

**Gewaltpräventionsprojekt PEKo – Partizipative Entwicklung von Konzepten zur Prävention von Gewalt in der stationären Pflege**

**Abschlussbericht - Kurzversion**

**Koordinator des Gesamtvorhabens** Prof. Dr. Sascha Köpke<sup>1</sup>  
Gleueler Straße 176-178  
50935 Köln  
sascha.koepke@uk-koeln.de

### **Beteiligte Institutionen und Vertreter:innen**

**Für das Studienzentrum Lübeck:** Anna Dammermann<sup>2</sup>, Sebastian Isensee<sup>2</sup>,  
Marco Sander<sup>1</sup>, Adele Stojanov<sup>2</sup>,  
Prof. Dr. Katrin Balzer<sup>2</sup>

**Für das Studienzentrum Fulda:** Stefanie Freytag<sup>3</sup>, Kristin Schultes<sup>3</sup>,  
Prof. Dr. Beate Blättner<sup>3</sup>

**Für das Studienzentrum Halle:** Dr. Anja Bieber<sup>4</sup>, Dr. Steffen Fleischer<sup>4</sup>,  
Prof. Dr. Gabriele Meyer<sup>4</sup>

<sup>1</sup> Universität zu Köln, Institut für Pflegewissenschaft, 50935 Köln

<sup>2</sup> Universität zu Lübeck, Sektion für Forschung und Lehre in der Pflege, 23538 Lübeck

<sup>3</sup> Hochschule Fulda, Fachbereich Pflege und Gesundheit, 36037 Fulda

<sup>4</sup> Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg, Institut für Gesundheits- und Pflegewissenschaft, 06112 Halle (Saale)

## Inhaltsverzeichnis

<b>1</b>	<b>Hintergrund und Zielsetzung des Projekts</b> .....	<b>1</b>
<b>2</b>	<b> Projektdurchführung</b> .....	<b>2</b>
2.1	Grundprinzipien .....	2
2.2	PEKo-Intervention .....	2
<b>3</b>	<b> Wissenschaftliche Evaluation</b> .....	<b>3</b>
3.1	Evaluation der Effekte .....	3
3.2	Prozessevaluation .....	4
<b>4</b>	<b> Ergebnisse</b> .....	<b>5</b>
4.1	Charakteristika der teilnehmenden Einrichtungen .....	5
4.2	Umsetzung der PEKo-Module .....	5
4.3	Effekte der PEKO-Intervention .....	7
4.3.1	Stichprobe der Befragung .....	7
4.3.2	Gewaltprävalenz .....	7
4.3.3	Arbeitsbelastungsempfinden, allgemeine Selbstwirksamkeit und Lebensqualität .....	10
4.6	Ergebnisse Prozessevaluation .....	10
4.6.1	Reichweite der Implementierung: .....	10
4.6.2	Rahmenbedingungen und Compliance der Einrichtungen .....	10
4.6.3	Einflussfaktoren auf Veränderungsprozesse und Veränderungserfolg .....	11
<b>5</b>	<b> Diskussion</b> .....	<b>12</b>
5.2	Kernergebnisse der Projektarbeit .....	12
5.3	Kernergebnisse der Effekte der Zielgrößen .....	13
5.4	Kernergebnisse der Prozessevaluation .....	15
<b>6</b>	<b> Fazit und Ausblick</b> .....	<b>15</b>
<b>7</b>	<b> Literaturverzeichnis</b> .....	<b>17</b>

### **Tabellen und Abbildungsverzeichnis**

Tabelle 1	Variablen und Instrumente zur Erfassung der Effekte der Intervention .....	4
Tabelle 2	Häufigkeit der entwickelten Interventionen .....	6
Abbildung 1	Prävalenz erfahrener Gewalt in den letzten drei Monaten nach Gewaltform inkl. 95% KI-Intervalle... 8	
Abbildung 2	Prävalenz selbstberichteter ausgeübter Gewalt in den letzten drei Monaten nach Gewaltform inkl. 95% KI-Intervalle FEM= Freiheitsentziehende Maßnahmen .....	8
Abbildung 3	Prävalenz der bei Kolleg:innen beobachteten Gewalt in den letzten drei Monaten nach Gewaltform inkl. 95% KI-Intervalle FEM= Freiheitsentziehende Maßnahmen .....	9

# 1 Hintergrund und Zielsetzung des Projekts

Gewalt ist ein Begriff, für den es in der Literatur und im allgemeinen Verständnis kein einheitliches Verständnis gibt. Die Weltgesundheitsorganisation (WHO) definiert Gewalt als *„ein äußerst diffuses und komplexes Phänomen, das sich einer exakten wissenschaftlichen Definition entzieht und dessen [Wahrnehmung] dem Urteil des Einzelnen überlassen bleibt. Die Vorstellung von akzeptablen und nicht akzeptablen Verhaltensweisen und die Grenzen dessen, was als Gewalt empfunden wird, unterliegen kulturellen Einflüssen und sind fließend, da sich Wertvorstellungen und gesellschaftliche Normen ständig wandeln“* (Weltgesundheitsorganisation 2003, S. 5).

Gewalt gegenüber Pflegebedürftigen, aber auch gegenüber Pflegenden findet nach Einschätzung von Pflegefachpersonen in einer Befragung alltäglich statt (Weidner, Tucman & Jacobs, 2017). Das Auftreten von Gewalt gehe mit einer „Kultur des Wegschauens“ einher, die in eine „Kultur des Hinschauens und der Achtsamkeit“ umgewandelt werden müsse, so die Autor:innen. Spezielle, einrichtungsinterne und -übergreifende Angebote der Prävention und der Aufarbeitung von Gewalterfahrungen können Abhilfe schaffen (Weidner, Tucman & Jacobs, 2017).

Nach § 5 SGB XI sollen die Pflegekassen Leistungen zur Prävention in stationären Pflegeeinrichtungen für in der sozialen Pflegeversicherung Versicherte erbringen, indem sie unter Beteiligung der versicherten Personen mit Pflegebedarf und der Pflegeeinrichtungen „Vorschläge zur Verbesserung der gesundheitlichen Situation und zur Stärkung der gesundheitlichen Ressourcen und Fähigkeiten entwickeln sowie deren Umsetzung unterstützen“ (GKV Spitzenverband, 2018). Eines der Handlungsfelder des Präventionsleitfadens ist die Gewaltprävention. Pflegeeinrichtungen sind aufgefordert Handlungsleitlinien oder Konzepte zur Prävention von Gewalt in der Pflege zu entwickeln und umzusetzen. Dafür ist ein partizipativer Ansatz vorgesehen (GKV Spitzenverband 2018, S.4).

Mit dem Projekt „PEKo – Partizipative Entwicklung von Konzepten zur Prävention von Gewalt in der stationären Pflege“ sollen Mitarbeiter:innen von Pflegeeinrichtungen nach SGB XI für das Thema „Gewalt in der Pflege“ sensibilisiert werden. Gemeinsam mit Vertreter:innen der Pflegeeinrichtungen sollen individuelle Maßnahmen zur Gewaltprävention entwickelt und implementiert werden. Im Rahmen der wissenschaftlichen Begleitung wurden die Umsetzung (Machbarkeit) des PEKo-Ansatzes sowie mögliche Effekte auf das Auftreten von Gewaltereignissen, das Arbeitsbelastungsempfinden und andere relevante Ergebnisparameter untersucht.

