

# Evaluationsbericht

(gemäß Nr. 14.1 ANBest-IF)

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

## Inhaltsverzeichnis

I.	Abkürzungsverzeichnis.....	2
II.	Abbildungsverzeichnis .....	2
III.	Tabellenverzeichnis.....	2
1.	Ziele der Evaluation .....	4
2.	Darstellung des Evaluationsdesigns.....	5
3.	Ergebnisse der Evaluation.....	11
4.	Schlussfolgerungen und Empfehlungen des Evaluators.....	35
5.	Literaturverzeichnis .....	39
6.	Anhang .....	40
7.	Anlagen .....	40

## I. Abkürzungsverzeichnis

CBI	Copenhagen Burnout Inventory
COPSOQ	Copenhagen Psychosocial Questionnaire
et al.	et alii
ggf.	gegebenenfalls
IG	Interventionsgruppe
IMIBE	Institut für Medizinische Informatik, Biometrie und Epidemiologie (UME)
KG	Kontrollgruppe
KSG	Kreative Stärkungsgruppen
max.	maximal
MW	Mittelwert
N	Anzahl der Gesamtstichprobe
n	Anzahl der Teilstichprobe
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

## II. Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Studiendesign UPGRADE.....	7
Abbildung 2: Teilnehmendeneinschluss .....	11

## III. Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Übersicht über Erhebungszeitpunkte und Instrumente .....	10
Tabelle 2: Teilnahme an der Intervention und Befragung.....	11
Tabelle 3: Teilnahme an KSG nach Berufsgruppen .....	12
Tabelle 4: Teilnahme an KSG der Interviewteilnehmenden .....	13
Tabelle 5: Stichprobeninformationen nach Interventions- und Kontrollgruppe.....	13
Tabelle 6: COPSOQ Ergebnisse t <sub>0</sub> nach Interventions- und Kontrollgruppe .....	15

Tabelle 7: CBI- und WAI-Ergebnisse sowie Gesundheitszustand zu $t_0$ nach Interventions- und Kontrollgruppe .....	16
Tabelle 8: COPSOQ B11 $t_0$ nach Geschlechtern und Berufsgruppe .....	16
Tabelle 9: COPSOQ Werte $t_0$ nach Geschlechtern und Berufsgruppe.....	17
Tabelle 10: CBI- und WAI-Werte sowie Gesundheitszustand zu $t_0$ nach Geschlechtern und Berufsgruppe .....	18
Tabelle 11: Ergebnisse für "Arbeitszufriedenheit" $t_0$ und $t_1$ .....	20
Tabelle 12: Ergebnisse für "Arbeitszufriedenheit" $t_0$ und $t_2$ .....	20
Tabelle 13: COPSOQ-Ergebnisse für sekundäres Outcome $t_0$ und $t_1$ .....	21
Tabelle 14: CBI-Ergebnisse für sekundäres Outcome $t_0$ und $t_1$ .....	22
Tabelle 15: WAI-Ergebnisse für sekundäres Outcome $t_0$ und $t_1$ .....	23
Tabelle 16: Gesundheitszustand sekundäres Outcome $t_0$ und $t_1$ .....	23
Tabelle 17: Soziodemografie Interviewteilnehmende .....	27

## 1. Ziele der Evaluation

Das Projekt UPGRADE zielt auf die Prävention belastungsbedingter Erkrankungen bei Beschäftigten im Gesundheitswesen. Das innovative Versorgungsangebot in Form von Kreativen Stärkungsgruppen<sup>1</sup> sollte

- Beschäftigte darin stärken, Belastungen und auslösende Faktoren zu erkennen und den Umgang damit zu erlernen
- Beschäftigten unmittelbare Hilfestellung der Entlastung bieten und damit Überbelastung, Chronifizierung und beispielsweise Traumafolgestörungen vorzubeugen
- Beschäftigten die Möglichkeit bieten, eine generelle Stärkung des Selbstwertes und der eigenen Handlungsmöglichkeiten zu erfahren.

Die Intervention bestand aus der Teilnahme an zwei eintägigen Terminen der Kreativen Stärkungsgruppen. Das Format der Stärkungsgruppen wurde abweichend von der beantragten Durchführung (wöchentliches Kursformat über 8 Wochen) aufgrund des anfänglichen Feedbacks der Einrichtungen in zwei Kursblöcke geändert.

Die Evaluation bestand aus einer summativen und einer formativen Evaluation. Im Rahmen der Evaluation wurden entsprechend folgende Fragestellungen und Hypothesen 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 (Gesundheitswesen, MW=62)

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

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

Diese Veränderung wurde im Vorher-Nachher-Vergleich zwischen der Interventions- und Kontrollgruppe untersucht. Als primärer Zielparameter wurde untersucht:

- Die allgemeine Arbeitszufriedenheit (COPSOQ-Skala B11 nach Nübling & Hasselhorn (2010))

Als primärer und als sekundäre Zielparameter wurden untersucht:

- Die Arbeitszufriedenheit sowie die Veränderung in der Wahrnehmung spezifischer arbeitsbedingter Belastungen bzw. Beanspruchungen (COPSOQ-Skalen nach Nübling &

---

<sup>1</sup> <https://innovationsfonds.g-ba.de/projekte/neue-versorgungsformen/upgrade-kreative-staerkungsgruppen-als-innovative-versorgungsform-fuer-traumatisierte-und-hochbelastete-mitarbeiter-innen-im-gesundheitswesen.281>

Hasselhorn (2010), Emotionale Anforderungen gemäß CBI nach Kristensen et. al (2005)),

- Die Veränderung des allgemeinen Gesundheitszustands (COPSOQ-Skala B12 nach Nübling & Hasselhorn (2010)) und
- Die Veränderung der subjektiven Arbeitsfähigkeit (Work Ability Index nach Ebener (2011)).

