

Erste Befragung

im Projekt

„Gesundheitsförderung und Gewaltprävention in Pflegeheimen“



Pflege in Bayern
gesund + gewaltfrei

Projektträger



Das Projekt umfasst Präventionsmaßnahmen für Pflegekräfte sowie für Bewohnerinnen und Bewohner vollstationärer Pflegeeinrichtungen und wird gefördert von gesetzlichen Kranken- und Pflegekassen in Bayern.





A Bewertung Gewalt						
1	Inwiefern bewerten Sie folgende Aussagen als demütigende Handlung, Würdeverletzung oder Unterlassung?	←—————→				
		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"/>
	Frau B. besucht ihre Mutter Frau XB in der Pflegeeinrichtung. Während der Mitarbeiter Frau XB mobilisiert, bemerkt Frau B.: „Na, da hat meine Mutter aber Glück, dass sie von so einem knackigen Mann umsorgt wird.“	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Frau E. geht mit einer Begleitung spazieren und bittet diese, mit ihrem Geld für 3,70€ eine Zeitung zu kaufen. Die Begleitung geht zum Kiosk, überreicht 4€ und sagt: „Stimmt so“.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Die an Demenz erkrankte Frau H. beißt die Mitarbeiterin beim Anziehen des Schlafanzugs in die Hand.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Herr I. steht vermehrt auf und irrt umher. Der Mitarbeiter beruhigt Herrn I., erkundigt sich nach seinen Bedürfnissen und begleitet ihn untergehakt an einen vertrauten Ort.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Frau J. hat gewöhnlich um 20 Uhr zur Tagesschau Abendbrot gegessen. In der Pflegeeinrichtung muss sie sich nun an die festen Esszeiten halten und bereits um 18 Uhr ihr Abendessen einnehmen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Die Pflege- und Tagesstrukturplanung für Frau M. wird von den verantwortlichen Mitarbeitenden gemeinsam mit Frau M. und ihren Söhnen besprochen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Herr N. erhält Besuch von seiner Tochter und wünscht das Mittagessen erst nach dem Besuch einzunehmen. Die diensthabende Mitarbeiterin bringt ihm das kalte Mittagessen nach Besuchsende.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Die Mitarbeiterin hilft der gangunsicheren Frau O. auf die Toilette und verlässt das Zimmer. 30 Minuten später kommt die Mitarbeiterin wieder, um Frau O. von der Toilette zu helfen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Herr Q. wird mit Hinweis auf die Coronaverordnung und den Infektionsschutzvorgaben daran gehindert, das Heim zu verlassen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

B Eigene Gewalterfahrung(en)

2 Können Sie sich an eine oder mehrere Situationen in ihrem Arbeitsalltag der letzten zwei Monate erinnern, in der Sie persönlich eine demütigende Handlung, Würdeverletzung oder Unterlassung erfahren mussten?

Ja Nein [→ bitte überspringen Sie die folgenden Fragen und machen mit **Abschnitt C** weiter]

→ Falls ja, durch wen? Bitte alles Zutreffende ankreuzen

- Bewohner*innen [→ bitte beantworten Sie Frage 3]
- Kolleg*innen [→ bitte beantworten Sie Frage 4]
- Angehörige [→ bitte beantworten Sie Frage 5]
- Vorgesetzte/r [→ bitte beantworten Sie Frage 6]
- Folgende andere Person(en): [→ bitte beantworten Sie Frage 7]

WICHTIG: Bitte beantworten Sie die folgenden Fragen Nr. 3 bis Nr. 7 nur, wenn Sie bei Frage 2 angekreuzt haben, dass Sie Gewalt durch die jeweils genannte Personengruppe erfahren haben!

3 → Bei Gewalterfahrung durch Bewohner*innen: Welche Form der Gewalt haben Sie durch Bewohner*innen in den vergangenen zwei Monaten erfahren? Bitte alles Zutreffende ankreuzen

	Einmalig	Selten mehr als einmal in den zwei Monaten	Häufig z.B. (fast) wöchentlich	Sehr häufig (fast) in jedem Dienst
Körperliche Gewalt (z.B. grob anfassen, schlagen, kratzen)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Psychische Gewalt (z.B. unangemessen ansprechen, demütigen oder beleidigen)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Finanzielle Ausnutzung (z.B. um Geschenke/ Besorgungen bitten)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Intime Übergriffe (z.B. sexuelle Andeutungen machen)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sonstiges:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Und was ist Ihrer Meinung nach die **Hauptursache** bei diesen Bewohner*innen für die Gewalthandlung/en?

Bitte nur **eine Antwort** ankreuzen!

- Medizinische Gründe (z.B. Demenz, Alkoholmissbrauch)
- Abneigung gegen meine Person
- Charaktereigenschaft
- Fühlt/e sich vernachlässigt
- Fühlt/e sich nicht verstanden
- Gewalttoleranz im Team/ in der Einrichtung
- Kann ich nicht einschätzen
- Sonstiges: _____

4 → **Bei Gewalterfahrung durch Kolleg*innen:** Welche Form der Gewalt haben Sie durch **Kolleg*innen** in den vergangenen zwei Monaten erfahren? *Bitte alles Zutreffende ankreuzen*

	Einmalig	Selten mehr als einmal in den zwei Monaten	Häufig z.B. (fast) wöchentlich	Sehr häufig (fast) in jedem Dienst
Körperliche Gewalt (z.B. grob anfassen, schlagen, kratzen)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Psychische Gewalt (z.B. unangemessen ansprechen, demütigen oder beleidigen)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Finanzielle Ausnutzung (z.B. Entwenden von Geld)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Intime Übergriffe (z.B. sexuelle Andeutungen machen)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sonstiges: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Und was ist Ihrer Meinung nach **die Hauptursache** bei diesen Kolleg*innen für die Gewalthandlung/en?

*Bitte nur **eine Antwort** ankreuzen!*

Personenabhängig

(z.B. persönliche Abneigung)

Haftungsangst | Verantwortung bei
Schadenfällen

Kann ich nicht einschätzen

Beruflicher Stress

Gewalttoleranz im Team/ in
der Einrichtung

Sonstiges: _____

Privater Stress

Anforderungen von Aufsichts-
behörden (MDK, FQA etc.)

5 → **Bei Gewalterfahrung durch Angehörige:** Welche Form der Gewalt haben Sie durch **Angehörige** in den vergangenen zwei Monaten erfahren? *Bitte alles Zutreffende ankreuzen*

	Einmalig	Selten mehr als einmal in den zwei Monaten	Häufig z.B. (fast) wöchentlich	Sehr häufig (fast) in jedem Dienst
Körperliche Gewalt (z.B. grob anfassen, schlagen, kratzen)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Psychische Gewalt (z.B. unangemessen ansprechen, demütigen oder beleidigen)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Finanzielle Ausnutzung (z.B. Entwenden von Geld)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Intime Übergriffe (z.B. sexuelle Andeutungen machen)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sonstiges: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Und was ist Ihrer Meinung nach **die Hauptursache** bei diesen Angehörigen für die Gewalthandlung/en?

*Bitte nur **eine Antwort** ankreuzen!*

Personenabhängig

(z.B. persönliche Abneigung)

Unzufriedenheit mit der Einrichtung

Kann ich nicht einschätzen

Privater Stress

Unzufriedenheit mit meiner
Arbeit

Sonstiges: _____

Zeitmangel in der Einrichtung

Gewalttoleranz in der Einrichtung

6 → **Bei Gewalterfahrung durch Vorgesetzte:** Welche Form der Gewalt haben Sie durch Ihre/n **Vorgesetzte/n** in den vergangenen zwei Monaten erfahren? *Bitte alles Zutreffende ankreuzen*

	Einmalig	Selten mehr als einmal in den zwei Monaten	Häufig z.B. (fast) wöchentlich	Sehr häufig (fast) in jedem Dienst
Körperliche Gewalt (z.B. grob anfassen, schlagen, kratzen)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Psychische Gewalt (z.B. unangemessen ansprechen, demütigen oder beleidigen)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Finanzielle Ausnutzung (z.B. grundlose Lohnkürzung)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Intime Übergriffe (z.B. sexuelle Andeutungen machen)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sonstiges: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Und was ist Ihrer Meinung nach die **Hauptursache** bei Ihrer/Ihrem Vorgesetzte/n für diese Gewalthandlung/en?

Bitte nur eine Antwort ankreuzen!