## 2 Projektdurchführung

### 2.1 Grundprinzipien

Das Projekt PEKo ist als fortlaufende partizipative Entwicklung und Evaluation von Interventions- und Maßnahmenbündeln anzusehen, sodass sich die detaillierte Ausgestaltung der Interventionen im Projektverlauf von Einrichtung zu Einrichtung unterschiedlich gestaltet. Zielgruppe der Intervention sind Pflegende und andere in die Pflege und die Betreuung miteinbezogene Beschäftigte der teilnehmenden Einrichtungen.

### 2.2 PEKo-Intervention

Die Interventionskomponenten orientieren sich unter anderem an einer qualitativen Interviewstudie von Siegel et al. (2017) und sind im Informationskasten 1 zusammengefasst.

#### Informationskasten 1: Projektkomponenten

- 1) *Einrichtungsinterne Auftaktveranstaltungen*, um möglichst alle bewohnernah eingesetzten Mitarbeiter:innen zu erreichen.
- 2) *Festlegung von je einer/einem Multiplikator:in („PEKo-Beauftragte“)* pro teilnehmende Einrichtung als Ansprechpartner:in für die Projektmitarbeiter:innen der Hochschulen und als Ansprech- und Beratungsinstanz für die Mitarbeiter:innen in der jeweiligen Einrichtung.
- 3) Bildung eines *interprofessionellen einrichtungsinternen PEKo-Teams*, bestehend aus den jeweiligen PEKo-Beauftragten und weiteren Interessierten aus allen bewohnernahen Bereichen der Einrichtung. Durchführung von 10-12 (ca. einmal monatlich) stattfindende Arbeitstreffen, in denen die PEKo-Teams partizipativ gewaltbegünstigende Faktoren und präventive Strategien besprechen und reflektieren.
- 4) *Quartalsweise einrichtungsübergreifende Treffen von Vertreter:innen der PEKo Teams im Sinne eines Qualitätszirkels („PEKo-Zirkel“)*, bei denen die Erfahrungen aus den einzelnen Einrichtungen zusammengetragen und diskutiert werden.
- 5) *Quantitative Befragung aller bewohner:innennah eingesetzten Mitarbeiter:innen* mit dem Ziel, die Ergebnisse der Befragung zur Entwicklung weiterer Interventionen nutzen zu können, bzw. implementierte Interventionen zu evaluieren.
- 6) *Entwicklung, Evaluation und Anpassung von einrichtungsindividuellen Interventionen und Handlungsleitlinien* im Rahmen der monatlichen Treffen und der einrichtungsübergreifenden Treffen zum Umgang mit Verdachtsfällen sowie bei aktueller Gewalt.
- 7) *Einführung eines strukturierten, systematischen Meldewesens* für Gewaltereignisse sowie systematische Auswertung der Meldung.
- 8) *Beratungsangebot für die PEKo-Beauftragten und PEKo-Teams* durch die Projektmitarbeiter:innen über die gesamte Projektdauer.

Die partizipative Entwicklung der individuellen Interventionen findet fortlaufend während der Treffen der einrichtungsinternen PEKo-Teams statt. Es wird erwartet, dass durch die partizipative Ausrichtung und die Entwicklung von einrichtungsspezifisch zugeschnittenen Konzepten eine hohe Motivation und Bindung der Mitarbeiter:innen an die Intervention erreicht wird. Dadurch soll es zu einer nachhaltigen Implementierung und somit zu einer Senkung von Gewaltereignissen im Umgang von Pflegenden und Pflegebedürftigen kommen.

### 3 Wissenschaftliche Evaluation

Begleitend zum Projekt wurde eine Machbarkeits- und Pilotstudie im Vorher-Nachher-Design mit kombinierter Erhebung quantitativer (standardisierter) und qualitativer Daten (Mixed Methods-Studie) durchgeführt. Die Studie wurde durch die Universität zu Lübeck, die Hochschule Fulda und die Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg im Zeitraum von 01.04.2018 – 31.08.2021 durchgeführt. Ein Studienprotokoll wurde den Ethikkommissionen der Hochschulen vorgelegt und von diesen positiv begutachtet (Erstvotum durch die Ethikkommission der Universität zu Lübeck (Lübeck 18-244).

#### 3.1 Evaluation der Effekte

Für die Evaluation der Effekte wurden zu drei Messzeitpunkten (Baseline-Erhebung (t0) vor Beginn der Intervention, die Zwischenerhebung nach 6 Monaten (t1) und die Abschlusserhebung (t2) 12 Monate nach Projektbeginn) quantitative Daten zum Gewaltgeschehen als primäre Zielgröße sowie zum Arbeitsbelastungsempfinden und zu den Selbstwirksamkeitserwartungen der Mitarbeiter:innen als sekundäre Zielgrößen erhoben. Der hierfür entwickelte Fragebogen „PEKoASS“ enthält standardisierte Fragen bzw. Instrumente zu den erhobenen Zielgrößen (Tab. 1). Das Gewaltgeschehen wurde differenziert für einzelne Gewaltformen (z. B. körperliche Gewalt, psychische Gewalt, sexualisierte Gewalt oder Gewalt durch Vernachlässigung) und aus verschiedenen Richtungen (selbst erfahrende Gewalt, selbst ausgeübte Gewalt und bei Kolleg:innen beobachtete Gewalt) erfasst. Zudem wurden im Projekt involvierte Mitarbeiter:innen der teilnehmenden Einrichtungen (im folgenden PEKo-Teammitglieder) gebeten, zu zwei Befragungszeitpunkten (t0, t2), Fremdeinschätzungen bezüglich der Lebensqualität zufällig ausgewählter Bewohner:innen vorzunehmen.

**Tabelle 1 Variablen und Instrumente zur Erfassung der Effekte der Intervention**

Variable	Instrument	Zeitpunkt	Zielgruppe
<b>primäre Zielgröße</b>			
<b>Gewaltgeschehen (selbst erlebt, selbst ausgeübt, beobachtet)</b>	Relevanteste Items nach Gørgen (2001)	t0, t1 und t2	Bewohner:innen-nah eingesetzte Mitarbeitende
<b>sekundäre Zielgrößen</b>			
<b>Selbstwirksamkeitserwartung Pflegender</b>	Allgemeine Selbstwirksamkeit Kurzsкала (ASKU) (Beierlein et al. 2012)	t0, t1 und t2	Bewohner:innen-nah eingesetzte Mitarbeitende
<b>Arbeitsbelastungsempfinden</b>	BGW Personalbefragung für die Altenpflege, Krankenpflege und Behindertenhilfe (2017)	t0, t1 und t2	Bewohner:innen-nah eingesetzte Mitarbeitende
<b>Erfassung der Lebensqualität der Bewohnerinnen und Bewohner</b>	Quality of life in Alzheimer's disease Nursing Home (QoI-Ad NH) Proxy-Version (durch Pflegefachpersonen) (Dichter, 2018)	t0 und t2	20% der Bewohnerinnen und Bewohner

Legende: t0= zu Beginn der Intervention; t1= nach 6 Monaten; t2= nach 12 Monaten

Für die wissenschaftliche Evaluation wurden die Prävalenz des Vorkommens der einzelnen Gewaltformen inkl. 95 %-Konfidenzintervall (KI) berechnet. Die Prävalenz wurde basierend auf einer dichotomisierten Zusammenfassung (ja versus nein) der Fragen pro Gewaltform ermittelt und entspricht somit dem Anteil der Befragten, die mindestens einen Aspekt dieser Gewaltform mindestens „seltener als monatlich“ erlebt, ausgeübt bzw. beobachtet haben. Die 95 %-KI wurden wie folgt interpretiert: Überlappen sich die Intervalle von zwei Messzeitpunkte (z. B. t2 versus T0) nicht, wurde dies als Hinweis auf eine signifikante Veränderung gewertet, anderenfalls wurde von nicht-signifikanten Unterschieden ausgegangen. Weitere statistische Tests erfolgten nicht. Die Daten zu den anderen Zielgrößen wurden gemäß den instrumentenspezifischen Empfehlungen zusammengefasst und mittels deskriptiver Statistik ausgewertet.