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 telefonische Interviews durchgeführt und Prozesse und Beobachtungen dokumentiert. In der formativen Evaluation wurden folgende Fragestellungen untersucht:

- a. Wie ist die subjektive Bewertung der Wirksamkeit der Intervention durch die Teilnehmenden?
- b. Welche Bedeutung hat das Thema / die Durchführung von Maßnahmen auf Führungsebene (Relevanz der Intervention)?
- c. Ist die Umsetzbarkeit im Betrieb / im Berufsalltag gegeben (Machbarkeit)?

Alle im Rahmen der Projektevaluation verwendeten Fragebögen und Interviewleitfäden sind im Anhang einsehbar.

## 2. Darstellung des Evaluationsdesigns

Um die Forschungsinhalte aus verschiedenen Perspektiven betrachten zu können, wurde ein Methodenmix aus qualitativen und quantitativen Forschungsmethoden angewandt (mixed-method-Designs). Zudem wurden entsprechend dem Prinzip der Triangulation die Daten von verschiedenen Forscher:innen analysiert.

Diese Studie wurde nach den Prinzipien der Deklaration von Helsinki<sup>2</sup>, sowie der Leitlinie für Gute Klinische Praxis (ICH-GCP<sup>3</sup>) 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.

---

<sup>2</sup>[https://www.bundesaerztekammer.de/fileadmin/user\\_upload/\\_old-files/downloads/pdf-Ordner/International/Deklaration\\_von\\_Helsinki\\_2013\\_20190905.pdf](https://www.bundesaerztekammer.de/fileadmin/user_upload/_old-files/downloads/pdf-Ordner/International/Deklaration_von_Helsinki_2013_20190905.pdf) [21.11.2023]

<sup>3</sup><https://www.ema.europa.eu/en/ich-e6-r2-good-clinical-practice-scientific-guideline> [21.11.2023]

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 Fokus für das primäre Outcome auf  $t_1$  (Nacherhebung nach drei Monaten) gelegt.

Im Sinne des Settingansatzes gem. §§ 20 ff. SGB V „Primäre Prävention und Gesundheitsförderung“<sup>4</sup> 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.)
- Mindestalter von 18 Jahren, Vorliegen einer subjektiven Belastungssituation bzw. eines Unterstützungsbedarfs

Die Ausschlusskriterien beinhalteten 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).

Abbildung 1 zeigt das Studiendesign:

---

<sup>4</sup> [https://www.gesetze-im-internet.de/sgb\\_5/\\_\\_20.html](https://www.gesetze-im-internet.de/sgb_5/__20.html)

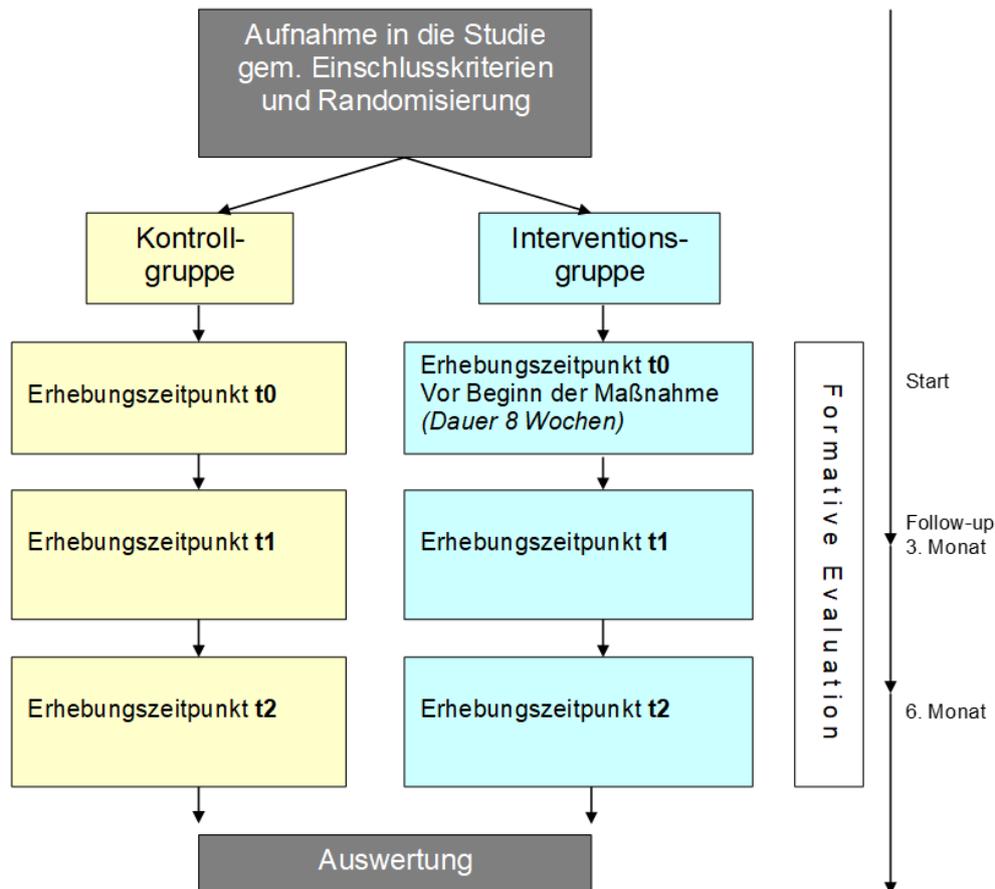


ABBILDUNG 1: STUDIENDESIGN UPGRADE

### 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 (Nübling et al., 2005), 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 und Probanden, 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 geschah vor der Corona-Pandemie, auf Grund derer die Rekrutierung (und auch die Durchfüh-

rung) zwischenzeitlich gestoppt wurde. Die Rekrutierung erfolgte während und nach der Pandemie unter sehr erschwerten Bedingungen wie nochmals erhöhte Arbeitsbelastungen, steigende AU-Zahlen und dem Verbot von Präsenzveranstaltungen.

Ausgehend von der errechneten Stichprobengröße von 366 Studienbeteiligten 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).