- | | | |
|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> Personenabhängig
(z.B. persönliche Abneigung) | <input type="checkbox"/> Beruflicher Stress | <input type="checkbox"/> Privater Stress |
| <input type="checkbox"/> Haftungsangst Verantwortung bei
Schadenfällen | <input type="checkbox"/> Gewalttoleranz im Team/
in der Einrichtung | <input type="checkbox"/> Anforderungen von Aufsichts-
behörden (MDK, FOA etc.) |
| <input type="checkbox"/> <i>Kann ich nicht einschätzen</i> | <input type="checkbox"/> Sonstiges: _____ | |

7 → **Bei Gewalterfahrung durch andere Personen:** Welche Form der Gewalt haben Sie durch **andere Personen** [_____] in den vergangenen zwei Monaten erfahren? *Bitte alles Zutreffende ankreuzen*

	Einmalig	Selten mehr als einmal in den zwei Monaten	Häufig z.B. (fast) wöchentlich	Sehr häufig (fast) in jedem Dienst
Körperliche Gewalt (z.B. grob anfassen, schlagen, kratzen)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Psychische Gewalt (z.B. unangemessen ansprechen, demütigen oder beleidigen)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Finanzielle Ausnutzung (z.B. grundlose Lohnkürzung)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Intime Übergriffe (z.B. sexuelle Andeutungen machen)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sonstiges: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Und was ist Ihrer Meinung nach die **Hauptursache** bei dieser/n Person/en für die Gewalthandlung/en?

Bitte nur eine Antwort ankreuzen!

- | | | |
|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> Personenabhängig
(z.B. persönliche Abneigung) | <input type="checkbox"/> Privater/beruflicher
Stress | <input type="checkbox"/> Gewalttoleranz in der
Einrichtung |
| <input type="checkbox"/> <i>Kann ich nicht einschätzen</i> | <input type="checkbox"/> Sonstiges: _____ | |

C Gewalt gegen Bewohner*innen

8 Können Sie sich an eine oder mehrere Situationen in ihrem Arbeitsalltag der letzten zwei Monate erinnern, in der Bewohner*innen eine demütigende Handlung, Würdeverletzung oder Unterlassung erfahren mussten?

Ja Nein [→ bitte überspringen Sie die folgenden Fragen und machen mit **Abschnitt D** weiter]

→ Falls ja, durch wen? Bitte alles Zutreffende ankreuzen

<input type="checkbox"/> Andere Bewohner*innen	<input type="checkbox"/> [→ bitte beantworten Sie Frage 9]
<input type="checkbox"/> Mitarbeiter*innen	<input type="checkbox"/> [→ bitte beantworten Sie Frage 10]
<input type="checkbox"/> Angehörige	<input type="checkbox"/> [→ bitte beantworten Sie Frage 11]
<input type="checkbox"/> Einrichtungsleitung	<input type="checkbox"/> [→ bitte beantworten Sie Frage 12]
<input type="checkbox"/> Folgende andere Person(en):	<input type="checkbox"/> [→ bitte beantworten Sie Frage 13]

WICHTIG: Bitte beantworten Sie die folgenden Fragen Nr. 9 bis Nr. 13 nur, wenn Sie bei Frage 8 angekreuzt haben, dass Sie Gewalt durch die jeweils genannte Personengruppe erfahren haben!

9 → Bei Gewalterfahrung durch andere Bewohner*innen: Welche Form der Gewalt haben Bewohner*innen durch andere Bewohner*innen in den vergangenen zwei Monaten erfahren? Bitte alles Zutreffende ankreuzen

	Einmalig	Selten mehr als einmal in den zwei Monaten	Häufig z.B. (fast) wöchentlich	Sehr häufig (fast) in jedem Dienst
Körperliche Gewalt (z.B. grob anfassen, schlagen, kratzen)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Psychische Gewalt (z.B. unangemessen ansprechen, demütigen oder beleidigen)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Finanzielle Ausnutzung (z.B. Entwenden von Geld)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Intime Übergriffe (z.B. sexuelle Andeutungen machen)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sonstiges:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Und was ist Ihrer Meinung nach die **Hauptursache** bei anderen Bewohner*innen für diese Gewalthandlung/en?
Bitte nur **eine Antwort** ankreuzen!

<input type="checkbox"/> Medizinische Gründe (z.B. Demenz, Alkoholmissbrauch)	<input type="checkbox"/> Abneigung gegen Mitbewohner*in	<input type="checkbox"/> Charaktereigenschaft
<input type="checkbox"/> Fühlt/e sich vernachlässigt	<input type="checkbox"/> Fühlt/e sich nicht verstanden	<input type="checkbox"/> Gewalttoleranz im Team/ in der Einrichtung
<input type="checkbox"/> Kann ich nicht einschätzen	<input type="checkbox"/> Sonstiges:	

10 → Bei Gewalterfahrung durch Mitarbeiter*innen: Welche Form der Gewalt haben Bewohner*innen durch Mitarbeiter*innen in den vergangenen zwei Monaten erfahren? Bitte alles Zutreffende ankreuzen

	Einmalig	Selten mehr als einmal in den zwei Monaten	Häufig z.B. (fast) wöchentlich	Sehr häufig (fast) in jedem Dienst
Körperliche Gewalt (z.B. grob anfassen, schlagen, kratzen)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Psychische Gewalt (z.B. unangemessen ansprechen, demütigen oder beleidigen)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Finanzielle Ausnutzung (z.B. Entwenden von Geld)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vernachlässigung (z.B. menschliche Bedürfnisse übergehen)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Intime Übergriffe (z.B. sexuelle Andeutungen machen)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sonstiges: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Und was ist Ihrer Meinung nach **die Hauptursache** bei diesen Mitarbeiter*innen für die Gewalthandlung/en?

Bitte nur **eine Antwort** ankreuzen!

- | | | |
|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> Personenabhängig
(z.B. persönliche Abneigung) | <input type="checkbox"/> Beruflicher Stress | <input type="checkbox"/> Privater Stress |
| <input type="checkbox"/> Haftungsangst Verantwortung bei
Schadenfällen | <input type="checkbox"/> Gewalttoleranz im
Team/ in der Einrichtung | <input type="checkbox"/> Anforderungen von Aufsichts-
behörden (MDK, FOA etc.) |
| <input type="checkbox"/> Kann ich nicht einschätzen | <input type="checkbox"/> Sonstiges: _____ | |

11 → Bei Gewalterfahrung durch Angehörige: Welche Form der Gewalt haben Bewohner*innen durch Angehörige in den vergangenen zwei Monaten erfahren? Bitte alles Zutreffende ankreuzen

	Einmalig	Selten mehr als einmal in den zwei Monaten	Häufig z.B. (fast) wöchentlich	Sehr häufig (fast) in jedem Dienst
Körperliche Gewalt (z.B. grob anfassen, schlagen, kratzen)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Psychische Gewalt (z.B. unangemessen ansprechen, demütigen oder beleidigen)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Finanzielle Ausnutzung (z.B. Entwenden von Geld)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vernachlässigung (z.B. menschliche Bedürfnisse übergehen)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Intime Übergriffe (z.B. sexuelle Andeutungen machen)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sonstiges: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Und was ist Ihrer Meinung nach **die Hauptursache** bei diesen Angehörigen für die Gewalthandlung/en?

Bitte nur **eine Antwort** ankreuzen!

- | | | |
|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> Schwierige Beziehung
Bewohner*in & Angehörige*r | <input type="checkbox"/> Privater Stress | <input type="checkbox"/> Zeitmangel in der Einrichtung |
| <input type="checkbox"/> Gewalttoleranz in der Einrichtung | <input type="checkbox"/> Kann ich nicht
einschätzen | <input type="checkbox"/> Sonstiges: _____ |

12 → Bei Gewalterfahrung durch die **Einrichtungsleitung**: Welche Form der Gewalt haben Bewohner*innen durch die **Einrichtungsleitung** in den vergangenen zwei Monaten erfahren? Bitte alles Zutreffende ankreuzen

	Einmalig	Selten mehr als einmal in den zwei Monaten	Häufig z.B. (fast) wöchentlich	Sehr häufig (fast) in jedem Dienst
Körperliche Gewalt (z.B. grob anfassen, schlagen, kratzen)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Psychische Gewalt (z.B. unangemessen ansprechen, demütigen oder beleidigen)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Finanzielle Ausnutzung (z.B. Entwenden von Geld)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vernachlässigung (z.B. menschliche Bedürfnisse übergehen)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Intime Übergriffe (z.B. sexuelle Andeutungen machen)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sonstiges: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Und was ist Ihrer Meinung nach die **Hauptursache** bei der Einrichtungsleitung für diese Gewalthandlung/en?

Bitte nur **eine Antwort** ankreuzen!

