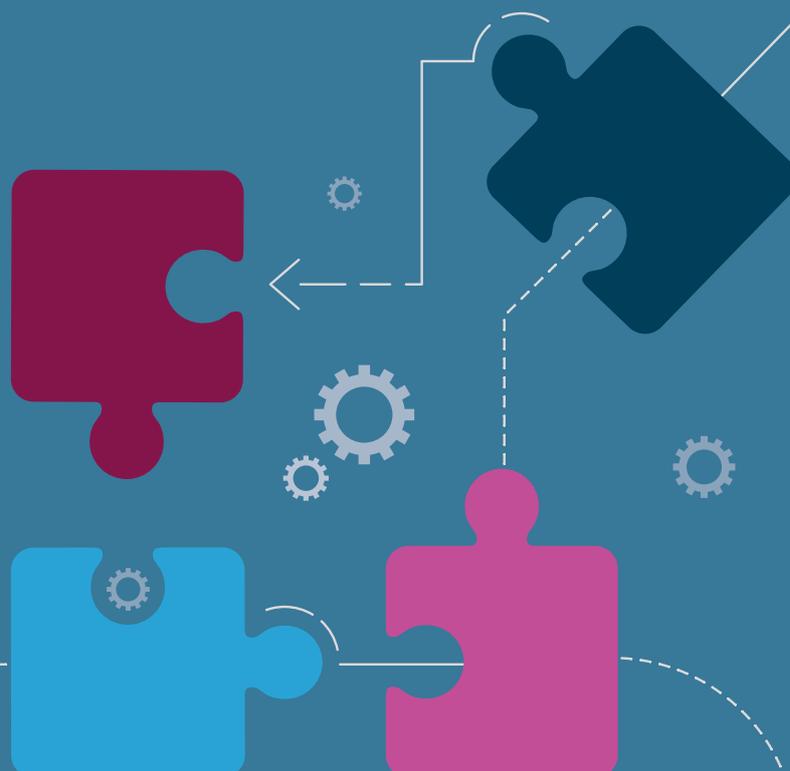


gesaP^{fl}iege

gesund alt werden
in der stationären Pflege

Gesund alt werden in der stationären Pflege

Wissenschaftliche Einordnung &
Projekterfahrungen



Impressum

gesaPflege Handlungsleitfaden der Kranken- und Pflegekassen und deren Verbände in Nordrhein-Westfalen.
Die Federführung haben die AOK Rheinland/Hamburg – Die Gesundheitskasse und die BARMER.

Herausgegeben von der AOK Rheinland/Hamburg – Die Gesundheitskasse
Kasernenstraße 61, 40213 Düsseldorf, Tel. 0211/8791-0, Internet: www.aok.de/rh

Redaktion

Anja Marcour, AOK Rheinland/Hamburg – Die Gesundheitskasse
Tanja Koch, BARMER Landesvertretung Nordrhein-Westfalen
Martina Pötter, AOK NordWest - Die Gesundheitskasse
Sarah Diehl, BAHN BKK
Julia Straube, BKK-Landesverband NORDWEST
Sybille Heringslack, DAK-Gesundheit
Claudia Winter, IKK classic
Alice Tesan, KNAPPSCHAFT
Ute Erdenberger, Monika Heimes, Techniker Krankenkasse
Ringo Schoepke-Diekmann, Verband der Ersatzkassen e. V. (vdek) Landesvertretung NRW

Autorinnen

Marieke Leder, Team Gesundheit GmbH
Ronja Christofczik, Team Gesundheit GmbH
Dr. Birgit Schauerte, Institut für Betriebliche Gesundheitsförderung BGF GmbH
Loretta Hölzel, Institut für Betriebliche Gesundheitsförderung BGF GmbH
Kristina Büttenbender, Institut für Betriebliche Gesundheitsförderung BGF GmbH
Lara-Luisa Eder, TU Chemnitz

Gestaltung

KomPart Verlagsgesellschaft mbH & Co. KG, Rosenthaler Straße 31, 10178 Berlin

Fotos/Illustrationen

privat, iStock

Gesamtverantwortung: AOK Rheinland/Hamburg – Die Gesundheitskasse
© 2021 AOK Rheinland/Hamburg – Die Gesundheitskasse. Alle Rechte vorbehalten.

Job-Nr.: 21-0459

Inhalt

1	Aufbau des Erfahrungsberichts	4
2	Die Bedeutung von Prävention und Gesundheitsförderung in der stationären Pflege	6
3	Der Projektaufbau von gesaPflege	9
4	gesaPflege in der Praxis	12
	4.1 Projektaufsatz gesaPflege	13
	4.2 Gewinnung und Kennenlernen der teilnehmenden stationären Pflegeeinrichtungen	13
	4.3 Prozessberatung und -begleitung	15
	4.4 Vernetzung der gesaPflege-Einrichtungen	16
	4.5 Verhältnis- und verhaltenspräventive Bedarfsanalyse	18
	4.6 Strategieableitung	33
	4.7 Organisationsentwicklung als Kernelement in gesaPflege	37
	4.8 Projektevaluation	47
5	Lessons Learned – Übergreifende Empfehlungen für ähnlich gelagerte Projektvorhaben	56
6	Literaturverzeichnis	59

1

Aufbau des Erfahrungsberichts

Das zwischen 2017 und 2021 umgesetzte Modellprojekt „gesund alt werden in der stationären Pflege“ (kurz: gesaPflege) zur Gesundheitsförderung auf Bewohner- und Beschäftigenebene in stationären Pflegeeinrichtungen brachte eine Vielzahl an Erkenntnissen und Ergebnissen hervor, welche die Kranken- und Pflegekassen in Nordrhein-Westfalen (NRW) als Initiatorinnen und Initiatoren des Projekts im Zuge verschiedener Veröffentlichungen herausgeben.

Im vorliegenden Erfahrungsbericht erfolgt insbesondere die wissenschaftliche und methodische Einordnung des Projektansatzes mit dem Fokus auf der in gesaPflege zugrunde liegenden Beziehungsschleife.

Warum ist die gemeinsame Betrachtung der Lebensbedingungen der Bewohnerinnen und Bewohner sowie der Arbeitsbedingungen der Beschäftigten in Prävention und Gesundheitsförderung so wichtig und gewinnbringend?

Im vorliegenden Erfahrungsbericht, der sich an ein Fachpublikum aus Wissenschaft und Praxis richtet, werden – angelehnt an den für gesaPflege gewählten Projektablauf – die jeweiligen Umsetzungsschritte beschrieben und hinsichtlich ihrer Bedeutsamkeit und Sinnhaftigkeit für den Projektverlauf eingeordnet. Im Vordergrund stehen dabei die Fragestellungen, welche der gewählten Methoden sich für das Gesamtprojekt bewährt haben, an welchen Stellen es Umsetzungsschwierigkeiten gab und welche Anpassungen im Projektverlauf vorgenommen wurden. Das Ziel des Erfahrungsberichts ist, Handlungsempfehlungen und Best-Practice-Beispiele für ähnlich gelagerte (Projekt-)Vorhaben aufzubereiten und das in gesaPflege vorhandene Erfahrungswissen zugänglich zu machen.

Neben diesem Erfahrungsbericht gibt es einen Handlungsleitfaden für die eigenständige Umsetzung von gesundheitsförderlichen Projekten in der stationären Pflege, welcher sich an Einrichtungsleitungen oder anderweitig in den Einrichtungen für Gesundheitsförderung verantwortliches Personal richtet und die Projekterfahrungen speziell für diese Zielgruppe aufbereitet. Eine Übersicht über alle mit dem Handlungsleitfaden veröffentlichten Materialien sind in Tabelle 1 zu finden. Darüber hinaus finden Sie die Ergebnisse der Abschlussevaluation in Form einer Präsentation im Anhang dieses Dokuments.

Das 2017 als Modellprojekt gestartete Vorhaben wurde von den Kranken- und Pflegekassen NRW Ende 2021 in ein Förderprogramm **gesaPflege** überführt, mit welchem (teil-)stationären Pflegeeinrichtungen weiterhin die Möglichkeit gegeben wird, die Gesundheitsförderung im eigenen Haus durch eine externe Beratung und Begleitung unterstützen zu lassen. Weitere Informationen sowie eine Kontaktmöglichkeit sind unter www.gesaPflege.de zu finden.

Tabelle 1: Übersicht über alle mit dem Handlungsleitfaden für die Zielgruppe der Pflegeeinrichtungen veröffentlichten Anhänge

Projekt-phase	Methode/ Maßnahme	Zielsetzung	Anhänge
Kennenlernen anderer Einrichtungen	Maßnahme	Vorstellung des Projektvorhabens und der Ziele, erster Austausch zum Leben in der Einrichtung	Moderationsplan
	Kick-off für Bewohner/-innen und Angehörige	Vorstellung des Projektvorhabens und der Ziele, Identifikation erster Handlungsbedarfe	Moderationsplan
Analyse	Bewohner-interviews	Analyse tiefergehender Wünsche und Bedarfe der Bewohner/-innen im Einzelkontakt	Gesprächsleitfaden zur Umsetzung
	Mitarbeiterbefragung	Einholen eines repräsentativen quantitativen Meinungsbilds der Beschäftigten anhand wissenschaftlich validierter Konstrukte	Auswertungsdatei inkl. aller Konstrukte, Quellenverzeichnis
	Analyseworkshop, Bewohnerebene	Qualitative Diskussion der bisherigen Analyseergebnisse, Erarbeitung erster Lösungsstrategien	Moderationsplan
	Analyseworkshop, Beschäftigtenebene	Qualitative Diskussion der bisherigen Analyseergebnisse, Erarbeitung erster Lösungsstrategien aus Beschäftigten- und Führungssicht	Moderationsplan
Strategieableitung	Strategie-workshop	Zusammenführung aller analysierten Bedarfe und Potenziale auf Bewohner- und Beschäftigtenebene, Vereinbarung und Planung avisierten Maßnahmen, Festlegen von Fristen und Verantwortlichkeiten	Moderationsplan, Maßnahmenplan zur Dokumentation abgeleiteter Maßnahmen
Maßnahmenumsetzung	Angebote für Bewohner/-innen	Erweiterung der Angebotsvielfalt für die Bewohner/-innen, Schulung von einrichtungsinternen und -externen Multiplikator/-innen	Konzepte der entwickelten Module, Präsentationen für Multiplikatorenworkshops, Vorlagen zur prozessbegleitenden Qualitätssicherung
	Angebote für Beschäftigte	Sensibilisierung für das Thema Gesundheit, Erweiterung der Gesundheitskompetenz der Beschäftigten, gesundheitsförderliche Umgestaltung der einrichtungsinternen Prozesse und Strukturen	Aushang für die Bewerbung eines einrichtungsinternen Gesundheitstages

Darüber hinaus wurde ein Best-Practice-Beispiel zur Planung und Umsetzung von Steuerungsgremien sowie eine Ideensammlung für verschiedenste Maßnahmenansätze auf Bewohner- und Beschäftigtenebene zur Verfügung gestellt.



Alle Dokumente stehen unter www.gesaPflege.de kostenfrei zum Download zur Verfügung.

2

Die Bedeutung von Prävention und Gesundheitsförderung in der stationären Pflege

Der weltweite Pflegefachkräftemangel im Gesundheitssystem (World Health Organisation (WHO), 2020) ist seit vielen Jahren bekannt und wurde durch die Anfang 2020 in Deutschland einsetzende COVID-19-Pandemie verstärkt. Die Situation hat einmal mehr gezeigt: Es braucht deutlich mehr Pflege(-hilfs)- und Betreuungskräfte.

In Folge des demografischen Wandels hat sich die Anzahl der Pflegebedürftigen in der Langzeitpflege in Deutschland in den letzten 15 Jahren verdoppelt und lag 2019 bei über 3,5 Millionen (Bundesministerium für Gesundheit, 2019) mit weiter steigender Tendenz. Neben der steigenden Anzahl pflegebedürftiger Menschen in Deutschland verändern sich auch die Erkrankungsbilder. Vor allem die Multimorbidität (Scherer et al., 2016) und die Inzidenz von Demenzerkrankungen (Alzheimer's Disease International, 2015) schreitet voran. Diesen Entwicklungen zufolge sind nicht nur mehr pflegebedürftige Menschen im Pflegesystem verortet. Gleichsam werden Erkrankungen schwerwiegender und damit die Zuwendung und Versorgungsintensität bedeutend höher. Infolgedessen erhöht sich auch die Arbeitsbelastung der im Pflegebereich tätigen Beschäftigten.

Gleichzeitig zeigen Analysen von Arbeitsmarktdaten den bundesweit großen Fachkräftemangel in der Pflegebranche (Bundesagentur für Arbeit, 2021). Dies spiegelt sich in einer unzureichenden Anzahl von Bewerberinnen und Bewerbern, in der Herausforderung bei der zeitnahen Besetzung offener Stellen und in einer sinkenden Qualität der Bewerbungen wider (Isfort et al., 2018). Gründe für die geringe Attraktivität des Altenpflegeberufs sind unter anderem körperlich und psychisch herausfordernde Arbeitsbedingungen, Schichtarbeit, eine geringe Bezahlung und das geringe Ansehen des Berufs in der Gesellschaft. Diese Vielzahl von Belastungen führt beim bestehenden Personal auf der anderen Seite zu einem steigenden Krankenstand und einer Zunahme von Überstunden (Isfort et al., 2018). Es verwundert daher nicht, dass Meta-Analysen eine hohe Burn-out-Prävalenz bei Pflegekräften zeigen (Woo et al., 2020). So entfielen im Jahr 2017 beispielsweise durchschnittlich 603,9 Arbeitsunfähigkeitstage (AU-Tage) je 100 Versichertenjahre aufgrund psychischer Erkrankungen auf pflegende Berufsgruppen (Statista, 2017). Im Vergleich dazu belief sich die Anzahl der AU-Tage bei anderen Berufen bei gleicher Diagnosegruppe auf durchschnittlich nur 290,8 je 100 Versichertenjahre (Statista, 2017).

Mit Blick auf die Ursachen dieser Entwicklungen sind insbesondere organisatorische und psychosoziale Faktoren entscheidend, vor allem solche, die mit der Organisationsstruktur der Pflegeeinrichtung zusammenhängen. Es zeigen sich signifikante Zusammenhänge zur psychischen Gesundheit und dem Wohlbefinden des Pflegepersonals (Testad et al., 2010). Weitere Folgen überfordernder psychosozialer Arbeitsfaktoren auf die Gesundheit sind vor allem Rücken- und Gelenkschmerzen sowie emotionale Erschöpfung, Müdigkeit, Schlaflosigkeit und Kopfschmerzen (Dhaini, 2016). Die psychosozialen Faktoren des Arbeitsumfelds wie Arbeitsstressoren und ausreichende Personalressourcen spielen neben Alterseinflüssen also eine entscheidende Rolle für die Gesundheit der Pflegekräfte (Dhaini 2016). In Folge von Personalknappheit und hohem Zeitdruck ist auch belegt, dass moralischer Stress des Pflegepersonals negativen Einfluss zum einen auf deren eigene Gesundheit (Austin et al., 2017) und zum anderen auf die Patientensicherheit (Musto & Rodney, 2018) nimmt.

Die bisherigen Befunde zeigen, dass die Lebenswelt „stationäre Altenpflege“ ein vulnerables Lebens- und Arbeitsumfeld ist, welches viel Potenzial zur Förderung der Gesundheit von Beschäftigten sowie Bewohnerinnen und Bewohnern bietet. Insbesondere für den Kontext der stationären Altenpflege ist anzunehmen, dass die psychosoziale Unterstützung vor Ort ein entscheidender Faktor für die Lebenswelt der Bewohnerinnen und Bewohner ist. Bereits seit den frühen 90er-Jahren ist bekannt, dass die psychosoziale Unterstützung, die Menschen in Beziehungen erfahren, ein wichtiger Faktor für die Gesundheit ist (Atkins et al., 1991). Besonders für die Bewohnerinnen und Bewohner ist die emotionale Zuwendung und Aufmerksamkeit durch das betreuende und pflegende Personal ein wichtiger Baustein in der Vermittlung von Sicherheit und dem Aufbau einer vertrauensvollen Atmosphäre (Fleischmann et al., 2019). Diese mentale Unterstützung erscheint besonders bedeutsam: Einsamkeit beeinträchtigt sowohl das psychische Wohlbefinden als auch die physische Gesundheit und löst Prozesse aus, die die Einsamkeit wiederum verstärken können (Cacioppo et al. 2017; Layden et al. 2017, 2018). Das Vorhandensein oder Fehlen sozialer Kontakte und das In-Beziehung-Sein mit anderen ist demnach ein wichtiger Prädiktor für Einsamkeit.

In einer Querschnittsuntersuchung von 256 Bewohnerinnen und Bewohnern in Pflegeeinrichtungen aus dem Jahr 2017 wurden Korrelationen zwischen einer depressiven Symptomatik bzw. der kognitiven Leistungsfähigkeit und der allgemeinen Lebenszufriedenheit identifiziert. Weiterhin zeigen Zusammenhänge von Lebenszufriedenheit und Teilnahme an Heimaktivitäten, Mobilität, emotionaler und kognitiver Aktivität und körperlichem Gesundheitszustand (Cramer-Ebner et al., 2017), wie bedeutsam die Gestaltung der Lebenswelt der Bewohnerinnen und Bewohner in Pflegeeinrichtungen für deren Wohlbefinden ist.

Der Ansatz an der Beziehungsschleife (Abbildung 1) zwischen den Bewohnerinnen und Bewohnern und den Beschäftigten in der Pflegeeinrichtung ist daher besonders vielversprechend, um beide Ebenen in ihrer Gesundheit zu stärken.

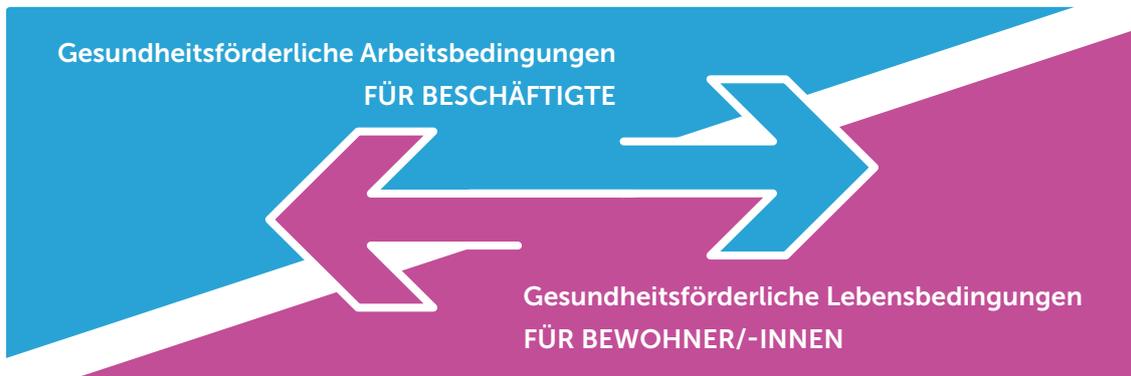


Abbildung 1: Beziehungsschleife zwischen den Arbeitsbedingungen der Beschäftigten und den Lebensbedingungen der Bewohner/-innen (eigene Darstellung)

Im Sinne dieser Verbindung zeigt sich, dass die Verlangsamung des Fähigkeitenabbaus multimorbid erkrankter Bewohnerinnen und Bewohner sowie die Unterstützung ihrer Selbstständigkeit das Pflegepersonal deutlich weniger fordert. Gleichzeitig kann eine Pflegekraft, welche eine gute psychische und physische Gesundheit aufweist, bedürfnisorientiert mit den Bewohnerinnen und Bewohnern umgehen und diese empathisch begleiten. Es zeigt sich bereits, dass sich das Wohlbefinden der Beschäftigten über ihr Verhalten und ihre emotionale Ansteckung auf das Wohlbefinden der Bewohnerinnen und Bewohner auswirkt (Aiken et al., 2008). So könnten bspw. emotionale Erschöpfung und Depersonalisierung zu geringerer Emotionsregulation führen. Dies wirkt sich für ältere Bewohnerinnen und Bewohner aufgrund ihrer größeren Bedürfnisse im emotionalen Bereich besonders negativ aus (Urry & Gross, 2010).

Zusammenfassend zeigt sich ein deutlicher Einfluss sozialer Beziehungen am Arbeitsplatz auf die mentale Gesundheit, das psychische Wohlbefinden sowie die Motivation, Arbeitszufriedenheit und Leistung (Drössler et al., 2016). Beide Zielgruppen zeitgleich in den Blick zu nehmen und zu adressieren, ergibt einen umfassenden und erfolgsversprechenden Ansatz für Prävention und Gesundheitsförderung in stationären Pflegeeinrichtungen.

Der Gesetzgeber hat mit dem Präventionsgesetz 2016 die Bedeutsamkeit von Prävention und Gesundheitsförderung in stationären Pflegeeinrichtungen gewürdigt. Nach § 5 SGB XI sollen Pflegekassen „(...) Leistungen zur Prävention in stationären Pflegeeinrichtungen nach § 71 Absatz 2 für in der sozialen Pflegeversicherung Versicherte erbringen, indem sie unter Beteiligung der versicherten Pflegebedürftigen und der Pflegeeinrichtung Vorschläge zur Verbesserung der gesundheitlichen Situation und zur Stärkung der gesundheitlichen Ressourcen und Fähigkeiten entwickeln sowie deren Umsetzung unterstützen.“

Auf dieser und weiteren Rahmenbedingungen des Leitfadens Prävention in stationären Pflegeeinrichtungen des GKV-Spitzenverbands (GKV Spitzenverband, 2020a) wurde gesaPflege im Auftrag der Kranken- und Pflegekassen Nordrhein-Westfalen im Jahr 2017 initiiert.

3

Der Projektaufbau von gesaPflege

gesaPflege begann als Auftrag zur Konzeptionierung eines Gesundheitsförderprozesses gemäß Leitfaden Prävention in stationären Pflegeeinrichtungen des GKV-Spitzenverbandes (GKV-Spitzenverband 2020a; 2020b) in exemplarischen Modelleinrichtungen in Nordrhein-Westfalen. Auftraggeber war die Arbeitsgemeinschaft der Kranken- und Pflegekassen in NRW zur Prävention in stationären Pflegeeinrichtungen:

- AOK NordWest – Die Gesundheitskasse
- AOK Rheinland/Hamburg - Die Gesundheitskasse (Projektfederführung)
- BAHN-BKK
- BARMER (Projektfederführung)
- BIG direkt gesund
- BKK24
- BKK Euregio
- BKK-Landesverband NORDWEST
- BKK VDN
- DAK-Gesundheit
- Heimat Krankenkasse
- HEK
- IKK classic (Landesdirektionen Nordrhein und Westfalen-Lippe)
- KKH
- hkk
- KNAPPSCHAFT
- R+V Betriebskrankenkasse
- Techniker Krankenkasse
- Verband der Ersatzkassen (vdek) Landesvertretung NRW

Nach einem mehrmonatigen Vergabeverfahren Mitte 2017 wurde der Zuschlag an eine Projektgemeinschaft, bestehend aus

- der Team Gesundheit Gesellschaft für Gesundheitsmanagement mbH (kurz: Team Gesundheit GmbH),
- dem Institut für Betriebliche Gesundheitsförderung BGF GmbH (kurz: BGF-Institut) und
- den Lehrstühlen für Organisations- und Wirtschaftspsychologie sowie für Angewandte Gerontopsychologie der Technischen Universität (TU) Chemnitz,

vergeben. Durch die interdisziplinäre Zusammensetzung der umsetzenden Projektgemeinschaft sollte das Wissen von Expertinnen und Experten aus Wissenschaft und Praxis mit dem Erfahrungswissen langjährig tätiger BGM-Beraterinnen und -Berater gebündelt werden.

Die Gemeinschaft nahm Ende 2017 ihre operative Arbeit auf und startete das Projekt gesaPflege.

Ziel des Projektvorhabens war die Konzeptionierung und Durchführung des Gesundheitsförderungsprozesses für stationäre Pflegeeinrichtungen unter Einhaltung der im Leitfaden definierten Präventionsziele und Handlungsfelder.

- Bedarfsorientierte Umsetzung verhältnis- und verhaltenspräventiver Maßnahmen für Beschäftigte und Bewohner/-innen
- Aufbau von gesundheitsförderlichen Strukturen und Prozessen
- Sensibilisierung für einen gesunden Arbeitsstil sowie Ressourcenstärkung auf Bewohnerebene
- Landesweite Übertragbarkeit des Konzeptes

Durch die analysebasierte Neu- und Umgestaltung von Strukturen und Prozessen sollten gesundheitsförderliche Arbeits- und Lebensbedingungen für die Bewohnerinnen und Bewohner sowie für die Pflege- und Betreuungskräfte in stationären Pflegeeinrichtungen geschaffen und in ein auf andere Pflegeeinrichtungen übertragbares Konzept überführt werden.



Dieses wurde zum Abschluss des Projekts in einem Handlungsleitfaden definiert, der fortan interessierten stationären Pflegeeinrichtungen zur eigenständigen Umsetzung unter www.gesaPflege.de zur Verfügung steht.

Die auftraggebenden Kranken- und Pflegekassen förderten das Projekt über einen 3,5-jährigen Zeitraum mit ca. 1 Mio. €.

Die Umsetzung erfolgte dabei unter der Maßgabe der Wissenschaftlichkeit sowie der Wirtschaftlichkeit im Rahmen des folgenden Projektablaufs:



Abbildung 2: Ablauf des Modellprojekts (eigene Darstellung)

Die Projektgemeinschaft auf Kassen- wie auf Dienstleisterseite arbeitete erstmalig in dieser Konstellation gemeinsam, sodass der Beginn des Projekts dazu genutzt wurde, ein gegenseitiges Erwartungs- und Anforderungsmanagement festzusetzen, Projektstrukturen zu schaffen und die gemeinsame Arbeit zu planen. Dies erfolgte bspw. in einem Projekt-Kick-off im März 2018, in welchem u. a. Kriterien für die darauf folgende Akquise der stationären Pflegeeinrichtungen für die Teilnahme am Modellprojekt festgelegt wurden (Trägerschaft, Lage, Größe). Die Ansprache der Einrichtungen erfolgte im Frühjahr bis Sommer 2018, sodass der operative Teil des Projekts im Herbst 2018 in insgesamt acht Einrichtungen in NRW mit Kick-off-Veranstaltungen für Beschäftigte sowie die Bewohnerschaft starten konnte.

Von den anfänglich acht Einrichtungen begleiteten sieben Einrichtungen das Projekt bis zum Ende im Sommer 2021. Eine der Einrichtungen verließ das Projekt zwischen Abschluss der Analysephase und Strategieableitung aufgrund interner Umstrukturierungen auf eigenen Wunsch im Oktober 2019.

Die teilnehmenden Einrichtungen wurden durchgängig über eine feste Projektleitung sowie die TU Chemnitz begleitet. Zusätzlich wurde ihnen eine Kassenvertretung aus der Gemeinschaft der Kranken- und Pflegekassen zugewiesen, welche die Einrichtungen bspw. in den Steuerungsgremien begleitete und für kassenbezogene Rückfragen zur Verfügung stand.

Als Großprojekt wurde in gesaPflege von Beginn an eine Gesamtprojektleitung eingesetzt, welche als Bindeglied zwischen auftraggebenden Kranken- und Pflegekassen sowie der umsetzenden Projektgemeinschaft fungierte. Neben der Abwicklung des allgemeinen Projektmanagements, der Zeit- und Ressourcenplanung sowie dem Projektreporting nahm die Gesamtprojektleitung an auftraggeberseitigen Gremien und Austauschrunden teil, unterstützte bei der Öffentlichkeitsarbeit im Projekt und beriet die auftraggebenden Kranken- und Pflegekassen zu notwendigen Anpassungen im Projekt sowie zu möglichen über das Projekt hinausgehenden Tätigkeiten. Der Einsatz einer Gesamtprojektleitung war aufgrund des personellen Umfangs der Projektgemeinschaft auf Auftraggeber- wie auch auf umsetzender Seite erforderlich.

4

gesaPflege in der Praxis

Im Folgenden wird die praktische Umsetzung von gesaPflege anhand folgender Arbeitsschritte beschrieben:

- **Projektaufsatz gesaPflege: Anforderungs- und Erwartungsmanagement**
- **Gewinnung und Kennenlernen der teilnehmenden stationären Pflegeeinrichtungen**
- **Prozessberatung & -begleitung**
- **Vernetzung der gesaPflege-Einrichtungen: Erfahrungsaustausch & Netzwerkarbeit**
- **Verhältnis- und verhaltenspräventive Bedarfsanalyse**
- **Strategieableitung**
- **Organisationsentwicklung als Kernelement in gesaPflege: prozessualer, strukturaler und personaler Ansatz**
- **Projektelevaluation: (angepasste) Zwischen- und Abschlussevaluation**

Neben praktischen Erfahrungen aus den jeweiligen Projektschritten werden diese – sofern sinnvoll – wissenschaftlich bzw. methodisch eingeordnet. Zudem finden sich an relevanten Stellen Hinweise auf die Anfang 2020 einsetzende COVID-19-Pandemie und ihre Auswirkungen auf den Projektverlauf.

gesaPflege befand sich zu diesem Zeitpunkt in der Phase der Maßnahmenplanung und -umsetzung. Alle der Strategieableitung folgenden Schritte mussten daher gemäß den mit dem Infektionsgeschehen einhergehenden Einschränkungen des öffentlichen Lebens tagesaktuell angepasst werden. Die Änderungen werden – sofern sinnvoll – in den jeweiligen Kapiteln hinsichtlich ihrer Bedeutsamkeit auf den Projektverlauf sowie in Bezug auf mögliche Ergebnisse eingeordnet.



Eine inhaltliche Ergänzung zu der fachlichen Einordnung in vorliegendem Dokument bietet der unter www.gesaPflege.de veröffentlichte Handlungsleitfaden für interessierte stationäre Pflegeeinrichtungen. In diesem sind neben der ausführlichen operativen Beschreibung der Projektschritte auch bspw. Moderationspläne, Konzepte oder Best-Practice-Beispiele enthalten.

4.1 Projektaufsatz gesaPflege

Zu Beginn des Projekts wurden die auftraggeberseitigen Erwartungen und Anforderungen an das Projekt definiert und Schwerpunkte für die Projektarbeit gesetzt. Diese Konkretisierung fand im Rahmen eines gemeinsamen Kick-off-Workshops im März 2018 statt, an dem sich sowohl Vertretungen der Kranken- und Pflegekassen als auch der umsetzenden Projektgemeinschaft beteiligten.

Zentrale Inhalte waren die Festlegung projektrelevanter Kommunikationsstrukturen sowie die Definition relevanter Kriterien für die sich unmittelbar anschließende Akquisephase zur Gewinnung interessierter stationärer Pflegeeinrichtungen. Zudem galt das Zusammentreffen als Kennenlerntermin aller Beteiligten im Rahmen des Projekts.

4.2 Gewinnung und Kennenlernen der teilnehmenden stationären Pflegeeinrichtungen

Im Rahmen des Projekt-Kick-offs im März 2018 wurden zentrale Kriterien (Ort, Größe, Trägerschaft, Handlungsspielraum) für die Auswahl der am Modellprojekt teilnehmenden Einrichtungen definiert. Diese sollten die Einrichtungslandschaft in Nordrhein-Westfalen repräsentieren.

