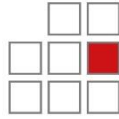




AGP

Sozialforschung
Social Research



**HANS-
WEINBERGER-
AKADEMIE**
der AWO e.V.

HM

Hochschule
München
University of
Applied Sciences

Pflege in Bayern
gesund + gewaltfrei
Gesundheitsförderung und Gewaltprävention in Pflegeheimen

Abschlussbericht
- Prozess und Ergebnisse -

Autor*innen / Projektteam

Claus Heislbetz, Thomas Klie, Markus Witzmann,
Hanna Batzoni, Vanadis Götz, Hannah Nebel, Pablo Rischard

unter Mitarbeit von:

Prozessbegleiter*innen: Manuel Bergemann, Volker Fenchel, Gaby Hergenröder,
Thomas Kleine-Vosbeck

Unterstützung Evaluation: René Markovits Hoopii, Daniela Sauer

Berichtszeitraum: 01.01.2020 – 31.07.2023

Freiburg im Breisgau, München, Nürnberg

November 2023

Projekttitle: „Pflege in Bayern - Gesundheitsförderung und Gewaltprävention in Pflegeheimen“

Kooperationsprojekt der Kranken- und Pflegekassen in Bayern. Förderung zu Leistungen zur Prävention in stationären Pflegeeinrichtungen in Bayern nach § 20b SGB V in Verbindung mit § 5 SGB XI

Beteiligte Krankenkassen:

- AOK Bayern – Die Gesundheitskasse, Carl-Wery-Str. 28, 81739 München
- BKK Landesverband Bayern, Züricherstr. 25, 81476 München, stellvertretend für die teilnehmenden Betriebskrankenkassen
- KNAPPSCHAFT Regionaldirektion München, Putzbrunner Str. 73, 81739 München
- Ersatzkassen: Techniker Krankenkasse (TK); BARMER; DAK-Gesundheit; Kaufmännische Krankenkasse – KKH; Handelskrankenkasse (hkk); HEK - Hanseatische Krankenkasse

gemeinsamer Bevollmächtigter mit Abschlussbefugnis:

Verband der Ersatzkassen e. V. (vdek), Askanischer Platz 1, 10963 Berlin, vertreten durch die Vorstandsvorsitzende Ulrike Elsner, diese vertreten durch den Leiter der vdek-Landesvertretung Bayern Thomas Hackenberg

Beteiligte Pflegekassen:

- Pflegekasse bei der AOK Bayern, Pestalozzistraße 8, 95326 Kulmbach
- BKK Landesverband Bayern, Züricherstr. 25, 81476 München, stellvertretend für die Pflegekassen der teilnehmenden Betriebskrankenkassen
- KNAPPSCHAFT Regionaldirektion München, Putzbrunner Str. 73, 81739 München
- Sozialversicherung für Landwirtschaft, Forsten und Gartenbau (SVLFG) als Landwirtschaftliche Pflegekasse, Postfach 10 13 20, 34013 Kassel
- Ersatzkassen: Techniker Krankenkasse Pflegeversicherung; BARMER Ersatzkasse – Pflegekasse; DAK-Gesundheit-PFKEGKASSE; Pflegekasse bei der KKH; hkk-Pflegekasse; HEK - Pflegekasse

gemeinsamer Bevollmächtigter mit Abschlussbefugnis:

Verband der Ersatzkassen e. V. (vdek), Askanischer Platz 1, 10963 Berlin, vertreten durch die Vorstandsvorsitzende Ulrike Elsner, diese vertreten durch den Leiter der vdek-Landesvertretung Bayern Thomas Hackenberg

Projektverantwortung:

AGP Sozialforschung im FIVE e.V.

Bugginger Str. 38, 79114 Freiburg

Tel. 0761 / 47812-696

E-Mail klic@eh-freiburg.de

Projektleitung: Prof. Dr. Thomas Klie

Kooperationspartner im Sinne Ziff. 12 der VV zu § 44 BHO:

Hans-Weinberger-Akademie der AWO e.V.

Landsberger Str. 398, 81241 München

Tel. 089 / 863009-20

E-Mail c.heislbetz@hwa-online.de

Projektleitung: Dr. Claus Heislbetz

Hochschule München / Munich University of Applied Sciences

Lothstraße 64, 80335 München

Fakultät 11

Am Stadtpark 20, 81243 München

Tel: 089 1265-2279

E-Mail markus.witzmann@hm.edu

Projektleitung: Prof. Dr. phil. Markus Witzmann

Danksagung

*Wir danken allen Einrichtungen und den Mitarbeitenden in den Einrichtungen sowie den Bewohner*innen, dass sie sich auf diesen Ansatz als gemeinsames Lernprojekt eingelassen haben. Herzlichen Dank auch an die vier engagierten Prozessbegleiter*innen, ohne die das Projekt niemals so gut in die Praxis der Projekteinrichtungen hätte hineinwirken können. Wir danken den Kranken- und Pflegekassenverbänden für ihr Vertrauen und das Commitment in den Präventionsansatz. Den Mitgliedern des projektbegleitenden Beirats danken wir für Ihre Unterstützung und wertvollen Impulse. Und wir möchten das initiale Engagement von Otilie Randzio und Herrn Rainer Kasperbauer vom Medizinischen Dienst Bayern würdigen: Ohne sie und ihr bisweilen unkonventionelles Vorgehen wäre dieser „doppelte“ Präventionsansatz in Bayern nicht zu einer derart breiten und erfolgswie von resonanzreichen Erprobung und Umsetzung gelangt. Denn das, was an Potentialität in den gesetzlichen Regelungen steckt, bedarf auch der Hebammenfunktion, die nicht selten von fachlich besonders committeten Persönlichkeiten ausgehen. Auf Seiten der Kassen haben diese wichtige Ermöglichungsfunktion über die gesamte Projektlaufzeit Frau Agnes Daberger für die Pflegekassen und Frau Annette Bleher für die Krankenkassen übernommen.*

Herzlichen Dank

Claus Heislbetz, Thomas Klie, Markus Witzmann, Hanna Batzoni, Vanadis Götz, Hannah Nebel, Pablo Rischard

Inhaltsverzeichnis

1	Einleitung und Zusammenfassung	7
1.1	Hintergrund des Projektes	7
1.2	Zentrale Ergebnisse in der Übersicht.....	10
2	Projektanlage und Rahmenbedingungen	13
2.1	Projektidee und -planung.....	13
2.2	Projekteinrichtungen	14
2.3	Maßgeblicher Einflussfaktor Corona-Pandemie	17
2.4	Projektorganisation und -abstimmung.....	18
2.5	Literaturrecherche und Methodenkoffer	20
2.6	Begleitender Fachbeirat.....	21
2.7	Öffentlichkeitsarbeit	24
2.8	Begleitforschung	24
2.8.1	Quantitative Erhebung und Auswertung	24
2.8.2	Qualitative Erhebung und Auswertung	27
2.8.3	Reflexionspapiere bzw. -gespräche	29
2.9	Abschlussveranstaltung	30
3	Ein erkenntnisreicher Implementierungsprozess	32
3.1	Auftaktveranstaltungen in zwei Kohorten	32
3.2	Regional- und Implementierungsgruppentreffen als Orte der Vernetzung	34
3.3	Prozessbegleiter*innen als erfahrene Protomotor*innen und motivierende Impulsgeber*innen	38
3.4	Faktoren für eine erfolgreiche Verankerung des Projekts in den Projekteinrichtungen.....	40
3.5	Einrichtungsinterne Projektabläufe.....	41
3.6	Schulungsangebote als Impulse	45
3.7	Rechtscoaching und Krisenberatung.....	48

4	Projektübergreifende Ergebnisse	52
4.1	Gewalt hat viele Gesichter	52
4.2	Gesundheit der Mitarbeitenden: Herausforderungen und Belastungen.....	58
4.3	Gewaltprävention und Gesundheitsförderung – zwei Seiten einer Medaille.....	61
4.4	Identifizierte strukturelle Stör- und Förderfaktoren	63
4.4.1	Externe Faktoren	65
4.4.2	Interne Faktoren.....	69
4.5	Yes we care - Sensibilisierung gelingt.....	77
4.6	Mit kleinen und flexiblen Schritten zur erfolgreichen Implementierung	83
5	Ausblick	86
6	Literaturverzeichnis.....	88
7	Anlagenübersicht	90

Tabellenverzeichnis

TABELLE 1: CORONABEDINGTE ANPASSUNGEN.....	17
TABELLE 2: SCHWERPUNKTE FACHBEIRATSSITZUNGEN	22
TABELLE 3: ART DES RÜCKLAUFS DER 41 IM PROJEKTVERLAUF BEFRAGTEN PROJEKTEINRICHTUNGEN.....	26
TABELLE 4: INHALTSÜBERSICHT DER IMPLEMENTIERUNGS- UND REGIONALGRUPPENTREFFEN	35
TABELLE 5: AUSWAHL DER METHODEN NACH KOHORTEN	47
TABELLE 6: DEFINITION GEWALT.....	53
TABELLE 7: INTERNE UND EXTERNE STRUKTURELLE GEWALT	64
TABELLE 8: AUSWAHL AN GESETZESÄNDERUNGEN IN DER PFLEGE SEIT 2012.....	84

Abbildungsverzeichnis

ABBILDUNG 1: PROJEKTVERLAUF UND MEILENSTEINE.....	13
ABBILDUNG 2: AUSWAHLKRITERIEN PROJEKTEINRICHTUNGEN.....	15
ABBILDUNG 3: VERTEILUNG DER 1. KOHORTE MIT FARBLICHER MARKIERUNG DER DREI REGIONALGRUPPEN	16
ABBILDUNG 4: VERTEILUNG DER 2. KOHORTE MIT FARBLICHER MARKIERUNG DER DREI REGIONALGRUPPEN	16
ABBILDUNG 5: BERICHTE ÜBER GEWALTVORKOMMISSE DER VERGANGENEN ZWEI MONATE	25
ABBILDUNG 6: SCHRITTE DER AUFBEREITUNG DER ERGEBNISSE DER TEILNEHMENDEN BEOBACHTUNG	28
ABBILDUNG 7: ROTER FADEN AUFTAKTVERANSTALTUNG	32
ABBILDUNG 8: RICHTUNGEN UND FORMEN VON GEWALT.....	33
ABBILDUNG 9: BSP. SAMMLUNG DILEMMASITUATIONEN 1. REGIONALGRUPPENTREFFEN	37
ABBILDUNG 10: ÜBERSICHT EINZELNER IMPLEMENTIERUNGSSCHRITTE, DEREN HERAUSFORDERUNGEN UND LÖSUNGSANSÄTZE IN ITERATIVEN SCHLEIFEN.....	44
ABBILDUNG 11: GEWALTDREIECK	52
ABBILDUNG 12: ZWEI PERSPEKTIVEN	54
ABBILDUNG 13: GEWALTERFAHRUNGEN IN DEN VERGANGENEN ZWEI MONATE DURCH... ..	54
ABBILDUNG 14: GEWALTBEOBSACHTUNGEN GGÜ. BEWOHNER*INNEN IN DEN VERGANGENEN ZWEI MONATEN: FORMEN DER GEWALTAUSÜBUNG.....	55
ABBILDUNG 15: PSYCHISCHER GESUNDHEITZUSTAND DER BEFRAGTEN IM ZEITLICHEN VERLAUF.....	60
ABBILDUNG 16: THEMATISCHE FORTFÜHRUNG DES MOTTOS „GESUND + GEWALTFREI“ IN DEN PROJEKTEINRICHTUNGEN	63
ABBILDUNG 17: EINFLUSSNEHMENDE VARIABLEN	65
ABBILDUNG 18: QUANTITATIVE BEFRAGUNG DER MITARBEITENDEN – ENERGIE SCHÖPFEN NACH ANSTRENGENDER SCHICHT 2020- 2023.....	71
ABBILDUNG 19: GEWALT IM GRAUBEREICH – MOTIVATION UND KONSEQUENZ	77
ABBILDUNG 20: WAHRGENOMMENE VERÄNDERUNGEN SEIT PROJEKTBEGINN (T3-BEFRAGUNG)	79
ABBILDUNG 21: AUSZUG FRAGEBOGEN ZUM GEWALTVERSTÄNDNIS	80
ABBILDUNG 22: ENTWICKLUNG DES GEWALTVERSTÄNDNISSES DER BEFRAGTEN IM ZEITVERLAUF	81

1 Einleitung und Zusammenfassung

1.1 Hintergrund des Projektes

Das Projekt „Gesundheitsförderung und Gewaltprävention in Pflegeheimen“ mit dem Motto „Pflege in Bayern – gesund + gewaltfrei“ diente der Erprobung von Präventionsleistungen der betrieblichen Gesundheitsförderung gemäß § 20b SGB V sowie der Prävention in Pflegeeinrichtungen gemäß § 5 SGB XI mit dem besonderen Fokus der Gewaltprävention. Dieser Präventionsansatz ist in mehrfacher Hinsicht besonders, um nicht zu sagen einzigartig: Betriebliches Gesundheitsmanagement auf das Thema Gewaltprävention zu fokussieren, wurde in der Vergangenheit eher, um es vorsichtig zu sagen, zurückhaltend verfolgt. Dem Zentrum für Qualität in der Pflege, dem ZQP, eine der Institutionen in Deutschland, die sich dem Thema Gewaltprävention sehr differenziert und bemerkenswert gewidmet haben, war der Link zur betrieblichen Gesundheitsförderung gemäß § 20b SGB V noch nicht gelungen. Auch die Kombination von Gewaltschutz zugunsten von Heimbewohnerinnen und Heimbewohnern mit der betrieblichen Gesundheitsförderung wurde bislang nur selten verfolgt – in „Pflege in Bayern – gesund + gewaltfrei“ aber in den Mittelpunkt gestellt. Schließlich handelte es sich bei dem Präventionsansatz nicht um Präventionsmaßnahmen, die von Einzelkassen gewährt wurden, sondern von Kranken- und Pflegekassenverbänden im Freistaat Bayern. Damit wurde diesem doppelten Gewaltpräventionsansatz nach innen und außen eine besondere Resonanz zuteil.

Möglich wurde das Projekt durch eine besondere Akteurskonstellation in Bayern. Das IQP, ein Institut, das vom Medizinischen Dienst Bayern initiiert wurde und in dem maßgeblich Akteure der pflegerischen Versorgung Mitglied respektive beteiligt waren, erkannte die Sinnhaftigkeit eines derart übergreifenden Präventionsansatzes und brachte das Commitment der Beteiligten hervor. Nachdem der Medizinische Dienst Bayern sich nicht in der Verantwortungsrolle für die finale Entwicklung und Umsetzung der Projektidee sah, wurde sie von AGP Sozialforschung unter der Leitung von Prof. Dr. Thomas Klie übernommen und in einem Konsortium mit der Hans-Weinberger-Akademie der AWO e.V. unter der Leitung von Dr. Claus Heislbetz sowie der Hochschule München unter der Leitung von Prof. Dr. Markus Witzmann weiterentwickelt und schließlich von Januar 2020 bis Juli 2023 umgesetzt. Entstanden ist ein in vielerlei Hinsicht unkonventionelles Projekt: Pflege- und Krankenkassen verständigten sich auf die Finanzierung eines gemeinsamen Präventionsansatzes – mit zahlreichen operativen und finanziellen Fragen der „Feinsteuerung“. Ohne das besondere Commitment der fördergebenden Kranken- und Pflegekassen und die Identifizierung mit den im Projekt verfolgten Ziele, wäre eine erfolgreiche Implementierung und Durchführung des Präventionsansatzes nicht möglich gewesen.

Das Thema Gewalt in der Pflege ist ein Dauerthema. Das Image von Heimen wird immer wieder kontaminiert durch Skandalberichterstattungen, durch Berichte über Formen der strukturellen, aber auch personalen Gewalt. Gerade in und nach der Corona-Pandemie hat das Thema Gewalt

in Pflegeheimen noch einmal an Bedeutung und öffentlicher Wahrnehmung gewonnen. In der UN-Behindertenrechtskonvention wird Menschen mit Behinderung – und jede pflegebedürftige Person in Deutschland ist im Rechtssinne ein Mensch mit Behinderung – als zentrales Thema der Menschenrechte von Menschen mit Behinderung aufgegriffen. In den heimrechtlichen Kodifikationen wird, zuletzt auch in Bayern, das Thema Gewaltschutz großgeschrieben und die Aufsichtsbehörden sind angehalten, dem Thema Gewaltschutz ihre besondere Aufmerksamkeit, aber auch ihre Beratungskompetenz zu widmen. Der Bundesgesetzgeber hat mit dem Betreuungsgesetz 1992 dem Thema Fixierung und freiheitsentziehende Maßnahmen in Heimen eine international recht einzigartige Regelung gewidmet, die darauf gerichtet war und ist, freiheitsentziehende Maßnahmen (auch und gerade) in Heimen zu reduzieren (§ 1906 BGB a.F./ § 1831 BGB n.F.). Auch im Freistaat Bayern hat man mit dem von ReduFix entlehnten Motto „Eure Sorge fesselt mich“ dem Thema freiheitsentziehende Maßnahmen als eine Gewaltform Aufmerksamkeit geschenkt. Mit dem Werdenfelser Weg und dem bundesweiten Schulungsprogramm ReduFix ist es gelungen, das Bewusstsein für diese Form von Gewalt zu schärfen und einen Beitrag dazu zu leisten, dass wenn schon nicht absolut, so doch relativ betrachtet, die Fixierungs- und Raten freiheitsentziehender Maßnahmen in der vollstationären Pflege zurückgingen. In dem Projekt „Gesundheitsförderung und Gewaltprävention in Pflegeheimen“ ging es nicht um diese „harten“ und im Wesentlichen mechanischen Gewaltmaßnahmen. Im Fokus standen multiple Gewaltkonstellationen. Ein weites Gewaltverständnis wurde zur Grundlage gemacht, das eben auch und gerade Formen der Gewalt in der Interaktion, in alltäglichen Handlungen, im Umgang miteinander zum Thema machte – sei es verbal oder durch Unterlassung. Gewalt findet in Interaktionen statt, in Beziehungen. Pflege ist Beziehungsarbeit. Und Gewalt findet nicht nur in eine Richtung statt: Opfer von Gewaltmaßnahmen sind nicht nur die Bewohnerinnen und Bewohner, sondern durchaus auch die Mitarbeitenden in Einrichtungen der stationären Pflege. Und Gewalt findet nicht nur im Verhältnis Mitarbeiter*in zu Bewohner*in statt, sondern auch in den jeweiligen Gruppen finden sich Gewaltphänomene: Bewohner*innen tun sich gegenseitig Gewalt an, Gewaltformen finden sich auch im Umgang der Mitarbeitenden untereinander. Mobbing ist nur eine bekannte Form von derartiger Gewalt.

Gewalt ist nicht gesundheitsförderlich, im Gegenteil: Gewalt schadet der Gesundheit. Daher wurde in diesem Projekt schon im Slogan, im Titel, die Verbindung zwischen gesund und gewaltfrei hergestellt. Der Zusammenhang zwischen Gesundheitsförderung und Vermeidung von Gewalt in der Pflege war eine der Hypothesen des Projektes. Dieser Zusammenhang wurde auf der Interventionsebene, in den Einrichtungen, in den Schulungen der Mitarbeitenden und in den Organisations- und Personalentwicklungsmaßnahmen immer wieder herausgearbeitet und betont. Anders als in anderen Präventionsmaßnahmen ging es nicht um Einzelmaßnahmen, nicht um „die Rückenschulung“, nicht um „das Deeskalationstraining“ für sich genommen, nicht um einzelne Achtsamkeitsübungen – um nur einige mögliche Ansätze zu nennen. Weit über hundert möglicherweise geeigneter Präventionsmaßnahmen wurden im Rahmen des Pro-

jektet recherchiert und identifiziert. Nicht Einzelmaßnahmen, sondern Maßnahmen, die in einen Organisationsentwicklungsprozess der Einrichtung eingebettet werden konnten, standen im Mittelpunkt. Die Reduzierung von Gewalt, das Bewusstsein für die Gewaltgeneigtheit von Lebens- und Arbeitssituationen in Pflegeheimen ist ein Dauerthema. Gewalt lässt sich nicht einfach auf Knopfdruck abstellen. Gewaltfreiheit ist eine Frage der Haltung, des Menschenbildes, der Unternehmenskultur, aber auch und gerade der Führung in Einrichtungen. Insofern steht das Projekt „Pflege in Bayern – gesund + gewaltfrei“ für ein, die gesamte Organisation in den Blick nehmenden Präventionsansatz, der verbunden ist mit Organisations- und Qualitätsentwicklungen in den Einrichtungen. Der Präventionsansatz würdigt all das, was in den Einrichtungen schon geschieht, was an Gewaltpräventionsmaßnahmen schon in der Vergangenheit getan wurde – nun aber konzentriert und in einen landesweiten Zusammenhang eingebettet wurde. Bei der Organisationsentwicklung spielten die Prozessbegleiter*innen, die den jeweiligen Einrichtungen zugeordnet wurden, eine zentrale Rolle.

Das Projekt fand in einer Zeit statt, in der die Rahmenbedingungen für die vollstationäre Pflege höchst anspruchsvoll und kompliziert war. Die Corona-Pandemie hat den Shut-Down von Pflegeeinrichtungen bewirkt. Das war strukturelle Gewalt, die dort auch in Bayern von den für den Infektions- und Gesundheitsschutz zuständigen Behörden ausging. Das war Gewalt sowohl für die Mitarbeitenden als auch für die Bewohnerinnen und Bewohner. Das Thema strukturelle Gewalt nahm damit anders als in der Konzeption des Präventionsansatzes geplant, eine zentrale Rolle ein. Und es zeigte sich: Die Präventionsmaßnahmen waren in der auch in der von Belastungen geprägten Coronasituation höchst willkommen. Neben den Auswirkungen der Corona-Pandemie auf die vollstationäre Pflegeeinrichtungen war es auch der Personal- und Fachkräftemangel, der sich verschärft zeigte und auswirkte: Viele Mitarbeitenden in den vollstationären Pflegeeinrichtungen fielen aus – wegen Coronainfektionen, wegen anderer Krankheiten, wegen Belastungen. Es wurde bereits in der Laufzeit des Projektes deutlich, dass es immer schwieriger wird, geeignete Mitarbeitende für die vollstationären Pflegeeinrichtungen zu finden. Die Rahmenbedingungen des Personalmangels wirkten auch auf das Projekt ein und stellten sich als besondere Herausforderung für das Anliegen dar, Gesundheitsförderung und Gewaltschutz für die Bewohner*innen konsequent zu verfolgen. Die Maßnahmen im Projekt können sich dazu eignen, Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter zu binden und in ihrer Gesundheit zu fördern.

Eine große Vielfalt an Trägern, von freigemeinnützigen über gewerbliche, kleine und große, beteiligten sich an dem Projekt und mehr Einrichtungen als Plätze im Projekt vorgesehen waren, zeigten Interesse in das Projekt aufgenommen zu werden. Die Auswahl erfolgte auf der Grundlage eines regionalen Proporz und mit Blick auf die Vielfalt der Trägerschaft. Es waren sicherlich auch Mechanismen der Selbstselektion wirksam: Beteiligt haben sich Einrichtungen, die ein gewisses Problembewusstsein mitbrachten. Es waren aber nicht nur Einrichtungen, die in Sachen Gesundheitsförderung und Gewaltschutz bereits zur ersten Liga gehörten, sondern

auch solche, die die Notwendigkeit sahen, sich diesen Themen verstärkt zu widmen. In zwei Kohorten wurde das Präventionsprojekt durchgeführt: zweimal zwanzig mit jeweils auf ein Jahr hin konzentrierten Interventionszeiten mithilfe von Schulungen, die in diesem Abschlussbericht ausführlich dargestellt und gewürdigt werden. Die Resonanz in den Projekteinrichtungen war auch nach Abschluss des Projektes eine ausgesprochen positive. Insofern bestätigt der Verlauf dieses doppelten Präventionsansatzes die Grundannahme des Projektes: Gesundheitsförderung und Gewaltschutz kennen viele Überschneidungen und gehören in gewisser Weise zusammen gedacht.

1.2 Zentrale Ergebnisse in der Übersicht

Die wesentlichen Ergebnisse von „Pflege in Bayern – gesund + gewaltfrei“ sollen nachfolgend in einer Übersicht kurz zusammengefasst werden.

Gewalt hat viele Gesichter (4.1)

In der stationären Langzeitpflege sind wir mit multiplen Gewaltkonstellationen konfrontiert. Sie reichen von physischer, verbaler, psychischer bis hin zu struktureller Gewalt. Es ist gelungen, das Bewusstsein und die Sensibilität für die verschiedenen Gesichter der Gewalt zu schärfen. Es ließen sich auch spezifische Erkenntnisse generieren. Die Gewalt gegenüber Mitarbeitenden zum Beispiel erfolgte häufig durch Bewohner*innen in verbaler und psychischer Hinsicht und bei Formen physischer Gewalt fast durchweg durch an Demenz erkrankte Personen. Auch unter den Mitarbeitenden war die psychische und verbale Gewalt in vielen Einrichtungen auf der Tagesordnung. Während der Corona-Pandemie wurde eine steigende Zahl von Gewaltereignissen durch Angehörige beobachtet. Die Bewohner*innen erfuhren Formen der Gewalt weitgehend durch Mitarbeitende, primär psychisch, aber auch durch Formen der Vernachlässigung.

Gesundheit der Mitarbeitenden: Herausforderungen und Belastungen (4.2)

Als für die Mitarbeitenden besonders belastend, erwiesen sich Krankheitsausfälle von Kolleg*innen, ein unsicherer und von Unsicherheiten und Änderungen geprägter Dienstplan, dadurch beeinträchtigte Work-Life-Balance. Die Corona-Pandemie hat die psychischen Belastungen der Mitarbeitenden respektive die auf sie einwirkenden Faktoren erheblich verschärft – und dies oft eher nachgelagert. So zeigten sich nicht wenige Einrichtungen und Teams, die in bemerkenswerter Weise im Krisenmodus die zusätzlichen Anforderungen gut kompensieren konnten. Ein ausgeprägter Teamgeist stellt dabei einen der wesentlichen Faktoren für gut funktionierender Heime dar. Aber auch der Teamarbeit sind Grenzen gesetzt, wenn die Mangelsituation im Personal dramatische Ausmaße erreicht und vor allen Dingen dauerhaft zur Belastung wird.

Gewaltprävention und Gesundheitsförderung – zwei Seiten einer Medaille (4.3)

Die Annahme des Projektes, dass sich Gesundheitsförderung und Gewaltprävention in einem engen Verhältnis zueinander befinden, wurde in dem Projekt auf vielfältige Weise bestätigt.

Die Gewalterfahrung der Mitarbeitenden sowohl als Täter*innen als auch als Opfer waren verbreitet, die Wirksamkeit von Maßnahmen der Gesundheitsförderung auf die Prävention von Gewalthandlungen wurde in fast allen Einrichtungen bestätigt. Besonders interessant erscheint die Erkenntnis, dass die aus dem Werkzeugkoffer ausgewählten Präventionsmaßnahmen sowohl der Gesundheitsförderung als auch dem Gewaltschutz dienen. Insofern war es im hohen Maße sinnvoll, die von den Pflege- und Krankenkassen gemeinsam finanzierten Präventionsmaßnahmen gemeinsam anzubieten – und eben auch zu finanzieren.

Identifizierte strukturelle Stör- und Förderfaktoren (4.4)

Rahmenbedingungen können eine hilfreiche, aber auch hinderliche Bedeutung erlangen, wenn es darum geht, die Ziele gesunder und gewaltfreier Einrichtungen zu erreichen respektive zu verfolgen.

- **Externe Faktoren**, die sich als hinderlich erwiesen, waren der Personalmangel, die zum Teil sehr restriktiven Anforderungen und Vorgaben von Aufsichtsbehörden – gerade in der Pandemie. Auch die Prüfinstitutionen haben Einfluss auf die Erreichung des Ziels gesunder und gewaltfreier Einrichtungen: Sie wurden als förderlich erlebt, wenn sie als Berater*innen auftraten, als hinderlich bei bürokratischen, eher realitätsfernen Vorgaben und dann, wenn sie als unflexibel und restriktive Kontrollinstanz wahrgenommen wurden. Gerade während der Corona-Pandemie wurden auch die ansonsten als wichtige, stützende Akteure wahrgenommenen Angehörigen, Ehrenamtlichen und Betreuer*innen, sowie in manchen Fällen auch die Träger der Einrichtungen, zu Stör- oder abwesenden Faktoren.
- Von den maßgeblichen und wirksamen **internen Faktoren** wurden starre Strukturen und Vorgaben innerhalb der Einrichtung als hinderlich identifiziert; eine ausgeprägte Flexibilität, das Verständnis des Heims als Wohn- und Lebensort als förderlich. Geht es nur um die Versorgung, um ein verrichtungsbezogenes Verständnis von beruflicher Tätigkeit respektive einer Dienstleistung für die Bewohner*innen, sind dem Präventionsansatz deutliche Grenzen gesetzt. Auch die Kommunikationsstrukturen und Einrichtungskulturen wurden als maßgebliche Einflussgrößen identifiziert: Hierarchisch vs. kooperativ, Team- und Leitungskulturen unterscheiden sich und wirken sich maßgeblich darauf aus, wie die Impulse im Rahmen des Projektes „Pflege in Bayern – gesund + gewaltfrei“ ihre Wirkung in der Einrichtung entfalten konnten oder eben auch nicht. Gerade hier zeigte sich, wie bedeutsam das Verständnis des Präventionsansatzes als Organisationsentwicklung war. Gleichmaßen wurde klar: Auf die Führung kommt es an – aber auch nicht nur auf sie allein. Denn die Leitungskräfte in den Einrichtungen stehen in der Verantwortung für das Aufgreifen der Thematik "gesund und gewaltfrei" – aber die Umsetzung muss auf allen Ebenen der Organisation geschehen. Solche Einrichtungen, die das Projekt und die anstehenden Herausforderungen auf möglichst viele Schultern verteilt hatten, unter partizipativer Einbeziehung aller Hierarchieebenen und Berufsgruppen, performten im Projekt am besten.

Yes we care – Sensibilisierung gelingt (4.5)

Was heißt hier Gewalt? Die Sensibilisierung für die unterschiedlichen Formen der Gewalt war ein wichtiges Thema in dem Präventionsansatz. Die Sensibilisierung stellte sich als hoch bedeutsamer Faktor heraus, bedeutsamer als zunächst gedacht: Eine große Zahl von Mitarbeitenden erweiterten über die Projektlaufzeit durch die Impulse in den Befragungen, Begleitprozessen und Schulungen ihr Gewaltverständnis. Das im Projekt zugrunde gelegte weite Gewaltverständnis hat dazu beigetragen, dass die Beschäftigten Graubereiche differenziert betrachteten und das eigene Verhalten stärker reflektierten. Zahlreiche Schulungen zielten auf die Sensibilisierung in der Kommunikation, so etwa Angebote zur gewaltfreien Kommunikation, die sich besonderer Resonanz erfreuten, oder aber das Element der „positiven Übergabe“.

Mit kleinen und flexiblen Schritten zur erfolgreichen Implementierung (4.6)

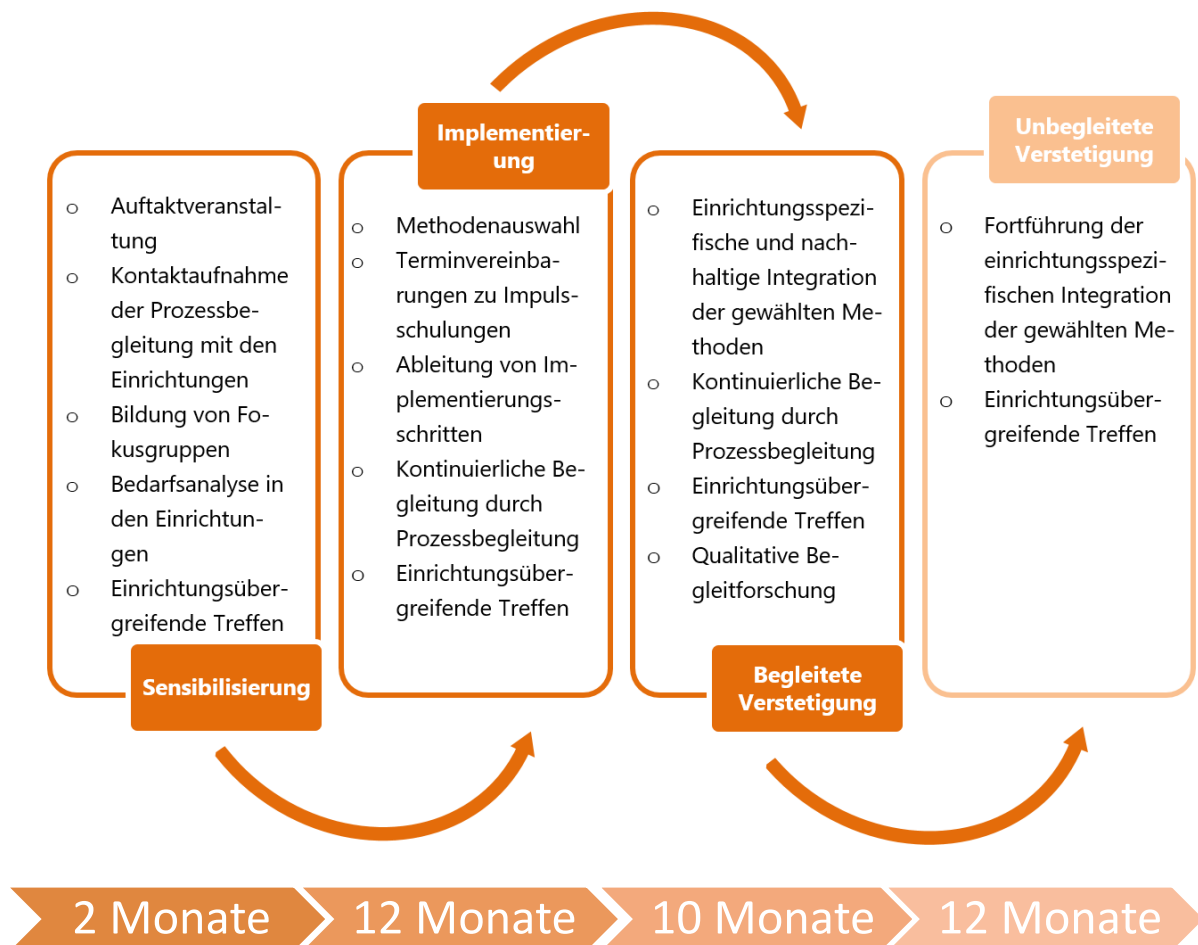
Die Einrichtungen stehen unter „Dauerstress“ zur Veränderung und Anpassung. Das war auch bereits vor der Pandemie der Fall. Die Projektanlage und das in Rücksprache mit den Kassen immer wieder angepasste praktische Vorgehen stellte sich hinreichend flexibel für eine Umsetzung selbst unter schwierigen Pandemiebedingungen heraus. Die Prozessbegleitung konnte flexibel und individuell auf die Bedarfe und Rahmenbedingungen der jeweiligen Einrichtung eingehen. So wurde bei Bedarf einrichtungsspezifisch vom Projektdesign abgewichen. Die kontinuierliche Begleitung durch das Projekt war dabei nach Rückmeldung aller Projekteinrichtungen zentral für die erfolgreiche Umsetzung, indem stetig Impulse in die Einrichtungen hineingegeben wurden. In der Folge waren wenige Projektabbrüche trotz der schwierigen Rahmenbedingungen zu verzeichnen.

