Einfluss auf das Wohlbefinden der Teilnehmenden.

Arbeitsfähigkeit definiert sich, wie auch der Gesundheitszustand im Allgemeinen, aus einer Kombination psychischer und körperlicher Faktoren, die dazu führen, die Arbeitsaufgaben zufriedenstellend bewältigen zu können. Negative Einflüsse der Arbeitsumgebung und –organisation wirken sich jedoch ebenfalls aus, sodass eine Intervention auf Individualebene alleine nicht ausreichend sein kann, um hohe Belastung, die stark strukturell bedingt sind, zu reduzieren. Diese strukturellen Ursachen für arbeitsbedingte Belastungen wurden auch in den Interviews häufig genannt. Unter Hinzuziehung der Beobachtungen aus den Stärkungsgruppen decken sich Selbst- und Fremdanalyse. Die empfundene Ohnmacht gegenüber den bestehenden Strukturen ist nicht auf individueller Ebene von den Teilnehmenden und auch nicht im Rahmen eines Präventionsangebots zu beseitigen.

8. Verwendung der Ergebnisse nach Ende der Förderung

8.1 Projektfortführung nach Förderende

Die kurzfristige wissenschaftliche Verwertung erfolgt mittels vertiefter wissenschaftlicher Auswertungen. Auf Basis dieser Auswertungen werden im interdisziplinären Team wissenschaftliche Fachpublikationen erstellt. Zum Zweck der mittelfristigen wissenschaftlichen Verwertung werden auch über das Projektende hinaus weitere Veröffentlichungen (bevorzugt in wissenschaftlichen Zeitschriften mit open access-Verfahren) erfolgen, auch in Form von Sekundärpublikationen.

Ein weiterer Ausgangspunkt für Folgestudien sind die im Projekt gewonnenen Erkenntnisse zu spezifischen Rekrutierungs- und Teilnahmebarrieren im Rahmen von Studien der BGF (z.B. Verbesserung der Arbeitsbedingungen).

Dazu werden aktuell Fragestellungen für Folgestudien entwickelt.

8.2 Erforderlicher zusätzlicher Forschungsbedarf

Weitere Untersuchungen müssen stärker als bisher die grundlegenden Arbeitsbedingungen der Branche berücksichtigen. Die Wirksamkeit von Interventionen der Prävention und Gesundheitsförderung kann nur verlässlich untersucht werden, wenn adäquate Voraussetzungen gegeben sind. Auch die Werte und Vorstellungen der Mitarbeitenden sollten in partizipativ gestalteten Vorhaben einbezogen werden.

Wie in der Forschung zur betrieblichen Gesundheitsförderung generell, sollten Standards für die Beschreibung der Interventionen, Designs und Stichproben vorgesehen werden, um eine höhere Vergleichbarkeit und bessere Übertragbarkeit von Ergebnissen zu gewährleisten.

8.3 Übertragbarkeit der Ergebnisse

Die Erkenntnisse des Projektes können auf andere Bereiche im Gesundheitswesen bzw. in andere Branchen mit hohem Belastungspotential übertragen werden:

Hierzu werden die Ergebnisse publiziert und auf einer Tagung zum Projektende sowie im Internet der Fachöffentlichkeit und allen Trägern des Gesundheitswesens zur Verfügung gestellt. Die detaillierte Beschreibung von Intervention und Stichprobe ermöglicht eine transparente Bewertung.

Die Übertragbarkeit des Projektes ist weiterhin dadurch gegeben, dass Einrichtungen auf Basis des vorliegenden Qualifizierungskonzepts solche Angebote auch eigenständig durchführen können.

8.4 Weiterentwicklung der GKV-Versorgung

Das Angebot Kreativer Stärkungsgruppen kann in der vorliegenden Form in den Katalog von krankenkassenfinanzierten Maßnahmen aufgenommen werden. Relevant sind hier insbesondere die Bereiche Vorsorge, Früherkennung, Prävention / Gesundheitsförderung und ergänzende Rehabilitation. Vor dem Hintergrund der Stärkung des niedrigschwelligen und krankenkassenübergreifenden außerbetrieblichen Settingansatzes und der Regelungen zur Prävention in Pflegeeinrichtungen i.R. des § 20 bzw. 20a SGB V bestehen hier Regelungsoptionen in hinreichendem Maße. Bei einer Subsumierung der Stärkungsgruppen unter den § 20 bzw. 20a SGB i.R. des Settingansatzes (betrieblich und außerbetrieblich) im Handlungsfeld Entspannung / Stressbewältigung könnten die hier vorhandenen Finanzierungsmöglichkeiten genutzt werden.

9. Erfolgte bzw. geplante Veröffentlichungen

Pieper, C., Schröder, S., Spanier, H., Cohen, S., Russ, H., & Baer, U. (2020). Das Studienprotokoll „UPGRADE–Kreative Stärkungsgruppen als innovative Versorgungsform für hochbelastete Mitarbeiter/innen im Gesundheitswesen. Ppmp-Psychotherapie· Psychosomatik· Medizinische Psychologie, 70(11), 475-480.

In Erstellung: Pieper, C., Lausen, M., Schröder, S., Russ, H., Klemp, Y., Baer, U. (2024). Study population and first results from the UPGRADE–Projekt: Creative Strengthening Groups for health care workers. BMC Public Health

Eingereicht: UPGRADE-Symposium mit vier Vorträgen bei der Kooperationstagung der GMDS, DGSM, DGEpi, DGMS und DGPH am 08.-13.09.2024 in Dresden

10. Literaturverzeichnis

Badura, B., Schellschmidt, H., & Vetter, C. (Eds.). (2006). *Fehlzeiten-Report 2004: Gesundheitsmanagement in Krankenhäusern und Pflegeeinrichtungen*. Springer-Verlag.

Bartolomeyczik, S. (2006). Rahmenempfehlungen zum Umgang mit herausforderndem Verhalten bei Menschen mit Demenz in der stationären Altenhilfe. *Demenz*, 33.

Berger, J., Nolting, D., & Genz, H. (2003). *Gesundheitliche Situation und Arbeitsbelastungen von Pflegekräften in der Altenpflege. Ergebnisse aus Befragungen von Pflegekräften in Altenpflegeheimen*. (Hrsg.) DAK-Gesundheitsreport, 8-50.

- Bohlken, J., Schömig, F., Lemke, M. R., Pumberger, M., & Riedel-Heller, S. G. (2020). COVID-19 pandemic: stress experience of healthcare workers—a short current review. *Psychiatrische Praxis*, 47(4), 190-197.
- Bohman, D. M., Mattsson, L., & Borglin, G. (2015). Primary healthcare nurses' experiences of physical activity referrals: an interview study. *Primary health care research & development*, 16(3), 270-280.
- Büssing, A., Barkhausen, M., Glaser, J., & Schmitt, S. (1997). Psychischer Stress und Burnout in der Krankenpflege. *München: Technische Universität*.
- Cohen, J. (1988). *Statistical power analysis for the behavioral sciences*. Routledge.
- Creamer, M., Burgess, P. & McFarlane, A. C. (2001) Post-traumatic stress disorder: findings from the Australian National Survey of Mental Health and Well-being. *Psychological Medicine*, 31,1237–1247.
- Dresing, T., & Pehl, T. (2010). *Transkription. Handbuch qualitative Forschung in der Psychologie*, 723-733.
- Ebener, M., & Hasselhorn, H. M. (2016). Arbeitsfähigkeit in Organisationen messen und erhalten—ein Konzept und ein Instrument aus der Arbeitsmedizin. *Wirtschaftspsychologie*, 3, 48-58.
- Farrell, A., & Geist-Martin, P. (2005). Communicating social health: Perceptions of wellness at work. *Management Communication Quarterly*, 18(4), 543-592.
- Ganter-Argast, C., Teufel, M., Sammet, I., Tagay, S., Zipfel, S., & Mander, J. (2018). Questionnaire on the Experience of the Art Therapy Group in Psychosomatics from Patient View (FEKTP)-Construction and Validation of a Measuring Instrument. *Psychotherapie, Psychosomatik, Medizinische Psychologie*, 69(7), 283-292.
- Gesundheitsberichterstattung des Bundes (2021). Available: www.gbe-bund.de.
- Grosser, M. (2014). Burnout im Krankenhaus: Ursachen, Folgen und Prävention. *Die auszehrende Organisation: Leistung und Gesundheit in einer anspruchsvollen Arbeitswelt*, 209-237.
- Hanson, G. C., Perrin, N. A., Moss, H., Laharnar, N., & Glass, N. (2015). Workplace violence against homecare workers and its relationship with workers health outcomes: a cross-sectional study. *BMC public health*, 15, 1-13.
- Harling, M., Schablon, A., Peters, C., & Nienhaus, A. (2015). Gesundheitsförderung bei Pflegekräften — lässt sich der Bedarf messen? *ASU Zeitschrift für medizinische Prävention*. [31.10.2023] <https://www.asu-arbeitsmedizin.com/gesundheitsfoerderung-bei-pflegekraeften/gesundheitsfoerderung-bei-pflegekraeften-laesst-sich-der>

Hasselhorn, H. M., & Freude, G. (2007). *Der Work Ability Index. Ein Leitfaden* (Schriftenreihe der Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin Sonderschrift, Bd. 87). Bremerhaven: Wirtschaftsverl. NW Verl. für neue Wiss.

Hielscher, V., & Krupp, E. (2019). *Betriebliche Prävention im Gesundheitswesen: Barrieren und Treiber der Gesundheitsförderung in Kliniken und Langzeitpflege* (No. 159). Working Paper Forschungsförderung.

Hsu, L. L., Chang, W. H., & Hsieh, S. I. (2015). The effects of scenario-based simulation course training on nurses' communication competence and self-efficacy: a randomized controlled trial. *Journal of Professional Nursing, 31*(1), 37-49.

Hsu, L. L., Huang, Y. H., & Hsieh, S. I. (2014). The effects of scenario-based communication training on nurses' communication competence and self-efficacy and myocardial infarction knowledge. *Patient education and counseling, 95*(3), 356-364.

Kessler, R. C., Sonnega, A., Bromet, E., Hughes, M., & Nelson, C. B. (1995). Posttraumatic stress disorder in the National Comorbidity Survey. *Archives of general psychiatry, 52*(12), 1048-1060.

Kristensen, T. S., Borritz, M., Villadsen, E., & Christensen, K. B. (2005). The Copenhagen Burn-out Inventory: A new tool for the assessment of burnout. *Work & stress, 19*(3), 192-207.

Kühnert, U. (2017). Anmerkungen zur Messung individueller Beschäftigungsfähigkeit bei Ressourcengruppen des Arbeitsmarktes. *Institut für Betriebliche Bildungsforschung, Vereinigung für Betriebliche Bildungsforschung e.V.*

Lenhardt, U., & Beck, D. (2016). Prevalence and quality of workplace risk assessments—Findings from a representative company survey in Germany. *Safety Science, 86*, 48-56.

Lindner, T., Joachim, R., Bieberstein, S., Schiffer, H., Möckel, M., & Searle, J. (2015). Aggressives und herausforderndes Verhalten gegenüber dem Klinikpersonal. *Notfall+ Rettungsmedizin, 3*(18), 195-200.

Ludwig, S., Starker, A., Hermann, S., & Jordan, S. (2020). Inanspruchnahme von Maßnahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung in Deutschland—Ergebnisse der Studie „Gesundheit in Deutschland aktuell“ (GEDA 2014/2015-EHIS). *Bundesgesundheitsblatt, Gesundheitsforschung, Gesundheitsschutz, 63*(12), 1491.

Mayring, P. (2001, February). Combination and integration of qualitative and quantitative analysis. In *Forum Qualitative Sozialforschung/Forum: Qualitative Social Research* (Vol. 2, No. 1).

Michael, T., Streb, M., & Häller, P. (2016). PTSD in paramedics: Direct versus indirect threats, posttraumatic cognitions, and dealing with intrusions. *International Journal of Cognitive Therapy, 9*(1), 57-72.

- Müller, M. J., Olschinski, C., Jochim, D., & Feldhordt, M. (2017). Erfassung von Patienten-übergriffen 2008–2015 in zwei psychiatrischen Kliniken: Ergebnisse und Implikationen. *Psychiatrische Praxis*, 44(05), 258-265.
- Nau, J. (2012): Aggression in der ambulanten Pflege. In: Walter et al. 2012, S. 328-342.
- Nuebling, M., & Hasselhorn, H. M. (2010). The Copenhagen Psychosocial Questionnaire in Germany: from the validation of the instrument to the formation of a job-specific database of psychosocial factors at work. *Scandinavian journal of public health*, 38(3_suppl), 120-124.
- Nübling, M., Stößel, U., Hasselhorn, H. M., Michaelis, M., & Hofmann, F. (2005). Methoden zur Erfassung psychischer Belastungen. *Erprobung eines Messinstrumentes (COPSOQ)*.
- Otto, A. K., Bischoff, L. L., & Wollesen, B. (2019). Work-related burdens and requirements for health promotion programs for nursing staff in different care settings: a cross-sectional study. *International journal of environmental research and public health*, 16(19), 3586.
- Perkonig, A.; Kessler, R. C.; Storz, S. & Wittchen, H.-U. (2000). Traumatic events and post-traumatic stress disorder in the community: prevalence, risk factors and comorbidity. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 101, 46-59.
- Phillips, J. P. (2016). Workplace violence against health care workers in the United States. *New England journal of medicine*, 374(17), 1661-1669.
- Richter, D., & Heckemann, B. (2014). Resilienz bei Mitarbeitenden im Gesundheitswesen Bedarfsermittlung und Schulung im Umgang mit psychosozialen Belastungen am Arbeitsplatz.
- Robroek, S. J., Van Lenthe, F. J., Van Empelen, P., & Burdorf, A. (2009). Determinants of participation in worksite health promotion programmes: a systematic review. *International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity*, 6, 1-12.
- Steinert, T. (2009). *Umgang mit Gewalt in der Psychiatrie*. Psychiatrie Verlag, Imprint BALANCE buch+ medien verlag.
- Stier-Jarmer, M., Frisch, D., Oberhauser, C., Berberich, G., & Schuh, A. (2016). The effectiveness of a stress reduction and burnout prevention program: a randomized controlled trial of an outpatient intervention in a health resort setting. *Deutsches Ärzteblatt International*, 113(46), 781.
- Walter, G., Nau, J., & Oud, N. (2012). *Aggression und Aggressionsmanagement: Praxishandbuch für Gesundheits-und Sozialberufe*. Verlag Hans Huber.
- Wildgruber, D., Frey, J., Seer, M., Pinther, K., Koob, C., & Reuschenbach, B. (2020). Arbeitsengagement und Belastungserleben von Health Professionals in Zeiten der Corona-Pandemie. *Pflege*.

11. Anhang

Anhang 1: Tabellarische Übersicht der Mittelwertsunterschiede zwischen t_0 und t_2

Anhang 2: Information und Einwilligung, Fragebögen und Interviewleitfäden

Anhang 3: Flyer, Poster

Anhang 4: Qualifizierungskonzept einschließlich Curriculum und Fortbildungsmodule

12. Anlagen

Nicht zutreffend.

Anhang 1: Tabellarische Übersicht der Mittelwertsunterschiede zwischen t₀ und t₂

Gruppe		Ø t ₀	σ t ₀	Ø t ₂	σ t ₂	Sig. ¹	d ²	Δt _{2-t0}	σ Δt _{2-t0}	Sig. ³	
COPSOQ	B5	IG n=23	65,94	13,16	63,22	12,97	.148	0,22	-2.72	12.15	.931
		KG n=34	68,09	17,17	65,07	18,0	.092	0,23	-3.01	12.95	
	B1	IG n=22	70,45	16,21	67,05	20,81	.217	0,17	-3.41	20.03	.281
		KG n=34	67,89	20,11	70,1	21,23	.240	0,12	2.21	18.04	
	B2	IG n=23	57,19	18,0	52,64	25,5	.130	0,24	-4.55	18.93	.252
		KG n=32	50,73	21,93	51,28	22,51	.411	0,04	0.55	13.82	
	B10	IG n=20	73,75	16,67	68,13	23,81	.113	0,28	-5.63	20.06	.405
		KG n=32	75,39	27,22	75,39	23,22	.500	0	0	25.40	
	B11	IG n=23	54,05	10,60	54,12	11,86	.487	0,01	0.06	9.53	.075
		KG n=31	58,58	21,51	52,91	16,52	.009	0,45	-5.67	12.69	
	B12	IG n=23	54,78	18,55	57,83	17,31	.187	0,19	3.04	16.08	.721
		KG n=34	62,65	19,43	64,12	15,4	.302	0,09	1.47	16.35	
Gesundheitszustand	Subj. Zustand	IG n=23	5,48	1,86	5,78	1,73	.187	0,19	0.3	1.61	.721
		KG n=34	6,26	1,94	6,41	1,54	.302	0,09	1.47	1.64	
	Körperl. Beschw.	IG n=23	3,16	0,77	3,17	0,86	.082	0,3	0	0.42	.427
		KG n=34	3,25	0,86	3,14	0,94	.413	0,04	-0.11	0.61	
CBI	Arbeitsbezogen	IG n=23	55,43	19,44	53,80	21,94	.321	0,1	-1.63	16.56	.480
		KG n=31	49,06	22,28	50,40	19,32	.300	0,1	1.34	14.13	
	Pat. bezogen	IG n=20	39,79	15,79	36,29	23,41	.243	0,16	-3.50	22.07	.470
		KG n=30	29,64	20,17	30,0	19,69	.450	0,02	0.36	15.48	
	Psy. Wohlbef.	IG n=23	59,42	20,69	60,51	27,0	.372	0,07	1.09	15.80	.960
		KG n=33	52,4	24,3	53,28	24,82	.361	0,06	0.88	14.16	
WAI	Summe	IG n=22	14.5	4,34	14,77	3,73	.364	0,08	0.27	3.63	.382
		KG n=31	16,55	4,17	16,03	3,65	.163	0,18	-0.52	2.87	

¹ Veränderung innerhalb der Gruppe zwischen t₀ und t₂, einseitige Prüfung

² Cohen's d (1988): ab 0,2 schwacher Effekt | ab 0,5 mittlerer Effekt | ab 0,8 starker Effekt

³ Veränderung zwischen den Gruppen und zwischen t₀ und t₂, zweiseitige Prüfung; es wurde auf die Berechnung der Effektstärken verzichtet, da alle Ergebnisse deutlich nicht signifikant waren

Anhang 2: Information und Einwilligung, Fragebögen und Interviewleitfäden

Sehr geehrte Damen und Herren, liebe Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter,

Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter im Gesundheitswesen erleben alltäglich Situationen, die seelisch und körperlich belastend sein können. Das UPGRADE-Projekt, gefördert durch den Innovationsausschuss beim Gemeinsamen Bundesausschuss, untersucht, wieweit die Teilnahme an *Kreativen Stärkungsgruppen* hilft, diese Situationen und Erfahrungen besser zu verarbeiten und mögliche gesundheitliche Folgen frühzeitig zu erkennen oder zu vermeiden.