### 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. Diejenigen Teilnehmenden die nach Januar 2023 an den Stärkungsgruppen teilgenommen haben, konnten aus zeitlichen Gründen keinen zweiten Follow-up-Zeitpunkt (6 Monate nach Intervention) mehr berichten.

Für die geplanten Interviews mit Leitungspersonen (10%) und mit Mitarbeitenden Teilnehmenden (50%) wurden Interview-Leitfäden auf Basis von Literaturrecherche entwickelt und einem Pretest unterzogen. Die Leitungspersonen wurden im Projektverlauf kontaktiert und um die Teilnahme an einem Interview gebeten. Die Teilnehmenden der Studie wurden im Fall der Einwilligung zu einem Interview auf dem Einwilligungsbogen über die dort angegebenen Kontaktdaten kontaktiert.

### Erhebungsinstrumente und Datenauswertung

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 1 zeigt eine Übersicht über die Erhebungszeitpunkte.

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 folgten 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.

Tabelle 1 zeigt eine Übersicht über die Erhebungszeitpunkte und Instrumente.

**Tabelle 1: 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			
<b>INTERVENTION:</b>					
IG: KSG			↔		
CG: Keine Intervention			⋯		
<b>INSTRUMENTE (Leitfäden und Fragebögen in Anhang B):</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)
<b>Nur IG:</b> Zufriedenheit mit der Intervention und Einschätzung der Umsetzbarkeit <b>Einrichtungsleitungen:</b> Einschätzung der Intervention	7. Selbstentwickelter Fragebogen 8. Interviews			X	↔
	9. Interviews				↔

Vor der Durchführung der Interviews wurde den Interviewpartner:innen eine Einverständniserklärung zur Erhebung und Verarbeitung personenbezogener Interviewdaten zur Unterschrift vorgelegt. Die Anonymisierung der Aussagen und Daten wurde zugesichert. Die Tonbandaufnahmen wurden wörtlich nach den Transkriptionsregeln von Dresing und Pehl (2010) und nicht laut-sprachlich 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 und der Fokusgruppe erfolgte anhand der qualitativen Inhaltsanalyse nach Mayring (2001), d. h., dass eine schrittweise induktive sowie deduktive Kategorienbildung durchgeführt wurde. Die Auswertung 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

### 3. Ergebnisse der Evaluation

#### 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 2 - zeigt den Verlauf des Teilnehmendeneinschlusses. Im Anhang ist die Übersicht über die Rekrutierung nach Einrichtung dargestellt.

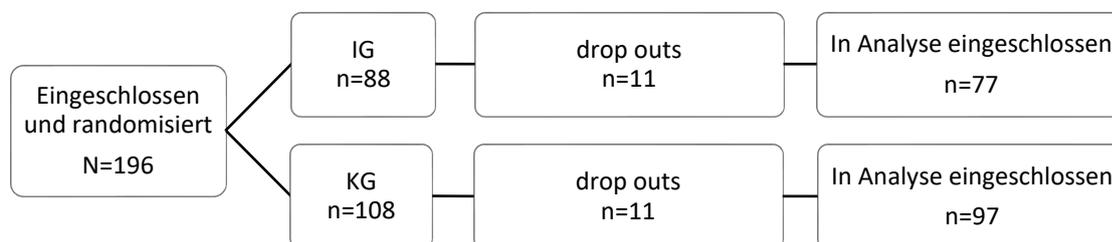


ABBILDUNG 2 - TEILNEHMENDENEINSCHLUSS

Die finale Stichprobe bestand aus IG=77 und KG=97 Personen. In der nachfolgenden Tabelle 2 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 t<sub>1</sub>.

TABELLE 2 - TEILNAHME AN DER INTERVENTION UND BEFRAGUNG

	KG	IG	IG: 2 KGS	IG: 1 KGS	IG: 1-2 KGS	IG: 0 KGS
<b>n gesamt</b>	97	77	33	7	40	37
<b>Fragebogen t<sub>0</sub></b>	72	67	31	6	37	30

<b>Fragebogen t<sub>1</sub></b>	55 <sup>5</sup>	29	24	3	27	2
<b>Fragebögen t<sub>0</sub> + t<sub>1</sub></b>	47	29	24	3	27	2
<b>Fragebogen t<sub>2</sub><sup>6</sup></b>	36 <sup>7</sup>	25	21	3	24	1
<b>Keine Fragebögen</b>	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, haben auch die Follow-up Fragebögen zu t<sub>1</sub> bereitgestellt.

Tabelle 3 zeigt die Teilnahmehäufigkeit an den KSG nach Berufsgruppe.

TABELLE 3 - TEILNAHME AN KSG NACH BERUFSGRUPPEN

<b>Teilnahme KSG</b>		<b>0 Termine</b>	<b>1 Termin</b>	<b>2 Termine</b>	<b>Gesamt</b>
<b>IG</b>	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%)
	<b>Gesamt (N=77)</b>	<b>37 (48,1%)</b>	<b>7 (9,1%)</b>	<b>33 (42,9%)</b>	<b>77 (100%)</b>

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, an wie vielen KSG die Personen teilgenommen haben, die ein Interview gegeben haben.

<sup>5</sup> Acht Personen, die keinen t<sub>0</sub> Fragebogen abgegeben haben, gaben einen t<sub>1</sub> Fragebogen ab.

<sup>6</sup> Durch die verlängerte Einschlusszeit neuer Teilnehmender konnten nicht alle Personen die 6 Monate Nacherhebung erreichen.

<sup>7</sup> Eine Person stellte keinen t<sub>0</sub>-Fragebogen zur Verfügung, drei andere keinen t<sub>1</sub>-Fragebogen.

TABELLE 4: TEILNAHME AN KSG DER INTERVIEWTEILNEHMENDEN

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

Beschreibung der Stichprobe

Das Durchschnittsalter der Teilnehmenden bei Einschluss in die Studie lag bei 46,2±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. Eine übersichtliche Darstellung der Altersverteilung findet sich im Anhang unter Abbildung A1.