- | | | |
|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> Personenabhängig
(z.B. persönliche Abneigung) | <input type="checkbox"/> Beruflicher Stress | <input type="checkbox"/> Privater Stress |
| <input type="checkbox"/> Haftungsangst Verantwortung bei
Schadenfällen | <input type="checkbox"/> Gewalttoleranz im
Team/ in der Einrichtung | <input type="checkbox"/> Anforderungen von Aufsichts-
behörden (MDK, FOA etc.) |
| <input type="checkbox"/> Kann ich nicht einschätzen | <input type="checkbox"/> Sonstiges: _____ | |

13 → Bei Gewalterfahrung durch **andere Personen**: Welche Form der Gewalt haben Bewohner*innen durch **andere Personen** [_____] in den vergangenen zwei Monaten erfahren? Bitte alles Zutreffende ankreuzen

	Einmalig	Selten mehr als einmal in den zwei Monaten	Häufig z.B. (fast) wöchentlich	Sehr häufig (fast) in jedem Dienst
Körperliche Gewalt (z.B. grob anfassen, schlagen, kratzen)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Psychische Gewalt (z.B. unangemessen ansprechen, demütigen oder beleidigen)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Finanzielle Ausnutzung (z.B. Entwenden von Geld)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vernachlässigung (z.B. menschliche Bedürfnisse übergehen)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Intime Übergriffe (z.B. sexuelle Andeutungen machen)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sonstiges: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Und was ist Ihrer Meinung nach die **Hauptursache** bei dieser/n anderen Person/en für die Gewalthandlung/en?

Bitte nur **eine Antwort** ankreuzen!

<input type="checkbox"/> Personenabhängig (z.B. persönliche Abneigung) <input type="checkbox"/> Kann ich nicht einschätzen	<input type="checkbox"/> Privater/beruflicher Stress <input type="checkbox"/> Sonstiges: _____	<input type="checkbox"/> Gewalttoleranz in der Einrichtung
--	--	---

D Gewalt in der Corona-Krise

14 Konnten Sie eine Veränderung bzgl. demütigender Handlungen oder Unterlassungen in der Einrichtung aufgrund der Corona-Krise feststellen?

Ja Nein

→ Bitte beschreiben Sie die Art der Veränderung stichwortartig und nennen ggf. ein Beispiel:

E Handlungssicherheit bei Gewalt

15 Einmal ganz allgemein gefragt: Wenn in Ihrer Einrichtung eine demütigende Handlung, eine Würdeverletzungen oder Unterlassung geschieht: Wissen Sie, was zu tun ist?

Ja, auf jeden Fall
 Eher ja
 kommt darauf an
 Eher nicht
 Nein, auf keinen Fall

Bitte beschreiben Sie stichwortartig, was Sie tun würden:

F Gesundheit im Arbeitsalltag

16 Wie häufig treffen diese Aussagen auf Ihren Arbeitsalltag zu?

	immer	oft	manch mal	selten	nie
Sie können Ihre Aufgaben in Ihrer Arbeitszeit zufriedenstellend erledigen.	<input type="checkbox"/>				
Sie erhalten bei Bedarf Unterstützung von Ihren Arbeitskolleg*innen.	<input type="checkbox"/>				
Sie bekommen ausreichend konstruktives Feedback von Ihrem/ Ihrer Vorgesetzten.	<input type="checkbox"/>				
Sie können Ihre Fertigkeiten und Ihr Fachwissen durch Fort- und Weiterbildungen erweitern.	<input type="checkbox"/>				
Ihr Vorgesetzter/ Ihre Vorgesetzte stellt widersprüchliche Anforderungen an Sie.	<input type="checkbox"/>				
Sie können Ihre Meinung bzgl. Ihrer alltäglichen Arbeitssituationen im beruflichen Umfeld frei äußern.	<input type="checkbox"/>				
Sie können Ihren Arbeitsalltag größtenteils selbstständig strukturieren.	<input type="checkbox"/>				

G Gesundheit und Arbeitsbelastung									
17	In welchem Maße treffen folgende Aussagen auf Ihre Arbeitsbelastung und -beanspruchung zu?								
		in sehr hohem Ausmaß	in hohem Ausmaß	zum Teil	in geringem Ausmaß	in sehr geringem Ausmaß			
	Die Anforderungen Ihrer Arbeit haben einen negativen Einfluss auf Ihr Privatleben..	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
	Sie können mit Krisen in Ihren Arbeitsalltag gut umgehen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
	Sie haben das Gefühl, dass Sie mit Ihrer Arbeit etwas Sinnvolles tun.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
	Wenn Sie an Ihren Beruf denken fühlen Sie sich motiviert und optimistisch.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
	Es kommt vor, dass Ihre Arbeit Sie seelisch und emotional stark belastet.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
	Sie sind mit den körperlichen Arbeitsbedingungen zufrieden..	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
	Sie können sich nach einer anstrengenden Schicht ausruhen und neue Energie schöpfen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Es kommt vor, dass Sie während Ihrer Arbeit gereizt reagieren.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
H Gesundheitszustand									
18	Wie würden Sie aktuell Ihren allgemeinen Gesundheitszustand einschätzen? <i>Bitte wählen Sie eine Zahl zwischen 0 und 10. Null ist hierbei der schlechteste, denkbare Gesundheitszustand und zehn stellt den besten, denkbaren Zustand dar.</i>								
	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 7	<input type="checkbox"/> 8	<input type="checkbox"/> 9
19	Wie würden Sie aktuell Ihren psychischen Gesundheitszustand einschätzen? <i>Bitte wählen Sie eine Zahl zwischen 0 und 10. Null ist hierbei der schlechteste, denkbare Gesundheitszustand und zehn stellt den besten, denkbaren Zustand dar.</i>								
	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 7	<input type="checkbox"/> 8	<input type="checkbox"/> 9
20	Wie sehr wurde Ihr psychischer Gesundheitszustand in den letzten Monaten durch die Corona-Situation beeinflusst? <i>Wählen Sie eine Antwortmöglichkeit von stark negativ (--) bis stark positiv (++) beeinflusst an</i>								
	<input type="checkbox"/> stark negativ --	<input type="checkbox"/> negativ beeinflusst -	<input type="checkbox"/> gar nicht 0	<input type="checkbox"/> positiv beeinflusst +	<input type="checkbox"/> stark positiv ++				
I Fragen zu Ihrer Person									
Fast geschafft! Für die Statistik würden wir Sie noch um ein paar Angaben zu Ihrer Person bitten, die wir selbstverständlich vertraulich behandeln.									

21	In welche Altersgruppe gehören Sie?					
	<input type="checkbox"/> Bis 30 Jahre	<input type="checkbox"/> 30 – 50 Jahre	<input type="checkbox"/> Über 50 Jahre			
22	Welchem Geschlecht ordnen Sie sich zu?					
	<input type="checkbox"/> Weiblich	<input type="checkbox"/> Männlich	<input type="checkbox"/> Divers			
23	In welchem Bereich sind Sie vor allem tätig?					
	<input type="checkbox"/> Pflege	<input type="checkbox"/> Betreuung	<input type="checkbox"/> Hauswirtschaft	<input type="checkbox"/> Reinigung	<input type="checkbox"/> Verwaltung	<input type="checkbox"/> Management
24	Zu welcher Berufsgruppe gehören Sie?					
	<input type="checkbox"/> Fachkraft	<input type="checkbox"/> Hilfskraft	<input type="checkbox"/> Auszubildende/r	<input type="checkbox"/> Führungskraft	<input type="checkbox"/> Ehrenamtliche/r	
25	An einem durchschnittlichen Arbeitstag: Zu wie viel Prozent sind Sie im direkten Kontakt zu den Bewohner*innen?					
	<input type="checkbox"/> 100 %	<input type="checkbox"/> 75 % – 99 %	<input type="checkbox"/> 50 % – 74 %	<input type="checkbox"/> 25 % – 49 %	<input type="checkbox"/> Weniger als 25 %	
26	Zu wie viel Prozent arbeiten Sie im stationären Bereich? <i>Bitte geben Sie ihren vertraglich vereinbarten Arbeitsumfang an.</i>					
	100 %	75 % - 99 %	50 % – 74 %	25 % – 49 %	Weniger als 25 %	

Vielen Dank für Ihr Durchhaltevermögen und für die Teilnahme an der Befragung!



Für Rückfragen stehen wir Ihnen gerne zur Verfügung:

	<p>Hanna Batzoni Projektkoordination Hochschule München batzoni@gesund-gewaltfrei.bayern</p>
	<p>Vanadis Götz Projektkoordination Hans-Weinberger-Akademie der AWO e.V. goetz@gesund-gewaltfrei.bayern</p>
	<p>Hannah Nebel Projektkoordination AGP Sozialforschung nebel@gesund-gewaltfrei.bayern</p>

Projekträger



Das Projekt umfasst Präventionsmaßnahmen für Pflegekräfte sowie für Bewohnerinnen und Bewohner vollstationärer Pflegeeinrichtungen und wird gefördert von gesetzlichen Kranken- und Pflegekassen in Bayern.



Zweite Befragung

im Projekt

„Gesundheitsförderung und Gewaltprävention in Pflegeheimen“



Projektträger



Das Projekt umfasst Präventionsmaßnahmen für Mitarbeitende sowie für Bewohnerinnen und Bewohner vollstationärer Pflegeeinrichtungen und wird gefördert von gesetzlichen Kranken- und Pflegekassen in Bayern.