Pflege oder ärztlicher Dienst, Sekretariat oder Servicekraft - die Teilnahme an diesem Projekt ist grundsätzlich für jeden geeignet! Es gibt keine Beschränkung auf die Art der Tätigkeit oder den Umfang der individuell empfundenen Arbeitsbelastung.

Worum geht es bei diesem Projekt?

Das UPGRADE-Projekt ist ein Angebot, das auf die spezifischen Belastungen für Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter im Gesundheitswesen eingeht. Es besteht in dem innovativen Gruppenangebot der *Kreativen Stärkungsgruppen* (Ansprechpartner: ISI Institut für soziale Innovationen e.V.). Diese bieten niedrigschwellig die Möglichkeit, mit kreativen Methoden das Selbstbewusstsein und die Selbstsicherheit zu stärken. Kenntnisse in kreativen Methoden sind nicht erforderlich.

Wie läuft das Projekt ab? Welche Daten werden erhoben?

Um die Wirksamkeit der *Kreativen Stärkungsgruppen* zu untersuchen, werden die Teilnehmerinnen und Teilnehmer nach dem ersten Informationsgespräch, falls Sie die Einwilligungserklärung unterzeichnen, in eine von zwei Gruppen eingeteilt. Die Entscheidung, Gruppe Sie zugeteilt werden, wird per Zufallsverfahren getroffen. Für unser Projekt benötigen wir unbedingt Teilnehmerinnen und Teilnehmer in beiden Gruppen!

Gruppe 1: Die Teilnehmerinnen und Teilnehmer erhalten im Bedarfsfall einer Empfehlung für Regelangebote sowie weiterführenden Informationen und Hilfestellungen

Gruppe 2: Die Teilnehmerinnen und Teilnehmer nehmen zusätzlich an den *Kreativen Stärkungsgruppen* teil. Die Kreativen Stärkungsgruppen werden achtmal für die Dauer von jeweils 90 Minuten mit 10 – 15 Teilnehmerinnen und Teilnehmern durchgeführt.

Um die Gruppen miteinander vergleichen zu können, füllen die Teilnehmerinnen und Teilnehmer in beiden Gruppen Fragebögen aus. Der Fragebogen setzt sich unter anderem zusammen aus Fragen zur Arbeitszufriedenheit, zur eigenen Gesundheit und zur Arbeitsbelastung. Den Fragebögen erhalten Sie insgesamt dreimal. Nach ca. sechs Monaten erhalten Sie einen dritten und letzten Fragebogen.

Alle Fragebögen werden Ihnen über Projektmitarbeiter ausgehändigt bzw. zugestellt. Die Rückgabe erfolgt jeweils im vorfrankierten und adressierten Rückumschlag ohne Nennung Ihres Namens oder Ihrer Anschrift (siehe dazu auch Datenschutz).

Ergänzend möchten wir kurze Interviews mit einigen, zufällig ausgewählten Teilnehmerinnen und Teilnehmern durchführen, um Ihre Eindrücke zu den *Kreativen Stärkungsgruppen* zu erfassen. Hierfür werden Sie ggf. noch einmal separat angesprochen.

Wichtig, der Datenschutz: Wie wird mit den erhobenen Forschungsdaten umgegangen?

1. Ihre Kontaktdaten (Name, Adresse oder Station, ggf. Tel., E-Mail) werden im ISI Institut bzw. Forschungsinstitut IMIBE (siehe Ansprechpartner IMIBE) lediglich genutzt, um mit Ihnen Termine für die *Kreativen Stärkungsgruppen* mitzuteilen und Ihnen Fragebögen zuzuschicken. Diese werden getrennt von den Projektdaten gehalten und nach Abschluss der Kreativen Stärkungsgruppen, bzw. wenn keine direkte Kontaktaufnahme mehr erforderlich ist gelöscht (ca. nach drei Jahren). Diese Daten sind NUR den Projektleitern und -mitarbeitern zugänglich, alle diese Mitarbeiter haben mit Dienstvertrag eine Verschwiegenheitsklausel unterschrieben.
2. Die in den Fragebögen erhobenen Forschungsdaten, werden ohne Rückbezug auf Ihre Person, im Forschungsinstitut IMIBE (siehe Ansprechpartner IMIBE) gespeichert (in Form der Fragebögen und digital in einer elektronischen Datenbank) und rein zu wissenschaftlichen Zwecken ausgewertet. Es ist dabei nicht möglich, diese Daten mit Ihrem Namen in Verbindung zu bringen. Des Weiteren wird die Veröffentlichung der Projektergebnisse in anonymisierter Form erfolgen, das bedeutet ohne, dass Ihre Daten Ihrer Person zugeordnet werden können. Alle Forschungsdaten werden nach Abschluss des Projektes (spätestens nach 10 Jahren) vollständig gelöscht. Es werden zu keinem Zeitpunkt Kontakt- oder Forschungsdaten an dritte Institutionen (außerhalb des Forschungsinstituts IMIBE) weitergegeben. Es erfolgt keine Datenübermittlung in Drittländer.

Gemäß der europäischen Datenschutzgrundverordnung (EU-DSGVO) haben Sie das Recht auf:

- Auskunft über die Verarbeitung Ihrer Daten,
- Berichtigung oder Löschung Ihrer Daten,
- Einschränkung der Verarbeitung (nur noch Speicherung möglich),
- Widerspruch gegen die Verarbeitung,
- Datenübertragbarkeit,
- Widerruf Ihrer gegebenen Einwilligung mit Wirkung auf die Zukunft,
- Beschwerde bei der Datenschutzaufsichtsbehörde.

Für die Datenverarbeitung innerhalb dieser Studie ist das Forschungsinstitut IMIBE verantwortlich. Weitere Details zur Verwendung Ihrer Daten, zu Sicherheitsvorkehrungen zur Wahrung der Vertraulichkeit Ihrer Daten und wie Sie Kopien erhalten, können bei Dr. Claudia Pieper (0201 723 77 239) und Dr. Sarah Schröer (0201 723 77 243) erfragt werden.

Auch die Datenschutzbeauftragten des Helios Klinikum Duisburg/ Helios Rhein Klinik Duisburg stehen Ihnen für Fragen zur Verfügung:

- dun-datenschutz@helios-gesundheit.de /Tel. 0203 546-2928 / 0203 546-40301

Den Datenschutzbeauftragten des Universitätsklinikum Essen erreichen Sie unter:

- 0201-723-6307 / E-Mail: datenschutz@uk-essen.de

Die Kontaktperson in der zuständigen Datenschutzaufsichtsbehörde ist:

- Landesbeauftragte für Datenschutz und Informationsfreiheit Nordrhein-Westfalen
Helga Bock, Kavalleriestraße 2-4; 40213 Düsseldorf
Tel.: 0211-38424-0 Fax: 0211-38424-10, E-Mail: poststelle@ldi.nrw.de

Freiwilligkeit

Die Teilnahme an dem Projekt ist freiwillig. Wenn Sie nicht teilnehmen möchten, geben Sie die Einwilligung nicht ab. Sie können auch nach bereits erklärter Einwilligung jederzeit und ohne Angabe von Gründen die Teilnahme beenden, ohne dass für Sie deshalb Nachteile entstehen.

Ihre Einwilligung

Wenn Sie an dem Projekt teilnehmen möchten, bitten wir Sie, die beigefügte Einwilligungserklärung zu unterschreiben. **Bitte achten Sie auch auf das Ausfüllen der Rückseite der Einwilligungserklärung. Hier können Sie Ihre Kontaktdaten und den für Sie günstigsten Wochentag für mögliche Kontaktaufnahmen auswählen.** Diese Teilnehmerinformation und eine Kopie der Einwilligung können Sie gerne behalten.

Sollten Sie später noch Fragen haben, finden Sie unsere Ansprechpartner auf diesem Papier oben in der Kopfzeile.

Wir hoffen, dass wir Ihr Interesse geweckt haben und laden Sie herzlich zur Teilnahme ein!
Wir danken Ihnen schon jetzt herzlich für Ihr Interesse und Ihre Unterstützung!

Ihr UPGRADE-Team



Ansprechpartner ISI Kreative Stärkungsgruppen
Yvonne Klemp
Institut für soziale Innovationen e.V. (ISI)
Tel.: 0203-36352684
Mobil: 0172-7027004
E-Mail: y.klemp@soziale-innovationen.de

EINWILLIGUNGSERKLÄRUNG

UPGRADE – Kreative Stärkungsgruppen für

Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter im Gesundheitswesen

Ansprechpartner Interviews und Erhebung
Dr. Claudia Pieper
Universitätsklinikum Essen AÖR - IMIBE
E-Mail: claudia.pieper@uk-essen.de
Durchwahl: 0201-723-77 239

Ich (Name des Teilnehmers /der Teilnehmerin in Blockschrift)

bin schriftlich über das Projekt, die zufällige Gruppeneinteilung und den Ablauf aufgeklärt worden.

- Ich willige ein, dass die im Rahmen des Projektes erhobenen Daten auf Fragebögen und digital in einer elektronischen Datenbank gespeichert und **OHNE NAMENSNENNUNG (PSEUDONYMISIERT)**

ausschließlich im bzw. durch das Institut für Medizinische Informatik, Biometrie und Epidemiologie (IMIBE) ausgewertet werden dürfen.

Wissenschaftliche Veröffentlichungen und Darstellungen der im Projekt erhobenen Daten erfolgen ausschließlich IN ANONYMISIERTE FORM. Es findet **keine Datenübertragung** an weitere Institutionen einschließlich Drittländer statt.

- Ich willige ein, ggf. an einem ca. 30-minütigen Interview teilzunehmen. In diesem Fall gebe ich meine Kontaktdaten zur weiteren Kontaktaufnahme durch das o.g. Institut weiter. Das Interview kann in

- meiner Arbeitsstätte _____ oder
 den Räumlichkeiten des o.g. Instituts, Zweigertstraße 37, 45481 Essen
 sonstige Möglichkeit _____ stattfinden.

Die Interviews werden durch geschulte Mitarbeiterinnen des IMIBE durchgeführt. Vor Interviewbeginn findet eine separate Aufklärung über die freiwillige Tonbandaufzeichnung des Gesprächs sowie datenschutzrelevante Aspekte der Befragung statt. Anschließend werden wir Sie nochmals schriftlich um Ihre Einwilligung bitten.

Ihre Kontaktdaten werden nach Beendigung der Studie unwiderruflich gelöscht.

Sofern ich Fragen zu diesem Projekt hatte, wurden diese vollständig und zu meiner Zufriedenheit beantwortet.

Mit der beschriebenen Erhebung und Verarbeitung der Daten bin ich einverstanden.

Ich hatte genügend Zeit für eine Entscheidung und bin bereit, an dem o.g. Projekt teilzunehmen. Ich weiß, dass die Teilnahme freiwillig ist und ich jederzeit ohne Angaben von Gründen zurücktreten kann.

Mir ist bekannt, dass ich mein Einverständnis zur Aufbewahrung und Speicherung meiner Daten widerrufen kann, ohne dass mir daraus Nachteile entstehen.

Ort, Datum

Unterschrift des Teilnehmers

Kontaktdaten zur Kontaktaufnahme für Interviews durch das Institut für Medizinische Informatik, Biometrie und Epidemiologie (IMIBE)

Name: _____

Für weitere Absprachen möchte ich...

... telefonisch unter folgender Telefonnummer _____

... per Email über folgende Email-Adresse _____

... an folgendem Wochentag _____ (optional)

kontaktiert werden.

Vielen Dank für Ihre Teilnahme!

UPGRADE

AUFNAHMEBOGEN FÜR TEILNEHMER – ZUR DOKUMENTATION IM AUFNAHMEGESPRÄCH

Arbeitsschritte für Mitarbeiter/innen des Instituts für soziale Innovationen e.V. (ISI)

Bitte beachten Sie im Erstgespräch die folgenden Arbeitsschritte.

Teilnehmer/in angestellt als: pflegerisches Personal ärztliches Personal sonstiges

Datum: _____ Erstgespräch erfolgt durch: _____

	Ja	Nein
Wurde die Person über das Projekt aufgeklärt?		
Hat die Person die Einverständniserklärung unterschrieben ?		

Einschlusskriterien	Ja	Nein
Die Person ist 18 Jahre oder älter?		
Die Person ist im Gesundheitswesen angestellt und in der Institution tätig?		
Die Person meldet Unterstützungsbedarf auf Grund subjektiv / anamnestischer Belastung?		

Bis hier wurden alle Fragen mit Ja beantwortet.

Ja Nein

Ausschlusskriterien bezogen auf aktuelle Situation

	Ja	Nein
Die Person befindet sich momentan in einem/einer vergleichbaren Projekt / Studie?		
Bei der Person wurden Angsterkrankungen diagnostiziert?		
Die Person befindet sich momentan in psychologischer Behandlung?		

Die letzten drei Fragen wurden mit Nein beantwortet.

Ja Nein

Dann kann der Fragebogen an die Person ausgegeben werden. Die Rückgabe sollte innerhalb von **zwei Wochen** durch eine postalische Rücksendung (frankierter Rückumschlag ist den Unterlagen beigelegt) erfolgen. – *erfolgt durch IMIBE*

Wenn sich die Person doch **gegen** eine Teilnahme entscheidet, notieren Sie bitte die Gründe und geben diese an das IMIBE weiter (hier ankreuzen).

Mögliche Gründe:

Zu viel zeitlicher Aufwand	
Inhaltliche Gründe	
Persönliche Gründe	
Kein Interesse	
Sonstiges: _____	

Person wurde in das Projekt aufgenommen?

Ja Nein

WEITERGABE DIESES BOGENS AN RANDOMISIERUNG!

Der to-Fragebogen, für beide Gruppen identisch:

Liebe Teilnehmerin, lieber Teilnehmer,

haben Sie vielen Dank für Ihre Unterstützung des UPGRADE-Projekts! Wir hoffen natürlich, dass Sie, die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter, davon profitieren – daher sind wir darauf angewiesen, dass Sie uns etwas über sich, über Ihre Arbeit und über Ihre Erfahrungen mitteilen. Dafür haben wir diesen ersten Fragebogen erstellt, den Sie bitte in beiliegendem Freiumschlag an das IMIBE zurückschicken. Sollten Sie Fragen haben, rufen Sie uns gerne an!

Dr. Claudia Pieper, IMIBE, UK Essen AÖR, 0201/723-77-239 oder
Yvonne Klemp, Institut für soziale Innovationen e.V. (ISI-Institut), 0172-7027004

Allgemeine Angaben

Bitte teilen Sie uns hier etwas zu Ihrer Person und Ihrer Arbeitssituation mit.

Art der Tätigkeit: Ärztlicher Dienst Pflegedienst Verwaltung
 Technischer Dienst Sozialdienst Sonstiges: _____

2. Seit wann sind Sie in diesem Bereich tätig?

Seit _____ Jahren seit _____ Monaten

3. Welches biologische Geschlecht haben Sie?

Männlich Weiblich divers

4. Wann sind Sie geboren?

Geburtsjahr: _____ (bitte eintragen)

5. Familienstand

verheiratet/eingetragene Lebenspartnerschaft geschieden verwitwet

ledig zusammenlebend ledig alleinlebend

6. In welchem Umfang sind Sie zurzeit erwerbstätig?

Vollzeit Teilzeit mit _____ Stunden in der Woche

7. Betreuen Sie privat bzw. zuhause hilfe- oder pflegebedürftige Personen bzw. Angehörige?

Ja Nein

8. Wie viele Stunden pro Woche haben Sie in den letzten drei Monaten durchschnittlich gearbeitet (inklusive Mehrarbeit oder Überstunden)?

_____ Stunden pro Woche

9. Arbeiten Sie...

...mind. 1 Mal pro Monat an Wochenenden oder Feiertagen? ja nein

...mind. 1 Mal pro Woche abends (nach 18:30 Uhr) oder nachts (vor 5:00 Uhr)? ja nein

...mind. 1 Mal pro Woche von zuhause aus / von unterwegs / beim Kunden? ja nein

Teil A – Erfassung Arbeitssituation / Arbeitsbelastung

Bitte teilen Sie uns im folgenden Abschnitt etwas zu Ihrer Arbeitssituation und Belastung mit.