2 Projektanlage und Rahmenbedingungen

2.1 Projektidee und -planung

Das Modellprojekt „Gesundheitsförderung und Gewaltprävention in Pflegeheimen“ diente der Erprobung von Präventionsleistungen der betrieblichen Gesundheitsförderung (§ 20b SGB V) in Verbindung mit Prävention in Pflegeeinrichtungen (§ 5 SGB XI), mit dem besonderen Fokus der Gewaltprävention. Es richtete sich an Einrichtungen der stationären Pflege in Bayern, die im Sinne eines Organisationsentwicklungsprozesses Maßnahmen zur Gesundheitsförderung und Gewaltprävention planen und umsetzen. Hierfür waren ihnen unterstützend Prozessbegleiter*innen zur Seite gestellt. Im Projektverlauf stand zum einen die Sensibilisierung für die Thematiken und ein weites Verständnis von Gewalt im Vordergrund als auch zum anderen die mit Schulungen unterstützte Implementation von konkreten Maßnahmen. In einer Verstetigungsphase galt es, die umgesetzten Verbesserungen für die mittlere und lange Frist zu erhalten und fortzuführen sowie ggf. weitere Schritte zu planen. Abbildung 1 können die zentralen Meilensteine pro Projektphase entnommen werden.

Abbildung 1: Projektverlauf und Meilensteine



Für das Projekt wurden aus den 40 teilnehmenden Projekteinrichtungen zwei Kohorten zu je 20 Einrichtungen gebildet. Beide Kohorten durchliefen die Projektphasen aus Abbildung 1: *Projektverlauf und Meilensteine* zeitversetzt (Warteschlangenintervention). Kohorte 1 begann mit der Implementierungsphase im Winter 2020 und den Fortbildungen im Frühjahr bis Herbst 2021. Kohorte 2 folgte ziemlich genau ein Jahr zeitversetzt mit der Implementierungsphase. Ursprünglich sollten die Phasen der Implementierung und Verstetigung jeweils neun Monate in Anspruch nehmen. Hier kam es jedoch zu Corona-bedingten Verzögerungen im Projekt und die Phasen wurden für beide Kohorten gleichermaßen verlängert.¹

Die Phase der unbegleiteten Verstetigung wurde während des Projektzeitraums ausschließlich von der ersten Kohorte durchlaufen. Die Phase markierte für die erste Kohorte die Zeit zwischen Ende der begleiteten Verstetigung und Projektabschluss.

2.2 Projekteinrichtungen

Am Projekt konnten sich zugelassene vollstationäre Pflegeeinrichtungen in Bayern (entsprechend § 71 SGB XI mit einem gültigen Versorgungsvertrag nach § 72 SGB XI in Bayern) beteiligen, die über ein implementiertes Qualitätsmanagementsystem verfügen und die Bereitschaft mitbrachten:

- in einer Fokusgruppe unterschiedlicher Beteiligter den Implementierungsprozess in der Einrichtung kontinuierlich voranzutreiben
- an Präsenzveranstaltungen teilzunehmen
- zum Good-Practice-Katalog für die eigene Einrichtung und für das Gesamtprojekt beizutragen
- an quantitativen und qualitativen Erhebungen mitzuwirken
- eine Person zu benennen, die die Implementierung, die Erhebungen und die Projektorganisation verantwortet
- die Teilnahme an der Präventionsmaßnahme gemäß den MDS-Dokumentationsbögen der Leitfäden zu dokumentieren
- die Implementierungsinhalte zu verstetigen

Die Akquise der Projekteinrichtungen startete im Januar 2020 mit der Ankündigung des Projektes in der Landespflegesatzkommission in München. Vertreter*innen von Trägern und Trägerverbänden, wie z. B. der bpa, die Spitzenverbände kommunaler Träger in Bayern sowie die Arbeitsgemeinschaft der Freien Wohlfahrtspflege in Bayern, wurden über das Projekt durch Anschreiben und eine Projektbroschüre informiert und direkt angesprochen. Nachdem sich die Ausbreitung von Covid-19 als Pandemie abzeichnete, wurde die Akquise von März bis Juni 2020 pausiert; die Einrichtungen, die sich bereits interessiert gezeigt hatten, entsprechend informiert. Über verschiedene Newsletter und Anschreiben von branchennahen Medien wurden

¹ Siehe Anlage A für den ausführlichen Projektstrukturplan inkl. Erhebungszeitpunkten.

Presseerklärungen und Broschüren versandt und durch Veröffentlichungen auf der projekteigenen Homepage aktuelle Informationen der breiten Öffentlichkeit zugänglich gemacht. Bis Ende Juli 2020 hatten sich auf die Bewerbung des Projektes hin 69 interessierte Einrichtungen gemeldet, die den Teilnahmevoraussetzungen entsprachen.

Zur Auswahl der 40 teilnehmenden Einrichtungen wurden Kriterien definiert, um eine transparente und faire Entscheidung über die Aufnahme von Einrichtungen im Projekt treffen zu können. Dabei sollte den jeweiligen Kriterien folgend eine heterogene Auswahl an Einrichtungen sichergestellt werden (vgl. Abbildung 2).

Abbildung 2: Auswahlkriterien Projekteinrichtungen



Bei Einrichtungen mit vergleichbaren Kriterien wurde das Datum der Interessensbekundung als letztes Entscheidungskriterium herangezogen. Die Einrichtungen, die in diesem Verfahren nicht ausgewählt wurden, sind entsprechend informiert und auf eine Warteliste gesetzt worden.

Die gewählten Zugänge zu den unterschiedlichen Trägern, die Bekanntheit der durchführenden Institutionen und das damit intendierte Vertrauen, sowie die Aktualität der Problematik führten dazu, dass die ursprünglichen Befürchtungen – ggf. nicht ausreichend Einrichtungen akquirieren zu können – sich als unbegründet herausstellten.

Die insgesamt 40 teilnehmenden Projekteinrichtungen wurden in zwei Kohorten mit jeweils 20 Projekteinrichtungen aufgeteilt, diese wiederum in jeweils drei Regionalgruppen. Bei der Aufteilung in Kohorten wurden die Interessen der teilnehmenden Projekteinrichtungen berücksichtigt. Es gab ausdrückliche Wünsche bezüglich der Teilnahme in einer bestimmten Kohorte,

aber auch einen Anteil diesbezüglich indifferenter Projekteinrichtungen, sodass eine Aufteilung unproblematisch anhand der Präferenzen der Projekteinrichtungen umgesetzt werden konnte.

Abbildung 3: Verteilung der 1. Kohorte mit farblicher Markierung der drei Regionalgruppen



Abbildung 4: Verteilung der 2. Kohorte mit farblicher Markierung der drei Regionalgruppen



Die Kohorten haben sich in je drei Regionalgruppen aufgeteilt, wobei hier sowohl die geografische Lage als auch eine möglichst zahlenmäßig gleiche Verteilung berücksichtigt wurde.

Die Interessensbekundungen für die Teilnahme am Projekt kamen entweder seitens des Trägers, der Einrichtungsleitung oder der Pflegedienstleitung. Die Hauptansprechpartner*innen waren oftmals neben Einrichtungsleitung oder Pflegedienstleitung auch Leitung der Sozialen Betreuung oder Mitarbeitende in Stabstellen wie dem Qualitätsmanagement.

Lesson learned:

- ✓ Schon zu Beginn des Projektes zeigte sich: Die Themen Gewaltprävention und Gesundheitsförderung erzeugen große Resonanz in der stationären Pflegelandschaft. Es bewarben sich mehr Einrichtungen als ins Projekt aufgenommen werden konnten. Das große Interesse unterstreicht die Relevanz der Thematik.

2.3 Maßgeblicher Einflussfaktor Corona-Pandemie

Am 01. Januar 2020 startete das Projekt „gesund und gewaltfrei Bayern“; kurz darauf kam es zu den ersten Corona-Ausbrüchen in Deutschland und im März 2020 stufte die Weltgesundheitsorganisation die Corona-Lage als weltweite Pandemie ein, die die gesamte Gesellschaft vor große Herausforderungen stellte und u. a. auch das Leben und Arbeiten in stationären Pflegeeinrichtungen stark veränderte und beeinträchtigte. Auch im Rahmen des Projektes mussten etliche Änderungen und Verschiebungen im Vergleich zur ursprünglichen Projektplanung vorgenommen werden. Dennoch konnte 2020 trotz der Corona-Pandemie ein gelungener Projektstart in den Projekteinrichtungen erfolgen.

Aufgrund des anhaltenden Pandemiegeschehens und den damit verbundenen Herausforderungen über den gesamten Projektverlauf erfolgte ein enger und beständiger Austausch mit allen beteiligten Parteien. In allen teilnehmenden Pflegeeinrichtungen gab es in den Jahren 2020 und 2021 mindestens einmal, in der Regel jedoch mehrmals, einen Corona-Ausbruch. Gepaart mit den sich immer wieder ändernden Regelungen für Gruppentreffen sowie den Lock-Downs war eine große Flexibilität für alle Beteiligten im Projekt vonnöten. Kontinuierliche Anpassungen im Projektstrukturplan und eine bedarfsgerechte und einrichtungsspezifische Umsetzung der Projektschritte ermöglichte dennoch die (z. T. zeitlich angepasste) Umsetzung aller Meilensteine.

Die nachfolgende Tabelle 1: *Coronabedingte Anpassungen* fasst die Veränderungen zur ursprünglichen Konzeption in den verschiedenen Arbeitspaketen zusammen.

Tabelle 1: Coronabedingte Anpassungen

Arbeitspakete	Einfluss der Corona-Pandemie
A: Projektorganisation	<ul style="list-style-type: none"> - Erweiterung des Rechtscoachings (Prof. Dr. Thomas Klie) für akute Unterstützungsbedarfe - Verweis auf die Hotline der Vereinigung der Pflegenden in Bayern (VdPB) für Krisenberatung in psychosozialen, ethischen oder rechtlichen Fragen - Erweiterung des Koordinations-, Kommunikations- und Planungsaufwands
B: Vorstudie und Aufbereitung der Interventionsmethoden	<ul style="list-style-type: none"> - Keine Anpassungen erforderlich
C: Fachkonferenz und Akquise der Projekteinrichtungen	<ul style="list-style-type: none"> - Mehrmalige Verschiebung der als Kick-Off-Veranstaltung geplanten Fachkonferenz - Durchführung als Abschlussveranstaltung im Juni 2023

	<ul style="list-style-type: none"> - Pandemiebedingter Ausstieg von fünf Projekteinrichtungen und dadurch Nachbesetzung bzw. erneute Akquise
D: Instrumentenentwicklung	<ul style="list-style-type: none"> - Anpassung des Erhebungsbogens und Einbezug der Corona-Pandemie in die verschiedenen Fragenabschnitte (u. a. Einfluss auf Gewaltgeschehen, Einfluss auf die psychosoziale Gesundheit)
E: Erhebungen	<ul style="list-style-type: none"> - Ausweitung des Koordinations-, Kommunikations- und Planungsaufwandes bei der Durchführung der qualitativen Begleitforschung - Verschiebung und Verlängerung der Durchführungszeitpunkte
F: Implementierung und Verstetigung in zwei Kohorten	<ul style="list-style-type: none"> - Verschiebung des Projektstarts beider Kohorten - Begrenzter Einbezug von Ehrenamtlichen und Angehörigen (Zugangsbeschränkungen) - Z. T. wohnbereichsbezogene anstatt einrichtungsübergreifender Umsetzung (Hygienebedingungen) - Durchführung mehrerer kleiner Veranstaltungen und Implementierungs-Kohorten-Treffen anstelle größerer Gruppentreffen - Streichung der gemeinsamen Auftaktveranstaltung - Verschiebung der Prozessbegleitungsbesuche - Verschiebung und Ausfall von Schulungsangeboten - Angebot von Online-Schulungen - Kontinuierliche Planungsanpassungen und Reagieren auf Veränderung der Bedarfslagen
G: Aufbereitung des Datensatzes, Analyse und Berichtserstattung	<ul style="list-style-type: none"> - Bedingt durch die zeitlichen Verschiebungen im Arbeitspaket D und E kam es auch hier zu zeitlichen Verschiebungen

2.4 Projektorganisation und -abstimmung

Mit drei Konsortialpartnern, den kooperierenden Pflege- und Krankenkassen in Bayern als Fördergeber, sowie 40 teilnehmenden Projekteinrichtungen handelte es sich um ein breit aufgestelltes Projekt, das einen umfassenden organisatorischen Aufwand verlangte. Somit kam dem Projektmanagement eine zentrale Funktion in dem Projekt „gesund & gewaltfrei“ zu.

Das Projektcontrolling fand auf Grundlage des Projektstruktur- und des Meilensteinplans statt. Der Projektstrukturplan musste im Projektverlauf mehrmals dem aktuellen Pandemiegeschehen angepasst werden. Grundsätzlich erforderte dies einen erhöhten Absprache- und Organisationsaufwand. Beispielsweise verlängerte sich die Anbahnungsphase des Projektes (Zeitraum

zwischen Akquise der Einrichtungen und Start der Implementationsphase der ersten Kohorte), da ein Kontaktabbruch zu den Projekteinrichtungen das gesamte Projekt gefährdet hätte. Der durchgängige Kontakt unterstützte deren intrinsische Motivation und die weitere Teilnahme unter Krisenbedingungen.

Bedingt durch die mehrmalige pandemiebedingte Anpassung des Projektstrukturplans (siehe Tabelle 1) und (einrichtungsinterner) Verschiebungen durch die sich kontinuierlich verändernden Infektionsschutzvorgaben (u. a. Hygienevorschriften und Besuchsbeschränkungen), einigten sich die Vereinbarungs- und Kooperationspartner 2021 auf eine siebenmonatige Projektverlängerung.

Schon zu Beginn des Projektverlaufs zeigte sich, dass eine klare Aufgabentrennung zwischen den Konsortialpartnern nur bedingt möglich und ein prozesshafter Austausch für die erfolgreiche Projektumsetzung notwendig war. Zwischen AGP Sozialforschung, der Hans-Weinberger-Akademie und der Hochschule München entstand ein geregelter und kollegialer Austausch, der sowohl die organisatorische als auch die inhaltliche Ebene beinhaltete. Je nach Projektphase fanden die Abstimmungsgespräche zwischen den wissenschaftlichen Mitarbeitenden in engeren (phasenweise wöchentlich) oder weiteren Abständen statt und ermöglichten ein gut aufeinander abgestimmtes Vorgehen innerhalb der Arbeitspakete. Das Projektteam der Konsortialpartner als Gesamtes traf sich etwa einmal pro Quartal per Videokonferenz und einmal im Jahr in Präsenz.²

Die einmalige Finanzierungsgrundlage mit kassenübergreifender Kooperation und dem Einsatz von Präventionsgeldern brachte einen intensiven Abstimmungsbedarf auch mit den Kranken- und Pflegekassen mit sich. Das geplante Format einer quartalsweisen Abstimmung zwischen Konsortialführung und fördergebenden Kassen stellte sich schnell als nicht ausreichend heraus. Da es sich um ein Pilotprojekt handelte und vergleichbare Erfahrungswerte fehlten, wurde eine Steuerungsgruppe aus je einer Vertreterin der Kranken- und einer der Pflegekassen etabliert, die die jeweiligen Präventionsleitlinien und Kasseninteressen vertraten. Und auf Seiten der Konsortialpartner zeigte sich, nach verschiedensten Konstellationsversuchen, dass eine Teilnahme aller Projektmitarbeitenden zielführend war, um die zahlreichen Schnittstellen der Projektaufgaben und -arbeiten abzudecken.

Der Fokus der Steuerungsgruppe lag auf der Projektsteuerung im Sinne der fachlichen und fördergebenden Vorgaben. Pandemiebedingte Planungsänderungen, wie bspw. die Modifikation des geplanten Auftakt-Fachtags zu einer Abschlussveranstaltung, wurden diskutiert und gemeinsam auf den Weg gebracht. Der intensive Austausch bereicherte den Projektverlauf und alle Herausforderungen konnten im Sinne des Projektes gelöst werden. Es etablierte sich ein vertrauensvoller und kollegialer Austausch, der je nach Bedarf aktuelle Fragestellungen und

² Siehe Anlage A „Terminübersicht der Konsortialpartner“.

Begebenheiten in der Pflege- und Gesundheitslandschaft aufgriff. Insgesamt fanden 21 Abstimmungsgespräche der Konsortialpartner mit den Fördergebern statt – darunter auch wenige Präsenztermine.³

2.5 Literaturrecherche und Methodenkoffer

Mit Bezug auf die für das Projekt zentralen Methoden der Interventionen in den Einrichtungen wurde eine nationale, sowie internationale Literaturrecherche durchgeführt. Sie stellte die hinreichende und umfassende wissenschaftliche Basis des Projektes zu Beginn sicher.⁴

Ziel der Literaturrecherche war es, die in den nationalen und internationalen Publikationen enthaltenen Wissensbestände zu Erkenntnissen, Ansätzen und Methoden der Gewaltprävention und Gesundheitsförderung in Pflegeeinrichtungen zusammenzutragen und in kompakter Form für das Projekt aufzubereiten bzw. nutzbar zu machen. Es wurden Wissensbestände über Gewaltphänomene in der Pflege aufbereitet und bereits bestehende Gewaltpräventionsansätze hinsichtlich ihrer Relevanz für das Projekt hin untersucht und aufgenommen.

Die Literaturrecherche und die Aufbereitung der recherchierten Methoden wurden in zwei thematische Felder aufgeteilt. Zum einen wurde nach Maßnahmen gesucht, die zur Reduktion und Verhinderung von Gewalt gegen Bewohner*innen von Pflegeeinrichtungen dienen können. Zum anderen bezog sich die Suche auf Maßnahmen gegen Formen von Gewalt, die sich gegen Mitarbeitende von Pflegeeinrichtungen richtet und auf Erkenntnisse zu den Themen Gesundheitsförderung und Resilienz von Mitarbeiter*innen.

Die eingeschlossene Literatur beschränkte sich dabei nicht ausschließlich auf wissenschaftliche Wirksamkeitsstudien und Übersichtsarbeiten, sondern beinhaltete jegliche Art von Publikationen, wie Berichte diverser Organisationen, Fachbücher, Masterarbeiten und Dissertationen, Online-Inhalte und andere Publikationen. Zusätzlich wurden Methoden und Projekte aus der Praxis gesichtet und erprobte Vorgehensweisen aus dem Referent*innen-Team der HWA gesammelt. Als „praxiserprobt“ galten solche Methoden, die in der Vergangenheit bereits mehrfach angefragt und geschult wurden und deren Wirkung in der Praxis beobachtbar war.

Die Ergebnisaufbereitung der recherchierten Methoden und Ansätzen wurden als Interventionsmethoden in einem Methodenkoffer gesammelt.⁵ Dieser wurde den Projekteinrichtungen zur Verfügung gestellt, um einrichtungsspezifisch Interventionen zu wählen, die sie im Rahmen eines Organisationsentwicklungsprozesses bearbeiten, verstetigen und nachhaltig in ihrer Einrichtung verankern sollten. Dies geschah mit Unterstützung einer, der jeweiligen Einrichtung

³ Siehe Anlage A „Terminübersicht der Abstimmungsgespräche“.

⁴ Die Rechercheergebnisse (107 Publikationen) und Suchstrategie wurden in einem separaten Bericht erfasst und dargestellt (siehe Anlage B).

⁵ Online unter www.gesund-gewaltfrei.bayern/methodenkoffer.

zugewiesenen, Prozessbegleitung. Dies waren Personen mit Erfahrung in der Organisationsentwicklung, welche für den Projektzeitraum den Projektverantwortlichen der Einrichtungen motivierend, reflektierend und begleitend zur Seite standen (siehe Kapitel 3.3).

2.6 Begleitender Fachbeirat

Das Projekt wurde von einem Fachbeirat begleitet, der mit Expert*innen aus verschiedenen, für das Projekt relevanten, Fachgebieten besetzt war. Die Aufgaben des Fachbeirats umfassten die Beratung des Projektteams während der Projektlaufzeit, die Diskussion der Projektschritte und -ergebnisse, sowie fachliche Inputs zum weiteren Vorgehen bzw. zur Projektweiterentwicklung und langfristigen Verstetigung.

Die Mitglieder des Fachbeirates setzten sich wie folgt zusammen⁶:

- Vertreter:innen der Vereinbarungspartner
- Vertreter:innen der Kooperationspartner des Konzeptes
- Vertreter:innen des Bayerischen Staatsministeriums für Unterricht und Kultus
- Vertreter:innen des Bayerischen Staatsministeriums für Gesundheit und Pflege
- Vertreter:innen der Vereinigung der Pflegenden in Bayern
- Vertreter:innen aus dem bayerischen Landtag
- Vertreter:innen aus dem bayerischen Bezirketag
- Vertreter:innen des Medizinischen Dienstes Bayerns
- Vertreter:innen der Fachstelle für Pflege- und Behinderteneinrichtungen – Qualitätsentwicklung und Aufsicht (FQA)
- Vertreter:innen der Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege (BGW)
- Vertreter:innen des Bundesverbandes privater Anbieter sozialer Dienste e.V. (bpa)
- Vertreter:innen der Freien Wohlfahrtspflege in Bayern
- Vertreter:innen des Zentrums für Qualität in der Pflege (ZQP)
- Vertreter:innen der Kölner Hochschule für Katholische Theologie – Schwerpunkt: ethische und sozialwissenschaftliche Fragen

Durch die fachlich breit angelegte Besetzung des Fachbeirates konnten gewinnbringende Ergänzungen des Projektes erfolgen, sowie die Akzeptanz des Vorhabens und der Feldzugang unterstützt werden.

Der Fachbeirat traf sich turnusmäßig ein- bis zweimal im Jahr. Durch die Corona-Pandemie bedingt konnten nur das erste und das letzte Treffen (Projektabschlussveranstaltung) in Präsenz durchgeführt werden. Alle weiteren Treffen zwischen 2021 und Anfang 2023 fanden online statt. Die erste Fachbeiratssitzung konnte, nach coronabedingten Verzögerungen, am 24.07.2020 in München stattfinden.

⁶ Siehe Anlage A „Übersicht der Fachbeiratsmitglieder“.

Tabelle 2: *Schwerpunkte Fachbeiratssitzungen* gibt einen Überblick über die thematische Gestaltung der Fachbeiratstreffen.

Tabelle 2: Schwerpunkte Fachbeiratssitzungen

Thematische Schwerpunkte	Gastvorträge
1 Fachbeiratssitzung – 24.07.2020 – Präsenz	
Vorstellung des Konsortiums und der Fachbeiratsmitglieder Projekthintergrund und Design des Projektes Akquise der teilnehmenden Einrichtungen Vorstellung des Projektes vor dem Pandemiehintergrund	Dr. Suhr (ZQP) ,Gewaltprävention in der Pflege. Aktivitäten und Erkenntnisse des ZQPs' → verschoben auf das Fachbeiratstreffen Juli 2021
2 Fachbeiratssitzung – 21.01.2021 – Online	
Rückblick letzte Sitzung Aktueller Projektstand Menschenbild Gewaltphänomene und Corona Erste Ergebnisse der t0-Befragung	Dr. Schäfer (BGW) ,Beratung der Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege (BGW) in Betrieben'
3 Fachbeiratssitzung – 28.07.2021 – Online	
Rückblick letzte Sitzung Der Blick auf die erste Kohorte: <ul style="list-style-type: none"> • Erfahrungen und Erkenntnisse aus der Implementierung • Begleitendes Rechtscoaching Vorstellung und Diskussion ausgewählter Ergebnisse der t0-Erhebung Teil 1 und Teil 2	Dr. Suhr (ZQP) ,Gewaltprävention in der Pflege. Aktivitäten und Erkenntnisse des ZQP zum Thema'
4 Fachbeiratssitzung – 19.01.2022 – Online	
Offene Themen der letzten Fachbeiratssitzung: <ul style="list-style-type: none"> • Verlängerung des Projektes in 2023 • Sexualisierte Gewalt in der Pflege – vermehrt intime Übergriffe auf männliche Mitarbeiter Abschluss der ersten Kohorte und Auftakt der zweiten Kohorte Dilemmasituationen und gewaltvolle Ereignisse im direkten Versorgungskontext – projektbezogene Fallschilderungen und offene Diskussion	
5 Fachbeiratssitzung – 13.07.2022 – Online	
Rückblick vergangene Fachbeiratssitzung Aktueller Projektstand: <ul style="list-style-type: none"> • Begleitete Verstetigungsphase 1. Kohorte und Implementierungsphase 2. Kohorte • Begleitforschung 1. Und 2. Kohorte • Ergebnisse der zweiten Erhebung Strukturelle Gewalt? – Kurze Impulse aus der projektinternen Rechtsberatung, der Projektbegleitung, den Telefoninterviews sowie den teilnehmenden Beobachtungen. Teil 1 und 2.	
6 Fachbeiratssitzung – 25.01.2023 – Online	
Rückblick vergangene Sitzung Rekapitulation: Projektinterne Begriffsdefinitionen und -verständnisse bzgl. Gewalt	Dr. Eggert (ZQP) ,Erste Ergebnisse des SeGEL-Projektes'

<p>Aktueller Projektstand:</p> <ul style="list-style-type: none"> • 1. und 2. Kohorte • Ergebnisse der t3-Befragung und aktueller Stand der vierten Erhebung • Begleitforschung 1. und 2. Kohorte <p>Impulse aus dem Fachbeirat – Good-Practice und Projektabschluss</p> <p>Verstetigung und Dissemination</p>	
<p style="text-align: center;">Projektabschlussveranstaltung – 28.06.2023 - Präsenz</p> <p style="text-align: center;">Die Vertreter*innen des MDs, des FQA und der BGW nahmen im Rahmen der Projektabschlussveranstaltung an der Dialogrunde zum Thema ‚Langzeitpflege im Stress – Wege zu einer gelingenden Gewaltprävention und Gesundheitsförderung‘ teil.</p>	

Der regelmäßige Austausch über die Projektergebnisse unterstützte die Verknüpfung der relevanten Projekt- und Handlungsebenen: Mikroebene – als Ebene der Pflegepraxis (bspw. pflegerisches Handeln); Mesoebene - Pflege als Organisationsform (bspw. organisatorische Gestaltung der Pflege); Makroebene - Berufs- und Gesundheitspolitik.

Tabelle 2: *Schwerpunkte Fachbeiratssitzungen* zeigt, dass im Rahmen der Fachbeiratssitzungen die Reflexion der Rückmeldungen aus der Einrichtungsebene (Mikro- und Mesoebene) einen thematischen Schwerpunkt der Sitzungen darstellte. Es gelang einen Rahmen zu schaffen, in dem u. a. Erfahrungen und Herausforderungen aus der Pflegepraxis der teilnehmenden Projekteinrichtungen mit den Fachbeiratsmitgliedern diskutiert und analysiert werden konnten.⁷

So wurde beispielsweise das Thema der strukturellen Gewalt (vorrangig externe Faktoren) im Fachbeirat adressiert und die Erlebnisberichte der Projekteinrichtungen intensiv diskutiert. Unter anderem waren die sich kontinuierlich verändernden pandemiebedingten Vorgaben Thema und die damit einhergehenden Herausforderungen für Mitarbeitende und Bewohner*innen in den Pflegeheimen wurden reflektiert.

Die Fachbeiratssitzungen bereicherten weiterhin den Interpretationsprozess der qualitativen und quantitativen Auswertungsergebnisse um die diversen vertretenen Perspektiven. Einige Projektergebnisse konnten im Rahmen der Sitzungen bekräftigt werden, da sie sich auch in anderen laufenden Projekten abzeichneten sowie durch z. B. anonymisierte Berichterstattungen beim medizinischen Dienst (MD) oder der Fachstelle für Pflege- und Behinderteneinrichtungen – Qualitätsentwicklung und Aufsicht (FQA) bestätigten. Dies führte dazu, dass projektbezogene Ergebnisse und Diskussionsinhalte in Kontext gesetzt, interne Prozessschritte überdacht und im Bedarfsfall angepasst werden konnten.

⁷ Im Rahmen der Fachbeiratssitzungen erfolgte eine anonymisierte Berichterstattung, so dass keine Rückschlüsse auf die jeweilige Projekteinrichtung gemacht werden konnte. Alle Einrichtungen wurden vorab informiert, dass Erfahrungen, Berichte und Ergebnisse im Rahmen der Fachbeiratssitzungen thematisiert werden.

2.7 Öffentlichkeitsarbeit

Zu Beginn des Projektes wurde in Abstimmung mit den Fördergebern eine Homepage unter der Domain www.gesund-gewaltfrei.bayern für die Unterstützung der Akquise und zur öffentlichen Themeninformation aufgesetzt. Die Homepage wurde in regelmäßigen Abständen aktualisiert und beinhaltet u. a. eine Übersicht der Projektveröffentlichungen, eine Übersicht der Projekteinrichtungen und den Methodenkoffer.

Es war stets im Interesse des Projektes, Erkenntnisse und Ergebnisse mit der Öffentlichkeit zu teilen und interessierten Akteur*innen Material und Hilfestellungen für ähnliche Vorhaben an die Hand zu geben. In diesem Sinne wird die Homepage auch über das Projektende hinaus betrieben und der Zugriff auf Materialien und Informationen bleibt bestehen. Mögliche Anschlussprojekte werden über die Homepage sichtbar gemacht und vernetzt.

Zum Projektabschluss wurde in Abstimmung mit den fördergebenden Kassen ein anderthalbminütiger Impactfilm geplant und umgesetzt, der Awareness für das Anliegen des Projektes schaffen soll. Er zeigt verschiedene gewaltvolle (Dilemma-)Situationen, die in dieser oder ähnlicher Weise im Rahmen des Projektes aufgenommen wurden. Dabei wurde im Sinne der Multiperspektivität des Projektes die Perspektive der Mitarbeitenden in den Pflegeeinrichtungen sowie der Bewohner*innen aufgegriffen. Dem Projektteam war es zudem in der Entwicklung der Storyline bedeutsam, dass solch ein kurzer Impactfilm keine Lösungen im Sinne eines Lehrfilms anbietet, sondern die Situationen als solche stehen lässt und auf das Projekt als Unterstützung in individuellen Situationen und Settings verweist. Denn mit dem Film sollen keine vermeintlich einfachen Probleme oder Lösungen präsentiert oder einer einseitigen Skandalisierung Vorschub geleistet werden. Der Film ist über die Homepage oder YouTube abrufbar.⁸

Im Rahmen der Öffentlichkeitsarbeit entstanden weiterhin eine Projektbroschüre, ein Flyer und Pressetexte zu Beginn und Ende des Projektes. Im Laufe des Projektes wurden zudem mehrere Beiträge in Fachzeitschriften etc. zum Projekt veröffentlicht.⁹

2.8 Begleitforschung

2.8.1 Quantitative Erhebung und Auswertung

Die quantitative Erhebung in allen Projekteinrichtungen erfolgte zu vier Zeitpunkten: Zu Beginn und nach Ende der Interventionsphase jeder Kohorte. Der ursprünglich in digitaler Form geplante Fragebogen wurde nach dem Pre-Test zusätzlich im Papierformat erstellt. Nur 13 von 40 Projekteinrichtungen konnten zu Umfragebeginn eine digitale Teilnahme ermöglichen. Sukzessive stiegen diese ebenfalls auf die Teilnahme per Papier-Fragebogen um und so fanden

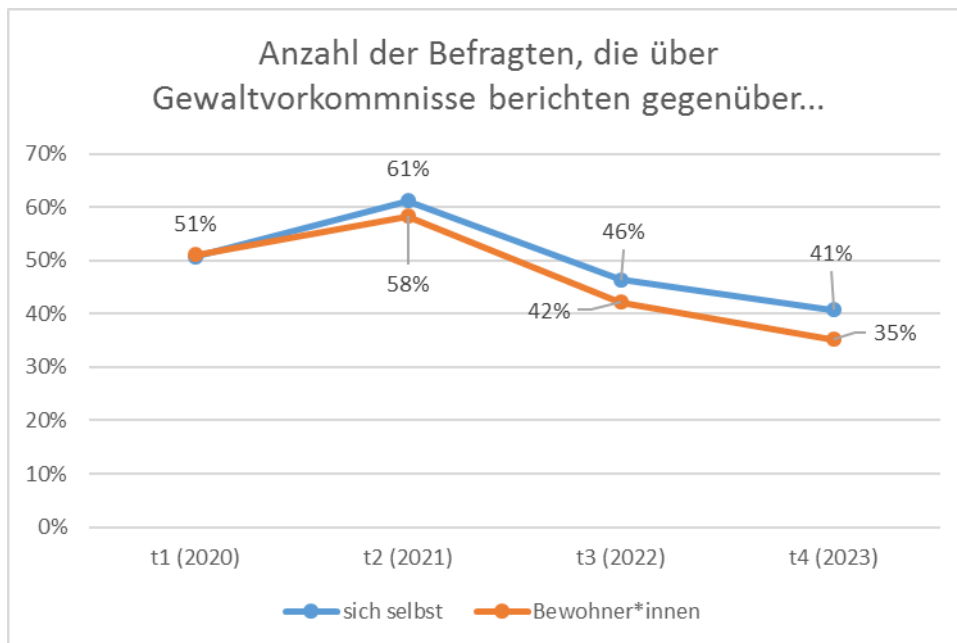
⁸ Online auf der Projekthomepage www.gesund-gewaltfrei.bayern und unter <https://www.youtube.com/watch?v=KVPL8pkYwGw>

⁹ Siehe Anlage A und online unter <https://www.gesund-gewaltfrei.bayern/presse/pressespiegel>

die letzten beiden Befragungen ausschließlich als Paper & Pencil Variante statt.¹⁰ Die Rücklaufquoten der Projekteinrichtungen, die zunächst die digitale Befragung bevorzugt hatten, bestätigten, dass der Umgang mit digitalen Tools in manchen Projekteinrichtungen noch nicht selbstverständlich ist: Durch die Bank stiegen die Teilnahmequoten mit dem Umstieg von digital auf Papier.

