

KINÄSTHETIK IN DER AMBULANTEN ALTENPFLEGE

DIPLOMA HOCHSCHULE

Private Hochschule Nordhessen

Studiengang Psychologie mit Schwerpunkt Klinische Psychologie und
Psychologisches Empowerment

MASTER-THESIS

Der Einfluss von Kinästhetik auf Achtsamkeit, berufliche Selbstwirksamkeit
sowie Sinnerfüllung und subjektives Wohlbefinden bei Pflegekräften in der
ambulanten Altenpflege

Wissenschaftliche Arbeit zur Erlangung des akademischen Grades Master of
Science (M. Sc.)

Vorgelegt von: Doreen Kaufmann, B. A.
Matrikelnummer: 140255059
Studienzentrum Online

Bearbeitungszeitraum: 02.07.2024 – 17.12.2024

Abgabe am: 14.12.2024

Betreuerin: Dipl. Psych. Silvia Gurdan

Zusammenfassung

Diese Interventionsstudie untersucht den Einfluss von Kinästhetik auf *Achtsamkeit*, die *Berufliche Selbstwirksamkeit*, die *Berufliche Sinnerfüllung* und das *Subjektive Wohlbefinden* von Pflegekräften in der ambulanten Altenpflege. Kinästhetik ist ein pflegerisches Handlungskonzept zur bewussten Wahrnehmung und Gestaltung von Bewegung mit dem Ziel, körperliche Belastungen zu reduzieren und Interaktionen ressourcenorientiert zu gestalten. Studien zeigen, dass Kinästhetik bei Pflegekräften die körperliche Gesundheit stärken kann. Gesicherte Befunde zur Wirkung von Kinästhetik auf die psychische Gesundheit von Pflegekräften existieren jedoch nicht. Im Rahmen eines Pilotprojekts zur Implementierung von Kinästhetik bei einem großen Sozialverband in Deutschland wurden 41 Pflegekräfte, aufgeteilt in eine Treatment- und eine No-Treatment-Kontrollgruppe ($n_{TG} = 25$, $n_{KG} = 16$), in einem Pre-Post-Design mit drei Messzeitpunkten untersucht. Pflegekräfte, welche einen Kinästhetik-Grundkurs besucht hatten, zeigten nach dem Kurs eine signifikant höhere Ausprägung von *Achtsamkeit* und eine signifikante Steigerung des *Subjektiven Wohlbefindens*. Besonders profitierten Pflegekräfte mit einer Beschäftigungsdauer von maximal fünf Jahren. Effekte von Kinästhetik auf die *Berufliche Selbstwirksamkeit* und *Sinnerfüllung* konnten in dieser Studie nicht nachgewiesen werden. Die Ergebnisse zeigen auf, dass Kinästhetik einen wertvollen Beitrag zur Förderung der psychischen Gesundheit von Pflegekräften leisten kann. Die Ergebnisse werden diskutiert und praktische Implikationen abgeleitet. Ein Ausblick auf weitere Forschungen wird gegeben.

Schlüsselwörter: Kinästhetik, Achtsamkeit, Berufliche Sinnerfüllung, Berufliche Selbstwirksamkeit, Wohlbefinden, Pflege, Pflegekräfte

Abstract

This intervention study examines the impact of Kinaesthetics on *mindfulness*, *occupational self-efficacy*, *occupational meaningfulness*, and *subjective well-being* among home care nurses in geriatric settings. Kinaesthetics is a caregiving concept focused on the conscious perception and structuring of movement to reduce physical strain and promote resource-oriented interactions. While studies suggest that Kinaesthetics can enhance the physical health of nurses, evidence regarding its effects on nurses' mental health remains inconclusive. As part of a pilot project implementing Kinaesthetics within a major social care organization in Germany, 41 nurses, divided into a treatment- and a no-treatment control group ($n_{TG} = 25$, $n_{KG} = 16$), were assessed using a pre-post design with three measurement points. Nurses who completed a basic Kinaesthetics course showed significantly higher *mindfulness* levels and improved *subjective well-being* after the course. Nurses with an employment period of no more than five years benefited in particular. However, no effects on *occupational self-efficacy* or *meaningfulness* were observed. The results indicate that Kinaesthetics can make a valuable contribution to promoting the mental health of nurses. The findings are discussed and practical implications are derived. An outlook on further research is given.

Keywords: kinaesthetics, mindfulness, occupational self-efficacy, occupational meaningfulness, well-being, nurses, nursing

Inhaltsverzeichnis

Abkürzungsverzeichnis	IV
Abbildungsverzeichnis	VI
Tabellenverzeichnis	VII
Einleitung	1
1 Theoretischer Hintergrund	4
1.1 Arbeits- und gesundheitliche Situation von Pflegekräften	4
1.2 Betriebliche Gesundheitsförderung in der Pflege	6
1.3 Kinästhetik als Konzept in der Betrieblichen Gesundheitsförderung	9
1.3.1 Begriffsbestimmung, Entwicklung, Einsatzfelder	10
1.3.2 Grundlagen der Kinästhetik	11
1.3.3 Kinästhetik-Konzeptsystem	13
1.4 Aktueller Forschungsstand und Studienlage	16
1.5 Forschungslücke	20
1.6 Relevante Konstrukte	21
1.6.1 Achtsamkeit	21
1.6.2 Berufliche Selbstwirksamkeit	24
1.6.3 Berufliche Sinnerfüllung	27
1.6.4 Subjektives Wohlbefinden	28
2 Zielsetzung und Hypothesen	30
3 Methodik	31
3.1 Studiendesign	31
3.2 Beschreibung der Intervention	31
3.3 Stichprobe	32
3.4 Fragebogenkonzeption	34
3.5 Verwendete Messinstrumente	35
3.5.1 Achtsamkeit	36
3.5.2 Berufliche Selbstwirksamkeit	36
3.5.3 Berufliche Sinnerfüllung	37
3.5.4 Subjektives Wohlbefinden	39

3.5.5	Evaluation der Kinästhetik-Grundkurse	39
3.5.6	Evaluation der Lerngruppen	41
3.6	Datenerhebung	42
3.7	Rücklaufquoten	44
3.8	Datenaufbereitung	45
3.9	Datenanalyse	47
4	Ergebnisse	51
4.1	Deskriptive Ergebnisse	51
4.1.1	Stichprobenbeschreibung	51
4.1.2	Achtsamkeit	56
4.1.3	Berufliche Selbstwirksamkeit	57
4.1.4	Berufliche Sinnerfüllung	57
4.1.5	Subjektives Wohlbefinden	60
4.1.6	Evaluation der Kinästhetik-Grundkurse	61
4.1.7	Evaluation der Lerngruppen	61
4.2	Inferenzstatistische Ergebnisse	62
4.2.1	Einfluss von Kinästhetik auf Achtsamkeit	62
4.2.2	Einfluss von Kinästhetik auf Berufliche Selbstwirksamkeit	64
4.2.3	Einfluss von Kinästhetik auf Berufliche Sinnerfüllung	65
4.2.4	Einfluss von Kinästhetik auf Subjektives Wohlbefinden	66
4.3	Explorative Ergebnisse	68
4.3.1	Einfluss von Qualifikation und Beschäftigungsdauer	68
4.3.2	Berufliche Sinnerfüllung- ergänzende Ergebnisse	72
4.3.3	Weitere Analysen	73
5	Diskussion	74
5.1	Interpretation der Ergebnisse	74
5.1.1	Einfluss von Kinästhetik auf Achtsamkeit	75
5.1.2	Einfluss von Kinästhetik auf Berufliche Selbstwirksamkeit	78
5.1.3	Einfluss von Kinästhetik auf Berufliche Sinnerfüllung	80
5.1.4	Einfluss von Kinästhetik auf Subjektives Wohlbefinden	82
5.1.5	Einfluss von Beschäftigungsdauer	85
5.2	Limitationen	86

5.3 Implikationen für die Praxis und weiterführende Forschungen	88
6 Fazit	90
Literaturverzeichnis	91
Anhang A: Anschreiben	113
Anhang B: Fragebögen	116
Anhang C: Randomisierungsplan	128
Eidesstattliche Erklärung	130

Abkürzungsverzeichnis

AuG	Arbeits- und Gesundheitsschutz
AV	abhängige Variable
AZ	Arbeitszeit
BEM	Betriebliches Eingliederungsmanagement
BGF	Betriebliche Gesundheitsförderung
BGM	Betriebliches Gesundheitsmanagement
BSW	Berufliche Selbstwirksamkeit
BSW-5-Rev	Skala zur Messung der beruflichen Selbstwirksamkeitserwartungen
GK	Grundkurs
H	Hypothese
IAA-Theorie	Intention-Attention-Attitude-Theorie
JES	Job Engagement Scale
KCO	Kinaesthetics Competence Observation Instrument
KCSE	Kinaesthetics Competence Self-Evaluation-Scale
KG	Kontrollgruppe
LMM	Lineare Mixed Models
M	Mittelwert
MAAS	Mindful Attention and Awareness Scale
Max.	Maximum
MBSR	Mindfulness-Based Stress Reduction
MCAR	Missing Completely at Random
Md	Median
ME-Work	Meaning in Work Inventar
Min.	Minimum
MZ	Messzeitpunkt
NRSI	Non-Randomized Study of Intervention
PASI	Paper-and-Pencil-Self-administered Interviewing
PpSG	Pflegepersonal-Stärkungsgesetz
SD	Standardabweichung

KINÄSTHETIK IN DER AMBULANTEN ALTENPFLEGE

SGB V	Fünftes Sozialgesetzbuch
Sig.	Signifikanz
SIT	Social Identity Theory
T	Trainer*in
TEL	Trainings Evaluation Inventar
TG	Treatmentgruppe
UV	unabhängige Variable
WAI	Work-Ability-Index
WHO	Weltgesundheitsorganisation
WHO-5	WHO 5-Well-Being Index
WIdO	Wissenschaftliches Institut der AOK

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1

Kinästhetik-Konzeptsystem 13

Abbildung 2

Datenerhebungsplan 43

Abbildung 3

Geschlechterverteilung nach Gruppen 52

Abbildung 4

Qualifikationsniveau nach Gruppen 52

Abbildung 5

Beschäftigungsdauer in Kategorien nach Gruppen 54

Abbildung 6

Mixed ANOVA: Interaktionseffekt für Achtsamkeit zwischen Gruppe und
Messzeitpunkt 63

Abbildung 7

Mixed ANOVA: kein Interaktionseffekt für Berufliche Selbstwirksamkeit zwischen
Gruppe und Messzeitpunkt 65

Abbildung 8

Mixed ANOVA: kein Interaktionseffekt für Berufliche Sinnerfüllung zwischen
Gruppe und Messzeitpunkt 66

Abbildung 9

Mixed ANOVA: Interaktionseffekt für Subjektives Wohlbefinden zwischen Gruppe
und Messzeitpunkt 68

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1

Chi-Quadrat-Test auf Unabhängigkeit zwischen TG und KG für Geschlecht, Muttersprache, Qualifikationsniveau, Einsatzbereich, Beschäftigungsdauer, Beschäftigungsumfang und zeitliche Lage der Arbeitszeit (AZ) 55

Tabelle 2

Lage- und Streuungsmaße für Achtsamkeit zwischen Treatment- und Kontrollgruppe über alle Messzeitpunkte 56

Tabelle 3

Lage- und Streuungsmaße für Berufliche Selbstwirksamkeit zwischen Treatment- und Kontrollgruppe über alle Messzeitpunkte 57

Tabelle 4

Mittelwerte und Standardabweichungen für Berufliche Sinnerfüllung für die Treatmentgruppe nach Subskalen und Messzeitpunkten 58

Tabelle 5

Mittelwerte und Standardabweichungen für Berufliche Sinnerfüllung für die Kontrollgruppe nach Subskalen und Messzeitpunkten 59

Tabelle 6

Lage- und Streuungsmaße für Subjektives Wohlbefinden zwischen Treatment- und Kontrollgruppe über alle Messzeitpunkte 60

Tabelle 7

Einfluss von Beschäftigungsdauer auf die Mittelwerte nach Gruppe und Messzeitpunkt für Achtsamkeit 70

Tabelle 8

Einfluss von Beschäftigungsdauer auf die Mittelwerte nach Gruppe und Messzeitpunkt für Subjektives Wohlbefinden 71

Einleitung

Die Zahl der pflegebedürftigen Menschen in Deutschland nimmt aufgrund der demografischen Begebenheiten kontinuierlich zu. Dem gegenüber steht bereits jetzt eine große Zahl an nicht besetzten Stellen im Pflegesektor, gerade in den ländlichen Gebieten. Dabei gilt der Pflegeberuf als nicht sonderlich attraktiv. Besonders in der ambulanten Pflege ist die Fluktuation hoch. Eine hohe physische und psychische Arbeitsbelastung, Schichtdienst, hohe Flexibilitätsanforderungen sowie unattraktive Arbeitsentgelte wirken sich negativ auf die Verweildauer von Beschäftigten im Pflegesektor aus (Bleses & Jahns, 2016; Bundesministerium für Gesundheit, 2017). Der Altersdurchschnitt der im Beruf verbleibenden Pflegekräfte steigt gleichzeitig an (Hasselhorn, 2005; Hasselhorn & Müller, 2005; Pick et al., 2004). Pflegekräfte in der ambulanten Altenpflege weisen zudem eine überdurchschnittlich hohe Zahl an Erkrankungsraten im Vergleich zu anderen Berufsgruppen auf. Dies macht eine nachhaltige Gesundheitsförderung im Pflegesektor allgemein und im Speziellen in der ambulanten Altenpflege unabdingbar (Grobe & Steinmann, 2019; Treviranus et al., 2020). Neben einem hohen Risiko muskuloskelettaler Erkrankungen durch vermehrtes Tragen und Heben stehen vor allem psychische Erkrankungen an oberer Stelle der Erkrankungsarten (AOK Bundesverband, 2022). Betriebliche Maßnahmen zur Gesundheitsförderung und -erhaltung sollte demnach an zwei Stellschrauben ansetzen: der Prävention physischer wie auch psychischer Erkrankungen durch den Pflegeberuf.

Eine Möglichkeit der *Betriebliche Gesundheitsförderung* in der Pflege stellt Kinästhetik dar. Kinästhetik beschreibt ein pflegerisches Handlungskonzept, welches Pflegekräfte dazu befähigt, in der Interaktion mit der pflegebedürftigen Person körperliche Belastungen zu reduzieren und die eigene psychische und physische Gesundheit sowie die der pflegebedürftigen Person zu stärken (Hatch & Maietta, 2003). Seine Anwendung findet das Konzept seit ca. 1980 in verschiedenen pflegerischen und auch therapeutischen Kontexten. Neben einem positiven Nutzen, den Kinästhetik auf die physische und psychische Gesundheit von pflegebedürftigen Personen hat (z. B. Burns & Sailer, 2007; Taminen-Peter,

2005, 2006; Hantikainen et al., 2006), verweisen Studien auch auf positive Effekte in Hinblick auf die Prävention muskuloskelettaler Erkrankungen, die Reduktion von Schmerzen und eine Verringerung von Muskelverspannungen bei Pflegekräften (z. B. Freiberg et al., 2016). Studien zu Effekten von Kinästhetik auf die psychische Gesundheit von Pflegekräften existieren jedoch kaum. Positive Auswirkungen werden in wenigen qualitativen Studien oder Kursevaluationen in Hinblick auf beispielsweise eine Erhöhung des *Subjektiven Wohlbefindens* durch die Reduktion von Schmerzen, einen achtsameren Umgang mit sich selbst oder die Erhöhung von Selbstvertrauen und Sicherheit berichtet (Friess-Ott & Müller, 2006; Huth et al., 2013; Maurer et al., 2020). Diese Arbeit soll einen Beitrag dazu leisten, die Forschungslücke zu schließen.

Die vorliegende empirische Studie ist Teil eines Pilotprojektes zur Implementierung von Kinästhetik in der ambulanten Altenpflege eines großen Sozialverbandes in Thüringen. Die AWO AJS gGmbH möchte mit dem Projekt „AWO in Bewegung – Kinästhetik in der Ambulanten Altenpflege“ die Pflegekompetenz ihrer Beschäftigten in der Altenpflege stärken und einen Perspektivwechsel mit Blick auf Alter und Pflegebedürftigkeit anregen. Der vorherrschende defizitär/pathologische Blick auf Pflege und pflegebedürftige Personen soll durch die Etablierung von Kinästhetik als pflegerisches Handlungskonzept zu einem ressourcenorientierten und damit positiv/salutogenen Verständnis von Pflege hinführen. In der Projektlaufzeit von 04/2023 bis 12/2025 erhalten alle Beschäftigten der ambulanten Pflegedienste und der ambulant betreuten Wohngruppen in Erfurt und Umgebung einen Kinästhetik-Grundkurs. Pflegefachkräfte absolvieren weiterführend einen Kinästhetik-Aufbaukurs. Weiterhin werden Peer-Tutor*innen ausgebildet, um eine nachhaltige Verankerung des Kinästhetik-Konzepts innerhalb der Organisation sicherzustellen. Übergeordnet soll die Umsetzung des kinästhetischen Handlungskonzepts die Pflegekräfte dazu befähigen, ihr pflegerisches Handeln auf Unterstützung und nicht auf die Übernahme von Aktivitäten auszurichten. Das Projekt zielt dabei vorrangig auf die Gesunderhaltung der Beschäftigten in der Pflege ab. Auf körperlicher Ebene sollen Muskel- und Skeletterkrankungen vorgebeugt werden. In Bezug auf die

psychische Gesundheit erhofft sich der Projektträger, dass Kinästhetik zu einer Reduzierung der psychischen Beanspruchung und somit zu einer Erhöhung des Wohlbefindens führt. Erreicht werden soll dies durch eine Verstärkung der Beruflichen Selbstwirksamkeit und des Beruflichen Sinnerlebens durch Effekte der Anwendung von Kinästhetik auf die pflegebedürftige Person, wie beispielsweise eine Erhöhung der Eigenaktivität und Selbstständigkeit. Die dadurch gewonnenen zeitlichen Ressourcen der Pflegekräfte sollen einer Arbeitsverdichtung entgegenwirken, wovon sich der Projektträger weitere gesundheitsfördernde Effekte erhofft (AWO AJS gGmbH Erfurt, 2022).

In der Master-Thesis wird mittels einer Interventionsstudie (Pre- Post-Design mit drei Messzeitpunkten) der Einfluss von Kinästhetik, vermittelt in Kinästhetik-Grundkursen, im Vergleich zu einer Kontrollgruppe in Bezug auf die psychologischen Konstrukte *Achtsamkeit*, *Berufliche Selbstwirksamkeit*, *Berufliche Sinnerfüllung* und *Subjektives Wohlbefinden* untersucht. Dabei wird der zentralen Frage nachgegangen, ob Kinästhetik einen positiven Einfluss auf die psychische Gesundheit, operationalisiert anhand der genannten Konstrukte, von Pflegekräften in der ambulanten Altenpflege hat.

Die Arbeit gliedert sich wie folgt: Eingangs wird eine theoretische Rahmung gegeben. Die gegenwärtige Arbeits- und gesundheitliche Situation von Pflegekräften in Deutschland wird skizziert sowie die *Betriebliche Gesundheitsförderung* als arbeitgeberseitiges Instrument zur Prävention von Gesundheitsbelastungen vorgestellt. Kinästhetik als pflegerisches Handlungskonzept sowie die zu untersuchenden Konstrukte werden erläutert und definiert, wichtige Modelle und zentrale Forschungsbefunde berichtet. Die Forschungslücke und die Zielsetzung der Arbeit werden expliziert sowie die Hypothesen abgeleitet und begründet. Daran anschließend wird die Studie in ihrem Aufbau und ihrer Methodik vorgestellt. Die empirischen Ergebnisse zur Prüfung der Hypothesen werden präsentiert, vor dem Hintergrund der aktuellen Forschungslage interpretiert und aus verschiedenen Blickwinkeln heraus diskutiert. Limitationen der Studie werden aufgezeigt und Implikationen für die Praxis und weiterführende Forschungen abgeleitet. Die Arbeit schließt mit einem Fazit.

1 Theoretischer Hintergrund und Begriffsbestimmungen

In diesem Kapitel wird zuvorderst auf die Arbeits- und gesundheitliche Situation von Pflegekräften in Deutschland sowie die *Betriebliche Gesundheitsförderung* als arbeitgeberseitiges Instrument der Gesundheitsprävention eingegangen. Um Kinästhetik als pflegerisches Handlungskonzept mit seinen möglichen Effekten auf die genannten Konstrukte besser verstehen zu können, wird in das Konzept überblicksartig eingeführt und die aktuelle Forschungslage im Feld differenziert dargestellt.

1.1 Arbeits- und gesundheitliche Situation von Pflegekräften

Der Pflegeberuf geht mit einer hohen physischen und psychischen Belastung einher. Dies ist zum einen den unattraktiven Arbeits- und Beschäftigungsbedingungen in der Pflege geschuldet, zum anderen aber auch einer hohen Arbeitsintensität und der Kombination und Dichte verschiedener Belastungssituationen während der Arbeit (Schmucker, 2020; Treviranus et al., 2020; Zimmer, 2015). Die ungünstigen strukturellen und organisatorischen Arbeitsbedingungen erschweren dabei die Etablierung gesundheitsfördernder Handlungsweisen und beeinflussen das allgemeine Wohlbefinden negativ (Lampert et al., 2021). Es ist von daher nicht verwunderlich, dass im Vergleich zu anderen Branchen Pflegekräfte überdurchschnittliche Erkrankungsraten aufweisen. Dabei sind Pflegekräfte in der Altenpflege im Hinblick auf die Fallzahl und Dauer von Arbeitsunfähigkeit stärker betroffen als Beschäftigte in der Krankenpflege (Grobe & Steinmann, 2019).

An oberer Stelle der Erkrankungsarten rangieren psychische Erkrankungen und Muskel-Skelett-Erkrankungen. Zahlen der Analysen des *Wissenschaftlichen Instituts der AOK (WIdO)* zeigen, dass psychische und psychosomatische Erkrankungen bei Pflegekräften in ihrer Häufigkeit steigen (AOK Bundesverband, 2022). So traten psychische Erkrankungen im Zusammenhang mit Burnout laut AOK Bundesverband (2022) in Pflegeberufen im Jahr 2021 fast doppelt so häufig auf, wie in allen anderen Berufsgruppen. Pflegekräfte zeigen als langfristige Beanspruchungsfolgen eine große emotionale Erschöpfung und

Depersonalisierung als Anzeichen von Burnout sowie Angststörungen und depressive Symptome (Jenkins & Elliott, 2004; Mark & Smith, 2012; McTierman & McDonald, 2015).

Gründe hierfür sind die demografisch steigende Zahl pflegebedürftiger Menschen, denen zeitgleich jedoch weniger erwerbstätige Menschen gegenüberstehen (Mojtahedzadeh et al., 2021). Weiterhin wird prognostiziert, dass der Anteil pflegender Angehöriger zurückgehen wird (Rohwer et al., 2021; Zimmer, 2015). Zunehmende Arbeitsverdichtung und damit verbundene gesundheitliche Risiken für Pflegekräfte scheinen vorprogrammiert.

Auf Ebene der Arbeitszeitgestaltung führen ungünstige Arbeitszeiten, Schichtarbeit und Überstunden zu gesundheitlichen Risiken. Schlechte Aufstiegschancen, unzureichende materielle Ausstattung und eine niedrige gesellschaftliche Anerkennung des Pflegeberufes tun ihr Übriges (Zimmer, 2015). In einer Metaanalyse von Standsfeld und Candy (2006) identifizierten die Autor*innen eine hohe Arbeitsbelastung und eine *Effort-Reward Imbalance* (Kosten-Nutzen-Dysbalance) als stärkste Einflussfaktoren auf depressive und Angststörungen. Das *Effort-Reward Imbalance Modell* von Siegrist (1986) postuliert, dass hohe Arbeitsanstrengung, einhergehend mit einer niedrigen Gratifikation (z. B. durch mangelnde Anerkennung), das Gleichgewicht zwischen Kosten und Nutzen stört und zu starken negativen Gefühle und damit zu körperlichen Stressreaktionen führt (Siegrist, 1996; 2010). Langfristig kann dies in psychischen Erkrankungen wie Depression, Burnout oder Angsterkrankungen münden (Vegchel et al. 2005; Standsfeld & Candy, 2006).

Aber auch inhaltlich stellt der Pflegeberuf hohe Anforderungen. Der Umgang mit den Themen Krankheit und Sterben, hohe Komorbiditäten und eine zunehmende kulturelle Diversität pflegebedürftiger Personen erfordern von Pflegekräften nicht nur ein komplexes Wissen und eine hohe Anpassungsfähigkeit, sondern stellen auch hohe Anforderungen an die eigene Emotionsarbeit und die emotionale Selbstkontrolle (Schmucker, 2020). Eigene Bedürfnisse werden häufig hinter die Belange der pflegerischen Tätigkeit gestellt und Erholungspausen ausgelassen (Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin, 2012). Auch Abstriche in

der Qualität der Pflege aufgrund starker Arbeitsverdichtung und eines unzureichenden Personalschlüssels können eine starke emotionale Belastung für Pflegekräfte darstellen (Luderer & Meyer, 2018). Die Folgen der hohen beruflichen Beanspruchung sind lange Krankheitsphasen, hohe Fehlzeiten und ein frühzeitiges Ausscheiden aus dem Pflegeberuf (Hasselhorn & Müller, 2004). Eine Verschärfung des Fachkräftemangels in der Pflege ist naheliegend und aktuell gemeinhin beobachtbar.

1.2 Betriebliche Gesundheitsförderung in der Pflege

Vor dem Hintergrund der starken Belastungen im Pflegeberuf sowie eines immer größer werdenden Fachkräftemangels sollten der Gesetzgeber und die Arbeitgeber in der Pflege darum bemüht sein, die Arbeitssituation für Pflegekräfte gesunderhaltend zu gestalten. In den letzten Jahren sind hier von Seiten des Gesetzgebers einige Maßnahmen in Richtung der Professionalisierung und der Gesundheitsförderung in der Pflege in die Wege geleitet worden. So wurde beispielsweise das *Pflegepersonal-Stärkungsgesetz (PpSG)* um verschiedene Paragraphen ergänzt, welche auf eine Behebung des Fachkräftemangels in der Pflege abzielen und die Gesundheitsförderung und die Arbeitsfähigkeit von Pflegekräften stärken sollen (Rohwer et al., 2021).

Unter Gesundheitsförderung werden alle gesamtgesellschaftlichen Maßnahmen verstanden, welche der Aufrechterhaltung, Verbesserung und Wiedererlangung von Gesundheit dienen. Damit liegt dem Konzept ein salutogenes Verständnis zugrunde. Seine Basis bildet die *Ottawa-Charta der Weltgesundheitsorganisation (WHO)* von 1986. Das deklarierte Ziel und Titel der Charta ist „Gesundheit für alle“ (WHO, 1999). Diese soll durch ein höheres Maß an Selbstbestimmung, bei gleichzeitiger Befähigung zur Stärkung der eigenen Gesundheit erreicht werden. Körperliche und geistige Gesundheit erfordern selbstbestimmtes Handeln sowie ein Umfeld, welches dies ermöglicht und unterstützt (Edlinger, 2015; WHO, 1999). Gesundheitsförderung soll demnach gesundheitsförderliche Lebensbedingungen und Verhaltensweisen aufbauen und erhalten sowie individuelle Schutzfaktoren und Ressourcen fördern. Geeignete Maßnahmen können dabei auf unterschiedlichen Ebenen zum Einsatz kommen, z. B. auf

Ebene der Umweltbedingungen durch eine Verringerung der Luftverschmutzung, oder auf struktureller Ebene durch den flächendeckenden Zugang zu Gesundheitseinrichtungen (Fischer, 2007).

Auf betrieblicher Ebene soll Gesundheitsförderung im Rahmen des *Betrieblichen Gesundheitsmanagements (BGM)* umgesetzt werden. Das *BGM* setzt sich aus den drei Säulen (1) *Arbeits- und Gesundheitsschutz (AuG)*, (2) *Betriebliches Eingliederungsmanagement (BEM)* und (3) der *Betrieblichen Gesundheitsförderung (BGF)* zusammen. Als dritte Säule des *BGM* dient die *Betriebliche Gesundheitsförderung* dem Aufbau und der Stärkung gesundheitsfördernder Strukturen im Betrieb. Ihre gesetzliche Verankerung findet sie in § 20b des *Fünften Sozialgesetzbuches (SGB V)*. Ziele sind die Prävention physischer und psychischer arbeitsplatzbedingter Erkrankungen, die Stärkung von Gesundheitspotentialen und die Steigerung des Wohlbefindens am Arbeitsplatz (Luxemburger Deklaration zur betrieblichen Gesundheitsförderung in der Europäischen Union, 2014). Die *Betriebliche Gesundheitsförderung* liegt im Aufgabenbereich der gesetzlichen Krankenkassen und wird in Kooperation mit den Arbeitgebern umgesetzt. Damit *Betriebliche Gesundheitsförderung* gelingen kann, sind zwei Faktoren zu berücksichtigen. Zum einen gilt es, Beschäftigten das notwendige Wissen und die Fähigkeiten für eine gesundheitsfördernde Arbeits- und Lebensgestaltung zu vermitteln. Zum anderen müssen die Arbeitsbedingungen durch den Arbeitgeber gesundheitsfördernd gestaltet werden (Fischer, 2007). Gesundheitsförderung und auch Prävention finden also auf zwei Ebenen im betrieblichen Kontext statt: der Verhaltens- und der Verhältnisebene.

Präventive Angebote auf der Verhaltensebene beinhalten dabei all diejenigen Maßnahmen, welche auf den Ausbau der individuellen Bewältigungskompetenzen einer Person im Umgang mit Belastungen abzielen. Typische Interventionen auf Verhaltensebene sind in Bezug auf die psychische Gesunderhaltung Entspannungsverfahren, Psychoedukation und kognitiv-behaviorale Strategien im Umgang mit dysfunktionalen Einstellungen (Riedel-Heller et al., 2013). Auf physischer Ebene ist der Bedarf an Rückenschulungen und Fitnesskursen bei Pflegekräften besonders hoch (Throner et al., 2019). Die

Wirksamkeit verhaltensorientierter Interventionen ist in Metaanalysen belegt, wenngleich die Effekte jedoch eher klein ausfallen (Martin et al., 2009; Richardson & Rothstein, 2008). Integrierte Präventionszugänge, die die psychische und physische Gesunderhaltung gleichermaßen im Blick haben, rücken mittlerweile zunehmend mehr in den Fokus, da sich beide Komponenten wechselseitig bedingen können (Riedel-Heller et al., 2013).

Auf der Verhältnisebene zielen die Maßnahmen vor allem auf die Beeinflussung der Organisationsstrukturen in Unternehmen und des Arbeitsumfeldes ab. Dabei sind die Bereiche *Führung* und *Unternehmenskultur* zentral. Studien belegen positive Effekte der Unterstützung von Führungskräften auf die Abfederung potentieller Beanspruchungsfolgen wie Burnout und Depression bei Pflegekräften (Vander Elst et al., 2016; Weigl et al., 2016). *Betriebliche Gesundheitsförderung* sollte deshalb als Führungsaufgabe verstanden und im jeweiligen Arbeitskontext der Beschäftigten konsequent umgesetzt werden.

Zur Wahrnehmung und Wirkung gesundheitsfördernder Maßnahmen in der Pflege sowie zum Gesundheitsverhalten von Pflegekräften im Allgemeinen liegen in Deutschland bisher so gut wie keine Studien vor (Mojtahedzadeh et al., 2021). Internationale Studien zeigen, dass Pflegekräfte aufgrund der strukturellen beruflichen Begebenheiten (Schichtdienst, Arbeitssetting, hohe Anforderungsdichte u. a.) zu einem ungesunden Ernährungsverhalten, zu Bewegungsmangel, einem hohen Tabakkonsum und einem negativen Regenerationsverhalten neigen (Chin et al., 2016; Heath et al., 2019; Wendsche et al., 2017; Wirth et al., 2016; Zapka et al., 2009). Die Studien implizieren, dass Pflegekräften oft die Zeit fehlt, um ausreichend gesundheitsfördernde Aktivitäten während der Arbeit oder im Freizeitbereich zu implementieren. Gesundheitsfördernde Maßnahmen und Angebote können, vor allem, wenn sie außerhalb der Arbeitszeit liegen, dadurch schnell als zusätzliche Belastung empfunden werden. Die Zahlen des Pflege-Thermometers 2018 untermauern diese Annahme: Jede*r zweite Beschäftigte in der Pflege nutzt bestehende Angebote zur Gesundheitsförderung nicht oder nur unzureichend (Isfort et al., 2018).

Schaut man auf die angebotenen Maßnahmen im Rahmen der *Betrieblichen*

Gesundheitsförderung, so fällt auf, dass diese zumeist auf Verhaltensebene außerhalb des primären beruflichen Arbeitskontextes ansetzen (z. B. Multimodales Stressmanagement, Yoga, Rückenschule). Gesunderhaltende Maßnahmen im Pflegesetting beziehen sich fast ausschließlich auf unterstützende Hilfsmittel, beispielsweise für den Transfer von pflegebedürftigen Menschen. Häufig werden solche Hilfsmittel jedoch von Pflegekräften aus Gründen der Zeitersparnis wenig genutzt. Zusätzlich führen vermehrtes Arbeiten in Zwangshaltungen sowie ein hoher Krafteinsatz durch Heben und Tragen gerade beim Transfer von pflegebedürftigen Menschen zu frühzeitigen gesundheitlichen Problemen und körperlichen Verschleiß (Freitag et al., 2007; Rothgang et al., 2020). In Bezug auf die häusliche Alten- und Krankenpflege sind zusätzliche Erschwernisse zu verzeichnen. Es kann angenommen werden, dass fehlende Pausenräume und Pausenzeiten in Kombination mit einer hohen Arbeitsdichte und Zeitdruck ein Risiko im Hinblick auf das Gesundheits- und Regenerationsverhalten gerade von ambulant tätigen Pflegekräften darstellen (Mojthahedzadeh et al., 2021). Es gilt daher, niedrigschwellig nutzbare und bedarfsgerechte Maßnahmen zu etablieren, damit diese von Pflegekräften auch tatsächlich angenommen und langfristig in die eigenen Handlungsrouinen etabliert werden.

1.3 Kinästhetik als Konzept in der Betrieblichen Gesundheitsförderung

Kinästhetik kann eine solche bedarfs- und zielgruppengerechte Maßnahme sein. Kinästhetik beschreibt ein erfahrungsbasiertes Handlungs- und Lernkonzept, welches Pflegekräfte dazu befähigt, in der (Bewegungs-)Interaktion mit der pflegebedürftigen Person körperliche Belastungen zu reduzieren und die eigene psychische und physische Gesundheit sowie die der pflegebedürftigen Person zu stärken (Hatch & Maietta, 2003). Dabei wird die Wahrnehmung der eigenen Bewegung als zentraler Weg einer ganzheitlichen Gesundheitsförderung betrachtet. Primäres Ziel ist es, während alltäglicher Pflegeaktivitäten pflegebedürftige Personen individuell und schonend in ihren Bewegungen zu unterstützen und eine aktive Teilnahme am Pflegeprozess unter Rückgriff auf noch vorhandene Bewegungsressourcen zu fördern (Hantikainen et al., 2006;

Hatch & Maietta, 2003). Kinästhetik in der Pflege stellt demnach ein Programm zur Gesundheitsentwicklung und Salutogenese für Pflegekräfte sowie pflegebedürftige Personen dar und hat im Hinblick auf die Erhöhung der Selbstständigkeit von pflegebedürftigen Personen einen empowernden Charakter (Hatch & Maietta, 2003).

Entgegen herkömmlicher Ansätze innerhalb der *Betrieblichen Gesundheitsförderung* findet Kinästhetik seine Anwendung direkt in der pflegerischen Praxis und nicht außerhalb des Tätigkeitsbereiches oder gar in der Freizeit der Pflegekräfte. Im besten Fall wird Kinästhetik als Handlungskonzept auf organisatorischer, also auf Verhältnisebene, in Form eines Umdenkens und einer Neudefinition von Pflege in den Einrichtungen etabliert. Kinästhetik in der Pflege fördert dabei die Entwicklung von Handlungs- und Bewegungsfähigkeit bei Pflegekräften wie auch pflegebedürftigen Personen und kann somit als ein konkreter Handlungsansatz zur Gesundheitsentwicklung innerhalb der *Betrieblichen Gesundheitsförderung* betrachtet werden (Roier, 2013).

1.3.1 Begriffsbestimmung, Entwicklung, Einsatzfelder

Der Begriff *Kinästhetik* bezeichnet die Lehre von der Bewegungsempfindung. Er setzt sich aus den zwei altgriechischen Wörtern *kineō* (übersetzt: bewegen, sich bewegen) und *aisthēsis* (übersetzt: Wahrnehmung, Erfahrung) zusammen (Asmussen, 2006). Die wissenschaftlichen Wurzeln von Kinästhetik liegen in der Kybernetik – der Lehre von den Wechselwirkungen in Steuerungsprozessen, der Psychologie und des Tanzes. Sie gehen auf das US-amerikanische Ehepaar Frank Hatch (Verhaltenskybernetiker und Tänzer) und Lenny Maietta (Psychologin) in den 1980er Jahren zurück (Asmussen, 2006; Betschon et al., 2011). Anfänglich wurde Kinästhetik von Hatch als kreatives Tanz-, Selbsterfahrungs- und Bewegungsprogramm für Studierende an mehreren amerikanischen Universitäten angeboten (Roier, 2013). Kurze Zeit später hat Kinästhetik auch Einzug in die Gesundheits- und Krankenpflege gehalten. 1981 wurde in der Schweiz der erste Verein für Kinästhetik gegründet und kurze Zeit später Kurse für Pflegekräfte angeboten. 1989 folgten die ersten Kinästhetik-Kurse für Pflegekräfte in Deutschland (Schmidt, 1988; 1990). Hauptsächlich zum

Einsatz kommt das Konzept in den Bereichen der klinischen Pflege, der Alten- und Behindertenpflege, der Geburtshilfe und der neonatologischen und pädiatrischen Pflege sowie in der Palliativpflege (Freiberg et al., 2016). Neuere Entwicklungen zeigen auch den Einsatz von Kinästhetik in den Bereichen Mental Health, Kreatives Lernen und Pädagogik (Roier, 2013). Führende Anbieter in Deutschland und der Schweiz sind die „*European Kinaesthetics Association*“, „*MH Kinaesthetics Deutschland*“ und „*Kinaesthetics Deutschland*“ (Enke, 2009).

1.3.2 Grundlagen der Kinästhetik

Ihre theoretische Fundierung findet Kinästhetik in der Kybernetik, welche die Erforschung von Steuerungs- und Regelungsprozessen in biologischen, technischen und sozialen Systemen zum Gegenstand hat. Die Verhaltenskybernetik (*behavioral Kybernetics*) im Speziellen befasst sich dabei mit der Steuerung menschlichen Verhaltens (Citron, 1998). Dabei wird in der von Wiener (1948) entwickelten *Feedback-Control-Theorie* davon ausgegangen, dass die Steuerung menschlichen Verhaltens auf sich selbst regulierenden, zirkulären Rückkopplungsprozessen beruht. In der Kybernetik liegt dem Begriff *Feedback* eine technische, auf automatisierte maschinelle Operationen bezogene Definition zugrunde. In diesem Sinne bedeutet *Feedback* „... ein zum Input der Maschine zurückkehrendes Signal, das den Effekt anzeigt, den ihr Output schon ausgegeben hat. Das Feedback-Signal wird dann gebraucht, um die Tätigkeit, welche die Maschine auch immer ausführt, zu regulieren oder zu korrigieren“ (Smith & Smith, 1973, S. 28 zit. nach Marty-Teuber, 2024). Auf lebende Systeme übertragen erfolgt die Regulation einer Aktivität also von innen heraus auf der Basis von Informationen über Effekte früherer Aktivitäten. Drei Elemente sind dabei wesentlich und bedingen sich gegenseitig: (1) das *Bewegungssystem*, (2) das *Wahrnehmungssystem* und (3) das *Nervensystem*. Menschliche Bewegung findet in ständiger und unmittelbarer Rückkopplung und Anpassung und einer damit einhergehenden Fehlerkorrektur zwischen diesen drei Systemen statt und bildet eine wichtige Grundlage für die Verhaltenssteuerung (Marty-Teuber, 2024).