1. Die folgenden Fragen betreffen Ihre Entwicklungsmöglichkeiten und die Bedeutung der Arbeit.
(Bitte je eine Angabe pro Zeile)

		In sehr hohem Maße	In hohem Maße	Zum Teil	In geringem Maß	In sehr geringem Maß
1.	Haben Sie die Möglichkeit, durch Ihre Arbeit neue Dinge zu erlernen?	<input type="checkbox"/>				
2.	Können Sie Ihre Fertigkeiten oder Ihr Fachwissen bei Ihrer Arbeit anwenden?	<input type="checkbox"/>				
3.	Ist Ihre Arbeit sinnvoll?	<input type="checkbox"/>				
4.	Haben Sie das Gefühl, dass Ihre Arbeit wichtig ist?	<input type="checkbox"/>				
6.	Sind Sie stolz, dieser Einrichtung anzugehören?	<input type="checkbox"/>				
7.	Erzählen Sie gerne über Ihren Arbeitsplatz?	<input type="checkbox"/>				

1. Anforderungen bei der Arbeit.

(Bitte je eine Angabe pro Zeile)

		Stimme voll zu	Stimme eher zu	Unentschieden	Stimme eher nicht zu	Stimme nicht zu
1.	Ist Ihre Arbeit emotional fordernd?	<input type="checkbox"/>				
2.	Verlangt Ihre Arbeit von Ihnen, dass Sie Ihre Gefühle verbergen?	<input type="checkbox"/>				
3.	Verlangt Ihre Arbeit von Ihnen, sich mit Ihrer Meinung zurückzuhalten?	<input type="checkbox"/>				

2. Die folgenden Fragen betreffen das Verhältnis zwischen Arbeit und Privatleben. Inwieweit stimmen Sie den folgenden Aussagen zu? (Bitte je eine Angabe pro Zeile)

		Stimme voll zu	Stimme eher zu	Unentschieden	Stimme eher nicht zu	Stimme nicht zu
1.	Die Anforderungen meiner Arbeit stören mein Privat und Familienleben.	<input type="checkbox"/>				
2.	Der Zeitaufwand meiner Arbeit macht es schwierig für mich, meinen Pflichten in der Familie oder im Privatleben nachzukommen.	<input type="checkbox"/>				
3.	Meine Arbeit beansprucht so viel Energie, dass sich dies negativ auf mein Privatleben auswirkt.	<input type="checkbox"/>				
4.	Meine Arbeit nimmt so viel Zeit in Anspruch, dass sich dies negativ auf mein Privatleben auswirkt.	<input type="checkbox"/>				
5.	Es kommt vor, dass ich zur gleichen Zeit zu Hause und auf der Arbeit sein sollte.	<input type="checkbox"/>				
6.	Ich erledige berufliche Dinge auch außerhalb meiner Arbeitszeit.	<input type="checkbox"/>				
7.	In meiner Freizeit bin ich für Personen mit denen ich beruflich zu tun habe, erreichbar.	<input type="checkbox"/>				

3. Wie häufig im Laufe der letzten 12 Monate haben Sie darüber nachgedacht...

	nie	Einige Male im Jahr	Einige Male im Monat	Einige Male in der Woche	Jeden Tag
...ihren Beruf aufzugeben?	<input type="checkbox"/>				
... ihre Arbeitsstelle zu wechseln?	<input type="checkbox"/>				

4. Wenn Sie Ihre Arbeitssituation insgesamt betrachten, wie zufrieden sind Sie mit...?

(Bitte je eine Angabe pro Zeile)

		Sehr zufrieden	Zufrieden	Un- zu- frieden	Sehr un- zufrieden
1.	...ihren Berufsperspektiven?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.	...den Leuten, mit denen Sie arbeiten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.	...den körperlichen Arbeitsbedingungen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.	...der Art und Weise, wie Ihre Abteilung geführt wird?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5.	...der Art und Weise, wie Ihre Fähigkeiten genutzt werden?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6.	...Ihrem Lohn und Gehalt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7.	...Ihrer Arbeit insgesamt, unter Berücksichtigung aller Umstände?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

5. Im folgenden Abschnitt finden Sie Fragen zur Arbeitsbelastung. (Bitte zutreffendes einkreisen)

Arbeitsbezogen	Sehr stark	Stark	Etwas	Wenig	Sehr wenig, gar nicht
Belastet Ihre Arbeit Sie emotional?	<input type="checkbox"/>				
Frustriert Sie Ihre Arbeit?	<input type="checkbox"/>				
Fühlen Sie sich nach einem Arbeitstag völlig fertig?	<input type="checkbox"/>				
Sind Sie morgens schon erschöpft, wenn Sie an den vor Ihnen liegenden Arbeitstag denken?	<input type="checkbox"/>				
Haben Sie das Gefühl, dass jede Arbeitsstunde Sie ermüdet?	<input type="checkbox"/>				
Haben Sie genug Energie für Ihre Freizeit mit Familie und Freunden?	<input type="checkbox"/>				

Patientenbezogen	Sehr stark	Stark	Etwas	Wenig	Sehr wenig, gar nicht
Belastet Sie die Arbeit mit Patienten?	<input type="checkbox"/>				
Frustriert Sie die Arbeit mit Patienten?	<input type="checkbox"/>				
Saugt die Arbeit mit Patienten Sie aus?	<input type="checkbox"/>				
Haben Sie das Gefühl, dass Sie den Patienten mehr geben als diese Ihnen?	<input type="checkbox"/>				
Haben Sie die Arbeit mit Patienten satt?	<input type="checkbox"/>				
Fragen Sie sich ab und zu, wie lange Sie diese Arbeit mit Patienten noch durchhalten werden?	<input type="checkbox"/>				

Teil B – Erfassung Gesundheitszustand

Nun folgen einige Fragen zu Ihrer Arbeit und Ihrer Gesundheit.

- 1. Energie und psychisches Wohlbefinden: Bitte geben Sie für jede der folgenden Aussagen an, inwieweit sie für Sie zutrifft.**
(Bitte je eine Angabe pro Zeile)

Persönlich	Ständig	Eher häufig	Manchmal	Eher selten	Nie, fast nie
Wie oft fühlen Sie sich müde?	<input type="checkbox"/>				
Wie oft sind Sie körperlich erschöpft?	<input type="checkbox"/>				
Wie oft sind Sie geistig psychisch müde?	<input type="checkbox"/>				
Wie oft denken Sie „ich kann es nicht mehr ertragen“?	<input type="checkbox"/>				
Wie oft fühlen Sie sich abgenutzt und aufgebraucht?	<input type="checkbox"/>				
Wie oft fühlen Sie sich schwach und krankheitsanfällig?	<input type="checkbox"/>				

2. Die folgenden Fragen betreffen Ihre körperliche Gesundheit. Bitte beziehen Sie sich auf die letzten 12 Monate.

(bitte je eine Angabe pro Zeile)

	Fast täglich	Etwa 3x die Woche	Etwa 2x im Monat	Etwa 2x im Jahr	Praktisch nie
Wie oft haben Sie Kopfschmerzen?	<input type="checkbox"/>				
Wie oft spüren Sie bei geringer Anstrengung Herzklopfen?	<input type="checkbox"/>				
Wie oft reagiert ihr Magen empfindlich (Durchfall, Verdauungsbeschwerden, ...)?	<input type="checkbox"/>				
Wie oft verspüren Sie Schwindelgefühle?	<input type="checkbox"/>				
Wie oft haben Sie Rückenschmerzen?	<input type="checkbox"/>				
Wie oft fühlen Sie sich schnell müde?	<input type="checkbox"/>				
Wie oft haben Sie Schmerzen in der Herzgegend?	<input type="checkbox"/>				
Wie oft haben Sie Nackenschmerzen?	<input type="checkbox"/>				
Wie oft haben Sie Schulterschmerzen?	<input type="checkbox"/>				
Wie oft haben Sie Konzentrationsstörungen?	<input type="checkbox"/>				
Wie oft haben Sie Schlafstörungen (beim Einschlafen oder Durchschlafen)?	<input type="checkbox"/>				
Wie oft wird Ihnen übel?	<input type="checkbox"/>				
Wie oft fühlen Sie sich den ganzen Tag müde und zerschlagen?	<input type="checkbox"/>				

- 3. Ihr Gesundheitszustand im Allgemeinen:** Wenn Sie den besten, denkbaren Gesundheitszustand mit 10 Punkten bewerten und den schlechtesten denkbaren mit 0 Punkten: Wie viele Punkte vergeben Sie dann für Ihren derzeitigen Gesundheitszustand? Bitte kreuzen Sie die entsprechende Zahl an.

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
<input type="checkbox"/>										

Schlechtester Gesundheitszustand

bester Gesundheitszustand

Teil C – Erfassung subjektiver Arbeitsfähigkeit

Abschließend möchten wir Sie bitten, uns noch Ihre Einschätzung zu Ihrer Arbeitsfähigkeit mitzuteilen.

- 1. Wie viele ganze Tage blieben Sie auf Grund eines gesundheitlichen Problems (Krankheit, Gesundheitsvorsorge oder Untersuchung, nicht Urlaub) in den letzten 12 Monaten der Arbeit fern?**

Überhaupt keinen	Höchstens 9 Tage	10-24 Tage	25 – 99 Tage	100 Tage und mehr
<input type="checkbox"/>				

- 2. Glauben Sie, dass Sie, ausgehend von Ihrem jetzigen Gesundheitszustand, Ihre derzeitige Arbeit auch in den nächsten zwei Jahren ausüben können?**

unwahrscheinlich	Nicht sicher	Ziemlich sicher
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

- 3. Wie schätzen Sie Ihre derzeitige Arbeitsfähigkeit im Vergleich zu der besten, je erreichten Arbeitsfähigkeit ein?**

Wenn Sie Ihre beste, je erreichte Arbeitsfähigkeit mit 10 Punkten bewerten: Wie viele Punkte würden Sie dann für Ihre jetzige Arbeitsfähigkeit geben? Bitte kreuzen Sie die entsprechende Zahl an. (0 bedeutet, dass Sie zurzeit völlig arbeitsunfähig sind)

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
<input type="checkbox"/>										

Völlig
arbeitsunfähig

beste
Arbeitsfähigkeit

Der t₁-Fragebogen, der Kontrollgruppe ist identisch mit t₀, bis auf Frage D (s.u.)

Der t₁-Fragebogen der Interventionsgruppe ist ergänzt um folgende Inhalte:

Teil D - Bewertung des Fragebogens

Im folgenden Abschnitt möchten wir Sie bitten, den zuvor durchgeführten Fragebogen zu bewerten. Dies hilft uns, künftige Bögen besser zu machen 😊.

Bitte bewerten Sie die folgenden Aussagen zu dem Fragebogen.

Inhalte	Stimme voll und ganz zu	Stimme zu	Stimme eher zu	Stimme eher nicht zu	Stimme nicht zu	Stimme gar nicht zu
1. Der Fragebogen war verständlich.	<input type="checkbox"/>					
2. Der Fragebogen war auf die für mich relevanten Bereiche abgestimmt.	<input type="checkbox"/>					
3. Der Zeitaufwand zum Ausfüllen des Fragebogens war in Ordnung.	<input type="checkbox"/>					

Im Folgenden bitten wir Sie, die Teilnahme an den Kreativen Stärkungsgruppen zu bewerten und uns Ihre Erfahrungen mitzuteilen.

Teil E - Evaluation der Kreativen Stärkungsgruppen

1. Haben Ihnen die Inhalte der Kreativen Stärkungsgruppen geholfen?

ja

nein

2. Wenn Sie der Kreativen Stärkungsgruppe eine Note (wie in der Schule) geben würden, welche Note wäre das?

1 = Sehr gut

2 = gut

3 = befriedigend

4 = ausreichend

5 = mangelhaft

6 = ungenügend

Was hat Ihnen besonders geholfen? (Mehrfachnennung möglich!):

3. Wie sehr hat Ihnen der Kontakt in der Gruppe geholfen?

- wenig viel sehr viel

4. Wie sehr hat Ihnen die Unterstützung durch die Gruppenleitung geholfen?

- wenig viel sehr viel

5. Wie sehr haben Ihnen die kreativen Methoden geholfen?

- wenig viel sehr viel

6. Wie sehr haben Ihnen die Gespräche geholfen?

- wenig viel sehr viel

7. Wie bewerten Sie die folgenden Aussagen

Inhalte	Stimme voll und ganz zu	Stimme zu	Stimme eher zu	Stimme eher nicht zu	Stimme nicht zu	Stimme gar nicht zu
a) Durch die Teilnahme an den Gruppen konnte ich mein arbeitsbedingtes Belastungsempfinden senken.	<input type="checkbox"/>					
b) Durch die Teilnahme an den Gruppen fühle ich mich gestärkt.	<input type="checkbox"/>					

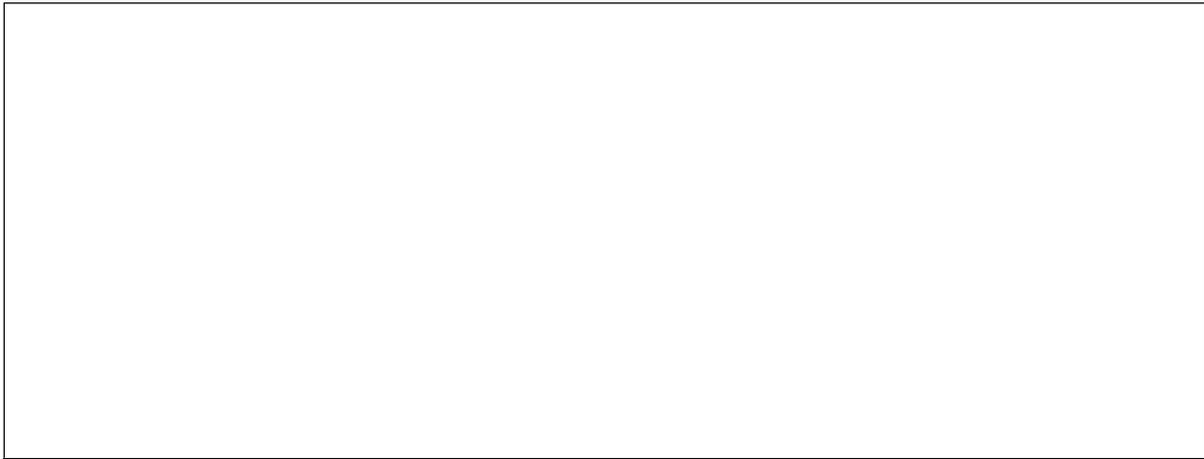
Rahmenbedingungen	Stimme voll und ganz zu	Stimme zu	Stimme eher zu	Stimme eher nicht zu	Stimme nicht zu	Stimme gar nicht zu
c) Der zeitliche Aufwand und die Abfolge der Gruppen waren in Ordnung.	<input type="checkbox"/>					
d) Die Atmosphäre in den Stärkungsgruppen war angenehm kollegial, kooperativ und förderlich.	<input type="checkbox"/>					

Praktische Relevanz	Trifft voll und ganz zu	Trifft zu	Trifft nicht zu	Trifft gar nicht zu
e) Ich würde die Teilnahme an den kreativen Stärkungsgruppen meinen Kolleg/inn/en weiterempfehlen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f) Ich habe Interesse auch nach dem Projekt regelmäßig an einem solchen Angebot teilzunehmen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Möchten Sie uns zum Schluss noch etwas mitteilen?

1. Worin fühlen Sie sich gestärkt?

2. Haben Sie Vorschläge für Verbesserungen oder Ergänzungen?



Der t₂-Fragebogen der Kontrollgruppe ist identisch mit t₀

Der t₂-Fragebogen der Interventionsgruppe ist identisch mit t₀

Leitfadeninterview Projekt

UPGRADE

Kreative Stärkungsgruppen für Mitarbeiter/innen im Gesundheitswesen

Interviewer/in: _____ Datum: _____
Ort: _____

Hinweise für Interviewer

Ziel dieses Interview ist die Erfassung folgender Aspekte:

- Sichtweisen und Einstellungen
- Nutzen und Verbesserungen

Die Interviewdauer beträgt rund 30 bis 45 Minuten. Im Vorfeld muss darauf geachtet werden, dass alle Informationen und Unterlagen bezüglich des Datenschutzes eingeholt bzw. beachtet wurden. Falls Ihnen vor oder nach dem eigentlichen Interview noch bestimmte Dinge auffallen, notieren Sie diese bitte.

BEFRAGUNG DER EINRICHTUNGSLEITUNG

1. **Wie schätzen Sie generell den Bedarf für Angebote der Gesundheitsförderung für Mitarbeitende im Gesundheitswesen ein?**

1.1 **Welche Berufsgruppen sehen Sie dabei als besonders belastet an?**

1.2 **Erläuterung: Worin liegt die besondere Belastung?**

2. **Welche Berührungspunkte hatten Sie bereits mit gesundheitsfördernden Maßnahmen?**

2.1 **Welche Angebote können belastete Mitarbeitende bei Konfliktsituationen bisher in Ihrer Einrichtung in Anspruch nehmen?**

- Ansprechpartner*in
- Kommunikationswege
- ...

Teilen Ihnen Ihre Mitarbeitenden mit, wenn es bei ihnen zu besonders belastenden Situationen kommt?

- ja nein

3. **Was erwarten Sie von der Teilnahme Ihrer Mitarbeitenden an dem Angebot der Kreativen Stärkungsgruppen?**

4. **Wie schätzen Sie das Ausmaß der angestoßenen Veränderungen ein?**

5. **Wo sehen Sie Herausforderungen bei der Implementierung?**

Zugänge/ Zugangswege?
Angebot über AG?

6. **Gab es zum Beispiel Probleme bei der zeitlichen Organisation oder Hemmnisse auf Seiten der Mitarbeitenden?**

ja nein

6.1 Wenn ja, wie könnten diese Herausforderungen Ihrer Meinung nach künftig bewältigt werden?

- Möglichkeiten zur Überwindung der Herausforderungen

7. **Wie sehen Sie die Möglichkeit ein solches Angebot nach dem Ablauf des Projektes dauerhaft aufzunehmen?**

8. **Gibt es etwas, das bisher noch nicht zur Sprache gekommen ist, was Ihnen aber wichtig ist?**

Vielen Dank für Ihre Unterstützung!

**Leitfadeninterview Projekt
UPGRADE**

Kreative Stärkungsgruppen für Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter im Gesundheitswesen

Interviewer/in: _____ Datum: _____
Ort: _____ ID: _____

Hinweise für Interviewer

Ziel dieses Interview ist die Erfassung folgender Aspekte:

- Sichtweisen und subjektive Einstellung
- Nutzen und Verbesserungen

Die Interviewdauer beträgt rund 30 bis 45 Minuten. Im Vorfeld muss darauf geachtet werden, dass alle Informationen und Unterlagen bezüglich des Datenschutzes eingeholt bzw. beachtet wurden. Falls Ihnen vor oder nach dem eigentlichen Interview noch bestimmte Dinge auffallen, notieren Sie diese bitte.

BEFRAGUNG DER MITARBEITER/INNEN

Einwilligungserklärung zur Teilnahme am Interview im Rahmen des UPGRADE-Projekts

Ich, (Name des Teilnehmers /der Teilnehmerin in Blockschrift)

bin über die Studie und den Ablauf des Interviews aufgeklärt worden.

- Ich willige ein, dass die im Rahmen des Projektes erhobenen Daten auf Fragebögen und digital in einer elektronischen Datenbank gespeichert und **OHNE NAMENSNENNUNG (PSEUDONYMISIERT) ausschließlich im bzw. durch das Institut für Medizinische Informatik, Biometrie und Epidemiologie (IMIBE)** ausgewertet werden dürfen.
- Ich willige ein, dass das Interview digital aufgezeichnet wird. Diese Tonbandaufzeichnung wird ausschließlich zur Vollständigkeitsüberprüfung der Interviewmitschriften angefertigt. Alle Antworten werden im Anschluss an das Interview für die Auswertung pseudonymisiert – das heißt unter einem Pseudonym und nicht unter dem richtigen Namen gespeichert, transkribiert und ausgewertet. Durch die Verwendung des Pseudonyms ist es niemandem möglich, meine Daten mit meinem Namen in Verbindung zu bringen.