### 3.2 Prozessevaluation

Da es sich um eine komplexe multi-modale Intervention handelt, wurde eine begleitende Prozessevaluation durchgeführt. Hierfür wurden qualitative und quantitative Methoden im Sinne eines „Mixed Methods“-Ansatzes erhoben, um Prozesse und Mechanismen der Intervention sowie hemmende und fördernde Faktoren der Implementierung abzubilden. Insbesondere sollten Informationen zur Erreichung der vorab formulierten Projektziele, zur Zusammenarbeit mit und Motivation der PEKo-Teams generiert werden.

Mittels quantitativer Methoden wurden Daten zur Reichweite der Implementierung und zur Projekt-Compliance erhoben. Einschätzungen zur Reichweite wurden im Rahmen der t2-Erhebung mittels acht zusätzlicher Items im Fragebogen „PEKoASS“ erfasst. Die Compliance wurde durch Mitglieder des Studienteam eingeschätzt: Nach jedem Arbeitstreffen mit dem einrichtungsinternen PEKo-Team wurden die Zusammensetzung des PEKo-Teams sowie die besprochenen Inhalte strukturiert in sogenannten Compliancebögen festgehalten.

Der Schwerpunkt der qualitativen Prozessevaluation lag auf der Erfassung von hemmenden und fördernden Faktoren bei der Umsetzung der Intervention mittels teilnehmender Beobachtung und semistrukturierten Protokollen. Beobachtet wurden insbesondere die monatlichen PEKo-Teamtreffen, aber auch Auftaktveranstaltungen zu Beginn der Interventionsphase und die übergreifend stattfindenden PEKo-Zirkel. Insgesamt wurden 278 Beobachtungsprotokolle geschrieben. Die Datenauswertung erfolgte in Anlehnung an die Grounded Theory (Strauss & Corbin, 1996).

## 4 Ergebnisse

### 4.1 Charakteristika der teilnehmenden Einrichtungen

Insgesamt nahmen 43 stationäre Pflegeeinrichtungen und 3 Einrichtungen der Behindertenhilfe<sup>1</sup> teil. Weitere 2 Einrichtungen in Niedersachsen nahmen als Piloteinrichtungen an dem Projekt teil. Zudem wurden nachträglich vom Studienzentrum Lübeck 5 weitere Einrichtungen für das PEKo-Projekt rekrutiert. Soweit nicht anders ausgewiesen, sind diese 7 Einrichtungen sowie die 3 Einrichtungen der Behindertenhilfe nicht Teil der nachfolgenden Ergebnisberichterstattung. In der Interventionszeit beendeten sechs Einrichtungen vorzeitig ihre Projektteilnahme.

In den 43 teilnehmenden Einrichtungen der stationären Langzeitpflege arbeiteten zu Beginn der PEKo-Implementierung insgesamt 2.784 Bewohner:innennah eingesetzte Beschäftigte, d.h. im Mittel 65 Beschäftigte pro Einrichtung (Min–Max, 31–147). In 12 Einrichtungen lag bereits zu Beginn des Projekts ein Gewaltpräventionskonzept vor.

### 4.2 Umsetzung der PEKo-Module

In allen teilnehmenden Einrichtungen gab es zu Beginn eine einrichtungsinterne Auftaktveranstaltung, bei der alle Beschäftigten über Ziele und Inhalte des Projekts informiert wurden. Insgesamt wurden 37 PEKo-Teams gegründet. Je ein PEKo-Team

---

<sup>1</sup> Die drei Einrichtungen der Behindertenhilfe wurden von einem trägerweiten PEKo-Team neben hauptsächlich stationären Pflegeeinrichtungen in die lokale Implementierung einbezogen.

wurde einrichtungsübergreifend für drei bzw. fünf Einrichtungen, alle weiteren PEKo-Teams einrichtungsintern gebildet. Die Aufgabe der PEKo-Beauftragten wurde häufig von Einrichtungs- bzw. Pflegedienstleitungen, Leitungen der sozialen Betreuung oder Qualitätsmanagement-Beauftragten sowie Verwaltungsmitarbeiter:innen übernommen (n=24). Nur in einzelnen Einrichtungen wurde diese Aufgabe an Beschäftigte der direkten Pflege vergeben.

Ende August 2020 war das Projekt PEKo in 29 Einrichtungen beendet. In 13 Einrichtungen musste die Interventionszeit aufgrund der COVID-19-Pandemie unterbrochen werden, der Projektabschluss wurde somit verschoben. Bis Ende August 2020 hatten pro Einrichtung durchschnittlich neun PEKo-Team-Treffen stattgefunden, an denen im Schnitt drei bis fünf PEKo-Teammitglieder anwesend waren, wobei die Beteiligung in der Projektmitte durchschnittlich etwas geringer war.

Die Teams setzten sich zu meist aus Mitarbeiter:innen der Pflege und Betreuungskräften zusammen. In einigen Teams waren Mitarbeiter:innen der Leitungsebene integriert. Aufgabe der PEKo-Teams war die an den individuellen Bedarfen ausgerichtete Planung und Entwicklung der einrichtungsinternen Präventionsmaßnahmen. Auf Grundlage der Aushandlung eines gemeinsamen Gewaltbegriffs und einer IST-Analyse wurden im partizipativen Prozess einrichtungsindividuelle Interventionen entwickelt und umgesetzt.

**Tabelle 2 Häufigkeit der entwickelten Interventionen**

<b>Interventionsart*</b>	<b>Häufigkeit (n= 153)</b>
Plakate/Broschüren/sonstige Auslagen	29
Konkrete Gewaltdefinition	23
Handlungsleitfaden	19
Gewaltpräventionskonzept	16
Schulungen für Mitarbeiter:innen (incl. Rollentausch-Simulationen)	16
Meldewesen	13
Vertrauenspersonen	11
Informationsveranstaltungen	9
Strukturierte Teamgespräche	6
Abschlussveranstaltung	5
Sonstige	6

\*Einbezogen wurden nur im Rahmen der Projektlaufzeit vollständig entwickelte Interventionen.

Zusätzlich konnten sich die PEKo-Teammitglieder auf quartalsmäßig stattfindenden übergreifenden Zirkeltreffen mit anderen Einrichtungsteams austauschen. Neben einer eigenen einrichtungsinternen Gewaltdefinition wurden am häufigsten Handlungsleitfäden und Plakate sowie Präventionskonzepte und Schulungen entwickelt und implementiert (Tab. 2). Die Interventionen zielten zumeist auf die Sensibilisierung für das Thema Gewalt, einen Wissenszuwachs und mehr Handlungssicherheit der Mitarbeiter:innen im Umgang mit Gewalt oder eine Verbesserung der Kommunikationskultur.