Ursprünglich sollten die zwei Kohorten als Vergleichsgruppen dienen, um u. a. mithilfe der quantitativen Erhebung die Wirksamkeit der Interventionen zu überprüfen. Deshalb sah das Design zwei, um je ein Jahr verschobene, Interventionsphasen vor. Allerdings ergaben sich während der Projektlaufzeit unter der Corona-Pandemie und später mit dem in vielen Projekteinrichtungen immer deutlicher werdenden Personalmangel zwei massive Störfaktoren, die stark auf die Messungen einwirkten. Die Auswertungen zur Wirksamkeit konnten somit nicht in der ursprünglich vorgesehenen Form durchgeführt werden. Gerade in der Corona-Pandemie wurde durch die Auswertungen deutlich, wie unterschiedlich sich die Voraussetzungen in den Projekteinrichtungen im Basisjahr 2020 (1. „Corona-Jahr“) und den Interventionsjahren 2021 (Kohorte 1, 2. „Corona-Jahr“) bzw. 2022 (Kohorte 2) entwickelten. Beispielsweise fielen alle Angaben zu Gewalthandlungen in den Projekteinrichtungen in den zwei Befragungen während der akut andauernden Corona-Pandemie durch die Bank weg höher aus als in den zwei Folgejahren:

Abbildung 5: Berichte über Gewaltvorkommnisse der vergangenen zwei Monate



Quelle: Quantitative Befragungen im Projekt. N= t1: 1079 | t2: 818 | t3: 823 | t4: 751

¹⁰ Zusätzlich erschwerend erwies sich allerdings auch der Umfang der Befragung, welcher insbesondere beim Bericht zu vielen Gewaltereignissen eine Handhabung am Smartphone langwierig machen konnte. In vielen Einrichtungen gab es zu Projektbeginn ausschließlich einen Mitarbeiter-PC pro Wohnbereich oder Etage und keine Pflegeeinrichtung konnte Tablets zum Ausfüllen bereitstellen, bei denen durch die Bildschirmgröße auch komplexere Fragen hätten besser abgebildet werden können.

Zudem war zu allen Befragungszeitpunkten bei den Befragungen ein hoher Ausfall von Projekteinrichtungen zu verzeichnen (vgl. Tabelle 3). In Summa war ein Wirksamkeitsvergleich bei der Kohorten in der geplanten Weise methodisch nicht umsetzbar. Dennoch konnten viele wertvolle Erkenntnisse aus den Befragungen gewonnen werden, die in Kapitel 4 ausgeführt werden.

Tabelle 3: Art des Rücklaufs der 41 im Projektverlauf befragten Projekteinrichtungen

Anzahl der Projekteinrichtungen	Art des Rücklaufs
9	gute Datenlage zu allen Erhebungszeitpunkten
17	gute Datenlage zu drei Erhebungszeitpunkten
10	Eher schlechte Datenlage durch geringe Fallzahlen/ Rücklauf und/ oder mit Ausfällen zu ein bis zwei zu Erhebungszeitpunkten
5	Ausfall zu drei oder mehr Erhebungszeitpunkten
41	Gesamt

Die Erstellung des Fragebogens erfolgte auf Basis von Fachliteratur und Praxiserfahrung. Bspw. wurden eine gemeinschaftliche Gewaltdefinition und praxisnahe Fallbeispiele zu jeder Gewaltform erarbeitet. Der Erhebung ging ein Pre-Test voraus, dem zufolge der Fragebogen weiter angepasst wurde.

Die Basis der durchgeführten Mitarbeiter*innen-Befragung hinsichtlich der psychosozialen Belastung und Beanspruchung erfolgte konkret unter Anlehnung an das Copenhagen Psychosocial Questionnaire (COPSOQ, vgl. Nübling et al. 2005; FFAW 2021). Zusätzlich wurden das Maslach Burnout Inventory (MBI) (Maslach et al. 1997), welches die Themen emotionaler Erschöpfung, reduzierter Leistungsfähigkeit und De-Personalisierung behandelt, sowie die von der BGW veröffentlichten Personalfragebögen der stationären Altenpflege, welche sich mit qualitativen und quantitativen Arbeitsbelastungen, der Arbeitsorganisation, dem vorherrschenden Arbeitsklima sowie der privaten Situation auseinandersetzen, gesichtet und in die Entwicklung des Erhebungsbogens miteinbezogen (Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege (BGW) 2002). Nach einer ersten qualitativen Sichtung der drei Erhebungsbögen und dem Ausschluss von sich duplizierenden Fragen bzw. Frageinhalten, konnten die ursprünglich über 180 Items auf 17, für die erste Erhebung relevante Fragen, komprimiert werden.

Die Fragebogen-Versionen wurden im Verlauf weiter angepasst. Rückmeldungen der Projekteinrichtungen wurden reflektiert umgesetzt und die akuten Einflüsse der Corona-Pandemie beachtet. Dabei wurde gewährleistet, dass die Vergleichbarkeit der vier Erhebungen weiterhin bestand und am Ende eine finale Gesamtauswertung gezielter Punkte möglich war.

Die Auswertungen der Befragungen fanden per Statistiksoftware SPSS gezielt zu den aktuellen Fragestellungen im Projekt statt. Ergebnisse wurden in den Fachbeiratssitzungen und den Regionalgruppentreffen vorgestellt und diskutiert. Daraus konnten weitere Impulse für das Projekt gesetzt und finale Erkenntnisse gezogen werden (siehe Kapitel 4).

2.8.2 Qualitative Erhebung und Auswertung

Zum Ende der Interventionsphase jeder Kohorte fanden einrichtungsbezogene Telefoninterviews und teilnehmende Beobachtungen statt, um den jeweiligen Projektverlauf und -fortschritt qualitativ zu erfassen. Die Kulturentwicklung, die Fortschritte im Bereich der Personal- und Organisationsentwicklung und der Verstetigung sowie bereits gelebte und/ oder erreichte Good-Practice-Ansätze waren Teil dieser methodischen Erfassung. Dabei wurde darauf geachtet, die Perspektive der Mitarbeitenden, der Bewohner*innen und deren Vertreter*innen zu erfassen. Die Ergebnisse der qualitativen Begleitforschung flossen zentral mit in die einrichtungsspezifischen Reflexionspapiere und das Gesamtergebnis ein.

2.8.2.1 Teilnehmende Beobachtungen

Die teilnehmenden Beobachtungen fanden in den Projekteinrichtungen statt und stellten eine vierstündige Begleitung des Alltags dar. Ziel war es, vorhandene Ressourcen, Potentiale und gute Ansätze (Good-Practice-Ansätze) der Projekteinrichtungen zu erfassen. Zur Vorbereitung wurden im Dezember 2020 ein Grobkonzept und verschiedene Dokumente – u. a. Informationsschreiben, Verfahrensanweisung meldepflichtiger Vorfälle und Beobachtungsprotokoll – unter Einbezug diverser Fachliteratur (Schaffer und Schaffer 2020; Kromrey et al. 2016; Baur und Blasius 2019) erstellt. Da möglichst alle Mitarbeiter*innen und Bewohner*innen einer Wohngruppe/-einheit während des Zeitraums Teil der Beobachtung sein sollten, wurden Mitarbeiter*innen und Bewohner*innen sowie Angehörige und ggf. (gesetzliche) Betreuer*innen mit einem Anschreiben über die teilnehmende Beobachtung informiert.

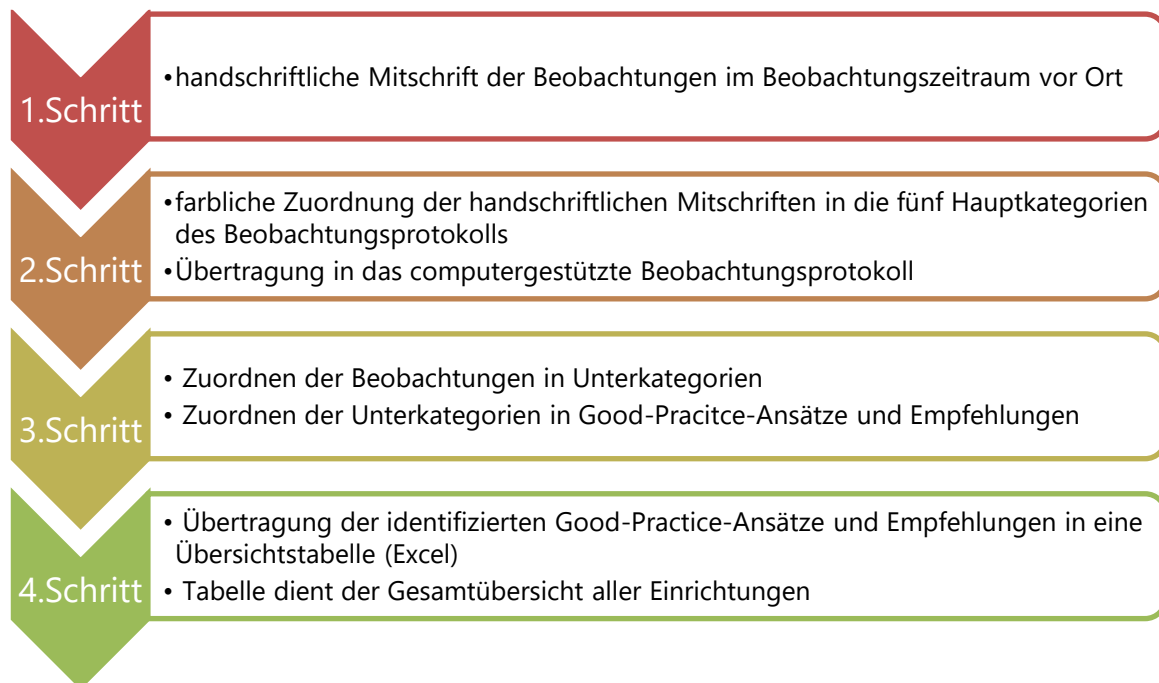
Eine Verfahrensanweisung für das Vorgehen bei problematischen und meldepflichtigen Vorfällen wurde im Rahmen der Vorbereitungsphase erstellt und sah je nach Art des Vorfalls den Einbezug verschiedener Personengruppen vor, inkl. eines projektinternen Rechtscoachings zur juristischen Einordnung gemeldeter Fälle. Beobachtete gewaltvolle Vorfälle – z. B. fehlendes Notfallmanagement, einrichtungsinterner Umgang mit einem Übergriff auf eine/n Auszubildenden oder Kommunikationsdynamiken im Team – wurden nachbesprochen und reflektiert. Sie dienten zudem der Vorstellung und Diskussion in den Fachbeiratstreffen.

Das standardisierte Beobachtungsprotokoll wurde unter Einbezug von Fachliteratur und der ersten Projekterkenntnisse erstellt. Es beinhaltete fünf Oberkategorien: Atmosphäre, Haltung, Kommunikation, Interaktion und Weiteres. Eine Zuordnung erfolgte bei der Protokollerstellung und der computergestützten Auswertung. Um die Privat- und Intimsphäre der Bewohner*innen während der teilnehmenden Beobachtung zu wahren, wurden Bewohner*innenzimmer und -

bäder nur nach expliziter Einladung und/oder vorab erfolgter Einwilligung betreten und in die teilnehmende Beobachtung mit einbezogen.

Die Auswertung und Analyse der Ergebnisse der teilnehmenden Beobachtung war in unterschiedliche Teilschritte untergliedert (siehe Abbildung 6).

Abbildung 6: Schritte der Aufbereitung der Ergebnisse der teilnehmenden Beobachtung



Das Angebot der teilnehmenden Beobachtung wurde von den Einrichtungen gut angenommen. Neben einer klassischen Beobachtung des Alltags in den Wohn- und Pflegebereichen der Einrichtungen entstanden auch vielfältige Gespräche mit den Pflege- und Betreuungsteams, den Leitungskräften sowie Bewohner*innen und Angehörigen. Diese erweiterten den Blick der Prozessbegleitung und sorgten für ein vertieftes Verständnis der alltäglichen Bedingungen vor Ort in den Einrichtungen.

2.8.2.2 Telefoninterviews

Die leitfadengestützten Telefoninterviews wurden mit einer projektverantwortlichen Person pro Projekteinrichtung geführt. Ursprünglich sollte diese Person ein Mitglied der Fokusgruppe mit engem Kontakt zu Bewohner*innen sein, um eine möglichst praxisnahe Perspektive einzufangen. Da sich nicht überall Fokusgruppen etablierten und teilweise alternative Einrichtungsgremien/-strukturen für die Projektumsetzung genutzt wurden, wurde dieses Kriterium entsprechend angepasst.

Die final geführten Interviews bezogen über alle Projekteinrichtungen betrachtet alle Personalebenen (bis auf Ehrenamtliche) ein und umfassten u. a. auch Ergotherapeut*innen, Pflegehel-

fer*innen und Betreuungskräfte. Viele der Gesprächspartner*innen waren Teil der Leitungsebene und hatten einen primär organisatorischen Blick auf das Projekt und dessen Umsetzung. Obwohl leitfadengestützt, mussten durch die diversen Bildungshintergründe der Berufsgruppen je nach Interviewverlauf manche Fragen im Gespräch ausgelassen, andere vertieft werden. Dadurch entstand ein breites Spektrum an qualitativem Datenmaterial.

Der Leitfaden konzentrierte sich auf die einrichtungsspezifischen Entwicklungen und Prozesse. Die Fragen bezogen sich u. a. auf das Gewaltverständnis, -vorkommnisse, partizipative Ansätze, Prozesse und Verstetigungsbestrebungen.¹¹ Im Gespräch wurde das Narrativ der Gesprächsperson respektiert und zeitgleich versucht, möglichst viele Themenbereiche des Leitfadens zu erfassen.

2.8.3 Reflexionspapiere bzw. -gespräche

In den Reflexionspapieren wurden für die erste Kohorte die qualitativen Daten und Eindrücke aus der Prozessbegleitung einrichtungsspezifisch aufgearbeitet, verschriftlicht und den jeweiligen Projekteinrichtungen zur Verfügung gestellt. Hierfür erfolgten vorbereitend bilaterale Auswertungssitzungen zwischen den drei Projektpartnern. Verschiedene Perspektiven, mögliche Handlungsansätze bei Gewaltvorkommnissen, Entwicklungsschritte und mögliche Good-Practice-Ansätze wurden unter Einbezug der Spannungsfelder und Rahmenbedingungen reflektiert, diskutiert und interpretiert. Es wurde darauf geachtet, dass die individuellen Handlungsansätze für die Projekteinrichtungen mit begrenztem Aufwand in den Arbeitsalltag integrierbar waren – dem Leitsatz folgend: *„Nicht andere Dinge (zusätzlich) tun, sondern die Dinge, die man ohnehin macht, anders tun.“*

Die Reflexionspapiere beinhalteten folgende Aspekte:

- Projekthintergrund
- Gewaltverständnis im Projekt
- Methodenkoffer
- Gewählte Schulungen bzw. Methoden
- Begleitung und qualitative Begleitforschung im Rahmen des Projektes
 - Zusammenfassung
 - Vorbemerkung und theoretischer Hintergrund
 - Zentrale Beobachtungen, Ansätze guter Praxis und Vorschläge für Verbesserungen
 - Einrichtungsspezifische Ausgangslage und Motivation
 - Thematische Ausrichtung des Projektes in der Einrichtung
 - Wirksamkeit der Teilnahme
- Ausblick

¹¹ Siehe Anlage A „Leitfaden Telefoninterviews“

Zur theoretischen Einordnung wurden die zwei theoriegeleiteten und praxiserprobten Konzepte – Six-Senses-Framework von Mike Nolan und die drei Qualitätsdimensionen nach Avedis Donabedian (Nolan et al. 2006; Donabedian 1980-1985) – herangezogen und in die Reflexionspapieren aufgenommen.

Die Projekteinrichtungen der ersten Kohorte erhielten ihre jeweils einrichtungsspezifischen Reflexionspapiere mit dem Angebot eines Reflexionsgesprächs zur Klärung, Kontextualisierung oder möglichen Rückfragen. Dieses Angebot erzeugte allerdings für sich genommen wenig Resonanz. Die Projekteinrichtungen nutzten stattdessen die folgenden Regionalgruppentreffen und die gemeinsamen Workshops als Reflexionsraum.

Bedingt durch einen erhöhten Gesprächsbedarf der Projekteinrichtungen der zweiten Kohorte, welcher während der Praxisbegleitung und im Rahmen der teilnehmenden Beobachtungen wahrgenommen wurde, wurde den Reflexionspapieren ein einrichtungsspezifisches Reflexionsgespräch vorangestellt. Die Gespräche basierten auf der inhaltlichen Ausrichtung der Reflexionspapiere. Im Anschluss erhielten die Gesprächspartner*innen ein kurzes Gesprächsprotokoll, welches nach erfolgter Freigabe in das Reflexionspapier eingearbeitet wurde.

Lesson learned:

Die Durchführung von Reflexionsgesprächen mit den für die jeweilige Einrichtung benannten Projektansprechpartner*innen hat sich gegenüber einer rein schriftlichen Rückmeldung als wirksamer bewährt. Die am Gespräch beteiligten Einrichtungsvertreter*innen zeigten sich offen und interessiert an einem Austausch zum Projekt. Zusammenhänge gelungener und nicht gelungener Projektverläufe bzw. Maßnahmen konnten nachvollziehbar besprochen werden.

2.9 Abschlussveranstaltung

Die ursprüngliche Projektkonzeption sah vor, zu Beginn des Projektes zu einer Fachkonferenz einzuladen. Für diese Fachkonferenz sollten u. a. Expert*innen für unterschiedliche Präventionsansätze als Referent*innen angesprochen werden. Ziel der Veranstaltung wäre es gewesen, eine breite Akzeptanz des Projektvorhabens zu erreichen, den Feldzugang zu sichern und wichtige Impulse für den weiteren Projektverlauf zu setzen. Zudem sollte den teilnehmenden Projekteinrichtungen der Zugang zu und das Verständnis für die Interventionsmethoden nahegebracht werden; sie sollten motiviert und handlungsfähig gemacht werden. Nachdem die geplante Fachkonferenz im Jahr 2020 und zu Beginn 2021 immer wieder aufgrund der aktuellen Lage der Corona-Pandemie verschoben werden musste und die ursprünglichen Intentionen in ähnlicher Weise durch die Auftaktveranstaltung mit den teilnehmenden Projekteinrichtungen

sowie der ersten Fachbeiratssitzung erfüllt wurde, wurde schließlich stattdessen eine Abschlussveranstaltung eingeplant.

Die Fachkonferenz als Abschlussveranstaltung richtete sich sowohl an die interessierte Fachöffentlichkeit, die Mitglieder des Expert*innenbeirats als auch an die teilnehmenden Projekteinrichtungen. Es wurden zudem Einrichtungen eingeladen, die zu Beginn des Projektes Interesse gezeigt hatten, aber im Modellprojekt nicht zum Zuge kamen, oder sich bereits für ein mögliches Folgeprojekt interessiert hatten. Ziel der Abschlussveranstaltung war es nun, das hohe Engagement, Vertrauen sowie die Erfolge der einzelnen Einrichtungen zu würdigen und für die Fachöffentlichkeit, aber im Sinne einer Verstetigung auch für die teilnehmenden Projekteinrichtungen selbst, sichtbar zu machen.

Die Veranstaltung wurde mit dem im Rahmen des Projektes entstandenen Impact-Film eröffnet (siehe Kapitel 2.7), an dem auch Mitarbeitende einer teilnehmenden Pflegeeinrichtung mitgewirkt haben. Dies setzte den Ton für den Abschluss, in dem ganz maßgeblich die teilnehmenden Projekteinrichtungen und ihre Erfolge im Mittelpunkt standen. Anschließend wurden die Projektergebnisse aus Sicht der wissenschaftlichen Begleitung vorgestellt, auf die in ausführlicher Form auch in Kapitel 4 eingegangen wird. Um mit begrenzten zeitlichen Ressourcen dennoch möglichst vielen Projekteinrichtungen die Möglichkeit zu geben, ihre Erfolge zu präsentieren, erfolgte die Vorstellung von einrichtungsindividuellen Postern mittels Gallery-Walk. Dazu hatten die Projekteinrichtungen vorab ihre Ausgangslage, ihre individuelle Vorgehensweise und Maßnahmen sowie Erfolge mit Unterstützung durch die Prozessbegleitung graphisch aufbereitet. Die so entstandenen Poster wurden den Projekteinrichtungen ausgehändigt und erwiesen sich als wertvolle Erinnerung und Impuls für die unbegleitete Verstetigung.

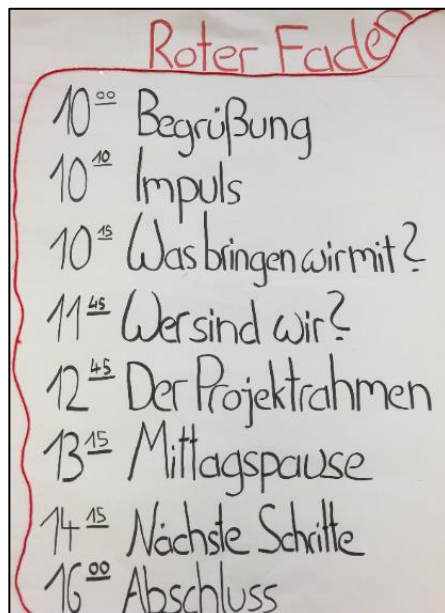
Den Abschluss des offiziellen Teils bildete eine moderierte Diskussionsrunde zum Thema „Langzeitpflege im Stress - Wege zu einer gelingenden Gewaltprävention und Gesundheitsförderung“, mit dem MD Bayern, der BGW (Präventionsdienst), der FQA („Heimaufsicht“), der BAGSO, einer Vertretung der Freien Wohlfahrtspflege Bayern sowie der Hans-Weinberger-Akademie der AWO e.V.

3 Ein erkenntnisreicher Implementierungsprozess

3.1 Auftaktveranstaltungen in zwei Kohorten

Die Implementierungsphasen der beiden Kohorten wurden jeweils mit einer Auftaktveranstaltung eingeleitet. An dieser Veranstaltung nahmen die projektverantwortlichen Personen und eine Begleitung aus den Projekteinrichtungen (vor allem aus der Fokusgruppe) oder dem Träger teil. Ziel dieser Treffen war es vorrangig, die Sensibilisierung für Gewaltvorkommnisse zu fördern, aber auch einen gemeinsamen Start in das Projekt zu finden und die Vernetzung der Projekteinrichtungen untereinander zu unterstützen.

Abbildung 7: Roter Faden Auftaktveranstaltung



Eine Erkenntnis aus der Auftaktveranstaltung war, dass Gewalt in der Pflege weniger ein Tabuthema ist, als es im Vorfeld angenommen wurde. Die Thematik erfordert einen sensiblen Umgang in dem vulnerablen Kontext der Pflege. Obwohl die Teilnahme am Projekt freiwillig war, überraschte die Offenheit, mit der über Gewaltvorfälle berichtet wurde.

Die Sensibilisierung im Rahmen der Auftaktveranstaltung gelang durch einen emotionalen Einstieg mit einer Geschichte, die ein Mitglied aus dem Projektteam aus eigener Erfahrung erzählte. Daraufhin wurden auch die Teilnehmer*innen aus den Projekteinrichtungen ermutigt, Geschichten aus ihrer beruflichen Erfahrung zu teilen, in denen Gewalt eine Rolle spielte. Alle Teilnehmer*innen hatten bewegende Geschichten zu erzählen und die hohe Relevanz des Themas konnte dadurch nochmals verdeutlicht werden. Im Sinne der Sensibilisierung spielte auch die Vermittlung des breiten Gewaltbegriffs eine zentrale Rolle. Hierbei konnten die Geschichten gut genutzt werden, um die verschiedenen Formen von Gewalt und unterschiedliche Ausprä-

gungen der Gewaltausübung darzustellen (siehe Abbildung 8: *Richtungen und Formen von Gewalt*). Ein Diskussionspunkt war insbesondere, wie Gewalt – sei es verbal oder physisch – von Menschen mit dementieller Veränderung ausgehend zu bewerten ist. Die Empfindungen und Einschätzungen der Mitarbeitenden waren hierbei sehr vielfältig.

Die einzelnen Schritte im Projekt, die von den Projekteinrichtungen durchlaufen wurden (Sensibilisierung, Implementierung, Verstetigung, Begleitforschung), bekamen ebenfalls Raum im Rahmen der Veranstaltung, um die Projekteinrichtungen auf die bevorstehenden Monate vorzubereiten und ein Verständnis für die praktische und methodische Umsetzung herzustellen.

Abbildung 8: Richtungen und Formen von Gewalt



Lessons learned:

- ✓ In der Begegnung auf Augenhöhe ist die Sensibilisierung für gewaltvolles Handeln in der Pflege keine besondere Herausforderung.
- ✓ Was im Graubereich von Dilemma-Situationen als Gewalt wahrgenommen wird, ist sehr unterschiedlich; rechtliche Einordnungen helfen hier nur bedingt.
- ✓ Gewalt – insbesondere im Graubereich von Dilemma-Situationen – ist nicht primär ein Tabuthema, sondern zuallererst ein Thema, das enorm emotional belastet und sprachlos macht. Sprachlosigkeit in Bezug auf Gewalt ist aber nicht mit Tabuisierung zu verwechseln.
- ✓ Wesentlicher Erfolgsfaktor im Projekteinstieg und im gesamten weiteren Verlauf: Überwindung von Sprachlosigkeit durch gemeinsames Thematisieren von Gewalt mit ihren vielen Gesichtern, um Auswege zu finden.

3.2 Regional- und Implementierungsgruppentreffen als Orte der Vernetzung

Die einrichtungsübergreifenden Treffen waren wichtige und durch die Teilnehmenden gerne wahrgenommene Projektelemente. In ihren Rückmeldungen schilderten die Projekteinrichtungen durchgängig, wie der Austausch sie immer wieder neu motivierte, neue Impulse setzte und vor allem deutlich machte: Wir sind mit unseren Problemen nicht alleine. Andere kämpften mit ähnlichen Problemlagen und Herausforderungen.

„Bei diesem austauschübergreifenden [Treffen] fand ich eigentlich auch recht schön, wo einfach gesagt wurde: Es ist ganz toll, dass man sich mal in dieser Runde auch sieht, also wirklich ein Angebot, dass so ein bisschen gruppenübergreifend ist. Oft sind ja wirklich auch Dinge nur- das ist eine Fortbildung für Fachkräfte, das ist eine Fort- für Pflegehilfskräfte. [...] Aber so eine- so eine lockere Runde dann, wo man sich einfach mal ein bisschen austauschen kann.“ (Auszug Telefoninterview)

Allerdings zeigte sich auch, dass die Treffen zwar akut intensive Impulse setzen konnten, diese jedoch auch schnell wieder „verflogen“. Es bedurfte wiederkehrender Impulse, um die Motivation bei den Beteiligten hoch zu halten. Zurück in den Projekteinrichtungen war der herausfordernde Arbeitsalltag überpräsent und neue Ideen benötigten immer wieder den Impuls von außen.

Zu Beginn und während der Konzeption des Projektes bestand die Sorge, dass sich Projekteinrichtungen (insbesondere, wenn sie aufgrund ihrer Lage oder ihre Trägerschaft in Konkurrenz

standen), nicht offen den anderen und dem Projektteam gegenüber zeigten und ihre Sorgen, Erfahrungen und Herausforderungen nicht miteinander teilten. Diskutiert wurde auch die Sorge vor ungerechtfertigter Kriminalisierung und Skandalisierung im Zusammenhang mit Themen, die Gewalt in der Pflege betreffen. Deshalb konnte nicht vorausgesetzt werden, dass die Treffen der Regional- bzw. Implementierungsgruppen als Orte der Vernetzung wahrgenommen würden. Bereits im Rahmen der Auftaktveranstaltung wurde jedoch sichtbar, dass diese Sorge unbegründet blieb. Die Projekteinrichtungen nahmen den einrichtungs- und trägerübergreifenden Austausch dankbar und offen an. Sogar so sehr, dass eine Kohorte ein weiteres, außerplanmäßiges Vernetzungstreffen wünschte und dieses Treffen eigenständig mit Themen und Inhalten füllte. Außerhalb der Implementierungs- und Regionalgruppentreffen wurde eine Vernetzung mit anderen Projekteinrichtungen eher selten umgesetzt. Begründet wurde das seitens der Projekteinrichtungen mit Einschränkungen durch die Corona-Pandemie. Konkret empfanden die Projekteinrichtungen es als hilfreich, den aktuellen Stand im Projekt anderer Projekteinrichtungen zu sehen und dadurch ihren eigenen Fortschritt im Projekt besser einordnen zu können. Es gelang jedoch über den Erfahrungsaustausch auch, sich gegenseitig bei bestimmten Themen und Herausforderungen zu unterstützen. Die Offenheit, die einander sowie dem Projektteam im Rahmen der Regional- und Implementierungskohorten-Treffen entgegengebracht wurde, führte dazu, dass die Projekteinrichtungen inspiriert, motiviert und voller neuer Ideen und Lösungsansätze in ihre Projekteinrichtungen zurückkehrten.

Tabelle 4: Inhaltsübersicht der Implementierungs- und Regionalgruppentreffen

Veranstaltung	Inhaltliche Zusammenfassung
1. Implementierungsgruppentreffen	Im Rahmen des ersten Treffens mit der gesamten Kohorte sind sogenannte „Neigungsgruppen“ gebildet worden. Die Neigungsgruppen bestanden aus verschiedenen Projekteinrichtungen, die mit der gleichen Methode gearbeitet haben. Diese Gruppierungen hatten den Auftrag, die Methode und ihre Implementierung bzw. die Verstetigungsvorhaben den anderen Projekteinrichtungen so vorzustellen, damit diese einen Eindruck von Theorie und Wirksamkeit der Methode erhalten können. So entstanden für die Projekteinrichtungen neue Impulse und Ideen außerhalb der ursprünglich von ihnen gewählten Methoden.
2. Regionalgruppentreffen (digital)	Der Schwerpunkt des ersten Regionalgruppentreffens lag im Umgang mit Dilemma-Situationen. Insbesondere im Hinblick auf viele genannte Dilemmata, durch Corona bedingt, haben sich einige Fragestellungen für das Rechtscoaching ergeben.
3. Regionalgruppentreffen	Das zweite Regionalgruppentreffen hat insbesondere dazu gedient, den aktuellen Stand der Projekteinrichtungen in der Implementierung aufzugreifen und auf die Verstetigungsphase vorzubereiten. Dazu hat jede Projekteinrichtung eine Flipchart erstellt, in der folgende Fragen beantwortet wurden: Was ist uns gelungen? Welche Erfolgsgeschichte möchte ich teilen? Wo sehen wir Herausforderungen?

	<p>Welche konkreten Wünsche habe ich für die Verstetigung?</p> <p>Im Anschluss haben die Vertreter*innen der Projekteinrichtungen ihre Flipchart vorgestellt und so ihre Bemühungen, Ideen und Wünsche mit der Gruppe geteilt. Projekteinrichtungen, die vor ähnlichen Herausforderungen standen oder ähnliche Ziele verfolgen, hatten so die Möglichkeit, sich zu finden und auszutauschen.</p>
4. Implementierungsgruppentreffen	<p>Das zweite Treffen in der Implementierungskohorte hatte die Verstetigung als Themenschwerpunkt. Im Rahmen des Treffens sollten konkrete Verstetigungsideen gesammelt und festgehalten werden. Von diesem Ideenspeicher aus ganz verschiedenen Projekteinrichtungen und zu ganz unterschiedlichen Methoden konnten dann wieder Inspirationen und Impulse für das eigene Handeln innerhalb der Projekteinrichtung gezogen werden.</p>
5. Implementierungsgruppentreffen (nur 1. Kohorte)	<p>Im Rahmen des 2. Implementierungs-Kohorten-Treffens hat sich die erste Kohorte noch einen weiteren Austauschtermin gewünscht und eigene Themen einbracht. Diese Themen wurden in einer Art kollegialen Fallbesprechung in der Gruppe bearbeitet.</p>

Abbildung 9: Bsp. Sammlung Dilemmasituationen 1. Regionalgruppentreffen

Welche Dilemmasituationen haben sich ergeben?
Welche Lösungen wurden erprobt?