Mir ist bewusst, dass die Teilnahme an diesem Interview freiwillig ist und ich zu jeder Zeit die Möglichkeit habe, das Interview abubrechen und mein Einverständnis in eine Aufzeichnung und Transkription des Interviews zurückziehen, ohne dass mir dadurch irgendwelche Nachteile entstehen.

Alle Forschungsdaten werden nach Abschluss des Projektes (spätestens nach 10 Jahren) vollständig gelöscht. Mir ist bekannt, **DASS ICH MEIN EINVERSTÄNDNIS ZUR AUFBEWAHRUNG BZW. SPEICHERUNG MEINER DATEN WIDERRUFEN KANN, OHNE DASS MIR DARAUS NACHTEILE ENTSTEHEN.** Ich bin darüber informiert worden, dass ich jederzeit eine Löschung all meiner Daten verlangen kann.

Das Interview wird von geschulten Mitarbeitern durchgeführt, die zur Verschwiegenheit verpflichtet sind. Sofern ich Fragen hatte, wurden diese vollständig und zu meiner Zufriedenheit beantwortet.

Es erfolgt keine Datenübertragung in Drittländer.
Wissenschaftliche Veröffentlichungen und Darstellungen der im Projekt erhobenen Daten erfolgen ausschließlich **IN ANONYMISIERTER FORM.**

Ort, Datum & Unterschrift des Teilnehmers

1. Kurze Vorstellung / Einleitung

Herr / Frau _____,
vielen Dank, dass Sie sich heute Zeit für uns nehmen. Mein Name ist _____ und ich komme vom Institut für Medizinische Informatik, Biometrie und Epidemiologie.

Wir begleiten das Projekt „UPGRADE - Kreative Stärkungsgruppen für Mitarbeiter /innen im Gesundheitswesen“.

Das folgende Interview wird circa 30 bis maximal 45 Minuten dauern und findet in Absprache mit den Projektverantwortlichen statt. Ihre Daten werden dabei zu jeder Zeit anonym und vertraulich behandelt und so verarbeitet, dass keinerlei Rückschlüsse auf Ihre Person vollzogen werden können.

Damit sich für uns jedoch die Auswertung der Daten ein wenig einfacher gestaltet, würde ich gerne dieses Gespräch aufzeichnen. Sind Sie mit der Aufzeichnung des Interviews einverstanden?

- ja nein

2. Für welche Tätigkeiten sind Sie zuständig? Wie gestaltet sich Ihr Arbeitsalltag?

3. Gibt es in Ihrem Arbeitsalltag besonders belastende Situationen? Wenn ja, welche Situationen sind das?

4. Wie gehen Sie mit diesen Belastungen und Erfahrungen um?

5. Beschreiben Sie doch bitte einmal, was Sie dazu bewegt hat, an dem Projekt UPGRADE, beziehungsweise den Kreativen Stärkungsgruppen teilzunehmen.

6. Würden Sie auch nach Ablauf des Projektes an den Stärkungsgruppen oder ähnlichen Angeboten teilnehmen oder diese Ihren Kolleginnen und Kollegen empfehlen?

7. Möchten Sie abschließend noch etwas bezüglich des Projektes oder den kreativen Stärkungsgruppen anmerken, wozu Sie bisher keine Gelegenheit hatten?

Vielen Dank für Ihre Unterstützung!

Anhang 3: Flyer, Poster

Wir sind:

Das Projekt wird gemeinsam durchgeführt vom Institut für soziale Innovationen (ISI) e.V., der Novitas-Betriebskrankenkasse, der Helios-Klinik sowie dem Institut für Medizinische Informatik, Biometrie und Epidemiologie (IMIBE) am Universitätsklinikum Essen.

Es wird über drei Jahre vom Innovationsfonds (Krankenkassen, Gesundheitsministerium) gefördert. Die Ergebnisse des Projektes werden wissenschaftlich evaluiert, damit Kreative Stärkungsgruppen bei einem Erfolg des Projektes zu einem Regelangebot der Krankenkassen werden können.

Konsortialleitung:
Novitas BKK

NOVITAS BKK

Konsortialpartner:
Institut für soziale Innovationen (ISI) e.V.

Institut für soziale Innovationen e.V.

Konsortialpartner:
Helios Universitätsklinikum Wuppertal, Department für Innovation und Forschungsförderung DIR im Auftrag für 20 Helioskliniken in NRW (Helios Region West)

Helios

Konsortialpartner:
IMIBE der Universität Essen

IMIBE
Institut für Medizinische Informatik,
Biometrie und Epidemiologie

Institut für soziale Innovationen (ISI) e.V.
Blumenstraße 54a, 47057 Duisburg
Tel: 0203-363 526 83

Sandra Kanczyk (Gruppenleiterin)
Tel: 01578-7873463, s.kanczyk@soziale-innovationen.de

Yvonne Klemp (Gruppenleiterin)
Tel: 0172-7027004, y.klemp@soziale-innovationen.de

KREATIVE STÄRKUNGSGRUPPEN

ALS INNOVATIVE VERSORGUNGSFORM
FÜR MITARBEITER/INNEN
IM GESUNDHEITSWESEN



Mitarbeiter stärken

UPGRADE



Wir wissen:

Gesundheits- und Krankenpfleger in Kliniken und Altenpflegekräften haben ein durchschnittlich erhöhtes Risiko, psychisch oder körperlich krank zu werden. Sie verdienen Unterstützung und Stärkung. Dem dient das Projekt UPGRADE.

Wir wollen:

Ziel des Projektes ist es, Mitarbeitende im Gesundheitswesen durch ein neues Versorgungsangebot zu stärken. Mitarbeitende werden in speziellen Stärkungsgruppen darin unterstützt, mit Belastungen umzugehen und Entlastungsmöglichkeiten zu finden. Durch die Stärkung der Resilienz und der eigenen Ressourcen sollen Erkrankungen vermieden werden und bestehende Erkrankungen schneller abklingen.

Wir bieten:

All das geschieht durch Gespräche, Informationen und auch durch spielerisch-kreative Angebote, die über das Wort hinausgehen.

Das Angebot Kreativer Stärkungsgruppen ist für die Einrichtung und Mitarbeiter/innen kostenfrei und erfordert kaum bürokratischen Aufwand. Wir stehen Ihnen gerne für weitere Fragen zur Verfügung.

So geht's:

Schritt 1

Sie sind über unser Projekt informiert worden und haben Interesse. Sie vereinbaren einen Termin zum Erstgespräch mit

- Sandra Kanczyk, Gruppenleiterin
Tel: 01578-7873463
- Yvonne Klemp, Gruppenleiterin
Tel: 0172-7027004

Schritt 2

Im Erstgespräch erhalten Sie weitere Informationen über die Kreativen Stärkungsgruppen. Entscheiden sie sich für eine Teilnahme, empfängt Sie direkt im Anschluss ein/e Mitarbeiter/in des Projektes und registriert sie.

Schritt 3

Sie erhalten eine sofortige Antwort, ob sie im Projekt als Teilnehmer/in in einer Kreativen Stärkungsgruppe dabei sind oder in die Kontrollgruppe aufgenommen werden.

Wir freuen uns auf Sie!





SICH MAL ANDERS STÄRKEN!

- Kreatives Stärkungsangebot in kleinen Gruppen
- Innere Stärke aufbauen und pflegen
- Belastungen erkennen
- Konfliktsituationen bewältigen
- Trauer und Verlust verarbeiten

Die Arbeit mit Pflege- oder Betreuungsbedürftigen stellt besonders hohe Anforderungen. Chronische Überlastung oder zusätzliche Belastungen bei der Arbeit oder im Privatleben hat oft früher oder später gesundheitliche Folgen.

ANMELDUNGEN SIND LAUFEND MÖGLICH!

Zeiten: Nach Absprache bei Anmeldung – ein Kurs besteht aus **zwei** Einheiten im Abstand von zwei bis vier Wochen, z.B. jeweils freitags von 9 bis 16 Uhr

Ort: Vor Ort oder bei ISI e.V. in Duisburg-Neudorf (Nähe Hbf.)

Durchführung: ISI Institut für soziale Innovationen e.V., Blumenstr. 54a, 47057 Duisburg

Hinweis:

Das Kurskonzept basiert auf dem Forschungsprojekt „UPGRADE“. *Kreative Stärkungsgruppen für Beschäftigte im Gesundheitswesen*. Teilnehmende werden daher gebeten, an einer begleitenden Befragung teilzunehmen. Sie erhalten bei Anmeldung selbstverständlich weitere Informationen dazu.

Mitarbeiter stärken

UPGRADE



**Ein Angebot für Beschäftigte in
Alten- und Pflegeheimen, in der
Wohlfahrtspflege, in ambulanten
Diensten und Krankenhäusern**

WEITERE INFORMATIONEN BEI:

Dr. Sarah Schröer
(Prävention und Gesundheitsförderung, IMIBE)
☎ 0201 723 77 243 (8.00-16.00)
✉ sarah.schroerer@uk-essen.de

Nadine Sennewald (ISI e.V.)
☎ 0173 52 16 851 oder 0203 36 35 26 83
✉ n.sennewald@soziale-innovationen.de

WIR FREUEN UNS AUF IHRE ANMELDUNG:

✉ gesundheitsfoerderung.imibe@uk-essen.de
☎ 0201 723 77 243 (8.00-16.00 Uhr)

Terminwünsche werden nach Möglichkeit berücksichtigt. Der Arbeitgeber oder Krankenkassen erhalten durch uns keine Informationen.

Machen Sie sich einen ersten Eindruck und erfahren Sie, was Kolleginnen und Kollegen von dem Angebot berichten:

QR-Code zum Info-Film



Gefördert durch:



**Gemeinsamer
Bundesausschuss
Innovationsausschuss**

Anhang 4: Qualifizierungskonzept einschließlich Curriculum und Fortbildungsmodule

Kreative Stärkungsgruppen als innovative Versorgungsform für hochbelastete Mitarbeiter/innen im Gesundheitswesen

Konzeption der Fortbildung „Zertifizierte Leiter/in Kreativer Stärkungsgruppen“

Erstellt von:



Institut für soziale Innovationen e.V. Blumenstraße

54a

47057 Duisburg-Neudorf

0203 – 363 526 83

info@soziale-innovationen.de

www.soziale-innovationen.de

unter der wissenschaftlichen Leitung von Dr. Udo Baer

1 Qualifizierungskonzept: Durchführung von Stärkungsangeboten im Gesundheitswesen

Die Entwicklung und Erprobung eines Fortbildungskonzeptes für die Qualifizierung von Leiter/innen Kreativer Stärkungsgruppen ist Bestandteil des UPGRADE-Projektes. Die beiliegenden Materialien beruhen auf der Auswertung der ersten durchgeführten Qualifizierungsgruppen durch das Institut für soziale Innovationen ISI. Bei einer Verlängerung des Projektes werden die Erfahrungen der Verlängerung in eine Überarbeitung eingebracht.

Das vorliegende Fortbildungskonzept bezieht sich nicht nur auf die Leitung von Kreativen Stärkungsgruppen, sondern wurde auf Stärkungsangebote im Gesundheitswesen erweitert. Der Kerninhalt ist weiterhin die Befähigung zur Leitung Kreativer Stärkungsgruppen. Die Erfahrungen von UPGRADE haben jedoch gezeigt, dass darüber hinaus eine Erweiterung des Angebots durch telefonische Beratung, Vorträge, Online-Angebote und mehr sinnvoll sein kann.

Das Qualifizierungskonzept enthält folgende Bestandteile:

1. Warum Stärkung?
2. Rahmenkonzept zur Qualifizierung
 - 2.1. Didaktisches Konzept Stärkungsangebote im Gesundheitswesen
 - 2.2. Fortbildungsmodule
 - 2.3. Studienbriefe für die Qualifizierung
 - 2.4. Prüfungsordnung
3. Konzeption Kreative Stärkungsgruppen
 - 3.1. Rahmenbedingungen und Kernstruktur des Gruppensettings
 - 3.2. Konzeption der konkreten Gruppeneinheiten
 - 3.3. Erweiterte Konzeption / Konzeptvarianten
 - 3.4. Materialien für die Teilnehmer/innen Kreativer Stärkungsgruppen
 - 3.5. Stärkungsbriefe

1. Warum Stärkung?

Mitarbeiter/innen des Gesundheitswesens einschließlich der Altenhilfe unterliegen Mehrfachbelastungen. Diese bestehen in

- häufiger Schichtarbeit und anderen arbeitsorganisatorischen Faktoren
- übergriffigem Verhalten von Patienten
- seelischen Belastungen durch Empathie und Nähe zum Leid erkrankter Menschen und deren Angehöriger
- Konfrontation mit Sterben, Tod, Trauer.

All das führt zu erhöhten Belastungen (Berger 2003, Büssing et al. 1997, Genz 2003, Nolting Jahr, Grosser 2014).

Hinzu kommen traumaspezifische Belastungen durch Co-Traumatisierungen durch Begegnungen mit traumatisierten Menschen sowie mögliche akute Belastungen bzw. Traumatisierungen durch direkte Gewalterfahrungen in der Pflege, aber auch durch Devaluierung und psychischem Stress, durch Patienten und Angehörige. Diese Belastungen werden oft tabuisiert, so dass es kaum Hilfsangebote gibt. Bei 7% der in psychiatrischen Kliniken behandelten Patient/innen kommt es zu aggressiven Verhaltensweisen gegenüber Pflegenden (Steinert 2008). Untersuchungen in der ambulanten Pflege zeigen: „Bezüglich der vergangenen zwölf Monate vor der Befragung erinnerten sich die Befragten an 60,8% verbale Übergriffe und 36,1% an körperliche Aggression (grob angefasst, gekratzt, beworfen oder gestoßen werden). Einige hatten schwerwiegende körperliche Übergriffe erlebt: getreten (8,5%), mit der Faust geschlagen (6,4%), mit einem Gegenstand geschlagen werden (2,8%). Jede sechste befragte Pflegekraft gab an, innerhalb des vergangenen Jahres sexuell belästigt worden zu sein.“ (zit. nach Nau, S. 331) Die Häufigkeit des Vorkommens „von körperlicher Aggression bei Menschen mit Demenz liegt zwischen 31 % und 42 %, von sexueller Aggression bei 4 %. Das aggressive Verhalten ist einer der häufigsten Gründe für eine Heimaufnahme.“ (Bundesministerium für Gesundheit, S. 9). Eine aktuelle Studie zeigt, dass Übergriffe von Patienten in psychiatrischen Einrichtungen nicht nur gegenüber Mitarbeitern/innen, sondern auch gegenüber Mitpatienten in den letzten Jahren zunehmen (Müller et al. 2017).

Besonders kritisch ist dabei, dass sich Pflegekräfte im Vergleich zu anderen Berufsgruppen insbesondere durch eine hohe Verausgabungsbereitschaft sowie eine geringe Distanzierungsfähigkeit von der Arbeit auszeichnen (Michael 2014).

Auszubildende im Gesundheitswesen scheinen in besonderem Maße unter Übergriffen und den daraus folgenden Belastungen zu leiden: „In einer im Jahre 2006 durchgeführten Studie gaben von 407 befragten Schülerinnen und Schülern der Gesundheits- und Krankenpflege aus Deutschland und Österreich 44% der Befragten an, sich einmal oder mehrmals bedroht gefühlt zu haben; 75% hatten einen verbalen Angriff bzw. wüste Beschimpfungen erlebt und 35% waren schon einmal oder mehrmals in der Berufsausübung tätlich angegriffen worden.“ (Nau 2013, S. 402)

Die Folgen dieser Belastungen sind vielfältig und nachhaltig. Untersuchungen von Mitarbeiter/innen des Gesundheitswesens beschreiben die Konsequenzen: „Kurzfristige Belastung führt in der Regel zu emotionalen Reaktionen. Die Mitarbeiter/innen beschreiben Ärger, Wut, das Gefühl, genervt zu sein, Ungeduld und einen Verlust von Gelassenheit. Längerfristig kommt es zu psychischen Symptomen wie beispielsweise Frustration, Unzufriedenheit mit der Arbeit, Müdigkeit, sozialem Rückzug und Lustlosigkeit, Freizeitaktivitäten zu unternehmen. Körperlich kann sich die Belastung in Sodbrennen, Schlafstörungen oder zum Beispiel Rückenschmerzen äußern.“ (Richter, Heckmann 2014)

Ein erhöhtes Risiko aus Dauerbelastung und vor allem aus traumatischen Störungen ergibt sich für die Entwicklung psychischer Erkrankungen. Dies zeigt u.a. die hohe Komorbidität von Posttraumatischen Belastungsstörungen mit anderen psychischen Störungen. Zwei große epidemiologische Studien in den USA und Australien ergaben bei 85–88% der Männer und 78–80% der Frauen mit PTBS komorbide psychiatrische Diagnosen (Kessler et al., 1995; Creamer et al. 2001). In der deutschen Studie von Perkonig et al. (2000) wurde bei 87,5 % der PTBS-Patienten mindestens eine weitere psychische Störung diagnostiziert.

Neuere Forschung in den USA betont die weiterhin unzureichende Datenlage zu dieser Thematik, vor allem im Hinblick auf die Erkrankungen, die bei Mitarbeitern/innen im Gesundheitswesen, insbesondere bei Pflegepersonal, durch Gewalterfahrung entstehen (Phillips 2016). Der Fokus sollte hier künftig auf evidenzbasierten Interventionen zur Gewaltprävention liegen (Hanson et al 2015, Phillips 2015).

Mögliche Folgen bestehen in der sogenannten „inneren Kündigung“ und einer Erhöhung der Fluktuation von Mitarbeiter/innen, die bei dem Mangel v.a. von Pflegekräften zu angespannten Situationen von Einrichtungen des Gesundheitswesens führt (Badura et al. 2004).

Die Ausgangslage besteht folglich erstens darin, dass Beschäftigte im Gesundheitswesen in hohem Maß an offenen sowie versteckten Belastungen leiden. Zweitens gibt es kaum Raum, diese Belastungen und den Umgang mit ihnen zu thematisieren. Präventionsangebote sind v.a. auf allgemeine Entspannung ausgelegt und nicht belastungsspezifisch. Drittens greifen bisher etablierte Hilfsangebote erst, wenn Krankheiten manifest sind und Behandlungsbedürftigkeit besteht.

Aktuelle Untersuchungen zu dem Thema betonen den dringenden Bedarf an niedrigschwelligen Maßnahmen, Schulungen und Hilfsangeboten für Mitarbeiter/innen (Lindner 2015, Müller et al. 2017).