Vergleicht man die Werte zu den primären und sekundären Outcomes zwischen Interventions- und Kontrollgruppe zu  $t_0$  (Tabelle 6 und

Tabelle 7) 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±21,17) als die Kontrollgruppe (50,88±22,85) mit  $p=.047$ . Ausreißer konnten nicht festgestellt werden. Alle anderen Mittelwertvergleiche zeigen keine Unterschiede zwischen den Gruppen (Tabelle 5).

TABELLE 5 - STICHPROBENINFORMATIONEN NACH INTERVENTIONS- UND KONTROLLGRUPPE

		IG (n=77)	KG (n=97)
<b>Geschlecht</b>	männlich	10	13
	weiblich	66	81
	divers	0	0
	Keine Angabe	1	3
<b>Erwerbstätigkeit</b>	Vollzeit	34	34
	Teilzeit	31	37
	Keine Angabe	12	26
<b>Familienstand</b>	verheiratet	37	37
	geschieden	5	14
	verwitwet	1	2
	Ledig zusammenlebend	9	7
	Ledig alleinlebend	15	10
	Keine Angabe	10	27
<b>Betreuung/Pflege von Angehörigen</b>	Ja	15	16
	Nein	51	53
	Keine Angabe	11	28

<b>Wochenendarbeit min. 1x mtl.</b>	Ja	41	43
	Nein	23	29
	Keine Angabe	13	25
<b>Nacht- oder Spätschicht min. 1x mtl.</b>	Ja	32	33
	Nein	29	34
	Keine Angabe	16	30
<b>Arbeitsort abweichend</b>	Ja	12	23
	Nein	43	42
	Keine Angabe	22	32
<b>Arbeitsstelle</b>	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

47% (n=76) der Teilnehmenden sind in der Pflege tätig, 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%). Abbildung A2 im Anhang 1 zeigt die Berufsgruppen in einer Übersicht.

Aufgrund des hohen Anteils an pflegerisch tätigen Berufsgruppen, wurden im Weiteren für die Evaluation 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.

Im Anhang 1 finden sich in Abschnitt B tabellarische Darstellungen der Teilnehmendenstruktur 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 6 und

Tabelle 7 zeigen die psychische Belastung und Beanspruchung bei der Arbeit anhand der COP-SOQ- sowie CBI-Ergebnisse zu t<sub>0</sub>, unterschieden nach Interventions- und Kontrollgruppe. Tabelle 8, Tabelle 9 sowie Tabelle 10 zeigen diese unterschieden nach Geschlecht sowie für pflegendes Personal und andere Berufsgruppen. Das primäre Outcome, die Arbeitszufriedenheit, insgesamt lag zu t<sub>0</sub> 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 arbeitspezifischen Ergebnisse zu Beginn zeigt Tabelle 10. 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).

TABELLE 6 - COPSOQ ERGEBNISSE T<sub>0</sub> NACH INTERVENTIONS- UND KONTROLLGRUPPE

	<b>Gruppe</b>	<b>Min.</b>	<b>Max.</b>	<b>Ø</b>	<b>σ</b>
<b>Entwicklungsmöglichkeiten</b> (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
<b>Anforderungen bei der Arbeit</b> (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
<b>Wahrgenommene Gefährdung des Privatlebens durch die Arbeit</b> (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
<b>Häufigkeit der Gedanken daran, den Beruf oder die Arbeitsstelle in Frage zu stellen</b> (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
<b>Zufriedenheit mit der Arbeitssituation</b> (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
<b>Einschätzung des Gesundheitszustands</b> (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 7 – CBI- UND WAI-ERGEBNISSE SOWIE GESUNDHEITZUSTAND ZU T<sub>0</sub> NACH INTERVENTIONS- UND KONTROLLGRUPPE

	<b>Gruppe</b>	<b>Min.</b>	<b>Max.</b>	<b>Ø</b>	<b>σ</b>
<b>CBI arbeitsbezogene Belastung</b> (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
<b>CBI patientenbezogene Belastung</b> (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
<b>CBI Belastung des psychischen Wohlbefindens</b> (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
<b>Physischer Gesundheitszustand</b> (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
<b>WAI-Summe</b> (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 8 - COPSOQ B11 T<sub>0</sub> NACH GESCHLECHTERN UND BERUFSGRUPPE

	<b>Geschlecht</b>	<b>Min.</b>	<b>Max.</b>	<b>Ø</b>	<b>σ</b>
<b>Zufriedenheit mit der Arbeitssituation</b> (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
	Andere n=80	8,25	100,00	58,11	17,76

TABELLE 9 - COPSOQ WERTE T0 NACH GESCHlechTERN UND BERUFSGRUPPE

	<b>Geschlecht</b>	<b>Min.</b>	<b>Max.</b>	<b>Ø</b>	<b>σ</b>
<b>Entwicklungs-möglichkeiten</b> (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
<b>Anforderungen bei der Arbeit</b> (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
<b>Wahrgenommene Gefährdung des Privatlebens durch die Arbeit</b> (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
<b>Häufigkeit der Gedanken daran, den Beruf oder die Arbeitsstelle in Frage zu stellen</b> (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

<b>Einschätzung des Gesundheitszu- stands</b> (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
	Andere n=78	20,00	100,00	59,26	18,29

TABELLE 10 – CBI- UND WAI-WERTE SOWIE GESUNDHEITZUSTAND ZU T<sub>0</sub>  
NACH GESCHLECHTERN UND BERUFSGRUPPE

	<b>Geschlecht</b>	<b>Min.</b>	<b>Max.</b>	<b>Ø</b>	<b>σ</b>
<b>CBI</b> <b>arbeitsbezogene Belastung</b> (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
<b>CBI</b> <b>patientenbezogene Belastung</b> (0 gering - 100 stark)	Gesamt N=124	0	87,5	31,85	21,86
	unbekannt n=1	60	60	60	-
	weiblich n=107	0	75	30,97	21,4
	männlich n=16	0	87,5	35,94	24,57
	Pflege n=58	0	75	33,26	21,31
	andere n=66	0	87,5	30,61	22,41
<b>CBI</b> <b>Belastung des psychischen Wohlbefindens</b> (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

