

Methodenkoffer

zum Programm

Gesund und Gewaltfrei - Präventionsstrategie



Pflege in Bayern
gesund + gewaltfrei

Der Methodenkoffer ist im Rahmen des Pilotprojekts „*Gesundheitsförderung und Gewaltprävention in Pflegeheimen*“ erarbeitet worden.

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



Entwickelt wurde der Methodenkoffer im Jahr 2020 von AGP Sozialforschung gemeinsam mit der Hans-Weinberger-Akademie der AWO e.V. sowie der Hochschule München.



Methodenkoffer

Zum Programm

„Gesund und Gewaltfrei – Präventionsstrategie“

1. Anleitung zur Benutzung des Methodenkoffers	3
2. Übersichtstabelle der Interventionskomponenten nach Bedarfslagen	6
3. Inhaltsverzeichnis der Konzepte, Methoden und Ansätze	10
4. Detailbeschreibungen der Konzepte, Methoden und Ansätze	13

Bereiche der Detailbeschreibungen:

A. Direkt einsetzbare Konzepte, Methoden und Ansätze	13
B. Weitergehende Konzepte, Methoden und Ansätze	41

1. Anleitung zur Benutzung des Methodenkoffers

Der vorliegende Methodenkoffer dient der kompakten Darstellung verschiedener Konzepte, Methoden und Ansätze, die direkt oder indirekt der Gesundheitsförderung und Gewaltprävention in der stationären Altenpflege dienen. Im Rahmen des Projektes soll eine auf die individuellen Rahmenbedingungen in Ihrer Einrichtung **abgestimmte Gesamtintervention** umgesetzt werden, die **aus verschiedenen Komponenten** besteht.

Im Methodenkoffer unterscheiden wir zwischen **direkt einsetzbaren Konzepten, Methoden und Ansätzen (Abschnitt A)**. Hierbei handelt es sich z.B. um etablierte Schulungen, für die entsprechende Trainer*innen bereitstehen und solche Ansätze, die entsprechend der zur Verfügung stehenden Zeit sowie den Ressourcen einsetzbar sind.

Die Komponenten aus Abschnitt A sollen nach Bedarf um **weitergehende Konzepte, Methoden und Ansätze (Abschnitt B)** ergänzt werden. Hierbei handelt es sich – neben umfangreichen Konzepten, Programmen und Projekten, die den zu Verfügung stehenden Rahmen des Projektes übersteigen – z.B. um innovative Methoden oder Schulungen aus dem Ausland, die in Deutschland (noch) nicht etabliert sind. Die Zusammenfassungen wurden überwiegend im Rahmen einer systematischen Literaturrecherche aus der entsprechenden Fachliteratur gewonnen und sind mit ihren jeweiligen Komponenten beschrieben. Somit könnten auch interessante, für die Problemlagen in Ihrer Einrichtung passende Komponenten aus diesen Zusammenfassungen in die Gesamtintervention einfließen. Wir laden Sie somit ausdrücklich ein, auch in Abschnitt B nach für Sie passenden Ansätzen zu suchen.

Die **Übersichtstabelle** auf den Seiten 6 bis 8 stellt die jeweils recherchierten und in **Detailbeschreibungen** (ab Seite 13) aufbereiteten Konzepte, Methoden und Ansätze in kompakter Form überblicksartig dar. Dabei wurden ähnliche Konzepte unter einem Überbegriff zusammengefasst, z.B. alle Maßnahmen und Projekte zur Reduktion von freiheitsentziehenden Maßnahmen. Für detaillierte Informationen und Unterschiede der jeweiligen Komponenten schauen Sie bitte in die einzelnen Detailbeschreibungen. Die Übersichtstabelle dient nur einem ersten Überblick.

In der Tabelle finden Sie jeweils ein Kürzel zur **Art des Ansatzes** bzw. dieser Gruppe von Ansätzen handelt: Eine fertig konzipierte Schulung, eine Einzelkomponente bzw. eine Multikomponentenintervention oder ob es sich um eine Praxisprojekt-Darstellung handelt. Sofern der jeweilige Ansatz in der Literaturrecherche gefunden wurde, ist dies ebenfalls vermerkt: z.B. mit dem Kürzel **MK-L** für eine in der Literaturrecherche identifizierte Multikomponentenintervention. Der angedeutete Farbhintergrund wird nicht in der Übersichtstabelle verwandt, sondern bei den Überschriften der Detailbeschreibungen weiter hinten, um die Ansätze auf einen Blick zuordnen zu können.

Erläuterung der verwendeten Kürzel (Farbhintergrund bei Detailbeschreibungen):

S: Fertig konzipierte Schulung

E: Einzelkomponente

MK: Multikomponentenintervention

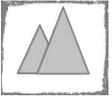
P: Praxisprojekt-Darstellung

(jeweils mit Ergänzung: **-L** - aus der wissenschaftl. Literaturrecherche)

Neben der Zuordnung nach Art der Ansätze wurden alle Ansätze verschiedenen **Bedarfslagen** zugeordnet. Dies soll als zentrale erste Entscheidungshilfe für die Prozessbegleiter*innen und Sie als Einrichtungsvertreter*innen dienen. Alle Ansätze wurden den Bedarfslagen entweder **primär** (grüner Pfeil) oder **sekundär** (grauer Pfeil) zugeordnet:

	Trifft voll zu und steht somit im Mittelpunkt dieses Ansatzes. Die grünen Pfeile sollen als primäre Entscheidungshilfe für die Vorauswahl von Ansätzen dienen.
	Trifft auch zu und adressiert diese Bedarfslage somit lediglich in eingeschränkter Form. Die grauen Pfeile können hilfreich sein, wenn in den Einrichtungen weitere, wenig drängende Bedarfslagen existieren.

Die sieben **Bedarfslagen** sind zwar nicht absolut trennscharf gegeneinander abgrenzbar, allerdings bilden sie ausreichend spezifisch die **Schwerpunkte** der jeweiligen Ansätze ab und sind an möglichen praxisnahen Bedarfen in den Einrichtungen orientiert. Im Einzelnen wurden folgende Bedarfslagen verwendet:

Zentrale Bedarfslagen	
	Herausforderndes Verhalten von Bewohner*innen und mögliche Konzepte zur Abstellung/ Reduktion des Verhaltens und/oder dem professionellen und verantwortlichen Umgang damit.
	Kommunikation und Interaktion zwischen Mitarbeitenden und Bewohner*innen sowie zwischen den Mitarbeitenden verbessern.
	Kultur und Ethik betrifft alle Fragen der Einrichtungskultur, alle menschenrechtlichen Fragen und damit zusammenhängende Haltungen der Mitarbeitenden.
	Gesundheitsförderung Mitarbeitende betrifft die betriebliche Gesundheitsförderung und alle Maßnahmen, die auf Mitarbeitergesundheit wirken.
	Verhinderung von Gewalt an Mitarbeitenden umfasst alle Interventionen, die zum Schutz der Mitarbeitenden vor Gewalt geeignet sind.
	Verhinderung von Gewalt an Bewohner*innen umfasst alle Interventionen, die zum Schutz von Bewohner*innen vor Gewalt geeignet sind.
	Management- und Strukturebene betrifft alle Maßnahmen der Organisationsentwicklung und solche, bei denen Leitung und Management besonders von Bedeutung sind.

Nach Identifikation möglicher Ansätze können Sie unter der entsprechenden **Nummerierung** (z.B. A6 für Gewaltfreie Kommunikation) im Inhaltsverzeichnis der Konzepte, Methoden und Ansätze auf Seite 10 die jeweiligen Detailbeschreibungen aufrufen und prüfen, welche für Ihre Bedarfslagen und Rahmenbedingungen besonders in Frage kommen.

2. Übersichtstabelle der Interventionskomponenten nach Bedarfslagen

Erläuterung der verwendeten Kürzel (Farbhintergrund bei Detailbeschreibungen):								
S: Fertig konzipierte Schulung		<i>Herausforderndes Verhalten</i>	<i>Kommunikation und Interaktion</i>	<i>Kultur und Ethik</i>	<i>Gesundheitsförderung Mitarbeitende</i>	<i>Verhinderung von Gewalt an Mitarbeitenden</i>	<i>Verhinderung von Gewalt an Bewohner*innen</i>	<i>Management- und Strukturebene</i>
E: Einzelkomponente								
MK: Multikomponentenintervention								
P: Praxisprojekt-Darstellung								
(jeweils mit Ergänzung: -L – aus der wissenschaftl. Literaturrecherche)								
A. Direkt einsetzbare Konzepte, Methoden und Ansätze								
A 1	Achtsamkeit/ Achtsamkeitstraining (S)			✓	✓			
A 2	Anleitung zum Selbstschutz Anleitung zum Selbstschutz (S) NICE Richtlinien zum Umgang mit Gewalt am Arbeitsplatz (MK-L)	✓	✓		✓	✓		
A 3	Basale Stimulation (S)	✓				✓		
A 4	Deeskalationsfähigkeit/ Aggressionsmanagement Bedürfnisbefriedigung (E-L) Einführung Safewards (MK) Inputveranstaltung ProDeMa (MK) Umgang mit herausforderndem Verhalten (S) (E)	✓	✓		✓	✓	✓	
A 5	Fallbesprechung und kollegiale Beratung (S) (E)		✓	✓				
A 6	Gewaltfreie Kommunikation Gewaltfreie Kommunikation nach Marshall B. Rosenberg (S) Positive Übergabe (E) Trainings gegen herablassende Sprache (E-L)	✓	✓	✓			✓	
A 7	Deeskalation mit Kinästhetik (S)					✓	✓	
A 8	Notfallmanagement gegen Gewaltanwendungen (S)				✓			
A 9	Organisationsentwicklung Partizipatorische Dienstplangestaltung (E) Teambildende Maßnahmen (E)		✓	✓	✓			✓
A 10	Personenzentrierte Pflege Biografiearbeit (S) Personenzentrierte Pflege (S)	✓		✓			✓	
A 11	Reduktion freiheitsentziehender Maßnahmen (MK-L)	✓		✓	✓		✓	✓
A 12	Validation (S)	✓	✓					

Erläuterung der verwendeten Kürzel (Farbhintergrund bei Detailbeschreibungen):								
S: Fertig konzipierte Schulung		<i>Herausforderndes Verhalten</i>	<i>Kommunikation und Interaktion</i>	<i>Kultur und Ethik</i>	<i>Gesundheitsförderung Mitarbeitende</i>	<i>Verhinderung von Gewalt an Mitarbeitenden</i>	<i>Verhinderung von Gewalt an Bewohner*innen</i>	<i>Management- und Strukturebene</i>
E: Einzelkomponente								
MK: Multikomponentenintervention								
P: Praxisprojekt-Darstellung								
(jeweils mit Ergänzung: -L – aus der wissenschaftl. Literaturrecherche)								
B. Weitergehende Konzepte, Methoden und Ansätze								
B 1	Achtsamkeit/ Achtsamkeitstraining (E) Achtsamkeit Ausgewogene Work-Life-Balance Relaxation Response Resiliency Program Selbstfürsorge, Entwicklung einer emotionalen Intelligenz und Empathie Yoga für Pflege- und Betreuungskräfte			✓	✓		✓	✓
B 2	Anleitung zum Selbstschutz Multikomponenten-Intervention Reduktion von Mitarbeiterverletzungen (MK-L) Online-Training zum Thema Deeskalation und Selbstbefreiung (MK-L) Selbstbefreiungstraining für Pflegepersonal (Neurologie) (E-L) Training: Gewalt am Arbeitsplatz für Krankenpfleger*innen (E-L)	✓	✓		✓	✓		
B 3	Assessmentinstrumente (E-L) Bröset Violence Checkliste Crisis Monitor	✓	✓			✓	✓	✓
B 4	Deeskalationsfähigkeit/ Aggressionsmanagement Deeskalations- und Skills-Training (E-L) Live-Musik (E-L)	✓	✓	✓		✓	✓	✓
B 5	Organisations- und Konzeptentwicklung Arbeitsschutzmaßnahmen (DGUV) (MK) „Gewaltprävention“ im Leitbild & QM verankern (Null-Toleranz) (P) Humanitude® (MK) (S) Organisationsentwicklung (Kurt Lewin) (MK) Partizipatorische Konzeptentwicklung (P) Patientenorientiertes Interventionskonzept (MK) Prävention sexualisierter Gewalt (durch und an Patienten) (MK) „Rezepte“ - Vermeidung Machtmissbrauch (MK) Risikomanagement (P) SEARCH (Support, Evaluate, Act, Report, Care plan und Help to avoid) (MK)			✓		✓	✓	✓
B 6	Programme & Projekte Affektresonanztraining ART® (S) BGW-Förderungsmöglichkeiten (E) CONNECTING® (S) Gewaltfreie Pflege – Projekt MDS (P) Gruppenbasiertes Resilienztraining (MK-L) Humor / Optimismus (z.B. Rotnasen e. V. und WiP) (P) KonfliktFit® (S) Mentorenprogramme (E) PART® (S) Piag-B® (S) Projekt BETA: Verbale Deeskalation (MK-L) Projekt MILCEA (Monitoring in Long-term Care Pilot Program on Elder Abuse) (MK-L)		✓			✓	✓	

Erläuterung der verwendeten Kürzel (Farbhintergrund bei Detailbeschreibungen):								
S: Fertig konzipierte Schulung		<i>Herausforderndes Verhalten</i>	<i>Kommunikation und Interaktion</i>	<i>Kultur und Ethik</i>	<i>Gesundheitsförderung Mitarbeitende</i>	<i>Verhinderung von Gewalt an Mitarbeitenden</i>	<i>Verhinderung von Gewalt an Bewohner*innen</i>	<i>Management- und Strukturebene</i>
E: Einzelkomponente								
MK: Multikomponentenintervention								
P: Praxisprojekt-Darstellung								
(jeweils mit Ergänzung: -L – aus der wissensch. Literaturrecherche)								
B 7	Reduktion freiheitsentziehender Maßnahmen ReduFix: Reduktion von physischen Fixierungen (Koczy et al./ Deutschland) (MK-L) Reduktion von Gurtfixierungen (Gulpers et al./ Niederlande) (MK-L) Reduktion von Isolation und Fixierungen (Borckardt et al./ USA) (MK-L) Reduktion von Isolation und Fixierungen (Putkonen et al./ Finnland) (MK-L) Richtlinien-basierte Intervention gegen physische Fixierungen (Köpke et al./ Deutschland) (MK-L) Online-Kurs zum Thema Isolation und physische Fixierungen (E-L) Seminar und Videovorlesungen zum Thema physische Fixierungen (E-L) Trust before restraint: Seminar und Coaching zum Thema Entscheidungsfindung bzgl. Fixierungen (MK-L) Unterstützung der Pflegeeinrichtung bei der Gewaltreduktion durch multidisziplinäre Teams (MK-L) Werdenfelser Weg (MK-L)	✓	✓	✓			✓	
B 8	Sensorische Modulation: Training und Ausstattung (E)						✓	✓
B 9	Spezielle Wohn/- Raumkonzepte (E) Snoezelen / Comfort Rooms	✓	✓			✓	✓	✓

3. Inhaltsverzeichnis der Konzepte, Methoden und Ansätze

A 1. Achtsamkeit/ Achtsamkeitstraining.....	13
Achtsamkeits- und Entspannungstraining (S).....	13
A 2. Anleitung zum Selbstschutz.....	14
Anleitung zum Selbstschutz bei herausforderndem Verhalten (S).....	14
NICE Richtlinien zum Umgang mit Gewalt am Arbeitsplatz (MK-L).....	15
A 3. Basale Stimulation.....	17
Basale Stimulation (S)	17
A 4. Deeskalationsfähigkeit/ Aggressionsmanagement.....	18
Reduktion verbaler Aufregung durch Bedürfnisbefriedigung (E-L)	18
Einführung Safewards (MK).....	18
Inputveranstaltung zu ProDeMa® (MK)	20
Umgang mit herausforderndem Verhalten bei Menschen mit Demenz (S)	21
A 5. Fallbesprechung und kollegiale Beratung	23
Fallbesprechung und Kollegiale Beratung bei Verdacht auf Gewaltanwendung oder nach Gewaltanwendung (S).....	23
Kollegiale Beratung und Fallbesprechung (E).....	24
A 6. Gewaltfreie Kommunikation.....	26
Gewaltfreie Kommunikation nach Marshall B. Rosenberg® (S)	26
Positive Übergabe (E).....	27
Mitarbeitertraining gegen herablassende Sprache mit Bewohner*innen (Elderspeak) (E-L).....	28
Kommunikationstraining gegen herablassende Sprache durch teilnehmende Beobachtung und Feedback (E-L)	29
A 7. Deeskalation mit Kinästhetik	30
Deeskalation mit Kinästhetik (S).....	30
A 8. Notfallmanagement gegen Gewaltanwendungen.....	31
Notfallmanagement gegen Gewaltanwendung – Entwicklung einer Verfahrensregelung (S).....	31
A 9. Organisationsentwicklung	32
Partizipatorische Dienstplangestaltung (E)	32
Teambildende Maßnahmen (E).....	33
A 10. Personenzentrierte Pflege	35
Biografiearbeit für Menschen mit Demenz (S).....	35
Provoziert Demenz Gewalt? – Person-zentrierte Pflege als professionelle Antwort (S)	36
A 11. Reduktion Freiheitsentziehender Maßnahmen	38

	Reduktion von Isolation und FeM (Blair et al./ USA) (MK-L)	38
A 12.	Validation	40
	Validierende Gesprächsführung - Integrative Validation nach Richard® (S)	40
B 1.	Achtsamkeit/ Achtsamkeitstraining	41
	Achtsamkeit (E)	41
	Ausgewogene Work – Life – Balance (E)	43
	Relaxation Response Resiliency Program (3RP) (E)	44
	Selbstfürsorge, Entwicklung einer emotionalen Intelligenz und Empathie (E)	45
	Yoga für Pflege- und Betreuungskräfte (E)	46
B 2.	Anleitung zum Selbstschutz	47
	Reduktion von Mitarbeiterverletzungen (MK-L)	47
	Online-Training zum Thema Deeskalation und Selbstbefreiung (MK-L)	50
	Selbstbefreiungstraining für Pflegepersonal (Neurologie) (E-L)	51
	Training: Gewalt am Arbeitsplatz für Krankenpfleger*innen (E-L)	52
B 3.	Assessmentinstrumente	53
	Bröset Violence Checkliste (E-L)	53
	Crisis Monitor (E-L)	53
B 4.	Deeskalationsfähigkeit/ Aggressionsmanagement	55
	Deeskalations- und Skills-Training (E-L)	55
	Live-Musik (E-L)	56
B 5.	Organisations- und Konzeptentwicklung	57
	Prävention von Gewalt & Aggression der Mitarbeitenden durch Arbeitsschutzmaßnahmen (DGUV) (MK)	57
	„Gewaltprävention“ im Leitbild & QM verankern (Null-Toleranz) (P)	59
	Humanitude – Philosophie des Menschseins (MK)	60
	Organisationsentwicklung (Kurt Lewin) (MK)	61
	Partizipatorischer Ansatz: Konzeptentwicklung gegen Gewalt (P)	62
	Patientenorientiertes Interventionskonzept (MK)	63
	Prävention sexualisierter Gewalt (durch und an Patienten) – Konzept (MK)	64
	Rezepte zur Vermeidung von Machtmissbrauch stationäre Pflege (MK)	65
	Risikomanagement (P)	66
	SEARCH (Support, Evaluate, Act, Report, Care plan und Help to avoid) (MK)	67
B 6.	Programme und Projekte	68
	Affektresonanztraining ART® (S)	68

Förderung von Gewaltprävention durch BGW (E).....	69
CONNECTING® Partnerschaft für Beratung und Training – Mit Sicherheit in Kontakt bleiben (S)....	69
Gewaltfreie Pflege – Projekt des MDS (P).....	71
Gruppenbasiertes Resilienztraining (MK-L).....	72
Positive Einstellung und Optimismus: Humor und Lachen (P).....	73
KonfliktFit® (S).....	75
Mentoren Programme (intern) (E).....	76
PART® Training (<i>Professional Assault Response Training</i>) - Professionell Handeln in Gewaltsituationen (S).....	77
Piag-B® Innerbetriebliche Prävention gegen Gewalt und Aggression (S).....	78
Projekt BETA: Richtlinien zum Umgang mit aufgebrachten Patient*innen/Bewohner*innen (MK-L)	79
MILCEA (Monitoring in Long-term Care Pilot Program on Elder Abuse), 2009-2012 (MK-L).....	81
B 7. Reduktion freiheitsentziehender Maßnahmen.....	83
ReduFix: Reduktion von physischen Fixierungen (Koczy et al./ Deutschland) (MK-L).....	83
Reduktion von Gurtfixierungen (Gulpers et al./ Niederlande) (MK-L).....	84
Reduktion von Isolation und Fixierungen (Borckardt et al./ USA) (MK-L).....	86
Reduktion von Isolation und Fixierungen (Putkonen et al./ Finnland) (MK-L).....	87
Richtlinien-basierte Intervention gegen physische Fixierungen (Köpke et al./ Deutschland) (MK-L)	89
Online-Kurs zum Thema Isolation und physische Fixierungen (E-L).....	90
Seminar und Videovorlesungen zum Thema physische Fixierungen (E-L).....	91
Trust before restraint: Seminar und Coaching zum Thema Entscheidungsfindung bzgl. Fixierungen (MK-L).....	92
Unterstützung der Pflegeeinrichtung bei der Gewaltreduktion durch multidisziplinäre Teams (MK- L).....	93
Werdenfelser Weg (MK-L).....	94
B 8. Sensorische Modulation: Training und Ausstattung.....	95
Sensorische Modulation: Training und Ausstattung (E).....	95
B 9. Spezielle Wohn-/Raumkonzepte.....	96
Snoezelen („snuffelen“ und „doezelen“) (E).....	96

4. Detailbeschreibungen der Konzepte, Methoden und Ansätze

A. Direkt einsetzbare Konzepte, Methoden und Ansätze

A 1. Achtsamkeit/ Achtsamkeitstraining

Achtsamkeits- und Entspannungstraining (S)	
	
(Bisherige) Zielgruppe(n):	Auszubildende, Fachkräfte, Führungskräfte, Pflege und Betreuung
Problemfeld	Stressbewältigung für Pflegekräfte
Design/ Inhalt	In einer Zeit, in der sehr hohe Anforderungen an die Arbeitsabläufe in der Pflege gestellt werden, kommt es im hohen Maß auf einen achtsamen Umgang mit mir selbst an. So steht diese kurzweilige und freudvolle Schulung ganz im Zeichen der Selbstfürsorge. Wir bieten Ihnen und Ihren Mitarbeitern ein sorgsam ausgewähltes Entspannungs- und Achtsamkeitsmanagement an. Unsere Inhalte vermitteln das nötige theoretische Fundament und viele praktische Umsetzungsmöglichkeiten. Begegnen Sie ihrem beruflichen und privaten Alltag mit viel Freude, Strahlkraft und Gelassenheit!
Ziele	Die Mitarbeitenden kennen am Ende des Kurses verschiedene Wege zu mehr Selbstfürsorge und kennen Achtsamkeits- und Entspannungsübungen zur Milderung von innerer Unruhe und Stress, die sie im Arbeitsalltag einsetzen können.
Nutzen/Hindernisse	N: Praxiserprobt
Ressourcen	1 Tag à 4-8 UE
Wiss. Evaluierung	Praxiserprobt
Evidenz	Gering bis mittel

A 2. Anleitung zum Selbstschutz

Anleitung zum Selbstschutz bei herausforderndem Verhalten (S)	
 :   	 :
(Bisherige) Zielgruppe(n):	Hilfskraft, Fachkraft, Führungskraft, Pflege, Betreuung
Problemfeld	Physische Gewalt gegen Mitarbeitende
Design/ Inhalt	Gerade Menschen mit Demenz neigen dazu, in Situationen der Überforderung körperlich zu werden. Trotz Deeskalationsstrategien und Kompetenzen, lassen sich solche Situationen nicht immer vermeiden. Die Bewohner wehren sich, indem sie beispielsweise an Haaren ziehen oder den Mitarbeitenden umklammern. Das Ziel der Schulung ist es, den Mitarbeitenden mit Kontakt zu solchen Bewohner*innen Bewegungen und Griffe an die Hand zu geben, die in solchen Situationen helfen können, ohne die Bewohner*innen dabei zu verletzen. Im Rahmen der Schulung geht es um Eigensicherung und darum, gefährliche Situationen zu entschärfen. Im Rahmen des zweiten Schultages können die Mitarbeitenden erste Erfahrungen mit den gelernten Methoden reflektieren, offene Fragen klären und das Gelernte intensivieren.
Ziele	Nach der Schulung kennen die Mitarbeitenden die Hintergründe, die bei Menschen mit Demenz dazu führen können, dass sie körperlich werden. Sie kennen Deeskalationstechniken und können Warnzeichen erkennen. Im Falle eines Übergriffs sind die Mitarbeitenden außerdem in der Lage, sich ohne den/die Bewohner*in zu verletzen, aus einer Situation, in der sie mit physischer Gewalt konfrontiert sind, zu befreien.
Nutzen/Hindernisse	N: Praxiserprobt
Ressourcen	Zeit: 1 Tag à 4-8 UE
Evidenz	Gering bis mittel

NICE Richtlinien zum Umgang mit Gewalt am Arbeitsplatz (MK-L)	
 : 	 :   
Land	UK
(Bisherige) Zielgruppe(n):	Mitarbeitende und Führungskräfte von Krankenhäusern, Pflegeeinrichtungen, psychiatrischen Abteilungen, Notaufnahmen etc.
Gewalttätige/gewaltnahe Handlungen	Gewalt am Arbeitsplatz
Beschreibung der Intervention und gegebenenfalls Implementierungsvorgang	<p>Gewalt- und Aggressionsrisiko antizipieren und reduzieren Mitarbeitertraining (Reduktion von restriktiven Maßnahmen):</p> <ul style="list-style-type: none"> • Person-zentrierte Pflege • Verständnis der Beziehung zwischen kognitiven Einschränkungen und Gewalt- und Aggressionsrisiko • Fähigkeiten Faktoren zu erkennen, warum ein Verhalten aggressiv oder gewalttätig werden könnte • Fähigkeiten, Methoden und Techniken Gewalt zu reduzieren bzw. bevorstehende Gewalt zu vermeiden (z.B. durch verbale Deeskalation) • Fähigkeiten, Methoden und Techniken restriktive Maßnahmen sicher anzuwenden, falls nötig • Fähigkeiten eine sofortige Nachbesprechung des Vorfalls durchzuführen • Fähigkeiten eine formale externe Nachbesprechung des Vorfalls mit dritten Personen durchzuführen <p>Gewalt- und Aggressionsrisiko in psychiatrischen Abteilungen antizipieren und reduzieren:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Die Mitarbeitenden arbeiten in Teams mit positivem und ermutigendem Zugang • Der Klient*innen sollen passende psychologische Therapien, körperliche Aktivitäten, Freizeitangebote und Unterstützung bei Kommunikationsschwierigkeiten angeboten werden; • Erkennen von Mobbing, Streitigkeiten, unerwünschten körperlichen oder sexuellen Kontakten oder Kommunikationsproblemen zwischen Klient*innen; • Erkennen, wie kognitive Probleme einzelner Klient*innen ihr Verhalten beeinflussen könnten (Diagnose, Krankheitsschweregrad, bestehende Symptome, vergangene Erfahrungen/Verhalten mit Gewalt und Aggression); • Einschätzung, wie sich die persönliche Situation in der Einrichtung auf den/die Klienten*in auswirken (Zwangseinweisung, Entlassung abgelehnt, Entlassungsantrag abgelehnt etc.) • Verbesserung oder Optimierung der physischen Umgebung (z.B. wenn möglich, nicht abgeschlossene Türen, Dekoration der Einrichtung, erleichterte Zugang nach draußen und zu den Privaträumen etc.) • Antizipation, dass restriktive Maßnahmen zum aggressiven Ver-

	<p>halten führen können;</p> <ul style="list-style-type: none"> • Antizipation und Kontrolle aller persönlichen Faktoren, die außerhalb der Einrichtung bestehen und die sich auf das Verhalten der Klient*innen auswirken könnten (z.B. Familienstreitigkeiten oder finanzielle Schwierigkeiten) <p>Gewaltprävention durch pro re nata Medikation</p> <ul style="list-style-type: none"> • Medikamente nicht bei der Aufnahme routinemäßig und automatisch verschreiben • Medikamente individuell anpassen und wenn möglich mit den Klient*innen besprechen • Klarheit über Gründe und Umstände der Anwendung von p.r.n. Medikamenten und ihr Einschluss in den Pflegeplan • Maximale Tagesdosis und Intervalle zwischen den Gaben müssen spezifiziert werden <p>Deeskalationstraining:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Frühe Anzeichen von Aggression, Aufregung, Irritation oder Angst erkennen • Wahrscheinliche Ursachen von Aggression oder Gewalt erkennen (im Allgemeinen und für jede/n Klient*in) • Anwendung von Ablenkungs- und Beruhigungstechniken und Anleitung zur Entspannung • Erkennen der Wichtigkeit von persönlichem Freiraum • Auf den Ärger des/der Klient*in angemessen und vernünftig reagieren; Provokation meiden <p>Allgemeine Prinzipien: Etablieren Sie so früh wie möglich enge Arbeitsbeziehung mit den Klient*innen und beobachten Sie Veränderungen in ihrer Stimmung und Haltung, welche zu Gewalt führen könnten.</p>
Vorteile/Nachteile	Leitlinie und Arbeitsmaterial frei zugänglich (Englisch): https://www.nice.org.uk/guidance/ng10
Ressourcen	Englischkenntnisse
Wiss. Evaluierung	Leitlinie evaluiert Dezember 2019
Evidenz	Empfehlungen aufgrund bestehender Evidenz
Quelle	Violence and Aggression: Short-Term Management in Mental Health, Health and Community Settings, NICE Guideline, 2015