Lessons learned:

- ✓ Das Angebot zum Austausch über die jeweiligen Herausforderungen und Anstrengungen zur Gesundheitsförderung und Gewaltprävention wird dankbar angenommen und fällt auf fruchtbare Resonanz.
- ✓ Der Austausch zwischen den Projektverantwortlichen gelingt ohne Einschränkungen auch über Einrichtungs- und Trägergrenzen hinweg und auch zu kritischen Themen.
- ✓ Die Teilnehmenden aus den Projekteinrichtungen erleben den Austausch als Ermutigung und Bereicherung. Um im herausfordernden Alltag die Motivation halten zu können, bedarf es jedoch immer wieder neuer Impulse.
- ✓ Für die kontinuierliche Etablierung eines Austauschs zwischen Projekteinrichtungen bedarf es einer externen Moderation.

3.3 Prozessbegleiter*innen als erfahrene Protomotor*innen und motivierende Impulsgeber*innen

Die eingesetzten Prozessbegleiter*innen waren allesamt erfahrene Referent*innen für pflegfachliche Fort- und Weiterbildung, haben teilweise selbst (langjährig) in der stationären Altenpflege gearbeitet und kannten daher die Zielgruppe und deren Bedarfe sehr gut. Für eine authentische Begleitung der Projekteinrichtungen war genau dieses Kenntnis der Belange, Rahmenbedingungen und Herausforderungen seitens der Prozessbegleitung besonders wichtig. Auch, dass die Prozessbegleitung beständig über den gesamten Projektverlauf als Bezugsperson innerhalb des Projektteams für die Projekteinrichtung ansprechbar blieb, war unerlässlich, sodass zum einen ein Vertrauensverhältnis aufgebaut werden konnte, aber auch eine gewisse Kontinuität in der Zusammenarbeit zwischen Projekteinrichtung und Prozessbegleitung entstand.

Im Rahmen der Auftaktveranstaltung wurden die Projekteinrichtungen mit der Funktion der Prozessbegleitung, sowie der jeweils zugeteilten prozessbegleitenden Bezugsperson vertraut gemacht. Deren primäre Aufgabe sollte dabei die Funktion als Ansprechpartner*in und Impulsgeber*in sein, durch die die Begleitung eine unterstützende Rolle darstellte. Allerdings wurde auch betont, dass die Prozessbegleitung keine Verantwortung für die Projekteinrichtung und insbesondere den Implementierungs- und Veränderungsprozess übernehmen kann und wird. Während der Auftaktveranstaltung wurden bereits die ersten Termine mit der Prozessbegleitung vereinbart, um die Projekteinrichtung und die Fokusgruppe kennenzulernen und gemeinsam Bedarfslagen als Orientierungspunkte für den Projektverlauf zu identifizieren. Um der Eigenverantwortlichkeit der Projekteinrichtungen gerecht zu werden, wurde darauf hingewiesen, dass weitere Termine, ob in Präsenz oder zur telefonischen Abstimmung, seitens der Projekteinrichtung bei der Prozessbegleitung angefragt werden müssten. Aufgrund fehlender Initiative seitens der Projekteinrichtungen, wurde auch regelmäßig auf den Regionalgruppen- oder Implementierungs-Kohorten-Treffen darauf hingewiesen, sowie Rundbriefe verschickt, die eine proaktive Kontaktaufnahme motivieren sollten. Trotzdem blieb die Nachfrage gering und es wurde seitens der Projekteinrichtungen angemerkt, dass sie sich eher einen proaktiven Zugang durch die Prozessbegleitung wünschten. Im Alltag der Projekteinrichtungen würde das sonst oft untergehen und eine verpflichtende Anfrage von außen könnte dem entgegenwirken. Das Element der Prozessbegleitung konnte die Projekteinrichtungen unterschiedlich unterstützen. Manchen Projekteinrichtungen gelang es, die Prozessbegleitung sehr aktiv zu nutzen und während der einzelnen Umsetzungsschritte in engem Kontakt zu bleiben; sie konnten die impulsgebende Rolle auch unabhängig der gewählten Methoden genutzt. Andere Projekteinrichtungen haben lediglich die Unterstützung bei der Identifizierung ihrer Bedarfslagen in Anspruch genommen und den Prozess ansonsten ohne weitere Begleitung bewältigt. In einem Fall ist die Prozessbegleitung auch abgelehnt worden, da seitens der Projekteinrichtung der

Eindruck entstand, die Prozessbegleitung würde nicht auf deren Ideen und Vorstellungen eingehen.

Insgesamt wurde die Prozessbegleitung durch die Infektionsschutzmaßnahmen in Folge der Corona-Pandemie oder durch die angespannte Personalsituation in den Projekteinrichtungen erschwert. Teilweise war ein persönliches Erscheinen der Prozessbegleitung nicht erlaubt oder gewünscht, um das Ansteckungsrisiko in der Projekteinrichtung zu minimieren. Teilweise mussten Besuche sehr kurzfristig abgesagt werden, da entweder Mitglieder der Fokusgruppe selbst erkrankt waren oder für erkrankte Kolleg*innen einspringen mussten. Im Einzelfall wurden die Prozessbegleitungen sogar erst bei ihrer Ankunft in der Projekteinrichtung darüber informiert, dass keine Begleitung stattfinden könne. Zudem führten die Schwierigkeiten mancher Projekteinrichtungen, regelmäßige Treffen in der Fokusgruppe durchzuführen, dazu, dass sie keinen Ansatzpunkt für die Prozessbegleitung fanden.

Lessons learned:

- ✓ Eine Projekteinrichtung auf Augenhöhe zu begleiten, zu motivieren und neue Impulse zu setzen, ist weniger eine Frage der formalen Qualifizierung; vielmehr bedarf es dafür des akkuraten Verständnisses des jeweiligen Settings und einer gemeinsamen Sprache. Die Prozessbegleitung muss ihrerseits authentisch sein und angemessen auf die Einrichtungen eingehen können.
- ✓ Eine proaktive Nachfrage seitens der Projekteinrichtungen an der Prozessbegleitung hat nur wenig stattgefunden. Insbesondere in Krisenzeiten empfiehlt sich hier in künftigen Veränderungsprojekten eine aktivere Rolle seitens der Prozessbegleitung, mit der erwartungsgemäß mehr Nachfrage generiert worden wäre.
- ✓ Einrichtungen, die auch intern gut im Prozess waren, bspw. durch aktive Rolle der Fokusgruppe, konnten auch die Prozessbegleitung gewinnbringender für sich nutzen als solche, die den Prozess nur schleppend in ihrer Projekteinrichtung vorantreiben konnten.

3.4 Faktoren für eine erfolgreiche Verankerung des Projekts in den Projekteinrichtungen

Das Projekt zeigte, dass ein Mix verschiedener Faktoren förderlich für die erfolgreiche Implementation und Verstetigung der Projektthemen war:

Zum einen war die Bereitschaft der Einrichtung bzw. des Trägers von Bedeutung, um das Thema ernsthaft anzugehen und die Mitarbeitenden in der Umsetzung zu unterstützen. Dazu gehörte, dass die investierte Zeit als reguläre Arbeitszeit gelten konnte, dass Projekttreffen proaktiv ermöglicht wurden und die Bereitschaft, entsprechend benötigte Ressourcen zur Verfügung zu stellen. Es war zudem wichtig, das Thema auf Trägerebene aufzunehmen und ggf. Impulse in die Projekteinrichtung hinein an die dort verantwortlichen Personen zu geben.

Zum anderen stellte die selbst übernommene Verantwortung für eine erfolgreiche Durchführung des Projekts innerhalb der Projekteinrichtungen ein relevanter Faktor für eine erfolgreiche Implementation dar. Praktisch zeigte sich dies meist in Form der Unterstützung oder Leitung des Projektes durch die hausinterne Führungsebene; diese war in vielen Projekteinrichtungen auf die ein oder andere Weise involviert. Entweder, indem sie selbst die Funktion der projektverantwortlichen Person übernahm, oder dieser zur Seite stand. Letzteres verlieh dem Projekt und dem Thema hinreichend Gewicht in der Kommunikation mit der Mitarbeiterschaft. Dort, wo die Führungsebene nicht oder wenig unterstützend tätig war, kam es wesentlich auf die informelle Strahlkraft der Projektverantwortlichen in ihrem Kolleg*innen-Kreis an und nur wenige konnten in solchen Projekteinrichtungen hinreichend Durchsetzungskraft und Momentum für einen großen Erfolg des Projektes erreichen. Das verdeutlicht die Notwendigkeit einer unterstützenden Führungsebene für eine erfolgreiche Projektimplementierung.

Umgekehrt konnte das Thema – erfahrungsgemäß – auch nicht nachhaltig verankert werden, wenn es die Leitungsebene als ihre alleinige Aufgabe verstand. In diesen Fällen wurde die Komplexität und Relevanz des Themas zwar gut aufgegriffen, es fehlte jedoch die thematische Identifikation vonseiten der Mitarbeitenden, und das Projekt erhielt eher den Charakter eines „Pflichtprogramms“. Wichtig erschien daher, eine gute Balance zwischen Steuerung seitens der Führung und Einbezug und Beteiligung der Mitarbeitenden herzustellen.

Der Projektverlauf verdeutlichte auch, dass Leitungswechsel und eine hohe Mitarbeiterfluktuation dazu führten, dass das Projekt und damit die Projektthemen schnell aus dem Blick gerieten. Wenn das Thema nur bei einer Person angesiedelt war, kam das Projekt bei deren Ausfall (Krankheit, Stellenwechsel) zum Erliegen. Hier bewährten sich Projekteinrichtungen, bei denen das Projekt von Beginn an auf mehreren Ebenen und bei mehreren Personen verankert war.

Ein weiterer Erfolgsfaktor lässt sich in der Fähigkeit der Projektverantwortlichen erkennen, breit in die Mitarbeiterschaft hineinwirken zu können - entweder, weil viele Akteure und Ebenen

beteiligt waren oder weil besonders angesehene und vernetzte Mitarbeiter*innen Teil der Projektverantwortlichen waren. Wenn die Projektgruppe über eine hohe Strahlkraft verfügte, bspw. durch lange Zugehörigkeit, besonderes Engagement und/oder Persönlichkeit, konnten sie häufig nachhaltiger und breiter motivierend wirken.

Lessons learned:

- ✓ Bereits bei der Projektakquise sollten alle Ebenen angesprochen werden: Ein/e projektverantwortliche Impulsgeber*in braucht Mitstreiter*innen, um das Thema „gesund & gewaltfrei“ in den Tiefen der Einrichtungslogik zu verankern.
- ✓ Bei der Auswahl der projektverantwortlichen Person spielt nicht nur die Hierarchie, sondern auch die Persönlichkeit und „Strahlkraft“ in der Projekteinrichtung eine Rolle, wenn es darum geht, eine anhaltende Motivation in der Projekteinrichtung zu schaffen.
- ✓ Die Mitarbeitenden müssen die Chance erhalten, das Thema für sich zu entdecken und als Multiplikator*innen ihre Kolleg*innen auf Augenhöhe mitzuziehen. Ein kontinuierlicher Austausch zwischendurch (in der Pause, beim Rauchen etc.) weckt Interesse und gibt Gelegenheit, eigene Erfahrungen an die Themen anzuknüpfen.
- ✓ Wichtig ist eine Balance zwischen Steuerung und Unterstützung seitens der Führung einerseits und Partizipation auf Mitarbeiter*innenebene andererseits.
- ✓ Eine hohe Führungskräfte- und Mitarbeiter*innenfluktuation gefährdet einen kontinuierlichen Implementierungsprozess und dessen Verstetigung. Je weniger die Implementation in den Strukturen und Prozessen der Einrichtung verankert ist, desto bedeutsamer ist eine hierarchisch und berufsgruppenggezogen heterogen zusammengesetzte Gruppe, die sich das Thema zu eigen macht.

3.5 Einrichtungsinterne Projektabläufe

Das Implementierungsdesign im Projekt orientierte sich an der Break-Through-Methode (Roes et al. 2010). Demnach wurden die Projekteinrichtungen ermuntert, in kurzen Veränderungsschritten (Rapid-Cycle-Of-Improvement) von drei Monaten pro Zyklus vorzugehen. Im Rahmen der neunmonatigen Implementierungsphase bedeutete das, dass drei Zyklen vorgesehen waren. Jeder Zyklus sollte mit der Auswahl einer Schulung als Impuls beginnen und deren Imple-

mentierung beinhalten, bevor die nächste Maßnahme geplant wurde. Diese konkreten Zeitspannen waren von vornherein als grober Anhaltspunkt und nicht als klare Fristen vorgesehen. Das Vorgehen im Sinne der Break-Through-Methode, also der Beginn mit einer Maßnahme, von der man sich schnell Erfolg verspricht, und das Denken in kleinen Veränderungsschritten, wurde von den Projekteinrichtungen als sehr hilfreich angesehen. Es hat durch schnelle Veränderung die Sichtbarkeit des Projektes in der Projekteinrichtung erhöht, was wiederum die Motivation der Beteiligten gesteigert hat. Allerdings stießen die zeitliche Perspektive und das Denken in regelhaften Dreimonats-Zyklen unter den Bedingungen der Krise in der Praxis an seine Grenzen. Wohingegen sich einmal mehr die grundsätzliche Erkenntnis bestätigte, dass in der Krise und unter den Bedingungen von Komplexität einzig ein iteratives und zyklisches Vorgehen erfolgsversprechend ist (siehe hierzu auch Abbildung 10: *Übersicht einzelner Implementierungsschritte, deren Herausforderungen und Lösungsansätze in iterativen Schleifen*). Die Gründe hierfür lagen beispielsweise in personellen Engpässen sowie in fortwährenden Diskontinuitäten, insbesondere während der Hochphasen der Corona-Pandemie. Dadurch mussten die Projekteinrichtungen sehr individuell vorgehen und ihre Entwicklungsprozesse immer wieder anpassen. Einige starteten später oder waren gezwungen, im Implementierungsprozess phasenweise zu pausieren. Zudem ergänzten sich manche Maßnahmen inhaltlich z. T. sehr gut, sodass es sinnvoll war, deren Implementierung in einem Schritt zu denken und nicht nacheinander.

Auch bei der Gründung und personellen Ausstattung der Fokusgruppen gingen die Projekteinrichtungen sehr individuell vor. Die Mehrheit der Projekteinrichtungen bildete Fokusgruppen fraktal im Sinne des Konzepts (hierarchie- und funktionsübergreifend). Einige beschränkten sich bewusst darauf, nur die Führungsebene einzubeziehen. Aufgrund von Corona durften in manchen Projekteinrichtungen keine wohnbereichsübergreifenden Fokusgruppen gebildet werden, wodurch sich das Projekt langsamer und teilweise gar nicht über einen Wohnbereich hinaus verbreitete. In einigen Projekteinrichtungen waren persönliche Besuche durch die Prozessbegleitung oder die Durchführung von Schulungen zumindest zeitweise nicht möglich. Digitale Formate halfen teilweise, diese Restriktionen zu überwinden. Für die nicht wenigen Projekteinrichtungen mit begrenzter digitaler Ausstattung bedeuteten diese Einschränkungen allerdings oft einen verzögerten Projektstart. In anderen Projekteinrichtungen wurden bewusst keine Fokusgruppen gebildet oder sie wurden nach einiger Zeit wieder aufgelöst. Die häufigste Argumentation war, dass es bereits ausreichend Besprechungsformate gäbe, in denen die involvierten Parteien zusammenkommen. Zudem wurde die Terminfindung als aufwändig und kompliziert empfunden, da weitere Termine in den Dienstplan eingepasst werden müssten, was bei mehreren Beteiligten schwer zu integrieren sei. In diesen Fällen wurden deshalb die Projektthemen als eigenständige Themen in vorhandene Besprechungsformate integriert und keine Fokusgruppen gebildet.

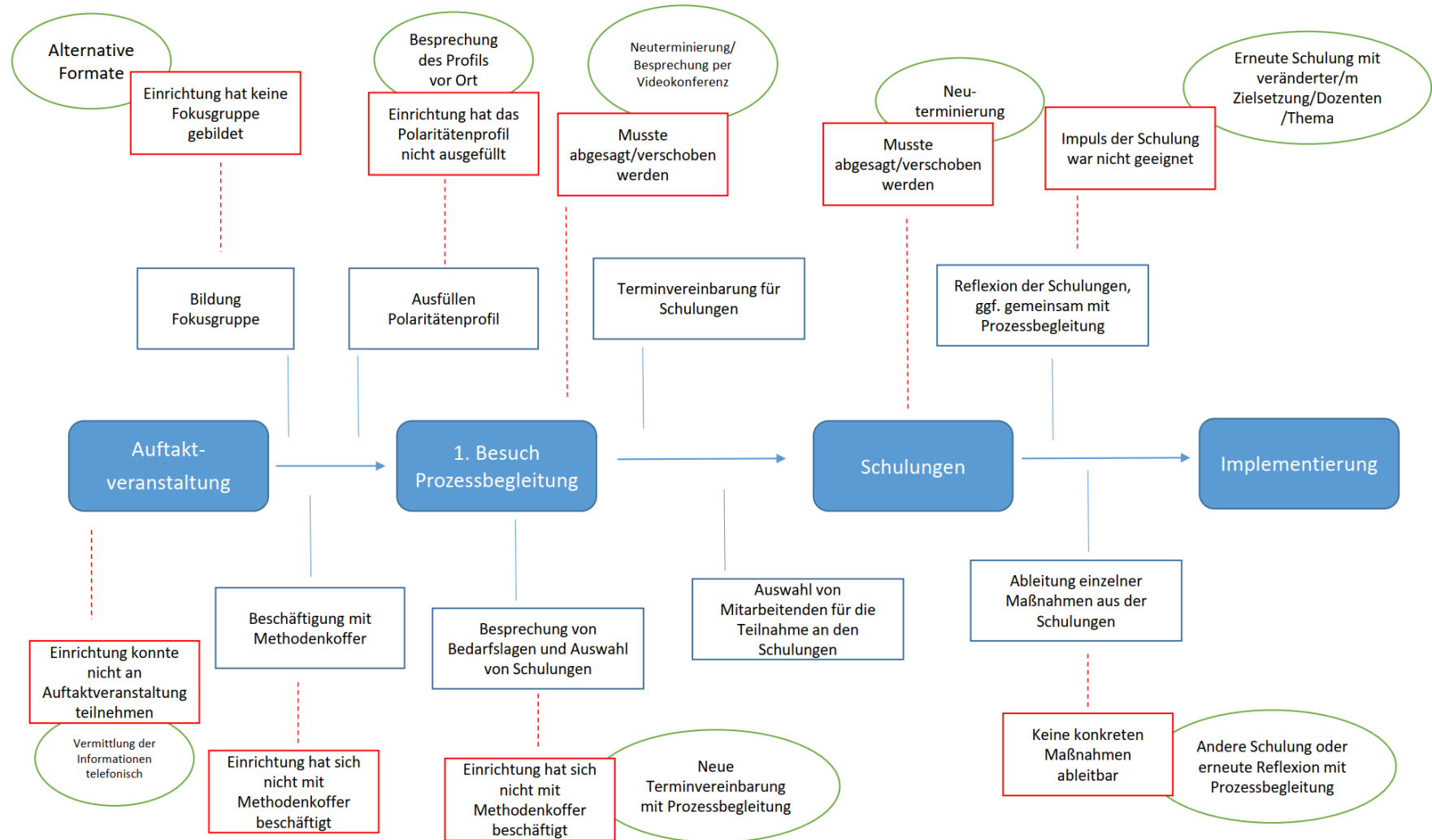
Projekteinrichtungen, die Fokusgruppen bildeten und einen regelmäßigen Austausch sicherstellen konnten, nannten gute Zusammenarbeit mit der Einrichtungsleitung und Pflegedienstleitung als Erfolgsfaktoren. Diese Unterstützung ermöglichte es, die Teilnehmenden der Fokusgruppe für die Treffen "freizustellen". Meist wurden einzelne Krankheitsausfälle hingenommen und Treffen auch bei Abwesenheit mancher Mitglieder durchgeführt. Zusammenfassend lässt sich sagen, dass unabhängig vom gewählten Format vor allem der Austausch, die Kommunikation und die regelmäßige Platzierung der Projektthemen bereits einen Mehrwert im Prozess darstellten.

Durch die Kontaktbeschränkungen während der Corona-Pandemie, in deren Zusammenhang beispielsweise die Fort- und Weiterbildungen der ersten Kohorte in Präsenz zeitweise gänzlich verboten waren, war etwa die Hälfte der Projekteinrichtungen der ersten Kohorte bereit, Schulungen auch digital per Videokonferenz abzuhalten. Insgesamt stellte sich im Laufe des Projektes heraus, dass die technische Ausstattung und digitale Anbindung oder Erfahrung vieler Projekteinrichtungen nicht ausreichend vorhanden waren. So verfügten Projekteinrichtungen teilweise nicht über hinreichend schnelles Internet, WLAN-Anbindung im Haus und es fehlte an Stations-PCs, Webcams oder Kopfhörern bzw. Lautsprechern. Solche Projekteinrichtungen mussten aufgrund mangelnder digitaler Ausstattung deshalb darauf warten, dass Fortbildungen wieder in Präsenz stattfinden durften. Dadurch konnten sie erst später in den Implementierungsprozess einsteigen.

Die „Digitalisierungs-Ferne“ betraf auch die quantitativen Erhebungen im Projekt, die zunächst digital per Online-Befragung geplant waren. Nach Rückmeldungen der Projekteinrichtungen wurde deshalb zusätzlich für etwa die Hälfte der Projekteinrichtungen die Befragung als Paper-Pencil-Befragung aufgesetzt. Die Anzahl der Projekteinrichtungen, die sich für die schriftliche Durchführung entschieden haben, stieg dabei von Erhebung zu Erhebung an, da die digitale Teilnahme doch vielfach für die Projekteinrichtungen zu hohe Hürden aufwies.

In Abbildung 10 sind die einzelnen Implementierungsschritte inklusive der relevantesten Herausforderungen sowie deren Lösungsansätze, die im Projekt gefunden wurden, abgebildet. Die Abbildung verdeutlicht, dass ein hohes Maß an Flexibilität und die Bereitschaft, immer wieder in Schleifen zu denken, erforderlich waren, um die Projekteinrichtungen bedarfsgerecht zu begleiten und letztlich eine erfolgreiche Implementierung sicherzustellen.

Abbildung 10: Übersicht einzelner Implementierungsschritte, deren Herausforderungen und Lösungsansätze in iterativen Schleifen



Lessons learned:

- ✓ Die Gründung einer Projekt-Fokusgruppe stellte sich als nicht immer zielführend und passend für die Vielfalt an Einrichtungsstrukturen heraus. Wenn es gelingt, den Projektthemen in den bestehenden Besprechungsformaten einen festen Platz zu geben, ist ein solches Vorgehen im Sinne der Verstetigung sogar vorzuziehen. Wichtig ist der regelhafte Austausch zu den Projektthemen und weniger, wie das konkrete Format dazu aussieht. Fokusgruppen oder andere Steuerungsgruppen können mit Unterstützung der Leitungsebene gelingen, wenn die Treffen vorausschauend im Dienstplan verankert sind.
- ✓ Die technische Ausstattung und digitalen Kompetenzen der Projekteinrichtungen wurden teilweise überschätzt. Projektumsetzungen in Pflegeheimen gilt es weiterhin primär analog zu planen.
- ✓ Zu einer bedarfsgerechten Begleitung gehört ein hohes Maß an Flexibilität seitens der Prozessbegleitung und die Bereitschaft und Fähigkeit iterative Entwicklungsprozesse in fortwährender Diskontinuität zu begleiten.

3.6 Schulungsangebote als Impulse

Ein zentrales Element im Personal- und Organisationsentwicklungsprozess war das Arbeiten mit unterschiedlichen Methoden im Zusammenhang mit den Projektthemen „Gewaltprävention“ und „Gesundheitsförderung“. Für die konkrete Auswahl von Methoden wurde der Methodenkoffer genutzt. Dieser wurde den Projekteinrichtungen sowohl in gedruckter Form als auch als PDF-Dokument zur Verfügung gestellt. Der Methodenkoffer fand große Zustimmung und wurde aufgrund seiner nach Bedürfnissen kategorisierten und übersichtlichen Darstellung von den Projekteinrichtungen äußerst positiv aufgenommen. Oft wurde den Projekteinrichtungen erst beim Durchsehen des Methodenkoffers bewusst, wie vielfältig die Methoden sind, um sich den Themen Gewaltprävention und Gesundheitsförderung zu nähern.

Die Projekteinrichtungen konnten frei wählen, mit welchen und wie vielen Methoden aus dem Methodenkoffer sie arbeiteten. Allerdings empfahl das Projektteam aufgrund der drei Zyklen (Rapid-Cycle-of-Improvement) die Nutzung von drei Methoden. Die Anzahl der Schulungstage war aus Finanzierungsgründen auf drei Tage pro Projekteinrichtung begrenzt.

Die Projekteinrichtungen waren dazu aufgerufen, die Methoden nach ihren Bedarfen selbst festzulegen. Um diese Bedarfe unter Berücksichtigung verschiedener Perspektiven (i.S.v. unterschiedlichen Funktionen, Hierarchien) sichtbar zu machen wurde ein Polaritätenprofil entwickelt und der Fokusgruppe nach der Auftaktveranstaltung zur Verfügung gestellt. Das Polaritätenprofil enthielt verschiedene Aussagen, zu denen die Teilnehmenden auf einer fünfstufigen Skala zustimmend oder ablehnend bewertet werden konnten. Die Aussagen waren so formuliert, dass sie alle Formen der Gewalt nach dem weiten Gewaltbegriff sowie unterschiedliche Gewaltkonstellationen und Aspekte der Gesundheitsförderung abdeckten. Aus dem Abstimmungsverhalten der Fokusgruppen zu den einzelnen Aussagen ergaben sich Hinweise auf die Bedarfe. Teilweise überschneiden sich die Bewertungen der Mitarbeitenden bezüglich bestimmter Aussagen, was zu sehr aussagekräftigen Hinweisen führte. In anderen Fällen gab es Uneinigkeiten in Bezug auf einzelne Aussagen, was dann diskursiv in den Fokusgruppen bearbeitet und so zu Perspektivenerweiterungen führte. Die Ergebnisse der Auswertung des Polaritätenprofils wurden mit der Fokusgruppe geteilt, gemeinsam mit der Prozessbegleitung diskutiert und eingeordnet, um gemeinschaftlich Prioritäten zu setzen. In den meisten Fällen folgten die Projekteinrichtungen den Empfehlungen der Prozessbegleitung, die sich mit Hilfe des Polaritätenprofils ergaben. Es gab jedoch auch Projekteinrichtungen, die sich entgegen ihrer identifizierten Bedarfe für Methoden mit anderen Schwerpunkten entschieden. Begründet wurde dies in allen Fällen damit, dass sie das Thema Kommunikation vorrangig angehen möchten (obwohl ggf. eine andere Bedarfslage schwerer wog), da Kommunikation in allen Situationen und Konstellationen wirke und damit eine Grundlage für ein gewaltfreies Arbeiten und eine gesundheitsförderliche Umgebung bildet.

Während der Reflexionsgespräche mit der zweiten Kohorte und der Abschlussveranstaltung im Juni 2023 berichteten Vertreter*innen der Projekteinrichtungen, dass der Methodenkoffer auch nach dem offiziellen Projektende genutzt werde. Das wurde mit der übersichtlichen Struktur und der transparenten Zuordnung der einrichtungsspezifischen Bedarfe zu den passenden Schulungsangeboten begründet. Zudem besteht auch externes Interesse am Methodenkoffer, unter anderem von Vertreter*innen anderer Pflegeeinrichtungen und verschiedener Schnittstelleninstitutionen.

Tabelle 5: Auswahl der Methoden nach Kohorten

Methode	Auswahl	
	1. Kohorte	2. Kohorte
Gewaltfreie Kommunikation	12	16
Umgang mit herausforderndem Verhalten	11	11
Anleitung zum Selbstschutz	5	2
Achtsamkeits- und Entspannungstraining	3	11
Fallbesprechung und kollegiale Beratung	3	1
Notfallmanagement gegen Gewaltanwendung	1	1
Inputveranstaltung ProDeMa	1	0
Deeskalation mit Kinästhetik	0	2
Personenzentrierte Pflege	0	2
Biografiearbeit	0	1
Basale Aktivierung	0	1
Inputveranstaltung Safewards	1	0

Die Methode, die von beiden Kohorten am häufigsten gewählt wurde, war die „gewaltfreie Kommunikation“, was gut zur oft genannten Ausgangslage von Kommunikationsschwierigkeiten im Team passte sowie den Stellenwert von Kommunikation als Grundlage für eine gewaltfreie und gesundheitsförderliche Arbeitsumgebung widerspiegelt (s.o.). Ebenso wurde der „Umgang mit herausforderndem Verhalten“ von sehr vielen Projekteinrichtungen gewählt.

Interessanterweise konnte eine deutliche Diskrepanz in der Schulungsauswahl zwischen der ersten und zweiten Kohorte im Bereich „Achtsamkeits- und Entspannungstrainings“ beobachtet werden. Während in der zweiten Kohorte mehr als die Hälfte der Projekteinrichtungen diese Schulung für sich auswählte, waren es in der ersten Kohorte nur wenige. Ein möglicher Grund dafür könnte in der anhaltenden Belastung durch die Corona-Pandemie liegen, die zu einer höheren Priorisierung des eigenen Wohlbefindens und der Gesundheit sowohl für das Personal als auch für die Mitarbeitenden führte.

Grundsätzlich war das Ziel der Schulungen stets, Impulse für die weiteren Implementierungsvorhaben zu setzen. Um dies zu betonen und den Projekteinrichtungen ein Instrument zur Verfügung zu stellen, mit dem sie ihren Implementierungserfolg sichtbar machen konnten, wurde ein Implementierungsbarometer entwickelt. Dieses Implementierungsbarometer wurde

nach Auswahl der Methoden an die Projekteinrichtungen verschickt. Dabei wurden die Rahmenbedingungen für eine erfolgreiche Implementierung in der Projekteinrichtung abgefragt und die verwendeten Methoden und geplanten Umsetzungsschritte erfasst. Das Barometer wurde zu zwei Zeitpunkten im Verlauf des Implementierungsprozesses angewandt, um den Prozessbegleitungen und dem Projektteam den aktuellen Stand des Implementierungsprozesses in den jeweiligen Projekteinrichtungen transparent zu machen.

Allerdings fielen die Rückmeldungen häufig knapp aus und waren meist wenig aussagekräftig. Durch wiederholte Erinnerungen mussten die Projekteinrichtungen häufig dazu bewegt werden, die Barometer auszufüllen und zurückzusenden. In Reflexionsgesprächen mit den Projekteinrichtungen stellte sich heraus, dass das Barometer von diesen als wenig hilfreich und damit das Ausfüllen als eher unnötiger, zusätzlicher Aufwand empfunden wurde. Gleichzeitig konnte das Projektteam über die Projektbegleitungen sowie im Rahmen der Regional- und Implementierungstreffen einen guten Überblick über den Fortschritt der Prozesse in den Projekteinrichtungen gewinnen, wodurch die Verwendung des Implementierungsbarometers nur geringen Mehrwert brachte.

Lessons learned:

- ✓ Die gemeinschaftliche Auswahl der Methoden und der dazugehörigen Schulungen in der Verantwortung der Projekteinrichtung ist wichtig, um die Identifikation der Mitarbeitenden mit den gewählten Methoden zu erhöhen.
- ✓ Bereits bei der Auswahl der Methoden sollten Ziele sowie Zielgruppen definiert werden, um eine bedarfsgerechte Umsetzung dieser zu stärken.
- ✓ Die Nutzung des Implementierungsbarometers wurde weder von den Einrichtungen noch seitens des Projektteams als hilfreich erachtet. Die Projekteinrichtungen waren auch ohne zusätzliches Instrument in der Regel gut zu ihrem jeweiligen Implementierungsstand orientiert.

3.7 Rechtscoaching und Krisenberatung

Gewalt von und gegen Mitarbeitende sowie von und gegen Bewohner*innen wirft regelmäßig Rechtsfragen auf. Wie sind die Gewalthandlungen rechtlich zu werten? Gelten sie als Nötigung gemäß § 240 StGB, als freiheitsentziehende Maßnahmen gemäß § 239 StGB, als Beleidigung oder Verleumdung § 185, 187 StGB oder als Körperverletzung gemäß § 223 StGB? Die straf-

rechtliche Würdigung ist insofern eine wichtige, als die in der Rechtsordnung besonders geschützten und kriminalisierten Verhandlungsweisen dafür geeignet sind, die Rechtswahrnehmung der Beteiligten und damit auch die Sensibilität zu schärfen. Es geht im seltensten Fall darum, strafrechtliche Verfahren einzuleiten oder Strafanzeige zu erstatten. Zunächst geht es um Rechtswahrnehmung, um Sensibilisierung. Während des gesamten Zeitraums der Präventionsmaßnahme ist es zu keinem einzigen Strafverfahren gekommen, auch wenn durchaus strafrechtlich relevanten Sachverhalte zutage traten. Das in dem Projekt vorgesehene Rechtscoaching diente somit eher der Beratung und hatte erst recht keine staatsanwaltschaftliche Qualität. Es sollte ein vertrauensgetragener Rahmen angeboten werden um gestellte Rechtsfragen im Zusammenhang mit Gewaltphänomenen in der Pflege bearbeiten zu können. Gewalt ist eine Dramatisierungsmetapher. Die Dramatisierung fördert nicht gerade die Bereitschaft, sich den mit der Gewalt verbundenen Rechtsfragen zu öffnen. Durch das Rechtscoaching sollte die Schwelle abgesenkt werden, die sich in den Einrichtungen, aber auch bei den Mitarbeitenden stellenden rechtlichen Fragen zu klären. Genutzt wurde das Rechtsberatungsangebot der Vereinigung der Pflegenden in Bayern (VdPB), das den Einrichtungen und den Mitarbeitenden kostenlos zur Verfügung stand und durch die Doppelfunktion von Prof. Dr. Thomas Klie als Leiter des Instituts AGP Sozialforschung einerseits und Justitiar der Vereinigung der Pflegenden in Bayern andererseits in pragmatischer Weise wahrgenommen werden konnte. Die Verschwiegenheit des Rechtscoaches war auf diese Weise auch standesrechtlich gewährleistet.