Auf Basis dieser Kriterien wurden durch die umsetzende Projektgemeinschaft interessierte Einrichtungen akquiriert und im Rahmen von Kennenlernterminen besucht. Die Ansprache der Einrichtung erfolgte sowohl über bereits bestehende persönliche Kontakte sowie auch als Neuaquise. Dabei wurde schriftliches Informationsmaterial verwendet, welches für die Entscheidungsfindung aufgrund interner Kommunikationsstrukturen in den stationären Pflegeeinrichtungen zwingend notwendig war.

Aufgrund der zahlreichen positiven Rückmeldungen auf Seiten der Pflegeeinrichtungen wurde die Anzahl der Modelleinrichtungen von ursprünglich vier auf acht Einrichtungen angehoben. Die finale Auswahl erfolgte auftraggeberseitig anhand der zuvor definierten Kriterien.

Um das Projekt in den Einrichtungen gemäß dem partizipativen Ansatz bekannt zu machen, begann die Zusammenarbeit in und mit den Einrichtungen mit Kick-off-Veranstaltungen für Bewohnerinnen und Bewohner sowie die Beschäftigten. Um eine einheitliche Durchführung der Kick-offs zu gewährleisten, wurde ein einrichtungsübergreifendes Konzept in Form von Moderationsplänen erstellt und verwendet.

Ebenfalls nutzten die in den Modelleinrichtungen zugewiesenen Projektleitungen die Kick-off-Workshops zum Kennenlernen der jeweiligen Einrichtung sowie zur Erhebung erster Veränderungs-/Verbesserungsbedarfe, die in der später folgenden Analysephase genauer betrachtet wurden.

Beschreibung der Methodik

Im Rahmen der Kick-offs wurde gesaPfleger in seinen Grundzügen vorgestellt und gemeinsam mit den Projektbeteiligten ein gemeinsames Verständnis vom Projekt sowie zum Thema Gesundheit erarbeitet. Die Zielgruppen sollten von Beginn an unmittelbar am Projekt partizipieren und es sollte die Basis für eine vertrauensvolle Zusammenarbeit geschaffen sowie dadurch eventuell existierende Vorbehalte oder Ängste genommen werden.

Die Workshops wurden individuell für die beiden Hauptzielgruppen moderiert, aufgrund der vereinfachten Organisation in den Einrichtungen jedoch unmittelbar aufeinander folgend umgesetzt.

1. Teil des Kick-off-Workshops - Bewohnerebene (September - Dezember 2019)

Der Workshop für die Belange der Bewohnerinnen und Bewohner wurde als 30- bis 60-minütige leitfadengestützte Großgruppendifkussion umgesetzt. Neben der Bewohnerschaft wurde in Rücksprache mit den Einrichtungen auch Angehörigen eine Teilnahme ermöglicht.

Um die Diskussion zu strukturieren und eine einrichtungsübergreifende Auswertung zu ermöglichen, wurden vorab relevante Themenfelder definiert:

- Lebensbedingungen, Lebensumgebung, Umgang
- Umgang miteinander, Aktive Teilhabe, Motivation
- Kognitive Kompetenzen, Gesundheitskompetenz, Lernen
- Gesundheit, Leistungsfähigkeit, Selbstständigkeit

2. Teil des Kick-off-Workshops - Beschäftigtenebene (September - Dezember 2019)

Der ca. 90-minütige Kick-off-Workshop für die Beschäftigten diente dazu, möglichst viele Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter von Beginn an am Projekt zu beteiligen und ihnen „eine Stimme zu geben“. Der Fokus lag neben der inhaltlichen Erarbeitung relevanter Themenfelder insbesondere auch auf der Vertrauensbildung zwischen Beschäftigten und der gesaPfleger-Projektleitung.

Der Workshop begann zunächst mit einer Projektvorstellung in der Großgruppe. Darauf folgend arbeiteten Kleingruppen an zuvor festgelegten Themen/Fragestellungen, die im weiteren Verlauf des Workshops intensiv diskutiert wurden. Diese umfassten die folgenden Dimensionen:

- Arbeit, Arbeitsbedingungen, Führung
- Werte, Einstellungen, Motivation
- Kompetenz, Erfahrung/Wissen, Lernen
- Gesundheit, Leistungsfähigkeit, Gesundheitsverhalten

Die Ergebnisse der jeweiligen Workshops wurden sichtbar an Metaplanwänden und Flipcharts festgehalten, anschließend protokollarisch verschriftlicht und zur späteren Analyse an die TU Chemnitz übergeben.

Beschreibung der Ergebnisse

Über die Kick-off-Workshops erhielten die Projektbeteiligten bereits erste Ansatzpunkte für die später folgende Analyse. Bewohnerseitig waren insbesondere Themen wie (soziale) Teilhabe am Einrichtungsalltag, die Kommunikationskultur innerhalb der Einrichtung sowie die kognitive Aktivierung der Bewohnerinnen und Bewohner relevant. Auf Seiten der Beschäftigten wurden in den Diskussionen insbesondere Aspekte gesundheitsförderlicher und wertschätzender Führung, die berufsgruppenübergreifende Kommunikation sowie das Verständnis füreinander benannt. Zudem zeichnete sich wie erwartet die hohe psychische Belastung des in der Pflege tätigen Personals ab, welche bspw. aus dem Umgang mit herausfordernden Bewohnerinnen und Bewohnern, fordernden Angehörigen oder allgemein dem Schichtdienst sowie dem Einspringen füreinander im Krankheitsfall resultierte.

Reflexion der Methodik & Limitationen

Die umgesetzten Kick-off-Workshops waren als Erstintervention in den teilnehmenden Einrichtungen sehr wirksam und konnten die vorab definierten Ziele erreichen. Das für viele der Beteiligten unbekannt Format forderte die Teilnehmenden in hohem Maße und musste moderativ von den Projektleitungen eng begleitet werden. In vielen der Einrichtungen entwickelten sich nach kürzester Zeit angeregte Diskussionen mit hohem Mehrwert für den weiteren Projektverlauf. Sprachliche Barrieren auf Seiten der Beschäftigten schränkten die Kick-off-Workshops in Teilen geringfügig ein.

Der Erfolg der Workshops war maßgeblich von der jeweiligen Besetzung abhängig und variierte bspw. auf Bewohnerebene stark, je nachdem, ob und wie viele Angehörige am Termin beteiligt waren. Viele der Einrichtungen waren durch vorangegangene negative Erfahrungen mit Angehörigen in anderen Settings skeptisch hinsichtlich des Einbezugs in den Kick-off-Workshops. Aus Projektsicht war dieser jedoch ein uneingeschränkter Erfolgsfaktor, da die Interessen der Bewohnerinnen und Bewohner durch ihnen nahestehende Personen unterstrichen werden konnten.

4.3 Prozessberatung und -begleitung

Zur Begleitung des Gesundheitsförderungsprozesses wurden allen teilnehmenden Einrichtungen in gesaPflege eine feste Projektleitung zugewiesen, die insbesondere die Aufgabe der Prozessberatung sowie die Moderation der quartalsweisen Steuerungsgremien übernahm (s. auch Kapitel 4.7 „4.7 Organisationsentwicklung als Kernelement in gesaPflege“). Diese stellte sich im Projektverlauf als großer Mehrwert für die Einrichtungen heraus – insbesondere, um gemeinsam mit dem Steuerungsgremium kontinuierlich am Projekterfolg zu arbeiten und die ausgewählten Inhalte in die Tiefe zu tragen. Durch die Prozessbegleitung konnten – neben der alltagspraktikablen Planung und Umsetzung der Gesundheitsförderungsmaßnahmen – auch langfristige Impulse für eine gesundheitsförderliche Organisationsentwicklung der Einrichtung angestoßen und begleitet werden.

Neben der Prozessberatung wurden den teilnehmenden Einrichtungen in gesaPflege durch Vertretungen der auftraggebenden Kranken- und Pflegekassen bspw. in ihren Steuerungsgremien begleitet.

4.4 Vernetzung der gesaPflege-Einrichtungen

Ein Teilziel des Projekts gesaPflege war die Vernetzung der teilnehmenden Modelleinrichtungen – sowohl individuell in dem sie umgebenden sozialen Nahraum (Quartier) als auch einrichtungsübergreifend in Form eines halbjährlichen Erfahrungsaustauschs.

Aufbau der (regionalen) Netzwerke

Um die Nachhaltigkeit des Projekterfolgs zu gewährleisten und diesen zu verstetigen, wurden die an gesaPflege teilnehmenden Pflegeeinrichtungen beim Aus- und Aufbau ihrer regionalen Netzwerke begleitet. Ziel war es, gemeinsam mit den Einrichtungen ein systematisches Netzwerk aufzubauen und dieses für den Einrichtungsalltag nutzbar zu machen. Dazu gehören u. a. regionale (psychosoziale) Beratungs- und Betreuungseinrichtungen sowie Kompetenz- und Kommunikationsnetzwerke (z. B. Caritas, Physio- und Ergotherapeuten/-innen, Supervisoren usw.) sowie Partnerschaften mit Kindergärten oder Tierschutzvereinen, Kunst- und Musikvereinen.

Viele der teilnehmenden Einrichtungen wiesen bereits ein ausgeprägtes Denken im Quartier auf bzw. hatten ein eigenes Quartiersmanagement aufgebaut. Unter diesen Rahmenbedingungen arbeitete das Projekt daran, den folgenden Gesundheitsförderungsprozess unter Berücksichtigung der Netzwerkpartnerinnen und -partner umzusetzen und diese bei Bedarf in einzelne Projektschritte einzubinden. Dies erfolgte bspw. über die geplante Zusammenarbeit mit einer ortsansässigen Kindertagesstätte zum Aufbau eines regelmäßigen gegenseitigen Besuchskonzepts für die Kinder sowie die Bewohnerinnen und Bewohner.

Andere Einrichtungen waren in ihr räumliches Umfeld kaum eingebunden und zeigten sich der Netzwerkarbeit gegenüber zu Beginn des Projekts nur wenig offen. Die Überzeugungsarbeit zur Sinnhaftigkeit und dem Nutzen einer ausgeprägten Einbindung in das Quartier gestaltete sich schwierig.

Im Projektprozess zeigte sich, dass die Arbeit am systematischen Gesundheitsförderungsprozess selbst die Einrichtungen bereits zeitlich wie personell sehr einband und die prozessbegleitende Quartiersarbeit zu Überforderung führte. Aus diesem Grund wurde die Netzwerkarbeit im Projekt zunächst nach hinten gestellt. Mit Einsetzen der COVID-19-Pandemie Anfang 2020 in Deutschland und den daraus resultierenden Hygieneauflagen und Kontaktbestimmungen wurde die Netzwerkarbeit zunächst pausiert und später nicht wieder aufgegriffen, um die verbleibenden zeitlichen, finanziellen und personellen Projektressourcen zielgerichtet für die Arbeit an gesundheitsförderlichen Aspekten mit den Einrichtungen zu nutzen.

Erfahrungsaustausch mit den Einrichtungsleitungen

Neben der Vernetzung der Einrichtungen im Quartier wurden in gesaPflege ebenfalls die teilnehmenden Einrichtungen miteinander in Kontakt gebracht. Hierzu wurden halbjährliche Austauschtreffen der Einrichtungsleitungen organisiert, in welchen die Beteiligten gemeinsam an Themen und Herausforderungen der stationären Pflege arbeiteten, sich zu diesen austauschten und Erfahrungswerte aus anderen Einrichtungen mitnehmen konnten. Schwerpunktthemen waren bspw.

- Quartiersarbeit: Best-Practice-Beispiel eines Quartiersmanagement
- Wertschätzung in den Pflegeeinrichtungen
- Kommunikation und Informationsfluss

Der Erfahrungsaustausch der Einrichtungsleitungen zielte zudem darauf ab, den Wissenstransfer zwischen den teilnehmenden Einrichtungen zu unterstützen und in gesaPflege erarbeitetes (Erfahrungs-)Wissen untereinander nutzbar zu machen.

Beschreibung der Methodik

Die ersten beiden Austauschtreffen der Einrichtungsleitungen sowie z. T. ihrer Stellvertretungen fanden als vierstündige Präsenzveranstaltungen statt und wurden von Mitgliedern der umsetzenden Projektgemeinschaft moderiert. Neben kurzen fachlichen Inputs dienten die Treffen insbesondere zur Erarbeitung einrichtungsspezifischer Inhalte in Kleingruppen sowie zur moderierten Gruppendiskussion. Die Teilnehmenden sollten Gemeinsamkeiten erkennen, voneinander lernen und neue Impulse für die eigene Arbeit mitnehmen. Die Termine wurden ergänzt durch Gastvorträge der teilnehmenden Einrichtungen, bspw. zur Arbeit einer eigens eingestellten Quartiersmanagerin.

Das dritte und vierte Austauschtreffen wurde virtuell und in einem kürzeren Format (1,5 bis 2 Stunden) umgesetzt. Inhaltlich beschränkten sich die Termine auf die Darstellung des aktuellen Projektstands (übergreifend und aus den einzelnen Einrichtungen) sowie einen kurzen moderierten Austausch der Einrichtungen untereinander. Teile des vierten Austauschtreffens wurden zur Umsetzung eines Evaluationsbausteins genutzt.

Zum Teil waren in den Austauschtreffen auch Kassenvertretungen der auftraggebenden Gemeinschaft vertreten, um über den aktuellen Projektstand zu berichten oder aber selbst Berichte aus der Praxis der Einrichtungen zu erfahren.

Zusammenfassung der Ergebnisse

Die Rückmeldungen der Einrichtungsleitungen zum Austauschtreffen waren durchweg positiv. Besonders gewinnbringend aus Sicht der Einrichtungen war die Schaffung des Gemeinschaftsgefühls unter den Teilnehmenden sowie das Lernen voneinander. Der Mix aus fachlichen Impulsen aus Expertensicht sowie dem Erfahrungswissen anderer Einrichtungen stellte sich als alltagspraktisch und gut umsetzbar heraus. Die Anwesenheit von Kassenvertretungen wurde von den Einrichtungen als Wertschätzung wahrgenommen.

Reflexion der Methodik & Limitationen

Die Präsenzformate der Austauschtreffen ließen sich mit den Beteiligten aufgrund der Niedrigschwelligkeit deutlich einfacher realisieren als Online-Formate. Dies lag insbesondere an der Hemmschwelle einzelner Einrichtungsleitungen in der Nutzung von Videokonferenzsystemen. Zudem konnte der Mehrwert auf persönlicher Ebene durch die Anwesenheit vor Ort nicht 1:1 adaptiert werden.

Die aufgrund der einsetzenden COVID-19-Pandemie virtuell umgesetzten Austauschtreffen führten weniger affine Einrichtungen in einem geschützten Raum an das Video-Format heran. Sie nahmen so Sorgen für die später folgende Adaption von bspw. Vor-Ort-Seminaren in digitale Umgebungen und hatten aus diesem Grund einen weiteren Mehrwert für das Gesamtprojekt.

Die Anwesenheit der Kassenvertretungen im 2. und 3. Austauschtreffen ergänzte das gewählte Format inhaltlich sinnvoll.

4.5 Verhältnis- und verhaltenspräventive Bedarfsanalyse

Die Bedarfsanalyse in den gesaPflege-Einrichtungen auf verhaltens- und verhältnispräventiver Ebene umfasste gemäß Projektansatz sowohl die Sicht der Beschäftigten als auch die der Bewohnerinnen und Bewohner.

Das mehrschrittige Analyseverfahren wurde zwischen Oktober 2018 und August 2019 in den verschiedenen Einrichtungen umgesetzt.

Dokumentenanalyse (August 2018 - Januar 2019)

Die Dokumentenanalyse diente dazu, einen ersten Eindruck von den Strukturen der Einrichtungen zu erhalten und vorab mögliche Schwerpunkte für die weiter folgende wissenschaftliche Analyse zu identifizieren. Bei den gesichteten Dokumenten handelte es sich u. a. um Beschäftigtenstatistiken, die Aufschluss über die Altersstruktur, das Geschlecht, die Krankheitstage und die unterschiedlichen Beschäftigungsgruppen gaben. Ebenso wurde um die Bereitstellung der Gefährdungs- und Belastungsbeurteilung sowie Dokumente im Rahmen des betrieblichen Eingliederungsmanagements gebeten.

Bewohnerseitig wurden u. a. Bewohnerstatistiken zur Verfügung gestellt, die Informationen über das Alter, das Geschlecht, die Pflegegrade, die Anzahl von Bewohnerinnen und Bewohnern mit Demenz und sonstige Betreuungsformen enthielten.

Die Dokumente wurden durch die TU Chemnitz einer Analyse unterzogen, in welcher sie Bedarfe, Schwerpunkte und mögliche Handlungsspielräume sowohl auf der Seite der Bewohnerinnen und Bewohner als auch auf Seiten der Beschäftigten identifizierten.

Beschreibung der Methodik

Im Rahmen der Dokumentenanalyse wurden unterschiedliche Dokumente und Dokumentationen in den gesaPflege-Einrichtungen abgefragt. Dazu gehörten bspw.:

- Mitarbeiter-/Bewohnerstatistiken
- Überstundenlisten
- Ergebnisse bereits vorhandener Mitarbeiterbefragungen
- Gefährdungsbeurteilungen
- Beschäftigungsangebote für Bewohner/-innen
- Bereits bestehende BGF- oder anderweitige Fortbildungsangebote
- Konzepte zu bspw. Gewaltprävention
- Jobfamilienbeschreibungen
- usw.

Die Dokumente wurden beispielsweise auf auffällige Strukturen und Kennzahlen analysiert – einerseits hinsichtlich der Arbeitsanforderungen für die Beschäftigten, andererseits in Bezug auf die Angebotsvielfalt und den Tagesablauf für Bewohnerinnen und Bewohner in der Einrichtung.

Zusammenfassung der Ergebnisse

Durch die Dokumentenanalyse konnte identifiziert werden, dass die Einrichtungen ihrer Arbeit unterschiedliche theoretische Konzepte zugrunde legen und z. T. bereits in Vorjahren erfolgreiche Befragungen mit Beschäftigten sowie Bewohnerinnen und Bewohnern durchgeführt haben. Auch zeigte sich, dass Einrichtungen bereits vereinzelt die Mitarbeitergesundheit thematisierten und bspw. Interventionen zur Prävention von hohen Krankheitsquoten implementiert wurden.

In Bezug auf die Bewohnerinnen und Bewohner zeigte die Analyse, dass nahezu alle Einrichtungen über breit gefächerte Beschäftigungsangebote verfügten und den Lebensalltag der Bewohnerschaft möglichst abwechslungsreich gestalteten. Häufig vorhandene Angebote waren bspw. das Gedächtnistraining „Fit für 100“ oder Gottesdienste. Sowohl im Bereich Ehrenamtsmanagement als auch im Bereich Netzwerkarbeit innerhalb des Quartiers zeigten sich Verbesserungsbedarfe.

Reflexion der Methodik & Limitationen

Die einheitliche Umsetzung und damit verbunden auch die einrichtungsübergreifende Auswertung der Dokumentenanalyse wurden durch die Heterogenität der Dokumentationen hinsichtlich Form und Aktualität erschwert. Dies zeigte sich insbesondere in Bezug auf die unterschiedliche Datenlage zu Mitarbeiter- oder Bewohnerstatistiken.

Des Weiteren beeinträchtigte die einrichtungsindividuelle Benennung von Dokumentationen den Ablauf der Dokumentenanalyse, sodass Dokumente nicht über den Dokumentennamen, sondern über die Art der enthaltenen Informationen angefordert werden mussten. Trotz erhöhtem Aufwand stellte sich dies für das Projekt nicht als weiter hinderlich heraus.

Die vorab definierten Ziele konnten durch die Dokumentenanalyse erreicht werden.

Befragung der Bewohnerinnen und Bewohner mittels teilstandardisierter Interviews (Februar - April 2019)

Pro Einrichtungen wurden 7-9 Bewohnerinnen bzw. Bewohner befragt. Die Interviews dauerten je nach Bewohnerin bzw. Bewohner zwischen 30 und 60 Minuten. Die Befragung konnte insbesondere durch die Unterstützung der Einrichtungen vor Ort realisiert werden. Dabei übernahmen alle Einrichtungsleitungen die Auswahl und Ansprache geeigneter Bewohnerinnen und Bewohner und klärten vorab datenschutzrechtliche Fragestellungen.

Beschreibung der Methodik

Die Bewohnerinnen und Bewohner der stationären Pflegeeinrichtungen wurden mithilfe eines eigens entwickelten halbstandardisierten Interviewleitfadens in freiwilligen Einzelgesprächen befragt.

Bereits in den Kick-off-Veranstaltungen mit den Bewohnerinnen und Bewohnern zeigte sich, dass die Abfrage mithilfe von quantitativen Fragebögen und standardisierten Skalen, wie beispielsweise fröhliche und traurige Gesichter oder Schulnoten, für die Bewohnerinnen und Bewohner sehr schwierig war und größtenteils abgelehnt wurde. Aus diesem Grund wurde für die Befragung ein qualitatives Verfahren im Einzelsetting umgesetzt. Die Inhalte und Fragen des Interviews wurden auf Basis der Schwerpunkte des Leitfadens Prävention in stationären Pflegeeinrichtungen (GKV-Spitzenverband, 2020a) und in Anlehnung an bestehende Befragungsinstrumente (Görgen, 2001; Kleina et al., 2012; Richter et al., 2018) entwickelt.

Mit Blick auf die Zielgruppe erwies sich diese qualitative Vorgehensweise als bedeutsam, um Motivation, Meinungen und die eigene Wirklichkeit zu erfragen und somit Bedarfe für den Einrichtungsalltag abzuleiten. Aus Gründen der Durchführbarkeit, der Multimorbidität der Zielgruppe und der Notwendigkeit des persönlichen Kontaktes wurde die qualitative Analyse in Form von mündlichen Interviews umgesetzt und auf individuelle Niederschriften der Befragten verzichtet.

Ziel der qualitativen Vorgehensweise war es, Deutungs- und Bewältigungsmuster, also subjektive Sichtweisen, darzustellen. Dazu ist die Rekonstruktion der sozialen Wirklichkeit der Bewohnerinnen und Bewohner nötig, die in dieser Intensität nicht über quantitative Messinstrumente erfasst werden konnte und daher über das direkte Gespräch erfragt wurde (Helfferich, 2004). Das offene Befragungsformat gab den Teilnehmenden die Möglichkeit, ihre Meinung zu äußern und somit eigene Wahrnehmungen und Erfahrungen einfließen zu lassen.

Die entwickelten Fragen wurden in möglichst einfacher Sprache formuliert, an die Situation sowie die individuellen Fähigkeiten der Bewohnerinnen und Bewohner angepasst bzw. bei Bedarf leicht umformuliert oder ergänzt.

Besonders im Kontext der Gewinnung von Informationen zum Einrichtungsalltag in der stationären Pflege erwies sich ein offenes Auswertungsmuster als passend für den Forschungskontext. Geschlossene quantitative Antwortformate zeigten sich im Rahmen von verschiedenen Workshops als durchweg schwierig für die Zielgruppe.

Die Interviews wurden halbstandardisiert mithilfe eines Leitfadens geführt, der jedoch nicht chronologisch abgearbeitet wurde. Dies bot die Möglichkeit, unterschiedliche Aspekte in den Interviews detaillierter zu hinterfragen und zu behandeln (Pavlič, 2010) und gleichzeitig den Bewohnerinnen und Bewohnern genügend Freiraum für den persönlichen Kontakt und die eigene Lebensgeschichte zu geben. Die Antworten wurden mithilfe von Stichpunkten festgehalten.

Für die Auswertung der Interviews wurde eine qualitative Inhaltsanalyse durchgeführt. Hierzu wurden sowohl deduktiv (anhand der Oberthemen der Leitfragen), wie auch induktiv (anhand der Antworten) Informationen zu Bedarfen in den Einrichtungen gewonnen (Glaser & Strauss, 2008).

Zusammenfassung der Ergebnisse

Insgesamt wurden in den zu diesem Zeitpunkt acht teilnehmenden Pflegeeinrichtungen 62 Bewohnerinnen und Bewohner befragt – davon in sechs Einrichtungen jeweils acht Personen und in zwei Einrichtungen jeweils sieben. Das Durchschnittsalter der Befragten lag bei 83,5 Jahren.

– Wohlbefinden/Lebensqualität –

Im Themenfeld der psychischen Gesundheit wurden verschiedene Inhalte zu den Bereichen soziale Teilhabe, Begegnung und Isolation abgefragt.

Für einen Großteil der Befragten waren im Bereich der psychischen Gesundheit die regelmäßigen Besuche von Angehörigen, Bekannten oder Freundinnen und Freunden ein zentraler Aspekt.

Für alle Bewohnerinnen und Bewohner stellten die Mahlzeiten die Strukturierung des Alltages dar. Die Häufigkeit und Art des Austausches der Bewohnerinnen und Bewohner untereinander variierte innerhalb und zwischen den Einrichtungen stark. Ein großer Optimierungsbedarf wurde beim Einbezug von Bewohnerinnen und Bewohnern mit vollständiger Immobilität deutlich.

Aktivitäten, die von Bewohnerinnen und Bewohnern gerne alleine gemacht werden, hingen stark von deren Gesundheitszustand und körperlichen Einschränkungen ab. Eine Vielzahl der Befragten gab an, gerne zu lesen, Musik oder Radio zu hören oder fernzusehen. Wenn möglich, gingen die Bewohnerinnen und Bewohner gerne spazieren oder verbrachten vereinzelt Zeit an der frischen Luft. Nur wenige der Befragten konnten noch eigenständig in die Stadt gehen oder ein Café besuchen.

Nahezu alle Befragten konnten Angaben zu den verschiedenen Angeboten der Einrichtung machen. Rund ein Drittel gab hierbei an, dass sie sehr wenig bis gar nicht an Angeboten teilnehmen würden oder nur schwer mit anderen in Kontakt kämen. Wenige Bewohnerinnen und Bewohner äußerten, komplett interessenlos zu sein, bzw. gaben an, dass es im Leben nie Zeit gegeben habe, Interessen zu entwickeln.

Die Häufigkeit und Intensität von Traurigkeit oder Einsamkeit variierte sehr stark zwischen den befragten Personen. Besonders Verlustereignisse und die persönliche Abhängigkeit von der Hilfe anderer Personen im Alter wurden als zentrale belastende Faktoren beschrieben. Der persönliche Einzelkontakt und die Zuwendung in den Interviewsituationen machten an dieser Stelle mit Blick auf Interventionsmöglichkeiten vor allem deutlich, dass der persönliche Kontakt und das „sich Zeit nehmen“ ein wertvoller Ansatzpunkt zur Verbesserung der Stimmung sein konnte.

– Aktivitäten und Tagesstrukturierung –

Alle befragten Bewohnerinnen und Bewohner gaben an, kein Gefühl von Einengung oder Einschränkung in ihrem Zimmer oder den übrigen Räumen der Einrichtung zu verspüren. In einer Großzahl der Einrichtungen seien alle Räumlichkeiten so gestaltet, dass man sich gut bewegen könne und Hilfsmittel wie Rollatoren und Rollstühle gut angewendet werden könnten. Vereinzelt Schwierigkeiten wurden für die Badezimmer oder Örtlichkeiten außerhalb der Einrichtung (z. B. Garten) benannt. Schwierigkeiten mit Türen, Gängen oder den Fahrstühlen wurden generell nicht berichtet.

Durch die verschiedenen Gespräche mit den Befragten zum Thema körperliche Aktivität lässt sich schlussfolgern, dass besonders Bewohnerinnen und Bewohner, die nicht mehr eigenständig das Zimmer verlassen können oder wenig intrinsisch motiviert sind, etwas für sich zu tun, mehr Einzelbetreuung bräuchten, um noch mehr in Bewegung zu kommen.

Durch die Bewohnerinterviews zeigte sich für den Bereich der kognitiven Ressourcenstärkung vor allem der Bedarf, die Bewohnerinnen und Bewohner noch stärker in Entscheidungs-, Planungs- und Lösungsprozesse einzubeziehen. Dabei stellte sich in den Einrichtungen insbesondere die Angebots- und Ausflugsplanung sowie die Unterstützung bei alltäglichen Tätigkeiten (Wäschefalten, Tischdecken, etc.) als geeigneter Anknüpfungspunkt heraus.

– Grenzüberschreitungen/Gewalterfahrungen –

Alle Befragten berichteten, dass keine Streitigkeiten oder Unstimmigkeiten zwischen dem Personal und den Bewohnerinnen und Bewohner selbst erlebt oder bei anderen beobachtet wurden. Auch wurde von keinen offensichtlichen körperlichen Gewaltvorfällen berichtet.

Einige Befragte gaben an, dass es oft Schwierigkeiten unter den Bewohnerinnen und Bewohnern gebe, da diese z. T. aggressiv und sehr anstrengend im Umgang seien (besonders bei Personen mit Demenz). Fast alle Befragten empfanden das Personal der Einrichtungen als durchweg freundlich, zugewandt und hilfsbereit. Man fühle sich verstanden, die eigenen Bedürfnisse seien überwiegend bekannt.

Nahezu alle Befragten gaben an, zu bemerken, dass die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter gestresst seien. Als besondere Stresszeiten wurden hierbei oftmals der Morgen und der Abend sowie die Essenszeiten oder Zeiten außerordentlicher Umstände genannt. Auch gäbe es sehr oft Personalausfälle. Viele Bewohnerinnen und Bewohner würden sich gerne mehr mit dem Personal unterhalten und äußern, dass es für ihr Gesamtwohlbefinden mehr Pflegepersonal bräuchte.

– Privatheit/Intimsphäre/Rückzugsmöglichkeiten –

Nahezu alle befragten Personen gaben an, die Möglichkeit zu haben, sich jederzeit auf dem eigenen Zimmer zurückziehen und auch das eigene Zimmer abschließen zu können. Dies werde von den Mitarbeitenden respektiert und man würde in der überwiegenden Anzahl der Einrichtungen nicht gestört werden. Auch gab eine große Mehrheit der Befragten an, dass beim Eintreten des Zimmers immer angeklopft werde und es einen vorsichtigen und rücksichtsvollen Umgang beim Betreten des Zimmers gebe. In einzelnen Einrichtungen wurde von Unzufriedenheiten in Bezug auf die Privatheit im eigenen Zimmer berichtet, indem dieses ohne vorheriges Anklopfen kommentarlos betreten und z. T. auch wieder verlassen werde.

– Frage nach Wünschen –

Allen Bewohnerinnen und Bewohnern wurde am Ende des Gespräches eine Wunschfrage gestellt und die Möglichkeit gegeben, alle offenen Bedürfnisse oder Wünsche zu artikulieren. Für einen Großteil der Befragten war es sehr schwierig, sich hierzu zu äußern. So wurde vielfach geantwortet, dass man sich darüber noch nie Gedanken gemacht habe oder man schon lange alleine leben würde und es einem daher „nicht wirklich an etwas fehlen“ würde. Auch entstand der Eindruck, dass ein Großteil der Bewohnerinnen und Bewohner sehr geringe Ansprüche stellt.

Die geäußerten Wünsche der Bewohnerinnen und Bewohner waren insgesamt sehr divers, wobei erkennbar war, dass viele gerne insgesamt gesünder und somit mobiler und selbstständiger wären.

Reflexion der Methodik & Limitationen

Die Bewohnerinnen und Bewohner konnten im Vergleich zum Gruppenkontext in der Einzelinterviewsituation schneller und besser Vertrauen fassen. Auch die spontane individuelle Anpassung der Fragestellungen im Gespräch an die Fähigkeiten der Bewohnerinnen und Bewohner stellte sich als sehr zielführend heraus. Infolgedessen konnten im Gespräch überwiegend detaillierte Informationen zu Tagesabläufen, Wohlbefinden und Aktivitäten gewonnen werden.