A 3. Basale Stimulation

Basale Stimulation (S)	
 : 	 :  
(Bisherige) Zielgruppe(n):	Auszubildende, Hilfskräfte, Fachkräfte, Pflege, Betreuung
Problemfeld	Gewalt gegen Mitarbeitende, Gesundheitsförderung bei Bewohner*innen
Design/ Inhalt	Die Basale Stimulation hilft Menschen mit eingeschränkter Bewegungsfähigkeit oder Fähigkeit zur Wahrnehmung und Kommunikation. Die Basale Stimulation ist ein therapeutisches Konzept zur Aktivierung der Wahrnehmungsbereiche, zur Anregung primärer Körper- und Bewegungserfahrungen und zur Herausbildung einer individuellen, non-verbalen Kommunikationsform. Den Mitarbeitenden werden die Einsatzmöglichkeiten und Methoden der Basalen Stimulation nähergebracht.
Ziele	Die Mitarbeitenden kennen die Zielgruppen des Konzeptes der Basalen Stimulation und die möglichen Methoden für die unterschiedlichen Bedürfnisse der Zielgruppen. Sie sind in der Lage, zu evaluieren bei wem welche Methoden der Basalen Stimulation zu Entspannung und Wohlbefinden führen. Sie kennen die Sinne, die man mit Hilfe der Basalen Stimulation ansprechen kann und kennen mögliche Therapiematerialien.
Nutzen/Hindernisse	N: Praxiserprobt
Ressourcen	Zeit: 1Tag à 8 UE
Evidenz	Gering bis mittel

A 4. Deeskalationsfähigkeit/ Aggressionsmanagement

Reduktion verbaler Aufregung durch Bedürfnisbefriedigung (E-L)	
 : 	 :   
(Bisherige) Zielgruppe(n):	Bewohner*innen von Pflegeeinrichtungen mit Demenz
Gewalttätige/gewaltnahe Handlungen	verbale Aufregung/Aggression
Beschreibung der Intervention und gegebenenfalls Implementierungsvorgang	30-minütige Interventionseinheiten bestehend aus: Trost geben, Aufmerksamkeit schenken, Stimulation geben
Wirksamkeit/Ergebnisse der Intervention	Signifikante Reduktion der Dauer der verbalen Aufregung während der Studiendauer.
Quelle	Reducing verbal agitation in people with dementia: Evaluation of an intervention based on the satisfaction of basic needs, Bedard et al. (2011)

Einführung Safewards (MK)	
 :  	 :    
(Bisherige) Zielgruppe(n):	Alle Mitarbeiter*innen (Auszubildende, Fachkräfte (therapeutisch, pflegerisch, etc.), Verwaltung, Hauswirtschaft, Führungskräfte) + Einbezug ehrenamtlicher Mitarbeitende.
Problemfeld	Kommunikative und Körperliche Gewalt (beide Richtungen)
Design	<p>Ausgewählte Mitarbeiter*innen werden zu Safewardstrainern ausgebildet und übernehmen eine Multiplikatorenrolle in den jeweiligen Einrichtungen.</p> <p>Inhalte der Ausbildung sind folgende Punkte, die partizipatorisch mit den Bewohner*innen bearbeitet werden sollen:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Gegenseitige Erwartungen klären 2. Verständnissvolle Kommunikation 3. Deeskalierende Gesprächsführung 4. Positive Kommunikation 5. Unterstützung bei unerfreulichen Nachrichten 6. Gegenseitiges Kennenlernen 7. Gemeinsame Unterstützungskonferenz 8. Methoden zur Beruhigung 9. Sicherheit geben 10. Entlassnachricht <p>Die Implementierung der Safewardsmethoden ist ein kontinuierlicher Pro-</p>

	<p>zess, welcher sich durch beständige Wiederholungen im Arbeitsalltag effektiv und nachhaltig (die Methoden werden zu einer Routine) gestaltet.</p>
Ziele	<p>Es kommt durch die Anwendung von Safewards zu einer Reduzierung eskalierender und herausfordernder Situationen, einer Reduzierung von Stress (auf beiden Seiten) und der Stärkung der Selbstwirksamkeit (auf beiden Seiten).</p> <p>Außerdem kommt es zu einem verstärkten Sicherheitsgefühl auf Seiten der Mitarbeiter*innen und Bewohner*innen.</p>
Nutzen/ Hindernisse	<p>N: Hat sich bislang in der psychiatrischen Pflege bewährt</p> <p>N: In das Konzept werden das Stationsteam, die räumliche Umgebung, einrichtungsexterne Faktoren, die Klienteneigenschaften und die -gemeinschaft sowie regulatorische Rahmenbedingungen betrachtet und mit einbezogen.</p>
Ressourcen	<p>Trainerweiterbildung drei Tage à 8 Stunden (je nach Art und Umfang der gewählten Schulungsmethode (Inhouse oder extern) sind personeller und finanzieller Aufwand unterschiedlich.</p> <p>Die erste Implementierung aller zehn Methoden/ Interventionen nimmt nach der Weiterbildung etwa zwölf bis achtzehn Monate in Anspruch.</p>
Wiss. Evaluierung	<p>Bislang kaum Evaluationsstudien, jedoch wird Safewards in der S3-Leitlinie „Verhinderung von Zwang: Prävention und Therapie aggressiven Verhaltens bei Erwachsenen“ (2018) explizit als effektive Ausbildung erwähnt</p>
Evidenz	<p>Niedrig bis mittel</p>
Quellen:	<p>Section of Mental Health Nursing (Hrsg.) und Fachhochschule der Diakonie Bielefeld (Hrsg.) (2020). Interventionen. Verfügbar über: http://www.safewards.net/de/table/deutsche/interventionen/</p>
Hinweis	<ul style="list-style-type: none"> • Das Safewards Konzept wurde im speziellen für Einrichtungen mit psychisch kranken Bewohner*innen entwickelt. Elemente aus dem Konzept sind jedoch für allgemeine Bewohnerbereiche anwendbar. • Innerhalb des Projektes können keine Safewards Trainer*innen ausgebildet werden. • Im Zeitrahmen des Projektes können eine Inputveranstaltung und ein bis zwei Interventionen umgesetzt werden. Eine vollständige Implementierung des Konzeptes „Safewards“ überschreitet mit 12- 18 Monaten den zur Verfügung stehenden Implementationszeitrahmen des Projektes „Gesundheitsförderung und Gewaltprävention in Pflegeheimen“.

Inputveranstaltung zu ProDeMa® (MK)	
 :  	 :     
(Bisherige) Zielgruppe(n):	Alle Mitarbeiter*innen (Auszubildende, Fachkräfte (therapeutisch, pflegerisch, etc.), Verwaltung, Hauswirtschaft, Führungskräfte)
Problemfeld	Kommunikative und Körperliche Gewalt (beide Richtungen)
Design	<p>Ausgewählte Mitarbeiter*innen werden von ProDeMa® zu Trainer*innen in neun Monaten weitergebildet und führen später Inhouse-Schulungen für Kolleg*innen durch. Zu Beginn der Weiterbildung geht es vor allem um die Gründe und Auslöser von eskalierenden Situationen, mit Hilfe von kleineren Gruppenübungen werden verschiedene Situationen nachempfunden und ein Verständnis für diese entwickelt.</p> <p>Durch verschiedene Gruppen- und Einzeltrainings sowie Videotraining werden folgende Deeskalationsstufen vermittelt: <u>Sieben Stufen der Deeskalation</u> <u>Primärprävention</u> 1. Verhinderung der Entstehung von Gewalt und Aggression 2. Veränderung des Bewertungsprozesses aggressiver Verhaltensweisen 3. Verständnis der Ursachen und Beweggründe aggressiver Verhaltensweisen <u>Sekundärprävention</u> 4. Kommunikative Deeskalationstechniken im direkten Umgang mit hochgespannten Bewohner*innen 5. Bewohner*innenschonende Abwehr- und Fluchttechniken 6. Bewohner*innenschonende Begleit-, Halte-, Immobilisations- und Fixierungstechniken <u>Tertiärprävention</u> 7. Präventive Möglichkeiten nach aggressiven Vorfällen.</p> <p>CAVE: In den neun Monaten werden die ersten fünf der sieben Stufen detailliert und ausführlich trainiert. Stufe sechs und sieben müssen bzw. sollten bei Bedarf in einer zusätzlichen Weiterbildung absolviert werden.</p>
Ziele	<p>Durch das Deeskalationstraining werden eskalierende Situationen und Übergriffe durch Kolleg*innen, Bewohner*innen und Angehörige reduziert und die Handlungssicherheit gestärkt. Außerdem werden interdisziplinäre Netzwerke grenzübergreifend (Schweiz, Österreich, Deutschland) gebildet.</p> <p>Außerdem verpflichtet sich das Unternehmen/ die Einrichtung bei Vertragsunterzeichnung mit ProDeMa zur Implementierung eines Inhouse-Schulungskonzeptes mit Abschluss der Weiterbildung.</p>
Nutzen/ Hindernisse	<p>N: Hat sich in der Praxis mehrfach bewährt -> Ausweitung des Konzeptes auf fast alle pflegerischen Einrichtungen bzw. Schwerpunkte N: Deeskalationsmanagement wird von der BGW empfohlen! H: Hoher finanzieller Einsatz der Einrichtung</p>
Ressourcen	<p>Trainerausbildung: Zeit: Neun Monate mit insgesamt 12 Präsenztage à 8 Stunden Personell: Meist als Inhouse-Weiterbildung geplant in Gruppen bis zu 15 Personen</p>

Wiss. Evaluierung	Bis dato kein hinreichender evidenzbasierter Zusammenhang zwischen der Durchführung von Deeskalationsschulungen und einer verbesserten Situation im Hinblick auf Gewalterleben. Jedoch zeigten Studien, dass Pflegefachpersonen nach dem Abschluss einer Deeskalationsschulung sich in ihrem subjektiven Empfinden gestärkt fühlten und die Schulung zu einer verbesserten Wahrnehmung und einem gesteigerten Bewusstsein geführt haben. Die BGW empfiehlt Deeskalationstrainings für alle Berufsgruppen in sensiblen Arbeitsbereichen.
Evidenz	Niedrig bis mittel
Quellen:	Weissenberger, Gerd (2020). Institut ProDeMa®. Theoretische Grundlagen. Verfügbar über: https://prodema-online.de/ Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege (BGW) (Hrsg.) Qualifizierung von innerbetrieblichen Deeskalationstrainerinnen und Deeskalationstrainern. Verfügbar über: https://www.bgw-online.de/DE/Arbeitssicherheit-Gesundheitsschutz/Umgang-mit-Gewalt/Qualifizierung_und_Beratung/Ausbildung-Deeskalationstrainer.html
Hinweis	Im Rahmen des Projektes kann ausschließlich eine Inputveranstaltung das Programm ProDeMa® vorstellen.

Umgang mit herausforderndem Verhalten bei Menschen mit Demenz (S)	
 : 	 :   
(Bisherige) Zielgruppe(n):	Auszubildende, Hilfskräfte, Fachkräfte, Führungskräfte, Pflege, Betreuung, Hauswirtschaft, Verwaltung, Management
Problemfeld	Gewalt gegen Menschen mit Demenz
Design/ Inhalt	Die Versorgung von Menschen mit herausforderndem Verhalten fällt uns manchmal schwer. Herausforderndes Verhalten kann uns hilf- oder ratlos zurücklassen. Übrig bleiben – auf keinen Fall gewollt – nicht selten Frust oder Aggression auf beiden Seiten. Das Handeln von Menschen mit Demenz ist auch bei herausforderndem Verhalten immer auch Ausdruck seines Erlebens. Herausforderndes Verhalten kann aber verstanden werden und bietet das Potential für Interaktion und Kommunikation. Wird dieses Potential genutzt, verändert sich das Miteinander und führt sowohl beim Betroffenen als auch beim Begleitenden zu einem erlebbaren „Mehr“ an Wohlbefinden. Im Rahmen der Schulung sollen die Mitarbeitenden im Hinblick auf das Erkennen der Ursprünge solchen Verhaltens gestärkt werden und Handlungskompetenzen im Umgang mit solchem Verhalten erlernen. Zudem werden in einer offenen Gesprächsrunde Erfahrungen aus dem Praxisalltag besprochen und reflektiert. Solche Praxisbeispiele tragen dazu bei, noch besser auf künftige herausfordernde Situationen vorbereitet zu sein.
Ziele	Am Ende der Schulung kennen die Mitarbeitenden Ursachen und Zusammenhänge herausfordernden Verhaltens. Sie werden in ihrer Wahr-

	nehmung verschiedener Verhaltensweisen und Bedürfnissen gestärkt und erlernen persönliche Strategien im Umgang mit herausforderndem Verhalten.
Nutzen/Hindernisse	N: Praxiserprobt
Ressourcen	Zeit: 1 Tag à 8 UE
Wiss. Evaluierung	Praxiserprobter Expertenstandard
Evidenz	Gering bis mittel

A 5. Fallbesprechung und kollegiale Beratung

Fallbesprechung und Kollegiale Beratung bei Verdacht auf Gewaltanwendung oder nach Gewaltanwendung (S)	
 :    : 	
(Bisherige) Zielgruppe(n):	Auszubildende, Hilfskräfte, Fachkräfte, Führungskräfte, Pflege und Betreuung
Problemfeld	Handlungskompetenz im Umgang mit Gewalterfahrungen
Design/ Inhalt	Am ersten Tag Schulungstag werden Anlässe aus dem Umfeld Gewalt erarbeitet, in denen Fallbesprechungen im multidisziplinären Team hilfreich und sinnvoll zur Prävention weiterer Gewalthandlungen sind. Zudem werden Struktur und Ablauf solcher Fallbesprechungen erläutert. Die Mitarbeitenden haben die Möglichkeit, musterhafte Fallbesprechungen durchzuführen, um sich so auf die Praxis vorzubereiten. Am Ende des ersten Schulungstages erhalten die Mitarbeitende einen Praxisauftrag zur Durchführung solcher Fallbesprechungen am eigenen Arbeitsplatz. Am zweiten Schulungstag haben die Mitarbeitende die Möglichkeit, sich über ihre Erfahrungen mit den Fallbesprechungen auszutauschen und zu Reflektieren. Der Fokus des zweiten Schulungstages liegt dann auf der Kollegialen Beratung. Es wird ein Methodenpool zur Kollegialen Beratung erarbeitet und Rahmenbedingungen gelingender Kollegialer Beratung erläutert. Nach den theoretischen Grundlagen haben die Mitarbeitenden auch hier wieder die Möglichkeit zur praktischen Durchführung Kollegialer Beratung mit anschließender Reflexion. Die langfristige Implementierung sowohl der Fallbesprechungen als auch der Kollegialen Beratung erfolgt mit Hilfe des Prozessbegleiters
Ziele	Nach der zweitägigen Schulung kennen die Mitarbeitende Struktur und Ablauf der Fallbesprechung und sind in der Lage, als Moderator und Fallgeber eine Fallbesprechung zu initiieren und zu steuern. Außerdem kennen die Mitarbeitende Struktur und Ablauf der Kollegialen Beratung und sind in der Lage, aus dem Methodenpool zielorientiert und situationsgerecht auszuwählen, um so den Betroffenen bestmöglich zu unterstützen. Mit Hilfe beider Methoden ist dann ein schnelles Reagieren bereits auf erste Anzeichen einer Gewalthandlung möglich.
Nutzen/Hindernisse	N: Hat sich in der Praxis bewährt
Ressourcen	Zeit: 2 Tage à 8 UE
Wiss. Evaluierung	Praxiserprobt
Evidenz	Gering

Kollegiale Beratung und Fallbesprechung (E)	
 :  	 :     
(Bisherige) Zielgruppe(n):	Auszubildende, Hilfskräfte, Fachkräfte, Führungskräfte, Pflege und Betreuung
Problemfeld	Gewalthandlungen (beide Richtungen) – Gesundheitsförderung
Design	<p>Ausgewählte Mitarbeiter*innen erhalten eine Schulung im Bereich kollegiale Fallbesprechung/ kollegiale Beratung.</p> <p>Bei einer Schulung (je nach Anbieter von ein bis vier Tagen) werden gemeinsam Gründe, Auslöser und/ oder Anlässe von Gewalt erarbeitet und im Anschluss analysiert, in welchen Situationen eventuell interdisziplinäre Fallbesprechungen umgesetzt werden sollten. Die Teilnehmer „spielen“ fiktive Fallbesprechungen zu selbst ausgewählten Fällen durch, um die Struktur und das Vorgehen in der Praxis besser kennenzulernen. Meist gibt es als Abschluss des Tages die Aufgabe, eine Fallbesprechung im tatsächlichen Arbeitsumfeld durchzuführen und am nächsten Schulungstag darüber zu reflektieren. Bei den weiterführenden Schulungseinheiten geht es um Verbesserungsvorschläge und um Methoden und Rahmenbedingungen nachfolgender kollegialer Beratungen. Auch hier gibt es im Verlauf des Schulungstages die Möglichkeit eine kollegiale Beratung anhand von fiktiven Beispielen durchzuführen und diese nach Abschluss wieder zu reflektieren und zu besprechen.</p> <p>Für eine feste Implementierung in der Einrichtung sollten zu Beginn regelmäßige, feste Termine für Fallbesprechungen vorgegeben werden, um mögliche Hemmschwellen zu minimieren.</p> <p>Im späteren Verlauf einer kollegialen Beratung/Fallbesprechung können entweder Mitarbeiter*innen als Moderator, als Fallgeber oder als unterstützende, beratende Person agieren.</p> <p><u>Möglichkeiten der Fallbesprechung:</u></p> <p>Je nachdem um welche Fälle und welche „Brisanz“ es geht, muss in der Besprechungsstruktur folgendes bedacht werden:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Kollegiale Fallbesprechung: Eigene Fälle aus dem jeweiligen Tätigkeitsfeld 2. Kollegiale Fallbesprechung fremder Fälle: bei komplexen Fällen oftmals hilfreich, um neue Blickwinkel und ggf. wissenschaftliche Erkenntnisse miteinzubringen 3. Supervision: Fallbesprechung bzw. Fallanalyse mit Hilfe eines externen Supervisors → Während sich Beratung als "zielgerichtete Suche nach der Lösung eines bereits benannten Problems" versteht, ist Supervision eine "zeitlich begrenzte fachliche Auseinandersetzung über die praktische Arbeit" (Pallasch, W., Mutzeck, W. und Reimers, H. (Hrsg.) (1992). Beratung - Training - Supervision. Weinheim: Juventa (S.10)). 3. Hierarchieübergreifend: Einige Fälle belasten alle Berufsgruppen gleichermaßen, hier kann eine interdisziplinäre Fallbesprechung die Hierarchieübergreifend ist, die meisten Vorteile und Lösungen bringen 4. Hierarchieintern: Andere Fälle wiederum sind nur für eine Berufsgruppe „belastend“ und sollten deshalb auch nur in dieser Gruppe besprochen bzw. behandelt werden. Dies kann die Angst nehmen, vor anderen Berufs-

	gruppen „bloßgestellt“ zu werden.
Ziele	Durch Fallbesprechungen/ kollegiale Beratungen werden unterstützende, soziale Netzwerke innerhalb einer Einrichtung aufgebaut und das Wir-Gefühl gestärkt. Je nachdem welche Form angewandt wird, kann die praktische Arbeit reflektierter durchgeführt werden. Außerdem werden die Professionalisierung des beruflichen Handelns und die Bewältigung von Belastungen im Zusammenhang mit dem beruflichen Alltag unterstützt.
Nutzen/ Hindernisse	N: unterschiedliche standardisierte Methoden/ Vorgehensweisen haben sich in der Praxis bewährt
Ressourcen	Initiale Schulung: je nach Methode ein bis vier Tage à 8 Stunden Spätere Durchführung: je nach Methode zwischen 1,5 – 4 Stunden
Evidenz	Niedrig bis mittel
Quellen:	Pallasch, W., Mutzeck, W. und Reimers, H. (Hrsg.) (1992). Beratung - Training - Supervision. Weinheim: Juventa Tietze, Kim-Oliver (o.J.). Kollegiale Beratung. Verfügbar über: http://www.kollegiale-beratung.de/Ebene1/kontakt.html . Tietze, Kim-Oliver und Schulz von Thun, Friedemann (Hrsg.) (2018). Kollegiale Beratung. Problemlösungen gemeinsam entwickeln. Leck: CPI books GmbH. Riedel, Annett und Lehmeier, Sonja (Hrsg.). (2016). Einführung von ethischen Fallbesprechungen: Ein Konzept für die Pflegepraxis. Ethisch begründetes Handeln praktizieren, stärken und etablieren. 4., aktualisierte und ergänzte Auflage. Lage: Jacobs Verlag.
Zusatz	Kategorie: Kommunikation Fallbesprechungen/ Kollegiale Beratung und Supervisionen können mit aufgenommen werden!

A 6. Gewaltfreie Kommunikation

Gewaltfreie Kommunikation nach Marshall B. Rosenberg® (S)	
	
(Bisherige) Zielgruppe(n):	Hilfskraft, Fachkraft, Führungskraft, Pflege, Betreuung, Hauswirtschaft
Problemfeld	Kommunikationsverhalten, Gewalthandlungen auf beiden Seiten
Design/ Inhalt	Das Konzept der „Gewaltfreien Kommunikation“ wurde von Marshall B. Rosenberg entwickelt, um eine wertschätzende Beziehung zum Gegenüber aufzubauen. Anstatt andere zu verurteilen, Forderungen zu stellen und die Verantwortung für die eigenen Bedürfnisse zu leugnen, setzt die gewaltfreie Kommunikation auf ein anderes Vorgehen: Nach einer genauen Beobachtung der Situation werden die dadurch ausgelösten Gefühle und dahinterstehenden Bedürfnisse wahrgenommen und für das Gespräch genutzt. Im Rahmen der Schulung erlernen die Mitarbeitenden die Grundlagen in der gewaltfreien Kommunikation. Sie erlernen Methoden und Gesprächstechniken, die in zahlreichen Praxisbeispielen geübt werden. So können Mitarbeitende das erlernte direkt im Rahmen der Schulung anwenden und konstruktives Feedback erhalten.
Ziele	Die Mitarbeitenden kennen die Grundannahmen in der gewaltfreien Kommunikation. Sie erlernen eine wertschätzende Grundhaltung sowie das Kommunizieren mit Ich-Botschaften. Zudem erlernen die Mitarbeitenden Kompetenzen im Umgang mit Ärger und anderen starken Emotionen und können Zustimmung und Ablehnung wertschätzend übermitteln. Sie lernen ihr Kommunikationsverhalten bewusst wahrzunehmen und Körpersprache richtig zu deuten und einzusetzen.
Nutzen/Hindernisse	N: Praxiserprobt & Studien belegen die Vorteile der gewaltfreien Kommunikation
Ressourcen	Zeit: 1 Tage à 8 UE
Evidenz	Gering bis mittel
Quelle	Rosenberg, Marshall, B. (2016). Gewaltfreie Kommunikation: Eine Sprache des Lebens. 12., überarbeitete und erweiterte Neuauflage. Paderborn: Junfermann Verlag.

Positive Übergabe (E)	
 : 	 :   
(Bisherige) Zielgruppe(n):	Für alle Mitarbeitende die an der Übergabe beteiligt sind (je nach Setting anders)
Problemfeld	Gewalthandlungen (beide Richtungen) - Gesundheitsförderung
Design	Bei der Übergabe zur nachfolgenden Schicht können das Schichtende und der Schichtbeginn positiv beeinflusst werden. Hierfür sollten am Ende jeder Übergabe, egal wie herausfordernd sich das Verhalten oder die Beziehungsdynamik dargestellt haben, immer eine positive Eigenschaft oder ein positives Erlebnis genannt werden. Voraussetzung hierfür ist jedoch, dass das gesamte Team die „neue“ Art der Übergabe durchführt. Wird unter anderem im Safewards Konzept (positive Kommunikation) und in „Dienstübergabe in der Pflege“ (Springer Verlag) benannt.
Ziele	Die nachfolgenden Mitarbeiter*innen beginnen ihren Arbeitsalltag mit einem positiveren Eindruck, Voreingenommenheiten etc. können reduziert werden. Auf Seiten der Mitarbeiter*innen die die Schicht gerade beenden führt das Erinnern bzw. Nennen von positiven Eindrücken an dem Tag zu einem positiveren Dienstabchluss. Außerdem werden dadurch die Sprach- und Kommunikationskompetenzen der Mitarbeiter*innen gestärkt.
Nutzen/ Hindernisse	N: in der Praxis bewährt
Ressourcen	Keine zusätzlichen Ressourcen benötigt
Evidenz	Niedrig
Quellen:	Section of Mental Health Nursing (Hrsg.) und Fachhochschule der Diakonie Bielefeld (Hrsg.) (2020). Interventionen. http://www.safewards.net/de/table/deutsche/interventionen/ Blank, Andreas und Zittlau, Nicole (2017). Dienstübergabe in der Pflege. Einführung und Umsetzung im Team. Berlin/ Heidelberg: Springer-Verlag GmbH.
Zusatz	Kategorie: Arbeitsabläufe/ Strukturierung des Arbeitsalltags Kann mit aufgenommen werden

Mitarbeitertraining gegen herablassende Sprache mit Bewohner*innen (Elderspeak) (E-L)



Land	Ohio, USA
(Bisherige) Zielgruppe(n):	Pflegekräfte
Gewalttätige/gewaltnahe Handlungen	Elderspeak: Bevormundende, herablassende, gönnerhafte Kommunikation, Baby-Sprache: inkludiert Verwendung von „Wir“-Pronomen, Kinder-Begriffe (z. B. „gutes Mädchen“), Spitz- und Kosenamen anstatt eigentlichen Namen (z.B. „Süße“), höhere Stimme und andere Stimmenanpassungen, kurze Sätze, Fragenformulierung wie „Es ist schön draußen oder?“
Beschreibung der Intervention und gegebenenfalls Implementierungsvorgang	Mitarbeitertraining (basierend auf Theory of Reasoned Action), einzelne 90 Minuten lange Sitzung, MA sollten in der Lage sein sich der bevormundenden Sprache bewusst zu werden, solche Sprache und ihre Charakteristika zu identifizieren; die Verwendung der Sprache soll reduziert werden. Durchgeführte Übungen inkludierten: Beschreibung der Eigenschaften von Elderspeak, Unterscheidung zwischen Elderspeak und der „natürlichen“ Sprache, Ansehen und kritische Beleuchtung von kurzen Lese- oder Videoinhalten.
Wirksamkeit/Ergebnisse der Intervention	Das Training erweiterte die Fähigkeit der MA bevormundende Sprache zu erkennen und veränderte ihre Wahrnehmung der bevormundenden Sprache als wirksam und geeignet. Es kam zu einer Verringerung der Verwendung von bevormundender Sprache (nach drei Wochen und nach drei Monaten). Dennoch war der Unterschied zwischen der Interventions- und der Kontrollgruppe nicht signifikant.
Vorteile/Nachteile	V: Flexibilität, auf Grund kurzer, fokussierter Einheiten, die auch typisch für MA-Treffen sind. N: MA-Fluktuation
Ressourcen	Zeit: 90 Minuten
Wiss. Evaluierung	Ja: Case-control study
Evidenz	Gering: Case-control study kombiniert mit möglicherweise nicht repräsentativer Stichprobe, kleiner Stichprobe, Unmöglichkeit der Randomisierung, möglichen systematischen Fehlern: selection und attrition bias, keine Langzeitbeobachtung
Quelle	Bradford & End (2010)

Kommunikationstraining gegen herablassende Sprache durch teilnehmende Beobachtung und Feedback (E-L)



Land	Niederlande
(Bisherige) Zielgruppe(n):	Mitarbeitende (Pflegehelfer*innen)
Gewalttätige/gewaltnahe Handlungen	Elderspeak
Beschreibung der Intervention und gegebenenfalls Implementierungsvorgang	<p>Mitarbeitertraining: Die Anzahl der Trainingseinheiten für jeden Pflegehelfer wurde auf Grund des individuellen CSC-Durchschnittswert am Anfang der Intervention bestimmt (zwei Trainingseinheiten für MA mit niedrigem CSC-Score, eine für MA mit höherem CSC-Score). Das Training bezog sich auf die Verwendung von kurzen Anweisungen, positiver Sprache und biografischer Aussagen.</p> <p>Während des Trainings in der IG wurden die MA bei der täglichen Arbeit beobachtet. CSC wurde verwendet, um die Verwendung von spezifischen Kommunikationsfähigkeiten und Arten von Anweisungen aufzuzeichnen. Nach den Beobachtungen wurde den MA Feedback gegeben: 1) Wie haben sie die Interaktionen erlebt?, 2) Welche effektiven Kommunikationsfähigkeiten und Anweisungen haben sie gegeben (kurze Anweisungen, allgemeine Anweisungen, biografische Aussagen, positive Sprache) und welche hätten sie geben sollen; Ermunterung weiter die effektiven Kommunikationsfähigkeiten zu verwenden, die sie verwendet haben und Erinnerung die zu verwenden, die sie nicht verwendet haben; Die Verwendung und der Sinn von Fähigkeiten, die sie nicht verwendet haben, wurden erklärt. Es wurde erklärt, warum gewisse Fähigkeiten, die MA verwendet haben, nicht angewendet werden sollten.</p>
Wirksamkeit/Ergebnisse der Intervention	Keine Änderung in der Kommunikation; Möglicherweise Stressreduktion bei MA in der IG;
Vorteile/Nachteile	Das Training ist einfach und von kurzer Dauer.
Wiss. Evaluierung	Ja: Vorher-Nachher Vergleich
Evidenz	Sehr gering Randomisierung und andere methodologische Elemente: kleine Stichprobe, keine oder schlechte Beschreibung der Methoden, keine klare Formulierung der eventuellen Hypothesen, Ziele, der Intervention etc. Einheiten zufällig zu den IG und KG zugewiesen (keine Beschreibung der Randomisierung)
Quelle	Sprangers et al. (2015)

A 7. Deeskalation mit Kinästhetik

Deeskalation mit Kinästhetik (S)	
 :  	 :  
(Bisherige) Zielgruppe(n):	Alle Mitarbeitende im Pflegebereich
Problemfeld	Gesundheitsförderung in beide Richtungen
Design/ Inhalt	Kinästhetik basiert auf der bewussten Wahrnehmung der eigenen Bewegung. Diese Wahrnehmung führt dazu, dass Bewegungsabläufe und Körperteile bewusst gesteuert und kontrolliert werden können. In der Pflege hilft das Konzept der Kinästhetik dabei, den Pflegenden aktiv am Pflegeprozess teilnehmen zu lassen, anstatt ihn passiv zu behandeln. Dies führt zu einem Anstieg der Motivation und Zufriedenheit. Die Anwendung durch Pflegenden führt dazu, dass die zu pflegenden jederzeit die Bewegungen der pflegenden Personen nachvollziehen können, und somit die Kontrolle über das Geschehen haben. Die Kinästhetik in der Pflege sichert somit den respektvollen und menschlichen Umgang. Kinästhetik hilft dabei, die Bewegungsressourcen der Bewohnenden zu erkennen und durch gezielte Bewegungsabläufe zu fördern.
Ziele	<p>Der Schwerpunkt der Schulung liegt auf praktischen Übungen. Die Mitarbeitenden reflektieren an diesem Tag ihr eigenes Bewegungsverhalten bei gängigen Transfers und werden in ihrer Eigenwahrnehmung sensibilisiert. Sie lernen, wie sich Bewegungsabläufe harmonisieren lassen und leichter werden und so Abwehrverhalten bei Bewohner*innen vermieden werden kann.</p> <p>Statt „Hau Ruck“, sollen Transfers und Bewegungsunterstützungen als „gemeinsame Interaktion“, von Pflegekraft und Bewohner*in/ Patient*in gestaltet und erlebt werden.</p>
Nutzen/Hindernisse	N: Praxiserprobt
Ressourcen	Zeit: 1 Tag à 8 UE Decke, Isomatte, bequeme Kleidung und rutschfeste Schuhe
Evidenz	Gering bis mittel
Quelle	GSMP (o.J.)