Entsprechend der *Feedback-Control-Theorie* befördert Kinästhetik einen

dynamischen Kompetenzzuwachs durch ständige Feedbackschleifen. Diese ergeben sich zum einen über (non)verbale Rückmeldungen des Gegenübers. Zum anderen über die Rückmeldung des eigenen Körpers in Bezug auf Bewegungsabläufe, Kraftdosierung, Nähe-Distanz sowie durch Umgebungsrückmeldungen, wie beispielsweise der Ergonomie der Hilfsmittel und des Pflegesettings (Hatch & Maietta, 2003). Die Pflegekraft, wie auch die pflegebedürftige Person, sollen in der Interaktion Bewegungskompetenz ausbilden. Diese meint „...die Kompetenz eines Menschen, sein Potenzial an grundlegenden Bewegungsmöglichkeiten bei der Verwirklichung einer persönlichen oder gemeinsamen Absicht im gegebenen Moment entwicklungs- und gesundheitsfördernd ausschöpfen zu können“ (European Kinaesthetics Association, 2020, S. 31). Als Komponenten der Erfahrbarkeit von Bewegungskompetenz werden (1) die *Sensibilisierung der Wahrnehmung*, (2) die *Erweiterung des persönlichen Gestaltungsspielraumes* und (3) die *bewusste Steuerung* von Verhalten benannt (European Kinaesthetics Association, 2020).

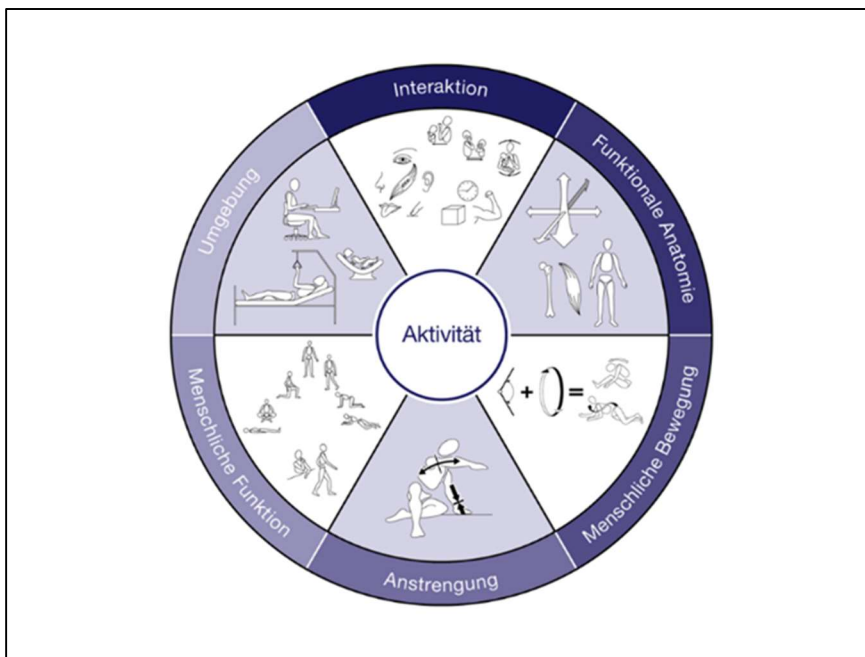
Kinästhetik ist dabei kein starres Konzept, sondern als eine Haltung und eine Handlungskompetenz in Interaktion und Kommunikation mit der pflegebedürftigen Person zu verstehen. Das Menschenbild innerhalb der Kinästhetik ist durch Konzepte aus der humanistischen Psychologie und der Systemtherapie geprägt. Der Mensch wird als ganzheitlich und selbstbestimmt wahrgenommen, sein (Bewegungs-)Verhalten jedoch immer eingebettet in ein System betrachtet (Citron, 2011; Hatch et al., 2005). Die pflegerische Unterstützung wird dabei zu einer Lehr- und Lernsituation auf beiden Seiten und setzt eine gleichberechtigte und vertrauensvolle Beziehung zwischen Pflegekraft und pflegebedürftiger Person voraus (Clauss, 2017). Allem Tun liegt eine Ressourcenorientierung zugrunde, wobei die individuelle Erfahrung und deren Bedeutung eine zentrale Rolle einnehmen (Edlinger, 2015). Kinästhetik zielt somit nicht nur auf die Förderung der Bewegungsfähigkeit der pflegebedürftigen Personen ab, sondern auch auf deren psychisches Wohlbefinden und soziale Interaktionsfähigkeit.

1.3.3 Kinästhetik-Konzeptsystem

Der Vermittlung von Kinästhetik erfolgt in Grund- und Aufbaukursen. Ihnen liegt ein Konzeptsystem zugrunde, welches als Instrument verstanden werden kann, eigene Bewegungserfahrungen und Aktivitäten sowie die der pflegebedürftigen Person systematisch beobachten und beschreiben zu können. Das theoretische Konstrukt umfasst dabei sechs Konzepte. Jedes dieser Konzepte ist in jeder Interaktion zwischen Menschen präsentiert und erlaubt eine genaue Analyse menschlichen Bewegungsverhaltens. Eine Gesamtdarstellung des Kinästhetik-Konzeptsystems, entnommen aus dem Begleitmaterial eines Kinästhetik-Grundkurses, findet sich in Abbildung 1. Für ein besseres Verständnis werden die sechs Konzepte nachfolgend kurz vorgestellt und erläutert.

Abbildung 1

Kinästhetik-Konzeptsystem



(European Kinaesthetics Association, 2022, S.1)

(1) *Konzept Interaktion.* Das Konzept *Interaktion* bildet die Grundlage für alle anderen Konzepte und fokussiert auf die Sensibilisierung der eigenen Wahrnehmung. Es bezieht sich zum einen auf die Interaktionen zwischen Teilen des Körpers bei unterschiedlichen Aktivitäten, zum anderen auf die

zwischenmenschlichen Interaktionen durch Berührung und Bewegung. Die eigenen Bewegungen sowie die Interaktion zwischen Pflegekraft und pflegebedürftiger Person werden dabei über die fünf Sinne *Sehen, Hören, Schmecken, Fühlen, Riechen* sowie das *kinästhetische Sinnessystem*, welches körperinterne Reize über Rezeptoren aufnimmt, beeinflusst. Weitere Komponenten stellen *Raum, Anstrengung* und *Zeit* (sogenannte *Bewegungselemente*) dar. Weiterhin hat die Interaktionsform Einfluss auf die Qualität der pflegerischen Interaktion. Es wird zwischen einer (a) *gleichzeitig-gemeinsamen*, (b) einer *schrittweisen* und (c) einer *einseitigen* Interaktionsform unterschieden (European Kinaesthetics Association, 2022). Gerade in Bezug auf komplexe Lernprozesse, wie dem Neuerlernen von Bewegungsabfolgen, hat die Interaktionsform einen entscheidenden Einfluss und wird als besonders effizient beschrieben, wenn „... die Interaktionsform von gleichzeitig-gemeinsam über die schrittweise Interaktion zur selbstständigen Ausführung im Rahmen einer einseitigen Interaktionsform fortschreitet“ (European Kinaesthetics Association, 2022, S. 17).

(2) *Konzept Funktionale Anatomie*. Dieses Konzept vermittelt anatomische Kenntnisse als Grundlage zur Wahrnehmung der Organisation des Körpers im Raum und in Bezug auf die Schwerkraft. Unterschieden wird zwischen den unterschiedlichen Qualitäten und den sich daraus ergebenden Funktionen von (a) *Knochen und Muskeln*, (b) *Massen und Zwischenräumen*, (c) *Haltungs- und Transportbewegungen* und (d) der *Orientierung des Körpers im Raum* (European Kinaesthetics Association, 2022).

(3) *Konzept Menschliche Bewegung*. Die einzelnen und erfahrbaren Aspekte menschlicher Bewegung werden in diesem Konzept thematisiert. Hierbei wird zwischen *Haltungsbewegungen*, welche die Körperteile und Massen in einem stabilen Gleichgewicht zueinander halten, und instabilen *Transportbewegungen*, welche die Beziehung der Körperteile und Massen zueinander verändern, damit Bewegung stattfinden kann, unterschieden. Weiterhin wird zwischen *parallelen* und *spiraligen Bewegungsmustern* differenziert. Kleinkinder zeigen in ihrer motorischen Entwicklung vor allem flexible spiralförmige Bewegungsmuster, welche wenig Kraftaufwand erfordern und individuelle Pausen in den

Bewegungsabfolgen zulassen. Somit können Bewegungen kleinschrittig in Abhängigkeit der körperlichen Ressourcen ausgebildet werden. Im Laufe ihres Lebens neigen Menschen jedoch dazu, bestimmte Aktivitäten durch stets ähnliche und starre Bewegungsmuster auszuführen. Diese werden auch dann noch versucht beizubehalten, wenn sich die körperliche Situation, z. B. durch eine Lähmung in Folge eines Schlaganfalls, ändert. Um eine größtmögliche Bewegungs- und Handlungskompetenz wiederzuerlangen, setzt Kinästhetik auf die Vermittlung flexibler spiralförmiger Bewegungsmuster (European Kinaesthetics Association, 2022).

(4) *Konzept Anstrengung.* Damit eng verbunden ist das Konzept *Anstrengung*. Ziel ist die Reduktion von Anstrengung durch einen geplanten Einsatz von Eigenaktivität. Kinästhetik zielt auf eine Anpassung von Anstrengung an die körperlichen Voraussetzungen und die aktive Einbindung der pflegebedürftigen Person entsprechend ihrer Ressourcen ab. Dadurch muss auch die Pflegekraft weniger Kraft im Pflegeprozess aufwenden. Um Bewegungsunterstützung zu leisten wird das Prinzip *Ziehen und Drücken* in der Kinästhetik präferiert. Dem gegenüber steht das konventionelle Prinzip von *Heben und Tragen*, welches einen hohen körperlichen Einsatz und Kraftaufwand erfordert und maßgeblich für muskuloskelettale Erkrankungen und Verschleißerscheinungen von Beschäftigten im Pflegektor verantwortlich ist (Rothgang et al., 2020).

(5) *Konzept Menschliche Funktion.* Basierend auf den vorangegangenen Konzepten geht dieses Konzept der Frage nach, welche Funktionen menschliche Bewegung erfüllt. Dabei werden die Funktionen in zwei Klassen unterteilt: (1) *Einfache Funktionen* beschreiben sieben Grundpositionen, in denen der Mensch sich jederzeit befindet und sein Gewicht gegen die Schwerkraft organisieren muss. Das Modell der Grundpositionen stützt sich dabei auf die Analyse der spiralförmigen Fortbewegung vom Liegen hin zum Stehen und ist idealtypisch gedacht. Zu den Grundpositionen zählen *Rückenlage*, *Bauchlage mit Ellenbogenstütz*, *Schneidersitz*, *Hand-Knie-Stand*, *Einbein-Knie-Stand*, *Einbeinstand* und *Zweibeinstand*. Die Auswahl der Grundpositionen wird klarer, verdeutlicht man sie sich an der motorischen Entwicklung von Säuglingen ausgehend von der Rückenlage, über die Bauchdrehung, in den Sitz, über das

Krabbeln, bis hin zum freien Stand. Grundlegend gilt es zu prüfen, ob sich eine pflegebedürftige Person sicher in einer Grundposition halten kann. *Komplexe Funktionen* umfassen alle Aktivitäten, welche aus den Grundpositionen heraus ausgeführt werden. Diese können entweder auf *Fortbewegung* beruhen, wie Laufen oder Krabbeln, oder aber *Bewegungen am Ort* sein. Hierzu zählen *willkürliche Bewegungen*, wie z. B. Schreiben oder Essen, aber auch *unwillkürliche Bewegungen*, worunter die Vitalfunktionen (Atmung, Kreislauf, Verdauung) subsummiert werden. Einfache und komplexe Bewegungen finden immer zusammen statt (European Kinaesthetics Association, 2022).

(6) *Konzept Umgebung*. Dieses Konzept beschreibt menschliche Bewegung in Beziehung zu ihrer Umgebung. Hierbei liegt das Hauptaugenmerk auf der wechselseitigen Beeinflussung von Verhalten bzw. Bewegung und Umwelt. Ziel von Kinästhetik ist es, die Umgebung so zu gestalten, dass die Handlungsmöglichkeiten erweitert werden. Hierbei muss jedoch berücksichtigt werden, dass die individuelle Wahrnehmung der Umgebung und die jeweilige Reaktion darauf, immer auch von der eigenen Sozialisation und Lerngeschichte, den vorhandenen Ressourcen und Kompetenzen sowie den aktuellen Zustand einer Person abhängig sind. Umgebungsgestaltung muss demnach individuell unter Einbezug der pflegebedürftigen Person und der jeweiligen Situation adaptiv vollzogen werden (European Kinaesthetics Association, 2022).

1.4 Aktueller Forschungsstand und Studienlage

Obwohl Kinästhetik seit den 1990er Jahren Eingang in die Lehrbücher der Pflegewissenschaften und als pflegerisches Handlungskonzept in viele Einrichtungen in der Krankenpflege gefunden hat, ist die Studienlage im Bereich Kinästhetik übersichtlich. Zwar finden sich eine Vielzahl von Erfahrungsberichten, welche die positive Wirkung von Kinästhetik beschreiben; empirisch evidente Primärstudien finden sich jedoch kaum, die die Wirksamkeit von Kinästhetik wissenschaftlich untermauern (Gattinger & Hantikainen, 2018).

Kinaesthetics Deutschland listet 28 Beiträge in Fachzeitschriften mit Peer Review-Verfahren, 68 Beiträge in Fachzeitschriften ohne Peer Review-Verfahren

und 21 Beträge, welche sich der sogenannten *Grauen Literatur* zuordnen lassen, auf (Borrmann & Marty-Teuber, 2024). Darunter finden sich eine Reihe von Evaluationsstudien, welche sich mit den Gelingensfaktoren der Implementierung von Kinästhetik auf organisationaler Ebene beschäftigen und Maßnahmen in den jeweiligen Einrichtungen evaluieren (z. B. Fringer et al., 2014; Mauer et al., 2019; 2021; 2024). Aus diesen Studien können drei Faktoren extrahiert werden, welche für eine nachhaltige Implementierung von Kinästhetik in Organisationen relevant zu sein scheinen: (1) eine integrative und lernförderliche Organisationskultur- und -struktur auf allen Ebenen, (2) lernförderliche Arbeits- und Rahmenbedingungen zur Sicherung des Theorie-Praxis-Transfers und (3) eine gemeinsame Vision (vgl. auch Maurer et al., 2022).

Im Feld der Wirkungsforschung lassen sich in Bezug auf die Wirkung von Kinästhetik auf pflegebedürftige Personen vier randomisierte kontrollierte Studien identifizieren, welche erste evidenzbasierte Ergebnisse liefern. Untersucht wurden in einer Studie von Haasenritter et al. (2019) Effekte einer kinästhetischen Mobilisation auf die Mobilität, die wahrgenommenen Schmerzen sowie die postoperative Verweildauer nach einer Laparotomie. Eisenschink et al. (2003) untersuchten Effekte auf die Atemfunktion nach einer Venen-Bypass-Operation, Imhof et al. (2015) Effekte von Kinästhetik auf das funktionale Bewegungsniveau, die wahrgenommene Lebensqualität und die sturzbedingte Selbstwirksamkeit bei Patient*innen mit Multipler Sklerose oder Schlaganfall. In einer Studie von Lenker (2008) wurden Effekte von Kinästhetik auf die wahrgenommenen Schmerzen nach einer Bauchoperation untersucht. Signifikante positive Effekte zeigten sich auf die Reduktion wahrgenommener Schmerzen (Haasenritter et al., 2019) sowie auf eine Verbesserung des funktionalen Bewegungsniveaus und auf eine Erhöhung der wahrgenommenen Lebensqualität pflegebedürftiger Personen (Imhof et al., 2015). Weiterhin führte eine kinästhetische Mobilisation zu einer signifikanten Verringerung des Gebrauchs von Schmerzmitteln und wurde von pflegebedürftigen Personen als weniger körperlich anstrengend wahrgenommen (Eisenschink et al., 2003).

Mit Fragestellungen in Bezug auf die Effekte von Kinästhetik bei Pflegekräften oder pflegenden Personen beschäftigen sich 26 der von Borrmann und Marty-

Teuber (2024) aufgeführten Studien. Untersucht wurden hauptsächlich Effekte auf die muskuloskelettale Entlastung Pflegenden (z. B. Betschon et al., 2011) sowie auf das Interaktionsgeschehen zwischen Pflegekraft und pflegebedürftigen Personen. Weiterhin wurden bewegungsbezogene Lernprozesse und der Kompetenzerwerb von Pflegekräften untersucht (Burkhalter & Zimmermann, 2024; Gattinger et al., 2017a; 2017b; Mauer et al., 2024). Freiberg et al. (2016) inkludierten in einer Übersichtsarbeit 13 Studien, welche die Untersuchung von Kinästhetik auf die körperliche Gesundheit von Pflegekräften oder pflegenden Angehörigen zum Gegenstand haben. Signifikante Effekte zeigten sich in der Verbesserung muskuloskelettaler Beschwerden, der Reduktion von Schmerzen des Bewegungsapparates und einer Verringerung von Muskelverspannungen, vor allem im Bereich des unteren Rückens, sowie eine wahrgenommene Reduzierung des Krafteinsatzes während der Pflege Tätigkeit.

Im Bereich der Messung psychologischer Konzepte sind interessanterweise kaum veröffentlichten Studien oder Beiträge zu finden. In einigen wenigen Studien wurden Effekte von Kinästhetik auf das Wohlbefinden, die wahrgenommene Sicherheit, die Unabhängigkeit sowie auf das Kontrollerleben bei pflegebedürftigen Personen vor allem qualitativ untersucht. Burns und Sailer (2007) führte in einer qualitativen Studie mit zwölf Patient*innen teilstrukturierte Interviews durch. Die Patient*innen gaben eine höhere wahrgenommene Sicherheit und Unabhängigkeit durch die kinästhetische Intervention an. Tamminen-Peter (2006) fand in einer quasiexperimentellen Interventionsstudie signifikante Unterschiede in Hinblick auf die wahrgenommene Sicherheit, Kontrolle und dem Komfort zwischen einem kinästhetischen Transfer vom Rollstuhl in das Bett und einer herkömmlichen Transfermethode. Hantikainen et al. (2006) berichten in einer Fallstudie von einer besseren Körperwahrnehmung älterer Patient*innen durch den Einsatz von Kinästhetik. Imhof et al. (2015) von einer Erhöhung der wahrgenommenen Lebensqualität pflegebedürftiger Personen.

In Bezug auf die Erforschung der Effekte von Kinästhetik auf Aspekte der psychischen Gesundheit von Pflegekräften oder pflegenden Personen finden sich ebenso wenig belastbare Studien oder Ergebnisse. Friess-Ott und Müller

(2006) untersuchten in einer Evaluationsstudie u. a. den Einfluss von Kinästhetik auf das Wohlbefinden von Pflegekräften im klinischen Setting in Abhängigkeit der Intensität wahrgenommener muskuloskelettaler Schmerzen. Kinästhetik führte hier zu weniger wahrgenommenen Schmerzen und damit zu einem höheren Wohlbefinden. In einer semi-strukturellen Personalbefragung von Christen et al. (2005) berichteten Pflegekräfte, dass sie sich durch die Anwendung von Kinästhetik wohler im physischen Kontakt mit Patient*innen fühlten sowie von einer besseren psychischen Gesamtbefindlichkeit. Auch berichten Pflegekräfte von einer höheren Selbstsicherheit im pflegerischen Handeln (Boysen, 2001; Maietta & Resch-Kröll, 2009). Einige Daten wurden in qualitativen Kursevaluationen bei pflegende Familienangehörigen erhoben. Die Befragten gaben hier positive Einflüsse von Kinästhetik auf einen achtsameren und freundlicheren Umgang mit sich selbst, eine Erhöhung von Sicherheit und Selbstvertrauen in der Pflegesituation und das Erkennen und Respektieren eigener (körperlicher) Grenzen an (Maurer et al., 2020). Zudem berichten pflegende Angehörige (n = 10) in einer Kursevaluation von Huth et al. (2013) von einer Reduktion des Belastungserlebens und einer Steigerung des *Subjektiven Wohlbefindens*. Auch hier wurde von einer Erhöhung der Handlungssicherheit in der Pflegesituation berichtet. Weiterhin von einer erhöhten Zuversicht, einer höheren Zufriedenheit mit der eigenen Pflegetätigkeit und einem gesteigerten Bewusstsein in Hinblick auf den Erhalt der eigenen (psychischen) Gesundheit. Dies wird vor allem auf einen Perspektiv- und Haltungswechsel von einem defizitär-diagnosebetonten Blick auf die pflegebedürftigen Angehörigen hin zu einer ressourcenorientierten Sichtweise der Befragten zurückgeführt. Ebenso gaben die Befragten nach der Kinästhetik-Schulung an, eine höhere Zuversicht zu haben, zukünftige Pflegesituation gut zu meistern. In einer Begleitevaluation von Mauer et al. (2024) zur Implementierung von Kinästhetik in Pflegeeinrichtungen berichteten Pflegekräfte in Fokusgruppeninterviews von einer differenzierten Situationswahrnehmung und einem achtsameren Umgang mit sich selbst. Weiterhin erwies sich eine gemeinsame Vision auf allen organisationalen Ebenen als motivationaler Faktor (Mauer et al., 2024).

1.5 Forschungslücke

Betrachtet man das hohe Aufkommen von Kinästhetik-Schulungen im Pflegesektor seit den 1980ziger Jahren und den damit verbundenen arbeitgeberseitigen Kosten und Aufwand, so wundert es, dass sich in der wissenschaftlichen Auseinandersetzung mit den Wirkeffekten von Kinästhetik nur wenig evidente Ergebnisse finden lassen. Die angeführten Studien liefern erste Hinweise und Daten darauf, welche Wirkeffekte Kinästhetik auf die körperliche und psychische Gesundheit von Pflegekräften haben kann. Grundlegend stellt sich jedoch das Problem, dass sich oftmals subjektiv berichtete positive Effekte von Kinästhetik nur schwer empirisch nachweisen lassen. Dies ist sicherlich auch der Schwierigkeit geschuldet, Kinästhetik als komplexe und stark individualisierte Intervention standardisiert abbilden und messen zu können. Grundsätzlich ist bei allen dargestellten Studien kritisch anzumerken, dass diese Defizite bezüglich der wissenschaftlicher Gütekriterien aufweisen. Eine Generalisierbarkeit der Ergebnisse ist aufgrund oftmals geringer Stichprobengrößen und nur kleiner Wirkeffekte schwer möglich. Hier besteht weiterhin großer Forschungsbedarf. Es ist notwendig, weitere methodisch hochwertige (Interventions-)Studien durchzuführen, um die bis dato gefundenen Wirkeffekte von Kinästhetik zu untermauern.

Im Hinblick auf die Effekte von Kinästhetik auf die psychische Gesundheit von Pflegekräften können bisher keine gesicherten Aussagen getroffen werden. Wirksamkeitsstudien, welche die Erfahrungsberichte und Ergebnisse aus Kurs-evaluationen in Bezug auf psychologische Konstrukte theoriebasiert im Zusammenhang mit Kinästhetik untersuchen, existieren nicht. Auch existieren keine randomisierten kontrollierten Interventionsstudien in diesem Bereich. Betrachtet man dies vor dem Hintergrund der hohen Krankheitszahlen und Fehlzeiten im Pflegesektor, vor allem durch psychische Belastungen und Störungen, wie Depressionen und Burnout, so scheint es sinnvoll, Kinästhetik als pflegerisches Handlungskonzept differenzierter auf psychologische Konstrukte hin zu untersuchen. Dadurch lässt sich ein mögliches Potential von Kinästhetik im Hinblick auf die psychische Gesundheit und die damit verbundene Arbeitsfähigkeit von Pflegekräften, nicht nur in der ambulanten Altenpflege,

aufdecken und kann zielführend und evidenzbasiert im Bereich der *Betrieblichen Gesundheitsförderung* im Pflegesektor implementiert werden. Auch für die Ausweitung von Kinästhetik-Angeboten im Bereich Pädagogik und der Gesundheitsprävention für die Allgemeinbevölkerung befördert eine wissenschaftliche Begründung der angenommenen Wirkeffekte die Qualität der Angebote.

1.6 Relevante Konstrukte

Für diese Interventionsstudie wurden psychologische Konstrukte ausgewählt, welche auf Basis der theoretischen Konzeption von Kinästhetik und den vorgestellten Studien eine Rolle für die psychische Gesundheit von Pflegekräften spielen könnten. Im folgenden Kapitel werden die zu untersuchenden Konstrukte einzeln theoretisch und empirisch abgeleitet und ihre Auswahl begründet. Des Weiteren werden die einzelnen Konstrukte definiert, wichtige Modelle vorgestellt sowie zentrale und relevante Forschungsbefunde berichtet.

1.6.1 Achtsamkeit

Wie bereits dargestellt, findet Kinästhetik seine Anwendung in der pflegerischen Praxis. Kinästhetik ist dabei kein starres Konzept, sondern als eine Haltung und eine Handlungskompetenz in Interaktion und Kommunikation mit der pflegebedürftigen Person zu verstehen. Die pflegerische Unterstützung wird dabei zu einer Lehr- und Lernsituation auf beiden Seiten. Pflegende sollten einen dynamischen Kompetenzzuwachs durch ständige Feedbackschleifen erleben. Diese ergeben sich zum einen über (non)verbale Rückmeldungen der pflegebedürftigen Person. Zum anderen bei der Pflegekraft über die Rückmeldung des eigenen Körpers in Bezug auf Bewegungsabläufe, Kraftdosierung, Nähe-Distanz sowie durch Umgebungsrückmeldungen, wie z. B. der Ergonomie der Hilfsmittel und des Pflegesettings (Hatch & Maietta, 2003). Die Pflegekraft, wie auch die pflegebedürftige Person, sollen in der Interaktion *Bewegungskompetenz* ausbilden. Diese meint „...die Kompetenz eines Menschen, sein Potenzial an grundlegenden Bewegungsmöglichkeiten bei der Verwirklichung einer persönlichen oder gemeinsamen Absicht im gegebenen

Moment entwicklungs- und gesundheitsfördernd ausschöpfen zu können“ (European Kinaesthetics Association, 2020, S. 31). Als Komponenten der Erfahrbarkeit von Bewegungskompetenz werden (1) die *Sensibilisierung der Wahrnehmung*, (2) die *Erweiterung des persönlichen Gestaltungsspielraumes* und (3) die *bewusste Steuerung von Verhalten* benannt (European Kinaesthetics Association, 2020).

Daraus lässt sich ableiten, dass Pflegende eine hohe Sensibilität, Achtsamkeit und Anpassungsfähigkeit ihrer eigenen Bewegungen benötigen, um die Unterstützung in der Interaktion über Berührung und Bewegung entsprechend zu gestalten. Für die Realisierung dieser Komponenten wird in den grundlegenden Publikationen *Achtsamkeit* als Schlüsselvariable kinästhetischen Handelns aufgeführt (Asmussen, 2006; Hatch & Maietta, 2003; Hatch et al., 2005). So wird argumentiert, dass das Erlernen und Erfahren von Kinästhetik in erster Linie an einem hohen Maß an Selbsterfahrung und somit an einer achtsamen Aufmerksamkeit gegenüber dem eigenen Körper ansetzt. In den Kinästhetik-Grundkursen ist die körperliche Selbsterfahrung und Analyse der eigenen Bewegungsabläufe ein wichtiger Baustein in der Vermittlung kinästhetischer Handlungskompetenz. Hinzu kommt, dass Pflegekräfte in der Interaktion mit pflegebedürftigen Personen im kinästhetischen Arbeiten maßgeblich darauf angewiesen sind, sich immer wieder neu und situativ auf die sich im gegenwärtigen Moment ergebenden Bedingungen einzustellen.

Achtsamkeit wird häufig definiert als eine bestimmte Form von Aufmerksamkeit, welche absichtsvoll und nicht wertend ist und sich auf den gegenwärtigen Moment bezieht (Brown & Ryan, 2003; Kabat-Zinn, 1982). Ihren Ursprung hat sie im Buddhismus und anderen kontemplativen Traditionen (Brown & Ryan, 2003). Legt man diese Definition zu Grunde, so entspricht sie den Grundanforderungen in kinästhetischen Interaktionen. *Achtsamkeit* kann in diesem Zusammenhang als die Fähigkeit einer Pflegekraft verstanden werden, mit ungeteilter Aufmerksamkeit in der pflegerischen Interaktion zu agieren, sensitiv für die Situation zu sein und die eigenen Handlungsoptionen immer wieder neu, im Sinne der *Feedback-Control-Theorie* nach Wiener (1948) an die eigenen und die Voraussetzungen der pflegebedürftigen Person anzupassen. Dem gegenüber

steht eine gängige Pflegepraxis, welche auf standardisierten und linearen Input-Output-Prozessen beruht und häufig automatisiert und wenig an der pflegebedürftigen Person orientiert, abläuft.

Vorausgesetzt, Kinästhetik schult die eingangs definierte Form von *Achtsamkeit*, so ist davon auszugehen, dass Kinästhetik, wie andere achtsamkeitsbasierte Interventionen, einen Einfluss auf verschiedene Variablen psychischer Gesundheit hat. Studien zeigen, dass nach einer regelmäßig angewandten Achtsamkeitspraxis im beruflichen Alltag Menschen zufriedener, fokussierter und leistungsfähiger sind (Tan, 2012). Ebenso profitieren sie von einem geringeren Stresslevel, weniger Depressionen und Ängstlichkeit und einem höheren Wohlbefinden (Bartlett et al., 2019; Chang et al., 2004; Galantino et al., 2005; Goldberg et al., 2018; Orellana-Rios & Schmidt, 2015). Eine Metaanalyse von Grossmann et al. (2004) zur Wirkung der von Jon Kabat-Zinn 1979 entwickelten *Mindfulness Based Stress Reduction (MBSR)* im klinischen Bereich ergab mittlere Effektstärken um $d = .50$ in Bezug auf verschiedene Variablen psychischer Gesundheit. In helfenden Berufen zeigte sich zudem eine Erhöhung von Empathie, Mitgefühl und Selbstmitgefühl (Escuriex & Labbé, 2011).

Bezogen auf die Wirkmechanismen von *Achtsamkeit* soll an dieser Stelle auf die *IAA-Theorie* von Shapiro et al. (2006) eingegangen werden. Die Autor*innen beschreiben drei Axiome, auf welche die Wirkungsweise von *Achtsamkeit* zurückgeführt wird: (1) *Intention* - Intention, (2) *Attention* - Aufmerksamkeit und (3) *Attitude* - Haltung. *Intention* meint das Wissen um den Zweck, warum man achtsam ist bzw. Achtsamkeit einübt. Unter *Attention* wird die Fähigkeit verstanden, sich selbst und seine Umwelt, also innere und äußere Prozesse, zu beobachten. *Attitude* beschreibt die Art und Weise bzw. die Qualität der Aufmerksamkeit (z. B. zugewandt/offen oder ablehnend/verschlossen) und hat eine grundlegende Wirkung auf die Aufmerksamkeit. Wie auch Kinästhetik postuliert die *IAA-Theorie* ein zirkuläres Muster und führt zu einer Neubewertung einer Situation. „Intention, attention, and attitude are not separate processes or stages – they are interwoven aspects of a single cyclic process and occur simultaneously. ... Mindfulness is this moment-to-moment-process“ (Shapiro et al., 2006, S. 375). Auf die Pflege bezogen sollte *Achtsamkeit*, als Bestandteil von

Kinästhetik, Pflegekräfte dazu befähigen in der Interaktion mit der pflegebedürftigen Person ihr Handeln immer wieder neu auszurichten und weniger auf automatisierte Handlungen zurückzugreifen.

In der Pflege kommen Achtsamkeitskonzepte im Rahmen der *Betrieblichen Gesundheitsförderung* zunehmend mehr zum Einsatz, finden jedoch, wie viele andere präventive Maßnahmen, außerhalb des Arbeitskontextes statt. Studien zur Wirkung selbiger gibt es auch hier nur wenige. Orellana-Rios & Schmidt (2015) haben ein Achtsamkeits- und Mitgefühlsprogramm für Pflegekräfte entwickelt, welches ähnlich wie Kinästhetik seine Anwendung im direkten Arbeitsumfeld unter konstanter Rückkopplung mit der Arbeitsumgebung findet. Signifikante Effekte zeigten sich unter anderem in der Reduktion von Burnout-Symptomen, Angst- und Stressempfinden sowie einer Erhöhung des Wohlbefindens und einer verbesserten Emotionsregulation.

1.6.2 Berufliche Selbstwirksamkeit

Erlangen Pflegekräfte zunehmend mehr Bewegungskompetenz steigt auch die kinästhetische Handlungskompetenz im Umgang mit pflegebedürftigen Personen. Pflegekräfte sind in der Lage zielgerichteter und schneller (körperliche) Ressourcen der pflegebedürftigen Person aufzuspüren und ihr pflegerisches Handeln hiernach auszurichten. Studien zeigen, dass Kompetenz- und Wissenserwerb mit einer Erhöhung von Selbstwirksamkeit einhergehen (Dahmen et al., 2022; Schlosser et al., 2022).

Selbstwirksamkeit bzw. Selbstwirksamkeitserwartungen bezeichnen im Allgemeinen die subjektive Überzeugung, Aufgaben und Probleme mit den eigenen Fähigkeiten bewältigen zu können (Abele et al., 2000; Bandura, 1997). Zentral hierbei ist, dass die Zielerreichung nicht externalen Gründen zugeschrieben, sondern internal auf die eigenen Fähigkeiten und Kompetenzen zurückgeführt wird. Selbstwirksamkeitserwartungen werden darum auch als Kompetenzerwartungen bezeichnet (Wirtz et al., 2014).

Bei der Konzeption von Selbstwirksamkeit lässt sich zwischen allgemeinen und domänenspezifischen Selbstwirksamkeitserwartungen unterscheiden.

Allgemeine Selbstwirksamkeitserwartungen beziehen sich auf die generelle Überzeugung einer Person Aufgaben bewältigen zu können (Bandura, 1997). Domänenspezifische Selbstwirksamkeitserwartungen dahingegen beziehen sich auf bestimmte Lebens- und Tätigkeitsfelder, wie bspw. den Beruf. *Berufliche Selbstwirksamkeit* wird als Unterkategorie bzw. Facette von genereller Selbstwirksamkeit konzeptualisiert und bezeichnet die Überzeugung, berufliche Anforderungen auf Basis der eigenen Fähigkeiten erfolgreich bewältigen zu können (Anderson & Betz, 2001). Dabei bedarf *Berufliche Selbstwirksamkeit* zweier Komponenten: (1) einer *fähigkeitsbezogenen* und (2) einer *motivationalen* Komponente (Abele et al., 2000). Bandura (1977) postuliert vier Faktoren, durch welche Selbstwirksamkeitserwartungen positiv beeinflusst werden können: (1) *Erfolgserlebnisse und eigene Erfahrungen* (Mastery-Erfahrungen), (2) *stellvertretende Erfahrungen*, (3) *Ermutigung* und (4) *positive Emotionen* (Bandura, 1993; Schwarzer & Jerusalem, 2002).

Überträgt man die Faktoren auf die Beeinflussung von Selbstwirksamkeit durch die Vermittlung von Kinästhetik, so lassen sich folgende Bezüge herstellen: Durch die handlungsorientierte Vermittlung von Kinästhetik in Kursen können Pflegekräfte erste eigenen Erfahrungen sammeln und erhalten direktes Feedback. Dieses erfolgt durch den eigenen Körper, die anderen Kursteilnehmenden sowie durch den*die Trainer*in. Durch das zusätzliche Lernen direkt an der pflegebedürftigen Person, in der Gruppe und unter Anleitung der Trainer*innen, wird zudem die eigene Handlungskompetenz gestärkt. Die Erfahrung, dass Veränderungen direkt auf das eigene Handeln rückführbar sind, stärkt dabei die Selbstwirksamkeitserwartung. Unmittelbare Rückmeldung und Korrektur beugen einem Nachhallen negativer Erfahrungen vor und etablieren positive Erfahrungen im Lernprozess. Die Kinästhetik-Trainer*innen fungieren durch ihre Expertise als Modell, liefern Zuspruch und Ermutigung und können so einen positiven Einfluss auf die Motivation der Pflegekräfte im Kurs haben. Gruppenbezogenes Lernen bietet zudem den Vorteil, dass Personen auf derselben Erfahrungsstufe ebenfalls als Vorbilder dienen können. Modelle zur Nachahmung sind vor allem dann besonders wirkungsvoll, wenn sie den Lernenden besonders ähnlich sind (Schunk & Zimmerman, 1997; Schwarzer &

Jerusalem, 2002). Lernen Pflegekräfte also voneinander im Kurs und in Lerngruppen, so dürften gute Voraussetzungen für eine Erhöhung der Selbstwirksamkeitserwartung gegeben sein. Insgesamt sollten Pflegekräfte durch die Vermittlung des kinästhetischen Handlungskonzepts einen Kompetenzzuwachs erfahren und somit die *Berufliche Selbstwirksamkeit* steigen. Dies kann unter Umständen jedoch erst nach einer Festigung und Etablierung von Kinästhetik im pflegerischen Alltag passieren. Arnold (2000) wie auch Fringer (2014) berichten in ihren Studien über Hindernisse bei der Umsetzung von Kinästhetik, da das Konzept von den Pflegekräften zum einen als etwas „Fremdes und Exotisches“ (Arnold, 2000, S. 53) wahrgenommen wird. Zum anderen handelt es sich um ein sehr komplexes Konzept, welches nur wenig konkrete Handlungsanweisungen vorgibt und den Pflegekräften ein hohes Maß an Kreativität abverlangt (Hatch & Maietta, 2003).

In sozialen Berufen spielt die *Berufliche Selbstwirksamkeit* eine wichtige Rolle. So gilt sie als protektiver Faktor in Bezug auf arbeitsbezogene Erschöpfung, wie eine Metaanalyse von Shoji et al. (2015) aufzeigen konnte, und fungiert somit als Ressource für Wohlbefinden. Weiterhin zeigen Studien positive Effekte in Bezug auf die Arbeitszufriedenheit und Resilienz (Hammermann, 2019; Lampert et al., 2021; Schwarzer & Warner, 2013). Eine hohe *Berufliche Selbstwirksamkeit* ist weiterhin assoziiert mit einer hohen beruflichen Anpassungsfähigkeit bzw. Adaptabilität (Matijaš & Seršić, 2021). Diese Befunde könnten Hinweise liefern, dass sich mit zunehmender Kinästhetik-Kompetenz der Pflegekräfte und positivem Feedback in der Interaktion mit der pflegebedürftigen Person die *Berufliche Selbstwirksamkeit* von Pflegekräften erhöht. Dies wiederum könnte einen positiven Effekt auf die Adaptabilität der Pflegekraft in der kinästhetischen Interaktion haben. Auch hier zeigt sich die Zirkularität des Prozesses. Zudem kann davon ausgegangen werden, dass sich als weitere Komponenten die Berufserfahrung und das Qualifikationsniveau auf die *Berufliche Selbstwirksamkeit* von Pflegekräften auswirken (Knispel et al., 2021).

1.6.3 Berufliche Sinnerfüllung

Eng verbunden mit der *Beruflichen Selbstwirksamkeit* ist das Erleben von Sinnerfüllung bei der Arbeit. Diese kann auch als ein Teil der motivationalen Komponente von *Beruflicher Selbstwirksamkeit* konzeptualisiert werden. So steigert *Berufliche Selbstwirksamkeit* auch die *Berufliche Sinnerfüllung* (Rosso et al., 2010; Schnell et al., 2013). Arbeit wird dann als sinnvoll erlebt, wenn sie zur eigenen Persönlichkeit passt, als bedeutsam erlebt wird, eine übergeordnete soziale Orientierung aufweist bzw. einen Zweck erfüllt und ein Gefühl von Zugehörigkeit und Wertschätzung vermittelt. Schnell et al. (2013) haben diese Komponenten als (1) *Kohärenz*, (2) *Bedeutsamkeit*, (3) *Orientierung* und (4) *Zugehörigkeit* konzeptualisiert.