A Bewertung Gewalt						
1	Inwiefern bewerten Sie folgende Aussagen als demütigende Handlung, Würdeverletzung oder Unterlassung?					
	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"/>
	Frau B. besucht ihre Mutter Frau XB in der Pflegeeinrichtung. Während der Mitarbeiterin Frau XB mobilisiert, bemerkt Frau B.: „Na, da hat meine Mutter aber Glück, dass sie von so einem knackigen Mann umsorgt wird.“	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Frau E. geht mit einer Begleitung spazieren und bittet diese, mit ihrem Geld für 3,70€ eine Zeitung zu kaufen. Die Begleitung geht zum Kiosk, überreicht 4€ und sagt: „Stimmt so“.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Die an Demenz erkrankte Frau H. beißt die Mitarbeiterin beim Anziehen des Schlafanzugs in die Hand.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Herr I. steht vermehrt auf und irrt umher. Der Mitarbeiter beruhigt Herrn I., erkundigt sich nach seinen Bedürfnissen und begleitet ihn untergehakt an einen vertrauten Ort.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Frau J. hat gewöhnlich um 20 Uhr zur Tagesschau Abendbrot gegessen. In der Pflegeeinrichtung muss sie sich nun an die festen Esszeiten halten und bereits um 18 Uhr ihr Abendessen einnehmen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Die Pflege- und Tagesstrukturplanung für Frau M. wird von den verantwortlichen Mitarbeitenden gemeinsam mit Frau M. und ihren Söhnen besprochen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Herr N. erhält Besuch von seiner Tochter und wünscht das Mittagessen erst nach dem Besuch einzunehmen. Die diensthabende Mitarbeiterin bringt ihm das kalte Mittagessen nach Besuchsende.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Die Mitarbeiterin hilft der gangunsicheren Frau O. auf die Toilette und verlässt das Zimmer. 30 Minuten später kommt die Mitarbeiterin wieder, um Frau O. von der Toilette zu helfen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Herr Q. wird mit Hinweis auf die Coronaverordnung und den Infektionsschutzvorgaben daran gehindert, das Heim zu verlassen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

B Eigene Gewalterfahrung(en)

2 Können Sie sich an eine oder mehrere Situationen in ihrem Arbeitsalltag der letzten zwei Monate erinnern, in der Sie persönlich eine demütigende Handlung, Würdeverletzung oder Unterlassung erfahren mussten?

Ja Nein [→ bitte überspringen Sie die folgenden Fragen und machen mit **Abschnitt C** weiter]

→ Falls ja, durch wen? Bitte alles Zutreffende ankreuzen

- Bewohner*innen [→ bitte beantworten Sie Frage 3]
- Kolleg*innen [→ bitte beantworten Sie Frage 4]
- Angehörige [→ bitte beantworten Sie Frage 5]
- Vorgesetzte/r [→ bitte beantworten Sie Frage 6]
- Folgende andere Person(en): [→ bitte beantworten Sie Frage 7]

3 → Bei Gewalterfahrung durch Bewohner*innen: Welche Form der Gewalt haben Sie durch Bewohner*innen in den vergangenen zwei Monaten erfahren? Bitte alles Zutreffende ankreuzen

	Einmalig	Selten mehr als einmal in den zwei Monaten	Häufig z.B. (fast) wöchentlich	Sehr häufig (fast) in jedem Dienst
Körperliche Gewalt (z.B. grob anfassen, schlagen, kratzen)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Psychische Gewalt (z.B. unangemessen ansprechen, demütigen oder beleidigen)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Finanzielle Ausnutzung (z.B. um Geschenke/ Besorgungen bitten)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Intime Übergriffe (z.B. sexuelle Andeutungen machen)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sonstiges: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

4 → Bei Gewalterfahrung durch Kolleg*innen: Welche Form der Gewalt haben Sie durch Kolleg*innen in den vergangenen zwei Monaten erfahren? Bitte alles Zutreffende ankreuzen

	Einmalig	Selten mehr als einmal in den zwei Monaten	Häufig z.B. (fast) wöchentlich	Sehr häufig (fast) in jedem Dienst
Körperliche Gewalt (z.B. grob anfassen, schlagen, kratzen)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Psychische Gewalt (z.B. unangemessen ansprechen, demütigen oder beleidigen)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Finanzielle Ausnutzung (z.B. Entwenden von Geld)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Intime Übergriffe (z.B. sexuelle Andeutungen machen)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sonstiges: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

5 → Bei Gewalterfahrung durch Angehörige: Welche Form der Gewalt haben Sie durch Angehörige in den vergangenen zwei Monaten erfahren? Bitte alles Zutreffende ankreuzen

	Einmalig	Selten mehr als einmal in den zwei Monaten	Häufig z.B. (fast) wöchentlich	Sehr häufig (fast) in jedem Dienst
Körperliche Gewalt (z.B. grob anfassen, schlagen, kratzen)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Psychische Gewalt (z.B. unangemessen ansprechen, demütigen oder beleidigen)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Finanzielle Ausnutzung (z.B. Entwenden von Geld)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Intime Übergriffe (z.B. sexuelle Andeutungen machen)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sonstiges:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

6 → Bei Gewalterfahrung durch Vorgesetzte: Welche Form der Gewalt haben Sie durch Ihre/n Vorgesetzte/n in den vergangenen zwei Monaten erfahren? Bitte alles Zutreffende ankreuzen

	Einmalig	Selten mehr als einmal in den zwei Monaten	Häufig z.B. (fast) wöchentlich	Sehr häufig (fast) in jedem Dienst
Körperliche Gewalt (z.B. grob anfassen, schlagen, kratzen)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Psychische Gewalt (z.B. unangemessen ansprechen, demütigen oder beleidigen)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Finanzielle Ausnutzung (z.B. grundlose Lohnkürzung)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Intime Übergriffe (z.B. sexuelle Andeutungen machen)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sonstiges:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

7 → Bei Gewalterfahrung durch andere Personen: Welche Form der Gewalt haben Sie durch andere Personen [] in den vergangenen zwei Monaten erfahren? Bitte alles Zutreffende ankreuzen

	Einmalig	Selten mehr als einmal in den zwei Monaten	Häufig z.B. (fast) wöchentlich	Sehr häufig (fast) in jedem Dienst
Körperliche Gewalt (z.B. grob anfassen, schlagen, kratzen)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Psychische Gewalt (z.B. unangemessen ansprechen, demütigen oder beleidigen)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Finanzielle Ausnutzung (z.B. grundlose Lohnkürzung)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Intime Übergriffe (z.B. sexuelle Andeutungen machen)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sonstiges:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

C Gewalt gegen Bewohner*innen

8 Können Sie sich an eine oder mehrere Situationen in ihrem Arbeitsalltag der letzten zwei Monate erinnern, in der Bewohner*innen eine demütigende Handlung, Würdeverletzung oder Unterlassung erfahren mussten?

Ja Nein [→ bitte überspringen Sie die folgenden Fragen und machen mit **Abschnitt D** weiter]

→ Falls ja, durch wen? Bitte alles Zutreffende ankreuzen

- Andere Bewohner*innen [→ bitte beantworten Sie Frage 9]
- Mitarbeiter*innen [→ bitte beantworten Sie Frage 10]
- Angehörige [→ bitte beantworten Sie Frage 11]
- Einrichtungsleitung [→ bitte beantworten Sie Frage 12]
- Folgende andere Person(en): [→ bitte beantworten Sie Frage 13]

9 → Bei Gewalterfahrung durch andere Bewohner*innen: Welche Form der Gewalt haben Bewohner*innen durch andere Bewohner*innen in den vergangenen zwei Monaten erfahren? Bitte alles Zutreffende ankreuzen

	Einmalig	Selten mehr als einmal in den zwei Monaten	Häufig z.B. (fast) wöchentlich	Sehr häufig (fast) in jedem Dienst
Körperliche Gewalt (z.B. grob anfassen, schlagen, kratzen)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Psychische Gewalt (z.B. unangemessen ansprechen, demütigen oder beleidigen)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Finanzielle Ausnutzung (z.B. Entwenden von Geld)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Intime Übergriffe (z.B. sexuelle Andeutungen machen)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sonstiges: <hr/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

10 → **Bei Gewalterfahrung durch Mitarbeiter*innen:** Welche Form der Gewalt haben Bewohner*innen durch Mitarbeiter*innen in den vergangenen zwei Monaten erfahren? *Bitte alles Zutreffende ankreuzen*

	Einmalig	Selten mehr als einmal in den zwei Monaten	Häufig z.B. (fast) wöchentlich	Sehr häufig (fast) in jedem Dienst
Körperliche Gewalt (z.B. grob anfassen, schlagen, kratzen)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Psychische Gewalt (z.B. unangemessen ansprechen, demütigen oder beleidigen)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Finanzielle Ausnutzung (z.B. Entwenden von Geld)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vernachlässigung (z.B. menschliche Bedürfnisse übergehen)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Intime Übergriffe (z.B. sexuelle Andeutungen machen)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sonstiges: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

11 → **Bei Gewalterfahrung durch Angehörige:** Welche Form der Gewalt haben Bewohner*innen durch Angehörige in den vergangenen zwei Monaten erfahren? *Bitte alles Zutreffende ankreuzen*