A 8. Notfallmanagement gegen Gewaltanwendungen

Notfallmanagement gegen Gewaltanwendung – Entwicklung einer Verfahrensregelung (S)	
 : 	 :   
(Bisherige) Zielgruppe(n):	Führungskraft, Pflege Auswahl von Führungskräften aus den verschiedenen Bereichen
Problemfeld	Prozedurale Maßnahmen gegen Gewaltanwendungen
Design/ Inhalt	Im Rahmen des ersten Schultages werden alle möglichen Perspektiven und Ebenen von Gewalt in der Pflege ermittelt. Ein besonderes Augenmerk liegt bei der Erkennung von gewaltauslösenden oder gewaltvermeidenden Rahmenbedingungen. Im Anschluss werden Aufbau und Struktur einer einrichtungsspezifischen Verfahrensregelung in einem gemeinsamen Prozess festgelegt. Zur Vorbereitung auf den zweiten Schultag werden Arbeitspakete zusammengestellt und verteilt. Am zweiten Schultag werden die einzelnen Arbeitspakete dann vorgestellt und zu einer Verfahrensregelung zusammengefügt. Anschließend werden Strategien zur Implementierung und Veröffentlichung der Verfahrensregelung besprochen. Am Ende im Rahmen der Reflexion und des Ausblicks wird der weitere Austausch koordiniert und geplant. Die langfristige Implementierung der Verfahrensregelung erfolgt mit Unterstützung des Prozessbegleiters.
Ziele	Am Ende kennen die Mitarbeitenden gewaltauslösende und gewaltvermeidende Rahmenbedingungen und sind in der Lage, konstruktive und allgemein verbindliche Verhaltensregeln aufzustellen. Die Mitarbeitenden kennen die Grundstruktur projektorientierten Arbeitens und sind in der Lage, aus Arbeitspaketen ein Gesamtergebnis zu konstruieren. Am Ende des zweiten Schultages liegt eine Verfahrensregelung Notfallmanagement gegen Gewaltanwendung vor und wird in der Einrichtung der Mitarbeitersicher und kompetent angewandt.
Nutzen/Hindernisse	N: Hat sich in der Praxis bewährt
Ressourcen	Zeit: 2 Tage à 8 UE
Wiss. Evaluierung	Praxiserprobt
Evidenz	Gering

A 9. Organisationsentwicklung

Partizipatorische Dienstplangestaltung (E)	
	
(Bisherige) Zielgruppe(n):	Alle Mitarbeitende die an die Dienstplangestaltung gebunden sind (Hauswirtschaftskräfte/ Ehrenamtliche haben teilweise feste Bereiche/ Aufgabengebiete, die an bestimmte Zeiten und dadurch nicht variierbar sind)
Problemfeld	Gesundheitsförderung – indirekt Gewalt gegen Bewohner*innen
Design	Der Dienstplan ist ein sehr wichtiges Planungsinstrument. Er gibt der Leitung und den Mitarbeiter*innen die Möglichkeit, die anstehenden Tätigkeiten angemessen zu planen. Außerdem wird sichergestellt, dass jeden Tag genügend Mitarbeiter*innen für die Pflege der Bewohner*innen eingesetzt sind. Partizipatorische Dienstplangestaltung bedeutet, dass das Team gemeinsam mit der Leitung eine Möglichkeit/ einen Weg findet, Dienstwünsche einzubringen und sich an der Dienstplangestaltung zu beteiligen. Möglichkeiten für die Umsetzung sind hier das Einführen eines Wunschbuchs, ein für alle Mitarbeiter*innen zugänglicher großer Dienstplan zum Ausfüllen, etc.
Ziele	Durch eine partizipatorische Dienstplangestaltung kann die Selbstwirksamkeit und das Wir-Gefühl eines Teams gestärkt werden. Außerdem wird dadurch eine angenehmere Arbeitsatmosphäre geschaffen und die außerbetrieblichen, sozialen Kontakte gestärkt. Ein weiterer positiver Effekt können zusätzlich weniger Personalausfälle und/ oder Personalengpässe sein.
Nutzen/ Hindernisse	N: Hat sich in der Praxis bewährt H: Mögliche Kollisionen bei zu vielen, gleichzeitigen Wünschen
Ressourcen	Zeit: keine großen zeitlichen Ressourcen nötig Personell: keine zusätzlichen personelle Ressourcen notwendig
Evidenz	niedrig
Quellen:	Piller, Ramona (2019). Perspektiven und Handlungsspielräume der Stationsleitung im Gesundheitswesen (S. 29 – 38). In: Gesundheitsmanagement in der Pflege. Pflicht und Kür für Stationsleitungen. Wiesbaden: Springer Verlag essentials.

Teambildende Maßnahmen (E)	
 :    :  	
(Bisherige) Zielgruppe(n):	Alle Mitarbeitende
Problemfeld	Gesundheitsförderung - Indirekt Gewalthandlungen gegen Bewohner*innen
Design	<p>Vielfältiges Angebot - je nach Mitarbeiteranzahl, Budget und Vorlieben aller Teammitglieder.</p> <p>Sportliche Aktivitäten z.B.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Kletter-/ Hochseilgarten 2. Bowling 3. Wanderungen <p>Ruhigere Aktivitäten z.B.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. gemeinsamer Koch- und/ oder Grillkurs 2. Gemeinsam Gutes tun: Social Teambuilding 3. Teambuilding Seminare <p>Aktivitäten mit Denkaufgaben:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Escape Rooms 2. Interaktives Quiz: z.B. Kahoot 3. Geo-Based Gaming: Agent X <p>CAVE: Wichtig ist bei der Auswahl der richtigen teambildenden Maßnahme das gesamte Team zu integrieren – was für Wünsche und Vorlieben hat das Team? Eher ruhig und entspannt oder mit Action und Sport?</p>
Ziele	Durch teambildende Maßnahmen (Trainings, Seminare, Ausflüge, etc.) wird das Team und das damit verbundene Wir-Gefühl gestärkt. Die Mitarbeiter*innen lernen Ressourcen und Fähigkeiten von sich und den Kolleg*innen kennen, die Selbstwirksamkeit kann gestärkt werden. Außerdem können Kommunikation, Produktivität und Motivation der Mitarbeitenden erhöht werden.
Nutzen/ Hindernisse	<p>N: teambildende Maßnahmen haben sich in der Praxis mehrfach bewährt</p> <p>N: je nachdem welche Teambildende Maßnahme gewählt wird können diese in verschiedenen Phasen der Teambildung angewandt werden (neues Team? Älteres Team mit neuen Problemen etc.)</p> <p>N: Je nachdem welche teambildende Maßnahme gewählt wird sind diese Maßnahmen für Klein- und Großgruppen durchführbar</p> <p>N: Je nachdem welche Maßnahme gewählt wird sind diese Maßnahmen bis auf die Personalkosten, die durch die Arbeitsstunden während der Maßnahmen erbracht werden, kostenfrei</p>
Ressourcen	<p>Zeit: Je nach Unternehmung von 2 – 8 Stunden.</p> <p>Personell: Im besten Fall mit dem gesamten Personal – optional jedoch auch in mehreren Gruppen, je nach Arbeitsgebiet</p> <p>Finanziell: Je nach Maßnahme von kostenfrei bis mehrere hundert Euros</p>
Wiss. Evaluierung	Der Mehrwert von teambildenden Maßnahmen und funktionierenden sozialen Kontakten innerhalb des Arbeitsplatzes bereits mehrfach evaluiert wurden.
Evidenz	Niedrig

Quellen:	<p>Müller, Franziska (2013). Wie können nachhaltig positive Beziehungen aufgebaut werden? (S. 109 – 115) In: Positive Psychologie im Beruf. Freude an Leistung entwickeln, fördern und umsetzen. Wiesbaden: Springer Fachmedien.</p> <p>Quellen Soziale Unterstützung (da hier Überschneidungen):</p> <p>Saletnik, Laurie (2018). Building Personal Resilience. Seiten 176 – 178. In: AORN Journal. The official Voice of perioperative nursing. Jg. 107 (2).</p> <p>Öksüz, Emine; Demiralp, Meral; Mersin, Sevinç; Tüzer, Hilal; Aksu, Miray und Sarikoc, Gamze (2018). Resilience in nurses in terms of perceived social support, job satisfaction and certain variables. Seiten: 423- 431. In: Journal of Nursing Management. Verfügbar über: https://onlinelibrary.wiley.com/doi/epdf/10.1111/jonm.12703.</p> <p>Manomenidis, Georgios; Panagopoulou und Montgomery, Anthony (2018). Resilience in nursing: The role of internal and external factors. Seiten: 172–178. Journal of Nursing Management. Jg. 2019 (27).</p> <p>Wang, Lin; Tao, Hong; Bowers, Barbara, J.; Brown, Rogers und Zhang, Yaping (2018) – Influence of Social Support and Self-Efficacy on Resilience of Early Career Registered Nurses.</p> <p>Jackson, Debra; Firtko, Angela und Edenborough, Michel (2007). Personal resilience as a strategy for surviving and thriving in the face of workplace adversity: a literature review. In: Journal of Advanced Nursing. Jg. 60 (1). S. 1-9.</p>
----------	--

A 10. Personenzentrierte Pflege

Biografiearbeit für Menschen mit Demenz (S)	
 :  	 :  
(Bisherige) Zielgruppe(n):	Hilfskraft, Pflege, Betreuung
Problemfeld	Gewalt gegen Menschen mit Demenz
Design/ Inhalt	Die Biografie ist die Lebensbeschreibung eines Menschen. Den Lebenslauf zu beschreiben, bedeutet auch eine nachträgliche Konstruktion einer bestimmten Sinnhaftigkeit des beschriebenen Lebens. Gerade in der Pflege von Demenzkranken ist Biografiearbeit ein wichtiger Bestandteil, um die Bedürfnisse und Ängste eines Bewohners zu verstehen. Den Pflegenden hilft die Biografiearbeit also im Umgang mit Menschen mit Demenz. Außerdem trägt sie dazu bei, dass sich der Mensch mit Demenz länger daran erinnert, wer er ist. Durch die Auseinandersetzung mit der Biografie sind die Mitarbeitenden in der Lage, individuelle Maßnahmen für Bewohner mit Demenz zu erarbeiten und können soziale Aktivitäten an den Wünschen des Bewohners anpassen. Dabei können unterschiedliche Vorgehensweisen Informationen über biografisch bedeutsame Themen erbringen. Zum Beispiel das Gespräch mit dem Menschen selbst oder die Beobachtung durch Mitarbeitende im Alltag. Ebenfalls erfolgversprechend ist das Einbeziehen von wichtigen Bezugspersonen.
Ziele	Im Rahmen der Schulung lernen die Mitarbeitenden verschiedene Vorgehensweisen der Biografiearbeit und der systematischen Dokumentation mit Hilfe von Biografiebögen. Sie sind in der Lage zu erkennen, welche Informationen gewinnbringend für die gute Pflege und Betreuung genutzt werden können.
Nutzen/Hindernisse	N: Praxiserprobt
Ressourcen	Zeit: 1 Tag à 8 UE
Evidenz	Gering bis mittel

Provoziert Demenz Gewalt? – Person-zentrierte Pflege als professionelle Antwort (S)	
 :    : 	
(Bisherige) Zielgruppe(n):	Auszubildende, Hilfskräfte, Fachkräfte, Führungskräfte, Pflege und Betreuung
Problemfeld	Würde- und respektvoller Umgang mit Pflegebedürftigen durch Verständnis von Alter/würdevolles Altern [nach Tom Kitwood (2004): Menschen mit Demenz]
Design/ Inhalt	Mitarbeitende lernen am ersten Schultag die Auslöser von Gewalt gegen Menschen mit Demenz kennen und beschäftigen sich in diesem Rahmen mit den DNQP Expertenstandards Beziehungsgestaltung bei Menschen mit Demenz. Mit dieser Grundlage erhalten sie einen Praxisauftrag zur Beziehungsgestaltung mit Menschen mit Demenz. Am zweiten Schultag erfolgt die Reflexion des Praxisauftrages. Fertigkeiten, Potenziale und Werte zum frühzeitigen Erkennen und zur Vermeidung von Gewalt gegen Menschen mit Demenz können in diesem Rahmen weiterentwickelt werden. Kommunikationskompetenzen in schwierigen Gesprächssituationen werden mit Hilfe von Übungen gestärkt. Möglichkeiten zur langfristigen praktischen Umsetzung der Kommunikationskompetenzen im Nachgang der Schulung können gemeinsam mit der/m Prozessbegleiter*in erarbeitet werden.
Ziele	Nach der zweitägigen Intervention sind die Mitarbeitenden in der Lage, herausfordernde Gesprächssituationen positiv zu lösen. Sie kennen die Grundzüge der person-zentrierten Pflege nach Tom Kitwood und sind in der Lage, Verhaltensweisen der personalen Detraktion zu erkennen und in eine positive Begleitung zu überführen. Außerdem kennen die Mitarbeitenden Struktur und Inhalt des DNQP Expertenstandards Beziehungsgestaltung bei Menschen mit Demenz und sind in der Lage, praxisorientiert die Kernaussagen anzuwenden.
Nutzen/Hindernisse	N: Hat sich in der Praxis bewährt
Ressourcen	Zeit: 2 Tage à 8 UE
Wiss. Evaluierung	Praxiserprobter Expertenstandard Referenzen und Studien: http://fdslive.oup.com/www.oup.com/academic/pdf/13/9780199563111.pdf
Evidenz	Gering bis mittel
Quelle	Dignity, values, attitudes, and person-centred care - Jo Galloway in: <i>Hindle, Andrew und Coates, Alison (2011): Nursing care of older people; p.9-22</i> http://fdslive.oup.com/www.oup.com/academic/pdf/13/9780199563111.pdf Siehe auch: <i>Kitwood, T. (2004). Demenz. Der person-zentrierte Ansatz mit verwirrten Menschen. (3. erweiterte Aufl.). Deutschsprachige Ausgabe hrsg. von C. Müller-Hergl. Bern: Huber</i> <i>Gerhard Wagner, Deutsche Alzheimer Gesellschaft Landesverband Bayern e. V., Selbsthilfe Demenz: Person-zentrierte Pflege und Betreuung nach Tom Kitwood</i>

	https://www.alzheimer-bayern.de/images/downloads/leben_mit_demenz/3_Hilfreiches/BAzG_Theorie_Kitwood.pdf
--	---

A 11. Reduktion Freiheitsentziehender Maßnahmen

Reduktion von Isolation und FeM (Blair et al./ USA) (MK-L)	
 : 	 :    
Land	USA
(Bisherige) Zielgruppe(n):	Mitarbeitende von psychiatrischen Abteilungen
Problemfeld	Isolation und FeM
Design/ Inhalt	<p>Basierend auf evidenzbasierten therapeutischen Praktiken zur Gewaltreduktion</p> <p>Interventionskomponenten:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Regelmäßige Anwendung der Broset Violence Checklist (Einschätzung des Gewaltrisikos): Ein Arzt füllt die Checkliste bei der Aufnahme und das Pflegepersonal während jeder der drei Schichten, während des gesamten Aufenthaltes, aus. Sechs Verhaltensweisen, die mit Gewaltrisiko in Verbindung gebracht werden, werden eingeschätzt: Verwirrtheit, Reizbarkeit, Ungestümtheit, verbale Drohungen, physische Drohungen und Angriffe auf nichtlebende Objekte. Antworten: ja/nein, Scores: 0-6, wobei 0 für geringes Gewaltrisiko und 6 für sehr hohes Gewaltrisiko steht. Eine Checkliste mit Interventionsoptionen für Mitarbeitende wurde hinzugefügt. Diese beinhaltete: verbale Deeskalation, Ablenkungsaktivitäten, Verringerung der Reizbarkeitsfaktoren, sensorische Modulierung, Medikamentengabe, andauernde Überwachung, Isolierung und FeM. - Verpflichtende Weiterbildung der Mitarbeitenden in Krisenintervention und trauma-bezughemmer Pflege: standardisierte 8-stündiger Kriseninterventionskurs mit Fokus auf Deeskalationstechniken, neuer Methode der Zuteilung von Pflegepersonal um die Präsenz der Mitarbeitenden im Milieu zu maximieren und Training in „Risking Connections®“ (zweitägiges Programm mit dem Ziel Verhalten von Mitarbeitenden zu reduzieren welche zur Verschlimmerung von Bewohnerreaktionen auf Traumata führen können). - Erhöhte Häufigkeit der ärztlichen Einschätzung des Bedürfnisses nach Isolation oder FeM (von 4 auf alle 2 Stunden); Änderungen der Geschäftspolitik und Richtlinien des Krankenhauses bzgl. Anweisung des Arztes FeM/Isolation durchzuführen. - Formale administrative Prüfung der Isolations- bzw. FeM-Vorfälle; - Verbesserungen der Umgebung: Einschätzung der sensorischen Bedürfnisse, Bereiche mit beruhigendem Licht, Musik etc.
Ziele	<ul style="list-style-type: none"> - Die Intervention steht in Verbindung mit statistisch signifikanter Reduktion der Anzahl der Isolationsvorfälle (Reduktion von 52 %). Die Anzahl der FeM-Vorfälle verringerte sich um 6% (nicht signifikant). - Die Dauer der Isolationsvorfälle je Aufnahme verringerte sich um 27% (signifikant), während die Dauer der FeM-Vorfälle je Aufnahme um 52% anstieg.
Wiss. Evaluierung	Ja: Prä-post-Vergleich
Evidenz	Große Stichprobe, große Anzahl von Variablen, Interventionskompo-

	nungen wurden nacheinander eingeführt, was die Schlussfolgerung über die Wirksamkeit jeder einzelnen Intervention begrenzt
Quelle	Blair et al. (2016)

A 12. Validation

Validierende Gesprächsführung - Integrative Validation nach Richard® (S)	
 : 	 :  
(Bisherige) Zielgruppe(n):	Hilfskraft, Fachkraft, Führungskraft, Pflege, Betreuung
Problemfeld	Gewalt gegen Menschen mit Demenz
Design/ Inhalt	Mit der validierenden Kommunikation will man den Bewohner mit Demenz in seiner Lebenswelt lassen. Man versucht nicht, ihn in die Realität zurück zu holen und akzeptiert Gefühlswelt und Motive der an Demenz erkrankten Menschen, um Vertrauen zu schaffen. Die Integrative Validation nach Richard® geht von einer ressourcenorientierten Sicht aus und begegnet diesen Menschen, indem deren Gefühle, Antriebe und Lebensthemen wahrgenommen, angesprochen und für gültig erklärt werden. Im Rahmen der Schulung erlernen Mitarbeitenden Methoden zur Umsetzung dieser Kommunikationstechnik. Mit Hilfe von Rollenspielen erwerben die Mitarbeitenden entsprechende Kompetenzen in praxisnahen Beispielen.
Ziele	Am Ende der zweitägigen Schulung kennen die Mitarbeitenden die Grundlagen der Integrativen Validation. Sie kennen Symptome und Schutzmechanismen bei Demenz und haben ein breites Verständnis für die innere Erlebenswelt des Menschen mit Demenz. Die Mitarbeitenden lernen Gefühle, Antriebe und Lebensthemen als Ressourcen kennen und können IVA-Schritte mit Hilfe von Praxisbeispielen erarbeiten und umsetzen.
Nutzen/Hindernisse	N: Praxiserprobt
Ressourcen	Zeit: 21Tag à 8 UE
Wiss. Evaluierung	Praxiserprobter Expertenstandard
Evidenz	Gering bis mittel

B. Weitergehende Konzepte, Methoden und Ansätze

B 1. Achtsamkeit/ Achtsamkeitstraining

Achtsamkeit (E)	
 :  	 :  
(Bisherige) Zielgruppe(n):	Für alle Mitarbeitende
Problemfeld	Resilienzstärkung (indirekt Gewalt auf beiden Seiten)
Design	<p>Laut Kabat-Zinn sind wir häufig mit unseren Gedanken in der Vergangenheit oder in der Zukunft. „Achtsam“ bedeutet jedoch im Jetzt präsent und aufmerksam zu sein. Achtsamkeitsübungen können einfach in den Alltag und den Tagesablauf integriert werden. Möglichkeiten sind hier etwa achtsame Spaziergänge, Yoga, Aromatherapie, geführte Meditationen, das Ausleben individueller Kreativität, bewusste Atemübungen, kurze Pausen und/ oder kleinere Programme von Geistlichen.</p> <p>Außerdem können kurze gemeinsame Sitzungen und Informationsmaterial den Mitarbeiter*innen helfen die Achtsamkeitsübungen kennenzulernen und auch zu Hause durchzuführen – je nach den individuellen Vorlieben.</p> <p><u>Mindfulness-Based-Stress-Reduction-Programs (MBSR).</u></p> <p>Das MBSR ist ein achtwöchiges Gruppentraining in dem formale z.B. stille Meditation im Sitzen und nicht formale Achtsamkeitsübungen, z.B. achtsames Essen, vermittelt und geübt werden. Hierfür gehören neben wöchentlichen kurzen Gruppensitzungen auch tägliche Übungen zuhause.</p> <p><u>Achtsamkeits- und Mitgefühlsprogramm</u></p> <p>In diesem Programm werden Achtsamkeit und Selbstfürsorge in konstanter Rückkopplung mit der Arbeitsumgebung angewendet. Zehnwöchiger Kurs, bestehend aus einem wöchentlichen Übungstag am Arbeitsplatz und regelmäßigen Übungen zuhause. An dem gemeinschaftlichen Übungstag gibt es für alle Mitarbeiter*innen die Möglichkeit an einer 15-minütigen Kurzmeditation teilzunehmen. Kursinhalte umfassen Übungen zur Körperachtsamkeit, Atem-Achtsamkeit und Gehmeditation, Empathie- und Mitgefühlsübungen sowie die Kultivierung achtsamen Gewahrseins.</p>
Ziele	Auf Achtsamkeit basierende Schulungsprogramme und Programme zur Stärkung der persönlichen Resilienz zeigen, dass es zu einer verbesserten, persönlichen Achtsamkeit und Belastbarkeit kommt (Kemper, Rao, Gascon et al. 2017 / van Agteren, Iasiello und Lo 2018), zu einem statistisch signifikant verbesserten Wohlbefinden ($p > 0,001$) (Kemper, Rao, Gascon et al. 2017) sowie zu einer Verbesserung des emotionalen Stresslevels und der Burnoutparameter kommt (Mistret-

	<p>ta, Davis, Temkit et al. 2018).</p> <p>Beim Achtsamkeits- und Mitgefühlprogramm zeigte sich eine signifikante Verbesserung in zwei der drei Burnout-Komponenten nach Maslach sowie eine Reduktion von Angst und wahrgenommenem Stress. Ebenso gab es signifikante Verbesserungen in zwei berufsrelevanten emotionalen Kompetenzen: eigene Emotionen aufmerksam wahrnehmen und negative Emotionen besser aushalten. Außerdem steigt die Freude am Arbeiten, die Konzentration, das allgemeine Wohlbefinden, die Lebensqualität, die Entspannungsfähigkeit und es wurde eine Verbesserung des Schlafverhaltens geäußert.</p>
Wiss. Evaluierung	<p>(Achtsamkeits- und Mitgefühlprogramm) → Mixed-method-Design im Malteser-Krankenhauses in Bonn im Jahr 2012 anschließend Adaption der Ergebnisse und erneute kontrollierte Studie im Tumorzentrum in Freiburg</p>
Evidenz	<p>Mittel bis hoch</p>
Quellen:	<p>Kemper, Kathi, J.; Rao, Nisha; Gascon, Gregg und Mahan, John, D. (2017). Online Training in Mind-Body Therapies: Different Doses, Long-term Outcomes. Verfügbar über: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5871275/pdf/10.1177_2156587217701857.pdf</p> <p>Van Agteren, Joep; Iasiello, Matthew und Lo, Laura (2018). Improving the wellbeing and resilience of health services staff via psychological skills training. Verfügbar über: https://www.researchgate.net/publication/329868819_Improving_the_wellbeing_and_resilience_of_health_services_staff_via_psychological_skills_training.</p> <p>Mistretta, E., G.; Davis, M., C.; Temkit, M.; Lorenz, C.; Darby, B. und Stonnington, C., M. (2018)). Resilience Training for Work-Related Stress Among Health Care Workers: Results of a Randomized Clinical Trial Comparing in-Person and Smartphone-Delivered Interventions. Verfügbar über: https://insights.ovod.com/crossref?an=00043764-201806000-00011</p> <p>Santorelli, Saki, F. (2014). Mindfulness-based Stress Reduction (MBSR): Standards of Practice. THE CENTER FOR MINDFULNESS IN MEDICINE, HEALTH CARE, AND SOCIETY UNIVERSITY OF MASSACHUSETTS MEDICAL SCHOOL. Kemper, Kathi, J.; Rao, Nisha; Gascon, Gregg und Mahan, John, D. (2017). Online Training in Mind-Body Therapies: Different Doses, Long-term Outcomes. Verfügbar über: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5871275/pdf/10.1177_2156587217701857.pdf</p> <p>AOK – Die Gesundheitskasse in Hessen Körperschaft des öffentlichen Rechts (2020). Achtsamkeitstraining nach Dr. Jon Kabat Zinn. Verfügbar über: https://aok-erleben.de/achtsamkeitstraining-nach-dr-jon-kabat-zinn/</p>