Der Informationszuwachs zeigte sich hierbei besonders für die Bereiche psychosoziale Gesundheit und Gewalterleben, da diese Themenfelder als besonders persönlich empfunden wurden und im Einzelgespräch in vertrauensvollere Atmosphäre abgefragt werden konnten. Festzuhalten ist aber auch, dass sich insgesamt wenige Bewohnerinnen und Bewohner zu Gewaltthemen äußerten bzw. keine von konkreten Vorfällen dieser Art berichteten.

Befragt hinsichtlich der Akzeptanz der Vorgehensweise äußerten viele Bewohnerinnen und Bewohner nach Abschluss des Gesprächs, dass sie die Fragen als gut verständlich empfanden und sich gefreut haben, dass sich Zeit für sie genommen wurde. Auch entstand der Eindruck, dass – bis auf wenige Ausnahmen – alle Bewohnerinnen und Bewohner dem Gespräch und den Fragen gut folgen konnten und mit der Befragungssituation nicht überfordert waren. Bei fast allen Bewohnerinnen und Bewohnern konnte festgestellt werden, dass diese von der offenen Gesprächssituation sehr profitierten und im Laufe des Gespräches Vertrauen fassen konnten. Die positive Zuwendung, das Aussprechen von Lob und das gemeinsame Erleben von negativen Gefühlszuständen wurden aus der Beobachtung heraus von den Bewohnerinnen und Bewohnern als positiv erlebt, sodass diese am Ende des Gespräches oftmals gestärkt wirkten.

Befragung der Beschäftigten mittels Fragebögen (Februar - April 2019)

Die Mitarbeiterbefragung wurde mittels zweier Teile realisiert:

- ein einrichtungsübergreifender, einheitlicher Teil
- ein zusätzlicher, optionaler Teil

Der einheitliche Teil umfasst dabei Dimensionen, die sich für alle Einrichtungen sowie für das Setting allgemein als besonders bedeutsam und relevant herausgestellt haben. Im optionalen Teil bestand die Möglichkeit, auf einrichtungsindividuelle Aspekte und Wünsche einzugehen, die sich beispielsweise aus der Dokumentenanalyse oder den Kick-off-Workshops ergeben haben. Die TU Chemnitz hat hierbei jeweils einen individuellen Vorschlag auf Basis der bisherigen Ergebnisse der Bedarfsanalyse erstellt, welcher dann individuell mit den Einrichtungen abgestimmt wurde.

Die Ergebnisse der Mitarbeiterbefragung wurden von der TU Chemnitz einrichtungsindividuell und einrichtungsübergreifend ausgewertet. Dabei wurden auf einrichtungsindividueller Ebene Mittelwerte und Standardabweichungen berechnet. Für die einrichtungsübergreifende Analyse wurden darüber hinaus Korrelations- und Regressionsanalysen für die gesamte Stichprobe durchgeführt. Die Ergebnisse wurden den Einrichtungen im Steuerungsgremium über die jeweiligen Projektleitungen vorgestellt. Zusätzlich erhielten die Einrichtungsleitungen einen ausführlichen Ergebnisbericht mit den anonymisierten und gemittelten Werten ihrer individuellen Befragung.

Beschreibung der Methodik

Der Fragebogen der Beschäftigten bestand aus zwei Abschnitten. Im allgemeinen Teil befanden sich die für alle Einrichtungen einheitlichen Skalen. Dieser Pflichtteil enthielt folgende Skalen mit den dazugehörigen Items aus validierten und reliablen Instrumenten:

- Betriebsklima (COPSOQ – Nübling, 2005)
- Mobbing (COPSOQ – Nübling, 2005)
- Soziale Unterstützung Kollegen/-innen & Vorgesetzte (COPSOQ – Nübling, 2005)
- Burn-out (CBI-Skala – Kristensen et al., 2007)
- Qualitative Arbeitsbelastung pflegespezifisch (Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege (BGW), 2013)
- Arbeitszufriedenheit (COPSOQ – Nübling, 2005)
- Gesundheitsorientierte Führung – Mitarbeiter-/Führungskräfteversion (gekürzt) (Franke & Felfe, 2016)
- Gesundheitsbewusstsein und -verhalten (Franke & Felfe, 2016)
- Identifikation mit dem Team (Hogg & Terry, 2000)
- Offene Kommunikation (Pfaff et al., 2004)
- Performance Team (Peirce & Sims, 2002)
- Präsentismus (eigene Konzeption in Anlehnung an Aronsson et al., 2000)
- Arbeitsfähigkeit (Work Ability Index – Tuomi et al., 1994)
- Gesundheitszustand (EQ-5D – Herdman et al., 2011)
- Frankfurt Emotion Work Scales – Skala emotionale Dissonanz (Zapf et al., 2000)
- Arbeitssituation außerhalb der Pflege (eigene Konzeption)

Im zweiten einrichtungsspezifischen Teil des Fragebogens befanden sich für jede Einrichtung spezifische Skalen, die auf den Ergebnissen der Dokumentenanalyse sowie auf Gespräche mit den Einrichtungsleitungen in den Steuerungsgremien zurückzuführen waren. Die Vereinigungsmenge bestand aus den folgenden Skalen:

- Zusammenarbeit/Informationsfluss (Zill et al., 2018 in Anlehnung an Braun, 2015)
- Führungsqualität (COPSOQ – Nübling, 2005)
- Wertschätzung (Eisenberger et al., 1997)
- Konflikt Arbeits- und Privatleben (Netemeyer et al., 1996)
- Trauerarbeit (eigene Konzeption)
- Informationsfluss (eigene Konzeption)
- Gesundheits- bzw. Präventionskurse (eigene Konzeption)
- Wahrnehmung BGF-Angebote (eigene Konzeption)
- Fehlerkultur (bedarfsorientierte eigene Anpassungen durch die TU Chemnitz in Anlehnung an van Dyck et al., 2005)
- Stress durch Angehörige (eigene Konzeption)

Die Ergebnisse wurden individuell pro Einrichtung sowie auch einrichtungsübergreifend für das Gesamtprojekt ausgewertet. Neben einer deskriptiven Analyse auf Konstruktebene wurden Zusammenhangs- und Regressionsanalysen erstellt.

Zusammenfassung der Ergebnisse

Im Rahmen des Projekts wurde mithilfe der Mitarbeiterbefragung eine Vielzahl vorher identifizierter Entwicklungsbedarfe tiefergehend beleuchtet. Die Themen lassen sich dabei in vier Oberkategorien zusammenfassen:

- Arbeitsanforderungen
- Einschätzung der Organisation
- Einschätzung der persönlichen Situation
- Zusammenarbeit

Über die acht teilnehmenden Pflegeeinrichtungen hinweg haben sich insgesamt 378 Beschäftigte an der Befragung beteiligt. Die Rücklaufquoten variierten hierbei stark zwischen den Einrichtungen von 12 % bis zu 78,5 %.

Hervorzuheben ist die besonders hohe durchschnittliche Identifikation mit dem eigenen Team in den Pflegeeinrichtungen. Besonderer Entwicklungsbedarf konnte im Rahmen der Mitarbeiterbefragung für die Bereiche Burn-out und Emotionsarbeit identifiziert werden.

So zeigten die Ergebnisse, dass ein erhöhter Entwicklungsbedarf im Bereich der (subjektiven) Burn-out-Symptomatik der Beschäftigten bestand. Gleichzeitig zeigten die Zusammenhangsanalysen, dass die Burn-out-Symptome z. B. mit empfundener Wertschätzung, Gesundheitsverhaltensweisen und der Teamleistung der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter in Verbindung stand. Sollte die Burn-out-Symptomatik der Beschäftigten verbessert werden, ließe sich also an diesen Punkten ansetzen.

Zusammenfassend ließ sich feststellen, dass für einige wichtige Faktoren im Bereich der Arbeitsgestaltung und -organisation Verbesserungspotenzial bestand und diese im weiteren Projektverlauf im Rahmen der Interventionsphase verbessert werden sollten.

Positiv hervorzuheben ist die in allen acht Einrichtungen durchschnittlich hohe Arbeitszufriedenheit. Hierbei zeigte sich im Vergleich zum Mittelwert der COPSOQ-Normstichprobe (Nübling et al., 2011), dass die Beschäftigten der acht Einrichtungen deutlich zufriedener waren.

Reflexion der Methodik & Limitationen

Mithilfe der Mitarbeiterbefragung verfolgte gesaPflege das Ziel, eine möglichst breite Themenspanne in den Einrichtungen analysieren zu können und dabei vielen Beschäftigten die Partizipation am Analyseprozess zu ermöglichen. Darüber hinaus sollten im Sinne der Erstellung des projektabschließenden Handlungsleitfadens möglichst repräsentative Ergebnisse hinsichtlich relevanter Bedarfe in Pflegeeinrichtungen gewonnen werden. Aus diesem Grund wurden in der Mitarbeiterbefragung eine Vielzahl an Themen und damit auch Items abgefragt.

Insbesondere diese Themenvielfalt und die damit verbundene Länge des Fragebogens wurde von den Pflegeeinrichtungen als herausfordernd erlebt. Darüber hinaus wurde die Formulierung der validierten Items als teils schwer verständlich empfunden, sodass vor allem sprachliche Barrieren das Ausfüllen erschwerten. Auch haben einige Beschäftigte, trotz Aufklärung über die Anonymität der Befragung, Sorge hinsichtlich der Rückverfolgbarkeit der Daten geäußert.

Im Sinne der wissenschaftlichen Vorgehensweise im Rahmen der Analysephase und für die Aussagefähigkeit von identifizierten Bedarfen in den Pflegeeinrichtungen für den Handlungsleitfaden war die Mitarbeiterbefragung aus Expertensicht ein wichtiger und bedeutsamer Baustein für die Analyse in gesaPflege.

Kennenlerntermine in den teilnehmenden Einrichtungen (Februar - Mai 2019)

Die Beobachtungen in den teilnehmenden gesaPflege-Einrichtungen dienten zur objektiven Analyse insbesondere der Interaktion zwischen Pflegekräften und Bewohnerinnen und Bewohnern. Dies wurde über sogenannte Kennenlerntermine in den teilnehmenden Einrichtungen realisiert.

Ziel der Teilnahme am Einrichtungsalltag war es, bestehende Eindrücke des gesaPflege-Teams aus pflegfachlicher Sicht zu unterstützen und abzugleichen. Gleichzeitig sollten bestehende Abläufe analysiert und Interaktionssituationen, die innerhalb der vorausgegangenen Analyseschritte nicht deutlich (genug) wurden, nachvollzogen werden. Insgesamt war es nicht Ziel, allumfänglich Situationen zu beobachten und zu analysieren, sondern die bestehenden Empfehlungen bezüglich möglicher Maßnahmen weiter strategisch auszurichten.

Die Ergebnisse der jeweiligen Kennenlerntermine wurden nicht im Detail an die Einrichtungen zurückgespiegelt, um die Anonymität aller Beteiligten zu wahren. Sie dienten im Rahmen der Analyse den jeweiligen Projektleitungen sowie zur Gesamteinschätzung.

Beschreibung der Methodik

Für die Auswahl der verschiedenen Beobachtungsdimensionen wurden entsprechend der verschiedenen Handlungsfelder des Leitfadens Prävention und vorangegangenen Erfahrungen in den Einrichtungen Oberkategorien für einen Beobachtungsleitfaden zusammengestellt. Nach dem Austausch von Erfahrungen innerhalb der Projektgemeinschaft und dem Abgleich mit Inhalten aus bestehender Literatur wurden die folgenden Oberkategorien festgesetzt:

- Allgemein subjektives Gefühl
- Mobilität
- Nahrungsaufnahme
- Interaktion zwischen Bewohner/-innen (verbal/nonverbal)
- Interaktion zwischen Bewohner/-innen und Personal (verbal/nonverbal)
- Interaktion zwischen dem Personal (verbal/nonverbal)
- Angebote/Möglichkeiten für körperliche Aktivität
- Angebote/Möglichkeiten für kognitive Aktivität
- Rückzugsmöglichkeiten in öffentlichen Räumen
- Unstimmigkeiten/Grenzüberschreitungen unter den Bewohner/-innen oder mit dem Personal
- Psychosoziale Gesundheit der Bewohner/-innen
- Psychosoziale Gesundheit der Beschäftigten
- Falls ersichtlich: Einsatz von Ehrenamtlichen
- Falls ersichtlich: Umgang zwischen Personal und Angehörigen

Die Durchführung der Beobachtung erfolgte durch examinierte Pflegekräfte aus dem Projektteam an einem vorab mit der Einrichtungsleitung vereinbarten Kennenlerntag für die Dauer eines halben Tages, um bspw. erst das Frühstück und darauf folgend eine Gemeinschaftsaktion sowie das Mittagessen zu begleiten. Die Kennenlernertermine fanden im Laufe des Vormittags auf unterschiedlichen Wohnbereichen statt und ließen auf diese Weise auch Erkenntnisse über Bewohnerinnen und Bewohner mit unterschiedlichen Orientierungsgraden zu. Die Beobachtungen wurden schriftlich dokumentiert.

Die Begleitung konnte aufgrund der Ankündigungen und notwendigen Absprachen vor Ort nur als offene Beobachtung durchgeführt werden. Grundsätzlich wurde von der Methode „teilnehmende Beobachtung“ abgesehen. Als oberste Priorität wurde festgelegt, dass sich die Bewohnerinnen und Bewohner sowie die Beschäftigten nicht gestört fühlen. Sollten also in einzelnen Situationen Gespräche mit den Begleiterinnen entstehen, konnte auf diese authentisch reagiert werden.

ab 8 Uhr: ↓	Freies Bewegen auf den Gängen vom Demenzwohnbereich (wenn Mischwohnbereiche bestehen, solche wählen, die stark demenziell Veränderte beheimaten)
ab 9 Uhr: ↓	Aufenthalt im Gemeinschaftsraum bzw. dort, wo sich die Bewohner/-innen aufhalten
ab 10 Uhr: ↓	Wechseln in einen anderen Wohnbereich, sofern möglich Begleitung eines Gemeinschaftsangebotes
ab 12 Uhr:	Begleitung des Mittagessens im Essensraum eines Wohnbereichs

Abbildung 3: Exemplarischer Zeitplan für die Beobachtungen

Der zeitliche Ablauf wurde bei Bedarf an die individuellen Rahmenbedingungen und Abläufe der Einrichtungen angepasst.

Zusammenfassung der Ergebnisse

Bei den Kennenlernterminen handelt es sich um situative, nicht verallgemeinbare Ergebnisse. Auch ist der Kontext der Beobachtungen entscheidend.

Der Mehrwert der Ergebnisse lag insbesondere in der einrichtungsindividuellen Auswertung aus Projektsicht, auf welche aus Datenschutzgründen in diesem Dokument verzichtet wird.

Reflexion der Methodik & Limitationen

Die gewählte Methode konnte nach Umsetzung in den Einrichtungen als gut realisierbar und sehr zielführend für das Gesamtprojekt betrachtet werden. Die Realisierung über examinierte Pflegekräfte erlaubt einen detaillierten Blick auf einrichtungsindividuelle Umgangsformen und Prozesse und ergänzt die bisherigen Analyseergebnisse um eine neue Perspektive.

Auffallend war, dass die vorangegangenen Eindrücke und Erfahrungen in allen acht Einrichtungen durch die Beobachtungen unterstützt wurden.

Analyseworkshops (April – August 2019)

Die Analyseworkshops auf Beschäftigten- und Bewohnerebene dienten dazu, die bisherigen Ergebnisse aus der Analysephase zusammenzufassen und diese in einer Kleingruppe zu diskutieren, um bspw. quantitative Ergebnisse aus der Analysephase qualitativ zu unterstützen. Dabei sollen weitere Ursachen für bereits identifizierte Problemstellungen in den Einrichtungen thematisiert und Lösungsvorschläge für die Umsetzung generiert werden.

Auf Beschäftigtenebene wurden die Workshops in einigen Einrichtungen ebenfalls dazu genutzt, die mangelnde inhaltliche Tiefe der Analyseergebnisse – bspw. aufgrund geringer Rücklaufquoten – auszugleichen.

– Analyseworkshop auf Bewohnerebene –

Für die Bewohnerschaft wurde im Rahmen der Analyseworkshops ein niedrigschwelliges Format gewählt, durch welches die generierten Ergebnisse der Interviews besprochen und erweitert wurden. Hierbei wurden – sofern in der Einrichtung möglich – auch Angehörige einbezogen, um als Sprachrohr für die Bewohnerinnen und Bewohner zu fungieren, die während der Bedarfsanalyse bisher noch nicht miteinbezogen werden konnten.

Beschreibung der Methodik

Im Sinne des partizipativen Veränderungsprozesses in den Einrichtungen wurde allen Bewohnerinnen und Bewohnern sowie Angehörigen die Möglichkeit zur Teilnahme gegeben, um daraus im nächsten Schritt eine nachhaltige Strategie für die Einrichtung abzuleiten.

Die ca. einstündigen Termine hatten folgende Agenda:

1. Vorstellung, Danksagung an alle Teilnehmenden und Überleitung zum Ziel des Analyseworkshops
2. Offene Gesprächsrunde zu den identifizierten Themenschwerpunkten mit den Bewohner/-innen und Angehörigen; (bei Bedarf) Ermunterung der Teilnehmenden zur Diskussion anhand einfacher Fragestellungen
3. Zusammenfassung der Ergebnisse, Ausblick auf die kommenden Projektschritte, Verabschiedung der Teilnehmenden

Die Ergebnisse des Analyseworkshops wurden sichtbar für alle Teilnehmenden, bspw. an einem Flipchart, dokumentiert. Die Einrichtungsleitungen erhielten im Anschluss daran einen Kurzbericht über die wichtigsten Erkenntnisse, aus Datenschutzgründen jedoch keine dezidierten Protokolle.

Zur Begleitung der Analyseworkshops wurden Moderationspläne entwickelt.

Zusammenfassung der Ergebnisse

In den Analyseworkshops wurden die Ergebnisse aus den vorangegangenen Interviews in einer Vielzahl der Einrichtungen gestützt. Zentrale Themen waren u. a. die Heterogenität hinsichtlich der Teilnahme an Angeboten und die teils divers gelagerten Interessen von vor allem männlichen Bewohnern. An einigen Stellen wurde deutlich, dass eine verstärkte Angebotsstruktur für Bewohnerinnen und Bewohner mit Demenz oder vollständiger Immobilität notwendig war und es für diese Zielgruppen einer differenzierten Angebotsgestaltung bedarf. Weiterhin konnte durch Hinzunahme der Perspektive von Angehörigen die Willkommenskultur in den Einrichtungen beleuchtet werden, die in den allermeisten Fällen schon sehr lebhaft vorhanden erschien.

Insgesamt zeigte sich über alle Einrichtungen hinweg, dass sowohl das Gemeinschaftsleben als auch der Kontakt untereinander einen entscheidenden Beitrag zum Wohlbefinden der Bewohnerinnen und Bewohner leisteten. Gleichzeitig wurden an verschiedenen Stellen neue Möglichkeiten wie bspw. Ausflüge oder neue Gruppenangebote zur Förderung des Wohlbefindens benannt, welche Teil der späteren Strategieableitung sowie der Interventionsphase wurden.

Reflexion der Methodik & Limitationen

Im Verlauf der Analyseworkshops zeigte sich die Bedeutsamkeit der Anwesenheit von Angehörigen. Diese nahmen eine zentrale Rolle sowohl bei der Unterstützung der Bewohnerinnen und Bewohner in der Artikulierung ihrer Diskussionsinhalte als auch beim Einbringen neuer, weiterführender Inhalte ein.

Die Gruppenzusammensetzung der Analyseworkshops auf Bewohnerebene variierte stark zwischen den Einrichtungen. So konnte nicht in allen Einrichtungen dem Wunsch aus Projektsicht nachgekommen werden, Angehörige in den Termin einzubeziehen. Auch die Anzahl der anwesenden Bewohnerinnen und Bewohner variierte stark zwischen drei und 15 Personen. Das Konzept des Analyseworkshops wurde aus diesen Gründen flexibel und kurzfristig an die Teilnehmenden des Workshops angepasst.

Wie auch in den Kick-offs gestaltete sich die Diskussion mit den Bewohnerinnen und Bewohnern in Einzelfällen schwierig, da diese keine Wünsche oder Verbesserungsvorschläge artikulierte. Dieser Umstand wurde durch einfache Fragen zu den jeweiligen Themenfeldern aufgefangen.

Die Analyseworkshops wurden anhand zuvor definierter Themen- und Handlungsfelder der Gesundheitsförderung moderiert. Darüber hinaus nutzten Bewohnerinnen und Bewohner vereinzelt die Gelegenheit, das Projekt übersteigende Themen wie z. B. den Wäscheservice der jeweiligen Einrichtungen zu thematisieren. Diese Inhalte wurden ebenfalls aufgenommen und anonymisiert an die Einrichtungen kommuniziert. Dies sollte das Vertrauen der Bewohnerinnen und Bewohner in den Prozess stärken und diesen ein Gefühl der „Selbstwirksamkeit“ vermitteln.

Die Resonanz von Bewohnerinnen und Bewohnern, Angehörigen wie auch der Einrichtungen auf die Bewohnerworkshops war durchweg positiv. Sie wurden als gute Lösung zur Partizipation der Bewohnerinnen und Bewohner in den Prozess gesehen und konnten gleichzeitig dazu genutzt werden, die beteiligten Personen über den aktuellen Projektstand zu informieren.

– Analyseworkshop auf Beschäftigtenebene –

Der Workshop auf Beschäftigtenebene wurde als vierstündiges Format umgesetzt. Die ersten zwei Stunden dienten für eine qualitative Gruppendiskussion in Workshopform mit den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern, um die Befragungsergebnisse einzelner auffälliger Dimensionen aus der Mitarbeiterbefragung zu diskutieren und hinsichtlich ihrer Ursachen zu vertiefen. Um alle Hierarchieebenen in den Prozess einzubeziehen, wurden den Führungskräften die erarbeiteten Ergebnisse im zweiten Workshopteil vorgestellt und von ihnen weiterbearbeitet.

Beschreibung der Methodik

Für die Analyseworkshops auf Beschäftigenebene wurden unterschiedliche Methoden und Zielgruppen miteinander kombiniert. In der ersten Phase der Analyseworkshops wurde auf reiner Mitarbeiterenebene ohne die Anwesenheit von Führungskräften mit folgender Agenda gearbeitet:

1. Begrüßung, Vorstellungsrunde, Vorstellung der Ziele des Analyseworkshops
2. Kurzvorstellung der Ergebnisse der Mitarbeiterbefragung mit anschließender Bepunktung der wichtigsten Handlungsfelder aus Sicht der Beschäftigten
3. Kleingruppenarbeit pro Themenfeld als Wandercafé anhand der Fragestellungen:
 - a) Wo sehe ich die Ursachen für ...?
 - b) Was macht das mit mir?
 - c) Was muss passieren, damit sich die Situation/der Zustand verbessert?
 - d) Was kann ich dafür tun/erlernen?
 - e) Was kann unsere Einrichtung dazu beitragen?
6. Kurzvorstellung der Plakate zur Sicherstellung der inhaltlichen Verständlichkeit
7. Abschluss und Ausblick auf die nächsten Projektschritte

Nach einer kurzen Pause wurden die Ergebnisse der Beschäftigten den Führungskräften bzw. den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern mit Leitungsfunktion im zweiten Workshopteil über die Mitarbeitenden von gesaPflege vorgestellt.

1. Begrüßung und Beschreibung des Stimmungsbilds des 1. Workshopteils
2. Vorstellung der Themenschwerpunkte des 1. Workshopteils inklusive Erläuterung der Vorgehensweise
3. Vorstellung und Diskussion der Ergebnisse des 1. Workshopteils anhand der von den Beschäftigten beschrifteten Metaplanwände
4. Abschlussrunde mit Ausblick auf die weiteren Projektschritte

Alle Ergebnisse wurden sichtbar über die Metaplanwände dokumentiert. Zusätzlich wurden von der Moderation Kurzprotokolle angefertigt, um bspw. die Stimmungsbilder der Workshops abbilden zu können.

Zusammenfassung der Ergebnisse

Zusammenfassend zeigte sich in vielen der Einrichtungen, dass ein Großteil der Arbeitsanforderungen im Bereich der Überforderung durch Zeitmangel und Druck, vermehrtes Einspringen aufgrund von häufigen Krankheitsfällen, fehlende Kommunikation und eine hohe emotionale Belastung im Umgang mit den Bewohnerinnen und Bewohnern lag. Bedingt durch diese Vielzahl von Beanspruchungen entstanden aus Mitarbeitersicht Konflikte im Team. Gleichzeitig entwickelte sich bei Beschäftigten in vielen Fällen ein schlechtes Gewissen. Im Zuge dieser Ergebnisse wurde auch deutlich, dass einerseits unterschiedliche Arbeitseinstellungen der Beschäftigten ein hohes Konfliktpotenzial boten und es andererseits vielen Beschäftigten gleichzeitig schwerfiel, sich abzugrenzen.

Hinweis: Seitens der TU Chemnitz war Lara Luisa Eder als wissenschaftliche Mitarbeiterin (Psychologie) zur Begleitung und Umsetzung von gesaPflege tätig. Die wissenschaftliche Tätigkeit ging an dieser Stelle über den originären Projektauftrag hinaus. Im Rahmen einer Dissertation wurde vertiefend die fehlende Selbstfürsorge von Pflegekräften und ihre gesundheitlichen Auswirkungen betrachtet.

Reflexion der Methodik & Limitationen

Die Methodik des Analyseworkshops auf Beschäftigtenebene stellte sich als sehr zielführend und passend für die Zielgruppe heraus. Die Mitarbeitenden fühlten sich eingeladen, in einem geschützten Rahmen, über die eigenen Arbeitsbedingungen zu diskutieren.

Schwierig hingegen gestaltete sich die im Rahmen der Analyseworkshops angestrebte Lösungssuche für viele der identifizierten Problemfelder. Dies schien die Teilnehmenden in Teilen inhaltlich zu überfordern und erforderte eine hohe moderative Kompetenz.

Der durch die Trennung von Mitarbeitenden und Führungskräften intendierten Anonymisierung der Ergebnisse konnte in einigen wenigen Fällen nicht gerecht werden, da die Schriften der Beschäftigten von den Führungskräften vermeintlich erkannt wurden. Aus diesem Grund wurde sich seitens der Projektleitungen dagegen entschieden, die Fotoprotokolle der Analyseworkshops an die Einrichtungsleitungen zu senden. Die Ergebnisse fanden daher direkten Einzug in die folgenden Strategieworkshops.

Um die Methodik der Analyseworkshops optimal umsetzen zu können, wurden Mindestanforderungen hinsichtlich der Raumgröße, -ausstattung sowie der Anzahl der teilnehmenden Beschäftigten mitgeteilt. Diese wurden in Einzelfällen nicht berücksichtigt, sodass die Konzepte kurzfristig vor Ort angepasst wurden. Die inhaltliche Aussagekraft der einrichtungsindividuellen Ergebnisse war davon jedoch nicht betroffen.

4.6 Strategieableitung

Ziel der Strategieworkshops war die Ableitung von Handlungsempfehlungen auf Basis neuester wissenschaftlicher Erkenntnisse, die auf die Bedarfe der Einrichtung und die erwarteten Herausforderungen zugeschnitten sind. In den Workshops auf Beschäftigten- und Bewohner-ebene wurden die Analyseergebnisse vorgestellt, Handlungsschwerpunkte identifiziert, priorisiert und ein Vorschlag für die weitere Vorgehensweise aus Sicht der Beteiligten erarbeitet. Im Fokus standen u. a. folgende Fragestellungen:

- Welche analysebasierten Handlungsfelder ergeben sich auf verhältnis- bzw. verhaltenspräventiver Ebene auf Bewohner- und Beschäftigtenebene unter Berücksichtigung des Mitarbeiter- und Bewohnervotums?
- Welches Ziel verfolgen die Einrichtungen mit der Bearbeitung dieser auf Bewohner- sowie Beschäftigtenebene?
- Wie genau wird die Umsetzung der Gesundheitsförderung auf Bewohner- und Beschäftigtenebene konkret gestaltet? Stehen hierzu ausreichend Ressourcen zur Verfügung?
- In welchem zeitlichen Rahmen ist eine Umsetzung gesundheitsförderlicher Maßnahmen auf Bewohner- und Beschäftigtenebene möglich und wie werden diese miteinander verknüpft?

Beschreibung der Methodik

Die Strategieableitung erfolgte gemäß Projektansatz parallel auf Beschäftigten- sowie auf Bewohnerebene. Die vier- bis sechsstündigen Workshops wurden daher im Vormittagsbereich für die Bewohnerthemen genutzt, bevor im zweiten Teil die mitarbeiterbezogenen Analyseergebnisse Raum fanden.

Zur Vorbereitung des Workshops haben die Projektleitungen sowie die wissenschaftliche Begleitung der TU Chemnitz alle Analyseergebnisse für die Einrichtungen aufbereitet, erste relevante Schwerpunkte identifiziert und in die Moderation des Workshops integriert.

1. Teil des Strategieworkshops - Bewohnerthemen (Juni - Oktober 2019)

In den Analyseworkshops wurden die Perspektiven der Bewohnerinnen und Bewohner sowie die der Beschäftigten isoliert betrachtet. Für die Strategieableitung zeigte es sich als notwendig, eine zusätzliche Perspektive zu integrieren: die Einschätzung der Pflegekräfte auf die Bewohnerthemen. Hier sollte insbesondere die Interaktion der beiden Gruppen berücksichtigt werden. Aufgrund dessen wurde der Strategieworkshop thematisch unterteilt, sodass zu Beginn noch eine weitere Analyseeinheit umgesetzt werden konnte.

Der erste Workshopteil fand mit den Mitgliedern des Steuerungsgremiums sowie maximal zwei bis drei interessierten Bewohnerinnen und Bewohnern statt. Ergänzend wurden Beschäftigte der Pflege oder des Sozialen Diensts als Ergänzung hinzugezogen, um als Stellvertretung für die Belange der Bewohnerinnen und Bewohner zu fungieren.