<b>Physischer Gesundheitszustand</b> (1 schlecht - 5 gut)	Pflege n=58	8,33	100	57,83	20,84
	andere n=80	4,17	100	52,14	23,12
	Gesamt N=138	1,54	5	3,18	0,8
	unbekannt n=3	2,38	2,92	2,69	0,28
	weiblich N=117	1,54	5	3,17	0,8
	männlich n=18	2	4,83	3,31	0,87
	Pflege N=58	1,64	4,92	3,12	0,79
	andere n=80	1,54	5	3,23	0,81
	Gesamt N=133	5	22	16,01	4
	unbekannt n=3	5	15	11,67	5,77
<b>WAI-Summe</b> (max. 22)	weiblich n=112	5	22	15,92	4,03
	männlich n=18	11	22	17,28	2,97
	Pflege n=55	5	22	16,07	4,18
	andere n=78	5	22	15,96	3,89

Vergleicht man die primären und sekundären Outcomes zwischen Interventions- und Kontrollgruppe zu  $t_0$  (Tabelle 6 Tabelle 6 und

Tabelle 7) 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.

### Wirksamkeit der Intervention

Zur Prüfung der beiden in Kapitel 1 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.

Wirksamkeit der Intervention - Primäres Outcome  $t_1$  und  $t_2$

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 11 zeigt die Ergebnisse zu  $t_0$  und  $t_1$ .

TABELLE 11 - ERGEBNISSE FÜR "ARBEITSZUFRIEDENHEIT"  $T_0$  UND  $T_1$

Gruppe	$\emptyset t_0$	$\sigma t_0$	$\emptyset t_1$	$\sigma t_1$	Sig. <sup>8</sup>	$d^9$	$\Delta t_1-t_0$	$\sigma \Delta t_1-t_0$	Sig. <sup>10</sup>	$f^{11}$	
B11 <sup>1</sup>	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		

<sup>1</sup>COPSOQ: 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 durchschnittlich 5,67 Punkte ( $SD=12,69$ ) zeigt sich nach dem zweiten Follow-up-Zeitpunkt nach 6 Monaten, vergleiche Tabelle 12. Zusätzlich zeigt sich, dass die Signifikanz zwischen den Gruppen zwischen den beiden Versuchszeitpunkten konstant bleibt.

TABELLE 12 - ERGEBNISSE FÜR "ARBEITSZUFRIEDENHEIT"  $T_0$  UND  $T_2$

Gruppe	$\emptyset t_0$	$\sigma t_0$	$\emptyset t_2$	$\sigma t_2$	Sig. <sup>12</sup>	$d^{13}$	$\Delta t_2-t_0$	$\sigma \Delta t_2-t_0$	Sig. <sup>14</sup>	$f^{15}$	
B11 <sup>1</sup>	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		

<sup>1</sup>COPSOQ: Zufriedenheit mit der Arbeitssituation (0 gering - 100 hoch)

<sup>8</sup> Veränderung innerhalb der Gruppe zwischen  $t_0$  und  $t_1$ , einseitige Prüfung

<sup>9</sup> Cohen's d (1988): ab 0,2 schwacher Effekt | ab 0,5 mittlerer Effekt | ab 0,8 starker Effekt

<sup>10</sup> Veränderung zwischen den Gruppen und zwischen  $t_0$  und  $t_1$ , zweiseitige Prüfung

<sup>11</sup> Effektstärke f nach Cohen (1988): ab 0,1 schwacher Effekt | ab 0,25 mittlerer Effekt | ab 0,4 starker Effekt

<sup>12</sup> Veränderung innerhalb der Gruppe zwischen  $t_0$  und  $t_1$ , einseitige Prüfung

<sup>13</sup> Cohen's d (1988): ab 0,2 schwacher Effekt | ab 0,5 mittlerer Effekt | ab 0,8 starker Effekt

<sup>14</sup> Veränderung zwischen den Gruppen und zwischen  $t_0$  und  $t_1$ , zweiseitige Prüfung

<sup>15</sup> Effektstärke f nach Cohen (1988): ab 0,1 schwacher Effekt | ab 0,25 mittlerer Effekt | ab 0,4 starker Effekt

Summative Evaluation - Sekundäre Outcomes zu t<sub>1</sub>

Die Anforderungen an die Arbeit verändern sich innerhalb der Interventionsgruppe zwischen t<sub>0</sub> und t<sub>1</sub> 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 13 zu entnehmen.

Wie in Tabelle 14 nachzuvollziehen, zeigt die Interventionsgruppe eine signifikante Verbesserung beim psychischen Wohlbefinden (MW<sub>0</sub>=58,18±19,83; MW<sub>1</sub>=52,93±20,99; p=.024). In der Kontrollgruppe hingegen kann eine signifikante negative Veränderung des psychischen Wohlbefindens (MW<sub>0</sub>=54,8±22,3; MW<sub>1</sub>=59,15±22,44; p=.038) sowie der patientenbezogenen Belastung (MW<sub>0</sub>=33,33±22,9; MW<sub>1</sub>=38,50±21,58; p=.036) festgestellt werden, mit jeweils schwacher Effektstärke.

Die patientenbezogene Belastung (a) und das psychische Wohlbefinden (b) unterscheidet sich zwischen den Gruppen signifikant zu t<sub>1</sub> (p<sub>a</sub>=.027; p<sub>b</sub>=.011), zum Vorteil der Interventionsgruppe, mit jeweils mittlerer Effektstärke.