	Einmalig	Selten mehr als einmal in den zwei Monaten	Häufig z.B. (fast) wöchentlich	Sehr häufig (fast) in jedem Dienst
Körperliche Gewalt (z.B. grob anfassen, schlagen, kratzen)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Psychische Gewalt (z.B. unangemessen ansprechen, demütigen oder beleidigen)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Finanzielle Ausnutzung (z.B. Entwenden von Geld)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vernachlässigung (z.B. menschliche Bedürfnisse übergehen)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Intime Übergriffe (z.B. sexuelle Andeutungen machen)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sonstiges: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

12 → **Bei Gewalterfahrung durch die Einrichtungsleitung:** Welche Form der Gewalt haben Bewohner*innen durch die **Einrichtungsleitung** in den vergangenen zwei Monaten erfahren? *Bitte alles Zutreffende ankreuzen*

	Einmalig	Selten mehr als einmal in den zwei Monaten	Häufig z.B. (fast) wöchentlich	Sehr häufig (fast) in jedem Dienst
Körperliche Gewalt (z.B. grob anfassen, schlagen, kratzen)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Psychische Gewalt (z.B. unangemessen ansprechen, demütigen oder beleidigen)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Finanzielle Ausnutzung (z.B. Entwenden von Geld)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vernachlässigung (z.B. menschliche Bedürfnisse übergehen)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Intime Übergriffe (z.B. sexuelle Andeutungen machen)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sonstiges: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

13 → **Bei Gewalterfahrung durch andere Personen:** Welche Form der Gewalt haben Bewohner*innen durch **andere Personen** [_____] in den vergangenen zwei Monaten erfahren? *Bitte alles Zutreffende ankreuzen*

	Einmalig	Selten mehr als einmal in den zwei Monaten	Häufig z.B. (fast) wöchentlich	Sehr häufig (fast) in jedem Dienst
Körperliche Gewalt (z.B. grob anfassen, schlagen, kratzen)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Psychische Gewalt (z.B. unangemessen ansprechen, demütigen oder beleidigen)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Finanzielle Ausnutzung (z.B. Entwenden von Geld)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vernachlässigung (z.B. menschliche Bedürfnisse übergehen)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Intime Übergriffe (z.B. sexuelle Andeutungen machen)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sonstiges: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

D Gewalt in der Corona-Krise

14 In der ersten Befragung im Herbst 2020 haben Sie bzw. Ihre Kolleg*innen uns über Veränderungen in Ihrer Einrichtung durch die Corona-Krise berichtet. Im Vergleich zum letzten Herbst: Hat sich die Situation bei Ihnen in der Einrichtung verändert – insbesondere was die Themen des Projektes betrifft?

Ja Nein

→ Bitte beschreiben Sie die Art der Veränderung stichwortartig und nennen ggf. ein Beispiel:

E Handlungssicherheit bei Gewalt

15 Einmal ganz allgemein gefragt: Wenn in Ihrer Einrichtung eine demütigende Handlung, eine Würdeverletzung oder Unterlassung geschieht: Wissen Sie, was zu tun ist?

Ja, auf jeden Fall
 Eher ja
 kommt darauf an
 Eher nicht
 Nein, auf keinen Fall

Bitte beschreiben Sie stichwortartig, was Sie tun würden:

F Gesundheit und Arbeitsbelastung

16 In welchem Maße treffen folgende Aussagen auf Ihre Arbeitsbelastung und -beanspruchung zu?

	in sehr hohem Ausmaß	in hohem Ausmaß	zum Teil	in geringem Ausmaß	in sehr geringem Ausmaß
Die Anforderungen Ihrer Arbeit haben einen negativen Einfluss auf Ihr Privatleben.	<input type="checkbox"/>				
Sie können mit Krisen in Ihren Arbeitsalltag gut umgehen.	<input type="checkbox"/>				
Sie haben das Gefühl, dass Sie mit Ihrer Arbeit etwas Sinnvolles tun.	<input type="checkbox"/>				
Wenn Sie an Ihren Beruf denken fühlen Sie sich motiviert und optimistisch.	<input type="checkbox"/>				
Es kommt vor, dass Ihre Arbeit Sie seelisch und emotional stark belastet.	<input type="checkbox"/>				
Sie sind mit den körperlichen Arbeitsbedingungen zufrieden.	<input type="checkbox"/>				
Sie können sich nach einer anstrengenden Schicht ausruhen und neue Energie schöpfen.	<input type="checkbox"/>				
Es kommt vor, dass Sie während Ihrer Arbeit gereizt reagieren.	<input type="checkbox"/>				

H Gesundheitszustand

17 Wie würden Sie aktuell Ihren allgemeinen Gesundheitszustand einschätzen?
 Bitte wählen Sie eine Zahl zwischen 1 und 10. Null ist hierbei der schlechteste, denkbare Gesundheitszustand und zehn stellt den besten, denkbaren Zustand dar.

1
 2
 3
 4
 5
 6
 7
 8
 9
 10

18 Wie würden Sie aktuell Ihren psychischen Gesundheitszustand einschätzen?
 Bitte wählen Sie eine Zahl zwischen 1 und 10. Null ist hierbei der schlechteste, denkbare Gesundheitszustand und zehn stellt den besten, denkbaren Zustand dar.

1
 2
 3
 4
 5
 6
 7
 8
 9
 10

I Fragen zu Ihrer Person

Fast geschafft! Für die Statistik würden wir Sie noch um ein paar Angaben zu Ihrer Person bitten, die wir selbstverständlich vertraulich behandeln.

19 In welche Altersgruppe gehören Sie?

<input type="checkbox"/> Bis 30 Jahre	<input type="checkbox"/> 30 – 50 Jahre	<input type="checkbox"/> Über 50 Jahre
---------------------------------------	--	--

20 Welchem Geschlecht ordnen Sie sich zu?

<input type="checkbox"/> Weiblich	<input type="checkbox"/> Männlich	<input type="checkbox"/> Divers
-----------------------------------	-----------------------------------	---------------------------------

21 In welchem Bereich sind Sie vor allem tätig?

<input type="checkbox"/> Pflege	<input type="checkbox"/> Betreuung	<input type="checkbox"/> Hauswirtschaft	<input type="checkbox"/> Reinigung	<input type="checkbox"/> Verwaltung	<input type="checkbox"/> Management
---------------------------------	------------------------------------	---	------------------------------------	-------------------------------------	-------------------------------------

22 Zu welcher Berufsgruppe gehören Sie?

<input type="checkbox"/> Fachkraft	<input type="checkbox"/> Hilfskraft	<input type="checkbox"/> Auszubildende/r	<input type="checkbox"/> Führungskraft	<input type="checkbox"/> Ehrenamtliche/r
------------------------------------	-------------------------------------	--	--	--

23 An einem durchschnittlichen Arbeitstag: Zu wie viel Prozent sind Sie im direkten Kontakt zu den Bewohner*innen?

<input type="checkbox"/> 100 %	<input type="checkbox"/> 75 % – 99 %	<input type="checkbox"/> 50 % – 74 %	<input type="checkbox"/> 25 % – 49 %	<input type="checkbox"/> Weniger als 25 %
--------------------------------	--------------------------------------	--------------------------------------	--------------------------------------	---

24 Zu wie viel Prozent arbeiten Sie im stationären Bereich?
Bitte geben Sie ihren vertraglich vereinbarten Arbeitsumfang an.

<input type="checkbox"/> 100 %	<input type="checkbox"/> 75 % - 99 %	<input type="checkbox"/> 50 % – 74 %	<input type="checkbox"/> 25 % – 49 %	<input type="checkbox"/> Weniger als 25 %
--------------------------------	--------------------------------------	--------------------------------------	--------------------------------------	---

Vielen Dank für Ihr Durchhaltevermögen und für die Teilnahme an der Befragung!



Für Rückfragen stehen wir Ihnen gerne zur Verfügung:

	<p>Hanna Batzoni Projektkoordination Hochschule München batzoni@gesund-gewaltfrei.bayern</p>
	<p>Vanadis Götze Projektkoordination Hans-Weinberger-Akademie der AWO e.V. goetz@gesund-gewaltfrei.bayern</p>
	<p>Hannah Nebel Projektkoordination AGP Sozialforschung nebel@gesund-gewaltfrei.bayern</p>

Projektträger



Das Projekt umfasst Präventionsmaßnahmen für Mitarbeitende sowie für Bewohnerinnen und Bewohner vollstationärer Pflegeeinrichtungen und wird gefördert von gesetzlichen Kranken- und Pflegekassen in Bayern.



Dritte Befragung

im Projekt

„Gesundheitsförderung und Gewaltprävention in Pflegeheimen“



Projektträger



Das Projekt umfasst Präventionsmaßnahmen für Mitarbeitende sowie für Bewohnerinnen und Bewohner vollstationärer Pflegeeinrichtungen und wird gefördert von gesetzlichen Kranken- und Pflegekassen in Bayern.