Die Dauer wie auch die Besetzung wurden dabei individuell an die Rahmenbedingungen der Einrichtungen angepasst. In allen Workshops wurde folgende Agenda verfolgt:

1. Wiederholung/Auffrischung des Projektauftrags
2. Darstellung der bisherigen Analyse: Methoden & Ergebnisse
3. Diskussion inkl. Priorisierung der für die Bewohnerschaft relevanten Handlungsfelder gemäß Leitfaden Prävention unter folgenden Fragestellungen:
 - a. Wo/Wann gibt es im Tagesablauf Möglichkeiten bzw. Raum für Begegnung und Kontakt/zum Nach- und Mitdenken etc.?
 - b. Wer nutzt diese Möglichkeiten und wer nutzt sie nicht?
 - c. Was genau muss passieren, damit mehr Raum z. B. für Begegnung entsteht/damit Gefühle abgefangen werden können etc.?
 - d. Was muss passieren, damit noch mehr Bewohner/-innen in Kontakt und Begegnung gehen/am Leben in der Einrichtung teilnehmen?
 - e. Wie gelingt es, stark eingeschränkte und demenziell veränderte Bewohner/-innen noch mehr einzubeziehen?
 - f. Welche Rolle spielt hier das Ehrenamt?
 - g. Wie funktioniert das Ehrenamtsmanagement? Haben Sie Ideen dazu, wie sich Angehörige und Besucher und Ehrenamtliche besonders willkommen fühlen könnten?
4. Ableitung der Bedarfe für Multiplikatorenworkshops inkl. organisatorischer Fragestellungen
 - a. Wie genau ist das Thema X in der Einrichtung umsetzbar?
 - b. Wer könnte/sollte Teilnehmer/-in sein? Wie schaffen wir es, viele Bewohner/-innen neugierig zu machen?
 - c. Was könnten gute Uhrzeiten für Interventionen sein?
 - d. Welche Ressourcen bestehen in der Einrichtung für die Ausbildung der Multiplikatoren/-innen (z. B. Materialien, Beschäftigte, mögliche Ehrenamtliche)?
 - e. Wie können Tagesabläufe der Bewohner/-innen berücksichtigt werden?
 - f. Wie erfolgt die Kommunikation an die relevanten Zielgruppen?
 - g. Welche (einrichtungsinternen) Konflikte müssen berücksichtigt werden?
5. Sammlung aller Bedarfe, die sich aus den Analyseschritten ergeben haben und außerhalb von GesaPflege weiterbearbeitet werden sollen

2. Teil des Strategieworkshops - Beschäftigenthemen (Juni - Oktober 2019)

Der zweite Workshopteil wurde mit den Teilnehmenden der Steuerungsgremien in einem dreistündigen Format mit folgender Agenda umgesetzt:

1. Darstellung der bisherigen Analyse: Methoden & Ergebnisse
2. Status quo – Gemeinsame Betrachtung der 5 Handlungsfelder aus dem Analyseworkshop
 - a. Welche Handlungsfelder sind in der Einrichtung besonders relevant?
 - b. Welche (organisatorischen/mitarbeiterbezogenen) Maßnahmen eignen sich zur Bearbeitung des Handlungsfelds?
 - c. Welche Ziele verfolgen die jeweiligen Maßnahmen?

3. Festlegung der über gesaPflege umzusetzenden (BGF-)Maßnahmen
 - a. Welche Themen sollen über gesaPflege behandelt werden?
 - b. Wer sollen die Teilnehmenden des Angebots sein?
 - c. Wie können möglichst viele Beschäftigte für eine Teilnahme motiviert werden?
 - d. Zu welchen Uhrzeiten sollten die Angebote stattfinden? Wie können individuelle Arbeitsabläufe berücksichtigt werden?
 - e. Wie erfolgt die Kommunikation an die relevanten Zielgruppen?
 - f. Welche (einrichtungsinternen) Konflikte müssen berücksichtigt werden?
 - g. Welchen zeitlichen Vorlauf benötigt die Einrichtung zur Umsetzung?
4. Sammlung aller Bedarfe, die sich aus den Analyseschritten ergeben haben und außerhalb von gesaPflege weiterbearbeitet werden sollen

Als Abschluss der Strategiephase erhielten die teilnehmenden Einrichtungen einen Strategiebericht, der neben allen unmittelbar im Rahmen von gesaPflege vereinbarten Maßnahmen auch alle darüber hinausgehenden Bedarfe enthielt, die (eigenständig) von den Einrichtungen weiterbearbeitet werden konnten/sollten.

Neben der Thematenaufzählung erhielt der Strategiebericht zusätzlich Hinweise auf außerhalb des Projekts bestehende Maßnahmen, Programme, Ansprechpersonen etc. zur Erleichterung der eigenen Arbeit. Die Einrichtungen wurden dazu eingeladen, diese eigeninitiativ weiterzubearbeiten. Der jeweilige Bearbeitungsstand inkl. Verantwortlichkeiten und Fristen wurde als Tagesordnungspunkt für das nächste Steuerungsgremium vereinbart. Der Strategiebericht diente so als Orientierung und Moderationshilfe für den weiteren Projektverlauf.¹

Ein Moderationsplan zur einrichtungsinternen Umsetzung des Strategieworkshops wurde entsprechend entwickelt und von den Projektleitungen genutzt. Darüber hinaus sind exemplarische Bedarfe und entsprechende Maßnahmen in einem Dokument zur Ideensammlung online verfügbar.

Zusammenfassung der Ergebnisse

Auf Bewohnerebene wurde im Zuge der Strategieableitung ein sehr heterogener Handlungsbedarf deutlich. Hierzu wurden jeweils verschiedene Maßnahmen zur Veränderung abgeleitet:

- Stärkung der psychosozialen Gesundheit durch Verknüpfung von Alt & Jung: Entwicklung eines Konzeptes zur Arbeit mit Kindergartenkindern
- Stärkung der psychosozialen Gesundheit unter Berücksichtigung der kognitiven Aktivität: Wertschätzung und Reflexion der Lebensgeschichten von Bewohnerinnen und Bewohnern mit dem Fokus auf die Biografiearbeit
- Stärkung der kognitiven und körperlichen Aktivität: Intensivierung von Bewegung & Mitdenken/Nachdenken durch strukturelle Veränderungen im Alltag
- Gewaltprävention: Einüben von konkreten Verhaltensweisen für herausfordernde Situationen
- Stärkung der kognitiven Ressourcen unter Berücksichtigung psychosozialer Gesundheit
- Stärkung der psychosozialen Gesundheit durch strukturelle Veränderungen: Schaffung einer Willkommens- und Austauschkultur unter Beteiligung von Bewohnerinnen und Bewohnern im Alltag
- Stärkung der körperlichen Aktivität: verhältnis- und verhaltensorientierte Maßnahmen mit dem Fokus auf Bewegung

.....
 1 Durch die in Q1 2020 beginnende COVID-19-Pandemie wurde die Arbeit an und mit den Strategieberichten im Projektverlauf aus Ressourcengründen eingestellt.

Auf Beschäftigtenebene zeigten die verschiedenen Analyseschritte, dass die Kommunikationskultur, die Führung, die Teamarbeit, die physische und mentale Gesundheit sowie das Thema Wertschätzung in allen teilnehmenden Pflegeeinrichtungen zentrale Themen waren. Entsprechend dieser Schwerpunkte wurden mit allen Einrichtungen konkrete Maßnahmen diskutiert und eine Strategie für die jeweilige Einrichtung ausgearbeitet.

So wurde der inhaltliche Schwerpunkt in gut der Hälfte der Einrichtungen im Bereich der Kulturveränderung in der Organisation mit dem Fokus auf Wertschätzung gesetzt. Die weiteren Einrichtungen fokussierten sich auf die Bereiche Teamentwicklung, Kommunikation und Führung. Hierbei wurde in der Analyse immer wieder deutlich, welche wichtige Schlüsselposition besonders die Wohnbereichsleitungen innehaben, weshalb diese mit verschiedenen Interventionen in ihrer Rolle besonders gestärkt werden sollten.

Auf Basis der Schwerpunktsetzung in den Strategieworkshops wurden passgenaue Maßnahmen auf Bewohner- wie auf Beschäftigtenebene (neu) konzipiert bzw. angepasst.

Reflexion der Methodik & Limitationen

Die Methodik des Strategieworkshops mit zunächst inhaltlicher Aufteilung zwischen Bewohner- und Beschäftigtenthemen stellte sich als zielführend und passend für die jeweiligen Zielgruppen heraus. Lediglich der Umfang von vier bis sechs Stunden, in welchem die Teilnehmenden des Steuerungsgremiums durchgehend anwesend sein sollten, war für einige Einrichtungen in der Dienstplanerstellung herausfordernd. Aus diesem Grund wurden in einigen wenigen Fällen zeitliche Anpassungen in der Planung vorgenommen.

In den Strategieworkshops auf Bewohnerebene zeigte sich erneut, dass das eigenständige Äußern von Bedürfnissen und Wünschen für die Bewohnerschaft eine Herausforderung darstellte. Aufgrund des engen Vertrauensverhältnisses konnte dies durch die anwesenden Beschäftigten aus der Pflege oder der Betreuung aufgefangen werden. Der Mehrwert dieses Workshops lag insbesondere in der Perspektiverweiterung der Beschäftigtensicht auf den Lebensalltag der Bewohnerinnen und Bewohner.

Vor allem im Zuge der thematischen Schwerpunktsetzung für die Maßnahmengestaltung innerhalb der Einrichtung ist eine lösungsorientierte und partizipative Zusammenarbeit zwischen Leitungs- und Beschäftigtenebene gelungen. Oftmals wurde den Empfehlungen der jeweiligen Projektleitungen für die individuelle Schwerpunktsetzung gefolgt. Die durch das Projekt erhoffte kontroverse Diskussion zur Vereinbarung der weiteren Schritte blieb in nahezu allen Fällen aus.

Als gewinnbringend stellte sich auch der Strategiebericht für die Einrichtungen heraus: Insbesondere die Einrichtungsleitungen empfanden die Zusammenstellung als sehr übersichtlich und strukturierend für die eigene Arbeit und äußerten eine hohe Motivation, Themen außerhalb von gesaPflege eigenständig anzugehen.²

Im Anschluss an die Strategieableitung wurde im Sinne der folgenden Maßnahmenumsetzung ein ganzheitlicher Organisationsentwicklungsprozess in der jeweiligen Einrichtung angestoßen.

.....
 2 Die Bemühungen wurden durch die in Q1 2020 einsetzende COVID-19-Pandemie unterbrochen und konnten im Projektverlauf nicht erneut aufgegriffen werden.

4.7

Organisationsentwicklung als Kernelement in gesaPflege

Organisationsentwicklung ist eine psychologisch begleitete Form des geplanten Wandels von Organisationen und bedeutsam für die Weiterentwicklung im Unternehmenskontext (Nerdinger, 2019). Charakteristisch für einen Organisationsentwicklungsprozess ist dabei die Form des geplanten Wandels – ausgerichtet als langfristiger Prozess. Weiterhin richtet sich der Prozess nicht an einzelne Gruppen, sondern inkludiert eine ganze Organisation. Hierbei werden die Beteiligten aktiv eingebunden, sodass erfahrungsgeleitete Lern- und Problemlöseprozesse die Veränderungen anstoßen. Verfahren der Sozialwissenschaften wirken unterstützend in diesen Prozessen mit dem Ziel, die Lebensqualität und Problemlösefähigkeit in Organisationen zu verbessern (French & Bell, 1977).

Für die geplanten Veränderungsprozesse in Organisationen zeigen sich verschiedene Ansatzpunkte: der prozessuale, der strukturelle sowie der personale Ansatz (McCalman et al., 2016). Durch die Zusammenführung dieser drei Ansätze ergibt sich ein ganzheitliches Organisationsentwicklungsvorgehen, das sich wechselseitig ergänzt und nachhaltig wirksam werden kann (s. Abbildung 4).³

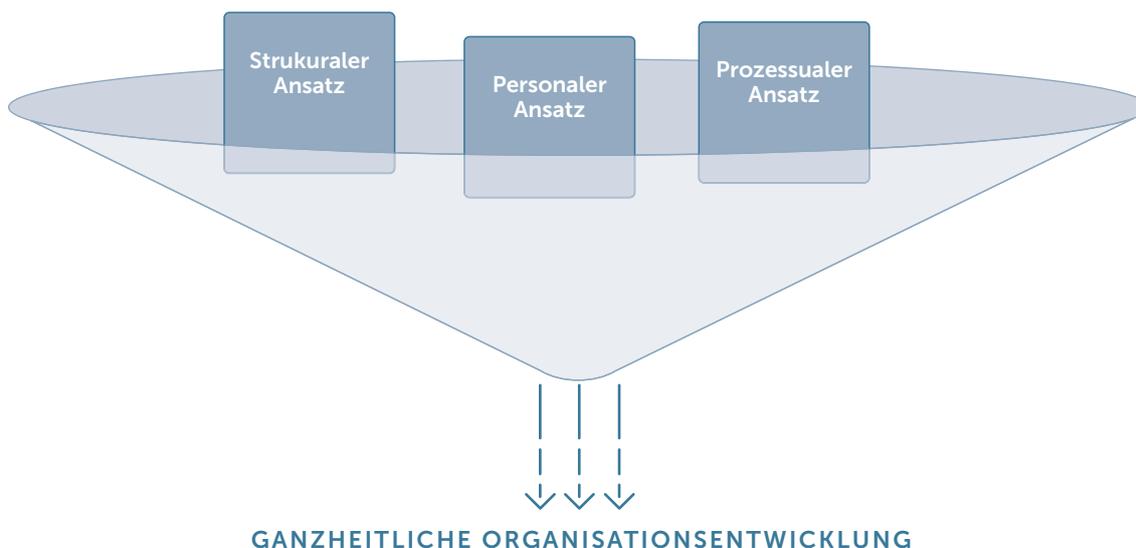


Abbildung 4: Organisationsentwicklungsansatz in gesaPflege

Folgend werden die drei Ansätze dargestellt und dann in Bezug auf die konkrete Vorgehensweise in gesaPflege erläutert.

.....
³ Durch die in Q1 2020 einsetzende COVID-19-Pandemie wurde die Arbeit mit den Einrichtungen vor Ort und damit einhergehend auch die Bestrebungen im Bereich der Organisationsentwicklung stark begrenzt.

Der prozessuale Ansatz

Beim prozessualen Ansatz sind die ablaufenden Prozesse in einer Organisation Kern der intendierten Änderungsprozesse (Nerdinger, 2019). Ziel ist es, durch die Analyse und Änderungen von (zwischenmenschlichen) Prozessen Veränderungen in der gesamten Organisation anzustoßen. Insbesondere Teamentwicklungsmaßnahmen und die Prozessberatung bilden die Kernverfahren im Rahmen des prozessualen Ansatzes (Nerdinger, 2019). Die Prozessberatung ist dabei als eine Sammlung von Maßnahmen zu verstehen, bei dem die Beteiligten dabei unterstützt werden sollen, Prozesse und Situationen wahrzunehmen und zu verstehen (Schein, 2010). Ziel ist es, die Beteiligten erkennen zu lassen, wie sie miteinander umgehen und kommunizieren (Nerdinger, 2019).

» *Prozessberatung versucht letztlich eine Gruppe in die Lage zu versetzen, ihre Aktivitäten geplant zu steuern und die Zusammenarbeit entsprechend ihrer Ziele zu gestalten.* «
(Nerdinger, 2019, S. 184)

So wurde die Prozessberatung in gesaPflege bereits mit der Auftaktveranstaltung in Form der Kick-off-Workshops sowie in der Weiterführung mit dem Analyseworkshop entsprochen und sowohl Beschäftigte und Führungskräfte als auch Bewohnerinnen und Bewohner zur Reflexion ihres Arbeits- und Lebensalltags angeregt. In den Pflegeeinrichtungen wurden die verschiedenen Bedarfe hinsichtlich der vor Ort bestehenden Prozesse analysiert und bspw. die Zusammenarbeit in den Teams und die Gestaltung und Durchführung von Übergaben und Teamrunden als Potenziale für Veränderungen identifiziert.

Dies wurde in gesaPflege z. B. wie folgt unterstützt:

- Begleitende Prozessberatung der Einrichtungen durch die individuell zugewiesenen Projektleitungen
- Teameinheiten in Workshops, z. B. die Fragestellung „Wie wollen wir miteinander arbeiten/kommunizieren?“ als erster Impuls zur Auseinandersetzung mit dem Thema Zusammenarbeit
- Geplante Umgestaltungen der Übergaben bzw. Teamrunden, z. B. Implementierung einer Wertschätzungsrunde: „Was hat diese Woche/heute besonders gut geklappt?“ oder „Welche Erlebnisse mit Bewohnerinnen und Bewohnern sind mir besonders positiv im Gedächtnis geblieben?“.

Der strukturelle Ansatz

Im strukturalen Ansatz sind Strukturen der Organisation Kern der intendierten Änderungsprozesse. Ziel ist es, durch die Gestaltung struktureller (Rahmen-)Bedingungen Veränderungen in der gesamten Organisation zu erzielen (Nerdinger, 2019). So können beispielsweise Maßnahmen der qualitativen Arbeitsanreicherung oder auch die Implementierung von Qualitätszirkeln strukturell wirksam werden (Nerdinger, 2019).

Insbesondere die Schnittstellenarbeit zwischen verschiedenen Berufsgruppen in Folge von fehlenden Austauschzeiten, die Zunahme von unbezahlten Mehrstunden, die insbesondere Pflegehelferinnen und -helfer bzw. Pflegeassistentinnen und -assistenten zur Teilnahme an Übergaben aufgebaut hatten, die zeitliche Gestaltung von Angeboten sowie die Möglichkeiten zur Beteiligung für Bewohnerinnen und Bewohnern konnten als strukturelle Gestaltungspotenziale identifiziert werden. Darüber hinaus wurden häufig Aspekte von Personal- und Ressourcenmangel, gesetzliche Dokumentationsvorgaben sowie auch die Dienstplangestaltung als problematisch benannt. Diese Themen konnten in gesaPflege nicht bearbeitet werden.

Darüber hinaus dienten insbesondere die in den Einrichtungen implementierten, regelmäßig tagenden Steuerungskreise als Instrument zur Gestaltung der organisationalen Strukturen, wodurch beispielsweise eine Ausweitung von Angeboten und Beteiligungsmöglichkeiten für Bewohnerinnen und Bewohner und eine Umgestaltung der Übergaben erzielt werden konnte. Auch wurden neue berufsgruppenübergreifende Austauschformate angeregt und implementiert.

Der personale Ansatz

Im personalen Ansatz sind die Individuen der Organisation Kern der intendierten Änderungsprozesse. Ziel ist es, durch die Stärkung sozialer Kompetenzen der einzelnen Personen Veränderungen in der gesamten Organisation zu erzielen (Nerdinger, 2019). So können beispielsweise Trainings und Coachings wirksam sein (Nerdinger, 2019).

Im Rahmen von gesaPflege wurde auf der Individualebene im Sinne der Beziehungsschleife sowohl auf der Beschäftigten- wie auch auf Bewohnerebene angesetzt.

Angebote für Bewohner/-innen

Im Zuge des Projektauftrages auf Basis des Leitfadens Prävention (GKV-Spitzenverband, 2020a; 2020b) lag der Fokus für die Stärkung der Bewohnerebene auf den Handlungsfeldern kognitive und körperliche Aktivität, psychosoziale Gesundheit und Gewaltprävention. Das Handlungsfeld Gewaltprävention wurde dabei durch klassische Trainingsmodule über externe Anbieter bearbeitet.

Im Bereich des personalen Ansatzes konnten Potenziale zur Veränderung für die Bewohnerschaft im Bereich der psychosozialen Gesundheit vor allem im Bereich Stimmung und Kontakt identifiziert werden. Für die kognitive und körperliche Aktivität galt es, neue Formate und Angebote zu gestalten, die häufigere und intensivere Aktivität zum Mitdenken, Planen und dem körperlichen Aktivsein ermöglichen.

– Entwicklung der Interventionsmodule –

Im Zuge der strategischen Ausrichtung mit den Projekteinrichtungen wurden durch die TU Chemnitz verschiedene bestehende Konzepte und wissenschaftliche Erkenntnisse zu den jeweiligen Handlungsfeldern in den einschlägigen Datenbanken recherchiert und auf Adaptionmöglichkeiten geprüft. Anschließend wurden die Rahmenbedingungen zur Umsetzung vor Ort in der jeweiligen Pflegeeinrichtung in die Betrachtung einbezogen, um auf Basis der bestehenden validierten Erkenntnisse neue, für den Einrichtungsalltag passende Interventionskonzepte zu entwickeln.

Folgend werden alle entwickelten Interventionsmodule für die Bewohnerebene kurz vorgestellt.

Tabelle 2: Entwickelte Interventionsmodule auf Bewohnerebene

Handlungsfeld(er)	Interventionsmodul	Wissenschaftliche Kurzeinordnung	Kurzbeschreibung des Moduls
Psycho-soziale Gesundheit	Biografiearbeit mit dem Lebensbaum	<p>Das Erinnern vergangener Erfahrungen, das Betrachten der eigenen Biografie oder das Wecken von Erinnerungen mittels Requisiten (Himmler, 2015) kann Bewohner/-innen dabei helfen, Lebenserfahrungen zu rekonstruieren, zu verstehen, zu bearbeiten und sie in der Gegenwart zu integrieren (Menche, 2014).</p> <p>So kann es gelingen, die Lebenszufriedenheit und -qualität zu verbessern, den Austausch in der Gruppe zu stärken und kognitive Fähigkeiten zu unterstützen (Bohlmeijer et al., 2003; Park et al., 2019; Pinquart & Forstmeier, 2012).</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Strukturierte Biografiearbeit anhand von Leitfragen • Erarbeitung eines individuellen Lebensbaums • Kleingruppenarbeit mit 4-6 Bewohner/-innen • Angebot mind. 1x Woche für ca. 1 Stunde
Psycho-soziale Gesundheit	Alt & Jung – Intergenerativer Austausch	<p>Die soziale Isolation von älteren Menschen ist ein häufiges Problem und wird vor allem durch Multimorbidität, Behinderung und Pflegebedürftigkeit begünstigt (Pantel, 2021). Die Einsamkeit wirkt sich weiterhin auf die kognitive (McHugh et al., 2017) und körperliche Leistungsfähigkeit sowie die Selbstständigkeit im Alter aus (Shankar et al., 2017).</p> <p>Indem Bewohner/-innen und Kindergartenkinder gemeinsam Zeit verbringen und in Interaktion miteinander treten, haben beide Zielgruppen die Möglichkeit, positive Erfahrungen zu teilen.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Intergenerativer Austausch zwischen Kindergartenkindern und Bewohner/-innen • Kleingruppenarbeit mit 3-4 Bewohner/-innen und 3-4 Kindergartenkindern • Angebot mind. 1x Woche
Psycho-soziale Gesundheit & kognitive Aktivität	Interaktives Märchen erzählen	<p>Märchen werden seit Generationen weiter erzählt und gehören damit zu einem wichtigen Kulturgut. Neben dieser gesellschaftlichen Bedeutung stellen Märchen aber auch Anknüpfungspunkte zu Teilen des eigenen Lebens und der persönlichen Vergangenheit her (Herzog et al., 2017).</p> <p>Durch ein interaktives Märchenerzählen kann den Bewohner/-innen der Abruf von genau diesen Erinnerungen zu ihrem eigenen Leben erleichtert werden. Daher richtet sich das Angebot besonders an Menschen mit fortschreitender Demenz.</p> <p>Durch die emotionalen Ankerpunkte in den verschiedenen Märchen gelingt es häufig, das Langzeitgedächtnis zu aktivieren, urtypische Gefühle bei den Teilnehmenden auszulösen und somit die Brücke zurück zu vergangenen Erinnerungen zu schlagen (Herzog et al., 2017).</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Interaktives Märchen erzählen für Demenzerkrankte • Vortragen und Vorspielen eines Märchens unter Hinzunahme von Requisiten • Kleingruppenarbeit mit 5-8 Bewohner/-innen • Angebot mind. 1x Woche

Handlungsfeld(er)	Interventionsmodul	Wissenschaftliche Kurzeinordnung	Kurzbeschreibung des Moduls
Kognitive & körperliche Aktivität, psychosoziale Gesundheit	Multimodale Alltagsförderung	<p>Ein Großteil der Bewohnerschaft in Pflegeeinrichtungen leidet unter Mobilitätseinschränkungen (Nestler et al., 2018) sowie kognitiven Einbußen (Schäufele et al., 2013). Viele zeigen depressive Symptome (Fornaro et al., 2020).</p> <p>Indem Bewohner/-innen in der Einrichtung gefördert werden, kann diesen Abbauprozessen entgegenwirkt, bestehende Funktionen erhalten, verminderte Funktionen wiederhergestellt und vor allem der fortschreitende Verlust bei den Bewohner/-innen verzögert bzw. verhindert werden (Oswald et al., 2006).</p> <p>Eine Vielzahl von bestehenden Angeboten für Bewohner/-innen zeigt, dass die multimodale Förderung, also Angebote, die eine Vielzahl von verschiedenen Fähigkeiten bei den Bewohner/-innen beanspruchen, intensiv und nachhaltig zum Erhalt der Gesundheit beiträgt.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Multimodale Förderung im Alltag • Förderung in den Modulen Rituale, kognitive & körperliche Aktivität und freier Wunschteil • Homogene Gruppenzusammensetzung mit ca. 6 Bewohner/-innen • Möglichst an fünf Tagen in der Woche für ca. 1,5 Stunden mit festen Strukturen
Körperliche Aktivität & psychosoziale Gesundheit	Spazieren gehen	<p>Viele Bewohner/-innen verbringen fast den ganzen Tag mit sitzenden Tätigkeiten und Fernsehen und sind häufig wenig in Interaktion mit anderen Personen (Sackley et al., 2006).</p> <p>Ein Bewegungsangebot an der frischen Luft bietet eine gute Möglichkeit, Bewohner/-innen für Bewegung zu begeistern. Auf diese Weise kann ebenfalls eine Verschlechterung der Pflegebedürftigkeit abgemindert (Kuhlmey & Schaeffer, 2008) und die Alltagskompetenz im Alter länger aufrechterhalten werden (Abu-Omar & Rütten, 2012; Rütten et al., 2005).</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Bewegung an der frischen Luft • Implementierung einer Spaziergehgruppe • Kleingruppe mit 5-6 Bewohner/-innen • Wöchentliches Bewegungsniveau von 150 Minuten
Körperliche Aktivität & psychosoziale Gesundheit	Tanzcafé	<p>Tanzen stellt eine multimodale Aktivität dar, bei der eine Vielzahl von Fähigkeiten wie Motorik, Kognition, sensomotorisches Erleben und Emotionserleben bei den Bewohner/-innen abgerufen werden (Karpatis et al., 2015; Kshtriya et al., 2015).</p> <p>Mit einem Tanzcafé wird die physische Gesundheit und die soziale Aktivität der Zielgruppe gefördert (Bertram & Stickley, 2007). Auch kann Tanzen das Risiko, an einer Demenz zu erkranken, reduzieren (Verghese et al., 2003).</p> <p>Die Durchführung eines Tanzcafés hat ebenfalls positive Auswirkungen auf die Beschäftigten: Durch eine Teilnahme des Pflegepersonals kann die Arbeitszufriedenheit erhöht, die Pflegestrategie verbessert und der Umgang mit den Bewohner/-innen entspannt werden (Guzmán-García et al., 2013).</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Durchführung eines Tanzcafés für alle Bewohner/-innen • „Großgruppen“-Angebot • Angebot 1-2x Woche

– Die Umsetzung der Angebote für die Bewohnerschaft –

Ziel der Interventionsphase war die Sicherung der Nachhaltigkeit von vermittelten Inhalten und Methoden gemäß Leitfaden Prävention:

» Die Pflegekassen wirken darauf hin, dass die Nachhaltigkeit der umgesetzten Maßnahmen in den Pflegeeinrichtungen sichergestellt wird. Dazu müssen die Maßnahmen dauerhaft in den Pflegeeinrichtungen implementiert und kontinuierlich angewandt werden. Der Aufbau und die eigenständige Weiterführung der Maßnahmen sind entsprechend dem beschriebenen Gesundheitsförderungsprozess eine wesentliche Voraussetzung für die Verstetigung und Sicherung der Nachhaltigkeit. «

(GKV-Spitzenverband, 2020a, S.11)

Die entwickelten Modulkonzepte wurden mittels Multiplikatorenworkshops von der Einrichtung ausgewählte interessierte Beschäftigte aus dem Sozialen Dienst oder der Pflege weitergegeben. Darüber hinaus wurden den Einrichtungen auch die Möglichkeit gegeben, Angehörige und Ehrenamtliche an den Schulungen partizipieren zu lassen.

Im Rahmen der Workshops wurde den Teilnehmenden sowohl deklaratives Wissen, bspw. zu Wirkweisen und Hintergründen zu den jeweiligen Modulen, wie auch prozedurales Wissen vermittelt, also ein Verständnis dafür, wie die Inhalte in der Praxis umgesetzt werden können (Renkl, 2020).

Im Anschluss an die Multiplikatorenschulungen war gemäß Projektplanung eine sieben- bis zehnwöchige Trainingsphase vorgesehen, die die Teilnehmenden in der Umsetzung unterstützen sollte. Das Training ist dabei zu verstehen als „eine strukturierte und zeitlich begrenzte Intervention, in der mittels wiederholter Ausübung von Tätigkeiten die Absicht verfolgt wird, Fertigkeiten und Fähigkeiten aufzubauen oder zu verbessern“. (Fries & Souvignier, 2020, S. 407).

Tabelle 3 zeigt den beispielhaften Ablauf zum Fertig- und Fähigkeitsaufbau im Rahmen von gesaPflege. Insbesondere durch die Umsetzungsphase sollte so eine an individuelle Vorkenntnisse und Vorerfahrungen angepasste Vorgehensweise erfolgen, die es ermöglicht, im eigenen Lerntempo bereits von Beginn an oder zunehmend im Verlauf in eine eigenständige Umsetzung der Interventionsmodule mit den Bewohnerinnen und Bewohnern zu gelangen. Zusätzlich wurden im Rahmen der Trainingsphase durch die TU Chemnitz umsetzungs- begleitende Coachings für die Multiplikatorinnen und Multiplikatoren angeboten, die bedarfsorientiert von den Teilnehmenden genutzt werden konnten. Ziel des Coachings war es, die Multiplikatorinnen und Multiplikatoren während der Umsetzung zu unterstützen, einen Raum für den Umgang mit Herausforderungen sowie für Reflexionseinheiten zu geben.

Tabelle 3: Ablauf der Trainingsphase im Rahmen der Multiplikatorenschulung

Phase	Einheit	Inhalt
Vorbereitungsphase	1. Workshop	Multiplikatorenschulung durch gesaPflege
	ggf. 2. Workshop (je nach Modul)	Multiplikatorenschulung durch gesaPflege
Pause von 2 Wochen zur Vorbereitung der Umsetzung durch die Pflegeeinrichtungen		
Umsetzungsphase	1. Einheit	Umsetzung durch Multiplikator/-in, Begleitende Umsetzung durch TU Chemnitz, Feedbackgespräch
	2. Einheit	Umsetzung durch Multiplikator/-in, Begleitende Umsetzung durch TU Chemnitz, Feedbackgespräch
	3.-6. Einheit	Umsetzung durch Multiplikator/-in, 1x wöchentliches Peer Review, 1x wöchentlicher Telefonaustausch, Begleitendes Coaching durch TU Chemnitz
	7. Einheit „Refresher“	Umsetzung durch Multiplikator/-in, Begleitende Umsetzung durch TU Chemnitz
Nachbereitung	Reflexionssitzung	Reflexion der Methoden und Inhalte, Nachhaltige Implementierung, Konzeptionelle Anpassungen, Lessons Learned, Abschlussrunde

– Limitationen der Maßnahmenumsetzung auf Bewohnerebene –

Zum Zeitpunkt der in Deutschland im ersten Quartal 2020 einsetzenden COVID-19-Pandemie war die Umsetzung der Maßnahmenphase auf Bewohnerebene bereits in zwei der teilnehmenden Einrichtungen gestartet. Es fanden bereits Schulungen statt, auch konnten z. T. erste gemeinsame Einheiten umgesetzt werden.