Als relevante Quelle des *Beruflichen Sinnerlebens* in Bezug auf Kinästhetik kann die Bedeutsamkeit der Arbeitsaufgabe (*Bedeutsamkeit*) angesehen werden. Das eigene Tun wird dann als sinnvoll wahrgenommen, wenn es einen positiven Effekt auf andere hat (Allan, 2017; Allan et al., 2019; Höge & Schnell, 2012; Lampert et al., 2021). Demnach kann davon ausgegangen werden, dass soziale und pflegerische Berufe insgesamt als sinnstiftender erlebt werden als z. B. verwaltende Berufe. Kinästhetik hat nachweislich positive und für Pflegekräfte sichtbare Effekte auf pflegebedürftige Personen (Eisenschink et al., 2003; Hantikainen et al., 2006; Haasenritter et al., 2009; Tamminen-Peter, 2006). Dies sollte sich positiv auf die *Berufliche Sinnerfüllung* auswirken. Weiterhin kann sich bereits eine durch den Arbeitgeber initiierte Umstellung auf eine flächendeckende kinästhetische Pflege sinnstiftend, im Sinne einer Erhöhung der sozialen Orientierung (*Zielorientierung*), auswirken. Die Entwicklung einer gemeinsamen Vision hat nachweislich positive Effekte auf die Implementierung von Neuerungen in Organisationen (Maurer et al., 2024). Es ist anzunehmen, dass durch eine ganzheitliche und von allen Strukturebenen getragene Einführung von Kinästhetik die Wahrnehmung, Teil eines großen Ganzen zu sein (*Zugehörigkeit*) gestärkt wird.

Positive Effekte sinnstiftender Arbeit konnten in einer Meta-Analyse von Hu und Hirsh (2017) herausgearbeitet werden. Neben direkten gesundheitsfördernden

Effekten, z. B. auf die Erhöhung von Resilienz und einen verbesserten Umgang mit Stress, zeigen sich vor allem Effekte, welche für Arbeitgeber im Rahmen der Beschäftigtenbindung und Wirtschaftlichkeit von Interesse sein können. So gehen eine ausgeprägte Sinnwahrnehmung mit einer höheren Motivation, Leistungsbereitschaft und Gewissenhaftigkeit von Beschäftigten einher. Weiterhin steigen die Arbeitszufriedenheit, die Lebenszufriedenheit und das allgemeine Sinnerleben. Auch zeigen Studien positive Assoziationen zwischen *Beruflicher Sinnerfüllung* und Gesundheit und Wohlbefinden auf (Allan, 2017; Allan et al., 2019; Badura et al., 2018; Steger et al., 2012).

1.6.4 Subjektives Wohlbefinden

Subjektives Wohlbefinden ist ein interdisziplinärer Forschungsgegenstand. Dies bringt die Schwierigkeit mit sich, dass je nach Wissenschaftsdisziplin, eine Vielzahl von Definitionen, Forschungsfragen und -methoden existieren. Erschwerend kommt eine unterschiedliche und uneinheitliche Begriffsverwendung hinzu. So wird *Subjektives Wohlbefinden* häufig synonym zu den Begrifflichkeiten *Happiness*, *(Lebens-)Zufriedenheit*, *Lebensqualität* oder *Glück* verwendet, obwohl sich die Konstrukte unterscheiden (Kämpfer, 2014; Röhrle, 2023a). In diese Arbeit soll *Subjektives Wohlbefinden* verstanden werden als eine emotionale und kognitive Reaktion auf Zustände, Ereignisse und Erfahrungen, die einer Person im Laufe ihres Lebens begegnen (Diener et al., 1999). Damit setzt sich *Subjektives Wohlbefinden* aus zwei Komponenten zusammen: einer affektiven und einer Bewertungskomponente. Diese lassen sich noch einmal unterteilen in eine positive und eine negative affektive Komponente (z. B. Freude, Glück vs. Schuld, Angst) sowie eine globale und eine bereichsspezifische kognitive Komponente im Sinne von Lebenszufriedenheit (Diener et al., 1999). Ergänzend dazu wird in der Forschung auch eine physische Komponente diskutiert (Schmuck & Sheldon, 2001; Schumacher et al., 2003). Auf eine tiefergehende Auseinandersetzung auf konzeptueller Ebene soll an dieser Stelle verzichtet werden. Einen guten Überblick über eine gängige Konzeptualisierung *Subjektiven Wohlbefindens* gibt das *Strukturmodell des Wohlbefindens* nach Becker (1994).

Schaut man auf die Wirkmodelle *Subjektiven Wohlbefindens* so fällt auf, dass eine disziplinenübergreifende Theoriebildung und damit eine Metatheorie von *Subjektiven Wohlbefinden* noch aussteht. Grundlegend werden drei theoretische Ansätze zur Entstehung und Einflussfaktoren *Subjektiven Wohlbefindens* diskutiert: Der *Bottom-up-Ansatz* fokussiert auf die Bedeutung der Lebensbedingungen. Der *Diskrepanzansatz* betont die Bedeutung kognitiver Prozesse und setzt diese in Relation zu äußeren Lebensbedingungen. Der *Top-down-Ansatz* wiederum erklärt subjektives Wohlbefinden in Abhängigkeit von Persönlichkeitseigenschaften (Diener et al, 1999). Neuere Forschungen postulieren komplexe integrative Modelle, wie z. B. das *Gesundheitsbezogene Modell der Lebensqualität* (Duangchan & Matthews, 2021) oder Modelle zum Erhalt und zur Fortentwicklung von Wohlbefinden (Jakubiak & Feeney, 2017).

Im Rahmen der *Betrieblichen Gesundheitsförderung* und damit einem salutogenen Ansatz spielt *Subjektiven Wohlbefinden* eine zentrale Rolle und wird in zahlreichen Umfragen, Studien und Untersuchungen als Outcome-Variable erhoben. Bezogen auf präventive Maßnahmen auf Verhaltensebene, wie Achtsamkeits- und Dankbarkeitstraining oder Sport- und Fitnesskurse zeigen Studien kleine bis mittlere Effekte auf die Steigerung *Subjektiven Wohlbefindens* (Röhrle, 2023b). Gerade in Bezug auf die Vermittlung von *Achtsamkeit* existieren zahlreiche Studien, welche positive Effekte auf das Wohlbefinden belegen (z. B. Carmody & Baer, 2008; Mackenzie et al., 2006).

Sollte *Achtsamkeit* als Grundkompetenz für kinästhetisches Handeln in den Grundlagenschulungen nachhaltig vermittelt werden, so müsste sich dies über systematische Messung darstellen lassen können. Entsprechend der dargestellten Studienlage sollten weiterhin die Konstrukte miteinander in Verbindung stehen. Ebenso sollte die Einführung eines kinästhetischen Handlungskonzepts auf arbeitsorganisatorischer, und damit auf Verhältnisebene, einen positiven Effekt auf das *Subjektive Wohlbefinden* der beschäftigten Pflegekräfte zeigen, sofern diese die Umstellung positiv bewerten. Studien belegen, dass sich eine positive Gestaltung von Arbeit in einem höheren *Subjektiven Wohlbefinden* niederschlägt (z. B. Camenisch et al, 2022; Höge & Webe, 2018).

2 Zielsetzung und Hypothesen

Das Ziel dieser Studie ergibt sich aus der herausgearbeiteten wissenschaftlichen Forschungslücke. Es soll der wissenschaftliche Nachweis erbracht werden, inwieweit die Vermittlung von Kinästhetik als pflegerisches Handlungskonzept in Kinästhetik-Grundkursen einen positiven Einfluss auf die psychische Gesundheit von Pflegekräften in der ambulanten Altenpflege hat. Explizit werden die Effekte der Kinästhetik-Grundkurse auf die ausgewählte gesundheitspsychologischen Konstrukte *Achtsamkeit*, *Berufliche Selbstwirksamkeit*, *Berufliche Sinnerfüllung* und *Subjektives Wohlbefinden* untersucht. Daraus lässt sich die zentrale Forschungsfrage ableiten: Hat Kinästhetik einen positiven Einfluss auf die *Achtsamkeit*, die *Berufliche Selbstwirksamkeit*, die *Berufliche Sinnerfüllung* und das *Subjektive Wohlbefinden* von Pflegekräften in der ambulanten Altenpflege? Für die Beantwortung der Forschungsfrage wurden folgende gerichtete Hypothesen aus der in den vorangegangenen Kapiteln dargestellten Theorie und aktuellen Studienlage abgeleitet:

Forschungshypothese H1. Kinästhetik hat einen positiven Effekt auf *Achtsamkeit*. Teilnehmende in der Treatmentgruppe zeigen nach der Vermittlung von Kinästhetik in einem Grundkurs eine Erhöhung der *Achtsamkeit*.

Forschungshypothese H2. Kinästhetik hat einen positiven Effekt auf die *Berufliche Selbstwirksamkeit*. Teilnehmende in der Treatmentgruppe zeigen nach der Vermittlung von Kinästhetik in einem Grundkurs eine Erhöhung der *Beruflichen Selbstwirksamkeit*.

Forschungshypothese H3. Kinästhetik hat einen positiven Einfluss auf die *Berufliche Sinnerfüllung*. Teilnehmende in der Treatmentgruppe zeigen nach der Vermittlung von Kinästhetik in einem Grundkurs eine Erhöhung der *Beruflichen Sinnerfüllung*.

Forschungshypothese H4. Kinästhetik hat einen positiven Einfluss auf das *Subjektive Wohlbefinden*. Teilnehmende in der Treatmentgruppe zeigen nach der Vermittlung von Kinästhetik in einem Grundkurs eine Erhöhung des *Subjektiven Wohlbefindens*.

3 Methodik

In diesem Kapitel der Arbeit wird der methodische Aufbau der Studie ausführlich beschrieben. Beginnend mit der Erläuterung des Studiendesigns werden im ersten Abschnitt der Aufbau und Ablauf eines Kinästhetik-Grundkurses als Intervention dargestellt. Anschließend wird auf die Akquise und die Zusammensetzung der Stichprobe eingegangen. Darauf folgt die Darstellung der Konzeption des Fragebogens sowie der verwendeten Messinstrumente zur Erfassung der abhängigen Konstrukte. In den nächsten beiden Unterkapiteln werden der Ablauf der Datenerhebung beschrieben und die Rücklaufquoten berichtet. Abschließend werden die Aufbereitung der Daten und die Datenanalyse erläutert.

3.1 Studiendesign

In der vorliegenden quantitativen Studie wurden die postulierten Hypothesen in einer nicht-randomisierten Interventionsstudie (*Non-Randomized Study of Intervention, NRSI*) in einem Pre-Post-Design mit drei Messzeitpunkten im Längsschnitt untersucht. Es handelt sich um eine quasi-experimentelle Studie mit einem 4x3x2-within-between-subjects-Design. Die unabhängige Variable (UV) ist Kinästhetik als pflegerisches Handlungskonzept, vermittelt in Kinästhetik-Grundkursen (GK). Deren Einfluss wurde im Hinblick auf vier abhängige Variablen (AV) untersucht: AV1 *Achtsamkeit*, AV2 *Berufliche Selbstwirksamkeit*, AV3 *Berufliche Sinnerfüllung* und AV4 *Subjektives Wohlbefinden*. Die Erhebung erfolgte zu drei Messzeitpunkten (MZ): MZ 1 vor der Schulung/Schicht, MZ 2 nach drei Tagen Schulung/Schicht und MZ 3 nach etwa sechs Wochen Praxisphase sowie zwei weiteren Schulungstagen/nach einer Schicht. Der Vergleich erfolgte zwischen einer Treatmentgruppe (TG) und einer Kontrollgruppe (KG). Es handelt sich um eine Primärdatenanalyse. Die Daten wurden im Rahmen des Pilotprojektes und für diese Studie erhoben.

3.2 Beschreibung der Intervention

Ein Kinästhetik-Grundkurs umfasste insgesamt fünf Schulungstage mit je acht

Zeitstunden. Der Aufbau und die vermittelten Inhalte folgten einem festen Curriculum und wurden durch begleitendes Schulungsmaterial, wie einem Begleitheft zum Kinästhetik-Konzeptsystem und einem Arbeitsheft, ergänzt (European Kinaesthetics Association, 2022; 2023). Der erste Teil einer Schulung fand an drei aufeinanderfolgenden Tagen statt und beinhaltete eine theoretische Einführung in das Kinästhetik-Konzeptsystem, verbunden mit Paar- und Gruppenübungen sowie Selbsterfahrungseinheiten. Darauf folgte eine sechs- bis siebenwöchige Praxis- und Erprobungsphase am Arbeitsplatz unter Einbezug pflegebedürftiger Klient*innen. Unterstützend wurden Lerngruppen gebildet. Die Organisation der Lerngruppen oblag im Pilotprojekt den Pflegekräften in Eigenverantwortung und wurde nicht durch die Trainer*innen vorgegeben. Nach der Praxisphase folgten zwei weitere zusammenhängende Schulungstage. Dabei handelte es sich um einen Praxistag unter Anleitung der Trainer*innen, an dem die Lerngruppen am jeweiligen Arbeitsplatz mit einer pflegebedürftigen Person die entwickelten kinästhetischen Interventionen in der Schulungsgruppe für eine gemeinsame Analyse vorstellten. Der letzte Schulungstag diente der Reflexion und Besprechung der Praxisfälle sowie dem Abschluss des Kurses. Die Schulungen fanden während der Arbeitszeit in einem Schulungsraum der *AWO AJS gGmbH* statt. Die Durchführung erfolgte durch ausgebildete Trainer*innen von *Kinäesthetics Deutschland*, die vom Unternehmen extern beauftragt wurden. Jeweils zwei Grundkurse wurden von denselben Trainer*innen durchgeführt. Die Studie fand verblindet statt. Die Trainer*innen hatten keine Kenntnis über den konkreten Inhalt der Interventionsstudie, sodass die Durchführung der Grundkurse nicht durch Erwartungen oder Vorwissen der Trainer*innen beeinflusst werden konnte.

3.3 Stichprobe

Die Zuweisung der Teilnehmenden zur TG ergab sich aus dem Projektplan und den für das Pilotprojekt vorgesehenen Einrichtungen. Eine randomisierte Zuweisung der Teilnehmenden konnte dadurch nicht erfolgen. Bei der Auswahl der Einrichtungen für die KG wurde darauf geachtet, dass diese außerhalb des Einzugsgebietes von Erfurt lagen, noch nicht in das Pilotprojekt involviert waren

und keine Beschäftigten aus diesen Einrichtungen an den laufenden Kinästhetik-Kursen teilgenommen hatten. Voraussetzung für die Teilnahme an der Studie war ein aktives Beschäftigungsverhältnis bei der *AWO AJS gGmbH* in einem häuslichen Pflegedienst oder einer teilstationären Pflegeeinrichtung in Thüringen mit pflegerischen Tätigkeitsmerkmalen. Dazu zählten Pflegefachkräfte sowie Pflegehilfskräfte. In der TG war eine weitere Voraussetzung der vollständige und erfolgreiche Besuch eines Kinästhetik-Grundkurses. Eine Mindestanzahl je Teilstichprobe von $n = 30$ wurde angestrebt.

Die TG konstituierte sich aus Pflegefach- und Pflegehilfskräften aus zwei Einrichtungen der *AWO AJS gGmbH* in Erfurt (Senioren-Wohngemeinschaften *Wir-Quartier* und *Heckenrose*) und einer in Gotha (Seniorenresidenz *Prinzenpalais*). Die Einrichtung *Wir-Quartier* hält Kapazitäten für 24 Bewohner*innen vor und beschäftigt 16 Mitarbeitende. Die Einrichtung *Heckenrose* bietet Platz für 18 Bewohner*innen, die von 14 Mitarbeitenden betreut werden. Die Einrichtungen unterhalten zudem einen ambulanten Pflegedienst mit ca. 60 Mitarbeitenden (Stand Oktober 2024). Die Seniorenresidenz *Prinzenpalais* in Gotha bietet betreute Wohnplätze für 44 Bewohner*innen und beschäftigt 23 Mitarbeitende. Vereinzelt nahmen an den Grundkursen auch Mitarbeitende aus dem hauswirtschaftlichen Bereich und Einrichtungsleiter*innen teil. Diese wurden nicht in die Studie aufgenommen.

Für die Kontrollgruppenerhebung wurden drei Pflegeeinrichtungen der *AWO AJS gGmbH* in Thüringen ausgewählt: eine Seniorenwohngemeinschaft in Gräfenthal, eine Seniorenwohngemeinschaft mit ambulantem Pflegedienst in Meuselwitz und ein ambulanter Pflegedienst in Neuhaus/Sonneberg. In diesen Einrichtungen waren im Rahmen des Pilotprojekts keine Kinästhetik-Grundkurse vorgesehen. Die KG kann somit als No-Treatment-Kontrollgruppe spezifiziert werden. Die Einrichtung in Gräfenthal verfügt über 24 betreute Wohnplätze und beschäftigt 15 Mitarbeitende. Die Einrichtung in Meuselwitz bietet 48 Wohnplätze und beschäftigt 31 Personen. Der ambulante Pflegedienst in Neuhaus/Sonneberg beschäftigt etwa 40 Mitarbeitende. Es war davon auszugehen, dass sich TG und KG in ihrer Struktur weitgehend ähneln.

In der Einrichtung in Meuselwitz erfolgte eine Volldatenerhebung parallel zu einem GK. Zwei Teildatenerhebungen wurden nachgeordnet parallel zu einem weiteren GK in den Einrichtungen in Gräfenenthal und in Neuhaus/Sonneberg durchgeführt. Dabei handelte es sich um Nacherhebungen, da sich nach den ersten beiden Erhebungsdurchgängen (Pre-Test und Post 1-Test) in Meuselwitz ein äußerst geringer Rücklauf abzeichnete. Beide Erhebungen unterschieden sich leicht in der Einweisung der Einrichtungsleiter*innen. Zusätzlich wurde in Gräfenenthal und Neuhaus/Sonneberg eine gezielte Ansprache von Beschäftigten durchgeführt.

3.4 Fragebogenkonzeption

Für die Erhebung der interessierenden Konstrukte wurde ein Fragebogen zur Ausgabe als *Paper-and-Pencil-Self-administered Interviewing (PASI)* konzipiert. Diesem vorgelagert war ein Anschreiben mit Informationen zur Studie, zur Bearbeitung des Fragebogens, Hinweisen zum Datenschutz und zu Kontaktdaten. Zudem enthielt jeder Fragebogen ein Kodierfeld zur Sicherstellung der Zuordbarkeit der einzelnen Fragebögen und der Gewährleistung der Anonymität der Studienteilnehmenden. Die jeweiligen Anschreiben wurden für die TG und KG leicht unterschiedlich gestaltet. Die Anschreiben können Anhang A (S. 113 ff.) entnommen werden.

Es erschien insgesamt sinnvoll, die Befragung nicht zu eng an den Arbeitgeber der Teilnehmer*innen zu koppeln, um soziale Erwünschtheit oder Antwortverweigerungen zu reduzieren. Aus demselben Grund wurde darauf verzichtet, den genauen Wortlaut des Studienganges anzugeben. Es bestand die Möglichkeit, dass sich die Teilnehmenden auf den Skalen positiver einschätzen, als es tatsächlich der Fall ist, um nicht den Eindruck zu erwecken, sie könnten psychisch krank sein. Weiterhin wurde der Zweck der Befragung bewusst leicht verschleiert. Für die KG brauchte es zudem einen plausiblen Grund, diese zu einer Befragung „aus dem Nichts“ zu motivieren und die Teilnahmebereitschaft aufrechtzuerhalten. Eine Bezugnahme auf die Master-Thesis und die Entwicklung von Maßnahmen innerhalb der *Betrieblichen Gesundheitsförderung* als Empfehlung für den Arbeitgeber erschienen hier naheliegend, zumal der

Arbeitgeber in diesem Bereich sehr aktiv ist. Weiterhin wurde explizit darauf hingewiesen, dass die Bearbeitung des Fragebogens Bestandteil der Arbeitszeit ist.

Für die Erhebung der interessierenden abhängigen Variablen wurden geeignete empirische Erhebungsinstrumenten ausgewählt (siehe Kapitel 3.5). Zudem wurden demografische Angaben im Pre-Test zur Deskription der Stichprobe und als mögliche Kontrollvariablen für weiterführende Analysen erhoben. Erfragt wurden *Geschlecht*, *Alter*, *Deutsch als Muttersprache*, die *Beschäftigungsdauer*, der *Beschäftigungsumfang* und die *zeitliche Lage der Beschäftigung*, das *Qualifikationsniveau* und der *Einsatzbereich*. Der Post-2-Test in der TG enthielt zusätzlich Evaluationsfragen zum Kinästhetik-Grundkurs sowie zu den Lerngruppen. Weiterhin enthielt der Fragebogen vier Items aus dem *Work Ability-Index (WAI)* (Toumi et al., 1985) zur subjektiv wahrgenommenen *Arbeitsfähigkeit*. Diese werden im Rahmen des Pilotprojekts ausgewertet und sind nicht Gegenstand der vorliegenden Arbeit. Zwei Beispielfragebögen können Anhang B (S. 116 ff.) entnommen werden.

Um mögliche Positioneffekte zu verhindern, wurde der Fragebogen in drei unterschiedlichen Reihungen randomisiert. Welche*r Studienteilnehmer*in welche Reihung zu den jeweiligen Messzeitpunkten erhielt entschied der Zufall, da es organisatorisch nicht möglich war, die Reihung über drei Messzeitpunkte in beiden Gruppen auszubalancieren. Eine ausführliche Darstellung der Randomisierung des Fragebogens findet sich im Anhang C (S. 128 f.).

3.5 Verwendete Messinstrumente

Zur Messung der interessierenden psychologischen Konstrukte *Achtsamkeit*, *Berufliche Selbstwirksamkeit*, *Berufliche Sinnerfüllung* und *Subjektives Wohlbefinden* wurden standardisierte und wissenschaftlich bewährte Testverfahren eingesetzt. Diese werden nachfolgend vorgestellt. Für die Evaluation der Kinästhetik-Grundkurse und der Lerngruppen wurden zwei separate Skalen entwickelt. Im Hinblick auf die wissenschaftliche Güte dieser

beiden Skalen wird in den entsprechenden Unterkapiteln erläutert, welche Maßnahmen zur Sicherung selbiger ergriffen wurden.

3.5.1 Achtsamkeit

In dieser Erhebung wird *Achtsamkeit* mit der deutschen Version der *Mindful Attention and Awareness Scale, deutsche Version (MAAS)* von Michalak et al. (2008) erhoben. Die Originalversion wurde von Brown und Ryan (2003) entwickelt. Brown und Ryan (2003) verstehen unter *Achtsamkeit* eine offene und auf den gegenwärtigen Moment gerichtete Aufmerksamkeit und Bewusstheit von momentanen Ereignissen. Diese Definition kommt der Auffassung von *Achtsamkeit* in der Kinästhetik sehr nahe.

Der Fragebogen dient der Erfassung dispositioneller Achtsamkeit auf den gegenwärtigen Moment in der Allgemeinbevölkerung als eindimensionales Konstrukt. Mittels 15 selbstbezogener Aussagesätze wird die An- oder Abwesenheit von *Achtsamkeit* bei verschiedenen Aktivitäten auf einer sechsstufigen Likert-Skala von 1 („fast immer“) bis 6 („fast nie“) in Form einer Selbstauskunft erfasst. Für die Auswertung wird ein arithmetischer Mittelwert gebildet. Ein hoher Wert auf der Skala entspricht einer hohen Ausprägung von *Achtsamkeit*, wobei die einzelnen Items als Negativitems formuliert sind. Ein Beispielitem der *MAAS* lautet: „*Ich merke, wie ich Dinge tue, ohne auf sie zu achten*“. Die interne Konsistenz der *MAAS* liegt bei Cronbachs Alpha .83. Die Retest-Reliabilität (Intervall: 21 Tage) beträgt $r_{tt} = .82$ und kann als gut bewertet werden. Veränderungen auf der Skala sollten sich hiermit zuverlässig auf eine Intervention zurückführen lassen. In Bezug auf die konvergente Validität zeigen sich Zusammenhänge mit psychopathologischer Belastung und Wohlbefinden (Michalak et al., 2011).

3.5.2 Beruflicher Selbstwirksamkeit

Für die Erfassung *Beruflicher Selbstwirksamkeit* wurde auf die *Skala zur Messung der beruflichen Selbstwirksamkeitserwartung (BSW-5-Rev)* von Knispel et al. (2021) zurückgegriffen. Bei diesem Instrument handelt es sich um eine

Adaption und Reanalyse der *BSW-Skala* von Abele et al. aus dem Jahr 2000. Die Skala stellt mit fünf Items und einer Bearbeitungszeit von ca. einer Minute ein ökonomisches und valides Messinstrument zur eindimensionalen Erfassung motivationaler und fähigkeitsbezogener Aspekte beruflicher Selbstwirksamkeitserwartungen dar. *Berufliche Selbstwirksamkeit* wird von den Autor*innen in Anlehnung an Anderson und Betz (2001) als Überzeugung definiert, berufliche Anforderungen erfolgreich auf Grundlage der eigenen Fähigkeiten bewältigen zu können. Die Skala liegt in zwei Varianten vor – für Studierende und Erwerbstätige –, wobei in dieser Studie die Skala für Erwerbstätige zum Einsatz kommt. Die Einschätzung der Items erfolgt auf einer vierstufigen Skala von 1 („stimmt gar nicht“), 2 („stimmt eher nicht“), 3 („stimmt eher“) und 4 („stimmt genau“). Ein Beispielitem lautet: „*Ich weiß, dass ich die für meinen Beruf erforderlichen Fähigkeiten, wirklich habe*“. Zur Auswertung wird ein ungewichteter Mittelwert gebildet. Je höher der individuelle Mittelwert, desto höher die selbst eingeschätzte *Berufliche Selbstwirksamkeit*. Es stehen zwei Validierungsstichproben zur Verfügung (Studierende $n = 206$, Erwerbstätige $n = 228$), deren Werte als Referenzen herangezogen werden können. Limitierend ist jedoch zu erwähnen, dass diese Stichproben nicht die Anforderungen einer Normstichprobe erfüllen. Die interne Konsistenz der *BSW-5-Rev* liegt bei Cronbachs Alpha .73 (Erwerbstätige) und .77 (Studierende) und kann als befriedigend bis gut bewertet werden. In Bezug auf die konvergente Validität zeigen sich erwartungskonforme Zusammenhänge zu anderen Skalen zur Messung von Selbstwirksamkeit sowie zu proaktiven Coping bzw. Stressbewältigung, Resilienz, beruflicher Anpassungsfähigkeit und anderen psychologischen Konstrukten (Knispel et al., 2021).

3.5.3 Berufliche Sinnerfüllung

Berufliche Sinnerfüllung wird mittels der deutschen Version des *Meaning in Work Inventar (ME-Work)* von Schnell und Hoffmann (2022) erfasst. Das *ME-Work* basiert inhaltlich und strukturell auf der Theorie des Lebenssinns von Schnell (2020). Das Selbstratinginstrument erfasst auf sieben Kurzskalen mit insgesamt 23 Items verschiedene Komponenten des Sinnerlebens im Beruf. Die Items

werden auf einer sechsstufigen Skala von 0 („stimme überhaupt nicht zu“) bis 5 („stimme vollkommen zu“) bewertet. Ein Beispielitem lautet: „*Ich hetze durch Aktivitäten, ohne wirklich aufmerksam für sie zu sein*“. Das *ME-Work* besteht aus drei Modulen, welche einzeln oder gemeinsam eingesetzt werden können. Modul 1 erfasst vier Facetten sinnvoller Arbeit: (1) *Kohärenz* (Passung zwischen Beruf und Persönlichkeitseigenschaften), (2) *Bedeutsamkeit* (positiven Eigenschaften der beruflichen Tätigkeit für sich selbst und die Gesellschaft), (3) *Orientierung* (Ausmaß, in dem der Arbeitgeber als sozial verantwortlich wahrgenommen wird) und (4) *Zugehörigkeit* (erfahrene Anerkennung und Wertschätzung am Arbeitsplatz) (Rosso et al., 2010; Schnell et al., 2013). Modul 2 misst die subjektive Einschätzung der Arbeit als sinnvoll oder sinnlos. Modul 3 bildet ab, inwieweit die Arbeit als Sinnquelle wahrgenommen wird. Neben der Einschätzung, wie sinnvoll die Arbeit empfunden wird, können anhand der vier Facetten aus Modul 1 auch Ursachen für das Vorhandensein oder Fehlen *Beruflichen Sinnerlebens* eruiert werden. Das *ME-Work* eignet sich daher gut für Veränderungsmessungen. Mit einer Bearbeitungsdauer von drei bis vier Minuten liegt ein ökonomisches und reliables Instrument vor. Die Werte für Cronbachs Alpha liegen in der Konstruktionsstichprobe und einer Validierungsstichprobe zwischen .78 und .92. *Sinnvolle Arbeit* korreliert hoch mit Arbeitszufriedenheit, sozio-moralischem Klima und beruflicher Leistungsfähigkeit sowie hoch negativ mit allgemeinem Stresserleben, Zynismus und allgemeiner Erschöpfung. In Bezug auf allgemeine Sinnerfüllung korrelieren die Skalen des *ME-Work* positiv, mit einer Sinnkrise negativ (Allan et al., 2019). Für das *ME-Work* liegen keine Normstichproben vor. Es wird empfohlen eigene Referenzstichproben in der jeweiligen Organisation zu erheben. Für diese Studie wurde eine Vergleichsstichprobe (N = 35) aus den Daten zu MZ 1 von denjenigen Teilnehmenden gebildet, welche aus der Studie aufgrund unvollständiger Datensätzen ausgeschlossen wurden. Die interne Konsistenz liegt bei Cronbach's Alpha .81 und kann als hoch bewertet werden. Die Reliabilität der Stichprobe bewegt sich dabei im Bereich der Referenzstichprobenwerte von Schnell und Hoffmann (2022).

3.5.4 Subjektives Wohlbefinden

Zur Erhebung von *Subjektiven Wohlbefinden* kommt der *WHO 5-Well-Being Index (WHO-5)* (Psychiatric Research Unit, 1998) zum Einsatz. Hierbei handelt es sich um eine weltweit eingesetzte Selbstratingskala mit fünf nicht-invasiven Fragen zur Erfassung allgemeinen Wohlbefindens. Der *WHO-5* wird auch als Screening-Verfahren bei Depressionen angewandt. Ein Beispielitem lautet: „*In den letzten zwei Wochen war ich froh und guter Laune*“. Auf einer sechstufigen Skala sollen die Proband*innen einschätzen, in welchem zeitlichen Umfang sie den fünf Aussagen zustimmen. Die Antwortmöglichkeiten reichen von einem Pol der dimensional Skala „*die ganze Zeit*“ bis zum entgegengesetzten Pol „*zu keinem Zeitpunkt*“. Für die Auswertung erfolgt eine Punktezuweisung von 5 bis 0 Punkten je Item, aus welchen ein Summenscore ermittelt wird. Es kann eine Höchstpunktzahl von 25 Punkten erreicht werden. Je höher der Summenscore, desto höher das *Subjektive Wohlbefinden*, wobei für die Beurteilung eine Einteilung in fünf Wertebereiche wie folgt vorgenommen wird: 25-19 Punkte = *sehr gut*, 18-13 Punkte = *zufriedenstellend*, 12-10 Punkte = *reduziert*, < 10 Punkte = *deutlich eingeschränkt*, < 7 Punkte = *Depression sehr wahrscheinlich*. Eine Übersichtsarbeit von Topp et al. (2015) zeigt eine hohe klinimetrische Validität des Instruments auf und verweist auf eine gute Validität und hohe Anwendbarkeit in unterschiedlichen Forschungsbereichen.

3.5.5 Evaluation der Kinästhetik-Grundkurse

Im Rahmen des Pilotprojekts wurde eine Evaluation der Kinästhetik-Grundkurse durchgeführt. Ziel war es nicht, ein neues Messinstrument zu entwickeln, sondern eine pragmatische und quantifizierbare Einschätzung der Bewertung der Kinästhetik-Grundkurse durch die Teilnehmenden zu erhalten. Eine weitere Überlegung war, die vier abhängigen Konstrukte mithilfe einiger kurzer, prägnanter Items gegenzuprüfen. Die hier gewonnenen Daten werden im Rahmen der Master-Thesis zur Deskription der TG und für explorative Analysen herangezogen.

Es wurde ein Fragenkatalog bestehend aus 18 Items und sechs Subskalen

erarbeitet (siehe Anhang B, S. 126). Eine Orientierung bot das *Trainings Evaluation Inventar (TEL)* von Ritzmann et al. (2020). Subskala 1 diente der *Evaluation* der Grundkurse und erfasst folgende Bereiche: (1) *Zufriedenheit mit dem Kurs* (Item 1, 6), (2) *wahrgenommene Schwierigkeit* (Item 2), (3) *Nutzen* (Item 3, 4), (4) *Bedingungen für den Praxistransfer* (Item 17, 18) und (5) *Wissenszuwachs* (Item 5, 7). Weiterhin wurden über fünf Subskalen die Konstrukte *Achtsamkeit* (Item 11, 12), *Berufliche Selbstwirksamkeit* (Item 8, 9), *Berufliche Sinnerfüllung* (Item 10, 16), *Subjektives Wohlbefinden* (Item 13, 15) sowie *Arbeitsfähigkeit* (Item 14) operationalisiert. Die Antwortmöglichkeiten reichen auf einer fünfstufigen Likert-Skala von 0 („stimme nicht zu“) bis 4 („stimme sehr zu“). Für einen Gesamtwert wurde der arithmetischer Mittelwert über alle Items errechnet. Ebenso können für die Subskalen eigene Werte gebildet werden. Hohe Werte gehen mit einer positiven Bewertung des Kurses bzw. mit einer hohen Zustimmung auf der jeweiligen Subskala einher.

Für die Sicherstellung der Aussagekraft und Qualität der Evaluation wurden im Entwicklungsprozess des Fragebogens die drei Hauptgütekriterien (*Objektivität, Reliabilität, Validität*) und vier Nebengütekriterien (*Vergleichbarkeit, Ökonomie, Nutzen und Normierung*) der klassischen Testtheorie nach Bühner (2006) berücksichtigt. Die Durchführungs- und Auswertungsobjektivität des Fragebogens wurde durch eine klare und standardisierte Instruktion, klare Itemformulierungen und ein standardisiertes Antwortformat in Form einer Likert-Skala sichergestellt. Zusätzlich ist die Auswertung durch die numerische Repräsentation der Antwortmöglichkeiten und eine Mittelwertsbildung der Gesamt- und Subskalenwerte unabhängig von der auswertenden Person gewährleistet. Zur Beurteilung der Reliabilität wurde der Evaluationsfragebogen einer Reliabilitätsanalyse unterzogen. Für die Gesamtskala wurde eine sehr hohe interne Konsistenz mit einem Cronbach`s Alpha .97 ermittelt. Für die Subskala *Evaluation* (9 Items) ergab sich ein Wert von $\alpha = .95$, für *Achtsamkeit* (2 Items) $\alpha = .90$, *Berufliche Selbstwirksamkeit* (2 Items) $\alpha = .77$, *Berufliche Sinnerfüllung* (2 Items) $\alpha = .67$ und *Subjektives Wohlbefinden* (2 Items) $\alpha = .76$ ¹. Bis auf die

¹ Eine zusätzliche Berechnung nach Spearman-Brown für 2-Item-Skalen ergab die gleichen Koeffizienten.

Subskala *Berufliche Sinnerfüllung* weisen alle Subskalen eine sehr gute bis gute Reliabilität auf (Cohen, 1988). Da die Evaluationsskala in dieser Studie ausschließlich dem Zweck diene, ein Maß für die Bewertung der Kinästhetik-Grundkurse sowie Kontrollwerte für die abhängigen Konstrukte zu generieren, wurde auf weiterführende Analysen, wie eine Hauptkomponentenanalyse oder die Berechnung von Itemtrennschärfen, verzichtet. Die Inhaltsvalidität wurde durch die Auswahl der Items aus den abhängigen Variablen sowie durch die Orientierung an einem validen Messinstrument (Ritzmann et al., 2020) sichergestellt. Damit ist auch eine gewisse Vergleichbarkeit des Erhebungsinstruments gegeben. Mit 18 Items und einer Bearbeitungszeit von ca. zwei Minuten liegt ein ökonomisches Messinstrument vor. Der praktische Nutzen liegt in dieser Studie darin, mit der Erfassung der Bewertung der Kinästhetik-Grundkurse einen mögliche Störvariable zu kontrollieren. Der Fragenkatalog wurde keiner Vortestung unterzogen. Es konnte keine Normstichprobe erhoben werden.

3.5.6 Evaluation der Lerngruppen

Des Weiteren erfolgte eine Evaluation der Lerngruppen. Erfragt wurde die wahrgenommene Unterstützung durch die Lerngruppen anhand vierer Fragen auf einer fünfstufigen Likert-Skala von 0 („stimme nicht zu“) bis 4 („stimme sehr zu“) (siehe Anhang B, S. 127). Ein Gesamtwert wurde über die Berechnung des arithmetischen Mittelwerts über alle Items gebildet. Auch hier wurden die Gütekriterien der klassischen Testtheorie bei der Entwicklung berücksichtigt. Die Durchführungs- und Auswertungsobjektivität des Fragebogens wurde analog zum Evaluationsfragebogen (Kapitel 3.5.5) gesichert. Zur Beurteilung der Reliabilität wurde das Instrument einer Reliabilitätsanalyse unterzogen. Es zeigte sich eine sehr gute interne Konsistenz der Skala mit Cronbach's Alpha .83. Die Inhaltsvalidität ist dadurch gegeben, dass die Formulierung der Items klar erkennen ließ, dass sie verschiedene Aspekte des Nutzens der Lerngruppe abbilden (Bühner, 2006). In Verbindung mit der hohen internen Konsistenz liegt die Annahmen nahe, dass die Skala das beabsichtigte Konstrukt messbar machte. Mit vier Items und einer Bearbeitungszeit von unter einer Minute liegt ein

ökonomisches Messinstrument vor. Der praktische Nutzen liegt in dieser Studie darin, mit der Erfassung der Bewertung der Lerngruppen einen mögliche Störvariable zu kontrollieren. Die Skala wurde keiner Vortestung unterzogen. Eine Normstichprobe konnte nicht erhoben werden.

In zwei nachfolgenden Fragen wurde weiterhin erhoben, wie oft sich die Teilnehmenden der TG in den Lerngruppen getroffen und wie oft sie Kinästhetik in ihren Arbeitsalltag eingebaut haben. Die erhobenen Daten dienen in dieser Arbeit der Deskription der Stichprobe und als Kontroll- und Vergleichsvariablen. Sie geben mögliche Informationen über den Theorie-Praxis-Transfer innerhalb der Kinästhetik-Grundkurse.

3.6 Datenerhebung

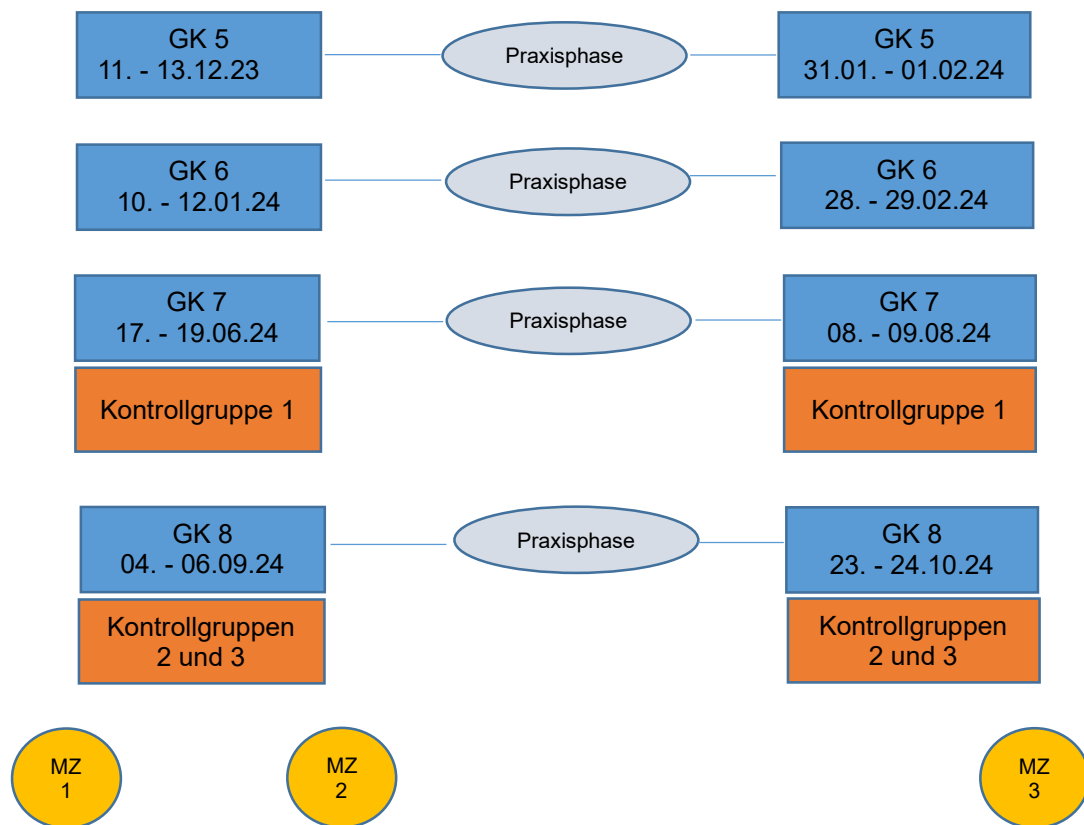
Für die Interventionsstudie wurden Daten in vier Grundkursen im Zeitraum von Dezember 2023 bis Oktober 2024 erhoben. Die Kontrollgruppenerhebung fand in selbiger Form in drei Einrichtungen der *AWO AJS gGmbH* parallel zu zwei Grundkursen in 2024 statt. Aus ökonomischen Gründen wurde auf eine Kontrollgruppenerhebung parallel zu jedem Grundkurs verzichtet. Eine Woche vor den jeweiligen Datenerhebungen wurden die Kursteilnehmenden sowie die Pflegekräfte in den Einrichtungen für die Kontrollgruppenerhebung über den Zweck, den Ablauf und die Verantwortlichen der Studie sowie den Datenschutz und die Teilnahmebedingungen an der Studie aufgeklärt. In der TG erfolgte diese Aufklärung über die jeweilige Whatsapp-App-Gruppe des Grundkurses. In der KG als Aushang in den jeweiligen Einrichtungen. Weiterhin war jedem Fragebogen zu allen drei Messzeitpunkten ein Anschreiben (siehe Anhang A, S. 113 ff.) vorgelagert.