A	Aktuelle Belastungen und Herausforderungen
1	<p>Wir haben im Projekt gehört, dass die Belastung für Sie als Mitarbeitende in den Pflegeeinrichtungen aktuell sehr hoch sind. Wie ist das für Sie persönlich? Was belastet Sie aktuell am meisten?</p> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>
B	Eigene Gewalterfahrung(en)
2	<p>Können Sie sich an eine oder mehrere Situationen in ihrem Arbeitsalltag der letzten zwei Monate erinnern, in der Sie <u>persönlich</u> eine Form von Gewalt erfahren haben? <i>Als Formen von Gewalt verstehen wir z.B. demütigende Handlung, Würdeverletzung oder Unterlassung.</i></p> <p><input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein</p> <p>→ Falls ja, durch wen? Bitte alles Zutreffende ankreuzen</p> <p><input type="checkbox"/> Bewohner*innen</p> <p><input type="checkbox"/> Kolleg*innen</p> <p><input type="checkbox"/> Angehörige</p> <p><input type="checkbox"/> Vorgesetzte/r</p> <p><input type="checkbox"/> Folgende andere Person(en): _____</p> <hr/> <p>Welche Form der Gewalt haben Sie in den vergangenen zwei Monaten erfahren? <i>Bitte alles Zutreffende ankreuzen</i></p> <p><input type="checkbox"/> Körperliche Gewalt (z.B. grob anfassen, schlagen, kratzen)</p> <p><input type="checkbox"/> Psychische Gewalt (z.B. unangemessen ansprechen, demütigen oder beileidigen)</p> <p><input type="checkbox"/> Finanzielle Ausnutzung (z.B. um Geschenke/ Besorgungen bitten)</p> <p><input type="checkbox"/> Intime Übergriffe (z.B. sexuelle Andeutungen machen)</p> <p><input type="checkbox"/> Sonstiges: _____</p>

C Gewalt gegen Bewohner*innen

3 Können Sie sich an eine oder mehrere Situationen in ihrem Arbeitsalltag der letzten zwei Monate erinnern, in der Bewohner*innen eine Form von Gewalt erfahren haben?

Als Formen von Gewalt verstehen wir z.B. demütigende Handlung, Würdeverletzung oder Unterlassung.

Ja Nein

→ **Falls ja, durch wen? Bitte alles Zutreffende ankreuzen**

- Andere Bewohner*innen
- Mitarbeiter*innen
- Angehörige
- Einrichtungsleitung
- Folgende andere Person(en): _____

Welche Form der Gewalt haben Bewohner*innen in den vergangenen zwei Monaten erfahren?

- Körperliche Gewalt (z.B. grob anfassen, schlagen, kratzen)
- Psychische Gewalt (z.B. unangemessen ansprechen, demütigen oder beleidigen)
- Finanzielle Ausnutzung (z.B. Entwenden von Geld)
- Vernachlässigung (z.B. menschliche Bedürfnisse übergehen)
- Intime Übergriffe (z.B. sexuelle Andeutungen machen)
- Sonstiges: _____

D Gewalt und Gesundheit in der Einrichtung

4 Wissen Sie von der Teilnahme Ihrer Einrichtung am Projekt „Pflege in Bayern. Gesund & gewaltfrei“? Bitte alles Zutreffende ankreuzen.

- Nein. Davon lese ich zum ersten Mal.
- Ja. Ich habe davon gehört. Aber ich weiß nicht was dort genau passiert.
- Ja. Ich kenne das Projekt gut.
- Ja. Ich bin am Projekt beteiligt (z.B. in der Fokusgruppe).
- Ja. Ich habe an einer Schulung teilgenommen.

Das Projekt startete im Jahr 2020 – für manche in 2021. Gab es seitdem in Ihrer Einrichtung Veränderungen, wenn Sie an die Themen „Gewalt“ und „Gesundheit“ denken?

Ja Nein Kann ich nicht sagen

→ **Falls ja, was? Bitte alles Zutreffende ankreuzen**

- Neue Gesundheitsangebote
- erhöhte Achtsamkeit für die eigene Gesundheit
- Aufklärung über Gewalt
- weniger Gewaltereignisse
- Fortbildungen im Bereich Gewalt
- Sensiblerer Umgang mit Bewohner*innen
- verbesserte Kommunikation mit Angehörigen
- Verbesserte Kommunikation im Team
- Fortbildungen im Bereich Gesundheit

Sonstige Fortbildung: _____

Sonstiges: _____

Sonstiges: _____

E Handlungssicherheit bei Gewalt

5 Wenn Sie in Ihrer Einrichtung Formen von Gewalt bemerken: Wissen Sie, was zu tun ist?

Ja, auf jeden Fall
 Eher ja
 kommt darauf an
 Eher nicht
 Nein, auf keinen Fall

Bitte beschreiben Sie stichwortartig, was Sie tun würden:

F Gesundheitszustand

6 Wie würden Sie aktuell Ihren allgemeinen Gesundheitszustand einschätzen?
Bitte wählen Sie eine Zahl zwischen 1 und 10. Null ist hierbei der schlechteste, denkbare Gesundheitszustand und zehn stellt den besten, denkbaren Zustand dar.

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

7 Wie würden Sie aktuell Ihren psychischen Gesundheitszustand einschätzen?
Bitte wählen Sie eine Zahl zwischen 1 und 10. Null ist hierbei der schlechteste, denkbare Gesundheitszustand und zehn stellt den besten, denkbaren Zustand dar.

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

G Bewertung Gewalt

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

Aussagen					
	Auf jeden Fall demütigen d etc.	Eher ja	Kommt darauf an	Eher nicht	Auf keinen Fall demütigen d etc.
Frau B. besucht ihre Mutter Frau XB in der Pflegeeinrichtung. Während der Mitarbeiter Frau XB mobilisiert, bemerkt Frau B.: „Na, da hat meine Mutter aber Glück, dass sie von so einem knackigen Mann umsorgt wird.“	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Frau E. geht mit einer Begleitung spazieren und bittet diese, mit ihrem Geld für 3,70€ eine Zeitung zu kaufen. Die Begleitung geht zum Kiosk, überreicht 4€ und sagt: „Stimmt so“.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Die an Demenz erkrankte Frau H. beißt die Mitarbeiterin beim Anziehen des Schlafanzugs in die Hand.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Herr I. steht vermehrt auf und irrt umher. Der Mitarbeiter beruhigt Herrn I., erkundigt sich nach seinen Bedürfnissen und begleitet ihn untergehakt an einen vertrauten Ort.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Herr N. erhält Besuch von seiner Tochter und wünscht das Mittagessen erst nach dem Besuch einzunehmen. Die diensthabende Mitarbeiterin bringt ihm das kalte Mittagessen nach Besuchsende.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

H	Fragen zu Ihrer Person					
	Fast geschafft! Für die Statistik würden wir Sie noch um ein paar Angaben zu Ihrer Person bitten, die wir selbstverständlich vertraulich behandeln.					
9	In welche Altersgruppe gehören Sie?					
	<input type="checkbox"/> Bis 30 Jahre	<input type="checkbox"/> 30 – 50 Jahre	<input type="checkbox"/> Über 50 Jahre			
10	Welchem Geschlecht ordnen Sie sich zu?					
	<input type="checkbox"/> Weiblich	<input type="checkbox"/> Männlich	<input type="checkbox"/> Divers			
11	In welchen Bereichen sind Sie vor allem tätig?					
	<input type="checkbox"/> Pflege	<input type="checkbox"/> Betreuung	<input type="checkbox"/> Hauswirtschaft	<input type="checkbox"/> Reinigung	<input type="checkbox"/> Verwaltung	<input type="checkbox"/> Management
12	Zu welchen Berufsgruppen gehören Sie?					
	<input type="checkbox"/> Fachkraft	<input type="checkbox"/> Hilfskraft	<input type="checkbox"/> Auszubildende/r	<input type="checkbox"/> Führungskraft	<input type="checkbox"/> Ehrenamtliche/r	
13	Und abschließend noch die Frage: Haben Sie an einer der beiden vorangegangenen Projekt-Befragungen teilgenommen?					
	<input type="checkbox"/> Befragung Herbst 2020	<input type="checkbox"/> Befragung Herbst 2021		<input type="checkbox"/> Nein		

Vielen Dank für Ihr Durchhaltevermögen und für die Teilnahme an der Befragung!



Für Rückfragen stehen wir Ihnen gerne zur Verfügung:

	<p>Hanna Batzoni Projektkoordination Hochschule München batzoni@gesund-gewaltfrei.bayern</p>
	<p>Vanadis Götz Projektkoordination Hans-Weinberger-Akademie der AWO e.V. goetz@gesund-gewaltfrei.bayern</p>
	<p>Hannah Nebel Projektkoordination AGP Sozialforschung nebel@gesund-gewaltfrei.bayern</p>

Projektträger



Das Projekt umfasst Präventionsmaßnahmen für Mitarbeitende sowie für Bewohnerinnen und Bewohner vollstationärer Pflegeeinrichtungen und wird gefördert von gesetzlichen Kranken- und Pflegekassen in Bayern.