Zum Ende Q1 2020 wurden die Maßnahmen in allen Einrichtungen unterbrochen bzw. ausgesetzt. Erst im September 2020 konnte in vereinzelt Einrichtungen die Umsetzung der Maßnahmen auf Bewohnerebene wieder aufgenommen bzw. neu gestartet werden. Da zu diesem Zeitpunkt jedoch weder Gruppenangebote auf den Wohnbereichen in den Einrichtungen noch Kontakte von der umsetzenden Projektgemeinschaft mit den Bewohnerinnen und Bewohnern vor Ort möglich waren, wurde die begleitete Trainingsphase gekürzt und z. T. digital adaptiert. So konnten bis Ende der Umsetzungsphase der Maßnahmen im Dezember 2020 die Multiplikatorinnen und Multiplikatoren in sechs der sieben Einrichtungen geschult werden. Auf die geplante siebenwöchige Anschlussphase zur Begleitung der Umsetzung wurde verzichtet.

Für die Festigung der in den Multiplikatorenschulungen vermittelten Inhalte und Methoden waren gemäß Projektplanung Coachingkontingente zur Begleitung und Unterstützung des umsetzenden Personals in den Pflegeeinrichtungen vorgesehen. Diese sollten durch die TU Chemnitz übernommen werden und insbesondere Hindernisse und Hürden bei der Umsetzung thematisieren und lösen. Aufgrund der eingeschränkten Interventionsmöglichkeiten auf Bewohnerebene wurde das vorhandene Coaching-Angebot auf die aktuelle Situation während der COVID-19-Pandemie angepasst.

Durch die zunehmende Belastung in den Einrichtungen stießen sowohl die Bewohnerinnen und Bewohner als auch das Personal in den Einrichtungen an die eigenen Grenzen. Im Sinne der Beziehungsschleife und der Bedeutsamkeit der Beschäftigtengesundheit für die Bewohnergesundheit wurde das Coachingangebot Ende 2020 auf die gesamte Belegschaft der Einrichtungen ausgeweitet mit dem Ziel, durch die Ressourcenstärkung der Beschäftigten auch eine Ressourcenstärkung der Bewohnerinnen und Bewohner im Lebensalltag zu fördern. Da die Zielgruppe der Bewohnerschaft für die umsetzende Projektgemeinschaft innerhalb der Pandemie größtenteils nicht zugänglich war, wurde dieser Weg genutzt, um niedrigschwellig ressourcenstärkend auf den Einrichtungsalltag vor Ort einwirken zu können.

Angebote für Beschäftigte

Auch auf der Ebene der Beschäftigten dienten die Vorgaben des Leitfadens Prävention als Basis für die in gesaPflegerie umgesetzten Maßnahmen. Diese stammten aus den vorgegebenen Handlungsfeldern

- gesundheitsgerechte Führung,
- Stressbewältigung und Ressourcenstärkung,
- bewegungsförderliches Arbeiten,
- gesundheitsgerechte Ernährung und
- verhaltensbezogene Suchtprävention.

– Gesundheitstage und -aktionen –

Den teilnehmenden Pflegeeinrichtungen wurden zum Auftakt der Maßnahmenumsetzung auf Beschäftigtebene Gesundheitstage und -aktionen angeboten.

» Zur Vorbereitung ist die Sensibilisierung der Belegschaft für einen gesundheitsgerechten Arbeits- und Lebensstil möglich, beispielsweise durch die Durchführung von Gesundheitstagen/-aktionen [...]. « (GKV-Spitzenverband, 2020b, S. 123)

Gerade zu Beginn von Gesundheitsförderungsprozessen ist das Thema für Beschäftigte z. T. wenig greifbar. Zudem bestehen eventuell Vorbehalte gegenüber dem Veränderungsprozess. Öffentlichkeitswirksame Gesundheitstage und -aktionen als erste Maßnahmen zeigen oftmals unmittelbare Wirkung, da sie kurzweilig und unterhaltsam sind und nicht zu sehr in den sehr persönlichen Bereich der einzelnen Personen eingreifen (Initiative Gesundheit und Arbeit, 2019).

Das Angebot nutzten sechs der sieben Einrichtungen. gesaPflegerie bot bis zu drei erlebnisorientierte Aktionsstände aus Projektmitteln an (auf Wunsch der Einrichtungen schwerpunktmäßig aus den Themenfeldern Stressmanagement oder Ernährung). Zudem wurden die Einrichtungen durch die Prozessberatung im Sinne der Netzwerkbildung angeregt, weitere regionale Anbieterinnen und Anbieter anzufragen. So wurden viele der Gesundheitstage durch örtliche Apotheken, Physiotherapiepraxen oder Sportangebote ergänzt.

Die Gesundheitstage und -aktionen schafften einen hohen Aufmerksamkeitsgrad für Beschäftigte und auch Bewohnerinnen und Bewohner in den Einrichtungen. Die Teilnahmequoten waren jedoch z. T. unerwartet gering. Durch das Engagement der Einrichtungsleitungen am Tag selbst konnten in diesen Fällen jedoch noch einige zusätzliche Teilnehmende für die Aktionen gefunden werden.

– Seminare und Workshops –

Der Schwerpunkt der Maßnahmenumsetzung in gesaPflegerie lag in Schulungsangeboten für die Beschäftigten, um eine intensive Auseinandersetzung mit gesundheitsförderlichen Themen zu ermöglichen. Dabei variierte die Vermittlung des Wissens aufgrund der unterschiedlichen Rahmenbedingungen und organisatorischen Möglichkeiten in den Einrichtungen methodisch stark und wurde individuell an die Gruppe angepasst:

- Halb- oder ganztägige **Seminare** zur vertieften inhaltlichen Auseinandersetzung sowie zum Erlernen neuer, gesundheitsförderlicher Verhaltensweisen im gewählten Handlungsfeld
- Kürzere, intensive **Workshopformate** zur gemeinsamen Erarbeitung relevanter, praxisnaher Inhalte für den individuellen Arbeitsalltag
- Anschließende Einzel- oder **Gruppencoachings** zur Verstärkung der erlernten bzw. erarbeiteten Inhalte sowie zum Überwinden aufgetretener Hürden und Hindernisse

In gesaPflegerie wurden u. a. folgende Themen in den Einrichtungen bearbeitet:

Table 4: Übersicht der in gesaPflegerie bearbeiteten Themenfelder – getrennt nach Führungskräften und Beschäftigten

Zielgruppe	Themenfelder
Führungskräfte	<ul style="list-style-type: none"> • Gesundheit, Stress- und Ressourcenmanagement, Kommunikation, Schnittstellenkoordination • Sensibilisierung für die eigene Gesundheit und Einflussmöglichkeiten auf die Mitarbeitergesundheit • Gesundheitsförderliche Verhaltensweisen und Handlungsmöglichkeiten für den Führungsalltag in einer Pflegeeinrichtung • Strategien für die Bewältigung und Vermeidung von Stress im Einrichtungsalltag • Wertschätzende Kommunikation
Beschäftigte	<ul style="list-style-type: none"> • Instrumentelles, mentales und regeneratives Stressmanagement • Resilienz • Kommunikation und Schnittstellenkoordination • Erarbeitung von praxisnahen Lösungsstrategien für einen gesunden Umgang mit Stress im Einrichtungsalltag • Kollegialer und wertschätzender Umgang im Team • Instrumente zur wertschätzenden Kommunikation • Entwicklung von Kommunikationsregeln für den Einrichtungsalltag

Die Planung der jeweils umgesetzten Maßnahmen erfolgte in individueller Absprache mit den Einrichtungen unter Berücksichtigung der Zusammensetzung der Teams sowie auch der Dienstplangestaltung.

– Angebote der Gewaltprävention –

Personen, die auf professionelle Pflege angewiesen sind, leiden zumeist an kognitiven und/oder körperlichen Einschränkungen, die oftmals zusätzlich mit einem erhöhten Risiko einhergehen, Gewalterfahrungen zu erleben (Lachs & Pillemer, 2015). Diese können sich sowohl in Form physischer Angriffe äußern, als sich auch gleichermaßen bspw. durch Vernachlässigung oder Demütigung auf psychischer Ebene darstellen (Eggert et al., 2017; Görge, 2017). Dabei geht Gewalt sowohl von Pflegenden als auch von Bewohnerinnen und Bewohnern aus (Eggert et al., 2017). Oftmals stellt sich die fehlende Definition oder die Kenntnis darüber, wo und wann Gewalt beginnt, als Barriere der Gewaltprävention heraus. Ebenso stehen eine unzureichende Dokumentation von Vorfällen oder mangelnde Handlungsstrategien einer erfolgreichen Gewaltprävention im Weg (Siegel et al., 2018).

Aus diesem Grund erhielten alle Einrichtungen neben den klassischen BGF-Maßnahmen in der Schnittstelle zur Gesundheit der Bewohnerinnen und Bewohner die Möglichkeit, Angebote zur Gewaltprävention in ihrer Einrichtung umsetzen zu lassen.

Im Rahmen von gesaPflegerie wurde im Kontext der Gewaltprävention mit zwei Anbietern zusammengearbeitet:

- Mit dem PART-Konzept wurde ein klassisches Gewaltpräventionsseminar angeboten, bei dem bspw. die Themen Professionalität und Auftreten, Auslöser von Gewalt und Krisenkommunikation Bestandteil des Schulungskonzeptes waren.
- Mit Humor Hilft Heilen konnte ein „alternativer Fortbildungsweg“ zum Thema Gewaltprävention gewählt werden. Ziel war es, durch Humor das gegenseitige Verständnis und die Kommunikation untereinander zu verbessern, Druck zu mindern, die eigene seelische Gesundheit zu stärken und den Umgang mit Trauer und Leid zu unterstützen.

Alle der teilnehmenden Einrichtungen nahmen die Angebote zur Gewaltprävention in Anspruch.

– Limitationen der Maßnahmenumsetzung auf Beschäftigtenebene –

Zum Zeitpunkt der in Deutschland im ersten Quartal 2020 einsetzenden COVID-19-Pandemie war die Maßnahmenumsetzung auf Beschäftigtenebene in vier der teilnehmenden Einrichtungen sowohl in Form von Gesundheitstagen als auch durch vereinzelte Seminarangebote bereits gestartet.

Im zweiten sowie am Anfang des dritten Quartals pausierte die Maßnahmenumsetzung. Dies war einerseits in den umfassenden Kontaktbeschränkungen begründet. Zudem konzentrierten sich alle Aktivitäten innerhalb der Einrichtungen auf Kernaufgaben der pflegerischen Versorgung. Mit Wiederaufnahme der Maßnahmenumsetzung wurden viele der geplanten Formate inhaltlich und methodisch angepasst. Zielführend erwies sich dabei die Verkleinerung von Gruppengrößen sowie die Verkürzung von Seminar- und Workshopzeiten, um eine Integration in den Arbeitsalltag zu erleichtern. Vereinzelt wurde auch auf eine virtuelle Umsetzung ausgewichen. Die Resonanz aus den Einrichtungen wie auch die Rückmeldung der Teilnehmenden zeigte jedoch große Vorbehalte und die geringe Affinität der Zielgruppe für digitale Formate.

4.8 Projektevaluation

Die ursprünglich im Projektansatz vorgesehene Ergebnis-, Projekt- und Prozessevaluation musste aufgrund der zum Zeitpunkt der Projektphase weiter anhaltenden COVID-19-Pandemie und der sich daraus ergebenden Veränderungen für den Projektverlauf angepasst werden. Entgegen der ursprünglichen Planungen konnten bspw. keine Effektmessungen der auf Bewohner- und Beschäftigtenebene umgesetzten Maßnahmen erfolgen. Dies lag einerseits daran, dass die Voraussetzung in und die Zusammenarbeit mit den teilnehmenden Einrichtungen dies nicht zuließen (Kontaktverbote und Kontakteinschränkungen, keine Gruppenangebote bzw. Gruppenmischung vor Ort), andererseits aufgrund der erzwungenen Pausierung in der Maßnahmenumsetzung eine zu große Zeitspanne zwischen den Messzeitpunkten der Analyse und der Evaluation lag, um Effekte messen zu können.

Um möglichst viele Aspekte in gesaPflege evaluieren zu können, entschieden sich die auftraggebenden Kranken- und Pflegekassen unter Beratung der TU Chemnitz Mitte 2020 für eine angepasste, Mixed-Method-Vorgehensweise in Anlehnung an das CIPP Evaluationsmodell (Stufflebeam et al., 1971) mit Fokus auf die „Process Evaluation“ (Döring & Bortz, 2016).

Alle geplanten Evaluationsmaßnahmen fanden auf Prozessebene statt. Dabei wurden anhand der verschiedenen Projektabschnitte die jeweilig verwendeten Methoden und die Umsetzung hinsichtlich der wahrgenommenen Zufriedenheit und Sinnhaftigkeit abgefragt. Für die Auswahl und Planung der Evaluation wurden wissenschaftliche Erkenntnisse und Standards zur Durchführung von Evaluationen herangezogen, die Methoden jedoch immer unter Berücksichtigung der Machbarkeit und Zumutbarkeit in der aktuell belastenden Situation für die gesaPflege-Einrichtungen angepasst. So wurde den Empfehlungen zu Evaluationskriterien (Evaluationsstandards der Gesellschaft für Evaluation e. V. (DeGEval), 2008) in Grundzügen gefolgt, aber der Umfang und die Anforderung gleichzeitig für die Einrichtungen machbar gehalten (ökonomische Abwicklung).



Die zusammenfassende Darstellung der Evaluationsergebnisse ist in einer Kurzpräsentation unter www.gesaPflege.de einsehbar.

Zwischenevaluation (August - Oktober 2020)

Ziel der Zwischenevaluation war es, die bisher abgeschlossenen Projektschritte in gesaPflege aus Sicht der Teilnehmenden der Steuerungsgremien hinsichtlich

- Passung des Formats zur Zielgruppe,
- Mehrwert für das Gesamtprojekt und
- Umsetzung vor Ort (auf Beschäftigtenebene)

bewerten zu lassen. Im Rahmen der Evaluation wurde den Teilnehmenden der Steuerungskreise für ihre übergreifende Sicht Raum gegeben. In ihrer Funktion als interne Steuerungs- und Organisationsorgane wurden ihre individuellen Eindrücke und Erfahrungen mit eingeholt.

Betrachtet wurden dabei die Kick-off-Workshops für Beschäftigte sowie für die Bewohnerschaft, die Beschäftigtenbefragungen, Bewohner-Interviews, die Analyseworkshops mit beiden Zielgruppen sowie die jeweiligen Strategieworkshops. Ebenso wurden Aspekte der bereits angestoßenen Prozesse zur Organisationsentwicklung abgefragt.

Beschreibung der Methodik

Die Umsetzung der Zwischenevaluation orientiert sich an einer summativen Vorgehensweise. Ziel war es insbesondere, die bisherigen Projektschritte zusammenfassend zu bewerten. Hierbei standen quantitative Methoden im Vordergrund, um Maßnahmen bzw. Projektschritte zusammenfassend bewerten und hinsichtlich ihrer zukünftigen Einsetzbarkeit in anderen Projekten prüfen zu können (Döring & Bortz, 2016).

Die Zwischenevaluation wurde in Form eines quantitativen Kurzfragebogens mit einer standardisierten fünfstufigen Likert-Skala durchgeführt. Zielgruppe der Befragung waren die Teilnehmenden der Steuerungsgremien der jeweiligen Einrichtungen.

Folgende Projektschritte wurden abgefragt:

- Kick-off
- Beschäftigtenbefragung
- Interviews mit den Bewohner/-innen
- Analyseworkshops
- Strategieworkshops
- Organisationsentwicklung

Die Projektschritte wurden jeweilig für die Beschäftigten- und Bewohnerebene differenziert und hier entsprechend die Passung zur Zielgruppe, die Umsetzung und der Mehrwert des Projektschrittes für das Gesamtprojekt abgefragt. Im Rahmen der Items zur Organisationsentwicklung wurden daran anschließend Fragen zu übergeordneten Veränderungen zum Lebens- und Arbeitsalltag während des Projekts gesammelt in den Einrichtungen gestellt.

Zusammenfassung der Ergebnisse

Insgesamt haben sich 31 Beschäftigte aus den Steuerungsgremien an der Befragung beteiligt. Die Rücklaufquoten variierten mit 0 % bis 100 % stark zwischen den Einrichtungen: Während in einer einzelnen Einrichtung bis zum Auswertungszeitpunkt keine Rückläufer verzeichnet werden konnten, haben in einer anderen Einrichtung aufgrund eines Vor-Ort-Steuerungsgremiums alle Mitglieder an der Befragung teilgenommen.

Insgesamt ist die sehr positive Bewertung des Kick-off-Workshops der Beschäftigten hervorzuheben, die als Auftaktveranstaltung in das Projekt einen zentralen Baustein zu Beginn der Bedarfsanalyse darstellte. Auch der Strategieworkshop, der insbesondere auch dazu diente, die Sicht der Beschäftigten auf die Bewohnerthemen zu erfassen und gleichzeitig eine übergeordnete Gesamtstrategie für den Veränderungsprozess in den Einrichtungen zu erarbeiten, wurde besonders positiv bewertet.

Darüber hinaus zeigen die Ergebnisse zusammenfassend, dass die Organisationsentwicklung insgesamt etwas weniger positiv bewertet wurde. Dies lässt sich einerseits dadurch erklären, dass zum Zeitpunkt der Befragung ein Großteil der Maßnahmen in den Einrichtungen noch nicht umgesetzt worden waren. Zum anderen entstand durch die im Frühjahr beginnende COVID-19-Pandemie eine lange Pause im Projekt, sodass viele der vorherig angeregten Veränderungsmöglichkeiten in den Einrichtungen intern nicht mehr weiterverfolgt oder durch die Kontaktbeschränkungen nicht mehr umgesetzt werden konnten.

Hinsichtlich der verschiedenen Subfacetten der Fragen fällt auf, dass häufig der Mehrwert eines einzelnen Projektschrittes für das Gesamtprojekt geringer bewertet wurde als die anderen Subfacetten wie die Passung zur Zielgruppe oder die Umsetzung vor Ort. In den Diskussionsrunden der Evaluationsworkshops mit den teilnehmenden Einrichtungen wurde benannt, dass der Mehrwert für die Einrichtungen aus ihrer internen Sicht häufig weniger deutlich wurde. Dies lag aus Sicht der Teilnehmenden u. a. daran, dass die Befragten vorrangig das einrichtungsinterne Projektgeschehen wahrgenommen und betrachtet haben, als dass die Zusammenhänge und Bedeutsamkeit für den übergreifenden Projektverlauf direkt ersichtlich wurden.

Zusammenfassend ließ sich jedoch erkennen, dass die einzelnen Projektschritte im Rahmen der Zwischenevaluation von den Befragten durchweg als passend für die Zielgruppe und als gut vor Ort umgesetzt bewertet wurden und somit sinnvoll und wichtig im Gesamtprojektgeschehen zu verorten sind.

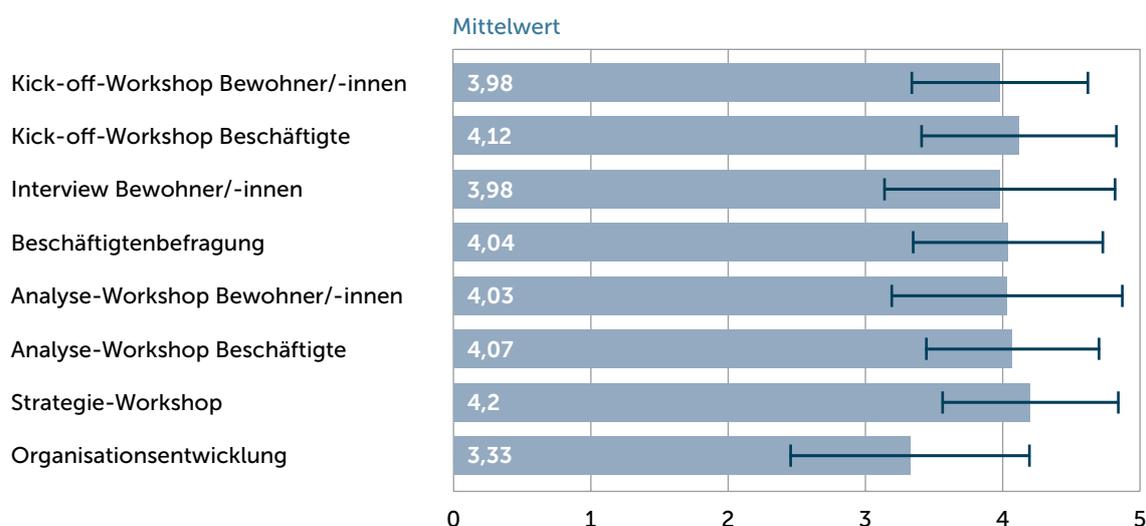


Abbildung 5: Bewertung der Projektschritte in der Zwischenevaluation

Reflexion der Methodik & Limitationen

Die Zwischenevaluation stellte sich als geeignetes Element zur Erfassung der Zufriedenheit und Sinnhaftigkeit des bisherigen Projektverlaufs heraus. Die quantitative Umsetzung war ein geeigneter Kompromiss zur Vereinbarung der Interessen aus Projekt- sowie aus Einrichtungssicht inmitten einer Hochphase der COVID-19-Pandemie.

Die homogenen Ergebnisse über die Einrichtungen hinweg (ausgenommen die Ergebnisse zu Aspekten der Organisationsentwicklung) sprechen insgesamt für einen standardisierten Prozess mit gleichbleibend hoher Qualität in gesaPflege. Die Ergebnisse zur Bewertung im Bereich der Organisationsentwicklung zeigt im Vergleich zu den anderen Projektschritten eine weniger zustimmende Ausprägung. Es wird vermutet, dass die Bewertung von strukturellen und prozessualen Veränderungen abhängt, welche z. T. erst mittel- bis langfristig sichtbar werden. Folglich war zum Erhebungszeitpunkt (noch) keine bessere Bewertung der Wirksamkeit möglich.

Weiterer Forschungsbedarf besteht zu qualitativen Eindrücken sowie zum Einbezug der Sichtweise weiterer Beschäftigten sowie auch der Bewohnerschaft. Dies hätte mit einem alternativen Format erfolgen müssen, war jedoch aufgrund der angespannten (Personal-)Situation sowie der deutschlandweiten Infektionslage nicht möglich.

Insbesondere zur Vorbereitung der Abschlussevaluation konnten die Ergebnisse der Zwischenevaluation eine gute Grundlage und Vorbereitung bieten, um passgenaue Fragestellungen und Formate zu entwickeln.

Abschlussevaluation (Februar - April 2021)

Unter der Prämisse, eine Evaluation immer gegenstandsangemessen zu konzipieren und durchzuführen (Mayring, 2009) sowie, wie von der Deutschen Gesellschaft für Evaluation (2016) in ihren Kriterien weiter definiert, durchführbar und fair zu sein (Böttcher et al., 2014; DeGEval, 2016), wurde das Vorgehen für die Abschlussevaluation in gesaPflege im Spannungsfeld zwischen auftraggeberseitigen Interessen und einrichtungsseitigen Rahmenbedingungen und Möglichkeiten entwickelt. Die Verfahren sollten „angemessen sein (Standard D1), von den Beteiligten und Betroffenen akzeptierbar sein (Standard D2) und deren unterschiedliche Sichtweisen in Rechnung gestellt werden (Standard F4).“ (Mayring, 2009, S. 321).

Im Kontext des Gesundheitsbereichs bedeutet dies vor allem die Berücksichtigung von beispielsweise einer häufig stark ausgeprägten Interdisziplinarität: Die Arbeit erfolgt am Menschen und nicht an Gütern, Beschäftigte sind in ihren Tätigkeitsfeldern hoch spezialisiert (Mayring, 2009). Gerade Präventionsprogramme im Gesundheitsbereich zeigen sich in Evaluationsprozessen als besonders herausfordernd, da diese in der Regel sehr langfristig ausgerichtet sind und es sich um schwer prüfbare Effekte handelt (Mayring, 2009). Empfehlungen zeigen daher bereits, dass zur Evaluation von Gesundheitsförderungsprogrammen stärker prozessbezogene, formative und partizipative Konzepte notwendig sind (Elkeles, 2006).

Christiansen (2000) beschreibt im Instrument zur Qualitätssicherung in der Gesundheitsförderung der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, dass sich der Evaluationsprozess nicht alleine darauf beschränken darf, die endgültigen Ergebnisse zu messen. Wichtig erscheint auch, Informationen darüber zu sammeln, wie diese Interventionsergebnisse zustande gekommen sind, um Aussagen über notwendige Verbesserungen in Konzepten treffen zu können. Insgesamt sollte demnach eine qualitätsorientierte Evaluation einer Intervention alle Schritte von der Konzeption über die Implementierung, die Messung von Outcomes bis hin zu abschließenden Bewertungen der Wirksamkeit hin zu Vorschlägen der Verbesserung berücksichtigen (Christiansen, 2000).

Aus diesem Grund wurde für die Evaluation zum Ende von gesaPflege entsprechend ein formatives Vorgehen konzipiert, in welchem qualitative Methoden im Vordergrund standen (Döring & Bortz, 2016). Dabei wurden insbesondere Verbesserungsvorschläge und Best-Practice-Beispiele aus dem Projekt erfragt und diskutiert. Im Zuge der ganzheitlichen Betrachtung und Messbarkeit der Ergebnisse wurden ergänzend niedrighschwellige, quantitative Daten zur Ergebnissicherung bspw. über Bepunktungsabfragen generiert.



Die Ergebnisse der Abschlussevaluation sind in einer Kurzpräsentation unter www.gesaPflege.de einsehbar.

Beschreibung der Methodik

Die oben beschriebenen wissenschaftlich fundierten Grundlagen zu Evaluationsstudien stellen die Basis der Endevaluation von gesaPflege dar. Dabei wurden alle bestehenden Erkenntnisse für den Aufbau, die Methoden, die Dokumentation und die Auswertung der Endevaluation vollumfänglich berücksichtigt. Vor allem den bisherigen Empfehlungen im besonderen Kontext der Prävention und Gesundheitsförderung (Elkeles, 2006; Mayring, 2009) wurde Folge geleistet, indem der Fokus auf eine prozessbezogene, formative und partizipative Evaluation gesetzt wurde.

Das Vorgehen zur Abschlussevaluation erfolgte mehrschrittig.

Baustein 1: Qualitatives Gruppeninterview der Einrichtungsleitungen

Baustein 2: Kurzbefragung & qualitative Gruppeninterviews in den teilnehmenden Einrichtungen

Baustein 3: Halbstandardisierte Experteninterviews mit den Einrichtungsleitungen

Baustein 4: Interne Projektevaluation über die umsetzende Projektgemeinschaft

Die Ergebnisse von Baustein 3 und 4 wurden einrichtungsübergreifend ausgewertet.

Baustein 1:

Qualitatives Gruppeninterview mit den Einrichtungsleitungen (Februar 2021)

Der erste Baustein der Abschlussevaluation diente der Erfassung der einrichtungsübergreifenden Sicht der Leitungen auf übergeordnete Themenfelder, die in gesaPflege bearbeitet wurden, wie etwa „Vernetzung“ und „Austausch mit anderen Einrichtungen“, sowie ihre ökonomische Sicht auf das Projekt. Die Einschätzungen der Einrichtungsleitungen sollten erfasst und gleichsam u. a. im Hinblick auf Folge- und/oder ähnlich gelagerte Projekte diskutiert werden.

Dazu wurde ein virtuelles halbstandardisiertes Gruppeninterview anhand von Leitfragen durchgeführt (Döring & Bortz, 2016). Für diese Methode sprach insbesondere, dass Widersprüche und Gemeinsamkeiten in der Wahrnehmung zwischen den verschiedenen Einrichtungen innerhalb des Projektverlaufes direkt erfasst und beobachtet werden können (Döring & Bortz, 2016).

Die Diskussion erfolgte anhand vorgegebener Themenfelder:

- Zukünftiger Austausch und Zusammenarbeit mit anderen Einrichtungen
- Zukünftige Vernetzung in der Region
- Zukünftige Unterstützung durch Kranken- und Pflegekassen
- Zukünftige Organisationsentwicklung in der stationären Altenpflege

Die qualitativen Antworten (Stichworte & kurze Sätze der Einrichtungsleitungen) wurden virtuell auf einem Whiteboard dokumentiert und im Anschluss daran mittels qualitativer Inhaltsanalyse (Mayring, 2020) nach Kategorien gebündelt sowie nach Häufigkeit der Nennung ausgewertet (Schreier, 2014).

Baustein 2:**Kurzbefragung & qualitative Gruppeninterviews in den teilnehmenden Einrichtungen (März 2021)**

Im Fokus des zweiten Bausteins der Abschlussevaluation stand die einrichtungsspezifische Wahrnehmung von Beschäftigten auf Handlungsfelder der Bewohner- und Beschäftigtenebene. In den qualitativen Gruppeninterviews wurde vor allem der Zielgruppe der Beschäftigten Raum gegeben, um die Wahrnehmung jener abzufragen, die im Alltag für die Umsetzung der gelernten Inhalte verantwortlich waren. Damit wurde den Empfehlungen der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (Christiansen, 2000) hinsichtlich des Einholens der Stakeholderperspektive im Rahmen des Evaluationsprozesses gefolgt.

Im Rahmen des Evaluationsbausteins wurde zunächst ein quantitatives Kurzfragebogenverfahren für alle Teilnehmenden der Gruppe eingesetzt. Abgefragt wurden folgende Dimensionen:

- Wahrnehmung des Projekts gesaPflege innerhalb der Einrichtung
- Kommunikation innerhalb der Einrichtung
- Auswahl der Maßnahmen
- Inhalte der umgesetzten Maßnahmen

Zur Auswertung wurden die quantitativen Antworten in Mittelwerte über alle Einrichtungen hinweg zusammengeführt.

An die Befragung anschließend erfolgte ein halbstandardisiertes Gruppeninterview anhand von Leitfragen (Döring & Bortz, 2016). Für diese Methode sprach vor allem, dass eine natürliche Gesprächssituation im Rahmen der verschiedenen Teams erzeugt werden konnte, um so Widersprüche und Gemeinsamkeiten in der Wahrnehmung der Beschäftigten innerhalb einer spezifischen Einrichtung hinsichtlich der Leitfragen zu erfassen (Döring & Bortz, 2016). Die Abfrage erfolgte jeweils getrennt für die Bewohner- sowie die Beschäftigenthemen:

- Wahrnehmung der Maßnahmen
- Weiterverfolgung von Inhalten
- Nachhaltigkeit der Maßnahmen
- Erzielte Veränderungen
- Offene Wünsche

Die qualitativen Antworten der Teilnehmenden (Stichworte & kurze Sätze auf den Flipcharts) wurden mittels qualitativer Inhaltsanalyse (Mayring, 2020) nach Kategorien gebündelt und nach Häufigkeit der Nennung ausgewertet (Schreier, 2014).

Baustein 3:**Halbstandardisierte Experteninterviews mit den Einrichtungsleitungen (April 2021)**

Ziel der Experteninterviews war es, die Einschätzungen der Einrichtungsleitungen hinsichtlich spezifischer einrichtungsindividueller Projektverläufe von gesaPflege zu erfassen. Darüber hinaus wurden besondere Herausforderungen oder Hindernisse des Projektprozesses beleuchtet und zusätzlich herausgearbeitet, welche Methoden und Konzepte im Projekt besonders gut funktioniert haben. Ebenso sollten mögliche Verbesserungspotenziale identifiziert werden.

Hierzu wurden im Rahmen des dritten Evaluationsbausteins telefonische halbstandardisierte Experteninterviews anhand von Leitfragen durchgeführt (Döring & Bortz, 2016), die auf den verschiedenen Zwischenevaluationsergebnissen und den Ergebnissen der vorangegangenen

Evaluationsbausteine aufbauten. Das mittels Interviews erhobene Expertenwissen bezog sich neben gedanklich und sprachlich strukturellem Fachwissen auch auf Praxis- und Handlungswissen (Döring & Bortz, 2016).

