

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 Methodenkoffers3
2. Übersichtstabelle der Interventionskomponenten nach Bedarfslagen5
3. Inhaltsverzeichnis der Konzepte, Methoden und Ansätze6

Bereiche der Detailbeschreibungen:

- A. Direkt einsetzbare Konzepte, Methoden und Ansätze8

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 5 bis 5 stellt die jeweils recherchierten und in **Detailbeschreibungen** (ab Seite 8) 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:

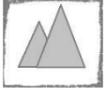
	Trifft voll zu und steht somit im Mittelpunkt dieses Ansatzes. Die grünen Pfeile sollen als primäre Entscheidungshilfe für die Vorauswahl von Ansätzen dienen.
	Trifft auch zu und adressiert diese Bedarfslage somit lediglich in eingeschränkter Form. Die grauen Pfeile können hilfreich sein, wenn in den 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 6 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		Herausforderndes Verhalten	Kommunikation und Interaktion	Kultur und Ethik	Gesundheitsförderung Mitarbeitende	Verhinderung von Gewalt an Mitarbeitenden	Verhinderung von Gewalt an Bewohner*innen	Management- und Strukturebene
E: Einzelkomponente								
MK: Multikomponentenintervention								
P: Praxisprojekt-Darstellung (jeweils mit Ergänzung: -L – aus der wissensch. 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) Auf die Haltung kommt es an: Beziehungszentrierte Pflege mit dem Senses-Framework (S)	✓		✓			✓	
A 11	Reduktion freiheitsentziehender Maßnahmen (MK-L)	✓		✓	✓		✓	✓
A 12	Validation (S)	✓	✓					

3. Inhaltsverzeichnis der Konzepte, Methoden und Ansätze

A 1. Achtsamkeit/ Achtsamkeitstraining.....	8
Achtsamkeits- und Entspannungstraining (S).....	8
A 2. Anleitung zum Selbstschutz.....	9
Anleitung zum Selbstschutz bei herausforderndem Verhalten (S).....	9
NICE Richtlinien zum Umgang mit Gewalt am Arbeitsplatz (MK-L).....	10
A 3. Basale Stimulation.....	12
Basale Stimulation (S)	12
A 4. Deeskalationsfähigkeit/ Aggressionsmanagement.....	13
Reduktion verbaler Aufregung durch Bedürfnisbefriedigung (E-L)	13
Einführung Safewards (MK).....	13
Inputveranstaltung zu ProDeMa® (MK)	15
Umgang mit herausforderndem Verhalten bei Menschen mit Demenz (S)	16
A 5. Fallbesprechung und kollegiale Beratung	18
Fallbesprechung und Kollegiale Beratung bei Verdacht auf Gewaltanwendung oder nach Gewaltanwendung (S).....	18
Kollegiale Beratung und Fallbesprechung (E).....	19
A 6. Gewaltfreie Kommunikation.....	21
Gewaltfreie Kommunikation nach Marshall B. Rosenberg® (S)	21
Positive Übergabe (E).....	22
Mitarbeitertraining gegen herablassende Sprache mit Bewohner*innen (Elderspeak) (E-L).....	23
Kommunikationstraining gegen herablassende Sprache durch teilnehmende Beobachtung und Feedback (E-L)	24
A 7. Deeskalation mit Kinästhetik.....	25
Deeskalation mit Kinästhetik (S).....	25
A 8. Notfallmanagement gegen Gewaltanwendungen.....	26
Notfallmanagement gegen Gewaltanwendung – Entwicklung einer Verfahrensregelung (S).....	26
A 9. Organisationsentwicklung	27
Partizipatorische Dienstplangestaltung (E)	27
Teambildende Maßnahmen (E).....	28
A 10. Beziehungszentrierte Pflege	30
Biografiearbeit für Menschen mit Demenz (S).....	30
Auf die Haltung kommt es an: Beziehungszentrierte Pflege mit dem SensesFramework (S)	31