TABELLE 13 – COPSOQ-ERGEBNISSE FÜR SEKUNDÄRES OUTCOME T<sub>0</sub> UND T<sub>1</sub>

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

<sup>16</sup> Veränderung innerhalb der Gruppe zwischen t<sub>0</sub> und t<sub>1</sub>, einseitige Prüfung

<sup>17</sup> Cohen's d (1988): ab 0,2 schwacher Effekt | ab 0,5 mittlerer Effekt | ab 0,8 starker Effekt

<sup>18</sup> Veränderung zwischen den Gruppen und zwischen t<sub>0</sub> und t<sub>1</sub>, zweiseitige Prüfung

<sup>19</sup> Effektstärke f nach Cohen (1988): ab 0,1 schwacher Effekt | ab 0,25 mittlerer Effekt | ab 0,4 starker Effekt

B12 <sup>5</sup>	IG n=28	56,3	18,43	58,15	17,11	<b>.247</b>	0,13	1,85	13,88	<b>.558</b>	<0,1
	KG n=45	58,22	19,34	57,78	15,94	<b>.432</b>	0,03	-0,44	17,18		

<sup>1</sup>COPSOQ: Anforderungen bei der Arbeit (0 gering - 100 hoch)

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

<sup>3</sup>COPSOQ: Entwicklungsmöglichkeiten (0 gering - 100 hoch)

<sup>4</sup>COPSOQ: Gedanken daran, den Beruf / die Arbeitsstelle in Frage zu stellen (0 selten - 100 oft)

<sup>5</sup>COPSOQ: Einschätzung des Gesundheitszustands (0 schlecht - 100 gut)

TABELLE 14 – CBI-ERGEBNISSE FÜR SEKUNDÄRES OUTCOME T<sub>0</sub> UND T<sub>1</sub>

Gruppe		Ø t <sub>0</sub>	σ t <sub>0</sub>	Ø t <sub>1</sub>	σ t <sub>1</sub>	Sig. <sup>20</sup>	d <sup>21</sup>	Δt <sub>1-t<sub>0</sub></sub>	σ Δt <sub>1-t<sub>0</sub></sub>	Sig. <sup>22</sup>	f <sup>23</sup>
1	IG n=28	53,42	17,31	50,65	18,06	<b>.176</b>	0,18	-2,77	15,49	<b>.208</b>	0,15
	KG n=45	50,46	21,47	52,83	21,99	<b>.185</b>	0,14	2,37	17,56		
2	IG n=25	38,67	16,38	34,77	19,13	<b>.061</b>	0,32	-3,9	12,16	<b>.027</b>	0,29
	KG n=39	33,33	22,90	38,50	21,58	<b>.036</b>	0,3	5,17	17,43		
3	IG n=27	58,18	19,83	52,93	20,99	<b>.024</b>	0,4	-5,25	13,1	<b>.011</b>	0,31
	KG n=46	54,80	22,31	59,15	22,44	<b>.038</b>	0,27	4,35	16,24		

<sup>1</sup>CBI: arbeitsbezogene Belastung „work-related burnout“ (0 gering - 100 hoch)

<sup>2</sup>CBI: patientenbezogene Belastung „client-related burnout“ (0 gering - 100 hoch)

<sup>3</sup>CBI: psychisches Wohlbefinden „personal burnout“ (0 hoch - 100 gering)

Für die Kategorien des WAI zeigt sich, wie in Tabelle 15 nachzuvollziehen, keine signifikante Veränderung innerhalb oder zwischen den Gruppen.

<sup>20</sup> Veränderung innerhalb der Gruppe zwischen t<sub>0</sub> und t<sub>1</sub>, einseitige Prüfung

<sup>21</sup> Cohen's d (1988): ab 0,2 schwacher Effekt | ab 0,5 mittlerer Effekt | ab 0,8 starker Effekt

<sup>22</sup> Veränderung zwischen den Gruppen und zwischen t<sub>0</sub> und t<sub>1</sub>, zweiseitige Prüfung

<sup>23</sup> Effektstärke f nach Cohen (1988): ab 0,1 schwacher Effekt | ab 0,25 mittlerer Effekt | ab 0,4 starker Effekt

TABELLE 15 - WAI-ERGEBNISSE FÜR SEKUNDÄRES OUTCOME T<sub>0</sub> UND T<sub>1</sub>

Gruppe	$\bar{x}$ t <sub>0</sub>	$\sigma$ t <sub>0</sub>	$\bar{x}$ t <sub>1</sub>	$\sigma$ t <sub>1</sub>	Sig. <sup>24</sup>	d <sup>25</sup>	$\Delta$ t <sub>1</sub> -t <sub>0</sub>	$\sigma$ $\Delta$ t <sub>1</sub> -t <sub>0</sub>	Sig. <sup>26</sup>	f <sup>27</sup>
IG n=26	14,77	4,07	15,58	3,74	<b>.114</b>	0,24	0,81	3,33	<b>.285</b>	0,13
KG n=43	16	3,98	15,86	4,19	<b>.402</b>	0,04	-0,14	3,66		

<sup>1</sup>Verwendung 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 16).

TABELLE 16 - GESUNDHEITZUSTAND SEKUNDÄRES OUTCOME T<sub>0</sub> UND T<sub>1</sub>

Gruppe	$\bar{x}$ t <sub>0</sub>	$\sigma$ t <sub>0</sub>	$\bar{x}$ t <sub>1</sub>	$\sigma$ t <sub>1</sub>	Sig. <sup>28</sup>	d <sup>29</sup>	$\Delta$ t <sub>1</sub> -t <sub>0</sub>	$\sigma$ $\Delta$ t <sub>1</sub> -t <sub>0</sub>	Sig. <sup>30</sup>	f <sup>31</sup>	
1	IG N=26	5.63	1.84	5.81	1.71	<b>.247</b>	0,13	0.19	1.39	<b>.558</b>	<0,1
	KG N=45	5.82	1.93	5.78	1.6	<b>.432</b>	0,03	-0.04	1.72		
2	IG N=26	3.10	0.76	3.13	0.76	<b>.389</b>	0,16	0.03	0.48	<b>.218</b>	0,15
	KG N=46	3.11	0.72	2.98	0.74	<b>.053</b>	0,24	-0.13	0.52		