Die Datenerhebung erfolgte zu jeweils drei Messzeitpunkten. Eine Baseline wurde in einem Pre-Test zu Beginn eines Grundkurses in der TG und in der KG vor Schichtbeginn erhoben. Die Post-1-Befragung erfolgt zum Ende des dritten Schulungstages in der TG bzw. zwei Tage nach der ersten Befragung zum Ende einer Schicht (bei einem schichtfreien Tag zum Ende der nächstfolgenden Schicht) in der KG. Die Post-2-Befragung nach ca. sechs Wochen zum Ende des

fünften Schulungstages (2. Schulungsblock bestehend aus zwei Tagen) in der TG bzw. nach Ende einer Schicht in der KG. Der Zeitpunkt der Post-2-Befragung konnte durch die Autorin nicht beeinflusst werden. Er orientierte sich an den zeitlichen Voraussetzungen der Trainer*innen sowie arbeitsorganisatorischen Belangen und war deshalb geringen Schwankungen unterworfen. Der detaillierte Datenerhebungsplan kann Abbildung 2 entnommen werden.

Abbildung 2

Datenerhebungsplan



(eigene Darstellung)

In der TG wurden die Fragebögen jeweils in einem verschließbaren Umschlag von der Verantwortlichen der Studie nach einer kurzen Ansprache an die Gruppe ausgegeben und nach dem Ausfüllen und Ablegen im verschlossenen Umschlag wieder eingesammelt. Während des Ausfüllens hat sich die

Studienverantwortliche abseits der Gruppe gehalten, um diese nicht zu beeinflussen. Konkrete Verständnisfragen (zur Kodierung und von Personen, deren Muttersprache nicht Deutsch ist) wurden beantwortet.

Für die Fragebogenerhebung in der KG wurden die jeweiligen Einrichtungsleiterinnen von der Studienverantwortlichen in die Durchführung der Erhebung eingewiesen. Die Einweisung erfolgte entweder persönlich vor Ort oder fernmündlich via E-Mail und telefonischen Kontakt. Die Fragebögen wurden von der Studienverantwortlichen vorbereitet und persönlich oder auf dem Postweg den Einrichtungen zugeleitet. Für die Ausgabe und das Einsammeln der Fragebögen waren die Einrichtungsleiterinnen verantwortlich. Die Fragebögen wurden zur Ausgabe in einem verschließbaren Umschlag in das jeweilige Personalfach gelegt. Die Abgabe der ausgefüllten Fragebögen erfolgte verschlossen im Umschlag in der jeweiligen Einrichtung. Nach den ersten beiden und dem dritten Erhebungsdurchlauf wurden die verschlossenen Fragebögen durch die Einrichtungsleiterinnen an die Studienverantwortliche zurückgesandt.

3.7 Rücklaufquoten

Nach jeweils einem Erhebungsdurchgang, bestehend aus drei Messzeitpunkten, wurden alle PASI-Fragebögen entsprechend ihrer Kodierung zusammengeführt. Von den an insgesamt 100 Personen adressierten Fragebögen lagen nach Abschluss der Erhebungsphase Fragebögen von 84 Personen (Rücklaufquote 84.0 %) vor. Nach einer ersten Sichtung auf Vollständigkeit der PASI-Fragebögen wurden all diejenigen Datensätze ausgeschlossen, bei denen weniger als drei Fragebögen vorlagen oder ausgefüllt wurden. Von 39 teilnehmenden Personen in der TG, verteilt auf vier Grundkurse, mussten in der Erstsichtung 14 Personen ausgeschlossen werden. Bei 25 Personen lagen die vollständigen Datensätze über alle drei Messzeitpunkte vor. Dies entspricht einer Rücklaufquote von 64.0 %. In der KG wurden Fragebögen für 61 Personen ausgegeben. In der Einrichtung in Meuselwitz erfolgte eine Vollerhebung. 40 Beschäftigten sind die Fragebögen zugegangen. Die Rücklaufquoten betrugen in der ersten Befragung 43.0 % (17 Personen) und in der zweiten Befragung 25.0 % (zehn Personen). In der dritten Befragung betrug die Rücklaufquote nur noch bei 8.0 % (3 Personen).

Keine Person nahm vollständig an allen drei Einzelerhebungen teil. Demnach ist diese Einrichtung in der Stichprobe nicht vertreten. In der Einrichtung in Gräfenthal betrug die Rücklaufquote über alle drei Erhebungszeitpunkte 90.0 %. Neun von 10 Personen wurden mit vollständigen Datensätzen in die Analyse aufgenommen. In der Einrichtung in Neuhaus am Rennweg betrug die Rücklaufquote zum ersten und zweiten Erhebungszeitpunkt 100.0 % (12 Personen), Zum dritten Erhebungszeitpunkt 58.0 %. Von sieben Personen lagen vollständige Datensätze über alle drei Messzeitpunkte vor. Insgesamt standen nach der Erstsichtung der Fragebögen 16 Datensätze in der Kontrollgruppe zur Verfügung. Dies entspricht einer Rücklaufquote von 26.0 %. Zusammengefasst konnten 41 Personen in die Studie aufgenommen werden.

3.8 Datenaufbereitung

Die Eingabe der Rohdaten erfolgte manuell in das Statistikprogramm *IBM SPSS Statistics 29 für Windows*. Nach der Eingabe wurden die Datensätze auf fehlende oder ungewöhnliche Werte hin gesichtet. Ein Ausschlusskriterium war ein Anteil fehlender Werte von über 10.0 %. Dies war bei keinem Datensatz der Fall. Ebenso konnte kein Fall mit ungewöhnlichen Werten identifiziert werden. Insgesamt wurden $N = 41$ Datensätze ($n_{TG} = 25$, $n_{KG} = 16$) bestehend aus jeweils drei Einzelfragebögen in die Analyse aufgenommen.

Im Vorfeld der Datenanalyse erfolgte eine Aufbereitung und Transformierung der Daten. Im Gesamtdatensatz wurden einzelne fehlenden Werte für die inferenzstatistischen Verfahren durch die jeweiligen Gruppenmittelwerte des Messzeitpunktes ersetzt. Es handelt sich dabei um 43 Einzelwerte. Dies entspricht 0.53 % der 197×41 -Ursprungsdatenmatrix (Variablen $\times$ N). Für dieses Vorgehen wurde sich entschieden, um bei den vorliegenden sehr kleinen Stichprobenumfängen beider Gruppen keine weiteren Einbußen bei der Datenaggregation durch fehlende Werte in Kauf nehmen zu müssen. Durch die Verwendung der Gruppenmittelwerte des jeweiligen Messzeitpunktes bleibt zudem ein möglicher Gruppenunterschied erhalten. Auch bleiben die Varianzen und Streuungen der Werte unbeeinflusst. Eine a priori erfolgte Analyse des Fehlermusters zeigte keine systematischen Auffälligkeiten. Es kann von einem

MCAR-Muster (*Missing Completely at Random*) ausgegangen werden (Schendera, 2007). Fehlende demografische Daten, welche lediglich der Deskription der Stichproben dienten, wurden nicht ersetzt, sondern numerisch mit „99“ als solche gekennzeichnet und definiert.

Weiterhin wurde die Variable *Beschäftigungsdauer*, welche im Fragebogen als Jahreszahl erhoben wurde, für eine bessere Handhabbarkeit in eine zusätzliche kategoriale Variable wie folgt umcodiert: „1“ = *Phase der Neuorientierung* (2024), „2“ = *Phase der Identifikation mit dem Arbeitgeber* (2023 – 2019), „3“ = *Phase der Etablierung* (ab 2018 absteigend). Diese Einteilung orientiert sich an gängigen Modellen innerhalb der Arbeits- und Organisationspsychologie zur beruflichen Sozialisation und Identifikation (z. B. Ashforth & Mael, 1989; Jablin, 2001).

In Vorbereitung auf die inferenzstatistischen Analysen wurden für die einzelnen abhängigen Variablen über die jeweiligen Messzeitpunkte hinweg die Sub- und Gesamtskalen aus den einzelnen Items aggregiert. Das Vorgehen der Datentransformation für die einzelnen Messinstrumente gestaltete sich wie folgt: Für die *MAAS* von Michalak et al. (2008) wurde eine Gesamtskala aus dem arithmetrischen Mittelwert der 15 Skalenitems gebildet. Die Werte können Ausprägungen zwischen 0 bis 6 annehmen, wobei ein hoher Wert einer hohen Ausprägung von *Achtsamkeit* entspricht. Die Gesamtskala für die Erfassung der *Beruflichen Selbstwirksamkeit* mittels *BSW-5-Rev* (Knispel et al., 2021) wurde ebenso durch die Berechnung des arithmetischen Mittelwerts über die fünf Items der Skala gebildet. Die Werte können Ausprägungen zwischen 1 und 4 annehmen, wobei ein hoher Wert einer hohen Ausprägung von *Beruflicher Selbstwirksamkeit* entspricht. Die Skalenbildung des *ME-Work* (Schnell & Hoffmann, 2022) gestaltet sich etwas umfangreicher. Je Messzeitpunkt wurden sieben Sub-, drei Modul- und eine Gesamtskala durch die Berechnung des arithmetischen Mittelwerts generiert². Ein inverses Item (Item 3) musste vor der Berechnung umgepolt werden. Die Werte können Ausprägungen zwischen 0 bis 5 annehmen, wobei ein hoher Wert einer hohen Ausprägung *Beruflicher*

² Für eine genaue Aufschlüsselung der Itemzuordnung zu den einzelnen Subskalen und Modulen siehe Schnell und Hoffmann, 2022

Sinnerfüllung entspricht. Für die Erfassung *Subjektiven Wohlbefindens* mittels des *WHO-5* (Psychiatric Research Unit, 1998) wurde ein Summenscore aus allen fünf Items gebildet. Die Werte können Ausprägungen zwischen 0 bis 25 annehmen, wobei ein hoher Wert einer hohen Ausprägung des *Subjektiven Wohlbefindens* entspricht. Aus den 18 Items der von der Autorin entwickelte Skala für die Evaluation der Kinästhetik-Grundkurse wurde durch die Berechnung des arithmetischen Mittelwerts eine Gesamtskala gebildet. Auf einer fünfstufigen Likert-Skala können Werte zwischen 0 und 4 erreicht werden. Auf eine weitere Aufschlüsselung der Skala wurde im Rahmen dieser Arbeit verzichtet. Je höher der Wert, desto positiver die Bewertung des Kinästhetik-Grundkurses. Die vier entwickelten Items zur Bewertung der Lerngruppen wurden ebenfalls zu einem Gesamtwert aufaddiert und das arithmetische Mittel gebildet. Auf einer fünfstufigen Likert-Skala können Werte zwischen 0 und 4 erreicht werden. Je höher der Wert, desto positiver die Bewertung der Lerngruppen.

3.9 Datenanalyse

Für die Datenanalyse wurde das Statistikprogramm *IBM SPSS Statistics 29 für Windows* verwendet. Es wurden deskriptive und inferenzstatistische Analysen vorgenommen. Die Beschreibung der Stichproben erfolgt deskriptiv durch Angabe absoluter und prozentualer Häufigkeiten unter Einbezug fehlender Werte. Es werden geeignete Kennwerte (Häufigkeiten, Lage- und Streuungsmaße) angegeben. Weiterhin erfolgen Angaben für die Gesamtstichprobe sowie aufgeschlüsselt nach TG und KG. Da die Zuweisung zu den Gruppen in dieser Studie nicht randomisiert werden konnte, wurde im Anschluss statistisch geprüft, inwieweit die Gruppen in ihren Charakteristika miteinander vergleichbar sind. Hierfür wurden geeignete Verfahren (Chi-Quadrat-Test auf Unabhängigkeit und Mann-Withney-U-Test) für die jeweiligen Messniveaus ausgewählt.

Für die Prüfung der aufgestellten Hypothesen H1 bis H4 wurde für alle abhängigen Konstrukte als zentrales Verfahren eine Varianzanalyse mit Messwiederholung (Mixed ANOVA) unter Berücksichtigung des zweistufigen Zwischensubjektfaktors *Gruppe* herangezogen. Diese bietet entgegen

herkömmlichen separater t-Tests für unabhängige (Gruppenvergleich) bzw. abhängige Stichproben (Messzeitpunkte) den Vorteil, dass Effekte zwischen den Gruppen und Zeitpunkten nicht nur als isolierte Haupteffekte, sondern auch deren Wechselwirkungen (Interaktionseffekte) simultan analysiert werden können (Bortz & Döring, 2006; Sedlmeyer & Renkewitz, 2008).

Für jede Berechnung der Mixed ANOVA wurden die Daten auf die Voraussetzungsbedingungen geprüft. Hierzu zählen: (1) nominalskalierte unabhängige Variablen (UV), (2) metrische AV, (3) Normalverteilung der AV zu jedem Messzeitpunkt in jeder Gruppe, (4) Homogenität der Fehlervarianzen für den Gruppenfaktor, (5) Homogenität der Kovarianzmatrizen für den Gruppenfaktor und (6) Sphärizität des Messwiederholungsfaktors (Salkind, 2010).

Die Verfahrensvoraussetzungen (1) und (2) ergeben sich aus dem Design der Studie und der Auswahl der Messinstrumente. Inner- wie Zwischensubjektfaktor (Messzeitpunkte und Gruppen) sind nominalskaliert und unabhängig. Die AVs werden in dieser Arbeit als intervallskaliert angenommen. Diese Annahme basiert darauf, dass die verwendeten Likert-Skalen der Messinstrumente in der psychologischen Forschung häufig als annähernd intervallskaliert interpretiert werden, da die Abstände zwischen den Kategorien inhaltlich gleichbedeutend sind (Aiken & West, 1991). Durch diese Annahme wird die Anwendung parametrischer Verfahren wie der ANOVA ermöglicht. Darüber hinaus zeigen empirische Untersuchungen, dass diese Annahme in der Praxis zu robusten und interpretierbaren Ergebnissen führt (Norman, 2010; Sullivan & Artino, 2013).

Für Verfahrensvoraussetzung (3) wurde für jede Gruppe und für jeden Zeitpunkt die Normalverteilung der Daten mittels grafischer Analyse mit Q-Q-Diagrammen und Histogrammen geprüft. Dies geschah vor dem Hintergrund, dass bei Datensätzen mit Stichprobenumfängen $n < 30$ eine Normalverteilung der Daten nur bedingt angenommen werden kann (Bortz & Döring, 2006). Bei auffälligen grafischen Befunden wurde eine statistische Prüfung mittels des Shapiro-Wilk-Test hinzugezogen. (Razali & Wah, 2011).³ Auch bei Verletzung der Bedingung

³ Alternativ ist auch der Kolmogorov-Smirnov-Test einsetzbar. Jedoch weist Shapiro-Wilk eine

der Normalverteilung der Werte wurde eine Mixed ANOVA durchgeführt. Nach Salkind (2010) gilt die Varianzanalyse robust gegenüber Abweichung in der Normalverteilung der Werte, sofern in jeder Bedingung mindestens 10 beobachtbare Werte vorliegen. Nach Nachtigaler und Wirtz (2006) sind zudem Abweichungen von der Normalverteilung dann zu vernachlässigen, wenn die Verteilungen schief sind. Schmal- und breitgipflige Verteilungen (Excess) sollte jedoch bei der Interpretation der Prüfgröße beachtet werden, da sie einen verzerrenden Einfluss auf die Prüfgröße haben können.

Die Homogenität der Fehlervarianzen für den Gruppenfaktor (4) wurde mittels Levene-Test geprüft, da die Gruppengrößen von TG und KG ungleich groß sind. Da der Levene-Test bei kleinen Stichproben allerdings eine zu geringe Power aufweist, besteht das Risiko der Erhöhung eines Fehlers 2. Art (Beta-Fehler). Die Nullhypothese wird fälschlicherweise beibehalten (Gastwirth et al., 2009). Aufgrund dessen wurde die Prüfung auf Varianzhomogenität zusätzlich über eine Ausgabe der Varianzen je Gruppe und Messzeitpunkt vorgenommen. Varianzhomogenität wurde angenommen, wenn die Varianzen der beiden Gruppen je Messzeitpunkt nicht mehr als 20% voneinander abwichen (Tabachnick & Fidell, 2019). Die Homogenität der Kovarianzmatrizen für den Gruppenfaktor (5) wurde statistisch mittels Box-M-Test geprüft.

Für die Prüfung der Varianzhomogenität der Differenzen zwischen allen Paaren für den Innersubjektfaktor, die sog. Sphärizität (6) kam der Mauchly-Test zur Anwendung. Bei Verletzung dieser Voraussetzung wurde je nach Epsilonwert eine Korrektur nach Greenhouse-Geisser (Wert $< .75$) oder Huynh-Feldt (Greenhouse-Geisser $> .075$) vorgenommen (Field, 2013). Zusätzlich wurden geeignete Post-hoc-Tests zur konkreten Unterschiedslokalisation bezüglich des Innersubjektfaktors Zeit gerechnet.

Bei Verletzungen der Varianzhomogenität und der Homogenität der Kovarianzen wird von einer Durchführung der Mixed ANOVA abgeraten, da die Prüfgröße stark verzerrt sein kann (Field, 2013). *IBM SPSS Statistics 29 für Windows* bietet für

größere Teststärke auf und ist somit der konservativere Test. Diskussionswürdig ist, ob bei einer Stichprobengröße von $n = 41$ eine statistische Testung überhaupt sinnvoll ist. (Razali & Wah, 2011).

diesen Fall jedoch keine robuste Alternative an. Bei Verletzung dieser Bedingungen wurde die Mixed ANOVA deswegen fortgeführt. Zur Absicherung der Ergebnisse kommen zusätzlich nicht-parametrische Verfahren, wie der Friedmann-Test für Effekte des Innersubjektfaktors und/oder der Mann Whitney-U-Test zur Analyse des Zwischensubjektfaktors zum Einsatz.

Aufgrund der deskriptiven und inferenzstatistischen Ergebnisse wurden nachgeordnet explorative Analysen für bestimmte Fragestellungen durchgeführt. Hierfür wurden verschiedene Kovariaten bzw. weitere Zwischensubjektfaktoren (je nach Messniveau) in die Mixed ANOVA aufgenommen. Für die Berechnung von Zusammenhängen zwischen Variablen wurden geeignete Zusammenhangsmaße verwendet. Weiterhin wurden mittels Mixed ANOVA untersucht, ob die Anwendungshäufigkeit von Kinästhetik sowie der Lerngruppen einen Einfluss auf die abhängigen Konstrukte zwischen MZ 2 und MZ 3 haben.

Allen Berechnungen in dieser Studie wurde ein Signifikanzniveau von $\alpha = .05$ als Irrtumswahrscheinlichkeit zugrunde gelegt. Für alle angewandten Verfahren werden die entsprechenden Effektgrößen angegeben.

4 Ergebnisse

Die Darstellung der Ergebnisse gliedert sich in einen deskriptiven, einen inferenzstatistischen und einen explorativen Teil. Der deskriptive Teil beinhaltet die Beschreibung der Stichprobe, die deskriptiven Ergebnisse für die abhängigen Konstrukte sowie die Ergebnisse der Evaluation der Kinästhetik-Grundkurse und der Lerngruppen in der TG. Im zweiten Teil werden die Ergebnisse der inferenzstatistischen Prüfung der einzelnen Hypothesen dargestellt. Der dritte Teil beinhaltet relevante Ergebnisse weiterführender Analysen.

4.1 Deskriptive Ergebnisse

4.1.1 Beschreibung der Stichprobe

In der Pre-Testung erfolgte in beiden Gruppen die Erhebung relevanter demografischer Angaben zu Kontrollzwecken. Abgefragt wurden: *Geschlecht*, *Alter*, *Muttersprache*, *Qualifikation*, *Einsatzbereich*, *Beschäftigungsdauer*, *Beschäftigungsumfang* und *zeitliche Lage der Arbeit*.

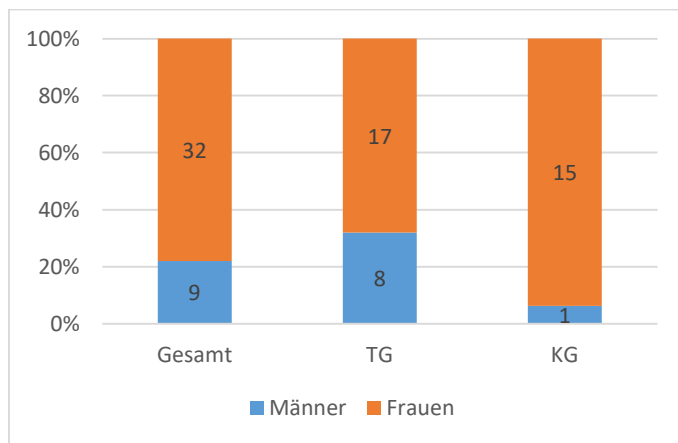
Geschlecht. Die Gesamtstichprobe umfasste $N = 41$ Personen ($n_{TG} = 25$, $n_{KG} = 16$), darunter neun Männer (22.0 %) und 32 Frauen (78.0 %). Keine Person ordnete sich als divers ein. Zwischen TG und KG war das Geschlechterverhältnis ungleich verteilt. Die TG bestand zu ca. einem Drittel aus Männern. Die KG setzte sich fast ausschließlich aus Frauen zusammen. Die genaue Geschlechteraufteilung nach Gruppenzugehörigkeit kann Abbildung 3 entnommen werden.

Alter. Das Durchschnittsalter aller Teilnehmenden lag bei $M = 44.26$ Jahren ($SD = 11.90$; Range: 20–63 Jahre). Das Durchschnittsalter der Teilnehmenden in der TG lag mit $M = 42.50$ Jahren ($SD = 11.04$; Range: 20–59 Jahre) unter dem der KG mit $M = 47.07$ Jahren ($SD = 13.05$; Range: 27–63 Jahre).

Muttersprache. 38 Personen (92.7 %) gaben an, Deutsch als Muttersprache zu sprechen. Auf drei Personen (7.3 %) aus der Stichprobe trifft dies nicht zu. Diese drei Personen befanden sich in der TG.

Abbildung 3

Geschlechterverteilung nach Gruppen

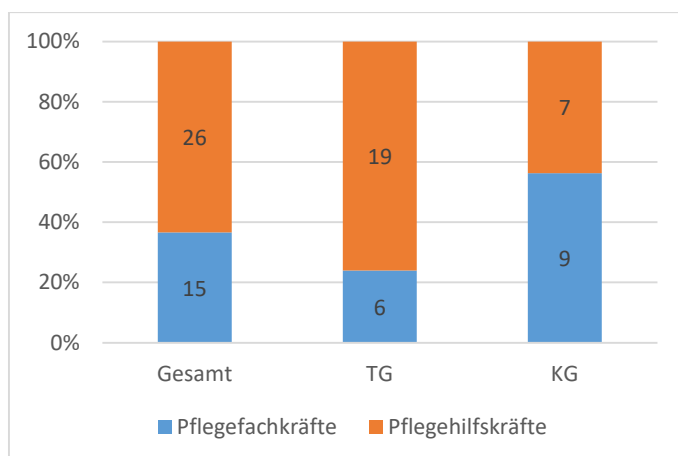


(eigene Darstellung)

Qualifikationsniveau. Die Gesamtstichprobe setzt sich aus 15 Pflegefachkräften (36,6 %) und 26 Pflegehilfskräften (63,4 %) zusammen. Es zeigt sich ein ungleiches Verhältnis zwischen TG und KG. In der TG war das Verhältnis zwischen Pflegefachkräften und Pflegehilfskräften 1:3. Die KG setzte sich fast hälftig aus Pflegefachkräften (56,3 %) und Pflegehilfskräften (43,7 %) zusammen, wie Abbildung 4 zu entnehmen ist.

Abbildung 4

Qualifikationsniveau nach Gruppen

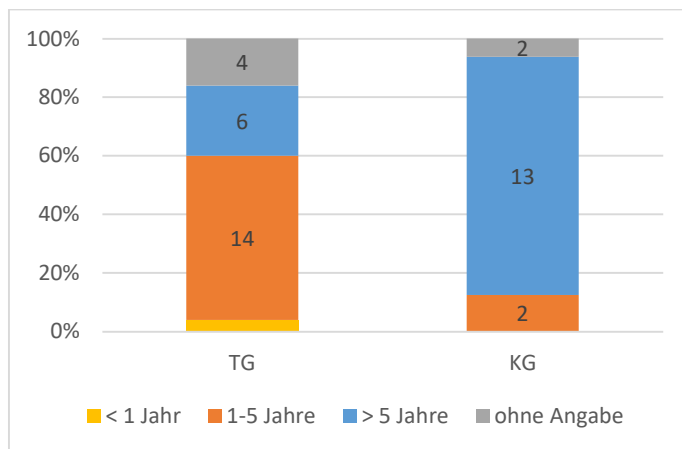


(eigene Darstellung)

Einsatzbereich. Im häuslichen Pflegebereich arbeiteten 18 Personen (43.9 %). 21 Personen (51.3 %) waren in den Pflegewohngemeinschaften tätig. Zwei Personen machten keine Angaben (4.9 %). Zwischen den Gruppen zeigt sich eine ungefähr gleiche Verteilung. In der TG arbeiteten 11 Personen (44.0 %) im häuslichen Pflegebereich, zwölf Personen (48.0 %) waren in den Pflegewohngemeinschaften tätig. Zwei Personen (8.0 %) machten keine Angabe. In der KG gaben sieben Personen (43.8 %) an, im häuslichen Pflegebereich zu arbeiten. Neun Personen (56.3 %) waren in den Pflege-Wohngemeinschaften tätig.

Beschäftigungsdauer. Die Beschäftigungsdauer beim aktuellen Arbeitgeber variierte in der Gesamtstichprobe zwischen weniger als einem und 30 Jahren, wobei sich die Mittelwerte und Streuungen der Daten zwischen den Gruppen unterschieden. So waren in der TG die befragten Personen im Durchschnitt seit 2018 beschäftigt ($SD = 5.66$, Range: 2024–2004). In der KG waren die befragten Personen im Durchschnitt seit 2010 beim aktuellen Arbeitgeber beschäftigt ($SD = 7.90$, Range: 2020–1995). Entsprechend der Analyse der kategorisierten Variablen *Beschäftigungsdauer* ist in der TG eine Person seit unter einem Jahr und 14 Personen seit einem bis fünf Jahren im Unternehmen tätig. Sechs Personen sind mehr als fünf Jahre beim derzeitigen Arbeitgeber beschäftigt. Vier Personen machten keine Angabe. In der KG waren nur zwei Personen zwischen einem bis fünf Jahren und 13 Personen seit über fünf Jahren beschäftigt. Eine Person machte keine Angabe. Die prozentuale Aufteilung der kategorisierten Variable kann aus Abbildung 5 entnommen werden.

Beschäftigungsumfang. Insgesamt arbeiteten 23 der befragten Personen (56.1 %) in Teilzeit zwischen 21–35 Stunden pro Woche. 17 Personen (41.5 %) gaben an, über 35 Stunden pro Woche zu arbeiten. Nur eine Person (2.4 %) arbeitete unter 21 Stunden in der Woche. Die Angaben zum Beschäftigungsumfang in den Gruppen ähneln sich. So gaben in der TG 13 Personen (52.0 %) an, in Teilzeit zwischen 21–35 Stunden pro Woche zu arbeiten. 12 Personen (48.0 %) arbeiteten über 35 Stunden pro Woche. In der KG arbeiteten 10 Personen (62.5 %) in Teilzeit zwischen 21–35 Stunden pro Woche und fünf Personen (31.2 %) über 35 Stunden pro Woche. Eine Person (6.3 %) in der KG gab an, unter 21 Stunden in der Woche zu arbeiten.

Abbildung 5*Beschäftigungsdauer in Kategorien nach Gruppen*

Anmerkung. $n_{TG} = 25$, $n_{KG} = 16$, (eigene Darstellung)

Zeitliche Lage der Arbeitszeit. In der Gesamtstichprobe gaben 31 Personen (75.6 %) an, ausschließlich in Tagschichten zu arbeiten. Eine Person (2.4 %) arbeitete ausschließlich nachts. Acht Personen (19.5 %) wechselten zwischen Tag- und Nachtschicht. Eine Person (2.4 %) machte keine Angabe. TG und KG ähneln sich in der Zusammensetzung. In der TG gaben 18 Personen (72.0 %) an, ausschließlich tagsüber zu arbeiten. Eine Person (4.0 %) arbeitete ausschließlich nachts. Fünf Personen (20.0 %) wechselten zwischen Tag- und Nachtschicht. Eine Person (4.0 %) machte keine Angabe. In der KG gaben 13 Personen (81.3 %) an, ausschließlich tagsüber zu arbeiten. Drei Personen (18.8 %) wechselten zwischen Tag- und Nachtschicht.

Da die Zuweisung zur TG oder KG in dieser Studie nicht randomisiert werden konnte, wurden für eine Analyse der Gruppenunterschiede Chi²-Tests auf Unabhängigkeit für die nominal und ordinal skalierten Variablen gerechnet, um Gruppenunterschiede aufzudecken. Die Ergebnisse für diese Variablen können Tabelle 1 entnommen werden. TG und KG sind weitgehend vergleichbar. Signifikante Unterschiede bestehen jedoch bei den Variablen *Beschäftigungsdauer* und *Qualifikationsniveau*. Teilnehmende aus der KG weisen eine signifikant längere Beschäftigungsdauer auf als Teilnehmende aus der TG, $\chi^2 (1) = 11.000$, $p = .002$ (zweiseitige Signifikanz (Sig.), Monte-Carlo-

Simulation mit 10.000 Iterationen). Eine Berechnung der Effektstärke Cramers V ergab einem großen Effekt von $V = .575$ (Cohen, 1988). In Bezug auf das *Qualifikationsniveau* befinden sich in der TG signifikant mehr Pflegehilfskräfte als in der KG, $\chi^2(1) = 4.374$, $p = .036$ (zweiseitig Sig.). Eine Berechnung der Effektstärke Cramers V ergab einem mittleren Effekt von $V = .327$ (Cohen, 1988).

Tabelle 1

Chi-Quadrat-Test auf Unabhängigkeit zwischen TG und KG für Geschlecht, Muttersprache, Qualifikationsniveau, Einsatzbereich, Beschäftigungsdauer, Beschäftigungsumfang und zeitliche Lage der Arbeitszeit (AZ)

	Wert	df	Asympt. Sig. (zweiseitig)	Exakter Test Fisher (zweiseitig)	Monte- Carlo (zweiseitig)
Geschlecht ^a	3.776	1		.066	
Muttersprache ^a	2.072	1		.268	
Qualifikationsniveau	4.374	1	.036*		
Einsatzbereich	.063	1	.802		
Beschäft. Dauer ^{b c}	11.000	1			.002*
Beschäft. Umfang ^{b c}	1.756	1			.232
zeitliche Lage AZ ^b	.736	2			1.000

Anmerkung.

* Signifikant auf einem Niveau von $\alpha < .05$

^a Bei Zellenhäufigkeit unter 5 wird der Exakte Test nach Fisher für 2 x 2 Kreuztabellen berichtet.

^b Bei Zellenhäufigkeiten unter 5 wird die Monte-Carlo-Signifikanz (zweiseitig) mit einem 95%-Konfidenzintervall berichtet.

^c Für ordinal skalierte Daten wird der Zusammenhang linear-mit-linear berichtet.
(eigene Darstellung)

Für die Bestimmung eines Gruppenunterschieds in Bezug auf das Alter der Teilnehmenden wurde ein Mann-Whitney-U-Test durchgeführt, da in der KG keine Normalverteilung vorlag (Shapiro-Wilk-Test: $W = .220$, $p = .047$, visuelle Prüfung mittels Q-Q-Diagramm) und die Stichprobe sehr klein war. Die Verteilungen der Gruppen unterscheiden sich nicht voneinander. Der Mann-Whitney-U-Test zeigte keinen signifikanten Unterschied zwischen der TG ($Md =$

41.50) und KG ($Md = 45.00$), $U (n_{TG} = 24, n_{KG} = 15) = 220.500$, $z = 1,172$, $p = .246$ (exakte Sig., zweiseitig). Die Berechnung der Effektstärke (z-Wert geteilt durch die Wurzel der Gesamt-N, vgl. Field, 2013) deutet nach Cohen (1988) auf einen kleinen Effekt hin ($r = 0.188$).

4.1.2 Achtsamkeit

Achtsamkeit wurde mit der MAAS (Schnell & Hoffmann, 2022) über drei Messzeitpunkte in der TG und KG auf einer Likert-Skala von 1 („fast immer“) bis 6 = („fast nie“) erfasst. Ein hoher Mittelwert entspricht dabei einer hohen Ausprägung von *Achtsamkeit*. Beide Gruppen zeigen zu MZ 1 vergleichbare Ausgangswerte mit $M_{TG} = 4.112$ und $M_{KG} = 4.370$. Die Werte deuten auf eine moderat hohe *Achtsamkeit* um den Wert 4 („eher selten“) hin. Für die TG ist eine Zunahme der Werte über die Messzeitpunkte zu verzeichnen. In der KG bleiben die Mittelwerte im Vergleich relativ stabil. Ebenso bleiben die Standardabweichungen in beiden Gruppen über die Messzeitpunkte hinweg relativ konstant. Alle Werte können Tabelle 2 entnommen werden.

Tabelle 2

Lage- und Streuungsmaße für Achtsamkeit zwischen Treatment- und Kontrollgruppe über alle Messzeitpunkte

Gruppe		Min.	Max.	Mittelwert	SD
TG	MZ 1	2.20	5.73	4.112	.889
	MZ 2	1.20	6.00	4.365	1.029
	MZ 3	2.47	6.00	4.549	.985
KG	MZ 1	2.60	6.00	4.370	.888
	MZ 2	2.67	6.00	4.337	1.006
	MZ 3	2.67	6.00	4.312	1.032

Anmerkung. $n_{TG} = 25$, $n_{KG} = 16$, MZ = Messzeitpunkt, TG = Treatmentgruppe, KG = Kontrollgruppe, SD = Standardabweichung, (eigene Darstellung)

4.1.3 Berufliche Selbstwirksamkeit

Berufliche Selbstwirksamkeit wurde mit der *BSW-5-Rev* (Knsipel et al., 2012) über drei Messzeitpunkte in der TG und KG auf einer Likert-Skala von 1 („stimmt gar nicht“) bis 4 („stimmt genau“) erfasst. Ein hoher Mittelwert entspricht einer hohen *Beruflichen Selbstwirksamkeit*. Beide Gruppen zeigen zu MZ 1 vergleichbare Ausgangswerte mit $M_{TG} = 3.328$ und $M_{KG} = 3.450$. Die Werte deuten auf eine eher hohe *Berufliche Selbstwirksamkeit* hin. Für die TG ist eine leichte Zunahme der Werte über die Messzeitpunkte zu verzeichnen. In der KG bleiben die Mittelwerte von MZ 1 zu MZ 2 stabil. Eine leichte Abnahme ist zu MZ 3 zu verzeichnen. Die Standardabweichungen bleiben in beiden Gruppen über die Messzeitpunkte hinweg relativ konstant und sind vergleichbar.

Tabelle 3

Lage- und Streuungsmaße für Berufliche Selbstwirksamkeit zwischen Treatment- und Kontrollgruppe über alle Messzeitpunkte

Gruppe		Min.	Max.	Mittelwert	SD
TG	MZ 1	2.60	4.00	3.328	.369
	MZ 2	2.80	4.00	3.400	.346
	MZ 3	2.20	4.00	3.464	.482
KG	MZ 1	2.60	4.00	3.450	.361
	MZ 2	2.80	4.00	3.462	.398
	MZ 3	2.60	4.00	3.375	.466

Anmerkung. $n_{TG} = 25$, $n_{KG} = 16$, MZ = Messzeitpunkt, TG = Treatmentgruppe, KG = Kontrollgruppe, SD = Standardabweichung, (eigene Darstellung)

4.1.4 Berufliche Sinnerfüllung

Berufliche Sinnerfüllung wurde mit dem *ME-Work* (Schnell & Hoffmann, 2022) über drei Messzeitpunkte in der TG und KG auf einer Likert-Skala von 0 („stimme überhaupt nicht zu“) bis 5 („stimme vollkommen zu“) erfasst. Der *ME-Work* erfasst Werte über sieben Subskalen, welche zu drei Modulen zusammengefasst werden können. Ein hoher Mittelwert auf einer Subskala entspricht einer hohen

Ausprägung der jeweiligen Sinndimension. Beide Gruppen zeigen auf der Gesamtskala zu allen Messzeitpunkten fast identische Mittelwerte und Standardabweichungen. Die Werte zu MZ1 liegen in der TG bei $M = 3.623$, ($SD = .453$) und in der KG bei $M = 3.633$, ($SD = .483$). Bezogen auf die in der Organisation erhobene Referenzstichprobe ($M = 3.442$, $SD = .547$) liegen die Ausgangsmittelwerte der Stichprobe leicht höher und die Werte streuen etwas weniger. Betrachtet man die Gesamtdarstellungen in den Tabellen 4 und 5, so zeigen sich für die Subskalen ähnliche Muster.

Tabelle 4

Mittelwerte und Standardabweichungen für Berufliche Sinnerfüllung für die Treatmentgruppe nach Subskalen und Messzeitpunkten

Subskala		Mittelwerte TG					
		MZ 1		MZ 2		MZ 3	
		MW	SD	MW	SD	MW	SD
	Kohärenz	4.000	.922	4.200	.757	4.146	.752
	Bedeutsamkeit	4.640	.359	4.640	.450	4.453	.798
	Orientierung	3.470	1.095	3.380	1.048	3.440	.995
	Zugehörigkeit	3.866	.927	3.800	1.022	3.826	.923
Modul 1		3.994	.620	4.000	.639	3.966	.714
	Sinnvolle A	4.693	.489	4.640	.560	4.493	.850
	Sinnleere A.	.6133	.785	.5733	.760	1.066	1.201
Modul 2		2.653	.329	2.606	.325	2.780	.530
Modul 3	Sinnquelle	4.080	.825	4.240	.716	4.140	.777
Gesamt		3.623	.453	3.639	.439	3.666	.503

Anmerkung. N = 25, MZ = Messzeitpunkt, MW = Mittelwert, SD = Standardabweichung, (eigene Darstellung)

Die Mittelwerte unterscheiden sich kaum zwischen den Gruppen und den Messzeitpunkten. Ausnahmen bilden die Subskalen *Orientierung* und *Zugehörigkeit*, *Sinnvolle Arbeit* und *Sinnleere Arbeit*. Die Werte auf den Subskalen *Orientierung* und *Zugehörigkeit* unterscheiden sich zwischen TG und

KG zu allen Messzeitpunkten. Die KG weist durchweg höhere Mittelwerte auf als die TG. Dies könnte auf einen Effekt des Faktors *Gruppe* hindeuten. Weiterhin ist auf der Subskala *Sinnvolle Arbeit* ein Absinken der Werte über die Messzeitpunkte hinweg in beiden Gruppen zu beobachten. Dahingegen nehmen die Werte auf der Subskala *Sinnleere Arbeit* über die Messzeitpunkte zu. Dies deutet darauf hin, dass es einen Effekt hinsichtlich des Faktors *Messzeitpunkt* geben könnte. Auffallend sind Deckeneffekte in fast allen Subskalen. Die Mittelwerte liegen durchgängig in einem hohen Bereich um den Wert 4, für die Subskalen *Bedeutsamkeit* und *Sinnvolle Arbeit* im sehr hohen Bereich annähernd dem Maximum von 5. Für die Skala *Sinnleere Arbeit* zeigt sich ein deutlicher Bodeneffekt.