## 4.3 Effekte der PEKO-Intervention

### 4.3.1 Stichprobe der Befragung

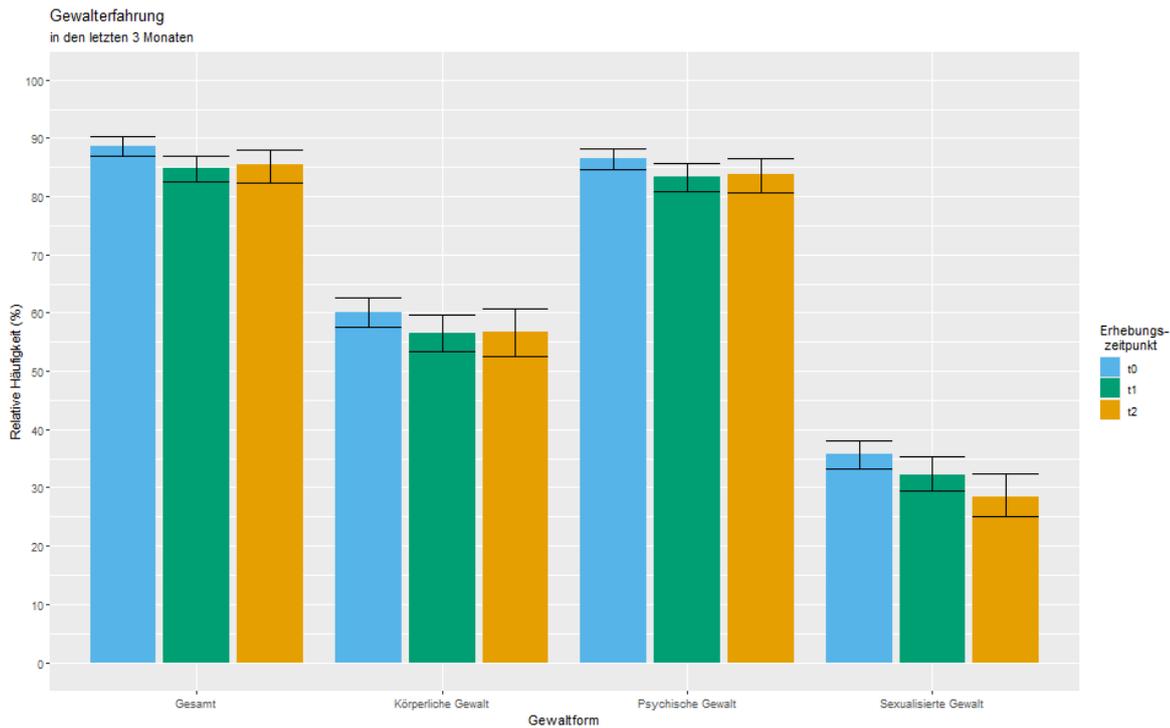
Nachfolgende Beschreibungen beziehen sich auf folgende 48 in das Projekt PEKo eingeschlossenen Einrichtungen: 43 Einrichtungen der stationären Langzeitpflege in der Hauptstudie, 2 Einrichtungen der stationären Langzeitpflege in der Pilotphase sowie 3 Einrichtungen der Behindertenhilfe. Pro Messzeitpunkt lagen 1.480 (t0), 976 (t1) und 582 (t2) auswertbare Fragebögen vor. Die Stichprobe zu t2 enthält aufgrund der Pandemie-bedingten Verzögerungen keine Fragebögen von Einrichtungen aus dem Einzugsbereich des Studienzentrums Halle.

Bezogen auf die Gesamtstichprobe (n=3.038) über alle Befragungszeitpunkte hinweg, gehörten die meisten Beschäftigten der Altersgruppe zwischen 35 und 50 Jahren (34 %) bzw. zwischen 51 und 65 Jahren (39 %). Über die Hälfte (55 %) der Befragten stammt aus der Gruppe der beruflich Pflegenden. Die mittlere Dauer der Berufserfahrung lag je nach Erhebungszeitpunkt zwischen 12 und 13 Jahren.

### 4.3.2 Gewaltprävalenz

#### **Erfahrene Gewalt**

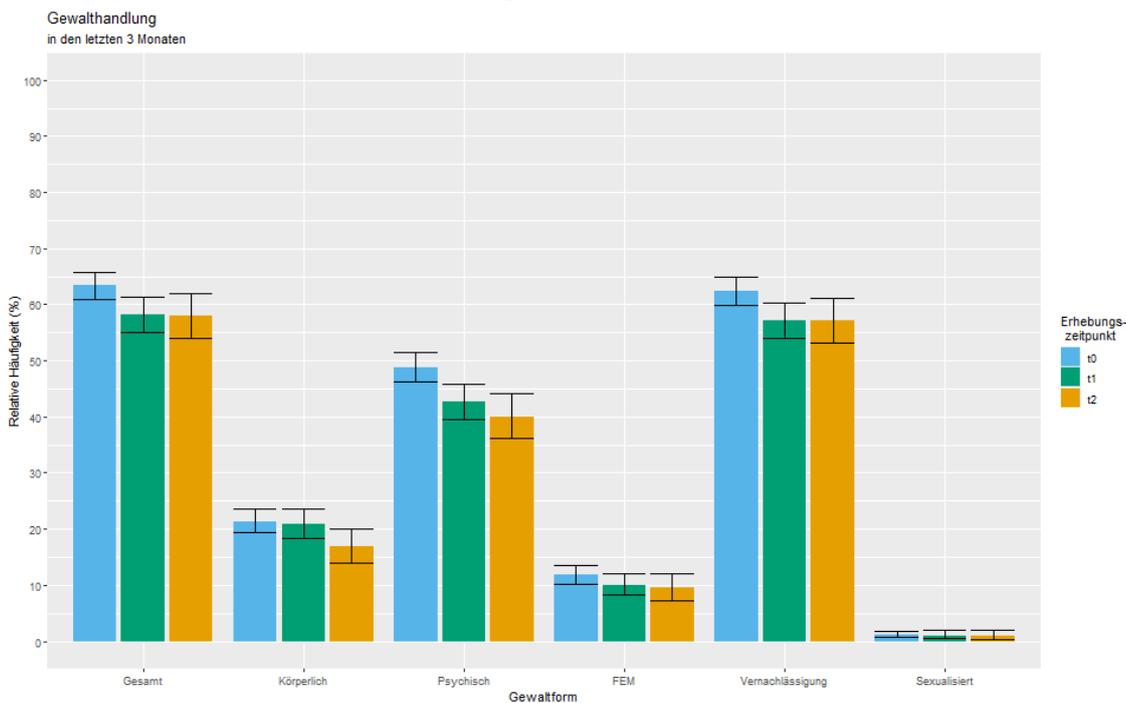
Insgesamt reduzierte sich der Anteil von Befragten mit erfahrener Gewalt von knapp 89 % zu t0 auf 85,5 % zu t2. Unter den Gewaltformen dominierte zu allen Befragungszeitpunkten mit einer Prävalenz von über 80 % die Erfahrung psychischer Gewalt, gefolgt von körperlicher Gewalt mit einer Prävalenz zwischen 57 und 60 % (Abb. 1). Für alle Gewaltformen hat die Prävalenz erfahrener Gewalt bereits von t0 zu t1 um rund 2 bis 4 % abgenommen, blieb im weiteren Verlauf jedoch auf dem Niveau von t1. Einzig in Bezug auf die sexualisierte Gewalt ist für den Zeitraum von t1 zu t2 eine weitere Abnahme zu erkennen. Nur für diese Gewaltform verweisen die 95%-KI auch auf einen signifikanten Rückgang der Prävalenz von t0 zu t2, für die anderen Gewaltformen und die erfahrene Gewalt insgesamt ist aufgrund der sich überlappenden 95 %-KI der Prävalenzwerte zu t0 und t2 davon auszugehen, dass der beobachtete Rückgang nicht signifikant ist.



**Abbildung 1 Prävalenz erfahrener Gewalt in den letzten drei Monaten nach Gewaltform inkl. 95% KI-Intervalle**

### Ausgeübte Gewalt

Der Anteil der Befragten, die für mindestens eine der erfassten Gewaltformen angaben, in den letzten drei Monaten selbst mindestens „seltener als monatlich“ Gewalt gegenüber Bewohner:innen ausgeübt zu haben, sank von t0 (63 %) zu t2 (58 %) um 5 %, jedoch ohne Hinweis auf Signifikanz (da überlappende 95 %-KI) (Abb. 2).