<sup>1</sup>Subjektiver Gesundheitszustand (11 Stufen, 0 schlecht – 10 gut)

<sup>2</sup>Gesundheitszustand und körperliche Beschwerden (1 schlecht – 5 gut)

### Subgruppenanalysen - Veränderungen t<sub>0</sub> zu t<sub>1</sub>

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:

<sup>24</sup> Veränderung innerhalb der Gruppe zwischen t<sub>0</sub> und t<sub>1</sub>, einseitige Prüfung

<sup>25</sup> Cohen's d (1988): ab 0,2 schwacher Effekt | ab 0,5 mittlerer Effekt | ab 0,8 starker Effekt

<sup>26</sup> Veränderung zwischen den Gruppen und zwischen t<sub>0</sub> und t<sub>1</sub>, zweiseitige Prüfung

<sup>27</sup> Effektstärke f nach Cohen (1988): ab 0,1 schwacher Effekt | ab 0,25 mittlerer Effekt | ab 0,4 starker Effekt

<sup>28</sup> Veränderung innerhalb der Gruppe zwischen t<sub>0</sub> und t<sub>1</sub>, einseitige Prüfung

<sup>29</sup> Cohen's d (1988): ab 0,2 schwacher Effekt | ab 0,5 mittlerer Effekt | ab 0,8 starker Effekt

<sup>30</sup> Veränderung zwischen den Gruppen und zwischen t<sub>0</sub> und t<sub>1</sub>, zweiseitige Prüfung

<sup>31</sup> Effektstärke f nach Cohen (1988): ab 0,1 schwacher Effekt | ab 0,25 mittlerer Effekt | ab 0,4 starker Effekt

- 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 COP-SOQ „Allgemeiner Gesundheitszustand“ ein Gruppenunterschied mit  $p=.046$  statistisch bedeutsam ( $d^{32}=0,63$ ). 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 ( $p=.019$ ,  $d^{32}=1.01$ ). 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 ersten kann innerhalb der Interventionsgruppe (n=26) festgestellt werden, dass Teilnehmende aus der stationären Pflege (n=9) im Vergleich zu Teilnehmenden aus 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.  $+3,28\pm 13,7$ ;  $p=.003$ ,  $d=2,56$ ).  
Zum zweiten zeigt sich in der Kontrollgruppe für die stationäre Pflege (n=17) eine positive Veränderung der Arbeitsanforderungen um 7 Punkte, bei Krankenhauspersonal (n=24) eine Verschlechterung um 1,4 Punkte ( $p>.05$ ).
- Ein Zusammenhang beobachteten Veränderungen in den Outcomes mit der 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.

### Summative Evaluation t<sub>2</sub>

Es wurden für die Interventionsgruppe keine langfristigen Verbesserungen nach 6 Monaten (t<sub>2</sub>) festgestellt. Die Kontrollgruppe zeigte jedoch über den gesamten Erhebungszeitraum eine signifikante Verschlechterung der Arbeitszufriedenheit ( $p=.009$ ,  $d^{32}=0,45$ ) von  $58,57\pm 21,51$  auf  $52,9\pm 16,52$ . Eine Übersicht über die Ergebnisse zu t<sub>2</sub> ist dem Anhang unter C zu entnehmen.

---

<sup>32</sup> Cohen's d (1988): ab 0,2 schwacher Effekt | ab 0,5 mittlerer Effekt | ab 0,8 starker Effekt

## 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).

### 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 psychischen 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:innen
- 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 können. 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. Seelsorge, 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.

### 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 wurde 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 17 – SOZIODEMOGRAFIE INTERVIEWTEILNEHMENDE

		<b>Gesamt</b>	<b>Pflegedienst</b>	<b>Sonstige<sup>1</sup></b>
		n = 31	n = 14	n = 17
<b>Geschlecht, in %</b>	Weiblich	64,5	76,9	52,9
	Männlich	35,5	23,1	47,1
	Keine Angabe	-	-	-
<b>Alter, in Jahren</b>	Mittelwert (SD)	48,6 (9,1)	46,5 (10,4)	49,9 (8,3)
	n	29	12	16
<b>Tätigkeit, in %</b>	Vollzeit	41,9	38,5	41,2
	Teilzeit	51,6	53,8	52,9
	Keine Angabe	6,5	7,7	5,9
<b>Berufserfahrung, in Jahren</b>	Mittelwert (SD)	14,9 (11,7)	19,6 (12,0)	12,5 (10,8)
	n	28	11	16

<sup>1</sup>Sozialer Dienst, Verwaltung, Technischer Dienst

#### 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 auf das Ziel, Belastungen zu reduzieren*

### Akzeptanz der Versorgungsform

Die Rückmeldung der Teilnehmenden bezüglich des zeitlichen Ablaufs war größtenteils positiv. So bevorzugten die meisten Befragten (n=19) zwei Blocks mit jeweils 8 Stunden im Gegensatz zu wöchentlich 1,5 Stunden über einen Zeitraum von 8 Wochen (n=2). 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 (Kontrollgruppe & Interventionsgruppe). 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.

*„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 so was 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)*

### 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 Teilnehmer:innen 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.

#### **4. Schlussfolgerungen und Empfehlungen des Evaluators**

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.

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.

Das Format der Stärkungsgruppen wurde aufgrund des Feedbacks der Einrichtungen von einem wöchentlichen Kursformat über 8 Wochen geändert in ein Angebot mit zwei eintägigen Kursblöcken. Dieses Kompaktformat war für das Beschäftigten erheblich besser vereinbar mit

den Anforderungen der täglichen Arbeit. 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 und 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.

Bereits zum ersten Erhebungszeitpunkt lag die Arbeitszufriedenheit ( $MW=56,58\pm 16,67$ ) der Stichprobe unter dem der Beschäftigten im Gesundheitswesen ( $MW=62$ , Nübling et al., 2005, S. 35).