Neben dem Rechtscoaching in Kooperation mit der Vereinigung der Pflegenden in Bayern wurde auch eine **Krisenberatung** in psychosozialen, ethischen und rechtlichen Fragen angeboten. **Fehler! Linkreferenz ungültig.** Die Inanspruchnahme der mit der VdPB vorgehaltenen Krisenberatung (inkl. eines ethischen Beratungsangebotes) wurde vereinzelt angenommen. Seitens der am Projekt beteiligten Einrichtungen erfolgte allerdings hierzu keine Anfrage auf eine gesonderte ethische Beratung während der Corona-Pandemie.

Gewaltphänomene werfen nicht nur strafrechtliche Fragen auf, sondern auch betreuungsrechtliche. Handelt es sich etwa bei einem Ausgehverbot für Bewohner*innen während der Pandemie um eine freiheitsentziehende Maßnahme, die betreuungsrechtlicher Entscheidungen und gegebenenfalls auch Genehmigung bedarf? Wie ist es bei der Applikation von Medikamenten, gegen oder ohne den Willen: Ist auch hier eine betreuungsrechtliche Intervention geboten? Wie ist es mit der Einwilligungsfähigkeit von Menschen mit Demenz, die häufig in den Einrichtungen leben: Ist aus patient*innen- aber auch betreuungsrechtlichen Gründen hier stets die aufgeklärte Einwilligung von bevollmächtigten und gesetzlichen Betreuenden vonnöten, um nicht nur rechtskonform, sondern auch im Sinne der jeweiligen Bewohner*in handeln zu können? In Zeiten der Corona-Pandemie wurden zudem infektionsschutzrechtliche Fragen aufgeworfen: Welche Voraussetzungen müssen gegeben sein, um Quarantänemaßnahmen ergreifen zu können? Hier zeigte sich während der Projektlaufzeit, dass es durchaus rechtsstaatliche De-

siderate in der behördlichen Praxis von bayerischen Gesundheitsämtern gab, die Quarantänemaßnahmen ohne Einschaltung der Gerichte verhängt haben. Dabei stellte sich die Frage der Abwägung zwischen infektionsschutzrechtlichen Vorgaben einerseits und Freiheitsrechten der Bewohner*innen andererseits. Auch berufsrechtliche Fragen wurden im Zusammenhang mit dem Gewaltpräventionsprojekt, aber eben auch den Folgen der Corona-Pandemie aufgeworfen: Manche Interventionen von Heimaufsichtsbehörden respektive Gesundheitsämtern stellten sich als Eingriff in die Verantwortung der Pflegefachkräfte für die jeweilige Pflegeprozessgestaltung und -planung dar. Waren und sind Maßnahmen, die erkennbar den Gesundheitsschutz der Bewohner*innen einschränken, die erkennbar einen negativen Einfluss auf die Gesundheit der Bewohner*innen entfalten, auch unter den Vorgaben der infektionsschutzrechtlichen Bestimmung zu führen oder aber besteht insofern ein eigenständiger Handlungsspielraum für die Pflegefachkräfte? Wie verhalten sich ärztliche Veranlassungen, die häufig fälschlicherweise als Anordnung interpretiert werden, zu der Eigenverantwortung von Betreuenden und Pflegefachkräften andererseits? Auch arbeitsrechtliche Fragen stellen sich im Zusammenhang mit der Gesundheitsförderung und dem Gewaltschutz. Wie kommen Arbeitgeber*innen ihrer Fürsorgeverpflichtung gegenüber Ihren Mitarbeiter*innen nach, wenn diese von Gewalt durch Bewohner*innen, gegebenenfalls auch durch Angehörige betroffen sind? Wie gehen Arbeitgeber*innen mit Gewalthandlungen von Mitarbeiter*innen um? Wie verhalten sich Arbeitgeber*innen gegenüber von Aufsichtsbehörden an die Mitarbeitenden gerichteten Erwartungen, Gewalthandlungen gegenüber Bewohner*innen zu ergreifen, etwa das Abschließen der Zimmer, das Hindern am Verlassen des Hauses? Schließlich stellen sich im Zusammenhang mit den Gewaltpräventionsmaßnahmen auch sozialrechtliche Fragen: Bedürfen Bewohner*innen, die besonders aggressiv sind und die zur physischen Gewalt auch gegenüber Mitarbeitenden greifen, einer besonderen Assistenz, einer zusätzlichen Unterstützung, die gegenüber ansonsten zu ergreifenden Maßnahmen einer ärztlich so nicht indizierten Sedierung oder dem Ergreifen freiheitsentziehender Maßnahmen sich als dem Wunsch und dem Wohl des Betroffenen angemessenere Maßnahmen darstellen?

Diese und andere Rechtsfragen stellten sich im Zusammenhang mit dem Gewaltpräventionsprojekt. Sie wurden weniger im Rahmen von individuellen Anfragen an das Rechtscoaching und die Vereinigung der Pflegenden gerichtet als vielmehr im Zusammenhang mit der Beratung der Einrichtungen durch die Prozessbegleiter*innen und auf den ausgesprochen wichtigen Regionalgruppentreffen. An diesen Regionalgruppentreffen nahm der Rechtscoach teil und konnte über Berichte der Teilnehmenden, über von den Prozessbegleiter*innen eingebrachten Fragestellungen und Fallschilderungen die rechtliche Bewertung und Reflexion unterstützen und die Sensibilisierung für die rechtliche Dimension von Gewaltprävention und Gewalthandlungen befördern. Das Rechtscoaching, insbesondere in den Regionalgruppentreffen, trug auch dazu bei, im Einzelfall „kreative“ Lösungen in Betracht zu ziehen respektive auch umzusetzen, etwa wenn es unter Vorzeichen der Corona-Pandemie darum ging, den Angehörigen von Bewohner*innen den Zugang zum Heim möglich zu machen, wenn sie denn einer

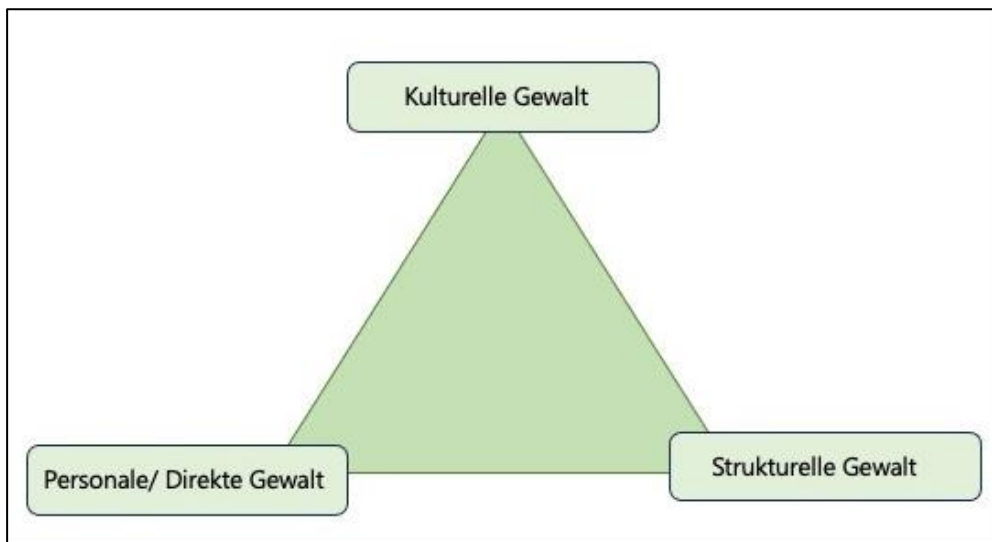
existentiell wichtigen Bedeutung für die jeweiligen Bewohner*innen hatten. Ihnen den Status eines freien – ehrenamtlichen – Mitarbeitenden zu verleihen und sie den Hygieneanforderungen der übrigen Mitarbeitenden zu unterwerfen, stellte sich beispielsweise als eine dann auch ergriffene Maßnahme dar, die dazu beitrug, die Versorgungssituation eines Bewohners deutlich zu verbessern und Gewalt vorzubeugen. Das Rechtscoaching hat offensichtlich einen Beitrag dazu leisten können, die Handlungssicherheit der am Projekt Beteiligten zu stabilisieren oder zu erhöhen. Das Rechtscoaching respektive die Reflexion der rechtlichen Dimension von Gewalthandlungen hat andererseits aber auch dazu geführt, dass bislang nicht infrage gestellte Routinen sich als rechtlich so nicht haltbar und bedenklich erwiesen haben: So hat das Rechtscoaching in Teilen auch zumindest vorübergehend für eine gewisse Verunsicherung geführt. Auch wurden nach Corona einige Routinen von Trägern rechtlich infrage gestellt, die etwa Besuchsregelungen aufrechterhalten haben und auch Ausgangsbeschränkungen für Bewohner*innen prolongierten, obwohl diese infektionsschutzrechtlich nicht mehr geboten erschienen. Die rechtliche Reflexion mithilfe des Rechtscoachings hat auch manche Formen struktureller und institutioneller Gewalt offengelegt: So sahen es manche Träger respektive Hausleitungen etwa über das Hausrecht als legitimiert an, Beschränkungen im Zugang zum Haus oder dem Verlassen des Hauses zu verhängen, die rechtlich keinerlei Grundlage hatten. So zeigten sich bisweilen verdeckte hierarchische und patriarchale Muster und Kulturen, die sich im Zusammenhang mit Gewaltprävention nicht als förderlich, sondern als in erheblicher Weise hinderlich herauskristallisierten. Auch die verbreitete „Haftungsangst“ konnte im Rechtscoaching thematisiert werden. Hinter der Haftungsangst steckten auf der einen Seite Defizite im fachlichen und rechtlichen Wissen, auf der anderen Seite aber durchaus auch eine Art Dominanzhabitus, der sich auch als latente strukturelle Gewalt sowohl gegenüber den Mitarbeitenden als auch den Bewohner*innen interpretieren ließ. Im Kontext des Rechtscoachings wurde auch die Performance der Trägerverbände sichtbar, die in sehr unterschiedlicher Weise ihre Mitglieder über aktuelle Entwicklungen gerade im Kontext der Corona-Pandemie informierten, praxistaugliches Material zur Verfügung stellten oder eben auch nicht. Unterschiedlich fiel auch aus, inwieweit die Materialien sachlich, fachlich und rechtlich richtige Informationen bereithielten. Das Informationsmanagement der Trägerverbände spielte auch in dem Umgang mit den Anforderungen der Corona-Pandemie und damit auch mit den dort angelegten Formen struktureller Gewalt eine nicht unerhebliche Rolle. Im Rechtscoaching konnte die Bedeutung eines angemessenen und fachlich und rechtlich profunden Informations- und Beratungsmanagements der Trägerverbände herausgearbeitet werden.

4 Projektübergreifende Ergebnisse

4.1 Gewalt hat viele Gesichter

Dem Projekt lag bereits mit der Konzipierung ein weites und differenziertes Verständnis von Gewalt zugrunde. Dabei wurde übergeordnet drei Gewaltformen unterschieden: Personale (direkte), strukturelle (indirekte) und kulturelle (invariante) Gewalt. In Anlehnung an Rolf D. Hirsch (Hirsch und Fussek 1999; Hirsch und Kranzhoff 1999; Hirsch 2016) und Paul Brandl (Brandl et al. 2014) zeigt diese auch als „Gewaltdreieck“ verbildlichte Unterscheidung drei unterschiedliche Perspektiven auf, die sich gegenseitig beeinflussen und im Projekt den Grundstein für ein weites Gewaltverständnis legen.

Abbildung 11: Gewaltdreieck



Eigene Darstellung, nach Hirsch (2016)

Personale (direkte) Gewalt geht unmittelbar von einer Person oder einer Gruppe aus und richtet sich gegen andere Personen oder Gruppen (z. B. Vernachlässigungen, körperliche Schädigung, psychische Beeinträchtigung wie ‚Baby Talk‘, u.v.m.).

Strukturelle (indirekte) Gewalt entsteht „[...] indirekt und wirkt prozesshaft mittels gesetzlicher Regeln, Vorschriften, festgelegten institutionellen Abläufen und [...] Verfahrensregeln“. Einzelne, oder Gruppen von Menschen werden von außen so beeinflusst, dass sie in ihren Kompetenzen und potentiellen Verwirklichungsmöglichkeiten eingeschränkt werden. Diese Form von Gewalt ist also weniger greifbar, da sie nicht von einer Person ausgeht, und wirkt eher formgebend. Die im Projekt als besonders relevant identifizierten Formen der strukturellen Gewalt, aber auch förderlicher struktureller Faktoren, werden in *Kapitel 4.4: Identifizierte strukturelle Stör- und Förderfaktoren* genauer beleuchtet.

Kulturelle (invariante) Gewalt beeinflusst die direkte und strukturelle Gewalt bzw. versucht diese zu rechtfertigen oder zu legitimieren und beruft sich dabei auf gesellschaftlich verankerte kollektive Wertvorstellungen (z. B. Religion, Sprache, Ideologien).

Unter personaler Gewalt wurden im Projekt eine Vielzahl von regelmäßig als demütigend erlebte Handlungen und Unterlassungen definiert. Dabei wurde von Beginn an ein Gewaltbegriff benutzt, der nicht nur körperliche Gewalt umfasst, sondern auch jede andere als würdeverletzend wahrgenommene Handlung oder Unterlassung.

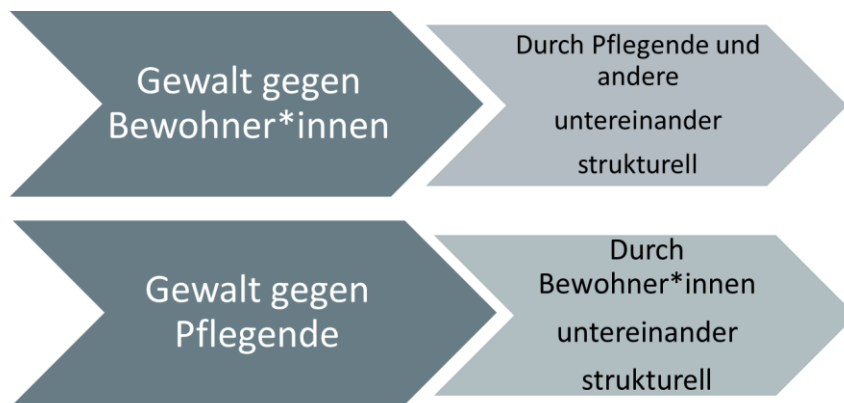
Entsprechend der Gewaltforschung wurden diese in fünf Kategorien unterteilt (siehe Tabelle 6: *Definition Gewalt* bzw. im Detail die Ausführung zum Gewaltverständnis im Anhang).

Tabelle 6: Definition Gewalt

Körperliche Gewalt	<ul style="list-style-type: none"> • grob anfassen, schlagen, kratzen oder schütteln • unbequem hinsetzen oder hinlegen • unerlaubt oder häufig freiheitsentziehende Maßnahmen anwenden • Maßnahmen gegen Willen übernehmen (z. B. Pflege, Ernährung, Medikamente)
Psychische Gewalt	<ul style="list-style-type: none"> • unangemessen ansprechen: anschreien, schimpfen oder rügen, kindliche Ansprache • missachten oder ignorieren • demütigen oder beleidigen • verbaler Zwang zu Maßnahmen (z. B. Pflege, Essen)
Vernachlässigung	<ul style="list-style-type: none"> • schlecht pflegen oder medizinisch versorgen • unzureichend im Alltag helfen • menschliche Bedürfnisse übergehen (emotionale, körperliche, psychische)
Finanzelle Ausnutzung	<ul style="list-style-type: none"> • unbefugt über persönliches Vermögen verfügen • zu Geldgeschenken überreden oder nötigen • Geld oder Wertgegenstände entwenden
Intime Übergriffe/ sexualisierte Gewalt	<ul style="list-style-type: none"> • Schamgefühl oder Intimsphäre verletzen • sexuelle Andeutungen machen • Intimkontakte verlangen oder erzwingen

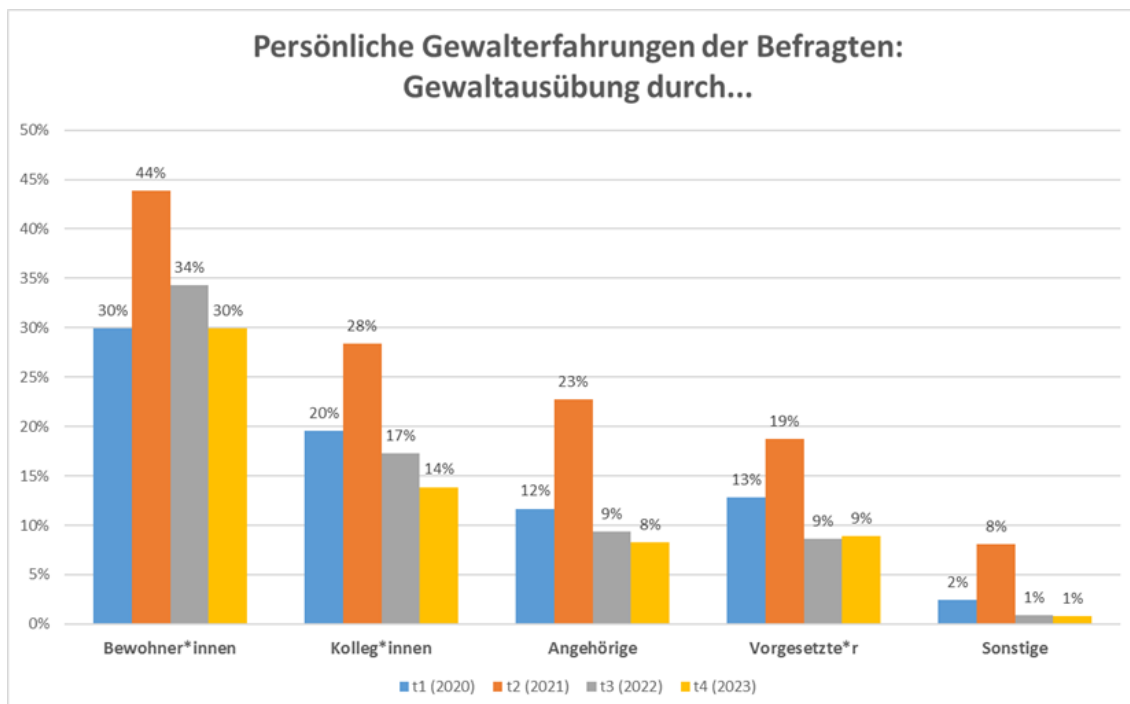
Einbezogen wurden Gewalterfahrungen und -handlungen von Mitarbeitenden, Bewohner*innen, Angehörigen und anderen Personengruppen (z. B. gesetzliche Betreuer*innen) gegen- und untereinander. In Ergänzung der fünf Formen personaler Gewalt verfolgte das Projekt also zwei zusätzliche Perspektiven auf Gewalthandlungen in der Pflege (siehe Abbildung 12: *Zwei Perspektiven*):

Abbildung 12: Zwei Perspektiven



Im Projektverlauf konnten über die verschiedenen Wege der Projektbegleitung solche multiperspektivischen Gewaltbeispiele erfasst werden. So erfuhren beispielsweise die befragten Mitarbeiter*innen am häufigsten Gewalt durch die Bewohner*innen und am zweithäufigsten durch ihre Kolleg*innen. Insgesamt wurde im Jahr 2021 über besonders viele und multiple Gewaltkonstellationen berichtet. So stieg beispielsweise der Anteil an – meist verbaler – Gewalt durch Angehörige besonders deutlich an: 23 % aller Befragten (bzw. 38 % der fast 500 Befragten mit Gewalterfahrungen in der t2-Befragung) berichteten, dass sie in den vergangenen zwei Monaten von Angehörigen gewalthaft angegangen wurden.

Abbildung 13: Gewalterfahrungen in den vergangenen zwei Monate durch...

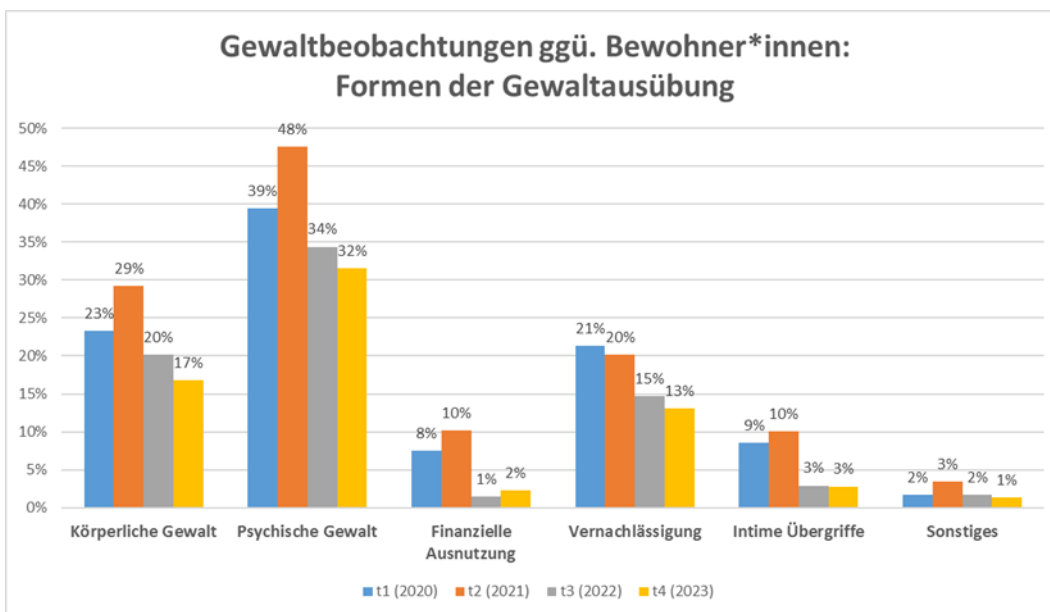


Quelle: Quantitative Befragungen im Projekt. N= t1: 1079 | t2: 818 | t3: 823 | t4: 751

Damit unterstreicht das Projekt die Notwendigkeit einer umfassenden Gewaltdefinition und eines weiten Gewaltbegriffs in der Pflege. Die im Folgenden vorgestellten Praxisbeispiele veranschaulichen, dass „Gewalt viele Gesichter“ hat.¹²

In der gesamten Projektzeit wurde das Projektteam mit wenig körperlichen Gewaltvorkommnissen konfrontiert. Die Form der körperlichen Gewalt war in den Projekteinrichtungen dennoch präsent, was vor allem durch die Befragungen deutlich wurde, in denen physische Gewaltformen nach psychischen stets als zweithäufigste Gewaltform genannt wurden (vgl. Abbildung 14).

Abbildung 14: Gewaltbeobachtungen ggü. Bewohner*innen in den vergangenen zwei Monaten: Formen der Gewaltausübung



Quelle: Quantitative Befragungen im Projekt. N= t1: 1079 | t2: 818 | t3: 823 | t4: 751

Wie sich „alltägliche“ physische Gewalt gegenüber Bewohner*innen beispielsweise ausdrückt, wurde in Interviews und Gesprächen z. B. durch Berichte über Mitarbeitende, die Bewohner*innen auf die Hand schlugen. Häufiger als physische Übergriffe von Mitarbeitenden auf Bewohner*innen waren jedoch eindeutig umgekehrt Angaben zu Übergriffen von Bewohner*innen gegenüber Mitarbeitenden oder andere Bewohner*innen:

„Der/ Die stehende Bewohner*in (B1) schlug dem vor ihm/ihr sitzenden Bewohner*in (B2) auf den Hinterkopf.“ (Auszug Beobachtungsprotokoll)

Gewaltausübung von Seiten der Bewohner*innen wurde häufig mit einer demenziellen Erkrankung begründet oder damit, dass Bewohner*innen handgreiflich würden, wenn ihnen die pflegerischen Handlungen „nicht gefallen“.

¹² Konkrete Gewaltvorfälle, bei denen Projektmitglieder anwesend waren, wurden an die verantwortlichen Mitarbeitenden weitergetragen oder sie schritten im Zweifel selbst ein. Ein Meldesystem war im Rahmen des Projektes nicht vorgesehen.

Auf Seiten der Mitarbeitenden wurde Gewalt den Berichten der Beschäftigten nach häufig durch Überforderung ausgelöst. Dies gilt für die Vernachlässigung von Bewohner*innen als Gewaltform in besonderer Weise, da Stress und Zeitmangel fast zwangsläufig zur Vernachlässigung führen. Bedürfnisse der Bewohner*innen, bspw. *der Gang zur Toilette* oder *Trinken anreichen*, wurden nicht beachtet oder übergangen, aufgrund von vielfältigen Aufgaben, für die zu wenig Zeit zur Verfügung stand:

„[...]im Moment haben wir zum Beispiel sehr viele-einen hohen Krankenstand. Man muss halt überall einspringen, man muss mal aushelfen, dann ist man da nicht so sicher, weil jeder Wohnbereich ein bisschen anders aussieht. [...] die Leute reagieren gereizt dem Bewohner gegenüber, aber nicht nur dem Bewohner gegenüber, sondern halt eben auch sich, also dem Kollegen gegenüber.“ (Auszug Telefoninterview)

Dieses Bild spiegelt sich auch in den beobachteten Gewalthandlungen gegenüber den Bewohner*innen aus den Befragungen wider. Vernachlässigung wurde in den zwei Corona-Jahren 2020 und 2021 – wie nahezu allen Formen der Gewalt – besonders häufig angegeben: 21 % (2020) bzw. 20 % (2021) der rund 1.000 bzw. 800 befragten Pflegekräfte gaben an, dass bei ihnen in der Einrichtung Bewohner*innen in den vergangenen zwei Monaten Gewalt durch Vernachlässigung erfahren hätten (siehe Abbildung 14).

Allerdings konnten vereinzelt bei Vor-Ort-Besuchen Formen der Vernachlässigung beobachtet werden, bei denen der Umgang der Pflegekräfte nicht mit Überforderung zu erklären waren. Vielmehr schien in diesen Fällen eine gewisse Gewalttoleranz und damit eine bewusste Missachtung oder Herunterspielen von gewaltvollen Situationen vorzuherrschen:

„Die Beobachterin machte [...] eine/n Mitarbeiter*in auf die bedrohlich wirkende Situation aufmerksam. Diese/r entgegnete, dass die/der B2 die/der B1 sicher wieder nur beleidigt habe. Es erfolgten weitere Schläge auf den Hinterkopf von B2. Dies wurde von der Beobachterin an die/den anwesende/n Mitarbeiter*in weitergegeben.“ (Auszug Beobachtungsprotokoll)

Zu den am häufigsten berichteten und beobachteten Gewaltvorkommnissen zählten Formen der psychischen Gewalt, wie herablassende und überhebliche Kommunikation; Lästern; Mobbing; ausbleibende Kommunikation; unangemessene Wortwahl; das Ignorieren von Missständen und Bedürfnissen. Diese konnte auf allen Ebenen erfasst und beobachtet werden. Häufig innerhalb der Mitarbeiterschaft:

„[...] es gibt einen Wohnbereich wo wirklich auch Gewalt immer unter Mitarbeitern ist. [...] Drohen, wenn du den Dienst nicht machst: wirst schon sehen, kriegst kein Urlaub mehr, oder kriegst kein Wunschfrei mehr, oder so was. Wenn ihr das und das nicht macht, dann kommt der Chef und der schimpft euch.“ (Auszug Telefoninterview)

Aber auch Beispiele von Angehörigen gegenüber Mitarbeitenden, die die Vorgaben der Besuchszeiten während der Corona-Pandemie nicht verstanden und verbal ausfällig wurden, wurden mehrfach berichtet. Bis hin zu Mitarbeitende der Prüfbehörden, die Leitungskräfte für in der Corona-Hochphase verstorbene Bewohner*innen persönlich verantwortlich machten – ein dramatisches Beispiel an psychischer Gewalt.

Auch in den quantitativen Befragungen nahmen psychische Formen der Gewalt über den Projektzeitraum dauerhaft den „Spitzenplatz“ ein – unter allen Akteuren. Diese Gewaltvorkommnisse reichen dabei in der Schwere von sehr leicht bis äußerst schwerwiegend – wobei das subjektive Empfinden und Bewerten sehr unterschiedlich ausfallen kann – je nach Persönlichkeit, Kontext und Vorgeschichte. Von Formen der psychischen Gewalt betroffen sind beispielsweise auch Angehörige, wie der folgende Fall beispielhaft zeigt:

„Während der Übergabe kam ein/e Angehörige/r dazu, welche/r einen erhöhten Gesprächsbedarf aufgrund [...] der palliativen Versorgung der betroffenen Person hatte. Der/die Angehörige berichtete von Bedenken, Sorgen und Zweifeln [...]. Der/die angesprochene Mitarbeiter*in ging nicht auf das Angesprochene ein, sondern wiegelte ab, dass „[...] so etwas eben auch zum Leben dazugehöre“.“ (Auszug Beobachtungsprotokoll)

Für das Projektteam überraschend hoch war die Rückmeldung zu sexuellen Gewalterfahrungen der Mitarbeitenden in den ersten beiden Befragungsrunden. Der Anteil an Befragten, die in den letzten zwei Monaten intime Übergriffe erfahren hatten, lag in den beiden Erhebungsjahren in der Corona-Pandemie bei 14 % bzw. 21 % - in den anschließenden Befragungen bei 5 % bzw. 6 % aller Befragten. In welchem Verhältnis hierbei verbale zu physischen Übergriffen stehen, wurde nicht erhoben. Durch den bewusst weit gefassten Gewaltbegriff kann auch keine Aussage zur Anzahl „schwerer Übergriffe“ gemacht werden. Festzuhalten ist, dass auch in „normalen Zeiten“ regelmäßig etwas über 5 % der Mitarbeitenden in Pflegeeinrichtungen in der ein oder anderen Form intimen Übergriffen ausgesetzt sind und dies somit für viele zum Alltag im Pflegeberuf gehört. Diese Projekterfahrung deckte sich mit Erhebungen, die das Zentrum für Qualität in der Pflege Ende 2022 veröffentlichte (Simon Eggert, Mathias Haeger, Katharina Lux, Daniela Sulmann, Christian Teubner, Daniela Vähjunker, Pauline Wagner 2023).

Intime Übergriffe gegenüber Bewohner*innen wurden nicht so häufig berichtet. In Form der Missachtung der Intimsphäre wurde dies jedoch (wiederholt) bei den teilnehmenden Beobachtungen wahrgenommen:

„Während des Beobachtungszeitraums standen die Türen aller Bewohner*innenzimmern offen, unabhängig davon, ob pflegerische Handlungen [...] stattfanden [...]“ (Auszug Beobachtungsprotokoll)

Die vielfältigen Gesichter von Gewalt wurden im Projekt also durchaus sichtbar und zeigten sich in ihren unterschiedlichen Facetten – von den Personenkonstellationen her, in der Art der

erfahrenen Gewaltform, in der Schwere und Alltäglichkeit. Deutlich wurde anhand der ausgewählten Praxisbeispiele, dass unterschiedliche Gewaltformen auch häufig gemeinsam auftreten und nicht immer eine eindeutige Zuordnung im Sinne der ausgeführten Differenzierungen möglich ist. Vor allem Faktoren struktureller Gewalt und personaler Gewaltformen stehen dabei in hoher Interdependenz zueinander. Dies wird in Kapitel 4.4 weiter ausgeführt.

4.2 Gesundheit der Mitarbeitenden: Herausforderungen und Belastungen

Neben der Gewaltprävention stellte die Mitarbeitergesundheit den zweiten Schwerpunkt des Projektes dar. Mit dem Auftreten der Corona-Pandemie, wenige Wochen nach Projektbeginn, rückte das Thema, unter gänzlich anderen Voraussetzungen als zunächst gedacht, in den Mittelpunkt. Denn bald wurde klar, dass die Pandemie das Pflegesystem in bisher ungekanntem Ausmaß forderte und phasenweise an und über die Belastungsgrenzen brachte. Im Besonderen waren folgende Punkte für nahezu alle Pflegeeinrichtungen herausfordernd:

- die strengen Hygienestandards und die damit verbundenen Herausforderungen bei der Beschaffung von Arbeits-/ Schutzmaterial bzw. später die Umsetzung der Corona-Schutzimpfungen
- die Quarantäne- und Besuchsregelungen, die z. B. an Bewohner*innen und Angehörige kommuniziert sowie umgesetzt werden mussten
- die phasenweise hohe Anzahl an infizierten Bewohner*innen und/oder Mitarbeitende und damit verbundene Mehrarbeit

Die hohe Belastung für die Beschäftigten wurde in den Jahren 2020 und 2021 vielfach im Projekt thematisiert und spielte in den Projekteinrichtungen eine allgegenwärtige Rolle. Es stellte sich die Frage, wie sich diese Belastung auf die Mitarbeiter*innengesundheit auswirken würde.

Eine zentrale Herausforderung stellten die stark eingeschränkten Kommunikationsmöglichkeiten, die häufig durch Maßnahmen des Infektionsschutzes in den Einrichtungen entstanden, dar. Sie führten vielmals zu angespannten Situationen, schlechterer Pflege und der Zunahme von gewaltvoller Kommunikation:

„[...] was wir halt so ein bisschen beobachtet haben ist, dass man halt wahnsinnig schnell wirklich von dieser aktivierenden Pflege, oder dass was Pflege halt einfach wirklich eigentlich ausmacht, ganz schnell wegkommt in eine- in eine Art Funktionspflege. [...]

Und die Anspannungen- diese psychischen- natürlich auch schon hin und wieder zu einem Umgangston in dem Team geführt haben, wo man auch sagen kann: Ja natürlich ist das auch psychische Gewalt, die die Kollegen da untereinander teilweise ausgeübt haben.