Tabelle 5

Mittelwerte und Standardabweichungen für Berufliche Sinnerfüllung für die Kontrollgruppe nach Subskalen und Messzeitpunkten

Subskala		Kontrollgruppe					
		MZ 1		MZ 2		MZ 3	
		MW	SD	MW	SD	MW	SD
	Kohärenz	3.895	.892	4.083	.881	3.958	1.094
	Bedeutsamkeit	4.500	.740	4.520	.973	4.479	.719
	Orientierung	3.671	1.109	3.734	1.116	3.531	1.196
	Zugehörigkeit	4.125	.778	4.041	.933	3.895	.956
Modul 1		4.048	.664	4.095	.769	3.966	.765
	Sinnvolle A	4.625	.514	4.416	.735	4.250	.564
	Sinnleere A.	.729	.936	.958	1.179	1.041	1.179
Modul 2		2.677	.288	2.687	.450	2.645	.454
Modul 3	Sinnquelle	3.890	.903	3.984	.838	3.750	1.000
Gesamt		3.633	.483	3.677	.516	3.591	.479

Anmerkung. N = 16, MZ = Messzeitpunkt, MW = Mittelwert, SD = Standardabweichung, (eigene Darstellung)

4.1.5 Subjektives Wohlbefinden

Subjektives Wohlbefinden wurde mit dem *WHO-5* (Psychiatric Research Unit, 1998) über drei Messzeitpunkte in der TG und KG auf einer Likert-Skala von 0 („zu keinem Zeitpunkt“) bis 5 („die ganze Zeit“) erfasst. Die Werte wurden für die Gesamtskala aufsummiert. Es können Werte zwischen 0 und 25 erreicht werden. Ein hoher Summenscore entspricht dabei einem hohen *Subjektiven Wohlbefinden*. Beide Gruppen zeigen zu MZ 1 identische Ausgangswerte mit $M_{TG} = 14.96$ und $M_{KG} = 14.94$. Die Werte deuten auf ein zufriedenstellendes *Subjektives Wohlbefinden* der Gesamtstichprobe hin. Für die TG ist eine deutliche Zunahme der Werte über die Messzeitpunkte zu verzeichnen. In der KG sinken die Mittelwerte zu MZ 1 und MZ 2 leicht, zu MZ 3 deutlich ab. Die Standardabweichungen bleiben in der TG über die Messzeitpunkte hinweg relativ konstant. In der KG ist die Standardabweichung zu MZ 3 deutlich größer. Die Werte streuen über den gesamten Wertebereich. Die deutet darauf hin, dass das Antwortverhalten in der KG zu MZ 3 heterogener wird. Eine genaue Darstellung aller Werte kann Tabelle 6 entnommen werden.

Tabelle 6

Lage- und Streuungsmaße für Subjektives Wohlbefinden zwischen Treatment- und Kontrollgruppe über alle Messzeitpunkte

Gruppe		Min.	Max.	Mittelwert	SD
TG	MZ 1	5	24	14.96	5.319
	MZ 2	7	25	16.68	5.178
	MZ 3	5	25	18.04	4.605
KG	MZ 1	2	20	14.94	5.310
	MZ 2	5	19	14.06	5.170
	MZ 3	0	25	12.63	7.079

Anmerkung. $n_{TG} = 25$, $n_{KG} = 16$, MZ = Messzeitpunkt, TG = Treatmentgruppe, KG = Kontrollgruppe, SD = Standardabweichung, (eigene Darstellung)

4.1.6 Evaluation der Kinästhetik-Grundkurse

Die Datenerhebung erfolgte in der TG zu MZ 3 anhand einer von der Autorin entwickelten Skala mit 18 Items. Die Antworten wurden auf einer fünfstufigen Likert-Skala mit Werten zwischen 0 bis 4 erfasst. Übergreifend wurden die Kurse mit einem durchschnittlichen Wert von $M = 3.431$, $SD = .672$ auf der Gesamtskala sehr positiv bewertet. Auf eine Analyse der Subskalen der Kursevaluation wird an diese Stelle verzichtet. Die Evaluation hat vorrangig den Zweck eine möglich Störvariable zu kontrollieren.

Da die Kurse von unterschiedlichen Trainer*innen durchgeführt wurden, wurde die Evaluation getrennt nach Trainer*in 1 (T1) und Trainer*in 2 (T2) ausgewertet. Für die Bestimmung eines Gruppenunterschieds wurde ein Mann-Whitney U Test durchgeführt, da in beiden Gruppen keine Normalverteilung vorlag (T1: Shapiro-Wilk-Test: $W = .694$, $p < .001$; T2: Shapiro-Wilk-Test: $W = .828$, $p = .032$; visuelle Prüfung mittels Q-Q-Diagrammen). Die Verteilungen der Gruppen unterscheiden sich nicht voneinander. Es bestand kein signifikanter Unterschied zwischen T1 ($Med = 3.444$) und T2 ($Med = 3.888$), $U(n_{T1} = 15, n_{T2} = 10) = 88.000$, $z = .729$, $p = .495$, (exakte Sig., zweiseitig). Die Berechnung des Korrelationskoeffizienten nach Rosenthal als Effektgröße (Field, 2013) deutet auf einen kleinen Effekt hin ($r = 0.148$).

4.1.7 Evaluation der Lerngruppe

Die Datenerhebung erfolgte in der TG zu MZ 3 anhand einer von der Autorin entwickelten Skala mit vier Items. Die Antworten wurden auf einer fünfstufigen Likert-Skala mit Werten zwischen 0 bis 4 erfasst. Ein hoher Wert entspricht einer hohen Bewertung des Nutzens der Lerngruppen. Mit einem Wert von $M = 3.125$, $SD = .917$ wurden diese als eher nützlich bewertet. Auch hier wurde auf Gruppenunterschiede für die Trainer*innen geprüft. Es wurde ein Mann-Whitney U Test durchgeführt, da in der Gruppe T1 keine Normalverteilung vorlag (Shapiro-Wilk-Test: $W = .765$, $p = .002$, visuelle Prüfung mittels Q-Q-Diagrammen). Die Verteilungen der Gruppen unterscheiden sich nicht voneinander. Der Mann-Whitney-U-Test zeigte keinen signifikanten Unterschied zwischen T1

($Md = 3.125$) und T2 ($Md = 3.375$), $U(n_{T1} = 10, n_{T2} = 14) = 84.500$, $z = .864$, $p = .403$ (exakte Sig., zweiseitig). Die Berechnung der Effektstärke (z-Wert geteilt durch die Wurzel der Gesamt-N, vgl. Field, 2013) deutet auf einen kleinen Effekt hin ($r = 0.176$).

Weiterhin wurde erfragt, wie oft sich die Teilnehmenden in den Lerngruppen getroffen haben und wie oft sie Kinästhetik in ihrem Arbeitsalltag angewendet haben. Knapp ein Viertel ($n = 6$; 24.0 %) gab an, sich mehr als 2x in der Woche in der Lerngruppe getroffen zu haben; eine Person (4.0 %) 1-2x in der Woche. Weitere sechs Personen (24.0 %) trafen sich weniger als 1x in der Woche. Fast die Hälfte der Teilnehmenden ($n = 11$; 44.0 %) trafen sich weniger als 1x in zwei Wochen in der Lerngruppe. Eine Person (4.0 %) machten keine Angabe. 10 Personen (40.0 %) wendeten Kinästhetik an jedem Arbeitstag an. Neun Personen (36.0 %) gaben an, dies mehrfach in der Woche zu tun. Vier Personen (16.0 %) wendeten Kinästhetik ca. an einem Arbeitstag in der Woche an. Nur zwei Personen (8.0 %) taten dies an weniger als einen Arbeitstag in zwei Wochen.

4.2 Inferenzstatistische Ergebnisse

In diesem Abschnitt werden die Ergebnisse der Hypothesentestungen der in Kapitel 3 aufgestellten Veränderungshypothesen H1 bis H4 berichtet. Dabei sind die einzelnen Kapitel so aufgebaut, dass zuerst die Ergebnisse der Prüfung der Verfahrensvoraussetzungen und danach die Ergebnisse der Berechnung der Prüfstatistiken berichtet werden. Bei Verletzung der Verfahrensvoraussetzungen wird auf die angewandten Korrekturverfahren und/ oder Verfahren zur Absicherung der Ergebnisse hingewiesen. Begründungen zur Anwendungen können Kapitel 3.9 entnommen werden.

4.2.1 Einfluss von Kinästhetik auf Achtsamkeit

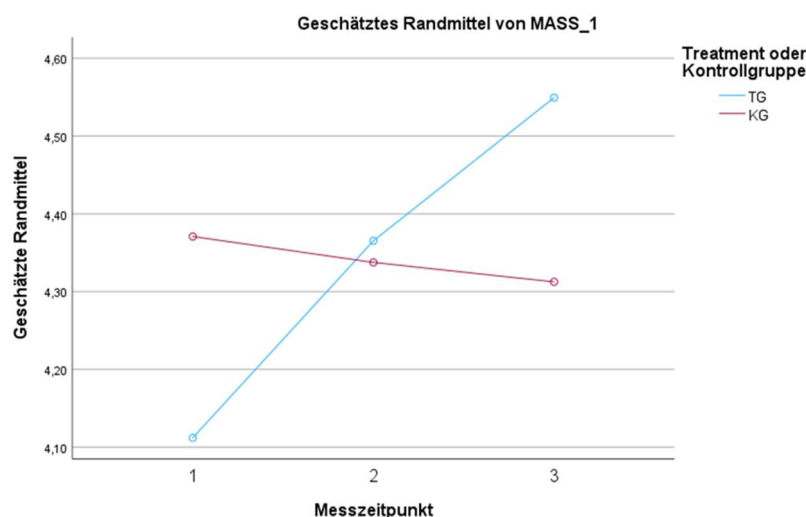
Eine Prüfung der Verfahrensvoraussetzungen zeigte keine Auffälligkeiten. Eine Normalverteilung der Achtsamkeitsmittelwerte der TG und KG war zu allen Messzeitpunkten gegeben (Q-Q-Diagramme und Shapiro-Wilk-Test: $p > .05$). Es

konnten keine extremen Ausreißer identifiziert werden. Die Voraussetzungen der Sphärizität ($p = .794$), der Homogenität der Fehlervarianzen zwischen den Gruppen (Levene-Test: $p > .05$, basierend auf dem Median) und der Homogenität der Kovarianzmatrizen (Box-M-Test: $p = .140$) waren erfüllt.

Die Analyse ergab eine statistisch signifikante Interaktion zwischen den Messzeitpunkten und den Untersuchungsgruppen, $F(2, 78) = 3.975$, $p = .023$, partielles $\eta^2 = .092$, was einem mittleren Effekt entspricht (Cohen, 1988). In der TG nimmt die *Achtsamkeit* über die Messzeitpunkte hinweg signifikant zu. Eine post hoc durchgeführte Poweranalyse mit dem Stichprobengrößenrechner für eine Mixed ANOVA von Hemmerich (2020) ergab eine benötigte Stichprobengröße von insgesamt $n = 130$, um bei einer Teststärke von .900 einen derartigen Interaktionseffekt mit zwei Gruppen und drei Messzeitpunkten bei einer Irrtumswahrscheinlichkeit von $\alpha = .05$ zu erhalten. Eine grafische Darstellung der Effekte findet sich in Abbildung 6.

Abbildung 6

Mixed ANOVA: Interaktionseffekt für Achtsamkeit zwischen Gruppe und Messzeitpunkt



Auch wenn eine Interpretation der Haupteffekte bei einem bestehenden

Interaktionseffekt von vielen Autor*innen als nicht zielführend betrachtet wird (Field, 2013). werden an dieser Stelle die einfachen Haupteffekte der Vollständigkeit halber berichtet: Mittels einer ANOVA mit Messwiederholung getrennt nach Gruppen konnte ein Haupteffekt für den Innersubjektfaktor *Zeit* in der TG identifiziert werden $F(2, 48) = 6.030, p = .005$, partielles $\eta^2 = .201$. Dies entspricht einem großen Effekt (Cohen, 1988). Nach Berechnung der paarweisen Vergleiche konnte ein signifikanter Unterschied ($p = .002$) von MZ 1 auf MZ 3 identifiziert werden ($M_{Diff} = -.437, 95\%-CI [-.701, -.174]$). Der Unterschied zwischen MZ 1 auf MZ 2 liegt bei ($M_{Diff} = -.253, 95\%-CI [-.507, .000], p = .050$). Ein Haupteffekt für den Zwischensubjektfaktor *Gruppe*, berechnet mit einem t-Test für unabhängige Stichproben, besteht nicht, MZ 1: $t(39) = -.909, p = .369$, MZ 2: $t(39) = .085, p = .993$, MZ 3: $t(39) = .737, p = .465$ (zweiseitige Sig.).

4.2.2 Einfluss von Kinästhetik auf Berufliche Selbstwirksamkeit

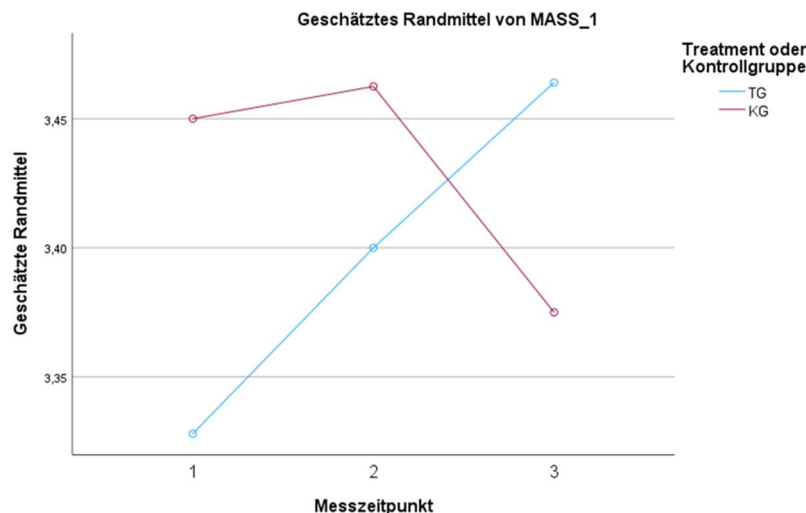
Die grafische und statistische Analyse auf Normalverteilung der Werte der AV zeigte, dass diese nicht zu allen Messzeitpunkten über beide Gruppen gegeben war. Normalverteilung lag nicht vor in der TG zu MZ 3 (grafische Prüfung mittels Q-Q-Diagrammen und Shapiro-Wilk-Test: $W = .883, p = .008$, linksschiefe Verteilung). Trotz Verletzung der Bedingung der Normalverteilung wurde die Analyse mittels Mixed ANOVA ohne weitere Maßnahmen beibehalten. Es konnten keine extremen Ausreißer identifiziert werden. Die Bedingung der Sphärizität war verletzt ($p = .014$). Für die weitere Analyse wurden deshalb die Angaben entsprechend der Korrektur der Freiheitsgrade nach Huynh-Feldt angegeben. Die Homogenität der Fehlervarianzen zwischen den Gruppen war gleich (Levene-Test: $p > .05$, basierend auf dem Median). Ebenso war die Gleichheit der Kovarianzmatrizen gegeben (Box-M-Test: $p = .293$).

Die Analyse ergab keine statistisch signifikante Interaktion zwischen den Messzeitpunkten und den Untersuchungsgruppen, $F(1.775, 69.242) = 1.348, p = .265$, partielles $\eta^2 = .033$. Es traten keine Haupteffekte für den Innersubjektfaktor *Zeit* ($F(1.775, 69.242) = .217, p = .780$, partielles $\eta^2 = .006$) und für den Zwischensubjektfaktor *Gruppe* ($F(1, 39) = .091, p = .764$, partielles $\eta^2 = .002$) auf. Die Mittelwerte über die drei Messzeitpunkte für beide Gruppen

können Abbildung 7 entnommen werden.

Abbildung 7

Mixed ANOVA: kein Interaktionseffekt für Berufliche Selbstwirksamkeit zwischen Gruppe und Messzeitpunkt



4.2.3 Einfluss von Kinästhetik auf Berufliche Sinnerfüllung

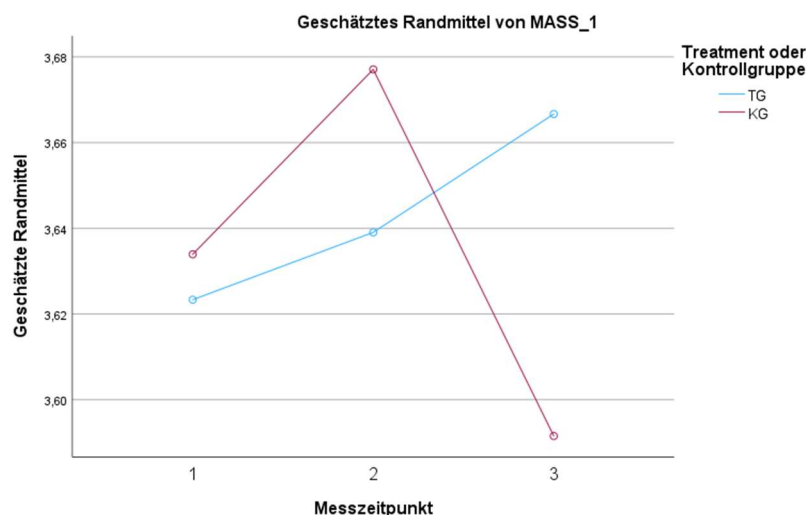
Entsprechend der deskriptiven Ergebnisse für die Gesamtskala *Berufliche Sinnerfüllung* (Kapitel 4.1.4) kann eine inferenzstatistische Prüfung eigentlich als obsolet betrachtet werden. Der Vollständigkeit halber wird diese trotzdem berichtet. Die grafische und statistische Prüfung auf Normalverteilung der Werte der AV zeigte, dass diese nicht zu allen Messzeitpunkten über beide Gruppen gegeben war. Normalverteilung lag nicht vor in der TG zu MZ 3 (Shapiro-Wilk-Test: $W = .901$, $p = .019$, linksschiefe Verteilung). Trotz Verletzung der Voraussetzung der Normalverteilung wurde die Analyse mittels Mixed ANOVA ohne weitere Maßnahmen beibehalten. Es konnten keine extremen Ausreißer identifiziert werden. Die Bedingung der Sphärizität war geringfügig verletzt ($p = .049$). Für die weitere Analyse wurden deshalb die Angaben der Korrektur der Freiheitsgrade nach Huynh-Feldt angegeben. Die Homogenität der Fehlervarianzen zwischen den Gruppen war gleich (Levene-Test: $p > .05$, basierend auf dem Median). Ebenso war die Gleichheit der Kovarianzmatrizen

gegeben (Box-M-Test: $p = .312$).

Die Analyse ergab keine statistisch signifikante Interaktion zwischen den Messzeitpunkten und den Untersuchungsgruppen, $F(1.865, 72.733) = .789$, $p = .450$, partielles $\eta^2 = .020$. Es traten keine Haupteffekte für den Innersubjektfaktor *Zeit* ($F(1.865, 72.733) = .275$, $p = .758$, partielles $\eta^2 = .007$) und für den Zwischensubjektfaktor *Gruppe* ($F(1, 39) = .004$, $p = .959$, partielles $\eta^2 = .000$) auf. Die Mittelwerte über die drei Messzeitpunkte für beide Gruppen können Abbildung 8 entnommen werden.

Abbildung 8

Mixed ANOVA: kein Interaktionseffekt für Berufliche Sinnerfüllung zwischen Gruppe und Messzeitpunkt



Im zweiten Schritt wurden alle Sub- und Modulskaleten inferenzstatistisch geprüft. Erwartungskonform ergaben sich auf keiner Skala statistisch signifikante Interaktionen zwischen den Messzeitpunkten und den Gruppen. Für zwei Skalen fanden sich Haupteffekte. Diese werden in Kapitel 4.3.2 berichtet.

4.2.4 Einfluss von Kinästhetik auf Subjektives Wohlbefinden

Die grafische und statistische Prüfung auf Normalverteilung der Werte der AV in

der TG und KG zeigte, dass diese nicht zu allen Messzeitpunkten über beide Gruppen gegeben war. Normalverteilung lag nicht vor in der KG zu MZ 1 ($p = .013$, linksschiefe Verteilung) und MZ 2 ($p = .009$, linksschiefe Verteilung) sowie in der TG zu MZ 3 ($p = .041$, linksschiefe Verteilung). Es konnten keine extremen Ausreißer identifiziert werden. Die Sphärizität war verletzt ($W = .660$, $p < .001$). Für die weitere Analyse werden deshalb die Angaben der Korrektur der Freiheitsgrade nach Greenhouse-Geisser angegeben. Ebenso war die Bedingung der Varianzhomogenität der Fehlervarianzen zwischen den Gruppen für MZ 3 verletzt ($p = .021$, basierend auf dem Median). Die Gleichheit der Kovarianzmatrizen war gegeben (Box-M-Test: $p = .307$). Trotz der Verletzung der Varianzhomogenität der Fehlervarianzen zu MZ 3 wurde die Mixed ANOVA fortgeführt.

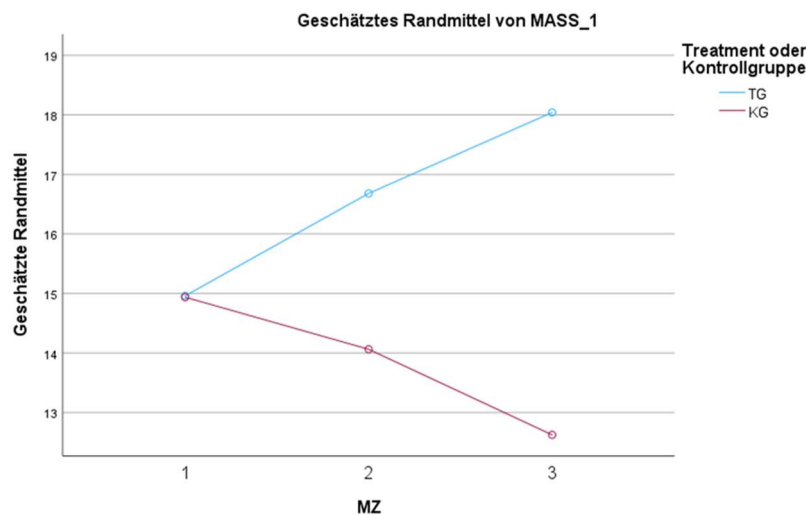
Es ergab sich eine statistisch signifikante Interaktion zwischen den Messzeitpunkten und den Untersuchungsgruppen, $F(1.492, 58.189) = 6.065$, $p = .008$, partielles $\eta^2 = .135$, was einem großen Effekt entspricht (Cohen, 1988). Eine post hoc durchgeführte Poweranalyse mit dem Stichprobengrößenrechner für eine Mixed ANOVA nach Hemmerich (2020) ergab eine benötigte Stichprobengröße von insgesamt $n = 84$, um bei einer Teststärke von .900 einen derartigen Interaktionseffekt mit zwei Gruppen und drei Messzeitpunkten bei einer Irrtumswahrscheinlichkeit von $\alpha = .05$ zu erhalten. Eine grafische Darstellung des Interaktionseffekts findet sich in Abbildung 9.

Im Folgenden werden die Haupteffekte berichtet. Sie dienen in diesem Fall der Absicherung des Interaktionseffektes. Aufgrund der Verletzung der Varianzhomogenität der Fehlervarianzen wurde zur Bestimmung eines Haupteffekts des Innersubjektfaktor *Zeit* keine ANOVA mit Messwiederholung, sondern der nicht-parametrische Friedman-Test, welcher nicht Mittelwerte, sondern Ränge vergleicht, angewendet. Es zeigte sich ein Haupteffekt für den Innersubjektfaktor *Zeit*. Die Messzeitpunkte unterscheiden sich signifikant ($\chi^2(2) = 11.471$, $p = .003$, $N = 41$). Die Berechnung der Effektstärke nach Kendell ergab $W = .229$, was einem mittleren Effekt entspricht (Cohen, 1992). Ein signifikanter Unterschied war nach Bonferroni-Korrektur beobachtbar in der TG von MZ 1 auf MZ 2 ($z = -2.263$, $p = .024$, $r = .045$) und MZ 1 auf MZ 3 ($z = -.778$,

$p = .002$, $r = .503$). Die Effektstärken bewegen sich im mittleren bis großen Bereich (Cohen, 1988). Weiterhin besteht ein Haupteffekt für den Zwischensubjektfaktor *Gruppe*, berechnet mit dem Mann-Whitney-U-Test bei MZ 3 zwischen TG ($Md = 24.80$) und KG ($Md = 15.06$), $U(n_{TG} = 25, n_{KG} = 16) = 105.000$, $z = -2.558$, $p = .010$ (exakte Sig., zweiseitig). Die Berechnung der Effektstärke Cohens d deutet nach Cohen (1988) auf einen mittleren Effekt hin ($d = -0.399$).

Abbildung 9

Mixed ANOVA: Interaktionseffekt für Subjektives Wohlbefinden zwischen Gruppe und Messzeitpunkt



4.3 Explorative Ergebnisse

Nach der Hauptanalyse der Daten wurden vertiefende Analysen durchgeführt, um mögliche konfundierende Variablen zu kontrollieren und weitere interessierende Zusammenhänge zu untersuchen.

4.3.1 Einfluss von *Beschäftigungsdauer* und *Qualifikation*

Da sich TG und KG hinsichtlich der Variablen *Beschäftigungsdauer* und *Qualifikationsniveau* signifikant unterschieden (Kapitel 4.1.1) wurde geprüft, ob diese Variablen einen Einfluss auf die Ergebnisse der Hypothesentestungen

haben. Beide Variablen wurden nacheinander für die Prüfung der H1 bis H4 in das Modell der Mixed ANOVA als zweiter Zwischensubjektfaktor aufgenommen. Für die Variable *Qualifikationsniveau* zeigt sich kein konfundierender Einfluss auf *Achtsamkeit*, *Berufliche Selbstwirksamkeit*, *Berufliche Sinnerfüllung* und *Subjektives Wohlbefinden*.

Allerdings zeigten sich signifikante Einflüsse der *Beschäftigungsdauer* als kategoriale Variable auf die beiden Interaktionseffekte für *Achtsamkeit* und *Subjektives Wohlbefinden*. Nach Aufnahme von *Beschäftigungsdauer* in das Modell für *Achtsamkeit* verschwand der Interaktionseffekt zwischen Gruppe und Messzeitpunkt ($F(2, 62) = .717, p = .492$, partielles $\eta^2 = .023$). Es zeigte sich kein signifikanter Haupteffekt für *Beschäftigungsdauer* ($F(2, 31) = 2.540, p = .095$, partielles $\eta^2 = .141$). Ebenso gab es keinen Interaktionseffekt zwischen den Messzeitpunkten der Beschäftigungsdauer ($F(4, 62) = 1.078, p = .375$, partielles $\eta^2 = .065$).⁴

Für *Subjektives Wohlbefinden* waren die Befunde ähnlich. Es zeigte sich kein Interaktionseffekt mehr für Gruppe und Messzeitpunkt nach Aufnahme von *Beschäftigungsdauer* in das Modell (Huynh-Feldt: $F(1.842, 57.095) = 2.319, p = .112$, partielles $\eta^2 = .070$). Es zeigte sich auch hier kein Haupteffekt ($F(2, 31) = .759, p = .477$, partielles $\eta^2 = .047$) und kein Interaktionseffekt zwischen den Messzeitpunkten und der Beschäftigungsdauer ($F(3.683, 57.095) = 1.078, p = .343$, partielles $\eta^2 = .034$).⁵

Die Ergebnisse deuten darauf hin, dass die ursprünglichen Veränderungen der jeweiligen AV durch die Kovariate beeinflusst waren und eher nicht durch das Treatment oder die Messzeitpunkte. Eine Analyse der deskriptiven Daten bestätigen die Annahme. Auch wenn sich keine Interaktions- und Haupteffekte für *Beschäftigungsdauer* nachweisen lassen konnten, so zeigt sich, dass das Treatment nur bei Teilnehmenden in der TG wirkte, die maximal bis zu fünf Jahren beim Arbeitgeber beschäftigt waren. Teilnehmende, die länger beim Arbeitgeber beschäftigten waren, zeigten fast keine Veränderungen zwischen den

⁴ Alle Voraussetzungsbedingungen für die Mixed ANOVA waren erfüllt.

⁵ Alle Voraussetzungsbedingungen für die Mixed ANOVA waren erfüllt außer Sphärizität. Es erfolgte eine Korrektur nach Huynh-Feldt.

Messzeitpunkten für *Achtsamkeit* und *Subjektives Wohlbefinden*. Die Verteilung der Mittelwerte für *Beschäftigungsdauer* über die Messzeitpunkte aufgeteilt nach TG und KG kann den Tabellen 7 und 8 entnommen werden. Die Kategorie *Neuorientierung* wurde nicht mit aufgenommen, da diese nur eine Person in der TG enthielt.

Tabelle 7

Einfluss von Beschäftigungsdauer auf die Mittelwerte nach Gruppe und Messzeitpunkt für Achtsamkeit

	MZ	TG		KG	
		MW	SD	MW	SD
Identifikation	MZ 1	4.409	.760	4.833	1.649
	MZ 2	4.642	.875	4.833	1.649
	MZ 3	4.933	.635	4.900	1.555
Etablierung	MZ 1	3.877	.736	4.256	.684
	MZ 2	3.966	.644	4.205	.967
	MZ 3	3.866	.834	4.179	1.014

Anmerkung. Identifikation 1-5 Jahre: $n_{TG} = 14$, $n_{KG} = 2$, Etablierung über 5 Jahre: $n_{TG} = 6$, $n_{KG} = 13$, MW = Mittelwert, SD = Standardabweichung, (eigene Darstellung)

Ergänzend wurden paarweise Vergleiche mittels t-Test für unabhängige Stichproben durchgeführt. Hierfür wurde die kategorisierte Variable *Beschäftigungsdauer* mit ursprünglich drei Kategorien auf zwei Kategorien reduziert und die Daten aus den Kategorien *Neuorientierung* und *Identifikation* zu einer Kategorie 1 *unter fünf Jahre* zusammengefasst. Für *Achtsamkeit* zeigten sich signifikante Unterschiede zwischen Teilnehmenden in der TG mit bis zu 5 Jahren Beschäftigungsdauer (Kategorie 1) und Teilnehmenden mit über fünf Jahren Beschäftigungsdauer (Kategorie 2) zu MZ 2 ($t(1, 19) = 1.853$, $p = .040$, einseitige Sig., $d = .816$) und MZ3 ($t(1, 19) = 2.870$, $p = .005$, einseitige Sig., $d = .820$). Beide Effekte sind als groß einzustufen (Cohen, 1988). Für *Subjektives Wohlbefinden* konnten keine signifikanten Unterschiede identifiziert werden.

Tabelle 8

Einfluss von Beschäftigungsdauer auf die Mittelwerte nach Gruppe und Messzeitpunkt für Subjektives Wohlbefinden

	MZ	TG		KG	
		MW	SD	MW	SD
Identifikation	MZ 1	15.86	5.855	19.00	.000
	MZ 2	17.57	5.958	19.00	.000
	MZ 3	18.43	4.957	14.00	8.485
Etablierung	MZ 1	16.00	4.050	14.00	5.492
	MZ 2	16.33	3.445	12.92	5.090
	MZ 3	16.33	4.274	12.54	7.490

Anmerkung. Identifikation 1-5 Jahre: $n_{TG} = 14$, $n_{KG} = 2$, Etablierung über 5 Jahre: $n_{TG} = 6$, $n_{KG} = 13$, MW = Mittelwert, SD = Standardabweichung, (eigene Darstellung)

Da die Beschäftigungsdauer beim derzeitigen Arbeitgeber in einem logischen Zusammenhang mit dem Alter steht, wurde dieser zwischen den Variablen *Alter in Jahren* und *Beschäftigungsdauer in Jahreszahlen* durch die Berechnung des Person-Korrelationskoeffizienten bestimmt. Beide Variablen wurden zuvor z- standardisiert. Es ergab sich ein Zusammenhang von $r = -.242$, $N = 34$. Je älter die Teilnehmenden waren, desto länger zurück lag der Beschäftigungsbeginn. Im zweiten Schritt wurde die stetige Variable *Alter* als Kovariate in das Mixed ANOVA Modell aufgenommen. Es wurde geprüft, ob der konfundierende Einfluss der Variable *Beschäftigungsdauer* durch das *Alter* moderiert wird. Sollte dies so sein, so müssten sich auch hier die ursprünglich gefundenen Interaktionseffekte deutlich verringern oder verschwinden. Für *Achtsamkeit* zeigte sich kein konfundierender Einfluss von *Alter* auf die Interaktion von Messzeitpunkt und Gruppe. Der Interaktionseffekt blieb fast unverändert bestehen ($F(2, 72) = 3.954$, $p = .023$, partielles $\eta^2 = .099$).⁶ Auch für *Subjektives Wohlbefinden* zeigte sich kein konfundierender Einfluss von *Alter* auf die Interaktion vom Messzeitpunkt und Gruppe. Der ursprüngliche Interaktionseffekt blieb ebenso fast unverändert

⁶ Alle Voraussetzungsbedingungen für die Mixed ANOVA waren erfüllt.

bestehen (Greenhouse-Geisser: $F(1.473, 53.040) = 6.437, p = .007$, partielles $\eta^2 = .152$.⁷ Die Ergebnisse zeigen, dass *Alter* keinen vermittelnden Einfluss auf den Einfluss von *Beschäftigungsdauer* auf *Achtsamkeit* und *Subjektives Wohlbefinden* hat.

4.3.2 Berufliche Sinnerfüllung – Ergänzende Analysen

In der deskriptiven Analyse waren auf den Subskalen *Zugehörigkeit* und *Orientierung* aus Modul 1 und den Subskalen *Sinnvolle Arbeit* und *Sinnleere Arbeit*, welche zusammen Modul 2 bilden, Unterschiede bzw. Trends in den Daten zu verzeichnen (siehe Kapitel 4.1.4). Diese wurden inferenzstatistisch geprüft. Signifikante Ergebnisse fanden sich für die Skalen *Sinnvolle Arbeit* und *Sinnleere Arbeit*. Für eine prägnante Berichterstattung werden nur die signifikanten Effekte ausgeführt. Weiterhin werden Voraussetzungsbedingungen nur berichtet, wenn diese verletzt waren.

Voraussetzungsbedingungen. Die Normalverteilung war für beide Subskalen über alle Messzeitpunkte und Gruppen verletzt ($p < .05$). Für die Skala *Sinnvolle Arbeit* waren die Daten linkschief verteilt, für die Skala *Sinnleere Arbeit* rechtsschief. Die Gleichheit der Kovarianzmatrizen war für die Skala *Sinnleere Arbeit* verletzt (Box-M-Test: $p = .048$). Da jedoch die Homogenität der Fehlervarianzen gegeben war, wurde die Mixed ANOVA durchgeführt. Bei Verletzungen der Sphärizität wird die jeweilige Korrektur angegeben. Für die Skala *Sinnvolle Arbeit* konnten zwei extreme Ausreißer zu MZ 1 in der TG identifiziert werden (VPN 15, 24). Diese wurden aus der weiteren Analyse ausgeschlossen ($n_{TG} = 23, n_{KG} = 16$).

Subskala Sinnvolle Arbeit. Es konnte ein Haupteffekte für den Innersubjektfaktor *Zeit* identifiziert werden, Greenhouse-Geisser: $F(1.497, 55.386) = 4.552, p = .024$, partielles $\eta^2 = .109$, was einem großen Effekt entspricht (Cohen, 1988). Nach Berechnung der paarweisen Vergleiche konnte ein signifikanter Unterschied ($p = .039$) zwischen MZ 1 und MZ 3 ($M_{Diff} = -.311, 95\%-CI$

⁷ Die Sphärizität war verletzt. Es erfolgte eine Korrektur nach Greenhouse-Geiser. Die Varianzhomogenität war zu MZ 3 verletzt. Auf eine Absicherung des Ergebnisses durch weitere nicht-parametrische Testverfahren wurde an dieser Stelle verzichtet.

[.012, .609]) identifiziert werden. In beiden Gruppen fallen die Werte von MZ 1 auf MZ 3 ab. Dies deutet darauf hin, dass die Teilnehmenden ihrer Arbeit zu MZ 3 als weniger sinnvoll wahrnehmen als zu MZ 1.

Subskala Sinnleere Arbeit. Es konnte ein Haupteffekte für den Innersubjektfaktor *Zeit* identifiziert werden ($F(2,78) = 5.077, p = .008$, partielles $\eta^2 = .115$), was einem großen Effekt entspricht (Cohen, 1988). Nach Berechnung der paarweisen Vergleiche konnte ein signifikanter Unterschied ($p = .023$) zwischen MZ 1 und MZ 3 ($M_{Diff} = -.383$, 95%-CI $[-.723, -.043]$) lokalisiert werden. In beiden Gruppen steigen die Werte von MZ 1 auf MZ 3. Dies deutet darauf hin, dass die empfundene Sinnleere vom MZ 1 auf MZ 3 zunimmt.

4.3.3 Weitere Analysen

Zusätzlich wurden Effekte der Häufigkeit der Treffen der Lerngruppen und der Häufigkeit der Anwendung von Kinästhetik im Arbeitsalltag auf *Achtsamkeit* und *Subjektives Wohlbefinden* geprüft. Dem lag die Überlegung zugrunde, dass eine hohe Nutzung der Lerngruppen sowie eine häufige Anwendung von Kinästhetik im Arbeitsalltag zu einer Erhöhung der Werte auf den AVs zwischen MZ 2 und MZ 3 geführt haben könnten. Dafür wurden die UVs dichotomisiert. 19 Personen (76.0 %) gaben an, Kinästhetik an jedem oder an mehreren Tagen in der Woche anzuwenden (hohe Anwendung). Sechs Personen (24.0 %) gaben an, Kinästhetik an ca. einem bzw. weniger als einem Arbeitstag in der Woche anzuwenden (niedrige Anwendung). Für die Nutzung der Lerngruppen gaben sieben Personen (28.0 %) an, sich mehr als 2x oder 1–2x in der Woche getroffen zu haben (hohe Nutzung). 17 Personen (68.0 %) gaben an, sich weniger als 1x in der Woche bzw. aller zwei Wochen getroffen zu haben (niedrige Nutzung). Eine Person (4.0 %) machte keine Angabe.

Beide dichotomisierten Variablen wurden als Zwischensubjektfaktor in die Mixed ANOVA aufgenommen. Jede AV wurde einzeln geprüft. Es konnten keine signifikanten Ergebnisse gefunden werden. Eine hohe oder niedrige Nutzung der Lerngruppen sowie eine hohe oder niedrige Anwendungshäufigkeit von Kinästhetik im Arbeitsalltag hatte keinen Einfluss auf die Messwerte zwischen MZ 2 und MZ 3 auf *Achtsamkeit* und *Subjektives Wohlbefinden*.

5 Diskussion

5.1 Interpretation der Ergebnisse

Das Anliegen dieser Studie war es, zu prüfen, ob es Wirkhinweise von Kinästhetik auf die psychische Gesundheit von Pflegekräften gibt. Es bestanden theoretische und empirisch begründete Annahmen, dass Kinästhetik positive Effekte auf die Konstrukte *Achtsamkeit*, *Berufliche Selbstwirksamkeit*, *Berufliche Sinnerfüllung* und *Subjektives Wohlbefinden* hat. Untersucht wurden 41 Pflegekräfte aus Einrichtungen der ambulanten Altenpflege im Rahmen eines Pilotprojektes der AWO AJS gGmbH in einer Pre-Post-Studie mit drei Messzeitpunkten. Die TG (n = 25) bestand aus Pflegekräften, welche im Zeitraum von Dezember 2023 bis Oktober 2024 im Rahmen ihrer Arbeitstätigkeit an einem Kinästhetik-Grundkurs teilnahmen. Eine No-Treatment-Kontrollgruppe (n = 16) setzte sich aus Pflegekräften aus Pflegeeinrichtungen der AWO AJS gGmbH in Thüringen zusammen, die nicht in das Pilotprojekt involviert waren.