Ausgewogene Work – Life – Balance (E)	
 :  	 :  
(Bisherige) Zielgruppe(n):	Für alle Mitarbeitende
Problemfeld	Resilienzförderung (indirekt Gewalthandlungen gegen Bewohner*innen)
Design	<p>Es werden außerhalb des anspruchsvollen Berufsfeld – stationäre Langzeitpflege – ausreichend Aktivitäten benötigt, die dabei helfen ein Gleichgewicht herzustellen.</p> <p>Es sollten Aktivitäten gewählt werden die gleichermaßen physisch, emotional und spirituell pflegen – wobei die Interpretation der jeweiligen Begriffe jeder Person selbst überlassen bleiben sollte.</p> <p>Zur Work – Life – Balance gehören auch die soziale Unterstützung, Optimismus, Empathie und Selbstfürsorge als Teilaspekte.</p>
Ressourcen	Je nach Art und Umfang individueller Einsatz von personellen, zeitlichen und finanziellen Ressourcen.
Wiss. Evaluierung	McAllister und Lowe 2019 / Jackson, Firtko und Edenborough 2007 / Hart, Brannen und DeChesnay 2014 / McDonald, Jackson, Wilkes et al. 2012 / Stock 2015
Evidenz	Mittel bis hoch
Quellen:	<p>McAllister, Margaret und Lowe, John, B. (2019). Resilienz und Resilienzförderung bei Pflegenden und Patienten. Widerstandsfähiger werden trotz widriger Umstände. 2., überarbeitete und ergänzte Auflage. Deutschsprachige Ausgabe herausgegeben von Jürgen Georg, Robert Weller und Peter Offermanns. Bern: hogrefe Verlag.</p> <p>Jackson, Debra; Firtko, Angela und Edenborough, Michel (2007). Personal resilience as a strategy for surviving and thriving in the face of workplace adversity: a literature review. In: Journal of Advanced Nursing. Jg. 60 (1). S. 1-9.</p> <p>Hart, Patricia, L.; Brannan, Jane, D. und De Chesnay, Mary (2012). Resilience in nurses: an integrative review. Seiten: 720–734. In: Journal of Nursing Management. Jg. 2014 (22).</p> <p>McDonald, Glenda; Jackson, Debra; Wilkes, Lesley und Vickers, Margaret, H. (2012). A work-based educational intervention to support the development of personal resilience in nurses and midwives. Seiten 378- 384. In: Nurse Education Today. Jg.2012 (32).</p> <p>Stock, Eleanor (2017). Exploring salutogenesis as a concept of health and wellbeing in nurses who thrive professionally. Seiten: 338- 341. In: British Journal of Nursing (2017). Jg. 26 (4).</p>

Relaxation Response Resiliency Program (3RP) (E)	
 :  	 :  
(Bisherige) Zielgruppe(n):	Alle Mitarbeitende
Problemfeld	Gesundheitsförderung – indirekte Gewalthandlungen auf beiden Seiten
Design	<p>Das Relaxation Response Resiliency Program (3RP) lehrt Selbstpflegepraktiken, die dabei helfen den täglichen Stress und die damit verbundenen emotionalen und körperlichen Auswirkungen besser „abfedern“ zu können. Das Programm hilft den Teilnehmer*innen besser zu verstehen, wie Stress und körperliche/ emotionale zusammenhängen und unterstützt die Teilnehmer*innen dabei positive Gedanken und Überzeugungen zu schätzen und zu stärken. Sie lernen verschiedene Techniken um Entspannungsreaktionen auslösen zu können („körperliche Stresspuffer“) sowie die Relevanz von gesundem Essen, körperlicher Betätigung und erholsamen Schlaf.</p> <p>Je nach Art und Umfang der Schulung/ Fortbildung lernen die Mitarbeitenden in einer vierstündigen initialen Einweisung und zweistündigen sich wöchentlich wiederholenden Sitzung, die oben aufgezählten Aspekte kennen.</p>
Ziele	Abnahme der Stressreaktivität und eine verstärkte Verbundenheit zu sich und anderen.
Nutzen/ Hindernisse	N: Hat sich in der Praxis bewährt
Ressourcen	<p>Personell: es wird lediglich der externe Trainer benötigt</p> <p>Zeitlich: je nach Art und Umfang der Schulung/ Fortbildung unterschiedlich</p>
Evidenz	Niedrig bis mittel
Quellen:	<p>Benson-Henry Institute for Mind Body Medicine (o.J.) Relaxation Response Resiliency Program. Verfügbar über: https://news.harvard.edu/wp-content/uploads/2015/10/3rp.pdf</p> <p>Ruskin, Jeremy, N. ;Massachusetts General Hospital (Hrsg.) und Benson-Henry Institute for Mind Body Medicine (Hrsg.) (2017).Impact of the Relaxation Response Resiliency Program on Patients With Atrial Fibrillation. Verfügbar über: https://clinicaltrials.gov/ct2/show/NCT02634697</p> <p>Stahl, James; Dossett, Michelle; LaJoie, Scott; Denninger, John; Metha, Darshan; Goldman, Roberta; Fricchione, Gregory und Benson, Herbert (2017). Relaxation Response and Resiliency Training and Its Effect on Healthcare Resource Utilization. Verfügbar über: https://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0140212</p>

Selbstfürsorge, Entwicklung einer emotionalen Intelligenz und Empathie (E)



(Bisherige) Zielgruppe(n):	Für alle Mitarbeitende
Problemfeld	Resilienzstärkung (indirekt Gewalthandlungen auf beiden Seiten)
Design	<p>Emotionale Intelligenz = Fähigkeit seine eigenen Bedürfnisse zu verstehen und zusätzlich einen Einblick in die Gefühle des Gegenübers zu bekommen</p> <p>Selbstfürsorge = in der aktuellen pflegerischen Situation ist es wichtig auf sich selbst zu achten und von den Führungskräften darin auch unterstützt zu werden</p> <ul style="list-style-type: none"> - Gesunde Ernährung (BGM – Fort- und Weiterbildung) - Ausreichend Bewegung (BGM – Fort- und Weiterbildung/ Yoga/ ...) - Genügend tatsächliche Ruhephasen und Pausen (Arbeitsschutz und Arbeitssicherheit) - Strukturierte Dienstpläne → stärkt die Plastizität des Gehirns → schnellere Anpassung an sich verändernde Situationen - Soziale Kontakte innerhalb und außerhalb - Positive Einstellung und positive Übergeben
Ziele/ Nutzen/ Hindernisse	<p>Durch eine verbesserte Resilienz nimmt die Selbstwirksamkeit der Mitarbeiter*innen zu (Foster, Cuzzillo und Furness 2018 / Pipe, Buchda, Launder et al. 2010).</p> <p>Weitere Ziele/ Nutzen/ Hindernisse können den jeweiligen Matrizen der einzelnen Möglichkeiten entnommen werden.</p>
Ressourcen	Je nach Art und Umfang der Maßnahmen von kostenlos bis mehrere hundert Euro
Wiss. Evaluierung	Wei, Roberts, Strickler et al. 2018 / Foster, Cuzzillo und Furness 2018 / McDonald, Jackson, Wilkes et al. o.J. / McAllister und Lowe 2019 / Pipe, Buchda, Launder et al. 2010
Evidenz	Mittel bis hoch
Quellen:	<p>Wei, Holly; Roberts, Paige; Strickler, Jeff und Corbett, Robin, Webb (2018). Nurse leaders' strategies to foster nurse resilience. Seiten: 681- 687. In: Journal of Nursing Management. Jg. 19 (27).</p> <p>Foster, Kim; Cuzzillo, Celeste und Furness, Trentham (2018). Strengthening mental health nurses' resilience through a workplace resilience programme: A qualitative inquiry. Verfügbar über: https://onlinelibrary.wiley.com/doi/epdf/10.1111/jpm.12467.</p> <p>McDonald, Glenda; Jackson, Debra; Wilkes, Lesley und Vickers, Margaret, H. (2012). A work-based educational intervention to support the development of personal resilience in nurses and midwives. Seiten 378- 384. In: Nurse Education Today. Jg.2012 (32).</p> <p>McAllister, Margaret und Lowe, John, B. (2019). Resilienz und Resilienzförderung bei Pflegenden und Patienten. Widerstandsfähiger werden trotz widriger Umstände. 2., überarbeitete und ergänzte Auflage. Deutschsprachige Ausgabe herausgegeben von Jürgen Georg, Robert Weller und Peter Offermanns. Bern: hogrefe Verlag.</p>

	Pipe, Britt, Teresa; Buchda, Vicki, L.; Launder, Susan; Hudak, Barb; Hulvey, Lynne; Karns, Katherine, E. und Pendergast, Debra (2011). Seiten: 11- 22. In: Stress & Health. Jg.28 (1).
--	---

Yoga für Pflege- und Betreuungskräfte (E)	
 :  	 :  
(Bisherige) Zielgruppe(n):	Alle Mitarbeitende
Problemfeld	Gesundheitsförderung – indirekt Gewalt gegen Bewohner*innen
Design	<p>Die Mitarbeiter*innen lernen gezielte Übungen (Atem- und Meditationsübungen) in Gruppensitzungen kennen. Die Mitarbeitenden können einzelne Übungen selbstständig umsetzen und durchführen. Hierbei ist zu beachten, dass die Übungen individuell angepasst werden müssen – ansonsten können sie das Gegenteil bewirken.</p> <p>1. Stefan Grothe – Mehr Energie für dein Leben Seminar: Erste Hilfe bei Stress – praktische Stressbewältigung mit Yoga: Überblick über eine Vielzahl von Methoden aus dem Hatha Yoga (Körperübungen (stehend und sitzend), Aufladeübungen, Meditationsübungen, Tiefenentspannung) für mehr Kraft, Konzentration, Gedächtnis, Kreativität und Ausgeglichenheit. Zielgruppe: Pflegekräfte aus allen Settings/ Führungskräfte/ Teamleitungen</p> <p>2. Webinaren und YouTube Kanälen für das individuelle Training zuhause</p>
Ziele	Yoga kann eine Reduzierung des Stressempfindens verursachen, stärken die Mitarbeiterresilienz und die Selbstwahrnehmung. Außerdem schaffen die Übungen einen Ausgleich zum Alltag.
Nutzen/ Hindernisse	N: Mehrfach in der Praxis und in anderen Bereichen bewährt
Ressourcen	Je nach Art und Umfang der gewählten Methode variierender Ressourceneinsatz.
Wiss. Evaluierung	Wird vom bayerischen Staatsministerium für Gesundheit und Pflege empfohlen. Vielzahl von Studien belegen die Zusammenhänge zwischen Yoga und Entspannung bzw. Stressbewältigung → ausgeglichenes Auftreten
Evidenz	Niedrig bis mittel
Quellen:	<p>Grothe, Stefan (o.J.) Mehr Energie für dein Leben. Verfügbar über: https://www.stefan-grothe.de/</p> <p>Gaede, Kirsten und Schlüterschen Verlagsgesellschaft mbH & Co.KG (Hrsg.) (o.J.) Tipp 37: Die perfekte Entspannung für Pflegekräfte. Verfügbar über: https://www.pflegen-online.de/tipp-37-die-perfekte-entspannung-fuer-pflegekraefte</p> <p>Bayerisches Staatsministerium für Gesundheit und Pflege (Hrsg.) (2020). Entspannung. Verfügbar über: https://www.stmgp.bayern.de/vorsorge/gesund-leben/entspannung/</p>

B 2. Anleitung zum Selbstschutz

Reduktion von Mitarbeiterverletzungen (MK-L)	
 :  	 :  
Land	Ohio, USA
(Bisherige) Zielgruppe(n):	Pflegepersonal, Psychiatrische Abteilung für Kinder und Jugendliche
Problemfeld	Unpassendes und gefährliches Verhalten (gegen sich selbst und gegen andere, insbesondere gegen Pflegepersonal)
Design/ Inhalt	<ol style="list-style-type: none"> 1. Allgemeine Vorsichtsmaßnahmen: Erinnern das Pflegepersonal an Grundpraktiken in Bezug zum sicheren Umgang mit Bewohner*innen. Unter anderem: alle Bewohner*innen haben das Potenzial, aggressives Verhalten zu demonstrieren, geeignete Kleidung und Schutzausrüstung soll getragen werden, man sollte sich seiner Umgebung immer bewusst sein. Der Zweck ist unterschiedliche Praktiken zu vermeiden und zusätzliche Möglichkeiten der Evaluierung der Performance und des Feedbacks zu geben. 2. Buddy-System: Alle MA arbeiteten in Paaren. Die Partner sollten sich gegenseitig das Feedback über die Sicherheitsfragen geben und sicherstellen, dass der jeweilige Partner sich an die allgemeinen Vorsichtsmaßnahmen (siehe oben) hält. 3. Entwicklung eines Bewohner-Einschätzungsdokuments (Initial Assessment): jüngste Fälle von herausforderndem Verhalten werden identifiziert und andere Faktoren, die für eine gute Pflege relevant sein könnten, ausgemacht. Das Einschätzungsdokument wurde in zwei Teile aufgeteilt. Im ersten Teil wurde das herausfordernde Verhalten aufgelistet und entlang dreier Hauptdimensionen klassifiziert: Art, Häufigkeit und Intensität. Bei der Bewohneraufnahme gaben die Betreuer Angaben über solches Verhalten in den letzten sechs Monaten. Die Arten des Verhaltens wurden in breite Kategorien aufgeteilt (selbstverletzendes Verhalten, Aggression, Störung, sexualisiertes oder anderes unpassendes Verhalten und andere gefährliche Verhaltensweisen). Für jede Angabe wurden Folgefragen bzgl. Häufigkeit und Intensität gestellt. Im zweiten Teil wird ein strukturiertes Interview geführt, um Informationen für eine geeignete therapeutische Intervention zu erhalten. 4. Entscheidungshilfe Schutzausrüstung (Protective Equipment Decision Key): Diese Entscheidungshilfe bzgl. der Nutzung der Schutzausrüstung sollte nach dem Teil 1 des Einschätzungsdokuments (siehe oben) ausgefüllt werden. Die MA übertragen die relevanten Informationen aus dem Einschätzungsdoku-

	<p>ment in die Entscheidungshilfe und folgen den Anweisungen, um so zur bestimmten Schutzausrüstung zu gelangen, die in dem gegebenen Fall verwendet werden sollte. Die Schutzausrüstung gegen das Schlagen, Beißen, Zwicken, Kratzen, Anspucken und an den Haaren ziehen umfasst Kevlar-Ärmel, Unterarm-Pads, Gesichtsschutzschilder, Einweghandschuhe, Kevlar-Handschuhe, Lederhandschuhe und Haarabdeckung/Kappen. Die Entscheidungshilfe zeigt an, ob die Schutzausrüstung getragen werden, mitgetragen werden (z.B. in der Seitentasche) oder leicht zugänglich sein sollte. Die Entscheidungshilfe beinhaltet Bereiche für die Leitung, in welchen zusätzliche Mittel oder Alternativen zur Schutzausrüstung genehmigt werden können.</p> <p>Beispiel: Aus dem Einschätzungsdokument geht hervor, dass der Bewohner häufig zubeißt oder dass sein Verhalten schon in ernsthaften Verletzungen, wie z.B. Blutungen/offene Wunden, resultierte. Die Entscheidungshilfe gibt die Anweisung Kevlar-Ärmel, Unterarm-Pads und Lederhandschuhe zu tragen.</p> <p>5. Team-Treffen: kurze standardisierte Team-Besprechungen beim Schichtwechsel mit dem Zweck das Bewusstsein der MA bzgl. Bewohner*innen zu schärfen, die besonders zum aggressiven Verhalten neigen.</p> <p>Zwei Arten von Besprechungen: 1) Hohes Risiko für Gewalt (Bewohner*innen, deren Verhalten in den letzten 24 Stunden ein positives Score auf der Overt Aggression Scale zeigte) und 2) Hohes Risiko für eine Krise (Bewohner*innen, deren Verhalten während des ganzen Aufenthaltes zur Verwendung von physischen Interventionen seitens der Mitarbeitenden führte (z. B: Fixierung). 1) ist ein standardisiertes Verfahren um Bewohner*innen, von denen ein hohes Risiko von Gewalt gegenüber anderen Personen ausgeht, und das gewalttätige Verhalten, zu identifizieren. MA finden Lösungen das Verhalten sicher zu kontrollieren (z: B. Tragen der Schutzausrüstung, Abstand vom Bewohner).</p> <p>2) identifiziert Bewohner*innen mit hohem Risiko für kritisches Verhalten und entdeckt Auslöser, Coping-Skills und andere relevante Informationen. Es werden Fähigkeiten diskutiert, die entwickelt werden können als Alternativen zu diesem Verhalten, und Informationen ausgetauscht, die notwendig sind um Auslöser zu kontrollieren oder den/der Bewohner*in zu de-eskalieren bevor es zu einem Gewaltausbruch kommt (z. B. spezifische Verhaltensstrategien, sprachliche Belange, Trauma aus der Vergangenheit)</p> <p>6. Treffen des administrativen Leitungspersonals: Es sollte sichergestellt werden, dass die neu eingeführten Verfahren zuverlässig und erfolgreich durchgeführt werden. Diese Treffen bestanden aus dem/r Abteilungsleiter*in, Qualitätsmanager*innen, Psycholog*innen und anderem unterstützenden Personal aus dem Team für die Sicherheitsverbesserungen.</p> <p>7. Kritische Vorfallüberprüfung: Identifikation von Faktoren, die</p>
--	---

	<p>zu dem Vorfall geführt/beigetragen haben, um die Wahrscheinlichkeit zukünftiger Vorfälle zu reduzieren. Überprüfung wird mittels einer Liste von 17 Fragen/Diskussionspunkten durchgeführt, z.B. Wodurch wurde der Vorfall ausgelöst? oder Trugen Sie Schutzausrüstung? Wenn ja, welche? Wenn nicht, warum? etc. Die Überprüfungen beeinflussten drei Hauptkonzepte: 1) Beitrag zum Echtzeit-Verständnis über die Wirksamkeit der neueingeführten Praktiken, 2) zusammengefasste Daten gaben Aufschluss über Prioritäten oder Gemeinsamkeiten, 3) den MA, die verletzt wurden, gab man eine formale Methode die Vorfälle zu überprüfen und die Gelegenheit den Verbesserungen nach jedem Vorfall beizutragen.</p> <p>8. Dienstübergabe im Beisein des Patienten: die Kommunikation über den Patienten wird verbessert und die Pflegeaufgaben zwischen den MA werden ohne Unterbrechungen fortgesetzt. Nach den Team-Treffen zwischen zwei Diensten treffen sich dienstbeginnende und dienstbeendende MA, um vor dem Patienten seinen Zustand zu besprechen. Die MA beziehen sich dabei auf die Dienstübergabe-Checkliste, die sie auffordert, die wichtigsten Patienteninformationen zu überprüfen (z. B. problematisches Verhalten, angeführte Schutzausrüstung, individuelles Verhaltensprotokoll, jüngstes Verhalten des Patienten in der Abteilung etc.)</p> <p>9. Patienteninformationsordner: hilfreiche Informationen über den Patienten, die jederzeit verfügbar sind. Dort befinden sich die Dienstübergabe-Checkliste, Entscheidungshilfe Schutzausrüstung, Patienten-Einschätzungsdokument, ein Formular zur Verfolgung der Selbstpflege des Patienten, bevorzugte und nicht bevorzugte Aktivitäten etc.</p> <p>10. Patienten-Board: visuelles Werkzeug, das alle Patienten zusammen mit ihren Hochrisikoverhalten und benötigter Schutzausrüstung zeigt. Dieses wird bei jeder Schicht aktualisiert und zeigt die Punkte auf der Overt Aggression Scale und die Anzahl der physischen Interventionen für jeden Patienten an, die zur sicheren Kontrolle des Verhaltens angewendet wurden. Die Zuverlässigkeit der neuen Interventionen wurde zusätzlich erhöht, indem das neue System sichtbar und ein Teil der physischen Umgebung gemacht wurde</p>
Wiss. Evaluierung	Model for Improvement nach Langley et al. (2009)
Evidenz	Test der Interventionen im Sinne des Qualitätsmanagements: acht Datenpunkte über/unter dem Median, um nichtzufällige Signale der Systemveränderung zu finden.
Quelle	Measurable Results: Reducing Staff Injuries on a Specialty Psychiatric Unit for Patients with Developmental Disabilities (Hill et al., 2015)

Online-Training zum Thema Deeskalation und Selbstbefreiung (MK-L)	
 : 	 :   
Land	Ohio, USA
(Bisherige) Zielgruppe(n):	Krankenpflegehelfer*innen
Problemfeld	Aggressives Verhalten der Bewohner*innen von Pflegeeinrichtungen
Design/ Inhalt	Das Internettraining bestand aus einer Reihe Kurse, welche hauptsächlich mittels Videomaterial richtige und falsche Kommunikations- und Verhaltensweisen demonstrierten. Demonstriert wurden positiv orientierte, nicht bestrafende Umleitungsstrategien, welche die Sicherheit der MA und Bewohner gewährleisten sollen. Der Text auf dem Bildschirm in Form von kurzen Überschriften, Stichwörtern, Fragen und Erklärungen wurde auf einem Leseniveau für zweite bis sechste Klassen geschrieben. Bei der ersten Einheit ging es in den Kursen um Deeskalationsfähigkeiten. Die Schauspieler demonstrierten Grundtechniken der A.I.D.-Strategietechnik. Bei der zweiten Einheit ging es um situationsspezifische Fähigkeiten beim Umgang mit Haarezien, Faustangriffen, Handgelenkangriffen. Ein Sozialarbeiter mit psychiatrischem Hintergrund und schwarzem Gürtel in Aikido zeigte die wichtigsten Fähigkeiten.
Ziele	<p>IT-Gruppe T1-T2: Signifikante und große Unterschiede zwischen den Gruppen bzgl. VST-Wissen, wobei das Wissen der IT-Gruppe grösser als in der DT-Gruppe war. Keine weiteren signifikanten Unterschiede, obwohl ein Trend-Level-Effekt bzgl. VST-Selbsteinschätzung zum großen Effekt gefunden wurde.</p> <p>Erhaltung des Effekts in der IT-Gruppe (T2-T3): VST-Wissen hat sich nicht verändert, was in Richtung Erhaltung des Effekts hindeutet. Signifikante Verringerung der Anzahl der dokumentierten Übergriffe von T2 auf T3 mit einem großen Effekt.</p> <p>Replikation DT-Gruppe: VST-Wissen erhöhte sich signifikant von T2 auf T3. Keine weiteren signifikanten Effekte.</p>
Nutzen/Hindernisse	<p>V: Die Teilnehmer waren der Meinung, dass das Training nützlich ist. Weniger Trainer*innen benötigt durch Online-Kurse, Verständnis und die Zeit können leicht überwacht werden, MA können schnell von ihren anderen Tätigkeiten abgezogen werden ohne die alltägliche Arbeit negativ zu beeinflussen; die MA hatten das Gefühl, dass sie durch das Training zu besseren Pflegekräften wurden.</p> <p>N: Einige Einrichtungen brauchen Zeit, um sich auf Online-Trainings einzustellen.</p> <p>Es gibt nicht viele Online-Trainings für Pflegehelfer und wenige Einrichtungen sind architektonisch angepasst, um computerunterstütztes Training durchzuführen. Kosten und Einstellungen</p>
Wiss. Evaluierung	Ja: Delayed Start Study Design
Evidenz	Randomisierung nur auf dem Niveau der Pflegeeinrichtungen; Keine

	signifikanten Unterschiede zwischen den Baseline-Charakteristika der Teilnehmer; Kein attrition bias; kleine Stichprobe; Dokumentation der Übergriffe hängt von dem Verständnis des MA, was ein Übergriff ist
Quelle	An Internet Training to Reduce Assaults in Long-Term Care (Irvine et al., 2012)

Selbstbefreiungstraining für Pflegepersonal (Neurologie) (E-L)

 : 		 :	
(Bisherige) Zielgruppe(n):	Pflegepersonal Neurologie		
Gewalttätige/gewaltnahe Handlungen	Aggressives Verhalten seitens der Patient*innen mit Gehirnverletzungen		
Beschreibung der Intervention und gegebenenfalls Implementierungsvorgang	Modifiziertes standardisiertes Aggressionsmanagementtraining (UK General Services Association) inkludiert: Griffe an den Handgelenken, Kleidung, an den Haaren ziehen, würgen, strangulieren und Bear Hugs. 2 Workshops mit je 1 Stunde Dauer		
Wirksamkeit/Ergebnisse der Intervention	Statistisch signifikante Steigerungen des Selbstbewusstseins und der Sicherheit im Umgang mit aggressiven Patient*innen und des Selbstbewusstseins bei der Anwendung von Befreiungstechniken wurden berichtet. Aus Kommentaren der Teilnehmer*innen ging hervor, dass der Wunsch nach weiteren Fortbildungsangeboten besteht.		
Vorteile/Nachteile	Wiederholungen des Trainings sind essenziell für den Erfolg.		
Wiss. Evaluierung	Ja: Quasi-experimentelles Studiendesign, Vorher-Nachher Umfragenvergleich		
Evidenz	Keine Randomisierung, kleine Stichprobe (benötigte Stichprobe 32), keine Kontrollgruppe, keine detaillierte Beschreibung der Methode		
Quelle	Breakaway technique training as a means of increasing confidence in managing aggression in neuroscience nursing (Lamont et al., 2012)		

Training: Gewalt am Arbeitsplatz für Krankenpfleger*innen (E-L)	
 :   :  	
Land	Australien
(Bisherige) Zielgruppe(n):	Krankenpfleger*innen verschiedener Abteilungen mit hohem Gewaltisiko, unter anderem Altenpflege
Gewalttätige/gewaltnahe Handlungen	Gewalt am Arbeitsplatz
Beschreibung der Intervention und gegebenenfalls Implementierungsvorgang	<p>Eintägiges Training/Workshop mit dem Fokus auf folgenden drei Themen:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Ausformulierung von Plänen zur Einschätzung und zum Management von Gewaltisiko (Lernmethode basierend auf Nachforschung) 2) Anwendung von Deeskalationstechniken, wenn die Aggression eskaliert (Simulation als Methode) 3) Befreiungstechniken anwenden als Reaktion auf gewalttätige Personen (Training psychomotorischer Fähigkeiten)
Wirksamkeit/Ergebnisse der Intervention	<p>Klinische Verhaltensabsichten (Absicht, gesellschaftlicher Einfluss, Einschätzung der Fähigkeiten, Normen, Folgeeinschätzung): signifikanter Anstieg bei den meisten Punkten bzgl. der drei Themen insbesondere bei der Einschätzung der Fähigkeiten</p> <ul style="list-style-type: none"> - Signifikante Erhöhung des Selbstbewusstseins im Umgang mit Aggressionen - keine signifikanten Unterschiede in der Einschätzung der Gewaltausgesetztheit am Arbeitsplatz vor und nach der Intervention
Vorteile/Nachteile	Teilnehmer fanden das Training nützlich und relevant; aktive Teilnahme am Training ist eine effektive Lernmethode (Meinung der Teilnehmer)
Wiss. Evaluierung	Ja: Prä-Posttest Design
Evidenz	Kleine Stichprobe, einzelne Einrichtung, keine Kontrollgruppe, researcher bias: Forschungsmitarbeiter war gleichzeitig der Unterrichtende im WPV Training.
Quelle	The Effect of a Workplace Violence Training Program for Generalist Nurses in the Acute Hospital Setting: A Quasi-Experimental Study (Lamont & Brunero, 2018)

B 3. Assessmentinstrumente

Brøset Violence Checkliste (E-L)	
 : 	 :    
Land	Dänemark
(Bisherige) Zielgruppe(n):	Pflegefachkräfte in psychiatrischen Abteilungen
Gewalttätige/gewaltnahe Handlungen	Aggressives Verhalten
Beschreibung der Intervention und gegebenenfalls Implementierungsvorgang	Brøset Violence Checkliste wurde zur Risikoeinschätzung eingeführt. Bewertet wurden ein Mal pro Schicht sechs Symptome: Verwirrtheit, Reizbarkeit, Ungestümtheit, verbale Drohungen, physische Drohungen und Angriffe auf nichtlebende Objekte. Antworten: ja/nein, Scores: 0-6, wobei 0 für geringes Gewaltrisiko und 6 für sehr hohes Gewaltrisiko steht. Wenn präventive Maßnahmen eingeleitet wurden, wurden diese in die BV-Checkliste eingetragen. Diese waren: mit dem Patienten reden, den Patienten motivieren sich physisch zu betätigen, Medikamente anbieten, Isolation, Grenzen setzen, einen Psychiater anrufen, Zwangsmedikation, Gurtfixierung.
Wirksamkeit/Ergebnisse der Intervention	45 % Reduktion des Aggressionsrisikos (Odds Ratio = 0,55; 95 % Konfidenzintervall: 0,21 – 1,43), nicht signifikant
Wiss. Evaluierung	Ja: Semi-randomisierte Regressionsdiskontinuitätsstudie
Evidenz	Statistical power wurde nicht erreicht (20 Abteilungen wären notwendig gewesen), RD Design ist schwächer als RCT;
Quelle	Aggression in Psychiatric Wards: Effect of the Use of a Structured Risk Assessment (Hvidhjelm et al., 2016)

Crisis Monitor (E-L)	
 :  	 :  
Land	Niederlande
(Bisherige) Zielgruppe(n):	Pflegefachkräfte in psychiatrischen Abteilungen
Gewalttätige/gewaltnahe Handlungen	Aggressives Verhalten seitens der Patient*innen und Isolation als Reaktion auf dieses Verhalten
Beschreibung der Intervention und gegebenenfalls Implementierungsvorgang	Tägliche Anwendung des Crisis Monitors (Einschätzung von verschiedenen Verhaltensfaktoren und Gewaltrisiken mittels verschiedener Skalen)
Wirksamkeit/Ergebnisse der Intervention	- Die Anzahl der aggressiven Vorfälle in der Interventionsgruppe sank von 4,9 Vorfällen pro Woche auf 1,7 Vorfälle pro Woche. Diese Anzahl änderte sich kaum in der Kontrollgruppe. - Die Anzahl aggressiver Patient*innen zeigte einen nichtsignifikanten Trend zur Abnahme.