Interviewende Person: Weil dann der Ton sich einfach verändert (B: hm (bejahend)) hat im Team (B: Ja) untereinander? (B: Ja) Sprachen-

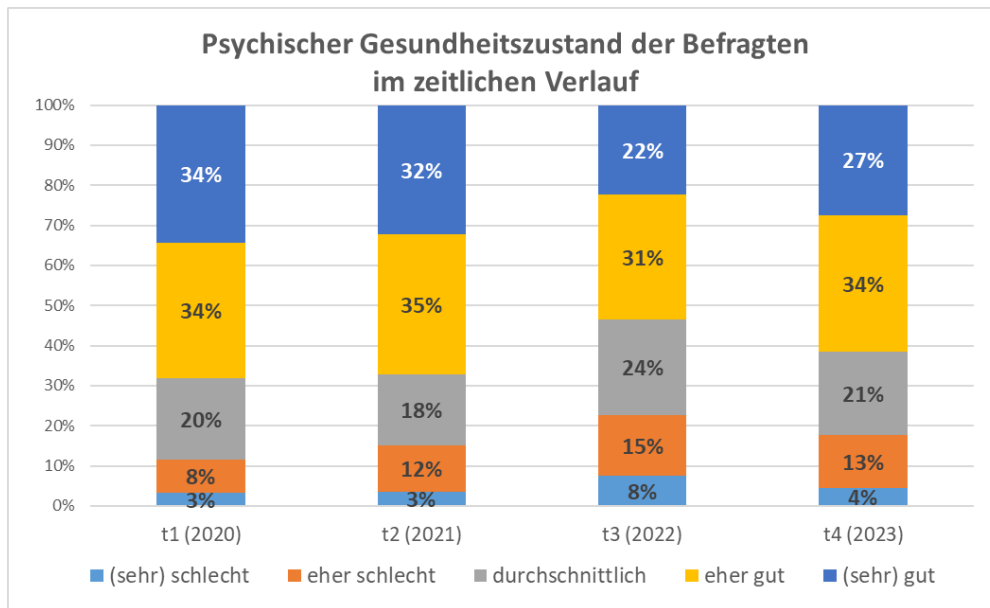
B: Also das gleiche waren wirklich so die erste Situation, wo man das so akut dann schon aufgrund der Pandemie gemerkt hat.“ (Auszug Telefoninterview)

Zugleich gab es aber auch positive Berichte über einen besonders guten Zusammenhalt und einer hohen Motivation der Mitarbeitenden, die Krise gemeinschaftlich zu meistern. So, dass z. B. durch eine partizipative Vorgehensweise der strukturellen Anpassungen zum einrichtungs-internen Infektionsschutz eine bedarfs- und bedürfnisgerechte Versorgung der Mitarbeitenden trotz Corona-Pandemie möglich war:

„Wir haben aber da unser Bestmöglichstes getan [...] Und in der Form haben wir das eigentlich auch relativ gut managen können, sage ich mal so. [...] Also wir haben auch sehr viel positives Echo gekriegt von Angehörigen auch, wie-wie das gehandelt worden ist und dass man einfach ja diese ganzen Testungen und was man da alles so, ich sage mal so eine doppelte Sicherheit irgendwo aufgebaut hat, aber trotzdem möglichst viel versucht hat, Kontakt nach außen zu halten. [...] nicht nur einfach die Türen zuzusperren, sondern irgendwo Möglichkeiten zu finden, auch individuelle Möglichkeiten zu finden.“ (Auszug Telefoninterview)

Im Jahr 2022 häuften sich die Berichte zu Belastungen der Mitarbeitenden, trotz oder gerade wegen des Endes der „Pandemie-Ausnahmephase“ deutlich. Eine mögliche Erklärung liegt in dem intensiven Kraftakt, den die Bewältigung der Krisen in der Corona-Pandemie mit sich brachten: Wiederholte Neu- und Umstrukturierungen durch sich kontinuierlich verändernde Vorgaben; Konfliktsituationen mit Angehörigen und Bewohner*innen; eine hohe Erkrankungsrate bei Mitarbeitenden und Bewohner*innen, sowie eine (z. T.) hohe Mortalitätsrate bei den Bewohner*innen. Erst mit Abebben dieser Herausforderungen schlug die Erschöpfung durch. Zudem schloss sich in vielen Einrichtungen nahezu nahtlos ein nochmals verschärfter Personalmangel an und lieferte eine weitere Erklärung für die Belastungszunahme in 2022 (vgl. hierzu auch die Kapitel 4.4.1.4 sowie 4.4.2.1). In jedem Fall lag die psychische Erschöpfung unter den Mitarbeitenden der Projekteinrichtungen im Jahr 2022 auf einem Höhepunkt: Fast ein Viertel der Befragten (23 %) gaben einen „eher schlechten“ bis „sehr schlechten“ psychischen Gesundheitszustand an. Dieser Anteil sank 2023 dann wieder etwas auf 17 % – lag damit allerdings weiterhin deutlich über den insgesamt 11 % im Basisjahr 2020.

Abbildung 15: Psychischer Gesundheitszustand der Befragten im zeitlichen Verlauf



Quelle: Quantitative Befragungen im Projekt. N= t1: 1079 | t2: 818 | t3: 823 | t4: 751

Vor dem Hintergrund des sich bereits verschlechternden psychischen Gesundheitszustandes von t1 zu t2 und der Berichte zu hohen Belastungen aus den Einrichtungen im Frühjahr 2022 wurde im Rahmen der dritten schriftlichen Befragung im Herbst 2022 bereits nachgefragt: „Wir haben im Projekt gehört, dass die Belastung für Sie als Mitarbeitende in den Pflegeeinrichtungen aktuell sehr hoch ist. Wie ist das für Sie persönlich? Was belastet Sie aktuell am meisten?“

„man fühlt sich ständig unter Zeitdruck und kann die Bewohner nur ungenügend versorgen (z. B. hat man zu wenig Zeit, wenn ein Bewohner Sorgen hat und reden möchte).“

„Mich belastet am meisten das wir nur zu zweit im Frühdienst sind für über 20 Bewohner*innen. Für mich persönlich ist das kein Menschliches arbeiten mehr, sondern wie am Fließband.“

„psychische Belastung durch bspw. Zeitdruck und / oder keine Zeit für Behandlungspflege. -> keine adäquate Versorgung möglich (Personalmangel). -> offensichtliches Desinteresse der Politik (man hat das Gefühl, die Pflege entwickelt sich zurück).“

„Unser Team hat sich quasi aufgelöst, 4 langjährige Kollegen/Kolleginnen sind schon monatelang krank. Vertretung kommt zeitweise und ist dann auch oft krank! Das dauernde Einspringen!“

„Ja die Situation ist sehr belastend. Es ist zu wenig Personal da, sodass wir nicht adäquat den Menschen versorgen können. [...] Ich wünsch mir nur mehr Personal, nicht mehr Geld!“

(Auszüge t3-Befragung 2022)

Überstunden, Mehrarbeit und Einspringen ohne adäquaten Freizeitausgleich betrafen alle Projekteinrichtungen. Die Leitungsperson einer teilnehmenden Projekteinrichtung berichtete:

„[...] 15 Mitarbeiter von 33 in der Pflege waren krank und-und-und ganzen Station 26 Bewohner, das war schon, das war schon hart, das war schon hart. Ich und Pflegedienstleitung, wir haben dann fast 30 Tage ohne Frei gearbeitet, durchgearbeitet, Tag und Nacht gearbeitet, weil jemand muss diese Pflege machen.“ (Auszug Telefoninterview)

Zwei weitere nicht zu unterschätzende Faktoren im Bereich der Mitarbeitergesundheit, die unmittelbar auf den Personalmangel wirken, sind laut Aussage verschiedener Projekteinrichtungen die hohe Anzahl an Mitarbeitenden, die z. B. aufgrund von Long-Covid, Burnout oder psychosozialer Erkrankungen längerfristig ausfielen. Zudem wandten sich Mitarbeitende aufgrund der anhaltenden physischen, psychischen und psychosozialen Belastungen, und zum Teil auch aufgrund der einrichtungsbezogenen Impfpflicht, vom Pflegeberuf ab und neunen Tätigkeitsfeldern zu. Vermehrt berichteten Projekteinrichtungen auch davon, dass Mitarbeitenden aufgrund der allgemein hohen Belastungen – und nicht zuletzt auch der steigenden Lebenshaltungskosten – in Leiharbeitsfirmen wechselten, da hier mehr Geld zu verdienen sei.

Zugleich griffen einige Projekteinrichtungen aus Personalnot zur Sicherstellung der Versorgung der Bewohner*innen wiederum häufiger auf Leiharbeitsfirmen zurück – trotz ambivalenter Erfahrungen: Engagement, Einsatzbereitschaft und Teamfähigkeit seien nicht mit dauerhaft angestellten Kolleg*innen vergleichbar. Zum Teil wurde zudem von Auseinandersetzungen zwischen festangestellten Mitarbeitenden und Leiharbeitskräften berichtet, aufgrund der unterschiedlichen Herangehensweisen und Verantwortungsübernahmen, gepaart mit der unterschiedlichen Entlohnung oder sogar Abwerbungsversuchen.

4.3 Gewaltprävention und Gesundheitsförderung – zwei Seiten einer Medaille

Die Verbindung der Themenbereiche Gewaltprävention und Gesundheitsförderung knüpft an die Realitäten der stationären Pflegepraxis an und konnte im Projekt erfolgreich umgesetzt werden. Für die Projekteinrichtungen stellte die kombinierte Themenbearbeitung i.d.R. keine Herausforderung dar. Im Gegenteil: Die Themenkombination war für die Mitarbeitenden aus der eigenen Praxiserfahrung offensichtlich und sinnvoll und wurde in vielerlei Hinsicht immer wieder neu bekräftigt.

Eine gewaltfreie und gesundheitsfördernde Umgebung zu schaffen, wurde als Teil der Unternehmenskultur und damit auch der Organisationsentwicklung verstanden. Dies zeigte sich in der häufigen Wahl von Ansätzen der Kulturveränderung als Interventionen in den Projekteinrichtungen, v. a. in Methoden zur Förderung einer gelingenden Kommunikation und einer gelingenden Bewältigung herausfordernder Situationen (vgl. Tabelle 5).

Ein weiterer Hinweis auf eine gelungene Themenkombination: Die Schulungen der zweiten Kohorte fielen in die Corona-Jahre 2021/22 – also Mitte/Ende der Pandemie-Phase. Die Projekteinrichtungen litten in diesem Zeitraum unter einer besonders hohen Belastung (siehe auch Kapitel 4.24.4.2.4) und wählten häufiger Methoden, die primär der Gesundheitsförderung zuzuordnen sind.

Zum Beispiel zeigen Aussagen aus der Befragung deutlich, dass die Mitarbeitenden Gewaltpotentiale (Vernachlässigung, unzureichende Versorgung) als Auswirkung ihrer eigenen gesundheitlichen Belastung beschrieben:

„man fühlt sich ständig unter Zeitdruck und kann die Bewohner nur ungenügend versorgen (z. B. hat man zu wenig Zeit, wenn ein Bewohner Sorgen hat und reden möchte).“
(Auswertung t3 Fragebogen)

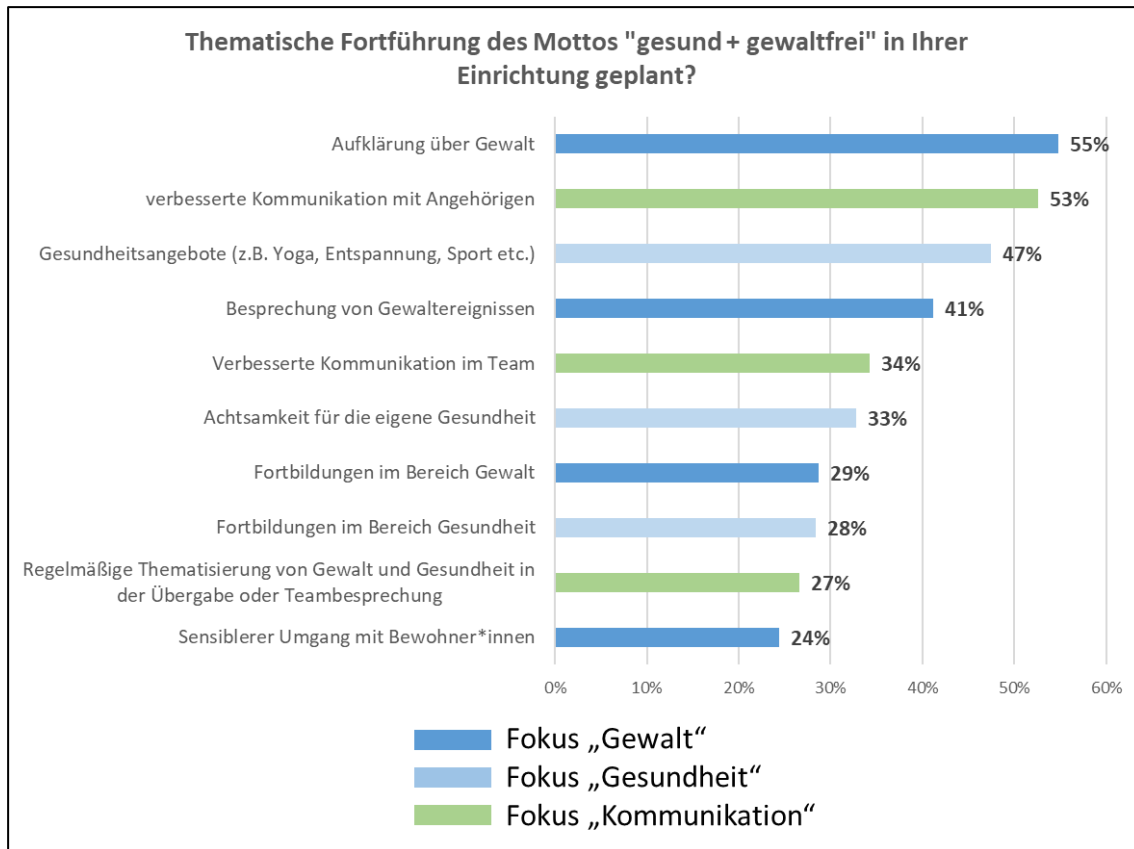
„Ja die Situation ist sehr belastend. Es ist zu wenig Personal da, sodass wir nicht adäquat den Menschen versorgen können. [...] Ich wünsch mir nur mehr Personal, nicht mehr Geld!“ (Auswertung t3 Fragebogen)

Ähnliche Berichte konnten auch während der Telefoninterviews und der Projektbegleitung erfasst werden. Der Fokus lag häufig primär auf der Mitarbeiter*innengesundheit – die implizite Wirkung für eine gute und gewaltfreie Versorgung der Bewohner*innen wurde jedoch mit beachtet.

Ein O-Ton aus der Praxis unterstreicht die Erkenntnis der Projekteinrichtungen: „Wenn es unseren Mitarbeitenden gut geht, dann geht es auch unseren Bewohnenden gut.“ Das zeigte nochmal deutlich: Gesundheitsförderung und Entlastung der Mitarbeitenden müssen in der Pflege einen hohen Stellenwert einnehmen, um gute Pflege für die Bewohner*innen sicherzustellen.

Dass beide Aspekte eng verbunden sind und gleichermaßen im Fokus des Projektes standen, zeigen beispielsweise auch die Nennungen der Mitarbeitenden zur Fortführung des Ansatzes in ihren Einrichtungen (vgl. Abbildung 16). Bemühungen in beiden Bereichen werden dort gleichermaßen genannt, ebenso wie Anstrengungen im beide Bereiche betreffende Themenfeld „Kommunikation“.

Abbildung 16: Thematische Fortführung des Mottos „gesund + gewaltfrei“ in den Projekteinrichtungen



Quelle: Quantitative Befragung zum Zeitpunkt t4. N= 751

4.4 Identifizierte strukturelle Stör- und Förderfaktoren

Wie in Kapitel 4.1 dargestellt, gilt es stets auch strukturelle Formen der Gewalt zu berücksichtigen. Strukturen können ihrerseits mittelbar oder unmittelbar Gewalt ausüben. Nicht selten finden Gewaltvorkommnisse, die auch im Projekt thematisiert wurden, ihren Ursprung in struktureller Gewalt – in Strukturen also, die Rahmenbedingungen vorgeben und in denen sich Pflegende wie Gepflegte bewegen müssen:

„Strukturelle Gewalt entsteht indirekt durch die Bedingungen, die zum Beispiel durch Gesetze oder Institutionen vorgegeben sind. In der Pflege kann sie sich etwa darin äußern, dass der Tagesablauf von pflegebedürftigen Menschen durch starre Regeln festgelegt wird oder sie aufgrund schlechter Personalausstattung mangelhaft gepflegt werden und dadurch gesundheitlichen Schaden erleiden“ (Zentrum für Qualität in der Pflege (ZQP) 2017; Eggert et al. 2017)

Strukturelle Gewalt wurde nach diesem Verständnis im Projekt als wichtiger Faktor identifiziert und reflektiert, der häufig die Entstehung unterschiedlicher Gewaltformen im Pflegealltag begünstigte. Im Projekt wurde zudem weiter nach internen und externen Faktoren struktureller

Gewalt unterschieden, um Verantwortlichkeitsbereiche und Handlungsebenen deutlich zu machen: Wo kann eine Einrichtung handeln (intern), wo gilt es auf Veränderungen von nicht unmittelbar im Einflussbereich der Einrichtung stehende Faktoren hinzuwirken (extern)? Unter externen Faktoren verstand das Projekt politische Vorgaben, Prüfinstanzen (z. B. Medizinischer Dienst und FQA) und gesellschaftliche Einflüsse. Unter Interne Faktoren wurden einrichtungsinterne Vorgaben zur Ausgestaltung der Lebenssituation und des Arbeitsalltags für die Bewohner*innen, bzw. Mitarbeitenden gefasst.

Tabelle 7: Interne und Externe strukturelle Gewalt

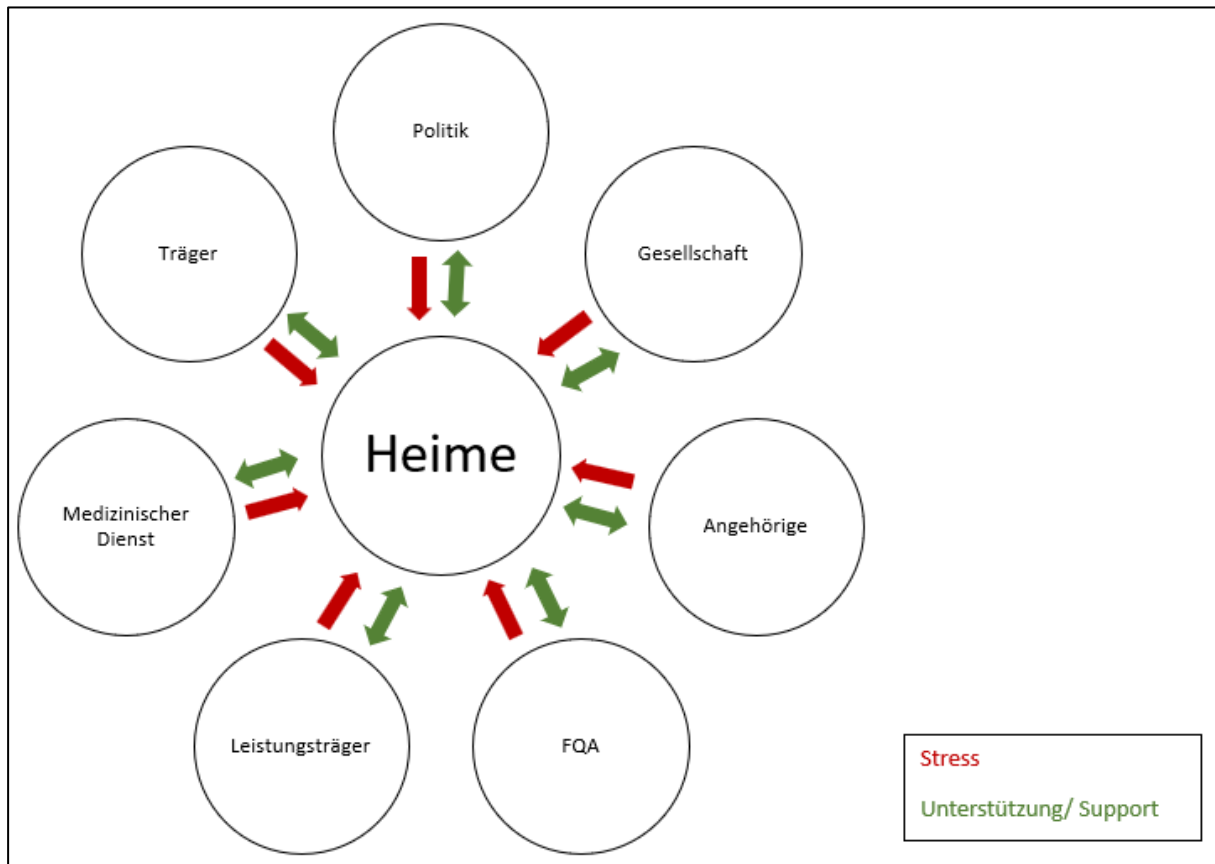
Strukturelle Gewalt (intern)	z. B. Strukturen/ Rahmenbedingungen, die von der Einrichtung vorgegeben werden, wie z. B. Kompetenzen einschränken oder Einzelpersonen bzw. Gruppen benachteiligen
Strukturelle Gewalt (extern)	z. B. Strukturen/ Rahmenbedingungen, die von außen vorgegeben werden, wie z. B. Kompetenzen einschränken oder Einzelpersonen bzw. Gruppen benachteiligen

Während der Projektlaufzeit nahm die Dimension der strukturellen Gewalt eine zunehmend stärkere Rolle ein. Forciert durch die Corona-Pandemie wurden der Einfluss und das Zusammenspiel von internen, sowie externen strukturellen Gegebenheiten besonders sichtbar und konnten im Projekt auf verschiedenen Ebenen beobachtet und erfasst werden.

Neben den negativen Effekten struktureller Vorgaben und der Fokussierung auf die Begrifflichkeit der strukturellen Gewalt, wurden jedoch auch Chancen und positive Wirkungen externer und interner Faktoren in den Blick genommen. Je nach Ausgestaltung, Einbezug und Umsetzung können externe Faktoren und Akteure helfen, Herausforderungen partnerschaftlich zu bewältigen oder anderweitig wichtige Unterstützung für die Projekteinrichtungen liefern, vor allem in Krisenzeiten.

Abbildung 17: *Einflussnehmende Variablen* zeigt einen Auszug verschiedener externer und interner Variablen die durch ihre Aufgaben, Haltung und Angebote entweder stressbehaftet (rot) oder unterstützend (grün) von Pflegeheimen wahrgenommen werden können. Die Abbildung soll dabei auch verdeutlichen, dass Pflegeeinrichtungen selbst Einfluss auf eine unterstützende Wirkung haben können, wenn ein produktiver Austausch mit den Akteur*innen eingegangen wird und gegenseitiger Support stattfindet (grüne, wechselseitige Pfeile).

Abbildung 17: Einflussnehmende Variablen



4.4.1 Externe Faktoren

Im Projektzeitraum wurden vor allem einige starke externe Faktoren als einflussnehmend für die Projekteinrichtungen sichtbar – bedingt durch die Corona-Pandemie und die damit verbundenen, sich kontinuierliche ändernden Rahmenbedingungen und Vorgaben. Im Folgenden werden die zunächst nach den drei besonders relevanten Akteuren aufgeschlüsselt: Den Prüfinstanzen, wie Gesundheitsamt, Heimaufsicht und Medizinischer Dienst, den Trägern der Projekteinrichtungen sowie den Angehörigen, Ehrenamtlichen und Betreuer*innen. Als weiterer relevanter externer Faktor wurde übergeordnet zudem der zunehmende Personalmangel identifiziert.

4.4.1.1 Die Prüfinstanzen: Zwischen Anforderungen und Unterstützung

Viele Projekteinrichtungen berichteten insbesondere im ersten Corona-Jahr und während der Lockdowns von Überforderungen durch die pandemiebedingten Vorgaben von Aufsichtsinstanzen, bei häufig zeitgleicher Aufrechterhaltung des regulären Qualitäts- und Dokumentationsmanagement. Als ausführende und prüfende Institutionen waren hier das Gesundheitsamt, der Medizinische Dienst und die Heimaufsicht/FQA erste Ansprechpartner für die Projekteinrichtungen in allen Fragen die den „richtigen“ Umgang mit der Pandemie betrafen. Die Erwar-

tungen und Prüfungen des medizinischen Dienstes oder der FQAs setzten manche Projekteinrichtungen massiv unter Druck und es gelang in diesen Konstellationen nicht, die Herausforderungen kooperativ zu lösen und Unterstützung durch die Prüfinstanzen zu erhalten.

So berichtete eine Projekteinrichtung von massivem Druck durch Prüfinstanzen in der ersten Corona-Phase. Demnach seien Führungskräfte in dieser Einrichtung von den Prüfer*innen persönlich für verstorbene Bewohner*innen verantwortlich gemacht worden. (Auszug aus der teilnehmenden Beobachtung)

Die in diesem Beispiel existente strukturelle Gewalt im Sinne rigider oder rigide interpretierter Vorgaben der Prüfinstanz war eng verbunden mit der psychischen Gewalt gegenüber den Leitungskräften, denen diese Anschuldigungen schwer zu schaffen machten. In den Hochphasen der Pandemie berichteten verschiedene Projekteinrichtungen widersprüchliche Erfahrungen mit Aufsichtsinstanzen. Die Corona-Pandemie und die damit verbundenen Vorsichtsmaßnahmen und Vorgaben stellten auch die Prüfinstanzen vor neuartige Herausforderungen – und resultierten nicht selten in Widersprüchen:

So berichtete eine Projekteinrichtung davon, dass die Mitarbeitenden das Gefühl hatten, dass die Prüfinstanzen kooperativ sein möchten, dies aber bedingt durch vorhandene Strukturen und Vorgaben nicht umsetzen konnten. (Auswertung teilnehmende Beobachtung)

Unmut riefen vor allem für die Projekteinrichtung irrelevante oder unrealistische Anforderungen der Prüfinstanzen hervor, die die Projekteinrichtungen mit den Herausforderungen alleinließ:

In einer Projekteinrichtung seien die Unterbringung aller Bewohner*innen in Einzelzimmern gefordert worden. Dies war allerdings aufgrund der gegebenen Raumsituation nicht umsetzbar. (Auswertung teilnehmende Beobachtung)

Oder:

In einer Einrichtung, in der es kurz zuvor einen Corona-Ausbruch mit einer hohen Zahl an infizierten Bewohner*innen und Mitarbeitenden gab, sei bei einer Prüfung ein unsachgemäß verstauter Besen oder das fehlende Ablaufdatum auf einer Händedesinfektionsflasche bemängelt worden. Diese Detailbemängelung, angesichts des gerade unter massiver Anstrengung gut von der Einrichtung gemeisterten Eindämmung des Infektionsgeschehens, sei als besonders geringschätzend und defizitorientiert wahrgenommen worden. (Auswertung teilnehmende Beobachtung)

Oder unabhängig von der Corona-Pandemie, wenn die fachliche Einschätzung des Personals keine angemessene Berücksichtigung findet:

„[...] ist dann gestürzt- zweimal, weil der AZ [=Allgemeinzustand] so schlecht war. Und eigentlich ist die [Bewohnerin] aber selbstständig und braucht gar nix. Und dann hat die [von der Prüfinstanz] da rumgetan und "warum haben Sie da keine Sturzauffangmatte vor

das Bett". Ja. Die Frau [Bewohnerin] ist fit, wenn die dann aufsteht, fällt sie erst recht hin, weil sie über das Ding rüber stolpert." (Auszug Telefoninterview)

Auf der anderen Seite berichteten allerdings auch einige Projekteinrichtungen von positiven Erfahrungen mit den Prüfinstanzen. Hier wurde die Zusammenarbeit als konstruktiv, unterstützend, kooperativ und wertschätzend empfunden. Dabei habe vor allem ein proaktives Zugehen der Projekteinrichtungen auf die unterschiedlichen Prüfinstanzen die Zusammenarbeit positiv beeinflusst.

Ein paar Projekteinrichtungen berichteten zudem, dass sie in der Corona-Zeit aufgrund besorgter Rückmeldungen der Mitarbeitenden bzgl. anstehender Prüfungen Kontakt mit den jeweiligen Prüfinstanzen aufnahmen und in den daraus resultierenden Diskursen seien die Prüfinstanzen sehr offen für angemessene Absprachen und auch Kritik gewesen.

Zum Teil berichteten Projekteinrichtungen auch von positiven Teamdynamiken aufgrund der Corona-Pandemie:

Durch das hohe Arbeitsaufkommen und die Herausforderungen wurde wahrgenommen, wie gut die Mitarbeitenden zusammenarbeiten. Sie unterstützten sich gegenseitig und es wurde eine besonders hohe Verbundenheit zu Bewohner*innen und Angehörigen festgestellt. (Auswertung teilnehmende Beobachtung)

In einigen Projekteinrichtungen führten die zu bewältigenden Herausforderungen sogar zur Entwicklung neuer partizipativer und innovativer Konzepte und Methoden im Bereich der Interaktion und Kommunikation, die auch über die Pandemiephase hinaus die Teams stärkte.

4.4.1.2 Die Rolle der Träger

Aus Perspektive der teilnehmenden Projekteinrichtungen stellen auch die eigenen Träger externe Faktoren da, die auf unterschiedliche Weisen in die Projekteinrichtungen hineinwirken (können). Berichte und Erfahrungen der Projekteinrichtungen mit ihren jeweiligen Einrichtungsträgern fielen somit – verbandsunabhängig – sehr unterschiedlich aus. So gab es positive Berichte darüber, dass:

- konkrete Gewaltvorkommnisse mit dem Träger offen thematisiert und zur Unterstützung bei der einrichtungsinternen Bearbeitung der Vorfälle die Projektteilnahme vorgeschlagen wurde.
- während der Corona-Pandemie ein regelmäßiger Austausch zwischen den Trägern und den Projekteinrichtungen stattgefunden hat und es zu Unterstützung im Bereich der einrichtungsspezifischen Umsetzung der pandemiebedingten Vorgaben gekommen ist.
- Träger einrichtungsübergreifend versuchten Personalengpässe und Coronaausbrüche durch unterschiedliche Vorgehensweisen zu reduzieren.

Als eher negative oder zumindest ausbleibende positive externe Impulse durch die Träger wurde in ein paar Einzelfällen benannt:

- Es fand bei manchen Trägern wenig einrichtungsübergreifender Austausch während der Pandemie statt. So musste in diesen Einrichtungen beispielsweise der Umgang mit coronabedingten Vorgaben zu großen Teilen eigenständig bewältigt werden und entsprechend unterschiedlich seien diese auch innerhalb des Trägers umgesetzt worden.
- Dementgegen wurde auch von einer Einrichtung berichtet, dass sie zwangsweise an träger-internen Projekten und Arbeitsgruppen teilnehmen mussten, obwohl diese nicht zu ihrem Bewohnerklientel passten und den akuten Bedarfen entsprachen. Der hohe zeitliche Mehraufwand reduzierte dringen benötigte Ressourcen für einrichtungsinterne Aufgaben.

4.4.1.3 Angehörige, Ehrenamtliche und Betreuer*innen

Als relevante externe Stützen der Bewohner*innenversorgung nannten die Projekteinrichtungen häufig die Angehörigen, Ehrenamtlichen und (gesetzlichen) Betreuer*innen. Bedingt durch z. B. Eintrittsbeschränkungen während der Pandemie, konnte auf diese Stütze kaum bzw. zeitweise gar nicht mehr zurückgegriffen werden. Im Gegenteil: Viele Projekteinrichtungen machten die Erfahrung, dass einige Angehörige, die ihre Familienmitglieder in den Einrichtungen zeitweise nicht mehr besuchen durften, (zumeist aus Sorge und Verzweiflung) den Druck auf die Mitarbeitenden eher erhöhten. So kam es in vielen Projekteinrichtungen zu einer Zunahme von Gewalt von Seiten der Angehörigen und (gesetzlichen) Betreuer*innen, bspw. durch implizite oder explizite Drohungen.

„[...] sagt, dass sie das Thema Gewaltprävention gut fand, insbesondere in der Corona-Zeit. Gerade in dieser Zeit seien Angehörige nämlich uneinsichtig geworden. Sie seien auf das Team "losgegangen" und hätten die Maßnahmen des Staatsministeriums [...] nicht verstanden.“ (Auszug Telefoninterview – Paraphrasiert)

Projekteinrichtungen berichteten außerdem von herausfordernden Situationen, da einige (gesetzliche) Betreuer*innen die Coronaschutz-Impfungen für die betreuten Bewohner*innen ablehnten. Dies führte dazu, dass Bewohner*innen von Gruppenangeboten und Aktivitäten ausgeschlossen werden mussten und erschwerte die Versorgung von dementiell erkrankten Bewohner*innen mit ausgeprägtem Bewegungsdrang.

4.4.1.4 Zunehmender Personalmangel

Die Personalsituation in der Pflege, bzw. in medizinisch-pflegerischen Einrichtungen, stellte bereits vor der Corona-Pandemie eine bekannte Herausforderung dar, verstärkte sich unter den pandemiebedingten Anforderungen und Veränderungen und spitzte sich auch in den Jahren 2022 und 2023 in vielen Einrichtungen weiter zu (vgl. hierzu auch BA 2023). Dies machte sich auch deutlich im Projekt bemerkbar und die Personalsituation wurde an vielen Stellen thematisiert und diskutiert. Die Projekteinrichtungen berichteten vor allem von erhöhter Personal-

fluktuation, einem Rückgang an Bewerbungen, Personalwechsel in Zeitarbeits-/ Leiharbeitsfirmen und einem „nie dagewesenen“ Krankenstand von Mitarbeitenden (siehe auch Kapitel 4.2). Ein weiterer Aspekt, der die Personalsituation in den Projekteinrichtungen verschärfte, wurde mit den Personalbemessungsgrenzen (Fachkraftquote) benannt. Projekteinrichtungen berichteten, dass sie aufgrund der gesetzlichen Vorgaben Personal einstellten, von dem sie persönlich nicht überzeugt seien. So wurde bei den nur aus Not eingestellten Bewerber*innen häufig bemängelt, dass es:

- an fachlicher Eignung mangle,
- dadurch aufwändigere Einarbeitungsprozesse notwendig seien,
- es zu Kommunikationsschwierigkeiten aufgrund von sprachlichen und kognitiven Barrieren komme und/oder
- die Person eigentlich nicht ins Team passe.