Der Interviewleitfaden umfasste folgende Themenfelder:

- Hindernisse und Herausforderungen im individuellen Projektverlauf
- Erwartungen und Ergebnisse
- Prozessarbeit/Organisationsentwicklung
- Methoden und Zusammenarbeit
- Wünsche und Empfehlungen

Im Anschluss an die telefonische Durchführung wurden die Experteninterviews transkribiert, mittels thematischer Analyse ausgewertet (Braun & Clarke, 2006), nach Themen gebündelt und nach Häufigkeit der Nennung zusammengefasst.

Baustein 4:

Interne Projektevaluation über die umsetzende Projektgemeinschaft (April 2021)

Im Zuge der internen Projektevaluation wurden der Projektverlauf sowie die eingesetzten Methoden aus Sicht der umsetzenden Projektgemeinschaft reflektiert und zudem eine Einschätzung zur Struktur der Projektgemeinschaft, der internen Kommunikation und der Zusammenarbeit erfasst. Dieser interne Evaluationsbaustein wies damit insbesondere eine hohe Bedeutsamkeit für Folgeprojekte und den später zu verfassenden Handlungsleitfaden auf. Für die interne Projektevaluation wurden alle am Projekt Beteiligten der Gemeinschaft von Team Gesundheit, dem BGF Institut und der Technischen Universität Chemnitz hinzugezogen.

Der 4. Evaluationsbaustein bestand aus einem Kurzfragebogen, dessen quantitative Antworten zur Auswertung in Mittelwerten zusammengeführt wurden. Diese Ergebnisse dienen als Basis für den sich anschließenden halbstandardisierten Gruppenaustausch anhand von Leitfragen (Döring & Bortz, 2016). Durch den gewählten Mixed-Methods-Ansatz konnten ein Maximum an Informationen und Aussagekraft generiert werden sowie gleichzeitig Widersprüche und Gemeinsamkeiten in der Wahrnehmung der Projektgemeinschaft herausgearbeitet werden (Döring & Bortz, 2016).

Folgende Dimensionen wurden quantitativ wie qualitativ abgefragt:

- Angewandte Methoden
- Zielerreichung
- Erstellung des Handlungsleitfadens
- Interne und externe Kommunikation*
- Zusammenarbeit in der Projektgemeinschaft*
- Zusammenarbeit mit den Projekteinrichtungen
- Vereinbarkeit von Wissenschaft und Praxis
- Struktur des Projekts
- Rollenerwartungen*
- Einfluss der COVID-19-Pandemie

*Der 4. Baustein der Abschlussevaluation diente gleichsam als Austausch- und Reflexionsformat für die Zusammenarbeit innerhalb der umsetzenden Projektgemeinschaft. Aus diesem Grund wurden nicht alle Ergebnisse des Austauschformats veröffentlicht.

Die qualitativen Antworten (Stichworte & kurze Sätze der Beteiligten) auf dem virtuellen Whiteboard wurden mittels qualitativer Inhaltsanalyse (Mayring, 2020) nach Kategorien gebündelt und nach Häufigkeit der Nennung ausgewertet (Schreier, 2014).

Zusammenfassung der Ergebnisse

Die Abschlussevaluation mithilfe der vier umgesetzten Bausteine brachte u. a. folgende zentrale Erkenntnisse:

– Projektübergreifende Erkenntnisse –

- Die Unterstützung durch Kranken- und Pflegekassen in Form von Projekten ist hilfreich und empfehlenswert.
- Durch gesaPflege konnten Impulse in den Einrichtungen gesetzt werden. Das Projekt wurde als gewinnbringend erlebt.
- Die Zusammenarbeit in gesaPflege wurde als wertschätzend und positiv wahrgenommen. Auch konnten Herausforderungen im Projektverlauf (u. a. durch die durchgängige Prozessberatung) gut gemeistert werden.
- Die Wahrnehmung des Projektes war innerhalb der Belegschaften heterogen, aber durchweg positiv.
- Das Einsetzen der COVID-19-Pandemie war ein maßgeblicher negativer Einflussfaktor auf gesaPflege, den vorgesehenen Projektablauf sowie den Projekterfolg. Durch das Anpassen des geplanten Vorgehens konnte ein Teil der negativen Auswirkungen abgefangen werden.

– Eingesetzte Methoden & Maßnahmen –

- Die in gesaPflege eingesetzten Methoden wurden als zielführend und passend erlebt. Die umgesetzten Analyseschritte könnten aus Sicht der Einrichtungsleitungen kürzer und prägnanter sein. Die lange Analysephase sowie auch die enge Definition der Arbeitspakete wurden der dynamischen Umwelt in Pflegeeinrichtungen z. T. nicht gerecht.
- Es stellte sich als große Herausforderung dar, die heterogene Bewohnerschaft in der Bedarfsanalyse gut partizipieren zu lassen und einen wirklichen Erkenntnisgewinn zu schaffen.
- Die Auswahl der Maßnahmen in gesaPflege wurde als geeignet empfunden.

– Erzielte Veränderungen –

- Erzielte Veränderungen betrafen insbesondere die Sensibilisierung der Beschäftigten, Aspekte der Kommunikation sowie strukturelle Veränderungen.
- Zudem wurden im Zuge des Projekts vielfältige Organisationsentwicklungsbedarfe in den Einrichtungen erkannt. Es braucht im Projektansatz noch mehr Ressourcen und Flexibilität, um diese bearbeiten zu können.
- Die einrichtungübergreifende Vernetzung sowie auch der Austausch wurden als unterstützend und wirksam erlebt.

– Empfehlungen für ähnlich gelagerte Projekte –

- Für zukünftige Projekte wurden kürzere Zeiträume, eine schnellere und nachhaltigere Umsetzung, Individualmaßnahmen und insgesamt mehr Flexibilität im Projektablauf zur Optimierung benannt.
- Zukünftige Projekte sollten Niedrigschwelligkeit, grundsätzliche Rahmenbedingungen und Ressourcen in der Pflege sowie die Nachhaltigkeit besonders berücksichtigen.
- Die Bewohnerebene sollte in Projekten zur Gesundheitsförderung in der stationären Pflege insgesamt noch mehr in den Vordergrund gerückt werden. Der Einbezug war aus Sicht der Einrichtungen jedoch gleichzeitig sehr herausfordernd.
- Die Vernetzung von Einrichtungen im Sinne von Arbeitsgruppen zu spezifischen Themen mit zielgerichteter Arbeit wäre wünschenswert.

Reflexion der Methodik & Limitationen

Die mehrschrittige Umsetzung der Abschlussevaluation erfolgte in einer dreimonatigen Projektphase mit sehr enger Zeitplanung. Aus diesem Grund und durch die unterschiedliche COVID-19-Situation in den jeweiligen Einrichtungen konnten nicht alle Analyseschritte mit allen Beteiligten umgesetzt werden: Beispielsweise ließ sich in zwei der sieben teilnehmenden Einrichtungen Baustein 2 nicht realisieren. Nichtsdestotrotz konnte eine breite und umfassende Anzahl an Personen zur Sammlung von Erfahrungswissen in gesaPflege beteiligt werden. Die vielfältig qualitative Herangehensweise hatte einen großen Mehrwert für die Generierung von Empfehlungen und konkreten Anknüpfungspunkten für ähnlich gelagerte Projekte.

Die Abschlussevaluation hätte durch einen unmittelbaren Einbezug von Bewohnerinnen und Bewohnern in den jeweiligen Einrichtungen sinnvoll ergänzt werden können, um aus der Hauptzielgruppe heraus Informationen zu generieren. Dies war aufgrund der Infektionslage sowie der zum Zeitpunkt der Umsetzung geltenden Hygienebestimmungen nicht möglich.

5

Lessons Learned - Übergreifende Empfehlungen für ähnlich gelagerte Projektvorhaben

In den vorangegangenen Kapiteln wurden bereits eine Vielzahl an Erfahrungswerten und Erkenntnissen im Rahmen von gesaPflege benannt. Folgend werden einige übergreifende Empfehlungen dargestellt, die zukünftige ähnlich gelagerte Vorhaben beim Aufsatz und der Umsetzung von Projekten unterstützen können.

Interdisziplinäre Projektgemeinschaft

Die Umsetzung des Modellprojekts gesaPflege durch die interdisziplinäre Projektgemeinschaft aus Wissenschaft und Praxis war von großem Mehrwert, insbesondere durch die Beleuchtung des Vorhabens aus unterschiedlichen theorie- und praxisorientierten Perspektiven. Alle Ideen und Prozesse von gesaPflege wurden durch die umsetzende Projektgemeinschaft intensiv beleuchtet und abgewogen.

Für die teilnehmenden Einrichtungen stellte sich dieser Mehrwert als weniger bedeutsam heraus, oftmals fehlte ihnen das Verständnis für die daraus resultierenden Verantwortlichkeiten und notwendigen Abstimmungsschleifen, was einen erhöhten Kommunikationsaufwand mit sich brachte, jedoch keinen negativen Einfluss auf den Projektverlauf hatte.

Die Umsetzung von gesaPflege durch ein interdisziplinäres Team war mit einem erhöhten Ressourceneinsatz verbunden, insbesondere im Bereich Projektmanagement, Konzeption und Kommunikation. Dies liegt bspw. in der Notwendigkeit, unterschiedliche Perspektiven und Anspruchshaltungen miteinander zu vereinen, begründet. Aufgrund des hohen inhaltlichen Mehrwerts für gesaPflege ist dieses Vorgehen für ähnlich gelagerte (Modell-)Projekte jedoch empfehlenswert.

Projektinterne Kommunikationsstrukturen

Durch die Vielzahl an beteiligten Akteurinnen und Akteuren wurde gesaPflege von einer intensiven Kommunikationsstruktur begleitet, die über das normale Maß an Projektmanagement von Projekten dieser Größe hinausging. Die Mehraufwände waren u. a. durch mehrstufige, engmaschige schriftliche wie mündliche Abstimmungsverfahren zwischen Auftraggeber und Auftragnehmer sowie auch einer im Projektverlauf zunehmenden Öffentlichkeitsarbeit begründet.

Zur Strukturierung der Kommunikation wurde aufseiten der umsetzenden Projektgemeinschaft eine zentrale Gesamtprojektleitung eingesetzt, die gesaPflege gemeinsam mit der Federführung aufseiten der Kranken- und Pflegekassen steuerte. Im Zuge der langjährigen und vertrauensvollen Zusammenarbeit auf beiden Seiten entwickelte sich eine partnerschaftliche Projektsteuerung mit hohem Mehrwert für gesaPflege.

Zum Abschluss des Modellprojekts wurde die Kommunikation der Gesamtprojektleitung zur Federführung der auftraggebenden Kranken- und Pflegekassen bedarfsorientiert umgestellt: Während für den Projektverlauf weniger häufige, dafür aber intensivere Reportingformate wie schriftliche Berichte und Konzepte im Vordergrund standen, wurden für die letzten Monate des Projekts wöchentliche, kürzere Regeltermine eingestellt und aus Ressourcengründen z. T. auf ausführliche, schriftliche Dokumentationsformen zum Projektstand verzichtet.

Für zukünftige, ähnlich gelagerte Projekte ist insgesamt eine flexible und agile Form des Projektmanagements empfehlenswert.

Kommunikation & Information der teilnehmenden Einrichtungen

Im Projektaufsatz von gesaPflege waren möglichst einheitliche Kommunikationsstrategien für die Arbeit in und mit den Einrichtungen definiert. Dabei wurde größtenteils auf (Informations-)Material und Erklärmedien verzichtet. Dies erwies sich im Projektverlauf als z. T. herausfordernd und sollte für ähnlich gelagerte Projektvorhaben angepasst werden.

Einer der Gründe war der in den Einrichtungen teilweise geringe Durchdringungsgrad der Digitalisierung. Viele Einrichtungen arbeiteten weiterhin mit analogen Dokumentationsformen sowie auch Aushängen und Rundschreiben zur Information ihrer Beschäftigten. Nur wenige Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter hatten bspw. dauerhaften Zugang zu Computern.

Die Erweiterung der Projektkommunikation um einheitliche Flyer oder Plakate mit wiederkehrendem Projektdesign hätte gesaPflege sinnvoll ergänzt. Dies wurde von den Einrichtungsleitungen wie auch den Beschäftigten der Einrichtungen im Rahmen der Abschlussevaluation mehrfach benannt, um das Projekt in der Bewohner- und Belegschaft (beide mit oftmals jeweils hohen Fluktuationsraten) bekannt zu machen und zu halten und für das Thema „Gesundheit“ zu begeistern. Dabei sollte auch auf Aspekte der Niedrigschwelligkeit der genutzten Sprache geachtet werden. Es wurde in gesaPflege ebenfalls angeregt, Informationsmaterialien in mehreren Sprachen zur Verfügung zu stellen, um alle Beschäftigten gleichermaßen abzuholen.

Eine weitere Herausforderung im Bereich Kommunikation ergab sich durch die Erreichbarkeit der Projektbeteiligten in den gesaPflege-Einrichtungen. Für zukünftige Projektvorhaben sollte auf eine weniger pauschalisierte, sondern vielmehr flexible Kalkulation von personellen wie auch zeitlichen Ressourcen geachtet werden, durch die Einrichtungen bedarfs- und bedürfnisorientiert begleitet werden können. Dies betrifft bspw. auch die Vorlaufzeiten für die Planung von Terminen: Während einige Einrichtungen Sitzungen mit zwei Wochen Vorlauf realisieren konnten, benötigten andere Einrichtungen zwei Monate zur Planung, um die Termine in den Dienstplänen berücksichtigen zu können.

Einrichtungsleitungen als Gatekeeper

In gesaPflege wurden die Einrichtungsleitungen als zentrale Ansprechpersonen für den einrichtungsinternen Projektverlauf definiert. Dies war mit unterschiedlichen Vor- und Nachteilen verbunden.

Zum einen zeigte sich, dass durch die Kommunikation mit den Einrichtungsleitungen auf kurzem Wege Entscheidungen getroffen und/oder Freigaben eingeholt werden konnten. Gleichsam wurden die Leitungen so direkt als Multiplikatorinnen und Multiplikatoren des Gesundheitsförderungsprozesses gewonnen und in ihrer Vorbildfunktion für die gesamte Einrichtung eingespannt.

Nachteilig war die Zusammenarbeit mit den Einrichtungsleitungen bspw. aufgrund der Vielzahl anderer relevanter Themen sowie ihrer z. T. eingeschränkten Erreichbarkeit. Auch war ein aus Projektsicht wünschenswerter Einbezug des gesamten Steuerungsgremiums bei Entscheidungsprozessen aus Sicht der Einrichtungsleitungen teilweise nicht (mehr) erforderlich. An diesen Stellen wiesen die gesaPflege-Projektleitungen immer wieder auf die Bedeutsamkeit der Partizipation aller relevanten Anspruchsgruppen hin.

Für ähnlich gelagerte Projektvorhaben ist es empfehlenswert, gemeinsam mit den beteiligten Einrichtungen und anhand der Strukturen und Prozesse vor Ort zu entscheiden, welche Person(en) als Koordinatorinnen und Koordinatoren eingesetzt werden sollen.

Einbezug der Bewohnerschaft in das Gesamtprojekt

Das gemäß Leitfaden Prävention geforderte Einbeziehen der Bewohnerinnen und Bewohner in den gesamten Projektverlauf erwies sich an vielen Stellen von gesaPflege als herausfordernd und in der Praxis nicht immer umsetzbar. Besonders deutlich wurde dies in den Steuerungsgremien als zentrale Lenkungsorgane des Gesundheitsförderungsprozesses: Während die Sitzungen dazu dienen sollten, gesaPflege insbesondere für die Einrichtungen ressourcenschonend voranzubringen und zu Entscheidungen und Ergebnissen zu kommen, überforderte die Bewohnerinnen und Bewohner die gemäß Leitfaden Prävention gewünschte Teilnahme teilweise kognitiv. An dieser Stelle bedarf es einer kritischen Betrachtung des Leitfaden Prävention und der in ihm benannten Umsetzungsvorgaben, insbesondere in einer sich stark verändernden und zunehmenden multimorbid erkrankten Bewohnerschaft.

In gesaPflege wurde darauf mittels Umsetzung von Einzel- oder Kleingruppenformaten auf Bewohnerebene reagiert, sofern sie zeitlich wie personell realisiert werden konnten. In den entsprechenden Terminen konnten die Bewohnerinnen und Bewohner bedarfsorientiert über den aktuellen Projektstand informiert und in Entscheidungsprozesse einbezogen werden. Dabei unterstützten die ihnen vertrauten Beschäftigten der Einrichtungen den Prozess, indem sie die Bewohnerinnen und Bewohner zur Beteiligung ermutigten oder als Sprachrohr für sie fungierten. Grundsätzlich fiel es Bewohnerinnen und Bewohnern schwer, eigene Bedarfe und/oder Wünsche zu äußern. Dies liegt, wie zu vermuten war, u. a. an einer generationstypischen Sozialisierung. Die Ansprache der Bewohnerinnen und Bewohner wurde in gesaPflege aus diesem Grund immer weiter angepasst und auf ihre Niedrigschwelligkeit hin überprüft. Fragen zu konkreten Wünschen oder Verbesserungsmöglichkeiten wurden bestenfalls gemeinsam mit Angehörigen oder nahestehenden Beschäftigten thematisiert.

Ebenfalls ist bei ähnlich gelagerten Projektvorhaben darauf zu achten, entsprechende zeitliche und finanzielle Ressourcen einzukalkulieren, die z. B. Einzelzuwendungen – insbesondere auf Bewohnerebene – möglich machen, um den Gestaltungsspielraum für Veränderungen zu vergrößern. Dies zeigt sich insbesondere beim Theorie-Praxis-Transfer: Studien, die sich als wirksam erwiesen haben, sind bspw. aufgrund der deutlich geringeren Personalmittel im Einrichtungsallday oftmals nicht nutzbar.

6

Literaturverzeichnis

- Abu-Omar, K. & Rütten, A. (2012). Körperliche Aktivität und Public Health. Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz, 55, 66-72.
- Aiken, L. H., Clarke, S. P., Sloane, D. M., Lake, E. T., & Cheney, T. (2008). Effects of hospital care environment on patient mortality and nurse outcomes. *The Journal of nursing administration*, 38(5), 223-229. <https://doi.org/10.1097/01.NNA.0000312773.42352.d7>
- Alzheimer's Disease International (2015): World Alzheimer Report 2015. The global impact of dementia. An analysis of prevalence, incidence, cost and trends. Alzheimer's Disease International.
- Aronsson, G., Gustafsson, K., & Dallner, M. (2000). Sick but yet at work. An empirical study of sickness presenteeism. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 54(7), 502-509. <https://doi.org/10.1136/jech.54.7.502>
- Atkins, C. J., Kaplan, R. M., & Toshima, M. T. (1991). Close relationships in the epidemiology of cardiovascular disease. In W. H. Jones & D. Perlman (Eds.), *Advances in personal relationships* (3rd ed., pp. 207-231). Jessica Kingsley Publishers Ltd. http://rmkaplan.bol.ucla.edu/Robert_M_Kaplan/1991_Publications_files/0156.pdf
- Austin, C. L., Saylor, R., & Finley, P. J. (2017). Moral distress in physicians and nurses: Impact on professional quality of life and turnover. *Psychological trauma: theory, research, practice and policy*, 9(4), 399-406. <https://doi.org/10.1037/tra0000201>
- Bertram, G., & Stickley, T. (2007). Young and heart, an evaluation of the Young@Heart dance project for older people. Dance4, University of Nottingham.
- Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege (BGW) (2013). Mitarbeiterbefragung Psychische Belastung und Beanspruchung. BGW miab für die Pflege und den stationären Wohnbereich der Behindertenhilfe. Eigenverlag.
- Bohlmeijer, E., Smit, F., & Cuijpers, P. (2003). Effects of reminiscence and life review on late-life depression: A meta-analysis. *International journal of geriatric psychiatry*, 18(12), 1088-1094. <https://doi.org/10.1002/gps.1018>
- Böttcher, W., Kerlen, C., Maats, P., Schwab, O. & Sheikh, S. (2014). Evaluation in Deutschland und Österreich Stand und Entwicklungsperspektiven in den Arbeitsfeldern der DeGEval – Gesellschaft für Evaluation. Waxmann Verlag GmbH.
- Braun, C. (2015). Komplexität interner Dienstleistungen. Konzeptualisierung, Messung und Integration in ein Wirkungsmodell. Springer Gabler.
- Braun, V., & Clarke, V. (2006). Using thematic analysis in psychology. *Qualitative Research in Psychology*, 3(2), 77-101. <https://doi.org/10.1191/1478088706qp063oa>
- Bundesagentur für Arbeit. (2021). Arbeitsmarktsituation im Pflegebereich. Bundesagentur für Arbeit. https://statistik.arbeitsagentur.de/DE/Statischer-Content/Statistiken/Themen-im-Fokus/Berufe/Generische-Publikationen/Altenpflege.pdf?__blob=publicationFile&v=8
- Bundesministerium für Gesundheit. (2019). Zahlen und Fakten zur Pflegeversicherung. Bundesministerium für Gesundheit. https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3_Downloads/Statistiken/Pflegeversicherung/Zahlen_und_Fakten/Zahlen_und_Fakten_der_SPV_Juli_2020_bf.pdf
- Cacioppo, J. T., Chen, H. Y., & Cacioppo, S. (2017). Reciprocal influences between loneliness and self-centeredness: A cross-lagged panel analysis in a population-based sample of African American, Hispanic and Caucasian adults. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 43, 1125-1135. <http://doi.org/10.1177/0146167217705120>
- Christiansen, G. (2000). Evaluation – ein Instrument zur Qualitätssicherung in der Gesundheitsförderung. Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung.
- Cramer-Ebner, R., Dorn, C., Feilcke, A., & Hach, I. (2017). Befinden und psychosoziale Aktivitäten im Pflegeheim: Befragung von Bewohnern. *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie*, 50(6), 538-546. <https://doi.org/10.1007/s00391-016-1080-7>

- Deutsche Gesellschaft für Evaluation e.V. (DeGEval). (2008). Standards für Evaluation. <https://www.degeval.org/degeval-standards-alt/kurzfassung/>
- Deutsche Gesellschaft für Evaluation (DeGEval). (2016). Standards für Evaluation – Erste Revision auf Basis der Fassung 2002. DeGEval – Gesellschaft für Evaluation e.V.
- Dhaini, S. R., Zúñiga, F., Ausserhofer, D., Simon, M., Kunz, R., De Geest, S., & Schwendimann, R. (2016). Care workers health in Swiss nursing homes and its association with psychosocial work environment: A cross-sectional study. *International Journal of Nursing Studies*, 53, 105-115. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2015.08.011>
- Döring, N. & Bortz, J. (2016). *Forschungsmethoden und Evaluation in den Sozial- und Humanwissenschaften* (5. Auflage). Springer. doi: 10.1007/978-3-642-41089-5
- Drössler, S., Steputat, A., Schubert, M., Euler, U., & Seidler, A. (2016). Psychische Gesundheit in der Arbeitswelt – Soziale Beziehungen. Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin. https://www.baua.de/DE/Angebote/Publicationen/Berichte/F2353-2b.pdf?__blob=publicationFile&v=5
- Eggert, S., Schnapp, P., & Sulmann, D. (2017). ZQP-Analyse: Gewalt in der stationären Langzeitpflege. In ZQP-Report (2017). Gewaltprävention in der Pflege. Zentrum für Qualität in der Pflege.
- Eisenberger, R., Cummings, J., Armeli, S. & Lynch, P. (1997). Perceived Organizational Support, Discretionary Treatment and Job Satisfaction. *Journal of Applied Psychology*, 82, 812-820. <https://doi.org/10.1037/0021-9010.82.5.812>
- Elkeles, T. (2006). Evaluation von Gesundheitsförderung und die Forderung nach Evidenzbasierung. *Zeitschrift für Evaluation*, 1, 39-70.
- Fleischmann, N., Vanheiden, T., Wendland, S., & Wolff, B. (2019). Gesundheitsförderung in stationären Pflegeeinrichtungen. *Prävention und Gesundheitsförderung*, 14, 343-348. <https://doi.org/10.1007/s11553-019-00713-8>
- Fornaro, M., Solmi, M., Stubbs, B., Veronese, N., Monaco, F., Novello, S., Fusco, A., Anastasia, A., De Berardis, D., Carvalho, A. F., De Bartolomeis, A., & Vieta, E. (2020). Prevalence and correlates of major depressive disorder, bipolar disorder and schizophrenia among nursing home residents without dementia: Systematic review and meta-analysis. *British Journal of Psychiatry*, 216 (1), 6-15. Cambridge University Press. <https://doi.org/10.1192/bjp.2019.5>
- Franke, F. & Felfe, J. (2016). *Health oriented Leadership*. Bern: Hans Huber.
- French, W., & Bell, C. H. (1977). *Organization development*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall.
- Fries, S. & Souvignier, E. (2020). Training. In E. Wild & J. Möller (Hrsg.), *Pädagogische Psychologie* (3. Auflage, S. 405-424). Springer.
- Glaser, B. G. & Strauss, A. L. (2008). *Grounded Theory. Strategien qualitativer Forschung* (2., korr. Aufl., 1. Nachdr.). Huber.
- GKV-Spitzenverband. (2020a). Leitfaden Prävention in stationären Pflegeeinrichtungen nach § 5 SGB XI. https://www.gkv-spitzenverband.de/krankenversicherung/praevention_selbsthilfe_beratung/praevention_und_bgf/leitfaden_praevention/leitfaden_praevention.jsp
- GKV-Spitzenverband. (2020b). Leitfaden Prävention – Handlungsfelder und Kriterien nach § 20 Abs. 2 SGB V. https://www.gkv-spitzenverband.de/krankenversicherung/praevention_selbsthilfe_beratung/praevention_und_bgf/leitfaden_praevention/leitfaden_praevention.jsp
- Görgen, T. (2001). Elder abuse and neglect in residential settings in Germany. Presented Paper at the XVIIth World Congress of Gerontology, Vancouver, Canada, 1.-6. Juli 2001.
- Görgen, T. (2017). Wissen über das Phänomen Gewalt in der Pflege. In ZQP-Report (2017). Gewaltprävention in der Pflege. Zentrum für Qualität in der Pflege.
- Guzmán-García, A., Hughes, J. C., James, I. A., & Rochester, L. (2013). Dancing as a psychosocial intervention in care homes: A systematic review of the literature. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 28(9), 914–924. <https://doi.org/10.1002/gps.3913>
- Helfferich, C. (2004). *Die Qualität qualitativer Daten. Manual für die Durchführung qualitativer Interviews*. Verlag für Sozialwissenschaften.
- Herdman, M., Gudex, C., Lloyd, A., Janssen, M., Kind, P., Parkin, D., Bonnel, G., & Badia, X. (2011). Development and preliminary testing of the new five-level version of EQ-5D (EQ-5D-5L). *Quality of life research: an international journal of quality of life aspects of treatment, care and rehabilitation*, 20(10), 1727-1736. <https://doi.org/10.1007/s11136-011-9903-x>

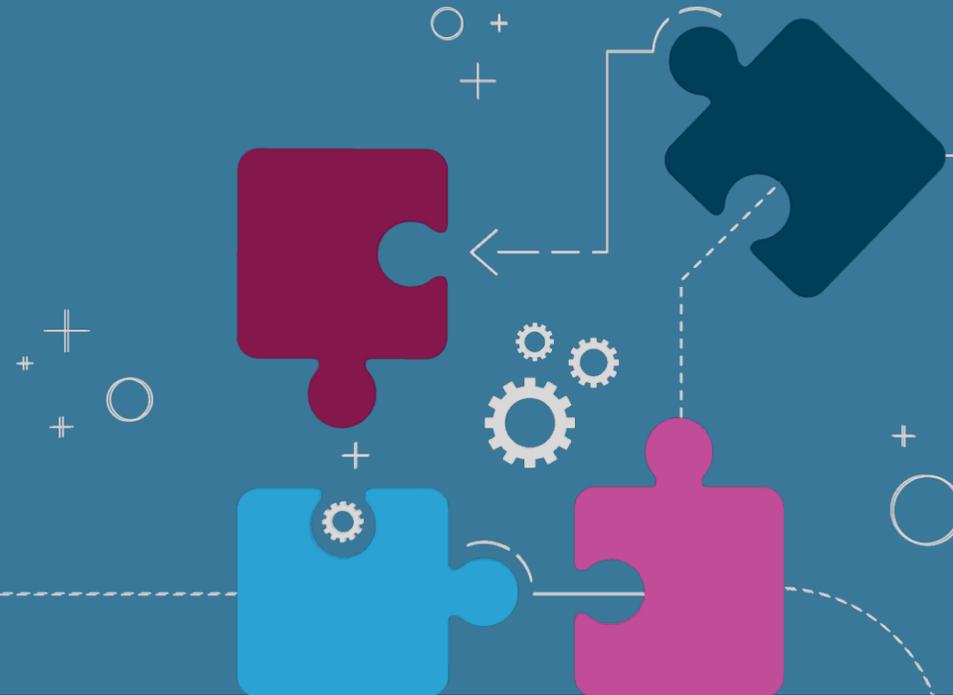
- Herzog, A., Wöpking, M., Dierking, D., Fischer, S., & Kollak, I. (2017). Es war einmal ... und geht noch weiter! Was wir aus dem Projekt „Es war einmal ... Märchen und Demenz“ gelernt haben und weitergeben möchten. In I. Kollak (Hrsg.), *Menschen mit Demenz durch Kunst und Kreativität aktivieren: Eine Anleitung für Pflege- und Betreuungspersonen* (S. 3-19). Springer. <http://doi.org/10.1007/978-3-662-48825-6>
- Himmler, A. (2015). *Lebenscollagen – Erinnerungsarbeit mit ästhetisch-bildnerischen Ausdrucksmitteln in der stationären Altenpflege: Dokumentation und interdisziplinäre Verortung eines kunstpädagogischen Projekts*. Herbert utz Verlag.
- Hogg, M. A., & Terry, D. J. (2000). Social identity and self-categorization processes in organizational contexts. *The Academy of Management Review*, 25(1), 12140. <https://doi.org/10.2307/259266>
- Initiative Gesundheit und Arbeit (2019). *Nachhaltig gesund: Erfolgsfaktoren für BGM*. Institut für Arbeit und Gesundheit der Deutschen Gesetzlichen Unfallversicherung (IAG).
- Isfort, M., Rottländer, R., Weidner, F., Gehlen, D., Hylla, J. & Tucman, D. (2018). *Pflege-Thermometer 2018. Eine bundesweite Befragung von Führungskräften zur Situation der Pflege und Patientenversorgung in der stationären Langzeitpflege in Deutschland*. Deutsches Institut für angewandte Pflegeforschung e.V. (DIP), Köln.
- Karpati, F. J., Giacosa, C., Foster, N. E., Penhune, V. B., & Hyde, K. L. (2015). Dance and the brain: A review. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 1337, 140-146. <https://doi.org/10.1111/nyas.12632>
- Kleina, T., Brause, M., Horn, A., Wingenfeld, K., & Schaeffer, D. (2012). *Qualität und Gesundheit in der stationären Altenhilfe – Eine empirische Bestandsaufnahme (Veröffentlichungsreihe des Instituts für Pflegewissenschaft an der Universität Bielefeld, P12-147)*. Institut für Pflegewissenschaft an der Universität Bielefeld.
- Kristensen, S., Borritz, M., Villadsen, E. & Christensen, K. (2007). The Copenhagen Burnout Inventory: A new tool for the assessment of burnout. *Work & Stress*, 19, 192-207.
- Kshtriya, S., Barnstaple, R., Rabinovich, D. B., & DeSouza, J. F. X. (2015). Dance and aging: A critical review of findings in neuroscience. *American Journal of Dance Therapy*, 37(2), 81-112. <https://doi.org/10.1007/s10465-015-9196-7>
- Kuhlmeier, A., & Schaeffer, D. (2008). *Alter, Gesundheit und Krankheit*. Huber.
- Lachs, M. S., & Pillemer, K. A. (2015). Elder Abuse. *The New England journal of medicine*, 373(20), 1947–1956. <https://doi.org/10.1056/NEJMra1404688>
- Layden, E. A., Cacioppo, J. T., Cacioppo, S., Cappa, S. F., Dodich, A., Falini, A., et al. (2017). Perceived social isolation is associated with altered functional connectivity in neural networks associated with tonic alertness and executive control. *NeuroImage*, 145, 58–73. <http://doi.org/10.1016/j.neuroimage.2016.09.050>
- Layden, E. A., Cacioppo, J. T., & Cacioppo, S. (2018). Loneliness predicts a preference for larger interpersonal distance within intimate space. *PLoS ONE*, 13(9), e0203491. 7 <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0203491>
- Mayring, P. (2009). *Evaluation im Bereich Gesundheit – Beispiel Deutschland*. In T. Widmer, W. Beywl, & C. Fabian (Hrsg.), *Evaluation – Ein systematisches Handbuch* (S. 321-330). VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Mayring, P. (2020). *Qualitative Inhaltsanalyse*. In G. Mey & K. Mruck (Hrsg.), *Handbuch Qualitative Forschung in der Psychologie* (S. 495-511). Springer. <https://doi.org/10.1007/978-3-658-26887-9>
- McCalman, J., Paton, R. A., & Siebert, S. (2016). *Change management. A guide to effective implementation* (4th ed.). Thousand Oaks: SAGE.
- McHugh, J. E., Kenny, R. A., Lawlor, B. A., Steptoe, A., & Kee, F. (2017). The discrepancy between social isolation and loneliness as a clinically meaningful metric: findings from the Irish and English longitudinal studies of ageing (TILDA and ELSA). *International journal of geriatric psychiatry*, 32(6), 664-674. <https://doi.org/10.1002/gps.4509>
- Menche, N. (2014). *Pflege heute*. Urban & Fischer.
- Musto, L., & Rodney, P. (2018). What we know about moral distress. In: Ulrich C, Grady C (Hrsg.) *Moral distress in the health professions*. Springer.
- Nerdinger, F. W. (2019). *Organisationsentwicklung*. In F. W. Nerdinger, G. Blickle & N. Schaper (Hrsg.), *Arbeits- und Organisationspsychologie* (4. Auflage, S. 179-191). Springer.
- Nestler, N., Krisch, L., Mahlknecht, A, Flamm, M, & Osterbrink, J. (2018). *Mobilitätseinschränkungen bei Altenheimbewohnern. Die Rolle von Schmerz und kognitiver Leistungsfähigkeit. Hintergrund und Fragestellung*. *Schmerz*, 32, 332-338. <https://doi.org/10.1007/s00482-018-0278-6>