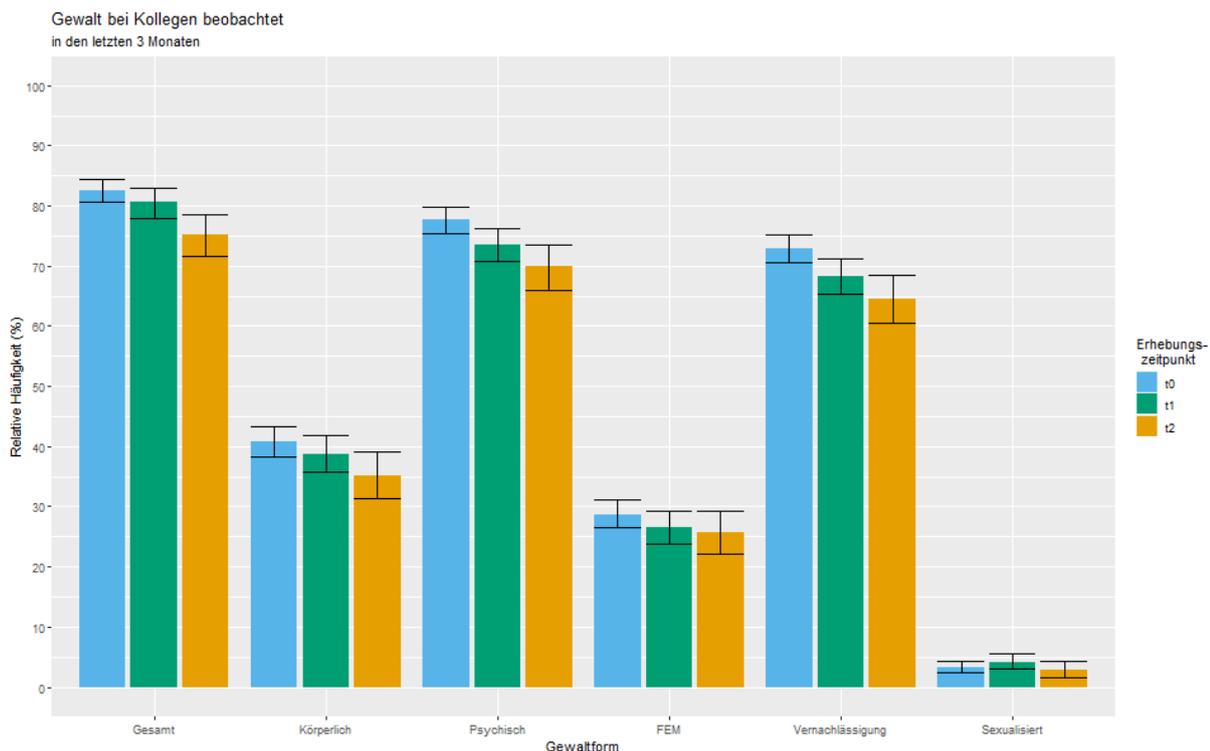
**Abbildung 2 Prävalenz selbstberichteter ausgeübter Gewalt in den letzten drei Monaten nach Gewaltform inkl. 95% KI-Intervalle**

FEM= Freiheitsentziehende Maßnahmen

Deutlich am häufigsten wurde selbstausgeübte Gewalt für Formen der Vernachlässigung (62 % zu t0, 57 % zu t2) und der psychischen Gewalt (49 % zu t0, 40 % zu t2) berichtet. Für beide Gewaltformen zeigen die Ergebnisse eine Reduktion der Prävalenz, besonders deutlich für die selbstausgeübte psychische Gewalt (Reduktion um 9 %, mit Hinweis auf Signifikanz). Etwas mehr als ein Fünftel der Befragten gaben zu t0 an, in den letzten drei Monaten mindestens „seltener als monatlich“ körperliche Gewalt ausgeübt zu haben. Dieser Anteil sank bis t2 auf knapp 17 %, es ist jedoch nicht von einer statistisch signifikanten Änderung auszugehen.

### Beobachtete Gewalt

Bei Kolleg:innen beobachtete Gewaltausübung wurde häufiger berichtet als selbst ausgeübte Gewalt: Zum ersten Messzeitpunkt gaben 86 % der Befragten an, in den zurückliegenden drei Monaten mindestens „seltener als monatlich“ entsprechende Handlungen von Kolleg:innen beobachtet zu haben. Im Beobachtungsverlauf zeigt sich eine Reduktion der Gewaltprävalenz um über 10 % auf 75 %, mit Hinweis auf Signifikanz (Abb. 3)



**Abbildung 3 Prävalenz der bei Kolleg:innen beobachteten Gewalt in den letzten drei Monaten nach Gewaltform inkl. 95% KI-Intervalle**

FEM= Freiheitsentziehende Maßnahmen

Diese Reduktion betrifft vor allem die beobachtete psychische Gewalt und die Vernachlässigung durch Kolleg:innen, die mit Abstand die am häufigsten beobachteten Gewaltformen darstellen: Der Anteil derjenigen, die nach eigenen Angaben psychische Gewalt durch Kolleg:innen beobachteten, sank von 78 % (t0) auf 70 % (t2). Für die beobachtete Vernachlässigung zeigt sich ähnlich eine Verringerung von 73 % zu t0

auf 65 % zu t2. Bei beiden Gewaltformen verweisen die 95 %-KI der t0- und t2-Werte auf eine signifikante Reduktion. Für die körperliche Gewalt ist ebenfalls eine Senkung des Anteils derjenigen, die von Kolleg:innen ausgeübte Gewalt beobachtet haben zu erkennen: von 41 % zu t0 auf 35 % zu t2, allerdings ohne Hinweis auf Signifikanz.

#### 4.3.3 Arbeitsbelastungsempfinden, allgemeine Selbstwirksamkeit und Lebensqualität

**Arbeitsbelastungsempfinden (BGW):** In Bezug auf die soziale und die qualitative Arbeitsbelastung und die Arbeitsorganisation zeigen sich keine nennenswerten Veränderungen, für die quantitative Arbeitsbelastung wurde dagegen eine Reduktion der medianen Belastung vom Messzeitpunkt t0 in Richtung einer geringen Belastung (Quartil 1 der t0-Messung) beobachtet, die bis zum letzten Beobachtungszeitpunkt t2 auf diesem deutlich niedrigeren Niveau blieb.

**Selbstwirksamkeitserwartungen (ASKU):** Die Selbstwirksamkeitserwartungen veränderten sich nicht über den Beobachtungszeitraum.

**Lebensqualität der Bewohner:innen (QOL-AD, Fremdeinschätzung durch PEKo-Teammitglieder):** Zwischen einzelnen Einrichtungen ist eine gewisse Variabilität in den Lebensqualitätseinschätzungen zu erkennen, es wird jedoch kein Unterschied zwischen den Messzeitpunkten deutlich.

### 4.6 Ergebnisse Prozessevaluation

#### 4.6.1 Reichweite der Implementierung:

Für die Reichweitenbefragung wurden zum Messzeitpunkt t2 1.231 Fragebögen ausgegeben, diese wurden von 33 % (n=405) der Befragten ausgefüllt. Der überwiegende Anteil der Befragten gab an, das Projekt und die Aufgaben des PEKo-Teams zu kennen. Etwa 83 % der Befragten war bekannt, wer bei Gewaltereignissen als Ansprechpartner:in fungiert, knapp 60 % fühlten sich im Umgang mit Gewaltsituationen sicherer als noch vor einem Jahr. Über die Hälfte der Befragten (54,3 %) hatte seit Projektbeginn einmalig oder mehrfach an einer Informationsveranstaltung oder Schulung zum Thema Gewalt teilgenommen. Eine Auswirkung des Projekts auf die tägliche Arbeit wurde von etwa 43 % der Befragten bestätigt. Fast zwei Drittel der Befragten gab an, dass in den Einrichtungen im letzten Jahr insgesamt häufiger über Gewalt und Gewaltprävention gesprochen wurde als im Jahr zuvor.