Abschlussbefragung

im Projekt

„Gesundheitsförderung und Gewaltprävention in Pflegeheimen“



Projektträger



Das Projekt umfasst Präventionsmaßnahmen für Mitarbeitende sowie für Bewohnerinnen und Bewohner vollstationärer Pflegeeinrichtungen und wird gefördert von gesetzlichen Kranken- und Pflegekassen in Bayern.



A Aktuelle Belastungen und Herausforderungen						
1	Im letzten Fragebogen (Herbst 2022) hat über die Hälfte von Ihnen angegeben, dass der Personalmangel Sie aktuell stark belastet. Aber auch andere Gründe wurden für eine starke Belastung genannt. Wie ist das mit den folgenden Aussagen. Treffen diese auf Ihre Arbeitsbelastung und -beanspruchung zu?					
		JA, in sehr hohem Ausmaß	JA, in hohem Ausmaß	zum Teil	NEIN, in geringe m Ausmaß	NEIN, in sehr geringe m Ausmaß
	Die Anforderungen Ihrer Arbeit haben einen negativen Einfluss auf Ihr Privatleben.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Sie können mit Krisen in Ihrem Arbeitsalltag gut umgehen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Sie haben das Gefühl, dass Sie mit Ihrer Arbeit etwas Sinnvolles tun.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Wenn Sie an Ihren Beruf denken fühlen Sie sich motiviert und optimistisch.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Es kommt vor, dass Ihre Arbeit Sie seelisch und emotional stark belastet.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Sie sind mit den körperlichen Arbeitsbedingungen zufrieden..	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Sie können sich nach einer anstrengenden Schicht ausruhen und neue Energie schöpfen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Es kommt vor, dass Sie während Ihrer Arbeit gereizt reagieren.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

B Eigene Gewalterfahrung(en)

2 Können Sie sich an eine oder mehrere Situationen in ihrem Arbeitsalltag der letzten zwei Monate erinnern, in der Sie persönlich eine Form von Gewalt erfahren haben?

Als Formen von Gewalt verstehen wir z.B. demütigende Handlung, Würdeverletzung oder Unterlassung.

Ja Nein

→ **Falls ja, durch wen? Bitte alles Zutreffende ankreuzen**

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Bewohner*innen | <input type="checkbox"/> Angehörige |
| <input type="checkbox"/> Kolleg*innen | <input type="checkbox"/> Vorgesetzte/r |
| <input type="checkbox"/> Folgende andere Person(en): _____ | |

Welche Form der Gewalt haben Sie in den vergangenen zwei Monaten erfahren?
Bitte alles Zutreffende ankreuzen

- Körperliche Gewalt (z.B. grob anfassen, schlagen, kratzen)
- Psychische Gewalt (z.B. unangemessen ansprechen, demütigen oder beleidigen)
- Finanzielle Ausnutzung (z.B. um Geschenke/ Besorgungen bitten)
- Intime Übergriffe (z.B. sexuelle Andeutungen machen)
- Sonstiges: _____

C Gewalt gegen Bewohner*innen

3 Können Sie sich an eine oder mehrere Situationen in ihrem Arbeitsalltag der letzten zwei Monate erinnern, in der Bewohner*innen eine Form von Gewalt erfahren haben?

Als Formen von Gewalt verstehen wir z.B. demütigende Handlung, Würdeverletzung oder Unterlassung.

Ja Nein

→ **Falls ja, durch wen? Bitte alles Zutreffende ankreuzen**

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Andere Bewohner*innen | <input type="checkbox"/> Angehörige |
| <input type="checkbox"/> Mitarbeiter*innen | <input type="checkbox"/> Einrichtungsleitung |
| <input type="checkbox"/> Folgende andere Person(en): _____ | |

Welche Form der Gewalt haben Bewohner*innen in den vergangenen zwei Monaten erfahren?

- Körperliche Gewalt (z.B. grob anfassen, schlagen, kratzen)
- Psychische Gewalt (z.B. unangemessen ansprechen, demütigen oder beleidigen)
- Finanzielle Ausnutzung (z.B. Entwenden von Geld)
- Vernachlässigung (z.B. menschliche Bedürfnisse übergehen)
- Intime Übergriffe (z.B. sexuelle Andeutungen machen)
- Sonstiges: _____

D	Gewalt und Gesundheit in der Einrichtung										
4	<p>Wissen Sie von der Teilnahme Ihrer Einrichtung am Projekt „Pflege in Bayern. Gesund & gewaltfrei“? Bitte alles Zutreffende ankreuzen.</p> <p><input type="checkbox"/> Nein. Davon lese ich zum ersten Mal.</p> <p><input type="checkbox"/> Ja. Ich habe davon gehört. Aber ich weiß nicht was dort genau passiert. <input type="checkbox"/> Ja. Ich bin am Projekt beteiligt (z.B. in der Fokusgruppe).</p> <p><input type="checkbox"/> Ja. Ich kenne das Projekt gut. <input type="checkbox"/> Ja. Ich habe an einer Schulung teilgenommen.</p> <p>Das Projekt endet nun im Sommer 2023. Ist das Motto „gesund & gewaltfrei“ weiterhin bei Ihnen Thema?</p> <p><input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Kann ich nicht sagen</p> <p>→ Falls ja, wie? Bitte alles Zutreffende ankreuzen</p> <table border="0"> <tr> <td><input type="checkbox"/> Gesundheitsangebote (z.B. Yoga, Entspannung, Sport etc.)</td> <td><input type="checkbox"/> verbesserte Kommunikation mit Angehörigen</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Achtsamkeit für die eigene Gesundheit</td> <td><input type="checkbox"/> Sensiblerer Umgang mit Bewohner*innen</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Aufklärung über Gewalt</td> <td><input type="checkbox"/> Verbesserte Kommunikation im Team</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Besprechung von Gewaltereignissen</td> <td><input type="checkbox"/> Fortbildungen im Bereich Gesundheit</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Regelmäßige Thematisierung von Gewalt- und Gesundheit in der Übergabe oder Teambesprechung</td> <td><input type="checkbox"/> Fortbildungen im Bereich Gewalt</td> </tr> </table> <p>Sonstiges: _____</p>	<input type="checkbox"/> Gesundheitsangebote (z.B. Yoga, Entspannung, Sport etc.)	<input type="checkbox"/> verbesserte Kommunikation mit Angehörigen	<input type="checkbox"/> Achtsamkeit für die eigene Gesundheit	<input type="checkbox"/> Sensiblerer Umgang mit Bewohner*innen	<input type="checkbox"/> Aufklärung über Gewalt	<input type="checkbox"/> Verbesserte Kommunikation im Team	<input type="checkbox"/> Besprechung von Gewaltereignissen	<input type="checkbox"/> Fortbildungen im Bereich Gesundheit	<input type="checkbox"/> Regelmäßige Thematisierung von Gewalt- und Gesundheit in der Übergabe oder Teambesprechung	<input type="checkbox"/> Fortbildungen im Bereich Gewalt
<input type="checkbox"/> Gesundheitsangebote (z.B. Yoga, Entspannung, Sport etc.)	<input type="checkbox"/> verbesserte Kommunikation mit Angehörigen										
<input type="checkbox"/> Achtsamkeit für die eigene Gesundheit	<input type="checkbox"/> Sensiblerer Umgang mit Bewohner*innen										
<input type="checkbox"/> Aufklärung über Gewalt	<input type="checkbox"/> Verbesserte Kommunikation im Team										
<input type="checkbox"/> Besprechung von Gewaltereignissen	<input type="checkbox"/> Fortbildungen im Bereich Gesundheit										
<input type="checkbox"/> Regelmäßige Thematisierung von Gewalt- und Gesundheit in der Übergabe oder Teambesprechung	<input type="checkbox"/> Fortbildungen im Bereich Gewalt										
E	Handlungssicherheit bei Gewalt										
5	<p>Wenn Sie in Ihrer Einrichtung Formen von Gewalt bemerken: Wissen Sie, was zu tun ist?</p> <p><input type="checkbox"/> Ja, auf jeden Fall <input type="checkbox"/> Eher ja <input type="checkbox"/> kommt darauf an <input type="checkbox"/> Eher nicht <input type="checkbox"/> Nein, auf keinen Fall</p>										
6	<p>Sie hören wie Bewohner Herr C. eine Mitarbeiterin anspricht, um ihn auf die Toilette zu begleiten. Die Mitarbeiterin antwortet: „Sie tragen eine Inkontinenzhose, machen Sie dort hinein.“ Was würden Sie machen? Bitte kreuzen Sie alles Zutreffende an.</p> <table border="1"> <tr> <td><input type="checkbox"/> Ich sehe keinen Handlungsbedarf.</td> <td><input type="checkbox"/> Ich spreche die Kollegin <u>später</u> darauf</td> <td><input type="checkbox"/> Ich spreche die Kollegin <u>sofort</u> darauf an.</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Ich informiere meine/n Vorgesetzten.</td> <td><input type="checkbox"/> Ich begleite Herrn C. auf die Toilette.</td> <td><input type="checkbox"/> Ich ignoriere den Vorfall, weil ich meiner Kollegin nicht reinreden möchte</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Ich spreche den Fall in der nächsten Besprechung an. (Ohne den Namen der Kollegin zu nennen)</td> <td><input type="checkbox"/> Ich spreche den Fall in der nächsten Besprechung an. (Und nenne den Namen der Kollegin)</td> <td><input type="checkbox"/> Ich bespreche den Vorfall mit anderen Teamkolleg*innen. Gemeinsam überlegen wir was wir tun können.</td> </tr> </table> <p><input type="checkbox"/> Sonstiges: _____</p>	<input type="checkbox"/> Ich sehe keinen Handlungsbedarf.	<input type="checkbox"/> Ich spreche die Kollegin <u>später</u> darauf	<input type="checkbox"/> Ich spreche die Kollegin <u>sofort</u> darauf an.	<input type="checkbox"/> Ich informiere meine/n Vorgesetzten.	<input type="checkbox"/> Ich begleite Herrn C. auf die Toilette.	<input type="checkbox"/> Ich ignoriere den Vorfall, weil ich meiner Kollegin nicht reinreden möchte	<input type="checkbox"/> Ich spreche den Fall in der nächsten Besprechung an. (Ohne den Namen der Kollegin zu nennen)	<input type="checkbox"/> Ich spreche den Fall in der nächsten Besprechung an. (Und nenne den Namen der Kollegin)	<input type="checkbox"/> Ich bespreche den Vorfall mit anderen Teamkolleg*innen. Gemeinsam überlegen wir was wir tun können.	
<input type="checkbox"/> Ich sehe keinen Handlungsbedarf.	<input type="checkbox"/> Ich spreche die Kollegin <u>später</u> darauf	<input type="checkbox"/> Ich spreche die Kollegin <u>sofort</u> darauf an.									
<input type="checkbox"/> Ich informiere meine/n Vorgesetzten.	<input type="checkbox"/> Ich begleite Herrn C. auf die Toilette.	<input type="checkbox"/> Ich ignoriere den Vorfall, weil ich meiner Kollegin nicht reinreden möchte									
<input type="checkbox"/> Ich spreche den Fall in der nächsten Besprechung an. (Ohne den Namen der Kollegin zu nennen)	<input type="checkbox"/> Ich spreche den Fall in der nächsten Besprechung an. (Und nenne den Namen der Kollegin)	<input type="checkbox"/> Ich bespreche den Vorfall mit anderen Teamkolleg*innen. Gemeinsam überlegen wir was wir tun können.									