	<ul style="list-style-type: none"> - Die Dauer der Isolation verringerte sich signifikant nach der Intervention in der Interventionsgruppe. - Die Anzahl der Isolationsvorfälle sank wenig und nicht signifikant. - Die Anzahl der isolierten Patient*innen stieg nicht signifikant an.
Ressourcen	Zeit: 5 Minuten täglich plus 15 Minuten wöchentlich, keine zusätzlichen Kosten für Mitarbeitende abgesehen von der Verfügbarkeit eines klinischen Leiters.
Wiss. Evaluierung	Ja: Cluster-randomisierte kontrollierte Studie
Evidenz	Kleine Stichprobengröße, wenig beobachtete Vorfälle, Randomisierung nicht völlig erfolgreich, Mitarbeitende wussten in welcher Gruppe sie waren, rater bias, carry-over Effekte zwischen den Abteilungen
Quelle	Aggression and Seclusion on Acute Psychiatric Wards: Effect of Short-Term Use of a Structured Risk Assessment (Van de Sande et al., 2011)

B 4. Deeskalationsfähigkeit/ Aggressionsmanagement

Deeskalations- und Skills-Training (E-L)	
 :  	 :  
Land	Deutschland
(Bisherige) Zielgruppe(n):	Pflegeschüler*innen
Gewalttätige/gewaltnahe Handlungen	Aggressives und anderes herausforderndes/unpassendes Verhalten
Beschreibung der Intervention und gegebenenfalls Implementierungsvorgang	<p>24 Trainingseinheiten mit einer Dauer von je 1 Stunde. Alle Trainingseinheiten wurden innerhalb von 8 Wochen abgehalten, wobei zwei Trainingseinheiten eine Lerneinheit bildeten. Das Ziel des Trainings war es 1) sicherzustellen, dass beste Evidenz implementiert wurde und Bestandteile eines getesteten und anerkannten Programms angewendet wurden, 2) die Entwicklung des Wissens und der Kompetenz unter Anlehnung an neuste Ausbildungstheorien zu fördern.</p> <p>Bestandteile des Trainings:</p> <p>Tag 1, 8 Einheiten (Vorlesung: Definition der Aggression, neuste Theorien und ihre Einschränkungen mit Betonung auf die Theorie der sozialen Interaktionen und weniger nützliche, aber populäre Anwendungen der Aggressionstheorien. Skills-Training: Ich-Bewusstsein, verbale, paraverbale und nicht verbale Kommunikationsfähigkeiten, Körpersprache, Gefahrenzonen/räumliche Sicherheitszonen, nicht provokative Intervention, sichere Körperhaltung, Variationen der nicht provokativen Befreiung aus dem Handgelenksgriff. Vorlesung: Der Kreislauf des Übergriffs, Einfluss der Stresshormone und (un-) mögliche De-Eskalationstechniken in Abhängigkeit von den Aggressionsphasen. Skills-Training: Übung der Variationen der nicht provokativen Befreiung vom Festhalten der Kleidungsstücke. Gruppenarbeit: persönliche Aggressionserfahrungen teilen)</p> <p>Tag 2, 6 Einheiten (Vorlesung: verbale Aggression und verbale De-Eskalation. Skills-Training: Nichtphysische De-Eskalation. Gruppenarbeit: Erfahrungen und Gefühle in Bezug auf Misshandlung. Skills-Training: Übung, Körpersprache, Fluchttechniken mit Betonung auf typische Situationen mit bettlägerigen Patient*innen)</p> <p>Tag 3, 2 Einheiten (Workshop-Training mit drei verschiedenen Situationen/Simulationspatienten)</p> <p>Tag 4, 2 Einheiten (Workshop-Training mit drei weiteren Situationen/Simulationspatienten)</p> <p>Tag 5, 6 Einheiten (Gruppenarbeit und Vorlesung: Umgang mit Aggression, Post-Trauma Unterstützung, Attributionstheorie, Hypothese einer gerechten Welt, Kultur der Sicherheit. Skills-Training: Wiederholung, Variationen der nicht provokativen Befreiung, wenn an den Haaren gezogen wird, Vermeidung der Umzingelung, des Würgens und Beißens. Vorlesung: gesetzliche Vorgaben in Deutschland. Skills-</p>

Wirksamkeit/Ergebnisse der Intervention	<p>Training: Übung, Fluchtmethoden in sehr gefährlichen Situationen.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Nach dem Training zeigten die Schüler*innen eine signifikante Verbesserung der Fähigkeiten bei allen 7 Items. - Nach dem Training waren die Fähigkeiten innerhalb eines Szenarios signifikant besser als vor dem Training. - Es gibt keinen Einfluss des Alters und der Ausbildungsdauer auf die Fähigkeiten, wenn kein Aggressionstraining vorher absolviert wurde. In Bezug auf den Lernprozess war das Alter nicht signifikant, sondern nur die Ausbildungsdauer (kleine Varianz). <p>Lernfortschritte: Schüler*innen mit den schlechtesten Prä-Test Fähigkeiten zeigten die größte Verbesserung.</p>
Wiss. Evaluierung	Ja: Prä- und Posttest Querschnitts- und Längsschnittsstudiendesign
Evidenz	Keine Kontrollgruppe, Randomisierung bei der Einteilung in Gruppen, doppelt verblindete Rater
Quellen	Student Nurses' De-escalation of Patient Aggression: A Pretest-Posttest Intervention Study (Nau et al., 2010)

Live-Musik (E-L)	
 : 	 :
(Bisherige) Zielgruppe(n):	Bewohner*innen von Pflegeeinrichtungen mit Demenz oder herausforderndem Verhalten
Gewalttätige/gewaltnahe Handlungen	Aufregung/herausforderndes Verhalten
Beschreibung der Intervention und gegebenenfalls Implementierungsvorgang	Live-Musik als Intervention gegen Aufregung
Quelle	Managing agitated behaviour in people with Alzheimer's disease: the role of live music, Cox et al. (2010)

B 5. Organisations- und Konzeptentwicklung

Prävention von Gewalt & Aggression der Mitarbeitenden durch Arbeitsschutzmaßnahmen (DGUV) (MK)																																					
 : 	 :   																																				
(Bisherige) Zielgruppe(n)	Arbeitgeber*innen im Gesundheits- und Wohlfahrtsbereich																																				
Problemfeld	Gewalt gegen Arbeitnehmer*innen in Gesundheitsberufen																																				
Design/Inhalt	<p>Broschüre für Arbeitgeberinnen und Arbeitgeber mit Arbeitshilfen. Gefährdungsbeurteilung zum Thema „Gewalt und Aggression“ zu erstellen</p> <p>Im Rahmen des Arbeitsschutzes als Arbeitgeber-Pflicht. Bestandaufnahme & Systematische Risikoanalyse, durch: Vorabinform über Gewaltthema, anschließend Mitarbeiter*innenbefragung (Gespräch, Fragebogen); Maßnahmen gemeinsam mit Mitarbeiter*innen abstimmen</p> <p>Risikoeinschätzung und Handlungsbedarf</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; text-align: center;"> <thead> <tr> <th style="background-color: #f5f5f5;">Eintrittswahrscheinlichkeit \ Schadensausmaß</th> <th style="background-color: #e8f5e9;">Keine gesundheitlichen Folgen</th> <th style="background-color: #e8f5e9;">Bagatelldfolgen</th> <th style="background-color: #fff9c4;">Mäßig schwere Folgen</th> <th style="background-color: #ffe0b2;">Schwere Folgen</th> <th style="background-color: #f44336;">Tödliche Folgen</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td style="background-color: #f5f5f5;">praktisch unmöglich</td> <td style="background-color: #e8f5e9;">extrem gering</td> <td style="background-color: #e8f5e9;">extrem gering</td> <td style="background-color: #fff9c4;">sehr gering</td> <td style="background-color: #ffe0b2;">eher gering</td> <td style="background-color: #f44336;">mittel</td> </tr> <tr> <td style="background-color: #f5f5f5;">vorstellbar</td> <td style="background-color: #e8f5e9;">extrem gering</td> <td style="background-color: #e8f5e9;">sehr gering</td> <td style="background-color: #fff9c4;">eher gering</td> <td style="background-color: #ffe0b2;">mittel</td> <td style="background-color: #f44336;">hoch</td> </tr> <tr> <td style="background-color: #f5f5f5;">durchaus möglich</td> <td style="background-color: #e8f5e9;">sehr gering</td> <td style="background-color: #e8f5e9;">eher gering</td> <td style="background-color: #fff9c4;">mittel</td> <td style="background-color: #ffe0b2;">hoch</td> <td style="background-color: #f44336;">sehr hoch</td> </tr> <tr> <td style="background-color: #f5f5f5;">zu erwarten</td> <td style="background-color: #e8f5e9;">sehr gering</td> <td style="background-color: #e8f5e9;">mittel</td> <td style="background-color: #fff9c4;">hoch</td> <td style="background-color: #ffe0b2;">sehr hoch</td> <td style="background-color: #f44336;">extrem hoch</td> </tr> <tr> <td style="background-color: #f5f5f5;">fast gewiss</td> <td style="background-color: #e8f5e9;">sehr gering</td> <td style="background-color: #e8f5e9;">mittel</td> <td style="background-color: #fff9c4;">sehr hoch</td> <td style="background-color: #ffe0b2;">extrem hoch</td> <td style="background-color: #f44336;">extrem hoch</td> </tr> </tbody> </table> <p><small>Quelle: Lehrmaterial für die Ausbildung zur Fachkraft für Arbeitssicherheit der BAuA und der gewerblichen Berufsgenossenschaften</small></p> <p><small>Besprechen Sie die Kategorien am besten mit Ihrem Team und finden Sie so die für die jeweiligen Arbeitsbereiche passenden Risikoeinschätzungen.</small></p> <p>Präventionskonzept entwickeln:</p> <ul style="list-style-type: none"> - passende Rahmenbedingungen in Ihrer Einrichtung zu schaffen <p>T-O-P-Prinzip</p> <p>Technische Maßnahmen (räumlichen Ausstattung)</p> <p>Organisatorische Maßnahmen (Personalschlüssel, Weiterbildung und Fortbildung, Aggressions- und Deeskalationsmanagement etc.)</p> <p>Personenbezogene Maßnahmen (Kleidung, Verhaltensregeln u Training bei Übergriffen etc.)</p> <p>Beispiele für bauliche Maßnahmen</p> <p>... allgemein</p> <ul style="list-style-type: none"> barrierefreie Arbeitswege und Arbeitsplatzgestaltung überschaubare und gut einsehbare Bereiche geschützte, abschließbare Bereiche oder trennende Elemente wie Empfangstheken gut verständliche Leitsysteme und Erklärungen angenehme Beleuchtung Pausenräume für ungestörte Erholung Rückzugsräume für besonders ruhebedürftige Klientinnen und Klienten, beispielsweise für separates Essen 	Eintrittswahrscheinlichkeit \ Schadensausmaß	Keine gesundheitlichen Folgen	Bagatelldfolgen	Mäßig schwere Folgen	Schwere Folgen	Tödliche Folgen	praktisch unmöglich	extrem gering	extrem gering	sehr gering	eher gering	mittel	vorstellbar	extrem gering	sehr gering	eher gering	mittel	hoch	durchaus möglich	sehr gering	eher gering	mittel	hoch	sehr hoch	zu erwarten	sehr gering	mittel	hoch	sehr hoch	extrem hoch	fast gewiss	sehr gering	mittel	sehr hoch	extrem hoch	extrem hoch
Eintrittswahrscheinlichkeit \ Schadensausmaß	Keine gesundheitlichen Folgen	Bagatelldfolgen	Mäßig schwere Folgen	Schwere Folgen	Tödliche Folgen																																
praktisch unmöglich	extrem gering	extrem gering	sehr gering	eher gering	mittel																																
vorstellbar	extrem gering	sehr gering	eher gering	mittel	hoch																																
durchaus möglich	sehr gering	eher gering	mittel	hoch	sehr hoch																																
zu erwarten	sehr gering	mittel	hoch	sehr hoch	extrem hoch																																
fast gewiss	sehr gering	mittel	sehr hoch	extrem hoch	extrem hoch																																

	<p>Fluchtwege</p> <p>... in einer Pflegeeinrichtung für Demenzkranke getarnte Ausgänge zur Vermeidung von Konflikten und um dem Verlassen der Einrichtung vorzubeugen Rundwege und Gänge ohne Sackgassen, innerhalb des Gebäudes und im geschützten Garten, für Spaziergänge ohne ständige Begleitung persönlich gestaltete Zimmertüren zur Vermeidung von Verwechslungen</p> <p>... in Wohnheimen Besprechungsräume für vertrauliche Gespräche mit Glaswänden aus Sicherheitsglas, mit verdecktem Notrufknopf und einem zweiten Ausgang als Fluchtmöglichkeit mit Türknauf gesicherte Zimmer für Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter, insbesondere für die Nachtbereitschaft</p> <p>Organisatorische und personenbezogene Maßnahmen</p> <ul style="list-style-type: none"> • Kommunikation und Transparenz • Offene Kommunikation fördern • Verlässliche Verhaltensrichtlinien erstellen <p>Aggressions- und Deeskalationsmanagement einführen Systematisch lernen, trainieren und wiederholen, um es in der entsprechenden Situation auch anwenden zu können</p> <ul style="list-style-type: none"> - organisatorische Ebene muss Rahmenbedingungen schaffen - persönliche Ebene: jede Person entwickelt eigenen Deeskalationsstil - Grundregeln der Deeskalation - Schulungen & Training über alle Ebenen (evtl. Mitarbeiter*in als Multiplikator*in ausbilden) - Flucht und Abwehrtechniken (Akutsituation, Polizei einschalten) <p>Sondersituation Alleinarbeitsplatz (Gefährdungsbeurteilung & Maßnahmen treffen)</p> <p>Richtlinien für Notfall (Team vorbereiten, Plan, Auffanggespräch, betriebliche psychologische Erstbetreuer*in, „der Tag danach“)</p> <p>Nachsorge für betroffene Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen (Dokumentation und institutionelles Handeln; Nachsorgekonzept (auf Trauma achten), Wiedereinstieg)</p>
Ziele	<p>Erst die Kombination von Maßnahmen aus verschiedenen Handlungsfeldern aller Kategorien ergibt einen effektiven und nachhaltigen Schutz für Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter und zeichnet sich durch Nachhaltigkeit aus. Eine gelebte Präventionskultur wirkt dabei unterstützend.</p>
Ressourcen	Zeit; QM-Verantwortliche
Wiss. Evaluierung	<ul style="list-style-type: none"> - Robertson, N., Perry, A. (2010): Institutionally based health care workers' exposure to traumatogenic events: Systematic review of PTSD presentation. Journal of Traumatic Stress 23: 417 – 420 - Richter, D. (2013): Subjektives Erleben verbaler Aggressionen gegen Mitarbeitende in deutschen Kliniken ASU – Zeitschrift für medizinische Prävention, Ausgabe: 09-2014

	<ul style="list-style-type: none"> - Nijman, H., Palmstierna, T. (2005): SOAS-R, Boom Test Uitgevers, Amsterdam - Abderhalden, C., Needham, I., Miserez, B. et al. (2004): - Bröset-Skala/Brosset-Violence-Checklist (BVC) - Unfallkasse Nordrhein-Westfalen (2016): Bericht „Konfliktinterventionen in somatischen Akutkliniken“
Quelle	<p>Heidrich, Jarisch, Kix, Kufner, Pude, Richter, Stranzinger (2018): Prävention von Gewalt und Aggression gegen Beschäftigte im Gesundheitsdienst und in der Wohlfahrtspflege. Eine Handlungshilfe für Arbeitgeber und Arbeitgeberinnen. Hrsg. Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung e.V. (DGUV)</p>

„Gewaltprävention“ im Leitbild & QM verankern (Null-Toleranz) (P)

 	
(Bisherige) Zielgruppe(n)	Personal stationäre Pflege Leitungsebene; QM-Beauftragte
Problemfeld	Gewalt in stationären Einrichtungen
Design/Inhalt	<p>Leitbild, QM-Struktur anpassen. Wesentlichen Inhalte für Ihr Leitbild:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Null-Toleranz gegenüber Aggressionen und Gewalt • Schutz der Mitarbeiter*innen • Betreuung Betroffener • Verfolgung von Straftaten • Dokumentation von Vorfällen
Ziele	Gewaltprävention im Leitbild verankern
Nutzen/Hindernisse	<ul style="list-style-type: none"> • Nur kurzer Blogbeitrag (Erfahrungsbericht) • Blog-Eintrag zeigt Praxisbeispiele auf
Ressourcen	Zeit
Evidenz	gering
Quelle	<p>PPM Verlag – PRO Pflegemanagement Qualitätsmanagement: „Wie Sie Gewaltprävention in der Pflege zum Top-Thema machen“ https://www.ppm-online.org/gewaltpraevention-in-der-pflege/</p>

Humanitude – Philosophie des Menschseins (MK)	
 :    	 :   
(Bisherige) Zielgruppe(n):	Alle Mitarbeitende die im direkten Kontakt (Hilfskräfte, Fachkräfte und Führungskräfte Pflege, Betreuung) mit Patienten sind.
Problemfeld	Gewalthandlungen auf beiden Seiten
Design	<p>Die Mitarbeiter*innen werden individuell durch Humanitude-Trainer trainiert und gecoacht (wie gehe ich auf die unterschiedlichen Menschen zu; wie kommuniziere ich; Erscheinungsbild; etc.), es wird ein institutionelles Pflegeleitbild entwickelt und es kommt zu einem institutionellen Strukturwandel durch die partizipatorische Entwicklung und Implementierung des Projektes und einer strukturierten und gemeinschaftlichen Arbeitsausübung für eine menschliche Pflege.</p> <p>Eine qualitativ hochwertige und gewaltfreie Pflege ist somit das Ergebnis aus einem koordinierten und gemeinschaftlichen Prozess, der folgende institutionelle Maßnahmen umfasst:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Individuelles Training der Mitarbeiter*innen 2. Regulation der Arbeitsbelastungen 3. Entwicklung eines institutionellen Pflegeleitbildes 4. Kooperation mit Psychologen bei der Entwicklung und Implementierung von Projekten 5. Sektorübergreifendes, multi- und interdisziplinäres Arbeiten 6. Organisierte und strukturierte Arbeitsausübung für eine ganzheitliche, menschliche und fürsorgliche Pflege 7. Die Einführung des Konzeptes Humanitude® benötigt einen Strukturwandel der Institution
Ziele	Beziehungsgestaltung und Aufbau einer Vertrauensbasis, welche eine ganzheitliche Betrachtung der Bewohner ermöglicht und dadurch zu dadurch zu einer qualitativ hochwertigen und gewaltfreien Pflege führt, sowie einem koordinierten, gemeinschaftlichen Prozess fördert.
Nutzen/ Hindernisse	H: ein, in Deutschland, wenig verbreitetes Schulungskonzept
Ressourcen	Personell: Mitarbeiter*innen die zu Trainer*innen ausgebildet werden Kosten: Je nach Menge der Mitarbeitenden variabel
Wiss. Evaluierung	Ein bislang wenig untersuchtes Konzept – die bisherigen Untersuchungen/ Evaluierungen zeigten jedoch positive Auswirkungen
Evidenz	niedrig
Quellen:	<p>Pflege-SHV (Hrsg.) nach Gineste, Yves und Marescotti, Rosette (o.J.) . Zuwendungsorientierte Pflege. Verfügbar über: https://www.pflege-shv.de/index.php?page=gineste-marescotti</p> <p>Biquand, S.; Zittel, B. (2012): Care giving and nursing, work conditions and humanitude®. In: IOS Press: 41 S.1828-1831.</p>

Organisationsentwicklung (Kurt Lewin) (MK)	
	
(Bisherige) Zielgruppe(n)	Pflege-/Betreuungskräfte, PDL
Problemfeld	Gesundheitsförderung und Gewaltprävention
Design/Inhalt	<p>Theoretische Grundlage: Organisationsentwicklungsprozess des Sozialpsychologen Kurt Lewin. Strukturveränderung von Organisationen in drei Phasen:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. feste Strukturen auflockern 2. neuen Veränderungen eingeführt 3. neue Strukturen festigen und neue Routinen entwickeln. <p>Partizipativer Ansatz</p> <p>5 Schritte:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. interdisziplinäre Steuerungsgruppe Gesundheitsförderung & Gewaltprävention 2. Welche Relevanz hat Thema in Einrichtung? Sensibilisierung 3. Betroffene an Lösungsfindung und -entwicklung beteiligen; Schulungen, QZ; Tagungen etc. 4. Konzept in QM transparent und verbindlich einbinden 5. Evaluierung, Fallbesprechungen
Ziele	Ein Konzept zur Prävention von Gewalt muss für das jeweilige Unternehmen spezifisch entwickelt werden und sollte darauf abzielen, Handlungssicherheit und -optionen für alle potenziell Betroffenen und die Verantwortlichen zu schaffen. Die Beteiligung aller Gruppen der Institution ist eine wichtige Voraussetzung für die Akzeptanz des Konzeptes und gewährleistet eine nachhaltige Implementierung.
Nutzen/Hindernisse	Artikel gibt einen Rahmen und Vorgehensweise zur partizipativen Umsetzung
Ressourcen	Zeit
Wiss. Evaluierung	wissenschaftliche Quellenangabe (Görger, BGW etc.)
Quelle	Blättner, B., & Grundel, A. (2018). <i>Gewaltprävention: Konzepte frühzeitig entwickeln und umsetzen</i> . <i>Pflegezeitschrift</i> , 71(4), 34–36.

Partizipatorischer Ansatz: Konzeptentwicklung gegen Gewalt (P)	
	
(Bisherige) Zielgruppe(n)	alle Mitarbeitenden und Führungsebene Sozialwerk St. Georg
Problemfeld	Prävention von allen Arten von Gewalt: tätlicher und sexualisierter Gewalt ebenso wie allen Formen von Machtmissbrauch und struktureller Gewalt.
Design/Inhalt	<ul style="list-style-type: none"> • Konzeptentwicklung erfordert sehr klare Idee der Führungsebene als auch ein stimmiges Führungsverhalten • Dreh- und Angelpunkt: mittleres Management, da "Sandwichs" von Unternehmensanforderungen und Mitarbeiterbedürfnissen. • zweitägige Schulungen zur Prävention sexualisierter Gewalt für alle Mitarbeitenden (unabhängig von Hierarchie und Funktion) • Entstand aus erster Schulung und Beteiligung aller (Mitarbeitende & Bewohner*Innen): Verhaltenskodex woran sich alle halten müssen + Pflichtschulung für neue Mitarbeitende • Entwicklung Präventionskonzept in Arbeitsgruppen unter Beteiligung: Mitarbeitende aller Ebenen, Führungsebene, Bewohner*innen <p><u>Die Säulen des Konzepts</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Gute Kultur (Kritikfähigkeit; Diskussionen möglich; keine vorschnellen Urteile oder einfache Lösungen; beugt Klima von Generalverdacht und Vorverurteilung vor) • Klarheit (Leitungsverantwortung; personenungebundene Verfahren und Prozesse; Meldewege & Instrumente; Notfallhandeln und Nachsorge) • Kompetenz (Rahmen zum Erlernen von Handlungsalternativen: Sexualaufklärung, Deeskalationsstrategien, Schulungen zum Thema Nähe und Distanz, zum Spannungsfeld von Fürsorge und Autonomie, Wissen um Nachsorgemöglichkeiten und Rechtssicherheit.) • Kontrolle (kontrollierender und begleitender Blick von außen)
Ziele	<ul style="list-style-type: none"> • Transparenz: Was geht in Verantwortungsbereichen vor, dadurch Handlungsräume und Lösungen finden. • gutes Klima & grundsätzliche Achtsamkeit • monetäre Konsequenzen, (z.B. geringeren Personalausfall (bedingt durch Übergriffe)) • Gewaltprävention als Attraktivitätsfaktor für Arbeitnehmer*innen • gestärkte, aufgeklärte und selbstbewusste Klientinnen und Klienten und Mitarbeitende <p>Erfahrung zeigt: gemeldeten Situationen nicht weniger, aber andere Qualität. (Früher: arbeits- oder strafrechtlich relevanten Tatbeständen; Heute: ethische Fragestellungen (zum Beispiel solche zur Lösung struktureller Gewalt) oder pädagogische Themen.)</p>
Nutzen/Hindernisse	„Präventionsarbeit ein dauerhafter Prozess mit immerwährenden Diskussionen ist, mag einerseits ermüdend wirken. Andererseits führt die andauernde kritische Auseinandersetzung aber auch zu kontinuierlichem Fortschritt und immer weiter aufbrechenden Systemen.“

	Schutzkonzept ist zwei Jahre praxiserprobt. Trotz Debatten weithin anerkanntes Arbeitsinstrument.
Ressourcen	Erforderlich (Zeit und Finanzen für Schulung und Entwicklung)
Quelle	Petersen, Birte (2019): „A wie achtsam“, Neue Caritas, 08/2019 https://www.caritas.de/neue-caritas/heftarchiv/jahrgang2019/artikel/a-wie-achtsam

Patientenorientiertes Interventionskonzept (MK)	
	
(Bisherige) Zielgruppe(n)	Pflege(fach)kräfte, speziell: Bezugspflege
Problemfeld	Verhaltensauffälligkeiten/ herausforderndes Verhalten (durch Demenz)
Design/Inhalt	<p>Das Konzept setzt im Vorfeld akuter Gefahren- oder sonstiger Problemsituationen.</p> <p>Zielt darauf ab, Faktoren, die herausforderndes Verhalten fördern, zu eliminieren oder ihren Einfluss zu reduzieren und eine ressourcenerhaltende Umgebung zu schaffen.</p> <p>Es handelt sich um eine komplexe, präventiv orientierte Interventionsstrategie, die der Systematik eines fünfstufigen Pflegeprozessmodells folgt (Assessment, Zielformulierung, Maßnahmenplanung, Durchführung, Evaluation):</p> <ul style="list-style-type: none"> • Beschreibung Verhalten mit NBA • Maßnahme, wenn Verhalten mehr als 1x/Woche und als problematisch eingestuft wird • Suche nach möglichen Einflussfaktoren (unterteilt in 10 Bereiche) • Arbeitshilfe, um individuell Problem zu identifizieren und Ziel festzulegen (verschiedene Ebenen: bewohnerbezogen; mitarbeiterbezogen; soziale und materielle Umgebung) • Prioritätensetzung (Bewertung nach Dringlichkeit, bzw. Umsetzbarkeit) • Unterstützungspaket muss individuell von Bezugspflege erstellt werden (keine lineare Ableitung) • Durchführung und Überprüfung entsprechend sehr individuell
Ziele	<p>Zielgerichtete Anpassung der Versorgung und der Umgebungsbedingungen der Bewohner*innen, die sich positiv auf das Verhalten auswirkt.</p> <p><u>Grundgedanke</u>: Gleichgewicht zwischen Anforderungen und Belastungen, sowie Ressourcen des Bewohners soll beitragen, dass keine Handlungsimpulse entstehen, die zu einem ziellosen Umhergehen oder anderen Verhaltensweisen führen.</p>
Nutzen/Hindernisse	<p>Das Konzept erwies sich als geeignet, Verhaltensweisen positiv zu beeinflussen, und kann offenbar auch unter suboptimalen Rahmenbedingungen im Versorgungsalltag genutzt werden.</p> <p>Arbeitshilfe gut nachvollziehbar, gute Integration in Arbeitsalltag</p> <p><u>Positiv</u>: Aspekte, die sonst nicht in Blick genommen werden, sind stärker in Pflegeplanungsprozess einbezogen</p>

	<p><u>Herausforderung</u>: Kontinuität der Maßnahmenplanung sicherstellen; Konzept für Fachkräfte mit Steuerungsverantwortung für individuellen Pflegeprozess; Mitarbeit von anderen Akteuren notwendig-> erfordert Motivationsarbeit</p> <p><u>Nachteil</u>: wenn Bezugskraft abwesend ist sind Abweichungen möglich</p>
Ressourcen	Zeit; Kontinuität
Wiss. Evaluierung	<p>Projekt Pflegeforschungsverbunds NRW „Selbst- und fremdgefährdendes Verhalten bei psychisch veränderten Heimbewohnern“ Entwicklung Interventionskonzept -> präventiv orientierte Hilfen in Mittelpunkt gestellt. Wirksamkeitsüberprüfung durch prospektive kontrollierte Studie in sechs stationären Pflegeeinrichtungen (202 Bewohner*innen):</p> <p>Auftreten Häufigkeit Verhaltensprobleme (um 31,7% reduziert Minderung Verhaltensintensität 9,7%</p>
Evidenz	mittel
Quellen	Wingenfeld, K./Seidl, N./Ammann, A. (2011): Präventive Unterstützung von Heimbewohnern mit Verhaltensauffälligkeiten. Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie 44 (1), 27-32

Prävention sexualisierter Gewalt (durch und an Patienten) – Konzept (MK)



(Bisherige) Zielgruppe(n):	Für alle Mitarbeitende – im Speziellen aber vor allem Fach- und Führungskräfte
Problemfeld	Sexualisierte Gewalt in Pflegebeziehungen (durch und an Patienten) und unter Mitarbeitenden
Design	<p>Durch eine gezielte Schulung von Mitarbeitenden aus allen Disziplinen und der Umsetzung aller im Konzept beschriebenen Voraussetzungen soll die Wahrscheinlichkeit sexualisierter Gewaltvorfälle minimiert werden. Hierfür werden sechs Aspekte mit folgenden Inhalten geschult die ebenfalls sechs Voraussetzungen für eine erfolgreiche Implementierung sind:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Genaues Hinsehen (überdurchschnittlicher Einsatz von dämpfenden Medikamenten, lange andauernde alleinig ausgeführte Pflegehandlungen, etc.) 2. Präzise Dokumentation (bei dringendem oder bestätigtem Tatverdacht zeitnah eine Führungsperson informieren – schriftlich oder mündlich) 3. Reaktion und Intervention (konfrontative Gespräche nur unter ausführlicher Vorbereitung durch eine Leitungsperson, niemals spontan und reaktiv von Kolleg*innen) 4. Schutzkonzept (Bildung eines interdisziplinären Präventionsfachkreises, genaue Prüfung neuer Mitarbeitenden, interne und externe Kontrollorgane und eine demokratische Organisationsstruktur) 5. Risikoanalyse (wichtig für die Implementierung eines Präventionskonzeptes ist die Bestandaufnahme -> Einsatz von Mitarbeiterbefragungen) 6. Beschwerdemanagement (Null-Toleranz-Strategie – Benennung

	einer Vertrauensperson zur Information, Fortbildung und Fallbesprechung & Erstellung von zugänglichen Handlungsleitlinien)
Ziele	Durch die gezielte Schulung des interdisziplinären Teams sollen bestimmte Anzeichen von sexualisierten Gewalthandlungen rechtzeitig erkannt und besprochen bzw. geändert werden und das Auftreten von sexualisierten Gewaltvorkommnissen somit reduziert werden.
Evidenz	niedrig
Quellen:	Büthe, K. (2019): Prävention sexualisierter Gewalt durch und an Patienten. In: Pflegezeitschrift: 72 S. 38-41.