Zuvorderst handelt es sich beim Personalmangel um ein strukturelles, demografisches Problem: Mitarbeitenden gingen in wachsender Zahl in Rente und die Bewerber*innenzahlen für Ausbildungsplätze könnten den Weggang in den meisten Einrichtungen nicht ausgleichen. Bei offenen Stellen würden sich immer weniger Personen bewerben. Einige Einrichtungen berichteten zudem auch über eine hohe Zahl an Beschäftigten, die kündigten, um in andere Einrichtungen bzw. immer häufiger auch in Leiharbeitsfirmen zu wechseln oder ggf. auch ganz aus dem Beruf ausschieden. Hinzu kam ein hoher Krankenstand bei den Mitarbeitenden, auch nach der Pandemie. Der Einsatz von Leiharbeitskräften habe bereits während der Pandemie deutlich zugenommen und stellte die Projekteinrichtung nicht nur vor personelle, sondern auch vor finanzielle Herausforderungen, da die entstehenden hohen Kosten nicht gegenfinanziert seien.

Eine Projekteinrichtung musste aufgrund des andauernden Personalmangels komplett schließen und die Bewohner*innen mit ihren speziellen Hilfebedarfen in umliegende Pflegeeinrichtungen umziehen.

4.4.2 Interne Faktoren

Interne und externe strukturelle Faktoren stehen häufig in einem komplexen Wechselspiel. Interne Faktoren können externe Faktoren kompensieren oder bestärken. Die herausfordernde bis kritische Personalsituation in einigen Projekteinrichtungen muss neben dem externen Faktor „Personalmangel“ auch vor dem Hintergrund einrichtungsinterner Faktoren, wie der Personalarbeit und dem Personalmanagement sowie allgemeiner interner Faktoren wie Organisationskulturen und -strukturen, der Kommunikation und Interaktion bewertet werden. Zentrale, gestaltende Akteure in all diesen internen strukturellen Faktoren stellen die Führungskräfte in den Einrichtungen dar.

4.4.2.1 Personalmanagement in Zeiten des Personalmangels

Unabhängig von der Einrichtunggröße (Mitarbeiter*innen- und Bettenanzahl) und der Lage der Projekteinrichtung (Stadt/ Land) wurden Probleme im Bereich der Personalsituation und Teamdynamik durch die Corona-Pandemie verstärkt. So konnten teambildende Events und Maßnahmen nicht wie gewohnt stattfinden – aber auch kleine regelmäßige Begegnungssituationen (z. B. Team- und Einrichtungsbesprechungen oder wohnbereichsübergreifende Pausen) fielen in den meisten Projekteinrichtungen aus und beeinflussten das Teamgefühl negativ:

„B: Wir haben in den Wohnbereichen immer viel zusammengearbeitet, durch Corona sollte dann eine Zeit lang nichts mehr wohnbereichsübergreifend stattfinden. [...] Wir hatten natürlich auch Wohnbereiche unter Verdachtsquarantäne, das hat alles ein bisschen Unruhe gebracht.

I: Ja. Gerade auch die Kollegialität und die übergreifende Zusammenarbeit hat gelitten?

B: Genau.“ (Auszug Telefoninterview)

Ein in der Begleitforschung in mehreren Projekteinrichtungen aufgebrachtes Thema im Bereich Personal und Personalmanagement waren Fragen der Kommunikation der Leitungsebene mit den Mitarbeitenden – beispielsweise hinsichtlich der Dienstplangestaltung. Hier vermissten Mitarbeitende in diesen Projekteinrichtungen Transparenz und Rücksprache, wenn es um das Erstellen des Dienstplans bzw. kurzfristige Änderungen daran ging. Befragt nach aktuell belastenden Faktoren antworteten sie z. B.:

„keine Struktur des Dienstplanes, täglich wechselnde Dienste.“ - „Zu wenig Anerkennung durch Vorgesetzte, es werden nur Versäumnisse, nicht Erledigtes angesprochen.“ oder:

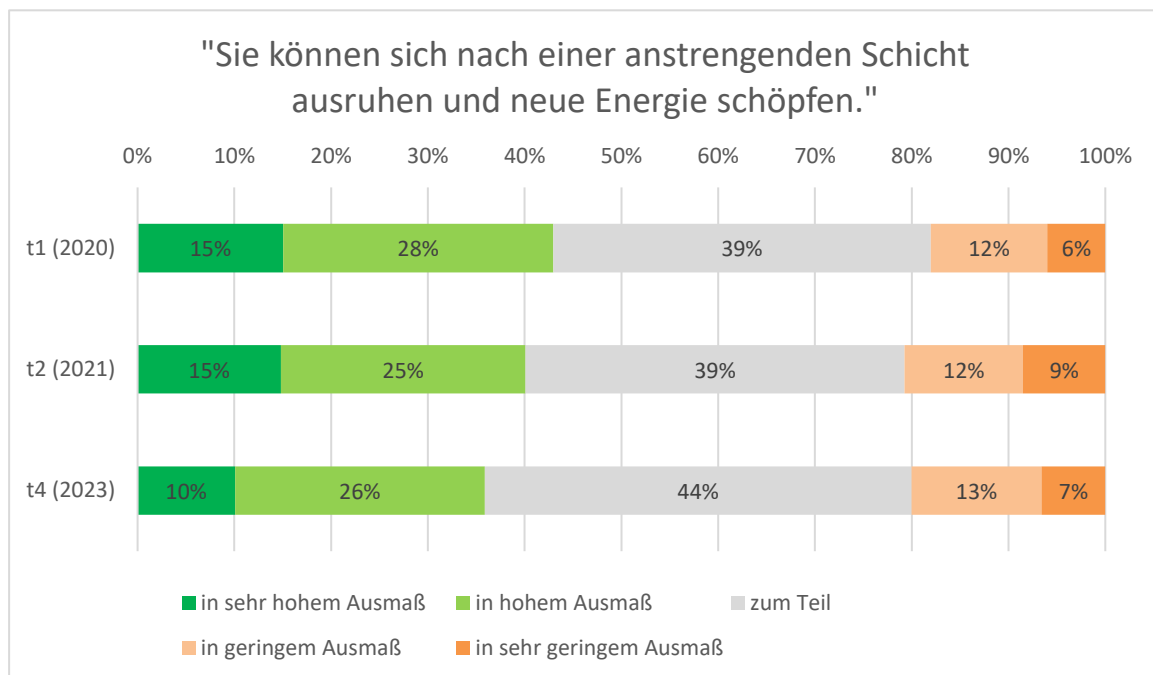
„Dienstplanunsicherheit. - Kommunikation findet Kaum statt.“ (Auszüge t3-Befragung 2022)

In Einzelfällen wurden strukturelle Überforderungen benannt, die aus dem Personalmangel erwachsen und auf starke interne Fehlsteuerungen hinwiesen. Zum Beispiel berichtete ein/e Mitarbeiter*in im Rahmen der teilnehmenden Beobachtung 2022, dass sie/ er seit einem Jahr examiniert und seit zwei Monaten in der Einrichtung tätig sei und bereits die stellvertretende Wohnbereichsleitung innehatte. Dabei fühlte sie sich dazu kaum befähigt und könne nur Teile ihres Aufgabenbereichs überschauen. Die Wohnbereichsleitung sei zwar ansprechbar, habe aber ihrerseits seit einigen Wochen interimistisch eine andere Position in der Einrichtung inne.

Entgegen solcher Einzelfälle berichteten Mitarbeitende aus vielen Projekteinrichtungen davon, dass die Leitungsebene gerade während der Corona-Pandemie auf eine engmaschige und transparente Kommunikation bezüglich der Dienstplangestaltung, auf vermehrte Mitarbeiter*innengespräche und/ oder allgemein auf eine höhere Präsenz des Leitungspersonals gesetzt hätte bzw. die Leitungskräfte oftmals selbst ausgefallene Mitarbeitende in den Wohnbereichen ersetzt hätten, um den anderen Mitarbeitenden ihre freien Tage zu ermöglichen. Tat-

sächlich überwogen beispielsweise auch in den zwei Corona-Jahren in den quantitativen Befragungen eindeutig diejenigen, die nach einer anstrengenden Schicht sich ausruhen und neue Energie schöpfen konnten gegenüber denen, die dies nicht konnten (Verhältnis leicht über 2:1; vgl. Abbildung 18). In der t4-Befragung fällt das Verhältnis ungünstiger aus: „in sehr hohem Maße“ liegt mit 10 % nur noch unwesentlich über „in sehr geringem Ausmaß“ (7 %). In manchen Projekteinrichtungen hat sich der Personalmangel und damit die Belastung der Mitarbeitenden nach der Pandemie nochmals deutlich verschärft.

Abbildung 18: Quantitative Befragung der Mitarbeitenden – Energie schöpfen nach anstrengender Schicht 2020-2023



Quelle: Quantitative Befragungen im Projekt. N= t1: 1079 | t2: 818 | t4: 751. Statistisch hoch signifikanter Unterschied (p -Wert $\leq 0,1$ %).

4.4.2.2 Ausgestaltung des Lebens- und Arbeitsalltags: Einrichtungskultur

Die einrichtungsinterne Ausgestaltung des Lebens- und Arbeitsalltags stellt eine zentrale Anforderung für die Projekteinrichtungen dar. Diese Einrichtungskultur beeinflusst wesentlich das Miteinander in den Projekteinrichtungen. Dabei stehen zwei Anforderungen nebeneinander, die es auszutarieren oder idealerweise zu vereinen gilt: Einerseits das Pflegeheim als Arbeitsstätte, in dem die Bedürfnisse und Bedarfe der Beschäftigten zu berücksichtigen sind, z. B. hinsichtlich Arbeitszeiten, Abläufen etc. und andererseits das Pflegeheim als Lebensraum und Wohnort der Bewohner*innen und ihrer Bedarfe und Bedürfnisse nach Führung eines guten und selbstbestimmten Lebens auch unter Bedingungen der Angewiesenheit auf Unterstützung.

In den meisten Projekteinrichtungen erfolgte eine bedarfs- und bedürfnisgerechte Versorgung der Bewohner*innen. Es wird auf die individuellen Hilfebedarfe der Bewohner*innen eingegangen – etwa Mobilitäts- und Sehbeeinträchtigungen oder Beeinträchtigungen in der Kommunikation – und auf die Person, ihre Interessen, Vorlieben und Abneigungen – sei es bei den Mahlzeiten, bei der Beschäftigung etc. So halten viele Projekteinrichtungen nicht an starren Regeln und Abläufen fest, sondern geben Flexibilität für die Bewohner*innen, die diese benötigen:

„Überwiegend sind natürlich, die meisten beim Frühstück auf acht, [...] Manche möchten später aufstehen. Gut, das ist auch kein Problem. Das weiß man mittlerweile so ein bisschen, den Ablauf. [...]. Die Zettel werden in der Früh dann fertiggemacht. Wer zum Duschen ist, das er sieht, bei dem Besuch kommt, bei wem Fußpflege, was weiß ich was es ist und genau.“ (Auszug Telefoninterview)

In manchen Projekteinrichtungen waren die internen Strukturen hingegen wenig flexibel, was individuelle Abläufe und Bedarfe angeht. So wurde beispielsweise aus einer Einrichtung trotz gegenteiliger Impulse der Leitungskräfte in den Teamsitzungen berichtet, dass die Mitarbeitenden an starren Zeiten für das Waschen festhalten:

„Wir kriegen es oft genug gesagt in den Teamsitzungen, dass auch nachmittags mal gewaschen werden kann. Man muss nicht alles morgens in der Zeit schaffen, sondern man kann auch mal nachmittags waschen. Das wird überhaupt nicht umgesetzt. Da nimmt-das nimmt irgendwie keiner so richtig an. Sie sagen, der Mensch muss morgens gewaschen sein und fertig.“ (Auszug Telefoninterview)

Dabei stehen häufig allein auf die Bedürfnisse der Pflegekräfte zugeschnittene Strukturen im Vordergrund, wie eine andere Interviewpartnerin die Haltung ihrer Kolleg*innen erläuterte:

„Das ist meine Arbeitsstätte und ich möchte, bis Dienstende [Tagesende] meine Aufgaben verrichten.“ (Auszug Telefoninterview)

Solche Strukturen zu verändern benötigt Zeit und den Einbezug aller Ebenen und Bereiche einer Einrichtung. Verändern sich einzelne Abläufe in einem Bereich, kann es mitunter zu Herausforderungen in anderen Aufgabenfeldern in der Einrichtung kommen. Beispielhaft hierfür sind Schnittstellenproblematiken zwischen dem Pflege- und dem Küchenpersonal aus zwei Projekteinrichtungen. In beiden Projekteinrichtungen kam es zu Streitigkeiten und verbalen Auseinandersetzungen zwischen Mitarbeitenden. Die Pflege- und Betreuungskräfte im Wohnbereich verlängerten für ein individuelleres Mittagessen der Bewohner*innen den dafür vorgesehenen Zeitrahmen. Die eingespielten Abläufe in der Küche passten hierzu jedoch nicht – zusätzlicher Stress und Hektik waren die Folge und entsprechende Auseinandersetzungen.

4.4.2.3 Kommunikationskulturen

Die Kommunikationskulturen der Projekteinrichtungen konnten als weiterer zentraler Faktor für den Umgang mit Gewalt, das Angebot an Gesundheitsförderung, die Bewältigung von Krisensituationen und auch die Umsetzung und das Ergebnis des Projektes herausgearbeitet werden. „*Kommunikationsstarke*“ Projekteinrichtungen erwiesen sich als resilienter im Vergleich zu Projekteinrichtungen, die in der Ergebnisauswertung als „*kommunikationsschwach*“ bezeichnet werden können.

„*Kommunikationsschwach*“ beschreibt in diesem Kontext eine meist auf mehreren Ebenen schwierige Kommunikationskultur:

- Kommunikationsarmut bei persönlichen Interaktionen (Bewohner – Mitarbeitende – Leitung – Angehörige)
- routinierte gewaltgeneigte Kommunikationsformen
- fehlender, unvollständiger oder falscher Wissenstransfers zwischen unterschiedlichen Ebenen in der Einrichtung
- mangelhafte Kommunikation nach „Außen“ (Angehörige und Öffentlichkeit), die mit Angehörigen dadurch schnell konflikthaft werden kann.

Die Kommunikationsschwäche geht zumeist mit einer fehlenden Verantwortungsstruktur sowie teilweise auch Verantwortlichkeit der Einzelnen einher. Insofern besteht auch eine klare Verbindung zu dem im vorigen Kapitel erläuterten Ausgestaltung des Lebens- und Arbeitsalltags in den Einrichtungen (vgl. Kapitel 4.4.2.2).

In Bezug auf das Projekt bedeutet das, Kommunikationsprobleme waren nicht nur auf persönlicher und individueller Ebene vorhanden, sondern konnten als ein Zustand auf mehreren Ebenen in Projekteinrichtungen ausgemacht oder vermutet werden. In den teilnehmenden Beobachtungen kann dies z. B. an folgenden Beispielen nachvollzogen werden:

Eine Essensausgabe, die unstrukturiert und chaotisch verlief und in der die Frage „Wie stimmen wir uns in chaotischen Situationen ab?“ nicht gestellt oder beachtet wurde. Die Akteure agierten, aber sprachen kaum miteinander oder mit den unbeteiligten Bewohner*innen.

Mitarbeitende, die in einer Situation bzgl. einer freiheitsentziehenden Maßnahme von Bewohner*innen (Bettgitter) ihre fehlende Informiertheit bzgl. der Rechtslage zu erkennen lassen, dies aber nicht als Anlass für eine Klärung – sei es im Team oder mit der Leitung – verstehen. Das Problem scheint zu versanden, noch bevor es richtig beschrieben ist.

Mehrfach zu beobachtender Streit und Unstimmigkeiten zwischen Mitarbeitenden, die offen ausgetragen wurden – vor Bewohner*innen und der teilnehmenden Beobachterin. Ein durchweg unfreundlicher Umgangston mit- und untereinander, bis hin zu befehlsgebenden Interaktionen und Kommunikationsverweigerung.

(Fallbeispiele der teilnehmenden Beobachtung)

Die konflikthaften oder fehlenden Beziehung zu Bewohner*innen in Einrichtungen mit „*schwacher Kommunikationskultur*“ kann man an einem Beispiel für Kommunikationsarmut während der Begehung in einer Einrichtung illustrieren. Es wurde beobachtet, wie eine Pflegekraft wie selbstverständlich kontinuierlich privat mit ihrem Handy zugange war und dies auch nicht für die Bewohner*innen einordnete oder entschuldigte:

„Es wurden pflegerische Handlungen unterbrochen, um private Nachrichten zu schreiben, Sprachnachrichten abzuhören und/ oder aufzunehmen. Dies geschah beispielsweise während Verteilen und/oder dem Eingeben des Mittagessens oder während der Bewohner*innenpflege im Bewohner*innenzimmer.“ (Auszug Beobachtungsprotokoll)

Dies waren eigentlich Situationen, in denen Beziehungsarbeit stattfinden könnte, doch stattdessen war die private Kommunikation offenbar bedeutsamer als ein Austausch mit den Bewohner*innen.

Im Vergleich dazu konnten einige „*kommunikationsstarke*“ Projekteinrichtungen ausgemacht werden, in denen ein wertschätzender, offener, und transparenter Umgang auch in stressigen oder konfliktbehafteten Situationen zu beobachten waren und diese sich somit besser lösen ließen. Dabei bezog sich der offene und transparente Umgang auf alle Ebenen: mit Bewohner*innen, untereinander im Team, von/mit der Leitungsebene und zu/mit den Angehörigen.

Überwiegend vermittelten diese Projekteinrichtungen den Eindruck, die Krisensituation der Pandemie und Post-Pandemie besser überstehen zu können als „*kommunikationsschwache*“ Einrichtungen. Außerdem schien das Projekt intern besser in den Einrichtungen angebunden und integriert worden zu sein:

„[...] wir hatten uns auch damals überlegt, wir wollen nicht nur Leute in der Fokusgruppe, die-die, sage ich mal, von der Kommunikation ganz offen sind und das alles praktizieren, sondern wir wollen auch ein bisschen ein schwierigeres Klientel mit in der Fokusgruppe drin haben, sage ich mal so. Und allein das hat sich schon bewährt und wir haben-wir haben durch diese verschiedenen Bereiche ist es auch immer so, wenn es jetzt zum Beispiel, nämlich das Beispiel mit der anstehenden dritten Befragung, da haben wir ja, ich habe das dann ausgedruckt als-als Schreiben halt so wie wir da gekriegt haben, gebe das dann weiter und die einzelnen Bereiche, die-die Mitarbeiter, die jetzt da drinne sind, in der Fokusgruppen und bitte Sie, Werbung zu machen, intern in ihrem Kreis, zum Beispiel vom Nachtdienst bitte Frau Soundso, motiviere deine Mitarbeiter, deine Kollegen im Nachtdienst möglichst daran teilzunehmen, wäre schön und so weiter. Ja, so, und das versuche ich halt dann auch in den anderen Bereichen so, damit die auch das Gefühl haben, sie sind auch integriert und sie haben auch, ja, sie-sie haben auch eine Aufgabe.“

Das Beispiel zeigt, dass in dieser Einrichtung alle Berufsebenen und auch „*schwieriges Klientel*“ unter der Mitarbeiterschaft in den Entwicklungsprozess integriert wurden und das Projekt (und damit der Organisationsentwicklungsprozess) als gemeinschaftliche Aufgabe verstanden wurde. Auch solche Einrichtungen hatten mit den o. g. belastenden Faktoren (Personalausfälle,

Anforderungen der Prüfbehörden, Anspruchshaltungen der Angehörigen) zu tun. Die Grundhaltung und positiven Auswirkungen der Kommunikationsstärke zeigten jedoch Wirkung in verschiedenen Alltagssituation, die wiederum positive Auswirkungen auf Gesundheit der Mitarbeitenden und Bewohner*innen hatten. Wiederkehrende Abläufe, wie z. B. die Essensausgabe, verliefen tendenziell in ruhiger und strukturierter Atmosphäre – während Bewohner*innen beim Essen angeleitet wurden. (Komplexe) Informationen wurden für alle Mitarbeiterebenen verständlich aufbereitet und vermittelt. Es wurde darauf geachtet, dass auch stark pflegebedürftige Bewohner*innen am Alltagsgeschehen teilnehmen konnten, indem das Bett z. B. im Gemeinschaftsraum platziert wurde. Gespräche mit Angehörigen wurden als Teil des Arbeitsauftrags verstanden und zeitlich eingeplant.

4.4.2.4 Auf die Führung kommt es an

„Also wir versuchen eigentlich schon hier wirklich kollegial, mit flachen Hierarchien, hier einfach auch zusammenzuarbeiten, um halt einfach den Auftrag den wir hier haben, die Menschen bestmöglich zu versorgen auch zu erfüllen. Und natürlich gehört auch dazu, dass eine Leitungskraft, dann mal auch irgendwann mal ein Machtwort sprechen muss und dann mal sagen muss: So geht es jetzt einfach mal nicht. Aber insgesamt versuchen wir das schon auf einer guten Ebene eigentlich immer zu lösen. Oder wenn Probleme sind, dass wir das auch direkt ansprechen und auch fragen: Wa- was braucht ihr, um das besser machen zu können, oder das anders machen zu können, oder warum läuft es nicht, was sind die Gründe.“ (Auszug Telefoninterview mit einer Leitungskraft)

Das einführende Zitat aus einem Telefoninterview zeigt sehr gut auf, dass es in der stationären Pflege Führung durch die Leitungskräfte braucht, die durchaus auch einen Rahmen setzen, aber das in einer die Mitarbeitenden unterstützenden, sie aktiv einbeziehenden Weise. Alle wesentlichen Erfolgsfaktoren für eine gelingende Implementierung und Veränderung sind von der Führung auf Einrichtungs- und Trägerebene wirksam zu gestalten.

Alle zuvor benannten internen Faktoren – Personalmanagement, Ausgestaltung der Lebens- und Arbeitsalltags sowie die interne Kommunikationskultur werden ganz wesentlich von den Führungskräften in den Projekteinrichtungen mitgestaltet. Dabei sind und waren die Grundvoraussetzungen zwischen den Projekteinrichtungen zum Teil äußerst verschieden. Somit gilt es stets, anzusetzen am Vorfindlichen sowie Zulassen und Gestalten eines Vorgehens in kleinen Schritten in einem zyklisch-iterativen Prozess – so, wie es im Projekt vorgesehen war.

Externe Beratung und Begleitung stellen dabei wichtige Impulsgeber dar und ermutigen. Voraussetzung ist, dass sie authentisch und auf Augenhöhe auftreten und dabei unterstützen, eine Perspektive auf das Gelingende einzunehmen.

Lessons learned:

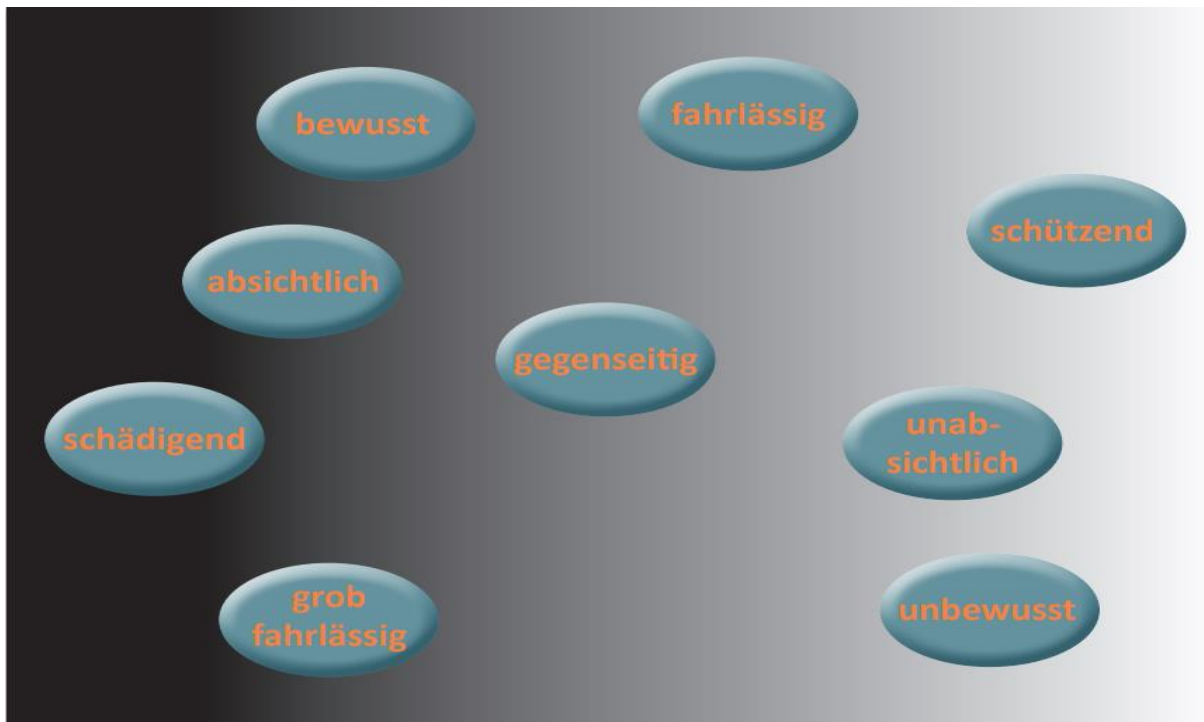
- ✓ Externe und interne Faktoren können je nach Ausgestaltung und Umsetzung entweder (zusätzlichen) Stress generieren oder Support und Halt geben.
- ✓ Wertvoll ist es, wenn partnerschaftliche Beziehungen zu externen Akteuren entstehen und diese somit die Einrichtungen auch in schweren Zeiten stützen.
- ✓ Gerade in der Abgrenzung gegenüber der noch immer verbreiteten Negativperspektive von Prüf- und Kontrollinstanzen kommt es auf die Führung beim Träger und in der Einrichtung an, dabei zu unterstützen, aus der langjährig geübtem Fehlerzentriertheit und damit verbundener Selbstlähmung den Blick auf das tagtäglich Gelingende („das Gold im Alltag“) zu richten. Nur hieraus entsteht Motivation erforderliche Veränderungen zu gestalten.
- ✓ Externe und interne Paradigmenwechsel benötigen Zeit.
- ✓ Bei der Veränderung von einrichtungsinternen Strukturen und Abläufen sollten alle Bereiche miteinbezogen werden.
- ✓ Die Implementierung des Projektes gelang dort am nachhaltigsten, wo eine stabile Personalsituation vorhanden ist. Im Krisenmodus ist es schwierig Neues zu etablieren und in stetigem Wechsel beizubehalten.
- ✓ Bereits vor der Pandemie waren viele Pflegeheime in herausfordernden Anpassungsprozessen inbegriffen. Das Projekt bot Angebote zur Unterstützung und zielte auf eine Umsetzung in kleinen Schritten ab. Das hat besser funktioniert als bei vielen anderen Projekten, die durch die Pandemie nicht wie gedacht durchgeführt werden konnten.
- ✓ Es gilt, die Verantwortung dort zu lassen, wo sie auch gelebt wird: D.h. bei den Beteiligten in den Wohnbereichen und in der Einrichtung. Sie verantworten den Prozess und entscheiden über Reihenfolge und Geschwindigkeit im Vorgehen.
- ✓ Die Verteilung der Herausforderungen auf möglichst viele Schultern unter partizipativer Einbeziehung aller Hierarchieebenen und Berufsgruppen hat sich besonders bewährt im Projekt. Denn Gewaltfreiheit und das Schaffen einer gesunden Lebens- und Arbeitswelt ist im Interesse aller und betrifft alle.

4.5 Yes we care - Sensibilisierung gelingt

Der Corona-Pandemie und den strukturellen Herausforderungen zum Trotz: Das Projekt konnte sichtbare Erfolge vorweisen. Die Gesamtauswertung zeigt, dass Kommunikation und Gewaltverständnis verbessert werden konnten und die Handlungssicherheit zunahm.

Es gelang im Projekt, für die Themenbereiche Gewalt und Gesundheit (weiter) zu sensibilisieren. Dabei konnten vor allem die vielen Graubereiche von Gewalt beleuchtet und diskutiert werden – und das bereits zu Projektbeginn. Der Bedarf und die Bereitschaft, über Formen der Gewalt in den Projekteinrichtungen zu sprechen, waren groß. Wie bereits erwähnt, bestätigte sich die vermutete Tabuisierung beim Thema „Gewalt in der Pflege“ nicht. Es zeigte sich vielmehr eine Offenheit, über die eigens erlebten, ausgeführten oder beobachteten, vielfältigen Formen von Gewalt zu berichten und dabei auch das eigene Verhalten kritisch zu reflektieren.

Abbildung 19: Gewalt im Graubereich – Motivation und Konsequenz



Die *Abbildung 19: Gewalt im Graubereich* bot in den Regionalgruppentreffen Anstoß für Diskussions- und Reflexionsprozesse. Die aufgeführten Motivationen für und Konsequenzen von Gewalthandlungen changieren von grau (rechts) bis schwarz (links). Gewalthandlungen im „schwarzen Bereich“ spielten bei den Regionalgruppentreffen wie auch im sonstigen Projektverlauf keine dominante Rolle. Mitarbeitende wussten diese Ereignisse als klar definierte Gewalt einzuordnen und in den Projekteinrichtungen waren dazu überwiegend Handlungsabläufe

etabliert. In diesem Punkt war somit in der Definition keine Sensibilisierung notwendig. Allerdings stellte der „Umgang mit herausforderndem Verhalten von Menschen mit dementieller Erkrankung“ – der sich eben häufig in physischer Gewalt äußert – für einige Projekteinrichtungen ein Thema dar, welches sie im Projekt in den Fokus nahmen. Die dazugehörige Schulung wurde vielfach in Anspruch genommen.

Sehr erkenntnisreich verlief die Diskussion über Ereignisse und Verhalten in den Graubereichen. Hier erkannten sich die Mitarbeitenden im Gespräch wieder und stuften auch eigene Verhaltensweisen als Gewalt ein. Nicht immer handelte es sich dabei um eine neue Erkenntnis. Häufig war den Mitarbeitenden bereits vor der angestoßenen Diskussion mehr oder weniger bewusst, dass sie eine Form von Gewalt im Sinne des weiten Gewaltbegriffs anwendeten. Aber aufgrund von strukturellen Vorgaben, Zeitdruck, Personalmangel oder Überforderung fehlten bis dahin oft Zeit und Raum, die eigenen Handlungen zu reflektieren oder über Alternativen nachzudenken. Hier setzte das Projekt an: Mit der durch das Projekt zur Verfügung gestellten Plattform waren ausreichend Raum und Zeit vorhanden, um sich den Themen zu widmen, zu reflektieren, sowie Handlungsoptionen über Schulungen und eine anschließende Aufbereitung zu erarbeiten.

Alltägliche übergriffige Handlungen und vor allem gewaltvolle Sprache wurden von den Mitarbeitenden durch die angestoßenen Reflexionsprozesse zunehmend als Formen von Gewalt erkannt und verstanden. Der Austausch über (gewaltfreie) Kommunikation und der Anstoß zur Selbstreflektion eröffneten den Mitarbeitenden eine andere, zum Teil neue, Perspektive auf ihre Handlungen und Verhaltensweisen in der Alltagspraxis und während routinierter Handlungsabläufe. Die Schulungen zur „gewaltfreien Kommunikation“ wirkten in den Projekteinrichtungen, die dieses Thema in den Fortbildungen gewählt hatten, sehr nachdrücklich:

„[...] sehr viel Eindruck oder positiven Eindruck die Schulung gewaltfreie Kommunikation hinterlassen hat, [...] und das kam dann also richtig gut an und das ist dann auch wo man dann jetzt auch immer noch von den Leuten, die teilgenommen haben, so ein bisschen Feedback kriegt ja, <ja das war wirklich gut und da muss ich vielleicht aufpassen, wie ich das sage>“ (Auszug Telefoninterview)

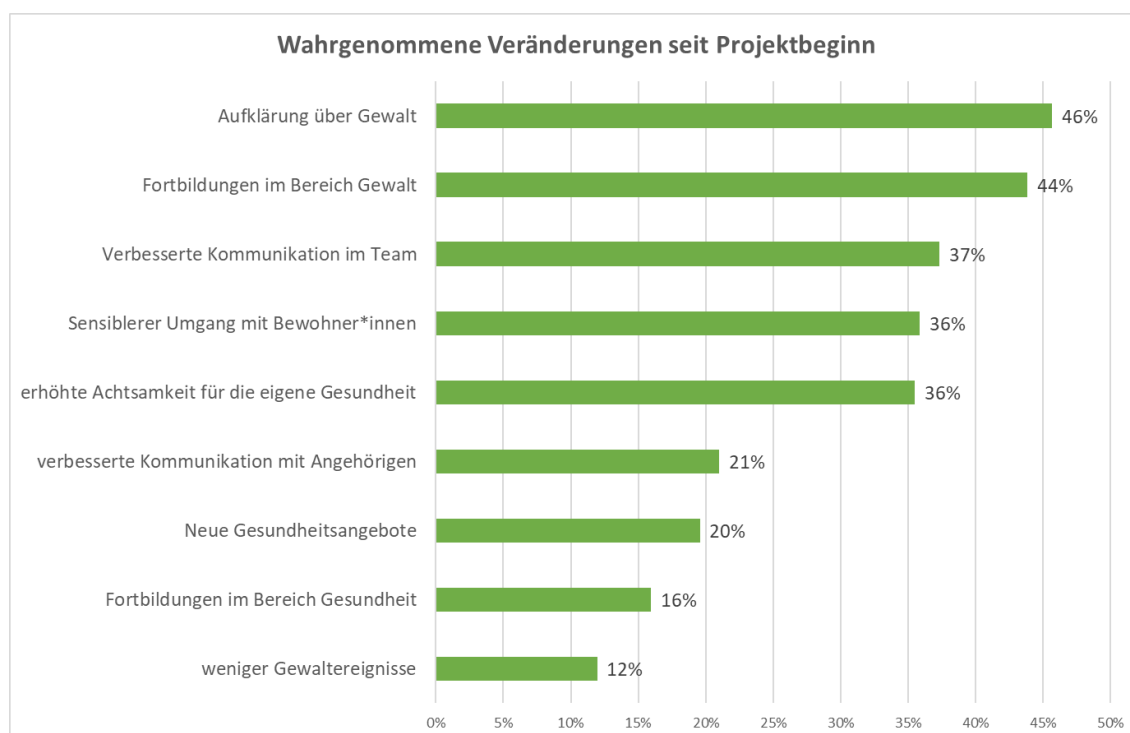
Gerade die Kommunikation, der Umgang miteinander, mit den Bewohner*innen, Angehörigen, Kolleg*innen und Vorgesetzten, stellte für fast alle Projekteinrichtungen ein zentrales Thema dar. Verletzungen durch Missverständnisse, Beleidigungen, „Lästern“ und einen unangenehmen Umgangston geschehen in einem stressigen Arbeitsalltag vieler Beteiligter schnell. Eine große Zahl der Mitarbeitenden, darunter auch die Führungskräfte, fühlten sich in solchen Problemlagen nur wenig handlungssicher. So ist es nicht verwunderlich, dass Schulungen zur „gewaltfreien Kommunikation“ die beliebteste methodische Einheit über den Projektverlauf darstellte und von mehreren Projekteinrichtungen auch über den Projektansatz hinaus für alle Mitarbeitenden gebucht wurde.