A 11.	Reduktion Freiheitsentziehender Maßnahmen	32
	Reduktion von Isolation und FeM (Blair et al./ USA) (MK-L)	32
A 12.	Validation	33
	Validierende Gesprächsführung - Integrative Validation nach Richard® (S)	33
Detailbeschreibungen der Konzepte, Methoden und Ansätze		

A. Direkt einsetzbare Konzepte, Methoden und Ansätze

A 1. Achtsamkeit/ Achtsamkeitstraining

Achtsamkeits- und Entspannungstraining (S)	
	
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)	
 :   	
Zielgruppe(n):	Hilfskraft, Fachkraft, Führungskraft, Pflege, Betreuung
Problemfeld	Physische Gewalt gegen Mitarbeitende
Design/ Inhalt	<p>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 Schulungstages können die Mitarbeitenden erste Erfahrungen mit den gelernten Methoden reflektieren, offene Fragen klären und das Gelernte intensivieren.</p>
Ziele	<p>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.</p>
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
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 Verhalten führen können;

	<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)	
 : 	 :  
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 Mitteilungsförmigkeit. 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)	
 	
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)	
 	
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. Verständnisvolle 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

	Die Implementierung der Safewardsmethoden ist ein kontinuierlicher Prozess, welcher sich durch beständige Wiederholungen im Arbeitsalltag effektiv und nachhaltig (die Methoden werden zu einer Routine) gestaltet.
Ziele	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). Außerdem kommt es zu einem verstärkten Sicherheitsgefühl auf Seiten der Mitarbeiter*innen und Bewohner*innen.
Nutzen/ Hindernisse	N: Hat sich bislang in der psychiatrischen Pflege bewährt N: In das Konzept werden das Stationsteam, die räumliche Umgebung, einrichtungsexterne Faktoren, die Klienteneigenschaften und die -gemeinschaft sowie regulatorische Rahmenbedingungen betrachtet und mit einbezogen.
Ressourcen	Trainerweiterbildung drei Tage à 8 Stunden (je nach Art und Umfang der gewählten Schulungsmethode (Inhouse oder extern) sind personeller und finanzieller Aufwand unterschiedlich. Die erste Implementierung aller zehn Methoden/ Interventionen nimmt nach der Weiterbildung etwa zwölf bis achtzehn Monate in Anspruch.
Wiss. Evaluierung	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
Evidenz	Niedrig bis mittel
Quellen:	Section of Mental Health Nursing (Hrsg.) und Fachhochschule der Diakonie Bielefeld (Hrsg.) (2020). Interventionen. Verfügbar über: http://www.safewards.net/de/table/deutsche/interventionen/
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)	
 :  	 :     
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:</p> <p><u>Sieben Stufen der Deeskalation</u></p> <p><u>Primärprävention</u></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Verhinderung der Entstehung von Gewalt und Aggression 2. Veränderung des Bewertungsprozesses aggressiver Verhaltensweisen 3. Verständnis der Ursachen und Beweggründe aggressiver Verhaltensweisen <p><u>Sekundärprävention</u></p> <ol style="list-style-type: none"> 4. Kommunikative Deeskalationstechniken im direkten Umgang mit hochgespannten Bewohner*innen 5. Bewohner*innenschonende Abwehr- und Fluchttechniken 6. Bewohner*innenschonende Begleit-, Halte-, Immobilisations- und Fixierungstechniken <p><u>Tertiärprävention</u></p> <ol style="list-style-type: none"> 7. Präventive Möglichkeiten nach aggressiven Vorfällen. <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</p> <p>N: Deeskalationsmanagement wird von der BGW empfohlen!</p> <p>H: Hoher finanzieller Einsatz der Einrichtung</p>
Ressourcen	<p>Trainerausbildung:</p> <p>Zeit: Neun Monate mit insgesamt 12 Präsenztagen à 8 Stunden</p> <p>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)

 : 	 :   
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 Wahrnehmung 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)	
 :    : 	
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 Schultages erhalten die Mitarbeitende einen Praxisauftrag zur Durchführung solcher Fallbesprechungen am eigenen Arbeitsplatz. Am zweiten Schultag haben die Mitarbeitende die Möglichkeit, sich über ihre Erfahrungen mit den Fallbesprechungen auszutauschen und zu Reflektieren. Der Fokus des zweiten Schultages 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)	
 :  	 :     
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 mitzubringen 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" (Palasch, 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 Berufsgruppen „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)	
	