Rezepte zur Vermeidung von Machtmissbrauch stationäre Pflege (MK)	
	
(Bisherige) Zielgruppe(n)	Pflege(fach)kraft Führungsebene
Problemfeld	Stress/Frustrations-Gewalt-Schema zur Vermeidung von Machtmissbrauch
Design/Inhalt	<p>Hauptrezept zur Vermeidung von Machtmissbrauch in der Pflege: Stärkung persönliche Einstellung/Ressourcen Pflegekraft & Reduktion psychische Belastung durch Institution</p> <p>Ressourcen, um Pflegekraft zu sensibilisieren (5 Faktoren):</p> <ul style="list-style-type: none"> • Fachkompetenz durch Fach- u Weiterbildung • Patientenorientiertes Verständnis, durch entsprechende Konzepte (Empowerment, gemeinsame Entscheidung etc.) • Angemessene Psychohygiene • Förderung ethisches Handeln • Förderung Umgang mit Stress <p>Institutionelle Möglichkeiten (4 Bereiche): Ressourcen zur Verfügung stellen (Weiterbildung, Zeit, Personal etc.) Stärkung individuelle Persönlichkeit (Fortbildung etc.) Unterstützung und Hilfestellung (Supervision, Gespräch etc.) Prävention durch transparente organisatorische Grundhaltung (Konzept, Leitbild, Führungsansätze etc.)</p>
Ziele	<p>Durch Angebot und Umsetzung o.g. „Rezepte“ Vermeidung von Situationen des Machtmissbrauchs und Gewalt in der Pflegebeziehung.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Frustration wird durch adäquates und fachlich-professionellen Umgang mit herausfordernden Situationen minimiert. - Führungskultur muss Hilfe u Unterstützung bereitstellen - transparente Grundhaltung der Institution zum Thema Gewalt oder Machtmissbrauch
Nutzen/Hindernisse	Übersicht über Hauptfaktoren, für gewaltfreie Einrichtung Beispielhaftes Konzept in Diakonie Düsseldorf (Diakonie Düsseldorf, 2013: Leitfaden für den Umgang mit Gewalt in der Pflege)
Ressourcen	Zeit, um Konzept zu entwickeln; Perspektivisch: Finanzierung Fort- und Weiterbildungen
Wiss. Evaluierung	Belastungs-Beanspruchungs-Modell (BAUA,2010)
Quelle	Scheydt (2015): Gewalt als Machtmissbrauch in der stationären Pflege

NOVAcura; 01/2015; Hogrefe Verlag

Risikomanagement (P)	
 : 	 :   
(Bisherige) Zielgruppe(n)	Führungsebene und Mitarbeitende stationäre Pflege
Problemfeld	Risiken und Gefahren in der stationären Pflege
Design/Inhalt	<p>Risiko-Management-Prozesse be-/erarbeiten und in Konzept implementieren:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Risiko-Identifikation und –kategorisierung <p>Risiken zusammentragen (Brainstorming; Audits) und kategorisieren</p> <ul style="list-style-type: none"> • Risiko-Assessment und –quantifizierung <p>Risiken einteilen (spezifisch, schwer kalkulierbar, interne unspektakuläre Risiken)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Beurteilung Handlungsbedarf <p>„Stakeholder-Tolerance-Ansatz“ (interne und externe Stakeholder und deren Perspektive auf die Risiken einbeziehen)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Maßnahmenentwicklung und Umsetzung <p>Differenzierung in Struktur-Prozess und Ergebnisdimension; Indikatorenbildung; Kooperation mit externen Akteuren</p> <ul style="list-style-type: none"> • Steuerung und Evaluation <p>Verantwortlichkeiten festlegen, Evaluationsprozess klären</p> <p>Zusätzliche Methode: Erlebnispädagogischer Workshop zur Risikowahrnehmung</p>
Ziele	Risiko-Management in der stationären Pflege implementieren Systematischer Umgang mit Gefahren
Nutzen/Hindernisse	Schrittweises Vorgehen Betrifft alle Ebenen in der Einrichtung
Ressourcen	Zeit, Ansatz zu verstehen, umzusetzen, in Konzept einzuarbeiten
Wiss. Evaluierung	Theorie-Praxis-Projekt in Einrichtungen des Kuratoriums Wohnen im Alter systematisch erprobt
Evidenz	mittel
Quelle	Klie und Nirschl (2006): Risikomanagement in der stationären Pflege

SEARCH (Support, Evaluate, Act, Report, Care plan und Help to avoid) (MK)	
 	
(Bisherige) Zielgruppe(n):	Fachkräfte, Führungskräfte
Problemfeld	Gewalthandlungen zwischen einzelnen Bewohner*innen
Design	<p>Mitarbeitende werden beim Erkennen und der Identifikation einzelner Gewaltphänomene unterstützt. Hierfür werden sie in drei Modulen geschult.</p> <p><u>1.Modul:</u> Definiert verschiedene Gewaltarten, Risikofaktoren, nennt Häufigkeiten und Folgen von Gewalt unter Bewohnern</p> <p><u>2.Modul:</u> Unterstützung bei der Identifikation und Handhabung von Gewaltphänomenen</p> <p><u>3. Modul:</u> Implementierungsmaßnahmen</p>
Ziele	Ziel des SEARCH-Ansatzes ist es, Mitarbeitenden die verschiedenen Dimensionen von Gewalt aufzuzeigen und ihnen bei der Identifikation von Vorfällen und Ereignissen zu helfen. Außerdem werden verschiedene Implementierungsansätze aufgezeigt, um das Konzept nachhaltig und langfristig in die Einrichtungen zu implementieren.
Nutzen/ Hindernisse	Aktuell ein, in englischsprachigen Ländern, verbreitetes Konzept mit wenig Erfahrungswerten im deutschsprachigen Raum.
Wiss. Evaluierung	<p>Wenig wissenschaftliche Evaluierung – zwei cluster-randomisierte Studien:</p> <p>Teresi et al. konnten eine signifikante Wissensvermehrung (bei 5 von 10 Items) bezüglich der Thematik bei geschultem Personal feststellen im Vergleich zur Kontrollgruppe. Auch die Frequenz des Erkennens und Meldens von Gewaltfällen nimmt im Vergleich zu den Kontrollgruppen zu. So meldet das geschulte Personal sechs Monate nach dem Trainingsprogramm siebenmal und nach einem Jahr zehnmals so viele Gewaltfälle als die Kontrollgruppen. Auch Ellis et al. konnten Potential, Gewaltphänomene zwischen Bewohner*innen durch das SEARCH-Schulungsprogramm zu reduzieren und die Pflegequalität zu steigern, feststellen.</p>
Evidenz	Niedrig bis mittel
Quellen:	<p>Ellis, Julie, M.; Teresi, Jeanne, A.; Ramirez, Mildred; Silver, Stephanie; Boratgis, Gabriel; Kong, Jian; Eimicke, Joseph, P. ; Sukha, Gail; Lachs, Mark, S. und Pillemer, Karl, A. (2014). Managing resident-to-resident elder mistreatment in nursing homes: the SEARCH approach. In: The Journal of Continuing Education in Nursing. Jg. 45(3). Verfügbar über: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24548656/</p> <p>Teresi, J.; Ramirez, M.; Ellis, J.; Silver, S.; Boratgis, G.; Kong, J.; Eimicke, J.; Pillemer, K.; Lachs, M. (2013): A staff intervention targeting resident-to-resident elder mistreatment (R-REM) in long-term care increased staff knowledge, recognition and reporting: Results from a cluster randomized trial. In: International Journal of Nursing Studies: 50 S. 644-656.</p>

B 6. Programme und Projekte

Affektresonanztraining ART® (S)	
 :    	 :  
(Bisherige) Zielgruppe(n):	Auszubildende
Problemfeld	Gewalt gegen Bewohner*innen
Design	<p>Mitarbeitende und Auszubildende werden in ihren Fähigkeiten und Fertigkeiten zur Selbstwahrnehmung und Selbstempathie geschult und trainiert. Die Mitarbeitenden werden in ihren selbst- und fremdreflektiven Fähigkeiten sowie in der Bedürfniswahrnehmung gestärkt. Grundlagen hierfür sind die gewaltfreie Kommunikation von M. Rosenberg und die psychodynamische Pflege-Patienten-Beziehung von Peplau.</p> <p><u>CAVE:</u> Theoretisch handelt es sich hierbei um ein Training, welches in die drei Jahre Berufsausbildung integriert werden sollte bzw. muss (vor allem in Österreich getestet)</p> <p>ART I – 1. Ausbildungsjahr: Introspektive – Selbstempathie und Selbstbeobachtung (Selbstreflexion und eigene Grenzen erkennen)</p> <p>ART II – 2. Ausbildungsjahr: Fremdbeobachtung (Fremdreflexion, Abgrenzung zu Anderen, Übertragung vs. Gegenübertragung)</p> <p>ART III – 3. Ausbildungsjahr: Analytische Anwendung (Fallsupervisionen, Anwendung des Gelernten, Umsetzung der Mentalisierung in der Betrachtung der speziellen Situation)</p> <p>Jedoch wurde es aufgrund gesetzlicher Änderungen auf kürzere Ausbildungsdauern angepasst.</p>
Ziele	Die Auszubildenden sollen empathisch und wertschätzend mit sich und anderen umgehen, Interaktionen reflektieren können und sich und ihr eigenes Erleben mit Ich- Botschaften auszudrücken, es werden unterschiedliche Kompetenzen (explizite/ implizite Gefühle; Interaktion, Intersubjektivität, Umgang mit Affekten, etc.) erlernt und ausgeweitet, Fallbesprechungen werden bereits in der Ausbildung integriert und angewendet
Nutzen/ Hindernisse	H: Bisher vor allem in Österreich angewendet und in die Ausbildung integriert
Ressourcen	Zeit: drei Ausbildungsjahre (hier je nach Ausbildungsjahr unterschiedliche Anzahl an Seminarstunden bzw. -tagen)
Wiss. Evaluierung	Projekt wurde wissenschaftlich ausgewertet und liegt als Veröffentlichung vor
Evidenz	niedrig
Quellen	Zeman, Ewa (2020). ART © - Affektresonanztraining in der Pflegeausbildung. Verfügbar über: https://pflege-professionell.at/art-affektresonanztraining-in-der-pflegeausbildung .
Zusatz	Kategorie: Stärkung der Handlungskompetenz Zu aufwendig für den Projektzeitraum (Speziell im Bereich Ausbildung)

Förderung von Gewaltprävention durch BGW (E)	
 : 	 :  
Interventionsbereich	Finanzielle Förderung von folgenden Angeboten: <ul style="list-style-type: none"> • Qualifizierung von Deeskalationstrainer*innen • Qualifizierung von kollegialen Erstbetreuern • Organisationsberatung • Seminar Führungskräfte: Gewalt und Aggression systematisch vorbeugen
Zielgruppe der Intervention	Mitgliedsbetriebe der BGW Führungsebene und Multiplikator*innen
Zielgruppe Wirkung	Team, Kollegium, Bewohner*innen
Design/Inhalt	Folgende Angebote werden bei unterschiedlichen Anbietern gefördert. Diese müssen durch die BGW zugelassen und geprüft sein. <ul style="list-style-type: none"> • Qualifizierung von Deeskalationstrainer*innen • Qualifizierung von kollegialen Erstbetreuern BGW eigene Seminare: <ul style="list-style-type: none"> • Organisationsberatung • Seminar Führungskräfte: Gewalt und Aggression systematisch vorbeugen
Quellen	https://www.bgw-online.de/DE/Arbeitssicherheit-Gesundheitsschutz/Umgang-mit-Gewalt/Qualifizierung_und_Beratung/Organisationsberatung-Gewalt-Aggression.html

CONNECTING® Partnerschaft für Beratung und Training – Mit Sicherheit in Kontakt bleiben (S)	
 :   	 :    
(Bisherige) Zielgruppe(n):	Alle Mitarbeitenden (Auszubildende, Fachkräfte (therapeutisch, pflegerisch, etc.), Verwaltung, Hauswirtschaft, Führungskräfte)
Problemfeld	Gewalthandlungen in beide Richtungen
Design	Grundhaltung: Die Entstehung und Auftreten von Aggressionen sind von multifaktorieller Natur. Die Faktoren dafür lassen sich grob in personale, interaktive und situative Faktoren einteilen, also etwa Mitarbeiter*innen, Bewohner*innen, Rahmenbedingungen, Organisationsabläufe u.v.m. Aggressives Verhalten kann als Kommunikationsversuch verstanden werden. Aufgrund der multifaktoriellen Entstehung bedarf es einer multifaktoriellen Strategie. Das CONNECTING-Team schult in vier Kompetenzkategorien: <ol style="list-style-type: none"> 1. Personale Kompetenzen 2. Aktivitäts- und umsetzungsorientierte Kompetenzen

	<p>3. Fachlich-methodische Kompetenzen 4. Sozial-kommunikative Kompetenzen</p> <p>Es werden verschiedene Ausbildungen (z.B. Trainer-/ Multiplikatoren-ausbildung) und mehrtägige Workshops (z.B. 2-Tages-Workshops für Altenpflegeeinrichtungen, Krankenhäuser, Notaufnahmen etc.) angeboten.</p>
Ziele	Entwicklung und Implementierung einer multidimensionalen Strategie, um Aggressionsentstehungen zu reduzieren und Mitarbeiter*innen in verschiedenen Kompetenzen zu stärken.
Nutzen/ Hindernisse	N: Deeskalationsmanagement wird von der BGW empfohlen!
Ressourcen	Zeitlicher Umfang: Je nach Art und Umfang von einem bis zu fünf Tagen. Finanzieller Umfang: Hierzu werden keine Angaben gemacht.
Wiss. Evaluierung	Bis dato kein hinreichender evidenzbasierter Zusammenhang zwischen der Durchführung von Deeskalationsschulungen und einer verbesserten Situation im Hinblick auf Gewalterleben. Jedoch zeigten Studien, dass Pflegefachpersonen nach dem Abschluss einer Deeskalationsschulung sich in ihrem subjektiven Empfinden gestärkt fühlten und die Schulung zu einer verbesserten Wahrnehmung und einem gesteigerten Bewusstsein geführt haben. Die BGW empfiehlt Deeskalationstrainings für alle Berufsgruppen in sensiblen Arbeitsbereichen.
Evidenz	Niedrig bis mittel
Quelle:	Walter, Gernot und Oud, Nico (o.J.). CONNECTING. Partnerschaft für Beratung Training. Verfügbar über: https://connecting-online.eu/ Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege (BGW) (Hrsg.) Qualifizierung von innerbetrieblichen Deeskalationstrainerinnen und Deeskalationstrainern. Verfügbar über: https://www.bgw-online.de/DE/Arbeitssicherheit-Gesundheitsschutz/Umgang-mit-Gewalt/Qualifizierung_und_Beratung/Ausbildung-Deeskalationstrainer.html

Gewaltfreie Pflege – Projekt des MDS (P)	
 : 	 :  
(Bisherige) Zielgruppe(n):	Projekt spricht alle Mitarbeitende an
Problemfeld	Gewalthandlungen auf beiden Seiten
Ziele	<p>Aus den Ergebnissen des Projektes ergaben sich folgende Handlungsempfehlungen:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Zuständigkeiten schaffen und Verantwortlichkeiten wahrnehmen (Sensibilisierung, Fortbildung, Vernetzung, transparente und unabhängige Beratung) 2. Empfehlungen für Einrichtungen (Verpflichten zur Einführung des Gewaltpräventionskonzept, hausinterne Fortbildungen und psychologische Beratung, Kontrolle der Umsetzung, Einbezug der Pflegekassen zur Umsetzung von gesundheitsfördernden Maßnahmen, Compliance-Richtlinien einführen) 3. Ausarbeitung von Handlungsleitlinien (Schulungen und Gewaltpräventionsbeauftragten benennen) 4. Meldewesen und Case Management etablieren (Senkung der Hemmschwelle, anonyme Meldemöglichkeit) 5. Gemeinsam durch ÖA für das Thema sensibilisieren und informieren (verschiedene Zugangskanäle) 6. Multiplikatoren-Effekte (anbinden an bestehende kommunale Veranstaltungen, Einbindung in das Ausbildungscurriculum, Beitrag zur Enttabuisierung) 7. Nachhaltigkeit erzeugen (dauerhafte Bekanntmachung, Angehörigenkurse und Ausbildung von Mitarbeiter*innen). <p>Das Projekt soll mit seinen Handlungsempfehlungen ganzen Institutionen und Einrichtungen dabei unterstützen Maßnahmen zur Gewaltprävention zu implementieren.</p>
Wiss. Evaluierung	<p>Gewaltfreie Pflege (2017) – Die auf europäischer Ebene entwickelten Empfehlungen des MILCEA-Projekts gelten als Basis für das Projekt „Gewaltfreie Pflege“ des MDS von 2017, welches detaillierte Handlungsempfehlungen zur Reduktion von Gewaltphänomenen in der Pflege in Deutschland entwickelt. Zugang: https://www.mds-ev.de/themen-des-mds/pflegequalitaet/gewaltfreie-pflege.html</p>
Quellen:	<p>Medizinischer Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen e. V. (MDS) (Hrsg.) (2017). Projekt. Projekt Gewaltfreie Pflege. Prävention von Gewalt gegen Ältere in der pflegerischen Langzeitversorgung. Verfügbar über https://www.mdsev.de/fileadmin/dokumente/Publikationen/SPV/Gewaltfreie_Pflege/090418_Abschlussbericht_Projekt_GfP_Final.pdf.</p>

Gruppenbasiertes Resilienztraining (MK-L)	
	
(Bisherige) Zielgruppe(n):	Alle Mitarbeitende
Problemfeld	Gesundheitsförderung – indirekt Gewalt gegen Bewohner*innen
Design	Zweitägige Workshops für Mitarbeiter*innen mit den Inhalten: 1. Meinungen bilden 2. Verbindung zwischen Gedanken und daraus resultierenden Aktionen kontrollieren 3. Prioritäten setzen 4. Denken und Gedanken ausgeglichener gestalten 5. Dankbarkeit 6. Lösungen für zwischenmenschliche Probleme finden 7. Achtsamkeit 8. Stärken nutzen 9. aktive und konstruktive Kritik anwenden 10. wertebasierte Ziele verfolgen
Ziele	Durch das gruppenbasierte Resilienztraining sollen den Mitarbeiter*innen Möglichkeiten aufgezeigt werden, wie sie ihren Alltag ausgeglichener gestalten können. Dadurch kommt es zu einer Stärkung der individuellen Resilienz, Stressabbau und einer Reduzierung von „gewalttätigen“ Handlungen.
Nutzen/ Hindernisse	N: Hat sich in der Praxis bewährt H: wenig Erfahrungswerte im deutschsprachigen Raum
Wiss. Evaluierung	Mixed-Method-Ansatz von Agteren, Iasiello und Lo Signifikante Verbesserung der Belastbarkeit ($p = 0,02$) und des Wohlbefindens ($p = 0,001$) nach der Teilnahme des Programms festgestellt werden
Evidenz	niedrig
Quellen:	Van Agteren, Joep; Iasiello, Matthew und Lo, Laura (2018). Improving the wellbeing and resilience of health services staff via psychological skills training. Verfügbar über: https://www.researchgate.net/publication/329868819_Improving_the_wellbeing_and_resilience_of_health_services_staff_via_psychological_skills_training .

Positive Einstellung und Optimismus: Humor und Lachen (P)	
 :  	 : 
(Bisherige) Zielgruppe(n):	Alle Mitarbeitende
Problemfeld	Gesundheitsförderung - indirekt Gewaltprävention (beide Richtungen)
Design	<p>Resiliente Pflegefachpersonen greifen in Stress- und Notsituationen auf positive Emotionen zurück und können auf eine Bandbreite von potentiellen Folgen erkennen.</p> <p>Optimistische Menschen nutzen adaptive Bewältigungsstrategien in herausfordernden Situationen und suchen einfacher unterstützende Beziehungen auf (vgl. Cameron und Brownie 2010/ McAllister und Lowe 2019).</p> <p>1) Training z.B. Rotnasen e.V.: In überschaubaren Trainingsmodulen (drei bis sechs Stunden) lernen die Mitarbeiter*innen anwendungserprobte Techniken kennen und erhalten Tipps für die Pflege- und Heilpraxis.</p> <p>Für die Weiterbildungsmaßnahme "Humor in der Pflege" steht ein erfahrenes und fachkompetentes Team aus acht Trainer*innen bereit. Im Workshop lernen Sie:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Die wichtigsten Ansätze zur Pflege einer Humorkultur - Handlungsprinzipien für eine personenorientierte Pflege - So gelingt meine Wertschätzung gegenüber Kollegen - Wann Humor gut tut und wann er wehtut <p>2) WiP – Humor in der Pflege – Workshop: Inhalte (Definition Humor, Definition Lachen, Wirkungen des Humors auf psychologischer, physiologischer, kommunikativer und soziologischer Ebene, bewusste und respektvolle Wahrnehmung anderer Menschen, Fingerspitzengefühl und Achtsamkeit im humorvollen Umgang, Humoranamnese, Fallbesprechungen)</p> <p>u.v.m.</p>
Ziele	Durch Workshops und Coachings können die Gelassenheit, die Heiterkeit, die Freude, die Dankbarkeit und das Miteinander gestärkt werden. Außerdem kann es positive Auswirkungen auf die psychodynamische Pflege-Bewohner-Beziehung und Ärzte-Pfleger-Beziehung haben (vgl. z.B. McAllister und Lowe 2019).
Nutzen/ Hindernisse	<p>N: Optimismus, Lachen, positive Emotionen Positivität (Freude, Dankbarkeit, Gelassenheit, Interesse, Hoffnung, Stolz, Heiterkeit, Inspiration, Liebe und Ehrfurcht) haben positive Effekte auf psychischer und physischer Ebene (vgl. Jackson, Firtko und Edenborough 2007 / McAllister und Lowe 2019 / Pipe, Buchda, Lander et al. 2012 nach Frederikson 2009).</p> <p>N: Humor und Lachen in der Pflege verbindet. Es bedeutet eine Leichtigkeit und Freude zu erlangen beim Umgang mit Herausforderungen im Berufsalltag und bei unüberwindbar scheinenden Problemen. Humor erleichtert die Kommunikation.</p>
Ressourcen	Je nach Art und Umfang des gewählten Schulungspartners und – designs variieren Dauer, Personaleinsatz und der finanzielle Aufwand.
Wiss. Evaluierung	<u>Humorforschung</u>

	<p>Lachen wirkt gegen Stress: Bei andauernder körperlicher und psychischer Belastung steigt das Stresshormon Cortisol. Ein dauerhaft gesteigener Cortisolspiegel führt zu erhöhtem Blutdruck oder Kopfschmerzen. → "Cortisol kann man weglachen" Wenige Minuten nach einem herzhaften Lachen stellt sich eine Entspannungsphase ein. Der Cortisol-Spiegel sinkt ab und der Regel des „Glückshormons“ Endorphin steigt an Siehe oben eingebrachte Literaturhinweise (Literaturreviews, Publikationen)</p>
Evidenz	Niedrig
Quellen:	<p>Cameron, Fiona und Brownie, Sonya (2010). Enhancing resilience in registered aged care nurses. Verfügbar über: https://online-library.wiley.com/doi(epdf/10.1111/j.1741-6612.2009.00416x. McAllister, Margaret und Lowe, John, B. (2019). Resilienz und Resilienzförderung bei Pflegenden und Patienten. Widerstandsfähiger werden trotz widriger Umstände. 2., überarbeitete und ergänzte Auflage. Pipe, Britt, Teresa; Buchda, Vicki, L.; Launder, Susan; Hudak, Barb; Hulvey, Lynne; Karns, Katherine, E. und Pendergast, Debra (2011). Seiten: 11- 22. In: Stress & Health. Jg.28 (1). Jackson, Debra; Firtko, Angela und Edenborough, Michel (2007). Personal resilience as a strategy for surviving and thriving in the face of workplace adversity: a literature review. In: Journal of Advanced Nursing. Jg. 60 (1). S. 1-9. ROTE NASEN Deutschland e.V. (Hrsg.) (2020). https://www.rotenasen.de/ WIP – Institut für Weiterbildung GmbH (Hrsg.) (2020). Humor in der Pflege – Workshop. Verfügbar über: https://wip-fortbildung.de/seminare/humor-in-der-pflege-workshop/.</p>

KonfliktFit® (S)	
 	
(Bisherige) Zielgruppe(n):	Alle Mitarbeitenden (Auszubildende, Fachkräfte (therapeutisch, pflegerisch, etc.), Verwaltung, Hauswirtschaft, Führungskräfte)
Problemfeld	Gewalthandlungen in beide Richtungen
Design	KonfliktFit bietet verschiedene Ausbildungen und Schulungen zu den Themen: Konflikte, Aggressionen und Gewalt, Deeskalation und Konfliktlösung, Krisenintervention, hilfreiche Selbstreflektion und Strategien konstruktiver Nachbereitung an. Die Kurse werden je nach Setting angepasst (z.B. Altenpflegeheime, psychiatrische Stationen, Schulen, etc.).
Ziele	Aggressionen, Konflikte und Gewaltgeschehen reduzieren und Kompetenzen stärken.
Nutzen/ Hindernisse	N: Deeskalationsmanagement wird von der BGW empfohlen!
Ressourcen	Zeitliche Ressourcen: Ja nach Art und Weiterbildung des Kurses (z.B. vier Tage kollegiale Ansprechpartner*innen und 200Stunden Weiterbildung Deeskalationstrainer*in). Finanzieller Umfang: Es werden keine Angaben zu finanziellen Aufwendungen gemacht.
Wiss. Evaluierung	Bis dato kein hinreichender evidenzbasierter Zusammenhang zwischen der Durchführung von Deeskalationsschulungen und einer verbesserten Situation im Hinblick auf Gewalterleben. Jedoch zeigten Studien, dass Pflegefachpersonen nach dem Abschluss einer Deeskalationsschulung sich in ihrem subjektiven Empfinden gestärkt fühlten und die Schulung zu einer verbesserten Wahrnehmung und einem gesteigerten Bewusstsein geführt haben. Die BGW empfiehlt Deeskalationstrainings für alle Berufsgruppen in sensiblen Arbeitsbereichen.
Evidenz	Niedrig
Quelle	Konflikt FIT (Hrsg.). KonfliktFit. Verfügbar über: https://www.konfliktfit.de/ Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege (BGW) (Hrsg.) Qualifizierung von innerbetrieblichen Deeskalationstrainerinnen und Deeskalationstrainern. Verfügbar über: https://www.bgw-online.de/DE/Arbeitssicherheit-Gesundheitsschutz/Umgang-mit-Gewalt/Qualifizierung_und_Beratung/Ausbildung-Deeskalationstrainer.html