F	Arbeitsalltag und Gesundheitszustand								
7	Wie häufig treffen diese Aussagen auf Ihren Arbeitsalltag zu?								
	immer	oft	manch mal	selten	nie				
Sie können Ihre Aufgaben in Ihrer Arbeitszeit zufriedenstellend erledigen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
Sie erhalten bei Bedarf Unterstützung von Ihren Arbeitskolleg*innen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
Sie bekommen ausreichend konstruktives Feedback von Ihrem/ Ihrer Vorgesetzten.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
Sie können Ihre Fertigkeiten und Ihr Fachwissen durch Fort- und Weiterbildungen erweitern.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
Ihr Vorgesetzter/ Ihre Vorgesetzte stellt widersprüchliche Anforderungen an Sie.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
Sie können Ihre Meinung bzgl. Ihrer alltäglichen Arbeitssituationen im beruflichen Umfeld frei äußern.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
Sie können Ihren Arbeitsalltag größtenteils selbstständig strukturieren.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
8	Wie würden Sie aktuell Ihren allgemeinen Gesundheitszustand einschätzen? <i>Bitte wählen Sie eine Zahl zwischen 1 und 10. Null ist hierbei der schlechteste, denkbare Gesundheitszustand und zehn stellt den besten, denkbaren Zustand dar.</i>								
<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 7	<input type="checkbox"/> 8	<input type="checkbox"/> 9	<input type="checkbox"/> 10
9	Wie würden Sie aktuell Ihren psychischen Gesundheitszustand einschätzen? <i>Bitte wählen Sie eine Zahl zwischen 1 und 10. Null ist hierbei der schlechteste, denkbare Gesundheitszustand und zehn stellt den besten, denkbaren Zustand dar.</i>								
<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 7	<input type="checkbox"/> 8	<input type="checkbox"/> 9	<input type="checkbox"/> 10

G Bewertung Gewalt						
10	Inwiefern bewerten Sie folgende Aussagen als Formen von Gewalt?					
	<i>Als Formen von Gewalt verstehen wir z.B. demütigende Handlung, Würdeverletzung oder Unterlassung.</i>					
	Aussagen	←—————→				
		Auf jeden Fall demütigend etc.	Eher ja	Kommt darauf an	Eher nicht	Auf keinen Fall demütigend etc.
	Frau B. besucht ihre Mutter Frau XB in der Pflegeeinrichtung. Während der Mitarbeiterin Frau XB mobilisiert, bemerkt Frau B.: „Na, da hat meine Mutter aber Glück, dass sie von so einem knackigen Mann umsorgt wird.“	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Frau E. geht mit einer Begleitung spazieren und bittet diese, mit ihrem Geld für 3,70€ eine Zeitung zu kaufen. Die Begleitung geht zum Kiosk, überreicht 4€ und sagt: „Stimmt so“.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Die an Demenz erkrankte Frau H. beißt die Mitarbeiterin beim Anziehen des Schlafanzugs in die Hand.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Herr I. steht vermehrt auf und irrt umher. Der Mitarbeiter beruhigt Herrn I., erkundigt sich nach seinen Bedürfnissen und begleitet ihn untergehakt an einen vertrauten Ort.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Herr N. erhält Besuch von seiner Tochter und wünscht das Mittagessen erst nach dem Besuch einzunehmen. Die diensthabende Mitarbeiterin bringt ihm das kalte Mittagessen nach Besuchsende.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
H Fragen zu Ihrer Person						
Fast geschafft! Für die Statistik würden wir Sie noch um ein paar Angaben zu Ihrer Person bitten, die wir selbstverständlich vertraulich behandeln.						
11	In welche Altersgruppe gehören Sie?					
<input type="checkbox"/> Bis 30 Jahre <input type="checkbox"/> 30 – 50 Jahre <input type="checkbox"/> Über 50 Jahre						
12	Welchem Geschlecht ordnen Sie sich zu?					
<input type="checkbox"/> Weiblich <input type="checkbox"/> Männlich <input type="checkbox"/> Divers						
13	In welchen Bereichen sind Sie vor allem tätig?					
<input type="checkbox"/> Pflege <input type="checkbox"/> Betreuung <input type="checkbox"/> Hauswirtschaft <input type="checkbox"/> Reinigung <input type="checkbox"/> Verwaltung <input type="checkbox"/> Management						
14	Zu welchen Berufsgruppen gehören Sie?					
<input type="checkbox"/> Fachkraft <input type="checkbox"/> Hilfskraft <input type="checkbox"/> Auszubildende/r <input type="checkbox"/> Führungskraft <input type="checkbox"/> Ehrenamtliche/r						
15	Und abschließend noch die Frage: Haben Sie an einer der vorangegangenen Projekt-Befragungen teilgenommen? Bitte alles Zutreffende ankreuzen					
<input type="checkbox"/> Befragung Herbst 2020 <input type="checkbox"/> Befragung Herbst 2021 <input type="checkbox"/> Befragung Herbst 2022 <input type="checkbox"/> Nein						

Vielen Dank für Ihr Durchhaltevermögen und für die Teilnahme an der Befragung!



Für Rückfragen stehen wir Ihnen gerne zur Verfügung:

	<p>Hanna Batzoni Projektkoordination Hochschule München batzoni@gesund-gewaltfrei.bayern</p>
	<p>Vanadis Götz Projektkoordination Hans-Weinberger-Akademie der AWO e.V. goetz@gesund-gewaltfrei.bayern</p>
	<p>Hannah Nebel Projektkoordination AGP Sozialforschung nebel@gesund-gewaltfrei.bayern</p>

Projektträger

AGP
Sozialforschung
Social Research

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

HM
Hochschule
München
University of
Applied Sciences

Das Projekt umfasst Präventionsmaßnahmen für Mitarbeitende sowie für Bewohnerinnen und Bewohner vollstationärer Pflegeeinrichtungen und wird gefördert von gesetzlichen Kranken- und Pflegekassen in Bayern.

AOK
Die Gesundheitskasse
BAYERN

BKK

SVLFG

KNAPPSCHAFT
für meine Gesundheit!

vdek
Die Ersatzkassen