#### 4.6.2 Rahmenbedingungen und Compliance der Einrichtungen

In acht Einrichtungen änderte sich während der Projektlaufzeit die personelle Besetzung der Einrichtungs- oder Pflegedienstleitung, in drei Einrichtungen die der PEKo-Beauftragten. Die Zusammenarbeit mit den Einrichtungen, die bis zum Projektende

teilgenommen haben, wurde von den zuständigen wissenschaftlichen Mitarbeiter:innen überwiegend als positiv eingestuft. Der Person der PEKo-Beauftragten kommt dabei in den meisten Fällen eine zentrale Funktion zu. Eine sehr gute Zusammenarbeit wurde mit einer guten Erreichbarkeit, guten Kommunikation, Zuverlässigkeit sowie einer hohen Motivation und Eigeninitiative der PEKo-Teammitglieder erklärt. Die Zusammenarbeit mit Einrichtungen, die das Projekt vorzeitig beendet haben, wurde von den Mitarbeiter:innen als mittelmäßig oder eher schlecht bewertet.

#### 4.6.3 Einflussfaktoren auf Veränderungsprozesse und Veränderungserfolg

Für das Initiieren von Veränderungsprozessen, den Veränderungserfolg und die nachhaltige Veränderung in den teilnehmenden Einrichtungen des Projektes PEKo gegen Gewalt sind nach Analyse der qualitativen Daten drei Faktoren entscheidend:

- die **Veränderungskompetenzen** der Unternehmensleitung, der Beschäftigten und speziell des PEKo Teams und der PEKo-Beauftragten,
- das **Veränderungsmanagement**, also die Art und Weise der Umsetzung der Veränderungen,
- die **Art der Veränderungen**, d.h. die Interventionen zur Prävention von Gewalt, die von den PEKo Teams ausgewählt wurden.

Für den Erfolg, das Herbeiführen einer dauerhaften Veränderung, ist die Veränderungskompetenz maßgebend. Das Datenmaterial spricht dafür, dass in Abhängigkeit vom Veränderungsmanagement, der Art und Weise der Planung und Durchführung der Veränderung sowie der Art der geplanten und umgesetzten Veränderungen sich die Veränderungskompetenz sowohl positiv als auch negativ verändern kann.

##### **(1) Veränderungskompetenz**

Unter Veränderungskompetenz lassen sich die Kategorien Veränderungsbereitschaft „Wollen“, Veränderungsfähigkeit „Können“ und Veränderungsbedingungen „Dürfen“ subsumieren.

*Veränderungsbereitschaft „Wollen“:* Veränderungsbereitschaft wird durch das Maß an Offenheit für Veränderungen und dem Vorliegen intrinsischer und/oder extrinsischer Beweggründe bestimmt. Zudem wird die Veränderungsbereitschaft durch die Ausprägung der Proaktivität, also dem vorausschauenden Erkennen von Veränderungsbedarfen und dem aktiven Vorantreiben von Veränderungen gekennzeichnet.

*Veränderungsfähigkeit „Können“:* Veränderungsfähigkeit setzt sich aus Veränderungsintelligenz und Lernfähigkeit zusammen. Veränderungsintelligenz meint die Fähigkeit den Sinn von Veränderungen zu verstehen sowie diese planen und umsetzen zu können. Diese Fähigkeit setzt ein gewisses Grundwissen voraus. Lernfähigkeit beschreibt die Fähigkeit, sich fort- und weiterzuentwickeln zu können

bzw. zu wollen und setzt somit ein gewisses Maß an Offenheit für Veränderungen voraus.

*Veränderungsbedingungen „Dürfen“:* Unter Veränderungsbedingungen fallen Faktoren, die einen direkten Einfluss auf den Veränderungserfolg haben bzw. haben können, selbst aber nicht beeinflussbar sind, bspw. Entscheidungsverantwortung und Handlungsfähigkeit des PEKo-Beauftragten, des Teams, Leitungsebene sowie interne und externe Vorgaben.

## **(2) Veränderungsmanagement**

Veränderungsmanagement umfasst die Planung und Durchführung aller Aktivitäten, die die PEKo-Teammitglieder, die PEKo-Beauftragten und Beschäftigten auf die zukünftigen Veränderungen vorbereiten. Einflussfaktoren auf das Veränderungsmanagement sind das Maß an Kommunikation, Partizipation und Edukation.

## **(3) Art der Veränderungen**

Das Veränderungsmanagement und die Veränderungskompetenzen aller Beteiligten werden von der Art der Veränderungen beeinflusst. Dabei gibt es Interventionen wie z. B. die Einführung von Vertrauensbeauftragten, die langfristig eine Veränderung und einen Eingriff in bestehende Strukturen zur Folge haben und Interventionen, wie Informationsveranstaltungen, die nur temporär stattfindend und eine Änderung des Verhaltens zum Ziel haben.

# **5 Diskussion**

## **5.2 Kernergebnisse der Projektarbeit**

Das Projekt PEKo konnte für die Hauptstudie 43 stationäre Altenpflegeeinrichtungen des SGB XI-Bereichs für die Teilnahme gewinnen. Auch über die teilnehmenden Einrichtungen hinaus wurde dem Thema Gewaltprävention von fast allen eingeladenen Langzeitpflegeeinrichtungen eine hohe Relevanz zugesprochen. Diese Resonanz spricht für das große Interesse am Thema seitens der Einrichtungsverantwortlichen. Während der Projektlaufzeit wurde eine Vielzahl an Interventionen entwickelt und umgesetzt. Grundlage der Interventionsentwicklung war in allen PEKo-Teams die Erarbeitung eines gemeinsamen Gewaltverständnisses. Ausgehend von einer eher physischen Wahrnehmung von Gewalt, wurde dieses Verständnis im Verlauf des ersten PEKo-Team-Treffen ausdifferenziert und teilweise auch in späteren Treffen ergänzt. Hier zeigt sich eine schnelle Sensibilisierung der PEKo-Teammitglieder auch für weniger offensichtliche Gewaltformen, wie Vernachlässigung und strukturelle Gewalt, die sich häufig in alltäglichen Pflegeroutinen zeigt, die nicht an den Bedürfnissen der Bewohner:innen ausgerichtet sind.

Die in den PEKo-Teams entwickelten Interventionen haben überwiegend das Ziel, weitere Mitarbeiter:innen, aber auch Angehörige und Bewohner:innen für Gewalt zu sensibilisieren und insbesondere den Mitarbeiter:innen Handlungssicherheit zu vermitteln. Dafür wurden Handlungsleitfäden mit konkreten Hinweisen zu Verhaltensweisen und Abläufen vor, während und nach Gewaltereignissen entwickelt. Neben mangelnder Sensibilität hinsichtlich verschiedener Gewaltformen und Handlungsunsicherheit im Umgang mit Gewalt wurde mit den Interventionen häufig fehlende Informationsweitergabe, ungünstiges Kommunikationsverhalten und fehlende Ansprechpersonen adressiert. Diese Ansatzpunkte werden in der aktuellen wissenschaftlichen Literatur ebenfalls empfohlen (Baker et al. 2016, Geoffrion et al. 2020, Peter, Golz, Richter 2016). Hinsichtlich Form und Inhalte der Interventionen verfolgten viele Einrichtungen ähnliche Präventionsstrategien. Dies lässt vermuten, dass es trotz aller Individualität einrichtungsübergreifende Gemeinsamkeiten in den potenziell gewaltauslösenden Faktoren und Handlungsbedarfen gibt.