Mentoren Programme (intern) (E)	
 :  	 :  
(Bisherige) Zielgruppe(n):	Alle Mitarbeitende
Problemfeld	Gesundheitsförderung - Indirekt Gewalthandlungen (beide Richtungen)
Design	<p>Erfahrungs- und Informationsaustausch auf professioneller Ebene (Kompetenzbezogen) zu festgelegten Zeitpunkten. Der Mentor nimmt dabei verschiedene Rollen (Vorbild, Ratgeber, Coach, Kritiker und/ oder Förderer) ein.</p> <p>Mentorenprogramme können hierarchisch aufgebaut sein (Vorgesetzte – Mitarbeiter*in), auf kollegialer (Mitarbeiter*in – Mitarbeiter*in) oder zentraler, unabhängiger (kein Vorgesetzter/ kein direkte(r) Kolleg*in) Ebene implementiert werden.</p>
Ziele	Mentoren Programme helfen neuen Kolleg*innen bei einer rascheren Integration in die Einrichtung, stärken ein professionelles Netzwerk und die soziale Unterstützung innerhalb einer Einrichtung. Mitarbeiter*innen werden individuell gefördert.
Nutzen/ Hindernisse	N: Verschiedene Programme haben sich in der Praxis (verschiedene Handlungsfelder) bewährt und werden teilweise bereits großflächig und in verschiedenen Dimensionen angewendet.
Ressourcen	<p>Bei Auszubildenden in der Pflege sind dies oft (zentrale) Praxisanleiter.</p> <p>Je nach Art der Fort- bzw. Weiterbildung werden finanzielle und personelle Ressourcen unterschiedlich eingesetzt.</p>
Wiss. Evaluierung	Vielzahl an Publikationen belegen die Vorteile und den Mehrwert von Mentorenprogrammen
Evidenz	Niedrig
Quellen:	<p>Bayerisches Landesamt für Pflege (o.J.). MFP. Mentoren für Pflege. Verfügbar über: https://www.mfp.bayern.de/.</p> <p>B. Braun-Stiftung (2020). Mentoringprogramme. Das Mentoringprogramm – Mentoren in der Gesundheitswirtschaft. Verfügbar über: https://www.bbraftung.de/de/programme/mentoringprogramm.html.</p>

PART® Training (*Professional Assault Response Training*) - Professionell Handeln in Gewaltsituationen (S)



(Bisherige) Zielgruppe(n):	Alle Mitarbeitenden (Auszubildende, Fachkräfte (therapeutisch, pflegerisch, etc.), Verwaltung, Hauswirtschaft, Führungskräfte)
Problemfeld	Kommunikative und Körperliche Gewalt (beide Richtungen)
Design	<p>Die Mitarbeitenden werden in den Bereichen Gewalt- und Selbstkontrolle, Krisenkommunikation, Umgang mit Assessments, Dokumentation, Nachsorge für Mitarbeiter*innen und Risikomanagement geschult.</p> <p><u>Primärprävention</u>: Präventive Verhinderung gewalttätig eskalierender Krisen</p> <p><u>Sekundärprävention</u>: Frühzeitige Identifikation von Krisensituationen und angemessenen Interventionen</p> <p><u>Tertiäre Prävention</u>: Konsequente Auswertung von Vorfällen und Nutzung der Ergebnisse zur Prävention</p> <p>PART unterscheidet in Basis-Schulung und PART Inhousetrainer-Ausbildung. Basis-Schulung: Für alle geeignet, die mit Klienten arbeiten, die sich aggressiv und mitunter gewalttätig zeigen – hier wird die nötige Haltung, Deeskalationsstrategien und –techniken vermittelt. Inhousetrainer-Ausbildung: gleiche Inhalte wie Basis-Schulung, hier aber mit einem Schwerpunkt auf die spätere Multiplikatorenfunktion</p>
Ziele	Reduktion von Gewalthandlungen und Gewalterleben im professionellen Miteinander. Stärkung der Arbeitssicherheit.
Nutzen/ Hindernisse	<p>N: Hat sich in der Praxis bewährt</p> <p>N: Deeskalationsmanagement wird von der BGW empfohlen</p>
Ressourcen	Basis-Schulung: dauert in der Regel drei Tage à 8 Stunden; Inhousetrainer-Ausbildung: dauert sieben Tage à 8 Stunden in zwei Blöcken
Wiss. Evaluierung	Bis dato kein hinreichender evidenzbasierter Zusammenhang zwischen der Durchführung von Deeskalationsschulungen und einer verbesserten Situation im Hinblick auf Gewalterleben. Jedoch zeigten Studien, dass Pflegefachpersonen nach dem Abschluss einer Deeskalationsschulung sich in ihrem subjektiven Empfinden gestärkt fühlten und die Schulung zu einer verbesserten Wahrnehmung und einem gesteigerten Bewusstsein geführt haben. Die BGW empfiehlt Deeskalationstrainings für alle Berufsgruppen in sensiblen Arbeitsbereichen.
Evidenz	Niedrig bis mittel
Quellen:	<p>PART-Training GmbH (Hrsg.). (2020). PART Training GmbH. Für Prävention, Deeskalation und Beratung. Verfügbar über: https://www.parttraining.de/.</p> <p>Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege (BGW) (Hrsg.) Qualifizierung von innerbetrieblichen Deeskalationstrainerinnen und Deeskalationstrainern. Verfügbar über: https://www.bgw-online.de/DE/Arbeitssicherheit-Gesundheitsschutz/Umgang-mit-Gewalt/Qualifizierung_und_Beratung/Ausbildung-Deeskalationstrainer.html</p>

Piag-B® Innerbetriebliche Prävention gegen Gewalt und Aggression (S)	
	
(Bisherige) Zielgruppe(n):	Alle Mitarbeitenden (Auszubildende, Fachkräfte (therapeutisch, pflegerisch, etc.), Verwaltung, Hauswirtschaft, Führungskräfte).
Problemfeld	Gewalthandlungen in beide Richtungen
Design	<p>Piag-B ist ein Konzept zur innerbetrieblichen Gewaltprävention und schult seit 1998 soziale Arbeitsbereiche im Rahmen von Prävention zur Reduzierung von Aggression und Gewalt.</p> <p>Piag-B bietet ein umfangreiches Schulungsangebot im Bereich der Gewaltprävention an:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Krisenintervention im Rahmen der Gewaltprävention - Deeskalationstraining - Innerbetrieblicher Umgang mit Gewalt und Aggressionen - Fachkraft Gewaltprävention - Gewaltfreie Kommunikation
Ziele	Unterstützt Einrichtungen in Fragen der Prävention, um Aggression und Gewalt zu reduzieren.
Nutzen/ Hindernisse	N: Deeskalationsmanagement wird von der BGW empfohlen!
Ressourcen	<p>Zeitliche Ressourcen: Ja nach Art und Weiterbildung des Kurses variierend</p> <p>Finanzieller Umfang: Es werden keine Angaben zu finanziellen Aufwendungen gemacht.</p>
Wiss. Evaluierung	Bis dato kein hinreichender evidenzbasierter Zusammenhang zwischen der Durchführung von Deeskalationsschulungen und einer verbesserten Situation im Hinblick auf Gewalterleben. Jedoch zeigten Studien, dass Pflegefachpersonen nach dem Abschluss einer Deeskalationsschulung sich in ihrem subjektiven Empfinden gestärkt fühlten und die Schulung zu einer verbesserten Wahrnehmung und einem gesteigerten Bewusstsein geführt haben. Die BGW empfiehlt Deeskalationstrainings für alle Berufsgruppen in sensiblen Arbeitsbereichen.
Evidenz	Niedrig
Quelle	<p>Jung-Lübke, Michael (o.J.). Innerbetriebliche Prävention gegen Gewalt und Aggression. Verfügbar über: https://www.piag-b.com/index.php/programm/fortbildung-innerbetrieblicher-umgang-mit-gewalt-und-aggression</p> <p>Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege (BGW) (Hrsg.) Qualifizierung von innerbetrieblichen Deeskalationstrainerinnen und Deeskalationstrainern. Verfügbar über: https://www.bgw-online.de/DE/Arbeitssicherheit-Gesundheitsschutz/Umgang-mit-Gewalt/Qualifizierung_und_Beratung/Ausbildung-Deeskalationstrainer.html</p>

Projekt BETA: Richtlinien zum Umgang mit aufgebracht Patient*innen/Bewohner*innen (MK-L)



Land	USA
(Bisherige) Zielgruppe(n):	Krankenhäuser, Notaufnahmen, psychiatrische Notaufnahmen, Mitarbeitende mit direktem Kontakt zu Patient*innen
Gewalttätige/gewaltnahe Handlungen	Gewalt, die aus dem aufgeregten Zustand der Patient*innen resultieren kann; Fixierung und Isolation von Patient*innen; Gewalt als Reaktion auf Fixierung und Isolation
Beschreibung des Projekts	Projekt BETA (American Association of Emergency Psychiatry) dient der Erstellung von Qualitätsrichtlinien, die auf aufgeregte/aufgebrachte Patient*innen abzielen. Die Richtlinien sollen sich über alle möglichen Interventionsarten erstrecken (nicht nur pharmakologische). Das endgültige Ziel der Richtlinien soll die Reduktion der Anwendung von Isolation/Sedation/Fixierung als Intervention bei aufgeregten Patient*innen sein. Das Projekt wurde in 5 Arbeitsgruppe aufgeteilt: ärztliche Begutachtung und Einschätzung der aufgeregten Patient*innen, psychiatrische Begutachtung, verbale Deeskalation, psychopharmakologische Ansätze und Verwendung und Vermeidung von Isolation und Fixierung.
Beschreibung der Richtlinien und gegebenenfalls Implementierungsvorgang	<p>Verbale Deeskalation (Richmond et al., 2012)</p> <p>Richtlinien bzgl. Umgebung, Personen, Vorbereitung</p> <p>Richtlinie: Räumlichkeiten sollten so gestaltet sein, dass sie Sicherheit bieten</p> <ul style="list-style-type: none"> - Bewegliche Möbel ermöglichen flexiblen und gleichen Zugang zu den Ausgängen (für Mitarbeitende und Patient*innen); - Passende Ausgänge, Vermeidung von Extrembedingungen (zu laute Umgebung, knallende Wandfarben, zu hohe oder zu niedrige Lufttemperatur) um aggressive sensorische Stimulation zu vermeiden. - Bewegliche Objekte, die als Waffe verwendet werden könnten, entfernen bzw. befestigen. <p>Richtlinie: Passende Mitarbeitende für den Job</p> <ul style="list-style-type: none"> - Gut in Multitasking, schnell veränderbare Patientenprioritäten müssen gut tolerierbar sein - Fähigkeit, die Gegenübertragungen der Patient*innen und eigene negative Reaktionen zu erkennen und zu kontrollieren; Fähigkeit Grenzen im Umgang mit aufgeregten Patient*innen zu erkennen und Unterstützung anzufordern. <p>Akzeptanz, dass das abnormale Verhalten die Manifestation der psychischen Krankheit ist; dass die Patient*innen die Regeln aufgrund der Krankheit/Störung nicht befolgen können.</p> <p>Richtlinie: Mitarbeitenden müssen entsprechend ausgebildet sein</p> <ul style="list-style-type: none"> - Training: Umgang mit Notfällen, die durch das Verhalten der Patient*innen verursacht wurden <p>Training: Deeskalationstechniken</p> <p>Richtlinie: Angemessene Anzahl von ausgebildeten Mitarbeitenden muss vorhanden sein</p>

	<p>- Umgang mit aufgeregten Patient*innen ist Teil einer Team-Arbeit (verbale Deeskalation, freiwillige Einnahme von Medikamenten anbieten, für Sicherheit sorgen, falls das Verhalten zu Gewalt eskaliert)</p> <p>- Nonverbale Kommunikation in Richtung der Patient*innen: Gewalt wird nicht akzeptiert</p> <p>- 4 bis 6 Teammitglieder bestehend aus Krankenpfleger*innen, Ärzt*innen, Pflegehelfer*innen, Polizei und Sicherheitspersonal (Notaufnahme mit viel Verkehr)</p> <p>Richtlinie: Anwendung von objektiven Skalen um Aufregung einzuschätzen</p> <p>- Verringert defensives Verhalten von Mitarbeitenden, welches in Vermeidung oder Ignorieren von Zeichen der Aufregung resultieren kann.</p> <p>Beispiel: Behavior Activity Rating Scale (BARS)</p> <p>Allgemeine Deeskalationsrichtlinien</p> <p>Richtlinie: Ärzt*innen sollten sich selbst beobachten und sich sicher fühlen, wenn sie auf Patient*innen zugehen</p> <p>Ärzt*innen müssen ihre eigene emotionale und physiologische Reaktion beobachten, um ruhig zu bleiben und die verbale Deeskalation durchführen zu können.</p> <p>Richtlinie: 10 Prinzipien der Deeskalation</p> <p>1: Persönliche Distanz respektieren</p> <p>Eigene und die persönliche Distanz der Patient*innen respektieren (mindestens zwei Armlängen); beide Seiten müssen sicher sein, dass sie entkommen können ohne blockiert zu werden; Personen mit erlebten Traumata können sehr empfindlich auf die Verletzung der persönlichen Distanz reagieren.</p> <p>2: Keine Provokationen</p> <p>Vermeiden Sie Eskalation, die Sie selbst verursacht haben.</p> <p>Ärzt*innen müssen mit ihrer Körpersprache demonstrieren, dass sie den Patient*innen nicht schaden werden, dass sie zuhören wollen und dass sie möchten, dass sich jeder sicher fühlt.</p> <p>3: Verbale Kontakt herstellen</p> <p>Nur eine Person sollte verbal mit dem Patienten kommunizieren (am besten die, die auch verbale Deeskalation durchführen wird); Stellen Sie sich dem Patienten vor und bieten Sie Orientierung und Zusage</p> <p>4: Prägnante und einfache Äußerungen</p> <p>Kurze und einfache Sprache; Zeit geben, Informationen zu verarbeiten und zu antworten. Wiederholung ist essenziell für eine erfolgreiche Deeskalation; Wiederholen Sie Ihre Aufforderungen, gesetzte Grenzen, angebotene Möglichkeiten oder vorgeschlagene Alternativen. Kombinieren Sie die Wiederholungen mit Durchsetzungstechniken (zuhören, zustimmen)</p> <p>5: Wünsche und Gefühle identifizieren</p> <p>Nutzen Sie zugängliche Informationen (Gespräche, Körpersprache etc.) um Wünsche (z.B. Mitteilungsbedarf) und Gefühle zu identifizieren.</p> <p>6: Aufmerksam zuhören</p> <p>Verwenden Sie die Techniken des aktiven Zuhörens.</p> <p>Verwenden Sie Millers Gesetz: „Um zu verstehen, was die andere</p>
--	--

	<p>Person sagt, müssen Sie annehmen, dass es wahr ist und versuchen sich vorzustellen, wie es wahr sein könnte.“</p> <p>7: Zustimmung oder Agree to disagree Stimmen Sie den Patient*innen zu, wenn das möglich ist.</p> <p>8: Gesetze erklären und klare Grenzen setzen Was ist akzeptables Verhalten; was ist strafbares Verhalten; Grenzen müssen vernünftig sein und auf eine respektvolle Weise gesetzt werden. Bringen Sie dem Patienten bei, wie er die Kontrolle behalten kann.</p> <p>9: Möglichkeiten und Optimismus bieten Auswahlmöglichkeiten bieten, Medikamentengabe ansprechen, optimistisch sein und Hoffnung geben.</p> <p>10: Vorfallbesprechung mit Patient*innen und Mitarbeitenden Nach einer Fixierung oder Isolierung sollte der Vorfall mit dem betroffenen Patienten, Angehörigen und Mitarbeitenden besprochen werden.</p>
Ressourcen	Verbale Deeskalation dauert zwischen 5 und 10 Minuten pro Patienten und ist damit erheblich kürzer und verursacht weniger Kosten als die sich eventuell ergebende Fixierung.
Wiss. Evaluierung	Synthese von bestehender Forschung und Expertenkonsens (bewährte Krankenhausärzte)
Quelle	Projekt BETA (Best practices in evaluation and treatment of agitation), aus: Holloman et al. (2012) und Richmond et al. (2012)

MILCEA (Monitoring in Long-term Care Pilot Program on Elder Abuse), 2009-2012 (MK-L)	
 :	
 :	 
Land	Sechs Mitgliedstaaten der EU
(Bisherige) Zielgruppe(n):	Mitgliedsstaaten der EU, Pflegeeinrichtungen und informelle Pflegepersonen
Gewalttätige/gewaltnahe Handlungen	Gewalt gegen ältere pflegebedürftige Menschen
Beschreibung der Intervention und gegebenenfalls Implementierungsvorgang	<p>Rahmenempfehlungen für ein Monitoring-System, die die Mitgliedstaaten bei der Etablierung von Strategien zur Gewaltprävention systematisch unterstützen sollten. Die Rahmenempfehlungen beziehen sich auf drei Elemente: Erkennen, Handeln und Evaluieren. Das Bewusstsein über das Thema Gewalt liegt allen drei Elementen zu Grunde.</p> <p>Empfehlungen:</p> <p>Bewusstsein</p> <ul style="list-style-type: none"> - Gewalt als Bestandteil der Ausbildung von Pflegekräften - Entwicklung und Implementierung von Bildungsprogrammen zum Thema Gewalt gegen ältere Menschen für Pflegepersonen und ältere Menschen (Themen unter anderem: Rechte der älteren Menschen und Altersstereotype) - Ermöglichung der Teilnahme an solchen Programmen seitens der

	<p>Unternehmen</p> <ul style="list-style-type: none"> - Gesetzliche Verankerung des Schutzes von älteren Menschen; Verankerung von Richtlinien zum Schutz vor Gewalt - Langfristig angelegte nationale Medienkampagnen <p>Erkennen</p> <ul style="list-style-type: none"> - Screening- und Assessment-Instrumente und/oder Signal Cards (Liste zentraler Risikofaktoren) - Einschulung für die Verwendung dieser Instrumente - Gesetzliche Verankerung und wissenschaftliche Begleitung - Internationale Leitlinie zur Sicherung der methodischen Qualität der Instrumente - Verbindliche Festlegung von Verantwortlichkeiten in der Langzeitpflege (gesetzliche Verankerung der Anforderungen an das Pflegepersonal, Pflege-Assessments sollten Indikatoren für alle Formen von Gewalt enthalten, Anbieter von Pflegeleistungen sollten regelmäßig unter Einbindung des Themas Gewalt durch unabhängige Organe geprüft werden) - Regelmäßige Kontrolle von Risikofaktoren seitens der Pflegeeinrichtungen und Risikoreduktion (Aufnahme des Themas Gewalt in interne Qualitätsmanagementsysteme, Vertrauensperson für das Pflegepersonal ernennen, Ausarbeitung und Implementierung interner verbindlicher Leitlinien zum angemessenen Verhalten der Mitarbeitenden im Fall von Gewalt) <p>Handeln</p> <ul style="list-style-type: none"> - Klare Regelung von Verantwortlichkeiten; transparente und unmissverständliche Festlegung von Maßnahmen und wer für sie zuständig ist (Festlegung auf nationaler Ebene, multidisziplinäre Arbeitsgruppen und Interessensvertreter von älteren Menschen sollten in diesen Prozess einbezogen werden, Leitlinie als Outcome der Arbeitsgruppenprozesse, welche die Verantwortlichkeiten klar festlegt; Verpflichtung zur Umsetzung der Leitlinie; Schaffung klarer Ablaufstrukturen im Fall von Gewalt unter der Einhaltung der Leitlinie <p>Evaluieren</p> <ul style="list-style-type: none"> - Erfassung von Gewalt gegen ältere Menschen auf regionaler Ebene mit der Möglichkeit die Daten national zusammen zu führen (zentrales Melderegister für Gewaltfälle; Verpflichtung zur Dokumentation und Evaluierung von Maßnahmen, die seitens der Pflegeeinrichtungen zum Schutz der Pflegebedürftigen ergriffen werden; rechtlicher Rahmen für die Erstellung regelmäßiger öffentlicher Berichte
Evidenz	Forschungsgruppen, Experteninterviews, systematische Literaturauswertungen

B 7. Reduktion freiheitsentziehender Maßnahmen

ReduFix: Reduktion von physischen Fixierungen (Koczy et al./ Deutschland) (MK-L)	
 :   :   	
Land	Deutschland
(Bisherige) Zielgruppe(n):	Pflegeeinrichtung, Mitarbeitende
Gewalttätige/gewaltnahe Handlungen	Physische Fixierungen (Gurte, Sitze mit integriertem Tisch, ohne Bettgitter)
Beschreibung der Intervention und gegebenenfalls Implementierungsvorgang	<p>Interventionskomponenten:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Training: Ein 6-stündiges Training der gewählten Vertreter der Pflegeeinrichtung (change agents) über die Gründe der Verwendung von Fixierungen, negative Nebenwirkungen und Alternativen. Diese sollten dann die Inhalte des Trainings in ihren Pflegeheimen vorstellen und implementieren (Trainings-einheiten). - Technische Behelfe: Die Change Agents wurden ermutigt technische Behelfe wie Sensormatten, Antirutsch-Socken und Hüftprotektoren zu verwenden. Jeder Bewohner, der fixiert wurde, konnte bis zu drei Hüftprotektoren und fünf Paar Antirutsch-Socken bekommen. Jede Einrichtung bekam mindestens eine Sensormatte. - Problemlösungswerkzeuge: Mit Hilfe eines Fallberichts wurden Alternativen zu Fixierungen diskutiert. Der Fokus lag auf dem Entscheidungsprozess Fixierungen zu verwenden. Die Change Agents konnten dann eigene Fälle diskutieren. - Kursinhalte anwenden: Die Change Agents führten Trainings-einheiten in den eigenen Einrichtungen durch (über 3 Monate). Zur Verfügung stand ihnen Schulungsmaterial, welches Broschüren, ein Trainings-Handbuch und eine PowerPoint Präsentation beinhaltete. Den Change Agents wurde suggeriert eigene Fallbesprechungen über Bewohner, die fixiert werden, zu starten. - Unterstützung: Telefonische Unterstützung seitens des Forschungsteams während der gesamten Dauer der Intervention. Auf Anfrage kam auch ein Forscher in die Einrichtung.
Wirksamkeit/Ergebnisse der Intervention	Die Wahrscheinlichkeit nach dem Ende der Studie nicht fixiert zu werden in der IG war mehr als doppelt so hoch wie in der KG. Partielle Verwendung von Fixierungen wurde auch in etwa doppelt so oft gefunden in der IG im Vergleich zu der KG. Es wurden keine negativen Nebenwirkungen bzgl. Medikamente oder Verhaltenssymptomatik beobachtet. Der prozentuelle Anteil von Stürzen war in der IG höher (nicht signifikant).
Wiss. Evaluierung	Ja: Cluster randomisierte kontrollierte Studie
Evidenz	Randomisierung und andere methodologische Elemente: Eine unab-

	hängige Organisation führte die Randomisierung der Pflegeheime durch; Überprüfungszeitpunkte für die Pflegeheime unbekannt; MA von Pflegeheimen führten die Dokumentation durch (nicht verblindet); trotz der Randomisierung gab es Unterschiede in den baseline Charakteristika der Bewohner zwischen den zwei Gruppen (Geschlechter-Ungleichgewicht und die Zahl der fixierten Bewohner war unterschiedlich); keine Information darüber wie die change agents ihre Information an die Kollegen weiter leiteten; keine Dokumentation von Trainings-Einheiten oder beratenden Gesprächen; keine quantitative oder qualitative Evaluierung des Qualitätsverbesserungsprozesses; auf Grund des Studiendesigns ist es nicht möglich wirksamsten oder erfolglosesten Komponenten der Intervention zu identifizieren;
Quelle	Koczy et al. (2011)

Reduktion von Gurtfixierungen (Gulpers et al./ Niederlande) (MK-L)

 : 		 :   	
Land	Niederlande		
(Bisherige) Zielgruppe(n):	Pflegeeinrichtung, Mitarbeitende		
Gewalttätige/gewaltnahe Handlungen	Gurtfixierung		
Beschreibung der Intervention und gegebenenfalls Implementierungsvorgang	<p>Interventionskomponenten:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Implementierung einer Änderung der Geschäftspolitik zur Reduktion von Gurtfixierungen (4 Monate nach t0): Verbot von Gurtfixierungen für neue Bewohner und allgemeine Reduktion von der momentanen Verwendung von Gurtfixierungen; schriftliche und mündliche Kommunikation der Änderung an MA und Angehörige; mündliche Kommunikation durch beratende Pflegeexperten - Ausbildung von PflegeheimmitarbeiterInnen (3 Wochen lang, 1 Sitzung wöchentlich, 1 Monat nach t0): Informationen über die Verhinderung von physischen Fixierungen und Stürzen, negativen Aspekten der physischen Fixierung, Entscheidungsfindung im Bezug auf alternative Maßnahmen etc. - Beratung von MA seitens Experten (Monate 2-8): Analyse von spezifischen Fällen und Diskussion möglicher Lösungen zur Reduktion von Fixierungsmaßnahmen. - Verfügbarkeit von Alternativen zu Fixierungen (1 Monat nach t0): Alternativen wie Hüft-Protektoren, Infrarot-Alarmsysteme, Gleichgewichtstraining, physikalische Übungen, Spezialkissen und Betten mit anpassbarer Höhe wurden angeschafft. 		
Wirksamkeit/Ergebnisse der Intervention	<p>Studie 2011: Die Intervention resultierte in einer 50% Reduktion von Gurtfixierungen in (Roll-)Stühlen. Bei anderen Arten von Fixierungen gab es keine Reduktion (Bettgurte). Eine statistisch signifikante Reduktion der Verwendung anderer Fixierungsarten (Bettgitter, Schlafanzüge) wurde gefunden. Keine Unterschiede zwischen zwei Gruppen bzgl. psychoaktiver Medi-</p>		

	<p>kamente. Die Anzahl der Stürze und durch sie bedingter Verletzungen wurde durch die Reduktion der Fixierungen nicht erhöht.</p> <p>Studie 2012a (Überprüfung der langfristigen Wirkung): EXBELT resultierte in einer 65% Reduktion von Gurtfixierungen (über 24 Monate). Der Anteil der Bewohner mit Fixierungen betrug 13% in der Kontrollgruppe und 3% in der IG 24 Monate nach t0. Die Anwendung von restriktivsten Fixierungsarten war in der IG signifikant niedriger als in der KG.</p> <p>Studie 2012b (neue Bewohner): In der KG (n=20) wurden an 15% bzw. 20% der Teilnehmer bei t1 bzw. t2 Gurtfixierungen verwendet. In der IG waren diese Anteile 3% und 0%, respektive. Statistisch signifikant wurde der Unterschied bei t3: 20% vs. 0%. In der IG gab es keine Erhöhung der Verwendung von anderen physischen Fixierungen, psychoaktiven Medikamenten, der Anzahl von Stürzen und mit ihnen verbundenen Verletzungen.</p>
Vorteile/Nachteile	Erfolgsfaktor: Zugabe von 2 Maßnahmen (Änderung der Geschäftspolitik bzgl. Fixierung und alternative Interventionsmaßnahmen) zum Training (Ausbildung) und zur Beratung.
Wiss. Evaluierung	Ja: Quasi-experimentelles longitudinales Design
Evidenz	Randomisierung und andere methodologische Elemente: Maßnahmen zur Vermeidung von contamination bias wurden gesetzt, notwendige Stichprobengröße wurde ermittelt, ein verblindeter ausgebildeter Beobachter in Bezug auf Gruppen, Datum und Uhrzeit der Messung unangekündigt, Datenanalyse nach Intention-To-Treat-Prinzip und nur komplette Daten; keine Randomisierung in Bezug auf die Zuteilung von Pflegeheimen in Gruppen: selection bias, Stichprobengröße nicht groß genug
Quelle	Gulpers et al. (2011), (2012a), (2012b)

Reduktion von Isolation und Fixierungen (Borckardt et al./ USA) (MK-L)



Land	USA
(Bisherige) Zielgruppe(n):	Patient*innen und Mitarbeitende eines psychiatrischen Krankenhauses
Gewalttätige/gewaltnahe Handlungen	Isolation und Fixierungen
Beschreibung der Intervention und gegebenenfalls Implementierungsvorgang	<p>Engagement Model:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Trauma-basiertes Training (halbtägiges standardisiertes Training über Traumata und ihre Wirkung auf die Erfahrungen, Physiologie und psychologische Vorgänge zusammen mit Hinweisen, wie man sich so verhalten kann, dass traumatische Erlebnisse für Patient*innen reduziert werden) - Änderungen der Abteilungsregeln und -sprache (standardisiertes Training über die Wirkung der Regeln und der Sprache auf die Wahrnehmung der Patient*innen; ein Team pro Abteilung wurde gebildet, dessen Aufgabe es war, die Abteilungsregeln zu prüfen und verändern, so dass diese weniger restriktiv für Patient*innen sind, oder solche Regeln abzuschaffen; ein halbtägiges Follow-Up Seminar wurde verwendet um die neuen Regeln zu artikulieren und die Wirkung der notwendigen Sprache auf die Erfahrungen der Patient*innen zu diskutieren) - Änderungen der physischen Umgebung (kostengünstige Veränderungen der Umgebung einschließlich der Wandbemalung mit warmen Farben, dekorative Teppiche und Pflanzen, Möbelumstellung zur Förderung der Interaktionen unter Patient*innen und zwischen Patient*innen und Mitarbeitenden, sowie regelmäßige Treffen zwischen Patient*innen und Mitarbeitenden. Zwei verschiedene Umgebungsinterventionen wurden jeder Abteilung zugeteilt. Die zweite Intervention umfasste das Ersetzen alter Möbelstücke und die Fortsetzung von Veränderungen, die bei der ersten Intervention initiiert wurden.) - Patiententeilnahme an der Behandlungsplanung (halbtägiges standardisiertes Seminar über die Gründe und klinische Vorteile der Patiententeilnahme an der Planung der eigenen Behandlung) <p>Zusätzlich gab es eine größere Krankenhausinitiative zur Verbesserung der Patientenzufriedenheit und Kommunikation zwischen Mitarbeitenden und Patient*innen. Die Initiative hieß AIDET: A (Acknowledge patients = Patientenankennung), I (Introduce themselves (Sich vorstellen), D (Duration of the clinical contact) die Dauer der Behandlung/des Kontaktes bekanntgeben, E (Explain) den Grund des Kontaktes erklären, T (Thank) sich bei den Patienten/innen für die Zusammenarbeit bedanken.</p>