Ziel des UPGRADE-Projektes war und ist, durch ein neues Versorgungsangebot belastungsspezifisch Mitarbeiter/innen des Gesundheitswesens darin zu stärken

- Wege des Umgangs mit den Belastungen zu erkennen und zu üben,
- unmittelbare Hilfen insbesondere der traumaspezifischen Entlastung und Prävention von Traumafolgestörungen zu erfahren und
- Hinweise zur Früherkennung möglicher Erkrankungen zu erhalten und ihnen nachzugehen.

Der Verlauf des UPGRADE-Projektes hat gezeigt:

- Stärkung tut Not. Der Bedarf an stärkenden Angeboten ist sehr groß. Die Belastungen durch die Pandemie haben sich enorm intensiviert, quantitativ und qualitativ.
- Sie durch die Pandemie forcierten Krankheitszahlen unter den Mitarbeitenden im Gesundheitswesen erhöhten den Arbeitsstress, was wiederum durch die chronische Ermüdung und Überlastung zu einer Verringerung der Beschäftigtenzahl sowie eine noch höhere Erkrankungszahl führte. Diese Kettenreaktion erhöhte den Bedarf an Stärkungsangeboten.
- Die Pandemie beschränkte wiederum durch Lockdown-Phasen sowie Zugangseinschränkungen in Kliniken und Altenheime die Möglichkeit, Stärkungsangebote durchzuführen.

- Schichtarbeit, hohe Erkrankungszahlen sowie Personalnot wiederum bremsen die Möglichkeiten, Stärkungsangebote durchzuführen.

Diese bremsenden Faktoren werden mit einem erhofften Ausklingen der Pandemie und der nachfolgenden Erschöpfungsphase sich verringern, während die Notwendigkeit der Stärkungsangebote bestehen bleiben wird.

2. Rahmenkonzept zur Qualifizierung

Fortbildung: Zertifizierte Leiter/in Kreativer Stärkungsgruppen

Kreative Stärkungsgruppen sind ein Angebot für Mitarbeiter/innen der Altenhilfe und des Gesundheitswesens, um sie angesichts der Hochbelastungen zu unterstützen und zu stärken. Es wurde im Rahmen des Projekts UPGRADE (ISI, Novitas, Helios) erprobt und von IMIBE (Universitätsklinikum Essen) evaluiert. Ziel ist die Kreativen Stärkungsgruppen in das Regelangebot der Krankenkassen in Deutschland zu übernehmen. Im Zuge des Projektes wurden auch andere Angebote erprobt, um niedrigschwellige Zugänge der Mitarbeiter/innen zu Stärkungsaktivitäten zu ermöglichen.

Ziel/Nutzen:

Wer die Qualifizierung zur/m zertifizierten Leiter/in Kreativer Stärkungsgruppen erfolgreich absolviert hat, ist befähigt, im Gesundheitswesen und der Altenhilfe „Kreative Stärkungsgruppen“ und andere Stärkungsangebote für Mitarbeiter/innen anzubieten.

Teilnahme-Voraussetzungen:

Ausbildung als Therapeut/in (mindestens drei Jahre), Psycholog/in, Ärzt/in, Pflegefachkraft oder in einem verwandten Beruf sowie mindestens zwei Jahre Berufserfahrung in Kliniken, Altenhilfe oder anderen Institutionen oder Ambulanzen des Gesundheitswesens.

Teilnahme an einer Kreativen Stärkungsgruppe.

Bestandteile:

Die Qualifizierung besteht aus folgenden Bestandteilen:

- Fortlaufende Seminare: neun Tage an drei dreitägigen Seminaren in einer fortlaufenden Gruppe
- Durcharbeitung von Studienbriefen
- Eine schriftliche Abschlussprüfung am letzten Seminartag sowie eine Praxisdemonstration im letzten Drittel der Seminartage

Inhalte der fortlaufenden Seminare:

1. Kreative Stärkungsarbeit. Methoden Kreativer Stärkungsgruppen. Stärkungskomponente Meinhaftigkeit. Gesundheitspanorama.
2. Gesundheitsprävention, theoretische Grundlagen und Konzepte; Fortsetzung Methoden Kreativer Stärkungsgruppen; Stärkungskomponente Sensomotorisches Basistraining; Praxisübungen
3. Phänomene von Überlastungen; Trauma, Traumafolgen und Traumabewältigung; Krisen und Krisencoping; Stärkungskomponente Wirksamkeit
4. Kommunikation und Gruppenleitung; Umgang mit Schwierigkeiten und Störungen; Stärkungskomponente Begegnung und Beziehung; Praxisübungen

5. Kompass für Gruppenleiter/innen; Entwicklung von Teilnehmer/innen- und Situations- bezogenen Varianten der Stärkungsarbeit; Praxisdemonstrationen/-übungen, Abschlusstest

Zertifizierung:

Die Zertifizierung setzt die Teilnahme an allen Bestandteilen sowie einen erfolgreichen Prüfungsabschluss voraus.

Kosten:

Die Kosten betragen 950,--€/p. P. Für die Zertifizierung fallen Gebühren von 150,-- € p.P. an.

Anmeldung/Bewerbung:

Die Anmeldung für die Qualifizierung erfolgt schriftlich. Sie muss umfassen:

- Einen Lebenslauf mit dem Nachweis der Voraussetzungen der Erfahrungen im Gesundheitswesen bzw. der Altenhilfe.
- Einen Nachweis der beruflichen und fachlichen Voraussetzungen.

2.1. Didaktisches Konzept Stärkungsangebote im Gesundheitswesen

Die Didaktik der Stärkungsangebote ist einer Pädagogik der Würde verpflichtet. Sie orientiert sich daran,

- die Leiblichkeit der Lernenden und der Lehrenden zu achten,
- die Tatsache, dass Lehren und Lernen immer auch Beziehungserfahrung ist, zu respektieren,
- die Kompetenzen der Lernenden ebenso zu würdigen wie die Vorbildfunktion und Autorität der Lehrenden.

Die Didaktik kann nicht aus einem Regelwerk bestehen. Die Leiter/innen von Stärkungsangeboten müssen Widersprüchlichkeiten, Ambiguitäten und Komplexitäten erkennen, aushalten und lebendig verbinden. Die wichtigsten sind:

Wir lehren Modelle des Erlebens und lehren dies über Erfahrungen des Erlebens und

wir vermitteln Wissen, ermöglichen und fördern Verstehen.

Gesundheitsförderung und Prävention können nur vermittelt werden, wenn man sie erlebt, und diese Erfahrungen ein- und angebunden werden an Kenntnisse, die Wissen, Einordnen und Verstehen ermöglicht.

Wir ermöglichen in den Gruppen praktische Erfahrungen und

unterstützen die Teilnehmenden, das Gelernte in ihren Alltag zu transferieren.

Die Teilnehmenden erfahren Inhalte praktisch, am eigenen Leib und sie üben miteinander. Und wir thematisieren den Transfer in den beruflichen Alltag.

Wir bemühen uns um eine Pädagogik der gleichen Augenhöhe und wir übernehmen Verantwortung als Gegenüber und Halt.

Wir sind interessiert daran, dass Lernende ihre eigenen Erfahrungen und Kompetenzen einbringen, das Gelernte und Erfahrene kritisch überprüfen und eigene Auffassungen entwickeln können. Und wir Leitende stehen als Autoritäten für die Kompetenz in den Gruppen zur Verfügung und übernehmen die Verantwortung.

Wir verfolgen in den Stärkungsangeboten klare Absichten, wie sie dem Curriculum entsprechen und wir lassen uns immer wieder von den Besonderheiten der konkreten Situationen in den Gruppenprozessen überraschen und gehen darauf ein

Unsere Haltung und unser Handeln sind bestimmt von größtmöglicher Transparenz und Prozessorientierung, die gleichzeitig die Themen und Absichten der Stärkungsangebote im Fokus der Aufmerksamkeit behält.

Wir bieten den Teilnehmenden neue Erfahrungen an und wir geben Raum, Altes loszuwerden.

Viele Mitarbeiter/innen des Gesundheitswesens haben ein großes Bedürfnis, über Belastungen zu reden und sich dadurch zu entlasten. Das braucht Raum, damit Platz für neue Erfahrungen und Erkenntnisse geschaffen werden kann.

Wir versuchen, Krisen und das Aufbrechen von Traumaerleben zu vermeiden und wir stabilisieren und trösten, wenn es doch geschieht.

Viele Mitarbeiter/innen des Gesundheitswesens haben traumatische Erfahrungen machen müssen, die durch Überlastungen reaktiviert werden können. Stärkungsangebote können Traumata nicht bearbeiten. Doch wenn sie lebendig werden oder andere Krisen aufbrechen, werden die Leiter/innen die Teilnehmenden stabilisierend unterstützen und für weitergehende Hilfen sorgen.

Wir regen an, sich in den Kreativen Stärkungsgruppen und ähnlichen Angeboten zu öffnen Und wir achten den Schutz der Intimität.

Belastungen und Überforderungen werden verstärkt, wenn sie nicht ausgedrückt und mitgeteilt werden. Deswegen fördern alle Einheiten der Kreativen Stärkungsgruppen Intimität aller Beteiligten und fordern die Vertraulichkeit des in den Gruppen Gesagten.

Wir fördern Gesundheits- und Stärkungserleben durch praktische Erfahrungen in den kreativen Einheiten und unterstützen den verbalen Austausch.

Gesundheitsförderung muss am Erleben der Menschen anknüpfen. Der verbale Austausch ist dazu kein Gegensatz, sondern notwendig. Entlastung und Stärkung gelingen nicht allein, sondern brauchen gegenseitiges Gehör und Unterstützung. Der Austausch in Gruppen wirkt als Modell für den Alltag.

2.2. Fortbildungsmodule

Modul 1: Einführung in die kreative Stärkungsarbeit

Das Modul 1 umfasst 3 Seminartage mit folgendem Inhalt:

TAG 1:

- Einführung in die Kreative Stärkungsarbeit & Methoden Kreativer Stärkungsgruppen
- Vorstellung der Stärkungskomponente Meinhaftigkeit (Studienbrief)
- Begleitende kreative Praxisübung inkl. fachlichem Austausch zu Methoden, Haltung und Absicht

TAG 2:

- Einführung in die Stärkungskomponente Sensomotorisches Basistraining (Studienbrief); Klärung der Fragen: Warum ist Bewegung wichtig? Was wird dabei bewegt?
- Gesundheitspanorama - Sensibilisierung für die Zielgruppe: Mitarbeiter/innen im Gesundheitswesen; gemeinsame Erarbeitung zielgruppenspezifischer Herausforderungen, Fähigkeiten und Ressourcen

TAG 3:

- Phänomene von Überlastungen; Trauma, Traumafolgen und Traumabewältigung; Krisen und Krisencoping
- Einführung in die Stärkungskomponente Wirksamkeit (Studienbrief)
- Einführung in die Methoden der Würde-Achtsamkeit; Absicht der Methode und Nutzen für die Gesundheitsprävention.

Modul 2: Absicht und Haltung der stärkenden Gesundheitsprävention

Das Modul 2 umfasst 3 Seminartage mit folgendem Inhalt:

TAG 1:

- Einführung in die Arbeitsebenen der Kreativen Leibtherapie (Studienbrief) mit Fokus auf die für Kreative Stärkungsarbeit relevanteste stabilisierungszentrierte Ebene. Methodische Differenzierung zwischen Therapie und Gesundheitsprävention.
- Klärung der Frage: Was heißt das konkret für mich als Gruppenleitung?
- Begleitende kreative Praxisübung inkl. fachlichem Austausch zu Methoden, Haltung und Absicht

TAG 2:

- Kommunikation und Umgang mit Störungen; Essentials würdigender Kommunikation
- Rollenspiele zum Umgang mit herausforderndem Verhalten & Konflikten in Gruppen
- Einführung in die Stärkungskomponente Begegnung und Beziehung (Studienbrief)

TAG 3:

- Absicht und Haltung der Würde und Selbstwürdigung
- Fallen und Halt gebende Grenzen in der Gruppenleitung
- Stärkung der Gruppenleiter/innen im Hinblick auf Motivation, Reflexion, Identität

Modul 3: Praxis der kreativen Stärkungsarbeit

TAG 1:

- Einführung in die Konzeption kreativer Stärkungseinheiten
- Sichtung und Diskussion bereits erprobter Stärkungseinheiten zu verschiedenen Themen der kreativen Gesundheitsprävention
- Gruppenarbeiten zur Konzeption eigener Stärkungseinheiten

TAG 2:

- Präsentation der Konzepte
- Praxisdemonstrationen: Einstieg in die aktive Gruppenleitung (Teil 1)
- Feedback & Reflexion

TAG 3:

- Praxisdemonstrationen: Einstieg in die aktive Gruppenleitung (Teil 2)
- Feedback & Reflexion
- Abschlussprüfung
- Sorgen nehmen & Mut machen für die Leitung eigener Gruppen
- Abschluss

2.3. Studienbriefe für die Qualifizierung

Im Rahmen der Fortbildung erhalten die Teilnehmer/innen Studienbriefe zu folgenden Themen:

- Meinhaftigkeit und Überlastung
- Einige Überlegungen zum Konzept des Sensomotorischen Basistrainings (SBT)
- Die drei Arbeitsebenen Kreativer Leibtherapie
- Krise
- Trauma, Krise und die Folgen
- Kontakt, Begegnung, Beziehung, Bindung
- Essentials würdigender Kommunikation
- Phänomenologie der Wirksamkeit – Wirksamkeitserleben in Alltag und Therapie

2.4. Prüfungsordnung

Fortbildung zur „Zertifizierte Leiter/in Kreativer Stärkungsgruppen“

1. Die Fortbildung zur „Zertifizierte Leiter/in Kreativer Stärkungsgruppen“ schließt bei erfolgreicher Teilnahme mit einem Zertifikat ab. Das Zertifikat wird erteilt vom Institut für soziale Innovationen ISI e.V. und gilt als zweijährige Lizenzierung zur Leitung Kreativer Stärkungsgruppen.
2. Die Lizenzierung setzt den erfolgreichen Abschluss der Fortbildungsbestandteile voraus. Erwartet wird vor allem inhaltliche Fachkompetenz in der stärkenden Präventionsarbeit, Fähigkeit der Leitung von Gruppen mit Beschäftigten des Gesundheitswesens sowie Kommunikationskompetenz beim Umgang mit Krisen, Hochbelastungen und Traumafolgen einschließlich Weitervermittlung in andere professionelle Netzwerke.
3. Die Fortbildung schließt mit einer Prüfung ab. Die Zulassung zur Prüfung setzt die Teilnahme an allen Fortbildungsbestandteilen voraus. Fortbildungsbestandteile, an denen aus wichtigem Grund nicht teilgenommen werden kann, können nachgeholt werden. In welcher Form entscheidet die Fortbildungsleitung.
4. Ein Bestandteil der Prüfung ist eine praktische Demonstration eines Elements der Leitung Kreativer Stärkungsgruppen während der Fortbildung.
5. Der zweite Bestandteil ist die schriftliche Beantwortung von fünf Prüfungsfragen.
6. Der dritte Bestandteil ist ein Auswertungsgespräch mit der Fortbildungsleitung. In diesem Gespräch können Auflagen zum Beispiel hinsichtlich der Teilnahme an einem Coaching/Supervisionstag, zusätzlichen Fortbildungselementen oder anderem ausgesprochen werden.
7. Jeder Prüfungsbestandteil kann einmal wiederholt werden.
8. Die Fortbildung zielt auf Nachhaltigkeit. ISI wird mindestens alle zwei Jahre einen „Stärkungstag“ für alle Fortbilder/innen Kreativer Stärkungsgruppen und andere Interessierte durchführen. Die Teilnahme ist für die Verlängerung der Lizenzierung verpflichtend.

3. Konzeption Kreativer Stärkungsgruppen

Grundlage des Konzeptes für die Kreativen Stärkungsgruppen UPGRADE sind die Konzepte der Kreativen Stärkungsgruppen KTH.

Wir haben für die Kreativen Stärkungsgruppen UPGRADE etwas andere Bedingungen:

- Das Angebot wendet sich an hochbelastete Mitarbeiter/innen des Gesundheitswesens. Darunter werden traumatisierte Menschen sein, aber nicht ausschließlich.
- Die Gruppen setzen sich aus Menschen zusammen, die gemeinsam arbeiten. Also brauchen sie mehr Schutz ihrer Intimität und es wird mehr Misstrauen, Scheu und Vorsicht geben.
- Mitarbeiter/innen der Kliniken und der Altenhilfe sind es gewohnt, über ihre Bedürfnisse hinwegzugehen. Ihre Grenzen werden oft nicht geachtet, manchmal spüren und achten sie die Grenzen der anderen auch nicht.
- Diese Kreativen Stärkungsgruppen sind Bestandteil eines Forschungsprojektes. Das heißt, die Abläufe und Inhalte der Kreativen Stärkungsgruppen UPGRADE müssen vergleichbar sein, soweit das möglich ist. Und gleichzeitig müssen die Gruppenleiter/innen sich und ihre Angebote an die Besonderheiten und Bedürfnisse der jeweiligen Gruppen anpassen.

Ausgehend von der Einsicht, dass Stärkung kein einmaliges Ereignis ist, sondern ein Erfahrungsprozess, konzipiert das Institut für soziale Innovationen e.V., auf Basis der würdigenden Präventions- und Gesundheitsarbeit, das nachfolgende Gruppenmodell als Kernstück des Forschungsprojektes UPGRADE.

Im Zentrum dieses Gruppenmodells steht die würdigend-stärkende Begegnung mit Mitarbeiter/innen des Gesundheitswesens. Hochbelastung und Forderung auf einem hohen Leistungslevel sind meist die Regel.

Diese Gruppenkonzeption setzt sich zum Ziel, entlastende, stärkende und nachhaltig wirkende Erfahrungen anzubieten, die den Teilnehmenden in der Gestaltung ihres (Arbeits-)Alltags dienlich zur Verfügung stehen.

Das vorliegende Konzept berücksichtigt sowohl einen thematisch in sich geschlossenen Aufbau der einzelnen Einheiten als auch den sich prozesshaft entwickelnden Stärkungsverlauf im Verbund dieser Einheiten.

Dies zollt dem Vorgang des UPGRADE - des Aufrichtens - stringenten Respekt. Respekt und Würdigung als Haltungsprinzip, bilden die Grundlage, auf der unsere kreativen Methoden und Begegnungsmöglichkeiten angeboten werden.