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, als auch einen Rückgang in der

Kontrollgruppe. Dies deutet darauf hin, dass die Resilienz gegenüber starken Belastungssituationen für die Interventionsgruppe – auch zu Pandemiezeiten - in Hinblick auf die Arbeitszufriedenheit gestärkt wurde.

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.

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.

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.

Eine Intervention auf Individualebene alleine kann nicht ausreichend sein, um eine so hohe Belastung, die stark strukturell bedingt ist, zu reduzieren. 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.

## **Empfehlungen**

Vor dem Hintergrund der besonderen Hingabe und des hohen Anspruchsniveaus auf Seiten der Beschäftigten entstehen Rollenkonflikte und psychische, soziale und körperliche Beanspruchungen. Das Gehalt spielt in der Regel eine untergeordnete Rolle, wichtiger sind den Beschäftigten die Arbeitszeit, Zufriedenheit mit Vorgesetzten und Kolleg:innen und die Mitgestaltung von Arbeitsinhalten.

Die arbeitsorganisatorischen Herausforderungen in den patientennahen Berufen, vor allem in der Pflege, bestehen demnach in bedarfsgerechter Arbeits- und Arbeitszeitgestaltung und ausreichenden Partizipationsmöglichkeiten. Um die Qualität in der Pflege zu sichern und eine Wertschätzung von Pflegekräften als Grundlage einer guten Arbeitszufriedenheit zu gewährleisten, ist eine deutlich höhere Zahl an Beschäftigten erforderlich.

Die Autorinnen sprechen folgende Empfehlungen aus:

### Politik sowie Sozial- und Gesundheitswirtschaft

Um die Personalsituation dem tatsächlichen Bedarf in der stationären Kranken- und Altenpflege anzupassen, sind deutlich mehr Pflegekräfte erforderlich. Kurzfristige Maßnahmen zur Steigerung der Zahl Beschäftigten, zur Weiterqualifikation von Pflegehilfskräften zu Pflegefachkräften und der Auszubildenden sind dringend erforderlich. Nachfolgend eine Auflistung möglicher Maßnahmen:

- Die Einkommen der Erwerbspersonen in der Pflege, auch in der Phase der Qualifizierung, müssen sich auf einem substanziellen Niveau bewegen.
- Arbeitgeber sind über bestehende Zuschussmöglichkeiten (§82 SGB III, Förderung durch die BA) zu informieren.
- Bei der Förderung arbeitssuchender Personen kann ein Schwerpunkt auf die Qualifizierung zur examinierten Fachkraft gesetzt werden.
- Die berufsspezifische Kommunikation sollte auf die Vielfalt des Berufs hinweisen und eine nach außen signalkräftige Attraktivität der Berufe vermitteln.

### Verbesserung der belastenden Situationen

Im Bereich der Vorbeugung von Traumafolgestörungen und zur Traumabewältigung sowie der persönlichen Stärkung von Beschäftigten sind qualifizierte Angebote vorzuhalten, die bei Bedarf Vertraulichkeit zusichern. Dies kann durch externe Kooperationen gewährleistet werden.

Alle Arbeitsbedingungen und die Angebote sollten folgende Hinweise berücksichtigen:

- Das Arbeitsumfeld wird möglichst so gestaltet, dass insbesondere die Beziehungen zu Kolleg:innen und Vorgesetzten eine belastungsmindernde Ressource darstellen.
- Führungskräfte müssen neben den Arbeitsaufgaben und Arbeitsstrukturen fördernde Potenziale in den Blick nehmen, um Handlungsspielräume wie Mitsprachemöglichkeiten bei der Erstellung von Dienstplänen zu gewähren.
- Gut ausgebildete Führungskräfte sind geschult in einen wertschätzenden Umgang mit Mitarbeitenden. Teamschulungen und Supervision sind ebenfalls geeignet, ein gutes Arbeitsklima zu fördern.
- Der Bedarf an und der selbstverständliche Umgang mit einem Angebot wie z.B. einer internen psychologischen Sprechstunde oder Krisenanlaufstellen für emotionalen Belastungen und zur Bewältigung beruflicher Anforderungen, muss stärker im Bewusstsein von Führungskräften und Institutionen verankert werden. Nur so wird ein Klima geschaffen, in dem Betroffene sich so früh wie möglich melden, wenn sie Bedarf haben.

Da die beruflichen Rahmenbedingungen in der Pflege für eine zuverlässige Teilnahme an präventiven Hilfsangeboten (z.B. Achtsamkeits- oder Resilienztraining) nicht immer gegeben sind, bietet es sich an, den Pflegenden bereits in der Qualifizierungsphase entsprechende präventive Maßnahmen im Lehrmaterial bereitzustellen.

Um einen niedrigschwelligen Einstieg zum Beispiel in das Thema Achtsamkeit ressourcensensibel zu ermöglichen, kann durch die Arbeitgeber ein mediales Angebot (Mediations-Apps o.ä.) zur Verfügung gestellt werden, das die Mitarbeitenden in ihrem eigenen Tempo aber auch kurzfristig bei akutem Bedarf nutzen können. Ein Vorteil ist hier, dass die Hemmschwelle ggf. geringer ist. Als nachteilig wird der fehlende Austausch mit anderen Berufsangehörigen bewertet, weswegen sich diese Maßnahme eher als zusätzliches Element zu präventiven Schulungen in Präsenz empfiehlt.

## 5. Literaturverzeichnis

- 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.
- Cohen, J. (1988). *Statistical power analysis for the behavioral sciences*. Routledge.
- 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.
- Gesundheitsberichterstattung des Bundes (2021). Available: [www.gbe-bund.de](http://www.gbe-bund.de).
- 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.
- 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.
- Mayring, P. (2001, February). Combination and integration of qualitative and quantitative analysis. In *Forum Qualitative Sozialforschung/Forum: Qualitative Social Research* (Vol. 2, No. 1).
- 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.

Akronym: 01NVF18029

Förderkennzeichen: UPGRADE

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*.

## **6. Anhang**

Nicht zutreffend.

## **7. Anlagen**

Nicht zutreffend.