Wirksamkeit/Ergebnisse der Intervention	Signifikante Reduktion von 82,3% der Anzahl von Isolationen und Fixierungen (vorher-nachher Vergleich) Veränderungen der physischen Umgebung, unabhängig davon wann und wo sie angewendet wurden, wurden mit dieser signifikanten Reduktion verbunden.
Wiss. Evaluierung	Ja: Multiple-Baseline Design
Evidenz	Sehr wenige Informationen über die Durchführung
Quelle	Systematic Investigation of Initiatives to Reduce Seclusion and Restraint in a State Psychiatric Hospital (Borckardt et al., 2011)

Reduktion von Isolation und Fixierungen (Putkonen et al./ Finnland) (MK-L)

 	
Land	Finnland
(Bisherige) Zielgruppe(n):	Mitarbeitende, Leitungspersonal, Patient*innen
Gewalttätige/gewaltnahe Handlungen	Isolation und Fixierungen
Beschreibung der Intervention und gegebenenfalls Implementierungsvorgang	<p>Die Interventionen in dieser Studie basieren auf den sechs Grundstrategien zur Prävention von Isolation/Fixierungen (NTAC Training Curriculum, 2004):</p> <ul style="list-style-type: none"> - Verbesserte Leitung der Abteilungen - Weiterbildung der Mitarbeitenden - Datennutzung - Involvieren von Patient*innen - Verwendung von Werkzeugen zur Reduktion von Isolation/Fixierungen - Post-Vorfall-Analyse <p>In der Studie beinhalteten die Interventionen folgendes:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Individuelle und Gruppenberatungen (eine Stunde pro Woche) und tägliche Analyse (30 Minuten täglich) für die Leiter der Abteilungen in der Interventionsgruppe; - Mitarbeitende überprüften kritisch Probleme, Regeln und Praktiken und bekamen Informationen über Risiken und Traumata, die mit Isolation/Fixierung verbunden sind, Krisenprävention und neue Werkzeuge (eine Stunde wöchentlich); - Die Abteilungen erarbeiteten individuelle Präventionsstrategien und Alternativen zur Isolation (eine Stunde wöchentlich); - Die Dienstleistungsnutzer informierten Projektmitarbeitenden über eigene Erfahrungen mit Zwang und Gewalt, individuelle Gewaltauslöser und wirksame Beruhigungsaktivitäten (eine Stunde wöchentlich). Sie schlugen neue Wege vor, wie man Angst, Gewalt und Zwang reduziert und dachten zusammen mit den Mitarbeitenden über Abteilungsregeln und -praktiken nach (45 Minuten wöchentlich); - Manche Patienten und Mitarbeitende arbeiteten freiwillig an Projekten (1 Stunde wöchentlich);

	<ul style="list-style-type: none"> - Fortschrittdokumentation: tägliche Anzahl von Isolations- bzw. Fixierungsvorfällen wurde dokumentiert und Mitarbeitenden diskutierten die monatlichen Zahlen mit der Oberschwester (30 Minuten monatlich); die Zahlen wurden auch in der monatlichen Führungsgruppe diskutiert und bei zwei Informationstreffen; - Krisenpräventionswerkzeuge wurden mit Hilfe von Patienten und Mitarbeitenden erstellt. Die Werkzeuge inkludierten ein Fragebogen über traumatische Erlebnisse und gewalttätiges Verhalten und eine Liste üblicher Auslöser, Warnanzeichen, Beruhigungsaktivitäten, und tägliche Aktivitäten. Ein individuelles Krisenplan, welches Beruhigungsaktivitäten beinhaltete, falls Warnzeichen der Gewalt aufkamen, wurde nach jeder Krise überprüft und entwickelt. - Jeden Morgen diskutierten eine Hauptpflegekraft und ein/e Anthropologe/in mit den Mitarbeitenden die vorgefallenen gewalttätigen Vorfälle und berichteten über Praktiken, Beschränkungen und angewandte alternative Methoden. Diese Treffen identifizierten und lobten erfolgreiche Interventionen und halfen den Mitarbeitenden, bei denen die nicht erfolgreich waren.
Wirksamkeit/Ergebnisse der Intervention	<ul style="list-style-type: none"> - Anzahl der Tage mit Isolation/Fixierung und Beobachtung sank während der Intervention von 30% auf 15% der gesamten Patientenzeit. In der Kontrollgruppe sank dieser Parameter von 25% auf 19%. Der Unterschied ist signifikant. - Die Dauer der Isolation/Fixierung sank von 110 auf 56 Stunden pro 100 Patienten in der Interventionsgruppe. In der Kontrollgruppe stieg diese von 133 auf 150 Stunden. Der Unterschied ist signifikant. - Gewalt sank in der Interventionsgruppe von 1,1% auf 0,4%. In der Kontrollgruppe sank sie von 0,1% auf unter 0,1 %. Der Unterschied ist nicht signifikant. <p>Der Schweregrad der Gewalt sank in der Interventionsgruppe (ein gebrochener Knochen im Interventionsjahr vs. ein Selbstmord und ein Todesfall durch Fixierung im Jahr davor). In der Kontrollgruppe gab es nur kleinere Verletzungen.</p>
Wiss. Evaluierung	Ja: Cluster-randomisierte Kontrollstudie
Quelle	Cluster-Randomized Controlled Trial of Reducing Seclusion and Restraint in Secured Care of Men with Schizophrenia (Putkonen et al., 2013)

Richtlinien-basierte Intervention gegen physische Fixierungen (Köpke et al./ Deutschland) (MK-L)



Land	Deutschland
(Bisherige) Zielgruppe(n):	Pflegeeinrichtung, Leitung, Mitarbeitende
Gewalttätige/gewaltnahe Handlungen	Physische Fixierungen (beidseitige Bettgitter, Gurte, Sitze mit integriertem Tisch)
Beschreibung der Intervention und gegebenenfalls Implementierungsvorgang	<p>Intervention auf Basis speziell entwickelter evidenzbasierter Richtlinie und der Theorie des geplanten Verhaltens (Dauer: 6 Monate)</p> <p>Interventionskomponenten:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Erklärung: Leitende Pflegekraft und/oder Direktor der Pflegeeinrichtung verpflichten sich mit ihrer Unterschrift zur Vermeidung von Fixierungen - 90-minütiges Informationsprogramm für alle Pflegekräfte (Themen: Was sind physische Fixierungen, erwünschte und unerwünschte Effekte und Alternativen, Entwicklung der Richtlinie und Empfehlungen, Sichtweisen und Erfahrungen von Pflegekräften) - Externer Intensivtraining-Workshop für nominierte Hauptpflegekräfte aus unterschiedlichen PE (Dauer: 1 Tag): fortgeschrittene Version des 90-minütigen Programms, vertieftes Arbeiten an der Richtlinie, Austausch von Pflegekräften untereinander, Präsentation individueller Barrieren/Erfolgsfaktoren bei der Reduktion von Fixierungen, Diskussion von Prävalenzdaten, Entwicklung, Präsentation und Dokumentation von einrichtungsspezifischen Plänen zur Reduktion von Fixierungen - Unterstützung von Hauptpflegekräften: Tagebücher zur Dokumentation von Aktivitäten und Problemen bei der täglichen Interventionsimplementierung, Unterstützung durch Projektmitarbeiter*innen - Praxis-Richtlinie: ausgehändigt an jede Hauptpflegekraft und leitende Pflegekraft - Unterstützendes Lesematerial: Gekürzte Version der Praxis-Richtlinie für alle Pflegekräfte, gesetzliche Vertreter der Bewohner und Angehörige, Flyer für Angehörige und Besucher über das Projekt - Weiteres Material: Poster, Stifte, Post-Ist, Kaffeetassen mit dem Logo und Slogan der Intervention - Öffentlichkeitsarbeit: Ermutigung der Hauptpflegekräfte zum Aushängen der Erklärung und der Projektinformationen im Foyer der Einrichtung und der Organisation von Informationsabenden für Angehörige etc. <p>Ziel: Entwicklung einer Pflegekultur ohne Verwendung von Fixierungen</p>
Wirksamkeit/Ergebnisse der Intervention	Die Interventionsmethode führte verglichen zu Standardinformationen für die Kontrollgruppe zu einer Reduktion der Verwendung von

	Fixierungen in Pflegeheimen. Die Verwendung von Alternativen zu Fixierungen ist keine adäquate Strategie, da es keine starke Evidenz gibt, dass diese bei der Reduktion der Verwendung von Fixierungen helfen.
Wiss. Evaluierung	Ja: Cluster-randomisierte kontrollierte Studie
Evidenz	Randomisierung und andere methodologische Elemente: Externe verdeckte Randomisierung bei der Einteilung der Pflegeheime in Gruppen, computer generated randomization lists von Pflegeheimen in Gruppen von 4, 6 und 8; verblindeter Beobachter, der die Anzahl der Fixierungen an einem bestimmten Tag drei Mal unangekündigt beobachtet und dokumentiert (die Zeit war nur den Oberschwestern angekündigt, die die Anweisung hatten, diese Information nicht weiter zu geben), Cluster-Stichprobengröße ermittelt, verblindeter Statistiker für die Datenanalyse, Intention-to-treat-Prinzip, niedriges Bias-Risiko
Quelle	Köpke et al. (2011)

Online-Kurs zum Thema Isolation und physische Fixierungen (E-L)	
 : 	 : 
Land	Finnland
(Bisherige) Zielgruppe(n):	Pflegefachkräfte von psychiatrischen Abteilungen
Gewalttätige/gewaltnahe Handlungen	Isolation und mechanische Fixierungen
Beschreibung der Intervention und gegebenenfalls Implementierungsvorgang	<p>e-learning Kurs bestehend aus sechs Modulen mit bestimmten Themen (gesetzliche und ethische Fragen, verhaltensbezogene Faktoren, therapeutische Beziehung und Ich-Erkenntnis, Team-Arbeit und Wissensintegration mit Praxis) und bestimmten Lernmethoden; Zuerst wurde das Wissen der Teilnehmenden aktualisiert (PowerPoint Präsentation, schriftliches Material, Artikel, Links, nationale Richtlinien, Gesetze). Als nächstes teilten die Teilnehmenden in einem Diskussionsforum ihre Erfahrungen und Gefühle bzgl. der aggressiven Vorfälle seitens der Patient*innen mit. Auch Beispiele guter Praxis für den Umgang mit herausfordernden Situationen wurden miteinander geteilt und Feedback angeboten. Dann trainierten die Teilnehmenden Techniken der Ich-Erkenntnis um ihre eigenen Gewohnheiten und Verhaltensweisen in der Abteilung gegenüber Patient*innen und Kolleg*innen besser kennen zu lernen. Als nächstes identifizierte jede Pflegekraft in jedem der sechs Module ein herausforderndes Ereignis aus der Vergangenheit. In einem schriftlichen Aufsatz (500 Wörter) erkundeten sie das Ereignis unter Verwendung der Ich-Reflexion basierend auf dem Gibbschen Kreis. Schließlich befolgten ausgebildete Trainer individuellen Lernfortschritt der Teilnehmenden und kommentierten ihre Aufsätze. Sie nahmen auch teil an geführten Diskussionen im Forum.</p> <p>Dauer: 120 Stunden über drei Monate (40 Stunden in der Arbeitszeit und der Rest in der Freizeit); Modul für Modul (ein Modul 20 Stunden).</p>

Ressourcen	Kostengünstiger als herkömmliche Trainings
Wiss. Evaluierung	Ja: Cluster-randomisierte kontrollierte Studie basierend auf Sekundärdaten
Evidenz	Randomisierung der Abteilungen mit Münzenwurf; zwei Abteilungen mit „schwierigen“ Patient*innen wurden der Interventionsgruppe zugeteilt, zwei akute/subakute Abteilungen wurden der Kontrollgruppe zugeteilt; verblindete Personen, die für die Einschätzung der Outcomes und Datenanalyse zuständig waren. Risk of bias: hoch (see: Gaynes et al., 2017, S. 5).
Quelle	eLearning Course May Shorten the Duration of Mechanical Restraint Among Psychiatric Inpatients: A Cluster-Randomized Trial (Kontio et al., 2014)

Seminar und Videovorlesungen zum Thema physische Fixierungen (E-L)

   	
Land	Schweden
(Bisherige) Zielgruppe(n):	Pflegefachkräfte
Gewalttätige/gewaltnahe Handlungen	Physische Fixierungen: alle technischen Vorrichtungen, die eine freie Bewegung verhindern (z. B. Gurte, Sitze mit integriertem Tisch, (keine Bettgitter))
Beschreibung der Intervention und gegebenenfalls Implementierungsvorgang	6 Monate langes Ausbildungsprogramm für Pflegefachkräfte mit dem Ziel Wissen und Einstellungen der MA im Bezug auf Fixierungen zu ändern und die Verwendung von Fixierungen zu reduzieren. Das Ausbildungsprogramm umfasste sechs Themen: Demenz, Delir, Stürze und ihre Prävention, Verwendung physischer Fixierungen, Pflege demenzkranker Menschen, Komplikationen bei Demenz. Vor dem Beginn des Programms nahm ein Freiwilliger aus jeder Abteilung am ganzen Ausbildungsprogramm teil, das in ein 2-tägiges Seminar zusammengefasst wurde. Die restlichen MA besuchten 6 dreißigminütige Videovorlesungen. Drei der Vorlesungen beinhalteten kurze klinische Leseinhalte, die für Gruppendiskussionen verwendet werden können. Der Fokus lag auf der Ursachenerforschung der Symptome anstatt auf Symptomen alleine. Die MA wurden ermutigt physische Fixierungen nur als letzte Instanz zu verwenden. Negative Effekte von Fixierungen und ihre Alternativen sowie gesetzliche Vorgaben bzgl. ihrer Verwendung wurden betont. Das Ausbildungsprogramm verlief parallel zur täglichen Arbeit.
Wirksamkeit/Ergebnisse der Intervention	Die Ergebnisse zeigen, dass ein Ausbildungsprogramm Wissen vergrößern und Einstellungen der MA verändern kann und zur Reduktion der Verwendung von Fixierungen führen kann, ohne dabei die Häufigkeit der Stürze oder der Verwendung von Psychopharmaka zu beeinflussen.
Vorteile/Nachteile	V: Nicht teuer und einfache Durchführung
Wiss. Evaluierung	Ja - Cluster-randomisierte kontrollierte Studie
Evidenz	Randomisierung und andere methodologische Elemente: randomisierte Einteilung von Wohneinheiten in Gruppen (lottery system using

	identification codes), notwendige Stichprobengröße wurde ermittelt, Intention-to-treat-Prinzip, Stichprobengröße nicht Cluster-adjustiert, keine Langzeitbeobachtung
Quelle	Pellfolk et al. (2010)

Trust before restraint: Seminar und Coaching zum Thema Entscheidungsfindung bzgl. Fixierungen (MK-L)

 : 		 :   	
Land	West-Norwegen		
(Bisherige) Zielgruppe(n):	Pflegepersonal		
Gewalttätige/gewaltnahe Handlungen	FeM bei an Demenz erkrankten Personen		
Beschreibung der Intervention und gegebenenfalls Implementierungsvorgang	<p>2-tägiges Seminar mit der Präsentation eines Entscheidungsfindungsmodells „Trust before restraint“, das die MA bei der Entscheidung unterstützt, ob Fixierungen bei aufgebrachten an Demenz erkrankten Personen verwendet werden sollen.</p> <p>- Monatliche 1-stündige Coaching-Sitzungen mit einer Dauer von 6 Monaten um die MA bei der Implementierung des Entscheidungsfindungsmodells zu unterstützen.</p> <p>Idee: Mitarbeitende und die Umgebungsfaktoren des Arbeitsplatzes wie Kulturelemente, Leadership, und Evaluierung beeinflussen maßgeblich die Implementierung der personbezogenen Demenz-Pflege in stationären Einrichtungen. Die Annahme ist, dass ein erhöhtes personbezogenes Bewusstsein und Wissen es MitarbeiterInnen erleichtert Alternativen zu Fixierungen zu finden. Die MA achten vermehrt auf die Gewohnheiten und Wünsche der Pflegebedürftigen, wodurch die Unzufriedenheit und Aggressivität und Aufgeregtheit der PB reduziert wird, die aus der Unmöglichkeit resultiert diese Wünsche selber zu äußern.</p>		
Wirksamkeit/Ergebnisse der Intervention	<p>Wöchentliche Arbeitsstunden und Leader-Verantwortung waren signifikante explanatorische Variablen.</p> <p>Aus den ethnografischen Studien geht ein erhöhtes Bewusstsein bzgl. der Verwendung der Fixierungen hervor.</p> <p>Leadership: Teilnehmer, die ihre Leiter als offen und inklusiv bewerteten, dachten eher, dass ihre Einrichtung sich der personenbezogenen Pflege verschrieben hat.</p> <p>Qualitative Daten zeigten große Unterschiede zwischen den Pflegeheimen bezogen auf den Führungsstil und die Wahrnehmung der Leitung durch MA. Die Leiter, die am nächsten an den Entscheidungsprozess standen, spielten eine entscheidende Rolle in Bezug auf den potenziellen Erfolg oder Misserfolg der Intervention. Leadership involvement wurde als der wichtigste Faktor bei der Implementierung gesehen. 1) Die Präsenz des Leiters erhöhte die Präsenz der MA bei den Supervisionen. 2) Die aktive Teilnahme des Leiters am Prozess erhöhte die Anwendung von Alternativen zu Fixierungen.</p>		

Vorteile/Nachteile	Unterschiedliche Leitungsstile können sowohl unterstützend als auch hinderlich sein. Teilnahme von leitenden Personen scheint ein Schlüsselfaktor für den Erfolg der Implementierung zu sein.
Wiss. Evaluierung	Ja: Mixed-method Design (quantitative und qualitative Methoden) bestehend aus Cluster-randomisierten kontrollierten Studie, partizipatorischer Aktionsforschung und Ethnographie
Evidenz	Randomisierung und andere methodologische Elemente: Randomisierung bei Einteilung in Gruppen, signifikante Unterschiede bei t0 zwischen IG und KG; qualitative Daten kommen nur aus der IG
Quelle	Jacobsen et al. (2017)

Unterstützung der Pflegeeinrichtung bei der Gewaltreduktion durch multidisziplinäre Teams (MK-L)

 : 		 :   	
Land	UK		
(Bisherige) Zielgruppe(n):	Pflegeeinrichtung, Mitarbeitende		
Gewalttätige/gewaltnahe Handlungen	Allgemein (abuse)		
Beschreibung der Intervention und gegebenenfalls Implementierungsvorgang	<p>CHST (Care Home Support Team) ist ein multidisziplinäres Team, bestehend aus einer Pflegerin, einer psychiatrischen Pflegerin und einer Sozialarbeiterin (initiiert auf Grund von Berichten über Misshandlungen der Bewohner). Betonung liegt auf Unterstützung und nicht auf Kontrolle und Beurteilung. Die ganze Pflegekultur innerhalb der Pflegeheime wird anvisiert: durch die Promotion der Teamarbeit und professioneller Entwicklung, Betonung der personenbezogener Pflege und Aufmunterung der MA die bestehenden Pflegepraktiken zu hinterfragen.</p> <p>Interventionskomponenten:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Workshops; in den ersten 12 Monaten erstellte CHST Richtlinien und Handouts über 16 verschiedenen Themen einschließlich personenbezogener Pflegepläne, Dokumentation und Demenzverständnis. Teammitglieder sind keine Trainer sondern lediglich dazu da Hilfestellung zu leisten und die Diskussion über „good „practice““ anzuregen. - Erleichterung des Zugangs zu e-learning: Safeguarding Vulnerable Adults, Mental Capacity Act, Deprivation of Liberty. - Inspektionen (wie wird die Medikamentengabe aufgezeichnet, Inspektionen der Pflegepläne (Aufzeichnungen und die Provision personenbezogener Pflege); Die Informationen werden bei der Beratung genutzt. - Unterstützung der Leitung von Pflegeheimen (telefonisch und persönlich). Am Ende der Intervention wird das „Manager’s Quality Assurance Tool“ konzipiert um die Leitung bei der Er- 		

	haltung der Veränderungen in der Praxis zu unterstützen.
Wirksamkeit/Ergebnisse der Intervention	<ul style="list-style-type: none"> - Erwartungen und Sorgen: Die Mehrheit der Manager war sich ihrer Rolle nicht bewusst und hatten Angst, dass die Intervention einen kritischen Zugang wählen wird. MA hatte anfängliche Sorgen, die Initiative könnte dazu dienen, MA auszuspionieren. - Lehrmethoden: Die MA waren der Meinung, dass das Training praktischen Nutzen hatte, die Anwendung von Beispielen wurde gelobt, man hatte die Gelegenheit Probleme zu diskutieren etc. Als problematisch sah man die Tatsache, dass die Vortragenden keine akkreditierten Trainer waren. - Teamstärken: Gute Zusammenarbeit mit dem CHST-Team. Das CHST-Team wurde für seine Professionalität, Zuverlässigkeit und Pünktlichkeit gelobt. Team als freundlich und lustig erlebt.
Vorteile/Nachteile	Erfolgsfaktoren: Zusammenarbeit im CHST war die Grundlage des Teamerfolges und sollte die Basis jeder Intervention sein.
Wiss. Evaluierung	Ja: Qualitative Studie mit Interviews
Evidenz	Randomisierung und andere methodologische Elemente: Purposive sampling wurde angewendet, um MA mit gewissen Charakteristiken auszuwählen
Quelle	Lawrence and Benerjee (2010)

Werdenfelser Weg (MK-L)



Land	Deutschland
(Bisherige) Zielgruppe(n):	Bewohner*innen von Pflegeeinrichtungen; Menschen mit Behinderung
Gewalttätige/gewaltnahe Handlungen	Freiheitsentziehende Maßnahmen wie Bauchgurte, Bettgitter, andere Fixierungen etc.
Beschreibung der Intervention und gegebenenfalls Implementierungsvorgang	Pflegeeinrichtungen bekommen Unterstützung bei Entscheidungen über die Notwendigkeit von freiheitsentziehenden Maßnahmen durch spezialisierte Verfahrenspfleger. Die Verfahrenspfleger handeln im gerichtlichen Auftrag. Sie besprechen mit der Einrichtung jeden einzelnen Fall bei dem freiheitsentziehende Maßnahmen eingesetzt wurden und schätzen ihre Notwendigkeit ein. Sie agieren als Bindeglied zwischen dem Verfahrensrichter, der Einrichtung und der betroffenen Bewohner*innen, deren Rechte und Bedürfnisse sie insbesondere beachten.
Wirksamkeit/Ergebnisse der Intervention	Seit 2019 implementieren über 200 Landkreise bzw. Städte in Deutschland erfolgreich diese Initiative.
Quelle	https://www.werdenfelser-weg-original.de/

B 8. Sensorische Modulation: Training und Ausstattung

Sensorische Modulation: Training und Ausstattung (E)	
 : 	 : 
Land	Dänemark
(Bisherige) Zielgruppe(n):	Mitarbeitende von psychiatrischen Abteilungen (Ergotherapeuten, Sozialarbeiter, medizinisches Personal etc.)
Gewalttätige/gewaltnahe Handlungen	Isolation, FeM, Zwangsmedikation
Beschreibung der Intervention und gegebenenfalls Implementierungsvorgang	<p>Komponenten: Training in SM und SM-Ausstattung</p> <p>Alle Mitarbeitenden der Interventionsgruppe bekamen ein Training in SM. Die Ergotherapeuten bekamen ein intensiveres Training als der Rest der Mitarbeitenden und sollten die Anwendung von SM leiten und für jeden Patienten planen (3-tätiger Kurs und 1-tätiger Workshop mit den restlichen Mitarbeitenden). Themen des Trainings: Theorie der sensorischen Integration, praktisches Training in der ASP Einschätzung (Adolescent/Adult Sensory Profile) und der Anwendung von SM-Ausstattung. Die Ergotherapeuten trainierten die ASP Einschätzungen und wie man die sensorische Strategie für die Patient*innen plant.</p> <p>Außer des Trainings hatte die Abteilung Zugang zu einer Vielzahl von sensorischen Modalitäten (z. B. Ball-Stuhl, therapeutische Musik, Nintendo Wii Sportspiele) und einem sensorischen Raum.</p> <p>Bei der Patientenaufnahme wurde, wenn möglich, eine ASP Einschätzung durchgeführt (Reaktionen auf sensorische Stimuli werden selbst eingeschätzt).</p>
Wirksamkeit/Ergebnisse der Intervention	Die Anzahl der Fälle von Gurtfixierungen und Zwangsmedikation sank in der Interventionsgruppe verglichen mit der Kontrollgruppe signifikant um 42%. Die Verwendung von Gurtfixierungen sank um 38% und die von Zwangsmedikation um 46%.
Wiss. Evaluierung	Ja: Fall-Kontroll-Studie
Evidenz	Garn nicht bis sehr schlecht beschrieben; kleine Stichprobe
Quelle	Applying Sensory Modulation to Mental Health Inpatient Care to Reduce Seclusion and Restraint: A Case Control Study (Andersen et al., 2017)

B 9. Spezielle Wohn-/Raumkonzepte

Snoezelen („snuffeln“ und „doezelen“) (E)	
 :  	 :   
(Bisherige) Zielgruppe(n):	Alle Mitarbeitende (Auszubildende, Fachkräfte (therapeutisch, pflegerisch, etc.), Verwaltung, Hauswirtschaft, Führungskräfte)
Problemfeld	Gewalt gegen Mitarbeiter*innen
Design	<p>Mitarbeiter*innen lernen im Rahmen einer Schulung die theoretischen Grundlagen des multifunktionalen Konzeptes, die Materialien, deren Einsatz und deren Wirkung kennen. Gemeinsam mit der Einrichtung wird ein gesonderten Raumes zum Snoezelen – hier auf möglichst wenig Reize setzen (Wandfarbe Weiß, verschiedene Sitz- und Liegemöglichkeiten, verschiedene Lichtobjekte, verschiedene Objekte für akustische Reize (Hintergrundmusik, Klangschalen, etc.), Tastplatten, Massagegeräte) geschaffen. Es sollte alle Sinne einer Person einzeln angesprochen werden können (Hören, Riechen, Schmecken, Fühlen, Sehen). Die betreuende Person nimmt im späteren Verlauf im Snoezelraum nur eine assistierende Rolle ein.</p> <p>1. International Snoezelen Association – Snoezelen professional e.V. - ISNA</p> <ul style="list-style-type: none"> - 2-tägige Einführungsveranstaltung „freies Snoezelen“ - Basismodul I: Grundlagenkurs Basismodul II: Didaktische & methodische Grundlagen in Praxis und Theorie - Gruppenkurse – Zusatzqualifikation Snoezelen für 8 – 12 Teilnehmer → jede Schulung/ Fortbildung kann auf die individuellen Bedürfnisse der Einrichtungen abgestimmt werden (Kinder, Jugendliche, Senioren, Demenz-Schwerpunkt, ...) <p>2. Deutsche SNOEZELN Lehr- und Ausbildungsinstitute - DSLA</p> <p>Weiterbildungen zum SNOEZELN Pädagogen und/ oder zum SNOEZELN Therapeut</p> <p>→ jede Weiterbildung kann auf die individuellen Bedürfnisse der Einrichtungen abgestimmt werden (Kinder, Jugendliche, Senioren, Gerontopsychiatrie,...)</p>
Ziele	Durch Snoezelen können Reize selektiv angeboten werden, was vor Reizüberflutungen und -überforderungen schützt. Es führt zu Stressabbau (auf beiden Seiten), verbessert das Wohlbefinden und die Lebensqualität der Bewohner*innen und schafft eine neue Kommunikationsmöglichkeit.
Nutzen/ Hindernisse	N: Hat sich in der Praxis bewährt
Ressourcen	Zeit: Je nach Schulungsumfang 2 bis 12 Tage à 8 Stunden Je nach Art und Umfang der Schulung bis zu 3200€
Wiss. Evaluierung	Vielzahl an Studien, die sich mit dem Mehrwert von Snoezelen beschäftigen und die Wirkungen belegen.

Evidenz	mittel
Quellen:	<p>International Snoezelen Association ISNA – Snoezelen professional e.V. (Hrsg.) (o.J.) International Snoezelen Association – Snoezelen professional e.V. Verfügbar über: https://snoezelen-professional.com/de/</p> <p>Deutsche SNOEZELN Lehr- und Ausbildungsinstitute DSLA® (Hrsg.) (o.J.) Unsere Angebote für Fortbildung und berufsbegleitende Weiterbildung. Seminar- und Weiterbildungsprogramm 2020. Verfügbar über: http://www.dsla.de/</p>