UPGRADE bietet ein Spektrum an Wahlmöglichkeiten. Beispielsweise das Annehmen, das Ablehnen oder auch das „darüber-Nachdenken“, sowie individuelle Zwischenschritte. Dies ist für uns elementar.

Das Konzept der Kreativen Stärkungsgruppen UPGRADE beinhaltet feste und variable Bestandteile.

Zu den **festen Bestandteilen** gehören:

- ein „Roter Faden“, der sich durch alle Treffen zieht, sowie Anker und Rituale,
- bestimmte Informations- und Gesprächsmodule,
- bestimmte Einheiten, die in jedem Fall durchgeführt werden müssen.

Wir gehen davon aus, dass die Individualität der jeweiligen Gruppen berücksichtigt werden muss. Hierzu findet sich im Konzeptaufbau, nach einem inhaltlich festgeltenden Anteil, ein Komplex mit variablen Methoden (**Methodenpool**), der eben dieses prognostische Bedürfnis miteinbezieht. Hierdurch wird eine passgenaue Gestaltung möglich.

Zu den variablen Bestandteilen gehören weitere Module, die eingesetzt werden können. Diese dürfen nicht beliebig sein, sondern müssen aus einem vorgegebenen Pool entnommen werden.

Der jeweilige Abschluss der Gruppendurchläufe ist erneut festgelegt. Konsequenterweise wird auch hier der individuelle Gruppenverlauf einfließen.

Die jeweiligen Gruppen werden durchgängig von einem sich entwickelnden/wachsenden, gestalterischen Element begleitet. Dies dient sowohl der Integration als auch einer Erinnerbarkeit. In der Ausführung der inhaltlichen Konzeption ist dies methodisch mit der Gestaltung des „Roten Fadens“ angeführt. Diese ist exemplarisch zu verstehen und kann in jeder Gruppe entsprechend modifiziert werden (beispielsweise als Begleitbuch, Mobile, Kartensammlung etc.).

Neben den Methoden der Stärkung sind ein „Roter Faden“, Anker und Rituale zentrale Elemente der einzelnen UPGRADE-Einheiten. **Rituale** dienen dazu, den Halt in einer Gruppe zu festigen (Rituale können sein: Bewegungsrituale, z.B. des Greifens oder Ich- bin-Ich, Atemgesten, zu Beginn jeweils eine sinnliche Bewegungsübung, immer wieder Mini-Pausen (mit Atemübungen aus Würde-Achtsamkeit oder „Rauchen ohne Zigarette“), gut: immer wieder Körpererleben).

Anker haben den Sinn, Erlebtes zu festigen und festzuhalten: Abschlussrunden mit Gestaltung, z.B. eine Geste, Postkarte, Was nehme ich mit? Was war mir heute am wichtigsten? Unter „Roter Faden“ verstehen wir eine kreative Gestaltung, die wie ein Anker festhält und gleichzeitig vertieft. Ein „**Roter Faden**“ kann sein:

Ich-bin-Ich-Buch als Begleitbuch, tatsächlicher „Roter Faden“, an den die jeweilige Essenz einer Einheit angefügt wird.

Außerdem werden **Informationsmodule** im Anschluss an Einheiten angefügt. Nach der Arbeit mit der Belastungspyramide sollten zum Beispiel Informationen über Stress und akkumulierten Stress gegeben werden. Solche Informationsmodule sollten nicht mehr als 5 Minuten dauern, plus Gespräch, Nachfragen ...

Themen im Sinne der Psychoedukation könnten sein:

- guter und schlechter Stress
- Stressakkumulation
- Belastungsfreie Zonen
- Gesundheitsprävention und Achtsamkeit

Weitere Themen werden sich aus den Erfahrungen ergeben.

Dem Forschungs- und Erprobungscharakter wohnt inne, dass auch die Gruppenkonzeption selbst durch den jeweiligen Durchführungsprozess mögliche Anpassungen und Feinjustierungen erfährt. Dies ist ausdrücklich erwünscht und berücksichtigt. Hier schließt sich der Kreis zur Entwicklung

einer innovativen, bedarfsorientierten Versorgungsform.

Die Methodenauswahl setzt sich aus diversen Quellen der kreativen Leibtherapie zusammen. Grundlegend sind die Methoden aus Dr. Udo Baers Buch „Selbstfürsorge – Wie Helfende das Helfen gut überleben, 1.Auflage, Berlin, 2016“. Des Weiteren finden sich erprobte Methoden der ISI-Stärkungsgruppen (KSG), entwickelt im Rahmen der Kreativen Traumahilfe (KTH). Die Elemente der Würde-Achtsamkeit basieren auf dem Leibphänomenologischen Konzept der Würde-Achtsamkeit nach: Dr. Udo Baer / Dr. Gabriele Frick-Baer, Studienbrief „Würde- Achtsamkeit“, Duisburg, 2019.

3.1. Rahmenbedingungen und Kernstruktur des Gruppensettings

Rahmenbedingungen:

- 8 Einheiten zu je 90 Minuten
- Einheit 1 / 2 / 3 / und 8 inhaltlich / methodisch fest geplant
- Einheit 4 / 5 / 6 / 7 Gestaltung über den Methodenpool
- Durchführung forciert in den Räumlichkeiten der teilnehmenden Einrichtungen. Optional stehen die Räumlichkeiten des ISI zur Verfügung, Sitz Duisburg-Neudorf.

Kernstruktur der Gruppenkonzeption:

Die Struktur der Gruppeneinheiten baut sich nach dem Prinzip der 3 Phasen der Prozessgestaltung auf:

- Eingangsphase
- Aktionsphase
- Integrationsphase

In der Konzeption des hier entwickelten Gruppenmodells entsprechen diesen Phasen folgende Inhalte:

Eingangsphase:

1. Begrüßung / Vorstellung / Befindlichkeit / Nachklänge
2. Sensibilisierungen zum jeweiligen Thema / Hinführen zur aktuellen, kreativen Methode / Erklärungen / „Mini-Impulse“ / Raum für Fragen / Phantasiereise

Aktionsphase:

3. Durchführung der kreativen Methode. Beinhaltet gestalterische, erlebensorientierte Sequenz, sowie optionale Sequenzen des Austauschs in einem Dialog zu Zweit und/oder in der Gruppe.
4. Geplante Methode oder entsprechender Zugriff auf den Methodenpool.

Integrationsphase:

5. Essenzgestaltung / methodisch festgelegtes, durchgängiges Element: „Roter Faden“
6. Atem- / Würde-Achtsamkeitsübung in Anlehnung an den aktuellen, thematischen Inhalt.
7. Abschlussrunde, in situativ angemessener Variante

3.2. Konzeption der konkreten Gruppeneinheiten

In der Konkretisierung der einzelnen Einheiten werden hier, in der Abfolge des oben beschriebenen Schemas, Themenschwerpunkte/Gewichtungen benannt.

Einheit 1

1. Begrüßung / Vorstellung / Befindlichkeit / Nachklänge
2. Sensibilisierung: Individualität, Subjektivität, Meinhaftigkeit, Wahlmöglichkeiten, Erlaubnishaltung
3. Methode: Postkartenteppich / Namensbild
4. Essenzgestaltung: Implementierung des „Roten Fadens“
5. Atem-Achtsamkeit „Atembegleitung“
6. Abschluss

Einheit 2

1. Begrüßung / Vorstellung / Befindlichkeit / Nachklänge
2. Sensibilisierung: (Selbst-) Wertschätzung, Resonanz, wertschätzende Begegnung. Erlaubnishaltung / Wahlmöglichkeit
3. Methode: „Stern der Stärke“
4. Essenzgestaltung: „Roter Faden“
5. Atem-Achtsamkeit / „Atembegleitung-Variation“
6. Abschluss

Einheit 3

1. Begrüßung / Vorstellung / Befindlichkeit / Nachklänge
2. Sensibilisierung: Belastung / Stress / Stressakkumulation / Resilienz Erlaubnishaltung / Wahlmöglichkeiten
3. Methode: Belastungspyramide
4. Essenzgestaltung: „Roter Faden“
5. Würde-Achtsamkeit: „Mein Boden (Entspannung, Stressreduktion)“
6. Abschluss

Einheiten 4 / 5 / 6 / 7

1. Begrüßung / Vorstellung / Befindlichkeit / Nachklänge
2. Sensibilisierung: passend zur Auswahl aus dem Methodenpool
3. Methode: Der Gruppenindividualität angemessene Methodenauswahl aus dem zur Verfügung stehenden Methodenpool
4. Essenzgestaltung: „Roter Faden“
5. Atem- / Würde-Achtsamkeit
6. Abschluss

Einheit 8

1. Begrüßung / Vorstellung / Befindlichkeit / Nachklänge
2. Sensibilisierung: Selbstwert / Begegnungen / Verbindung, Erlaubnishaltung / Wahlmöglichkeiten
3. Methode „Ich bin es wert“ / „Wer mich würdigt“
4. Essenzgestaltung: „Roter Fadens“
5. Würde-Achtsamkeit zur Würdigung des „Roten Fadens“ und des gemeinsam Erlebten.
6. Abschluss

Der Methodenpool für die Einheiten 4 / 5 / 6 / 7 umfasst folgenden Themenschwerpunkten:

- Ausgezeichnet
- Baum der Wirksamkeit (KSG 11)
- Ich-Pflanze (ähnlich „Herbstblätter“, KSG 34)
- Wege der Entlastung
- Stress / Stressbewältigung
- Gesundheit / Krankheit
- Kleine und große Pausen
- Mein Ja und mein Nein
- Ressource / Verrücktheiten
- Der Zauber (angelehnt an „Zauberkasten“ KSG 37)
- zu viel / zu wenig
- Meine Leidenschaft / Begeisterung (KSG 16)
- Positionierung / Mein Standpunkt
- Das große UND
- Bewegter Bodyscan

3.3. Erweiterte Konzeption / Konzeptionsvarianten

Die Grundkonzeption der UPGRADE Stärkungsgruppen erfährt Erweiterungen, basierend auf Ergebnisse der Akquise-Gespräche und Informationsveranstaltungen. Aspekte der Rückmeldungen sind in dieser Version eingepflegt.

In der Phase der Vorstellung und Akquirierung teilnehmender Einrichtungen zeigt sich ein vielfältiges Bild an Bedarfen und Möglichkeiten der Integration der Stärkungsgruppen in die Organisationsstrukturen.

Die vorhergehend ausgeführte Variante der 8 x 90 Minuten Gruppenveranstaltung kann in einigen Häusern umgesetzt werden. Es zeigt sich jedoch darüber hinaus, dass eine Modifikation der Stärkungsgruppen notwendig wird, um auch Häuser mit divergierender Organisationsstruktur in das Projekt einschließen zu können. Die Praktikabilität der Stärkungsgruppen im Gesundheitswesen bzw. der Zugang hierzu erfährt auf dieser Ebene bereits erste, wichtige Erprobungen.

Modifikationen des Formates:

Aktuell lassen sich neben der Ausgangsvariante **8 x 90 Minuten** zwei weitere Formate einbringen, die sich nach bisherigen Einrichtungskontakten gestalten lassen.

2 x 6 Stunden / Tagesveranstaltungen

Die Umsetzung kann sowohl als Block von zwei aufeinanderfolgenden Tagen durchgeführt werden, als auch als Tagesveranstaltungen mit zeitlichem Abstand. Hier ist auch die Planbarkeit von Wochenend-Terminen zu berücksichtigen.

3 x 4 Stunden / Halbtagesveranstaltung

Basierend auf Rückmeldungen, dass für Einrichtungen auch Halbtagsveranstaltungen (Vormittag / Nachmittag) gut planbar sind, bieten wir diese Variante an. Möglich sind auch hier Blöcke von drei aufeinander folgenden Tagen. Präferiert wurden aktuell jedoch Planungen im wöchentlichen bzw. zweiwöchentlichen Turnus.

Inhaltliche Konzeption dieser Modelle:

Als durchgängig begleitendes, integratives Element findet sich in allen Gruppen eine wachsende, sich entwickelnde Gestaltung.

3.4. Materialien für die Teilnehmer/innen Kreativer Stärkungsgruppen

Herzlichen Dank für Ihre Teilnahme am Projekt UPGRADE – Mitarbeiter stärken

Sehr geehrte Damen und Herren,

herzlichen Dank für Ihre Teilnahme an den kreativen Stärkungsgruppen UPGRADE.

Um die Nachhaltigkeit der Gruppenerfahrung zu verstärken, haben wir uns erlaubt für Sie noch einen Einblick in die Hintergründe zusammenzustellen.

Außerdem erfahren Sie ein wenig mehr über die einzelnen Stärkungskomponenten, die im Rahmen der kreativen Stärkungsgruppen zum Einsatz kamen.

Wir wünschen Ihnen viel Spaß bei der Lektüre und nachhaltigen Nutzen der Erfahrungen, die Sie in der kreativen Stärkungsgruppe UPGRADE machen konnten.

Ihr UPGRADE Gruppenleiter-Team

Was ist eigentlich Stress?

Stress leitet sich vom lateinischen Wort *stringere* ab und steht im Englischen auch für *Druck* oder *Anspannung*. Im Allgemeinen spricht man von Stress, wenn durch äußere Reize, sog. „Stressoren“ psychische und/oder physische Belastungen entstehen.

Schaut man sich die Evolutionsgeschichte des Menschen an, so befähigt uns Stress mit seinen Auswirkungen jedoch auch dazu, besondere Anforderungen zu bewältigen.

Allgemein ist man sich einig: Stress gehört zum Leben dazu und kann – tritt er sporadisch auf – sehr hilfreich sein. Wird Stress jedoch langanhaltend; also chronisch, kann er auch zu chronischen Erkrankungen führen.

Es gibt verschiedene Arten von Stress. So unterscheidet man z.B. zwischen Eustress (gutem Stress) und Distress (schlechtem Stress).

Eustress wird vom Menschen oft als angenehm erlebt. Er treibt uns voran, z.B. wenn wir arbeiten oder Sport treiben. Stress kann uns also motivieren und dazu bewegen, Leistung zu erbringen und eine Aufgabe zu verfolgen. Um also produktiv und gefordert zu sein, brauchen wir ein gesundes Maß an positivem Stress.

Steigt hingegen unsere Stressbelastung, wird sie oft nicht länger als angenehm wahrgenommen und kann dazu führen, dass Aufgabenstellungen nicht mehr zu bewältigen sind. So entsteht dann Distress. Er tritt z.B. auf, wenn wir uns mit anfänglich positivem Stress überfordert fühlen. Dies kann frustrierend wirken, wenn keine absehbare Lösung für die zu bewältigende Aufgabe in Sicht ist oder diese die eigenen Kompetenzen/Befugnisse übersteigt. Körperliche Auswirkungen wie Erkrankungen und Probleme wie z.B. Schlafstörungen können die Folge sein.

Was versteht man unter Stressakkumulation?

Oft ist es so, dass wir am Abend dem akkumulierten Stress ausgesetzt sind, also jenem Stress, der sich den ganzen Tag über angesammelt hat. Das Stressniveau zeigt sich dabei in der Regel mit Anspannung im Körper und im Pegel der inneren Erregung.

Beides ist am Abend manchmal so hoch, dass es schwerfällt „herunterzukommen“. Manchmal führt es dazu, dass zur Beruhigung zu Süßigkeiten oder Alkohol gegriffen wird. Manchen fällt auch das Einschlafen schwer, da es dem gestressten Körper unmöglich wird loszulassen.

Folgende Phänomene könnten ein Hinweis auf ein erhöhtes Stressniveau sein:

- vermehrte Reizbarkeit und Nervosität,
- Schwierigkeiten ein- und/oder durchzuschlafen,
- Lustlosigkeit und fehlende Motivation,
- Schwäche und Müdigkeit,
- Appetitlosigkeit und/oder Heißhunger,
- wachsende Unzufriedenheit mit dem eigenen Leben,
- körperliches Unwohlsein ohne erkennbaren Auslöser.

Ein verbessertes Gefühl für den eigenen Atem kann dabei helfen wahrzunehmen, wenn sich Anspannung in dieser Form ansammelt. Dies ist der erste Schritt, um etwas zu verändern. Atemübungen haben Sie in der Kreativen Stärkungsgruppe kennengelernt.

Buddha soll einmal gesagt haben: *"Nimm dir jeden Tag die Zeit, still zu sitzen und auf die Dinge zu lauschen. Achte auf die Melodie des Lebens, welche in dir schwingt."* Doch wie oft tun wir das eigentlich? Lauschen? Und Zeit haben für das Schöne? Die Antwort ist klar: Viel zu selten! Am Abend 10 Minuten nichts zu tun und nur zu lauschen, was ist, wäre ein Anfang.

Die kreativen Stärkungsgruppen UPGRADE basieren auf vier Stärkungskomponenten, die wir Ihnen mithilfe der kreativen Auseinandersetzung näherbringen möchten:

Stärkungskomponente Meinhaftigkeit

Bei der Meinhaftigkeit geht es darum zu erkennen, was zu einem selbst gehört und was einem evtl. von außen oder vom Umfeld in einem Maße vorgegeben wird, dass es zu etwas Übernommenen wird. So z.B. bei der jungen Schwesternschülerin, die von der Stationsleitung mehrfach zu hören bekommt: „Wenn dir das zu nahe geht, bist du hier falsch am Platz“, und sich eine entsprechende Grundhaltung aneignet, obwohl diese nicht der eigenen Haltung und den eigenen Werten und Gefühlen entspricht. Ein anderes Beispiel ist, wenn z.B. ein Pfleger ständig seine Probleme und Schwierigkeiten an einen Kollegen heranträgt und Lösungen erhofft. Er erwartet, dass er diese fremden Probleme zu den eigenen macht. Lässt der Kollege dies dauerhaft zu, kann es sein, dass er irgendwann nicht mehr in der Lage ist zu erkennen, was das Eigene und was etwas Fremdes ist.

Warum ist das wichtig?

Manche Menschen können sich an großen oder kleinen Weggabelungen ihres Lebens nicht entscheiden, welchen Weg sie einschlagen wollen oder können. Ihre Meinung hat die Verankerung in der Meinhaftigkeit verloren. Manche fragen sogar: „Ist das überhaupt noch mein Leben, das ich führe?“ Diese Menschen haben noch eine Ahnung von der Meinhaftigkeit, doch zumindest im Hinblick auf ihre Impulse, ihr Wollen und ihre Entscheidungen ist sie ihnen verloren gegangen.