Dass bis zum Projektende nicht in allen teilnehmenden Einrichtungen ein Gewaltpräventionskonzept erarbeitet werden konnte, kann zum einen mit den Auswirkungen der Corona-Pandemie, aber auch mit dem präferierten Fokus auf Sensibilisierung und Handlungssicherheit erklärt werden, mit dem eine Kulturveränderung in den Einrichtungen bewirkt werden sollte. Zwar werden Präventionskonzepte in der wissenschaftlichen Literatur als notwendig angesehen (Spelten et al. 2020), allerdings bedürfen diese einer nachhaltigen Implementierung und einer entsprechenden Einrichtungskultur. In das Konzept integrierte Interventionen mit unmittelbar zu erkennendem Nutzen, wie die Implementierung von konkreten Handlungsleitlinien zum Umgang mit Gewalt, scheinen dabei die Akzeptanz bei den Mitarbeiter:innen zu unterstützen. Der praktische Nutzen kann durch Edukation mit dem Fokus auf Sensibilisierung und Handlungssicherheit unterstrichen werden. Dieses Ziel kann z.B. mittels der Reflexion hypothetischer oder realer Fallstudien sowie durch Simulationen oder Videos erreicht werden (Baker et al. 2016, Geoffrion et al. 2020, Needham et al. 2005, Ming et al. 2019).

### 5.3 Kernergebnisse der Effekte der Zielgrößen

Ein weiteres Ziel des Gewaltpräventionsprojektes PEKo lag in der Erkundung möglicher Auswirkungen auf die Gewaltprävalenz im Vorher-Nachher-Vergleich. Hierbei konnte für die selbst erlebte Gewalt eine leichte Reduktion der Prävalenz in der physischen und psychischen Gewalt sowie eine etwas deutlichere Reduktion in der sexualisierten Gewalt ermittelt werden. Für die selbst ausgeübte Gewalt und die beobachtete Gewalt fanden sich für alle untersuchten Gewaltformen rückläufige Tendenzen, insbesondere für die Gewaltprävalenz insgesamt sowie für die Gewaltformen psychische Gewalt, Vernachlässigung und physische Gewalt. Teilweise verweisen die ermittelten

Konfidenzintervalle auf eine signifikante Reduktion der Gewaltprävalenz, dies gilt insbesondere für die selbstberichtete psychische Gewalt sowie für die bei Kolleg:innen beobachtete Gewalt (insgesamt sowie psychische Gewalt und Vernachlässigung). Obwohl beobachtete Gewalt deutlich häufiger berichtet wurde als selbst ausgeübte Gewalt, was auf mögliche Verzerrungen in der Wahrnehmung von Gewaltereignissen zurückzuführen ist, weisen die Ergebnisse konsistent in dieselbe Richtung und sprechen dafür, dass das PEKo-Projekt in den an der Evaluation vollständig teilgenommenen Einrichtungen ein geändertes Verständnis von und einen geänderten Umgang mit Gewalt angebahnt hat. Dies deckt sich mit Ergebnissen aus ähnlichen Forschungsarbeiten, die ebenfalls zumindest kurzfristig signifikante Veränderungen nachweisen konnten (Adams et al. 2017, Arnetz et al. 2017, Jia et al. 2020).

Für die anderen untersuchten Zielgrößen fanden sich dagegen kaum Hinweise auf mögliche Effekte der PEKo-Interventionen. Keine Veränderungen waren in den allgemeinen Selbstwirksamkeitserwartungen und in der Lebensqualität der Bewohner:innen zu registrieren, und in Bezug auf das Arbeitsbelastungsempfinden fand sich lediglich eine Reduktion in der quantitativen Arbeitsbelastung. Zur Einordnung dieser Befunde ist zu berücksichtigen, dass die allgemeinen Selbstwirksamkeitserwartungen ein in der individuellen Entwicklung vergleichsweise stabiles Persönlichkeitsmerkmal darstellt (Beierlein et al., 2012) und damit vermutlich eine geringe Änderungssensitivität gegenüber der PEKo-Intervention aufweist. Dass in der Lebensqualität der Bewohner:innen keine Änderungen zu beobachten sind, kann zum einen auf eine noch nicht ausreichende Stärke der gewaltreduzierenden Veränderungen, zum anderen auf den geringen Stichprobenumfang in Verbindung mit der eingeschränkten Reliabilität der Proxy-Einschätzung (Dichter 1018) zurückzuführen sein. Auffällig ist der Befund der reduzierten quantitativen Arbeitsbelastung; dieses Ergebnis lässt vermuten, dass die im Rahmen des PEKo-Projektes initiierten Veränderungen die Strukturen und Prozesse der (pflegerischen) Arbeit und/oder die Wahrnehmung potenziell belastender (und damit gewaltauslösender) Arbeitssituationen günstig beeinflusst hat.

Trotz der heterogenen Ergebnisse über die verschiedenen Zielgrößen hinweg ist dem Gewaltpräventionsprojekt PEKo das Potenzial zuzusprechen, das Risiko von Gewaltvorkommnissen in der stationären Altenpflege zu senken und das Arbeitsbelastungsempfinden positiv zu beeinflussen. Insgesamt unterstreichen die ermittelten Daten zur Gewaltprävalenz mit konstant über 80 % Beschäftigten, die in den letzten drei Monaten mindestens einmal Gewalt erlebt haben, sowie die vergleichsweise hohe Prävalenz ( $\geq 57$  % bzw.  $\geq 40$  %) selbst ausgeübter Vernachlässigung bzw. psychischer Gewalt die Notwendigkeit effektiver Gewaltprävention in diesem Pflegesetting.

## 5.4 Kernergebnisse der Prozessevaluation

Die Ergebnisse der Prozessevaluation zeigen, dass die PEKo-Beauftragten als organisatorische und inhaltliche Ansprechpartner:innen ein zentrales Element der Intervention darstellen. Dabei lässt sich bei PEKo-Beauftragten und-Teammitgliedern im Interventionszeitraum eine Entwicklung der für das Initiieren von Veränderungsprozessen wichtigen Veränderungskompetenzen erkennen. Darüber hinaus stellt insbesondere die Veränderungsbereitschaft der Leitungsebene einen wesentlichen Faktor für Veränderungen dar, da diese den Handlungsspielraum und somit das „Dürfen“ der anderen Akteure vorgeben. Dieser Einflussfaktor des unterstützenden Führungsstils wird auch in der Studienliteratur aufgezeigt (Li et al. 2018).

Die konstante Teilnahme der PEKo-Teammitglieder an den Projekttreffen und deren hoher persönlicher Einsatz kann als ein Indikator für eine gute Zusammenarbeit und eine hohe Relevanzzuschreibung durch die Einrichtung herangezogen werden. Dass die Intervention trotz Rückmeldungen zu einem hohen Arbeitsaufkommen und Personalengpässen weitestgehend wie geplant durchgeführt wurde, spricht für die Machbarkeit von partizipativen Interventionsprojekten.