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)	
 	
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 Dienstabschluss. 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
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
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)	
 :  	 :  
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)	
	
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)	
	
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)	
 :  	 :  
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://online-library.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. Beziehungszentrierte Pflege

Biografiearbeit für Menschen mit Demenz (S)	
 :  	 :  
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

Auf die Haltung kommt es an: Beziehungszentrierte Pflege mit dem Senses-Framework (S)	
 :  	
 : 	
Zielgruppe(n):	Auszubildende, Hilfskräfte, Fachkräfte, Führungskräfte, Pflege und Betreuung
Problemfeld	Das Konzept des Senses Framework enthält als einziges (!) Modell eine klar definierte Zielsetzung für die Pflege älterer Menschen und bietet sich als ideales Fundament für eine wertegeleitete Pflegepraxis an, die allen beteiligten Akteuren (Bewohner*innen, Angehörigen, Pflegekräften) gerecht wird.
Design/ Inhalt	In diesem Seminar wird die beziehungsorientierte Pflege als eine Weiterentwicklung der person-zentrierten Pflege vorgestellt. Der Gerontologe Mike Nolan hat gezeigt, dass es gerade auf die Qualität der Beziehungen zwischen den älteren Menschen, ihren Angehörigen und den beruflich Pflegenden ankommt, um eine gute Qualität der Betreuung und Pflege zu erhalten. Er geht davon aus, dass gute Pflege nur möglich ist, wenn es auch denjenigen, die pflegen und betreuen gut geht. Nolan hat mit dem <i>Senses Framework</i> das einzige Modell entwickelt, das sich gezielt für die Pflege von älteren Menschen – ob mit oder ohne Demenz - einsetzen lässt und die Beziehungen in den Mittelpunkt stellt. Gleichzeitig betont es die Bedeutung für Pflegekräfte, Erfolge und Sinn in ihrer Arbeit zu sehen. In diesem Seminar wird das Modell der beziehungsorientierten Pflege nach Nolan vorgestellt und Wege vermittelt, wie sich dieses in der praktischen Arbeit, insbesondere vor dem Hintergrund des Expertenstandards Beziehungsgestaltung in der Pflege von Menschen mit Demenz, einbringen lässt.
Ziele	Die Teilnehmer*innen kennen die Grundlagen der beziehungsorientierten Pflege nach dem Konzept des Senses Frameworks und können ihre Pflegehandlungen nach dem Modell ausrichten.
Nutzen/Hindernisse	N: Hat sich in der Praxis bewährt
Ressourcen	Zeit: 1 Tag à 8 UE
Wiss. Evaluierung	Praxiserprobt
Evidenz	Gering bis mittel
Quelle	Brandenburg, H. (2018): Was ist Gerontologische Pflege. In: Fachzeitschrift für Geriatrische und Gerontologische Pflege“, H. 1, S. 8-12 Brandenburg, H. & Güther, H. (2015): Lehrbuch Gerontologische Pflege. Bern: Hogrefe Corr, D.M. & Corr, C.A. (Hrsg.) (1992): Gerontologische Pflege. Herausforderung in einer alternden Gesellschaft. Bern: Huber Fenchel, V. (2021): Theorieansätze in der gerontologischen Pflege. In: Brandenburg, H. & Dorschner, S. (Hrsg.): Pflegewissenschaft 1. Bern: Hogrefe, 4. überarb. und erw. Aufl.

A 11. Reduktion Freiheitsentziehender Maßnahmen

Reduktion von Isolation und FeM (Blair et al./ USA) (MK-L)	
 :   :    	
Land	USA
Zielgruppe(n):	Mitarbeitende von psychiatrischen Abteilungen
Problemfeld	Isolation und FeM
Design/ Inhalt	<p>Basierend auf evidenzbasierten therapeutischen Praktiken zur Gewaltreduktion; 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-bezughemender 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, Interventionskomponenten 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)	
 : 	 :  
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