Das ist eine häufige Folge chronischer Belastungen und Überforderungen. Alles ist zu viel, alle wollen etwas, es geht nur noch darum, Forderungen zu erfüllen und Aufgaben zu erledigen. Das eigene Wünschen und Wollen kann verloren gehen, wird zumindest beschädigt.

Deshalb ist die Stärkung der Meinhaftigkeit ein Kernpunkt der kreativen Stärkungsarbeit. Schon die Auswahl der Farbe eines Stiftes ist eine Erfahrung von Meinhaftigkeit. Im Kreativen Prozess wie im verbalen Austausch werden neue Erfahrungen der Meinhaftigkeit erworben und diese gestärkt.

Stärkungskomponente Wirksamkeit

Wirksamkeit ist meist ein Beziehungserleben: Ich handele und ich habe Wirkung auf andere. Ich koche ein Essen. Ich beziehe ein Bett, in das sich jemand legen kann. Ich bringe mein Kolleg/innen zum Lächeln. Wenn mir etwas gelingt, fühle ich mich wirksam. Wenn ich scheitere, fühle ich mich unwirksam.

Erleben wir Unwirksamkeit, dann sinkt das Selbstbewusstsein und Resignation breitet sich aus. „Ich kann machen, was ich will, nichts gelingt“, und „Ich kann sowieso nichts bewegen“, stöhnen die Menschen dann. Wird die Unwirksamkeit zum alles bestimmenden Grundgefühl, kann sie in sinnloser Gewalttätigkeit, entweder gegen andere oder gegen den Menschen selbst resultieren - in der unbewussten verzweifelten Hoffnung, doch noch irgendetwas bewirken zu können.

Warum ist Wirksamkeit wichtig?

Neue Erfahrungen der Wirksamkeit können den Unwirksamkeitserfahrungen ihre Kraft nehmen, können das leidvolle Erleben verwandeln und verändern. Dazu bedarf es sich wiederholender (wir betonen: sich wiederholender) Erfahrungen. Deshalb bieten wir in kreativen Stärkungsgruppen immer wieder an, die Erfahrung von Wirksamkeit machen zu dürfen, bis sie merken, spüren und fühlen können, dass sie in ihre konstruktiven Wirksamkeitsbemühungen vertrauen können und konstruktiv wirksam waren bzw. sind. Mit positiven Wirksamkeitserfahrungen wachsen Selbstbewusstsein und Selbstvertrauen.

Stärkungskomponente Begegnung

Nicht nur für die Wirksamkeit ist die Begegnung von hoher Wichtigkeit. Deshalb beinhaltet jede kreative Stärkungseinheit auch immer wieder einen Austausch. Dieser kann in der ganzen Gruppe erfolgen, in Kleingruppen oder im Zweieraustausch.

Außerdem gibt es auch immer wieder kurze Gespräche mit den Gruppenleitern.

Warum ist das wichtig?

Wir haben die Erfahrung gemacht, dass es würdigende Beziehungserfahrungen braucht, um selbstbewusst, kreativ und lebendig zu sein. Deshalb bieten wir in den Gruppen immer wieder den persönlichen Austausch an und fördern dabei würdigende Kommunikation. Das schafft Verbindungen und Netzwerke, die auf würdigende Beziehungserfahrungen gründen, sie sind ein stabiler Anker für herausfordernde Situationen.

Stärkungskomponente Sensomotorisches Basistraining

Die heutige Arbeitswelt erfordert einen neuen Umgang mit Stress. Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer, die nur wenig Repertoire für die Stressbewältigung haben und anhaltend anspruchsvollen Situationen begegnen, können Ihre fachlichen Kompetenzen häufig nicht angemessen einsetzen. Ihre physische und psychische Gesundheit wird vielleicht belastet und das kann dauerhaft gesundheitliche Folgen haben.

Im Sensomotorischen Basistraining geht es darum, über die Sinne Zugänge zum Körper und zu Begegnungsmöglichkeiten anzubieten. Dabei geht es nicht um Leistung oder richtig/falsch, sondern darum, sich und seinen Körper zu spüren. Es ist ein Angebot, das ressourcen-orientiert ist und Spaß macht - und gleichzeitig ein Angebot der Ich-Stärkung.

Warum ist das wichtig?

In Zeiten der Hochbelastung sendet der Körper Signale aus. So stockt z.B. bei hoher Anspannung der Atem oder das Herz fängt an zu rasen. Hat sich eine gewisse Distanz zum Körpererleben aufgebaut, werden diese Signale, die uns darauf aufmerksam machen können - kurz tief durchzuatmen oder ein paar Minuten an die frische Luft zu gehen - nicht wahrgenommen. Das Sensomotorische Basistraining kann also dafür sensibilisieren die eigenen Grenzen zu achten und trägt damit zu einem gesunden Lebenswandel bei.

Mit den kreativen Stärkungsgruppen hoffen wir Sie im (Berufs-)Alltag zu unterstützen, sodass Sie:

- Ihre Stressbewältigungskompetenz verbessern,
- in anspruchsvollen Situationen überlegt reagieren und bewusste Entscheidungen treffen können,
- sich Ihrer (Beziehungs-)Wirksamkeit bewusst zu werden, um diese konstruktiv zu nutzen,
- Ihre persönlichen Grenzen wahrnehmen und schützen können,
- Ihren beruflichen und privaten Alltag lebendig und kreativ gestalten,
- Ihrem beruflichen und privaten Alltag mit Gelassenheit, Klarheit, Ruhe und Kraft begegnen.

3.5. Stärkungsbriefe

Stärkungsbrief 1

für Mitarbeiter/innen in Pflege und Gesundheit in den Zeiten von Covid-19

Ich bin nach der Arbeit so fertig und kann nicht abschalten. Was kann ich tun?

So geht es zurzeit vielen, die in der Altenpflege, Krankenhäusern oder anderen Gesundheitsbereichen arbeiten. Manche fallen nur müde ins Bett, andere schlafen vor dem Fernseher ein oder können nicht einschlafen, weil die Gedanken kreisen.

Ein Tipp: Suchen Sie nach Schleusen zwischen Arbeit und Privatleben. Wenn ein Schi_ über Flüsse und Kanäle in Richtung Meer fährt, muss es durch verschiedene

Schleusen, um von einem hohen Wasserniveau auf ein niedriges abzusinken. Was könnte Ihre Schleuse sein, um herunterzukommen? Letzten Endes können nur Sie das durch Ausprobieren herausfinden.



Einige Beispiele und Anregungen:

- „Ich dusche erstmal nach der Arbeit, die Zeit nehme ich mir. Das macht auch den Kopf und das Herz frei.“
- „Ich gehe nach der Arbeit eine Viertelstunde in den Garten. Ich mach da irgendwas, mit den Händen. Das hilft.“
- „Ich fahre mit dem Fahrrad zur und von der Arbeit. Das dauert etwas, tut mir aber gut. Alles wegstrampeln. Wenn das nicht geht, dann gehe ich zuhause als erstes auf mein Heim-Fahrrad.“
- „Wenn ich merke, dass meine Gedanken kreisen, rufe ich meine Freunde oder meine Tochter an. Meist skype ich. Das zeigt mir gleich, was wirklich wichtig ist, und baut mich auf.“
- „Ich koche wieder gern. Habe ich früher gern gemacht, in den letzten Jahren nur meine Frau. Jetzt fange ich wieder damit an. Das ist etwas ganz Anderes als auf der Arbeit. Es schmeckt sogar, naja meistens.“

Stärkungsbrief 28

für Mitarbeiter/innen in Pflege und Gesundheit in den Zeiten von Covid-19

Was hilft gegen meine Angst, mich anzustecken?

Liebe Kolleginnen und Kollegen,
wer heute im Gesundheitswesen arbeitet, ist besonderen Risiken ausgesetzt, mit Corona- Viren bzw. Covid-19 angesteckt zu werden. Das gilt für Ärzt/innen wie für Pflegekräfte in Altenheimen und Krankenhäusern sowie für alle anderen im Gesundheitswesen und in der Altenhilfe. Sie brauchen meist besonders nahen Kontakt mit den Erkrankten, noch immer gibt es nicht überall hinreichende

Schutzkleidung, die Überlastung vieler kommt hinzu.

All das macht Angst. Das ist natürlich und normal. Angst ist dazu da, dass wir Menschen uns vorsehen und schützen. Wenn Sie eine Straße überqueren wollen und es braust ein Auto mit überhöhter Geschwindigkeit vorbei, dann macht das Angst und Sie bleiben stehen. Das kann lebensrettend sein.

- Deswegen lautet der erste Tipp, wie Sie angemessen mit der Angst umgehen können: Nehmen Sie die Angst ernst und kämpfen sie nicht gegen sie an. Wenn diese Angst dazu beiträgt, die Schutzmaßnahmen besonders anzunehmen, ist sie hilfreich.
- Daraus folgt, dass Sie die Leitsätze, mit denen Sie vielleicht groß geworden sind, beiseitestellen dürfen, ja sollten: „Man darf keine Angst haben.“ „Angst ist unmännlich.“ „Zähne zusammenbeißen und tapfer sein!“ Solche Sätze sind gefährlicher Unsinn.
- Doch Angst kann sich verselbstständigen, kann engmachen („Angst“ und „Eng“ entstammen dem gleichen Wortstamm), kann belasten, wenn man sie nicht mehr los wird und sie vielleicht den Schlaf raubt. Dann ist es wichtig, mit anderen darüber zu sprechen, sich auszutauschen. Geteilte Angst ist halbe Angst. Wenn andere Menschen Ihnen zuhören und Sie ernst nehmen, vermindert das die Angst. Das ist wichtiger als tolle Ratgeber.
- Jede Angst hat eine Geschichte. Überlegen Sie, was Ihnen früher gegen Ihre Angst geholfen hat.
- Fragen Sie sich, wovor Ihre Angst Angst hat. Vor Atempausen oder einem guten Essen, vor Kuscheln oder einer Balgerei mit Ihrem Kind oder Enkel. Vielleicht davor, dass Sie sich ab und zu etwas gönnen: einen Blumenstrauß, ein Kleidungsstück, eine DVD, die Sie immer schon mal sehen wollten ... Tun Sie sich etwas Gutes!



Stärkungsbrief 29

für Mitarbeiter/innen in Pflege und Gesundheit in den Zeiten von Covid-19

Was mache ich mit der Sorge meiner Liebsten um mich, wenn ich in der Pflege, im Gesundheitswesen arbeite?

Liebe Kolleginnen und Kollegen, die erhöhte Ansteckungsgefahr für Menschen wie Sie, die im Gesundheitswesen arbeiten, macht wahrscheinlich nicht nur Ihnen Angst, sondern auch Ihrer Familie. Die Menschen, die Sie gern haben und von denen Sie geschätzt und geliebt werden, werden sich auch um Sie sorgen oder sogar ängstigen. Das ist zunächst einmal ein gutes Zeichen. Sie sind diesen Menschen wichtig. Sie zeigen Fürsorge, wollen sich um Sie kümmern.



- Deswegen wäre es nicht hilfreich, diese Sorgen abzuwehren. Wie oft sagen wir Sätze wie: „Das ist doch nicht so schlimm“ oder „Du brauchst dir keine Sorgen machen.“ Doch die Bedenken haben aktuell einen realen Hintergrund. Bedanken Sie sich für die Sorgen, denn sie sind ein Ausdruck von Zuneigung und Liebe.
- Reden Sie mit Ihren Liebsten darüber. Ganz egal, ob diese ihre Sorgen in Worte fassen oder still mit sich herumtragen. Reden Sie nicht nur einmal, sondern immer wieder. Sprechen Sie auch über Ihre eigenen Sorgen und Ängste, tauschen Sie sich aus. Das hilft Ihnen und den anderen.
- Erklären Sie den anderen, welche Schutzmaßnahmen zu treffen sind und dass Sie damit sorgfältig sind. Damit gibt es keine hundertprozentige Sicherheit, aber die Schutzmaßnahmen können die Gefahr vermindern. Zeigen Sie ganz konkret und plastisch, was Sie wie tun, vor allem Kindern und Enkeln, aber nicht nur denen.
- Ängste brauchen verbindliche Informationen, damit sie kleiner werden. Vereinbaren Sie Telefonanrufe oder SMS-Meldungen, um anderen mitzuteilen, wenn Sie sich krank fühlen. Das Gefühl, nicht mitzubekommen, wenn Sie krank werden, nicht zu wissen, wie es Ihnen geht, kann Sorgen und Ängste ins Unermessliche wachsen lassen.

Stärkungsbrief 30

für Mitarbeiter/innen in Pflege und Gesundheit in den Zeiten von Covid-19

Wie kann ich mit der Traurigkeit der Menschen umgehen, die ich begleite?

Wer in der Altenhilfe bzw. generell im Gesundheitswesen tätig ist, begegnet viel Traurigkeit. Da sind Bewohner/innen eines Altenheims traurig, dass eine Mitbewohnerin oder ein Mitbewohner gestorben ist. Angehörige trauern. Wer schwer erkrankt, trauert oft, dass nichts mehr so sein wird wie vorher ... Trauer ist eine ständige Begleiterin in der Pflege und Gesundheitsarbeit.



Was können Sie tun?

Zunächst einmal sind Sätze wie „Die Verstorbene war doch schon sehr alt“ oder „Es wird schon wieder“ gut gemeint, jedoch meist nicht hilfreich. Denn Trauer ist schmerzlich. Trauern ist ein Gefühl, das Sinn macht: Trauern ist das Gefühl des Loslassens. Wenn wir etwas verlieren, einen Menschen, eine Liebe, eine Fähigkeit, eine Sehnsucht, eine Lebensqualität, dann ist Traurigkeit ein Ausdruck davon, dass wir loslassen müssen. Sie unterstützt uns dabei. „Es wird schon wieder“ oder „das Leben geht weiter“ ist richtig, aber setzt voraus, dass dem Trauern genügend Raum gegeben wird.

Trauern braucht keine Verharmlosung oder Kontrolle, Trauer braucht, dass sie sein darf und geteilt wird. Mit anderen. Deswegen ist es am wichtigsten, dass Sie die Trauer bestätigen und das Recht, traurig zu sein, bekräftigen: „Ja, das ist traurig.“ Oder: „Ja, weinen Sie!“

Und es ist förderlich im Rahmen des Möglichen, einfach da zu sein und die Trauernden zu begleiten. Sie müssen nichts Großes tun, einfach da sein und die Trauer akzeptieren und so helfen, dass Menschen ihre Trauer nicht verbergen müssen und sich nicht damit allein fühlen.

All das ist im Rahmen der pflegerischen oder medizinischen Versorgung nur in kleinem Umfang möglich, aber jede Kleinigkeit hilft. Weitergehende Hilfen können soziale oder seelsorgerische Diensten bieten, gerade in Zeiten von Corona.

Stärkungsbrief 31

für Mitarbeiter/innen in Pflege und Gesundheit in den Zeiten von Covid-19

Meine Kraft lässt nach. Wo bekomme ich neue Kraft her?

Wenn Menschen hochbelastet sind, lässt die Kraft nach. Dem kann man eine Zeitlang mit Zähigkeit und starkem Willen entgegenwirken, doch irgendwann braucht die eigene Kraft „Nachschub“.

Dafür gibt es mehrere Möglichkeiten. Eine besteht darin, sich mit den persönlichen Kraftquellen zu beschäftigen. Einige Anregungen:

- Was gibt Ihnen Kraft? Was fällt Ihnen spontan ein, wenn Sie daran denken? Nehmen Sie alles ernst, was Ihnen in den Sinn kommt.
- Wenn Sie an frühere Situationen denken, in denen Sie sich schwach und entkräftigt fühlten: Was hat Sie gekräftigt?
- Welche Menschen geben Ihnen Kraft? Partner oder Partnerin, Kinder, Enkel, andere Verwandte, Freunde und Freundinnen, Kolleginnen, Nachbarn ...?
- Können Sie aus der Natur Kraft schöpfen? Aus Spaziergängen?
- Oder stärkt Sie Musik? Oder ein Hobby?
- Atmen Sie dreimal tief ein und aus und spüren Sie dabei, wo in Ihrem Körper, vor allem in dem Raum, den Ihr Atem erreicht, Ihre Kraftquelle sitzt ... Legen Sie eine Hand dorthin oder in die Nähe ... Schenken Sie Ihrer Kraftquelle mit ein paar Atemzügen Aufmerksamkeit.

Das ist auch eine hilfreiche „Atempause“ für zwischendurch.

Vielleicht nehmen Sie sich einen Augenblick Zeit und schreiben auf, was Ihnen Kraft gibt.



Foto: Pixabay

Stärkungsbrief 32

für Mitarbeiter/innen in Pflege und Gesundheit in den Zeiten von Covid-19

Wie gehe ich mit Angehörigen um, die ihre Eltern oder Partner/innen nicht besuchen können?

Eine der schlimmsten und grausamsten Erfahrungen in der Corona-Krise besteht darin, Angehörige im Altenheim oder Krankenhaus nicht besuchen zu können. Vor allem, wenn diese lebensgefährlich erkrankt sind oder im Sterben liegen. Eine Hochzeitsfeier, an der man nicht teilnehmen kann, kann man nachholen. Doch die Begleitung von geliebten Menschen in Not nicht.



Auch wenn vielleicht die einen oder anderen Lockerungen umgesetzt werden – Einschränkungen werden noch längere Zeit bestehen bleiben und damit die schlimmen Erfahrungen für die betroffenen Angehörigen. Auch für Sie, die Sie mit diesen Angehörigen umgehen müssen, ist das schmerzlich. Sie bekommen den Schmerz nicht nur der Patient/innen und Klient/innen mit, Sie spüren ihn auch in sich, weil Sie ein mitfühlender Mensch sind.

- Wir können hierzu keine ideale Lösung empfehlen. Das wäre unredlich und vermessen. Wichtig sind uns vor allem drei Erfahrungen:
- Sprechen Sie aus, was ist: dass diese Situation schmerzlich ist und oft als grausam erlebt wird. Sagen Sie, dass Sie den Schmerz verstehen und teilen. Die Wahrheit zu sagen und zu teilen, hilft, wenigstens ein wenig.
- Bieten Sie an, kleine Symbole zu vermitteln. Eine Postkarte oder einen Brief, einen Talisman, ein Foto oder einen anderen Gegenstand, den die Angehörigen gestalten oder auswählen und der desinfiziert werden kann und den Sie den jeweiligen Bewohner/innen oder Patient/innen zukommen lassen.
- Vor allem brauchen auch Sie Trost, um die schmerzlichen Erfahrungen v.a. der Hilflosigkeit und Einsamkeit abzumildern. Reden Sie mit anderen, denen Sie vertrauen, darüber. Verschaffen Sie Ihrem Herzen Luft.