Die Projekt-Reichweitenbefragung zeigt, dass es durch das Projekt PEKo in den teilnehmenden Einrichtungen bei einem Großteil der Mitarbeiter:innen zu einer Sensibilisierung und einem vermehrten Wissen über die eigenen Handlungsmöglichkeiten in Bezug auf Gewaltvorfälle kam. Das Wissen über Ansprechpartner:innen bei Gewaltvorfällen liegt mit 80% im Projekt PEKo deutlich höher als in weiteren Untersuchungen, bei welcher beispielsweise nur 21 % der Befragten angaben, zu wissen, wer in der Institution die entsprechende Ansprechinstanz ist (Peter et al., 2016).

## 6 Fazit und Ausblick

Das Gewaltpräventionsprojekt PEKo zeigt, dass durch die partizipative Projektarbeit ein großer Teil der Mitarbeiter:innen der teilnehmenden Einrichtungen erreicht werden kann. Die in der wissenschaftlichen Evaluation gezeigte Gewaltreduktion lässt auf eine positive Wirkung der entwickelten Interventionen und Konzepte, insbesondere auf die Ausübung psychischer Gewalt und Vernachlässigung, schließen. Um verlässliche Aussagen über die Wirksamkeit gewaltpräventiver Maßnahmen treffen zu können, sind jedoch randomisiert kontrollierten Studie notwendig. Um langfristig positive Effekte im gesamten Pflegesetting erzielen zu können, müssen zudem systembedingte Einflussfaktoren gezielt analysiert und entsprechende Rahmenbedingungen geschaffen werden, damit Gewaltprävention auch auf Systemebene unterstützt wird.

Die partizipative Entwicklung und Implementierung von Interventionen und Konzepten kann als Erfolgsindikator des Leitfadens Prävention im Handlungsfeld „Vermeidung von Gewaltereignissen und gesundheitlichen Folgen“ gesehen werden. Der hohe Anteil an Einrichtungen, die das Projekt geplant abgeschlossen oder annähernd beendet

haben, spricht für die generelle Machbarkeit derartiger Praxisentwicklungsprojekte. Um eine nachhaltige Verankerung präventiver Interventionen zu ermöglichen und pandemie-bedingte Projektunterbrechungen auszugleichen, erhielten alle teilnehmenden Einrichtungen das Angebot, in geringerer Intensität durch die Studienzentren weiter begleitet zu werden. Mit Unterstützung eines Modulhandbuchs zur selbständigen Entwicklung und Umsetzung gewaltpräventiver Maßnahmen in der stationären Altenpflege und einer Übertragung des Projekts auf die Settings Krankenhaus und ambulante Pflege, sollen weitere Mitarbeiter:innen des Gesundheitswesens sensibilisiert und zur Umsetzung gewaltpräventiver Maßnahmen befähigt werden.

## 7 Literaturverzeichnis

- Adams, J., Knowles, A., Irons, G., Roddy, A., Ashworth, J. (2017).** Assessing the effectiveness of clinical education to reduce the frequency and recurrence of workplace violence. *Australian Journal of Advanced Nursing*, 34(3), 6-15.
- Arnetz, J.E., Hamblin, L., Russell, J., Upfal, M.J., Luborsky, M., Janisse, J., et al. (2017).** Preventing Patient-to-Worker Violence in Hospitals: Outcome of a Randomized Controlled Intervention. *Journal of occupational and environmental medicine*, 59(1), 18-27. doi:10.1097/JOM.0000000000000909.
- Baker, P.R.A., Francis, D.P., Hairi, N.N., Othman, S., Choo, W.Y. (2016).** Interventions for preventing abuse in the elderly. *The Cochrane Database of systematic reviews*, 8:CD010321. doi:10.1002/14651858.CD010321.pub2.
- Beierlein, C., Kovaleva, A., Kemper C.J., Rammstedt, B. (2012).** *Ein Messinstrument zur Erfassung subjektiver Kompetenzerwartungen. Allgemeine Selbstwirksamkeit Kurzsкала (ASKU)*. Leibniz-Institut für Sozialwissenschaften: Mannheim.
- Dichter, M.N., Wolschon E.M., Schwab C.G.G., Meyer, G., Köpke, S. (2018).** Item distribution and inter-rater reliability of the German version of the quality of life in Alzheimer's disease scale (QoL-AD) proxy for people with dementia living in nursing homes. *BMC Geriatrics*, 18:145.
- Geoffrion, S., Hills, D.J., Ross, H.M., Pich, J., Hill, A.T., Dalsbø, T.K., et al. (2020).** Education and training for preventing and minimizing workplace aggression directed toward healthcare workers. *The Cochrane database of systematic reviews*, 9:CD011860. doi:10.1002/14651858.CD011860.pub2.
- GKV Spitzenverband (2020).** *Leitfaden Prävention in stationären Pflegeeinrichtungen nach § 5 SGB XI*. Berlin: GKV Spitzenverband.
- Goergen, T. (2001).** *Pflegebefragung 2001*. Justus-Liebig-Universität: Gießen
- IBM Corp. Released (2013).** *IBM SPSS Statistics for Windows*, Version 22.0. Armonk, IBM Corp.: New York.
- Jia, H., Chen, R., Wei, L., Zhang, G., Jiao, M., Liu, C., et al. (2020).** What is the impact of restricted access policy on workplace violence in general hospital? A before-after study in a CHINESE tertiary hospital. *BMC health services research*, 20(1), 936. doi:10.1186/s12913-020-05757-7.
- Kersten, M. (2017).** *Psychische Belastung und Beanspruchung*. Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege (BGW): Hamburg.
- Li, S.A., Jeffs, L., Barwick, M., Stevens, B. (2018).** Organizational contextual features that influence the implementation of evidence-based practices across healthcare settings: a systematic integrative review. *Systematic Reviews*, 7:72. <https://doi.org/10.1186/s13643-018-0734-5>
- Ming, J.L., Huang, H.M., Hung, S.P., Chang, C.I., Hsu, Y.S., Tzeng, Y.M., et al. (2019).** Using Simulation Training to Promote Nurses' Effective Handling of Workplace Violence: A Quasi-Experimental Study. *International journal of environmental research and public health*, 16(19). doi:10.3390/ijerph16193648.
- Needham, I., Abderhalden, C., Halfens, R.J.G., Dassen, T., Haug, H.J., Fischer, J.E. (2005).** The effect of a training course in aggression management on mental health nurses' perceptions of aggression: a cluster randomised controlled trial. *International journal of nursing studies*, 42(6), 649-655. doi:10.1016/j.ijnurstu.2004.10.003.
- Peter, K.A., Golz, C., Richter, D. (2016).** *Konfliktinterventionen in somatischen Akutkliniken. Unfallkasse Nordrhein-Westfalen*. Berner Fachhochschule, Fachbereich Gesundheit, Abteilung angewandte Forschung und Entwicklung, Dienstleistung: Bern.

- R Core Team (2021).** *R: A language and environment for statistical computing.* R Foundation for Statistical Computing: Vienna. URL <https://www.R-project.org/>.
- 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. *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie*, 51: 329–334.
- Spelten, E., Thomas, B., O'Meara, P.F., Maguire, B.J., FitzGerald, D., Begg, S.J. (2020).** Organisational interventions for preventing and minimising aggression directed towards healthcare workers by patients and patient advocates. *The Cochrane database of systematic reviews*, 4:CD012662. doi:10.1002/14651858.CD012662.pub2.
- Strauss, A.; Corbin, J. (1996).** *Grounded Theory. Grundlagen qualitativer Sozialforschung.* Beltz: Weinheim.
- Weidner, F., Tucman, D. und Jacobs, P. (2017).** Eine fast alltägliche Erfahrung. *Die Schwester Der Pfleger*, 9:14-21.
- WHO (2003).** Weltbericht Gewalt und Gesundheit. Zusammenfassung. WHO: Kopenhagen.