- Netemeyer, R.G.M., Boles, J.S., & McMurrian, R. (1996). Development and validation of work-family conflict and family-work conflict scales. *Journal of Applied Psychology*, 81, 400-410.
- Nübling, M. (2005). Methoden zur Erfassung psychischer Belastungen: Erprobung eines Messinstrumentes (COPSOQ): [Abschlussbericht zum Projekt „Methoden zur Erfassung psychischer Belastungen - Erprobung eines Messinstrumentes (COPSOQ)“ - Projekt F 1885]. Wirtschaftsverl. NW Verl. für Neue Wissenschaft.
- Nübling, M., Vomstein, M., Nübling, T., Stöbel, U., Hasselhorn, H.M., & Hofmann, F. (2011). Erfassung psychischer Belastungen anhand eines erprobten Fragebogens-Aufbau der COPSOQ-Datenbank. Freiburger Forschungsstelle für Arbeitswissenschaften GmbH.
- Oswald, W. D., Ackermann, A., & Gunzelmann, T. (2006). Effekte eines multimodalen Aktivierungsprogrammes (SimA-P) für Bewohner von Einrichtungen der stationären Altenhilfe. *Zeitschrift für Gerontopsychologie und -psychiatrie*, 19(2), 89-101. <https://doi.org/10.1024/1011-6877.19.2.89>
- Pantel, J. (2021). Gesundheitliche Risiken von Einsamkeit und sozialer Isolation im Alter. *Geriatric-Report*, 16(1), 6-8. <https://doi.org/10.1007/s42090-020-1225-0>
- Park, K., Lee, S., Yang, J., Song, T., & Hong, G.-R. S. (2019). A systematic review and meta-analysis on the effect of reminiscence therapy for people with dementia. *International Psychogeriatrics*, 31(11), 1581-1597. <https://doi.org/10.1017/S1041610218002168>
- Pavlič, D.R. (2010). Acquiring Qualitative Skills for Public Health Research: Using Interviews to Generate Data. In L. Zalatel-Kragej & J. Božikov (Hrsg.), *Methods and Tools in Public Health. A Handbook for Teachers, Researchers and Health Professionals* (S. 381-401). Hans Jacobs Verlag.
- Peirce, C. L. & Sims, H. P. (2002). Vertical versus shared leadership as predictors of the effectiveness of change management teams: An examination of aversive, directive, transactional, transformational and empowering leader behaviors. *Group Dynamics: Theory, Research, and Practice*, 6(2), 172-197.
- Pinquart, M., & Forstmeier, S. (2012). Effects of reminiscence interventions on psychosocial outcomes: A meta-analysis. *Aging and Mental Health*, 16(5), 541-558. <https://doi.org/10.1080/13607863.2011.651434>
- Pfaff, H., Ernstmann, N., & Von Pritzbuher, E. (2004). Das Fehlerkultur-Modell – Warum gibt es im Krankenhaus keine Fehlerkultur? *Gesundheitsökonomie und Qualitätsmanagement*, 9(271), 273.
- Renkl, A. (2020). Wissenserwerb. In E. Wild & J. Möller (Hrsg.), *Pädagogische Psychologie* (3. Auflage, S. 3-24). Springer.
- Richter, S., Glöckner, J. M. & Blättner, B. (2018). Psychosoziale Interventionen in der stationären Pflege. *Zeitschrift für Gerontologie*, 6, 666-674. doi: 10.1007/s00391-017-1231-5
- Rütten, A., Abu Omar, K., Lampert, T., & Ziese, T. (2005). Körperliche Aktivität – Gesundheitsberichterstattung des Bundes, Heft 26. RKI.
- Sackley, C., Hoppitt, T., Levin, S., & Cardoso, K. (2006). Observations of activity levels and social interaction in a residential care setting. *International Journal of Therapy and Rehabilitation*, 13(8), 370-373. <https://doi.org/10.12968/ijtr.2006.13.8.370>
- Schäufele, M., Köhler, L., Hendlmeier, I., Hoell, A., & Weyerer, S. (2013). Prävalenz von Demenzen und ärztliche Versorgung in deutschen Pflegeheimen: eine bundesweite repräsentative Studie. *Psychiatrische Praxis*, 40(4), 200-206. Georg Thieme Verlag KG. <https://doi.org/10.1055/s-0033-1343141>
- Schein, E. H. (2010). Prozessberatung für eine Organisation der Zukunft. Der Aufbau einer helfenden Beziehung. EHP.
- Scherer, M., Hansen, H., Gensichen, J., Mergenthal, K., Riedel-Heller, S., Weyerer, S., Maier, W., Fuchs, A., Bickel, H., Schön, G., Wiese, B., König, H. H., van den Bussche, H., & Schäfer, I. (2016). Association between multimorbidity patterns and chronic pain in elderly primary care patients: a cross-sectional observational study. *BMC family practice*, 17, 68. <https://doi.org/10.1186/s12875-016-0468-1>
- Schermuly, C. C., & Meyer, B. (2016). Good relationships at work: The effects of Leader–Member Exchange and Team–Member Exchange on psychological empowerment, emotional exhaustion and depression. *Journal of Organizational Behavior*, 37, 673-691. doi: 10.1002/job.2060
- Schreier, M. (2014). Varianten qualitativer Inhaltsanalyse. Ein Wegweiser im Dickicht der Begrifflichkeiten. *Forum Qualitative Sozialforschung*, 15. <https://nbn-resolving.org/urn:nbn:de:0114-fqs1401185>
- Shankar, A., McMunn, A., Demakakos, P., Hamer, M., & Steptoe, A. (2017). Social isolation and loneliness: Prospective associations with functional status in older adults. *Health psychology: official journal of the Division of Health Psychology, American Psychological Association*, 36(2), 179-187. <https://doi.org/10.1037/hea0000437>

- Siegel, M., Mazheika, Y., Mennicken, R., Ritz-Timme, S., Graß, H., & Gahr, B. (2018). „Weil wir spüren, da müssen wir was tun“ – Barrieren in der Gewaltprävention sowie zentrale Handlungserfordernisse
 “Because we feel, we have to do something” – Barriers in the prevention of violence and key areas requiring action. *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie*, 51(3), 329–334.
<https://doi.org/10.1007/s00391-017-1228-0>
- Statista (2017). Arbeitsunfähigkeitstage pflegender Berufe im Vergleich zu allen Berufen in Deutschland nach ausgewählten Diagnosegruppen im Jahr 2017. <https://de.statista.com/statistik/daten/studie/1046845/umfrage/au-tage-pflegender-berufen-nach-ausgewaehlten-diagnosegruppe/>
- Stufflebeam, D. L., Foley, W. J., Gephart, W. J., Guba, E. G., Hammond, R. L., Merriman, H. O., & Provus, M. M. (1971). *Educational evaluation and decision making*. Peacock.
- Testad, I., Mikkelsen, A., Ballard, C., & Aarland, D. (2010). Health and well-being in care staff and their relations to organizational and psychosocial factors, care staff and resident factors in nursing homes. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 25(8), 789–797. <https://doi.org/10.1002/gps.2419>
- Tuomi, K., Illmarinen, J., Jahkola, A., Katajarinne, L., & Tulkki, A. (1994). Work Ability Index. Institute of Occupational Health, *Occupational Health Care*, 19.
- Urry, H. L., & Gross, J. J. (2010). Emotion regulation in older age. *Current Directions in Psychological Science*, 19(6), 352–357. <https://doi.org/10.1177/0963721410388395>
- van Dyck, C., Frese, M., Baer, M., & Sonnentag, S. (2005). Organizational Error Management Culture and Its Impact on Performance: A Two-Study Replication. *Journal of Applied Psychology*, 90(6), 1228–1240. <https://doi.org/10.1037/0021-9010.90.6.1228>
- Verghese, J., Lipton, R. B., Katz, M. J., Hall, C. B., Derby, C. A., Kuslansky, G., Ambrose, A. F., Sliwinski, M., & Buschke, H. (2003). Leisure activities and the risk of dementia in the elderly. *The New England Journal of Medicine*, 348(25), 2508–2516. <https://doi.org/10.1056/NEJMoa022252>
- World Health Organisation (WHO) (2020). WHO appelliert an Regierungen, für eine gesunde Europäische Region in Pflegekräfte zu investieren. <https://www.euro.who.int/de/media-centre/events/events/2020/04/world-health-day-2020/news/news/2020/04/who-calls-on-governments-to-invest-in-nurses-for-a-healthy-europe>
- Woo, T., Ho, R., Tang, A., & Tam, W. (2020). Global prevalence of burnout symptoms among nurses: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Psychiatric Research*, 123, 9–20. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2019.12.015>
- Zapf, D., Mertini, H., Seifert, C., Vogt, C., Isic, A. & Fischbach, A. (2000). FEWS (Frankfurt Emotion Work Scales, Frankfurter Skalen zur Emotionsarbeit). Version 4.0. *Johann r Psychologie*.
- Zill, A.*, Knoll, M.*, Cook, A. (S.), & Meyer, B. (2018). When do followers compensate for leader silence? The motivating role of leader injustice. *Journal of Leadership & Organizational Studies*, Advance online publication. *Both authors contributed equally to the manuscript

www.gesapflege.de

Ergebnisse der Abschlussevaluation



Agenda

- Übersicht
- Ausgewählte Ergebnisse Baustein 1
- Ausgewählte Ergebnisse Baustein 2
- Ausgewählte Ergebnisse Baustein 3
- Ausgewählte Ergebnisse Baustein 4
- Fazit und Einordnung der Ergebnisse

Die Evaluationsbausteine

Baustein 1

- Virtuelles Austauschtreffen mit allen Einrichtungsleitungen
- Halbstandardisiertes Gruppeninterview zu Austausch und Vernetzung, Unterstützungsangeboten und Organisationsentwicklungsprozessen

Baustein 2

- Ausgewählte Beschäftigte & Teilnehmende des Steuerungskreises
- Kurzbefragung & qualitative halbstandardisierte Gruppeninterviews zur Projektwahrnehmung, Kommunikation, Auswahl und Inhalten der Maßnahmen

Baustein 3

- Experteninterviews mit den Einrichtungsleitungen
- Halbstandardisierte Telefoninterviews zu Herausforderungen, Erwartungen, Ergebnissen, Prozessen, Methoden und Wünschen

Baustein 4

- Teilnehmende der Bietergemeinschaft
- Befragung & qualitative halbstandardisierte Gruppeninterviews

Baustein 1 – Methode

- Virtuelles, halbstandardisiertes Gruppeninterview anhand von Leitfragen (Döring & Bortz, 2016) > auf Basis der Zwischenevaluationsergebnisse
- Qualitative Antworten (Stichworte & kurze Sätze der Einrichtungsleitungen) digital für Teilnehmende sichtbar dokumentiert; mittels qualitativer Inhaltsanalyse (Mayring, 2020) nach Kategorien gebündelt und nach Häufigkeit der Nennung ausgewertet

Baustein 1 – Inhalte/Leitfragen

Zukünftiger Austausch und Zusammenarbeit mit anderen Einrichtungen

- Wie konnten Sie vom Austausch mit anderen Einrichtungen im Projekt gesaPfleger profitieren?
- Wie kann ein zukünftiger Austausch mit anderen Einrichtungen unterstützend wirken?

Zukünftige Vernetzung in der Region

- Welche Vernetzung in der Region/Quartiersarbeit erleben Sie als hilfreich?
- Welche Vernetzung in der Region/Quartiersarbeit würden Sie sich zukünftig wünschen?

1.Zukünftige Unterstützung durch Kranken- und Pflegekassen

- Welche Unterstützung durch Kranken- und Pflegekassen erleben Sie als hilfreich?
- Welche Unterstützung durch Kranken- und Pflegekassen würden Sie sich zukünftig wünschen?

1.Zukünftige Organisationsentwicklung in der stationären Altenpflege

- Was würden Sie aus Ihren Erfahrungen aus dem Projekt gesaPfleger sagen: Welche Unterstützungen braucht die stationäre Altenpflege zukünftig, um sich als jeweilige Organisation weiterzuentwickeln?
- Was würden Sie aus Ihren Erfahrungen aus dem Projekt gesaPfleger sagen: Wie sollten Organisationsentwicklungsprojekte in der stationären Altenpflege zukünftig gestaltet sein, um wirkungsvoll sein zu können?

Baustein 1 – Ergebnisse: Austausch & Zusammenarbeit

Leitfrage: „Wie konnten Sie vom Austausch mit anderen Einrichtungen im Projekt gesaPflege profitieren?“

Kategorie	Definition	Beispiel	Häufigkeit
Best Practice/ voneinander lernen	Die Einrichtungen konnten im Rahmen des Austausches in gesaPflege voneinander lernen und Best-Practice-Beispiele kennenlernen.	„Von anderen lernen, hören, wie Sachen gelöst wurden.“	6
Bestehende Kooperationen im Umkreis	Die Einrichtungen sind regional bzw. teilweise überregional vernetzt.	„Vernetzung in eigener Region findet bereits statt“	3
Bedeutsamkeit	Die Einrichtungen erachten den Austausch mit anderen Einrichtungen als wichtig und sinnvoll.	„Ein breiter Erfahrungsaustausch ist gut, wichtig, notwendig.“	3
Sich nicht allein fühlen	Die Einrichtungen haben durch den Austausch mit anderen Einrichtungen das Gefühl, mit ihren eigenen Herausforderungen nicht allein zu sein.	„Es tut gut zu hören, dass manche Probleme in der Pflege alle betreffen.“	3
Gleiche Themen	Die Einrichtungen erleben, dass andere Einrichtungen dieselben Themen beschäftigen wie sie selbst.	„Es bestehen gleiche Probleme/Themen in anderen Einrichtungen.“	3

Baustein 1 – Ergebnisse: Austausch & Zusammenarbeit

Leitfrage: „Wie kann ein zukünftiger Austausch mit anderen Einrichtungen unterstützend wirken?“

Kategorie und Subkategorie	Definition	Beispiel	Häufigkeit
Lokaler vs. generalisierter Austausch	Die Einrichtungen sehen einerseits durch die räumliche Nähe Vorteile in der lokalen Netzwerkarbeit, um Wege zu sparen, sehen aber andererseits auch durch digitale Umsetzungsmöglichkeiten Vorteile in einem überregionalen Austausch durch die dann gegebene Unvoreingenommenheit anderen gegenüber.	„Treffen vor Ort durch räumliche Entfernung müssen effektiv sein und etwas bringen – im Online-Verfahren weiterführen.“	6
Themenspezifische Gruppenszusammensetzung	Die Einrichtungen sprechen sich dafür aus, je nach Themenschwerpunkten des Austausches verschiedene Gruppenszusammensetzungen umzusetzen.	„Themenbezogen Unterschiede machen, wer eingebunden wird; NRW: Verkammerung der Pflege: Macht es Sinn, sich dort mit Akteuren (auf politischer Ebene) zu vernetzen?“	4
Gemeinschaftliche trägerübergreifende Zusammenarbeit als (politisches) Sprachrohr	Die Einrichtungen sehen großes Potenzial in der trägerübergreifenden Zusammenarbeit, um gemeinschaftlich (politisch) auftreten zu können und ein Sprachrohr nach außen zu sein.	„Jeder Träger kämpft auf seinem Weg. Wenn wir da am selben Strang ziehen, könnte man erfolgreicher sein. Wenn man gemeinschaftlich sagt "wir brauchen Unterstützung", dann steht man anders da als ein Einzelkämpfer.“	4

Baustein 1 – Ergebnisse: Organisationsentwicklung

Leitfragen:

„Ihre Erfahrungen aus dem Projekt gesaPflege: Welche Unterstützungen braucht die stationäre Altenpflege zukünftig, um sich als jeweilige Organisation weiterzuentwickeln?“

„Ihre Erfahrungen aus dem Projekt gesaPflege: Wie sollten Organisationsentwicklungsprojekte in der stationären Altenpflege zukünftig gestaltet sein, um wirkungsvoll sein zu können?“

Kategorie	Definition	Beispiel	Häufigkeit
Niederschwellige Einheiten	Die Maßnahmen, die vor Ort umgesetzt werden sollen, müssen in kurzen Einheiten über einen längeren Zeitraum niederschwellig und in den Alltag integrierbar sein.	„Es muss in die Routine des Alltags einfließen. Die Maßnahmen müssen über einen längeren Zeitraum angeboten werden.“	8
Ressourcen & Rahmenbedingungen	Es braucht gute Rahmenbedingungen vor Ort, sowie Zeit, Geld und ausreichend Personal, um eine gelungene Organisationsentwicklung in den Einrichtungen vorantreiben zu können.	„Zeit, Geld, Ressourcen müssen ebenfalls vorhanden sein, damit man sich mit gewisser Ruhe diesen Dingen widmen kann, um nicht nur einzuführen, sondern nachhaltig zu implementieren - benötigt werden gute Rahmenbedingungen.“	6
Nachhaltigkeit	Die Einrichtungen wünschen sich eine nachhaltige Strategie für die langfristige Umsetzbarkeit von Gesundheitsförderung in den Einrichtungen.	„Langfristige externe Projekt- oder Maßnahmenbegleitung gesundheitsförderlicher Maßnahmen; nicht nur Highlight-Projektfinanzierung mit ganz vielen Maßnahmen.“	5
Fachlicher Blick von außen	Die Einrichtungen erleben den fachlichen Blick, die Analyse und die Beratung von außen als wertvoll und hilfreich.	„Externer Blick, die auf Internes [interne Prozesse] schauen, die hinterfragen und Anregungen durch Fragen geben.“	5

Baustein 1 – Zusammenfassung der Ergebnisse

- Projektteilnahme bedeutet Unterstützung für den Einrichtungsalltag
- Austausch mit anderen Einrichtungen & die Vernetzung in der Region sind eine wertvolle Hilfe und können in einigen Einrichtungen ausgebaut werden
 - Arbeit an einem konkreten Ziel oder Thema wird dabei als besonders wirksam erlebt
- Wunsch an die Pflege-und Krankenkassen: weitere Projekte und die Förderung von individuellen Maßnahmen, insbesondere für die Bewohnerschaft
- Zukünftige Organisationsentwicklung
 - Nachhaltig ausgerichtete Strategien in gemeinsamer Unterstützung mit Beraterinnen und Beratern für effektive Veränderungen
 - Maßnahmen: niederschwellig, alltagsnah und praktisch nutzbar

Baustein 2 – Methode

- Quantitatives Kurzfragebogenverfahren für alle Teilnehmenden der Gruppe und Auswertung einrichtungsübergreifend auf Mittelwertebene
- Anschließend folgte ein halbstandardisiertes Gruppeninterview anhand von Leitfragen (Döring & Bortz, 2016): Auswertung der qualitativen Antworten (Stichworte & kurze Sätze der Beschäftigten) mittels qualitativer Inhaltsanalyse (Mayring, 2020): nach Kategorien gebündelt und nach Häufigkeit der Nennung ausgewertet (Schreier, 2014)

Baustein 2 – Inhalte

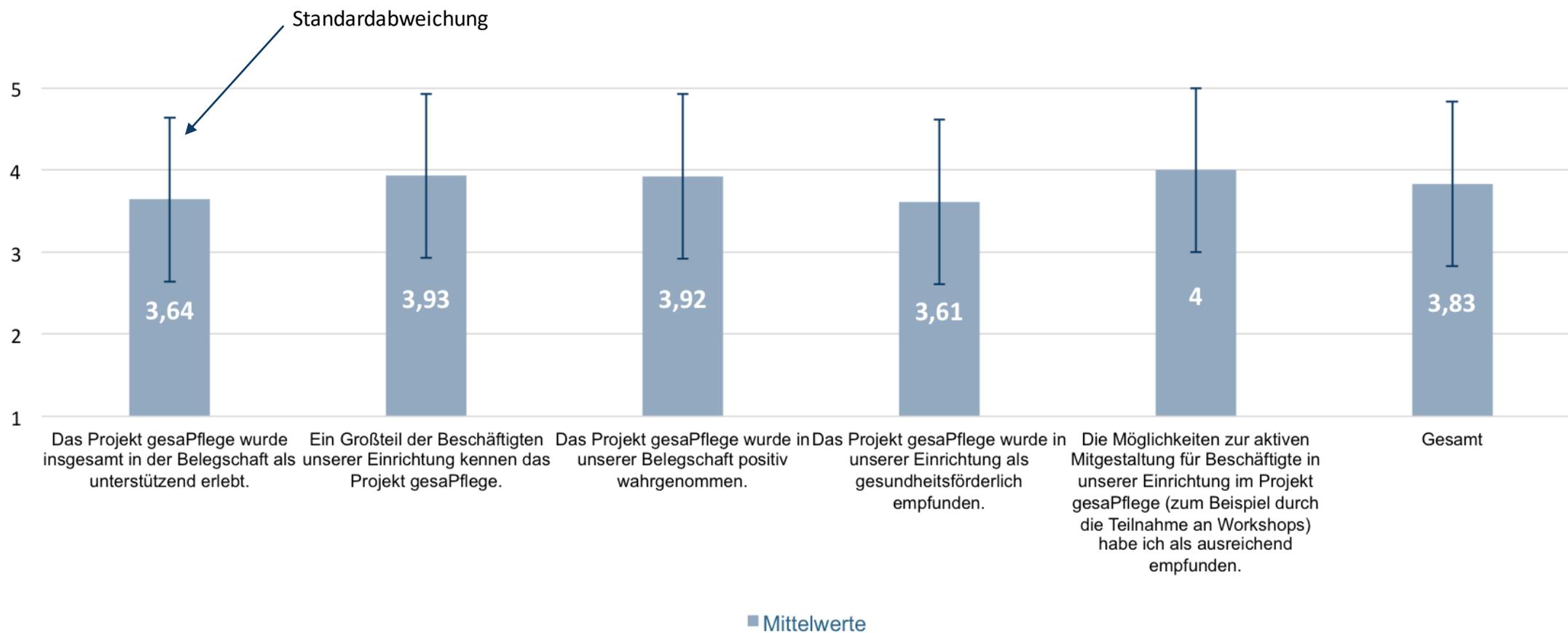
Kurzfragebogen

- Wahrnehmung des Projekts gesaPflege innerhalb der Einrichtung
- Kommunikation innerhalb der Einrichtung
- Auswahl der Maßnahmen
- Inhalte der umgesetzten Maßnahmen

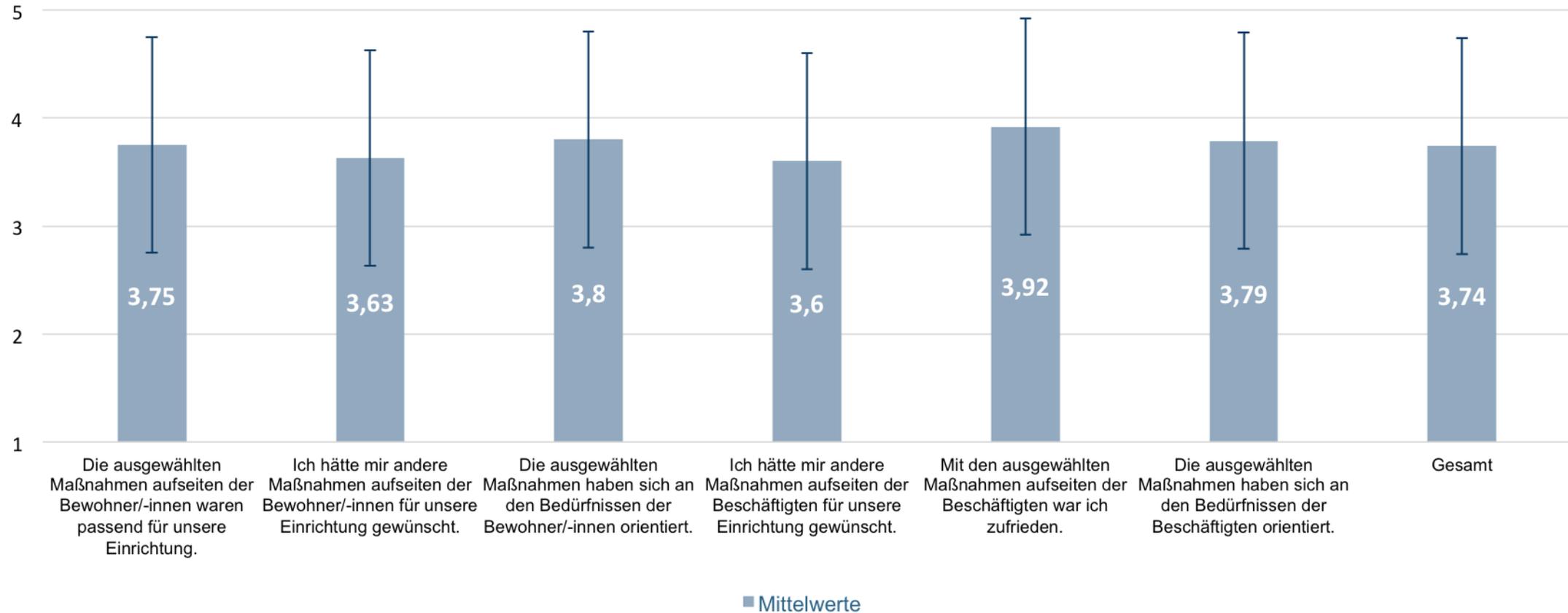
Gruppeninterviews

- Weiterverfolgung von Inhalten
- Nachhaltigkeit der Maßnahmen
- Erzielte Veränderungen
- Offene Wünsche
- Individuelle Fragen entsprechend individuellen Ergebnissen im Kurzfragebogen

Baustein 2 – Wahrnehmung des Projekts



Baustein 2 – Inhalte der Maßnahmen



Baustein 2 – Ergebnisse: Veränderungen

Veränderungen durch gesaPflege

Kategorie		Definition	Beispiel	Häufigkeit
Erzielte Veränderungen	Sensibilisierung	Die Beschäftigten wurden zu einer Vielzahl von Gesundheitsthemen für die Bewohner/-innen und sich selbst sensibilisiert.	„Auch die Beschäftigten wurden sensibilisiert und können Wertschätzung wahrnehmen und als bewusste Maßnahme im Unternehmen sehen.“	11
	Kommunikation	Die Kommunikation innerhalb der Einrichtung konnte vorangetrieben werden.	„Kommunikation, Verständnis, Zufriedenheit gestiegen durch Umstrukturierungen und gesa Maßnahmen.“	7
	Organisation	In den Einrichtungen können eigene interne Gesundheitsbeauftragte bei einer nachhaltigen Umsetzung unterstützen.	„Wir haben die Frührunde verändert – WBL oder Fachkraft sind jetzt dabei.“	6
	Multiplikatoren-workshop	Die Multiplikatorenworkshops konnten umgesetzt und das Wissen genutzt werden.	„Multiplikatorenworkshop war motivierend und konnte genutzt werden.“	4
	Teamstärkung	Die Teams haben mehr Verständnis füreinander aufgebaut.	„Entwicklung von Verständnis bzgl. bereichsübergreifender Gruppen.“	4
	Führung	Die Führungsebenen konnten gestärkt werden.	„Leitungswechsel zu Beginn hat viel bewirkt, möchten wir nicht mehr missen – langfristige Wirkung.“	3

Baustein 2 – Ergebnisse: Rückmeldungen

Rückmeldungen zu gesaPflege

Kategorie		Definition	Beispiel	Häufigkeit
Feedback	Maßnahmen Bewohner/-innen	Die umgesetzten Multiplikatorenschulungen wurden vor allem im Bereich Lebensbaum und multimodale Förderung als sehr bereichernd erlebt. Dennoch kam für einzelne Einrichtungen die Bewohnerebene zu kurz, wobei hier besonders bemängelt wurde, dass keine Einzelmaßnahmen für Bewohner/-innen gefördert und umgesetzt werden konnten.	„Wunsch, dass Einzelmaßnahmen mehr in den Vordergrund rücken.“	17
	Lob	Die Beschäftigten haben das Projekt größtenteils als motivierend erlebt und hatten Spaß in der gemeinsamen Umsetzung. Die Chemie zwischen den Beteiligten hat gestimmt und Informationen wurden transparent weitergegeben.	„Großes Danke von der Einrichtungsleitung – schön, Teil des Leitfadens zu sein.“	12
	Maßnahmen Beschäftigtenebene	Einige der Beschäftigten wünschen sich für die Beschäftigtenseminare noch mehr Praxisbezug, Möglichkeiten zur nachträglichen Kontaktaufnahme und Materialien.	„Noch etwas mehr Praxisbezug innerhalb der Maßnahmen.“	12
	Nachhaltigkeit	Die Einrichtungen wünschen sich eine langfristige Ausrichtung der Maßnahmen bzw. weniger Einzelmaßnahmen und dafür mehr Ganzheitlichkeit bzw. eine Verknüpfung von Maßnahmen.	„Impulse gut, aber nachhaltige Umsetzung fehlt.“	8
	Flexibilität	Einige Einrichtungen hätten sich insbesondere in der Corona-Zeit mehr Flexibilität in der Umsetzung gewünscht.	„Mehr Flexibilität in der Umsetzung aufgrund von Corona.“	4
	Rahmenbedingungen	Die grundsätzlichen Rahmenbedingungen in der Pflege machen manche Umsetzungen vor Ort nicht möglich bzw. stoßen an ihre Grenzen.	„Grenzen: wenn Rahmenbedingungen vor Ort schwierig, ist es schwierig es umzusetzen.“	4

Baustein 2 – Zusammenfassung der Ergebnisse

- Beschäftigte in den gesaPflege-Einrichtungen sehen Teilnahme insgesamt positiv, auch wenn COVID-19-Pandemie zu starken Einschränkungen geführt hat
- Erreicht wurde vor allem: Sensibilisierung für verschiedene Gesundheitsaspekte, Veränderungen in der Zusammenarbeit und Kommunikation wie auch in der Organisationsstruktur
- Langfristig:
 - Nachhaltigere Förderungsprozesse, sowie mehr Unterstützung für die Bewohnerschaft in verschiedenen Themenfeldern
 - Flexibilisierung und Individualisierung in Projekten

Baustein 3 – Methode

- Telefonische halbstandardisierte Experteninterviews anhand von Leitfragen mit den Einrichtungsleitungen (Döring & Bortz, 2016) > auf Basis der verschiedenen Zwischenevaluationsergebnissen und den Ergebnissen der vorangegangenen Evaluationsbausteine
- Transkription der Ergebnisse Interviews mittels thematischer Analyse (Braun & Clarke, 2006) ausgewertet, nach Themen gebündelt und nach Häufigkeit der Nennung zusammengefasst

Baustein 3 – Inhalte

Hindernisse & Herausforderungen im individuellen Projektverlauf

- Wie würden Sie die Teilnahme am Projekt gesaPflege insgesamt bewerten?
- Welche Hindernisse und Herausforderungen haben sich im gesaPflege Projekt bei Ihnen in der Einrichtung ergeben?
Wie haben Ihre Projektleitung (Frau X) und Frau Eder darauf reagiert?