„Also im Privaten übe ich mal schon (lacht) [lacht]. Ansonsten zu-ich-ich achte schon mehr drauf, was ich sage und was ich tue. Das stimmt schon, da achte ich schon mehr drauf.“
(Auszug Telefoninterview)

Auch Schulung zu „Umgang mit herausforderndem Verhalten“ wurde vielfach in Projekteinrichtungen durchgeführt – und nicht nur, wie ursprünglich vorgesehen, allein auf das Verhalten von Bewohner*innen mit dementieller Erkrankung bezogen. Gerade aufgrund der Unsicherheiten im Umgang mit verbaler Gewalt durch bspw. Kolleg*innen oder Angehörige, wurde die methodische Einheit nicht selten auf den Umgang mit weiteren Akteursgruppen ausgeweitet.

Erfreulich bzw. nur konsequent war, dass zum Ende des Projektes eine „Verbesserte Kommunikation“ eine der häufigsten Wahrnehmungen zum Erfolg des Projektes auf Seiten der Mitarbeitenden darstellte:

Abbildung 20: Wahrgenommene Veränderungen seit Projektbeginn (t3-Befragung)



Quelle: Quantitative Befragungen zum Zeitpunkt t3. N= 823; Frage: „Gab es seit Projektbeginn Veränderungen, wenn Sie an die Themen Gewalt und Gesundheit denken? Welche waren dies?“ Prozent bezogen auf den Anteil derjenigen, die mit „ja“ antworteten (29% der Befragten).

Die am häufigsten genannte Auswirkung des Projektes, „Aufklärung über Gewalt“, spricht ebenfalls für das Thema Sensibilisierung. So ließ sich mithilfe einer ausführlichen Fragebatterie zum Gewaltverständnis eine Ausweitung auf weitere Formen der Gewalt im Laufe des Projektes bei vielen Mitarbeitenden nachweisen. Hierfür wurden in den quantitativen Befragungen Fallbeispiele, wie auszugsweise in *Abbildung 21: Auszug Fragebogen* gezeigt, verwendet, um in einem dreistufigen Index das Gewaltverständnis der Befragten abzubilden.

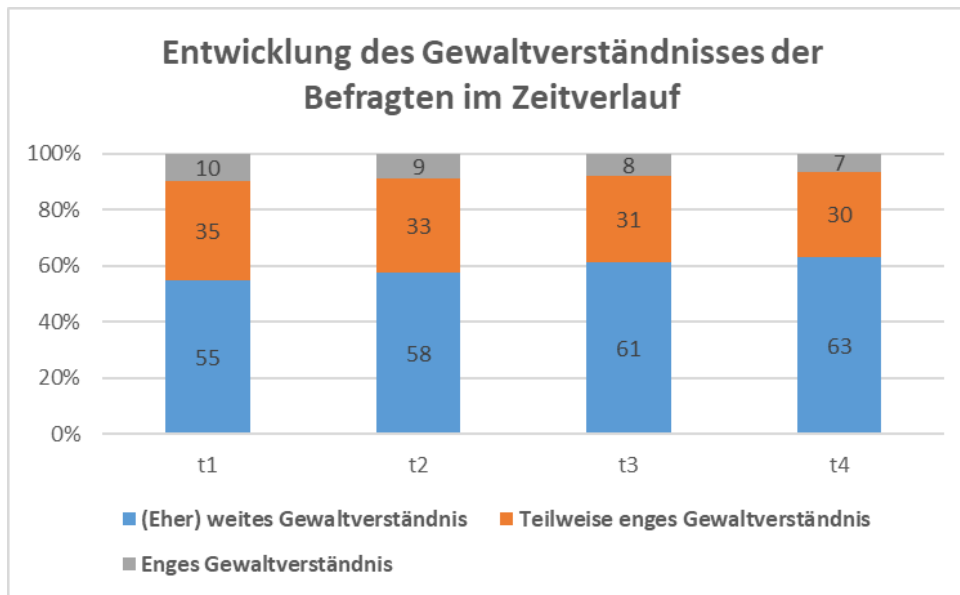
Abbildung 21: Auszug Fragebogen zum Gewaltverständnis

Aussagen	←—————→				
	Auf jeden Fall demütigend etc.	Eher ja	Kommt darauf an	Eher nicht	Auf keinen Fall demütigend etc.
Herr C. spricht auf dem Flur eine Mitarbeiterin an, um ihn auf die Toilette zu begleiten. Die Antwort der Mitarbeiterin lautet: „Sie tragen eine Inkontinenzhose, machen Sie dort hinein.“	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Frau A. möchte für die Haarwäsche immer das Shampoo mit Rosenduft benutzen. Die bei der Pflege unterstützende Mitarbeiterin sagt: „Ach Frau A., heute nehmen wir das Shampoo mit Jasminduft. Das andere müsste ich erst holen.“	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Frage: „Inwiefern bewerten Sie folgende Aussagen als Formen von Gewalt? Als Formen von Gewalt verstehen wir z. B. demütigende Handlung, Würdeverletzung oder Unterlassung.“

Wie bereits ausgeführt, wussten die Mitarbeitenden Gewalt aus dem „schwarzen“ Bereich (siehe *Abbildung 19: Gewalt im Graubereich*) gut einzuordnen und auch entsprechend zu handeln. Das wurde in der Projektbegleitung und der begleitenden Forschung deutlich. In der Befragung wurde zudem sichtbar, dass die Mehrheit der Mitarbeitenden – zumindest konfrontiert mit den oben genannten und weiteren geschilderten Situationen – auch zum Zeitpunkt t1 bereits ein (eher) weites Verständnis von Gewalt aufwies: 55 % der Befragten wies ein (eher) weites Gewaltverständnis auf, 35 % vertraten ein teilweise engeres Gewaltverständnis und 10 % ein enges Gewaltverständnis, dass allein physische Gewalt beinhaltete. Über das Projekt entfalteten die durchgeführten Maßnahmen in diesen Einstufungen eindeutige Effekte: Der Anteil der Mitarbeitenden mit einem weiten Gewaltverständnis stieg um acht Prozentpunkte auf fast zwei Drittel (63 %) und zugleich ging der Anteil der Mitarbeitenden mit einem engen Gewaltverständnis um drei Prozentpunkte zurück von 10 % auf 7 %. Diese Verbesserungen sind nicht unerheblich, angesichts der komplexen Gemengelage, in der sie erzielt wurden: Seien es die Corona-Pandemie, der Fachkraftmangel mit steigendem Personalwechsel oder vor dem Hintergrund, dass meist nur ein Teil der Mitarbeitenden pro Einrichtung geschult wurden. Ein von vielen Mitarbeitenden geteiltes Gewaltverständnis ist für die Erarbeitung und Umsetzung von Maßnahmen zur Verbesserung essenziell.

Abbildung 22: Entwicklung des Gewaltverständnisses der Befragten im Zeitverlauf



Quelle: Quantitative Befragungen im Projekt. N= t1: 1079 | t2: 818 | t3: 823 | t4: 751. Die Kategorisierung in drei Gruppen basiert auf einer Indexbildung zu den Items, wie in Abbildung 21 exemplarisch vorgestellt. Die Veränderung über den Zeitverlauf ist statistisch hoch signifikant ($p\text{-Wert} \leq 0,1\%$).

Einhergehend mit der steigenden Sensibilisierung für alle Formen von Gewalt stellt sich zugleich die Fragen nach Handlungsoptionen für den Fall, dass Gewalt entsteht und beobachtet wird. Hierzu wurden die Mitarbeitenden in den Projekteinrichtungen ebenfalls befragt. Insgesamt bejahten fast drei Viertel der Befragten bereits zum Zeitpunkt t1, dass sie eher handlungssicher (23 %) oder sehr handlungssicher (48 %) seien bei entsprechenden Vorfällen. Die Handlungsfähigkeit stellte sich bei konkreter Nachfrage jedoch vor allem als eine Weitergabe des Vorfalls an die Leitungsebene heraus: „Ich melde es der Vorgesetzten.“ Dies ließ vermuten, dass die Handlungsfähigkeit bei Gewaltvorkommnissen häufig eher auf Regelwissen statt auf eigener fachlicher Souveränität beruhte. Außerdem interessant: Die eigene eingeschätzte Handlungsfähigkeit wurde unmittelbar mit Hierarchien verknüpft.

Mit dem Blick auf den gesamten Graubereich (und das weite Gewaltverständnis) konnte aber bezüglich der Handlungsfähigkeit in der wissenschaftlichen Auswertung eine Differenzierung vorgenommen werden: Die Erfahrungen im Projektverlauf und qualitative Datenerfassung zeigten, dass die im Fragebogen erfasste Handlungsfähigkeit und von den Teilnehmenden beschriebenen Maßnahmen als Reaktion auf Gewaltvorkommnisse primär auf den „schwarzen“ Gewaltbereich bezogen wurden. Solche Vorfälle erfordern selbstverständlich unmittelbares Handeln der Vorgesetzten, da sie ggf. sogar strafrechtlich relevant sein können.

In den Graubereichen und damit Vorkommnissen und Handlungen, die nicht immer unmittelbar als Gewalt verstanden oder erkannt wurden, schienen Mitarbeitende auf unbewusst bis professionelle Weise „Gewaltprävention und Gesundheitsförderung“ zu betreiben. Darauf deuteten beobachtete Szenen und beschriebene Vorfälle wie folgender hin:

„[...] wir haben jetzt einen neuen Bewohner bekommen, der hat ein Bein amputiert und wird mit der Aufstehhilfe auf Toilette gebracht und der hat wirklich, der wird verbal ausfällig, wenn man alleine das Zimmer betritt. Der fängt sofort an einen zu beschimpfen [...] und da gehen die zu zweit rein und sagen wirklich bevor wir irgendwas tun wir sind zu zweit da, es kann nichts passieren, wir halten sie gut fest und dann ist der tatsächlich einfach von vorne rein ruhiger [...] da haben wir jetzt festgestellt, wenn man da wirklich sich einfach die Zeit nimmt und-oder ihm das Gefühl gibt man hat die Zeit, das reicht ja meistens schon ne, auch wenn ich weiß, ich habe nur 5 Minuten, wenn ich einfach da in Ruhe rangehe und auch zu zweit, da kann man schon ganz viel damit machen, ja.“ (Auszug Telefoninterview)

Gewaltprävention war in diesem Fallbeispiel sodann Teil der pflegerischen Versorgung. Das „richtige“ Gefühl und pflegfachliche Erfahrungen spielten eine relevante Rolle und souveräne Fachlichkeit stellte in diesem Sinne einen Teil von Gewaltprävention dar. Das stützt die Erkenntnis: Fallbesprechungen stärken situationsangemessenes Verhalten und hermeneutisches Verstehen. Sie können folglich einen Rahmen für Professionalisierung bieten. Vor allem vor dem Hintergrund, dass Alltagsstress und psychische Erkrankungen die Konfrontation mit verbalen Gewaltvorfällen unvermeidbar machen. Eine Leitungskraft formulierte das folgendermaßen:

„[...] ich kann nicht jeder Mitarbeiterin sagen, jetzt hat mich der Angehörige zwar wieder angemault, aber das macht mir grad gar nix aus, so ist es nicht. Also den Mitarbeitern macht es trotzdem sehr viel aus, wenn einfach ein Angehöriger kommt und macht die erstmal rund. Das ist einfach so, und da können wir noch so sehr schulen und noch so sehr die Bedürfnisse der Angehörigen hinterfragen, und wertschätzen und was weiß ich was, [...] aber das steckt grade einfach nicht jeder so locker weg. [...] man kann nur da appellieren, [...] dass wir miteinander reden, dass wir ins Gespräch gehen, das wir Fallbesprechungen machen. Das machen wir ganz oft, wenn es um so kritische Situationen geht, oder wo es auch um Vorkommnisse geht zwischen Angehörigen und Bewohner.“ (Auszug Telefoninterview)

Das Projekt zeigte aber auch, dass die Umsetzung entsprechender Professionalisierungsprozesse Zeit benötigt – mehr als ein Pilotprojekt zur Verfügung stellen kann. In vielen Fällen waren die Sensibilisierung, die Schulungen und begonnenen Prozesse somit nur als Impulse in die Projekteinrichtungen zu verstehen, die es zu verstetigen gilt. Entscheidend für einen langfristigen Organisationsentwicklungsprozess, der auf die Sensibilisierung im Projekt folgen muss, ist die Verankerung in den Abläufen der Einrichtung (z. B. Übergaben, Multiplikatoren-Systeme, Fallbesprechungen).

Lesson learned:

Die Sensibilisierung der Mitarbeitenden muss insbesondere auf die Graubereiche von Gewalt abzielen. „Krasse Fälle“, insbesondere physische Gewaltvorkommnisse, können meist schon mit vorhandenem Wissen und etablierten Strukturen angemessen bearbeitet werden.

Eine erfolgreiche Sensibilisierung braucht Raum und Zeit zur Reflektion. Häufig ist bei den Mitarbeitenden bereits vorhandenes Wissen und Verständnis für Gewaltereignisse vorhanden – es muss sich aber im Team darüber verständigt werden, um ein geteiltes Verständnis und mögliche Gegenmaßnahmen zu erarbeiten.

Ein professioneller Umgang mit herausforderndem Verhalten und empathische Kommunikationsführung bleiben eine kulturelle und organisatorische Daueranstrengung, die Einrichtung, Träger und Mitarbeitende kontinuierlich weitertragen müssen.

4.6 Mit kleinen und flexiblen Schritten zur erfolgreichen Implementierung

Bereits in Kapitel 3.5 wurde deutlich, an wie vielen Stellen eine individuelle Berücksichtigung der Bedarfe und Situationen in den Projekteinrichtungen erforderlich war. Ein "Angebot von der Stange", ohne den Projekteinrichtungen individuell Pausen, Wiederholungen und stetige Anpassungen zuzugestehen, wäre vermutlich wenig erfolgreich.

In Tabelle 8 ist eine Auswahl an Gesetzesänderungen seit 2012 dargestellt, die die Arbeit in Pflegeeinrichtungen beeinflussen. Vor dem Hintergrund solcher dynamischen Rahmenbedingungen und damit einhergehenden kontinuierlichen und diskontinuierlichen, zum Teil auch wechselseitig widersprüchlichen, Veränderungsprozessen erschien es notwendig, solche Personal- und Organisationsentwicklungsprozesse genau auf diese Art anzugehen: individuell, flexibel und zyklisch-iterativ.

Tabelle 8: Auswahl an Gesetzesänderungen in der Pflege seit 2012

2012/13	Pflegeneuausrichtungsgesetz (PNG) Pflegestufe NULL, Wohnformen
2015	Erstes Pflegestärkungsgesetz (PSG I) Entlastungsleistungen (§45b), Anpassung der Beträge für Sach- und Geldleistungen
2016/17	Zweites Pflegestärkungsgesetz (PSG II), NBA, 5 Pflegegrade
2017	Drittes Pflegestärkungsgesetz (PSG III) Stärkung Pflegeberatung, Entlastung pflegender Angehöriger
2018	Betriebsrentenstärkungsgesetz
2019	Beitragsatzanpassung
2020	Pflegeberufereformgesetz (PfIBRG) Vorbehaltsaufgaben
2020	Zweites Gesetz zum Schutz der Bevölkerung bei einer epidemischen Lage von nationaler Tragweite / Zweites Nachtragshaushaltsgesetz
2021	Gesetz zur Verbesserung der Gesundheitsversorgung und Pflege (GPVG) Erweiterung der Fachkraftstellen 13.000 aus 2019 um jetzt 20.000
2021/22	Gesundheitsversorgungsweiterentwicklungsgesetz (GVWG) Tarife
2023	Personalbemessung PeBeM FKQ/Pflegeassistenz

Im Laufe des Projektes ergaben sich zahlreiche kleine und große Anpassungsbedarfe an die Gegebenheiten in den Projekteinrichtungen. Das reichte von der plötzlichen Notwendigkeit, Schulungen oder Prozessbegleitungen auf digitalem Wege zu ermöglichen, bis hin zu Anpassungen in der Fokusgruppe. Die Hindernisse im Projektverlauf konnten jedoch auch Chancen darstellen. Denn einige Anpassungen in der Projektumsetzung in den Projekteinrichtungen zeigten: Hier wurden einrichtungsindividuelle Prozesse berücksichtigt. Das Projektthema wurde organisch platziert und integriert, sodass es nahtlos in den alltäglichen Ablauf einbezogen werden konnte. Ein Beispiel dafür war der Verzicht einiger Projekteinrichtungen auf die Bildung einer eigenen Fokusgruppe und stattdessen die Integration der Projektthemen in bereits bestehende Besprechungsgremien (Kapitel 3.5).

„Na ja, das ist eigentlich immer so eine Schnittmengengruppe. Wir haben unsere tägliche Leitungsbesprechung, da sind immer wieder die üblichen Verdächtigen mit dabei. Dadurch generiert sich das eigentlich von selbst, ohne dass wir eine große Überschrift darüber haben, das ist die Fokusgruppe.“ (Auszug Telefoninterview)

In einer Projekteinrichtung wurde eine Beraterin eingebunden, die die Projekteinrichtung unabhängig vom Projekt begleitete und gut kannte. In einer anderen Projekteinrichtung wurde die Prozessbegleitung zur Methodenschulung eingeladen, um im Anschluss bei der Suche nach

Ansätzen zur Implementierung direkt zu unterstützen. Die Digitalisierung in den Projekteinrichtungen wurde in dieser Zeit vorangetrieben, WLAN ausgebaut und Tablets angeschafft.

Angesichts dieser Herausforderungen, denen jede Projekteinrichtung zu einem gewissen Zeitpunkt im Rahmen des Implementierungsprozesses begegnete, war es umso wichtiger, auch die kleinen Erfolge sichtbar zu machen. Einigen Projekteinrichtungen fiel es schwer, die im Projekt erzielten Fortschritte aufgrund ihrer selbstgesteckten hohen Erwartungen und den schwierigen Pandemiebedingungen wahrzunehmen. Daher wurde es bei den Regional- und Implementierungstreffen immer wieder zu einer zentralen Aufgabe seitens der Prozessbegleitung und des Projektteams, die kleinen Veränderungsschritte sichtbar zu machen. Dies reichte von der regelmäßigen Integration der Projektthemen in die Teambesprechungen bis hin zur Achtsamkeit auf Sprache oder ‚positiven‘ Übergeben. Diese Unterstützung trug dazu bei, dass ein Umdenken hin zu einer hilfreichen Einstellung und Motivation bezüglich der erzielten Ergebnisse im Projekt stattfand. Die finale Visualisierung der eigenen Projektgeschichte auf Postern, die von einigen Projekteinrichtungen erstellt wurde, machte die Erfolge in kleinen Schritten nochmals sichtbar und den Beteiligten gelang es auf diese Weise die Perspektive auf Gelingendes einzunehmen. In vielen Fällen führte dies zu einem "Aha-Erlebnis" in den Projekteinrichtungen, da deutlich wurde, was trotz der herausfordernden Rahmenbedingungen erreicht wurde.

Ebenfalls als hilfreich erwies es sich, den Kontakt mit den Projekteinrichtungen ständig zu halten und es der Projekteinrichtung so einfacher zu machen, „am Ball zu bleiben“. Wie bereits in Kapitel 3.3 erwähnt, wünschten sich die Projekteinrichtungen, dass die Prozessbegleitungen proaktiv auf sie zugehen, da es Impulse brauche, damit solche Projekte „on top“ nicht bei all den Alltagsaufgaben untergingen. Gleichermäßen wurde immer wieder betont, wie hilfreich es sei, Termine für die Regional- und Implementierungskohorten-Treffen, für die Besuche der Prozessbegleitungen oder Methodenschulungen zu vereinbaren, damit die Projekteinrichtungen stets neue mittelfristige Ziele vor sich hatten – etwas, worauf man wieder konkret hinarbeiten konnte und was im gesamten Projektverlauf für die Projekteinrichtungen eine gewisse Verbindlichkeit schuf. Dieser Wunsch ging so weit, dass die erste Kohorte kurzerhand ein zusätzliches eigenständiges Implementierungskohorten-Treffen ins Leben rief, da ihnen der Abstand ansonsten zu lange gewesen wäre.

Lesson learned:

Projekt- und Implementierungspläne können nur bedingt helfen. Flexibilität sollte von vornherein möglich sein, um einrichtungsspezifische Eigenheiten und unvorhergesehene Ereignisse in den Projektverlauf zielorientiert einbinden zu können. Dies gilt nicht nur in der Krise.

Es ist wichtig, immer wieder auch kleine Erfolge sichtbar zu machen und diese entsprechend zu würdigen. Gerade unter herausfordernden Rahmenbedingungen, denen sich die Pflege immer wieder gegenüberstellt, gelingt Personal- und Organisationsentwicklung mit langem Atem und Geduld.

Es braucht immer wiederkehrende Impulse und Ermunterungen, um die Perspektive aus den alltäglichen Herausforderungen zu heben und am Veränderungsprozess dranzubleiben.

5 Ausblick

„Gesundheitsförderung und Gewaltprävention in Pflegeheimen“ war ein Pilotprojekt zur aufeinander bezogenen und integriert angebotenen Präventionsmaßnahme in der stationären Langzeitpflege: Für Mitarbeitende im Rahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung gemäß § 20b SGB V und zugunsten der Bewohner*innen mit dem Fokus Gewaltprävention gemäß §5 SGB XI. Das Projekt stand unter der besonderen Bewährungsprobe, auch unter dem Vorzeichen der Corona-Pandemie seine Wirkung zu entfalten. Diese Bewährungsprobe hat es ebenso bestanden wie die Bewährungsprobe, Prävention unter Vorzeichen zunehmender Personalengpässe in der Langzeitpflege zu realisieren. Der Ansatz kommt an: bei den Mitarbeitenden, den Führungskräften in den Einrichtungen, bei den Trägern, aber durchaus auch bei den Verantwortlichen der Pflege- und Krankenkassen und der Politik. Gesundheitsförderung der Mitarbeitenden in Beziehung zu setzen zur Gewaltprävention hat in gewisser Weise etwas Provokantes. Was hat das miteinander zu tun, die Pflege von Mitarbeitenden und den wirksamen Schutz von Bewohner*innen vor Gewalt? Das Pflegemodell der Six Senses, das Nolan mit Kolleg*innen entwickelt hat, stellt die Beziehung auch systematisch her: Nicht nur die auf Pflege angewiesenen Menschen haben wir mit ihren Grundbedürfnissen systematisch in den Blick zu nehmen, wenn wir gut pflegen wollen, sondern eben auch die Mitarbeitenden. In seinem Pflegemodell wurde eine wichtige pflegewissenschaftliche Grundlage für das geschaffen, was im Projekt unter Präventionsgesichtspunkten versucht wurde. Pflegeheime sind Wohn- und Lebensort und Arbeitsplatz und -welt zugleich. Wenn es gut geht, fühlen sich Mitarbeitende und Bewohner*innen gut: Die „Feel-Good-Ansätze“ in der Personalarbeit haben die Bedeutung des Gleichklangs zwischen guten Arbeitswelten und Lebenswelten erkannt.

Der Präventionsansatz hat viele Erkenntnisse befördert. Es gilt, die Sensibilität für die vielfältigen Formen von Gewalt zu unterstützen. Auch die rechtliche Bewertung von gewaltaffinen Phänomenen in der stationären Pflege gilt es wesentlich stärker als in der Vergangenheit wahrzunehmen: Aufklärung ist hier geboten – gerade nach der Corona-Pandemie, in der Formen der strukturellen Gewalt zur alltäglichen Realität in der Langzeitpflege wurden. Corona und Pflege – lessons learned (Klie et al. 2021) heißt auch, Gewaltprävention in seinen institutionellen, professionellen und kulturellen Implikationen auf die Agenda zu setzen.

Der GKV-Spitzenverband sieht in dem Konzept von „Pflege in Bayern – gesund + gewaltfrei“ einen exemplarischen Ansatz, wie Präventionsmaßnahmen der gesetzlichen Krankenkassen und der sozialen Pflegeversicherung aufeinander bezogen werden können. Das Präventionskonzept entspricht den Leitfäden des GKV-Spitzenverbandes zur Prävention in der Pflege und für die Mitarbeiter*innengesundheit. Aber nicht nur deshalb stößt er auf Resonanz weit über Bayern hinaus. Verwirklicht er doch in vielfältiger Weise das, was etwa mit der Behindertenrechtskonvention an wirksamen Gewaltschutz verfolgt wird und tut das in einer Weise, der die Mitarbeitenden in Pflegeheimen nicht zu Täter*innen macht, sondern zu denjenigen, deren Herzensanliegen es ist, gute Pflege zu leisten. Dies geht nur unter Bedingungen, die für die Pflegenden und ihre Kolleg*innen in den Einrichtung gutes Arbeiten möglich machen und eben auch eine demütigungsfreie Pflege für die auf Pflege angewiesenen Menschen in Heimen verspricht.

Einige Bundesländer haben ihr Interesse an dem Ansatz ebenso signalisiert wie eine Reihe von Pflege- und Krankenkassen. Insofern geht von dem Pilotprojekt „Gesundheitsförderung und Gewaltprävention in Pflegeheimen“ eine gewisse Ausstrahlungswirkung aus und übernimmt das Projekt in der Tat so etwas wie eine Pilotfunktion. Die Konsortialpartner haben sich entschieden, für die Dissemination des Ansatzes, für die kulturprägende Verbreitung dieses Doppelpräventionskonzeptes weiter zur Verfügung zu stehen – und dies in einer Weise, die auf Multiplikator*innen setzt. Wenn weitere Bildungsträger sich den Ansatz „gesund + gewaltfrei“ zu eigen machen, ihn verbinden mit ihren vielfältigen Ansätzen der Gewaltvermeidung, der Unterstützung guter Arbeitsbedingungen, dann kann dieser Präventionsansatz eine gewisse Breitenwirkung entfalten. Dabei gehört auch zu den lessons learned des Ansatzes, dass wir es mit einer kulturellen Daueraufgabe und -leistung zu tun haben, wenn wir gute und gesunde Arbeitsbedingungen für Pflegenden und würdevolle Wohn- und Lebensverhältnisse für Pflegebedürftige sichern wollen. Die Rahmenbedingungen werden schwieriger, die Ambivalenzen nehmen zu. Mit einem Apfel zur gesunden Ernährung und dem Prospektversprechen würdevoller Pflege ist es eben nicht getan.

6 Literaturverzeichnis

BA - Bundesagentur für Arbeit (2023): Arbeitsmarktsituation im Pflegebereich. Hg. v. Statistik/ Arbeitsmarktberichterstattung.

Baur, Nina; Blasius, Jörg (Hg.) (2019): Handbuch Methoden der empirischen Sozialforschung. 2. Aufl. Wiesbaden: Springer VS.

Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege (BGW) (Hg.) (2002): Psychische Belastung und Beanspruchung. BGW Personalbefragung für die Altenpflege, Krankenpflege und Behindertenhilfe. BGW themen 2017. Hamburg.

Brandl, Paul; Martin, Sebastian; Riedl, Anton K. (2014): Kleiner Hecht und Großer Wal – Der Einfluss der Organisationsgröße auf die Form des Sozialunternehmertums. In: Volker Brinkmann (Hg.): Sozialunternehmertum. Baltmannsweiler: Schneider Verlag Hohengehren (Grundlagen der Sozialen Arbeit, 34), S. 153–162.

Donabedian, Avedis (1980-1985): Explorations in quality assessment and monitoring. Ann Arbor, Mich.: Health Administration Press (Explorations in quality assessment and monitoring / Avedis Donabedian, Vol. 1).

FFAW - Freiburger Forschungsstelle für Arbeitswissenschaften (2021): COPSOQ. Die Mitarbeiterbefragung zu psychischen Belastungen am Arbeitsplatz. Freiburg (Breisgau). Online verfügbar unter <https://www.copsoq.de/>, zuletzt aktualisiert am 16.02.2021.

Hirsch, Rolf D. (2016): Gewalt gegen alte Menschen. Erkennen--Sensibilisieren--Handeln! In: Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz 59 (1), S. 105–112.

Hirsch, Rolf D.; Füssek, Claus (Hg.) (1999): Gewalt gegen pflegebedürftige alte Menschen in Institutionen: Gegen das Schweigen. Berichte von Betroffenen. Mit einem Geleitwort von Otto Speck (Bonner Schriftenreihe "Gewalt im Alter", 4). Bonn.

Hirsch, Rolf D.; Kranzhoff, Erhardt U. (Hg.) (1999): Prävention von Gewalt gegen alte Menschen: Im häuslichen Bereich und in Einrichtungen (Bonner Schriftenreihe "Gewalt im Alter", 3). Bonn.

Klie, Thomas; Remmers, Hartmut; Manzeschke, Arne (2021): Corona und Pflege: lessons learned. Zur Lage der Pflege in einer gesundheitlichen und gesellschaftlichen Krisensituation. Hg. v. Kuratorium Deutsche Altershilfe (KDA). Berlin.

Kromrey, Helmut; Roose, Jochen; Strübing, Jörg (2016): Empirische Sozialforschung. Modelle und Methoden der standardisierten Datenerhebung und Datenauswertung mit Annotationen aus qualitativ-interpretativer Perspektive. 13., völlig überarbeitete Auflage. Konstanz: UVK Verlagsgesellschaft mbH; München : UVK/Lucius; Stuttgart : UTB.

Maslach, Christina; Jackson, Susan E.; Leiter, Michael (1997): The Maslach Burnout Inventory Manual. In: Carlos P. Zalaquett, Richard John Wood (Hg.): Evaluating stress. A Book of Resources. Lanham, Md.: Scarecrow Press, S. 191–218.

Nolan, Mike; Brown, Jayne; Davies, Sue; Nolan, Janet; Keady, John (2006): The Senses Framework: improving care for older people through a relationship-centred approach. Getting Research into Practice (GRiP) Report No. 2. University of Sheffield.

Nübling, Matthias; Stöbel, Ulrich; Hasselhorn, Hans Martin; Michaelis, Martina; Hofman, Friedrich (2005): Methoden zur Erfassung psychischer Belastungen. Erprobung eines Messinstrumentes (COP-SOQ). Dortmund, Berlin, Dresden: Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin (Schriftenreihe der Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin. Forschung, Fb 1058).

Roes, Martina; Heislbetz, Claus; Bäuerle, Dorothee; Frommelt, Mona (2010): Implementierung einer multiprofessionellen Versorgungsleitlinie mittels der Breakthrough. Methode am Beispiel des BUKO-Qualitätsniveau. In: Mona Frommelt (Hg.): Implementierung wissenschaftlicher Qualitätsniveaus. Heidelberg: medhochzwei (Gesundheitswesen in der Praxis), S. 107–140.

Schaffer, Hanna; Schaffer, Fabian (2020): Empirische Methoden für soziale Berufe. Eine anwendungsorientierte Einführung für die qualitative und quantitative Sozialforschung. 1. Auflage. Freiburg im Breisgau: Lambertus.

Simon Eggert, Mathias Haeger, Katharina Lux, Daniela Sulmann, Christian Teubner, Daniela Vähjunker, Pauline Wagner (2023): Gewaltprävention in der Pflege. Sexualisierte Gewalt. Hg. v. ZQP.

7 Anlagenübersicht

Anhang – Anlage A:

1. Projektstrukturplan
2. Interne Projekttreffen – Terminübersicht
3. Abstimmungsgespräche Steuerungsgruppe – Terminübersicht
4. Fachbeiratsmitglieder – Übersicht
5. Projektveröffentlichungen
6. Leitfaden Telefoninterviews
7. Gewaltverständnis im Projekt
8. Befragungsergebnisse (t1-t4)

Gesonderte Anlagen:

- B. Literaturrecherche
- C. Fragebögen
- D. Einrichtungsindividuelle Poster der Abschlussveranstaltung
- E. Good-Practice-Sammlung
- F. Reflexionspapier Blankobeispiel