Stärkungsbrief 33

für Mitarbeiter/innen in Pflege und Gesundheit in den Zeiten von Covid-19

Atempausen – wie schaffe ich das?

Viele der Mitarbeiter/innen im Gesundheitswesen – und nicht nur dort – sehnen sich nach einer Atempause. Doch wie schaffe ich das, bei all dem Stress, bei all den Anforderungen?

Manche Menschen träumen von einem langen Urlaub. Doch meistens braucht es noch längere Zeit, bis er endlich kommt – wenn er in Corona-Zeiten überhaupt so möglich ist, wie Sie ihn wünschen. Und fast immer ist der

Urlaub zu schnell vorbei, und dann geht der Stress weiter. Die große Pause, der Urlaub ist wichtig. Doch wir möchten Ihnen hier auch die kleinen Pausen ans Herz legen.

Probieren Sie sie aus.



- Setzen Sie sich irgendwo hin und schließen Sie für eine Minute die Augen. Nicht mehr und nicht weniger, nur atmen und die Augen schließen. Wenn Sie sich sorgen, dass Sie einschlafen, stellen Sie sich den Handywecker.
- Hören Sie zwischendurch ein Musikstück über ihr Handy, möglichst mit Kopfhörer. Drei bis vier Minuten, das reicht als kleine Pause.
- Jeder Atemzug enthält eine Atempause. Probieren Sie es aus. Konzentrieren Sie sich auf Ihren Atem ... Beachten Sie, wie Sie ein- und wie Sie ausatmen ... Dann schenken Sie Ihre Aufmerksamkeit der kleinen Pause zwischen dem Ausatmen und dem Wiedereinatmen ... Würdigen Sie einige Atemzüge lang diese kleine Atempause, die Ihnen jeder Atemzug schenkt.
- Eine andere Minipause ist das Rauchen ohne Zigarette. Tun Sie so, als hätten Sie eine Zigarette in der Hand und als würden Sie rauchen. Mit einem tiefen Lungenzug, ein und aus. Ihnen tut das gut, Ihrer Lunge auch und es ist billiger und vor allem gesünder, als mit Zigarette zu rauchen.

Stärkungsbrief 34

für Mitarbeiter/innen in Pflege und Gesundheit in den Zeiten von Covid-19

Wie geht Nähe mit Maske und ohne Berührung?

Liebe Kolleginnen und Kollegen,

eine Mitarbeiterin aus einem Altenheim schrieb uns: „Es ist furchtbar, wenn jemand stirbt und niemand da ist, der die Hand halten kann. Ich versuche dann, so gut ich kann, wenigstens mit Schutzhandschuhen die Hand zu halten. Das ist nicht ideal, aber besser als gar nichts. Es hilft.“



Viele Menschen in Seniorenheimen und Krankenhäusern sind in Not. Und Menschen in Not brauchen Nähe. Wenigstens mit Handschuhen die Hand zu halten, ist ein Behelf. Doch alles, was Nähe bietet, und sei es nur ein bisschen, hilft. Probieren Sie aus, was möglich ist.

Nähe herzustellen gelingt auch über Ihre Stimme und über Ihre Blicke.

Sie kennen es bestimmt: Egal, welche Worte jemand sagt, werden Sie über den Tonfall wahrnehmen, ob Ihnen jemand nah ist oder ob es eine Distanz gibt. Sie können sicher sein, dass die Nähe, die Sie zu jemandem spüren, auch ankommt – über Ihre Stimme.

Und dass Blicke wichtig sind, wissen Sie auch. „Blicke können töten“, heißt es sprichwörtlich. Blicke können Abneigung, Verachtung, Missbilligung, Distanz vermitteln, aber auch Interesse, Zuneigung und Nähe. Wenn der Hauptteil des Gesichtes von einer Maske bedeckt ist, irritiert das manche Menschen. Sie schauen dann oft gar nicht hin, auch nicht in die Augen. Probieren Sie aus, bewusst anderen in die Augen zu schauen. Sie können dort Fragen sehen, ohne dass jemand spricht. Sie werden ein Lächeln erkennen, auch wenn die Mundpartie hinter einer Maske verborgen ist.

Sie können die Menschen, die Sie pflegen oder betreuen, auch auffordern, Ihnen in die Augen zu schauen, wenn Sie merken, dass sie durch die Schutzkleidung irritiert oder verunsichert sind. Versuchen Sie es.

Stärkungsbrief 35

für Mitarbeiter/innen in Pflege und Gesundheit in den Zeiten von Covid-19

Vom Zuviel und Zuwenig

Liebe Kolleginnen und Kollegen,

kennen Sie es auch, dass Ihnen manchmal alles zu viel ist? Man sucht dann einen „Aus-Schalter“, findet ihn aber nicht. Wir haben dazu zwei Empfehlungen.

Die erste lautet: Nehmen Sie sich drei Minuten Zeit und schreiben Sie alles auf, was Ihnen gerade zu viel ist. Berufliches und Privates, alles durcheinander. Und dann wählen Sie einen Punkt aus, den

Sie verändern wollen. Vielleicht, indem Sie um Unterstützung bitten, vielleicht dadurch, dass Sie sagen: „Ich schaffe das nicht.“ Oder indem Sie zu einer Anforderung „Nein“ sagen.

Noch hilfreicher ist die zweite Empfehlung. Wir haben die Beobachtung gemacht, dass es sinnvoll ist, nach den Umständen der Belastung zu fragen. Es kann sich aber auch lohnen, nach dem Gegenteil zu fragen: Was kommt zu kurz? Was ist zu wenig? Was vermissen Sie? Einige Beispiele für Antworten:

- „Dass meine Leistung anerkannt wird, in der Klinik und zu Hause.“
- „Zärtlichkeit“
- „Einfach mal einen freien Tag oder wenigstens einen halben haben, an den ich nichts MUSS, sondern KANN und einfach ohne Pläne und Aufgaben in den Tag hinein lebe.“
- „Mit meiner Tochter spielen.“
- „Dass mir mal jemand Blumen schenkt.“ ...
- Sie werden Ihre eigenen Antworten finden. Vielleicht ergibt sich daraus eine Idee, etwas zu verändern. Manchmal kann man das „Zuviel“ reduzieren, indem man dem „Zuwenig“ mehr Raum gibt.



Foto: Pixabay

Stärkungsbrief 36

für Mitarbeiter/innen in Pflege und Gesundheit in den Zeiten von Covid-19

Wie kann ich mit Hilflosigkeit und Unsicherheit umgehen?

Liebe Kolleginnen und Kollegen,

es gibt immer wieder Momente, in denen wir uns hilflos und unsicher fühlen. In den Belastungen, die durch Corona bzw. Covid-19 hervorgerufen werden, treten solche Gefühle häufiger auf als sonst. Vielleicht, weil Sie mehr helfen wollen, das aber nicht können.

Vielleicht, weil die Unsicherheit anderer Sie ansteckt. Das ist normal. So geht es vielen, auch wenn die meisten nicht darüber sprechen.

Wenn Sie in einer beruflichen Situation starke Unsicherheit spüren, sollte dies ein Anlass

sein, danach zu suchen, was Ihnen Sicherheit gibt. Das können Informationen oder unterstützende Ratschläge anderer sein. Doch oft hilft das nicht. Wenn Sie mit einem Mann sprechen, der unsicher ist, ob seine Mutter überlebt, können Sie keine Sicherheit vermitteln. Die Unsicherheit bleibt, in dem Angehörigen und in Ihnen. Da kann es helfen, sich dessen zu entsinnen, wie wir Menschen überhaupt innere Sicherheit erwerben.

Forschungen in der Entwicklungspsychologie haben gezeigt, dass dafür sichere Beziehungen entscheidend sind. Deshalb empfehlen wir, dass Sie bei stärkeren Unsicherheitsgefühlen überlegen, welchen Menschen Sie vertrauen (innerhalb und auch außerhalb des Arbeitsbereiches), bei welchen Menschen Sie sich sicher fühlen, wer Ihnen Sicherheit gibt. Tauschen Sie sich mit diesen Menschen aus. Teilen Sie Ihre Unsicherheiten. Sicherheit entsteht aus der Begegnung mit anderen Menschen.

Das gilt auch für den Umgang mit Hilflosigkeit. Das Gefühl der Hilflosigkeit hat einen Sinn. Es macht darauf aufmerksam, dass Sie Hilfe suchen sollten. Bei Menschen, die Sie schätzen und denen Sie vertrauen.

Es lohnt sich.



Foto: Pixabay

Stärkungsbrief 37

für Mitarbeiter/innen in Pflege und Gesundheit in den Zeiten von Covid-19

„Ich hab` so oft ein schlechtes Gewissen.“

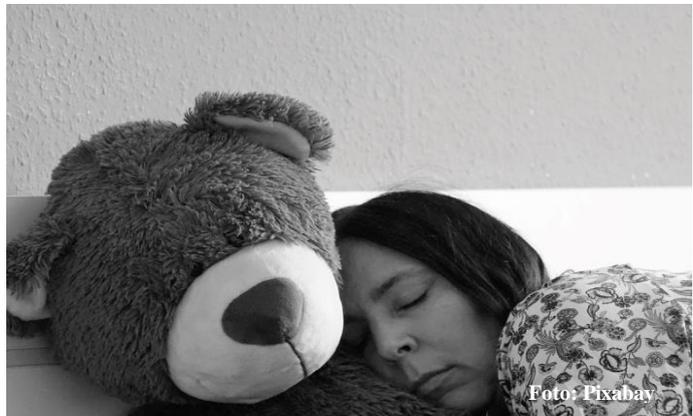
Liebe Leserin, lieber Leser,

die Mitarbeiterin eines Klinikums sagte:
„Wenn bei uns viel los ist, schaffe ich manchmal nicht alles so, wie ich will. Dann habe ich ein schlechtes Gewissen. Auch wenn ich nach der Arbeit zu müde bin, mit meiner Tochter etwas Schönes zu unternehmen ...“

Falls es Ihnen gelegentlich auch so geht:
Ein Gewissen zu haben, ist grundsätzlich gut. Ein schlechtes Gewissen ist nur angebracht, wenn

Sie anderen Menschen geschadet haben, obwohl Sie andere Möglichkeiten gehabt hätten. In den Zeiten von Covid-19 und oft auch sonst im Gesundheitswesen gibt es immer wieder Überlastungen und Überforderungen. Da können wir nur sagen: Im Alltag ist es o_ nicht möglich allen Ansprüchen zu genügen. Sie können nur Ihr Bestes aus dem machen, was möglich ist. Hohe Ansprüche an sich zu stellen, ist gut, ist besser, als keine zu haben. Doch manchmal müssen Sie sie herunterschrauben, zumindest zeitweilig.

Wenn Sie zu müde sind, um mit Ihrem Kind zu spielen, erklären Sie es ihm. Vereinbaren Sie, dass Sie sich eine bestimmte Zeit hinlegen und ausruhen, und zu einer anderen Zeit mit dem Kind etwas Schönes machen.



Stärkungsbrief 38

für Mitarbeiter/innen in Pflege und Gesundheit in den Zeiten von Covid-19

Ich will mein altes Leben zurück.“

Liebe Leserin, lieber Leser,

dieser Stoßseufzer kam aus tiefster Seele. Er bezog sich auf die Arbeit in der Pflege und gleichzeitig auf das Familienleben. Vieles ist seit dem Ausbruch der Pandemie durcheinandergeraten, vieles kam dazu, an das man denken und das man organisieren muss, zu Hause und am Arbeitsplatz. Das ruft Sehnsucht hervor, dass bald „alles vorbei“ ist. Und das

mobilisiert die nostalgische Sehnsucht nach dem, wie es früher war.



Doch die Pandemie hört nicht auf diese Sehnsüchte. Das Virus nutzt alle Nachlässigkeiten aus und wird uns alle noch eine längere Zeit beschäftigen und unser Leben beeinflussen. „Ich will mein altes Leben zurück!“ – das ist ein berechtigter Wunsch, der aber nicht so schnell in Erfüllung gehen wird. Also gilt es zu trauern. Es ist traurig, dass manches nicht mehr so ist, wie zuvor. Es ist traurig, dass es Umstellungen und Überlastungen gibt. Es ist traurig, dass gewohnte Rituale und Verhaltensweisen, die Sicherheit und Halt gaben, nicht mehr gelten.

Trauer ist das Gefühl des Loslassens. Wenn wir trauern, verabschiedet sich unsere Seele von dem, was wir verloren haben. Entscheidend ist, dass wir Menschen nicht allein trauern, sondern unseren Schmerz mit anderen teilen.

Dabei können wir mit anderen Menschen auch danach suchen, was uns denn geblieben ist und was anders geworden ist. Manchmal hilft das.

Stärkungsbrief 39

für Mitarbeiter/innen in Pflege und Gesundheit in den Zeiten von Covid-19

„Und meine Eltern in Serbien?“

Liebe Leserin, lieber Leser,
Ivona M. ist Altenpflegerin und kümmert sich in Deutschland um die alten Menschen im Heim. Auch um die Angehörigen, die darüber klagen, dass sie ihre Mutter oder ihren Vater nur nach Voranmeldung (Stand August 2020 NRW) und Terminvereinbarung besuchen können. Und immer muss sie dabei an ihre Eltern denken. Diese wohnen in Serbien in einer Gegend, in der das Virus sich ausbreitet. Sie macht sich Sorgen um sie. Die Eltern sind so weit weg, sie kann nicht auf sie aufpassen und sich um sie kümmern.



So geht es vielen Mitarbeiter/innen in der Altenpflege und überall im Gesundheitswesen, ganz gleich, ob sie aus Spanien oder Italien kommen, aus Polen oder der Türkei. Sie machen sich Sorgen und fühlen sich damit allein.

Unser wichtigster Stärkungstipp neben einem Handy mit Flatrate besteht darin, zu versuchen, an dem Alleinsein damit etwas zu ändern. Ivona M. erzählte Kolleginnen von ihren Sorgen. Einige wenige reagierten achselzuckend. Die meisten interessierten sich und zeigten ihr Mitgefühl. Das tat Ivona M. gut. Jetzt fragen bei Schichtbeginn schon manche, wie es ihren Eltern geht.

Ganz gleich, ob die Eltern in Gelsenkirchen oder Adana leben, ob sie um die Ecke wohnen oder in einem anderen Land – Sorgen um die Eltern machen sich viele. Je weiter weg sie sind, desto hilfloser fühlen sich Menschen wie Ivona M. Doch das Sorgen und das Mitgefühl vieler kann ein gemeinsamer Boden werden, die Sorgen zu teilen und damit wenigstens nicht allein zu bleiben. Das erleichtert.

Stärkungsbrief 40

für Mitarbeiter/innen in Pflege und Gesundheit in den Zeiten von Covid-19

„Als hätte ich etwas verbrochen! Nur weil es bei uns im Haus einen Corona-Fall gab!“

Liebe Leserin, lieber Leser,

Claudia F. schildert, dass sie sich von anderen „wie eine Aussätzige“ behandelt fühlt. Sie arbeitet in der Senioreneinrichtung eines größeren Verbandes. In dieser Einrichtung gab es erst einen, dann mehrere COVID-19- Fälle. „Seitdem werde ich schief angesehen. Bei den Kolleginnen anderer Häuser und auch in der Nachbarschaft. Als könnte ich etwas dafür! Es stand natürlich in der Zeitung. Vielleicht denken manche, dass ich auch ansteckend bin. Dabei werde ich jetzt ständig getestet.“



Solche Erfahrungen erniedrigen und machen hilflos. Selbst wenn in dem Haus Fehler gemacht worden sein sollten, muss immer davon ausgegangen werden, dass jede und jeder sein Bestes gab und gibt. Sippenhaft ist entwürdigend. Dass Herkunftswege einer Ansteckung untersucht werden, ist selbstverständlich. Menschen wie Claudia F. sind weder ansteckend noch verantwortlich für den Pandemie-Ausbruch.

Claudia F. und Beschäftigte im Gesundheitswesen, denen es ähnlich geht, brauchen Solidarität. Von der Familie, vom Träger ihrer Einrichtung, von der Öffentlichkeit.

Claudia F. empfehlen wir, offensiv das Thema anzusprechen. Es sitzt sich nicht aus. Fragen Sie die Menschen, die Sie abwertend und stigmatisierend behandeln, was sie meinen, und setzen Sie Ihre Meinung und Ihre Erfahrungen dagegen. Empören Sie sich gegen Abwertung.

Das geht nicht allein. Das braucht andere, die mitmachen. Das braucht Solidarität. Sie haben ein Recht darauf.

Stärkungsbrief 41

für Mitarbeiter/innen in Pflege und Gesundheit in den Zeiten von Covid-19

Mein Notfall-Koffer

Liebe Leserin, lieber Leser,

viele Beschäftigte des Gesundheitswesens kommen ab und zu an ihre Grenzen. Wenn das Gefühl auftritt „Ich kann nicht mehr!“, sollten Sie zu Ihrem Notfall-Koffer greifen. Ihr persönlicher Notfall-Koffer enthält das, was Ihnen in dieser Situation helfen kann. Sie können sich einen Behälter oder einen Beutel als „Koffer“ nehmen und passende Gegenstände oder Erinnerungszettel hineintun. Oder Sie



schreiben auf, was Sie im Notfall brauchen könnten. Damit sollten Sie beginnen:

- Wenn können Sie anrufen und reden?
- Oder brauchen Sie es, lieber eine Weile ungestört allein zu sein?
- Welches Musikstück stärkt Sie in dieser Situation?
- Was nehmen Sie gern in die Hand, wenn Sie sich unsicher oder haltlos fühlen? Ein Stück Stoff oder Holz, einen Stein oder ...?
- Welche Blume können Sie sich schenken (lassen)?
- Welche Nahrung oder welches Getränk brauchen Sie dann?
- Welches Geschenk können Sie sich machen?
- ...

Der Notfall-Koffer jedes Menschen ist unterschiedlich gefüllt und das ist gut so. Denn nur Sie wissen, was Sie in einer Not-Situation brauchen, um die Not abzuwenden, was not-wendig und not-wendend ist.

Werfen Sie, wenn Sie nicht mehr können, einen Blick auf diese Liste, und wählen Sie aus.