Erwartungen & Ergebnisse

- Mit welchen Erwartungen haben Sie am gesaPflege Projekt teilgenommen?
- Welche Erwartungen wurden erfüllt und welche nicht?

1. Prozessarbeit/ Organisationsentwicklung

- Die Ergebnisse der bisherigen Evaluationsbausteine haben gezeigt, dass viele Einrichtungen sich wünschen, dass Maßnahmen lieber kürzer und dafür häufiger stattfinden sollen – wie lässt sich das in der Praxis umsetzen? (Dienstplan, mehr Organisations-aufwände, mehr Personal)

1. Methoden & Zusammenarbeit

- Wie zielführend haben Sie die eingesetzten Methoden für die Bewohner/-innen erlebt? (Interviews, Workshop)
- Welche Methoden zur Erfassung der Bedarfe der Bewohner/-innen würden Sie für zukünftige Projekte empfehlen?
- Wie zielführend haben Sie die eingesetzten Methoden für die Beschäftigten erlebt? (Befragungen, Workshops)
- Welche Methoden zur Erfassung der Bedarfe der Beschäftigten würden Sie für zukünftigen Projekte empfehlen?
- Wie zufrieden sind Sie mit der Zusammenarbeit und Kommunikation mit der Projektleitung (Frau X) und Frau Eder?
- Die bisherigen Ergebnisse haben gezeigt, dass die Mitarbeiter/-innen sich gewünscht haben, dass wir uns und das Projekt bei allen vorstellen, z. B. im Rahmen von Teamrunden - wie ließe sich dies bei Ihnen vor Ort (organisatorisch) umsetzen?

Wünsche & Empfehlungen

- Was würden Sie zukünftigen Projektausrichtern zur Gesundheitsförderung in der stationären Altenpflege empfehlen? Wie kann ein zukünftiger Umgang mit Herausforderungen aus Ihrer Sicht aussehen?

Baustein 3 – Ergebnisse: Erwartungen

Leitfragen:

„Mit welchen Erwartungen haben Sie am Projekt gesaPflege teilgenommen? „Welche Erwartungen wurden erfüllt und welche nicht?“

Kategorie		Definition	Beispiel	Häufigkeit
Feedback	Organisationsebene	Die Erwartungen der Einrichtungsleitungen waren, durch die Projektteilnahme Fehlzeiten zu reduzieren, eine gesündere Einrichtung zu gestalten, die Loyalität der Beschäftigten zu erhalten, einen nachhaltigen BGM-Prozess zu implementieren, die Einrichtung nach außen zu positionieren, das Altenpflegesystem mitzugestalten und einen begleiteten Prozess zu starten.	„Um die Einrichtung auch ein Stück weit zu verbessern. Und auch (...) für Bewohner und Mitarbeiter gemeinsam, einfache Strategien zu entwickeln für ein gesünderes, mobileres Leben in der Einrichtung.“	7
	Beziehungsschleife	Die Einrichtungsleitung hat der Ansatz der Beziehungsschleife in gesaPflege sehr motiviert.	„Also ich bin mit sehr viel Engagement und auch mit sehr viel Hoffnungen in dieses Projekt gegangen, weil uns eben gut gefallen hat, das es sowohl Bewohner als auch die Mitarbeiter eingeschlossen hat.“	6
	Individualebene	Die Einrichtungsleitungen hatten mit ihrer Teilnahme das Ziel, die Haltung und das Bewusstsein der Beschäftigten zum Thema Gesundheit zu stärken, sowie deren Eigeninitiative zu fördern.	„Und ein Ziel war auch, die Mitarbeiter darauf aufmerksam zu machen, dass für Gesundheitsmanagement auch ihr Engagement, ihr persönliches Engagement doch mit erforderlich ist. Das ist nicht eine einseitige Geschichte, die jeder Arbeitgeber leisten muss, sondern dass es auch erforderlich ist, dass jeder Einzelne auch daran mitarbeitet.“	4
	Teamebene	Ziel der Einrichtungsleitungen war es, die Teams und ihre Zusammenarbeit durch die Projektteilnahme zu stärken.	„Wir als Team gemeinsam können eigentlich nur am langen Ende was Gutes für den Bewohner [tun] und nicht, indem wir alle nebeneinander nur unseren Job machen, sondern wirklich gucken, wo unsere Nahtstellen sind, wo wir ineinandergreifen müssen .“	3

Baustein 3 – Ergebnisse: BW-Methoden

Leitfragen: „Wie zielführend haben Sie die eingesetzten Methoden für die Bewohner/-innen erlebt? (Interviews, Workshop)“

Kategorie		Definition	Beispiel	Häufigkeit
Rückmel- dungen	Positives Feedback	Der Einbezug und die Arbeit mit den Bewohner/-innen wurden positiv wahrgenommen.	„Das glaube ich, war eine gute Mischung aus Information und Einbezug. Und das ist ja schon bei den Bewohnern. Es ist ja wirklich schwierig, wenn man Dinge längerfristig macht, weil eben die Gesundheitssituation unserer Bewohner oft sich ja auch ändert. Ich fand die (...), da waren Sie auch sehr erfolgreich.“	8
	Herausforderungen mit der Zielgruppe	Die Zielgruppe der Bewohner/-innen bringt naturgemäß viele Herausforderungen mit, die es erschweren, eine ganzheitliche und partizipative Analyse durchzuführen.	„Das ist schwierig. Ich merke es immer wieder beim Bewohner-Beirat, dass ich versuche, irgendwas rauszukriegen. Das ist unglaublich schwierig, also bei den Bewohnern. Aber Mitarbeiter haben manchmal ganz andere Vorstellungen, genau wie Angehörige sehr häufig ganz andere Vorstellungen [haben], was die Bewohner wirklich möchten oder was sie wirklich wollen oder eben auch nicht wollen. Und das ist auch etwas, das ich im Projekt lernen musste, manchmal wollen Bewohner einfach ihre Ruhe haben. Von daher ist vermutlich schon gut, so ein Interview mit exemplarischen Bewohnern. Also klar, man kann eine Befragung machen. Aber das ist halt dann auch [...] selektiv und weil viele Bewohner alleine das nicht können. Also auf der Bewohnerseite ist es wirklich schwierig.“	5
	Interviews	Die Interviews wurden positiv und gewinnbringend wahrgenommen.	„Die Interviews, glaube ich, haben sehr gut gewirkt. [...], dass die [Bewohner] auch gut ins Quatschen gekommen sind und auch Sachen gut überbringen konnten.“	2

Baustein 3 – Ergebnisse: zukünftige OE

- „Was würden Sie zukünftigen Projektausrichtern zur Gesundheitsförderungen in der stationären Altenpflege empfehlen?“
- Wie kann ein zukünftiger Umgang mit Herausforderungen aus Ihrer Sicht aussehen?“



Baustein 3 – Zusammenfassung der Ergebnisse

- Projekt gesaPflege: gewinnbringend und Impulse konnten gesetzt werden
 - Sensibilisierung der Beschäftigten zum Thema Gesundheit
 - Veränderung von Strukturen
- Eingesetzte Methoden: zielführend und passend, doch manche Analyseschritte sollten kürzer und prägnanter sein
- Bewohnerebene: noch mehr in den Vordergrund – wird gleichzeitig als sehr herausfordernd erlebt
- Zusammenarbeit: wertschätzend und positiv, auch der Umgang mit Herausforderungen konnte gut gemeistert werden
- Zukünftig: kürzere Zeiträume, eine schnellere und nachhaltigere Umsetzung, Individualmaßnahmen und insgesamt mehr Flexibilität im Projektablauf

Baustein 4 – Methode

- Fragebogen für alle Teilnehmenden der Bietergemeinschaft: Auswertung übergreifend auf Mittelwertebene
- Anschließend folgte ein halbstandardisiertes Gruppeninterview anhand von Leitfragen (Döring & Bortz, 2016). Auswertung der qualitativen Antworten (Stichworte & kurze Sätze) mittels qualitativer Inhaltsanalyse (Mayring, 2020), nach Kategorien gebündelt und nach Häufigkeit der Nennung ausgewertet (Schreier, 2014).

Baustein 4 – Inhalte

Fragebogen

- Methoden
- Zielerreichung
- Zusammenarbeit mit den Projekteinrichtungen
- Vereinbarkeit von Wissenschaft und Praxis
- Struktur des Projekts
- COVID-19

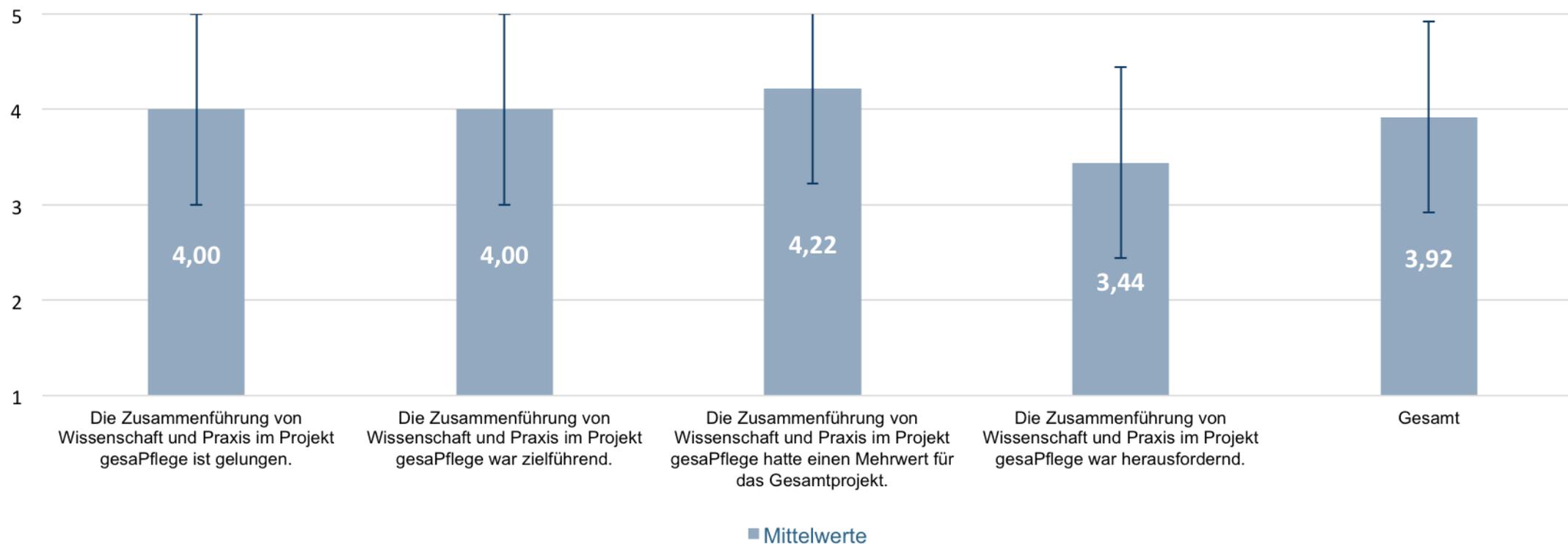
Gruppeninterview

- Methoden
 - Zielerreichung
 - Zusammenarbeit mit den Projekteinrichtungen
 - Vereinbarkeit von Wissenschaft und Praxis
 - Struktur des Projekts
 - COVID-19
- Alle Themenfelder wurden hinsichtlich der wahrgenommenen Herausforderungen wie auch der Veränderungsideen für Folgeprojekte bearbeitet.

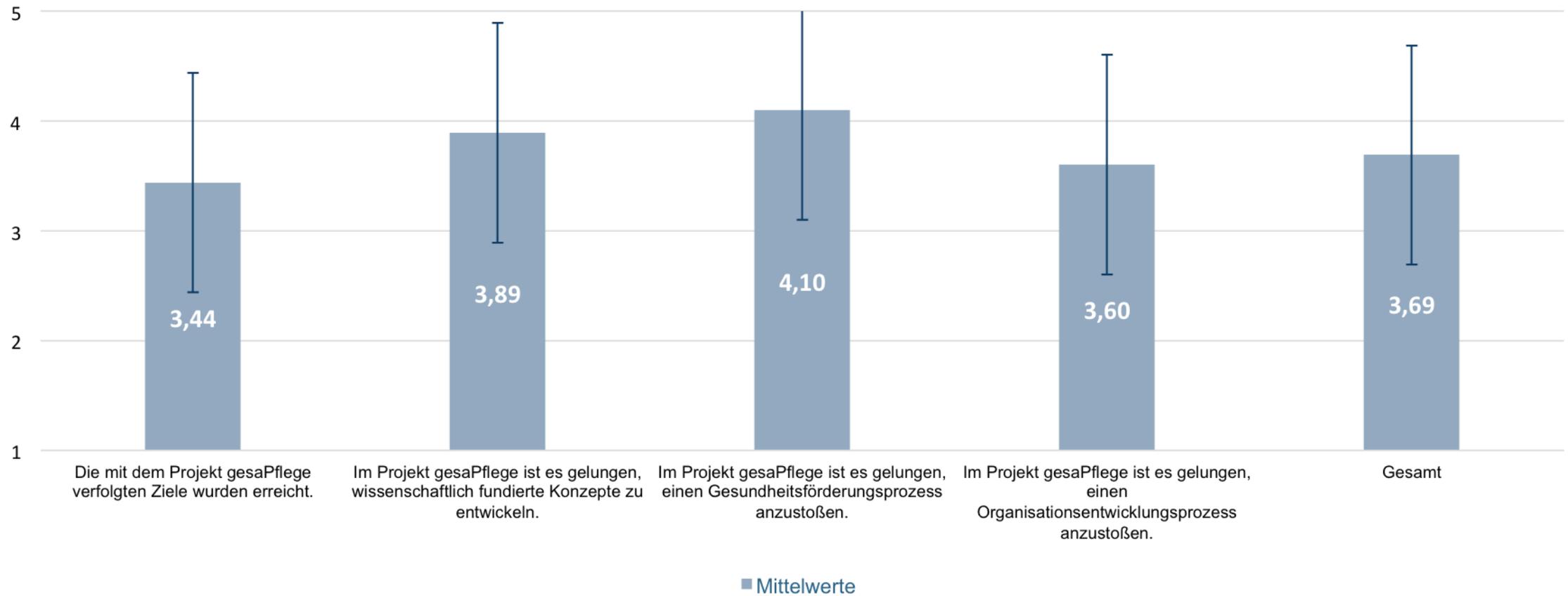
Vorbereitend für Interview



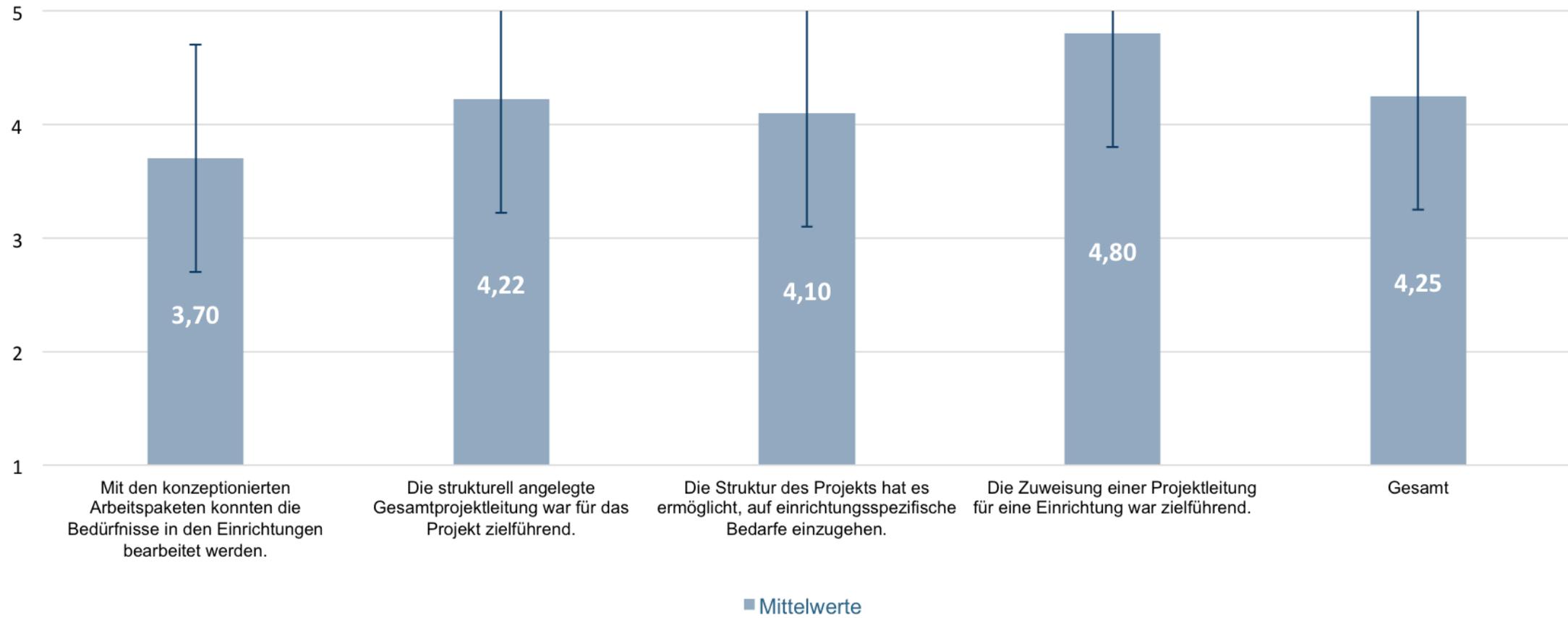
Ergebnisse: Vereinbarung von Wissenschaft und Praxis



Ergebnisse: Zielerreichung



Ergebnisse: Struktur des Projektes



Qualitative Ergebnisse: Vereinbarung von Wissenschaft und Praxis

Leitfrage: „Welche Veränderungen z.B. für mögliche Folgeprojekte ergeben sich?“

Kategorie	Definition	Beispiel	Häufigkeit
Spannungsfelder	Die Arbeit zwischen den Spannungsfeldern der wissenschaftlichen Arbeitsweise, dem Dienstleistungsgedanken und der Leitfadenvorgaben wurde als herausfordernd erlebt.	„Vereinbarkeit von wissenschaftlichen Notwendigkeiten und operativer Handhabbarkeit.“	5
Ressourcen	Die Vielfältigkeit an Themen und Aufgaben wurde im Verhältnis zur verfügbaren Personal-Ressource als zu hoch bewertet.	„Herausforderung, alle Handlungsfelder durch Promotionsstelle zu bedienen – mehrere Professionen einplanen.“	3
Wissenschaftsverständnis	Das heterogene Verständnis von wissenschaftlicher Arbeit innerhalb der Einrichtungen wurde als herausfordernd erlebt.	„Verständnis der Einrichtungen was wissenschaftliche Arbeit bedeutet.“	2
Methoden	Die Mitarbeiterbefragung wurde von einigen als zu umfangreich erlebt.	„Befragungen zu umfangreich für die Zielgruppe.“	2

Leitfrage: „Welche Veränderungen z. B. für mögliche Folgeprojekte ergeben sich?“

Austausch & Perspektivwechsel	Ein intensiver Austausch und der Perspektivwechsel zwischen den verschiedenen Rollen und das Transparentmachen von Erwartungen können dazu beitragen, die Herausforderungen zu vermindern.	„Vorab klar machen, was ist wirklich evaluierbar, wobei wollen wir was messen.“	6
-------------------------------	--	---	---

Qualitative Ergebnisse: Zielerreichung

Leitfrage: „Welche Herausforderungen haben sich hinsichtlich der Zielerreichung ergeben?“

Kategorie	Definition	Beispiel	Häufigkeit
Organisationsentwicklungsprozesse	Die vielfältigen OE-Prozesse, die identifiziert wurden, waren sehr umfassend und konnten aufgrund geringer Ressourcen nicht allumfänglich bearbeitet werden.	„Organisationsentwicklung wurde durch Alltag in den Einrichtungen erschwert.“	5
COVID-19	Durch die COVID-19-Pandemie konnten viele themenübergreifende Prozesse nicht bearbeitet werden.	„Corona hat Nutzung des Strategieberichts nicht möglich gemacht.“	5
Leitfadenvorgaben	Die identifizierten Bedarfe hinsichtlich der Organisationsentwicklung konnten nicht immer mithilfe der Möglichkeiten des Leitfadens bearbeitet werden.	„Organisationsentwicklung nicht mit Multiworkshopvorgaben vereinbar.“	2
Sonstiges	Die Realitäten in der Einrichtung vor Ort, die Netzwerkarbeitsmöglichkeiten und fehlende Teilziele wurden als herausfordernd erlebt.	„Realität in der Einrichtung war oftmals eine andere.“	4

Qualitative Ergebnisse: Zielerreichung

Leitfrage: „Welche Veränderungen z. B. für mögliche Folgeprojekte ergeben sich?“

Kategorie	Definition	Beispiel	Häufigkeit
Individualität & Flexibilisierung	Durch die Flexibilisierung von Ressourcen und Arbeitspaketen kann ein ganzheitlicher und nachhaltiger Prozess angestoßen werden, die Individualität von Bedarfen in Einrichtungen kann besser bearbeitet werden und die Formulierung von Teilzielen hilft den Gesamtprozess zu vereinfachen.	„Dass nicht alle Einrichtungen gleichzeitig und parallel durch den Plan müssen.“	8
Kommunikation	Es braucht eine klare Kommunikationsstrategie, um innerhalb der Einrichtungen gut und transparent informieren zu können.	„Kommunikationsstrategie in die Häuser intensiver, mitreißender, mitnehmender (begleitet durch Agentur?).“	4

Qualitative Ergebnisse: Struktur des Projekts

Leitfrage: „Welche Herausforderungen haben sich hinsichtlich der Struktur des Projekts ergeben?“

Kategorie	Definition	Beispiel	Häufigkeit
Analyse-& Umsetzungsphase	Die Analysephase wurde als zu lang und zu stark getrennt von der Umsetzung erlebt.	„Die Analysephase war zu lang.“	7
Arbeitspakete	Die starre Abfolge von Arbeitspaketen im Zusammenhang mit dem zeitlichen Verlauf wurde als herausfordernd erlebt.	„Zu geringe Flexibilität in Bezug auf Arbeitspakete.“	4
Parallelität der Einrichtungen	Das parallele Durchlaufen der Arbeitspakete der Einrichtungen hat es erschwert, auf individuelle Bedarfe einzugehen.	„Paralleles Durchlaufen der Einrichtungen gleichzeitig sowohl unter als auch überfordernd.“	2
Sonstiges	Der zeitliche Verlauf, die Rollenanforderungen, die Abstimmungsschleifen, die Bewohnerbene und die Partizipationsziele wurden als herausfordernd erlebt.	„Ziel, alle MA und BW partizipieren zu lassen war utopisch.“	6

Baustein 4 – Zusammenfassung der Ergebnisse

- **Verschiedene Herausforderungen im Laufe von gesaPflege**
 - Heterogene Bewohnerschaft an der Bedarfsanalyse gut partizipieren zu lassen vs. hoher Erkenntnisgewinn zur Maßnahmenableitung
 - Vielfältige Organisationsentwicklungsbedarfe erkannt bei gleichzeitigen geringen Ressourcen
- **Zukünftig: mehr Ressourcen und Flexibilität empfehlenswert, um diese nachhaltig bearbeiten zu können**

Baustein 4 – Zusammenfassung der Ergebnisse

- Fehlende Kommunikationsstrategie und sehr unterschiedliche Sichtbarkeit innerhalb der Einrichtungen; zukünftig: eigene Ressourcen für die Kommunikation und eine Strategie zur Kommunikation in und außerhalb der Einrichtungen empfehlenswert
- Lange Analysephase und Konstruktion des Projektes in Arbeitspaketen erschwert es, der dynamischen Umwelt in Pflegeeinrichtungen gerecht zu werden
- Zukünftig: Erwartungen transparent machen und Teilziele für den Gesamtprojektverlauf definieren

Fazit & Einordnung der Gesamtergebnisse

- Vier Bausteine mit unterschiedlichen Zielgruppen und methodischen Herangehensweisen ergeben eine sinnvolle und vor allem erkenntnisreiche Abschlussevaluation in gesaPflege
- Trotz pandemiebedingter Herausforderungen: durch Mixed-Methods Ansatz wichtige Erkenntnisse für Folgeprojekte generiert
- Angesichts der COVID-19-bedingten Möglichkeiten: relativ breite Spanne von an gesaPflege beteiligten Personen im Rahmen der Abschlussevaluation

Fazit & Einordnung der Gesamtergebnisse

Aufgaben und Vorgehensweise in gesaPflege:

- Verschiedene Evaluationsergebnisse zeigen, dass man sich insgesamt eine kürzere Analysephase und eine schnellere Maßnahmenumsetzung wünscht
- Reines Praxisprojekt braucht aus Sicht der Bietergemeinschaft eine verkürzte Analysephase
- Für wissenschaftlich ausgerichtete Projekte hingegen eine verlängerte Analysephase, um beispielsweise neue Methoden zu entwickeln und dann zunächst testen und validieren zu können
- Zukünftig: genauere Information an Einrichtungen, was geleistet wird und auch was nicht

Fazit & Einordnung der Gesamtergebnisse

Die Beziehungsschleife:

- Notwendig: Schärfung der Erwartungshaltung sowohl innerhalb der Bietergemeinschaft, wie auch mit den Projekteinrichtungen
- Zukünftig: unterschiedliche Erwartungshaltungen und Definitionen der Beziehungsschleife erfordern klarere Zielkriterien sowie das Festsetzen von Teilzielen, um heterogenen und teils diffusen Beschreibungen innerhalb der Einrichtungen entgegenzuwirken
- Verständnis der Beziehungsschleife aus Sicht der Einrichtungen nicht immer gleich dem der Expertinnen und Experten

Fazit & Einordnung der Gesamtergebnisse

Partizipation der Bewohnerschaft:

- **Verschiedene Herausforderungen, die es erschwert haben, die Bewohnerebene in allen Einrichtungen gleichermaßen zu stärken**
- Bewohnerschaft innerhalb der Einrichtungen, aber auch zwischen den Einrichtungen sehr verschieden
 - Umgang und die Bereitschaft, diese und deren Angehörige trotz des damit verbundenen Mehraufwands in der Organisation an dem gesaPflege-Prozessen, zu beteiligen vor Ort unterschiedlich
 - Ergebnisse der Analysen haben an vielerlei Stellen gezeigt, dass insbesondere Gruppenangebote schon vielfältig und häufig vor Ort implementiert sind und sich vielmehr ein Bedarf an individuellen Lösungen und mehr Zuwendungszeit zeigt; Kritik der Einrichtungen, dass gemäß Leitfaden Prävention keine Einzelangebote für Bewohner/-innen möglich sind

Fazit & Einordnung der Gesamtergebnisse

Grundsätzliche Rahmenbedingungen vor Ort:

- In allen Einrichtungen: hohe Bereitschaft neue Strukturen zu implementieren und die Gesundheitsförderung für Bewohnerinnen und Bewohner voranzutreiben
- Bereits viele eigene Ideen, hier noch wirkungsvoller agieren zu können
- Nur langfristige Erfolge möglich: wenn die Einrichtungen auch grundsätzlich ressourcentechnisch so ausgestattet sind, dass diese möglich sind
- Studienergebnisse daher nur bedingt übertragbar

Fazit & Einordnung der Gesamtergebnisse

- Sensibilisierung: Gesundheitsförderung und Beziehungsschleife
- Wichtige Impulse gesetzt: strukturelle und prozessuale Veränderungen
- Empfehlung um zukünftig noch individueller, wirkungsvoller und zeitnaher auf die beschriebenen Herausforderungen in der stationären Altenpflege eingehen zu können:
 - Flexibilisierung der Ressourcen,
 - eine sich flexibel anpassbare Projektstruktur,
 - Teilziele und eine genaue Definition dieser
 - sowie eine geeignete Kommunikationsstrategie, bestenfalls mit externer Unterstützung.

Literatur

- Braun, V. & Clarke, V. (2006). Using thematic analysis in psychology. *Qualitative Research in Psychology*, 3(2), 77-101.
<https://doi.org/10.1191/1478088706qp063oa>
- Döring, N. & Bortz, J. (2016). *Forschungsmethoden und Evaluation in den Sozial- und Humanwissenschaften*. Springer.
<https://doi.org/10.1007/978-3-642-41089-5>
- Mayring, P. (2020). Qualitative Inhaltsanalyse. In G. Mey & K. Mruck(Hrsg.), *Handbuch Qualitative Forschung in der Psychologie* (S. 495-511). Springer.
<https://doi.org/10.1007/978-3-658-26887-9>
- Schreier, M. (2014). Varianten qualitativer Inhaltsanalyse. Ein Wegweiser im Dickicht der Begrifflichkeiten. *Forum Qualitative Sozialforschung*, 15.
<https://nbn-resolving.org/urn:nbn:de:0114-fqs1401185>