In dieser Studie wurden vier gerichtete Unterschiedshypothesen untersucht. Positive Einflüsse von Kinästhetik wurden jeweils auf die Konstrukte *Achtsamkeit*, *Berufliche Selbstwirksamkeit*, *Berufliche Sinnerfüllung* und *Subjektives Wohlbefinden* vorausgesagt. Von einem Einfluss war dann auszugehen, wenn Teilnehmende in der Treatmentgruppe nach der Vermittlung von Kinästhetik in einem Grundkurs (MZ 2 und MZ 3) höhere Werte auf den verwendeten Skalen zeigten als zur Baseline-Messung (MZ 1).

Die statistischen Ergebnisse der Studie zeichnen folgendes Bild: Kinästhetik hat einen signifikanten positiven Einfluss auf *Achtsamkeit* und *Subjektives Wohlbefinden*. Effekte von Kinästhetik auf die *Berufliche Selbstwirksamkeit* und die *Berufliche Sinnerfüllung* konnten dahingegen nicht identifiziert werden. Bezogen auf die aufgestellten Hypothesen bedeutet dies: Die Forschungshypothese H1 kann angenommen werden. Teilnehmende in der TG zeigten nach der Vermittlung von Kinästhetik in einem Kinästhetik-Grundkurs eine signifikante Erhöhung ihrer *Achtsamkeit*. Die Forschungshypothesen H2 und H3 müssen abgelehnt werden. Teilnehmende in der TG zeigten nach der

Vermittlung von Kinästhetik in einem Kinästhetik-Grundkurs weder eine statistisch bedeutsame Erhöhung ihrer *Beruflichen Selbstwirksamkeit* noch der *Beruflichen Sinnerfüllung*. Die Forschungshypothese H4 kann angenommen werden. Teilnehmende in der TG zeigten nach der Vermittlung von Kinästhetik in einem Kinästhetik-Grundkurse eine signifikante Erhöhung ihres *Subjektiven Wohlbefindens*. Auffällig ist, dass die in dieser Studie gefundenen Wirkeffekte abhängig von der Beschäftigungsdauer beim derzeitigen Arbeitgeber sind. So zeigten sich positive Effekte von Kinästhetik auf *Achtsamkeit* und das *Subjektive Wohlbefinden* nur bei Pflegekräften, welche nicht länger als fünf Jahren beim Arbeitgeber beschäftigt waren. Bei Pflegekräften mit einer Beschäftigungsdauer von über fünf Jahren schien Kinästhetik dahingegen keinen Einfluss auf die *Achtsamkeit* und das *Subjektive Wohlbefinden* zu haben.

Im Folgenden werden die Ergebnisse entlang der aufgestellten Hypothesen in die aktuelle Forschungslandschaft eingeordnet und unter theoretischen und methodischen Gesichtspunkten interpretiert und diskutiert. Abschließend wird der Frage nachgegangen, wie der Einfluss der Beschäftigungsdauer erklärt werden kann.

5.1.1 Einfluss von Kinästhetik auf Achtsamkeit

Die Ergebnisse der Studie stehen in einem erwartungskonformen Zusammenhang mit der theoretischen Konzeption von Kinästhetik von Hatch und Maietta (2003) und untermauern die Angaben von Pflegekräften und pflegenden Angehörigen aus einer Kursevaluation von Mauer et al. (2020) zur Erhöhung von *Achtsamkeit* durch Kinästhetik-Schulungen. *Achtsamkeit* wird immer wieder als eine notwendige Voraussetzung für den Einsatz von Kinästhetik thematisiert (Asmussen, 2006; Hatch & Maietta, 2003). Das Curriculum der Kinästhetik-Grundkurse beinhaltet daran anknüpfend einen hohen Anteil von Selbsterfahrungsübungen in Bezug auf den eigenen Körper und die Selbstwahrnehmung. Kinästhetik-Kurse bieten damit einen Raum zur bewussten Auseinandersetzung mit der eigenen Wahrnehmung, den sich die meisten Menschen im Alltag nur wenig nehmen. Damit ähneln sie in ihrer inhaltlichen Konzeption anderen achtsamkeitsbasierten Interventionen wie beispielsweise

MBSR (Kabat-Zinn, 1982).

Die Ergebnisse dieser Studie liefern empirische Evidenz, dass Kinästhetik-Grundkurse *Achtsamkeit* als Schlüsselvariable kinästhetischen Handelns vermittelt. Gestützt werden die Ergebnisse durch die Daten der KG. TG und KG weisen zu MZ 1 fast gleiche Ausgangswert bei gleicher Streuung auf. Diese wurden direkt zu Beginn der Schulung bzw. zu Beginn der Schicht erhoben. In der KG bleiben die Mittelwerte auch zu MZ 2 und MZ 3 konstant, obwohl zu beiden Messzeitpunkten am Ende einer Schicht gemessen wurde. Die Stressbelastung durch die Arbeitstätigkeit scheint keinen Einfluss auf die generelle Ausprägung von Achtsamkeit der Pflegekräfte zu nehmen. Dies unterstreicht, dass das gewählte Erhebungsinstrument auch tatsächlich dispositionelle Achtsamkeit misst. In der TG hingegen zeigt sich eine hohe Änderungssensitivität mit einer Effektstärke im mittleren Bereich, welche Evidenz für eine Wirkung der Intervention liefert. Dieser Effekt scheint relativ schnell zu greifen. Es zeigen sich bereits von MZ 1 auf MZ 2 nach drei Tagen Schulung, deutliche, fast signifikante Mittelwertsunterschiede ($p = .05$). Ein signifikanter Anstieg der Werte vom MZ 1 auf MZ 3 deutet darauf hin, dass dieser Effekt nachhaltig ist. Es ist davon auszugehen, dass der Anstieg der Achtsamkeit nicht ausschließlich auf die Wissensvermittlung im Grundkurs rückführbar ist, sondern der Theorie-Praxis-Transfer in der Praxisphase einen zusätzlichen Nutzen hatte. 76.0 % der Kursteilnehmenden gaben an, Kinästhetik jeden Tag oder an mehreren Tagen in der Woche in ihrem Arbeitsalltag anzuwenden. Dies legt die Annahme nahe, dass Pflegekräfte *Achtsamkeit* in der kinästhetischen Interaktion mit den pflegebedürftigen Personen als Kernelement von Kinästhetik eingesetzt und kontinuierlich weiterentwickelt haben. Dies deutet auf einen Kompetenzerwerb hin. Für den Kompetenzerwerb förderlich haben sich eine zeitnahe Anwendung von Lerninhalten in der Praxis (Corlett, 2000, Marginnis & Croxon, 2010) sowie Unterstützung durch Mentor*innen während des Theorie-Praxis-Transfers erwiesen (Koch, 2012; Smith et al., 2001). Auch wenn die Praxisphase in dieser Studie nicht systematisch kontrolliert wurde, so waren doch folgende förderliche Faktoren gegeben: (1) zeitnahe Transfer der vermittelten Inhalte im Arbeitsalltag, (2) Unterstützung durch geschulte Trainer*innen und (3)

Unterstützung durch die Lerngruppen. Die Evaluation der Lerngruppen und der Kinästhetik-Grundkurse, welche auch zwei Items zum Theorie-Praxis-Transfer enthält, fiel sehr positiv aus und stützen die getätigten Überlegungen. Es liegt die Annahme nahe, dass die *Achtsamkeit* steigt, je höher die Anwendungsintensität von Kinästhetik ist. Die explorative Analyse zeigt jedoch, dass Personen in der TG mit einer hohen Anwendungshäufigkeit von Kinästhetik in der Praxisphase keine signifikant höheren Skalenwerte haben als Personen, welche Kinästhetik nur wenig in ihrem Arbeitsalltag einsetzen. Dies könnte auch auf den geringen Stichprobenumfang und den stark ungleich großen Gruppen (hohe Anwendung 76.0 %, niedrige Anwendung: 24.0 %) rückführbar sein (siehe Kapitel 4.3.3).

Es ist jedoch naheliegend, dass der Theorie-Praxis-Transfer in der Praxisphase einen Einfluss hatte. Die Ergebnisse der Mixed ANOVA zeigen, dass Kinästhetik einen positiven Einfluss auf die *Achtsamkeit* der Teilnehmenden in dieser Studie hat. Der Interaktionseffekt zwischen den Gruppen und Messzeitpunkten verdeutlicht diesen statistisch. Weiterhin besteht ein Haupteffekt für *Zeit*, welcher auf einem signifikanten Niveau zwischen MZ 1 und MZ 3 durch post hoc erfolgte paarweise Vergleiche der Werte der Messzeitpunkte identifiziert werden konnte. Wäre die Erhöhung der *Achtsamkeit* ausschließlich durch die Wissensvermittlung in den ersten drei Tagen des Grundkurses rückführbar, so hätte es hier einen alleinigen Haupteffekt des Messzeitpunkts zwischen MZ 1 und MZ 2 geben müssen. Wäre der Effekt zusätzlich noch durch die zwei Schulungstage vor MZ 3 bedingt, so hätte es einen weiteren signifikanten Effekt von MZ 2 auf MZ 3 geben müssen, jedoch keinen vom MZ 1 auf MZ 3. Da dieser aber (neben den fast signifikanten Ergebnis für MZ 1 auf MZ 2) vorliegt, ist eine Verstärkung des Effekts durch die Praxisphase naheliegend. Wäre dem nicht so, so hätte sich dies in den erhobenen Daten dahingehend widerspiegeln müssen, dass die Mittelwertsdifferenz von MZ 2 auf MZ 3 kleiner hätte sein müssen als von MZ 1 auf MZ 2. Dies war nicht der Fall. Die Werte stiegen kontinuierlich um ca. 0.3 Punktwerte über die Messzeitpunkte hinweg. Eine Prüfung über einen zusätzlichen Messzeitpunkt zu Beginn der zweiten Schulungseinheit hätte hier sicherlich eine klarere Datenlage und eine bessere statistische Prüfung gewährleistet.

Die Ergebnisse zum Einfluss von Kinästhetik auf *Achtsamkeit* lassen sich in die *IAA-Theorie* von Shapiro et al. (2006) integrieren. Wie bereits in Kapitel 1.6.1 dargestellt, postuliert die *IAA-Theorie* ein zirkuläres Wirkmuster von *Achtsamkeit*. Bezogen auf die Vermittlung von *Achtsamkeit* durch Kinästhetik werden aufgrund der Datenlage folgende Überlegungen getroffen: Über die Vermittlung von *Achtsamkeit* als elementarer Bestandteil von Kinästhetik (Intention) sowie dem Einüben und Ausbilden der Fähigkeit (in Bezug auf sich selbst, das Gegenüber und die Umgebung) in der Interaktion mit der pflegebedürftigen Person in der Praxisphase (Attention) wird eine Neubewertung der eigenen Pflegetätigkeit und eine Änderung des Pflegeverständnis initiiert (Attitude)⁸. Dies wiederum führt zu einer erhöhten und differenzierten *Achtsamkeit* in der pflegerischen Interaktion und stärkt die Intention.

5.1.2 Einfluss von Kinästhetik auf Berufliche Selbstwirksamkeit

In der vorliegenden Studie konnte kein Einfluss von Kinästhetik auf die *Berufliche Selbstwirksamkeit* nachgewiesen werden. Auffällig ist, dass sich die Werte weder zwischen den Gruppen noch über die Messzeitpunkte hinweg signifikant unterscheiden. Sie bewegen sich konstant in einem hohen Bereich um einen Mittelwert von $M = 3.3$ und entsprechen den Vergleichswert der Normstichprobe (Knispel et al, 2012). Die explorativen Analysen zeigen, dass weder die *Qualifikation*, noch die *Beschäftigungsdauer* oder das *Alter* der Teilnehmenden einen signifikanten Einfluss auf die *Berufliche Selbstwirksamkeit* ausüben. Gerade in Hinblick auf die *Qualifikation* und *Beschäftigungsdauer* wären Unterschiede erwartbar gewesen (Abele et al., 2000, Knispel et al., 2012). Im Folgenden werden verschiedene Ansätze zur Erklärung der robusten Ergebnisse andiskutiert.

Wie bereits festgestellt, wiesen die Teilnehmenden insgesamt eine hohe *Berufliche Selbstwirksamkeit* auf. Es ist davon auszugehen, dass die Selbsteinschätzungen realistisch sind. Dafür sprechen, neben der Vergleichbarkeit mit der Normstichprobe, die relativ hohen Ausgangswerte für

⁸ Einschränkung ist darauf hinzuweisen, dass keine Einstellungsmessung zur Veränderung der pflegerischen Grundhaltung in dieser Studie vorgenommen wurde.

Subjektive Wohlbefinden. Berufliche Selbstwirksamkeit gilt als protektive Ressource in Bezug auf Burnout und Depressionen und trägt nachweislich zum *Subjektiven Wohlbefinden* bei (Schwarzer & Warner, 2013; Shoji et al., 2015). Zwar waren die korrelativen Beziehungen zwischen den untersuchten Konstrukten in dieser Studie nicht Gegenstand der Betrachtungen, jedoch deuten die deskriptiven Werte auf einen positiven Zusammenhang hin. Darüber hinaus weisen die Teilnehmenden ebenso hohe Werte in Bezug auf die *Beruflichen Sinnerfüllung* auf. Da auch diese beiden Konstrukte miteinander in Verbindung stehen, wären bei einer unrealistischen Einschätzung der *Beruflichen Selbstwirksamkeit* Inkonsistenzen der Ergebnisse zwischen den drei Konstrukte zu erwarten gewesen.

In qualitativen Studien berichten Pflegekräfte davon, dass sie Kinästhetik als etwas Fremdartiges wahrnehmen (Arnold, 2000). Möglicherweise könnte Kinästhetik bei den Teilnehmenden in der TG zu ersten Verunsicherung oder einer Abwehr geführt haben, welche aber im Rahmen der Kinästhetik-Grundkurse sehr schnell wieder durch die von Bandura (1977) postulierten Einflussfaktoren aufgefangen wurden. Dafür sprechen die positiven Bewertungen der Kinästhetik-Grundkurse und der Lerngruppen, die hohe Anwendungshäufigkeit von Kinästhetik in der Praxisphase sowie die hohen Werte auf der Subskala *Zugehörigkeit* des *ME-Work* (Choi et al., 2012). Möglicherweise spielt aber auch eine mit *Beruflicher Selbstwirksamkeit* assoziierte hohe Adaptabilität gerade im Pflegeberuf eine Rolle und kann als Erklärung herangezogen werden (Matijaš & Seršić, 2021). Weitere Erklärungsansätze wären im Bereich der differenziellen Psychologie zu verorten. Pflegekräfte zeichnen sich möglicherweise durch spezifische Persönlichkeitseigenschaften aus. Eine Studie von Choi et al. (2012) berichtet von Zusammenhängen mit einem hohen Selbstbewusstsein und einer hohen beruflichen Identität. Carifido und Rhodes (2002) fanden eine positive Assoziation zwischen Optimismus und einer hohen Kompetenzerwartung.

Ebenso ist es möglich, dass Veränderungen durch die Intervention statistisch nicht nachweisbar gewesen sind. Knispel et al. (2012) verweisen darauf, dass beide Normstichproben der *BSW-5-Rev* eine „Tendenz zur

Zustimmung“ aufwiesen (Knispel et al., 2012, S. 19). Zudem ist es denkbar, dass die Skala für die Berufsgruppe der Pflegekräfte keine ausreichende Inhaltsvalidität aufweist. Hier wäre zu prüfen, ob spezielle Skalen zur Messung *Beruflicher Selbstwirksamkeit* im Pflegeberuf andere Ergebnisse bringen würden (z. B. Dilorio & Price, 2001; Dillon et al. 2003). Für den deutschsprachigen Raum liegt eine Skala zur *Beruflichen Selbstwirksamkeit in der stationären Pflege* vor (Heindle, 2009, Höhle, 2014), welche in adaptierter Form für die ambulante Pflege Anwendung finden könnte. Weiterhin wäre die Erfassung der Entwicklung von Kinästhetik-Kompetenz ratsam, um zu prüfen, ob a) durch den Kinästhetik-Grundkurs überhaupt ein Kompetenzerwerb (externale Komponente) stattgefunden hat und b) inwieweit sich dieser auf die *Berufliche Selbstwirksamkeit* (internale Komponente) ausgewirkt hat. Der Kompetenzerwerb wurde in dieser Studie nicht erfasst. Für die Messung von Kinästhetik- bzw. Bewegungskompetenz liegen zwei valide Instrumente von Gatteringer (2017a; 2017b) vor. Zum einen die *Kinaesthetics Competence Self-Evaluation Scale (KCSE)* sowie das *Kinaesthetics Competence Observation Instrument (KCO)*. Auch ist denkbar, dass mit *Beruflicher Selbstwirksamkeit* nicht das richtige abhängige Konstrukt erfasst wurde, da diese nur eine geringe Kontextabhängigkeit aufweist und damit weniger sensitiv für Interventionen sein könnte. Geeigneter als AV könnte das Konstrukt der Emotionsregulation sein, da diese in beziehungsorientierten Berufen einen maßgeblichen Schutzfaktor darstellt (Lampert et al., 2012).

5.1.3 Einfluss von Kinästhetik auf berufliche Sinnerfüllung

In dieser Studie konnte kein Einfluss von Kinästhetik auf die *Berufliche Sinnerfüllung* nachgewiesen werden. Die Werte unterscheiden sich weder zwischen den Gruppen noch über die Messzeitpunkte hinweg signifikant. Es haben weder die *Qualifikation*, die *Beschäftigungsdauer* noch das *Alter* einen signifikanten Einfluss auf die *Berufliche Sinnerfüllung*. Die untersuchten Pflegekräfte erlebten eine hohe Sinnerfüllung durch den Beruf. Der Gesamtmittelwert liegt bei $M = 3.6$ (von 5). Das Ergebnis steht im Einklang mit Studien bei anderen Berufsgruppen im Humandienstleistungssektor (Badura et

al., 2018; Dill et al., 2016; Lampert et al., 2021). Auffallend sind sehr hohe Werte für die Subskalen *Bedeutsamkeit* und *Sinnvolle Arbeit* um einen Mittelwert von $M = 4.5$. Auch diese Ergebnisse stehen in Einklang mit Forschungsergebnisse im Feld. Wie in Kapitel 1.6.3 dargestellt, ist *Bedeutsamkeit* eine wichtige Komponente *Beruflicher Sinnerfüllung* (Allan, 2017). Auch hier kann, wie bei *Beruflicher Selbstwirksamkeit*, davon ausgegangen werden, dass die Werte ein realistisches Bild der *Beruflichen Sinnerfüllung* der Teilnehmenden zeichnen. Hierfür sprechen die deskriptiven Ausgangswerten für *Berufliche Selbstwirksamkeit* und *Subjektives Wohlbefinden*. Vermittelt die berufliche Tätigkeit Selbstwirksamkeit, so wird diese auch als sinnvoller erlebt (Lampert et al., 2021; Rosso et al., 2010). Auch berichten Studien von positiven Zusammenhängen zwischen *Beruflicher Sinnerfüllung*, *Beruflicher Selbstwirksamkeit* und *Subjektiven Wohlbefinden* (Lampert et al., 2021; Höge & Schnell, 2012; Schnell et al., 2013).

Es stellt sich die Frage, warum die Intervention keinen Effekt hatte. Entsprechend der theoretischen Überlegungen sollte Kinästhetik durchaus einen sinnsteigernden Effekt haben. Möglicherweise bedarf es einer längeren und intensiveren Anwendung von Kinästhetik und einer nachhaltigen und von der Organisation getragenen Haltungsänderung, damit Kinästhetik ihren Einfluss auf die *Berufliche Sinnerfüllung* entfalten kann. Hier wären Follow up-Messungen aussagekräftig. Die Haupteffekte in Bezug das Modul 2 auf die Messzeitpunkte in der KG liefern Anhaltspunkte. Das Modul besteht aus den Skalen *Sinnvolle Arbeit* und *Sinnleere Arbeit*. *Sinnvolle Arbeit* erfasst dabei die Wahrnehmung der eigenen Tätigkeit als sinnvoll. Die Skala *Sinnleere Arbeit* erfasst, ob Sinn in der Arbeit vermisst wird (Schnell & Hoffmann, 2022). In der TG wie auch der KG zeigten sich hier signifikante Unterschiede vom MZ 1 auf MZ 3. Teilnehmende erlebten zu MZ 3 ihre Arbeit als weniger sinnvoll als zu MZ 1. Im Umkehrschluss nahm die empfundene Sinnleere von MZ 1 zu MZ 3 signifikant zu. Beide Skalen stehen also in einem logischen Zusammenhang. Dies legt nahe, dass es sich bei den Ergebnissen nicht um ein methodisches Artefakt handelt. Die Daten könnten sich inhaltlich wie folgt interpretieren lassen: In der TG könnte die neue komplexe Intervention zu einer Überforderung und zu einer Entmutigung geführt haben. Die

Arbeit wird deshalb zu MZ 3 als weniger sinnvoll wahrgenommen. Dagegen sprechen allerdings die robusten Ergebnisse von *Beruflicher Selbstwirksamkeit*. Naheliegender ist die Annahme, dass durch Kinästhetik die eigene bisherige Pfl egetätigkeit von den Teilnehmenden kritisch reflektiert und neu bewertet wurde und sich die Bewertung zu MZ 3 auf das „alte“ Pflegeverständnis bezieht. In der KG könnte ein anderer Mechanismus zugrunde liegen. Die Messungen fanden zu MZ 2 und MZ 3 jeweils zum Ende einer Schicht statt. Möglicherweise erliegen die Pflegekräfte nach der Schicht einer arbeits-/stressbedingten Ernüchterung in Bezug auf die Wahrnehmung der eigenen Tätigkeit als sinnvoll. Zu beachten bleibt, dass sich in Hinblick auf die Gesamtskala keine Effekte nachweisen ließen. Interessant wäre es, zu prüfen, ob sich nach einer längeren institutionellen Implementierung von Kinästhetik ein anderes Datenmuster zeigen würde.

5.1.4 Einfluss von Kinästhetik auf Subjektives Wohlbefinden

Subjektives Wohlbefinden wurde in dieser Studie, wie in vielen anderen psychologischen Studien, als Outcome-Variable erhoben. Es zeigte sich ein großer positiver Effekt von Kinästhetik auf das *Subjektive Wohlbefinden*. Zwar muss der Befund aufgrund einer entscheidenden Verletzung der Voraussetzungsbedingungen für die verwendete Prüfstatistik mit Vorsicht interpretiert werden, jedoch untermauern die zur Absicherung post hoc durchgeführten nicht-parametrischen und damit robusteren Verfahren die Ergebnisse. Eine Überschätzung des Effekts kann jedoch nicht vollends ausgeschlossen werden.

TG und KG weisen zu MZ 1 fast gleiche Ausgangswerte bei gleicher Streuung vor einer Schulung bzw. vor Schichtbeginn auf. Die Werte deuten auf ein zufriedenstellendes *Subjektives Wohlbefinden* um $M = 15.00$ (Punktbereich 18-13). Es zeigt sich ein signifikanter Einfluss von Kinästhetik auf das *Subjektive Wohlbefinden* von MZ 1 auf MZ 2 und von MZ 1 auf MZ 3 in der TG. Auffallend sind hier die großen Mittelwertsunterschiede und die gegenläufige Entwicklung der Messwerte zwischen TG und KG.

Der WHO-5 (Psychiatric Research Unit, 1998) misst *Subjektives Wohlbefinden*

retrospektiv über die letzten zwei Wochen der befragten Personen. Demnach ist davon auszugehen, dass sich die Werte von MZ 1 auf MZ 2 nicht signifikant unterscheiden sollten. Für die KG trifft diese Annahme zu. Die Werte sinken zwar leicht von MZ 1 auf MZ 2, jedoch nicht systematisch. In der TG ist jedoch ein signifikanter Effekt bereits von MZ 1 auf MZ 2 mit einem Punkteanstieg von zwei Punkten beobachtbar. Der Kinästhetik-Kurs scheint einen Einfluss auf die retrospektive Bewertung des eigenen Wohlbefindens zu haben und zwar dahingehend, dass nach drei Tagen Schulung dieses positiver eingeschätzt wird als vor der Schulung. Zu diskutieren ist, ob es sich hierbei um kognitive Verzerrungen, wie z. B. einen *Recall-Bias* oder *Response-Shift* handelt (Blome & Augustin, 2015, 2016; Schwartz & Sprangers, 1999; 2010; Schwartz et al, 2004). Ein *Recall-Bias* tritt auf, wenn die retrospektive Einschätzung durch aktuelle Erlebnisse oder Zustände beeinflusst wird. Bei einem *Response-Shift* ändert sich der Bewertungshintergrund der aktuellen Wahrnehmung eines Sachverhalts durch veränderte Bedingungen wie z. B. eine Intervention (Howard et al., 1979). Beide Biases wurden vor allem in Hinblick auf Messungen der gesundheitsbezogenen Lebensqualität in klinischen Settings nach einer schwerwiegenden Diagnose untersucht (z. B. Jellite et al., 2006; Lawson et al., 2020; McPhail & Haines, 2010). Sie stellen grundsätzliche Fehlerquellen in Pre-Post-Messungen über Selbstbeurteilungsskalen dar und können einen negativen Einfluss auf die interne Validität der Messungen haben (Schwartz & Sprangers, 2002). Für den *WHO-5* (Psychiatric Research Unit, 1998) sind Recall-Effekte nicht berichtet. Validierungsstudien ähnlicher retrospektiver Instrumente verweisen auf eine relative Robustheit gegenüber dem *Recall-Bias* im Vergleich zu prospektiven Messinstrumenten hin (Lawson et al., 2020). Weiterhin ist ein Zeitraum von drei Tagen zwischen MZ 1 und MZ 2 zu gering als dass ein *Recall-Bias* naheliegend wäre.

Naheliegender ist ein *Response-Shift* durch die Kinästhetik-Schulung. Besonders bedeutsam ist dieser, wenn eine Intervention auf eine als Outcome-Variable gemessene Veränderung abzielt, wie dies häufig bei Schulungsmaßnahmen der Fall ist (Aiken & West 1990, Skeff et al. 1992). Die Intervention könnte neue Maßstäbe für *Subjektiven Wohlbefinden* gesetzt haben, wodurch die

Teilnehmenden ihre Bewertungen nach der Schulung anders vornehmen. Da Kinästhetik eine Haltungsänderung bei den Pflegekräften anstrebt, ist dieser Effekt positiv zu betrachten. Für einen *Response-Shift* von MZ 1 auf MZ 2 sprechen auch die Ergebnisse der KG. Hier findet sich kein signifikanter Mittelwertsunterschied zwischen MZ 1 und MZ 2, obwohl sich auch hier die Bedingungen der Datenerhebung dahingehend verändert haben, dass zu MZ 2 nach der Schicht erhoben wurde. Die Arbeitstätigkeit und die damit verbundene Stressbelastung scheinen keinen oder einen zu geringen Impact zu haben, um zu einem *Response-Shift* zu führen. Eine weitere Erklärung wäre das Zustandekommen der Messveränderung durch affektive Heuristiken. Der Kinästhetik-Grundkurs selbst oder moderierende Variablen könnten zu einer Stimmungsaufhellung und somit unterbewusst zu einer positiveren Bewertung des *Subjektiven Wohlbefindens* in den vergangenen zwei Wochen geführt haben. Um den Einfluss der dargestellten Biases genauer zu klären, wäre der Einsatz eines prospektiven Messinstruments und/oder komplexere statistische Auswertungsmethoden mit einer größeren Stichprobe angezeigt.

Die signifikanten Messergebnisse von MZ 1 auf MZ 3 untermauern allerdings einen tatsächlichen Wirkeffekt von Kinästhetik auf das *Subjektive Wohlbefinden*. Beachtet man zusätzlich den signifikanten positiven Effekt von Kinästhetik auf *Achtsamkeit* und Forschungsergebnisse, welche Evidenz dafür liefern, dass *Achtsamkeit* das *Subjektive Wohlbefinden* erhöht (z.B. Carmody & Baer, 2008; Mackenzie et al., 2006; Röhrle, 2023b), so sind die oben beschriebenen Biases in Bezug auf die Gesamtdatenlage eher unwahrscheinlich. Anzunehmen ist, dass eine Erhöhung der *Achtsamkeit* oder aber auch eine Reduktion arbeitsbedingter körperlicher Belastungen durch den Einsatz von Kinästhetik in der Pflegepraxis (MZ 3) zu einer maßgeblichen Erhöhung des *Subjektiven Wohlbefindens* geführt haben. Die wenigen Studien, welche Wirkeffekte von Kinästhetik auf das *Subjektive Wohlbefinden* untersuchten, verweisen auf eine Steigerung desselbigen aufgrund einer Reduktion von körperlichen Schmerzen (Friess-Ott & Müller, 2006; Huth et al., 2013).

Grundsätzlich ist von einem multivariaten Geschehen und der Vermittlung von *Subjektiven Wohlbefinden* durch weitere Variablen auszugehen. Neben den

bereits genannten, könnten in der Praxisphase auch die Lerngruppen einen positiven Einfluss durch die Stärkung eines Zugehörigkeitsgefühls gehabt haben. Weiterhin könnten organisationale Faktoren, wie etwa Unterstützung durch Vorgesetzte bei der Umsetzung von Kinästhetik am Arbeitsplatz eine Rolle spielen. Studien aus dem Bereich der Arbeits- und Organisationspsychologie stützen diese Annahme (Chou, 2015). Die Erhöhung von *Achtsamkeit* sowie die positive Bewertung der Kinästhetik-Grundkurse wie auch die Lerngruppen könnten weiterhin dazu beigetragen haben das *Subjektive Wohlbefinden* der Teilnehmenden zu erhöhen. Inwieweit die in dieser Studie untersuchten Konstrukte zusammenhängen und sich gegenseitig bedingen, wurde an dieser Stelle nicht statistisch analysiert. Nicht ganz unbeachtet bleiben dürfen außerdem Antworteffekte zu MZ 3 in Richtung eines Effekts der *Sozialen Erwünschtheit*. Es ist jedoch davon auszugehen, dass dieser Effekt eher eine marginale Rolle spielt, wie die relativ konstanten Messwerte über die Messzeitpunkte für *Berufliche Selbstwirksamkeit* und *Berufliche Sinnerfüllung* zeigen.

Interessant wäre weiterhin zu klären, ob die Messunterschiede in der KG durch den Zeitpunkt der Messung einmal vor Schichtbeginn und zweimal nach Schichtbeginn mit der Arbeitsbelastung zusammenhängen. Anhand der deskriptiven Daten wäre denkbar, dass die Arbeitsbelastung (psychisch/physisch) dazu geführt hat, dass die Teilnehmende in der KG ihr *Subjektives Wohlbefinden* retrospektiv negativer bewerten.

5.1.5 Einfluss von Beschäftigungsdauer

In dieser Studie zeigten sich signifikante Einflüsse von *Beschäftigungsdauer* in der TG auf die Ergebnisse für *Achtsamkeit* und *Subjektives Wohlbefinden*. Signifikante Veränderungen zeigten sich nur bei Teilnehmenden, welche noch nicht länger als fünf Jahre bei derzeitigen Arbeitgeber beschäftigt waren, nicht jedoch bei längerfristig Beschäftigten. Die Variable *Alter* konnte statistisch als Moderator ausgeschlossen werden. Die Ergebnisse können im Rahmen der *Social Identity Theory (SIT)* von Tajfel und Turner (1979) zur sozialen Identifikation mit Organisationen diskutiert werden (Albert & Whetten, 2004;

Ashforth et al., 1989; Haslam et al., 2000). Hiernach ist eine hohe Identifikation mit der Organisation mit einer höheren Leistungsbereitschaft und mit einer besseren Gesundheit und Wohlbefinden verknüpft (van Dick et al., 2009; Haslam & van Dick, 2011). Studien zum Einfluss von Betriebszugehörigkeit zeigen, dass neuere Mitarbeiter*innen eine hohe Änderungsbereitschaft aufweisen, da sie noch nicht so stark mit der Unternehmenskultur verwurzelt sind und eine höhere Lernbereitschaft mitbringen (Wanberg & Banas, 2000). Eine längere Betriebszugehörigkeit dahingegen geht mit einer verminderten Veränderungsmotivation (*Change Fatigue*) einher (Oreg, 2003). Veränderungsprozesse in Organisationen werden dann nur unter bestimmten Voraussetzungen von länger Beschäftigten mitgetragen.

Grundlegend zu klären bleibt, ob die Ergebnisse auf spezielle organisationale Charakteristika dieses Arbeitgebers zurückzuführen sind⁹ oder sich in anderen Studien replizieren lassen. In beiden Fällen ergeben sich dadurch Auswirkungen auf die praktischen Implikationen bei der Implementierung von Kinästhetik in Pflegeeinrichtungen. Um die aufgestellten Annahmen zu prüfen, könnten zusätzliche Erhebungsinstrumente wie die *Job Engagement Scale (JES)* (Houle et al., 2022) hilfreich sein.

5.2 Limitationen

Wie viele andere Studie im Feld ist auch diese Studie nicht frei vom methodischen Mängeln. Der geringe Stichprobenumfang sowie die Erhebung im Rahmen eines Pilotprojektes einer speziellen Organisation lässt eine Generalisierung der Ergebnisse nur bedingt zu. Methodisch ist anzumerken, dass keine kontrollierte Zuteilung zu den Gruppen erfolgen konnte. Gerade in der KG wäre eine Vollerhebung in allen drei Einrichtungen wünschenswert gewesen. Es ist nicht auszuschließen, dass es durch die gezielte Ansprache von Beschäftigten zu einem *Selection Bias* dahingehend gekommen ist, dass diese Teilnehmenden bestimmte Spezifika hinsichtlich ihrer Teilnahmemotivation oder

⁹ Innerhalb der Organisation gab es in den letzten fünf Jahren einem großen Wandel auf Leitungsebene. Ggf. könnten länger Beschäftigte speziell in dieser Organisation eine *Change Fatigue* aufweisen.

bestimmte Charakterzüge, wie bspw. eine hohe Verträglichkeit oder eine besonders hohe Identifikation mit dem Arbeitgeber aufgewiesen haben. Auch wenn beide Teilstichproben in ihrer Zusammensetzung Großteils miteinander vergleichbar waren und signifikante Gruppenunterschiede statistisch kontrolliert wurden, so darf nicht vernachlässigt werden, dass ein deutlicher Stadt-Land-Kontrast zwischen TG und KG bestand. Die TG, zeigte sich insgesamt heterogener in ihrer Zusammensetzung (Beschäftigte mit Migrationshintergrund, mehr Männer im Pflegeberuf, jüngeres Durchschnittsalter, kürzere Beschäftigungsdauer) als die KG, welche ausschließlich aus Einrichtungen im ländliche Raum Thüringens gewonnen wurden. Auch wenn bei den Hypothesentestungen keine signifikanten Haupteffekte für den Zwischensubjektfaktor *Gruppe* gefunden werden konnten, so kann ein verzerrender Einfluss aufgrund der kleinen Stichprobe und damit verbunden fehlenden Normalverteilung der Daten nicht vollständig ausgeschlossen werden. Weiterhin konnte der Zeitraum zwischen MZ 2 und MZ 3 von der Autorin nicht kontrolliert und damit konstant gehalten werden. Zwar erfolgte eine Anpassung der Erhebung der KG an die zeitlichen Abläufe der jeweils parallellaufenden Erhebung in der TG, jedoch unterscheiden sich die Praxisphasen der jeweiligen Kinästhetik-Grundkurse bis zu zwei Wochen. Weiterhin unterlagen die Lerngruppen keiner Systematik. Es wurde versucht, den Einfluss dieser über eine Abtestung im Fragebogen zu kontrollieren. Ein vierter Messzeitpunkt vor den beiden letzten Schulungstagen hätte hier für mehr Abgrenzung der Einflüsse sorgen können. Weiterhin können keine Aussagen über Langzeiteffekte getroffen werden. Eine Follow-Up-Erhebung war in dieser Studie nicht möglich. Auch sind dieser Studien gewisse Grenzen in der statistischen Auswertung gesetzt. Bei dem gegebenen Studiendesign ist eine Mixed ANOVA zwar ein gängiges Auswertungsinstrument, jedoch nicht sehr robust gegen bestimmte Voraussetzungsverletzungen, gerade bei kleinen, oft nicht normalverteilten Daten. Entsprechende nicht-parametrische Verfahren zur Absicherung der Ergebnisse wurden angewandt, um das Risiko einer Über- oder Unterschätzung von Effekten zu minimieren. Eine alternative statistische Herangehensweise wären Multi-Level-Modelle, wie Lineare Mixed Models (LMM). Methodische

Limitationen, wie mögliche Biases, wurden diskutiert. Die Überprüfung korrelativer Zusammenhänge der einzelnen Konstrukte sowie die Analyse des Einflusses von Kinästhetik auf die Arbeitsfähigkeit der Teilnehmenden waren nicht Gegenstand dieser Arbeit¹⁰.

5.3 Implikationen für Praxis und weiterführende Forschungen

Die Studie im Rahmen des Pilotprojekts „AWO in Bewegung – Kinästhetik in der Ambulanten Altenpflege“ sollte prüfen, inwieweit Kinästhetik einen förderlichen Einfluss auf die psychische Gesundheit von Pflegekräften hat. Ziel der wissenschaftlichen Begleitung des Projektes war es zum einen, erste empirische Daten in diesem Forschungsfeld zu gewinnen. Zum anderen stellen die Befunde der Studie eine Entscheidungshilfe für die Organisation in Hinblick auf eine zukünftige flächendeckende Implementierung von Kinästhetik in allen Pflegeeinrichtungen Thüringens dar. Die Studie liefert Evidenz für die positive Wirkung von Kinästhetik auf die psychische Gesundheit von Pflegekräften in der ambulanten Altenpflege. Eine Empfehlung für eine flächendeckende Implementierung kann ausgesprochen werden. Eine Anwendung von Kinästhetik in der Pflege hat entscheidende Vorteile auf verschiedenen Ebenen: Kinästhetik hat nachweisbare positive Effekte auf die physische und psychische Gesundheit von pflegebedürftigen Personen und Pflegekräften. Weiterhin findet durch Kinästhetik eine Professionalisierung und damit eine Qualitätssteigerung von Pflege statt. Daraus ergeben sich Vorteile für alle Beteiligten, nicht zuletzt dem Arbeitgeber. Damit eine erfolgreiche Implementierung gelingen kann, sollte Kinästhetik breit in der Organisation verankert sein. Im besten Fall werden alle Mitarbeitenden geschult, nicht nur Pflegekräfte. Ein salutogenes und ressourcenorientiertes Verständnis von Pflege sollte ein vermittelter Wert und ein Identifikationspunkt der Organisation sein. Die Ergebnisse zeigen, dass vor allem Beschäftigte, welche noch nicht so lange beim Arbeitgeber beschäftigt sind, von Kinästhetik für ihre eigene psychische Gesundheit profitieren. Beschäftigte sollten möglichst frühzeitig nach Arbeitsaufnahme geschult werden. Bestenfalls

¹⁰ Diese Analysen erfolgen im Rahmen des Pilotprojektes und können weitere Erkenntnisse liefern.

wird Kinästhetik bereits in der Pflegeausbildung als Pflegestandard vermittelt. Eine enge Verzahnung zwischen Theorie und Praxis sollte angestrebt werden und regelmäßige Lerngruppe, Workshops oder Fallbesprechungen sowie Betreuung durch Peer-Tutor*innen angeboten werden. Ergänzend bieten sich auch Schulungen für pflegende Angehörige an.

Die Ergebnisse der Studie eröffnen noch ein weiteres Anwendungsfeld. Die Kinästhetik-Schulungen hatten zuvorderst einen Effekt auf das persönliche Gesundheitsverhalten der Teilnehmenden. Gerade die Erhöhung von *Achtsamkeit* in Verbindung mit einer Vermittlung von Bewegungskompetenz macht Kinästhetik zu einem wertvollen Angebot in der Gesundheitsprävention der Allgemeinbevölkerung, steigert sie doch die physische wie psychische Gesundheit gleichermaßen. Weiterhin käme Kinästhetik auch als flankierendes körperorientiertes Verfahren im psychotherapeutischen Kontext in Frage. Gerade bei Personen mit Körperwahrnehmungsstörungen, z. B. im pädiatrischen Bereich, bei Essstörungen oder auch bei neurologischen Entwicklungsstörungen, wie z. B. Autismus oder dem Aufmerksamkeits-Hyperaktivitätssyndrom, könnte Kinästhetik einen wertvollen Beitrag leisten.

Im Bereich der wissenschaftlichen Auseinandersetzung mit Kinästhetik muss weiterhin Grundlagenforschung betrieben werden, um die bisherigen Ergebnisse der Studien im Feld zu stützen. Ein rein quantitativer Zugang zum Forschungsgegenstand dürfte zu kurz greifen, um den komplexen Effekten von Kinästhetik hinreichend Rechnung zu tragen. Ideal wäre eine breite und über mehrere Jahre angelegte interdisziplinäre Längsschnittstudie mit einem Mixed-Method-Design mit einer ausreichend großen Stichprobe aus verschiedenen Pflegeeinrichtungen. Dies ließe eine simultane Untersuchung von Effekte auf die physische und psychische Gesundheit von pflegebedürftige Personen und Pflegekräfte sowie organisationale Voraussetzungen und Outcomes zu. Zum anderen könnten komplexere und aussagekräftigere statistische Methoden angewandt werden. Auf theoretischer Ebene steht die Erarbeitung eines umfassenden Struktur- und Wirkmodells von Kinästhetik aus, welches Wechselwirkungen und Einflussfaktoren spezifiziert.

6. Fazit

Die vorliegende Studie liefert erste wichtige Erkenntnisse zu potenziellen positiven Effekten von Kinästhetik auf die psychische Gesundheit von Pflegekräften in der ambulanten Altenpflege. Es konnte gezeigt werden, dass Kinästhetik signifikant zur Erhöhung von *Achtsamkeit* und *Subjektivem Wohlbefinden* beiträgt, während keine Effekte auf die *Berufliche Selbstwirksamkeit* und *Berufliche Sinnerfüllung* festgestellt wurden. Auffällig ist, dass die Wirkeffekte abhängig von der Beschäftigungsdauer beim Arbeitgeber sind: Pflegekräfte mit kürzerer Beschäftigungsdauer profitierten stärker von der Intervention.

Methodische Limitationen, wie der geringe Stichprobenumfang, Unterschiede zwischen den Untersuchungsgruppen und eine spezifische Zielgruppe, schränken die Generalisierbarkeit der Ergebnisse ein. Dennoch untermauern die Befunde die Relevanz von Kinästhetik als Ansatz zur Förderung psychischer Gesundheit von Pflegekräften im Rahmen der *Betrieblichen Gesundheitsförderung*. Kinästhetik bietet den Vorteil, dass sie zum einen die Prävention auf Verhaltens- und Verhältnisebene verschränkt und zum anderen die physische und psychische Gesundheit von Pflegekräften, bei gleichzeitigen positiven Effekten auf pflegebedürftige Personen, fördert. Da Kinästhetik direkt am Arbeitsplatz stattfindet, stellt ihre Anwendung ggf. eine geringere Hürde dar, als Angebote außerhalb der Arbeitszeit von Pflegekräften. Für die Praxis wird empfohlen, Kinästhetik breitflächig in Pflegeeinrichtungen zu implementieren. Dabei ist es wichtig, dass Kinästhetik innerhalb der Organisationskultur seine Verankerung findet und Pflegekräfte frühzeitig nach der Beschäftigungsaufnahme geschult werden.

Langfristig sollten umfassende, interdisziplinäre Längsschnittstudien durchgeführt werden, um die Wirkmechanismen von Kinästhetik weiter zu untersuchen und ein theoretisches Wirkmodell zu entwickeln. Die Ergebnisse dieser Studie legen zudem nahe, dass Kinästhetik über den Pflegebereich hinaus ein wertvolles präventives und therapeutisches Instrument sein kann.

Literaturverzeichnis

- Abele, A., Stief, M., & Andrä, M. S. (2000). Zur ökonomischen Erfassung beruflicher Selbstwirksamkeitserwartungen: Neukonstruktion einer BSW-Skala. *Zeitschrift für Arbeits- und Organisationspsychologie*, 44, 145–151. <http://doi.org/10.1026//0932-4089.44.3.145>
- Aiken, L. S., & West, S. G. (1990). Invalidity of true experiments: Self-report pretest biases. *Evaluation Review*, 14, 374–390.
- Aiken, L. S., & West, S. G. (1991). *Multiple Regression. Testing and Interpreting Interactions*. Sage.
- Albert, S., & Whetten, D. A. (2004). Organizational Identity. In M. J. Hatch & M. Schultz (Hrsg.), *Organizational Identity* (S. 98–118). Oxford University Press.
- Allan, B. A. (2017). Task significance and meaningful work: A longitudinal study. *Journal of Vocational Behavior*, 102, 174–182.
- Allan, B. A., Batz-Barbarich, C., Sterling, H. M., & Tay, L. (2019). Outcomes of meaningful work: A meta-analysis. *Journal of Management Studies*, 56(3), 500–528.
- Anderson, S. L., & Betz, N. E. (2001). Sources of social self-efficacy expectations: Their measurement and relation to career development. *Journal of Vocational Behavior*, 58(1), 98–117. <http://doi.org/10.1006/jvbe.2000.1753>
- AOK Bundesverband (2022, 23. August). *Pressemitteilung. Burnout-Risiko bei Pflegefachpersonen hoch*. AOK Bundesverband. https://www.aok.de/pp/fileadmin/bereiche/unternehmenskommunikation/AOKs_und_ihr_verband/AOK_Bundesverband/Pressemitteilungen/Archiv/bf_2022-08-23_Burnout-Risiko_bei_Pflegefachpersonen_hoch.pdf
- Arnold, D. (2000). «Aber in die Praxis umzusetzen ist es dann halt schwierig». *Pflege*, 13(1), 53–63. <http://doi.org/10.1024/1012-5302.13.1.53>

- Ashforth, B. E., & Mael, F.-A. (1989). Social Identity Theory and the Organization. *The Academy of Management Review* 14(1), 20–39.
- Asmussen, M. (2006). *Praxisbuch Kinaesthetics. Erfahrungen zur individuellen Bewegungsunterstützung auf Basis der Kinästhetik*. Elsevier.
- AWO AJS gGmbH Erfurt (2022). *Projektkonzept „AWO in Bewegung“ – Kinästhetik in der Ambulanten Altenpflege*. Internes Dokument.
- Badura, B., Ducki, A., Schröder, H., Klose, J., & Meyer, M. (2018). *Fehlzeiten-Report 2018. Sinn erleben – Arbeit und Gesundheit*. Springer.
- Bandura, A. (1977). Self-efficacy: Toward a unifying theory of behavioral change. *Psychological review*, 84(2), 191–215.
<https://doi.org/10.1037/0033-295X.84.2.191>
- Bandura, A. (1993). Perceived Self-Efficacy in Cognitive Development and Functioning. *Educational Psychologist*, 28(2), 117–148.
- Bandura, A. (1997). *Self-efficacy: the exercise of control*. Freeman.
- Bartlett, L., Martin, M., Neil, A., Memish, K., Otahal, P., Kilpatrick, M., & Sanderson, K. (2019). A systematic review and meta-analysis of workplace mindfulness training randomized controlled trials. *Journal of Occupational Health Psychology*, 24(1), 108–126.
<https://doi.org/10.1037/ocp0000146>
- Becker, P. (1994). Theoretische Grundlagen. In A. Abele, & P. Becker (Hrsg.), *Wohlbefinden. Theorie – Empirie – Diagnostik* (S. 13–49). Juventa.
- Betschon, E., Brach, M., & Hantikainen, V. (2011). Studying feasibility and effects of a two-stage nursing staff training in residential geriatric care using a 30 month mixed-methods design. *BMC Nursing*, 10(10).
<https://doi.org/10.1186/1472-6955-10>.

- Bleses, P. & Jahns, K. (2016). Soziale Innovationen in der ambulanten Pflege. In G. Becke, P. Bleses, F. Frerichs, M. Goldmann, B. Hinding, & M. K. W. Scheer (Hrsg.), *Zusammen – Arbeit – Gestalten. Soziale Innovationen in sozialen und gesundheitsbezogenen Dienstleistungen* (S.124–144). Springer.
- Blome, C., & Augustin, M. (2016). Measuring change in subjective wellbeing: Methods to quantify recall bias and recalibration response shift. Research Paper. *Hamburg Center of Health Economic*, 12, 1–25.
- Borrmann, A., & Marty-Teuber, S. (2024, 19. Juli). *Fachartikel, Studien und Hochschularbeiten*. European Kinaesthetics Association.
https://wiki.kinaesthetics.de/Fachartikel_Studien_und_Hochschularbeiten
- Bortz, J., & Döring, N. (2006). *Forschungsmethoden und Evaluation für Human- und Sozialwissenschaftler* (4. Aufl.). Springer.
- Boysen, A. (2001). *Welche Auswirkungen hat Kinästhetik in der Pflegepraxis? Eine Fallstudie anhand von narrativen Interviews nach Teilnahme an einem Kinästhetik-Grundkurs*. Diplomarbeit, Universität Flensburg (unveröffentlicht).
- Brown, K. W., & Ryan, R. M. (2003). The benefits of being present: Mindfulness and its role in psychological well-being. *Journal of Personality and Social Psychology*, 84, 822–848.
- Bühner, M. (2006). *Einführung in die Test- und Fragebogenkonstruktion* (2. aktualisierte Aufl.). Pearson.
- Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin (2012). *Arbeit in der Pflege – Arbeit am Limit? Arbeitsbedingungen in der Pflegebranche*. BIBB/BAuA-Faktenblatt 10, Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin.
- Bundesministerium für Gesundheit (2017). *Gesundheitsförderung für Pflegekräfte. Wer pflegt die Pflege? Ausgangslage: Die Arbeitssituation in der Pflege* (3. Aufl.). Bundesministerium für Gesundheit.

- Burkhalter, H., & Zimmermann, H. (2024): Die Entwicklung der Kinästhetikkompetenz in der stationären Akutpflege. Eine Machbarkeitsstudie mit Prä-Posttest-Design. *Pflege*, 37(5), 265–274. <https://doi.org/10.1024/1012-5302/a000973>
- Burns, E., & Sailer, G. (2007). *Effizienz- und Gesundheitsentwicklung in der Pflege mit Kinästhetik: Projekt am Krankenhaus Hietzing mit Neurologischem Zentrum Rosenhügel der Stadt Wien*. Pressbaum.
- Camenisch, D. A., Schäfer, O., Minder, I. A., & Cattapan, K. (2022). Der Einfluss der Arbeit auf das Wohlbefinden unter Berücksichtigung verschiedener Berufsprofile. *Prävention und Gesundheitsförderung*, 17, 336–342. <https://doi.org/10.1007/s11553-021-00875-4>
- Carifio, J., & Rhodes, L. (2002). Construct validities and the empirical relationships between optimism, hope, self-efficacy, and locus of control. *Work*, 19(2), 125–136.
- Carmody, J., & Baer, R. A. (2008). Relationships between mindfulness practice and levels of mindfulness, medical and psychological symptoms and well-being in a mindfulness-based stress reduction program. *Journal of Behavioral Medicine*, 31(1), 23–33. <https://doi.org/10.1007/s10865-007-9130-7>
- Chang, V. Y., Palesh, O., Caldwell, R., Glasgow, N., Abramson, M., Luskin, F., Gill, M., Burke, A., & Koopman, C. (2004). The effects of a mindfulness-based stress reduction program on stress, mindfulness self-efficacy, and positive states of mind. *Stress and Health*, 20, 141–147.
- Chin, A. L., Nam, S., & Lee, S.-J. (2016). Occupational factors associated with obesity and leisure-time physical activity among nurses: a cross sectional study. *International Journal of Nursing Studies*, 57, 60–69.
- Choi, B. Y., Park, H., Yang, E., & Lee, S. K. (2012). Understanding Career Decision Self-Efficacy. A Meta-Analytic Approach. *Journal of Career Development*, 39(5), 443–460. <https://doi.org/443-460>. 10.1177/0894845311398042

- Chou, P. (2015). The Effects of Social Support on Employee's Subjective Well-Being. *European Journal of Bussiness and Management*, 7(6), 8–19.
- Christen, L., Scheidegger, J., Grossenbacher, G., Christen, S., & Oehninger, R. (2005). Erfahrungen und Ergebnisse aus standardisierten Beobachtungen der konventionellen und kinästhetischen Pflege auf einer nuklear- und strahlentherapeutischen Station. *Pflege*, 18(1), 25–37.
- Citron, I. (1998). *Kinästhetisch handeln in der Pflege: Entdecken-Verstehen-Erleben*. Georg Thieme Verlag.
- Citron, I. (2011). *Kinästhetik – Kommunikatives Bewegungslernen* (3. Aufl.). Georg Thieme Verlag.
- Clauss, K. (2017). Kinästhetik-Bewegungsförderung. In C. Fiedler, M. Köhrmann, & R. Kollmar (Hrsg.), *Pflegewissen Stroke Unit* (S. 172). Springer.
- Cohen, J. (1988). *Statistical Power Analysis for the Behavioral Sciences* (2nd ed.). Erlbaum.
- Cohen, J. (1992). A power primer. *Psycholigcal Bulletin*, 112(1), 155–159.
- Corlett, J. (2000). The perceptions of nurse teachers, student nurses and preceptors. *Nurse Education Today*, 20(6), 499–505.
- Dahmen, S., Preisfeld, A., & Damerau, K. (2022). Professionalisierung im Lehr-Lern-Labor Seminar: Zusammenhänge zwischen der Ausprägung professioneller Handlungskompetenz und fachdidaktischer Selbstwirksamkeitserwartung im biologiedidaktischen Lehr-Lern-Labor. *HLZ – Herausforderung Lehrer*innenbildung*, 5(1). 196–222. <https://doi.org/10.11576/hlz-4889>
- Diener, E., Suh, E. M., Lucas, R. E., & Smith, H. (1999). Subjective well-being: Three decades of progress. *Psychological Bulletin*, 125(2), 276–302.
- Dillon, T. W., Lending, D., Crews II, T. R., & Blankenship, R. (2003). Nursing selfefficacy of an integrated clinical and administrative information system. *Computers, Informatics, Nursing*, 21(4), 198–205.

- Dilorio, C., & Price, M. E. (2001). Description and use of the neuroscience nursing self-efficacy scale. *Journal of Neuroscience Nursing*, 33(3), 130–135.
- Duangchan, C., & Matthews, A. K. (2021). Application of Ferrans et al.'s conceptual model of health-related quality of life: A systematic review. *Research in Nursing & Health*, 44(3), 490–512.
- Edlinger, A. (2015). *Kinästhetik: Gesundheitsentwicklung für Pflegebedürftige und Pflegende*. Akademiker Verlag.
- Eisenschink, A. M., Kirchner, E., Bauder-Mißbach, H., Loy, S., & Kron, M. (2003). Auswirkungen der kinästhetischen Mobilisation im Vergleich zur Standardmobilisation auf die Atemfunktion bei Patienten nach aorto-coronarer Bypass-Operation. Und weitere relevante Faktoren. [The effect of kinaesthetic mobilization compared to standard mobilization on respiratory function with post-op patients after aortal coronary bypass surgery]. *Pflege*, 16(4), 205–215.
- Enke, A. (2009). Aspects of introduction of kinaesthetics in organisations: „maintaining movement“. *Pflege*, 62(9), 534–537.
- European Kinaesthetics Association (Hrsg.) (2020). *Kinaesthetics. Lernen und Bewegungskompetenz*. Verlag European Kinaesthetics Association.
- European Kinaesthetics Association (Hrsg.) (2022). *Kinaesthetics Konzeptsystem*. Verlag European Kinaesthetics Association.
- European Kinaesthetics Association (Hrsg.) (2023). *Kinaesthetics in der Pflege. Grundkurs Arbeitsheft. Bewegungskompetenz für Gesundheits- und Sozialberufe*. Verlag European Kinaesthetics Association.
- Escuriex, B. F., & Labbè, E. E. (2011). Health care provider's mindfulness and treatment outcomes: a critical review of the research literature. *Mindfulness*, 2, 242–253.
- Field, A. (2013). *Discovering Statistics Using IBM SPSS Statistics* (4th ed.). Sage Publications.

- Fischer, R. (2007). Prävention und Rehabilitation. In A. Lauber & P. Schmalstieg (Hrsg.), *Prävention und Rehabilitation. Verstehen und pflegen* (2. Aufl., S. 4–9), Georg Thieme Verlag.
- Freiberg, A., Euler, U., Girbig, M., Nienhaus, A., Freitag, S., & Seidler, A. (2016). Influence of the Kinaesthetics care conception during patient handling on the development of musculoskeletal complaints and diseases – A scoping review. *Journal of occupational medicine and toxicology*, 11(24), 1–14.
<https://doi.org/10.1186/s12995-016-0113-x>
- Freitag, S., Fincke, I., Dulon, M., Ellegast, R., & Nienhaus, A. (2007). Messtechnische Analyse von ungünstigen Körperhaltungen bei Pflegekräften - eine geriatrische Station im Vergleich mit anderen Krankenhausstationen. *ErgoMed*, 31, 130–140.
- Freyer, M., Formazin, M., & Rose, U. (2019b). Work Ability Index: Eine neue Berechnungsmethode auf Basis von zwei Faktoren. *Zeitschrift für medizinische Prävention*, 54(7), 450–457.
- Friess-Ott, G., & Müller, M. (2006). Mitarbeiter bewerten die Einführung positiv: Kinästhetik ein ökonomisches Konzept? *Pflegezeitschrift*, 59(2), 110–113.
- Fringer, A., Huth, M., & Hantikainen, V. (2014). Nurses' experiences with the implementation of the Kinaesthetics movement competence training into elderly nursing care: a qualitative focus group study. *Scandinavian journal of caring sciences*, 28(4), 757–766. <https://doi.org/10.1111/scs.12108>.
- Galantino, L. M., Baime, M., Maguire, M., Szapary, P. O., & Farrar, J. T. (2005). Association of psychological and physiological measures of stress in health-care professionals during an 8-week mindfulness meditation program. *Stress and Health*, 21, 255–261.
- Gastwirth, J. L., Gel, Y. R., & Miao, W. (2009). The impact of Levene's test of equality of variances on statistical theory and practice. *Statistical Science*, 24(3), 343–360.

- Gattinger, H. (2017a). Mobility Care in Nursing Homes. Development and Psychometric Evaluation of the Kinaesthetics Competence Self-Evaluation (KCSE) Scale. *BMC Nursing*, 15(67), 1–9.
<https://doi.org/10.1186/s12912-017-0257-8>.
- Gattinger, H. (2017b). *Development and Evaluation of Two Instruments to Assess Nursing Staff's Competence in Mobility Care Based on Kinaesthetics* (= Annales Universitatis Turkuensis, ser. D 1210). *PhD Thesis*. University of Turku, Turku.
- Gattinger, H., & Hantikainen, V. (2018): Komplexe Interventionen Herausforderungen der Kinaesthetics-Forschung, Teil 1. *Lebensqualität. Die Zeitschrift für Kinaesthetics*, 1, 7–9.
- Goldberg, S. B., Tucker, R. P., Greene, P. A., Davidson, R. J., Wampold, B. E., Kearney, D. J., & Simpson, T. L. (2018). Mindfulness-based interventions for psychiatric disorders: A systematic review and meta-analysis. *Clinical Psychology Review*, 59, 52–60.
<https://doi.org/10.1016/j.cpr.2017.10.011>
- Grobe, T. & Steinmann, S. (2019). *Gesundheitsreport 2019 – Pflegefall Pflegebranche? So geht's Deutschlands Pflegekräften*. Techniker Krankenkasse.
- Grossman, P., Nimann, L., Schmidt, S., & Walach, H. (2004). Mindfulness-based stress reduction and health benefits. A meta-analysis. *Journal of Psychosomatic Research*, 57, 35–43.
- Haasenritter, J., Eisenschink, A. M., Kirchner, E., Bauder-Mißbach, H., Brach, M., Veith, J., Sander, S., & Panfil, E.-M. (2009). Auswirkungen eines präoperativen Bewegungsschulungsprogramms nach dem für kinästhetische Mobilisation aufgebauten Viv-Arte-Lernmodell auf Mobilität, Schmerzen und postoperative Verweildauer bei Patienten mit elektiver medianer Laparotomie. *Pflege*, 22(1), 19–28.
<https://doi.org/10.1024/1012-5302.22.1.19>

- Hammermann, A. (2019, 02. Januar). *Ich schaffe das: Das Prinzip der Selbstwirksamkeit*. IW-Kurzbericht. Institut der deutschen Wirtschaft.
<https://www.iwkoeln.de/studien/andrea-hammermann-ich-schaffe-das-das-prinzip-der-selbstwirksamkeit.html>
- Hantikainen, V., Riesen-Uru, S., Raemy-Röthl, B., & Hirsbrunner, T. (2006). Die Bewegungsunterstützung nach Kinästhetik und die Entwicklung und Förderung von Körperwahrnehmung, Bewegungsfähigkeiten und funktioneller Unabhängigkeit bei alten Menschen. *Pflege*, 19, 12–14.
- Haslam, A. S.; Powell, C., & Turner, J. C. (2000): Social Identity, self categorization and work motivation: Rethinking the contributions of the group to positive and sustainable organizational outcomes. *Applied Psychology: An International Review* 49(3), 319–339.
- Haslam, S. A., & Van Dick, R. (2011). A social identity analysis of organizational well-being. In D. De Cremer, R. Van Dick, & K. Murnighan, (eds.), *Social psychology and organizations* (pp. 325-352). Taylor & Francis.
- Hasselhorn, H. M. (2005). *Berufsaustieg bei Pflegepersonal. Arbeitsbedingungen und beabsichtigter Berufsausstieg bei Pflegepersonal in Deutschland und Europa*. Wirtschaftsverlag NW Verlag für neue Wissenschaft.
- Hasselhorn, H. M., & Müller, B. H. (2005). Arbeitsbelastung und Beanspruchung bei Pflegepersonal in Europa – Ergebnisse der NEXT-Studie. In B. Badura, H. Schellschmidt, & C. Vetter (Hrsg.), *Fehlzeitenreport 2004* (S. 21–47). Springer.
- Hatch, F., & Maietta, L. (2003). *Kinaesthetics. Health Development and human activity* (2nd ed.). Urban & Fischer.
- Hatch, F.; Maietta, L., & Schmidt, S. (2005). *Interaktion durch Berührung und Bewegung in der Krankenpflege* (5. Aufl.). DBfK Verlag.

- Heath, G., Dorrian, J., & Coates, A. (2019). Associations between shift type, sleep, mood, and diet in a group of shift working nurses. *Scandinavian Journal of Work, Environment & Health*, 45(4), 402–412.
- Heindle, B. J. (2009). *Entwicklung eines Diagnostikums zur berufsspezifischen Selbstwirksamkeit in der stationären Pflege*. Inaugural-Dissertation zur Erlangung des Doktorgrades der gesamten Humanmedizin dem Fachbereich Medizin. Philipps-Universität Marburg.
- Hemmerich, W. (2020). StatistikGuru: Stichprobengröße für die mixed ANOVA berechnen. Statistik Guru.
<https://statistikguru.de/rechner/stichprobengroesse-mixed-anova.html>
- Höge, T., & Schnell, T. (2012) Kein Arbeitsengagement ohne Sinnerfüllung. Eine Studie zum Zusammenhang von Work Engagement, Sinnerfüllung und Tätigkeitsmerkmalen. *Wirtschaftspsychologie*, 13, 91–99.
- Höge, T., & Webe, W. G. (2018) Das soziomoralische Organisationsklima und Sinnerfüllung in der Arbeit: Erkenntnisse über zwei Gesundheitsressourcen. In B. Badura, A. Ducki, H. Schörder, J. Klose, & M. Meyer (Hrsg.), *Fehlzeiten-Report 2018. Sinn erleben – Arbeit und Gesundheit* (S. 225–233). Springer.
- Höhle, D. (2014). *Kriterienbezogene Validität eines Diagnostikums zur berufsspezifischen Selbstwirksamkeit in der stationären Pflege*. Inaugural-Dissertation zur Erlangung des Doktorgrades der gesamten Humanmedizin dem Fachbereich Medizin, Philipps-Universität Marburg.
<https://archiv.ub.uni-marburg.de/diss/z2014/0736/pdf/ddh.pdf>
- Houle, S., Rich, B., Comeau, C., Blais, A.-R., & Morin, A. (2022). The Job Engagement Scale: Development and Validation of a Short Form in English and French. *Journal of Business and Psychology*. 37, 1–20.
<https://doi.org/10.1007/s10869-021-09782-z>
- Howard, G., Schmeck, R. R., & Bray, J. H. (1979). Internal Invalidity in Studies employing Self-report Instruments: a suggested Remedy. *Journal of Educational Measurement*, 16(2), 129–135.

- Hu, J., & Hirsh, J. (2017). The Benefits of Meaningful Work: A Meta-Analysis. *Academy of Management Proceedings*, 1.
<https://doi.org/10.5465/AMBPP.2017.13866abstract>
- Huth, M., & Schnepf, W., & Bienstein, C. (2013). Nutzen von Kinaesthetics Schulungen für die Bewältigung der häuslichen Pflegesituation –die Sichtweise von Angehörigen. *Pflegewissenschaft*, 11, 586–599.
<https://doi.org/10.3936/1235>
- Imhof, L., Suter-Riederer, S., & Kesselring, J. (2015). Effects of Mobility-Enhancing Nursing Intervention in Patients with MS and Stroke: Randomised Controlled Trial. *International Scholarly Research Notices*, 2, 1–6.
<https://doi.org/10.1155/2015/785497>
- Isfort, M.; Rottländer, R.; Weidner, F.; Gehlen, D., Hylla, J., & Tucman, D. (2018): *Pflege-Thermometer 2018. Eine bundesweite Befragung von Leitungskräften zur Situation der Pflege und Patientenversorgung in der stationären Langzeitpflege in Deutschland*. Deutsches Institut für angewandte Pflegeforschung e.V.
- Jablin, F. M. (2001). Organizational Entry, Assimilation and Disengagement/Exit. In F. M. Jablin, & J. Putnam (Eds.), *The New Handbook of Organizational Communication: Advances in Theory, Research and Methods* (pp. 732–818). Sage.
- Jakubiak, B. K., & Feeney, B. C. (2017). Affectionate touch to promote relational, psychological, and physical well-being in adulthood: A theoretical model and review of the research. *Personality and Social Psychology Review: An Official Journal of the Society for Personality and Social Psychology*, 21(3), 228–252.

- Jelitte, M., Schulte, T., Reusch, A., Igl, W., & Faller, H. (2006). Response-Shift als Einflussfaktor auf Veränderungsmessungen der gesundheitsbezogenen Lebensqualität in der onkologischen Rehabilitation. In Verband Deutscher Rentenversicherungsträger (Hrsg.), *15. Rehabilitationswissenschaftliches Kolloquium: Rehabilitation und Arbeitswelt – Herausforderungen und Strategien – vom 13. bis 15. März 2006 in Bayreuth* (S. 103- 104). VDR-Selbstverlag.
- Jenkins, R., & Elliott, P. (2004). Stressors, Burnout and social support: nurses in acute mental health settings. *Journal of Advanced Nursing*, 48, 622–631.
- Kabat-Zinn, J. (1982). An outpatient program in behavioral medicine for chronic pain patients based on the practice of mindfulness meditation: Theoretical considerations and preliminary results. *General Hospital Psychiatry*, 4(1), 33–47.
[https://doi.org/10.1016/0163-8343\(82\)90026-3](https://doi.org/10.1016/0163-8343(82)90026-3)
- Kämpfer, S. (2014). *Migration und Lebenszufriedenheit. Eine theoriegeleitete empirische Analyse*. Budrich UniPress.
- Knispel, J., Wittneben, L., Slavchova, V., & Arling, V. (2021). Skala zur Messung der beruflichen Selbstwirksamkeitserwartung (BSW-5-Rev). *Zusammenstellung sozialwissenschaftlicher Items und Skalen (ZIS)*.
<https://doi.org/10.6102/zis303>
- Koch, L. F. (2012). Theorie-Praxis-Transfer in der Pflegeausbildung. Evidenzbasierte Curriculum-Reformen: Ein Beispiel aus den USA. *Padua*, 07(3), 149–153.
- Lampert, B. & Hornung, S., & Glaser, J. (2021). Detached Concern und Wohlbefinden: berufliche Selbstwirksamkeit und Sinnerfüllung als vermittelnde psychische Ressourcen. *Prävention und Gesundheitsförderung*, 10, 173–187.
<https://doi.org/10.1007/s11553-021-00864-7>

- Lawson, A., Tan, A.C., Naylor, J., & et al. (2020). Is retrospective assessment of health-related quality of life valid? *BMC Musculoskelet Disord*, 21(415), 1–10.
<https://doi.org/10.1186/s12891-020-03434-8>
- Lenker, M. (2008). Ergebnis der Pilotstudie Kinästhetik. Weniger Schmerzen beim Bewegen Schwerstkranker. *Intensiv*, 16(2), 95–101.
<https://doi.org/10.1055/s-2008-1027273>
- Luderer, C., & Meyer, G. (2018). Qualität und Qualitätsmessung in der Pflege aus ethischen Perspektive. In K. Jacobs, A. Kuhlmei, S. Greß, J. Klauber, & A. Schwinger (Hrsg.), *Pflegereport 2018: Qualität in der Pflege* (S. 15–22). Springer.
- Luxemburger Deklaration zur betrieblichen Gesundheitsförderung in der Europäischen Union (2014). *Die Luxemburger Deklaration zur betrieblichen Gesundheitsförderung in der Europäischen Union*.
https://www.dnbgf.de/fileadmin/user_upload/Materialien/2014_Luxemburger_Deklaration_BGF.pdf
- Mackenzie, C. S., Poulin, P. A., & Seidman-Carlson, R. (2006). A brief mindfulness-based stress reduction intervention. *Applied Nursing Research*, 19(2), 105–109.
<https://doi.org/10.1016/j.apnr.2005.08.002>
- Maginnis, C., & Croxon, L. (2010). Transfer of learning to the nursing clinical practice setting. *The International Electronic Journal of Rural and Remote Health Research*, 10(2), S. 1–7.
<https://doi.org/10.22605/RRH1313>
- Maietta, L., & Resch-Kröll, U. (2009). Studie: MH-Kinaesthetics fördert Gesundheit der Mitarbeiter. *Die Schwester der Pfleger*. 48(5), 440–444.
- Mark, G., & Smith, A. P. (2012). Occupational stress, job characteristics, coping and the mental health of nurses. *British Journal of Health Psychology*, 17, 505–521.

- Martin, A., Sanderson, K., & Cocker, F. (2009). Meta-analysis of the effects of health promotion intervention in the workplace on depression and anxiety symptoms. *Scandinavian Journal of Work, Environment & Health*, 35, 7–18.
- Marty-Teuber, S. (2024, 25 Juli). *Feedback-Control-Theorie*. European Kinaesthetics Association.
https://wiki.kinaesthetics.de/Feedback-Control-Theorie#cite_note-1
- Matijaš, M., & Seršić, D. M. (2021). The Relationship Between Career Adaptability and Job-Search Self-Efficacy of Graduates: The Bifactor Approach. *Journal of Career Assessment*. 29(4), 683–698.
<https://doi.org/10.1177/10690727211002281>
- Maurer, C., Asmussen-Clausen, M., & Gattinger, H. (2020). Kinaesthetics für pflegende Angehörige: Ergebnisse einer Kursevaluation. *LQ. kinaesthetics – zirkuläres denken – lebensqualität*, 1, 60–63.
- Maurer, C., Brenner, R., Wulfgramm, H., & Gattinger, H. (2024). Begleitevaluation des „Bildungs- und Entwicklungsprojekt Kinästhetik“. *HBScience* 15, 44–56. <https://doi.org/10.1007/s16024-024-00407-y>
- Maurer, C., Gattinger, H., & Mayer, H. (2021). Die Problematik der Implementierung von Kinästhetik in Einrichtungen der stationären Langzeitpflege – Eine Multiple Case-Study. *Pflege*, 34(1), 13–21.
<https://doi.org/10.1024/1012-5302/a000780>.
- Maurer, C., Mayer, H., & Gattinger, H. (2019). Faktoren, die die Implementierung von Kinästhetik in die stationäre Langzeitpflege beeinflussen: eine Konkretisierung des Consolidated Framework for Implementation Research durch Expertenaussagen. *HBScience*, 10(3–4), 56–65.
<https://doi.org/10.1007/s16024-019-00333-4>.
- McPhail, S., & Haines, T. (2010). Research Response shift, recall bias and their effect on measuring change in health-related quality of life amongst older hospital patients. *Health and Quality of Life Outcomes*, 8(65). 1–9.

- McTierman, K., & McDonald, N. (2015). Occupational stressors, burnout and coping strategies between hospital and community psychiatric nurses in Dublin region. *Journal of Psychiatric Mental Health Nursing*, 22, 208–218.
- Michalak, J., Heidenreich, T., Ströhle, G., & Nachtigall, C. (2008). Die deutsche Version der Mindful Attention and Awareness Scale (MAAS), Psychometrische Befunde zu einem Achtsamkeitsfragebogen. *Zeitschrift für Klinische Psychologie und Psychotherapie*, 37, 200–208.
<https://doi.org/10.1026/1616-3443.37.3.200>
- Michalak, J., Heidenreich, T., Ströhle, G., & Nachtigall, C. (2011). MAAS. Mindful Attention and Awareness Scale - deutsche Version [Verfahrensdokumentation aus PSYNDEX Tests-Nr. 9006040 und Fragebogen]. In Leibniz-Zentrum für Psychologische Information und Dokumentation (ZPID) (Hrsg.). *Elektronisches Testarchiv. ZPID*.
<https://doi.org/10.23668/psycharchives.393>
- Mojtahedzadeh, N., Neumann, F. A., Augustin, M., Zyriax, B-C., Harth, V., & Mache, S. (2021). Das Gesundheitsverhalten von Pflegekräften – aktueller Forschungsstand, Potentiale und mögliche Herausforderungen. *Präventive Gesundheitsförderung*, 16, 16–20.
- Nachtigall, C., & Wirtz, M. (2006). *Wahrscheinlichkeitsrechnung und Inferenzstatistik. Statistische Methoden für Psychologen, Teil 2* (4. Aufl.). Juventa.
- Norman, G. (2010). Likert scales, levels of measurement and the “laws” of statistics. *Advances in health sciences education*, 15, 625–632.
- Oreg, S. (2003). Resistance to Change: Developing an Individual Differences Measure. *The Journal of applied psychology*, 88(4), 680–693.
<https://doi.org/10.1037/0021-9010.88.4.680>
- Orellana-Rios, C. L., & Schmidt, S. (2015). Achtsamkeit und Selbstfürsorge als Ressourcen in der Pflege. Konzeption, Studienlage und Evaluation eines in den Arbeitsalltag integrierten Ansatzes. *Onkologische Pflege*, 1, 40–46.
<https://doi.org/10.4486/j.fop.2015.01.05>

- Pick, P., Brüggemann, J., Grote, C., Grünhagen, E., & Lampert, T. (2004). *Pflege. Schwerpunktbericht zur Gesundheitsberichterstattung des Bundes*. Robert Koch-Institut.
- Psychiatric Research Unit (1998). *WHO(fünf) – Fragebogen zum Wohlbefinden (Version 1998)*. World Health Organization.
https://www.psychiatri-regionh.dk/who-5/Documents/WHO5_German.pdf
- Razali, N. M., & Wah, Y. B. (2011). Power comparisons of Shapiro-Wilk, Kolmogorov-Smirnov, Lilliefors and Anderson-Darling tests. *Journal of Statistical Modeling and Analytics*, 2(1), 21–33.
- Richardson, K. M., & Rothstein, H. R. (2008). Effects of occupational stress management intervention programs: a meta-analysis. *Journal of Occupational Health Psychology*, 1(13), 69–93.
- Riedel-Heller, S. G., Lupp, M., Seidler, A., Becker, T., & Stengler, K. (2013). Psychische Gesundheit und Arbeit. Konzepte, Evidenz und Implikationen für Forschung und Praxis. *Nervenarzt*, 84(7), 832–837.
- Ritzmann, S., Hagemann, V., & Kluge, A. (2020). TEL. Training Evaluations Inventar [Verfahrensdokumentation, Inventar deutsch und englisch]. In Leibniz-Institut für Psychologie (ZIPD) (Hrsg.), *Open Test Archive. ZIPD*.
<https://doi.org/1023668/psycharchives.4493>
- Röhrle, B. (2023a). *Wohlbefinden. Modelle, Bedingungen und Interventionen*. Manuskript. German Network for Mental Health.
<https://gnmh/daten/wohlfinden-roehrle-bzga-lange-fassung.pdf>
- Röhrle, B. (2023b, 13. Mai). Wohlbefinden / Well-Being. In Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) (Hrsg.), *Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention. Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden*.
<https://doi.org/10.17623/BZGA:Q4-i134-1.0>
- Rohwer, E., Mojatahedzadeh, N., Harth, V., & Mache, S. (2021). Stressoren, Stresserleben und Stressfolgen von Pflegekräften im ambulanten und stationären Setting in Deutschland. *Zbl Arbeitsmedizin*, 71, 38–43.

- Roier, M. (2013). Kinästhetik - Konzept und Einsatzmöglichkeiten in Gesundheitsberufen. In R. Burger, & M. Wieland (Hrsgs.), *Handbuch für Gesundheitsberufe III. Ergonomie*. (S. 147–158). Zenodo.
- Rosso, B. D., Dekas, K. H., & Wrzesniewski, A. (2010). On the meaning of work: a theoretical integration and review. *Research in Organisational Behavior*, 30, 91–127.
- Rothgang, H., Müller, R., & Preuß, B. (2020). *Barmer Pflegereport 2020. Belastungen der Pflegekräfte und ihre Folgen*. Schriftreihe zur Gesundheitsanalyse, 26, Institut für Gesundheitssystemforschung.
- Salkind, N. J. (2010). *Encyclopedia of Research Design* (Vol. 2). Sage.
- Schendera, C. (2007). *Datenqualität mit SPSS*. Oldenbourg.
- Schlosser, A., Paetsch, J., & Sauer, D. (2022): Die Veränderung von selbsteingeschätzter Beratungskompetenz und Selbstwirksamkeitserwartung: Eine Interventionsstudie bei Lehramtsstudierenden. *Psychologie in Erziehung und Unterricht*, 69(2), 105–121.
<https://doi.org/10.2378/peu2022.art08d>
- Schmidt, S. (1988). Heben und Bewegen - leicht gemacht! *Krankenpflege Soins Infirmiers*, 88(7), 60–64.
- Schmidt, S. (1990). Was ist Kinästhetik in der Krankenpflege? *Krankenpflege*, 3, 145–148.
- Schmucker, R. (2020). Arbeitsbedingungen in Pflegeberufen. In K. Jacobs, A. Kuhlmei, S. Greß, J. Klauber, & A. Schwinger (Hrsg.), *Pflege-Report 2019: Mehr Personal in der Langzeitpflege – aber woher?* (S. 49–60). Springer.
- Schmuck, P., & Sheldon, K. M. (Eds.) (2001). *Life goals and well-being: Towards a positive psychology of human striving*. Hogrefe & Huber Publishers.
- Schnell, T. (2020). *Psychologie des Lebenssinns* (2. Aufl.). Springer.

- Schnell, T., & Hoffmann, C. (2020). ME-Work: Development and validation of a modular meaning in work inventory. *Frontiers in Psychology*, 11, 1–18.
<https://doi.org/10.3389/fpsyg.2020.599913>
- Schnell, T., & Hoffmann, C. (2022). Die helle und die dunkle Seite von Sinn im Beruf, erfasst mit dem ME-Work Inventar. *Wirtschaftspsychologie aktuell*, 3, 38–42.
- Schnell, T., Höge, T., & Pollet, E. (2013). Predicting meaning in work: theory, data, implications. *Journal of Positive Psychology*, 8, 543–554.
- Schumacher, J., Klaiberg, A., & Brähler, E. (Hrsg.) (2003). *Diagnostische Verfahren zu Lebensqualität und Wohlbefinden*. Reihe: Diagnostik für Klinik und Praxis – Band 2, Hogrefe.
- Schunk, D. H., & Zimmerman, B. J. (1997). Social origins of self-regulatory competence. *Educational Psychologist*, 32(4), 195–208.
https://doi.org/10.1207/s15326985ep3204_1
- Schwartz, C. E., & Sprangers, M. A. G. (1999). Methodological approaches for assessing response-shift in longitudinal health-related quality-of-life research. *Social Science & Medicine*, 48, 1531–1548.
- Schwartz, C. E., & Sprangers, M. A. G. (2002). An Introduction of quality of life assessment in oncology: the value of measuring patient-reported outcomes. *The American Journal of Managed Care*, 8, 550–559.
- Schwartz, C. E., & Sprangers, M. A. G. (2010). Guidelines for improving the stringency of response shift research using the thentest. *Quality of Life Research*, 19(4), 455–464.
- Schwartz, C. E., Sprangers, M. A., & Carey, A. et al. (2004). Exploring response shift in longitudinal data. *Psychology & Health*, 19(1), 51–69.
- Schwarzer, R., & Jerusalem, M. (2002). Das Konzept der Selbstwirksamkeit. In M. Jerusalem, & D. Hopf (Hrsg.), *Selbstwirksamkeit und Motivationsprozesse in Bildungsinstitutionen* (S. 28–53). Beltz.

- Schwarzer, R., & Warner, L. M. (2013). Perceived self-efficacy and its relationship to resilience. In S. Prince-Embury, & D. H. Saklofske (Eds.), *Resilience in children, adolescents, and adults: Translating research into practice* (pp. 139–150). Springer Science + Business Media.
https://doi.org/10.1007/978-1-4614-4939-3_10
- Sedlmeyer, P., & Renkewitz, F. (2008). *Forschungsmethoden und Statistik in der Psychologie*. Pearson Studium.
- Shapiro, S. L., Carlson, M. B., Astin, H. S., & Freedman, B. (2006). Mechanisms of mindfulness. *Journal of Clinical Psychology*, 62(3), 373–386.
<https://doi.org/10.1002/jclp.20237>
- Shoji, K., Cieslak, R., Smoktunowicz, E., Rogala, A., Benight, C. C., & Luszczynska, A. (2015). Associations between job burnout and self-efficacy: a meta-analysis. *Anxiety, Stress & Coping*, 29(4), 367–389.
<http://doi.org/10.1080/10615806.2015.1058369>
- Siegrist, J. (1996). Adverse Health Effects of High-Effort/Low-Reward Conditions. *Journal of Occupational Health Psychology*, 1, 27–41.
- Siegrist, J. (2010). Effort-Reward Imbalance at work and cardiovascular diseases. (Review paper). *International Journal of Occupational Medicine and Environmental Health*, 23(3), 279–285.
- Skeff, K. M., Stratos, G. A., & Bergen, M. R. (1992). Evaluation of medical faculty development program: A comparison of traditional pre/post and retrospective pre/post self-assessment ratings. *Evaluation & the Health Professions*, 15, 350–366.
- Smith, L. S., McAllister, L. E., Crawford, C. S. (2001). Mentoring Benefits and Issues for Public Health Nurses. *Public Health Nursing*, 18(2), 101–107.
- Smith, K. U., & Smith, M. F. (1973). *Psychology. An Introduction to Behavior Science*. Little, Brown and Company.
- Stansfeld, S., & Candy, B. (2006). Psychosocial work environment and mental health – a meta-analytic review. *Scandinavian Journal of Work, Environment & Health* 32, 443–446.

- Steger, M. F., Dik, B. J., & Duffy, R. D. (2012). Measuring meaningful work: the Work and Meaning Inventory (WAMI). *Journal of Career Assessment*, 20(3), 322–337.
<https://doi.org/10.1177/1069072711436160>
- Sullivan, G. M., & Artino, A. R. (2013). Analyzing and interpreting data from Likert-type scales. *Journal of Graduate Medical Education*, 5(4), 541–542.
<https://doi.org/10.43000/JGME-5-4-18>
- Tabachnick, B. G., & Fidell, L. S. (2019). *Using multivariate statistics* (7th ed.). Pearson Education.
- Tajfel, H., & Turner, J. C. (1979). An Integrative Theory of Intergroup Conflict. In M. J. Hatch & M. Schultz (Hrsg.), *Organizational Identity* (S. 56–65). Oxford University Press.
- Tamminen-Peter, L. (2005). *An ergonomic evaluation of three transfer methods*. University of Turku, Turku, Finland.
- Tamminen-Peter, L. (2006). Neue Methoden für den Patiententransfer besser für Pflegekräfte und Patienten. *Sairaanhoitaja*;79(6-7),18–20.
- Tan, C.-M. (2012). *Search Inside Yourself* (2. Aufl.), Aranka.
- Throner, V., Kirschneck, M., Frisch, D., Schuh, A., & Kus, S. (2019). Arbeitsfähigkeit von Pflegekräften in Deutschland – welchen Präventionsbedarf hat das Pflegepersonal: Ergebnisse einer Expertenbefragung. *Das Gesundheitswesen*, 82(5), 422–430.
<https://doi.org/10.1055/a-0905-3007>
- Topp, C. W., Østergaard, S. D., Søndergaard, S., & Bech, P. (2015). The WHO-5 Well-Being Index: a systematic review of the literature. *Psychotherapie and Psychosomatics*, 84(3), 167–176.
<https://doi.org/10.1159/000376585>
- Treviranus, F., Mojtahedzadeh, N., Harth, V., & Mache, S. (2020). Psychische Belastungsfaktoren und Ressourcen in der ambulanten Pflege. *Zbl Arbeitsmedizien*, 71, 32–37.
<https://doi.org/10.1007/s40664-020-00403-9>

- Tuomi, K., Ilmarinen, J., Jahkola, A., Katajarinne, L., & Tulkki, A. (1998). *Work Ability Index* (2nd revised). Finnish Institute of Occupational Health.
- Van Dick, R., Stellmacher, J., Wagner, U., & Lemmer, G., & Tissington, P.A. (2009). Group membership salience and performance. *Journal of Managerial Psychology*, 24, 609–626.
- Vander Elst, T., Cavents, C., Daneels, K., Johannik, K., Baillien, E., Van den Broeck, A., & Godderis, L. (2016). Job demands-resources predicting burnout and work engagement among Belgian home health care nurses: A cross-sectional study. *Nursing Outlook*, 64(6), 542–556.
[https://doi.org/ 10.1016/j.outlook.2016.06.004](https://doi.org/10.1016/j.outlook.2016.06.004)
- Vegchel, N., van Jonge, J., de Bosma, H., & Schaufeli, W. (2005). Reviewing the effort–reward imbalance model: Drawing up the balance of 45 empirical studies. *Social Science Medicine*, 60, 1117–1131.
- Wanberg, C. & Banas, J. (2000). Predictors and Outcomes of Openness to Changes in Reorganizing Workplace. *The Journal of applied psychology*. 85, 132-142.
<https://doi.org/10.1037/0021-9010.85.1.132>.
- Weigl, M., Stab, N., Herms, I., Angerer, P., Hacker, W., & Glaser, J. (2016). The associations of supervisor support and work overload with burnout and depression: a cross-sectional study in two nursing settings. *Journal of Advanced Nursing*, 72(8), 1774–1788.
[https://doi.org/ 10.1111/jan.12948](https://doi.org/10.1111/jan.12948)
- Wendsche, J., Ghadiri, A., Bengsch, A., & Wegge, J. (2017). Antecedents and outcomes of nurses' rest break organization: A scoping review. *International Journal of Nursing Studies*, 75, 65–80.
<https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2017.07.005>
- Wiener, N. (1948). *Cybernetics*. John Wiley.

- Wirth, T., Kozak, A., Schedlbauer, G., & Nienhaus, A. (2016). Health behaviour, health status and occupational prospects of apprentice nurses and kindergarten teachers in Germany: a cross-sectional study. *Journal of Occupational Medicine and Toxicology*, 11(26), 1–10.
<https://doi.org/10.1186/s12995-016-0116-7>
- Wirtz, M. A., Strohmer, J., & Huber, V. H. (2014). *Dorsch-Lexikon der Psychologie*. Hogrefe.
- World Health Organization (WHO) (1986). Ottawa-Charta zur Gesundheitsförderung. World Health Organization.
http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0006/129534/Ottawa_Charter_G.pdf?ua=1 [17.07.2017] [PDF].
- World Health Organization (WHO) (1999). *Gesundheit 21: Das Rahmenkonzept „Gesundheit für alle“ für die europäische Region der WHO*. Europäische Schriftreihe „Gesundheit für alle“ Nr. 6.
- Zapka, J. M., Lemon, S. C., Magner, R. P., & Hale, J. (2009). Lifestyle behaviours and weight among hospital-based nurses. *Journal of Nursing Management*, 17(7), 853–860.
<https://doi.org/10.1111/j.1365-2834.2008.00923.x>
- Zimber, A. (2015). Psychische Belastungen in der Pflege: Kenntnisstand und praktischer Handlungsbedarf. *ASU Arbeitsmed Sozialmed Umweltmed*. 50, 706–707.

Anhang A

Anschreiben für Fragebogenerhebung Treatmentgruppe	114
Anschreiben für Fragebogenerhebung Kontrollgruppe	115

DIPLOMA

Private staatlich anerkannte Hochschule / University of Applied Science
Fachbereich Psychologie
Herminenstraße 17f
31675 Brückenburg

Liebe Mitarbeiterin, lieber Mitarbeiter,

im Rahmen meiner Abschlussarbeit begleite ich die Einführung von Kinaesthetics-Schulungen in Pflegeeinrichtungen. Ziel meiner Abschlussarbeit ist es, Kinaesthetics in seiner Wirkweise besser zu verstehen und Maßnahmen für eine dauerhafte Verankerung von Kinaesthetics in der Pflege zu entwickeln.

Um ein möglichst umfassendes Bild der derzeitigen Situation bei der Einführung von Kinaesthetics-Schulungen in den Pflegeeinrichtungen zu gewinnen, möchte ich sie herzlich dazu einladen, an der Studie im Rahmen des Grundkurses Kinaesthetics bei der AWO AIS teilzunehmen.

Die Studie besteht aus drei schriftlichen Einzelbefragungen. Diese erfolgen zu Beginn, in der Mitte und am Ende eines Grundkurses. Bitte nehmen sie an allen drei Befragungen teil. Nur so erhalte ich für meine Abschlussarbeit aussagekräftige Ergebnisse.

Für die Beantwortung eines Fragebogens benötigen sie ca. 10 Minuten. Diese Zeit ist Bestandteil ihrer Arbeitszeit. Bitte stecken sie den ausgefüllten Bogen in den beigegefügt Briefumschlag und verschließen sie diesen. Eine Einwurfbox steht im Seminarraum bereit.

Alle Informationen, welche im Rahmen dieser Studie gesammelt werden, werden **streng vertraulich** behandelt und für rein wissenschaftliche Zwecke im Rahmen meiner Abschlussarbeit genutzt. Ihre Daten werden nicht an Dritte weitergegeben. Ihre Daten werden **anonymisiert** erhoben und ausgewertet und können nicht mit ihrer Person in Verbindung gebracht werden. Persönliche Daten werden nach Ablauf der Studie vernichtet. Die Teilnahme an der Studie beruht auf **freiwilliger Basis**.

Ich freue mich, wenn sie mich mit ihrer Teilnahme in meiner Arbeit unterstützen. Für Fragen und Anregungen kontaktieren sie mich gern unter: 140255059@stud-diploma.de

Herzlichen Dank im Voraus!

Mit freundlichen Grüßen

Doreen Kaufmann

DIPLOMA

Private staatlich anerkannte Hochschule / University of Applied Science
Fachbereich Psychologie
Herminenstraße 17f
31675 Brückenburg

Liebe Mitarbeiterin, lieber Mitarbeiter,

im Rahmen meines berufsbegleitenden Studiums beschäftige ich mich mit der Betrieblichen Gesundheitsförderung im Pflegebereich. Im Auftrag der AWO AJS Erfurt/ Bereich Altenpflege führe ich eine Studie durch, welche zum Ziel hat, ein besseres Bild davon zu bekommen, welchen Belastungen Pflegekräfte ausgesetzt sind. Die AWO AJS möchte darauf basierend ein gesundheitserhaltendes Pflegekonzept erproben und nachhaltig ihren Pflegeeinrichtungen etablieren, damit gesunderhaltende Arbeit in der Pflege Standard wird. Um ein möglichst umfassendes Bild der derzeitigen Situation in den Pflegeeinrichtungen zu gewinnen, möchte ich sie herzlich einladen, an dieser Studie teilzunehmen.

Die Studie besteht aus drei schriftlichen Einzelbefragungen im Zeitraum von ca. 7 Wochen. **Bitte nehmen sie an allen drei Befragungen teil. Nur so erhalte ich aussagekräftige und verwertbare Ergebnisse.** Den **ersten Fragebogen** bitte ich sie an einem Tag **zu Schichtbeginn** auszufüllen. Ein **zweiter Fragebogen** wird **zwei Tage später** an sie ausgegeben. Bitte füllen sie diesen **am Ende einer Schicht** aus. Eine dritte Befragung erfolgt in der ersten Augustwoche 2024. Für die Beantwortung eines Fragebogens benötigen sie ca. 6-10 Minuten. Diese Zeit ist Bestandteil ihrer Arbeitszeit. Bitte stecken sie den jeweils ausgefüllten Fragebogen in den beigefügten Briefumschlag, verschließen sie diesen und geben sie ihn in die **Einwurfbox in der Begegnungsstätte**.

Alle Informationen, welche im Rahmen dieser Studie gesammelt werden, werden **streng vertraulich** behandelt und für rein wissenschaftliche Zwecke im Rahmen der Studie genutzt. Ihre Daten werden nicht an Dritte weitergegeben. Ihre Daten werden **anonymisiert** erhoben und ausgewertet und können nicht mit ihrer Person in Verbindung gebracht werden. Persönliche Daten werden nach Ablauf der Studie vernichtet. Die Teilnahme an der Studie beruht auf **freiwilliger Basis**.

Ich freue mich, wenn sie mich mit ihrer Teilnahme in meiner Arbeit unterstützen. Für Fragen und Anregungen kontaktieren sie mich gern unter: 140255059@stud-diploma.de

Herzlichen Dank im Voraus! Mit freundlichen Grüßen

Doreen Kaufmann

Anhang B

Pre-Test TG/KG – Reihung A	117
Post-2-Test TG – Reihung A	122

Fragebogen 1 AWO Grundkurs 240617

Liebe Teilnehmerin, lieber Teilnehmer,

bitte nehmen sie sich Zeit und füllen sie den Fragebogen **allein, wahrheitsgetreu und vollständig** aus.

Um einen anonymisierten Umgang mit allen Daten zu gewährleisten und im Rahmen weiterer Befragungen Daten von ihnen zusammenfügen zu können, ist es notwendig, ihnen einen persönlichen Code zuzuweisen.

Die ersten zwei Buchstaben des Vornamens ihrer Mutter: _ _

Die ersten zwei Buchstaben des Vornamens ihres Vaters: _ _

Die ersten zwei Buchstaben ihres Geburtsortes: _ _

Geschlecht:

☐ männlich

☐ weiblich

☐ divers

Alter in Jahren:

Muttersprache:

☐ deutsch

☐ andere

Ich bin in der Einrichtung tätig seit:

Ich arbeite in der Woche:

☐ bis 20 h

☐ 21 bis 35 h

☐ über 35 h

Ich arbeite in folgenden Schichten:

☐ nur Tagschicht

☐ nur Nachtschicht

☐ beides

Ich bin tätig als:

☐ Pflegefachkraft

☐ Pflegehilfskraft

☐ anderes, und zwar _____

Ich arbeite in der:

☐ häuslichen Pflege

☐ teilstationären Pflege (Pflege-WG)

KINÄSTHETIK IN DER AMBULANTEN ALTENPFLEGE

1.) Wenn sie ihre beste, je erreichte Arbeitsfähigkeit mit 10 Punkten bewerten: Wie viele Punkte würden sie dann für ihre derzeitige Arbeitsfähigkeit geben?

☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

völlig arbeitsunfähig  derzeit die beste Arbeitsfähigkeit

2.) Wie schätzen sie ihre derzeitige Arbeitsfähigkeit in Bezug auf die körperlichen Arbeitsanforderungen ein?

sehr gut	eher gut	mittelmäßig	eher schlecht	sehr schlecht
☐	☐	☐	☐	☐

3.) Wie schätzen sie ihre derzeitige Arbeitsfähigkeit in Bezug auf die psychischen Arbeitsanforderungen ein?

sehr gut	eher gut	mittelmäßig	eher schlecht	sehr schlecht
☐	☐	☐	☐	☐

4.) Behindert sie derzeit eine Erkrankung oder Verletzung bei der Arbeit?
Falls nötig, kreuzen sie bitte mehr als eine Antwort-Möglichkeit an.

- ☐ Keine Beeinträchtigung / Ich habe keine Erkrankung
- ☐ Ich kann meine Arbeit ausführen, habe aber Beschwerden.
- ☐ Ich bin manchmal gezwungen, langsamer zu arbeiten oder meine Arbeitsmethode zu ändern.
- ☐ Ich bin oft gezwungen, langsamer zu arbeiten oder meine Arbeitsmethode zu ändern.
- ☐ Wegen meiner Krankheit bin ich nur in der Lage Teilzeitarbeit zu verrichten.
- ☐ Meiner Meinung nach bin ich völlig arbeitsunfähig.

KINÄSTHETIK IN DER AMBULANTEN ALTENPFLEGE

5.) Die folgenden Aussagen betreffen Ihr Wohlbefinden in den letzten zwei Wochen. Bitte markieren Sie bei jeder Aussage die Rubrik, die Ihrer Meinung nach **am besten beschreibt**, wie Sie sich in den **letzten zwei Wochen** gefühlt haben.

In den letzten 2 Wochen ...	Die ganze Zeit	meistens	Etwas mehr als die Hälfte der Zeit	Etwas weniger als die Hälfte der Zeit	Ab und zu	Zu keinem Zeitpunkt
... war ich froh und guter Laune.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
... habe ich mich ruhig und entspannt gefühlt.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
... habe ich mich energisch und aktiv gefühlt.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
... habe ich mich beim Aufwachen frisch und ausgeruht gefühlt.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
... war mein Alltag voller Dinge, die mich interessieren.	☐	☐	☐	☐	☐	☐

6.) Im folgenden Abschnitt finden Sie einige Aussagen, die sich auf Ihre berufliche Zuversicht im Rahmen Ihrer beruflichen Tätigkeit beziehen. Bitte geben Sie zu jeder Aussage an, **in welchem Ausmaß Sie** dieser Aussage **zustimmen** bzw. diese **ablehnen**. Dabei können Sie zwischen „stimmt gar nicht“ bis „stimmt genau“ abstimmen.

	Stimmt gar nicht	Stimmt eher nicht	Stimmt eher	Stimmt genau
Ich weiß genau, dass ich die an meinen Beruf gestellten Anforderungen erfüllen kann, wenn ich nur will.	☐	☐	☐	☐
Ich weiß, dass ich die für meinen Beruf erforderlichen Fähigkeiten, wirklich habe.	☐	☐	☐	☐
Ich weiß, dass ich genügend Interesse für alle mit meinem Beruf verbundenen Anforderungen habe.	☐	☐	☐	☐
Schwierigkeiten im Beruf sehe ich gelassen entgegen, da ich meine Fähigkeiten vertrauen kann.	☐	☐	☐	☐
Es bereitet mir keine Schwierigkeiten, meine beruflichen Absichten und Ziele zu verwirklichen.	☐	☐	☐	☐

KINÄSTHETIK IN DER AMBULANTEN ALTENPFLEGE

7.) Bitte beurteilen sie im Folgenden, wie sehr sie den folgenden Aussagen im Hinblick auf ihre Berufstätigkeit zustimmen. Nehmen sie dabei zu jeder Aussage Stellung und entscheiden sie, inwieweit sie auf sie **ganz persönlich** zutrifft. Kreuzen sie dazu bitte jeweils eine **Zahl zwischen 0 und 5** an und lassen sie keine Aussage aus.

0 (stimme überhaupt nicht zu)



5 (stimme vollkommen zu)

	0	1	2	3	4	5
Meine Arbeitstätigkeit entspricht meinen Interessen.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Meine Arbeit macht die Welt ein kleines bisschen besser.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
An meinem Arbeitsplatz geht Profit vor Menschlichkeit.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Ich bin gut eingebunden in die kollegiale Gemeinschaft.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Die Tätigkeiten, die ich an meiner Arbeit ausführe, erscheinen mir sinnvoll.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Ich stecke beruflich in einer Sinnkrise.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Ich kann mich in meinem Beruf selbst verwirklichen.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Die Rolle, die ich in meiner Arbeit einnehme, passt gut zu meinen persönlichen Eigenschaften.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Durch meine berufliche Tätigkeit leiste ich einen wertvollen Beitrag für die Gesellschaft.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Mein Arbeitgeber tut etwas dafür, soziale Probleme zu lösen.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
In Gesellschaft meiner Kolleg*innen fühle ich mich wohl.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Ich sehe einen Sinn in meiner Arbeit.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Wenn ich über den Sinn meiner Arbeit nachdenke, empfinde ich nur Leere.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Mein Beruf erfüllt mich.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Meine beruflichen Tätigkeiten passen gut zu dem, was ich mir im Leben vorgenommen habe.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Meine Arbeit bereichert das Leben von anderen.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Meinem Arbeitgeber ist es wichtig, dass Aufgaben sorgfältig erledigt werden als in kurzer Zeit.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Bei meiner Arbeit sind wir ein super Team.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Mein Beruf erscheint mir sinnvoll.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Ich leide darunter, in meiner Arbeit keinen Sinn zu entdecken.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Ich kann an meiner Arbeit wachsen.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Mein Arbeitgeber hat das Wohl der Gesellschaft im Sinn.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Meine Arbeitstätigkeit verleiht meinem Leben Sinn.	☐	☐	☐	☐	☐	☐

KINÄSTHETIK IN DER AMBULANTEN ALTENPFLEGE

8.) Unten finden sie eine Sammlung von Aussagen zu tagtäglichen Erlebnissen. Bitte geben sie mittels der **Skala von 1 bis 6** an, **wie häufig oder selten** sie derzeit jedes dieser Erlebnisse haben. Bitte antworten Sie so, wie Sie diese Dinge derzeit **wirklich erleben** und nicht, wie sie denken, dass sie die Dinge erleben sollten. Bitte behandeln sie jede Aussage unabhängig von den anderen Aussagen.

	1 fast immer	2 sehr häufig	3 eher häufig	4 eher selten	5 sehr selten	6 fast nie
Ich könnte ein Gefühl haben, und mir dessen erst irgendwann später bewusst werden.	1	2	3	4	5	6
Ich zerbreche oder verschütte Dinge aus Achtlosigkeit, ohne den Dingen Aufmerksamkeit zu schenken oder weil ich an anderes denke.	1	2	3	4	5	6
Ich finde es schwierig auf das konzentriert zu bleiben, was im gegenwärtigen Augenblick passiert.	1	2	3	4	5	6
Ich neige dazu, schnell zu gehen, um dorthin zu kommen, wo ich hingehere, ohne darauf zu achten, was ich unterwegs erlebe.	1	2	3	4	5	6
Ich neige dazu, Symptome körperlichen Anspannung oder Unwohlsein nicht wahrzunehmen, bis sie meine Aufmerksamkeit vollständig in Anspruch nehmen.	1	2	3	4	5	6
Ich vergesse den Namen einer Person fast sofort nachdem er mir erstmals gesagt wurde.	1	2	3	4	5	6
Es sieht so aus, als würde ich „automatisch funktionieren“, ohne viel Bewusstsein für das, was ich tue.	1	2	3	4	5	6
Ich hetze durch Aktivitäten, ohne wirklich aufmerksam für sie zu sein.	1	2	3	4	5	6
Ich bin so auf das Ziel konzentriert, das ich erreichen möchte, dass ich den Kontakt dazu verliere, was ich hier und jetzt tue, um dieses Ziel zu erreichen.	1	2	3	4	5	6
Ich erledige Aufträge oder Aufgaben automatisch, ohne mir bewusst zu sein, was ich tue.	1	2	3	4	5	6
Ich bemerke, wie ich jemanden nur mit einem Ohr zuhöre, während ich gleichzeitig etwas anderes tue.	1	2	3	4	5	6
Ich fahre zu Orten, wie von einem „Autopiloten“ gesteuert und frage mich dann, wie ich dahin gekommen bin.	1	2	3	4	5	6
Ich bemerke, dass ich gedankenverloren der Zukunft oder der Vergangenheit nachhänge.	1	2	3	4	5	6
Ich merke, wie ich Dinge tue, ohne auf sie zu achten.	1	2	3	4	5	6
Ich esse eine Kleinigkeit, ohne mir bewusst zu sein, dass ich esse.	1	2	3	4	5	6

Vielen Dank für ihre Teilnahme!

Fragebogen 3 AWO Grundkurs

Liebe Teilnehmerin, lieber Teilnehmer,

dies ist die letzte Befragung im Kinaesthetics-Grundkurs. Bitte nehmen sie sich Zeit und füllen sie den Fragebogen **allein, wahrheitsgetreu und vollständig** aus.

Um einen anonymisierten Umgang mit allen Daten zu gewährleisten und Daten von ihnen zusammenfügen zu können, ist es notwendig, ihnen einen persönlichen Code zuzuweisen.

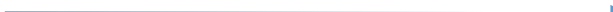
Die ersten zwei Buchstaben des Vornamens ihrer Mutter: _ _

Die ersten zwei Buchstaben des Vornamens ihres Vaters: _ _

Die ersten zwei Buchstaben ihres Geburtsortes: _ _

1.) Wenn sie ihre beste, je erreichte Arbeitsfähigkeit mit 10 Punkten bewerten: Wie viele Punkte würden sie dann für ihre derzeitige Arbeitsfähigkeit geben?

☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

völlig arbeitsunfähig  derzeit die beste Arbeitsfähigkeit

2.) Wie schätzen sie ihre derzeitige Arbeitsfähigkeit in Bezug auf die körperlichen Arbeitsanforderungen ein?

sehr gut	eher gut	mittelmäßig	eher schlecht	sehr schlecht
☐	☐	☐	☐	☐

3.) Wie schätzen sie ihre derzeitige Arbeitsfähigkeit in Bezug auf die psychischen Arbeitsanforderungen ein?

sehr gut	eher gut	mittelmäßig	eher schlecht	sehr schlecht
☐	☐	☐	☐	☐

KINÄSTHETIK IN DER AMBULANTEN ALTENPFLEGE

4.) Die folgenden Aussagen betreffen Ihr Wohlbefinden in den letzten zwei Wochen. Bitte markieren Sie bei jeder Aussage die Rubrik, die Ihrer Meinung nach **am besten beschreibt**, wie Sie sich in den **letzten zwei Wochen** gefühlt haben.

In den letzten 2 Wochen ...	Die ganze Zeit	meistens	Etwas mehr als die Hälfte der Zeit	Etwas weniger als die Hälfte der Zeit	Ab und zu	Zu keinem Zeitpunkt
... war ich froh und guter Laune.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
... habe ich mich ruhig und entspannt gefühlt.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
... habe ich mich energisch und aktiv gefühlt.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
... habe ich mich beim Aufwachen frisch und ausgeruht gefühlt.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
... war mein Alltag voller Dinge, die mich interessieren.	☐	☐	☐	☐	☐	☐

5.) Im folgenden Abschnitt finden Sie einige Aussagen, die sich auf Ihre berufliche Zuversicht im Rahmen Ihrer beruflichen Tätigkeit beziehen. Bitte geben Sie zu jeder Aussage an, **in welchem Ausmaß Sie** dieser Aussage **zustimmen** bzw. diese **ablehnen**. Dabei können Sie zwischen „stimmt gar nicht“ bis „stimmt genau“ abstimmen.

	Stimmt gar nicht	Stimmt eher nicht	Stimmt eher	Stimmt genau
Ich weiß genau, dass ich die an meinen Beruf gestellten Anforderungen erfüllen kann, wenn ich nur will.	☐	☐	☐	☐
Ich weiß, dass ich die für meinen Beruf erforderlichen Fähigkeiten, wirklich habe.	☐	☐	☐	☐
Ich weiß, dass ich genügend Interesse für alle mit meinem Beruf verbundenen Anforderungen habe.	☐	☐	☐	☐
Schwierigkeiten im Beruf sehe ich gelassen entgegen, da ich meine Fähigkeiten vertrauen kann.	☐	☐	☐	☐
Es bereitet mir keine Schwierigkeiten, meine beruflichen Absichten und Ziele zu verwirklichen.	☐	☐	☐	☐

KINÄSTHETIK IN DER AMBULANTEN ALTENPFLEGE

6.) Bitte beurteilen sie im Folgenden, wie sehr sie den folgenden Aussagen im Hinblick auf ihre Berufstätigkeit zustimmen. Nehmen sie dabei zu jeder Aussage Stellung und entscheiden sie, inwieweit sie auf sie **ganz persönlich** zutrifft. Kreuzen sie dazu bitte jeweils eine **Zahl zwischen 0 und 5** an und lassen sie keine Aussage aus.

0 (stimme überhaupt nicht zu)



5 (stimme vollkommen zu)

	0	1	2	3	4	5
Meine Arbeitstätigkeit entspricht meinen Interessen.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Meine Arbeit macht die Welt ein kleines bisschen besser.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
An meinem Arbeitsplatz geht Profit vor Menschlichkeit.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Ich bin gut eingebunden in die kollegiale Gemeinschaft.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Die Tätigkeiten, die ich an meiner Arbeit ausführe, erscheinen mir sinnvoll.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Ich stecke beruflich in einer Sinnkrise.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Ich kann mich in meinem Beruf selbst verwirklichen.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Die Rolle, die ich in meiner Arbeit einnehme, passt gut zu meinen persönlichen Eigenschaften.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Durch meine berufliche Tätigkeit leiste ich einen wertvollen Beitrag für die Gesellschaft.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Mein Arbeitgeber tut etwas dafür, soziale Probleme zu lösen.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
In Gesellschaft meiner Kolleg*innen fühle ich mich wohl.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Ich sehe einen Sinn in meiner Arbeit.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Wenn ich über den Sinn meiner Arbeit nachdenke, empfinde ich nur Leere.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Mein Beruf erfüllt mich.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Meine beruflichen Tätigkeiten passen gut zu dem, was ich mir im Leben vorgenommen habe.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Meine Arbeit bereichert das Leben von anderen.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Meinem Arbeitgeber ist es wichtig, dass Aufgaben sorgfältig erledigt werden als in kurzer Zeit.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Bei meiner Arbeit sind wir ein super Team.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Mein Beruf erscheint mir sinnvoll.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Ich leide darunter, in meiner Arbeit keinen Sinn zu entdecken.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Ich kann an meiner Arbeit wachsen.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Mein Arbeitgeber hat das Wohl der Gesellschaft im Sinn.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Meine Arbeitstätigkeit verleiht meinem Leben Sinn.	☐	☐	☐	☐	☐	☐

KINÄSTHETIK IN DER AMBULANTEN ALTENPFLEGE

7.) Unten finden sie eine Sammlung von Aussagen zu tagtäglichen Erlebnissen. Bitte geben sie mittels der **Skala von 1 bis 6** an, **wie häufig oder selten** sie derzeit jedes dieser Erlebnisse haben. Bitte antworten Sie so, wie Sie diese Dinge derzeit **wirklich erleben** und nicht, wie sie denken, dass sie die Dinge erleben sollten. Bitte behandeln sie jede Aussage unabhängig von den anderen Aussagen.

	1 fast immer	2 sehr häufig	3 eher häufig	4 eher selten	5 sehr selten	6 fast nie
Ich könnte ein Gefühl haben, und mir dessen erst irgendwann später bewusst werden.	1	2	3	4	5	6
Ich zerbreche oder verschütte Dinge aus Achtlosigkeit, ohne den Dingen Aufmerksamkeit zu schenken oder weil ich an anderes denke.	1	2	3	4	5	6
Ich finde es schwierig auf das konzentriert zu bleiben, was im gegenwärtigen Augenblick passiert.	1	2	3	4	5	6
Ich neige dazu, schnell zu gehen, um dorthin zu kommen, wo ich hingeh, ohne darauf zu achten, was ich unterwegs erlebe.	1	2	3	4	5	6
Ich neige dazu, Symptome körperlichen Anspannung oder Unwohlsein nicht wahrzunehmen, bis sie meine Aufmerksamkeit vollständig in Anspruch nehmen.	1	2	3	4	5	6
Ich vergesse den Namen einer Person fast sofort nachdem er mir erstmals gesagt wurde.	1	2	3	4	5	6
Es sieht so aus, als würde ich „automatisch funktionieren“, ohne viel Bewusstsein für das, was ich tue.	1	2	3	4	5	6
Ich hetze durch Aktivitäten, ohne wirklich aufmerksam für sie zu sein.	1	2	3	4	5	6
Ich bin so auf das Ziel konzentriert, das ich erreichen möchte, dass ich den Kontakt dazu verliere, was ich hier und jetzt tue, um dieses Ziel zu erreichen.	1	2	3	4	5	6
Ich erledige Aufträge oder Aufgaben automatisch, ohne mir bewusst zu sein, was ich tue.	1	2	3	4	5	6
Ich bemerke, wie ich jemanden nur mit einem Ohr zuhöre, während ich gleichzeitig etwas anderes tue.	1	2	3	4	5	6
Ich fahre zu Orten, wie von einem „Autopiloten“ gesteuert und frage mich dann, wie ich dahin gekommen bin.	1	2	3	4	5	6
Ich bemerke, dass ich gedankenverloren der Zukunft oder der Vergangenheit nachhänge.	1	2	3	4	5	6
Ich merke, wie ich Dinge tue, ohne auf sie zu achten.	1	2	3	4	5	6
Ich esse eine Kleinigkeit, ohne mir bewusst zu sein, dass ich esse.	1	2	3	4	5	6

KINÄSTHETIK IN DER AMBULANTEN ALTENPFLEGE

8.) Bitte beurteilen sie, wie sehr sie den folgenden Aussagen zustimmen.

Stimme nicht zu  Stimme sehr zu

	Stimme nicht zu	Stimme eher nicht zu	Weder noch	Stimme eher zu	Stimme sehr zu
Die Lernatmosphäre im Kurs war angenehm.	☐	☐	☐	☐	☐
Die Inhalte waren verständlich.	☐	☐	☐	☐	☐
Zeit in den Kinaesthetics-Grundkurs zu investieren war sinnvoll.	☐	☐	☐	☐	☐
Ich kann die Inhalte des Kinaesthetics-Grundkurs in meinem Beruf anwenden.	☐	☐	☐	☐	☐
Ich habe den Eindruck, mein Wissen hat sich langfristig erweitert.	☐	☐	☐	☐	☐
Ich würde den Kinaesthetics-Grundkurs meinen Kolleg*innen empfehlen.	☐	☐	☐	☐	☐
Ich würde gern an einem Kinaesthetics-Aufbaukurs teilnehmen.	☐	☐	☐	☐	☐
Ich fühle mich durch den Kinaesthetics-Grundkurs eher in der Lage schwierige Pflegesituationen zu meistern.	☐	☐	☐	☐	☐
Durch den Kinaesthetics-Grundkurs fühle ich mich sicherer im Umgang mit meinen Patient*innen.	☐	☐	☐	☐	☐
Ich nehme durch den Einsatz von Kinaesthetics positive Veränderungen bei meinen Patient*innen wahr.	☐	☐	☐	☐	☐
Durch den Kinaesthetics-Grundkurs achte ich mehr auf mich und meinen Körper.	☐	☐	☐	☐	☐
Durch den Kinaesthetics-Grundkurs achte ich mehr auf meine Mitmenschen und auf das, was um mich herum geschieht.	☐	☐	☐	☐	☐
Der Einsatz von Kinaesthetics wirkt sich positiv auf mein Wohlbefinden aus.	☐	☐	☐	☐	☐
Der Einsatz von Kinaesthetics wirkt sich positiv auf meine körperliche Arbeitsfähigkeit aus.	☐	☐	☐	☐	☐
Ich glaube, dass ich durch die Anwendung von Kinaesthetics langfristig weniger gesundheitliche Probleme durch meinen Beruf haben werde.	☐	☐	☐	☐	☐
Kinaesthetics verleiht meiner beruflichen Tätigkeit mehr Sinn.	☐	☐	☐	☐	☐
In meinem Arbeitsalltag habe ich genügend Zeit das Gelernte anzuwenden.	☐	☐	☐	☐	☐
Bei Fragen in der praktischen Umsetzung von Kinaesthetics bekomme ich Unterstützung von der Leitungsebene.	☐	☐	☐	☐	☐

KINÄSTHETIK IN DER AMBULANTEN ALTENPFLEGE

9.) Nach den ersten drei Tagen Kinaesthetics-Grundkurs haben sie in Lerngruppen das Erlernte in der Praxis geübt. Bitte beurteilen sie, wie sehr sie folgenden Aussagen zustimmen.

Stimme nicht zu  Stimme sehr zu

	Stimme nicht zu	Stimme eher nicht zu	Weder noch	Stimme eher zu	Stimme sehr zu
Die Lerngruppe hat mir geholfen das Gelernte an den Patient*innen anzuwenden.	☐	☐	☐	☐	☐
Die Lerngruppe hat mir geholfen mein pflegerisches Handeln zu reflektieren.	☐	☐	☐	☐	☐
Die Lerngruppe hat mir geholfen das Gelernte regelmäßig anzuwenden.	☐	☐	☐	☐	☐
Ohne die Lerngruppe hätte ich das Gelernte nicht in meinem beruflichen Alltag umgesetzt.	☐	☐	☐	☐	☐

Wie oft haben sie sich in der Lerngruppe getroffen?

- ☐ mehr als 2x in der Woche
 ☐ ca. 1 - 2x in der Woche
☐ weniger als 1x in der Woche
 ☐ weniger als 1x in zwei Wochen

Wie oft wenden sie Kinaesthetics in ihrem Arbeitsalltag an?

- ☐ an jedem Arbeitstag pro Woche
 ☐ an mehreren Arbeitstagen pro Woche
☐ an ca.1 Arbeitstag pro Woche
 ☐ an weniger als 1 Arbeitstag pro Woche

Ganz herzlichen Dank, dass sie die Befragung bis zum Ende durchgeführt und mich in meiner Arbeit unterstützt haben!

Anhang C

Randomisierungsplan Fragebogen

129

Pretest Treatment- und Kontrollgruppe (je 4/15 pro Gruppe)

	Reihung A	Reihung B	Reihung C
1	Anschreiben	Anschreiben	Anschreiben
2	Codierung	Codierung	Codierung
3	Demogr. Angaben	MAAS	ME Work
4	WAI	BSW 5 Rev	BSW 5 Rev
5	WHO 5	WHO 5	WAI
6	BSW 5 Rev	ME Work	MAAS
7	ME Work	WAI	Demogr. Angaben
8	MAAS	Demogr. Angaben	WHO 5

Posttest 1 (Treatmentgruppe) und Posttest 1 und 2 (Kontrollgruppe) (je 4/15 pro Gruppe)

	Reihung A	Reihung B	Reihung C
1	Codierung	Codierung	Codierung
2	WAI	MAAS	ME Work
3	WHO 5	BSW 5 Rev	BSW 5 Rev
4	BSW 5 Rev	WHO 5	WAI
5	ME Work	ME Work	MAAS
6	MAAS	WAI	WHO 5

Posttest 2 (nur Treatment) (je 4/15 pro Gruppe)

	Reihung A	Reihung B	Reihung C
1	Codierung	Codierung	Codierung
2	Evaluation	MAAS	ME Work
3	WAI	BSW 5 Rev	BSW 5 Rev
4	WHO 5	WHO 5	Evaluation
5	BSW 5 Rev	ME Work	WAI
6	ME Work	WAI	MAAS
	MAAS	Evaluation	WHO 5

Eidesstattliche Erklärung

Ich erkläre hiermit, dass ich die vorliegende Arbeit selbstständig und ohne Benutzung anderer als der angegebenen Hilfsmittel angefertigt habe. Die aus fremden Quellen (einschließlich elektronischer Quellen und dem Internet) direkt oder indirekt übernommenen Gedanken sind ausnahmslos als solche kenntlich gemacht.

Die Arbeit wurde bisher weder im Inland noch im Ausland in gleicher oder ähnlicher Form einer anderen Prüfungsbehörde vorgelegt und auch noch nicht physisch oder elektronisch veröffentlicht.

Erfurt, 14.12.2024

A handwritten signature in blue ink, consisting of a stylized 'D' and 'K' intertwined.

Doreen Kaufmann